



Lincoln-Lancaster County
Health Department

د سکرینینګ یا ارزونې چک لیست

د مخنیوی لپاره

د ماشومانو او تنکیو ځوانانو لپاره واکسین

د ناروغ نوم

د زیږون نېټه

کال ورځ میاشت

د والډینو / سرپرستانو لپاره: لاندې پوښتنې به مور سره مرسته وکړي چې دا 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 پاملرنې چمتو کونکي څخه وغواړئ چې تشریح یې کړي.

نه پوهیزم	نه	هو	VFC: <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Underinsured <input type="checkbox"/> Uninsured <input type="checkbox"/> Alaskan/Native American	پوښتنه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1 ایا تاسو خپل د واکسین ریکارډ 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 ماشوم د درملو، خواریو، د واکسین اجزا، یا لیتیکس (رابری شیان) سره حساسیت لري؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 آیا ماشوم په تیرو وختونو کې د واکسین په وړاندې جدي غبرګون یا عکس العمل درلود؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5 ایا ماشوم د زړه، سږو (د اسما په شمول)، پښتورګو، ځیګر، عصبي سیسټم یا میتابولیک ناروغی (د بیلګې په توګه د شکر ناروغی)، د وینې اختلال، د کولیک امپلانټ (د اوریدو ماشین) یا د نخاعي مایع لیک (خپریدو) سره اوږدمهاله روغتیا ستونزه لري؟ ایا دوی په منظم ډول اسپرین یا سالیسیلیټ (د درد ی، التهاب یا چرک درملنه) درمل اخلي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6 د 2 څخه تر 4 کلونو پورې د ماشومانو لپاره: ایا د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي تاسو ته ویلي چې ماشوم په تیرو 12 میاشتو کې ساه بندۍ یا ساه لندۍ (استما) درلوده؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		7 د کوچنی ماشومانو لپاره: ایا تاسو ته کله هم ویل شوي چې ماشوم د د کولمو بندوالی لري؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		8 آیا ماشوم، وروریا خو بی، موریا پلار یی تشنج یا مرګی درلود؛ آیا ماشوم دماغی یا عصبي سیسټم نورې ستونزې لري؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9 ایا دا ماشوم د زړه په ناروغی اخته شوی دی (مایوکارډیټس یا پیریکارډیټس) یا د ویروس سره د انفیکشن (وروسته چې د COVID-19 لامل کيږي د ملټي سیسټم انفلایمری سندروم (MIS-C) یا (د ټول بدن التهاب) درلود؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10 ایا ماشوم د معافیت سیسټم ستونزه لري لکه سرطان، لیوکیمیا، HIV/AIDS؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		11 په تیرو 6 میاشتو کې، آیا ماشوم داسې درمل اخیستي چې په معافیت سیسټم اغیزه کوي لکه پریډیسون، نور سټراپډونه، یا د سرطان ضد درمل؛ د روموتایډ ګرټریټ، کرون ناروغی، یا د پوستکي شدید وچوالی، درملني لپاره درمل؛ یا د وړانګو (اشعه) درملنه درلوده؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		12 ایا د ماشوم مور او پلار یا وروڼه د معافیت سیسټم ستونزه لري؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13 په تیر کال کې، آیا ماشوم د معافیت (ګاما) ګلوبولین (د وینې تکمیلی)، د وینې / وینې محصولات، یا د ویروس ضد درمل ترلاسه کړي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		14 ایا ماشوم/ځوان امیدواره دی؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		15 ایا ماشوم په تیرو 4 اونیو کې واکسین ترلاسه کړی؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		16 آیا ماشوم کله هم د واکسین څخه مخکې، په جریان کې، یا وروسته د سر درد یا بې هوښی احساس کړی؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		17 ایا ماشوم نن ورځ د واکسین د اخیستلو په اړه اندېښمن دی؟

انکار وکړ VIS (مهرباني وکړئ په نېټه یی کړئ) د واکسین معلوماتي پانې راکرل شوي یا لوستل شوي دي. (مهرباني وکړئ په نېټه یی کړئ)

اریکه (که د ځان پرته بل) د معافیت/واکسین ترلاسه کولو لپاره د شخص لاسلیک یا هغه شخص چې د خدماتو غوښتن یا کولویا واک لري (والډین / سرپرست که د 19 کلونو څخه کم وي)

د ژباړونکي نوم (که اړتیا وي)

د ژباړونکي لاسلیک (که اړتیا وي)

د ژباړل ژبه (که اړتیا وي)



یادونه: د دان د دې فورې سلېک کیډو یې ټڅخه 14 ورځو وروسته پای ته رس پرې
06/2024

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