

मैनिंगोकोकल वैक्सीन सहमति-पत्र : मैनाक्ट्रा®

विद्यार्थी का नाम : (अंतिम) _____ (पहला) _____

जन्म तारीख : (वर्ष) _____ (माह) _____ (दिन) _____ लिंग: पुरुष स्त्री

ओन्टारियो हेल्थ कार्ड नम्बर (यदि उपलब्ध है तो) : _____

स्कूल का नाम : _____ कक्षा : _____

माता-पिता :

a) कृपया हाँ या ना में से कोई एक भाग पूरा करें।

b) लिखें, यदि आपके बच्चे को मैनिंगोकोकल "मैनिन्जाइटिस" का टीका पहले ही लग चुका है।

हाँ, मैं टोरन्टो पब्लिक हेल्थ को मेरे बच्चे _____ को मैनाक्ट्रा (MENACTRA®) वैक्सीन की एक खुराक देने की अनुमति देता हूँ। मैंने टोरन्टो पब्लिक हेल्थ मैनाक्ट्रा (MENACTRA®) फैक्ट-शीट पढ़ ली है। मैनाक्ट्रा® से मेरे बच्चे को होने वाले लाभ, खतरे और सम्भावित बुरे असर मेरी समझ में आ गए हैं। मैं समझता हूँ कि मैं अपनी सहमति कभी भी वापस ले सकता हूँ। यदि मेरे बच्चे को टीके से कोई प्रतिकूल प्रतिक्रिया होती है तो मैं तुरन्त डाक्टर के पास जाऊँगा और टोरन्टो पब्लिक हेल्थ से सम्पर्क करूँगा। मेरे बच्चे की रक्षा के लिये इस वैक्सीन की सिर्फ एक खुराक पर्याप्त है।

तारीख : _____ हस्ताक्षर : _____ दिन के समय का टेलीफोन नम्बर : _____
 वर्ष/माह/दिन (माँ / पिता / कानूनी अभिभावक)

या -----

मेरे बच्चे को मैनिंगोकोकल मैनिन्जाइटिस के लिये निम्नलिखित टीके पहले ही लग चुके हैं :

मैनोम्यून (Menomune®) _____ (टीका देने की तारीख)

मैन ए.सी. (Men AC®) _____ (टीका देने की तारीख)

मैनाक्ट्रा (MENACTRA®) _____ (टीका देने की तारीख)

मैनज्यूगेट (Menjugate®)/नैज़वैक-सी (NeisVac-C®)/मैनिनिगिटैक (Meningitec®) _____ (टीका देने की तारीख)

या -----

नहीं, मैं टोरन्टो पब्लिक हेल्थ को मेरे बच्चे _____ को मैनाक्ट्रा (MENACTRA®) वैक्सीन देने की अनुमति नहीं देता हूँ। मेरे बच्चे को टीका न लगाने के सम्भावित परिणाम मैं समझता हूँ।

तारीख : _____ हस्ताक्षर : _____
 वर्ष / माह / दिन (माँ / पिता / कानूनी अभिभावक)

इम्यूनाइज़ेशन इनफरमेशन लाइन को 416-392-1250 पर फोन करें :

- यदि आपके बच्चे को भविष्य में मैनिंगोकोकल टीका किसी अन्य स्वास्थ्य सेवा-दाता द्वारा मिलता है
- यदि इस वैक्सीन के बारे में आप अधिक जानकारी चाहते हैं

इस फार्म की **व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी**, हेल्थ प्रोटेक्शन ऐन्ड प्रमोशन ऐक्ट, आर.ऐस.ओ. 1990, सी.ऐच. 7 के अधिकार के अन्तर्गत एकत्रित की गई है। **उसका उपयोग**, टोरन्टो पब्लिक वैक्सीन प्रीवैन्टेबल डिज़ीज़ेज़ प्रोग्राम के लिये किया जाता है। **इस जानकारी की गोपनीयता सुरक्षित है।** अधिक जानकारी के लिये www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm पर हमारा प्रायवेमी स्टेटमेंट देखें या मैनेजर, वैक्सीन प्रीवैन्टेबल डिज़ीज़ेज़ - 850 कोक्सवैल ऐव्यू, टोरन्टो, ओन्टारियो, M4C 5R1 से सम्पर्क करें, या टेलिफोन से 416-392-1250 पर।

FOR NURSE'S USE ONLY

MENACTRA[®] vaccine required : yes no

Nursing Assessment Questions

1. Have you received needles for MENACTRA [®] immunization before today?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
3. Do you understand what the needle is for?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
4. Are you allergic to the following: i/ Latex ii/ Diphtheria Toxoid iii/ Other	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no _____
5. Have you ever been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome (GBS) (note: GBS is a neurological disorder that causes muscle paralysis)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
7. Do you have any serious health problems, i.e. seizures, paralysis, history of fainting? Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
8. Do you think you might be pregnant?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no

<p><u>Nursing Notes:</u></p> 	<p><u>Vaccine:</u> MENACTRA[®] Dose: 0.5 ml</p> <p>Lot # _____</p> <p>R / L deltoid Route: <u> IM </u></p> <p>Date: _____ Time: _____</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">Signature of Nurse</p>
---	--