



იმუნიზაციის თანხმობის ფორმა

თანხმობის ფორმა, რომ შევთავაზოთ ბავშვებს და ზრდასრულ ლტოლვილებს და განმცხადებლებს, რომლებიც ეძებენ დაცვას კომპენსირების ვაქცინაცია, და ეპიდემიის გავრცელების შემთხვევაში

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Georgian

ვერსია 2.0 29 დეკემბერი 2022

Version 2.0 29 December 2022

კონფიდენციალურობის განცხადება: HSE პერსონალმა იცის თავისი ვალდებულება მონაცემთა დაცვის კანონების შესაბამისად, 1988-2018 წლები (მათ შორის GDPR). მოწოდებული ინფორმაცია შეიტანება იმუნიზაციის მონაცემთა ბაზაში. HSE გამოიყენებს ამ ინფორმაციას კლიენტების დასადასტურებლად, მონიტორინგისთვის ვაქცინაციის პროგრამებზე და ჯანმრთელობის დაცვის მიწოდებისთვის.

გთხოვთ გაითვალისწინოთ, რომ მხოლოდ მშობელს ან კანონიერ მეურვეს შეუძლია თანხმობა ან უარი თქვას 16 წლამდე ასაკის ახალგაზრდებისთვის. გაიგეთ მეტი თანხმობის შესახებ HSE ვებსაიტზე <https://bit.ly/ConsentU16>. 16 წელზე უფროსი ასაკის ახალგაზრდებს კანონიერად აქვთ უფლება განაცხადონ თანხმობა საკუთარი თავისთვის.

ნაწილი 1: პირადი დეტალები

შეავსეთ ეს ნაწილი ვაქცინირებული პირისთვის (გთხოვთ, ისარგებლოთ დიდი ასოებით)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

HSE კლიენტის ID:
HSE Client ID:

პირადი საჯარო სამსახურის ნომერი (PPSN):
Personal Public Service Number (PPSN):

სახელი:
First name:

გვარი:
Surname (Family Name):

დაბადების თარიღი: სქესი: მამრობითი მდედრობითი
Date of Birth: Gender: Male Female

მისამართი (ირლანდიაში):
Address (in Ireland):

ოლქი: Eircode:
County:

მობილური ტელეფონის ნომერი:
Mobile Phone Number:

ელფოსტის მისამართი:
Email Address:

თუ 15 წლის ან უმცროსი ხართ, გთხოვთ შეავსოთ შემდეგი
If 15 years or younger please complete the following

დედის ქალიშვილობის გვარი: დედის დაბადების თარიღი:
Mother's Surname at Birth: Mothers Date of Birth:

გთხოვთ შეავსოთ ნაწილი 2 და

შეავსეთ

- ნაწილი 3a, თუ იძლევით თანხმობას ბავშვისთვის 2 წლამდე ასაკით
- ნაწილი 3b, თუ იძლევით თანხმობას ბავშვისთვის 2-10 წლის ასაკით
- ნაწილი 3c, თუ იძლევით თანხმობას ვინმესთვის, ვინც არის 10 წლის ან უფროსი ასაკის (ან თუ იძლევით თანხმობას თქვენი თავისთვის)

და შეავსეთ ნაწილი 4, რომ მისცეთ თანხმობა ვაქცინაციაზე.



იმუნიზაციის თანხმობის ფორმა

თანხმობის ფორმა, რომ შევთავაზოთ ბავშვებს და ზრდასრულ ლტოლვილებს და განმცხადებლებს, რომლებიც ეძებენ დაცვას კომპენსირების ვაქცინაცია, და ეპიდემიის გავრცელების შემთხვევაში

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Georgian

ვერსია 2.0 29 დეკემბერი 2022

Version 2.0 29 December 2022

ნაწილი 2: გთხოვთ უპასუხოთ შემდეგ შეკითხვებს „დიახ“ ან „არა“ პასუხით

შეავსეთ ეს ნაწილი ვაქცინირებული პირისთვის (გთხოვთ, ისარგებლოთ დიდი ასოებით)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

თქვენ/თქვენს ბავშვს გქონიათ სერიოზული დაავადება?

Have you/your child had any serious illness?

დიახ

არა

დააკონკრეტეთ

Please detail

როდესმე გქონიათ თუ არა მწვავე რეაქცია რამეზე, მათ შორის მედიკამენტი ან ვაქცინა? (მათ შორის ანაფილაქსია)

Have you/your child ever had a severe reaction to anything including medication or vaccines? (Including anaphylaxis)

დიახ

არა

დააკონკრეტეთ

Please detail

თქვენ/თქვენს ბავშვს გქონდათ თუ არა რაიმე დაავადება ან მდგომარეობა, რომელიც აძლიერებს სისხლდენის რისკს?

Have you/your child had any illness or condition that increases risk of bleeding?

დიახ

არა

დააკონკრეტეთ

Please detail

თქვენ/თქვენმა ბავშვმა მიიღო თუ არა რაიმე ვაქცინა ბოლო 6 თვის განმავლობაში?

Have you/your child received any vaccines in the past 6 months?

დიახ

არა

დააკონკრეტეთ

Please detail

ნაწილი 3a: შეავსეთ ეს ნაწილი მხოლოდ ბავშვებისთვის 2 წლამდე ასაკით

შეავსეთ ეს ნაწილი ვაქცინირებული პირისთვის (გთხოვთ, ისარგებლოთ დიდი ასოებით)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

დიფტერია, ტეტანუსი, პოლიომიელიტი, ყივანახველა, HepB და Hib ვაქცინები
Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

მიიღო თუ არა თქვენმა შვილმა დიფტერიის, ტეტანუსის, პოლიომიელიტის, ყივანახველას, HepB და Hib შემცველი ვაქცინები? ირლანდიაში ამის მიცემა ხდება 6-1-ში ვაქცინის სახით 2, 4 და 6 თვის ასაკში

Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland, this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

დიახ

არა

არ ვიცი
Do not know

თუ დიახ, რამდენი დოზა?

If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღეს თითოეული დოზა?

At what age did they receive each dose?

არ არსებობს კომპენსაცია ჰეპატიტი B-თვის, თუ მხოლოდ ეს ვაქცინა არ იყო გაკეთებული

MenB (მენინგოკოკური B) ვაქცინა
MenB (meningococcal B) vaccine

ოდესმე ჰქონია თუ არა თქვენს ბავშვს ანაფილაქსია (ძვირე ალერგიული რეაქცია) ლატექსზე?

Has your child ever had anaphylaxis (severe allergic reaction) to latex?

დიახ

არა

თქვენმა ბავშვმა მიიღო MenB ვაქცინა?

Has your child received any MenB vaccine?

დიახ

არა

არ ვიცი
Do not know

თუ დიახ, რამდენი დოზა?

If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღო თითოეული დოზა?

At what age did they receive each dose?



იმუნიზაციის თანხმობის ფორმა

თანხმობის ფორმა, რომ შევთავაზოთ ბავშვებს და ზრდასრულ ლტოლვილებს და განმცხადებლებს, რომლებიც ეძებენ დაცვას კომპენსირების ვაქცინაცია, და ეპიდემიის გავრცელების შემთხვევაში

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Georgian

ვერსია 2.0 29 დეკემბერი 2022

Version 2.0 29 December 2022

ნაწილი 3a: გთხოვთ შეავსოთ ეს ნაწილი მხოლოდ 2 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის (გაგრძელება)

შეავსეთ ეს ნაწილი ვაქცინირებული პირისთვის (გთხოვთ, ისარგებლოთ დიდი ასოებით)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

PCV13 (პნევმოკოკური) ვაქცინა / PCV13 (pneumococcal) vaccine

თქვენმა ბავშვმა მიიღო რომელიმე PCV13 ვაქცინა?

Has your child received any PCV13 vaccine?

დიახ

Yes

არა

No

არ ვიცი

Do not know

თუ დიახ, რამდენი დოზა?

If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღო

თითოეული დოზა?

At what age did they

receive each dose?

როტავირუსის ვაქცინა (არ არის 8 თვის და 0 დღის ან უფრო ზემოთ ასაკში)

Rotavirus vaccine (NOT recommended on or after 8 months 0 days old)

თქვენს ბავშვს ამჟამად აქვს ფალარათი ან ლებინება?

Does your child have diarrhoea or vomiting at the moment?

დიახ

Yes

არა

No

დაუსვეს თუ არა თქვენს ბავშვს დიაგნოზი სახელად ინვაგინაცია?

Has your child been diagnosed with a condition called intussusception?

დიახ

Yes

არა

No

თქვენი ბავშვი დაიბადა ნაწლავის ანომალიით (მაგ. მეკელის დივერტიკული)?

Was your child born with an abnormality of the gut (e.g., Meckel's diverticulum)?

დიახ

Yes

არა

No

დააკონკრეტეთ

Please detail

დაუსვეს თუ არა თქვენს ბავშვს დიაგნოზი მძიმე კომბინირებული იმუნოდეფიციტი (SCID)?

Has your child been diagnosed with a condition called Severe Combined Immunodeficiency (SCID)?

დიახ

Yes

არა

No

დაუსვეს თუ არა თქვენს შვილს ქვემოთ ჩამოთვლილი იშვიათი მემკვიდრეობითი მდგომარეობის დიაგნოზი?

Has your child been diagnosed with any of the following rare hereditary conditions?

ფრუქტოზის აუტანლობა

Fructose Intolerance

საქაროზა-იზომალტაზას დეფიციტი

Sucrose-Isomaltase Deficiency

გლუკოზა-გალაქტოზას მალაბსორბცია

Glucose-Galactose Malabsorption

იღებდა თუ არა ამ ბავშვის დედა წამალს, რომელსაც ეწოდება ინფლიქსიმაბი ორსულობის და/ან ძუძუთი კვების დროს?

Did this child's mother take a medication called infliximab during her pregnancy and/or when breastfeeding?

დააკონკრეტეთ

Please detail

ცხოვრობს თუ არა თქვენი ბავშვი ვინმესთან, ვისაც აქვს იმუნოდეფიციტი/დასუსტებული იმუნური სისტემა?

Does your child live with anyone who is immunocompromised/has a weakened immune system?

დააკონკრეტეთ

Please detail

მიიღო თუ არა თქვენმა შვილმა რაიმე როტავირუსის ვაქცინა?

Has your child received any rotavirus vaccine?

დიახ

Yes

არა

No

არ ვიცი

Do not know

თუ დიახ, რამდენი დოზა?

If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღო

თითოეული დოზა?

At what age did they

receive each dose?



იმუნიზაციის თანხმობის ფორმა

თანხმობის ფორმა, რომ შევთავაზოთ ბავშვებს და ზრდასრულ ლტოლვილებს და განმცხადებლებს, რომლებიც ეძებენ დაცვას კომპენსირების ვაქცინაცია, და ეპიდემიის გავრცელების შემთხვევაში

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Georgian

ვერსია 2.0 29 დეკემბერი 2022

Version 2.0 29 December 2022

ნაწილი 3a: გთხოვთ შეავსოთ ეს ნაწილი მხოლოდ 2 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის (გაგრძელება)

შეავსეთ ეს ნაწილი ვაქცინირებული პირისთვის (გთხოვთ, ისარგებლოთ დიდი ასოებით)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

მენინგოკოკური C

MenC (meningococcal C) vaccine

მიიღო თუ არა თქვენმა ბავშვმა MenC ვაქცინა?

Has your child received any MenC vaccine?

დიახ
Yes

არა
No

არ ვიცი
Do not know

თუ დიახ, რამდენი დოზა?

If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღო თითოეული დოზა?

At what age did they receive each dose?

MMR წითელას, ყბაყურას და წითურას ვაქცინა – არ უნდა ჩაითვალოს, თუ MMR მიეცა 12 თვის ასაკამდე, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა ის მიეცა 4 დღემდე პერიოდის განმავლობაში ბავშვის პირველ დაბადების დღემდე

წითელა, ყბაყურა და წითურა

MMR (measles, mumps and rubella) vaccine

მიიღო თუ არა თქვენმა შვილმა MMR ვაქცინა 12 ან მეტი თვის ასაკში?

Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

დიახ
Yes

არა
No

არ ვიცი
Do not know

მიიღო თუ არა თქვენმა ბავშვმა MMR ვაქცინა მგზავრობის/ეპიდემიისთვის?

Has your child received MMR vaccine for travel/outbreak?

დიახ
Yes

არა
No

თუ დიახ, რა ასაკში?

If yes, at what age?

Hib/MenC ვაქცინა

Hib/MenC vaccine

მიიღო თუ არა თქვენმა ბავშვმა Hib/MenC ვაქცინა 12 თვის ან ზემოთ ასაკში?

Has your child received Hib/MenC vaccine at 12 months or older?

დიახ
Yes

არა
No

არ ვიცი
Do not know

ნაწილი 3b: გთხოვთ შეავსოთ ეს ნაწილი მხოლოდ ბავშვებისთვის ასაკით 2-დან <10 წლამდე

შენიშვნა: MenB და PCV13 ვაქცინები არ არის ზოგადად რეკომენდებული ბავშვებისთვის 2 წლის და ზემოთ ასაკით

შეავსეთ ეს ნაწილი ვაქცინირებული პირისთვის (გთხოვთ, ისარგებლოთ დიდი ასოებით)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

დიფტერია, ტეტანუსი, პოლიომიელიტი, ყივანახველა, HepB და Hib ვაქცინები

Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

მიიღო თუ არა თქვენმა შვილმა დიფტერიის, ტეტანუსის, პოლიომიელიტის, ყივანახველას, HepB და Hib შემცველი ვაქცინები? ირლანდიაში ამის მიცემა ხდება 6-1-ში ვაქცინის სახით 2, 4 და 6 თვის ასაკში

Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

დიახ
Yes

არა
No

არ ვიცი
Do not know

თუ დიახ, რამდენი დოზა?

If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღო თითოეული დოზა?

At what age did they receive each dose?

მენინგოკოკური C

MenC (meningococcal C) vaccine

არ არსებობს კომპენსაცია ჰეპატიტი B-თვის, თუ მხოლოდ ეს ვაქცინა არ იყო გაკეთებული

მიიღო თუ არა თქვენმა ბავშვმა MenC ვაქცინა?

Has your child received any MenC vaccine?

დიახ
Yes

არა
No

არ ვიცი
Do not know

თუ დიახ, რამდენი დოზა?

If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღო თითოეული დოზა?

At what age did they receive each dose?



იმუნიზაციის თანხმობის ფორმა

თანხმობის ფორმა, რომ შევთავაზოთ ბავშვებს და ზრდასრულ ლტოლვილებს და განმცხადებლებს, რომლებიც ეძებენ დაცვას კომპენსირების ვაქცინაცია, და ეპიდემიის გავრცელების შემთხვევაში

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Georgian

ვერსია 2.0 29 დეკემბერი 2022

Version 2.0 29 December 2022

Section 3b: გთხოვთ შეავსოთ ეს ნაწილი მხოლოდ ბავშვებისთვის 2-დან <10 წლამდე ასაკით (გაგრძელება)

შეავსეთ ეს ნაწილი ვაქცინირებული პირისთვის (გთხოვთ, ისარგებლოთ დიდი ასოებით)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

MMR (წითელას, ყბაყურას და წითურას) ვაქცინა – არ უნდა ჩაითვალოს, თუ MMR მიეცა 12 თვის ასაკამდე, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა ის მიეცა 4 დღემდე პერიოდის განმავლობაში ბავშვის პირველ დაბადების დღემდე

მიიღო თუ არა თქვენმა შვილმა MMR ვაქცინა 12 ან მეტი თვის ასაკში?
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

დიახ არა არ ვიცი
Yes No Do not know

თუ დიახ, რამდენი დოზა?
If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღო თითოეული დოზა?
At what age did they receive each dose?

**4-1-ში (დიფტერიის, ტეტანუსის, პოლიომიელიტის, ყივანახველას) ვაქცინა
4-in-1 (diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) vaccine**

მიიღო თუ არა თქვენმა შვილმა 4-1-ში აცრა მეოთხე დაბადების დღის შემდეგ?
Has your child received 4-in-1 vaccine after their fourth birthday?

დიახ არა
Yes No

შედის თქვენი შვილი უმცროსი ასაკის ჩვილებში ირლანდიაში?
Is your child in junior infants in Ireland?

დიახ არა
Yes No

მიიღო თუ არა თქვენმა შვილმა რაიმე ვაქცინა დაწყებით სკოლაში ირლანდიაში ან სხვაგან?
Has your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?

დიახ არა
Yes No

თუ დიახ, რა ასაკში?
If yes, at what age?

ნაწილი 3c: გთხოვთ შეავსოთ ეს ნაწილი მხოლოდ ადამიანებისთვის 10 წლის და უფროსი ასაკით, მათ შორის ზრდასრულები

შეავსეთ ეს ნაწილი ვაქცინირებული პირისთვის (გთხოვთ, ისარგებლოთ დიდი ასოებით)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

შენიშვნა: MenB და PCV13 ვაქცინები არ არის რეკომენდებული 2 წელზე უფროსი ასაკის ბავშვებისთვის და HiB არ არის რეკომენდირებული 10 წელზე მეტი ასაკისთვის

დიფტერიის, ტეტანუსის, პოლიომიელიტის, ყივანახველას შემცველი ვაქცინები \ [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (მხოლოდ კომპენსაციისთვის 10-13 წლის ასაკში, თუ Tdap /IPV მიუწვდომელია), Tdap]

Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) containing vaccines [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (only for catch-up in those aged 10-13 years old if Tdap/IPV is unavailable), Tdap]

მიიღეთ თუ არა თქვენ/თქვენმა შვილმა ტეტანუსის, დიფტერიის, პოლიომიელიტის და ყივანახველასგან დამცავი ვაქცინები? ირლანდიაში ამ ვაქცინებს აძლევენ 6-1-ში ვაქცინების სახით 2, 4, 6 თვის ასაკში?

დიახ არა
Yes No

Have you/your child received vaccines protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough? In Ireland these are given as 6-in-1 vaccines due at 2, 4, 6 months?

თუ დიახ, რამდენი დოზა?
If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღო თითოეული დოზა?
At what age did they receive each dose?

მიიღეთ თუ არა თქვენ/თქვენმა შვილმა ტეტანუსის, დიფტერიის, პოლიომიელიტისა და ყივანახველასგან დამცავი ვაქცინა (ირლანდიაში აძლევენ, როგორც 4-1-ში ვაქცინას) 4 ან მეტი წლის ასაკში?

დიახ არა
Yes No

Have you/your child received a vaccine protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough (in Ireland given as 4-in-1 vaccine) at age 4 or older?

მიიღეთ თუ არა თქვენ/თქვენმა შვილმა რაიმე ვაქცინა დაწყებით სკოლაში ირლანდიაში ან სხვაგან?

დიახ არა
Yes No

Have you/your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?

თუ დიახ, რომელი ვაქცინა?
If yes, what vaccine?

რა ასაკში?
At what age??



იმუნიზაციის თანხმობის ფორმა

თანხმობის ფორმა, რომ შევთავაზოთ ბავშვებს და ზრდასრულ ლტოლვილებს და განმცხადებლებს, რომლებიც ეძებენ დაცვას კომპენსირების ვაქცინაცია, და ეპიდემიის გავრცელების შემთხვევაში

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Georgian

ვერსია 2.0 29 დეკემბერი 2022

Version 2.0 29 December 2022

ნაწილი 3c: გთხოვთ შეავსოთ ეს ნაწილი მხოლოდ ადამიანებისთვის 10 წლის და მეტი ასაკით (გაგრძელება)

შეავსეთ ეს ნაწილი ვაქცინირებული პირისთვის (გთხოვთ, ისარგებლოთ დიდი ასოებით)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

მიიღეთ თუ არა თქვენ/თქვენმა შვილმა ტეტანუსის, დიფტერიისა და ყვიანახველასგან დამცავი მესამე ვაქცინა (ირლანდიაში აძლევენ, როგორც Tdap) საშუალო სკოლაში ირლანდიაში ან სხვაგან?

Have you/your child received a fifth vaccine protecting against tetanus, diphtheria and whooping cough (in Ireland given as Tdap) in secondary school in Ireland or elsewhere?

დიახ არა
Yes No

თუ დიახ, რომელი ვაქცინა?

If yes, what vaccine?

რომელ ასაკში მიიღო თითოეული დოზა?

At what age did they receive each dose?

მენინგოკოკური C

MenC (meningococcal C) vaccine

შენიშვნა: MenC-ის 1 დოზა რეკომენდებულია 23 წლამდე, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ MenC შემცველი ვაქცინა არ იქნა მიღებული 10 წლის ან ზემოთ ასაკში

მიიღეთ თუ არა თქვენ/თქვენმა შვილმა რაიმე MenC ვაქცინა ან MenC-ს შემცველი ვაქცინა?

Have you/your child received any MenC vaccine or MenC containing vaccine?

დიახ არა არ ვიცი
Yes No Do not know

თუ დიახ, რამდენი დოზა?

If yes, how many doses?

რომელ ასაკში მიიღეს თითოეული დოზა?

At what age did they receive each dose?

მიიღეთ თუ არა თქვენ/თქვენმა შვილმა რაიმე ვაქცინა საშუალო სკოლაში ირლანდიაში ან სხვაგან?

Have you/your child received any vaccines in secondary school in Ireland or elsewhere?

დიახ არა
Yes No

თუ დიახ, რომელი ვაქცინა?

If yes, what vaccine?

რა ასაკში?

At what age?

MMR (წითელა, ყბაყურა და წითურა) ვაქცინა - არ უნდა ჩაითვალოს, თუ ის გაუკეთდა 12 თვემდე ასაკში, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა ის მიეცა 4 დღემდე პერიოდის განმავლობაში ბავშვის პირველ დაბადების დღემდე.

მიიღეთ თუ არა თქვენ/თქვენმა შვილმა ერთი ან მეტი MMR ვაქცინა 12 თვის ან ზემოთ ასაკში?

Have you/your child received one or more MMR vaccine at 12 months or older?

დიახ არა არ ვიცი
Yes No Do not know

თუ დიახ, რომელი ვაქცინა?

If yes, what vaccine?

რა ასაკში?

At what age?

ხართ თუ არა თქვენ/თქვენი ბავშვი ორსულად?

Are you/your child pregnant?

დიახ არა
Yes No

MMR ვაქცინა არ არის რეკომენდებული ორსულობის დროს. ორსულობა თავიდან უნდა იქნეს აცილებული MMR ვაქცინის მიღებიდან ერთი თვის განმავლობაში.



იმუნიზაციის თანხმობის ფორმა

თანხმობის ფორმა, რომ შევთავაზოთ ბავშვებს და ზრდასრულ ლტოლვილებს და განმცხადებლებს, რომლებიც ეძებენ დაცვას კომპენსირების ვაქცინაცია, და ეპიდემიის გავრცელების შემთხვევაში

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Georgian

ვერსია 2.0 29 დეკემბერი 2022

Version 2.0 29 December 2022

ნაწილი 4: თანხმობა

ხელი მოაწერეთ ამ ნაწილს და დასვით X თითოეულ უჯრაში, თუ აძლევთ თანხმობას ვაქცინაციაზე.

Sign this section and put an X in each box if you give consent for vaccination.

დიახ, თანხმობას ვიძლევი ზემოთ დასახელებული პირის ვაქცინაციაზე ქვემოთ მოცემული ვაქცინით.

თქვენი ამცრელი გეტყვით, რომელი ვაქცინებია საჭირო:

Yes, I consent to the vaccination of the above named person with the below vaccines.

Your vaccinator will tell you which vaccines are needed:

6-1-ში ვაქცინა (DTaP/Hib/IPV/Hep B)

6-in-1 vaccine (DTaP/Hib/IPV/Hep B)

MenC (მენინგოკოკური C)

MenC (meningococcal C)

როტავირუსის პერორალური ვაქცინა

Rotavirus (rotavirus oral vaccine)

Tdap

Tdap/IPV

Hib/MenC (ჰემოფილუს ინფლუენცა b + მენინგოკოკური C)

Hib/MenC (haemophilus influenza b + meningococcal C)

MenB (მენინგოკოკური B)

MenB (meningococcal B)

PCV (პნევმოკოკური კონიუგატი)

PCV (pneumococcal conjugate)

MMR (წითელა, ყბაყურა და წითურა)

MMR (measles, mumps and rubella)

4-1-ში (DTap/IPV)

4-in-1 (DTap/IPV)

Td/IPV

• მე წავიკითხე და მესმის ვაქცინის თანხმობის ინფორმაცია, მათ შორის ცნობილი გვერდითი მოვლენები.

• I have read and understand the accompanying vaccine information, including known side effects.

• მესმის, რომ MMR ვაქცინა არ არის რეკომენდებული ორსულობის დროს.

• I understand that MMR vaccine is not recommended during pregnancy.

გთხოვთ, მონიშნოთ შესაბამისი უჯრა ქვემოთ:

Please tick the appropriate box below:

• მე მესმის, რომ თანხმობას ვიძლევი ვაქცინაციის კომპენსირების განრიგის მიცემაზე ირლანდიის იმუნიზაციის განრიგის შესაბამისად, რომელიც შეიძლება იყოს ჩემი ერთი ვაქცინისთვის ან კურსისთვის, ამცრელის რეკომენდაციით.

• I understand that I am giving consent for the administration of a catch-up schedule of vaccination in line with the Irish Immunisation Schedule, which may be for one or a course of vaccines as advised by my vaccinator.

• მესმის, რომ ვაქცინების მიღებაზე თანხმობას ვაძლევ ეპიდემიის ვითარებაში, რათა დავიცვა ჩემი თავი/ჩემი შვილი ვაქცინით აცილებადი დაავადებისგან.

• I understand that I am giving consent for administration of vaccines in an outbreak situation to protect me/my child from a vaccine preventable disease.

თუ ხელს აწერთ ვინმესთვის 16 წლამდე

If signing for someone under 16 years

• ამ ფორმაზე ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ უფლებამოსილი ვარ თანხმობა გავცე ზემოთ დასახელებული ბავშვის სახელით. (16 წლის და უფროსი ასაკის ადამიანებს უფლება აქვთ მისცენ თანხმობა საკუთარი თავისთვის).

• I confirm by signing this form that I am authorised to give consent on behalf of the above named child.

(Those aged 16 years or older are legally entitled to consent for themselves).

ხელმოწერა:

Signature:

თანხმობის

თარიღი:

Consent Date:

FOR OFFICE USE ONLY

Name of Vaccine	Date Given (DD/MM/YYYY)	Dose Number	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Injection Site

Prescriber

Signature:

GP Practice/HSE Clinic/Hospital Name, Address, or Stamp

PIN/MCRN:

Vaccinator

Signature:

GP PCI Contract/PCRS ID

PIN/MCRN: