

COVID19 বিরোধী টিকার প্রথম ডোজের পরে জিজ্ঞাস্য প্রশাবলী
QUESTIONARIO DOPO PRIMA DOSE VACCINO ANTI-COVID19

নাম এবং পদবী _____

NOME e COGNOME _____

জন্মের তারিখ _____ ট্যাক্স কোড _____

DATA DI NASCITA _____ Codice fiscale _____

টিকার প্রথম ডোজের পরে আপনার কি কোন নতুন উপসর্গ দেখা গেছে বা কোন স্বাস্থ্য সমস্যা হয়েছে?
Dopo la prima dose di vaccino hai avuto nuovi sintomi o problemi di salute?

না

হ্যাঁ

NO

SI'

আপনি যদি উত্তর হিসেবে না বলে থাকেন তাহলে অন্য প্রশ্নগুলির উত্তর দেবেন না। অনুগ্রহ করে এখানে থামুন।

আপনি যদি উত্তর হিসেবে হ্যাঁ বলে থাকেন, তাহলে পড়তে থাকুন এবং আপনার যে উপসর্গগুলির অভিজ্ঞতা হয়েছে সেগুলি সব নিচে নির্দেশ করুন।

প্রত্যেকটি জানানো উপসর্গের জন্য, ইঞ্জেকশনের কত পরে তা দেখা দিয়েছিল এবং ইঞ্জেকশনের কত পরে তা গায়েব হয়েছিল তা ডানদিকের কলামে নির্দেশ করুন।

টিকার ইঞ্জেকশনের স্থানে স্থানীয় উপসর্গসমূহ <i>Sintomi LOCALI nel punto di iniezione del vaccino</i>	উপসর্গটি কখন দেখা দিয়েছিল <i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	উপসর্গটি কখন গায়েব হয়ে গেছিল <i>Epoca di SCOMPARSA del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> যন্ত্রণা <i>Dolore</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> লাল হওয়া <i>Arrossamento</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>

সাধারণ উপসর্গসমূহ	উপসর্গটি কখন দেখা দিয়েছিল	উপসর্গটি কখন গায়েব হয়ে গেছিল
<u>Sintomi GENERALI</u>	<i>Epoca di COMPARSA del sintomo</i>	<i>Epoca di SCOMPARSa del sintomo</i>
<input type="checkbox"/> ক্লান্ত বোধ করা <i>Senso di stanchezza</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> বমিভাব <i>Nausea</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> বমি হওয়া <i>Vomito</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> কাঁপুনি <i>Brividi</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>

	<i>Altro</i> _____	
--	--------------------	--

<input type="checkbox"/> 38°C অবধি জ্বর <i>Febbre fino a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> 38°C এর বেশি জ্বর <i>Febbre superiore a 38°C</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> বিস্তৃত পেশীর বা গ্রন্থির ব্যথা <i>Dolori muscolari o articolari diffusi</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> ফুলে ওঠা লিম্ফ নোড <i>Ingrossamento di ghiandole linfatiche</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> নিদ্রাহীনতা <i>Insomnia</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> বর্ধিত রক্তের চাপ <i>Aumento della pressione arteriosa</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> বিস্তৃত চুলকুনি <i>Prurito diffuso</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
<input type="checkbox"/> র্যাশ (স্বকের অংশ যা লাল হয়ে ফুলে ওঠে) <i>Orticaria (chiazze rosse rilevate sulla pelle)</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>

<input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনুগ্রহ করে বলুন) <i>Altro (specificare)</i>	<input type="checkbox"/> 60 মিনিটের মধ্যে <i>Entro 60 minuti</i> <input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>	<input type="checkbox"/> একই দিনে <i>Il giorno stesso</i> <input type="checkbox"/> পরের দিন <i>Il giorno dopo</i> <input type="checkbox"/> 2 দিন পরে <i>2 giorni dopo</i> <input type="checkbox"/> অন্য _____ <i>Altro _____</i>
--	--	---

আপনার নালিশগুলির জন্য কি আপনার চিকিৎসার প্রয়োজন হয়েছিল?

I disturbi hanno richiesto un intervento medico?

যদি তা হয়ে থাকে, এবং সম্ভব হলে, অনুগ্রহ করে আপনার চিকিৎসকের রিপোর্ট টিকার দ্বিতীয় ডোজ নেওয়ার সময় আপনার সাথে নিয়ে আসুন।

Se sì e se disponibile: la preghiamo di portare il referto quando verrà a ricevere la seconda dose di vaccino.

তারিখ _____

DATA _____

টিকা প্রাপক/আইনি প্রতিনিধি/পরিবারের সদস্য/পরিচর্যাকারীর স্বাক্ষর

FIRMA del vaccinando/rappresentante legale/familiare/caregiver
