

TO BE COMPLETED BY PATIENT (please approach our staff if you need help)  
சுகாதார அமைச்சின் கொவிட்-19 மொடர்னா (MODERNA) தடுப்பூசிப் படிவம் - படிவம் 1  
நோயாளி பூர்த்தி செய்யவேண்டும் (உதவி தேவைப்பட்டால் அலுவலர்களை அணுகவும்)

PART A: PERSONAL PARTICULARS பகுதி A: சுய விவரங்கள்				Queue Registration வரிசை பதிவு	
NAME (BLOCK LETTERS): பெயர் (குடித்த எழுத்துக்களில்):			NRIC No./Foreign Identification No.(FIN): அடையாள அட்டை எண் / வெளிநாட்டு அடையாள அட்டை (FIN) எண்:		
Gender: பாலினம்: <input type="checkbox"/> Male ஆண் <input type="checkbox"/> Female பெண்			Date of Birth (dd/mm/yyyy): பிறந்த தேதி (dd/mm/yyyy): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Age: வயது: <input type="text"/>	Ethnic Group: இனம்: <input type="checkbox"/> Chinese சீனர் <input type="checkbox"/> Malay மலாய் <input type="checkbox"/> Indian இந்தியர் <input type="checkbox"/> Others மற்றவர்கள்
Address*: முகவரி*:  Postal Code: அஞ்சல் குறியீடு: <input type="text"/>			Residential Status: குடியரிமை நிலை: <input type="checkbox"/> Citizen சிங்கப்பூர் <input type="checkbox"/> Permanent Resident நிரந்தரவாசி <input type="checkbox"/> Long term நீண்டகால அனுமதி <input type="checkbox"/> Other மற்றவை		
Handphone Number: கைப்பேசி எண்: <input type="text"/>			Email Address*: மின்னஞ்சல் முகவரி*: <input type="text"/>		
PART B: MEDICAL INFORMATION பகுதி B: மருத்துவ விவரங்கள்				Waiting Area காத்திருக்கும் இடம்	
<b>PART B1: FEVER</b> பகுதி B1: காய்ச்சல்				NO இல்லை	YES ஆம்
Have you had a fever (temperature $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) in the past 24 hours? கடந்த 24 மணிநேரத்தில் உங்களுக்கு காய்ச்சல் ( வெப்பநிலை $\geq 37.5$ டிகிரி செல்சியஸ்)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PART B2: ADVERSE EVENTS TO VACCINES</b> பகுதி B2: தடுப்பு மருந்துகளால் ஏற்படும் பக்க விளைவுகள்				NO இல்லை	YES ஆம்
Have you ever had any allergic reactions to VACCINES: உங்களுக்குத் தடுப்பு மருந்துகளால், ஒவ்வாமைகள் ஏற்பட்டிருக்கின்றனவா?					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anaphylaxis: severe reaction with two or more of the following: (a) hives or face/eyelid/lip/throat swelling, (b) difficulty breathing, (c) dizziness கடுமையான ஒவ்வாமையுடன் பின்வரும் இரண்டுக்கும் மேற்பட்ட பிரச்சினைகள்: (a) தோல் அரிப்பு அல்லது முகம்/கண் இமை/உதடு/தொண்டை வீக்கம், (b) சுவாசிப்பதில் சிரமம், (c) மயக்கம்</li> </ul>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Have you had rash OR hives OR face/eyelid/lip swelling to VACCINES? உங்களுக்குத் தடுப்பூசிகள் போட்டுக்கொள்வதால், தோல் அரிப்பு அல்லது முகம்/கண் இமை/உதடு வீக்கம் ஏற்பட்டுள்ளதா?</li> </ul>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with heart inflammation (myocarditis/pericarditis) after a previous dose of a COVID-19 vaccine? இதற்கு முன் கொவிட்-19 தடுப்பூசி போட்டுக்கொண்ட பின்னர், உங்களுக்கு இதய அழற்சி (மையோகார்டைடிஸ்/ பெரிகார்டைடிஸ்) ஏற்பட்டுள்ளதா?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PART B3: SPECIAL SITUATIONS (CAN STILL VACCINATE)</b> பகுதி B3: மற்ற முன்னெச்சரிக்கைகள் (இன்னும் கூட தடுப்பூசி போட்டுக்கொள்ளலாம்)				NO இல்லை	YES ஆம்
Have you ever had anaphylaxis to medications, insect stings, food or unknown triggers? உங்களுக்கு மருந்துகள், பூச்சிக் கடிிகள், உணவு அல்லது முன் பின் தெரியாதவற்றால் கடுமையான ஒவ்வாமை (anaphylaxis) ஏற்பட்டுள்ளதா?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(For Females) Are you pregnant or suspect that you are pregnant (late menstrual period)? (பெண்களுக்கு மட்டும்) நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா அல்லது கர்ப்பமாக இருப்பதாய் சந்தேகிக்கிறீர்களா (மாதவிடாய்க்காலம் தள்ளிப்போகுதல்)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you currently taking these medications or have these medical conditions? நீங்கள் தற்போது இந்த மருந்துகளை உட்கொள்கிறீர்களா அல்லது இந்த மருத்துவப் பிரச்சனைகள் உங்களுக்கு இருக்கிறதா?					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Blood-thinning medications (e.g. warfarin, apixaban, rivaroxaban, etc.) இரத்தத்தின் அடர்த்தியைக் குறைக்கும் மருந்துகள் (எ.கா. வார்ஃபரின், அபிக்சபன், ரிவரொக்சபன் முதலானவை)</li> </ul>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Bleeding disorder or low platelets இரத்தக்கசிவு பிரச்சனைகள் அல்லது குறைவான இரத்த அணுக்கள்</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>On cancer treatment (immunotherapy / chemotherapy / radiotherapy in the past 3 months OR planned in the next 2 months)# புற்றுநோய் சிகிச்சை (தடுப்பு சிகிச்சை / வேதியல் சிகிச்சை / கதிரியக்க சிகிச்சையை கடந்த 3 மாதத்தில் பெற்று வருதல் அல்லது அடுத்த 2 மாதத்தில் பெறத் திட்டமிடுதல்)#</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recent transplant in the past 3 months# கடந்த 3 மாதங்களில் உறுப்பு மாற்று அறுவை சிகிச்சை#</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aggressive Immunotherapy for non-cancer conditions (e.g. rituximab, etc.)# புற்றுநோய் அல்லாத வேறு நோய்க்கான தீவிர நோய் எதிர்ப்பு சிகிச்சை (எ.கா. rituximab, முதலானவை)#</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PART C: PATIENT DECLARATION AND CONSENT

பகுதி C: நோயாளியின் உறுதிமொழியும் ஒப்புதலும்

I declare that the information I have given is true and complete to the best of my knowledge.  
I have been informed of the risks, benefits and side effects of COVID-19 vaccination, and I wish to receive COVID-19 vaccination.

நான் அளித்துள்ள விவரங்கள் எனக்குத் தெரிந்தவரை உண்மையானவை, முழுமையானவை என உறுதி அளிக்கிறேன்.

கொவிட்-19 தடுப்பு மருந்தின் ஆபத்துகள், நன்மைகள், பக்கவிளைவுகள் பற்றி என்னிடம் தெரிவிக்கப்பட்டது. நான் கொவிட்-19 தடுப்பு மருந்தைப் பெற விரும்புகிறேன்.

I AGREE to receive COVID-19 vaccination; OR

நான் கொவிட்-19 தடுப்பு மருந்து பெற ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்; அல்லது

I DO NOT wish to receive COVID-19 vaccine\*\*

நான் கொவிட்-19 தடுப்பு மருந்து பெற விரும்பவில்லை\*\*

_____ Name of patient / parent / guardian நோயாளி / பெற்றோர் / காப்பாளர் பெயர்	_____ NRIC No. / FIN அடையாள அட்டை எண் / வெளிநாட்டு அடையாள அட்டை எண்	_____ Signature கையொப்பம்	_____ Date (dd/mm/yyyy) தேதி (dd/mm/yyyy)
---	---	---------------------------------	---

\* Fields not required if names are submitted via nominal roll, appointment booking system and healthcare workers under the self-vaccination exercise.

\*\* If patient **does not** wish to receive COVID-19 vaccine, there is no need to complete FORM 2.

# Memo from treating specialist is required to proceed with vaccination.

\* பெயர்ப்பட்டியல், முன்பதிவு முறை வாயிலாகப் பெயர் சமர்ப்பிக்கப்பவர்களுக்கும், சுயத் தடுப்புகி நடவடிக்கையின்கீழ் இடம்பெறும் சுகாதாரப் பராமரிப்பு ஊழியர்களுக்கும் இப்பகுதிகளை நிரப்ப வேண்டியதில்லை.

