

TALAAL HARGAB/IFILO 2016-2017

BAARIS CAAFIMAAD & WARAAQAD CAAFIMAAD

NPI: _____

School Name: _____

Magaca Buuxa:	Taariikh Dhalasho: / /	Da'da:	Jinsi: <input type="checkbox"/> Lab <input type="checkbox"/> Dhadig
Cinwaanjidka:	Magaalo:	Zip Code:	Taleefoon Maalinimada:
Darajada Iskuulka:	Macalin:	Degmada Iskuulka:	

Qofkan ma Ameerikaan Indian ama Alaska ayuu u dhashay? haa maya

Qofkan caymis la'aan miyaa? haa maya

Qofkan ma lee yahay MaineCare (Medicaid)? haa maya

MaineCare ID nambarka: _____

Caymiska qaaska ah? haa maya

Magaca shirkada caymiska: _____

ID Nambarka: _____

Koox nambarka: _____

Magaca caymis kujiraha: _____

Dhalashada caymis kujiraha: _____

Magaca dhakhtarka: _____

Taleefoon nambarka: _____

Fadlan ka jawaab su'aalaha soo socda ee ku saabsan qofka kor ku magacaaban. Faalo dheeraad waa lagu qori karaa waraaqadaan gadaasheeda.

	HAA	MAYA
1) Qofkan ma qabaa wax xasaasiyado daran (halis galinayo nolosha) oo ukunta laga qaado?		
2) Qofkan waligiis horay aad ma ugu xanuunsaday talaalka hargabka?		
3) Qofkan waligiis horay ma ugu dhacday calaamadaha cudurka Guillain-Barre?		

Hadii aa kaga jawaabtay "haa" su'aalaha 1-3, fadlan dhakhtarkaaga la xiriir talaalka hargabka.

OGOLAANSHO IN LA TALAALO

- Waxaa la i siiyay koobi/nuqul Macluumaadka Talaalka Hargabka. Koobiga waan akhriyay ama waa la ii sharxay, waanafahmay faa'iidooyinka iyo khatarta talaalka hargabka.
- Waxaan dhiibay fasax in qoraalka talaalkan la geliyo arkiifiyo ImmPact.
- Waxaan dhiibay fasax in macluumaadka loo isticmaalo in loo diro MaineCare biilka ama in loo diro caymiska gaarka ah.
- Waxaan dhiibay ogolaanshaheya in qofkaan la siiyo talaalka haboon oo uu go'aansaday daryeelaha caafimaadka oo bixinayo talaalka.
- **Fasax ayaan dhiibay in lasiiyo talaalka qofka magaciisu kor ku qoranyahay anigoo saxiixaya hoos.**

X _____ Taariikh: _____

Saxiixa waalidka/mas'uulka qofka talaalka lasiinayo hadiiuu yahay qofcaruur ah ama saxiixa qofkaweyn.

Qor magaca waalidka ama qofka masuulka ah: _____

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 dose	State Supplied Y N