



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

কোভিড-১৯  
নমুনা  
সংগ্রহ  
ফরম

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	পাসপোর্ট নং (ইংরেজিতে 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 লিখিবেন 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	পাসপোর্ট নং*:	পাসপোর্ট নং (ইংরেজিতে লিখুন)
Transaction ID*:	নগদ একাউন্টে টাকা জমা দিলে SMS-এ আসা ID	ফ্লাইট নং:	যে ফ্লাইটে ভ্রমণ করবেন তার নং
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 লিখিবেন যাতে সহজে আপনাকে খুঁজে পাওয়া যায়	ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি):	
উপজেলা/ থানা*:		জেলা/সিটি কর্পোরেশন*:	
		ই-মেইল এড্রেস:	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 (যেদিন 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
Specimen details:	<input type="checkbox"/> Nasal Swab	<input type="checkbox"/> Throat Swab	<input type="checkbox"/> Serum
Referred laboratory name*:	ঐ ল্যাবরেটরিতে পাঠানো হবে সে ল্যাবরেটরির নাম লিখুন (সীল তৈরি করুন/আগেই লিখে ফটোকপি করুন)		
Transaction ID*:	নগদ একাউন্টে টাকা জমা দেবার পর এসএমএস এ আসা Transaction ID লিখুন		

(নমুনা সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর)

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
Corona test laboratory name*:	ঐ 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

কোভিড-১৯  
নমুনা  
সংগ্রহ  
ফরম