



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২



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

Specimen ID*:		Date specimen collected*:	____/____/2020
---------------	--	---------------------------	----------------

সেবা গ্রহীতা পূরণ করবেন	নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)*:						
	মোবাইল নং*:	মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক*:		নিজ	স্বামী/স্ত্রী	সন্তান	অন্যান্য
	বর্তমান ঠিকানা*: (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)	ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি):					
	উপজেলা/ থানা*:	জেলা/সিটি কর্পোরেশন*:					

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

নমুনা সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২



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

Profile:

সেবা গ্রহীতা এ অংশটুকু পূরণ করবেন	নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)*:						
	মোবাইল নং*:	মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক*:		নিজ	স্বামী/স্ত্রী	সন্তান	অন্যান্য
	জন্ম তারিখ (যদি জানা থাকে):	DD-MM-YYYY		বয়স (১বছরের নিচে হলে "০" লিখুন)*:			
	লিঙ্গ*:	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> মহিলা	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	রক্তের গ্রুপ:		
	বর্তমান ঠিকানা*: (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)	ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি):		জেলা/সিটি কর্পোরেশন*:			
	উপজেলা/ থানা*:	ই-মেইল এড্রেস:					

Enrolling organization name:		
Facility contact person name:	Contact mobile no.:	

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	
Date of symptom onset:	____/____/2020				

Specimen Collection & Lab Request:

Specimen ID*:		Date specimen collected*:	____/____/2020	
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:

Specimen collected by

ল্যাব. কর্তৃক পূরণীয়	Date of specimen received at lab*:	____/____/2020	Date of Lab Test Result*:	____/____/2020		
	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।

Examined by

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
---------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

সেবা গ্রহীতা পূরণ করবেন	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 দৃষ্টব্য: এ অংশটুকু সেবা গ্রহীতার প্রমাণপত্র হিসেবে প্রদান করতে হবে।

নমুনা সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর

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

Profile:

সেবা গ্রহীতা এ অংশটুকু পূরণ করবেন	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 গ্রুপ:	যদি জানা থাকে		
	বর্তমান ঠিকানা*: (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)	ঠিকানা এমনভাবে লিখবেন যাতে সহজে আপনাকে খুঁজে পাওয়া যায়		ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি):				
	উপজেলা/ থানা*:			ই-মেইল এড্রেস:	যদি থাকে			

Enrolling organization name:	যে প্রতিষ্ঠান বা বুথ থেকে নমুনা সংগ্রহ করা হবে তার নাম (এ ৩টি ঘরের জন্য একটি সীল তৈরি করে নিন)		
Facility contact person name:	এ প্রতিষ্ঠানের প্রধান / দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার নাম	Contact mobile no.:	এ 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	<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 সংগ্রাহকের 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