

# حفاظتی ٹیکوں کی اجازت کا فارم

بچوں اور بالغ مہاجرین اور تحفظ کے درخواست گزاروں کو وبا کی صورت میں اور کیچ اپ ویکسینیشن پیش کرنے کے لئے اجازت کا فارم

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



Urdu

ورژن 29 2.0 دسمبر

Version 2.0 29 December 2022

رازداری کا بیان: ڈیٹا کے تحفظ کے قوانین 1988-2018 (بشمول GDPR) کے تحت HSE عملہ اپنی ذمہ داری سے آگاہ ہے۔ دی گئی معلومات حفاظتی ٹیکوں کی ڈیٹا بیس میں شامل کی جائیں گی۔ HSE ان معلومات کو کلائنٹس کی تصدیق، ویکسینیشن پروگرامز کی نگرانی اور نگہداشت صحت کی فراہمی کے لئے استعمال کرے گا۔

براہ مہربانی نوٹ کریں کہ 16 سال سے کم عمر نوجوان افراد کے لئے صرف والدین یا قانونی سرپرست اجازت دے سکتے ہیں یا اجازت دینے سے انکار کر سکتے ہیں۔ HSE کی ویب سائٹ پر اجازت کے متعلق مزید پڑھیں <https://bit.ly/ConsentU16> 16 سال یا زائد عمر کے نوجوان افراد کو اپنی طرف سے اجازت دینے کا قانونی حق حاصل ہے۔

## سیکشن 1: ذاتی تفصیلات Section 1: Personal Details

ویکسین لگوانے والے شخص کے لئے یہ حصہ مکمل کریں (براہ مہربانی بڑے حروف استعمال کریں)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

HSE کلائنٹ آئی ڈی:  
HSE Client ID:

پرسنل پبلک سروس نمبر (PPSN):  
Personal Public Service Number (PPSN):

پہلا نام:  
First name:

آخری نام (فیملی کا نام):  
Surname (Family Name):

تاریخ پیدائش:  
Date of Birth:

پتہ (آئرلینڈ میں):  
Address (in Ireland):

کاؤنٹی:  
County:

موبائل فون نمبر:  
Mobile Phone Number:

ای میل ایڈریس:  
Email Address:

اگر 15 سالہ یا کم عمر ہوں تو براہ مہربانی درج ذیل مکمل کریں  
If 15 years or younger please complete the following

پیدائش کے وقت والدہ کا آخری نام:  
Mother's Surname at Birth:

والدہ کی تاریخ پیدائش:  
Mothers Date of Birth:

براہ مہربانی سیکشن 2 مکمل کریں اور

مکمل کریں

- سیکشن 3a اگر آپ 2 سال سے کم عمر بچے کے لئے اجازت دے رہے ہیں
- سیکشن 3b اگر آپ 2 تا 10 سالہ بچے کے لئے اجازت دے رہے ہیں
- سیکشن 3c اگر آپ 10 سال سے زائد عمر کے فرد کے لئے اجازت دے رہے ہیں (یا اپنے لئے اجازت دے رہے ہیں) اور ویکسینیشن کی اجازت دینے کے لئے سیکشن 4 مکمل کریں۔

# حفاظتی ٹیکوں کی اجازت کا فارم

بچوں اور بالغ مہاجرین اور تحفظ کے درخواست گزاروں کو وبا کی صورت میں اور کیچ اپ ویکسینیشن پیش کرنے کے لئے اجازت کا فارم

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



Urdu

ورژن 2.0 29 دسمبر

Version 2.0 29 December 2022

سیکشن 2: براہ مہربانی درج ذیل سوالات کے ہاں یا نہیں میں جوابات دیں

Section 2: Please answer the following questions with a yes or no answer

ویکسین لگوانے والے شخص کے لئے یہ حصہ مکمل کریں (براہ مہربانی بڑے حروف استعمال کریں)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

نہیں  
No  ہاں  
Yes

کیا آپ یا آپ کے بچے کو کوئی سنگین بیماری ہے؟  
Have you/your child had any serious illness?

\_\_\_\_\_

براہ مہربانی  
تفصیل بتائیں  
Please detail

نہیں  
No  ہاں  
Yes

کیا آپ/آپ کے بچے کو ادویات یا ویکسینز سمیت کسی چیز سے شدید ردعمل ہوا ہے؟ (بشمول اینافیلیکسز)  
Have you/your child ever had a severe reaction to anything including medication or vaccines?  
(Including anaphylaxis)

\_\_\_\_\_

براہ مہربانی  
تفصیل بتائیں  
Please detail

نہیں  
No  ہاں  
Yes

کیا آپ یا آپ کے بچے کو ایسی کوئی بیماری یا کیفیت لاحق ہے جس سے خون بہنے کا خطرہ بڑھ جاتا ہے؟  
Have you/your child had any illness or condition that increases risk of bleeding?

\_\_\_\_\_

براہ مہربانی  
تفصیل بتائیں  
Please detail

نہیں  
No  ہاں  
Yes

کیا آپ/آپ کے بچے نے گزشتہ 6 ماہ میں کوئی ویکسینز لگوائی ہیں؟  
Have you/your child received any vaccines in the past 6 months?

\_\_\_\_\_

براہ مہربانی  
تفصیل بتائیں  
Please detail

سیکشن 3a: براہ مہربانی صرف 2 سالہ بچوں کے لئے یہ سیکشن بھریں

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY

ویکسین لگوانے والے شخص کے لئے یہ حصہ مکمل کریں (براہ مہربانی بڑے حروف استعمال کریں)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

ڈیفٹھیریا، ٹیٹنس، پولیو، پرتسز (کالی کھانسی)، ہیپاٹائٹس بی اور Hib ویکسینز  
Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

معلوم نہیں  
Do not know  نہیں  
No

کیا آپ کے بچے نے ڈیفٹھیریا، ٹیٹنس، پولیو، پرتسز (کالی کھانسی)، ہیپاٹائٹس بی اور Hib کی ویکسینز لگوائی ہیں؟ آئرلینڈ میں یہ 2، 4 اور 6 ماہ کی عمر میں 1 میں 6 ویکسین کی صورت میں دی جاتی ہے  
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

\_\_\_\_\_

اس نے کتنی عمر میں ہر  
خوراک لگوائی؟  
At what age did they receive  
each dose?

\_\_\_\_\_

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟  
If yes, how many doses?

اگر صرف ہیپاٹائٹس بی کی ویکسین نہ لگی ہو تو اس کے لئے کوئی کیچ اپ نہیں ہے

MenB (میننگوکاکل بی) ویکسین

MenB (meningococcal B) vaccine

نہیں  
No  ہاں  
Yes

کیا آپ کے بچے کو کبھی لیکٹس سے اینافیلیکسز (شدید الرجک ردعمل) ہوا ہے؟  
Has your child ever had anaphylaxis (severe allergic reaction) to latex?

\_\_\_\_\_

اس نے کتنی عمر میں ہر  
خوراک لگوائی؟  
At what age did they  
receive each dose?

\_\_\_\_\_

کیا آپ کے بچے نے کوئی MenB ویکسین لگوائی ہے؟  
Has your child received any MenB vaccine?

\_\_\_\_\_

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟  
If yes, how many doses?

# حفاظتی ٹیکوں کی اجازت کا فارم

بچوں اور بالغ مہاجرین اور تحفظ کے درخواست گزاروں کو وبا کی صورت میں اور کیچ اپ ویکسینیشن پیش کرنے کے لئے اجازت کا فارم

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



Urdu

ورژن 29 2.0 دسمبر

Version 2.0 29 December 2022

سیکشن 3a: براہ مہربانی صرف 2 سالہ بچوں کے لئے یہ سیکشن بھریں (جاری ہے)

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

ویکسین لگوانے والے شخص کے لئے یہ حصہ مکمل کریں (براہ مہربانی بڑے حروف استعمال کریں)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

**PCV13 (نیوموکارل) ویکسین**

**PCV13 (pneumococcal) vaccine**

کیا آپ کے بچے نے کوئی PCV13 ویکسین لگوائی ہے؟  
Has your child received any PCV13 vaccine?

معلوم نہیں  
Do not know

نہیں  
No

ہاں  
Yes

\_\_\_\_\_

اس نے کتنی عمر میں ہر  
خوراک لگوائی؟  
At what age did they  
receive each dose?

\_\_\_\_\_

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟  
If yes, how many doses?

روٹاوائرس ویکسین (8 ماہ 0 دن کی عمر میں یا اس کے بعد مجوزہ نہیں)  
Rotavirus vaccine (NOT recommended on or after 8 months 0 days old)

کیا آپ کے بچے کو اس وقت دست یا قے لگی ہے؟

Does your child have diarrhoea or vomiting at the moment?

نہیں  
No

ہاں  
Yes

کیا آپ کے بچے میں انتسپیشن نامی کیفیت کی تشخیص ہوئی ہے؟

Has your child been diagnosed with a condition called intussusception?

نہیں  
No

ہاں  
Yes

کیا آپ کے بچے کو معدے کا کوئی پیدائشی عارضہ لاحق ہے (مثلاً میکلز ڈائوریٹیکولم)؟  
Was your child born with an abnormality of the gut (e.g., Meckel's diverticulum)?

نہیں  
No

ہاں  
Yes

\_\_\_\_\_

براہ مہربانی  
تفصیل بتائیں

Please detail

کیا آپ کے بچے میں شدید مجموعی مدافعتی کمی (SCID) نامی کیفیت کی تشخیص ہوئی ہے؟  
Has your child been diagnosed with a condition called Severe Combined Immunodeficiency (SCID)?

نہیں  
No

ہاں  
Yes

کیا آپ کے بچے میں درج ذیل میں سے کسی نایاب موروثی کیفیت کی تشخیص ہوئی ہے؟

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

فرکٹوز کی عدم برداشت  
Fructose Intolerance

سکروز آئسومالٹیز کی عدم برداشت  
Sucrose-Isomaltase Deficiency

گلوکوز گلیکٹوز کے انجذاب میں خرابی  
Glucose-Galactose Malabsorption

کیا اس بچے کی والدہ نے حمل اور/یا دودھ پلانے کے دوران infliximab نامی دوا لی تھی؟  
Did this child's mother take a medication called infliximab during her pregnancy and/or when breastfeeding?

\_\_\_\_\_

براہ مہربانی  
تفصیل بتائیں

Please detail

کیا آپ کا بچہ کسی ایسے شخص کے ساتھ رہتا ہے جن کا مدافعتی نظام کمزور ہے؟

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

\_\_\_\_\_

براہ مہربانی  
تفصیل بتائیں

Please detail

معلوم نہیں  
Do not know

نہیں  
No

ہاں  
Yes

کیا آپ کے بچے نے کوئی روٹاوائرس ویکسین لگوائی ہے؟  
Has your child received any rotavirus vaccine?

\_\_\_\_\_

اس نے کتنی عمر میں ہر  
خوراک لگوائی؟  
At what age did they  
receive each dose?

\_\_\_\_\_

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟  
If yes, how many doses?

# حفاظتی ٹیکوں کی اجازت کا فارم

بچوں اور بالغ مہاجرین اور تحفظ کے درخواست گزاروں کو وبا کی صورت میں اور کیچ اپ ویکسینیشن پیش کرنے کے لئے اجازت کا فارم

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



Urdu

ورژن 29 2.0 دسمبر

Version 2.0 29 December 2022

سیکشن 3a: براہ مہربانی صرف 2 سالہ بچوں کے لئے یہ سیکشن بھریں (جاری ہے)

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

ویکسین لگوانے والے شخص کے لئے یہ حصہ مکمل کریں (براہ مہربانی بڑے حروف استعمال کریں)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

**MenC** (میننگوکاکل سی) ویکسین

**MenC (meningococcal C) vaccine**

کیا آپ کے بچے نے کوئی **MenC** ویکسین لگوائی ہے؟  
Has your child received any MenC vaccine?

معلوم نہیں Do not know  
نہیں No  
ہاں Yes

اس نے کتنی عمر میں ہر  
خوراک لگوائی؟  
At what age did they  
receive each dose?

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟  
If yes, how many doses?

**MMR** خسرہ، ممپس اور روبیلا ویکسین - اگر 12 ماہ کی عمر میں **MMR** دی گئی تھی تو اسے نہیں گنا جانا چاہیے، ماسوائے یہ کہ اسے  
بچے کی پہلی سالگرہ سے 4 دن پہلے دیا گیا ہو

**MMR** (خسرہ، ممپس اور روبیلا) ویکسین

**MMR (measles, mumps and rubella) vaccine**

کیا آپ کے بچے نے 12 ماہ یا زائد عمر میں **MMR** ویکسین لگوائی ہے؟  
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

معلوم نہیں Do not know  
نہیں No  
ہاں Yes

کیا آپ کے بچے نے سفر/وبا کے لئے **MMR** ویکسین لگوائی ہے؟  
Has your child received MMR vaccine for travel/outbreak?

نہیں No  
ہاں Yes

اگر ہاں تو کس عمر میں؟  
If yes, at what age?

**Hib/MenC** ویکسین  
**Hib/MenC vaccine**

کیا آپ کے بچے نے 12 ماہ یا زائد عمر میں **Hib/MenC** ویکسین لگوائی ہے؟  
Has your child received Hib/MenC vaccine at 12 months or older?

معلوم نہیں Do not know  
نہیں No  
ہاں Yes

سیکشن 3b: براہ مہربانی صرف 2 سالہ تا 10 سال سے کم عمر بچوں کے لئے یہ سیکشن بھریں

Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY

نوٹ: عام طور پر 2 سال اور زائد عمر کے بچوں کے لئے **MenB** اور **PCV13** ویکسینز کی تجویز نہیں دی جاتی

ویکسین لگوانے والے شخص کے لئے یہ حصہ مکمل کریں (براہ مہربانی بڑے حروف استعمال کریں)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

ڈفتھیریا، ٹینس، پولیو، پرتسز (کالی کھانسی)، ہیپاٹائٹس بی اور **Hib** ویکسینز

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

کیا آپ کے بچے نے ڈفتھیریا، ٹینس، پولیو، پرتسز (کالی کھانسی)، ہیپاٹائٹس بی اور **Hib** کی ویکسینز لگوائی  
ہیں؟ آئرلینڈ میں یہ 2، 4 اور 6 ماہ کی عمر میں 1 میں 6 ویکسین کی صورت میں دی جاتی ہے  
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

معلوم نہیں Do not know  
نہیں No  
ہاں Yes

اس نے کتنی عمر میں ہر خوراک لگوائی؟  
At what age did they receive  
each dose?

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟  
If yes, how many doses?

**MenC** (میننگوکاکل سی) ویکسین

**MenC (meningococcal C) vaccine**

اگر صرف ہیپاٹائٹس بی کی ویکسین نہ لگی ہو تو اس کے لئے کوئی کیچ اپ نہیں ہے

کیا آپ کے بچے نے کوئی **MenC** ویکسین لگوائی ہے؟  
Has your child received any MenC vaccine?

معلوم نہیں Do not know  
نہیں No  
ہاں Yes

اس نے کتنی عمر میں ہر خوراک لگوائی؟  
At what age did they receive  
each dose?

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟  
If yes, how many doses?

# حفاظتی ٹیکوں کی اجازت کا فارم

بچوں اور بالغ مہاجرین اور تحفظ کے درخواست گزاروں کو وبا کی صورت میں اور کیچ اپ ویکسینیشن پیش کرنے کے لئے اجازت کا فارم

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



Urdu

ورژن 29 2.0 دسمبر

Version 2.0 29 December 2022

سیکشن 3b: براہ مہربانی صرف 2 سالہ تا 10 سال سے کم عمر بچوں کے لئے یہ سیکشن بھریں (جاری ہے)

Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY (continued)

ویکسین لگوانے والے شخص کے لئے یہ حصہ مکمل کریں (براہ مہربانی بڑے حروف استعمال کریں)

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

**MMR** (خسرہ، ممپس اور روبیلا) ویکسین - اگر 12 ماہ سے کم عمر میں یہ دی گئی تھی تو اسے نہیں گنا جانا چاہیے، ماسوائے یہ کہ اسے پہلی سالگرہ سے 4 دن پہلے دیا گیا ہو

کیا آپ کے بچے نے 12 ماہ یا زائد عمر میں **MMR** ویکسین لگوائی ہے؟  
 Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

معلوم نہیں  
Do not know

نہیں  
NO

ہاں  
Yes

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟  
If yes, how many doses?

اس نے کتنی عمر میں ہر خوراک لگوائی؟  
At what age did they receive each dose?

**1** میں 4 (ڈفٹھیریا، ٹینٹس، پولیو، پرتسز (کالی کھانسی) کی ویکسین

4-in-1 (diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) vaccine

کیا آپ کے بچے نے چوتھی سالگرہ کے بعد 1 میں 4 ویکسین لگوائی ہے؟

Has your child received 4-in-1 vaccine after their fourth birthday?

نہیں  
NO

ہاں  
Yes

کیا آپ کا بچہ آئرلینڈ میں جونیئر انفینٹس میں ہے؟

Is your child in junior infants in Ireland?

نہیں  
NO

ہاں  
Yes

کیا آپ کے بچے نے آئرلینڈ میں یا کہیں اور پرائمری اسکول میں کوئی ویکسین لگوائی ہیں؟

Has your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?

نہیں  
NO

ہاں  
Yes

اگر ہاں تو کس عمر میں؟

If yes, at what age?

سیکشن 3c: براہ مہربانی صرف 10 سال اور زائد عمر کے افراد بشمول بالغ افراد کے لئے یہ سیکشن بھریں

Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY

ویکسین لگوانے والے شخص کے لئے یہ حصہ مکمل کریں (براہ مہربانی بڑے حروف استعمال کریں)

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

نوٹ: 2 سال اور زائد عمر کے بچوں کے لئے **MenB** اور **PCV13** ویکسین کی تجویز نہیں دی جاتی اور 10 سال اور زائد عمر کے بچوں کے لئے **HiB** کی تجویز نہیں دی جاتی

ڈفٹھیریا، ٹینٹس، پولیو، پرتسز (کالی کھانسی) پر مشتمل ویکسینز [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV] (صرف Tdap/IPV دستیاب نہ ہونے کی صورت میں 10 تا 13 سالہ بچوں کے کیچ اپ کے لئے)، [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]

کیا آپ کے بچے نے ٹینٹس، ڈفٹھیریا، پولیو اور کالی کھانسی سے بچاؤ کی ویکسین لگوائی ہیں؟ آئرلینڈ میں یہ 2، 4 اور 6 ماہ کی عمر میں 1 میں 6 ویکسین کی صورت میں دی جاتی ہیں؟

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?

نہیں  
NO

ہاں  
Yes

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟  
If yes, how many doses?

اس نے کتنی عمر میں ہر خوراک لگوائی؟  
At what age did they receive each dose?

کیا آپ کے بچے نے 4 سال یا زائد کی عمر میں ٹینٹس، ڈفٹھیریا، پولیو اور کالی کھانسی سے بچاؤ کی ویکسین (آئرلینڈ میں 1 میں 4 ویکسین کے طور پر دی جاتی ہے) لگوائی ہے؟

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?

نہیں  
NO

ہاں  
Yes

کیا آپ یا آپ کے بچے نے آئرلینڈ میں یا کہیں اور پرائمری اسکول میں کوئی ویکسین لگوائی ہیں؟

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

نہیں  
NO

ہاں  
Yes

کس عمر میں؟  
At what age?

اگر ہاں، تو کون سی ویکسین؟  
If yes, what vaccine?

# حفاظتی ٹیکوں کی اجازت کا فارم

بچوں اور بالغ مہاجرین اور تحفظ کے درخواست گزاروں کو وبا کی صورت میں اور کیچ اپ ویکسینیشن پیش کرنے کے لئے اجازت کا فارم

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



ورژن 29 2.0 دسمبر

Version 2.0 29 December 2022

سیکشن 3c: براہ مہربانی صرف 10 سال اور زائد عمر کے افراد بشمول بالغ افراد کے لئے یہ سیکشن بھریں (جاری ہے)

Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY (continued)

ویکسین لگوانے والے شخص کے لئے یہ حصہ مکمل کریں (براہ مہربانی بڑے حروف استعمال کریں)

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

کیا آپ کے بچے نے آئرلینڈ میں یا کہیں اور سیکنڈری اسکول میں ٹیٹنس، ڈفٹھیریا اور کالی کھانسی سے بچاؤ کی پانچویں ویکسین (آئرلینڈ میں Tdap کے طور پر دی جاتی ہے) لگوائی ہے؟

نہیں No  
 ہاں Yes

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?

اس نے کتنی عمر میں ہر خوراک لگوائی؟

At what age did they receive each dose?

اگر ہاں، تو کون سی ویکسین؟

If yes, what vaccine?

**MenC (میننگوکاکل سی) ویکسین**

MenC (meningococcal C) vaccine

نوٹ: 23 سال کی عمر تک MenC کی 1 خوراک کی تجویز دی جاتی ہے بشرطیکہ 10 سال یا زائد کی عمر میں MenC پر مشتمل ویکسین نہ لگوائی گئی ہو

کیا آپ یا آپ کے بچے نے کوئی MenC ویکسین یا MenC پر مشتمل لگوائی ہے؟

معلوم نہیں Do not know  
 نہیں No  
 ہاں Yes

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

اس نے کتنی عمر میں ہر خوراک لگوائی؟

At what age did they receive each dose?

اگر ہاں تو کتنی خوراکیں؟

If yes, how many doses?

نہیں No  
 ہاں Yes

کیا آپ یا آپ کے بچے نے آئرلینڈ میں یا کہیں اور سیکنڈری اسکول میں کوئی ویکسین لگوائی ہیں؟

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

کس عمر میں؟

At what age?

اگر ہاں، تو کون سی ویکسین؟

If yes, what vaccine?

**MMR (خسرہ، ممپس اور روبیلا) ویکسین - اگر 12 ماہ سے کم عمر میں یہ دی گئی تھی تو اسے نہیں گنا جانا چاہیے،**

ماسوائے یہ کہ اسے پہلی سالگرہ سے 4 دن پہلے دیا گیا ہو۔

کیا آپ یا آپ کے بچے نے 12 ماہ یا زائد کی عمر میں ایک یا زائد MMR ویکسین لگوائی ہیں؟

معلوم نہیں Do not know  
 نہیں No  
 ہاں Yes

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

کس عمر میں؟

At what age?

اگر ہاں، تو کون سی ویکسین؟

If yes, what vaccine?

نہیں No  
 ہاں Yes

کیا آپ یا آپ کا بچہ حاملہ ہیں؟

Are you/your child pregnant?

حمل میں MMR ویکسین کی تجویز نہیں دی جاتی۔

MMR ویکسین لگوانے کے بعد ایک ماہ تک حمل سے گریز کرنا چاہیے۔

# حفاظتی ٹیکوں کی اجازت کا فارم

بچوں اور بالغ مہاجرین اور تحفظ کے درخواست گزاروں کو وبا کی صورت میں اور کیچ اپ ویکسینیشن پیش کرنے کے لئے اجازت کا فارم

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



Urdu

ورژن 2.0 دسمبر 29

Version 2.0 29 December 2022

سیکشن 4: اجازت

اگر آپ ویکسینیشن کی اجازت دے رہے ہیں تو اس سیکشن پر دستخط کریں اور ہر خانے میں X لکھیں۔  
Sign this section and put an X in each box if you give consent for vaccination.

جی ہاں، میں درج بالا شخص کو درج ذیل ویکسینز لگوانے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ آپ کا ویکسینیٹر بتائے گا کہ کن ویکسینز کی ضرورت ہے:  
Yes, I consent to the vaccination of the above named person with the below vaccines.  
Your vaccinator will tell you which vaccines are needed:

**MenB** (میننگوکاکل بی)

MenB (meningococcal B)

**PCV** (نیوموکاکل کانجوگیٹ)

PCV (pneumococcal conjugate)

**MMR** (خسرہ، ممیس اور روبیلا)

MMR (measles, mumps and rubella)

**1** میں **4 (DTap/IPV)**

4-in-1 (DTap/IPV)

**Td/IPV**

Td/IPV

**1** میں **6** ویکسین **(DTaP/Hib/IPV/Hep B)**

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

**MenC** (میننگوکاکل سی)

MenC (meningococcal C)

روٹاوائرس (روٹاوائرس بذریعہ منہ ویکسین)

Rotavirus (rotavirus oral vaccine)

**Tdap**

Tdap

**Tdap/IPV**

Tdap/IPV

**Hib/MenC** (ہیموفلس انفلونزا بی + میننگوکاکل سی)

Hib/MenC (haemophilus influenza b + meningococcal C)

• میں نے ویکسین کے ساتھ دی گئی معلومات بشمول معلوم ضمنی اثرات پڑھ اور سمجھ لیے ہیں۔

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

• مجھے ادراک ہے کہ حمل میں **MMR** ویکسین کی تجویز نہیں دی جاتی۔

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

براہ مہربانی ذیل میں مناسب خانے پر ٹک کا نشان لگائیں:

Please tick the appropriate box below:

• مجھے ادراک ہے کہ میں آئرلینڈ میں حفاظتی ٹیکوں کے شیڈول کے مطابق ویکسینیشن کے کیچ اپ شیڈول پر عمل درآمد کی اجازت دے رہا/رہی ہوں، جس میں میرے ویکسینیٹر کے مشورے کے مطابق ایک یا کئی ویکسینز شامل ہو سکتی ہیں۔

• 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.

• مجھے ادراک ہے کہ میں خود کو/اپنے بچے کو ویکسین سے قابل انسداد مرض سے بچانے کے لئے وبا کی صورتحال میں ویکسینز لگانے کی اجازت دے رہا/رہی ہوں۔

• 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.

اگر 16 سال سے کم عمر فرد کے لئے دستخط کر رہے ہیں

If signing for someone under 16 years

• میں اس فارم پر دستخط کر کے تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مجھے درج بالا بچے کی طرف سے اجازت دینے کا حق حاصل ہے۔ (16 سال یا زائد عمر کے افراد کو اپنی طرف سے اجازت دینے کا قانونی حق حاصل ہے)۔

• 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).

اجازت کی تاریخ:

Consent Date:

دستخط:

Signature:

## 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:

PIN/MCRN:

Vaccinator  
Signature:

PIN/MCRN:

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

GP PCI Contract/PCRS ID