

COVID-19 টীকাকরণের সম্মতি

সংস্করণ: 2 আগস্ট 2022

নোট:

COVID-19 টিকা দেওয়ার জন্য সম্মতি ফর্ম:

- এই সম্মতি ফর্ম গ্রহণকারী ব্যক্তিদের জন্য প্রযোজ্য **CoronaVac (Sinovac)** ব্যক্তি **12 বছর বা তার বেশি বয়সী Comirnaty (BioNTech)**
- একটি ভিন্ন সম্মতি ফর্ম প্রাপ্ত শিশুদের জন্য প্রযোজ্য **Comirnaty (BioNTech)** এর ভগ্নাংশ ডোজ, **5 থেকে 11 বছরের মধ্যে বয়সী শিশু এবং 11 বছরে দেওয়া প্রথম ডোজ দিয়ে সর্বমোট 12 বছর বয়সী শিশু সহ; অনুগ্রহ করে পড়ুন:**
https://www.covidvaccine.gov.hk/pdf/Consent_Form_for_Fractional_BioNTech_Vaccination_ENG.pdf

অনুগ্রহ করে সম্পূর্ণ বড় হাতের নীল বা কালো কালিতে এই ফর্মটি মুদ্রণ করুন এবং পূরণ করুন এবং বাক্সে "✓" চিহ্নিত করুন এবং উপযুক্ত হিসাবে * মুছুন।

অংশ 1. ভ্যাকসিন গ্রহীতার ব্যক্তিগত তথ্য (পরিচিতিপত্রে যেভাবে দেওয়া আছে)

নাম: _____
(ইংরাজি) (পদবি) (নাম)

(চিনা) (পদবি) (নাম)

জন্মতারিখ: _____/_____/_____ (দিন/মাস/বছর) লিঙ্গ: _____

যোগাযোগ নম্বর: _____ (মোবাইল)

হংকং আইডি কার্ড নং: _____
_____ ()
HKIC চিহ্ন: A C R U
ইস্যু তারিখ: _____/_____/_____ (দিন/মাস/বছর)

বা অন্যান্য পরিচয়পত্র:
ডকুমেন্টের ধরন: _____
ডকুমেন্ট নম্বর: _____

অংশ 2: COVID-19 টিকা দেওয়ার সম্মতি

আমি (a) COVID-19 ভ্যাকসিনেশন প্রোগ্রামের (অংশ 3-এ বিস্তারিত দেখুন) অধীনে আমাকে / আমার শিশুকে / আমার তত্ত্বাবধানে থাকা ব্যক্তিকে * COVID-19 ভ্যাকসিন দেওয়ার সম্মতি দিচ্ছি; এবং (b) স্বাস্থ্য দপ্তর এবং সরকারের সহযোগী সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানগুলিকে (হংকং বিশ্ববিদ্যালয়-সহ) হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ এবং সংশ্লিষ্ট প্রাইভেট স্বাস্থ্য পরিষেবার প্রতিষ্ঠান ও পেশাদার স্বাস্থ্যকর্মীদের দ্বারা নথিবদ্ধ আমার/ আমার শিশুর/ আমার তত্ত্বাবধানে থাকা ব্যক্তির * ক্লিনিকাল তথ্যের প্রাপ্তি ও ব্যবহারের অনুমতি দিচ্ছি যাতে স্বাস্থ্য দপ্তর COVID-19 টীকাকরণের সুরক্ষা ও ক্লিনিকাল ঘটনাগুলি ক্রমাগত পর্যবেক্ষণ করতে পারে এবং এই উদ্দেশ্যের জন্য যতদূর সম্ভব ততদূরই এই তথ্যগুলি ব্যবহার করতে পারবে।

দ্রষ্টব্য: টিকা দেওয়ার প্রতিটি ডোজের জন্য একটি সম্মতি ফর্ম প্রয়োজন।

অংশ 3: COVID-19 টীকাকরণের সম্পর্কিত বিষয়

COVID-19 ভ্যাকসিনেশনের ধরন ও ডোজের পর্যায় (সঠিক বাক্সে "✓" চিহ্ন দিন) Type and Dose Sequence of COVID-19 vaccination (Put a "✓" in the most appropriate box)				
<input type="checkbox"/> Comirnaty- mRNA টিকা (BNT162b2) (Fosun Pharma/ BioNTech)		<input type="checkbox"/> CoronaVac – নিষ্ক্রিয় ভ্যাকসিন (Vero Cell) (Sinovac)		
<input type="checkbox"/> 1ম ডোজ	<input type="checkbox"/> 2য় ডোজ	<input type="checkbox"/> 3য় ডোজ	<input type="checkbox"/> 4র্থ ডোজ	<input type="checkbox"/> অন্যান্য, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন: _____ ডোজ

অংশ 4 ঘোষণা ও সই

A. 18 বছর বা তার বেশি বয়সী ভ্যাকসিন গ্রহীতার দ্বারা পুরণীয়

আমি অংশ 3-এ উল্লিখিত COVID-19 টীকাকরণের তথ্যসূচীতে দেওয়া তথ্যগুলি পড়েছি ও বুঝেছি, যার মধ্যে COVID-19 ভ্যাকসিনেশন কোন ক্ষেত্রে নেওয়া যাবে না (এবং সম্ভাব্য প্রতিকূল ঘটনা) তাও অন্তর্ভুক্ত, ভ্যাকসিন প্রোডাক্টটি রোগ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (ভ্যাকসিনের ব্যবহার) রেগুলেশন (Cap. 599K)-এর অধীনে COVID-19 সংক্রমণ রোধের বিশেষ উদ্দেশ্যে অথরাইজড কিন্তু ফার্মাসি অ্যান্ড পয়জনস্ অর্ডিন্যান্সের (Cap. 138) অধীনে নথিভুক্ত নয়, এবং আমি অংশ 3-এ উল্লিখিত COVID-19 ভ্যাকসিনগুলি গ্রহণ করতে [রাজি] আছি। আমি প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি এবং আমার সমস্ত প্রশ্নের ভালো ভাবে উত্তর দেওয়া হয়েছে। আমি সম্মতি পত্রের অধীনে এবং ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহের উদ্দেশ্যের বিবৃতি(গুলি)-র অধীনে আমার দায়িত্ব ও কর্তব্য সম্পূর্ণ ভাবে বুঝেছি।

নীচে সই করে আমি নিশ্চিত করছি যে, (a) COVID-19 ভ্যাকসিনেশন প্রোগ্রামের (অংশ 3-এ বিস্তারিত দেখুন) অধীনে COVID-19 ভ্যাকসিন নিতে; এবং (b) স্বাস্থ্য দপ্তর এবং সরকারের সহযোগী সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানগুলিকে(হংকং বিশ্ববিদ্যালয়-সহ) হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ এবং সংশ্লিষ্ট প্রাইভেট স্বাস্থ্য পরিষেবার প্রতিষ্ঠান ও পেশাদার স্বাস্থ্যকর্মীদের দ্বারা আমার ক্লিনিকাল তথ্যের প্রাপ্তি ও ব্যবহার, যাতে স্বাস্থ্য দপ্তর COVID-19 টীকাকরণের সুরক্ষা ও ক্লিনিকাল ঘটনাগুলি ক্রমাগত পর্যবেক্ষণ করতে পারে এবং এই উদ্দেশ্যের জন্য যতদূর সম্ভব ততদূরই এই তথ্যগুলি ব্যবহার করতে পারবে, এ বিষয়ে আমার সম্মতি আছে।

এই ফর্মে আমার দেওয়া তথ্যগুলি সঠিক।

আমি "ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহের উদ্দেশ্যের বিবৃতি"-তে উল্লিখিত উদ্দেশ্যের জন্য সরকারকে ফর্মে দেওয়া আমার ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহারের সম্মতি দিচ্ছি। আমি জানি যে সরকার তথ্য যাচাই ও ভ্যাকসিনেশনের ব্যবস্থার জন্য আমার সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারে।

স্মার্ট আইডেন্টিটি কার্ড হোল্ডারদের জন্য: আমি "ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহের উদ্দেশ্যের বিবৃতি"-তে উল্লিখিত উদ্দেশ্যে সরকারের ব্যবহারের জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদাতা/ পাবলিক অফিসারদের আমার স্মার্ট আইডি কার্ডের চিপে রক্ষিত ব্যক্তিগত তথ্য পড়ার [হংকং আইডি কার্ড নম্বর, নাম (ইংরাজি ও চিনায়), জন্মতারিখ এবং হংকং আইডি কার্ড ইস্যুর তারিখে সীমিত] অনুমতি দিচ্ছি।

হংকং বিশেষ প্রশাসনিক ক্ষেত্রের আইন অনুযায়ী এই সম্মতিপত্র কার্যকরী হবে এবং আমি হংকং বিশেষ প্রশাসনিক ক্ষেত্রের বিচারব্যবস্থার প্রতি অনুগত থাকবো।

ভ্যাকসিন গ্রহীতার সই (নিরক্ষরদের জন্য আঙুলের ছাপ#): _____

তারিখ: _____

B. 18 বছরের কম বয়সী / মানসিকভাবে অক্ষম ভ্যাকসিন গ্রহীতাদের ক্ষেত্রে মা-বাবা/ অভিভাবকের দ্বারা পূরণীয়

আমি অংশ 3-এ উল্লিখিত COVID-19 টীকাকরণের তথ্যসূচীতে দেওয়া তথ্যগুলি পড়েছি ও বুঝেছি, যার মধ্যে COVID-19 ভ্যাকসিনেশন কোন ক্ষেত্রে নেওয়া যাবে না (এবং সম্ভাব্য প্রতিকূল ঘটনা) তাও অন্তর্ভুক্ত, ভ্যাকসিন প্রোডাক্টটি রোগ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (ভ্যাকসিনের ব্যবহার) রেগুলেশন (Cap. 599K)-এর অধীনে COVID-19 সংক্রমণ রোধের বিশেষ উদ্দেশ্যে অথরাইজড কিন্তু ফার্মাসি অ্যান্ড পয়জেনস্ অর্ডিন্যান্সের (Cap. 138) অধীনে নথিভুক্ত নয়, এবং আমি অংশ 3-এ উল্লিখিত COVID-19 ভ্যাকসিনগুলি আমার সন্তান/ আমার তত্ত্বাবধানে থাকা ব্যক্তির* গ্রহণ করায় তার হয়ে **সম্মতি** জানাচ্ছি। আমি প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছি এবং আমার সমস্ত প্রশ্নের ভালো ভাবে উত্তর দেওয়া হয়েছে। আমি সম্মতি পত্রের অধীনে এবং ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহের উদ্দেশ্যের বিবৃতি(গুলি)-র অধীনে আমার দায়িত্ব ও কর্তব্য সম্পূর্ণ ভাবে বুঝেছি।

অতিরিক্ত তথ্য যদি ভ্যাকসিন প্রাপকের বয়স 6 মাস এবং 3 বছরের কম হয়: আমি বুঝি যে 6 মাস এবং 3 বছরের কম বয়সী শিশুদের উপর CoronaVac (Sinovac) ভ্যাকসিনের ব্যবহার রোগ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (টিকা ব্যবহার) রেগুলেশন (Cap.599K) -র অধীনে অনুমোদিত Coronavac অনুমোদিত প্যাকেজ সন্নিবেশে তালিকাভুক্ত নয়। এটি একটি অফ-লেবেল ব্যবহার যা প্রিভেনশন অ্যান্ড কন্ট্রোল অফ ডিজিজ (টিকা ব্যবহার) রেগুলেশন (Cap.599K) এর অধীনে সরকারী প্রোগ্রামে অনুমোদিত, বিশেষজ্ঞদের প্যানেল/কমিটি(গুলি) এর পরামর্শের ভিত্তিতে সরকার বর্তমান এবং প্রত্যাশিত মহামারী পরিস্থিতি পর্যালোচনা করে, সেইসাথে প্রাসঙ্গিক কার্যকারিতা এবং সুরক্ষা ডেটা উপলব্ধ। যে ব্যক্তি আমার শিশু / ওয়ার্ডে টিকা দেওয়ার জন্য প্রেসক্রাইব করেন, বিতরণ করেন বা দায়বদ্ধ থাকেন* তিনি সরকারি কর্মসূচিতে সরকারের নির্দেশনা অনুযায়ী কাজ করেন

নীচে সই করে আমি নিশ্চিত করছি যে, (a) COVID-19 ভ্যাকসিনেশন প্রোগ্রামের (অংশ 3-এ বিস্তারিত দেখুন) অধীনে আমার সন্তান/ আমার তত্ত্বাবধানে থাকা ব্যক্তিকে* COVID-19 ভ্যাকসিন দিতে; এবং (b) স্বাস্থ্য দপ্তর এবং সরকারের সহযোগী সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানগুলিকে(হংকং বিশ্ববিদ্যালয়-সহ) হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ এবং সংশ্লিষ্ট প্রাইভেট স্বাস্থ্য পরিষেবার প্রতিষ্ঠান ও পেশাদার স্বাস্থ্যকর্মীদের দ্বারা আমার সন্তান/ আমার তত্ত্বাবধানে থাকা ব্যক্তির* ক্লিনিকাল তথ্যের প্রাপ্তি ও ব্যবহারে, যাতে স্বাস্থ্য দপ্তর COVID-19 টীকাকরণের সুরক্ষা ও ক্লিনিকাল ঘটনাগুলি ক্রমাগত পর্যবেক্ষণ করতে পারে এবং এই উদ্দেশ্যের জন্য যতদূর সম্ভব ততদূরই এই তথ্যগুলি ব্যবহার করতে পারবে, এ বিষয়ে আমার সম্মতি আছে।

এই ফর্মে আমার দেওয়া তথ্যগুলি সঠিক।

আমি “ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহের উদ্দেশ্যের বিবৃতি”-তে উল্লিখিত উদ্দেশ্যের জন্য সরকারকে ফর্মে দেওয়া আমার সন্তান/ আমার তত্ত্বাবধানে থাকা ব্যক্তির* ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহারের সম্মতি দিচ্ছি। আমি জানি যে সরকার তথ্য যাচাই ও ভ্যাকসিনেশনের ব্যবস্থার জন্য আমার সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারে।

স্মার্ট আইডেন্টিটি কার্ড হোল্ডারদের জন্য: আমি “ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহের উদ্দেশ্যের বিবৃতি”-তে উল্লিখিত উদ্দেশ্যে সরকারের ব্যবহারের জন্য স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদাতা/ পাবলিক অফিসারদের আমার/ আমার সন্তান/ আমার তত্ত্বাবধানে থাকা ব্যক্তির* স্মার্ট আইডি কার্ডের চিপে রক্ষিত আমার/ আমার সন্তান/ আমার তত্ত্বাবধানে থাকা ব্যক্তির* ব্যক্তিগত তথ্য পড়ার [হংকং আইডি কার্ড নম্বর, নাম (ইংরাজি ও চিনায়ে), জন্মতারিখ এবং হংকং আইডি কার্ড ইস্যুর তারিখে সীমিত] অনুমতি দিচ্ছি।

হংকং বিশেষ প্রশাসনিক ক্ষেত্রের আইন অনুযায়ী এই সম্মতিপত্র কার্যকরী হবে এবং আমি হংকং বিশেষ প্রশাসনিক ক্ষেত্রের বিচারব্যবস্থার প্রতি অনুগত থাকবো।

মা-বাবা / অভিভাবকের* সই:

মা-বাবা / অভিভাবকের* নাম (ইংরাজিতে):

সম্পর্ক:

HKID / অন্যান্য আইডেন্টিটি ডকুমেন্ট -

অভিভাবকের নথির প্রকার এবং নথি নং / অভিভাবক*:

যোগাযোগের নম্বর:

তারিখ:

C. যদি ভ্যাকসিন গ্রহীতা নিরক্ষর হয় তবে সাক্ষীর নিম্নলিখিতগুলি সম্পূর্ণ করা উচিত

(যদি পার্ট 4(B) সম্পূর্ণ হয়ে থাকে তবে এই অংশটি বাদ দিন।)

এই ডকুমেন্টটি আমার উপস্থিতিতে ভ্যাকসিন গ্রহীতাকে পড়ে বুঝিয়ে শোনানো হয়েছে। ভ্যাকসিন গ্রহীতাকে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে।

সাক্ষীর সই: _____

সাক্ষীর নাম (ইংরাজিতে): _____

হংকং আইডি কার্ড নং: _____ (X) (X) (X) (X)
(শুধু অক্ষর এবং প্রথম তিনটি ডিজিট দরকার)

অথবা অন্যান্য পরিচয় পত্র

নথির ধরন: _____

নথি নম্বর: _____

যোগাযোগের টেলিফোন: _____

তারিখ: _____

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর দ্বারা সম্পন্ন করা হবে (কমিউনিটি ভ্যাকসিনেশন সেন্টারের জন্য প্রয়োজনীয় নয়)

To be completed by Healthcare Provider (Not required for Community Vaccination Centre)

eHS(S) লেনদেন নম্বর শুধুমাত্র একটি লেনদেন নম্বর (যদি গ্রহণযোগ্য) eHS(S) Transaction No. ONE TRANSACTION NUMBER ONLY (if applicable)	T _____ - ____ - ____ - ____
টিকা দেওয়ার তারিখ Date of Vaccination	
ডাক্তারের নাম Name of Doctor	

ভার্সনের তারিখ: 2 আগস্ট 2022

অনুবাদিত সংস্করণ কেবলমাত্র রেফারেন্সের জন্য।

অনুবাদিত সংস্করণ এবং ইংরেজী সংস্করণের মধ্যে বিরোধের ক্ষেত্রে ইংরেজী সংস্করণটি প্রাধান্য পাবে।

আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে www.covidvaccine.gov.hk

Version date: 2 August 2022

Translated version is for reference only.

In case of discrepancies between translated version and English version, English version shall prevail.

