

الاسم (مطبوع)

تاريخ الميلاد / / رقم هوية الطالب
شهر يوم سنة

رقم الهاتف

عنوان البريد الإلكتروني

المتطلبات الصحية لجامعة دايتون

مطلوبة وفق قانون ولاية أوهايو و/أو جامعة دايتون.

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

المطلوب: (يجب تقديم جميع المعلومات لتجنب تعليق التسجيل في الصف).

يجب استيفاء المتطلبات يوم 7 يونيو للتسجيل لفصل الخريف، ويوم 1 يناير للتسجيل لفصل الربيع.

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

تُعطى الجرعة الثانية بعد 28 يومًا على الأقل من تاريخ الجرعة الأولى / / شهر يوم سنة
تُعطى الجرعة الأولى في الشهر الثاني عشر أو بعد ذلك / / شهر يوم سنة

*يفي دليل النتائج الإيجابية لعيار المناعة من الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية أيضًا بمتطلبات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (أرفق تقارير معمل التحاليل).

شهادة من مقدم خدمات الرعاية الصحية (التوقيع أو الختم أو السجل المرفق)

الاسم/اللقب _____ التاريخ _____
التوقيع _____

العنوان _____ رقم الهاتف _____

يُوصى بشدة بما يلي:

يُوصى بما يلي:

يُوصى بشدة بلقاحات التهاب السحايا والالتهاب الكبدي الوبائي ب.

لقاح Tdap (التيتانوس والدفتريريا والسعال الديكي):

آخر جرعة منشطة / / شهر يوم سنة

لقاح التهاب الكبد الوبائي ب:

#1 / / شهر يوم سنة #2 / / شهر يوم سنة #3 / / شهر يوم سنة

لقاح التهاب الكبد الوبائي أ:

#1 / / شهر يوم سنة #2 / / شهر يوم سنة

لقاح التهاب السحايا بالمكورات السحائية:

(تعطى جرعة واحدة على الأقل في سن ≥ 16)

لقاح الجدري المائي:

#1 / / شهر يوم سنة #2 / / شهر يوم سنة

الجرعة 1 / / شهر يوم سنة الجرعة 2 / / شهر يوم سنة

لقاح مجموعة المكورات السحائية ب:

بيكسيرو ترومينبا

لقاح HPV (فيروس الورم الحليمي البشري):

#1 / / شهر يوم سنة #2 / / شهر يوم سنة #3 / / شهر يوم سنة

الجرعة 1 / / شهر يوم سنة الجرعة 2 / / شهر يوم سنة

شلل

#1 / / شهر يوم سنة #2 / / شهر يوم سنة #3 / / شهر يوم سنة

#4 / / شهر يوم سنة #5 / / شهر يوم سنة

تُلزم ولاية أوهايو جميع الطلاب الذين يخططون للإقامة في الحرم الجامعي بالإفصاح عما إذا كانوا قد حصلوا على التطعيمات ضد التهاب السحايا والالتهاب الوبائي الكبدي ب أم لا أو التوقيع على بيان الإفصاح الخاص باللقاح أدناه

لقد قرأت المعلومات الخاصة بالالتهاب الكبدي الوبائي ب و التهاب السحايا على موقع مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html. وأعي المخاطرة المترتبة على عدم التحصين باللقاح وقررت عدم أخذ التطعيم في الوقت الحالي.

توقيع الطالب (مطلوب) _____ التاريخ _____

الوالد أو الوصي القانوني (إذا كان الطالب أقل من 18 عامًا) _____ التاريخ _____

استبيان حول السل (TB) - مطلوب

1. هل كنت تتواصل عن قريب مع أي شخص يُعرف أو يشتبه بأنه مصاب بمرض سل نشط؟
 نعم لا
2. هل أقيمت و/أو عملت في أماكن ذات مخاطر عالية (على سبيل المثال، مرافق إصلاحية ومرافق رعاية طويلة الأجل ومأوى للمشردين)؟
 نعم لا
3. هل تطوعت أو عملت كمقدم خدمات رعاية صحية لعملاء معرضون لمخاطر متزايدة للإصابة بمرض السل النشط؟
 نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى الإيضاح

