

নাম ও বংশগত নাম:	
জন্ম তারিখ:	জন্ম স্থান:
বাসস্থান:	টেলিফোন নং:
স্বাস্থ্য কার্ড (যদি থাকে) ট্যাক্স কোড:	

আমি ইতালীয় মেডিসিন এজেন্সি (এআইএফএ) কর্তৃক প্রচারকৃত ভ্যাকসিনের তথ্য নোটটি পড়েছি এবং পুরোপুরি বুঝতে পেরেছি, যা আমার জানা ভাষায় ব্যাখ্যা করা হয়েছে: “.....”

আমি আমার বর্তমান এবং / অথবা অতীতের অসুস্থতা এবং চলমান চিকিত্সা সম্পর্কে ডাক্তারকে অবহিত করেছি। ভ্যাকসিন এবং আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ পেয়েছি এবং বিস্তারিত উত্তর পেয়ে আমি সব বুঝতে পেরেছি। আমাকে পরিষ্কার ভাষায় সবকিছু সঠিকভাবে জানানো হয়েছে। আমি টিকা দেওয়ার সুবিধা ও সংশ্লিষ্ট ঝুঁকিসমূহ, পদ্ধতি ও বিকল্প চিকিৎসাসমূহ এবং সেই সাথে প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, দ্বিতীয় ডোজ দিয়ে টিকা শেষ করতে অস্বীকার বা পরিত্যাগ করার পরিণতিসমূহ বুঝতে পেরেছি।

আমি অবগত যে কোন পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া দেখা দিলে নিজ দায়িত্বে তা তাৎক্ষণিকভাবে আমার প্রাথমিক চিকিৎসককে জানাতে হবে এবং তাঁর নির্দেশাবলী অনুসরণ করতে হবে।

কোন তাৎক্ষণিক পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া এড়ানো নিশ্চিত করতে আমি ভ্যাকসিন নেয়ার পরে কমপক্ষে ১৫ মিনিটের জন্য ওয়েটিং রুমে থাকতে সম্মত।

আমি ভ্যাকসিন গ্রহণের সম্মতি ও অনুমতি প্রদান করছি	আমি ভ্যাকসিন গ্রহণ করতে অস্বীকার করছি
তারিখ ও স্থান:	তারিখ ও স্থান:
ভ্যাকসিন গ্রহণকারী ব্যক্তি বা তার আইনগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর	ভ্যাকসিন অস্বীকারকারী ব্যক্তি বা তার আইনগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর
সম্মতি প্রদানে অক্ষম ব্যক্তিদের পরিবারের সদস্যের জন্য তথ্য (রেফারেন্স আইন নং ৬, ২৯ জানুয়ারী ২০২২)	
<input type="checkbox"/> রোগী বৈধ সম্মতি জানাতে অক্ষম। তার স্বাস্থ্য রক্ষার জন্য, ভ্যাকসিন প্রয়োগের বিষয়টি বিবেচনায় নিয়ে, কোভিড -১৯ এর বিরুদ্ধে ভ্যাকসিন প্রয়োগের বিষয়টি রোগীর পরিবারের সদস্যকে অবগত করানো হয়েছে। <i>অবগতি ফর্ম, কোভিড -১৯ এর বিরুদ্ধে টিকা প্রয়োগের প্রস্তাব পরিবারের সদস্যদের অবগত করা</i>	
তারিখ ও স্থান:..... পরিবারের সদস্যের স্বাক্ষর:.....	

ভ্যাকসিন টিম স্বাস্থ্য কর্মী

১. নাম বংশগত নাম এবং কাজ	২. নাম বংশগত নাম এবং কাজ
আমি এই মর্মে নিশ্চিত যে ভ্যাকসিন গ্রহণকারী বিশদভাবে অবহিত হওয়ার পরে, ভ্যাকসিন গ্রহণের বিষয়ে সম্মতি প্রকাশ করেছে। স্বাক্ষর:	আমি এই মর্মে নিশ্চিত যে ভ্যাকসিন গ্রহণকারী বিশদভাবে অবহিত হওয়ার পরে, ভ্যাকসিন গ্রহণের বিষয়ে সম্মতি প্রকাশ করেছে। স্বাক্ষর:

দ্বিতীয় স্বাস্থ্য কর্মীর উপস্থিতি দরকারী তবে বাড়িতে ভ্যাকসিন দেওয়ার ক্ষেত্রে বা যৌক্তিক-প্রাতিষ্ঠানিক অসুবিধার ক্ষেত্রে আবশ্যিকীয় নয়

বিস্তারিত ভ্যাকসিন কার্যক্রম

	ইনজেকশন স্থান	লট নং	মেয়াদকাল	প্রয়োগের স্থান	তারিখ ও সময়	স্বাস্থ্যসেবা স্বাক্ষর
১ম ডোজ	ডান বাহু বাম বাহু					
২য় ডোজ	ডান বাহু বাম বাহু					

নাম ও বংশগত নাম:		টেলিফোন নং:		
জন্ম তারিখ ও জন্মস্থান:		
চিকিৎসা ইতিহাস		হ্যাঁ	না	জানি না
আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ?				
আপনার কি স্বর আছে?				
আপনার কি লাটেক্স, কোন খাবার, ওষুধ বা ভ্যাকসিনের উপাদানসমূহে অ্যালার্জি আছে? যদি থাকে, দয়া করে উল্লেখ করুন:.....				
কোন ভ্যাকসিন <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> পর কি কখনও <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> প্রতিক্রিয়া হয়েছে?				
আপনি কি হার্ট বা ফুসফুস রোগ, হাঁপানি, কিডনি রোগ, ডায়াবেটিস, রক্ত স্বল্পতা বা রক্তের অন্য কোন রোগে ভুগছেন?				
আপনি একটি ইমিউন/রোগ প্রতিরোধ স্বল্পতায় ভুগছেন? (যেমন: ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, এইচআইভি/এইডস, অঙ্গ প্রতিস্থাপন/ট্রান্সপ্লান্ট)				
বিগত ৩ মাসে, আপনি কি এমন কোনও ওষুধ গ্রহণ করেছেন যা আপনার রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা দুর্বল করে দেয় (যেমন: করটিসোন, প্রেডনিসোন বা অন্যান্য স্টেরয়েড) বা ক্যান্সারের ওষুধ বা রেডিয়েশনের মাধ্যমে কোন চিকিৎসা নিয়েছেন?				
গত এক বছরে, আপনি কি রক্ত বা রক্তের কোন উপাদান গ্রহণ করেছেন, বা কোন ইমিউনোগ্লোবুলিন (গামা) বা অ্যান্টিভাইরাল ওষুধের মাধ্যমে চিকিৎসা নিয়েছেন?				
আপনার স্ট্রোক বা মস্তিষ্কের অন্য কোন বা স্নায়ুতন্ত্রের কোন সমস্যা আছে কি?				
আপনি কি বিগত ৪ সপ্তাহে কোন ভ্যাকসিন গ্রহণ করেছেন? যদি হয়, তবে কোনটি (কোনগুলি)?				
.....				
আপনি কি কোন অ্যান্টিকোয়াগুলান্ট বা রক্ত জমাট প্রতিরোধী ওষুধ গ্রহণ করেছেন?				
দয়া করে <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ওষুধসমূহের পাশাপাশি কোন প্রাকৃতিক <input type="checkbox"/> , ভিটামিন, খনিজ বা বিকল্প ওষুধ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> আপনি গ্রহণ করেছেন:				
.....				
মহিলাদের জন্য:		হ্যাঁ	না	জানি না
আপনি কি গর্ভবতী অথবা প্রথম বা দ্বিতীয় ডোজের পর পরবর্তী মাসে গর্ভবতী হওয়ার পরিকল্পনা করেছেন?				
আপনি কি স্তন্যপান করান?				
চিকিৎসা ইতিহাস -		হ্যাঁ	না	জানি না
কোভিড সম্পর্কিত				
গত একমাসে আপনি কি Sars-CoV2 বা কোভিড -১৯-এ আক্রান্ত ব্যক্তির সংস্পর্শে এসেছেন?				
আপনার মধ্যে নীচের কোন লক্ষণ আছে:				
- কাশি / সর্দি / স্বর / শ্বাস-প্রশ্বাস বা ইনফ্লুয়েঞ্জা সদৃশ লক্ষণ?				
- গলা ব্যথা / গন্ধ বা স্বাদের অনুপস্থিতি?				
- পেটে ব্যথা / ডায়রিয়া?				
- অস্বাভাবিক ক্ষত বা রক্তপাত / চোখ লাল হওয়া?				
আপনি কি গত মাসে কোন বিদেশ ভ্রমণ করেছেন?				
কোভিড - ১৯ পরীক্ষা				
<input type="checkbox"/> সাম্প্রতিক কোন কোভিড-১৯ পরীক্ষা করা হয়নি				
<input type="checkbox"/> কোভিড-১৯ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> :.....)				
<input type="checkbox"/> কোভিড-১৯ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> পজিটিভ (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> :.....)				
<input type="checkbox"/> কোভিড-১৯ পরীক্ষার ফলাফল অপেক্ষমান (তারিখ:.....)				
আপনার অন্য কোনও রোগ বা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত দরকারী তথ্য দিন:				
তারিখ ও স্থান		ভ্যাকসিন গ্রহীতা বা আইনগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর		