



## نموذج طلب موافقة لاعطاء لقاح الوقاية من سرطان عنق الرحم لطالبات المدارس بالصف الثامن

- إسم الطالبة (حسب ما مذكور بجواز السفر).....
- في إطار التحصين ضد الأمراض المعدية والوقاية من السرطان، سيقوم برنامج الصحة المدرسية بوزارة الصحة ووقاية المجتمع بإعطاء لقاح الوقاية من الإصابة بسرطان عنق الرحم ضمن جدول البرنامج الوطني للتحصين كإجراء وقائي مهم بالنسبة لكل طالبة. وسيعطى اللقاح على شكل جرعتين أساسيتين:
- الجرعة الأولى **بالصف الثامن**
- الجرعة الثانية **بعد 6 شهور إلى 12 شهر** من الجرعة الأولى

Grade الصف	Administration route طريقة إعطاء اللقاح	Vaccine اسم التطعيم
الثامن	Injection حقنة	Cervical Cancer Vaccine لقاح سرطان عنق الرحم

- بحالة **عمر الطالبة 15 عام** فما فوق ستحتاج لثلاثة جرعات حيث الجرعة الأولى معرفة ب 0 بجدول مواعيد الجرعات أدناه بالشهور

مواعيد إعطاء ثلاثة جرعات من لقاح سرطان عنق الرحم لمن أعمارهن فوق ال 15 عام	0, 2, 6 شهور
--	--------------

أوافق على إعطاء ابنتي جرعتين التطعيم بحالة عمرها ما دون 15 عام أما بحالة ما فوق ذلك العمر فأوافق على أخذها عدد <b>ثلاثة</b> جرعات من لقاح سرطان عنق الرحم
نعم اوافق <input type="checkbox"/> لا اوافق <input type="checkbox"/>
بحالة لا توافق على إعطاء ابنتك التطعيم <b>ضع علامة (√) على ما يناسب من التالي :</b>
<input type="checkbox"/> لا اوافق فإبنتي قد تم تطعيمها وفق عمرها بعدد الجرعات المطلوبة من اللقاح المشار إليه أعلاه (يرجى إرسال ما يثبت ذلك إلى عيادة المدرسة)
<input type="checkbox"/> لا اوافق لوجود حساسية من الخميرة (يرجى إرسال تقرير طبي معتمد يثبت ذلك إلى عيادة المدرسة)
<input type="checkbox"/> لا اوافق لسبب غير طبي الرجاء ذكره بالتفصيل
.....

\* ملحوظة مهمة:- بحالة إختبار رفض أخذ التطعيم يرجى الحرص على التواصل مع ممرضة المدرسة وتقديم تقرير معتمد يثبت السبب الطبي للرفض حيث يستثنى من التطعيم أي شخص لا تسمح حالته الصحية بأخذ اللقاح وفقاً لما يقرره الطبيب المختص.

إسم ولي الأمر (حسب جواز السفر)	
رقم الهاتف الجوال:	
التوقيع:	
التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)	

بحالة وجود أي إستفسار الرجاء التواصل مع ممرضة المدرسة