

استبيان اللقاح

1. من فضلك أكمل الاستبيان. إذا لم يكن أحد الأسئلة واضحاً، من فضلك اطلب شرحه من أحد مسؤولي الرعاية الصحية.

؟	لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق أن شعرت بدوار أو أغمي عليك عندما كان يُسحب منك دم أو عند حقنك بدواء؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أكلت خلال الساعات الأربع الأخيرة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعتقد بأنك مريض اليوم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك حالات فرط حساسية خطيرة أو رد فعل شديد للتيكس أو الأدوية أو البيض أو الجلاتين أو النيومايسين أو للقاح سابق؟ إذا كان الجواب نعم ، بيّن.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعاني من حالات مزمنة (مثال، الربو أو السكري أو التهاب المفاصل أو أمراض الرئة/القلب/الكلى/الكبد/الأعصاب/المعدة/الأمعاء) أو اضطرابات الدم؟ إذا كان الجواب نعم ، بيّن.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل جهاز المناعة لديك ضعيف (مثال من HIV أو السرطان أو الأدوية مثل الستيرويدات وأدوية السرطان أو العلاج الشعاعي). إذا كان الجواب نعم ، بيّن.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تلقيت أي لقاح آخر في الأسابيع الـ 4-6 الأخيرة؟ إذا كان الجواب نعم ، بيّن.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل قرأت بيان معلومات اللقاح؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إذا كنت دون سن الـ 19، هل تتناول الأسبرين أو الأدوية المحتوية على الأسبرين بانتظام ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بخصوص النساء، هل من الممكن أن تحملي أو تتوين الحمل في الشهر القادم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق أن كانت نتيجة الاختبار الجلدي للسل لديك إيجابياً أو أجري لك اختبار سل؟

2. من فضلك ارسم دائرة حول اللقاح المطلوب لإعطائه:

التهاب الكبد A	الأنفلونزا بالحقن	MMR	Td	الحمى الصفراء
التهاب الكبد B	الأنفلونزا بالرشاز الأنفي	المكورات الرئوية	Tdap	
التهاب الكبد A/B	التهاب الدماغ الياباني	شلل الأطفال	التيفوئيد	
HPV	مكورات سحائية اقترانية	الكلب	الحُمَق	

التوقيع _____

تاريخ اليوم ____/____/____