# ફોર્મ-2: ડિમાન્ડ-સાઇડ - ટીબીના દર્દીઓનું મૂલ્યાંકન

# ફોર્મ-2.1: ટીબીના દર્દીઓ માટે બેઝલાઇન અર્ધ-સંરચિત ઇન્ટરવ્યુ માર્ગદર્શિકા

*[નોંધ: આ ટૂલને તમામ સેમ્પલ સ્મીયર +/- પલ્મોનરી ટીબીના દર્દીઓ માટે ભરી આપો, દર્દીઓના તમામ પ્રકારો/ક્ષેત્રો/રેજીમેનનું પ્રતિનિધિત્વ, આઇપી/સીપી દર્દીઓનું પ્રતિનિધિત્વ, બાળરોગના ટીબીના કિસ્સામાં પછી માતા-પિતાની મુલાકાત લેવાની રેહશે]*

વિભાગ-1: પરિચય

1. પ્રોજેક્ટ અને ઇન્ટરવ્યુના હેતુ વિશે સંક્ષિપ્ત પરિચય
2. સહભાગિતા માટે દર્દીની સંમતિ
3. મહેરબાની કરીને દર્દીની ભૂગોળની નોંધ કરો જેમ કે DOT સેન્ટર, PHI વગેરે, દર્દી સામાન્ય વિસ્તારનો છે કે સંવેદનશીલ વગેરે.
4. ક્ષય રોગની સામાજિક પૃષ્ઠભૂમિ અને કૌટુંબિક ઇતિહાસ, સારવારનો તબક્કો (IP/CP), કોમોર્બિડ સ્થિતિઓ (HIV, DM, HTN, COVID-19 વગેરે) સમજવા માટે સંક્ષિપ્તમાં કૌટુંબિક ઇતિહાસ પૂછો.

વિભાગ-2: કેર સીકિંગ પાથવે

1. રોગ દરમિયાન તમારા અને તમારા અનુભવો વિશે કહો ?

*તપાસ:* તે કેવી રીતે શોધાયું, ટીબીના આ વર્તમાન એપિસોડમાં તમે કયા લક્ષણો વિકસાવ્યા જેના કારણે તમે સૌપ્રથમ કાળજી લેવી પડી, તે ક્યારે શરૂ થયું? તમે શું કર્યું, અન્ય કોઈપણ કોમોર્બિડ સ્થિતિઓ

1. કૃપા કરીને અમને તમારો અનુભવ જણાવો કે તમને ટીબીનું નિદાન કેવી રીતે થયું?

*તપાસ:* પહેલા શું થયું અને તમે ક્યાં ગયા, પછી ક્યાં ગયા? ટીબી, ટીબીનો પ્રકાર, નિદાનનું સ્થળ, તમે કયા પ્રકારનાં પરીક્ષણો કરાવ્યા છે, જિલ્લા કેન્દ્રમાં પૂર્વ-સારવાર મૂલ્યાંકન (ડીઆર-ટીબી માટે), નિદાનમાં કોઈપણ વિલંબ, આરોગ્ય સુવિધાની મુલાકાત લેવા માટે તમને શાનાથી પ્રેરણા મળી ટીબીનું નિદાન થતાં પહેલાં, જો સારવાર શરૂ ન કરવામાં આવી તો; શા માટે? પડકારો શું હતા? ઉપલબ્ધતા/સુલભતા/સાંસ્કૃતિક/ધાર્મિક/પરંપરાગત ઉપચારક/મનોવૈજ્ઞાનિક/ સ્થળાંતર/સુવિધાઓ-પ્રદાતાઓ વચ્ચેના કારણો વગેરે.

1. શું તમે ટીબીની સારવારમાં અત્યાર સુધીની તમારી સફર વિશે અમને ટૂંકમાં કહી શકશો?

*તપાસ:* સારવાર કેવી રીતે ચાલુ રાખવામાં આવી (જાહેર-ખાનગી ટ્રાન્સફર), આરોગ્ય કર્મચારીઓ તરફથી કોઈપણ સહાય, તમારા મુખ્ય પડકારો શું છે, સમસ્યાઓ/તેના ઉકેલમાં સમયસર પ્રતિસાદ, તમારી ટીબી સારવાર માટે પ્રથમ સંપર્ક, સારવાર શરૂ કરવામાં કોઈપણ વિલંબ, સંબંધિત સમસ્યાઓ સારવારની સુલભતા, દવાઓ અથવા આરોગ્ય સંભાળ વ્યવસાયિકોની ઉપલબ્ધતા સંબંધિત મુદ્દાઓ, DOTS સેન્ટરમાં અનુભવો, જાહેર/ખાનગીમાં સંભાળની ગુણવત્તામાં તફાવત, દવાની ડોર-સ્ટેપ ડિલિવરી વિશે દર્દીના પરિપ્રેક્ષ્યને પૂછો અને જો કોઈ પડકારો મળ્યા હોય તો નોધ કરો

1. સારવાર દરમિયાન તમે જે વિવિધ આરોગ્ય સંભાળ કાર્યકરોના સંપર્કમાં આવ્યા છો તે વિશે તમે અમને કહી શકો છો ?

*તપાસ:* તમે પહેલા કોનો સંપર્ક કર્યો, અનુભવ કેવો રહ્યો, તમારી પાસે કોણ આવે છે અથવા તમે તેમની સાથે કેવી રીતે સંપર્ક કરો છો

વિભાગ-3: ટીબીની દવાઓ

1. તમારી સારવાર દરમિયાન તમે જે દવા લઈ રહ્યા છો તે વિશે અમને કહી શકો છો ?

તપાસ: સારવારનો સમયગાળો, દવાઓનું નામ (જો જાણતા હોય તો), ટેબ્લેટની સંખ્યા, ગોળીઓની આવર્તન, તમે જ્યાંથી દવાઓ મેળવતા/ ખરીદતા હતા તે સ્થળ, ટીબીની બે કરતા વધુ વખત સારવાર કરાવેલ લોકોની શોધખોળ કરો

1. ટીબીની દવાઓ અને અધેરન્સની દૃષ્ટિએ તેની સ્વીકૃતિ અંગે તમારા અનુભવો શું છે?

કોઈપણ આડઅસર, કોઈપણ મનોવૈજ્ઞાનિક ખલેલ, આડઅસરો ઘટાડવામાં આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓની ભૂમિકા, તેમની ઉપલબ્ધતા અને પ્રતિભાવો

1. શું તમે DOTS સારવાર સિવાય કોઈ દવા લીધી છે? જો હા, તો શું તમે તેના વિશે વર્ણન કરી શકો છો?

*તપાસ:* સ્વ-દવા, ફેઇથ હીલિંગ/પરંપરાગત ઉપચાર પદ્ધતિઓ, સ્થાન, પ્રથમ લાઇનના દર્દીઓ માટે NTEP દવાઓ અથવા FDC નો ઉપયોગ કરવાની પસંદગી, દવાઓના અન્ય પ્રકારો પસંદ કરવા માટે પ્રેરક પરિબળો, તેના કારણે અનુભવાયેલ કોઈપણ લાભ/આડઅશર, શું તે હજુ પણ છે? ચાલુ રાખ્યું કે નહીં (બંને માટેના કારણો)

વિભાગ-4: પ્રેરણા અને પરામર્શ

1. શું તમે અમને ટીબી સંબંધિત સલાહ અને કાઉન્સેલિંગ વિશે કહી શકો છો જે તમને મળેલી છે?

તપાસ: સારવાર શરૂ કરતા પહેલા/સારવાર દરમિયાન? (દરેક પ્રદાતા માટે કે જેમણે ટીબી અને એમડીઆર-ટીબીનું નિદાન કર્યું અને/અથવા સારવાર કરી), પ્રદાતા/કમ્પાઉન્ડર/ફિલ્ડ ઓફિસર દ્વારા તમને/તમારા પરિવારને નીચેના પર કેવા પ્રકારની માહિતી આપવામાં આવી? a) અધેરેન્સનું મહત્વ b) દવાની પ્રતિકૂળ પ્રતિક્રિયાઓ c) આહાર સલાહ d) સંક્રમણ ટાળવા માટેની સાવચેતીઓ - ઉધરસ માટે ના પગલા, શું પ્રદાતા/કમ્પાઉન્ડર/ફિલ્ડ ઓફિસરે તમને તમારા ઘરના 6 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના બાળકો (જો કોઈ હોય તો) અંગે કોઈ ચોક્કસ સલાહ આપી હતી? જો હા, તો તે શું હતી? શું પ્રદાતાએ ફોલો-અપ ટેસ્ટ તરીકે છાતીના એક્સ-રેની સલાહ આપી હતી? જો હા, તો તેને કેટલી વાર સલાહ આપવામાં આવી હતી? શું પ્રદાતાએ ફોલો-અપ ટેસ્ટ તરીકે સ્પુટમ માઇક્રોસ્કોપીની સલાહ આપી હતી? જો હા, તો તેને કેટલી વાર સલાહ આપવામાં આવી હતી?

વિભાગ-5: ફક્ત ડ્રોપ-આઉટ કેસો/સારવારનો ઇનકાર કરનારાઓ માટે

1. શું તમે સારવાર છોડી દેવા/નકારવા અંગેની તમારી ચિંતા વિશે ચર્ચા કરી શકો છો?

તપાસ: તમે ક્યારે છોડ્યું (IP/CP), સંભવિત તારીખ (NIKSHAY અથવા સારવાર કાર્ડ), ડ્રોપ આઉટ માટેના કારણો, તમને છોડવા માટે શું પ્રેરિત કર્યું, સારવારની કિંમત, અંતર, રોગની વૃદ્ધિ, દવાની પ્રતિકૂળ પ્રતિક્રિયાઓ, સહ- રોગવિષયકતા, આરોગ્ય સંભાળ વ્યાવસાયિકોનું વર્તન, સારવારની અન્ય કોઈપણ પદ્ધતિ અપનાવવી, કલંક/ભેદભાવ, ઉપલબ્ધતા/સુલભતા/સાંસ્કૃતિક/ધાર્મિક/પરંપરાગત ઉપચારકો/માનસિક/સ્થળાંતર/સુવિધા-પ્રદાતાઓ વચ્ચે સ્થાનાંતરણ

દર્દીના ઇનપુટ્સની મદદથી નીચે દર્શાવેલ કોષ્ટક ભરો

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| કેર કાસ્કેડ   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | મહિના/વર્ષ | અવધિ (mm/ yy માં ) | કોના દ્વારા | કારણો | કયા પ્રકારના પડકારોનો સામનો કરવો પડ્યો | | લક્ષણોની શરૂઆત |  |  |  |  |  | | હેલ્થકેર પ્રોવાઈડર (HCP) સાથે પ્રથમ પરામર્શ |  |  |  |  |  | | નિદાન |  |  |  |  |  | | સારવારની શરૂઆત |  |  |  |  |  | | સારવાર પૂર્ણ |  |  |  |  |  |   કોડ્સ  કોના દ્વારા: 0. ફ્રન્ટલાઈન વર્કર (ASHA/FHW/MPHW), 1. અનૌપચારિક પ્રદાતાઓ (ક્વેક્સ/ફેઈથ હીલર્સ), 2. ખાનગી પ્રેક્ટિશનર, 3. ખાનગી રસાયણશાસ્ત્રી, 4. PHI (પેરિફેરલ હેલ્થ ઈન્સ્ટિટ્યૂટ), 5. DMC (નિયુક્ત માઈક્રોસ્કોપી કેન્દ્ર), 6. DOT કેન્દ્ર, 7. સરકાર. રસાયણશાસ્ત્રી  કારણો: 0. સુલભ, 1. સંબંધીઓ/પડોશીઓ દ્વારા સલાહ, 2. ખર્ચ, 3. સમયનો અભાવ, 4. HCP દ્વારા સંદર્ભિત |

*બીજું કંઈ તમે કહેવા અથવા ચર્ચા કરવા માંગો છો? અન્ય કોઈ સૂચનો?*

# ફોર્મ-2.2: ટીબીના દર્દીઓ માટે બેઝલાઇન ઇન્ટરવ્યુ માટે માંગ-બાજુના મૂલ્યાંકન માર્ગદર્શિકા

*[નોંધ: બાળકોના ટીબીના કિસ્સામાં, પલ્મોનરી ટીબીના તમામ સેમ્પલ સ્મીયર +/- દર્દીઓને આ ફોર્મ દ્વારા માહિતી મેળવો, પછી માતાપિતાની મુલાકાત લેવાનું રેહશે]*

|  |  |
| --- | --- |
| UID | ગોપનીય માહિતી  (ફક્ત સંશોધન હેતુ માટે) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.ટીબી નોંધણી નંબર**  **( નિક્ષય મુજબ)** | **2. ટીબી યુનિટ નંબર/નામ** | **3.નિદાન સુવિધા -** |
| **4. દર્દીની સ્થિતિ** | **5.કેર કાસ્કેડનો તબક્કો** | **6. સારવારનો તબક્કો** |
| **7. નિદાનનો આધાર** | **8. સારવાર પર** | **9. રીટ્રીટમેન્ટ કેટેગરી માટે:** |
| **10. જો રીટ્રીટમેન્ટ હોય તો: અગાઉની સારવારની છેલ્લો ડોજ (mm/ yyyy )** | **11. ટીબીની ઘટનાઓની સંખ્યા**  **1/2/3/4/ > 4** | **12. ટીબીની જગ્યા**  ( કૃપા કરીને એક્સ્ટ્રાપલ્મોનરી હોય તો સાઇટનો ઉલ્લેખ કરો) |
| **13 માહિતી પ્રદાન કરનાર:** | પ્રથમ પરામર્શની તારીખ/મહિનો (dd/mm/ yyyy ) | નિદાનની તારીખ/મહિનો  (dd/mm/ yyyy ) |
| **Q3 માટે કોડ:** 0. PHI, 1. PVTHF, 2. PVTLAB  **Q4 માટે કોડ:** 0. નિદાન થયું પરંતુ સારવાર પર નહીં, 1. નિદાન અને સારવાર પર, 2. નિદાન અને પરિણામ આપેલ.  **Q5 માટે કોડ:** 0. નિદાન થી સારવારની શરૂઆત સુધી 1. ચાલુ સારવાર, 2. સારવાર પૂર્ણ થઈ.  **Q6 માટે કોડ:** 0.સઘન તબક્કો (IP), 1. કન્ટિન્યુએશન ફેઝ (CP)  **Q7 માટે કોડ:** 0. છાતીનો એક્સ-રે, 1. સ્પુટમ ટેસ્ટ, 2. CBNAAT, 3. TruNat , 4. અન્ય; સ્પષ્ટ કરો.  **Q8 માટે કોડ:** 0. નવું 1. રીટ્રીટમેન્ટ, 2. PMDT-Mono H poly, 3. PMDT-શોર્ટર રેજીમેન, 4. PMDT- ઓરલ રેજીમેન પરંપરાગત, 5. PMDT-MDR-FQ  **Q9 માટે કોડ:** 0. રીકરંટ 1. ટ્રીટમેન્ટ આફ્ટર ફેલ્યોર 2. ટ્રીટમેન્ટ આફ્ટર લોસ્ટ ટુ ફોલોઅપ 3. અન્ય  **Q12 માટે કોડ:** 0 પલ્મોનરી 1. એક્સ્ટ્રાપલ્મોનરી  **Q13 માટે કોડ:** 0. સ્વ-દર્દી 1. સંબંધીઓ 2. મિત્રો 3. આરોગ્ય કાર્યકર | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| વિભાગ 1.1: સામાજિક-વસ્તી વિષયક વિગતો | | | |
| ઇન્ટરવ્યુની તારીખ (dd/mm/ yyyy ) | | | ઇન્ટરવ્યુઅરનું નામ |
| દર્દીનું નામ | | | મોબાઈલ |
| સરનામું (ગામ બ્લોક સાથે) | | | સ્થાન (GPS) |
| ઉંમર | વજન | | લિંગ   1. પુરુષ 2. સ્ત્રી |
| ધર્મ | | | જાતિ |
| શિક્ષણ | | | વ્યવસાય |
| વૈવાહિક સ્થિતિ | | | BPL કાર્ડ |
| પરિવારના કુલ સભ્યો: … ..   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | બાળકો (0-5 વર્ષ) | IPT પર  0. ના 1. હા | કિશોર (6-19 વર્ષ) | પુખ્ત  (>19 વર્ષ) | | પુરુષ |  |  |  |  | | સ્ત્રી |  |  |  |  |   ટિપ્પણી, જો કોઈ હોય તો: | | | પ્રતિ વર્ષ કુટુંબની કુલ આવક |
| કોડ્સ  ધર્મ (0. હિંદુ, 1. મુસ્લિમ, 2. અન્ય, 3. જાહેર ન કરવાનું પસંદ કરે છે)  શિક્ષણ (0. નિરક્ષર, 1. ક્યારેય શાળાએ ગયા નથી પરંતુ વાંચતા અને લખવામાં સક્ષમ, 2. પ્રાથમિક, 3. માધ્યમિક, 4. ઉચ્ચતર માધ્યમિક, 5. સ્નાતક અને તેથી વધુ)  વૈવાહિક દરજ્જો (0. એકલ, 1. પરિણીત, 2. છૂટાછેડા/અલગ/વિધવા) | | | કોડ્સ  લિંગ (0. પુરુષ, 1. સ્ત્રી)  જાતિ (0. SC/ST, 1. OBC, 2. સામાન્ય, 3. જાહેર ન કરવાનું પસંદ કરે છે)  વ્યવસાય (0. ખેડૂત/ખેડૂત, 1. દૈનિક મજૂર, 2. સ્વ-રોજગાર, 3. રોજગારી (સરકારી/ખાનગી), 4. વિદ્યાર્થી, 5. ગૃહિણી, 6. અન્ય-નિર્દિષ્ટ કરો)  BPL કાર્ડ (0. ના, 1. હા) |
| વિભાગ-1.2 વ્યસનનો ઇતિહાસ (ધૂમ્રપાન) અને સહ-રોગીતા 0. ના 1. હા | | | |
| વ્યસન ઇતિહાસ (માર્ક 0. ના 1. હા)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | આદતો | ભૂતકાળ | હાજર | આવર્તન | | 1. ધુમ્રપાન |  |  |  | | 1. તમાકુ ચાવવા |  |  |  | | 1. દારૂ |  |  |  | | 1. અન્ય (સ્પષ્ટ કરો) |  |  |  |   પૂર્વ-સારવાર મૂલ્યાંકન (મનોવૈજ્ઞાનિક) (DR-TB)  0. નં  1. હા | | કો-રોબિડિટીઝ   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | શરત | અવધિ  (mm/ yyyy ) | દવા પર | જો હા  ક્યાંથી? | | 1. હાયપરટેન્શન |  |  |  | | 1. ડાયાબિટીસ |  |  |  | | 1. એચ.આઈ.વી |  |  |  | | 1. COVID-19 |  |  |  | | 1. મેન્ટલ હેલ્થ ડિસઓર્ડર (કોઈપણ) |  |  |  | | |
| કોડ્સ  ભૂતકાળ/વર્તમાન: 0. ના, 1. હા  આવર્તન: સિગારેટ અથવા બીડી અથવા તમાકુના પેકેટ અથવા આલ્કોહોલનો ગ્લાસ/દિવસ કેટલા વર્ષો સુધી  દા.ત., xx સંખ્યા/દિવસ (xx વર્ષ) | | કોડ્સ  દવા પર: 0. ના, 1. હા  સ્થળ: 0. અનૌપચારિક પ્રદાતા, 1. સરકારી. પ્રદાતા, 2. ખાનગી પ્રદાતા  એચઆઇવી-ટીબીના દર્દી માટે, સી.પી.ટી.  0. નં  1. હા | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| વિભાગ 2. દવાની સ્વીકૃતિ અને પ્રતિક્રિયાઓની વિગતો | | | ટીકા |
| સારવારની શરૂઆતની તારીખ: (dd/mm/ yyyy )  સારવાર પૂર્ણ થયાની તારીખ અથવા લોસ્ટ ટુ ફોલોઅપ: (dd/mm/ yyyy ) | | |  |
| 1. | શું સારવાર દરમિયાન ગોળીઓની સંખ્યામાં કોઈ ફેરફાર થયો છે? | 1. ના 2. હા |  |
| 2. | શું તમારી સારવાર દરમિયાન જીવનપદ્ધતિમાં કોઈ ફેરફાર થયો છે? | 1. ના 2. હા |  |
| 3. | શું તમે દવાઓની કોઈ આડઅસર (દવાઓની પ્રતિકૂળ પ્રતિક્રિયાઓ) અનુભવી છે? | 1. ના 2. હા, હળવા. 3. હા, મધ્યમ.   ૩. હા, ગંભીર |  |
| 4. | જો હા, ક્યારે (ઉપચારના કયા મહિનામાં) | મીમી/ વર્ષ |  |
| 5 | તમે ADR નો અનુભવ ક્યારે કર્યો | 0. આઈપી  1. સીપી  2. બંને |  |
| 6. | તમે કઈ આડઅસરોનો અનુભવ કર્યો છે?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | આડઅસરનો અનુભવ થયો | ક્યારે?  ( કયા મહિનામાં ) | અવધિ/આવર્તન | લેવાયેલી ક્રિયાઓ (ઓપન-એન્ડેડ) | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | આડઅસર-   1. ઉબકા/ઉલ્ટી/પેટમાં ગડબડ લાગવી 2. ખંજવાળ / ચકામા 3. હાથ અને પગમાં કળતર/બર્નિંગ/નિષ્ક્રિયતા આવે છે. 4. સાંધાનો દુખાવો 5. ક્ષતિગ્રસ્ત દ્રષ્ટિ 6. મનોવૈજ્ઞાનિક ખલેલ 7. અન્ય (સ્પષ્ટ કરો) |
| 7. | શું તમે ક્યારેય સારવાર દરમિયાન કોઈ ડોઝ ચૂકી ગયા છો | 1. ના 2. હા |  |
| 8. | જો હા, તો કેટલી વાર |  |  |
| 9. | તમારી તાત્કાલિક પુનઃપ્રાપ્તિ ક્રિયાઓ શું હતી? | 0. સ્વ-પુનઃપ્રાપ્તિ  1. HCP નો સંપર્ક કર્યો.  2. સરકારી PHI પરામર્શ સાથે દવાઓ ફરી શરૂ કરી.  3. પીવીએચએફ પરામર્શ સાથે દવાઓ ફરીથી શરૂ કરી.  4. દવા બંધ કરી દીધી.  5. અન્ય (સ્પષ્ટ કરો) |  |
| 9. | શું તમે પ્રતિકૂળ અસરોને કારણે ટીબીની દવાઓ લેવાનું બંધ કર્યું છે? | 1. ના 2. બંધ ન કર્યું પરંતુ ડોઝમાં ફેરફાર કર્યો. 3. હા, અસ્થાયી રૂપે. 4. હા, કાયમ માટે |  |
| 10. | શું તમે જાણો છો, જો તમે સારવારનું પાલન નહીં કરો, તો તમારી સાથે શું થઈ શકે છે? | 1. સારવાર ફરી શરૂ કરો. 2. મને ડ્રગ-રેઝિસ્ટન્ટ ટીબી થઈ શકે છે 3. પરિવારના અન્ય લોકોને ટીબી થઈ શકે છે 4. કંઈ થશે નહીં. 5. અન્ય (સ્પષ્ટ કરો)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   5. ખબર નથી |  |

વિભાગ - 1 પછી શરૂ કરો

પાથવે દોરો

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| અંતરાલ  ઘટનાઓ  લક્ષણોની તપાસ  આરોગ્યસંભાળ  HCP સાથે પ્રથમ પરામર્શ  નિદાન  સારવારની શરૂઆત  સારવારનો અંત | પ્રથમ અનૌપચારિક પરામર્શ માટે લક્ષણોની શરૂઆત (જો કોઈ હોય તો) | પ્રથમ અનૌપચારિક પરામર્શથી પ્રથમ ઔપચારિક પરામર્શ | નિદાન માટે ઔપચારિક પરામર્શ | સારવારની શરૂઆત માટે નિદાન | સારવાર દરમિયાન |
| અવધિ (દિવસોમાં) |  |  |  |  |  |
| સુવિધાની માહિતી | નિદાન કરનાર ડૉક્ટરનું નામ | ટીબીની શંકા ધરાવતું આરોગ્ય સુવિધાનું નામ | નિદાન કરાયેલ આરોગ્ય સુવિધાનું નામ | આરોગ્ય સુવિધા / DOT કેન્દ્રનું નામ | આરોગ્ય સુવિધા / DOT કેન્દ્રનું નામ |
| પડકારો |  |  |  |  |  |