

پہلا نام اور صارف نام:	
تاریخ پیدائش:	جانے پیدائش:
پتہ:	ٹیلیفون:
نیشنل ہیلتھ کارڈ (اگر دستیاب ہو تو) کا ٹیکس کوڈ	

میں نے، ٹیکہ کے لیے اطالوی میڈیسنز ایجنسی (AIFA) کے جاری کردہ معلوماتی پرچے کو، مجھے معلوم زبان میں، پڑھ لیا ہے، اور اسے پوری طرح سمجھ لیا ہے۔ "....."

میں نے ڈاکٹر کو کسی موجودہ اور/یا گزشتہ بیماری اور رواں علاج کے بارے مطلع کر دیا ہے۔ مجھے ٹیکہ اور میری صحت کی حالت کے بارے میں سوالات پوچھنے کا موقع دیا گیا تھا، اور مجھے جامع جوابات موصول ہوئے جنہیں میں نے سمجھ لیا۔ مجھے مناسب طور پر ایسے الفاظ میں مطلع کر دیا گیا تھا جو میرے سامنے واضح تھے۔ میں ٹیکہ کاری کے فوائد اور خطرات، طریقے اور متبادل اور اگر قابل اطلاق ہو تو، دوسری خوراک کے ساتھ ٹیکہ کاری مکمل کرنے سے انکار کرنے یا باز رہنے کے عواقب کو سمجھتا ہوں۔

میں اس بات سے واقف ہوں کہ اگر ضمنی اثرات پیش آتے ہیں تو، میرے ڈاکٹر کو فوری طور پر مطلع کرنا اور ان کی ہدایات پر عمل کرنا میری ذمہ داری ہے۔

میں ٹیکہ لگنے کے بعد کم از کم 15 منٹ تک کمرہ انتظار میں رکنے پر متفق ہوں تاکہ یہ یقینی ہو جائے کہ کوئی فوری ناموافق ردعمل پیش نہیں آتا ہے۔

میں درج ذیل سے متفق ہوں اور اس کی اجازت دیتا ہوں دوا کا بندوبست	میں درج ذیل سے متفق نہیں ہوں دوا کا بندوبست
.....
تاریخ اور جگہ:	تاریخ اور جگہ:
ٹیکہ سے انکار کرنے والے فرد یا اس کے قانونی نمائندے کے دستخط	ٹیکہ موصول کرنے والے فرد یا اس کے قانونی نمائندے کے دستخط
.....
منظوری دینے سے قاصر افراد کے رشتہ داروں کی معلومات (بحوالہ اطالوی قانون 29 جنوری 2021، نمبر 6)	
<input type="checkbox"/> مریض باخبر منظوری فراہم کرنے سے قاصر ہے۔ مریض کی صحت کے تحفظ کے لیے، اور ٹیکہ کاری کے مدنظر تجویز کو دیکھتے ہوئے، کووڈ-19 کی ٹیکہ کاری جاری رکھنے کا فیصلہ فیملی ممبر کے ساتھ شیئر کیا جاتا ہے Cf. کووڈ-19 کی ٹیکہ کاری کی تجویز کا فارم جو رشتہ داروں کے ساتھ شیئر کیا گیا	
تاریخ اور جگہ:.....	رشتہ دار کے دستخط:.....

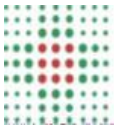
ٹیکہ کاری ٹیم کے ممبران

1. پہلا نام سر نام اور منصب	2. پہلا نام سر نام اور منصب
میں تصدیق کرتا یا کرتی ہوں کہ ٹیکہ وصول کنندہ نے کافی معلومات موصول کرنے کے بعد، ٹیکہ کاری کے لیے اپنی منظوری دی ہے دستخط:	میں تصدیق کرتا یا کرتی ہوں کہ ٹیکہ وصول کنندہ نے کافی معلومات موصول کرنے کے بعد، ٹیکہ کاری کے لیے اپنی منظوری دی ہے دستخط:

گھر پر ٹیکہ کاری کی صورت میں یا اہم لاجسٹیکل یا تنظیمی تناظر میں نگہداشت صحت سے متعلق دوسرے پیشہ ور فرد کی موجودگی مفید ہے لیکن لازمی نہیں ہے۔

ٹیکہ کاری کے بندوبست کی تفصیلات

انجیکشن کی جگہ	بیج نمبر	اختتامی تاریخ	کہاں لگایا گیا	تاریخ اور وقت	امیونائزر کے دستخط
دایاں بازو					
بایاں بازو					
دایاں بازو					
بایاں بازو					



SARS-CoV-2/کووڈ-19 کی ٹیکہ کاری پری ویکسین ٹرائیج

ٹیکہ وصول کنندہ مکمل کرے اور ٹیکہ کاری والے نگہداشت صحت سے متعلق پیشہ ور افراد جانزہ لیں

ٹیلیفون:			پہلا نام اور صارف نام:
.....			پیدائش کی تاریخ اور جگہ:
معلوم نہیں	نہیں	ہاں	طبی سرگزشت
			کیا آج آپ کو طبیعت ناساز محسوس ہو رہی ہے؟
			کیا آپ کو تیز درجہ حرارت ہے؟
			کیا آپ کو لیٹیکس، کسی غذائی اشیاء، دواؤں یا ٹیکہ کے اجزا میں سے کسی کے تئیں الرجی ہے؟ اگر ہاں تو براہ کرم بیان کریں:
			کیا آپ کو کبھی کوئی ٹیکہ موصول کرنے کے بعد سنگین ردعمل ہوا ہے؟
			کیا آپ دل یا پھیپھڑے کے مرض، دمہ، گردے کے مرض، ذیابیطس، خون کی کمی یا خون کے دیگر عوارض میں مبتلا ہیں؟
			کیا آپ امتناعی مصنوعات کے حامل ہیں؟ (جیسے کینسر، لیوکیمیا، لمفوما، HIV/AIDS، ٹرانسپلانٹ)
			پچھلے 3 ماہ میں، کیا آپ نے کوئی ایسی دوا جو آپ کے نظام مامونیت کو متاثر کرتی ہے (جیسے، کارٹیزان، پیریٹینیسون یا دیگر اسٹیرائڈز) یا کینسر مخالف دوائیں لی ہیں، یا آپ نے کوئی اشعاعی معالجہ کروایا ہے؟
			پچھلے سال میں، کیا آپ نے خون کا ٹرانسفیوژن یا خون والے پروڈکٹس موصول کیے ہیں، یا آپ کو امیونوگلوبولین (گاما) یا اینٹی وائرل دوائیں دی گئی ہیں؟
			کیا آپ کو کوئی غشی کا دورہ پڑا ہے یا آپ کے دماغ یا اعصابی نظام میں مسائل پیش آئے ہیں؟
			کیا آپ نے پچھلے 4 ہفتوں میں کوئی ٹیکہ کاری موصول کی ہے؟ اگر ہاں تو، کون سی؟
		
			کیا آپ کوئی مانع انجماد خون دوا لے رہے ہیں؟
ذیل میں وہ دوائیں، نیز کوئی فطری تکملات، وٹامنز، معدنیات یا جو متبادل دوائیں آپ لے رہے ہیں انہیں بیان کریں:			
.....			
معلوم نہیں	نہیں	ہاں	صرف خواتین کے لیے:
			کیا آپ حاملہ ہیں یا پہلی یا دوسری خوراک کے بعد والے ماہ میں حاملہ ہونے پر غور کر رہی ہیں؟
			کیا آپ چھاتی سے دودھ پلا رہی ہیں؟
معلوم نہیں	نہیں	ہاں	کووڈ سے متعلق طبی سرگزشت
			پچھلے ماہ میں، کیا آپ Sars-CoV2 سے متاثر فرد یا کووڈ-19 میں مبتلا فرد کے رابطے میں رہے ہیں؟
			کیا آپ کو ذیل میں سے کوئی علامت درپیش ہے:
			- کھانسی/سردی/تیز درجہ حرارت/بے دم ہونا یا فلو نما علامات؟
			- گلے میں خراش/بو یا ذائقہ کے شعور کا فقدان؟
			- پیٹ میں درد/اسہال؟
			- خلاف معمول خراش یا جریان خون/انکھیں سرخ ہونا؟
			کیا آپ نے پچھلے ماہ میں بیرون ملک کا سفر کیا ہے؟
کووڈ-19 کی جانچیں			
			<input type="checkbox"/> کووڈ-19 کی کوئی حالیہ جانچ نہیں ہے
			<input type="checkbox"/> منفی کووڈ-19 کی جانچ (تاریخ:
			<input type="checkbox"/> مثبت کووڈ-19 کی جانچ (تاریخ:
			<input type="checkbox"/> کووڈ-19 کی جانچ کا انتظار ہے (تاریخ:
اپنی صحت کے بارے میں کسی دیگر حالات یا مفید معلومات کی رپورٹ کریں:			
.....			
.....			
ٹیکہ لگوانے والے فرد یا اس کے قانونی نمائندے کے دستخط			تاریخ اور جگہ