



Lincoln-Lancaster County
Health Department

چک لیست بررسی

برای منع مصرف

واکسن برای بزرگسالان

نام مریض

تاریخ تولد

سال / روز / ماه

برای مریضان : سوالات زیر به ما کمک می کند تا مشخص کنیم کدام واکسین ممکن است امروز به شما زرق شود. اگر به هر سوالی جواب «بلی» بدهید، لزوماً به این معنی نیست که نباید واکسین شوید. این فقط به این معنی است که ما باید سوالات بیشتری از شما بپرسیم. اگر سوالی واضح نیست، لطفاً از ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود بخواهید که آن را توضیح دهد.

نمی دانم	نه	بلی	Adult: <input type="checkbox"/>	Private Pay <input type="checkbox"/>	Refugee <input type="checkbox"/>	AGR37 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 آیا سابقه واکسین خود را با خود آورده اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 آیا امروز مریض هستید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 آیا به داروها، غذاها، مواد تشکیل دهنده واکسن یا لاتکس (محصولات رابری) حساسیت دارید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 آیا تا به حال پس از دریافت واکسن عکس العمل جدی داشته اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 آیا مشکل سلامتی طولانی مدت با بیماری شش، قلبی، گرده یا متابولیک (مانند شکر)، آسم، اختلال لخته شدن خون، نداشتن طحال، کمبود اجزای مکمل خون، کاهش سمعک (گوشکی برای ناشنوایان)، یا نشت مایع نخاعی دارید؟ آیا تحت درمان طولانی مدت اسپرین یا سالیسیلات (دوا های برای ضد التهاب، درد یا عفونت) هستید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 آیا سرطان، لوکیمی (سرطان خون)، اچ آی وی/ایدز یا هر مشکل دیگری در سیستم ایمنی دارید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 آیا پدر یا مادر، برادر یا خواهری دارید که مشکل سیستم ایمنی داشته باشد؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 آیا در 6 ماه گذشته دوا های مصرف کرده اید که بر سیستم ایمنی شما تأثیر می گذارد، مانند پردنیزون، سایر استروئیدها یا داروهای ضد سرطان. داروهای برای درمان آرتریت روماتوئید (روماتیزم)، مریضی کرون یا پسوریازیس (خشکی شدید پوستی)؛ یا شعاع درمانی داشته اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 آیا تشنج یا مشکل مغزی یا سیستم عصبی دیگری داشته اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 آیا تا به حال به مریضی قلبی (مایوکاردیت یا پریکاردیت التهاب عضلات یا پرده محافظتی قلب) مبتلا شده اید یا به سندرم التهابی چند سیستمی یا التهاب سرتاسری بدن (MIS-A یا MIS-C) پس از عفونت با ویروس که باعث COVID-19 می شود، مبتلا شده اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 آیا در سال گذشته، گلوبولین ایمنی (گاما)، خون/محصولات خونی یا دوا ی ضد ویروسی دریافت کرده اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 آیا شما حامله هستید یا احتمال اینکه در یک ماه آینده حامله شوید وجود دارد؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 آیا در 4 هفته گذشته واکسین دریافت کرده اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 آیا تا به حال قبل، در حین یا بعد از تزریق واکسین احساس سرچرخی یا ضعف داشته اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 آیا امروز در مورد تزریق واکسین پریشان هستید؟			

<input type="checkbox"/> انکار کرد VIS <input type="checkbox"/> (لطفاً نشانی بگذارید) <input type="checkbox"/> (لطفاً نشانی بگذارید) اطلاعات واکسین را خوانده ام. <input type="checkbox"/> (لطفاً نشانی بگذارید)		
تاریخ	x	نسبت با مریض (اگر غیر از خود امضای شخص برای دریافت واکسین(ها) یا فرد مجاز به درخواست خدمات (والدین/قیم در صورت زیر 19 سال) باشد)
نام مترجم (در صورت نیاز)	امضای مترجم (در صورت نیاز)	زبان ترجمه شده (در صورت نیاز)



توجه: این بیانیه روز پ 14 از تاریخ امضای این فرم منقضی می شود. 06/2024 ***

(Dari)

www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf · Item #P4060 (10/20)