



NODAL YFVC DETAILS

YELLOW FEVER VACCINATION CONSENT FORM

1	DATE, തീയതി	__ / __ / 20 __	
2	NAME (IN CAPITAL LETTERS)	SURNAME	GIVEN NAME
3	SEX	MALE / FEMALE / TRANSGENDER	
4	DATE OF BIRTH, ജനന തീയതി	/ /	AGE, വയസ്സ്:
5	ADDRESS, വിലാസം (AS IN THE PASSPORT) (പാസ്പോർട്ടിലെ പോലെ)		
6	PASSPORT NO, പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ		
7	PHONE / MOBILE NO, ഫോൺ നമ്പർ		
8	E - mail id, ഇ-മെയിൽ ഐഡി		
9	SEAMAN / SEAWOMAN	YES / NO	
10	COUNTRY OF TRAVEL, സന്ദർശിക്കുന്ന രാജ്യം: (APPLICABLE ONLY FOR PASSENGERS)		
	PURPOSE OF VISIT: സന്ദർശനത്തിന്റെ ഉദ്ദേശ്യം:		
11	LAST VACCINATION DETAILS (DATE AND TYPE OF VACCINE) Last 3 months, (അവസാന വാക്സിനേഷൻ വിശദാംശങ്ങൾ (വാക്സിന്റെ തീയതിയും തരവും)		
12	MEDICAL HISTORY	RESPONSE: YES / NO	
i.	ALLERGY TO EGG/CHICKEN: മുട്ട / ചിക്കൻ ഇവ കഴിക്കുമ്പോൾ അലർജി ഉണ്ടാവാറുണ്ടോ?		
ii.	ANY MAJOR LIVER/KIDNEY DISEASE, ഏതെങ്കിലും ഗുരുതര കരൾ / വൃക്ക രോഗം ഉണ്ടോ?		
iii.	ARE YOU ON MEDICATION WITH STEROIDS/RADIATION THERAPY/CANCER TREATMENT(CHEMOTHERAPY), TREATMENT ASSOCIATED WITH ORGAN TRANSPLANTATION / സ്റ്റീറോയിഡ് മരുന്നുകൾ / റേഡിയേഷൻ ചികിത്സ / ക്യാൻസറിനുള്ള ചികിത്സ (കീമോതെറാപ്പി), അവയവമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള മരുന്നുകൾ - തുടങ്ങിയവ കഴിക്കുന്നുണ്ടോ ?		
iv.	ANY HISTORY OF CANCER, HIV/AIDS, DIALYSIS, നിങ്ങൾക്ക് കാൻസർ, എച്ച്ഐവി / എയ്ഡ്സ്, എന്നിവ ഉണ്ടോ? / ഉണ്ടായിരുന്നോ?		
v.	ANY HISTORY OF AUTO IMMUNE DISEASES/THYMUS RELATED DISORDERS, നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും ഓട്ടോ ഇമ്മ്യൂൺ രോഗങ്ങൾ / തൈമസ് സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങൾ ഉണ്ടോ?		
vi.	HISTORY OF ASTHMA, നിങ്ങൾക്ക് ആസ്മ ഉണ്ടോ?		
13	DO YOU REQUIRE ORAL POLIO VACCINE (OPV)? നിങ്ങൾക്ക് ഓറൽ പോളിയോ വാക്സിൻ (OPV) ആവശ്യമുണ്ടോ?		

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 & contraindication of vaccination has been provided to me and also explained to me by the health care provider. in the language I can understand. / മഞ്ഞപ്പനി വാക്സിനേഷനുള്ള എന്റെ പൂർണ്ണവും സ്വമേധയാ ഉള്ളതുമായ സമ്മതം ഞാൻ ഇതിനാൽ നൽകുന്നു. വാക്സിനേഷന്റെ നടപടിക്രമങ്ങൾ, അപകടസാധ്യതകൾ, സങ്കീർണതകൾ, വിപരീതഫലങ്ങൾ എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ വിവരങ്ങളും ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ ദാതാവ് എന്നിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ എന്നോട് വിശദീകരിച്ചു നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

13. SIGNATURE (AS IN THE PASSPORT) / ഒപ്പ് (പാസ്പോർട്ടിലെ പോലെ):
(MOTHER CAN SIGN ON BEHALF OF MINORS BELOW 18 YEARS) /
(18 വയസ്സിന് താഴെയുള്ള പ്രായപൂർത്തിയാകാത്തവർക്ക് വേണ്ടി അമ്മയ്ക്ക് ഒപ്പിടാം)

FOR OFFICE USE ONLY

CARD NO:
AMOUNT: RS.
DATE:

NODAL 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.*