

[පත්‍රිකා අංක. 1]

ප්‍රතිශක්තිකරණය සඳහා වූ විමර්ශනාත්මක ප්‍රශ්නාවලිය

විදෙස් ලියාපදිංචි අංකය	( <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9)	දුරකථන අංකය	
නම		බර	K.g
ලිපිනය			

පෙර ලබාගත් ප්‍රතිශක්තිකරණ පිළිබඳ විස්තර	දෙමව්පිය (භාරකරු) / එන්නත් ග්‍රාහක
ඔබ අද අසනීපයෙන්ද? ඔව් නම් අදාල රෝග ලක්ෂණ සඳහන් කරන්න ( )	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත
මීට පෙර ඔබට එන්නතක් ලබා ගැනීමෙන් පසුව හෝ ආහාර (බිත්තර ද ඇතුළුව) ගැනීමෙන් පසුව සමේ කුෂ්ඨ ඇතිවීම (rash), කැසීම, සම මතු පිට රතු පැහැ ලප හට ගැනීම වැනි ආසාත්මිකතාවයන් (allergy) ඇති වී තිබේද?	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත
මීට පෙර ඔබට එන්නතක් ලබා ගැනීමෙන් පසුව කිසියම් හෝ අපහසුතාවයක් ඇති වී තිබේද? ඔව් නම් අදාල එන්නත සඳහන් කරන්න ( )	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත
ඔබ උපතින්ම ලද කිසියම් ආබාධයක්, ඇදුම සඳහා හෝ හෘදය, වකුගඩු, අක්මාව ආදියෙහි අති වූ ගැටලුවක් සඳහා හෝ දියවැඩියාව සඳහා ප්‍රතිකාර ලබා ගෙන තිබේද? ඔව් නම් අදාල රෝගය සඳහන් කරන්න ( )	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත
ඔබට මොළයේ හදිසි ආබාධයක් හෝ වෙනත් ස්නායු පද්ධතිය ආශ්‍රිත කිසියම් රෝගයක් වැළඳී තිබේද?	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත
ඔබ පිළිකාවකින්, ලියුකේමියාව හෝ වෙනත් ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතිය ආශ්‍රිත රෝගයකින් පීඩා විඳින්නේද? ඔව් නම් අදාල රෝග ලක්ෂණ සඳහන් කරන්න. ( )	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත
පසුගිය මාස 3 තුළ ඔබ හෝමෝන අඩංගු ඖෂධ, ප්‍රති-පිළිකා ඖෂධ හෝ විකිරණ ප්‍රතිකාර ලබාගෙන තිබේද?	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත
පසුගිය වසර තුළ ඔබ රුධිර පාරවිලයනය (රුධිරය පිටතින් ලබා ගැනීම) හෝ ප්‍රතිශක්ති ප්‍රෝටීන ලබාගෙන තිබේද?	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත
පසුගිය මසක කාලය තුළ ඔබ ඔබ කිසියම් හෝ එන්නතක් ලබා ගෙන තිබේද? ඔව් නම් අදාල එන්නත සඳහන් කරන්න ( )	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත
(කාන්තාවන් සඳහා) ඔබ ගර්භණී ද ? හෝ ඉදිරි මසක කාලය තුළ ගැබ් ගැනීමට අවස්ථාවක් තිබේද?	<input type="checkbox"/> ඔව් <input type="checkbox"/> නැත

පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵල සහ ප්‍රතිශක්තිකරණයෙන් (AEFI) විය හැකි අහිතකර ප්‍රතිඵල පිළිබඳ දැනුවත් වීමෙන් පසුව එන්නත ලබා ගැනීමට එකඟ වෙමි.

[දෙමව්පිය (භාරකරු)/ එන්නත් ග්‍රාහක] ගේ නම:

(අත්සන)

(දෙමව්පිය හෝ භාරකරු නම්) එන්නත් ග්‍රාහකට ඇති නැදැකම:

අවුරුද්ද \_\_\_\_\_ මාසය \_\_\_\_\_ දිනය \_\_\_\_\_

මෙම එන්නත් කිරීම සහ මිලහ එන්නත් කිරීමේ දිනය පිළිබඳ දැනුවත් කිරීමේ පණිවිඩ ලබා ගැනීම සඳහා එකඟ වෙමි.

☐ ඔව් (ජංගම දුරකථන අංකය: \_\_\_\_\_ )

Results of Pre-Vaccination Screening(to be completed by a physician)		Check <input checked="" type="checkbox"/>
Body temperature : °C	I have explained about possible risks of immunization(AEFI)	<input type="checkbox"/>
I have explained that a vaccinee should stay in the medical institution for 20~30 minutes for observation		<input type="checkbox"/>
Results of history-taking :		
Based on the history and physical examination, the vaccinee is able to receive vaccination.		
Name of physician : (Signature)		

ඉහත තොරතුරු සහ පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵල වසර පහක් සඳහා සුරක්ෂිතව තබා ගනු ලැබේ. එම තොරතුරු එන්නත් ආරක්ෂාකාරී බව පිළිබඳ ඇගයීම සඳහා පමණක් භාවිතා කරනු ලැබේ.

මග හැරුණු එන්නත් කිරීම්, එකම එන්නත දෙවරක් ගැනීම වැළැක්වීම සහ එන්නත් කිරීමේ සහතිකය නිකුත් කිරීම සඳහා මෙම තොරතුරු එක් රැස් කිරීම සහ සේවා සපයන ආයතන අතරේ බෙදා හැරීම සිදු කරනු ලබයි (බෝවන රෝග වැළැක්වීම සහ පාලනය කිරීමේ පනතේ 28 වැනි වගන්තිය සහ එම පනතේ 23 වැනි වගන්තියේ බලාත්මක කිරීමේ රෙගුලාසි යටතේ).

සේවා සපයන ආයතන අතරේ බෙදා හරින තොරතුරු යටතේ එන්නත් ග්‍රාහකයාගේ පුද්ගලික තොරතුරු (නම, විදෙස් ලියාපදිංචි අංකය , ලිපිනය, දුරකථන අංකය), දෙමව්පිය හෝ භාරකරුගේ පුද්ගලික තොරතුරු සහ එන්නත් කිරීම පිළිබඳ තොරතුරු(එන්නතේ නම, මාත්‍රාව, වර්ගය, තැන, දිනය). මෙම තොරතුරු කළමනාකරණය කිරීම සහ නීතියෙන් සුරක්ෂිත කිරීම පුද්ගලික තොරතුරු ආරක්ෂණය කිරීමේ පනත යටතේ සිදු කරනු ලබයි.