

## করোনভাইরাস -১৯ ভ্যাকসিনেশন চিকিৎসা ইতিহাস

টিকা দেওয়ার জন্য ব্যক্তি এই ফর্মটি পূরণ করবে এবং ভ্যাকসিনেশন টিমের স্বাস্থ্য পেশাদারদের সাথে এটির বিষয়বস্তু পর্যালোচনা করবে।

নাম ও পদবী:	ফোন:		
<b>চিকিৎসা ইতিহাস</b>	<b>হ্যাঁ</b>	<b>না</b>	<b>আমি জানি না</b>
আপনি কি বর্তমানে অসুস্থ?			
আপনার কি জ্বর আছে?			
আপনি কি ফ্লুরি, খাদ্য, ওষুধ বা ভ্যাকসিনের উপাদানগুলি অ্যালার্জি থেকে ভুগছেন? যদি হ্যাঁ, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন: .....			
ভ্যাকসিন পাওয়ার পরে কি কখনও তীব্র প্রতিক্রিয়া দেখা গেছে?			
আপনি কি হার্ট বা ফুসফুস রোগ, হাঁপানি, কিডনি রোগ, ডায়াবেটিস, রক্তাণ্ডা বা রক্তের অন্যান্য রোগে ভুগছেন?			
আপনার প্রতিরোধ ব্যবস্থা কি আপোস করেছে? (উদাহরণস্বরূপ: ক্যান্সার, লিউকেমিয়া, লিম্ফোমা, এইচআইভি / এইডস, প্রতিস্থাপন)?			
বিগত ৩ মাসে, আপনি কি এমন কোনও ওষুধ গ্রহণ করেছেন যা প্রতিরোধ ব্যবস্থা দুর্বল করে তোলে (উদাহরণস্বরূপ: করটিসোন, প্রিডনিসোন বা অন্যান্য স্টেরয়েড) বা অ্যান্টিবায়োটিক ড্রাগস, বা আপনি বিকিরণের চিকিৎসা করেছেন?			
গত এক বছরে, আপনি কি রক্ত বা রক্তের পণ্য স্থানান্তর পেয়েছেন, বা আপনাকে ইমিউনোগ্লোবুলিনস (গামা) বা অ্যান্টিভাইরাল ড্রাগ সরবরাহ করা হয়েছে?			
আপনার মস্তিষ্ক বা স্নায়ুতন্ত্রের সাথে খিঁচুনি আক্রমণ বা কোনও সমস্যা আছে?			
আপনি গত ৪ সপ্তাহে কোনও টিকা পেয়েছেন? যদি হ্যাঁ, দয়া করে নির্দিষ্ট করুন:.....			
মহিলাদের জন্য: - আপনি কি গর্ভবতী হন বা আপনি ভ্যাকসিনের প্রথম বা দ্বিতীয় ডোজ অনুসরণ করে মাসে গর্ভবতী হওয়ার পরিকল্পনা করেছেন?			
- আপনি কি বুকের দুধ খাচ্ছেন?			

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

---



---



---



---



---

করোনভাইরাস সম্পর্কিত চিকিত্সা ইতিহাস	হ্যাঁ	না	আমি জানি না
আপনি কি গত মাসে সারস-করোনভাইরাস ২ আক্রান্ত বা করোনভাইরাস -১৯ দ্বারা আক্রান্ত ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করেছেন?			
আপনার নিম্নলিখিত নীচের কোনও লক্ষণ রয়েছে:			
কাশি / সর্দি / জ্বর / ডিসপোনিয়া বা ফ্লুর মতো লক্ষণগুলি?			
গলা খারাপ / গন্ধ বা স্বাদ ক্ষতি?			
পেটে ব্যথা এবং ডায়রিয়া?			
অস্বাভাবিক ক্ষত বা রক্তক্ষরণ / চোখের লালভাব?			
আপনি কি গত মাসে কোনও আন্তর্জাতিক ভ্রমণ করেছেন?			
করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা: আমার কোনও সাম্প্রতিক কোনও করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা ছিল না করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা নেতিবাচক (তারিখ: _____) করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষা ইতিবাচক (তারিখ: _____) করোনভাইরাস -১৯ পরীক্ষার জন্য অপেক্ষা (তারিখ: __)			

আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে অন্য কোনও রোগ বা দরকারী তথ্য রিপোর্ট করুন

---



---



---



---



---