

X1. MOH MODERNA COVID-19 VACCINATION FORM - FORM 1

X1. এমওএইচ মডার্না কোভিড-১৯ ভ্যাকসিনেশন/টীকা ফর্ম - ফর্ম ১

X2. TO BE COMPLETED BY PATIENT (Please approach our staff if you need help)

X2. রোগীকে নিজে পূরণ করতে হবে (সহায়তার প্রয়োজন হলে দয়া করে আমাদের কর্মীদের সাহায্য নিন)

Part A: Personal Particulars				A1.1	A1.2
বিভাগ A: ব্যক্তিগত বৃত্তান্ত				Queue	Registration
				লাইন	নিবন্ধন
A1.3 Name (Block Letters) A1.3 নাম:			A1.4 NRIC নম্বর/বিদেশী সনাক্তকরণ নম্বর(Foreign Identification Number):		
A1.5 Gender A1.5 লিঙ্গ:	A1.6 Date of Birth জন্ম তারিখ (dd/mm/yyyy):	A1.7 Age A1.7 বয়স:	A1.8 Ethnic Group A1.8 জাতীয়তা:	A1.9 Residential Status A1.9 আবাসিক মর্যাদা:	
<input type="checkbox"/> A1.5.1 Male A1.5.1 পুরুষ			<input type="checkbox"/> A1.8.1 Chinese A1.8.1 চাইনিজ	<input type="checkbox"/> A1.9.1 Citizen A1.9.1 নাগরিক	<input type="checkbox"/> A1.9.3 Long Term A1.9.3 দীর্ঘ মেয়াদী
<input type="checkbox"/> A1.5.2 Female A1.5.2 মহিলা			<input type="checkbox"/> A1.8.2 Malay A1.8.2 মালে	<input type="checkbox"/> A1.9.2 Permanent Resident A1.9.2 স্থায়ী বাসিন্দা	<input type="checkbox"/> A1.9.4 Others A1.9.4 অন্যান্য
A1.10 Address A1.10 ঠিকানা:*			A1.12 Handphone Number: A1.12 মোবাইল ফোন নম্বর:		
A1.11 Postal Code A1.11 পোস্টাল কোড:			A1.13 Email Address: A1.13 ইমেইল ঠিকানা*:		
Part B: MEDICAL INFORMATION				Waiting Area	
বিভাগ B: স্বাস্থ্যগত তথ্য				অপেক্ষা করার স্থান	
Part B1: FEVER বিভাগ B1: জ্বর				NO	YES
Fever (Temperature $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) in the past 24 hours? 1.2 গত ২৪ ঘন্টায় জ্বর (তাপমাত্রা 37.5°C বা বেশী)				না	হ্যাঁ
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PART B2: ADVERSE EVENTS TO VACCINES বিভাগ B2: ভ্যাকসিনগুলিতে বিরূপ প্রতিক্রিয়ার ঘটনাবলী				NO	YES
Have you ever had any allergic reactions to vaccines? B2.1 আপনার কি কখনও কোনও ভ্যাকসিনে এলার্জিক জনিত প্রতিক্রিয়া হয়েছিল:				না	হ্যাঁ
<ul style="list-style-type: none"> Anaphylaxis: severe reaction with two or more of the following: (a) hives or face/eyelid/lip/throat swelling, (b) difficulty breathing, (c) dizziness অ্যানাফিল্যাক্সিস: নিম্নলিখিত দুটি বা তারও বেশি মারাত্মক প্রতিক্রিয়া: (ক) চামড়ায় লালচে দাগ হওয়া, বা মুখ/চোখের পাতা/ঠোঁট/গলা ফুলে যাওয়া, (খ) শ্বাস নিতে অসুবিধা হওয়া, (গ) মাথা ঘোরা Have you had rash OR hives OR face/eyelid/lip swelling to vaccines? ভ্যাকসিনের কারণে আপনার কি ফুসকুড়ি বা চামড়ায় লাল দাগ হওয়া বা মুখ/চোখের পাতা/ঠোঁট ফুলে গিয়েছে? 				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with heart inflammation (myocarditis/pericarditis) after a previous dose of a COVID-19 vaccine? কোভিড-১৯ ভ্যাকসিনের আগের ডোজ নেয়ার পরে আপনার কি হার্টের জ্বালা-পোড়ন (মায়োকার্ডাইটিস/পেরিকার্ডাইটিস) হয়েছিল?					
PART B3: SPECIAL SITUATIONS (CAN STILL VACCINATE) পার্ট B4: বিশেষ পরিস্থিতি (তবুও ভ্যাকসিন নিতে পারবেন)				NO	YES
Have you ever had anaphylaxis to medications, insect stings, food or unknown triggers?				না	হ্যাঁ
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>আপনার কি কখনও ওষুধে, কীটপতঙ্গের কামড়ে, খাবারে বা অজানা কোনও কিছুতে অ্যানাফিল্যাক্সিস (মারাত্মক এলার্জি) জনিত প্রতিক্রিয়া হয়েছিল? (For females) Are you pregnant or suspect that you are pregnant (late menstrual period)? (মহিলাদের জন্য) আপনি কি গর্ভবতী বা সন্দেহ করছেন যে আপনি গর্ভবতী (দেরিতে ঋতুস্রাব হওয়া)? Are you currently taking these medications or have these medical conditions? আপনি বর্তমানে এই ওষুধগুলো গ্রহণ করছেন বা আপনার এই ধরনের শারীরিক অবস্থা আছে?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Blood-thinning medications (eg. warfarin, apixaban, rivaroxaban etc) রক্ত-পাতলা করার ওষুধ (যেমন: ওয়ারফারিন, অ্যাপিক্সাবান, রিভারোক্সাবান ইত্যাদি) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Bleeding disorder or low platelets রক্তক্ষরণ ব্যাধি বা নিম্ন প্লেটলেট 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> On cancer treatment (immunotherapy / chemotherapy / radiotherapy in the past 3 months OR planned in the next 2 months) # ক্যান্সারের সক্রিয় চিকিৎসায় আছেন (ইমিউনোথেরাপি / কেমোথেরাপি / রেডিওথেরাপি গত ৩ মাসে নিয়েছেন বা পরবর্তী ২ মাসে নেওয়ার পরিকল্পনা করছেন) # 		
<ul style="list-style-type: none"> Recent transplant in the past 3 months # সাম্প্রতিক গত ৩ মাসে অঙ্গ প্রতিস্থাপন # 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Aggressive Immunotherapy for non-cancer conditions (e.g. rituximab etc) # ক্যান্সার নয় এমন অবস্থার জন্য তীব্র রোগ প্রতিরোধ-ক্ষমতা সংক্রান্ত চিকিৎসা (ইমিউনোথেরাপি) (উদাঃ রিটুক্সিমাব ইত্যাদি) # 		

PART C: PATIENT DECLARATION AND CONSENT

বিভাগ C: রোগীর ঘোষণা এবং সম্মতি

C1.1 I declare that the information I have given is true and complete to the best of my knowledge

C1.1 আমি বলিতেছি যে আমি যে তথ্য দিয়েছি তা আমার জানামতে সত্য এবং সম্পূর্ণ।

C1.2 I have been informed of the risks, benefits and side effects of COVID-19 vaccination, and I wish to receive COVID-19 vaccination

C1.2 আমাকে COVID-19 ভ্যাকসিনেশন/টীকা নেবার ঝুঁকি, সুবিধা এবং পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া সম্পর্কে অবহিত করা হয়েছে এবং আমি COVID-19 ভ্যাকসিনেশন নিতে চাই

C1.3 I **AGREE** to receive COVID-19 vaccination; OR

C1.3 আমি COVID-19 ভ্যাকসিনেশন নেবার **জান্য সম্মত**; বা

C1.4 I **DO NOT** wish to receive COVID-19 vaccine**

C1.4 আমি COVID-19 ভ্যাকসিনেশন নিতে **চাই না ****

<p>C1.5 Name of patient / parent / guardian C1.5 রোগীর / পিতামাতার / অভিভাবকের নাম</p>	<p>C1.6 NRIC No. নম্বর / FIN</p>	<p>C1.7 Signature C1.7 স্বাক্ষর</p>	<p>C1.8 Date C1.8 তারিখ (dd/mm/yyyy)</p>
--	----------------------------------	---	--

* X3. Fields not required if names are submitted via nominal roll, appointment booking system and healthcare workers under the self-vaccination exercise.

* X3. স্বীয়- ভ্যাকসিনেশন নেওয়ার অনুশীলনের অধীনে সাধারণ তালিকা, অ্যাপয়েন্টমেন্ট বুকিং সিস্টেম এবং স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের মাধ্যমে নাম জমা দেওয়া থাকলে ক্ষেত্রগুলি পূরণ করার প্রয়োজন নেই।

** X4. If patient **does not** wish to receive COVID-19 vaccine, there is no need to complete **FORM 2**.

** X4. যদি রোগী COVID-19 ভ্যাকসিনেশন **নিতে না চান**, তবে **ফর্ম 2** পূরণ করার দরকার নেই।

Memo from treating specialist is required to proceed with vaccination.

#ভ্যাকসিন দেওয়ার জন্য চিকিৎসা বিশেষজ্ঞের কাছ থেকে মেমো প্রয়োজন

X5. MOH MODERNA COVID-19 VACCINATION FORM (ASSESSMENT CLINIC) - FORM 2

X5. এমওএইচ মডার্না কোভিড -১৯ ভ্যাকসিনেশন/ টীকা ফর্ম (অ্যাসেসমেন্ট ক্লিনিক) - ফর্ম ২

X6. TO BE COMPLETED BY DOCTOR OR NURSE AT VACCINATION SITE

X6. ভ্যাকসিন দেওয়ার সাইটে ডাক্তার বা নার্স দ্বারা সম্পূর্ণ করা হবে

PART D: CLINICAL SAFETY REVIEW OF PATIENTS			
PART D1: NOT ELIGIBLE FOR COVID-19 VACCINATION			
IF YES → DO NOT VACCINATE		NO	YES
<ul style="list-style-type: none"> Child under age 18 years 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PART D2: CONTRAINDICATIONS TO COVID-19 VACCINE		NO	YES
IF YES → DO NOT VACCINATE			
<ul style="list-style-type: none"> High-risk/immediate (onset ≤4h) allergic reaction or anaphylaxis to previous dose of same vaccine, or any of its components Myocarditis / pericarditis after a previous COVID-19 vaccine 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PART D3: PRECAUTIONS → POSTPONE VACCINATION		NO	YES
IF YES → DO NOT VACCINATE			
<ul style="list-style-type: none"> Fever (≥ 37.5°C) in past 24 hr → Re-schedule vaccination when fever has resolved Allergy of anaphylaxis to other (non-COVID-19) vaccines → Refer to allergist* 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PART D4: SPECIAL SITUATIONS → CAN VACCINATE		NO	YES
IF YES to being on anti-coagulation, has bleeding disorder or low platelets →			
<ul style="list-style-type: none"> Advise to hold firm pressure at injection site for 5 minutes 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES to being/possibly pregnant →			
<ul style="list-style-type: none"> Check if patient wishes to discuss with obstetrician (optional) 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES to any of the below, check if the suitability has been assessed by treating specialist			
<ul style="list-style-type: none"> On cancer treatment (immunotherapy / chemotherapy / radiotherapy) less than 3 months ago or planned in the next 2 months Recent transplant in the past 3 months Aggressive immunotherapy for non-cancer conditions (e.g. rituximab, etc.) 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IF YES to history of anaphylaxis →			
<ul style="list-style-type: none"> ENSURE POST-VACCINATION OBSERVATION PERIOD OF 30 MINUTES 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLINICAL ASSESSMENT:		Form Completed by	
<input type="checkbox"/> Risks, benefits, adverse effects discussed; patient form & consent checked		<hr/> Name (stamp) / Signature / Date	
VACCINATE?			
<input type="checkbox"/> YES → PROCEED TO VACCINATION <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> Not eligible OR has contraindications → NO VACCINATION <input type="checkbox"/> Fever → RESCHEDULE vaccination when fever has resolved <input type="checkbox"/> Allergy or anaphylaxis to other vaccines → Refer to allergist*			
PART E: VACCINATION RECORD			
COVID-19 vaccine given:	Injection site:	Vaccine Brand:	Batch number:
<input type="checkbox"/> #1 Date: <input type="checkbox"/> #2 Date: <input type="checkbox"/> #3 Date:	<input type="checkbox"/> Left deltoid <input type="checkbox"/> Right deltoid <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech/ Comirnaty <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Sinovac <input type="checkbox"/> Other _____	Bottle number (if applicable):
Place of Vaccination:	Vaccinated by:		

	<hr/>
	<hr/> Name (stamp) / Signature / Date

PART F: OBSERVATION & DISCHARGE

<input type="checkbox"/> Vaccine card & vaccine information sheet (VIS) given <input type="checkbox"/> Observe patient for 30 min after vaccination (for syncope, anaphylaxis etc) <input type="checkbox"/> If allergic symptoms develop in first 30 min, observe until stable or refer to ED	Time of vaccination:
---	----------------------

Remarks by doctor (If treatment required):	Assessed by:
	<hr/>
	<hr/> Name (stamp) / Signature / Date

* Please refer to the [Allergist Referral Form for COVID-19 vaccination] if the individual is eligible for further evaluation by an allergist.