



## COVID-19 টিকাকরণ এবং সম্মতি ফর্ম\*

প্রাপকের নাম (অনুগ্রহ করে ছাপার হরফে লিখুন)		পছন্দের নাম	
জন্ম তারিখ	বর্তমান লিঙ্গ ID নীচে ID নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	<b>সংকেত:</b> W – মহিলা/মেয়ে TW – ট্রান্সজেন্ডার মহিলা/মেয়ে M – পুরুষ/ছেলে TM – ট্রান্সজেন্ডার পুরুষ/ছেলে NB – নন-বাইনারি ব্যক্তি GNC – লিঙ্গ অনুসারী নয় Q – নিশ্চিত নন/জিজ্ঞাসু NR – উত্তর দিতে পছন্দ করেন না GNL – লিঙ্গ তালিকাভুক্ত নয় (লিখিত) * লিঙ্গের সর্বনাম: ক্লায়েন্টের নাম অনুসারে লিখিত	
জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গ নীচে লিঙ্গ নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	<b>সংকেত:</b> M – পুরুষ F – মহিলা I – ইন্টারসেক্স NR – উত্তর দিতে পছন্দ করেন না	বৈবাহিক স্থিতি নীচে স্থিতি নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	<b>সংকেত:</b> S – একক D – বিবাহবিচ্ছিন্ন M – বিবাহিত W – বিধবা বা বিপত্নীক V – সিভিল ইউনিয়ন U – জানা নেই SEPARATED – আইনত বিচ্ছিন্ন PARTNER – জীবন সঙ্গী
ঠিকানা	শহর	রাজ্য	জিপ
ইমেল ঠিকানা			
মা-বাবা/অভিভাবক/প্রতিনিধি (যদি প্রয়োজ্য হয়, অনুগ্রহ করে ছাপার হরফে লিখুন)	ফোন	পছন্দের ভাষা	
জাতিসত্তা নীচে জাতিসত্তা নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	<b>জাতিসত্তা সংকেত:</b> DECL – অস্বীকার করেছেন HIS – হিসপ্যানিক উৎস NHL – অ-হিসপ্যানিক উৎস UNK – অজানা	জাতি নীচে জাতি নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	<b>জাতি সংকেত:</b> AIA – নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কান ASN – এশিয়ান BAA – আফ্রিকান আমেরিকান বা কৃষ্ণাঙ্গ DECL – অস্বীকার করেছেন NHP – নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্যাসিফিক আইল্যান্ডার WHT – শ্বেতাঙ্গ OTH – অন্যান্য বা বহুজাতিক
মুখ্য বিমার নাম	মুখ্য বিমার ID#	সাক্রাইবারের নাম/জন্মতারিখ	রোগীর সাথে সাক্রাইবারের সম্পর্ক
মুখ্য বিমার ঠিকানা	মুখ্য বিমার গ্রুপ #	মুখ্য বিমার ফোন #	
গৌণ বিমার নাম	গৌণ বিমার ID#	সাক্রাইবারের নাম/জন্মতারিখ	রোগীর সাথে সাক্রাইবারের সম্পর্ক
গৌণ বিমার ঠিকানা	গৌণ বিমার গ্রুপ #	গৌণ বিমার ফোন #	
ক্লিনিক/অফিসের স্থান যেখানে টিকা দেওয়া হয়	মুখ্য পরিচর্যা চিকিৎসকের ঠিকানা/ফোন নম্বর		

### বাছাইকরণ প্রশ্নমালা

1.	আপনি কি আজ অসুস্থ বোধ করছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	
2.	গত 10 দিনে, আপনার উপসর্গগুলি থাকার কারণে আপনার কি একটি COVID-19 পরীক্ষা করা হয়েছে এবং এখনও আপনার পরীক্ষার ফলাফলের জন্য অপেক্ষা করছেন অথবা স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী বা স্বাস্থ্য বিভাগ COVID-19 সংক্রমণ বা এটির সংস্পর্শে আসার কারণে আপনাকে বাড়িতে বিচ্ছিন্ন বা কোয়ারেন্টাইন থাকতে বলেছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> জানা নেই
3.	গত 90 দিনে (3 মাস) COVID-19 এর জন্য অ্যান্টিবডি থেরাপি বা কনভ্যালেসেন্ট প্লাজমা দিয়ে কি আপনার চিকিৎসা করা হয়েছে? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনি শেষ ডোজটি কবে পেয়েছিলেন? তারিখ: _____	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> জানা নেই
4.	আপনার কি কখনও কোনো টিকা, ইঞ্জেকশন, বা শট বা COVID-19 টিকার কোনো উপাদানের প্রতি অবিলম্বে একটি অ্যালার্জি ঘটিত প্রতিক্রিয়া হয়েছে, (যেমন আমবাত, মুখমন্ডল ফুলে যাওয়া, শ্বাসকষ্ট, অ্যানাফিল্যাক্সিস), বা কোনো কিছুর প্রতি তীব্র অ্যালার্জি ঘটিত প্রতিক্রিয়া (অ্যানাফিল্যাক্সিস) হয়েছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> জানা নেই
5.	আপনি কি গর্ভবতী বা গর্ভবতী হওয়ার কথা বিবেচনা করছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> জানা নেই

6.	আপনার কি ক্যান্সার, লিউকিমিয়া, HIV/AIDS, বা অন্য কোনো রোগাবস্থা আছে যা রোগপ্রতিরোধ তন্ত্রকে দুর্বল করে দেয়?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> জানা নেই
7.	আপনি কি এমন কোনো ওষুধ নেন যা আপনার রোগপ্রতিরোধ তন্ত্রকে প্রভাবিত করে, যেমন কটিসোন, প্রেডনিসোন বা অন্যান্য স্টেরয়েড, ক্যান্সাররোধী ওষুধ, বা আপনার কি কোনো বিকিরণ চিকিৎসা করা হয়েছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> জানা নেই
8.	আপনার কি রক্তপাতের ব্যাধি, রক্ত জমাট বাঁধার ইতিহাস আছে বা আপনি কি রক্ত পাতলাকারক নিচ্ছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> জানা নেই
9.	আপনার কি মায়োকর্ডাইটিস (হৃদপিণ্ডের পেশীর প্রদাহ) বা পেরিকর্ডাইটিসের (হৃদপিণ্ডের চারপাশের আশ্রয় প্রদাহ) একটি ইতিহাস আছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> জানা নেই
10.	আপনি কি পূর্বে Pfizer, Moderna, বা Janssen COVID-19 টিকার একটি ডোজ নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	তারিখ: <hr/> <small>(যদি প্রযোজ্য হয়)</small>
11.	আপনি কি WHO দ্বারা অনুমোদিত কিন্তু খাদ্য এবং ওষুধ প্রশাসন (Food and Drug Administration, FDA) দ্বারা অনুমোদিত নয় এমন একটি COVID-19 টিকার পূর্ববর্তী একটি ডোজ পেয়েছেন (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm)?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	তারিখ: <hr/> <small>(যদি প্রযোজ্য হয়)</small>

### আপৎকালীন ব্যবহারের অনুমোদন

FDA একটি আপৎকালীন ব্যবহারের অনুমোদনের (emergency use authorization, EUA) অধীনে COVID-19 টিকা উপলব্ধ করেছে। একটি আপৎকালীন অবস্থা চলাকালীন ওষুধ ও জৈবিক পণ্যগুলির আপৎকালীন ব্যবহারের পক্ষে যুক্তিযুক্ত পরিস্থিতিগুলি দেখা দিলে EUA ব্যবহার করা হয়, যেমন COVID-19 অতিমারী। এই টিকাটি FDA-অনুমোদিত বা ছাড়পত্র পণ্যগুলির মতো একই ধরনের পর্যালোচনার মধ্য দিয়ে যায় নি। তবে, টিকাটিকে উপলভ্য করার FDA'র সিদ্ধান্তটি উপলব্ধ থাকা বৈজ্ঞানিক প্রমাণের উপরে সম্পূর্ণরূপে ভিত্তি করে, যা দেখায় যে টিকাটির জ্ঞাত ও সম্ভাব্য সুবিধাগুলি জ্ঞাত ও সম্ভাব্য ঝুঁকিগুলিকে ছাপিয়ে যায়।

