

# इन्फ्लुएंजा प्रतिरक्षण सहमति फार्म

Influenza immunisation consent form

**यह फॉर्म इन्फ्लुएंजा प्रतिरक्षण के लिए आपकी सहमति रिकॉर्ड करता है।**

This form records your consent to have an influenza immunisation.

## रोगी/अभिभावक विवरण Patient/Guardian details

अंतिम नाम/पारिवारिक नाम: \_\_\_\_\_ प्रथम नाम: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
Surname / family name First name Phone

जन्मतिथि: \_\_\_\_\_ लिंग: • पुरुष • महिला • लिंग-विविध \_\_\_\_\_ एनएचआई: \_\_\_\_\_  
(दिन/माह/वर्ष) (कृपया एक विकल्प पर गोला बनाएँ) (राष्ट्रीय स्वास्थ्य सूचकांक) संख्या, यदि ज्ञात हो  
Date of birth (DD/MM/YYYY) Gender: Male Female Gender diverse (please circle one) NHI (National Health Index) number if known

जातीयता: (कृपया एक या एक से अधिक विकल्पों पर गोला बनाएँ)

Ethnicity (please circle one or more)

• एनजेड यूरोपीय • माओरी • सामोअन • कुक द्वीप माओरी • टोंगन • न्युइअन • चीनी • भारतीय  
NZ European Māori Samoan Cook Island Māori Tongan Niuean Chinese Indian

• अन्य (जैसे डच, जापानी, टोकेलॉअन) कृपया अन्य जातीयता इंगित करें:

Other (such as Dutch, Japanese, Tokelauan) Please state which other ethnicity

अभिभावक का नाम (यदि लागू हो): \_\_\_\_\_

Name of guardian (if applicable)

रोगी का पता: \_\_\_\_\_

Patient's address

रोगी का चिकित्सा केंद्र/जीपी: \_\_\_\_\_

Patient's medical centre/GP

**यदि निम्नलिखित में से कोई विकल्प आपके लिए/ प्रतिरक्षित किए जाने वाले व्यक्ति के लिए लागू होता है, तो कृपया स्वास्थ्य देखभाल व्यावसायिक को बताएँ:**

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

- एक COVID-19 प्रतिरक्षण प्राप्त कर लिया है  
Received a COVID-19 immunisation
- इस समय तेज बुखार के साथ अस्वस्थ  
Currently unwell with a high fever
- किसी भोजन या दवाई से एलर्जी  
Allergic to any food or medicine
- रक्त पतला करने की दवाई का सेवन या रक्तस्राव के विकार से ग्रस्त  
Taking blood thinning medication or have a bleeding disorder
- पहले कभी इन्फ्लुएंजा प्रतिरक्षण से गंभीर प्रतिक्रिया हुई थी  
Had a severe response to an influenza immunisation in the past

## इन्फ्लुएंजा प्रतिरक्षण से संभावित प्रतिक्रियाएँ

Possible responses to influenza vaccination

आम-तौर पर इन्फ्लुएंजा का प्रतिरक्षण अच्छी तरह सहन किया जाता है। संभावित प्रतिक्रियाओं में दर्द, लालिमा और/या सूई लगाने के स्थान पर एक या दो दिनों के लिए सूजन होना शामिल हैं; पहले दो दिनों में हल्का बुखार, मांसपेशियों में दर्द या सिरदर्द दुर्लभ रूप से एलर्जिक प्रतिक्रिया हो सकती है।

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.

**एलर्जिक प्रतिक्रिया होने की स्थिति में आपको/प्रतिरक्षित किए जाने वाले व्यक्ति को निगरानी के अंतर्गत रहना चाहिए। आपको बताया जाएगा कि कब तक प्रतीक्षा करनी है; यह अधिकतम 20 मिनटों तक की अवधि हो सकता है।**

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.

इन्फ्लुएंजा का प्रतिरक्षण सामान्य सर्दी-जुकाम जैसे अन्य साँस से संबंधित वायरसों से सुरक्षा नहीं देता है। लाभों और संभावित खतरों के बारे में अपने स्वास्थ्य व्यावसायिक से बात करें। इन्फ्लुएंजा के टीके के बारे में और अधिक जानकारी के लिए कृपया वेबसाइट

**www.medsafe.govt.nz** पर उपलब्ध उपभोक्ता औषधि जानकारी पत्रक देखें।

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)

## राष्ट्रीय प्रतिरक्षण रजिस्टर

National Immunisation Register

स्वास्थ्य मंत्रालय (Ministry of Health) राष्ट्रीय प्रतिरक्षण रजिस्टर (National Immunisation Register) में इन्फ्लुएंज़ा प्रतिरक्षण का रिकॉर्ड बनाकर रखता है, ताकि प्राधिकृत स्वास्थ्य व्यावसायिक पता कर सकें कि पहले कौन से प्रतिरक्षण दिए गए हैं।

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.

यदि आप नहीं चाहते/चाहती हैं कि आपका प्रतिरक्षण राष्ट्रीय प्रतिरक्षण रजिस्टर पर दर्ज हो तो कृपया अपने स्वास्थ्य देखभाल व्यावसायिक को सलाह दें।

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

### सहमति कथन:

Consent statements

मैंने इन्फ्लुएंज़ा के प्रतिरक्षण के बारे में जानकारी पढ़ ली है या मुझे समझा दी गई है, जिसमें टीका लगाने के बाद प्रतीक्षा की अवधि के बारे में जानकारी भी शामिल है।

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

मुझे प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है और मुझे अपनी संतुष्टि के उत्तर मिल गए हैं।

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

मैं ऐसा मानता/मानती हूँ कि मुझे इन्फ्लुएंज़ा प्रतिरक्षण के लाभ और संभावित खतरे समझ में आ गए हैं।

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

मैं यह समझता/समझती हूँ कि इन्फ्लुएंज़ा प्रतिरक्षण वैकल्पिक है।

I understand that influenza immunisation is a choice.

मैं इन्फ्लुएंज़ा प्रतिरक्षण लगाए जाने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।

I consent to the influenza immunisation being given.

मैं इस प्रतिरक्षण के बारे में जानकारी को अपने/प्रतिरक्षित किए जाने वाले व्यक्ति के नियमित स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के साथ साझा करने के लिए सहमत हूँ।

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

हस्ताक्षरित: \_\_\_\_\_

Signed

दिनांक (दिन/माह/वर्ष): \_\_\_\_\_

Date (DD/MM/YYYY)

अभिभावक द्वारा हस्ताक्षरित (यदि लागू हो): \_\_\_\_\_

Signed by Guardian (if applicable)

रोगी के साथ संबंध: \_\_\_\_\_

Relationship to the patient

### टीकाकरण रिकॉर्ड (केवल नैदानिक उपयोग)

Vaccination record (clinical use only)

|   |   |
|---|---|
| टीका:<br>Vaccine                            | किस बाँह में लगाया गया: बाईं/दाईं बाँह<br>Administered: Left / right arm                            |
| वैक्सीन बैच संख्या:<br>Vaccine batch number | समाप्ति तिथि:<br>Expiry date  |
| टीकाकर्ता:<br>Vaccinator                    | <b>इन्फ्लुएंज़ा का टीका नुस्खे की दवाई है।</b><br>The influenza vaccine is a prescription medicine. |