

استمارة الموافقة على لقاح الإنفلونزا 2019-2018
استمارة المعلومات عن التأمين الصحي للقاح الإنفلونزا للأطفال والفحص الكشفي

لقاح الإنفلونزا القابل للحقن (حقنة الإنفلونزا)

الفقرة 1: بيانات التلميذ الذي سيحصل على اللقاح (يرجى الكتابة بحروف واضحة) *الحقول المطلوبة

| | | | |
|---|--|---|---------------------|
| غرفة الصف (Homeroom) / المعلم: * | | الصف: * | |
| الاسم: (اسم العائلة، الاسم الأول، حرف الاسم الأوسط) * | | تاريخ الولادة: * | الجنس: (ضع دائرة) * |
| | | السنة | ذكر / أنثى |
| العرق / الإثنية: (ضع علامة على كل ما ينطبق) | | الشهر | |
| <input type="checkbox"/> أفريقي أمريكي أو أسود <input type="checkbox"/> هندي أمريكي، من سكان ألاسكا الأصليين، ساكن أصلي، أو الأمم الأولى <input type="checkbox"/> عربي أو شرق أوسطي <input type="checkbox"/> آسيوي أو آسيوي أمريكي <input type="checkbox"/> من أصل إسباني، أو لاتينية، أو لاتيني <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> أبيض، فوقازي، أو أوروبي أمريكي <input type="checkbox"/> عرق آخر / إثنية أخرى: | | أي من هـ لم يحصل على لقاح الإنفلونزا <input type="checkbox"/> في عيادة الإنفلونزا في المدرسة في شهر تشرين الأول / أكتوبر <input type="checkbox"/> في المركز الصحي في المدرسة <input type="checkbox"/> في عيادة طبيب الأطفال <input type="checkbox"/> في الصيدلية (على سبيل المثال، والغرينز، سي في أس (Walgreens)، CVS الخ.) <input type="checkbox"/> مكان آخر: _____ | |

الفقرة 2: الموافقة على التلقيح

| | |
|---|--|
| الموافقة على تلقيح الطفل: لقد قرأ تلو فُسّر لي كشف معلومات اللقاح 2015-2016 (لا يوجد أي تغيير للعام الدراسي 2019-2020) حول لقاح الإنفلونزا وأدرك المخاطر والفوائد التي قد تنجم عنه. | |
| أعطي الموافقة على إعطاء اللقاح، وعلى أن يتم إرسال الفواتير إلى شركة التأمين الصد بالخاصة بي وعلى إدخال / تبادل هذه المعلومات في نظام معلومات التلقيح في ماساتشوستس (MHS). (إذا لم يتم التوقيع على استمارة الموافقة هذه، وتاريخها، وإعادتها، لن يتم تلقيح طفلي.) | لا أعطي الموافقة على أن يتم تلقيح طفلي المذكور اسمه في أعلى هذه الاستمارة بهذا اللقاح. |
| توقيع ولي الأمر / الوص والقانوني | توقيع ولي الأمر / الوص والقانوني |
| التاريخ | التاريخ |

الفقرة 3: بيانات شركة التأمين

بيانات شركة التأمين: يرجى شمل رقم التعريف بكامله وأي من الحروف التي هي جزء من هذا الرقم

| | | |
|---------------------|-----------------------------------|---|
| اسم شركة التأمين: * | رقم التعريف: فليخا صر بالمشارك: * | رقم التعريف للمجموعة (Group ID Number): (إذا كان متوفراً) |
|---------------------|-----------------------------------|---|

يرجى تعبئة ما الجزء التالي إذا كان الشخص الذي يتلقى اللقاح ليس المشترك في شركة التأمين:

| | | |
|---|------------------------|---------------------|
| اسم المشترك: (اسم العائلة، الاسم الأول، حرف الاسم الأوسط) * | تاريخ ولادة المشترك: * | الجنس: (ضع دائرة) * |
| | الشهر | ذكر / أنثى |
| علاقة المريض بالمشارك: (ارسم دائرة) * طفله علاقة أخرى | | |
| * أرفق نسخة تصويرية عن بطاقة التأمين (إذا كنت قادراً على ذلك) | | |

للأطفال بعمر 18 أو أصغر من ذلك:

يتأهل لبرنامج اللقاحات للأطفال (VFC):

مسجل في برنامج ميديكايد (يشمل ماس هيلث (MassHealth) ومنظمات الوقاية الصحية (HMOs)، الخ. إذا كان مسجلاً من خلال ميديكايد)

ليس لديه تأمين ضد ي

من أصل هندي أمريكي (من سكان أمريكا الأصليين) أو من سكان ألاسكا الأصليين

لا يتأهل لبرنامج اللقاحات للأطفال (VFC):

لديه التأمين الصحي وهو ليس من أصل هندي أمريكي (من سكان أمريكا الأصليين) أو من سكان ألاسكا الأصليين

رقم التعريف فموفر الخدمة من قبل مديرية الصحة العامة في ماساتشوستس (MDPH Provider Pin#): 14406

اسم موفر الخدمة: قسم التمريض في مدارس وستر الرسمية

عنوان موفر الخدمة: 768 Main Street, Worcester, MA 01608

الفحص الكشفي للقاح الإنفلونزا القابل للحقن (حقنة الإنفلونزا)

