



GOVT. OF INDIA

PORT HEALTH ORGANISATION  
W/ISLAND, KOCHI-Ph-0484 2666060

AIRPORT HEALTH ORGANISATION  
CIAL, NEDUMBASSERY-Ph-0484-2610255

**INFORMED CONSENT FOR YELLOW FEVER VACCINATION**

1	DATE തീയതി	__ / __ / 20 __	
2	NAME (IN CAPITAL LETTERS)	SURNAME	GIVEN NAME
3	SEX	MALE / FEMALE/ TRANSGENDER/ OTHERS	
4	AGE & DATE OF BIRTH വയസ്സ്, ജനന തീയതി	/ /	
5	FULL 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	COUNTRY OF TRAVEL സന്ദർശിക്കുന്ന രാജ്യം:	/	
10	PURPOSE OF VISIT സന്ദർശനത്തിന്റെ ഉദ്ദേശ്യം:	JOB (ജോലി)/ SEA-MAN / SEA-WOMAN / EDUCATION (വിദ്യാഭ്യാസം)/ TOURIST/ DEPENDANT (eg. Family)/ OTHERS (Specify)_____	
11	LAST VACCINATION DETAILS (DATE AND TYPE OF VACCINE) അവസാന വാക്സിനേഷൻ വിശദാംശങ്ങൾ (വാക്സിന്റെ തീയതിയും തരവും);		
	Within last 3 months eg. MMR/ Typhoid/ Cholera/ Chicken pox/ OPV കഴിഞ്ഞ 3 മാസത്തിനുള്ളിൽ		
12	MEDICAL HISTORY	RESPONSE: YES / NO	
i.	ALLERGY TO EGG/ CHICKEN/ GELATIN മുട്ട / ചിക്കൻ ഇവ കഴിക്കുമ്പോൾ അലർജി ഉണ്ടാവാറുണ്ടോ?		
ii.	ANY DRUG ALLERGY/ FOOD ALLERGY ഏതെങ്കിലും മരുന്ന് അലർജി / ഭക്ഷണ അലർജി		
iii.	ANY MAJOR LIVER/ KIDNEY DISEASE ഏതെങ്കിലും ഗുരുതര കരൾ / വൃക്ക രോഗം ഉണ്ടോ?		
iv.	ARE YOU ON MEDICATION WITH STEROIDS/ RADIATION THERAPY/CANCER TREATMENT(CHEMOTHERAPY) സ്റ്റിറോയിഡ് മരുന്നുകൾ / റേഡിയേഷൻ ചികിത്സ / ക്യാൻസറിനുള്ള ചികിത്സ (കീമോതെറാപ്പി), അവയവമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള മരുന്നുകൾ - തുടങ്ങിയവ കഴിക്കുന്നുണ്ടോ ?		
v.	ANY HISTORY OF CANCER, HIV/AIDS, ORGAN TRANSPLANTATION, DIALYSIS നിങ്ങൾക്ക് കാൻസർ, എച്ച്ഐവി / എയ്ഡ്സ്, എനിവ ഉണ്ടോ? / ഉണ്ടായിരുന്നോ? നിങ്ങൾ ഡയാലിസിസ് ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ ?		
vi.	ANY HISTORY OF AUTO IMMUNE DISEASES/THYMUS RELATED DISORDERS/ ANY OTHER IMMUNODEFICIENCY CONDITION നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും ഓട്ടോ ഇമ്മ്യൂൺ രോഗങ്ങൾ / മൈമസ് സംബന്ധമായ അസുഖങ്ങൾ ഉണ്ടോ?		
vii.	HISTORY OF ASTHMA/ALLERGIC SKIN DISEASES , നിങ്ങൾക്ക് ആസ്തമ/ ചർമ്മത്തിലെ അലർജി ഉണ്ടോ?		
13.	<b><u>FOR FEMALE</u></b>	YES / NO	LAST MENSTRUAL PERIOD:
i.	PREGNANCY നിങ്ങൾ ഗർഭിണിയാണോ		
ii.	DO YOU HAVE A BABY BELOW 9 MONTHS WHO IS BREAST- FED ? നിങ്ങൾക്ക് മുലപ്പാൽ കുടിക്കുന്ന 9 മാസത്തിൽ താഴെയുള്ള കുഞ്ഞ് ഉണ്ടോ ?	YES / NO	

14. DO YOU REQUIRE ORAL POLIO VACCINE (OPV)? നിങ്ങൾക്ക് ഓറൽ പോളിയോ വാക്സിൻ (OPV) ആവശ്യമുണ്ടോ?	YES/ NO
--	---------

**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. / മത്തെപ്പനി 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.

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)

**Please read Carefully.**

- Please try to reach vaccination centre before 9.30.AM
- Only vaccinee is allowed inside the vaccination hall. However, in case of exceptions such as senior citizen/physically challenged/illiterate/minor vaccinees one person from the family may be allowed to accompany inside the vaccination hall.
- Rs. 300/- only is to be paid as service charge in cash
- Take care of your belongings inside the vaccination hall
- Keep your mobile silent mode and keep silence inside the vaccination hall.
- The copy of the valid passport needs to be furnished at vaccination centre for verification.
- Passenger can leave the vaccination centre after 30 minutes of observation after vaccination.

**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.**