

Vaccinations requested (check all that apply)

Please check all the boxes for vaccinations that you or your child intend to receive.

- | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Chickenpox (varicella) | <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> Flu | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Men B+ACWY | <input type="checkbox"/> Meningitis B | <input type="checkbox"/> Meningococcal (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Mpox (vaccinia) | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tdap | |

Medical screening questions

Please complete all of the following screening questions.

Screening Questions	Yes/No
Does the patient have allergies to medications, gelatin, yeast, a vaccine component, or latex?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has the patient ever had a serious reaction after receiving a vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does the patient have a severe immune system problem such as cancer, leukemia, HIV/AIDS, or are they taking any medication that can affect the immune system such as prednisone, steroids, cancer treatments, or drugs to treat auto-immune diseases?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does the patient have uncontrolled seizures or a neurologic condition that is getting progressively worse, or a history of arthus-type reaction after a dose of DTaP or Tdap?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has the patient ever had Guillain-Barré syndrome (GBS)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has the patient ever been diagnosed with a heart condition (myocarditis or pericarditis) or have they had Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A) after an infection with the virus that causes COVID-19?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past year, has the patient received immune (gamma) globulin, blood/blood products, or an antiviral drug?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the patient on long-term aspirin therapy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the patient pregnant?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has the patient received any vaccinations in the past 4 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the patient 2-4 years old and been diagnosed with wheezing or asthma by a healthcare provider in the past 12 months?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Does the patient have a long-term health problem with heart, lung, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, a cochlear implant, or a spinal fluid leak?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has the patient been treated with an anti-viral medication in the past 2-3 weeks (e.g., oseltamivir, zanamivir, peramivir, or baloxavir)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

التطعيمات المطلوبة (حدّد كل ما ينطبق)

يُرجى تحديد جميع المربعات الخاصة بالتطعيمات التي تنوي أنت أو طفلك تلقيها.

- جدرى الماء (الحُمّاق) كوفيد-19 الخناق والكزاز والسعال الديكي الإنفلونزا التهاب الكبد أ التهاب الكبد ب فيروس الورم الحليمي البشري التهاب السحايا ب ACWY + التهاب السحايا ب التهاب الكبد أ (ACWY) الحصبة والنكاف والحُميراء جدرى القردة (الوُفُس) شلل الأطفال التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي

أسئلة الفحص الطبي

يُرجى إكمال جميع أسئلة الفحص الطبي التالية.

أسئلة الفحص الطبي	نعم/لا
هل يعاني المريض من حساسية تجاه الأدوية أو الجيلاتين أو الخميرة أو أحد مكونات التطعيم أو اللاتكس؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل أصيب المريض برد فعل خطير بعد تلقي أي نوع من التطعيمات؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل يعاني المريض من مشكلة حادة في جهاز المناعة مثل السرطان أو اللوكيميا أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو يتناول أي دواء يمكن أن يؤثر على جهاز المناعة مثل بريدنيزون أو المنشطات أو علاجات السرطان أو أدوية لعلاج أمراض المناعة الذاتية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل يعاني المريض من نوبات صرع خارجة عن السيطرة أو حالة عصبية تزداد سوءًا بشكل تدريجي، أو تاريخ من تفاعل أرتوس بعد جرعة من تطعيم الخناق والكزاز والسعال الديكي أو تطعيم التيتانوس والدفتيريا والسعال الديكي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل أصيب المريض بمتلازمة غيلان باريه (GBS) من قبل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تم تشخيص المريض من قبل بمرض في القلب (التهاب عضلة القلب أو التهاب غلاف القلب (التأمور)) أو هل كان مصابًا بمتلازمة التهاب الأجهزة المتعددة (النوع C أو A) بعد الإصابة بالفيروس المسبب لكوفيد-19؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تلقى المريض الجلوبيولين المناعي (جاما) أو الدم ومشتقاته أو دواء مضاد للفيروسات في العام الماضي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل يخضع المريض للعلاج بالأسبرين على مدى طويل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل المريضة حامل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تلقى المريض أي تطعيم في الأسابيع الأربعة الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل يبلغ المريض 2-4 سنوات من العمر وتم تشخيص إصابته بالصفير أو الربو من مقدم رعاية صحية في الأشهر الـ 12 الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل يعاني المريض من مشكلة صحية طويلة الأمد مع أمراض القلب أو الرئة أو الكلى أو الأيض (مثل مرض السكري) أو الربو أو اضطراب الدم أو عدم وجود طحال أو زراعة قوقعة صناعية أو تسرب سائل العمود الفقري؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل خضع المريض للعلاج بدواء مضاد للفيروسات خلال الأسبوعين أو الثلاثة أسابيع الماضية (على سبيل المثال، أوسيلتاميفير أو زاناميفير أو بيراميفير أو بالوكسافير)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

Պատվաստումներ, որոնք համար դիմել եք (նշեք բոլոր տարբերակները, որոնք վերաբերում են ձեզ)

Խնդրում ենք նշել պատվաստումների բոլոր վանդակները, որոնք դուք կամ ձեր երեխան մտադիր եք ստանալ:

- | | | | | |
|------------------------------------|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ջրծաղիկ | <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> Գրիպ | <input type="checkbox"/> Հեպատիտ A |
| <input type="checkbox"/> Հեպատիտ B | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Մենինգիտ B+ACWY | <input type="checkbox"/> Մենինգիտ B | <input type="checkbox"/> Մենինգոկոկալ (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Կապկի ծաղիկ (վակցինալային) | <input type="checkbox"/> Պոլիոմիելիտ | <input type="checkbox"/> Tdap | |

Բժշկական սքրինինգային հարցեր

Խնդրում ենք լրացնել հետազոտման հետ կապված հետևյալ հարցերը:

Հետազոտման հարցեր	Այո/Ոչ
Արդյո՞ք հիվանդն ավերգիա ունի դեղերի, ժելատինի, խմորիչի, պատվաստանյութի բաղադրիչի կամ լատեքսի նկատմամբ:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Հիվանդի մոտ երբևէ առաջացել է լուրջ ռեակցիա որևէ պատվաստանյութ ստանալուց հետո:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Հիվանդի մոտ կա՞ն արդյոք իմունային համակարգի լուրջ խնդիրներ, ինչպիսիք են քաղցկեղը, լեյկեմիան, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ը, կամ ընդունում է արդյոք նա որևէ դամիջոց, որը կարող է ազդել իմունային համակարգի վրա, ինչպիսիք են՝ պրեդնիզոնը, ստերոիդները, քաղցկեղի բուժման դեղամիջոցները կամ աուտոիմունային հիվանդությունների բուժման դեղերը:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Հիվանդի մոտ լինո՞ւմ են անկառավարելի նոպաներ կամ նյարդաբանական վիճակներ, որը գնալով վատթարանում է, կամ DTaP-ի կամ Tdap-ի դեղաչափ ստանալուց հետո arthus տեսակի ռեակցիա:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Հիվանդը երբևէ ունեցել է Գիլեն-Բարերի սինդրոմ (GBS):	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Երբևէ հիվանդի մոտ ախտորոշվել է սրտի հիվանդություն (միոկարդիտ կամ պերիկարդիտ), կամ ունեցել է Բազմահամակարգ բորբոքային սինդրոմ (MIS-C կամ MIS-A) COVID-19 առաջացնող վիրուսով վարակվելուց հետո:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Անցած տարի հիվանդը ստացել է իմունային (գամմա) գլոբուլին, արյուն/արյան դեղամիջոցներ կամ հակավիրուսային դեղամիջոց:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք հիվանդը մշտապես ընդունում է ասպիրին:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Հիվանդը հղի է:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Հիվանդը վերջին 4 շաբաթվա ընթացքում ստացել է որևէ պատվաստանյութ:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք հիվանդը 2-4 տարեկան է և վերջին 12 ամսվա ընթացքում բուժառայություն մատուցողի կողմից նրա մոտ ախտորոշվել է խոռոց կամ ասթմա:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք հիվանդի մոտ առկա է երկարատև առողջական խնդիր սրտի, թոքերի, երիկամների կամ մետաբոլիկ հիվանդություններ (օրինակ՝ շաքարային դիաբետ), ասթմա, արյան խանգարումներ, փայծաղ չունի, խխունջային իմպլանտ կամ ողնաշարի հեղուկի արտահոսք:	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք վերջին 2-3 շաբաթվա ընթացքում հիվանդը բուժվել է հակավիրուսային դեղամիջոցով (օր.՝ օգելտամիվիրով, գանամիվիրով, պերամիվիրով կամ բալոքսավիրով):	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

ការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលបានស្នើសុំ (គូសគ្រីសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)

សូមគូសគ្រីសប្រកបដោយទាំងអស់សម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការដែលអ្នក ឬកូនរបស់អ្នកមានបំណងទទួល។

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ជំងឺអុតស្វាយ (អុតស្វាយ) | <input type="checkbox"/> ជំងឺកូវីដ-19 | <input type="checkbox"/> ជំងឺខាងស្បែក តេតាណុស ក្អកមាត់ (DTaP) | <input type="checkbox"/> ជំងឺគ្រុនផ្តាសាយ | <input type="checkbox"/> ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ A |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B | <input type="checkbox"/> វីរុស HPV | <input type="checkbox"/> មេណាំងហ្សូក្រកកាល់ប្រភេទ B+ | <input type="checkbox"/> ជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលប្រភេទ B | <input type="checkbox"/> មេណាំងហ្សូក្រកកាល់ (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺកញ្ជ្រើល ជំងឺក្រទ្រុឌទ្រុន ជំងឺកញ្ជ្រើលស្រាល | <input type="checkbox"/> ជំងឺអុតស្វាយ (វ៉ាក់ស៊ីនណា) | <input type="checkbox"/> ជំងឺគ្រុនស្វិតដៃជើង | <input type="checkbox"/> តេតាណុស ខាងស្បែក ក្អកមាត់ (Tdap) | |

សំណួរអំពីការពិនិត្យសុខភាព

សូមបំពេញសំណួរពេលត្រូវពិនិត្យទាំងអស់នៅខាងក្រោម។

សំណួរពេលត្រូវពិនិត្យ	បាទ/ចាស/ទេ
តើអ្នកជំងឺមានអាលែកប្រើទៅនឹងថ្នាំ ជាតិខាងអន្ទិល ជំងឺបែ ធាតុផ្សំរបស់វ៉ាក់សាំង ឬជំងឺរលើដៃដទៃទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរបន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំងរួចដែរទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺមានបញ្ហាប្រព័ន្ធភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជាជំងឺមហារីក ជំងឺមហារីកគ្រាប់ឈាមស មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ឬតើពួកគេកំពុងប្រើថ្នាំដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ដូចជាថ្នាំ prednisone ថ្នាំស្បៀង ការព្យាបាលជំងឺមហារីក ឬថ្នាំដែលប្រើព្យាបាលជំងឺជំងឺស្វ័យភាពស៊ាំដែរទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺមានជំងឺប្រកាច់ដែលមិនអាចគ្រប់គ្រងបាន ឬស្ថានភាពជំងឺសរសៃប្រសាទដែលកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ ឬមានប្រវត្តិប្រតិកម្មប្រភេទកន្ទួលក្រហម បន្ទាប់ពីចាក់ថ្នាំ DTaP ឬ Tdap រួចដែរទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានរោគសញ្ញា Guillain-Barré Syndrome (GBS) ដែរទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺធ្លាប់បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺបេះដូង (ការរលាកសាច់ដុំបេះដូង ឬរោគរលាកស្រោមបេះដូង) ឬតើពួកគេមានរោគសញ្ញារោគសញ្ញារលាកពហុប្រព័ន្ធ (MIS-C ឬ MIS-A) បន្ទាប់ពីឆ្លងវីរុសដែលបណ្តាលឱ្យមានជំងឺកូវីដ-19 ដែរទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
កន្លងមក តើអ្នកជំងឺធ្លាប់ចាក់ (ហ្គាម៉ា) ក្លូប៊ុយលីន បញ្ចូលឈាម/ផលិតផលឈាម ឬថ្នាំប្រឆាំងវីរុសដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំអាស៊ីនរយៈពេលវែងឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺមានផ្ទៃពោះឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺបានចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺណាមួយក្នុងរយៈពេល 4 សប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះដែរទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺមានអាយុចាប់ពី 2-4 ឆ្នាំ ហើយត្រូវបានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញថាមានការដកដង្ហើមតឹងៗ ឬជំងឺហឺតក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះដែរទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺមានបញ្ហាសុខភាពបេះដូងរយៈពេលយូរ សួត តម្រងនោម ឬជំងឺមេតាបូលីស (ឧទាហរណ៍ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម) ជំងឺហឺត ភាពមិនប្រក្រតីរបស់ឈាម គ្មានអណ្តើក ការវះកាត់ជាលិកាក្រដាសត្រចៀក ឬការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឈាមដែរទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកជំងឺធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំប្រឆាំងនឹងវីរុសក្នុងរយៈពេល 2-3 សប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះដែរទេ (ឧទាហរណ៍ ថ្នាំ oseltamivir ថ្នាំ zanamivir ថ្នាំ peramivir ឬ ថ្នាំ baloxavir)?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

واکسیناسیون های درخواستی (همه موارد مربوط را علامه کنید)

لطفاً تمام چوکات واکسیناسیونی را که شما یا طفل تان قصد دریافت آن را دارید علامه کنید.

- آبله مرغان (واریسلا) کووید-19 واکسین دیفتری، کزاز و سیاه) DTaP آنفولانزا هپاتیت A
 هپاتیت B HPV (سرفه برای نوزادان الی 7 سالگی) مننژیت B مننژوکوک (ACWY)
 MMR آبله میمونی (واکسینا) مننژوکوک B+ACWY واکسین دیفتری، (Tdap) کزاز و سیاه سرفه برای (کلانسالان) فلج اطفال

سوالات غربالگری طبی

لطفاً همه سوالات ذیل را تکمیل کنید.

سوالات جهت بررسی	بلی/نخیر
آیا مریض به کدام دوا، ژلاتین، مخمر، جزئی از واکسین یا لاتکس حساسیت دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا تا به حال مریض پس از دریافت واکسین واکنش جدی نشان داده است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض یک مشکل شدید سیستم دفاعی مانند سرطان، لوسمی، اچ آی وی/ایدز دارد یا از دواهایی استفاده می کند که می تواند بر سیستم دفاعی تأثیر بگذارد مانند پردنیزون، استروئیدها، تداوی های سرطان یا دواهایی برای تداوی امراض خودایمنی؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض تشنج های کنترل نشده یا یک مشکل عصبی دارد که به تدریج بدتر می شود یا سابقه واکنش از نوع آرتوس پس از دوز DTaP یا Tdap دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض به سندروم گیلن باره (GBS) مصاب است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض قلبی (میوکاردیت یا پریکاردیت) در بیمار تشخیص داده شده است یا پس از عفونت با ویروس که باعث کووید-19 می شود، به سندروم التهابی چند سیستمی (MIS-C یا MIS-A) مبتلا شده است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض در سال گذشته گلوبولین ایمنی (گاما)، خون/فراآورده های خونی یا دوا ضد ویروسی دریافت کرده است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا بیمار تحت تداوی طولانی مدت آسپرین است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض حامله است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض در 4 هفته گذشته واکسین دریافت کرده است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض 2 تا 4 ساله است و در 12 ماه گذشته داکتر تشخیص داده که او خس خس سینه یا آسم دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض یک مشکل صحت طولانی مدت با مریض قلبی، ریوی، کلیوی یا متابولیک (مثلاً دیابت)، آسم، اختلال خونی، نداشتن طحال، کاشت حلزون یا نشت مایع نخاعی دارد؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
آیا مریض در 2-3 هفته گذشته با دواهای ضد ویروسی (مانند اوسلتامیویر، زانامیویر، پرامیویر، یا بالوکساویر) تداوی شده است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

واکسن‌های درخواست‌شده (تمام مواردی را که صدق می‌کنند علامت بزنید)

لطفاً تمام کادرها را برای واکسن‌هایی که شما یا فرزندتان قصد دریافت آنها را دارید علامت بزنید.

- | | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> آبله‌مرغان (واریسلا) | <input type="checkbox"/> کووید-19 | <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> آنفولانزا | <input type="checkbox"/> هپاتیت A |
| <input type="checkbox"/> هپاتیت B | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> مننگوکوک ب + ACWY | <input type="checkbox"/> مننژیت B | <input type="checkbox"/> مننگوکوک (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> (آبله میمونی) Mpox | <input type="checkbox"/> فلج اطفال | <input type="checkbox"/> Tdap | |

سؤال‌های مربوط به غربالگری پزشکی

لطفاً تمام پرسش‌های مربوط به غربالگری را زیر تکمیل کنید.

بله/خیر	پرسش‌های مربوط به غربالگری
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار به دارو، ژلاتین، مخمر، اجزای واکسن یا لاتکس آلرژی دارد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار پس از دریافت واکسن واکنش جدی داشته است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار مشکل شدید سیستم ایمنی مانند سرطان، لوسمی، HIV/AIDS دارد یا داروهایی مانند پردنیزون، استروئید، داروهای درمان سرطان یا داروهای درمان بیماری‌های خودایمن را که می‌تواند بر سیستم ایمنی بدن تأثیر بگذارد مصرف می‌کند؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار تشنج کنترل‌نشده یا بیماری عصبی‌ای دارد که به تدریج بدتر می‌شود یا سابقه واکنش از نوع آرتوس پس از تزریق دوز DTaP یا Tdap دارد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار تاکنون به سندرم گیلان‌باره (GBS) مبتلا شده است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا تا به حال تشخیص داده شده است که بیمار مبتلا به بیماری قلبی (میوکاردیت یا پریکاردیت) است یا پس از ابتلا به ویروس عامل بیماری کووید-19، دچار سندرم التهابی مولتی سیستم (MIS-C یا MIS-A) شده است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	در سال گذشته، آیا بیمار گلوبولین ایمنی (گاما)، فرآورده‌های خونی/خون یا داروی ضدویروسی دریافت کرده است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار تحت درمان طولانی‌مدت با آسپرین است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار باردار است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار در 4 هفته گذشته واکسنی دریافت کرده است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار 2 تا 4 ساله است و در 12 ماه گذشته به تشخیص ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت، خس خس سینه یا آسم داشته است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار مشکل سلامتی طولانی‌مدت در قلب، ریه، کلیه یا بیماری متابولیک (به‌عنوان مثال دیابت)، آسم، اختلال خونی، برداشتن طحال، کاشت حلزون گوش یا نشست مایع نخاعی دارد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا بیمار در 2-3 هفته گذشته با داروهای ضدویروسی درمان شده است (مثل oseltamivir, zanamivir, peramivir یا baloxavir) درمان شده است؟

希望する予防接種（該当するものすべてにチェック）

ご自身またはお子様が受ける予定の予防接種にすべてチェックを入れてください。

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 水疱瘡 (水痘) | <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> A型肝炎 |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> B型髄膜炎+ACWY | <input type="checkbox"/> B型髄膜炎 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌感染症 (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> エムボックス (ワクシニア) | <input type="checkbox"/> ポリオ | <input type="checkbox"/> Tdap | |

医療スクリーニングの質問

以下のスクリーニングに関する質問すべてにお答えください。

スクリーニングのための質問	はい/否いいえ
患者さんに薬剤、ゼラチン、酵母菌、ワクチン成分、またはラテックスに対するアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
ワクチン接種後に重篤な反応が出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんは、がん、白血病、HIV/AIDSなどの重篤な免疫系の問題を抱えていますか？あるいは、プレドニゾン、ステロイド、がん治療薬、自己免疫疾患治療薬など、免疫系に影響を与える可能性のある薬を服用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんには、制御不能な発作または徐々に悪化している神経学的疾患、あるいはDTaPまたはTdapの投与後にアルサス反応を示したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんはギラン・バレー症候群 (GBS) を発症したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんは、COVID-19の原因となるウイルスに感染した後、心臓病 (心筋炎または心膜炎) と診断されたことがありますか？または多系統炎症性症候群 (MIS-CまたはMIS-A) を発症したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
過去1年間に、患者さんは免疫 (ガンマ) グロブリン、血液/血液製剤、または抗ウイルス薬を投与されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんは長期間アスピリン治療を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんは妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんは過去4週間になにか予防接種を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんは2~4歳で、過去12か月間に医療機関から喘鳴または喘息と診断されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんは心臓、肺、腎臓、または代謝性疾患 (糖尿病など)、喘息、血液疾患、脾臓なし、人工内耳、または脊髄液漏出などの長期的な健康問題を抱えていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ
患者さんは過去2~3週間に抗ウイルス薬 (オセルタミビル、ザナミビル、ペラミビル、バロキサビルなど) による治療を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 否いいえ

예방 접종 요청됨 (해당 항목 모두 선택)

귀하 또는 귀하의 자녀가 받고자 하는 예방 접종에 대한 모든 확인란을 선택하십시오.

- | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 수두 | <input type="checkbox"/> 코로나19 | <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> 독감 | <input type="checkbox"/> A형 간염 |
| <input type="checkbox"/> B형 간염 | <input type="checkbox"/> 인유두종 바이러스 | <input type="checkbox"/> 남성 B+ACWY | <input type="checkbox"/> 뇌수막염 B | <input type="checkbox"/> 수막구균(ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> 천연두(우두증) | <input type="checkbox"/> 소아마비 | <input type="checkbox"/> Tdap | |

건강 진단 관련 질문

다음 스크리닝 질문을 모두 작성해 주세요.

스크리닝 질문	예/아니요
환자에게 약물, 젤라틴, 효모, 백신 성분 또는 라텍스에 대한 알레르기가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 백신을 맞은 후 심각한 반응을 보인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 암, 백혈병, HIV/AIDS와 같은 심각한 면역 체계 문제를 가지고 있거나 프레드니손, 스테로이드, 암 치료 또는 자가 면역 질환 치료제와 같이 면역 체계에 영향을 줄 수 있는 약물을 복용하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 조절되지 않는 발작이나 점진적으로 악화되는 신경학적 상태, 또는 DTaP 또는 Tdap 투여 후 아르투스 반응 병력이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 길랑-바레 증후군(GBS)을 앓은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 심장 질환(심근염 또는 심낭염) 진단을 받은 적이 있거나 코로나19를 유발하는 바이러스에 감염된 후 다계통 염증 증후군(MIS-C 또는 MIS-A)을 앓은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
작년에 환자가 면역(감마) 글로불린, 혈액/혈액 제제 또는 항바이러스제를 투여받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 장기간 아스피린 치료를 받고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 임신 중입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 지난 4주 이내에 백신 접종을 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 2~4세이고 지난 12개월 동안 의료 제공자로부터 천명 또는 천식 진단을 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 심장, 폐, 신장 또는 대사 질환(예: 당뇨병), 천식, 혈액 질환, 비장 없음, 인공와우 또는 척수액 누출과 같은 장기적인 건강 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 지난 2~3주 동안 항바이러스제(예: 오셀타미비르, 자나미비르, 페라미비르 또는 발록사비르)로 치료를 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

د واکسیناسیون غوښتنه شوې (ټول پلي کیدونکي په نښه کړئ)

لطفاً د واکسینونو لپاره ټولې هغه خانې په نښه کړئ چې تاسو یا ستاسو ماشوم یې ترلاسه کولو اراده لرئ.

- د چرگانو ټیاکې (ویرسیلا) کوویډ-19 DTaP زکام زیری ای
 تور زیری HPV Men B+ACWY سرسام بی مینگوکوکل (ACWY)
 MMR (واکسینیا) Mpox پولیو Tdap

د طبي معاینې پوښتنې

لطفاً لاندې د معاینه کولو ټولې پوښتنې بشپړې کړئ.

هو/نه	د معاینه کولو پوښتنې
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ د درملو، جیلاتین، خمیرې، د واکسین اجزا، یا لیتیکس سره حساسیت لري؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ کله هم د واکسین لگولو وروسته جدي عکس العمل درلودې؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ د معافیت سیستم جدي ستونزه لري لکه سرطان، لیوکیمیا، HIV/ایدز، یا دوی کوم داسې درمل خوري چې د معافیت سیستم اغیزه کولی شي لکه پریډیسون، سټرایډونه، د سرطان درملنه، یا د اتومات-معافیت ناروغیو درملنې لپاره درمل؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ غیر کنټرول د قبضیت یلغار دوره یا عصبي حالت لري چې په تدریجي ډول خرابیږي، یا د DTaP یا Tdap د خوراک وروسته د ارتوس ډول عکس العمل تاریخچه لري؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ کله هم د گیلین بیري سندروم (GBS) درلود؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ کله هم د زړه ناروغۍ (مایوکارډیټس یا پیریکارډیټس) تشخیص کړې یا د هغه ویروس سره د انتان وروسته د ملتي سیستم انفلايمټري سندروم (MIS-A یا MIS-C) درلودې چې د کوویډ-19 لامل جوړیږي؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	په تیر کال کې، ایا ناروغ د معافیت (گاما) گلوبولین، د وینې/وینې محصولات، یا د ویروس ضد درمل ترلاسه کړي؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ د اوږدې مودې د اسپرین درملنه کوي؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغه میندواره ده؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ په تیرو 4 اونیو کې کوم واکسین ترلاسه کړی؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ د 2-4 کلونو عمر لري او په تیرو 12 میاشتو کې د روغتیا پاملرنې چمتو کوونکي لخوا د خپهار یا ساه لنډۍ لپاره تشخیص شوی؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ د زړه، سږو، پښتورگو، یا میتابولیک ناروغیو (د بیلگې په توګه، د شکر ناروغۍ)، سالندی، د وینې اختلال، بې تورې، د کوکلیر امپلانټ، یا د نخاعي مایع څښدنې سره اوږدمهاله روغتیا ستونزه لري؟
<input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> هو	ایا ناروغ په تیرو 2-3 اونیو کې د ویروس ضد درملو سره درملنه شوي (د بیلگې په توګه، اوسیلتامیویر، زانامویر، پیرامیویر، یا بالکساویر)؟

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਟੀਕਾਕਰਨ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਡੱਬਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਇਰਾਦਾ ਰੱਖਦੇ ਹੋ।

- | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ਚਿਕਨਪੋਕਸ (ਵੈਰੀਸੇਲਾ) | <input type="checkbox"/> ਕੋਵਿਡ-19 | <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> ਫਲੂ | <input type="checkbox"/> ਹੈਪਟਾਈਟਿਸ A |
| <input type="checkbox"/> ਹੈਪਟਾਈਟਿਸ B | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> ਮੈਨ B+ACWY | <input type="checkbox"/> ਮੈਨਿਨਜਾਈਟਿਸ B | <input type="checkbox"/> ਮੈਨਿਗੋਕੋਕਲ (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Mpox (ਵੈਕਸੀਨੀਆ) | <input type="checkbox"/> ਪੋਲੀਓ | <input type="checkbox"/> Tdap | |

ਮੈਡੀਕਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਸਵਾਲ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਾਰੇ ਪੜਤਾਲੀਆ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਸੰਬੰਧੀ ਸਵਾਲ	ਹਾਂ/ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਵਾਈਆਂ, ਜਿਲੇਟਿਨ, ਖਮੀਰ, ਵੈਕਸੀਨ ਦੇ ਘਟਕ, ਜਾਂ ਲੈਟੈਕਸ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਵੈਕਸੀਨ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕਦੇ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਹੋਈ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕੋਈ ਗੰਭੀਰ ਇਮਿਊਨ ਸਿਸਟਮ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੈਂਸਰ, ਲਿਊਕੇਮੀਆ, HIV/AIDS, ਜਾਂ ਕੀ ਉਹ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਹਨ ਜੋ ਇਮਿਊਨ ਸਿਸਟਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪ੍ਰੋਡਨੀਸੋਨ, ਸਟੀਰੋਇਡ, ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਇਲਾਜ, ਜਾਂ ਆਟੋ-ਇਮਿਊਨ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਦਵਾਈਆਂ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਬੇਕਾਬੂ ਦੌਰੇ ਪੈਂਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਕੋਈ ਨਿਊਰੋਲੋਜੀਕਲ ਅਵਸਥਾ ਹੈ ਜੋ ਹੌਲੀ ਹੌਲੀ ਬਦਤਰ ਹੁੰਦੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ, ਜਾਂ DTaP ਜਾਂ Tdap ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਰਥਸ-ਕਿਸਮ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕਦੇ ਗੁਇਲੇਨ-ਬੈਰੀ ਸਿੰਡਰੋਮ (GBS) ਹੋਇਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕਦੇ ਦਿਲ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ (ਮਾਇਓਕਾਰਡਿਟਿਸ ਜਾਂ ਪੈਰੀਕਾਰਡਾਈਟਿਸ) ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੋਵਿਡ-19 ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਨ ਵਾਲੇ ਵਾਇਰਸ ਨਾਲ ਲਾਗ ਲੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਲਟੀਸਿਸਟਮ ਇਨਫਲੇਮੇਟਰੀ ਸਿੰਡਰੋਮ (MIS-C ਜਾਂ MIS-A) ਹੋਇਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਇਮਿਊਨ (ਗਾਮਾ) ਗਲੋਬੁਲਿਨ, ਖੂਨ/ਖੂਨ ਦੇ ਉਤਪਾਦ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਐਂਟੀਵਾਇਰਲ ਦਵਾਈ ਲਈ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਐਸਪੀਰੀਨ ਥੈਰੇਪੀ 'ਤੇ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਪਿਛਲੇ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ 2-4 ਸਾਲ ਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਦਾ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਘਰਘਰਾਣਾ ਜਾਂ ਦਮੇ ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਿਲ, ਫੇਫੜੇ, ਗੁਰਦੇ, ਜਾਂ ਪਾਚਕ ਬਿਮਾਰੀ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਸ਼ੂਗਰ), ਦਮਾ, ਖੂਨ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਤਿੱਲੀ ਨਾ ਹੋਣਾ, ਕੋਕਲੀਅਰ ਇੰਪਲਾਂਟ, ਜਾਂ ਰੀੜ੍ਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਤਰਲ ਲੀਕ ਨਾਲ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਪਿਛਲੇ 2-3 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਕਿਸੇ ਐਂਟੀ-ਵਾਇਰਲ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਓਸੇਲਟਾਮਿਵਿਰ, ਜਨਾਮਿਵਿਰ, ਪੇਰਾਮਿਵਿਰ, ਜਾਂ ਬਲੋਕਸਾਵਿਰ)?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

Необходимые прививки (отметьте все подходящие варианты)

Пожалуйста, отметьте все пункты о прививках, которые вы или ваш ребенок намерены получить.

- Ветряная оспа (ветрянка)
- Эпидемический паротит-19
- DTap (дифтерия, столбняк и коклюш)
- Грипп
- Гепатит А
- Гепатит В
- ВПЧ
- Men B+ACWY
- Meningitis B
- Менингококковая вакцина (ACWY)
- MMR
- Мрор (вакцина от оспы обезьян)
- Polio
- Tdap

Вопросы в рамках медицинского скринингового обследования

Пожалуйста, ответьте на все следующие вопросы в рамках скринингового обследования.

Вопросы в рамках скринингового обследования	Да/Нет
Есть ли у пациента аллергия на лекарственные препараты, желатин, дрожжи, компоненты вакцин или латекс?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Была ли у пациента когда-либо серьезная реакция после введения вакцины?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у пациента серьезные проблемы с иммунной системой, такие как рак, лейкемия, ВИЧ/СПИД, или принимает ли он/она какие-либо препараты, которые могут оказывать влияние на иммунную систему, такие как преднизолон, стероиды, средства для лечения рака или препараты для лечения аутоиммунных заболеваний?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у пациента неконтролируемые судороги или прогрессирующее неврологическое состояние, или присутствует ли в анамнезе реакция типа Артюса после введения дозы DTap или Tdap?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Был ли у пациента ранее диагностирован синдром Гийена-Барре (GBS)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Было ли у пациента когда-либо диагностировано заболевание сердца (миокардит или перикардит), или развивался мультисистемный воспалительный синдром (MIS-C или MIS-A) после заражения вирусом, вызывающим COVID-19?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получал ли пациент в прошлом году иммуноглобулин, кровь/компоненты крови или противовирусный препарат?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Принимает ли пациент длительную терапию аспирином?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Беременна ли пациентка?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Вопросы в рамках медицинского скринингового обследования

Пожалуйста, ответьте на все следующие вопросы в рамках скринингового обследования.

Вопросы в рамках скринингового обследования	Да/Нет
Получал ли пациент какие-либо прививки в течение последних 4 недель?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Является ли пациент ребенком от 2 до 4 лет, у которого были диагностированы свистящее дыхание или астма в течение последних 12 месяцев?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у пациента хронические проблемы со здоровьем, связанные с заболеваниями сердца, легких, почек или обменом веществ (например, диабет), астмой, заболеванием крови, отсутствием селезенки, установленным кохлеарным имплантом или синдромом потери ликвора?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получал ли пациент противовирусные препараты в течение последних 2-3 недель (например, осельтамивир, занамивир, перамивир или балоксавир)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

疫苗接种申请 (请勾选所有适用项)

请勾选您或您孩子打算接种疫苗的所有方框。

- | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 新型冠状病毒 | <input type="checkbox"/> 儿童百白破疫苗 | <input type="checkbox"/> 流感 | <input type="checkbox"/> 甲型肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 | <input type="checkbox"/> 人乳头瘤状病毒 | <input type="checkbox"/> B 型脑膜炎+脑膜炎球菌 | <input type="checkbox"/> B 型脑膜炎 | <input type="checkbox"/> 脑膜炎球菌 (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> 麻腮风三联疫苗 | <input type="checkbox"/> 猴痘 (牛痘) | <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 | <input type="checkbox"/> 青少年和成人百白破疫苗 | |

医疗筛查问题

请完成以下所有筛选问题。

筛选问题	是/否
患者是否对药物、明胶、酵母、疫苗成分或乳胶过敏？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者接种疫苗后是否出现过严重反应？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否患有严重的免疫系统疾病，例如癌症、白血病、艾滋病，或者是否正在服用任何可能影响免疫系统的药物，例如泼尼松、类固醇、癌症治疗或自身免疫性疾病的治疗药物？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否有不受控制的癫痫发作或正逐渐恶化的神经系统疾病，或在接种 DTaP 或 Tdap 后出现过试验性局部 III 型超敏反应）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否曾患过古兰 - 巴雷综合征 (GBS)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否曾被诊断出患有心脏病（心肌炎或心包炎），或是否在感染新型冠状病毒后患有多系统炎症综合征（MIS-C 或 MIS-A）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
在过去一年中，患者是否接受过免疫（丙种）球蛋白、血液/血液制品或抗病毒药物治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否长期服用阿司匹林？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否怀孕？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
过去 4 周内，患者是否接种过疫苗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者年龄是否为 2-4 岁，并在过去 12 个月内被医务人员诊断出患有气喘或哮喘？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否有长期健康问题，例如心脏、肺、肾脏或代谢疾病（例如糖尿病）、哮喘、血液疾病、无脾脏、人工耳蜗或脊髓液渗漏等？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
过去 2-3 周内，患者是否接受过抗病毒药物治疗（例如奥司他韦、扎那米韦、帕拉米韦或巴洛沙韦）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

Vacunas solicitadas (marque todo lo que corresponda)

Marque todas las casillas de las vacunas que usted o su hijo tienen la intención de recibir.

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> Gripe | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> VPH | <input type="checkbox"/> Men B+ACWY | <input type="checkbox"/> Meningitis B | <input type="checkbox"/> Meningocócica (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Mpox (vacuna) | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tdap | |

Preguntas médicas de evaluación

Complete todas las siguientes preguntas de evaluación.

Preguntas de evaluación	Sí/No
¿Tiene el paciente alergias a medicamentos, gelatina, levadura, un componente de la vacuna o látex?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez el paciente ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente un problema grave en el sistema inmunitario, como cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o está tomando algún medicamento que pueda afectar el sistema inmunitario, como prednisona, esteroides, tratamientos contra el cáncer o medicamentos para tratar enfermedades autoinmunes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente convulsiones no controladas o una afección neurológica que empeora progresivamente, o antecedentes de reacción de tipo articular después de una dosis de DTaP o Tdap?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tuvo el paciente alguna vez síndrome de Guillain-Barré (GBS)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se le ha diagnosticado al paciente una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección con el virus que causa COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En el último año, ¿ha recibido el paciente inmunoglobulina (gamma), sangre/hemoderivados o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está el paciente en terapia con aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está la paciente embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente entre 2 y 4 años de edad y un proveedor de atención médica le ha diagnosticado sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (p. ej., diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, falta de bazo, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido tratado el paciente con un medicamento antiviral en las últimas 2-3 semanas (p. ej., oseltamivir, zanamivir, peramivir o baloxavir)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Mga hinihiling na bakuna (i-check ang lahat ng naaangkop)

I-check ang lahat ng kahon para sa bakuna na nais mong matanggap o ng iyong anak.

- | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bulutong (varicella) | <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> Trangkaso | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Men B+ACWY | <input type="checkbox"/> Meningitis B | <input type="checkbox"/> Meningococcal (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Mpox (vaccinia) | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tdap | |

Mga Tanong sa Medical Screening

Sagutan ang lahat ng sumusunod na mga tanong para sa screening.

Mga Tanong para sa Screening	Oo/Hindi
May allergy ba ang pasyente sa mga gamot, gelatin, yeast, isang sangkap ng bakuna, o latex?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Naranasan na ba ng pasyente ang malubhang reaksiyon matapos mabakunahan?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Ang pasyente ba ay may matinding problema sa immune system tulad ng kanser, leukemia, HIV/AIDS, o umiinom ba siya ng anumang gamot na makakaapekto sa immune system tulad ng prednisone, mga steroid, mga gamot sa kanser, o mga gamot upang gamutin ang mga auto-immune na sakit?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Ang pasyente ba ay may hindi mapigilan na mga seizure o neurologic na kondisyon na unti-unting lumalala, o dating nagkaroon ng arthus-type na reaksiyon pagkatapos makatanggap ng isang dosis ng DTaP o Tdap?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Nagkaroon na ba ang pasyente ng Guillain-Barré syndrome (GBS)?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Na-diagnose na ba ang pasyente na may sakit sa puso (myocarditis o pericarditis) o nagkaroon na ba siya ng Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C o MIS-A) matapos mahawahan ng virus na nagdudulot ng COVID-19?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Sa nakalipas na taon, nakatanggap ba ang pasyente ng immune (gamma) globulin, dugo/mga produkto na galing sa dugo, o gamot na panlaban sa virus?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Ang pasyente ba ay nasa pangmatagalang aspirin therapy?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Buntis ba ang pasyente?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Nakatanggap ba ang pasyente ng anumang bakuna sa nakalipas na 4 na linggo?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Ang pasyente ba ay 2-4 na taong gulang at na-diagnose na may huni ang paghinga o may hika ng isang healthcare provider sa nakalipas na 12 buwan?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Ang pasyente ba ay mayroong pangmatagalang problema sa kalusugan tulad ng sa puso, baga, bato, o metabolic na sakit (hal., diabetes), hika, sakit sa dugo, tinanggal na ang spleen, cochlear implant, o pagtagas ng likido sa spinal cord?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Ginamot ba ang pasyente ng gamot laban sa virus sa nakalipas na 2-3 linggo (hal., oseltamivir, zanamivir, peramivir, o baloxavir)?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

