



Lincoln-Lancaster County
Health Department

د ارزونې لیست د مخنیوی لپاره د لویانو واکسینونو لپاره

د ناروغ نوم _____
د زیږون نېټه _____ / _____ / _____
کال ورځ میاشت

د ناروغانو لپاره: لاندې پوښتنې به مور سره مرسته وکړي او دا به معلومه کړي چې کوم واکسین تاسو ته نن درکول کيږي. که تاسو هرې پوښتنې ته "هو" ځواب ورکړئ، دا په دې معنی نه ده چې تاسو باید واکسین نه کړئ. دا یوازې پدې معنی ده چې مور اړتیا لرو له تاسو څخه نورې پوښتنې وکړو. که یوه پوښتنه روښانه نه وي، مهرباني وکړئ د خپل روغتیا خدمات چمتو کونکي څخه وغواړئ چې تشریح یې کړي.

نه بوهیژم	نه	هو	Adult:	<input type="checkbox"/> Private Pay	<input type="checkbox"/> Refugee	<input type="checkbox"/> AGR 37				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ایا تاسو خپل د واکسین ریکارډ (راپور) له ځانه سره راوړئ؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 ایا تاسو نن ناروغه یاست؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ایا تاسو د درملو، خواړو، د واکسین اجزا، یا لښتیکس (رابری شیان) سره حساسیت لرئ؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 ایا تاسو د واکسین ترلاسه کولو وروسته جدي عکس العمل درلود؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 ایا تاسو د سرو، زړه، پښتورگو یا میټابولیک ناروغیو (د مثال په توګه د شکر ناروغی)، سا بندۍ، د وینې د بندیدو اختلال، د بشپړونکي اجزاو کمښت، د کولیر امیلانټ (د اوریدو ماشین)، یا د نخاعي مایع لیک (خپره کیدل) سره اوږدمهاله روغتیا ستونزه لرئ؟ ایا تاسو د اوږدې مودې اسپرین درملنه کوئ؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 ایا تاسو سرطان، لیکیمیا (د وینې سرطان)، HIV/AIDS، یا د معافیت سیستم کومه بله ستونزه لرئ؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 ایا تاسو مور او پلار، ورور یا خور لرئ چې د معافیت سیستم ستونزه لري؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 په تیرو 3 میاشتو کې، تاسو داسې درمل اخیستي چې ستاسو د معافیت سیستم ته اغیزه کوي، لکه پریډیسون، نور سټراپډونه، یا د سرطان ضد درمل؛ د روماتیزم، کرون ناروغی، یا psoriasis (د پوستکي شدید وچوالی) درملنې لپاره درمل؛ او یا تاسو د وړانګو (شعاع) درملنه لرئ؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 ایا تاسو تشنج (مرګی)، د ماغی یا د عصبي سیستم نورې ستونزې لرئ؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 ایا تاسو ته کله هم د زړه ناروغی (نیوکاردیټس یا پیریکارډیټس) تشخیص شوی یا تاسو د ویروس سره د انفیکشن (عفونت) وروسته ملتي سیستم انفلامټري سندروم (سرتر پای التهاب) (MIS-A یا MIS-C) لرئ چې د COVID-19 لامل کيږي؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 په تیر کال کې، تاسو د معافیت (ګاما) گلوبولین (د وینې تکمیلی برخه)، وینې / وینې محصولات، یا د ویروس ضد درمل ترلاسه کړي؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 ایا تاسو امیدواره (حامله دار) یاست یا ایا داسې چانس شتون دی چې تاسو په راتلونکې میاشت کې امیدواره شئ؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 ایا تاسو په تیرو 4 اونیو کې کوم واکسین ترلاسه کړئ؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 ایا تاسو کله هم د واکسین څخه مخکې، په جریان کې یا وروسته د چکر (سرچرخي) یا سټریا احساس کړئ؟							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 ایا تاسو نن ورځ د واکسین ترلاسه کولو په اړه اندېښمن یاست؟							

انکار وکړ <input type="checkbox"/> VIS (مهرباني وکړئ په نښه کړئ) ما ته د واکسین معلوماتي پاڼې راکړل شوي یا لوستل شوي دي <input type="checkbox"/> (مهرباني وکړئ په نښه کړئ)	د معافیت/واکسین ترلاسه کولو لپاره د شخص لاسلیک یا هغه شخص لاسلیک چې د خدماتو غوښتنې واک لري (والدين / سرپرست که د 19 کلونو څخه کم وي)
د ژباړل ژبه (که اړتیا وي)	د ژباړونکي لاسلیک (که اړتیا وي)
د ژباړونکي نوم (که اړتیا وي)	