

# Idhini iliyoarifiwa ya Chanjo

<input type="checkbox"/> Kiume <input type="checkbox"/> Kike					
Jina la Mwisho	Jina la Kwanza	Kati	Tarehe ya Kuzaliwa	Umri	Jinsia ya Wakati wa Kuzaliwa
Anwani ya Nyumbani		Jiji	Jimbo	Msimbo wa Eneo	Nambari (#) ya Simu <input type="checkbox"/> Simu ya <input type="checkbox"/> Nyumbani
<b>Chanjo iliyoombwa(zilizoombwa):</b> <input type="checkbox"/> Homa <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Nimononia <input type="checkbox"/> Vipele <input type="checkbox"/> Homa ya Ini Aina ya B <input type="checkbox"/> Pepopunda/Kifaduro <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> Homa ya Ini Aina ya A <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Ugonjwa wa Uti wa mgongo <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Nyingine: _____		<b>Kabila:</b> <input type="checkbox"/> Mwenye Asili ya Kihispania au Kilatino <input type="checkbox"/> Asiyi na asili ya Kihispania au Kilatino <input type="checkbox"/> Singependa Kutaja (Sijui)  <b>Mbari:</b> <input type="checkbox"/> Mwaasia <input type="checkbox"/> Mmarekani mwenye Asili ya Kihindi <input type="checkbox"/> Mzawa wa Kisiwa cha Pasifiki <input type="checkbox"/> Mweusi au Mwafrika Mmarekani <input type="checkbox"/> Mzungu <input type="checkbox"/> Mwenye Asili Mbili au Zaidi <input type="checkbox"/> Nyingine		Ikiwa una uzani wa chini ya pauni 66 andika uzani wako: Lb _____.  <b>Unapendelea kudungwa chanjo kwenye mkono upi?</b> <input type="checkbox"/> Mkono wa Kushoto <input type="checkbox"/> Mkono wa Kulia <b>Anwani ya barua pepe:</b> _____  <b>Jina la Mtoa Huduma ya Utunzaji ya Msingi:</b> _____ <b>Simu:</b> _____ <b>Anwani:</b> _____  <b>Wagonjwa wa Medicare pekee: Nambari 4 za mwisho za Nambari ya Usalama wa Kijamii (SSN):</b> _____ <b>Sehemu B ya Medicare # ya Kitambulisho:</b> _____	

