

AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILOMAVIRUS HUMAINS (HPV)

ለሂደግን ፓፕሎማቫይረስ (HPV) ከትባት የወላጆች ፍቃድ

(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)

(ስለ ከትባቱ አካሄድ እና ስለ ከትባቱ መረጃ በዚህ ወረቀት ጀርባ ይገኛል።)

Nom de l'enfant / የህጻኑ የአባት ስም : _____ Prénom de l'enfant / የህጻኑ ስም : _____

Date de naissance / የልደት ቀን : ____ / ____ / ____ Sexe / ፆታ : F / ሴት G / ወንድ

Nom du collège / የት/ቤቱ (ኮሌገ) ስም : _____ Commune du collège / የት/ቤቱ (ኮሌገ) ከተማ : _____

Table with 3 columns: Parent / Responsable légal 1, Parent / Responsable légal 2, and fields for Nom - Prénom, Téléphone portable, Numéro de sécurité sociale, Régime de sécurité sociale.

Ces informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/des parent(s) auquel(s) il est rattaché. Celle-ci est disponible sur le compte Ameli : https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits. Vous pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches.

Je soussigné(e), / እኔ _____

[] autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / ከዚህ በላይ ስም/ስሟ የተጠቀሰው ህጻን ለሂደግን ፓፕሎማቫይረስ እንዲከተብ/እንድትከተብ ለከትባት ማዕከሉ ፍቃድን አስጣልሁ።

La vaccination contre les HPV nécessite 2 doses espacées entre 5 et 13 mois, lorsqu'elle est réalisée entre 11 et 14 ans. L'enfant devra impérativement être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.

ከ11 እስከ 14 ዓመት እድሜ የHPV ከትባት ሲወሰድ የመጀመሪያ መርፌ ከተዋጋ 2ዜ ጀምሮ ከ5 ወር እስከ 13 ወር በኋላ ሁለተኛው ከትባት አስፈላጊ ይሆናል። በከትባቱ ቀን ህጻኑ/ህጻኗ የጤና ፍቃት/ደፍተሩ ወይም የከትባት ደፍተሩ/ደፍተሩ በእጁ/በእጇ መኖር አለበት።

[] n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné. / ከዚህ በላይ ስም/ስሟ የተጠቀሰው ህጻን ለሂደግን ፓፕሎማቫይረስ እንዲከተብ/እንድትከተብ ለከትባት ማዕከሉ ፍቃድን አልሰጥም።

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :

ህጻኑ/ህጻኗ የHPV ከትባት ከዚህ በፊት ከተከተባ/ከተከተበች (የከትባቱ ስም Gardasil9® ይባላል) የወሰደበት/የወሰደችበት ቀን/ቀናት ከዚህ በታች ጻፉ :

Date de la Dose 1 / መጀመሪያ መርፌ የተወጋበት/የተወጋችበት ቀን ____ / ____ / ____ Date de la Dose 2 / ሁለተኛ መርፌ የተወጋበት/የተወጋችበት ቀን ____ / ____ / ____

Date / ቀን : ____ / ____ / 20 ____

En cas de signature électronique, le parent/responsable légal signataire, déclare sur l'honneur que l'autre parent/responsable légal a donné son autorisation. En cas de signature sur papier, les deux parents /responsables légaux doivent signer.

ፊርማው የዲጂታል ፊርማ ከሆነ ፊርማው ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊው አንደኛው ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ፍቃዱን/ፍቃዱን እንደሰጠ/እንደሰጠች ቃል ይገባል። ፊርማው በወረቀት የተፈረመ ከሆነ ሁለቱም ወላጆች/ሕጋዊ አሳዳጊዎች መፈረም አለባቸው።

Signature Parent/Responsable légal 1 : _____ Signature Parent/Responsable légal 2 : _____

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal2 / ፊርማው የአንዱ ሕጋዊ አሳዳጊ ብቻ ከሆነ መሟላት ያለበት ክፍል2 :

[] Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné. / ከዚህ በላይ ስም/ስሟ የተጠቀሰው ህጻን ብቸኛ ሕጋዊ አሳዳጊ መሆኔን እገልጻለሁ። [] Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant : Monsieur, Madame _____, est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais a donné son autorisation pour la vaccination contre les HPV2 / የህጻኑ/የህጻኗ ሁለተኛ ሕጋዊ አሳዳጊ የሆነው/የሆነችው አቶ/ወይይዘር _____ በሁኔታው አንጻር የዚህን ወረቀት ለመፈረም አለመቻሉን/አለመቻሏን ነገር ግን የHPV ከትባት እንዲወሰድ ፍቃዱን/ፍቃዱን እንደሰጠ/እንደሰጠች ቃል አግባለሁ።2

Date / ቀን : ____ / ____ / 20 ____ Signature du seul Parent/Responsable légal / የብቸኛ ወላጅ/ሕጋዊ አሳዳጊ ፊርማ :

VOIR PAGE SUIVANTE ቅጣዩን ግጽ ተመልከቱ

1 Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire). 2 La vaccination des mineurs nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. Ainsi, en cas de signature d'un seul parent pour cause d'impossibilité matérielle de signer pour l'autre parent, le signataire s'engage sur l'honneur à ce que la personne co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avèrerait inexacte ou falsifiée, engage sa seule responsabilité et pourra être punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV

የHPV ኢንፌክሽንን የሚመለከት መረጃ

ልጃችሁ የሚከተለው Gardasil 9® የተባለው የHPV ክትባት ደህንነቱ የተረጋገጠ እና ብቃት ያለው ክትባት ነው። ዓለም አቀፋዊ የጤና ድርጅት የHPV ክትባት ይመከራል። ከአሁን ጀምሮ ወጣቶቻችንን በመጠበቅ ቆይቶ ሊይዛቸው ከሚችሉ በዘላቂ የካንሰር በሽታዎች የመከሰት አደጋ በስፋት እንዲቀንስ ለማድረግ እንችላለን። በተደረጉ ጥናቶች መሠረት የHPV ክትባት የHPV ኢንፌክሽን የመከሰት አደጋን በብዛት ማለትም እስከ 90% ድረስ ለመቀነስ መቻሉን አሳይተዋል። ቀጥሎም ቅድመ ካንሰር የሚፈጥሩ ቁስለት እና ከነሱ ጋ የተያያዙ ካንሰሮች የመከሰት አደጋን ለመቀነስ ይሠራል። እንደ ማንኛውም ክትባት አንዳንድ ሌላ ችግር ሊያመጣ ይችላል። ሆኖም እነዚህ ችግሮች አብዛኛውን ጊዜ ቀላል ችግሮች ናቸው።

ስለ ክትባቱ ተጨማሪ መረጃ ከፈለጋችሁ በምድኃነት እና የጤና መጠበቂያ ምርቶች ድህንነት ብሄራዊ ኤጀንሲ ዌብሳይት ላይ www.ansm.sante.fr ወይም ከዚህ በታች ያለው ኪዩ. ኤር ኮድ ስካን በማድረግ ታገኙታላችሁ።



ስለ ክትባቱ አወሳሰድ አካሄድ

ክትባቱን ከመውሰዱ/ከመውሰዱ በፊት የሕክምና ባለ ሙያዎች ከልጃችሁ ጋር ይወያይሉ እና የጤና ደፍተሩን/ደፍተሩን ያረጋግጣሉ። ከዚያ በኋላ ልጃችሁ ደህንነቱ በተጠበቀ በታ የHPV ክትባትን ይወስዳል/ትወስዳለች። ክትባቱን ከተወጋ/ከተወጋች በኋላ የራሱን መሳት፣ አንዳንዴም እንዲሁም የመንቀጥቀጥ እና የመውደቅ አጋጣሚዎች ሊደርሱ ይችላሉ። የራሱን መሳት አጋጣሚ በጣም አነስተኛ ቢሆንም ልጃችሁ ከተከተበ/ከተከተበች በኋላ ለ15 ደቂቃ በሕክምና ባለ ሙያ ክትትል ሥር ይቆያል/ትቆያለች።

