

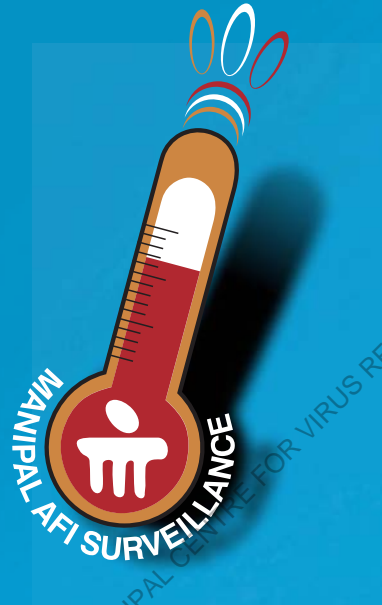
Study ID #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

मन्पाल बर



INSPIRED BY LIFE



Hospital based surveillance of **Acute Febrile Illness (AFI)** in India

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH



Manipal Centre for Virus Research (MCVR)
Manipal University

List of Abbreviations

ADD	Acute Diarrhoeal Disease	MAT	Microscopic Agglutination Test
AES	Acute Encephalitis Syndrome	Max	Maximum
AFI	Acute Febrile Illness	MCVR	Manipal Centre for Virus Research
ALT	Alanine Transaminase	MGNREGA	Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act
AST	Aspartate Aminotransferase	Min	Minimum
B	Basophil	mm Hg	Millimeter of mercury
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	MRI	Magnetic Resonance Imaging
CHIKV	Chikungunya virus	MU	Manipal University
cm	Centimetre	N	Neutrophil
CPK-MB	Creatinine Phosphokinase-MB	NIV	National Institute of Virology
CRF	Case Report Form	Noro	Norovirus
CSF	Cerebrospinal fluid	°C	Degree Celsius
DLC	Differential Leucocyte Count	°F	Degree Fahrenheit
DOA	Date of admission	PI	Principal Investigator
DOB	Date of Birth	PUC	Pre-University Course
DOF	Date of onset of fever	RBC	Red Blood Cell
E	Eosinophil	RSV	Respiratory Syncytial Virus
ELISA	Enzyme linked Immunosorbent Assay	RTI	Respiratory Tract Infection
ESR	Erythrocyte Sedimentation Rate	RT-PCR	Real Time Polymerase Chain Reaction
Hanta	Hantavirus	SES	Socio Economic Status
Hb	Haemoglobin	SGOT	Serum Glutamate Oxaloacetate Transaminase
HHV	Human Herpes Virus	SGPT	Serum Glutamate Pyruvic acid Transaminase
HPF	High Power Field	TBE	Tick Borne Encephalitis
HSV	Herpes Simplex Virus	TLC	Total Leucocyte Count
ICD	International Code for Diseases	USG	Ultra Sonography
ID	Identification	VZV	Varicella Zoster Virus
IFA	Immunofluorescence assay	W/H/D/S	Wife/Husband/Daughter/Son
IgG	Immunoglobulin G	WNV	West Nile Virus
IgM	Immunoglobulin M		
IP No	In-Patient Number		
JEV	Japanese Encephalitis Virus		
KFD	Kyasanur Forest Disease		
kg	Kilogram		
L	Lymphocyte		
M	Monocyte		



Hospital based surveillance of Acute Febrile Illness (AFI) in India

Under the Cooperative Agreement, Grant No: 1U01GH001051, awarded to Manipal University by Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, USA.



INSPIRED BY LIFE

Acute Febrile Illness Case Report Form (CRF)

Instructions to the Interviewer:

- Kindly read the following points and acknowledge by signing on the space provided.
- Ensure privacy before beginning the interview.
 - Obtain informed consent.
 - Introduce yourself and establish a good rapport with the person being interviewed.

Form No: GJ

Signature of the interviewer

PATIENT INFORMATION

Date:

Study ID #

First Name

Last Name

Telephone No: Mobile:

W/H/D/S of _____ IP No.: _____

Address: House name/ No: _____

Designated ASHA Worker's Name & Contact Details: _____

Specimen Data Form

To be filled during the time of recruitment

Study ID #

Form No: GJ

For recruitment personnel only

• Date of sample collection:

• Name: _____

• Type of sample: **Acute**

• Sex: Male Female Others

• Age in years: _____ • Date of admission:

• Date of onset of fever:

• Syndromes: (Tick applicable ones)

AFI AFI with AES AFI with RTI AFI with Hepatitis AFI with ADD AFI with Rash

Samples collected:

- Blood (Plain)
- Blood (BacT/ALERT®)
- Throat swab
- Sputum
- Saliva
- CSF
- Urine
- Stool / Rectal swab
- Others (mention): _____

Recruiter's signature: _____

Lab in charge's signature: _____

NURSE REMINDER CARD

Hospital based surveillance of Acute Febrile Illness (AFI) in India

Manipal Centre for Virus Research (MCVR), Manipal University

Study ID # Form No: GJ

Date of recruitment:

Name: _____

W/H/D/S of _____ IP No.: _____

Age: _____ Gender: _____ Place: _____

Principal Investigator / Contact:
Dr. G. Arunkumar
Professor and Head
Manipal Centre for Virus Research
Manipal University
Mob: +91-9148 970864
Email: arun.kumar@manipal.edu

This person is our study participant.
Please collect 3 – 4 ml of plain blood in vacutainer when patient gets discharged.
Thank you !

PATIENT CARD

Hospital based surveillance of Acute Febrile Illness (AFI) in India

Manipal Centre for Virus Research (MCVR), Manipal University

Study ID # Form No: GJ

Date for Follow-up visit:

Name: _____

Date of recruitment: _____ IP No.: _____

Age: _____ Gender: _____ Place: _____

Principal Investigator / Contact:
Dr. G. Arunkumar
Professor and Head
Manipal Centre for Virus Research
Manipal University
Mob: +91-9148 970864
Email: arun.kumar@manipal.edu

કૃપા કરી આ કારડ કાળજીપૂરવક રાખો
અને હવે પછીની તમારી હોસ્પીટલની
મુલાકાત વખતે તે ભુલ્યા વના સાથે
રાખો.

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

CONTACT NUMBERS

1. Interviewer:
2. Study Manager:

દ દર્ી માહિ તી પત્રક અને સંમતિ ૧ – ૬૫ વર્ષ

ભાર તમાં હોસ્પિટ લ આધારિ ત એક્યુટ ફે બ્રાઈલ માંદ ગી (એએફ આઈ) માટે જાપ્તો

સહ ભાગીતા માટે સ્વૈચ્છિક સંમતિ

મુખ્ય તપાસક તર્તિ: ડો. જી અરુણકુ માર

પ્રોફે સર અને હે ડ

મનીપાલ સેન્ટ ર ફોર વાયર સ રીસર્ચ

મનીપાલ યુનિવર્સિટી

મનીપાલ, ડ નર્ટ ડ ૧ ર ૧૪૫, ભાર ત-૫૭૬ ૧૦૪

Study ID #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ઈ મેલ : arun.kumar@manipal.edu

મો. : +91 - 91489 70864

ફે કસ : +91 - 820 - 2922718

આપને અથવા આપના કુ ટું બનસભ્યને સંશોધન અભ્યાસમાં સહ ભાગીતામાટે પૂછ વામાંઆવે છે .બાકીનાઆ પત્રક માટે 'તમે' નો સંદ ભતે વ્યક્તિ છે જે બિમાર છે ,જે ક તંતોતમે, તમારં બાળક અથવા અન્ય તેવી કોઈપણવ્યક્તિ જે નામાટે તમે જ વાબહ સ્થિતને આ અભ્યાસમાં સહ ભાગીતામાટે ક નૂનીરીતેસંમતિ આપવા માટે સક્ષમ છે. આ અભ્યાસમાં આપની સહ ભાગીતાસંપૂર્ણપણે સ્વૈચ્છિક ક છે જે માંતમે આ અભ્યાસમાં ભાગીદારબનવા માટે અથવા ન બનવા માટે પસંદ ક ર શકો છો.જોતમે ભાગીદાર બનવાનું પસંદ ક રો તમને હ જપણ નિયમિત તબીબી સંભાળ મેળવશે.

ઉદ્દેશ્ય

આ અભ્યાસનો ઉદ્દેશ્યતે રોગનાસામાન્ય કારણોધવાનો છે તેવા દ દર્ીઓમાં ઓતાવ સાથે આ હોસ્પિટ લમાં ખલથાય છે .તાવ માટે તબીબી સંભાળ લેવી તે લોકોમાટે સામાન્ય છે .જોકે અમુક કારણોથીતા છે પરંતુ તેવું વધુ બધા કારણોને લોકોનેશું કામઆ ચેપ લાગે છે તે જાણમાં નથી. આવા થોડાકરોગોમાટે નવા પ્રયોગશાળા પરીક્ષણોપણ ઉપલબ્ધ છે .આપના અને આપની માંદ ગીવિષે કાળજીપૂર્વકમાહિતીએક ત્રિતક રીતેતપશ્ચાત્ તાવ માટે ના વિવિધ કારણોનારીક્ષણક રીતેમને આપના વિસ્તાર માંતાવના કારણોવિષે અને વધુ સારીસાર વારઅને આ ચેપોના નિવારણવિષે જાણવા માંગીએ છીએ.જો તમે સગીર વયના હોવોતો આપના વાલીઓ આ અભ્યાસ વિષે જાણે છે અને આ અભ્યાસમાં આપની સહ ભાગીતામાટે સંમતિ આપેલ છે .

કાર્યપ્રણાલીઓનીસમજ

અમને શું કાર્યવાહી

આપને આ અભ્યાસમાં સહ ભાગીતામાટે કહે વામંઆવ્યું છે કારણે આપ આ હોસ્પિટ લમાં ખલથાય છો,આપને તાવ છે અને આપના તબીબ માને છે કે આપને ચેપ છે .જોઆપ સહ ભાગીતામાટે સંમત થાઓ તો આપને આપની હાલનીઅને પહેલાનીતબીબી સ્થિતિઓ વિષે પ્રશ્નો, આપનું સ્વાસ્થ્ય, આદ તઅને કુ ટું બધે સમાન્ય પ્રશ્નો પૂછ વામાંઆવશે. આ પ્રશ્નોના જ વાબોઆપવા માટે લગભગ ૧૫ મિનિટ લાગશે. એક સ્વયં સેવક તરફીકેતમારે એવા પ્રશ્નોના જ વાબોન આપવા જોઈએજે માંઆપને અગવડ હોય.

હોસ્પિટ લાઈએ શનસ્મયે ૧૦ મીલી. (એમએલ) લોહી(૧ થી ૨ ચમચીઓ) આપના બાહુ માંથીલેવામાં આવશે. આ લોહીનોઉપયોગ નિયમિત પરીક્ષણોમાટે કાર્યવાહીવશે જે નામાટે આપના ડોક્ટરે હે છે અને આનો ઉપયોગ આપના ચેપના નિદાનમાટેપરીક્ષણોમાટે થશે.

અમે ગળા અને/ અથવા અનુનાશિક સ્વેબ પણ લઈશું આપના ગળા અને/ અથવા આપના નાક નીપાછળ એક નાનું ૩ ઘસીને અને એક મુત્રનો નમૂનો.

જોઆપને પાણી જે વોમળ (ઝાડા) હોયતો આપને મળતો નાનો જ થયોઆપવાનું કહે વામંઆવશે અથવા જોઆપ તેમ કારણકોતેમ ન હોયતો આપના ગુદાની સપાટીપર થીએક રેક્ટલ સ્વેબ લેવામાં આવશે.

જોઆપના ડોક્ટરે ૨૦૨૦ રજુ માંથીહાલીલેવાનું વિચારે છે આપના નિયમિત કાળજીભાગ રૂપે, ૨-૪ એમએલ (એક ચમચીથી ઓછું) પણ એક ત્રિતક ર વામાં આવશે અને અભ્યાસ માટે પરીક્ષણકાર્યવાહી. આપને એક લુંબર પંચર ત્યારે જ કાર્યવાહીવશે જ્યારે આપના તબીબને લાગે કે તે આપની કાળજી ભાગ રૂપે જ રૂપે છે અને આ અભ્યાસના ભાગ તરીકેનહીં.

અમે બે વધુ વખત રક્તલઈશું કારણે ઘણીવાર ચેપોની ઓળખ થોડાસમય પછી થાય છે એટલે કે ૨ જાઆપતી વખતે અને અનુવર્તન સમયે. ૧) હોસ્પિટ લમાંથી જાઆપતા પહેલાં એમએલ (લગભગ એક ચમચી) રક્તલેવામાં આવશે અને ૨) જાઆપના ૪ થી ૬ અઠવાડિયાઓઆપને અનુવર્તન મુલાકાતમાટે આ હોસ્પિટ લમાંઆવવાનું કહે વામંઆવશે. અનુવર્તન મુલાકાતમાંલગભગ ૧૫ મિનિટ લાગશે. આ મુલાકાતે રમ્યાન્તમને થોડાપ્રશ્ન પૂછ વામાંઆવશે કે આપે હોસ્પિટ લમાંઆવવાની તૈયારી આપને કે વુંલાગી રહ્યું છે .અનુવર્તન મુલાકાતસમયે બીજું ૫ એમએલ રક્તપેહલાની જેમજ લેવામાં આવશે. જોઆપ નિર્ધારિત સમયે અનુવર્તન મુલાકાતમાટે પાછા ન ફરો તો અભ્યાસ ટીમમાંથીકોઈકઆપનો સંપર્ક ફોનનંબર અથવા આપના ઘરે કારણકે છે એ જાણવા માટે કે આપ હ જપણ અનુવર્તન મુલાકાતમાટે આવવા માટે ઈચ્છુ ક છો અને આપની બિમારીવિષે તમે પ્રશ્નોના જ વાબઆપી શકો કે મ.

નિયમિત પરીક્ષણોનાઉપર તંતમૂનાઓ જે એક ત્રિતક ર વામંઆવ્યા છે તેનું પરીક્ષણવિવિધ ચેપો માટે થશે કે જેનેલીધે આપને બિમારીથઈ અને આપ માંદા પડ્યા.

આપના નમૂનાઓનું પરીક્ષણબો ઠેકાણેહીઆ હોસ્પિટ લમાંઅને તે પ્રયોગશાળાઓમાં જે મનીપાલ સેન્ટર ફોર વાયર સરિ સર્ચ(એમસીવીઆર), મનીપાલ યુનિવર્સિટી(એમયુ) ડાર સંચાલીત છે .બધા પરીક્ષણો,જે અભ્યાસના ભાગ રૂપે કાર્યવાહીવશે તે નિયમિત પરીક્ષણોજે આપની હોસ્પિટ લમાં કાર્યવાહીવશે છે ,નું પૂરક શેનહીંકે તેની જ ગાલેશે.

અભ્યાસ ટીમઆપના તબીબી રેકોર્ડ્સમાંથીઆપની બિમારીઅનેપ્રવેશ વિષે માહિતીએક ત્રિતક ર સ્થિતને કે સરિ કુ ટ મેક્કોર્સ(સીઆર એફ) નેપૂર્ણ કરશે.

લાભો

આ અભ્યાસમાં સહ ભાગીતાથીઆપને કોઈપણસીધો વ્યક્તિગત લાભ ન મળી શકે .આ અભ્યાસમાં આપ સ્વયંસેવક બનો યા ન બનો આપને તેવી જ તબીબી કાળજીઆપના ડોક્ટરે ર મળશે. વધારાનાપ્રયોગશાળા પરીક્ષણોનાપરિણામોઆપના તબીબને પ્રદાન કર વામંઆવશે જ્યારે ઉપલબ્ધ હોયઅને આપના તબીબી રેકોર્ડ્સમાંક વામાંઆવશે. આ પરિણામોઆપની તબીબી કાળજીમાંદ દકારણકે છે .વિવિધ પ્રકાર નષ્ટો જે થઈ શકે અને તેના નિવારણનામાર્ગો ને સમજીને ભવિષ્યમાં આ અભ્યાસ આપના સમુદાયનાલોકોનાસ્વાસ્થ્યને લાભ આપી શકે છે .

જોખમો અને અગવડ તાઓ

આ અભ્યાસમાં રહેવાનું સાથે સંબંધિત છે અને પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે જે સમયે જ રૂર છે .ર કતલેવા માટે નીસોચથી થોડી અગવડ તથા થકે છે .સોચની જ ગ્યાએઆપને સોજોઅથવા ઉજ ર ડથઈ શકે છે ,તે જ ગ્યાએએપ થવાનું થોડું જોખમર હે લુ છે .જોકે ,મોટા ભાગના લોકોને કોઈએપ અથવા દે ખાયતેવું સૂજ નહોતું નથી જ્યારે ર કતલેવામાં આવે છે ,આ આડ અસરોનેનિવારણબધા ડિ સ્સાઓમાં ન થઈ શકે .જોઆપને આમાંના કોઈપણલક્ષણો હોયતો મોટા ભાગેતે ર અહ વાડીચાઈઓછા સમયમાં જ તુર હે છે. જ્યારે ર કતલેવામાં આવે છે ત્યારે થોડા લોકોનેમાથામાં હાળવુંલાગી શકે છે અને તે ઝડપીદે યથબકાર વિકસાવીશકે છે .આ લક્ષણોને સામાન્ય રીતેઅટકાવવાકાર્યકાર તમને આડાપડવાનુંકહીએ/અથવા કાર્યપ્રણાલીનેબંધ કરીનેઆ પ્રસ્તાવિત અભ્યાસથી કોઈઈજાઓ અપેક્ષિત નથી. જોકે ,આઅભ્યાસમાં રહેવાનુંપરિણામેઆપને કોઈઈજા અથવા ખરબચાડ અસરહોયતો આપ આપની ઈજા માટે તબીબી કાળજીઅથવા સારવારમેળવશો.

આ અભ્યાસમાં રહેવા માટે આપને કોઈચૂક વણીક ર વામંજીઆવે. અભ્યાસમાં રહેવા માટે આપને કોઈખર્ચ થશે નહીં? બધો પૂરવઠાને સામગ્રી આપને વિનામૂલ્યે પ્રદાન કરવામાં આવશે. જ્યારે આપ હોસ્પિટલમાંથી જ આપના ઠ-૬ અહ વાડિ યાપણીઅનુવર્તન મુલાકાત માટે પાછા આવશો ત્યારે આપને એક નિયત એક -વખતનીચૂક વણીરૂપિયા ૬૦૦ ની મેળવશો જે આપના આવવા-જવાનાખર્ચ અને સમયને આવરીલેશે.

પૂર્વગ્રહ વિના પાછા ખસવું

આપની સહ ભાગીતા સંપૂર્ણપણે સ્વેચ્છિત છે .પૂર્વગ્રહ વિના આપ કોઈપણતબક્કે અભ્યાસમાંથી ખસી જવામુક્ત છો.તે આપને હોસ્પિટલમાંથીમળતી સારવાર નીપુણતાને અસર કરશે નહીં .

વિકલ્પો

આ અભ્યાસમાં સહ ભાગીતાના કોઈવિકલ્પો નથી.

ગોપનીયતા (ગુપ્તતા)

અભ્યાસ કાર્યકર્તાઓઆપના પરિણામોને આપની એક ત્રિતક રાચેલાહિતીનીરક્ષાકરે શે રે ક્ષમચે અભ્યાસ પૂર્ણ કર્યાસહિત આપનું નામ કોઈપણપ્રસ્તુતિઓ અથવા અહેવાલોમાં પ્રકાશિત નહીં થાય જે આ સંશોધનમાંથી પરિણામો તોજોજો આપના પરિણામોને આપની સારવાર કરવા ઈજાનીચેનનેઉપલબ્ધ કરવામાં આવશે જે આપની ડિ ટ મેન્ટ મંદ દમળી શકે.

પ્રશ્નો

આ અભ્યાસના સંદર્ભમાંજોઆપને આપના અધિકારોને વિશેષ- અધિકારો વિષે કોઈપ્રશ્ન હોયતો કૃપયામનીપાલ યુનિવર્સિટી,મનીપાલખાતે ડોક્ટર લક્ષ્મીનાર યાણાબેરીનોસંપર્ક કરે જેમોબાઈલ નંબર ઉપર ૯૪૪૯૨૭૮૪૭૮ સોમવાર થીશનિવાર સવાર નાઈ થી સાંજ નાપ સુધી.

જોઆપને આ અભ્યાસ વિષે કોઈપ્રશ્ન હોયતો કૃપયાકર ડોક્ટર સુ. અરુણકુમાર નંબર ૯૪૪૯૨૭૦૮૬૪ પર સંપર્ક કરી કોઈપણપ્રશ્નો જે ઈજા, કાળજી અથવા સંમતિ સંબંધિત મુદ્દાઓ માટે હોયતો આપ તેમને ગુપ્ત ત્યારે કોલકર વમુક્ત છો.બીજા કોઈપણપ્રશ્નો માટે કૃપયાકર રીનેઆપને આપેલ 'પેશન્ટ કાર્ડ' ના પાછા ભાગના સંદર્ભે જે માંસ્થાનિક સંપર્ક બિંદુ ઓ આપેલા છે .

તબીબી કાર્યકર્તા ટીમ સ્સામાં આ ફોર્મ પર આપેલા ટીકાઓનેનિવારણ ઉપયોગ ન થવો જોઈએ.જોઆપને તબીબી કાર્યકર્તા ડોક્ટર ડીચિતો કૃપયાસૌથી નજીક ની સ્વાસ્થ્ય સુવિધામાં જાઓ.

સંગ્રહ અને નમૂનાઓના ભવિષ્યના ઉપયોગ માટે અનુમતિ

આ અભ્યાસ માટે એક ત્રિતક રે લે કત, મેરુપ્રવાહી, અનુનાશિક /ગળાનું સ્વેબ, મૂત્ર અથવા મળના નમૂનાઓ ૧૦ વર્ષ સુધી આપની અનુમતિથી એમસીવીઆર , એમચુ ખાતે સંગ્રહ કરવામાં આવે છે તાવની સાથે લગતા રોગોનાકારણો વિષે ભવિષ્યના સંશોધન અભ્યાસો માટે .નમૂનાઓનો સંગ્રહ કરવા અભ્યાસ આઈડી નંબર સાથે થશે નહીંકે તમારું/આપના કુટુંબ બનસભ્યના નામ સાથે. નમૂનાઓને ભારતનીબહાર મોકલવામાં લીશકે છે તેવા પરિણામો માટે જે હાલમાં ભારતમાં ઉપલબ્ધ નથી, આ કારણે તસર કરવા નીચેનું અનુમતિથી થશે. જોઆપને આપના નમૂનાઓનો સંગ્રહ /તપાસભવિષ્યના ઉપયોગ/અન્ય પરિણામો માટે ન થાય એવું આપ ઈચ્છતા હોયતો આ અભ્યાસ માટે બધા પરિણામો પૂર્ણ થયા પછી આ નમૂનાઓનો નાશ કરવામાં આવશે. આપ/આપના કુટુંબ બનસભ્યના કોઈપણજેનેટીક પરિણામો આ નમૂનાઓનો ઉપયોગ કરવારે યત્નહીથાય.

