



কোভিড-১৯ টিকাদান কার্ড
(Covid-19 Vaccination Card)

রেজিস্ট্রেশন নং- _____ তারিখ- ____/____/____

নাম- _____

জন্ম তারিখ- ____/____/____ বয়স- _____

জাতীয় পরিচয়পত্র / জন্ম সনদ নম্বর- _____

মাতার নাম- _____

পিতার নাম- _____

বাড়ি/হোল্ডিং নং- _____ গ্রাম/মহল্লা/পাড়া- _____

উপজেলা/সিটি কর্পোরেশন- _____ ওয়ার্ড নং- _____

জেলা- _____ ইউনিয়ন- _____

কেন্দ্রের নাম- _____

টিকাদান কর্মীর তথ্য

নাম- _____

কেন্দ্রের আইডি- _____

মোবাইল- _____

কোভিড-১৯ টিকা প্রদান সম্পর্কিত তথ্য

টিকার ডোজ	টিকা পাওয়ার তারিখ	টিকা প্রদানের তারিখ ও কর্মীর স্বাক্ষর
কোভিড-১৯ টিকা- ১ম ডোজ		
কোভিড-১৯ টিকা- ২য় ডোজ		
টিকার নাম, প্রস্তুতকারী প্রতিষ্ঠান, ব্যাচ নম্বর	ডোজ-১:	
	ডোজ-২:	

সাধারণ নির্দেশনাবলী

> কোভিড-১৯ টিকার ১ম ও ২য় ডোজ নেয়ার জন্য নির্দিষ্ট তারিখে নির্দিষ্ট টিকাদান কেন্দ্রে এই টিকার কার্ডটি সাথে নিয়ে আসুন।

> টিকা দেওয়ার পর যে কোন সমস্যা/অসুবিধা হলে সাথে সাথে টিকাদান কর্মীকে খবর দিন। প্রয়োজনে উদ্ভিষ্ট জনগণকে নিকটস্থ স্বাস্থ্য কেন্দ্রে নিয়ে আসুন।

> টিকা দেওয়ার পূর্বে এসএমএস এর মাধ্যমে টিকা কেন্দ্র ও প্রদানের তারিখ জানানো হবে।

> টিকা প্রদান শেষ হলেও ভবিষ্যৎ প্রয়োজনে কার্ডটি সংরক্ষণ করুন

> টিকার কার্ডটি হারিয়ে গেলেও www.surokha.gov.bd ওয়েবসাইট থেকে ডাউনলোড করা যাবে।

> কোভিড-১৯ টিকার ২টি ডোজ সম্পন্ন হলে www.surokha.gov.bd হতে সনদ সংগ্রহ করা যাবে।

> কোভিড-১৯-এর টিকা পেলেও যথাযথ স্বাস্থ্য বিধি মেনে চলুন।

আপনার সহযোগিতায় বাংলাদেশ সরকার কোভিড-১৯ ভ্যাকসিন উদ্ভিষ্ট সকলের কাছে পৌঁছে দিতে বদ্ধপরিকর।



সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচি (ইপিআই)
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়



:: সহযোগিতায় ::



কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণকারীর অবহিতকরণ সম্মতিপত্র

রেজিস্ট্রেশন নং- _____ রেজিস্ট্রেশনের তারিখ- ____/____/____ জাতীয় পরিচয়পত্র /জন্ম সনদ নম্বর _____

নাম- _____

> করোনা টিকা সম্পর্কিত তথ্য আমাকে অনলাইন ও সামনা সামনি উপায়ে ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

> আমি সম্মতি দিচ্ছি যে, টিকা গ্রহণ ও এর প্রভাব সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন হলে আমি তা প্রদান করবো।

> জানামতে আমার কোনো রকম ঔষধজনিত এলার্জি নেই।

> টিকাদান পরবর্তী প্রতিবেদন/গবেষণা পত্র তৈরির ব্যাপারে অনুমতি দিলাম।

> আমি স্বেচ্ছায়, সজ্ঞানে এই টিকার উপকারিতা ও পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া (ভ্যাকসিন প্রয়োগের স্থানে ফুলে যাওয়া, সামান্য জ্বর, মাথাব্যথা, বমি বমি ভাব, মাথা ও শরীর ব্যথা) সম্পর্কে অবগত হয়ে টিকা গ্রহণে সম্মত আছি।

টিকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর _____

তারিখ- _____

Phone No--

কেন্দ্রের নাম---