



নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ
ব্যুরো অব ইমিউনাইজেশন

COVID-19 টিকাদানের পরীক্ষা এবং সম্মতি প্রদানের ফর্ম*

প্রাপকের নাম (অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন)		পছন্দের নাম	
জন্ম তারিখ	বর্তমানের সাধারণ ID বেছে নিতে এখানে ক্লিক করুন	চিহ্ন: W - মহিলা/মেয়ে TW - ট্রান্সজেন্ডার মহিলা/মেয়ে M - পুরুষ/বালক TM - ট্রান্সজেন্ডার পুরুষ/বালক NB - নন-বাইনারি ব্যক্তি GNC - লিঙ্গগত পরিচয়ের বাইরে থাকা ব্যক্তি Q - নিশ্চিত নয়/প্রশ্ন করা হচ্ছে NR - জবাব দিতে চাননি GNL - লিঙ্গগত পরিচয় তালিকাভুক্ত নয় (রাইট-ইন) *লিঙ্গ সর্বনাম: ক্লায়েন্টের নাম অনুযায়ী রাইট-ইন	
জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গগত পরিচয় চিহ্ন: বেছে নিতে এখানে ক্লিক করুন M - পুরুষ F - মহিলা I - ইন্টারসেক্স NR - জবাব দিতে চাননি SNL - যৌন অভিমুখিতা তালিকাভুক্ত নয় (রাইট-ইন)		বৈবাহিক স্ট্যাটাস বেছে নিতে এখানে ক্লিক করুন S - অবিবাহিত D - বিচ্ছেদ হয়েছে M - বিবাহিত W - বিধবা V - সিভিল ইউনিয়ন U - অজানা পৃথক - আইনগতভাবে পৃথক পার্টনার - জীবনের পার্টনার	
ঠিকানা	সিটি	স্টেট	জিপ
বাবা কিংবা মা/অভিভাবক/ সারোগেট (যদি প্রযোজ্য হয়, অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন)		ফোন	ইমেইল অ্যাড্রেস
জাতিগত পরিচয় বেছে নিতে এখানে ক্লিক করুন DECL - প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে HIS - স্পেনীয় বংশোদ্ভূত NHL - স্পেনীয় বংশোদ্ভূত নয় UNK - অজানা		জাতির চিহ্ন: জাতি বেছে নিতে এখানে ক্লিক করুন AIA - আমেরিকা বা আলাস্কার আদি বাসিন্দা ASN - এশিয়ান BAA - আফ্রিকান আমেরিকান বা কৃষ্ণাঙ্গ DECL - প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে NHP - হাওয়াইয়ের আদি বাসিন্দা বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপের বাসিন্দা WHT - শ্বেতাঙ্গ OTH - অন্যান্য বা বহুজাতিক	
প্রাথমিক বিমার নাম	প্রাথমিক বিমা আইডি#	সাবস্কাইবারের নাম/জন্ম তারিখ	রোগীর সাথে সাবস্কাইবারের সম্পর্ক
প্রাথমিক বিমা ঠিকানা	প্রাথমিক বিমা গ্রুপ#	প্রাথমিক বিমা ফোন#	
মাধ্যমিক বিমার নাম	মাধ্যমিক বিমা আইডি#	সাবস্কাইবারের নাম/জন্ম তারিখ	রোগীর সাথে সাবস্কাইবারের সম্পর্ক
মাধ্যমিক বিমা ঠিকানা	মাধ্যমিক বিমা গ্রুপ#	মাধ্যমিক বিমা ফোন#	
ক্লিনিক/অফিস সাইট যেখানে টিকা দেওয়া হয়		প্রাইমারি কেয়ার চিকিৎসকের ঠিকানা/ফোন নম্বর	
পরীক্ষার প্রশ্নপত্র			
1.	আপনি কি আজ অসুস্থ বোধ করছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না

2.	গত 10 দিনে আপনার কি COVID-19 পরীক্ষা হয়েছে বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বা স্বাস্থ্য বিভাগ কি COVID-19 সংক্রমণের কারণে বাড়িতে আপনাকে আলাদা থাকতে বলা হয়েছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
3.	গত 10 দিনে কোন স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী বা স্বাস্থ্য বিভাগ কি COVID-19 এর সংস্পর্শ বা ভ্রমণের কারণে আপনাকে বাড়িতে কোয়ারেন্টাইনে থাকতে বলা হয়েছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
4.	গত 90 দিনে (3 মাস) COVID-19 এর জন্য আপনার কি অ্যান্টিবডি থেরাপি বা কনভ্যালেসেন্ট প্লাজমার চিকিৎসা করা হয়েছে? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনি শেষ ডোজ কবে পেয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
5.	পলিথিলেনে গ্লাইকোল (PEG) বা পলিসোরবিটের মতো COVID-19 এর কোনো উপাদানে বা শট বা কোনো টিকায় আপনার কি কখনো হাইভস, মুখ ফুলে যাওয়া, শ্বাস-প্রশ্বাসে সমস্যা বা অ্যানাফিল্যাক্সিসের মতো তাত্ক্ষণিক এলার্জি প্রতিক্রিয়া হয়েছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
6.	গত 14 দিনে (2 সপ্তাহ) স্কু শট সহ আপনি কি কোনো টিকা নিয়েছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে সর্বশেষ কবে আপনি টিকা নিয়েছেন? তারিখ:	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
7.	আপনি কি গর্ভবতী নাকি গর্ভবতী হওয়ার কথা ভাবছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
8.	আপনার কি ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, HIV/AIDS, অটোইমিউন রোগের ইতিহাস বা অন্য কোনো রোগ আছে যা রোগ প্রতিরোধ ব্যবস্থাকে দুর্বল করে দেয়?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
9.	আপনি কি এমন কোনো ওষুধ সেবন করেন যা আপনার রোগ প্রতিরোধ ব্যবস্থাকে প্রভাবিত করে, যেমন কোর্টিসন, প্রিডনিসোন বা অন্য স্টেরয়েড, অ্যান্ঠিক্যান্সার ড্রাগ অথবা আপনার কি কোনো রেডিয়েশন চিকিৎসা আছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
10.	আপনার কি ব্লিডিং ডিসঅর্ডার আছে বা আপনি ব্লাড থিনার সেবন করছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
11.	আপনি কি আগে COVID-19 টিকার ডেজ নিয়েছেন?	বেছে নিতে এখানে ক্লিক করুন	<input type="checkbox"/> না	তারিখ: _____ (যদি প্রযোজ্য হয়)

জরুরি ব্যবহারের অনুমোদন

FDA জরুরি ব্যবহার অনুমোদনের (EUA) অধীনে COVID-19 টিকা উপলভ্য করেছে। COVID-19 মহামারির মতো জরুরি অবস্থায় ওষুধ এবং বায়োলজিক্যাল প্রোডাক্টের জরুরি ব্যবহারের মতো পরিস্থিতি তৈরি হলে EUA ব্যবহার করা হয়। FDA অনুমোদিত বা উত্তীর্ণ প্রোডাক্টের মতো এই টিকার একই ধরনের পর্যালোচনা করা হয়নি। তবে উপলভ্য সামগ্রিক বৈজ্ঞানিক প্রমাণের ভিত্তিতে টিকা উপলভ্য করার সিদ্ধান্ত গ্রহণ করেছে FDA, যেখানে দেখা গিয়েছে যে জ্ঞাত এবং সম্ভাব্য ঝুঁকির তুলনায় টিকার জ্ঞাত এবং সম্ভাব্য ফায়দা অনেক বেশি।

