অধ্যয়ন নম্বর: **79635322MMY3002**

প্রোটোকল শিরোনাম: একটি পর্যায় 3 যদৃচ্ছ রূপে করা অধ্যয়ন, যা 1 থেকে 3টি পূর্ববর্তী থেরাপির পর্ব যার ভেতরে একটি অ্যান্টি-CD38 অ্যান্টিবডি এবং লেনালিডোমাইড (Lenalidomide) আছে, তারপরে পুনরায় উদ্ভূত বা প্রতিরোধী মাল্টিপল মায়েলোমায় আক্রান্ত অংশগ্রহণকারীদের মধ্যে JNJ-79635322 বনাম টেকলিস্টাম্যাব (Teclistamab) এর তুলনা করে

বহির্বিভাগের অংশগ্রহণকারীর ডায়েরি

অংশগ্রহণকারীর নম্বর: _____

সাইট নম্বর: _____

পরবর্তী অধ্যয়ন সাক্ষাতের সময় আপনার সাথে এই ডায়েরি নিয়ে আসুন

ভূমিকা

79635322MMY3002 ক্লিনিক্যাল গবেষণা অধ্যয়নে অংশ নেওয়ার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। বহির্বিভাগের একজন রোগী হিসাবে এই অধ্যয়নে আপনার অংশগ্রহণের সময়ে ব্যবহারের জন্য এই ডায়েরিটি আপনাকে প্রদান করা হচ্ছে।

অনুগ্রহ করে জেনে নিন যে টেপ-আপ ডোজ(গুলি) এবং অধ্যয়নের ওষুধের প্রথম চিকিৎসার ডোজজ পাওয়ার পরে 2 দিন নিরাপত্তার কারণে, আপনাকে সাইটের কাছাকাছি (পৌঁছানোর সময় 30 মিনিটের মধ্যে) এবং একজন সমর্থ প্রাপ্তবয়স্কের সঙ্গে থাকতে হবে।

সাবধানতা এবং অধ্যয়ন দলের যোগাযোগের তথ্য

যদি আপনার নিম্নলিখিত উপসর্গগুলির কোনোটি থাকে অবিলম্বে আপনার অধ্যয়নের চিকিৎসক অথবা হাসপাতালের অধ্যয়ন কর্মীকে ফোন করুন:

- জ্বর (100.4°F/°38C অথবা তার বেশি)
- শীত লাগা বা কাঁপুনি
- শ্বাসকষ্ট অথবা দ্রুত শ্বাসপ্রশ্বাস এবং শ্বাসপ্রশ্বাসে আওয়াজ
- দ্রুত অথবা অনিয়মিত হৃদস্পন্দন
- মাথা ঘোরা অথবা ভারসাম্যহীনতা
- নতুন হওয়া অথবা বাড়তে থাকা মাথাব্যথা অথবা খিঁচুনি
- সংশয় অথবা দিশাহীনতা
- ভারসাম্য অথবা সমন্বয় হারানো
- কথা বলা বা লেখায় সমস্যা হওয়া
- তীব্র শ্রান্তি অথবা দুর্বলতা
- পেশী অথবা সন্ধিস্থলে ব্যথা
- কথা জড়িয়ে যাওয়া
- তীব্র বমিভাব, বমি করা অথবা পাতলা পায়খানা
- অন্য যেকোনো অস্বাভাবিক উপসর্গ

নীচের সূচনা অনুসারে অধ্যয়ন কর্মীর সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

	নাম	টেলিফোন
অধ্যয়ন চিকিৎসক		
অধ্যয়ন নার্স		
অধ্যয়ন সমন্বয়কারী		
সাইটের 24 ঘণ্টার জন্য জরুরি যোগাযোগ		

ডায়েরি সম্পূর্ণ করার নির্দেশাবলী

আপনি আপনার তাপমাত্রা রেকর্ড করার জন্য এই ডায়েরিটি ব্যবহার করবেন এবং আপনার প্রথম JNJ-79635322 ইনজেকশন নেওয়ার পরে 48 ঘণ্টা (2 দিন) অবধি অথবা আপনার টেকলিস্টাম্যাব (teclistamab)-এর প্রথম এবং দ্বিতীয় ইনজেকশন (উদা. "স্টেপ-আপ ডোজ") পাওয়ার পরে অধ্যয়ন কর্মীর নির্দেশ অনুযায়ী চিকিৎসা-পরবর্তী ওষুধপত্র (প্রযোজ্য হলে) গ্রহণ করার সময় রেকর্ড করবেন। আপনি আপনার অধ্যয়নের ওষুধের প্রথম সম্পূর্ণ চিকিৎসার মাত্রা পাওয়ার 48 ঘণ্টা (2 দিন) পরেও এটি রেকর্ড করবেন।

আপনি পরবর্তী অধ্যয়ন সাক্ষাতের সময় আপনার সাথে অবশ্যই এই ডায়েরি নিয়ে আসুন।

তাপমাত্রা:

আপনার স্টেপ-আপ ডোজ (SUD) ইনজেকশন(গুলি)-এর পরে 48 ঘণ্টার জন্য দিনপ্রতি অন্তত দুইবার করে এবং অধ্যয়নের ওষুধের প্রথম সম্পূর্ণ চিকিৎসার ডোজ পাওয়ার 48 ঘণ্টা পরে আপনার মুখগহ্বরের তাপমাত্রা রেকর্ড করুন।

আপনি SUD বা সম্পূর্ণ চিকিৎসার ডোজের ইনজেকশনগুলি পাওয়ার পরে যদি আপনাকে হাসপাতালে ভর্তি করা হয়, অধ্যয়ন কর্মী আপনাকে নির্দেশ দেবেন যে হাসপাতাল ছাড়ার পরে আপনাকে তাপমাত্রা রেকর্ড করতে হবে কিনা।

অধ্যয়নের কর্মী আপনাকে জানাবেন কোন কোন তারিখ এবং সময়ে আপনাকে আপনার মুখগহ্বরের তাপমাত্রা গ্রহণ করা প্রয়োজন।

যে দিনগুলি আপনাকে আপনার তাপমাত্রা পরিমাপ করতে বলা হবে, নিম্নরূপ করুন:

- দৈনিক অন্তত দুইবার এবং অন্তত 8 ঘণ্টার ব্যবধানে আপনার তাপমাত্রা পরিমাপ করবেন।
- একটি ওরাল থার্মোমিটার ব্যবহার করে আপনার তাপমাত্রা পরিমাপ করুন।
- তাপমাত্রার ডায়েরিতে উপযুক্ত নতুন সারিতে অবিলম্বে নিম্নরূপে পরিমাপের বিশদ তথ্য রেকর্ড করুন:
    a. দিনের জন্য দুইটি সংখ্যা, মাসের জন্য তিনটি অক্ষর, এবং বছরের জন্য চারটি সংখ্যা ব্যবহার করে প্রথম কলামে তারিখটি রেকর্ড করে রাখুন, উদা. 17 / JUL / 2024.
    b. তৃতীয় কলামে, মিনিট পর্যন্ত, সময় দিন (24 ঘন্টার রীতি, অথবা AM, বা PM যেটি প্রযোজ্য সেভাবে উল্লেখ করুন)।
    c. চতুর্থ কলামে °C বা °F দিয়ে সঠিক তাপমাত্রা দিন (দশমিকের পরে এক স্থান অবধি, যদি থেকে থাকে)।
- যদি কোনো সময়ে আপনার 38°C/100.4°F অথবা তার বেশি তাপমাত্রার অভিজ্ঞতা হয়, অবিলম্বে আপনার চিকিৎসককে ফোন করুন এবং একটি অতিরিক্ত তাপমাত্রার পরিমাপ হিসাবে অনুগ্রহ করে এই অতিরিক্ত তাপমাত্রা(গুলি) ডায়েরিতে রেকর্ড করে রাখুন।

নীচের নমুনা ডায়েরিটি লক্ষ্য করুন। যদি আপনার এখনও কোনো প্রশ্ন থাকে, আপনাকে সহযোগিতা করার জন্য অনুগ্রহ করে অধ্যয়ন কর্মী দলের একজন সদস্যের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

নমুনা তাপমাত্রা ডায়েরি সম্পূরণ:

এখানে এক দিনের তাপমাত্রার ডায়েরির একটি সম্পূর্ণ করা নমুনা রইল:

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)		তাপমাত্রা	
17/JUL/2024	1	08:13	☒ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	36.7	☒ °C ☐ °F
	2	16:25	☒ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	36.6	☒ °C ☐ °F
	3	19:31	☒ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	38.0	☒ °C ☐ °F

জ্বর, অবিলম্বে আপনার চিকিৎস-ককে কল করুন

চিকিৎসা-পরবর্তী অবস্থায় ওষুধ গ্রহণ (আপনি যদি অধ্যয়নের ওষুধ হিসাবে JNJ-79635322 পান একমাত্র তবেই প্রযোজ্য):

চিকিৎসা-পরবর্তী ওষুধ গ্রহণের প্রতিটি রেকর্ড করুন আপনার JNJ-79635322 অধ্যয়ন ওষুধের প্রথম SUD ইনজেকশনের পরে 48 ঘণ্টা সময়কালের মধ্যে এবং JNJ-79635322-এর প্রথম সম্পূর্ণ চিকিৎসা ডোজের 48 ঘণ্টা পরে।

অধ্যয়ন কর্মী আপনাকে নির্দেশ দেবেন কখন এবং কীভাবে প্রতিটি ওষুধ গ্রহণ করতে হবে (যার মধ্যে থাকতে পারে জ্বর-রোধী এবং/অথবা কর্টিকোস্টেরয়েড ওষুধপত্র)।

প্রত্যেকবার আপনি মুখে ওষুধ খাওয়ার সময়, নিম্নরূপে রেকর্ড করুন:

- দিনের জন্য দুইটি সংখ্যা, মাসের জন্য তিনটি অক্ষর, এবং বছরের জন্য চারটি সংখ্যা ব্যবহার করে প্রথম কলামে ওষুধ গ্রহণের তারিখটি রেকর্ড করে রাখুন, উদা. 17 / JUL / 2024.
- তৃতীয় কলামে, মিনিট পর্যন্ত, ওষুধ গ্রহণের সময় দিন (24 ঘন্টার রীতি, অথবা AM, বা PM যেটি প্রযোজ্য সেভাবে উল্লেখ করুন)।
- চতুর্থ কলামে ওষুধের নাম দিন।
- পঞ্চম কলামে ওষুধের ডোজ দিন।

চিকিৎসা-পরবর্তী ওষুধপত্রের ডায়েরি সম্পূরণের নমুনা:

সবসময় আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের দেওয়া ওষুধ-গ্রহণের নির্দিষ্ট নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

এখানে এক দিনের সম্পূর্ণ করা চিকিৎসা-পরবর্তী ওষুধপত্র গ্রহণের একটি নমুনা দেওয়া হল।

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	ওষুধ গ্রহণের সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	মুখে খাওয়ার ওষুধের নাম	ডোজ
17 / JUL / 2024	1	06:13 ☒ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	(Acetaminophen)	500 mg
	2	14:13 ☒ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	(Acetaminophen)	500 mg
	3	22:13 ☒ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	(Acetaminophen)	500 mg

তাপমাত্রার ডায়েরি

নির্দেশ অনুসারে সম্পূর্ণ করুন:

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	তাপমাত্রা
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F

পরবর্তী পৃষ্ঠায় অব্যাহত

তাপমাত্রার ডায়েরি অব্যাহত...

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	তাপমাত্রা
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F

পরবর্তী পৃষ্ঠায় অব্যাহত

তাপমাত্রার ডায়েরি অব্যাহত...

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	তাপমাত্রা
__ __ / __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F

পরবর্তী পৃষ্ঠায় অব্যাহত

তাপমাত্রার ডায়েরি অব্যাহত...

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	তাপমাত্রা
__ __ / __ __ __ / __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM	__ __ . __ ☐ °C __ __ . __ ☐ °F

তাপমাত্রার ডায়েরি সমাপ্ত

ওষুধ গ্রহণ-পরবর্তী ডায়েরি (যদি আপনি অধ্যয়নের ওষুধ হিসাবে JNJ-79635322 গ্রহণ করেন একমাত্র তবেই প্রযোজ্য):

সবসময় আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের দেওয়া ওষুধ-গ্রহণের নির্দিষ্ট নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

নির্দেশ অনুসারে সম্পূর্ণ করুন:

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	ওষুধ গ্রহণের সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	মুখে খাওয়ার ওষুধের নাম	ডোজ
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		

পরবর্তী পৃষ্ঠায় অব্যাহত

ওষুধ গ্রহণ-পরবর্তী ডায়েরি অব্যাহত...

সবসময় আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের দেওয়া ওষুধ-গ্রহণের নির্দিষ্ট নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	ওষুধ গ্রহণের সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	মুখে খাওয়ার ওষুধের নাম	ডোজ
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		

পরবর্তী পৃষ্ঠায় অব্যাহত

ওষুধ গ্রহণ-পরবর্তী ডায়েরি অব্যাহত...

সবসময় আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের দেওয়া ওষুধ-গ্রহণের নির্দিষ্ট নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	ওষুধ গ্রহণের সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	মুখে খাওয়ার ওষুধের নাম	ডোজ
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		

পরবর্তী পৃষ্ঠায় অব্যাহত

ওষুধ গ্রহণ-পরবর্তী ডায়েরি অব্যাহত...

সবসময় আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের দেওয়া ওষুধ-গ্রহণের নির্দিষ্ট নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	ওষুধ গ্রহণের সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	মুখে খাওয়ার ওষুধের নাম	ডোজ
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		

পরবর্তী পৃষ্ঠায় অব্যাহত

ওষুধ গ্রহণ-পরবর্তী ডায়েরি অব্যাহত...

সবসময় আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের দেওয়া ওষুধ-গ্রহণের নির্দিষ্ট নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

তারিখ (DD/MON/YYYY)	#	ওষুধ গ্রহণের সময় (12 ঘন্টা বা 24 ঘন্টা)	মুখে খাওয়ার ওষুধের নাম	ডোজ
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
__ __ / __ __ __ / __ __ __ __	1	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	2	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		
	3	__ __ : __ __ ☐ 24 ঘন্টা ☐ AM ☐ PM		

ওষুধ গ্রহণ-পরবর্তী ডায়েরি সমাপ্ত

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর: _____

তারিখ: _____