



Directorate General of Health Services
Mohakhali, Dhaka – 1212.

Form A
ফর্ম-ক

Patient Referral Form

Reg. No.

রেজি: নং

Date & Time :

তারিখ ও সময়

Facility Type :

প্রতিষ্ঠানের ধরন

Govt.

সরকারী

Private

বেসরকারী

Autonomous

স্বায়ত্তশাসিত

Referral Type :

রেফারের ধরন

Emergency

ইমার্জেন্সী

Routine

রুটিন

Referring Hospital :

যেখান থেকে রেফার করা হয়েছে

Department :

ডিপার্টমেন্ট

Hospital Referred to :

যেখানে রেফার করা হয়েছে

Department :

ডিপার্টমেন্ট

Name of the referred Patient :

রেফারকৃত রোগীর নাম

Mobile Number:

মোবাইল নম্বর

Age/বয়স :

Date of Birth :

জন্ম তারিখ

Sex :

Male

Female

Others

লিঙ্গ

পুরুষ

মহিলা

অন্যান্য

NID (জাতীয় পরিচয়পত্র) :

Birth Reg. (জন্ম নিবন্ধন) :

Health ID (হেলথ আইডি) :

Symptoms and Signs :

লক্ষণ ও উপসর্গ

Examination findings :

পরীক্ষার ফলাফল

Investigations with results :

ল্যাবরেটরি পরীক্ষার ফলাফল

Provisional/Confirmatory Diagnosis :

সম্ভাব্য/নিশ্চিত রোগ

ICD Code 10 :

আইসিডি কোড ১০

Treatment given :

প্রদানকৃত চিকিৎসা

Known Drug hypersensitivity :

হাইপার সেনসিটিভ ঔষধসমূহ

Reason for Referral :

রেফার করার কারণ

Advice for the Patient :

রোগীর জন্য উপদেশ

Comments :

মন্তব্য

Transport :

পরিবহন

সরকারী

এ্যাম্বুলেন্স

বেসরকারী

এ্যাম্বুলেন্স

ব্যক্তিগত

পরিবহন

Contact number of the Referring Hospital

রেফারেল হাসপাতালের মোবাইল নম্বর

Signature, name, code & BMDC reg. of referring physician, Seal

রেফারকারী চিকিৎসকের স্বাক্ষর, নাম, কোড, বিএমডিসি রেজিঃ ও সীল

জরুরী প্রয়োজনে কল করুন: ০১৭২৯০৫০২২২



সমান্তরাল রেফারেল

Directorate General of Health Services
Mohakhali, Dhaka – 1212.

Form C
ফরম-গ

Patient Referral Form

Reg. No.

রেজি: নং

Date & Time :

তারিখ ও সময়

Facility Type :

প্রতিষ্ঠানের ধরন

Govt.

সরকারী

Private

বেসরকারী

Autonomous

স্বায়ত্তশাসিত

Referral Type :

রেফারের ধরন

Emergency

ইমার্জেন্সী

Routine

রুটিন

Referring Hospital :

যেখান থেকে রেফার করা হয়েছে

Department :

ডিপার্টমেন্ট

Hospital Referred to :

যেখানে রেফার করা হয়েছে

Department :

ডিপার্টমেন্ট

Name of the referred Patient :

রেফারকৃত রোগীর নাম

Mobile number :

মোবাইল নম্বর

Age/বয়স :

Date of Birth :

জন্ম তারিখ

Sex :

Male

Female

Others

লিঙ্গ

পুরুষ

মহিলা

অন্যান্য

NID (জাতীয় পরিচয়পত্র) :

Birth Reg. (জন্ম নিবন্ধন) :

Health ID (হেলথ আইডি) :

Symptoms and Signs :

লক্ষণ ও উপসর্গ

Examination findings :

পরীক্ষার ফলাফল

Investigations with results :

ল্যাবরেটরি পরীক্ষার ফলাফল

Provisional/Confirmatory Diagnosis :

সম্ভাব্য/নিশ্চিত রোগ

ICD Code 10 :

আইসিডি কোড ১০

Treatment given :

প্রদানকৃত চিকিৎসা

Known Drug hypersensitivity :

হাইপার সেনসিটিভ ঔষধসমূহ

Reason for Referral :

রেফার করার কারণ

Advice for the Patient :

রোগীর জন্য উপদেশ

Comment :

মন্তব্য

Transport :

পরিবহন

সরকারী

এ্যাম্বুলেন্স

বেসরকারী

এ্যাম্বুলেন্স

ব্যক্তিগত

পরিবহন

Contact number of the Referring Hospital

রেফারেল হাসপাতালের মোবাইল নম্বর

Signature, name, code & BMDC reg. of referring physician, Seal

রেফারকারী চিকিৎসকের স্বাক্ষর, নাম, কোড, বিএমডিসি রেজিঃ ও সীল



Patient Referral Form

Reg. No.

রেজি: নং

Date & Time :

তারিখ ও সময়

Facility Type :

প্রতিষ্ঠানের ধরন

Govt.

সরকারী

Private

বেসরকারী

Autonomous

স্বায়ত্তশাসিত

Referring Hospital :

যেখান থেকে রেফার করা হয়েছে

Department :

ডিপার্টমেন্ট

Referral Hospital/Health Centre :

যেখানে রেফার করা হয়েছে

Name of the referred Patient :

রেফারকৃত রোগীর নাম

Mobile number :

মোবাইল নম্বর

Age/বয়স :

Date of Birth :

জন্ম তারিখ

Sex :

Male

Female

Others

লিঙ্গ

পুরুষ

মহিলা

অন্যান্য

NID (জাতীয় পরিচয়পত্র) :

Birth Reg. (জন্ম নিবন্ধন) :

Health ID (হেলথ আইডি) :

Confirmatory diagnosis :

নিশ্চিত রোগের নাম

ICD Code 10 :

আইসিডি কোড ১০

Investigations with results :

পরীক্ষা নিরীক্ষার ফলাফল

Future Plan :

পরবর্তী চিকিৎসা এবং ব্যবস্থাপনা
পরিকল্পনা

Instruction for the referred Hospital/ health center :

রেফারেল হাসপাতাল/
স্বাস্থ্য কেন্দ্রের জন্য নির্দেশনা

Known Drug hypersensitivity :

হাইপার সেনসিটিভ ঔষধসমূহ

Advice for the Patient :

রোগীর জন্য উপদেশ

Comment :

মন্তব্য

Transport :

পরিবহন

সরকারী

এম্বুলেন্স

বেসরকারী

এম্বুলেন্স

ব্যক্তিগত

পরিবহন

Contact number of the Referring Hospital

রেফারেল হাসপাতালের মোবাইল নম্বর

Signature, name, code & BMDC reg. of referring physician, Seal

রেফারকারী চিকিৎসকের স্বাক্ষর, নাম, কোড, বিএমডিসি রেজিঃ ও সীল