

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

ایٹلی کوویڈ ویکسین 19

**MODULO DI CONSENSO per
minori**

نابالغوں کے لیے رضامندی کا فارم

| | | | |
|-----------------------------------|------------------|--|--------------|
| Nome e Cognome del vaccinando/a : | | ویکسین لگانے والے شخص کا نام اور کنیت: | |
| Data di nascita: | پیدائش کی تاریخ: | Luogo di nascita: | جائے پیدائش: |
| Telefono: | فون: | Residenza: | رہائش: |

Io sottoscritto/a _____

دستخط شدہ (نام اور سر نیم): _____

nato/a a.....

جائے پیدائش: _____

il

تاریخ پیدائش: _____

residente a

رہائش: _____

indirizzo

پتہ: _____

in qualità di **madre** []

ایک ماں کے طور پر []

rappresentante legale []

قانونی سرپرست []

Io sottoscritto/a _____

دستخط شدہ (نام اور سر نیم): _____

nato/a a.....

جائے پیدائش: _____

il

تاریخ پیدائش: _____

residente a

رہائش: _____

indirizzo

پتہ: _____

in qualità di **padre** []

ایک باپ کے طور پر []

rappresentante legale []

قانونی سرپرست []

- 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: “.....”
میں نے پڑھا ہے ، یہ ایک معروف زبان میں میرے سامنے پیش کیا گیا تھا اور میں مذکورہ ویکسین کے اطالوی میڈیسنز کے تیار کردہ انفارمیشن نوٹ کو پوری طرح سمجھ گیا ہوں۔ AIFA ایجنسی
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
میں نے ڈاکٹر کو موجودہ اور / یا پچھلی بیماریوں اور علاج معالجے کی اطلاع دی۔
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
مجھے ویکسین کی حالت کے بارے میں سوالات پوچھنے کا جامع اور سمجھے ہوئے جوابات حاصل کرنے کا موقع ملا۔
- 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.
مجھے ان الفاظ میں صحیح طور پر آگاہ کیا گیا ہے جو مجھ پر واضح ہیں۔
میں ویکسینیشن کے فوائد اور خطرات ، طریقوں اور علاج معالجے کے ساتھ ساتھ دوسری خوراک کے ساتھ ویکسینیشن مکمل کرنے سے انکار یا ترک کرنے کے نتائج کو بھی سمجھتا ہوں
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.
اگر کوئی ضمنی اثر ہوتا ہے تو ، یہ میری ذمہ داری ہوگی کہ فوری طور پر اپنے ڈاکٹر کو مطلع کریں اور اس کی ہدایت پر عمل کریں۔
- 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.
میں اس بات سے اتفاق کرتا ہوں کہ ویکسین کے انتظام کے بعد کم از کم 15 منٹ تک انتظار گاہ میں رہے

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

میں اجازت دیتا ہوں کہ ویکسین لگائی جائے۔ نام.....

DATA E LUOGO

تاریخ اور جگہ.....

Firme dei genitori o Rappresentante legale.....

والدین - قانونی نمائندے کے جائز دستخط.....

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

والدین میں سے کسی ایک کی غیر موجودگی کی صورت میں ، متبادل طور پر:

potrà essere esibita una delega per l’accettazione della vaccinazione del genitore assente

غیر حاضر والدین کی ویکسینیشن کی منظوری کے لیے ایک پراکسی پیش کی جا سکتی ہے

il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente

.....

è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione

حاضر والدین اعلان کرتا ہے اور اس کی نشاندہی کرتا ہے کہ: غیر حاضر والدین شرکت کرنے سے قاصر تھا ، لیکن ویکسینیشن پر رضامند تھا۔

firma.....

دستخط.....

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

ویکسین سے انکار.....

Data e Luogo.....

تاریخ اور جگہ.....

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale.....

ویکسین سے انکار کرنے والے شخص یا اس کے قانونی نمائندے کے

دستخط.....

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

صحت کی دیکھ بھال کرنے والا اسٹاف جنہوں نے یہ ویکسینیشن لگانی ہے

1. Nome e Cognome (Medico).....
1 نام اور سر نیم (ڈاکٹر) _____

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
میں تصدیق کرتا ہوں کہ ویکسینیٹر نے مناسب طور پر آگاہ ہونے کے بعد ، ویکسینیشن پر اپنی رضامندی دے دی ہے۔

Firma
دستخط _____

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario) _____
2 نام اور سر نیم (ڈاکٹر یا دیگر ہیلتھ کیئر پروفیشنل) _____

Ruolo
کردار _____

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.
میں تصدیق کرتا ہوں کہ ویکسینیٹر نے مناسب طور پر آگاہ ہونے کے بعد ، ویکسینیشن پر اپنی رضامندی دے دی ہے۔

Firma
دستخط _____

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 vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

کلینک یا کسی دوسرے سیاق و سباق میں ، جہاں ایک ہی ڈاکٹر کام کرتا ہے ، اس شخص کے گھر یا ویکسین سے متعلق تنظیمی تنقید کی کیفیت میں ویکسینیشن کی صورت میں دوسرے صحت کے پیشہ ور کی موجودگی ضروری نہیں ہے۔