

# لقاح الإنفلونزا 2016-2017 فحص طبي واستمارة تصريح

NPI:		الاسم الكامل:		تاريخ الميلاد:	السن:	الجنس:
School Name:				١ /		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
الهاتف النهاري:		الرمز البريدي:		المدينة/البلدة:		عنوان الشارع:
الوحدة الإدارية المدرسية (المنطقة التعليمية)		المدرس:		الصف الدراسي:		

هل هذا الشخص أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟  نعم  لا

هل لا يملك هذا الشخص تأميناً؟  نعم  لا

هل هذا الشخص مؤمن عليه من قبل (Medicaid) MaineCare؟  نعم  لا

الرقم التعريفي لـ MaineCare: \_\_\_\_\_

تأمين صحي خاص؟  نعم  لا

اسم شركة التأمين: \_\_\_\_\_

الرقم التعريفي: \_\_\_\_\_ رقم المجموعة: \_\_\_\_\_

اسم المشترك: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد المشترك: \_\_\_\_\_

اسم الطبيب: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

قم من فضلك بالإجابة على الأسئلة التالية حول الشخص المسمى أعلاه. يمكن كتابة التعليقات في ظهر هذه الاستمارة.

لا	نعم

(1) هل يعاني هذا الشخص من حساسية مفرطة اتجاه البيض (قد تهدد حياته)؟

(2) هل سبق أن عانى هذا الشخص من رد فعل شديد تجاه تحصين الإنفلونزا في الماضي؟

(3) هل سبق أن عانى هذا الشخص من متلازمة غيان-باريه (التهاب الجذور والأعصاب الحاد المجهول السبب)؟

إذا أجبت بـ "نعم" على أي من الأسئلة 1-3، فقم بزيارة مقدم الرعاية الصحية من أجل لقاح الإنفلونزا

## تصريح لتلقيح الإنفلونزا

تم إعطائي نسخة من تقارير معلومات لقاح الإنفلونزا، وقد قرأتهم أو تم شرحهم وأفهم مزايا ومخاطر لقاح الإنفلونزا.

أعطي تصريح ليتم إدراج سجل بهذا اللقاح في سجلات ImmPact.

أعطي تصريح ليتم استخدام المعلومات لتحصيل تكلفة توفير اللقاح سواءً من شركة MaineCare أو إحدى شركات التأمين الخاصة

أعطي موافقتي لكي يتلقى هذا الشخص اللقاح الأكثر ملائمة له، كما تم تحديده من قبل موظف الرعاية الصحية في العيادة.

أعطي موافقتي كي يتم إعطاء لقاح الإنفلونزا للشخص المسمى أعلاه بإمضائي أدناه.

الإمضاء \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

إمضاء الوالد/ الوصي إذا كان الشخص الذي سيتلقى اللقاح قاصر أو إمضاء الشخص البالغ الذي سيتلقى اللقاح

اسم الوالد، أو، الوصي، أو الشخص البالغ الذي سيتلقى اللقاح، مكتوباً نسخاً: \_\_\_\_\_

لاستخدام المسؤولين فقط:

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi vial	State Supplied Y N