4. هل كنت يوماً ضمن إحدى الفئات التالية المعرضة لفرص متزايدة للإصابة بعدوى السل الكامنة المتفطرة أو مرض السل النشط: الأشخاص المحرومون من تلقي الرعاية الصحية أو ذوي الدخل المنخفض أو مدمني المخدرات
 نعم لا
5. هل وُلدت في بلد من البلدان المدرجة أدناه المسجل بها نسب عالية من مرض السل النشط أو قمت بزيارات طويلة (أكثر من شهر)* لبلد أو أكثر من البلدان المدرجة أدناه.
 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.

Afghanistan	China, Hong Kong SAR	Guyana	Morocco	Singapore
Albania	China, Macao SAR	Haiti	Mozambique	Solomon Islands
Algeria	Columbia	Honduras	Myanmar	Somalia
Angola	Comoros	India	Namibia	South Africa
Anguilla	Congo	Indonesia	Nauru	South Sudan
Argentina	Cote d'Ivoire	Iraq	Nepal	Sri Lanka
Armenia	Dem People's Rep of Korea	Kazakhstan	Nicaragua	Sudan
Azerbaijan	Democratic Republic of Congo	Kenya	Niger	Suriname
Bangladesh	Djibouti	Kiribati	Nigeria	Swaziland
Belarus	Dominican Republic	Kuwait	Niue	Tajikistan
Belize	Ecuador	Kyrgyzstan	Northern Mariana Islands	Tanzania (United Republic of)
Benin	El Salvador	Lao People's Dem Rep	Pakistan	Thailand
Bhutan	Equatorial Guinea	Latvia	Palau	Timor-Leste
Bolivia (Plurinational State of)	Eritrea	Lesotho	Panama	Togo
Bosnia and Herzegovina	eSwatini	Liberia	Papua New Guinea	Tunisia
Botswana	Ethiopia	Libya	Paraguay	Turkmenistan
Brazil	Fiji	Lithuania	Peru	Tuvalu
Brunei Darussalam	French- Polynesia	Madagascar	Philippines	Uganda
Bulgaria	Gabon	Malawi	Portugal	Ukraine
Burkina Faso	Gambia	Malaysia	Qatar	Uruguay
Burundi	Georgia	Maldives	Republic of Korea	Uzbekistan
Cabo Verde	Ghana	Mali	Republic of Moldova	Vanuatu
Cambodia	Greenland	Marshall Islands	Romania	Venezuela (Bolivarian Republic of)
Cameroon	Guam	Mauritania	Russian Federation	Viet Nam
Central African Republic	Guatemala	Mexico	Rwanda	Yemen
Chad	Guinea	Micronesia (Federated States of)	Sao Tome and Principe	Zambia
China	Guinea-Bissau	Mongolia	Senegal	Zimbabwe
			Sierra Leone	

إذا كانت إجابتك بنعم على أي من الأسئلة حول مرض السل من [1 إلى 5]، أو وضعت دائرة على بلد أو أكثر من البلدان المدرجة أعلاه، فيجب عليك تقديم المعلومات التالية في غضون سنة واحدة قبل الوصول:

اختبار الدم للكشف عن السل (مفضل؛ مطلوب إذا كان اختبار الجلد للكشف عن السل إيجابياً)
 (اختبار مقايضة الانترفيرون غاما في الدم (IGRA) مثل اختبار تي سبوت أو كوانتيفرون جولد): سلبي إيجابي (أرفق النتيجة)

أو اختبار السلين الجلدي: تاريخ أخذ العينة: / / شهر يوم سنة
 تاريخ فحص العينة: / / شهر يوم سنة
 النتيجة: _____ ملم سلبي إيجابي (أرفق النتيجة)

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

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

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