

سجل التحصينات للطلاب الدوليين



يرجى عمل مسح ضوئي لكافة النماذج وإرسالها إلى البريد الإلكتروني:

student-health@uiowa.edu

أو الفاكس: 1-319-335-7247

Student Health Service

(الخدمة الصحية للطلاب) بجامعة أيوا

4189 Westlawn South

Iowa City, Iowa 52242

يجب استلام هذا النموذج قبل شهر من التوجيه.

اللقاح الثلاثي الحصبة والغدة النكافية والحمى الوردية المطلوب

اللقاح الثلاثي: يجب تقديم دليل على تلقي اللقاح الثلاثي للتمكن من التسجيل في الفصول. يستثنى من ذلك فقط الإثبات الحوامل أو من يشتبه في حملهن. هؤلاء الأشخاص خاضعون للإعفاء من هذا الشرط حتى ولادة الطفل.

تتم تلبية هذا الشرط في حالة تحقيقك لأحد المعايير التالية:

☐ تاريخ الميلاد قبل 1957؛ أو

☐ تم الحصول على جرعتين من اللقاح الثلاثي (حدد تاريخ الجرعتين):

رقم 1 ____/____/____؛ (يجب أن تكون بعد العام الأول و1969 أو بعد ذلك)؛

اليوم الشهر العام

رقم 2 ____/____/____ (يجب أن تكون قبل 28 يومًا على الأقل بعد التاريخ الأول - عادة ما تكون عند عمر 4-6 سنوات أو بعد ذلك)

اليوم الشهر العام

☐ زود خدمة Student Health Service (الخدمة الصحية للطلاب) بنسخ من التقارير المعملية الأصلية لمقادير اللقاح الثلاثي التي تثبت المناعة من هذه الأمراض.

فحص السل المطلوب

- لا تقوم بعمل اختبار السل عن طريق الجلد أو الدم قبل الحضور إلى أيوا. يجب إجراء فحص السل في الولايات المتحدة.
- لا تحصل على لقاح السل قبل المجيء إلى جامعة أيوا.
- إذا كان مطلوبًا منك القيام بفحص بأشعة أكس، يجب إجراؤها في الولايات المتحدة في غضون ثلاثة أشهر من بدء الدراسة في جامعة أيوا.
- إذا كنت قد خضعت للعلاج ضد عدوى أو مرض السل، يرجى تقديم نسخة من تقرير العلاج معك باللغة الإنجليزية.

☐ نعم - تاريخ تلقي أحدث لقاح للسل: ____/____/____
اليوم الشهر العام

هل تلقيت من قبل لقاح السل؟ ☐ لا

معلومات حول لقاح التهاب السحائي

الالتهاب السحائي عبارة عن عدوى للسائل المحيط بالمخ والنخاع الشوكي يسببها أحد الفيروسات أو البكتيريا. يمكن للالتهاب السحائي البكتيري أن يكون حادًا، ويمكن أن يسبب ضررًا للأعضاء، وأن يؤدي للوفاة. تتوفر لقاحات يمكن أن تمنع 4 أنواع من الالتهاب السحائي البكتيري من بينها 2 من أكثر 3 أنواع انتشارًا في الولايات المتحدة. لا يمكن للقاحات الالتهاب السحائي أن تمنع كافة أنواع هذا المرض. يوصى بلقاح الالتهاب السحائي للطلاب الجامعي الجديد الذي يسكن في السكن الجامعي وللمراهقين الآخرين الذين يرغبون في تقليل مخاطر الإصابة بعدوى الالتهاب السحائي. يشترط قانون أيوا تقديم هذه المعلومات المتعلقة بالالتهاب السحائي واللقاح الخاص به. كما يطالبنا أيضًا بتجميع بيانات حول لقاح الالتهاب السحائي في الحرم الجامعي.

