

سابقه واکسیناسیون برای دانشجویان خارجی

تمام فرمها را اسکن و به این آدرس ایمیل کنید:

student-health@uiowa.edu

یا به شماره 1-319-335-7247 فاکس کنید

The University of Iowa Student Health Service

4189 Westlawn South

Iowa City, Iowa 52242

نام بیمار _____

شماره شناسایی دانشجو _____

تاریخ تولد _____

این فرم باید کمتر از 1 ماه پیش از جلسه توجیهی دریافت شود.

واکسن های سرخک، سرخچه، اوریون (MMR) الزامی هستند

MMR: مدرکی که نشان دهد واکسن های MMR زده شده اند لازمه ثبت نام برای کلاسها است. تنها مورد استثنا برای بانوانی است که می دانند یا مشکوک به حاملگی می باشند. این افراد تا پس از زایمان فرزند خود، از این الزام مستثنی هستند.

در صورتی که شما حائز یکی از شرایط زیر باشید، این الزام برآورده می شود:

☐ تاریخ تولد پیش از 1957 باشد؛ یا

☐ دو دوز واکسن MMR دریافت کرده باشید (هر دو تاریخ را ذکر کنید):

شماره 1 _____/_____/_____; (باید پس از تولد 1 سالگی شما و در سال 1969 یا پس از آن باشد)؛

ماه _____ روز سال _____

شماره 2 _____/_____/_____; (باید حداقل 28 روز پس از شماره 1 باشد – معمولاً در سنین 4-6 سالگی یا پس از آن داده می شود)

ماه _____ روز سال _____

☐ برای (Student Health Service) خنک‌درمانی دانشجویی (کپی هایی از گزارشهای اصلی آزمایشگاهی در مورد گرفتن واکسن های MMR را که مؤید مصونیت نسبت به این بیماریها می باشد را ارائه کنید.

الزام غربالگری برای بیماری سل

- آزمایش پوست یا خون برای سل را پیش از آمدن به آیوا انجام ندهید . غربالگری بیماری سل باید در آمریکا انجام شود.
- پیش از آمدن به دانشگاه آیوا واکسیناسیون ب ث ژ (BCG) را انجام ندهید .
- اگر نیاز باشد تا از قفسه سینه عکسبرداری کنید، این کار باید در آمریکا ظرف مدت سه ماه پس از شروع تحصیل در دانشگاه آیوا انجام شود.
- اگر برای عفونت یا بیماری سل (TB) تحت درمان قرار گرفته اید، یک کپی از گزارش درمانی خود به زبان انگلیسی ارائه کنید.

☐ آيا داراي سابقه واکسیناسیون ب ث ژ (BCG) هستید؟ ☐ خیر

بله – تاریخ آخرین ب ث ژ (BCG): _____/_____/_____ ماه روز سال _____

اطلاعات واکسن مننژیت

مننژیت عفونت مایع محاط کننده مغز و نخاع است که در اثر ویروس یا میکروب ایجاد می شود. مننژیتی که در اثر میکروب بروز می کند حاد می باشد و موجب صدمه به عضو و مرگ می گردد. واکسن هایی در دسترس هستند که می توانند از 4 نوع مننژیت که در اثر میکروب ایجاد می شود، از جمله 2 نوع از 3 نوعی را که در آمریکا بسیار شایع می باشند را پیشگیری کنند. واکسن های مننژیت نمی توانند از کلیه انواع بیماری پیشگیری کنند. واکسن مننژیت برای دانشجویان سال اول کالج که در خوابگاهها زندگی می کنند، و برای دیگر بزرگسالانی که می خواهند خطر ابتلا به مننژیت میکروبی را کاهش دهند، توصیه می شود. قوانین آیوا ما را ملزم به ارائه این اطلاعات در مورد مننژیت و واکسن مننژیت می کند. ما همچنین ملزم به گردآوری اطلاعات درباره واکسیناسیون مننژیت در محوطه دانشگاه هستیم.

در صورتی که واکسن مننژیت را زده اید لطفاً در اینجا بنویسید: ☐ بله ☐ خیر

در صورت پاسخ مثبت تاریخ را بنویسید (ماه، روز، سال): _____/_____/_____

امضای شما تایید می کند که این اطلاعات را خوانده اید. (امضا) _____

(تاریخ) _____

سابقه واکسیناسیون برای دانشجویان خارجی

تمام فرمها را اسکن و به این آدرس ایمیل کنید:

student-health@uiowa.edu

یا به شماره 1-319-335-7247 فاکس کنید

The University of Iowa Student Health Service

4189 Westlawn South

Iowa City, Iowa 52242

نام بیمار

شماره شناسایی دانشجو

تاریخ تولد

این فرم باید کمتر از 1 ماه پیش از جلسه توجیهی دریافت شود.

واکسیناسیون ها و آزمایشات پیشنهادی (اما غیر الزامی)

ما پیشنهاد می کنیم که واکسیناسیون/آزمایشهای غربالگری زیر را انجام دهید.

*آبله مرغان (آبله مرغان) مدرکی که می تواند واکسیناسیون را ثابت کند:

☐ سری واکسن ها - (ماه، روز، سال) زده شده اند: شماره 1 / / / شماره 2 / / / ؛ یا

☐ ابتلا به بیماری - (ماه، روز، سال) / / / یا ☐ دارای مصونیت مربوط به سرم شناسی هستید

*کزاز، دیفتری

☐ کزاز دیفتری (در صورتی معتبر است که ظرف 10 سال گذشته زده شده باشد) - (ماه، روز، سال) زدن واکسن / / / ؛ یا

☐ کزاز دیفتری سیاه سرفه (در صورتی معتبر است که ظرف 10 سال گذشته زده شده باشد) - (ماه، روز، سال) زدن واکسن / / /

* فلج - تاریخ (ماه، روز، سال) زدن واکسن / / /

* هیپاتیت ب

☐ سری هیپاتیت ب (ماه، روز، سال) زدن واکسن: شماره 1 / / / شماره 2 / / / شماره 3 / / / ؛ یا

☐ سری مرکب هیپاتیت آ/ب (ماه، روز، سال) زدن واکسن: شماره 1 / / / شماره 2 / / / شماره 3 / / / ؛

* پادتن هیپاتیت ب (یک کپی از گزارش اصلی آزمایشگاه ارائه کنید): اگر واکسیناسیون نشده اید، یادآورها براساس پروتکل لازم هستند.

* سری واکسن فلج (ماه، روز، سال) زدن واکسن: شماره 1 / / / شماره 2 / / / شماره 3 / / /

* سری هیپاتیت ا (ماه، روز، سال) زدن واکسن: شماره 1 / / / شماره 2 / / /

* آزمایش غربالگری کم خونی داسی شکل: کم خونی داسی شکل یک بیماری ارثی است که در مردمی که نیاکان آنها آفریقایی یا مدیترانه ای هستند دیده می شود، و با آزمایش غربالگری " کم خونی داسی شکل " قابل تشخیص است. ☐ من این آزمایش را انجام نداده ام؛ ☐ من این آزمایش را انجام داده ام، و نتیجه آن: ☐ منفی ☐ مثبت بوده است

تصدیق

برای تصدیق این فرم، باید از سوی پزشک شما یا مسئول واکسیناسیون مجاز امضا، مهر و تاریخ زده شود.

امضا و مهر/نشان پزشک یا مسئول واکسیناسیون مجاز لازم است
تاریخ: / / ماه روز سال

اسکن و به آدرس زیر ارسال کنید: student-health@uiowa.edu

یا

به شماره 1-319-335-7247 فاکس کنید

این فرم باید کمتر از 1 ماه پیش از جلسه توجیهی دریافت شود.

Student Health Service (خدمات درمانی دانشجویی) دانشگاه آیوا این اطلاعات را به منظور مراقبت از بیمار درخواست می کند. بدون آگاهی و رضایت نامه کتبی بیمار، این اطلاعات به طور عادی در اختیار افراد خارج از Student Health Service (خدمات درمانی دانشجویی) قرار داده نمی شود. پاسخ به کلیه موارد الزامی است. اگر این اطلاعات را ارائه نکنید، ممکن است مراقبت از بیمار مختل شود.