

# ICON वेबपेज गाइड:

## ICON में टीकाकरण रिकॉर्ड कैसे दर्ज करें

1. [toronto.ca/StudentVaccines](https://toronto.ca/StudentVaccines) पर जाएं और **Report or Access Vaccination Records** पर क्लिक करें।

Parents/guardians can submit and/or access their child's vaccination information to Toronto Public Health.

Report or Access  
Vaccination Records

2. 'शुरू करें!' बटन पर क्लिक करें।

### Immunizations Keep Ontarians Healthy!

COVID-19 Vaccine



Get Started!

View or Submit Immunizations

3. आप जिस डिवाइस का उपयोग कर रहे हैं, उसका चयन करें।

### What type of device are you using?

Personal Device

Public Device

4. स्वीकार्य इस्तेमाल नीति पढ़ें और 'मैं स्वीकार करता हूँ' या 'मैं स्वीकार नहीं करता हूँ' में से कोई एक चुनें। यदि आप स्वीकार नहीं करते हैं, तो कृपया 416-338-7600 पर कॉल करें और आगे की सहायता के लिए 'टीकाकरण के लिए विकल्प 2 चुनें'।

### Acceptable Use Policy

#### TERMS OF USE AGREEMENT

#### GENERAL

The City of Toronto, Public Health Division ("City") maintains information collected via the Immunization Connect Ontario ("ICON") website for the City of Toronto Health Unit. ICON is a web-based service provided by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care to enable the public to electronically submit and retrieve certain immunization information.

I Accept

I Do Not Accept

5. अपने बच्चे का ऑंटारियो स्वास्थ्य कार्ड नंबर (OHCN) और अन्य विवरण (नाम और जन्मतिथि सहित) या अपने बच्चे का ऑंटारियो टीकाकरण आईडी (OIID) नंबर दर्ज करके रोगी का सत्यापन करें। जानकारी दर्ज करने के बाद, "आईडी सत्यापित करें" या "रोगी सत्यापित करें" चुनें। यदि आपको टोरंटो पब्लिक हेल्थ (TPH) से कोई पत्र मिला है, तो OIID नंबर 10 अंकों की संख्या है जिसे ऊपरी दाएँ कोने में देखा जा सकता है। यदि आपके पास OIID नंबर नहीं है, तो 416-338-7600 पर कॉल करें और 'टीकाकरण के लिए विकल्प 2 चुनें'।

### Verify with Health Card Number

Ontario Health Card Number

Version Code

[View Example](#)

Stock Control Number (SCN)

This 9 digit alpha-numeric code can be found on the back of your Health Card. [View Example](#).

This Health Card Number belongs to:

Me

A Dependant

Patient First Name

Patient Last Name

Sex

Male

Female

Other

Date of Birth (YYYY-MM-DD)

OR

### Verify Patient with Immunization ID

Ontario Immunization ID

[Learn more](#) about the Ontario Immunization ID and where it can be found.

[Learn more](#) about the Ontario Immunization ID and where it can be found.

Verify ID

[Return to top of page](#)

## 6. टीकाकरण देखने के लिए,

- यह चुनें कि टीकाकरण रिकॉर्ड किसका है:
  - **आश्रित** = आप 15 वर्ष से कम आयु के बच्चे/विद्यार्थी के माता-पिता हैं
  - **स्वयं का** = आप 16 वर्ष या उससे अधिक आयु के छात्र हैं
- पिन (PIN) दर्ज करें और '**रोगी का सत्यापन करें**' चुनें। यदि आप अपना पिन (PIN) भूल गए हैं, तो '**पिन (PIN) भूल गए हैं**' पर क्लिक करें।

टिप्पणी: यदि आप कई बार गलत पिन (PIN) दर्ज करते हैं, तो हो सकता है कि आपको ICON से लॉक आउट कर दिया जाए। अधिक सहायता के लिए 416-338-7600 पर कॉल करें।

### Verify PIN to View Immunizations

Ontario Immunization ID

This Ontario Immunization ID belongs to:

Me

A Dependant

PIN

[Forgot PIN](#)

Verify Patient

7. जब आप बच्चे/विद्यार्थी के रिकॉर्ड को देख पाते हैं, तो आपको आवश्यक टीकाकरण की सूची दिखाई देगी। उदाहरण के लिए:

- काली खांसी
- डिप्थीरिया
- टेटनस

8. छूट गए टीकों की जानकारी दर्ज करना शुरू करने के लिए **'टीकाकरण सज्जित करें'** पर क्लिक करें।

Missing information from the record above?

Submit Immunizations

9. यदि आपको टीपीएच (TPH) से पत्र प्राप्त हुआ है तो **'हां'** चुनें, और यदि नहीं हुआ है तो **'नहीं'** चुनें।

10. **'हां'** चुनें यदि आपके द्वारा लगवाए गए सभी टीके ओंटारियो में ही लगवाए गए हैं। यदि एक या अधिक टीके ओंटारियो के बाहर लगवाए गए हैं तो **'नहीं'** चुनें, या यदि आप नहीं जानते हैं तो **'अनिश्चित'** चुनें।

#### Immunizations

Have you received a letter from Toronto Public Health asking for updated immunization information? ^

- ☒ Yes  
☐ No

Were ALL the immunizations that you are entering received in Ontario? ^

- ☐ Yes  
☐ No  
☐ Unsure

11. टीकाकरण संबंधी जानकारी दर्ज करने के लिए ICON में उसका प्रारूप दर्ज करें (तिथि के अनुसार या टीकाकरण/ब्रांड नाम के अनुसार)

12. आप जिस टीकाकरण की जानकारी दर्ज कर रहे हैं, उसका प्रारूप चुनें: तिथि/पीले कार्ड के आधार पर समूहबद्ध या टीकाकरण रिकॉर्ड के आधार पर समूहबद्ध।

What format is the immunization record you are entering? ^

☐ Grouped by Date / Yellow Card

**2012-03-26**

DTaP-IPV-Hib  
Pneu-C  
Rota-5

☐ Grouped by Immunization

**DTaP-IPV-Hib**

2012-03-26  
2012-05-21  
2012-07-17

Save and Proceed to Documents

आप जो भी विकल्प चुनते हैं, आगे के चरण समान ही होंगे।

13. 'तिथि और टीकाकरण जोड़ें' पर क्लिक करें। आपकी स्क्रीन पर एक पॉप-अप विंडो दिखाई देगी जहां आप टीकाकरण जानकारी दर्ज कर सकते हैं।

Format? (Grouped by Immunization)

Please Enter
Immunizations

Add a Date & Immunization

Save and Proceed to Documents

14. टीकाकरण की तिथि लिखें। तिथि दर्ज करने के बाद, 'टीकाकरण/ब्रांड नाम' दर्ज करें। ड्रॉपडाउन में संबंधित नाम पर क्लिक करें।

Enter a date and the immunization CALEY received on that date.

Date (YYYY-MM-DD)
2 Months
DTaP-IPV-Hib

Enter a date and the immunization received on that date.

Date (YYYY-MM-DD)
2008-09-24
Date is estimated

Immunization / Brand Name
tetanus, dip
Agents (Immunizations)
DTaP-IPV-Hib
Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Hib
Td
Tetanus, Diphtheria
Tdap
Tetanus, Diphtheria, Pertussis

14-16 Years
Tdap
Tetanus, Diphtheria, Pertussis
24-26 Years
Tdap
Tetanus, Diphtheria, Pertussis
35 Years+
Td
Diphtheria, Tetanus

ऑंटारियो में सार्वजनिक रूप से वित्तपोषित टीकाकरण (Ontario Publicly Funded Immunization Schedule) दो महीने की उम्र से शुरू होता है। टीकाकरण की तारीखें और ब्रांड नाम दर्ज करने के दौरान स्क्रीन के साइड पैनल, अपने पीले कार्ड या प्रदान किए गए चार्ट को देखें।

15. रोगी जानकारी की पुष्टि करें।
16. 'प्रस्तुतकर्ता की जानकारी' स्क्रीन में सारे डेटा फ़ील्ड भरें। 'सेव करें और समीक्षा के लिए आगे बढ़ें' पर क्लिक करें।

### Additional Information

Please enter any missing information below. Please note that changes will not appear until reviewed by your local public health unit.

**Phone**

Ext

This will be used to contact you if there are any questions about your submission.

**Ontario Health Card Number (optional)**

  
  

### We can send you an email confirmation

**Email (optional)**

**Confirm Email (optional)**

We will email you a confirmation when your submission has been processed. We will not share this email address with anyone else.

---

17. समस्त जानकारी की समीक्षा करें और सुनिश्चित करें कि वह सही है। 'टीकाकरण सब्मिट करें' पर क्लिक करें। आपको अपने संदर्भ के लिए ट्रेकिंग नंबर प्राप्त होगा।

Submit Immunizations

# ICON में टीकाकरण दर्ज करने के तरीके से जुड़ी तालिका

टीकाकरण के समय आयु	टीके	टीके/ब्रांड नाम	उत्पाद का नाम
2 महीने	डिप्थीरिया, टेटनस, काली खांसी, पोलियो, हीमोफीलस इन्फ्लूएंजा टाइप बी	डीटीएपी-आईपीवी-एचआईबी (DTaP-IPV-Hib)	Pediacel (पीडियासेल) या Pentacel (पेंटासेल) या INFANRIX (इंफैरिक्स)
	न्यूमोकोक्कल कंजुगेट 13	Pneu-C-13	प्रेवेनार 13
	रोटावायरस	Rot-1	Rotarix (रोटारिक्स) या RotaTeq (रोटा टेक)
4 महीने	डिप्थीरिया, टेटनस, काली खांसी, पोलियो, हीमोफीलस इन्फ्लूएंजा टाइप बी	डीटीएपी-आईपीवी-एचआईबी (DTaP-IPV-Hib)	Pediacel (पीडियासेल) या Pentacel (पेंटासेल) या INFANRIX (इंफैरिक्स)
	न्यूमोकोक्कल कंजुगेट 13	Pneu-C-13	प्रेवेनार 13
	रोटावायरस	Rot-1	Rotarix (रोटारिक्स) या RotaTeq (रोटा टेक)
6 महीने	डिप्थीरिया, टेटनस, काली खांसी, पोलियो, हीमोफीलस इन्फ्लूएंजा टाइप बी	डीटीएपी-आईपीवी-एचआईबी (DTaP-IPV-Hib)	Pediacel (पीडियासेल) या Pentacel (पेंटासेल) या INFANRIX (इंफैरिक्स)
12 महीने	न्यूमोकोक्कल कंजुगेट 13	Pneu-C-13	प्रेवेनार 13
	न्यूमोकोक्कल कंजुगेट	Men-C-C	Menjugate (मैजुगेट) या NeisVac-C (नीसवैक-सी)
	खसरा, कण्ठमाला रोग, रूबेला	MMR	Priorix (प्रियोरिक्स) या MMR (एमएमआर) II
15 महीने	वैरिसेला	Var	Varivax (वैरिवैक्स) III या Varilrix (वैरिल्रिक्स)
18 महीने	डिप्थीरिया, टेटनस, काली खांसी, पोलियो, हीमोफीलस इन्फ्लूएंजा टाइप बी	डीटीएपी-आईपीवी-एचआईबी (DTaP-IPV-Hib)	Pediacel (पीडियासेल) या Pentacel (पेंटासेल) या INFANRIX (इंफैरिक्स)
4-6 वर्ष	खसरा, कण्ठमाला रोग, रूबेला, वैरिसेला	MMRV	Proquad (प्रोक्वैड) या Priorix-Tetra (प्रियोरिक्स-ट्रेटा)
	टेटनस, डिप्थीरिया, काली खांसी, पोलियो	Tdap-IPV	Adacel (एडासिल)- पोलियो; Boostrix (बूस्ट्रिक्स) पोलियो
ग्रेड 7 टिप्पणी: स्कूल उपस्थिति के लिए मेनिंगोकोक्कल टीका अनिवार्य है	हेपाटाइटिस बी	HB	Recombivax HB (रिकम्बीवेक्स एचबी); Engerix- B (एनजरिक्स-बी); Twinrix (HAHB) ट्विनरिक्स (एचएचबी) या Prehevbrio (प्रीहेवब्रियो)
	न्यूमोकोक्कल कंजुगेट ACYW-135	Men-C-ACYW	Menactra (मेनेक्ट्रा) या Nimenerix (निमेनेरिक्स) या MenQuadfi (मेनक्वाडिफी) या Menveo (मेनवियो)
	ह्यूमन पैपिलोवायरस	HPV-9	Gardasil (गार्डॉसिल) 9
14-16 वर्ष	टेटनस, डिप्थीरिया, काली खांसी	टीडीएपी (Tdap)	Adacel (एडासिल); Boostrix (बूस्ट्रिक्स)