Australian Government

COVID-19 VACCINATION

COVID-19 വാക്സിനേഷൻ എടുക്കുന്നതിനുള്ള സമ്മത പത്രം

നിങ്ങൾ ഈ ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിന് മുമ്പ്, നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന വാക്സിനിലെ വിവര ഷീറ്റ് വായിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക: വാക്സ്സേവ്റിയ (AstraZeneca), കോമിർനാറ്റി (Pfizer) അല്ലെങ്കിൽ സ്പൈക്ക്വാക്സ് (Moderna).

അവസാനമായി അപ്ഡേറ്റ് ചെയ്തത്: 8 October 2021

COVID-19 വാക്സിനേഷനെ കുറിച്ചുള്ള വിവരം

COVID-19 വാക്സിനേഷൻ എടുത്തിട്ടുള്ള ആളുകൾക്ക് COVID-19 രോഗം വരാനുള്ള സാധ്യത വളരെ കുറവാണ്.

ഓസ്ട്രേലിയയിൽ മൂന്ന് ബ്രാൻഡുകളിലുള്ള വാക്സിൻ ഉപയോഗത്തിലുണ്ട്. എല്ലാം ഫലപ്രദവും സുരക്ഷിതവുമാണ്. 60 വയസ്സിൽ താഴെ പ്രായമുള്ള മുതിർന്നവർക്ക് AstraZeneca നൽകുന്നതിനേക്കാൾ പരിഗണിക്കപ്പെടുന്നത് Pfizer അല്ലെങ്കിൽ Moderna ആണ്.

ഒരേ ബ്രാൻഡിലുള്ള വാക്സിനേഷന്റെ രണ്ട് ഡോസുകളാണ് നിങ്ങൾ എടുക്കേണ്ടത്. നിങ്ങളുടെ ആദ്യ ഡോസ് ലഭിക്കുമ്പോൾ, രണ്ടാമത്തെ ഡോസ് എപ്പോൾ എടുക്കണമെന്ന് നിങ്ങളോട് പറയും.

ഗുരുതരമായി പ്രതിരോധശേഷി കുറഞ്ഞ ആളുകൾക്ക് അവരുടെ പ്രാഥമിക കോഴ്സിന്റെ ഭാഗമായി മൂന്നാമത്തെ ഡോസ് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം. ഇത് കാണുക: www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

COVID-19 വാക്സിനുകൾ സുരക്ഷിതമാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കാൻ മെഡിക്കൽ വിദഗ്ദ്ധർ അവ പഠന വിധേയമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. മിക്ക പാർശ്വഫലങ്ങളും ലഘുവാണ്. അവർ വാക്സിനേഷൻ എടുത്ത ദിവസം ആരംഭിച്ച് ഒന്നോ രണ്ടോ ദിവസം നീണ്ടുനിൽക്കും. ഏതൊരു വാക്സിനിലോ മരുന്നിലോ എന്നപോലെ, വളരെ അപ്പൂർവമായുള്ളതോ അല്ലെങ്കിൽ അറിയപ്പെടാത്തതോ ആയ പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഉണ്ടായേക്കാം.

AstraZeneca-യ്ക്ക് ശേഷം ഉണ്ടാകുന്ന വളരെ അപൂർവമായ പാർശ്വഫലത്തെ ത്രോംബോസൈറ്റോപീനിയ സിൻഡ്രോം അല്ലെങ്കിൽ ത്രോംബോസിസോട് കൂടിയ TTS എന്ന് വിളിക്കുന്നു. കുറഞ്ഞ പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ് നിലകളോട് കൂടിയ (ത്രോമ്പോസൈറ്റോപീനിയ) രക്തം കട്ടപിടിക്കൽ (ത്രോമ്പോസിസ്) എന്നാണ് ഇത് അർത്ഥമാക്കുന്നത്. Pfizer-നോ അല്ലെങ്കിൽ Moderna-യ്ക്കോ ശേഷം TTS സംഭവിക്കുന്നില്ല.

Pfizer, Moderna എന്നിവ എടുത്തതിനെ തുടർന്ന് മയോകാർഡൈറ്റിസും പെരികാർഡൈറ്റിസും (ഹൃദയത്തിന്റെ വീക്കം) റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തിട്ടുണ്ട്. മിക്ക കേസുകളും വളരെ ചെറുതും, ആളുകൾ വേഗത്തിൽ സുഖം പ്രാപിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

വാക്സിനേഷന് ശേഷം നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും പാർശ്വഫലങ്ങൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ ഹെൽത്ത്കെയർ പ്രൊവൈഡറോട് പറയുക.

നിങ്ങൾക്ക് എപ്രകാരമാണ് അനുഭവപ്പെടുന്നത് എന്ന് അറിയാൻ വാക്സിൻ എടുത്ത് ഒരാഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ SMS അല്ലെങ്കിൽ ഇമെയിൽ വഴി നിങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുന്നതാണ്.

പേര്:												
മെഡികെയർ നമ്പർ:												

വാക്സിനേഷന് ശേഷം ചിലയാളുകൾക്ക് COVID-19 പിടിപെട്ടേക്കാം. COVID-19-ന്റെ വ്യാപനം തടയുന്നതിന് നിങ്ങളുടെ സംസ്ഥാനത്തെയോ പ്രവിശ്യയിലെയോ എല്ലാ പൊതുജനാരോഗ്യ ഉപദേശങ്ങളും നിങ്ങൾ തുടർന്നും പാലിക്കണം:

- അകലം പാലിക്കുക – മറ്റാളുകളിൽ നിന്ന് കുറഞ്ഞത് 1.5 മീറ്റർ അകലം പാലിക്കുക
- നിങ്ങളുടെ കൈകൾ സോപ്പും വെള്ളവും ഉപയോഗിച്ച് പതിവായി കഴുകുക അല്ലെങ്കിൽ സാനിറ്റൈസർ ഉപയോഗിക്കുക
- ഒരു മാസ്ക് ധരിക്കുക
- നിങ്ങൾക്ക് ജലദോഷമോ ഫ്ലൂവോ പോലുള്ള രോഗലക്ഷണങ്ങൾ മൂലം സുഖമില്ലെങ്കിൽ വീട്ടിൽ തന്നെ കഴിയുകയും ഒരു COVID-19 പരിശോധനയ്ക്കുള്ള സൗകര്യം ഒരുക്കുകയും ചെയ്യുക.

നിയമപ്രകാരം, നിങ്ങൾക്ക് വാക്സിനേഷൻ നൽകുന്ന വ്യക്തി ആ വിവരം ഓസ്ട്രേലിയൻ ഇമ്മ്യൂണൈസേഷൻ രജിസ്റ്ററിൽ രേഖപ്പെടുത്തണം. ഇനിപ്പറയുന്ന മാർഗ്ഗങ്ങൾ മുഖേന നിങ്ങൾക്ക് നിങ്ങളുടെ വാക്സിനേഷൻ വിവരങ്ങൾ ഓൺലൈനിൽ കാണാവുന്നതാണ്:

- Medicare അക്കൗണ്ട്
- MyGov അക്കൗണ്ട്
- My Health Record അക്കൗണ്ട്.

എന്റെ വിവരങ്ങൾ എങ്ങനെയാണ് ഉപയോഗിക്കപ്പെടുന്നത്

നിങ്ങളുടെ വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുകയും, സംഭരിക്കുകയും, ഉപയോഗിക്കുകയും ചെയ്യുന്നത് സംബന്ധിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾക്ക്, https://www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations സന്ദർശിക്കുക.

നിങ്ങൾ ഒരു ഫാർമസിയിൽ നിന്നാണ് നിങ്ങളുടെ വാക്സിനേഷൻ എടുക്കുന്നതെങ്കിൽ, ഫാർമസി നിങ്ങളുടെ വ്യക്തിഗത വിവരങ്ങളിൽ ചിലത് ഫാർമസി പ്രോഗ്രാം അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്ററുമായി പങ്കിടണം. ഓസ്ട്രേലിയൻ സർക്കാരിൽ നിന്ന് ഫാർമസിക്ക് പേയ്മെന്റ് ക്ലെയിം ചെയ്യാൻ കഴിയുന്നതിന് വേണ്ടിയാണിത്. എന്ത് കൊണ്ടാണ് ഇത് ആവശ്യമായിരിക്കുന്നത്, ഏത് വിവരങ്ങൾ പങ്കിടുന്നു എന്നതിനെ കുറിച്ചുള്ള കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾ മുകളിലുള്ള ലിങ്കിൽ നൽകിയിരിക്കുന്നു.

നിങ്ങളുടെ വാക്സിൻ എടുക്കുന്ന ദിവസം

നിങ്ങൾക്ക് വാക്സിനേഷൻ ലഭിക്കുന്നതിന് മുൻപ്, നിങ്ങൾക്ക് ഇവ ഉണ്ടോയെന്ന് നിങ്ങൾക്ക് വാക്സിനേഷൻ നൽകുന്ന ആളോട് പറയുക:

- ഒരു അലർജിക് റിയാക്ഷൻ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട്, പ്രത്യേകിച്ച് കടുത്ത അലർജിക് റിയാക്ഷൻ (അനാഫൈലാക്സിസ്):
  - COVID-19 വാക്സിന്റെ മുമ്പത്തെ ഒരു ഡോസ്
  - ഒരു COVID-19 വാക്സിന്റെ ഒരു ഘടകം
  - മറ്റ് വാക്സിനുകളും ഔഷധങ്ങളും
- രോഗപ്രതിരോധ ശേഷി കുറവാണെങ്കിൽ. ഇതിനർത്ഥം നിങ്ങളുടെ രോഗപ്രതിരോധ ശേഷി ദുർബലമാണെന്നാണ്, ഇത് രോഗങ്ങൾക്കും എതിരെയുള്ള നിങ്ങളുടെ പോരാട്ടം ബുദ്ധിമുട്ടാക്കും. നിങ്ങൾക്ക് ഇപ്പോഴും ഒരു COVID-19 വാക്സിൻ എടുക്കാം, എന്നാൽ നിങ്ങളുടെ വാക്സിൻ എടുക്കാൻ ഏറ്റവും അനുയോജ്യമായ സമയം എപ്പോഴാണ് എന്ന് ഡോക്ടറോട് സംസാരിക്കുക. ഇത് നിങ്ങളുടെ അവസ്ഥയെയും ചികിത്സയെയും ആശ്രയിച്ചിരിക്കും.

പേര്:												
മെഡികെയർ നമ്പർ:												

