



नेपाल सरकार

HMIS 6.6

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फारम

क्रम संख्या.....					मिति:.....									
उद्देश्य उल्लेख गर्नुहोस्: १. क्षयरोग जोखिम समूह को स्क्रिनिंग					२. सम्पर्क परीक्षण									
सम्पर्क परीक्षणको हकमा यो बक्स भर्नुहोस्														
क्षयरोग विरामीको नाम (Index Case):					उमेर:		लिंग: म पु							
TB को प्रकार:		१. DRTB		२. DSTB		दर्ता नम्बर :								
उपचारमा भर्ना भएको मिति:					परिवार जम्मा संख्या:									
ठेगाना		प्रदेश :		जिल्ला:		न.पा./गा.पा:								
		वडा नम्बर:		टोल:		सम्पर्क नम्बर:								
क्र.सं	स्क्रीन गरिएका /सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यहरूको नाम	उमेर		Index case संगको सम्बन्ध (घरपरिवार सम्पर्क को हकमा*)	क्षयरोगका लक्षणहरू **								कैफियत	
		म	पु		छैन	छ	यदि लक्षण छ भने संकेतका आधार मा गोली लगाउनुहोस्							
१	२	३	४	५	६	७	८						९	
१					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
२					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
३					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
४					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
५					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
६					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
७					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
८					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
९					१	२	१	२	३	४	५	६	७	
*घरपरिवार सम्पर्क: जो क्षयरोग (Index Case) भएको व्यक्ति संग एउटै घरको छाना मुनि बसोबास गर्दछ ।														
**लक्षण (बयस्क)					**लक्षण - बच्चा (०-१४ वर्ष)									
१. खोकी		२. ज्वरो			१. खोकी		२. ज्वरो							
३. छाति दुखेको		४. खान मन नलागेको वा कमजोर महसुश गरेको			३. खानमा रुचि घटेको		४. तौल घट्दै गएको							
५. तौल घट्दै गएको		६.खकारमा रगत देखिएको			५. शारीरिक वृद्धि विकास राम्रो नहुनु (दुब्लो वा ख्याउटे देखिनु)		६. थकित वा कमजोर देखिएको							
७. रातमा पसिना आउने					७. चंचलतामा कमी आउनु तथा खेलकुदमा रुचि घट्दै गएको									

क्षयरोग स्क्रीनिङ गर्ने व्यक्तिको नाम:

हस्ताक्षर