

संदर्भन प्रपत्र

संख्या :

01

संदर्भन करने वाले इकाई का नाम :-

पता :-

टेलीफोन :-

रोगी का नाम ..... उम्र ..... वर्ष .....

पिता/पति का नाम .....

पता..... फोन नं०.....

संदर्भन का दिनांक...../...../.....(दिन/महीना/वर्ष)...../...../.....(समय)बजे.....  
(संदर्भित इकाई का नाम) में उपचार के लिए संदर्भित किया गया।

संभावित रोग/निदान :-

संदर्भन इकाई पर भर्ती का दिनांक...../...../.....एवं समय ..... तथा भर्ती के समय रोगी की प्रमुख परेशानियों (complaints):

- .....
- .....
- .....

उपचार का संक्षिप्त विवरण (प्रोसीजर, दवाई तथा यदि कोई गहन उपचार सम्बन्धी आख्या)

जाँच:-

- ब्लड ग्रुप .....
- हीमोग्लोबिन .....
- मूत्र परीक्षण .....
- अन्य जाँच .....

संदर्भन से पूर्व रोगी की स्थिति:-

चेतना..... नाली..... रक्तचाप..... तापमान..... अन्य.....

- संदर्भित इकाई को संदर्भन की पूर्व सूचना हों/नहीं.....
- यदि हों तो सूचित व्यक्ति का नाम एवं फोन नं० .....
- संदर्भन हेतु परिवहन की उपलब्धता: सरकारी/पी.पी.पी./स्वयं द्वारा व्यवस्था .....

संदर्भित करने वाले के हस्ताक्षर

चिकित्सक/कर्मि

नाम:-

पद:-

मोहर