فحص صحي و أستمارة تصريح _ تلقيح أنفلونزا

(rev. 9/8/2010)

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

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

	نعم	لا
1) هل هذا الشخص لديه حساسية للبيض أو دجاج أو جنتامسين أو جلاتين أو ارجينين gentamicin, gelatin,or arginine؟		
2) هل هذا الشخص في وقت مضت حدثت له أو لها رد فعل شديد للتحصينات في الماضي؟		
3) هل هذا الشخص في وقت مضت أصابت بأمراض مزمنةGuillain-Barre Syndrome؟		
أذا كان أجابتك " نعم" علي أي من الأسئلة أعلاه, هذا الشخص لا يمكنه الحصول علي لقاح أنفلونزا في عياد المدرسة. يرجي الأتصال بطبيبك المقدم الرعاية الصحية بدلا من ذلك.		
4) هل هذا الشخص لديه مرض الربو أو السكري أو أمراض الرئة أو القلب أو مشاكل في الكلى أو أمراض الدم ونقص المناعة أو تناول الأسبرين أو علاج طبيعي ضد الأمراض؟		
5) هل هذا الشخص حصلت علي تحصينات أخري في 4 أسابيع الماضي؟ يشمل التاريخ و نوع تحصينات حصلت عليم: _____		
6) هل هذا الشخص لديه ضعف في الجهاز المناعي أو له أتصال مباشرتا مع شحص أخر له ضعف في نظام الجهاز المناعي (علي سبيل المثال فيروس نقص المناع أو مرض السرطان) أو هذا الشخص يتناول أدوية مثل الكوريتزون 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 الأمريكين أو أصلي من الألسكا؟		
10) هل هذا الشخص تحت تأمين صحي (التي لا تغطي تلقيح أنفلونزا؟		
11) هل هذا الشخص غير مؤمن؟		

12 أ) أسم الطبيب المقدم الرعاية الصحية:	12 ب) رقم تلفون الطبيب المقدم الرعاية الصحية:
13) أسم شركة التأمين الصحي (أذا توجد أي) و رقم بطاقة التأمين الصحي: (13	

	نعم	لا
14) أنا أعطي أذن لمدون هذه التلقيح للأستخدامه للأرسال فاتورة ألي مين كار أو تأمين خاصة لدفع تكلفة تقديم التلقيح و أنا موافق لسماح أدخال 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 قراته أو شرحت لي. و أنا أفهم فوائد و مخاطر االتطعيم ضد الأنفلونزا في 2010 و أنا أطلب أن يعطي اللقاح لهذا الشخص. أنا أفهم أن أذا وقعت علي أدناه, أنا أعطيت موافقتي أو نيابتا عني, 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 الأباء أو والي الأمر أذا كان الشخص الذي يحتاج تلقيح هو طفل صغي.

أسم الوالد(ة) أو والي الأمر (أكتب بالوضوح) _____ التاريخ _____

FOR OFFICE USE ONLY: للأستخدام المكتب فقط

Date Dose Administered	Vaccine	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of School Vaccine Provider	Body Site	Route
/ /							□ IM □ Intranasal

AR- Health screening permission.