



ভ্যাকসিন/ম্যানটক্স বিতরণের প্রতি সম্মতি অসম্মতি
বাতিল - BENGALESE

Procedura Aziendale
Allegato 6 Mod 06 P 183 AUSLBO

ব্যবহারকারীর তথ্য

বংশনাম (COGNOME)	নাম (NOME)
জন্মতারিখ জন্মস্থান (DATA E LUOGO DI NASCITA)	
কদিছে ফিসকালে (CODICE FISCALE)	

আমি ঘোষণা করছি যে :

- প্রস্তাবিত টিকা সম্পর্কিত তথ্য পড়ার পর
- টিকাদান দলকে বর্তমান এবং/অথবা পূর্ববর্তী যেকোনো রোগ এবং থেরাপি সম্পর্কে রিপোর্ট করা
- প্রস্তাবিত স্বাস্থ্যচিকিৎসার বিষয়ে ব্যাপক তথ্য পেয়ে, টিকাদেওয়ার ১৫ মিনিট পরে পরিশেষে থাকা কারপ্রয়োজনীয়তাসম্পর্কে জানা নোহয়েছে,
- পেশাদারদের সাথে তথ্যসাক্ষাত্কারের সময় আলোচনা এবং শেয়ার করা হয়েছে তা ভালভাবে বুঝতে পেরে, সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় সময় পেয়ে এবং জিজ্ঞাসা করা প্রশ্নের সন্তোষজনক উত্তর পেয়ে আমি জানাচ্ছি যে ,,

☐ আমি প্রস্তাবিত স্বাস্থ্যচিকিৎসার তে সম্মত (নির্দিষ্টকরুন) ACCONSENTO

☐ আমি প্রস্তাবিত স্বাস্থ্যচিকিৎসার (নির্দিষ্টকরুন) সাথে সম্মত নই, পর্যাপ্তভাবে অবহিত এবং সেইজন্য স্বাস্থ্যের অবস্থার উপর এই ধরনের ভিন্নমতের পরিণতি সম্পর্কে সচেতন হয়ে বলাছি INON ACCONSENTO

☐ স্বাস্থ্যচিকিৎসার জন্য পূর্বে দেওয়া সম্মতি প্রত্যাহার করুন, পর্যাপ্তভাবে অবহিত এবং সেইজন্য এই জাতীয় ভিন্নমত স্বাস্থ্যের অবস্থার উপর বোঝায় এমন পরিণতি সম্পর্কে সচেতন হয়ে বলাছি REVOCO IL CONSENSO

স্বাক্ষর (FIRMA)

- ☐ রোগী (il paziente) _____
- ☐ উপস্থিতিপিতা-মাতা (genitore) _____
- ☐ সহায়তা প্রদাতক (amministratore di sostegno) _____
- ☐ অভিভাবক (tutore) _____
- ☐ বিশ্বস্ত ব্যক্তি (Persona di fiducia) (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017) _____
- ☐ সাংস্কৃতিক মধ্যস্থতাকারী (mediatore culturale) _____

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>	Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>
Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato	Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato
Firma	Firma

La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Professionista Sanitario, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>
Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>