

সন্তানের নাম ও পদবী:	
জন্ম তারিখ:	জন্মস্থান:
স্থায়ী ঠিকানা:	ফোন:
স্বাস্থ্য বীমা কার্ড নং (যদি পাওয়া যায়)	

নাম ও পদবী সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি /মাতাপিতা / অভিভাবক:

জন্ম (তারিখে) _____ এ (স্থান) _____

স্থায়ী ঠিকানা _____

নাম ও পদবী সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি /মাতাপিতা / অভিভাবক:

জন্ম (তারিখে) _____ এ (স্থান) _____

স্থায়ী ঠিকানা _____

আমি ডক্টরকে বর্তমান এবং / বা পূর্ববর্তী রোগ এবং খেরাপিগুলি অগ্রগতিতে জানিয়েছি।

আমি ভ্যাকসিন এবং সন্তানের স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি, আমি ব্যাপক উত্তর পেয়েছি

এবং আমি সেগুলি বুঝতে পেরেছি।

আমি পরিশ্কারভাবে জানানো হয়েছিল। আমি টিকা দেওয়ার সুবিধা এবং ঝুঁকিগুলি, পদ্ধতিগুলি এবং চিকিত্সা সংক্রান্ত বিকল্পগুলি, পাশাপাশি প্রয়োজনে দ্বিতীয় ডোজ দিয়ে টিকা শেষ করার সম্ভাব্য অস্বীকৃতি বা ত্যাগের পরিণতিগুলি বুঝতে পেরেছি।

আমি সচেতন যে কোনও পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া দেখা দিলে আমি অবিলম্বে আমার পারিবারিক ডাক্তারকে অবহিত করার জন্য এবং নির্দেশাবলী পালন করার জন্য দায়বদ্ধ।

কোনও তাত্ক্ষণিক প্রতিকূল প্রতিক্রিয়া না ঘটে তা নিশ্চিত করার জন্য আমি টিকা দেওয়ার কমপক্ষে 15 মিনিটের জন্য সন্তানের সাথে ওয়েটিং রুমে থাকতে সম্মত।

আমি ভ্যাকসিনের ইনোকুলেশনকে সম্মতি ও অনুমোদন দিই _____

তারিখ এবং স্থান _____

সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি /মাতাপিতা / অভিভাবক স্বাক্ষর _____

আমি এই টিকা দিয়ে বাচ্চাকে টিকা দিতে অস্বীকার করি _____

তারিখ এবং স্থান _____

সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি /মাতাপিতা / অভিভাবক স্বাক্ষর _____

১. নাম এবং পদবি (ডাক্তার).....
সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি /মাতাপিতা / অভিভাবক পর্যালোচনা করে অবহিত করা হয়েছিল এবং তারা সন্তানের টিকা দেওয়ার বিষয়ে তাদের সম্মতি দিয়েছেন। আমি এটা নিশ্চিত।

স্বাক্ষর

২. নাম এবং পদবি (ডাক্তার বা অন্যান্য স্বাস্থ্য পেশাদার)

চাকুরী পদমর্যাদা

সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি /মাতাপিতা / অভিভাবক পর্যালোচনা করে অবহিত করা হয়েছিল

এবং তারা সন্তানের টিকা দেওয়ার বিষয়ে তাদের সম্মতি দিয়েছেন। আমি এটা নিশ্চিত।

স্বাক্ষর

বাড়িতে বা কোনও জটিল যৌক্তিক-সাংগঠনিক পরিস্থিতিতে কোনও ভ্যাকসিন দেওয়া হলে দ্বিতীয় স্বাস্থ্য পেশাদারের

প্রয়োজন হয় না।

টিকাদানের বিশদ

	ইনজেকশন সাইট		সিরিজ নম্বর	মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ	টিকা দেওয়ার জায়গা	টিকা দেওয়ার তারিখ এবং সময়	স্বাস্থ্য পেশাদারের স্বাক্ষর
1 ম ডোজ	ডান বাহ	বাম হাত					
২ ম ডোজ	ডান বাহ	বাম হাত					

করোনভাইরাস -১৯ ভ্যাকসিনেশন - সন্তানের চিকিত্সা ইতিহাস

সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি /মাতাপিতা / অভিভাবক এই ফর্মটি পূরণ করবেন এবং ভ্যাকসিনেশন টিমের স্বাস্থ্য পেশাদারদের সাথে এটির বিষয়বস্তু পর্যালোচনা করবেন।

