

فحص صحي و استمارة تصريح _ تلقيح أنفلونزا

(rev. 9/8/2010)

الرجاء الإجابة علي الأسئلة التالية عن الشخص الذي يمكن تلقيحها. هذا يخبرنا من الذي يمكنه الحصول علي تلقيح ضد أنفلونزا في عيادة المدرسة

Name اسم :	Birth date تاريخ الميلاد :	Age عمر :
Street شارع :	City مدينة:	Phone تليفون :
Grade صف :	Teacher (ة) معلم:	

لا نعم

(1) هل هذا الشخص لديه حساسية للبيض أو دجاج أو جنتاميسين أو جلاتين أو أرجينين (gentamicin, gelatin, or arginine)?		
(2) هل هذا الشخص في وقت مضت حدثت له أو لها رد فعل شديد للتصينات في الماضي؟		
(3) هل هذا الشخص في وقت مضت أصابت بأمراض مزمنة Guillain-Barre Syndrome?		
إذا كان اجابتك " نعم" علي أي من الأسئلة أعلاه, هذا الشخص لا يمكنه الحصول علي لقاح أنفلونزا في عيادة المدرسة. يرجى الاتصال بطبيبك المقدم الرعاية الصحية بدلا من ذلك.		
(4) هل هذا الشخص لديه مرض الربو أو السكري أو امراض الرئة أو القلب أو مشاكل في الكلى أو امراض الدم ونقص المناعة أو تناول الأسبرين أو علاج طبيعي ضد الأمراض؟		
(5) هل هذا الشخص حصلت علي تحصينات أخرى في 4 أسابيع الماضي؟ يشمل التاريخ و نوع تحصينات حصلت عليهم:		
(6) هل هذا الشخص لديه ضعف في الجهاز المناعي أو له اتصال مباشرا مع شخص آخر له ضعف في نظام الجهاز المناعي (علي سبيل المثال فيروس نقص المناع أو مرض السرطان) أو هذا الشخص يتناول أدوية مثل الكورتيكوزون أو المستخدمة في علاج مرض السرطان؟		
(7) هل هذا الشخص يكون حاملا أو مرضعة؟		
(8) هل هذا الشخص مؤمن بتأمين مين كار (مديكيد)؟ (MaineCare (Medicaid)?		
(9) هل هذا الشخص من الهنود الأمريكيين أو أصلي من الأسكا؟		
(10) هل هذا الشخص تحت تأمين صحي (التي لا تغطي تلقيح أنفلونزا؟		
(11) هل هذا الشخص غير مؤمن؟		
(12) اسم الطبيب المقدم الرعاية الصحية:	(ب) رقم تليفون الطبيب المقدم الرعاية الصحية:	
(13) اسم شركة التأمين الصحي (إذا توجد أي) و رقم بطاقة التأمين الصحي: (13)		

لا نعم

(14) أنا أعطي إذن لمدون هذه التلقيح للاستخدامه للإرسال فاتورة إلي مين كار أو تأمين خاصة لدفع تكلفة تقديم التلقيح و أنا موافق لسماح إدخال هذه المعلومات في نظام تسجل التلقيحات لتكون متاحة للأطباء المقدمين الرعاية الصحية الأولية. "ImmPact2"		
(15) أعطيت لي نسخة تقرير معلومة تلقيح أنفلونزا في عام 2010 و أنا قرأته أو شرحت لي. و أنا أفهم فوائد و مخاطر التطعيم ضد الأنفلونزا في 2010 و أنا أطلب أن يعطي اللقاح لهذا الشخص. أنا أفهم أن إذا وقعت علي أدناه, أنا أعطيت موافقتي أو نيابتنا علي, لطفلي أو الذي تحت رعايتي لكي يحصل علي اللقاح المناسب. حددت بطبيب الرعاية الصحية المقدم التلقيح.		
X توقيع الشخص الذي يحصل علي التلقيح أو توقيع الآباء أو والي الأمر إذا كان الشخص الذي يحتاج تلقيح هو طفل صغي. اسم الوالدة(ة) أو والي الأمر (أكتب بالوضوح) _____ التاريخ _____		

FOR OFFICE USE ONLY: للاستخدام المكتب فقط:

Date Dose Administered	Vaccine	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of School Vaccine Provider	Body Site	Route
/ /							<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal

AR- Health screening permission.