

**DICHIARAZIONE di CONSENSO INFORMATO****කැමැත්ත ප්‍රකාශ කිරීම**

Nome e Cognome del vaccinando .....  
 එන්නත ලබන්නාගේ නම හා වාසගම

Nato/a ..... il .../.../...  
 උපන් ස්ථානය දිනය

**In caso di minore (dati identificativi dei genitori )**

බාලවයස්කාරයෙක් නම් (දෙමව්පියන්ගේ විස්තර)

Padre (Nome e Cognome): ..... nato a ..... il .../.../...  
 පියා (නම හා වාසගම) උපන් ස්ථානය දිනය

Madre (Nome e Cognome) : ..... nata a ..... il .../.../...  
 මව (නම හා වාසගම) උපන් ස්ථානය දිනය

**In caso di soggetto incapace:**

ස්වයං නිර්ණා ගැනීමට නොහැකි පුද්ගලයෙක් නම්:

Rappresentante Legale (tutore o altro):..... nato/a a ..... il .../.../...  
 වෙනුවෙන් පෙනී සිටින නිවැරදි (හෝ වෙනත් බලයලත් අයෙක්) උපන් ස්ථානය දිනය

Identificato tramite ..... rilasciato da ..... il .....  
 හඳුනාගැනීමේ ක්‍රමය නිකුත් කළ ස්ථානය දිනය

   sottoscritt/..... consapevole delle responsabilità e  
 delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti  
 falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione  
 di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

ඉහත නම සඳහන් මම.....සාවද්‍ය තොරතුරු  
 සැපයීමෙන් හා/හෝ අසත්‍ය ප්‍රකාශ සඳහන් කිරීමෙන් D.P.R.445/2000 නීතියේ 76 වෙනි වගන්තිය යටතේ  
 වරදකරු විය හැකි බව අවබෝධයෙන් යුතු බවත්,

**DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

වගකීමෙන් යුතුව ප්‍රකාශ කර සිටින්නේ:

**di aver ricevuto** tramite මා තොරතුරු ලද මාර්ග

- materiale informativo (anche multilingue) specifico sull'argomento che mi è stato preventivamente consegnato e di cui ho compreso il contenuto;
- මා වෙත කළින් සැපයූ අදාළ මාතෘකාව පිළිබඳ සවිස්තරාත්මක කරුණු (විවිධ භාෂාවෙන්) අවබෝධ වූ බවත්,
- colloquio con un medico/operatore sanitario: වෛද්‍යවරයෙක්/සෞඛ්‍ය නිලධාරියෙක් සමඟ සාකච්ඡා කිරීමෙන්

**un'informazione comprensibile, adeguata ed esauriente:**

අදාළ තොරතුරු තේරුම් ගත හැකි අයුරින් පහත සඳහන්” දෑ විස්තර කෙරේ:

- sulla **modalità di effettuazione** della/e vaccinazione/i e la **via di somministrazione** del/i vaccino/i;

එන්නත/එන්නත් ලබා දෙන පිළිවෙල හා එන්නත ගර්ථගත කරන ක්‍රමය

- sui **vantaggi**, il **grado di efficacia** della vaccinazione nonché sulle **possibili conseguenze sanitarie** derivanti dalla mancata vaccinazione;

ඉන් අන්වන වාසි හා ප්‍රතිලාභ මෙන්ම එන්නත ලබා නොගැනීමෙන් විය හැකි සෞඛ්‍ය ගැටළු

- sulle **condizioni morbose** che costituiscono controindicazione alla vaccinazione;

එන්නත ලබා නොගැනීමට බල පෑ හැකි වෙනත් සෞඛ්‍ය තත්වයන්

- sugli eventuali **effetti collaterali** della/e vaccinazione/i e probabilità del loro verificarsi, nonché sulle modalità di loro trattamento;

මතු විය හැකි අතුරු ආබාධ හා එවැනි වටෙක ගත හැකි ක්‍රියාමාර්ග හා පිළිවෙත්

- sulla possibilità di richiedere, in qualsiasi momento, un ulteriore **colloquio** per poter acquisire ulteriori informazioni;

අවශ්‍ය වූ ඕනෑම විටෙක, සවිස්තරාත්මක දැනුම ලබා ගැනීමට සාකච්ඡාවක් ලබා ගැනීමට හැකි වීම;

➤ sulla possibilità di **revocare** il presente consenso in qualsiasi momento, con conseguente mancata o ridotta protezione nei confronti della/e malattia/e per cui si vaccina;  
තමන් ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන එන්නතෙන් අදාළ ආරක්ෂාව නොලැබේ හෝ අවම යැයි සිතනු විටෙක මෙම කැමැත්ත ප්‍රකාශය ඉල්ලා අස් කරගැනීමට හැකි වීම;

**di essere stato invitata/o a trattenere** il minore vaccinato/trattenermi presso l'Ambulatorio per i **venti minuti successivi** alla somministrazione, per eventuali interventi del personale medico in presenza di reazioni da ipersensibilità da vaccini;  
එන්නත ලබා ගැනීමෙන් අනතුරුව විනිනාඩි 20 ක කාලයක් එම සායනයේ රැඳී සිටීමට පවසන්නේ යම් හදිසි තත්වයක් ඇති වුවහොත් වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා දීම පිණිස බවත්;

☐ **di aver riferito corrette informazioni** sul mio stato di salute/sullo stato di salute del vaccinando;  
මාගේ/එන්නත ලබන්නාගේ සෞඛ්‍යය පිළිබඳව නිවැරදි තොරතුරු සැපයූ බවත්;

☐ **di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore** il quale, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, è stato da me personalmente informato della necessità di esecuzione della procedura vaccinale;

මේ අවස්ථාවේ නොපැමිණි මගේ මව හෝ පියා හට එන්නත ලබා ගැනීමේ අවශ්‍යතාවය මවසින් පැහැදිලි කළ බවත්;

☐ **di esercitare da solo/a la potestà genitoriale**, ai sensi della normativa vigente;  
පිළිගත් ආකාරයට තනි කැමැත්තට/දෙමව්පියන්ගේ අවසරය මත;

e quindi di **ACCETTARE le seguenti vaccinazioni**  
පහත සඳහන් එන්නත් ලබා ගැනීමට කැමැත්ත ප්‍රකාශ කරමි

- ☐ **Esavalente** \_\_\_\_\_  
ත්‍රිත්ව එන්නත ඇතුළු තව එන්නත් තුනක්
- ☐ **Anti Difterite-Tetano** \_\_\_\_\_  
ගලපටලය - පිටගැස්ම වැළැක්වීමට
- ☐ **Anti Difterite-Tetano-Pertosse-Poliomielite** \_\_\_\_\_  
ගලපටලය- පිටගැස්ම- කක්කල් කැස්ස- පෝලියෝ වැළැක්වීමට
- ☐ **Anti Morbillo-Parotite- Rosolia** \_\_\_\_\_  
පර්මන් සරම්ප- සරම්ප-කම්මුල්ගාය වැළැක්වීමට
- ☐ **Antimeningococco** \_\_\_\_\_  
මෙනින්ජයිටිස් වැළැක්වීමට
- ☐ **Antipneumococco** \_\_\_\_\_  
නියුමෝනියාව වැළැක්වීමට
- ☐ **Anti Papilloma Virus** \_\_\_\_\_  
ගබගෙළ පිළිකා සාධක වෛරස් වැළැක්වීමට
- ☐ **Altre (comprese le eventuali vaccinazioni singole già incluse in esavalente)** \_\_\_\_\_

අනිකුත් (පළමුවෙන් සඳහන් කළ බහු එන්නතේ අඩංගු සියලු එන්නත් ඇතුළුව)

**Firma del vaccinando/del genitore/del legale rappresentante**

එන්නත ලබන්නාගේ/දෙමව්පියන්ගේ/නියෝජිතයාගේ අත්සන

.....

## Informativa

සැලකිය යුතුයි

Io sottoscritto dichiaro di aver fornito informazioni sulla/i vaccinazione/i accettata/e dal vaccinando, attraverso COLLOQUIO INFORMATIVO e DOCUMENTAZIONE SPECIFICA ovvero SCHEDA INFORMATIVA MULTILINGUE.

පහත නම සඳහන් මවසින් එන්නත ලබන්නා හට එම එන්නත/එන්නත් පිළිබඳව දැන ගත යුතු අදාළ සියලුම තොරතුරු සාකච්ඡා කිරීමෙන් හා විවිධ භාෂාවෙන් පරිවර්ථනය කළ පත්‍රිකා මගින් දැනුවත් කළෙමි.

Per la/le vaccinazione/i proposta/e, sono state affrontate le tematiche relative alle rispettive patologie, ai vaccini utilizzati e alle modalità e sede di somministrazione, ai rischi e conseguenze della mancata

vaccinazione, alle controindicazioni e ai possibili effetti collaterali.

යෝජනා කළ එන්නතට අදාළව ඒ පිළිබඳව පවතින රෝග ලක්ෂණ, හා ව්‍යාධිකරණ එන්නත් හා එය ලබා දෙන පිළිවෙල හා

ස්ථානය, එන්නත් නොකළ යුතු අවස්ථා හා එමගින් ඇති විය හැකි අතුරු ආබාධ තත්ත්වයන් තේරුම් කළෙමි.

Ho inoltre preso atto che le informazioni fornite sono state recepite dall'utente.

එමෙන්ම සැපයූ සියලු තොරතුරු ලෙස තේරුම් ගෙන ඇති බව අවබෝධ විය.

**Timbro e Firma del Medico/dell'operatore sanitario**

වෛද්‍යවරයාගේ/සෞඛ්‍ය නිලධාරීගේ මුද්‍රාව හා අත්සන

.....

Centro Vaccinale di

ස්ථානය \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

දිනය