જોઆપને અભ્યાસમાં રહેવાનું હોયતો પંક્તિ ઉપર આપના હસ્તાક્ષર રો.નીચેનીપંક્તિ ઉપર હસ્તાક્ષર નેખર્થ છે કે "આ સમયે મારે અભ્યાસમાં રહેવાનું છે".

હું પ્રમાણિત કરું કે આ પત્રક મને સમજાવવામાં આવ્યું છે અને અભ્યાસ વિષે મારા કોઈપણપ્રશ્નોનો જવાબ આપવામાં આવેલ છે .

સહ ભાગી/વાલી અથવા ૧૮ વર્ષથી નીચેના બાળકો માટે જવાબદાર પુખ્તની સહી/સહી ભાગ અંગૂઠાની છાપ.

સહ ભાગીનું નામ

તારીખ (દિ.દિ./મમ/વવ)

અથવા

વાલી/૧૮ વર્ષથી નીચેના બાળકો માટે જવાબદાર પુખ્તનું નામ

સહ ભાગી સાથે સંબંધ

સાક્ષીની સહી

તારીખ (દિ.દિ./મમ/વવ)

અધિકૃત અભ્યાસ સ્ટાફ/પીઆઈના હસ્તાક્ષર

તારીખ (દિ.દિ./મમ/વવ)

દ દર્ી માહિ તી પત્રક અને સંમતિ ૧ – ૬૫ વર્ષ

ભાર તમાં હોસ્પિટ લ આધારિ ત એક્યુટ ફે બ્રાઈલ માંદ ગી (એએફ આઈ) માટે જાપ્તો

સહ ભાગીતા માટે સ્વૈચ્છિક સંમતિ

મુખ્ય તપાસક તર્તિ: ડો. જી અરુણકુ માર

પ્રોફે સર અને હે ડ

મનીપાલ સેન્ટ ર ફોર વાયર સ રીસર્ચ

મનીપાલ યુનિવર્સિટી

મનીપાલ, ડ નર્ટ ડ ૧ ર ૧૪, ભાર ત-૫૭૬ ૧૦૪

Study ID #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ઈ મેલ : arun.kumar@manipal.edu

મો. : +91 - 91489 70864

ફે કસ : +91 - 820 - 2922718

આપને અથવા આપના કુ ટું બનસભ્યને સંશોધન અભ્યાસમાં સહ ભાગીતામાટે પૂછ વામાંઆવે છે .બાકીનાઆ પત્રક માટે 'તમે' નો સંદ ભતે વ્યક્તિ છે જે બિમાર છે ,જે ક તંતોતમે, તમારં બાળક અથવા અન્ય તેવી કોઈપણવ્યક્તિ જે નામાટે તમે જ વાબહ સ્થિતને આ અભ્યાસમાં સહ ભાગીતામાટે ક નૂનીરીતેસંમતિ આપવા માટે સક્ષમ છે. આ અભ્યાસમાં આપની સહ ભાગીતાસંપૂર્ણપણે સ્વૈચ્છિક ક છે જે માંતમે આ અભ્યાસમાં ભાગીદારબનવા માટે અથવા ન બનવા માટે પસંદ ક ર શકો છો.જોતમે ભાગીદાર બનવાનું પસંદ ક રો તમને હ જપણ નિયમિત તબીબી સંભાળ મેળવશો.

ઉદ્દેશ્ય

આ અભ્યાસનો ઉદ્દેશ્યતે રોગનાસામાન્ય કારણોધવાનો છે તેવા દ દર્ીઓમાં ઓતાવ સાથે આ હોસ્પિટ લમાં ખલથાય છે .તાવ માટે તબીબી સંભાળ લેવી તે લોકોમાટે સામાન્ય છે .જોકે અમુક કારણોપણીતા છે પરંતુ તેઓ ઘણા બધા કારણોને લોકોને શું કામ આ ચેપ લાગે છે તે જાણમાં નથી. આવા થોડાકરોગોમાટે નવા પ્રયોગશાળા પરીક્ષણોપણ ઉપલબ્ધ છે .આપના અને આપની માંદ ગીવિષે કાળજીપૂર્વકમાહિતીએક ત્રિતક રીતેતપશ્યાત્ તાવ માટે ના વિવિધ કારણોનારીક્ષણક રીતેમને આપના વિસ્તાર માંતાવના કારણોવિષે અને વધુ સારીસાર વારઅને આ ચેપોના નિવારણવિષે જાણવા માંગીએ છીએ.જો તમે સગીર વયના હોવતો આપના વાલીઓ આ અભ્યાસ વિષે જાણ છે અને આ અભ્યાસમાં આપની સહ ભાગીતામાટે સંમતિ આપેલ છે .

કાર્યપ્રણાલીઓનીસમજ

અમને શું કાર્ય કરવું છે

આપને આ અભ્યાસમાં સહ ભાગીતામાટે કહે વામંઆવ્યું છે કારણે આપ આ હોસ્પિટ લમાં ખલથયા છો,આપને તાવ છે અને આપના તબીબ માને છે કે આપને ચેપ છે .જોઆપ સહ ભાગીતામાટે સંમત થાઓ તો આપને આપની હાલનીઅને પહેલાનીતબીબી સ્થિતિઓ વિષે પ્રશ્નો, આપનું સ્વાસ્થ્ય, આદ તઅને કુ ટું બધાં સામાન્ય પ્રશ્નો પૂછ વામાંઆવશે. આ પ્રશ્નોના જ વાબોઆપવા માટે લગભગ ૧૫ મિનિટ લાગશે. એક સ્વયં સેવક તરફીકેતમારે એવા પ્રશ્નોના જ વાબોન આપવા જોઈએજે માંઆપને અગવડ હોય.

હોસ્પિટ લાઈએ શનસ્મયે ૧૦ મીલી. (એમએલ) લોહી(૧ થી ૨ ચમચીઓ) આપના બાહુ માંથીલેવામાં આવશે. આ લોહીનોઉપયોગ નિયમિત પરીક્ષણોમાટે કાર્ય વામંઆવશે જે નામાટે આપના ડોક્ટરે હે છે અને આનો ઉપયોગ આપના ચેપના નિદાનમાટેપરીક્ષણોમાટે થશે.

અમે ગળા અને/ અથવા અનુનાશિક સ્વેબ પણ લઈશું આપના ગળા અને/ અથવા આપના નાક નીપાછળ એક નાનું ૩ ઘસીને અને એક મુત્રનો નમૂનો.

જોઆપને પાણી જે વોમળ (ઝાડા) હોયતો આપને મળતો નાનો જ થયોઆપવાનું કહે વામંઆવશે અથવા જોઆપ તેમ કારણકેતમે ન હોયતો આપના ગુદાની સપાટીપર થીએક રેક્ટલ સ્વેબ લેવામાં આવશે.

જોઆપના ડોક્ટરે ૨૦૧૬ ર જુન માંથીહાલીલેવાનું વિચારે છે આપના નિયમિત કાળજીનાભાગ રૂપે, ૨-૪ એમએલ (એક ચમચીથી ઓછું) પણ એક ત્રિતક ર વામાં આવશે અને અભ્યાસ માટે પરીક્ષણકાર વામંઆવશે. આપને એક લુંબર પંચર ત્યારે જ કાર્ય વામંઆવશે જ્યારે આપના તબીબને લાગે કે તે આપની કાળજીના ભાગ રૂપે જ રૂપે છે અને આ અભ્યાસના ભાગ તરીકેનહીં.

અમે બે વધુ વખત ર કતલઈશું કારણે ઘણીવાર ચેપોની ઓળખ થોડાસમય પછી થાય છે એટલે કે ૨ જાઆપતી વખતે અને અનુવર્તન સમયે. ૧) હોસ્પિટ લમાંથી જાઆપતા પહેલાં આપને (લગભગ એક ચમચી) ર કતલેવામાં આવશે અને ૨) ૨ જાઆપના ૪ થી ૬ અઠવાડિયાઓઆપને અનુવર્તન મુલાકાતમાટે આ હોસ્પિટ લમાંઆવવાનું કહે વામંઆવશે. અનુવર્તન મુલાકાતમાંલગભગ ૧૫ મિનિટ લાગશે. આ મુલાકાતે ૨ મ્યાનમને થોડાપ્રશ્ન પૂછ વામાંઆવશે કે આપે હોસ્પિટ લમાંઆવવાની તૈયારી થીઆપને કે વુંલાગી રહ્યું છે .અનુવર્તન મુલાકાતસમયે બીજું ૫ એમએલ ર કતલેલાની જેમજ લેવામાં આવશે. જોઆપ નિર્ધારિત સમયે અનુવર્તન મુલાકાતમાટે પાછા ન ફરો તો અભ્યાસ ટીમમાંથીકોઈકઆપનો સંપર્ક ફોનનંબર અથવા આપના ઘરે કારણકે છે એ જાણવા માટે કે આપ હ જપણ અનુવર્તન મુલાકાતમાટે આવવા માટે ઈચ્છુ ક છો અને આપની બિમારીવિષે તમે પ્રશ્નોના જ વાબઆપી શકો કે મ.

નિયમિત પરીક્ષણોનાઉપર તંતમૂનાઓ જે એક ત્રિતક ર વામંઆવ્યા છે તેનું પરીક્ષણવિવિધ ચેપો માટે થશે કે જેનેલીધે આપને બિમારીથઈ અને આપ માંદા પડ્યા.

આપના નમૂનાઓનું પરીક્ષણબો ઠેકાણે હોસ્પિટ લમાંઅને તે પ્રયોગશાળાઓમાં જે મનીપાલ સેન્ટર ફોર વાયર સરિ સર્ચ (એમસીવીઆર), મનીપાલ યુનિવર્સિટી (એમયુ) ઢાલ સંચાલીત છે .બધા પરીક્ષણો,જે અભ્યાસના ભાગ રૂપે કાર્ય વામંઆવશે તે નિયમિત પરીક્ષણોજે આપની હોસ્પિટ લમાં કાર્ય વામંઆવે છે ,નું પૂર કહ શેનહીંકે તેની જ ગાલેશે.

અભ્યાસ ટીમઆપના તબીબી રેકોર્ડમાંથીઆપની બિમારીઅનેપ્રવેશ વિષે માહિતીએક ત્રિતક ર સ્થિતને કે સરિ કુ ટ મેક્કોર્સ(સીઆર એફ) નેપૂર્ણ કાર્ય શે.

લાભો

આ અભ્યાસમાં સહ ભાગીતાથીઆપને કોઈપણસીધો વ્યક્તિગત લાભ ન મળી શકે .આ અભ્યાસમાં આપ સ્વયંસેવક બનો યા ન બનો આપને તેવી જ તબીબી કાળજીઆપના ડોક્ટરે ર મળશે. વધારાનાપ્રયોગશાળા પરીક્ષણોનાપરિણામોઆપના તબીબને પ્રદાનકાર વામંઆવશે જ્યારે ઉપલબ્ધ હોયઅને આપના તબીબી રેકોર્ડમાંમૂક વામાંઆવશે. આ પરિણામોઆપની તબીબી કાળજીમાંદ દક ર શકે છે .વિવિધ પ્રકાર નષ્ટો જે થઈ શકે અને તેના નિવારણનામાર્ગો ને સમજીને ભવિષ્યમાં આ અભ્યાસ આપના સમુદાયનાલોકોનાસ્વાસ્થ્યને લાભ આપી શકે છે .

જોખમો અને અગવડ તાઓ

આ અભ્યાસમાં રહેવાનું સાથે સંબંધિત છે અને પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે જે સમયે જ રૂર છે .ર કતલેવા માટે નીસોચથી થોડી અગવડ તથા શકે છે .સોચની જ ગ્યાએઆપને સોજોઅથવા ઉજ ર ડથઈ શકે છે ,તે જ ગ્યાએએપ થવાનું થોડું જોખમર હે લું છે .જોકે ,મોટા ભાગના લોકોને કોઈએપ અથવા દે ખાચતેવું સૂજ નહોતું નથી જ્યારે ર કતલેવામાં આવે છે ,આ આડ અસરોનેનુવાર ઇબધા ડિ સ્સાઓમાં ન થઈ શકે .જોઆપને આમાંના કોઈપણલક્ષણો હોયતો મોટા ભાગેતે ર અહ વાડીચાઈઓછા સમયમાં જ તુર હે છે. જ્યારે ર કતલેવામાં આવે છે ત્યારે થોડા લોકોનેમાથામાં હાળવુંલાગી શકે છે અને તે ઝડપીદે યથબકાર વિકસાવીશકે છે .આ લક્ષણોને સામાન્ય રીતેઅટકાવવાકાર્ય તમને આડાપડવાનુંક હીજેઅને/અથવા કાર્યપ્રણાલીનેબંધ કરીનેઆ પ્રસ્તાવિત અભ્યાસથી કોઈઈજાઓ અપેક્ષિત નથી. જોકે ,આઅભ્યાસમાં રહેવાનારિણામેઆપને કોઈઈજા અથવા ખરબચાડ અસરહોયતો આપ આપની ઈજા માટે તબીબી કાળજીઅથવા સારવારમેળવશો.

આ અભ્યાસમાં રહેવા માટે આપને કોઈચૂક વણીક ર વામંજીઆવે. અભ્યાસમાં રહેવા માટે આપને કોઈખર્ચ થશે નહીં? બધો પૂરવઠાને સામગ્રી આપને વિનામૂલ્યે પ્રદાન કરવામાં આવશે. જ્યારે આપ હોસ્પિટલમાંથી જ આપના ઠ-૬ અહ વાડિ યાજીઅનુવર્તન મુલાકાત માટે પાછા આવશો ત્યારે આપને એક નિયત એક -વખતનીચૂક વણીરૂપિયા ૬૦૦ ની મેળવશો જે આપના આવવા-જવાનાખર્ચ અને સમયને આવરીલેશે.

પૂર્વગ્રહ વિના પાછા ખસવું

આપની સહ ભાગીતા સંપૂર્ણપણે સ્વેચ્છિત છે . પૂર્વગ્રહ વિના આપ કોઈપણતબક્કે અભ્યાસમાંથી ખસી જવામુક્ત છો. તે આપને હોસ્પિટલમાંથીમળતી સારવાર નીજાણવતાને અસર કરશે નહીં .

વિકલ્પો

આ અભ્યાસમાં સહ ભાગીતાના કોઈવિકલ્પો નથી.

ગોપનીયતા (ગુપ્તતા)

અભ્યાસ કાર્યકર્તાઓઆપના પરિણામોને આપની એક ત્રિતક રાચેલાહિતીનીરક્ષાકરે શે રે ક્ષમચે અભ્યાસ પૂર્ણ કર્યાસહિત આપનું નામ કોઈપણપ્રસ્તુતિઓ અથવા અહેવાલોમાં પ્રકાશિત નહીં થાય જે આ સંશોધનમાંથી પરિણામો તોજોજો આપના પરિણામોને આપની સારવારકરતા ફીઝીશીયનનેઉપલબ્ધ કરવામાં આવશે જેથીઆપની ડિટમેન્ટમાં દમળી શકે.

પ્રશ્નો

આ અભ્યાસના સંદર્ભમાંજોઆપને આપના અધિકારજેને વિશેષ- અધિકારવિષે કોઈપ્રશ્ન હોયતો કૃપયામનીપાલ યુનિવર્સિટી,મનીપાલખાતે ડોક્ટર લક્ષ્મીનાર યાજાબેરીનોસંપર્ક કરે જેમોબાઈલ નંબર ઉપર ૯૪૪૯૨૭૮૪૭૮ સોમવાર થીશનિવાર સવાર નાટ થી સાંજ નાપ સુધી.

જોઆપને આ અભ્યાસ વિષે કોઈપ્રશ્ન હોયતો કૃપાકર રીડોક્ટ સુ. અરુણકુમાર નેનંબર ૯૧૪૮૯૭૦૮૬૪ પર સંપર્ક કરી કોઈપણપ્રશ્નો જે ઈજા, કાળજી અથવા સંમતિ સંબંધિત મુદ્દાઓમાટે હોયતો આપ તેમને ગુમે ત્યારે કોલકર વમુક્ત છો.બીજા કોઈપણપ્રશ્નો માટે કૃપાકર રીજેઆપને આપેલ 'પેશન્ટ કાર્ડ' ના પાછા ભાગના સંદર્ભલો જે માંસ્થાનિક સંપર્ક બિંદુ ઓઆપેલા છે .

તબીબી કાર્યકર્તાઓ સ્સામાં આ ફોર્મ પર આપેલા ટીકાઓનેનંબરોનોઉપયોગ ન થવો જોઈએ.જોઆપને તબીબી કાર્યકર્તાઓની કૃપયાસૌથી નજીકની સ્વાસ્થ્ય સુવિધામાં જાઓ.

સંગ્રહ અને નમૂનાઓના ભવિષ્યના ઉપયોગ માટે અનુમતિ

આ અભ્યાસ માટે એક ત્રિતક રે લે કત,મેરુપ્રવાહી,અનુનાજિક/ગળાનુંસ્વેબ, મૂત્ર અથવા મળના નમૂનાઓ ૧૦ વર્ષ સુધી આપની અનુમતિથી એમસીવીઆર , એમચુ ખાતે સંગ્રહ કરવામાં આવે છે તાવની સાથે લગતા રોગોનાકારણોવિષે ભવિષ્યના સંશોધન અભ્યાસો માટે .નમૂનાઓનો સંગ્રહ કરવા અભ્યાસ આઈડીનંબર સાથે થશે નહીંકે તમારું/આપના કુટુંબ બનસભ્યના નામ સાથે. નમૂનાઓને ભારતનીબહાર મોકલવામાં લીશકે છે તેવા પરિણામોમાટે જે હાલમાંભારતમાંઉપલબ્ધ નથી, આ ફક્તભારતસરકાર ને સંમતિથી થશે. જોઆપને આપના નમૂનાઓનો સંગ્રહ/તપાસભવિષ્યના ઉપયોગ/અન્ય પરિણામોમાટે ન થાય એવું આપ ઈચ્છતા હોયતો આ અભ્યાસ માટે બધા પરિણામો પૂર્ણ થયા પછીઆ નમૂનાઓનો નાશ કરવામાં આવશે. આપ/આપના કુટુંબ બનસભ્યના કોઈપણજેનેટીક પરિણામોમાટે આ નમૂનાઓનો ઉપયોગ કરવારે યત્નહીથાય.

જોઆપને અભ્યાસમાં રહેવાનું હોયતો પંક્તિ ઉપર આપના હસ્તાક્ષરકરો.નીચેનીપંક્તિ ઉપર હસ્તાક્ષર નેખર્થ છે કે "આ સમયે મારે અભ્યાસમાં રહેવાનું છે".

હું પ્રમાણિત કરું છું કે આ પત્રક મને સમજાવવામાં આવ્યું છે અને અભ્યાસ વિષે મારા કોઈપણપ્રશ્નોનો જવાબ આપવામાં આવેલ છે .

સહ ભાગી/વાલી અથવા ૧૮ વર્ષથી નીચેના બાળકો માટે જવાબદાર પુખ્તની સહી/સહભાગી અંગૂઠાની છાપ.

સહ ભાગીનું નામ

તારીખ (દિ.દિ./મમ/વવ)

અથવા

વાલી/૧૮ વર્ષથી નીચેના બાળકો માટે જવાબદાર પુખ્તનું નામ

સહ ભાગી સાથે સંબંધ

સાક્ષીની સહી

તારીખ (દિ.દિ./મમ/વવ)

અધિકૃત અભ્યાસ સ્ટાફ/પીઆઈના હસ્તાક્ષર

તારીખ (દિ.દિ./મમ/વવ)

Patient Information sheet cum Consent - 1- 65 years
Hospital based surveillance of Acute Febrile Illness (AFI) in India

_____ **Voluntary Consent to participate** _____

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar

Professor and Head
Manipal Centre for Virus Research
Manipal University, Manipal
Karnataka State, India 576104

Study ID #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail

: arun.kumar@manipal.edu

Mobile

: +91- 91489 70864 **Fax:** + 91- 820 - 2922718

You or your family member is being asked to participate in a research study. For the rest of this form, “you” refers to the person who is sick, who is either you, your child, or another person for whom you are responsible and legally competent to consent for participation in this study. Your participation in this study is completely voluntary wherein you can choose to be or not to be a part of this study. If you choose not to be a part of this study, you will still receive regular medical care.

Purpose

The purpose of this study is to find out what are the common causes of disease in patients who are admitted to this hospital with fever. It is common for people to seek medical care for fever. Although some causes are known, many of the causes of infections and why people get these infections are not known. New laboratory tests are also now available for some of these diseases. By carefully collecting information about you and your illness and then testing for the various causes of fever, we intend to learn more about the causes of fever in your area and better possible ways to treat and prevent these infections. If you are a minor, your parents know about the study and have consented to your participation in this study.

Explanation of Procedures

What we would like to do

You are being asked to participate in this study because you have been admitted to this hospital, having a fever, and your doctor thinks you have an infection. If you agree to participate, you will be asked questions about your current and prior medical conditions, general questions about your health, habits and family. These questions will take about 15 minutes to answer. As a volunteer, you do not have to answer any question that you are not comfortable with.

At the time of hospitalization, up to 10 milliliters(ml) of blood (1 to 2 teaspoons) will be taken from your arm. This blood will be used for routine tests that your doctor ordered and also be used for tests to diagnose the cause of your infection.

We will also take a throat and/or nasal swab by brushing a small cotton swab on the back of your throat and/or in your nose, and a urine sample.

If you have watery stool (loose motion) you will be asked to provide a small quantity of stool, or if unable to, a rectal swab from the surface of your anus will be collected.

If your doctor plans to take spinal fluid as part of your routine care, 2-4 ml (less than one teaspoon) will also be collected and tested for the study. You will have a lumbar puncture only if your doctor feels it is necessary as a part of your care, and not as a part of this study.

Sometimes, infections are identified only after sometime and that is why we will draw blood at two additional times i.e.; during discharge and follow up: 1) Prior to discharge from the hospital, 5 ml (about one teaspoon) of blood will be taken; and 2) After 4 to 6 weeks of discharge, you will be asked to return to this hospital for a follow-up visit. The follow-up visit will take about 15 minutes. During the visit, you will be asked a few questions about how you have been feeling since you left the hospital. At the follow up visit, another 5 ml of blood will be taken in the same manner. If you do not return for the follow-up visit at the scheduled time, someone from the study team may contact you by phone or at your home to find out if you are still willing to come for the follow-up visit and whether you can answer questions about your illness.

In addition to routine tests the samples collected will be tested for various infections that may have caused your illness and made you sick.

Testing of your specimens will occur both here at this hospital, and at labs run by the Manipal Centre for Virus Research (MCVR), Manipal University (MU). All tests performed, as part of this study will supplement, not replace, the routine testing conducted at your hospital.

The study team will also collect the information from your medical records about your illness and admission and complete the Case Report Forms (CRF).

Benefits

You may not receive any direct personal benefits from participating in this study. You will receive the same medical care from your doctor whether or not you volunteer for this study. Results of additional laboratory tests will be provided to your doctor when they are available and placed in your medical record. These results may help your medical care. This study may benefit

the health of people in your community in the future by learning the different types of infections that occur and understanding ways they can be prevented.

Risks and Discomforts

There are some risks to be in this study, related to the blood being obtained and the time that is required to answer questions. There could be some discomfort from the needle sticks used to draw your blood. You also could have swelling or bruising at the site of needle stick; there is a small risk of infection at the site. Although most people have no infection or noticeable swelling when their blood is drawn, these side effects cannot be prevented in all cases. If you do have any of these symptoms, they will most likely go away in less than 2 weeks. A few people feel light-headed and may develop a fast heartbeat while blood is being drawn. These symptoms usually can be halted by having you lay down and/or by stopping the procedure. No injuries are anticipated in connection with the proposed study. However, if you have an injury or a bad side effect as a result of being in this study, you will receive medical care or treatment for your injury.

You will not be paid for being in the study. There are no costs to you for participating in this study – all supplies and materials will be provided free of charge. When you return for the follow-up visit 4–6 weeks after getting discharged from the hospital, you will receive a fixed sum one-time payment of ₹ 600 to cover the cost of your transportation and your time.

Withdrawal without Prejudice

Your participation is entirely voluntary. You shall have the freedom to withdraw from the study at any stage without prejudice. It will not affect the quality of the treatment you receive from the hospital.

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

The study staff will protect your test results and the information collected about you at all times, including after completion of study. Your name will not appear in any presentations or reports that will result from this research, even though your test results would be made available to your treating physician to help with your treatment.

Questions

If you have any queries regarding your rights and privileges in the context of this study, please contact Dr. Laxminarayana Bairy at the Manipal University, Manipal at this mobile number 9449208478 Monday through Saturday between 9 am and 5 pm.

If you have any queries regarding this study, please contact Dr. G Arunkumar at 9148970864. You may feel free to call him on any queries regarding injury, care or consent related issues any time. For any other queries please refer to the back portion of the 'patient card' provided to you containing local point of contacts.

The telephone number on this form should not be used in a medical emergency. If you are having a medical emergency, please go to the nearest health facility.

Permission for storage and future use of specimens

Blood, spinal fluid, nasal/throat swabs, urine, or stool samples collected for this study will be stored for upto 10 years with your permission at MCVR, MU for future research studies on the causes of fever diseases. The specimens will be stored only with the study ID number, not you/your family member's name. Specimens may be sent outside India for tests currently unavailable in India; this will only occur with the permission of the Government of India. If you do not want your samples to be stored/examined for future use/other testing, the samples will be destroyed after all testing is completed for this study. Samples will never be used for any genetic testing of you/your family member.

If you want to be in the study, put your signature on the line below. Signing on the line means you are saying, "I want to be in the study at this time."

I certify that this form was explained to me and that any of my questions about this study were answered.

Signature/left thumb impression of the participant/parent or responsible adult in case of children below 18 years

Participant's name

OR

Dated (DD/MM/YYYY)

Name of parent/responsible adult in case of children below 18 years

Relationship with participant

Signature of witness

Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

Patient Information sheet cum Consent - 1- 65 years
Hospital based surveillance of Acute Febrile Illness (AFI) in India

_____ **Voluntary Consent to participate** _____

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar

Professor and Head
 Manipal Centre for Virus Research
 Manipal University, Manipal
 Karnataka State, India 576104

Study ID #

--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail

: arun.kumar@manipal.edu

Mobile

: +91- 91489 70864 **Fax:** + 91- 820 - 2922718

You or your family member is being asked to participate in a research study. For the rest of this form, "you" refers to the person who is sick, who is either you, your child, or another person for whom you are responsible and legally competent to consent for participation in this study. Your participation in this study is completely voluntary wherein you can choose to be or not to be a part of this study. If you choose not to be a part of this study, you will still receive regular medical care.

Purpose

The purpose of this study is to find out what are the common causes of disease in patients who are admitted to this hospital with fever. It is common for people to seek medical care for fever. Although some causes are known, many of the causes of infections and why people get these infections are not known. New laboratory tests are also now available for some of these diseases. By carefully collecting information about you and your illness and then testing for the various causes of fever, we intend to learn more about the causes of fever in your area and better possible ways to treat and prevent these infections. If you are a minor, your parents know about the study and have consented to your participation in this study.

Explanation of Procedures

What we would like to do

You are being asked to participate in this study because you have been admitted to this hospital, having a fever, and your doctor thinks you have an infection. If you agree to participate, you will be asked questions about your current and prior medical conditions, general questions about your health, habits and family. These questions will take about 15 minutes to answer. As a volunteer, you do not have to answer any question that you are not comfortable with.

At the time of hospitalization, up to 10 milliliters(ml) of blood (1 to 2 teaspoons) will be taken from your arm. This blood will be used for routine tests that your doctor ordered and also be used for tests to diagnose the cause of your infection.

We will also take a throat and/or nasal swab by brushing a small cotton swab on the back of your throat and/or in your nose, and a urine sample.

If you have watery stool (loose motion) you will be asked to provide a small quantity of stool, or if unable to, a rectal swab from the surface of your anus will be collected.

If your doctor plans to take spinal fluid as part of your routine care, 2-4 ml (less than one teaspoon) will also be collected and tested for the study. You will have a lumbar puncture only if your doctor feels it is necessary as a part of your care, and not as a part of this study.

Sometimes, infections are identified only after sometime and that is why we will draw blood at two additional times i.e.; during discharge and follow up: 1) Prior to discharge from the hospital, 5 ml (about one teaspoon) of blood will be taken; and 2) After 4 to 6 weeks of discharge, you will be asked to return to this hospital for a follow-up visit. The follow-up visit will take about 15 minutes. During the visit, you will be asked a few questions about how you have been feeling since you left the hospital. At the follow up visit, another 5 ml of blood will be taken in the same manner. If you do not return for the follow-up visit at the scheduled time, someone from the study team may contact you by phone or at your home to find out if you are still willing to come for the follow-up visit and whether you can answer questions about your illness.

In addition to routine tests the samples collected will be tested for various infections that may have caused your illness and made you sick.

Testing of your specimens will occur both here at this hospital, and at labs run by the Manipal Centre for Virus Research (MCVR), Manipal University (MU). All tests performed, as part of this study will supplement, not replace, the routine testing conducted at your hospital.

The study team will also collect the information from your medical records about your illness and admission and complete the Case Report Forms (CRF).

Benefits

You may not receive any direct personal benefits from participating in this study. You will receive the same medical care from your doctor whether or not you volunteer for this study. Results of additional laboratory tests will be provided to your doctor when they are available and placed in your medical record. These results may help your medical care. This study may benefit

the health of people in your community in the future by learning the different types of infections that occur and understanding ways they can be prevented.

Risks and Discomforts

There are some risks to be in this study, related to the blood being obtained and the time that is required to answer questions. There could be some discomfort from the needle sticks used to draw your blood. You also could have swelling or bruising at the site of needle stick; there is a small risk of infection at the site. Although most people have no infection or noticeable swelling when their blood is drawn, these side effects cannot be prevented in all cases. If you do have any of these symptoms, they will most likely go away in less than 2 weeks. A few people feel light-headed and may develop a fast heartbeat while blood is being drawn. These symptoms usually can be halted by having you lay down and/or by stopping the procedure. No injuries are anticipated in connection with the proposed study. However, if you have an injury or a bad side effect as a result of being in this study, you will receive medical care or treatment for your injury.

You will not be paid for being in the study. There are no costs to you for participating in this study – all supplies and materials will be provided free of charge. When you return for the follow-up visit 4–6 weeks after getting discharged from the hospital, you will receive a fixed sum one-time payment of ₹ 600 to cover the cost of your transportation and your time.

Withdrawal without Prejudice

Your participation is entirely voluntary. You shall have the freedom to withdraw from the study at any stage without prejudice. It will not affect the quality of the treatment you receive from the hospital.

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

The study staff will protect your test results and the information collected about you at all times, including after completion of study. Your name will not appear in any presentations or reports that will result from this research, even though your test results would be made available to your treating physician to help with your treatment.

Questions

If you have any queries regarding your rights and privileges in the context of this study, please contact Dr. Laxminarayana Bairy at the Manipal University, Manipal at this mobile number 9449208478 Monday through Saturday between 9 am and 5 pm.

If you have any queries regarding this study, please contact Dr. G Arunkumar at 9148970864. You may feel free to call him on any queries regarding injury, care or consent related issues any time. For any other queries please refer to the back portion of the 'patient card' provided to you containing local point of contacts.

The telephone number on this form should not be used in a medical emergency. If you are having a medical emergency, please go to the nearest health facility.

Permission for storage and future use of specimens

Blood, spinal fluid, nasal/throat swabs, urine, or stool samples collected for this study will be stored for upto 10 years with your permission at MCVR, MU for future research studies on the causes of fever diseases. The specimens will be stored only with the study ID number, not you/your family member's name. Specimens may be sent outside India for tests currently unavailable in India; this will only occur with the permission of the Government of India. If you do not want your samples to be stored/examined for future use/other testing, the samples will be destroyed after all testing is completed for this study. Samples will never be used for any genetic testing of you/your family member.

If you want to be in the study, put your signature on the line below. Signing on the line means you are saying, "I want to be in the study at this time."

I certify that this form was explained to me and that any of my questions about this study were answered.

Signature/left thumb impression of the participant/parent or responsible adult in case of children below 18 years

Participant's name

OR

Dated (DD/MM/YYYY)

Name of parent/responsible adult in case of children below 18 years

Relationship with participant

Signature of witness

Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Assent Form: Enrolment Assent Given by Child Aged 7-17 Years
Hospital based surveillance of Acute Febrile Illness (AFI) in India

Principal Investigator : Dr. G. Arunkumar
Professor and Head
Manipal Centre for Virus Research
Manipal University, Manipal
Karnataka State, India 576104

Study ID #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu
Mobile : +91 - 91489 70864
Fax : +91- 820 - 2922718

You are being asked to participate in a research study. Research is like the science subject in school. You have been asked to be in a research study because your doctor thinks you are sick with an infection of your blood / body.

You can decide if you want to be in this study or not. If you agree to participate, you will be asked questions about your medical condition and background. As a volunteer, you do not have to answer any question that you are not comfortable with. As part of this study, you will have 5-10 milliliter, about a tablespoonful, of blood taken from your arm thrice. Blood will be taken for the first time soon after you agree to be a volunteer in this study. A nasal and throat swab and a urine sample will also be collected, at the time of enrolment. A stool sample / rectal swab may be collected if you have watery stool (loose motion). If spinal fluid is taken as part of your routine care, 2 - 4 ml of the same will also be collected for the study.

Blood will be taken for the second time right before you are discharged from the hospital. Blood will be taken for the third time 4 - 6 weeks after getting discharged if you are willing to return for a follow-up visit. The follow-up visit will take about 15 minutes. At that visit, you will also be asked questions about how you have been feeling since you left the hospital. If you do not return for the follow-up visit at the scheduled time, someone from the study team may contact you by phone or at your home to find out if you are still willing to come for the follow-up visit.

Benefits

You may not receive any direct personal benefits from being in this study. You will receive the same medical care from your doctor whether or not you volunteer for this study. Results of additional laboratory tests will be provided to your doctor when they are available and placed in your medical record, and these results may help you get better from this illness. This study may benefit the health of people in your community in the future by learning the different types of infections that occur and understanding ways they might be prevented.

Risks and Discomforts

There are some risks to be in this study, related to the additional blood being obtained. There could be some discomfort from the needle sticks used to draw your blood. You also could have swelling or bruising at the site of the needle stick; there is a small risk of infection at the site. Although most people have no infection or noticeable swelling when their blood is drawn, these side effects cannot be prevented in all cases. If you do have any of these symptoms, they will most likely go away in less than 2 weeks. A few people feel light-headed and may develop a fast heartbeat while blood is being drawn. These symptoms usually can be halted by having you lay down and/or by stopping the procedure. Rarely, a blood clot may develop at the site of the blood draw. These are incident risks for blood draws; major side effects do not usually occur. No injuries are anticipated in connection with the proposed study. However, if you have an injury or a bad side effect as a result of being in this study, you will receive medical care or treatment for your injury.

Additionally there will be some time required to answer the additional questions and to complete a follow up visit.

You will not be paid for being in the study. However, when you return for the follow-up visit 4 – 6 weeks after getting discharged you or your parent will receive a fixed sum one-time payment of ₹ 600 to cover the cost of your transport and your time.

Blood, spinal fluid, nasal/throat swabs, urine, or stool samples will be stored for future studies. The specimens will be stored only with the study ID number, not your/your family member's name. The specimens will be stored at MCVR, MU for up to 10 years for future studies on the cause of your infection. Your specimens may be sent outside India for tests currently unavailable; this will only occur with the permission of the Government of India. If you do not want your samples to be stored/examined for future use/other testing, the samples will be destroyed after all testing is completed for this study. Samples will never be used for any genetic testing of you/your family member.

You can ask questions about this study at any time. The study staff will give you answers. You can stop being in the study at any time. No one will be upset with you if you do not want to be in the study now or if you want to stop being in the study later. Your doctor will still take care of you if you do not want to be in the study or if you leave the study after you have already started. If you agree to be in the study, the study staff and people who work on this research may know your name and information about you.

If you have any queries regarding your rights and privileges in the context of this study, please contact Dr. Laxminarayana Bairy at the Manipal University, Manipal at this mobile number 9449208478 Monday through Saturday between 9 am and 5 pm.

If you have any queries regarding this study, please contact Dr. G. Arunkumar at 9148970864. You may feel free to call him on any queries regarding injury, care or consent related issues any time. For any other queries please refer to the back portion of the 'patient card' provided to you containing local point of contacts.

The telephone number on this form should not be used in a medical emergency. If you are having a medical emergency, please go to the nearest health facility.

If you want to be in the study, put your signature on the line below. Signing on the line means you are saying, "I want to be in the study at this time."

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

I certify that this form was explained to the child above and that any questions about this study were answered.

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

**Assent Form: Enrolment Assent Given by Child Aged 7-17 Years
Hospital based surveillance of Acute Febrile Illness (AFI) in India**

Principal Investigator : Dr. G. Arunkumar
Professor and Head
Manipal Centre for Virus Research
Manipal University, Manipal
Karnataka State, India 576104

Study ID #

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu

Mobile : +91 - 91489 70864

Fax : +91 - 820 - 2922718

You are being asked to participate in a research study. Research is like the science subject in school. You have been asked to be in a research study because your doctor thinks you are sick with an infection of your blood / body.

You can decide if you want to be in this study or not. If you agree to participate, you will be asked questions about your medical condition and background. As a volunteer, you do not have to answer any question that you are not comfortable with. As part of this study, you will have 5-10 milliliter, about a tablespoonful, of blood taken from your arm thrice. Blood will be taken for the first time soon after you agree to be a volunteer in this study. A nasal and throat swab and a urine sample will also be collected, at the time of enrolment. A stool sample / rectal swab may be collected if you have watery stool (loose motion). If spinal fluid is taken as part of your routine care, 2 - 4 ml of the same will also be collected for the study.

Blood will be taken for the second time right before you are discharged from the hospital. Blood will be taken for the third time 4 - 6 weeks after getting discharged if you are willing to return for a follow-up visit. The follow-up visit will take about 15 minutes. At that visit, you will also be asked questions about how you have been feeling since you left the hospital. If you do not return for the follow-up visit at the scheduled time, someone from the study team may contact you by phone or at your home to find out if you are still willing to come for the follow-up visit.

Benefits

You may not receive any direct personal benefits from being in this study. You will receive the same medical care from your doctor whether or not you volunteer for this study. Results of additional laboratory tests will be provided to your doctor when they are available and placed in your medical record, and these results may help you get better from this illness. This study may benefit the health of people in your community in the future by learning the different types of infections that occur and understanding ways they might be prevented.

Risks and Discomforts

There are some risks to be in this study, related to the additional blood being obtained. There could be some discomfort from the needle sticks used to draw your blood. You also could have swelling or bruising at the site of the needle stick; there is a small risk of infection at the site. Although most people have no infection or noticeable swelling when their blood is drawn, these side effects cannot be prevented in all cases. If you do have any of these symptoms, they will most likely go away in less than 2 weeks. A few people feel light-headed and may develop a fast heartbeat while blood is being drawn. These symptoms usually can be halted by having you lay down and/or by stopping the procedure. Rarely, a blood clot may develop at the site of the blood draw. These are incident risks for blood draws; major side effects do not usually occur. No injuries are anticipated in connection with the proposed study. However, if you have an injury or a bad side effect as a result of being in this study, you will receive medical care or treatment for your injury.

Additionally there will be some time required to answer the additional questions and to complete a follow up visit.

You will not be paid for being in the study. However, when you return for the follow-up visit 4 – 6 weeks after getting discharged you or your parent will receive a fixed sum one-time payment of ₹ 600 to cover the cost of your transport and your time.

Blood, spinal fluid, nasal/throat swabs, urine, or stool samples will be stored for future studies. The specimens will be stored only with the study ID number, not your/your family member's name. The specimens will be stored at MCVR, MU for up to 10 years for future studies on the cause of your infection. Your specimens may be sent outside India for tests currently unavailable; this will only occur with the permission of the Government of India. If you do not want your samples to be stored/examined for future use/other testing, the samples will be destroyed after all testing is completed for this study. Samples will never be used for any genetic testing of you/your family member.

You can ask questions about this study at any time. The study staff will give you answers. You can stop being in the study at any time. No one will be upset with you if you do not want to be in the study now or if you want to stop being in the study later. Your doctor will still take care of you if you do not want to be in the study or if you leave the study after you have already started. If you agree to be in the study, the study staff and people who work on this research may know your name and information about you.

If you have any queries regarding your rights and privileges in the context of this study, please contact Dr. Laxminarayana Bairy at the Manipal University, Manipal at this mobile number 9449208478 Monday through Saturday between 9 am and 5 pm.

If you have any queries regarding this study, please contact Dr. G. Arunkumar at 9148970864. You may feel free to call him on any queries regarding injury, care or consent related issues any time. For any other queries please refer to the back portion of the 'patient card' provided to you containing local point of contacts.

The telephone number on this form should not be used in a medical emergency. If you are having a medical emergency, please go to the nearest health facility.

If you want to be in the study, put your signature on the line below. Signing on the line means you are saying, "I want to be in the study at this time."

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

I certify that this form was explained to the child above and that any questions about this study were answered.

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Study ID #	Date of recruitment	Study Site
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMOGRAPHIC INFORMATION ব্যক্তিগত জাঞ্চক রী		
1 Address (সর নাম):		
1a. State রাজ্য _____	1f. Post Office পোস্ট অফিস _____	
1b. District জিলা _____	1g. Gram Panchayath গ্রাম পঞ্চায়ত: _____	
1c. Taluk তালুক _____	1h. Village গাম: _____	
1d. Tehsil তেহসিল (তালুক) _____	1i. Landmark লেন্ড মার্ক (স্থল) _____	
1e. PIN Code পিন কোড _____		
2		
2a. Age in years উমর বর্ষমাং _____	2d. Marital Status বৈবাহিক দর নবো:	
2b. DOB: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married	
2c. Gender জাতি:	<input type="checkbox"/> অবিবাহিত <input type="checkbox"/> বিবাহিত	
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Others	If Married Female, বো বিবাহিত স্ত্রী হোব,	
<input type="checkbox"/> পুরুষ <input type="checkbox"/> স্ত্রী <input type="checkbox"/> অন্য	2e. Currently pregnant বর্তমানমাং গর্ভবতী হো <input type="text"/> <input type="text"/>	
	If Yes, বো হো, <input type="text"/>	
	2f. Weeks অহ বাডীয়া <input type="text"/>	
3		
3a. Major Occupation (select from list) : _____ মুখ্য ব্যবসায় (খাটীমাংথী পরসং ক রো)		
3b. Secondary occupation 1 : _____ গৌণ ব্যবসায় 1		
3c. Secondary occupation 2 : _____ গৌণ ব্যবসায় 2		
3d. Secondary occupation 3 : _____ গৌণ ব্যবসায় 3		
List of Occupations ব্যবসায়োনি খাটী		
Professionals	Non-professionals	
Carpenter সুথার	Farmer খেড়ু ত	
Doctor ডাক্তার	Head load coolie মাথে বন ন উপাস নার মজুর	
Driver ড্রাইবর	Housewife গৃহিণী	
Electrician ইলেকট্রিশিয়ান	Manual labourer (Agriculture) মজুর (খেটী)	
Health worker স্বাস্থ্যনা ক মচারী	Manual labourer (Masonry) মজুর (ক ডি খাড মা)	
Office worker ক মচারী	Meat handler মীট হে ন্ড লর	
Nurse নর্স	Shepherd সার বাস	
Student বিদার্থী	Unemployed খেরোব গার	
Teacher শিক্ষক		
If others, please specify in the space provided above অন্য (স্পষ্ট ক রো)		

CLINICAL HISTORY (☑ Applicable ones)

4. Date of admission:

ફાવેશની તારીખ

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

5. Date of onset of fever (DOF):

તાવ આવ્યાની તારીખ(DOF)

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Ask each of the following questions separately and record the subject's response by ticking in the appropriate box.

Y	N	U
---	---	---

(Y-Yes, N-No, U- I don't know)
(Y-હા, N-ના, U-મને ખબર નથી)

●
(Date of onset of fever)

6. Whether your fever was intermittent or continuous?

શું તમને તાવ રહી રહીને કે સતત આવતો હતો?

 Continuous
રહી રહીને

 Intermittent
સતત

7. What was the duration of fever as on today

(the date of recruitment)?

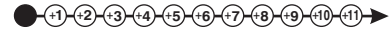
આજ ના દિ વસે (બર તી થયાની તારીખ) તાવનો સમયગાળો શું હતો?

 Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)

8. Did you feel cold or cold with shivering/shaking of the body while having fever? (Chills/Rigor)

શું તમને તાવ આવ્યો એ સમયે કે ડી અથવા શરીર ના ડા પવા/ધૂનરો સાથે કે ડી લાગતી હતી? (કે ડી/કે પારી)

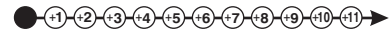
Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)


9. Did you feel sweating during night while having fever? (Night sweats)

શું તમે તાવ આવ્યો એ સમયે રાત્રિ કે ર મિયાન પર સેવાનો અનુભવ કર્યો હતો? (રાત્રે પર સેવો થયો)

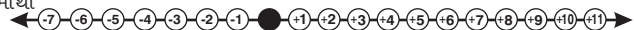
Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)


10. Did you have running nose within few days before/after onset of fever? (Coryza)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર નાક માંથી વેહતી શેરદી નિકળતી હતી? (કોર્ઝા યા (સળોખમ))

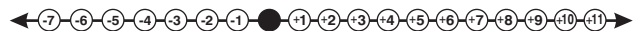
Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)


11. Did you have cough within few days before/after onset of fever? (Cough)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર ઉધર સ આવતી હતી? (ઉધર સ)

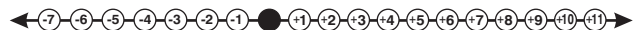
Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)


12. Did you have irritation/pain of throat within few days before/after onset of fever? (Sore throat)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર ગળામાં બળતર/દુખાવો થયો હતો? (ગળામાં દુખાવો)

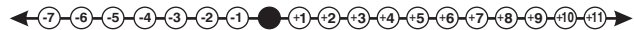
Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)


13. Did you experience difficulty in breathing within few days before/after onset of fever? (Breathlessness)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર શ્વાસ લેવામાં તક લીફ નો અનુભવ થયો હતો? (શ્વાસ લેવામાં તક લીફ)

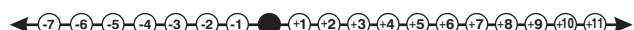
Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)


14. Did you experience pain in chest within few days before/after onset of fever? (Chest Pain)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર છાતીમાં દુખાવાનો અનુભવ થયો હતો? (છાતીમાં દુખાવો)

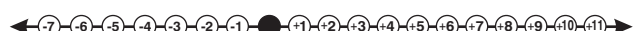
Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)


15. Did you have headache within few days before/after onset of fever? (Headache)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર માથામાં દુખાવો થયો હતો? (માથામાં દુખાવો)

Y	N	U
---	---	---

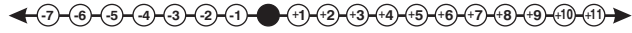
 Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)


16. Are you troubled by bright light? (Photophobia)

શું તમને વધુ પડ તા પ્રકાશથી તકલીફ થાય છે ? (ફોટોફોબિયા)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)

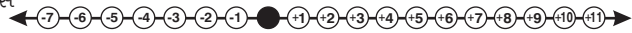


17. Did you have pain behind your eye ball especially while moving eyes? (Retro orbital pain)

શું તમને તમારા આંખના ડોળાની પાછળ દુખાવો થાય છે ખાસ કરીને આંખને ફેરવતી વખતે? (રેટ્રો ઓરબીટલ પેઈન)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)



18. Had your eye(s) become red and irritable within few days before/after onset of fever? (Red eye)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર તમારી આંખ(આંખો) લાલ થઈ ગઈ હતી અને ખંજવાળ આવતી હતી? (આંખ લાલ થવી)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)

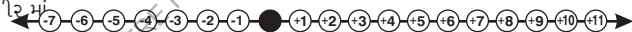


19. Did you experience generalized body ache within few days before/after onset of fever? (Myalgia)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર તમને શરીરમાં સામાન્ય દુખાવો થવાની અનુભૂતિ થઈ હતી? (મ્યાલ્જિયા)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)

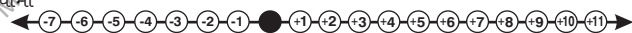


20. Did you experience Pain in your joints within few days before/after onset of fever? (Joint pain)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર તમને સાંધામાં દુખાવાની અનુભૂતિ થઈ હતી? (સાંધાનો દુખાવો)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)



If Yes, જો હા, 20a. Location: Small Joints
સ્થળ નાના સાંધા

Large joints
મોટા સાંધા

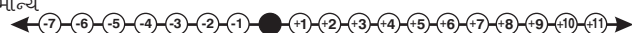
Both
બંને

21. Did you experience general weakness within few days before/after onset of fever? (General weakness)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર તમને સામાન્ય અશક્તિની અનુભૂતિ થઈ હતી? (સામાન્ય અશક્તિ)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)



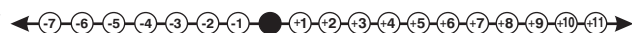
If Yes, જો હા,

21a. Was it extreme weakness such as inability to get up from the bed? (Prostration)

શું એટલી અતિશય અશક્તિ હતી કે જેથી પથારીમાંથી ઊઠવું પણ અસમર્થ હતું? (થાક)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)

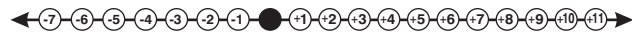


22. Did you experience pain in abdomen within few days before/after onset of fever? (Abdominal pain)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર તમને પેટમાં દુખાવો થવાની અનુભૂતિ થઈ હતી? (પેટમાં દુખાવો)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)

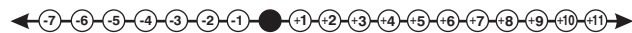


23. Did you experience nausea (Vomiting sensation) within few days before/after onset of fever? (Nausea)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર તમને ઉબકા થવાની (ઉલટી થવાની અનુભૂતિ) અનુભૂતિ થઈ હતી? (ઉબકા)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)

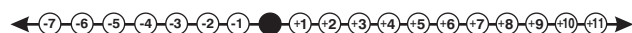


24. Did you have vomiting within few days before/after onset of fever? (Vomiting)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર તમને ઉલટી થઈ હતી? (ઉલટી થવી)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)

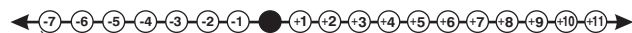


25. Did you have diarrhea within few days before/after onset of fever? (3 or more loose/liquid stools/day) (Diarrhea)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર તમને ઝાડા થયા હતા? (અથવા વધુ ઢીલા/પાતળા મળ/દિ વસ) (ઝાડા)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)

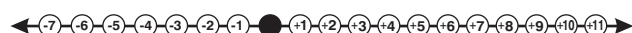


26. Did you notice yellow discoloration of your skin or eye within few days before/after onset of fever? (Jaundice)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિ વસની અંદર તમારી ચામડી પર પીળી રંગવિહિનતા નોંધી હતી? (કમળો)

Y N U

Duration (days)
સમયગાળો (દિ વસો)



27. Did you experience urgency of passing urine or burning sensation while passing urine within few days before/after onset of fever? (Burning micturition) Y N U Duration (days) સમયગાળો (દિ વસો)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિવસની અંદર મૂત્ર ત્યાગ કરતા સમયે તાત્કાલિક મૂત્ર ત્યાગ કરવાની જરૂર અથવા મૂત્રમા બળતરતી સંવેદનાની અનુભૂતિ થઈ હતી? (બર્નિંગ મિક્ટ્યુરિશન)

← -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 ● +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8 +9 +10 +11 →

28. Did you experience difficulty/pain while moving your neck within few days before/after onset of fever? (Neck stiffness) Y N U Duration (days) સમયગાળો (દિ વસો)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિવસની અંદર ગરદન ફેરવતા સમયે તકલીફ/દુખાવાનો અનુભવ કર્યો હતો? (ગરદન જકડાઈ જવું)

← -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 ● +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8 +9 +10 +11 →

29. Did you experience any reduction in the level of alertness (somnia to coma) within few days before/after onset of fever? (Altered sensorium) Y N U Duration (days) સમયગાળો (દિ વસો)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિવસની અંદર સજાગતાના સ્તરમાં (ઉંઘરે ટીચાપણાથી કોમા સુધી) કોઈ પણ ઘટાડો થવાનો અનુભવ થયો હતો? (સંવેદના સ્થાનમાં આવતો ફેરફાર)

← -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 ● +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8 +9 +10 +11 →

30. Did you experience sudden uncontrollable muscle contraction/ spasms otherwise known as seizures within few days before/after onset of fever? (Seizures) Y N U Duration (days) સમયગાળો (દિ વસો)

શું તમને તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિવસની અંદર અચાનક અનિયંત્રિત સ્નાયુઓમાં સંકોચન/કળતર, કે જે અન્યથા આંચકી તરીકે ઓળખાય છે, તેનો અનુભવ કર્યો હતો? (આંચકી)

If Yes, જો હા, તે

- 30a. Type of seizure: Focal (Only a part of the body) આંચકીના પ્રકાર ફોકલ (માત્ર શરીરનો એક ભાગ) Generalized (Whole Body) સામાન્ય (આખું શરીર)

30b. How many times? કેટલી વાર: ? _____

30c. Maximum duration (in minutes) : _____ મહત્તમ સમયગાળો (મિનિટમાં)

31. Did you experience partial or complete paralysis of any part of the body within few days before/after onset of fever? (Paralysis/Paresis) Y N U Duration (days) સમયગાળો (દિ વસો)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિવસની અંદર તમને શરીરના કોઈ પણ ભાગમાં આંશિક અથવા સંપૂર્ણ લકવો થયો હોવાનો અનુભવ થયો હતો? (લકવો/પક્ષઘાત)

← -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 ● +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8 +9 +10 +11 →

32. Did you notice any colour change in your skin - a rash within few days before/after onset of fever? (Rash) Y N U Duration (days) સમયગાળો (દિ વસો)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિવસની અંદર તમને તમારી ચામડીના રંગમાં કોઈ પણ બદલાવ અથવા ચાઈ નોંધ્યા હતા? (ચાઈ)

← -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 ● +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8 +9 +10 +11 →

If Yes, જો હા, તે

32a. Site જગ્યા: _____

33. Did you notice blood/brick red colour in sputum/faeces /urine/vomitus within few days before/after onset of fever? Y N U Duration (days) સમયગાળો (દિ વસો)

શું તાવ આવ્યા પહેલા/પછી થોડા દિવસની અંદર ગળદામાં/મળમાં/મૂત્રમાં/ઉલ્ટીમાં લોહી/ઈંટ જેવા રંગની નોંધ કરી હતી?

← -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 ● +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8 +9 +10 +11 →

If yes, where? જો હા, તો ક્યાં?

33a. Sputum ગળદામાં Y N

33b. Faeces મળમાં Y N

33c. Urine મૂત્રમાં Y N

33d. Vomitus ઉલ્ટીમાં Y N

34. Have you received any vaccinations/ immunizations in the past ONE year?

 Y N U

શું તમે અંતિમ એક વર્ષમાં કોઈ રસિક રણ પ્રાપ્ત કર્યું છે ?

If yes, Specify જો હા, સ્પષ્ટ કરો

34a. Vaccine રસી: _____ month મહિ નો: _____ year વર્ષ: _____

34b. Vaccine રસી: _____ month મહિ નો: _____ year વર્ષ: _____

34c. Vaccine રસી: _____ month મહિ નો: _____ year વર્ષ: _____

34d. Vaccine રસી: _____ month મહિ નો: _____ year વર્ષ: _____

35. Do you have any chronic/non communicable medical conditions?

 Y N U

શું તમને કોઈ પણ લાંબાગાળાની/બિન સંક્રમક તબીબી સ્થિતિ થઈ છે ?

If yes, tick all applicable જો હા, તો લાગૂ પડ તુ હોય તે બધામાં નિશાની કરો

35a Hypertension (High Blood Pressure)

હાઇપરટેન્શન (લોહીનું ઊંચું દબાણ)

 Y N U

35b Diabetes (sugar)

ડાયાબિટીસ (સુગર)

 Y N U

35c Asthma/wheezing

અસ્થમા/શ્વાસ લેતી વખતે સીટી જવો અવાજ આવવો

 Y N U

35d Liver Cirrhosis

લીવર સિર હોસિસ

 Y N U

35e Chronic Renal failure

લાંબા ગાળાની મૂત્રાશયમાં નિષ્ફળતા

 Y N U

35f Myocardial Infarction (heart attack)

માયોકાર્ડિયલ ઇન્ફાર્ક્શન (હૃદય રોગનો હુમલો)

 Y N U

35g Stroke

સ્ટ્રોક

 Y N U

35h Cancer

કેન્સર

 Y N U

35i Others (Any other major illness diagnosed recently, Please mention)

અન્ય (વર્તમાનમાં કોઈ ગંભીર બિમારીનું નિદાન થયું હોય, તો કૃપા કરીને ઉલ્લેખ કરો)

36. Is there anything that you wish to tell me which you think I have not asked you?

 Y N U

શું એવું કંઈપણ છે જે તમે કહેવા ઇચ્છતા હોવ મને અને મેં તમને પૂછ્યું ન હોય ?

