

طب الأطفال المجتمعي

املاً النموذج أو الاستمارة من الخلف ايضاً

بطاقة التاريخ طبي ما قبل اللقاح

اللقاح/ اللقاحات

الموقع	اللقب واسم الوالدة	ولد/ة في
الموقع	اللقب واسم الوالدة	ولد/ة في
لوالدين / حاملي المسؤولية الأبوية / الوصي / الكفيل على (اللقب واسم للطفل/ة)		
ولد/ة بي في		
يصرحون و يعلنون أن الطفل/ة (بالنسبة للطفل/ة الذي يزيد عمره عن ستة أشهر ، املاء بدءاً من السؤال ٤)		
١ ولد قبل الأوان و/أو بوزن منخفض	Si لا	No لا
٢ أصيب بغزو معوي أو يعاني من تشوه خلقي غير صحيح في الجهاز الهضمي الذي يمكن أن يهيب الإنغلاق المعوي	Si نعم	No لا
٣ لديه أفراد الأسرة (الأشقاء أو الأباء أو الأجداد) مصابون بنقص المناعة الخلقي	Si نعم	No لا
٤ ولد من أم تلقت علاجات المثبطة للمناعة أثناء الحمل أو الرضاعة	Si نعم	No لا
٥ هل لديه أمراض حالياً إذا كان الجواب نعم، يرجى التحديد	Si نعم	No لا
٦ لديه أمراض تقلل المناعة (مثل سرطان الدم والأورام وفيروس نقص المناعة البشرية) أو يعيش مع الأشخاص مصابين بهذه الأمراض إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد	Si نعم	No لا
٧ تلقى لعمليات نقل الدم أو منتجات الدم أو الغلوبولين المناعي أو الأدوية المضادة للفيروسات في العام الماضي إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد	Si نعم	No لا
٨ في الأشهر الستة الماضية ، هل تناول أي أدوية بشكل متواصل (خاصة مثبطات المناعة) أو يخضع للعلاج الإشعاعي أو غسيل الكلى إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد	Si نعم	No لا
٩ كان لديه التهابات متكررة أو مستمرة أو شديدة إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد	Si نعم	No لا
١٠ عانى (أو كان الوالدين أو أشقاؤه) من النوبات الحموية أو صرع أو اضطرابات عصبية إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد	Si نعم	No لا
١١ أظهر حساسية تجاه الأدوية أو الأطعمة أو اللاتكس أو مواد لاتيبيونوزو أو مواد أخرى إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد	Si نعم	No لا
١٢ هل تلقيت أي تطعيمات خلال الأسابيع الأربعة الماضية؟ معتبر تجارياً تناك اذا، فأئها؟	Si نعم	No لا
١٣ كان لديه ردود فعل شديدة لجرعة سابقة من اللقاح إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد	Si نعم	No لا
١٤ هل خضع لعملية جراحية إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد	Si نعم	No لا
١٥ هل أنت حامل (للإناث في سن الخصوبة فقط)	Si نعم	No لا
ملاحظات		

الوالدة

توقيع الوالدين: الوالدة

توقيع وختم الطبيب

تاريخ

إعلان عن تقديم معلومات عن أداء التطعيمات الإجبارية والموصى بها

الموقع _____ ولادة في _____

الموقع _____ ولادة في _____

لوالدين / حاملي المسؤولية الأبوية / الوصي / الكفيل على _____

في _____

ولادة بي _____

نصرح

أننا تلقينا جميع المعلومات المتعلقة بالعلاج المقترح، والمخاطر والمضاعفات المحتملة (أيضا في إشارة إلى المصاحبة المحتملة لأمراض أخرى)، والعواقب المحتملة الناتجة عن الرفض و عدم تنفيذ التطعيمات) المقترحة و قد فهمنا تماما المعلومات التي تم تقديمها لنا و تلقينا رداً على طلب التوضيح.
تم إبلاغنا بضرورة البقاء في الخدمة لمدة 15 دقيقة بعد التطعيم والإشراف على طفلنا أثناء التطعيم وفي فترة ما بعد التطعيم
تم إبلاغنا بأن اليوم يتم إعطاؤه اللقاح (اللقاحات) الإجبارية التالية وفقاً للقانون رقم 119 الصادر في 31 يوليو 2017 بشأن موضوع التزامات التطعيم الذي تلقيت ملاحظات إعلامية عنه

O Anti Poliomielite ضد شلل الاطفال	O Anti Epatite B ضد التهاب الكبد من النوع ب
O Anti Tetano ضد الكزاز "التيتانوس"	O Anti Haemophilus Influentiae B ضد المستدعية النزلية من النوع ب
O Anti Differite ضد الخناق "الديفتريا"	O Anti Morbillo-Parotite-Rosolia ضد الحصبة- النكاف- الحصبة الالمانية
O Anti Pertosse ضد السعال الديكي	O Anti Varicella per i nati dal 2017 ضد جدري الماء لأولئك الذين ولدوا قبل عام 2017

للتعبير عن الموافقة / المعارضة من تنفيذ التطعيم (التطعيمات) التالية الموصى به ، والتي تلقينا منها ملاحظات المعلومات:

Anti Rotavirus ضد الفيروس العجلي	O Consenso موافقة	O Dissenso معارضة
Anti Pneumococco coniugato ضد المكورات الرئوية المترافقة	O Consenso موافقة	O Dissenso معارضة
Anti Meningococco B ضد المكورات السحائية من النوع ب	O Consenso موافقة	O Dissenso معارضة
Anti Meningococco ACWY ضد المكورات السحائية ACWY	O Consenso موافقة	O Dissenso معارضة
Anti Papillomavirus 9 valente ضد فيروس الورم الحليمي البشري HPV	O Consenso موافقة	O Dissenso معارضة
Anti Epatite A	O Consenso	O Dissenso

معارضة	موافقة	ضد التهاب الكبد من النوع أ
O Dissenso	O Consenso	Anti Influenza ضد الانفلونزا
معارضة	موافقة	
O Dissenso	O Consenso	Anti Varicella per i nati prima del 2017 ضد جدري الماء لأولئك الذين ولدوا قبل عام 2017
معارضة	موافقة	

FIRMA di entrambi i genitori da apporre in presenza in ambulatorio vaccinale* o da consegnare al delegato in caso di impossibilità ad essere presenti.

توقيع كلا الوالدين تتم في عيادة التطعيم * أو تسليمها إلى المندوب في حالة استحالة الحضور

Genitore الولدة _____ Genitore الولدة _____

FIRMA dell' esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario (allegare copia doc. id.) _____

الوصي / الكفيل (مرفق نسخة من وثيقة الهوية)

Data _____ FIRMA e timbro del Medico o dell' A.S./ Inf. _____

توقيع وختم الطبيب

تاريخ

*in assenza di uno dei due genitori, il genitore presente in ambulatorio vaccinale compilerà il modulo di autocertificazione
في حالة عدم وجود أحد الوالدين، سيقوم الوالد الموجود في عيادة التطعيم بتعبئة نموذج الشهادة الذاتية