

لقاح الإنفلونزا لطلاب مرحلة الطور الأساسي للتعليم الأولي

هذا العام، تبدأ حماية ابنك أو ابنتك من الفصل الدراسي

يُعدّ هذا اللقاح جزءًا من جدول التطعيم الرسمي، لأن الأطفال من أكثر الفئات السكانية إصابةً، ومن أهمّ مصادر انتشار فيروس الإنفلونزا. لذلك، يُعدّ التطعيم وسيلةً لحماية الأطفال وتقليل شدة المرض، بالإضافة إلى حماية أفراد الأسرة الآخرين، وخاصةً الأكثر عرضةً للمضاعفات، بالإضافة إلى حماية البيئة المدرسية.

لتسهيل الحصول على اللقاح، يتمّ دمجُه في مدارس جزر البليار. يُعطى اللقاح عن طريق الأنف، ولا يُعطى عن طريق الحقن. علاوةً على ذلك، فهو لقاح فعّال وآمن وجيد التحمّل، وله موانع استعمال أو آثار جانبية قليلة.

في حال الموافقة، ستُبلغكم مدرستكم باليوم الذي سيتمّ فيه إعطاؤه خلال ساعات الدراسة.

على الرغم من أنّ لقاح الأنف آمنٌ للغالبية العظمى من الأطفال، إلا أنّ هناك بعض الحالات التي لا يُمكن فيها إعطاؤه:

1. فرط الحساسية للمكوّنات الفعّالة، أو أيّ من السواغات، أو الجنتاميسين (قد يحتوي اللقاح على آثار).
2. رد فعل تحسسي شديد (مثل الحساسية المفرطة) تجاه البيض أو بروتيناته (قد يحتوي اللقاح على آثار).
3. نقص المناعة السريري الناتج عن حالات أو علاجات مثبطة للمناعة (مثل سرطان الدم، والليمفوما، والإصابة بأعراض فيروس نقص المناعة البشرية، ونقص المناعة الخلوي، والجرعات الجهازية العالية من الكورتيكوستيرويدات).
4. الأطفال الذين يتلقون علاج الأسبرين.
5. الأطفال المصابون بالربو الحاد أو الذين يعانون حاليًا من أزيز.

في هذه الحالات، يُنصح بإعطاء لقاح الإنفلونزا العضلي في مركزك الصحي (حجز موعد).

الاحتياطات: يجب تجنب الاتصال الوثيق بالأشخاص الذين يعانون من ضعف شديد في جهاز المناعة (مثل متلقي زراعة نخاع العظم الذين يحتاجون إلى العزل) لمدة أسبوع إلى أسبوعين بعد التطعيم. لا تُعطى طفلك الأسبرين لمدة أربعة أسابيع بعد التطعيم إلا إذا كان ذلك ضروريًا طبيًا.

معلومات الطفل

الاسم الكامل واللقب :

الهوية/رقم الهوية الوطنية/جواز السفر/بطاقة الهوية الشخصية:

تاريخ الميلاد :

العنوان (الشارع، رقم المنزل، المدخل، الطابق، والحرف)

المدينة: _____ الرمز البريدي: _____ رقم الهاتف 1:

رقم الهاتف 2: _____ :

نوع الرعاية الصحية: ☐ عامة ☐ شركة تأمين متبادل ☐ خاصة
المدرسة:

لتلقي ابنك أو ابنتك اللقاح في المدرسة، ما عليك سوى إعادة هذا النموذج المكتمل والموقع إلى المدرسة عند الطلب.

تفويض

أنا الموقع

حامل البطاقة الهوية _____،

نيابةً عن نفسي بصفتي، ☐ الأب ☐ الأم ☐ الوصي

☐ أصرّح لطفلي بتلقي لقاح الإنفلونزا في المدرسة، وإذا لم يكن لديّ سجل طبي لدى هيئة الخدمات الصحية، فسيتم فتحه لتسجيل اللقاح المُعطى.

☐ لا أصرّح لطفلي بتلقي لقاح الإنفلونزا في المدرسة.

توقيع ولي الأمر أو الوصي _____ : _____

التاريخ: ____ / ____ / 2025

في حال عدم موافقتك على التطعيم، يُرجى ذكر السبب: ☐ موانع الاستعمال ☐ لم أتلّق معلومات كافية ☐ أشعر بالقلق بشأن الآثار الجانبية ☐ أسباب شخصية. ☐ أجيل بسبب حمى حادة شديدة، أو عدوى حادة، أو انسداد أنفي (في هذه الحالة، يُرجى تحديد موعد في مركز صحي أو مركز التطعيم المعتاد). ☐ أفضّل إعطاء اللقاح في المركز الصحي.

إذا كان طفلك قد تلقّى لقاح الإنفلونزا هذا الموسم 2025-2026، يُرجى تدوين التاريخ: ____ / ____ / 2025

يُملأ هذا الفراغ من قِبَل طاقم الرعاية الصحية

الاسم الكامل للطفل _____ :

☐ تلقّى لقاح الإنفلونزا.

تاريخ إعطاء اللقاح: ____ / ____ / 2025، الدفعة _____ :

☐ لم يتلقَ لقاح الإنفلونزا. اكتب السبب: ☐ موانع ☐ غير مصرح ☐ غياب

☐ تأجيل بسبب مرض حموي حاد شديد، أو عدوى حادة، أو انسداد أنفي (في هذه الحالة، يُرجى تحديد موعد في مركز صحي أو مركز التطعيم المعتاد).

يجب توفير هذا النموذج للعائلة لإرفاقه بسجل الطفل الصحي.