



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)

ПЕРЕВІРОЧНІ ПИТАННЯ ДЛЯ ОСІБ ЩО ДІСТАЮТЬ ІМУНІЗАЦІЮ.

Будь ласка дайте відповідь на питання щодо особи що дістає вакцину цього дня

ТАК **НІ**

1. Ви получали якінебудь вакцини за межами цієї лікарні?
2. Ви принесли облік вашої імунізації з собою?
3. Чи має особа що вакцинується сьогодні температуру?.....
4. Имеет ли человек, получающий вакцину сегодня умеренные или серьёзные острые заболевания с повышенной температурой или без неё?.....
5. Має рак, лімфому, HIV/СНІД або інші проблеми імунної системи?.....
6. Приймає ліки, процедури або радіацію проти вищезгаданих хворіб?
7. Приймає які небудь ліки подібні до кортизону?
8. Получили які небудь вакцинації за останні 4 доби?.....
9. Мали серйозну реакцію після вакцинації?.....
10. Алергія до Неоміцину, Стрептоміцину, Поліміксину Б, Тімерозалу, желатину, дріжджам?
11. Вагітна або планує вагітність на слідуючий місяць?
12. Мали випадки або інші проблеми нервової системи, або історію випадків в родині?

Гепатит Б (HBV)

1. Тепер маєте Гепатит Б або носій Гепатиту Б?

MMR, Вітряна віспа, ProQuad

1. Получали гамма глобулін, переливання крові, плазму або кровні спорідності за останні 11 місяців?
2. Мали Вітряну Віспу? Якщо так, Місяць _____ Рік _____

Рота Тек (вакцина від дезінтерії)

1. Вам колись говорили, що ваша дитина має кишкову непрохідність?

Інфлюенца вакцина

1. У вас коли-небудь був синдром Гільяна-Барре, протягом 6 тижнів після щеплення від грипу?.....

Пневмонія

1. З віку 65 ви получали вакцину від пневмонії?
2. Коли небудь ви получали вакцину від пневмонії?

ТБ (Перевірка шкіри на туберкульоз)

1. Мали туберкульоз або позитивний аналіз на туберкульоз?
2. Мали вірусні захворювання більш серйозні ніж простуда за останні 60 діб?.....

Мені надали або прочитали інформацію про вакцини (Відмітьте)

Відмовляюсь VIS (Відмітьте)

_____	X	_____	_____
Дата		Підпис Особи що Получає Імунізацію/Вакцину/Аналіз на ТБ Або особа вповноважена замовляти сервіси(батьки, опікуни якщо молодше 19 років)	Відносини(якщо не сам)
_____		_____	_____
Ім'я перекладача (якщо треба)		Підпис перекладача (якщо треба)	Мова для перекладу(якщо треба)

***ПАМ'ЯТКА: Дія цієї заяви закінчується через 14 діб після піписання

Ukrainian 03/2022