### সম্মতি

COVID-19 টিকাকরণ সম্পর্কে তথ্য পত্রটি আমি পড়েছি, বা আমাকে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। আমি বুঝি যে যদি আমার টিকার দুটি ডোজের প্রয়োজন হয়, তাহলে এটি কার্যকরী হওয়ার জন্য আমাকে এই টিকার দুটি ডোজ প্রয়োগ করা (দেওয়া) প্রয়োজন। আমার এমন প্রশ্ন জিজ্ঞাসার সুযোগ পেয়েছি যা আমার সম্মতিমতো উত্তর দেওয়া হয়েছিল (এবং নিশ্চিত করেছিলাম যে উপরে নাম উল্লেখ করা যে ব্যক্তির জন্য প্রতিনিধিত্বমূলক সম্মতি দেওয়ার জন্য আমি অনুমোদিত আছি, তাকেও প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ দেওয়া হয়েছিল)। আমি বর্ণনা অনুসারে টিকাকরণের সুবিধা ও ঝুঁকিগুলি বুঝি।

আমি অনুরোধ করছি যে COVID-19 টিকা আমাকে (বা উপরে নাম উল্লেখ করা ব্যক্তি যার জন্য আমি এই অনুরোধটি করার জন্য এবং প্রতিনিধিত্বমূলক সম্মতি প্রদানের জন্য অনুমোদিত তাকে) দেওয়া হোক। আমি বুঝি যে এই টিকার জন্য আমার কোনো খরচ হবে না। আমি বুঝি যে টিকাটি প্রয়োগের জন্য কোনও অর্থ বা সুবিধা টিকা প্রদানকারীকে অর্পণ ও স্থানান্তরিত করা হবে, যার অন্তর্ভুক্ত হল আমার চিকিৎসাগত পরিচর্যার জন্য আর্থিকভাবে দায়িত্বশীল থাকা আমার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা, মেডিকেশ্যর বা তৃতীয় পক্ষের থেকে সুবিধা/অর্থ। আমি অর্থপ্রদানের যাচাইকরণের জন্য প্রয়োজনীয় (চিকিৎসাগত রেকর্ড, দাবির কপি এবং প্রতিটি জিনিসের দাম দেখানো বিলগুলি সহ, তবে এর মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয়) এবং প্রযোজ্য টিকা রেজিস্ট্রিগুলিতে রিপোর্ট করা সহ অন্যান্য জনস্বাস্থ্যের উদ্দেশ্যগুলির জন্য যেমন প্রয়োজন সেই অনুসারে সকল তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিচ্ছি।

প্রাপক/প্রতিনিধি/অভিভাবক (স্বাক্ষর) প্রাপক	তারিখ / সময়	ছাপার হরফে নাম লিখুন	রোগীর (যদি প্রাপক না হন) সাথে সম্পর্ক
--	--------------	----------------------	---------------------------------------

টেলিফোনিক দোভাষীর ID # বা	তারিখ / সময়
------------------------------	--------------

স্বাক্ষর: দোভাষী	তারিখ/ সময়	ছাপার হরফে লিখুন: দোভাষীর নাম ও রোগীর সাথে সম্পর্ক
------------------	-------------	--

### টিকাদানকারীকে নিচের ক্ষেত্রটি সম্পূর্ণ করতে হবে

#### রোগী আজ কোন টিকাটি পাচ্ছেন?

টিকার নাম	প্রয়োগ	EUA তথ্য পত্রের তারিখ	প্রস্তুতকারক ও লট নম্বর
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> প্রথম ডোজ <input type="checkbox"/> দ্বিতীয় ডোজ		
Moderna	<input type="checkbox"/> প্রথম ডোজ <input type="checkbox"/> দ্বিতীয় ডোজ		
AstraZeneca	<input type="checkbox"/> প্রথম ডোজ <input type="checkbox"/> দ্বিতীয় ডোজ		
Janssen	<input type="checkbox"/> একক ডোজ		

প্রয়োগ করার জায়গা  
ডোজ

বাম বদ্বীপ পেশী (Deltoid)     ডান বদ্বীপ পেশী (Deltoid)     বাম উরু     ডান উরু

0.5 মিলি     0.3 মিলি

আমি রোগীকে (ও/বা মা-বাবা, অভিভাবক বা প্রতিনিধিকে, যেমন প্রযোজ্য সেই অনুসারে) টিকাটি সম্পর্কিত তথ্য দিয়েছি এবং টিকা দেওয়ার সম্মতি পেয়েছি।

টিকাদানকারীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_