

Appendix 7: Measles Campaign Consent Form

<p>Immunization Consent Form اقرار الموافقة على إعطاء تطعيم</p>	<p>Name (الاسم): National ID (رقم الهوية الإماراتية): DOB (تاريخ الميلاد): Sex (الجنس):</p>
<p>Vaccination: MMR</p>	<p>التطعيم: الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية</p>
<p>By signing this consent, I hereby acknowledge that:</p>	<p>من خلال التوقيع على هذه الموافقة، أقر بما يلي:</p>
<ol style="list-style-type: none"> All my questions have been answered to my satisfaction. Why the vaccine is recommended. I understand that the use of this vaccine might cause some side effects, ranging from some common reactions like injection site pain, fatigue, headache, muscle pain, chills, joint pain, fever, injection site swelling, injection site redness, nausea, malaise and lymphadenopathy. Generally, the mild symptoms subside without treatment. If experienced moderate to severe symptoms, then symptomatic treatment under the guidance of doctors is required The vaccine will not prevent infection but minimize the risk of infection. I understand that I understand that signing this form does not waive any of my medical and legal rights. 	<ol style="list-style-type: none"> تمت الإجابة عن كافة أسئلتني بشكل يرضيني. لماذا ينصح بأخذ اللقاح المذكور أعلاه. أدرك أن استخدام هذا اللقاح قد يسبب آثارا جانبية تتراوح بين الآثار الجانبية الشائعة مثل آلام موقع الحقن، والتعب والصداع وآلام العضلات والقشعريرة وآلام المفاصل والحمى وتورم موقع الحقن واحمرار موقع الحقن والغثيان والشعور بالضيق واعتلال العقد اللمفية. عادة ما تزول الأعراض الخفيفة دون الحاجة إلى علاج. يتم إعطاء من يعانون من أعراض متوسطة أو شديدة علاجا تحت إشراف طبي أفهم أن اللقاح لن يمنع العدوى، ولكنه يقلل من خطر العدوى. أفهم أن التوقيع على هذا النموذج لا يلغي أي من حقوقى الطبية والقانونية
<p><u>Please choose if any of the medical conditions apply to your child:</u></p> <p><input type="checkbox"/> My child had a severe allergic reaction after a previous dose of MMR vaccine</p> <p><input type="checkbox"/> My child known to have low immune system</p> <p><input type="checkbox"/> My child is currently sick, please specify the symptoms</p> <p><input type="checkbox"/> My child received recent (within 11 months) a blood product, please specify in the consent form</p> <p><input type="checkbox"/> My child has history of low platelet</p> <p><input type="checkbox"/> My child needs for skin testing for tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> My child has history of seizures</p> <p><input type="checkbox"/> We have family history of seizure</p>	<p><u>الرجاء الاختيار من القائمة التالية ما ينطبق على طفلك:</u></p> <p><input type="checkbox"/> عانى طفلي من رد فعل تحسسي شديد بعد جرعة سابقة من لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية</p> <p><input type="checkbox"/> طفلي تم تشخيصه طبيا بأنه يعاني من ضعف في جهاز المناعة</p> <p><input type="checkbox"/> طفلي مريض حاليًا، يرجى تحديد الأعراض</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> حصل طفلي على منتج دم حديثاً (خلال 11 شهراً)، يرجى تحديد النوعية</p> <p><input type="checkbox"/> طفلي لديه تاريخ من انخفاض الصفائح الدموية</p> <p><input type="checkbox"/> يحتاج طفلي إلى اختبار الجلد لمرض السل</p> <p><input type="checkbox"/> طفلي لديه تاريخ من النوبات</p> <p><input type="checkbox"/> لدينا تاريخ عائلي من النوبات</p>
<p><input type="checkbox"/> Yes, I agree to vaccinate my child.</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم، أو أوافق على تطعيم طفلي.</p>



<p><input type="checkbox"/> If you choose not to vaccinate your child please add the reason:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>* Important note: If you choose not to vaccinate your child, please ensure to communicate with the school nurse and provide the required documentation (medical report in case of medical reason)</p>	<p><input type="checkbox"/> إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى إضافة السبب:</p> <p>.....</p> <p>ملاحظة مهمة: إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى التأكد من التواصل مع ممرضة المدرسة وتقديم الوثائق المطلوبة (تقرير طبي في حالة وجود سبب طبي)</p>
<p>Parent / Guardian Name: _____</p> <p>Relationship: _____ Telephone: _____</p> <p>Parent / Guardian Signature: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p>اسم ولي الأمر / الوصي الشرعي: _____</p> <p>صلة القرابة: _____، رقم الهاتف: _____</p> <p>توقيع ولي / الوصي الشرعي: _____</p> <p>التاريخ: _____</p>