

استمارة الموافقة على لقاح الإنفلونزا 2020-2021
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) *
		الشهر	ذكر / أنثى
		اليوم	
		السنة	
العرق / الإثنية: (ضع علامة على كل ما ينطبق)		أين حصل التلميذ على لقاح الإنفلونزا السنة الماضية (2019-2020)	
<input type="checkbox"/> أفريقي أمريكي أو أسود		<input type="checkbox"/> لم يحصل على لقاح الإنفلونزا	
<input type="checkbox"/> هندي أمريكي، من سكان ألاسكا الأصليين، ساكن أصلي، أو الأمم الأولى		<input type="checkbox"/> في عيادة الإنفلونزا في المدرسة في شهر تشرين الأول / أكتوبر	
<input type="checkbox"/> عربي أو شرق أوسطي		<input type="checkbox"/> في المركز الصحي في المدرسة	
<input type="checkbox"/> آسيوي أو آسيوي أمريكي		<input type="checkbox"/> في عيادة طبيب الأطفال	
<input type="checkbox"/> من أصل إسباني، أو لاتينية، أو لاتيني		<input type="checkbox"/> في الصيدلية (على سبيل المثال، والغرينز، سي في أس (Walgreens)، CVS الخ.)	
<input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ		<input type="checkbox"/> مكان آخر: _____	
<input type="checkbox"/> أبيض، قوقازي، أو أوروبي أمريكي			
<input type="checkbox"/> عرق آخر / إثنية أخرى:			

الفقرة 2: الموافقة على التلقيح

الموافقة على تلقيح الطفل: لقد قرأت أو فُسر لي كشف معلومات اللقاح 2019-2020 لا يوجد أي تغيير للعام الدراسي 2020-2021 حول لقاح الإنفلونزا وأدرك المخاطر والفوائد التي قد تنجم عنه.	
أعطي الموافقة على إعطاء اللقاح، وعلى أن يتم إرسال الفواتير إلى شركة التأمين الصحي الخاصة بي وعلى إدخال / تبادل هذه المعلومات في نظام معلومات التلقيح في ماساتشوستس (MHS). (إذا لم يتم التوقيع على استمارة الموافقة هذه، وتأريخها، وإعادتها، لن يتم تلقيح طفلي).	لا أعطي الموافقة على أن يتم تلقيح طفلي المذكور اسمه في أعلى هذه الاستمارة بهذا اللقاح.
توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني	توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني
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 الخاص 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) *
	ذكر / أنثى
	الشهر
	اليوم
	السنة
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):	<input type="checkbox"/>
مسجل في برنامج ميديكايد (بشمل ماس هيلث (MassHealth) ومنظمات الوقاية الصحية (HMOs)، الخ. إذا كان مسجلاً من خلال ميديكايد)	<input type="checkbox"/>
ليس لديه تأمين صحي	<input type="checkbox"/>
من أصل هندي أمريكي (من سكان أمريكا الأصليين) أو من سكان ألاسكا الأصليين	<input type="checkbox"/>
لا يتأهل لبرنامج اللقاحات للأطفال (VFC):	<input type="checkbox"/>
لديه التأمين الصحي وهو ليس من أصل هندي أمريكي (من سكان أمريكا الأصليين) أو من سكان ألاسكا الأصليين	<input type="checkbox"/>

رقم التعريف لموفر 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 إلى جرعة واحدة (1) أو جرعتين (2) من اللقاح، أو أنه ليس بحاجة إلى أية جرعة (0) هذه السنة.
*إذا كان طفلكم بعمر 9 سنوات أو ما فوق، يرجى الانتقال إلى 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 2019 و30 حزيران - يونيو 2020؟ نعم لا

2. إذا لا، هل حصل طفلكم على جرعتين (2) أو أكثر بين 1 تموز - يوليو 2010 و30 حزيران - يونيو 2020؟ نعم لا

3. هل حصل طفلكم على لقاح الإنفلونزا خلال موسم الإنفلونزا الحالي (منذ 1 تموز - يوليو 2020)؟ لا (إذا لا، يرجى الانتقال إلى الفقرة 2) نعم
إذا نعم، يرجى إبلاغنا عدد الجرعات وتاريخ التلقيح: جرعة واحدة (1) جرعتان (2)

الجرعة الأولى: تاريخ الحصول عليها: الشهر _____ اليوم _____ 2020
الجرعة الثانية: تاريخ الحصول عليها: الشهر _____ اليوم _____ 2020

*الفقرة 2: معلومات لتحديد ما إذا كان يجب ان يحصل طفلكم على لقاح الإنفلونزا 2020-2021

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.

نعم	لا	*الحقول المطلوبة
		1. هل يعاني طفلكم من حساسية تجاه البيض؟ *
		2. هل يعاني طفلكم من حساسية تجاه الجنتاميسين (gentamicin)، أو النيومايسين (neomycin)، أو البوليوميكسين (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 Mfgr الشركة المصنعة لللقاح	Lot No *PLEASE PLACE STICKER BELOW رقم المجموعة *يرجى وضع المصصق أدناه	Exp Date *PLEASE PLACE STICKER BELOW تاريخ انتهاء الصلاحية *يرجى وضع المصصق 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 علي 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)		

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: