



بيان بالموافقة على التطعيم ضد مرض أنفلونزا الخنازير المعروف باسم (اتش1 ان 1)

الرجاء ملئ هذه الاستمارة بخط واضح!

اسم العائلة: .....الإسم:.....  
تاريخ الميلاد: .....  
الشارع: .....  
الرمز البريدي: .....المدينة.....  
رقم شركة التأمين (بطاقة التأمين): .....رقم التأمين (بطاقة التأمين):.....

أقر بتوقيعي هذا بأنني أعمل في مؤسسة الصحة أو مؤسسة الرعاية، وأعمل كذلك في خدمة الإنقاذ أو لدى هيئة المطافئ أو لدى مؤسسة الشرطة.

أقر بتوقيعي هذا بأنني أعاني من مرض، ولهذا السبب أفضل إمكانية التطعيم.

ليس لي أي انتماء أو تبعية لأي من تلك المجموعتين السابقتين.

لا ~	نعم ~	لقد قرأت هذا البيان الموضح لهذا الموقف وفهمته
لا ~	نعم ~	أرغب في استشارة طبية
لا ~	نعم ~	مصاب بحمى (درجة حرارة الجسم تزيد على 38 درجة مئوية)
لا ~	نعم ~	أصبت ذات مرة بعد التطعيم بمرض الحساسية
لا ~	نعم ~	لدي حساسية مفرطة بسبب بياض البيض وزلاله
لا ~	نعم ~	أتناول أدوية ضد تجلط الدم
لا ~	نعم ~	أنا حامل
لا ~	نعم ~	فقط للأطفال مادون الـ 10 سنوات
التطعيم الأول~		
التطعيم الثاني~		

ليس لدي أي أسئلة أخرى وأرغب في التطعيم

التاريخ والتوقيع .....

وثيقة التطعيم (تُملئ من مركز التطعيم)

مادة التطعيم:

1. الجرعة ~ التاريخ .....رقم المنتج

2. الجرعة ~ التاريخ .....رقم المنتج

عنوان مركز التطعيم (الخاتم)

اسم وتوقيع الطبيب

(نسخة أصلية للشخص الذي تناول التطعيم، وصورة لمركز التطعيم)