

सिसिनैटी बाल-अस्पताल चिकित्सा केंद्र
वाइरस टीका सक्रिय-स्वीकृति प्रपत्र
खसरा, कनफेड और रुबेला (दाने वाला खसरा)

हाँ	नहीं	नियोमाइसिन से एलर्जी?
हाँ	नहीं	अंडों से एलर्जी?
हाँ	नहीं	जेलाटिन से एलर्जी?
हाँ	नहीं	एम. एम. आर. या किसी अन्य टीके से गंभीर जानलेवा एलर्जिक प्रतिक्रिया?
हाँ	नहीं	गर्भवती? टीकाकरण के बाद अगल चार सप्ताह तक गर्भावस्था से बचें – गर्भनिरोधक का प्रयोग करें।
हाँ	नहीं	पिछले सात दिनों से तेज़ बुखार से पीड़ित?
हाँ	नहीं	कम प्रतिरक्षा शक्ति? (कैंसर, ल्यूकेमिया, लिम्फोमा, एच. आई. वी)
हाँ	नहीं	क्या आपको गठिया है?
हाँ	नहीं	क्या आपको कभी गुलियन-बार सिन्ड्रोम हुआ है?
हाँ	नहीं	इम्यूनोसप्रेसिव या स्टीरॉयड थिरैपी ले रहे हैं?
हाँ	नहीं	क्या आपको रक्त-विकार है?
हाँ	नहीं	पिछले ग्यारह महीनों में क्या आपने रक्त, प्लाज्मा या इम्यून ग्लोब्यूलिन प्राप्त की है?
हाँ	नहीं	क्या आपको पहले कभी दिमागी चोट या ऐंठन वाला दौरा पड़ा है?

मैंने खसरा, कनफेड और रुबेला (दाने वाला खसरा) 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 खसरा, कनफेड और रुबेला (दाने वाला खसरा) 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 लिये अधिकृत हूँ।

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

टीका # 1 एम. एम. आर. [खसरा, कनफेड और रुबेला (दाने वाला खसरा)]

मुद्रित नाम _____ हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

टीका # 2 एम. एम. आर. [खसरा, कनफेड और रुबेला (दाने वाला खसरा)]

हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

Merck & Co. _____ Right deltoid SubQ _____ Date of VIS _____

सिसिनैटी बाल-अस्पताल चिकित्सा केंद्र
वाइरस टीका सक्रिय-स्वीकृति प्रपत्र
खसरा, कनफेड और रुबेला (दाने वाला खसरा)

Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Left deltoid SubQ _____ Date VIS read

Employee Health Nurse Signature

Vaccine # 2 Adverse Reaction to 1st vaccine _____

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

Employee Health Nurse Signature