

بيان صحي الحصول على لقاح إيفانكس المضاد لجذري القروود

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؟ إذا كان الأمر كذلك، فيرجى استشارة الطبيب قبل الحضور إلى موقع إعطاء اللقاح لتقييم ما إذا كنت مُصابًا حاليًا بجذري القروود. قد يقرر الطبيب أنه يجب أن تخضع لفحص التحقق من الإصابة بجذري القروود أولاً. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
2.	هل تعاني من شكاوى أخرى تشابه مع شكاوى الإصابة بعدوى جذري القروود، مثل الطفح الجلدي المصحوب بثور، والصداع، وآلام العضلات، وتضخم الغدد الليمفاوية، والإرهاق؟ إذا كان الأمر كذلك، فيرجى استشارة الطبيب قبل الحضور إلى موقع إعطاء اللقاح لتقييم ما إذا كنت مُصابًا حاليًا بجذري القروود. قد يقرر الطبيب أنه يجب أن تخضع لفحص التحقق من الإصابة بجذري القروود أولاً. <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

طبي	
3.	هل حصلت على اللقاح المضاد للجذري في الماضي؟ ذا كانت الإجابة "نعم"، فأبلغ الطبيب أو الممرضة بذلك، لأن الحصول على جرعة واحدة من اللقاح عادة ما يكون كافيًا. <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
4.	هل حصلت على لقاح إيفانكس من قبل؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فمتى حصلت عليه؟ هل حصلت على اللقاح بسبب مخالطة شخص مُصاب بجذري القروود؟ التاريخ:
5.	هل حصلت على اللقاح المضاد لجذري القروود في السابق؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
6.	هل تعاني من ضعف جهاز المناعة بسبب الإصابة بمرض ما أو تناول أدوية تُثبِّط جهاز المناعة؟ على سبيل المثال: أ. فيروس نقص المناعة البشرية (Hiv) ب. أمراض المناعة الذاتية (مثل التهاب المفاصل الروماتويدي، داء كرون أو التهاب القولون التقرحي، الصدفية، التصلب المتعدد) التي تحتاج إلى تناول أدوية لعلاجها؟ ج. غسيل الكلى د. زراعة الأعضاء (الكلية، الرئة، القلب، الكبد) هـ. إصابة بالسرطان وتتلقى العلاج حاليًا و. سرطان الدم (اللوكيميا أو سرطان الغدد الليمفاوية) أو زرع خلايا جذعية أو هل تتم معالجتك حاليًا من قبل أخصائي أمراض الدم؟ ز. اضطراب المناعة الخلقي الشديد ح. مرض آخر 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:

بيان صحي
الحصول على لقاح إيفانكس المضاد لجذري القرد

7.	هل سبق أن أصبت برد فعل تحسسي شديد، على سبيل المثال تجاه الأدوية (بما في ذلك المضادات الحيوية) أو تجاه اللقاحات؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
	إذا كانت الإجابة "نعم"، فتجاه ماذا كان رد الفعل التحسسي؟	
	وهل تلقيت علاج لذلك؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
	تناقش مع الطبيب أو الممرضة بشأن رد الفعل التحسسي .		
8.	هل عانيت من رد فعل تحسسي شديد تجاه بروتين الدجاج؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
	وهل تلقيت علاج لذلك؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
9.	هل أنت حامل أو مُرضعة؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
	إذا كنتِ حاملاً: يظل بإمكانك الحصول على اللقاح، ولكن ناقش هذا الأمر مع الطبيب أو الممرضة أولاً.		
10.	هل سبق أن أغمي عليك بعد الحصول على أحد اللقاحات؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
11.	هل ستخضع لعملية جراحية تحت التخدير قريباً؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
	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 المقبلة؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
13.	هل ستخضع قريباً لنقل الغلوبولين المناعي (IVIG) أو خضعت لذلك بالفعل مؤخراً؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
14.	هل تم استئصال غدد الإبطن في الماضي؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
	إذا كان الأمر كذلك ، أي جانب؟		
15.	هل أصبت من قبل بنوبة صرع عندما كنت مُصاباً بحمى أو بعد الحصول على لقاح؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
16.	هل ما زلت تعاني من آثار جانبية في موضع حقن الجرعة الأولى من لقاح إيفانكس؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
	إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هي هذه الآثار الجانبية؟	

هل أجبت على واحد أو أكثر من الأسئلة بـ "نعم"؟
إذا، سوف تحضر مقابلة مع الطبيب أو الممرضة لضمان أن تتم عملية إعطاء اللقاح على ما يرام.