وزاتِ صحت

Ontario

کورونا وائرس Covid-19 ویکسین کی سکریننگ اور رضامندی فارم

کورونا وائرس Covid-19 ویکسین - سکریننگ اور رضامندی فارم

ورژن 1.0 - 30 دسمبر، 2020

آخری نام	پہلا نام		شناخت (جیسا کہ ہیلتھ کارڈ نمبر)
جنس: ☐ خاتون ☐ مرد ☐ غیر بائنری ☐ جواب نہ دینے کو ترجیح دیں گے			پرائمری کیئر معالج (فیملی ڈاکٹر یا نرس)
گھر کا فون نمبر	موبائل نمبر	ای میل ایڈریس	
گلی / محلّہ	شہر	صوبہ	پوسٹل کوڈ
تاریخِ پیدائش (مہینہ، دن، سال) _____ /_____/ _____	عمر	کیا آپ کی ویکسین کی یہ پہلی خوراک ہے یا دوسری؟ ☐ پہلی ☐ دوسری اگر دوسری ہے تو پہلی خوارک کی تاریخ درج کریں: _____/ _____/_____(مہینہ، دن، سال)	

برائے مہربانی درج ذیل تمام سوالات کے جواب دیں:

کیا آپ میں COVID-19 کی علامات ہیں یا آج* آپ بیمار ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں
کیا آپ کو کسی ویکسین (جس میں آپ کی پہلی COVID-19 ویکسی نیشن بھی شامل ہے) یا فائزر بائیو ٹیک (Pfizer-BioNTech) یا موڈرما (Moderna) ویکسین کے کسی اجزا سے الرجی ہوئی ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں
کیا آپ کو polyethylene glycol (PEG) سے الرجی ہے جو ویکسین میں شامل ہے؟** اگر آپ کو **(PEG) polyethylene glycol سے الرجی ہے یا آپ کو کسی نامعلوم وجہ سے الرجک رد عمل ہوا ہے تو اپنے معالج سے بات کریں۔ مزید تفصیلات** کے لیے نیچے دیکھیں. ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں
کیا آپ کو پچھلے 14 دنوں میں کوئی اور ویکسین(CoVID-19 ویکسین کے علاوہ) دی گئی ہے؟ آپ کو دوسری ویکسین لگوانے کے بعد COVID-19 ویکسین لگوانے کے لیے دو ہفتے انتظار کرنے کو کہا جائے گا۔ ☐ ہاں ☐ نہیں	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں
کیا آپ حاملہ ہیں یا حاملہ ہو سکتی ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں
کیا آپ بچے کو اپنا دودھ پلا رہی ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں
کیا آپ کے مدافعتی نظام میں کوئی مسئلہ ہے یا کیا آپ ایسی دوائیں لے رہے ہیں جو آپ کے مدافعتی نظام کو متاثر کر سکتی ہیں (جیسے ہائی ڈوز اسٹیرائڈز کیموتھیریپی)؟ اگر آپ کو اپنی طبی حالت کے بارے میں درست معلومات نہیں ہیں تو اپنے معالج سے پوچھیں۔ ☐ ہاں ☐ نہیں	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں
کیا آپ کو کوئی آٹو امیون بیماری ہے؟ اگر آپ کو اپنی طبی حالت کے بارے میں درست معلومات نہیں ہیں تو اپنے معالج سے پوچھیں۔	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں

☐ ہاں ☐ نہیں	
کیا آپ کو خون بہنے کا عارضہ (bleeding disorder) ہے یا آپ ایسی دوائیں لے رہے ہیں جو خون کے جمنے کو متاثر کرسکتی ہیں (جیسے بلڈ تھنرز)؟ اگر آپ کو اپنی طبی حالت کے بارے میں درست معلومات نہیں ہیں تو اپنے معالج سے پوچھیں۔ ☐ ہاں ☐ نہیں	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں
کیا آپ کبھی کسی ویکسی نیشن یا میڈیکل پروسیجر کے بعد بیہوش یا نیم بیہوش ہوئے ہیں؟ ☐ ہاں ☐ نہیں	اگر جواب ہاں ہے تو تفصیلات بیان کریں

COVID-19* کی علامات میں دیگر معلوم وجوہات کی عدم موجودگی میں بخار، حال ہی میں کھانسی لگنا یا دائمی کھانسی کا بگڑنا، سانس میں کمی، سانس لینے میں تکلیف، گلے کی سوزش، نگلنے میں دشواری، بو یا ذائقہ کم یا بالکل محسوس نہ ہونا، سردی لگنا، سردرد، بلا جواز تھکاوٹ/ پٹھوں میں درد، متلی/ الٹی ، اسہال یا پیٹ میں درد، پنک آئی، ناک کا بہنا یا ناک بند ہونا اور 70 سال سے زائد عمر کے افراد کے لیے نامعلوم وجوہات کی وجہ سے گرنا یا پہلے سے زیادہ بار گرنا، فعالیت میں شدید کمی، دائمی بیماریوں کا بگڑنا یا ذہنی خلفشار شامل ہیں۔	Polyethylene glycol (PEG) **شاذ و نادر ہی الرجک ردعمل کا سبب بنتا ہے اور یہ ادویات، کولونوسکوپی کے لیے آنتوں کی تیاری کی پروڈکٹس، قبض کشا، کھانسی کے شربت، کاسمیٹکس، سکن کریمز، جلد پر اور آپریشن کے دوران استعمال ہونے والی میڈیکل پروڈکٹس، ٹوتھ پیسٹ، کونٹیکٹ لینس اور کانٹیکٹ لینس کے محلول وغیرہ میں پایا جاتا ہے۔ PEG کھانے پینے یا مشروبات میں بھی موجود ہو سکتا ہے، لیکن یہ ان پروڈکٹس کے ذریعے الرجک رد عمل کا باعث نہیں بنتا۔

میں نے یہ پڑھا ہے (یا یہ مجھے پڑھ کر سنایا گیا ہے) اور میں 'COVID-19 ویکسین انفارمیشن شیٹ' کو سمجھتا ہوں۔ مجھے سوالات پوچھنے کا موقع دیا گیا تھا اور ان کے اطمینان بخش جواب فراہم کیے گئے۔ ☐ میں ویکسین لگوانے پر رضامند ہوں	اس فارم پرآپ کی صحت کی ذاتی معلومات درج کرنے کا مقصد آپ کو نگہداشت فراہم کرنا ہے۔ ان معلومات کو اس مقصد کے ساتھ ساتھ دیگر قانونی طور پر مجاز اور لازم مقاصد کے لیے بھی استعمال اور شیئر کیا جائے گا۔ مثال کے طور پر اسے **Chief Medical Officer of Health** اور اونٹاریو پبلک ہیلتھ یونٹس سے شیئر کیا جائے گا جہاں انہیں **Health Protection and Promotion Act** کے مقصد کے لیے شیئر کرنا ضروری ہے۔ ☐ میں تسلیم کرتا ہوں کہ میں نے اوپر درج بیان پڑھ اور سمجھ لیا ہے	ہاسپٹل، مقامی پبلک ہیلتھ یونٹ اور وزارت صحت آپ سے **COVID-19** ویکسین سے متعلقہ مقاصد کے لیے رابطہ رکھنا چاہتے ہیں (مثال کے طور پر آپ کو فالو اپ اپوئنٹمنٹس کی یاددہانی، ویکسینیشن کا ثبوت فراہم کرنے اور تحقیقی منصوبوں سے متعلق آگاہ کرنے کے لیے)۔میں ویکسین لگوانے پر رضامند ہوں۔ ☐ ای میل ☐ فون / SMS
دستخط	**نام درج کریں**	**دستخط کرنے کی تاریخ**

اگر آپ اپنے علاوہ کسی اور کے لیے دستخط کر رہے ہیں تو دوسرے شخص سے اپنے رشتے کی نشاندہی کریں:	☐ اپنے علاوہ کسی اور کے لیے دستخط کرنے کی صورت میں، میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں ماں/باپ / قانونی سرپرست یا متبادل فیصلہ کرنے والا ہوں۔

صرف کلینک کے استعمال کے لیے

ایجنٹ	COVID-19	پراڈکٹ کا نام		لاٹ#		خوراک	
اینا ٹومیکل سائٹ	☐ بایاں ڈیلٹائڈ☐ دایاں ڈیلٹائڈ			رُوٹ	انٹرامسکولر	خوراک#	
دی گئی تاریخ	____/____/____(دن/مینہ/سال)	دیاگیا وقت	____:____ صبح/رات	AEFI?	☐ ہاں	☐نہیں	
تجویز کردہ (نام، عہدہ)		مقام/جگہ		مجوز			
امیونائزیشن کی وجہ	☐ ہیلتھ کیئر ورکر ☐ ہیلتھ کیئر ورکر: ایل ٹی سی ہوم ☐ ہیلتھ کیئر ورکر : ریٹائرمنٹ ہوم ☐ ایل ٹی سی ہوم: رہائشی ☐ ریٹائرمنٹ ہوم: رہائشی ☐ ایڈوائنسڈ ایجڈ: کمیونٹی ڈیولنگ ☐ انتہائی نگہداشت، ایل ٹی سی، آر ایچ کے دیگر ملازمین ☐ انڈیجینوئس کمیونٹی ☐ کرونک ہیلتھ کیئر کے بزرگ						
امیونائزیشن نہ دینے کی وجہ	ہیلتھ کیئر فراہم کنندہ ☐ تعین کرتا ہے کہ امیونائزین کی مخالف علامات ہیں ☐ امیونائزیشن تجویز کرتا ہے لیکن رضامندی موصول نہیں ہوئی ☐ تعین کرتا ہے کہ امیونائزیشن عارضی طور پر مؤخر کر دی گئی ہے						
آپ کی دوسری اور آخری خوراک کا شیڈول:	____/____/____(دن/مینہ/سال) ____:____ صبح/رات						