الاسم:

تاريخ الميلاد:

|  |
| --- |
| **قبل الحضور إلى موقع إعطاء اللقاح:** |
| 1. | هل تُعاني من حمى ودرجة حرارتك 38 درجة أو أعلى في يوم الحصول على اللقاح؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | إذا كان الأمر كذلك، فيُرجى استشارة الطبيب قبل الحضور إلى موقع إعطاء اللقاح لتقييم ما إذا كنت مُصابًا حاليًا بجدري القرود. قد يقرر الطبيب أنه يجب أن تخضع لفحص التحقق من الإصابة بجدري القرود أولاً. |  |
| 2. | هل تعاني من شكاوى أخرى تتشابه مع شكاوى الإصابة بعدوى جدري القرود، مثل الطفح الجلدي المصحوب ببثور، والصداع، وآلام العضلات، وتضخم الغدد الليمفاوية، والإرهاق؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | إذا كان الأمر كذلك، فيُرجى استشارة الطبيب قبل الحضور إلى موقع إعطاء اللقاح لتقييم ما إذا كنت مُصابًا حاليًا بجدري القرود. قد يقرر الطبيب أنه يجب أن تخضع لفحص التحقق من الإصابة بجدري القرود أولاً. |  |

|  |
| --- |
| **طبي** |
| 3. | هل حصلت على اللقاح المُضاد للجدري في الماضي؟ | [ ]  نعم [ ]  لا [ ]  لا أعرف |
|  | ذا كانت الإجابة "نعم"، فأبلغ الطبيب أو الممرضة بذلك، لأن الحصول على جرعة واحدة من اللقاح عادة ما يكون كافيًا. |  |
| 4. | هل حصلت على لقاح إمفانيكس من قبل؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى حصلت عليه؟ | التاريخ | ……………… |
|  | هل حصلت على اللقاح بسبب مُخالطة شخص مُصاب بجدري القرود؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
| 5. | هل حصلت على اللقاح المُضاد لجدري القرود في السابق؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
| 6. | هل تعاني من ضعف جهاز المناعة بسبب الإصابة بمرض ما أو تتناول أدوية تُثبط جهاز المناعة؟ على سبيل المثال:* 1. فيروس نقص المناعة البشرية (Hiv)
	2. أمراض المناعة الذاتية (مثل التهاب المفاصل الروماتويدي، داء كرون أو التهاب القولون التقرحي، الصدفية، التصلب المتعدد) التي تحتاج إلى تناول أدوية لعلاجها؟
1. غسيل الكلى
	* 1. زراعة الأعضاء (الكلى، الرئة، القلب، الكبد)

هـ. إصابة بالسرطان وتتلقى العلاج حاليًا1. سرطان الدم (اللوكيميا أو سرطان الغدد الليمفاوية) أو زرع خلايا جذعية أو هل تتم معالجتك حاليًا من قبل أخصائي أمراض الدم؟
2. اضطراب المناعة الخلقي الشديد
3. مرض آخر
 | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هو ذلك المرض وما هي الأدوية التي تتناولها. وبالتالي، يمكن للطبيب أو الممرضة تقييم ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الجرعة الثانية من اللقاح بعد 28 يومًا. |  |
|  | المرض: |  …………………………………………………………………………… |
|  | الأدوية: |  …………………………………………………………………………… |
| 7. | هل سبق أن أصبت برد فعل تحسسي شديد، على سبيل المثال تجاه الأدوية (بما في ذلك المضادات الحيوية) أو تجاه اللقاحات؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | إذا كانت الإجابة "نعم"، فتجاه ماذا كان رد الفعل التحسسي؟ | …………………………………… |
|  | وهل تلقيت علاج لذلك؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | تناقش مع الطبيب أو الممرضة بشأن رد الفعل التحسسي . |  |
| 8. | هل عانيت من رد فعل تحسسي شديد تجاه بروتين الدجاج ؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | وهل تلقيت علاج لذلك؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
| 9. | هل أنتِ حامل أو مُرضعة؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | إذا كنتِ حاملاً: يظل بإمكانكِ الحصول على اللقاح، ولكن ناقش هذا الأمر مع الطبيب أو الممرضة أولاً. |  |
| 10. | هل سبق أن أغمي عليك بعد الحصول على أحد اللقاحات؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
| 11. | هل ستخضع لعملية جراحية تحت التخدير قريبًا؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى ستخضع لهذه العملية الجراحية؟ | التاريخ | ……………… |
| 12. | هل حصلت على أي لقاح آخر خلال الأسابيع الأربعة الماضية أو ستحصل على لقاح آخر خلال الأسابيع الأربعة المُقبلة؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
| 13. | هل ستخضع قريبًا لنقل الغلوبولين المناعي (IVIG) أو خضعت لذلك بالفعل مؤخرًا؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
| 14. | هل تم استئصال غدد الإبط في الماضي؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | إ إذا كان الأمر كذلك ، أي جانب؟ |  |
| 15. | هل أصبت من قبل بنوبة صرع عندما كنت مُصابًا بحمَّى أو بعد الحصول على لقاح؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
| 16. | هل ما زلت تعاني من آثار جانبية في موضع حقن الجرعة الأولى من لقاح إمفانكس؟ | [ ]  نعم [ ]  لا |
|  | إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هي هذه الآثار الجانبية؟ …………………………………………… |  |

هل أجبت على واحد أو أكثر من الأسئلة بـ "نعم"؟

إذًا، سوف تحضر مقابلة مع الطبيب أو الممرضة لضمان أن تتم عملية إعطاء اللقاح على ما يرام.