

# ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਸੂਚੀ ਕੋਵਿਡ -19 ਟੀਕੇ ਲਈ



## ਟੀਕੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ:

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਗੇ ਕਿ, ਕੋਈ ਕਾਰਨ ਹੈ ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੱਜ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ ਨਹੀਂ ਲਗਵਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।

ਉਮਰ \_\_\_\_\_

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ “ਹਾਂ” ਵਿੱਚ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸਦਾ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਮਤਲਬ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀਕਾ ਨਹੀਂ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਹੋਰ ਵੀ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਸਪਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਕ ਨੂੰ ਇਸਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹੋ।

ਪਤਾ  
ਨਹੀਂ  
ਨ  
ਹਾਂ  
ਗੀ

1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅੱਜ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?			
2. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕਾ ਲਗਾ ਹੈ?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾ ਸੀ?                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ਫਾਈਜ਼ਰ</li> <li><input type="checkbox"/> ਮਾਡਰਨਾ</li> <li><input type="checkbox"/> ਜਾਨਸਨ (ਜਾਨਸਨ ਐਂਡ ਜਾਨਸਨ)</li> <li><input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ ਉਤਪਾਦ _____</li> </ul> </li> </ul>			
<p>3. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਅਲਰਜੀ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆ ਹੋਈ ਹੈ:</p> <p>(ਇਹ ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਅਲਰਜੀ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆ ਹੋਵੇਗੀ [ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਐਨਾਫਾਈਲੈਕਸਿਸ] ਜਿਸਨੂੰ ਐਪੀਨੇਫਰੀਨ ਜਾਂ EpiPen® ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪਈ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣਾ ਪਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ 4 ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਈ ਨਾਲ ਛਪਾਕੀ, ਸੋਜਸ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਪ੍ਰਸ਼ਾਨੀ, ਘਰਘਰਾਉਣ ਵਾਲੀ ਅਲਰਜੀ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ਕੋਵਿਡ -19 ਟੀਕੇ ਦਾ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>ਪੋਲੀਥੀਲੀਨ ਗਲਾਈਕੋਲ (PEG) ਜੋ ਕੁਝ ਦਵਾਈਆਂ ਵਿੱਚ ਪਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜੁਲਾਬ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਕੋਲਨੋਸਕੋਪੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਤਿਆਰੀਆਂ</li> <li>ਪੋਲੀਸਰਬੇਟ, ਜੋ ਕੁਝ ਵੈਕਸੀਨਾਂ, ਫਿਲਮੀ ਕੋਟਡ ਗੋਲੀਆਂ, ਅਤੇ ਨਸ ਰਾਹੀਂ ਸਟੀਰੋਇਡ ਦਵਾਈਆਂ ਵਿੱਚ ਪਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।</li> </ul> </li> <li>ਕੋਵਿਡ 19 ਟੀਕਾ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਖੁਰਾਕ।</li> <li>ਵੈਕਸੀਨ ਜਾਂ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲੀ ਥੋਰੇਪੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਅੰਸ਼ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿੰਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਵਿਡ 19 ਟੀਕਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਭਾਗ ਨੇ ਤੁਰੰਤ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆ ਦਿੱਤੀ ਸੀ।</li> </ul>			
<p>4. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਟੀਕੇ ਤੋਂ (ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ) ਜਾਂ ਕੋਈ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਤੋਂ ਅਲਰਜੀ ਹੋ ?</p> <p>(ਇਹ ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਅਲਰਜੀ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆ ਹੋਵੇਗੀ [ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਐਨਾਫਾਈਲੈਕਸਿਸ] ਜਿਸਨੂੰ ਐਪੀਨੇਫਰੀਨ ਜਾਂ EpiPen® ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪਈ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਣਾ ਪਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ 4 ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਈ ਨਾਲ ਛਪਾਕੀ, ਸੋਜਸ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਪ੍ਰਸ਼ਾਨੀ, ਘਰਘਰਾਉਣ ਵਾਲੀ ਅਲਰਜੀ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।)</p>			
<p>5. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਵੀ , ਕੋਵਿਡ-19 ਟੀਕੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਤੋਂ ਯਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਵਰਗੀ ਦਵਾਈ ਤੋਂ ਗੰਭੀਰ ਅਲਰਜੀ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਤੀਕ੍ਰਿਆ ਹੋਈ ਹੈ ? (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਐਨਾਫਾਈਲੈਕਸਿਸ). ਇਸ ਵਿੱਚ ਭੋਜਨ, ਪਾਲਤੂ ਜਾਨਵਰ, ਜ਼ਹਿਰ, ਵਾਤਾਵਰਣਕ ਜਾਂ ਮੂੰਹ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਅਲਰਜੀ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ।</p>			

6. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 14 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਟੀਕਾ ਲਗਾ ਹੈ?			
7. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕਦੇ ਵੀ ਕੋਵਿਡ-19 ਵਾਸਤੇ ਪਾਜੇਟਿਵ ਟੈਸਟ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਦੱਸਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਵਿਡ-19 ਹੋਇਆ ਸੀ?			
8. ਕੀ ਕੋਵਿਡ-19 ਇਲਾਜ ਵਾਸਤੇ ਤੁਸੀਂ ਪੈਸਿਵ ਐਂਟੀਬਾਡੀ ਥੈਰੇਪੀ (ਮੋਨੋਕਲੋਨਲ ਐਂਟੀਬਾਡੀਜ਼ ਜਾਂ ਕੰਵਲੇਸੈਂਟ ਸੀਰਮ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ?			
9. ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ, HIV ਦੀ ਲਾਗ ਯਾ ਕੈਂਸਰ ਕਰਕੇ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਹੈ ? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਤਾ-ਦਬਾਅ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਾਵਾਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ?			
10. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਵਗਣ ਦਾ ਵਿਕਾਰ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?			
11. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਜਾਂ ਦੁੱਧ ਚੁੰਘਾ ਰਹੇ ਹੋ?			
12. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਡਰਮਲ ਫਿਲਰ ਹਨ?			

**ਦੁਆਰਾ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫਾਰਮ**

**ਮਿਤੀ**

03/15/2021 CS321629-E

ਟੀਕਾਕਰਨ ਐਕਸ਼ਨ ਗੱਠਜੋੜ (IAC) ਸਕੀਨਿੰਗ ਚੈਕਲਿਸਟ ਦੀ ਪ੍ਰਸ਼ੰਸਾ ਦੇ ਨਾਲ ਅਨੁਕੂਲ