

VACCINAZIONE ANTI-COVID19

অ্যান্টি-কোভিড19 ভ্যাকসিনেশন

MODULO DI CONSENSO per minori
অপ্রাপ্তবয়স্কদের জন্য কনসেন্ট ফর্ম

Nome e Cognome del vaccinando/a :	
টিকা দেওয়া ব্যক্তির নাম এবং নামের শেষাংশ:	
Data di nascita: জন্ম তারিখ:	Luogo di nascita: জন্ম স্থান:
Telefono: ফোন:	Residenza: বাসিন্দা:

Io sottoscritto/a _____ nato/a a..... il

আমি স্বাক্ষরিত _____ জন্ম স্থান..... জন্ম তারিখ.....

residente a indirizzo

বাসিন্দা..... বাসার ঠিকানা.....

in qualità di **madre** [] rappresentante legale []
 একজন **মা** হিসাবে [] আইনগতঅভিভাবক []

Io sottoscritto/a _____ nato/a a..... il

আমি স্বাক্ষরিত _____ জন্ম স্থান..... জন্ম তারিখ.....

residente a indirizzo

বাসিন্দা..... বাসার ঠিকানা.....

in qualità di **padre** [] rappresentante legale []
 একজন **পিতা** হিসাবে [] আইনগতঅভিভাবক []

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: “.....”
আমি পড়েছি, এটি আমার কাছে একটি পরিচিত ভাষায় চিত্রিত হয়েছিল এবং আমি ভ্যাকসিনের ইতালীয় মেডিসিন এজেন্সি (AIFA) দ্বারা প্রস্তুত তথ্য নোটটি সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি: “.....”
- Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione del vaccinando.
আমি ডাক্তারের কাছে টিকা দেওয়ার সময় বর্তমান এবং / অথবা পূর্ববর্তী প্যাথলজি এবং থেরাপি রিপোর্ট করেছি।
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del vaccinando ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
আমি ভ্যাকসিন এবং ভ্যাকসিনেটরের স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছিল, ব্যাপক এবং বোঝার উত্তর পেয়েছি।
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.
আমার কাছে স্পষ্ট শব্দে আমাকে সঠিকভাবে জানানো হয়েছে। আমি ভ্যাকসিনেশন এর সুবিধা এবং ঝুঁকি, পদ্ধতি এবং থেরাপিউটিক বিকল্প, সেইসাথে দ্বিতীয় ডোজের সাথে টিকা সম্পূর্ণ করতে অস্বীকার বা মওকুফের পরিণতি, যদি থাকে বুঝতে পারি।
- Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il Medico curante e seguirne le indicazioni.
আমি সচেতন যে কোন পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া দেখা দিলে অবিলম্বে উপস্থিত চিকিৎসককে অবহিত করা এবং তার নির্দেশ অনুসরণ করা আমার দায়িত্ব হবে।

- Accetto di far rimanere il vaccinato nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.
ভ্যাকসিনটি প্রশাসনের পর কমপক্ষে ১৫ মিনিটের জন্য অপেক্ষা কক্ষে থাকার জন্য আমি সম্মত, যাতে তাৎক্ষণিক প্রতিকূল প্রতিক্রিয়া না ঘটে।

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino “.....” a

আমি সম্মত এবং ভ্যাকসিন প্রশাসন অনুমোদন “.....” প্রতি

DATA E LUOGO

তারিখ এবং স্থান

Firme dei genitori o Rappresentante legale

পিতামাতার স্বাক্ষর বা আইনী প্রতিনিধির স্বাক্ষর

In caso di assenza di uno dei genitori, in alternativa:

পিতামাতার একজনের অনুপস্থিতির ক্ষেত্রে, বিকল্পভাবে:

- potrà essere esibita una delega per l'accettazione della vaccinazione del genitore assente

অনুপস্থিত পিতামাতার টিকা গ্রহণের জন্য একটি প্রক্সি উপস্থাপন করা যেতে পারে

- il genitore presente dichiara e sottoscrive che: il genitore assente
è stato impossibilitato a presenziare, ma acconsente alla vaccinazione

উপস্থিত অভিভাবক ঘোষণা করেন এবং লক্ষণ দেন যে: অনুপস্থিত পিতা-মাতা

উপস্থিত হতে অক্ষম ছিল, কিন্তু টিকা দিতে সম্মত হয়েছি

firma.....

স্বাক্ষর

Rifiuto la somministrazione del vaccino “.....”

আমি ভ্যাকসিনের প্রশাসন প্রত্যাখ্যান করি “.....”

Data e Luogo.....

তারিখ এবং স্থান

Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

ভ্যাকসিন প্রত্যাখ্যানকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর বা তার আইনী প্রতিনিধি

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

টিকা টিমের স্বাস্থ্যসেবা পেশাদাররা

1. Nome e Cognome (Medico).....

নাম এবং নামের শেষাংশ(ডাক্তার).....

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla Vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

আমি নিশ্চিত করছি যে ভ্যাকসিনেটর পর্যাপ্তভাবে অবহিত হওয়ার পরে ভ্যাকসিনেশনে তার সম্মতি দিয়েছেন.

Firma

স্বাক্ষর

2. Nome e Cognome (Medico o altro Professionista Sanitario)

নাম এবং নামের শেষাংশ (ডাক্তার বা অন্য স্বাস্থ্যসেবা পেশাজীবী)

Ruolo

ভূমিকা

Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

আমি নিশ্চিত করছি যে ভ্যাকসিনেটর পর্যাপ্তভাবে অবহিত হওয়ার পরে ভ্যাকসিনেশনে তার সম্মতি দিয়েছেন

Firma

স্বাক্ষর

al domicilio della Persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzativa.

ক্লিনিক বা অন্য প্ৰেক্ষাপটে টিকা দেওয়ার ক্ষেত্ৰে দ্বিতীয় স্বাস্থ্য পেশাদাৰেৰ উপস্থিতি অপৰিহাৰ্য নহয়, যেখানে একজন একক ডাক্তাৰ কাজ কৰেন, যে ব্যক্তিৰ বাডিতে টিকা দেওয়া হচ্ছে বা লজিস্টিক-সাংগঠনিক সমালোচনাৰ অবস্বায়.