

# ICON ওয়েবপেইজ নির্দেশিকা:

## ICON-এ কিভাবে টিকাদানের রেকর্ড লিখবেন

1. [toronto.ca/StudentVaccines](https://toronto.ca/StudentVaccines)-এ যান এবং টিকাদানের রেকর্ড রিপোর্ট করুন বা তাতে অ্যাক্সেস করুন-এ ক্লিক করুন

Parents/guardians can submit and/or access their child's vaccination information to Toronto Public Health.

Report or Access  
Vaccination Records

2. 'শুরু করুন!' বোতামে ক্লিক করুন।

**Immunizations Keep Ontarians Healthy!**

COVID-19 Vaccine



**Get Started!**

View or Submit Immunizations

3. আপনি কোন ধরনের ডিভাইস ব্যবহার করছেন তা নির্বাচন করুন।

**What type of device are you using?**

Personal Device

Public Device

4. গ্রহণযোগ্য ব্যবহার নীতিমালা পড়ুন এবং 'আমি মেনে নিচ্ছি' অথবা 'আমি মেনে নিচ্ছি না' নির্বাচন করুন আপনি যদি গ্রহণ না করেন তবে অনুগ্রহ করে 416-338-7600 নম্বরে কল করুন এবং আরও সহায়তার জন্য 'টিকাদানের জন্য বিকল্প 2 নির্বাচন করুন'।

**Acceptable Use Policy**

**TERMS OF USE AGREEMENT**

**GENERAL**

The City of Toronto, Public Health Division ("City") maintains information collected via the Immunization Connect Ontario ("ICON") website for the City of Toronto Health Unit. ICON is a web-based service provided by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care to enable the public to electronically submit and retrieve certain immunization information.

I Accept

I Do Not Accept

5. আপনার সন্তানের অন্টারিও হেলথ কার্ড নম্বর (OHCN) এবং অন্যান্য বিবরণ (নাম এবং জন্ম তারিখসহ) বা আপনার সন্তানের অন্টারিও টিকাদান আইডি (OIID) নম্বর লিখে রোগীকে যাচাই করুন। তথ্য লেখার পরে, "আইডি যাচাই করুন" বা "রোগী যাচাই করুন" নির্বাচন করুন। আপনি যদি টরন্টো পাবলিক হেলথ (TPH) থেকে কোনো চিঠি পান তবে 10-অঙ্কের OIID নম্বরটি উপরের ডানদিকের কোণায় পাওয়া যাবে। আপনার যদি OIID নম্বর না থাকে তবে 416-338-7600 নম্বরে কল করুন, 'টিকাদানের জন্য বিকল্প 2 নির্বাচন করুন'।

### Verify with Health Card Number

Ontario Health Card Number

Version Code

[View Example](#)

Stock Control Number (SCN)

This 9 digit alpha-numeric code can be found on the back of your Health Card. [View Example](#).

This Health Card Number belongs to:

Patient First Name

Patient Last Name

Sex

Date of Birth (YYYY-MM-DD)

OR

### Verify Patient with Immunization ID

Ontario Immunization ID

[Learn more](#) about the Ontario Immunization ID and where it can be found.

[Learn more](#) about the Ontario Immunization ID and where it can be found.

[Return to top of page](#)

6. টিকাদানের তথ্য দেখতে,

- টিকাদানের রেকর্ড কার কাছে আছে তা নির্বাচন করুন:
  - **নির্ভরশীল** = আপনি 15 বছরের কম বয়সী কোনো শিশু/শিক্ষার্থীর বাবা-মা
  - **আমি** = আপনি 16 বছর বা তার বেশি বয়সের কোনো শিক্ষার্থী
- PIN লিখুন এবং '**রোগী যাচাই করুন**' নির্বাচন করুন আপনি যদি আপনার PIN ভুলে যান তবে '**পিন ভুলে গেছি**'-এ ক্লিক করুন

