



MINISTERO
DELL'INTERNO

টিকা নেওয়ার জন্য আপনার অস্বীকৃতি প্রকাশ করার ফর্ম

উপাধি নাম: _____

স্থান এবং জন্মতারিখ : _____

CF বা STP: _____

সুবিধা : _____

সমষ্টিগত এবং ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য রক্ষার জন্য, জনস্বাস্থ্য বিভাগ অসাধারণ অভ্যর্থনা কেন্দ্রে (CAS) বসবাসকারী সমস্ত অতিথিদের নিম্নলিখিত রোগের বিরুদ্ধে টিকা প্রদান করে: ডিপথেরিয়া, টেটেনাস, হুপিং কাশি, হাম, মাম্পস, রুবেলা, চিকেনপক্স, পোলিওমাইলাইটিস, হেপাটাইটিস বি .

নিম্নস্বাক্ষরকারী ঘোষণা করে যে:

- টিকা এবং তারা যে রোগগুলি প্রতিরোধ করতে পারে সে সম্পর্কিত তথ্য উপাদানগুলি পড়েছে এবং বুঝেছে;
- ভ্যাকসিন (গুলি) এবং আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ পেয়ে, আমি বুঝতে পেরেছি এমন বিস্তৃত উত্তর পাওয়ার জন্য;
- সম্পূর্ণ পরিকল্পিত চক্রটি সম্পূর্ণ করার সম্ভাব্য প্রত্যাখ্যান বা পরিত্যাগের পরিণতিগুলি এবং ভ্যাকসিনেশনের (গুলি) সুবিধা এবং ঝুঁকিগুলি বুঝতে পেরেছেন।

তদুপরি, সচেতন যে টিকা দিতে ব্যর্থতা আমার স্বাস্থ্যের জন্য এবং আমার কাছের লোকেদের (পরিবারের সদস্য, সুবিধার অন্যান্য অতিথিদের) জন্য সম্ভাব্য গুরুতর পরিণতি সহ এই রোগগুলি ছড়িয়ে দিতে পারে, আমি আমার দায়িত্বের অধীনে ঘোষণা করছি যে আমি চাই না নিম্নলিখিত টিকাগুলি সম্পাদন করুন:

- ☐ ডিপথেরিয়া /টেটেনাস/হুপিং কাশি টিকা
- ☐ হাম/মাম্পস/রুবেলা টিকা
- ☐ চিকেনপক্স বিরোধী টিকা
- ☐ অ্যান্টি-হেপাটাইটিস বি টিকা
- ☐ পোলিও টিকা

অবশেষে, আমাকে জানানো হয়েছিল যে যদি আমার উপরে তালিকাভুক্ত অসুস্থতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ উপসর্গ থাকে, তাহলে আমাকে অবিলম্বে আমার ডাক্তার এবং CAS যোগাযোগের ব্যক্তিকে জানাতে হবে।

পরিশেষে, আমি ঘোষণা করছি যে আমাকে আমার পছন্দ পরিবর্তন করতে এবং যে কোনো সময় নির্ধারিত টিকা দেওয়ার সম্ভাবনা সম্পর্কে অবহিত করা হয়েছে।

স্থান ও তারিখ

স্বাক্ষর (উপাধি নাম)

স্বাস্থ্যকর্মীর স্বাক্ষর