

## COVID- 19 खोपका लागि सहमति फारम

नोट: कृपया कालो वा नीलो पेन प्रयोग गरी ब्लक अक्षरहरूमा यो फारम भर्नुहोस् र उपयुक्त बक्सहरूमा "✓" राख्नुहोस् र \* उपयुक्त नभएमा मेटाउनुहोस्।

\*\*\*\*\*

| भाग 1. खोप प्राप्तकर्ताको व्यक्तिगत विवरण (परिचय कागजातमा भए अनुसार) |   |                  |              |
|--|---|------------------|--------------|
| नाम:   | _____   |                  |              |
| (अंग्रेजीमा)   | (थर)  | (दिएको नाम)      |              |
| (चाईनिज)   | (थर)  | (दिएको नाम)      |              |
| जन्म मिति:   | ____/____/____  | (दिन/महिना/बर्ष) | लिङ्ग: _____ |
| सम्पर्क नम्बर:   | _____ (मोबाइल)  |                  |              |
| हडकडको पहिचान कार्ड नम्बर:   | _____   |                  |              |
|  | _____   | _____            | ( )          |
|  | HKIC सिम्बोल: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> U |                  |              |
|  | जारी मिति : ____/____/____ (दिन/महिना/बर्ष)   |                  |              |
| वा अन्य परिचय कागजात:  | _____   |                  |              |
| कागजात प्रकार:   | _____   |                  |              |
| कागजात नम्बर:  | _____   |                  |              |

### भाग 2: COVID-19 खोप प्रशासनसँगको सहमति

म (क) COVID-19 खोप कार्यक्रम अन्तर्गत(भाग 3 मा विस्तृत हेर्नुहोस्) COVID-19 खोपको प्रबन्ध **मलाई / मेरो बच्चा / मेरो वार्ड\*** लाई सहमति गर्छु; र (ख) स्वास्थ्य विभागद्वारा COVID-19 खोपसँग सम्बन्धित सुरक्षा र नैदानिक घटनाहरूको निरन्तर मुल्यांकन गर्ने उद्देश्यले अस्पताल प्राधिकरण र सम्बन्धित निजी स्वास्थ्य सेवाहरू र स्वास्थ्य पेशेवरहरूसँग भएका **मेरो / मेरो बच्चा / मेरो वार्डको\*** क्लिनिकल डाटा सरकारसँग सहकार्य गरेको स्वास्थ्य विभाग र सान्दर्भिक संगठनहरू (हडकडका विश्वविद्यालय सहित) को पहुँच र प्रयोग जरुरी भएको कुरा बुझी पहुँच र प्रयोगको सहमति गर्छु।

**नोट: खोपका प्रत्येक दुई डोजहरूको लागि सहमति फारम आवश्यक छ।**

### भाग 3: COVID-19 खोपको विवरण

| COVID-19 खोपको प्रकार र खुराक अनुक्रम<br># (स्वास्थ्य सेवा प्रदायक द्वारा भरिएको) (सब भन्दा उपयुक्त बक्समा एक "✓" राख्नुहोस्) |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> mRNA खोप (Fosun Pharma/German औषधि निर्माता BioNTech)  | <input type="checkbox"/> निस्क्रिय भाइरस भ्याक्सिन (Sinovac Biotech (Hong Kong) Limited) | <input type="checkbox"/> भाइरल भेक्टर भ्याक्सिन (AstraZeneca/ University of Oxford) |
| <input type="checkbox"/> पहिलो डोज  | <input type="checkbox"/> दोस्रो डोज  |   |

खोपका लागि वर्ग: \_\_\_\_\_

## भाग 4 घोषणा र हस्ताक्षर

### 18 बर्ष वा माथि उमेरको खोप प्राप्तकर्ताबाट पूरा गरिनु पर्ने

मैले COVID-19 खोपको भाग 3 को तथ्य पृष्ठमा व्याख्या गरिएका जानकारी पढेको र बुझेको छु जस्तै COVID-19 खोपको कनटेनडिकसन ( र सम्भावित प्रतिकूल घटनाहरू), COVID-19 संक्रमण रोकथामको लागि निर्दिष्ट उद्देश्यका लागि रोगको रोकथाम र नियन्त्रण (खोपको प्रयोग) नियमन (Cap. 599K) अन्तर्गत खोपको उत्पादन अधिकृत छ तर फार्मसी र विष अध्यादेश (Cap. 138) अन्तर्गत सुचित छैन र भाग 3 मा व्याख्या गरे अनुसार COVID-19 को खोप लाउन सहमत छु। मैले प्रश्नहरू सोधे मौका पाएँ र मेरा सबै प्रश्नहरूको उत्तरमा सन्तुष्टि भए। मैले यो सहमति फाराम अन्तर्गत व्यक्तिगत डाटा संकलन उद्देश्यको बयानमा र आफ्नो दायित्व र जिम्मेवारीहरूलाई पनि राम्ररी बुझे।

तल हस्ताक्षर गरेर म निश्चित गर्दछु कि, म (a) COVID-19 खोपको प्रशासन COVID-19 खोप कार्यक्रम अन्तर्गत (भाग 3 मा विस्तृत हेर्नुहोस्); (b) पहुँच र स्वास्थ्य विभाग र सम्बन्धित संगठनहरू द्वारा सरकार संग सहयोग (हडकडका विश्वविद्यालय सहित) अस्पताल प्राधिकरण र मेरो निजी प्रासंगिक स्वास्थ्य सेवाहरू र स्वास्थ्यकर्मीहरू द्वारा निरन्तर अनुगमन गर्ने उद्देश्यका लागि मेरो स्वास्थ्य क्लिनिकल डाटा र स्वास्थ्य विभाग द्वारा COVID-19 खोप सम्बन्धी क्लिनिकल घटनाहरूको निरन्तर अनुगमनको उद्देश्यका लागि पहुँच र उपयोग आवश्यक छ।

म घोषणा गर्दछु कि यस फारममा उपलब्ध गराईएको जानकारी सही छ।

मँ यो फारममा मेरो व्यक्तिगत डेटा प्रदान गर्न सहमत गर्दछु सरकार द्वारा प्रयोगको लागि उद्देश्यहरूका लागि "व्यक्तिगत डाटा संकलन उद्देश्य" मा निर्धारित गरे अनुसार। म बुझ्दछु कि सरकारले मलाई टोलीको जानकारी र व्यवस्थापन प्रमाणित गर्न सम्पर्क गर्न सक्छ।

म मेरो व्यक्तिगत डाटा [ह Hongक Kong पहिचान कार्ड नम्बर, नाम (अंग्रेजी र चिनियाँ भाषामा सीमित), जन्म मिति र ह Hongक Kong परिचय पत्र जारी गर्ने मिति] पढ्न अधिकृत गर्दछु। "व्यक्तिगत डाटा संकलन उद्देश्य" मा निर्धारित गरीएको उद्देश्यको लागि सरकार द्वारा प्रयोगको लागि मेरो स्मार्ट पहिचान कार्डमा सन्निहित।

यो सहमति फाराम हडकडको प्रशासनिक क्षेत्रको कानून बमोजिम निर्देशित र समहित हुनेछ र म अपरिवर्तनीय रूपमा विशेष हडकडको प्रशासनिक क्षेत्रको अदालतहरूको विशेष क्षेत्राधिकारमा पेश गर्नेछु।

खोप प्राप्तकर्ताको हस्ताक्षर वा फिगर प्रिन्ट यदि अशिक्षित  
भएमा #):

मिति:

---

---

**यदि खोप प्राप्तकर्ता 18 वर्ष भन्दा कम उमेरको / मानसिक अयोग्य भएमा अभिभावक / संरक्षकद्वारा पूरा गरिनु पर्ने**

मैले COVID-19 खोपको भाग 3 को तथ्य पृष्ठमा व्याख्या गरिएका जानकारी पढेको र बुझेको छु जस्तै COVID-19 खोपको कनट्रेनडिकसन ( र सम्भावित प्रतिकूल घटनाहरू), COVID-19 संक्रमण रोकथामको लागि निर्दिष्ट उद्देश्यका लागि रोगको रोकथाम र नियन्त्रण (खोपको प्रयोग) नियमन (Cap. 599K) अन्तर्गत खोपको उत्पादन अधिकृत छ तर फार्मसी र विष अध्यादेश (Cap. 138) अन्तर्गत सुचित छैन र भाग 3 मा व्याख्या गरे अनुसार COVID-19 को खोप लाउन सहमत छु। मैले प्रश्नहरू सोधे मौका पाएँ र मेरा सबै प्रश्नहरूको उत्तरमा सन्तुष्टि भए। मैले यो फाराम अन्तर्गत व्यक्तिगत डाटा संकलन उद्देश्यको बयानमा र आफ्नो दायित्व र जिम्मेवारीहरूलाई पनि राम्ररी बुझे।

तल हस्ताक्षर गरेर म निश्चित गर्दछु कि, म (क) COVID-19 खोप कार्यक्रम अन्तर्गत(भाग 3 मा विस्तृत हेर्नुहोस्) COVID-19 खोपको प्रबन्ध मलाई / मेरो बच्चा / मेरो वार्ड \* लाई सहमति गर्छु; (ख) स्वास्थ्य विभागद्वारा COVID-19 खोपसँग सम्बन्धित सुरक्षा र नैदानिक घटनाहरूको निरन्तर मुल्यांकन गर्ने उद्देश्यले अस्पताल प्राधिकरण र सम्बन्धित निजी स्वास्थ्य सेवाहरू र स्वास्थ्य पेशेवरहरूसँग भएका मेरो / मेरो बच्चा / मेरो वार्डको \* क्लिनिकल डाटा सरकारसँग सहकार्य गरेको स्वास्थ्य विभाग र सान्दर्भिक संगठनहरू (हडकडका विश्वविद्यालय सहित)को पहुँच र प्रयोगक जरुरि भएको कुरा बुझी पहुँच र प्रयोगको सहमति गर्छु।

म घोषणा गर्दछु कि यस फारममा उपलब्ध गराइएको जानकारी सही छ।

यस फारममा सरकारद्वारा प्रयोग गर्ने उद्देश्यले "व्यक्तिगत डाटा संकलन उद्देश्य" मा व्याख्या गरिए अनुसार म मेरो / मेरो बच्चा / मेरो वार्डको \* व्यक्तिगत डाटा दिन सहम छु। सरकारले मलाई खोप सम्बन्धि जानकारी र व्यवस्था प्रमाणित गर्न मलाई सम्पर्क गर्ने कुरा म बुझ्छु ।

स्मार्ट पहिचान कार्ड भएको व्यक्तिको लागि: म हेल्थकेयर प्रदायक / सार्वजनिक अधिकारीहरूलाई मेरो / मेरो बच्चा / मेरो वार्डको \* व्यक्तिगत डाटा [ हडकडको पहिचान कार्ड नम्बरमा सीमित, नाम (अंग्रेजी र चिनियाँमा), जन्म मिति र हडकडको परिचयपत्र जारी गरिएको मिति] जुन मेरो / मेरो बच्चा / मेरो वार्डको \* स्मार्ट पहिचान कार्डमा सन्निहित चिपमा राखिएको छ व्यक्तिगत डाटा संकलन उद्देश्यको बयानमा व्याख्या गरीय अनुसार सरकारी प्रयोगको उद्देश्यका लागि पढ्ने अधिकार दिन सहमत छु।

यो सहमति फाराम हडकडको प्रशासनिक क्षेत्रको कानून बमोजिम निर्देशित र समहित हुनेछ र म अपरिवर्तनीय रूपमा विशेष हडकडको प्रशासनिक क्षेत्रको अदालतहरूको विशेष क्षेत्राधिकारमा पेश गर्नेछु।

अभिभावक / संरक्षकको हस्ताक्षर \*:

अभिभावक / संरक्षकको नाम\* (अङ्ग्रेजीमा):

सम्बन्ध:

अभिभावक / संरक्षकको HKID \*:

सम्पर्क टेलिफोन नम्बर .:

मिति:

# यदि भ्याक्सिन पाउने व्यक्ति मानसिक रूपमा अशक्त छैन तर अशिक्षित छ भने साक्षीले निम्न पूरा गर्नुपर्दछ

भ्याक्सिन प्राप्तकर्तालाई यो कागजात मेरो उपस्थितिमा पढाइएको र व्याख्या गरिएको छ। खोप लिनेलाई प्रश्न सोध्ने अवसर दिइयो।

साक्षीको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

साक्षीको नाम(अङ्ग्रेजीमा): \_\_\_\_\_

हङ्कडः परिचय कार्ड नम्बर  
.:(केवल वर्णमाला र पहिलो तीन अंक आवश्यक छ) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 (X)

सम्पर्क टेलिफोन नम्बर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

| To be completed by Healthcare Provider                                       |                       |                     |  |
|--|-----------------------|---------------------|--|
| eHS(S) Transaction No. <b>ONE TRANSACTION NUMBER ONLY</b><br>(if applicable) | T _____ - ____ - ____ |                     |  |
| Vaccine log number   |                       | Date of Vaccination |  |
| Place of Vaccination   |                       |                     |  |
| Name of Doctor   |                       |                     |  |
| Name of Vaccination Staff  |                       |                     |  |

## व्यक्तिगत डाटा संग्रहको उद्देश्यको बयान

### (केवल सन्दर्भको लागि अनुवादित संस्करण)

व्यक्तिगत डाटाको प्रावधान स्वैच्छिक हो। यदि तपाईंले पर्याप्त जानकारी प्रदान गर्नुभएन भने, तपाईं खोप प्राप्त गर्न सक्षम हुनुहुने छैन।

#### संग्रहको उद्देश्य

1. प्रदान गरिएको व्यक्तिगत डाटा सरकारले निम्न उद्देश्यहरूमध्ये एक वा बढीको लागि प्रयोग गर्नेछः
  - (a) COVID-19 खोप प्राप्तिको स्थितिमा सम्बन्धित सरकारी विभाग तथा संगठनहरूको साथ जाँच गर्न;
  - (b) सम्बन्धित सरकारी ब्युरो वा विभाग र संगठनहरूलाई खोप तथा खोपपछि फलो अपको प्रबन्ध गर्नको लागि सूचित गर्न;
  - (c) एक eHealth (सबिडीहरू) खाताको सिर्जना, प्रशोधन तथा अनुरक्षणको लागि, र COVID-19 खोप कार्यक्रमको प्रशासन तथा अनुगमन, सहित तर अध्यागमन विभागद्वारा राखिएको डाटाको साथ विद्युतीय माध्यमबाट एक प्रमाणिकरण प्रक्रियामा सीमित छैन;
  - (d) COVID-19 खोप कार्यक्रम अन्तर्गत COVID-19 खोप सम्बन्धी सुरक्षा र क्लिनिकल घटनाहरूको निरन्तर अनुगमनको लागि सरकार (हंगकंग विश्वविद्यालय सहित) को साथ स्वास्थ्य विभाग र सँगै काम गरेका सान्दर्भिक संगठनहरूको स्थानान्तरण गर्न।
  - (e) सांख्यिकीय र अनुसन्धान उद्देश्यहरूको लागि; तथा
  - (f) आवश्यक, अधिकृत वा कानून द्वारा अनुमति दिइएको कुनै अन्य वैध उद्देश्यहरू हुन सक्छ।

#### स्थानान्तरणको वर्ग

2. यदि आवश्यक छ भने, तपाईंले प्रदान गर्नुभएको व्यक्तिगत डाटा सरकारमा हस्तान्तरण हुनेछ र सरकारले यसको एजेन्टहरू, अन्य संगठनहरू, र तेस्रो पक्षहरूलाई माथिको अनुच्छेद 1 मा बयान गरिएको उद्देश्यका लागि खुलासा गर्न सक्नेछ।

#### व्यक्तिगत डाटामा पहुँच

3. तपाईंसँग व्यक्तिगत डाटा (गोपनीयता) अध्यादेश (Cap.486) को सेक्शनहरू 18 र 22 तथा सिद्धान्त 6, अनुसूची 1 अन्तर्गत तपाईंको व्यक्तिगत डाटाको पहुँच र सुधारको लागि अनुरोध गर्ने अधिकार छ। स्वास्थ्य विभागले डाटा पहुँच अनुरोधको साथ अनुपालन गर्नको लागि एक शुल्क लागू गर्न सक्दछ।

#### सोधपुछहरू

प्रदान गरिएका व्यक्तिगत डाटालाई चासो राख्ने सोधपुछहरू, पहुँच तथा सुधारका लागि अनुरोध सहित, सम्बोधन गर्नुपर्छ:

Executive Officer (Programme Management and Vaccination Division)

ठेगाना: Centre for Health Protection, Block A, 2/F, 147C Argyle Street, Kowloon

टेलिफोन नं.: 2125 2045