



Directorate General of Health Services Mohakhali, Dhaka – 1212.

Form A

ফরম-ক

Patient Referral Form

Reg. No. রেজি: নং

Date & Time : তারিখ ও সময়		rivate সরকারী Autonomous সায়ন্তশাসিত	Referral Type : Emergency রেফারের ধরন ইমারজেন্সী রুটিন
Referring Hospital : যেখান থেকে রেফার করা হয়েছে			Department : ডিপার্টমেন্ট
Hospital Referred to : যেখানে রেফার করা হয়েছে			Department : ডিপার্টমেন্ট
Name of the referred Patie রেফারকৃত রোগীর নাম	nt :		Mobile Number:
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 উপসৰ্গ			
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 সেনসেটিভ ঔষধসমূহ			
Reason for Referral : রেফার করার কারন			
Advice for the Patient : রোগীর জন্য উপদেশ			
Comments : মন্তব্য			Transport : সরকারী ব্যক্তিগত পরিবহন এ্যামুলেন্স এ্যামুলেন্স

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

সমান্তরাল রেফারেল



Directorate General of Health Services Mohakhali, Dhaka – 1212.

Form C ফরম-গ

Reg. No.

রেজি: নং

Patient Referral Form

Referring Hospital : ত্ৰিপাট্যেন্ট : ত্ৰিপাট	Date & Time : তারিখ ও সময়	Facility Type : Govt. Pri প্রতিষ্ঠানের ধরন সরকারী বেস	ivate দরকারী স্বায়ত্তশাসিত	Referral Type : Emergency Routine রেফারের ধরন ইমারজেন্সী রুটিন
যোগানে রেফার করা হারাহে Name of the referred Patient : রেফারকৃত রোগীর নাম Age/কাস : Date of Birth : কল্ম তারিব Sex : Male Female Others Date of Birth : কল্ম তারিব Symptoms and Signs : দাখনা ভ উপসর্গ Investigations with results				-
মেহাবিত্ব বেশ্বির নাম Age/বয়স : Date of Birth : জ্বাপ পুরুষ্থ মহিলা অন্যান্য Birth Reg. (জ্বা নিবছন) : Health ID (হেলথ আইভি) : Health ID (হেলথ আইভি) : Investigations with results : ল্যাবরেটির পরীক্ষার ফলাফল Provisional/Confirmatory Diagnosis : সভাব্য/নিশ্চিত বোগ Treatment given ব্যাদান্ত চিকিৎসা Known Drug hypersensitivity : হাইপার সেনসেটিত উহবসমূহ Reason for Referral : বেষ্ণার করার কারন Advice for the Patient : ব্রোণীর জন্য উল্বেম্পন্য Comment : Transport : সরকারী (বেসরকারী) ব্যাক্সতা	•			
Set: Male Female Uthers		ent :		
emen ও উপসর্গ Examination findings : পরীক্ষার ফলাফল Investigations with results : ল্যাবরেটরি পরীক্ষার ফলাফল Provisional/Confirmatory Diagnosis : আইসিভি কোড ১০ Treatment given : প্রদানকৃত চিকিৎসা Known Drug hypersensitivity : হাইপার সেনস্টেভি উম্বধসমূহ Reason for Referral : রেফার করার করার করার করার করার করার করার ক	Date of Birth:		Birth Reg. (জন্ম নিবন্ধন)	
পরীক্ষার ফলাফল Investigations with results : ল্যাবরেটরি পরীক্ষার ফলাফল Provisional/Confirmatory Diagnosis : সম্ভাব্য/নিশ্চিত রোগ Treatment given প্রদানকৃত চিকিৎসা Known Drug hypersensitivity : হাইপার সেনসেটিভ উষধসমূহ Reason for Referral : রেফার করার কারন Advice for the Patient : রোগীর জন্য উপদেশ Comment : Transport : সরকারী বিসরকারী ব্যক্তিগত				
results ল্যাবরেটরি পরীক্ষার ফলাফল Provisional/Confirmatory Diagnosis : সম্ভাব্য/নিশ্চিত রোগ Treatment given প্রদানকৃত চিকিৎসা Known Drug hypersensitivity : হাইপার সেনসেটিভ ঔষধসমূহ Reason for Referral রেফার করার কারন Advice for the Patient রোগীর জন্য উপদেশ Comment : Transport : সরকারী বিসরকারী ব্যক্তিগত				
Diagnosis : সন্ধাব্য/নিশ্চিত রোগ Treatment given প্রদানকৃত চিকিৎসা Known Drug hypersensitivity : হাইপার সেনসেটিভ উষধসমূহ Reason for Referral রেফার করার কারন Advice for the Patient রোগীর জন্য উপদেশ Comment : Transport : স্রকারী বিসরকারী ব্যক্তিগত	results :			
প্রদানকৃত চিকিৎসা Known Drug hypersensitivity : হাইপার সেনসেটিভ উষধসমূহ Reason for Referral রেফার করার কারন Advice for the Patient রোগীর জন্য উপদেশ Comment : Transport : সরকারী বেসরকারী ব্যক্তিগত	Diagnosis :			
হাইপার সেনসেটিভ ঔষধসমূহ Reason for Referral : রেফার করার কারন Advice for the Patient : রোগীর জন্য উপদেশ Comment : Transport : সরকারী ব্যক্তিগত				
রেফার করার কারন Advice for the Patient : রোগীর জন্য উপদেশ Comment : Transport : সরকারী ব্যক্তিগত				
রোগীর জন্য উপদেশ Comment : Transport : সরকারী ব্যক্তিগত				
Comment : সরকারী ব্যক্তিগত পরিবহন এ্যামুলেন্স এ্যামুলেন্স				
				Transport : সরকারী ব্যক্তিগত পরিবহন এ্যামুলেন্স এ্যামুলেন্স 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





Directorate General of Health Services Mohakhali, Dhaka – 1212.

Form B ফরম-খ

Reg. No. রেজি: নং

Patient Referral Form

Facility Type : Govt. প্রতিষ্ঠানের ধরন সরকারী বেসরকারী Date & Time: Autonomous স্বায়ত্তশাসিত তারিখ ও সময় **Referring Hospital** Department: যেখান থেকে রেফার করা হয়েছে ডিপার্টমেন্ট Referral Hospital/Health Centre: যেখানে রেফার করা হয়েছে Mobile number : Name of the referred Patient: মোবাইল নম্বর রেফারকৃত রোগীর নাম NID (জাতীয় পরিচয়পত্র) Age/বয়স Sex : Male Female Others Birth Reg. (জন্ম নিবন্ধন) Date of Birth: লিঙ্গ | পুরুষ | মহিলা | অন্যান্য Health ID (হেলথ আইডি) জন্ম তারিখ : 🗆 Confirmatory diagnosis: ICD Code 10 : নিশ্চিত রোগের নাম 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 সেনসেটিভ ঔষধসমূহ Advice for the Patient রোগীর জন্য উপদেশ Comment Transport : সরকারী বেসরকারী ব্যক্তিগত পরিবহন এ্যামুলেন্স এ্যামুলেন্স পরিবহন মন্তব্য

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