

জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর ঢাকা, বাংলাদেশ  
পরিচয়পত্র

রোগীর নামঃ \_\_\_\_\_

পূর্ণ ঠিকানাঃ \_\_\_\_\_

(ক) বর্তমানঃ \_\_\_\_\_

(খ) স্থায়ীঃ \_\_\_\_\_

লিঙ্গঃ পুরুষ  মহিলা  বয়সঃ \_\_\_\_\_

যক্ষ্মা রেজিস্ট্রেশন নংঃ \_\_\_\_\_

চিকিৎসা শুরু তারিখঃ \_\_\_\_\_

CAT 1  CAT 2  Child

স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানের নামঃ \_\_\_\_\_

রেফারকৃত ব্যক্তি/ প্রতিষ্ঠানের নামঃ \_\_\_\_\_

প্রতিষ্ঠানের ফোন নংঃ \_\_\_\_\_

ডট (DOT) প্রদানকারীর নামঃ \_\_\_\_\_

ফোন নংঃ \_\_\_\_\_

ঠিকানা (প্রতিষ্ঠান)ঃ \_\_\_\_\_

রোগীর শ্রেণি	
ফুসফুস <input type="checkbox"/>	ফুসফুস বহিভূত <input type="checkbox"/>
জীবাণুমুক্ত <input type="checkbox"/>	স্থানঃ _____
জীবাণুমুক্ত <input type="checkbox"/>	

রোগীর শ্রেণি	
নতুন (New) <input type="checkbox"/>	পূর্বে চিকিৎসা প্রাপ্ত (Previously treated)
চিকিৎসার ইতিহাস অজানা (Treatment History Unknown) <input type="checkbox"/>	পুনঃআক্রান্ত (Relapse) <input type="checkbox"/>
অন্য স্থান হতে প্রেরিত (Transfer in) <input type="checkbox"/>	অকৃতকার্য (Failure) <input type="checkbox"/>
	খেলাপী রোগী (Loss to follow up) <input type="checkbox"/>
	অন্যান্য (Others) <input type="checkbox"/>

স্বাস্থ্য কেন্দ্রে উপস্থিতির তারিখ :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- (১) আপনার কার্ডের যত্ন নিন।
- (২) নির্দেশিত সময় পর্যন্ত সঠিক মাত্রার ঔষধ নিয়মিত সেবন করুন।
- (৩) অসম্পূর্ণ চিকিৎসা মারাত্মক যক্ষ্মা রোগের সৃষ্টি করে যা সহজে আরোগ্য হয় না।
- (৪) যেখানে সেখানে কফ ও থুথু ফেলবেন না।
- (৫) হাঁচি বা কাশির সময় নাক-মুখ ঢেকে রাখুন।
- (৬) চিকিৎসা সম্পূর্ণ শেষে কার্ডটি যত্ন সহকারে রাখুন।

বিঃদ্রঃ ঔষধ সংগ্রহের সময় এই কার্ডটি অবশ্যই সঙ্গে আনতে হবে।

চিকিৎসা শেষের ফলাফল : \_\_\_\_\_

চিকিৎসা শেষের তারিখ : \_\_\_\_\_

৩ সপ্তাহের বেশি কাশি যক্ষ্মা রোগের প্রধান লক্ষণ!

কফ পরীক্ষা ও  
চিকিৎসা সম্পূর্ণ  
ফ্রি