

सिसिनैटी बाल-अस्पताल चिकित्सा केंद्र
वाइरस टीका सक्रिय-स्वीकृति प्रपत्र
वैरीसेला (छोटी माता - शिंगल्ज़)

हाँ	नहीं	नियोमाइसिन से एलर्जी?
हाँ	नहीं	जेलाटिन से एलर्जी?
हाँ	नहीं	वैरीसेला या किसी अन्य टीके से गंभीर जानलेवा एलर्जिक प्रतिक्रिया?
हाँ	नहीं	क्या आप गर्भवती हैं? (प्रत्येक इंजेक्शन के लिये अगले एक महीने तक गर्भावस्था से बचें)
हाँ	नहीं	पिछले सात दिनों में तेज़ बुखार से पीड़ित?
हाँ	नहीं	कम प्रतिरक्षा शक्ति? (कैंसर, ल्यूकीमिया, लिम्फोमा, एच. आई. वी.)
हाँ	नहीं	इम्यूनोसप्रेसिव या स्टीरॉयड थिरैपी ले रहे हैं?
हाँ	नहीं	क्या आप नियमित तौर पर एस्पिरिन का प्रयोग कर रहे हैं? (दवा की प्रत्येक खुराक के बाद छह सप्ताह तक एस्पिरिन न लें)
हाँ	नहीं	पिछले पाँच महीनों में क्या आपने रक्त या प्लाज्मा प्राप्त की?
हाँ	नहीं	पिछले पाँच महीनों में क्या आपने इम्यून ग्लोब्यूलिन या वैरीसेला ज़ोस्टर इम्यून ग्लोब्यूलिन प्राप्त की?

मैंने वैरीसेला के टीके के विषय में तथ्य-पत्र पर लिखी जानकारी पढ़ ली है या किसी ने यह जानकारी पढ़ कर मुझे समझा दिया है। मेरे प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दिये गये। मैं इस टीके से होने वाले लाभों व खतरों के बारे में जानता हूँ और यह अनुरोध करता हूँ कि मुझे या उस व्यक्ति को जिसका नाम नीचे दिया गया है, निम्नलिखित टीका लगाया जाये, मैं उस व्यक्ति के लिये यह अनुरोध करने के लिए अधिकृत हूँ।

सामाजिक सुरक्षा (सोशल सेक्योरिटी) नंबर _____ विभाग _____ जन्म-तिथि _____

टीका # 1 वैरीवक्स

मुद्रित नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

टीका # 2 वैरीवक्स

मुद्रित नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

Merck & Co. _____ Right arm SubQ _____ Date of VIS
Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Left arm SubQ _____ Date VIS read

Vaccine # 2

Adverse Reaction to 1st vaccine _____

Merck & Co. _____ Right arm SubQ _____ Date of VIS
Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Left arm SubQ _____ Date VIS read

Employee Health Nurse Signature _____