

ویکسینیشن کروانے سے اپنے انکار کے اظہار کے لیے فارم

فیملی نام اور نام: \_\_\_\_\_

جگہ اور تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

C.F. یا STP: \_\_\_\_\_

استقبالیہ کی سہولت: \_\_\_\_\_

اجتماعی اور انفرادی صحت کے تحفظ کے لیے، محکمہ صحت عامہ غیر معمولی استقبالیہ مراکز (CAS) میں مقیم تمام مہمانوں کو درج ذیل بیماریوں کے خلاف ویکسینیشن پیش کرتا ہے: خناق، تشنج، کالی کھانسی، خسرہ، ممپس، روبیلا، چکن پاکس، پولیو مائلائٹس، ہیپائٹائٹس B۔

### زیر دستخطی اعلان کرتا ہے کہ:

- ویکسینیشن اور ان بیماریوں سے متعلق معلوماتی مواد کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے جن سے وہ روک سکتے ہیں۔
- ویکسین اور میری صحت کی حالت کے بارے میں سوالات پوچھنے کا موقع ملا، جامع جوابات حاصل کرنا جو میں سمجھ گیا ہوں؛
- ویکسینیشن کے فوائد اور خطرات کے ساتھ ساتھ پورے منصوبہ بند چکر کو مکمل کرنے کے ممکنہ انکار یا ترک کرنے کے نتائج کو سمجھ چکے ہیں۔

مزید برآں، اس بات سے آگاہ ہوں کہ ویکسینیشن میں ناکامی ان بیماریوں کے پھیلاؤ کا سبب بن سکتی ہے جس سے میری اور میرے قریبی لوگوں (خاندان کے افراد، سہولت کے دیگر مہمان) کی صحت کے لیے ممکنہ سنگین نتائج ہو سکتے ہیں، میں اپنی ذمہ داری کے تحت اعلان کرتا ہوں کہ میں نہیں چاہتا درج ذیل ویکسینیشن کروائیں:

☐ خناق/ تشنج/ کالی کھانسی کی ویکسینیشن

☐ خسرہ/ممپس/روبیلا ویکسینیشن

☐ اینٹی چکن پوکس ویکسینیشن

☐ اینٹی ہیپائٹائٹس B ویکسینیشن

☐ اینٹی پولیو ویکسینیشن

آخر میں، مجھے مطلع کیا گیا کہ اگر میرے پاس مندرجہ بالا بیماریوں کے ساتھ مطابقت پذیر علامات ہیں، تو مجھے فوری طور پر اپنے ڈاکٹر اور CAS سے رابطہ کرنے والے شخص کو مطلع کرنا ہوگا۔

آخر میں، میں اعلان کرتا ہوں کہ مجھے کسی بھی وقت اپنی پسند کو تبدیل کرنے اور طے شدہ ٹیکے لگانے کے قابل ہونے کے امکان سے آگاہ کیا گیا ہے۔

دستخط (فیملی نام اور نام)

جگہ اور تاریخ

ہیلتھ کیئر ورکر کے دستخط