



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২



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

Specimen ID*:		Date specimen collected*:	____/____/2021
---------------	--	---------------------------	----------------

সেবা গ্রহীতা পূরণ করবেন	নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)*:						
	মোবাইল নং*:	মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক*:		নিজ	স্বামী/স্ত্রী	সন্তান	অন্যান্য
	বর্তমান ঠিকানা*: (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)	ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি):					
	উপজেলা/ থানা*:	জেলা/সিটি কর্পোরেশন*:					

বিশেষ দৃষ্টব্য: এ অংশটুকু সেবা গ্রহীতার প্রমাণপত্র হিসেবে প্রদান করতে হবে।

নমুনা সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২



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

Profile:

সেবা গ্রহীতা এ অংশটুকু পূরণ করবেন	নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)*:						
	মোবাইল নং*:	মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক*:		নিজ	স্বামী/স্ত্রী	সন্তান	অন্যান্য
	জন্ম তারিখ (যদি জানা থাকে):	DD-MM-YYYY		বয়স (১বছরের নিচে হলে "০" লিখুন)*:			
	লিঙ্গ*:	<input type="checkbox"/> পুরুষ	<input type="checkbox"/> মহিলা	<input type="checkbox"/> অন্যান্য	রক্তের গ্রুপ:		
	বর্তমান ঠিকানা*: (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)	ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি):		জেলা/সিটি কর্পোরেশন*:			
	উপজেলা/ থানা*:	ই-মেইল এড্রেস:					

Enrolling organization name:		
Facility contact person name:	Contact mobile no.:	

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	
Date of symptom onset:	____/____/2021				

Specimen Collection & Lab Request:

Specimen ID*:		Date specimen collected*:	____/____/2021	
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:

Specimen collected by

ল্যাব. কর্তৃক পূরণীয়	Date of specimen received at lab*:	____/____/2021	Date of Lab Test Result*:	____/____/2021		
	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।

Examined by