

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"/>

