Annexure 1

## All India Institute of Medical Sciences Nagpur

## FORMAT FOR INFORMED CONSENT FOR YELLOW FEVER VACCINATION

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | DATE | _ _ /_ _ / 20 _ _ | |
| 2 | NAME<br>(IN CAPITAL LETTERS As mentioned in passport) | SURNAME | GIVEN NAME |
| 3 | SEX | MALE / FEMALE/ TRANSGENDER | |
| 4 | DATE OF BIRTH | / / | |
| 5 | ADDRESS<br>(AS IN THE PASSPORT) | | |
| 6 | PASSPORT NO | | |
| 7 | PHONE / MOBILE NO | | |
| 8 | E - mail id | | |
| 9 | SEAMAN / SEAWOMAN | YES / NO | |
| 10 | COUNTRY OF TRAVEL / PURPOSE<br>(APPLICABLE ONLY FOR PASSENGERS) | | |
| 11 | LAST VACCINATION DETAILS (DATE AND TYPE OF<br>VACCINE) in the last 3 months | | |
| 12 | MEDICAL HISTORY | RESPONSE: YES / NO | |
| i. | ALLERGY TO EGG/CHICKEN/Food allergy/Drug allergy | | |
| ii. | ANY MAJOR LIVER/KIDNEY DISEASE | | |
| iii. | ARE YOU ON MEDICATION WITH STEROIDS/RADIATION THERAPY/CANCER TREATMENT(CHEMOTHERAPY) | | |
| iv. | ANY HISTORY OF CANCER, HIV/AIDS, ORGAN TRANSPLANTATION, DIALYSIS | | |
| v. | ANY HISTROY OF AUTO IMMUNE DISEASES/THYMUS RELATED DISORDERS | | |
| vi. | HISTORY OF ASTHMA | | |

**FEMALE**

| | | |
|---|---|---|
| PREGNANCY | YES / NO | LAST MENSTRUAL PERIOD: - |

Informed Consent: -

I hereby, give my full, free & voluntary consent for yellow fever vaccination. All information related to the procedure, risks, complications & contradictions of vaccination has been provided to me and also explained to me by the health care provider in the language I can understand.

13.SIGNATURE (AS IN THE PASSPORT):

(MOTHER CAN SIGN ON BEHALF OF MINORS BELOW 18 YEARS)

---

**FOR OFFICE USE ONLY**

CARD NO:

AMOUNT: RS.

DATE:

NODAL / MEDICAL OFFICER, YFVC,

Note: - * *Person of age above 60 years and age below one year carry increased risk of developing complication*

THE NECESSARY INFORMATION FOR YELLOW FEVER VACCINE BENEFICIARIES

**1. All the vaccine beneficiary have to read the following carefully and comply strictly and honestly**

- All vaccine beneficiaries should have their proper meal before vaccination.
- All vaccine beneficiaries have to wait approximately for 30 minutes after receiving the vaccination and
- Inform immediately to then & their doctor on duty in case of any uneasiness, side effect, reaction or any other adverse reaction to the beneficiary
- Everyone should disclose their ongoing treatment/ any disease condition to the doctor before the vaccination for a safe outcome.

2. Who should not get Yellow Fever Vaccine?

➢ Anyone with allergy to eggs, chicken proteins or gelatin, ➢ Any One with Primary (Inherent) Immunodeficiency

➢ Immunodeficiency of Infectious nature – HIV/AIDS

➢ Secondary (adventitious) Immunodeficiency – Your immune system is weakened as a result of cancer or other medical conditions, a transplant, or radiation or drug treatment (such as steroids or cortisone, cancer chemotherapy, or other drugs that affect immune cell function).

➢ Who have a thymus disorder, such as myasthenia gravis, DiGeorge syndrome, or thymoma or Thymus removed.

➢ Acute disease – infectious & non-infectious or flare up of chronic disease – Vaccination not earlier than one month

➢ Any One with any major liver or kidney disease

➢ Anyone pregnant, or could be pregnant in the next two weeks.

➢ Children younger than 12 months of age (as per existing norms of Govt. of India)

➢ Who had a severe allergic reaction to a previous dose of Yellow Fever Vaccine (Tell your doctor if you have any severe allergies)

➢ History of vaccination with in past 4 weeks with any other live vaccines. (Like MMR, BCG, Oral Polio & Influenza etc.)

3. Other Advisory

➢ Nursing mothers should avoid or postpone travel to an area where there is risk of yellow fever

➢ Adults 60 years of age and older might be at increased risk for severe problems following vaccination.

➢ Anyone having known history of Asthma should get vaccinated at Yellow Fever Vaccination Centre situated in the Tertiary Care Hospitals.

# Exemption or contraindication to yellow fever vaccination does not provide any immunity from quarantine (isolation)

**4. Mild Side Effects of Vaccination**

➢ Yellow fever vaccine has been associated with fever and with aches, soreness, redness or swelling where the shot was given. These problems occur in up to 1 person out of 4. They usually begin soon after the shot, and can last up to a week.

➢ Most people will get a slight sore arm.

➢ 2-10% may feel tired, headache, muscle aches, fever for 24 hours starting , upto 3- 9 days after the vaccine`

➢ 1% need to curtail regular activities

## 5. More Serious Side Effects of Vaccination

- The risk of a vaccine causing serious harm, or death, is extremely low.
- Severe allergic reaction to a vaccine component (about 1 person in 58,000).
- Severe nervous system reaction (about 1 person in 125,000).
- Life-threatening severe illness with organ failure (about 1 person in 250,000). More than half the people who suffer this side effect die. These last two problems have never been reported after a booster dose.
- 1 in 130,000 will get immediate hypersensitivity – rash, itching faint or asthma - this is why you need to wait 30 minutes in the clinic.
- 0.09-2.5 per million will get inflammation of multiple organs e.g. lungs, kidney, liver, spleen, skin, blood stream.
- 1 in 8 million will get encephalitis (Inflammation of the brain)

## 6. What if there is a severe reaction?

### a. What should I look for?

- Look for any unusual condition, such as a high fever, behavior changes, or flu-like symptoms
- Signs of an allergic reaction can include difficulty in breathing, hoarseness or wheezing, hives, paleness, weakness, a fast heart-beat, or dizziness within a few minutes to a few hours after the shot.

### b. What should I do?

- Call a doctor, or get the person to a doctor right away.
- Tell the doctor what happened, the date and time it happened, and when the vaccination was given.

## अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान नागपुर

## All India Institute of Medical Sciences Nagpur

**पीत ज्वर टीकाकरण के लिए सूचित सहमति का प्रारूप**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | दिनांक | ___ / ___ / 20___ |
| 2 | नाम (बड़े अक्षर में) | उपनाम __________ नाम __________ |
| 3 | लिंग | पुरुष / महिला / ट्रांसजेंडर |
| 4 | जन्म की तारीख | ___ / ___ / _____ |
| 5 | पता (जैसा पासपोर्ट में है) | |
| 6 | पासपोर्ट संख्या | |
| 7 | फोन / मोबाइल नं | |
| 8 | ईमेल आईडी | |
| 9 | सीमैन / सीमेन | हाँ / नहीं |
| 10 | यात्रा का देश / उद्देश्य (केवल यात्रियों पर लागू) | |
| 11 | पिछले 3 महीनों में टीकाकरण का विवरण (तारीख और टीके का प्रकार) | |
| 12 | चिकित्सा इतिहास | |
| i. | अंडे/चिकन से एलर्जी | प्रतिक्रिया : हाँ / नहीं |
| ii. | लीवर / किडनी की कोई बड़ी बीमारी | |
| iii. | क्या आप स्टेरॉयड/विकिरण चिकित्सा/कैंसर उपचार (कीमोथेरेपी) के साथ दवा ले रहे हैं | |
| iv. | कैंसर, एचआईवी, एड्स, जन्म-अपर्याप्तता, डायबिटीज का कोई इतिहास ________________________________ | |
| v. | स्व-प्रतिरक्षी रोग/थाइमस संबंधी विकारों का कोई इतिहास | |
| vi. | अस्थमा का इतिहास | |

**महिला**

| | | |
|---|---|---|
| **गर्भावस्था : अंतिम** | हाँ / नहीं | अंतिम माहवारी की तिथि :: _________ |

**घोषित सहमति :-**

मैं पीत ज्वर टीकाकरण के लिए अपनी पूर्ण, स्वतंत्र और स्वैच्छिक सहमति देता हूं।

टीकाकरण की प्रक्रिया, जोखिमों, जटिलताओं और विरोधाभासी स्थितियों कि सभी जानकारी मुझे प्रदान की गई है और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा मुझे समझाया भी गया है।

**13. हस्ताक्षर (जैसा पासपोर्ट में है)**

(18 वर्ष से कम आयु के लाभार्थियों की ओर से अभिभावक हस्ताक्षर कर सकते हैं)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## कार्यालय के उपयोग के लिए

बैच नं. : __________

निर्मा. द. : __________

समाप्ति तिथि : ________

**नोडल / चिकित्सा अधिकारी, एन.यू.एच.एम.,**

**नोट : *60 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्ति और एक वर्ष से कम आयु के व्यक्ति में जटिलताएँ विकसित होने का जोखिम अधिक होता है, इसलिए उन्हें अधिकृत अस्पताल/तृतीयक देखभाल केंद्र में टीकाकरण कराने की सलाह दी जाती है**

**पीत ज्वर टीकाकरण के लाभार्थियों के लिए आवश्यक सूचना**

**1. सभी टीकाकरण लाभार्थी निम्नलिखित सूचना ध्यान से पढ़ें और सहमति ईमानदारी पूर्वक प्रदान करें।**

• लाभार्थी टीकाकरण के लिए खाली पेट न आएँ।

• सभी लाभार्थियों को टीकाकरण के बाद 30 मिनट के लिए इंतजार करना होगा।

• किसी भी एलर्जी, बेहोशी, टीकाकरण या किसी अन्य प्रतिकूल प्रतिक्रिया के मामले में लाभार्थी तुरंत इमरजेंसी या उपस्थित डॉक्टर को सूचित करें।

• एक लाभार्थी सुरक्षित परिणाम के लिए अपने वर्तमान उपचार / किसी भी बीमारी की स्थिति, टीकाकरण से पहले डॉक्टर को सूचित करें।

**2. पीत ज्वर का टीकाकरण नहीं लेना चाहिए जब –**

• अंडे से अथवा चिकन प्रोटीन से अथवा जिलेटिन से एलर्जी हो।

• प्राथमिक (जन्मजात) रोगप्रतिकारक–अपर्याप्तता हो।

• संक्रामक कारणों से उत्पन्न रोगप्रतिकारक-अपर्याप्तता (जैसे एचआईवी / एड्स)

• द्वितीयक (आकस्मिक) रोगप्रतिकारक–अपर्याप्तता–कैंसर अथवा अन्य चिकित्सीय बीमारी, प्रत्यारोपण अथवा विकिरण अथवा उपचारक दवा (जैसे की स्टेरॉयड अथवा कीमोथेरेपी) अथवा कैंसर उपचार चिकित्सा अथवा अन्य दवा जो रोगप्रतिरोधक क्षमता पर असर करती हो।

• थाइमस विकार हो जैसे मायस्थेनिया ग्रेविस, DiGeorge सिंड्रोम अथवा थाइमोमा हो अथवा थाइमस ग्रंथि हटाई गई हो।

• संक्रमण और असंक्रमक यकृत बीमारी हो अथवा पुरानी बीमारी के पुनः जागृत होने पर – 1 महीने से पहले टीकाकरण नहीं करवाया जा सकता।

• गुर्दे की अथवा यकृत/जिगर की गंभीर बीमारी हो।

• गर्भवती हो अथवा अगले 2 सप्ताह में गर्भवती होने का अंदाजा हो।

• 12 महीने से कम उम्र का बच्चा हो।

• यदि पीत ज्वर टीकाकरण से गंभीर एलर्जिक प्रतिक्रिया हो।

• पिछले 04 हफ्तों में किसी अन्य लाइव वैक्सीन (जैसे एम.एम.आर., बी.सी.जी., ओरल पोलियो एवं इन्फ्लुएंजा इत्यादि) से टीकाकरण यदि हुआ हो तो।

**3. अन्य महत्वपूर्ण सूचना**

• गर्भवती महिलाओ को पीत ज्वर प्रभावित स्थान की यात्रा टालनी चाहिए अथवा यात्रा को विलम्ब करना चाहिए।

• 60 साल के वयस्क अथवा उससे वृद्ध लाभार्थी को टीकाकरण के पश्चात गंभीर समस्याएं होने की संभावना अधिक है।

• किसी भी व्यक्ति को यदि बुखार की शिकायत रही हो अथवा है, तो वे अपना टीकाकरण तृतीयक देखभाल अस्पताल (बड़े अस्पताल) में कराए।

**पीत ज्वर टीकाकरण से छुट अथवा पीत ज्वर टीकाकरण की निषेधात्मक परिस्थिति (कॉंट्राइंडिकेशन) सरोकार से किसी को भी प्रतिरोधन क्षमता (अलगाव) प्रदान नहीं करता है।**

**4. टीकाकरण के मामूली दुष्प्रभाव**

• पीत ज्वर टीकाकरण से पीत ज्वर टीकाकरण के स्थान पर दर्द, लालिमा अथवा सूजन और हल्का बुखार आ सकता है। ये समस्या चार में से एक व्यक्ति में होती है जो टीकाकरण के कुछ समय बाद से लेकर 1 सप्ताह तक हो सकती है।

• अधिकतर लोगों को जोड़ों में मामूली पीड़ा हो सकती है।

• टीकाकरण के 3-9 दिन बाद 2-10 % लाभार्थियों को थकान, सिर दर्द, बदन दर्द और बुखार 24 घंटे के लिए रह सकता है।

• 1% लाभार्थियों को अपनी नियमित गतिविधियों को कम करने की जरूरत महसूस होती है।

**5. टीकाकरण के अधिक गंभीर दुष्प्रभाव**

• इस टीकाकरण के कारण गंभीर नुकसान अथवा मृत्यु की संभावना बेहद कम है।

• टीका अवयव से गंभीर तीव्र प्रतिक्रिया (58,000 में एक व्यक्ति)।

• तंत्रिकीय तंत्र की गंभीर प्रतिक्रिया (125,000 में एक व्यक्ति)।

• अंग विफलता के साथ जीवन को भयप्रद गंभीर बीमारी (250,000 में एक व्यक्ति)।

आधे से ज्यादा लाभार्थी जिनमें उपरोक्त प्रतिक्रिया हुई, उनकी मृत्यु हो गई।

बूस्टर खुराक के बाद उपरोक्त दो दुष्प्रभाव कभी भी रिपोर्ट नहीं हुए।

• 130,000 लाभार्थियों में से एक को तुरंत अतिसंवेदनशीलता प्रतिक्रिया हो सकती है: लाल चकत्ते, खुजली, चेहरे में सूजन-असुविधा, टीकाकरण के 30 मिनट के अंदर उत्पन्न हो सकती है।

• 10 लाख लाभार्थियों में से 0.09-2.5 लाभार्थियों को विभिन्न अंगों में सूजन आ सकती है उदाहरण के लिए फेफड़े, गला, यकृत,

तिल्ली, त्वचा, रक्त प्रवाह।

• 80 लाख में से एक लाभार्थी को मस्तिष्क क्षति हो सकती है (मस्तिष्क की सूजन)।

**6. यदि गंभीर प्रतिक्रिया हो**

**a. मुझे क्या करना चाहिए?**

• इस तरह के एक उच्च बुखार, व्यवहार में परिवर्तन, या मूर्छा जैसे लक्षण के रूप में, किसी भी असामान्य स्थिति की तुरंत देखभाल करें।

• एलर्जी प्रतिक्रिया में निम्नलिखित हो सकते हैं: सांस लेने में कठिनाई, घरघराहट अथवा गला बैठना, कमजोरी, तेज दिल की धड़कन, चक्कर आना – टीकाकरण के पश्चात कुछ मिनट से लेकर कुछ घंटों तक।

**b. मुझे क्या करना चाहिए?**

• डॉक्टर को बुलाए, अथवा व्यक्ति को डॉक्टर के पास ले जाए।

• डॉक्टर को बताएँ, क्या हुआ, कब और किस समय हुआ, और टीकाकरण कब दिया गया।

# अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स), नागपूर
## पिवळ्या तापाच्या लसीकरणासाठी माहितीपूर्ण संमतीचे स्वरूप

| | | |
|---|---|---|
| 1 | तारीख | ____ / ____ / 20____ |
| 2 | नाव (अपरकेसमध्ये) | आडनाव____________ पहिले नाव _____________ |
| 3 | लिंग | पुरुष / महिलांचे / तृतीयपंथी |
| 4 | जन्मतारीख | ____ / ____ / ______ |
| 5 | पत्ता (पासपोर्टप्रमाणे) | |
| 6 | पासपोर्ट क्रमांक | |
| 7 | फोन / फोन. मोबाइल नंबर . | |
| 8 | ईमेल आयडी | |
| 9 | सीमॅन (खलाशी) / महिला खलाशी | होय/ नाही |
| 10 | प्रवासाचा देश / उद्देश (केवळ प्रवाश्यांसाठी लागू) | |
| 11 | गेल्या 3 महिन्यांतील लसीकरणाचा तपशील (लसीची तारीख आणि प्रकार) | |
| 12 | वैद्यकीय इतिहास | प्रतिसाद: होय / नाही |
| i. | अंडी / कोंबडीचा मांसाची(चिकन) ऍलर्जी | |
| ii. | यकृत (लीव्हर) मूत्रपिंडाचा कोणताही मोठा आजार | |
| iii. | आपण स्टिरॉइड्स / रेडिएशन थेरपी / कर्करोगाच्या उपचारांसह (केमोथेरपी) औषधे घेत आहात का? | |
| iv. | कर्करोग, एचआयव्ही/ एड्स, अवयव प्रत्यारोपण, डायलिसिस कोणताही इतिहास | |
| v. | ऑटोइम्यून्यून (स्वयंप्रतिकार )रोग / थायमस संबंधित विकार इतिहास | |
| vi. | दमा | |

**महिला**

| | | |
|---|---|---|
| **गर्भधारणा** : | होय/ नाही | **मासिक पाळी** : ___________ |

**सूचित संमती :**

मी याद्वारे पिवळ्या तापाच्या लसीकरणासाठी माझी पूर्ण, मोफत आणि ऐच्छिक संमती देत आहे.
लसीकरणाच्या प्रक्रियेशी संबंधित सर्व माहिती, धोके, गुंतागुंत आणि विरोधाभास मला देण्यात आले आहेत आणि आरोग्य सेवा प्रदात्याने मला समजेल अशा भाषेत ते स्पष्ट केले आहे.

**13. स्वाक्षरी (पासपोर्टप्रमाणे)**
(18 वर्षांपेक्षा कमी वयाच्या लाभार्थ्यांच्या वतीने पालक स्वाक्षरी करू शकतात)

---

**कार्यालयीन वापरासाठी**

बॅच नं. : ________
देय रक्कम: ________
तारीख : ________

**नोडल वैद्यकीय अधिकारी,**
**एन.यू.एच.एम.,**

**टीप: * 60 वर्षांपेक्षा जास्त वयाच्या आणि एक वर्षापेक्षा कमी वयाच्या व्यक्तींना पुढे गुंतागुंत होण्याचा धोका जास्त असतो, म्हणून त्यांना अधिकृत रुग्णालय / तृतीयक काळजी सुविधेत लसीकरण करण्याचा सल्ला दिला जातो.**

**पिवळा ताप लसीकरणाच्या लाभार्थ्यांसाठी महत्वाची माहिती**

**1. सर्व लसीकरण लाभार्थ्यांनी खालील माहिती काळजीपूर्वक वाचली पाहिजे आणि प्रामाणिकपणे संमती दिली पाहिजे.**

• सर्व लस लाभार्थ्यांनी लसीकरणापूर्वी योग्य जेवण घेतले पाहिजे.

• सर्व लसीकरण लाभार्थ्यांनी लसीकरण घेतल्यानंतर सुमारे ३० मिनिटे वाट पहावी आणि

• लाभार्थ्याला कोणतीही अस्वस्थता, दुष्परिणाम, प्रतिक्रिया किंवा इतर कोणत्याही प्रतिकूल प्रतिक्रिया आढळल्यास ताबडतोब कर्तव्यावर असलेल्या डॉक्टरांना कळवावे.

• सुरक्षित परिणामासाठी प्रत्येकाने लसीकरणापूर्वी त्यांचे चालू उपचार/कोणत्याही आजाराची स्थिती डॉक्टरांना सांगावी.

**2. पिवळ्या तापाचे लसीकरण यांनी घेऊ नये जेव्हा:**

• अंडी, कोंबडीच्या मांसाची(चिकन) प्रथिने किंवा जिलेटिनपासून ऍलर्जी असणे.

• प्राथमिक (जन्मजात) इम्युनोडेफिशियन्सी म्हणजेच रोगप्रतिकार शक्तीची कमतरता असणे

• संसर्गजन्य स्वरूपाची इम्युनोडेफिशियन्सी - एच.आय.व्ही / एड्स वगैरे आहे.

• दुय्यम (adventitious) इम्युनोडेफिशियन्सी - कर्करोग किंवा इतर वैद्यकीय रोग, प्रत्यारोपण किंवा रेडिएशन किंवा उपचारात्मक औषध (जसे की स्टिरॉइड्स किंवा केमोथेरपी) किंवा कर्करोग उपचार थेरपी किंवा रोगप्रतिकारक शक्तीवर परिणाम करणारे इतर औषध.

• थायमस डिसऑर्डर जसे की मायस्थेनिया ग्रॅव्हिस, डिजॉर्ज सिंड्रोम किंवा थायमोमा किंवा थायमस ग्रंथी काढून टाकणे.

• संसर्ग आणि असंसर्गजन्य यकृत रोग किंवा जुनाट आजाराची पुनरावृत्ती

- लसीकरण 1 महिन्यापूर्वी केले जाऊ शकत नाही.

• तीव्र मूत्रपिंड किंवा यकृत / यकृत रोग.

• सध्याची गर्भवती किंवा पुढील 2 आठवड्यांत गर्भवती होण्याची शक्यता असताना.

• 12 महिन्यांपेक्षा कमी वयाची मुले (भारत सरकार नियमानुसार).

• ज्यांना यलो फिव्हर लसीच्या मागील डोसमुळे तीव्र ऍलर्जी झाली होती (जर तुम्हाला गंभीर ऍलर्जी असेल तर तुमच्या डॉक्टरांना सांगा)

• गेल्या ४ आठवड्यांतील इतर कोणत्याही जिवंत (live vaccines) लसींसह लसीकरणाचा इतिहास. (जसे की MMR, BCG, ओरल पोलिओ आणि इन्फ्लूएंझा इ.)

**3. इतर महत्वाची सूचना**

• गर्भवती महिलांनी पिवळ्या ताप ग्रस्त भागात प्रवास करणे टाळले पाहिजे किंवा प्रवास स्थगित केला पाहिजे.

• 60 वर्षे आणि त्याहून अधिक वयाच्या लाभार्थ्यांना लसीकरणानंतर गंभीर गुंतागुंत होण्याची शक्यता जास्त असते.

• जर एखाद्या व्यक्तीला तापाची तक्रार असेल किंवा असेल तर त्यांनी स्वत: ला तृतीयक काळजी रुग्णालयात (मोठे रुग्णालय) लस घ्यावी.

**पिवळ्या तापाच्या लसीकरणापासून सूट किंवा वैद्यकीय कारणांमुळे लस न घेण्याची स्थिती असली तरी क्वारंटाईन ( अलग ठेवणे) पासून कोणतीही सूट किंवा संरक्षण मिळत नाही.**

**4. लसीकरणाचे किरकोळ दुष्परिणाम**

• पिवळ्या तापाच्या लसीकरणामुळे पिवळ्या तापाच्या लसीकरणाच्या ठिकाणी वेदना, लालसरपणा किंवा सूज येऊ शकते आणि सौम्य ताप येऊ शकतो. ही समस्या चारपैकी एका व्यक्तीमध्ये उद्भवते आणि लसीकरणानंतर काही काळापासून 1 आठवड्यापर्यंत उद्भवू शकते.

• बहुतेक लोकांना किरकोळ हात दुखण्याचाअनुभव येऊ शकतो.

- लसीकरणानंतर 2-10% लाभार्थ्यांना 3-9 दिवस लसीकरणानंतर 24 तास ताप, थकवा, डोकेदुखी, अंगदुखी ऊ शकतो.

• 1% लाभार्थ्यांना त्यांचे नियमित व्यवहार कमी करण्याची गरज वाटते.

**5. लसीकरणाचे अधिक गंभीर दुष्परिणाम**

. लसीकरणामुळे गंभीर इजा किंवा मृत्यू होण्याची शक्यता खूपच कमी आहे.

• लस घटकांवर गंभीर ॲलर्जी प्रतिक्रिया (58,000 पैकी एक व्यक्ती)

• मज्जासंस्थेची गंभीर प्रतिक्रिया (125,000 पैकी एक व्यक्ती).

• अवयव निकामी होण्यासह जीवघेणा गंभीर आजार (250,000 मध्ये एक व्यक्ती).

वरील प्रतिक्रिया असलेल्या लाभार्थ्यांपैकी अर्ध्याहून अधिक लाभार्थ्यांचा मृत्यू होऊ शकतो.

वरील दोन दुष्परिणाम बूस्टर डोसनंतर कधीही नोंदवले गेले नाहीत.

• 130,000 लाभार्थ्यांपैकी एकाला त्वरित अतिसंवेदनशीलता प्रतिक्रिया असू शकते: पुरळ, खाज सुटणे, चेहऱ्यावर सूज, अस्वस्थता, लसीकरणानंतर 30 मिनिटांच्या आत उद्भवू शकते.

• 10 लाख लाभार्थ्यांपैकी 0.09-2.5 लाभार्थ्यांना फुफ्फुस, घसा, यकृत, प्लीहा, त्वचा, रक्तप्रवाह यांसारख्या विविध अवयवांमध्ये सूज येऊ शकते.

• ८० लाख लाभार्थ्यांपैकी एकाला मेंदूचे नुकसान (मेंदूला सूज येणे) होऊ शकतो.

**6. जर गंभीर प्रतिक्रिया असेल तर**

**ए. काय करावे?**

• तीव्र ताप, वागणुकीत बदल किंवा अशक्तपणा यासारख्या कोणत्याही असामान्य परिस्थितीची त्वरित काळजी घ्या.

• एलर्जीच्या प्रतिक्रियांमध्ये हे समाविष्ट असू शकते: श्वास घेण्यात अडचण, घरघर किंवा घसा खवखवणे, अशक्तपणा, वेगवान हृदयाचा ठोका, चक्कर येणे - लसीकरणानंतर काही मिनिटांपासून काही तासांपर्यंत.

**बी. मी काय करू?**

• डॉक्टरांना कॉल करा किंवा त्या व्यक्तीला डॉक्टरकडे घेऊन जा.

• काय झाले, केव्हा आणि कोणत्या वेळी आणि केव्हा लस दिली गेली हे डॉक्टरांना सांगा.