



3131 "O" STREET  
LINCOLN, NE 68510-1514  
402-441-8000

VFC:  MC  Arbor/non-billable  Underinsured  Uninsured  
 Alaskan/Native American  HS (VFC Guidelines)  
NONVFC:  Private Pay  Refugee  AGR37  HS (PP/AGR37)

## دا پوښتنی د هغه کسانو لپاره دی چه د نن ورځ واکسین ترلاسه کوی.

مهرباني وکړئ د هغه چا په اړه چې د نن ورځ واکسین ترلاسه کوي لاندې پوښتنو ته ځواب ووايي .

- | نه                       | هو                       |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### هېپاټیټیس B (HBV)

۱. اوس مهال هېپاټیټیس B لري يا د هېپاټیټیس B اینتقالونکی دی ؟

### MMR، چیچک، يا ProQuad

۱. په تیرو یوولسو میاشتو کې د گاما گلوبولین، د وینې تزریق، پلازما، یا د وینې پلاکت ترلاسه کړي ؟
۲. د چیچک داني (کوڅک) ناروغي درلوده؟ که چېرې هو، میاشت \_\_\_\_\_ کال \_\_\_\_\_

### روتا وایرس (RotaTeq)

۱. آیا تاسو ته کله ویل شوي چې ستاسو ماشوم د کولمو ننوتل یو بل کې (انسداد یا بندیدو) درلودونکی دی ؟

### د انفلونزا واکسین

۱. آیا تاسو کله د زکام واکسین اخیستو وروسته په شپږو اونیوکی دننه کله Guillian-Barre (گیلن-بیري) سندروم درلود؟

### سینه وېغل

۱. د پنځه شپېته کلنۍ راهیسي، تاسو د سینه وېغل واکسین ترلاسه کړی دی ؟
۲. آیا تاسو کله هم د سینه وېغل واکسین ترلاسه کړی دی ؟

### TB (د نري رنځ د پوستکي معاينه)

۱. نري رنځ يا د نري رنځ مثبت ازموينه درلوده ؟
۲. په تیرو شپږو ورځو کې د زکام څخه ډیر جدي ویروسي ناروغي درلوده؟

د واکسین معلوماتي پاني څخه انکار وکړ

ما ته د واکسین معلوماتي پاني را کرل شوي یا لوستل شوي دي

نیټه

د هغه شخص لاسلیک چې واکسین / واکسینونه / د نري رنځ د پوستکي (TB) معاينه ترلاسه کوي  
یا هغه شخص چې د خدماتو غوښتنلو واک لري (که د نولس کلونو څخه کم وي، والدین/سرپرست)

اریکه (که د ځان پرته بل وي)

د ترجمان نوم (که اړتیا وي)

د ترجمان لاسلیک (که اړتیا وي)

ترجمه شوی ژبه (که اړتیا وي)