



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২



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

সেবা গ্রহীতা পূরণ করবেন	Specimen ID*:		Date of specimen collection:	DD-MM-YYYY						
	নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)/ NAME (in Capital Letter)*:				পাসপোর্ট নং/ Passport No*:					
	মোবাইল নং/ Mobile No*:	0	1	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*:	Praava Health								

*** বিশেষ দৃষ্টব্য: বিদেশগামী যাত্রীরা নমুনা প্রদানের পর থেকে যাত্রার সময় পর্যন্ত সম্পূর্ণ আইসোলেশনে থাকবেন/

*** 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) ফর্ম

Profile:

সেবা গ্রহীতা এ অংশটুকু পূরণ করবেন	নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)/ NAME (in Capital Letter)*:				Nagad Transaction ID:					
	মোবাইল নং/ Mobile No*:	0	1	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 (১বছরের 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/ Others		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			
	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:	DD-MM-YYYY				

Specimen Collection & Lab Request:

Specimen ID*:		Specimen Collection Date*:	DD-MM-YYYY	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 checked="" type="checkbox"/> Nasal Swab	<input checked="" type="checkbox"/> Throat Swab	<input type="checkbox"/> Serum		
Referred laboratory name*:	Praava Health				

Lab Result and Notification:

Date of specimen received at lab*:	DD-MM-YYYY	Date of Lab Test Result*:	DD-MM-YYYY		
Test Result*:	Negative	Positive	Inconclusive	Invalid	Not Performed
Corona test laboratory name*:					

তারকা (*) চিহ্নিত ঘরগুলো অবশ্যই পূরণ করতে হবে/Star(*) marked field must be filled up.

Examined by

নমুনা সংগ্রহকারী এ অংশটুকু পূরণ করবেন

ল্যাব. কর্তৃক পূর্ণীয়