

موافقة ولي الأمر للمشاركة فى

الإتجاه القومى للحد من الإصابة بعدوى فيروس الإلتهاب الكبدى (ب)

تقوم وزارة الصحة بالتعاون مع المركز القومى للبحوث بالقيام بتقييم الذاكرة المناعية تجاه مرض الفيروس الكبدى ب للأطفال الذين تم تطعيمهم بالجرعات الثلاثة ضد هذا المرض فى العام الأول من عمرهم. وذلك من أجل التأكد من تحقيق الحالة الصحية الأمثل للأجيال المصرية الحالية والقادمة من خلال الحد من الإصابة بعدوى فيروس الإلتهاب الكبدى (ب) ومضاعفاته. سيتم هذا التقييم على المستوى القومى على عدد 6180 طفل فى ستة محافظات وذلك على عينة ممثلة لأطفال تتراوح أعمارهم من 9 شهور إلى 18 سنة. ومما لاشك فيه أن تعاونكم الصادق معنا سيؤدى إلى حماية أولادنا من مرض الإلتهاب الكبدى الفيروسي ب.

وبناء على ما سبق سيتم مقابلة شخصية مع سيادتكم لملاء إستمارة إستبيان للتعرف على الحالة الصحية للطفل/ للطفلة وتحديد الممارسات الخطره التى قد تؤدى الى الاصابه بالفيروس. وإجراء الكشف الطبى وقياس الطول والوزن وسوف يتم سحب عينة دم (تتراوح بين 2-5 سم حسب سن الطفل) بطريقة آمنة لإجراء التحاليل الطبية اللازمة لتحديد مستوى المناعة، على أن يتم إبلاغ سيادتكم بنتائج التحاليل.

وإذا أثبتت التحاليل قلة الوقاية المناعية تجاه هذا المرض للأطفال اكبر من 12 سنة سيتم إعطاء الطفل/الطفلة جرعة محفزة من التطعيم ضد الإلتهاب الكبدى الفيروسي ب. وسيتم متابعتهم واخذ عينة دم بعد شهر وبعد سنة من أخذ الجرعة لهؤلاء الأطفال لمعرفة مستوى الأجسام المضادة للتأكد من الوصول لمستوى المناعة اللازمة علما بأنه لا توجد أى مخاطر محتملة من إعطاء هذه الجرعة المنشطة وفقا للأبحاث العالمية وتوصيات منظمة الهيئة العالمية للصحة.

اما لمن تثبت اصابته بالفيروس، بالرغم من تطعيمه عند الصغر، فسوف يتم ملء استمارة استبيان لة لتحديد الظروف البيئية والممارسات الخطره التى قد تؤدى الى الاصابه بالفيروس واخذ عينة دم من المخالطين له (الوالد والوالدة واخوة/اخوات) لبيان انتشار الفيروس بين أفراد أسرة هذا الطفل.

كما نفيد عناية سيادتكم بأنه لا توجد أى مخاطر محتملة حيث أن عينة الدم سوف تؤخذ بحقن بلاستيكية معقمة غير مستخدمة (تستعمل لأول مرة) ويتم سحبها بواسطة شخص متخصص. كما يتعهد الطبيب المشرف بالحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالطفل/ بالطفلة وأسرته.

أوافق على المشاركة وقد إطلعت على التفاصيل

..... السن:

..... اسم الطفل/الطفلة:

..... التليفون:

..... العنوان:

..... ولي الأمر:

..... رقم الموبايل:

..... اسم الطبيب المشرف: