

اظهارنامه تندرستی - بزرگسالان

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 افراد بالای ۱۸ سال است.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آیا شما نسبت به تخم مرغ حساسیت/ آلرژی دارید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آیا شما واکنش حساسیتی / آلرژی شدیدی داشته اید که برای آن لازم بوده باشد به خدمات درمانی مراجعه کنید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آیا بدن شما در واکسیناسیون های قبلی واکنش شدیدی نشان داده است؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آیا شما بیماری هموفیلی یا سایر عوامل خونریزی، مثلاً درمان با داروی "وران" دارید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آیا شما دچار نوعی بیماری مزمن هستیدی یا طحال ندارید؟
اگر بله، آیا شما دارای بیماری های زیر هستید:		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	بیماری مزمن ریوی به انضمام آسم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	اضافه وزن شدید (شاخص ب.م.ای بیشتر از ۴۰)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	بیماری عصبهای ماهیچه (مثلاً بیماری ام.اس)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	بیماری مزمن قلبی (البته نه فقط فشارخون بالا)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	در معرض خطر شدید ابتلاء به عفونت (مثلاً بیماری نقصان قوای مصونیت بدن و همچنین سایر عوارض مانند 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"/>	<input type="radio"/>	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؛ فیبروز کیستی)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	بیماری مزمن کبدی یا کلیوی
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دیابت (مرض قند)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	معلولیت چندگانه/ فلج مغزی
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	آیا شما حامله هستید؟
اگر بله، در هفته چندم حاملگی هستید؟		

آیا شما موافقت می کنید که سایر واحدهای خدمات درمانی امکان خواندن اطلاعات مربوط به واکسیناسیون شما را داشته باشند؟

بله نخیر

امضای فردی که قرار است واکسن زده شود

نام بطور خوانا