

کووڈ 19 مخالف ٹیکے کی پہلی خوراک کے بعد سوالنامہ

QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

نام اور سر نام _____

_____ NOME e COGNOME

تاریخ پیدائش _____ ٹیکس کوڈ _____

_____ Codice fiscale _____ DATA DI NASCITA

کیا آپ کو ٹیکے کی پہلی خوراک کے بعد کسی نئی علامت یا صحت کے مسائل کا سامنا ہوا ہے؟
Dopo la prima dose di vaccino hai avuto nuovi sintomi o problemi di salute?

ہاں

نہیں

SI

NO

اگر آپ نے نہیں میں جواب دیا تو دوسرے سوالوں کا جواب مت دیں۔ براہ کرم یہیں رک جائیں۔

اگر آپ نے ہاں میں جواب دیا تو، آگے پڑھیں اور آپ کو جن علامات کا سامنا ہوا وہ سب نیچے بیان کریں۔

رپورٹ کردہ ہر علامت کے لیے، انجیکشن کے جتنی دیر بعد یہ ہوا اور انجیکشن کے جتنی دیر بعد یہ غائب ہوا اسے دائیں کالم میں بیان کریں۔

علامت کب غائب ہوئی Epoca di SCOMPARSA del sintomo	علامت کب ظاہر ہوئی Epoca di COMPARSA del sintomo	مقامی علامات ٹیکے کے انجیکشن کی جگہ پر Sintomi LOCALI nel punto di iniezione del vaccino
<input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso <input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> دیگر Altro _____	<input type="checkbox"/> 60 منٹ کے اندر Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso <input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> دیگر Altro _____	<input type="checkbox"/> درد Dolore
<input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso <input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> دیگر Altro _____	<input type="checkbox"/> 60 منٹ کے اندر Entro 60 minuti <input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso <input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo <input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo <input type="checkbox"/> دیگر Altro _____	<input type="checkbox"/> سرخ ہونا Arrossamento

<p>علامت کب غائب ہوئی Epoca di SCOMPARSA del sintomo</p>	<p>علامت کب ظاہر ہوئی Epoca di COMPARSA del sintomo</p>	<p>عمومی علامات Sintomi GENERALI</p>
<p><input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso</p> <p><input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر Altro</p>	<p><input type="checkbox"/> 60 منٹ کے اندر Entro 60 minuti</p> <p><input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso</p> <p><input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر Altro</p>	<p><input type="checkbox"/> تھکاوٹ کا احساس Senso di stanchezza</p>
<p><input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso</p> <p><input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر Altro</p>	<p><input type="checkbox"/> 60 منٹ کے اندر Entro 60 minuti</p> <p><input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso</p> <p><input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر Altro</p>	<p><input type="checkbox"/> متلی Nausea</p>
<p><input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso</p> <p><input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر Altro</p>	<p><input type="checkbox"/> 60 منٹ کے اندر Entro 60 minuti</p> <p><input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso</p> <p><input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر Altro</p>	<p><input type="checkbox"/> الٹی Vomito</p>
<p><input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso</p> <p><input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر Altro</p>	<p><input type="checkbox"/> 60 منٹ کے اندر Entro 60 minuti</p> <p><input type="checkbox"/> اسی دن Il giorno stesso</p> <p><input type="checkbox"/> اگلے دن Il giorno dopo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد 2 giorni dopo</p> <p><input type="checkbox"/> دیگر Altro</p>	<p><input type="checkbox"/> کچکی Brividi</p>

<p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro</p>	<p>60 منٹ کے اندر <input type="checkbox"/> Entro 60 minuti</p> <p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro</p>	<p>38°C تک بخار <input type="checkbox"/> Febbre fino a 38°C</p>
<p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro</p>	<p>60 منٹ کے اندر <input type="checkbox"/> Entro 60 minuti</p> <p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro</p>	<p>38°C سے زائد بخار <input type="checkbox"/> Febbre superiore a 38°C</p>
<p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro</p>	<p>60 منٹ کے اندر <input type="checkbox"/> Entro 60 minuti</p> <p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro</p>	<p>وسیع پیما عضلہ یا جوڑوں میں درد <input type="checkbox"/> Dolori muscolari o articolari diffusi</p>
<p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro</p>	<p>60 منٹ کے اندر <input type="checkbox"/> Entro 60 minuti</p> <p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro</p>	<p>سوجے ہوئے لمفی غدود <input type="checkbox"/> Ingrossamento di ghiandole linfatiche</p>

<p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>60 منٹ کے اندر <input type="checkbox"/> Entro 60 minuti</p> <p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>نیند نہیں آنا <input type="checkbox"/> Insomnia</p>
<p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>60 منٹ کے اندر <input type="checkbox"/> Entro 60 minuti</p> <p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>فشار خون میں اضافہ <input type="checkbox"/> Aumento della pressione arteriosa</p>
<p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>60 منٹ کے اندر <input type="checkbox"/> Entro 60 minuti</p> <p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>وسیع پیما خارش <input type="checkbox"/> Prurito diffuso</p>
<p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>60 منٹ کے اندر <input type="checkbox"/> Entro 60 minuti</p> <p>اسی دن <input type="checkbox"/> Il giorno stesso</p> <p>اگلے دن <input type="checkbox"/> Il giorno dopo</p> <p>2 دن کے بعد <input type="checkbox"/> 2 giorni dopo</p> <p>دیگر <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>سرخباد (سرخ ابھری ہوئی جلد کے دھبے) <input type="checkbox"/> Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)</p>

<input type="checkbox"/> اسی دن <i>Il giorno stesso</i>	<input type="checkbox"/> 60 منٹ کے اندر <i>Entro 60 minuti</i>	<input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم بیان کریں) <i>Altro (specificare)</i>
<input type="checkbox"/> اگلے دن <i>Il giorno dopo</i>	<input type="checkbox"/> اسی دن <i>Il giorno stesso</i>	
<input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد <i>2 giorni dopo</i>	<input type="checkbox"/> اگلے دن <i>Il giorno dopo</i>	
<input type="checkbox"/> دیگر <i>Altro</i>	<input type="checkbox"/> 2 دن کے بعد <i>2 giorni dopo</i>	
	<input type="checkbox"/> دیگر <i>Altro</i>	

کیا آپ کو اپنی شکایات کے مدنظر طبی توجہ کی ضرورت پڑی؟

I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

اگر ایسا ہے اور ممکن ہو تو، براہ کرم جب آپ ٹیکے کی اپنی دوسری خوراک کے لیے آئیں تو ڈاکٹر کی رپورٹ لائیں۔
Se sì e se disponibile: la preghiamo di portare il referto quando verrà a ricevere la seconda dose di vaccino.

تاریخ _____
 DATA _____

ٹیکہ لگوانے والے فرد/قانونی نمائندے/فیملی ممبر/نگران کے دستخط
FIRMA del vaccinando/rappresentante legale/familiare/caregiver
