

AUTORISATION PARENTALE POUR LA VACCINATION CONTRE LES PAPILOMAVIRUS HUMAINS (HPV)

ہیومن پیپیلوما وائرس (HPV) کے خلاف ویکسینیشن کے لیے والدین کی اجازت

(Des informations sur la séance de vaccination et le vaccin figurent au verso de cette page)

(ویکسینیشن سیشن اور ویکسین کے بارے میں معلومات اس صفحہ کے پچھلے حصے پر موجود ہیں)

Nom de l'enfant : _____ : بچے کا خاندانی نام : Prénom de l'enfant : _____ : بچے کا پہلا نام :
 Date de naissance : ___ / ___ / ___ : تاریخ پیدائش : Sexe : F G جنس : لڑکی لڑکا
 Nom du collège : _____ : کالج کا نام : Commune du collège : _____ : کالج کا علاقہ :

	Parent / Responsable légal 1 والدین/قانونی سرپرست 1	Parent / Responsable légal 2 والدین/قانونی سرپرست 2
Nom - Prénom / پہلا اور آخری نام		
Téléphone portable / سیل فون		
Numéro de sécurité sociale ¹ سوشل سیکورٹی نمبر ¹	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Régime de sécurité sociale سماجی تحفظ کا نظام	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre / دیگر : _____	□ CPAM □ MSA □ MGEN □ Autre / دیگر : _____

Ces informations figurent sur l'attestation de droits de l'enfant ou du/des parent(s) auquel(s) il est rattaché. Celle-ci est disponible sur le compte Ameli : <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits>. Vous pouvez, si vous le souhaitez, joindre cette attestation au formulaire d'autorisation parentale afin de faciliter les démarches.

یہ معلومات بچے یا والدین (والدین) کے حقوق کے سرٹیفکیٹ پر ظاہر ہوتی ہیں جن سے وہ منسلک ہے۔ یہ پر دستیاب ہے۔
 اکاؤنٹ : <https://www.ameli.fr/assure/attestation-droits>۔ آپ، اگر آپ چاہیں تو، طریقہ کار کو آسان بنانے کے لیے اس سرٹیفکیٹ کو والدین کی اجازت کے فارم کے ساتھ منسلک کر سکتے ہیں۔

Je soussigné(e), _____ میں زیر دستخط،

autorise le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné.

ویکسینیشن سنٹر کو مذکورہ بچے کو HPV کے خلاف ٹیکے لگانے کی اجازت دیتا ہے۔

La vaccination contre les HPV nécessite 2 doses espacées entre 5 et 13 mois, lorsqu'elle est réalisée entre 11 et 14 ans. **L'enfant devra impérativement être muni de son carnet de santé ou de vaccination le jour de la séance de vaccination.**

HPV کے خلاف ویکسینیشن کے لیے 5 اور 13 ماہ کے درمیان 2 خوراکیوں کی ضرورت ہوتی ہے، جب یہ 11 اور 14 سال کی عمر کے درمیان لگائی جاتی ہے۔
 ویکسینیشن سیشن کے دن بچے کے پاس اس کی صحت یا ویکسینیشن کا ریکارڈ ہونا ضروری ہے۔

n'autorise pas le centre de vaccination à vacciner contre les HPV l'enfant ci-dessus désigné.

ویکسینیشن سنٹر کو مذکورہ بچے کو HPV کے خلاف ٹیکہ لگانے کی اجازت نہیں دیتا ہے۔

Si l'enfant a déjà bénéficié d'une vaccination contre les HPV (nom du vaccin : Gardasil9®), merci de préciser la ou les dates :

اگر بچے کو پہلے ہی HPV (ویکسین کا نام: Gardasil9®) کے خلاف ویکسینیشن مل چکی ہے، تو براہ کرم تاریخ (تاریخیں) کی وضاحت کریں:

Date de la Dose 1 ___ / ___ / ___ پہلی ویکسین کی تاریخ Date de la Dose 2 ___ / ___ / ___ دوسری ویکسین کی تاریخ

Date : ___ / ___ / 20___ تاریخ

En cas de signature électronique, le parent/responsable légal signataire, déclare sur l'honneur que l'autre parent/responsable légal a donné son autorisation. En cas de signature sur papier, les deux parents /responsables légaux doivent signer.

الیکٹرانک دستخط کی صورت میں، دستخط کرنے والے والدین/قانونی سرپرست اپنے اعزاز پر یہ اعلان کرتے ہیں کہ دوسرے والدین/قانونی سرپرست نے انہیں اجازت دے دی ہے۔ اگر کاغذ پر دستخط کر رہے ہیں، تو والدین/قانونی سرپرستوں دونوں کو دستخط کرنا ہونا چاہئے۔

Signature Parent/Responsable légal 1 :

Signature Parent/Responsable légal 2 :

دستخط والدین/قانونی سرپرست 1:

دستخط والدین/قانونی سرپرست 2:

À compléter en cas de signature d'un seul responsable légal² / اگر کسی ایک قانونی نمائندے کے دستخط ہوں تو اسے مکمل کیا جائے :

Je déclare être le seul responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné.

Je déclare sur l'honneur que le second responsable légal de l'enfant : Monsieur, Madame _____, est matériellement empêché de signer le présent formulaire mais a donné son autorisation pour la vaccination contre les HPV²

اگر کسی ایک قانونی نمائندے کے دستخط ہوں تو اسے مکمل کیا جائے۔

میں اعلان کرتا ہوں کہ میں مذکورہ بچے کا واحد قانونی سرپرست ہوں۔

میں اپنے اعزاز پر اعلان کرتا ہوں کہ انچارج دوسرا شخص بچے کی قانونی حیثیت : مسٹر، مسز _____ ہے۔ مادی طور پر اس پر دستخط کرنے سے روک دیا۔ فارم لیکن HPV² کے خلاف ویکسینیشن کی اجازت دے دی۔

Date : ___ / ___ / 20___ تاریخ

Signature du seul Parent/Responsable légal :

واحد ماں باپ یا قانونی سرپرست کے دستخط :

VOIR PAGE SUIVANTE

اگلا صفحہ دیکھیں

¹ Le cas échéant, indiquer le numéro Aide médicale de l'Etat (numéro de sécurité sociale temporaire).

اگر قابل اطلاق ہو تو، ریاستی طبی امداد نمبر (عارضی سماجی تحفظ نمبر) کی نشاندہی کریں۔

² La vaccination des mineurs nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. Ainsi, en cas de signature d'un seul parent pour cause d'impossibilité matérielle de signer pour l'autre parent, le signataire s'engage sur l'honneur à ce que la personne co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avèrerait inexacte ou falsifiée, engage sa seule responsabilité et pourra être punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 441-7 du code pénal).

نابالغوں کی ویکسینیشن کے لیے والدین کے اختیار کے دونوں حاملین کی اجازت دیکار ہوتی ہے۔ اس طرح، دوسرے والدین کے لیے دستخط کرنے کی مادی ناممکنات کی وجہ سے صرف ایک والدین کے دستخط کی صورت میں، دستخط کنندہ اپنے اعزاز پر یہ ذمہ داری قبول کرتا ہے کہ والدین کے اختیار کے شریک ہولڈر نے ان کی رضامندی دی ہے۔ کوئی بھی اعلان یا معلومات جو غلط یا غلط ثابت ہوتی ہے اس کی واحد ذمہ داری عائد ہوتی ہے اور اس کی سزا ایک سال قید اور 15,000 یورو (تعمیرات کوڈ کی دفعہ 441-7) کی سزا ہوسکتی ہے۔

INFORMATIONS SUR LE VACCIN CONTRE LES INFECTIONS A HPV

HPV انفیکشن ویکسین کے بارے میں معلومات

HPV کے خلاف Gardasil 9@ ویکسین جس کے ساتھ آپ کے بچے کو ٹیکہ لگایا جائے گا ایک محفوظ اور موثر ویکسین ہے۔ ڈبلیو ایچ او کی طرف سے HPV انفیکشن کے خلاف ویکسینیشن کی سفارش کی جاتی ہے۔ اب اپنے نوعمروں کی حفاظت کر کے، ہم بعد کی زندگی میں HPV سے متعلق کینسر ہونے کے خطرے کو نمایاں طور پر کم کرنے میں ان کی مدد کر سکتے ہیں۔ درحقیقت، مطالعات سے پتہ چلتا ہے کہ HPV کے خلاف ویکسینیشن HPV انفیکشن ہونے کے خطرے کو نمایاں طور پر کم کر سکتی ہے، 90% تک، جو کہ پہلے سے ہونے والے گھاووں اور اس سے منسلک کینسر کے خطرے کو بھی نمایاں طور پر کم کر دیتی ہے۔ جیسا کہ تمام ویکسین کے ساتھ، کچھ ضمنی اثرات ممکن ہیں اور زیادہ تر ہلکے ہوتے ہیں۔

آپ کو ویکسین کے بارے میں مزید معلومات نیشنل ایجنسی فار دی سیفٹی آف میڈیسن اینڈ ہیلتھ پروڈکٹس کی ویب سائٹ پر ملیں گی: www.ansm.santé.fr یا نیچے دیے گئے QR کوڈ کو اسکین کر کے



ویکسینیشن سیشن کی پیشرفت

ویکسینیشن سیشن سے پہلے، میڈیکل ٹیم آپ کے بچے سے بات کرے گی اور اس کا صحت کا ریکارڈ چیک کرے گی۔ اس کے بعد آپ کا بچہ خفیہ جگہ میں HPV ویکسین کی خوراک کے انجیکشن سے فائدہ اٹھائے گا۔ انجیکشن کے بعد، بیہوش ہو سکتی ہے، بعض اوقات جھٹکے یا سختی کے ساتھ اور گرنے کے ساتھ بھی ہو سکتا ہے۔ اگرچہ بیہوشی کے واقعات غیر معمولی ہیں، آپ کا بچہ ویکسین کے انجیکشن کے بعد 15 منٹ تک طبی ٹیم کی نگرانی میں رہے گا۔

کمپیوٹر کی معلومات اور آزادی

اس ویکسینیشن مہم میں ذاتی ڈیٹا کی پروسیسنگ پر عمل درآمد شامل ہے۔ خاص طور پر، ویکسینیشن کی اجازت کے فارم کا استعمال، ویکسینیشن ڈھانچے اور ARS کے ذریعے متحرک کیا جائے گا، انسانی پیپیلوما وائرس کے انفیکشن کے خلاف قومی ویکسینیشن مہم کو منظم کرنے اور دیگر ویکسین کے ممکنہ حصول کے لیے۔ یہ علاج قابل علاقائی صحت ایجنسی اور آپ کے بچے کی ویکسینیشن کرنے والے ARS کے ذریعہ نامزد کردہ ویکسینیشن سینٹر یا روک تھام کے ڈھانچے کی مشترکہ ذمہ داری کے تحت لاگو ہوتے ہیں۔

آپ کے بچے کی تعلیمی اسٹیبلشمنٹ مکمل طور پر ان ڈیٹا کنٹرولرز کی جانب سے جمع کرنے کی ذمہ دار ہے، یہ اجازت آپ کی طرف سے مکمل کی گئی ہے، جسے وہ پھر ویکسینیشن سینٹر یا ڈھانچے کو منتقل کرتی ہے۔ یہ ترسیل ایک مہر بند لفافے میں کی جاتی ہے اور اس لیے ادارے اس میں موجود معلومات سے واقف نہیں ہیں۔ جمع کیے گئے ڈیٹا کے صرف وصول کنندگان ہی اپنے علاقے میں آئے آر ایس کے ذریعہ نامزد کردہ صحت کے ڈھانچے کے اندر مجاز اہلکار ہیں۔ انہیں ان اداروں کے ذریعہ ممکنہ ذمہ داری کی تحقیقات کے مقاصد کے لیے رکھا جا سکتا ہے۔

جی ڈی پی آر کے آرٹیکل 15، 16، 18 اور 21 کے ذریعے فراہم کردہ رسائی، اصلاح، حد بندی اور مخالفت کے حقوق اسٹیبلشمنٹ کے سربراہ کے ساتھ اجازت فارم کی وصولی سے متعلق اس پروسیسنگ کے حوالے سے استعمال کیے جاتے ہیں۔ یہ بغیر کسی تاخیر کے منتقل ہوتا ہے اور کسی بھی طرح سے، علاقائی طور پر قابل ویکسینیشن سینٹر یا ڈھانچے میں لوگوں کے حقوق استعمال کرنے کی درخواست کرتا ہے۔

اسی طرح، آپ 6 جنوری 1978 کے قانون نمبر 78-17 کے آرٹیکل 85 میں فراہم کردہ حقوق کو استعمال کر سکتے ہیں جو ڈیٹا پروسیسنگ، فائلوں اور آزادیوں سے متعلق ہے۔ مزید برآں، ان فارموں کا استعمال اسٹیبلشمنٹ کے اندر ویکسی نیشن کے عمل کے بعد، انہی ویکسینیشن مراکز اور ڈھانچے کے ذریعے، ایک طرف، ہیلتھ انشورنس کو ان ویکسینز کی کوریج کے لیے ضروری عناصر بھیجنے کے لیے کیا جائے گا اور دوسری طرف، صحت کی نگرانی اور نگرانی کے مشن کے مطابق، نیشنل پبلک ہیلتھ ایجنسی/سائٹی پبلک فرانس کو مجموعی اور غیر نامزد ڈیٹا بھیجنے کے مقاصد کے لیے۔

ان علاج سے متعلق اضافی معلومات آپ کو وزارت صحت اور ARS کی ویب سائٹ پر دستیاب کرائی گئی ہیں۔