

حملة اللقاح الثلاثي الفيروسي MMR Vaccination Campaign

Dear respected parents/ guardian,

السيد ولي أمر الطالب/ة المحترم/ة،

The Abu Dhabi Public Health Centre (ADPHC), in collaboration with the Department of Health – Abu Dhabi (DOH) and the strategic partners including Ministry of Health and Prevention (MOHAP), Dubai Health Authority (DHA) and healthcare facilities in the Emirate of Abu Dhabi, have launched a Measles Immunization Campaign for all students enrolled in public and private schools from KG1 to Grade 1.

This campaign aims to boost students' immunity by providing a free additional dose of MMR (Measles, Mumps & Rubella) vaccine through injection, regardless of prior vaccination status or measles disease history.

Eligible students will receive the vaccine during the current academic year (2024 – 2025).

For more information, visit the Measles Immunization Campaign page in Abu Dhabi Public Health official website: www.adphc.gov.ae.

أطلق مركز أبوظبي للصحة العامة بالتعاون مع دائرة الصحة – أبوظبي والشركاء الاستراتيجيين من وزارة الصحة ووقاية المجتمع وهيئة الصحة بدبي ومقدمي الرعاية الصحية في إمارة أبوظبي، حملة التحصين ضد الحصبة لجميع طلبة المدارس الحكومي والخاص المسجلين في مراحل رياض الأطفال والصف الأول الابتدائي.

تهدف الحملة لتعزيز مناعة الطلبة من خلال إعطاء جرعة إضافية ومجانية من اللقاح الثلاثي الفيروسي ضد (أمراض الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية)، بغض النظر عن عدد الجرعات التي تم أخذها سابقاً، أو تاريخ الإصابة بالمرض، وتُعطى هذه الجرعة عن طريق الحقن.

سيتم إعطاء الطلبة المستهدفين اللقاح خلال العام الدراسي الجاري (2024 – 2025).

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة صفحة حملة التحصين ضد مرض الحصبة على الموقع الرسمي لمركز أبوظبي للصحة العامة www.adphc.gov.ae.

Student's Name:
 School: Grade: Section:
 DOB:
 Nationality:
 Student's eSIS No:
 Emirates ID No:

The School Health Services / Ambulatory Healthcare Services-SEHA, a subsidiary of Pure Health will provide the MMR vaccine to students in the following grades:

- KG1
- KG2
- Grade 1

☐ I Agree to my child receiving the vaccine.

I authorize the AHS/SHS vaccination nurse to administer epinephrine if my child experiences an anaphylactic reaction after receiving the vaccine, following best practices in vaccination in dealing with such cases.

I will also inform the school nurse if my child has already received the MMR vaccine during the campaign, prior to the scheduled vaccination appointment at school.

In case of agreement and to ensure safe vaccination, please answer the below questions:

Ye s	No	Questions:
		Does the student have a known history of severe, life-threatening allergic reaction (anaphylactic reaction) to after vaccination, eggs, neomycin or others? If the answer is yes, please give details:
		Does the student have a history of any immune-system problem resulting from a disease (e.g. cancer) or medication being taken currently (e.g. chemotherapy, steroids)? If the answer is yes, please give details:

☐ I disagree with my child being vaccinated

Please specify the reason:

I understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to DOH data management and standards requirements policy.

Parent's / Guardian's Name:

Signature:

Relation:

Date:

Tel. #:

اسم الطالب:
 المدرسة: الصف: الشعبة:
 تاريخ الميلاد:
 الجنسية:
 رقم الطالب المدرسي:
 رقم الهوية الإماراتية:

ستقوم إدارة الصحة المدرسية / الخدمات العلاجية الخارجية - صحة إحدى منشآت بيور هيلث بإعطاء اللقاح الثلاثي الفيروسي للطلبة في المراحل الدراسية التالية:

- الروضة الأولى
- الروضة الثانية
- الصف الأول

☐ أوافق على إعطاء ابني / ابنتي هذا التطعيم.

كما أنني أسمح لممرض / ممرضة التطعيم (الصحة المدرسية / الخدمات العلاجية الخارجية) بإعطاء ابني / ابنتي الابينيفرين في حالة حدوث رد فعل تحسسي شديد ناتج عن التطعيم، كما هو مطبق في أفضل الممارسات للتعامل مع حالات الحساسية.

كما سأبلغ ممرض / ممرضة المدرسة، في حال تم أخذ اللقاح الثلاثي الفيروسي خلال فترة تنفيذ الحملة وقبل موعد التطعيم في المدرسة.

في حال الموافقة وللتأكد من إعطاء التطعيم بشكل آمن، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

نعم	لا	الأسئلة:
		هل تعرض الطالب/ة لرد فعل تحسسي شديد (يهدد الحياة) بعد أخذ أي لقاح في الماضي أو من البيض أو النيومايسين أو غيرهما؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:
		هل لدى الطالب/ الطالبة مرض يؤثر على جهاز المناعة مثل مرض السرطان أو يخضع / تخضع لعلاج يؤثر على جهاز المناعة مثل العلاج الكيماوي أو الستيرويدات (مثل الكورتيزون)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل:

☐ لا أوافق على إعطاء ابني / ابنتي التطعيم

الرجاء ذكر السبب:

إن الملف الصحي وثيقة سرية. يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة إدارة البيانات ومتطلبات دائرة الصحة في إمارة أبوظبي.

اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:

التوقيع:

صلة القرابة:

التاريخ:

رقم الهاتف: