



إدارة الصحة العامة مقاطعة لوس انجيلوس  
تعليمات نموذج التطعيم ضد انفلونزا H1N1



الأولوية للحصول على تطعيم H1N1: يجب عليك الحصول على لقاح ضد انفلونزا H1N1 إذا كنت:

- حامل
- تعيش مع أو تقوم برعاية أطفال عمرهم أقل من 6 أشهر
- تعمل في مجال الرعاية الصحية أو الخدمات الطبية الطارئة
- بين عمر 6 أشهر و 24 عاما
- تعاني من مشاكل صحية مزمنة أو ضعف في نظام المناعة ويتراوح عمرك بين 25 و 64 عاما

إذا كنت تفي بهذه الشروط سوف يقدم لك لقاح H1N1 أولاً لأنك أكثر عرضة لخطر العدوى ومضاعفات انفلونزا H1N1. إذا كنت لا تفي بالشروط المذكورة أعلاه، قد يكون لقاح انفلونزا H1N1 متاح لك في وقت لاحق في الخريف.

إذا كنت مستوفياً لشروط التطعيم ، يمكنك إكمال نموذج تطعيم H1N1 قبل الوصول إلى موقع التطعيم.

الخيار الأول : أكمل النموذج الكترونياً:

- قم بتنزيل وإكمال النموذج الكترونياً باستخدام أدوبي أكروبات ريدر (Adobe Acrobat Reader) (يمكن الحصول عليه مجاناً من موقع الانترنت <http://get.adobe.com/reader>)
- أكمل "Personal Information Section" فقط
- املأ النموذج باللغة الانجليزية فقط
- قم بطباعة النموذج على ورق أبيض عادي مقاس 11 X 8 1/2
- احضر النموذج معك للعيادة المحددة
- للحصول على قائمة العيادات قم بزيارة موقع الانترنت <http://publichealth.lacounty.gov>

الخيار الثاني : أكمل النموذج باليد:

- قم بتنزيل النموذج وطباعة على ورق أبيض عادي مقاس 11 X 8 1/2
- أكمل "Personal Information Section" فقط
- املأ النموذج باللغة الانجليزية فقط باستخدام مربع واحد لكل حرف في جميع المجالات
- احضر النموذج معك للعيادة المحددة
- للحصول على قائمة العيادات قم بزيارة موقع الانترنت <http://publichealth.lacounty.gov>



# Vaccination Form



رجاء الكتابة بوضوح بأحرف كبيرة كما هو مبين في المثال

رجاء تعبئة الدوائر كلياً كما هو مبين.

صح  خطأ

EXAMPLE 123

تامل عملك فإفك في صوصخ ولع طفاحي فوس. ن الكمال ردق ب قلم الكال تامل عملك ديوزت ي جري معلومات شخصية

الاسم الأول										اسم العائلة										MI	
رقم المنزل										اسم الشارع										رقم الشقة	
المدينة										الرقم البريدي				الدولة		الولاية					
														<input type="radio"/> LA <input type="radio"/> Other		<input type="radio"/> CA <input type="radio"/> Other					
رقم الهاتف			تاريخ الولادة			العمر (سنوات)			إذا كان عمر الطفل أقل من سنة، يترك العمر بالإنشهر												
			M M / D D / Y Y Y Y																		
الجنس												<input type="radio"/> أنثى <input type="radio"/> ذكر									
العرق												<input type="radio"/> غير ذلك <input type="radio"/> هندي أمريكي <input type="radio"/> إسباني/لاتيني									
<input type="radio"/> من سكان هاواي/الجزر الباسيفيكية الأصليين <input type="radio"/> هندي أمريكي/من سكان ألاسكا الأصليين												<input type="radio"/> أسبوي <input type="radio"/> أفريقي أمريكي									
هل تعانيين من أي من الأوضاع الطبية التالية؟														<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا							
قلب، رئة، كلية، كبد، أو مرض عصبي؛ سرطان؛ ربو؛ سكري؛ احتلال دموي؛ أو احتلال في نظام المناعة؛																					
هل تعتني أو تعيش في منزل فيه طفل عمره أقل من 6 أشهر؟														<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا							
هل أنت حامل أو تعتقدين بأنه من المحتمل أن تكوني حامل؟														<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا							
أوافق على جرعات الدواء/اللقاح المقدمة. إذا كان الشخص قاصر، اسم ولي الأمر أو الوصي														التوقيع							

## STOP - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

	Seasonal LAIV	Seasonal TIV	Pan H1N1 Live	Pan H1N1 Inactivated	Screener
Contraindications?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vaccine To Be Administered	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	Dose #: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
<b>Seasonal</b> VIS 08/11/2009	Live <input type="radio"/> Inactivated <input type="radio"/> Dosage: <input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL <input type="radio"/> 0.2 mL	Site: <input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal	Manufacturer: <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> CSL <input type="radio"/> MI Lot Number: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Admin. by <input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>Pan H1N1</b> VIS 10/02/2009	Live <input type="radio"/> Inactivated <input type="radio"/> Dosage: <input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL <input type="radio"/> 0.2 mL	Site: <input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal	Manufacturer: <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> Nov <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> CSL <input type="radio"/> MI Lot Number: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Date Administered	VFC PIN		Street Number of Site		
M M / D D / Y Y Y Y	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		