الفقرة 4: يرجى تعبئة هذه الصفحة فقط إذا وافقتم على أن يحصل طفلكم على لقاح الإنفلونزا.
الحقول المطلوبة

الإجابة على هذه الأسئلة يساعدنا في معرفة ما إذا كان طفلكم بحاجة الى جرعة واحدة (1) أو جرعتين (2) من اللقاح، أو أنه ليس بحاجة الى أية جرعة (0) هذه السنة.
*إذا كان طفلكم بعمر 9 سنوات أو ما فوق، يرجى الانتقال الى الفقرة 5 أدناه.
* إذا كان طفلكم بعمر 8 سنوات أو أصغر من ذلك، يرجى الإجابة على الأسئلة الأخرى ضمن هذه الخانة.

1. هل حصل طفلكم على جرعة واحدة (1) أو أكثر بين 1 تموز – يوليو 2018 و30 حزيران – يونيو 2019؟
 نعم لا
2. إذا لا، هل حصل طفلكم على جرعتين (2) أو أكثر بين 1 تموز – يوليو 2010 و30 حزيران – يونيو 2019؟
 نعم لا
3. هل حصل طفلكم على لقاح الإنفلونزا خلال موسم الإنفلونزا الحالي (منذ 1 تموز – يوليو 2019)؟ لا (إذا لا، يرجى الانتقال الى الفقرة 2) نعم
 إذا نعم، يرد -لإبلاغنا عدد الجرعات وتاريخ التلقيح: جرعة واحدة (1) جرعتان (2)

الجرعة الأولى: تاريخ الحصول عليها: الشهر ____ اليوم ____ 2019
 الجرعة الثانية: تاريخ الحصول عليها: الشهر ____ اليوم ____ 2019

*الفقرة 2: معلومات لتحديد ما إذا كان يجب ان يحصل طفلكم على لقاح الإنفلونزا 2019-2020

يرجى وضع علامة في خانة "نعم" أو "لا" لكل سؤال. إذا أجبت "نعم" على سؤال واحد أو أكثر من الأسئلة الأربعة، لن يتمكن طفلكم من الحصول على لقاح الإنفلونزا في المدرسة إلا في حال وجود مذكرة من موفر الرعاية الصحية لطفلكم تسمح بأن يتم تلقيحه. إذا أجبت "لا" على جميع الأسئلة، سوف يحصل طفلكم على اللقاح. إذا كنتم غير متأكدين من الإجابات، يرجى مراجعة موفر الرعاية الصحية لطفلكم.

| *الحقول المطلوبة* | | لا | نعم |
|---|--|----|-----|
| 1. هل يعاني طفلكم من حساسية تجاه البيض؟ * | | | |
| 2. هل يعاني طفلكم من حساسية تجاه الجنتاميسين (gentamicin)، أو النيومايسين (neomycin)، أو البوليمكسين (polymyxin)، أو الجيلاتين؟ * | | | |
| 3. هل تعرض طفلكم لتفاعل أرجي حاد بسبب لقاح الإنفلونزا في السابق؟ * | | | |
| 4. هل أصيب طفلكم في أي وقت سابق بمتلازمة غيلان باريه (Guillain-Barre Syndrome) (نوع من الضعف الحاد المؤقت في العضلات) في غضون 6 أسابيع بعد حصوله على لقاح الإنفلونزا؟ | | | |

FOR OFFICE USE ONLY

للاستخدام من قبل المكتب فقط:

| Date of Service *PLEASE FILL IN DATE تاريخ الخدمة *يرجى إيراد التاريخ | Vax Type نوع اللقاح | Vaccine Mfrgr الشركة المصنعة لللقاح | Lot No *PLEASE PLACE STICKER BELOW رقم المجموعة *يرجى وضع الملصق أدناه | Exp Date *PLEASE PLACE STICKER BELOW تاريخ انتهاء الصلاحية *يرجى وضع الملصق أدناه | Dose (mL) الجرعة (ملييلتر) | State Supplied مقدمة من قبل الولاية | Preserv Free* خالية من المواد الحافظة* | Injection Route طريقة الحقن | Injection Site (Circle) موقع الحقن (ضع دائرة) | Date On VIS التاريخ يغطي كشف معلومات اللقاح | Date VIS Given التاريخ المقدم لكشف معلومات اللقاح |
|--|---------------------------|---|---|---|----------------------------------|---|---|--------------------------------|--|--|---|
| * | IIV4 | Flulaval GSK | | | 0.5 | Yes نعم | Yes نعم | IM حقن عضلي | R Arm (الذراع الأيمن) L Arm (الذراع الأيسر) R Leg (الساق اليمنى) L Leg (الساق اليسرى) | 8/7/15 7/8/2015 | |

IIV4 = Inactivated influenza vaccine, quadrivalent – رباعي التكافؤ (يحتوي على فيروسات مقتولة)، رباعي التكافؤ – IIV4

*Signature of Vaccine Administrator:

*توقيع مقدم اللقاح:

*Print Name:

*يرجى كتابة الاسم بحروف واضحة: