

លិខិតបញ្ជូន (REFERRAL CARD)



លេខរៀង:.....

លិខិតបញ្ជូន (REFERRAL CARD)

១. លេខកូដវិញ្ញាះអតិថិជន :..... ភេទ អាយុ

២. បញ្ជូនមកពី (Refer from): ឈ្មោះកន្លែង :

មណ្ឌលផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (VCCT) សេវា OI/ART ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ

កម្មវិធីការពារការចម្លងពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) កម្មវិធីរបេង (TB) គ្លីនិកកាមរោគ

សេវាព្យាបាលជំងឺកុមារ ផ្នែកព្យាបាលជំងឺឆ្លង (ជំងឺទូទៅ) ផ្នែកព្យាបាលជំងឺសើស្បែក ផ្នែកសម្ភព

សេវាពន្យារកំណើត ផ្នែកវះកាត់ សេវាព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ

សេវាព្យាបាលផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

៣. បញ្ជូនទៅកាន់ (Refer to): ឈ្មោះកន្លែង:

មណ្ឌលផ្តល់ប្រឹក្សា និងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ (VCCT) សេវា OI/ART ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ

កម្មវិធីការពារការចម្លងពីម្តាយទៅកូន (PMTCT) កម្មវិធីរបេង (TB) គ្លីនិកកាមរោគ

Pediatric AIDS Care សេវាព្យាបាលផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

ហត្ថលេខានិង ឈ្មោះអ្នកបញ្ជូន

ថ្ងៃ ខែ..... ឆ្នាំ.....

សំរាប់ PMTCT តែប៉ុណ្ណោះ

1. រដូវចុងក្រោយ: ថ្ងៃ ខែ..... ឆ្នាំ.....

2. ថ្ងៃប្រហាក់ប្រហែលសំរាល: ថ្ងៃ ខែ..... ឆ្នាំ.....

3. ការព្យាបាល:

បង្ការដោយ ARV ថ្ងៃខែឆ្នាំចាប់ផ្តើមប្រើ:.....

ART ថ្ងៃខែឆ្នាំចាប់ផ្តើមប្រើ:.....