

ভ্যাকসিনেশন কনফার্মেশন ফর্ম

☐ \$/£ | & ¢ # (| fl | # * ¢ ¢ ¢ ☐ ! # ~ | & " ° | # * ¢ ¢ ¢ ☐ ") * ° , # * ¢ | # * ¢ ¢ ¢

নামের প্রথম অংশ ও দ্বিতীয়/বংশগত অংশ _____

জন্ম তারিখ _____ জন্ম স্থান _____

বাসস্থান _____ ফোন _____

স্বাস্থ্য কার্ড (উপলভ্য থাকলে) নম্বর. _____

আমি পড়েছি, এটি আমার কাছে জ্ঞাত ভাষায় চিত্রিত হয়েছে এবং আমি উপরের ভ্যাকসিনেশন ইতালীয় মেডিসিন এজেন্সি (এআইএফএ) দ্বারা টানা তথ্য নোটটি পুরোপুরি বুঝতে পেরেছি।

আমি বর্তমান ডাক্তার এবং / বা পূর্ববর্তী রোগবিদ্যা এবং থেরাপিগুলি অগ্রগতিতে জানিয়েছি। আমি ভ্যাকসিন এবং আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি, বিস্তৃত এবং বোধগম্য উত্তর পেয়েছি।

আমাকে সহজ কথায় জানানো হয়েছে। আমি টিকা দেওয়ার সুবিধাগুলি এবং ঝুঁকিগুলি, পদ্ধতিগুলি এবং চিকিত্সা সংক্রান্ত বিকল্পগুলি, পাশাপাশি দ্বিতীয় ডোজ দিয়ে টিকা শেষ করার কোনও অস্বীকৃতি বা ছাড়ের পরিণতিগুলি বুঝতে পেরেছি। আমি সচেতন যে কোনও পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া দেখা দিলে তা অবিলম্বে আমার ডাক্তারকে অবহিত করা এবং তারপরে নির্দেশাবলী অনুসরণ করা আমার দায়িত্ব হবে।

কোনও তাত্ক্ষণিক প্রতিকূল প্রতিক্রিয়া না ঘটে তা নিশ্চিত করতে আমি ভ্যাকসিন দেওয়ার পরে কমপক্ষে 15 মিনিটের জন্য ওয়েটিং রুমে থাকতে সম্মত।

আমি সম্মত এবং প্রমাণীকরণ: উপরে উল্লিখিত ভ্যাকসিন ব্যবহার করে টিকা দেওয়ার প্রশাসনা।

তারিখ এবং স্থান _____

ভ্যাকসিন গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর বা তাদের প্রতিনিধি _____

আমি চাই না উপরে উল্লিখিত ভ্যাকসিনেশনের প্রশাসন

তারিখ এবং স্থান _____

ভ্যাকসিন গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর বা তাদের প্রতিনিধি _____

2016/679 ইইউ রেগুলেশন এর 13 এবং 14 এর নিবন্ধ অনুসারে ব্যক্তিগত তথ্য প্রক্রিয়াকরণের তথ্য এখানে উপলব্ধ:

<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>



বা স্ক্যান করা মার্জিনে কিউআর কোড.

স্বাক্ষর _____

স্বাস্থ্যকর স্টাফ যিনি ভ্যাকসিনেশন বাইরে যত্ন নেওয়া.

1. নামের প্রথম অংশ ও দ্বিতীয়/বংশগত অংশ _____

ভূমিকা _____

আমি নিশ্চিত হয়েছি যে পর্যাপ্ত পর্যায়ে অবহিত হওয়ার পরে ভ্যাকসিনেশনের তার টিকা দেওয়ার ব্যাপারে সম্মতি দিয়েছে.

স্বাক্ষর _____

2. নামের প্রথম অংশ ও দ্বিতীয়/বংশগত অংশ _____ ভূমিকা _____

আমি নিশ্চিত হয়েছি যে পর্যাপ্ত পরিমাণে অবহিত হওয়ার পরে ভ্যাকসিনেশনের তার টিকা দেওয়ার ব্যাপারে সম্মতি দিয়েছে। স্বাক্ষর _____

ক্লিনিক বা অন্য কোনও প্রসঙ্গে যেখানে একক ডাক্তার পরিচালিত করেন সেখানে টিকা দেওয়ার ক্ষেত্রে ব্যক্তির বাড়িতে বা লজিস্টিকাল-সাংগঠনিক অসুবিধার অবস্থায় দ্বিতীয় স্বাস্থ্য পেশাদারের উপস্থিতি অপরিহার্য নয়।

আনমনেস্টিক ফর্ম

ভ্যাকসিনেটর দ্বারা সম্পূর্ণ করা এবং টিকা স্বাস্থ্য পেশাদারদের সাথে পর্যালোচনা করা।

নামের প্রথম অংশ ও দ্বিতীয়/বংশগত অংশ	ফোন		
ইতিহাস	হ্যাঁ	না	জানা না
আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
আপনার কি জ্বর আছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
আপনার ক্ষীর, কিছু খাবার, ড্রাগ বা ভ্যাকসিন উপাদানগুলির সাথে অ্যালার্জি রয়েছে? যদি হ্যাঁ, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ভ্যাকসিন পাওয়ার পরে কি কখনও আপনার তীব্র প্রতিক্রিয়া হয়েছিল?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
হার্ট বা ফুসফুসের রোগ, হাঁপানি, কিডনি রোগ, ডায়াবেটিস, রক্তাল্পতা বা রক্তের অন্যান্য রোগে ভুগছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
তিনি আপস্রিত প্রতিরোধ ব্যবস্থার একটি অবস্থার মধ্যে রয়েছেন? (উদাহরণ: ক্যাস্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, এইচআইভি / এইডস, প্রতিস্থাপন)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
গত 3 মাসে, এমন ড্রাগ নিয়েছেন যা প্রতিরোধ ব্যবস্থা দুর্বল করে তোলে (উদাহরণস্বরূপ: কর্টিসোন, প্রিডনিসোন বা অন্যান্য স্টেরয়েড) বা অ্যান্টিবায়োটিক ড্রাগগুলি বা রেডিয়েশনের চিকিত্সা করেছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
গত এক বছরে, আপনি রক্ত বা রক্তের পণ্যগুলির সংক্রমণ পেয়েছেন, বা আপনাকে ইমিউনোগ্লোবুলিনস (গামা) বা অ্যান্টিভাইরাল ড্রাগ সরবরাহ করা হয়েছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
কিছু মস্তিষ্ক বা স্নায়ুতন্ত্রের সমস্যা আছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
আপনি গত 4 সপ্তাহে কোনও টিকা পেয়েছেন? যদি হ্যাঁ, কোনটি (গুলি)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
মহিলাদের জন্য: আপনি কি গর্ভবতী বা প্রথম বা দ্বিতীয় প্রশাসন অনুসরণ করে আপনি মাসে গর্ভবতী হওয়ার পরিকল্পনা করছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বুকের দুধ খাওয়ানো হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ওষুধের নীচে এবং বিশেষত সেই অ্যান্টিকোয়াল্যান্টগুলির পাশাপাশি প্রাকৃতিক পরিপূরক, ভিটামিন, খনিজ বা আপনি যে কোনও বিকল্প ওষুধ খাচ্ছেন সেগুলি উল্লেখ করুন: _____

কোভিড সম্পর্কিত ইতিহাস	হ্যাঁ	না	জানা না
গত মাসে তিনি সারস-কোভি 2 সংক্রামিত বা সিওভিড -19-এ আক্রান্ত ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করেছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
নিম্নোক্ত প্রতীকগুলির মধ্যে একটি তৈরি করুন:			
• কাশি / সর্দি / জ্বর / শ্বাসকষ্ট বা ফ্লু জাতীয় লক্ষণ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• গলা ব্যথা / গন্ধ বা স্বাদ ক্ষতি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• পেটে ব্যথা / ডায়রিয়া?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• অস্বাভাবিক ক্ষত বা রক্তক্ষরণ / চোখের লালভাব?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• গত মাসে তিনি কিছু আন্তর্জাতিক ভ্রমণ করেছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
কোভিড 19 পরীক্ষা:			
• কোন সাম্প্রতিক COVID-19 পরীক্ষা নেই			
• নেতিবাচক COVID-19 পরীক্ষা (তারিখ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ইতিবাচক COVID-19 পরীক্ষা (তারিখ _____)			
• COVID-19 পরীক্ষার জন্য অপেক্ষা করা হচ্ছে (তারিখ _____)			

আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে কোনও প্যাথলজি বা সংবাদ প্রতিবেদন করুন _____

তারিখ এবং স্থান _____ ভ্যাকসিন গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর বা তাদের প্রতিনিধি _____