

சரல் அழற்சி-பி சம்மதப் படிவம்

ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறையிலிருந்து சரல் அழற்சி-பி தடுப்பு மருந்து குறித்து எனக்கு அனுப்பி வைக்கப்பட்ட விபர மடல் கிடைக்கப்பெற்றது. அதனை நான் வாசித்தறிந்துள்ளேன். எனது பிள்ளைக்கு சரல் அழற்சி-பி தடுப்பு மருந்து ஏற்றுவதால் உண்டாகக்கூடிய நன்மைகள், உருப்படியான தீங்குகளும் பக்க விளைவுகளும் ஏற்படும் வாய்ப்புகள் மற்றும் எனது பிள்ளைக்கு சரல் அழற்சி-பி தடுப்பு மருந்து ஏற்றாவிட்டால் ஏற்படக்கூடிய விளைவுகள் என்பன எனக்குப் புரிகின்றன. கடந்த காலத்தில் எனது பிள்ளைக்கு வேறொரு தரப்பினால் சரல் அழற்சி-பி தடுப்பு மருந்து ஏற்றுப்பட்டிருந்தால், அல்லது எதிர்காலத்தில் எனது பிள்ளைக்கு ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறை தவிர்ந்த வேறொரு தரப்பினால் சரல் அழற்சி-பி தடுப்பு மருந்து ஏற்றுப்பட்டால், அதனை ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறைக்கு அறிவிக்க நான் சம்மதிக்கிறேன். எனது பிள்ளைக்கு சரல் அழற்சி-பி தடுப்பு மருந்து ஏற்றும் கிரமத்தை தகுந்த அளவுப்படி (அளவுகளின்படி) தொடர்வதற்கு அல்லது பூர்த்திசெய்வதற்கு ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறை அனைத்து முயற்சிகளையும் மேற்கொள்ளும் என்பது எனக்குப் புரிகிறது. சூழ்நிலையைப் பொறுத்து தடுப்பு மருந்து ஏற்றும் கிரமத்தைப் பூர்த்திசெய்வதற்கு ஒரு தடவை அல்லது இரு தடவைகள் அதனை ஏற்ற நேரலாம். எனது பிள்ளைக்கு தடுப்பு மருந்து ஏற்றுவதனால் ஏற்படும் பாதகமான விளைவு எதையும் உடனடியாக ஒரு வைத்தியருக்கு அறிவிப்பது முக்கியம் என்று என்னிடம் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. இத்தடுப்பு மருந்து அல்லது வேறு தடுப்பு மருந்துகள் குறித்து எனக்கு மேலதிக விபரங்கள் தேவைப்பட்டால், 416-392-1250 என்னும் இலக்கத்தைப் பயன்படுத்தி ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறையின் தடுப்பு மருந்து தகவல் சேவைபுடன் நான் தொடர்புகொள்ளலாம்.

மாணவர் பெயர்: (குடும்பப் பெயர்) _____ (முதற் பெயர்) _____

பிறந்த திகதி: (ஆண்டு) _____ (மாதம்) _____ (திகதி) _____ பால்: ஆண் அல்லது பெண்

ஒன்றாறியோ சுகாதார அட்டை இலக்கம் (கிடைத்தால்): _____

பாடசாலை: _____ வகுப்பு: _____

பின்வரும் பிரிவை (பிரிவுகளை) தெளிவான முறையில் எழுத்துகளைப் பிரித்தெழுதி நிரப்பவும்.

பாகம் அ

ஆம், எனது பிள்ளை _____ அவருடைய சரல் அழற்சி-பி தடுப்பூசி மருந்துக் கிரமத்தைப் பூர்த்திசெய்வதற்கு வேண்டியளவு தடுப்பூசி மருந்தை ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறையைக் கொண்டு ஏற்றுவிப்பதற்கு நான் சம்மதிக்கிறேன். எனது பிள்ளையைப் பாதுகாப்பதற்கு குறைந்தது இரண்டு (2) தடவைகள் தடுப்பூசி ஏற்ற வேண்டும் என்பது எனக்குப் புரிகிறது. ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறை எனது பிள்ளைக்கு அடுத்து 24 மாதங்களில் சரல் அழற்சி-பி தடுப்பூசி மருந்தை வேண்டியளவு ஏற்றி இத்தடுப்பூசி மருந்துக் கிரமத்தைப் பூர்த்திசெய்ய முன்வந்துள்ளது என்பது எனக்குப் புரிகிறது. என்பது எனக்குப் புரிகிறது.

திகதி: _____ ஒப்பம்: _____
(ஆண்டு/மாதம்/திகதி) (தாய் / தந்தை / சட்டப்படியான பாதுகாவலர்)

பகல்நேரத் தொலைபேசி இலக்கம்: (_____) _____

பாகம் ஆ

எனது பிள்ளைக்கு சரல் அழற்சி தடுப்பு மருந்து ஏற்கெனவே கொடுக்கப்பட்டுள்ளது. சரல் அழற்சி தடுப்பு மருந்து வேறு, குழந்தைப் பிள்ளைகளுக்கு கொடுக்கப்படும் குருதிப்பெருக்கு சளிக்காய்ச்சல் வகை-பி (அல்லது Hib) தடுப்பு மருந்து வேறு.

முதல் தடவை கொடுத்த திகதி _____
இரண்டாவது தடவை கொடுத்த திகதி _____
மூன்றாவது தடவை கொடுத்த திகதி (ஏற்றியிருந்தால்) _____
மேலதிக தடவைகள் கொடுத்த திகதிகள் _____

பாகம் இ

இல்லை, _____ என்னும் எனது பிள்ளைக்கு ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறை சரல் அழற்சி-பி தடுப்பு மருந்து கொடுப்பதை நான் விரும்பவில்லை.

திகதி: _____ ஒப்பம்: _____
(ஆண்டு/மாதம்/திகதி) (தாய் / தந்தை / சட்டப்படியான பாதுகாவலர்)

தடுப்பு மருந்து மூலம் தடுக்கக்கூடிய நோய்கள் பற்றிய திட்டத்துக்காக ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறை இப்படிவத்தின் வாயிலாகத் தனிப்பட்ட சுகாதார விபரங்களைத் திரட்டுகிறது. தனிப்பட்ட சுகாதார விபரங்களை நாம் அந்தரங்கமாகப் பாதுகாத்து வைத்திருக்கும் விதம் பற்றிய விபரங்களுக்கு ரொறன்ரோ பொது சுகாதாரத் துறையின் அந்தரங்க கூற்றிணைப் பார்க்கவும். இப்படிமுறை பற்றி நீங்கள் ஏதாவது கேட்டறிய விரும்பினால், தடுப்பு மருந்து தகவல் சேவைபுடன் தொடர்புகொள்ளவும்: 416-392-1250.

FOR NURSE'S USE ONLY

NURSING ASSESSMENT QUESTIONS	DOSE ONE	DOSE TWO
1. Have you received needles for Hepatitis B immunization before today?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	Dose One Date Checked Adequate Spacing Evident <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Initials _____
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	
3. Did you have any reaction to the first Hepatitis B needle? Did you receive any Hepatitis B needle since your first dose?		<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
4. Do you understand what the needle is for?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
5. Are you allergic to the following: i/ Thimerosal ii/ yeast iii/ aluminium iv/ other	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
Comments:	Comments:	Comments:
8. Are you pregnant? Do you think you might be pregnant?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
Vaccine Information:	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u> IM </u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u> IM </u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse
Nursing Notes:	[] Self Loaded [] Loaded by: _____	[] Self Loaded [] Loaded by: _____