**الحملة الوطنية للتحصين ضد مرض الحصبة**

**نموذج موافقة ولي الأمر على تطعيم طلبة المدارس**

توصي منظمة الصحة العالمية بالالتزام باللقاحات الروتينية، وبإجراء الحملات الوطنية للتحصين، وذلك للوقاية من مرض الحصبة، ولتعزيز المناعة والقضاء على المرض في المجتمع، حيث يعدّ التطعيم الوسيلة الأفضل والأكثر أماناً وفعاليّة للوقاية من مرض الحصبة، مع العلم بأن الحصبة مرض فيروسي شديد العدوى يصيب الصغار والكبار، ويعدّ من الأسباب الرئيسة للإعاقة ووفيات الأطفال في العالم.

لذا تقرر تنفيذ الحملة الوطنية للتحصين ضد مرض الحصبة في دولة الإمارات العربية المتحدة، وتستهدف هذه الحملة جميع الأفراد من عمر سنة واحدة ولغاية ثمانية عشر سنة، وذلك بإعطاء جرعة واحدة من اللقاح الفيروسي المضعف ضد أمراض الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (إم إم آر) بغض النظر عن عدد الجرعات التي أُخذت سابقاً، أو الإصابة بمرض الحصبة، وتعطى هذه الجرعة عن طريق الحقن.

هذا وسيتم تطعيم جميع طلبة المدارس بجميع المراحل الدراسية بدءاً من رياض الأطفال وحتى الصف الثاني عشر (أو ما يعادلهم) في مدارسهم مجاناً خلال العام الدراسي الجاري (2015 – 2016)، مع العلم **بأن التطعيم إلزامي لجميع الطلبة باستثناء من لديهم موانع طبية موثّقة.**

**وعليه تدعو وزارة الصحة، وهيئة الصحة بأبوظبي، وهيئة الصحة بدبي جميع أفراد المجتمع وأولياء الأمور إلى التعاون معهم من أجل إنجاح هذه الحملة الوطنية وحماية جميع الأفراد من مرض الحصبة، والقضاء على هذا المرض في دولة الإمارات العربية المتحدة.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**بيانات الطالب أو الطالبة:**

**المدرسة:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **المرحلة الدراسية:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **الشعبة:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**اسم الطالب أو الطالبة:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **الجنس:** □ ذكر □ أنثى **الجنسية:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**تاريخ الميلاد:** **هاتف ولي الأمر/ الوصي:**

**رقم هوية الطالبة أو الطالبة:**

**التاريخ الطبي للطالب أو الطالبة:**

1. هل سبق أن تعرض الطالب أو تعرضت الطالبة سابقاً **لحساسية شديدة** بعد حصوله أو حصولها على أي لقاح مما استدعى رعاية طبية عاجلة؟

□ نعم □ لا

إذا كانت الإجابة بنعم اذكر نوع اللقاح: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. هل سبق أن تعرض الطالب أو تعرضت الطالبة **لحساسية شديدة** عند تناول نوع من **المضادات الحيوية** يدعى (نيومايسين)؟

□ نعم □ لا

1. هل لدى الطالب أو الطالبة **مرض يؤثر على جهاز المناعة مثل** مرض السرطان أو **يخضع / تخضع لعلاج يؤثر على جهاز المناعة** مثل العلاج الكيماوي أو الستيرويدات (مثل الكورتيزون)؟

□ نعم □ لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التوضيح: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. بالنسبة للإناث المتزوجات: هل الطالبة **حامل**؟

□ نعم □ لا

**ملاحظات:**

* **تمنع المرأة الحامل من أخذ اللقاح الفيروسي المضعف (إم إم آر)**
* **يجب التأكيد على عدم حدوث الحمل لمدة 4 أسابيع بعد أخذ اللقاح الفيروسي المضعف (إم إم آر)**
* إذا كانت الإجابة نعم عن أحد الأسئلة السابقة، سيقوم ممرض أو ممرضة المدرسة بالتواصل مع ولي الأمر لاتخاذ قرار إعطاء الطالب أو الطالبة اللقاح أم لا.

**الموافقة:**

□ أوافق □ لا أوافق ( للأسباب الطبية فقط)

في حال عدم الموافقة، فإن السبب هو: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**نرجو تقديم التقرير الطبي اللازم للمدرسة في حال عدم الموافقة على التطعيم لأسباب طبية كون التطعيم إلزامي.**

اسم ولي الأمر/ الوصي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

لمزيد من المعلومات

**National Measles Immunization Campaign**

**Vaccination Consent for Students**

In order to prevent measles, strengthen immunity and to eliminate the disease in the community, the World Health Organization (WHO) recommends adherence to routine vaccination and implementing immunization campaigns. Vaccination is the best, safest and most effective tool to protect against measles. Measles is a highly contagious disease caused by a virus that may infect both adults and children. It is considered as one of the main leading causes of disabilities and deaths among young children worldwide. Therefore, The National Measles Immunization Campaign will be launched in the United Arab Emirates. The campaign targets all people from the age of 1 year to 18 years One dose of Measles, Mumps and Rubella (MMR) vaccine will be given by injection, regardless of prior vaccination status or Measles disease history, and this will strengthen their immunity against Measles.

The vaccine will be given for free to all students from kindergarten to grade 12 (or equivalent) in their schools during the current academic year (2015 – 2016). **The campaign vaccination is compulsory for all students; except those who have documented medical contraindications.**

**The Ministry of Health, Health Authority – Abu Dhabi and Dubai Health Authority calls the community to contribute to the success of the National Measles Campaign to ensure protecting the community against measles and to eliminate the disease from the UAE.**

**STUDENT DETAILS:**

**School:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Section:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Student name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sex:** Male □ Female □ **Nationality:** \_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date of Birth:** **Parent / guardian mobile:**

**UAE ID number:**

**MEDICAL HISTORY OF THE STUDENTS:**

1. **Any serious allergic reaction** following vaccination that required urgent medical care:

□ Yes □ No

If yes, specify vaccine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Any history of allergy to an antibiotic** called neomycin:

□ Yes □ No

1. **Any immune-system problem** resulting from a disease (e.g. cancer) or medication being taken currently (e.g. chemotherapy, steroids):

□ Yes □ No

If yes, give details: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. For married students: is the student **pregnant?**

□ Yes □ No

**Notes:**

* **Pregnant women should not receive MMR vaccine.**
* **Women should not get pregnant for 4 weeks following vaccination with MMR.**
* If you answered YES to any of the above questions, the school nurse will contact you to assess whether the vaccine can be administered to the student or not.

**CONSENT:**

□ Agree □ Disagree (for medical reasons only)

Reasons for refusal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In case of vaccination refusal, provide a medical report for the school, as vaccination is compulsory.**

Name of parent / guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

For more information