

دائرة الصحة العامة بمحافظة كوك بيان موافقة على التطعيم بلقاح أنفلونزا H1N1 من شركة نوفل

معلومات عن الشخص المتلقي للقاح (يرجى الكتابة بخط مطبعي)

Place Client Identification Label Here

الاسم	العائلة	الاسم الأول	الاسم الأوسط مختصر	تاريخ الميلاد	العمر	الجنس ذكر ___ أنثى ___
العنوان	الشارع	المدينة	المحافظة	الولاية	الرمز البريدي	

الهاتف _____
 الأصل العرقي: (علم واحدة): - أسود - أبيض - آسيوي - غير ذلك - غير معروف ()
 الأصل الإثني: (علم واحدة): - مكسيكي - بورتوريكي - كوبي - أسباني الأصل غير ذلك - غير أسباني الأصل - غير ذلك
 -- عربي --

لا	نعم	سؤال من الأسئلة التالية ضع علامة (✓) في الخانة التي تبين إجابتك.
		١. هل حصل للشخص المراد تطعيمه أن تطعم بلقاح الأنفلونزا (H1N1) خلال الأيام الثمانية والعشرين ٢٨ الماضية؟
		٢. هل لدى الشخص المراد تطعيمه حساسية ضد اللاتكس؟
		٣. هل سبق أن أصيب الشخص المراد تطعيمه بمتلازمة غيليان-باري؟
		٤. هل الشخص المراد تطعيمه مصاب بحمى أو بعدوى نشطة غير ذلك؟
		٥. هل لدى الشخص المراد تطعيمه حساسية خطيرة ضد البيض، كان يُصاب بالشرى أو بصعوبة في التنفس؟
		٦. هل سبق للشخص المراد تطعيمه أن أصيب برد فعل خطر ضد لقاح الأنفلونزا؟
		٧. هل لدى الشخص المراد تطعيمه حساسية ضد تايمروسال؟
		٨. هل لدى الشخص المراد تطعيمه
		٩. هل يتراوح عمر الشخص المراد تطعيمه من ٦ أشهر إلى ٢٤ عاماً؟
		١٠. هل لدى الشخص المراد تطعيمه لديه حالة طبية مزمنة مثل الربو، أو المرض الرئوي السائد المزمن (COPD)، أو السكري، أو مرض بالكلية، أو الكبد، أو القلب، الخ.
		١١. هل الشخص المراد تطعيمه امرأة حامل؟
		١٢. هل يقلّ عمر الشخص المراد تطعيمه عن ٢٤ شهراً (سنتين)؟
		١٣. هل يبلغ عمر الشخص المراد تطعيمه ٥٠ عاماً أو يزيد؟
		١٤. هل سبق للشخص المراد تطعيمه أن تلقى لقاحاً يحتوي على فيروس حي لأجل الأنفلونزا (H1N1)، أو لقاح FluMist، أو اللقاح الثلاثي (الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية)، أو لقاح الجدري (الجدري المائي) خلال الأيام الثمانية والعشرين ٢٨ الماضية؟
		١٥. هل يعاني الشخص المراد تطعيمه من ضعف في جهاز المناعة (على سبيل المثال: يعاني من السرطان، أو اللمفوما، أو اللوكيميا، أو فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، أو الذئبة، الخ) بحيث يكون أكثر عرضةً للعدوى؟
		١٦. هل الشخص المراد تطعيمه يتعاطى علاجاً يحتوي على الأسبرين؟
		١٧. هل لدى الشخص المراد تطعيمه اضطراب عضلي عصبي نشط مثل الشلل الدماغي ربما يؤدي إلى مشكلات في التنفس أو البلع؟
		١٨. هل لدى الشخص المراد تطعيمه حساسية ضد الجنتاميسين، أو الجلانتين، أو الأرجنين؟
		١٩. هل كان الشخص المراد تطعيمه عازماً على تناول ادوية مضادة للفيروسات خلال مدة ٤٨ ساعة قبل التطعيم؟
		٢٠. هل للشخص المراد تطعيمه اتصال وثيق بشخص عنده ضعف في جهاز المناعة يقتضي تلقي العناية في بيئة محمية مثل وحدة زرع النخاع العظمي؟

لقد فرأت بيان معلومات اللقاح (VIS) لأجل كل من لقاح الأنفلونزا (H1N1) الحي الموهن ولقاح الأنفلونزا (H1N1) المنقطع النشاط أو شرحت لي المعلومات عن هذه اللقاحات. لقد أتيت لي المجال لطرح أسئلة أجيب عليها بأجوبة وجدتها وفيه وأعتقد أنني فاهم لفوائد ومخاطر لقاح الأنفلونزا (H1N1). لقد فهمت أن القانم بالتطعيم سوف يحدد نوع اللقاح الذي سيعطى لي حسب ردودي على الأسئلة الواردة أعلاه. إنني أقبل وأطلب أن يعطى اللقاح لي أو للشخص الوارد اسمه في هذا النموذج، وهو الشخص الذي أتمتع بصلاحيته تقديم هذا الطلب عنه وكذلك أفوض دائرة الصحة العامة بمحافظة كوك (CCDPH) والمدرسة أو الحضانه الذي يعطى فيه اللقاح للاحتفاظ بسجل هذا التطعيم وأفوض هذه الجهات كذلك لتسليم هذا النموذج لدائرة الصحة العامة بمحافظة كوك CCDPH.

علاقته بالشخص _____
 المتلقي _____
 الاسم بحروف مطبعية _____
 توقيع الشخص المتلقي للقاح أو الشخص صاحب الصلاحية لطلب اللقاح نيابة عنه _____
 التاريخ _____

FOR CLINC USE ONLY

Comments: _____

Date Vaccinated	VIS Date	Manufacturer and Lot #	Site of Administration		Signature of Vaccine Administrator
			IN=Intranasal LD=Left deltoid LT=Left thigh	RD=Right deltoid RT = Right thigh	