

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

اجازه‌نامه والدین برای واکسیناسیون علیه پاپیلوماویروس انسانی (HPV)

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

(معلومات در باره دوره‌های واکسیناسیون و واکسین در پشت این صفحه موجود است)

Nom de l'enfant : _____ : اسم طفل

Prénom de l'enfant : _____ : تخلص طفل

Date de naissance : ____ / ____ / ____ : تاریخ تولد

Sexe : F G جنس : مونث مذکر

Nom du collège : _____ : شاروالی کالج

Commune du collège : _____ : اسم کالج

	Parent / Responsable légal 1 والدین/سرپرست قانونی ۱	Parent / Responsable légal 2 والدین/سرپرست قانونی ۲
Nom – Prénom اسم و تخلص		
Téléphone portable شماره موبایل		
Numéro de sécurité sociale ¹ شماره ایمنی سوسیال ¹	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale سیستم ایمنی سوسیال	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / دیگر : _____	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre / دیگر : _____

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.
این معلومات در تصدیق‌نامه حقوق طفل یا والدین، البته والدینی که طفل به آنها متصل است، قابل دید است. این در اکاونت یا حساب Ameli قابل دسترسی است: <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits> اگر می‌خواهید، می‌توانید این تصدیق‌نامه را برای تسهیل مراحل با فورم اجازه‌نامه والدین ضمیمه کنید.

Je soussigné(e), _____ من امضاکننده زیر،

autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné.

مرکز واکسیناسیون را اجازه می‌دهم تا طفل در بالا ذکر شده را در مقابل HPV واکسین نماید.

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.**

واکسیناسیون ضد HPV نیازمند ۲ دوز می‌باشد که در فاصله ۵ و ۱۳ ماه باید تطبیق شود، البته زمانی که بین سن ۱۱ و ۱۴ سالگی تطبیق می‌شود. **طفل باید کتابچه صحت یا سوانح واکسین خود را در روز تطبیق واکسین با خود داشته باشد.**

n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné.

مرکز واکسیناسیون را اجازه نمی‌دهم تا طفل در بالا ذکر شده را در مقابل HPV واکسین نماید.

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

اگر طفل از قبل در مقابل HPV واکسین شده باشد (اسم واکسین: Gardasil9[®]) لطفاً تاریخ آن را مشخص نمایید:

Date de la Dose 1 ____ / ____ / ____ تاریخ دوز ۱

Date de la Dose 2 ____ / ____ / ____ تاریخ دوز ۲

Date : ____ / ____ / 20__ تاریخ

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.

در صورت امضای الکترونیکی، والدین/سرپرست قانونی امضاکننده با کمال شرافت خود اعلام می‌دارد که والدین/سرپرست دیگر اجازه را برای شان داده است. در صورت امضا روی کاغذ، هر دوی والدین/سرپرست قانونی باید امضا کنند

Signature Parent/Responsable légal 1 :

امضای والدین/سرپرست قانونی ۱ :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

امضای والدین/سرپرست قانونی ۲ :

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² :

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.

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

در صورت امضای یک سرپرست قانونی باید تکمیل شود:²

اعلام می‌دارم که من تنها سرپرست قانونی طفل ذکر شده در بالا هستم.

با کمال شرافت خود اعلام می‌دارم که دوومین سرپرست قانونی این طفل: آقای، خانم _____، بر اساس دلایل مادی از امضای این فورم منع شده، ولی اجازه خود برای واکسیناسیون علیه HPV را داده است.

Date : ____ / ____ / 20__ تاریخ

Signature du seul Parent/Responsable légal :

امضای یگانه والدین/سرپرست قانونی :

VOIR PAGE SUIVANTE

صفحه بعدی را ببینید

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire).

¹ در صورت لزوم شماره دکتر دولتی را ذکر کنید (شماره موقت تامین سوسیال).

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).

² واکسیناسیون اطفال نیازمند اجازه هر دو دارنده اختیارات والدین است. بنابراین، در صورت امضای تنها یکی از والدین به دلیل عدم امکان امضا یکی دیگر از والدین بر اساس دلایل مادی، امضاکننده با کمال شرافت خود اعلام می‌دارد که دارنده دیگر صلاحیت‌های والدین رضایت خود را داده است. در صورت تبییت جعلی یا نادرست بودن هرگونه بیان یا معومات، مسئولیت آن انحصاری خواهد بود و ممکن محکومیت به یک سال حبس و جریمه نقدی ۱۵ هزار یورو را همراه داشته باشد. (ماده ۷-۴۴۱ کد جزا).

