

ভার্মন্ট স্বাস্থ্য বিভাগ
COVID-19 টিকাদান ক্লিনিক
সম্মতি ফরম

রোগীর নাম: _____

জন্ম তারিখ: _____

- আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমি রোগী এবং কমপক্ষে 18 বছর বয়সী, বা রোগীর বাবা/মা বা আইনি অভিভাবক।
- আজ আমি যে COVID-19 টিকাটি গ্রহণ করব, সেজন্য আমাকে টিকা গ্রহণকারীদের জন্য জরুরি ব্যবহারের অনুমোদন (EUA) বা টিকা সম্পর্কিত তথ্য বিবরণীর একটি অনুলিপি দেওয়া হয়েছে।
- আমি টিকা গ্রহণকারীদের জন্য EUA এর তথ্য বা টিকা সম্পর্কিত তথ্য বিবরণীটি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি।
- COVID 19 টিকা সম্পর্কে আমাকে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে।
- আমি COVID-19 টিকার সুবিধা এবং ঝুঁকি বুঝতে পারছি এবং উপরে বর্ণিত ব্যক্তিকে এই টিকা প্রদানের অনুরোধ জানাচ্ছি, যার জন্য সম্মতি জানাতে আমি অনুমোদিত।*

রোগীর স্বাক্ষর: _____

সম্মতি ফরম স্বাক্ষরের তারিখ: _____

বাবা-মা / আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর* (রোগীর বয়স 18 বছরের কম হলে)

*নাবালক রাষ্ট্রের হেফাজতে থাকলে অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর প্রয়োজন।

বাবা-মা / আইনি অভিভাবকের নাম (অনুগ্রহ করে পুরো নাম লিখুন): _____

বাবা-মা / আইনি অভিভাবকের নিয়মিত ফোন নম্বর**:



**ভার্মন্ট স্বাস্থ্য বিভাগ
COVID-19 টিকাদান ক্লিনিক
সম্মতি ফরম**

**বাবা-মা / আইনি অভিভাবক ক্লিনিকে উপস্থিত না হলে।