



ভ্যাকসিন গ্রহণ পরবর্তী বিরূপ প্রতিক্রিয়ার প্রাথমিক রিপোর্টিং ফর্ম
(Suspected AEFI Initial Reporting Form)
(রিপোর্টকারী, রোগী, প্রতিষ্ঠান এবং পণ্যের নামের পরিচয় সম্পূর্ণরূপে গোপন রাখা হবে।)



AEFI রিপোর্ট নম্বর:.....

(ডিজিডিএ কর্তৃক পূরণীয়)

রিপোর্টের তারিখ:.....

টিকা গ্রহণকারীর তথ্য:

নাম: _____ বয়স: _____ লিঙ্গ: পুরুষ মহিলা অন্যান্য
মোবাইল নম্বর: _____

টিকার তথ্যাদি:

টিকার নাম: _____
টিকা প্রদানের তারিখ: _____ টিকা প্রদানের সময়: _____
টিকা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের নাম: _____ ঠিকানা: _____

বিরূপ প্রতিক্রিয়ার তথ্যাদি:

বিরূপ প্রতিক্রিয়া শুরু হওয়ার তারিখ: _____ বিরূপ প্রতিক্রিয়া শুরু হওয়ার সময়: _____
বিরূপ প্রতিক্রিয়ার বিবরণ: _____

টিকা গ্রহণকারীর বর্তমান অবস্থা: _____

রিপোর্ট প্রদানকারীর তথ্যাদি:

রিপোর্টারের নাম: _____ পেশা: _____
মোবাইল নম্বর: _____
ঠিকানা: _____

ডাক প্রেরণের ঠিকানা:
পরিচালক (ফার্মাকোভিজিল্যান্স)
ঔষধ প্রশাসন অধিদপ্তর
ঔষধ ভবন, মহাখালী, ঢাকা-১২১২।

যোগাযোগের তথ্য:
টেলিফোন: ০২২২২-২৮০৮০৩
মোবাইল: +৮৮০১৭২৮৩৪৯৫০৩
ই-মেইল: adrmcell.dgda@gmail.com
অনলাইন: <https://pvimsdashboard.com/yellow/card>