

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਉਪਨਾਮ:	
ਜਨਮ ਤਰੀਕ:	ਜਨਮ ਸਥਾਨ:
ਪਤਾ:	ਟੈਲੀਫੋਨ:
ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਡ (ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ) ਟੈਕਸ ਕੋਡ	

ਮੈਂ ਮੈਨੂੰ ਗਿਆਤ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਇਟੈਲੀਅਨ ਮੈਡੀਸਨਜ਼ ਏਜੰਸੀ (AIFA) ਵੱਲੋਂ ਵੈਕਸਿਨ: “ .....

ਦੇ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਰਚੇ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ  
ਮੈਂ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਮੌਜੂਦਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਤੀਤ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਚਾਲੂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਵੈਕਸਿਨ ਅਤੇ ਮੇਰੀ  
ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਵਿਸਤਾਰਤ ਜਵਾਬ ਮਿਲ ਗਏ ਹਨ ਜੋ ਮੈਨੂੰ ਸਮਝ ਲੱਗ ਗਏ  
ਹਨ। ਮੈਨੂੰ ਮੇਰੇ ਲਈ ਸਪਸ਼ਟ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ ਸੂਚਿਤ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਅਤੇ ਜੋਖਿਮਾਂ, ਢੰਗਾਂ ਅਤੇ  
ਵਿਕਲਪਾਂ, ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ 'ਤੇ ਦੂਸਰੀ ਖੁਰਾਕ ਦੇ ਨਾਲ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸੰਕੋਚ ਕਰਨ 'ਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ  
ਬਾਰੇ ਸ਼ਾਬਦਿਕ ਜਾਂ ਚਿੱਤਰਕ ਕੋਈ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਸਦੀਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਮੇਰੀ  
ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ ਕਿ ਤੁਰੰਤ ਕੋਈ ਵੀ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਨਾ ਹੋਣ, ਇਸ ਵੈਕਸਿਨ ਨੂੰ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ 15 ਮਿੰਟ ਬਾਅਦ  
ਵੇਟਿੰਗ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

<b>ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ</b> ਇਹ ਵੈਕਸਿਨ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਲਈ	<b>ਮੈਂ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ</b> ਇਹ ਵੈਕਸਿਨ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਲਈ
<b>ਤਰੀਕ ਅਤੇ ਸਥਾਨ:</b>	<b>ਤਰੀਕ ਅਤੇ ਸਥਾਨ:</b>
ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦੇ ਦਸਖਤ	ਵੈਕਸਿਨ ਲਈ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦੇ ਦਸਖਤ
<b>ਸਹਿਮਤੀ ਨਾ ਦੇਣ ਦੇ ਯੋਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਹਵਾਲਾ ਇਟੈਲੀਅਨ ਕਨੂੰਨ 29 ਜਨਵਰੀ 2021, ਨੰਬਰ 6)</b>	
<input type="checkbox"/> ਮਰੀਜ਼ ਸੂਚਿਤ ਸਹਿਮਤੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ, ਅਤੇ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਲਈ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਦੇ ਮੱਦੇਨਜ਼ਰ, COVID-19 ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਨਾਲ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਦੱਸ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। Cf. COVID19 ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਫਾਰਮ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਸਥਾਨ:..... ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਖਤ:.....	

### ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਟੀਮ ਦੇ ਸਦੱਸ

<b>1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਉਪਨਾਮ ਅਤੇ ਭੂਮਿਕਾ</b>	<b>2. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਉਪਨਾਮ ਅਤੇ ਭੂਮਿਕਾ</b>
ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਨੇ ਉਚਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਦਸਖਤ:	ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਨੇ ਉਚਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਦਸਖਤ:

ਵਾਧੂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਪਰ ਘਰ ਵਿਖੇ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਲਗਵਾਉਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ  
ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਤਮਕ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ

### ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਦੇਣ ਦੇ ਵੇਰਵੇ

	ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦਾ ਸਥਾਨ		ਬੈਚ ਨੰਬਰ	ਮਿਆਦ ਸਮਾਪਤੀ	ਲਗਵਾਉਣ ਦਾ ਸਥਾਨ	ਤਰੀਕ ਅਤੇ ਮਿਤੀ	ਇਮਿਊਨਾਈ ਜ਼ਰ ਦੇ ਦਸਖਤ
ਪਹਿਲੀ ਖੁਰਾਕ	ਸੱਜੀ ਬਾਂਹ	ਖੱਬੀ ਬਾਂਹ					
ਦੂਸਰੀ ਖੁਰਾਕ	ਸੱਜੀ ਬਾਂਹ	ਖੱਬੀ ਬਾਂਹ					



**SARS-CoV-2/COVID-19 ਵੈਕਸਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਜ਼ਮਾਉਣਾ**

ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੇ ਵੱਲੋਂ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਸਿਰਫ ਦੋਖਭਾਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਦੇ ਵੱਲੋਂ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਉਪਨਾਮ: .....		ਟੈਲੀਫੋਨ: .....		
ਜਨਮ ਤਾਰੀਕ ਅਤੇ ਸਥਾਨ: .....		.....		
<b>ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ</b>		<b>ਹਾਂ</b>	<b>ਨਹੀਂ</b>	<b>ਪਤਾ ਨਹੀਂ</b>
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅੱਜ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?				
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਾਪਮਾਨ ਹੈ?				
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੇਟੇਕਸ, ਕਿਸੇ ਭੋਜਨ ਸਮੱਗਰੀ, ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਵੈਕਸਿਨ ਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮੱਗਰੀ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ: .....				
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵੈਕਸਿਨ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਦੇ ਵੀ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਹੋਈ ਹੈ?				
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿਲ ਜਾਂ ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਅਸਥਮਾ, ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਸ਼ੂਗਰ ਰੋਗ, ਏਨਮੀਆ ਜਾਂ ਹੋਰ ਖੂਨ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਹਨ?				
ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਰੱਖਿਆ ਸ਼ਕਤੀ ਘੱਟ ਹੈ? (ਉਦਾਹਰਨ ਦੇ ਲਈ ਕੈਂਸਰ, ਲੁਕੇਮੀਆ, ਲਿੰਫੋਮਾ, HIV/AIDS, ਟ੍ਰਾਂਸਪਲਾਂਟ)				
ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਦਵਾਈ ਲਿੱਤੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰਦੀ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਨ ਦੇ ਲਈ ਕੋਰਟੀਸੋਨ, ਪ੍ਰੋਡਨੀਸੋਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਟੈਰੋਇਡ) ਜਾਂ ਐਂਟੀ-ਕੈਂਸਰ ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਡੀਪਰੈਸੈਂਟ ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹਿਆ ਹੈ?				
ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਖੂਨ ਟ੍ਰਾਂਸਫਿਊਜ਼ਨ ਜਾਂ ਖੂਨ ਸੰਬੰਧ ਉਤਪਾਦ ਲਏ ਹਨ, ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਮਿਓਨੋਗਲੋਬਲਿਨ (ਗੈਮਾ) ਜਾਂ ਐਂਟੀਵਾਇਰਲ ਡਰੱਗ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ?				
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਦਿਮਾਗ ਜਾਂ ਨਸ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਦੌਰੇ ਪਏ ਹਨ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ?				
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜੀ? .....				
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਐਂਟੀਕੋਗੂਲੈਂਟ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?				
ਹੇਠਾਂ ਉਹ ਦਵਾਈਆਂ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਕੁਦਰਤੀ ਪੂਰਕ, ਵਿਟਾਮਿਨ, ਮਿਨਰਲ ਜਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਦਵਾਈਆਂ ਲਿਖੋ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ: .....				
<b>ਕੇਵਲ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਲਈ:</b>		<b>ਹਾਂ</b>	<b>ਨਹੀਂ</b>	<b>ਪਤਾ ਨਹੀਂ</b>
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੀ ਜਾਂ ਦੂਸਰੀ ਖੁਰਾਕ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਰਹੇ ਹੋ?				
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਦੁੱਧ ਚੁੰਘਾ ਰਹੇ ਹੋ?				
<b>ਕੋਵਿਡ-ਸੰਬੰਧਤ ਮੈਡੀਕਲ ਇਤਿਹਾਸ</b>		<b>ਹਾਂ</b>	<b>ਨਹੀਂ</b>	<b>ਪਤਾ ਨਹੀਂ</b>
ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ Sars-CoV2 ਤੋਂ ਸੰਕ੍ਰਮਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ COVID-19 ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਰਹੇ ਹੋ?				
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਹਨ:				
- ਖੰਘ/ਜੁਕਾਮ/ਵੱਧ ਤਾਪਮਾਨ/ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ ਜਾਂ ਫਲੂ ਵਰਗੇ ਲੱਛਣ?				
- ਗਲੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ/ਸੁਗੰਧ ਜਾਂ ਸੁਆਦ ਵਿੱਚ ਕਮੀ?				
- ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਦਰਦ/ਦਸਤ?				
- ਅੱਖਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜ਼ਖਮ ਜਾਂ ਖੂਨ ਵਗਣਾ/ਲਾਲੀ?				
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਵਿਦੇਸ਼ ਯਾਤਰਾ ਕੀਤੀ ਹੈ?				
<b>COVID-19 ਜਾਂਚਾਂ</b>				
<input type="checkbox"/> ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ COVID-19 ਜਾਂਚ ਨਹੀਂ				
<input type="checkbox"/> ਨਕਾਰਾਤਮਕ COVID-19 ਜਾਂਚ (ਮਿਤੀ:..... )				
<input type="checkbox"/> ਸਕਾਰਾਤਮਕ COVID-19 ਜਾਂਚ (ਮਿਤੀ:..... )				
<input type="checkbox"/> COVID-19 ਜਾਂਚ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ (ਮਿਤੀ:..... )				
ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਹੋਰ ਸਥਿਤੀਆਂ ਜਾਂ ਲਾਭਦਾਇਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ: .....				
<b>ਤਾਰੀਕ ਅਤੇ ਸਥਾਨ</b>		<b>ਵੈਕਸਿਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦੇ ਦਸਖਤ</b>		