اداره بهداشت عمومی کانتی لوس آنجلس
راهنمایی های فرم واکسیناسیون H1N1

واجد شرایط بودن جهت واکسن H1N1: شما باید واکسن H1N1 دریافت کنید اگر...

- باردار هستید
- با کودکان زیر 6 ماه زندگی می کنید یا از آنها نگهداری می نمایید
- در خدمات مراقبت های پزشکی یا پزشکی اضطراری کار می کنید
- بین 6 ماه تا 24 سال دارید
- بیماری های مزمن دارید یا یک سیستم ایمنی ضعیف دارید و بین سنین 25 تا 64 هستید

اگر شما دارای این شرایط باشید، واکسن H1N1 در ابتدا در اختیار شما قرار می گیرد زیرا بیش از همه در خطر عفونت و عوارض ناشی از آنفلوآنزای H1N1 قرار دارید. اگر دارای شرایط ذکر شده در بالا نباشید، واکسن H1N1 می تواند بعداً در پاییز در اختیارتان قرار گیرد.

اگر برای واکسن واجد شرایط هستید، می توانید قبل از ورود به محل واکسیناسیون فرم واکسیناسیون H1N1 را تکمیل کنید.

گزینه 1: فرم را بصورت الکترونیک تکمیل کنید:

- با استفاده از برنامه Adobe Acrobat Reader (که بصورت رایگان در تارنمای http://get.adobe.com/reader/ قابل دسترسی است) فرم را بصورت الکترونیک دانلود و تکمیل کنید.
- فقط "قسمت اطلاعات شخصی" (Personal Information Section) را تکمیل کنید
- فرم را فقط به انگلیسی پر کنید
- فرم را بر روي کاغذ سایز استاندارد سفید (½ 8 در 11) چاپ کنید
- فرم را با خود به کلینیک معین شده بیاورید (برای لیست کلینیک ها از تارنمای www.lapublichealth.org دیدن کنید)

گزینه 2: فرم را با دست تکمیل کنید:

- فرم را دانلود و بر روي کاغذ سایز استاندارد سفید (½ 8 در 11) چاپ کنید
- فقط "قسمت اطلاعات شخصی" (Personal Information Section) را تکمیل کنید
- فرم را فقط به انگلیسی پر کنید و در همه قسمت ها در هر خانه فقط یک حرف بنویسید
- فرم را با خود به کلینیک معین شده بیاورید (برای لیست کلینیک ها از تارنمای www.lapublichealth.org دیدن کنید)

46635

Vaccination Form

County of Los Angeles Public Health

لطفاً با حروف بزرگ به طوریکه در مثال نشان داده شده تمیز و واضح بنویسید.

E X A M P L E 1 2 3

لطفاً دایره ها را به طوریکه نشان داده شده کاملاً سیاه کنید.

غلط ✗ ✓ صحیح ●

اطلاعات شخصی

اطلاعات را تا حد ممکن به طور کامل ارائه کنید. از محرمانگی همه اطلاعات محافظت خواهد شد.

نام وسط | نام خانوادگی | نام

شماره خیابان | اسم خیابان | شماره خیابان

ایالت: O CA O Other | شهرستان: O LA O Other | کد پستی | شهر

اگر زیر 1 سال، سن به ماه | سن (به سال) | تاریخ تولد M M / D D / Y Y Y Y | شماره تلفن - -

جنسیت: O مرد O زن

نژاد/قومیت: O آسیایی O سیاهپوست/ آمریکایی آفریقایی O بومی هاوایی/جزائر اقیانوس آرام O بومی آمریکایی/بومی آلاسکا O بومی آمریکای لاتین / هیسپانیک O نژاد دیگر

آیا مبتلا به هیچیک از عوارض پزشکی زیر هستید؟ بیماری قلبی، ریوی، کلیوی، کبدی یا عصبی؛ سرطان؛ اسم؛ دیابت؛ اختلال خونی؛ اختلال سیستم ایمنی؛ O بله O خیر

آیا از یک کودک زیر 6 ماه مراقبت می کنید یا در خانواری زندگی می کنید که شامل چنین کودکی می باشد؟ O بله O خیر

آیا حامله هستید ویا فکر می کنید ممکن است حامله باشید؟ O بله O خیر

من به روال دارویی/ واکسیناسیون ارائه شده رضایت می دهم.

امضاء

در صورت صغیر بودن، اسم ولی یا قیم قانونی

STOP - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

	Seasonal LAIV	Seasonal TIV	Pan H1N1 Live	Pan H1N1 Inactivated	Screener
Contraindications?	O YES O NO	O YES O NO	O YES O NO	O YES O NO	
Vaccine To Be Administered	Dose #: O 1 O 2	Dose #: O 1 O 2	Dose #: O 1 O 2	Dose #: O 1 O 2	

	Live	Inactivated	Dosage	Site	Manufacturer / Lot Number	Admin. by
Seasonal VIS 08/11/2009	O	O	O 0.25 mL O 0.50 mL O 0.2 mL	O RD O RT O LD O LT O Intranasal	O SP O Nov O GSK O CSL O MI	
Pan H1N1 VIS 10/02/2009	O	O	O 0.25 mL O 0.50 mL O 0.2 mL	O RD O RT O LD O LT O Intranasal	O SP O Nov O GSK O CSL O MI	

Date Administered M M / D D / Y Y Y Y

VFC PIN

Street Number of Site

46635 Formtran

Flu Form R3 10/19/2009