

MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE
ভ্যাকসিনেশন কনফার্মেশন ফর্ম

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

VAXZEVRIA COVID-19

JANSSEN

পাইজার-বায়নটেক কোভিড-১৯

মডেরনা কোভিড-১৯

ভেক্সেভরিয়া কোভিড-১৯

জনসন কোভিড-১৯

Nome e cognome _____

নামের প্রথম অংশ ও দ্বিতীয়/বংশগত অংশ _____

Data di nascita _____ luogo di nascita _____

জন্ম তারিখ _____ জন্ম স্থান _____

Residenza _____ telefono _____

বাসস্থান _____ ফোন _____

Tessera sanitaria (se disponibile) n. _____

স্বাস্থ্য কার্ড (উপলভ্য থাকলে) নম্বর. _____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino sopra indicato.

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

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

আমি বর্তমান ডাক্তার এবং / বা পূর্ববর্তী রোগবিদ্যা এবং থেরাপিগুলি অগ্রগতিতে জানিয়েছি।

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

আমি ভ্যাকসিন এবং আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি, বিস্তৃত এবং বোধগম্য উত্তর পেয়েছি।

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

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।

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

আমি সচেতন যে কোনও পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া দেখা দিলে তা অবিলম্বে আমার ডাক্তারকে অবহিত করা এবং তারপরে নির্দেশাবলী অনুসরণ করা আমার দায়িত্ব হবে।

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

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

ACCONSENTO ED AUTORIZZO la somministrazione della vaccinazione mediante il vaccino sopra indicato

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

Data e luogo _____

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo rappresentante legale _____

তারিখ এবং স্থান _____

ভ্যাকসিন গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর বা তাদের প্রতিনিধি _____

RIFIUTO la somministrazione del vaccino sopra indicato

আমি চাই না উপরে উল্লিখিত ভ্যাকসিনের প্রশাসন

Data e luogo _____

Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo rappresentante legale _____

তারিখ এবং স্থান _____

ভ্যাকসিন গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর বা তাদের প্রতিনিধি _____

PERSONALE SANITARIO CHE HA EFFETTUATO LA VACCINAZIONE

স্বাস্থ্যকর স্টাফ যিনি ভ্যাকসিনেশন বাইরে যত্ন নেওয়া।

1. Nome e cognome _____

নামের প্রথম অংশ ও দ্বিতীয়/বংশগত অংশ _____

Ruolo _____

ভূমিকা _____

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

আমি নিশ্চিত হয়েছি যে পর্যাপ্ত পর্যায়ে অবহিত হওয়ার পরে ভ্যাকসিনেটর তার টিকা দেওয়ার ব্যাপারে সম্মতি দিয়েছে।

Firma _____

স্বাক্ষর _____

2. Nome e cognome _____

নামের প্রথম অংশ ও দ্বিতীয়/বংশগত অংশ _____

Ruolo _____

ভূমিকা _____

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

আমি নিশ্চিত হয়েছি যে পর্যাপ্ত পর্যায়ে অবহিত হওয়ার পরে ভ্যাকসিনেটর তার টিকা দেওয়ার ব্যাপারে সম্মতি দিয়েছে।

Firma _____

স্বাক্ষর _____

La presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio della persona che deve essere vaccinata o in stato di difficoltà logistico-organizzativa.

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।

SCHEDA ANAMNESTICA**আনমনেস্টিক ফর্ম**

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

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

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Nome e cognome নামের প্রথম অংশ ও দ্বিতীয়/বংশগত অংশ | Telefono ফোন | | |
| ANAMNESI ইতিহাস | SI হ্যাঁ | NO না | NON SO জা নি না |
| Attualmente è malato? আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha febbre? আপনার কি জ্বর আছে? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se SI, specificare 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"/> |
| Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino? ভ্যাকসিন পাওয়ার পরে কি কখনও আপনার তীব্র প্রতিক্রিয়া হয়েছিল? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue? হাট বা ফুসফুসের রোগ, হাঁপানি, কিডনি রোগ, ডায়াবেটিস, রক্তাল্পতা বা রক্তের অন্যান্য রোগে ভুগছেন? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)? তিনি আপস্রিত প্রতিরোধ ব্যবস্থার একটি অবস্থার মধ্যে রয়েছেন? (উদাহরণ: ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, এইচআইভি / এইডস, প্রতিস্থাপন)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? গত 3 মাসে, এমন ড্রাগ নিয়েছেন যা প্রতিরোধ ব্যবস্থা দুর্বল করে তোলে (উদাহরণস্বরূপ: কর্টিসোন, প্রিডনিসোন বা অন্যান্য স্টেরয়েড) বা অ্যান্টিক্যান্সার ড্রাগগুলি বা রেডিয়েশনের চিকিৎসা করেছেন? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali? 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"/> |
| Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso? কিছু মস্তিষ্ক বা স্নায়ুতন্ত্রের সমস্যা আছে? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se SI, quale/i? _____ আপনি গত 4 সপ্তাহে কোনও টিকা পেয়েছেন? যদি হ্যাঁ, কোনটি (গুলি)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Per le donne: è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione? 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"/> |
| Sta allattando? বুকের দুধ খাওয়ানো হয়? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: _____

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

| ANAMNESI COVID CORRELATA কোভিড সম্পর্কিত ইতিহাস | SI হ্যাঁ | NO না | NON SO জা না |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19? 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"/> |
| MANIFESTA UNO DEI SEGUENTI SINTOMI: নিম্নোক্ত প্রতীকগুলির মধ্যে একটি তৈরি করুন: | | | |
| • Tosse/ raffreddore/ febbre/ dispnea o sintomi simil-influenzali? কাশি / সর্দি / জ্বর / শ্বাসকষ্ট বা ফ্লু জাতীয় লক্ষণ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? গলা ব্যথা / গন্ধ বা স্বাদ ক্ষতি? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dolore addominale/diarrea? পেটে ব্যথা / ডায়রিয়া? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lividi anormali o sanguinamento/ arrossamento degli occhi? অস্বাভাবিক ক্ষত বা রক্তক্ষরণ / চোখের লালভাব? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese? গত মাসে তিনি কিছু আন্তর্জাতিক ভ্রমণ করেছেন? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TEST COVID-19: কোভিড 19 পরীক্ষা: | | | |
| • Nessun test COVID-19 recente কোন সাম্প্রতিক COVID-19 পরীক্ষা নেই | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Test COVID-19 negativo (data _____) নেতিবাচক COVID-19 পরীক্ষা (তারিখ _____) | | | |
| • Test COVID-19 positivo (data _____) ইতিবাচক COVID-19 পরীক্ষা (তারিখ _____) | | | |
| • In attesa di test COVID-19 (data _____) COVID-19 পরীক্ষার জন্য অপেক্ষা করা হচ্ছে(তারিখ _____) | | | |

Riferisca eventuali patologie eventuali o notizie sul suo stato di salute _____

আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে কোনও প্যাথলজি বা সংবাদ প্রতিবেদন করুন _____

Data e luogo _____

তারিখ এবং স্থান _____

Firma del vaccinando o rappresentante legale _____

ভ্যাকসিন গ্রহণকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর বা তাদের প্রতিনিধি _____