

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
হাসপাতাল ও ক্লিনিক শাখা  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর  
মহাখালী, ঢাকা-১২১২।



স্মারক নং-স্বাঃঅধিঃ/হাসঃ/জরুরী নির্দেশনা/২০২০/৬২৯

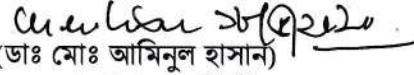
তারিখঃ ১৮-০৫-২০২০খ্রিঃ।

**বিষয়ঃ বসুন্ধরা কোভিড হাসপাতালে রেফার্ড রোগী ভর্তির নির্দেশনা সংক্রান্ত।**

উপর্যুক্ত বিষয়ের আলোকে জানানো যাচ্ছে যে, বসুন্ধরায় চালুকৃত কোভিড-১৯ আইসোলেশন হাসপাতালটি শুধুমাত্র Stable রোগীদের ক্ষেত্রে ব্যবহার করা হবে Stepdown Isolation হাসপাতাল হিসাবে অর্থাৎ যে সকল কোভিড-১৯ ডেডিকেটেড হাসপাতাল Acute COVID 19 ব্যবস্থাপনা পরবর্তী রোগীগণ Stable রয়েছে অর্থাৎ জ্বরসহ অন্যান্য কোন সমস্যা নাই সে সকল রোগীদের পরবর্তী দুইটি PCR না করা পর্যন্ত বসুন্ধরা COVID হাসপাতালে Refd করা যাবে (Discharge Criteria অনুসরণ করতে হবে)। Refd Step এ বিস্তারিত থাকতে হবে এবং নির্দিষ্ট Ambulance/গাড়ীতে করে রোগীকে বসুন্ধরা কোভিড হাসপাতালে প্রেরণ করার জন্য অনুরোধ করা হল।

**বিষয়টি অতীব জরুরী**

সংযুক্তঃ রেফারেল স্লিপ/ফরম্

  
(ডাঃ মোঃ আমিনুল হাসান)

পরিচালক (হাসপাতাল ও ক্লিনিক সমূহ)

স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২

[Email:directorhospital@ld.dghs.gov.bd](mailto:Email:directorhospital@ld.dghs.gov.bd)

ফোন: ০২-৫৫০৬৭১৫০ ফ্যাক্স নং: ৫৫০৬৭১৫১

**বিতরণঃ**

পরিচালক/তত্ত্বাবধায়ক, -----কোভিড ডেডিকেটেড হাসপাতাল (সকল)  
ঢাকা সিটি কর্পোরেশন এলাকা।

**অনুলিপিঃ সদয় অবগতির জন্যঃ**

১। সচিব, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় (দৃঃআঃ সচিব মহোদয়ের একান্ত সচিব)

২। মহাপরিচালক, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা (দৃঃআঃ উপ-পরিচালক, সমন্বয়)

৩। অতিরিক্ত সচিব (হাসপাতাল), স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা

Hospital Name

REFERRAL SLIP FOR COVID-19

Patient Name : ..... Reg No : .....

Age : ..... Sex : ..... Date of Admission : .....

Address : .....  
.....

PCR Test Result : ..... Date : .....

Present Clinical Finding : .....  
.....  
.....

Investigation Result :- (Major) .....

Cause of Referral : .....

Referral to Cause : .....

Date : .....

Signature of Doctor