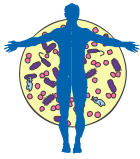


رضایت نامه واکسیناسیون



↓ Patient Label ↓

↓ حامله؟ ↓

بله خیر



<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	آیا تا به حال کدام حساسیت شدید به واکسیناسیون های قبلی داشته اید؟
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	آیا شما به خمیر ترش حساسیت دارید؟
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	آیا در حال حاضر تب دارید؟
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	آیا خود را صحت مند احساس می کنید؟
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	آیا از کدام بیماری که سیستم معافیت یا دفاعی بدن تانرا متاثر سازد شکایت دارید؟
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	آیا شما کدام دوابی که سیستم معافیت یا دفاعی بدن تانرا متاثر سازد (مانند دواهای استروئیدی) استفاده میکنید؟
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	آیا شما مبتلا به سرطان هستید ویا تحت معالجه سرطان از طریق شعاع ویا دوا میباشید؟

<input type="checkbox"/> هپاتیت A	<input type="checkbox"/> کولرا	<input type="checkbox"/> مننجیت (ACWY)	<input type="checkbox"/> انفلوانزا
<input type="checkbox"/> هپاتیت B	<input type="checkbox"/> دیفتتری + تیتانوس	<input type="checkbox"/> فلج	<input type="checkbox"/> تب زرد
<input type="checkbox"/> و غیره	<input type="checkbox"/> انتی بادی تیتانوس	<input type="checkbox"/> واکسین سگ دیوانه	<input type="checkbox"/> تب محرقه

من تصدیق میکنم که تمام سوالات و جوابات فوق را بخوبی خوانده ام وکاملا برای آگاهی من مفید است .
معلومات در مورد امراض وواکسیناسیون را خوانده ام و فهمیدم . و من فرصت پرسیدن سوالات را داشته ام که به رضایتم پاسخ داده شده است . من فواید و ضررهای واکسیناسیون را دانستم و من بنابر خواهش خود این واکسین را برای خود ویا کسیکه نامش در فوق درج است تقاضا کرده و خود را مسوول می دانم.

تاریخ:
(dd-mm-yyyy)

امضا شخص که واکسین در یافت میکند یا
شخصی که به نمایندگی از او در خواست
میکند (والدین یا اولیا)

Date vaccine administered:	↓ vaccine labels ↓	Site of Injection ↗	
Vaccine Manufacturer:			
Vaccine Lot Number:			
Signature of vaccine administrator:			