

## نموذج الموافقة على تلقي التطعيم ضد الإنفلونزا/المكورات الرئوية

الاسم (اكتب الاسم بحروف واضحة)	تاريخ الميلاد	النوع الجنساني	المقاطعة محل الإقامة
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف	بالنسبة إلى الأشخاص الأصغر من 19 عامًا، اذكر اسم الأم قبل الزواج		
رقم مطالبة برنامج Medicare	اسم الطبيب		
مقدم خدمات التأمين الصحي	عنوان الطبيب		
رقم البوليصه	موقع العيادة/المكتب الذي يتم فيه تلقي اللقاح	إذن NYSIIS لمن هم بعمر 19 عامًا أو أصغر لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	

يرجى إكمال الأسئلة التالية لنفسك أو للشخص متلقي اللقاح.

لا  نعم هل تعاني من الحمى حاليًا؟

لا  نعم هل عانيت من حساسية مهددة للحياة تجاه أي مادة (أو مكون) من مكونات لقاح الإنفلونزا أو المكورات الرئوية من قبل؟  
إذا كانت الإجابة "نعم"، فوضح ذلك:

لا  نعم هل سبق لك الإصابة بمتلازمة غيلان باريه في غضون 6 أسابيع من تلقي لقاح الإنفلونزا؟

لا  نعم هل تلقيت لقاح المكورات الرئوية من قبل؟

لا  نعم هل أنت مدخن أو تعاني من حالة مرضية مزمنة، مثل الربو أو أمراض القلب أو الرئة؟

إذا كانت الإجابة "نعم"، فوضح ذلك:

لا  نعم هل عانيت من قبل من حساسية شديدة تهدد الحياة تجاه البيض أو منتجاته؟

لا  نعم هل أنت حامل حاليًا؟

لا  نعم هل تعاني من الربو أو الأزيز (إصدار صوت صفير عند التنفس)؟

لا  نعم هل أنت طفل أو مراهق تتلقى علاجًا بالأسبرين طويل الأجل؟

لا  نعم هل تعاني من ضعف في جهاز المناعة أو تخالط شخصًا لديه ضعف شديد في جهاز المناعة يحتاج إلى رعاية خاصة؟

لا  نعم هل تلقيت أي تطعيمات أخرى خلال الأسابيع الـ 4 الماضية؟

لا  نعم هل تناولت دواء مضادًا للفيروسات لعلاج الإنفلونزا خلال الـ 48 ساعة الماضية؟

### الموافقة على تلقي التطعيم ضد المكورات الرئوية

لقد قرأت، أو سُرحت لي، صحيفة المعلومات حول التطعيم (Vaccine Information Statement, VIS) ضد المكورات الرئوية. وقد أُتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة التي تمت الإجابة عنها بشكل كافٍ وأعلم فوائد التطعيم ومخاطره على النحو المبين. أُطلب إعطائي لقاح المكورات الرئوية (أو إعطاء الشخص المذكور أعلاه الذي أذن لي بتقديم هذا الطلب من أجله). أذن بالكشف عن أي معلومات طبية أو معلومات أخرى ضرورية لمعالجة مطالبة برنامج Medicare أو أي مطالبة تأمين أخرى أو لأي غرض آخر يتعلق بالصحة العامة. وحصلت على نسخة من وثيقة حقوق المرضى (Patient Bill of Rights).

توقيع متلقي التطعيم (ولي الأمر أو الوصي) التاريخ

### الموافقة على تلقي التطعيم ضد الإنفلونزا

لقد قرأت، أو سُرحت لي، صحيفة المعلومات حول التطعيم (Vaccine Information Statement, VIS) ضد مرض الإنفلونزا. وقد أُتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة التي تمت الإجابة عنها بشكل كافٍ وأعلم فوائد التطعيم ومخاطره على النحو المبين. أُطلب إعطائي لقاح الإنفلونزا (أو إعطاء الشخص المذكور أعلاه الذي أذن لي بتقديم هذا الطلب من أجله). أذن بالكشف عن أي معلومات طبية أو معلومات أخرى ضرورية لمعالجة مطالبة برنامج Medicare أو أي مطالبة تأمين أخرى أو لأي غرض آخر يتعلق بالصحة العامة. وحصلت على نسخة من وثيقة حقوق المرضى (Patient Bill of Rights).

توقيع متلقي التطعيم (ولي الأمر أو الوصي) التاريخ

### الجزء أدناه يستكملة الممرض/الممرضة

#### لقاح مرض المكورات الرئوية

تاريخ تلقي الجرعة

موضع تلقي الجرعة  الذراع اليسرى  الذراع اليمنى  
 الفخذ اليسرى  الفخذ اليمنى

الجهة المصنعة ورقم الصنف

تاريخ VIS

توقيع الممرض/الممرضة

موعد التطعيم التالي:  غير مطلوب  غير ذلك

#### لقاح الإنفلونزا

تاريخ تلقي الجرعة

موضع تلقي الجرعة  الذراع اليسرى  الذراع اليمنى  
 الفخذ اليسرى  الفخذ اليمنى

الجرعة  0.5 مل  0.25 مل  لقاح الإنفلونزا الحي (المؤَهَّن LAIV)

الجهة المصنعة ورقم الصنف

تاريخ VIS

توقيع الممرض/الممرضة

موعد التطعيم التالي:  العام القادم  في غضون 4 أسابيع  غير ذلك