



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২
কোভিড-১৯ নমুনা সংগ্রহ ও পরীক্ষা (RT-PCR) ফরম



Specimen ID*:		Date specimen collected*:	____/____/2021			
নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)/ NAME (in Capital Letter)*:		পাসপোর্ট নং/ Passport No*:				
মোবাইল নং/ Mobile No*:		মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক/ Relation with phone owner*:	নিজ Self	স্বামী/স্ত্রী spouse	সন্তান child	অন্যান্য other
বর্তমান ঠিকানা (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)/ Current Address (House/ Road/ Colony/ Village)*:		ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি)/ Union/ Ward No (City):				
উপজেলা/ থানা/ Upazila/ P.S*:		জেলা/সিটি কর্পোরেশন/ District/ City Corporation*:				
নমুনা সংগ্রহ কেন্দ্র/ Specimen Collection Centre*:						

- *** বিশেষ দৃষ্টব্য: বিদেশগামী যাত্রীরা নমুনা প্রদানের পর থেকে যাত্রার সময় পর্যন্ত সম্পূর্ণ আইসোলেশনে থাকবেন/
Foreign travelers should maintain complete isolation after giving sample until the flight.
*** Download your report before your flight from this link: covid19reports.dghs.gov.bd

নমুনা সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২
কোভিড-১৯ নমুনা সংগ্রহ ও পরীক্ষা (RT-PCR) ফরম



Profile:

নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)/ NAME (in Capital Letter)*:			Nagad Transaction ID*:				
মোবাইল নং/ Mobile No*:			মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক/ Relation with phone owner*:	নিজ Self	স্বামী/স্ত্রী spouse	সন্তান child	অন্যান্য other
জন্ম তারিখ (যদি জানা থাকে)/ Date of Birth:	DD-MM-YYYY		বয়স (১ বছরের নিচে হলে "০" লিখুন)/ Age (Under 1 year, write "0")*:				
লিঙ্গ/ Gender*:	<input type="checkbox"/> পুরুষ/ Male	<input type="checkbox"/> মহিলা/ Female	<input type="checkbox"/> অন্যান্য/ Other	রক্তের গ্রুপ/ Blood Group:			
বর্তমান ঠিকানা (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)/ Current Address (House/ Road/ Colony/ Village)*:			ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি)/ Union/ Ward No (City):				
উপজেলা/ থানা/ Upazila/ P.S*:			জেলা/সিটি কর্পোরেশন/ District/ City Corporation*:				
বিদেশগামী/ Foreign Traveler*:	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ/ yes <input type="checkbox"/> না/ No	পাসপোর্ট নং/ Passport No*:	ফ্লাইট নং/ Flight No*:				
জাতীয় পরিচয়পত্র নং/ NID No:			ই-মেইল এড্রেস/ Email Address:				
কোভিড-১৯ ভ্যাকসিন নিয়েছেন? Covid-19 Vaccine received*:	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ/ yes <input type="checkbox"/> না/ No	১ম ডোজ সম্পন্ন/ 1 st dose Completed*:	<input type="checkbox"/>	তারিখ/ Date:	DD-MM-YYYY		
		২য় ডোজ সম্পন্ন/ 1 st dose Completed*:	<input type="checkbox"/>	তারিখ/ Date:	DD-MM-YYYY		
ভ্যাকসিনের নাম/ Vaccine Name:	<input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Sinopharm <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Sputnik V <input type="checkbox"/> Others:						

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	<input type="checkbox"/> Others:
Date of symptom onset:	____/____/2021				

Specimen Collection & Lab Request:

Specimen ID*:		specimen collected Date*:	____/____/2021	Time*:	HH-MM
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:

Date of specimen received at lab*:	____/____/2021	Date of Lab Test Result*:	____/____/2021	Specimen collected by	
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/Star(*) marked field must be filled up.

Examined by