

नेपाल सरकार

## स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

प्रेषण पूर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था )

१. प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्था

२. प्रेषित व्यक्तिको नाम

लिंग:

२ उमेर

३. ठेगाना	प्रदेश	जिल्ला
	नगर / गाउँ पालिका	वार्ड न .
	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**