



# समुदाय आधारित मूल्यांकन प्रपत्र (CBAC FORM)



(गैर संचारी रोग, टीबी एवं कुष्ठ रोग के शीघ्र पहचान हेतु)  
सामान्य जानकारी

मितानीन का नाम-	ग्राम का नाम-
RHO (महिला एवं पुरुष) का नाम-	उपस्वास्थ्य केन्द्र का नाम-
आश्रित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र-	

रोगी की जानकारी	
नाम-	आधार कार्ड / UID/VOTER ID -
उम्र-	राष्ट्रीय बीमा सुरक्षा योजना (स्मार्ट कार्ड नं.) (हाँ/नहीं)-
लिंग-	मोबाईल / दूरभाष नंबर-
पूर्ण पता	
क्या उक्त व्यक्ति को निम्न समस्याएं हैं (हाँ/नहीं)-	
देखने की समस्या / ज्ञात विकलांगता / शैथ्या ग्रस्त / दैनिक गतिविधि करने में किसी का सहयोग लेते हैं।	

Part A: Risk Assessment जोखिम आकलन			
	Range श्रेणी	Circle any	Write Score
1. आपकी उम्र क्या है? (पूर्ण वर्षों में)	10-29 साल	0	
	30-39 साल	1	
	40-49 साल	2	
	50-59 साल	3	
	59 साल से अधिक	4	
2. क्या आप धूम्रपान करते हैं? / गुटका या खैनी जैसे धुएं रहित उत्पादों का उपभोग करते हैं ?	कभी नहीं	0	
	अतीत में / कभी-कभी उपयोग करते हैं।	1	
	रोज उपयोग करते हैं	2	
	नहीं	0	
3. क्या आप रोजाना शराब का सेवन करते हैं।	हाँ	1	
	नहीं	0	
4. कमर का माप (से.मी. में)	महिला	पुरुष	
	80 सेमी या उससे कम	90सेमी या उससे अधिक	0
	81-90 सेमी	91-100 सेमी	1
	90 सेमी से अधिक	100 सेमी से अधिक	2
5. क्या आप सप्ताह में कम से कम 150 मिनट के लिए कोई शारीरिक गतिविधियां करते हैं? (रोज न्यूनतम 30 मिनट प्रतिदिन- सप्ताह में 05 दिन)	एक सप्ताह में कम से कम 150 मिनट	0	
	एक सप्ताह में 150 मिनट से कम	1	
6. क्या आपके परिवार (आपके माता-पिता या भाई-बहनों में से कोई भी) में कोई व्यक्ति को उच्च रक्तचाप, मधुमेह अथवा हृदयरोग से ग्रसित है।	हाँ	2	
	नहीं	0	

### Total Score

04 से कम स्कोर आप पर भी समस्त गैर संचारी रोग स्क्रीनिंग सुनिश्चित करें। 04 से अधिक स्कोर होने पर व्यक्ति को गैर संचारी रोग मधुमेह, उच्चरक्तचाप एवं कैंसर (स्तन, मुख्य एवं गर्भाशय ग्रीवा) अधिक होने का जोखिम है, उन्हें गैर संचारी रोग स्क्रीनिंग हेतु प्राथमिकता से रेफर किया जावे। जिसमें उक्त व्यक्ति का स्क्रीनिंग कार्य सुनिश्चित किया जा सके।