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV

معلومات مربوط به واکسین ضد عفونت‌های HPV

واکسین Gardasil 9 ضد HPV که به طفل شما داده خواهد شد، یک واکسین مصنوعی و مؤثر است. واکسین ضد عفونت‌های HPV از سوی سازمان جهانی صحت WHO توصیه می‌شود. با محافظت از نوجوانان ما امروز، آن‌ها را کمک می‌کنیم تا در مراحل بعدی زندگی شان خطرات ابتلا به سرطان‌های مرتبط HPV را کاهش دهند. مطالعات نشان داده است که واکسیناسیون در برابر HPV می‌تواند خطر ابتلا به عفونت‌های HPV را به حدی قابل توجهی تا ۹۰ درصد کاهش دهد و همزمان خطر مصاب بودن به ضایعات پیش‌سرطانی و سرطان‌های مرتبط را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد. مثل هر واکسین دیگر، این واکسین نیز ممکن برخی از عوارض جانبی داشته باشد که اکثریت شان خیلی خفیف می‌باشند.

معلومات بیشتر در رابطه به واکسین را می‌توانید در صفحه اینترنتی اداره ملی محافظت از داروها و تولیدات صحتی بخوانید: www.ansm.sante.fr یا هم QR کد زیر را اسکن کنید.



روند ملاقات واکسیناسیون

قبل از شروع جلسه واکسیناسیون، تیم صحتی با طفل شما صحبت نموده سوابق صحتی او را بررسی خواهد کرد. بعداً یک دوز واکسین HPV در یک فضای محرمانه به طفل شما تزریق خواهد شد. پس از تزریق ممکن بی‌هوشی رخ دهد، و یگان اوقات ممکن لرزش یا تکان و ممکن افتادن را به همراه داشته باشد. اگرچه واقعات بی‌هوشی معمول نیستند، ولی طفل شما پس از تزریق واکسین برای ۱۵ دقیقه تحت نظارت، زیر مراقبت تیم صحتی می‌باشد.

اطلاعیه معلومات دیجیتلی و آزادی‌ها

این کمپاین واکسین شامل تطبیق طی مراحل نمودن معلومات شخصی می‌شود. به گونه خاص، فورم‌های مجوز وقایه توسط واکسین از سوی ساختارها و مراکز واکسیناسیون مدیریت شده توسط ARS به هدف مدیریت کمپاین ملی واکسیناسیون ضد عفونت‌های پاپیلوماو ویروس انسانی و گرفتن احتمالی دیگر واکسین‌ها استفاده خواهد شد. این تداوی‌ها زیر مسئولیت مشترک اداره ذیصلاح صحت منطقه‌ای و مرکز واکسیناسیون یا ساختار پیش‌گیری مؤظف شده توسط ARS برای اجرای واکسیناسیون طفل شما تطبیق می‌شود.

مکتب طفل شما به نمایندگی از کنترل‌کننده‌های معلومات فقط مسئولیت جمع‌آوری این جوازنامه تکمیل شده توسط شما را دارد و آن را بعداً به مرکز یا ساختار واکسیناسیون منتقل می‌کند. این انتقال در یک پاکت مهر و لاک شده انجام می‌شود به همین دلیل موسسات انتقال‌دهنده از معلومات موجود در آن خبر نمی‌شوند.

فقط پرسونل با صلاحیت در ساختارهای صحتی تعیین شده در مناطق شان توسط ARS از دریافت‌کنندگان معلومات جمع‌آوری شده هستند. معلومات ممکن توسط این نهادها برای اهداف بررسی اسیب‌پذیری احتمالی نگهداری شود.

حق دسترسی، اصلاح، محدودیت و مخالفت مندرج در ماده‌های ۱۵، ۱۶، ۱۸ و ۲۱ RGPD در رابطه به طی مراحل نمودن فورم‌های جواز با رییس نهاد قابل استفاده می‌باشد. رییس بدون تاخیر و با استفاده از تمام وسایل، درخواست‌های استفاده مردم از این حق شان را به مرکز یا ساختار ذیصلاح واکسیناسیون منطقه‌ای منتقل می‌کند.

علاوه بر آن، این فورم‌ها پس از واکسیناسیون در داخل ساختار، از جانب همین مراکز و ساختارهای واکسیناسیون، از یک طرف به هدف ارسال موارد لازم برای پوشش این واکسین‌ها به بیمه‌کنندگان و از طرف دیگر برای ارسال معلومات جمع‌آوری و غیر نام‌گذاری شده در تطابق با ماموریت‌های مراقبت صحتی و نظارت اپیدیمیولوژیکی، به اداره ملی صحت عامه / Santé Publique فرانسه استفاده می‌شود.

اطلاعات بیشتر در رابطه به این تداوی‌ها در صفحه اینترنتی وزارت صحت و ARS قابل دسترس است.