

Seen  
10/08/21



AP/ please  
publish in  
web mail

10/08/21



**গর্ভবতী নারীদের কোভিড-১৯ টিকা প্রদানের অবহিতকরণ সম্মতিপত্র**

সারাবিশ্বের ন্যায় বাংলাদেশেও কোভিড-১৯ মহামারী ছড়িয়ে পড়েছে। সকলের ন্যায় গর্ভবতী নারীদের মধ্যেও কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি আশংকাজনক হারে বৃদ্ধি পেয়েছে। বিষয়টি বিবেচনা করে গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার টিকা বিষয়ক জাতীয় কমিটির পরামর্শ অনুযায়ী গর্ভবতী নারীদেরকে কোভিড-১৯ টিকা প্রদানের আওতায় আনার সিদ্ধান্ত গ্রহণ করেছেন। তবে গর্ভবতী নারীদের মধ্যে পরিচালিত কোভিড-১৯ টিকা সংক্রান্ত গবেষণা সীমিত। ফলে উক্ত জনগোষ্ঠীর কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণের লাভ-ক্ষতি সংক্রান্ত তথ্য অপ্রতুল।

কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণে ইচ্ছুক গর্ভবতী নারীকে টিকা প্রদানের পূর্বে নিম্নোক্ত তথ্যাদি পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে অবহিত করা আবশ্যিক।

- গর্ভবতী নারীদেরকে গর্ভাবস্থায় কোভিড-১৯ সংক্রমণের স্বাস্থ্য ঝুঁকি সম্পর্কে অবহিতকরণ
  - নির্ধারিত সময়ের আগেই সন্তান জন্মদান (অপরিণত নবজাতক) এর সম্ভাবনা বৃদ্ধি পায়
  - নবজাতকের স্বাস্থ্য ঝুঁকি বৃদ্ধি পায়
  - বয়স্ক গর্ভবতী (>৩৫ বছর), উচ্চ বিএমআই সম্পন্ন, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিসসহ অন্যান্য দীর্ঘমেয়াদী রোগে আক্রান্ত নারী গর্ভাবস্থায় (বিশেষ করে ১ম ও ২য় ট্রাস্টার) কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হলে তা মারাত্মক রূপ নিতে পারে। এক্ষেত্রে মৃত্যু পর্যন্ত হতে পারে
  - সাধারণ নারীদের তুলনায় গর্ভবতী নারীদের কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হলে স্বাস্থ্য ঝুঁকির আশংকা অনেক বেশি
- গর্ভবতী নারীকে কোভিড-১৯ টিকার সুফল সম্পর্কে অবহিতকরণ
  - কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণ করলে কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হওয়ার ও এর ফলে সৃষ্ট জটিলতার ঝুঁকি অপেক্ষাকৃত কম
  - গর্ভাবস্থায় কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণ করলে কোভিড-১৯ এর গর্ভজনিত ঝুঁকিসমূহের সম্ভাবনা কম
- গর্ভাবস্থায় কোভিড-১৯ টিকার গ্রহণের ক্ষতিকর প্রভাব
  - গর্ভবতী নারীদের কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণের লাভ-ক্ষতি সংক্রান্ত তথ্য অপ্রতুল
  - অন্য যে কোন টিকার ন্যায় কোভিড-১৯ টিকার ক্ষেত্রেও টিকা পরবর্তী বিরূপ প্রতিক্রিয়া (এইএফআই) হতে পারে যা অন্য নারীদের মত গর্ভবতী নারীদের ক্ষেত্রেও সমানভাবে প্রযোজ্য
  - দীর্ঘমেয়াদী প্রভাব সম্পর্কিত কোন তথ্য নেই

H-EDUCATION

## গর্ভবতী নারীদের কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণের সম্মতিপত্র

আমি স্বেচ্ছায়, সজ্ঞানে এই টিকা সংক্রান্ত যাবতীয় তথ্যাদি ও পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া সম্পর্কে অবগত হয়ে টিকা গ্রহণে সম্মতি প্রদান করছি।

টিকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষরঃ

কাউন্সেলর (রেজিস্টার্ড চিকিৎসক) এর স্বাক্ষরঃ

তারিখঃ

তারিখঃ