സമ്മത ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ്

അതെ	ഇല്ല	
☐	☐	ഒരു COVID-19 വാക്സിന്റെ ഒരു മുൻ ഡോസിനോട് നിങ്ങൾക്ക് അലർജിക്ക് റിയാക്ഷൻ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?
☐	☐	നിങ്ങൾക്ക് മറ്റൊരു വാക്സിനോടോ മരുന്നിനോടോ അനാഫൈലാക്സിസ് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?
☐	☐	ഒരു ഗുരുതരമായ പ്രതികൂല സംഭവം നിങ്ങൾക്ക് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ, ഒരു പരിചയ സമ്പന്നനായ ഇമ്മ്യൂണൈസേഷൻ ദാതാവോ മെഡിക്കൽ സ്പെഷ്യലിസ്റ്റോ വിദഗ്ദ്ധ അവലോകനത്തിന് ശേഷം അത് ഒരു COVID-19 വാക്സിന്റെ മുൻ ഡോസ് കാരണമാണെന്ന് പറഞ്ഞിട്ടുണ്ടോ (മറ്റൊരു കാരണം തിരിച്ചറിഞ്ഞിട്ടില്ല)?
☐	☐	ആവർത്തിച്ചുള്ള അനാഫൈക്സിസിന് കാരണമായ മാസ്റ്റോസൈറ്റോസിസ് (മാസ്റ്റ് സെൽ ഡിസോർഡർ) നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?
☐	☐	നിങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് COVID-19 വന്നിട്ടുണ്ടോ?
☐	☐	നിങ്ങൾക്ക് രക്തസ്രാവം ഉണ്ടോ?
☐	☐	നിങ്ങളുടെ രക്തം നേർത്തതാക്കാൻ നിങ്ങൾ എന്തെങ്കിലും മരുന്ന് കഴിക്കുന്നുണ്ടോ (ഒരു ആന്റികൊയാഗുലന്റ് തെറാപ്പി)?
☐	☐	നിങ്ങളുടെ രോഗപ്രതിരോധ സംവിധാനം ദുർബലമാണോ (രോഗപ്രതിരോധ ശേഷിയില്ലാത്തത്)?
☐	☐	നിങ്ങൾ ഗർഭിണിയാണോ?*
☐	☐	നിങ്ങൾക്ക് ചുമ, തൊണ്ടവേദന, പനി എന്നിവയുണ്ടോ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വിധത്തിൽ അസുഖം തോന്നുന്നുണ്ടോ?
☐	☐	നിങ്ങൾ മുമ്പ് COVID-19 വാക്സിൻ എടുത്തിട്ടുണ്ടോ?
☐	☐	കഴിഞ്ഞ 7 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ മറ്റേതെങ്കിലും വാക്സിനേഷൻ നിങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ?

AstraZeneca സ്വീകരിക്കുന്നവർക്ക് മാത്രം ബാധകം:

☐	☐	നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും കാപ്പിലറി ലീക്ക് സിൻഡ്രോം ഉണ്ടെന്ന് കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ടോ?
☐	☐	AstraZeneca-യുടെ മുൻ ഡോസിന് ശേഷം 42 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ ത്രോമ്പോസൈറ്റോപീനിയയ്ക്കൊപ്പം (കുറഞ്ഞ പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ്) ത്രോമ്പോസിസ് (ക്ലോട്ടിംഗ്) ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?
☐	☐	നിങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് എപ്പോഴെങ്കിലും സെറിബ്രൽ വീനസ് സൈനസ് ത്രോംബോസിസ് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? *
☐	☐	നിങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് എപ്പോഴെങ്കിലും ഹെപ്പാരിൻ-ഇൻഡ്യൂസ്ഡ് ത്രോംബോസൈറ്റോപീനിയ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? *
☐	☐	നിങ്ങൾക്ക് എപ്പോഴെങ്കിലും വയറിലെ സിരകളിൽ (സ്പ്ലാഞ്ച്നിക് സിരകൾ) രക്തം കട്ടപിടിച്ചിട്ടുണ്ടോ? *
☐	☐	രക്തം കട്ടപിടിക്കലുകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ടുള്ള ആന്റിഫോസ്ഫോലിപിഡ് സിൻഡ്രം നിങ്ങൾക്ക് മുമ്പ് എപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ? *
☐	☐	നിങ്ങളുടെ പ്രായം 60 വയസ്സിൽ താഴെയാണോ? *

* ഈ ഗ്രൂപ്പിലുള്ള ആളുകൾക്ക് നൽകുന്നതിന് മുൻഗണന നൽകുന്നത് Pfizer അല്ലെങ്കിൽ Moderna വാക്സിനുകൾ ആണ്. ഈ വാക്സിനുകൾ ഇല്ലെങ്കിൽ, വാക്സിനിൽ നിന്നുള്ള നേട്ടം അപകടസാധ്യതയേക്കാൾ കൂടുതൽ ആണെങ്കിൽ AstraZeneca പരിഗണിക്കാവുന്നതാണ്.

കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾ, www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts കാണുക.

നിങ്ങൾ ഗർഭിണിയാണെങ്കിൽ, www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy കാണുക.

പേര്:												
മെഡികെയർ നമ്പർ:												

നിങ്ങൾ Pfizer അല്ലെങ്കിൽ Moderna സ്വീകരിക്കുകയാണെങ്കിൽ മാത്രം ബാധകം:

☐ ☐ Pfizer അല്ലെങ്കിൽ Moderna-യുടെ ഒരു മുൻ ഡോസ് കാരണമുള്ള മയോകാർഡിറ്റിസ് ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ പെരികാർഡൈറ്റിസ് നിങ്ങളിൽ കണ്ടെത്തിയിട്ടുണ്ടോ?

☐ ☐ കഴിഞ്ഞ ആറ് മാസത്തിനുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് മയോകാർഡൈറ്റിസ്, പെരികാർഡൈറ്റിസ് അല്ലെങ്കിൽ എൻഡോകാർഡൈറ്റിസ് ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?

☐ ☐ നിങ്ങൾക്ക് നിലവിൽ അക്യൂട്ട് റുമാറ്റിക് പനി അല്ലെങ്കിൽ അക്യൂട്ട് റുമാറ്റിക് ഹൃദ്രോഗം ഉണ്ടോ?

☐ ☐ നിങ്ങൾക്ക് കടുത്ത ഹൃദയസ്തംഭനമുണ്ടോ?

മേൽപ്പറഞ്ഞ ഏതെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങൾക്ക് 'അതെ' എന്ന് നിങ്ങൾ ഉത്തരം നൽകിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പോലും, നിങ്ങൾക്ക് ഇപ്പോഴും Pfizer അല്ലെങ്കിൽ Moderna ലഭിക്കാനിടയുണ്ട്. എന്നിരുന്നാലും നിങ്ങളുടെ ജിപി, ഇമ്മ്യൂണൈസേഷൻ സ്പെഷ്യലിസ്റ്റ് അല്ലെങ്കിൽ കാർഡിയോളജിസ്റ്റ് എന്നിവരുമായി സംസാരിച്ച് വാക്സിനേഷൻ എടുക്കുന്നതിനുള്ള മികച്ച സമയത്തെ കുറിച്ചും എന്തെങ്കിലും അധിക മുൻകരുതലുകൾ ആവശ്യമുണ്ടോ എന്നും ആദ്യം ചർച്ച ചെയ്യണം.

അവസാനമായി അപ്ഡേറ്റ് ചെയ്തത്: 8 ഒക്ടോബർ 2021

പേര്:												
മെഡികെയർ നമ്പർ:												

രോഗിയെ കുറിച്ചുള്ള വിവരം

പേര്:	
മെഡികെയർ നമ്പർ:	
ബാധകമാണെങ്കിൽ Individual Health Identifier (IHI):	
ജനന തീയതി:	
മേൽവിലാസം:	
ഫോണിൽ ബന്ധപ്പെടുന്നതിനുള്ള നമ്പർ:	
ഇമെയിൽ വിലാസം:	
ലിംഗഭേദം:	
വീട്ടിൽ സംസാരിക്കുന്ന ഭാഷ:	
ജനിച്ച രാജ്യം:	

നിങ്ങൾ അബൊറിജിനൽ ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ടോറസ് സ്ട്രെയിറ്റ് ഐലൻഡ് നിവാസി ആണോ?

- ☐ അതെ, അബൊറിജിനൽ മാത്രം
- ☐ അതെ, ടോറസ് സ്ട്രെയിറ്റ് ഐലൻഡ് നിവാസി മാത്രം
- ☐ അതെ, അബൊറിജിനലും ടോറസ് സ്ട്രെയിറ്റ് ഐലൻഡ് നിവാസിയുമാണ്
- ☐ അല്ല
- ☐ ഉത്തരം നൽകാൻ താൽപ്പര്യമില്ല

അടുത്ത ബന്ധു (അടിയന്തിര സാഹചര്യം ഉണ്ടാവുകയാണെങ്കിൽ):	
പേര്:	
ഫോണിൽ ബന്ധപ്പെടുന്നതിനുള്ള നമ്പർ:	

COVID-19 വാക്സിൻ സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള സമ്മതം

- ☐ COVID-19 വാക്സിനേഷനെ കുറിച്ച് എനിക്ക് വിവരങ്ങൾ ലഭിച്ചുവെന്നും മനസ്സിലായെന്നും ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.
- ☐ മുകളിലുള്ള അവസ്ഥകളൊന്നും എനിക്ക് ബാധകമല്ലെന്ന് ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു, അല്ലെങ്കിൽ ഈ അവസ്ഥകളും മറ്റേതെങ്കിലും പ്രത്യേക സാഹചര്യങ്ങളും എന്റെ പതിവ് ആരോഗ്യ പരിചരണ ദാതാവിനോടും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വാക്സിനേഷൻ ദാതാവിനോടും ചർച്ച ചെയ്തിട്ടുണ്ടെന്ന് ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു.
- ☐ COVID-19 വാക്സിൻ (ഒരേ വാക്സിനിലെ രണ്ട് ഡോസുകൾ) ഒരു കോഴ്സ് സ്വീകരിക്കാൻ ഞാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

രോഗിയുടെ പേര്:	
രോഗിയുടെ ഒപ്പ്:	
തീയതി:	

പേര്:	
മെഡികെയർ നമ്പർ:	

☐ ഞാൻ രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവ്, രക്ഷാധികാരി അല്ലെങ്കിൽ തീരുമാനമെടുക്കുന്ന പകരക്കാരനാണ്, അതിനാൽ മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന രോഗിയ്ക്ക് COVID-19 വാക്സിനേഷൻ നൽകാൻ സമ്മതിക്കുന്നു.

രക്ഷകർത്താവിന്റെ/രക്ഷാധികാരിയുടെ/തീരുമാനമെടുക്കുന്ന പകരക്കാരന്റെ പേര്:	
രക്ഷകർത്താവിന്റെ/രക്ഷാധികാരിയുടെ/തീരുമാനമെടുക്കുന്ന പകരക്കാരന്റെ ഒപ്പ്:	
തീയതി:	

പേര്:												
മെഡികെയർ നമ്പർ:												

സേവന ദാതാവിന്റെ ഉപയോഗത്തിന്:

ഡോസ് 1:

വാക്സിനേഷൻ നൽകിയ തീയതി:	
സ്വീകരിച്ച സമയം:	
നൽകിയ COVID-19 വാക്സിൻ ബ്രാൻഡ്:	
ബാച്ച് നം:	
സീരിയൽ നം:	
വാക്സിനേഷൻ കുത്തിവയ്പ്പ് എടുത്ത സ്ഥലം:	
വാക്സിനേഷൻ സേവനം നൽകിയ ദാതാവിന്റെ പേര്:	

ഡോസ് 2

വാക്സിനേഷൻ നൽകിയ തീയതി:	
സ്വീകരിച്ച സമയം:	
നൽകിയ COVID-19 വാക്സിൻ ബ്രാൻഡ്:	
ബാച്ച് നം:	
സീരിയൽ നം:	
വാക്സിനേഷൻ കുത്തിവയ്പ്പ് എടുത്ത സ്ഥലം:	
വാക്സിനേഷൻ സേവനം നൽകിയ ദാതാവിന്റെ പേര്:	

ഡോസ് 3*

വാക്സിനേഷൻ നൽകിയ തീയതി:	
സ്വീകരിച്ച സമയം:	
നൽകിയ COVID-19 വാക്സിൻ ബ്രാൻഡ്:	
ബാച്ച് നം:	
സീരിയൽ നം:	
വാക്സിനേഷൻ കുത്തിവയ്പ്പ് എടുത്ത സ്ഥലം:	
വാക്സിനേഷൻ സേവനം നൽകിയ ദാതാവിന്റെ പേര്:	

*ആവശ്യമാണെങ്കിൽ. കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക് ഇത് കാണുക:
www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

അവസാനമായി അപ്ഡേറ്റ് ചെയ്തത്: 8 ഒക്ടോബർ 2021

പേര്:												
മെഡികെയർ നമ്പർ:												