

پہلا نام اور صارف نام: Nome e Cognome:	
تاریخ پیدائش: Data di nascita:	جائے پیدائش: Luogo di nascita:
پتہ: Residenza:	ٹیلیفون: Telefono:
نیشنل ہیلتھ کارڈ (اگر دستیاب ہو تو) کا ٹیکس کوڈ Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	

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 رواج 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 نہیں ہوں RIFIUTO	میں درج ذیل سے متفق ہوں اور اس کی اجازت دیتا ہوں ACCONSENTO E AUTORIZZO
دوا کا بندوبست la somministrazione del vaccino	دوا کا بندوبست la somministrazione del vaccino
تاریخ اور جگہ: Data e luogo:	تاریخ اور جگہ: Data e luogo:
ٹیکہ سے انکار کرنے والے فرد یا اس کے قانونی نمائندے کے دستخط Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	ٹیکہ موصول کرنے والے فرد یا اس کے قانونی نمائندے کے دستخط Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale
منظوری دینے سے قاصر افراد کے رشتہ داروں کی معلومات (بحوالہ اطالوی قانون 29 جنوری 2021، نمبر 6) Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.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	
<p>Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19</p>	
تاریخ اور جگہ:	رشتہ دار کے دستخط:
.....	.....
Data e luogo:	Firma del Familiare:
.....	.....

ٹیکہ کاری ٹیم کے ممبران

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. پہلا نام سر نام اور منصب Nome cognome e ruolo	2. پہلا نام سر نام اور منصب Nome cognome e ruolo
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 Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato دستخط: Firma	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 Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato دستخط: Firma

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

Dettagli operativi della vaccinazione

امیونائزر کے دستخط Firma sanitario	تاریخ اور وقت Data e ora	کہاں لگایا گیا Luogo di somministrazione	اختتامی تاریخ Scad.	بیچ نمبر Lotto n.	انجیکشن کی جگہ Sito di iniezione	
					دایاں بازو	پہلی خوراک 1° dose
					دایاں بازو	دوسری خوراک 2° dose



**SARS-CoV-2/کووڈ-19 کی ٹیکہ کاری پری ویکسین ٹرائیج**

ٹیکہ وصول کنندہ مکمل کرے اور ٹیکہ کاری والے نگہداشت صحت سے متعلق پیشہ ور افراد جانزہ لیں

<p>ٹیلیفون: Telefono:</p>			<p>پہلا نام اور صارف نام: .....</p> <p>Nome e cognome</p> <p>پیدائش کی تاریخ اور جگہ: .....</p> <p>Data e luogo di nascita</p>
<p>معلوم نہیں Non so</p>	<p>نہیں NO</p>	<p>ہاں 'SI</p>	<p>طبی سرگزشت ANAMNESI</p>
			<p>کیا آج آپ کو طبیعت ناساز محسوس ہو رہی ہے؟ Attualmente è malato?</p>
			<p>کیا آپ کو تیز درجہ حرارت ہے؟ Ha febbre?</p>
			<p>کیا آپ کو لیٹیکس، کسی غذائی اشیاء، دواؤں یا ٹیکہ کے اجزا میں سے کسی کے تئیں الرجی ہے؟ اگر ہاں تو براہ کرم بیان کریں: .....</p> <p>Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si specificare:</p>
			<p>کیا آپ کو کبھی کوئی ٹیکہ موصول کرنے کے بعد سنگین ردعمل ہوا ہے؟ Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?</p>
			<p>کیا آپ دل یا پھیپھڑے کے مرض، دمہ، گردے کے مرض، ذیابیطس، خون کی کمی یا خون کے دیگر عوارض میں مبتلا ہیں؟ Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?</p>
			<p>کیا آپ امتناعی مصنوعات کے حامل ہیں؟ (جیسے کینسر، لیوکیمیا، لمفوما، HIV/AIDS، ٹرانسپلانٹ) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)</p>
			<p>پچھلے 3 ماہ میں، کیا آپ نے کوئی ایسی دوا جو آپ کے نظام مامونیت کو متاثر کرتی ہے (جیسے، کارٹیزان، پریڈنیزون یا دیگر اسٹیرائڈز) یا کینسر مخالف دوائیں لی ہیں، یا آپ نے کوئی اشعاعی معالجہ کروایا ہے؟ Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?</p>
			<p>پچھلے سال میں، کیا آپ نے خون کا ٹرانسفیوژن یا خون والے پروڈکٹس موصول کیے ہیں، یا آپ کو امیونوگلوبولین (گاما) یا اینٹی وائرل دوائیں دی گئی ہیں؟ Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?</p>
			<p>کیا آپ کو کوئی غشی کا دورہ پڑا ہے یا آپ کے دماغ یا اعصابی نظام میں مسائل پیش آئے ہیں؟ Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?</p>
			<p>کیا آپ نے پچھلے 4 ہفتوں میں کوئی ٹیکہ کاری موصول کی ہے؟ اگر ہاں تو، کون سی؟ Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?</p>
			<p>کیا آپ کوئی مانع انجماد خون دوا لے رہے ہیں؟ Sta assumendo farmaci anticoagulanti?</p>
<p>ذیل میں وہ دوائیں، نیز کوئی فطری تکملات، وٹامنز، معدنیات یا جو متبادل دوائیں آپ لے رہے ہیں انہیں بیان کریں:</p> <p>Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:</p>			



معلوم نہیں Non so	نہیں NO	ہاں 'SI'	صرف خواتین کے لیے: PER LE DONNE:
			کیا آپ حاملہ ہیں یا پہلی یا دوسری خوراک کے بعد والے ماہ میں حاملہ ہونے پر غور کر رہی ہیں؟ è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?
			کیا آپ چھاتی سے دودھ پلا رہی ہیں؟ Sta allattando?
معلوم نہیں Non so	نہیں NO	ہاں 'SI'	کووڈ سے متعلق طبی سرگزشت ANAMNESI COVID-CORRELATA
			پچھلے ماہ میں، کیا آپ Sars-CoV2 سے متاثر فرد یا کووڈ-19 میں مبتلا فرد کے رابطے میں رہے ہیں؟ Nell'ultimo mese È stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?
			کیا آپ کو ذیل میں سے کوئی علامت درپیش ہے: Manifesta uno dei seguenti sintomi:
			- کھانسی/سردی/تیز درجہ حرارت/بے دم ہونا یا فلو نما علامات؟ Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?
			- گلے میں خراش/بو یا ذائقہ کے شعور کا فقدان؟ Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?
			- پیٹ میں درد/اسہال؟ Dolore addominale/diarrea?
			- خلاف معمول خراش یا جریان خون/انکھیں سرخ ہونا؟ Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?
			کیا آپ نے پچھلے ماہ میں بیرون ملک کا سفر کیا ہے؟ Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?
			کووڈ-19 کی جانچیں TEST COVID-19
			کووڈ-19 کی کوئی حالیہ جانچ نہیں ہے Nessun test COVID-19 recente
			منفی کووڈ-19 کی جانچ ( تاریخ: ..... ) Test COVID-19 negativo ( ..... Data )
			مثبت کووڈ-19 کی جانچ ( تاریخ: ..... ) Test COVID-19 positivo ( ..... Data )
			کووڈ-19 کی جانچ کا انتظار ہے ( تاریخ: ..... ) In attesa di test COVID-19 ( ..... Data )
اپنی صحت کے بارے میں کسی دیگر حالات یا مفید معلومات کی رپورٹ کریں: Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute: ..... .....			
ٹیکہ لگوانے والے فرد یا اس کے قانونی نمائندے کے دستخط Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale			تاریخ اور جگہ Data e luogo