

DICHIARAZIONE di CONSENSO INFORMATO

اردو/Urdu

رضامندی کا اقرار نامہ

Nome e Cognome del vaccinando _____ ویکسین لگوانے والے کا مکمل نام
Nato/a _____ il ____/____/____
جائے پیدائش _____ تاریخ پیدائش _____

In caso di minore (dati identificativi dei genitori) کم سن بچے کی صورت میں (والدین کے کوائف)
Padre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il ____/____/____
والد (مکمل نام): _____ جائے پیدائش _____ تاریخ پیدائش _____

Madre (Nome e Cognome): _____ nato a _____ il ____/____/____
والدہ (مکمل نام): _____ جائے پیدائش _____ تاریخ پیدائش _____

In caso di soggetto incapace: فرد واحد کی ناقابلیت کی صورت میں:

Rappresentante Legale (tutore o altro): _____ nato a _____ il ____/____/____
قانونی نمائندہ (سرپرست یا کوئی دوسرا): _____ جائے پیدائش _____ تاریخ پیدائش _____

Identificato tramite _____ rilasciato da _____ il ____/____/____
شناخت بذریعہ _____ ہوئی جو کہ _____ سے جاری ہوا۔ بتاریخ _____

_____ sottoscritt/_____ consapevole delle
responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni
mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del
D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più
corrispondenti a verità,

میں مسمیٰ _____ معاشرتی اور تعزیری بیانات یا معلومات یا جعلی دستاویزات کے دکھانے یا استعمال جو ضابطہء قانون کے آرٹیکل نمبر

76 کے D.P.R. 45/2000 e s.m.i. کے تحت بخوبی آگاہ ہوں۔

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

میں اپنی باقاعدہ ذمہ داری سے اقرار کرتا ہوں:

di aver ricevuto tramite

کہ میں نے وصول پایا بذریعہ

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- colloquio con un medico/operatore sanitario:

◀ مخصوص موضوع کے متعلق ایک (کثیراللسان) اطلاعی مواد جو کہ میرے سپرد کیا گیا ہے۔ اور جس کے متن کو میں نے بخوبی سمجھا۔

◀ ڈاکٹر / معاون ادارہء صحت کے ساتھ مذاکرہ:

un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:

ایک قابل فہم، موزوں اور جامع اطلاع:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;

◀ ویکسین کے لگانے کا طریقہء کار اور ویکسین کے لگانے کی جگہ؛

- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;

◀ ویکسین کی افادیت، مضر صحت اثرات اور ویکسین نہ لگوانے کے نقصانات؛

- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;

◀ غیر تندرستی کی کیفیت کے باعث ویکسین کی غیر موافق علامات؛

- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di loro trattamento;

◀ ویکسین کے باعث بالآخر مضر اثرات اور ان کی ممکنہ تصدیق مزید برآں ان کے تدارک کا طریقہء کار؛

- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;

◀ مزید معلومات حاصل کرنے کیلئے کسی بھی وقت مذاکرہ کیلئے درخواست دینے کا امکان؛

- sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;

◀ بیماری جس کیلئے ویکسین لگائی جا رہی ہو اس کے بارے میں حفاظتی تدابیر نہ اختیار کرنے کی صورت میں یہ رضامندی کا اقرار نامہ منسوخ کیا جاسکتا ہے؛

di essere stato invitato/o a trattenere il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per i **venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;

ویکسین لگانے کے بعد کسی بھی خلاف وضع علامات کے رد عمل کے نتیجے میں بچے کو اگلے بیس منٹ تک ہسپتال میں رکھنے کی طلب کی جانی چاہیے؛

di aver riferito corrette informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;

میری/ویکسین لگوانے والے کی صحت کے متعلق موزوں اطلاعات کا حوالہ دیا گیا؛

- ☐ di **aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

☐ والدین جو آج کے دن آنے سے قاصر رہے ان کے دوسرے ساتھی والدین سے تجویز حاصل کی اور ویکسین کے لگوانے کی ضرورت اور طریقہ کار کے

متعلق اطلاع فراہم کی گئی؛

- ☐ di **esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;

☐ بذات خود عملی کاروائی/ والدین کے اختیار کے تحت مروجہ قانون؛

لہذا مندرجہ ذیل ویکسینوں کیلئے رضامند ہو گیا: **ACCETTARE le seguenti vaccinazioni** e quindi di

☐ **Esavalente** _____ ہکسا وائینٹ ☐

☐ **Anti Differite-Tetano** _____ اینٹی خناق-تشیخ ☐

☐ **Anti Differite-Tetano-Pertosse-Poliomielite** _____ اینٹی خناق-تشیخ-کالی کھانسی-پولیو ☐

☐ **Anti Morbillo-Parotite- Rosolia** _____ اینٹی چیچک-کان پیڑے-رویلہ ☐

☐ **Antimeningococco** _____ اینٹی گردن توڑ بخار ☐

☐ **Antipneumococco** _____ اینٹی نمونیہ جرثومے ☐

☐ **Anti Papilloma Virus** _____ اینٹی بدنی مویگے وائرس ☐

☐ **Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)**

☐ دیگر (بشمول مفرد ویکسینیں جو ہکسا وائینٹ میں پہلے سے موجود ہوں) _____

**Firma del vaccinando/del genitore/del legale
rappresentante**

ویکسین لگوانے والے کے / والدین کے / قانونی نمائندہ کے دستخط

Informativa

اطلاعی

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

Per la/le vaccinazione/a proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali

Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

میں واضح کرتا ہوں کہ میں نے ویکسین کے متعلق معلومات فراہم کیں اور ویکسین لگوانے والے نے بذریعہ اطلاعی مذاکرہ اور مخصوص دستاویز نیز کثیر اللسان اطلاعی کارڈ کے اپنی رضامندی کو ظاہر کیا۔

تجویز کردہ ویکسین کے بارے میں اور بیماریوں کے متعلق موضوع ویکسین کے استعمال اور اسکے طریقہ کار نیز اسکے لگانے کی جگہ، خطرات اور ویکسین نہ لگوانے کا انجام، خلاف وضع علامات اور ممکنہ منفی اثرات کے متعلق وضاحت کی گئی۔

مزید برآں باور کیا جاتا ہے کہ فراہم کی معلومات صارف نے وصول پائیں۔

Timbro e Firma del medico/dell'operatore sanitario

ڈاکٹر / معاون ادارہء صحت کی مہر اور دستخط:

Centro Vaccinale di _____ ویکسین سنٹر بمقام

Data ____/____/____ تاریخ