

**2019- 2020 WPS MIRATIMI I VAKSINES SE GRIPIT (INFLUENZA),  
Childhood Vaccine Insurance Information AND SCREENING FORM**

**Me Injeksion (Flu Shot)**

**Pjesa 1: Informacion rreth nxënësit që do të bëjë Vaksinën** (ju lutem printoni): \*Fushat e kërkuara

Mësuesi Kujdestar*	Klasa: *		
Emri: (Mbirmri, Emri, MI)*	Datëlindja: *	Mosha: *	Sex: (Rretho) *
	_____ / _____ / _____ Muaji Dita Viti	_____	Mashkull Femër
Raca/Etnia: (check all that apply) <input type="checkbox"/> Afrikan Amerikan ose i Zi <input type="checkbox"/> Indian Amerikan, Autokton nga Alaska, Indigjen, ose Kombet e Para <input type="checkbox"/> Arab ose nga Lindja e Mesme <input type="checkbox"/> Aziatik ose Aziatik Amerikan <input type="checkbox"/> Hispanik, Latine, ose Latino <input type="checkbox"/> Autokton nga Hawaii ose Ishujt e Paqësorit <input type="checkbox"/> I/ E Bardhë, Kaukazan, ose European Amerikan <input type="checkbox"/> Tjetër: _____	Ku e bëri nxënësi vaksinën e gripit <b>vitin e kaluar</b> (viti shkollor 2018- 2019)? <input type="checkbox"/> Nuk bëri vaksinë <input type="checkbox"/> Në shkollë në klinikën e gripit në Tetor <input type="checkbox"/> Në qendrën e shëndetit të bazuar në shkollë <input type="checkbox"/> Në zyrën e pediatri <input type="checkbox"/> Në farmaci (p.sh. Walgreens, CVS, etj) <input type="checkbox"/> Tjetër: _____		

**Pjesa 2: Miratim për Vaksinimin**

**MIRATIM PER VAKSINIMIN E FEMIJES:** Unë kam lexuar ose më kanë shpjeguar 2015-2016 (nuk ka ndryshim për 2019-2020) Vaccine Information Statement për vaksinën e gripit dhe i kuptoj rreziqet dhe përfitimet e saj.

**UNE JAP MIRATIMIN TIM** për administrimin e vaksinës, për kompaninë e siguracionit që të faturohet dhe hyrjen/ ndarjen e këtij informacioni në Massachusetts Immunization Information System (MIIS). (Nëse ky miratim nuk firmoset, nuk i vendoset data dhe kthehet, fëmija im nuk do të vaksinohet.)

**UNE NUK JAP MIRATIMIN** që fëmija im i/e emëruar në krye të kësaj forme të vaksinohet me këtë vaksinë.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma e Prindit/ Kujdestarit Ligjor      Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma e Prindit/ Kujdestarit Ligjor      Data

**Pjesa 3: Informacioni i Siguracionit**

**Informacioni i Siguracionit:** *Shënoni të gjithë numrin e ID dhe çdo shkronjë që është pjesë e këtij numri*

Emri i Kompanisë së Siguracionit: *	Numri i ID së Anëtarit: *	Numri i ID së Grupit: (nëse është i disponueshëm)
-------------------------------------	---------------------------	---

**Nëse personi që vaksinohet nuk është nënshkruesi(subscriber), ju lutem plotësoni mëposhtë:**

Emri i Nënshkruarit (subscriber): (Mbiemri, Emri, MI) *	Datëlindja e Nënshkruarit: *	Sex: (Rretho)*
	_____ / _____ / _____ Muaji Dita Viti	Mashkull Femër
Marrëdhënia e Pacientit me të nënshkruarin: (Rretho) *	Fëmijë	Tjetër

**\*\*Vendosni Këtu një Kopje (Photo Copy) të Kartës së Siguracionit (nëse keni mundësi):**

**Për fëmijët që janë 18 vjeç dhe për ata që janë nën 18 vjeç:**

Eshtë Vaksina për Fëmijë (VFC) e përshtatshme për Programin:

- Eshtë i regjistruar në Medicare (përfshirë MassHealth dhe HMO etj. i regjistruar përmes Medicare)
- Nuk ka siguracion shëndetësor
- Eshtë Indian Amerikan (Native America) ose Autokton nga Alaska

Nuk është i përshtatshëm për VFC:

- Ka siguracion shëndetësor dhe nuk është Indian Amerikan ose Autokton nga Alaska

### Kontrolli për Vaksinën e Gripit me Injeksion (Shot)

#### Pjesa 4: Plotësoni këtë anë vetëm nëse ju jepni miratimin që fëmija juaj të bëjë vaksinën e gripit.

**\*Fushat e Kërkuara**

Përgjigjja e këtyre pyetjeve do të na ndihmojë për të përcaktuar nëse fëmija juaj do të dojë 0, 1 ose 2 doza të vaksinës së gripit këtë vit.

**\*Nëse fëmija juaj është 9 vjeç ose më i/e madh, shkoni tek Pjesa 5 mëposhtë**

**\*Nëse fëmija juaj është 8 vjeç ose më i/e vogël, përgjigjuni pyetjeve të tjera në këtë kuti**

1. A ka bërë fëmija juaj 1 ose më shumë doza të vaksinës nga 1 Korrik, 2018 dhe 30 Qershor, 2019?  Po  Jo
2. Nëse jo, a ka bërë fëmija juaj 2 ose më shumë doza ndërmjet 1 Korrik, 2010 dhe 30 Qershor, 2019?  Po  Jo
3. A ka bërë fëmija juaj vaksinë gripi këtë sezon gripi (nga 1 Korriku, 2019)?  **Jo (Nëse jo, shkoni në Pjesa 2)**  **Po**  
Nëse po, ju lutem na tregoni numrin e dozave dhe datat e vaksinimit:  1 dozë  2 doza
- Doza 1:** Data e bërjes: muaji \_\_\_\_ dita \_\_\_\_ 2019 **Doza 2:** Data e bërjes: muaji \_\_\_\_ dita \_\_\_\_ 2019

#### Pjesa 5: Informacion për të përcaktuar nëse fëmija juaj duhat ta bëjë vaksinën e gripit 2019-2020

Ju lutem shënoni PO ose JO për çdo pyetje. Nëse përgjigjeni "PO" për një ose më shumë nga 4 pyetjet, fëmija juaj nuk do të jetë në gjendje të bëjë vaksinën e gripit në shkollë me përjashtim të rastit kur ka një letër nga doktori i fëmijës që të thotë se nuk ka problem që fëmija juaj të bëjë vaksinën. Nëse u përgjigjeni "JO" të gjitha pyetjeve, fëmija juaj do ta bëjë vaksinën. Nëse nuk jeni të sigurtë për përgjigjet, ju lutem pyesni doktorin e fëmijës tuaj.

<b>*Fushat e kërkuara</b>	<b>JO</b>	<b>PO</b>
1. A ka fëmija juaj alergji nga vezët? *		
2. A ka fëmija juaj alergji nga gentamicin, neomycin, polymixin ose gelatin? *		
3. A ka pasur fëmija juaj ndonjëherë reaksion serioz nga vaksina e gripit në të kaluarën? *		
4. A ka pasur fëmija juaj ndonjëherë Sindromën e Guillain-Barre (një lloj i përkohshëm dobësimi të rëndë muskujsh) deri në 6 javë pas bërjes së vaksinës së gripit? *		

#### VETEM PER PERDORIM NGA ZYRA:

Data e Shërbimit	Lloji I Vaksinës	Vaccine Mfgr.	Lot No.	Data e Skadimit	Doza (ml)	Ofruar nga Shteti	Preserv. Falas*	Rruga e Injeksionit	Vendi I Injektimit (Rretho)	Data në VIS	Data që u bë Vaksina
<b>*JU LUTEM SHENONI DATEN</b>	IIV4	Flulaval GSK			0.5	Po	Po	IM	R Arm L Arm R Leg L Leg	8/7/15	

IIV4 = Vaksine Influenze a Inaktivizuar, quadrivalent

**\*Firma e Administruesit të Vaksinës:**

**\*Shkruani Emrin:**

---

Emri i Ofruesit: Worcester Public Schools Nursing  
Adresa e Ofruesit: 768 Main Street, Worcester, MA 01608

MDPH Provider PIN#: 14406