

टीकाकरण सहमति प्रपत्र

PFIZER-BIONTECH COVID-19     MODERNA COVID-19     VAXZEVRIA COVID-19     JANSSEN

फाइजर-बायोनटेक कोविड-19     मॉडर्ना कोविड-19     वॉक्सवेरिया कोविड-19     जानसेन कोविड-19

नाम और उपनाम \_\_\_\_\_

जन्म की तारीख \_\_\_\_\_ जन्म स्थान \_\_\_\_\_

पिछला नाम \_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर \_\_\_\_\_

स्वास्थ्य कार्ड / तेसरा सनीतारिया (यदि उपलब्ध हो) नंबर

\_\_\_\_\_

मैंने पढ़ा है, यह मुझे एक ज्ञात भाषा में दिखाया गया था और मैंने उपरोक्त टीके के इटालियन मेडिसिन एजेंसी (एआईएफए) द्वारा तैयार किए गए सूचना नोट को पूरी तरह से समझ लिया है।

मैंने डॉक्टर को वर्तमान और / या पिछली विकृतियों और चल रहे उपचारों की सूचना दे दी।

मुझे वैक्सीन और मेरे स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में सवाल पूछने, और मुझे व्यापक और मेरी सेहत सम्बन्धी उत्तर प्राप्त करने का पूरा अवसर मिला।

मुझे स्पष्ट शब्दों में सही जानकारी दी गई है। मैंने टीकाकरण के लाभों और जोखिमों, तौर-तरीकों और चिकित्सीय विकल्पों के साथ-साथ दूसरी खुराक, यदि कोई हो, के साथ टीकाकरण पूरा करने से इनकार या त्याग के परिणामों को समझ लिया है।

मुझे पता है कि यदि कोई साइड इफेक्ट होता है, तो यह मेरी जिम्मेदारी होगी कि मैं तुरंत अपने डॉक्टर को सूचित करूँ और उनके निर्देशों का पालन करूँ।

मैं यह सुनिश्चित करने के लिए कि कोई तत्काल प्रतिकूल प्रतिक्रिया न हो, मैं टीका लगाने के बाद कम से कम 15 मिनट तक प्रतीक्षालय में रहने के लिए सहमत हूँ।

मैं सहमत हूँ और अधिकार रखता हूँ : टीकाकरण करने के लिए, ऊपर बताए गए टीके का उपयोग करने को

तारीख और जगह \_\_\_\_\_

टीकाकरण करवाने वाले व्यक्ति या उनके कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

अस्वीकार: ऊपर बताए गए टीके का टीकाकरण

तारीख और जगह \_\_\_\_\_

टीकाकरण करवाने वाले व्यक्ति या उनके कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

## टीकाकरण करने वाले स्वास्थ्यकर्मी

1. नाम और उपनाम \_\_\_\_\_

भूमिका \_\_\_\_\_

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि पीपल स्व से सूचित किए जाने के बाद टीकाकरणकर्ता ने टीकाकरण के लिए अभी सहमति दे दी है।

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

2. नाम और उपनाम \_\_\_\_\_

भूमिका \_\_\_\_\_

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि पीपल स्व से सूचित किए जाने के बाद टीकाकरणकर्ता ने टीकाकरण के लिए अभी सहमति दे दी है।

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

अगर टीकाकरण क्लिनिक में किया जाता है तो या अन्य संदर्भ में जहां एक ही डॉक्टर द्वारा संचालित होता है दूसरे स्वास्थ्य पेशेवर की उपस्थिति आवश्यक नहीं है , टीका लगाए जाने वाले व्यक्ति के घर पर टीकाकरण या तार्किक-संगठनात्मक कठिनाई की स्थिति में भी दूसरे स्वास्थ्य पेशेवर की उपस्थिति आवश्यक नहीं है

## चिकित्सा इतिहास प्रपत्र

टीकाकरणकर्ता द्वारा फार्म भरा जाना है और टीकाकरण करने वाले स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ समीक्षा की जानी है.

नाम और उपनाम	फ़ोन नंबर			
चिकित्सा इतिहास प्रपत्र		हाँ	नहीं	मुझे नहीं मालूम
क्या आप इस समय बीमार हैं?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्या आप को बुखार है?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्या आप लेटेक्स, किसी भी खाद्य पदार्थ, दवाओं या वैक्सीन घटकों से एलर्जी से पीड़ित हैं? यदि हाँ, निर्दिष्ट करें		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्या आपके कभी एक लवसेन के बाद गंभीर प्रतिक्रिया हुई है?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्या आप हृदय या फेफड़ों की बीमारी, अस्थमा, गुर्दे की बीमारी, मधुमेह, एनीमिया या अन्य रक्त विकारों से पीड़ित हैं?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्या आप प्रतिरक्षा प्रणाली की नाजुक या खराब स्थिति में हैं? (उदाहरण: कैंसर, ल्यूकेमिया, लिम्फोमा, एचआईवी / एड्स, अंग प्रत्यारोपण) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पिछले 3 महीने में, क्या आपके पास कोई दवा है जो प्रतिरक्षा प्रणाली को कमजोर करती है (उदाहरण: कोर्टिकोस्टेरॉयड्स या कैंसर रोकथाम दवाएं) या अन्य दवाएं जो प्रतिरक्षा प्रणाली को कमजोर करती हैं?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पिछले वर्ष के दौरान, क्या आपको रक्त या रक्त उत्पादों का आधान प्राप्त हुआ है, या आपको इम्युनोग्लोबुलिन (गामा) या एंटीवायरल दवाएं दी गई हैं?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्या आपको दूरे पड़ने या मस्तिष्क या तंत्रिका तंत्र की कोई समस्या हुई है?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्या आपको पिछले 4 हफ्तों में कोई टीका लगाया गया है? यदि हाँ, तो कौन सा ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
महिलाओं के लिए: क्या आप गर्भवती हैं या आप पहले या दूसरे टीकाकरण करवाने के बाद के महीने में गर्भवती होने की योजना बना रही हैं?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
क्या आप स्तनपान कर रही हैं?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

नीचे दी गई दवाओं और विशेष रूप से उन थक्का-रोधी दवाओं के साथ-साथ प्राकृतिक पूरक दवाओं, विटामिन, खनिज या आपके द्वारा ली जा रही किसी भी वैकल्पिक दवा का उल्लेख करें : \_\_\_\_\_

कोविड संबंधी चिकित्सा इतिहास प्रपत्र	हाँ	नहीं	मुझे नहीं मालूम
क्या आप पिछले महीने Sars-CoV2 से संक्रमित या COVID-19 से प्रभावित किसी व्यक्ति के संपर्क में रहे हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
निम्नलिखित लक्षणों में से आपमें कोई एक लक्षण है :			
• खांसी/जुकाम/बुखार/घरघराहट या फ्लू जैसे लक्षण?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• गले में खराश / गंध या स्वाद की कमी?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• पेट में दर्द / दस्त ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• असामान्य चोट लगना या खून बहना / आँखों का लाल होना?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• क्या आपने पिछले महीने में कोई अंतरराष्ट्रीय यात्रा की है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>कोविड 19 (COVID-19 ) टेस्ट:</b>			
• हाल ही में कोविड 19 (COVID-19) टेस्ट का कोई भी परीक्षण नहीं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• कोविड 19 परीक्षण का नकारात्मक नतीजा (तारीख _____)			
• कोविड 19 परीक्षण का सकारात्मक नतीजा (तारीख _____)			
• कोविड 19 परीक्षण के नतीजे की प्रतीक्षा में (तारीख _____)			

अपने स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में किसी भी विकृति / बीमारी के बारे में रिपोर्ट करें \_\_\_\_\_

तारीख और जगह \_\_\_\_\_

टीकाकरण करवाने वाले व्यक्ति या उनके कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_