



# حقن الإنفلونزا المجانية في المدرسة

الرجاء قلب الصفحة للتوقيع على نموذج الموافقة

In Partnership with:

Alameda County Public Health Department | California Department of Public Health | Oakland Unified School District

## كيفية الحصول على حقنة الإنفلونزا لطالبك/لطالبتك مجانًا

- 1 اقرأ جميع المعلومات في هذه الصفحة.
- 2 أجب على جميع الأسئلة في الجزء الخلفي من نموذج الموافقة هذا. يرجى تعبئة نموذج واحد لكل طالب/طالبة.
- 3 وقع باسمك في نهاية نموذج الموافقة.
- 4 أعطي النموذج لمدرسة طالبك/طالبتك على الفور.
- 5 أبلغ طالبك/طالبتك أن حقنة الإنفلونزا متاحة فقط هذا العام، وليس البخاخ الأنفي.

## إن الحصول على حقنة الإنفلونزا يساعد الجميع على البقاء بصحة جيدة.

- الإنفلونزا مرض خطير و يوصي أطباء الأطفال بلقاحات الإنفلونزا لجميع الأطفال في كل عام.
- تظهر الأبحاث أنه عندما يتم تلقيح الأطفال، فإنهم يغيبون لعدد أقل من أيام المدرسة.
- كلما يتم تلقيح عدد أكثر من الصغار والكبار ضد الإنفلونزا، فإن ذلك يساعد الجميع على البقاء أكثر صحة عن طريق خفض انتشار الإنفلونزا في مجتمعنا.

## إنه آمن وسهل ومريح.

- عندما يتم إعطاء لقاح الإنفلونزا في المدرسة، خلال ساعات الدوام المدرسي، بواسطة ممرضات متدربات وطلاب ممرضين خاضعين للإشراف.
- عندما يتم توفير لقاح الإنفلونزا من قبل إدارة الصحة العامة بمقاطعة ألاميدا، إنه اللقاح الذي سيحصل عليه طالبك/طالبتك من الطبيب المعتاد أو العيادة.
- لا يلزم دفع أي رسوم - إنه مجاني.

## المشاركة اختيارية. ولن يحصل على اللقاح سوى الطلاب الذين أكملوا نموذج الموافقة.

## المنافع والمخاطر. هناك منافع ومخاطر عند الحصول على لقاح الإنفلونزا.

- تشمل المنافع: يمنع إصابتك بالإنفلونزا، ويجعل الإنفلونزا أكثر اعتدالاً إذا كنت مريضاً، ويحمي الناس من حولك.
- تشمل المخاطر: ردود أفعال خفيفة إلى حادة وأثار جانبية مثل الألم في موقع الحقن، والحمى، والصداع.

يحظر على بعض الأشخاص الحصول على لقاح الإنفلونزا مثل أولئك الذين لديهم رد فعل حاد/يهدد حياتهم بعد تلقي أي لقاح أو لديهم تاريخ من متلازمة غثان-باريه (GBS).

راجع بيان معلومات لقاح الإنفلونزا (VIS) لمزيد من المعلومات حول لقاح الإنفلونزا، ومنافعه ومخاطره وأثاره الجانبية، فهي متاحة على [shootheflu.org/consent](http://shootheflu.org/consent) وبنسخ مطبوعة في مدرسة طالبك/طالبتك ووزارة الصحة.

سياسات الخصوصية في إدارة الصحة العامة بمقاطعة ألاميدا (ACPHD): إن المعلومات المتعلقة بصحتك سرية وتحميها القوانين. ومن مسؤوليتنا حماية هذه المعلومات وفقاً لما تقتضيه هذه القوانين وأن نوفر لك إشعار سياسات الخصوصية. يمكنك أن تجد نسخة كاملة على موقع [shootheflu.org/consent](http://shootheflu.org/consent) أو يمكنك طلب الحصول على نسخة منها أو مشاهدتها بالمدرسة في يوم اللقاح.

إن سجل كاليفورنيا للتحصين (CAIR) نظام كمبيوتر آمن وسري يُدار من قبل إدارة كاليفورنيا للصحة العامة التي توفر معلومات التطعيم لمقدمي الرعاية الصحية. بما في ذلك العديد من أطباء الأطفال المحليين، وستضع إدارة الصحة العامة بمقاطعة ألاميدا (ACPHD) المعلومات عن تطعيم طالبك/طالبتك ضد الإنفلونزا في CAIR كما هو مسموح به في قانون ولاية كاليفورنيا. لمعرفة المزيد عن CAIR، انتقل إلى [cairweb.org](http://cairweb.org) حدد هذا المربع إذا كنت لا تريد مشاركة تطعيم طالبك/طالبتك ضد الإنفلونزا مع مقدمي الرعاية الصحية الذين يستخدمون CAIR.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو تحتاج نسخاً من بيانات معلومات اللقاح (VIS) أو إخطار ممارسات الخصوصية أو كنت بحاجة إلى المساعدة في إكمال هذا النموذج، يرجى الاتصال ببرنامج التحصين في إدارة الصحة العامة في مقاطعة ألاميدا، هاتف رقم 510-267-3230 أو زيارة موقع

[Shootheflu.org](http://Shootheflu.org)

# نموذج الموافقة: حقن الإنفلونزا المجانية في المدرسة



واحدة لكل طالب/طالبة

تحديث هام: نظرًا للتغييرات التي حدثت مؤخرًا في التوصيات الوطنية، فإن لقاح البخاخ الأنفي (FluMist) غير متاح هذا العام في مكتب أي من مقدمي الرعاية الصحية أو عن طريق مبادرة Shoo the Flu. والمتاح في هذا العام هو حقن الإنفلونزا فقط. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع: [cdc.gov/flu](http://cdc.gov/flu).

## معلومات الطالب/الطالبة

(الاسم الأخير)

اسم الطالب/الطالبة (الاسم الأول)

الرمز البريدي

عنوان المنزل

أنثى

ذكر

الرمز البريدي

السنة

الشهر

اليوم

العمر

تاريخ الميلاد

الصف

المعلم / رقم الغرفة

اسم المدرسة

رقم الهاتف

البريد الإلكتروني للوالد/الوصي الشرعي

يستخدم الاسم الأول للأولاد للمساعدة في تحديد الطلاب في CAIR. لمزيد من المعلومات حول CAIR، انظر الجانب الخلفي

الاسم الأول للأم

لا

نعم

هل يمكننا التواصل معك للحصول على رأيك حول كيفية تحسين هذا البرنامج؟

## التأمين الصحي للطالب/الطالبة

إن هذا اللقاح مجاني، ولن يكون أسمك مرتبطًا بهذه المعلومات ولن نرسل فاتورة مطالبة من التأمين الخاص بك

لا يوجد تأمين

كايبر- ميدي كال

بلو كروس- ميدي كال

ألاميدا آالينس- ميدي كال

سينجا

كايبر- خاص

بلو كروس- خاص

يوناتيد هيلث كير

غير ذلك:

أنا

هيلث نيت

بلو شيند

## الأصول العرقية للطالب/الطالبة (أختر كل ما ينطبق)

نحن نسأل هذا السؤال لمساعدتنا على ضمان تكافؤ الوصول إلى البرنامج.

أمريكي أسود أو أفريقي

أمريكي هندي أو مواطن من الألاسكا

آسيوي

إسباني أو لاتيني

هاوايان أو سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى

أبيض

نعم  لا

نعم  لا

نعم  لا

نعم  لا

أسئلة طبية - يجب الإجابة على كل سؤال

① هل لدى طالبك/طالبتك حساسية لمادة اللاتكس؟

② هل لدى طالبك/طالبتك حساسية للبيض؟

③ هل كان لدى طالبك/طالبتك في أي وقت مضى رد فعل خطير إلى أي لقاح؟

④ هل كان لدى طالبك/طالبتك في أي وقت مضى ضعف شديد في العضلات يسمى متلازمة غيان-باريه؟

## التوقيع والموافقة

عندما أوقع أنا (الوالد/الوصي الشرعي) اسمي أدناه، فهذا يعني ما يلي:

توقيع الوالد/الوصي الشرعي هنا

• أعطي الإذن بإعطاء الطالب/الطالبة التي ورد اسمها في هذا النموذج

حقنة الإنفلونزا في المدرسة.

• لقد قرأت أو سُرح لي بيانات معلومات اللقاح المتعلقة بلقاح الإنفلونزا

(VIS) الحالي وأدركت منافعه ومخاطره.

• لقد قرأت وحصلت على نسخة من إخطار سياسات الخصوصية في إدارة

الصحة العامة بمقاطعة ألاميدا.

التاريخ

الاسم بحروف واضحة

صلاتك بالطالب/الطالبة

وصي شرعي

أب

أم

غير ذلك: