

নাম (অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন)	জন্ম তারিখ	লিঙ্গ	বসবাসের কাউন্টি
ঠিকানা	সিটি	স্টেট	জিপি
ফোন	19 বছরের কম বয়সী ব্যক্তিদের জন্য, মায়ের বিবাহের পূর্বের পদবি		
মেডিকেশ্যার (Medicare)	ডাক্তারের নাম		
স্বাস্থ্য বীমা প্রদানকারী	ডাক্তারের ঠিকানা		
পলিসি নম্বর	ক্লিনিক/অফিস সাইট যেখানে ভ্যাকসিন প্রয়োগ করা হয়েছে	NYSIIS অনুমতি ≥ 19 বছর বয়সী <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ	

অনুগ্রহ করে নিজের জন্য বা ভ্যাকসিন গ্রহণকারী ব্যক্তির জন্য নীচের প্রশ্নগুলি সম্পূর্ণ করুন।

- না হ্যাঁ আপনি কি বর্তমানে জ্বর নিয়ে অসুস্থ?
- না হ্যাঁ আপনার কি কখনও ফ্লু বা নিউমোনিয়া ভ্যাকসিনের কোনো উপাদান (বা অংশ) থেকে জীবন সংশয়কারী অ্যালার্জি হয়েছে?
যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন: _____
- না হ্যাঁ আপনার কি কখনও ফ্লু ভ্যাকসিন গ্রহণের 6 সপ্তাহের মধ্যে গুইলেন-বারে সিনড্রোম বিকশিত হয়েছে?
- না হ্যাঁ আপনি কি কখনও কোনো নিউমোনিয়া শট পেয়েছিলেন?
- না হ্যাঁ আপনি কি একজন ধূমপায়ী বা হাঁপানি, হৃদপিণ্ড বা ফুসফুসের রোগের মতো দীর্ঘস্থায়ী চিকিৎসাগত সমস্যা আছে?
যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে বর্ণনা করুন: _____
- না হ্যাঁ আপনার কি কখনও ডিম বা ডিম থেকে তৈরী পণ্যগুলির থেকে মারাত্মক জীবন সংশয়কারী অ্যালার্জি হয়েছে?
- না হ্যাঁ আপনি কি বর্তমানে গর্ভবতী?
- না হ্যাঁ আপনার কি হাঁপানি বা শ্বাস নেওয়ার সময় শোঁ শোঁ শব্দ হওয়ার ইতিহাস আছে?
- না হ্যাঁ আপনি কি একজন শিশু বা কিশোর-বয়সী যিনি দীর্ঘমেয়াদী অ্যাসপিরিন থেরাপি গ্রহণ করছেন?
- না হ্যাঁ আপনার রোগ প্রতিরোধক ব্যবস্থা কি দুর্বল বা অত্যন্ত দুর্বল ইমিউন সিস্টেম রয়েছে এমন কোনো ব্যক্তির সাথে ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শ রয়েছে যার বিশেষ পরিচর্যার প্রয়োজন?
- না হ্যাঁ আপনি কি গত 4 সপ্তাহের মধ্যে অন্য কোনো টিকা পেয়েছেন?
- না হ্যাঁ আপনি কি গত 48 ঘন্টার মধ্যে ফ্লু এর জন্য কোনো অ্যান্টিভাইরাল ওষুধ খেয়েছেন?

ইনফ্লুয়েঞ্জা সম্পর্কিত সম্মতি

আমি ইনফ্লুয়েঞ্জা ভ্যাকসিনেশন সম্পর্কে ভ্যাকসিন তথ্য বিবৃতি (Vaccine Information Statement, VIS) পড়েছি বা আমাকে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। আমি প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ পেয়েছি, যার উত্তর আমার সন্তুষ্টি অনুযায়ী দেওয়া হয়েছে, এবং আমি বর্ণিত হিসাবে ভ্যাকসিনেশন সুবিধা এবং ঝুঁকি বুঝি। আমি অনুরোধ করছি যে আমাকে (অথবা উপরে নামাঙ্কিত ব্যক্তি যার জন্য আমি এই অনুরোধ করার জন্য অনুমোদিত) ইনফ্লুয়েঞ্জা ভ্যাকসিন দেওয়া হোক। আমি মেডিকেশ্যার বা অন্যান্য বীমার দাবি বা অন্যান্য জনস্বাস্থ্য সম্পর্কিত উদ্দেশ্যে প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয় কোনো চিকিৎসাগত বা অন্যান্য তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন দিই। আমি রোগীর অধিকার বিল (Patient Bill of Rights)-এর একটি কপি পেয়েছি।

প্রাপকের স্বাক্ষর (মাতাপিতা অথবা অভিভাবক) _____ তারিখ _____

নিউমোকোকাল সম্পর্কিত সম্মতি

আমি নিউমোকোকাল ভ্যাকসিনেশন সম্পর্কে ভ্যাকসিন তথ্য বিবৃতি (Vaccine Information Statement, VIS) পড়েছি বা আমাকে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। আমি প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার সুযোগ পেয়েছি, যার উত্তর আমার সন্তুষ্টি অনুযায়ী দেওয়া হয়েছে, এবং আমি বর্ণিত হিসাবে ভ্যাকসিনেশন সুবিধা এবং ঝুঁকি বুঝি। আমি অনুরোধ করছি যে আমাকে (অথবা উপরে নামাঙ্কিত ব্যক্তি যার জন্য আমি এই অনুরোধ করার জন্য অনুমোদিত) নিউমোকোকাল ভ্যাকসিন দেওয়া হোক। আমি মেডিকেশ্যার বা অন্যান্য বীমার দাবি বা অন্যান্য জনস্বাস্থ্য সম্পর্কিত উদ্দেশ্যে প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয় কোনো চিকিৎসাগত বা অন্যান্য তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন দিই। আমি রোগীর অধিকার বিল (Patient Bill of Rights)-এর একটি কপি পেয়েছি।

প্রাপকের স্বাক্ষর (মাতাপিতা অথবা অভিভাবক) _____ তারিখ _____

নীচের ক্ষেত্র নার্স দ্বারা সম্পন্ন করতে হবে

ইনফ্লুয়েঞ্জা ভ্যাকসিন

প্রয়োগ তারিখ _____

প্রয়োগ করার জায়গা বাঁ হাত ডান হাত নাসিকা
 বাঁ উরু ডান উরু

ডোজ 0.5 ml 0.25 ml লাইভ অ্যাটেনুয়েটেড
ইনফ্লুয়েঞ্জা ভ্যাকসিন (LAIV)

প্রস্তুতকারক ও লট নম্বর _____

VIS তারিখ _____

নার্সের স্বাক্ষর _____

পরবর্তী টিকাকরণের সময়: পরবর্তী বছর 4 সপ্তাহের মধ্যে
 অন্যান্য _____

নিউমোকোকাল রোগের ভ্যাকসিন

প্রয়োগ তারিখ _____

প্রয়োগ করার জায়গা বাঁ হাত ডান হাত
 বাঁ উরু ডান উরু

প্রস্তুতকারক ও লট নম্বর _____

VIS তারিখ _____

নার্সের স্বাক্ষর _____

পরবর্তী টিকাকরণের সময়: কোনটিরই প্রয়োজন নেই
 অন্যান্য _____