গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি, বাংলাদেশ
প্রোগ্রামেটিক ম্যানেজমেন্ট অব ড্রাগ রেজিস্টেন্ট টিউবারকুলোসিস
ডিআর টিবি রোগীর পরিচয় পত্র

Form DR TB 03

পরবর্তী উপস্থিতির তারিখঃ

DOT প্রদানকারীর তথ্যাবলী :

নাম : .....

পদবী : .....

সংস্থা : .....

কর্মস্থল ঠিকানা : .....

.....

মোবাইল :

অফিস .....

ব্যক্তিগত .....

১। আপনার কার্ডের যত্ন নিন।

২। নিয়মিত, পরিমিত ও ক্রমাগত ঔষধ সেবন করুন।

৩। অসম্পূর্ণ চিকিৎসা এবং অনিয়মিত ঔষধ গ্রহণ উভয়েই রোগ নিরাময় না হওয়ার কারণ। এর ফলে রোগের পরিণতি জটিলতর হয় এবং রোগের জীবানু সমাজের অন্যান্য সুস্থ্য ব্যক্তির দেহে ছড়িয়ে পড়তে পারে।

৪। যেখানে সেখানে কফ ও থুথু ফেলবেন না।

৫। হাঁচি ও কাশির সময় নাক-মুখ ঢেকে রাখুন।

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Form DR TB 03

জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি, বাংলাদেশ

প্রোগ্রামেটিক ম্যানেজমেন্ট অব ড্রাগ রেজিস্টেন্ট টিউবারকুলোসিস

ডিআর টিবি রোগীর পরিচয় পত্র

নাম : .....

ডি আর টিবি রেজিঃ নং : .....

e-TB Manager No:- .....

পূর্ণ ঠিকানা : .....

.....

মোবাইল নং : .....

লিঙ্গ : ☐ পুরুষ ☐ মহিলা বয়স : .....

চিকিৎসা শুরুর স্থান : .....

স্থানীয় চিকিৎসা কেন্দ্র/স্থান : .....

রোগের শ্রেণী বিন্যাস	চিকিৎসা শুরুর তারিখ
☐ ফুসফুস ☐ ফুসফুস বহির্ভূত স্থান :	দিন মাস বছর

Type of Patient

Specify .....

Type of Resistance

☐ MDR TB ☐ XDR TB ☐ RR ☐ Poly resistance ..... (Specify) ☐ Other resistance ..... (Specify)

Treatment regimen:

Initial regimen	Intensive phase:
	Continuation phase:
Altered regimen (if any):	

Adverse drug reactions (if any): .....

.....

.....

কর্তৃপক্ষের নাম, পদবী এবং স্বাক্ষর