সম্মতি

COVID-19 টিকা সম্পর্কে তথ্য শিট আমি পড়েছি অথবা আমাকে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। আমি বুঝতে পারছি যে যদি আমার টিকার দুটি ডোজের প্রয়োজন হয়, তাহলে কার্যকর হওয়ার জন্য আমাকে এই টিকার দুই ডোজ (দেওয়া) দিতে হবে। আমার প্রশ্ন করার সুযোগ ছিল এবং তার সন্তোষজনক উত্তর পেয়েছি (এবং উপরে উল্লিখিত ব্যক্তিকে নিশ্চিত করা হয়েছে, যার জন্য আমি সারোগেট সম্মতি প্রদানের অনুমতি পেয়েছি তাকেও প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে)। আমি বর্ণনা অনুযায়ী টিকাদানের উপকারিতা এবং ঝুঁকি বুঝতে পারছি।

আমি অনুরোধ করছি যে COVID-19 টিকা আমাকে দেওয়া হোক (অথবা উপরে উল্লিখিত ব্যক্তি, যার জন্য আমি এই অনুরোধ করার জন্য অনুমোদন প্রাপ্ত এবং সারোগেট সম্মতি প্রদান করতে পারি)। আমি বুঝতে পারছি এই টিকার জন্য আমার কোনো খরচ হবে না। আমি বুঝতে পারছি যে এই টিকা পরিচালনার জন্য যেকোনো অর্থ বা সুবিধা টিকা প্রদানকারীর কাছে হস্তান্তর করা হবে, যার মধ্যে রয়েছে আমার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা, মেডিকেল বা অন্যান্য তৃতীয় পক্ষের সুবিধা/অর্থ, যারা আমার চিকিৎসা সেবার জন্য আর্থিকভাবে দায়ী। পেইন্ট যাচাই এবং প্রযোজ্য টিকা রেজিস্ট্রিতে রিপোর্টিং সহ অন্যান্য জনস্বাস্থ্য উদ্দেশ্যের প্রয়োজন অনুযায়ী আমি প্রয়োজনীয় সকল তথ্য (চিকিৎসার রেকর্ড, দাবি এবং আইটেমাইজড বিলের অনুলিপি, তবে এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়) প্রকাশ করতে অনুমোদন প্রদান করছি।

প্রাপক/সারোগেট/অভিভাবক (স্বাক্ষর)

তারিখ / সময়

পুরো নাম

রোগীর সাথে সম্পর্ক, যদি প্রাপক ছাড়া অন্য কেউ হন

টেলিফোন দোভাষীর আইডি # তারিখ / সময়

টিকা দ্বারা সম্পন্ন করার জন্য নিচের এলাকা				
রোগী আজ কোন টিকা পাচ্ছেন?				
টিকার নাম	প্রশাসন		EUA ফ্যাক্ট শীটের তারিখ	প্রস্তুতকারক এবং লট নম্বর
Pfizer/ BioNTech (ফাইজার/ বায়োএনটেক)	<input type="checkbox"/> প্রথম ডোজ	<input type="checkbox"/> দ্বিতীয় ডোজ		
Moderna (মর্ডানা)	<input type="checkbox"/> প্রথম ডোজ	<input type="checkbox"/> দ্বিতীয় ডোজ		
Astra-Zeneca (এস্ট্রা- জেনেকা)	<input type="checkbox"/> প্রথম ডোজ	<input type="checkbox"/> দ্বিতীয় ডোজ		
Janssen (জানসেন)	<input type="checkbox"/> একটি ডোজ			

প্রশাসনিক সাইট বাম দিকে ডানদিকে বাম উরু ডান উরু
হাতের পেশী হাতের পেশী
ডোজ 0.5 মিলি 0.3 মিলি

আমি রোগীকে (এবং/অথবা পিতা বা মাতা, অভিভাবক বা সারোগেটকে, প্রয়োজ্য অনুসারে) টিকা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করেছি
টিকার জন্য সম্মতি সংগ্রহ করেছি।

টিকা প্রদানকারীর স্বাক্ষর: _____

* এই ফর্মের ব্যবহার ঐচ্ছিক।