নাম ও পদবী:	ফোন:	
সন্তানের চিকিত্সা ইতিহাস	হ্যাঁ	আমি জানি না
আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ?		
আপনার কি স্বর আছে?		
আপনি কি ফীর, খাদ্য, ওষুধ বা ভ্যাকসিনের উপাদানগুলি অ্যালার্জি থেকে ভুগছেন? যদি হ্যাঁ, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন:		
ভ্যাকসিন পাওয়ার পরে কি কখনও তীব্র প্রতিক্রিয়া দেখা গেছে?		
আপনি কি হার্ট বা ফুসফুস রোগ, হাঁপানি, কিডনি রোগ, ডায়াবেটিস, রক্তাশ্রিত বা রক্তের অন্যান্য রোগে ভুগছেন?		
আপনার প্রতিরোধ ব্যবস্থা কি আপোস করেছে? (উদাহরণস্বরূপ: ক্যাম্পার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, এইচআইভি / এইডস, প্রতিস্থাপন)?		
বিগত ৩ মাসে, আপনি কি এমন কোনও ওষুধ গ্রহণ করেছেন যা প্রতিরোধ ব্যবস্থা দুর্বল করে তোলে (উদাহরণস্বরূপ: করটিসোন, প্রিডনিসোন বা অন্যান্য স্টেরয়েড) বা অ্যান্টিবায়োটিক ড্রাগস, বা আপনি বিকিরণের চিকিত্সা করেছেন?		
গত এক বছরে, আপনি কি রক্ত বা রক্তের পণ্য স্থানান্তর পেয়েছেন, বা আপনাকে ইমিউনোগ্লোবুলিনস (গামা) বা অ্যান্টিভাইরাল ড্রাগ সরবরাহ করা হয়েছে?		
আপনার মস্তিষ্ক বা স্নায়ুতন্ত্রের সাথে খিঁচুনি আক্রমণ বা কোনও সমস্যা আছে?		
আপনি গত ৪ সপ্তাহে কোনও টিকা পেয়েছেন? যদি হ্যাঁ, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন:.....		
মহিলাদের জন্য: - আপনি কি গর্ভবতী হন বা আপনি ভ্যাকসিনের প্রথম বা দ্বিতীয় ডোজ অনুসরণ করে মাসে গর্ভবতী হওয়ার পরিকল্পনা করছেন?		
- আপনি কি বুকের দুধ খাচ্ছেন?		
আপনি কি অ্যান্টিকোমুল্যান্ট ওষুধ খাচ্ছেন?		

ওষুধগুলির নীচে এবং বিশেষত সেই অ্যান্টিকোমুল্যান্টগুলি নির্দিষ্ট করুন, সেইসাথে প্রাকৃতিক পরিপূরক, ভিটামিন, খনিজ বা আপনি যে কোনও বিকল্প ওষুধ গ্রহণ করেছেন তা উল্লেখ করুন:

করোনভাইরাস সম্পর্কিত চিকিত্সা ইতিহাস	হ্যাঁ	আমি জানি না
আপনি কি গত মাসে সারস-করোনভাইরাস ২ আক্রান্ত বা করোনভাইরাস -১৯ দ্বারা আক্রান্ত ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করেছেন?		
আপনার নিম্নলিখিত নীচের কোনও লক্ষণ রয়েছে: কাশি / সর্দি / স্বর / ডিমপোনিয়া বা ফ্লুর মতো লক্ষণগুলি?		
গলা খারাপ / গন্ধ বা স্বাদ ক্ষতি?		
পেটে ব্যথা এবং ডায়রিয়া?		
অস্বাভাবিক ক্ষত বা রক্তক্ষরণ / চোখের লালভাব?		
আপনি কি গত মাসে কোনও আন্তর্জাতিক ভ্রমণ করেছেন?		
করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা: আমার কোনও সাম্প্রতিক কোনও করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা ছিল না করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা নেতিবাচক (তারিখ: _____) করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা ইতিবাচক (তারিখ: _____) করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষার জন্য অপেক্ষা (তারিখ: _____)		

আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে অন্য কোনও রোগ বা দরকারী তথ্য রিপোর্ট করুন

স্থান ও তারিখ _____

স্বাস্থ্যসেবা পেশাদারের স্বাক্ষর _____