



Specimen ID*:	Date of specimen collection:		DD-MM-YYYY			
নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)/ NAME (in Capital Letter)*:	পাসপোর্ট নং/ Passport No*:					
মোবাইল নং/ Mobile No*:	মোবাইল মালিকের সাথে সম্রক্ষ/ Relation with phone owner*:		নিজ Self	স্বামী/স্ত্রী spouse	সন্তান child	অন্যান্য other
বর্তমান ঠিকানা (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)/ Current Address (House/ Road/ Colony/ Village)*:	ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি)/ Union/ Ward No (City):					
উপজেলা/ থানা/ Upazila/ P.S*:	জেলা/সিটি কর্পোরেশন/ District/ City Corporation*:					
নমুনা সংগ্রহ কেন্দ্র/ Specimen Collection Centre*:						

*** বিশেষ দ্রষ্টব্য: বিদেশগামী যাত্রীরা নমুনা প্রদানের পর থেকে যাত্রার সময় পর্যন্ত সম্পূর্ণ আইসোলেশনে থাকবেন/

Foreign travelers should maintain complete isolation after giving sample until the flight.

*** Download your report before your flight from this link: covid19reports.dghs.gov.bd

নমুনা সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২

কেভিড-১৯ নমুনা সংগ্রহ ও পরীক্ষা (RT-PCR) ফরম



Profile:

নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)/ NAME (in Capital Letter)*:				Nagad Transaction ID:			
মোবাইল নং/ Mobile No*:	মোবাইল মালিকের সাথে সম্রক্ষ/ Relation with phone owner*:		নিজ Self	স্বামী/স্ত্রী spouse	সন্তান child	অন্যান্য other	
জন্ম তারিখ (যদি জানা থাকে)/ Date of Birth:	DD-MM-YYYY		বয়স (১বছরের নিচে হলে “০” লিখুন)/ Age (Under 1 year, write “0”)*:				
লিঙ্গ/ Gender*:	<input type="checkbox"/> পুরুষ/ Male	<input type="checkbox"/> মহিলা/ Female	<input type="checkbox"/> অন্যান্য/ Others	রক্তের গুণ/ Blood Group:			
বর্তমান ঠিকানা (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)/ Current Address (House/ Road/ Colony/ Village)*:					ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি)/ Union/ Ward No (City):		
উপজেলা/ থানা/ Upazila/ P.S*:					জেলা/সিটি কর্পোরেশন/ District/ City Corporation*:		
বিদেশগামী/ Foreign Traveler*:	<input type="checkbox"/> হ্যা/ yes	<input type="checkbox"/> না/ No	পাসপোর্ট নং/ Passport No*:	ফ্লাইট নং/ Flight No*:			
জাতীয় পরিচয়পত্র নং/ NID No*:					ই-মেইল এডেস/ Email Address:		
কেভিড-১৯ ভ্যাকসিন নিয়েছেন? Covid-19 Vaccine received*:	<input type="checkbox"/> হ্যা/ yes	<input type="checkbox"/> না/ No	১ম ডোজ সম্পন্ন/ 1 st dose Completed *: ২য় ডোজ সম্পন্ন/ 2 nd dose Completed*:	<input type="checkbox"/>	তারিখ/ Date: DD-MM-YYYY		
ভ্যাক্সিনের নাম/ Vaccine Name:	<input type="checkbox"/> AstraZeneca		<input type="checkbox"/> Sinopharm	<input type="checkbox"/> Pfizer	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Sputnik V	<input type="checkbox"/> Others:

Clinical Assessment:

Any signs or symptoms:	<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Shortness of Breath	<input type="checkbox"/> Sore throat	<input type="checkbox"/> Others:
Date of symptom onset:	DD-MM-YYYY				

Specimen Collection & Lab Request:

Specimen ID*:	Specimen Collection Date*:	DD-MM-YYYY	Time*:	HH-MM
Sample Classification*:	<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Follow up	<input type="checkbox"/> Contact	<input type="checkbox"/> Dead body
Specimen details:	<input type="checkbox"/> Nasal Swab	<input type="checkbox"/> Throat Swab	<input type="checkbox"/> Serum	
Referred laboratory name*:				

Lab Result and Notification:

Date of specimen received at lab*:	DD-MM-YYYY	Date of Lab Test Result*:	DD-MM-YYYY		
Test Result*:	<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*:					

তারকা (*) চিহ্নিত ঘরগুলো অবশ্যই পূরণ করতে হবে/Star(*) marked field must be filled up.

Examined by