



معلومات عن لقاح وباء أنفلونزا (H1N1) ٢٠٠٩

هام

- ☑ الرجاء قراءة كل المعلومات الواردة على جانبي هذه الإستمارة
 - ☑ يجب تعبئة الأقسام الخضراء البارزة فقط
- سيقوم المسؤول عن التلقيح بنزع القسيمة أسفل الصفحة الثانية ويعطيك إيها إثباتاً لحصولك على اللقاح. يجب عليك الإحتفاظ بقسيمة التلقيح في مكان آمن - إنها سجلك الشخصي للقاح الذي حصلت عليه.

**** يجب عدم إعطاء هذا اللقاح لمن يُعرف بحساسيته الشديدة للبيض ****

لقاح وباء أنفلونزا (H1N1) ٢٠٠٩

إن وباء إنفلونزا ٢٠٠٩ (H1N1)، هو نوع جديد من فيروسات الإنفلونزا. وفي معظم الحالات يكون المرض معتدلاً، لكن قد تُسبب هذه الإنفلونزا تعقيدات صحية خطيرة أو حتى الموت عند البعض. ويهدف برنامج التلقيح إلى وقاية الناس من الإصابة والحد من إنتشار فيروس الإنفلونزا في المجتمع إضافة إلى الوقاية ضد الموجات المستقبلية من هذا الفيروس.

إن لقاح 'Panvax® H1N1' الذي ستحصل عليه قد صُنِعَ باستعمال نفس الإجراءات التي تستعملتها شركة CSL الدوائية لإنتاج لقاحات الإنفلونزا الموسمية في أستراليا على مدى ٤٠ سنة مضت.

ويأتي هذا اللقاح في قناني متعددة الجرعات (أو في حُقنة مُسبقة التعبئة للأطفال) بدلاً من الحقن الإفرادية مُسبقة التعبئة التي تُستعمل عادة كلقاحات ضد الإنفلونزا الموسمية. ورغم توضع جرعات متعددة من اللقاح ضمن قنينة واحدة إلا أنه يتم استعمال حقنة وإبرة جديدتان لكل شخص. وقد يكون ضرورياً للأطفال دون العاشرة من العمر أخذ جرعة ثانية من اللقاح، لكن ذلك ليس ضرورياً للكبار أو للأطفال الذين بلغوا أو تجاوزوا العاشرة من العمر. وحرصاً على سلامة اللقاح والحفاظ عليه مُعقماً، تحتوي قنينة الجرعات المُعدّدة على كمية قليلة جداً من مادة حافظة تُعرف بـ 'thiomersal' وتُستعمل هذه المادة عموماً في القناني التي تحتوي على الجرعات المُعدّدة وتتمتع بسجل طويل وحافل من السلامة. وقد أثبتت التجارب السريرية سلامة هذا اللقاح على هؤلاء الذين شاركوا في التجارب. وسيواصل تقييم المستمر للقاح لمراقبة سلامة استعماله.

التأثيرات الجانبية الناجمة عن اللقاحات

تُسبب معظم اللقاحات إزعاجات ومنغصات بسيطة كارتفاع حرارة طفيفة، تعب، الأوجاع في العضلات والصداع، أو الألم والإحمرار في موقع غرز الحقنة. ولن يستمر ذلك عند معظم الناس سوى لفترة قصيرة. ومن النادر جداً حدوث حالة من تحسس الإغوار تُعرف بـ 'anaphylaxis' (ردة فعل تحسسية شديدة قد تؤدي إلى الإغماء والموت إن لم تعالج بسرعة).

وقد وردت تقارير من خارج أستراليا تفيد بإحتمال وجود علاقة نادرة جداً (٢-١ حالتين في كل مليون شخص تم تلقيحهم) بين لقاحات الإنفلونزا وحالة تُعرف بمتلازمة جويلان بارّي (GBS) وهي عبارة عن إضطراب في الجهاز العصبي قد يُسبب الشلل. إلا أن العلاقة مع هذا اللقاح غير مُثبتة.

مؤشرات ناهية لعدم أخذ اللقاح

- يجب على الأشخاص الذين تعرضوا للحالات التالية عدم الحصول على لقاح:
- تحسس الإغوار 'anaphylaxis' تبعاً لأي لقاح أخذ سابقاً ضد الإنفلونزا
- تحسس الإغوار 'anaphylaxis' تبعاً لأخذ أي من المكونات اللقاحية
- حساسية شديدة للبيض.

إن هذا اللقاح 'Panvax® H1N1' مُقدّم لك من قِبَل الحكومة الأسترالية.

للمزيد من المعلومات عن لقاح 'Panvax® H1N1'، الرجاء الإتصال بالخط الساخن المباشر للوباء على الرقم 180 2007

تأثيرات جانبية مُحتملة للقاح

شائعة
قد يتعرّض حوالي ١ من كل ١٠ أشخاص لبعض الألم والإحمرار عند موقع غرز الحقنة، أو للنعاس أو التعب، أو لأوجاع عضلية، أو لإرتفاع طفيف في الحرارة. نادرة جداً
تحسس الإغوار الشديد 'anaphylaxis'

العناية بعد التلقيح

- للإحمرار أو الورم في موقع غرز الحقنة، استعمل كمادة باردة
- لتخفيف الحرارة أو تسكين الإزعاج، يمكن تناول البراسيتامول
- إذا استمرت الحمى، راجع الطبيب
- تناول المزيد من السوائل واخذ للراحة
- إذا تعرّضت لأي ردة فعل تعتبرها خطيرة أو غير متوقعة، يجب عليك مراجعة الطبيب
- إتصل بطبيبك إذا تعرّضت لردة فعل بعد أخذك أي جرعة من اللقاح أو كنت بحاجة إلى إستشارة طبية أخرى.

استمارة الموافقة للقاح وباء إنفلونزا (H1N1) ٢٠٠٩

أُصِرَّحُ بتقديم بياناتي الشخصية المدرجة أدناه إلى دائرة الصحة والتقدم في السن التابعة للحكومة الأسترالية ولدوائر الصحة المعنية الأخرى في حكومات الولايات والأقاليم للقيام بالإجراءات الإدارية والتقييم.

بيانات الملقِّح (الرجاء استعمال قلم حبر ناشف أسود أو أزرق لتدوين البيانات التالية)

اسم العائلة:		الاسم الأول:	
تاريخ الميلاد:		الجنس:	أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>
أبوريغيني <input type="checkbox"/>	أبوريغيني ومن سكان جزر مضيق توريز (TSI) <input type="checkbox"/>	TSI <input type="checkbox"/>	غير أبوريغيني أو (TSI) <input type="checkbox"/>
غير مُدرج / غير معروف <input type="checkbox"/>			
العنوان:			
المنطقة:	الولاية:	الرمز البريدي:	
رقم هاتف للإتصال خلال النهار:	رقم هاتف بديل:	رقم الملف الشخصي:	(مُدوناً إلى يسار الاسم على بطاقة مديكير)
رقم المديكير (غير إلزامي):			

يُعتبر مخالفاً للمادة ٧ من المبادئ الوطنية للخصوصية الشخصية استعمال هيئات القطاع الخاص لرقم المديكير للتعريف بالشخص.

هذه اللائحة التفقدية تساعد طبيبك أو الممرضة على تقرير ما إذا سيلقحونك أنت أو طفلك.

الرجاء إعلام الطبيب أو الممرضة ما إذا كان الشخص الذي سيتم تلقيحه قد:

Vaccinator Checklist (Office use only)	Yes	No	لا	نعم	
Health care worker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني من التحسس الإعواري المفرط للبيض
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني من أي حساسية شديدة (لأي شيء)
Medical risk factor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل كانت لديك ردة فعل حادة تبعاً لتلقيه أي لقاح
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يشعر بالتوَعُّك أو لديه حمى اليوم
Other <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق له أن تعرَّض في الماضي لمتلازمة جويلان بارِّي
Specify	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني من إضطراب يُسبب نزف الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل هي حامل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل هو طفل دون ستة أشهر من العمر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تلقى لقاح 'Panvax® H1N1' خلال الأيام الـ ٢١ الماضية

أنا أصرَّحُ وأقرُّ بأنني:

- قرأت واستوعبت مضمون النشرة معلومات لقاح 'Panvax® H1N1' (بما في ذلك التأثيرات الجانبية المحتملة الناجمة عن اللقاح) المدرجة على الجانب الآخر من هذه الصفحة وقد أعطيت صفحة وقائع / نشرة وقائع لأخذها معي إلى المنزل؛
 - أتاحت لي الفرصة لمناقشة المخاوف الطبية مع الملقِّح أو جهة أخرى تُعنى بتقديم الرعاية الصحية؛
 - وقد أجبت على الأسئلة المدرجة أعلاه وفق أفضل قدراتي وأن إجاباتي دقيقة وصحيحة.
- إنني مُدرِّك بأنني أخذت هذا اللقاح بمحض إرادتي وأوافق على أخذه / أصرَّحُ لأن يأخذ طفلي لقاح 'Panvax® H1N1'.

توقيع الملقِّح (الوالد | ولي الأمر)

Vaccinator Comments
(Office use only)

VACCINATION DETAILS

Date of vaccination:		Signature of Vaccinator:	
Batch no.: (Place batch sticker (or write batch #) here)		Stamp/Name of Vaccinator: (including Practice # & Telephone Contact)	

Please retain this information for your own records

Panvax® H1N1 VACCINE

Surname: Given names: Date of birth: ___/___/___

Vaccinator's signature/stamp:

Date of vaccination: ___/___/20___

Place batch sticker (or
write batch #) here: