

انفلوئنزا/نمونیا نبقہ کی مامونیت کے لیے منظوری فارم

نا (براہ کرم جلی حروف میں لکھیں)	تاریخ پیدائش	جنس	ریاست کی کاؤٹی
پتہ	شہر	ریاست	زپ
فون	19 سال سے کم عمر کے افراد کے لیے، ماں کا اصل نام		
Medicare کا دعویٰ نمبر	ڈاکٹر کا نام		
صحت بیمہ فراہم کنندہ	ڈاکٹر کا نام		
پالیسی نمبر	کلینک/آفس سائٹ جہاں ٹیکہ لگایا گیا	NYSIIS کی اجازت ≥ 19 سال عمر <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	

براہ کرم اپنے لیے یا ٹیکہ موصول کرنے والے شخص کے لیے ذیل کے سوالات مکمل کریں۔

- نہیں ہاں کیا آپ کو فی الحال جگر کی بیماری لاحق ہے؟
- نہیں ہاں کیا آپ کو فلو یا نمونیا کے ٹیکے کے کسی جز (یا حصہ) کے تئیں کبھی کوئی جان لیوا الرجی ہوئی ہے؟
اگر ہاں تو، براہ کرم بیان کریں:
- نہیں ہاں کیا فلو کا ٹیکہ موصول کرنے کے بعد 6 ہفتے کے اندر کبھی آپ کو گیلین بر سنڈروم (Guillain-Barre Syndrome) پیدا ہوا ہے؟
کیا آپ نے کبھی نمونیا کا انجیکشن لیا ہے؟
- نہیں ہاں کیا آپ سگریٹ نوش ہیں یا کوئی دیرینہ طبی کیفیت جسے دمہ، دل یا پھیپھڑے کا مرض لاحق ہے؟
اگر ہاں تو، براہ کرم بیان کریں:
- نہیں ہاں کیا آپ کو انڈوں یا انڈے کے پروڈکٹس کے تئیں کبھی کوئی جان لیوا الرجی ہوئی ہے؟
کیا آپ حاملہ ہیں؟
- نہیں ہاں کیا آپ دمہ یا گھرگھراہٹ کی سرگزشت رکھتے ہیں؟
- نہیں ہاں کیا آپ طویل مدتی اسپرین تھراپی موصول کرنے والا کوئی بچہ یا نوجوان فرد ہیں؟
- نہیں ہاں کیا آپ کمزور نظام مامونیت رکھتے ہیں یا خصوصی نگہداشت کے طالب انتہائی کمزور نظام مامونیت والے کسی فرد کے ساتھ قریبی رابطہ ہے؟
- نہیں ہاں کیا آپ نے پچھلے 4 ہفتوں کے اندر کوئی اور ٹیکہ کاری موصول کی ہے؟
- نہیں ہاں کیا آپ نے پچھلے 48 گھنٹوں کے اندر فلو کے لیے کوئی اینٹی وائرل دوا لی ہے؟

نمونیا نبقہ کے لیے منظوری

میں نے **نمونیا نبقہ** کی ٹیکہ کاری کے بارے میں ویکسین کی معلومات کا بیان (Vaccine Information Statement, VIS) پڑھ لیا ہے، یا میرے سامنے اس کی وضاحت کر دی گئی ہے۔ مجھے سوالات پوچھنے کا موقع ملا تھا، جن کا جواب میرے اطمینان کی حد تک دیا گیا تھا، اور میں حسب مذکور ٹیکہ کاری کے فوائد اور خطرات کو سمجھتا ہوں۔ میری گزارش ہے کہ **نمونیا نبقہ** کی ٹیکہ کاری مجھے (یا اوپر نامزد فرد کو جس کے لیے میں یہ گزارش کرنے کا مجاز ہوں) دی جائے۔ میں Medicare یا بیمہ کے دوسرے دعوے پر کارروائی کرنے کے لیے یا صحت عامہ کے دیگر مقاصد کے مدنظر لازمی کوئی طبی یا دیگر معلومات جاری کرنے کا اختیار دیتا ہوں۔ مجھے مریضوں کے حقوق کا مسودہ (Patient Bill of Rights) کی کاپی موصول ہو گئی ہے۔

وصول کنندہ (والدین یا سرپرست) کے دستخط _____ تاریخ _____

انفلوئنزا کے لیے منظوری

میں نے **انفلوئنزا** کی ٹیکہ کاری کے بارے میں ویکسین کی معلومات کا بیان (Vaccine Information Statement, VIS) پڑھ لیا ہے، یا میرے سامنے اس کی وضاحت کر دی گئی ہے۔ مجھے سوالات پوچھنے کا موقع ملا تھا، جن کا جواب میرے اطمینان کی حد تک دیا گیا تھا، اور میں حسب مذکور ٹیکہ کاری کے فوائد اور خطرات کو سمجھتا ہوں۔ میری گزارش ہے کہ **انفلوئنزا** کی ٹیکہ کاری مجھے (یا اوپر نامزد فرد کو جس کے لیے میں یہ گزارش کرنے کا مجاز ہوں) دی جائے۔ میں Medicare یا بیمہ کے دوسرے دعوے پر کارروائی کرنے کے لیے یا صحت عامہ کے دیگر مقاصد کے مدنظر لازمی کوئی طبی یا دیگر معلومات جاری کرنے کا اختیار دیتا ہوں۔ مجھے مریضوں کے حقوق کا مسودہ (Patient Bill of Rights) کی کاپی موصول ہو گئی ہے۔

وصول کنندہ (والدین یا سرپرست) کے دستخط _____ تاریخ _____

ذیل کا حصہ نرس کے ذریعے مکمل کیا جائے

نمونیا نبقہ کے مرض کا ٹیکہ

لگانے کی تاریخ _____

لگانے کی جگہ بائیں بازو دایاں بازو بائیں جانگھ دائیں جانگھ

مینوفیکچرر اور لاٹ نمبر _____

VIS کی تاریخ _____

نرس کے دستخط _____

مامونیت کی اگلی مقررہ تاریخ: کوئی بھی درکار نہیں ہے دیگر _____

انفلوئنزا کا ٹیکہ

لگانے کی تاریخ _____

لگانے کی جگہ بائیں بازو دایاں بازو بائیں جانگھ دائیں جانگھ

خوراک 0.5 ml 0.25 ml زندہ کمزور شدہ انفلوئنزا ویکسین (LAIV)

مینوفیکچرر اور لاٹ نمبر _____

VIS کی تاریخ _____

نرس کے دستخط _____

مامونیت کی اگلی مقررہ تاریخ: اگلے سال 4 ہفتوں میں دیگر _____