

کک کاؤنٹی شعبہ صحت رضامندی برائے انفلوانزا اے (ایچ ۱ این ۱) ویکسین

ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کے بارے میں معلومات (براہ کرم پرنٹ کریں)
 اکلانت کا شناختی لیبل یہاں چسپاں کریں

نام _____ آخری _____ پہلا _____ درمیانے نام کا پہلا حرف _____
 تاریخ پیدائش _____ سال / دن / مہینہ _____
 جنس عورت _____ مرد _____
 عمر _____
 شہر _____ گلی _____ فون _____
 ریاست _____ زپ کوڈ _____
 کاؤنٹی _____
 نسل: (کسی ایک پر نشان لگائیں): سیاہ فام _____ سفید فام _____ ایشیائی _____ دیگر _____ نا معلوم _____
 قومیت: (کسی ایک پر نشان لگائیں): میکسیکن _____ پورٹوریکن _____ کیوبن _____ دیگر ہسپانوی _____ غیر ہسپانوی _____ عرب _____ دیگر _____

جی ہاں	جی نہیں	بر سوال کے لیے اس خانے میں نشان (✓) لگائیں جو آپ کے جواب کو بہترین طور پر بیان کرتا ہو۔
		۱. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد نے پچھلے ۲۸ دن کے دوران انفلوانزا اے (ایچ ۱ این ۱) ویکسین لگوائی ہے؟
		۲. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کو لیٹکس (latex) سے حساسیت/الرجی ہے؟
		۳. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والا فرد گلین بیری سنڈروم (Guillain-Barré syndrome) کا شکار رہ چکا ہے؟
		۴. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والا فرد بخار کے ساتھ بیمار ہے یا کسی دوسری سرگرم انفیکشن کا شکار ہے؟
		۵. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کو انٹوں سے سخت قسم کی الرجی ہے، جیسے کہ جلد پر پھنسیاں بننا یا سانس لینے میں مشکل ہونا؟
		۶. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کو کبھی انفلوانزا کی ویکسین سے سخت قسم کا ردعمل ہوا ہے؟
		۷. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کو تھائیمروسل سے حساسیت/الرجی ہے؟
		۸. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والا فرد کسی ۶ ماہ سے کم عمر بچے کے ساتھ رہتا ہے یا اسے نگہداشت فراہم کرتا ہے؟
		۹. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کی عمر ۶ ماہ اور ۲۴ سال کے درمیان ہے؟
		۱۰. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والا فرد کسی کھنہ طبی کیفیت کا شکار ہے، جیسے کہ دمہ، کھنہ رکاوٹی پلمونری بیماری (chronic obstructive pulmonary disease - COPD)، ذیابیطس، گردوں، جگر یا دل کی بیماری، وغیرہ؟
		۱۱. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والا فرد حاملہ ہے؟
		۱۲. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والا فرد ۲۴ مہینے (۲ سال) سے کم عمر کا ہے؟
		۱۳. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والا فرد ۵۰ سال یا اس سے زیادہ عمر کا ہے؟
		۱۴. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد نے پچھلے ۲۸ دنوں کے دوران ان زندہ وائرس ویکسینوں میں سے کوئی لگوائی ہے: انفلوانزا اے (ایچ ۱ این ۱)، فلو مسٹ (FluMist)، ایم ایم آر (خسرہ، کن پیڑے، روویلا)، یا Varicella (چکن پاکس chicken pox)؟
		۱۵. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کا مدافعتی نظام کمزور ہے (مثال کے طور پر: کینسر، lymphoma، لیوکیمیا، ایچ آئی وی/ایڈز، lupus، وغیرہ) جس کی وجہ سے اس کے کسی انفیکشن کا شکار ہونے کے زیادہ امکانات ہوں؟
		۱۶. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کا اسپرین سے علاج ہو رہا ہے؟
		۱۷. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والا فرد کسی سرگرم عضلاتی یا اعصابی عارضے کا شکار ہے جیسے کہ سیربرل پالسی (cerebral palsy) جس کی وجہ سے سانس لینے یا نکلنے کے مسائل پیدا ہو سکتے ہیں؟
		۱۸. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کو arginine یا gelatin، gentamicin سے سخت قسم کی الرجی ہے؟
		۱۹. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد نے ویکسین لگوانے سے پہلے ۴۸ گھنٹوں کے اندر کوئی اینٹی ویرل ادویات استعمال کی ہوں گی؟
		۲۰. کیا ویکسین لگوانے کے لیے آنے والے فرد کا کسی ایسے فرد کے ساتھ قریبی تعلق ہے جس کا مدافعتی نظام بہت کمزور ہو اور اس وجہ سے اسے کسی پر تحفظ ماحول جیسے کہ bone marrow ٹرانسپلانٹ یونٹ میں رکھنا ضروری ہو؟

میں نے Live Attenuated انفلوانزا اے (ایچ ۱ این ۱) ویکسین اور Inactivated انفلوانزا اے (ایچ ۱ این ۱) ویکسین دونوں کے بارے میں ویکسین معلوماتی بیانات (وی آئی ایس) پڑھ لیے ہیں یا ان ویکسینوں کے متعلق معلومات کی میرے سامنے وضاحت کی گئی ہے۔ مجھے سوالات پوچھنے کا موقع ملا ہے جن کے تسلی بخش جوابات موصول ہونے ہیں اور میں پریقین ہوں کہ میں انفلوانزا اے (ایچ ۱ این ۱) ویکسین کے فوائد اور خطرات سمجھتا/سمجھتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ویکسین لگاتے والا اوپر دینے گئے سوالات کے لیے میرے جوابات کی بنیاد پر مجھے لگنے والی انفلوانزا اے (ایچ ۱ این ۱) ویکسین کی قسم کا تعین کرے گا۔ میں اپنی رضامندی کا اظہار کرتا/کرتی ہوں اور درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ مجھے یا اس فارم پر جس فرد کا نام دیا گیا ہے اور جس کے لیے مجھے یہ درخواست کرنے کا اختیار حاصل ہے، ویکسین لگانی چاہے۔ میں کک کاؤنٹی شعبہ عوامی صحت (Cook County Department of Public Health - CCDPH) اور اسکول یا ڈے کینر سنٹر، جہاں یہ ویکسین لگانی جاتی ہے، کو یہ اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ وہ اس ویکسینیشن کا ریکارڈ اپنے پاس رکھے اور ان اداروں کو اس بات کا مزید اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ وہ اس فارم کو قابل اطلاق قوانین کے مطابق استعمال کے لیے CCDPH کے حوالے کریں۔ میں CCDPH کے نوٹس بابت رازداری دستورات (CCDPH Notice of Privacy Practices) کی وصولی کا اقرار کرتا/کرتی ہوں۔

نام پرنٹ کریں _____ رشتہ: (کسی ایک پر نشان _____)
 بذات خود _____
 والد/والدہ/سرپرست _____
 دیگر _____
 جس فرد کو ویکسین لگنی ہے اس کے یا کسی ایسے فرد کے دستخط جس کو اس کے لیے درخواست کرنے کا اختیار حاصل ہے: _____

تاریخ: _____

X
 صرف کلینک کے اپنے استعمال کے لیے:

Comments: _____

Date Vaccinated	VIS Date	Manufacturer and Lot #	Site of Administration		Signature of Vaccine Administrator
			IN=Intranasal LD=Left deltoid LT=Left thigh	RD=Right deltoid RT = Right thigh	