



Australian Government

## COVID-19 VACCINATION

# COVID-19 રસીકરણ માટે સંમતિ પત્રક

આ ફોર્મ ભરતાં પહેલાં ખાતરી કરો કે, તમે જે રસી લેવાના છો, વેક્સિનેશન (એસ્ટ્રાઝેનેકા), કોમોનવેલ્થ (ફાઇઝર) અથવા સ્પાઇકવેક્સ (મોડર્ના) તેનું માહિતી પત્રક તમે વાંચ્યો.

છેલ્લો સુધારો: ૧૫ સપ્ટેમ્બર ૨૦૨૧

## COVID-19 રસીકરણ વિષે

જે લોકો COVID-19 રસી મુકાવે છે તેમની COVID-19થી બીમાર થવાની સંભાવના ઘણી ઓછી હોય છે.

ઓસ્ટ્રેલિયામાં ત્રણ જાત (બ્રાન્ડ)ની રસીનો ઉપયોગ થઈ રહ્યો છે. બધી જ અસરકારક અને સલામત છે. ૬૦ વર્ષથી ઓછી ઉંમરના પુખ્ત વયના લોકો માટે એસ્ટ્રાઝેનેકા કરતાં ફાઇઝર અથવા મોડર્ના રસીને વધુ પસંદ કરવામાં આવે છે.

તમારે સમાન બ્રાન્ડની રસીના બે ડોઝ લેવાના રહેશે. જ્યારે તમે પહેલો ડોઝ લેશો ત્યારે, તમને જણાવવામાં આવશે કે તમારે બીજો ડોઝ ક્યારે લેવાનો છે.

COVID-19ની રસીઓ સલામત છે તેની ખાતરી કરવા માટે, તબીબી નિષ્ણાતોએ તેનો અભ્યાસ કર્યો છે. મોટાભાગની આડઅસરો હળવી હોય છે. તે રસીકરણના દિવસે જ શરૂ થઈ શકે છે અને લગભગ એક કે બે દિવસ સુધી રહી શકે છે. કોઈપણ રસી અથવા દવાની જેમ જ, ભાગ્યે જ થતી અથવા અજ્ઞાત આડઅસરો હોઈ શકે છે.

એસ્ટ્રાઝેનેકા લીધા પછી ખૂબ જ જવલ્લે થતી આડઅસરને થ્રોમ્બોસીસ સાથે થ્રોમ્બોસાઇટોપેનિયા સિન્ડ્રોમ અથવા ટીટીએસ કહે છે. ટીટીએસ એટલે, લોહી ગંઠાવાની (થ્રોમ્બોસીસ) સાથે ત્રાક કણ (પ્લેટલેટ્સ)નું નીચું સ્તર (થ્રોમ્બોસાઇટોપેનિયા). તે ફાઇઝર અથવા મોડર્ના લીધા પછી થતી નથી.

ફાઇઝર અને મોડર્ના લીધા પછી માયોકાર્ડાઇટીસ અને પેરીકાર્ડાઇટીસ (હૃદયના સોજા)ના અહેવાલો છે. મોટાભાગના કિસ્સાઓમાં તે હળવું રહ્યું છે અને લોકો ઝડપથી સાજા થઈ ગયા છે.

જો રસીકરણ પછી તમને આડઅસર અનુભવાય કે જે તમને ચિંતાજનક લાગતું હોય તો, તમારા આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાને જણાવો.

નામ:	
મેડીકર નંબર:	

તમને કેવું રહ્યું તે જાણવા માટે, તમે રસી લીધાના અઠવાડિયા પછી તમારો સંપર્ક એસએમએસ અથવા ઇમેલ દ્વારા કરવામાં આવી શકે છે.

રસીકરણ પછી કેટલાક લોકોને COVID-19 થઈ શકે છે. COVID-19ના ફેલાવાને રોકવા માટે તમારે હજી પણ તમારા રાજ્ય અથવા પ્રદેશની બધી જ જાહેર આરોગ્ય ભલામણોનું પાલન કરવું આવશ્યક છે જેમાં, નીચેના સમાવેશ થાય છે:

- તમારું અંતર જાળવી રાખો - અન્ય લોકોથી ઓછામાં ઓછા ૧.૫ મીટર દૂર રહો
- સાબુ અને પાણીથી વારંવાર તમારા હાથ ધુઓ અથવા હેન્ડ સેનિટાઇઝરનો ઉપયોગ કરો
- માસ્ક પહેરો
- જો તમને શરદી અથવા સળોખમ (ફ્લુ) જેવા લક્ષણો જણાતાં હોય તો ઘરે રહો અને COVID-19ની તપાસ કરાવવાની વ્યવસ્થા કરો.

ઓસ્ટ્રેલિયાના કાયદા પ્રમાણે, રસીકરણ પ્રદાતાઓ ઓસ્ટ્રેલિયાના રોગપ્રતિરક્ષા નોંધણી (ઇમ્યુનાઇઝેશન રજિસ્ટર)માં તેની નોંધ કરવી જરૂરી છે. તમે તમારા રસીકરણની નોંધ તમારા નીચેના ખાતાં (એકાઉન્ટ)ઓમાં ઓનલાઇન જોઈ શકો છો:

- મેડીકેર એકાઉન્ટ
- માય ગવ એકાઉન્ટ
- માય હેલ્થ રેકોર્ડ એકાઉન્ટ.

## તમારી વિગતોનો ઉપયોગ કઈ રીતે થાય છે

તમારી અંગત વિગત કેવી રીતે એકત્રિત, સંગ્રહ અને ઉપયોગ કરવામાં આવે છે, તે વિષે માહિતી માટે, [www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations](http://www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations) ની મુલાકાત લો

જો તમે દવાની દુકાન (ફાર્મસી)માં તમારું રસીકરણ કરાવી રહ્યા હોવ તો, ફાર્મસીએ તમારી કેટલીક અંગત માહિતીની ફાર્મસી પ્રોગ્રામ્સ એડમિનિસ્ટ્રેટરને જાણ કરવાની રહે છે. આ એટલા માટે કે, જેથી ફાર્મસી ઓસ્ટ્રેલિયાની સરકાર પાસેથી ચુકવણીનો દાવો કરી શકે. આ શા માટે જરૂરી છે અને કઈ માહિતી જણાવવામાં આવે છે તે વિશે વધુ માહિતી ઉપરની લિંક પર પૂરી પાડવામાં આવી છે.

નામ:	
મેડીકેર નંબર:	

## જે દિવસે તમારી રસી લો ત્યારે

રસી મુકાતાં પહેલાં, તમને રસી આપી રહેલ વ્યક્તિને, જો તમને નીચેનામાંથી કશું લાગુ પડતું હોય તો જણાવો:

- નીચેના કશાકની કોઈ આડઅસર થઈ હોય ખાસ કરીને અતિશય ગંભીર એલર્જીક પ્રતિક્રિયા (એનાફિલેક્સિસ):
  - COVID-19 રસીના અગાઉના ડોઝથી
  - COVID-19 રસીના કોઈ ઘટકથી
  - બીજી કોઈ રસી અથવા દવાથી
- જો તમારી રોગપ્રતિકારક શક્તિ જોખમમાં હોય. આનો અર્થ કે, તમારી રોગપ્રતિકારક શક્તિ નબળી હોય, જેને લીધે તમારા માટે રોગોનો સામનો કરવો વધુ મુશ્કેલ હોય. તમે હજી પણ COVID-19ની રસી લઈ શકો છો, પરંતુ તમારા માટે રસી લેવાનો ઉત્તમ સમય કયો છે તે જાણવા તમારા ડૉક્ટર જોડે વાત કરો. આનો આધાર તમારી આરોગ્ય સ્થિતિ અને સારવાર પર હશે.

નામ:	
મેડીકેર નંબર:	

## સંમતિની સૂચિ

હા ના

- શું COVID-19ના આ પહેલા આપવામાં આવેલ ડોઝથી આડઅસર થઇ છે?
- શું તમને કોઇ બીજી રસી અથવા દવાથી એનાફિલેક્સિસ (અતિશય ગંભીર એલર્જી ) થઇ છે?
- શું તમને ક્યારે એવી પ્રતિક્રમ આડઅસર થઇ છે, કે જે અનુભવી રસીકરણ પ્રદાતા અથવા નિષ્ણાતની સમીક્ષાને અંતે અગાઉ લેવામાં આવેલ COVID-19 રસીના ડોઝને કારણે થયું હોવાનું તારણ આવ્યું હોય (અને અન્ય કોઇ કારણ ન હોય)?
- શું તમને ક્યારેય શરીરમાં ક્યાંય માસ્ટોસાયટોસિસ (શ્વેત કણનો વિકાર) થયા છે, જેના કારણે વારંવાર એનાફિલેક્સિસ (અતિશય ગંભીર એલર્જી) થયું હોય?
- શું તમને પહેલાં COVID-19 થયું છે?
- શું તમને રક્તસ્રાવનો વિકાર છે?
- શું તમે લોહી પાતળું કરવાની કોઇ દવા લો છો (એન્ટીકોએગ્યુલેન્ટ થેરાપી)?
- શું તમારી રોગપ્રતિકારક શક્તિ નબળી છે (ઇમ્યુનોકોમપ્રોમાઇસ)?
- શું તમે ગર્ભવતી છો?\*
- શું તમને ઉધરસ, ગળામાં ખરાશ કે તાવ છે અથવા બીજી કોઇ રીતે અસ્વસ્થ અનુભવ કરો છો?
- શું તમે પહેલાં COVID-19 રસીકરણ કરાવ્યું છે?
- છેલ્લા ૭ દિવસમાં તમે બીજી કોઇ રસી મૂકાવી છે?

ફક્ત એસ્ટ્રાઝેનેકા લેનારાઓને સંબંધિત:

- શું તમને ક્યારેય લોહીની કોશિકાઓમાંથી પ્રવાહી ચૂવાની (કેપિલરી લીક સિન્ડ્રોમ) તકલીફનું નિદાન થયું છે?
- શું તમને અગાઉના એસ્ટ્રાઝેનેકાના ડોઝ પછી ૪૨ દિવસની અંદર થ્રોમ્બોસીસ (લોહીના ગઠ્ઠા) સાથે થ્રોમ્બોસાઇટોપેનિયા (પ્લેટલેટ્સ ઓછા હોવા) થયું છે?
- શું તમને પહેલાં મગજની નસમાં લોહીની ગાંઠો (સેરેબ્રલ વેનસ સાઇનસ થ્રોમ્બોસીસ) થયું છે?\*
- શું તમને પહેલાં લોહી પાતળું કરવાની દવા (હીપેરાઇન)ને લીધે થયેલ પ્લેટલેટ્સનું સ્તર નીચું (થ્રોમ્બોસાઇટોપેનિયા) થયું છે?\*

નામ:	
મેડીકેર નંબર:	

તમને ક્યારેય પેટની નસોમાં (સ્પ્લેક્નિક નસો) લોહીની ગાંઠો થઈ છે?\*

તમને ક્યારેય લોહીની ગાંઠો સાથે સંકળાયેલ વિકાર કે જે, શરીરની રોગપ્રતિકારક શક્તિ

ભૂલથી લોહીમાં આવેલા સામાન્ય પ્રોટીન પર હુમલો કરવાથી થાય છે (એન્ટીફોસ્ફોલીપીડ સિન્ડ્રોમ) તેવું થયું છે?\*

શું તમે ૬૦ વર્ષથી નાની ઉંમરના છો?\*

\* આ વય જૂથના લોકો માટે ફાઇઝર અથવા મોડર્ના પસંદગીની રસીઓ છે. જો આ રસીઓ ઉપલબ્ધ ન હોય તો, જો રસીકરણના ફાયદા તેના જોખમો કરતાં વધારે હોય તો, એસ્ટ્રાઝેનેકા આપવાનું વિચારી શકાય છે.

વધુ માહિતી માટે [www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts](http://www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts) તથ્ય પત્રિકા જુઓ.

જો તમે ગર્ભવતી હોવ તો, [www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy](http://www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy) જોશો.

*ફક્ત ફાઇઝર અથવા મોડર્ના લેનારાઓને સંબંધિત:*

શું તમને ફાઇઝર અથવા મોડર્નાના પહેલા ડોઝને લીધે હૃદયની વચ્ચેની દિવાલમાં સોજો (માયોકાર્ડાઇટીસ) અને/અથવા હૃદયની બહારના પાતળા આવરણમાં સોજો (પેરીકાર્ડાઇટીસ) થયો હોવાનું નિદાન થયું છે?

શું તમને છેલ્લા છ મહિનામાં માયોકાર્ડાઇટીસ, પેરીકાર્ડાઇટીસ અથવા એન્ડોકાર્ડાઇટીસ (હૃદયના અંદરના ભાગમાં ચેપ) થયું છે?

શું તમને હાલમાં એક્યુટ રૂમેટિક ફીવર અથવા એક્યુટ રૂમેટિક હાટ ડિસીઝ છે?

શું તમારું હૃદય કામ કરવામાં ગંભીર રીતે નિષ્ફળ (સીવીયર હાટ ફેલ્યોર) છે?

જો તમે ઉપરોક્ત પ્રશ્નોમાંથી કોઈપણ માટે જવાબ હા આપ્યો હોય, તો તમે હજી પણ ફાઇઝર અથવા મોડર્ના લઈ શકો છો, જો કે તમારે રસીકરણના શ્રેષ્ઠ સમય અને કોઈ વધારાની સાવચેતીની જરૂર છે કે કેમ, તેની ચર્ચા કરવા માટે પહેલા તમારા જીપી, રસીકરણ નિષ્ણાત અથવા હૃદયરોગ નિષ્ણાત સાથે વાત કરવી જોઈએ.

છેલ્લો સુધારો: ૧૫ સપ્ટેમ્બર ૨૦૨૧

નામ:	
મેડીકેર નંબર:	

## દર્દીની વિગતો

નામ:	
મેડીકેર નંબર:	
ઇન્ડ્યુવીડીયલ હેલ્થ આઇડેન્ટીફાયર (આઇએચઆઇ) (જો લાગુ પડતું હોય તો):	
જન્મ તારીખ:	
સરનામું:	
ફોન સંપર્ક નંબર:	
ઇમેલ એડ્રેસ:	
જાતિ (સ્ત્રી/પુરુષ):	
ઘરમાં બોલાતી ભાષા:	
જ્યાં જન્મ્યા હોય તે દેશનું નામ:	

શું તમે એબોરિજિનલ અને/અથવા ટોરસ સ્ટ્રેટ આઇલેન્ડર છો?

- હા, ફક્ત એબોરિજિનલ
- હા, ફક્ત ટોરસ સ્ટ્રેટ આઇલેન્ડર
- હા એબોરિજિનલ અને ટોરસ સ્ટ્રેટ આઇલેન્ડર
- ના
- જવાબ ન આપવાનું પસંદ કરો છો

સૌથી નજીકનું સગું (સંકટના સમયમાં):	
નામ:	
ફોન સંપર્ક નંબર:	

નામ:	
મેડીકેર નંબર:	

## COVID-19ની રસી મૂકાવવાની સંમતિ

- હું પુષ્ટિ કરું છું કે, મને COVID-19 રસીકરણ વિષયક માહિતી મળી છે અને મેં તે સમજી છે.
- હું પુષ્ટિ કરું છું કે, ઉપરોક્ત કોઈપણ સંજોગો મને લાગુ પડતા નથી, અથવા મેં મારા નિયમિત આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા અને/અથવા રસીકરણ પ્રદાતા સાથે આ અને અન્ય વિશેષ સંજોગોની ચર્ચા કરી છે.
- હું COVID-19ની રસીનો કોર્સ (સમાન રસીની બે માત્રા(ડોઝ)) લેવા સંમત છું.

દર્દીનું નામ:	
દર્દીની સહી:	
તારીખ:	

- હું દર્દીનો માતા-પિતા, સંભાળકર્તા અથવા અવેજી નિર્ણયકર્તા છું, અને ઉપરોક્ત નામવાળા દર્દીના COVID-19 રસીકરણ માટે સંમત છું.

માતા-પિતા/સંભાળકર્તા/અવેજી નિર્ણયકર્તાનું નામ:	
માતા-પિતા/સંભાળકર્તા/અવેજી નિર્ણયકર્તાની સહી:	
તારીખ:	

નામ:	
મેડીકેર નંબર:	

## પ્રદાતાના ઉપયોગ માટે:

### ડોઝ ૧:

રસી આપ્યા તારીખ:	
આપ્યા સમય:	
આપવામાં આવેલ COVID-19ની રસીની બ્રાન્ડ:	
બેચ નંબર:	
સીરીયલ નંબર:	
રસી મુકવામાં આવી હોય તે શરીરનો ભાગ:	
રસીકરણ પ્રદાતાનું નામ:	

### ડોઝ ૨

રસી આપ્યા તારીખ:	
આપ્યા સમય:	
આપવામાં આવેલ COVID-19ની રસીની બ્રાન્ડ:	
બેચ નંબર:	
સીરીયલ નંબર:	
રસી મુકવામાં આવી હોય તે શરીરનો ભાગ:	
રસીકરણ પ્રદાતાનું નામ:	

છેલ્લો સુધારો: ૧૪ સપ્ટેમ્બર ૨૦૨૧

નામ:	
મેડીકેર નંબર:	