

Virus Vaccine Consent Form Rabies - Hindi Version

सिसिनैटी बाल-अस्पताल चिकित्सा केंद्र

वाइरस टीका स्वीकृति प्रपत्र

जलांतक (रेबीज़)

हाँ	नहीं	नियोमाइसिन सल्फेट से एलर्जी?
हाँ	नहीं	जलांतक या किसी अन्य टीके से गंभीर जानलेवा एलर्जिक प्रतिक्रिया?
हाँ	नहीं	गर्भवती?
हाँ	नहीं	पिछले सात दिनों में तेज़ बुखार से पीड़ित?
हाँ	नहीं	क्या आप प्रतिरक्षा शक्ति घटाने वाले या स्टीरॉयड थिरैपी या मलेरिया रोधक दवाएँ ले रहे हैं?
हाँ	नहीं	कम प्रतिरक्षा शक्ति? (कैंसर, ल्यूकेमिया, लिम्फोमा, एच. आई. वी.)

मैंने जलांतक 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 जलांतक के 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  जलांतक

मुद्रित नाम

हस्ताक्षर

दिनांक

टीका # 2  जलांतक

हस्ताक्षर

दिनांक

टीका # 3  जलांतक

हस्ताक्षर

दिनांक

Employee Health Department Use Only

**Vaccine # 1**

Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination  Right deltoid IM \_\_\_\_\_ Date of VIS  
 Left deltoid IM \_\_\_\_\_ Date VIS read

Employee Health Nurse Signature

**Vaccine # 2**  Adverse Reaction to 1<sup>st</sup> vaccine \_\_\_\_\_

Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination  Right deltoid IM \_\_\_\_\_ Date of VIS  
 Left deltoid IM \_\_\_\_\_ Date VIS read

Employee Health Nurse Signature

Virus Vaccine Consent Form Rabies - Hindi Version

सिसिनैटी बाल-अस्पताल चिकित्सा केंद्र

वाइरस टीका स्वीकृति प्रपत्र

जलांतक (रेबीज़)

**Vaccine # 3**

Adverse Reaction to 1<sup>st</sup> vaccine \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Right deltoid IM \_\_\_\_\_ Date of VIS  
Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination  Left deltoid IM \_\_\_\_\_ Date VIS read

\_\_\_\_\_  
Employee Health Nurse Signature