

استمارة الموافقة على التطعيم

استمارة الموافقة على تقديم التطعيمات إلى الأطفال واللاجئين البالغين الراغبين في تلقي جرعة حماية تعويضية وفي حالة تفشي المرض
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Arabic

الإصدار 29 2.0 ديسمبر 2022 / Version 2.0 29 December 2022

بيان الخصوصية: يدرك فريق عمل هيئة HSE التزاماتهم بموجب قوانين حماية البيانات، 1988-2018 (بما في ذلك النظام الأوروبي العام لحماية البيانات (GDPR)). سيتم تضمين المعلومات المقدمة في قاعدة بيانات التطعيم. سوف تستخدم هيئة HSE هذه المعلومات للتحقق من هوية العملاء ومراقبة برامج التطعيم وتوفير الرعاية الصحية. يرجى ملاحظة أن الوالدين أو الوصي القانوني هم فقط من يملكون إبداء الموافقة أو الرفض نيابة عن الصغار دون سن 16 عامًا. يمكنك الاطلاع على المزيد بشأن الموافقة على موقع هيئة HSE التالي: <https://bit.ly/ConsentU16>. أما الشباب الذين تبلغ أعمارهم 16 عامًا أو أكثر، فلديهم الحق القانوني في إبداء الموافقة بأنفسهم.

القسم الأول: البيانات الشخصية Section 1: Personal Details

قم باستكمال البيانات الواردة في هذا الجزء نيابة عن الشخص الحاصل على التطعيم (بخط واضح)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

رقم عميل HSE: _____
HSE Client ID

رقم الخدمة العامة الشخصي (PPSN): _____
Personal Public Service Number (PPSN)

الاسم الأول: _____
First name

الاسم الأخير (اسم العائلة): _____
Surname (Family Name)

تاريخ الميلاد: _____
Date of Birth

العنوان (في أيرلندا): _____
Address (in Ireland)

المقاطعة: _____
County

رقم الهاتف المحمول: _____
Mobile Phone Number

البريد الإلكتروني: _____
Email Address

إذا كانت العمر 15 سنة أو أقل، يُرجى استكمال البيانات التالية:
If 15 years or younger please complete the following

اسم الأم الأخير عند الولادة: _____
Mother's Surname at Birth

تاريخ ميلاد الأم: _____
Mothers Date of Birth

يرجى استكمال القسم 2 وكذلك

استكمال

- القسم 3أ إذا كنت توفيق بالنيابة عن طفل عمره أقل من سنتين
 - القسم 3ب إذا كنت توفيق بالنيابة عن طفل يتراوح عمره بين 2 و 10 سنوات
 - القسم 3ج إذا كنت توفيق بالنيابة عن شخص يبلغ من العمر 10 سنوات أو أكثر (أو أنك توفيق على ذلك لنفسك)
- وكذلك استكمال القسم 4 لإبداء الموافقة على تلقي اللقاح.

استمارة الموافقة على التطعيم

استمارة الموافقة على تقديم التطعيمات إلى الأطفال واللاجئين البالغين الراغبين في تلقي جرعة حماية تعويضية وفي حالة تفشي المرض
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Arabic

الإصدار 29 2.0 ديسمبر 2022 / Version 2.0 29 December 2022

القسم 2: يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بنعم أو لا

Section 2: Please answer the following questions with a yes or no answer

قم باستكمال البيانات الواردة في هذا الجزء نيابة عن الشخص الحاصل على التطعيم (بخط واضح)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

لا No نعم Yes

هل عانيت أنت أو طفلك من أي مرض خطير؟
Have you/your child had any serious illness?

يرجى ذكر التفاصيل
Please detail

لا No نعم Yes

هل عانيت أنت أو طفلك من قبل من رد فعل شديد تجاه أي شيء بما في ذلك الأدوية أو اللقاحات؟ (بما في ذلك الحساسية المفرطة)
Have you/your child ever had a severe reaction to anything including medication or vaccines? (Including anaphylaxis)

يرجى ذكر التفاصيل
Please detail

لا No نعم Yes

هل عانيت أنت أو طفلك من أي مرض أو حالة مرضية تزيد من خطر إصابتك بالنزيف؟
Have you/your child had any illness or condition that increases risk of bleeding?

يرجى ذكر التفاصيل
Please detail

لا No نعم Yes

هل تلقيت أنت أو طفلك أي لقاحات في الأشهر الستة الماضية؟
Have you/your child received any vaccines in the past 6 months?

يرجى ذكر التفاصيل
Please detail

القسم 3أ: يرجى ملء هذا القسم للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين فقط

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY

قم باستكمال البيانات الواردة في هذا الجزء نيابة عن الشخص الحاصل على التطعيم (بخط واضح)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)
لقاحات الدفتيريا والتيتانوس (الكزاز) وشلل الأطفال والسعال الديكي (الشاهوق) ولقاح التهاب الكبد B و Hib
Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

لا أعرف Do not know

لا No

نعم Yes

هل تلقى طفلك لقاحات الدفتيريا والتيتانوس (الكزاز) وشلل الأطفال والسعال الديكي (الشاهوق) ولقاح التهاب الكبد B و Hib؟ في أيرلندا، يتم إعطائه كلقاح 6 في 1 في عمر 2 و 4 و 6 أشهر
Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland, this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

في أي عمر يحصلون على كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?

لا توجد لقاحات تعويضية بالنسبة للقاح التهاب الكبد B إذا كان هذا هو اللقاح الوحيد الذي لم يتم تلقيه

لقاح المكورات السحائية من النوع B (MenB)
MenB (meningococcal B) vaccine

لا No نعم Yes

هل أصيب طفلك من قبل بالحساسية المفرطة (رد فعل تحسسي شديد) تجاه مادة اللاتكس؟
Has your child ever had anaphylaxis (severe allergic reaction) to latex?

لا أعرف Do not know

لا No

نعم Yes

هل حصل طفلك على أي لقاح MenB من قبل؟
Has your child received any MenB vaccine?

في أي سن تلقى كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?

استمارة الموافقة على التطعيم

استمارة الموافقة على تقديم التطعيمات إلى الأطفال واللاجئين البالغين الراغبين في تلقي جرعة حماية تعويضية وفي حالة تفشي المرض
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Arabic

الإصدار 29 2.0 ديسمبر 2022 / Version 2.0 29 December 2022

القسم 3أ: يرجى ملء هذا القسم للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين فقط (يتبع) Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

قم باستكمال البيانات الواردة في هذا الجزء نيابة عن الشخص الحاصل على التطعيم (بخط واضح)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

لقاح المكورات الرئوية (PCV13) PCV13 (pneumococcal) vaccine

هل حصل طفلك على أي لقاح PCV13 من قبل؟
Has your child received any PCV13 vaccine?

لا أعرف
Do not know

لا
No

نعم
Yes

في أي سن تلقى كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?

لقاح فيروس روتا (لا يوصى به فور بلوغ 8 أشهر و 0 يوم من العمر)
Rotavirus vaccine (NOT recommended on or after 8 months 0 days old)

لا
No

نعم
Yes

هل يعاني طفلك من الإسهال أو القيء في الوقت الحالي؟
Does your child have diarrhoea or vomiting at the moment?

لا
No

نعم
Yes

هل تم تشخيص طفلك بحالة تسمى الانغلاف المعوي؟
Has your child been diagnosed with a condition called intussusception?

لا
No

نعم
Yes

هل ولد طفلك بتشوه في القناة الهضمية (رتج ميكل، على سبيل المثال)؟
Was your child born with an abnormality of the gut (e.g., Meckel's diverticulum)?

يرجى ذكر التفاصيل
Please detail

لا
No

نعم
Yes

هل تم تشخيص طفلك بحالة تسمى العوز المناعي المشترك الشديد (SCID)؟
Has your child been diagnosed with a condition called Severe Combined Immunodeficiency (SCID)?

هل تم تشخيص إصابة طفلك بأي من الحالات الوراثية النادرة التالية؟
Has your child been diagnosed with any of the following rare hereditary conditions?

عدم تحمل الفركتوز
Fructose Intolerance

نقص السكروز-إيزومالتاز
Sucrose-Isomaltase Deficiency

سوء امتصاص الجلوكوز والجالاكتوز
Glucose-Galactose Malabsorption

هل تناولت والدة هذا الطفل دواءً يسمى إنفليكسيماب أثناء الحمل و/أو الرضاعة الطبيعية؟
Did this child's mother take a medication called infliximab during her pregnancy and/or when breastfeeding?

يرجى ذكر التفاصيل
Please detail

هل يعيش طفلك مع أي شخص يعاني من نقص المناعة/ضعف في جهاز المناعة؟
Does your child live with anyone who is immunocompromised/has a weakened immune system?

يرجى ذكر التفاصيل
Please detail

لا أعرف
Do not know

لا
No

نعم
Yes

هل حصل طفلك على أي لقاح لفيروس روتا من قبل؟
Has your child received any rotavirus vaccine?

في أي سن تلقى كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?

استمارة الموافقة على التطعيم

استمارة الموافقة على تقديم التطعيمات إلى الأطفال واللاجئين البالغين الراغبين في تلقي جرعة حماية تعويضية وفي حالة تفشي المرض
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Arabic

الإصدار 29 2.0 ديسمبر 2022 / Version 2.0 29 December 2022

القسم 3أ: يرجى ملء هذا القسم للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين فقط (يتبع) Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

قم باستكمال البيانات الواردة في هذا الجزء نيابة عن الشخص الحاصل على التطعيم (بخط واضح)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

لقاح المكورات السحائية من النوع C (MenC) MenC (meningococcal C) vaccine

هل حصل طفلك على أي لقاح MenC من قبل؟
Has your child received any MenC vaccine?

لا أعرف Do not know
لا No
نعم Yes

في أي سن تلقى كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?

لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية - ينبغي ألا يتم احتساب لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية إذا تم إعطاء لقاح MMR في عمر أقل من 12 شهراً ما لم يتم إعطاؤه في غضون 4 أيام قبل عيد الميلاد الأولي للطفل

لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR) MMR (measles, mumps and rubella) vaccine

هل تلقى طفلك لقاح MMR في سن 12 شهراً أو أكبر؟
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

لا أعرف Do not know
لا No
نعم Yes

هل تلقى طفلك لقاح MMR لأغراض السفر/تفشي المرض؟
Has your child received MMR vaccine for travel/outbreak?

لا No
نعم Yes

إذا كانت الإجابة نعم، ففي أي سن؟
If yes, at what age?

لقاح Hib/MenC Hib/MenC vaccine

هل تلقى طفلك لقاح Hib/MenC في سن 12 شهراً أو أكبر؟
Has your child received Hib/MenC vaccine at 12 months or older?

لا أعرف Do not know
لا No
نعم Yes

القسم 3ب: يرجى ملء هذا القسم للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وأقل من 10 سنوات فقط Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY

ملاحظة: لا يوصى عمومًا بأخذ لقاح MenB و PCV13 للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وما فوق

قم باستكمال البيانات الواردة في هذا الجزء نيابة عن الشخص الحاصل على التطعيم (بخط واضح)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

لقاحات الدفتيريا والتيتانوس (الكزاز) وشلل الأطفال والسعال الديكي (الشاهوق) ولقاح التهاب الكبد B و Hib Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

هل تلقى طفلك لقاحات الدفتيريا والتيتانوس (الكزاز) وشلل الأطفال والسعال الديكي (الشاهوق) ولقاح التهاب الكبد B و Hib؟ في أيرلندا، يتم إعطاء كل لقاح 6 في 1 في عمر 2 و 4 و 6 أشهر
Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

لا أعرف Do not know
لا No
نعم Yes

في أي سن تلقى كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?

لقاح المكورات السحائية من النوع C (MenC) / لقاح MenC (meningococcal C) vaccine

لا توجد لقاحات تعويضية بالنسبة للقاح التهاب الكبد B إذا كان هذا هو اللقاح الوحيد الذي لم يتم تلقيه

هل حصل طفلك على أي لقاح MenC من قبل؟
Has your child received any MenC vaccine?

لا أعرف Do not know
لا No
نعم Yes

في أي سن تلقى كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?

استمارة الموافقة على التطعيم

استمارة الموافقة على تقديم التطعيمات إلى الأطفال واللاجئين البالغين الراغبين في تلقي جرعة حماية تعويضية وفي حالة تفشي المرض
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Arabic

الإصدار 29 ديسمبر 2022 / Version 2.0 29 December 2022

القسم 3ب: يرجى ملء هذا القسم للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وأقل من 10 سنوات فقط (يتبع) Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY (continued)

قم باستكمال البيانات الواردة في هذا الجزء نيابة عن الشخص الحاصل على التطعيم (بخط واضح)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR) - ينبغي ألا يتم احتساب لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية إذا تم إعطاء لقاح MMR في عمر أقل من 12 شهراً ما لم يتم إعطاؤه في غضون 4 أيام قبل عيد الميلاد الأول للطفل

هل تلقى طفلك لقاح MMR في سن 12 شهراً أو أكبر؟
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?
لا أعرف Do not know لا No نعم Yes

إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?
في أي سن تلقى كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

لقاح 4 في 1 (الدفتيريا والتيتانوس (الكزاز) وشلل الأطفال والسعال الديكي (الشاهوق))
4-in-1 (diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) vaccine

هل تلقى طفلك لقاح 4 في 1 بعد عيد ميلاده الرابع؟
Has your child received 4-in-1 vaccine after their fourth birthday?
لا No نعم Yes

هل طفلك منتحق بالصف الابتدائي في أيرلندا؟
Is your child in junior infants in Ireland?
لا No نعم Yes

هل تلقى طفلك أي لقاحات في المدرسة الابتدائية في أيرلندا أو في أي مكان آخر؟
Has your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?
لا No نعم Yes

إذا كانت الإجابة نعم، ففي أي سن؟
If yes, at what age?

القسم 3ج: يرجى ملء هذا القسم للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 10 سنوات فما فوق بما في ذلك البالغين فقط Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY

قم باستكمال البيانات الواردة في هذا الجزء نيابة عن الشخص الحاصل على التطعيم (بخط واضح)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

ملاحظة: لا يُوصى بتلقي لقاح MenB و PCV13 للأطفال الذين تبلغ أعمارهم عامين فصاعداً ولا يُوصى بتلقي لقاح HiB لمن يبلغون 10 سنوات من العمر فأكثر

الدفتيريا والتيتانوس (الكزاز) وشلل الأطفال والسعال الديكي (الشاهوق) التي تحتوي على لقاحات [Tdap / IPV, Td / IPV و DTaP / IPV (فقط اللقاحات التعويضية لمن يبلغون 10 إلى 13 سنة إذا كان لقاح Tdap / IPV غير متوفر) و [Tdap / IPV, Td / IPV, DTaP / IPV (only for catch-up in those aged 10-13 years old if Tdap/IPV is unavailable), Tdap]

هل تلقيت أنت أو طفلك لقاحات ضد التيتانوس (الكزاز) والدفتيريا وشلل الأطفال والسعال الديكي؟ في أيرلندا، يتم إعطاء هذه اللقاحات على شكل لقاحات 6 في 1 في سن 2 و 4 و 6 أشهر؟
Have you/your child received vaccines protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough? In Ireland these are given as 6-in-1 vaccines due at 2, 4, 6 months?
لا No نعم Yes

إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?
في أي سن تلقى كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

هل تلقيت أنت أو طفلك لقاحاً يقي من التيتانوس (الكزاز) والدفتيريا وشلل الأطفال والسعال الديكي (في أيرلندا في صورة لقاح 4 في 1) في سن 4 أو أكبر؟
Have you/your child received a vaccine protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough (in Ireland given as 4-in-1 vaccine) at age 4 or older?
لا No نعم Yes

هل تلقيت أنت أو طفلك أي لقاحات في المدرسة الابتدائية في أيرلندا أو في أي مكان آخر؟
Have you/your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?
لا No نعم Yes

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو اللقاح؟
If yes, what vaccine?
في أي سن؟
At what age?

استمارة الموافقة على التطعيم

استمارة الموافقة على تقديم التطعيمات إلى الأطفال واللاجئين البالغين الراغبين في تلقي جرعة حماية تعويضية وفي حالة تفشي المرض
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Arabic

الإصدار 2.0 29 ديسمبر 2022 / Version 2.0 29 December 2022

القسم 3ج: يرجى ملء هذا القسم للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 10 سنوات فما فوق بما في ذلك البالغين فقط (يتبع) Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY (continued)

قم باستكمال البيانات الواردة في هذا الجزء نيابة عن الشخص الحاصل على التطعيم (بخط واضح)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

لا No نعم Yes

هل تلقيت أنت / طفلك لقاحًا خامسًا يقي من التيتانوس (الكزاز) والدفتيريا والسعال الديكي (يُعطى في أيرلندا باسم Tdap) في المدرسة الثانوية في أيرلندا أو في أي مكان آخر؟
Have you/your child received a fifth vaccine protecting against tetanus, diphtheria and whooping cough (in Ireland given as Tdap) in secondary school in Ireland or elsewhere?

في أي سن تلقي كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هو اللقاح؟
If yes, what vaccine?

لقاح المكورات السحائية من النوع C (MenC)
MenC (meningococcal C) vaccine

ملاحظة: يوصى بتلقي جرعة واحدة من لقاح MenC حتى سن 23 عامًا، فقط إذا لم يتم تلقي لقاح يحتوي على MenC في سن 10 سنوات أو أكثر

لا أعرف Do not know لا No نعم Yes

هل تلقيت أنت أو طفلك أي لقاح ضد MenC أو لقاح يحتوي على MenC؟
Have you/your child received any MenC vaccine or MenC containing vaccine?

في أي عمر يحصلون على كل جرعة؟
At what age did they receive each dose?

إذا كانت الإجابة بنعم، فكم عدد الجرعات؟
If yes, how many doses?

لا No نعم Yes

هل تلقيت أنت أو طفلك أي لقاحات في المدرسة الثانوية في أيرلندا أو في أي مكان آخر؟
Have you/your child received any vaccines in secondary school in Ireland or elsewhere?

في أي سن؟
At what age?

إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هو اللقاح؟
If yes, what vaccine?

لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR) - ينبغي ألا يتم احتساب لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية إذا تم إعطاء لقاح MMR في عمر أقل من 12 شهرًا ما لم يتم إعطاؤه في غضون 4 أيام قبل عيد الميلاد الأول للطفل.

لا أعرف Do not know لا No نعم Yes

هل تلقيت أنت أو طفلك لقاحًا واحدًا أو أكثر من لقاحات MMR في عمر 12 شهرًا فأكثر؟
Have you/your child received one or more MMR vaccine at 12 months or older?

في أي سن؟
At what age?

إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هو اللقاح؟
If yes, what vaccine?

لا No نعم Yes

هل أنت/ابنتك في حالة حمل؟
Are you/your child pregnant?

لا ينصح بأخذ لقاح MMR أثناء الحمل.
يجب تجنب الحمل لمدة شهر بعد تلقي لقاح MMR.

استمارة الموافقة على التطعيم

استمارة الموافقة على تقديم التطعيمات إلى الأطفال واللاجئين البالغين الراغبين في تلقي جرعة حماية تعويضية وفي حالة تفشي المرض
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Arabic

الإصدار 29 2.0 ديسمبر 2022 / Version 2.0 29 December 2022

القسم 4: الموافقة Section 4: Consent

قم بالتوقيع في هذا القسم وضع علامة X في كل مربع إذا كنت موافقا على التطعيم. Sign this section and put an X in each box if you give consent for vaccination.

Yes, I consent to the vaccination of the above named person with the below vaccines. Your vaccinator will tell you which vaccines are needed:

نعم، أوافق على تطعيم الشخص المذكور أعلاه باللقاحات التالية. سيخبرك القائم بالتطعيم باللقاحات التي تحتاجها:

- لقاح المكورات السحائية (MenB)
MenB (meningococcal B)
- لقاح المكورات الرئوية المتقارنة (PCV)
PCV (pneumococcal conjugate)
- الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR)
MMR (measles, mumps and rubella)
- لقاح 4 في 1 (DTap/IPV)
4-in-1 (DTap/IPV)
- Td/IPV

- لقاح 6 في 1 (DTaP/Hib/IPV/Hep B)
6-in-1 vaccine (DTaP/Hib/IPV/Hep B)
- لقاح المكورات السحائية (MenC)
MenC (meningococcal C)
- فيروس روتا (لقاح فيروس روتا الفموي)
Rotavirus (rotavirus oral vaccine)
- لقاح الثلاثي Tdap
Tdap
- Tdap/IPV

اللقاح المشترك للأنفلونزا المستديمة b + المكورات السحائية C (Hib/MenC)
Hib/MenC (haemophilus influenza b + meningococcal C)

- أقرأ أنني قرأت وفهمت معلومات اللقاح المرفقة، بما في ذلك الآثار الجانبية المعروفة.
I have read and understand the accompanying vaccine information, including known side effects
- أدرك أن لقاح MMR غير موصى به أثناء الحمل.
I understand that MMR vaccine is not recommended during pregnancy.

يرجى وضع علامة في المربع المناسب أدناه:
Please tick the appropriate box below

- أدرك أنني أعطي موافقتي لإدارة جدول اللقاحات التعويضية بما يتماشى مع جدول التحصين الأيرلندي، والذي قد يكون لقاحاً واحداً أو مجموعة من اللقاحات وفقاً لما يوصى به القائم بالتطعيم.
I understand that I am giving consent for the administration of a catch-up schedule of vaccination in line with the Irish Immunisation Schedule, which may be for one or a course of vaccines as advised by my vaccinator.
- أدرك أنني أعطي الموافقة على إعطاء اللقاحات في حالة تفشي المرض لحمايتي/لطفلي من مرض يمكن الوقاية منه باللقاح.
I understand that I am giving consent for administration of vaccines in an outbreak situation to protect me/my child from a vaccine preventable disease.

في حالة التوقيع نيابة عن شخص أقل من 16 عاماً
If signing for someone under 16 years

- أقر من خلال التوقيع على هذا النموذج أنني مفوض لإعطاء الموافقة نيابة عن الطفل المذكور أعلاه. (يحق قانوناً لمن يبلغ من العمر 16 عاماً أو أكثر إبداء الموافقة لأنفسهم).
I confirm by signing this form that I am authorised to give consent on behalf of the above named child. (Those aged 16 years or older are legally entitled to consent for themselves).

التوقيع: _____
Signature

تاريخ الموافقة: _____
Consent Date

FOR OFFICE USE ONLY

Name of Vaccine	Date Given (DD/MM/YYYY)	Dose Number	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Injection Site

Prescriber Signature: _____

PIN/MCRN: _____

Vaccinator Signature: _____

PIN/MCRN: _____

GP Practice/HSE Clinic/Hospital Name, Address, or Stamp

GP PCI Contract/PCRS ID
