National Immunization Program
COVID-19 Vaccination Recipient Consent Form

Name: ނަން:	Please indicate if this is (please circle one)
Age: ފުރާވަރު Sex: ލިންގު:	First COVID-19 Vaccination: Yes / No ފުރިހަމަ ކުރެއްވި ފުރަތަމަ ވެކްސިން ކުރިއަށް ގެންދިއުމެއް/ނުގެންދިއުމެއް
Current Address: ދާއިމީ ދިރިއުޅޭ ގޭގެ ނަންބަރ:	Second COVID-19 Vaccination: Yes / No ފުރިހަމަ ކުރެއްވި ދެވަނަ ވެކްސިން ކުރިއަށް ގެންދިއުމެއް/ނުގެންދިއުމެއް
Contact Number: ގުޅޭނޭ ނަންބަރ:	*if this is your second vaccination, provide the name and date of the vaccine
NID/PPN: ދާއިރީ / ފާސްޕޯޓް ނަންބަރ:	Vaccine Name: ފުރިހަމަ ކުރެއްވި ވެކްސިނުގެ ނަން:
Vaccination Centre: ވެކްސިން ދޭ ސެންޓަރ:	Date: (dd/mm/yyyy) (ދުވަސް/މަސް/އަހަރު): ވެކްސިން ދެވުނު ތާރީޚް:

Name of Emergency Contact:	ގޭގައިން ގުޅަން ޖެހޭ ފަރާތުގެ ނަން:
Relationship to Client: ހިތް ގައިމަށް:	Contact: ގުޅޭނޭ ނަންބަރ:

Comorbidities (if any), tick from the list

1. Immunocompromised patients:	2. Cancer, under treatment (any case currently on treatment or received treatment within last one year) ☐	4. Chronic kidney diseases stage 3 and above ☐
a) Cancer, under treatment (any case currently on treatment or received treatment within last one year) ☐	5. CAD, Cardiac failure, Cardiomyopathy, severe congenital heart disease ☐	9. COPD or chronic lung disease including asthma on regular treatment ☐
b) Other conditions requiring treatment with cytotoxic drugs ☐	8. Obesity BMI above 40 ☐	10. Liver Cirrhosis ☐
c) Solid organ transplantation on immunosuppressant medications ☐	3. Diabetes mellitus ☐	11. Thalassemia major, Sickle cell disease ☐
d) Hematopoietic stem cell transplantation on immunosuppressant medications ☐	6. Dementia/Stroke ☐	12. Home carers of high risk people ☐
e) All HIV patients ☐	7. Bedridden patients ☐	Current medication (if any): ދިރުވާ ބޭނުންވާ ބޭސް ތަކެއް ކަންތައް:
f) Patients receiving prednisolone at a dose of greateror equal to 10 mg for more than 2 weeks ☐	If any other (specify):	

Occupation: ތަންތާނާ ވަޒީފާ/ދަނޑުވެރިކަން:	Place of occupation: ވަޒީފާ/ދަނޑުވެރިކަން ކުރާ ތަން:
Any other vaccine given within the last 2 weeks: ☐ ފަހުގެ ދުވަސްތަކުގައި ތިބާ ވެކްސިން ދީފައިވާ ނަމަ:	If so specify: ކޮބާ ވެކްސިނެއް ދީފައިވާ:

Pre-vaccination Screening	Please circle	ވެކްސިން ދިނުމުގެ ކުރިން ބަލާ ސުވާލުތައް
1. Have you been in contact with a known COVID-19 positive case within the last 14 days?	Yes / No	1. ކޮވިޑ်-19 ފެތުރިގެންދާ ފަރާތެއްގެ ގާތުގައި ފަހުގެ 14 ދުވަހުގެ ތެރޭގައި ތިބެފައިވާ ހެއްޔެ؟
2. Are you currently unwell with/without fever?	Yes / No	2. ހިތްވަރުގެ ތެރެއިން ބައެއްސާ ބަލިވެ ތިބެނީ ހެއްޔެ؟ ހުންނަމެއްސާ ނުހުންނަ ހެއްޔެ؟
3. Did you ever have any allergic reaction to a vaccine which required emergency room treatment or hospitalization?	Yes / No	3. ކުރިން ވެކްސިނެއް ދިނުމުގެ ތެރެއިން ދަރަނި ވެދިގެންވާ ރެކްޓިއެއް ދިމާވެ ވެކްސިން ދޭ ތަނުގައި ބަލަހައްޓަންޖެހުނު ހެއްޔެ؟
4. Did you ever have any allergic reaction to medicine / food or any other cause which required emergency room treatment or hospitalization?	Yes / No	4. ކުރިން ވެކްސިނެއް ދިނުމުގެ ތެރެއިން ބޭހޭދަ ކާނާ ނުވަތަ ބޭސް ތަކެއްގެ ތެރެއިން ދަރަނި ވެދިގެންވާ ރެކްޓިއެއް ދިމާވެ ވެކްސިން ދޭ ތަނުގައި ބަލަހައްޓަންޖެހުނު ހެއްޔެ؟
5. Are you pregnant?	Yes / No	5. ދާދި ހެއްޔެ؟
6. Have you had any other vaccination in the past 14 days, particularly the flu vaccination?	Yes / No	6. ފަހުގެ 14 ދުވަހުގެ ތެރޭގައި ފެނުގެ ވެކްސިން ނުވަތަ ތަކެއް ވެކްސިން ދީފައިވާ ހެއްޔެ؟
7. Have you had a COVID-19 positive test within the past 28 days?	Yes / No	7. ފަހުގެ ދުވަސް 28 ތެރޭގައި ކޮވިޑ်-19 ތަކެއް ފެތުރިގެންވާ ހެއްޔެ؟
8. Do you have a bleeding disorder?	Yes / No	8. ލޭގަ ހިންގުމުގެ ގޮތުން ދަރަނި ވެދިގެންވާ ހެއްޔެ؟
9. Are you taking any blood thinning medication? E.g., Warfarin. If yes, provide latest INR results	Yes / No	9. ލޭ ތަރުކަށި ކުރުމަށް ބޭސް ބޯނުންކުރާ ހެއްޔެ؟ ދަންނަނަމަ "ވޯފަރިން" ފަދަ ބޭސް ބޯނުންކުރާ ނަމަ "ބްރިޓިש.ނޯރްމަލައިޒްޑް" ގެ ނަތީޖާ ދައްކާ ބަލާ

If answer YES to any question from 1 to 9, do not proceed with vaccination. Consult Team Doctor.

ދ ސުވާލުތަކުގެ ތެރެއިން ބަޔަކަށް "ހާ" ދެއްވާ ނަމަ ވެކްސިން ދިނުން ހުއްޓާލައި ޑޮކްޓަރ ގާތުގައި ބަލަހައްޓަންވާނެ.

Remarks - Decision by the doctor: ޑޮކްޓަރުގެ ނިންމުން: ☐ Eligible - can proceed for vaccination ☐ ވެކްސިނޭޝަންގެ ޝަރުތު ފުރިހަމަވޭ ☐ Eligible but deferred due to ☐ މިވަގުތު ވެކްސިނޭޝަން ލަސްކުރުން: .... ☐ Not eligible ☐ ވެކްސިނޭޝަންގެ ޝަރުތު ފުރިހަމަނުވޭ	Reason(s) for decision: ސަބަބު:
Name of the doctor:	ޑޮކްޓަރުގެ ނަން:

Please tick box below

ތިރީގައިވާ ބޮކްސްގައި ފާހަގަ ޖައްސަވާ.

☐ I have read the information sheets provided and have been informed of the benefits and side-effects of the COVID-19 vaccination. I consent to receive the COVID-19 *Vaccine name* vaccine. I am aware that the National Immunization Program will be informed of my vaccination status and will keep my records when I have been vaccinated.

☐ މި ފޯމާއެކު އެއްކަރުދާސް ކުރުކޮށްފައިވާ ކޯވިޑް-19 އާގުޅޭ މައުލޫމާތު ސްލިޕްގައިވާ މައުލޫމާތު އަހުގަނޑު ކިޔައި ވެކްސިން ޖެހުމުގެ ސަބަބުން ލިބޭނެ ފައިދާއާއި ދިމާވެދާނެ ގެއްލުމަކީ ކޮބައިކަން އަހުގަނޑަށް ތަފްސީލުކޮށް ކިޔައިދީފައިވެއެވެ. އަހުގަނޑު ކޯވިޑް-19 ގެ *ވެކްސިންގެ ނަން* ވެކްސިން ޖެހުމަށް އެއްބަސްވަމެވެ. ވެކްސިން ދިނުމަށްފަހު އަހަރާ ގެ އަހުގަނޑުގެ މައުލޫމާތު ނޭޝަނަލް އިމިއުނައިޒޭޝަން ޕްރޮގްރާމްގެ ރެކޯޑްތަކުގައި ބެހެއްޓޭނެކަން އަހުގަނޑަށް އެނގިއްޖެވެ.

މި ވެކްސިން ޖެހުމާއި މި ވެކްސިނުގެ ސަބަބުން ދިމާވާ ސައިޑް އެފެކްޓްތަކަށް ދޭ ފަރުވާ ހިލޭ ދެވޭނެއެވެ.

The vaccine will be provided free of cost. The required treatment of side effects due to vaccination will also be covered.

Name & Signature Client ވެކްސިން ދޭ މީހާގެ ނަމާއި ސޮއި:	Date: ތާރީޚް: (dd/mm/yyyy)

For office use ހަމައެކަނި އޮފީސް ބޭނުމަށް

Does the subject consent for the vaccine to be administered? YES / NO	ވެކްސިންޖެހުމަށް އެއްބަސްވެފައިވޭތޯ؟
If **NO**, what reasons were given?	ނޫނިނަމަ ސަބަބު ބަޔާން ކުރާށެވެ.

Vaccine	Primary vaccine name	
Vaccine batch/lot number:	Vaccine dose number for the vaccinee:	
Expiry date of vaccine:	Name of Diluent:	Diluent batch/lot number batch/lot number:
Date of reconstitution:	Time of reconstitution:	Expiry date of diluent:
Was vial/syringe successfully used? Yes ☐ No ☐	If no, why?	
Additional findings:		
Vaccinator	Name of vaccinator:	
Permanent Address (include atoll & island):	Current Address (include atoll & island):	
Country:	Designation:	Place of employment:
Contact number:	Email address:	
Signature of vaccinator:	Name of site supervisor:	Verified by supervisor: Yes ☐ No ☐