



ANNEX-I

এইএফআই (AEFI) রিপোর্ট ফরম (COVID-19 Vaccine)



এইএফআই রিপোর্টকারী পূরণ করবেন							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): _ / _ / _ বয়স(*) :											
ফোন নম্বর :			জাতীয় পরিচয় পত্র নং :				বাড়ি/জিআর 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, ইত্যাদি)	ব্যাচ/লট নং(*)	মেয়াদোত্তীর্ণ তারিখ	ডাইলুয়েন্টের নাম	ব্যাচ/লট নং(*)	মেয়াদোত্তীর্ণ তারিখ	মেশানোর তারিখ	মেশানোর সময়
ব্যাচ/লট নং এবং মেয়াদোত্তীর্ণ তারিখ জেলা, উপজেলা, মিউনিসিপালিটি, সিটি করপোরেশন, জোন ও ওয়ার্ড (শুধুমাত্র ডিএনসিসি ও ডিএসসিসির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) লেভেলের রিপোর্টিং ফ্যাসিলিটি পূরণ করবে।											



এইএফআই (AEFI) রিপোর্ট ফরম (COVID-19 Vaccine)



সেকশন ৫(i) : টিকা পরবর্তী বিরূপ ঘটনা(*)		
<input type="checkbox"/> জ্বর- $\geq 38^{\circ}C$ ($\geq 100.8^{\circ}F$)	<input type="checkbox"/> খিঁচুনি (Seizure) <input type="checkbox"/> জ্বর সহ খিঁচুনি <input type="checkbox"/> জ্বর ব্যতীত খিঁচুনি	<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"/> তিন দিনের বেশি <input type="checkbox"/> নিকটবর্তী অস্থিঃস্বন্ধি (জয়েন্ট) ছাড়িয়ে 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"/> লালচে দানা/ ফুসকুরি (Rash)	<input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন) :.....	
টিকা পরবর্তী বিরূপ ঘটনার বর্ণনা:		
সেকশন ৫(ii) : <input type="checkbox"/> হাসপাতালে ভর্তি : <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না হাসপাতালে ভর্তি হলে ভর্তির তারিখ :/...../.....		
<input type="checkbox"/> মৃত্যু : <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না মৃত্যু হলে মৃত্যুর তারিখ :/...../.....		

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

সেকশন ৭ : এইএফআই তদন্ত		
জেলা, উপজেলা, মিউনিসিপালিটি, সিটি করপোরেশন ও জোন লেভেলের রিপোর্টিং ফেসিলিটি পূরণ করবে		
মারাত্মক এইএফআই(*) ? : <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> জনগণতন্ত্র <input type="checkbox"/> অন্যান্য গুরুতর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘটনা (নির্দিষ্ট করে লিখুন).....	হ্যাঁ হলে <input type="checkbox"/> মৃত্যু <input type="checkbox"/> জীবন আশংকাজনক <input type="checkbox"/> বিকলাঙ্গতা <input type="checkbox"/> হাসপাতালে ভর্তি	তদন্তের প্রয়োজন কি-না?: <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
পরিনতি (শুধুমাত্র মারাত্মক এইএফআই-এর ক্ষেত্রে) (*): <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		
কেস আইডি নং (শুধুমাত্র মারাত্মক এইএফআই-এর ক্ষেত্রে): AEFI-BAN- _ / _ / _ / _ / _		
কর্মকর্তার নাম:	পদবী :	ফোন নম্বর :..... স্বাক্ষর :
বিশেষ দৃষ্টব্য: তারকা চিহ্নিত ঘরসমূহ অবশ্যই পূরণ করতে হবে; এই ফরমটি ফাইলে সংরক্ষণ করবেন।		