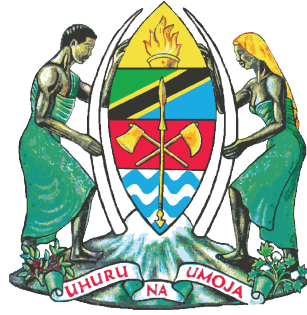


**Jamhuri ya Muungano wa Tanzania**



**Wizara ya Afya**

**Mpango wa Taifa wa Kifua Kikuu na Ukoma**

**Fomu ya Rufaa / Uhamisho**

**Toleo la 2024**



**Wizara ya Afya**  
**Mpango wa Taifa wa Kifua Kikuu na Ukoma**  
**Fomu ya Rufaa / Uhamisho**

Toka kituo cha huduma cha: \_\_\_\_\_ Wilaya: \_\_\_\_\_  
 Mkoa: \_\_\_\_\_ Kwenda kituo cha huduma cha: \_\_\_\_\_ Wilaya: \_\_\_\_\_  
 Mkoa: \_\_\_\_\_ Jina la mgonjwa: \_\_\_\_\_ Jinsia Me  Ke  Umri   
 Makazi ya sasa: \_\_\_\_\_ Namba ya Usajili ya Mgonjwa \_\_\_\_\_  
 Na. ya huduma ya VVU: \_\_\_\_\_ Makazi mapya: \_\_\_\_\_ Namba ya simu: \_\_\_\_\_  
 Namba ya Kitambulisho cha Taifa: \_\_\_\_\_  
 Sababu ya rufaa/uhamisho: \_\_\_\_\_  
 Taarifa muhimu za mgonjwa (clinical notes): \_\_\_\_\_

| Kifua Kikuu                               | Ukoma   | TB/HIV               | MDR TB               |
|---|---|----------------------|----------------------|
| Cha mapafu: <input type="text"/>          |   |                      |                      |
| Cha sehemu nyingine: <input type="text"/> | PB <input type="text"/> MB <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Tarehe alipoanza matibabu ya Kifua Kikuu/Ukoma \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 Nimempa mgonjwa dawa za Kifua kikuu/ukoma kuanzia tarehe: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ hadi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 Tarehe alipoanza huduma ya VVU \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Nimempa mgonjwa dawa za VVU \_\_\_\_ kuanzia tarehe \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ hadi \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 Matokeo ya maabara ya karibuni: Makohozi \_\_\_\_\_ Kwa tarehe \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Ngozi \_\_\_\_\_ Kwa tarehe \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 Matokeo ya CD<sub>4</sub> ya karibuni: \_\_\_\_\_ Kwa tarehe: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 Apimwe tena makohozi mwezi wa: \_\_\_\_\_ Dawa nyingine alizopewa mgonjwa: \_\_\_\_\_  
 kuanzia tarehe: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ hadi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 Maelezo mengine \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Jina: \_\_\_\_\_ Namba ya simu: \_\_\_\_\_  
 Cheo: \_\_\_\_\_

**Sehemu hii ijazwe na mganga wa kituo alichopelekwa mgonjwa na irudishwe kwa mganga wa kituo alichotoka mgonjwa**

Toka kituo cha huduma cha: \_\_\_\_\_ Wilaya: \_\_\_\_\_ Mkoa: \_\_\_\_\_  
 Kwenda kituo cha huduma cha \_\_\_\_\_ Wilaya: \_\_\_\_\_ Mkoa: \_\_\_\_\_  
 Jina la mgonjwa: \_\_\_\_\_ Me  Ke  Umri   
 Kijiji: \_\_\_\_\_ Amefika hapa kwetu tarehe: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 Hatua zilizochukuliwa hapa (kwa rufaa tu) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Matokeo ya tiba: \_\_\_\_\_  
 Maelezo mengine: \_\_\_\_\_  
 Jina: \_\_\_\_\_ Cheo: \_\_\_\_\_  
 Tarehe: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Namba ya simu: \_\_\_\_\_ Anwani ya barua pepe: \_\_\_\_\_



**Mpango wa Taifa wa Kifua Kikuu na Ukoma**  
S.L.P. 743, Dodoma, Tanzania.  
**Simu:** +255 (0) 26 2960150. **Barua pepe:** [info@ntlp.go.tz](mailto:info@ntlp.go.tz).