



**नेपाल सरकार**  
**स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली**  
**प्रेषण पूर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था)**

१. प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्था:

२. प्रेषित व्यक्तिको नाम:

लिंग:

उमेर:

३. ठेगाना

प्रदेश

जिल्ला

नगर/गाउँ पालिका:

वडा नं.:

टोल

सम्पर्क नं.:

४. प्रेषण गर्नाका  
कारण

क) क्षयरोग निदान

ख) अनुगमन

ग) अन्य .....

५. प्रेषण गर्ने

हस्ताक्षर र मिति:

नाम:

पद

संस्था:

ठेगाना:

सम्पर्क नं.:

**TB 11 - Referral Form (Community / Private / Contact)**

Date: ...../...../.....

1. Name of Health facility referred to: .....

2. Name of the person referred: .....

3. Age ..... 4. Sex

5. Address Province District M / RM Ward Tole

6. Reason of referral

1. For further diagnosis of presumptive TB

2. TB cases follow up :

3. Others including SAEs:

Referred by:

Type of Referral 1. Community 2. Private 3. Contact TB

Name: .....

Address: .....

Signature: .....

Contact number: .....

**Note: The original copy should be sent with the patient to the referred health facility and the carbon copy should be kept with the referring person**