## করোনাভাইরাস -১৯ ভ্যাকসিনেশন

## অনুমতি ফরম

নাম ও পদবী		
জন্ম তারিখ	জন্মস্থান	
স্থায়ী ঠিকানা	ফোন	
শ্বাস্থ্য বীমা কার্ড নং। (যদি পাওয়া যায়)		

আমি এটি পড়েছিলাম এবং এটি আমার কাছে একটি জ্ঞাত ভাষায় চিত্রিত হয়েছিল এবং আমি ভ্যাকসিন সম্পর্কে ইতালীয় মেডিসিন এজেন্সি (আইআইএফএ) দ্বারা লেখা তথ্য বিজ্ঞপ্তিটি পুরোপুরি বুঝতে পেরেছিলাম: "\_\_\_\_\_"

আমি ডক্টরকে বর্তমান এবং / বা পূর্ববর্তী রোগ এবং থেরাপিগুলি অগ্রগতিতে জানিয়েছি।

আমি ভ্যাকসিন এবং আমার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি, আমি ব্যাপক উত্তর পেয়েছি এবং সেগুলি বুঝতে পেরেছি।

আমি পরিষ্কারভাবে জানানো হয়েছিল। আমি টিকা দেওয়ার সুবিধাগুলি এবং ঝুঁকিগুলি, পদ্ধতিগুলি এবং চিকিৎসা সংক্রান্ত বিকল্পগুলি, পাশাপাশি কোনও দ্বিতীয় ডোজ দিয়ে টিকা শেষ করার কোনও অস্বীকৃতি বা ত্যাগের পরিণতিগুলি বুঝতে পেরেছি, যদি কোনও হয়।

আমি সচেতন যে কোনও পার্শ প্রতিক্রিয়া দেখা দিলে আমি অবিলম্বে আমার পারিবারিক ডাক্তারকে অবহিত করার জন্য এবং নির্দেশাবলী পালন করার জন্য দায়বদ্ধ।

কোনও তাৎক্ষণিক প্রতিকৃল প্রতিক্রিয়া না ঘটে তা নিশ্চিত করার জন্য আমি টিকা দেওয়ার কমপক্ষে ১৫ মিনিটের জন্য ওয়েটিং রুমে থাকতে সম্মত।

আমি ভ্যাকসিনের ইনোকুলেশনকে সম্মতি ও অনুমোদন দিই "	_ ".
তারিখ এবং স্থান	_ টিকা
দেওয়ার জন্য ব্যক্তির স্বাক্ষর বা আইনী প্রতিনিধির স্বাক্ষর	_
আমি ভ্যাকসিন দিয়ে টিকা গ্রহণ করতে অস্বীকার করি ""	
তারিখ এবং স্থান	_
যে ব্যক্তি ভ্যাকসিন বা আইনী প্রতিনিধির স্বাক্ষর প্রত্যাখ্যান করে তার স্বাক্ষর	
	-
টিকাদান দলের স্বাস্থ্য পেশাদাররা	
১. নাম এবং পদবি (ডাক্তার)	
আমি নিশ্চিত হয়েছি যে টিকা দেওয়ার জন্য সেই ব্যক্তিকে পর্যাপ্ত পরিমাণে অবহিত করা হয়েদি এবং তিনি তার টিকা দেওয়ার ব্যাপারে সম্মতি দিয়েছেন।	ইল
শ্বাক্ষর	
২. নাম এবং পদবি (ডাক্তার বা অন্যান্য স্বাস্থ্য পেশাদার)	
 চাকুরী পদমর্যাদা	
আমি নিশ্চিত হয়েছি যে টিকা দেওয়ার জন্য সেই ব্যক্তিকে পর্যাপ্ত পরিমাণে অবহিত করা হয়েদি এবং তিনি তার টিকা দেওয়ার ব্যাপারে সম্মতি দিয়েছেন।	<u>ই</u> ল
স্বাক্ষর	

কোনও ক্লিনিক বা অন্য কোনও জায়গায়, বাড়িতে বা কোনও জটিল যৌক্তিক-সাংগঠনিক পরিস্থিতিতে যদি কোনও ভ্যাকসিন কোনও ভাক্তার দ্বারা টিকা দেওয়া হয় তবে দ্বিতীয় স্বাস্থ্য পেশাদারের প্রয়োজন হয় না।