

ফরম-১ঃ সন্দেহজনক কালাজ্বর প্রাদুর্ভাব রিপোর্টিং ফরম

(স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রের (উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স/অন্যান্য) জন্য যারা কেন্দ্রীয় পর্যায়ে রিপোর্ট করবে)

রিপোর্টেড হাসপাতালের নামঃ	
*সেবা কেন্দ্রের ধরনঃ ___	অন্যান্য (উল্লেখ করুন.....)
স্বাস্থ্যকেন্দ্রঃ ___ (১=সরকারি, ২=বেসরকারি, ৩= এনজিও)	
রিপোর্টারের নামঃ	পদবিঃ
রিপোর্টের তারিখ (দিন/মাস/বছর)ঃ ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___	

*১=কমিউনিটি ক্লিনিক, ২=ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্র, ৩=উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স, ৪ =জেলা হাসপাতাল, ৫=টারসিয়ারি হাসপাতাল, ৬=রেফারেল হাসপাতাল/ মেডিকেল কলেজ/বিশেষায়িত প্রতিষ্ঠান, ৭=অন্যান্য

১. সন্দেহজনক কালাজ্বর প্রাদুর্ভাবের ধরনঃ

ক্রমিক নং	কালাজ্বর প্রাদুর্ভাবের সংজ্ঞা	হ্যাঁ/ না
১.	কখনোই কালাজ্বরে আক্রান্ত ছিল না এমন উপজেলা থেকে নতুন কালাজ্বরের রোগী সনাক্ত	
২.	গত ৩ বছরে কালাজ্বরে আক্রান্ত ছিল না এমন উপজেলা থেকে নতুন কালাজ্বরের রোগী সনাক্ত	
৩.	নির্মূলের লক্ষ্যমাত্রা অর্জিত উপজেলা থেকে পুনরায় প্রতি ১০০০০ জনে ১ জনের বেশি কালাজ্বর রোগী	
৪.	কালাজ্বর আক্রান্ত উপজেলায় নতুন গুচ্ছ/ অঞ্চল	
৫.	কালাজ্বর আক্রান্ত উপজেলায় কালাজ্বর রোগীর সংখ্যা হঠাৎ অপ্রত্যাশিতভাবে বেড়ে গেছে	

২. কালাজ্বর প্রাদুর্ভাব এলাকার তালিকাঃ

ক্রমিক নং	রোগী/ গুচ্ছের নাম	ঠিকানা	মন্তব্য

৩. কালাজ্বর প্রাদুর্ভাবের সংক্ষিপ্ত বর্ণনাঃ

.....

.....

রিপোর্টারের নামঃ

স্বাক্ষরঃ

তারিখ (দিন/মাস/বছর)ঃ |___||___||/|___||___||/|___||___||___||