

हेपटाइटिस बि खोप (Heptavax®-II) को खोपकरण

बी प्रकार निमोनिया खोप लिनको लागि, खोप लिने व्यक्तिको स्वास्थ्य बुरा हुनु आवश्यक छ । त्यसको लागि खोप सम्बन्धी आफ्नो विवरण प्रष्टसँग भर्नुहोला । बाल बालिकाहरूको अवस्थामा अभिभावकले भर्नुहोला ।

○ व्याक्सिनको विशेषता र असर

पुनःसंयोजन जीन प्रविधिबाट उत्पादन गरिएको व्याक्सिन हो । साधारणतयः बी प्रकार निमोनिया निवारण गर्ने उद्देश्यले, पहिलो पटक, दोस्रो पटक (एक महिनामा), तेश्रो पटक (पहिलोको २०~२४हप्ता पछि) गरी तीन पटक दिइन्छ ।

खोप दिइएको ठाँउमा दुखाक्न सक्ने, रातो हुन सक्ने, चिलाउन सक्ने, सुनिन सक्ने, कडा हुन सक्ने, ज्वरोको अनुभूति हुने, ज्वरो आउने, अस्वस्थता, कमजोरीको अनुभूति आदि यसका असरहरू हुन् । अपवादमा पर्ने असरहरूमा, झटका, अनाफ्लाक्सिस (रक्तचाप घट्ने, श्वास प्रश्वासमा कठिनाई, अनुहार पहेलो हुने आदि), बिभिन्न कठिनाइहरू, मेस्टिष्क मेरुदण्डमा हुने असर, आँखाको नसा दुख्ने, मांशपेपीय तथा बिभिन्न अंगहरू दुख्ने, बिभिन्न नसाहरू सम्बन्धी कमजोरी, आदि पर्दछन् । कुनै समस्या देखा परेमा तुरुन्तै डक्टरसँग परामर्श गर्नुहोला ।

○ कृपया तल उल्लेखित अवस्था देखिएका ब्यक्तिले खोप नलगाउनु होला

1. ज्वरो आएका ब्यक्ति (साधारण ३७.५°C भन्दा बढि भएकाहरू)
2. गम्भिर रोग लागेका ब्यक्ति
3. खोपमा हुने पदार्थ (विस्तृत जानकारीको लागि डक्टरसँग सोध्नुहोला) ले अनाफ्लाक्सिस भैसकेका ब्यक्ति
4. माथि उल्लेखित नगरिक बाहेकका यो खोप लिनका लागि अनुपयुक्त ब्यक्ति

○ निम्न अवस्था देखिएका ब्यक्तिले खोप लिनु पहिले नै डक्टर.चिकित्सकसँग सल्लाह गर्नुहोस

1. हृदय रोग, मृगौला सम्बन्धि रोग, कलेजो सम्बन्धि रोग, रक्त सम्बन्धि रोग, वृद्धि विकासमा समस्या भएका ब्यक्तिहरू
2. खोप लगाएको २ दिन भित्र ज्वरो देखा परेका ब्यक्ति या शरिरभरि रातो दाना आउने जस्ता एलर्जी हुने लक्षण देखा परिसकेका ब्यक्तिहरू
3. पहिले शरिर काम्ने जस्ता लक्षण भैसकेका ब्यक्तिहरू
4. पहिला इम्यूनो(रोग प्रतिरक्षात्मक शक्ति कम हुने) भैसकेका ब्यक्तिहरू वा आफन्तहरूमा सो रोग देखा परेकाहरू
5. खोपमा हुने पदार्थ (विस्तृत जानकारीको लागि डक्टरसँग सोध्नुहोला) ले एलर्जी हुन सक्ने सम्भावना भएकाहरू
6. गर्भवती महिला या गर्भवस्थाको सम्भावना भएका महिलाहरू

○ अन्य खोप(हरू) को साथमा समकालीन खोप

चिकित्सकले आवश्यक सम्झनेको खण्डमा अन्य प्रकारका खोप(हरू) सँगै समकालीन खोप लगाउन अनुमति दिइन्छ।

○ व्याक्सिन लगाइसके पछि अपनाउनु पर्ने सावधानी

1. खोप लगाइसकेको ३० मिनेट सम्ममा अनाफ्लाक्सिस जस्ता असरहरू देखा पर्न सक्ने भएकोले, चिकित्सा संस्थामै बसि, केही भएमा चिकित्सकसँग सम्पर्क गर्न सक्ने अवस्थामा रहनुहोस् ।
2. खोप लगाएको दिनमा कडा ब्ययाम नगर्नुहोला । (उक्त दिनमा स्नान गर्दा कुनै हानि हुदैन । तर, खोप लगाएको ठाँउमा धेरै नरगड्नु होला ।)
3. खोप लगाइसकेपछि ज्वरो आउने, लगाएको भाग सुनिने, रातो हुनसक्दछ। तर, यस्तो अवस्था सामान्य हुनाले केही दिनमै कम हुदै निको हुन्छ ।
4. खोप लगाइसकेपछि स्वास्थ्यप्रति धेरै ध्यान दिनुहोला । यदि उच्च ज्वरो, स्वास्थ्य खराब, या अन्य असरहरू देखा परेमा तुरुन्तै चिकित्सककोमा देखाउनुहोला ।

खोप दिन मिल्ने दिन	महिना बजे	दिन मिनेट तिर	चिकित्सा संस्थको नाम
--------------------	-----------	---------------	----------------------

[संदर्भ]

बी प्रकार निमोनिया खोपले स्वास्थ्यमा खराबी आएमा, [औषधीको खराब असर हुनेलाइ राहत दिने प्रणाली] अनुसार उपचार खर्च पाउन सकिन्छ । विस्तृत जानकारीको लागि मानव औषधि तथा चिकित्सा उपकरण एजेन्सीको होम पेज हेर्नुहोला ।

[औषधीको खराब असर हुनेलाइ राहत दिने प्रणाली]

औषधीको उपयुक्त प्रयोग गरिएको भएतापनि, खराब असरले गर्दा अस्पतालमा भर्ना नै गर्नुपर्ने उपचार आवश्यक भएमा, शारीरिक असक्षमता भएमा, सोको उपचार खर्च, अशक्तता पेन्सन आदि भुक्तानी गरिन्छ । त्यसको लागि, चिकित्सकको प्रमाण पत्र, औषधी प्रमाण पत्र आदि आवश्यक पर्दछ । राहत खर्चको भुक्तानीको बारेमा, सर्वप्रथम औषधी तथा चिकित्सा उपकरण संयुक्त संस्था सम्पर्क गर्नुहोला ।

सम्पर्क सम्बन्धी

औषधीको दुष्प्रभाव राहत प्रणाली परामर्श सन्ड्र्याल, औषधीहरू र चिकित्सा यन्त्रहरूको एजेन्सी

फोन नम्बर : 0120 - 149 - 931 (निशुल्क सेवा) यूआरएल: https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

बी प्रकार निमोनिया व्याक्सिन (हेप्टाप्याक्स -२) खोप सम्बन्धि विवरण फाराम (कुनै पनि खोपको लागि)

* खोप लिने व्यक्ति अथवा अभिभावक : बाकस भित्र अनिवार्य भर्नुहोला

फुरीगाना		पुरुष • महिला	खोप अगाडिको शरिरको तापक्रम	छिथी	मिनेट
खोप लिनेको नाम			जन्ममिति	साल	महिना दिन वर्ष औं महिना
(अभिभावकको नाम)			ठेगाना		
			फोन नम्बर	()	-

* गाढा रंगको बाकसभित्र अवश्य भर्नुहोला

प्रश्नावली	उत्तर स्तम्भ		चिकित्सकले भर्ने लाइन
1. आज लिने खोपको बारेमा बुझ्नुभयो	बुझें	बुझिन	
2. आज लिने खोप कति औं पटक हो।	औं पटक ()		
3. आज शरिरमा कतै खराबी देखिएको छ। भएमा कस्ता लक्षणहरू छन, लेख्नुहोस। ()	छ	छैन	
4. यो एक महिना भित्रमा कुनै रोग लागेको छ। रोगको नाम ()	छ	छैन	
5. यो एक महिना भित्रमा घर परिवार या वरपरको कसैलाई दादुरा, रूबेला (दादुराको एक प्रकार), ठेउला, गलगाँउ, आदि रोग लागेकाहरू थिए। रोगको नाम: ()	हो	होइन	
6. यो एक महिना भित्रमा कुनै खोप लिनुभयो। खोपको नाम ()	तिरें	तिरिन	
7. आजसम्म कुनै विशेष रोग(हृदय प्रणाली सम्बन्धी, मृगौला, कलेजो, रगत सम्बन्धी रोग, बृद्धि बिकासमा समस्या, इम्यूनो रोग तथा अन्य रोग) लागि चिकित्सकबाट उपचार गर्दै हुनुहुन्छ। रोगको नाम ()	गर्दै छु	छैन	
उक्त रोगको उपचार गर्ने चिकित्सकले यो खोप लिएर पनि हुन्छ भनेको छ	हो	होइन	
8. अचानक जीउ काम्ने, अचेत हुने जस्ता कुरा भएको छ। (अन्तिम चोटी <input type="text"/> वर्ष <input type="text"/> महिना तिर) त्यस बेला ज्वरो आएको थियो।	छ	छैन	
9. औषधी या खानेकुराले छालामा दाना या फोका आएर अस्वस्थ हुनु भएको छ।	छ	छैन	
10. नातेदारमा कसैलाई जन्मजात इम्यूनो भएको छ।	छ	छैन	
11. आज सम्म कुनै खोप लिएर अस्वस्थ हुनु भएको छ। खोपको नाम, लक्षण ()	छ	छैन	
12. नातेदारमा कसैलाई खोप लिएर अस्वस्थ भएको छ।	छ	छैन	
13. (नाबालक भएमा) प्रसवको समय, जन्मेको समय, शिक्षको स्वास्थ्यमा असामान्यता भएको छ। भएमा विस्तृत रूपमा लेख्नुहोस। ()	छ	छैन	
14. (महिला भएमा) अहिले गर्भवती हुनुहुन्छ।	हो	होइन	
15. आजको खोपको बारेमा केही प्रश्न छ।	छ	छैन	
16. त्यस बाहेक अन्य स्वास्थ्य अवस्थाबारे भन्न लागेमा तल लेख्नुहोस्। <input type="text"/>			
17. चिकित्सकले भर्ने लाइन यस जाँचको नतिजा, आजको खोप लगाउन (ठिक * स्थगित) खोप लिने व्यक्ति (अथवा अभिभावक) लाई खोपको असर, खराब असर वा औषधी तथा चिकित्सा उपकरण संयुक्त संस्थाको कानूनमा आधारित राहत बारे जानकारी गराए। चिकित्सकको सही <input type="text"/>			

चिकित्सकको जाँच, विस्तृत जानकारी बुझ्ने, खोपको असर वा उद्देश्य, गम्भिर प्रतिक्रियाको सम्भावना, औषधी तथा चिकित्सा उपकरण संयुक्त संस्थाको कानूनमा आधारित राहत बारे राम्रोसँग बुझ्ने यो खोप (लिन चाहन्छु . लिन चाहन्न)

खोप लिने(अथवा अभिभावक) को सही

प्रयोग व्याक्सिनको नाम	प्रयोग गर्ने तरिका, मात्रा	खोप लगाएका ठाँउ चिकित्सकको नाम, खोप लगाएको मिति
Heptavax®- II (हेप्टाप्याक्स -२) पुनःसंयोजन बी प्रकार व्याक्सिन(इस्तोबाट ब्युत्पादित)	<input type="checkbox"/> ०.२५ मिली (१० वर्षमुनि) (छाला मुनि मात्र) <input type="checkbox"/> ०.५ मिली (१० वर्षमुनि) (छाला मुनि वा मांसपेशी भित्र)	कार्यान्वयन भएको ठाउँ चिकित्सकको नाम मिति
निर्माण कं को नाम लट नं चिकित्सा रेकर्ड नं	एम् एस् डि क लि	वर्ष महिना दिन
ध्यान: म्याद सकिने मिति राम्रोसँग हेर्नुहोस		

माथि भरिएका व्यक्तिगत विवरण खोपको लागि मात्र प्रयोजन गरिन्छ।