



**ভ্যাকসিন এইএফআই (AEFI) রিপোর্টিং ফরম**  
(রিপোর্টার, রোগী, প্রতিষ্ঠান এবং ঔষধের বাণিজ্যিক নাম অতীব গোপনীয়)



এইএফআই (AEFI) রিপোর্ট নম্বরঃ	অফিস কর্তৃক পূরণীয়	তারিখঃ						
এইএফআই রিপোর্টকারী পূরণ করবেন (টিকা পরবর্তী রোগী হাসপাতালে ভর্তি, জীবন ঝুঁকিপূর্ণ বা মৃত্যু ঘটলে তা মারাত্মক ঘটনা)								
<input type="checkbox"/> মারাত্মক	<input type="checkbox"/> মারাত্মক নয়							
টিকা গ্রহণকারীর তথ্যঃ নামঃ	লিঙ্গঃ <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> মহিলা <input type="checkbox"/> অন্যান্য	জন্ম তারিখ (দিন/মাস/সাল)ঃ...../...../..... বয়সঃ.....						
পিতার নামঃ	মাতার নামঃ	স্বামীর নাম (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)ঃ						
মোবাইল নম্বরঃ	জন্ম নিবন্ধন নং (যদি থাকে)ঃ	জাতীয় পরিচয়পত্র নং (যদি থাকে)ঃ						
ঠিকানাঃ গ্রাম/বাসা ও রোড নং....., পোঃ....., থানাঃ....., জেলাঃ.....								
টিকা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের নামঃ	ঠিকানাঃ							
প্রদানকৃত টিকা সংক্রান্ত তথ্যঃ								
টিকার নাম (ব্র্যান্ডের নাম)	ব্যাচ/লট নং	প্রস্তুতকারীর প্রতিষ্ঠানের নাম	টিকা প্রদানের তারিখ	টিকা প্রদানের সময়	ডোজ (১ম/২য়)	ডাইলুয়েন্ট এর নাম	ব্যাচ/লট নং	মেশানোর তারিখ
ডাইলুয়েন্ট (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) সংক্রান্ত তথ্যঃ								
টিকা পরবর্তী পার্শ্ব/বিরূপ ঘটনা বা এইএফআই (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে এক বা একাধিক টিক (✓) চিহ্ন দিনঃ								
<input type="checkbox"/> ফোঁড়া (Abscess)	<input type="checkbox"/> শিটুনি (Seizure)	<input type="checkbox"/> জ্বরসহ শিটুনি	<input type="checkbox"/> জ্বর ব্যতীত শিটুনি	<input type="checkbox"/> ইনজেকশনের জায়গায় অনবরত রক্তক্ষরণ				
<input type="checkbox"/> জ্বর ১০২° ফা, এবং এর বেশি	<input type="checkbox"/> গলা (Cervical) এবং/অথবা বগলের (Axillary) গ্রন্থি ফুলে যাওয়া	<input type="checkbox"/> এএফপি (Acute Flaccid Paralysis)						
<input type="checkbox"/> ইনজেকশনের জায়গায় মারাত্মক প্রতিক্রিয়া: যেমন লাল হওয়া, ফুলে যাওয়া <input type="checkbox"/> তিন দিনের বেশি <input type="checkbox"/> নিকটবর্তী অস্থিস্থিক (জয়েন্ট) ছাড়িয়ে যাওয়া	<input type="checkbox"/> অজ্ঞান হয়ে যাওয়া	<input type="checkbox"/> এনাফাইলেক্সিস (Anaphylaxis)						
<input type="checkbox"/> ইনজেকশনের জায়গায় শক্ত হওয়া (Nodule)	<input type="checkbox"/> সাময়িকভাবে মূর্ছা যাওয়া (Fainting)	<input type="checkbox"/> টক্সিক শক সিনড্রম (Toxic Shock Syndrome)						
<input type="checkbox"/> লালচে দানা/ফুসকুরি	<input type="checkbox"/> ক্রমাগত জোরে জোরে চিৎকার দেওয়া	<input type="checkbox"/> এনকেফালোপ্যাথি (Encephalopathy)						
অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন)ঃ .....								
হাসপাতালে ভর্তি হলে ভর্তির তারিখঃ .....	<input type="checkbox"/> মৃত্যু হলে মৃত্যুর তারিখঃ .....	<input type="checkbox"/> জনসাধারণের মধ্যে মারাত্মক উদ্বেগ						
AEFI শুরু হওয়ার তারিখঃ .....	AEFI শুরু হওয়ার সময়ঃ .....	AEFI রিপোর্ট করার তারিখঃ .....						
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								
রিপোর্টারের নামঃ	পেশাঃ	মোবাইল নম্বরঃ	ইমেইল (যদি থাকে)ঃ					
ঠিকানাঃ গ্রাম/বাসা ও রোড নং....., পোঃ....., থানাঃ....., জেলাঃ.....								