

قائمة تدقيق الفرز لموانع استعمال اللقاحات للأطفال والمراهقين

اسم المريض _____

تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____
سنة يوم شهر

لوالدين الأوصياء: ستساعدنا الأسئلة التالية على تحديد اللقاحات التي يمكن إعطاؤها لطفلك اليوم. إذا أجبت بـ "نعم" على أي سؤال، فإن هذا لا يعني بالضرورة أن طفلك يجب ألا يحصل على اللقاح. وإنما يعني فقط وجوب طرح مزيد من الأسئلة. إذا كان هناك سؤال غير واضح، فاطلب من فضلك من مقدم الرعاية الصحية شرحه.

نعم لا لا أعرف

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. هل الطفل مريض اليوم؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. هل لدى الطفل حساسيات تجاه دواء، أو طعام، أو مكون في لقاح، أو اللاتكس؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. هل سبق للطفل أن عانى من رد فعل خطير تجاه لقاح؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. هل يعاني الطفل من مشكلة صحية طويلة الأمد في القلب، أو الرئة (بما في ذلك الربو)، أو الكلية، أو الكبد، أو الجهاز العصبي، أو مرض أبيض (مثل السكري)، أو اضطراب في الدم، أو انعدام الطحال، أو طعم قوقعي، أو تسرب سائل شوكي؟ هل يتناول الأسبرين أو دواء ساليبيسلات بانتظام؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. للأطفال من عمر عامين إلى 4 أعوام: هل أخبرك مقدم رعاية صحية أن الطفل كان يعاني من أزيز أو ربو في آخر 12 شهرًا؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. للأطفال الرضع: هل سبق أن قيل لك أن الطفل يعاني من الانغلاف المعوي؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. هل عانى الطفل، أو أخ، أو والد من نوبة تشنج؛ وهل عانى الطفل من مشكلة في المخ أو مشكلة أخرى في الجهاز العصبي؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. هل سبق تشخيص إصابة الطفل بحالة قلبية (التهاب عضلة القلب أو التهاب التأمور) أو إصابته بمتلازمة الالتهاب متعدد الأجهزة (MIS-C) بعد الإصابة بعدوى الفيروس الذي يسبب كوفيد-19؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. هل الطفل مُصاب بمشكلة في جهاز المناعة مثل السرطان، أو سرطان الدم، أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. في الـ 6 شهور الماضية، هل أخذ الطفل أدوية تؤثر على جهاز المناعة مثل بريدنيزون، أو ستيرويدات أخرى، أو أدوية مضادة للسرطان؛ أو أدوية لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي، أو مرض كرون، أو الصدفية؛ أو حصل على علاجات بالإشعاع؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. هل يعاني والد الطفل أو أخ له من مشكلة في جهاز المناعة؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. في العام الماضي، هل تلقى الطفل جلوبيولين مناعي (جاما)، أو دمًا/منتجات دم، أو دواء مضاد للفيروسات؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. هل الطفلة/المراهقة حامل؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. هل حصل الطفل على لقاحات في آخر 4 أسابيع؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. هل شعر الطفل يومًا بالدوار أو الإغماء قبل إعطاء حقنة أو خلالها أو بعدها؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. هل الطفل قلق بشأن أخذ حقنة اليوم؟ |

التاريخ _____

تم إكمال النموذج بواسطة _____

التاريخ _____

تم مراجعة النموذج بواسطة _____

هل أحضرت معك بطاقة سجل التحصين؟ نعم لا

من المهم أن تملك سجلًا شخصيًا للقاحات طفلك، إذا لم يكن لديك سجل شخصي، فاطلب من مقدم الرعاية الصحية للطفل أن يعطيك واحدًا به كل لقاحات طفلك. احفظه في مكان آمن وأحضره معك في كل مرة تطلب رعاية طبية لطفلك. سيحتاج طفلك هذا المستند لدخول الحضانة أو المدرسة، أو للتوظيف، أو للسفر الدولي.



