

কোভিড-১৯(COVID-19)ভ্যাক্সিনের সম্মতির ফর্ম

সম্মতির ফর্ম - কোভিড-১৯ (COVID-19) টীকা

সংস্করণ ৩.০ - মার্চ ১১, ২০২১

পদবী	নাম	শনাক্তকরণ (উদাহরণস্বরূপ - হেল্থ কার্ড নম্বর)	
লিঙ্গ: <input type="checkbox"/> নারী <input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে ইচ্ছুক নই <input type="checkbox"/> অন্য কিছু: _____		প্রাথমিক চিকিৎসক (পারিবারের চিকিৎসক অথবা নার্স)	
যদি আদিবাসী হন, দয়া করে কোন আদিবাসী তার পরিচয় দিন: <input type="checkbox"/> ফার্স্ট নেশান্স <input type="checkbox"/> মেতিস (Métis) (মেতিস অর্গানাইজেশন বা সেটেলমেন্টের সদস্যরা এতে অন্তর্ভুক্ত) <input type="checkbox"/> ইনুক / ইনুইট <input type="checkbox"/> অন্যান্য আদিবাসী সম্প্রদায়, নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন: _____ <input type="checkbox"/> উত্তর দিতে ইচ্ছুক নই <input type="checkbox"/> অজানা			
বাড়ির ফোন	মোবাইল ফোন		
ঠিকানা	শহর	প্রোভিন্স	পোস্টাল কোড
জন্ম তারিখ (মাস, তারিখ, বছর) _____ / _____ / _____ _____	বয়স	এটা আপনার ভ্যাক্সিনের প্রথম না দ্বিতীয় ডোজ? <input type="checkbox"/> প্রথম <input type="checkbox"/> দ্বিতীয় যদি দ্বিতীয় ডোজ হয়, অনুগ্রহ করে প্রথম ডোজের তারিখ এবং টীকাটির নাম জানান: _____/_____/_____ (মাস, তারিখ, বছর) যে টীকাটি পেয়েছেন সেই টীকার নাম কি: _____	

টীকা গ্রহণে সম্মতি

আমি পড়েছি (অথবা এটা আমাকে কেউ পড়ে শুনিয়েছেন) এবং আমি টীকা করণের প্রিপ্যাকেজটি বুঝতে পেরেছি, যার মধ্যে নিম্নলিখিত ডকুমেন্টগুলি রয়েছে: 'কোভিড-১৯ (COVID-19) টীকার ব্যাপারে তথ্যের কাগজ' এবং 'কোভিড-১৯ (Covid-19) ভ্যাকসিনের অ্যাপয়েন্টমেন্ট সম্পর্কে আপনার কি কি জানা প্রয়োজন'।

- আমি যে টীকা পাচ্ছি তা নিয়ে প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি এবং যা উত্তর পেয়েছি তাতে আমি সন্তুষ্ট।

□ এই সিরিজের সকল প্রস্তাবিত ডোজ সহ, আমি এই টীকা গ্রহণ করতে সম্মত।

- আমি বুঝতে পেরেছি যে আমি যে কোন সময় এই সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে পারি।
- আমি বুঝতে পেরেছি যে, যদি আমি অন্য কোন ব্যক্তির হয়ে সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী হিসেবে সম্মতি প্রত্যাহার করি, তাহলে সেই ব্যক্তি যেই(কংগ্রিগেট সেটিং) সমবেত সংস্থানে বসবাস করেন আমাকে অবশ্যই তাদের সাথে যোগাযোগ করতে হবে।

বিঃদ্রঃ : যদি আপনি আপনার মন পরিবর্তন করেন এবং আর এই টীকা গ্রহণে সম্মতি না দেন, অনুগ্রহ করে সেই টীকার ক্লিনিকে যোগাযোগ করুন যেখানে আপনি কোভিড-১৯ টীকা গ্রহণ করবেন বলে ঠিক করেছিলেন। এটা করলে অন্য কারোকে আপনার জায়গাটা দেওয়া যেতে পারবে। যদি কোন ব্যক্তি যিনি (কংগ্রিগেট সেটিং) সমবেত সংস্থানে বসবাস করেন আর অন্য একজন উনার সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী হিসেবে সম্মতি প্রত্যাহার করেন, তাহলে স্থানীয় জনস্বাস্থ্য ইউনিটের সাথে সেই (কংগ্রিগেট সেটিং) সমবেতের সংস্থানকে অবশ্যই যোগাযোগ করতে হবে।

ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যের ব্যাপারে তথ্য সংগ্রহ, ব্যবহার ও প্রকাশের স্বীকৃতি

আপনাকে যত্ন প্রদান এবং আপনার জন্য একটি টীকা করণ রেকর্ড তৈরি করার উদ্দেশ্যে এই ফর্মে আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করা হচ্ছে, এবং তার কারণটা হোল যে অন্টারিও-র কোভিড-১৯ টীকা করণের কর্মসূচীর প্রশাসনের জন্য এটা করা প্রয়োজনীয়। এই তথ্য এই উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে এবং প্রকাশ করা হবে, সেই সাথে সাথে অন্যান্য উদ্দেশ্যে, যা আইন দ্বারা অনুমোদিত এবং প্রয়োজনীয়। উদাহরণস্বরূপ,

- এটি হেলথের চিফ মেডিকেল অফিসারের কাছে এবং অন্টারিও-র জনস্বাস্থ্য ইউনিটের কাছে প্রকাশ করা হবে যেখানে *হেলথ প্রোটেকশান এন্ড প্রোমোশান অ্যাক্ট* আইনের উদ্দেশ্যে এটা প্রকাশ করা প্রয়োজন। এবং
- এটা আপনার প্রাদেশিক ইলেকট্রনিক স্বাস্থ্যের রেকর্ডের অংশ হিসেবে, স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের কাছেও প্রকাশ করা হতে পারে যারা আপনাকে সেবা প্রদান করছেন।

এই তথ্য স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের হেফাজত এবং নিয়ন্ত্রণের অধীনে একটি স্বাস্থ্য রেকর্ড সিস্টেমে সংরক্ষণ করা হবে।

যেখানে ক্লিনিক সাইটটি একটি হাসপাতাল দ্বারা পরিচালিত হবে, স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের এজেন্ট হিসেবে সেই হাসপাতাল আপনার তথ্য সংগ্রহ, ব্যবহার এবং প্রকাশ করবে।

আমি স্বীকার করছি যে আমি উপরোক্ত বিবৃতিটি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি।

কোভিড-১৯ টীকা সম্পর্কে হাসপাতাল, স্থানীয় জনস্বাস্থ্য ইউনিট বা স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারে (উদাহরণস্বরূপ, আপনাকে ফলোআপ অ্যাপয়েন্টমেন্টের কথা স্মরণ করিয়ে দেওয়ার জন্য এবং আপনাকে টীকা দানের রেকর্ড প্রদান করার জন্য)। আপনি যদি ইমেইলের মাধ্যমে এই ফলোআপগুলোর জন্য যোগাযোগ করার সম্মতি দেন, অনুগ্রহ করে নিচের বাক্সটি ব্যবহার করে আপনার ইচ্ছেটি নির্দেশ করুন।

আমি ফলো-আপের জন্য যোগাযোগ গ্রহণ করতে সম্মত :

ইমেইলের মাধ্যমে টেক্সট/এসএমএস এর মাধ্যমে

যদি ইমেইলের মাধ্যমে নির্বাচিত করে থাকেন, অনুগ্রহ করে আপনার ইমেইলটি লিখুন:

গবেষণা সম্পর্কে যোগাযোগ করার জন্য সম্মতি

কোভিড-১৯ টীকা সম্পর্কিত গবেষণায় অংশগ্রহণ সম্পর্কে গবেষকদের সম্মতি দেওয়ার একটি উপায় আপনার কাছে আছে। আপনি যদি যোগাযোগ করতে সম্মতি দেন, তাহলে কোন গবেষণা যা আপনার প্রাসঙ্গিক তা নির্ধারণ করতে আপনার ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবহার করা হবে, এবং আপনার নাম এবং যোগাযোগের তথ্য গবেষকদের কাছে প্রকাশ করা হবে। গবেষণার ব্যাপারে যোগাযোগ করার জন্য সম্মতি দেওয়ার মানে এই নয় যে আপনি এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করবেন বলে সম্মতি দিচ্ছেন। গবেষণায় অংশগ্রহণ করাটা হোল স্বৈচ্ছাসেবী। গবেষণার ব্যাপারে যোগাযোগ করতে অস্বীকৃতি জানালে সেটা আপনার কোভিড-১৯ টীকা পাওয়ার যোগ্যতার উপর কোন প্রভাব ফেলবে না।

আপনি যদি না চান যে কেউ আপনার সাথে গবেষণার ব্যাপারে যোগাযোগ করে, তাহলে দয়া করে এটি নিচে ইঙ্গিত করুন।

আপনি যদি গবেষণা অধ্যয়ন সম্পর্কে যোগাযোগ করতে সম্মত হন, এবং পরে আপনার মন পরিবর্তন করেন, তাহলে আপনি স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের সাথে যোগাযোগ করে যে কোন সময় সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে পারেন এই সাইটে গিয়ে vaccine@ontario.ca.

এটা আপনার কোভিড-১৯ টীকা পাওয়ার যোগ্যতার উপর কোন প্রভাব ফেলবে না।

কোভিড-১৯ টীকা সম্পর্কিত গবেষণা সম্পর্কে আমাকে যোগাযোগ করতে আমি সম্মত:

ইমেইলের মাধ্যমে টেক্সট/এসএমএস এর মাধ্যমে ফোনের মাধ্যমে ডাকের মাধ্যমে

যদি ইমেইলের মাধ্যমে নির্বাচিত করে থাকেন, অনুগ্রহ করে আপনার ইমেইলটি লিখুন:

কোভিড-১৯ টীকা সম্পর্কিত গবেষণা সম্পর্কে আমাকে যোগাযোগ করতে আমি সম্মত নই :

স্বাক্ষর

নাম লিখুন

স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ

আপনি যদি নিজের না হয়ে অন্য কারোর জন্য স্বাক্ষর দেন, তাহলে অন্য ব্যক্তির সাথে আপনার কি সম্পর্ক তা নির্দেশ করুন :

□ যদি নিজের জন্য না করে অন্য কারোর জন্য স্বাক্ষর দেই, তাহলে আমি নিশ্চিত ভাবে বলছি যে আমি তার মাতা বা পিতা/ আইনি অভিভাবক অথবা একজন সিদ্ধান্ত গ্রহণকারী ব্যক্তি।

নির্দিষ্ট বিষয় পুনঃ: লং টার্ম কেয়ার হোম অ্যাক্ট, ২০০৭

এই টীকা পাওয়ার জন্য বাসিন্দাদের সম্মতি যে কোন সময় প্রত্যাহার বা বাতিল করা যেতে পারে।

আইনের ধারা ৬৩ সম্পর্কিত বিবৃতি:

অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত আইনি সুরক্ষার ব্যাপারে মনোযোগ দিন:

প্রতিটি লং টার্ম কেয়ার হোমের প্রত্যেকজন লাইসেন্সধারী এইটাই নিশ্চিত করবেন যে, কোন সম্ভাব্য বাসিন্দাকে ভর্তি হতে অস্বীকার করা হবে না বা বাসিন্দাকে হোম থেকে ডিসচার্জ করা হবে না বা এইধরনের কাউকে বলা হবে না বা কাউকে বিশ্বাস করতে দেবেন না, কারণ,

(ক) একটি কাগজে স্বাক্ষর দেওয়া হয়নি;

(খ) একটি চুক্তি বাতিল করা হয়েছে; অথবা

(গ) চিকিৎসা বা যত্ন সংক্রান্ত একটি সম্মতি বা নির্দেশিকা দেওয়া হয়েছে, বা দেওয়া হয়নি, বা প্রত্যাহার করা হয়েছে বা বাতিল করা হয়েছে।

শুধুমাত্র ক্লিনিকের ব্যবহারের জন্য					
এজেন্ট	কোভিড- ১৯	প্রোডাক্টের নাম	লট #		ডোজের পরিমাণ:
শরীরের কোন জায়গায়	<input type="checkbox"/> বাম বাহুতে <input type="checkbox"/> ডাইন বাহুতে		কীভাবে	মাংসপেশিতে (IM)	ডোজ
যে তারিখে দেওয়া হোল	----- / ----- / ----- (মা/দি/বৎসর)		কটার সময় দেওয়া হোল	----- : ----- সকাল/বিকাল	এইএফআই? (বর্তমান ডোজ পাওয়ার পর) <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
যিনি দিয়েছেন (নাম, উপাধি)	স্থান		যার দ্বারা অনুমোদিত		

<p>টীকা নেওয়ার কারণ</p>	<p> <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্যসেবা কর্মী <input type="checkbox"/> এলটিসি:বাসিন্দা <input type="checkbox"/> এলটিসি: স্বাস্থ্যসেবা কর্মী <input type="checkbox"/> এলটিসি: অন্যান্য - কর্মচারী নন <input type="checkbox"/> আরএইচ:স্বাস্থ্যসেবা কর্মী <input type="checkbox"/> আরএইচ:বাসিন্দা <input type="checkbox"/> আরএইচ:অত্যাবশ্যকীয় তত্ত্বাবধায়ক <input type="checkbox"/> আরএইচ: অন্যান্য - কর্মচারী নন <input type="checkbox"/> বেশী বয়স: কমিউনিটি হাউজিং <input type="checkbox"/> প্রাপ্তবয়স্ক যার ক্রনিক হেল্থ কেয়ারের প্রয়োজন <input type="checkbox"/> আদিবাসী সম্প্রদায় <input type="checkbox"/> অন্যান্যরা যাদের অগ্রাধিকার প্রয়োজন <input type="checkbox"/> কংগ্রিগেট(সমবেত)লিভিং: বাসিন্দা <input type="checkbox"/> কংগ্রিগেট(সমবেত)লিভিং: স্টাফ <input type="checkbox"/> কংগ্রিগেট লিভিং: অত্যাবশ্যকীয় তত্ত্বাবধায়ক </p>
<p>যেই কারণে টীকা দেওয়া হয়নি</p>	<p> <input type="checkbox"/> টীকা দেয়ার বিরুদ্ধে নির্দেশ রয়েছে <input type="checkbox"/> চিকিৎসক টীকা দেওয়ার সুপারিশ করেছেন কিন্তু রোগীর সম্মতি নেই <input type="checkbox"/> চিকিৎসকের সিদ্ধান্ত হোল টীকা দেওয়া সাময়িকভাবে স্থগিত রাখার <input type="checkbox"/> চিকিৎসাগতভাবে অযোগ্য <input type="checkbox"/> এইসিরিজের জন্য রোগী সম্মতি প্রত্যাহার করেছেন </p>
<p>আপনার দুই ডোজের দ্বিতীয় ডোজের এর জন্য নির্ধারিত সময়কাল:</p>	<p>_____ / _____ / _____ (মাস/দিন/বৎসর) _____ : _____ সকাল/বিকাল</p>