



Albanian

Formulari i pëlqimit për imunizimin

Formulari i pëlqimit për t'u ofruar vaksinimin plotësues fëmijëve dhe refugjatëve të rritur dhe aplikantëve që kërkojnë mbrojtje dhe në rast të shpërthimit të një sëmundjeje

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Versioni 2.0 29 dhjetor 2022
Version 2.0 29 December 2022

Deklarata e privatësisë: Stafi i HSE-së është në dijeni të detyrimit të tij sipas Akteve për Mbrojtjen e të Dhënave, 1988-2018 (përfshirë Rregulloren e Përgjithshme për Mbrojtjen e të Dhënave - GDPR). Informacioni i dhënë do të përfshihet në një bazë të dhënash për imunizimin. HSE do ta përdorë këtë informacion për të verifikuar klientët, për të monitoruar programet e vaksinimit dhe për të ofruar kujdesin shëndetësor.

Ju lutemi vini re se vetëm një prind ose kujdestar ligjor mund të japë pëlqimin ose ta refuzojë dhënien e pëlqimit për të rinjtë nën 16 vjeç. Lexoni më shumë rreth dhënies së pëlqimit në faqen e internetit të HSE-së në <https://bit.ly/ConsentU16>. Të rinjtë e moshës 16 vjeç e lart kanë të drejtë ligjore të japin pëlqimin për veten e tyre.

Seksioni 1: Detajet personale

Section 1: Personal Details

Plotësoni këtë pjesë për personin që do të vaksinohet (PËRDORNI GERMA TË MËDHA)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

ID e klientit të HSE:
HSE Client ID:

Numri Personal i Shërbimit Publik (PPSN):
Personal Public Service Number (PPSN):

Emri:
First name:

Mbiemri (mbiemri i familjes):
Surname (Family Name):

Data e lindjes:
Date of Birth:

Gjinia:
Gender:

Mashkull
Male

Femër
Female

Adresa (në Irlandë):
Address (in Ireland):

Qarku:
County:

Eircode:
Eircode:

Numri i telefonit celular:
Mobile Phone Number:

Adresa e emailit:
Email Address:

Nëse 15 vjeç ose më i ri, ju lutemi plotësoni sa vijon
If 15 years or younger please complete the following

Mbiemri i nënës
në lindje:
Mother's Surname
at Birth:

Data e lindjes
së nënës:
Mothers Date
of Birth:

Ju lutemi plotësoni seksionin 2 **DHE**

Plotësoni

- Seksionin 3a nëse po jepni pëlqimin për një fëmijë nën 2 vjeç
- Seksionin 3b nëse po jepni pëlqimin për një fëmijë të moshës 2 - 10 vjeç
- Seksionin 3c nëse po jepni pëlqimin për dikë që është 10 vjeç e lart (ose nëse po jepni pëlqimin për veten tuaj)

DHE Plotësoni seksionin 4 për të dhënë pëlqimin për vaksinimin.



Albanian

Formulari i pëlqimit për imunizimin

Formulari i pëlqimit për t'u ofruar vaksinimin plotësues fëmijëve dhe refugjatëve të rritur dhe aplikantëve që kërkojnë mbrojtje dhe në rast të shpërthimit të një sëmundjeje

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Versioni 2.0 29 dhjetor 2022
Version 2.0 29 December 2022

Seksioni 2: Ju lutemi përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme me një përgjigje Po ose Jo Section 2: Please answer the following questions with a yes or no answer

Plotësoni këtë pjesë për personin që do të vaksinohet (PËRDORNI GERMA TË MËDHA)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

A keni pasur ju/fëmija juaj ndonjë sëmundje të rëndë?
Have you/your child had any serious illness?

Po
Yes

Jo
No

Ju lutemi
jepni detaje
Please detail

A keni pasur ndonjëherë ju/fëmija juaj ndonjë reaksion të rëndë ndaj diçkaje, duke përfshirë ilaçet apo vaksinat? (Përfshirë anafilaksinë)
Have you/your child ever had a severe reaction to anything including medication or vaccines? (Including anaphylaxis)

Po
Yes

Jo
No

Ju lutemi
jepni detaje
Please detail

A keni pasur ju/fëmija juaj ndonjë sëmundje ose gjendje që rrit rrezikun e gjakderdhjes?
Have you/your child had any illness or condition that increases risk of bleeding?

Po
Yes

Jo
No

Ju lutemi
jepni detaje
Please detail

A keni marrë ju/fëmija juaj ndonjë vaksinë në 6 muajt e fundit?
Have you/your child received any vaccines in the past 6 months?

Po
Yes

Jo
No

Ju lutemi
jepni detaje
Please detail

Seksioni 3a: Ju lutemi plotësoni këtë seksion VETËM për fëmijët nën 2 vjeç Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY

Plotësoni këtë pjesë për personin që do të vaksinohet (PËRDORNI GERMA TË MËDHA)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaksinat e difterisë, tetanozit, poliomielitit, pertusis (kolla e mirë), HepB dhe Hib
Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

A ka marrë fëmija juaj vakcina që përmbajnë difterinë, tetanozin, poliomielitin, pertusis (kolla e mirë), HepB dhe Hib? Në Irlandë, kjo jepet si vaksinë 6-në-1 në moshën 2, 4 dhe 6 muaj
Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland, this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, sa doza?
If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka marrë secilën dozë?
At what age did they receive each dose?

Nuk ka asnjë vaksinë plotësuese për hepatitin B nëse kjo është e vetmja vaksinë që nuk është marrë

Vaksina MenB (meningokoku B)
MenB (meningococcal B) vaccine

A ka pasur ndonjëherë fëmija juaj anafilaksi (reaksion alergjik i rëndë) ndaj lateksit?
Has your child ever had anaphylaxis (severe allergic reaction) to latex?

Po
Yes

Jo
No

A ka marrë fëmija juaj ndonjë vaksinë MenB?
Has your child received any MenB vaccine?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, sa doza?
If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka marrë secilën dozë?
At what age did they receive each dose?



Albanian

Formulari i pëlqimit për imunizimin

Formulari i pëlqimit për t'u ofruar vaksinimin plotësues fëmijëve dhe refugjatëve të rritur dhe aplikantëve që kërkojnë mbrojtje dhe në rast të shpërthimit të një sëmundjeje

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Versioni 2.0 29 dhjetor 2022
Version 2.0 29 December 2022

Seksioni 3a: Ju lutemi plotësoni këtë seksion VETËM për fëmijët nën 2 vjeç (vazhdim)

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

Plotësoni këtë pjesë për personin që do të vaksinohet (PËRDORNI GERMA TË MËDHA)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaksina PCV13 (pneumokoku)

PCV13 (pneumococcal) vaccine

A ka marrë fëmija juaj ndonjë vaksinë PCV13?

Has your child received any PCV13 vaccine?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, sa doza?

If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka

marrë secilën dozë?

At what age did they

receive each dose?

Vaksina e rotavirusit (NUK rekomandohet në 8 muaj 0 ditësh ose pas)

Rotavirus vaccine (NOT recommended on or after 8 months 0 days old)

A ka fëmija juaj diarje apo të vjella në këtë moment?

Does your child have diarrhoea or vomiting at the moment?

Po
Yes

Jo
No

A është diagnostikuar fëmija juaj me një gjendje të quajtur intussusception?

Has your child been diagnosed with a condition called intussusception?

Po
Yes

Jo
No

A ka lindur fëmija juaj me një anomalë të zorrëve (p.sh., divertikuliti i Meckel-it)?

Was your child born with an abnormality of the gut (e.g., Meckel's diverticulum)?

Po
Yes

Jo
No

Ju lutemi
jepni detaje

Please detail

A është diagnostikuar fëmija juaj me një gjendje të quajtur Imunodeficienca e Kombinuar e Rëndë (SCID)?

Has your child been diagnosed with a condition called Severe Combined Immunodeficiency (SCID)?

Po
Yes

Jo
No

A është diagnostikuar fëmija juaj me ndonjë nga kushtet e rralla të trashëgueshme të mëposhtme?

Has your child been diagnosed with any of the following rare hereditary conditions?

Intoleranca ndaj fruktozës

Fructose Intolerance

Deficienca e sukrozë-izomaltazës

Sucrose-Isomaltase Deficiency

Keqpërthithja e glukozë-galaktozës

Glucose-Galactose Malabsorption

A ka marrë nëna e këtij fëmije një mjekim të quajtur infliximab gjatë shtatzënisë së saj dhe/ose ushqyerjes me gji?

Did this child's mother take a medication called infliximab during her pregnancy and/or when breastfeeding?

Ju lutemi
jepni detaje

Please detail

A jeton fëmija juaj me dikë që është person i imunokompromentuar/ka një sistem imunitar të dobësuar?

Does your child live with anyone who is immunocompromised/has a weakened immune system?

Ju lutemi
jepni detaje

Please detail

A ka marrë fëmija juaj ndonjë vaksinë rotavirusi?

Has your child received any rotavirus vaccine?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, sa doza?

If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka

marrë secilën dozë?

At what age did they receive

each dose?



Albanian

Formulari i pëlqimit për imunizimin

Formulari i pëlqimit për t'u ofruar vaksinimin plotësues fëmijëve dhe refugjatëve të rritur dhe aplikantëve që kërkojnë mbrojtje dhe në rast të shpërthimit të një sëmundjeje

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Versioni 2.0 29 dhjetor 2022
Version 2.0 29 December 2022

Seksioni 3a: Ju lutemi plotësoni këtë seksion VETËM për fëmijët nën 2 vjeç (vazhdim)

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

Plotësoni këtë pjesë për personin që do të vaksinohet (PËRDORNI GERMA TË MËDHA)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaksina MenC (meningokoku C) MenC (meningococcal C) vaccine

A ka marrë fëmija juaj ndonjë vaksinë MenC?
Has your child received any MenC vaccine?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, sa doza?
If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka marrë
secilën dozë?
At what age did they
receive each dose?

Vaksina MMR kundër fruthit, shytave dhe rubeolës – Nuk duhet të llogaritet nëse MMR është dhënë nën moshën 12 muaj përveç nëse është dhënë brenda 4 ditëve përpara datëlindjes së 1-rë të fëmijës

Vaksina MMR (fruthi, shytat dhe rubeola) MMR (measles, mumps and rubella) vaccine

A ka marrë fëmija juaj vaksinën MMR në moshën 12 muaj ose më i madh?
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

A ka marrë fëmija juaj vaksinë MMR për udhëtim/shpërthim sëmundjeje?
Has your child received MMR vaccine for travel/outbreak?

Po
Yes

Jo
No

Nëse po, në
çfarë moshe?
If yes, at what age?

Vaksina Hib/MenC Hib/MenC vaccine

A ka marrë fëmija juaj vaksinën Hib/MenC në moshën 12 muaj ose më i madh?
Has your child received Hib/MenC vaccine at 12 months or older?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Seksioni 3b: Ju lutemi plotësoni këtë seksion VETËM për fëmijët nga 2 vjeç deri në <10 vjeç

Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY

Shënim: Vaksinat MenB dhe PCV13 në përgjithësi NUK rekomandohen për fëmijët e moshës 2 vjeç e lart

Plotësoni këtë pjesë për personin që do të vaksinohet (PËRDORNI GERMA TË MËDHA)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaksinat e difterisë, tetanozit, poliomielitit, pertusis (kolla e mirë), HepB dhe Hib Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

A ka marrë fëmija juaj vaksina që përmbajnë difterinë, tetanozin, poliomielitin, pertusis (kolla e mirë), HepB dhe Hib? Në Irlandë, kjo jepet si vaksinë 6-në-1 në moshën 2, 4 dhe 6 muaj

Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, sa doza?
If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka
marrë secilën dozë?
At what age did they receive
each dose?

