



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
TB स्क्रीनिंग र सम्पर्क परीक्षण फारम

क्रम संख्या.....					मिति:.....									
उद्देश्य उल्लेख गर्नुहोस्: १. जोखिम समूह को स्क्रीनिंग					२. सम्पर्क परीक्षण									
सम्पर्क परीक्षणको हकमा यो बक्स भर्नुहोस्														
बिरामीको नाम (Index Case):					उमेर:			लिंग: म पु						
TB को प्रकार:		१. DRTB		२. DS TB		दर्ता नम्बर:								
उपचारमा भर्ना भएको मिति:.....					उपचार सुरु मिति:									
परिवारको संख्या:														
ठेगाना		प्रदेश:		जिल्ला:		न.पा/गा.पा:								
		वडा नम्बर:		टोल:		सम्पर्क नम्बर:								
क्र. सं	स्क्रीन गरिएका/सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यहरूको नाम	उमेर		Index case संगको सम्बन्ध (घरपरिवार सम्पर्क को हकमा*)	क्षयरोगका लक्षणहरू **						कैफियत			
		म	पु		छैन	छ	यदी लक्षण छ भने संकेत का आधार मा गोलो लगाउनुहोस							
१	२	३	४	५	६	७	८						९	
१					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
२					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
३					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
४					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
५					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
६					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
७					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
८					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
९					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
*घरपरिवार सम्पर्क: जो क्षयरोग (Index Case) भएको व्यक्ति संग एउटै घरमा सुत्ने र खाने गरेको छ														
**लक्षण (बयस्क)					**लक्षण - बच्चा (०-१४ वर्ष)									
१. खोकी		२. ज्वरो			१. खोकी		२. ज्वरो							
३. रातमा पसिना आउने		४. खान मन नलाग्नु			३. राम्रोसंग खान नसक्नु		४. तौल घट्नु							
५. तौल घट्नु		६. छाती दुखु			५. वृद्धि विकास राम्रो नहुनु		६. थकित देखिनु							
६. खकार मा रगत देखिनु					७. चंचलता मा कमि आउनु									
साक्षात्कारकर्ताको नाम:					हस्ताक्षर									