



## कुष्ठ रोग कैसे फैलता है ?

- कुष्ठ से संक्रमित व्यक्ति के नाक व मुंह से निकली बूंदों के ज़रिए और उपचार न लेने वाले रोगियों के लगातार व निकट संपर्क से फैलता है।
- कुष्ठ सबसे कम संक्रामक रोग है, यानि सामान्य जुकाम से भी कम।
- इलाज शुरू करने के एक-दो दिनों के भीतर ही रोगी गैर-संक्रामक हो जाता है।

## कुष्ठ रोग ठीक हो सकता है ?

- समय पर और पूर्ण इलाज लेने से कुष्ठ रोग हमेशा के लिए दूर हो जाता है।
- कुष्ठ रोग का इलाज मल्टी ड्रग थेरेपी (एमडीटी) द्वारा 6 से 12 महीने तक किया जाता है।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, सरकारी अस्पतालों और एन.जी.ओ में इलाज मुफ्त उपलब्ध है।

## अगर ये लक्षण दिखें तो तुरंत डॉक्टर से संपर्क करें



पैर

1. पैर की उंगलियों में झुनझुनी
2. पैर में छाले/दर्द रहित घाव या पैर में जलन
3. पैर के तलवों में सुन्नपन/चलते समय पैर से चप्पल निकलना
4. पैर लटकना, चलते समय पैर का खींचना
5. पैर की उंगली का मुड़ना



हाथ

1. कमीज जैकेट आदि के बटन लगाने में कठिनाई
2. वस्तु को पकड़ते या मोड़ते समय हाथ में कमजोरी या वस्तुओं को पकड़ने या पकड़ाने में असमर्थता
3. हाथ में छाले या घाव
4. हथेली में सुन्नपन, ठंडी या गर्म वस्तु को महसूस करने में असमर्थता
5. हाथ की उंगली का मुड़ना



चेहरा

1. कान के लोब का मोटा होना या कान के लोब पर गांठ होना, चेहरे पर गांठ होना
2. आँख बंद करने में असमर्थता / आँखों में पानी आना
3. भौंहों का झड़ना
4. दम घुटना (नाक काठी विकृति)



त्वचा

1. त्वचा पर हल्के या लाल रंग के धब्बे, संवेदना के आंशिक या पूर्ण नुकसान के साथ
2. त्वचा का मोटा, चमकदार या तैलीय होना
3. त्वचा पर गांठ



वयू.आर.कोड को स्कैन कर स्वयं करें जांच

इलाज में देरी करने से विकलांगता आती है जिसके लिए ऑपरेशन करना पड़ता है।

यदि आप किसी व्यक्ति में उपरोक्त किसी भी संकेत (पैच, नोज़्यूल या विकृति) को देखते हैं, तो उसे चिकित्सा अधिकारी द्वारा कुष्ठ की पुष्टि के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र लाएं।

अधिक जानकारी के लिए फोन न0.:011-20832406, टोल फ्री न0. : 1800112488 पर संपर्क करें

स्वास्थ्य सेवा निदेशालय एवं दिल्ली राज्य स्वास्थ्य मिशन, दिल्ली





# BAL JAGRUKTA ABHIYAAN

National Leprosy Eradication Programme

DIRECTORATE OF HEALTH SERVICES, DELHI STATE HEALTH MISSION (DSHM)

B-WING, 6<sup>TH</sup> LEVEL, VIKAS BHAWAN- II, METCALF ROAD, NEW DELHI 110054 (Email- [dghsleprosydelhi@gmail.com](mailto:dghsleprosydelhi@gmail.com))



Name of the School/Institution: \_\_\_\_\_

Name of the Student/Person: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Contact Number: \_\_\_\_\_

FRONT

## SELF AND FAMILY EXAMINATION CHARTING

BACK

