



भारत सरकार / GOVERNMENT OF INDIA
 स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय / MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE
 स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय / DIRECTORATE GENERAL OF HEALTH SERVICES
 पत्तन स्वास्थ्य संगठन / PORT HEALTH ORGANISATION
 विलिंग्डन आईलैंड कोचिन-682009 / WILLINGDON ISLAND COCHIN-682009
 फ़ोन:-0484-2666060/Phone:-0484-2666060
 ई-मेल - pho.cochin-dghs@gov.in/ E-mail - pho.cochin-dghs@gov.in

മഞ്ഞപ്പനി (Yellow Fever) ക്ഷൈതിരെ പ്രതിരോധ കുത്തിവെയ്പ്പെടുക്കുന്നതിനുള്ള സമ്മതപത്രം

പേര് (പാസ്‌പോർട്ടിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്നത്) :-		
ജനനത്തീയതി:	പ്രായം:	ലിംഗം: സ്ത്രീ <input type="checkbox"/> പുരുഷൻ <input type="checkbox"/> ട്രാൻസ് ജെൻഡർ <input type="checkbox"/>
പാസ്‌പോർട്ട് നമ്പർ:		
പുർണ മേൽവിലാസം: (പാസ്‌പോർട്ടിൽ രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കുന്നത്)		
ഫോൺ നമ്പർ & ഇ മെയിൽ വിലാസം:		
സന്ദർശിക്കുന്ന രാജ്യം / സന്ദർശനോദ്ദേശം:		വിനോദം <input type="checkbox"/> വിദ്യാഭ്യാസം <input type="checkbox"/> ജോലി <input type="checkbox"/> നാവികൻ <input type="checkbox"/> നാവിക
ആഹാരക്രമം:		സസ്യഭുക്ക് <input type="checkbox"/> മാംസഭുക്ക് <input type="checkbox"/>

	ആരോഗ്യവിവരങ്ങൾ	ഉണ്ട് / ഇല്ല
i	മുട്ട, ചിക്കൻ എന്നീ ഭക്ഷ്യ സാധനങ്ങളോടോ മറ്റേതെങ്കിലും ഭക്ഷ്യവസ്തുക്കളോടോ അലർജി ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ ?	
ii	മരുന്നുകളോടോ പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പുകളോടോ അലർജിയുണ്ടോ ?	
iii	വലിവ് (asthma), അലർജി മൂലമുള്ള ചർമ്മ രോഗങ്ങൾ, മറ്റെന്തെങ്കിലും അലർജികൾ ഉണ്ടോ ?	
iv	ഏതെങ്കിലും രോഗത്തിന് ഇപ്പോൾ മരുന്ന് കഴിക്കുന്നുണ്ടോ ? ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദമാക്കുക.	
v	ഏതെങ്കിലും സ്റ്റിറോയ്ഡ്സ് (steroid)/ റേഡിയേഷൻ ചികിത്സ/ കീമോതെറാപ്പി എന്നീ ചികിത്സകൾ ഇപ്പോൾ തുടരുന്നുണ്ടോ ?	
vi	താഴെപ്പറയുന്ന രോഗവിവരങ്ങൾ a) എച്ച്.ഐ.വി (എയ്ഡ്സ്) / (HIV/ AIDS) b) പ്രതിരോധശേഷിക്കുറവ് (immunodeficiency) c) അവയവമാറ്റം / ഡയാലിസിസ് / സ്വയം പ്രതിരോധരോഗങ്ങൾ (auto immune disease) d) തൈമസ് ക്രമക്കേടുകൾ (Thymus disorders)	
vii	കഴിഞ്ഞ 28 ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ എടുത്തിട്ടുള്ള പ്രതിരോധ കുത്തിവെയ്പ്പിന്റെ വിശദാംശങ്ങൾ. (MMR / ടൈഫോയ്ഡ് / കോളറ / ചിക്കൻപോക്സ് / OPV / Hep . A)	
viii	താങ്കൾക്ക് ഓറൽ പോളിയോ വാക്സിൻ (OPV) ആവശ്യമുണ്ടോ ? (നെഞ്ചിരിയ, കാമറൂൺ, കെനിയ, സോമാലിയ, അഫ്ഗാനിസ്ഥാൻ, പാക്കിസ്ഥാൻ, എത്യോപ്യ, സിറിയ എന്നീ രാജ്യങ്ങൾ സന്ദർശിക്കുന്നവർക്കു വേണ്ടി)	
ix	12 മാസത്തിൽ താഴെ പ്രായമുള്ള കുട്ടി ആണോ ?	
	സ്ത്രീകൾക്കു വേണ്ടി മാത്രം	
x	താങ്കൾ ഗർഭിണിയാണോ ?	
xi	താങ്കൾ മുലയൂട്ടുന്ന അമ്മയാണോ ?	

കുത്തിവെയ്പ്പിന്റെ നടപടിക്രമങ്ങൾ, അപകടസാധ്യത, ദോഷഫലങ്ങൾ, അതിനോടനുബന്ധിച്ചുള്ള മറ്റു വിവരങ്ങൾ ഡ്യൂട്ടി ഡോക്ടർ എന്നിക്ക് വായിക്കാൻ തരുകയും, എനിക്ക് മനസ്സിലാകുന്ന ഭാഷയിൽ പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കിത്തരുകയും ചെയ്തിരിക്കുന്നു. ആയതിനാൽ ഈ കുത്തിവെയ്പ്പ് എടുക്കുവാൻ എന്റെ സ്വതന്ത്രമായ, പൂർണ്ണ സമ്മതം ഞാൻ ഇതിനാൽ രേഖപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

യാത്രക്കാരന്റെ പേരും ഒപ്പും :
 തീയതി : -----

പ്രധാനപ്പെട്ട വിവരങ്ങൾ:

- രാവിലെ 9.30-ന് മുമ്പ് കുത്തിവെയ്പ്പ് കേന്ദ്രത്തിൽ എത്താൻ ശ്രമിക്കുക.
- മഞ്ഞപ്പനി വാക്സിനേഷൻ ചാർജ്ജ് 300 രൂപയാണ്.
- കൈവശമുള്ള മൊബൈൽ ഫോണുകൾ നിശബ്ദമായിരിക്കുവാൻ (silent mode) ശ്രദ്ധിക്കുകയും കേന്ദ്രത്തിനുള്ളിൽ നിശബ്ദത പാലിക്കേണ്ടതുമാണ്
- സാധുവായ പാസ്‌പോർട്ട് കുത്തിവയ്പ്പ് കേന്ദ്രത്തിൽ പരിശോധനക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്
- പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പിനു ശേഷം 30 മിനിറ്റ് നിരീക്ഷണസമയം കഴിഞ്ഞു മാത്രമേ അപേക്ഷകർ കേന്ദ്രം വിട്ട് പുറത്തു പോകുവാൻ പാടുള്ളൂ
- 60 വയസിനു മുകളിൽ പ്രായമുള്ള യാത്രക്കാരൻ ഇതു കൂടാതെ ഒരു ഹൈറിസ്ക് (high risk) സമ്മതപത്രം കൂടി മഞ്ഞപ്പനി പ്രതിരോധ കുത്തിവയ്പ്പിനു വേണ്ടി നൽകേണ്ടതാണ്

പോർട്ട് ഹെൽത്ത് ഓഫീസർ
 പോർട്ട് ഹെൽത്ത് ഓർഗനൈസേഷൻ, കൊച്ചി