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি অনেকবার ভুল PIN লেখেন তবে আপনি ICON থেকে লকড আউট হতে পারেন। অনুগ্রহ করে 416-338-7600 নম্বরে কল করুন আরও সহায়তার জন্য।

### Verify PIN to View Immunizations

Ontario Immunization ID

This Ontario Immunization ID belongs to: ←

PIN ←

[Forgot PIN](#)

←

7. শিশু / শিক্ষার্থীর রেকর্ডে থাকা অবস্থায় আপনি প্রয়োজনীয় টিকার একটি তালিকা দেখতে পাবেন। উদাহরণস্বরূপ:

- কাশি
- ডিপথেরিয়া
- ধনুষ্টংকার

8. অপ্রদানকৃত টিকার তথ্যে প্রবেশ করতে শুরু করতে 'টিকাদানের তথ্য জমা দিন'-এ ক্লিক করুন।

Missing information from the record above?

Submit Immunizations

9. TPH থেকে যদি আপনি কোনো চিঠি পেয়ে থাকেন, তাহলে 'হ্যাঁ' নির্বাচন করুন; আর না পেয়ে থাকলে 'না' নির্বাচন করুন।

10. আপনি যেসব টিকার তথ্য দিচ্ছেন, সেগুলো যদি সবগুলোই অন্টারিওতে নেওয়া হয়ে থাকে, তাহলে 'হ্যাঁ' নির্বাচন করুন। যদি এক বা একাধিক টিকা অন্টারিওর বাইরে নেওয়া হয়ে থাকে, তাহলে 'না' নির্বাচন করুন; আর নিশ্চিত না হলে 'অনিশ্চিত' নির্বাচন করুন।

**Immunizations**

**Have you received a letter from Toronto Public Health asking for updated immunization information?** ^

Yes  
 No

**Were ALL the immunizations that you are entering received in Ontario?** ^

Yes  
 No  
 Unsure

11. ICON-এ টিকা সংক্রান্ত তথ্য কোন ফরম্যাটে (তারিখ অনুযায়ী নাকি টিকা/ব্র্যান্ডের নাম অনুযায়ী) প্রবেশ করাবেন তা লিখুন।

12. আপনি যে টিকার তথ্য দিচ্ছেন, তার ফরম্যাট নির্বাচন করুন: তারিখ/হলুদ কার্ড অথবা টিকাদানের রেকর্ড অনুযায়ী গ্রুপ করা হয়েছে।

**What format is the immunization record you are entering?** ^

Grouped by Date / Yellow Card

**2012-03-26**

DTaP-IPV-Hib  
Pneu-C  
Rota-5

Grouped by Immunization

**DTaP-IPV-Hib**

2012-03-26  
2012-05-21  
2012-07-17

[Save and Proceed to Documents](#)


আপনি যে বিকল্পই বেছে নিন না কেন, অনুসরণের পদক্ষেপগুলো একই রকম হবে।

13. 'তারিখ ও টিকার তথ্য যোগ করুন'।-এ ক্লিক করুন। আপনার স্ক্রিনে একটি পপআপ উপস্থিত হবে যেখানে আপনি টিকাদানের তথ্য লিখতে পারবেন।

**Format? (Grouped by Immunization)** ▼

---

**Please Enter Immunizations**

  
 Add a Date & Immunization

---


Save and Proceed to Documents

14. যে তারিখে টিকা দেওয়া হয়েছিল তা লিখুন। তারিখ প্রবেশ করার পর 'টিকা/ব্র্যান্ডের নাম' লিখুন। ড্রপ-ডাউন তালিকায় নামটি দেখা গেলে সেটিতে ক্লিক করুন।

**Enter a date and the immunization** ✕

received on that date.

Date (YYYY-MM-DD)



←


2 Months ▲

DTaP-IPV-Hib

**Enter a date and the immunization** ✕

received on that date.

