

कोभिड -19 खोप प्रशासित गर्न सहमत

सिन्सनाटी चिल्ड्रेन्स अस्पताल मेडिकल सेन्टर (Cincinnati Children's Hospital Medical Center) ले बाह्र वर्ष र माथि उमेरका विद्यार्थीहरूलाई 2-डोज कोभिड -19 खोप प्रदान गर्नेछ।

यदि तपाईं आफ्नो बच्चा/लाई कोभिड -19 खोप¹ पहिलो र 2^{दोस्रो} डोज प्राप्त गर्न अनुमति दिनुहुनेछ भने मात्र यो फारम भर्नुहोस्।

स्कूलको नाम:			ग्रेड / एचआर:	
कृपया विद्यार्थी जानकारी प्रिन्ट गर्नुहोस् ।				
विद्यार्थीको नाम (थर, नाम)			एमआरएन / नियन्त्रण #:	
जन्म मिति:	जन्म समयमा लिङ्ग <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> अन्य	जातीय समूह: <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक <input type="checkbox"/> गैर हिस्पैनिक	अभिभावक / प्राथमिक हेरचाहकर्ता (बिरामीभन्दा फरक छ भने):	
जाति: <input type="checkbox"/> अलास्का मूल <input type="checkbox"/> AM अमेरिकी भारतीय <input type="checkbox"/> एशियाली <input type="checkbox"/> कालो / अफ्रिकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> मूल हवाई <input type="checkbox"/> गोरे <input type="checkbox"/> खुलासा गर्न नचाहेको <input type="checkbox"/> अज्ञात				
सडक ठेगाना:	शहर:	राज्य:	काउन्टी:	जिप कोड:
घरको फोन:	वैकल्पिक / मोबाइल फोन:	इ - मेल ठेगाना		
आपतकालीन सम्पर्क:				
नाम: _____ सम्बन्ध: _____ टेलिफोन: _____				
के हामी तपाईंको आपतकालीन सम्पर्कको साथ सन्देशहरू छोड्न सक्छौं? <input type="checkbox"/> सक्छौं <input type="checkbox"/> सक्दैनौं				
स्क्रीनिंग पूर्व प्रश्नहरू:				
1. के बच्चा/लाई पछिल्लो 10 दिनमा कोभिड-19 को सकारात्मक परीक्षण गरिएको छ? <input type="checkbox"/> सक्छौं <input type="checkbox"/> सक्दैनौं				
2. के बच्चासँग निम्न मध्ये कुनै नयाँ वा बिग्रिएको लक्षण छ: खोकी, बान्ता, पखाला, ज्वरो, नयाँ गन्ध हराउनु, नयाँ स्वाद हराउनु, घाँटी दुखाई, वा नाक बगेको छ? <input type="checkbox"/> सक्छौं <input type="checkbox"/> सक्दैनौं				
3. के बच्चा हाल स्वास्थ्य विभाग अन्तर्गत (स्कूल / डेकेयर / कार्यस्थलद्वारा सूचनाहरू समावेश) कोभिड -19 जोखिमको लागि क्वारेन्टाइनमा छ? <input type="checkbox"/> सक्छौं <input type="checkbox"/> सक्दैनौं				
4. के बच्चा/लाई बितेको 90 दिनमा कोभिड -19 को लागि सुईद्वारा नशामा दिइने एन्टीबडी वा प्लाज्मा उपचार प्राप्त गरियो? <input type="checkbox"/> सक्छौं <input type="checkbox"/> सक्दैनौं				
5. के बच्चा/लाई खोपबाट गम्भीर एलर्जिक प्रतिक्रिया वा सुईद्वारा औषधी नशामा दिएपछि सास फेर्न समस्या, एपि-पेनको प्रयोग, वा आपतकालीन चिकित्सा उपचारको कारणले भएको छ? <input type="checkbox"/> भएको छ <input type="checkbox"/> भएको छैन				
6. के बच्चा/लाई बितेको 14 दिनमा कुनै खोप प्राप्त गरेको छ? <input type="checkbox"/> भएको छ <input type="checkbox"/> भएको छैन				
7. के बच्चा/लाई कोभिड खोपको पहिलो डोज प्राप्त गरेको कोभिड? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन यदि प्राप्त गरेको भने छ, कहिले र कहाँ?				
कहाँ _____			कहिले _____	

यदि तपाईंले प्रश्नहरू 1,2,3,4 वा 6 “मा” हो ”जवाफ दिनुभयो भने यस समयमा बच्चालाई कोभिड खोप प्राप्त गर्न अनुमति दिइने छैन। कृपया तपाईंको प्राथमिक हेरचाह प्रदायकलाई सम्पर्क गर्नुहोस् जब तपाईंको बच्चाले यसलाई प्राप्त गर्न सक्दछन्।

यदि तपाईंले प्रश्न 5 को जवाफ “हो” दिनुभयो भने कृपया सिन्सिनाटी बाल अस्पताल वा तपाईंको प्राथमिक हेरचाह प्रदायकको साथ तपाईंको खोपको तालिका बनाउनुहोस्। तपाईंले <https://www.cincinnatichildrens.org/patients/coronavirus-information/vaccines/schedule> (अंग्रेजीमा मात्र उपलब्ध छ) भ्रमण गरेर भेट तालिका बनाउन सक्नुहुन्छ।

आपतकालिन पर्योग परमाणीकरण (EUA) को कोरोनाभाइरस रोग 2019 (कोभिड-19) रोकथाम गर्न फाइजर बायोनटेक कोभिड-19 खोप 12 वर्ष र माथि उमेरका व्यक्तिहरूमा

तपाईंलाई सार्स-कोभ-2 को कारणले लाग्ने कोरोनाभाइरस रोग 2019 (कोभिड-19) रोकथाम गर्न फाइजर बायोनटेक कोभिड-19 खोप प्रस्ताव गरिदैछ। यस तथ्य पानामा तपाईंलाई फाइजर बायोनटेक कोभिड-19 खोपको जोखिम र फाइदाहरू बुझ्नको लागि मद्दत पुग्ने जानकारी समावेश छ।

जुन तपाईंले प्राप्त गर्न सक्नुहुनेछ किनकि हाल कोभिड-19 को महामारी छ।

फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोप एक खोप हो र तपाईंलाई कोभिड-19 हुनबाट रोक्न सक्छ। कोभिड-19 हुनबाट रोक्न संयुक्त राज्य खाद्य र औषधि प्रशासन (FDA) मान्यता प्राप्त कुनै खोप छैन। फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोपलाई 3 हप्ताको दूरीमा मांसपेशिमा शृंखलाबद्ध रूपमा 2- डोज चलाइन्छ। फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोपले सबैलाई बचाउन सक्दैन।

कसले फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोप प्राप्त गर्नु पर्छ?

एफडीए (FDA) ले 16 वर्ष र माथि उमेरका मा फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोपको आपतकालीन प्रयोगको अधिकार दिएको छ।

फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोप कसले लगाउनु हुँदैन?

तपाईंले फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोप लगाउनु हुँदैन यदि तपाईं(लाई):

- यस खोपको पछिल्लो डोजपछि गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया भएको थियो?
- यस खोपको कुनै पनि अवयवहरूमा गम्भीर एलर्जीको प्रतिक्रिया थियो।

फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोप फाइदाहरू के हुन्?

चलिरहेको क्लिनिकल परीक्षणमा यो देखाइएको छ कि फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोप 3 हप्ताको दूरीमा 2 डोजहरू पश्चात कोभिड-19 लाई रोक्न सक्छ । कोभिड-19 बिरुद्ध संरक्षणको अवधि हाल अज्ञात छ।

फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोप का जोखिमहरू के- के हुन्?

एक टाढाको संभावना छ कि फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोपले गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया पैदा गर्न सक्छ। सामान्यतया, गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोपको डोज लगाएको केहि मिनेटदेखि एक घण्टाभित्र देखा पर्दछ। यस कारण, तपाईंको खोप प्रदायकले तपाईंलाई निगरानीको लागि खोप प्राप्त गरेको ठाउँमा बस्न आग्रह गर्न सक्छन् । गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रियामा समावेश हुन सक्ने लक्षणहरू:

- श्वास-प्रश्वासमा कठिनाई, तपाईंको अनुहार र घाँटी सुन्निसुन्न, मुटुको धडकन छिटो, तपाईंको सम्पूर्ण शरीरमा नराम्रो डाबर, चक्कर र कमजोरी

फाइजर- बायोनटेक कोभिड-19 खोपका समावेश गरिएका साइड इफेक्टहरू:

- ▮ गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया, गैर गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रियाहरू जस्तै दाना, चिलाउनु, अनुहार सुन्निनु, सुई लगाएको ठाउँमा दुखाई, थकान, टाउको दुखाई, मांसपेशी दुख्ने, सर्दी, जोर्नीमा दुखाइ, ज्वरो, सुई लगाएको ठाउँ सुन्निनु, सुई लगाएको ठाउँ रातो हुनु, वाकवाकी, अस्वस्थ महसुस, सुन्निएको लिम्फ नोड्स (लिम्फएडेनोप्याथी), पखाला, बान्ता, हात दुखाइ

स्वीकृति: म स्वीकार गर्दछु र सहमत छु कि मैले यो फारमभित्र रहेका बयानहरूलाई पढेको र बुझेको छु र मेरा सबै प्रश्नहरूको उत्तर दिइएको छ। मलाई कोभिड-19 खोपको उद्देश्य, सम्भावित जोखिम र फाइदाहरूको बारेमा सूचित गरिएको छ। म स्वेच्छाले मेरो बच्चालाई कोभिड खोप प्रशासन गर्न सिन्सिनाटी बाल अस्पताल मेडिकल सेन्टर, यहाँ "CCHMC" को रूपमा उल्लेख, लाई अनुमति दिन्छु। दोस्रो डोज पहिलो डोज प्राप्त भएको 21 दिनपछि दिइनु पर्छ। तपाईंको बच्चाले उनीहरूको दोस्रो डोज उहि ठाउँमा प्राप्त गर्नेछन् जहाँ उनीहरूले पहिलो डोज प्राप्त गरे।

अभिभावक / प्राथमिक हेरचाहकर्ताको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

अभिभावक / प्राथमिक हेरचाहकर्ताको नाम प्रिन्ट गर्नुहोस्: _____ मोबाइल फोन: _____