

COVID-19 தடுப்பூசிக்கான ஒப்புதல் படிவம்

ஒப்புதல் படிவம் - COVID-19 தடுப்பூசி

பதிப்பு 3.0 - மார்ச் 11, 2021

கடைசிப் பெயர்	முதல் பெயர்	அடையாளம் (எ.கா., சுகாதார அட்டை எண்)	
பாலினம்: <input type="checkbox"/> பெண் <input type="checkbox"/> ஆண் <input type="checkbox"/> கூறுவதற்கு விரும்பவில்லை <input type="checkbox"/> பிற: _____		முதன்மை பராமரிப்பு மருத்துவர் (குடும்ப மருத்துவர் அல்லது செவிலியர் பயிற்சியாளர்)	
பூர்வீகம் எனில், பூர்வீக அடையாளத்தைக் குறிப்பிடவும்: <input type="checkbox"/> முதற் குடிமக்கள் <input type="checkbox"/> மெடிஸ் (மெடிஸ் அமைப்பு அல்லது குடியேற்றத்தின் உறுப்பினர்கள் அடங்கும்) <input type="checkbox"/> இனுகு/ இன்யூட் <input type="checkbox"/> பிற பூர்வீகத்தினர் எனில், குறிப்பிடவும்: _____ <input type="checkbox"/> கூறுவதற்கு விரும்பவில்லை <input type="checkbox"/> தெரியாது			
வீட்டுத் தொலைபேசி	மொபைல் ஃபோன்		
தெரு முகவரி	நகரம்	மாகாணம்	அஞ்சல் குறியீடு
பிறந்த தேதி (மாதம், நாள், வருடம்) ____ / ____ / ____	வயது	இது உங்கள் தடுப்பூசியின் முதல் அல்லது இரண்டாவது டோஸ்? <input type="checkbox"/> முதலாவது <input type="checkbox"/> இரண்டாவது இரண்டாவது எனில், முதல் டோஸ் தேதி மற்றும் வழங்கப்பட்ட தடுப்பூசி பெயரைக் குறிப்பிடவும்: ____/____/____ (மாதம், நாள், வருடம்) வழங்கப்படும் தடுப்பூசியின் பெயர்: _____	

தடுப்பூசி போட்டுக்கொள்வதற்கு சம்மதம்

நான் வாசித்துள்ளேன் (அல்லது அது எனக்கு வாசிக்கப்பட்டுள்ளது) மற்றும் பின்வரும் ஆவணங்கள் உட்பட தடுப்பூசி ப்ரீபெக்கேஜை புரிந்துகொள்கிறேன்: 'COVID-19 தடுப்பூசி தகவல் தாள்', 'உங்கள் COVID-19 தடுப்பூசி சந்திப்பு திட்டம் பற்றி நீங்கள் தெரிந்து கொள்ள வேண்டியவை என்ன'.

- நான் எடுத்துக்கொள்கின்ற தடுப்பூசி தொடர்பாக கேள்விகளைக் கேட்கவும், எனக்கு திருப்திகரமான வகையில் பதில் கிடைக்கவும் எனக்கு வாய்ப்பு இருந்தது.

□ இந்த வரிசையாகப் பரிந்துரைக்கப்படும் அனைத்து டோஸ்களும் உட்பட தடுப்பூசியைப் போட்டுக்கொள்ள நான் சம்மதிக்கிறேன்.

- இந்த சம்மதத்தை நான் எந்த நேரத்திலும் திரும்பப் பெறலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.
- ஒரு தனிநபரின் முடிவெடுக்கும் மாற்று நபராக நான் சம்மதத்தை திரும்பப் பெறுகிறேன் என்றால், அந்த நபர் வசிக்கும் கூட்டு அமைப்பை நான் தொடர்பு கொள்ள வேண்டும் என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

குறிப்பு: நீங்கள் உங்கள் மனதை மாற்றிக்கொண்டால், தடுப்பூசியைப் பெற இனி விருப்பமில்லை எனில், COVID-19 தடுப்பூசியைப் பெற வேண்டிய தடுப்பூசி கிளினிக்கைத் தொடர்பு கொள்ளவும். இது உங்கள் இடத்தை வேறு யாராவது பயன்படுத்திக்கொள்ள அனுமதிக்கும். கூட்டு அமைப்பில் வசிக்கும் ஒரு தனிநபரின் முடிவெடுக்கும் மாற்று நபரால் சம்மதம் திரும்பப் பெறப்பட்டிருந்தால், கூட்டு அமைப்பு உள்ளூர் பொது சுகாதாரப் பிரிவைத் தொடர்பு கொள்ள வேண்டும்.

தனிநபர் சுகாதாரத் தகவல்களைச் சேகரித்தல், பயன்படுத்துதல் மற்றும் வெளிப்படுத்துதல் ஆகியவற்றிற்கான சம்மதம்

இந்த படிவத்தில் தனிநபர் சுகாதாரத் தகவல்கள் உங்களுக்கு பராமரிப்பு வழங்குவதற்காகவும், உங்களுக்காக தடுப்பூசிப் பதிவை உருவாக்குவதற்காகவும், ஒன்ராறியோவின் COVID-19 தடுப்பூசித் திட்டம் வழங்குதலுக்கு இது அவசியம் என்பதாலும் சேகரிக்கப்படுகிறது. இந்த தகவல் இந்த நோக்கங்களுக்காகவும், சட்டத்தால் அங்கீகரிக்கப்பட்ட மற்றும் தேவைப்படும் பிற நோக்கங்களுக்காகவும் பயன்படுத்தப்படும் மற்றும் வெளிப்படுத்தப்படும். உதாரணமாக,

- சுகாதாரப் பாதுகாப்பு மற்றும் ஊக்குவிப்பு சட்டத்தின் நோக்கத்திற்காக வெளிப்படுத்தல் அவசியமானதால் சுகாதாரம் மற்றும் ஒன்ராறியோ பொது சுகாதார பிரிவுகளின் தலைமை மருத்துவ அதிகாரிக்கு இது வெளிப்படுத்தப்படும். மற்றும்
- உங்கள் மாகாணத்தின் எலக்ட்ரானிக் சுகாதாரப் பதிவின் ஒரு பகுதியாக, உங்களுக்கு பராமரிப்பு வழங்கும் சுகாதார வழங்குநர்களுக்கு இது வெளிப்படுத்தப்படலாம்.

இந்த தகவல் சுகாதார அமைச்சகத்தின் காவல் மற்றும் கட்டுப்பாட்டின் கீழ் உள்ள சுகாதார பதிவு அமைப்பில் சேமிக்கப்படும்.

ஒரு மருத்துவமனையால் கிளினிக் இருப்பிடம் நிர்வகிக்கப்படும் போது, சுகாதார அமைச்சகத்தின் ஒரு முகவராக உங்கள் தகவலை மருத்துவமனை சேகரிக்கும், பயன்படுத்தும் மற்றும் வெளிப்படுத்தும்.

நான் மேலே உள்ள அறிக்கையைப் படித்துப் புரிந்துக் கொண்டேன் என்பதை ஒப்புக்கொள்கிறேன்.

COVID-19 தடுப்பூசி தொடர்பான நோக்கங்களுக்காக மருத்துவமனை, உள்ளூர் பொது சுகாதாரப் பிரிவு அல்லது சுகாதார அமைச்சகம் உங்களைத் தொடர்பு கொள்ளலாம் (உதாரணமாக, தொடர் சந்திப்புகளை உங்களுக்கு நினைவூட்டவும், நோய்த்தடுப்பு மருந்து போட்டதற்கான பதிவை வழங்கவும்). மின்னஞ்சல் மூலம் இந்த தொடர் தகவல்தொடர்புகளைப் பெற நீங்கள் சம்மதித்தால், கீழே உள்ள பெட்டியைப் பயன்படுத்தி இதைக் குறிப்பிடவும்.

தொடர் தகவல்தொடர்புகளைப் பெற நான் சம்மதிக்கிறேன்:

மின்னஞ்சல் மூலம் உரை/எஸ்எம்எஸ் மூலம்

மின்னஞ்சல் மூலம் என்பதைத் தேர்ந்தெடுத்தால், உங்கள் மின்னஞ்சல் முகவரியை வழங்கவும்: _____

