

কোভিড ভ্যাকসিন নেওয়ার সম্মতি ফর্ম

সংস্করণ 3 2-এর ফর্ম 1 সম্পূর্ণ করতে হবে

ক্লিনিক সংক্রান্ত তথ্যাবলি



ক্লিনিক আইডি	ক্লিনিকের নাম	টেলিফোন নম্বর	স্টোর নম্বর
ঠিকানা	শহর	রাজ্য	জিপ কোড

রোগী সংক্রান্ত তথ্যাবলি

শেষ নাম	প্রথম নাম	জন্ম তারিখ	লিঙ্গ
ঠিকানা	শহর	রাজ্য	জিপ কোড
প্রাইমারী কেয়ার প্রোভাইডার (পিসিপি)-এর নাম	পিসিপি-এর টেলিফোন নম্বর	পিসিপি-এর ফ্যাক্স নম্বর	
পিসিপি-এর ঠিকানা	শহর	রাজ্য	জিপ কোড

আপনি কি একজন লং টার্ম কেয়ার ফেসিলিটি-র বাসিন্দা বা কর্মচারী/কর্মী সদস্য ?

এটা কি রোগীর কোভিড-19 টীকাকরণের প্রথম বা দ্বিতীয় ডোজ?

বিমা সংক্রান্ত তথ্যাবলি: (অনসাইট ক্লিনিকগুলির জন্য, অনুগ্রহ করে রোগীর কাছ থেকে বিমা কার্ড (গুলি)-র প্রতিলিপি সংগ্রহ করা সুনিশ্চিত করুন)

*প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রগুলিকে নির্দেশ করছে

প্রেসক্রিপশন বিমা: হ্যাঁ না

*আপনি কি একজন প্রাইমারি কার্ড হোল্ডার?

*যদি না হয়, প্রাইমারি কার্ডহোল্ডারের জন্মতারিখ অন্তর্ভুক্ত করুন

*প্রেসক্রিপশন বেনিফিট প্লানের নাম *কার্ডহোল্ডারের আইডি # *আরএক্স গ্রুপ আইডি *বিআইএন *পিসিএন

মেডিকেয়ার ফিল্ডগুলি:

হ্যাঁ না

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*রোগীর বয়স কি 65 বছর বা তার উর্দে মেডিকেয়ার কি মনোনীত হবার যোগ্য?

*মেডিকেয়ার পার্ট A/B আইডি নম্বর(MBI) **দ্রষ্টব্য:** 65 বছরের উর্দে সকল রোগীদের জন্য এমবিআই প্রয়োজন এবং বয়স্ক বা মেডিকেয়ার মনোনীত যোগ্য। আপনার মেডিকেয়ার লাল, সাদা এবং নীল কার্ডটি উল্লেখ করুন

চিকিৎসা বিমা:

* চিকিৎসা বিমা প্রদানকারী

*কার্ডহোল্ডারের আইডি #

*গ্রুপ আইডি

*প্রদায়ক ব্যক্তির আইডি

হ্যাঁ না

*রোগী কি প্রাইমারি কার্ড হোল্ডার?

*যদি না হয়, প্রাইমারি কার্ড হোল্ডারের জন্মতারিখ অন্তর্ভুক্ত করুন

***যদি বিমাবিহীন হন, আপনি অবশ্যই নিচে দেওয়া বক্সে ক্লিক করে প্রত্যয়িত করবেন যে নিম্নলিখিত তথ্যাবলি সঠিক এবং সত্য:**

আমার কোনো বিমা করা নেই যার মধ্যে মেডিকেয়ার, মেডিকেইড বা অন্য যেকোন বেসরকারী বা সরকারী-তহবিলের হেলথ বেনিফিট প্লান অন্তর্ভুক্ত কিন্তু সীমিত নয়।

বিমাবিহীন রোগীদের জন্য ইউনাইটেড স্টেটস হেলথ রিসোর্সেস এন্ড সার্ভিসেস অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের কোভিড-19 কর্মসূচীর অন্তর্গত এই ভ্যাকসিন প্রয়োগের ফি প্রদান করার উদ্দেশ্যে, অনুগ্রহ করে হয় ক) একটি বৈধ সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর, অথবা খ) স্টেট আইডেন্টিফিকেশন নম্বর এবং ইস্যুকারী রাজ্যের নাম, অথবা গ) ড্রাইভিং লাইসেন্স নম্বর এবং ইস্যুকারী রাজ্যের নাম উল্লেখ করতে হবে।

*সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর

অথবা স্টেট আইডেন্টিফিকেশন নম্বর এবং রাজ্য

অথবা ড্রাইভিং লাইসেন্স নম্বর এবং রাজ্য

সম্ভাব্য বৈপরীত্য

	হ্যাঁ	না	জানি না
1. আপনি কি আজ অসুস্থ বোধ করছেন?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. আপনি কি কখনও কোভিড-19 ভ্যাকসিনের কোনো ডোজ পেয়েছেন? যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কোন ভ্যাকসিন প্রোডাক্ট? <input type="radio"/> ফাইজার <input type="radio"/> মডার্না <input type="radio"/> অন্য প্রোডাক্ট: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. অতীতে কি আপনার কখনও মারাত্মক ধরণের অ্যালার্জিজেনিত প্রতিক্রিয়া (যেমন অ্যানাফাইলাক্সিস) দেখা দিয়েছিল? উদাহরণ: এমন একটি প্রতিক্রিয়া যার জন্য আপনাকে এপিনেফ্রাইন বা এপিপেন® দ্বারা চিকিৎসা করতে হয়েছিল, অথবা যার জন্য আপনাকে হাসপাতালে যেতে হয়েছিল? কোভিড-19 ভ্যাকসিন পাওয়ার পরে মারাত্মক অ্যালার্জিজেনিত প্রতিক্রিয়া কি ছিল?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
অন্য ভ্যাকসিন বা ইঞ্জেকশনযোগ্য ওষুধ পাওয়ার পরে মারাত্মক ধরণের অ্যালার্জিজেনিত প্রতিক্রিয়া কি ছিল?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
এই মারাত্মক ধরণের অ্যালার্জিজেনিত প্রতিক্রিয়া কি পলিইথিলিন গ্লাইকল পাওয়া বা পলিইথিলিন গ্লাইকল থাকা প্রোডাক্টের সঙ্গে সম্পর্কিত বিষয়ে ছিল?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
এই মারাত্মক ধরণের অ্যালার্জিজেনিত প্রতিক্রিয়া কি পলিসরবেট পাওয়া বা পলিসরবেট থাকা প্রোডাক্টের সঙ্গে সম্পর্কিত বিষয়ে ছিল?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

শেষ নাম প্রথম নাম জন্ম তারিখ

সম্ভাব্য বৈপরীত্য চালু আছে

- | | হ্যাঁ | না | জানি না |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. বিগত 14 দিনের মধ্যে আপনি কোনো ভ্যাকসিন পেয়েছেন? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. বিগত 90 দিনের মধ্যে কোভিড-19 চিকিৎসার অংশ হিসাবে আপনি কি মনোক্লোনাল অ্যান্টিবডি বা কনভ্যালেসেন্ট প্লাসমা পেয়েছেন? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

সম্ভাব্য বিবেচনাগুলি

- | | হ্যাঁ | না | জানি না |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6. আপনার রক্তপাতের সমস্যা আছে অথবা আপনি কি রক্ত তরলকারক ওষুধ নিচ্ছেন? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. মহিলাদের জন্য, আপনি কি বর্তমানে গর্ভবতী বা স্তন্যপান করছেন? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

বিভিন্ন পরিষেবাগুলির জন্য সম্মতি: আমি যে ভ্যাকসিনটি পাচ্ছি সেই সংক্রান্ত ভ্যাকসিন বিষয়ক তথ্যপত্র বা পোস্ট ফ্যাক্ট শিটটি আমাকে দেওয়া হয়েছিল। আমি যে ভ্যাকসিনটি পেতে চলেছি সেই ভ্যাকসিন সংক্রান্ত তথ্যবলি যা আমাকে দেওয়া হয়েছিল তা আমি পড়েছি। আমাকে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ দেওয়া হয়েছিল এবং উত্তরগুলি আমাকে সন্তুষ্ট করেছে। এই ভ্যাকসিনেশনের সুবিধাবলি এবং ঝুঁকির বিষয়গুলি আমি বুঝেছি এবং এর ফলে যেকোন ধরণের প্রতিক্রিয়ার ক্ষেত্রে আমি স্বেচ্ছায় সমস্ত দায়ভার তুলে নিচ্ছি। আমি বুঝি যে ভ্যাকসিন দেওয়া হয়ে গেলে এই ভ্যাকসিন প্রয়োগের অঞ্চলে আমাকে 15 মিনিট থাকতে হবে যেকোন ধরণের সম্ভাব্য প্রতিকূল প্রতিক্রিয়া পর্যবেক্ষণের জন্য। আমি বুঝি যে আমার যদি কোনো পার্শ্ব প্রতিক্রিয়ার অভিজ্ঞতা হয় তাহলে আমি নিম্নলিখিত কাজগুলি করবো - ফার্মেসিতে ফোন করবো, চিকিৎসককে ফোন করবো, 911 নম্বরে ফোন করবো। আমি অনুরোধ করছি যে ভ্যাকসিনটি আমাকে দেওয়া হোক বা উপরে উল্লেখিত ব্যক্তিকে দেওয়া হোক যার স্বপক্ষে আমি এই অনুরোধ করার জন্য অনুমোদিত। শুধুমাত্র জর্জিয়া রাজ্যের জন্য: আমি নিশ্চিত করছি যে একজন ফার্মাসিস্ট আমাকে আমার স্বাস্থ্যের ইতিহাস বিষয়ে জিজ্ঞাসাবাদ করেছিলেন এবং বিগত এক বছরের মধ্যে আমার কোনো শারীরিক পরীক্ষা হয়েছিল কিনা তাও জেনেছিলেন। স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীগণ এমন কোনো অবস্থা(গুলি) খুঁজে পাননি যার অর্থ আমার ভ্যাকসিন পাওয়া উচিত নয়।

পেমেন্টের অনুরোধের জন্য অনুমোদন: এতদ্বারা আমি সিভিএস ফার্মেসিকে ("CVS") তথ্যবলি প্রকাশ করা এবং পেমেন্টের অনুরোধ করার জন্য অনুমোদন দিচ্ছি। এতদ্বারা আমি শংসায়িত করছি যে বিমাবিহীন রোগীদের জন্য মেডিকের বা মেডিকড বা এইচআরএসএ

কোভিড-19 কর্মসূচীর অধীনে পেমেন্টের আবেদন করার জন্য যে তথ্যবলি আমি এখানে উল্লেখ করছি সবই সঠিক। এই অনুরোধের ভিত্তিতে সমস্ত রেকর্ড প্রকাশ করার জন্য আমি অনুমোদন দিচ্ছি। আমি অনুরোধ করছি যে অনুমোদিত সুবিধাবলির পেমেন্ট যেন আমার স্বপক্ষে করা হয়।

রেকর্ডের প্রকাশ: আমি বুঝি যে সিভিএস-এর হয়ত প্রয়োজন হতে পারে বা স্বেচ্ছাধীনভাবে আমি আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যবলি, আমার প্রাথমিক পরিচর্যা প্রদানকারী চিকিৎসক (যদি একজন থাকেন), আমার বিমা প্লান, স্বাস্থ্য ব্যবস্থা এবং হাসপাতাল এবং/অথবা রাষ্ট্রীয় বা যুক্তরাষ্ট্রীয় নিবন্ধীকরণ, চিকিৎসার উদ্দেশ্যে, পেমেন্ট বা অন্যান্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা সংক্রান্ত কার্যকলাপ (যেমন প্রশাসনিক বা গুণমান নিশ্চয়ক), সিভিএস-এ (যদি প্রযোজ্য হয়) যেসকল ব্যক্তির টীকাকরণ হচ্ছে তাদের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সনির্দিষ্ট তথ্যবলির প্রোটোকলের দায়িত্বপ্রাপ্ত চিকিৎসকের কাছে প্রকাশ করছি। আমি আরো বুঝি যে সিভিএস-এর গোপনীয়তা সংক্রান্ত নিয়মনীতির বিজ্ঞপ্তিতে উল্লেখ অনুযায়ী সিভিএস আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যবলি ব্যবহার করবে এবং প্রকাশ করবে (ইন-স্টোর, অনলাইন বা ফার্মেসি থেকে অনুরোধ পাঠিয়ে যে তথ্য আনানো হবে সেইভাবে উপলব্ধ প্রতিলিপি)। শুধুমাত্র ক্যালিফোর্নিয়া রাজ্যের জন্য: আমি রাজি যে সিএআইআর আমার টীকাকরণ সংক্রান্ত তথ্যবলি আমার স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী, বিভিন্ন এজেন্সী বা স্কুলগুলির সাথে শেয়ার করবে। বিভিন্ন ভ্যাকসিন ক্লিনিক: আমি যদি কোনো ভ্যাকসিন ক্লিনিকের মাধ্যমে ভ্যাকসিন প্রাপ্ত হই, আমি বুঝি যে আমার নাম, ভ্যাকসিন পাওয়ার তারিখ এবং সময় ক্লিনিকের কো-অর্ডিনেটরকে জানানো হবে।

X

যে রোগী (অথবা পিতামাতা, অভিভাবক বা অনুমোদিত প্রতিনিধি) ভ্যাকসিন পাচ্ছেন তার স্বাক্ষর তারিখ
যদি রোগীর স্বপক্ষে স্বাক্ষর করা হয়, সেক্ষেত্রে আপনি উল্লেখ করছেন যে রোগীর স্বপক্ষে আপনি প্রয়োজনীয় সম্মতি দান করার জন্য অনুমোদনপ্রাপ্ত।

পিতামাতা, অভিভাবক বা অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম টেলিফোন নম্বর সম্পর্ক

টীকাপ্রদানকারী দ্বারা পূরণ করা হবে

Vaccine Administration Information for Immunizer/Pharmacist use only

Administration Date	Vaccine	VIS Date	Manufacturer	Volume (mL)
Lot #	Exp. Date	Route	Site	

If patient's body temperature is 100.4° F or greater, inform them they should not receive the vaccine at this time.

Patient Temperature

Administering Immunizer Name & Title Administering Immunizer Signature

To be filled out by immunizer, as required for state immunization registry reporting. Only for states listed.

MS: Check all fields for patients 18 years of age and younger

OK: Check Race and Ethnicity for all patients. Select Next of Kin for patients 18 years of age and younger.

Race: 1 - American Indian or Alaska Native 2 - Asian 3 - Native Hawaiian/Other Pacific Islander
 4 - Black or African American 5 - White 6 - Other Race

Ethnicity: 1 - Hispanic 2 - Not Hispanic or Latino 3 - Unknown

Next of Kin (18 or younger)

Name Phone Number Relationship

Address

State of NJ only

Prescriber Name Prescriber Address

For CA, MA, MT, NJ, NM, NY, TX (For CA, this indicator means the registry will not share with Universities, Schools or other agencies) Registry Sharing Indicator: Yes No