For more information, please visit www.covidvaccine.gov.hk

ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহের উদ্দেশ্যের বিবৃতি

(অনুদিত অংশ রেফারেন্সের জন্য)

ব্যক্তিগত তথ্য প্রদান ইচ্ছাধীন বিষয়। যথেষ্ট তথ্য না দিলে আপনি ভ্যাকসিনেশন না পেতে পারেন।

সংগ্রহের কারণ

- সংগৃহীত ব্যক্তিগত তথ্য সরকারের দ্বারা নিম্নলিখিত উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হতে পারে:
 - COVID-19 ভ্যাকসিন গ্রহণের বিষয়ে সংশ্লিষ্ট সরকারি বিভাগ ও সংস্থাগুলির সঙ্গে পরিস্থিতি যাচাই;
 - সংশ্লিষ্ট সরকারি আমলা বা বিভাগ ও সংস্থাকে পরবর্তী ভ্যাকসিনেশনের ব্যবস্থা করার জন্য জানানো;
 - ই-হেল্থ(সাবসিডিজ) অ্যাকাউন্ট তৈরি, প্রক্রিয়াকরণ ও রক্ষণাবেক্ষণের জন্য, এবং COVID-19 ভ্যাকসিনেশন প্রোগ্রামের পরিচালনা ও পর্যবেক্ষণের জন্য যার মধ্যে রয়েছে ইমিগ্রেশন দপ্তরে রাখা তথ্যের ভিত্তিতে বৈদ্যুতিন মাধ্যমে যাচাইকরণ কিন্তু এর মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয়;
 - স্বাস্থ্য দপ্তর ও সরকারের সঙ্গে সংযুক্ত অন্যান্য সংস্থায় পাঠানো(হংকং ইউনিভার্সিটি-সহ) যাতে COVID-19 ভ্যাকসিনেশন প্রোগ্রামের অন্তর্গত COVID-19 টীকাকরণের সুরক্ষা ও ক্লিনিকাল ঘটনাগুলির উপর লাগাতার পর্যবেক্ষণ করা যায়
 - পরিসংখ্যান ও গবেষণার কারণে; এবং
 - COVID-19 রোগ সংক্রমণের ঘটনার প্রতিরোধ, এর বিরুদ্ধে সুরক্ষা, অথবা নিয়ন্ত্রন বা বিলম্ব, কনট্যাক্ট ট্রেসিং সহ; এবং
 - আইনসম্মত অন্য কোন সঙ্গত কারণে প্রয়োজন হতে পারে।

হস্তান্তরকদের শ্রেণি

- আপনি যে ব্যক্তিগত তথ্য দেবেন তা সরকারের কাছে হস্তান্তর করা হবে এবং এগুলি সরকারের দ্বারা তার সহযোগী, অন্য সংস্থা, এবং প্রথম প্যারাগ্রাফে কথিত কারণে তৃতীয় পক্ষের হাতেও দেওয়া হতে পারে প্রয়োজন পড়লে।

ব্যক্তিগত তথ্যের প্রাপ্তি

- পার্সোনাল ডেটা(প্রাইভেসি) অর্ডিন্যান্স(Cap. 486)-এর সেকশন 18 ও 22 এবং প্রিন্সিপল 6, শিডিউল 1 অনুযায়ী আপনার ব্যক্তিগত তথ্য অধিগত করার ও তাতে পরিবর্তন সাধনের অধিকার রয়েছে। স্বাস্থ্য দপ্তর তথ্য অধিগত করার অনুরোধের উপর একটি ফি দাবী করতে পারে।

জিজ্ঞাসা

- প্রদত্ত ব্যক্তিগত তথ্য বিষয়ে, তথ্য অধিগত করার অনুরোধ বা সংশোধন বিষয়ে কোন জিজ্ঞাসা থাকলে তা নীচের ঠিকানায় করতে হবে:

Executive Officer (Programme Management and Vaccination Division)

ঠিকানা: Centre for Health Protection, Block A, 2/F, 147C Argyle Street, Kowloon

টেলিফোন নং.: 2125 2045

ভার্সনের তারিখ: 2 আগস্ট 2022

অনুবাদিত সংস্করণ কেবলমাত্র রেফারেন্সের জন্য।

অনুবাদিত সংস্করণ এবং ইংরেজী সংস্করণের মধ্যে বিরোধের ক্ষেত্রে ইংরেজী সংস্করণটি প্রাধান্য পাবে।

আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে www.covidvaccine.gov.hk

Version date: 2 August 2022

Translated version is for reference only.

In case of discrepancies between translated version and English version,
English version shall prevail.

For more information, please visit www.covidvaccine.gov.hk