يرجى توضيح ما إذا كنت قد تلقيت لقاح التهاب السحائي: ☐ نعم ☐ لا

في حالة الإجابة بنعم، وضح (اليوم، الشهر، العام): ____/____/____

يعني توقيعك أنك قرأت هذه المعلومات. (التوقيع)

(التاريخ)

سجل التحصينات للطلاب الدوليين



يرجى عمل مسح ضوئي لكافة النماذج وإرسالها إلى البريد الإلكتروني:

student-health@uiowa.edu

أو الفاكس: 1-319-335-7247

Student Health Service

(الخدمة الصحية للطلاب) بجامعة أيوا

4189 Westlawn South

Iowa City, Iowa 52242

يجب استلام هذا النموذج قبل شهر من التوجيه.

اللقاحات والاختبارات الموصى بها (ولكنها غير مطلوبة) نوصي أن تتلقى اختبارات الفحص/اللقاحات التالية.

* الجذري (الجدري المائي). يمكن تقديم دليل على تلقي اللقاح من خلال:

☐ سلسلة اللقاحات التي تم تلقيها (اليوم، الشهر، العام): رقم 1 / / / رقم 2 / / / ؛ أو

☐ تعرضت للمرض (اليوم، الشهر، العام) / / / أو ☐ لديك مناعة من الأمصال

* التيتانوس، الدفتريا

☐ التيتانوس- الدفتريا (يظل نافذ المفعول خلال 10 سنوات فقط)- (اليوم، الشهر، العام) / / / ؛ أو

☐ الدفتريا، السعال الديكي، التيتانوس (يظل نافذ المفعول خلال 10 سنوات فقط)- (اليوم، الشهر، العام) / / /

* شلل الأطفال - التاريخ (اليوم، الشهر، العام) الذي تم فيه تلقي اللقاح / / /

* التهاب الكبد ب

☐ سلسلة التهاب الكبد ب (اليوم، الشهر، العام) التي تم الحصول عليها: رقم 1 / / / رقم 2 / / / رقم 3

أو / / /

☐ السلسلة المدمجة بين التهاب الكبد أ/ب التي تم الحصول عليها (اليوم، الشهر، العام): رقم 1 / / / رقم 2 / / / رقم 3 / / /

* عيار الأجسام المضادة لالتهاب الكبد ب. (يرجى تقديم نسخة من التقرير المعملية الأصلي). إذا لم تثبت المناعة، يجب الحصول على جرعات تعزيزية حسب البروتوكول.

* سلسلة الورم الحليمي البشري التي تم الحصول عليها (اليوم، الشهر، العام): رقم 1 / / / رقم 2 / / / رقم 3 / / /

* سلسلة التهاب الكبد أ التي تم الحصول عليها (اليوم، الشهر، العام): رقم 1 / / / رقم 2 / / /

* اختبار فحص مرض فقر الدم المنجلي: مرض فقر الدم المنجلي هو أحد الأمراض الوراثية التي تصيب الأشخاص من الأصول الأفريقية أو الشرق أوسطية والتي يمكن اكتشافها من خلال اختبار فحص "فقر الدم المنجلي". ☐ لم أجرب هذا الاختبار؛ ☐ أجريت هذا الاختبار، وكانت النتيجة: ☐ سلبية ☐ إيجابية

التوثيق

حتى يكون هذا النموذج صالحًا، عليك إمضاءه، ووضع طابع عليه، وتاريخه بواسطة طبيب أو مسئول اللقاحات المعتمد.

التاريخ: / /
اليوم الشهر العام

ينبغي على الطبيب أو مسئول اللقاحات المعتمد التوقيع ووضع الطابع/الختم

امسح المستند ضوئيًا وأرسله إلى: student-health@uiowa.edu

أو

أرسله بالفاكس إلى: 1-319-335-7247

يجب استلام هذا النموذج قبل شهر من التوجيه.

تطلب Student Health Service (الخدمة الصحية للطلاب) في جامعة أيوا هذه المعلومات بهدف رعاية المريض.
لا يتاح لأي شخص من خارج Student Health Service (الخدمة الصحية للطلاب) الوصول لهذه المعلومات بدون معرفة المريض والحصول على موافقة كتابية منه.
تتضمن الإجابة عن كافة التساؤلات. في حالة عدم تقديمك هذه المعلومات قد لا تتمكن من تقديم الرعاية الصحية لك.