

# खोपका लागि सूचित सहमति

पुरुष  महिला

थर	नाम	बिचको नाम	जन्ममिति	उमेर	जन्मेको बेला तोकिएको लिङ्ग
घरको ठेगाना	सहर	राज्य	जिप	फोन # <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> मोबाइल	
<b>अनुरोध गरिएका खोप(हरू):</b> <input type="checkbox"/> फ्लु <input type="checkbox"/> कोभिड-19 <input type="checkbox"/> निमोनिया <input type="checkbox"/> सिङ्गल्स <input type="checkbox"/> हेपाटाइटिस B <input type="checkbox"/> टिटानस/लहरे खोकी <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> हेपाटाइटिस A <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> मेनिन्जाइटिस <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> अन्य: _____	<b>जातजाति:</b> <input type="checkbox"/> हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो <input type="checkbox"/> गैर-हिस्प्यानिक वा ल्याटिनो <input type="checkbox"/> राज्य (अज्ञात) लाई अस्वीकार गर्नुहोस्	66 पाउन्डभन्दा कम तौल हुन्छ भने तौल सूचीकृत गर्नुहोस्: _____ Lbs.	तपाईं कुन हातमा खोप लगाउन रुचाउनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> बायाँ <input type="checkbox"/> दायाँ इमेल ठेगाना: _____ प्राथमिक स्वास्थ्य प्रदायकको नाम: _____ फोन: _____ ठेगाना: _____ Medicare बिरामीहरू मात्र: सामाजिक सुरक्षा नम्बर (Social Security Number, SSN) को अन्तिम 4 वटा अङ्क हरू: _____ Medicare भाग B ID#: _____		

परीक्षणसम्बन्धी प्रश्नहरू	छ	छैन
1. आज तपाईं बिरामी हुनुहुन्छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. तपाईंलाई औषधि, खाना वा खोपबाट कुनै एलर्जी हुन्छ? हुन्छ भने, कृपया सूचीकृत गर्नुहोस्: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. खोप लगाइसकेपछि तपाईंलाई कहिल्यै गम्भीर प्रतिक्रिया भएको छ वा बेहोस हुनुभएको छ (जस्तै गुडलेन-ब्यारे सिन्ड्रोम)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. महिलाका लागि: तपाईं गर्भवती, स्तनपान गराउँदै हुनुहुन्छ वा तपाईं अर्को महिनामा गर्भवती हुने विचार गरिरहनुभएको छ? <b>गर्भवती भएमा, गर्भकालीन हप्ता:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>कृपया तपाईंलाई लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्:</b> <input type="checkbox"/> दम/फोक्सोको रोग <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> मुटुरोग <input type="checkbox"/> धुम्रपान गर्ने <input type="checkbox"/> सिजर डिसअर्डर/मस्तिष्क विकार <input type="checkbox"/> मृगौलासम्बन्धी रोग/डायलाइसिस <input type="checkbox"/> कलेजोको रोग <input type="checkbox"/> एस्प्लिनिया <input type="checkbox"/> थाइमस गन्थी हटाएको वा माइस्थेनिया ग्रेभिस, डिजिन सिन्ड्रोम, वा थाइमोमा जस्ता तपाईंका थाइमस समस्याहरू छन्? (पितृ ज्वरो मात्र) <input type="checkbox"/> हाल एन्टिबायोटिक्स वा एन्टिमेलेरियल औषधिहरू लिँदै हुनुहुन्छ? (ओरल टाइफाइड मात्र) <input type="checkbox"/> थ्रोम्बोसाइटोपेनिया वा थ्रोम्बोसाइटोपेनिया पर्पुराको इतिहास? (MMR® II मात्र) <input type="checkbox"/> होओस्पाइस <input type="checkbox"/> कमजोर प्रतिरक्षा प्रणाली (जस्तै क्यान्सर, एचआईभी, सक्रिय सिङ्गल्स, मौखिक स्टेरोइड्स, एन्टिक्यान्सर वा एन्टिभाइरल औषधि हरू, रक्तक्षेपण वा उत्पादन हरू, इम्प्यून ग्लोब्युलिन, विकिरण थेरापी) <input type="checkbox"/> पछिल्लो 4 हप्तामा कुनै पनि खोप लगाउनुभयो? लगाउनुभएको छ भने, कृपया सूचीकृत गर्नुहोस्: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. कुन-कुन खोप(हरू)को बारेमा थप जानकारी चाहनुहुन्छ, कृपया संकेत गर्नुहोस्? <input type="checkbox"/> हेपाटाइटिस A <input type="checkbox"/> MMR (दादुरा, मम्प्स, रुबेला) <input type="checkbox"/> यात्रा गर्दा लगाउने खोपहरू <input type="checkbox"/> बाल्यकालका खोपहरू <input type="checkbox"/> अन्य: _____ <input type="checkbox"/> निश्चित छैन: सम्भावित खोपको अन्तर वा आवश्यकताहरूको मूल्याङ्कन गर्न चाहन्छु	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

खोप का आवश्यकताहरू	छ	छैन	निश्चित छैन
7. पछिल्लो मिति: फ्लु खोप _____ कोभिड-19 खोप _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. तपाईंले कहिल्यै निमोनियाविरुद्धको खोप लगाउनुभएको छ? छ भने कहिले र कस्ता किसिमका(हरू)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 60 वर्ष उमेर माथिका बिरामीहरू: तपाईंले कहिल्यै RSV खोप लगाउनुभएको छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 49 वर्षभन्दा माथिका बिरामीहरू वा एम्युनोकोम्प्रोमाइज्ड: तपाईंले कहिल्यै सिङ्गल्स खोप लगाउनुभएको छ? छ भने कुन-कुन मितिमा: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 66 वर्ष मुनिका बिरामी वा स्वास्थ्यकर्मीहरू: तपाईंले MMR (दादुरा, मम्प्स, रुबेला) खोप लगाउनुभएको छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 59 वर्ष मुनिका बिरामी वा स्वास्थ्यकर्मीहरू: तपाईंले पूर्ण हेपाटाइटिस B खोपको शृङ्खला लगाउनुभएको छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 46 वर्ष मुनिका बिरामीहरू: तपाईंले पूर्ण HPV (मानव पापिलोमाभाइरस) को खोप शृङ्खला लगाउनुभएको छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 43 वर्ष मुनिका बिरामीहरू: तपाईंले भैरिसेला ("चिकन पक्स") भ्याक्सिनको 2 डोज लगाउनुभएको छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 11 देखि 23 वर्ष उमेरका बिरामीहरू: तपाईंले मेनिन्जाइटिसको खोप लगाउनुभएको छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. तपाईंको अन्तिम टिटानस खोप लगाएको कति वर्ष भयो?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## सूचित सहमति: कृपया पढेर हस्ताक्षर गर्नुहोस्।

