

টিকার সম্মতি ফর্ম

শিক্ষার্থীর নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____ বয়স: _____
 সড়কের ঠিকানা: _____ শহর, রাষ্ট্র, জিপি: _____
 টেলিফোন: _____ পুরুষ নারী (একটিতে বৃত্ত দিন)
 স্কুলের নাম: _____ গ্রেড: _____

VFC যোগ্যতা:

বীমার ধরন (বৃত্ত দিন): **বেসরকারি মেডিকেইড বিমা নেই আন্ডার ইনশিওরড অ্যামেরিকান
 ভারতীয়/আলাস্কান নেটিভ**

মা-বাবা/অভিভাবকের নাম: _____

টিকাদানের জন্য সম্মতি: ডেট্রয়েট পাবলিক স্কুল কমিউনিটি ডিস্ট্রিক্ট (DPSCD) মিশিগান কেয়ার ইমপ্রুভমেন্ট রেজিস্ট্রি (MCIR) থেকে আমার সন্তানের তথ্য পর্যালোচনা করবে। MCIR এ লিপিবদ্ধ তথ্যের ভিত্তিতে, আমি DPSCD-কে তার বয়সের জন্য সুপারিশকৃত অথবা প্রয়োজনীয় সকল টিকাদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই সম্মতি ফর্ম একটি টিকার একাধিক ডোজ প্রদানের অনুমোদন দেয়, মেডিক্যালের নির্দেশিত অনুযায়ী। উপলভ্যতা অনুযায়ী কন্সিনেশন (মিশ্রিত) টিকা ব্যবহার করা হবে, যদি না অন্যভাবে নির্দেশনা দেওয়া হয়ে থাকে।

আমি www.michigan.gov/mdhhs ঠিকানায় অনলাইনে উপলভ্য প্রস্তাবিত টিকার(গুলোর) জন্য টিকা তথ্য বিবৃতিটি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি। আমি সুপারিশকৃত টিকার(গুলোর) সুবিধা ও ঝুঁকিগুলো বুঝতে পেরেছি। আমি বুঝেছি যে প্রদত্ত টিকা(গুলো) MCIR-এ লিপিবদ্ধ করা হয়েছে। একটি টিকার সিরিজে শেষ টিকা দেওয়ার পর এই সম্মতি ফর্মের মেয়াদ শেষ হবে।

মা-বাবা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

অনুগ্রহ করে হ্যাঁ বা না-তে টিকচিহ্ন দিন	হ্যাঁ	না
শিশুর কি ওষুধ, খাবার, ভ্যাকসিনের উপাদানে, অথবা লেটেব্রো কোনো অ্যালার্জি আছে?		
শিশুর কি অতীতে কোনো ভ্যাকসিনের ফলে গুরুতর পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া হয়েছিল?		
শিশুর কি ফুসফুস, হার্ট, কিডনি অথবা বিপাকজনিত রোগ (ডায়াবেটিস), অ্যাজমা বা রক্তের ব্যাধিজনিত কোনো স্বাস্থ্য সমস্যা হয়েছিল? সে কি দীর্ঘকালীন অ্যাসপিরিন থেরাপি নিচ্ছে?		
ক্লাইন্ট, তার ভাই-বোন, অথবা মা/বাবার কি খিঁচুনি হয়েছিল? ক্লাইন্টের কি মস্তিষ্ক বা অন্যান্য স্নায়ুতন্ত্রজনিত সমস্যা হয়েছিল?		
ক্লাইন্টের কি ক্যান্সার, লিউকোমিয়া, HIV/AIDS, অথবা অন্যান্য রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা বিষয়ক কোনও সমস্যা আছে?		
গত ৩ মাসে, ক্লাইন্ট কি এমন কোনো ওষুধ গ্রহণ করেছে যা তার রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতাকে দুর্বল করে, যেমন কার্টিসোন, প্রিডনিসোন, অন্যান্য স্টেরয়েড, বা অ্যান্টিবায়োটিক ড্রাগ, বা রেডিয়েশন চিকিৎসা?		
গত বছরে, ক্লাইন্ট কি রক্ত অথবা রক্তজাত পদার্থের কোনো ট্রান্সফিউশন নিয়েছে, বা তাকে কি ইমিউন (গামা) গ্লোবুলিন বা কোনো অ্যান্টিভাইরাল ড্রাগ দেওয়া হয়েছে?		
ক্লাইন্ট কি গর্ভবতী বা সে আগামী মাসের মধ্যে গর্ভবতী হওয়ার কি কোনো সম্ভাবনা রয়েছে?		
ক্লাইন্ট কি গত ৪ সপ্তাহের মধ্যে টিকা নিয়েছে?		
ক্লাইন্ট কি এই মাসে স্কিন টেস্ট করিয়েছেন?		

শিক্ষার্থীদের উন্নতি। আমাদের সবার উন্নতি

অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন!!! টিকা প্রত্য্যখ্যান পরিচ্ছেদ নিম্নরূপ

আপনি আপনার সন্তানকে কোনো টিকা না দিতে চাইলে নিচের পরিচ্ছেদটি সম্পূর্ণ করুন

টিকা প্রত্য্যখ্যান: আপনি আপনার সন্তানকে যে টিকা দিতে চান না তার পাশে টিক চিহ্ন দিন এবং স্বাক্ষর করুন।

<input type="checkbox"/> DTaP/Tdap/Td	<input type="checkbox"/> Pneumococcal	<input type="checkbox"/> Meningococcal ACWY	<input type="checkbox"/> পোলিও
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> ইনফ্লুয়েঞ্জা	<input type="checkbox"/> HPV
<input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস এ	<input type="checkbox"/> হেপাটাইটিস বি	<input type="checkbox"/> মেন B	<input type="checkbox"/> ভ্যারিসেলা

আমার সন্তান, উপরে নাম উল্লিখিত, টিক চিহ্ন দিয়ে নির্দেশিত টিকাগুলো গ্রহণ করবে না। আমি আমার সন্তানকে সুপারিশকৃত টিকাগুলো গ্রহণের অনুমতি না দেবার সম্ভাব্য ফলাফল(গুলো) বুঝতে পেরেছি।

মা-বাবা/অভিভাবকের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____

শিক্ষার্থীদের উন্নতি। আমাদের সবার উন্নতি