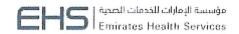




## Appendix 7: Measles Campaign Consent Form Name (الاسم): **Immunization Consent Form** :(رقم الهوبة الإمار اتية) National ID اقرار المو افقة على إعطاء تطعيم :(تارىخ الميلاد) DOB): (الجنس): Sex التطعيم: الحصية والنكاف والحصية الألمانية Vaccination: MMR By signing this consent, I hereby من خلال التوقيع على هذه الموافقة، أقر بما يلى: acknowledge that: 1. All my questions have been answered to 1. تمت الإجابة عن كافة أسئلتي بشكل يرضيني. my satisfaction. 2. لماذا ينصح بأخذ اللقاح المذكور أعلاه. 2. Why the vaccine is recommended. 3. أدرك أن استخدام هذا اللقاح قد يسبب آثارا جانبية تتراوح 3. I understand that the use of this vaccine might cause some side effects, ranging بين الآثار الجانبية الشائعة مثل آلام موقع الحقن، والتعب from some common reactions like والصداع وآلام العضلات والقشعربرة وآلام المفاصل والحمى injection site pain, fatigue, headache, وتورم موقع الحقن واحمرار موقع الحقن والغثيان والشعور muscle pain, chills, joint pain, fever, بالضيق واعتلال العقد اللمفية. عادة ما تزول الأعراض injection site swelling, injection site redness, nausea, malaise and الخفيفة دون الحاجة إلى علاج. يتم إعطاء من يعانون من lymphadenopathy. Generally, the mild أعراض متوسطة أو شديدة علاجا تحت إشراف طبي symptoms subside without treatment. If 4. أفهم أن اللقاح لن يمنع العدوى، ولكنه يقلل من خطر experienced moderate to severe symptoms, then symptomatic treatment العدوي. under the guidance of doctors is required 5. أفهم أن التوقيع على هذا النموذج لا يلغى أي من حقوق 4. The vaccine will not prevent infection but الطبية والقانونية minimize the risk of infection. 5. I understand that I understand that signing this form does not waive any of my medical and legal rights. Please choose if any of the medical الرجاء الاختيار من القائمة التالية ما ينطبق على طفلك: conditions apply to your child: اعانی طفلی من رد فعل تحسسی شدید بعد جرعة سابقة من لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية ☐ My child had a severe allergic reaction after a ؟ طفلي تم تشخيصه طبيا بأنه يعاني من ضعف في جهاز previous dose of MMR vaccine My child known to have low immune system My child is currently sick, please specify the 🛭 طفلي مربض حاليًا، يرجى تحديد الأعراض symptoms My child received recent (within 11 months) a blood product, please specify in the consent منتج دم حديثاً (خلال 11 شهرًا) ، يرجى تحديد ∥a blood product, please specify in the consent النوعية My child has history of low platelet □ طفلي لديه تاريخ من انخفاض الصفائح الدموية My child needs for skin testing for tuberculosis □ يحتاج طفلي إلى اختبار الجلد لمرض السل ☐ My child has history of seizures □ طفلي لديه تاريخ من النوبات We have family history of seizure □ لدينا تاريخ عائلي من النوبات ☐ Yes, I agree to vaccinate my child. □ نعم، أو افق على تطعيم طفلى.





☐ If you choose not to vaccinate your child please add	🗖 إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى إضافة السبب:
the reason:	
	ملاحظة مهمة: إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى التأكد من
	التواصل مع ممرضة المدرسة وتقديم الوثائق المطلوبة (تقربر طبي في
	حالة وجود سبب طبي)
* 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)	
Parent / Guardian Name:	اسم ولي الأمر / الوصي الشرعي:
Relationship:Telephone:	صِلة القرابة:، رقم الهاتف:
Parent / Guardian Signature:	توقيع ولي / الوصي الشرعي:
Date:	التاريخ: