



COVID-19-এর টিকা সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী

পদবী:

নাম:

জন্ম তারিখ:

সামাজিক সুরক্ষা নম্বর (Social security number):

গত তিন মাসে আপনার পরীক্ষার (পিসিআর (PCR) বা
অ্যান্টিজেন) ফলাফল পজিটিভ হয়েছে কি?

☐ yes

☐ No

আপনার কি আজ জ্বর আছে?

☐ yes

☐ No

আপনি কি গত দুই সপ্তাহের মধ্যে কোনও টিকা নিয়েছেন?

☐ yes

☐ No

যদি হ্যাঁ হয়, তবে কোনটা:

☐ yes

☐ No

আপনার কি কোনও রক্তক্ষরণ সম্পর্কিত সমস্যা রয়েছে? (বিশেষত কম
প্লেটলেটের সংখ্যা বা অ্যান্টিকোয়াগুলান্ট থেরাপি)

☐ yes

☐ No

আপনি কি গর্ভবতী?

☐ yes

☐ No

আপনি কি স্তন্যপান করান?

☐ yes

☐ No

আপনার টিকা দেওয়ার পরের দিন এবং সপ্তাহগুলিতে, আপনি প্রয়োজন
হলে একটি প্রতিকূল প্রভাব সম্পর্কে রিপোর্ট করতে পারেন। স্বাস্থ্যের
প্রতিকূল প্রভাবগুলি সম্পর্কে এই পোর্টালে জানানোর জন্য কেবলমাত্র 10
মিনিট সময় লাগবে: www.signalement.social-sante.gouv.fr
আপনি আপনার ডাক্তারের সাথেও কথা বলতে পারেন।

এই প্রশ্নাবলীটি ব্যবহার করে সংগৃহীত পরিচিতি বিবরণটি *Ministère des Solidarités
et de la Santé* এবং *the Caisse nationale d'assurance maladie* দ্বারা যৌথভাবে
বাস্তবায়িত “SI Vaccin Covid” এর ব্যক্তিগত তথ্য প্রক্রিয়াকরণের সাথে সংহত করা
হবে। এটি শুধুমাত্র Covid-19 টিকাদান সম্পর্কিত প্রচারণাটি আয়োজন, নিয়ন্ত্রণ ও
পরিচালনার লক্ষ্যে ব্যবহৃত হবে। এই প্রক্রিয়াকরণ এবং আপনার অধিকার প্রয়োগের
বিষয়ে আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে আপনার কেন্দ্রে উপলভ্য তথ্য সম্পর্কিত
নোটিশগুলি দেখুন। আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্টের তারিখের তিন মাস অবধি প্রশ্নাবলীর
হার্ড কপি সংরক্ষণ করা হবে।

ফার্মাসিষ্টের জন্য সংরক্ষিত স্থান

তারিখ:

সাক্ষর

আমি সজ্ঞানে স্বাক্ষর করছি যে, আমাকে কোভিড - ১৯ টিকা দেওয়ার নীতি, সুবিধা এবং সম্ভাব্য ঝুঁকি সম্পর্কে অবহিত করা
হয়েছে। আমি কোভিড - ১৯ টিকা দেওয়ার জন্য সম্মতি জানাচ্ছি।

তারিখ:

স্বাক্ষর