

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਉਪਨਾਮ: <i>Nome e Cognome:</i>	
ਜਨਮ ਤਰੀਕ: <i>Data di nascita:</i>	ਜਨਮ ਸਥਾਨ: <i>Luogo di nascita</i>
ਪਤਾ: <i>Residenza:</i>	ਟੈਲੀਫੋਨ: <i>Telefono:</i>
ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਡ (ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ) ਟੈਕਸ ਕੋਡ <i>Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale</i>	

ਮੈਂ ਮੈਨੂੰ ਗਿਆਤ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇਟੈਲੀਅਨ ਮੈਡੀਸਨਜ਼ ਏਜੰਸੀ (AIFA) ਵੱਲੋਂ ਵੈਕਸਿਨ: “

ਦੇ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਰਚੇ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ

ਮੈਂ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਤੀਤ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਚਾਲੂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਵੈਕਸਿਨ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਵਿਸਤਾਰਤ ਜਵਾਬ ਮਿਲ ਗਏ ਹਨ ਜੋ ਮੈਨੂੰ ਸਮਝ ਲੱਗ ਗਏ ਹਨ। ਮੈਨੂੰ ਮੇਰੇ ਲਈ ਸਪਸ਼ਟ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ ਸੂਚਿਤ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਅਤੇ ਜੋਖਿਮਾਂ, ਢੰਗਾਂ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਾਂ, ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ 'ਤੇ ਦੂਸਰੀ ਖੁਰਾਕ ਦੇ ਨਾਲ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸੰਕੋਚ ਕਰਨ 'ਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣੂ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਜਾਣੂ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਸਦੀਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਮੇਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ ਕਿ ਤੁਰੰਤ ਕੋਈ ਵੀ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਨਾ ਹੋਣ, ਇਸ ਵੈਕਸਿਨ ਨੂੰ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ 15 ਮਿੰਟ ਬਾਅਦ ਵੇਟਿੰਗ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ <i>ACCONSENTO E AUTORIZZO</i>	ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ <i>RIFIUTO</i>
ਇਹ ਵੈਕਸਿਨ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਲਈ <i>la somministrazione del vaccino</i>	ਇਹ ਵੈਕਸਿਨ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਲਈ <i>la somministrazione del vaccino</i>
ਤਰੀਕ ਅਤੇ ਸਥਾਨ: <i>Data e luogo:</i>	ਤਰੀਕ ਅਤੇ ਸਥਾਨ: <i>Data e luogo:</i>
ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦੇ ਦਸਖਤ <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>	ਵੈਕਸਿਨ ਲਈ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦੇ ਦਸਖਤ <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>
ਸਹਿਮਤੀ ਨਾ ਦੇਣ ਦੇ ਯੋਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਹਵਾਲਾ ਇਟੈਲੀਅਨ ਕਨੂੰਨ 29 ਜਨਵਰੀ 2021, ਨੰਬਰ 6) <i>Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)</i>	
<p><input type="checkbox"/> ਮਰੀਜ਼ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ, ਅਤੇ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਲਈ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਦੇ ਮੱਦੇਨਜ਼ਰ, COVID-19 ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਨਾਲ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਦੱਸ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। <i>Cf. COVID19 ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਫਾਰਮ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ</i></p> <p><i>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</i></p>	
ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਥਾਨ:	ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਖਤ :.....

COVID-19 ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ

Data e luogo:.....

Firma del Familiare:.....

ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਟੀਮ ਦੇ ਸਦੱਸ

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਉਪਨਾਮ ਅਤੇ ਭੂਮਿਕਾ <i>Nome cognome e ruolo</i>	2. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਉਪਨਾਮ ਅਤੇ ਭੂਮਿਕਾ <i>Nome cognome e ruolo</i>
ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਨੇ ਉਚਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato</i>	ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਨੇ ਉਚਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato</i>
ਦਸਖਤ : Firma:	ਦਸਖਤ : Firma:

ਵਾਧੂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਪਰ ਘਰ ਵਿਖੇ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਲਗਵਾਉਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਤਮਕ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇਣ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

Dettagli operativi della vaccinazione

	ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦਾ ਸਥਾਨ <i>Sito di iniezione</i>		ਬੈਚ ਨੰਬਰ <i>Lotto n.</i>	ਮਿਆਦ ਸਮਾਪਤੀ <i>Scad.</i>	ਲਗਵਾਉਣ ਦਾ ਸਥਾਨ <i>Luogo di somministrazione</i>	ਤਰੀਕ ਅਤੇ ਮਿਤੀ <i>Data e ora</i>	ਇਮਿਊਨਾਈਜ਼ਰ ਦੇ ਦਸਖਤ <i>Firma sanitario</i>
ਪਹਿਲੀ ਖੁਰਾਕ <i>1° dose</i>	ਸੱਜੀ ਬਾਂਹ <i>Braccio destro</i>	ਖੱਬੀ ਬਾਂਹ <i>Braccio sinistro</i>					
ਦੂਸਰੀ ਖੁਰਾਕ <i>2° dose</i>	ਸੱਜੀ ਬਾਂਹ <i>Braccio destro</i>	ਖੱਬੀ ਬਾਂਹ <i>Braccio sinistro</i>					



SARS-CoV-2/COVID-19 ਵੈਕਸਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਜ਼ਮਾਉਣਾ

ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੇ ਵੱਲੋਂ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਸਿਰਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਦੇ ਵੱਲੋਂ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ

<p>ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਉਪਨਾਮ:</p> <p>Nome e cognome:</p> <p>ਜਨਮ ਤਾਰੀਕ ਅਤੇ ਸਥਾਨ:.....</p> <p>Data e luogo di nascita:</p>	<p>ਟੈਲੀਫੋਨ:</p> <p>Telefono:</p>		
<p>ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ</p> <p>ANAMNESI</p>	<p>ਹਾਂ</p> <p>SI'</p>	<p>ਨਹੀਂ</p> <p>NO</p>	<p>ਪਤਾ ਨਹੀਂ</p> <p>Non so</p>
<p>ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅੱਜ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?</p> <p>Attualmente è malato?</p>			
<p>ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਾਪਮਾਨ ਹੈ?</p> <p>Ha febbre?</p>			
<p>ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੈਟੇਕਸ, ਕਿਸੇ ਭੋਜਨ ਸਮੱਗਰੀ, ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਵੈਕਸਿਨ ਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮੱਗਰੀ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ:</p> <p>Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si specificare:</p>			
<p>ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵੈਕਸਿਨ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਦੇ ਵੀ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਹੋਈ ਹੈ?</p> <p>Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?</p>			
<p>ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿਲ ਜਾਂ ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਅਸਥਮਾ, ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਸ਼ੂਗਰ ਰੋਗ, ਏਨਮੀਆ ਜਾਂ ਹੋਰ ਖੂਨ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਹਨ ?</p> <p>Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?</p>			
<p>ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਰੱਖਿਆ ਸ਼ਕਤੀ ਘੱਟ ਹੈ?</p> <p>(ਉਦਾਹਰਨ ਦੇ ਲਈ ਕੈਂਸਰ, ਲੁਕੇਮੀਆ, ਲਿੰਫੋਮਾ, HIV/AIDS, ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ)</p> <p>Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)</p>			
<p>ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਦਵਾਈ ਲਿੰਤੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰਦੀ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਨ ਦੇ ਲਈ ਕੋਰਟੀਸੋਨ, ਪ੍ਰੋਡਨੀਸੋਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਟੈਰੋਇਡ) ਜਾਂ ਐਂਟੀ-ਕੈਂਸਰ ਦਵਾਈਆਂ, ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਰੇਡੀਏਸ਼ਨ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ?</p> <p>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>ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਖੂਨ ਟ੍ਰਾਂਸਫਿਊਜ਼ਨ ਜਾਂ ਖੂਨ ਸੰਬੰਧ ਉਤਪਾਦ ਲਏ ਹਨ , ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਮਿਊਨੋਗਲੋਬੁਲਿਨ (ਗੈਮਾ) ਜਾਂ ਐਂਟੀਵਾਇਰਲ ਡਰੱਗ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ ?</p> <p>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>ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਦਿਮਾਗ ਜਾਂ ਨਸ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਦੌਰੇ ਪਏ ਹਨ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ?</p> <p>Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?</p>			
<p>ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜੀ?</p> <p>Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?</p>			
<p>ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਐਂਟੀਕੋਗੂਲੈਂਟ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?</p> <p>Sta assumendo farmaci anticoagulanti?</p>			
<p>ਹੇਠਾਂ ਉਹ ਦਵਾਈਆਂ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਕੁਦਰਤੀ ਪੂਰਕ, ਵਿਟਾਮਿਨ, ਮਿਨਰਲ ਜਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਦਵਾਈਆਂ ਲਿਖੋ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ:</p> <p>Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

ਕੇਵਲ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਲਈ : PER LE DONNE:		ਹਾਂ SI'	ਨਹੀਂ NO	ਪਤਾ ਨਹੀਂ Non so
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੀ ਜਾਂ ਦੂਸਰੀ ਖੁਰਾਕ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਰਹੇ ਹੋ? è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?				
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਦੁੱਧ ਚੁੰਘਾ ਰਹੇ ਹੋ? sta allattando?				
ਕੇਵਿਡ-ਸੰਬੰਧਤ ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ ANAMNESI COVID-CORRELATA		ਹਾਂ SI'	ਨਹੀਂ NO	ਪਤਾ ਨਹੀਂ Non so
ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ Sars-CoV2 ਤੋਂ ਸੰਕ੍ਰਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ COVID-19 ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ? Nell'ultimo mese È stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?				
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਹਨ : Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
- ਖੰਘ/ਜੁਕਾਮ/ਵੱਧ ਤਾਪਮਾਨ/ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ ਜਾਂ ਫਲੂ ਵਰਗੇ ਲੱਛਣ? Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?				
- ਗਲੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ /ਸੁਗੰਧ ਜਾਂ ਸੁਆਦ ਵਿੱਚ ਕਮੀ? Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?				
- ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਦਰਦ /ਦਸਤ ? Dolore addominale/diarrea?				
- ਅੱਖਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜ਼ਖਮ ਜਾਂ ਖੂਨ ਵਗਣਾ/ਲਾਲੀ? Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?				
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਵਿਦੇਸ਼ ਯਾਤਰਾ ਕੀਤੀ ਹੈ? Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?				
COVID-19 ਜਾਂਚਾਂ TEST COVID-19				
ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ COVID-19 ਜਾਂਚ ਨਹੀਂ Nessun test COVID-19 recente				
ਨਕਾਰਾਤਮਕ COVID-19 ਜਾਂਚ (ਮਿਤੀ:) Test COVID-19 negativo (Data:)				
ਸਕਾਰਾਤਮਕ COVID-19 ਜਾਂਚ (ਮਿਤੀ:) Test COVID-19 positivo (Data)				
COVID-19 ਜਾਂਚ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ (ਮਿਤੀ:.....) In attesa di test COVID-19 (Data:)				
ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਹੋਰ ਸਥਿਤੀਆਂ ਜਾਂ ਲਾਭਦਾਇਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ: Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:				
.....				
ਤਰੀਕ ਅਤੇ ਸਥਾਨ Data e luogo		ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦੇ ਦਸਖਤ Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale		