

Virus Vaccine Consent Form Hepatitis A - Hindi Version

सिसिनैटी बाल-अस्पताल चिकित्सा केंद्र

वाइरस टीका स्वीकृति प्रपत्र

हिपैटाइटिस ए

<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	हिपैटाइटिस ए या किसी अन्य टीके से पहले गंभीर एलर्जिक प्रतिक्रिया?
<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	थ्रोम्बोसाइटोपेनिया या रक्तस्राव संबंधी रोग?
<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	हल्की या गंभीर बीमारी?
<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	एल्यूमिनम हाइड्रॉक्साइड, या 2 फिनोक्सीइथेनॉल परिरक्षक से एलर्जी?
<input type="checkbox"/>	हाँ	<input type="checkbox"/>	नहीं	कम प्रतिरक्षा शक्ति (इम्यूनोसप्रेसड)? (कैंसर ल्यूकेमिया, लिम्फोमा, एच. आई. वी)

मैंने हिपैटाइटिस ए 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 हिपैटाइटिस ए

मुद्रित नाम

हस्ताक्षर

दिनांक

टीका # 2 हिपैटाइटिस ए

मुद्रित नाम

हस्ताक्षर

दिनांक

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

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

Employee Health Nurse Signature

Vaccine # 2

Averse Reaction to 1st vaccine _____

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

Employee Health Nurse Signature