

FORM KBF - KMSCL - 1

ഹീമോഫീലിയ രോഗികൾ സമർപ്പിക്കേണ്ട അപേക്ഷ

ID No. (To be allotted from KBF)

രോഗിയുടെ ഫോട്ടോ

PART - A

(രോഗിയിൽ നിന്ന് ശേഖരിക്കേണ്ട വിശദാംശങ്ങൾ)

1. അപേക്ഷകന്റെ പേര് :
2. പുരുഷൻ/സ്ത്രീ : വയസ്സ്:
3. A. നിലവിലെ മേൽവിലാസം :
- B. സ്ഥിരമേൽവിലാസം :
- ഫോൺ : മൊബൈൽ :
- ഇ-മെയിൽ :
4. റേഷൻ കാർഡ് നമ്പർ : 6. വോട്ടർ കാർഡ് നമ്പർ:
7. താലൂക്ക് : 8. ജില്ല:
9. രോഗി ചികിത്സയ്ക്കായി തെരഞ്ഞെടുക്കുന്ന ഗവൺമെന്റ് ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും

ക്രമനമ്പർ	ആശുപത്രിയുടെ പേര്	സ്ഥലം	വീട്ടിൽ നിന്നും ആശുപത്രി വരെയുള്ള ദൂരം
1.	മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രി		
2.	ജില്ലാ ആശുപത്രി		
3.	ജനറൽ ആശുപത്രി		

10. മറ്റ് ഗവൺമെന്റ് ആശുപത്രിയിൽ സൗകര്യപ്രദമായി ചികിത്സ നടത്താൻ സാധിക്കുമെങ്കിൽ അതിന്റെ വിവരങ്ങൾ
11. അത്യാവശ്യഘട്ടത്തിൽ ബന്ധപ്പെടുവാൻ നിങ്ങളുടെ അടുത്ത ഒരു ബന്ധുവിന്റെ മേൽവിലാസം:

ഫോൺ നമ്പർ: _____ മൊബൈൽ നമ്പർ _____
 ഇ-മെയിൽ: _____

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

PART B

(To be filled by the Doctor of Govt. Hospital)

1. Name of Doctor :
2. Designation :
3. The date from which the patient is undergoing treatment :
4. Deficiency Factor : Factor VII/Factor VIII/ Factor IX
5. Intensity of Deficiency : Less than 1%
Between 1% -- to 5 %
Greater than 5%
6. Brief history of the treatment undertaken so far :
7. The drugs prescribed to the patient

Sl.No	Name of Drugs	Strength	Frequency	Qty required

8. Whether patient has inhibitor :
9. Any Special conditions are to be taken care of :

Name & Signature of
Consulting Doctor

Name & Signature of
Superintendent /Medical Officer

Place:

Date: