



الموافقة على التطعيم

يمكنك العثور على معلومات حول التطعيمات
الفردية في مستند "التطعيمات الموصى بها" في
كانتون برن.

يتم تغطية تكاليف التطعيمات المدرجة هنا
والموصى بها من قبل المكتب الاتحادي للصحة
العامة من قبل التأمين الصحي (أقل من ١٠٪
قابلة للخصم، باستثناء برنامج التطعيم ضد
فيروس الورم الحليمي البشري: لا يوجد مبلغ
تشاركي).

سيقوم طبيب المدرسة بفحص بطاقة تطعيم طفلك أثناء
الفحص الطبي للمدرسة. إذا كانت هناك بعض التطعيمات
ضرورية، فيمكن لطبيب المدرسة، بموجب الحصول على
موافقتك، تنفيذ منح هذه التطعيمات أو التوصية بها لك.

العمر	التطعيمات
٤-٧ سنوات	- شلل الأطفال، الدفتريا، التيتانوس، السعال الديكي
* بدءاً من ٦ سنوات	- *التهاب الدماغ المحمول بالقراد (FSME)
	التطعيم التعويضي: - الحصبة، الكُكاف، الحصبة الألمانية
بدءاً من ١١ سنة	- الدفتريا، التيتانوس، السعال الديكي - التهاب الكبد الوبائي B (جرعتان أو ثلاث جرعات) - التهاب السحايا البكتيري (النييسرية السحائية) - **فيروسات الورم الحليمي البشري (سرطان عنق الرحم، الثآليل التناسلية) (جرعتان أو ٣ جرعات)
	التطعيم التعويضي: - شلل الأطفال - الحصبة، الكُكاف، الحصبة الألمانية - التهاب الدماغ المنقول بالقراد FSME

إذا كان عمر طفلك يتراوح بين ١١ و ١٥ سنة، ولم يتلقَ لقاحاً لمرض
الجدري المائي (جدري الماء) بعد، فيجب عليك التنسيق مع الطبيب
المختص / الطبيبة المختصة للحصول على جرعة تطعيم محتملة
لمواجهة هذا المرض المعدي.

يرجى مراعاة الأسباب العامة التالية التي تمنع الحصول
على التطعيم:

- ردود الفعل التحسسية المُبكرة (= ردود الفعل
التحسسية القوية)
- الحمل
- نقص المناعة المكتسب
- الأمراض الحادة والصعبة

الموافقة

يجب أن يحصل طفلي بناءً على فحص بطاقة التطعيم، على
التطعيمات التالية الضرورية (ضع علامة على ما ينطبق):

- جميع التطعيمات الإلزامية مدرجة أدناه.
- اللقاحات التالية فقط:
- شلل الأطفال / الدفتريا / التيتانوس / السعال الديكي
(اللقاحات المركبة)
- الحصبة، الكُكاف، الحصبة الألمانية
(اللقاحات المركبة)
- التهاب السحايا البكتيري (النييسرية السحائية)
- التهاب الكبد الوبائي B
- فيروس الورم الحليمي البشري (سرطان عنق الرحم،
الثؤلول التناسلي)
- التهاب الدماغ المنقول بالقراد (FSME)

يتم منح جميع التطعيمات عن طريق الحقن (أحياناً في صيغة
مركبة). يرجى ملاحظة أن هناك أطباء في المدرسة لا يجرون
التطعيمات مباشرة، لكنهم يقدمون لطفلك توصية مكتوبة
للحصول عليها.

اسم العائلة، الاسم الأول للطفل:

اسم وعنوان شركة التأمين الصحي:

رقم المؤمن عليه:

رقم تأمين AHV (فقط من أجل لقاح فيروس الورم الحليمي

HPV):"

(الاختصار AHV = تأمين الشيوخوخة والورثة)

المكان والتاريخ:

توقيع الآباء / أولياء الأمور: