 नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली कुष्ठरोग परीक्षण र उपचार कार्ड				प्रदेश:		जिल्ला:		गा.पा./न.पा./उप/म.न.पा:		स्वास्थ्य संस्था:	

भाग १-विरामीको विवरण

मूल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	दर्ता भएको मिति			विरामीको नाम र थर	लिङ्ग	उमेर	सम्पर्क नं.
		ग	म	सा				
पेशा	ठेगाना	जिल्ला			गा.पा./न.पा./उप/म.न.पा	वडा नं.	गाँउ टोल	घरमुलीको नाम
	जन्म स्थान							
जाति कोड	स्थायी							
	हालको							

भाग २-रोगको अवस्था

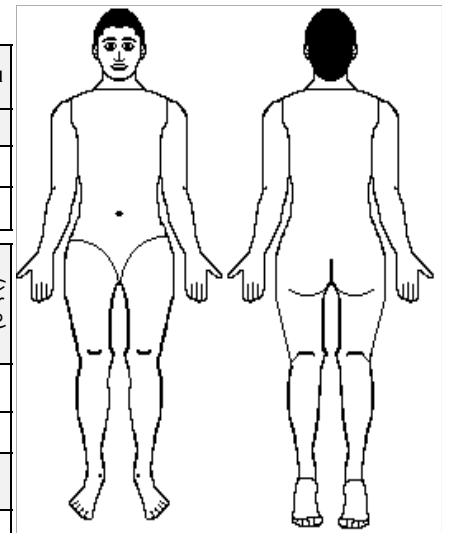
इतिहास							
प्रारम्भिक लक्षण:				जर्चाउन आउनुका कारण			
लक्षणको अवधि	वर्ष	महिना	दिन				
परिवार वा नातामा कसैलाई कुष्ठरोग			थियो	<input type="checkbox"/>	थिएन	<input type="checkbox"/>	थियो भने नाता:
पहिले कुष्ठरोगको उपचार लिएको/ नलिएको							
MB MDT	<input type="checkbox"/>	PB MDT	<input type="checkbox"/>	कति महिना खाएको	<input type="checkbox"/>	अन्तिम मात्रा कति महिना अगाडि खाएको	<input type="checkbox"/>
नयाँ	<input type="checkbox"/>	(नयाँ विरामी भन्नाले कहिलेपनि दर्ता नभएको विरामीलाई बुझाउँछ)		पहिले दर्ता भइसकेको	Transferred in	Relapsed	Re-starter
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पत्ता लागेको तरिका:	Contact Examination	Voluntarily	Referred	Others (School Survey, Active Case Detection, LPEP,)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

छाला/आँखा जाँचको विवरण		छ	छैन
छुँदा थाहा नहुने दाग			
दागको संख्या			
नयाँ मांशपेशी कमजोर वा छुँदा थाहा नहुने छ? (६ महिनाभित्र)			
छालामा Infiltration			
छालामा सुख्खापन			
ल्यागपथलमस			
आँखा रातो छ?			

स्मेयर मिति		
Skin Smear Sites	Date	Date
(R) Earlobe		
(L) Earlobe		
Lesion 1 or (R) Arm		
Lesion 2 or (R) Thigh		
BI		

स्नायूको स्थिति	Ulnar		Median		Radial		Lateral Poplital		Posterior Tibial	
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L
Thickened										
Tender										

निदानको समयमा प्रतिक्रिया	Mild	Severe	असमर्थताको श्रेणी	आँखा		हात		गोडा		अधिकतम श्रेणी (०-१,२)	EHF Score (०-१२)
Type I				दा (०/२)	बा (०/२)	दा (०/१/२)	बा (०/१/२)	दा (०/१/२)	बा (०/१/२)		
Type II			निदानको समयमा								
Neuritis	Yes	No	RFT को समयमा								
कुष्ठरोगको प्रकार				हालको उपचार							
MB	<input type="checkbox"/>	PB	<input type="checkbox"/>	MB MDT	<input type="checkbox"/>	PB MDT	<input type="checkbox"/>				



चिन्ह: ○ = दाग, \ = स्नायू, ⊕ = छुँदा थाहा नहुने,
Infiltration ⊙ Ulcer= ⊗

जाँच गर्नेको नाम: _____

पद: _____

दस्तखत: _____

मिति: (ग/म/सा) _____ / _____ / _____

भाग ३-उपचारको स्थिति

पहिलो मात्रा औषधी खाएको मिति: / /

आर्थिक वर्ष	महिना-महिनाको उपचार												घटाइएको विवरण र मिति	
	श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.	आ.		

घटाइएको विवरण: Release from Treatment (RFT), Transfer Out, Defaulter, Lost to follow-up, Others (Died, Wrong Diagnosis)

भाग ४-कुष्ठरोगको प्रतिक्रिया व्यवस्थापन / अन्य उपचार (Reaction during treatment)

मिति	चिन्ह तथा लक्षण	निदान	औषधी	मात्रा	उपचारको अवधि

भाग ५-Medical and Social Rehabilitation

जीवनयापनको लागि सहयोग (छ भने चिन्ह लगाउनुहोस्)	शिक्षा <input type="checkbox"/>	स्वरोजगार <input type="checkbox"/>	नयाँ घर <input type="checkbox"/>	घर मर्मत <input type="checkbox"/>	अन्य
सहयोग गरेको मिति	मिति	मिति	मिति	मिति	मिति
सहयोग गर्ने संस्था					
	मिति	मिति	मिति	मिति	मिति
स्वयं हेरचाह किट (Kit) सहयोग					
स्वयं हेरचाह सम्वन्धि तालिम					
जुत्ता आवश्यक (छ / छैन) छ भने वितरण मिति					
सहयोग सामग्री आवश्यक (छ / छैन) छ भने वितरण मिति					
सुधारात्मक शल्यक्रिया आवश्यक (छ / छैन) छ भने:-	शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/ गोडा)		शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/ गोडा)		शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/ गोडा)
	आँखा	हात	गोडा		
	दायाँ	बायाँ	दायाँ	बायाँ	

भाग ६-विरामीको फलो अप (Follow-up)

मिति	विवरण	Clinical / Laboratory	दिइएको उपचार

भाग ९ - मांसपेशी जाँच (Voluntary Muscle Test)

RIGHT			Date	LEFT		
Date	Date	Date		Date	Date	Date
			Vision			
			Lid gap in mm			
			Blink- present (Yes/No)			
			Little Finger out			
			Thumps up			
			Wrist Extension			
			Foot up			
			Disability Grade Hand			
			Disability Grade Eye			
			Disability Grade Feet			

Date					
Maximum WHO Grade					
Signature					
Muscle Power: S=Strong, W=Weak, P=Paralysis			* Score of Vision: Counting Finger at 6m 0=Normal, 1= Blurring Vision, 2= Unable to count		

जाँच गर्नेको नाम: _____ पद: _____
दस्तखत: _____ मिति: (ग.म.सा) ____/____/____

कुष्ठरोगको निदान

तल उल्लेखित ३ वटा चिन्हहरूमध्ये कुनै एक चिन्ह पाउनु भएमा कुष्ठरोग हो भनि निदान गरी उपचार गर्नसक्नु हुनेछ।	
१	छालामा फुस्रो वा रातो र निश्चितरूपमा स्पर्शशक्ति हराएका दागहरू
२	बाहिरी सतहका स्नायूहरू (Peripheral Nerves) सुत्रिनुका साथै सो स्नायूबाट सञ्चालित भागहरूमा स्पर्शशक्ति हराएमा वा मांसपेशी कमजोर भएमा
३	छालाको स्मेयर जाँच गर्दा कुष्ठरोगको किटाणु देखिएमा (Skin Smear Positive)

कुष्ठरोगको वर्गीकरण

MB		PB	
#	शरीरमा ६ वा ६ भन्दा बढी दाग भएमा	#	१ देखि ५ सम्म दाग भएका
#	१ वा १ भन्दा बढी स्नायूहरू सुत्रिनु/दुख्नु/मोटो हुनु	#	स्किन स्मेयर नेगेटिभ भएमा
#	स्किन स्मेयर पोजेटिभ भएमा		

असमर्थताको श्रेणी (हात, खुट्टा र आँखा)

० श्रेणी: हात, खुट्टा र आँखा सामान्य (कुष्ठरोगको कारणले कुनै असर नगरेको)
१ श्रेणी: हात र खुट्टामा स्पर्श शक्ति हराएको तर आँखाले देखिनेखालको असमर्थता तथा अपांगता (अङ्गभङ्ग) नभएको
२ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने खालको असमर्थता तथा अपांगता (अङ्गभङ्ग) भएको आँखामा कुष्ठरोगको कारणले CORNEA मा चेतना शक्ति हराएको, Lagophthalmos भएको साथै दृष्टिशक्ति ६/६० भन्दा कम भएको तथा देखिने असमर्थता तथा अपांगता भएको

E

यो चिन्ह आँखाको दृष्टिको जाँच गर्नका लागि हो। यो २ हात (१ मिटर) परवाट जाँच्नुपर्छ। यदि माथिको चिन्ह स्पष्टसंग देख्न सकेमा दृष्टि ६/६० भन्दा राम्रो मान्नु पर्छ।