

الاسم (مطبوعاً) \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ رقم الطالب \_\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم الهاتف \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الإشتراطات الصحية لجامعة دايتون  
مطلوبة وفق قانون أوهايو و/أو جامعة دايتون  
myhealth.udayton.edu | 937-229-3107 | فاكس: | هاتف: 937-229-3131 | Dayton, OH 45469-0900 | 300 College Park

**يجب:** (تقديم جميع المعلومات المطلوبة لتجنب تعليق تقديم الخدمات الطبية عند التسجيل في الفصل).  
يجب التقديم يوم 14 يوليو لفصل الخريف، ويوم 1 يناير لفصل الربيع.

**لقاح MMR (الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية):** يلزم إعطاء جرعتين لجميع الطلاب من مواليد سنة 1957 أو ما بعدها.

تعطى الجرعة 1 عند الشهر الثاني عشر أو بعد ذلك. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
تعطى الجرعة 2 بعد 28 يوماً على الأقل من الجرعة الأولى \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

\*يفي دليل النتائج الإيجابية ليعار المناعة من الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية أيضاً بمتطلبات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (أرفق تقارير معمل التحليل).

**شهادة من مقدم خدمات الرعاية الصحية (مطلوب التوقيع أو الختم أو إرفاق السجل)**

الاسم/اللقب \_\_\_\_\_ التوقيع \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_

**يوصى بما يلي:**

**يوصى بشدة بما يلي:**

**لقاح Tdap (التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي):**

يوصى بشدة بلقاحات التهاب السحايا و التهاب الكبد الوبائي (ب).

آخر جرعة منشطة \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

**لقاح التهاب الكبد الوبائي (ب):**

رقم 1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم 2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم 3 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

**لقاح التهاب الكبد الوبائي (أ):**

رقم 1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم 2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

**لقاح التهاب السحايا بالمكورات السحائية:**  
(جرعة واحدة على الأقل بعمر  $\leq 16$  عاماً)

**لقاح الجدري المائي:**

رقم 1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم 2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

الجرعة رقم 1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
الجرعة رقم 2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

**لقاح مجموعة المكورات السحائية (ب):**

بيكسيرو  ترومينبا

**لقاح HPV (فيروس الورم الحليمي البشري):**

رقم 1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم 2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم 3 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

الجرعة رقم 1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
الجرعة رقم 2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

**شلل الأطفال**

رقم 1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم 2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم 3 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

تلتزم ولاية أوهايو الطلاب الذين يخططون للعيش في الحرم الجامعي  
بالإفصاح عما إذا كان تم تطعيمهم ضد التهاب السحايا والالتهاب الكبد  
(ب) أم لا أو التوقيع على بيان الإفصاح عن معلومات اللقاح أدناه.

رقم 4 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة  
رقم 5 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

لقد قرأت المعلومات المتعلقة بالتهاب الكبد الوبائي (ب) والتهاب السحايا على موقع CDC الإلكتروني [www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html). أعلم الخطر من عدم أخذ اللقاح وقررت عدم أخذ التطعيم الآن.

توقيع الطالب (مطلوب) \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

الوالد أو الولي القانوني (إذا كان عمر الطالب أقل من 18 عاماً) \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

## استبيان السل (TB) - مطلوب

1. هل كان لديك اتصال وثيق بأي شخص يُعرف أو يشتبه بأنه مصاب بمرض سل نشط؟
2. هل كنت مقيماً و/أو موظفاً بموقع شديد الخطورة (مثل: موقع علاجي أو موقع تقديم رعاية صحية طويلة المدى أو ملجأ للمشردين)؟
3. هل تطوعت أو عملت في مجال الرعاية الصحية لخدمة عملاء تزداد احتمالية إصابتهم بمرض سل نشط؟
- إذا كانت الإجابة نعم، يرجى التوضيح
4. هل كنت يوماً ضمن إحدى الفئات التالية المعرضة لفرص متزايدة للإصابة بعدوى السل الكامنة المتقطرة أو مرض السل النشط: الأشخاص المحرومون من تلقي الرعاية الصحية أو ذوو الدخل المنخفض أو مدمنو المخدرات أو الكحوليات؟
5. هل ولدت في بلد من البلدان المدرجة أدناه المسجل بها نسب عالية من مرض السل النشط أو قمت بزيارات مطوّلة (أكثر من شهر) \* لبلد أو أكثر من البلدان المدرجة أدناه.
- (إذا كانت الإجابة نعم، يرجى وضع دائرة على البلد)
- \* ينبغي مناقشة أهمية الكشف عن رحلات السفر إلى تلك البلدان مع مقدم خدمات الرعاية الصحية وتقييمها.

