



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

मलेरिया रोग रक्त जाँच हेतु प्रपत्र / (Proforma for blood examination for Malaria Parasite)

- रोगी का नाम /Name of Patient _____ आयु/Age _____ लिंग/Sex _____
- पिता/पति का नाम(Father/Husband's Name) _____
- स्थायी पता/ Native Place _____
- वर्तमान पता/ Present Address _____
- मोबाइल नंबर/ Mobile No. _____
- अवधि सहित मुख्य शिकायती लक्षण:-

(क) बुखार: हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> Fever: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> यदि हाँ, तो बुखार की अवधि: _____ If yes, duration of fever: _____	(ख) कंपकंपी के साथ ठंड : हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> Chill with rigor: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(ग) थकान: हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> Weakness: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(घ) पीलिया: हाँ <input type="checkbox"/> /नहीं <input type="checkbox"/> History of Jaundice: yes <input type="checkbox"/> /no <input type="checkbox"/>	(ङ) बेहोशी: हाँ <input type="checkbox"/> /नहीं <input type="checkbox"/> Any loss of Consciousness: yes <input type="checkbox"/> /no <input type="checkbox"/>	(च) अन्य रोग के लक्षण: _____ Any Diseases symptoms: _____

- मलेरिया रोधी दवा के सेवन का इतिहास हाँ/नहीं यदि हाँ, तो विवरण: History of intake of anti-malarial drugs Yes/No if yes, details:-- _____
- औषधि कानाम/Name of Medicine: _____
- अवधि(दिन/सप्ताह/महिने)/Duration(How many Days/Week/Month): _____
- क्या मच्छरदानी का प्रयोग करते हैं?(हाँ/नहीं)(Whether using mosquito nets(yes/no): _____
- मलेरिया परजीवी रोग जाँच हेतु रक्त नमूने का प्रकार/Blood sample types for MP disease examination: (क) रक्त नमूना(इ.डी.टी.ए.पाऊडर सहित)/Blood sample (with EDTA) powder _____
(ख) गाढ़ा व पतला रक्त फिल्म (हाँ/नहीं)/Blood smear thick & thin (yes/no) _____
- रक्त नमूना संख्या(Blood Sample No.): _____

दिनांक: _____ विभागाध्यक्ष/उपचार करने वाले चिकित्सक के हस्ताक्षर मोहर _____
Date: _____ Sign. of HOD/Treating Physician with stamp _____