



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड

HMIS 6.8

..... अस्पताल/स्वा.चौ./सा.स्वा.के./श.स्वा.के.

१. दर्ता नं.		२. उपचार शुरु मिति:	
३. नाम थर:		४. उमेर	५. लिंग:
६. ठेगाना:	प्रदेश:	जिल्ला:	
	नगर/गाउँपालिका:		वडा नं
७. उपचार सहयोगीको नाम र सम्पर्क नं.			

द. उपचार विवरण

विवरण	उपचार शुरु	दोस्रो महिना	तेस्रो महिना
द.१. क्षयरोग लक्षण: (१. भएको २. नभएको)	१ २	१ २	१ २
द.२ तौल			
द.३. औषधीको नाम र मात्रा			
द.४. औषधी उपलब्ध गराएको मिति			
९. उपचार नतिजा र मिति	१. २. ३. ४	मिति: <input type="text"/>	

१. उपचार पुरा गरेको २. खान छोडेका, ३. मृत्यू भएको, ४. मुल्यांकन हुन नसकेको