

কোভিড- ১৯ নমুনা সংগ্রহ ও পরীক্ষা (RT-PCR) ফরম পূরণের নিয়মাবলী:

Specimen ID*:	নমুনার গায়ে লেখা আইডি নম্বরটি লিখুন		Date specimen collected*:	নমুনা সংগ্রহের তারিখ লিখুন		
নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)*:	নাম ইংরেজি বড় হাতের স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন					
মোবাইল নং*:	১১ ডিজিটের কম বা বেশি নয়	মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক*:	নিজ	স্বামী/স্ত্রী	সন্তান	অন্যান্য
বর্তমান ঠিকানা *: (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)	ঠিকানা এমনভাবে লিখবেন যাতে সহজে আপনাকে খুঁজে পাওয়া যায়			ইউনিয়ন/ওয়ার্ড নং (সিটি):		
উপজেলা/ থানা*:	জেলা/সিটি কর্পোরেশন*:					

বিশেষ দ্রষ্টব্য: এ অংশটুকু সেবা গ্রহীতার প্রমাণপত্র হিসেবে প্রদান করতে হবে।

নমুনা সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর



(ফরমের এ অংশটুকু নমুনার সাথে ল্যাবরেটরিতে প্রেরণ করতে হবে।)

Profile:

নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে) *:	নাম ইংরেজি বড় হাতের স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন					
মোবাইল নং*:	১১ ডিজিটের কম বা বেশি নয়	মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক*:	নিজ	স্বামী/স্ত্রী	সন্তান	অন্যান্য
জন্ম তারিখ (যদি জানা থাকে):	DD-MM-YYYY ফরমেটে লিখুন	বয়স (১বছরের নিচে হলে “০” লিখুন) *:	বছর লিখুন, মাস নয়			
লিঙ্গ*:	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> মহিলা	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	রক্তের গুপ্তি:	যদি জানা থাকে	
বর্তমান ঠিকানা *: (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)	ঠিকানা এমনভাবে লিখবেন যাতে সহজে আপনাকে খুঁজে পাওয়া যায়			ইউনিয়ন/ওয়ার্ড নং (সিটি):		
উপজেলা/ থানা*:				জেলা/সিটি কর্পোরেশন*:	যদি থাকে	

Enrolling organization name:	যে প্রতিষ্ঠান বা বুথ থেকে নমুনা সংগ্রহ করা হবে তার নাম (এ তটি ঘরের জন্য একটি সীল তৈরি করে নিন)		
Facility contact person name:	ঐ প্রতিষ্ঠানের প্রধান / দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার নাম	Contact mobile no.:	ঐ কর্মকর্তার মোবাইল নং

Clinical Assessment: (প্রয়োজনীয় স্থানে টিক (✓) চিহ্ন দিন)

Any signs or symptoms:	<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Shortness of Breath	<input type="checkbox"/> Sore throat	অন্য নমুনা নেয়া হলে তা লিখুন
Date of symptom onset:	_____ / _____ /2020	(যদিন থেকে লক্ষণ শুরু হয়েছিল সে তারিখ লিখুন)			

Specimen Collection & Lab Request: (প্রয়োজনীয় স্থানে টিক (✓) চিহ্ন দিন)

Specimen ID*:	নমুনার গায়ে লেখা আইডি নম্বরটি লিখুন		Date specimen collected*:	নমুনা সংগ্রহের তারিখ লিখুন	
Sample Classification*:	<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Follow up	<input type="checkbox"/> Contact	<input type="checkbox"/> Dead body	অন্য কিছু থাকলে লিখুন
Specimen details:	<input type="checkbox"/> Nasal Swab	<input type="checkbox"/> Throat Swab	<input type="checkbox"/> Serum	অন্য কিছু থাকলে তা লিখুন	
Referred laboratory name*:	যে ল্যাবরেটরিতে পাঠানো হবে সে ল্যাবরেটরির নাম লিখুন (সীল তৈরি করুন/আগেই লিখে ফটোকপি করুন)				

(নমুনা সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর)

Lab Result and Notification: (প্রয়োজনীয় স্থানে টিক (✓) চিহ্ন দিন)

Specimen collected by

Date of specimen received at lab*:	নমুনা ল্যাবে যেদিন গ্রহণ করা হলো সে তারিখ	Date of Lab Test Result*:	নমুনা ল্যাবে পরীক্ষার তারিখ		
Test Result*: টিক (✓) চিহ্ন দিন	<input type="checkbox"/> Negative	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Inconclusive	<input type="checkbox"/> Invalid	<input type="checkbox"/> Not Performed
Corona test laboratory name*:	যে ল্যাবরেটরিতে টেস্ট করা হবে তার নাম লিখুন (সীল তৈরি করুন/আগেই লিখে ফটোকপি করুন)				

তারকা (*) চিহ্নিত ঘরগুলো অবশ্যই পূরণ করতে হবে।

(নমুনা পরীক্ষাকারীর স্বাক্ষর)

Examined by