

সেকশন ৫.(i) : টিকা পরবর্তী বিরূপ ঘটনা

<input type="checkbox"/> ফোড়া	<input type="checkbox"/> খিচুনি <input type="checkbox"/> জ্বর সহ খিচুনি <input type="checkbox"/> জ্বর ব্যতীত খিচুনি	<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
<input type="checkbox"/> ইনজেকশনের জায়গায় মারাত্মক প্রতিক্রিয়া: যেমন লাল হওয়া, ফুলে যাওয়া <input type="checkbox"/> তিন দিনের বেশি <input type="checkbox"/> নিকটবর্তী অস্থিঃষঙ্গি (জয়েন্ট) ছাড়িয়ে যাওয়া	<input type="checkbox"/> অজ্ঞান হয়ে যাওয়া	<input type="checkbox"/> এনাফাইলেক্সিস
<input type="checkbox"/> ইনজেকশনের জায়গায় শক্ত হওয়া	<input type="checkbox"/> সাময়িকভাবে মুছা যাওয়া	<input type="checkbox"/> টব্লিক শক সিনড্রম
<input type="checkbox"/> লাগচে দানা/ ফুসকুরি	<input type="checkbox"/> ক্রমাগত জোরে জোরে চিৎকার দেওয়া	<input type="checkbox"/> এনকেফালোপ্যাথি
<input type="checkbox"/> অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন) :		

সেকশন ৫. (ii) : হাসপাতালে ভর্তি হলে ভর্তির তারিখ :/...../..... মৃত্যু হলে মৃত্যুর তারিখ :/...../..... জনসাধারণের মধ্যে মারাত্মক উদ্বেগ

সেকশন ৬ : এইএফআই শুরু ও রিপোর্টের তারিখ

এইএফআই শুরু হওয়ার তারিখ :/...../..... শুরু হওয়ার সময় :/...../..... এইএফআই রিপোর্ট করার তারিখ :/...../.....

কেথা থেকে রিপোর্ট করা হয়েছে
 মাঠ পর্যায় হাসপাতাল

সেকশন ৭ : এইএফআই তদন্ত এবং প্রকারভেদ (জেলা, উপজেলা, মিউনিসিপালিটি, সিটি করপোরেশন ও জোন লেভেলের রিপোর্টিং ফেসিলিটি পুরন করবে)

রিপোর্ট গ্রহণ করার তারিখ(দিন/মাস/সাল): / /	আজকের তারিখ (কম্পিউটারে ডাটা এন্ট্রির তারিখ): / /
মারাত্মক এইএফআই ? : <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	হ্যাঁ হলে <input type="checkbox"/> মৃত্যু <input type="checkbox"/> জীবন আশংকাজনক <input type="checkbox"/> বিকলঙ্গতা <input type="checkbox"/> হাসপাতালে ভর্তি <input type="checkbox"/> জনগত ক্রটি
<input type="checkbox"/> অন্যান্য গুরুতর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘটনা (নির্দিষ্ট করে লিখুন).....	
তদন্তের প্রয়োজন কি-না? : <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	উত্তর হ্যাঁ হলে তদন্ত শুরু করার তারিখ (দিন/মাস/সাল): / /
পরিণতি (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	তদন্ত শেষ হবার তারিখ (দিন/মাস/সাল): -----/-----/-----
কেস আইডি নং:	
কর্মকর্তার নাম:	পদবী :
ইপিআই-প্রধান কার্যালয়, ঢাকা পুরন করবে। বিশেষজ্ঞ পর্যালোচনা কমিটি দ্বারা সম্পাদিত চূড়ান্ত প্রকারভেদ:	স্বাক্ষর :



AEFI REPORT FORM

(English Translation)

Section 1: Patient's detail											
Name of the Patient:		Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of birth (DD/MM/YYYY) :			OR	Age :				
Name of Mother		Name of Father :			Telephone number :						
Birth ID (if available) :		National ID (if available) :			House/ GR No. :	Mahalla/ Village:		Ward :			
Union :		Upz./Mun./Zone			District/CC		Division.....				
Section 2: Reporter's detail											
Reporter's name:				Designation :		Institution/organization:					
Upz/Mun/Zone:				Dist/CC:		Division :					
Phone:				Email (if available):		Signature:					
Section 3: Vaccination centre detail											
Name of vaccination centre:											
Address: Sub-block / Mahalla											
Ward.....											
Union..... Upz/Mun/Zone..... Dist/CC											
Section 4: Details of vaccines/diluents administered											
Vaccine						Diluent					
Name of vaccine	Date of vaccination	Time of vaccination	Dose (1st, 2nd, etc.)	Batch/ Lot number	Expiry date	Name of diluent	Batch / Lot number	Expiry date	Date of reconstitution	Time of reconstitution	
Note: Batch/Lot number and expiry date to be filled up by the reporting facility											

Section 5 (i) : Types of adverse event			
<input type="checkbox"/> Abscess		<input type="checkbox"/> Unconscious	<input type="checkbox"/> AFP
<input type="checkbox"/> Fever ($\geq 102^{\circ}$ F)	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis
<input type="checkbox"/> Severe local reaction <input type="checkbox"/> > 3 days <input type="checkbox"/> beyond nearest joint	<input type="checkbox"/> Convulsion/Seizure <input type="checkbox"/> febrile <input type="checkbox"/> afebrile	<input type="checkbox"/> Persistent screaming	<input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome
<input type="checkbox"/> Nodule	<input type="checkbox"/> BCG lymphadenitis	<input type="checkbox"/> Continuous bleeding from injection site	<input type="checkbox"/> Encephalopathy
<input type="checkbox"/> Other (specify):			
Section 5 (ii) Hospitalised: Date/...../..... <input type="checkbox"/> Died: Date/...../..... <input type="checkbox"/> Significant community concern			
Section 6: Date of AEFI onset and reporting			
Date of AEFI onset:/...../.....	Time of onset: AM/ PM	Date of Reporting :	AEFI is reported from: <input type="checkbox"/> Community <input type="checkbox"/> Health Facility
Section 7 : AEFI investigation and classification Reporting facility of District, Upazila, Municipality, City corporation or Zone level to complete:			
Date report received (DD/MM/YYYY): / /		Today's Date (DD/MM/YYYY): / /	
Serious AEFI ? : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, If Yes <input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Life threatening <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Congenital anomaly <input type="checkbox"/> Other important medical event (specify)			
Investigation required?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date investigation completed (DD/MM/YYYY): / /	
If yes, date investigation started (DD/MM/YYYY): / /		Investigation completed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Outcome (only for serious AEFI): <input type="checkbox"/> Recovering <input type="checkbox"/> Recovered <input type="checkbox"/> Recovered with sequelae <input type="checkbox"/> Not recovered <input type="checkbox"/> Died <input type="checkbox"/> Unknown			
Case ID Number:			
EPI-Head Quarter, Dhaka to complete			
Final classification by the Expert Review Committee:			
Officer in charge Name: Designation : Signature :			