ஆராய்ச்சி ஆய்வுகள் பற்றி தொடர்பு கொள்ளப்படுவதற்கு சம்மதம்

COVID-19 தடுப்பூசி தொடர்பான ஆராய்ச்சி ஆய்வுகளில் பங்கேற்பது குறித்து ஆராய்ச்சியாளர்கள் தொடர்பு கொள்வதற்கு சம்மதம் அளிக்க உங்களுக்கு விருப்பத்தேர்வு உள்ளது. நீங்கள் தொடர்பு கொள்ளப்படுவதற்கு சம்மதித்தால், எந்த ஆய்வுகள் உங்களுக்கு பொருத்தமானதாக இருக்கலாம் என்பதை தீர்மானிக்க உங்கள் தனிப்பட்ட சுகாதாரத் தகவல் பயன்படுத்தப்படும், மேலும் உங்கள் பெயர் மற்றும் தொடர்புத் தகவல் ஆராய்ச்சியாளர்களுக்கு வெளிப்படுத்தப்படும். ஆராய்ச்சி ஆய்வுகள் பற்றி தொடர்பு கொள்வதற்கு சம்மதம் தெரிவிப்பது என்பது, நீங்கள் ஆராய்ச்சியில் பங்கேற்க சம்மதித்துள்ளீர்கள் என்று அர்த்தம் இல்லை. ஆராய்ச்சியில் பங்கேற்பது உங்கள் விருப்பத்திற்குரியதாகும். COVID-19 தடுப்பூசியைப் பெறுவதற்கான உங்கள் தகுதியைபாதிக்காமல் ஆராய்ச்சி ஆய்வுகள் பற்றி தொடர்பு கொள்ளப்படுவதற்கு நீங்கள் சம்மதிக்க மறுக்கலாம்.

ஆராய்ச்சி ஆய்வுகள் பற்றி நீங்கள் தொடர்பு கொள்ளப்படுவதற்கு விரும்பவில்லை என்றால், கீழே இதைக் குறிப்பிடவும்.

ஆராய்ச்சி ஆய்வுகள் பற்றி தொடர்பு கொள்ள நீங்கள் சம்மதித்தால், பின்னர் உங்கள் மனதை மாற்றினால், vaccine@ontario.ca சுகாதார அமைச்சகத்தை தொடர்பு கொள்வதன் மூலம் எந்த நேரத்திலும் ஒப்புதலை திரும்பப் பெறலாம். இது COVID-19 தடுப்பூசியைப் பெறுவதற்கான உங்கள் தகுதியை பாதிக்காது.

COVID-19 தடுப்பூசி தொடர்பான ஆராய்ச்சி ஆய்வுகள் பற்றி தொடர்பு கொள்ளப்படுவதற்கு நான் சம்மதிக்கிறேன்:

மின்னஞ்சல் மூலம் உரை/எஸ்எம்எஸ் மூலம் தொலைபேசி மூலம் மின்னஞ்சல் மூலம்

மின்னஞ்சல் மூலம் என்பதைத் தேர்ந்தெடுத்தால், உங்கள் மின்னஞ்சல் முகவரியை வழங்கவும்: -----

COVID-19 தொடர்பான ஆராய்ச்சி ஆய்வுகள் பற்றி தொடர்பு கொள்ளப்படுவதற்கு நான் சம்மதிக்கவில்லை:

கையொப்பம்	பெயர் அச்சிடு	கையொப்பம் தேதி
-----------	---------------	----------------

உங்களுக்காக அல்லாமல் வேறு ஒருவரின் சார்பாக கையொப்பமிடுகிறீர்கள் எனில், அந்த மற்ற நபருடனான உங்கள் உறவைக் குறிப்பிடவும்:

என்னைத் தவிர வேறு ஒருவரின் சார்பாக நான் கையொப்பமிடுகிறேன் எனில், நான் ஒரு பெற்றோர் / சட்டப்படியான பாதுகாவலர் அல்லது முடிவெடுக்கும் மாற்று நபர் என்பதை உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

இது தொடர்பான குறிப்பிட்ட சிக்கல்கள்: நீண்ட கால பராமரிப்பு இல்லங்கள் சட்டம், 2007

தடுப்பூசியைப் பெறுவதற்கான குடியிருப்பாளரின் சம்மதத்தை எந்த நேரத்திலும் திரும்பப் பெறலாம் அல்லது ரத்து செய்யலாம்.

83வது சட்டப்பிரிவைக் குறிக்கும் அறிக்கை:

பின்வரும் சட்டப் பாதுகாப்பைக் கவனிக்கவும்:

ஒரு நீண்ட கால பராமரிப்பு இல்லத்தின் ஒவ்வொரு உரிமதாரரும் ஒரு வருங்கால குடியிருப்பாளருக்கு அனுமதி மறுக்கப்படும் அல்லது ஒரு குடியிருப்பாளர்

வீட்டிலிருந்து வெளியேற்றப்படுவார் என்று நம்புவதற்கு எந்த நபரும் கூறப்படவோ அல்லது வழிநடத்தப்படவோ கூடாது என்பதை உறுதிப்படுத்த வேண்டும், ஏனெனில்,

- (a) ஒரு ஆவணத்தில் கையொப்பமிடவில்லை;
- (b) ஒரு ஒப்பந்தம் ரத்து செய்யப்பட்டது; அல்லது
- (c) சிகிச்சை அல்லது பராமரிப்பு தொடர்பான சம்மதம் அல்லது வழிகாட்டுதல் கொடுக்கப்பட்டுள்ளது, கொடுக்கவில்லை, திரும்பப் பெறப்பட்டது அல்லது ரத்து செய்யப்பட்டது.

கிளினிக் பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்						
முகவர்	COVID-19	புராடக் ட் பெயர்		லாட் #		டோஸ் அளவு:
உடற்கூறியல் தளம்	<input type="checkbox"/> இடது டெல்டோய்ட் <input type="checkbox"/> வலது டெல்டோய்ட்			ரூட்	இன்ட்ராமுஸ்குலர் (IM)	டோஸ்#:
வழங்கப்பட்ட தேதி	----- / ----- / ----- (மாதம்/தேதி/வருடம்)		வழங்கிய நேரம்	----- : ----- am pm	AEFI? (நடப்பு டோஸ் பெற்ற பிறகு)	<input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை
வழங்கியவர் (பெயர், பதவி)	இருப்பிடம்		ஆங்கீகரிப்பவர்			
நோய்த்தடுப்பு மருந்து எடுப்பதற்கான காரணம்	<input type="checkbox"/> சுகாதாரப் பணியாளர் <input type="checkbox"/> LTC: குடியிருப்பாளர் <input type="checkbox"/> LTC: சுகாதாரப் பணியாளர் <input type="checkbox"/> LTC: பிற ஊழியர்-அல்லாதவர் <input type="checkbox"/> RH: சுகாதாரப் பணியாளர் <input type="checkbox"/> RH: குடியிருப்பாளர் <input type="checkbox"/> RH: அத்தியாவசிய பராமரிப்பாளர் <input type="checkbox"/> RH: பிற ஊழியர்-அல்லாதவர் <input type="checkbox"/> வயதானவர்கள்: சமூக குடியிருப்பு <input type="checkbox"/> வயதானவர்களுக்கான ஊண் டகல சுகாதாரப் பராமரிப்பு <input type="checkbox"/> பூர்வீக மக்கள் <input type="checkbox"/> பிற முன்னுரிமை மக்கள் <input type="checkbox"/> கூட்டு வாழ்க்கை: குடியிருப்பாளர் <input type="checkbox"/> கூட்டு வாழ்க்கை: ஊழியர் <input type="checkbox"/> கூட்டு வாழ்க்கை: அத்தியாவசிய பராமரிப்பாளர்					

<p>நோய்த்தடுப்பு வழங்கப்படா மைக்கான காரணம்</p>	<p><input type="checkbox"/> நோய்த்தடுப்புப் பக்கவிளைவுகள் கொண்டது</p> <p><input type="checkbox"/> மருத்துவ பயிற்சியாளர் நோய்த்தடுப்பு மருந்தை பரிந்துரைக்கிறார் ஆனால் எந்த நோயாளியும் சம்மதிக்கவில்லை</p> <p><input type="checkbox"/> நோய்த்தடுப்பு மருந்துகளை தற்காலிகமாக நிறுத்திவைக்க மருத்துவப் பயிற்சியாளர் முடிவு</p> <p><input type="checkbox"/> மருத்துவரீதியாக தகுதியில்லை</p> <p><input type="checkbox"/> தொடர்ச்சியான மருந்துகளுக்கு சம்மதத்தை நோயாளி திரும்பப் பெற்றார்</p>
<p>உங்கள் 2 டோஸில் 2வது திட்டமிடப்பட்டுள்ள து:</p>	<p>_____ / _____ / _____ (மாதம்/தேதி/வருடம்) _____ : _____ am pm</p>