

استمارة الموافقة على لقاح الإنفلونزا 2021-2020  
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 انثى
		اليوم	
		السنة	
العرق / الإثنية: (ضع علامة على كل ما ينطبق)		أين حصل التلميذ على لقاح الإنفلونزا السنة الماضية (2021-2020)؟	
1. أفريقي أمريكي أو أسود		1. لم يحصل على لقاح الإنفلونزا	
2. هندي أمريكي، من سكان الاسكا الأصليين، ساكن أصلي، أو الأمم الأولى		2. في عبادة الإنفلونزا في المدرسة في شهر تشرين الأول / أكتوبر	
3. عربي أو شرق أوسطي		3. في المركز الصحي في المدرسة	
4. آسيوي أو آسيوي أمريكي		4. في عبادة طبيب الأطفال	
5. من أصل إسباني، أو لاتينية، أو لاتيني		5. في الصيدلية (على سبيل المثال، والغرينز، سي في أس (Walgreens، CVS الخ.)	
6. من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ		6. مكان آخر:	
7. أبيض، قوقازي، أو أوروبي أمريكي			
8. عرق آخر / إثنية أخرى:			

الفقرة 2: الموافقة على التلقيح

الموافقة على تلقيح الطفل: لقد قرأت أو فسّر لي كشف معلومات اللقاح 2020-2019 (لا يوجد أي تغيير للعام الدراسي 2021-2020) حول لقاح الإنفلونزا وأدرك المخاطر والفوائد التي قد تنجم عنه.	
أعطي الموافقة على إعطاء اللقاح، وعلى أن يتم إرسال الفواتير الى شركة التأمين الصحي الخاصة بي وعلى إدخال / تبادل هذه المعلومات في نظام معلومات التلقيح في ماساتشوستس (MIIS). (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 / الوصي القانوني	توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني
التاريخ	التاريخ

الفقرة 3: بيانات شركة التأمين

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

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

اسم المشترك: (اسم العائلة، الاسم الأول، حرف الاسم الأوسط) *	تاريخ ولادة المشترك: *	الجنس: (ضع دائرة) *
	الشهر	ذكر انثى
	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 التلقيحات للأطفال (VFC):
- مسجل في برنامج ميديكايد (يشمل ماس هيلث (MassHealth) ومنظمات الوقاية الصحية (HMOs)، الخ. إذا كان مسجلاً من خلال ميديكايد)
- ليس لديه تأمين صحي
- من أصل هندي أمريكي (من سكان أمريكا الأصليين) أو من سكان الاسكا الأصليين
لا يتأهل لبرنامج التلقيحات للأطفال (VFC):
- لديه التأمين الصحي وهو ليس من أصل هندي أمريكي (من سكان أمريكا الأصليين) أو من سكان الاسكا الأصليين

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: Main Street, Worcester, MA 01608 768

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 2020 و30 حزيران – يونيو 2021؟  
 نعم  لا
2. إذا لا، هل حصل طفلكم على جرعتين (2) أو أكثر بين 1 تموز – يوليو 2010 و30 حزيران – يونيو 2021؟  
 نعم  لا
3. هل حصل طفلكم على لقاح الإنفلونزا خلال موسم الإنفلونزا الحالي (منذ 1 تموز – يوليو 2021)؟  لا (إذا لا، يرجى الانتقال الى الفقرة 2)  نعم  
 إذا نعم، يرجى إبلاغنا عدد الجرعات وتاريخ التلقيح:  جرعة واحدة (1)  جرعتان (2)
- الجرعة الأولى: تاريخ الحصول عليها: الشهر \_\_\_\_ اليوم \_\_\_\_ 2021 الجرعة الثانية: تاريخ الحصول عليها: الشهر \_\_\_\_ اليوم \_\_\_\_ 2020

الفقرة 5: معلومات لتحديد ما إذا كان يجب ان يحصل طفلكم على لقاح الإنفلونزا 2021-2022  
 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 النيوميسين (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 للقاح	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 على 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)	8/6/21	

IIV4 = Inactivated influenza vaccine, quadrivalent – رباعي التكافؤ (يحتوي على فيروسات مقتولة)، 8/6/21

\*Signature of Vaccine Administrator:  
\*توقيع مقدم اللقاح:

\*Print Name:  
\*يرجى كتابة الاسم بحروف واضحة:

---

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

اسم موقر الخدمة: قسم التمريض في مدارس وسنر الرسمية  
عنوان موقر الخدمة: Main Street, Worcester, MA 01608 768