

કોવિડ-19 રસી સંમતિ ફોર્મ

સંમતિ ફોર્મ - કોવિડ-19 રસી

આવૃત્તિ 3.0 - માર્ચ 11, 2021

અટક	પ્રથમ નામ	ઓળખ (દા. ત., આરોગ્ય કાર્ડ નંબર)	
જાતિ: <input type="checkbox"/> સ્ત્રી <input type="checkbox"/> પુરુષ <input type="checkbox"/> જવાબ ન આપવાનું પસંદ કરો છો <input type="checkbox"/> અન્ય: _____		પ્રાથમિક સંભાળ ક્લિનિશિયન (ફેમિલી ફિઝિશિયન અથવા નર્સ પ્રેક્ટિશનર)	
જો સ્વદેશી હોય તો, કૃપા કરીને સૂચવો કે કઈ સ્વદેશી ઓળખ: <input type="checkbox"/> ફર્સ્ટ નેશન્સ <input type="checkbox"/> મેટિસ (મેટિસ ઓર્ગેનાઈઝેશન અથવા સેટલમેન્ટના સભ્યોનો સમાવેશ થાય છે) <input type="checkbox"/> ઈન્ડિયન/ ઈન્ડિયન <input type="checkbox"/> અન્ય સ્વદેશી, સ્પષ્ટ કરો: _____ <input type="checkbox"/> જવાબ ન આપવાનું પસંદ કરો છો <input type="checkbox"/> અજ્ઞાત			
ઘરનો ફોન	મોબાઈલ ફોન		
શેરીનું સરનામું	શહેર	પ્રાંત	પોસ્ટલ કોડ
જન્મ તારીખ (મહિનો, દિવસ, વર્ષ) _____ / _____ / _____	ઉંમર	આ તમારી રસીનો પ્રથમ ડોઝ છે કે બીજો? <input type="checkbox"/> પ્રથમ <input type="checkbox"/> બીજો જો બીજો હોય તો કૃપા કરીને પ્રથમ ડોઝની તારીખ અને આપવામાં આવેલ રસીનું નામ સૂચવો: -----/-----/----- (મહિનો, દિવસ, વર્ષ) આપેલ રસીનું નામ: _____	

રસી પ્રાપ્ત કરવાની સંમતિ

નીચેના દસ્તાવેજો: 'કોવિડ -19 રસી માહિતી પત્રિકા' અને 'તમને તમારા કોવિડ -19 રસીની એપોઈટમેન્ટ વિશે શું જાણવાની જરૂર છે' સહિત મેં ઇમ્યુનાઇઝેશન પ્રિપેકેજ વાંચ્યું છે (અથવા તે મને વાંચી સંભળાવ્યું છે) અને હું સમજું છું.

- હું જે રસી પ્રાપ્ત કરવા જઈ રહ્યો/રહી છું તે સંબંધિત પ્રશ્નો પૂછવાની અને તેઓના સંતોષકારક જવાબ મેળવવાની મને તક મળી છે.

□ હું શ્રેણીના તમામ ભલામણ કરેલ ડોઝ સહિત રસી પ્રાપ્ત કરવાની સંમતિ આપું છું.

- હું સમજું છું કે હું કોઈપણ સમયે આ સંમતિ પાછી ખેંચી શકું છું.
- હું સમજું છું કે જો હું કોઈ વ્યક્તિના અવેજી નિર્ણય નિર્માતા તરીકે સંમતિ પાછી ખેંચી રહ્યો/રહી હોય, તો મારે તે કોંગ્રીગેટ (સમ્મેલિત) સેટિંગનો સંપર્ક કરવો જ જોઈએ જેમાં તે વ્યક્તિ રહે છે.

નોંધ: જો તમે તમારું મન બદલો છો અને હવે રસી પ્રાપ્ત કરવાની સંમતિ આપતા ન હોય તો કૃપા કરીને તે રસીકરણ ક્લિનિકનો સંપર્ક કરો જ્યાં તમે કોવિડ-19 રસી પ્રાપ્ત કરવાના છો. આ બીજા કોઈને તમારી જગ્યા લેવા માટે પરવાનગી આપશે. જો સંમતિ વ્યક્તિના અવેજી નિર્ણય નિર્માતા દ્વારા પાછી ખેંચી કરવામાં આવી છે જે કોંગ્રીગેટ (સમ્મેલિત) સેટિંગમાં રહે છે, તો પછી કોંગ્રીગેટ (સમ્મેલિત) સેટિંગ એ સ્થાનિક જાહેર આરોગ્ય એકમનો સંપર્ક કરવો આવશ્યક છે.

વ્યક્તિગત આરોગ્ય માહિતીના એકત્રીકરણ, ઉપયોગ અને જાહેરાતની સ્વીકૃતિ

આ ફોર્મ પરની વ્યક્તિગત આરોગ્ય માહિતી તમને સંભાળ પૂરી પાડવા અને તમારા માટે રસીકરણ રેકોર્ડ બનાવવાના હેતુ માટે એકત્રિત કરવામાં આવી રહી છે, અને કારણ કે તે ઓન્ટારીયોના કોવિડ-19 રસીકરણ કાર્યક્રમના સંચાલન માટે જરૂરી છે. આ હેતુઓ માટે, તેમજ કાયદા દ્વારા અધિકૃત અને જરૂરી અન્ય હેતુઓ માટે આ માહિતીનો ઉપયોગ અને જાહેર કરવામાં આવશે. ઉદાહરણ તરીકે,

- તેને આરોગ્યના મુખ્ય તબીબી અધિકારી અને ઓન્ટેરિયો પબ્લિક હેલ્થ એકમોને જાહેર કરવામાં આવશે જ્યાં હેલ્થ પ્રોટેક્શન અને પ્રમોશન એક્ટના હેતુ માટે જાહેર કરવું જરૂરી છે. અને
- તે તમારા પ્રાંતીય ઇલેક્ટ્રોનિક આરોગ્ય રેકોર્ડના ભાગરૂપે, તમને સંભાળ પૂરી પાડતા આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓને જાહેર કરવામાં આવી શકે છે.

આ માહિતી આરોગ્ય મંત્રાલયના કબ્જા અને નિયંત્રણ હેઠળ આરોગ્ય રેકોર્ડ સિસ્ટમમાં સંગ્રહિત કરવામાં આવશે.

જ્યાં હોસ્પિટલ દ્વારા ક્લિનિક સાઈટ સંચાલિત થતી હોય, ત્યાં હોસ્પિટલ આરોગ્ય મંત્રાલયના એજન્ટ તરીકે તમારી માહિતી એકત્રિત કરશે, ઉપયોગ કરશે અને જાહેર કરશે.

□ હું સ્વીકારું છું કે મેં ઉપરોક્ત નિવેદન વાંચ્યું અને સમજ્યું છે.

કોવિડ-19 રસી સંબંધિત હેતુઓ માટે હોસ્પિટલ, સ્થાનિક જાહેર આરોગ્ય એકમ, અથવા આરોગ્ય મંત્રાલય દ્વારા તમારો સંપર્ક કરવામાં આવી શકાય છે (ઉદાહરણ તરીકે, તમને અનુવર્તી એપોઈટમેન્ટની યાદ અપાવવા અને રસીકરણનો એક રેકોર્ડ આપવા માટે). જો તમે ઈમેઈલ દ્વારા આ અનુવર્તી સંચાર પ્રાપ્ત કરવાની સંમતિ આપો છો, તો કૃપા કરીને નીચે આપેલા બોક્સનો ઉપયોગ કરીને આ સૂચવો.

