



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

औलो, कुष्ठरोग र कालाजार नमूना संकलन फारम

MALARIA, LEPROSY AND KALA-AZAR SPECIMEN COLLECTION FORM

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश :

जिल्ला:

नगर/ गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण

स्वास्थ्य सस्थाको नाम:

ठेगाना: जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका :

भाग २

दर्ता नं.	सेवाको प्रकार	स्लाईड संकलन मिति			सेवाग्राहीको			उमेर		स्लाईड नम्बर	श्रोत		प्रयोगशाला परीक्षण						परिणाम						कैफियत				
		ग	म	सा	नाम	थर	जाती कोड*	महिला	पुरुष		ACD	PCD	पुगेको मिति			जाँच मिति			औलो			कुष्ठ				कालाजार			
													ग	म	सा	ग	म	सा	ग	म	सा	फाट	अवस्था	घनत्व		EL(R)	EL(L)	L1	L2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	
											1	2															1	2	

नाम:

नतिजा पठाइएको मिति (गते/महिना/साल)

*जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

पद:

सही:

... .. / / २०....