



إستبيان ما قبل جرعة التطعيم Pre-vaccination Questionnaire

Student Name:	اسم الطالب/ة:
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Date of birth:	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى تاريخ الميلاد:
School Name :.....Class/section:.....	المدرسة:.....الصف/ الشعبة
Telephone No.: Mobile Home	رقم الهاتف: موبايل منزل:

للتأكد من إعطاء التطعيم بشكل آمن، يقوم ممرض /ة المدرسة بطلب معلومات عن ابنك / ابنتك ، يرجى تعبئة هذا النموذج قبل إعطاء التطعيم.
سيتم توزيع استبيان التطعيم في بداية العام الدراسي . يرجى إبلاغ ممرض/ة المدرسة عن أي تغيير في صحة الطالب/ة خلال العام الدراسي الحالي للطالب/ة مما قد يؤثر على إعطاء جرعة التطعيم .

To administer the vaccine safely to your child, the school nurse would some information about your son / daughter .
Kindly fill this form before we give the vaccination to your child. We will distribute this form at the beginning of the academic year .Please inform the school nurse about any changes in your child's health during this academic year/ which might affect giving your child the vaccination dose.

الرقم No.	البند Article / Item	نعم Yes	لا No
1.	هل لدى الطالب/ة حساسية من أي نوع من الأدوية ، الأطعمة، التطعيم او حساسية من أي شيء اخر؟ اذكرها Has the student ever experienced any drugs sensitivity, food allergy, reaction to vaccines, or any other sensitivity? Please mention it if any.....		
2.	هل تعرض الطالب/ة سابقا لأي حساسية او مضاعفات بعد التطعيم؟ اذا كانت الاجابة نعم يرجى ذكر المضاعفات Has the student ever Experienced any sensitivity, or complications post vaccination? If the answer is yes please mention such complications.....		
3.	هل تعرض الطالب/ة لتشنجات أو مشاكل في الدماغ (الجهاز العصبي) Has the student ever suffered from any convulsions or any brain problems (neurological diseases)?		
4.	هل يعاني الطالب/ة او احد افراد العائلة من اي حالة قد تضعف الجهاز المناعي للطالب مثل سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية، زراعة الاعضاء، الخ؟ Does the student or any family member suffer from any health conditions that depress the immunity like leukemia, lymphoma, organ transplantation ,etc.		
5.	هل تناول الطالب/ة أي دواء يحتوي على الكورتيزون، أدوية السرطان أوالعلاج الكيماوي في الثلاث شهور السابقة؟ Did the student receive any medications containing steroids, cancer medications, or chemotherapy within the last three months?		

6.	هل تعرض الطالب/ الطالبة لنقل دم او اجسام مضادة او بلازما خلال العام السابق ؟ اذا كانت الاجابة نعم اذكر التاريخ Did the students receive any blood transfusion or antibodies or plasma within the last year? If yes please mention the date:		
7.	هل يعاني الطالب/ الطالبة من اية أمراض او اي ادوية لمنع تجلط الدم؟ وضح Does the student suffer from any disease or receive any medications that affect coagulation? Please explain:		
8.	هل تم اعطاء الطالب/ ة اي تطعيمات خلال الشهر السابق؟ اذا كانت الاجابة نعم اذكر اسم التطعيم وتاريخه : Did the student receive any vaccination during the last month? If yes please mention the name & the date of the vaccine received		

Do you want to inform us about any other thing:	ملاحظات هامة تود ذكرها :
--	---

Notes: <ul style="list-style-type: none"> • Please send a preschool vaccination card copy to the school nurse. • Please send a copy of any medical report related to the student's health which might affect the vaccination. • Please inform the school nurse or the school administration about any changes in the child's health that might affect the next vaccination dose. 	ملاحظات: <ul style="list-style-type: none"> • يرجى ارسال صورة عن بطاقة التطعيم (ما قبل دخول المدرسة) • يرجى ارسال صورة عن أي تقارير طبية تتعلق بالطالب/ الطالبة وتتعارض مع التطعيم المقرر اعطاؤه. • يرجى ابلاغ ممرض/ة المدرسة بأية تغيرات على ما ذكر أعلاه قد تطرأ على صحة ابنكم/ابنتكم بين جرعات التطعيم.
--	--

Parent's name:	اسم ولي الامر:
Parent's Signature:	توقيع ولي الأمر:
Date:	التاريخ:

For any inquiry: please communicate with the school nurse

للاستفسار: يرجى التواصل مع ممرض/ ممرضة المدرسة