AR-2

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME
FAMILY CARD

Name _____

Passbook No. _____

RV _____

BHU _____

Serial No. _____

Stamp

Date: _____ *Signature of M.O.*

Form AR/2 PCPPI-2541 (84)/CCAR-3,00,000-10-11-84.

AR-3

Serial No.———

ANTE-NATAL FORM

Name ——————————————Age:———— RV/Dist: ——————————————

Passbook No.——————Menarche:——————LMP:——————EDD:——————

Family History (TB, Multiple birth, Asthma, Diabetes etc) ——————————————

Past History (TB, Multiple birth, Asthma, Diabetes etc) ——————————————

History of Previous Pregnancies and labours including abortions——————————————

No.	Date of birth or abortion month/year	Place of birth Home/Hosp	Duration of pregnancy	Abnormalities in pregnancy	Labour		Puerperium		Baby		
					Normal	Abnormal	N	A	Wt. approx.	Normal	Congenital Defect

Form AR/3

Date	Height of fundus	Presenta-tion and position	Relation of presenting past to brim	Foetal heart sounds	B.P	Weight	Urine	Oedema Give site	Hb%	Initial of examiner

DIET HISTORY:
Advise on Nutrition on each visit

PCPPI 1602(83) C.C.A.R. 16-1-83 — 1,00,000.

HOW TO MANAGE DIARRHOEA

When the child is passing loose watery stools he has got diarrhoea. Diarrhoea if untreated can lead to dehydration and even death.

All health workers—indeed all mothers—must learn to recognize the signs and symptoms of dehydration in which the vital fluids from the body are lost. The tongue and lips become dry and the child is very thirsty. The eyes become hollow and the centre of the top of the head becomes depressed. The child is restless and is quietened when water is given to him. Later the skin becomes inelastic and when pulled up, does not go back to its original shape quickly. If the losses from the body continue the condition becomes more serious as urine becomes concentrated and reduced in volume and cold, clammy sweats develop. The child should be given adequate fluids in the early stages, so that severe dehydration does not develop. Never stop giving water and milk to a child with diarrhoea.

Nimkol or any oral rehydration salts, such as orslyte will prevent dehydration and often stop the diarrhoea within a day or so. If Nimkol is not available show mothers how to make their own sugar and salt solution using about 8 parts sugar to 1 part salt (1 teaspoon salt and 4 tablespoons sugar in 1 litre water or 2 pinches salt and 2 three finger scoops of sugar in 1 seer water). The main thing is to encourage constant replacement of lost fluids.

دستوں پر کیسے قابو پایا جائے

اگر بچہ کو بار بار پتلے پاخانے آنے لگیں۔ اس کا مطلب ہے کہ بچے کو دستوں یا اسہال کی شکایت ہے اور اگر اسہال پر قابو نہ پایا جائے تو بچے کے جسم کا تمام پانی سوکھ جاتا ہے جس سے موت بھی واقع ہو سکتی ہے۔ تمام صحت کارکنوں اور بلخصوص ماؤں کو چاہیئے کہ وہ بچے کے جسم میں پانی سوکھنے کی علامت اور نشانیوں کو پہچان لینے کے قابل ہوں۔ پانی سوکھنے کی صورت میں زبان اور ہونٹ خشک ہو جاتے ہیں اور بچہ بے حد پیاس محسوس کرتا ہے۔ آنکھیں اندر کو دھنس جاتی ہیں اور اس کا تالو پچک جاتا ہے۔ بچہ بے چین۔ سست ہے۔ اگر پانی ملے تو اسے کچھ سکون آتا ہے۔ اس کی جلد کا لچکا ختم ہو جاتا ہے اور جب اس کی جلد کو اوپر کھینچا جائے تو وہ فوراً اپنی اصلی حالت پر واپس نہیں جاتی۔ اگر اس کے جسم سے پانی اور غذا کا اخراج جاری رہے تو اس کی حالت زیادہ خطرناک ہو جاتی ہے۔ پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے اور وہ گاڑھا ہو جاتا ہے اور بچہ کو ٹھنڈے پسینے آنے لگتے ہیں۔ بچے کو شروع میں ہی مناسب مقدار میں پانی کی مشروبات دینے چاہئیں اور اسے دودھ یا پانی دینا بند نہیں کرنا چاہیئے تاکہ شدید قسم کا سوکھا پن نہ پیدا ہو۔ نمکول یا کوئی دوسرا او آر ایس شوربہ بچے کے پانی کو سوکھنے سے بچاتا ہے اور خسارہ ہونے والے پانی کی کمی پوری کرتا ہے۔ بلکہ اس سے سست ایک دن کے اندر ہی بند ہو جاتے ہیں۔ اگر ممکن ہو تو ماؤں کو بتایا جائے کہ وہ کس طرح نمک اور چینی کا محلول تیار کریں۔ سب سے اہم بات یہ ہے کہ بچے کے جسم سے جس قدر پانی خارج ہوا تھا اس کے جسم کے اندر پہنچانے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

GROWTH CHART

PLANNING AND DEVELOPMENT DIVISION
GOVERNMENT OF PAKISTAN

بچوں کی صحت کا ریکارڈ

CHILD'S NUMBER بچے کا نمبر

CHILD'S NAME بچے کا نام — M لڑکا — F لڑکی

MOTHER'S NAME ماں کا نام — OCCUPATION پیشہ

FATHER'S NAME باپ کا نام — OCCUPATION پیشہ

DATE OF BIRTH تاریخ پیدائش — UNION COUNCIL یونین کونسل

MONTH ماہ — YEAR سال

HOUSE NO مکان نمبر — STREET/VILLAGE محلہ یا گلی

TOWN P.O قصبہ — TEHSIL TALUKA تحصیل — DISTRICT ضلع

BIRTH ORDER پیدائش کی ترتیب	NAME OF BROTHERS & SISTERS بہن بھائیوں کے نام	M لڑکا / F لڑکی عمر AGE	BORN کیا زندہ ہے YES/NO ہاں یا نہیں	STATE OF HEALTH صحت کیسی ہے
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

APPROVED BY PAKISTAN PAEDIATRIC ASSOCIATION

ٹیکا لگا کر صحت خانے میں تاریخ کا اندراج کریں

VACCINATION ٹیکہ کا نام	Dose 1 پہلی خوراک	Dose 2 دوسری خوراک	Dose 3 تیسری خوراک	Booster اوسٹر
B C G تپ دق				
POLIO پولیو				
DPT کالی کھانسی خناق تشنج				
MEASLES خسرہ				

نمکول گھر میں بنانے کا طریقہ

اگر آپ کو نمکول بازار میں میسر نہ آئے تو یہ گھر میں بھی بنایا جا سکتا ہے۔ طریقہ یہ ہے:

۱۔ کھانے کا نمک ½ چائے والا چمچ

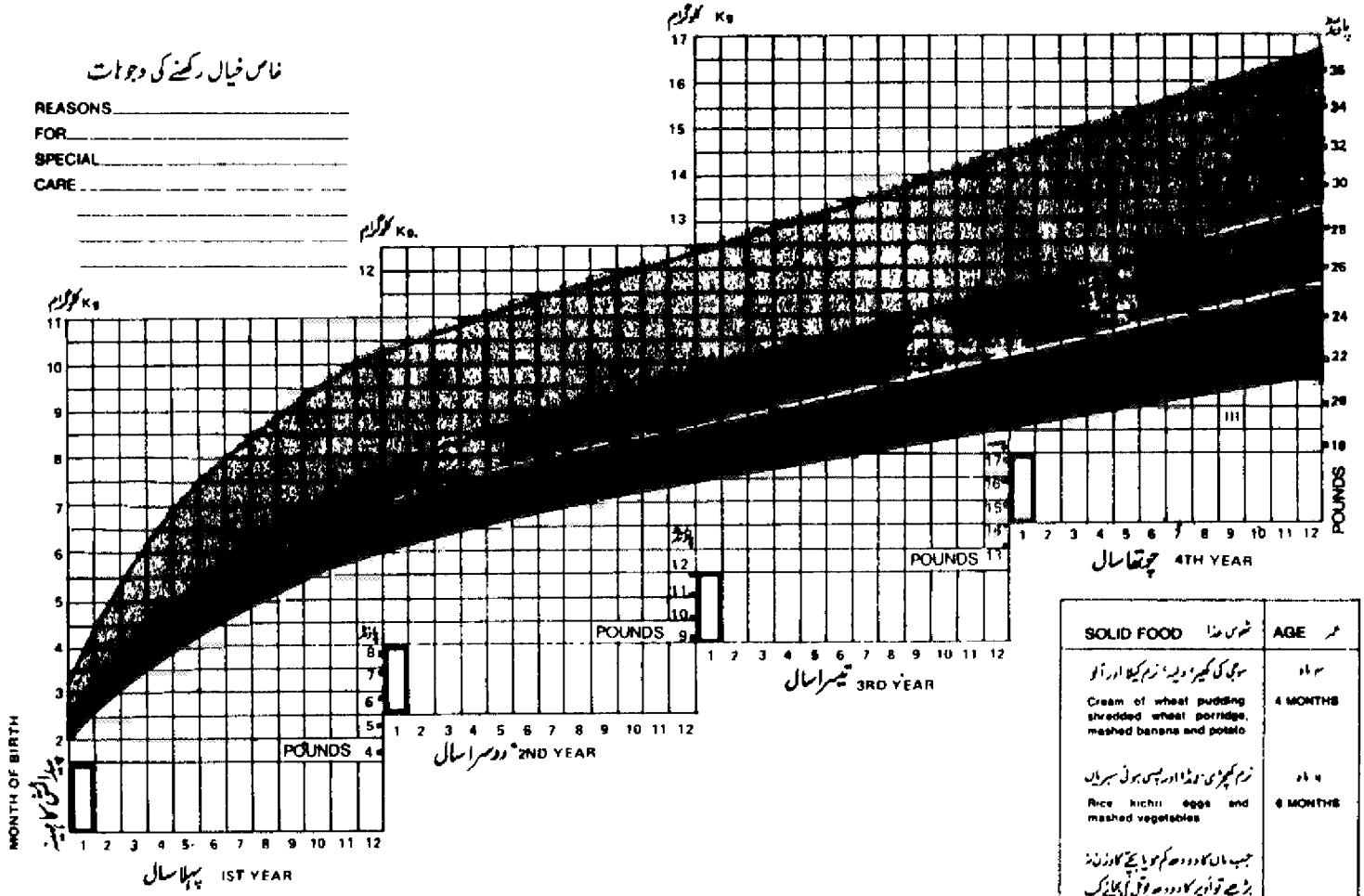
۲۔ چینی کے چار چائے والے چمچ

ایک سیر آبلے ہوئے ٹھنڈے پانی میں ملیں اور اس میں ایک ملٹے یا لیموں کا رس ملیں اور بچے کو تھوڑا تھوڑا کر کے پلائیں۔ جتنا وہ ہضم کر سکے۔ یہ محلول آپ ۲۴ گھنٹے تک پلا سکتی ہیں اس کے بعد تازہ محلول دوبارہ اسی طرح تیار کریں۔

Form AR/4

خاص خیال رکھنے کی وجوہات

REASONS
FOR
SPECIAL
CARE



SOLID FOOD ٹھوس غذا	AGE عمر
سوجی کی کھیر، دلیہ، نرم کیلا اور آلو Cream of wheat pudding shredded wheat porridge, mashed banana and potato	۴ ماہ 4 MONTHS
نرم کھچڑی، انڈا اور پسی ہوئی سبزیاں Rice kichri eggs and mashed vegetables	۶ ماہ 6 MONTHS
جب ماں کا دودھ کم ہو یا بچے کا وزن نہ بڑھے تو اُوپر کا دودھ بوتل کی بجائے کپ میں دینا شروع کر دیں کیونکہ کپ اور چمچ کو صاف رکھنا زیادہ آسان ہے۔ When the mother's milk is not enough or the child is not growing properly you can give other milk But don't use bottle Always use cup and spoon to feed the child These are easy to clean	

جہاں تک ممکن ہو بچے کو ماں کا دودھ پلائیے البتہ ۴ ماہ کے بعد دوسری خوراک بھی دینا شروع کر دیں۔

Keep breast feeding as long as possible but add other fluids from 4th month

چوتھے مہینہ سے ماں کے دودھ کے علاوہ ٹھوس غذا ترتیب کے مطابق کھلانا شروع کر دیں تاکہ ۱۸ مہینے کی عمر سے پہلے تمام غذا کھا سکے

AT FOURTH MONTH, START FEEDING SOLID FOODS SO THAT CHILD IS EATING ALL FAMILY FOOD BY 18 MONTHS

1. Name	5. Age	7. Present place of	8. Passbook No.
		Diagnosis :	
2. Father's/Husband's name	6. Sex	Treatment :	9. Serial No.
3. Occupation		Transfer to	
4. Address/Group Leader		Transfer to :	10. Date card issued

11. Previous history		12.	13. Date		14. Drug supply					15. Default action	
		No.	Due	Taken	SM	INH	EMB			1st	2nd
		1									
16. Date	17. Prescription	2									
		3									
		4									
		5									
		6									
		7									
18. Bacteriological & X-Ray exam.		8									
Date	Ref. No.	MIC	CUL	X-RAY							
					9							
					10							
					11							
					12							

AR-5

19. Bacteriological & X-Ray exam.					20.	21. Date		22. Drug supply					23. Default action	
Date	Ref. No.	MIC	CUL	X-RAY	No.	Due	Taken	SM	INH	EMB			1st	2nd
					13									
					14									
					15									
24. Sensitivity tests					16									
Date	SM	INH												
					17									
					18									

25. Dates for Streptomycin injections																								

26. Status	27. Date	28. Remarks
Treatment compl.		
Patient lost		
Patient died		

Form AR 5 AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME – Treatment Card/TB

PCPPI-1601(83) C.C.A.R.-50,000-19-1-83.

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME

T.B. APPOINTMENT CARD

1. BHU .....
2. Name .....
3. F/H's Name .....
4. Age ..... 5. Sex .....
6. Address/Group Leader .....

.....

.....

7. Passbook No:	8. Serial No.

۱- یہ ایک بہت اہم کارڈ ہے ۔
۲- اس کو اپنے پاس حفاظت سے رکھئے ۔
۳ - تپ دق قابل علاج مرض ہے ۔
۴- باقاعدگی سے دوا ڈیڑھ سال کھانی چاہئے۔
۵- آپ مفت دوائیں حاصل کرنے کا فائدہ اُٹھائیے ۔
۶ - علاج کے سلسلے میں ہدایات پر پورا پورا عمل کیجئے۔
۷- مقررہ تاریخ پر تشریف لائیے
۸ - اگر آپ اپنے علاج میں تعاون کرینگے تو انشاء اللہ آپ مکمل طور پر صحت یاب ہو جائینگے ۔

Date	Please report on date for		Date	Please report on date for

Form AR/6

PCPPI—21(83) C.C.A.R —27-1-83—50,000

کارڈ نمبر _____ تاریخ اجراء _____

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION

محکمہ صحت پاکستان

کارڈ برائے ٹیکہ جات

نام سربراہ کنبہ (والد) _____

پتہ _____

_____

نام مرکز اجراء کارڈ _____

_____

Form AR/7

AR-7

ہدایات برائے والدین

۱: تپ دق، کالی کھانسی، خناق، تشنج، خسرہ و پولیو (بچوں کا فالج) کے بچاؤ کے لیے تین ماہ کی عمر کے بچے کو سینٹر ٹیکہ جات پر لائیں۔ بچے کو دو ٹیکے لگائے جائیں گے اور دوائی کے قطرے پلائے جائیں گے

۲: بیماریوں سے مکمل بچاؤ کے لیے مزید دو دفعہ ٹیکہ لگوانے اور دوائی پلانے کے لیے دو ماہ بعد سینٹر پر آنا ہوگا آنے کی تاریخ نیچے درج ہے۔ یاد رکھیں ٹیکے کی معمولی تکلیف سے بچہ مندرجہ بالا مہلک بیماریوں کی بیحد تکلیف اور بُرے اثرات سے بچ جاتا ہے۔

۳: ٹی بی سے بچاؤ کا ٹیکہ کچھ روز تک رستا رہے گا۔ فکر نہ کریں اس پر مرہم پٹی نہ کریں۔ خود بخود ٹھیک ہو جائے گا

نوٹ: اگر بچے بیمار ہوں تو ان کی بیماری کی حالت میں ٹیکہ نہیں لگوانا چاہیئے۔ چند دن بعد لگوا سکتے ہیں۔ اگر ٹیکے کے بعد معمولی بخار ہو جائے تو اسپرین یا پیراسٹامول استعمال کر سکتے ہیں۔ بخار زیادہ تیز ہونے کی صورت میں ڈاکٹر سے رجوع کریں۔

دوبارہ آنے کی تاریخ: ..... ۲ ..... ۳ .....

ریکارڈ ٹیکہ جات

نمبر شمار	بچے کا نام	تاریخ پیدائش یا عمر	تاریخ جس دن ٹیکہ لگایا گیا۔																
			بی سی جی	ڈی پی ٹی				پولیو				ڈی ٹی			ٹی ٹی		خسرہ	کیفیت
				I	II	III	بوسٹر	I	II	III	بوسٹر	I	II	بوسٹر	I	II		
۱																		
۲																		
۳																		
۴																		
۵																		

AR-7

AR-8

Serial No.----

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME—REFERRAL FORM

Hospital where referred to :————————————————————————

Name :———————————————— Passbook Number :————————

Vehicle :———————— Date :———————— Signature of M.O.————————

- -

Hospital where referred to :———————————————— Serial No :————

Name :———————————— Age :———— Passbook Number :————————

Past medical history :————————————————————————

————————————————————————————————

————————————————————————————————

Symptoms :————————————————————————

————————————————————————————————

————————————————————————————————

Findings : ————————————————————————

————————————————————————————————

————————————————————————————————

Diagnosis :————————————————————————

Treatment given : ————————————————————————

Reason for referral : ————————————————————————

Date :———————— BHU :———————— ————————

Signature of M.O.

- -

BHU :———————— (Please return to BHU) Serial No :————

Name : ———————————————— Passbook Number :————————

Diagnosis : ————————————————————————

Laboratory & X-ray :———————— ————————————————
(attach slips/use other side)

Treatment :———— ———————— ————————————————

Hospitalization : ———— ———————— ————————————————

Recommendations : ————————————————————————

———————————————— ————————————————

Date :———————— Place :———————— ————————

Signature of Officer in charge

Form AR/8

PCPPI 13(83) C.C.A R.(S&E R Div.)—12-1-83—1,000(Pads).

AR-9

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME **MONTHLY REPORT**

Province: _____ District/Agency: _____

RV. _____ BHU: _____

Organization: _____

Nature of sickness		Men	Women	Children		Total
				0–4	5–14	
Eye infection						
Ear infection						
Upper respiratory infection						
Bronchitis						
T.B. suspected						
T.B. confirmed						
Diarrhoea						
Dysentery						
Worms						
Other gastric problem						
Urinary tract						
Nervous system						
Joints/Bones						
Skin disease						
Malaria						
Fever (P.V.O.)						
Anaemia						
Malnutrition	Ist Degree					
	2nd Degree					
	3rd Degree					
Obstetric						
Gynaecological						

Turn over please

AR-9

Nature of sickness	Men	Women	Children		Total
			0–4	5–14	
Dental					
Other (Specify, if notifiable infectious disease, goitre i.e.)					
Total					

No. of patients referred to Govt. Hospitals: _____

No. of births: _____

No. of deaths with causes if known: _____

_____

_____

_____

Remarks: (epidemics, training activities i.e.): _____

_____

_____

_____

_____

Staff:

Medical Officer: _____ LHV: _____ Compounder/Dispenser: _____ Dai: _____

Malaria Supervisor/ Sanitary Inspector _____ Vaccinator/ Motivator. _____ Nursing Orderly _____ Other. _____

Traditional Birth Attendant (TBA)/ Community Health Worker (CHW). _____ TBA trainee/ CHW trainee: _____

Vehicles:

Ambulance: _____ Other vehicles: _____
(specify)

Date. _____

_____
Signature of IC

Form AR/9

نام مرکز _____ Name of Centre/BHU _____

مستقل رجسٹر ٹیکہ جات

ضلع/شہر _____ District/Agency _____

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME IMMUNISATION REGISTER

کیفیت Remarks	خسرہ Measles	T.T. ٹی۔ٹی		D.T. ڈی ٹی			D.P.T ڈی پی ٹی				POLIO پولیو				بی سی جی B.C.G.	عمر بچہ Age	پاس بک نمبر Passbook No	ولدیت Father's Name & Address	نام بچہ Name of the Child	سالانہ نمبر شمار Yearly No.
		II	I	بوسٹر	II	I	بوسٹر	III	II	I	بوسٹر	III	II	I						

AR-10

نام مرکز _____ Name of Centre/BHU _____

مستقل رجسٹر ٹیکہ جات

ضلع/ایجنسی _____ District/Agency _____

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME IMMUNISATION REGISTER

سالانہ نمبر شمار Yearly No.	نام بچہ Name of the Child	ولدیت Father's Name & Address	پاس بک نمبر Passbook No	عمر بچہ Age	بی سی جی BCG	پولیو POLIO				ڈی پی ٹی DPT				ڈی ٹی D.T			ٹی ٹی T.T.		خسرہ Measles	کیفیت Remarks
						I	II	III	بوسٹر	I	II	III	بوسٹر	I	II	بوسٹر	I	II		

AR-10

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME

District/Agency . . . . . .

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION
MONTHLY IMMUNIZATION RETURN

1. Immunization performed during the month of . . . . . Year . . . . . BHU. . . . . RV . . . . . .

Age groups	Total attendence	B.C.G.	POLIO				D. P. T.				D. T.			T. T.			Measles
			I	II	III	Br.	I	II	III	Br.	I	II	Br.	I	II	Br.	
0—11 Months																	
12—23 Months																	
2—4 Years																	
5 + Years																	
Women (15—45)																	
Total																	

2. Uptodate work done since January 19 todate during the current year.

0—11 Months																	
12—23 Months																	
2—4 Years																	
5 + Years																	
Women (15—45)																	
Total																	

Name of M.O./EPI Supervisor . . . . . .

Signature . . . . . .

Note. To be forwarded to the FSMO immediately after the expiry of each month for onward transmission to P.D.H.

FORM AR/11

AR-12

MONTHLY REPORT
ON DIAGNOSTIC AND TREATMENT ACTIVITIES

DISTRICT/AGENCY..... MONTH.....

BASIC HEALTH UNIT..... YEAR .....

1. NUMBER OF ALL ATTENDANTS/VISITORS : New..... ..... Old.....

2. DIAGNOSTIC ACTIVITIES

Persons Patients	Sputum examinations		X-ray examinations	
	Positive Slides	Negative Slides	Number	Suspect cases detected
New				
Old				N. A
TOTAL				

3. TREATMENT ACTIVITIES

Patients under treatment at end of previous month		
Started treatment during this month	New .... Others (1)	....
Discharged during this month	Cured .... Others (2)	.....
Patients under treatment at end of this month		
Regular		
Defaulters		

(1). relapses, referred and resumed treatment.

(2). died, transferred and lost as defaulters.

4. REMARKS

Dated.....

Officer in charge.....

Submission of this report to FSMO not later than 10 days after the last day of the month under review. Instructions see overleaf.

AR-12

INSTRUCTIONS FOR THE PREPARATION OF MONTHLY REPORTS ON DIAGNOSTIC AND TREATMENT ACTIVITIES, TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAMME

DISTRICT : Please enter the name of the district.

BASIC HEALTH UNIT : Name of Refugee Village and Unit/subunit.

MONTH : Indicate the month for which the report has been prepared.

YEAR : Selfexplanatory.

1. NUMBER OF ALL ATTENDANTS/VISITORS : Number of persons reporting to the centre during the month with any symptom, including cough

NEW : Number of persons reporting to the centre for the first time.

OLD: Persons for follow-up, under treatment, already diagnosed cases (Source of information. Daily register of attendants.)

2. DIAGNOSTIC ACTIVITIES

SPUTUM EKAMINATIONS: Number of specimen sent for staining and results of those.

POSITIVE SLIDES: Means AFB Positive slides
NEGATIVE SLIDES: Means AFB Negative slides

X-RAY EKAMINATIONS: Number of persons sent for x-ray examinations and results of those

SUSPECT CASES DETECTED: Cases considered by a physician as positive on ground of laboratory and/or x-ray changes of the lungs, Only for " new examined persons. "

3. TREATMENT ACTIVITIES

PATIENTS UNDER TREATMENT OF PREVIOUS MONTH: See file of treatment cards.

STARTED TREATMENT DURING THIS MONTH-NEW : Newly detected, first time registered cases.

STARTED TREATMENT DURING THIS MONTH-OTHERS: All other cases such as; " relapses " (cured TB cases in whom active TB occurred again); " resumed " (defaulters who resumed treatment after a period of interruption) " referred " (cases referred for treatment from outside).

DISCHARGED DURING THIS MONTH-CURED: Symptomless and abacillary during one to one and half year of regular treatment.

DISCHARGED DURING THIS MONTH-OTHERS: Means " died " (selfexplanatory); " transferred " (for continuation of treatment to other institutions), " Lost as defaulter " due to interruption of treatment more than 12 months. Treatment cards of such patients shall be discharged as " Lost ". See also definition of " defaulter "

PATIENTS UNDER TREATMENT AT END OF THIS MONTH : Selfexplanatory, source : file of treatment cards after having included new cards and discharged cured and other categories under, (2)

REGULAR : Means patients who collected drugs during this month under review regardless of their regularity during the previous months.

DEFAULTERS : Patients failing to collect drugs during this month under review to 12 consecutive months. Patients defaulting more than 12 months should be discharged from treatment file as " Lost ". Note that : " regular" plus " defaulters" "gives the number of patients under treatment at end of this month".

Note " Number of treated patients at end of previous month" plus " started treatment" minus "discharged" is equal to "number of treated patients at end of this month".

Note : Number of patients at end of this month will be automatically transferred in to the next month under column "patients under treatment at end of previous month".

P.C.P.P.I 17/OCAR—3-3-83—250 Reg.

District/Agency. . . . .

Year . . . . . .

Month . . . . . .

Monthly Summary Report On Diagnostic And Treatment Activites

HEALTH INSTITUTION	SPUTUM EXAMINATION						X-RAY EXAMINATION				TREATMENT (NUMBER OF PATIENTS/CARDS							
	Positive Slides			Negative Slides			TOTAL				At end of previous month	Received during this month		Discharged during this month		At end of this month	Regular	Defaulter
	New	Old	Total	New	Old	Total	New	Old	Total	Suspect cases detected		New	Others	Cured	Others			
TOTAL																		

Date . .

FORM A R /13

Signature

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME MALARIA REGISTER

District ———— RV: ———— BHU: ———— Date: ————

Sr. No.	Monthly number	Daily number	Name	Age	Sex	Passbook number	Laboratory results			Treatment
							v	m	f	

Form AR/14

Sr. No.	Monthly number	Daily number	Name	Age	Sex	Passbook number	Laboratory results			Treatment
							v	m	f	

Signature of M.O./Malaria Superviser———————

Signature IC of Lab.———————

PPI-1606(83) C.C.A.R.-2,50,000-18-1-83.

AR-14

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME, MALARIA REPORT

District/Agency _____ RV _____ BHU _____ Month _____

Date	Laboratory No of Slides	Positive					Treatment			Spray : No. of homes/ tents/appx area	Type & quantity of insecticide used	Other environ-mental measures	Comments
		pv	pf	mixed	Total	%	Prevent	Partial	Radical				

B H U. CODE SENDER

MICROSCOPIST CARRIER

SENT ON
RECEIVED ON
EXAMINED ON
SENT BACK ON

Specimen Annual Serial Number	NAME + W/O or S/O	Sex	Age	Type of Specimen		Type of Patient		Requested Examination		Date of Collection	RESULTS		REMARKS
				Sputum	Smear	New	Old	AFB	Culture		A F B	Culture	

FORM AR-16

AFGHAN REFUGEE HEALTH PROGRAMME
OUT-PATIENT REGISTER

Annual No.	Monthly No.	Daily No.	NAME	Sex	Age	Passbook No.	Ist visit	Subsequent visit	Diagnosis	Treatment