



Lincoln-Lancaster County  
Health Department

# چک نیست غربالگری برای منع مصرف واکسن برای بزرگسالان

نام بیمار \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
سال \_\_\_\_\_ روز \_\_\_\_\_ ماه \_\_\_\_\_

برای بیماران: 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.

نمیدانم	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"/>	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 به دارو ها، 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 واکنش جدی داشته اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 آیا مشکل سلامتی طولانی مدت با بیماری ریوی، قلبی، کلیوی یا متابولیک (مانند دیابت)، آسم، اختلال لخته شدن خون، نداشتن طحال، کمبود اجزای مکمل، کاشت سمعک ، یا نشست مایع نخاعی دارید؟ آیا تحت درمان طولانی مدت اسپرین یا سالیسیلات (دارو های برای ضد التهاب ، درد یا عفونت) هستید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 آیا سرطان، لوکیمیا ( 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 دارو هایی مصرف کرده اید که بر سیستم ایمنی شما تأثیر می گذارد، مانند پردنیزون، سایر استروئیدها یا دارو های ضد سرطان. دارو هایی برای درمان آرتریت روماتوئید ( روماتیسم)، بیماری کرون یا پسوریازیس (خشکی شدید پوستی)؛ یا پرتودرمانی داشته اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 آیا تشنج یا مشکل مغزی با سیستم عصبی دیگری داشته اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 آیا تا به حال به بیماری قلبی (نیوکاردیت یا پریکاردیت ، التهاب عضلات قلب و پرده های محافظتی قلب) مبتلا شده اید یا به سندرم التهابی چند سیستمی یا التهاب سراسر بدن (MIS-A یا MIS-C) پس از عفونت با ویروسی 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/فراورده های خونی یا داروی ضد ویروسی دریافت کرده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 آیا شما باردار هستید یا احتمال اینکه در یک ماه آینده باردار شوید وجود دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 آیا در 4 هفته گذشته واکسن دریافت کرده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 آیا تا به حال قبل، در حین یا بعد از تزریق واکسن احساس سرگیجه یا ضعف داشته اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 آیا امروز در مورد گرفتن تزریق واکسن مضطرب هستید؟

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



توجه: این بیانیه روز پ 14س از تاریخ امضای این فرم منقضی می شود. 06/2024 \*\*\*  
(Farsi) www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf ithem#P4060 (10/20)