



Lincoln-Lancaster County
Health Department

چک لیست بررسی برای موارد منع مصرف واکسن برای کودکان و نوجوانان

نام مریض _____

تاریخ تولد _____ / _____ / _____

سال _____ روز _____ ماه _____

برای والدین / سرپرستان: سوالات زیر به ما کمک می کند تا مشخص کنیم کدام واکسن ممکن است امروز به شما تزریق شود. اگر به هر سوالی پاسخ «بلی» بدهید، لزوماً به این معنی نیست که نباید واکسن 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.

| نمیدانم | نه | بلی | VFC: | <input type="checkbox"/> MC | <input type="checkbox"/> Underinsured | <input type="checkbox"/> Uninsured | <input type="checkbox"/> Alaskan/Native American |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 1 | | | | | | | آیا سابقه یا راپور واکسن خود را با خود آورده اید؟ |
| 2 | | | | | | | یا امروز مریض هستید؟ |
| 3 | | | | | | | آیا طفل به دوا ها ، غذا، اجزای واکسن یا لاتکس (محصولات رابری) حساسیت دارد؟ |
| 4 | | | | | | | آیا طفل در گذشته واکنش جدی به واکسن داشته است؟ |
| 5 | | | | | | | آیا طفل مشکل سلامتی طولانی مدت قلب، شش (از جمله آسم)، گرده، کبد، سیستم عصبی یا بیماری متابولیک (مثلاً شکر)، اختلال خونی، نداشتن طحال یا تلخه، کاشت سمعک (گوشکی برای ناشنویان) یا نشت مایع نخاعی دارد؟ آیا به طور منظم اسپرین یا داروی سالیسیلات (دارو های برای ضد التهاب، درد یا عفونت) مصرف می کنند؟ |
| 6 | | | | | | | برای اطفال 2 تا 4 ساله: آیا ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی به شما گفته است که طفل در 12 ماه گذشته خس خس سینه یا آسم داشته است؟ |
| 7 | | | | | | | برای نوزادان: آیا تا به حال به شما گفته شده که طفل تان دچار انواژیناسیون (بندش یا انسداد روده) شده است؟ |
| 8 | | | | | | | آیا طفل، خواهر یا برادرش یا یکی از والدین تشنج داشته است؟ آیا طفل مشکلات مغزی یا سیستم عصبی دیگری داشته است؟ |
| 9 | | | | | | | آیا طفل مبتلا به بیماری قلبی (مایوکاردیت یا پریکاردیت) التهاب عضلات یا پرده محافظتی قلب، یا سندرم التهاب سرتاسری بدن (MIS-C) پس از عفونت با ویروسی که باعث COVID-19 می شود، تشخیص داده شده است؟ |
| 10 | | | | | | | آیا طفل مشکل سیستم ایمنی مانند سرطان، لوکیمیا(سرطان خون)، HIV/AIDS دارد؟ |
| 11 | | | | | | | در 6 ماه گذشته، آیا طفل از دوا هایی استفاده کرده است که بر سیستم ایمنی تأثیر می گذارد مانند پردنیزون، سایر استروئیدها یا دوا های ضد سرطان. دواهایی برای تداوی آرتریت روماتوئید(روماتیوزم)، مرض کرون یا پسوریازیس (خشکی شدید پوست)؛ یا شعاغ درمانی داشته است؟ |
| 12 | | | | | | | آیا والدین یا خواهر و برادر کودک مشکل سیستم ایمنی دارند؟ |
| 13 | | | | | | | آیا طفل در سال گذشته گلوبولین ایمنی (گاما)، خون/محصولات خونی یا دوا های ضد ویروسی دریافت کرده است؟ |
| 14 | | | | | | | آیا کودک/نوجوان باردار است؟ |
| 15 | | | | | | | آیا طفل / کودک در 4 هفته گذشته واکسن دریافت کرده است؟ |
| 16 | | | | | | | آیا تا به حال کودک / طفل قبل، در حین یا بعد از تزریق، احساس سرچرخی یا ضعف کرده است؟ |
| 17 | | | | | | | آیا کودک / طفل امروز در مورد تزریق واکسن مضطرب یا پریشان است؟ |

| | | |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> امتناع کرد VIS <input type="checkbox"/> (لطفاً نشانی بگذارید) به من فورم اطلاعات واکسن خوانده شد یا آن را خوانده ام. <input type="checkbox"/> (لطفاً نشانی بگذارید) | | |
| نام مریض (اگر غیر از خود باشد) نسبت با مریض (اگر غیر از خود باشد) (سال) | امضای شخص برای دریافت واکسن(ها) یا فرد مجاز به درخواست خدمات (والد/قام در صورت زیر 19 سال) | تاریخ |
| زبان ترجمه شده (در صورت نیاز) | امضای مترجم (در صورت نیاز) | نام مترجم (در صورت نیاز) |



توجه: این بیپله ر 14وز پس از تاریخ امضای این فرم منق کچی شود. 06/2024 ***
(Dari) www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf item #P4060 (10/20)