

# ઈન્ફલ્યુએન્ઝા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) સંમતિ પત્રક (ફોર્મ)

Influenza immunisation consent form

આ પત્રક (ફોર્મ) ઇન્ફલ્યુએન્ઝા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) માટેની તમારી સંમતિની નોંધ કરે છે.

This form records your consent to have an influenza immunisation.

## દર્દી/વાલીની વિગતો Patient/Guardian details

અટક/કુટુંબનું નામ: \_\_\_\_\_  
Surname / family name

પ્રથમ નામ: \_\_\_\_\_  
First name

ફોન: \_\_\_\_\_  
Phone

જન્મ તારીખ: \_\_\_\_\_  
(તારીખ/મહિનો/વર્ષ)  
Date of birth (DD/MM/YYYY)

જાતિ: • પુરુષ • સ્ત્રી • વિવિધ જાતિ  
(ફૂપા કરીને એક પર વર્તુળ કરો)  
Gender: Male Female Gender diverse (please circle one)

NHI (નેશનલ હેલ્થ ઇન્ડેક્સ): \_\_\_\_\_  
નંબર જો તમે જાણતા હોવ  
NHI (National Health Index) number if known

માનવજાતિ: (ફૂપા કરીને એક અથવા વધુ વર્તુળ કરો)  
Ethnicity (please circle one or more)

- ન્યૂઝીલેન્ડ યુરોપિયન NZ European
  - માઓરી Māori
  - સામોઅન Samoan
  - કૂક આઇલેન્ડ માઓરી Cook Island Māori
  - ટોંગન Tongan
  - ન્યુએન Niuean
  - ચાઇનીઝ Chinese
  - ભારતીય Indian
- અન્ય (જેમ કે ડચ, જાપાનીઝ, ટોકેલાઉઆન) ફૂપા કરીને બીજી કઈ માનવજાતિ છે તે જણાવો:  
Other (such as Dutch, Japanese, Tokelauan) Please state which other ethnicity

વાલીનું નામ (જો લાગુ પડે તો): \_\_\_\_\_  
Name of guardian (if applicable)

દર્દીનું સરનામું: \_\_\_\_\_  
Patient's address

દર્દીનું તબીબી કેન્દ્ર / ડોક્ટર \_\_\_\_\_  
Patient's medical centre/GP

તમને/ જે વ્યક્તિને રસી આપવામાં આવી રહી હોય એને નીચેનામાંથી કોઈ પણ લાગુ થાય, તો ફૂપા કરીને આરોગ્યસંભાળ અધિકારીને (હેલ્થકેર પ્રોફેશનલને) જણાવો:

If any of the following apply to you/the person being immunised, please advise the healthcare professional

- કોવિડ -19 રસીકરણ પ્રાપ્ત થયું છે  
Received a COVID-19 immunisation
- લોહી પાતળું થવાની દવા લઈ રહ્યા હોવ અથવા રક્તસ્રાવનો રોગ હોય  
Taking blood thinning medication or have a bleeding disorder
- હાલમાં ખૂબ તાવ સાથે બીમાર  
Currently unwell with a high fever
- ભૂતકાળમાં ઇન્ફલ્યુએન્ઝા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) ની સખત પ્રતિક્રિયા આવી હોય  
Had a severe response to an influenza immunisation in the past
- કોઈપણ ખોરાક અથવા દવાની એલર્જી  
Allergic to any food or medicine

## ઈન્ફલ્યુએન્ઝા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) ની સંભવિત પ્રતિક્રિયાઓ

Possible responses to influenza vaccination

ઈન્ફલ્યુએન્ઝા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) સામાન્ય રીતે સારી રીતે સહન થાય છે. સંભવિત પ્રતિક્રિયાઓમાં જે જગ્યા પર ઇન્જેક્શન આપ્યું હોય ત્યાં એક કે બે દિવસ સુધી પીડા, લાલાશ અને/અથવા સોજો, પ્રથમ બે દિવસમાં હળવો તાવ, માંસપેશીઓ (મસલ) અથવા માથાનો દુખાવોનો સમાવેશ થાય છે. ભાગ્યે જ, એલર્જીક પ્રતિક્રિયા આવી શકે છે.

Influenza immunisation is usually well tolerated. Possible responses include pain, redness and/or swelling at the injection site for a day or two; a mild fever, muscle aches or headache within the first two days. Rarely, an allergic response can occur.

તમને/જે વ્યક્તિને રસી આપવામાં આવી હોય એણે નિરીક્ષણ હેઠળ રહેવું જોઈએ, કદાચ જો એલર્જીક પ્રતિક્રિયા આવે તો. તમને સલાહ આપવામાં આવશે કે કેટલો સમય રાહ જોવી જોઈએ, આ 20 મિનિટ સુધી હોઈ શકે છે.

You/the immunised person should remain under observation in case of an allergic response. You will be advised how long to wait; this could be up to 20 minutes.

ઈન્ફલ્યુએન્ઝા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ), ઘસનકાર્યના અન્ય વાયરસ (વિષાણુઓ) જેમ કે સામાન્ય શરદી સામે રક્ષણ આપતું નથી. ફાયદાઓ અને સંભવિત જોખમો વિશે તમારા આરોગ્યસંભાળ વ્યવસાયિક (હેલ્થકેર પ્રોફેશનલ) સાથે વાત કરો. ઇન્ફલ્યુએન્ઝાની રસી વિશે વધુ માહિતી માટે, ફૂપા કરીને [www.medsafe.govt.nz](http://www.medsafe.govt.nz) પર મૂકેલ ગ્રાહક દવા માહિતીના પાના વાંચો.

Influenza immunisation does not protect against other respiratory viruses such as the common cold. Talk to your healthcare professional about the benefits and possible risks. For more information about the influenza vaccine, please refer to the consumer medicine information sheet located at [www.medsafe.govt.nz](http://www.medsafe.govt.nz)

## રાષ્ટ્રીય રસીકરણ રજિસ્ટર

National Immunisation Register

આરોગ્ય મંત્રાલય રાષ્ટ્રીય ઇમ્યુનાઇઝેશન (રસીકરણ) રજિસ્ટર પર ઇન્ફ્લ્યુએન્સા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) નો રેકોર્ડ (નોંધ) રાખે છે જેથી અધિકૃત આરોગ્યસંભાળ વ્યવસાયિકો શોધી શકે કે કઈ રસી આપવામાં આવી છે.

The Ministry of Health keeps a record of influenza immunisations on the National Immunisation Register so that authorised healthcare professionals can find out what immunisations have been given.

જો તમને રાષ્ટ્રીય ઇમ્યુનાઇઝેશન (રસીકરણ) રજિસ્ટરમાં તમારું રસીકરણ નોંધાવવાની ઇચ્છા ના હોય, તો કૃપા કરીને તમારા આરોગ્યસંભાળ વ્યવસાયિકને જણાવો.

If you do not want your immunisation recorded on the National Immunisation Register please advise your healthcare professional.

### સંમતિ વિધાનો:

Consent statements

મેં ઇન્ફ્લ્યુએન્સા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) વિશેની, જેમાં ઇમ્યુનાઇઝેશન (રસીકરણ) પછી કેટલો સમય રાહ જોવી તે સહિતની માહિતી વાંચી છે અથવા એ માહિતી મને સમજાવવામાં આવી છે.

I have read or have had explained to me information about influenza immunisation, including how long to wait after the immunisation.

મને પ્રશ્નો પૂછવાની તક મળી છે અને એના મને સંતોષકારક જવાબો મળ્યા છે.

I have had a chance to ask questions and they were answered to my satisfaction.

હું માનું છું કે હું ઇન્ફ્લ્યુએન્સા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) ના ફાયદા અને સંભવિત જોખમોને સમજું છું.

I believe I understand the benefits and possible risks of influenza immunisation.

હું સમજું છું કે ઇન્ફ્લ્યુએન્સા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) એ એક વિકલ્પ છે.

I understand that influenza immunisation is a choice.

હું આપવામાં આવતા ઇન્ફ્લ્યુએન્સા ઇમ્યુનાઇઝેશન (ફ્લૂ રસીકરણ) માટે સંમત છું.

I consent to the influenza immunisation being given.

હું મારા/જે વ્યક્તિને રસી આપવામાં આવી હોય એના નિયમિત આરોગ્યસંભાળ પ્રદાતાને આ ઇમ્યુનાઇઝેશન (રસીકરણ) ની માહિતી આપવા માટે સંમત છું.

I agree for this immunisation information to be shared with my/the immunised person's regular healthcare provider.

સહી: \_\_\_\_\_

Signed

તારીખ (તારીખ/મહિનો/વર્ષ): \_\_\_\_\_

Date (DD/MM/YYYY)

વાલી દ્વારા સહી (જો લાગુ હોય તો): \_\_\_\_\_

Signed by Guardian (if applicable)

દર્દી સાથે સંબંધ: \_\_\_\_\_

Relationship to the patient

### રસીકરણ રેકોર્ડ (ફક્ત તબીબી ઉપયોગ)

Vaccination record (clinical use only)

રસી: Vaccine	કઈ બાજુ આપવામાં આવી: ડાબી/જમણી બાજુ Administered: Left / right arm
રસી બેચ નંબર: Vaccine batch number	અંતિમ તારીખ: Expiry date
રસીકરણ કરનાર: Vaccinator	ઇન્ફ્લ્યુએન્સા રસી એ એક પ્રિસ્ક્રિપ્શન દવા છે. The influenza vaccine is a prescription medicine.