



টিকাদান-পূর্ব চিকিৎসা ইতিহাস ফর্ম

পিছনের দিকেও ফর্মটি পূরণ করুন

টিকাকালি: _____

আমি নিমসাক্ষরকারী _____	জন্মতারিখ _____	
(পিতামাতার পদবি এবং প্রথম নাম)		
আমি নিমসাক্ষরকারী _____	জন্মতারিখ _____	
(পিতামাতার পদবি এবং প্রথম নাম)		
পিতামাতা/পিতামাতার দায়িত্ব পালনকারী ব্যক্তি/অভিভাবক/রক্ষণাবেক্ষণকারী(শিশুর পদবি এবং নাম)		
জন্মস্থান _____	তারিখ _____	
ঘোষণা করা হচ্ছে যে, সন্তানের (ছয় মাসের বেশি বয়সী শিশুদের জন্য, প্রশ্ন ৪ থেকে শুরু করে পূরণ করুন):		
১.সে অকাল জন্মেছিল এবং/অথবা জন্মের সময় ওজন কম ছিল।	Si হ্যা	No না
২.অস্ত্রের আক্রমণ হয়েছে অথবা গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল ট্র্যাক্টের একটি অসংশোধিত জন্মগত ক্রটি রয়েছে যা অস্ত্রের আক্রমণ এর প্রবণতা তৈরি করতে পারে।	Si হ্যা	No না
৩. পরিবারের সদস্যদের (ভাইবোন, বাবা-মা বা দাদা-দাদি) জন্মগত রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতার অভাব রয়েছে।	Si হ্যা	No না
৪.গর্ভাবস্থায় বা বুকের দুধ খাওয়ানোর সময় মা ইমিউনোসপ্রেসিভ খেরাপি গ্রহণ করেছেন	Si হ্যা	No না
৫.বর্তমানে কোন অসুস্থতা আছে যদি থাকে, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
৬.রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা হ্রাস করে এমন রোগে ভুগছেন (যেমন লিউকেমিয়া, টিউমার, এইচআইভি) অথবা এই রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের সাথে বসবাস করছেন যদি থাকে, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
৭.গত বছর কি আপনি রক্ত সঞ্চালন, রক্তের পণ্য, ইমিউনোগ্লোবুলিন, অথবা অ্যান্টিবাইরাল ওষুধ পেয়েছেন?যদি পেয়ে থাকেন, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
৮. গত ৬ মাসে, আপনি কি নিয়মিত কোনও ওষুধ গ্রহণ করেছেন (বিশেষ করে ইমিউনোসপ্রেসেটস) অথবা আপনি কি রেডিয়েশন খেরাপি ডায়ালাইসিস করিয়েছেন?যদি করে থাকেন, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
৯. বারবার, স্থায়ী বা গুরুতর কোন সংক্রমণ হয়েছে যদি হয়ে থাকে, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
১০. জ্বরজনিত খিঁচুনি, মূগীরোগ বা স্নায়বিক ব্যাধি হয়েছে (মা-বাবা অথবা ভাইদের) যদি হয়ে থাকে, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
১১. ওষুধ, কোন খাবার, দুগ্ধজাতীয় খাবার বা অন্যান্য পদার্থের প্রতি অ্যালার্জি দেখা দিয়েছে যদি হয়ে থাকে, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
১২.গত ৪ সপ্তাহে টিকা গ্রহণ করেছেন? যদি হয়ে থাকে, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
১৩.আগের টিকার ডোজের প্রতি গুরুতর প্রতিক্রিয়া হয়েছে কিনা যদি হয়ে থাকে, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
১৪.কোন অস্ত্রোপচার হয়েছিল যদি হয়ে থাকে, তাহলে দয়া করে উল্লেখ করুন _____	Si হ্যা	No না
১৫.তিনি বর্তমানে গর্ভবতী (শুধুমাত্র সন্তান ধারণের বয়সের মহিলাদের জন্য)	Si হ্যা	No না
বিঃ দ্র _____		

পিতামাতার স্বাক্ষর
বাবা _____ মা _____

পিতামাতার দায়িত্ব পালনকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর/অভিভাবক/অভিভাবক (পরিচয়পত্রের একটি কপি সংযুক্ত করুন)

টিকাদানের জন্য উপযুক্ত স্বাস্থ্যগত অবস্থা

হ্যা না

তারিখ _____ ডাক্তার বা এ.এস.কর্মীর স্বাক্ষর এবং স্ট্যাম্প _____

বাহ্যামূলক এবং সুপারিশকৃত টিকাদান বাস্তবায়ন সম্পর্কিত প্রাপ্ত তথ্যের ঘোষণা:

স্বাক্ষরিত _____ জন্মতারিখ _____

স্বাক্ষরিত _____ জন্মতারিখ _____
পিতামাতা/পিতামাতার দায়িত্ব পালনকারী ব্যক্তি/অভিভাবক/রক্ষণাবেক্ষণকারী
জন্মস্থান _____ তারিখ _____

আমরা ঘোষণা করছি

- প্রস্তাবিত চিকিৎসা, সন্ধ্যা ঝুঁকি এবং জটিলতা (যেকোনো সহজাত রোগ সহ), প্রস্তাবিত টিকাদান প্রত্যাখ্যান বা বার্থতার সন্ধ্যা পরিণতি সম্পর্কে আমি সমস্ত তথ্য পেয়েছি, প্রদত্ত তথ্য আমি সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি এবং স্পষ্টীকরণের জন্য আমার অনুরোধের জবাব পেয়েছি।
- টিকাদানের পরে ১৫ মিনিট ইউনিটে থাকার এবং টিকাদানের সময় এবং টিকাদান পরবর্তী সময়ে আমার সন্তানের তত্ত্বাবধানের প্রয়োজনীয়তা সম্পর্কে আমাকে অবহিত করা হয়েছে।
- আমাকে জানানো হয়েছে যে বাধ্যতামূলক টিকাদান সম্পর্কিত আইন নং ১১৯ অনুসারে, ৩১ জুলাই, ২০১৭ তারিখে নিম্নলিখিত বাধ্যতামূলক টিকাদান (গুলি) আজই প্রদান করা হবে, যার জন্য আমি তথ্য পেয়েছি।

<input type="radio"/> Anti Poliomielite পোলিও প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Anti Epatite B হেপাটাইটিস বি প্রতিষেধক
<input type="radio"/> Anti Tetano টিটেনাস প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Anti Haemophilus Influentiae B হিমোফিলাস ইনফ্লুয়েঞ্জা বি প্রতিষেধক
<input type="radio"/> Anti Differite ডিপথেরিয়া প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Anti Morbillo-Parotite-Rosolia হাম-মাম্পস-রুবেলা প্রতিষেধক
<input type="radio"/> Anti Pertosse হুপিং কাশি প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Anti varicella চিকেনপল্ল যারা ২০১৭ সালের পরে জন্মগ্রহণ করেছে তাদের জন্য

নিম্নলিখিত প্রস্তাবিত টিকাকরণের কার্যকারিতার প্রতি সম্মতি/ভিন্নমত প্রকাশ করার জন্য, যার জন্য আমি তথ্য পেয়েছি

Anti Rotavirus রোটাবাইরাস প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Consenso সম্মতি	<input type="radio"/> Dissenso ভিন্নমত
Anti Pneumococco নিউমোনিয়া প্রতিষেধক	<input type="radio"/> consenso সম্মতি	<input type="radio"/> Dissenso ভিন্নমত
Anti Meningococco B মেনিংগোকোকাল বি প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Consenso সম্মতি	<input type="radio"/> Dissenso ভিন্নমত
Anti Meningococco ACWY মেনিংগোকোকাল ACWY প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Consenso সম্মতি	<input type="radio"/> Dissenso ভিন্নমত
Anti Papillomavirus 9 Valente প্যাপিলোমাবাইরাস ৯ ভ্যালেন্ট প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Consenso সম্মতি	<input type="radio"/> Dissenso ভিন্নমত
Anti Epatite A হেপাটাইটিস এ প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Consenso সম্মতি	<input type="radio"/> Dissenso ভিন্নমত
Anti Influenzale ফ্লু প্রতিষেধক	<input type="radio"/> Consenso সম্মতি	<input type="radio"/> Dissenso ভিন্নমত
Anti Varicella ২০১৭ সালের আগে জন্মগ্রহণকারীদের জন্য চিকেনপল্লের টিকা	<input type="radio"/> Consenso সম্মতি	<input type="radio"/> Dissenso ভিন্নমত

FIRMA di entrambi i genitori da apporre in _____ presenza in ambulatorio vaccinale* o da consegnare al delegato incaso di impossibilità ad essere presenti

টিকাদান ক্লিনিকে ব্যক্তিগতভাবে বাবা-মা উভয়ের স্বাক্ষর সংযুক্ত করতে হবে অথবা উপস্থিত থাকা অসম্ভব হলে প্রতিনিধিকে দিতে হবে।

Genitore _____ Genitore _____

বাবা _____ মা _____

FIRMA dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore/affidatario (allegare copia doc. id.) _____

পিতামাতার দায়িত্ব পালনকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর/অভিভাবক/অভিভাবক (পরিচয়পত্রের একটি কপি সংযুক্ত করুন)

Data _____ FIRMA e timbro del Medico o dell'A.S./ Inf. _____

তারিখ _____ ডাক্তার বা এ.এস.কর্মীর স্বাক্ষর এবং স্ট্যাম্প _____

*In assenza di uno dei due genitori, il genitore presente in ambulatorio vaccinale compilerà il modulo di autocertificazione

*দুইজন পিতামাতার মধ্যে একজনের অনুপস্থিতিতে, টিকাদান ক্লিনিকে উপস্থিত পিতামাতা স্ব-প্রত্যয়ন ফর্ম পূরণ করবেন।