

কোভিড-১৯ টিকাদান কার্ড (Covid-19 Vaccination Card)		
রেজিস্ট্রেশন নং	:	.....
নাম	:	.....
জন্ম তারিখ	:	..... বয়স
জন্ম নিবন্ধন নং	:	.....
মাতার নাম	:	.....
পিতার নাম	:	.....
বাড়ি/হোস্টিং 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,	ডোজ-১	
ব্যাচ নম্বর	ডোজ-২	

সাধারণ নির্দেশনাবলী

- > কোভিড-১৯ টিকার ১ম ও ২য় ডোজ নেয়ার জন্য নির্দিষ্ট তারিখে নির্দিষ্ট টিকাদান কেন্দ্রে এই টিকা কার্ডটি সাথে নিয়ে আসুন।
 - > টিকা দেয়ার পর যেকোন সমস্যা/অসুবিধা হলে সাথে সাথে টিকাদান কর্মীকে খবর দিন। প্রয়োজনে উদ্ভিষ্ট জনগণকে নিকটস্থ স্বাস্থ্য কেন্দ্রে নিয়ে আসুন।
 - > টিকা দেয়ার পূর্বে এসএমএস এর মাধ্যমে টিকা কেন্দ্র ও প্রদানের তারিখ জানানো হবে।
 - > টিকা প্রদান শেষ হলেও ভবিষ্যৎ প্রয়োজনে কার্ডটি সংরক্ষণ করুন।
 - > টিকা কার্ডটি হারিয়ে গেলেও www.surokha.gov.bd ওয়েব সাইট থেকে ডাউনলোড করা যাবে।
 - > কোভিড-১৯ টিকার ০২ টি ডোজ সম্পন্ন হলে www.surokha.gov.bd হতে সনদ সংগ্রহ করা যাবে।
 - > কোভিড-১৯ টিকা পেলেও যথাযথ স্বাস্থ্যবিধি মেনে চলুন।
- আপনার সহযোগিতায় বাংলাদেশ সরকার কোভিড-১৯ ভ্যাকসিন উদ্ভিষ্ট সকলের কাছে পৌঁছে দিতে বদ্ধ পরিকর।



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



কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণকারীর অবহিতকরণ সম্মতি পত্র

রেজিস্ট্রেশন নং জন্ম নিবন্ধন নং

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 কোন ঔষধজনিত এলার্জি নেই।

> টিকাদান পরবর্তী প্রতিবেদন/গবেষণা পত্র তৈরীর অনুমতি দিলাম।

> আমি স্বেচ্ছায়, স্বজ্ঞানে এই টিকার উপকারিতা ও পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া (ভ্যাকসিনের স্থানে ফুলে যাওয়া, সামান্য জ্বর, মাথা ব্যাথা, বমিবমি ভাব, মাথা ও শরীর ব্যাথা) সম্পর্কে অবগত হয়ে টিকা গ্রহণে সম্মত আছি।

টিকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর..... তারিখ:.....