



MINISTERO  
DELL'INTERNO

## بطاقة التاريخ الطبي ما قبل اللقاح

تاريخ التطعيم أنا الموقع أدناه (الاسم واللقب) _____		
المولودة/ بتاريخ _____		
أنوي إخضاع نفسي/إخضاع ابني/ابنتي (اللقب والاسم)/إخضاع الشخص الموضوع تحت وصايتي (اللقب والاسم)		
لمولودة/ بتاريخ _____		
إلى التطعيمات أو سلسلة التطعيمات التالية:		
<input type="checkbox"/> تعلن أن ابنك / ابنتك <input type="checkbox"/> يعلن		
<input type="checkbox"/> تعلن أن الشخص موضوع تحت وصايتي		
لا	نعم	1. أن يكون مصاباً بأمراض حموية أو معدية حالية
لا	نعم	2. أن تكون مصاباً بأمراض عصبية (مثل تاريخ الإصابة بالتشنجات أو الصرع أو الاضطرابات العصبية) إذا كانت الإجابة بنعم، مثل:
لا	نعم	3. أن يكون لديك أمراض عصبية سابقة بعد التطعيمات في الماضي (متلازمة غيلان باريه، التهاب العصب العضدي) نعم إذا كان الأمر كذلك، ما هو رد الفعل وعلى أي لقاح:
لا	نعم	4. أن تكون متأثراً بأمراض الجهاز المناعي (نقص المناعة، زرع الأعضاء)، نعم إذا كان الأمر كذلك:
لا	نعم	5. أن يكون قد تلقى عمليات نقل دم و/أو قمت بإعطاء جلوبيولين مناعي خلال الـ 11 شهراً الماضية
لا	نعم	6. الحساسية تجاه الأدوية والمواد الكيميائية وبروتينات البيض والهلأ الحيواني إذا كان الجواب نعم، على أي منها وما هو رد الفعل:
لا	نعم	7. أن تكون قد أصيبت بردود فعل تحسسية سابقة بعد قيامك باللقاحات. إذا كانت الإجابة بنعم، أي لقاح هو و ما رد الفعل
لا	نعم	8. لقد كنت أعاني من نقص الصفائح (انخفاض عدد الصفائح الدموية) بعد التطعيمات في الماضي إذا كانت الإجابة بنعم، حدد أي لقاح
لا	نعم	9. تناول أو تناولت علاجات مثبطة للمناعة في العام الماضي: على سبيل المثال. الكورتيكوزون، العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي، الأدوية البيولوجية إذا كانت الإجابة بنعم، حدد أي منها ومتى:
لا	نعم	10. الحمل (للنساء في سن الإنجاب) إذا كانت الإجابة بنعم، حدد أي أسبوع الحمل:
لا	نعم	11. أن تكون مصابة/بأمراض خطيرة إذا كان الأمر كذلك، ماهي تل كالأعراض:
لا	نعم	12. أنك قد تلقيت التطعيمات في الشهر الماضي، إذا كان الأمر كذلك ماهي :
أقر أنني قمت بالإبلاغ بشكل صحيح عن حالتي الصحية / عن الحالة الصحية لابني / ابنتي / عن الحالة الصحية للشخص الموضوع تحت رعايتي.		
التوقيع الواضح للطرف المعني/صاحب السلطة الأبوية/الوصي		