



কোভিড-১৯ ভ্যাকসিন

এইএফআই (AEFI) রিপোর্ট ফরম (মারাত্মক নয়, এমন ঘটনার জন্য প্রযোজ্য)

এইএফআই রিপোর্টকারী পুরন করবেন (টিকা পরবর্তী রোগী হাসপাতালে ভর্তি, জীবন ঝুঁকিপূর্ণ বা মৃত্যু ঘটলে তা মারাত্মক ঘটনা)

টিকা গ্রহণকারীর নাম :									লিঙ্গ : <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> অন্যান্য			জন্ম তারিখ/বয়স :		
ফোন নং-			জাতীয় পরিচয়পত্র নং-			মহল্লা/গ্রাম :			ওয়ার্ড/ইউনিয়ন :					
উপজেলা/পৌরসভা/জোন :			জেলা/সিটি করপোরেশন :			বিভাগ :								
টিকাদান কেন্দ্রের নাম :			উপজেলা/পৌরসভা/জোন :			জেলা/ সিটি করপোরেশন :								
প্রদানকৃত টিকা সংক্রান্ত তথ্য						ডাইলুয়েন্ট (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) সংক্রান্ত তথ্য								
টিকার নাম (ব্র্যান্ডের নাম)	ব্যাচ/লট নং	প্রস্তুতকারীর নাম	টিকা প্রদানের তারিখ	টিকা প্রদানের সময়	ডোজ (১ম/ ২য়)	ডাইলুয়েন্টের নাম	ব্যাচ/লট নং	মেশানের তারিখ						
টিকা পরবর্তী পার্শ্ব/বিরূপ ঘটনা বা এইএফআই (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে এক বা একাধিক টিক (✓) চিহ্ন দিন) :														
<input type="checkbox"/> জ্বর- $\geq 38^{\circ} C$ ($\geq 100.8^{\circ} F$)			<input type="checkbox"/> বমি বমি ভাব (Nausea)			<input type="checkbox"/> কাশি (Cough)								
<input type="checkbox"/> শিঁটুনি (Seizure)			<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"/> লাল হওয়া, ফুলে যাওয়া			<input type="checkbox"/> ইনজেকশনের জায়গায় অনবরত রক্তক্ষরণ			<input type="checkbox"/> সাময়িকভাবে মূর্ছা যাওয়া (Fainting)								
<input type="checkbox"/> মাংস পেশীতে ব্যথা (Muscle pain)			<input type="checkbox"/> ফোঁড়া (Abscess)			<input type="checkbox"/> লালচে দানা/ ফুসকুরি (Rash)								
<input type="checkbox"/> মুখ বেঁকে যাওয়া (Facial palsy)			<input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন) :											
এইএফআই শুরু হওয়ার তারিখ :/...../.....						ও সময় :.....			এইএফআই রিপোর্ট করার তারিখ :/...../.....					
রিপোর্টারের নাম :			পদবী :			টেলিফোন/মোবাইল :								

*Please fill up the form and send it to "covidpvcell.dgda@gmail.com"