

নাম ও বংশগত নাম: <i>Nome e Cognome:</i>	
জন্ম তারিখ: <i>Data di nascita:</i>	জন্ম স্থান <i>Luogo di nascita</i>
বাসস্থান: <i>Residenza:</i>	টেলিফোন নং: <i>Telefono:</i>
স্বাস্থ্য কার্ড (যদি থাকে) ট্যাক্স কোড <i>Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale</i>	

আমি ইতালীয় মেডিসিন এজেন্সি (এআইএফএ) কর্তৃক প্রচারকৃত ভ্যাকসিনের তথ্য নোটটি পড়েছি এবং পুরোপুরি বুঝতে পেরেছি, যা আমার জানা ভাষায় ব্যাখ্যা করা হয়েছে: “

আমি আমার বর্তমান এবং / অথবা অতীতের অসুস্থতা এবং চলমান চিকিৎসা সম্পর্কে ডাক্তারকে অবহিত করেছি। ভ্যাকসিন এবং আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ পেয়েছি এবং বিস্তারিত উত্তর পেয়ে আমি সব বুঝতে পেরেছি। আমাকে পরিষ্কার ভাষায় সবকিছু সঠিকভাবে জানানো হয়েছে। আমি টিকা দেওয়ার সুবিধা ও সংশ্লিষ্ট ঝুঁকিসমূহ, পদ্ধতি ও বিকল্প চিকিৎসাসমূহ এবং সেই সাথে প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, দ্বিতীয় ডোজ দিয়ে টিকা শেষ করতে অস্বীকার বা পরিত্যাগ করার পরিণতিসমূহ বুঝতে পেরেছি।

আমি অবগত যে কোন পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া দেখা দিলে নিজ দায়িত্বে তা তাৎক্ষণিকভাবে আমার প্রাথমিক চিকিৎসককে জানাতে হবে এবং তাঁর নির্দেশাবলী অনুসরণ করতে হবে।

কোন তাৎক্ষণিক পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া এড়ানো নিশ্চিত করতে আমি ভ্যাকসিন নেয়ার পরে কমপক্ষে 15 মিনিটের জন্য ওয়েটিং রুমে থাকতে সম্মত।

সম্মতি ও অনুমতি প্রদান করছি <i>ACCONSENTO E AUTORIZZO</i>	অস্বীকার করছি <i>RIFIUTO</i>
আমি ভ্যাকসিন গ্রহন করতে <i>la somministrazione del vaccino</i>	আমি ভ্যাকসিন গ্রহন করতে <i>la somministrazione del vaccino</i>
তারিখ ও স্থান: <i>Data e luogo:</i>	তারিখ ও স্থান: <i>Data e luogo:</i>
স্বাক্ষর ভ্যাকসিনগ্রহণকারী ব্যক্তি বা তার আইনগত প্রতিনিধির <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>	স্বাক্ষর ভ্যাকসিনঅস্বীকারকারী ব্যক্তি বা তার আইনগত প্রতিনিধির <i>Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale</i>
<p>সম্মতি প্রদানে অক্ষম ব্যক্তিদের পরিবারের সদস্যের জন্য তথ্য (রেফারেন্স আইন নং 6, 29 জানুয়ারী 2021) <i>Informativa al parente di soggetti non in grado di esprimere il consenso (Rif. L. 29 gennaio 2021, n.6)</i></p> <p><input type="checkbox"/> রোগী বৈধ সম্মতি জানাতে অক্ষম। তার স্বাস্থ্য রক্ষার জন্য, ভ্যাকসিন প্রয়োগের বিষয়টি বিবেচনায় নিয়ে, কোভিড -19 এর বিরুদ্ধে ভ্যাকসিন প্রয়োগের বিষয়টি রোগীর পরিবারের সদস্যকে অবগত করানো হয়েছে। <i>অবগতি ফর্ম, কোভিড -19 এর বিরুদ্ধে টিকা প্রয়োগের প্রস্তাব পরিবারের সদস্যদের অবগত করা</i></p> <p><i>Il paziente è incapace di esprimere un valido consenso. Ai fini della tutela della sua salute, stante l'indicazione alla vaccinazione, si condivide con il familiare di riferimento la decisione di procedere alla vaccinazione antiCovid-19. cfr. Modulo Condivisione con familiari proposta di vaccinazione antiCOVID19</i></p>	
তারিখ ও স্থান:.....	পরিবারের সদস্যের স্বাক্ষর:.....
Data e luogo:.....	Firma del Familiare:.....

ভ্যাকসিন টিম স্বাস্থ্য কর্মী

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

1. নাম বংশগত নাম এবং কাজ <i>Nome cognome e ruolo</i>	2. নাম বংশগত নাম এবং কাজ <i>Nome cognome e ruolo</i>
আমি এই মর্মে নিশ্চিত যে ভ্যাকসিন গ্রহণকারী বিশদভাবে অবহিত হওয়ার পরে ভ্যাকসিন গ্রহণের বিষয়ে সন্মতি প্রকাশ করেছে <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato</i>	আমি এই মর্মে নিশ্চিত যে ভ্যাকসিন গ্রহণকারী বিশদভাবে অবহিত হওয়ার পরে ভ্যাকসিন গ্রহণের বিষয়ে সন্মতি প্রকাশ করেছে <i>Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato</i>
I স্বাক্ষর: <i>Firma:</i>	I স্বাক্ষর: <i>Firma:</i>

দ্বিতীয় স্বাস্থ্য কর্মীর উপস্থিতি দরকারী তবে বাড়িতে ভ্যাকসিন দেওয়ার ক্ষেত্রে বা যৌক্তিক-প্রাতিষ্ঠানিক অসুবিধার ক্ষেত্রে আবশ্যিকীয় নয়

বিস্তারিত ভ্যাকসিন কার্যক্রম

Dettagli operativi della vaccinazione

	ইনজেকশন স্থান <i>Sito di iniezione</i>		লট নং <i>Lotto n.</i>	মেয়াদকাল <i>Scad.</i>	প্রয়োগের স্থান <i>Luogo di somministrazione</i>	তারিখ ও সময় <i>Data e ora</i>	স্বাস্থ্যসেবা স্বাক্ষর <i>Firma sanitario</i>
১ম ডোজ <i>1° dose</i>	ডান বাহু <i>Braccio destro</i>	বাম বাহু <i>Braccio sinistro</i>					
২য় ডোজ <i>2° dose</i>	ডান বাহু <i>Braccio destro</i>	বাম বাহু <i>Braccio sinistro</i>					

একটি সারস-CoV-2/কোভিড-19 প্রাক- ভ্যাকসিন ট্রাইয়েজ

ভ্যাকসিন গ্রহীতা কর্তৃক পূরণীয় এবং ভ্যাকসিন প্রয়োগে নিয়োজিত স্বাস্থ্য সেবা কর্মী কর্তৃক মূল্যায়নকৃত

<p>নাম ও বংশগত নাম: Nome e cognome:</p> <p>জন্ম তারিখ ও জন্মস্থান: Data e luogo di nascita:</p>	<p>টেলিফোন নং: Telefono:</p>		
<p>চিকিৎসা ইতিহাস ANAMNESI</p>	<p>হ্যাঁ SI'</p>	<p>না NO</p>	<p>জানি না Non so</p>
<p>আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ? Attualmente è malato?</p>			
<p>আপনার কি জ্বর আছে? Ha febbre?</p>			
<p>আপনার কি লাটেক্স, কোন খাবার, ওষুধ বা ভ্যাকসিনের উপাদানসমূহে অ্যালার্জি আছে? যদি থাকে, দয়া করে উল্লেখ করুন: Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se si specificare:</p>			
<p>কোন ভ্যাকসিন গ্রহণের পর কি কখনও আপনার গুরুতর প্রতিক্রিয়া হয়েছে? Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?</p>			
<p>আপনি কি হার্ট বা ফুসফুস রোগ, হাঁপানি, কিডনি রোগ, ডায়াবেটিস, রক্ত স্বল্পতা বা রক্তের অন্য কোন রোগে ভুগছেন? Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?</p>			
<p>আপনি একটি ইমিউন/রোগ প্রতিরোধ স্বল্পতায় ভুগছেন? (যেমন: ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, এইচআইভি/এইডস, অঙ্গ প্রতিস্থাপন/ট্রান্সপ্লান্ট) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)</p>			
<p>বিগত 3 মাসে, আপনি কি এমন কোনও ওষুধ গ্রহণ করেছেন যা আপনার রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা দুর্বল করে দেয় (যেমন: করটিসোন, প্রেডনিসোন বা অন্যান্য স্টেরয়েড) বা ক্যান্সারের ওষুধ বা রেডিয়েশনের মাধ্যমে কোন চিকিৎসা নিয়েছেন? Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?</p>			
<p>গত এক বছরে, আপনি কি রক্ত বা রক্তের কোন উপাদান গ্রহণ করেছেন, বা কোন ইমিউনোগ্লোবুলিন (গামা) বা অ্যান্টিভাইরাল ওষুধের মাধ্যমে চিকিৎসা নিয়েছেন? Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?</p>			
<p>আপনার স্ট্রোক বা মস্তিষ্কের অন্য কোন বা স্নায়ুতন্ত্রের কোন সমস্যা আছে কি? Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?</p>			
<p>আপনি কি বিগত 4 সপ্তাহে কোন ভ্যাকসিন গ্রহণ করেছেন? যদি হয়, তবে কোনটি (কোনগুলি)? Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?</p>			
<p>আপনি কি কোন অ্যান্টিকোয়াগুল্যান্ট বা রক্ত জমাট প্রতিরোধী ওষুধ গ্রহণ করছেন? Sta assumendo farmaci anticoagulanti?</p>			
<p>দয়া করে উল্লেখ করুন, সাধারণ ওষুধসমূহের পাশাপাশি কোন প্রাকৃতিক সাপ্লিমেন্ট, ভিটামিন, খনিজ বা বিকল্প ওষুধ যেগুলো আপনি গ্রহণ করেছেন: Specifichi di seguito i farmaci, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:</p>			

মহিলাদের জন্য:	হ্যাঁ	না	জানি না
PER LE DONNE:	SI'	NO	Non so
আপনি কি গর্ভবতী অথবা প্রথম বা দ্বিতীয় ডোজের পর পরবর্তী মাসে গর্ভবতী হওয়ার পরিকল্পনা করছেন? è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?			
আপনি কি স্তন্যপান করান? sta allattando?			
চিকিৎসা ইতিহাস – কোভিড সম্পর্কিত ANAMNESI COVID-CORRELATA	হ্যাঁ	না	জানি না
	SI'	NO	Non so
গত একমাসে আপনি কি Sars-CoV2 বা কোভিড -19-এ আক্রান্ত ব্যক্তির সংস্পর্শে এসেছেন? Nell'ultimo mese È stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?			
আপনার মধ্যে নীচের কোন লক্ষণ আছে: Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
- কাশি/সর্দি/জ্বর/স্বাস-প্রশ্বাস বা ইনফ্লুয়েঞ্জা সদৃশ লক্ষণ? Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?			
- গলা ব্যথা/গন্ধ বা স্বাদের অনুপস্থিতি? Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
- পেটে ব্যথা / ডায়রিয়া? Dolore addominale/diarrea?			
- অস্বাভাবিক ক্ষত বা রক্তপাত / চোখ লাল হওয়া? Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
আপনি কি গত মাসে কোন বিদেশ ভ্রমণ করেছেন? Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
কোভিড -19 পরীক্ষা TEST COVID-19			
সাম্প্রতিক কোন কোভিড-19 পরীক্ষা করা হয়নি Nessun test COVID-19 recente			
কোভিড-19 পরীক্ষা নেগেটিভ (তারিখ:.....) Test COVID-19 negativo (Data:.....)			
কোভিড-19 পরীক্ষা পজিটিভ (তারিখ): Test COVID-19 positivo (Data)			
কোভিড-19 পরীক্ষার ফলাফল অপেক্ষমান (তারিখ:.....) In attesa di test COVID-19 (Data:.....)			
আপনার অন্য কোনও রোগ বা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত দরকারী তথ্য দিন: Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili su Suo stato di salute:			
তারিখ ও স্থান Data e luogo	ভ্যাকসিন গ্রহীতা বা আইনগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর Firma del vaccinando o del suo Rappresentante legale		