ስለ IT እና ነፃነት ሕጋዊ መረጃ

የዚህ ክትባት ዘመቻ የግል መረጃ አያያዝን ያካትታል። በተለይ ለክትባት የፍቃድ መስጠት ወረቀት ቅጽ ሥራውን በክልላዊ የጤና ኤጀንሲዎች (ARS) የተመደቡ ተቋማት እና የክትባት ማዕከሎች የሂደቱን ፓሊሲዎች/ግብረት ክትባት ብሔራዊ ዘመቻ እና እንደ አስፈላጊነቱ የሌሎች ክትባቶች የመከተብ ሥራዎችን እንዲከናወን ይጠቅማሉ። እነዚህ የመረጃ አያያዝ የክልላችሁ ARS እና የልጃችሁን ክትባት ሥራ በARS የተመደበ የክትባት ማዕከል ወይም ተቋም የጋራ ኃላፊነታቸው ይሆናል። በዚህ ረገድ የልጃችሁ ትምህርት ቤት የሚሠራው ሥራ ከዚህ በላይ ለተጠቀሱት ተቋማት የሞላችሁትን የክትባቱ ፍቃድ መስጫ ወረቀት ቅጽ የመሰብሰብ እና ለክትባት ማዕከሉ ወይም ለተቋሙ የማስተላለፍ ሥራ ብቻ ይሆናል። የወረቀት ቅጹ ሲተላለፍ ግን በተዘጋ ፖስታ ስለሆነ በውስጡ የተካተቱትን መረጃዎች ምስጢር የተጠበቁ ይሆናሉ። የተሰበሰቡትን መረጃዎች ማየት የሚችሉት በARS የተሾሙ ፍቃድ የተሰጣቸው የሕክምና ተቋማት ሠራተኞች ብቻ ናቸው። መረጃዎቹ በነዚህ ተቋማት ሲስተም ውስጥ ሊቀመጡ የሚችሉት አስፈላጊ ከሆነ ስለ ጉዳዩ የኃላፊነት ማረጋገጫ እንዲከናወን ይሆናል። የፍቃድ መስጫ ወረቀት ቅጹ የመሰብሰብ ሥራ እና አያያዝን በሚመለከት በRGPD ማለትም የአጠቃላይ የመረጃ መጠበቅ ደንብ ዓንቀጽ 15፣ 16፣ 18 እና 21 መሠረት የማየት፣ የማረም፣ የመቀነስ እና የመቃወም መብት በትምህርት ቤቱ አስተዳዳሪ ዘንድ ማስከበር ይችላል። አስተዳዳሪው ወዲያውኑ እና ባገኘው ዘዴ ሁሉ ለሚመለከተው የክትባት ማዕከል ወይም ተቋም የግለሰቦቹን የመብት ማስከበር ጥያቄዎችን ያስተላለፋል። እንዲሁም በጃኔሪ 6 1978 የIT፣ 4ይሎች እና ነፃነት የሚመለከተው ሕግ ቁጥር 78-1 ዓንቀጽ 85 መሠረት መብታችሁን ማስከበር ትችላላችሁ። በሌላ በኩል ክትባቱ በትምህርት ቤቱ ውስጥ ከተወሰደ በኋላ እነዚህ የወረቀት ቅጾች በሚመለከተው የክትባት ማዕከል ወይም ተቋም ይጠቅማቸዋል። ይህም የክትባቶች ወጪ እንዲሸፍን ለጤና መድሀን ተቋም (አሱራንስ ማላዲ) አስፈላጊ መረጃ በማስተላለፍ እንዲሁም የጤና አገልግሎት እና የወረርሽኝ ጠበቃ ተልዕኮቹን እንዲፈጽም ለብሄራዊ የጤና ኤጀንሲ (ሳንቴ ፑብሊክ ፍራንስ) የአጠቃላይ እና በስም የማይጠቀሱ መረጃዎችን በማስተላለፍ ነው። ስለነዚህ የመረጃ አያያዝ ተጨማሪ መረጃዎች ካስፈለጋችሁ በጤና ሚኒስቴር እና በARS ዌብሳይቶች ላይ ማግኘት ትችላላችሁ።