

## اجازت نامہ برائے ویکسین کے لئے

□ PFIZER-BIONTECH COVID-19

□ MODERNA COVID-19

□ BI J 5LCJ =8 COVID-19

نام اور سر نیم: \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_ جائے پیدائش \_\_\_\_\_

پتہ \_\_\_\_\_

موبائل نمبر \_\_\_\_\_

میڈیکل کارڈ نمبر \_\_\_\_\_ (اگر ہو تو)

میں نے پڑھا ہے ، یہ ایک معروف زبان میں میرے سامنے پیش کیا گیا تھا اور میں مذکورہ کے تیار کردہ انفارمیشن نوٹ کو پوری طرح AIFA ویکسین کے اطالوی میڈیسنز ایجنسی سمجھ گیا ہوں۔ میں نے ڈاکٹر کو موجودہ اور / یا پچھلی بیماریوں اور علاج معالجے کی اطلاع دی۔ مجھے ویکسین کی حالت کے بارے میں سوالات پوچھنے کا جامع اور سمجھے ہوئے جوابات حاصل کرنے کا موقع ملا۔ مجھے ان الفاظ میں صحیح طور پر آگاہ کیا گیا ہے جو مجھ پر واضح ہیں۔ میں ویکسینیشن کے فوائد اور خطرات ، طریقوں اور علاج معالجے کے ساتھ ساتھ دوسری خوراک کے ساتھ ویکسینیشن مکمل کرنے سے انکار یا ترک کرنے کے نتائج کو بھی سمجھتا ہوں ، اگر کوئی ضمنی اثر ہوتا ہے تو ، یہ میری ذمہ داری ہوگی کہ فوری طور پر اپنے ڈاکٹر کو مطلع کریں اور اس کی ہدایت پر عمل کریں۔

ویکسین لگانے کے کم از کم 15 منٹ انتظار کے بعد کمرے میں رہنے پر اتفاق کرتا ہوں تاکہ اس بات کا یقین کر لیا جائے کہ فوری طور پر کوئی منفی رد عمل سامنے نہیں آتا ہے۔

□ میں اجازت دیتا ہوں کہ مجھے ویکسین لگائی جائے

تاریخ اور جگہ \_\_\_\_\_

ویکسین وصول کرنے والے شخص یا اس کے قانونی نمائندے کے دستخط \_\_\_\_\_

□ ویکسین سے انکار

تاریخ اور جگہ

ویکسین سے انکار کرنے والے شخص یا اس کے قانونی نمائندے کے

دستخط

EU 679/2016 ریگولیشن کے آرٹیکل 13 اور 14 کے مطابق ذاتی اعداد و شمار پر

کارروائی کے بارے میں معلومات یہاں دستیاب ہیں:

<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>

یا : بار کوڈ پے سکین کرنے سے ملے گی



دستخط:

صحت کی دیکھ بھال کرنے والا اسٹاف جنہوں نے یہ ویکسینیشن لگائی ہے۔

1 نام اور سر نیم: \_\_\_\_\_ کردار: \_\_\_\_\_

میں تصدیق کرتا ہوں کہ ویکسینیٹر نے مناسب طور پر آگاہ ہونے کے بعد ، ویکسینیشن پر اپنی رضامندی دے دی ہے۔

دستخط:

2 نام اور سر نیم: \_\_\_\_\_ کردار: \_\_\_\_\_

میں تصدیق کرتا ہوں کہ ویکسینیٹر نے مناسب طور پر آگاہ ہونے کے بعد ، ویکسینیشن پر اپنی رضامندی دے دی ہے۔

دستخط:

کلینک یا کسی دوسرے سیاق و سباق میں ، جہاں ایک ہی ڈاکٹر کام کرتا ہے ، اس شخص کے گھر یا ویکسین سے متعلق تنظیمی تنقید کی کیفیت میں ویکسینیشن کی صورت میں دوسرے صحت کے پیشہ ور کی موجودگی ضروری نہیں ہے۔

## بیماریوں کی انفارمیشن شیٹ

ویکسینیٹر کے ذریعہ مکمل کیا جائے اور ویکسینیشن صحت ماہرین کے ساتھ جائزہ لیا جائے۔

موبائل نمبر _____		نام اور سر نیم _____	
پتہ نہیں	جی	معلومات	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ فی الحال بیمار ہیں؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کو بخار ہے؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	یا آپ کسی بھی کھانے ، منشیات یا ادویات کے اجزا سے الرجی کا شکار ہیں؟ اگر ہاں ، تو بتائیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کو ویکسین ملنے کے بعد کبھی شدید رد عمل ہوا ہے؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ دل یا پھیپھڑوں کی بیماری ، دمہ ، گردوں کی بیماری ، ذیابیطس ، خون کی کمی یا خون کے دیگر امراض میں مبتلا ہیں؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ سمجھوتہ مدافعتی نظام کی حالت میں ہیں؟ (مثال کے طور پر: کینسر ، لیوکیمیا ، لمفوما ، ایچ آئی وی / ایڈز ، ٹرانسپلانٹ)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پچھلے 3 مہینوں میں ، کیا آپ نے ایسی کوئی دوائی لی ہے جس سے مدافعتی نظام کمزور ہو (مثال کے طور پر: کورٹیسون ، کینسر کی دوائی)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پچھلے ایک سال کے دوران ، کیا آپ کو خون یا خون کی مصنوعات کا انتقال ملا ، یا پکو امیونو گلوبولینز (گاما) یا اینٹی ویرل دوائی دی گئیں؟

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	کیا آپ کے دماغ یا اعصابی نظام میں فٹ بیٹھک یا کوئی دشواری ہے؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	کیا آپ کو پچھلے 4 ہفتوں میں کوئی ویکسین ملی ہے؟ اگر ہاں، تو کون سا؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	خواتین کے لئے: کیا آپ حاملہ ہیں یا آپ پہلے یا دوسری انتظامیہ کے بعد مہینے میں حاملہ ہونے کا ارادہ کر رہے ہیں؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	بچوں کو دودھ تو نہیں پلا رہی

ذیل میں دوائیوں کی وضاحت کریں، اور خاص طور پر وہ دوا مخالف ادویات نیز قدرتی سپلیمنٹس، وٹامنز، معدنیات یا کوئی متبادل دوا جو آپ لے رہے ہیں

پتہ نہیں	نہیں	جی	کوویڈ سے جڑی معلومات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پچھلے مہینے میں آپ کا تعلق کسی ایسے شخص سے ہوا جس میں سارس کووی 2 سے متاثر ہوا تھا یا کوویڈ 19 سے متاثر ہوا تھا:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ہے: مندرجہ ذیل علامات میں سے کوئی آپ کو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کھانسی / نزلہ / بخار / گھر گھراہٹ یا فلو جیسی علامات؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کانوں سے کم سننا گلے کی سوزش / بو یا ذائقہ کا نہ آنا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیٹ میں درد / اسہال؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جسم پے بے وجہ نشان پڑنا اور خون نکلنا/آنکھوں کا لال ہونا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ نے پچھلے مہینے میں کوئی بین الاقوامی سفر کیا ہے؟

### COVID-19 ٹیسٹ

کوئی حالیہ COVID-19 ٹیسٹ نہیں ہے تاریخ \_\_\_\_\_

منفی کوویڈ 19 ٹیسٹ تاریخ \_\_\_\_\_

مثبت کوویڈ 19 ٹیسٹ تاریخ \_\_\_\_\_

# COVID-19 ٹیسٹنگ کا انتظار ہے تاریخ کب ہو گا

اگر آپ کو کوئی بیماری ہو تو بتانا ہے \_\_\_\_\_

تاریخ اور جگہ \_\_\_\_\_

ویکسین یا قانونی نمائندے کے دستخط \_\_\_\_\_