



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২



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

Specimen ID*:		Date specimen collected*:	____/____/2020
---------------	--	---------------------------	----------------

সেবা গ্রহীতা পূরণ করবেন	নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)*:	পাসপোর্ট নং*:	
	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*:	

বিদেশগামী যাত্রীদের নমুনা প্রদানের পর থেকে যাত্রার সময় পর্যন্ত আবশ্যিকভাবে আইসোলেশনে থাকতে 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)*:	পাসপোর্ট নং*:	
	Transaction ID*:	ফ্লাইট নং*:	
	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:	____/____/2020			

**Specimen Collection & Lab Request:**

Specimen ID*:		Date specimen collected*:	____/____/2020
Sample Classification*:	<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Follow up	<input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Dead body <input type="checkbox"/> Foreign Traveller
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

Date of specimen received at lab*:	____/____/2020	Date of Lab Test Result*:	____/____/2020
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