



Lincoln-Lancaster County  
Health Department

## چک لیست غربالگری برای موارد منع مصرف واکسن برای کودکان و نوجوانان

نام بیمار \_\_\_\_\_

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 «بله» بدهید، لزوماً به این معنی نیست که نباید واکسینه 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	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 ایمن سازی (واکسن) خود را با خود آورده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2 امروز مریض هستید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3 آیا کودک به دارو ها، غذا، اجزای واکسن یا لاتکس (محصولات رابری) حساسیت دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 آیا کودک در گذشته واکنش جدی به واکسن داشته است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5 آیا کودک مشکل سلامتی طولانی مدت قلب، ریه (از جمله آسم)، کلیه، کبد، سیستم عصبی یا بیماری متابولیک (مثلاً دیابت)، اختلال خونی، نداشتن طحال، کاشت سمعک یا نشت مایع نخاعی دارد؟ آیا به طور منظم آسپرین یا داروی سالیسیلات (دارو های برای ضد التهاب، درد یا عفونت) مصرف می کنند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6 برای کودکان 2 تا 4 ساله: آیا یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی به شما گفته است که کودک در 12 ماه گذشته خس سینه یا آسم داشته است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		7 برای نوزادان: آیا تا به حال به شما گفته شده که کودک دچار انواژیناسیون (بندش یا انسداد روده) شده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		8 آیا کودک، خواهر یا برادرش یا یکی از والدین تشنج داشته است؟ آیا کودک مشکلات مغزی یا سیستم عصبی دیگری داشته است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9 آیا کودک مبتلا به بیماری قلبی (مایوکاردیت یا پریکاردیت التهاب عضلات و پرده های محافظتی قلب) یا سندرم التهابی سرتاسری (MIS-C) پس از عفونت با ویروسی که باعث COVID-19 می شود، تشخیص داده شده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10 آیا کودک مشکل سیستم ایمنی مانند سرطان، لوکیمیا (سرطان خون)، HIV/AIDS دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		11 در 6 ماه گذشته، آیا کودک از داروهایی استفاده کرده است که بر سیستم ایمنی تأثیر می گذارد مانند پردنیزون، سایر استروئیدها یا داروهای ضد سرطان. داروهایی برای درمان آرتریت روماتوئید (روماتیسم)، بیماری کرون یا پسوریازیس (خشکی شدید پوست)؛ یا پرتودرمانی داشتید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		12 آیا والدین یا خواهر و برادر کودک مشکل سیستم ایمنی دارند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13 آیا کودک در سال گذشته گلوبولین ایمنی (گاما)، خون/فراآورده های خونی یا داروی ضد ویروسی دریافت کرده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		14 آیا کودک/نوجوان باردار است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		15 آیا کودک در 4 هفته گذشته واکسن دریافت کرده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		16 آیا تا به حال کودک قبل، در حین یا بعد از تزریق، احساس سرگیجه یا ضعف کرده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		17 آیا کودک امروز در مورد تزریق واکسن مضطرب است؟

<input type="checkbox"/> امتناع کرد VIS <input type="checkbox"/> (لطفاً نشانی بگذارید) به من برگه های اطلاعات واکسن خوانده شد یا آن را خوانده ام. <input type="checkbox"/> (لطفاً نشانی بگذارید)	
تاریخ _____	امضای شخص برای دریافت ایمن سازی (ها)/واکسن (ها) یا فرد مجاز به درخواست خدمات (والد/قلم در صورت زیر 19 سال)
نام مترجم (در صورت نیاز) _____	امضای مترجم (در صورت نیاز) _____
زبان ترجمه شده (در صورت نیاز) _____	نام مترجم (در صورت نیاز) _____



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