

P.O.BOX : 3442, Tel : 7436600, Fax: 7436650, Ajman, UAE



www.alameerschool.com



mail@alameerschool.com

CD. NO. 026/23

Date : 20/05/2023

## **MMR VACCINATION CAMPAIGN**

Dear Parent,

This is to inform you that as per the directions from Ministry of Health, MMR vaccination campaign for KG1 to Grade 4 students will be conducted in the upcoming weeks. The students those who receive Zero dose of MMR will receive two doses of vaccine and those who already received first dose of MMR will receive the second dose of vaccine.

Consent form of Vaccination for Grade 1 already contain MMR vaccine, so any student in Grade 1 eligible for MMR will receive the vaccine as we already got the signed consent. Other Grades (KG1, KG2, Grade 2, 3, 4) kindly use the attached consent form.

Vaccine will be administered only for those who submit the agreed and signed consent form. Kindly attach a copy of your ward's vaccination card along with the consent form.

Thanking you,  
Yours sincerely,



**Dr. S. J. JACOB**  
**(PRINCIPAL)**

*Follow us!*



<https://www.facebook.com/alameerenglishschool/>



<https://instagram.com/alameerenglishschool/>



<https://www.youtube.com/channel/UCry3yL5bxIALyhSajfmrA3g>



# الحصبة Measles

## Why should my child get the MMR shot?

- Protects your child from measles, mumps & rubella
- Protects your child from getting an uncomfortable rash and high fever from measles.
- Keeps your child from missing school or child care and you from missing work.

## Measles can be dangerous, for some children, measles can lead to:

- Pneumonia (a serious lung infection)
- Lifelong brain damage
- Deafness
- Death

**Most children don't have any side effects from the vaccine.** The side effects that do occur are **usually mild** and may include: Soreness, redness, or swelling where the shot was given, Fever, Mild rash, Temporary pain and stiffness in the joints

More serious side effects are rare. These may include high fever that could cause a seizure.

The measles **shot is very safe and is effective at preventing measles**. Vaccines, like any medicine, can have side effects. These are usually mild and go away on their own.

**There is no link between the MMR shot and autism.** Scientists have carefully studied the MMR shot. None has found a link between autism and the MMR shot.

**Almost everyone who has not had the MMR shot will get measles if they are exposed to the measles virus**

# Measles

# الحصبة

لا يعاني معظم الأطفال من أي آثار جانبية

من اللقاح. الآثار الجانبية التي تحدث عادة

ما تكون خفيفة ويمكن أن تشمل: وجع،

احمرار، أو تورم في مكان إعطاء الحقنة،

وحى، وطفح جلدي خفيف، وألم مؤقت

وتيبس في المفاصل

نادرا ما تحصل الآثار الجانبية الأكثر

خطورة. والتي قد تشمل: الحى الشديدة

التي يمكن أن تسبب نشنج حراري

يمكن أن تكون الحصبة خطيرة،

بالنسبة لبعض الأطفال، حيث أنها

يمكن أن تؤدي إلى:

• الالتهاب الرئوي (التهاب رئوي خطير)

• تلف الدماغ مدى الحياة

• الصمم

• الموت

لماذا يجب أن يحصل طفلي على تطعيم

الحصبة؟

• يحمي طفلك من الحصبة والنكاف

والحصبة الألمانية

• يحمي طفلك من الإصابة بطفح جلدي

مزعج وارتفاع درجة الحرارة من الحصبة.

• يحمي طفلك من التغيب عن المدرسة أو

رعاية الطفل ويحفظك من التغيب عن

العمل.

تطعيم الحصبة آمن جداً وفعال في الوقاية من الحصبة. يمكن أن تكون للقاحات، مثل أي دواء، آثار جانبية. هذه عادة ما تكون خفيفة وتختفي من

تلقاء نفسها.

لا يوجد ارتباط بين تطعيم الحصبة مرض والتوحد. لقد درس العلماء بعناية هذا التطعيم و لم يجدوا أي صلة بين التوحد ولقاح الحصبة

في حال التعرض لفيروس الحصبة ستكون احتمالية الإصابة بالمرض عالية جداً في حال لم يأخذ الشخص الجرعات اللازمة من التطعيم

<p><b>IMMUNIZATION CONSENT FORM</b></p> <p>إقرار الموافقة على إعطاء تطعيم</p>	<p>Name/ الاسم:</p> <p>MRN/National ID/ رقم الهوية الإماراتية:</p> <p>DOB/ تاريخ الميلاد:</p> <p>Sex/ الجنس:</p>
<p><b>Vaccination: MMR</b></p>	<p><b>التطعيم: الحصبة و النكاف و الحصبة الألمانية</b></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"> <li>1. All my questions have been answered to my satisfaction.</li> <li>2. Why the vaccine is recommended.</li> <li>3. 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</li> <li>4. The vaccine will not prevent infection but minimize the risk of infection.</li> <li>5. I understand that I understand that signing this form does not waive any of my medical and legal rights.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. تمت الإجابة عن كافة أسئلتني بشكل يرضيني.</li> <li>2. لماذا ينصح بأخذ اللقاح المذكور أعلاه.</li> <li>3. أدرك أن استخدام هذا اللقاح قد يسبب آثاراً 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 علاجاً تحت إشراف طبي</li> <li>4.</li> <li>5. أفهم أن اللقاح لن يمنع العدوى ولكنه يقلل من خطر العدوى.</li> <li>6. أفهم أن التوقيع على هذا النموذج لا يلغي أي من حقوقني الطبية والقانونية</li> </ol>
<p><b><u>Please choose if any of the medical conditions apply to your child:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> My child had a severe allergic reaction after a previous dose of MMR vaccine</li> <li><input type="checkbox"/> My child known to have low immune system</li> <li><input type="checkbox"/> My child is currently sick, please specify the symptoms</li> <li><input type="checkbox"/> My child received recent (within 11 months) a blood product, please specify in the consent form</li> <li><input type="checkbox"/> My child has history of low platelet</li> <li><input type="checkbox"/> My child needs for skin testing for tuberculosis</li> <li><input type="checkbox"/> My child has history of seizures</li> <li><input type="checkbox"/> We have family history of seizure</li> </ul>	<p><b><u>الرجاء الاختيار من القائمة التالية ما ينطبق على طفلك:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> عانى طفلي من رد فعل تحسسي شديد بعد جرعة سابقة من لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية</li> <li><input type="checkbox"/> طفلي تم تشخيصه طبياً بأنه يعاني من ضعف في جهاز المناعة</li> <li><input type="checkbox"/> طفلي مريض حالياً، يرجى تحديد الأعراض</li> <li>.....</li> <li><input type="checkbox"/> حصل طفلي على منتج دم حديثاً (خلال 11 شهراً)، يرجى تحديد النوعية</li> <li>.....</li> <li><input type="checkbox"/> طفلي لديه تاريخ من انخفاض الصفائح الدموية</li> <li><input type="checkbox"/> يحتاج طفلي إلى اختبار الجلد لمرض السل</li> <li><input type="checkbox"/> طفلي لديه تاريخ من النوبات</li> <li><input type="checkbox"/> لدينا تاريخ عائلي من النوبات</li> </ul>
<p><input type="checkbox"/> Yes, I agree to vaccinate my child.</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم، أوافق على تطعيم طفلي.</p>

☐ If you choose not to vaccinate your child please add the reason:

.....  
.....  
.....

\* **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)

☐ إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى إضافة السبب:

.....  
.....  
.....

**ملاحظة مهمة:** إذا اخترت عدم تطعيم طفلك، فيرجى التأكد من التواصل مع ممرضة المدرسة وتقديم الوثائق المطلوبة (تقرير طبي في حالة وجود سبب طبي).

**Client/ Parents/ Next of Kin Name:**

اسم متلقي التطعيم/ ولي الأمر:

**Relationship:**

صلة القرابة:

**Reason for signing on behalf of client:**

السبب في التوقيع نيابة عن متلقي التطعيم:

**Mobile Number:**

رقم الهاتف:

**Alternate Phone Number:**

رقم الهاتف البديل:

**Signature:**

التوقيع:

**Date:**

التاريخ: