



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২

কোভিড ১৯ নমুনা সংগ্রহ ও পরীক্ষা (RT PCR) ফর্ম



| | | | |
|---------------|--|---------------------------|----------------|
| 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) ফর্ম



Profile:

| | | | |
|--|--|---|---|
| নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে)/ NAME (in Capital Letter) *: | | পাসপোর্ট নং/ Passport No*: | |
| Nagad Transaction ID*: | | ফ্লাইট নং/ Flight No*: | |
| 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): | |
| | | জেলা/সিটি কর্পোরেশন/ District/ City Corporation*: | |
| উপজেলা/ থানা/ Upazila/ P.S*: | | ই-মেইল এড্রেস/ Email Address: | |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Specimen Collection Centre: | |
| 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:

| | | | |
|------------------------------------|----------------|---------------------------|------------------------------------|
| Date of specimen received at lab*: | ____/____/2021 | Date of Lab Test Result*: | ____/____/2021 |
| 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