

**2020- 2021 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) *
	_____		Mashkull Femër
	Muaji Dita Viti		
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 vitin e kaluar (viti shkollor 2019- 2020)? <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 pediatrit <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 2019-2020 (nuk ka ndryshim për 2020-2021) 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)*
	_____	Mashkull Femër
	Muaji Dita Viti	
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**

Përgjigja 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, 2019 dhe 30 Qershor, 2020? Po Jo

2. Nëse jo, a ka bërë fëmija juaj 2 ose më shumë doza ndërmjet 1 Korrik, 2010 dhe 30 Qershor, 2020? Po Jo

3. A ka bërë fëmija juaj vaksinë gripi këtë sezon gripi (nga 1 Koiku, 2020)? **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 ____ 2020 **Doza 2:** Data e bërjes: muaji ____ dita ____ 2020

Pjesa 5: Informacion për të përcaktuar nëse fëmija juaj duhat ta bëjë vaksinën e gripit 2020-2021

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.

*Fushat e kërkuara	JO	PO
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 vakcina 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 Injeksionit (Rretho)	Data në VIS	Data që u bë Vaksinë
*JU LUTEM SHENONI DATEN	IIV4	Flulaval GSK			0.5	Po	Po	IM	R Arm L Arm R Leg L Leg	8/15/19	

IIV4 = Vakcine 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