

# د واکسیناسیون د رضایت فورم

کډوالو ماشومانو او لویانو او هغو کسانو ته د واکسین ورکولو د رضایت فورم چې د خونديتوب په لټه کې وي او د ناروغۍ د خپرېدو پر د خونديتوب په لټه کې وي

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Pashto

2.0 گڼه د 2022 کال د ډسمبر 29 مه نېټه  
Version 2.0 29 December 2022

د محرمیت بیانیه: د HSE کارکوونکي د 2018-1988 کال د معلوماتو د خونديتوب د قوانینو (د GDPR په ګډون) له مخې له خپل مکلفیت څخه خبر دی. چمتو شوي معلومات به د واکسیناسیون په یوه ډېټابیس کې شامل کړای شي. HSE به له دغو معلوماتو څخه د دې لپاره ګټه واخلي چې متقاضیانو ته اعتبار ورکړي، د واکسیناسیون پر پروګرامونو نظارت وکړي او روغتیايي پاملرنه چمتو کړي.

په مهربانۍ سره په یاد ولرئ چې یوازې والدین یا قانوني سرپرست کولای شي د هغو ځوانانو لپاره رضایت ورکړي یا یې رد کړي چې عمر ونه یې له 16 کلونو څخه کم وي. د رضایت په اړه نور معلومات د HSE پر وېب سایټ <https://bit.ly/ConsentU16> ولولئ. هغه ځوانان چې عمر ونه یې 16 کاله یا تر دې لور وي د قانون له مخې کولای شي چې د خپل ځان لپاره رضایت ورکړي.

## 1 برخه: شخصي معلومات

### Section 1: Personal Details

دغه برخه د هغه شخص لپاره ډکه کړئ چې واکسین ترلاسه کوي (په مهربانۍ سره له لویو تورو څخه ګټه واخلي)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

د HSE د متقاضي ID: \_\_\_\_\_  
HSE Client ID:

د شخصي عامه خدمت شمېره (PPSN): \_\_\_\_\_  
Personal Public Service Number (PPSN):

نوم: \_\_\_\_\_  
First name:

تخلص (کورنی نوم): \_\_\_\_\_  
Surname (Family Name):

د زېږېدو نېټه: \_\_\_\_\_  
Date of Birth:

ښځینه  
Female

نارینه  
Male

جنسیت:  
Gender:

پته (په اېرلنډ کې): \_\_\_\_\_  
Address (in Ireland):

هېواد: \_\_\_\_\_  
County:

Eircode:  
Eircode:

د ګرځنده ټلېفون شمېره: \_\_\_\_\_  
Mobile Phone Number:

د برېښنالیک پته: \_\_\_\_\_  
Email Address:

که چېرته 15 کلن یا تر دې کم عمره وي، په مهربانۍ سره لاندې برخه ډکه کړئ  
If 15 years or younger please complete the following

د زېږون پر مهال د مور تخلص: \_\_\_\_\_  
Mother's Surname at Birth:

د مور د زېږېدو نېټه:  
Mothers Date of Birth:

په مهربانۍ سره 2 مه برخه بشپړه کړئ او  
که چېرته

- تاسو د داسې ماشوم لپاره رضایت ورکوئ چې عمر یې له 2 کلونو څخه کم وي، نو 3a برخه بشپړه کړئ
  - که چېرته تاسو د داسې ماشوم لپاره رضایت ورکوئ چې عمر یې له 2 تر 10 کلونو پورې وي، نو 3b برخه بشپړه کړئ
  - که چېرته تاسو د داسې کوم چا لپاره رضایت ورکوئ چې عمر یې 10 کاله یا تر دې لور وي (یا د خپل ځان لپاره رضایت ورکوئ)، نو 3c برخه بشپړه کړئ
- او د واکسیناسیون رضایت د ورکولو لپاره 4 برخه بشپړه کړئ.

# د واکسیناسیون د رضایت فورم

کډوالو ماشومانو او لویانو او هغو کسانو ته د واکسین ورکولو د رضایت فورم چې د خونديتوب په لټه کې وي او د ناروغۍ د خپرېدو پر د خونديتوب په لټه کې وي

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Pashto

2.0 کڼه د 2022 کال د ډسمبر 29 مه نېټه  
Version 2.0 29 December 2022

## 2 برخه: په مهربانۍ سره لاندې پوښتنو ته په هو یا نه سره ځواب ورکړئ

Section 2: Please answer the following questions with a yes or no answer

دغه برخه د هغه شخص لپاره ډکه کړئ چې واکسین ترلاسه کوي (په مهربانۍ سره له لویو تورو څخه ګټه واخلي)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

نه  هو  
No Yes

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم کومه جدي ناروغي لري؟

Have you/your child had any serious illness?

\_\_\_\_\_

په مهربانۍ سره جزئیات ورکړئ

Please detail

نه  هو  
No Yes

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم کله د کوم څه پر وړاندې شدید غبرګون شوی دی، د درملو یا واکسینونو په ګډون؟ (د انافیلاکسي په ګډون)

Have you/your child ever had a severe reaction to anything including medication or vaccines? (Including anaphylaxis)

\_\_\_\_\_

په مهربانۍ سره جزئیات ورکړئ

Please detail

نه  هو  
No Yes

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم داسې کومه ناروغي یا وضعیت درلود چې د وینې بهېدو خطر زیات کړي؟

Have you/your child had any illness or condition that increases risk of bleeding?

\_\_\_\_\_

په مهربانۍ سره جزئیات ورکړئ

Please detail

نه  هو  
No Yes

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم په تېرو 6 میاشتو کې کوم واکسین ترلاسه کړی دی؟

Have you/your child received any vaccines in the past 6 months?

\_\_\_\_\_

په مهربانۍ سره جزئیات ورکړئ

Please detail

## 3a برخه: په مهربانۍ سره دغه برخه یوازې د هغو ماشومانو لپاره بشپړه کړئ چې عمر یې له 2 کلونو څخه کم وي

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY

دغه برخه د هغه شخص لپاره ډکه کړئ چې واکسین ترلاسه کوي (په مهربانۍ سره له لویو تورو څخه ګټه واخلي)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

د دېفټیریا، ټیتانوس، پولیو، تور ټوخي (سیاه سرفه)، د HepB او Hib واکسینونه

Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

نه پوهېږم  نه  هو  
Do not know No Yes

ایا ستاسو ماشوم داسې واکسینونه ترلاسه کړي دي چې په هغوی کې د دېفټیریا، ټیتانوس، پولیو، تور ټوخي (سیاه سرفه)، HepB او Hib واکسینونه پکې وي؟ دا په اېرلنډ کې هغو ماشومانو ته 6-په-1 واکسین توګه په 2، 4 او 6 میاشتو کې ورکول کېږي

Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland, this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

\_\_\_\_\_

په کومه نېټه هغوی هر ډوز ترلاسه کړ؟

At what age did they receive each dose?

\_\_\_\_\_

که هو، څو ډوزونه؟

If yes, how many doses?

که چېرته دا یواځې واکسین وي چې نه دی ترلاسه شوی، د هېپاټېټ B واکسین لپاره هېڅ جبران نشته

MenB (منګوکوک) واکسین

MenB (meningococcal B) vaccine

نه  هو  
No Yes

ایا ستاسو ماشوم تر اوسه انافیلاکسي (شدید حساسیتي غبرګون) د لاتېکس پر وړاندې شوی دی؟

Has your child ever had anaphylaxis (severe allergic reaction) to latex?

نه پوهېږم  نه  هو  
Do not know No Yes

ایا ستاسو ماشوم د MenB واکسین ترلاسه کړی دی؟

Has your child received any MenB vaccine?

\_\_\_\_\_

په کومه نېټه هغوی هر ډوز ترلاسه کړ؟

At what age did they receive each dose?

\_\_\_\_\_

که هو، څو ډوزونه؟

If yes, how many doses?

# د واکسیناسیون د رضایت فورم

کډوالو ماشومانو او لویانو او هغو کسانو ته د واکسین ورکولو د رضایت فورم چې د خونديتوب په لټه کې وي او د ناروغۍ د خپرېدو پر د خونديتوب په لټه کې وي

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Pashto

2.0 کڼه د 2022 کال د ډسمبر 29 مه نېټه

Version 2.0 29 December 2022

## 3a برخه: په مهربانۍ سره دغه برخه یوازې د هغو ماشومانو لپاره بشپړه کړئ چې عمر ونه یې له 2 کلونو څخه کم وي (دوام لري) Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

دغه برخه د هغه شخص لپاره ډکه کړئ چې واکسین ترلاسه کوي (په مهربانۍ سره له لویو تورو څخه کټه واخلي)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

### PCV13 (پنوموکوک) واکسین

#### PCV13 (pneumococcal) vaccine

آیا ستاسو ماشوم PCV13 واکسین ترلاسه کړی دی؟

Has your child received any PCV13 vaccine?

نه پوهېږم  نه  هو  
Do not know No Yes

هغوی هر ډوز په کوم عمر کې ترلاسه کړی دی؟  
At what age did they receive each dose?

که هو، څو ډوزونه؟  
If yes, how many doses?

د روتا واکسین (8 میاشتني 0 ورځني ته یا تر دې وروسته نه توصیه کېږي)  
Rotavirus vaccine (NOT recommended on or after 8 months 0 days old)

آیا ستاسو ماشوم اوس اسهال دی یا زړه بدوالی لري؟

Does your child have diarrhoea or vomiting at the moment?

نه  هو  
No Yes

آیا ستاسو ماشوم د اېنوسوسپېشن په نامه کومې ناروغۍ باندې اخته شوی دی؟

Has your child been diagnosed with a condition called intussusception?

نه  هو  
No Yes

آیا ستاسو ماشوم د زېږون پر مهال د کولمو کوم غیرعادي والی (د بېلکې په توګه د مکېل ډیورټیکول) درلود؟

Was your child born with an abnormality of the gut (e.g., Meckel's diverticulum)?

نه  هو  
No Yes

په مهربانۍ سره جزئیات ورکړئ  
Please detail

آیا ستاسو ماشوم په ماشوم کې د شدید ترکیبي نقص ناروغي (SCID) تشخیص شوی ده؟

Has your child been diagnosed with a condition called Severe Combined Immunodeficiency (SCID)?

نه  هو  
No Yes

آیا ستاسو ماشوم په ماشوم کې له لاندې اړتې نادر ناروغيو څخه کومه یوه تشخیص شوی ده؟  
Has your child been diagnosed with any of the following rare hereditary conditions?

د فروکتوز نه زغمل

Fructose Intolerance

د سکروز-اېزومالتاز کموالی

Sucrose-Isomaltase Deficiency

د ګلوکوز-ګالاکتوز د کافي جذب نشتون

Glucose-Galactose Malabsorption

آیا د دې ماشوم مور د میندواری/ یا شیدو ورکولو پر مهال د اېنفلېکسیماب په نوم درمل کارولي دي؟

Did this child's mother take a medication called infliximab during her pregnancy and/or when breastfeeding?

په مهربانۍ سره جزئیات ورکړئ  
Please detail

آیا ستاسو ماشوم له داسې چا سره اوسېږي چې د بدن اېمني سیستم یې زیانمن/ یا کمزوری وي؟

Does your child live with anyone who is immunocompromised/has a weakened immune system?

په مهربانۍ سره جزئیات ورکړئ  
Please detail

نه پوهېږم  نه  هو  
Do not know No Yes

آیا ستاسو ماشوم د روتا وېروس واکسین ترلاسه کړی دی؟

Has your child received any rotavirus vaccine?

هغوی هر ډوز په کوم عمر کې ترلاسه کړی دی؟  
At what age did they receive each dose?

که هو، څو ډوزونه؟  
If yes, how many doses?

# د واکسیناسیون د رضایت فورم

کډوالو ماشومانو او لویانو او هغو کسانو ته د واکسین ورکولو د رضایت فورم چې د خونديتوب په لټه کې وي او د ناروغۍ د خپرېدو پر د خونديتوب په لټه کې وي

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Pashto

2.0 کڼه د 2022 کال د ډسمبر 29 مه نېټه  
Version 2.0 29 December 2022

## 3a برخه: په مهربانۍ سره دغه برخه یوازې د هغو ماشومانو لپاره بشپړه کړئ چې عمر ونه یې له 2 کلونو څخه کم وي (دوام لري) Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

دغه برخه د هغه شخص لپاره ډکه کړئ چې واکسین ترلاسه کوي (په مهربانۍ سره له لویو تورو څخه ګټه واخلي)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

د **MenC** (منګوکوک) واکسین

**MenC (meningococcal C) vaccine**

ایا ستاسو ماشوم د **MenC** واکسین ترلاسه کړی دی؟

Has your child received any MenC vaccine?

نه پوهېږم  نه  هو   
Do not know  No  Yes

هغوی هر ډوز په کوم عمر کې ترلاسه کړی دی؟  
At what age did they receive each dose?

که هو، څو ډوزونه؟

If yes, how many doses?

د **MMR** شري، اوریون او روبيلا واکسین - که چېرته **MMR** له 12 میاشتې څخه مخکې ورکړل شوی وي، باید حساب نشي، مګر دا چې د ماشوم د 1 کلنۍ له کلیزې څخه 4 ورځې مخکې ورکړل شوی وي

د **MMR** (د شري، اوریون او روبيلا) واکسین

**MMR (measles, mumps and rubella) vaccine**

ایا ستاسو ماشوم په 12 میاشتې کې یا تر هغې وروسته د **MMR** واکسین ترلاسه کړی دی؟

Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

نه پوهېږم  نه  هو   
Do not know  No  Yes

ایا ستاسو ماشوم د **MMR** واکسین د سفر/ ناروغۍ د خپرېدو د مخنیوي لپاره کړی دی؟

Has your child received MMR vaccine for travel/outbreak?

نه  هو   
No  Yes

که هو، په کوم عمر کې؟

If yes, at what age?

د **Hib/MenC** واکسین

**Hib/MenC vaccine**

ایا ستاسو ماشوم د **Hib/MenC** واکسین په 12 میاشتې کې یا تر هغې وروسته ترلاسه کړی دی؟

Has your child received Hib/MenC vaccine at 12 months or older?

نه پوهېږم  نه  هو   
Do not know  No  Yes

## 3b برخه: په مهربانۍ سره دا برخه د هغو ماشومانو لپاره بشپړه کړئ چې عمر ونه یې له 2 کلونو څخه تر >10 کلونو پورې وي Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY

یادونه: د **MenB** او **PCV13** واکسینونه په ټوله کې د هغو ماشومانو لپاره نه توصیه کېږي چې عمر ونه یې 2 کاله او تر دې لور وي

دغه برخه د هغه شخص لپاره ډکه کړئ چې واکسین ترلاسه کوي (په مهربانۍ سره له لویو تورو څخه ګټه واخلي)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

د دېفټريا، ټیتانوس، پولیو، تور ټوخي (سیاه سرفه)، د **HepB** او **Hib** واکسینونه

**Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines**

ایا ستاسو ماشوم داسې واکسینونه ترلاسه کړي دي چې په هغوی کې د دېفټريا، ټیتانوس، پولیو، تور ټوخي (سیاه سرفه)، **HepB** او **Hib** واکسینونه پکې وي؟ دا په اېرلینډ کې هغو ماشومانو ته 6-1-1 واکسین توگه په 2، 4 او 6 میاشتې کې ورکول کېږي

Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

نه پوهېږم  نه  هو   
Do not know  No  Yes

هغوی هر ډوز په کوم عمر کې ترلاسه کړی دی؟  
At what age did they receive each dose?

که هو، څو ډوزونه؟

If yes, how many doses?

د **MenC** (منګوکوک) واکسین

**MenC (meningococcal C) vaccine**

که چېرته دا یواختی واکسین وي چې نه دی ترلاسه شوی، د هېپاټېټ **B** واکسین لپاره هېڅ جبران نشته

ایا ستاسو ماشوم د **MenC** واکسین ترلاسه کړی دی؟

Has your child received any MenC vaccine?

نه پوهېږم  نه  هو   
Do not know  No  Yes

هغوی هر ډوز په کوم عمر کې ترلاسه کړی دی؟  
At what age did they receive each dose?

که هو، څو ډوزونه؟

If yes, how many doses?

# د واکسیناسیون د رضایت فورم

کډوالو ماشومانو او لویانو او هغو کسانو ته د واکسین ورکولو د رضایت فورم چې د خونديتوب په لټه کې وي او د ناروغۍ د خپرېدو پر د خونديتوب په لټه کې وي

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Pashto

2.0 ګڼه د 2022 کال د ډسمبر 29 مه نېټه  
Version 2.0 29 December 2022

## 3b برخه: په مهربانۍ سره دا برخه یوازې د هغو ماشومانو لپاره بشپړه کړئ چې عمر یې له 2 کلونو څخه تر >10 پورې وي (دوام لري)

Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY (continued)

دغه برخه د هغه شخص لپاره ډکه کړئ چې واکسین ترلاسه کوي (په مهربانۍ سره له لویو تورو څخه ګټه واخلي)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS) USE BLOCK CAPITALS

**MMR (د شري، اوربون او روبیلا) واکسین - که چېرته له 12 میاشتې څخه په کم عمر کې ورکړل شوی وي، باید حساب نشي، مګر دا چې له لومړنۍ کلېزې څخه 4 ورځې مخکې مودې په جریان کې ورکړل شوی وي**

ایا ستاسو ماشوم په 12 میاشتې کې یا تر هغې وروسته د **MMR** واکسین ترلاسه کړی دی؟  
 نه پوهېږم  نه  هو  ډی؟  
 Do not know No Yes **Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?**

که هو، څو ډوزونه؟  
 هغوی هر ډوز په کوم عمر کې ترلاسه کړی دی؟  
 At what age did they receive each dose?  
 If yes, how many doses?

**4-په-1 کې (دبفتريا، تیتانوس، د پولیو، تور ټوخي (سیاه سرفه) واکسین**

**4-in-1 (diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) vaccine**

ایا ستاسو ماشوم له څلورمې کلېزې څخه وروسته 4-په-1 کې واکسین ترلاسه کړی دی؟  
 نه  هو  ډی؟  
 No Yes **Has your child received 4-in-1 vaccine after their fourth birthday?**

ایا ستاسو ماشوم په اېرلنډ کې په کمکیو نوزېږو ماشومانو کې دی؟  
 نه  هو  ډی؟  
 No Yes **Is your child in junior infants in Ireland?**

ایا ستاسو ماشوم په اېرلنډ یا کوم بل ځای کې په لومړني ښوونځي کې کوم واکسین ترلاسه کړی دی؟  
 نه  هو  ډی؟  
 No Yes **Has your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?**

که هو، په کوم عمر کې؟  
 If yes, at what age?

## 3c برخه: په مهربانۍ سره دا برخه یوازې د هغو کسانو لپاره بشپړه کړئ چې عمر یې 10 کاله او تر دې لور وي د لویانو په ګډون

Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY

دغه برخه د هغه شخص لپاره ډکه کړئ چې واکسین ترلاسه کوي (په مهربانۍ سره له لویو تورو څخه ګټه واخلي)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

**یادونه: MenB او PCV13 واکسینونه د هغو ماشومانو لپاره نه توصیه کېږي چې عمر یې 2 کاله او تر دې پورته وي او HiB د هغو کسانو لپاره نه توصیه کېږي چې عمر یې 10 کاله او تر دې پورته وي**

دبفتريا، تیتانوس، پولیو، د تور ټوخي (سیاه سرفه) لرونکي واکسینونه **Tdap/IPV، Td/IPV، DTaP/IPV** (یوازې د جبران په موخه د هغو لپاره چې عمر یې 10-13 کاله یا تر دې لور وي که چېرته **Tdap/IPV** د لاسرسي وړ نه وي)، **[Tdap**

**Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) containing vaccines [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (only for catch-up in those aged 10-13 years old if Tdap/IPV is unavailable), Tdap]**

ایا ستاسو ماشوم د تیتانوس، دبفتريا، پولیو او تور ټوخي پر وړاندې د خونديتوب واکسینونه ترلاسه کړي دي؟ په اېرلنډ کې یې دا د 6-په-1 واکسینونو په توګه په 2، 4، 6 میاشتې کې ورکول کېږي؟  
 نه  هو  ډی؟  
 No Yes **Have you/your child received vaccines protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough? In Ireland these are given as 6-in-1 vaccines due at 2, 4, 6 months?**

که هو، څو ډوزونه؟  
 هغوی هر ډوز په کوم عمر کې ترلاسه کړی دی؟  
 At what age did they receive each dose?  
 If yes, how many doses?

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم په 4 کلنۍ یا تر دې لور عمر کې داسې واکسین ترلاسه کړی دی چې د تیتانوس، دبفتريا، پولیو او تور ټوخي (په اېرلنډ کې د 4-په-1 واکسین په توګه ورکړل شوی وي) پر وړاندې خونديتوب را منځته کوي؟  
 نه  هو  ډی؟  
 No Yes **Have you/your child received a vaccine protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough (in Ireland given as 4-in-1 vaccine) at age 4 or older?**

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم په اېرلنډ کې یا کوم بل چېرته په لومړني ښوونځي کې کوم واکسین ترلاسه کړی دی؟  
 نه  هو  ډی؟  
 No Yes **Have you/your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?**

که هو، کوم واکسین؟  
 په کوم عمر کې؟  
 At what age?  
 If yes, what vaccine?

# د واکسیناسیون د رضایت فورم

کډوالو ماشومانو او لویانو او هغو کسانو ته د واکسین ورکولو د رضایت فورم چې د خوندیتوب په لټه کې وي او د ناروغۍ د خپرېدو پر د خوندیتوب په لټه کې وي

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Pashto

2.0 کڼه د 2022 کال د ډسمبر 29 مه نېټه  
Version 2.0 29 December 2022

## 3c برخه: په مهربانۍ سره دغه برخه یوازې د هغو کسانو لپاره بشپړه کړئ چې عمرونه یې 10 کاله او تر دې لور وي (دوام لري) Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY (continued)

دغه برخه د هغه شخص لپاره ډکه کړئ چې واکسین ترلاسه کوي (په مهربانۍ سره له لویو تورو څخه کټه واخلي)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم په اېرلنډ کې یا کوم بل چېرته په لومړني ښوونځي کې یو پنځم واکسین ترلاسه کړی دی چې د تیتانوس، دېفټريا، او تور توخي (په اېرلنډ کې د Tdap په توګه ورکول کېږي) پر وړاندې خوندیتوب را منځته کوي؟

نه  هو   
No Yes

Have you/your child received a fifth vaccine protecting against tetanus, diphtheria and whooping cough (in Ireland given as Tdap) in secondary school in Ireland or elsewhere?

هغوی هر ډوز په کوم عمر کې ترلاسه کړی دی؟  
At what age did they receive each dose?

که هو، کوم واکسین؟  
If yes, what vaccine?

## د MenC (منګوکوک) واکسین

MenC (meningococcal C) vaccine

یادونه: د MenC واکسین 1 ډوز تر 23 کلونو پورې عمر لرونکو کسانو ته توصیه کېږي یوازې په هغه صورت کې چې د MenC لرونکی واکسین په 10 کلنۍ کې یا تر هغې پورته عمر کې نه وي ترلاسه شوی

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم د MenC یا MenC لرونکی کوم واکسین ترلاسه کړی دی؟  
Have you/your child received any MenC vaccine or MenC containing vaccine?

نه پوهېږم  نه  هو   
Do not know No Yes

په کومه نېټه هغوی هر ډوز ترلاسه کړ؟  
At what age did they receive each dose?

که هو، څو ډوزونه؟  
If yes, how many doses?

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم په اېرلنډ یا کوم بل چېرته په ثانوي ښوونځي کې کوم واکسین ترلاسه کړی دی؟  
Have you/your child received any vaccines in secondary school in Ireland or elsewhere?

نه  هو   
No Yes

په کوم عمر کې؟  
At what age?

که هو، کوم واکسین؟  
If yes, what vaccine?

MMR (د شري، اوربون او روبیلا) واکسین - که چېرته له 12 میاشتې څخه په کم عمر کې ورکړل شوی وي، باید حساب نشي، مګر دا چې له لومړنۍ کلزې څخه 4 ورځې مخکې مودې په جریان کې ورکړل شوی وي.

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم په 12 میاشتې یا تر دې لور عمر کې د MMR یو یا ډېر واکسینونه ترلاسه کړي دي؟  
Have you/your child received one or more MMR vaccine at 12 months or older?

نه پوهېږم  نه  هو   
Do not know No Yes

په کوم عمر کې؟  
At what age?

که هو، کوم واکسین؟  
If yes, what vaccine?

ایا تاسو/ ستاسو ماشوم مېندواره دي؟  
Are you/your child pregnant?

نه  هو   
No Yes

د MMR واکسین د مېندوارۍ پر مهال نه توصیه کېږي.  
د MMR واکسین له ترلاسه کولو څخه وروسته د یوې میاشتې لپاره باید حمل و نه خیستل شي.

# د واکسیناسیون د رضایت فورم

کډوالو ماشومانو او لویانو او هغو کسانو ته د واکسین ورکولو د رضایت فورم چې د خونديتوب په لټه کې وي او د ناروغۍ د خپرېدو پر د خونديتوب په لټه کې وي

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Pashto

2.0 ګڼه د 2022 کال د ډسمبر 29 مه نېټه  
Version 2.0 29 December 2022

## 4 مه برخه: رضایت

### Section 4: Consent

که چېرته تاسو د واکسین لپاره رضایت ورکوئ، نو دا فورم لاسلیک کوئ او په هر باکس کې د X علامه ولیکئ.  
Sign this section and put an X in each box if you give consent for vaccination.

هو، زه رضایت ورکوم چې پورته ذکر شوي شخص ته لاندې واکسینونه ورکړل شي. ستاسو واکسیناتور به درته ووايي چې کومو واکسینونو ته اړتیا ده.  
Yes, I consent to the vaccination of the above named person with the below vaccines. Your vaccinator will tell you which vaccines are needed:

<input type="checkbox"/>	<b>MenB (منګوکوک B)</b> MenB (meningococcal B)	<input type="checkbox"/>	<b>1-په-6 واکسین کې (DTaP/Hib/IPV/Hep B)</b> 6-in-1 vaccine (DTaP/Hib/IPV/Hep B)
<input type="checkbox"/>	<b>PCV (مزدوج پښوموکوکي)</b> PCV (pneumococcal conjugate)	<input type="checkbox"/>	<b>MenC (منګوکوک C)</b> MenC (meningococcal C)
<input type="checkbox"/>	<b>MMR (شری، اورین او روبیلا)</b> MMR (measles, mumps and rubella)	<input type="checkbox"/>	روتا وېروس (د روتا وېروس خوراکي واکسین) Rotavirus (rotavirus oral vaccine)
<input type="checkbox"/>	<b>4-په-1 کې (DTaP/IPV)</b> 4-in-1 (DTaP/IPV)	<input type="checkbox"/>	<b>Tdap</b> Tdap
<input type="checkbox"/>	<b>Td/IPV</b> Td/IPV	<input type="checkbox"/>	<b>Tdap/IPV</b> Tdap/IPV
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<b>Hib/MenC (هېموفیلوس انفلونزا b + منګوکوک C)</b> Hib/MenC (haemophilus influenza b + meningococcal C)

• ما هغه معلومات لوستلي دي او پرې پوهېږم چې له واکسینونو سره موجود دي، د معلومو جانبي عوارضو په ګډون.

• I have read and understand the accompanying vaccine information, including known side effects.

• زه پوهېږم چې **MMR** واکسین د مېندواړۍ پر مهال نه توصیه کېږي.

• I understand that MMR vaccine is not recommended during pregnancy.

په مهربانۍ سره لاندې مناسب باکس په نښه کوئ:

Please tick the appropriate box below:

• زه پوهېږم چې د جريان په موخه د اېرلنډ د واکسیناسیون له مهالوېش سره سم د واکسیناسیون د تطبیق اجازه ورکوم، چې کېدای شي دا لکه څرنګه چې زما واکسیناتور وویل کېدای شي دا یو واکسین وي یا د واکسین یوه دوره وي.

• I understand that I am giving consent for the administration of a catch-up schedule of vaccination in line with the Irish Immunisation Schedule, which may be for one or a course of vaccines as advised by my vaccinator.

• زه پوهېږم چې د ناروغۍ د خپرېدو په وضعیت کې د واکسین د تطبیق کولو رضایت ورکوم تر څو خپل ځان/ خپل ماشوم له داسې ناروغۍ څخه خوندي کړم چې د واکسین په وسیله د مخنیوي وړ وي.

• I understand that I am giving consent for administration of vaccines in an outbreak situation to protect me/my child from a vaccine preventable disease.

که چېرته د داسې چا لپاره لاسلیک کوئ چې عمر یې له 16 کلونو څخه کم وي

If signing for someone under 16 years

• د دې فورم په لاسلیکولو سره تاییدو چې زه د دې صلاحیت لرم تر څو د پورته ذکر شوي ماشوم لپاره رضایت ورکړم. (هغه کسان چې عمر یې 16 کاله یا تر دې لوړ وي، د قانون له مخې کولای شي چې د خپل ځان لپاره رضایت ورکړي).

• I confirm by signing this form that I am authorised to give consent on behalf of the above named child. (Those aged 16 years or older are legally entitled to consent for themselves).

د رضایت نېټه: \_\_\_\_\_ لاسلیک: \_\_\_\_\_  
Consent Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

Name of Vaccine	Date Given (DD/MM/YYYY)	Dose Number	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Injection Site

Prescriber Signature: \_\_\_\_\_

PIN/MCRN: \_\_\_\_\_

Vaccinator Signature: \_\_\_\_\_

PIN/MCRN: \_\_\_\_\_

GP Practice/HSE Clinic/Hospital Name, Address, or Stamp

\_\_\_\_\_

GP PCI Contract/PCRS ID

\_\_\_\_\_