

राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केन्द्र/ National Centre or Disease Control
22-शामनाथ मार्ग, दिल्ली-110054/ 22-Shamnath Marg, Delhi-110054
(स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय/ Directorate General of Health Services)
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार/Ministry of Health & Family Welfare, Govt of India

परजीवी रोग विभाग (Department of Parasitic Diseases) दूरभाष: 011-
23913028

केवल सरकारी संस्थानों से रेफर किए गए मरीजों का ही परीक्षण किया जाएगा

परीक्षण निःशुल्क
किये जाते हैं

**फाइलेरिया परीक्षण हेतु रोगियों को रेफर करने का प्रारूप / FORMAT FOR REFERRING PATIENTS FOR
LYMPHATIC FILARIASIS TESTING**

1. अस्पताल का नाम: _____

Name of Hospital:

2. रोगी का नाम: _____ आयु/लिंग

Name of Patient: _____ Age/Sex

3. मूल निवास स्थान:

Native Place:

4. वर्तमान पता:

Present address:

5. रोगी का दूरभाष/मोबाइल संख्या:

Phone/Mobile Number of Patient:

6. एन.सी.डी.सी. में की जाने वाली जांच: **फाइलेरिया एंटीबाडी / नाईट ब्लड स्मीयर**

Test to be done at NCDC:

Filaria antibody / Night Blood Smear

नोट: यदि नाईट ब्लड स्मीयर की जांच करनी है तो स्मीयर रात 8.30 बजे से 12.00 बजे के बीच बनाना चाहिए।

Note: If blood slide is to be tested, then sample should be taken between 8.30 pm and 12.00 mid-nights.

7. Chief Complaints (अवधि सहित मुख्य शिकायत):

a. Swelling over leg (पैर में सूजन) Yes/No	b. Cough (खांसी) Yes/No	c. Breathlessness (सांस फूलना) Yes/No	d. Swelling in Scrotum (अंडकोश में सूजन) Yes/No	e. Any other complaint (कोई अन्य शिकायत)
Duration: (अवधि)	Duration: (अवधि)	Duration: (अवधि)	Duration: (अवधि)	Duration: (अवधि)

8. Results of investigations done so far (अब तक की गई जांच के परिणाम):

a. TB test (क्षयरोग की जांच)	b. Chest X-ray (छाती का एक्स-रे)	c. Peripheral smear (पेरीफेरल स्मीयर)	d. TLC (टी.एल.सी.)	e. DLC (डी.एल.सी)	f. Eosinophil count (इजोसिनोफिल संख्या)

g. Clinical Impression and justification for referring the patient (रोगी को रेफर करने का कारण)