

بيان صحّي - للكبار

لقاح ضد الإنفلونزا والمكورات الرئوية

تاريخ اللقاح _____

الرقم الشخصي _____

الاسم _____

املاً بياناً صحياً عن كل شخص.
يسري على الأشخاص من سن 18 عاماً فأكثر.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل لديك حساسية من البيض؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل تعاني من ردود فعل تحسسية شديدة من أمور أخرى بحيث اضطرت لطلب الرعاية الصحية؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل كانت لديك ردود فعل شديدة على لقاح سابق؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل تعاني من مرض الناعورية أو من نرف آخر، بحيث أنك تتعالج مثلاً بالدواء فاران (Waran)؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل تعاني من مرض مزمن أو تم استئصال طحالك؟
إذا كان الجواب (نعم)، فهل لديك:		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مرض رئوي مزمن، بما في ذلك الربو
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	زيادة كبيرة في الوزن (مؤشر كتلة الجسم/BMI > 40)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مرض عصبي-عضلي (مثل التصلب العصبي المتعدد/MS)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	أحد أمراض القلب والشرابين المزمنة (لكن ليس مجرد ارتفاع ضغط الدم)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	زيادة احتمال الإصابة بعدوى
(مثل مرض نقص المناعة، وكذلك حالات أخرى مثل مرض السرطان أو المناعة الذاتية حيث يكون المرض يحد ذاته أو العلاج يسبب زيادة احتمال الإصابة بعدوى)		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دواعي أخذ لقاح المكورات الرئوية المقترن
(ضعف وظيفة الطحال؛ الضعف الشديد في المناعة بسبب المرض أو العلاج، مثل زرع الأعضاء، علاج بسّم الغلايا أو علاج بما يعادل أكثر من 15 ملغ من بريدنيزولون (Prednisolon) باليوم، أدوية أخرى تُضعف المناعة كثيراً أو مثبطات عوامل تنخر الأورام (TNF) سوية مع علاج آخر يُضعف المناعة؛ متلازمة كلوية؛ زراعة القوقعة السمعية؛ تسرب السائل الدماغي النخاعي؛ تليف كيسي)		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	قصور مزمن في الكلية أو في الكبد
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	مرض السكري
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	شلل في المخ (CP) // إعاقات وظيفية متعددة
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل أنت حامل؟
إذا كان الجواب نعم، في أي أسبوع من الحمل:		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	هل توافق على أن تتمكن جهات رعاية أخرى من قراءة سجل اللقاحات الخاص بك؟

توقيع متلقّي اللقاح

الاسم بوضوح