

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

لقاح الانفلونزا ٢٠١٩ - ٢٠٢٠ فحص طبي واستمارة تصريح

- هل هذا الشخص أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ نعم لا
- هل لا يملك هذا الشخص تأميناً؟ نعم لا
- هل هذا الشخص مؤمنٌ 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.

نعم لا

١	هل يعاني هذا الشخص من حساسية مفرطة (قد تهدد حياته) تجاه البيض؟	
٢	هل سبق أن عانى هذا الشخص من رد فعل شديد تجاه تحصين الانفلونزا في الماضي؟	
٣	هل سبق أن عانى هذا الشخص من متلازمة غيان باريه (التهاب الجذور والأعصاب الحاد المجهول السبب)؟ إذا أجبت "نعم" على أي من الأسئلة 1-3 فقم بزيارة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك من أجل لقاح الانفلونزا	
٤	هل هذا الشخص مصاب بالربو؟ يعاني من الصفير حالياً؛ لديه تاريخ من الصفير إذا كان عمره أقل من ٥ سنوات؛ يعاني من مشاكل في القلب والكلية والرتتين؛ أو داء السكري؛ أو حامل أو مرضع؟	
٥	هل يستخدم هذا الشخص بانتظام الأسبرين أو دواء يحتوي على الأسبرين؟ (يجب عدم إعطاء الأسبرين للأطفال أو المراهقين لمدة ٤ أسابيع بعد تعاطي فلوميست.)	
٦	هل يعاني هذا الشخص من ضعف في جهاز المناعة، أو على اتصال وثيق مع شخص يعاني من ضعف شديد في جهاز المناعة؟	
٧	هل تلقى هذا الشخص تاميفلو أو ريلينزا أو أمانتادين أو ريمانتادين خلال الـ ٤٨ ساعة الماضية؟	
٨	هل تلقى هذا الشخص أي لقاحات أخرى في الأسابيع الأربعة الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم: النوع _____ التاريخ _____	
	إذا أجبت "نعم" على أي من الأسئلة 4-7، لا يمكن لذلك الشخص تلقي اللقاح داخل الأنف ضد الانفلونزا	

تصريح لتلقيح الانفلونزا

- 4 تم إعطائي نسخة من تقارير معلومات لقاح الانفلونزا، وقد قرأتها أو تم شرحها لي وأفهم مزايا ومخاطر لقاح الانفلونزا.
- 4 أعطي تصريح ليتم إدراج سجل بهذا اللقاح في نظام معلومات تحصين ولاية Maine ImmPact .
- 4 أعطي تصريح ليتم استخدام المعلومات لتحصيل تكلفة توفير اللقاح سواءً من شركة MaineCare أو إحدى شركات التأمين الخاصة.
- 4 أعطي موافقتي كي يتم إعطاء لقاح الانفلونزا للشخص المسمى أعلاه بتوقيعي أدناه.

التوقيع _____ التاريخ: _____

توقيع الوالد أو الوصي إذا كان الشخص الذي سيتلقى اللقاح قاصراً أو توقيع الشخص البالغ الذي سيتلقى اللقاح

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