ለክትባት በመረጃ የተደገፈ ስምምነት

❒ ወ ❒ ሴ

የአያት ስም | ስም | የአባት ስም | የትውልድ ቀን | እድሜ | ሲወለዱ የነበረዎት ጾታ

( ) -

የቤት አድራሻ | ከተማ | ግዛት/ክልል | ዚፕ | ስልክ # ❒ የቤት ❒ የሞባይል

የተጠየቀው ክትባት(ቶች):- ❒ ፍሉ
❒ COVID-19 ❒ የሳምባ ምች
❒ ሺንግልስ ❒ ሄፓታይተስ B
❒ ቲታነስ/ትክትክ
❒ RSV ❒ ሄፓታይተስ A ❒ HPV
❒ ማጅራት ገትር ❒ MMR
❒ ሌላ:- ________________

ብሄር: ❒ ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ
❒ ሂስፓኒክ ወይም ላቲኖ ያልሆነ
❒ ለመግለጽ አልቀበልም (ያልታወቀ)

ዘር፡ ❒ ኢስያዊ ❒ አሜሪካን ህንዳዊ
❒ ፓሲፊክ አይላንደር ❒ ጥቁር ወይም አፍሪቃ አሜሪካ
❒ ካውካዢያን ❒ ሁለት ወይም ከዚያ በላይ ❒ ሌላ

ከ 66 ፓውንድ ከበደት የሚያንሱ ከሆነ:- _____ፓውንድ።

ለክትባት የትኛውን ክንድ ይመርጣሉ? ❒ ግራ ❒ ቀኝ
የኢ-ሜይል አድራሻ:- ________________________

የመጀመሪያ ደረጃ እንክብካቤ አቅራቢ ስም:- ________________________
ስልክ: ________________ **አድራሻ:-** ________________________

የ Medicare ታካሚዎች ብቻ:- የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (Social Security Number, SSN) የመጨረሻ 4 አሃዞች:- ________________________
ሜዲኬር ክፍል B ID#:- ________________________

የማጣሪያ ጥያቄዎች		አዎ	አይ
1.	ዛሬ ያምዎታል?	❒	❒
2.	ማንኛውም አይነት የመድሃኒቶች፣ የምግብ ወይም የክትባቶች አለርጂዎች አለብዎት? አዎ ከሆነ፣ እባክዎ ይዘርዝሩ:-________________	❒	❒
3.	ክትባት ከወሰዱ በኋላ ከባድ ግብረመልስ ወይም ራስ መሳት አጋጥመዎት ያውቃል (ለምሳሌ:-የጉሊያን-ባሬ ምልክት)?	❒	❒
4.	ለሴቶች:- እርጉዝ፣ በማጥባት ላይ ነዎት ወይም በሚቀጥለው ወር እርጉዝ የመሆን ሀሳብ አለዎት? **እርጉዝ ከሆኑ፣** የእርግዝና ሳምንት:- ___________	❒	❒
5.	**እርስዎን የሚመለከቱ ሁሉም ላይ ቲክ ያድርጉ:-** ❒ የአስም/የሳንባ በሽታ ❒ የስኳር በሽታ ❒ የልብ በሽታ ❒ የትምባሆ አጫሽ ❒ የሚጥል በሽታ/የአንጎል ችግር ❒ የኩላሊት በሽታ/ዳያሊስስ ❒ የጉበት በሽታ ❒ አስፕሌኒያ ❒ የቲሞስ እጢ ተወግዷል ወይም ከቲሞስዎ ጋር የተያያዙ ችግሮች አሉ፣ እንደ ማይስቴኒያ ግራቪስ፣ ዲጆርጅ ሲንድሮም ወይም ቲሞማ? (ቢጫ ትኩሳት ብቻ) ❒ በአሁኑ ጊዜ አንቲባዮቲክ ወይም ፀረ ወባ መድኃኒቶችን እየወሰዱ ነው? (የአፍ ታይፎይድ ብቻ) ❒ የ ትሮምቦሳይቶፔኒያ ወይም ትሮምቦሳይቶፔኒያ ፐርፑራ ታሪክ? *(MMR® II ብቻ)* ❒ የቤት ውስጥ እንክብካቤ ❒ የተዳከመ የበሽታ መቋቋም ስርዓት (ለምሳሌ፣ ካንሰር፣ የሰው ልጅ የበሽታ መከላከል እጥረት ቫይረስ (Human immunodeficiency virus, HIV)፣ አክቲቭ ሺንግልዝ፣ የአፍ ውስጥ ስቴሮይድ፣ ፀረ-ነቀርሳ ወይም ፀረ-ቫይረስ መድሃኒቶች፣ ደም መውሰድ ወይም ምርቶች፣ የበሽታ መከላከያ ግሎቡሊን፣ የጨረር ሕክምና) ❒ ባለፉት 4 ሳምንታት ውስጥ ማንኛውም አይነት ክትባት ወስደዋል? አዎ ከሆነ፣ እባክዎ ይዘርዝሩ: ________________		
6.	እባክዎ ስለ የትኛው ክትባት(ቶች) ተጨማሪ መረጃ እንደሚፈልጉ ይግለጹ? ❒ ሄፓታይተስ ኤ ❒ MMR (ኩፍኝ፣ ጀሮ ደግፍ፣ ሩቤላ) ❒ የጉዞ ክትባቶች ❒ የልጅነት ክትባቶች ❒ ሌላ:- ________________ ❒ እርግጠኛ አይደለሁም:- የክትባት እጥረት ወይም አስፈላጊነት እንዳለብኝ ለማወቅ ብመረመር ደስ ይለኛል		

የክትባት አስፈላጊነት				
7.	**የመጨረሻ ቀን:-** የፍሉ ክትባት________________ የኮቪድ-19 ክትባት ________________	አዎ	አይ	እርግጠኛ አይደለሁም
8.	የሳምባ ምች ክትባት ወስደው ያውቃሉ? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ መቼ እና ምን ዓይነት(ቶች)? ________________	❒	❒	❒
9.	ከ 60 **ዓመት በላይ** የሆኑ ታካሚዎች:- የ RSV ክትባት ወስደው ያውቃሉ?	❒	❒	❒
10.	ዕድሜያቸው ከ 49 **ዓመት በላይ** የሆኑ **ወይም** የበሽታ መከላከል አቅማቸው የተዳከመ: የሺንግልዝ ክትባት ወስደው ያውቃሉ? ከወሰዱ፣ መቼ ቀን(ናት):- ________________	❒	❒	❒
11.	ዕድሜያቸው ከ 66 **ዓመት በታች** የሆኑ ወይም የጤና አጠባበቅ ሠራተኞች:- MMR (የኩፍኝ፣ የኩፍኝ፣ የሩቤላ) ክትባት ወስደዋል?	❒	❒	❒
12.	ዕድሜያቸው ከ 59 **ዓመት በታች** የሆኑ ወይም የጤና እንክብካቤ ሠራተኞች:- ሙሉ የሄፐታይተስ ቢ ተከታታይ ክትባት ወስደዋል?	❒	❒	❒
13.	ዕድሜያቸው ከ 46 **በታች የሆኑ** ታካሚዎች:- ሙሉውን ተከታታይ የ HPV (የሂውማን ፓፒሎማቫይረስ) ክትባት ወስደዋል?	❒	❒	❒
14.	ከ 43 **ዓመት በታች** የሆኑ ታካሚዎች:- 2 ዶዝ የቫሪሴላ ("Chicken Pox") ክትባት ወስደዋል?	❒	❒	❒
15.	ዕድሜያቸው ከ 11 እስከ 23 ዓመት ታካሚዎች:- የማጅራት ገትር ክትባት ወስደው ያውቃሉ?	❒	❒	❒
16.	የመንጋጋ ቆልፍ ክትባት ከወሰዱ ምን ያህል ዓመታት ሆኖታል?	_____ አመታት		❒

አስገንዛቢ ፈቃድ:-: እባክዎ ያንብቡ እና ይፈርሙ።.

