

د زده کوونکی نوم: _____
 د زده کوونکي آبي ډي نمبر: _____
 د زده کوونکي نوم: _____
 د زده کوونکي آبي ډي نمبر: _____

د نري رنځ يا ټوبرکلوز د نښو نښانو ارزونه

له درې اونيو څخه زيات ټوخي _____
 بي دليله تبه _____
 په ټوخي کې وینه راتلل _____
 له کوم علت پرته د وزن کمېدل _____
 له کوم علت پرته د سينې درد _____
 د شپې خوله کيدل _____
 د اشتها نشتوالی _____
 ستر يا _____

د شپږو کلونو څخه کم عمره ماشومانو لپاره

ساه لنډي يا د سينې غبرونه _____
 د فزيکي نشونما نشتوالی _____
 د فعاليت، لوبو او انرژۍ کموالی _____
 د لمفوي غدو پړسوب _____
 په خوي يا چلند کې بدلونونه _____

والدينو/سرپرستانو: مهرباني وکړئ لاندې ځای کې د نوم لومړنی توري وليکئ:

زده کوونکي داسې کوم چا ته نه دی نږدې شوی چې په نري رنځ (ټوبرکلوز) اخته وي او يا يې پرې شک وي

د نري رنځ (ټوبرکلوز) د وروستۍ منفي معاینې راهيسې چې په _____ نيټه تر سره شوی وه،
 زده کوونکي په داسې کوم هېواد کې نه دی اوسېدلی يا يې ورته سفر نه دی کړی چې پرې شک وي.

والدينو/سرپرست لاسليک: _____ نيټه: _____
 د ښوونځي د نرس لاسليک: _____ نيټه: _____

که چيرته زده کوونکي له پورته ذکر شويو څخه يو ډېرې نښې نښانې ولري، ښوونځي ته له داخلېدو دمخه يې د لا زياتې ارزونې او معایناتو لپاره خپل روغتيايي پالونکي (ډاکټر) ته راجع کړئ.