疫苗接種申請 (請勾選所有適用項目)

請勾選您或您的子女計畫接種疫苗的所有方塊

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> 兒童百白破疫苗 | <input type="checkbox"/> 流感 | <input type="checkbox"/> 甲型肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 | <input type="checkbox"/> 人類乳突病毒 | <input type="checkbox"/> B 型腦膜炎+腦膜炎球菌 | <input type="checkbox"/> B 型腦膜炎 | <input type="checkbox"/> 腦膜炎球菌 (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> 麻腮風三聯疫苗 | <input type="checkbox"/> 猴痘 (牛痘) | <input type="checkbox"/> 脊髓灰質炎 | <input type="checkbox"/> 青少年和成人百白破疫苗 | |

醫療篩檢問題

請完成以下所有篩選問題

篩選問題	是/否
患者是否對藥物、明膠、酵母、疫苗成分或乳膠過敏	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者在接種疫苗後是否出現嚴重反應？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否有嚴重的免疫系統問題，例如癌症、白血病、愛滋病，或是否正在服用任何可能影響免疫系統的藥物，例如潑尼松、類固醇、癌症治療或治療自身免疫性疾病的藥物？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否曾出現不受控制的癲癇發作或神經系統疾病逐漸惡化，或接種 DTaP 或 Tdap 後出現亞瑟氏反應？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否罹患急性多發性神經炎 (GBS)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否曾被確診罹患心臟病 (心肌炎或心包炎)，或在感染 COVID-19 病毒後是否罹患多系統炎症綜合證候群 (MIS-C 或 MIS-A)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
過去一年中，患者是否曾接受免疫 (丙種球蛋白)、血液/血液製品或抗病毒藥物？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否正長期接受阿司匹林治療？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否懷孕？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否在過去 4 週內曾接種過任何疫苗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否介於 2-4 歲，且在過去 12 個月內被醫療保健提供者確診罹患喘息或哮喘？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否有心臟、肺、腎臟或代謝疾病 (例如糖尿病)、哮喘、血液疾病、脾臟不全、人工耳蝸或脊髓液滲漏等長期健康問題？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者在過去 2-3 週內是否曾接受抗病毒藥物治療 (例如奧司他韋、扎那米韋、帕拉米韋或巴羅沙韋)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

Yêu cầu tiêm chủng (chọn tất cả nội dung phù hợp)

Vui lòng đánh dấu vào tất cả các ô tiêm chủng mà quý vị hoặc con quý vị dự định nhận.

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thủy đậu (varicella) | <input type="checkbox"/> 破傷風-19 | <input type="checkbox"/> DTaP (bệnh uốn ván, bạch hầu và ho gà cho trẻ em) | <input type="checkbox"/> Cúm | <input type="checkbox"/> Viêm gan A |
| <input type="checkbox"/> Viêm gan B | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Viêm màng não mô cầu Men B | <input type="checkbox"/> Viêm màng não B | <input type="checkbox"/> Não mô cầu (ACWY) |
| <input type="checkbox"/> MMR (Vắc-xin sởi, quai bị, rubella) | <input type="checkbox"/> Bệnh đậu mùa (vaccinia) | <input type="checkbox"/> Bệnh bại liệt | <input type="checkbox"/> Tdap (Vắc-xin bạch hầu, uốn ván, ho gà cho người lớn) | |

Câu hỏi Sàng lọc Y tế

Vui lòng hoàn thành tất cả các câu hỏi sàng lọc sau đây.

Câu hỏi Sàng lọc	Rõi/Chưa
Bệnh nhân có bị dị ứng với thuốc, gelatin, nấm men, thành phần vắc-xin hoặc latex không?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân đã bao giờ có phản ứng nghiêm trọng sau khi tiêm vắc-xin chưa?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân có vấn đề nghiêm trọng về hệ miễn dịch như ung thư, bệnh bạch cầu, HIV/AIDS hoặc họ đang dùng bất kỳ loại thuốc nào có thể ảnh hưởng đến hệ miễn dịch như prednisone, steroid, phương pháp điều trị ung thư hoặc thuốc điều trị các bệnh tự miễn dịch không?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân có co giật không kiểm soát được hoặc tình trạng thần kinh đang dần trở nên tồi tệ hơn, hoặc có tiền sử phản ứng kiểu arthus sau khi một liều DTaP hoặc Tdap không?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân đã bao giờ bị hội chứng Guillain-Barré (GBS) chưa?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân đã bao giờ được chẩn đoán mắc bệnh tim (viêm cơ tim hoặc viêm màng ngoài tim) hoặc họ đã mắc Hội chứng Viêm Đa hệ thống (MIS-C hoặc MIS-A) sau khi nhiễm vi-rút gây bệnh COVID-19 chưa?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Trong năm qua, bệnh nhân có nhận globulin miễn dịch (gamma), máu/các chế phẩm máu hoặc thuốc kháng vi-rút không?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân có đang điều trị bằng aspirin dài hạn không?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân có đang mang thai không?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân có được tiêm vắc-xin trong 4 tuần qua không?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân có thuộc độ tuổi 2-4 và được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chẩn đoán thở khò khè hoặc hen suyễn trong 12 tháng qua không?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân có vấn đề sức khỏe lâu dài với tim, phổi, thận hoặc bệnh chuyển hóa (ví dụ: tiểu đường), hen suyễn, rối loạn máu, không có lá lách, cấy ốc tai điện tử hoặc bị rò rỉ dịch tủy sống không?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân đã được điều trị bằng thuốc kháng vi-rút trong 2-3 tuần qua (ví dụ: oseltamivir, zanamivir, peramivir hoặc baloxavir) chưa?	<input type="checkbox"/> Rõi <input type="checkbox"/> Chưa