Cough Surveillance Form

COUGH SURVEILLANCE FORM
Barangay: _____

Pangalan	***Edad***	***Address*** *(Purok, Barangay)*	***Ubo*** (*Lagyan ng √ kung Oo at X kung Wala*)	**Gaano katagal ang ubo?** (*Bilang ng araw*)	***Layan ng √ kung mayroon ng alinman sa mga karamdamang ito:***				**Pinapunta ba sa health center?** (*Lagyan ng **√** kung Oo at **X** kung Hindi*)	**Naeksamin ba sa health center?** (*Lagyan ng **√** kung Oo at **X** kung Hindi*)	**Resulta ng eksaminasyon**	**Susunod na hakbang**
					Diabetes	***Cancer***	***Sakit sa bato***	***Iba pang malalang karamdaman (isulat)***				