

১৪ বছর বয়সী ব্যবহারকারীদের মধ্যে টিকাদানের পূর্ব মূল্যায়ন পত্র
এবং ম্যানটক্স কার্যকরকরণ
Scheda valutazione prevaccinale ed esecuzione mantoux in
utenti con età ≥14 anni
BENGALI

Procedura Aziendale

Allegato 5 Mod 05 P 183 AUSLBO

রোগীর দ্বারা সম্পাদন করা অংশ

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 ?	
Sta bene oggi?	
2) ২)আপনিককখনওখিঁচুনি, মৃগীরোগবাস্তায়বিকরোগেআক্রান্তহয়েছেন?	
Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	
3) ৩)আপনারকিওষুধ, খাবার, ল্যাটেক্সবাজন্যপদার্থেরপ্রতিঅ্যালার্জিআছে? যদি "হ্যাঁ" নির্দিষ্টকরণ:	
È allergica/o a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? Se "si" specificare:	
4) ৪)আপনারকিকখনওভ্যাকসিন/ম্যান্টোক্সেরপূর্ববর্তীডোজেগ্রেডরপ্রতিক্রিয়াহয়েছে?	
Ha mai avuto reazioni gravi ad una precedente dose di vaccino/Mantoux?	
5) ৫)আপনারকিইমিউনসিস্টেমেরঘাটতিবাঅন্যান্যরোগফেনক্যান্সার, লিডকোমিয়া, এইচআইভিসংক্রমণআছে?	
Ha deficit del Sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	
6) ৬)আপনারদীর্ঘস্থায়ীঅটোইমিউন/রিমিটিক, মেটাবলিক, কার্ডিয়াক, শ্বাসযন্ত্র, রেনাল, অন্যান্যঅঙ্গবাসিস্টেমেররোগবাজমাটবাধারোগআছে? যদি "হ্যাঁ" নির্দিষ্টকরণ:	
Ha malattie croniche autoimmuni/reumatiche, metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione? Se "si" specificare:	
7) ৭)সাম্প্রতিকমাসগুলিতে, আপনিক্রিয়মেয়াদীথেরাপিপ্রয়োগকরেছেন: আপনিকি ক্রিয়মাগতওযুধখেয়েছেনবাবেডিওথেরাপিবাড়ায়ালাইসিসকরেছেন?	
Negli ultimi mesi, ha attuato terapia di lunga durata: ha assunto farmaci con continuità oppure è stato sottoposto a radioterapia o dialisi?	
8) ৮)আপনিককখনওবড়অস্ত্রোপচারকরেছেন? (যেমনট্রান্সপ্লান্ট)	
E' stata/o mai sottoposta ad interventi di chirurgia maggiore? (es. trapianti)	
9) ৯)আপনিকিগতমাসেভ্যাকসিননিয়েছেন? যদি "হ্যাঁ" নির্দিষ্টকরণ:	
Ha ricevuto vaccine nell'ultimo mese? Se "si" specificare:	
10) ১০)আপনারকিকখনওযক্ষমাবাপরিবারেরসদস্যদেরযক্ষমাহয়েছে??	
Hai mai avuto la Tubercolosi o familiari che hanno avuto la Tubercolosi?	
11) ১১)মহিলাদেরজন্য- আপনিকিগতবর্তী? যদি "হ্যাঁ" কতসপ্তাহচলে:	
Se donna, è in gravidanza? Se "si" indicare la settimana:	
12) ১২)মহিলাদেরজন্য-আপনিকিবুকেরদুধখাওয়ান?	
Se donna, è in allattamento?	
শুধুমাত্রভ্যাকসিনেরজন্য (বিরোধী: হলুদজ্ঞার, হাম-মাম্পস-রুবেলা-চিকেনপক্কা, হারপিসজেজোস্টার, টাইফয়েড, কলেরা) PER VACCINI VIVI	
13) ১৩)আপনিকিগতবছরেরক্ত, রক্তেরকণিকাবাইমিউনোগ্লোবুলিননিয়েছেন??	
Nell'ultimo anno ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o immunoglobuline?	
14) ১৪)আপনিকিঅনাক্রম্যতা ক্রাসকারীরোগআছে এমনলোকদেরসাথেবসবাসকরেন (যেমনলিউকেমিয়া, টিউমার, এইচআইভি/এইডস) বা এমনলোকদেরসাথেথাকেনয়ারাইমিউনোসপ্রেসিভথেরাপিচলছে (যেমনঅস্থিমজ্জাপ্রতিস্থাপন, কটিকোষ্টেরয়েড, কেমোথেরাপি, রেডিওথেরাপি)?	
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)আপনিকিগতবর্তীমহিলারসাথেথাকেন?	
Vive con una donna in gravidanza?	

তারিখ (Data), _____

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