

- 20. കുട്ടിക്കു നൽകുന്ന വാക്സിന്റെ പേര്:.....
- 21. വാക്സിൻ നൽകുംമുമ്പ് നിയമപ്രകാരം കുട്ടിയുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതിയെ പറ്റി ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടർ പരിശോധിച്ചുവോ:.....
- 22. ഉണ്ടെങ്കിൽ പരിശോധിച്ച ഡോക്ടറുടെ പേര്:.....
- 23. പരിശോധനയുടെ വിവരം:.....
-
- 24. പരിശോധനയിൽ കുട്ടിക്ക് നമ്പർ 13 പ്രകാരം വല്ല രോഗവും ഉണ്ടോ:.....
-
- 25. ഈ വാക്സിൻ എന്തുരോഗം വരാതിരിക്കാൻ:.....
- 26. പ്രസ്തുത രോഗം ഇപ്പോൾ ഈ കുട്ടിക്ക് ഉണ്ടോ:.....
- 27. ഈ വാക്സിൻ നിർമ്മിച്ച കമ്പനിയുടെ പേര്:.....
-
-28. ബാച്ച് നമ്പർ:.....
- 29. വാക്സിന്റെ നിർമ്മാണ തീയതി:.....30. കാലാവധി:.....
- 31. ഈ വാക്സിൻ അവസാനമായി സൂക്ഷിച്ചത് എവിടെ:.....
-
- 32. ഈ വാക്സിനു സാധാരണ നിലക്ക് പാർശ്വഫലം ഉണ്ടാകാൻ സാധ്യതയുണ്ടോ :.....
- 33. ഉണ്ടെങ്കിൽ എന്തെല്ലാം:.....
-
- 34. ഈ വാക്സിൻ നൽകിയതിനെ തുടർന്ന് അസുഖങ്ങൾ ഉണ്ടാകുന്ന പക്ഷം ആരേയാണു അറിയിക്കേണ്ടത്:.....
-ഫോൺ:.....
- 35. മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ച കാര്യങ്ങൾ സത്യമാണെന്നും, പറയപ്പെട്ട വാക്സിൻ സംസ്ഥാന ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ വാക്സിനേഷൻ പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായിട്ടാണു നൽകുന്നതെന്നും, പ്രസ്തുത വാക്സിന്റെ ഗുണനിലവാരം പരിശോധിച്ച് ഉറപ്പാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്നും, പ്രസ്തുത വാക്സിൻ മുകളിൽ പറഞ്ഞ അസുഖത്തിനു സുരക്ഷിതമായ പ്രതിരോധമാണെന്നും, **A.E.F.I. (Adverse Events Following Immunization) GUIDELINES** പ്രകാരം വാക്സിൻ കൊടുത്തശേഷം ഞാൻ കുട്ടിയുടെ ഭവനം സന്ദർശിച്ച് ആരോഗ്യസ്ഥിതി പരിശോധിച്ച് ഉറപ്പാക്കുന്നതാണെന്നും, ഈ വാക്സിൻ കൊടുത്തതു മൂലം ഉണ്ടായേക്കാവുന്ന പ്രത്യാഘാതങ്ങൾക്ക് സംസ്ഥാന ആരോഗ്യവകുപ്പു ഉത്തരവാദിയായിരിക്കുമെന്നും ഇതിനാൽ ഞാൻ ബോധിപ്പിക്കുന്നു.
- 36. വാക്സിൻ കൊടുക്കുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥന്റെ പേര്:.....
- 37. ഔദ്യോഗിക പദവി:.....
- ഫോൺ:.....തീയതി:.....ഒപ്പ്:.....

(സീൽ)

സ്കൂൾ അധികൃതർ പുരിപ്പിക്കേണ്ടത് (സ്കൂളിൽ വെച്ച് വാക്സിൻ എടുക്കുമ്പോൾ)

മേൽപ്രസ്താവിച്ച കുട്ടിക്ക് രക്ഷിതാവിന്റെ സമ്മതപ്രകാരം എന്റെ സാന്നിധ്യത്തിലാണു വാക്സിൻ നൽകിയത് എന്നും, കൊടുത്ത വാക്സിൻ സംബന്ധമായി വല്ല പാർശ്വഫലവും ഉണ്ടായാൽ അതിനു വാക്സിൻ നൽകിയ ആരോഗ്യവകുപ്പല്ലാതെ ഞാനോ, സ്കൂളോ ഉത്തരവാദിയല്ല എന്നും ബോധിപ്പിക്കുന്നു.

- 38. അധ്യാപകന്റെ പേര്:.....ഒപ്പ്:.....
- തീയതി:.....

