

# فرم رضایت معافیت

فرم رضایت برای پیشنهاد به پناهجویان اطفال و بزرگسال و افرادی که درخواست محافظت کرده اند دریافت واکسینا دریافت کنند و در حالت شیوع بیماری  
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Dari

Version 2.0 29 December 2022 / نسخه 2.0 29 دسامبر 2022

**بیانیه محرمانه:** کارمندان HSE از تعهدات خود تحت قانون محافظت از معلومات آگاه هستند 2018-1988 (از جمله GDPR). معلومات ارائه گشته در پایگاه داده معافیت گنجانده می شود. HSE این معلومات را استفاده می کند برای صلاحیت مراجعین، کنترل برنامه های واکسین کردن و ارائه مراقبت صحی.

لطفا توجه کنید که تنها والدین یا سرپرست قانونی می تواند برای فرد جوان کمتر از 16 سال توافق کنید یا آنرا انکار کند. لطفا در وبسایت HSE بیشتر درباره رضایت بخوانید <https://bit.ly/ConsentU16>. فرد کمتر از 16 سال یا بزرگتر از نظر قانون واجد رضایت دادن برای خود هستند.

## بخش 1: معلومات شخصی Section 1: Personal Details

این بخش را برای افرادی که واکسین گرفته اند پر کنید (لطفا از حرف بزرگ استفاده کنید)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

هویت مراجعه کننده HSE:  
HSE Client ID

شماره خدمات عمومی فرد (PPSN):  
Personal Public Service Number (PPSN)

نام:  
First name

نام مستعار (نام خانوادگی/شهرت):  
Surname (Family Name)

تاریخ تولد:  
Date of Birth

جنسیت: ☐ زن Female ☐ مرد Male

درس (در ایرلندی):  
Address (in Ireland)

کشور:  
County

ایرکود:  
Eircode

نمبر تلفون:  
Mobile Phone Number

درس ایمیل:  
Email Address

اگر عمرتان 15 سال یا کمتر است لطفا موارد زیر را پر کنید  
If 15 years or younger please complete the following

نام خانوادگی مادر هنگام ولادت:  
Mother's Surname at Birth

تاریخ تولد مادران:  
Mothers Date of Birth

لطفا بخش 2 را کامل کنید

پر کنید

- بخش 3a اگر شما رضایت می دهید برای طفلی کمتر از 2 سال
  - بخش 3b اگر برای طفل 2 تا 10 ساله رضایت می دهید
  - بخش 3c اگر شما رضایت می دهید برای طفلی که 10 سال دارد یا بزرگتر (با شما خودتان موافقت می کنید)
- و بخش 4 را کامل کنید تا موافقت برای واکسین به شما داده شود.

# فرم رضایت معافیت



Dari

فرم رضایت برای پیشنهاد به پناهجویان اطفال و بزرگسال و افرادی که درخواست محافظت کرده‌اند دریافت واکسینا دریافت کنند و در حالت شیوع بیماری  
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Version 2.0 29 December 2022 / نسخه 2.0 29 دسامبر 2022

## بخش 2: لطفاً پرسشهای زیر را با پاسخ بلی یا خیر پاسخ دهید Section 2: Please answer the following questions with a yes or no answer

این بخش را برای افرادی که واکسین گرفته‌اند پر کنید (لطفاً از حرف بزرگ استفاده کنید)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

آیا/طفل شما بیماری جدی داشته است؟  
Have you/your child had any serious illness?

لطفاً جزئیات ارائه کنید  
Please detail

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

آیا شما/طفل شما تاکنون پاسخی جدی به هر چیزی از جمله تداوی یا واکسین داده است؟ (از جمله آنافیلاکسی)  
Have you/your child ever had a severe reaction to anything including medication or vaccines?  
(Including anaphylaxis)

لطفاً جزئیات ارائه کنید  
Please detail

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

آیا شما/طفل شما هرگونه بیماری یا وضعیتی داشته که خطر خونریزی را افزون دهد؟  
Have you/your child had any illness or condition that increases risk of bleeding?

لطفاً جزئیات ارائه کنید  
Please detail

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

آیا شما/طفل شما هیچگونه واکسین در 6 ماه گذشته دریافت کرده‌است؟  
Have you/your child received any vaccines in the past 6 months?

لطفاً جزئیات ارائه کنید  
Please detail

## بخش 3a: لطفاً این بخش را صرفاً برای اطفال کمتر از 2 سال پر کنید Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY

این بخش را برای افرادی که واکسین گرفته‌اند پر کنید (لطفاً از حرف بزرگ استفاده کنید)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

واکسین‌های دیفتیری، کزاز، فلج اطفال، سیاه سرفه (سیاه سرفه)، هیپاتیت بی و Hib  
Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

☐ نمی‌دانم  
Do not know

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

آیا شما واکسین دیفتیری، کزاز، فلج اطفال، سیاه سرفه (سیاه سرفه)، هیپاتیت بی و Hib را دریافت کرده‌است؟ در ایرلند، این بعنوان واکسینهای 6-در-1 در 2، 4، 6 ماهه داده می‌شود  
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

آنها در چه عمر هر دوز را دریافت کردند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بلی است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

هیچ دریافتی برای هیپاتیت بی نیوست اگر این تنها واکسین دریافت شده نباشد

واکسین MenB (مننژیکوک B)  
MenB (meningococcal B) vaccine

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

آیا طفل شما تاکنون آنافیلاکسی (پاسخ حساسیت جدی) به لاتکس داشته است؟  
Has your child ever had anaphylaxis (severe allergic reaction) to latex?

☐ نمی‌دانم  
Do not know

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

آیا طفل شما واکسین MenB را دریافت کرده است؟  
Has your child received any MenB vaccine?

آنها در چه عمر دوز را در چه عمر دریافت کرده‌اند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بلی است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

# فرم رضایت معافیت

فرم رضایت برای پیشنهاد به پناهجویان اطفال و بزرگسال و افرادی که درخواست محافظت کرده‌اند دریافت واکسینا را دریافت کنند و در حالت شیوع بیماری  
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Dari

نسخه 2.0 29 دیسمبر 2022 / Version 2.0 29 December 2022

## بخش 3a: لطفاً این بخش را برای اطفال صرفاً کمتر از 2 سال پر کند (ادامه‌دار) Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

این بخش را برای افرادی که واکسین گرفته‌اند پر کنید (لطفاً از حرف بزرگ استفاده کنید)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

### واکسین PCV13 (سینه‌پهلو) PCV13 (pneumococcal) vaccine

آیا طفل شما هرگونه واکسین PCV13 را دریافت کرده است؟  
Has your child received any PCV13 vaccine?

☐ بله  
Yes  
☐ خیر  
No  
☐ نمی‌دانم  
Do not know

آنها هر دوز را در چه عمر دریافت کرده‌اند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بله است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

واکسین روتاویروس (در 8 ماه و 0 روز یا پس از آن توصیه نمی‌شود)  
Rotavirus vaccine (NOT recommended on or after 8 months 0 days old)

آیا طفل شما اکنون اسهال یا هراسیدن دارد؟  
Does your child have diarrhoea or vomiting at the moment?

☐ بله  
Yes  
☐ خیر  
No

آیا طفل شما تشخیص شده است که وضعیتی به نام درخودگیری داشته باشد؟  
Has your child been diagnosed with a condition called intussusception?

☐ بله  
Yes  
☐ خیر  
No

آیا طفل شما با ناهنجاری روده (مثلاً دیورتیکول مکل) به دنیا آمد؟  
Was your child born with an abnormality of the gut (e.g., Meckel's diverticulum)?

☐ بله  
Yes  
☐ خیر  
No

لطفاً جزئیات ارائه کنید  
Please detail

آیا طفل شما تشخیص شد که وضعیتی به نام اثر جدی نقص ترکیبی دارد؟  
Has your child been diagnosed with a condition called Severe Combined Immunodeficiency (SCID)?

☐ بله  
Yes  
☐ خیر  
No

آیا طفل شما تشخیص شد که وضعیتهای ارثی نادر زیر را دارد؟  
Has your child been diagnosed with any of the following rare hereditary conditions?

عدم تحمل فروکتوز  
Fructose Intolerance

کمبود ساکارز-ایزومالتاز  
Sucrose-Isomaltase Deficiency

سوء جذب گلوکز-گالاکتوز  
Glucose-Galactose Malabsorption

آیا مادر طفل دارویی به نام اینفلیکسیمب در دوران بارداری و/یا شیردهی مصرف می‌کرد؟  
Did this child's mother take a medication called infliximab during her pregnancy and/or when breastfeeding?

لطفاً جزئیات ارائه کنید  
Please detail

آیا طفل شما با کسی زندگی می‌کند که نقص ایمنی دارد/سیستم ایمنی ضعیفی داشته باشد؟  
Does your child live with anyone who is immunocompromised/has a weakened immune system?

لطفاً جزئیات ارائه کنید  
Please detail

آیا طفل شما واکسین روتاویروس دریافت کرده است؟  
Has your child received any rotavirus vaccine?

☐ بله  
Yes  
☐ خیر  
No  
☐ نمی‌دانم  
Do not know

آنها هر دوز را در چه عمر دریافت کرده‌اند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بله است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

# فرم رضایت معافیت



Dari

فرم رضایت برای پیشنهاد به پناهجویان اطفال و بزرگسال و افرادی که درخواست محافظت کرده‌اند دریافت واکسینا را دریافت کنند و در حالت شیوع بیماری  
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

نسخه 2.0 29 دسامبر 2022 / Version 2.0 29 December 2022

## بخش 3a: لطفا این بخش را برای اطفال صرفا کمتر از 2 سال پر کند (ادامه‌دار) Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

این بخش را برای افرادی که واکسین گرفته‌اند پر کنید (لطفا از حرف بزرگ استفاده کنید)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

### واکسین MenC (مننژیکوک C) MenC (meningococcal C) vaccine

آیا طفل شما هرگونه واکسین MenC را دریافت کرده است؟  
Has your child received any MenC vaccine?

☐ بله Yes  
☐ خیر No  
☐ نمی‌دانم Do not know

آنها هر دوز را در چه عمر دریافت کرده‌اند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بله است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

واکسین MMR سرخکان، اوریون و سرخچه - اگر MMR کمتر از 12 ماهگی تزریق شده باشد، نباید شمارش شود، مگر اینکه ظرف 4 روز قبل از تولد 1 سالگی طفل تزریق شده باشد

### واکسین MMR (سرخکان، اوریون، سرخچه) MMR (measles, mumps and rubella) vaccine

آیا طفل شما در 12 ماهگی یا بیشتر واکسین MMR را دریافت کرده است؟  
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

☐ بله Yes  
☐ خیر No  
☐ نمی‌دانم Do not know

آیا طفل شما واکسین MMR را برای سفر/شیوع دریافت کرده است؟  
Has your child received MMR vaccine for travel/outbreak?

☐ بله Yes  
☐ خیر No

اگر پاسخ بله است، در چه عمر؟  
If yes, at what age?

### واکسین Hib/MenC Hib/MenC vaccine

آیا طفل شما در 12 ماه گذشته یا بیشتر واکسین Hib/MenC را دریافت کرده است؟  
Has your child received Hib/MenC vaccine at 12 months or older?

☐ بله Yes  
☐ خیر No  
☐ نمی‌دانم Do not know

## بخش 3b: لطفا این بخش را فقط برای اطفال 2 سال تا کمتر از 10 سال پر کنید Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY

ملاحظه: واکسین‌های MenB and PCV13 بصورت عمومی برای اطفال 2 سال یا بیشتر پیشنهاد نمی‌شود

این بخش را برای افرادی که واکسین گرفته‌اند پر کنید (لطفا از حرف بزرگ استفاده کنید)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

### واکسین‌های دیفتیری، کزاز، فلج اطفال، سیاه سرفه (سیاه سرفه)، هپاتیت بی و Hib Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

آیا شما واکسین دیفتیری، کزاز، فلج اطفال، سیاه سرفه (سیاه سرفه)، هپاتیت بی و Hib را دریافت کرده است؟ در ایرلند این به عنوان واکسین 6-در-1 در 6، 4، 2 ماه داده می‌شود  
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

☐ بله Yes  
☐ خیر No  
☐ نمی‌دانم Do not know

آنها هر دوز را در چه عمر دریافت کرده‌اند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بله است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

### واکسین MenC (مننژیکوک C) / MenC (meningococcal C) vaccine

هیچ دریافتی برای هپاتیت بی نیست اگر این تنها واکسین دریافت شده نباشد

آیا طفل شما هرگونه واکسین MenC را دریافت کرده است؟  
Has your child received any MenC vaccine?

☐ بله Yes  
☐ خیر No  
☐ نمی‌دانم Do not know

آنها هر دوز را در چه عمر دریافت کرده‌اند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بله است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

# فرم رضایت معافیت

فرم رضایت برای پیشنهاد به پناهجویان اطفال و بزرگسال و افرادی که درخواست محافظت کرده‌اند دریافت واکسینا را دریافت کنند و در حالت شیوع بیماری  
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Dari

Version 2.0 29 December 2022 / نسخه 2.0 29 دسامبر 2022

## بخش 3b: لطفا این بخش را فقط برای اطفال 2 سال تا کمتر از 10 سال پر کنید (ادامه‌دار) Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY (continued)

این بخش را برای افرادی که واکسین گرفته‌اند پر کنید (لطفا از حرف بزرگ استفاده کنید)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

واکسن MMR سرخکان، اوریون و سرخچه - اگر MMR کمتر از 12 ماهگی تزریق شده باشد، نباید شمارش شود، مگر اینکه ظرف 4 روز قبل از تولد 1 سالگی کودک تزریق شده باشد

آیا طفل شما در 12 ماهگی یا بیشتر واکسن MMR را دریافت کرده است؟  
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?  
بله Yes  
خیر No  
نمی‌دانم Do not know

آنها هر دوز را در چه عمر دریافت کرده‌اند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بلی است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

واکسن 4-در-1 (سياه سرفه) (سياه سرفه)  
4-in-1 (diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) vaccine

آیا طفل شما پس از چهارمین تولدشان واکسن 4-در-1 را دریافت کرده‌اند؟  
Has your child received 4-in-1 vaccine after their fourth birthday?  
بله Yes  
خیر No

آیا طفل شما در ایرلند در عمری شیرخواری است؟  
Is your child in junior infants in Ireland?  
بله Yes  
خیر No

آیا طفل شما در مکتب ابتدایی در ایرلند یا جای دیگری هیچگونه واکسینی دریافت کرده است؟  
Has your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?  
بله Yes  
خیر No

اگر پاسخ بلی است، در چه عمر؟  
If yes, at what age?

## بخش 3c: لطفا این بخش را برای افراد 10 سال یا بزرگتر پر کنید از جمله صرفا بزرگسالان Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY

این بخش را برای افرادی که واکسین گرفته‌اند پر کنید (لطفا از حرف بزرگ استفاده کنید)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

ملاحظه: واکسینهای MenB و PCV13 برای اطفال 2 ساله و بالاتر توصیه نمی‌شود و HiB برای افراد 10 ساله و بالاتر توصیه نمی‌شود

دیفتری، کزاز، فلج اطفال، سياه سرفه (سياه سرفه) حاوی واکسن [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV] (صرفا برای جبران در عمر 10-13 سال در صورت در دسترس نبودن [Tdap, (Tdap/IPV

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]

آیا شما/طفل شما واکسینهای برای محافظت در برابر کزاز، دیفتری، فلج اطفال و سياه سرفه دریافت کرده‌اید؟ در ایرلند اینها بعنوان واکسینهای 6-در-1 داده می‌شوند در 2، 4، 6 ماهگی؟  
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?  
بله Yes  
خیر No

آنها هر دوز را در چه عمر دریافت کرده‌اند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بلی است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

آیا شما/طفل شما واکسین دیفتری، کزاز، فلج اطفال، سياه سرفه دریافت کرده‌اید (در ایرلند بعنوان واکسن 4-در-1 داده می‌شود) در سن 4 سالگی یا بیشتر؟  
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?  
بله Yes  
خیر No

آیا شما /طفل شما در ایرلند هیچگونه واکسینی در مکتب ابتدایی یا جای دیگر دریافت کرده است؟  
Have you/your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?  
بله Yes  
خیر No

در چه عمر؟  
At what age?

اگر پاسخ بلی، چه واکسینی؟  
If yes, what vaccine?

# فرم رضایت معافیت

فرم رضایت برای پیشنهاد به پناهجویان اطفال و بزرگسال و افرادی که درخواست محافظت کرده‌اند دریافت واکسینا را دریافت کنند و در حالت شیوع بیماری  
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak



Dari

Version 2.0 29 December 2022 / نسخه 2.0 29 دسامبر 2022

## بخش 3c: لطفا این بخش را برای افراد 10 سال یا بزرگتر پر کنید از جمله صرفا بزرگسالان پر کنید (ادامه‌دار) Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY (continued)

این بخش را برای افرادی که واکسین گرفته‌اند پر کنید (لطفا از حرف بزرگ استفاده کنید)  
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

آیا شما/طفل شما واکسین پنجم محافظت علیه کزاز، دیفتری و سیاه سرفه (در ایرلند به عنوان Tdap داده میشود) در مکتب تادر ایرلند یا جای دیگر دریافت کرده‌اید؟

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

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?

آنها هر دوز را در چه عمر دریافت کرده‌اند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بلی، چه واکسینی؟  
If yes, what vaccine?

واکسین MenC (مننژیکوک C)  
MenC (meningococcal C) vaccine

ملاحظه: تنها در حالتی که واکسین دارای MenC در عمر 10 سالگی یا بالاتر دریافت نشده، 1 دوز MenC تا عمر 23 سالگی توصیه می‌گردد

آیا شما/طفل شما هرگونه واکسین MenC یا واکسین دارای MenC را دریافت کرده‌اید؟  
Have you/your child received any MenC vaccine or MenC containing vaccine?

☐ نمی‌دانم  
Do not know

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

آنها در چه عمر هر دوز را دریافت کردند؟  
At what age did they receive each dose?

اگر پاسخ بلی است، چند دوز؟  
If yes, how many doses?

آیا شما/طفل شما هیچگونه واکسینی در مکتب متوسطه در ایرلند یا جای دیگری دریافت کرده‌اید؟  
Have you/your child received any vaccines in secondary school in Ireland or elsewhere?

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

در چه عمر؟  
At what age?

اگر پاسخ بلی، چه واکسینی؟  
If yes, what vaccine?

واکسین MMR سرخکان، اوریون و سرخچه - اگر MMR کمتر از 12 ماهگی تزریق شده باشد، نباید شمارش شود، مگر اینکه ظرف 4 روز قبل از تولد 1 سالگی کودک تزریق شده باشد.

آیا شما/طفل شما در 12 ماهگی یا بیشتر واکسین MMR را دریافت کرده است؟  
Have you/your child received one or more MMR vaccine at 12 months or older?

☐ نمی‌دانم  
Do not know

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

در چه عمر؟  
At what age?

اگر پاسخ بلی، چه واکسینی؟  
If yes, what vaccine?

آیا شما/طفل شما باردار است؟  
Are you/your child pregnant?

☐ خیر  
No

☐ بلی  
Yes

واکسینهای MMR در حاملگی پیشنهاد نمی‌شود.  
حاملگی باید برای یک ماه پس از دریافت MMR به تعویق اندخته شود.

# فرم رضایت معافیت



Dari

فرم رضایت برای پیشنهاد به پناهجویان اطفال و بزرگسال و افرادی که درخواست محافظت کرده اند دریافت کنند و در حالت شیوع بیماری  
Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Version 2.0 29 December 2022 / نسخه 2.0 29 دسامبر 2022

## بخش 4: رضایت Section 4: Consent

Sign this section and put an X in each box if you give consent for vaccination.

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

<input type="checkbox"/>	<b>MenB (منینژوکوک B)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>MenB (meningococcal B)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>PCV (کونژوگه پنوموکوکی)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>PCV (pneumococcal conjugate)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>MMR (سرخکان، اورپون و سرخچه)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>MMR (measles, mumps and rubella)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>4-in-1 (DTap/IPV)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>4-in-1 (DTap/IPV)</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Td/IPV</b>	<input type="checkbox"/>

این بخش را توفیق کنید و در هر خانه X بگذارید اگر رضایت برای واکسیناسیون می‌دهید.

بلی، من برای واکسین فرد نامبرد در بالا با واکسینهایی زیر موافقت ابراز می‌کنم. آیکوب شما به شما می‌گوید که کدام واکسین لازم است:

<input type="checkbox"/>	<b>واکسین 6-در-1 (DTaP/Hib/IPV/Hep B)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>6-in-1 vaccine (DTaP/Hib/IPV/Hep B)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>MenC (منینژوکوک C)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>MenC (meningococcal C)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>روتاویروس (واکسین خوراکی روتاویروس)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Rotavirus (rotavirus oral vaccine)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Tdap</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Tdap/IPV</b>

- ☐ من معلومات واکسین همراه، از جمله عوارض جانبی شناخته شده را خوانش و درک کرده ام.  
I have read and understand the accompanying vaccine information, including known side effects
- ☐ فهم شدم که واکسین MMR در دوران بارداری توصیه نمی‌گردد.  
I understand that MMR vaccine is not recommended during pregnancy.

لطفا خانه‌های مناسب زیر را انتخاب کنید:  
Please tick the appropriate box below

- ☐ فهم می‌کنم که با اجرای برنامه واکسیناسیون مطابق با برنامه ایمن‌سازی ایرلندی موافقت می‌کنم، که ممکن است برای یک یا دوره‌ای از واکسین‌ها بر اساس توصیه آبله‌کوب/واکسیناتور من باشد.  
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.
- ☐ من فهم می‌کنم که برای محافظت از خود/طفلم در برابر بیماری قابل پیشگیری با واکسین، با تجویز واکسین‌ها در شرایط شیوع موافقت می‌کنم.  
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.

اگر امضا برای افراد کمتر از 16 سال باشد  
If signing for someone under 16 years

- ☐ با امضا این فرم تصدیق می‌کنم که من مجاز به ارائه رضایت از طرف طفل فوق هستم. (آنهايي که 16 سال یا بیشتر دارند بصورت قانونی واجد رضایت برای خود هستند).  
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).

امضا: \_\_\_\_\_  
Signature

روز موافقت: \_\_\_\_\_  
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