

सिसिनैटी बाल-अस्पताल चिकित्सा केंद्र

वाइरस टीका स्वीकृति प्रपत्र

टेटनस और डिपथीरिया

<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	क्या आपको थिमेरिसोल या पारा-उत्पादों से एलर्जी है?
<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	टेटनस, डिपथीरिया या किसी अन्य टीके से गंभीर जानलेवा एलर्जिक प्रतिक्रिया?
<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	पिछले सात दिनों से तेज़ बुखार से पीड़ित?
<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	कम प्रतिरक्षा शक्ति? (कैंसर, ल्यूकेमिया, लिम्फोमा, एच. आई. वी.)
<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	इम्यूनोसप्रेसिव या स्टीरॉयड थिरैपी ले रहे हैं?
<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	क्या आपको रक्तस्राव या स्कंदन (कोएग्यूलेशन) रोग या थ्रोम्बोसायटोपेनिया रोग है?

मैंने टेटनस-डिपथीरिया 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।

सामाजिक सुरक्षा (सोशल सेक्योरिटी) नंबर

विभाग

जन्म-तिथि

टीका # 1 टीडी

मुद्रित नाम

हस्ताक्षर

दिनांक

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

Right arm IM _____ Date of VIS
 Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Left arm IM _____ Date VIS read

Employee Health Nurse Signature