

الملحق: 5

إستمارة التعريف بالسُّعار

مرض السُّعار مرض ينتقل من الحيوانات إلى البشر بسبب الوفاء قطعياً في حالة عدم القيام بالتدخل المناسب. في حالة العض أو خدش حيوان أليف أو بري أو ملامسة لعاب حيوان مصاب بمرض السُّعار أو ملامسة الجلد المجروح أو المتشقق أو العيون أو الفم أو الأنف تعتبرون تحت الخطورة بالإصابة بمرض السُّعار. لذلك تم تخطيط ما يجب على الطبيب القيام به وتحضير تقويم للقاح مناسب لكم. تعتبر مراجعة المؤسسة الصحية هذه أو أي مؤسسة صحية أخرى يتم تطبيق لقاح السُّعار فيها مصطحبين بطاقة اللقاح معكم أمر في غاية الأهمية لحياتكم. قرأت المعلومات المذكورة أعلاه. تم إعلامي بشكل تفصيلي في حالة عدم القيام بالتدخل الذي تم تخطيطه من قبل الطبيب أو لم أقم بأخذ اللقاحات المذكورة في بطاقة اللقاحات في موعدها سوف في عرضة الوفاة وتم تسليمي بطاقة اللقاحات. رفضت تطبيق المخطط العلاجي بعد التلامس للخطر للسُّعار و/ أو أرفض تطبيق لقاحات السُّعار لذلك أقبل وأتحمل كامل المسؤولية في حالة عدم إتمام اللقاحات

اسم ولقب المريض : _____
الرقم الوطني : _____
العنوان : _____
الهاتف : _____

الممثل القانوني إن وجد
الرقم الوطني : _____
العنوان : _____
الهاتف : _____

توقيع المريض أو الممثل القانوني

الطبيب الذي قام بإعطاء المعلومات
الاسم واللقب : _____
التوقيع : _____

* الممثل القانوني: الوصي لمن هم تحت الوصاية، الأب والأب للأطفال القاصرين، وفي حالة عدم تواجدهم يوقع الوريث القانوني من الدرجة الأولى. يجب ذكر اسم صلة القرابة بجانب اسم المريض.