Date (YYYY-MM-DD)



2008-09-24

Date is estimated

**Immunization / Brand Name**

tetanus, dip

**Agents (Immunizations)**

DTaP-IPV-Hib ★ Common

Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Hib


Td ★ Common

Tetanus, Diphtheria


Tdap ★ Common

Tetanus, Diphtheria, Pertussis


14-16 Years ▲

 Tdap  
 Tetanus, Diphtheria, Pertussis

24-26 Years

 Tdap  
 Tetanus, Diphtheria, Pertussis

35 Years+

 Td ▼  
 Diphtheria, Tetanus

অন্টারিওর সরকারি অর্থায়নে পরিচালিত টিকাদান সূচি শিশুর দুই মাস বয়স থেকে শুরু হয়। টিকার তারিখ ও ব্র্যান্ডের নাম প্রবেশ করার সময় স্ক্রিনের পাশের প্যানেল, আপনার ইয়েলো কার্ড অথবা প্রদত্ত চার্টটি দেখুন।

15. রোগীর তথ্য নিশ্চিত করুন।
16. 'জমাদানকারীর তথ্য' স্ক্রিনে সমস্ত তথ্য ক্ষেত্র লিখুন। 'সংরক্ষণ করুন এবং পর্যালোচনার জন্য এগিয়ে যান'-এ ক্লিক করুন।

### Additional Information

Please enter any missing information below. Please note that changes will not appear until reviewed by your local public health unit.

**Phone**

Ext

This will be used to contact you if there are any questions about your submission.

**Ontario Health Card Number (optional)**

### We can send you an email confirmation

**Email (optional)**

**Confirm Email (optional)**

We will email you a confirmation when your submission has been processed. We will not share this email address with anyone else.

---

Back to Documents

Save and Proceed to Review

17. পর্যালোচনা করুন এবং নিশ্চিত করুন যে সমস্ত তথ্য সঠিক। 'টিকাদানের তথ্য জমা দিন'-এ ক্লিক করুন আপনি আপনার রেফারেন্সের জন্য একটি ট্র্যাকিং নম্বর পাবেন।

Submit Immunizations

Table for how to enter vaccinations into ICON

Age at Vaccination	Vaccines	Vaccine/Brand Name	Product Name
2 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or Infanrix-IPV/Hib
	Pneumococcal Conjugate 13	Pneu-C-13	Pprevnar 13
	Pneumococcal Conjugate 15	Pneu-C-15	Vaxneuvance
	Rotavirus	Rot-1	Rotarix
		Rot-5	RotaTeq
		Rota	N/A
4 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or Infanrix-IPV/Hib
	Pneumococcal Conjugate 13	Pneu-C-13	Pprevnar 13
	Pneumococcal Conjugate 15	Pneu-C-15	Vaxneuvance
	Rotavirus	Rot-1	Rotarix
		Rot-5	RotaTeq
		Rota	N/A
6 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or Infanrix-IPV/Hib
12 months	Pneumococcal Conjugate 13	Pneu-C-13	Pprevnar 13
	Pneumococcal Conjugate 15	Pneu-C-15	Vaxneuvance
	Meningococcal Conjugate	Men-C-C	Menjugate or NeisVac-C
	Measles, Mumps, Rubella	MMR	Priorix or MMR II
15 months	Varicella	Var	Varivax III or Varilrix
18 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or INFANRIX
4 to 6 years	Measles, Mumps, Rubella, Varicella	MMRV	Proquad or Priorix-Tetra
	Tetanus, Diphtheria, Pertussis, Polio	Tdap-IPV	Adacel-Polio or Boostrix-Polio
Grade 7 Note: Meningococcal vaccine is mandatory for school attendance	Hepatitis B	HB	Recombivax HB or Engerix-B or Twinrix (HAHB) or Prehevbrio
	Meningococcal Conjugate ACYW-135	Men-C-ACYW	Menactra or Nimenrix or MenQuadfi or Menveo
	Human Papillomavirus	HPV-9	Gardasil 9
14 to 16 years	Tetanus, diphtheria, pertussis	Tdap	Adacel or Boostrix