

COVID-19 રસી માટે તપાસ અને સંમતિ ફોર્મ

COVID-19 રસી માટે તપાસ અને સંમતિ ફોર્મ

સંસ્કરણ 1.0 - 30 ડિસેમ્બર, 2020

અટક	પ્રથમ નામ	ઓળખ (દા.ત., આરોગ્ય કાર્ડ નંબર)
જાતિ: <input type="checkbox"/> સ્ત્રી <input type="checkbox"/> પુરુષ	<input type="checkbox"/> બિન-દ્વિસંગી <input type="checkbox"/> જવાબ ન આપવાનું પસંદ કરો	પ્રાથમિક સંભાળ ચિકિત્સક (કોટ્ટુંબિક ચિકિત્સક અથવા નર્સ પ્રેક્ટિશનર)
ફોન ધર	મોબાઇલ ફોન	ઇમેલ એડ્રેસ
શેરીનું સરનામું	શહેર	પ્રાંત
જન્મ તારીખ (મહિનો, દિવસ, વર્ષ)	ઉંમર	પોસ્ટલ કોડ
_____ / _____ / _____		
રસી માટેનો આ તમારો ડોઝ પ્રથમ છે કે બીજો?		<input type="checkbox"/> પ્રથમ <input type="checkbox"/> બીજો
જો બીજો હોય, તો કૃપા કરીને પ્રથમ ડોઝની તારીખ સૂચવો:		_____ / _____ / _____ (મહિનો, દિવસ, વર્ષ)

કૃપા કરીને નીચેના બધા પ્રશ્નોના જવાબ આપો:

શું તમે COVID-19 ના લક્ષણો ધરાવો છો અથવા આજે તમે બીમાર છો* ?, <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા	જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
શું તમને અગાઉ કોઈપણ રસી (જો લાગુ પડે તો COVID-19 માટેનું તમારું પ્રથમ રસીકરણ શામેલ છે) અથવા Pfizer-BioNTech અથવા Moderna રસીના કોઈપણ ઘટક થી એલર્જીક કારક પ્રતિક્રિયા થઈ છે? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા	જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
શું તમને પોલિઇથિલિન ગ્લાયકોલ (PEG) ** કે જે રસીમાં સમાયેલ છે તેનાથી એલર્જી છે? <i>જો તમને પોલિઇથિલિન ગ્લાયકોલ** થી એલર્જિક તરીકે જાહેર કરવામાં આવે છે અથવા અજાણ્યા કારણોસર એલર્જીક પ્રતિક્રિયા થઈ હોય તો તમારા આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા સાથે વાત કરો. વધુ વિગતો માટે નીચે જુઓ**</i> <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> અનિશ્ચિત	જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
શું તમે પાછલા 14 દિવસમાં કોઈ બીજી રસી (COVID -19 ની રસી નહીં) લીધી છે? <i>અન્ય કોઈ રસી લીધા પછી COVID-19 ની રસી આપવા માટે તમને બે અઠવાડિયા સુધી રાહ જોવાનું કહેવામાં આવશે</i> <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા	જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
શું તમે છો અથવા તમે ગર્ભવતી થઈ શકો છો? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા	જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
શું તમે સ્તનપાન કરાવો છો? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા	જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
શું તમને તમારી રોગપ્રતિકારક શક્તિને લઈને કોઈ સમસ્યા છે અથવા તમે કોઈ એવી દવાઓ લઈ રહ્યા છો જે તમારી રોગપ્રતિકારક શક્તિને અસર કરી શકે (દા.ત., સ્ટેરોઇડ્સનો ઉચ્ચ ડોઝ, કીમોથેરાપી)? જો તમને તમારી તબીબી સ્થિતિ વિશે ખાતરી ન હોય તો આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાને પૂછો <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા	જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
શું તમને સ્વયંપ્રતિરક્ષાનો રોગ છે? જો તમને ખાતરી ન હોય તો તમારી તબીબી સ્થિતિ વિશે આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાને પૂછો	

<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા	
શું તમને રક્તસ્રાવની ખામી છે અથવા એવી કોઈ દવાઓ લો છો જે લોહીના ગઠ્ઠા જેવી અસર કરી શકે છે (દા.ત., લોહીનું પાતળું થવું)? જો તમને તમારી તબીબી સ્થિતિ વિશે ખાતરી ન હોય તો આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાને પૂછો	જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા	
ભૂતકાળમાં રસીકરણ અથવા તબીબી પ્રક્રિયા પછી તમને ક્યારેય ચક્કર આવી છે અથવા અશક્ત થઈ ગયા છો?	જો હા, તો કૃપા કરીને વિગતો પ્રદાન કરો
<input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા	

* COVID-19 ના લક્ષણોમાં તાવ, નવી ઉધરસની શરૂઆત અથવા વધારે તીવ્રતાથી ઉધરસ આવવી, શ્વાસની તકલીફ, શ્વાસ લેવામાં તકલીફ, ગળવામાં મુશ્કેલી અથવા ગળામાં તકલીફ, ગંધ અથવા સ્વાદની સંવેદનશીલતામાં ઘટાડો, શરદી, માથાનો દુખાવો, બેમતબબ લાગતો થાક / અસ્થિરતા / સ્નાયુમાં દુખાવો, ઉબકા / ઊલટી, ઝાડા અથવા પેટમાં દુખાવો, ગુલાબી આંખ, અથવા વહેતું નાક અથવા અન્ય જાણીતા કારણો વગર નાકનું બંધ થઈ જવું અથવા, 70 વર્ષથી વધુ ઉંમરના લોકો માટે, અકાળે પળી જવું અથવા તેની સંખ્યામાં વધારો, તીવ્ર કાર્યાત્મક ક્ષમતામાં ઘટાડો, કાર્યમી પરિસ્થિતિઓનું બગડવું અથવા ચિત્તભ્રમણા સામેલ હોઈ શકે છે

** પોલિઇથિલિન ગ્લાયકોલ (PEG) ભાગ્યે જ એલર્જીક પ્રતિક્રિયાઓ નું કારણ બની શકે છે અને તે દવાઓ, કોલોનોસ્કોપી માટે આંતરડાને તૈયાર કરવા માટે વપરાતા ઉત્પાદનો, રેચક, કફ સીરપ, કોસ્મેટિક્સ, ત્વચાની ક્રીમો, ઓપરેશન દરમિયાન ત્વચા પર વપરાતા તબીબી ઉત્પાદનો, ટૂથપેસ્ટ, કોન્ટેક્ટ લેન્સ અને કોન્ટેક્ટ લેન્સ સોલ્યુશન જેવા ઉત્પાદનોમાં જોવા મળે છે. PEG ખોરાક અથવા પીણાંમાં પણ હોય શકે છે, પરંતુ તે ખોરાક અથવા પીણાં મારફતે એલર્જીક પ્રતિક્રિયા આપવા બદલ બદનામ નથી

<p>મેં વાંચ્યું છે (અથવા તે મને વંચવવામાં આવ્યું છે) અને હું 'COVID-19 રસીની માહિતી વાળી શીટ' વિશે જાણું છું. મને પ્રશ્નો પૂછવાની તક મળી છે અને તેમના સંતોષકારક જવાબ પણ મળ્યા છે.</p> <p><input type="checkbox"/> હું રસી મેળવવા માટે સંમત છું</p>	<p>તમને સંભાળ પૂરી પાડવાના હેતુથી આ ફોર્મમાંની વ્યક્તિગત આરોગ્ય માહિતી એકત્રિત કરવામાં આવી રહી છે. તેનો ઉપયોગ અને ખુલાસો આ હેતુ માટે, તેમજ કાયદા દ્વારા અધિકૃત અને જરૂરી અન્ય હેતુઓ માટે કરવામાં આવશે. ઉદાહરણ તરીકે, તે આરોગ્ય અને ઓન્ટોરિયોના જાહેર આરોગ્ય એકમોના ચીફ મેડિકલ ઓફિસર સાથે જાહેર કરવામાં આવશે કે જ્યાં આરોગ્ય સુરક્ષા અને પ્રમોશન એક્ટ માટેના હેતુથી જાહેર કરવું જરૂરી છે.</p> <p><input type="checkbox"/> હું સ્વીકારું છું કે મેં ઉપરોક્ત નિવેદન વાંચ્યું છે અને સમજ્યું છે.</p>	<p>હોસ્પિટલ, સ્થાનિક જાહેર આરોગ્ય એકમો અને આરોગ્ય મંત્રાલય COVID-19 રસી સંબંધિત હેતુઓ માટે તમારી સાથે વાતચીત કરી શકે છે (ઉદાહરણ તરીકે, તમને રસીકરણના પુરાવા પ્રદાન કરવા માટે, આગવી એપોઇન્ટમેન્ટની યાદ અપાવવા માટેના સંદેશાવ્યવહાર, અને સંશોધન પ્રોજેક્ટ્સ વિશે તમને જણાવવા.)</p> <p>હું આ દ્વારા સંદેશાવ્યવહાર પ્રાપ્ત કરવા માટે સંમત છું:</p> <p><input type="checkbox"/> ઇમેઇલ <input type="checkbox"/> ફોન / એસએમએસ</p>
હસ્તાક્ષર	પ્રિન્ટ નામ	સહીની તારીખ
જો તમારા સિવાય કોઈ બીજા માટે હસ્તાક્ષર કરો છો, તો તે વ્યક્તિ સાથે તમારો સંબંધ જણાવો:		<input type="checkbox"/> જો મારી સિવાય કોઈ બીજા માટે સહી કરું તો, હું પુષ્ટિ કરું છું કે હું માતા પિતા/ કાનૂની વાલી અથવા વૈકલ્પિક નિર્ણય લેનાર છું.

માત્ર ક્લિનિકના ઉપયોગ માટે						
એજન્ટ	COVID-19	પ્રોડક્ટનું નામ	ભાગ #	ડોઝ		
એનાટોમિકલ સાઇટ	<input type="checkbox"/> ડાબું ડેલ્ટોઇડ <input type="checkbox"/> જમણું ડેલ્ટોઇડ	માર્ગ	સ્નાયુઓમાં (ઇન્ટ્રામસ્ક્યુલર)	ડોઝ #		
આપેલ તારીખ	____/____/____ (m/d/yyyy)	આપેલ સમય	____:____ am pm	એએફઆઈ?	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	
દ્વારા આપેલ (નામ, હોદ્દો)		સ્થળ		દ્વારા અધિકૃત		
ઇમ્યુનાઇઝેશન માટેનું કારણ	<input type="checkbox"/> હેલ્થકેર કાર્યકર <input type="checkbox"/> હેલ્થકેર કાર્યકર: એલટીસી હોમ <input type="checkbox"/> હેલ્થકેર કાર્યકર: નિવૃત્તિ હોમ <input type="checkbox"/> એલટીસી હોમ: રહેવાસી <input type="checkbox"/> નિવૃત્તિ હોમ: નિવાસી <input type="checkbox"/> વધારે ઉંમર: સમુદાય-નિવાસ <input type="checkbox"/> જરૂરી સંભાળમાં અન્ય કર્મચારીઓ, એલટીસી, આરએચએસ <input type="checkbox"/> સ્વદેશી સમુદાય <input type="checkbox"/> દીર્ઘકાલીન આરોગ્ય સંભાળના વયસ્ક					
ઇમ્યુનાઇઝેશન ન આપવાનું કારણ	હેલ્થકેર પ્રદાતા: <input type="checkbox"/> ઇમ્યુનાઇઝેશન બિનસલાહભર્યું છે તે નક્કી કરે છે <input type="checkbox"/> રસીકરણની ભલામણ કરે છે પરંતુ કોઈ સંમતિ પ્રાપ્ત થઈ નથી <input type="checkbox"/> ઇમ્યુનાઇઝેશન અસ્થાયી રૂપે સ્થગિત કરવામાં આવશે કે કેમ તે નક્કી કરે છે					
તમારો ડોઝ 2 માંથી 2, પર નિર્ધારિત કરેલ છે:	____/____/____ (મહિનો, દિવસ, વર્ષ)	____:____	am pm			