



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

VFC: Medicaid Underinsured Uninsured
 Alaskan/Native American HS (VFC Guideline)
NONVFC: Private Pay Refugee AGR37 HS (PP/AGR37)

أسئلة فحص للأشخاص المتلقين اللقاح/ التطعيم

الرجاء الاجابة على الاسئلة التالية للشخص الذي سيتلقى اللقاح/ التطعيم اليوم

لا نعم

1. هل تلقيت اي لقاح في مكان اخر غير هذه العيادة؟ لا نعم
2. هل جلبت معك سجل اللقاحات اليوم؟ لا نعم
3. هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح / التطعيم اليوم مصاب بالحمى (ارتفاع درجة الحرارة)؟ لا نعم
4. هل الشخص الذي سيتلقى اللقاح/ التطعيم اليوم مصاب بمرض حاد او معتدل مصحوب بحمى او بدون حمى ؟ لا نعم
5. مصاب بالسرطان, سرطان الغدد اللمفاوية, الأيدز/ مرض نقص المناعة المكتسبة أو أي مرض من أمراض الجهاز المناعي؟ لا نعم
6. يأخذ دواء, علاج, أو علاج أشعاعي لأي من الأمراض المذكوره أعلاه ؟ لا نعم
7. يأخذ أي نوع من أنواع الكورتيزون كعلاج ؟ لا نعم
8. تلقى اي لقاح / تطعيم خلال الأربع أسابيع الماضية ؟ لا نعم
9. أصيب برده فعل شديدة سابقا بسبب التلقيح ؟ لا نعم
10. لديه حساسية ضد النيوميسين, الستربتوميسين, البوليمكسين بي, الثايميروسال, الجلانتين, أو الخميرة ؟ لا نعم
11. حامل او لديها النية بالحمل خلال الشهر القادم ؟ لا نعم
12. أصيب بنوبة صرع, لديه مشكلة في الجهاز العصبي او لديه تاريخ عائلي لمرض الصرع ؟ لا نعم

(HBV) التهاب الكبد ب

1. مصاب بالتهاب الكبد ب او حامل فيروس التهاب الكبد ب ؟ لا نعم

(MMR) الحصبة المنفردة و التهاب الغدة النكفية و الحصبة الألمانية , جدري الماء (Varicell) أو البروكواد

1. تلقى غلوبين الغاما, نقل دم, بلازما او صفيحات دموية خلال الاحد عشر شهرا الماضية ؟ لا نعم
2. اصيب بمرض الجدري المائي؟ اذا كانت الاجابة نعم, الشهر----- السنة-----؟ لا نعم

(RotaTeq) الشخص الذي سيتلقى لقاح/ تطعيم الروتاتك

1. هل سبق و أصيب طفلك بالأنغماد المعوي ؟ لا نعم

(Influenza) لقاح الأنفلونزا

1. هل سبق أن أصبتَ بمتلازمة غيلان باريه خلال 6 أسابيع من تلقي لقاح الأنفلونزا؟ لا نعم

(Pneumonia) لقاح/ تطعيم ذات الرئة

1. هل تلقيت لقاح ذات الرئة منذ كان عمرك 65 عاما ؟ لا نعم
2. هل تلقيت لقاح ذات الرئة ؟ لا نعم

(TB) اختبار الجلد للكشف عن السل

1. أصيب بمرض السل أو نتيجة اختبار السل كانت ايجابية؟ لا نعم
2. اصيب بمرض فيروسي اكثر خطورة من البرد او الرشح خلال الستين يوما الماضية؟ لا نعم

رفض استلام بيان المعلومات عن اللقاح

(الرجاء وضع علامة x) لقد اعطيت او قرأت بيان المعلومات عن اللقاح .

X

العلاقة (بالشخص الذي سيتلقى اللقاح)

توقيع الشخص الذي تلقى اللقاح (اللقاحات) / التطعيم(التطعيمات)/ اختبار الجلد (TB)
او المرخص له بطلب الخدمات(والدين/الوصي اذا كان عمر المتلقي اقل من 19 سنة)

التاريخ

اللغة المترجمة(اذا لزم الأمر)

توقيع المترجم(اذا لزم الأمر)

اسم المترجم(اذا لزم الأمر)