□ હું ફોલો-અપ (અનુવર્તી) સંચાર પ્રાપ્ત કરવાની સંમતિ આપું છું:

□ ઈમેઈલ દ્વારા

□ ટેક્સ્ટ / SMS દ્વારા

જો ઈમેઇલ દ્વારા પસંદ કરેલ હોય, તો કૃપા કરીને તમારું ઈમેઇલ સરનામું પ્રદાન કરો: _____

સંશોધન અભ્યાસો વિશે સંપર્ક કરવા દેવાની સંમતિ

તમારી પાસે કોવિડ-19 રસી સંબંધિત સંશોધન અભ્યાસોમાં સહભાગિતા વિશે સંશોધકો દ્વારા સંપર્ક કરવા માટે સંમતિ આપવાનો વિકલ્પ છે. જો તમે સંપર્ક કરવાની સંમતિ આપો છો, તો તમારી વ્યક્તિગત આરોગ્ય માહિતીનો ઉપયોગ તે નક્કી કરવા માટે કરવામાં આવશે કે કયા અભ્યાસો તમારા માટે સંબંધિત હોઈ શકે છે, અને તમારું નામ અને સંપર્ક માહિતી સંશોધકોને જાહેર કરવામાં આવશે. સંશોધન અભ્યાસો વિશે સંપર્ક કરવા માટે સંમતિ આપવી એનો અર્થ એ નથી કે તમે સંશોધનમાં ભાગ લેવા માટે સંમતિ આપી છે. સંશોધનમાં ભાગ લેવો એ સ્વૈચ્છિક છે. કોવિડ-19 રસી પ્રાપ્ત કરવા માટેની તમારી પાત્રતાને અસર કર્યા વિના સંશોધન અભ્યાસો વિશે સંપર્ક કરવા માટે તમે સંમતિ આપવાનો ઈનકાર કરી શકો છો.

જો તમે સંશોધન અભ્યાસો વિશે સંપર્ક કરવા દેવા માંગતા નથી, તો કૃપા કરીને આને નીચે સૂચવો.

જો તમે સંશોધન અભ્યાસો વિશે તમારો સંપર્ક કરવાની સંમતિ આપો છો, અને પછી તમારું મન બદલો છો, તો તમે vaccine@ontario.ca પર આરોગ્ય મંત્રાલયનો સંપર્ક કરીને કોઈપણ સમયે સંમતિ પાછી ખેંચી શકો છો.

આ કોવિડ-19 રસી પ્રાપ્ત કરવા માટેની તમારી પાત્રતાને અસર કરશે નહીં.

હું કોવિડ -19 રસી સંબંધિત સંશોધન અભ્યાસો વિશે મારો સંપર્ક કરવાની સંમતિ આપું છું:

ઈમેઇલ દ્વારા ટેક્સ્ટ/SMS દ્વારા ફોન દ્વારા પત્ર દ્વારા

જો ઈમેઇલ દ્વારા પસંદ કરેલ હોય, તો કૃપા કરીને તમારું ઈમેઇલ સરનામું પ્રદાન કરો: _____

કોવિડ-19 સંબંધિત સંશોધન અભ્યાસો વિશે સંપર્ક કરવા માટે મારી સંમતિ નથી:

સહી

છૂટા અક્ષરે નામ

સહીની તારીખ

જો તમારા સિવાય અન્ય કોઈને માટે સહી કરતાં હોવ, તો અન્ય વ્યક્તિ સાથે તમારો સંબંધ સૂચવો:

જો મારા સિવાય અન્ય કોઈને માટે સહી કરું, તો હું પુષ્ટિ કરું છું કે હું માતાપિતા / કાનૂની વાલી અથવા અવેજી નિર્ણય નિર્માતા છું.

ચોક્કસ મુદ્દાઓ: લોંગ ટર્મ કેર હોમ્સ એક્ટ, 2007

રસી પ્રાપ્ત કરવા માટે નિવાસીની સંમતિ કોઈપણ સમયે પાછી ખેંચાઈ શકે અથવા રદ થઈ શકે છે.

અધિનિયમની કલમ 83 નું આદર કરતું નિવેદન:

કૃપા કરીને નીચેના કાનૂની રક્ષણ નોંધો:

લાંબા ગાળાની સંભાળ આપતા ઘરના દરેક લાઈસન્સ ધારક ખાતરી કરશે કે કોઈપણ વ્યક્તિને એવું કહેવામાં નહીં આવે કે તેવું માનવા દોરવામાં નહીં આવે કે કોઈ સંભવિત નિવાસીને પ્રવેશ આપવાનો ઈનકાર કરવામાં આવશે કે કોઈ નિવાસીને ઘરમાંથી બહાર કરવામાં આવશે કારણ કે.

(a) કોઈ દસ્તાવેજ પર સહી કરવામાં આવી નથી;

(બી) કોઈ ક્રાર રદબાતલ કરવામાં આવ્યો છે; અથવા

(c) સારવાર કે સંભાળ સંબંધી એક સંમતિ અથવા નિર્દેશ આપવામાં આવ્યો છે, નથી આપવામાં આવ્યો, પાછો ખેંચવામાં આવ્યો છે અથવા રદ કરવામાં આવ્યો છે.

ફક્ત ક્લિનિકના ઉપયોગ માટે જ						
એજન્ટ	કોવિડ-19	ઉત્પાદનનું નામ	લોટ #	ડોઝની માત્રા:		
એનાટોમિકલ સાઈટ	<input type="checkbox"/> ડાબું ડેલ્ટોઈડ <input type="checkbox"/> જમણું ડેલ્ટોઈડ		રૂટ (માર્ગ)	ઈન્ટ્રામસ્ક્યુલર (IM)	ડોઝ #:	
આપેલ તારીખ	_____ / _____ / _____ (મ/તા/વવવવ)		આપેલ સમય	_____ : _____ am pm	AEFI? (વર્તમાન ડોઝ પ્રાપ્ત થયા પછી)	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
આપનાર (નામ, હોદ્દો)	સ્થાન		અધિકૃતકર્તા			
ઈમ્યુનાઈઝેશન (રોગ-પ્રતિરક્ષા) માટેનું કારણ	<input type="checkbox"/> હેલ્થકેર વર્કર <input type="checkbox"/> LTC: નિવાસી <input type="checkbox"/> LTC: હેલ્થકેર વર્કર <input type="checkbox"/> LTC: અન્ય બિન-કર્મચારી <input type="checkbox"/> RH: હેલ્થકેર વર્કર <input type="checkbox"/> RH: નિવાસી <input type="checkbox"/> RH: આવશ્યક સંભાળપ્રદાતા <input type="checkbox"/> RH: અન્ય બિન-કર્મચારી <input type="checkbox"/> ઉન્નત ઉંમર: સમુદાય રહેઠાણ <input type="checkbox"/> કોનિક આરોગ્ય સંભાળના પુખ્ત <input type="checkbox"/> સ્વદેશી સમુદાય <input type="checkbox"/> અન્ય અગ્રતા વસ્તી <input type="checkbox"/> કોંગ્રીગેટ સેટિંગ: નિવાસી <input type="checkbox"/> કોંગ્રીગેટ સેટિંગ: સ્ટાફ <input type="checkbox"/> કોંગ્રીગેટ સેટિંગ: અનિવાર્ય સંભાળપ્રદાતા					

ઈમ્યુનાઈઝેશન ન આપવાનું કારણ	<input type="checkbox"/> ઈમ્યુનાઈઝેશન બિનસલાહભર્યું છે <input type="checkbox"/> પ્રેક્ટિશનર ઈમ્યુનાઈઝેશનની ભલામણ કરે છે પરંતુ દર્દીની સંમતિ નથી <input type="checkbox"/> પ્રેક્ટિશનરનો કામચલાઉ રૂપે ઈમ્યુનાઈઝેશન મુલતવી રાખવાનો નિર્ણય <input type="checkbox"/> તબીબી રીતે અપાત્ર <input type="checkbox"/> દર્દીએ શ્રેણી માટે સંમતિ પાછી ખેંચી લીધી
તમારો 2 માંનો 2જો ડોઝ ક્યારે સુનિશ્ચિત થયેલ છે:	_____ / _____ / _____ (મ/તા/વવવવ) _____ : _____ am pm