Vaksina MenC (meningokoku C) MenC (meningococcal C) vaccine

Nuk ka asnjë vaksinë plotësuese për hepatitin B nëse kjo është e vetmja vaksinë që nuk është marrë

A ka marrë fëmija juaj ndonjë vaksinë MenC?
Has your child received any MenC vaccine?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, sa doza?
If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka
marrë secilën dozë?
At what age did they
receive each dose?



Albanian

Formulari i pëlqimit për imunizimin

Formulari i pëlqimit për t'u ofruar vaksinimin plotësues fëmijëve dhe refugjatëve të rritur dhe aplikantëve që kërkojnë mbrojtje dhe në rast të shpërthimit të një sëmundjeje

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Versioni 2.0 29 dhjetor 2022
Version 2.0 29 December 2022

Seksioni 3b: Ju lutemi plotësoni këtë seksion VETËM për fëmijët nga 2 vjeç deri në <10 vjeç (vazhdim) Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY (continued)

Plotësoni këtë pjesë për personin që do të vaksinohet (PËRDORNI GERMA TË MËDHA)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaksina MMR (fruthi, shytat dhe rubeola) – Nuk duhet të llogaritet nëse është dhënë nën moshën 12 muaj përveç nëse është dhënë brenda 4 ditëve përpara datëlindjes së 1-rë

A ka marrë fëmija juaj vaksinën MMR në moshën 12 muaj ose më i madh?
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, sa doza?
If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka marrë secilën dozë?
At what age did they receive each dose?

**Vaksina 4-në-1 (difteria, tetanozi, poliomieliti, pertusis (kolla e mirë)
4-in-1 (diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) vaccine**

A ka marrë fëmija juaj vaksinë 4-në-1 pas datëlindjes së tij të katërt?
Has your child received 4-in-1 vaccine after their fourth birthday?

Po
Yes

Jo
No

A është fëmija juaj në foshnjat e vogla në Irlandë?
Is your child in junior infants in Ireland?

Po
Yes

Jo
No

A ka marrë fëmija juaj ndonjë vaksinë në shkollën fillore në Irlandë apo diku tjetër?
Has your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?

Po
Yes

Jo
No

Nëse po, në çfarë moshe?
If yes, at what age?

Seksioni 3c: Ju lutemi plotësoni këtë seksion VETËM për personat e moshës 10 vjeç e lart, duke përfshirë të rriturit Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY

Plotësoni këtë pjesë për personin që do të vaksinohet (PËRDORNI GERMA TË MËDHA)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Shënim: Vaksinat MenB dhe PCV13 NUK rekomandohen për fëmijët e moshës 2 vjeç e lart dhe vakcina HiB nuk rekomandohet për 10 vjeç e lart

Vaksinat që përmbajnë difterinë, tetanozin, poliomielitin, pertusis (kolla e mirë) [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (vetëm për plotësim në personat e moshës 10-13 vjeç, nëse Tdap/IPV nuk disponohet), Tdap]
Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) containing vaccines [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (only for catch-up in those aged 10-13 years old if Tdap/IPV is unavailable), Tdap]

A keni marrë ju/fëmija juaj vakcina që mbrojnë kundër tetanozit, difterisë, poliomielitit dhe kollës së mirë? Në Irlandë këto jepen si vakcina 6-në-1 që bëhen në moshën 2, 4, 6 muaj.
Have you/your child received vaccines protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough? In Ireland these are given as 6-in-1 vaccines due at 2, 4, 6 months?

Po
Yes

Jo
No

Nëse po, sa doza?
If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka marrë secilën dozë?
At what age did they receive each dose?

