

## د لور دوز انفلونزا N° 11 d

### د 60 کالو او ډېر عمر لرونکو اشخاصو لپاره د لور دوز واکسين سره د انفلونزا ("فلو") پر وړاندې د محافظتي واکسين په اړه معلومات (د 2021 کال د اکتوبر تر مياشتې پورې وضعیت)

د هوا له لارې شديد انتانات يا وپروسونه د ډېرو عامو ناروغيو څخه گڼل کېږي او د يو شمېر مختلفو ناروغيو، په ځانگړي ډول د وپروسونو له امله رامنځته کېږي. د انفلونزا وپروس، چې د اصلي "فلو" لامل دی، يو ځانگړی رول لوبوي او کولی شي هر کال د وبا په بڼه تکرار شي. د نورو وپروسونو په پرتله چې د شديدو تنفسي ناروغيو لامل کېږي، د انفلونزا وپروسونه په ډېرې قضيې کې د جدي ناروغۍ څپه رامينځته کوي. غوره محافظت په وخت واکسين کول دي. د انفلونزا واکسين په عمومي ډول د تنفسي ناروغيو پر وړاندې محافظت نه کوي کوم چې د نورو پتوجنونو يا وپروسونو له امله رامينځته شوي وي.

انفلونزا يوه شديده ناروغي ده چې د تبې، توخي او د عضلاتو دردونه پکې شامل وي چې تل د نورو تنفسي ناروغيو څخه په خالص کلينيکي معياناتو په اساس نشي توپير شي کيدلی. پيل يې معمولاً د روغتيا په بشپړ نورمال حالت کې ناڅاپي وي. شديد کلينيکي څپې په مکرر ډول په هغو کسانو کې، په ځانگړي توگه د 60 کالو څخه پورته خلکو کې، ليدل کېږي چې اوردمهاله ناروغي لري او په اميندواړه ميرمنو کې. د انفلونزا وپروس د کال په سره وختونو کې ډېر ځله رامينځته کېږي. له همدې امله واکسين بايد عموماً د مني په مياشتو کې ترسره شي (په غوره توگه د اکتوبر/ نومبر په مياشت کې). په هر صورت، محافظتي واکسين کيدای شي په هر وخت کې ترسره شي.

#### واکسين

د انفلونزا وپروسونه په مکرر ډول بدلېږي، نو د انفلونزا واکسين بايد هر کال د اوسني واکسين سره تکرار شي. ياد موسمي انفلونزا واکسين هر کال د نړيوال روغتيا سازمان (World Health Organization) (WHO) د اوسنيو سپارښتنو وروسته جوړېږي. سپارښتنې په نړۍ کې د انفلونزا A او B وپروسونو ډولونه په پام کې نيسي. د لور دوز واکسين چې دلته تشریح شوي د دوه ډوله انفلونزا وپروسونه (A/H1N1 او A/H3N2) او دوه ډوله-B انفلونزا وپروسونه هم لري چې په يو وخت کې پېښېدلی شي. که څه هم، که چېرې، په استثنايي توگه، د واکسين اجزا په يوه موسم کې بدل شي، واکسين بايد بيا هم تازه شي ځکه چې دا د 1 کال لپاره دوام لري.

د لور دوز واکسين د 60 کلونو او ډېر عمر لرونکو لويانو کې د انفلونزا پر وړاندې د محافظتي واکسين لپاره جواز لري. دا د چرگانو د هگيو په کارولو سره توليدېږي او په غوره توگه بايد په عضلاتو (په مټ يا وړانه کې) کې تزريق شي مگر په انفرادي حالتونو کې د پوستکي لاندې تزريق کيدای شي. واکسين بايد د کوناتي يا د لويو اعصابو په شاوخوا کې تزريق نشي.

که د انفلونزا واکسين د نورو واکسينونو سره يوځای ورکړل شي، نو يو واکسين بايد د بني لاس پورتنۍ غاړې ته ورکړل شي، بل يې چېرې ته تزريق شي. دا ممکن په بالقوه توگه د انفرادي معافيت غبرگون پياوړي کړي. د واکسين کولو ډاکټر کولی شي تاسو ته پدې اړه مشوره درکړي. د واکسين محافظت د واکسين کولو څخه شاوخوا د 2 څخه تر 3 اونيو پورې وروسته پيل کېږي.

## څوک باید واکسین شي؟

د معافیت دایمي کمپته (STIKO) وړاندیز کوي چې ټول هغه کسان چې عمر یې 60 کاله وي او یا ډېر عمر لري د انفلونزا پر وړاندې واکسین شي او په غوره توګه د لوړ دوز واکسین وکاروي ځکه چې دوی په ځانګړي ډول د انفلونزا سره د ناروغه کېدو خطر لري. د لوړ دوز واکسین د دودیز انفلونزا واکسینونو په پرتله 4 ځله ډېر د واکسین انټیجنونه لري او د 60 کالو او ډېر عمر لرونکو اشخاصو ته غوره محافظت وړاندې کوي.

