

## MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

### टीकाकरण सहमति प्रपत्र

PFIZER-BIONTECH COVID-19  MODERNA COVID-19  NUVAXOVID COVID-19

Nome e cognome \_\_\_\_\_

नाम और उपनाम

Data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

जन्म की तारीख \_\_\_\_\_ जन्म स्थान

Residenza \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

पंजीकृत निवास \_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर

Tessera sanitaria (se disponibile) n. \_\_\_\_\_

स्वास्थ्य कार्ड / तेसरा सनीतारिया (यदि उपलब्ध हो) नंबर

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino sopra indicato.

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।

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

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

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

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।

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

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।

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

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

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

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।

**ACCONSENTO ED AUTORIZZO** la somministrazione della vaccinazione mediante il vaccino sopra indicato

मैं सहमत हूँ और अधिकृत करता हूँ  टीकाकरण करने के लिए, ऊपर बताए गए टीके का उपयोग करने को

Data e luogo \_\_\_\_\_

तारीख और जगह \_\_\_\_\_

Firma della persona \_\_\_\_\_

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

**RIFIUTO** la somministrazione del vaccino sopra indicato

अस्वीकार: ऊपर बताए गए टीके का टीकाकरण

Data e luogo \_\_\_\_\_

तारीख और जगह \_\_\_\_\_

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante legale \_\_\_\_\_

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

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:

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

o scansionando il Qr Code a margine.

2016/679 ईयू विनियम के अनुच्छेद 13 और 14 के अनुसार व्यक्तिगत डेटा के प्रसंस्करण की जानकारी यहां उपलब्ध है:

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



या स्कैनिंग मार्जिन में क्यूआर कोड पर ।

Firma \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

**PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE**

टीकाकरण करने वाले स्वास्थ्य कर्मचारी

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_

1. नाम और उपनाम \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

भूमिका

\_\_\_\_\_

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.  
मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि पर्याप्त रूप से सूचित किए जाने के बाद, टीकाकरणकर्ता ने टीकाकरण के लिए अपनी सहमति दे दी है।

Firma \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

2. Nome e cognome \_\_\_\_\_

2. नाम और उपनाम \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

भूमिका

\_\_\_\_\_

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.  
मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि पर्याप्त रूप से सूचित किए जाने के बाद, टीकाकरणकर्ता ने टीकाकरण के लिए अपनी सहमति दे दी है।

Firma \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

*La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contestooove operi un singolo medico, al domicilio della persona che deve essere vaccinata o in stato di difficoltà logistico-organizzativa*

अगर टीकाकरण क्लिनिक में किया जाता 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

**SCHEDA ANAMNESTICA****चिकित्सा इतिहास प्रपत्र**

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

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

Nome e cognome नाम और उपनाम	Telefono फ़ोन नंबर		
<b>ANAMNESI</b> <b>चिकित्सा</b> <b>इतिहास प्रपत्र</b>	<b>SI</b> <b>हाँ</b>	<b>NO</b> <b>नहीं</b>	<b>NON SO</b> <b>मुझे नहीं</b> <b>मालूम</b>
Attualmente è malato? क्या आप इस समय बीमार हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha febbre? क्या आप को बुखार है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare 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"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? क्या आपको कभी टीका लगवाने के बाद गंभीर प्रतिक्रिया हुई है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? 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"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? क्या आप प्रतिरक्षा प्रणाली की नाजुक जां खुराब स्थिति में हैं? (उदाहरण: कैंसर, ल्यूकेमिया, लिम्फोमा, एचआईवी / एड्स, अंग प्रत्यारोपण)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni? पिछले 3 महीनों में, क्या आपने ऐसी कोई दवा ली है जो प्रतिरक्षा प्रणाली को कमजोर करती है (उदाहरण: कोर्टिसोन, प्रेडनिसोन या अन्य स्टेरॉयड) या कैंसर रोधी दवाएं, या आपने विकिरण उपचार किया है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? 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"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? क्या आपको दौरै पड़ने या मस्तिष्क या तंत्रिका तंत्र की कोई समस्या हुई है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? _____ 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"/>
<b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? <b>महिलाओं के लिए:</b> 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"/>
Sta allattando? क्या आप स्तनपान कर रही हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

ANAMNESI COVID CORRELATA कोविड संबंधी चिकित्सा इतिहास प्रपत्र	SI हाँ	NO नहीं	NON SO MU SO NON MA LUM
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? 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"/>
<b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI: निम्नलिखित लक्षणों में से आपमें कोई एक लक्षण है :</b>			
• Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simili-influenzali? • खांसी/जुकाम/बुखार/घरघराहट या फ्लू जैसे लक्षण?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? • गले में खराश / गंध या स्वाद की कमी?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolore addominale/diarrea? • पेट में दर्द / दस्त ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi? • असामान्य चोट लगना या खून बहना / आँखों का लाल होना?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? • क्या आपने पिछले महीने में कोई अंतरराष्ट्रीय यात्रा की है?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEST COVID-19: कोविड 19 (COVID-19) टेस्ट:</b>			
• Nessun test COVID-19 recente • हाल ही में कोविड 19(COVID-19) टेस्ट का कोई भी परीक्षण नहीं	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Test COVID-19 negativo (data _____) • कोविड 19परीक्षण का नकारात्मक नतीजा (तारीख _____)			
• Test COVID-19 positivo (data _____) • कोविड19 परीक्षण का सकारात्मक नतीजा (तारीख _____)			
• In attesa di test COVID-19 (data _____) • कोविड19 परीक्षण के नतीजे की प्रतीक्षा में (data _____)			

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute \_\_\_\_\_

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

Data è luogo \_\_\_\_\_

तारीख और जगह \_\_\_\_\_

Firma del vaccinando o rappresentante legale \_\_\_\_\_

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