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)

سوالات غربالگری برای افرادی که باید واکسینه شوند

آیا در جای دیگری به غیر از این درمانگاه،هیچگونه واکسنی دریافت کرده اید؟ ..... بله ☐ خیر ☐

آیا امروز رکورد واکسن را همراه خود آورده اید؟ ..... بله ☐ خیر ☐

لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید, فردی که ایمن سازی/واکسن دریافت می کند.

	بله	خیر
1.آیا کسی که امروز واکسن دریافت می کند، تب دارد؟	☐	☐
2.آیا کسی که امروز واکسن دریافت می کند مبتلا به سرطان، لنفوم،ایدز ویا مشکلات مرتبط به ضعف دستگاه ایمنی می باشد؟	☐	☐
3.آیا برای بیماری های بالای ذکر شده هیچ نوع دارو،درمان ،رادیوتراپی دریافت می کنید ؟	☐	☐
4. آیا از ترکیبات کورتیزونی استفاده می کنید ؟	☐	☐
5.آیا در چهار هفته گذشته هیچگونه واکسنی دریافت کردید؟	☐	☐
6.آیا بعد از دریافت واکسن دچار عوارض خطرناک شده اید؟	☐	☐
7.آیا به نئومایسن، استرپتومایسن،پلی میکسین ب،ثایمروسال، ژلاتین ومخمر حساسیت دارید؟	☐	☐
8.آیا حامله هستید، یا قصد حاملگی در یکماه آینده دارید؟	☐	☐
9.آیا دچار تشنج ویا مشکلات دیگر دستگاه عصبی شده‌اید، آیا سابقه خانوادگی تشنج دارید؟	☐	☐

(HBV) هپتایت ب

1.آیا مبتلا به هپاتیت ب ویا حامل(ناقل) هپاتیت ب هستید؟	☐	☐

(Varicella,MMR) سرخک, گوشک و سرخچه , آبله مرغان , یا بروکواد

1.آیا در ۱۱ ماه گذشته گاما گلوبین،خون،پلاسما،پلاکت دریافت کردید؟	☐	☐
2.آیا مبتلا به ابله مرغان شده اید؟ اگر مبتلا شده اید؟ ماه ---- سال-----	☐	☐

(RotaTeq) فردی که ایمن سازی/واکسن روتاتک دریافت می کنند

1. ایا تا به حال به شما گفته شده ،که کودک شما مبتلا به انواژیاسیون شده است؟.	☐	☐

(Influenza) واکسن انفلونزا

1.یا به تخم مرغ، ترکیبات محتوی تخم مرغ حساسیت دارید، ویا در صورت مصرف تخم مرغ دچار عوارض شدیدی می شوید؟	☐	☐
2.آیا تا کنون مبتلا به سندم گیلن باره شده اید؟	☐	☐

(Pneumonia) واکسن پنوموکوک

1.از سن ۶۵ سالگی،واکسن پنوموکوک دریافت کرده آید؟	☐	☐
2.آیا تاکنون واکسن پنوموکوک دریافت کرده آید؟	☐	☐

(TB)آزمایش جلدی بیماری سل

1.دارای بیماری سل یا آزمایش مثبت **TB** دارد؟	☐	☐
2.آیا بیماری ویروسی شدیدی در طی 60 روز اخیر داشته است؟	☐	☐

(لطفا علامت بگذارید) من بیانیه ورقه اطلاعاتی واکسن خوانده ام و وبه من داده است ☐ من بیانیه ورقه اطلاعاتی را قبول نکردم ☐

X _____ _____ _____

تاریخ | امضای فردی که ایمن سازی/واکسن/آزمایش جلدی بیماری سل دریافت می کند یا شخص مجاز برای در خواست خدمات(پدر/ وصي قانونی اگر کوچکتر از 19 سال) | نسبت (شخص امضا کرده با شخصی که درخواست خدمات)

_____ _____ _____

نام مترجم(در صورت نیاز) | امضای مترجم (در صورت نیاز) | زبان ترجمه شده (در صورت نیاز)

2018/05 یادداشت:این بیانیه منقضی 14 روز پس از تاریخ امضا. Farsi