A keni marrë ju/fëmija juaj një vaksinë që mbron kundër tetanozit, difterisë, poliomielitit dhe kollës së mirë në moshën 4 vjeç e lart (që në Irlandë jepet si vaksinë 4-në-1)?
Have you/your child received a vaccine protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough (in Ireland given as 4-in-1 vaccine) at age 4 or older?

Po
Yes

Jo
No

A keni marrë ju/fëmija juaj ndonjë vaksinë në shkollën fillore në Irlandë apo diku tjetër?
Have you/your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?

Po
Yes

Jo
No

Nëse po, çfarë vaccine?
If yes, what vaccine?

Në çfarë moshe??
At what age??



Albanian

Formulari i pëlqimit për imunizimin

Formulari i pëlqimit për t'u ofruar vaksinimin plotësues fëmijëve dhe refugjatëve të rritur dhe aplikantëve që kërkojnë mbrojtje dhe në rast të shpërthimit të një sëmundjeje

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Versioni 2.0 29 dhjetor 2022
Version 2.0 29 December 2022

Seksioni 3c: Ju lutemi plotësoni këtë seksion VETËM për personat e moshës 10 vjeç e lart, duke përfshirë të rriturit (vazhdim) Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY (continued)

Plotësoni këtë pjesë për personin që do të vaksinohet (PËRDORNI GERMA TË MËDHA)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

A keni marrë ju/fëmija juaj një vaksinë të pestë që mbron kundër tetanozit, difterisë dhe kollës së mirë (që në Irlandë jepet si Tdap) në shkollë të mesme në Irlandë apo diku tjetër?
Have you/your child received a fifth vaccine protecting against tetanus, diphtheria and whooping cough (in Ireland given as Tdap) in secondary school in Ireland or elsewhere?

Po
Yes

Jo
No

Nëse po, çfarë vaccine?
If yes, what vaccine?

Në çfarë moshe e ka marrë secilën dozë?
At what age did they receive each dose?

Vaksina MenC (meningokoku C)
MenC (meningococcal C) vaccine

Shënim: 1 dozë MenC rekomandohet deri në moshën 23 vjeç VETËM nëse një vaksinë që përmban MenC nuk është marrë në moshën 10 vjeç e lart

A keni marrë ju/fëmija juaj ndonjë vaksinë MenC ose vaksinë që përmban MenC?
Have you/your child received any MenC vaccine or MenC containing vaccine?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, sa doza?
If yes, how many doses?

Në çfarë moshe e ka marrë secilën dozë?
At what age did they receive each dose?

A keni marrë ju/fëmija juaj ndonjë vaksinë në shkollë të mesme në Irlandë apo diku tjetër?
Have you/your child received any MenC vaccine or MenC containing vaccine?

Po
Yes

Jo
No

Nëse po, çfarë vaccine?
If yes, how many doses?

Në çfarë moshe?
At what age did they receive each dose?

Vaksina MMR (fruthi, shytat dhe rubeola) – Nuk duhet të llogaritet nëse është dhënë nën moshën 12 muaj përveç nëse është dhënë brenda 4 ditëve përpara datëlindjes së 1-rë.

A keni marrë ju/fëmija juaj një ose më shumë vaksina MMR në moshën 12 muaj e lart?
Have you/your child received one or more MMR vaccine at 12 months or older?

Po
Yes

Jo
No

Nuk e di
Do not know

Nëse po, çfarë vaccine?
If yes, what vaccine?

Në çfarë moshe?
At what age?

A jeni ju/fëmija juaj shtatzënë?
Are you/your child pregnant?

Po
Yes

Jo
No

**Vaksina MMR nuk rekomandohet në shtatzëni.
Shtatzënia duhet të shmanget për një muaj pas marrjes së vaksinës MMR.**



Albanian

Formulari i pëlqimit për imunizimin

Formulari i pëlqimit për t'u ofruar vaksinimin plotësues fëmijëve dhe refugjatëve të rritur dhe aplikantëve që kërkojnë mbrojtje dhe në rast të shpërthimit të një sëmundjeje

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Versioni 2.0 29 dhjetor 2022
Version 2.0 29 December 2022

Seksioni 4: Dhënia e pëlqimit Section 4: Consent

Nënshkruani këtë seksion dhe vendosni një X në secilën kuti nëse jepni pëlqimin për vaksinimin.
Sign this section and put an X in each box if you give consent for vaccination.

Po, unë pranoj vaksinimin e personit të lartpërmendur me vaksinat e mëposhtme. Vaksinuesi juaj do t'ju tregojë se cilat vaksinat nevojiten:

Yes, I consent to the vaccination of the above named person with the below vaccines. Your vaccinator will tell you which vaccines are needed:

Vaksina 6-në-1 (DTaP/Hib/IPV/Hep B)
6-in-1 vaccine (DTaP/Hib/IPV/Hep B)

MenC (meningokoku B)
MenC (meningococcal C)

Rotavirusi (vaksina orale e rotavirusit)
Rotavirus (rotavirus oral vaccine)

Tdap
Tdap

Tdap/IPV
Tdap/IPV

Hib/MenC (haemophilus influenza b + meningokoku C)
Hib/MenC (haemophilus influenza b + meningococcal C)

MenB (meningokoku B)
MenB (meningococcal B)

PCV (konjugat pneumokoku)
PCV (pneumococcal conjugate)

MMR (fruthi, shytat dhe rubeola)
MMR (measles, mumps and rubella)

4-në-1 (DTap/IPV)
4-in-1 (DTap/IPV)

Td/IPV
Td/IPV

- Unë kam lexuar dhe kuptuar informacionin shoqërues të vaksinës, duke përfshirë efektet anësore të njohura.
- I have read and understand the accompanying vaccine information, including known side effects.
- Unë e kuptoj që vaksinat MMR nuk rekomandohet gjatë shtatzënisë.
- I understand that MMR vaccine is not recommended during pregnancy.

Ju lutemi shënoni kutinë e duhur më poshtë:
Please tick the appropriate box below:

- Unë e kuptoj që po jap pëlqimin për administrimin e një kalendari plotësues vaksinimi në përputhje me kalendarin irlandez të imunizimit, që mund të jetë për një vaksinë apo për një seri vaksinash, sipas këshillës nga vaksinuesi im.
- I understand that I am giving consent for the administration of a catch-up schedule of vaccination in line with the Irish Immunisation Schedule, which may be for one or a course of vaccines as advised by my vaccinator.
- Unë e kuptoj që po jap pëlqimin për administrimin e vaksinave në rast të situatës së shpërthimit të një sëmundjeje, për të mbrojtur veten/fëmijën tim nga një sëmundje që parandalohet me vaksinë.
- I understand that I am giving consent for administration of vaccines in an outbreak situation to protect me/my child from a vaccine preventable disease.

Nëse nënshkruani për dikë nën 16 vjeç
If signing for someone under 16 years

- Me nënshkrimin e këtij formulari unë konfirmoj se jam i/e autorizuar të jap pëlqimin në emër të fëmijës së përmendur më lart. (Personat e moshës 16 vjeç e lart kanë të drejtë ligjore të japin pëlqimin për veten e tyre).
- I confirm by signing this form that I am authorised to give consent on behalf of the above named child. (Those aged 16 years or older are legally entitled to consent for themselves).

Nënshkrimi:
Signature:

Data e dhënies
së pëlqimit:
Consent Date:

FOR OFFICE USE ONLY

Name of Vaccine	Date Given (DD/MM/YYYY)	Dose Number	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Injection Site

Prescriber
Signature:

PIN/MCRN:

Vaccinator
Signature:

PIN/MCRN:

GP Practice/HSE Clinic/Hospital Name, Address, or Stamp

GP PCI Contract/PCRS ID