Maswali ya Uchunguzi	Ndiyo	Hapana
1. Je, wewe ni mgonjwa leo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je, una mizio yoyote dhidi ya dawa, chakula au chanjo? Ikiwa ni ndiyo, tafadhali orodhesha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je, umewahi kuwa na athari mbaya au kuzirai baada ya kupokea chanjo (kwa mfano Ugonjwa wa Guillain-Barré)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kwa wanawake: Je, wewe ni mjamzito, unamyonyesha au unanuia kuwa mjamzito ndani ya unafuata? <b>Ikiwa wewe ni mjamzito, wiki ya ujuzito:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Tia tiki zote zinazokuhusu:</b> <input type="checkbox"/> Ugonjwa wa pumu/mapafu <input type="checkbox"/> Kisukari <input type="checkbox"/> Ugonjwa wa moyo <input type="checkbox"/> Mvutaji wa sigara <input type="checkbox"/> Ugonjwa wa kifafa/ugonjwa wa ubongo <input type="checkbox"/> Dayalasisi/ugonjwa wa Figo <input type="checkbox"/> Ugonjwa wa ini <input type="checkbox"/> Asplenia <input type="checkbox"/> Tezi ya Thymus imeondolewa au matatizo na tezi yako kama vile ugonjwa unaosababisha udhaifu wa misuli (myasthenia gravis), Ugonjwa wa DiGeorge au uvimbe unaotoka kwa tezi ya thymus (thymoma)? ( <i>homa ya manjano pekee</i> ) <input type="checkbox"/> Kwa hivi sasa unameza dawa za kuua viua vijasumu au dawa za malaria? (chanjo ya homa ya matumbo inayotolewa kwa njia ya mdomo pekee) <input type="checkbox"/> Historia ya matibabu ya ugonjwa wa upungufu wa chembe chembe za vigandisha damu (thrombocytopenia) au ugonjwa wa mfumo wa kinga kushambulia na kuharibu chembe chembe za za vigandisha damu (thrombocytopenia purpura)? ( <i>MMR® II pekee</i> ) <input type="checkbox"/> Hospice <input type="checkbox"/> Mfumo wa kinga uliodhoofika (k.m. kansa, VVU, vipele vilivyopo ngozini, steroidi za kumezwa, dawa za saratani au dawa za ukimwi, kuongezwa au bidhaa za damu, globulini ya kinga, tiba ya mionzi) <input type="checkbox"/> Je, umepokea chanjo yoyote ndani ya wiki 4 zilizopita? Ikiwa ndiyo, tafadhali orodhesha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tafadhali onyesha chanjo ambayo(ambazo) ungependa kupata maelezo zaidi kuhusu? <input type="checkbox"/> Homa ya Ini Aina ya A <input type="checkbox"/> MMR (Surua, Mabusha, Rubela) <input type="checkbox"/> Chanjo za Kusafiri <input type="checkbox"/> Chanjo za Utotoni <input type="checkbox"/> Nyingine: _____ <input type="checkbox"/> Sina Uhakika: ningependa nifanyiwe tathmini ya maelezo ya chanjo ambayo ninahitaji au nisyoyajua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mahitaji ya Kuchanjwa			
7. Tarehe ya mwisho ya: Chanjo ya homa _____ Chanjo ya COVID-19 _____	Ndiyo	Hapana	Sina Uhakika
8. Je, umewahi kupokea chanjo ya NIMONIA? Ikiwa ndiyo, ulipokea chanjo hiyo lini na ya aina gani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wagonjwa walio na umri wa zaidi ya miaka 60: Je, umewahi kupokea chanjo ya RSV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wagonjwa walio na umri wa zaidi ya miaka 49 <b>AU</b> wasio na kinga ya mwili: Je, umewahi kupokea chanjo ya VIPELE? Ikiwa ndiyo, ulipokea chanjo hiyo tarehe gani: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wagonjwa walio na umri wa chini ya miaka 66 <b>AU</b> wafanyakazi wa huduma ya afya: Je, umepokea chanjo ya MMR (Surua, Mabusha, Rubella)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wagonjwa walio na umri wa chini ya miaka 59 <b>AU</b> wafanyakazi wa huduma ya afya: Je, umewahi kupokea msururu wa chanjo ya homa ya ini ya aina ya B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wagonjwa walio na umri wa chini ya miaka 46: Je, umepokea msururu kamili wa chanjo ya HPV (Human Papillomavirus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wagonjwa walio na umri wa chini ya miaka 43: Je, umepokea dozi 2 za chanjo ya varisela ("tetekuwanga")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wagonjwa walio na umri wa miaka 11 hadi 23: Je, umepokea chanjo ya homa ya uti wa mgongo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je, miaka mingapi imepita tangu ulipokea chanjo yako ya mwisho ya PEPOPUNDA?		Miaka _____	<input type="checkbox"/>

