

الاسم (مطبوع)

تاريخ الميلاد

رقم هوية الطالب

شهر / يوم / سنة

رقم الهاتف

شبكة الجوال

البريد الإلكتروني

المتطلبات الصحية لجامعة دايتون

مطلوبة وفق قانون ولاية أوهايو و/أو جامعة دايتون. قم برفع النماذج على بوابة الطالب: myhealth.udayton.edu.

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

للاستفسارات المتعلقة بالمتطلبات الصحية، تفضل بزيارة صفحة الأسئلة الشائعة: go.udayton.edu/healthcenter أو راسلنا على عنوان البريد الإلكتروني healthcenter@udayton.edu.

مطلوب: (يجب تقديم المعلومات لتجنب تعليق الخدمات الطبية عند التسجيل للصف الدراسي التالي ودفع غرامة تأخير بقيمة 50 دولاراً) يجب استيفاء المتطلبات في موعد أقصاه 7 يونيو للتسجيل لفصل الخريف، و 1 يناير للتسجيل لفصل الربيع.

لقاح MMR (الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية): يجب إعطاء جرعتين لجميع الطلاب من مواليد سنة 1957 أو ما بعدها.

الجرعة الأولى تعطى في عمر 12 شهراً أو بعد ذلك شهر / يوم / سنة تُعطى الجرعة الثانية بعد 28 يوماً على الأقل من تاريخ الجرعة الأولى

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

*إذا كنت ترغب في طلب إعفاء، أرسل بريداً إلكترونياً إلى healthcenter@udayton.edu لتتلقى نموذج طلب الإعفاء.

شهادة مقدم خدمات الرعاية الصحية (يلزم التوقيع أو الختم فقط في حال عدم إرفاق سجلات تحصين رسمية)

الاسم/المسمى الوظيفي

التوقيع

التاريخ

العنوان

رقم الهاتف

يُوصى بشدة بما يلي:

يُوصى بما يلي:

لقاح التهاب الكبد الوبائي (ب):

لقاح TDAP (التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي):

الأولى / شهر / يوم / سنة الثانية / شهر / يوم / سنة الثالثة / شهر / يوم / سنة

آخر جرعة منشطة / شهر / يوم / سنة

لقاح المكورات السحائية: (تعطى جرعة واحدة على الأقل في سن 16 عاماً)

لقاح التهاب الكبد الوبائي (أ):

MenQuadfin Menveo Menactra

الأولى / شهر / يوم / سنة الثانية / شهر / يوم / سنة

الجرعة الأولى / شهر / يوم / سنة الجرعة الثانية / شهر / يوم / سنة

لقاح الجدري (الحماق):

لقاح التهاب السحايا (ب):

الأولى / شهر / يوم / سنة الثانية / شهر / يوم / سنة

Trumenba Bexsero

لقاح HPV (فيروس الورم الحليمي البشري):

الجرعة الأولى / شهر / يوم / سنة الجرعة الثانية / شهر / يوم / سنة

الأولى / شهر / يوم / سنة الثانية / شهر / يوم / سنة الثالثة / شهر / يوم / سنة

لقاح كوفيد 19 (مُعتمد من منظمة الصحة العالمية):

J&J/Janssen Novavax Pfizer Moderna

الأولى / شهر / يوم / سنة الثانية / شهر / يوم / سنة الثالثة / شهر / يوم / سنة

سلاسل الجرعات الأساسية وجميع الجرعات المنشطة الموصى بها

شهر / يوم / سنة شهر / يوم / سنة شهر / يوم / سنة

الرابعة / شهر / يوم / سنة الخامسة / شهر / يوم / سنة

لقاح الأنفلونزا الموسمية (آخر لقاح فقط):

شهر / يوم / سنة

تتطلب ولاية أوهايو من جميع الطلاب الذين يخططون للعيش في الحرم الجامعي الإفصاح عما إذا تم تطعيمهم ضد التهاب السحايا والتهاب الكبد الوبائي (ب)، أو التوقيع على بيان الكشف عن اللقاح أدناه.

لقد قرأت المعلومات المتعلقة بفيروس التهاب الكبد الوبائي (ب) ومرض المكورات السحائية على odh.ohio.gov/know-our-programs/immunization/recommended-vaccines-college-students. وأنفهم خطورة عدم تلقي التطعيم وقررت رفض التطعيم في الوقت الحالي. ضع علامة على الدائرة ووقع.

ضع علامة على الدائرة إذا كنت لا تعيش في السكن الجامعي.

توقيع الطالب (مطلوب)

ولي الأمر أو الوصي القانوني (إذا كان الطالب أقل من 18 عام)

التاريخ

التاريخ

مطلوب – استبيان مرض السل – أكمل جميع الأسئلة وقدم النموذج.

