



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)/ NAME (in Capital Letter) *:	পাসপোর্ট নং/ Passport No*:
মোবাইল নং/ Mobile No*:	মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক/ Relation with phone owner*:
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) ফরম



### Profile:

সেবা গ্রহীতা এ অংশটুকু পূরণ করবেন

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*:
জন্ম তারিখ (যদি জানা থাকে)/ Date of Birth:	বয়স (১বছরের নিচে হলে "০" লিখুন)/ Age (Under 1 year, write "0")*:
লিঙ্গ/ Gender*:	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*:
	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
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
Corona test laboratory name*:			

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

Examined by

ল্যাব. কর্তৃক পূর্ণীয়

নমুনা সংগ্রহকারী এ অংশটুকু পূরণ করবেন