MINISTERO DELL'INTERNO

ICARE 2

پری ویکسینل ہسٹری کارڈ

شن کی تاریخ_____

دستخطی علان کرنے والا (فیملی نام اور نام) _____

کی جگہ _____ تاریخ _____

ے آپ کو تابع کرنے کا ارادہ رکھتا ہوں / اپنے بیٹے / بیٹی (کنیت اور نام) / میری سرپرستی (کنیت اور نام) کے تحت رکھے گئے شخص کے تابع ہوں

کی جگہ _____ تاریخ _____

ے ویکسینیشن یا ویکسینیشن سیریز کے بعد:

□ اعلان کرتا ہوں	□ اعلان کرتا ہے کہ اپنے/بیٹی □ اعلان کرتا ہے کہ اس شخص کو میری سرپرستی میں رکھا گیا ہے۔

	ہاں	نہیں
1. موجودہ بخار یا متعدی امراض میں مبتلا ہونا	ہاں	نہیں
2. اعصابی بیماریوں سے متاثر ہونا (مثلاً آکشیپ، مرگی یا اعصابی عوارض کی تاریخ) اگر ہاں، جیسے:	ہاں	نہیں
3. ماضی میں ویکسینیشن کے بعد پچھلی اعصابی بیماریاں ہونا (گیلان-بیری سنڈروم، بریشیئل نیورائٹس) اگر ایسا ہے تو، کیا رد عمل اور کون سی ویکسین:	ہاں	نہیں
4. مدافعتی نظام کی بیماریوں سے متاثر ہونا (امیونو کی کمی، ٹرانسپلانٹس)، اگر ایسا ہے تو:	ہاں	نہیں
5. پچھلے 11 مہینوں میں امیونوگلوبولینز کی منتقلی اور/یا انتظامیہ حاصل کرنا	ہاں	نہیں
6. منشیات، کیمیکلز، انڈے کے پروٹین، جانوروں کی جیلیوں سے الرجی ہونا اگر ایسا ہے تو، کس پر اور کیا ردعمل:	ہاں	نہیں
7. ویکسین کی انتظامیہ کے بعد پچھلے الرجک رد عمل کا ہونا اگر ہاں، تو کون سی ویکسین پر کون سا ردعمل	ہاں	نہیں
8. کہ مجھے ماضی میں ویکسینیشن کے بعد تھرومبوسائٹوپینیا (پلیٹلیٹس میں کمی) ہوئی ہے اگر ہاں، تو بتائیں کہ کون سی ویکسین ہے۔	ہاں	نہیں
9. پچھلے سال میں امیونوسوپریسنٹ علاج لینا یا لینا: جیسے کورٹیسون، کیموتھراپی، ریڈیو تھراپی، حیاتیاتی ادویات اگر ہاں، تو بتائیں کہ کون سے اور کب:	ہاں	نہیں
10. حاملہ ہونا (بچے پیدا کرنے کی عمر کی خواتین کے لیے) اگر ہاں، تو حمل کے ہفتہ کی وضاحت کریں:	ہاں	نہیں
11. دیگر متعلقہ پیتھالوجیز سے متاثر ہونا اگر ہے تو کون سے:	ہاں	نہیں
12. کہ آپ نے پچھلے مہینے میں ویکسین لگائی ہے، اگر ایسا ہے تو:	ہاں	نہیں

میں اعلان کرتا ہوں کہ میں نے اپنی صحت کی حالت پر/اپنے بیٹے/بیٹی کی صحت کی حالت پر پری نگہداشت میں رکھے ہوئے شخص کی صحت کی حالت کے بارے میں معلومات کو صحیح طور پر رپورٹ کیا ہے۔

دلچسپی رکھنے والے فریق/والدین کی اتھارٹی کے حامل/سرپرست کے جائز دستخط