يرجى قراءة الاسئلة جيدا قبل الاجابة.

اسم الاب :

اسم الام :

اسم الطفل:

تاريخ الميلاد:

هل يعاني طفلك من :

١- سوء تغذية

٢- امراض طفيفة (اسهال، التهابات..)

٣- حساسية لأي لقاح ، دواء ، طعام …

٤- امراض مزمنة او معدية (ربو ، قلب ، رئة ، كلى ، فقر دم…)

٥- امراض نقص مناعة

٦- مشاكل في الجهاز العصبي

٧- رشح او زكام

٨- ارتفاع في الحرارة

هل يتناول طفلك اي مضادات حيوية ؟

هل اخذ طفلك لقاح كورونا منذ اقل من شهر ؟

هل يتناول طفلك اي دواء او علاج ؟ (يرجى ذكر الدواء اذا كانت الاجابة نعم )

هل لديه سجل صحي او بطاقة ؟ (يرجى ارسالها مع الطفل )

ملاحظة: يمكن ان يؤدي أي لقاح الى اثار جانبية. وعادة تكون هذه الاثار الجانبية بسيطة ، مثل الحمى من الدرجة المنخفضة ، والاهتياج ، والتقرح في موقع الحقن.