ফরম-২ঃ সন্দেহজনক কালাজ্বর প্রাদুর্ভাব রিপোর্টিং লগ

(কেন্দ্রীয় পর্যায়ে ব্যবহারের জন্য)

ক্রমিক নং	রিপোর্টের তারিখ *(দিন/মাস/বছর)*	রিপোর্টার *(নাম, পদবি, উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স/স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্র)*	মূল মন্তব্য *(প্রাদুর্ভাব সংক্রান্ত স্থান ও সময় সহ)*	পদক্ষেপ-১		পদক্ষেপ-২		পদক্ষেপ-৩		পদক্ষেপ-৪		পদক্ষেপ-৫		মন্তব্য
				প্রাদুর্ভাব সনাক্তকরন *(হ্যাঁ/ না)*	যদি হ্যাঁ হয়, তারিখ *(দিন/মাস/ বছর)*	দল গঠন করা হয়েছে কি ? *(হ্যাঁ/না)*	যদি হ্যাঁ হয়, তারিখ *(দিন/মাস/ বছর)*	দ্রুত নিয়ন্ত্রনের ব্যবস্থা নেয়া হয়েছে কি? *(হ্যাঁ/না)*	যদি হ্যাঁ হয়, তারিখ *(দিন/ মাস/ বছর)*	বিস্তারিত অনুসন্ধান করা হয়েছে কি *(হ্যাঁ/ না)*	যদি হ্যাঁ হয়, তারিখ *(দিন/মাস/ বছর)*	দীর্ঘ মেয়াদি নিয়ন্ত্রনের ব্যবস্থা নেয়া হয়েছে কি *(হ্যাঁ/ না)*	যদি হ্যাঁ হয়, তারিখ *(দিন/মাস/ বছর)*	