



কোভিড-১৯ ভ্যাকসিন

এইএফআই (AEFI) রিপোর্ট ফরম, (মারাত্মক ঘটনা, যেমন রোগী হাসপাতালে ভর্তি বা মৃত্যু বা বিশেষ গুরুত্বপূর্ণ ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)



এইএফআই রিপোর্টকারী পূরণ করবেন						ছড়ান্ত রিপোর্ট করার তারিখ:...../...../.....					
সেকশন ১ : রোগীর তথ্য											
রোগীর নাম (*):				লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> অন্যান্য				গর্ভবতী: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না		দুগ্ধদানকারী মা: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
জন্ম তারিখ (দিন/মাস/সাল):...../...../.....বা বয়স(*)											
ফোন নম্বর:			জাতীয় পরিচয় পত্র নং:				বাড়ি নম্বর:				
মহল্লা/গ্রাম:			ওয়ার্ড (*):				ইউনিয়ন (*):				
উপজেলা/পৌরসভা/জোন(*):				জেলা/ সিটি করপোরেশন (*):				বিভাগ (*):			
সেকশন ২ : রিপোর্টারের তথ্য											
রিপোর্টারের নাম(*):				পদবী:				প্রতিষ্ঠান:			
উপজেলা/পৌরসভা/জোন:				জেলা/ সিটি করপোরেশন:				বিভাগ:			
টেলিফোন:				ইমেইল (যদি থাকে):				স্বাক্ষর:			
সেকশন ৩ : টিকাদান কেন্দ্রের তথ্য											
টিকাদান কেন্দ্রের নাম:				টিকাদান কেন্দ্রের ঠিকানা: সাব ব্লক/ মহল্লা:				ওয়ার্ড:			
ইউনিয়ন:			উপজেলা/পৌরসভা/জোন:			জেলা/ সিটি করপোরেশন:			বিভাগ:		
সেকশন ৪ : টিকা ও ডাইলুয়েন্ট প্রদানের তথ্য											
টিকা						ডাইলুয়েন্ট (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)					
টিকার নাম (ব্র্যান্ডের নাম)(*)	প্রস্তুতকারীর নাম (*)	টিকা প্রদানের তারিখ (*)	টিকা প্রদানের সময়(*)	ডোজ (১ম/ ২য়)	ব্যাচ/লট নং(*)	মেয়াদোত্তীর্ণ তারিখ	ডাইলুয়েন্টের নাম	ব্যাচ/লট নং (*)	মেয়াদোত্তীর্ণ তারিখ	মেশানোর তারিখ	মেশানোর সময়
প্রযোজ্য ক্ষেত্রে ব্যাচ/লট নং এবং মেয়াদোত্তীর্ণ তারিখ জেলা, উপজেলা, মিউনিসিপালিটি, সিটি করপোরেশন ও জোন লেভেলের রিপোর্টিং ফ্যাসিলিটি পূরণ করবে।											



কোভিড-১৯ ভ্যাকসিন

এইএফআই(AEFI) রিপোর্ট ফরম (মারাত্মক এইএফআই এর ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)



সেকশন ৫(i) : ঢকা পরবর্তী বিরূপ ঘটনা (*) (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে এক বা একাধিক টিক (✓) চিহ্ন দিন)		
<input type="checkbox"/> জ্বর- $\geq 38^{\circ}C$ ($\geq 100.8^{\circ}F$)	<input type="checkbox"/> খিটুনি (Seizure)	<input type="checkbox"/> কাশি (Cough)
<input type="checkbox"/> বমি বমি ভাব (Nausea)	<input type="checkbox"/> মাথা ব্যথা (Headache)	<input type="checkbox"/> অস্থি সন্ধিতে ব্যথা (Joint pain)
<input type="checkbox"/> ইনজেকশনের জায়গায় শক্ত হওয়া (Nodule)	<input type="checkbox"/> এনাফাইলেক্সিস (Anaphylaxis)	<input type="checkbox"/> টক্সিক শক সিনড্রম (Toxic Shock Syndrome)
<input type="checkbox"/> মাংস পেশীতে ব্যথা (Muscle pain)	<input type="checkbox"/> থ্রোম্বোসাইটোপেনিয়া (Thrombocytopenia)	<input type="checkbox"/> অজ্ঞান হয়ে যাওয়া Unconscious
<input type="checkbox"/> ইনজেকশনের জায়গায় মারাত্মক প্রতিক্রিয়া: যেমন লাল হওয়া, ফুলে যাওয়া	<input type="checkbox"/> ফোঁড়া (Abscess)	<input type="checkbox"/> সাময়িকভাবে মূর্ছা যাওয়া (Fainting)
<input type="checkbox"/> সেপসিস (Sepsis)	<input type="checkbox"/> এনকেফালোপ্যাথি (Encephalopathy)	<input type="checkbox"/> ইনজেকশনের জায়গায় অনবরত রক্তক্ষরণ
<input type="checkbox"/> পক্ষাঘাত (Guillain Barre Syndrome)	<input type="checkbox"/> মুখ বেঁকে যাওয়া (Facial palsy)	
<input type="checkbox"/> লালচে দানা/ ফুসকুরি (Rash)	<input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন) :	
সেকশন ৫(ii) :		
হাসপাতালে ভর্তি হলে ভর্তির তারিখ :/...../..... সময় :		রোগীর মৃত্যু হলে মৃত্যুর তারিখ :/...../..... সময় :

সেকশন ৬ : এইএফআই শুরু ও রিপোর্টের তারিখ		
এইএফআই শুরু হওয়ার তারিখ (*) :/...../.....	শুরু হওয়ার সময় :	প্রথম রিপোর্ট করার তারিখ :/...../.....
		কোথা থেকে রিপোর্ট করা হয়েছে <input type="checkbox"/> মাঠ পর্যায় <input type="checkbox"/> হাসপাতাল

সেকশন ৭ : এইএফআই তদন্ত (মারাত্মক এইএফআই, ক্লাস্টার বা কোন বিশেষ ঘটনার জন্য নিয়মানুযায়ী তদন্ত প্রয়োজন হবে)।			
মারাত্মক এইএফআই এর ধরণ (*): <input type="checkbox"/> মৃত্যু <input type="checkbox"/> জীবন আশংকাজনক <input type="checkbox"/> বিকলাঙ্গতা <input type="checkbox"/> হাসপাতালে ভর্তি <input type="checkbox"/> জন্মগত ত্রুটি <input type="checkbox"/> অন্যান্য গুরুতর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘটনা (নির্দিষ্ট করে লিখুন)			
পরিনতি (*): <input type="checkbox"/> সুস্থ হচ্ছে <input type="checkbox"/> সুস্থ হয়েছে <input type="checkbox"/> সুস্থ হয়েছে তবে কিছু সমস্যা রয়ে গেছে <input type="checkbox"/> সুস্থ হয়নি <input type="checkbox"/> মৃত্যু <input type="checkbox"/> অজানা			
কর্মকর্তার নাম:	পদবী :	ফোন নম্বর :	স্বাক্ষর :
বিশেষ দৃষ্টব্য: *তারকা চিহ্নিত ঘরসমূহ অবশ্যই পূরণ করতে হবে; এই ফরমটি ফাইলে সংরক্ষণ করবেন।			