Լոս Անճելոս Գավառի Հանրային Առողջության Դիպարտամենտ
H1N1 Պատվաստի Ցուցմունքների Ֆորմ

H1N1 Պատվաստի Ստակություն.- H1N1 Պատվաստն ստանալու էք եթե՝

- Հղի էք
- Ապրում էք կամ խնամում էք 6 ամսական եւ նվազ տարիքի մանուկներին
- Աշխատում էք իբրեւ բուժծառայող կամ շտապ օգնության անձնակազմի անդամ էք
- 6 ամսականից 24 տարիկանի միջեւ էք
- Կրոնիկ առողջական խնդիրներ ունեք, կամ ալ մարմնի տոկունության տկարություն եւ 25-ից 64 տարեկանի միջեւ էք

Եթե վերոնշյալ պարագաներից որեւե մեկն ունեք, H1N1-ի պատվաստն պիտի ստանաք նախքան ընդհանուր բնակչությունը, որով վարակվելու ձեր ռիսքն ավելի բարձր է եւ Տարածուն Խոզային ֆլույից առողջական խանգարումներ կարող էք ունենալ: Եթե վերոնշյալ պարագաներից որեւե մեկը չունեք, ապա H1N1-ի պատվաստն կարող է ձեզ տրվել Աշնան ընթացքին ավելի ուշ:

Եթե պատվաստն ստանալու ատակ էք, կարող էք H1N1-ի պատվաստման ֆորմը լցնել նախքան պատվաստման վայրն ժամանելը:

Ընտրանք 1.- Ֆորմն ամբողացրե՛ք ինտերնետի միջոցավ.-

- Ադոպե Ագրոբաթ-ի(Adobe Acrobat Reader, ձրի է http://get.adobe.com/reader/ կայքէջի վրա) միջոցավ ֆորմն ինտերնետից վերցրե՛ք:
- Ամբողջացրե՛ք միայն «Անձնական Տեղեկությունների Մաս»ը (Personal Information Section)
- Ֆորմն լցրեք Անգլերենով միայն
- Տպե՛ք ձեր լցրած ֆորմը սպիտակ թղթի վրայ (8 ½ x 11)
- Զայն ձեր հետ բերե՛ք նշված կլինիկան (կլինիկաների ցուցակի համար դիմե՛ք www.lapublichealth.org կայքէջը)

Ընտրանք 2.- Ֆորմն ամբուղջացրե՛ք ձերագիր

- Ֆորմը տպե՛ք ինտերնետից սպիտակ թղթի վրայ (8 ½ x 11)
- Ամբողջացրե՛ք միայն «Անձնական Տեղեկությունների Մաս»ը (Personal Information Section)
- Ֆորմն լցրեք Անգլերենով միայն, յուրաքանչյուր տառի համար մի տուփիկ գործածելով
- Զայն ձեր հետ բերե՛ք նշված կլինիկան (կլինիկաների ցուցակի համար դիմե՛ք www.lapublichealth.org կայքէջը)

46635

Vaccination Form

County of Los Angeles Public Health

Խնդրվում է հստակ մեծատառով գրել, ինչպես ցույց է տրվել օրինակում:

E X A M P L E 1 2 3

Խնդրվում է բոլորակները լրիվ լցնել, ինչպես ցույց է տրվել:

Ճիշտ ● Անճիշտ ⊗ ✓

Անձնական Տեղեկություն

Տեղեկությունները ներկայացրեք ինչքան հնարավոր է ամբողջական: Բոլոր տեղեկությունները կպահվեն գաղտնի:

Անուն

Ազգանուն

Միջնանուն

Փողոցի Համար

Փողոցի Անուն

Բնակարանի Համար

Քաղաք

Փոստային Թվանիշ

Վարչաշրջան ○ LA ○ Other

Նահանգ ○ CA ○ Other

Հեռախոսի Համար - -

Ծննդյան Թվական M M / D D / Y Y Y Y

Տարիք (տարիներ)

Եթե 1 տարեկանից փոքր է, տարիքի ամսաթիվով

Սեռ ○ Տղամարդ ○ Կին

Ցեղ/Ազգություն ○ Ասիացի ○ Սևամորթ/Աֆրո-Ամերիկացի ○ Բնիկ Հավայիցի/Խաղաղ Օվկիանոսցի ○ Ամերիկյան Հնդիկ/Բնիկ Ալասկացի ○ Իսպանախոս/Լատինախոս ○ Սպիտակ ○ Այլ

Ունե՞ք հետևյալ բժշկական վիճակներից որևէ մեկը: Սրտի, թոքի, երիկամի, լարդի կամ նյարդային հիվանդություն, քաղցկեղ, շնչարգելություն (ասթմա), շաքարախտ, արյան հիվանդություն, անընկալունակ (իմուն) համակարգի խանգարում. ○ Այո ○ Ոչ

Դուք խնամու՞մ եք նամ բնակվու՞մ եք մի տանը, որտեղ գտնվում է 6 ամսական կամ ավելի փոքր երեխա: ○ Այո ○ Ոչ

Դուք հղի՞ եք, կամ կարծու՞մ եք, որ հղի եք: ○ Այո ○ Ոչ

Եթե ոռեռահաս է, ծնողի կամ օրինական խնամակալի անունը

Ես համաձայն եմ մատակարարված դեղամիջոցի/

Ստորագրություն

Ուշադիր- խնդրում ենք չգրել այս գծից ներքև

	Seasonal LAIV	Seasonal TIV	Pan H1N1 Live	Pan H1N1 Inactivated	Screener
Contraindications?	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	
Vaccine To Be Administered	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	

	Live	Inactivated	Dosage	Site	Manufacturer	Lot Number	Admin. by
Seasonal VIS 08/11/2009	○	○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI		
Pan H1N1 VIS 10/02/2009	○	○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI		

Date Administered M M / D D / Y Y Y Y

VFC PIN

Street Number of Site

46635 Formtran

Flu Form R3 10/19/2009