


تحصين المراهقين ضد الخانوق (الدفتريرا) والكزاز والسعال الديكي - برنامج التحصين المدرسي لتلاميذ السنة الدراسية ٢٠١٠ :

معلومات هامة:

- سوف تقوم البلدية قريباً بزيارة مدرستكم من أجل برنامج التحصين المدرسي لتلاميذ السنة الدراسية ٢٠١٠ ضد الخانوق والكزاز والسعال الديكي.
- من الأهمية بمكان إعادة كافة البطاقات إلى المدرسة (حتى إذا كان ابنكم/ابنتكم لن يتلقى التطعيم) لأن ذلك سيساعد في مراقبة الوقاية ضد الخانوق والكزاز والسعال الديكي في فيكتوريا.
- إذا كانت لديكم أية أسئلة أو معلومات طبية يمكن أن تساعد البلدية الرجاء الاتصال ببلديتكم أو تدوينها في استمارة الموافقة.
- الرجاء قراءة المعلومات المرفقة قبل تكملة بطاقة الموافقة.

Arabic

المرفقة كيفية تكملة بطاقة الموافقة بعد قراءة المعلومات

 **Immunisation Consent Card**
Recommended Vaccine for
Year 10 Secondary School Students

Print this card and complete the consent form and accompanying list sheet below
using the information provided.

Surname: CITZEN	First Name: MARY
Address: 20 BLOCKS STREET	Postcode: 3000
MELBOURNE	State: Victoria
Date of Birth: 2 / 2 / 1987	Sex: Female
Telephone: 9876 5432	Mobile: 9876 5432
School: BLOCK HIGH SCHOOL	Level: 10B

Print this card and complete the consent form and accompanying list sheet below using the information provided.

Parent/Guardian please tick the appropriate box to indicate your consent to your child being immunised.

I have read and understood the attached information and wish to have the above vaccine for my child.

Yes: Routine (Adolescent Diphtheria, Tetanus and Pertussis)
Agent of Parent or Guardian (please print): _____ Date: / /

Signature: _____ Date: / /

See the back of this card if the vaccine is not to be given.


Do not write on this card. It is a record of consent. It is not to be returned to the immunisation provider.

لكتابة التلاميذ
الرجاء تدوين تفاصيل
ابنكم/ابنتكم.

بعد ذلك
تكملة هذا القسم إذا كنتم
تريدون أن يتم تحصين
ابنكم/ابنتكم.

أو

تكملة هذا القسم إذا كان
ابنكم/ابنتكم قد تلقى مسبقاً
لقاح الخانوق والكزاز
والسعال الديكي للمراهقين
وليس بحاجة إلى التطعيم.
تكملة هذا القسم إذا كنتم لا
تريدون أن يتم تحصين
ابنكم/ابنتكم.

 **Immunisation Consent Card**
Recommended Vaccine for
Year 10 Secondary School Students

Print this card and complete the consent form and accompanying list sheet below
using the information provided.

Surname: CITZEN	First Name: MARY
Address: 20 BLOCKS STREET	Postcode: 3000
MELBOURNE	State: Victoria
Date of Birth: 2 / 2 / 1987	Sex: Female
Telephone: 9876 5432	Mobile: 9876 5432
School: BLOCK HIGH SCHOOL	Level: 10B

Print this card and complete the consent form and accompanying list sheet below using the information provided.

Parent/Guardian please tick the appropriate box to indicate your consent to your child being immunised.

I have read and understood the attached information and wish to have the above vaccine for my child.

Yes: Routine (Adolescent Diphtheria, Tetanus and Pertussis)
Agent of Parent or Guardian (please print): _____ Date: / /

Signature: _____ Date: / /

See the back of this card if the vaccine is not to be given.

Do not write on this card. It is a record of consent. It is not to be returned to the immunisation provider.

←

←



No:

My child has already had the vaccine (please sign and write the date when administered) and therefore does not need the vaccine.

Booster (Adolescent Diphtheria, Tetanus and Pertussis)

Date: / /

Signature:

OR

No:

No, after reading the information provided, I do not wish to have my child immunised with the vaccine at this time.

Signature:

Date: / /

Pre-Immunisation Checklist

Before you have your child immunised, check this list.
If any of the situations apply to your child, tell your doctor or nurse before immunisation in case the vaccine needs to be deferred:

- Is unwell on the day of immunisation.
 - Has had severe reactions to any vaccine.
 - Has had a tetanus containing vaccine in the last 5 years.
- People who are receiving immunisation should remain at the place of immunisation for a period of 15 minutes.
If you require further advice or information, please contact your local government health department or doctor.

Immunisation Consent Card Recommended Vaccine for Year 10 Secondary School Students

Please read both sides of the consent form and accompanying fact sheet before completing and signing.

Surname:	First Name:		
Address:			
Date of Birth:	/ /	Sex:	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
Telephone: (BH) Class Level:	(AH)		
School:			

Parent/Guardian, please tick and sign for the vaccine you agree to your child having.

I have read and understood the attached information and wish to have the above named child vaccinated.

