



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

कोभिड-१९ खोप मन्जुरी फारम

देशमा कोभिड-१९ फैलनबाट नियन्त्रणको लागि कोभिड-१९ खोपको प्रबन्ध गरिएको हो। जसरी खोप लगाईएकाहरूको संख्या बढ्दै जान्छ, त्यस्तै एन्टिबडीहरू विकास गर्नेहरूको संख्या पनि यसले कोभिड-१९ बाट बढी गम्भीर बिरामी हुने सम्भावना कम गर्दछ। अप्रत्यक्ष रूपमा, हामी जोखिममा रहेकालाई सुरक्षा दिन सक्छौं जो खोप इन्जेक्सन लगाउन अयोग्य छन्।

इस्लामिक धार्मिक मामिला मलेसिया सम्बन्धी राष्ट्रिय मुजाकार समितिको डिसेम्बर २०२० मा आयोजित विशेष समिति बैठकद्वारा यो निर्णय गरिएको छ कि कोभिड-१९ को खोपहरू सरकारले निर्धारण गरेकाहरूको लागि अनुमति र अनिवार्य छ।

कोभिड-१९ इन्जेक्सन खोपलाई (१) वा दुई (२) मात्रामा खोपको प्रकार अनुसार दिइनेछ। इन्जेसन सामान्यतया पाखुराको मांसपेशीमा दिइनेछ, केही परिस्थितिहरूमा बाहेक। प्रदान गरिने खोपको प्रकार हालको खोप आपूर्ति अनुसारमा भर पर्नेछ।

बिगतको स्वास्थ्य अवस्था

कहिल्यै/के तपाईं:

- क. विगतमा कुनै खोप (हरू) प्राप्त गरे पछि गम्भीर दुष्प्रभाववा साइड इफेक्ट (जस्तै दौरा, बेहोशी र अस्पताल भर्ना) को अनुभव गर्नुभएको छ ? छ छैन
- ख. के कहिल्यै बिगतमा गम्भीर एलर्जीको स्वास्थ्य अवस्थाबाट गुज्रनु भएको छ? छ छैन
- ग. गर्भवती वा गर्भधारण गर्ने योजना गर्दै हुनुहुन्छ? (महिलाका लागि) छ छैन
- घ. हाल स्तनपान गराउंदै हुनुहुन्छ? (महिलाका लागि) छ छैन

मैले यो कोभिड-१९ खोप सम्बन्धी जानकारी, यसको उद्देश्य र खोप प्राप्त गर्नेहरूको लागि कोभिड-१९ सूचना पानामा प्रदान गरेको खोप दीईने विधि पढेको छु/पढेर सुनाइएको छ।

यो कारणले म यो बुझ्दछु कि:

१. कोभिड-१९ खोप प्राप्त गर्दा प्रतिकूल प्रभावहरू हुन सक्छ खोप जानकारीमा बताए अनुसार।
२. मेरो निर्णय / खोप प्राप्त गर्न को लागि उत्पन्न हुने कुनै पनि जोखिमका लागि म जिम्मेदार छु किनकि खोपले दिने लाभको तुलनामा यसले पार्ने प्रतिकूल प्रभाव/साइड इफेक्ट अति न्यून छ।
३. खोपले पूर्ण रूपमा निश्चित गर्दैन कि म भविष्यमा कोभिड-१९ बाट संक्रमित हुने छैन;
४. कोभिड-१९ खोप प्राप्त गर्न यस सहमतिमा हस्ताक्षर गरेर, म स्वेच्छाले निर्धारित समयमा खोपको मात्राको संख्या पूरा गर्न सहमत छु।

कृपया तलको मन्जुरी जनाउ पुरा गर्नुहोस् (जुन सम्बन्धित छ वा लागू हुन्छ)

- म, I.C. No/ राहदानी नम्बर/ यू.एन.एच.सि.आर. नं..... *सहमत/असहमत छु कोभिड-१९ इन्जेक्शन प्राप्त गर्न।*आफ्नो निम्ति।
- म, I.C. No/ राहदानी नम्बर/ यू.एन.एच.सि.आर. नं..... *सहमत/असहमत छु कोभिड-१९ इन्जेक्शन प्राप्त गर्न। *मेरो अभिभावकहरूलाई/आश्रितहरू नाम I.C.No/राहदानीनम्बर/यू.एन.एच.सि.आर.नं

खोप लिने / नजिकको नातेदारको हस्ताक्षर

नाम :
I.C.Number/ :
राहदानीनम्बर/
यू.एन.एच.सि.आर. नं
मिति :

साक्षीको दस्तखत

नाम :
I.C.Number/ :
राहदानीनम्बर/
यू.एन.एच.सि.आर. नं
मिति :

**अप्रासंगिक सामग्री काट्नुहोला*

महत्वपूर्ण नोट: कोभिड-१९ खोपका बारे थप जानकारीको लागि, खोप लिनेहरूको लागि कोभिड-१९ सूचना पाना हेर्नुहोस्।

तपाईंको हार्दिक सहयोगका लागि धन्यवाद। कृपया यो फारम क्लिनिकमा फिर्ता गर्नुहोस्।