**Idhini iliyoarifiwa: Tafadhali soma na utie saini.**  
 Kwa saini yangu iliyo hapa chini, ninaidhinisha kutolewa kwa chanjo na mfamasia au mfamasia anayejifunza aliye chini ya usimamizi au mtaalamu, au mtu mwingine aliyeidhinishwa, inaparuhusiwa na sheria au mwongozo wa jimbo/serikali kuu, aliyejiriwa au aliyepewa kandarasi na Albertsons Companies au mojawapo ya maduka yake ya dawa yanayoshirikiana nayo na kupata mawasiliano kutoka kwa nambari iliyotolewa hapo juu kuhusu chanjo zingine ambazo ninastahili au ninastahiki kupokea. Maelezo yaliyo hapa juu ni ya kweli na sahihi. Ninathibitisha kuwa ninakidhi vigezo vya ustahiki wa chanjo (ikiwa vipoj); ikiwa mimi ni mzazi/mlezi wa mgonjwa ambaye ni mtoto, ninathibitisha kuwa mgonjwa huyo ambaye ni mtoto anakidhi vigezo vya ustahiki wa chanjo. Pia ninaondolea lawama Albertsons Companies na kampuni zake tanzu, washirika wake, maafisa, wakurugenzi, wafanyakazi na mawakala kutoka kwa dhima yote, ikiwa ni pamoja na kufanya na kutofanya vitendo fulani, vinavyohusiana, au vinavyotokana na mimi au mtoto wangu kupokea chanjo hii. Ninaelewa kuwa: 1) Nimeamua kupokea chanjo hii kwa hiari. Ikiwa ninapokea chanjo ya homa na ni kabla ya tarehe 1 Septemba, mimi ni mzazi/ninayetiwa saini kwa niaba ya mtoto wangu anayepokea chanjo, nikiwa mjamzito katika trimesta ya tatu ya ujuzito, au siwezi kurudi siku nyingine. 2) Ninaidhinisha Albertsons Companies kuwasilisha dai la kurejeshewa pesa za gharama kwa niaba yangu kwa Medicare au milipaji mwingine yeyote aliye na mkataba; ikiwa dai litakataliwa, ninaelewa kuwa nitawajibika malipo hayo; 3) Nina umri wa utu uzima kisheria na nimeidhinishwa kutia saini fomu hii ya idhini na mimi ni mzazi/mlezi wa mgonjwa ambaye ni mtoto. 4) Nitamjulisha muuzaji dawa mara moja kuhusu matatizo yoyote ya afya ambayo yanaweza kuthiriri vibaya afya yangu ya kibinafsi au ufanisi wa chanjo. 5) Nimeshauriwa kuhusu athari zinazoweza kutokoa baada ya kuchanjwa, wakati zinapoweza kutokoa, na wakati na mahali ninapofaa kutafuta matibabu. Ninawajibika kufuatilia na daktari wangu kwa gharama yangu mwenyewe ikiwa nitapata athari zozote za chanjo. 6) Ninapaswa kusalia katika eneo hilo kwa uchunguzi kwa dakika 15 isipokuwa ikiwa nina historia ya mmenyuko wa mzio wa mara moja wa ukali wowote kwa chanjo au tiba ya sindano au ikiwa nina historia ya mmenyuko kali wa mzio inayosababishwa na chanzo chochote, ninapaswa kusalia katika eneo hilo kwa uchunguzi kwa dakika 30 baada ya kuchanjwa. Nikiondoka katika eneo hilo bila kungoja, ninakubali kuwa ninafanya hivyo kwa hatari yangu mwenyewe na kinyume cha ushauri wa mtaalamu aliyetoa chanjo. 7) Nimesoma au nimesomewa Taarifa ya(z) Maelezo ya Chanjo, (Vaccine Information Statement, VIS) au Idhini ya Matumizi ya Dharura, (Emergency Use Authorization, EUA) iliyotolewa kwa ajili ya kupokea chanjo. Nimekuwa na fursa ya kuuliza maswali, na maswali yangu yote yamejibiwa kwa ukamilifu. Ninaelewa manufaa na hatari za chanjo. 8) Nimepewa nakala ya Notisi ya Mbinu za Faragha za kampuni kwa kuti Sheria ya Uthibitishaji wa Uwajibikaji wa Maelezo ya Bima ya Wagonjwa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Chanjo hii, ikiwa ni pamoja na chanjo yoyote iliyo na ulinzi wa ziada wa faragha chini ya sheria ya umri wa serikali kuu, inafaa kuripotiwa na duka langu la dawa au mshirika wake wa kibashara kwa saraka ya chanjo, ambayo inaweza kushirikiri data yangu ya kuchanjwa na watu wengine, na daktari wangu wa matibabu ya msingi, daktari aliyeidhinisha, au Idara ya Afya (Department of Health) ya eneo langu, ikiwa inatumika, na ninaidhinisha ufichuzi huu. (*New Jersey Pekee: Ninataoa idhini \_\_\_\_\_ sitoi idhini \_\_\_\_\_ wa kuripoti kupokea kwangu kwa chanjo hii kwa mtoa huduma wangu wa matibabu ya msingi Ninaelewa kuwa kukosa kualamisha kutoa idhini/kukosa kutoa idhini kutatumika kama idhini.*) (*South Dakota, Maine, Massachusetts, na New Hampshire pekee: Ninaelewa kuwa nina haki ya kukataa kushirikiwa kwa data yangu kwa wahusika waliotajwa hapo juu kupitia saraka kama hizo.*) Kwa mzazi au mlezi wa mtoto, idhini iliyo hapa chini inathibitisha kupokelewa kwa notisi iliyoandikwa ya kwenda kumwona daktari wa watoto kila mwaka.

**X**  
**Saini ya Mgonjwa au Mzazi/Mlezi wa Mgonjwa ambaye ni Mtoto (bainisha uhusiano wako na mtoto)      Andika Jina kwa Herufi Kubwa      Tarehe**

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	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022	
							R / L _____		
							R / L _____		
							R / L _____		

<b>Ordering RPh Signature:</b> _____ <b>Name of Administrator:</b> _____ <b>Admin/VIS Provided Date:</b> _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered <b>Counseling (Please circle):</b> Accepted / Declined	<b>RxBIN:</b> _____ <b>PCN:</b> _____ <b>Group #:</b> _____ <b>ID#:</b> _____ <b>Medical (Name, ID#, Group#):</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Offsite Clinic</b> <b>Clinic Name:</b> _____ <b>Clinic Address:</b> _____ <b>Appt Date:</b> _____ <b>Appt Time:</b> _____ <b>Administration time (OR Only):</b> _____ <span style="float: right;">ICIMZIV 20240523</span>
---	--