

ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ

ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ – ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ

ਵਰਜਨ 1.0 – ਦਿਸੰਬਰ 30, 2020

| | | | | | |
|---|------------|---|-------|--|---------|
| ਆਖਰੀ ਨਾਂ | | ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ | | ਪਛਾਣ (ਜਿਵੇਂ- ਸਿਹਤ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ) | |
| ਲਿੰਗ: <input type="checkbox"/> ਔਰਤ <input type="checkbox"/> ਮਰਦ <input type="checkbox"/> ਦੋਵਾਂ ਤੋਂ ਅਲੱਗ <input type="checkbox"/> ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ | | | | ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਡਾਕਟਰ (ਪਰਿਵਾਰਕ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਨਰਸ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ) | |
| ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ | ਮੋਬਾਇਲ ਫੋਨ | ਈਮੇਲ ਪਤਾ | | | |
| ਸੜਕ ਦਾ ਪਤਾ | | | ਸ਼ਹਿਰ | ਸੂਬਾ | ਡਾਕ ਕੋਡ |
| ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ, ਸਾਲ) ____/____/____ | ਉਮਰ | ਕੀ ਇਹ ਟੀਕੇ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਖੁਰਾਕ ਹੈ? ਜੇ ਦੂਸਰਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਹਿਲੀ ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦਰਸਾਓ: _____/____/____ (ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ, ਸਾਲ) | | <input type="checkbox"/> First <input type="checkbox"/> Second | |

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਉੱਤਰ ਦਿਓ:

| | |
|--|------------------------------|
| ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਵਿਡ-19 ਦੇ ਲੱਛਣ ਹਨ ਜਾਂ ਅੱਜ ਤੁਸੀਂ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ | ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ |
| ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਐਲਰਜੀ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆ ਹੋਈ ਸੀ, ਕਿਸੇ ਟੀਕੇ (ਜਿਸ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾਕਰਣ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ) ਜਾਂ Pfizer-BioNTech ਜਾਂ Moderna ਟੀਕੇ ਦੇ ਕਿਸੇ ਕਾਰਕ ਨਾਲ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ | ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ |
| ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੋਲੀਥੀਲੀਨ ਗਲਾਈਕੋਲ (PEG)** ਜੋ ਟੀਕੇ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੈ? ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੋਲੀਥੀਲੀਨ ਗਲਾਈਕੋਲ** ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਅਣਜਾਣ ਕਾਰਨ ਨਾਲ ਐਲਰਜੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਵੇਖੋ** <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਅਨਿਸ਼ਚਿਤ | ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 14 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ ਟੀਕਾ (ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ ਨਹੀਂ) ਲਵਾਇਆ ਹੈ? ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਪਹਿਲੇ ਟੀਕੇ ਤੋਂ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ | ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ, ਜਾਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ | ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਦੁੱਧ ਚੁੰਘਾਉਂਦੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ | ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ |
| ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਇਮਿਯੂਨ ਸਿਸਟਮ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਇਮਿਯੂਨ ਸਿਸਟਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ (ਜਿਵੇਂ ਉੱਚ ਖੁਰਾਕ ਸਟੈਰੋਈਡਸ, ਕੀਮੋਥੈਰੇਪੀ)? ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ | ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ |
| ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੋਟੀ-ਇਮਿਯੂਨ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ? ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ | |

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ | | |
| ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਵਗਣ ਦਾ ਵਿਕਾਰ ਹੈ ਜਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ ਜੋ ਖੂਨ ਦੇ ਜੰਮਣ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ (ਜਿਵੇਂ, ਲਹੂ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ)? ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ | | ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ |
| <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ | | |
| ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਵਿਧੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਬੇਹੋਸ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਹੈ ? | | ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਓ |
| <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ | | |
| * ਕੋਵਿਡ-19 ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ- ਬੁਖਾਰ, ਨਵੀਂ ਖੰਘ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਜਾਂ ਪੁਰਾਣੀ ਖੰਘ ਦਾ ਗੰਭੀਰ ਹੋਣਾ, ਸਾਹ ਚੜ੍ਹਨਾ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ, ਗਲੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ, ਨਿਗਲਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ, ਮਹਿਕ ਜਾਂ ਸੁਆਦ ਦੀ ਕਮੀ ਜਾਂ ਖਤਮ ਹੋਣਾ, ਠੰਡ, ਸਿਰਦਰਦ, ਅਣਜਾਣ ਥਕਾਵਟ / ਬੀਮਾਰੀ / ਮਾਂਸਪੇਸ਼ੀ ਦਰਦ, ਮਤਲੀ / ਉਲਟੀਆਂ, ਦਸਤ ਜਾਂ ਪੇਟ ਦਰਦ, ਗੁਲਾਬੀ ਅੱਖ, ਜਾਂ ਨੱਕ ਵਗਣਾ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਣ ਨੱਕ ਬੰਦ ਹੋਣਾ, 70 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਅਣਜਾਣ ਜਾਂ ਫਾਲਿਆਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ, ਗੰਭੀਰ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਗਿਰਾਵਟ, ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦਾ ਵਿਗੜਨਾ ਜਾਂ ਤਣਾਅ | | ** ਪੋਲੀਥੀਲੀਨ ਗਲਾਈਕੋਲ (PEG) ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੀ ਅਲਰਜੀ ਸੰਬੰਧੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ, ਆਂਤੜੀਆਂ ਦੀ ਤਿਆਰੀ ਲਈ ਕੋਲੋਨੋਸਕੋਪੀ, ਜੁਲਾਬ, ਖੰਘ ਲਈ ਰਸ, ਕਾਸਮੈਟਿਕਸ, ਚਮੜੀ ਲਈ ਕਰੀਮਾਂ, ਚਮੜੀ 'ਤੇ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਉਤਪਾਦ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ, ਟ੍ਰਾਪੋਸਟ, ਕਾਟੈਕਟ ਲੈਂਸ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਸੀਸ਼ੇ ਲਈ ਬਣੇ ਉਤਪਾਦਾਂ ਵਿੱਚ ਪਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। PEG ਭੋਜਨ ਜਾਂ ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਭੋਜਨ ਜਾਂ ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਤੋਂ ਅਲਰਜੀ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਲਈ ਨਹੀਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। |
| ਮੈਂ 'ਕੋਵਿਡ -19 ਟੀਕਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ' ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਿਆ (ਜਾਂ ਇਹ ਮੇਰੇ ਲਈ ਪੜ੍ਹੀ ਗਈ ਹੈ) ਅਤੇ ਸਮਝਿਆ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਮੇਰੀ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਮੁਤਾਬਿਕ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ। <input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਟੀਕਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। | ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਲ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ। ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਇਸ ਮਕਸਦ ਲਈ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ, ਇਸ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਓਨਟਾਰੀਓ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਇਕਾਈਆਂ ਅਤੇ ਮੁੱਖ ਮੈਡੀਕਲ ਅਫਸਰ, ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਿੱਥੇ ਸਿਹਤ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਪ੍ਰਚਾਰ ਐਕਟ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਖੁਲਾਸਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। <input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਕਥਨ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਿਆ ਅਤੇ ਸਮਝਿਆ ਹੈ। | ਹਸਪਤਾਲ, ਸਥਾਨਕ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਇਕਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਮੰਤਰਾਲੇ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦੀ ਇੱਛਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ (ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਲੇ-ਅਪ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਯਾਦ ਦਿਵਾਉਣ ਲਈ ਸੰਚਾਰ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਾ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ, ਅਤੇ ਖੋਜ ਪ੍ਰੋਜੈਕਟਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣ ਲਈ ਸੰਦੇਸ਼)। ਮੈਂ ਸੰਦੇਸ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ, ਦੁਆਰਾ: <input type="checkbox"/> ਈਮੇਲ <input type="checkbox"/> ਫੋਨ / ਐਸ ਐਮ ਐਸ |
| ਦਸਤਖਤ | ਪ੍ਰਿੰਟ ਨਾਮ | ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਮਿਤੀ |
| ਜੇਕਰ ਆਪਣੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਆਪਣਾ ਸੰਬੰਧ ਦਰਸਾਓ: | | <input type="checkbox"/> ਜੇ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਲਈ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਮਾਂ-ਪਿਓ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਜਾਂ ਬਦਲਵਾਂ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲਾ ਹਾਂ |

| ਸਿਰਫ ਕਲੀਨਿਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ | | | | | | |
|------------------------------------|---|----------------|-------------------|---------------|--|--|
| ਏਜੰਟ | ਕੋਵਿਡ-19 | ਉਤਪਾਦ ਦਾ ਨਾਮ | ਲੋਟ # | | ਖੁਰਾਕ | |
| ਸਰੀਰਕ ਜਗ੍ਹਾ | <input type="checkbox"/> ਖੱਬੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ <input type="checkbox"/> ਸੱਜੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ | | ਰਸਤਾ | ਇੰਟਰਾਮਸਕੂਲਰ | ਖੁਰਾਕ # | |
| ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਤਾਰੀਖ | ____ / ____ / ____ (ਮ./ਦਿਨ/ਸਾਲ) | ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸਮਾਂ | ____ : ____ am pm | AEFI? | <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ | |
| ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ (ਨਾਮ, ਅਹੁਦਾ) | | ਟਿਕਾਣਾ | | ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ | | |
| ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਨ | <input type="checkbox"/> ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਵਰਕਰ <input type="checkbox"/> ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਵਰਕਰ: ਐਲਟੀਸੀ ਹੋਮ <input type="checkbox"/> ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਵਰਕਰ: ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਹੋਮ <input type="checkbox"/> ਐਲਟੀਸੀ ਹੋਮ: ਨਿਵਾਸੀ <input type="checkbox"/> ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਹੋਮ: ਨਿਵਾਸੀ <input type="checkbox"/> ਉੱਚ ਉਮਰ: ਸਮੁਦਾਯ ਆਵਾਸ <input type="checkbox"/> ਗੰਭੀਰ ਦੇਖਭਾਲ, ਐਲਟੀਸੀ, ਆਰ.ਐਚ. ਦੇ ਹੋਰ ਕਰਮਚਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਸਵਦੇਸ਼ੀ ਸਮੁਦਾਯ <input type="checkbox"/> ਦੀਰਘ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਬਾਲਗ | | | | | |
| ਇਮਯੂਨਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਨਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਦਾ ਕਾਰਣ | ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਕ : <input type="checkbox"/> ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਇਮਯੂਨਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਕੰਟਰਾਇੰਡੀਕੇਟੇਡ ਹੈ <input type="checkbox"/> ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਪਰ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ <input type="checkbox"/> ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟੀਕਾਕਰਨ ਅਸਥਾਈ ਤੌਰ ਤੇ ਮੁਲਤਵੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ | | | | | |