



उपचार केंद्र, केंद्रीय अनुसंधान संस्थान, कसौली / Treatment Centre, Central Research Centre, Kasauli

पीत ज्वर टीकाकरण सहमति प्रपत्र/YELLOW FEVER VACCINATION CONSENT FORM

1	दिनांक/DATE	__ / __ / 20 __	
2	नाम/NAME (बड़े अक्षरों में/IN CAPITAL LETTERS)	उपनाम/SURNAME	प्रदत्त नाम/GIVEN NAME
3	लिंग/SEX	पुरुष/MALE / महिला/FEMALE/ ट्रांसजेंडर/TRANSGENDER	
4	जन्मतिथि/DATE OF BIRTH	/ /	
5	पता/ADDRESS (पासपोर्ट के अनुसार/AS IN THE PASSPORT)		
6	पासपोर्ट संख्या/PASSPORT NO		
7	फ़ोन/PHONE / मोबाइल संख्या/MOBILE NO		
8	ई-मेल/E - mail id		
9	नाविक/SEAMAN / नाविका/SEAWOMAN	हाँ/YES / नहीं/ NO	
10	यात्रा किए जाने वाला देश/COUNTRY OF TRAVEL/उद्देश्य/PURPOSE (केवल यात्रियों के लिए/APPLICABLE ONLY FOR PASSENGERS)	/	
11	पिछले टीकाकरण का विवरण/LAST VACCINATION DETAILS(वैक्सीन का प्रकार एवं तिथि/DATE AND TYPE OF VACCINE) पिछले तीन महीनों में/Last 3 months		
12	चिकित्सा इतिवृत्त/MEDICAL HISTORY	प्रतिक्रिया/ RESPONSE: हाँ/YES / नहीं /NO	
i.	अंडे/चिकन से एलर्जी/ALLERGY TO EGG/CHICKEN		
ii.	लीवर/किडनी की कोई गंभीर बीमारी/ANY MAJOR LIVER/KIDNEY DISEASE		
iii.	क्या आप स्टेरॉयड्स/रेडिएशन थेरेपी/कैंसर थेरेपी (कीमोथेरेपी) ले रहे हैं?/ARE YOU ON MEDICATION WITH STEROIDS/RADIATION THERAPY/CANCER TREATMENT(CHEMOTHERAPY)		
iv.	डायलिसिस, अंग प्रत्यर्पण, एच.आई.वी./एड्स, कैंसर आदि हुआ है/ ANY HISTORY OF CANCER, HIV/AIDS, ORGAN TRANSPLANTATION, DIALYSIS		
v.	पहले कभी ऑटो इम्यून बीमारी/थाइमस संबंधित विसंगतियाँ हुई हो /ANY HISTORY OF AUTO IMMUNE DISEASES/THYMUS RELATED DISORDERS		
vi.	अस्थमा की समस्या हुई हो/HISTORY OF ASTHMA		

महिला/FEMALE

गर्भावस्था/PREGNANCY	हाँ/YES /नहीं/ NO	अंतिम मासिक अवधि/LAST MENSTRUAL PERIOD: -
----------------------	----------------------	---

सूचित सहमति/Informed Consent: -

मैं एतद्वारा, पीत ज्वर वैक्सीन के लिए मेरी पूर्ण, स्वतंत्र एवं स्वैच्छिक सहमति प्रदान करता/करती हूँ। टीकाकरण की प्रक्रिया, जोखिमों, जटिलताओं एवं समस्याओं से संबंधित सभी प्रकार की जानकारी मुझे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा उसी भाषा में दी गई है जिसे मैं समझ सकता हूँ। I hereby, giving my full, free & voluntary consent for yellow fever vaccination. All information related to the procedure, risks, complications & contradictions of vaccination has been provided to me and also explained to me by the health care provider in the language I can understand.

13.हस्ताक्षर/SIGNATURE (पासपोर्ट के अनुसार/AS IN THE PASSPORT):

(18 वर्ष से कम उम्र के अवयस्कों के लिए उनकी माता हस्ताक्षर कर सकती हैं/MOTHER CAN SIGN ON BEHALF OF MINORS BELOW 18 YEARS)

केवल कार्यालय उपयोग के लिए/FOR OFFICE USE ONLY

कार्ड सं./CARD NO:

राशि/AMOUNT: RS.

दिनांक/DATE:

नोडल अधिकारी, पीत ज्वर वैक्सीन/NODAL OFFICER, YFVC,

नोट:- एक वर्ष से कम उम्र एवं 60 वर्ष से अधिक उम्र के व्यक्तियों में जटिलता विकसित होने का जोखिम बढ़ जाता है, इसलिए उन्हें अधिकृत अस्पताल/तृतीयक देखभाल केंद्र में टीकाकरण कराने की सलाह दी जाती है। Note: -* Person of age above 60 years and age below one year carry increased risk of developing complication, hence they are advised to undergo vaccination at authorized hospital / tertiary care center.