

एचपीवी टीकाकरण के लिए अभिभावक की सहमति प्रपत्र

प्रिय अभिभावक/अभिभावक,

9-14 वर्ष की आयु की लड़कियों के लिए गर्भाशय ग्रीवा, योनि, योनि और गुदा कैंसर को रोकने के लिए ह्यूमन पेपिलोमावायरस (एचपीवी) वैक्सीन की सिफारिश की जाती है। यह वैक्सीन सुरक्षित और प्रभावी है, जो एचपीवी से संबंधित बीमारियों से दीर्घकालिक सुरक्षा प्रदान करती है। आपके बच्चे को यह टीकाकरण प्राप्त करने के लिए आपकी सहमति आवश्यक है। जानकारी:

- बच्चे का नाम:
- जन्म तिथि:
- स्कूल का नाम:
- कक्षा/ग्रेड:

माता-पिता/अभिभावक की जानकारी:

- माता-पिता/अभिभावक का नाम:
- संपर्क नंबर:
- पता:

टीका विवरण

- टीका का नाम: HPV टीका
- खुराक अनुसूची: दो खुराक (6-12 महीने के अंतराल पर)
- संभावित दुष्प्रभाव: हल्का बुखार, इंजेक्शन स्थल पर दर्द/सूजन, चक्कर आना, या मतली (गंभीर दुष्प्रभाव दुर्लभ हैं)

सहमति घोषणा:

मैं, नीचे हस्ताक्षरकर्ता, HPV टीके के लाभों और संभावित दुष्प्रभावों को समझता हूँ। मैं अपने बच्चे को अनुशंसित अनुसूची के अनुसार HPV टीकाकरण प्राप्त करने की सहमति देता हूँ। मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरे बच्चे को कोई गंभीर एलर्जी या चिकित्सा स्थिति नहीं है जो टीके में बाधा डाल सकती है। मैं यह भी समझता हूँ कि मैं टीकाकरण से पहले किसी भी समय अपनी सहमति वापस ले सकता हूँ।

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर:

दिनांक:

केवल आधिकारिक उपयोग के लिए:

- टीका प्रशासित (हाँ/नहीं):
- प्रशासन की तिथि:
- द्वारा प्रशासित:
- टिप्पणी:

अपने बच्चे के स्वास्थ्य की सुरक्षा में आपके सहयोग के लिए धन्यवाद।