

Дата Візиту _____ Час Візиту _____ /# _____

Vaccines for Children (VFC) Program—Patient Eligibility Screening Record

Будь ласка, заповніть виділені розділи нижче Англійськими буквами. Будь ласка, пишiть чiтко.

Ім'я дитини: _____

Ім'я

Середнє Ім'я

Прізвище

Дата народження дитини: (Місяць/Число/Рік) _____ / _____ / _____ Вік: _____

Електронна пошта: _____

Ім'я батька чи мами: _____ Телефон #: _____

Адреса: _____

Вулиця
індекс

Місто

Штат

Поштовий

Позначте наступну категорію, яка найкраще описує вашу дитину:

- Недострахований Без медичного страхування Корінні жителі Аляски/американські індіанці
 План Medicaid/# _____

1) Чи було у вашої дитини чи у когось із членів вашої сім'ї діагностовано COVID-19? **ТАК** **НІ**
Якщо так, то коли? _____

2) Чи були у вашої дитини чи у когось із членів вашої сім'ї симптоми COVID-19 з тестом або без нього за останні 14 днів? **ТАК** **НІ** (лихоманка, озноб, кашель, задишка, втома, болі в м'язах, головні болі, нова втрата смаку або нюху, біль у горлі, закладеність носа, нудота, блювота, діарея, рожеві очі, висип або почервоніння/набряк пальців ніг)

For Office Use: Clinic Day Screening Date: _____ Status: _____ Temperature: Adult _____ °F Child: _____ °F

Health and Human Services запровадила політику 24-годинного скасування для кожного запланованого пацієнта. Нагадуємо, що якщо ви скасуєте, змініте або пропустите заплановану зустріч із попередженням менш ніж за 24 години, ми залишаємо за собою право стягнути плату в розмірі \$25.

Я прочитав(-ла) і погоджуюся з політикою скасування. _____
Дата _____ Підпис _____

Оплата кредитною/дебетовою картою:

№ картки: _____ - _____ - _____ - _____

Термін придатності: ____ / ____ (місяць/рік)

CVV/CVC: _____

Сума: \$ _____

Розмістіть копію картки страхування тут

FOR OFFICE USE ONLY	Eligible for VFC Vaccine				Not eligible for VFC Vaccine		
	A	B	C	D	E	F	G
	Medicaid Enrolled Title XIX (19) V02	No Health Insurance (V03)	American Indian or Alaskan Native (V04)	*Underinsured at FQHC, RHC or deputized LHD only (V05)	Has health insurance that covers vaccines (V01)	** Other underinsured (V01)	***Enrolled in CHIP/Medicaid Title XXI (21) or State Funded (V22)

Date/Initial							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

*Недостраховання включає дітей з медичним страхуванням, яке не покриває вакцини або покриває лише певні типи вакцин. Діти мають право лише на вакцини, які не покриваються страхівкою.

**Діти, які зареєстровані в окремій державній Програмі Дитячого Медичного Страхування (CHIP) з Medicaid Title XXI (21) або державним страхуванням, вважаються застрахованими та не мають права на вакцинацію через програму VFC.

Контрольний Список Скринінгу для Протипоказання до Вакцин для Дітей та Підлітків

ІМ'Я ПАЦІЄНТА _____

ДАТА НАРОДЖЕННЯ ____/____/____

Для батьків / опікунів: Наступні питання допоможуть нам визначити які вакцини вашій дитині можуть зробити сьогодні. Якщо ви відповідаєте «так» на будь-яке питання, це не обов'язково означає, що ваша дитина не повинна бути вакцинована. Це просто означає, що потрібно задавати додаткові питання. Якщо питання незрозуміле, будь ласка, попросіть свого медичного працівника пояснити його.

	ТАК	НЕ НІ ЗНАЮ	
1. Чи хвора дитина сьогодні?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Чи є у дитини алергія на ліки, продукти харчування, компонент вакцини або латекс?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Чи була у дитини серйозна реакція на вакцину в минулому?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Чи має дитина довгострокові проблеми зі здоров'ям у зв'язку з легкими, серцевими, нирковими або метаболічними захворюваннями (наприклад, діабетом), астмою, захворюванням крові, відсутністю селезінки, дефіцитом компонентів комплементу, кохлеарним імплантатом або витоком спинномозкової рідини? Чи перебуває він / вона на тривалій терапії аспірином?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Якщо дитині, яка підлягає вакцинації, від 2 до 4 років, чи говорив вам ваш сімейний лікар, що у дитини були хрипи або астма протягом останніх 12 місяців?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Якщо ваша дитина є ще немовлям, чи вам коли-небудь говорили, що у неї була інтусцепція кишечника?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Чи був у дитини, брата чи сестри або у батьків епілептичний напад; Чи були у дитини проблеми з мозком або іншою нервовою системою?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Чи є у дитини рак, лейкемія, ВІЛ/СНІД чи будь-яка інша проблема з імунною системою?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Чи у дитини батьки, брат або сестра мають проблеми з імунною системою?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Протягом останніх 3-х місяців чи дитина приймала ліки, які впливають на імунну систему, такі як преднізолон, інші стероїди або протипухлинні препарати, препарати для лікування ревматоїдного артриту, хвороби Крона, псоріазу або проходили променеве лікування?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Чи у минулому році, дитині робили переливання крові або компонентів крові, або дали імунний (гамма) глобулін або противірусний препарат?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Чи є дитина/підліток вагітна або чи є ймовірність, що вона може завагітніти протягом наступного місяця?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Чи отримувала дитина щеплення за останні 4 тижні?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Чи ваша дитина раніше отримувала дві або більше доз вакцини проти сезонного грипу?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Чи був у вашої дитини або чи є у неї зараз неврологічний стан, який називається синдромом Гійєна-Барре?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Чи ваша дитина нещодавно отримала вакцину Tdap, DTaP або Prevnar*? Якщо ТАК, коли? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□

Примітки: Будь ласка, повідомте медсестру, якщо у вашої дитини алергія на: курячі продукти - яєчні альбуміни / білки, куряче пір'я або лупа, формальдегід, желатин, октоксинол 10 / октилфенол етоксилат (тритон X-100), буферизований ізотонічний розчин натрію хлориду натрію, тімеросал, дезоксихолат натрію, сукцинат токоферилового водню, полісорбат 80, гентаміцин або гідрокортизон.

***Одне дослідження показало, що може спостерігатися зниження ефективності компонентів коклюшу вакцини Tdap при введенні протягом 4 тижнів після щеплення від грипу. Існує підвищений ризик нападів, викликаних високою температурою, коли вакцина Prevnar та/або вакцина DTaP та щеплення від грипу вводяться разом. Я отримав (-ла) і прочитав (-ла) або пояснив мені Інформаційний лист про інактивовану вакцину проти грипу (07.08.15) яка буде введена.**

Ким заповнена форма (підпис): **X** _____ Дата: _____

Ким переглянута форма : _____ Дата: _____