

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड
.....अस्पताल/स्वा.चौ./आ.स्वा.से.के./सा.स्वा.इ/श.स्वा.के

१. दर्ता नं		२. उपचार शुरु मिति		
३. नाम थर		४. उमेर	५. लिंगः	
६. ठेगाना	प्रदेश	जिल्ला		
	नगर/गाउँ पालिका		वार्ड नं	
७. उपचार सहयोगीको नाम र सम्पर्क नं				
८. उपचार विवरण				
विवरण		उपचार शुरु	दोस्रो महिना	तेस्रो महिना
८.१. क्षयरोग लक्षणः (१. भएको २. नभएको)		१ २	१ २	१ २
८.२ तौल				
८.३ औषधीको नाम र मात्रा				
८.४ औषधी उपलब्ध गराएको मिति				
९. उपचार नतिजा र मिति		१.	२.	३. ४ मिति:.....
१. उपचार पुरा गरेको २. खान छोडेका, ३. मृत्यू भएको, ४. मुल्यांकन हुन नसकेको				

TB Preventive Therapy (TBPT) Card				
.....Hospital/PHC/Health Post				
Contact / TBPT Reg. No.				
TBPT Start Date				
Name:.....		.Age:		Sex F M
Address	Province		District	
	M/RM		Ward No	
Provider's Contact No.				
Treatment and follow up	Month 1	Month 2	Month 3	Remarks
TB Symptoms yes=1, No=2	1 2	1 2	1 2	
Weight				
No. of Tablets (HR)				
Drug Provided Date				
Outcome	1.COMPLETED		2.DISCONTINUED	
Outcome Date	3.DIED		4.NOT EVALUATED	