

VACCINAZIONE ANTI-COVID19
एंटी कोविड19 टीकाकरण (COVID 19)

**MODULO DI CONSENSO per
minori**

नाबालिगों के लिए सहमति फॉर्म

Nome e Cognome del vaccinando/a: टीका लगाने वाले का नाम और उपनाम :	
Data di nascita: जन्म तिथि:	Luogo di nascita: जन्म स्थान
Telefono: दूरभाष / फोन :	Residenza: पंजीकृत निवास

Io sottoscritto/a.....nato/a a..... il
मेअधोहस्ताक्षरी/नाम और उपनाम.....जन्म स्थान.....जन्मकी तारीख.....

residente a indirizzo

पंजीकृत निवास.....पता.....

in qualità di **madre** []

rappresentante legale []

माता के रूप में []

कानूनी अभिभावक []

Io sottoscritto/a.....nato/a a..... il
मेअधोहस्ताक्षरी/नाम और उपनाम.....जन्म स्थान.....जन्मकी तारीख.....

residente a indirizzo

पंजीकृत निवास.....पता.....

in qualità di **padre** []

rappresentante legale []

पिता के रूप में []

कानूनी अभिभावक []

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “.....”
- मैंने पढ़ा है, यह मुझे एक ज्ञात भाषा में दिखाया गया था और मैं इतालवी दवाओं एजेंसी (AIFA) द्वारा तैयार किए गए सूचना नोट को पूरी तरह से समझ लिया है , टीके के : “.....”
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
मैंने डॉक्टर को टीका लगाने वाले के वर्तमान और / या पिछली विकृतियों और चल रहे उपचारों की सूचना दे दी ।
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando ottenendorisposte esaurienti e da me comprese.
मुझे वैक्सीन और मेरे स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में सवाल पूछने, और मुझे व्यापक और मेरी सेहत सम्बन्धी उत्तर प्राप्त करने का पूरा अवसर मिला।

- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.
मुझे स्पष्ट शब्दों में सही जानकारी दी गई है। मैंने टीकाकरण के लाभों और जोखिमों, तौर-तरीकों और चिकित्सीय विकल्पों के साथ-साथ दूसरी खुराक, यदि कोई हो, के साथ टीकाकरण पूरा करने से इनकार या त्याग के परिणामों को समझ लिया है।
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.
मुझे पता है कि यदि कोई साइड इफेक्ट होता है, तो यह मेरी जिम्मेदारी होगी कि मैं तुरंत अपने डॉक्टर को सूचित करूं और उनके निर्देशों का पालन करूं।
- Accetto di far rimanere il vaccinato nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
मैं यह सुनिश्चित करने के लिए कि कोई तत्काल प्रतिकूल प्रतिक्रिया न हो, मैं टीका लगाने के बाद कम से कम 15 मिनट तक प्रतीक्षालय में रहने के लिए सहमत हूँ।

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “.....” a

मैं सहमत हूँ और अधिकृत करता हूँ, टीके के लगाने के लिए “.....” टिकाकर्ता

DATA E LUOGO

तारीख और जगह

Firme dei genitori o Rappresentante legale

माता-पिता या कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

In caso di assenza di uno dei genitori, in alternativa:

माता-पिता में से एक की अनुपस्थिति के मामले में, वैकल्पिक रूप से:

- potrà essere esibita una delega per l'accettazione della vaccinazione del genitore assente
अनुपस्थित माता-पिता के टीकाकरण की स्वीकृति के लिए एक प्रॉक्सी दिखाया जा सकता है
- il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente
उपस्थित माता-पिता घोषणा करते हैं और हस्ताक्षर करता है कि: अनुपस्थित माता-पिता.....
è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione
में उपस्थिति होने में असमर्थ है, लेकिन टीकाकरण के लिए सहमत है

firma.....

हस्ताक्षर.....

Rifiuto la somministrazione del vaccino “.....”

वैक्सीन के लगाने से इनकार करता हूँ “.....”

Data e Luogo.....

तारीख और जगह

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale
वैक्सीन से इनकार करने वाले व्यक्ति या उनके कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

टीकाकरण टीम के स्वास्थ्य पेशेवरों

1. Nome e Cognome (Medico).....

नाम और उपनाम (डॉक्टर).....

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि टीका लगाने वाले ने पर्याप्त रूप से सूचित किए जाने के बाद टीकाकरण के लिए अपनी सहमति व्यक्त की है।

Firma

हस्ताक्षर.....

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

नाम और उपनाम (डॉक्टर या अन्य हेल्थकेयर पेशेवर)

Ruolo

भूमिका

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि पर्याप्त रूप से सूचित किए जाने के बाद, टीकाकरण के लिए अपनी सहमति दे दी है।

Firma

हस्ताक्षर.....

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona vaccinando o in stato di criticità logistico-organizzativa.

अगर टीकाकरण क्लिनिक में किया जाता है तो या अन्य संदर्भ में जहां एक ही डॉक्टर द्वारा संचालित होता है दूसरे स्वास्थ्य पेशेवर की उपस्थिति आवश्यक नहीं है , टीका लगाए जाने वाले व्यक्ति के घर पर टीकाकरण या तार्किक-संगठनात्मक कठिनाई की स्थिति में भी दूसरे स्वास्थ्य पेशेवर की उपस्थिति आवश्यक नहीं है