

میں نگوکاکل (Meningococcal) ویکسین کی رضامندی کیلئے فارم : MENACTRA®

طالب علم کا نام : (نام کا دوسرا حصہ) _____ (نام کا پہلا حصہ)

تاریخ پیدائش : (سال) _____ (ماہ) _____ (دن) _____ جنس: لڑکا o

لڑکی o

اونٹاریو ہیلتھ کارڈ نمبر (اگر دستیاب ہے): _____

سکول کا نام : _____ کلاس: _____

والدین:

(a) براہ مہربانی دونوں میں سے کوئی ایک ہاں یا ناں کا حصہ مکمل کریں۔

(b) اگر آپ کا بچہ میننگوکال "ورم پردہ دماغ" کی ویکسین لگوا چکا ہے تو درج کریں۔

جی ہاں ، میں ٹورانٹو پبلک ہیلتھ سے اپنے بچے کو MENACTRA® کی ایک خوراک لگوانے پر رضامند ہوں۔

میں نے ٹورانٹو پبلک ہیلتھ کی MENACTRA® ویکسین کا حقائق نامہ پڑھا ہے۔ میں MENACTRA® ویکسین کے فوائد، خطرات اور اپنے بچے پر ممکنہ ضمنی اثرات کو سمجھتی/سمجھتا ہوں۔ میں اس بات کو سمجھتی/سمجھتا ہوں کہ میں اپنی رضامندی کسی بھی وقت واپس لے سکتی/سکتا ہوں۔ اگر میرے بچے پر اس کا ناموافق اثر ہوا تو میں فوراً کسی طبیب کے پاس جاؤنگی/جاؤنگا اور ٹورانٹو پبلک ہیلتھ سے رابطہ کرونگی/کرونگا۔ اس وقت میرے بچے کو بجاؤ کیلئے اس ویکسین نیشن کی صرف ایک خوراک کی ضرورت ہے۔

تاریخ : _____ دستخط: _____ دن کے اوقات کا فون نمبر _____

یا

میرے بچے کو پہلے ہی مندرجہ ذیل میننگوکاکل مینجائٹس (ورم پردہ دماغ) کی ویکسین (ویکسینیں) لگوانی جا چکی ہیں: Menomune® (مینومیون) _____ (وہ تاریخ جب ویکسین لگائی گئی)

Men AC® (مین اے سی) _____ (وہ تاریخ جب ویکسین لگائی گئی)

MENACTRA® (مینیکٹرا) _____ (وہ تاریخ جب ویکسین لگائی گئی)

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® (مینجوگیٹ/نیس - ویک - سی/مینجیٹک) _____ (وہ تاریخ جب ویکسین لگائی گئی)

یا

جی نہیں، میں ٹورانٹو پبلک ہیلتھ سے اپنے بچے کو MENACTRA® ویکسین لگوانے پر رضامند نہیں ہوں۔ اگر میرے بچے کو ویکسین نہ دی گئی تو میں اس کے ممکنہ نتائج سے آگاہ ہوں۔

تاریخ : _____ (دن/ماہ/سال) _____ دستخط: _____ (والدہ/والد/قانونی سرپرست)

امیونائزیشن انفرمیشن لائن کو 416-392-1250 پر کال کریں:

■ اگر آپ کا بچہ مستقبل میں کسی دوسرے صحت کی نگہداشت فراہم کرنے والے سے میننگوکاکل ویکسین لگواتا ہے

■ اگر آپ کو اس ویکسین کے متعلق مزید معلومات درکار ہیں

اس فارم پر صحت کی ذاتی معلومات بیلٹہ پروٹیکشن اینڈ پروموشن ایکٹ آر۔ ایس۔ او۔ 1990ء، سی۔ ایچ۔ 7 کی اتھارٹی کے تحت اکٹھا کی جاتی ہیں۔ یہ ٹورانٹو پبلک ہیلتھ کے ویکسین سے بچاؤ والی بیماریوں کے پروگرام کیلئے استعمال کی جاتی ہیں۔ ان معلومات کی پوشیدگی کی حفاظت کی جاتی ہے۔ مزید معلومات کیلئے،

www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm پر ہمارے پرائیویسی بیان کو دیکھیں یا رابطہ کریں - Manager, Vaccine Preventable Diseases
416 392-1250 یا فون کریں : 850 Coxwell, Avenue, Toronto, ON, M4C 5R1

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="radio"/> yes <input type="radio"/> no
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
3. Do you understand what the needle is for?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
4. Are you allergic to the following: i/ Latex ii/ Diptheria Toxoid iii/ 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 _____
5. Have you ever been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome (GBS) (note: GBS is a neurological disorder that causes muscle paralysis)	<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
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="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Comments:
8. Do you think you might be pregnant?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> 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: 1px solid black;"/> <p style="text-align: center;">Signature of Nurse</p>
---	---