



Kegunaan pejabat sahaja  
No: \_\_\_\_\_

KEMENTERIAN KESIHATAN, NEGARA BRUNEI DARUSSALAM

VAKSINASI COVID-19: BORANG PERSETUJUAN BAGI PELAJAR

Sebelum melengkapkan borang ini, pastikan awda telah membaca lembaran maklumat mengenai vaksin COVID-19 yang akan diterima oleh anak awda.

MAKLUMAT PENERIMA (Sila isikan dengan penuh)

Nama Penuh:					
Alamat:					
Jantina:	<input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Lelaki	Bil KP:		Warna:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> H
Tarikh Lahir:		Nombor Telefon:			
Nama Institusi:					
Pelajar Tahun / Semester:		Program:			
No BruHIMS:		No. Passport			

Saya mengaku:

- Saya telah membaca dan memahami maklumat mengenai vaksin dan kesan-kesan sampingan vaksin yang mungkin berlaku.
- Saya memahami bahawa kesan-kesan sampingan biasa yang berkaitan dengan vaksin termasuk, tetapi tidak terhad kepada, rasa sakit, kemerahan atau bengkak di tempat suntikan, keletihan, sakit kepala, sakit otot, mengggil, sakit sendi, demam, mual atau merasa tidak sihat.
- Saya memahami bahawa vaksin mungkin, walaupun sangat jarang berlaku, boleh menyebabkan reaksi alergi yang teruk.
- Saya memahami bahawa ini mungkin bukan semuanya kesan sampingan vaksin kerana vaksin masih dikaji dalam ujian klinikal.
- Saya memahami risiko-risiko dan faedah-faedah yang berkaitan dengan vaksin di atas.
- Saya tidak akan mengambil tindakan terhadap Kerajaan, Kementerian Kesihatan dan/ atau kakitangannya atau wakil Kementerian Kesihatan yang dibenarkan serta pengilang vaksin bagi apa-apa akibat yang timbul daripada penerimaan vaksin saya.

Perseujuan untuk anak jagaan saya menerima dos sepenuh vaksin

Saya telah <b>menerima dan memahami</b> maklumat yang diberikan kepada saya mengenai vaksinasi COVID-19.	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak		
Di sini saya <b>BERSETUJU</b> supaya anak saya seperti yang bernama di atas, untuk <b>menerima vaksin COVID-19 sepenuhnya</b> .	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak		
Saya mengesahkan bahawa anak yang bernama di atas, <b>perlu ditemani</b> sama ada oleh saya, suami/isteri saya, atau penjaga sahnya pada hari vaksinasi yang akan ditetapkan.	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak		
Nama ibu bapa/ penjaga:			
Tandatangan ibu bapa/ penjaga:		Tarikh:	
Bilangan kad pengenalan ibu bapa/ penjaga:		No Telefon:	
Hubungan dengan anak ini:			

NOTA: SILA CETAK DAN BAWA BORANG INI PADA HARI VAKSINASI