

-      
 COUNTRY INSTITUTION FACILITY ENROLMENT #



## REQUEST FOR TREATMENT OUTCOME

1.	Treatment unit	.....
2.	Phone Number 1 (Patient)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.	Phone Number (Close relative)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Patient hospital number	.....
5.	Date of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DD MM YYYY</small>
6.	Date diagnosis was made	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DD MM YYYY</small>
7.	Date treatment initiated	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DD MM YYYY</small>
8.	Treatment outcome	<input type="checkbox"/> Cured <input type="checkbox"/> Treatment completed <input type="checkbox"/> Treatment failed <input type="checkbox"/> Lost to follow up/Defaulted <input type="checkbox"/> Transferred out/Not evaluated <input type="checkbox"/> Died
9.	Date treatment completed	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DD MM YYYY</small>
10.	Date of death	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DD MM YYYY</small>

Signature		Date	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DD MM YYYY</small>
.....			