

قائمة تدقيق الفرز لموانع استعمال



Lincoln-Lancaster County
Health Department

أسم المريض
تاريخ الميلاد

شهر / يوم / سنة

اللقاحات للأطفال والمراهقين (Children and Teens)

للمرضى: سوف تساعدنا الأسئلة التالية على تحديد اللقاحات التي يمكن إعطاؤها لك اليوم. إذا أجبت ب "نعم" على أي سؤال، فأن هذا لا يعني بالضرورة أنه لا يجب عليك أن تحصل على اللقاح. وأنما يعني فقط وجوب طرح مزيد من الأسئلة. إذا كان هناك سؤال غير واضح، فأطلب من مقدم الرعاية الصحية شرحه.

VFC: MC Underinsured Uninsured Alaskan/Native American

لا أعرف	لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 هل جلبت معك بطاقة سجل اللقاحات؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 هل الطفل مريض اليوم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 هل يعاني الطفل من حساسية تجاه أدوية، أو طعام، أو مكون في لقاح، أو اللاتكس؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 هل سبق أن عانى الطفل من رد فعل خطير بعد تلقي لقاح؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 هل يعاني الطفل من مشكلة صحية طويلة الامد في الرئة، القلب، أو الكلية، أو أي مرض أبيض (مثل السكري)، أو الربو، أو اضطراب في الدم، أو أنعدام الطحال، أو طعم قوي، أو تسرب سائل شوكي؟ هل تتبع علاج طويل الأمد بالأسبرين؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 الأطفال من عمر عامين إلى 4 أعوام: هل أخبرك مقدم رعاية صحية أن الطفل كان يعاني من أزيز أو ربو في آخر 12 شهراً؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 للأطفال الرضع: هل سبق أن قيل لك أن الطفل يعاني من الانغلاف المعوي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 هل عانى الطفل، أو أخ، أو والد من نوبة صرع؛ وهل عانى الطفل من مشكلة في المخ أو مشكلة أخرى في الجهاز العصبي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 هل سبق وتم تشخيص الطفل بأصابته بحالة قلبية (التهاب عضلة القلب أو التهاب التأمور) أو أصابته بمتلازمة الألتها ب متعدد الأجهزة (MIS-A أو MIS-C) بعد الإصابة بعدوى الفيروس الذي يسبب كوفيد-19؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 هل الطفل مُصاب بمشكلة في جهاز المناعة مثل السرطان، أو سرطان الدم، أو فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الأيدز؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 في ال 6 شهور الماضية، هل أخذ الطفل أدوية تؤثر على جهاز المناعة، مثل بريدنيزون، أو ستيرويدات أخرى، أو أدوية مضادة للسرطان؛ أو أدوية لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي، أو مرض كرون، أو الصدفية؛ أو هل حصل على علاجات بالأشعاع؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 هل يعاني والدي الطفل أو أخوته من مشكلة في الجهاز المناعي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 في العام الماضي، هل تلقيت جلوبيولين مناعي (جاما) أو دمًا/ منتجات دم، أو دواء مضاد للفيروسات؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 هل الطفلة / المراهقة حامل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 هل تلقى الطفل أي لقاحات في الأربع أسابيع الماضية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 هل شعر الطفل يوماً بالدوار أو الإغماء قبل تلقي حقنة أو خلالها أو بعدها؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 هل الطفل متوتر بشأن تلقي حقنة اليوم؟

أرفض أستلام معلومات عن اللقاح (يرجى التأشير)

لقد تم إعطائي أو تمت قراءة الأوراق الخاصة بالمعلومات عن اللقاح. (يرجى التأشير)

X

العلاقة (إذا كان الموقع ينوب عن غيره)

توقيع الشخص الذي سيتلقى التلقيحات أو التطعيمات أو اختبار الجلد عن مرض السل الرئوي أو الشخص المخول بطلب هذه الخدمات (الأب أو الأم أو الوصي إذا كان عمر المراجع أقل من 19 عاماً)

تاريخ

اسم المترجم (إذا تمت الاستعانة بمترجم)

توقيع المترجم (إذا كان المراجع بحاجة الى مترجم)

اللغة التي تمت الترجمة منها واليها (حسب الحاجة)