

 <div> SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna </div> <div> Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico </div>	
≥18 বছর বয়সী ব্যবহারকারীদের মধ্যে টিকাদানের পূর্ব মূল্যায়ন পত্র এবং ম্যানটক্স কার্যকরকরণ Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in utenti con età ≥14 anni BENGALESE	Procedura Aziendale Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO

রোগীরদ্বারাসম্পাদনকরাঅংশ

বংশনাম Cognome	নাম Nome	
জন্মতারিখ Data di nascita ____/____/____	ইমেইল E-mail	
ফোন N di telefono	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
1) ১)আজভালোআছেন ?	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Sta bene oggi?		
2) ২)আপনিকিকখনওখিঁচুনি, মৃগীরোগবান্নায়বিকরোগেআক্রান্তহয়েছেন?	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?		
3) ৩)আপনারকিওষুধ, খাবার, ল্যাটেক্সবাঅন্যান্যপদার্থেরপ্রতিঅ্যালার্জিআছে? যদি "হ্যাঁ" নির্দিষ্টকরুন:	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze?		
Se "si" specificare:		
4) ৪)আপনারকিকখনওভ্যাকসিন/ম্যান্টোক্সেরপূর্ববর্তীডোজেগুরুতরপ্রতিক্রিয়াহয়েছে?	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?		
5) ৫)আপনারকিইমিউনিসিস্টেমেরঘাটতিবাঅন্যান্যরোগযেমনক্যান্সার, লিউকেমিয়া, এইচআইভিসংক্রমণআছে?	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?		
6) ৬)আপনারদীর্ঘস্থায়ীঅটোইমিউন/রিউমেটিক, মেটাবলিক, কার্ডিয়াক, শ্বাসযন্ত্র, রেনাল, অন্যান্যঅঙ্গবাসিসিস্টেমেররোগবাজমাটবাহারোগআছে? যদি "হ্যাঁ" নির্দিষ্টকরুন:	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione?		
Se "si" specificare:		
7) ৭)সাম্প্রতিকমাসগুলিতে, আপনিদীর্ঘমেয়াদীথেরাপিপ্রয়োগকরেছেন: আপনিকিক্রমাগতওষুধখেয়েছেনবারেডিওথেরাপিবাডায়ালাইসিসকরেছেন?	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?		
8) ৮)আপনিকিকখনওবড়অস্ত্রোপচারকরেছেন? (যেমনট্রান্সপ্লান্ট)	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)		
9) ৯)আপনিকিগতমাসেভ্যাকসিননিিয়েছেন? যদি "হ্যাঁ" নির্দিষ্টকরুন:	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese?		
Se "si" specificare:		
10) ১০)আপনারকিকখনওযক্ষ্মাবাপরিবারেরসদস্যদেরযক্ষ্মাহয়েছে??	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?		
11) ১১)মহিলাদেরজন্য- আপনিকিগর্ভবর্তী? যদি "হ্যাঁ" কতসপ্তাহচলে:	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Se donna, è in gravidanza? Se "si" indicare la settimana: _		
12) ১২)মহিলাদেরজন্য-আপনিকিবুকেরদুধখাওয়ান?	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Se donna, è in allattamento?		
শুধুমাত্রভ্যাকসিনেরজন্য (বিরোধী: হলুদজ্বর, হাম-মাস্পস-রুবেলা-চিকেনপক্স, হারপিসজোস্টার, টাইফয়েড, কলেরা) PER VACCINI VIVI		
13) ১৩)আপনিকিগতবছরেরন্ত, রক্তেরকণিকাবাইমিউনোগ্লোবুলিননিিয়েছেন??	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?		
14) ১৪)আপনিকিঅনাক্রম্যতাহ্রাসকারীরোগআছেএমনলোকদেরসাথেবসবাসকরেন (যেমনলিউকেমিয়া, টিউমার, এইচআইভি/এইডস) বাএমনলোকেদেরসাথেথাকেনযারাইমিউনোসপ্রেসিভথেরাপিচলছে (যেমনঅস্থিমজ্জাপ্রতিস্থাপন, কটিকোস্টেরয়েড, কেমোথেরাপি, রেডিওথেরাপি)?	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Vive con persone che hanno malattie che riducono l'immunità (es. leucemia, tumori, HIV/AIDS) o che sono sottoposte a terapia immunosoppressiva (es. Trapianto di midollo, corticosteroidi, chemioterapia, radioterapia)?		
15) ১৫)আপনিকিগর্ভবর্তীমহিলারসাথেথাকেন?	না <input type="checkbox"/>	হ্যাঁ <input type="checkbox"/>
Vive con una donna in gravidanza?		

তারিখ (Data), _____

আগ্রহীপক্ষেরস্বাক্ষর / উপস্থিতিপিতা-মাতা/অভিভাবক/ অন্যান্য সহায়তাপ্রশাসক, বিশ্বস্তব্যক্তি, ইত্যাদি (Firma dell'interessato/Genitore-i/amministratore di Sostegno/Tutore/Persona di fiducia) _____