Yes: Boostrix (Adolescent Diphtheria, Tetanus and Pertussis)

Name of Parent or Guardian (please print):

Signature:

Date: / /

See the back of this card if the vaccine is not to be given.

The information you provide on this consent card is for the sole purpose of monitoring immunisation programs by the State and Australian Governments. The data will be kept confidential and identifying information will not be disclosed for any other purpose. You can access your information by contacting your immunisation provider.

لقاح الخانوق والكزاز والسعال الديكي للمراهقين

الديكي للمراهقين

يحتوي لقاح الخانوق والكزاز والسعال الديكي للمراهقين على كميات صغيرة من زيفان الخانوق والكزاز تم تعديلها لجعلها غير مؤذية، وأجزاء صغيرة من مكونات السعال الديكي تمت تنقيتها، وكمية صغيرة من ملح الألومنيوم، ومادة حافظة.

إن الجرعة الداعمة من اللقاح تكون منخفضة التركيز وعلى الأخص بالنسبة لمكونات الخانوق والسعال الديكي، وتتم تنقية مكونات السعال الديكي بشكل يفوق بكثير اللقاح الثلاثي السابق وتبعاً لذلك يقل إلى حد كبير حدوث ردود فعل موضعية في موقع الحقن والحصى وردود الفعل الأخرى. هذا اللقاح آمن ويتحمسه المراهقون والكبار بشكل جيد.

التأثيرات الجانبية المحتملة للقاح الخانوق والكزاز والسعال الديكي للمراهقين

إن أغلب ردود الفعل خفيفة وتزول بسرعة، وردود الفعل التالية غير شائعة ولكن إذا حدثت فسوف يكون ذلك بعد فترة وجيزة من التطعيم:

- حمى خفيفة (أقل من 39 درجة)
- ألم واحمرار وتورم في منطقة إعطاء الحقنة.
- الشعور بالاعلال.

إذا حدثت ردود الفعل الخفيفة هذه

تحصين المراهقين ضد الخانوق (الديفتريا) والكزاز والسعال الديكي

ضد هذا المرض أو الذين لم يتلقوا جرعات داعمة من اللقاح.

السعال الديكي

السعال الديكي مرض شديد العدوى يؤثر على الجهاز الهوائية والتنفس ويؤدي إلى نوبات سعال حادة ويلهث الطفل أثناء الشهيق بين هذه النوبات، ويتبع نوبات السعال عادة التقبؤ ويمكن أن يستمر السعال لعدة أشهر.

وتشدد خطورة السعال الديكي عند الأطفال دون سن ١٢ شهراً ويتطلب في أغلب الأحيان إدخالهم إلى المستشفى. ويمكن أن يؤدي السعال الديكي إلى حدوث مضاعفات كالنزف، والتشنج، وذات الرئة، والسبات (الغيبوبة)، والتهاب الدماغ، وتلف الدماغ الدائم، وتلف في الرئة طويل الأمد. ويصوت واحد من كل ٢٠٠ طفل دون سن ٦ أشهر من العمر يصابون بهذا المرض.

يمكن الإصابة بالسعال الديكي عن طريق سعال وعطس شخص مصاب به.

إن الرقاية ضد السعال الديكي التي توفرها كل من الإصابة المسبقة بالمرض واللقاح تنخفض على مر الزمن وتبعاً لذلك ينصح بإعطاء جرعة داعمة من لقاح السعال الديكي للمراهقين في السنة الدراسية ١٠ (أعمار ١٥ - ١٧ سنة) لتخفيض حدوث انتشار السعال الديكي ضمن المجتمع.

الخانوق (الديفتريا) ينجم الخانوق عن بكتيريا توجد في الفم والحلق والأنف. ويسبب الخانوق نمو غشاء حول داخل الحلق يمكن أن يؤدي إلى صعوبة في البلع والتنفس وحتى إلى الاختناق.

وتنتج البكتيريا سمّاً يمكن أن ينتشر في الجسم مؤدياً إلى حدوث مضاعفات خطيرة مثل النشل وقصور القلب. ويموت حوالي ١٠٪ تقريباً من الأشخاص الذين يصابون بالخانوق.

يمكن الإصابة بالخانوق عن طريق سعال وعطس شخص مصاب به.

الكزاز

ينجم الكزاز عن بكتيريا موجودة في الأتربة والغبار والسماد الطبيعي، وتستطيع هذه البكتيريا الدخول إلى الجسم عن طريق الجروح حتى ولو كانت صغيرة صغر وخز الديوس. لا ينتقل الكزاز من شخص إلى آخر.

الكزاز مرض مميت في أغلب الأحيان وهو يهاجم الجهاز العصبي ويسبب تشنجات عضلية يشعر بها المصاب في عضلات رقبته ولكنه في بادئ الأمر، ويمكن أن يؤدي إلى صعوبات في التنفس وتشنجات مؤلمة ونظم قلبية غير منتظمة.

ونتيجة للتحصين الفعال فإن الكزاز نادر الآن في أستراليا ولكن ما زال يصيب البالغين الذين لم يسبق لهم أن تحصنوا