

## REGISTRATION FORM (SICKEL CELL DISEASE)

1. Name of the Patient
  - a) Age : \_\_\_\_\_
  - b) Sex : \_\_\_\_\_
  - c) Date of Birth : \_\_\_\_\_
  - d) Identification Mark : \_\_\_\_\_
  - e) Blood Group : \_\_\_\_\_
  - f) Detail address : \_\_\_\_\_
  
2.
  - a) Name of the Institution where patient is taking treatment at present.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
  - b) Detail address of the Institution.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Date of diagnosis of the Disorder (SCD) Date/Year.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Final diagnosis  
\_\_\_\_\_
  
5. Detail of Treatment (At present)
  - a) Blood : \_\_\_\_\_
  - b) Tab/Capsules : \_\_\_\_\_
  - c) Injection : \_\_\_\_\_
  - d) Others : \_\_\_\_\_
  - e) Whether vaccinated for Hepatitis-B (Yes/No) : \_\_\_\_\_

Note : Kindly send 2 passport size photos of the patient for preparing the I-card at SBTC Office.

**सिकलसेल रूग्णांची माहीती**  
(नोंदणी फॉर्म)

- १) रूग्णांचे संपुर्ण नाव : \_\_\_\_\_  
अ) वय : \_\_\_\_\_  
ब) लिंग : \_\_\_\_\_  
क) जन्म तारीख : \_\_\_\_\_  
ड) ओळखीची खूण : \_\_\_\_\_  
इ) रक्तगट : \_\_\_\_\_  
ई) संपूर्ण पत्ता : \_\_\_\_\_
- २) अ) सध्या रूग्ण उपचार घेत असलेल्या संस्थेचे नाव \_\_\_\_\_  
ब) सदर संस्थेचा पूर्ण पत्ता, दूरध्वनी क्रमांकासहीत \_\_\_\_\_
- ३) रूग्णाचा आजार, निदान झालेली तारीख/वर्ष \_\_\_\_\_
- ४) आजाराचे स्वरूप व अंतिम निदान \_\_\_\_\_
- ५) सध्या कोणता उपचार सुरु आहे \_\_\_\_\_  
अ) रक्त : \_\_\_\_\_  
ब) गोळ्या : \_\_\_\_\_  
क) इंजेक्शन : \_\_\_\_\_  
ड) इतर उपचार : \_\_\_\_\_  
ई) हिपॅटायटीस व्हॅक्सीनेशन (झाले किंवा नाही) : \_\_\_\_\_

टीप : ओळखपत्र बनविणेसाठी दोन पासपोर्ट साईज फोटो या फॉर्मसोबत पाठवावे.