(സീൽ)

VACCINATION FORM

പൗരന്റെ അറിയാനുള്ള അവകാശത്തിന്റെയും, ബാലാവകാശത്തിന്റെയും, മനുഷ്യാവകാശത്തിന്റെയും, കൺസ്യൂമർ പ്രൊട്ടക്ഷൻ നിയമത്തിന്റെയും, മെഡിക്കൽ നിയമങ്ങളുടെയും, കേന്ദ്ര ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ **A.E.F.I. (Adverse Events Following Immunization) GUIDELINES** അടിസ്ഥാനത്തിലും തയ്യാറാക്കിയിട്ടുള്ളതാണ് ഈ ഫോം. വാക്സിൻ എടുക്കുന്നവർക്ക് ഉണ്ടാകാവുന്ന പാർശ്വഫലങ്ങളുടെ പേരിൽ രക്ഷിതാവിനു കോടതി, സർക്കാർ എന്നിവിടങ്ങളിൽ നിന്നും നീതിയും നഷ്ടപരിഹാരവും ലഭിക്കാൻ ഈ ഫോം ഒപ്പിട്ട് രക്ഷിതാവിന്റെ പക്കൽ സൂക്ഷിക്കൽ അനിവാര്യമാണ്. ഭാവിയിൽ സ്കൂൾ പ്രവേശനത്തിനു വാക്സിൻ നിർബന്ധമാകുന്ന പക്ഷം ഈ ഫോം ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്. നീതി നിഷേധിക്കപ്പെടാതിരിക്കാൻ ഈ ഫോം ഓരോ രക്ഷിതാവിന്റെയും അവകാശമാണ്.

നിയമസഹായത്തിനു ബന്ധപ്പെടുക: I.H.R.A.(International Human Rights Association) Ernakulam, Kerala. 9497550035, 9495965777

വാക്സിൻ എടുക്കുന്ന കുട്ടിയുടെ രക്ഷിതാവിന്റെ സമ്മതപത്രം

1. കുട്ടിയുടെ പേര്:.....2.ആൺ/പെൺ:.....
3. ജനനത്തീയതി:.....4. വയസ്സ്:.....5. പഠിക്കുന്ന ക്ലാസ്:.....
6. രക്ഷിതാവിന്റെ പേര്:.....
7. വിലാസം:.....
8. പഠിക്കുന്ന സ്കൂൾ:.....
9. കുട്ടിക്ക് നിലവിൽ രോഗങ്ങളോ ചികിത്സയോ ഉണ്ടോ:.....
10. ഉണ്ടെങ്കിൽ എന്തെല്ലാം:.....
11. കുട്ടിയെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ:.....
12. ചികിത്സിക്കുന്ന ആശുപത്രി:.....
13. കുട്ടിക്ക് ചുമ, പനി, കഫക്കെട്ട്, അപസ്മാരം, ടി.ബി, കരൾരോഗം, ഓട്ടിസം, ബ്രെയിൻ ട്യൂമർ, അലർജി, ശ്വാസകോശ രോഗം, കണ്ണിന്റെ കൃഷ്ണമണിക്ക് സ്ഥാനചലനം, കൈകാൽ കൃഴിച്ചിലോ ശേഷിക്കുറവോ, മുഴകൾ തുടങ്ങി വല്ല രോഗവും ഉണ്ടോ,.....
14. ഉണ്ടെങ്കിൽ എന്തെല്ലാം:.....
15. വാക്സിൻ എടുക്കാൻ ആരെങ്കിലും നിർബന്ധിച്ചിരുന്നോ:.....
16. ഉണ്ടെങ്കിൽ ആർ:.....
17. മേൽകാര്യങ്ങൾ സത്യമാണ്. കേന്ദ്ര ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ നിർദ്ദേശപ്രകാരമുള്ള **A.E.F.I. (Adverse Events Following Immunization) GUIDELINES** അനുശാസിക്കുന്ന പ്രകാരം മാത്രമേ എന്റെ കുട്ടിക്ക് വാക്സിൻ എടുക്കാവൂ എന്നും, എടുക്കുന്ന വാക്സിൻ മുഖേന ഉണ്ടായേക്കാവുന്ന പാർശ്വഫലങ്ങൾക്ക് വാക്സിൻ നൽകുന്നവർ ഉത്തരവാദിയാകുമെന്നും ഉള്ള നിബന്ധനയോടെ എന്റെ കുട്ടിക്ക് വാക്സിൻ എടുക്കാൻ എനിക്ക് സമ്മതമാണ്.
18. രക്ഷിതാവിന്റെ പേര്:.....ഒപ്പ്:.....
ഫോൺ:.....തിയ്യതി:.....

വാക്സിൻ കൊടുക്കുന്ന ആരോഗ്യവകുപ്പ് ഉദ്യോഗസ്ഥൻ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്

19. കുട്ടിയുടെ പേര്:.....വയസ്സ്:.....
.....2