

ফরম-৮ঃ কালাজ্বর/পিকেডিএল রোগী প্রেরণ ফরম

ক্রমিক নংঃ .....

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

রোগীর নামঃ .....

পিতা/স্বামীর নামঃ .....

রোগীর লিঙ্গঃ | | | (১=পুরুষ, ২=মহিলা, ৩=তৃতীয় লিঙ্গ)

বয়স (বছর)ঃ | | | | |

মহল্লা/পাড়া/রাস্তা নংঃ .....

ইউনিয়নঃ .....

জেলার নামঃ .....

গ্রামঃ .....

উপজেলাঃ .....

প্রেরিত হয়েছিল রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসার জন্যঃ | | | (১=নতুন কালাজ্বর, ২= চিকিৎসায় ব্যর্থ কালাজ্বর, ৩=পুনরাবির্ভূত কালাজ্বর, ৪ =পিকেডিএল)

প্রেরনকারীঃ | | | (১=কালাজ্বর অনুসন্ধানকারী সেচ্ছাসেবক, ২=স্বাস্থ্য পরিদর্শক/সহকারী স্বাস্থ্য পরিদর্শক / স্বাস্থ্য সহকারী/পরিবার কল্যাণ সহকারী/পরিবার কল্যাণ পরিদর্শক, ৩=বেসরকারি অদক্ষ ডাক্তার, ৪= বেসরকারি দক্ষ ডাক্তার, ৫=সরকারি ডাক্তার, ৬=অন্যান্য (উল্লেখ করুন.....))

প্রেরনকারীর নামঃ .....

এবং

পদবিঃ .....

প্রেরনকারীর স্বাক্ষরঃ .....

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

কোথায় প্রেরিত হয়েছিলঃ..... উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স

মেডিকেল অফিসারের নামঃ.....

মোবাইল নংঃ .....

► বি দ্রঃ এক কপি রোগী প্রেরনকারীর কাছে সংরক্ষিত হবে।

যেকোনো তথ্য/জিজ্ঞাসার জন্য

যোগাযোগ

১. ডাঃ আ ফ ম আখতার হোসাইন,  
ডেপুটি প্রোগ্রাম ম্যানেজার,  
কালাজ্বর নির্মূল কর্মসূচি,  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালি, ঢাকা  
মোবাইলঃ ০১৬৭২৬৬৭৯১৯

২. ডাঃ এ কে এম আব্দুল কাইয়ুম,  
টেকনিক্যাল কনসালট্যান্ট,  
কালাজ্বর নির্মূল কর্মসূচি, সিডিসি,  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালি, ঢাকা  
মোবাইলঃ ০১৭৯৭১৩১৩১৭