

## اظهارنامه تندرستی - کودکان

واکسیناسیون علیه آنفلوانزا و استرپتوکوک های  
مولد ذات الریه

تاریخ واکسیناسیون \_\_\_\_\_

شماره شناسائی فردی \_\_\_\_\_

نام \_\_\_\_\_

برای هر فرد یک اظهارنامه تندرستی تکمیل شود.  
این اظهارنامه برای کودکان یا نوجوانان زیر ۱۸ سال است.  
امضای ولی یا سرپرست لازم است.

<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	آیا فرزند شما نسبت به تخم مرغ حساسیت / آلرژی دارد؟
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	آیا فرزند شما واکنش حساسیتی / آلرژی شدیدی داشته که برای آن لازم بوده باشد به خدمات درمانی مراجعه کنید؟
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	آیا بدن فرزند شما در واکسیناسیون های قبلی واکنش شدیدی نشان داده است؟
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	آیا فرزند شما بیماری هموفیلی یا سایر عوامل خونریزی، مثلاً درمان با داروی "وران" دارد؟
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	آیا فرزند شما دچار نوعی بیماری مزمن است یا طحال ندارد؟
اگر بله، آیا فرزند شما دارای بیماری های زیر است:		
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	بیماری مزمن ریوی به انضمام آسم
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	اضافه وزن شدید (شاخص ب.ام.ای بیشتر از ۴۰)
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	بیماری عصبهای ماهیچه (مثلاً بیماری ام.اس)
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	بیماری مزمن قلبی (البته نه فقط فشارخون بالا)
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	در معرض خطر شدید ابتلاء به عفونت (مثلاً بیماری نقصان قوای مصونیت بدن و همچنین سایر عوارضمانند سرطان یا بیماری مربوط به مصونیت اتوماتیک بدن که طی آن یا خود بیماری و یا مراحل درمان آن باعث افزایش احتمال ابتلاء به عفونت های مختلف می شود)
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	وجه مشخصه واکسیناسیون با واکسن تلفیقی استرپتوکوک های مولد ذات الریه (کاهش کارکرد طحال، کاهش شدید مصونیت بدن بعلت بیماری یا درمان، مثلاً پیوند اعضا، شیمی درمانی یا درمان با معادل بیش از ۱۵ میلیگرم داروی پردنیزولون در روز، سایر درمان های دارویی با داروهائی که مصونیت بدن را شدیداً کاهش می دهند یا مسدود کننده ت.ان.اف به همراه سایر داروهای کاهش دهنده مصونیت بدن؛ عارضه کلیوی؛ پیوند کولکلیا (حلزون شنوائی)؛ نشت مایع نخاعی- مغزی؛ فیروز کیستی)
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	بیماری مزمن کبدی یا کلیوی
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	دیابت (مرض قند)
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	معلولیت چندگانه/ فلج مغزی
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	آیا فرزند شما حامله است؟
اگر بله، در هفته چندم حاملگی است؟		
<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> نخیر	من با واکسیناسیون فرزندم موافقت می کنم.

امضای ولی یا سرپرست فرزند صغیر

امضای ولی یا سرپرست فرزند صغیر

نام بطور خوانا

نام بطور خوانا