



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
कुष्ठरोग परीक्षण र उपचार कार्ड

प्रदेश:

जिल्ला:

गा.पा./न.पा./उप/म.न.पा.:

स्वास्थ्य संस्था:

भाग १-विरामीको विवरण

मूल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	दर्ता भएको मिति			बिरामीको नाम र थर	लिङ्ग	उमेर	सम्पर्क नं.
		ग	म	सा				

पेशा	ठेगाना	जिल्ला	गा.पा./न.पा./उप/म.न.पा.	वडा नं.	गाउँ टोल	घरमुलौको नाम
	जन्म स्थान					
जाति कोड	स्थायी					
	हालको					

भाग २-रोगको अवस्था

इतिहास					
प्रारम्भिक लक्षण:				जचाँउन आउनुका कारण	
लक्षणको अवधि	वर्ष	महिना	दिन		

परिवार वा नातामा कसैलाई कुष्ठरोग थियो ☐ थिएन ☐ थियो भने नाता: _____

पहिले कुष्ठरोगको उपचार लिएको/ नलिएको

MB MDT ☐ PB MDT ☐ कति महिना खाएको ☐ अन्तिम मात्रा कति महिना अगाडि खाएको ☐

नयाँ ☐ (नयाँ बिरामी भन्नाले कहिलेपनि दर्ता नभएको बिरामीलाई बुझाउँछ।)

पहिले दर्ता भइसकेको ☐ Transferred in ☐ Relapsed ☐ Re-starter ☐ Others ☐

पत्ता लागेको तरिका : Contact Examination ☐ Voluntarily ☐ Referred ☐ Others ☐ (School Survey, Active Case Detection, LPEP,)

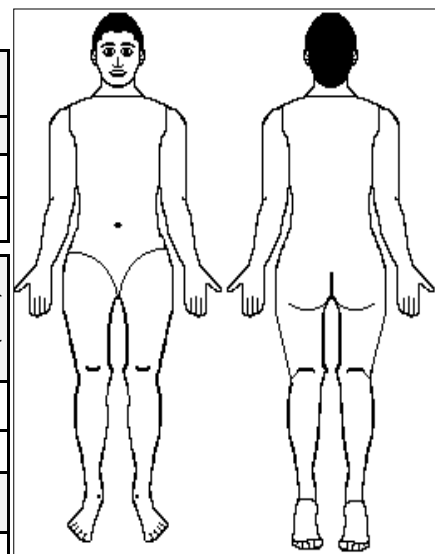
छाला/आँखा जाँचको विवरण	छ	छैन
छुँदा थाहा नहुने दाग		
दागको संख्या		
नयाँ मांशपेशी कमजोर वा छुँदा थाहा नहुने छ? (६ महिनाभित्र)		
छालामा Infiltration		
छालामा सुख्खापन		
आखाको ढकनी (Eyelid)		
आँखा रातो छ?		

स्मेयर मिति	ग/म/सा	ग/म/सा
Skin Smear Sites	Smear Result	Smear Result
(R) Earlobe		
(L) Earlobe		
Lesion 1 or (R) Arm		
Lesion 2 or (R) Thigh		
BI		

स्नायूको स्थिति	Ulnar		Median		Radial		Lateral Popliteal		Posterior Tibial	
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L
Thickened										
Tender										

निदानको समयमा प्रतिक्रिया	Mild	Severe	असमर्थताको श्रेणी	आँखा		हात		गोडा		अधिकतम श्रेणी (०-१२)	EHF Score (०-१२)
Type I				दा (०/२)	बा (०/२)	दा (०/१/२)	बा (०/१/२)	दा (०/१/२)	बा (०/१/२)		
Type II			निदानको समयमा								
Neuritis	Yes	No	RFT को समयमा								

कुष्ठरोगको प्रकार				हालको उपचार			
MB	<input type="checkbox"/>	PB	<input type="checkbox"/>	MB MDT	<input type="checkbox"/>	PB MDT	<input type="checkbox"/>



चिन्ह: ○ = दाग, \ = स्नायू, ⊕ = छुँदा थाहा नहुने,
Infiltration ⊙ Ulcer=⊗

जाँच गर्नेको नाम:

पद:

दस्तखत:

मिति: (ग/म/सा)

भाग ३-उपचारको स्थिति

पहिलो मात्रा औषधी खाएको मिति: / /

आथिक वर्ष	महिना-महिनाको उपचार												घटाइएको विवरण र मिति
	श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.	आ.	

