

## اجازت نامہ برائے ویکسین کے لئے

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

NUVAXOVID COVID-19

نام اور سر نیم: \_\_\_\_\_

Nome e cognome

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

Data di nascita

luogo di nascita

پتہ

Residenza \_\_\_\_\_

موبائل نمبر

telefono \_\_\_\_\_

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۔

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.

میں نے ڈاکٹر کو موجودہ اور / یا پچھلی بیماریوں اور علاج معالجے کی اطلاع دی۔

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

مجھے ویکسین کی حالت کے بارے میں سوالات پوچھنے کا جامع اور سمجھے ہوئے جوابات حاصل کرنے کا موقع ملا۔

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

مجھے ان الفاظ میں صحیح طور پر آگاہ کیا گیا ہے جو مجھ پر واضح ہیں۔

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare.

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

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.

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۔

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

ویکسین لگانے کے کم از کم 15 میں منت 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۔

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

□ میں اجازت دیتا ہوں کہ مجھے ویکسین لگائی جائے

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

تاریخ اور جگہ \_\_\_\_\_

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

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

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

□ ویکسین سے انکار

□ **RIFIUTO** la somministrazione del vaccino sopra indicato

تاریخ اور جگہ \_\_\_\_\_

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

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

دستخط \_\_\_\_\_

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

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

کارروائی کے بارے میں معلومات یہاں دستیاب ہیں:

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>

یا : بار کوڈ پے سکین کرنے سے ملے گی

o scansionando il Qr Code a margine.



دستخط:

Firma \_\_\_\_\_

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

PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE

1 نام میڈرس روا: \_\_\_\_\_

1 Nome e cognome \_

کردار: \_\_\_\_\_

Ruolo \_

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

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

دستخط:

Firma \_\_\_\_\_

2 نام میڈرس روا: \_\_\_\_\_

2 Nome e cognome \_

کردار \_\_\_\_\_

\_\_Ruolo\_\_

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

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

دستخط:

Firma \_\_\_\_\_

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۔

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

## بیماریوں کی انفارمیشن شیٹ

### SCHEDA ANAMNESTICA

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

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

موبائل نمبر Telefono		نام نیم سر اور Nome e cognome	
نہیں پتہ NON SO	نہیں NO	جی SI	مات معلو ANAMNESI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ فی الحال بیمار ہیں? Attualmente è malato?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کو بخار ہے? Ha febbre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کسی بھی کھانے ، منشیات یا ادویات کے اجزاسے الرجی کا شکار ہیں؟ اگر ہاں ، تو بتائیں Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کو ویکسین ملنے کے بعد کبھی شدید رد عمل ہوا ہے? Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?
<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? Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ سمجھوتہ مدافعتی نظام کی حالت میں ہیں؟

	<p>(مثال کے طور پر: کینسر ، لیوکیمیا ، لمفوما ، ایچ آئی وی / ایڈز ، ٹرانسپلانٹ)؟</p> <p>Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>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)؟</p> <p>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?</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>پچھلے ایک سال کے دوران، کیا آپ کو خون یا خون کی مصنوعات کا انتقال ملا، یا پکوامیونوگلوبلینز (گاما) یا اینٹیویئرل دوائی دی گئیں؟</p> <p>Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>کیا آپ کے دماغ یا اعصابی نظام میں فٹ بیٹھک یا کوئی دشواری ہے؟</p> <p>Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>کیا آپ کو پچھلے 4 ہفتوں میں کوئی ویکسین ملی ہے؟ اگر ہاں ، تو کون سا؟</p> <p>Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i?</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>خواتین کے لئے: کیا آپ حاملہ ہیں یا آپ پہلے یا دوسری انتظامیہ کے بعد مہینے میں حاملہ ہونے کا ارادہ کر رہے ہیں؟</p> <p><b>Per le donne:</b> è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>بچوں کو دودھ تو نہیں پلا رہی</p> <p>Sta allattando?</p>

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

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

نہیں ہے	ہاں	SI	کوویڈ سے جڑی معلومات ANAMNESI COVID CORRELATA
NON	NO	SI	<p>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:</p> <p>Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>مندرجہ ذیل علامات میں سے کوئی آپ کو ہے:</p> <p><b>MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:</b></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>کھانسی / نزلہ / بخار / گھرگھراہٹ یا فلو جیسی علامات؟</p> <p>Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>کانوں سے کم سننا گلے کی سوزش / بو یا ذائقہ کا نہ آنا</p> <p>Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>پیٹ میں درد / اسہال؟</p> <p>Dolore addominale/diarrea?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>جسم پے بے وجہ نشان پڑنا اور خون نکلنا/آنکھوں کا لال ہونا</p> <p>Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi?</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>کیا آپ نے پچھلے مہینے میں کوئی بین الاقوامی سفر کیا ہے؟</p> <p>Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?</p>
			<p><b>COVID-19 ٹیسٹ</b></p> <p><b>TEST COVID-19:</b></p> <p>کوئی حالیہ COVID-19 ٹیسٹ نہیں ہے تاریخ _____</p> <p>• Nessun test COVID-19 recente</p> <p>منفی کوویڈ 19 ٹیسٹ تاریخ _____</p> <p>• Test COVID-19 negativo (data _____)</p> <p>مثبت کوویڈ 19 ٹیسٹ تاریخ _____</p> <p>• Test COVID-19 positivo (data _____)</p>

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

In attesa di test COVID-19 (data )

اگر آپ کو کوئی بیماری ہو تو بتانا ہے

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute

تاریخ اور جگہ

Data e luogo

ویکسین یا قانونی نمائندے کے دستخط

Firma del vaccinando o rappresentante legale