

إدارة الصحة العامة في ستينكي
نموذج الموافقة على لقاح أنفلونزا H1N1 لعام 2009

اللقب	الاسم	(الحرف الأول من الاسم الأوسط)	تاريخ الميلاد	السن
رقم هاتف المنزل ()	النوع (حدد اختياريًا) <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	العرق (حدد اختياريًا) <input type="checkbox"/> أمريكي أفريقي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسبالي <input type="checkbox"/> أبيض	غير معروف أو آخر	
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	

إذا كان سن العميل أقل من 18 عامًا يرجى استيفاء بيانات الجزء التالي

لقب ولي الأمر/الوصي القانوني	الاسم	(الحرف الأول من الاسم الأوسط)	الصلة بالناصر
------------------------------	-------	-------------------------------	---------------

كل الأسئلة والأجوبة تدور حول الشخص الذي سيتلقى اللقاح. ستساعدنا الأسئلة التالية في تحديد إذا كان من المحبذ أن تتلقى اللقاح وأي الأنواع أفضل بالنسبة لك أو للشخص الذي تصدر موافقتك نيابة عنه. ضع علامة في المربع الذي يشكل أفضل وصف لإجابتك. إذا كانت لديك أي أسئلة، فعلبك بتوجيهها إلى طاقم المراجعة الطبية.

نعم	لا	غير معروف	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. هل أنت مصاب حاليًا بمرض تنفسي مع ارتفاع في درجة الحرارة أو عدوى نشطة اليوم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل يتراوح عمر طفلك ما بين 6-36 شهرًا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. هل أنت حامل أو مرضعة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل تعاني من الحساسية ضد الثيروسال (أحد مشتقات الزئبق)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. هل تلقيت تطعيمًا ضد الأنفلونزا هذا العام؟ تاريخ تطعيم الأنفلونزا الموسمية: _____ تاريخ التطعيم ضد H1N1: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. هل تعاني من الحساسية ضد البيض أو العقاقير؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تحديدها:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. هل ذكر لك الطبيب قط أنك تعاني من اضطراب في الجهاز المناعي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. هل أنت مصاب بالإيدز، أو مرض نقص المناعة المكتسبة (HIV) أو السرطان أو هل أجريت لك جراحة لزراعة الأعضاء؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. هل تعاني من التهاب روماتويدي مفصلي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. هل لك تاريخ مرضي للإصابة بالربو أو مرض سوء وظيفة الطرق الهوائية الارتكاسي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. هل أنت مصاب بأي مرض رئوي، بما في ذلك التهاب القصبات المزمن، أو الانتفاخ الرئوي، أو التليف الكيسي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. هل أصبت قط بمتلازمة غيلان باريه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. هل أنت مريض بمرض كلوي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. هل أنت مريض بمرض من أمراض القلب (ذبحة صدرية، فشل قلب احتقاني) أو هل أصابك قط أزمة قلبية أو سكتة دماغية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. هل تعاني من مرض من أمراض الدم مثل الأنيميا المنجلية أو الثلاسيميا (فقر دم البحر المتوسط)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. هل تلقيت أي لقاحات خلال الشهر الماضي أو هل تخطط لتلقي أي منها خلال الشهر المقبل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. هل تتعاطى أي أدوية بوصفة طبية؟ اذكرها:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. هل تتعاطى في الوقت الحالي الأسبرين أو علاج يحتوي على الأسبرين؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. هل أنت مريض بالسكري أو غيره من أمراض التمثيل الغذائي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. هل أنت على صلة وثيقة أو تعيش مع فرد (أفراد) منقوص المناعة بشكل حاد ويحتاج إلى بيئة وقائية (مثل مريض أجريت له عملية زرع نقي عظمي)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. هل أنت مريض بمرض عصبي نشط (مثل نوبة تشنجية)؟

لقد أجبت بصدق على كل الأسئلة الواردة في هذا النموذج. لقد شرح لي أحدهم بيان معلومات اللقاح للقاح أنفلونزا H1N1 وتسلمت نسخة منه. أتيت لي الفرصة لتوجيه الأسئلة حول اللقاح وفهم فوائده ومخاطر لقاح أنفلونزا H1N1 بشكل كامل. أنا أدرك أن هذا التطعيم تطوعي. توقيعي أدناه يشير إلى تصريحتي بتلقي لقاح أنفلونزا H1N1 لنفسي أو للشخص المذكور أعلاه والمخول لي بالموافقة نيابة عنه.

التاريخ: _____

التوقيع: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - FOR OFFICE USE ONLY

Medical Forms Review Signature: _____ Recommendation: FluMist 6-36 months Injectable Injectable (3yrs & up)

Signature and Title of Vaccinator: _____ Clinic Location: South North Central Other: _____

Vaccine	Date Dose Administered	Dose	Injection Site	Route	Dose Number	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Exp. Date
<input type="checkbox"/> FluMist- LAIV			<input type="checkbox"/> LVL <input type="checkbox"/> RVL	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 1 st			
<input type="checkbox"/> Injectable-Single Syringe			<input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD	<input type="checkbox"/> Intranasal	<input type="checkbox"/> 2 nd			
<input type="checkbox"/> Injectable-Multi-Dose Vial			<input type="checkbox"/> N/A					