

2009 एच1एन1 इन्फ्लुएन्जाको खोप लगाउनेको लागि स्वीकृति फारम – शिशुहरू

खण्ड 1: खोप लगाउने शिशुको बारेमा जानकारी (कृपया लेख्नुहोस्)

विद्यार्थीको नाउँ (अन्तिम)		(प्रथम)	(बीचको नाउँको प्रथम अक्षर)	विद्यार्थीको जन्मको तारिख महिना _____ दिन _____ वर्ष _____	
मातापिता/वैध अभिभावकको नाउँ (अन्तिम)		(प्रथम)	(बीचको नाउँको प्रथम अक्षर)	विद्यार्थीको उमेर	विद्यार्थीको लिङ्ग पुरुष _____ महिला _____
ठेगाना			मातापिता/वैध अभिभावकको दिनको समयको फोन नम्बर:		
शहर	राज्य	जिप	घर वा कार्यस्थल: () सेल: ()		
स्कूलको नाउँ	विलनिकको अवस्थिति		ग्रेड अर्थात् कक्षा	शिक्षक/शिक्षिकाको नाउँ	

खण्ड 2: खोप लगाउन सकिन्छ वा सकिदैन, त्यसबारे जाँच

यदि तपाईंको शिशुलाई अगावै 2009 एच1एन1 इन्फ्लुएन्जाको खोप लगाइएको छ भने, कृपया हामीलाई डोज अर्थात् खुराकहरूको संख्या अनि खोप लगाइएका तारिखहरू बारे बताउनुहोस्।

डोज 1	लगाइएको दिन: महिना _____ दिन _____ वर्ष _____	माध्यम (कृपया घेरो लगाउनुहोस्):	नाकमा औषधिको छिर्को	सुई
डोज 2	लगाइएको दिन: महिना _____ दिन _____ वर्ष _____	माध्यम (कृपया घेरो लगाउनुहोस्):	नाकमा औषधिको छिर्को	सुई

तपाईंको शिशुले 2009 एच1एन1 इन्फ्लुएन्जाको खोप लगाउन सक्छ वा सक्दैन त्यसबारे जात्रको लागि निम्न प्रश्नहरूले हामीलाई मद्दत गर्नेछन्। प्रत्येक प्रश्नको जुवाफ निम्ति छ वा छैन—मा निशान लगाउनुहोस्।
निम्नलिखित सबै पाँच प्रश्नहरूको जुवाफ तपाईंले "छैन"—मा निशान लगाएर दिनुभएको छ भने, तपाईंको शिशुले शायद इन्फ्लुएन्जाको खोप लगाउनसक्छ। निम्नलिखित पाँच प्रश्नहरूमध्ये एक वा अधिकको जुवाफ तपाईंले "छ"—मा निशान लगाएर दिनुभएको छ भने, तपाईंको शिशुले 2009 एच1एन1 खोप लगाउन त सक्छ, तर तपाईंका विकल्पहरू बारे चर्चा गर्न हामी तपाईंसित सम्पर्क गर्नेछौं।

	छ	छैन
1. के तपाईंको शिशुलाई फुल वा अण्डाप्रति गम्भीर एलर्जी छ?		
2. के तपाईंको शिशुलाई नियोमाइसिन (neomycin), जेण्टामाइसिन (gentamicin), थिमिरोजल (thimerosal), जिलेटिन (gelatin) अथवा आर्जिनाइन (arginine) अथवा पोलिमेक्सिन बी सल्फेट (polymyxin B sulfate)—प्रति गम्भीर एलर्जी छ? कृपया सूचीबद्ध गर्नुहोला: _____		
3. के तपाईंको शिशुलाई यसअघि फलुको खोप लगाउँदा कहिल्यै गम्भीर प्रतिक्रिया भएको छ?		
4. के तपाईंको शिशुलाई फलुको खोप लगाएको 6 साताहरू भित्र कहिल्यै गुइलेन—बारे सिण्ड्रोम (मांसपेशीहरू अति नै दुर्बल हुने एक अस्थायी स्थिति) भएको छ?		
5. के तपाईंको शिशुले एस्प्रिन वा एस्प्रिनयुक्त कुनै उपचार प्राप्त गरिरहेको छ?		

खण्ड 3: स्वीकृति

शिशुको खोप निम्ति स्वीकृति: 2009 एच1एन1 इन्फ्लुएन्जाको खोप बारे मैले 2009–2010 खोपसम्बन्धी जानकारीहरूको विवरणमा पढेको छु वा यसबारे मलाई बुझाइएको छ अनि यसका जोखिम र लाभहरू बारे मलाई राम्ररी थाहा छ। खोपमा थिमिरोजल हुनसक्छ भन्ने कुरो पनि मलाई थाहा छ।	
<p>म भर्भण्ट स्वास्थ्य विभाग, अनि यसको तर्फबाट कार्य गर्ने कर्मचारीहरूलाई मेरो शिशुलाई एच1एन1 खोप लगाउने स्वीकृति प्रदान गर्दछु, जसको नाउँ यस फारमको टुप्पोमा दिइएको छ। (यो स्वीकृति फारमलाई तारिखसहित हस्ताक्षर गरेर आफ्नो शिशुको स्कूलमा फिर्ता नपठाउनुभएको खण्डमा, स्कूलमा तपाईंको शिशुलाई खोप लगाइने छैन)।</p>	<p>म भर्भण्ट स्वास्थ्य विभाग, अनि यसको तर्फबाट कार्य गर्ने कर्मचारीहरूलाई मेरो शिशुलाई एच1एन1 खोप लगाउने स्वीकृति प्रदान गर्दैन, जसको नाउँ यस फारमको टुप्पोमा दिइएको छ।</p>
मातापिता/वैध अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ तारिख: महिना _____ दिन _____ वर्ष _____	मातापिता/वैध अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ तारिख: महिना _____ दिन _____ वर्ष _____

खण्ड 4: खोपको विवरण

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number	Body Site		Lot Number	Manufacturer	Date VIS given	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	IM	1st	RA	LA				
				RT	LT				
2009 H1N1	/ /	IM	2d	RA	LA				
				RT	LT				

तपाईं आफ्नो शिशुलाई खोपाउन चाहनुभए वा नचाहनुभए तापनि कृपया यो फारमलाई स्कूलमा फिर्ता पठाउनुहोला।

For IM H1N1 vaccination only

October 2009