



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)

CÂU HỎI SƠ KHẢO CHO NGƯỜI SẮP ĐƯỢC CHỦNG NGỪA.

Xin trả lời các câu hỏi sau đây về người sắp được chủng ngừa hôm nay.

CÓ **KHÔNG**

1. Quý vị có chủng ngừa bất cứ gì ở bất cứ đâu khác ngoài y viện này?
2. Hôm nay quý vị có mang theo hồ sơ chủng ngừa không?.....
3. Người được chủng ngừa hôm nay có đang bị sốt không?
4. Người nhận những vắc xin hôm nay có một bệnh cấp tính nhẹ hay nghiêm trọng có sốt hay không sốt?
5. Bị ung thư, u lym-phô, HIV/SIDA hay bất cứ vấn đề miễn dịch nào khác không?.....
6. Hiện đang dùng thuốc, điều trị, hoặc xạ trị cho các chứng bệnh kể trên?
7. Hiện đang dùng bất cứ loại thuốc dạng cortisone nào?
8. Mới đây đã được chủng ngừa bất cứ bệnh gì trong 4 tuần vừa qua?
9. Đã từng bị phản ứng nghiêm trọng sau khi được chủng ngừa?
10. Dị ứng với Neomycin, Streptomycin, Polymixin B, Thimerosal, chất gêlatin hoặc men?
11. Hiện đang có thai hoặc dự định sẽ có thai nội trong 1 tháng tới?
12. Đã từng bị đột quỵ hoặc hệ thần kinh có vấn đề gì khác hay có bệnh sử gia đình bị đột quỵ?

Viêm gan siêu vi B (HBV)

1. Hiện đang bị Viêm gan siêu vi B hoặc mang vi-rút Viêm gan siêu vi B?

MMR (Sởi, Quai bị, Rubella), Thủy đậu, hoặc ProQuad

1. Đã được truyền gamma globulin, máu, huyết tương hoặc tiểu cầu trong 11 tháng qua?
2. Đã từng bị bệnh Thủy đậu? Nếu có, vào Tháng _____ Năm _____

RotaTeq.

1. Có ai đã từng nói với quý vị rằng cháu bé của quý vị bị lồng ruột không?

Chủng ngừa Cúm

1. Bạn đã bao giờ mắc Hội chứng Guillian-Barre, trong vòng 6 tuần sau khi tiêm phòng cúm chưa?.....

Viêm phổi

1. Từ khi được 65 tuổi, quý vị đã chích ngừa viêm phổi chưa?
2. Quý vị có bao giờ được chích ngừa viêm phổi chưa?

TB (Xét nghiệm bệnh Lao qua da)

1. Đã từng bị bệnh lao, hoặc xét nghiệm lao dương tính?.....
2. Trong 60 ngày qua, có từng bị bệnh do vi-rút gây, nặng hơn cảm lạnh không?

Tôi đã được trao, hoặc đọc (các) tờ thông tin về thuốc chủng ngừa/các phát biểu về thuốc chủng ngừa: Có (Đánh dấu) Từ chối (Đánh dấu)

Ngày

X _____
Chữ ký Người được chủng ngừa/Chích ngừa/Xét nghiệm lao qua da
Hoặc người được phép yêu cầu phục vụ (cha mẹ/người giám hộ nếu dưới 19 tuổi)

Quan hệ (nếu ngoài đương sự)

Name of Interpreter (if needed)

Signature of Interpreter (if needed)

Language Interpreted (if needed)

***LƯU Ý: Bản xác nhận này hết hạn sau 14 ngày kể từ ngày ký tên.

Vietnamese 03/2022