የክትባቱ(ቶቹ) አሰጣጥ በፋርማሲስት ወይም ክትትል የተደረገበት የፋርማሲስት ተማሪ ወይም ቴክኒሻን ወይም ሌላ ስልጣን ያለው ሰው፣ በህግ ወይም የግዛት/ፌደራል መመሪያ በሚፈቅደው፣ በአልበርትሰንስ ኩባንያዎች ወይም በተባባሪ ፋርማሲስቶቹ በአንዱ የተቀጠረ ወይም ኮንትራት ያለው ቢደረግ እና እኔ የሚያስፈልገኝ ወይም ለመቀበል ብቁ የሆንኩበት ሌሎች ክትባቶችን በተመለከተ ከላይ በተሰጠው ቁጥር እንደምገኝ ከታች ባለው ፊርማዬ ፈቃድ ሰጥቻለሁ። ከላይ ያለው መረጃ እውነተኛ እና ትክክል ነው። ለክትባቱ የብቁነት መስፈርት ማሟላቱን (ካለ) አመሰክራለሁ፤ የአካለ መጠን ያልደረሰ ታካሚ ወላጅ/አሳዳጊ ከሆንኩ፣ ለአካለ መጠን ያልደረሰው ታካሚ የብቁነት መስፈርት ማሟላቱን አመሰክራለሁ። እንዲሁም የአልበርትሰንስ ኩባንያዎች (Albertsons Companies) እና ቅርንጫፎቹ፣ ተባባሪዎች፣ ኦፊሰሮች፣ ዳይሬክተሮች፣ ሰራተኞች እና ወኪሎች ክትባቱን በመውሰዱ ወይም የአካለ መጠን ያልደረሰው በመውሰዱ የማስቀረት ወይም ያለማሳካት ድርጊቶችን ጨምሮ፣ ከሁሉም ተጠያቂነት አስወጣቸዋለሁ። የሚከተሉትን ተረድቻለሁ:- 1) ክትባት ለመውሰድ በራሴ ፈቃድ መርጫለሁ። የፍሉ ክትባት እየወሰድኩ ነው እና ከሴፕቴበር ቀደም ብሎ ነው፣ ክትባቱን በሚወስደው ልጅ ምትክ የምፈርም ወላጅ ነኝ፣ ወይም በሶስተኛ ትሬሚስተር ላይ ያለው ነፍሰ ጡር ነኝ ወይም ለወደፊት ተመልሼ መምጣት አልችልም። 2) አልበርትሰንስ ኩባንያዎች በእኔ ምትክ የ Medicare ወይም ማንኛውም ሌላ ሦስተኛ-ወገን በእኔ ምትክ ከፋይ የወጪ ማካካስ ጥያቄ ለማስገባት ፈቃድ ሰጥቻለሁ፤ ጥያቄው ተቀባይነት ካላገኘ፣ ለክፍያው እኔ ተጠያቂ መሆኔን ተረድቻለሁ፤ 3) እኔ ህጋዊ ዕድሜ እና ይህንን የፈቃድ ቅጽ ለመፈጸም ስልጣን አለኝ ወይም የአካለ መጠን ያልደረሰ ታካሚ ወላጅ/አሳዳጊ ነኝ። 4) የእኔን ግላዊ ጤንነት ወይም የክትባቱን ውጤታማነት በከፍተኛ ሁኔታ ሊጎዳ የሚችል ማንኛውንም የጤና ሁኔታ ለፋርማሲስቱ ወዲያውኑ እንዲያውቅ አደርጋለሁ። 5) ከክትባቱ በኋላ ሊከሰት የሚችል የጎንዮሽ ችግር እና መቼ እና ሕክምና የት ማግኘት እንዳለብኝ ምክር ተሰጥቶኛል። ማንኛውም የጎንዮሽ ችግር ካጋጠመኝ በራሴ ወጪ ከሐኪሜ ጋር ለመከታተል ሐላፊነት አለብኝ። 6) ለማንኛውም የክትባት ወይም መርፌ ህክምና ከባድ የመከላከል አለርጂ ታሪክ ከሌለብኝ በስተቀር ለክትትል ለ 15 ደቂቃዎች በአካባቢው መቆየት አለብኝ ወይም በማንኛውም ምክንያት የአናፊላክሲስ (anaphylaxis) ታሪክ ካለብኝ፣ ከክትባቱ በኋላ ለክትትል 30 ደቂቃዎች በአካባቢው መቆየት አለብኝ። ሳልጠብቅ ቦታውን ከለቀቅኩ፣ እንደዛ የማድርገው በራሴ አደጋ እና ክትባቱ ካስተዳደረው የሙያተኛ ምክር ተቃራኒ መሆኑን አረጋግጣለሁ። 7) የክትባቱ መረጃ መግለጫ(ዎች) (Vaccine Information Statement(s) ("VIS")) ወይም የአደጋ ጊዜ አጠቃቀም ፈቃዳ (Emergency Use Authorization ("EUA")) አንብቤያለሁ ወይም ተነቦልኛል። ጥያቄዎችን ለመጠየቅ ዕድል እንደነበረኝ እና ሁሉም ጥያቄዎቹ በአጥጋቢ መልኩ ተመልሰውልኛል። የክትባቱ(ቶች) ጥቅማጥቅሞች እና ስጋቶች ተረድቻለሁ። 8) የኩባንያው የግላዊነት ልምምዶች ከጤና ኢንሹራንስ ተንቀሳቃሽነት እና ተጠያቂነት ህግ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ጋር የሚስማማ ቅጂ ተሰጥቶኛል እና/ወይም ቀርቦልኛል። 9) ይህ ክትባት፣ በግዛት ወይም ፌደራል ህግ ስር ተጨማሪ የግላዊነት ጥበቃዎች የተሰጡት ማንኛውም ክትባት አካቶ፣ በእኔ ፋርማሲ ወይም የንግድ ተባባሪዎቹ የክትባት መረጃዬ ከሌሎች ጋር እና ከዋና የእንክብካቤ ሃኪሜ፣ ፈቃድ ሰጪ ሃኪም ወይም የአካባቢ የጤና መምሪያ (Department of Health) ተፈጻሚ ከሆነ የሚጋራ ለክትባት መዝገብ ሪፖርት እንዲያደርጉ ተገገር ናቸው እንዲሁም እነዚህን መገለጦች ፈቃድ ሰጥቻለሁ። (*ኒው ጀርሲ ብቻ:-: ይህን ክትባት መውሰዴን ለዋና የእንክብካቤ ሰጪዬ ሪፖርት ለማድረግ ፈቃድ ሰጥቻለሁ___ አልፈቅድም___ ። ፈቅጃለሁ/አልፈቀድኩም ላይ ምልክት አለማድረግ እንደ ተፈቀደ ይቆጠራል።)*

(ሳውዝ ዳኮታ፣ ሜይን፣ ማሳቹተስ እና ኒው ሃምፕሻየር ብቻ: ከላይ ለተጠቀሱት ወገኖች በእንደዚያ መዝገብ ቤቶች በኩል መረጃዬን ማጋራት የመቃወም መብት እንዳለኝ ተረድቻለሁ። ለታዳጊው ወላጅ ወይም አሳዳጊ፣ ከታች ያለው ፈቃድ በየአመቱ ሀኪም እንዲያዩ በጽሁፍ ማሳሰቢያ እንደተቀበሉ ያረጋግጣል።

X ____

የታካሚ ፊርማ ወይም ወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ (ከታዳጊው ጋር ያልዎት ዝምድና ያስቀምጡ) | **የክትባት ስም** | **ቀን**

Below for Pharmacy Use Only: ***WA ONLY*: Substitution Permitted:** ________________ **Dispense as Written:** ________________

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date	F/U Appt Date/Time
COVID-19(__________)					*N/A*	*IM*	*R / L Deltoid*		
Flu (___________)				*0.5*	*N/A*	*IM*	*R / L Deltoid*		
Shingrix®			***GSK***	*0.5*	❒ 1 ❒ 2	*IM*	*R / L Deltoid*	***2/4/2022***	
							R / L ______		
							R / L ______		
							R / L ______		

Ordering RPh Signature: ________________________
Name of Administrator: ________________________
Admin/VIS Provided Date: ____________ ❒ **NPP Offered**
Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RxBIN: __________ **PCN:**__________ **Group #:**________________ **ID#:** ________________
Medical (Name, ID#, Group#): ________________________________
❒ **Offsite Clinic** **Clinic Name**: ____________________ **Clinic Address**: ____________________
Appt Date: _________ **Appt Time:** _________ **Administration time (OR Only):** _________ ICIMZIV 20240523