



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২
কোভিড-১৯ নমুনা সংগ্রহ ও পরীক্ষা (RT-PCR) ফরম



সেবা গ্রহীতা পূরণ করবেন	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
	বর্তমান ঠিকানা (বাসা/ রোড/ মহল্লা/ গ্রাম)/ Current Address (House/ Road/ Colony/ Village)*:			ইউনিয়ন/ ওয়ার্ড নং (সিটি)/ Union/ Ward No (City):	সন্তান child	অন্যান্য other
	উপজেলা/ থানা/ Upazila/ P.S*:			জেলা/সিটি কর্পোরেশন/ District/ City Corporation*:		
	নমুনা সংগ্রহ কেন্দ্র/ Specimen Collection Centre*:	DNA Solution Ltd. Overseas Passenger Sample Collection Center				

*** 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)*:			Nagad Transaction ID*:		
	মোবাইল নং/ Mobile No*:			মোবাইল মালিকের সাথে সম্পর্ক/ Relation with phone owner*:	নিজ Self	স্বামী/স্ত্রী spouse
	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*:	☐ পুরুষ/ Male	☐ মহিলা/ Female	☐ 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):		
	উপজেলা/ থানা/ Upazila/ P.S*:			জেলা/সিটি কর্পোরেশন/ District/ City Corporation*:		
	বিদেশগামী/ Foreign Traveler*:	☐ হ্যাঁ/ yes	☐ না/ No	পাসপোর্ট নং/ Passport No*:	ফ্লাইট নং/ Flight No*:	
	জাতীয় পরিচয়পত্র নং/ NID No:			ই-মেইল এড্রেস/ Email Address:		
	কোভিড-১৯ ভ্যাকসিন নিয়েছেন? Covid-19 Vaccine received*:	☐ হ্যাঁ/ yes	☐ না/ No	১ম ডোজ সম্পন্ন/ 1 st dose Completed*:	তারিখ/ Date:	DD-MM-YYYY
	২য় ডোজ সম্পন্ন/ 2 nd dose Completed*:	তারিখ/ Date:	DD-MM-YYYY			
ভ্যাকসিনের নাম/ Vaccine Name:	☐ AstraZeneca ☐ Sinopharm ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ Sputnik V ☐ Others:					

Clinical Assessment:

Any signs or symptoms:	☐ Fever	☐ Cough	☐ Shortness of Breath	☐ Sore throat	☐ Others:
Date of symptom onset:	____/____/2021				

Specimen Collection & Lab Request:

Specimen ID*:			specimen collected Date*:	____/____/2021	Time*:	HH-MM
Sample Classification*:	☐ New	☐ Follow up	☐ Contact	☐ Dead body		
Specimen details:	☐ Nasal Swab	☒ Throat Swab	☐ Serum			
Referred laboratory name*:	DNA Solution Ltd.					

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*:	DNA Solution Ltd.		

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

Examined by