



වයඹ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව  
 வடமேல் மாகாண சுகாதார சேவைகள் திணைக்களம்  
 Provincial Department of Health Services - North Western



සෞඛ්‍ය සංකීර්ණය,  
 මීගමු පාර,  
 කුරුණෑගල. 60000.

சுகாதார வளாகம்  
 நீர்கொழும்பு வீதி  
 குருநாகல் 60000

Health Complex,  
 Negambo Road,  
 Kurunegala. 60000 Sri Lanka

Web : www.healthdept.nw.gov.lk  
 E-Mail : info@healthdept.nw.gov.lk

**නැලඹීමේ යා නිවාරණ සම්බන්ධීකරණ ඒකකය**

මගේ අංකය : NWP/PDHS/CH/Thal/03/2018  
 எனது இல :  
 My No

ඔබේ අංකය :  
 உமது இல :  
 Your No

දිනය : 2018. 03. 16  
 திகதி :  
 Date

**පොදු තොරතුරු ලිපිය - නැලඹීමේ යා නිවාරණ පාසල් වැඩසටහන**

**හැඳින්වීම**

- ❖ පාසල් වැඩසටහන පෙ. ව. 8.30 සිට උපරිම ප. ව 1.00 දක්වා ක්‍රියාත්මක වේ.
- ❖ පරීක්ෂා කිරීම සහ රුධිර ලබා ගන්නා අවම වයස අවුරුදු 13ක් වේ.
- ❖ එක් දිනක රුධිර සාම්පල ලබාගත හැකි උපරිම ප්‍රමාණය 100කි.
- ❖ රුධිර සාම්පල පැය 3ක් ඇතුළත පරීක්ෂණාගාරයට භාර දිය යුතු බැවින් පාසලේ සිට පරීක්ෂණාගාරයට ඇති දුර සහන් කරන්න.

(දැනට ඇති පරීක්ෂණාගාර :- කුලියාපිටිය මූලික රෝහල/.....)

**ක්‍රියාත්මක වන ආකාරය**

1. සෞඛ්‍ය කාර්ය මණ්ඩල නිලධාරියකු/ නිලධාරිණියක විසින් මෙම වැඩසටහන පිළිබඳ හැඳින්වීමක් කරනු ඇත.
2. පරීක්ෂාවට ලක් වන අය නියමිත පෝරමය සම්පූර්ණ කළ යුතු ය. මෙම කාර්ය සඳහා දෙමව්පිය/ භාර කරුවන්ගේ අනුමැතිය ලබා ගැනීම පාසල මගින් සිදු කළ යුතු ය. අවශ්‍ය අයදුම්පත් සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කාර්යාලයෙන් කලින් ලබා ගත හැකි අතර එය වැඩසටහන ක්‍රියාත්මක කිරීමට පහසු වේ.
3. සුදුසු ස්ථානයක දී හෙද නිලධාරීන් විසින් රුධිරය ලබා ගනු ඇත.
4. අදාළ පරීක්ෂණ නිම වූ පසු නියමිත කාඩ් පත්/ ප්‍රතිඵල නිකුත් කරනු ඇත. මෙම කාඩ් පත් අදාළ වැඩසටහන සංවිධානය කළ සංවිධායක (සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී/ මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක) වෙත ලබා දෙන අතර ඔවුන් විසින් එය ඔබ පාසලට/ ආයතනයට ලැබීමට සලස්වනු ඇත.
5. නැවත රුධිර පරීක්ෂා කළ යුතු/ වැඩි දුර පරීක්ෂා කළ යුතු අය පිළිබඳව වෙනම දැනුම් දෙන අතර ඔවුන්ව උපදෙස් අනුව ඒ අදාළ සෞඛ්‍ය ආයතන වෙත යොමු කළ යුතු ය.



: (+94) 037 22 23479, (+94) 037 7393390



(+94) 037 73 93391

**අවශ්‍ය පහසුකම්**

**A - දැනුවත් කිරීමේ දේශණයට -** 1. සුදුසු ශාලා පහසුකම් 2. විදුලි සැපයුම 3. Multimedia භාවිතයට අවශ්‍ය පහසුකම් (උපකරණ රැගෙන එනු ලැබේ) 4. Sound System තිබේ නම් පමණක්.

**B - ලියාපදිංචි කිරීමේ කටයුතු සඳහා -** 1. සුදුසු ස්ථානයක් 2. මේස 2ක් සහ පුටු 6ක් (නිලධාරීන් 2ක් සඳහා)

**C - රුධිර සාම්පල ලබා ගන්නා ස්ථානය -** හොඳ ආලෝකයක් සහිත සුදුසු ස්ථානයක්. 02. මේස 03ක් සහ පුටු 06ක්. 04. හැකි නම් විදුලි පංකාවක්.

**D - Sick Room සඳහා -** සුදුසු ස්ථානයක් සකස් කර තිබිය යුතු ය - (හදිසි රෝගී වීම් වල දී ප්‍රථමාධාර ලබා දීම සඳහා)

\*\*\* දෙමව්පියන් දැනුවත් කර ලිඛිත අවසරය ලබා ගැනීමේ වගකීම විදුහල්පති විසින් දැරිය යුතු ය.

**අයදුම් කිරීම**

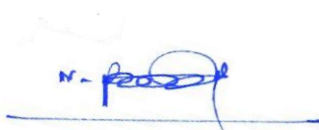
ඉහත කොන්දේසි වලට එකඟව සංවිධානය කිරීමට සූදානම් නම්, ඔබ පාසල පිහිටි සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කොට්ඨාශයේ සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී හෝ මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක මහතුවන් අමතා දින වෙන් කර ගෙන මෙම අයදුම්පත සම්පූර්ණ කර භාර දෙන්න. අයදුම් පත සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී ආයතනයට ලද පසු වැඩසටහන ස්ථිර කෙරේ.

**අවලංගු කිරීම**

සූදානම් කළ වැඩසටහනක් නො වැළැක්විය හැකි හේතුවක් නිසා අවලංගු කිරීමට සිදුවේ නම්, හැකි වගස අදාළ සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී හෝ මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක වෙත දැනුවත් කිරීමට කාරුණික වන්න. මේ සම්බන්ධ වැඩිදුර තොරතුරු අවශ්‍ය වෙතොත් ඔබගේ සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී, මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක හෝ පළාත් තැලසිමියා සම්බන්ධීකරණ ඒකකය (දු.ක. අංක 037-2223479/037-7393390) අමතන්න.

අපගේ උත්සාහය වඩාත් නිවැරදි ගුණාත්මක සේවාවක් ඔබ වෙත ලබා දීමටයි. එයට ඔබ සැමගෙන් ලැබෙන සහයෝගය අප ඉතා අගය කරන්නෙමු.

ස්තූතියි



වෛද්‍ය එන් ආර්ච්චි

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ - වයඹ

තැලිසීමියා නිවාරණ පාසලේ වැඩසටහන සඳහා අයදුම් කිරීම

1. ආයතනයේ/ පාසලේ නම සහ ලිපිනය :- .....

.....

2. දුරකතන අංක(ය) :- .....

3. රසායනාගාරයක් වෙත පාසලේ සිට ඇති දුර :- ..... km ගතවන කාලය :- පැය .....

(රුධිර පරීක්ෂණ කළ හැකි රසායනාගාර - කුලියාපිටිය, නිකවැරටිය මූලික රෝහල්)

4. රුධිර පරීක්ෂාවට සහභාගී කරවීමට අපේක්ෂිත මුළු ගණන :-

5. සහභාගී කරවීමට අපේක්ෂිත පිරිස (සංඛ්‍යාව)

13 වසර       12 වසර       11 වසර       10 වසර       9 වසර

6. පොදු තොරතුරු ලිපියේ සඳහන් පහසුකම් ඔබ ආයතනයෙන් සැපයිය හැකිද ? ඔව්/ නැත

7. දෙමව්පියන්/ භාරකරුවන් දැනුවත් කර අවශ්‍ය අවසරය ලබාගත හැකිද ? ඔව්/ නැත

8. වැඩසටහන සඳහා වෙන් කළ දිනය (මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක මහතා සමග සාකච්ඡා කර ගන්න)

දිනය :- ..... වේලාව:- ..... සිට ..... දක්වා

9. පාසලේ මෙම වැඩසටහන සංවිධානය කරන්නාගේ නම:- .....

තනතුර:- ..... දුරකතන අංකය (ජංගම) :- .....

10. ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිල අවසරය (පාසලේ සඳහා විදුහල්පතිගේ අවසරය අත්‍යවශ්‍ය වේ)

මෙම වැඩසටහන මෙම ආයතනයේ/පාසලේ පැවැත්වීම සඳහා අනුමැතිය ලබා දෙමි. දෙමව්පියන් දැනුවත් කර අවශ්‍ය අනුමැතිය ලබා ගැනීමට එකඟ වෙමි. අවශ්‍ය පහසුකම් සපයා දීමටත් ප්‍රතිඵල කාඩ් පත් සිසුන්ට ලබා දීමටත් මෙයින් එකඟ වෙමි.

විදුහල්පතිගේ අත්සන:- ..... දිනය: - ..... (නිල මුද්‍රාව)

**For Office Use**

1. පාසල අයත් සෞ. වෛ. නි. කොට්ඨාශය:- .....

a. ම.සෞ.ප. කොට්ඨාශය :- .....

2. අයදුම්පත ලැබුණු දිනය:- ..... 3. වැඩසටහන තහවුරු කළ දිනය:- .....

- I. පාසලට ආසන්න
  - a. හෙද කාර්ය මණ්ඩල සහිත රෝහල:- ..... දැනුවත් කල බව :-
  - b. රසායනාගාර පහසුකම් සහිත ආසන්නතම රෝහල :- .....දැනුවත් කල බව :-
  - c. අදාළ මූලික රෝහල :- ..... දැනුවත් කල බව :-
- II. HPLC යොමු කිරීම් සඳහා NTC දැනුවත් කළේ ද? ..... දැනුවත් කල බව :-
- III. නිලධාරීන්, රුධිර සාම්පල ප්‍රවාහනයට අවශ්‍ය ප්‍රවාහන පහසුකම් සපයා ගත්තේ ද?