## څوک باید واکسین نشي؟

هر هغه څوک چې په شدید ناروغی اخته وي (په ځانګړي توګه د تبي انتان) باید یوازې د رغیدو وروسته واکسین شي. هغه کسانو ته دا واکسین باید ور نکرل شي کوم چې د واکسین اجزاو ته د شدید حساسیت سره مخ وي. د بیلګې په توګه، دا ممکن په هغو کسانو کې یوه قضیه وي چې د چرګانو البومین (د هګیو سپینه برخه) ته ثابت شوی سخت حساسیتي غبرګون لري.

## د واکسین کولو دمخه او وروسته چلند

واکسین کونکی ډاکټر باید د واکسین کولو دمخه خبر شي که چېرې اشخاص د دوراني عکس العملونو سره مخ وي یا سمدستي حساسیتي عکس العملونه لري. افراد ممکن کله ناکله مستقیم د واکسین کولو وروسته (یا حتی مخکې) ستنې ته د فشار غبرګون په توګه بې هوښه شي. هغه څوک چې واکسین کېږي د واکسین کولو څخه وروسته په لومړیو 3 ورځو کې کوم ځانګړي احتیاط نه اړتیا نلري، که څه هم د غیر معمولي فزیکي تمرین څخه باید ډډه وشي.

## د واکسین کولو وروسته احتمالي محلي او عمومي حساسیتي عکس العملونه

د واکسین کولو وروسته، د انجیکشن په ځای کې سوروالی او ځایي درد، او همدارنګه عمومي ناراحتی په مکرر ډول واقع کېږي (په سلو کې 10 یا ډېرو خلکو کې چې واکسین کېږي). د عضلاتو درد او سر درد هم ډېر عام دی. په عام ډول (د واکسین شویو اشخاصو له 1 څخه تر 10% پورې) پړسوب، سختوالی او شینوالی ممکن د انجیکشن په ځای کې وده وکړي، او لږ زیډل او تبه (37.5 سانتي ګراد او لوړه) هم واقع کېدای شي. د واکسین کولو د ځای په شاوخوا کې د لمف نوډ پړسوب احتمال لري. ځینې وختونه (د 0.1 څخه تر 1% پورې واکسین شویو اشخاصو کې) ممکن د انجیکشن په ځای کې خارش او ستړیا شتون ولري. دا عکس العملونه عموماً د واکسین کولو په لومړیو 3 ورځو کې وده کوي او په نورو 3 ورځو کې کمېږي. ځینې وختونه، د عضلاتو ضعف او ستړیا، او همدارنګه د معدې او کولمو علایم (د زړه بدوالی او کانګې، اسهال) پکې شامل وي. په ندرت سره (د واکسین شویو اشخاصو له 0.1 څخه کم) ضعف یا سرخوږی، د جوړونو او غړو دردونه رامینځته کېږي. په انفرادي حالتونو کې، تنفسي علایم (د بیلګې په توګه توخی، ساه لنډې، په ستوني کې د خنډ احساس) یا د سینې درد بیان شوي.

پورته نومول شوي محلي او عمومي عکس العملونه د واکسین په وړاندې د بدن د نورمال عکس العمل څرګندونه ده. د یوې قاعدې په توګه، دوی لنډمهاله دي او د پایلو پرته په چټکۍ سره کمېږي.

## ایا د واکسین له کبله پیچلتیاوي امکان لري؟

د واکسین له امله رامینځته شوي پیچلتیاوي خورا نادري پایلې لري چې د واکسین د عکس العمل له نورمال حد څخه سربېره دي او د واکسین شوي فرد روغتیا ته د پام وړ زیان رسوي. د لوړ دوز انفلونزا واکسین سره د واکسین کولو وروسته، حساسیتي عکس العملونه د بیلګې په توګه په پوټکي (خارښ، خارش، پوټکي سوروالی) او د هوا دانه کې ممکن دي. یوازې په انفرادي قضیو کې د سمدستي حساسیتي عکس العمل پرته غبرګونونه، د ټکان په ګډون، راپور شوي. په ندرت سره، د وینې په رګونو کې سوزش رامینځته کېدی شي، یا د وینې پلیټلیټ شمېره په لنډمهاله توګه کمېدای شي، کوم چې ممکن د وینې د تولیدو لامل شي. په ورته ډول، عصبي پیچلتیاوي یوازې په طبي ادبیاتو کې خورا لږ بیان شوي (د بیلګې په توګه غیر معمولي حساسیت، د اعصابو سوزش، لنډمهاله فلج، د تبي یا تبي پرته څپه).

