

ANAMNESI PRE-VACCINALE

اردو / Urdu

حفاظتی ٹیکہ جات کی سابقہ روداد

- ☐ Esavalente ☐ MPR ☐ IPV ☐ DTP ☐ DT ☐ Ep. B ☐ Meningococco
☐ Pneumococco ☐ Ep. A ☐ Influenzale ☐ Varicella ☐ Altro _____

Unità Operativa di _____ آپریٹو یونٹ بمقام:

Ambulatorio di _____ کلینک بمقام:

Data ____/____/____ تاریخ: ____/____/____

Vaccinando

حفاظتی ٹیکے لگوانے والا :

Cognome e Nome _____ nato a _____ il ____/____/____

_____ / _____ / _____ تاریخ پیدائش _____ جائے پیدائش _____ فیملی نام اور نام۔

1) Oggi il vaccinando sta bene ? (1) آج حفاظتی ٹیکے لگوانے والا ٹھیک ہے ؟	<input type="checkbox"/> si ہاں	<input type="checkbox"/> no نہیں
2) Ha o ha avuto convulsioni o malattie neurologiche? (2) کیا یہ تشنج یا اعصابی امراض میں مبتلا ہے یا ہوا تھا ؟	<input type="checkbox"/> no نہیں	<input type="checkbox"/> si ہاں
Se si, il quadro neurologico è stabilizzato? اگر ہوا ہے تو کیا اعصابی جدول مرتب ہوا ہے ؟	<input type="checkbox"/> no نہیں	<input type="checkbox"/> si ہاں
3) Ha o ha avuto disturbi del sistema immunitario (es. da immunodeficienze congenite, linfomi o altre patologie tumorali, infezione da HIV ecc.) (3) اگر اسے نظام معنوں کے متعلق کوئی شکایت ہے یا تھی (مثلاً پیدائشی مرض، لینفو میا، یا دیگر سرطانی امراض، HIV انسان میں معنوی وائرس کا انفیکشن وغیرہ۔)	<input type="checkbox"/> no نہیں	<input type="checkbox"/> si ہاں

<p>4) Negli ultimi 3 mesi è stato trattato con:</p> <p>4) گزشتہ تین ماہ سے کیا کیا علاج:</p> <p><input type="checkbox"/> Cortisonici per via sistemica <input type="checkbox"/> دوا بذریعہ ہارمون (کارتیزون)</p> <p><input type="checkbox"/> Farmaci antineoplastici <input type="checkbox"/> اینٹی سرطان کی ادویات</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia radiante <input type="checkbox"/> شعاعوں کے ذریعہ علاج</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>نہیں ہاں</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>نہیں ہاں</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>نہیں ہاں</p>
<p>5) Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue (trasfusioni o immunoglobuline)?</p> <p>5) اگر آخری سال میں خون لگایا گیا ہو (مثلاً انتقال خون یا ہیموگلوبولین)؟</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>نہیں ہاں</p>
<p>6) E' allergico a qualche alimento, farmaco o vaccino?</p> <p>6) اگر اسے کسی غذا، دوائی یا ویکسین سے الرجک ہے؟</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>نہیں ہاں</p>
<p>Se si, specificare se ha avuto reazioni anafilattiche a vaccini o a componenti degli stessi</p> <p>اگر ہے، تو واضح کریں کہ اگر اسے ویکسین سے ذود حسیانہ رد عمل ہوا تھا یا اسکی مناسبت کا رد عمل؟</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>نہیں ہاں</p>
<p>7) Ha avuto reazioni dopo precedenti vaccinazioni?</p> <p>7) آیا گزشتہ لگائے گئے حفاظتی ٹیکے سے یہ کسی رد عمل کا شکار ہوا تھا؟</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>نہیں ہاں</p>
<p>8) (Per le ragazze/donne). E' possibile che sia in gravidanza o lo possa essere nel prossimo mese?</p> <p>8) (لڑکیوں/عورتوں کیلئے) اگر حاملہ ہیں تو ممکن ہے یا پھر آئندہ ماہ میں بھی لگوا سکتی ہیں؟</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</p> <p>نہیں ہاں</p>
<p>Notizie fornite dal Sig. _____ : معلومات فراہم کی گئیں بذریعہ محترم :</p> <p>Firma _____ دستخط</p>	
<p>Note</p> <p>نوٹ</p>	
<p>Firma e timbro del medico/operatore sanitario</p> <p>دستخط اور مہر ڈاکٹر / آپریٹر ادارہء صحت :</p>	