

ভ্যাকসিন/ম্যানটেক্স বিতরণের প্রতি সম্মতি অসম্মতি  
বাতিল - BENGALI

Procedura Aziendale  
Allegato 6 Mod 06 P 183 AUSLBO

ব্যবহারকারীর তথ্য

বংশনাম (COGNOME)	নাম (NOME)
জন্মতারিখ জন্মস্থান (DATA E LUOGO DI NASCITA)	
কদিহে ফিসকালে (CODICE FISCALE)	

আমি ঘোষণা করছি যে :

- প্রস্তাবিত টিকা সম্পর্কিত তথ্য পড়ার পর
- টিকাদান দলকে বর্তমান এবং/অথবা পূর্ববর্তী যেকোনো রোগ এবং থেরাপি সম্পর্কে রিপোর্ট করা
- প্রস্তাবিতস্বাস্থ্যচিকিৎসারবিষয়েব্যাপকতথ্যপেয়ে, টিকাদেওয়ার ১৫মিনিটপরেপরিষেবাযথাকারপ্রয়োজনীয়তাসম্পর্কেজানা নেহয়েছে,
- পেশাদারদেরসাথেতথ্যসাক্ষাত্কারেরসময়যাআলোচনা এবংশেয়ারকরাহয়েছেতাভালভাবেবুঝতেপেরে,  
সিদ্ধান্তেওয়ারজন্যপ্রয়োজনীয়সময়পেয়েএবংজিজ্ঞাসাকরাপ্রশ্নেরসম্মতেজনকউতুরপেয়েআমিজানাচ্ছিয়ে,,

আমিপ্রস্তাবিতস্বাস্থ্যচিকিৎসাকরতেসম্মত (নির্দিষ্টকরুন) ACCONSENTO

আমিপ্রস্তাবিতস্বাস্থ্যচিকিৎসার (নির্দিষ্টকরুন) সাথেসম্মতনই, পর্যাপ্তভাবেঅবহিতএবংসেইজন্যস্বাস্থ্যেরঅবস্থারউপরএই ধরনেরভিন্নমতেরপরিণতিসম্পর্কেসচেতনহয়েবলছি।NON ACCONSENTO

স্বাস্থ্যচিকিৎসারজন্যপূর্বেদেওয়াসম্মতিপ্রত্যাহারকরুন, পর্যাপ্তভাবেঅবহিতএবংসেইজন্যএইজাতীয়ভিন্নমতস্বাস্থ্যেরঅবস্থারউপর বোঝায়এমনপরিণতিসম্পর্কেসচেতনহয়েবলছি REVOCO IL CONSENTO

স্বাক্ষর (FIRMA)

- রোগী (il paziente) \_\_\_\_\_
- উপস্থিতিপিতা-মাতা (genitore) \_\_\_\_\_
- সহায়তাপ্রশাসক (amministratore di sostegno) \_\_\_\_\_
- অভিভাবক (tutore) \_\_\_\_\_
- বিশ্বস্তব্যক্তি (Persona di fiducia) (ai sensi dell'1 c.3 L.219/2017) \_\_\_\_\_
- সাংস্কৃতিক মধ্যস্থতাকারী (mediatore culturale) \_\_\_\_\_

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>	Nome cognome Ruolo Medico <input type="checkbox"/> AS/inf <input type="checkbox"/>
Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato	Confermo che il paziente ha espresso il suo consenso alla vaccinazione ovvero al programma vaccinale dopo essere stato adeguatamente informato
Firma	Firma

La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo Professionista Sanitario, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>
Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>	Sito iniettivo Modalità di somministrazione Prodotto Lotto Data di scadenza	deltoide dx <input type="checkbox"/> deltoide sn <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/>