



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर

LEPROSY TREATMENT REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

जिल्ला:

गाउँ/नगरपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

रजिष्टर भर्ने तरिका:

महल नं	महल शिर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं	प्रत्येक महिनामा क्रम संख्या १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ ।
२	मूल दर्ता नं/ सेवा दर्ता नं	महल २ को पहिलो कोठामा बिरामीको दर्ता भएको मुल दर्ता नम्बर र दोश्रो कोठामा सेवा दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ । सेवा दर्ता नं. प्रत्येक आ.व.मा परिवर्तन नगरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ । यदि परिवर्तन गरेमा बिरामीको Treatment cohort analysis गर्न कठिन हुन्छ साथै Recycle case हरू बढ्ने सम्भावना हुन्छ ।
३-५	दर्ता मिति	स्वास्थ्य संस्थामा बिरामी दर्ता भएको मिति लेख्नु पर्दछ । गते ,महिना र साल छुट्याछुट्टै महलमा लेख्नु पर्दछ ।
६	बिरामीको नामथर अभिभावकको नाम, जाति कोड	महल ६ मा ३ वटा कोठाहरू रहेका छन् । पहिलो कोठामा बिरामीको नाम र थर, दोश्रो कोठामा बिरामीको अभिभावकको नामथर र तेश्रो कोठामा जाती कोड क्रमशः लेख्नुपर्दछ । जाती कोड निर्देशिकाको पछाडी पट्टी लेखिएको छ ।
७-८	बिरामीको उमेर र लिंग	बिरामी महिला भए महल ७ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ साथै बिरामी पुरुष भए महल ८ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
९	वैवाहिक स्थिति (कोड), पेशा, सम्पर्क नम्बर	यस महलको पहिलो कोठामा बिरामीको वैवाहिक स्थितिको कोड नं. लेख्नुपर्दछ । अविवाहित- १, विवाहित-२, पारपाचुके- ३ , विधुवा/विधुर- ४, छुट्टिएको- ५, लागू नहुने- ६ गरी कोड नं. लेख्नु पर्दछ । दोश्रो कोठामा बिरामीको हालको पेशा लेख्नुपर्दछ । तेश्रो कोठामा बिरामीको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१०	ठेगाना	यस महलमा सेवा लिने व्यक्तिको पुरा ठेगाना लेख्नु पर्दछ । यस महलमा २ वटा कोठा छुट्टयाइएको छ । पहिलो कोठामा बिरामीको स्थायी ठेगाना (जिल्ला, पालिका, वडा नं.) लेख्नुपर्दछ । विदेशीको हकमा देशको नाम लेख्नु पर्दछ । दोस्रो कोठामा हाल बसोबास गर्ने जिल्ला, पालिका, वडा नं र गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ । विदेशी नागरिकको हकमा पनि हाल नेपालमा बसोबास गरिरहेको भए जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल सम्बन्धी सम्पूर्ण विवरण लेख्नुपर्दछ ।
११	रोग पत्ता लागेको तरिका	रोग पत्ता लागेको तरिका देहाय अनुसार कोडमा खुलाउनु पर्दछ । Voluntarily = १, Referred = २, Contact Examination = ३, Skin Camp = ४, Other (Specify) = ५
१२	यस रजिष्टरमा थप भएको तरिका	बिरामी कुन तरिकाले यस रजिष्टरमा दर्ता हुन आएको हो सोही अनुसार कोड खुलाउनु पर्दछ । कोड: नयाँ दर्ता (New Patient)=१, स्थानान्तरण भई आएको (Transfer in)= २, फेरी औषधी सुरु गरेको (Restarter) = ३, पुनःबलिइएको (Relapse) = ४, Other such as classification change and other (Specify) = ५
१३-१४	लेप्रा रियाक्सन (Type-१, Type-२), Neuritis	यस महलमा ३ वटा कोठा छुट्टयाइएको छ । पहिलो कोठाको बायाँ भागमा रियाक्सनको प्रकार Type-१ अथवा Type-२ खुलाउनु पर्दछ । पहिलो कोठाको दायाँ भागमा Neuritis भएमा “छ” र नभएमा “छैन” भनि उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	मिति	दोश्रो कोठामा लेप्रा रियाक्सन र Neuritis निदान भएको तथा उपचारको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	उपचार	तेश्रो कोठामा लेप्रा रियाक्सनको लागि दिइएको उपचार लेख्नुपर्दछ ।
१५	आर्थिक वर्ष	बिरामी दर्ता भएको आर्थिक वर्ष लेख्नु पर्दछ र आउने वर्षहरू क्रमशः त्यस मुनि लेख्नु पर्दछ ।
१६-२७	महिना/महिनाको उपचार नियमितता	आर्थिक वर्ष श्रावणदेखि आषाढसम्ममा बिरामी आएको महिनामा औषधी खाएको मात्रा अनुसार (१, २, ३ ...) लेख्नु पर्दछ । नखाएको महिनामा खाली छोड्नु पर्दछ । यदि स्वास्थ्यकर्मी घरमा गई अनुगमन गरेको भए (Home Visit - HV) लेख्नु पर्दछ ।
२८	स्मेयर नतिजा	बिरामीको स्किन स्मेयरको नतिजा नेगेटिभ भए (-Ve) र पोजेटिभ भए (+Ve) भए घनत्व

महल नं	महल शिर्षक	निर्देशन
		अनुसार चिन्हद्वारा जनाउनु पर्दछ । जस्तै: पोजेटिभको हकमा ३+Ve, ४+Ve, आदि अंक खुलाई लेख्नु पर्दछ ।
२९	असमर्थताको अधिकतम श्रेणी	सबै नयाँ बिरामी दर्ता हुदा र उपचार पूरा गर्दा (RFT) असमर्थताको श्रेणी ०, १ वा २ कुन हो सो लेख्नु पर्दछ ।
३०	EHF Score	बिरामीको Eyes, Hands and Feet disability को Total score (EHF Score) कति हो सो यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
३१	Ulcers	कुष्ठरोगको बिरामीमा निदानको समयमा, उपचारको अवधि वा त्यस पश्चात कुनै पनि भागमा ulcer छ/छैन लेख्नु पर्दछ ।
३२	सम्पर्क परीक्षण गर्नुपर्ने व्यक्तिहरूको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परीक्षण गर्नुपर्ने परिवार, इष्टमित्र तथा छिमेकी सदस्यहरूको संख्या लेख्नु पर्दछ । सो संख्या Leprosy post-exposure prophylaxis (LPEP) निर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्दछ ।
	सम्पर्क परीक्षण गरेको व्यक्तिहरूको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परीक्षण गरिएका परिवार, इष्टमित्र तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
	सम्पर्क परीक्षणबाट बिरामी पत्ता लागेको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आई सम्पर्क परीक्षण गरिएका परिवार, इष्टमित्र तथा छिमेकी सदस्य मध्ये नयाँ बिरामी पत्ता लागेको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
३३	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/LF/OD)	उपचारमा रहेको कुष्ठरोगी उपचार पूरा गरेको (Released from Treatment-RFT), स्थानान्तरण भएको (Transfer Out-TO), फलोअप नभएको (Loss to Follow Up-LF) वा अन्य कारणहरू जस्तै: (Other Deduction-OD) मरेको वा निदान परिवर्तन के कारणले घटेको हो सो र सो को मिति लेखि त्यसको मुख्य कारण कैफियतमा खुलाउनु पर्दछ ।
३४	कैफियत	बिरामीको विषयमा उल्लेख गर्नुपर्ने कुनै उपचार आवश्यक भए सो लेख्नु पर्दछ । बिरामी स्थानान्तरण भई आएको भए आएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भए कुन संस्थामा पठाएको हो सो कुरा कैफियतमा लेख्नु पर्दछ ।

कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	दर्ता मिति			बिरामीको नाम र थर	बिरामीको उमेर		वैवाहिक स्थिति (कोड)	ठेगाना	रोग पत्ता लागेको तरिका*	यस रजिष्टरमा थप भएको तरिका*	लप्रा रिट (Type I, Type II)
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	स्थायी ठेगाना			मिति
	सेवा दर्ता नं.	गते	महिना	साल	जाति कोड*	म	पु	सम्पर्क नं.	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			उपचार
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			पेशा				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			पेशा				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			पेशा				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			पेशा				उपचार

महल नं ६ (जाती कोड): १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

महल नं ९ (वैवाहिक स्थिति): १ अविवाहित, २ विवाहित, ३ पारपाचुके, ४ विधुवा/विधुर, ५ छुट्टिएको, ६ लागु नहुने

Column 11: 1 Voluntarily, 2 Refer, 3 Contact Examination, 4 Skin Camp, 5 Others

Column 12: 1 New Patient, 2 Transfer in, 3 Re-starter, 4 Relapsed, 5 Other (specify)

एम.वि.

[illegible]

कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	दर्ता मिति			बिरामीको नाम र थर	बिरामीको उमेर		वैवाहिक स्थिति (कोड)	ठेगाना	रोग पत्ता लागेको तरिका*	यस रजिष्टरमा थप भएको तरिका*	लेभ्रा रिज
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	स्थायी ठेगाना			(Type I, Type II)
					जाति कोड*			सम्पर्क नं.	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
	सेवा दर्ता नं.	गते	महिना	साल		म	पु					उपचार
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			पेशा				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			पेशा				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			पेशा				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			पेशा				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			सम्पर्क नं.				उपचार
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना			प्रकार
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला,पालिका,वडा नं.र गाउँ/टोल			मिति
					जाति कोड			पेशा				उपचार

महल नं ६ (जाती कोड): १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

महल नं ९ (वैवाहिक स्थिति): १ अविवाहित, २ विवाहित, ३ पारपाचुके, ४ विधवा/विधुर, ५ छुट्टिएको, ६ लागु नहुने

Column 11: 1 Voluntarily, 2 Refer, 3 Contact Examination, 4 Skin Camp, 5 Others

Column 12: 1 New Patient, 2 Transfer in, 3 Re-starter, 4 Relapsed, 5 Other (specify)

पि.वि.

ग्राक्सन		महिना/महिनाको उपचार नियमितता (संख्यामा १,२,३.....लेख्ने)												स्मयर नतिजा	असमर्थताको अधिकतम श्रेणी	EHF Score	Ulcers (छ/छैन)	सम्पर्क परिक्षण गर्नु पर्ने सम्पर्क व्यक्तिहरुको संख्या	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/LF/OD)	कैफियत			
Neuritis	आर्थिक वर्ष	श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.	आ.					सम्पर्क परिक्षण गरिएको व्यक्तिको संख्या			सम्पर्क परिक्षणबाट बिरामी पत्ता लागेको संख्या		
मिति	उपचार	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	
छ/छैन	२०....../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०....../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०....../....																						
छ/छैन	२०....../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०....../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०....../....																						
छ/छैन	२०....../....															निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०....../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०....../....																						
छ/छैन	२०....../....															निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०....../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०....../....																						
छ/छैन	२०....../....															निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०....../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०....../....																						
छ/छैन	२०....../....															निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०....../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०....../....																						
छ/छैन	२०....../....															निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०....../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०....../....																						
छ/छैन	२०....../....															निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०....../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०....../....																						
छ/छैन	२०....../....															निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०....../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०....../....																						
छ/छैन	२०....../....															निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०....../....															RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०....../....																						