

## قائمة فحص موانع التطعيم الخامل ضد الإنفلونزا عن طريق الحقن

بالنسبة للمرضى (الأطفال والبالغين) الذين يجب تطعيمهم: سوف تساعدنا الأسئلة التالية على تحديد ما إذا كان يوجد أي سبب يمنعنا عن تقديم التطعيم الخامل ضد الإنفلونزا عن طريق الحقن لك أو لطفلك اليوم. إذا كانت إجابتك "نعم" عن أي سؤال، فهذا لا يعني بالضرورة أنه يجب عدم حصولك أنت (أو طفلك) على التطعيم. ولكنه يعني أنه ينبغي طرح أسئلة إضافية. إذا كان أحد الأسئلة غير واضح، فيرجى طلب شرحه من مقدم الرعاية الصحية.

نعم	لا	لا أعرف	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. هل تشعر بالمرض اليوم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل لديك حساسية شديدة للبيض أو لأي جزء من تطعيم الإنفلونزا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. هل سبق وحدث لك أي رد فعل خطير تجاه تطعيم الإنفلونزا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل سبق وعانيت من متلازمة غيلان باريه؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. هل تلقيت أية علاجات للسرطان أو أجريت لك عملية زرع نخاع عظمي/زرع خلايا جذعية خلال الشهر الستة الماضية؟

### CLINIC USE ONLY

Mfr.	Vaccine	Dose	Site	Location	VIS Date	Lot # / Exp. Date
<b>Private Vaccines</b>						
	(≥6m)	0.5 mL	Deltoid   Vastus Lateralis	R   L	08/06/2021	Place vaccine sticker below <b>OR</b> fill in:
	(≥65yr)	0.7 mL	Deltoid   Vastus Lateralis	R   L	08/06/2021	
	(≥18yr)	0.5 mL	Deltoid   Vastus Lateralis	R   L	08/06/2021	
<b>VFC Vaccines</b>						
	(≥6m)	0.5 mL	Deltoid   Vastus Lateralis	R   L	08/06/2021	Lot # _____
	(≥6m)	0.5 mL	Deltoid   Vastus Lateralis	R   L	08/06/2021	Exp. Date _____
	(≥6m)	0.5 mL	Deltoid   Vastus Lateralis	R   L	08/06/2021	

Administered by \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Name (print) Signature Today's **Date & Time**