



PO Box 2000, Charlottetown  
Prince Edward Island  
Canada C1A 7N8

Department of  
Health

الاسم (name) :

الرقم الصحي (health #) :

تاريخ الميلاد (DOB) :

## وباء الانفلونزا

## موافقة وسجل للتحصين

لقد قرأت أو قد أوضح لي معلومات عن لقاح H1N1 وفهمت المخاطر والمنافع والآثار الجانبية. وقد أتيت لي فرصة لطرح الأسئلة / عن مخاوفي وقدمت ردا كافيا. أوافق على اخذ لقاح الإنفلونزا H1N1 التي أعطيت لي أو المعتمد علي في هذا الوقت.

تاريخ

العلاقة

توقيع (الشخص أو الوالد\_المسؤول)

## بيان بشأن معلومة المراقبة

المعلومات الواردة أدناه التي يتم جمعها لأغراض المراقبة فقط . وسوف لا يمكن استخدامها لتحديد هوية الأفراد. موجز الإحصاءات سوف يتم إنتاجها من مجموع المعلومات.

الجنس : ذكر (male)  أنثى (female)

العمر : سنة (years) \_\_\_\_\_

أشهر (إذا كانت أقل من سنة واحدة) (months) \_\_\_\_\_

هل لديك حالة صحية تتطلب القيام بزيارات منتظمة للطبيب؟  
(Do you have a health condition requiring regular visits to doctor?)  
نعم (yes)  لا (no)

هل أنت حامل أو تنظر في أن تصبح حاملا في غضون شهر واحد؟  
(Are you pregnant or considering becoming pregnant within one month?)  
نعم (yes)  لا (no)

هل تعمل في مجال الرعاية الصحية؟  
(Are you a Health Care Worker?)  
نعم (yes)  لا (no)

هل انت من السكان الأصليين؟  
(Do you identify as First Nations?)  
نعم (yes)  لا (no)

## الفحص من قبل ممرضة (Screening by Nurse)

Dose: 1  2

Type: Adjuvanted  Unadjuvanted

هل انت او احد المسؤول عنك مريض او لديك الحمى اليوم؟  
(Are you/your dependent sick or do you have a fever today?)  
نعم (yes)  لا (no)

هل / بك او بالمسؤول عنك أي نوع من الحساسية الخطيرة . بما في ذلك حساسية على البيض؟  
(Do you/your dependent have any serious allergies, including egg, that you know of?)  
نعم (yes)  لا (no)

هل لديك أو المسؤول عنك أي رد فعل شديد لجرعة سابقة من اللقاح؟  
(Have you or your dependent ever had a serious reaction to a previous dose of vaccine?)  
نعم (yes)  لا (no)

هل لديك أوالمسؤول عنك اي عوارض ل Guillain-Barrè (مرض يصيب الجهاز العصبي)  
(Have you or your dependent ever developed Guillain-Barrè Syndrome?)  
نعم (yes)  لا (no)

Lot # \_\_\_\_\_

Vaccine Dosage (IM):

0.5 ml

0.25ml

Injection site: deltoid vastus lateralis

Name of person giving vaccine \_\_\_\_\_

(PRINT)

(SIGNATURE)