



Lincoln-Lancaster County
Health Department

قائمة تدقيق الفرز

لموانع استعمال

أسم المريض

تاريخ الميلاد

اللقاحات لدى الاشخاص البالغين (Adult)

للمرضى: سوف تساعدنا الأسئلة التالية على تحديد اللقاحات التي يمكن أعطائها لك اليوم. إذا أجبت ب "نعم" على أي سؤال, فأن هذا لا يعني بالضرورة أنه لا يجب عليك أن تحصل على اللقاح. وإنما يعني فقط وجوب طرح مزيد من الأسئلة. إذا كان هناك سؤال غير واضح, فأطلب من مقدم الرعاية الصحية شرحه.

Adult:	Private Pay	Refugee	AGR 37	نعم	لا	لا أعرف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 هل جلبت معك بطاقة سجل اللقاحات؟						
2 هل أنت مريض اليوم؟						
3 هل تعاني من حساسية تجاه أدوية, أو طعام, أو مكون في لقاح, أو اللاتكس؟						
4 هل سبق أن عانيت من رد فعل خطير بعد تلقي لقاح؟						
5 هل تعاني من مشكلة صحية طويلة الامد في الرئة, القلب, أو الكلية, أو أي مرض أبيض (مثل السكري), أو الربو, أو اضطراب في الدم, أو أنعدام الطحال, أو طعم قوقعي, أو تسرب سائل شوكي؟ هل تتبع علاج طويل الأمد بالأسبرين؟						
6 هل أنت مصاب بالسرطان, أو سرطان الدم, أو فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز. أو أي مشكلة أخرى في جهاز المناعة؟						
7 هل لديك والدين, أو أخ, أو أخت يعانون من مشكلة في جهاز المناعة؟						
8 في الـ 6 شهور الماضية, هل أخذت أدوية تؤثر على جهاز المناعة, مثل بريدنيزون, أو ستيرويدات أخرى, أو أدوية مضادة للسرطان؛ أو أدوية لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي, أو مرض كرون, أو الصدفية؛ أو هل حصلت على علاجات بالأشعاع؟						
9 هل عانيت من نوبة صرع أو مشكلة في الدماغ أو مشكلة أخرى في الجهاز العصبي؟						
10 هل سبق تشخيص أصابتك بحالة قلبية (التهاب عضلة القلب أو التهاب التأمور) أو أصابتك بمتلازمة الألتهاب متعدد الأجهزة (MIS-A أو MIS-C) بعد الإصابة بعدوى الفيروس الذي يسبب كوفيد-19؟						
11 في العام الماضي, هل تلقيت جلوبيولين مناعي (جاما) أو دماً/منتجات دم, أو دواء مضاد للفيروسات؟						
12 حامل أو لديك النية بالحمل خلال الشهر القادم؟						
13 هل تلقيت أي لقاحات في الأربع أسابيع الماضية؟						
14 هل سبق أن شعرت يوماً بالدوار أو الأغماء قبل أخذ حقنة أو خلالها أو بعدها؟						
15 هل أنت قلق بشأن أخذ حقنة اليوم؟						

أرفض أستلام معلومات عن اللقاح □ (يرجى التأشير)

لقد تم أعطائي أو تمت قراءة الأوراق الخاصة بالمعلومات عن اللقاح. □ (يرجى التأشير)

X

العلاقة (إذا كان الموقع بنوب عن غيره)

توقيع الشخص الذي سيتلقى التلقيحات أو التطعيمات أو اختبار الجلد عن مرض السل الرئوي أو الشخص المخول بطلب هذه الخدمات (الأب أو الأم أو الوصي إذا كان عمر المراجع أقل من 19 عاماً)

تاريخ

أسم المترجم (إذا تمت الاستعانة بمترجم)

توقيع المترجم (إذا كان المراجع بحاجة إلى مترجم)

اللغة التي تمت الترجمة منها واليها (حسب الحاجة)