

করোনাভাইরাস -১৯ ভ্যাকসিনেশন - শিশুদের জন্য সম্মতি ফর্ম (৬ মাস থেকে ৪ বছর বয়স পর্যন্ত)

Nome e cognome del vaccinando/সন্তানের নাম ও পদবী:	
Data di nascita/জন্ম তারিখ:	Luogo di nascita/জন্মস্থান:
Residenza/স্থায়ী ঠিকানা:	Telefono/ফোন:
Tessera sanitaria (se disponibile)/স্বাস্থ্য বীমা কার্ড নং (যদি পাওয়া যায়):	

Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale/নাম ও পদবী সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি/মাতাপিতা/ অভিভাবক: _____

Nato/a a/জন্মস্থান _____ il/জন্ম তারিখ _____

Residente a/স্থায়ী ঠিকানা _____

Nome e cognome del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale/নাম ও পদবী সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি/মাতাপিতা/ অভিভাবক: _____

Nato/a a/জন্মস্থান _____ il/জন্ম তারিখ _____

Residente a/স্থায়ী ঠিকানা _____

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse e le terapie in corso di esecuzione./আমি ডক্টরকে বর্তমান এবং/ বা পূর্ববর্তী রোগ এবং থেরাপিগুলি অগ্রগতিতে জানিয়েছি।

Ho avuto la possibilità di porre delle domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me comprese./আমি ভ্যাকসিন এবং সন্তানের স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি, আমি ব্যাপক উত্তর পেয়েছি এবং আমি সেগুলি বুঝতে পেরেছি।

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 del ciclo vaccinale./আমাকে পরিষ্কারভাবে জানানো হয়েছিল। আমি ভ্যাকসিনেশনের সুবিধা এবং ঝুঁকি, পদ্ধতি এবং থেরাপিউটিক বিকল্পগুলির পাশাপাশি টিকা চক্র সম্পূর্ণ করার সম্ভাব্য প্রত্যাখ্যান বা ত্যাগের পরিণতিগুলি বুঝতে পেরেছি।

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni./আমি সচেতন যে কোনও পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া দেখা দিলে আমি অবিলম্বে আমার পারিবারিক ডাক্তারকে অবহিত করার জন্য এবং নির্দেশাবলী পালন করার জন্য দায়বদ্ধ।

Accetto di rimanere con il minore 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 করার জন্য আমি টিকা দেওয়ার কমপক্ষে 15 মিনিটের জন্য সন্তানের সাথে ওয়েটিং রুমে থাকতে সম্মত।

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino COMIRNATY/আমি ভ্যাকসিনের ইনোকুলেশনকে সম্মতি ও অনুমোদন দিই COMIRNATY।

Data e Luogo/তারিখ এবং স্থান _____ Firma del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale/সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি/মাতাপিতা/ অভিভাবক স্বাক্ষর _____

Rifiuto la somministrazione del vaccino COMIRNATY/আমি ভ্যাকসিন টিকা দিতে সম্মত নই COMIRNATY।

Data e Luogo/তারিখ এবং স্থান _____ Firma del genitore/tutore/altro con responsabilità genitoriale/সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি/মাতাপিতা/ অভিভাবক স্বাক্ষর _____

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

টিকাদান দলের স্বাস্থ্য পেশাদাররা

1. Nome e Cognome (Medico)/নাম এবং পদবি (ডাক্তার)

Confermo che i genitori/tutore/altro hanno espresso il consenso alla vaccinazione dopo essere stati adeguatamente informati./সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি/মাতাপিতা/ অভিভাবক পর্যাপ্তরূপে অবহিত করা হয়েছিল এবং তারা সন্তানের টিকা দেওয়ার বিষয়ে তাদের সম্মতি দিয়েছেন। আমি এটা নিশ্চিত।

Firma/স্বাক্ষর

2. Nome e Cognome (Medico o altro professionista sanitario)/নাম এবং পদবি (ডাক্তার বা অন্যান্য স্বাস্থ্য পেশাদার)

Ruolo/চাকুরী পদমর্যাদা

Confermo che i genitori/tutore/altro hanno espresso il consenso alla vaccinazione dopo essere stati adeguatamente informati./সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি/মাতাপিতা/ অভিভাবক পর্যাপ্তরূপে অবহিত করা হয়েছিল এবং তারা সন্তানের টিকা দেওয়ার বিষয়ে তাদের সম্মতি দিয়েছেন। আমি এটা নিশ্চিত।

Firma/স্বাক্ষর

La presenza del secondo Professionista Sanitario è utile ma non indispensabile in caso di vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa./বাড়িতে বা কোনও জটিল যৌক্তিক-সাংগঠনিক পরিস্থিতিতে কোনও ভ্যাকসিন দেওয়া হলে দ্বিতীয় স্বাস্থ্য পেশাদারের প্রয়োজন হয় না।

Dettagli operativi della vaccinazione/টিকাদানের বিশদ

	Sito di iniezione ইনজেকশন সাইট		LOTTO N° সিরিজ নম্বর	Data di scadenza মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ	Luogo di somm.ne টিকা দেওয়ার জায়গা	Data e ora di somm.ne টিকা দেওয়ার তারিখ এবং	Firma Sanitario স্বাস্থ্য পেশাদারের স্বাক্ষর
1° dose ১ম ডোজ	Braccio destro ডান বাহ	Braccio sinistro বাম বাহ					
2° dose ২য় ডোজ	Braccio destro ডান বাহ	Braccio sinistro বাম বাহ					
3° dose ৩য় ডোজ	Braccio destro ডান বাহ	Braccio sinistro বাম বাহ					

VACCINAZIONE ANTI COVID-19 – SCHEDA ANAMNESTICA MINORE

করোনভাইরাস -১৯ ভ্যাকসিনেশন - সন্তানের চিকিত্সা ইতিহাস

Da compilare a cura dei genitori/tutori/altri con responsabilità genitoriale e da riesaminare insieme ai Professionisti sanitari addetti alla vaccinazione./সন্তানের দায়িত্বে থাকা ব্যক্তি /মাতাপিতা / অভিভাবক এই ফর্মটি পূরণ করবেন এবং ভ্যাকসিনেশন টিমের স্বাস্থ্য পেশাদারদের সাথে এটির বিষয়বস্তু পর্যালোচনা করবেন।

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./ওষুধগুলির নীচে এবং বিশেষত সেই অ্যান্টিকোয়াল্যান্টগুলি নির্দিষ্ট করুন, সেইসাথে প্রাকৃতিক পরিপূরক, ভিটামিন, খনিজ বা আপনি যে কোনও বিকল্প ওষুধ গ্রহণ করছেন তা উল্লেখ করুন:

Anamnesi COVID – correlate করোনভাইরাস সম্পর্কিত চিকিত্সা ইতিহাস	SI/হ্যাঁ	NO/না	NON SO আমি জানি না
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV-2 o affetta da COVID-19?/আপনি কি গত মাসে সারস-করোনভাইরাস ২ আক্রান্ত বা করোনভাইরাস -১৯ দ্বারা আক্রান্ত ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করেছেন?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi/আপনার নিম্নলিখিত নীচের কোনও লক্ষণ রয়েছে:			
• Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali? কাশি / সর্দি / জ্বর / ডিসপোনিয়া বা ফ্লুর মতো লক্ষণগুলি?			
• Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?/গলা খারাপ / গন্ধ বা স্বাদ ক্ষতি?			
• Dolore addominale/diarrea?/পেটে ব্যথা এবং ডায়রিয়া?			
• Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?/অস্বাভাবিক ক্ষত বা রক্তক্ষরণ / চোখের লালভাব?			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?/আপনি কি গত মাসে কোনও আন্তর্জাতিক ভ্রমণ করেছেন?			
Test COVID-19/করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা: • Nessun test COVID-19 recente/আমার কোনও সাম্প্রতিক কোনও করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা ছিল না • Test COVID-19 negativo/করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা নেতিবাচক (Data/তারিখ: _____)			
• Test COVID-19 positivo/করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা ইতিবাচক (Data/তারিখ: _____) • In attesa di test COVID-19/করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষার জন্য			

Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute/আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে অন্য কোনও রোগ বা দরকারী তথ্য রিপোর্ট করুন

DATA E LUOGO/স্থান ও তারিখ

FIRMA INTERESSATO/LEGALE RAPP/রোগীর বা আইনী প্রতিনিধির স্বাক্ষর

Nome e Cognome/নাম ও পদবী:	Telefono/ফোন:		
Anamnesi/সন্তানের চিকিত্সা ইতিহাস।	SI/হ্যাঁ	NO/না	NON SO আমি জানি না
Attualmente è malato?/আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ?			
Ha febbre?/আপনার কি জ্বর আছে?			
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino?/আপনি কি ক্ষীর, খাদ্য, ওষুধ বা ভ্যাকসিনের উপাদানগুলি অ্যালার্জি থেকে ভুগছেন? Se sì, specificare/যদি হ্যাঁ, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন			
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?/ভ্যাকসিন পাওয়ার পরে কি কখনও তীব্র প্রতিক্রিয়া দেখা গেছে?			
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?/আপনি কি হার্ট বা ফুসফুস রোগ, হাঁপানি, কিডনি রোগ, ডায়াবেটিস, রক্তাল্পতা বা রক্তের অন্যান্য রোগে ভুগছেন?			
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto)?/আপনার প্রতিরোধ ব্যবস্থা কি আপোস করেছে? (উদাহরণস্বরূপ: ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, এইচআইভি / এইডস, প্রতিস্থাপন)?			
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?/বিগত ৩ মাসে, আপনি কি এমন কোনও ওষুধ গ্রহণ করেছেন যা প্রতিরোধ ব্যবস্থা দুর্বল করে তোলে (উদাহরণস্বরূপ: করটিসোন, প্রিডনিসোন বা অন্যান্য স্টেরয়েড) বা অ্যান্টিক্যান্সার ড্রাগস, বা আপনি বিকিরণের চিকিত্সা করেছেন?			
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 কি রক্ত বা রক্তের পণ্য স্থানান্তর পেয়েছেন, বা আপনাকে ইমিউনোগ্লোবুলিনস (গামা) বা অ্যান্টিভাইরাল ড্রাগ সরবরাহ করা হয়েছে?			
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?/আপনার মস্তিষ্ক বা স্নায়ুতন্ত্রের সাথে খিঁচুনি আক্রমণ বা কোনও সমস্যা আছে?			
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane?/আপনি গত ৪ সপ্তাহে কোনও টিকা পেয়েছেন? Se sì, quale/i?/যদি হ্যাঁ, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন			
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?/আপনি কি অ্যান্টিকোয়াল্যান্ট ওষুধ খাচ্ছেন?			