



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

কোভিড-১৯ টিকাগ্রহণ সম্মতি পত্র

কোভিড-১৯ টিকাটি দেশে কোভিড-১৯ এর বিস্তার রোধে প্রয়োগ করা হচ্ছে। এই টিকা গ্রহণকারীদের সংখ্যা বৃদ্ধির সাথে সাথে শরীরে রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা সম্পন্ন জনসংখ্যাও বৃদ্ধি পায়, যা কোভিড-১৯ থেকে গুরুতর অসুস্থতার সম্ভাবনা কমিয়ে দেয়। টিকাগ্রহণ করে পরোক্ষভাবে আমরা ঝুঁকিতে থাকা মানুষগুলোকে সুরক্ষা দিতে পারি, যারা টিকা গ্রহণের জন্য উপযুক্ত নয়।

২০২০ সালের ৩রা ডিসেম্বর অনুষ্ঠিত ইসলামিক ধর্ম বিষয়ক মালয়েশিয়া সম্পর্কিত জাতীয় মুজাকারাহ কমিটি কাউন্সিলের বিশেষ কমিটির সভার সিদ্ধান্ত অনুযায়ী কোভিড-১৯ টিকা অনুমোদিত এবং সরকার কর্তৃক নির্ধারিতদের জন্য বাধ্যতামূলক।

কোভিড-১৯ ইনজেকশন টিকাসমূহ টিকার ধরণ অনুযায়ী এক (১) বা দুই (২) মাত্রায় প্রয়োগ করা হবে। ইনজেকশনটি সাধারণত কিছু পরিস্থিতি ব্যতীত কাঁধের নীচে উর্ধ্ব-বাহুর মাংসপেশীতে প্রয়োগ করা হয়। কি ধরণের টিকা প্রয়োগ করা হবে তা সেই সময়ের টিকা সরবরাহের উপর নির্ভরশীল।

কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণের ফলে সাধারণ পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া সহ অন্যান্য কিছু পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া হতে পারে, যা সময়ে সময়ে রিপোর্ট করা যেতে পারে।

চিকিৎসা বিবরণ

আপনি/আপনার:

- ক। ইতিপূর্বে কোনও টিকা নেয়ার পর মারাত্মক কোনো পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া (যেমন হ্যাঁ না
খিঁচুনি, অজ্ঞান হয়ে যাওয়া এবং হাসপাতালে ভর্তি ইত্যাদি) এর অভিজ্ঞতা
আছে কি?
- খ। কখনও কি কোন গুরুতর অ্যালার্জির ইতিহাস ছিল? হ্যাঁ না
- গ। আপনি কি গর্ভবতী কিংবা গর্ভধারণের পরিকল্পনা করছেন? (মহিলাদের হ্যাঁ না
জন্য)
- ঘ। বর্তমানে বুকের দুধ খাওয়াচ্ছেন? (মহিলাদের জন্য) হ্যাঁ না

আমি কোভিড-১৯ টিকা সম্পর্কিত তথ্য, এর উদ্দেশ্য এবং টিকা গ্রহীতাদের জন্য কোভিড-১৯ সম্পর্কিত তথ্যপত্রের টিকা প্রদানের ব্যবস্থাপনা বিষয় সম্পর্কে নিজে পড়েছি / আমাকে পড়ে শুনানো হয়েছে।

আমি এতদ্বারা বুঝতে পেরেছি যে:

১। কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণের ফলে টিকার তথ্যে বর্ণিত প্রতিক্রিয়া ও পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া হতে পারে

২। টিকা গ্রহণের ক্ষেত্রে আমার সিদ্ধান্ত / ক্রিয়াকলাপের ফলে সৃষ্ট যে কোনও ঝুঁকির জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকবো, কারণ টিকার সুবিধাসমূহ পার্শ্বপ্রতিক্রিয়াসমূহের তুলনায় অনেক বেশী

৩। টিকাটি সম্পূর্ণরূপে গ্যারান্টি দেয় না যে আমি ভবিষ্যতে কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হব না;

৪। কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণের সম্মতি পত্রে স্বাক্ষর করে আমি স্বেচ্ছায় নির্ধারিত টিকার ডোজ সমূহ সম্পন্ন করতে সম্মতি জ্ঞাপন করলাম।

দয়া করে সম্মতিপত্রের নীচের অংশটুকু পূরণ করুন (যেটি প্রযোজ্য):

- আমি,..... আই.সি. নম্বর / পাসপোর্ট নম্বর / ইউ. এন. এইচ. সি. আর. নম্বর নিজের জন্য কোভিড -১৯ টিকার ইনজেকশন গ্রহণের জন্য * **সম্মতি** / **অসম্মতি** জ্ঞাপন করছি।
- আমি,..... আই.সি. নম্বর / পাসপোর্ট নম্বর / ইউ. এন. এইচ. সি. আর. নম্বর *আমার বাবা-মা /*নির্ভরশীল এর নাম..... আই.সি. নম্বর / পাসপোর্ট নম্বর / ইউ. এন. এইচ. সি. আর. নম্বর এর পক্ষে কোভিড -১৯ টিকার ইনজেকশন গ্রহণের জন্য * **সম্মতি** / **অসম্মতি** জ্ঞাপন করছি।

টিকা গ্রহণকারী/নিকট আত্মীয়ের স্বাক্ষর

নাম :
আই.সি.নম্বর :
/পাসপোর্ট নম্বর/
ইউ.এন.এইচ.
সি.আর.নম্বর
তারিখ :

স্বাক্ষীর স্বাক্ষর

নাম :
আই.সি.নম্বর/
পাসপোর্ট নম্বর/
ইউ.এন.এইচ.
সি.আর.নম্বর
তারিখ :

* *অপ্রয়োজনীয় তথ্য কেটে দিন*

বিশেষ দৃষ্টব্য: কোভিড-১৯ টিকা সম্পর্কিত আরও তথ্যের জন্য দয়া করে টিকা গ্রহণকারীদের জন্য কোভিড-১৯ সম্পর্কিত তথ্যপত্র দেখুন।

আপনার সহযোগিতার জন্য আন্তরিক ধন্যবাদ। দয়া করে এই ফর্মটি ক্লিনিকে ফেরত দিন।