سيراليون	منغوليا	العراق	كوت ديفوار	أفغانستان
سنغافورة	المغرب	كازاخستان	جيبوتي	الجزائر
جزر سليمان	موزمبيق	كينيا	جمهورية الدومينيكان	أنجولا
الصومال	ميانمار (بورما)	كيريباتي	الإكوادور	أرمينيا
جنوب أفريقيا	ناميبيا	جمهورية كوريا الشعبية (الشمالية)	السلفادور	أذربيجان
جنوب السودان	ناورو	جمهورية كوريا (الجنوبية)	غينيا الاستوائية	بنجلاديش
سيريلانكا	نيبال	قيرغيزستان	إريتريا	روسيا البيضاء
السودان	نيكاراغوا	لاوس	إثيوبيا	بنين
سوازيلاند	النيجر	لاتفيا	فيجي	بوتان
طاجيكستان	نيجيريا	ليسوتو	الجابون	بوليفيا
تنزانيا	جزر مارشال	ليبيريا	غامبيا	بوتسوانا
تايلاند	الشمالية	ليبيا	جورجيا	البرازيل
تيمور ليستي (تيمور الشرقية)	باكستان	ليتوانيا	غانا	بروناي دار السلام
توغو	بالاو	مكاو (جمهورية الصين الشعبية)	جرين لاند	بوركينافاسو
تركمستان	بنما	مدغشقر	غوام	بورووندي
توفالو	بابوا غينيا الجديدة	ملاوي	غينيا	كمبوديا
أوغندا	باراغواي	ماليزيا	غينيا بيساو	الكاميرون
أوكرانيا	بيرو	جزر المالديف	غيانا	الرأس الأخضر
أوزبكستان	الفلبين	مالي	هايتي	جمهورية أفريقيا الوسطى
فانواتو	رومانيا	جزر مارشال	هندوراس	تشاد
فيتنام	الاتحاد الروسي	موريتانيا	هونج كونج (جمهورية الصين الشعبية)	الصين (وتايوان)
اليمن	رواندا	ميكرونيزيا	الهند	الكونغو
زامبيا	ساو تومي وبرينسيبي	مولدوفا	إندونيسيا	جمهورية الكونغو الديمقراطية
زيمبابوي	السنغال			

إذا كانت إجابتك بنعم على أسئلة السل من 1 إلى 5 أو وضعت دائرة على بلد أو أكثر من البلدان المدرجة أعلاه، فإنه يلزم تقديم المعلومات التالية في غضون سنة واحدة قبل الوصول:

اختبار الدم للكشف عن السل (مفضل، مطلوب إذا كان اختبار الجلد للكشف عن السل إيجابياً)

(إجراء اختبارات IGRA مثل T-spot أو Quantiferon Gold): سلبية إيجابية (أرفق النتيجة)

أو اختبار توبركلين الجلدي: تاريخ التقديم: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ تاريخ القراءة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
شهر يوم سنة شهر يوم سنة

النتيجة: \_\_\_\_\_ ميللي مولار سلبية إيجابية (أرفق النتيجة)

نتيجة الأشعة السينية على الصدر (مطلوبة إذا كانت نتيجة اختبار الجلد أو الدم للسل إيجابية):

التاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ طبيعى غير طبيعى (أرفق النتيجة)  
شهر يوم سنة

أرسل النموذج المستوفي بالبريد أو الفاكس إلى المركز الصحي بجامعة دايتون

300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | هاتف: 937-229-3131 | فاكس: 937-229-3107