

የMontgomery County የጤና እና የሰብአዊ አገልግሎቶች መምሪያ  
የትምህርት ቤት የጤና አገልግሎቶች

**የወቅታዊ (Seasonal) ጉንፋን (ፍሉ) ክትባት ስምምነት**

ውድ ወላጅ/አሳዳጊ፤

ልጅዎ ወቅታዊውን የጉንፋን ክትባት እንዲያገኝ/እንድታገኝ ከፈለጉ እባክዎን ይህንን ቅጽ ይሙሉ። ክትባቱ በሚሰጥበት ጊዜ ወላጆች/አሳዳጊዎች ወይ ፈቃድ የተሰጠው/ጣት አዋቂ ሰው መገኘት ይኖርባቸዋል።

የልጁ/ጅቷ የአባት ስም:-	የልጁ/ጅቷ የመጀመሪያ ስም:-	እድሜ:-	ክፍል:-
አድራሻ:-	የቤት ስልክ:- የእጅ ስልክ:- የስራ ስልክ:-	የትውልድ ቀን:-	
መምህር:-	ልጅዎ ከዚህ ቀደም የጉንፋን ክትባት ወስዶ/ወስዳ ያውቃል/ታውቃለች? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> ወስዶ/ዳ አያውቅም/አታውቅም	<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> አይደለም
	ለመጀመሪያ ጊዜ የጉንፋን ክትባቱን ሲወስዱ ለአንድ ጊዜ ብቻ የሚሆን መጠን (dose) ብቻ ነበር የወሰዱት? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይደለም	<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> አይደለም

ከኢንፍሎዎንዛ በከፍተኛ ደረጃ ለመጠበቅ የበሽታ ቁጥጥር ማእከሎች (Centers for Disease Control (CDC)) የወቅታዊ ኢንፍሎዎንዛ ክትባት ለመጀመሪያ ጊዜ ያገኙ፤ ከ8 አመት በታች የሆኑ ልጆች፤ በአንዴ የሚወሰድ መጠን (dose) በ4 ሳምንት ጊዜ ውስጥ በድጋሚ እንዲያገኙ ያበረታታል።

ለማናቸውም እታች ለሚገኙት ጥያቄዎች መልስዎ አዎ ከሆነ፤ ልጅዎ የወቅታዊ ጉንፋን ክትባት በስፍራው ለማግኘት አያሟላም/አታሟላም። እባክዎን ልጅዎን/ልጆችዎን የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶቻቸውን ወደሚያገኙበት (አካል) ይውሰዱ። መልስዎ ለሁሉም ጥያቄዎች አሉታዊ ከሆነ እና ልጅዎ የወቅታዊ ጉንፋን ክትባት እንዲያገኝ/እንድታገኝ ከፈለጉ፤ እባክዎን እታች ይፈርሙ።

1. ዛሬ ልጅዎን አሞታል/አሟታል (እንዴ)?	<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> አላመመውም/አላመማትም
2. ልጅዎ ለእንቁላል ምርቶች፣ ቲምራሰል (thimerosal)፣ ኒዮሚስን (neomycin)፣ ፓሎሚክስን (polymyxin)፣ ካኑማይስን (kanamycin)፣ ጅንትማይስን (gentamicin)፣ ፎርመልዲሃይድ (formaldehyde)፣ ጆለተን (gelatin)፣ አርጅኒን (arginine)፣ ሱኩሮስ (sucrose) ወይም ሌላ የክትባት ውህዶች (ክፍሎች) አለርጂ ነው/ነት (አለው/አላት)?	<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> የለውም/የላትም
3. ቀደም ሲል ልጅዎ ለኢንፍሎዎንዛ ክትባት ከባድ ምላሽ አሳይቶ/ታ ያውቃል/ታውቃለች?	<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> አሳሳየም/አሳሳየችም
4. ልጅዎ የጉልያን ባር ሲንድሮም (Guillian-Barre syndrome) ታሪክ አለው/አላት?	<input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> የለውም/የላትም

የጉንፋን ክትባት በመከተቢያው/ዋ ቀን ለታመመ/ች ለማንኛውም ልጅ ሊሰጥ አይችልም።

የፍቃድ መግለጫ:-

የወቅታዊ የጉንፋን (ፍሉ) የክትባት መረጃ መግለጫ (the Vaccine Information Statement (VIS)) ተቀብሎ አንብቤያለሁ። ስለ ክትባቱ ጥያቄዎችን የመጠየቅ እድል አግኝቻለሁ። ይህ ክትባት የጸደቀው ለጤናማ ልጆች እንደሆነ እረዳለሁ እንዲሁም አንዳንድ ልጆች የወቅታዊ ጉንፋን (ፍሉ) ክትባትን ለምን መውሰድ እንደማይኖርባቸው የሚገልጹ ምክንያቶች ገምግሚያለሁ። ከእነዚህ ምክንያቶች መካከል አንዳቸውም የእኔን ልጅ አይመለከትም። ልጄ የወቅታዊ ጉንፋን (ፍሉ) ክትባት እንዲከተብ/እንድትከተብ እስማማለሁ።

የወላጅ/አሳዳጊ ስም:- \_\_\_\_\_ የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ:- \_\_\_\_\_ ቀን:- \_\_\_\_\_

ለቢሮ አገልግሎት ብቻ