

امیونائزیشن کے لیے باخبر رضامندی

آخری نام	پہلا نام	درمیانہ نام	تاریخ پیدائش	عمر	پیدائش کے وقت تفویض کردہ صنف
گھر کا پتہ	شہر	ریاست	زپ	فون#	مرد <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/>
درخواست کردہ ویکسین (ویکسینز): <input type="checkbox"/> فلو <input type="checkbox"/> کووڈ-19 <input type="checkbox"/> نمونیا <input type="checkbox"/> شنگلز <input type="checkbox"/> ہیپائٹائٹس B <input type="checkbox"/> ڈیپتیس/کالی کھانسی <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> ہیپائٹائٹس A HPV <input type="checkbox"/> گردن توڑ بخار <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> دیگر: _____			نسل: <input type="checkbox"/> ہسپانوی یا لاطینی <input type="checkbox"/> غیر ہسپانوی یا لاطینی <input type="checkbox"/> ریاست سے انکار (نامعلوم)		
نژاد: <input type="checkbox"/> ایشیائی <input type="checkbox"/> امریکی ہندوستانی <input type="checkbox"/> بحر الکاہل جزیرے کا باشندہ <input type="checkbox"/> سیاہ فام یا افریقی امریکی <input type="checkbox"/> کاکیشین <input type="checkbox"/> دو یا زائد <input type="checkbox"/> دیگر			آپ ویکسین کے لیے کس بازو کو ترجیح دیتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> بائیں <input type="checkbox"/> دائیں ای میل پتہ: _____ بنیادی دیکھ بھال فراہم کنندہ کا نام: _____ فون: _____ پتہ: _____ صرف Medicare کے مریض: سوشل سیکیورٹی نمبر (social security number, SSN) کے آخری 4 ہندسے: _____ Medicare حصہ ID #: _____		

نہیں	ہاں	اسکریننگ کے سوالات 1. کیا آپ آج بیمار ہیں؟ 2. کیا آپ کو ادویات، غذا یا ویکسین سے کوئی الرجی ہے؟ اگر ہاں، تو براہ کرم درج کریں: 3. کیا آپ کبھی بھی ویکسین لگوانے کے بعد شدید ردعمل کا شکار ہوئے ہیں یا آپ نے بھوش ہو گئے ہیں (مثال کے طور پر، گیلیں بیری سنڈروم)؟ 4. خواتین کے لیے: کیا آپ حاملہ ہیں، دودھ پلا رہی ہیں یا آپ اگلے مہینے میں حاملہ ہونے پر غور کر رہی ہیں؟ اگر حاملہ ہیں، تو حمل کا ہفتہ: _____ ان تمام چیزوں کو چیک کریں جو آپ پر لاگو ہوتے ہیں: <input type="checkbox"/> دمہ/ہیپہیٹوز کی بیماری <input type="checkbox"/> ذیابیطس <input type="checkbox"/> دل کی بیماری <input type="checkbox"/> تمباکو نوشی کرنے والا <input type="checkbox"/> قبضے کی خرابی/دماغ کی خرابی <input type="checkbox"/> گردے کی بیماری/ڈائلیسیس جگر کی بیماری <input type="checkbox"/> ایسپلینیا <input type="checkbox"/> کیا آپ کا تھائمس غدود ہٹا دیا گیا ہے یا کیا آپ کو اپنے تھائمس کے ساتھ مسائل ہیں جیسے کہ مائیسٹینیا گریوس، ڈی جارج سنڈروم یا تھائموما؟ (صرف زرد بخار) <input type="checkbox"/> فی الحال اینٹی بائیوٹک یا اینٹی ملیریل ادویات لے رہے ہیں؟ (صرف زبانی ٹائیفائیڈ) <input type="checkbox"/> تھرومبوسائٹوپینیا یا تھرومبوسائٹوپینیا پورپورا کی تاریخ؟ (MMR <input type="checkbox"/> III) <input type="checkbox"/> ہاسپیٹس کمزور مدافعتی نظام (مثال کے طور پر کینسر، ایچ آئی وی، فعال شنگلز، زبانی سٹرائنڈز، اینٹی کینسر یا اینٹی وائرل ادویات، خون کی منتقلی یا مصنوعات، امیون گلوبولین، تابکاری تھراپی) <input type="checkbox"/> پچھلے 4 ہفتوں میں کوئی ویکسینیشن فراہم ہوئی؟ اگر ہاں، تو براہ کرم درج کریں: براہ کرم اشارہ دیں کہ آپ کس ویکسین (ویکسینز) کے بارے میں مزید معلومات چاہتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہیپائٹائٹس A <input type="checkbox"/> MMR (خسرہ، گسوٹے، روبیلا) <input type="checkbox"/> ٹریول ویکسینز <input type="checkbox"/> جپین کی ویکسینز <input type="checkbox"/> دیگر: _____ پتہ نہیں: کیا آپ ممکنہ ویکسینیشن کے درمیان کے وقفے یا ضروریات کی تشخیص کروانا چاہتے ہیں
------	-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

امیونائزیشن کی ضروریات			
آخر کی تاریخ:	فلو ویکسین	کووڈ-19 ویکسین	
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ نے کبھی نمونیا کی ویکسین لی ہے؟ اگر ہاں، تو کب اور کس قسم کی؟ _____
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 سال سے زیادہ عمر کے مریض: کیا آپ نے کبھی RSV ویکسین لگوائی ہے؟ _____
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49 سال سے زیادہ عمر کے مریض یا امیونو کمبرومائٹڈ: کیا آپ نے کبھی شنگلز کی ویکسین لی ہے؟ اگر ہاں، تو کس تاریخ (تاریخوں) کو: _____
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66 سال سے کم عمر کے مریض یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکنان: کیا آپ نے MMR (خسرہ، مہمپس، روبیلا) ویکسین لگوائی ہے؟ _____
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59 سال سے کم عمر کے مریض یا صحت کی دیکھ بھال کرنے والے کارکنان: کیا آپ نے ہیپائٹائٹس B ویکسین کی مکمل سیریز لگوائی ہے؟ _____
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46 سال سے کم عمر کے مریض: کیا آپ نے HPV (ہیومن ہیپیلوما وائرس) ویکسین سیریز لگوائی ہے؟ _____
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43 سال سے کم عمر کے مریض: کیا آپ نے ویریلا ("چکن پوکس") ویکسین کی 2 خوراکیں حاصل کی ہیں؟ _____
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 سے 23 سال کی عمر کے مریض: کیا آپ نے گردن توڑ بخار کی ویکسین لگوائی ہے؟ _____
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آپ کو آخری ٹیٹنس کی ویکسین لگ کتنے سال ہو چکے ہیں؟ _____ سال

باخبر رضامندی: براہ کرم پڑھیں اور دستخط کریں۔

ذیل میں اپنے دستخط کے ذریعے، کسی فارماسسٹ یا زیر نگرانی طالب علم فارماسسٹ یا ٹیکنیشن، یا دوسرے مجاز شخص کے ذریعے ویکسین (ویکسینز) لگانے کی منظوری دیتا/دیتی ہوں، جہاں قانون یا ریاستی/وفاقی رہنمائی کے ذریعے اجازت دی گئی ہو۔ Albertsons Companies کے ذریعہ یا اس سے ملحق کسی فارمیسی میں ملازم ہو یا اس سے معاہدہ کیا گیا ہو اور ان دیگر حفاظتی ٹیکوں کے حوالے سے اوپر فراہم کردہ نمبر پر رابطہ کیے جانے کو منظوری دیتا/دیتی ہوں جو ابھی تک مجھے نہیں لگے ہیں یا جس حفاظتی ٹیکے لگوانے کا میں اہل ہوں۔ اوپر دی گئی معلومات درست اور قطعی ہیں۔ میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں ویکسینیشن کے لیے اہلیت کے معیار پر پورا اترتا/اترتی ہوں (اگر کوئی ہے)؛ اگر میں نابالغ مریض کی/کا ماں باپ/سرپرست ہوں، تو میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ نابالغ مریض ویکسینیشن کے لیے اہلیت کے معیار پر پورا اترتا ہے۔ میں Albertsons Companies اور اس کے ذیلی اداروں، ملحقہ اداروں، افسران، ڈائریکٹرز، ملازمین، اور ایجنٹس کو تمام ذمہ داریوں سے بھی بری کرتا/کرتی ہوں، بشمول کوئی با بیوں جوک کی کارروائیوں سے، جو کہ ویکسین مجھے لگانے یا نابالغ بچے کو لگانے کے نتیجے میں رونما ہوتی ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ: (1) میں نے رضاکارانہ طور پر ویکسین لگوانے کا انتخاب کیا ہے۔ اگر میں فلو کی کوئی ویکسین لگوا رہا/رہی ہوں اور یہ ستمبر کی پہلی تاریخ سے پہلے ہو تو میں یا تو کوئی ماں باپ ہوں جو اپنے ویکسین لگوانے والے بچہ کی طرف سے دستخط کرنا/رہی ہوں، یا اپنی تیسری سہ ماہی میں حاملہ ہوں، یا میں بعد کی کسی تاریخ میں واپس آنے سے قاصر ہوں۔ میں Albertsons Companies کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ میری طرف سے Medicare یا کسی دوسرے معاہدہ والے فریق ثالث ادائیگی کنندہ کو باز ادائیگی کا دعویٰ جمع کرائیں، بشمول میرے آجر کے اگر وہ براہ راست طریقے سے میری ویکسینیشن کے لیے ادائیگی کر رہے ہیں؛ اگر دعویٰ سے انکار کیا جاتا ہے تو، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں ادائیگی کے لیے ذمہ دار ہوں گا/گی؛ (3) میری عمر قانونی حد کو پہنچ چکی ہے اور میں اس رضامندی کی فارم پر عمل کرنے کا/کی مستند ہوں یا میں نابالغ مریض کی ماں باپ/سرپرست ہوں۔ (4) میں فارماسسٹ کو کسی بھی ایسی طبی حالت سے فوری طور پر آگاہ کروں گا/گی جو میری ذاتی صحت یا ویکسین کی اثرانگیزی کو بری طرح متاثر کر سکتی ہے۔ (5) مجھے ویکسینیشن کے بعد ممکنہ ضمنی اثرات کے تعلق سے مشورہ دیا گیا ہے، وہ کب پیش آسکتے ہیں، اور مجھے کب اور کہاں علاج کرانا چاہیے۔ اگر مجھے کسی ضمنی اثرات کا سامنا کرنا پڑتا ہے تو میں اپنے خراج پر اپنے معالج سے رجوع کرنے کا ذمہ دار ہوں۔ (6) مجھے 15 منٹ تک مشاہدے کے لیے اس علاقے میں رہنا چاہیے سوائے اس کے کہ میرے یہاں کسی ویکسین یا قابل انجیکشن علاج سے فوری طور پر کسی بھی شدت کے الرجیک رد عمل کی سرگزشت ہو یا اگر میرے یہاں کسی وجہ سے انفلیکسیس کی سرگزشت ہو تو، مجھے ویکسینیشن کے بعد 30 منٹ تک مشاہدے کے لیے علاقے میں رہنا چاہیے۔ اگر میں انتظار کیے بغیر اس علاقے سے نکل جاتا/جاتی ہوں، تو میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ ایسا میں اپنے جوکھم پر اور ویکسین لگانے والے پیشہ ور کے مشورے کے خلاف کر رہا/رہی ہوں۔ (7) میں نے ویکسین کی معلومات سے متعلق بیان (بیانات) ("VIS") یا ایمرجنسی استعمال کی اجازت ("EUA") (Emergency Use Authorization) کو پڑھ لیا ہے یا مجھے پڑھ کر سنایا گیا ہے، جو ویکسین لگانے کے لیے فراہم کی گئی ہے۔ مجھے سوال پوچھنے کا موقع ملا ہے، اور میرے تمام سوالات کے تسلی بخش جوابات مل گئے ہیں۔ میں ویکسین (ویکسینز) کے فوائد اور خطرات کو سمجھتا/سمجھتی ہوں۔ (8) مجھے ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلیٹی ایکٹ (HIPAA) Health Insurance Portability and Accountability Act کی تعمیل میں کبھی کی پرانویسی پریکٹس کے نوٹس کی ایک کاپی پیش کی گئی ہے اور/یا فراہم کی گئی ہے۔ (9) کسی بھی ویکسینیشن سمیت، یہ ویکسینیشن جیسے ریاستی یا وفاقی قانون کے تحت رازداری کے اضافی تحفظات دینے کے لیے ہیں، میری فارمیسی یا اس کے کاروباری ساتھی کی طرف سے امیونائزیشن کی رجسٹری کو رپورٹ کرنے سے مشروط ہے، جو میرے حفاظتی ٹیکوں کا ڈیٹا دوسروں کے ساتھ، اور میرے بنیادی نگہداشت کے معالج، مجاز معالج (Department of health)، یا مقامی محکمہ صحت کو، اگر قابل اطلاق ہو تو شیئر کر سکتا ہے، اور میں ان انکشافات کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ (صرف نیو جرسی: میں _____ کو اس بات کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ یہ ویکسینیشن مجھے لگانے جانے کی اطلاع میرے بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ کو میرے سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اجازت دینے/اجازت نہ دینے کو نشان زد کرنے میں ناکامی کی اجازت سمجھی جائے گی۔) (صرف ساؤتھ ڈکوٹا، مائے، میساچوسٹس، اور نیو ہیمپشائر: میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے اس طرح کی رجسٹریوں کے ذریعے مذکورہ بالا فریقوں کو میرا ڈیٹا شیئر کرنے پر اعتراض کرنے کا حق ہے۔) نابالغ کے ماں باپ یا سرپرست کے لیے ذیلی رضامندی ہر سال کسی ماہر طفل ڈاکٹر سے ملاقات کرنے کے ایک تحریری نوٹس موصول ہونے کی تصدیق کرتی ہے۔

X

مریض یا نابالغ مریض کے ماں باپ/سرپرست کے دستخط (نابالغ بے رشتہ بتائیں)

جلی حروف میں تحریر شدہ نام

تاریخ

Below for Pharmacy Use Only:	WA ONLY: Substitution Permitted:	Dispense as Written:																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Vaccine Name</th> <th>Lot #</th> <th>Expiration Date</th> <th>Manufacturer</th> <th>Dose (ml)</th> <th>Dose #</th> <th>Route</th> <th>Site (circle)</th> <th>VIS/EUA Pub. Date</th> <th>F/U Appt Date/Time</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COVID-19(_____)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>N/A</td> <td>IM</td> <td>R / L Deltoid</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Flu (_____)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0.5</td> <td>N/A</td> <td>IM</td> <td>R / L Deltoid</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Shingrix®</td> <td></td> <td></td> <td>GSK</td> <td>0.5</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td> <td>IM</td> <td>R / L Deltoid</td> <td>2/4/2022</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R / L</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R / L</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>R / L</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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										R / L			RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____ Medical (Name, ID#, Group#): _____ <input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____ Appt Date: _____ Appt Time: _____ Administration time (OR Only): _____	Admin/VIS Provided Date: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered Counseling (Please circle): Accepted / Declined
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																																																																	
							R / L																																																																	