

پہلا نام اور صارف نام:	
تاریخ پیدائش:	جانے پیدائش:
پتہ:	ٹیلیفون:
نیشنل ہیلتھ کارڈ (اگر دستیاب ہو تو) کا ٹیکس کوڈ	

میں نے، ٹیکہ کے لیے اطالوی میڈیسنز ایجنسی (AIFA) کے جاری کردہ معلوماتی پرچے کو، مجھے معلوم زبان میں، پڑھ لیا ہے، اور اسے پوری طرح سمجھ لیا ہے۔ "....."

میں نے ڈاکٹر کو کسی موجودہ اور/یا گزشتہ بیماری اور رواں علاج کے بارے میں مطلع کر دیا ہے۔ مجھے ٹیکہ اور میری صحت کی حالت کے بارے میں سوالات پوچھنے کا موقع دیا گیا تھا، اور مجھے جامع جوابات موصول ہوئے جنہیں میں نے سمجھ لیا۔ مجھے مناسب طور پر ایسے الفاظ میں مطلع کر دیا گیا تھا جو میرے سامنے واضح تھے۔ میں ٹیکہ کاری کے فوائد اور خطرات، طریقے اور متبادل اور اگر قابل اطلاق ہو تو، دوسری خوراک کے ساتھ ٹیکہ کاری مکمل کرنے سے انکار کرنے یا باز رہنے کے عواقب کو سمجھتا ہوں۔

میں اس بات سے واقف ہوں کہ اگر ضمنی اثرات پیش آتے ہیں تو، میرے ڈاکٹر کو فوری طور پر مطلع کرنا اور ان کی ہدایات پر عمل کرنا میری ذمہ داری ہے۔

میں ٹیکہ لگنے کے بعد کم از کم 15 منٹ تک کمرہ انتظار میں رکنے پر متفق ہوں تاکہ یہ یقینی ہو جائے کہ کوئی فوری ناموافق ردعمل پیش نہیں آتا ہے۔

میں درج ذیل سے متفق ہوں اور اس کی اجازت دیتا ہوں دوا کا بندوبست	میں درج ذیل سے متفق نہیں ہوں دوا کا بندوبست
.....
تاریخ اور جگہ:	تاریخ اور جگہ:
ٹیکہ موصول کرنے والے فرد یا اس کے قانونی نمائندے کے دستخط	ٹیکہ سے انکار کرنے والے فرد یا اس کے قانونی نمائندے کے دستخط
.....
منظوری دینے سے قاصر افراد کے رشتہ داروں کی معلومات (بحوالہ اطالوی قانون 29 جنوری 2021، نمبر 6)	
<input type="checkbox"/> مریض باخبر منظوری فراہم کرنے سے قاصر ہے۔ مریض کی صحت کے تحفظ کے لیے، اور ٹیکہ کاری کے مدنظر تجویز کو دیکھتے ہوئے، کووڈ-19 کی ٹیکہ کاری جاری رکھنے کا فیصلہ فیملی ممبر کے ساتھ شیئر کیا جاتا ہے۔ Cf. کووڈ-19 کی ٹیکہ کاری کی تجویز کا فارم جو رشتہ داروں کے ساتھ شیئر کیا گیا	
تاریخ اور جگہ:.....	رشتہ دار کے دستخط:.....

ٹیکہ کاری ٹیم کے ممبران

1. پہلا نام سر نام اور منصب	2. پہلا نام سر نام اور منصب
میں تصدیق کرتا یا کرتی ہوں کہ ٹیکہ وصول کنندہ نے کافی معلومات موصول کرنے کے بعد، ٹیکہ کاری کے لیے اپنی منظوری دی ہے دستخط:	میں تصدیق کرتا یا کرتی ہوں کہ ٹیکہ وصول کنندہ نے کافی معلومات موصول کرنے کے بعد، ٹیکہ کاری کے لیے اپنی منظوری دی ہے دستخط:

گھر پر ٹیکہ کاری کی صورت میں یا اہم لاجسٹیکل یا تنظیمی تناظر میں نگہداشت صحت سے متعلق دوسرے پیشہ ور فرد کی موجودگی مفید ہے لیکن لازمی نہیں ہے۔

ٹیکہ کاری کے بندوبست کی تفصیلات

انجیکشن کی جگہ	بیج نمبر	اختتامی تاریخ	کہاں لگایا گیا	تاریخ اور وقت	امیونائزر کے دستخط
دایاں بازو					
بایاں بازو					
دایاں بازو					
بایاں بازو					