तलको मेरो हस्ताक्षरबाट, म एक फार्मासिस्ट वा पर्यवेक्षित विद्यार्थी फार्मासिस्ट वा प्राविधिक वा अन्य अधिकृत व्यक्तिद्वारा खोप(हरू) को प्रयोगमा सहमति जनाउँछु, जहाँ कानून वा राज्य/संघीय मार्गनिर्देशनद्वारा अनुमति दिइएको छ, Albertsons Companies वा यससँग सम्बन्धित फार्मासीहरूमध्ये कुनै एकले रोजगारी वा करारमा र अन्य खोपहरूका लागि उपरोक्त उपलब्ध गरिएको नम्बरमा सम्पर्क गरियोस जसका लागि मैले लगाउन योग्य छु। उपरोक्त जानकारी सत्य र सही छ। म खोपका लागि योग्यता मापदण्ड पूरा गरेको प्रमाणित गर्छु (कुनै छ भने); म नाबालिग बिरामीको आमाबुवा/अभिभावक हुँ भने म नाबालिग बिरामीले खोपका लागि योग्यता मापदण्ड पूरा गरेको प्रमाणित गर्छु। म Albertsons Companies र यसका सहायक कम्पनी, सहयोगी, अधिकारी, निर्देशक, कर्मचारी र एजेन्टहरूलाई सबै दायित्वहरूबाट पनि मुक्त गर्छु जसमा छुट वा कमिसनका कार्यहरू समावेश छ, जुन मेरो रिसिद वा नाबालिगको यस खोप लगाउनुको परिणामस्वरूप वा पैदा हुन्छ। म निम्न कुराहरू बुझ्छु: 1) मैले स्वेच्छाले खोप लगाउन लागेको छु। मैले फ्लु खोप लगाइरहेको छु र यो सेप्टेम्बर 1 अगाडि भएमा, म या त खोप लगाइरहेको मेरो बच्चाको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने अभिभावक हुँ या म आफ्नो गर्भावस्थाको तेस्रो त्रैमासिकमा छु वा म पछिको मितिमा फर्कन असमर्थ छु। 2) म Albertsons Companies लाई मेरो तर्फबाट Medicare वा तिनले मेरो खोपका लागि सिधै भुक्तान गरिरहेका भएमा मेरो रोजगारदाता लगायत कुनै अन्य करार गरेका तेस्रो-पक्ष भुक्तानीकर्ता समक्ष प्रतिपूर्तिता लागि दाबी पेस गर्न अनुमति प्रदान गर्दछु; दाबी अस्वीकार गरिएमा भुक्तानी गर्ने जिम्मेवारी मेरो हुने कुरा म बुझ्छु; 3) म यो सहमति फाराम कार्यान्वयन (हस्ताक्षर) गर्न कानूनी उमेरको छु र अधिकार प्राप्त गरेको छु वा म नाबालिग बिरामीको आमाबुवा/अभिभावक हुँ। 4) म मेरो व्यक्तिगत स्वास्थ्य वा खोपको प्रभावकारितामा प्रतिकूल प्रभाव पार्ने सबै कुनै पनि चिकित्सा अवस्थाको बारेमा फार्मासिस्टलाई तुरुन्त सचेत गर्ने छु। 5) मलाई खोप लगाएपछि सम्भावित साइड इफेक्टहरू, कहिले हुन सक्छ र मैले कहिले र कहाँ उपचार लिनुपर्छ भन्ने बारेमा सल्लाह दिइएको छ। मैले कुनै साइड इफेक्टहरूको अनुभव गरेमा मेरो खर्चमा मेरो चिकित्सकसँग फलोअप गर्नका लागि म जिम्मेवार छु। 6) खोप वा इन्जेक्टबल थेरापीमा कुनै पनि गम्भीरताको तत्काल एलर्जी प्रतिक्रियाको इतिहास नभएसम्म म 15 मिनेटका लागि निरीक्षण गर्न क्षेत्रमा बस्नुपर्छ वा मसँग कुनै कारणले एनाफिलेक्सिसको इतिहास भएमा म खोप पछि 30 मिनेटका लागि निरीक्षण क्षेत्रमा बस्नुपर्छ। मैले नपछिकन क्षेत्र छाड्ने भने मैले आफ्नो जोखिममा र खोप लगाउने पेशेवरको सल्लाहको विरुद्धमा त्यसो गरिरहेको छु भन्ने कुरा स्वीकार गर्छु। 7) मैले खोप(हरू) लगाउनका लागि उपलब्ध गरिएको खोप सूचना विवरण (Vaccine Information Statement, "VIS") वा आपतकालीन प्रयोगको अधिकार (Emergency Use Authorization, "EUA") पढेको छु वा मलाई पढेको छ। मैले प्रश्नहरू सोध्ने अवसर पाएको छु र मेरा सबै प्रश्नको जवाफ मेरो सन्तुष्टिअनुसार दिइएको छ। म खोप(हरू)को फाइदा र जोखिमहरूको बारेमा बुझ्छु। 8) मलाई स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी र एकाउन्टेबिलिटी ऐन (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) को अनुपालनमा कम्पनीको गोपनीयता अभ्यासको सूचनाको प्रतिलिपि प्रस्ताव गरिएको छ र/वा उपलब्ध गराइएको छ। 9) यो खोप, राज्य वा संघीय कानूनअन्तर्गत अतिरिक्त गोपनीयता सुरक्षा प्रदान गरिएको कुनै पनि खोपसहित मेरो फार्मसी वा यसको व्यवसायिक सहयोगीले प्रतिरक्षा रजिस्ट्रीमा रिपोर्ट गर्नुपर्ने विषय हो, जसले लागू भएमा मेरो खोपको डाटालाई अरु र मेरो मुख्य स्वास्थ्यसेवा चिकित्सक, अधिकृत चिकित्सक वा स्थानीय स्वास्थ्य विभाग (Department of Health) सँग साझा गर्न सक्छ र म यी खुलासाहरूलाई अधिकार दिन्छु। (न्यू जर्सीका लागि मात्र: मैले मेरो मुख्य स्वास्थ्यसेवा प्रदायकमा यो खोपको प्राप्तिको रिपोर्टिङलाई अधिकृत गर्ने अधिकृत नगर्ने अनुमति दिन्छु मैले अधिकृत गर्ने अधिकृत नगर्ने जॉच गर्न असफलता प्राधिकरणको रूपमा सेवा गर्ने छ भनी बुझ्छु।) (दक्षिण डकोटा, मेन, म्यासाचुसेट्स र न्यू ह्याम्पसायर मात्र: म मसँग त्यस्ता रजिस्ट्रीहरूबाट उपरोक्त पक्षहरूलाई मेरो डाटा साझा गर्ने आपत्ति गर्ने अधिकार छ भनी बुझ्छु) नाबालिगका आमाबुवा वा अभिभावकका लागि, तलको सहमतिले बाल रोग विशेषज्ञलाई वाषिक रूपमा भेट्न लिखित सूचना प्राप्त भएको पुष्टि गर्छ।

X  
**बिरामी वा नाबालिग बिरामीको आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर (नाबालिगसँग सम्बन्धित लेखनुहोस्)** \_\_\_\_\_ **पूरा नाम** \_\_\_\_\_ **मिति** \_\_\_\_\_

Below for Pharmacy Use Only:		WA ONLY: Substitution Permitted:		Dispense as Written:					
Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date	F/U Appt Date/Time
COVID-19(_____)					N/A	IM	R / L Deltoid		
Flu(_____)				0.5	N/A	IM	R / L Deltoid		
Shingrix®			GSK	0.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022	
							R / L		
							R / L		
Ordering RPh Signature: _____			RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____						
Name of Administrator: _____			Medical (Name, ID#, Group#): _____						
Admin/VIS Provided Date: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered			<input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____						
Counseling (Please circle): Accepted / Declined			Appt Date: _____ Appt Time: _____ Administration time (OR Only): _____			ICIMZIV 20240523			