

Virus Vaccine Consent Form Hepatitis B - Hindi Version

सिसिनैटी बाल-अस्पताल चिकित्सा केंद्र

वाइरस टीका स्वीकृति प्रपत्र

हिपैटाइटिस बी

हाँ	नहीं	बेकर (ब्रेड) खमीर से अतिसंवेदनशीलता?
हाँ	नहीं	पिछले सात दिनों में तेज बुखार से पीड़ित?
हाँ	नहीं	हिपैटाइटिस या किसी अन्य टीके से गंभीर जानलेवा एलर्जिक प्रतिक्रिया?
हाँ	नहीं	क्या आपका हृदय और फुफ्फुस तंत्र गंभीर रूप से प्रभावित है?
हाँ	नहीं	क्या आप पूर्व-डायलिसिस या डायलिसिस पर हैं?
हाँ	नहीं	क्या आपके किसी अंग या अस्थिमज्जा का प्रतिरोपण किया गया है?

मैंने हिपैटाइटिस बी 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 लिये अधिकृत हूँ। अगर यह तीनों टीके लगवाने से पहले मैं अपनी नौकरी से सेवामुक्त होता हूँ तो बाकी के टीके लगवाने की जिम्मेदारी मेरी अपनी है।

सामाजिक सुरक्षा (सोशल सेक्योरिटी) नंबर

विभाग

जन्म-तिथि

टीका # 1  रेकोम्बीवक्स एनेर्जिक्स

मुद्रित नाम

हस्ताक्षर

दिनांक

टीका # 2  रेकोम्बीवक्स एनेर्जिक्स

मुद्रित नाम

हस्ताक्षर

दिनांक

टीका # 3  रेकोम्बीवक्स एनेर्जिक्स

मुद्रित नाम

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 \_\_\_\_\_

Virus Vaccine Consent Form Hepatitis B - Hindi Version

सिसिनैटी बाल-अस्पताल चिकित्सा केंद्र

वाइरस टीका स्वीकृति प्रपत्र

हिपैटाइटिस बी

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

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

**Vaccine # 3**  Adverse Reaction to 2nd vaccine \_\_\_\_\_

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

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