

مریض / مریضہ کا نام: \_\_\_\_\_

والد کا نام: \_\_\_\_\_

رجسٹریشن نمبر: \_\_\_\_\_

کون سے سال میں رجسٹر ہوا: \_\_\_\_\_

عمر: \_\_\_\_\_ وزن: \_\_\_\_\_

بلڈ گروپ: \_\_\_\_\_ فون نمبر: \_\_\_\_\_

مکمل پتہ: \_\_\_\_\_

1- تھیلیسیمیا سینٹر سے خون کتنی بار مہینے میں لگاتے ہیں؟

2- ہمارے سنٹر کے علاوہ آپ اور کون سی جگہ سے خون لگواتے ہیں؟

3- ایک سال میں کتنے ڈونر لاسکتے ہیں؟

4- ہیپاٹائٹس کے ٹیسٹ کروائے ہیں؟ اگر ہاں تو کیا نتیجہ نکلا؟

5- فیرٹین ٹیسٹ کتنے عرصے کے بعد کرواتے ہیں؟ اور موجودہ فیرٹین کتنا ہے؟

6- ہمارے سنٹر کے علاوہ آپ اور کون سی جگہ سے علاج کراتے ہیں؟

7- فولاد کم کرنے کے لیے کون سی دوا استعمال کرتے ہیں؟

فیرپروکس / L-1 / فیرنیل

اسنرا

ڈسفرال

8- دوا کب اور کیسے استعمال کرتے ہیں اور ایک ماہ میں کتنی استعمال کرتے ہیں؟

-----

9- کیا آپ کے پاس اپنا پمپ ہے؟

-----

10- آپ کا پمپ ٹھیک کام کرتا ہے؟

-----

11- مہینے میں کتنے انجکشن اپنے پمپ سے خود لگاتے ہیں؟

-----

12- تھیلیسیمیا سنٹر سے انجکشن کتنے لگاتے ہیں؟ (اگر گھرفری لے کر جاتے ہیں تو اس کا بھی لکھیں)۔

-----

13- ہمارے سنٹر کی کارکردگی سے آپ مطمئن ہیں؟

-----

14- ہمارے سنٹر کو مزید بہتر بنانے کیلئے آپ کوئی مشورہ دینا چاہتے ہیں؟

-----

-----

-----

-----