

# COVID-19 کی ویکسین کی رضامندی کا فارم

## رضامندی کا فارم – COVID-19 کی ویکسین

ورژن 3.0 – 11 مارچ 2021

آخری نام		پہلا نام		شناخت (مثلاً صحت کارڈ نمبر)	
جنس: <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> جواب نہ دینے کو ترجیح دوں گا <input type="checkbox"/> دیگر: _____					
اگر ملکی باشندے ہیں، تو براہ کرم اپنی ملکی شناخت ظاہر کریں: <input type="checkbox"/> ابتدائی قومیتیں <input type="checkbox"/> مخلوط نسلی (Métis) (بشمول مخلوط نسلی تنظیم یا آبادی کے ممبران) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> کسی اور ملک کے باشندے ہیں، تو تفصیلات بیان کریں: _____ <input type="checkbox"/> جواب نہ دینے کو ترجیح دوں گا نامعلوم <input type="checkbox"/>					
گھر کا فون		موبائل فون			
گلی کا پتہ		شہر		صوبہ	
				پوسٹل کوڈ	
تاریخ پیدائش (مہینہ، دن، سال)		عمر		یہ آپ کی ویکسین کی پہلی خوراک ہے یا دوسری؟ <input type="checkbox"/> پہلی <input type="checkbox"/> دوسری اگر یہ دوسری خوراک ہے، تو براہ کرم پہلی خوراک کی تاریخ اور فراہم کی گئی ویکسین کے نام کی نشاندہی کریں: -----/-----/----- (مہینہ، دن، سال) فراہم کی گئی ویکسین کا نام: _____	

### ویکسین حاصل کرنے کی رضامندی

میں مندرجہ ذیل دستاویزات سمیت، حفاظتی ٹیکوں کے پیشگی پیکج کی ہدایات کو پڑھ چکا ہوں (یا مجھے پڑھ کر سنائی جا چکی ہیں) اور میں اسے سمجھتا ہوں: 'COVID-19 ویکسین کا معلوماتی پرچہ' اور 'آپ کو COVID-19 کی ویکسین کی اپائنٹمنٹ سے متعلق آپ کو کیا جاننا چاہیئے'۔

- مجھے خود کو حاصل ہونے والی ویکسین سے متعلق سوالات پوچھنے اور اپنی تسلی کے مطابق جوابات پانے کا موقع فراہم کیا گیا۔

□ میں تمام تجویز کردہ سلسلہ وار خوراکیوں سمیت، ویکسین لگوانے پر رضامندی کا اظہار کرتا ہوں۔

- میں اس بات کو سمجھتا ہوں کہ میں کسی بھی وقت اس رضامندی سے دستبردار ہو سکتا ہوں۔

- میں اس بات کو سمجھتا ہوں کہ اگر میں کسی فرد کی جانب سے متبادل فیصلہ ساز کے طور پر دستبردار ہوتا ہوں، تو پھر مجھے متعلقہ فرد کی رہائش کے اجتماعی نظام سے رابطہ کرنا ہو گا۔

نوٹ: اگر آپ اپنا فیصلہ تبدیل کرتے ہیں اور مزید ویکسین لگوانے پر آمادہ نہیں ہیں تو براہ کرم اس ویکسینیشن کلینک سے رابطہ کریں جہاں سے آپ Covid-19 ویکسین لگوانے والے تھے۔ اس سے آپ کی جگہ کسی اور کو ویکسین لگوانے کا موقع مل جائے گا۔ اگر اجتماعی نظام میں رہنے والے فرد کی جانب سے کسی متبادل فیصلہ ساز کے ذریعے رضامندی سے دستبرداری حاصل کی گئی ہے، تو اجتماعی نظام کو مقامی صحت عامہ کے یونٹ سے رابطہ کرنا ہو گا۔

### ذاتی صحت کی معلومات کو اکٹھا کرنے، استعمال اور منکشف کرنے کی منظوری

آپ کو نگہداشت کی فراہمی اور آپ کے لئے حفاظتی ٹیکوں کے ریکارڈ تشکیل دینے کے مقصد کے تحت اس فارم میں ذاتی صحت کی معلومات جمع کی جا رہی ہے، اور اس وجہ سے کہ یہ Ontario کے COVID-19 کے ویکسینیشن پروگرام کی عملداری کے لئے ضروری ہے۔ یہ معلومات درج ذیل مقاصد، نیز قانون کی جانب سے دیگر مجاز کردہ اور مطلوبہ مقاصد کے لئے استعمال اور منکشف کی جائے گی۔ مثلاً،

- جہاں یہ انکشاف صحت کی حفاظت اور بہتری کے ایکٹ کے مقصد کی خاطر ضروری ہو وہاں یہ صحت کے چیف میڈیکل افسر اور اونٹاریو کے صحت عامہ یونٹس کے سامنے منکشف کی جائے گی۔ اور

- آپ کو نگہداشت فراہم کرنے والے نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان پر آپ کی صحت کے صوبائی الیکٹرانک ریکارڈ کے جزو کے طور پر اس کا انکشاف کیا جا سکتا ہے۔

یہ معلومات وزارت صحت کے زیر نگرانی و زیر اختیار صحت کے ریکارڈ کے سسٹم میں ذخیرہ کر لی جائے گی۔

چونکہ کلینک سائٹ کا انتظام و انصرام اسپتال کی جانب سے کیا جاتا ہے، لہذا وزارت صحت کے نمائندے کے طور پر اسپتال آپ کی معلومات جمع، استعمال اور منکشف کرے گا۔

□ میں تسلیم کرتا ہوں کہ میں مندرجہ بالا بیان کو پڑھ اور سمجھ چکا ہوں۔

COVID-19 کی ویکسین سے متعلق مقاصد کے تحت (مثلاً آپ کو فالو اپ اپائنٹمنٹس کی یاد دہانی اور آپ کو حفاظتی ٹیکوں کے ریکارڈ کی فراہمی کی غرض سے) اسپتال، مقامی صحت عامہ کے یونٹ، یا وزارت صحت کی جانب سے آپ سے رابطہ کیا جا سکتا ہے۔ اگر آپ بذریعہ ای میل ان فالو اپ مواصلات کے حصول پر راضی ہیں، تو براہ کرم مندرجہ ذیل خانہ استعمال کرتے ہوئے اس کی نشاندہی کریں۔

□ میں فالو اپ مواصلات کے حصول پر راضی ہوں:

□ بذریعہ ای میل □ بذریعہ متنی پیغام/SMS

اگر آپ بذریعہ ای میل انتخاب کرتے ہیں، تو براہ کرم اپنا ای میل پتہ فراہم کریں:

### تحقیقی مطالعوں سے متعلق رابطہ کیے جانے پر رضامندی

COVID-19 کی ویکسین سے متعلق تحقیقی مطالعوں میں شرکت کی غرض سے محققین کی جانب سے رابطہ کیے جانے پر آپ کو رضامندی دینے کا اختیار حاصل ہے۔ رابطہ کیے جانے پر آپ کے رضامندی ظاہر کرنے

کی صورت میں، آپ کی ذاتی صحت کی معلومات اس بات کا تعین کرنے کے لئے استعمال کی جائے گی کہ کون سے مطالعے آپ کے لئے موزوں ہو سکتے ہیں، اور آپ کا نام اور رابطے کی معلومات محققین پر منکشف کی جائیں گی۔ تحقیقی مطالعے کے سلسلے میں رابطہ کیے جانے پر رضامندی کے اظہار سے مراد یہ نہیں ہے کہ آپ نے بذات خود تحقیق میں شرکت کرنے پر رضامندی کا اظہار کیا ہے۔ تحقیق میں شرکت رضاکارانہ ہے۔ آپ اپنی COVID-19 کی ویکسین کے حصول کی اہلیت کو متاثر کیے بغیر تحقیقی مطالعوں کے سلسلے میں رابطہ کیے جانے پر رضامندی دینے سے انکار کر سکتے ہیں۔

اگر آپ نہیں چاہتے کہ تحقیقی مطالعوں کے سلسلے میں آپ سے رابطہ کیا جائے، تو براہ کرم ذیل میں اس کا اظہار کریں۔

اگر آپ چاہتے ہیں کہ تحقیقی مطالعوں کے سلسلے میں آپ سے رابطہ کیا جائے، اور اس کے بعد آپ اپنا فیصلہ تبدیل کرتے ہیں، تو آپ وزارت صحت سے [vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca) پر رابطہ کر کے کسی بھی وقت اپنی رضامندی سے دستبردار ہو سکتے ہیں۔

ایسا کرنا آپ کی COVID-19 کی ویکسین کے حصول کی اہلیت کو متاثر نہیں کرے گا۔

**COVID-19 کی ویکسین سے متعلق تحقیقی مطالعوں کے سلسلے میں رابطہ کیے جانے پر رضامند ہوں:**

بذریعہ ای میل  بذریعہ متنی پیغام / SMS  بذریعہ فون  بذریعہ ڈاک

اگر آپ بذریعہ ای میل انتخاب کرتے ہیں، تو براہ کرم اپنا ای میل پتہ فراہم کریں:

میں COVID-19 سے متعلق تحقیقی مطالعوں کے سلسلے میں رابطہ کیے جانے پر رضامند نہیں ہوں:

دستخط	نام پرنٹ کریں	دستخط کرنے کی تاریخ
-------	---------------	---------------------

اگر آپ اپنے بجائے کسی اور کے لئے دستخط کر رہے ہیں، تو اس شخص کے ساتھ اپنے رشتے کی نشاندہی کریں:

اگر میں اپنے بجائے کسی اور کے لئے دستخط کر رہا ہوں، تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ میں والد/والدہ / قانونی سرپرست یا متبادل فیصلہ ساز ہوں۔

## مخصوص مسائل کا جواب: طویل مدتی نگہداشت گاہوں کا ایکٹ، 2007

ربائشی ویکسین کے حصول پر رضامندی کے اظہار سے کسی بھی وقت دستبردار ہو سکتا ہے یا اسے منسوخ کر سکتا ہے۔

### اس ایکٹ کے سیکشن 83 کے تناظر میں بیان:

براہ کرم مندرجہ ذیل قانونی تحفظ کو نوٹ فرمائیں:

طویل مدتی نگہداشت گاہ کا ہر لائسنس یافتہ شخص اس بات کو یقینی بنائے گا کہ کسی شخص کو یہ نہیں کہا جائے گا یا یہ یقین کرنے پر مجبور نہیں کیا جائے گا کہ درج ذیل وجوہات کی بناء پر کسی ممکنہ ربائشی کو داخل کرنے سے انکار کیا جائے گا یا اس کو اس جگہ سے ڈسچارج کر دیا جائے گا،

- (a) کسی دستاویز پر دستخط نہ کیے جانے کی صورت میں؛  
 (b) کسی معاہدے کے غیر مؤثر ہونے کی صورت میں؛ یا  
 (c) علاج یا نگہداشت کے حوالے سے کوئی رضامندی یا ہدایت دی گئی ہو، نہ دی گئی ہو، اس سے دستبرداری ہوئی ہو یا اسے منسوخ کیا گیا ہو۔

### صرف کلینک کے استعمال کے لئے

ایجنٹ	COVID-19	پراڈکٹ کا نام	لاٹ #	خوراک کی مقدار:
جسمانی اعضاء	<input type="checkbox"/> بائیں کندھے کے پٹھے <input type="checkbox"/> دائیں کندھے کے پٹھے	روٹ	پٹھوں کے اندر (IM)	خوراک #: _____
دی گئی تاریخ	_____ / _____ / _____ (m/d/yyyy)	طے کیا گیا وقت	_____ : _____ am pm	□ جی ہاں □ جی نہیں ؟AEFI (موجودہ) خوراک حاصل کرنے کے بعد
منجانب (نام، عہدہ)	مقام	مجاز کردہ از		

<p><input type="checkbox"/> نگہداشتِ صحت کا کارکن LTC: <input type="checkbox"/> رہائشی LTC: <input type="checkbox"/> نگہداشتِ صحت کا کارکن</p> <p><input type="checkbox"/> LTC دیگر غیر ملازم RH: <input type="checkbox"/> نگہداشتِ صحت کا کارکن RH: <input type="checkbox"/> رہائشی</p> <p><input type="checkbox"/> RH بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ RH: <input type="checkbox"/> دیگر غیر ملازم</p> <p><input type="checkbox"/> زیادہ عمر: کمیونٹی میں قیام پذیر <input type="checkbox"/> دائمی نگہداشتِ صحت حاصل کرنے والا بالغ فرد</p> <p><input type="checkbox"/> ملکی کمیونٹی <input type="checkbox"/> دیگر ترجیحی طبقہ</p> <p><input type="checkbox"/> اجتماعی رہن سہن: رہائشی <input type="checkbox"/> اجتماعی رہن سہن: عملہ</p> <p><input type="checkbox"/> اجتماعی رہن سہن: بنیادی نگہداشت فراہم کنندہ</p>	<p>حفاظتی ٹیکے لگوانے کا سبب</p>
<p><input type="checkbox"/> حفاظتی ٹیکے غیر موزوں قرار دیئے گئے</p> <p><input type="checkbox"/> پریکٹیشنر حفاظتی ٹیکے تجویز کرتا ہے لیکن مریض کی رضامندی نہیں ہے</p> <p><input type="checkbox"/> پریکٹیشنر کا حفاظتی ٹیکے لگوانے کو وقتی طور پر ملتوی کرنے کا فیصلہ</p> <p><input type="checkbox"/> طبی طور پر نا اہل</p> <p><input type="checkbox"/> مریض اس سلسلے پر رضامندی سے دستبردار ہوا</p>	<p>حفاظتی ٹیکے نہ لگائے جانے کی وجہ</p>
<p>(m/d/yyyy) ____ : ____ am pm ____ / ____ / ____</p>	<p>آپ کی 2 میں سے 2 خوراک مقرر کی گئی برائے:</p>