## د واکسین کولو ډاکټر لخواه احتمالي اړخیزو اغیزو په اړه مشوره

د دې معلوماتي پاڼې سربیره، ستاسو د واکسین کولو ډاکټر به د لارښوونې مشوره وړاندې کړي. که چېرې د واکسین کولو وروسته علایم رامینځته شي کوم چې د پورته بیان شویو د لنډمهاله محلي او عمومي عکس العملونو سربیره دي، د واکسین ډاکټر به، بې له شکه، د نورې مشورې لپاره هم شتون ولري.

تاسو کولی شئ د واکسین کولو ډاکټر سره اړیکه ونیسئ

خپرونکی او ©: Deutsches Grünes Kreuz e. V., Marburg

(د اوسني STIKO سپارښتنو تعقیب کول)

د امر d11 لاندې شتون لري:

DGK Beratung + Vertrieb GmbH

Biegenstraße 6, D - 35037 Marburg

تلیفون: 06421 293-0، تیلی فاکس: 06421 293-1 87

## د انفلونزا په وړاندې محافظتي واکسين – د لوړ دوز واکسين سره

### Schutzimpfung gegen Influenza – mit Hochdosis-Impfstoff

نوم

Name

د واکسين کولو دمخه، مهرباني وکړئ لاندې شخصي معلومات چمتو کړئ:

Vor Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten:

1. ايا هغه کس چې واکسين کيږي اوس روغ دی؟

نه

هو

1. Ist die zu impfende Person gegenwärtig gesund?

ja

nein

2. آیا ناروغ یو پیژندل شوی حساسیت لري – په ځانګړې توګه د چرګانو د هګی سپین (البومین) ته حساسیت؟

نه

هو

که چېرې هو، څه ته

2. Ist bei der Patientin/ dem Patienten eine Allergie – insbesondere gegen Hühnereiweiß – bekannt?

ja

nein

wenn ja, welche

3. ايا هغه څوک چې واکسين کيږي د مخکیني واکسين کولو وروسته الرجیک عکس العمل، لوړه تبه یا نور غیر معمولي عکس العملونه درلودل؟

نه

هو

3. Traten bei der zu impfenden Person nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

nein

که تاسو غواړئ د انفلونزا په وړاندې د محافظتي واکسينونو په اړه نور معلومات ترلاسه کړئ - د لوړ خوراک واکسين سره - مهرباني وکړئ د واکسين کونکي ډاکټر څخه پوښتنه وکړئ!

مهرباني وکړئ خپل د واکسين پاسپورټ د واکسين کولو ملاقات ته راوړئ!

Falls Sie noch mehr über die Schutzimpfung gegen Influenza – mit Hochdosis-Impfstoff – wissen wollen, fragen Sie die Impfärztin / den Impfarzt!

Zum Impftermin bringen Sie bitte das Impfbuch mit!

## د رضایت تایید

د لوړ دوز واکسین سره د انفلونزا په وړاندې د محافظتي واکسین کولو لپاره

(د کاربن کاپي سره فورمي د دي لپاره هم شتون لري چې واکسین شوي کس یا د دوی قانوني استازی د ناروغ حقونو پورې اړوند قانون سره سم یوه کاپي چمتو کړي)

### Einverständniserklärung

#### zur Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza - mit Hochdosis-Impfstoff

(Es stehen auch Formulare mit Durchschlag zur Verfügung, um der zu impfenden Person bzw. der gesetzlichen Vertretungsperson gemäß Patientenrechtegesetz eine Kopie mitgeben zu können.)

د هغه کس نوم چې واکسین کيږي

Name der zu impfenden Person

زېږېدلي په

geb. am

ما د معلوماتو پانې منځپانګه په پام کې نیولي ده او زما ډاکټر د واکسین کولو په اړه ما ته په پراخه کچه مشوره راکړې ده.

زه نورې پوښتنې نه لرم.

زه د انفلونزا په وړاندې وړاندیز شوي واکسین ته رضایت ورکوم - د لوړ دوز واکسین سره.

زه واکسین ردوم. ما ته د دي رد د احتمالي پایلو په اړه مشوره راکړل شوې ده.

Ich habe den Inhalt des Merkblatts zur Kenntnis genommen und bin von meiner Ärztin / meinem Arzt im Gespräch ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen Influenza – mit Hochdosisimpfstoff – ein.

Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung wurde ich informiert.

څرګندونې:

Vermerke:

ځای، نېټه:

Ort, Datum:

د ډاکټر لاسلیک

د هغه کس لاسلیک چې واکسین کيږي  
یا د دوی قانوني استازی

Unterschrift der zu impfenden Person  
bzw. der gesetzlichen Vertretungsperson

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes