



PROGRAM VAKSINASI COVID-19 SELANGOR



BORANG PERSETUJUAN SUNTIKAN VAKSIN COVID-19

SEJARAH KESIHATAN (Sila lengkapkan)

Adakah anda :

- a. Pernah mengalami kesan sampingan teruk (seperti sawan, pengsan atau kemasukan ke hospital) selepas mendapat mana-mana imunisasi sebelum ini? YA TIDAK
- b. Pernah mempunyai sejarah alahan teruk? YA TIDAK
- c. Sedang hamil atau bercadang untuk hamil? (bagi wanita) YA TIDAK
- d. Sedang menyusukan bayi? (bagi wanita) YA TIDAK
- e. Pernah disahkan positif COVID-19 dalam tempoh tiga (3) bulan yang lepas? YA TIDAK
- f. Kontak rapat kepada mana-mana individu positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari yang lepas? YA TIDAK

PERSETUJUAN IMUNISASI

Dengan ini, saya memahami bahawa :

- Pengambilan vaksin COVID-19 ini mungkin akan menimbulkan reaksi serta kesan sampingan seperti yang dinyatakan di dalam maklumat vaksin.
- Saya bertanggungjawab ke atas risiko yang mungkin berlaku akibat keputusan / tindakan saya ini kerana manfaat vaksin adalah jauh lebih baik daripada kesan sampingannya.
- Vaksin ini tidak memberi jaminan sepenuhnya kepada saya daripada tidak mendapat jangkitan COVID-19 pada masa akan datang.
- Dengan menandatangani persetujuan menerima vaksin COVID-19 ini, saya bersetuju dengan rela hati untuk melengkapkan jumlah pengambilan dos vaksin seperti yang dijadualkan.

• Saya, No.K.P/Pasport
***BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** mendapatkan suntikan Vaksin COVID-19 untuk **diri saya**.

• Saya, No.K.P/Pasport
***BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** mendapatkan suntikan Vaksin COVID-19 untuk ***ibu bapa/ *orang di bawah jagaan saya** bernama No.K.P/Pasport

Tandatangan Penerima / Waris

Nama :
No. K.P. / Pasport :
Tarikh :

Tandatangan Saksi

Nama :
No. K.P. / Pasport :
Tarikh :

Terima Kasih atas kerjasama yang diberi. Sila kembalikan borang ini kepada pihak klinik / PPV.

Selcare Clinic Sdn Bhd

No. 47A, First Floor, Jalan Snuker 13/28, Seksyen 13, 40100 Shah Alam, Selangor



PROGRAM VAKSINASI COVID-19 SELANGOR



BORANG PERSETUJUAN SUNTIKAN VAKSIN COVID-19

SEJARAH KESIHATAN (Sila lengkapkan)

Adakah anda :

- a. Pernah mengalami kesan sampingan teruk (seperti sawan, pengsan atau kemasukan ke hospital) selepas mendapat mana-mana imunisasi sebelum ini? YA TIDAK
- b. Pernah mempunyai sejarah alahan teruk? YA TIDAK
- c. Sedang hamil atau bercadang untuk hamil? (bagi wanita) YA TIDAK
- d. Sedang menyusukan bayi? (bagi wanita) YA TIDAK
- e. Pernah disahkan positif COVID-19 dalam tempoh tiga (3) bulan yang lepas? YA TIDAK
- f. Kontak rapat kepada mana-mana individu positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari yang lepas? YA TIDAK

PERSETUJUAN IMUNISASI

Dengan ini, saya memahami bahawa :

- Pengambilan vaksin COVID-19 ini mungkin akan menimbulkan reaksi serta kesan sampingan seperti yang dinyatakan di dalam maklumat vaksin.
- Saya bertanggungjawab ke atas risiko yang mungkin berlaku akibat keputusan / tindakan saya ini kerana manfaat vaksin adalah jauh lebih baik daripada kesan sampingannya.
- Vaksin ini tidak memberi jaminan sepenuhnya kepada saya daripada tidak mendapat jangkitan COVID-19 pada masa akan datang.
- Dengan menandatangani persetujuan menerima vaksin COVID-19 ini, saya bersetuju dengan rela hati untuk melengkapkan jumlah pengambilan dos vaksin seperti yang dijadualkan.

• Saya, No.K.P/Pasport
***BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** mendapatkan suntikan Vaksin COVID-19 untuk **diri saya**.

• Saya, No.K.P/Pasport
***BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** mendapatkan suntikan Vaksin COVID-19 untuk ***ibu bapa/ *orang di bawah jagaan saya** bernama No.K.P/Pasport

Tandatangan Penerima / Waris

Nama :
No. K.P. / Pasport :
Tarikh :

Tandatangan Saksi

Nama :
No. K.P. / Pasport :
Tarikh :

Terima Kasih atas kerjasama yang diberi. Sila kembalikan borang ini kepada pihak klinik / PPV.

Selcare Clinic Sdn Bhd

No. 47A, First Floor, Jalan Snuker 13/28, Seksyen 13, 40100 Shah Alam, Selangor