\*\* நோயாளி கொவிட்-19 தடுப்பு மருந்து பெற விரும்பாவிட்டால், படிவம் 2-ஐ பூர்த்தி செய்ய வேண்டியதில்லை.

# தடுப்புகி போடுவதற்கு சிகிச்சை வழங்கும் நிபுணரிடமிருந்து மருத்துவ குறிப்பு தேவை.

**MOH MODERNA COVID-19 VACCINATION FORM (ASSESSMENT CLINIC) – FORM 2**

TO BE COMPLETED BY DOCTOR OR NURSE AT THE VACCINATION SITE

சுகாதார அமைச்சின் கொவிட்-19 மொடர்னா (MODERNA) தடுப்பூசிப் படிவம் (மதிப்பீட்டு மருந்தகம்) - படிவம் 2  
இந்தப் படிவத்தை மருத்துவர் அல்லது தாதி, தடுப்பூசி போடப்படும் இடத்தில் பூர்த்தி செய்யவேண்டும்

PART D: CLINICAL SAFETY REVIEW OF PATIENTS		
<b>PART D1: NOT ELIGIBLE FOR COVID-19 VACCINATION</b> IF YES → DO <b>NOT</b> VACCINATE	NO	YES
• Child under age 18 years	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PART D2: CONTRAINDICATIONS TO COVID-19 VACCINE</b> IF YES → DO <b>NOT</b> VACCINATE	NO	YES
• High-risk/immediate (onset ≤4h) allergic reaction or anaphylaxis to previous dose of same vaccine, or any of its components	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Myocarditis / pericarditis after a previous COVID-19 vaccine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PART D3: PRECAUTIONS → POSTPONE VACCINATION</b> IF YES → DO <b>NOT</b> VACCINATE	NO	YES
• Fever (≥ 37.5°C) in past 24 hr → Re-schedule vaccination when fever has resolved	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergy or anaphylaxis to other (non-COVID-19) vaccines → Refer to allergist*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PART D4: SPECIAL SITUATIONS → CAN VACCINATE</b> IF YES to being on anti-coagulation, has bleeding disorder or low platelets →	NO	YES
• Advise to hold firm pressure at injection site for 5 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES to being/possibly pregnant →		
• Check if patient wishes to discuss with obstetrician (optional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES to any of the below, check if suitability has been assessed by treating specialist		
• On cancer treatment (immunotherapy / chemotherapy / radiotherapy) less than 3 months ago or planned in the next 2 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Recent transplant in the past 3 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aggressive immunotherapy for non-cancer conditions (e.g. rituximab, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES to history of anaphylaxis →		
• ENSURE POST-VACCINATION OBSERVATION PERIOD OF 30 MINUTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CLINICAL ASSESSMENT:</b> <input type="checkbox"/> Risks, benefits, adverse effects discussed; patient form & consent checked	Form Completed by	
<b>VACCINATE?</b> <input type="checkbox"/> YES → PROCEED TO VACCINATION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Not eligible OR has contraindications → NO VACCINATION <input type="checkbox"/> Fever → RESCHEDULE vaccination when fever has resolved <input type="checkbox"/> Allergy or anaphylaxis to other vaccines → Refer to allergist*	Name (stamp) / Signature / Date	
<b>PART E: VACCINATION RECORD</b>		
COVID-19 vaccine given: <input type="checkbox"/> #1 Date: <input type="checkbox"/> #2 Date: <input type="checkbox"/> #3 Date:	Injection site: <input type="checkbox"/> Left deltoid <input type="checkbox"/> Right deltoid <input type="checkbox"/> Other _____	Vaccine Brand: <input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech / Comirnaty <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Sinovac <input type="checkbox"/> Other _____
		Batch number:  Bottle number (if applicable):
Place of Vaccination:	Vaccinated by:  Name (stamp) / Signature / Date	
<b>PART F: OBSERVATION &amp; DISCHARGE</b>		
<input type="checkbox"/> Vaccine card & vaccine information sheet (VIS) given <input type="checkbox"/> Observe patient for 30 min after vaccination (for syncope, anaphylaxis, etc.) <input type="checkbox"/> If allergic symptoms develop in first 30 min, observe until stable or refer to ED	Time of vaccination:	
Remarks by doctor (If treatment required):	Assessed by:  Name (stamp) / Signature / Date	

\* Please refer to the [Allergist Referral Form for COVID-19 vaccination] if the individual is eligible for further evaluation by an allergist.

