



འགོངས་ཤོག་ ཡང་ཉམ་ བན་བསྐྱེད་འགོངས་ཤོག་

FORM NO. 2 FEEDBACK FORM

1. མིང། / Name .....
2. ལོ། / Age ..... རྒོ།/ རྒོ། Male/Female
3. ཁ་བྱང། / Address .....
4. ཁ་བར་དང་མྱོག་འཕྲིན་ཁ་བྱང། Phone / E-Mail .....
5. གཤམ་གསལ་དོན་ཚན་རྣམས་ལ་ཡིན་མིན་ཉགས་རྒྱུ་བ།

Kindly tick Yes or No to the points given below:

➤ བྱིད་རང་གོ་མེད་ཉམ་ཉམ་ཅན་ཅན་ཉགས་གང་ཡང་མེད་པའི་རིགས་ཡིན་ནམ་མིན། ཡིན། / མིན།  
 Are you Covid-19 Asymptomatic patient? Yes / No

➤ བྱིད་རང་གོ་མེད་ཉམ་ཉམ་ཅན་ཅན་ཉགས་མདོན་ཚུ་ལ་ཡང་བའི་རིགས་ཡིན་ནམ་མིན། ཡིན།/ མིན།  
 Are you Covid-19 patient with mild symptoms? Yes / No  
 ཉན་ཉགས།.....  
 Symptoms: .....

➤ བྱིད་རང་གོ་མེད་ཉམ་ཉམ་ཅན་ཅན་ཉགས་ཆ་ཚང་ལྡན་པ་ཡིན་ནམ་མིན། ཡིན། / མིན།  
 Are you Covid-19 patient with full symptoms? Yes / No  
 ཉན་ཉགས།.....  
 .....  
 Symptoms: .....  
 .....

➤ བྱིད་རང་གཞན་རིམས་གོ་མེད་ཉམ་ཉམ་ཅན་ཅན་ཉགས་ལ་མཉམ་སྦྲེན་གཞན་གཞིང་ཡོད་དམ། ཡོད།/ མེད། ཡོད་ན་གང།  
 Are you taking any other medications along with this against Covid-19? Yes / No Please specify  
 .....  
 .....

6. བྱིད་རང་ལ་གཅིན་སྟེ་དང་སྟེ་གི་ནད་གཞི་ཁྲག་ཤེད་དབྱུགས་མི་བདེ་བ་སོགས་ནད་གཞི་རྙིང་གཙོ་བོ་གཞན་གང་ཡོད་དམ།  
ཡོད་ན་འགྲེལ་བརྗོད་གནང།

Do you have co-morbidities like Diabetes Mellitus/Heart/Hypertension/Asthma, please specify  
.....  
.....  
.....

7. རོད་སློན་ཉིན་གངས་གཞོན་བསྟེན་ཡོད་དམ། How long did you take the medications?

8. སློན་གཏོང་བ་རྣམས་པན་ལུས་ཆེན་པོ། ཡང་ན་འབྲིང་། ཡང་ན་པན་ལུས་མ་ཐོན་པ་གང་བྱུང་ཡོད་དམ།  
Are the medications very effective / moderately effective / not effective?

9. བྱིད་ལ་སློན་འདི་རྣམས་ཀྱིས་དྲག་བསྐྱེད་གཙོ་བོ་མ་བྱིན་སོང་ངམ་མ་སོང་། སོང་། / མ་སོང་།  
Did you recovered with these medications only? Or have you taken other medication. Please explain

.....  
.....

10. སློན་འདི་རྣམས་ཟུར་ཕོག་མེད་པར་འཕྲོད་སྒྲོར་ལེགས་པོ་འདུག་གམ་མིན་འདུག། འདུག་ / མིན་འདུག།  
Did you find the medications safe without any side effects? Yes / No. If yes, kindly specify

.....  
.....  
.....

11. བསམ་ཚུལ་གཞན། / Remarks if any

.....  
.....  
.....  
.....

\*\*\*\*\*