



COVID-19 টিকাকরণের জন্য স্ক্রিনিং এবং সম্মতি প্রদানের ফর্ম*

প্রাপকের নাম (অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন)		পছন্দের নাম	
জন্ম তারিখ	বর্তমান লিঙ্গের ID নিচে ID নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	চাবি: W - নারী/মেয়ে TW - ট্রান্সজেন্ডার মহিলা/মেয়ে M - পুরুষ/ছেলে TM - ট্রান্সজেন্ডার পুরুষ/ছেলে NB - নন-বাইনারি পার্সন GNC - লিঙ্গ অনুবর্তি-নয় Q - নিশ্চিত নয়/জিজ্ঞাসা করছে NR - জবাব না দেওয়ার সিদ্ধান্ত নিয়েছে GNL - লিঙ্গ তালিকাভুক্ত নয় (রাইট-ইন) * লিঙ্গ সর্বনাম: ক্রয়েন্টের নাম অনুযায়ী রাইট-ইন	
জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গ নীচে যৌনতা নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	চাবি: M - পুরুষ F - নারী I - ইন্টারসেক্স NR - জবাব দিতে চাননি SNL - যৌন অভিমুখিতা তালিকাভুক্ত নয় (রাইট-ইন)	বৈবাহিক স্থিতি নিচের স্থিতি নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	চাবি: S - অবিবাহিত D - তালাকপ্রাপ্ত M - বিবাহিত W - বিধবা V - সিভিল ইউনিয়ন U - অজানা পৃথক - আইনগতভাবে পৃথক পার্টনার - জীবনের পার্টনার
ঠিকানা	সিটি	স্টেট	জিপ
বাবা কিংবা মা/অভিভাবক/ সারোগেট (যদি প্রযোজ্য হয়, অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন)		ফোন	পছন্দের ভাষা
জাতিগত পরিচয় নীচে জাতিগততা নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	জাতিগততার চাবি: DECL - প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে HIS - স্পেনীয় বংশোদ্ভূত NHL - অ-হিস্পানিক উৎপত্তি UNK - অজানা	জাতি নিচের জাতি নির্দেশ করুন: <input type="text"/>	জাতিগত চাবি: AIA - নেতিভ আমেরিকান বা অ্যালাস্কা ASN - এশিয়ান BAA - অ্যাফ্রিকান আমেরিকান বা কৃষ্ণাঙ্গ DECL - প্রত্যাখ্যান করা NHP - হাওয়াইয়ের আদি বাসিন্দা বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপের বাসিন্দা WHT - শ্বেতাঙ্গ OTH - অন্যান্য বা বহুজাতিক
প্রাথমিক বিমার নাম	প্রাথমিক বিমা আইডি#	সাবস্ক্রাইবারের নাম/জন্ম তারিখ	রোগীর সাথে সাবস্ক্রাইবারের সম্পর্ক
প্রাথমিক বিমা ঠিকানা	প্রাথমিক বিমা গ্রুপ#	প্রাথমিক বিমা ফোন#	
মাধ্যমিক বিমার নাম	মাধ্যমিক বিমা আইডি#	সাবস্ক্রাইবারের নাম/জন্ম তারিখ	রোগীর সাথে সাবস্ক্রাইবারের সম্পর্ক
মাধ্যমিক বিমা ঠিকানা	মাধ্যমিক বিমা গ্রুপ#	মাধ্যমিক বিমা ফোন#	
ক্লিনিক/অফিস সাইট যেখানে টিকা দেওয়া হয়	প্রাইমারি কেয়ার চিকিৎসকের ঠিকানা/ফোন নম্বর		

স্ক্রিনিং এর প্রশ্নাবলী

1.	আপনি কি আজ অসুস্থ বোধ করছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	
2.	গত 10 দিনে, আপনার কি COVID-19 পরীক্ষা হয়েছে কারণ আপনার উপসর্গ ছিল এবং এখনও আপনার পরীক্ষার ফলাফলের জন্য অপেক্ষা করছেন অথবা একজন স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী COVID-19 সংক্রমণ, সংস্পর্শ বা ভ্রমণের কারণে বাড়িতে বিচ্ছিন্ন বা কোয়ারান্টাইন করতে বলেছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
3.	গত 90 দিনে (3 মাস) COVID-19 এর জন্য আপনার কি অ্যান্টিবডি খেরাপি বা কনভ্যালেসেন্ট প্লাজমার চিকিৎসা করা হয়েছে? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনি শেষ ডোজ কবে পেয়েছেন? তারিখ: _____	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
4.	আপনার কি কোন তাৎক্ষণিক এলার্জিক প্রতিক্রিয়া কখনো হয়েছে (যেমন হাইভস, মুখ ফুলে যাওয়া, শ্বাস-প্রশ্বাসে সমস্যা বা অ্যানাফিল্যাক্সিস) কোন টিকা, ইঞ্জেকশন বা শট বা COVID-19 এর কোনো উপাদান থেকে অথবা কোন কিছু থেকে একটি গুরুতর অ্যালার্জিক প্রতিক্রিয়া (অ্যানাফিল্যাক্সিস) হয়েছে কি?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
5.	গত 14 দিনে (2 সপ্তাহ) ফলু শট সহ আপনি কি কোনো টিকা নিয়েছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে সর্বশেষ কবে আপনি টিকা নিয়েছেন? তারিখ: _____	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা

6.	আপনি কি গর্ভবতী নাকি গর্ভবতী হওয়ার কথা ভাবছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
7.	আপনার কি ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, HIV/AIDS, অটোইমিউন রোগের ইতিহাস বা অন্য কোনো রোগ আছে যা রোগ প্রতিরোধ ব্যবস্থাকে দুর্বল করে দেয়?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
8.	আপনি কি এমন কোনো ওষুধ সেবন করেন যা আপনার রোগ প্রতিরোধ ব্যবস্থাকে প্রভাবিত করে, যেমন কোর্টিসন, প্রিডনিসোন বা অন্য স্টেরয়েড, অ্যান্টিবায়োটিক ড্রাগ অথবা আপনার কি কোনো রেডিয়েশন চিকিৎসা আছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
9.	আপনার কি ব্লিডিং ডিসঅর্ডার আছে বা আপনি ব্লাড থিনার সেবন করছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> অজানা
10.	আপনি কি COVID-19 টিকার একটি আগের ডোজ নিয়েছেন?	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কোন টীকা?	Moderna (মর্ডানা) Pfizer (ফাইজার)	<input type="checkbox"/> না তারিখ: (যদি প্রযোজ্য হয়)

জরুরি ব্যবহারের অনুমোদন

FDA জরুরি ব্যবহার অনুমোদনের (EUA) অধীনে COVID-19 টিকা উপলভ্য করেছে। COVID-19 মহামারির মতো জরুরি অবস্থায় ওষুধ এবং বায়োলজিক্যাল প্রোডাক্টের জরুরি ব্যবহারের মতো পরিস্থিতি তৈরি হলে EUA ব্যবহার করা হয়। FDA অনুমোদিত বা উত্তীর্ণ প্রোডাক্টের মতো এই টিকার একই ধরনের পর্যালোচনা করা হয়নি। তবে উপলভ্য সামগ্রিক বৈজ্ঞানিক প্রমাণের ভিত্তিতে টিকা উপলভ্য করার সিদ্ধান্ত গ্রহণ করেছে FDA, যেখানে দেখা গিয়েছে যে জ্ঞাত এবং সম্ভাব্য ঝুঁকির তুলনায় টিকার জ্ঞাত এবং সম্ভাব্য ফায়দা অনেক বেশি।

সম্মতি

COVID-19 টিকা সম্পর্কে তথ্য শিট আমি পড়েছি অথবা আমাকে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। আমি বুঝতে পারছি যে যদি আমার টিকার দুটি ডোজের প্রয়োজন হয়, তাহলে কার্যকর হওয়ার জন্য আমাকে এই টিকার দুই ডোজ (দেওয়া) দিতে হবে। আমার প্রশ্ন করার সুযোগ ছিল এবং তার সন্তোষজনক উত্তর পেয়েছি (এবং উপরে উল্লিখিত ব্যক্তিকে নিশ্চিত করা হয়েছে, যার জন্য আমি সারোগেট সম্মতি প্রদানের অনুমতি পেয়েছি তাকেও প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে)। আমি বর্ণনা অনুযায়ী টিকাদানের উপকারিতা এবং ঝুঁকি বুঝতে পারছি।

আমি অনুরোধ করছি যে COVID-19 টিকা আমাকে দেওয়া হোক (অথবা উপরে উল্লিখিত ব্যক্তিকে, যার জন্য আমি এই অনুরোধ করতে এবং সারোগেট সম্মতি প্রদান করতে অনুমোদন প্রাপ্ত)। আমি বুঝতে পারছি এই টিকার জন্য আমার কোনো খরচ হবে না। আমি বুঝতে পারছি যে এই টিকা পরিচালনার জন্য যেকোনো অর্থ বা সুবিধা টিকা প্রদানকারীর কাছে হস্তান্তর করা হবে, যার মধ্যে রয়েছে আমার স্বাস্থ্য পরিকল্পনা, মেডিকেশ্যর বা অন্যান্য তৃতীয় পক্ষের সুবিধা/অর্থ, যারা আমার চিকিৎসা সেবার জন্য আর্থিকভাবে দায়ী। পেমেন্ট যাচাই এবং প্রযোজ্য টিকা রেজিস্ট্রিতে রিপোর্টিং সহ অন্যান্য জনস্বাস্থ্য উদ্দেশ্যের প্রয়োজন অনুযায়ী আমি প্রয়োজনীয় সকল তথ্য (চিকিৎসার রেকর্ড, দাবি এবং আইটেমাইজড বিলের অনুলিপি, তবে এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়) প্রকাশ করতে অনুমোদন প্রদান করছি।

প্রাপক/সারোগেট/অভিভাবক (স্বাক্ষর) প্রাপক তারিখ / সময় পুরো নাম রোগীর সাথে সম্পর্ক (যদি প্রাপক ছাড়া অন্য কেউ হন)

টেলিফোন দোভাষীর আইডি # অথবা তারিখ / সময়

স্বাক্ষর: দোভাষী তারিখ/ সময় মুদ্রণ: দোভাষীর নাম ও রোগীর সাথে সম্পর্ক

Area Below to be Completed by Vaccinator

Which vaccine is the patient receiving today?

Vaccine Name	Administration		EUA Fact Sheet Date	Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose			

Administration Site Left Deltoid Right Deltoid Left Thigh Right Thigh

Dosage 0.5 ml 0.3 ml

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

Vaccinator Signature: _____

*Use of this form is optional. In the ongoing effort to address health disparities it is essential that all demographic information is collected at the time of COVID-19 vaccination including sex/gender identity and race/ethnicity.

Updated January 20, 2021