

لقاح الإنفلونزا 2016-2017 فحص طبي واستمارة تصريح

NPI: 1427358647-001

School Name:

Foxcroft Academy

الاسم الكامل:	تاريخ الميلاد:	السن:	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
عنوان الشارع:	المدينة/البلدة:	الرمز البريدي:	الهاتف النهاري:
الصف الدراسي:	المدرس:	الوحدة الإدارية المدرسية (المنطقة التعليمية)	

هل هذا الشخص أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟ نعم لا

هل لا يملك هذا الشخص تأميناً؟ نعم لا

هل هذا الشخص مؤمن عليه من قبل (Medicaid) MaineCare؟ نعم لا

الرقم التعريفي لـ MaineCare: _____

تأمين صحي خاص؟ نعم لا

اسم شركة التأمين: _____

الرقم التعريفي: _____ رقم المجموعة: _____

اسم المشترك: _____ تاريخ ميلاد المشترك: _____

اسم الطبيب: _____ رقم الهاتف: _____

قم من فضلك بالإجابة على الأسئلة التالية حول الشخص المسمى أعلاه. يمكن كتابة التعليقات في ظهر هذه الاستمارة.

لا	نعم

(1) هل يعاني هذا الشخص من حساسية مفرطة اتجاه البيض (قد تهدد حياته)؟

(2) هل سبق أن عانى هذا الشخص من رد فعل شديد تجاه تحصين الإنفلونزا في الماضي؟

(3) هل سبق أن عانى هذا الشخص من متلازمة غيان-باريه (التهاب الجذور والأعصاب الحاد المجهول السبب)؟

إذا أجبت بـ "نعم" على أي من الأسئلة 1-3، فقم بزيارة مقدم الرعاية الصحية من أجل لقاح الإنفلونزا

تصريح لتلقيح الإنفلونزا

تم إعطائي نسخة من تقارير معلومات لقاح الإنفلونزا، وقد قرأتهم أو تم شرحهم وأفهم مزايا ومخاطر لقاح الإنفلونزا.

أعطي تصريح ليتم إدراج سجل بهذا اللقاح في سجلات ImmPact.

أعطي تصريح ليتم استخدام المعلومات لتحصيل تكلفة توفير اللقاح سواء من شركة MaineCare أو إحدى شركات التأمين الخاصة

أعطي موافقتي لكي يتلقى هذا الشخص اللقاح الأكثر ملائمة له، كما تم تحديده من قبل موظف الرعاية الصحية في العيادة.

أعطي موافقتي كي يتم إعطاء لقاح الإنفلونزا للشخص المسمى أعلاه بإمضائي أدناه.

الإمضاء _____ التاريخ: _____

إمضاء الوالد/ الوصي إذا كان الشخص الذي سيتلقى اللقاح قاصر أو إمضاء الشخص البالغ الذي سيتلقى اللقاح

اسم الوالد، أو، الوصي، أو الشخص البالغ الذي سيتلقى اللقاح، مكتوباً نسخاً: _____

لاستخدام المسؤولين فقط:

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi vial	8/7/15
							State Supplied Y N