घटाइएको विवरण: Release from Treatment (RFT), Transfer Out, Defaulter, Lost to follow-up, Others (Died, Wrong Diagnosis)

भाग ४-कुष्ठरोगको प्रतिक्रिया व्यवस्थापन / अन्य उपचार (Reaction during treatment)













मिति	चिन्ह तथा लक्षण	निदान	औषधी	मात्रा	उपचारको अवधि

भाग ५-Medical and Social Rehabilitation


जीवनयापनको लागि सहयोग (छ भने चिन्ह लगाउनुहोस्)	शिक्षा <input type="checkbox"/>	स्वरोजगार <input type="checkbox"/>	नयाँ घर <input type="checkbox"/>	घर मर्मत <input type="checkbox"/>	अन्य
सहयोग गरेको मिति	मिति	मिति	मिति	मिति	मिति
सहयोग गर्ने संस्था					
	मिति	मिति	मिति	मिति	मिति
स्वयं हेरचाह किट (Kit) सहयोग					
स्वयं हेरचाह सम्बन्धि तालिम					
जुता आवश्यक (छ / छैन)					
छ भने वितरण मिति					
सहयोग सामग्री आवश्यक (छ / छैन) छ भने वितरण मिति					
सुधारात्मक शल्यक्रिया आवश्यक (छ / छैन) छ भने:-	शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/ गोडा)		शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/ गोडा)		शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/ गोडा)
आँखा	हात	गोडा			
दायाँ बायाँ	दायाँ बायाँ	दायाँ बायाँ			




भाग ६-विरामीको फलो अप (Follow-up)

मिति	विवरण	Clinical / Laboratory	दिइएको उपचार

भाग ७	Assessment of Disability and Nerve Function				Comments
Date: DD/MM/YY Accessor:					
Date: DD/MM/YY Accessor:					
Date: DD/MM/YY Accessor:					

Key: (Put these marks/icons on the side where lesion is seen)

Sensation Present within 3 cm = ✓, Contracture = S, Scar/Callus =  Clawing = C

Anaesthesia = X, Wound = , Shortening level =  Crack = 

[illegible]

भाग ९ - मांसपेशी जाँच (Voluntary Muscle Test)

RIGHT				LEFT		
Date	Date	Date		Date	Date	Date
.....	Vision
			Lid gap in mm			
			Blink- present (Yes/No)			
			Little Finger out			
			Thumps up			
			Wrist Extension			
			Foot up			
			Disability Grade Hand			
			Disability Grade Eye			
			Disability Grade Feet			

Date					
Maximum Disability Grade					
Signature					
Muscle Power: S=Strong, W=Weak, P=Paralysis			* Score of Vision: Counting Finger at 6m 0=Normal, 1= Blurring Vision, 2= Unable to count		

जाँच गर्नेको नाम: _____ पद: _____
 दस्तखत: _____ मिति: (ग.म.सा) ____/____/____

कुष्ठरोगको निदान

तल उल्लेखित ३ वटा चिन्हहरूमध्ये कुनै एक चिन्ह पाउनु भएमा कुष्ठरोग हो भनि निदान गरी उपचार गर्नसक्नु हुनेछ।

१	छालामा फुस्रो वा रातो र निश्चितरूपमा स्पर्शशक्ति हराएका दागहरू देखिएमा
२	बाहिरी सतहका स्नायूहरू (Peripheral Nerves) सुन्निलुका साथै सो स्नायूबाट सञ्चालित भागहरूमा स्पर्शशक्ति हराएमा वा मांसपेशी कमजोर भएमा
३	छालाको स्मेयर जाँच गर्दा कुष्ठरोगको किटाणु देखिएमा (Skin Smear Positive)

कुष्ठरोगको वर्गीकरण

MB		PB	
#	शरीरमा ६ वा ६ भन्दा बढी दाग भएमा	# २	
#	१ वा १ भन्दा बढी स्नायूहरू सुन्निलु/दुख्छु/मोटो हुनु	#	स्किन स्मेयर नेगेटिभ भएमा
#	स्किन स्मेयर पोजेटिभ भएमा		

असमर्थताको श्रेणी (हात, खुट्टा र आँखा)

० श्रेणी: हात, खुट्टा र आँखा सामान्य (कुष्ठरोगको कारणले कुनै असर नगरेको)
१ श्रेणी: हात र खुट्टामा स्पर्श शक्ति हराएको तर आँखाले देखिनेखालको असमर्थता तथा अपांगता (अङ्गभङ्ग) नभएको
२ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने खालको असमर्थता तथा अपांगता (अङ्गभङ्ग) भएको
आँखामा कुष्ठरोगको कारणले CORNEA मा चेतना शक्ति हराएको, Lagophthalmos भएको साथै दृष्टिशक्ति ६/६० भन्दा कम भएको तथा देखिने असमर्थता तथा अपांगता भएको

<input type="checkbox"/>	यो चिन्ह आँखाको दृष्टिको जाँच गर्नका लागि हो। यो २ हात (१ मिटर) परवाट जाँच्नुपर्छ। यदि माथिको चिन्ह स्पष्टसंग देख्न सकेमा दृष्टि ६/६० भन्दा राम्रो मान्नु पर्छ।
--------------------------	---