

COVID-19

## الحصول على اللقاح المضاد لكوفيد-19

(هذه الوثيقة مُخصّصة لأطباء وممرضات المدارس)

سيدي العزيز/سيديتي العزيزة/أعزائي الوالدين،

سوف يقدم مركزنا/إدارتنا لقاحات مجانية مضادة لفيروس SARS-CoV-2 (كوفيد-19) للتلاميذ الذين تزيد أعمارهم عن 12 عامًا. يتطلب الحصول على اللقاح بشكل كامل الحصول على جرعتين: جرعة أولى، وتليها جرعة ثانية بعد 3 أسابيع. سوف تكون هذه الخدمة لإعطاء اللقاحات متاحة خلال الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي، ولكن فقط بموافقة الوالدين (من خلال توقيع استمارة الموافقة).

ويمكنك الحضور وقت إعطاء طفلك جرعة اللقاح الخاصة به للحصول على جرعة اللقاح الخاصة بك، إذا كنت ترغب في ذلك.

### يوفر اللقاح الحماية من مرض كوفيد-19:

كوفيد-19 هو مرض معدٍ يُصيب الناس بأشكال مختلفة فيما يتعلق بشدة المرض.

حيث يمكن أن تتفاوت العلامات الجسدية من الغياب التام للأعراض إلى وجود أعراض متوسطة (أعراض شبيهة بأعراض الإصابة بالإنفلونزا، صعوبة التنفس، مشاكل في الجهاز الهضمي، إلخ). ويصاب بعض الأشخاص بفشل تنفسي حاد يتطلب إدخالهم إلى المستشفى أو حتى تلقي العلاج في وحدة العناية المركزة.

### إعطاء اللقاح:

سوف يتم حقن طفلك بجرعة اللقاح في أعلى ذراعه.

### الآثار الجانبية بعد الحصول على اللقاح:

الآثار الجانبية الأكثر شيوعًا لدى المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و15 عامًا هي الشعور بالألم في موضع الحقن (< 90%)، والشعور بالتعب والصداع (< 70%)، والشعور بالألم في العضلات وقشعريرة (< 40%)، وآلام المفاصل والحمى (< 20%).

لمزيد من المعلومات حول الإبلاغ عن الآثار الجانبية في بلجيكا، يُرجى زيارة موقع الوكالة الفيدرالية للأدوية والمنتجات الصحية (AFMPS) - <https://www.afmps.be/fr>.

### من الذي يمكنه إعطاء اللقاح لطفلك؟

يمكن للفريق الطبي للمدرسة إعطاء اللقاح لطفلك مجانًا. ويمكن أيضًا إعطاء اللقاح لطفلك في مركز إعطاء اللقاحات في منطقتك.

### الموافقة على الحصول على اللقاح

يُرجى إخبارنا برغباتك في الصفحة التالية.

لمزيد من المعلومات حول الحصول على لقاح كوفيد-19، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني [www.jemevaccine.be](http://www.jemevaccine.be)

استمارة الموافقة المطلوب ملؤها

COVID-19

## استمارة الموافقة على الحصول على اللقاح

(هذه الوثيقة مُخصَّصة لأطباء وممرضات المدارس)

الاسم العائلي والاسم الشخصي للتلميذ .....

تاريخ الميلاد: ..... / ..... / .....

المدرسة: .....

الفصل: .....

يُرجى لصق مُلصق التأمين الصحي

اسم طفلك أو اكتب رقمه الوطني البلجيكي: .....

## يُرجى اختيار الخانة المناسبة

لقد حصل طفلي بالفعل على جرعة أو جرعتين من لقاح كوفيد-19.

يُرجى كتابة التاريخ أو تقديم نسخة من بطاقة الحصول على اللقاح.

تم الحصول على الجرعة الأولى بتاريخ ..... / ..... / ..... تم الحصول على الجرعة الثانية بتاريخ ..... / ..... / .....

اسم اللقاح: .....

أرغب في أن يقوم الفريق الطبي للمدرسة بإعطاء اللقاح المضاد لكوفيد-19 لطفلي مجانًا.

أرغب في أن يتم إعطاء اللقاح لطفلي في مركز إعطاء اللقاحات في منطقتي.

لا أرغب حاليًا في إعطاء اللقاح لطفلي للأسباب التالية: .....

## لمساعدتنا في تقديم خدمات ذات جودة عالية، يُرجى الإجابة عن هذه الأسئلة:

- هل أصيب طفلك من قبل برد فعل تحسسي شديد تجاه أي لقاح حصل عليه (على سبيل المثال، تورم الفم أو الحلق أو صعوبة في التنفس أو مشكلة في القلب)؟  نعم  لا
- هل يعاني طفلك حاليًا أو عانى طفلك في السابق من مرض يُقلل من عدد الصفائح الدموية (اضطراب في تخثر الدم)؟  نعم  لا
- هل حصل طفلك على أي لقاح خلال الأسابيع الأربعة الماضية أو من المقرر أن يحصل على أي لقاح في المستقبل القريب؟  نعم  لا
- إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو اسم هذا اللقاح ومتى حصل عليه أو متى سوف يحصل عليه؟

رقم هاتف أحد الوالدين: .....

التاريخ: ..... / ..... / .....

توقيع (توقيعات) أحد الوالدين أو كلاهما:

أنا (الوالد) أرغب في الحصول على اللقاح أيضًا في نفس وقت حصول طفلي على اللقاح.