

NPI: _____

<SCHOOL YEAR>

<SCHOOL NAME>

نموذج فحص صحة لقاح الأولاد والموافقة
يرجى الإجابة على الأسئلة التالية حول الشخص الذي سيتم تلقيحه.

الاسم:	تاريخ الميلاد:	العمر:	الصف في المدرسة:	اللغة المفضلة:
أهلية اللقاح والتأمين: <input type="checkbox"/> لديه تأمين، لديه تأهيل الولاية >19 سنوات <input type="checkbox"/> ليس لديه تأمين صحي <input type="checkbox"/> ميديكيد/ماين كير رقم التعريف: _____ #	تحقق من كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> سكان أمريكا الأصليين / أسكا الأصليين <input type="checkbox"/> تأمين صحي غير كافي <input type="checkbox"/> التأمين الخاص اسم الشركة _____ رقم التعريف: _____ المجموعة	نوع الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي / X <input type="checkbox"/> متحول جنسيا <input type="checkbox"/> يفضل عدم الكشف آخر _____	الإثنية: <input type="checkbox"/> هسباني / لاتيني <input type="checkbox"/> غير هسباني / غير لاتيني	
العرق: <input type="checkbox"/> هندي أمريكي أو سكان أسكا الأصليين <input type="checkbox"/> أسويي <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصلية أو غيرهم من جزر المحيط الهادئ	<input type="checkbox"/> أسود أو أفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> عرق آخر		هاتف النهار:	عنوان الشارع:
المدنية/الرمز البريدي:		هاتف النهار:		

لا أعرف	لا	نعم	يرجى الإجابة على الأسئلة التالية حول الشخص المذكور أعلاه.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. هل الولد مريض اليوم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل يعاني الولد من الحساسية تجاه الأدوية أو الطعام أو مكون اللقاح أو اللاتكس؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. هل كان لدى الولد رد فعل خطير على اللقاح في الماضي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل يعاني الولد من مشكلة صحية طويلة الأجل مع أمراض الرئة أو القلب أو الكلى أو التمثيل الغذائي (مثل مرض السكري) أو الربو أو اضطراب الدم أو غياب الطحال أو نقص المكونات التكميلية، غرسة فوقية صناعية، أو تسرب سائل نخاعي؟ هل هو / هي على علاج الأسبرين على المدى الطويل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. هل أصيب الولد أو الأخ أو أحد الوالدين بنوبة؟ هل كان الولد يعاني من مشاكل في الدماغ أو الجهاز العصبي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. هل يعاني الولد من السرطان أو سرطان الدم أو فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو أي مشكلة أخرى في الجهاز المناعي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. هل لدى الولد والد أو أخ أو أخت تعاني من مشكلة في الجهاز المناعي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. في الأشهر الـ 3 الماضية، هل تناول الولد الأدوية التي تؤثر على الجهاز المناعي مثل بريدنيزون، أو المنشطات الأخرى، أو الأدوية المضادة للسرطان؛ أدوية لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي، مرض كرون، أو الصدفية؛ أو خضع للعلاج الإشعاعي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. في العام الماضي، هل تلقى الولد لنقل الدم أو منتجات الدم، أو تم إعطاؤه الجلوبيولين المناعي (جاما) أو دواء مضاد للفيروسات؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. هل الفتاة / المراهقة حامل أم أن هناك فرصة أن تصبح حاملا خلال الشهر المقبل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. هل تلقى الولد التطعيمات في الأسابيع الـ 4 الماضية؟

الولد المذكور أعلاه مستحق، وسيتلقى، اللقاح (اللقاحات) التالية:

 يرجى التحقق من سجلات ولدي وإعطاء أي لقاح (لقاحات) يحتاج إليها

<input checked="" type="checkbox"/> كوفيد-19	<input type="checkbox"/> المكورات السحائية المترافقة (MenACWY)
<input type="checkbox"/> DTap/Tdap (الخنق، الكزاز، السعال الديكي اللاخوي)	<input type="checkbox"/> MMR (الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية)
<input type="checkbox"/> إنفلونزا (إنفلونزا)	<input type="checkbox"/> PCV13 (المكورات الرئوية المترافقة)
<input type="checkbox"/> التهاب الكبد أ (HEP A)	<input type="checkbox"/> شلل الأطفال
<input type="checkbox"/> التهاب الكبد ب (HEP B)	<input type="checkbox"/> PPSV23 (المكورات الرئوية المتعددة السكريد)
<input type="checkbox"/> المستدمية النزلية من النوع ب (HIB)	<input type="checkbox"/> فيروس الروتا
<input type="checkbox"/> لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)	<input type="checkbox"/> الحمق (جدري الماء)
<input type="checkbox"/> المكورات السحائية ب	<input type="checkbox"/> غير ذلك: _____

هل أحضرت معك سجل التطعيم الخاص بولدك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديمها إلى الشخص الذي يقوم بمراجعة هذا النموذج. سيتم تزويدك بسجل للتقحيات التي تم تلقيها اليوم.

يرجى قلب الصفحة وإكمال الجانب الآخر ←

NPI: _____

<SCHOOL YEAR>

<SCHOOL NAME>

نموذج فحص صحة لقاح الأولاد والموافقة
يرجى الإجابة على الأسئلة التالية حول الشخص الذي سيتم تلقيحه.

يرجى التحقق من أحد المربعات التالية:

يمكن إجراء تلقيحات ولدي دون وجودي.

لا يمكن إجراء تطعيمات ولدي إلا بحضوري .

الموافقة على التلقيح

- لقد عرضت علي نسخة من بيان / بيانات معلومات اللقاح (VIS) أعلاه. لقد قرأت ، وشرحت لي ، وفهمت المعلومات في بيان / بيانات معلومات اللقاح.
- أفهم أن سجلا لهذا التلقيح سيتم إدخاله في نظام معلومات التلقيح في ماين، ImmPact.
- أنا أفهم أن الفرد الذي يتلقى التلقيح ينصح بالبقاء في الموقع اليوم لمدة 15 دقيقة على الأقل بعد التلقيح.
- أعطي الإذن لاستخدام المعلومات في فاتورة MaineCare أو التأمين الخاص لتكلفة توفير اللقاح.
- أعطي الإذن لإعطاء اللقاح (اللقاحات) المشار إليه أعلاه لي أو للشخص المذكور أعلاه الذي أذن لي بتقديم هذا الطلب.

التاريخ: _____ العلاقة مع الولد _____

توقيع الوالد أو الوصي القانوني

التاريخ: _____

توقيع المترجم

FOR CLINICAL USE ONLY

Documentation Information

Clinic Site:	District:	Administrator Name:
Patient Name:	Patient DOB:	

Vaccine	Dose	Extremity	Site	Route	VIS Date	Manufacturer & Lot #	Expiration Date
COVID-19	Pfizer: 0.3mL Moderna: 0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
DTap/Tdap	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Haemophilus influenzae type b (Hib)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis A (HepA)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis B (HepB)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Human papillomavirus (HPV)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, inactivated (IIV)	0.25 mL 0.5mL	Right Left	Forearm Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, (live attenuated) (LAIV4)	0.2mL (0.1mL per nostril)	Left nare Right nare	Bilateral Nares	Intranasal Spray			
Measles, mumps, rubella (MMR)	0.5 mL	Right Left	Posterior tricep Vastus Lateralis	SC			
Meningococcal serogroups ACWY (MenACWY)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Meningococcal B (MenB)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 23-valent polysaccharide (PPSV23)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Polio (IPV)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Rotavirus (RV1) (RV5)	Rotarix 1.0mL Rotateq 2.0mL	By mouth	Mouth	Oral			
Varicella (VAR)	0.5mL	Right Left	Upper Arm Vastus Lateralis	SC			

State-Supplied Vaccine Yes No

X _____
Signature and Credentials of Vaccine Administrator

_____ Date