

# COVID-19 टीकाकरण सहमति फॉर्म

## सहमति फॉर्म-COVID-19 टीकाकरण

संस्करण 3.0 – मार्च 11, 2021

पारिवारिक नाम	प्रथम नाम	पहचान-पत्र (उदाहरण के लिए, स्वास्थ्य कार्ड नंबर)	
लिंग: <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> बताना नहीं चाहते/चाहती हैं <input type="checkbox"/> अन्य: _____		प्राथमिक देखभाल चिकित्सक (पारिवारिक चिकित्सक या नर्स व्यावसायिक)	
यदि आप स्वदेशी समुदाय से हैं, तो कृपया अपनी स्वदेशी पहचान इंगित करें: <input type="checkbox"/> प्रथम राष्ट्र <input type="checkbox"/> मेटिस (मेटिस संगठन या बस्ती के सदस्यों समेत) <input type="checkbox"/> इनुक/ इन्युइट <input type="checkbox"/> अन्य स्वदेशी, निर्दिष्ट करें: _____ <input type="checkbox"/> बताना नहीं चाहते/चाहती हैं <input type="checkbox"/> अज्ञात			
घर का फोन	मोबाइल फोन		
घर का पता	शहर	प्रांत	पोस्टल कोड
जन्म तिथि (महीना, दिन, वर्ष) ____ / ____ / ____	आयु	क्या यह आपके टीके की <b>पहली या दूसरी खुराक</b> है? <input type="checkbox"/> पहली <input type="checkbox"/> दूसरी यदि यह दूसरी खुराक है, तो कृपया पहली खुराक की तिथि और टीके का नाम बताएँ: -----/-----/----- (महीना, दिन, वर्ष) लगाए गए टीके का नाम: _____	

## टीका लगाने के लिए सहमति

मैंने टीकाकरण पूर्वसंकुल (Immunization Prepackage) को पढ़ लिया है (या मुझे यह पढ़कर सुना दिया गया है), जिसमें ये दस्तावेज शामिल हैं: 'COVID-19 Vaccine Information Sheet' और 'What you need to know about your Covid-19 vaccine appointment'।

- मुझे जो टीका लगाया जा रहा है, उसके बारे में मुझे प्रश्न पूछने और मेरी संतुष्टि के अनुसार उत्तर प्राप्त करने का अवसर मिला है।
- मैं टीका प्राप्त करने के लिए सहमति देता/देती हूँ, जिसमें इसके बाद की सभी अनुशंसित खुराकें भी शामिल हैं।
  - मैं यह समझता/समझती हूँ कि किसी भी समय मैं यह सहमति वापिस ले सकता/सकती हूँ।
  - मैं यह समझता/समझती हूँ कि यदि मैं किसी व्यक्ति के लिए निर्णयकर्ता के रूप में सहमति वापिस ले रहा/रही हूँ, तो मुझे उस सामूहिक परिवेश से संपर्क करना होगा जिसमें वह व्यक्ति रहता है।

**नोट:** यदि आपका मन बदल जाता है और आप टीके के लिए अपनी सहमति वापिस लेना चाहते/चाहती हैं, तो कृपया उस टीकाकरण क्लिनिक से संपर्क करें जहाँ आपको Covid-19 का टीका लगाया जाना है। इससे किसी अन्य व्यक्ति को आपका स्थान भरने का अवसर मिल पाएगा। यदि सामूहिक परिवेश में रहने वाले किसी व्यक्ति के निर्णयकर्ता की ओर से सहमति वापिस ली गई है, जो उस सामूहिक परिवेश को स्थानीय जनस्वास्थ्य इकाई (local public health unit) से संपर्क करना चाहिए।

## व्यक्तिगत स्वास्थ्य-संबंधी सूचना के संग्रह, उपयोग और प्रकटीकरण के संबंध में अभिस्वीकृति

आपको देखभाल प्रदान करने और आपका टीकाकरण रिकॉर्ड बनाने के उद्देश्य से इस फॉर्म में इंगित व्यक्तिगत स्वास्थ्य-संबंधी जानकारी एकत्र की जा रही है, और यह ओंटेरियो के COVID-19 टीकाकरण कार्यक्रम के प्रशासन के लिए अनिवार्य है। इस जानकारी का उपयोग और प्रकटीकरण इन उद्देश्यों के साथ-साथ कानून द्वारा प्राधिकृत और आवश्यक अन्य उद्देश्यों के लिए भी किया जाएगा। उदाहरण के लिए,

- इसका प्रकटीकरण मुख्य चिकित्सा अधिकारी, स्वास्थ्य (Chief Medical Officer of Health) तथा ओंटेरियो जनस्वास्थ्य इकाइयों (Ontario public health units) के समक्ष किया जाएगा, जहाँ *स्वास्थ्य सुरक्षा और संवर्धन अधिनियम (Health Protection and Promotion Act)* के प्रयोजन के लिए प्रकटीकरण करना आवश्यक है। तथा
- इसे आपको देखभाल प्रदान करने वाले स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के समक्ष आपके प्रांतीय इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड के हिस्से के रूप में प्रकट किया जा सकता है।

इस जानकारी को स्वास्थ्य मंत्रालय (Ministry of Health) के अनुवीक्षण और नियंत्रण के तहत एक स्वास्थ्य रिकॉर्ड प्रणाली में संग्रहीत करके रखा जाएगा।

यदि किसी क्लिनिक साइट का प्रशासन अस्पताल द्वारा किया जाता है, तो वह अस्पताल स्वास्थ्य मंत्रालय (Ministry of Health) के एजेंट के रूप में आपकी जानकारी को एकत्र, उपयोग और प्रकट करेगा।

मैं स्वीकार करता हूँ कि मैंने उपरोक्त कथन को पढ़ और समझ लिया है।

COVID-19 के टीकाकरण से संबंधित उद्देश्यों के लिए कोई अस्पताल, स्थानीय जनस्वास्थ्य इकाई (local public health unit) या स्वास्थ्य मंत्रालय (Ministry of Health) आपसे संपर्क कर सकता है (उदाहरण के लिए, फॉलो-अप एपॉइंटमेंटों की याद दिलाने और आपको टीकाकरण का रिकॉर्ड देने के लिए)। यदि आप इस फॉलो-अप व्यवहार के लिए अपनी सहमति देते/देती हैं, तो कृपया नीचे दिए गए चौखाने का उपयोग करके अपनी सहमति इंगित करें।

मैं इन माध्यमों से फॉलो-अप संचार प्राप्त करने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ:

ईमेल       टेक्स्ट/एसएमएस

यदि आपने ईमेल का चयन किया है, तो कृपया अपना ईमेल पता प्रदान करें: \_\_\_\_\_

### शोध अध्ययनों के बारे में संपर्क किए जाने के लिए सहमति

COVID-19 टीकाकरण से संबंधित शोध अध्ययनों में भाग लेने के उद्देश्य से शोधकर्ताओं द्वारा आपसे संपर्क किए जाने के लिए अपनी सहमति देने का विकल्प आपके पास है। यदि आप संपर्क किए जाने के लिए अपनी सहमति देते/देती हैं, तो आपकी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग यह निर्धारित करने के लिए किया जाएगा कि कौन से अध्ययन आपके लिए प्रासंगिक हो सकते हैं, और शोधकर्ताओं को आपका नाम और संपर्क जानकारी उपलब्ध कराई जाएगी। शोध अध्ययनों के बारे में संपर्क किए जाने के लिए अपनी सहमति देने का अर्थ यह नहीं है कि आपने शोधकार्य में भाग लेने के लिए अपनी सहमति दे दी है। शोधकार्य में भाग लेना स्वैच्छिक है। आप शोध अध्ययनों के संबंध में संपर्क किए जाने के लिए अपनी सहमति देने से मना कर सकते/सकती हैं और इसके कारण COVID-19 का टीका प्राप्त करने की आपकी पात्रता पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

यदि आप यह नहीं चाहते/चाहती हैं कि शोध अध्ययनों के संबंध में आपसे संपर्क किया जाए, तो कृपया नीचे इंगित करें।

यदि आप शोध अध्ययनों के बारे में संपर्क किए जाने के लिए अपनी सहमति देते/देती हैं और फिर आपका मन बदल जाता है, तो आप किसी भी समय स्वास्थ्य मंत्रालय (Ministry of Health) को [vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca) पर ईमेल भेजकर अपनी सहमति वापिस ले सकते/सकती हैं।

इससे COVID-19 का टीका प्राप्त करने की आपकी पात्रता पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

मैं इन माध्यमों से COVID-19 टीकाकरण से संबंधित शोध अध्ययनों के बारे में संपर्क किए जाने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ:

ईमेल       टेक्स्ट/एसएमएस       फोन       डाक

यदि आपने ईमेल का चयन किया है, तो कृपया अपना ईमेल पता प्रदान करें: \_\_\_\_\_

मैं COVID-19 टीकाकरण से संबंधित शोध अध्ययनों के बारे में संपर्क किए जाने के लिए अपनी सहमति नहीं देता/देती हूँ:

हस्ताक्षर	नाम लिखें	हस्ताक्षर की तिथि
-----------	-----------	-------------------

यदि आप अपने स्थान पर किसी अन्य व्यक्ति के लिए हस्ताक्षर कर रहे/रही हैं, तो उस व्यक्ति के साथ अपना संबंध इंगित करें:

यदि मैं अपने स्थान पर किसी अन्य व्यक्ति के लिए हस्ताक्षर कर रहा/रही हूँ, तो मैं उस व्यक्ति का/की माता/पिता/कानूनी अभिभावक या वैकल्पिक निर्णयकर्ता होने की पुष्टि करता/करती हूँ।

### दीर्घकालिक देखभाल गृह अधिनियम, 2007 (Long-Term Care Homes Act, 2007) से संबंधित विशिष्ट मुद्दे

टीका प्राप्त करने के लिए निवासी की सहमति किसी भी समय वापिस ली जा सकती है या रद्द की जा सकती है।

#### अधिनियम (Act) की धारा 83 के अनुपालन में कथन:

कृपया निम्नलिखित वैधानिक संरक्षण पर ध्यान दें:

प्रत्येक दीर्घकालिक देखभाल गृह के लाइसेंस-धारक को यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि किसी भी व्यक्ति को यह न बताया जाए या इस बात पर विश्वास करने के लिए प्रेरित न किया जाए कि निम्नलिखित के परिणामस्वरूप संभावित निवासी को प्रवेश से मना कर दिया जाएगा या किसी निवासी को देखभाल-गृह से निष्कासित कर दिया जाएगा:

- किसी दस्तावेज पर हस्ताक्षर नहीं किए गए हैं;
- किसी समझौते को रद्द कर दिया गया है; या
- उपचार या देखभाल के संबंध में कोई सहमति या निर्देश दिया गया है, नहीं दिया गया है, वापिस ले लिया गया है या रद्द कर दिया गया है।

#### केवल क्लिनिक के उपयोग के लिए

एजेंट	COVID-19	उत्पाद का नाम	लॉट #	खुराक की मात्रा:
एनाटॉमिकल साइट	<input type="checkbox"/> बायीं डेल्टॉइड <input type="checkbox"/> दायीं डेल्टॉइड	मार्ग	अंतःपेशीय (आईएम)	खुराक #:
इस तिथि को खुराक दी गई	____ / ____ / ____ (महीना/दिन/वर्ष)	इस समय पर दी गई	____ : ____ पूर्वाह्न अपराह्न	ईएफआई? (इस खुराक को दिए जाने के बाद) <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
खुराक किसने दी (नाम, पदनाम)		स्थान		किसने प्राधिकृत किया

टीकाकरण करने का कारण	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य देखभालकर्मी देखभालकर्मी <input type="checkbox"/> एलटीसी: अन्य गैर-कर्मचारी निवासी <input type="checkbox"/> एलटीसी: निवासी <input type="checkbox"/> एलटीसी: स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> आरएच: अन्य गैर-कर्मचारी निवासी <input type="checkbox"/> आरएच: स्वास्थ्य-देखभालकर्मी <input type="checkbox"/> आरएच: <input type="checkbox"/> आरएच: अनिवार्य देखभाल-प्रदाता <input type="checkbox"/> आरएच: अन्य गैर-कर्मचारी <input type="checkbox"/> वयोवृद्ध: सामुदायिक आवास <input type="checkbox"/> दीर्घकालीन स्वास्थ्य देखभाल वयस्क <input type="checkbox"/> स्वदेशी समुदाय <input type="checkbox"/> अन्य वरीयता-प्राप्त समुदाय <input type="checkbox"/> संयुक्त आवास: निवासी <input type="checkbox"/> संयुक्त आवास: कर्मचारी <input type="checkbox"/> संयुक्त आवास: अनिवार्य देखभाल-प्रदाता
टीकाकरण न करने का कारण	<input type="checkbox"/> टीकाकरण के लिए विपरीत संकेत (contraindications) हैं <input type="checkbox"/> व्यावसायिक ने टीकाकरण की सलाह दी है किंतु रोगी ने सहमति नहीं दी है <input type="checkbox"/> व्यावसायिक ने टीकाकरण के लिए अस्थायी स्थगन तय किया है <input type="checkbox"/> चिकित्सीय रूप से अयोग्य <input type="checkbox"/> रोगी ने अगली खुराकों के लिए अपनी सहमति वापिस ले ली है
आपकी दो खुराकों में से दूसरी खुराक इस तिथि को निर्धारित की	_____ / _____ / _____ (महीना/दिन/वर्ष) _____ : _____ पूर्वाह्न अपराह्न