সেবা গ্রহণের রেকর্ড

সেবা গ্রহণের তারিখ	সেবার ধরণ (কোড লিখুন)	সেবা গ্রহণকারীর নাম	সেবার মূল্য (টাকা)	গৃহীত সেবার মোট মূল্য	সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান	
					নাম	স্বাক্ষর

বিঃ দ্রঃ ১) এই পৃষ্ঠাটি সেবাদানকারী প্রতিষ্ঠান কর্তৃক পূরনীয়।

২) সেবার ধরণঃ পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে সেবার কোডটি লিখতে হবে। একাধিক সেবা নিয়ে থাকলে একাধিক কোড উল্লেখ করতে হবে।

স্বাস্থ্যসেবা কার্ড ব্যবহারের নিয়মাবলী

- স্বাস্থ্যসেবা কার্ডটি শুধু কার্ড গ্রহীতা ও তাঁর পরিবারের নির্ধারিত সদস্যদের জন্য প্রযোজ্য হবে;
- কার্ডের মাধ্যমে একটি পরিবার সাধারণ প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার জন্য বছরে সর্বোচ্চ ৪,০০০ টাকার সেবা গ্রহণ করতে পারবেন। তবে কোনো পরিবারের মাতৃত্বজনিত সেবার প্রয়োজন হলে বছরে নরমাল ডেলিভারিসহ ৪,০০০ টাকার সেবা গ্রহণ করতে পারবেন। ঝুঁকিপূর্ণ গর্ভধারণের ক্ষেত্রে ডাক্তারের পরামর্শে সিজারিয়ান প্রয়োজন হলে বছরে অতিরিক্ত সর্বোচ্চ ১০,০০০ টাকার সিজারিয়ান সেবা গ্রহণ করতে পারবেন।
- কার্ডধারী বা পরিবারের যে কোনো সদস্য দুর্ঘটনাজনিত কারণে আহত হলে বছরে সর্বোচ্চ ৫,০০০ টাকার সেবা গ্রহণ করতে পারবেন।
- কার্ডধারী বা পরিবারের যে কোন সদস্য প্রতিবন্ধী থাকলে বছরে অতিরিক্ত সর্বোচ্চ ৩,০০০ টাকার সেবা গ্রহণ করতে পারবেন।
- কার্ডের মাধ্যমে নির্ধারিত হাসপাতাল ও স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র সমূহে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করা যাবে।
- সেবা গ্রহণের পূর্বে কার্ডটি প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র/হাসপাতালে নির্ধারিত কর্মীর নিকট প্রদর্শন করে সেবার জন্য রেজিস্ট্রেশন করতে হবে।
- সেবা গ্রহণের পরে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র/হাসপাতাল থেকে খরচের একটি বিল নিতে হবে এবং সংরক্ষণ করতে হবে।
- সেবা গ্রহণের পরে কার্ডটি স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র/হাসপাতাল থেকে নিয়ে নিজের কাছে যত্নসহকারে রাখতে হবে। এই কার্ডটি অত্যন্ত মূল্যবান, তাই এটি অন্য কারও নিকট হস্তান্তর করা যাবে না।
- কার্ডটি হারিয়ে গেলে বা নষ্ট হয়ে গেলে সংশ্লিষ্ট রুরাল হেলথ ফেসিলিটেটর/অফিসের সঙ্গে যোগাযোগ করতে হবে।

বিঃ দ্রঃ কোন পরামর্শ বা অভিযোগ থাকলে যোগাযোগ করুন ০৮ ০০০ ১১১ ০০০ নম্বরে।

বাস্তবায়নে:

Consortium Lead
CONCERN worldwide

Funded By
UKaid from the British people

সুবিধাবঞ্চিত জনগোষ্ঠীর জন্য অত্যাবশ্যকীয় স্বাস্থ্যসেবা

Essential Healthcare for the Disadvantaged in Bangladesh

স্বাস্থ্যসেবা কার্ড

কার্ড নম্বর: ----------

কার্ড গ্রহীতার নাম: ----------

স্বামী/স্ত্রীর নাম: ----------

গ্রাম: ---------- ইউনিয়ন: ---------- উপজেলা: দাকোপ, জেলা: খুলনা

কার্ড ইস্যুর তারিখ: ---------- মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ: ----------

মোবাইল নম্বর: ----------

----------	----------	----------
রুরাল হেলথ ফ্যাসিলিটেটরের স্বাক্ষর ও তারিখ	রুরাল হেলথ কো-অর্ডিনেটরের স্বাক্ষর ও তারিখ	কার্ড গ্রহীতার স্বাক্ষর
নাম:	নাম:	
মোবাইল নম্বর:	মোবাইল নম্বর:	

বাস্তবায়নে:

কার্ড গ্রহীতার পরিবারের সদস্যদের বিবরণ

ক্রম নং	পরিবারের সদস্যদের নাম	বয়স	কার্ড গ্রহীতার সাথে সম্পর্ক

কার্ডের মাধ্যমে প্রাপ্ত স্বাস্থ্যসেবা সমূহ

কোড	সেবা সমূহ	কোড	সেবা সমূহ	কোড	পরীক্ষা সমূহ
০১	এমবিবিএস ডাক্তার/ প্যারামেডিকের সেবা	১৫	নবজাতক ও শিশু স্বাস্থ্য সেবা (ডায়রিয়া, নিওমোনিয়া, সাধারণ অসুখ এবং টিকা)	২৪	প্রেগনেন্সি টেস্ট (PT)
				২৫	সিবিসি/এইচবি % (CBC/HB%)
০২	গর্ভকালীন সেবা (ANC)	১৬	মা ও শিশুদের পুষ্টি সেবা (ওজন, উচ্চতা, বি.এম.আই, মধ্যবাহুর পরিধি মাপন ও কাউন্সেলিং)	২৬	রক্তের গ্রুপ
০৩	কম্প্রিহেনসিভ এএনসি			২৭	ইউরিন আর/ই (Urine R/E)
০৪	নরমাল ডেলিভারি সেবা			২৮	আরবিএস (RBS)
০৫	সিজারিয়ান ডেলিভারি (বিশেষ ক্ষেত্রে)	১৭	অসংক্রামক রোগের চিকিৎসা- উচ্চ রক্তচাপ এবং ডায়াবেটিস (রোগ নির্ণয়, পরামর্শ, চিকিৎসা ও রেফারেল)	২৯	ভিডিআরএল (VDRL)
০৬	প্রসব পরবর্তী সেবা (PNC)			৩০	হেপাটাইসিস-বি (HBV)
০৭	নবজাতকের স্বাস্থ্যসেবা			৩১	আল্ট্রাসনোগ্রাম (USG)
০৮	কিশোর ও কিশোরীর স্বাস্থ্যসেবা	১৮	প্রতিবন্ধী ব্যক্তি সনাক্ত, প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা ও রেফারেল	৩২	সিরাম ক্রিয়েটিনিন
০৯	এম.আর সেবা	কোড	পরামর্শ সমূহ	৩৩	বুকের এক্স-রে
১০	এম.আর. পরবর্তী সেবা	১৯	প্রজনন স্বাস্থ্য		
১১	সংক্রামক রোগের সেবা	২০	নারীর প্রতি সহিংসতা		
১২	সাধারণ রোগের সেবা	২১	মা ও শিশুর পুষ্টি		
১৩	রেফারেল সুবিধা	২২	অসংক্রামক রোগ		
১৪	প্রয়োজনীয় ঔষধ	২৩	পরিবার পরিকল্পনা		

সেবা গ্রহণের রেকর্ড

সেবা গ্রহণের তারিখ	সেবার ধরণ (কোড লিখুন)	সেবা গ্রহণকারীর নাম	সেবার মূল্য (টাকা)	গৃহীত সেবার মোট মূল্য	সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান	
					নাম	স্বাক্ষর

বিঃ দ্রঃ ১) এই পৃষ্ঠাটি সেবাদানকারী প্রতিষ্ঠান কর্তৃক পূরনীয়।

২) সেবার ধরণঃ পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে সেবার কোডটি লিখতে হবে। একাধিক সেবা নিয়ে থাকলে একাধিক কোড উল্লেখ করতে হবে।

সেবা গ্রহণের রেকর্ড

সেবা গ্রহণের তারিখ	সেবার ধরণ (কোড লিখুন)	সেবা গ্রহণকারীর নাম	সেবার মূল্য (টাকা)	গৃহীত সেবার মোট মূল্য	সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান	
					নাম	স্বাক্ষর

বিঃ দ্রঃ ১) এই পৃষ্ঠাটি সেবাদানকারী প্রতিষ্ঠান কর্তৃক পূরনীয়।

২) সেবার ধরণঃ পূর্ববর্তী পৃষ্ঠা থেকে সেবার কোডটি লিখতে হবে। একাধিক সেবা নিয়ে থাকলে একাধিক কোড উল্লেখ করতে হবে।