



विमान पत्तन स्वास्थ्य संगठन, दिल्ली
पीतज्वर टीका करण के लिए सूचित सहमति का प्रारूप

1.	दिनांक	___ / ___ / 20___	
2.	नाम (बड़े अक्षर में)	उपनाम	नाम
3.	लिंग	पुरुष / महिला / ट्रांसजेंडर	
4.	जन्म की तारीख	/ /	
5.	पता (जैसा पासपोर्ट में है)		
6.	पासपोर्ट संख्या		
7.	फोन / मोबाइल नं		
8.	ईमेल आईडी		
9.	सीमैन / सीवोमन	हां / नहीं	
10.	यात्रा का देश / उद्देश्य (केवल यात्रियों के लिए लागू)		
11.	पिछले 3 महीने में टीकाकरण का विवरण (तारीख और टीके का प्रकार)		
12.	चिकित्सा इतिहास	प्रतिक्रिया: हाँ / नहीं	
i	अंडे/चिकन से एलर्जी		
ii	लीवर / किडनी की कोई बड़ी बीमारी		
iii	क्या आप स्टेरॉयड/विकिरण चिकित्सा/कैंसर उपचार (कीमोथेरेपी) के साथ दवा ले रहे हैं		
iv	कैंसर, एचआईवी, एड्स, अंग प्रत्यारोपण, डायलिसिस का कोई इतिहास		
v	स्वतः प्रतिरक्षी रोगों/थाइमस संबंधी विकारों का कोई इतिहास		
vi	अस्थमा का इतिहास		

महिला

गर्भावस्था	हां / नहीं	अंतिम माहवारी: -
------------	------------	------------------

सूचित सहमति: -

मैं पीत ज्वर टीकाकरण के लिए अपनी पूर्ण, स्वतंत्र और स्वैच्छिक सहमति देता हूं। टीकाकरण की प्रक्रिया, जोखिमों, जटिलताओं और विरोधाभासों से संबंधित सभी जानकारी मुझे प्रदान की गई है और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा मुझे समझाया भी गया है।

13. हस्ताक्षर (जैसा पासपोर्ट में है) :

(18 वर्ष से कम उम्र के नाबालिगों की ओर से अभिभावक हस्ताक्षर कर सकते हैं)

कार्यालय के उपयोग के लिए

कार्ड नंबर:

राशि: रु.

तारीख:

नोडल / चिकित्सा अधिकारी, वाई.एफ.वी.सी,

नोट: - * 60 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्ति और एक वर्ष से कम आयु के व्यक्ति में जटिलता विकसित होने का खतरा बढ़ जाता है, इसलिए उन्हें अधिकृत अस्पताल/तृतीयक देखभाल केंद्र में टीकाकरण कराने की सलाह दी जाती है।



AIRPORT HEALTH ORGANISATION, DELHI
FORMAT FOR INFORMED CONSENT FOR YELLOW FEVER VACCINATION

1	DATE	__ / __ / 20 __	
2	NAME (IN CAPITAL LETTERS)	SURNAME	GIVEN NAME
3	SEX	MALE / FEMALE/ TRANSGENDER	
4	DATE OF BIRTH	/ /	
5	ADDRESS (AS IN THE PASSPORT)		
6	PASSPORT NO		
7	PHONE / MOBILE NO		
8	E - mail id		
9	SEAMAN / SEAWOMAN	YES / NO	
10	COUNTRY OF TRAVEL / PURPOSE (APPLICABLE ONLY FOR PASSENGERS)		
11	LAST VACCINATION DETAILS (DATE AND TYPE OF VACCINE) Last 3 months		
12	MEDICAL HISTORY	RESPONSE: YES / NO	
i.	ALLERGY TO EGG/CHICKEN		
ii.	ANY MAJOR LIVER/KIDNEY DISEASE		
iii.	ARE YOU ON MEDICATION WITH STEROIDS/RADIATION THERAPY/CANCER TREATMENT(CHEMOTHERAPY)		
iv.	ANY HISTORY OF CANCER, HIV/AIDS, ORGAN TRANSPLANTATION, DIALYSIS		
v.	ANY HISTROY OF AUTO IMMUNE DISEASES/THYMUS RELATED DISORDERS		
vi.	HISTORY OF ASTHMA		

FEMALE

PREGNANCY	YES / NO	LAST MENSTRUAL PERIOD: -
-----------	----------	--------------------------

Informed Consent: -

I hereby, giving my full, free & voluntary consent for yellow fever vaccination. All information related to the procedure, risks, complications & contradictions of vaccination has been provided to me and also explained to me by the health care provider in the language I can understand.

13.SIGNATURE (AS IN THE PASSPORT):
(MOTHER CAN SIGN ON BEHALF OF MINORS BELOW 18 YEARS)

FOR OFFICE USE ONLY

CARD NO:
AMOUNT: RS.
DATE:

NODAL / MEDICAL OFFICER, YFVC,

Note: - * Person of age above 60 years and age below one year carry increased risk of developing complication, hence they are advised to undergo vaccination at authorized hospital / tertiary care center.