1. هل سبقت لك المخالطة الوثيقة بأشخاص مؤكدة أو مشتبه في إصابتهم بالسل النشط؟ نعم لا
2. هل كنت مقيماً و/أو موظفًا في مكان شديد الخطورة (على سبيل المثال، مرفق إصلاحي أو مرفق رعاية طويلة الأجل أو مأوى لمن لا مأوى لهم)؟ نعم لا
3. هل تطوعت أو عملت كمقدم خدمات رعاية صحية لعملاء معرضين لمخاطر متزايدة للإصابة بمرض السل النشط؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى الإيضاح

4. هل كنت يومًا ضمن إحدى الفئات التالية المعرضة لفرص متزايدة للإصابة بعدوى السل الكامنة المتقطعة أو مرض السل النشط: الأشخاص المحرومون من تلقي الرعاية الصحية أو ذوو الدخل المنخفض أو مدمنو المخدرات أو مدمنو الخمر؟ نعم لا
5. هل وُلدت في واحد أو أكثر من البلدان المُدرجة أدناه، المسجّلة بها معدلات عالية للإصابة بالسل النشط أو زرتها لفترات طويلة (أكثر من شهر)؟* نعم لا

(إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى وضع دائرة على اسم البلد)

*ينبغي مناقشة أهمية الكشف عن رحلات السفر إلى تلك البلدان مع مقدم خدمات الرعاية الصحية وتقييمها.

أفغانستان	كولومبيا	هندوراس	ميانمار	جنوب أفريقيا
الجزائر	جزر القمر	الهند	ناميبيا	جنوب السودان
أنجولا	الكونغو	إندونيسيا	ناورو	سيريلانكا
أنغويلا	ساحل العاج	العراق	نيبال	السودان
الأرجنتين	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	كازاخستان	نيكاراغوا	سورينام
أرمينيا	جمهورية الكونغو الديمقراطية	كينيا	النيجر	سوازيلاند
أذربيجان	جيبوتي	كيريباتي	نيجيريا	طاجيكستان
بنجلاديش	جمهورية الدومينيكان	الكويت	جزر مريانا الشمالية	جمهورية تنزانيا المتحدة
بيلاوسيا	الإكوادور	قيرغيزستان	باكستان	تايلاند
بايز	السلفادور	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	بالاو	تيمور الشرقية
بنين	غينيا الاستوائية	لاتفيا	بنما	توغو
بوتان	إريتريا	ليسوتو	بابوا غينيا الجديدة	تونس
بوليفيا (دولة متعددة القوميات)	إيسواتيني	ليبيريا	باراغواي	تركمنستان
بوتسوانا	أنجويلا	ليبيا	بيرو	توفالو
البرازيل	فيجي	ليتوانيا	الفلبين	أوغندا
بروناي دار السلام	بولينزيا الفرنسية	مدغشقر	قطر	أوكرانيا
بلغاريا	الغالون	ملاوي	جمهورية كوريا	أوروغواي
بوركينافاسو	غامبيا	ماليزيا	جمهورية مولدوفا	أوزبكستان
بوروندي	جورجيا	جزر المالديف	رومانيا	فانواتو
كابو فيردي	غانا	ملاوي	الاتحاد الروسي	فنزويلا (جمهورية البوليفارية)
كمبوديا	جرينلاند	جزر مارشال	رواندا	فيتنام
الكاميرون	غوام	موريتانيا	Sao Tome and Principe	اليمن
جمهورية أفريقيا الوسطى	غواتيمالا	المكسيك	السنغال	زامبيا
تشاد	غينيا	ولايات ميكرونيزيا الاتحادية	سيراليون	زيمبابوي
الصين	غينيا بيساو	منغوليا	سنغافورة	
الصين، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة	غينا	المغرب	جزر سليمان	
الصين، منطقة مكاو الإدارية الخاصة بكولومبيا	هايتي	موزمبيق	الصومال	

إذا كانت إجابتك بنعم على أي من الأسئلة حول مرض السل من I - 5، أو وضعت دائرة على بلد أو أكثر من البلدان المُدرجة أعلاه:

- إجراء اختبار جلدي لمرض التوبريكولوز أو اختبار دم السل (كوانتيفرون جولد أو تي سبوت).
- يجب إجراء الاختبار بواسطة مقدم رعاية صحية مرخص من الولايات المتحدة وفي غضون ستة أشهر قبل الحضور الأولي. ويجب إرفاق النتائج.
- يجب أن يعتمد تفسير اختبار السل عبر الجلد على حجم الجزء المتصلب بالمليمتر بالإضافة إلى عوامل الخطر. يتطلب اختبار Quantiferon Gold أو T-Spot الموجب أو الحدودي تصوير الصدر بالأشعة السينية. وإذا كانت الاختبارات السل عبر الجلد أو عبر الدم إيجابية، فيرجى إرفاق صورة الأشعة السينية للصدر و/أو تقرير المختبر و/أو علاج السل.
- يمكن اختبار الطلاب في مركز صحة الطلاب عند وصولهم.

قم برفع النموذج المكتمل إلى البوابة الإلكترونية لمركز صحة طلاب جامعة دايتون: myhealth.udayton.edu

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