TORONTO Public Health

HEPATITIS B

हैपिटाइटिस बी. सहमति-पत्र

टोरन्टो पब्लिक हैल्थ द्वारा भेजी हुई हैपिटाइटिस बी. वैक्सीन के बारे में जानकारी मुझे मिली और मैंने उसे पढ़ा है। हैपिटाइटिस बी. वैक्सीन से मेरे बच्चे को होने वाले अपेक्षित लाभ, खतरा और बुरे असर मेरी समझ में आ गए हैं, और साथ ही साथ यह भी समझ गया हूँ कि हैपिटाइटिस बी. का टीका न लगवाने से मेरे बच्चे को क्या संभावित नुकसान हो सकते हैं। मैंने नीचे दर्शाया है कि मेरे बच्चे को पहले कहीं और से यह टीका लगा है या नहीं और भविष्य में यदि मेरे बच्चे को टोरन्टो पब्लिक हैल्थ के अलावा किसी अन्य जगह से यह टीका लगता है तो मैं टोरन्टो पब्लिक हैल्थ को सूचित करूंगा। मैं समझ गया हूँ कि यदि मैं अपनी अनुमति देता हूँ तो टोरन्टो पब्लिक हैल्थ मेरे बच्चे को इस टीके की उचित खुराक देते हुए इस टीके के क्रम को जारी रखेगा या समाप्त कर देगा। परिस्थिति पर निर्भर करते हुए इस क्रम को पूरा करने के लिये एक या दो खुराक की आवश्यकता हो सकती है। मुझे बताया गया है कि यदि टीके के कारण मेरे बच्चे पर कोई हानिकारक प्रतिक्रिया होती है तो डाक्टर को तुरंत सूचित करना कितना आवश्यक है। यदि मुझे इस टीके या अन्य टीकों के बारे में अधिक जानकारी चाहिये तो मैं **टोरन्टो पब्लिक हैल्थ इम्यूनाइज़ेशन इनफरमेशन लाइन को 416-392-1250** पर फोन कर सकता हूँ।

विद्यार्थी का नामः (अंतिम) _____ (पहला) _____

जन्म तारीखः (वर्ष) _____ (माह) _____ (दिन) _____ **लिंग : o पुरुष** या **o स्त्री**

ओन्टारियो हैल्थ कार्ड नम्बर (यदि है तो): _____

स्कूलः _____ कक्षाः_____

कृपया साफ साफ लिखें और नीचे के लागू होने वाले भागों को पूरा करें।

भाग A

हाँ, मैं टोरन्टो पब्लिक हैल्थ को सहमति देता हूँ कि वह मेरे बच्चे _____ को हैपिटाइटिस बी. वैक्सीन की आवश्यक खुराक दे सकते हैं उसके टीके के क्रम को पूरा करने के लिये। मैं समझता हूँ कि मेरे बच्चे की रक्षा के लिये कम से कम दो (2) खुराक आवश्यक हैं। मैं समझता हूँ कि टोरन्टो पब्लिक हैल्थ मेरे बच्चे के इस टीके के क्रम को अगले 24 माह में पूरा करने के लिये तैयार रहेगा।

तारीखः _____ हस्ताक्षरः_____
वर्ष / माह / दिन (माँ/पिता/कानूनी अभिभावक)

दिन के समय का टेलीफोन नम्बरः(_____) _____

भाग B

मेरे बच्चे को हैपिटाइटिस बी. का **टीका पहले ही लग चुका** है। हैपिटाइटिस बी. का टीका, नवजात शिशुओं को लगने वाले हीमोफिलस इन्फ्लूऐन्ज़ा टाइप बी. के टीके से अलग होता है।

पहली खुराक की तारीख _____

दूसरी खुराक की तारीख _____

तीसरी (यदि दी गई हो तो) खुराक की तारीख _____

कोई अतिरिक्त खुराक की तारीख _____

नहीं, मैं नहीं चाहता कि टोरन्टो पब्लिक हैल्थ मेरे बच्चे को इसका टीका लगाए _____.

तारीखः _____ हस्ताक्षरः_____
वर्ष / माह / दिन (माँ/पिता/कानूनी अभिभावक)

टोरन्टो पब्लिक हैल्थ, स्वास्थ्य की व्यक्तिगत जानकारी, टीके द्वारा रोकी जा सकने वाली बीमारी के कार्यक्रम के लिये एकत्रित कर रहा है। व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी हम कैसे सुरक्षित रखते हैं, इसकी अधिक जानकारी के लिये टोरन्टो पब्लिक हैल्थ का प्रायवेसी स्टेटमैन्ट देखे www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm।
इस विधि के बारे में यदि आपके कोई सवाल हैं तो कृपया इम्यूनाइज़ेशन इनफरमेशन लाइन से 416-392-1250 पर सम्पर्क करें।

FOR NURSE'S USE ONLY		
NURSING ASSESSMENT QUESTIONS	DOSE ONE	DOSE TWO
1. Have you received needles for Hepatitis B immunization before today?	o yes o no	**Dose One Date Checked Adequate Spacing Evident** **YES NO Initials_____**
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	o yes o no	
3. Did you have any reaction to the first Hepatitis B needle? Did you receive any Hepatitis B needle since your first dose?		o yes o no o yes o no
4. Do you understand what the needle is for?	o yes o no	o yes o no
5. Are you allergic to the following: i/ Thimerosal ii/ yeast iii/ aluminium iv/ other	o yes o no o yes o no o yes o no _____	o yes o no o yes o no o yes o no _____
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	o yes o no o yes o no	o yes o no o yes o no
7. Do you have any serious health problems? Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent?	o yes o no o yes o no Comments:	o yes o no o yes o no Comments:
8. Are you pregnant? Do you think you might be pregnant?	o yes o no o yes o no	o yes o no o yes o no
Vaccine Information:	Vaccine: Recombivax Dose: **1 ml or .5ml** Lot #_____ R / L deltoid Route: __IM___ Date:_____ Time:_____ Signature of Nurse	Vaccine: Recombivax Dose: **1 ml or .5ml** Lot #_____ R / L deltoid Route:___IM____ Date:_____ Time: _____ Signature of Nurse
Nursing Notes:	[ ] Self Loaded [ ] Loaded by: _____	[ ] Self Loaded [ ] Loaded by:_____