

অনুমতি ফরম (ভ্যাকসিনের তৃতীয় ডোজ - ভ্যাকসিনের বুস্টার ডোজ)

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

আমি এটি পড়েছিলাম এবং এটি আমার কাছে একটি স্ত্রাত ভাষায় চিত্রিত হয়েছিল এবং আমি ভ্যাকসিন সম্পর্কে ইতালীয় মেডিসিন এজেন্সি (আইআইএফএ) দ্বারা লেখা তথ্য বিজ্ঞপ্তিটি পুরোপুরি বুঝতে পেরেছিলাম: “
.....”

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

আমি ভ্যাকসিন এবং আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি, আমি ব্যাপক উত্তর পেয়েছি এবং সেগুলি বুঝতে পেরেছি।

আমি পরিষ্কারভাবে জানানো হয়েছিল। আমি টিকা দেওয়ার সুবিধাগুলি এবং ঝুঁকিগুলি, পদ্ধতিগুলি এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত বিকল্পগুলি, পাশাপাশি ভ্যাকসিনের তৃতীয় ডোজ (ভ্যাকসিনের বুস্টার ডোজ) দিয়ে টিকা শেষ করার কোনও অস্বীকৃতি বা ত্যাগের পরিণতিগুলি বুঝতে পেরেছি, যদি কোনও হয়।

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 ১৫ মিনিটের জন্য ওয়েটিং রুমে থাকতে সম্মত।

আমি ভ্যাকসিনের ইনোকুলেশনকে সম্মতি ও অনুমোদন দিই “.....”.

তারিখ এবং স্থান

টিকা দেওয়ার জন্য ব্যক্তির স্বাক্ষর বা আইনী প্রতিনিধির স্বাক্ষর

আমি ভ্যাকসিন দিয়ে টিকা গ্রহণ করতে অস্বীকার করি “.....”

তারিখ এবং স্থান

যে ব্যক্তি ভ্যাকসিন বা আইনী প্রতিনিধির স্বাক্ষর প্রত্যাখ্যান করে তার স্বাক্ষর

টিকাদান দলের স্বাস্থ্য পেশাদাররা

১. নাম এবং পদবি (ডাক্তার).....
আমি নিশ্চিত হয়েছি যে টিকা দেওয়ার জন্য সেই ব্যক্তিকে পর্যাপ্ত পরিমাণে অবহিত করা হয়েছিল এবং তিনি তার টিকা দেওয়ার ব্যাপারে সম্মতি দিয়েছেন।
স্বাক্ষর

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

আমি নিশ্চিত হয়েছি যে টিকা দেওয়ার জন্য সেই ব্যক্তিকে পর্যাপ্ত পরিমাণে অবহিত করা হয়েছিল এবং তিনি তার টিকা দেওয়ার ব্যাপারে সম্মতি দিয়েছেন।
স্বাক্ষর

কোনও ক্লিনিক বা অন্য কোনও জায়গায়, বাড়িতে বা কোনও জটিল যৌক্তিক-সাম্প্রতিক পরিস্থিতিতে যদি কোনও ভ্যাকসিন কোনও ডাক্তার দ্বারা টিকা দেওয়া হয় তবে দ্বিতীয় স্বাস্থ্য পেশাদারের প্রয়োজন হয় না।

টিকাদানের বিশদ

সিরিজ নম্বর	ডান বাহু	বাম বাহু
তারিখ	স্বাস্থ্যসেবা পেশাজীবীর স্বাক্ষর	

করোনভাইরাস -১৯ ভ্যাকসিনেশন

চিকিৎসা ইতিহাস

টিকা দেওয়ার জন্য ব্যক্তি এই ফর্মটি পূরণ করবে এবং ভ্যাকসিনেশন টিমের স্বাস্থ্য পেশাদারদের সাথে এটির বিষয়বস্তু পর্যালোচনা করবে।

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

নাম ও পদবী:	ফোন:		
চিকিৎসা ইতিহাস	হ্যাঁ	না	আমি জানি না
আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ?			
আপনার কি জ্বর আছে?			
আপনি কি শ্বীং, 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, রক্তাণ্ডতা বা রক্তের অন্যান্য রোগে ভুগছেন?			
আপনার প্রতিরোধ ব্যবস্থা কি আপোস করেছে? (উদাহরণস্বরূপ: ক্যান্সার, 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 চিকিৎসা 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 করেছেন?			
- আপনি কি বুকের দুধ খাচ্ছেন?			
আপনি কি রক্ত পাতলা করার ওষুধ খাচ্ছেন?			

করোনভাইরাস সম্পর্কিত চিকিৎসা ইতিহাস	হ্যাঁ	না	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 / জ্বর / ডিসপোনিয়া 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: _____)			

টিকার দ্বিতীয় ডোজের তারিখ

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

তারিখ এবং স্থান.....

ব্যক্তির টিকা বা আইনী প্রতিনিধি হওয়ার স্বাক্ষর