Part B: प्रारंभिक जांच: उक्त संबंध में रोगी से लक्षण संबंधी निम्न जानकारी ली जावे।			
B1: महिला एवं पुरुष	हाँ/नहीं	B1: महिला एवं पुरुष	हाँ/नहीं
सांस लेने में तकलीफ		क्या झटके आते हैं?	
02 सप्ताह से अधिक खांसी		मुंह खोलने में कठिनाई	
बलगम में रक्त		मुंह में अल्सर जो दो सप्ताह में ठीक नहीं हुई है।	
02 सप्ताह से अधिक बुखार आना		मुंह में गठान जो दो सप्ताह से ठीक नहीं हो रहा है।	
क्या वजन में कमी हुआ है? *		मुंह में लाल या सफेद चकता जो दो सप्ताह में ठीक नहीं हुई है	
रात को पसीना आना *		कुछ भी चबाने में तकलीफ है	
क्या आप वर्तमान में एंटी टीबी दवाये ले रहे हैं? **		आपकी आवाज में कोई भी बदलाव	
वर्तमान में परिवार में कोई टी.बी. से पीड़ित है **		त्वचा पर कोई चकता या त्वचा के रंग में बदलाव	
टी.बी. का इतिहास *		त्वचा कहीं भी मोटी लग रही है	
बार-बार हथेली अथवा पैर के तलुवों में छाले पड़ते हैं		त्वचा में कोई भी गठान है	
हथेली अथवा पैर के तलुवों में झुनझुनी होना		पैर का तलवा और हथेली का बार-बार सुन्न होना	
धुंधला दिखना		हाथ अथवा पैर की उंगलियों में अकड़न है	
पढ़ने में परेशानी होना		हाथ अथवा पैर में झुनझुन या सुन्न होना	
आंखों में एक सप्ताह से अधिक दर्द होना		आंख की पलकों को बंद करने में कठिनाई होना	
एक सप्ताह से अधिक आंख लाल रहना		अंगलियों से वस्तुओं को पकड़ने में कठिनाई	
सुनने में तकलीफ होना		पांव में कमजोरी के कारण चलने में कठिनाई होना	
B2: केवल महिलाएं	हाँ/नहीं		
स्तन में गठान		B2: केवल महिलाएं	हाँ/नहीं
निप्पल से रक्त स्राव		रजोनिवृत्ति के बाद रक्तस्राव	
स्तन के आकार में बदलाव		संभोग के बाद रक्तस्राव	
मासिक धर्म के अवधि के बीच में रक्त स्राव		योनि स्राव से दुर्गंध आना	
B3: वयोवृद्ध हेतु	हाँ/नहीं		हाँ/नहीं
क्या आप खड़े होने एवं चलते वक़्त लड़खड़ाते हैं? क्या आप किसी शारीरिक विकलांगता से ग्रसित हैं?		क्या आप अपने निकटतम रिश्तेदार का नाम या घर का पता भूल जाते हैं?	
क्या आप किसी शारीरिक विकलांगता से ग्रसित हैं? जिससे आप शरीर का संचालन नहीं कर पा रहे हैं।		उपरोक्त लक्षणों में से किसी एक का जवाब हां होने पर रोगी को तुरंत निगटम स्वास्थ्य केंद्र के चिकित्सा अधिकारी से परामर्श केंद्र के चिकित्सा अधिकारी से परामर्श करने हेतु प्रेरित करें।	
क्या आपको अपने दैनिक कार्य करने जैसे खाने, नहाने, चलने, शौच कार्य में किसी अन्य व्यक्ति की मदद की आवश्यकता पड़ती है?		यदि व्यक्ति उपरोक्त B1 संख्या में किसी भी प्रश्न का उत्तर हां में देता है तो उसका बलगम के नमूने को परीक्षण हेतु तत्काल निकटतम टी.बी. परीक्षण केंद्र में भेजा जावे।	
B1: अंतर्गत ** में उत्तर हां है तो एएनएम/एमपीडब्ल्यू द्वारा परिवार के सभी सदस्यों का टी.बी. के लक्षण पता लगावें।			

Part C: निम्न में से जो मान्य हो उस पर <input type="radio"/> गोला लगावें।	
खाना बनाने के लिए इस्तेमाल इंधन का प्रकार:	लकड़ी/फसल अवशेष (पैरा,भुसा आदि)/गोबर के कंडे/कोयला/मिट्टी तेल/ एल.पी.जी. गैस
व्यवसायिक एक्सपोजर-	फसल अवशेष (पैरा, भुसा आदि) जलाना/कचरा जलाना/व्यथक ईट भट्टा, कांच का कारखाना, अन्य किसी कारखाने में कार्यरत है, जिसमें धुंआ, गैस अथवा धूल से संपर्क में आते हो।

Part D : PHQ2					
		कभी नहीं	बहुत दिन से	आधे से ज्यादा दिन में	रोज होता है
पिछले दो सप्ताह में आपको निम्न समस्याएं हुई हैं क्या?					
1.	कार्य जिनको करने में पहले खुशी मिलती थी किन्तु वर्तमान में खुशी अथवा करने में रुची महसूस नहीं होता।	0	1	2	3
2.	अवसाद/निराशा/अपने आप के बारे में बुरा महसूस करना हतोत्साहित होना।	0	1	2	3
जिनका भी कुल अंक 03 से अधिक हो उनको CHO/मनोरोग विशेषज्ञ मानसिक स्वास्थ्य में प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी एवं सहायक चिकित्सा अधिकारी को रेफर करें।					