If yes, brief જો હા, સંક્ષિપ્ત

EPIDEMIOLOGIC DATA (☑ Applicable ones)

37. In the past 4 weeks before your illness, have you been in contact with any of the following animals at least once in a day?

Y N U

છે લલા ૪ અઠવાડિયામાં તમારી બિમારી પહેલા, તમે દિવસમાં ઓછામાં ઓછા એક વખત નીચેનામાંથી કોઈપણ પ્રાણીઓના સંપર્કમાં આવ્યા છો? (લાગૂ હોય તે બધા પર નિશાની કરો)

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ઘેટું/બકરી | <input type="checkbox"/> Cattle
ગાય/બળદ | <input type="checkbox"/> Deer
હરણ | <input type="checkbox"/> Pig
ભૂંડ | <input type="checkbox"/> Chicken
મરઘીનું બચ્ચું |
| <input type="checkbox"/> Duck
બતક | <input type="checkbox"/> Pigeon
કબૂતર | <input type="checkbox"/> Cat
બિલાડી | <input type="checkbox"/> Dog
કૂતરો | <input type="checkbox"/> Bat
ચામાચિડિયું |
| <input type="checkbox"/> Rat
તીણા દાંતવાળું કરડી
ખાનાર પ્રાણી | <input type="checkbox"/> Monkey
વાંદરો | <input type="checkbox"/> Other Birds
અન્ય પક્ષીઓ | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
અન્ય પ્રાણીઓ | _____ | | <input type="checkbox"/> None
કોઈપણ નહીં | |

38. Do any animal enter inside your house?

Y N U

તમારો ઘરની અંદર કોઈ પ્રાણી પ્રવેશો છે?

If yes, Specify જો હા, તો સ્પષ્ટ કરો

- | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ઘેટું/બકરી | <input type="checkbox"/> Cattle
ગાય/બળદ | <input type="checkbox"/> Chicken
મરઘીનું બચ્ચું | <input type="checkbox"/> Cat
બિલાડી | <input type="checkbox"/> Dog
કૂતરો |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
અન્ય પ્રાણીઓ | _____ | | | |

39. Did any animal birthing taken place at your home during last 1-2 months?

Y N U

તમારો ઘરે છેલ્લા ૨ મહિના દરમિયાન કોઈ પ્રાણીએ જન્મ લીધો હતો?

If yes, જો હા,

39a. Did you directly participate in the birthing process?

Y N

શું તમે જન્મ આપવાની પ્રક્રિયામાં સીધા ભાગ લીધો હતો?

39b. Which animal? કયું પ્રાણી?

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ઘેટું/બકરી | <input type="checkbox"/> Cattle
ગાય/બળદ | <input type="checkbox"/> Pig
ભૂંડ | <input type="checkbox"/> Cat
બિલાડી | <input type="checkbox"/> Dog
કૂતરો |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
અન્ય પ્રાણીઓ | _____ | | | |

40. Did any animal abortion taken place at your home during last 1-2 months?

Y N U

છેલ્લા ૨ મહિના દરમિયાન તમારો ઘરે કોઈ પ્રાણીનો ગર્ભપાત થયો હતો?

If yes, જો હા, તો

40a. Which animal? કયું પ્રાણી?

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ઘેટું/બકરી | <input type="checkbox"/> Cattle
ગાય/બળદ | <input type="checkbox"/> Pig
ભૂંડ | <input type="checkbox"/> Cat
બિલાડી | <input type="checkbox"/> Dog
કૂતરો |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
અન્ય પ્રાણીઓ | _____ | | | |

41. Was there any animal or bird death in your household / neighborhood in the last 1 month?

Y N U

છેલ્લા ૧ મહિનામાં તમારો ઘર/પાડોશમાં કોઈ પ્રાણી કે પક્ષીઓનું મૃત્યુ થયું હતું?

If yes, જો હા, તો

41a. Specify animal સ્પષ્ટ કરો, પ્રાણી _____

- | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ઘેટું/બકરી | <input type="checkbox"/> Cattle
ગાય/બળદ | <input type="checkbox"/> Pig
ભૂંડ | <input type="checkbox"/> Chicken
મરઘીનું બચ્ચું | <input type="checkbox"/> Duck
બતક |
| <input type="checkbox"/> Cat
બિલાડી | <input type="checkbox"/> Dog
કૂતરો | <input type="checkbox"/> Other Animals
અન્ય પ્રાણીઓ | _____ | |

41b. Sudden or unexpected death?

Y N

અચાનક અથવા અનપેક્ષિત મૃત્યુ?

42. Did you have any contact with dead or sick animal during last one or two months?

 Y N U

છે લલા એક અથવા બે મહિ ના ૬ ૨ મિયાન તમે કોઈ મૃત અથવા બિમાર પ્રાણીના સંપર્ક માં આવ્યા હ તા?

If yes, જો હા,

42a. Specify animal એ.સ્પષ્ટ કરો, પ્રાણી

<input type="checkbox"/> Sheep/goat ધેડું /બકરી	<input type="checkbox"/> Cattle ગાય/બળદ	<input type="checkbox"/> Pig ખૂંડ	<input type="checkbox"/> Chicken મર ઘીનું બચ્ચું	<input type="checkbox"/> Duck બતક
<input type="checkbox"/> Cat બિલાડી	<input type="checkbox"/> Dog કૂતરો	<input type="checkbox"/> Other Animals _____		

42b. Describe nature of contact સંપર્ક નું સ્વરૂપ વર્ણવો: _____

42c. Did you consume meat of the same sick/dead animal? _____

શું તમે તે જ બિમાર /મૃત પ્રાણીનું માસ ખાધું હ તું?

43. Did you participate in slaughter or butchering livestock or wild animals during last one or two months?

 Y N U

શું તમે છે લલાં એક અથવા બે મહિ ના ૬ ૨ મિયાન પશુધન અથવા જંગલી પ્રાણીઓની કતલ કે કાપવામાં સહ ભાગ લીધો હ તો?

44. Did you have any contact with raw meat/ animal blood in the last 4 months?

 Y N U

છે લલા ૪ મહિ નામાં તમે કાચું માસ/પ્રાણીઓના લોહીના સંપર્ક માં આવ્યા હ તા?

If yes, જો હા, તો

44a. Describe nature of contact સંપર્ક નું સ્વરૂપ વર્ણવો: _____

45 Did you work or till on agricultural land/ farm in the past 4 weeks?

 Y N U

શું તમે છે લલા ૪ અઠવાડિયાઓમાં ખેતી/લાયક જમીન/ખેતરમાં કાર્ય કે ખેડ કરતા હતા અથવા હજી સુધી કરો છો?

46 Did you work in paddy fields, in the past 4 weeks?

 Y N U

શું તમે છે લલા ૪ અઠવાડિયાઓમાં ડાંગરના ખેતરમાં કાર્ય કર્યું હ તું?

47. Did you go fishing in the past 4 weeks?

 Y N U

શું તમે છે લલા ૪ અઠવાડિયાઓમાં માછલી પકડવા માટે ગયા હ તા?

48. Do you have a water (irrigation) canal nearby your house or farmland?

 Y N U

શું તમારા ઘર કે ખેતરની નજીક પાણી (સિંચાઈ) ની કે નાલ છે ?

49. Did you work in stagnant water in the past 4 weeks?

 Y N U

શું તમે છે લલા ૪ અઠવાડિયાઓમાં સ્થિર પાણીમાં કાર્ય કર્યું હ તું?

50. Did you work under "Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MGNREGA)" in the past 4 weeks?

 Y N U

શું તમે છે લલા ૪ અઠવાડિયાઓમાં "નેશનલ રૂરાલ એમ્પ્લોયમેન્ટ ગેરંટી અક્ટ"માં કાર્ય કર્યું હ તું?

If yes, જો હા,

50a. Specify nature of last work પહેલાના કાર્યનું સ્વરૂપ વર્ણવો: _____

51. Do you live in close proximity (within 5 minutes walking distance) to the forest?

 Y N U

શું તમે જંગલના નજીકના વિસ્તારમાં ૨ હો છો (૫ મિનિટ ના અંતરે) ?

52. Did you go to forest in the past 4 weeks?

 Y N U

શું છે લલા ૪ અઠવાડિયા ૬ ૨ મિયાન તમે જંગલમાં ગયા હ તા?

If yes, for what purposes you enter the forest? (Tick all applicable)

જો હા, તો તમે કયા કારણે જંગલમાં જાઓ છો? (લાગુ પડતું હોય તે બધા પર નિશાની કરો)

52a. Firewood collection બળતણનું એક ત્રિકરણ

52b. Dry leaf collection સૂકા પાંદડાંનું એક ત્રિકરણ

52c. Grass collection ઘાસનું એક ત્રિકરણ

52d. Wood cutting/ logging લાકડા કાપવાં/લોગીંગ

52e. Honey collection મધનું એક ત્રિકરણ

52f. Algae collection લીલનું એક ત્રિકરણ

52g. Cattle grazing ઢોર ચરાવવા

52h. Work on agricultural land inside forest જંગલની અંદર ખેતી/લાયક જમીન પર કાર્ય કરવા માટે

52i. Fishing માછલી પકડવા

52j. Hunting શિકાર કરવા

52k. Forest department work વન વિભાગનું કાર્ય કરવા

If yes, જો હા, તો, 52k (i) specify સ્પષ્ટ કરો: _____

52l. Leisure activities હળવાશની પળોમાં કરવામાં આવતી પ્રવૃત્તિઓ

If yes, જો હા, તો, 52l (i) specify સ્પષ્ટ કરો: _____

52m. Others અન્ય _____

53. Do you see ticks in and around your household within 4 weeks before the onset of fever?

 Y N U

શું તાવ આવ્યા પહેલાં ૪ અઠવાડિયાની અંદર તમે તમારા ઘરની આસપાસ જીવાતો જોઈ છે?

54. Do you see ticks on your body, within 4 weeks before the onset of fever?

 Y N U

શું તાવ આવ્યા પહેલાં ૪ અઠવાડિયાની અંદર તમે તમારા શરીર પર જીવાતો જોઈ છે?

If yes, જો હા, તો

54a. how do you remove them? _____

તમે તેઓને કેવી રીતે નીકાલો છો?

55. What is the Source of drinking water in your home? (Tick all applicable)

તમારા ઘરે પીવાના પાણીનો સ્ત્રોત કયો છે? (લાગુ પડતું હોય તે બધા પર નિશાની કરો)

<input type="checkbox"/> Dug well ડગ વેલ	<input type="checkbox"/> Hand pump હેન્ડ પંપ	<input type="checkbox"/> Tube well ટ્યુબ વેલ	<input type="checkbox"/> Public well પબ્લિક વેલ	<input type="checkbox"/> Public water tap જાહેર પાણીનો તળ
<input type="checkbox"/> Panchayath/Municipality water supply પંચાયત/મ્યુનિસિપાલિટી દ્વારા પાણીનો પૂરવઠો	<input type="checkbox"/> Tanker water supply ટેન્કર દ્વારા પાણીનો પૂરવઠો	<input type="checkbox"/> Pond તળાવ		
<input type="checkbox"/> Stream ઝરણું	<input type="checkbox"/> Others અન્ય			

56. Do you store water in home?

 Y N U

શું તમે ઘરે પાણીનો સંગ્રહ કરો છો?

If yes, જો હા, તો

56a Where? (specify) ક્યાં? (સ્પષ્ટ કરો): _____

57. Do you use a sanitary latrine at your home?

 Y N U

શું તમે તમારા ઘરે સ્વચ્છ શૌચાલયનો ઉપયોગ કરો છો?

58. Where do you take bath? (Tick all applicable)

તમે ક્યાં સ્નાન લો છો? (લાગુ પડતું હોય તે બધા પર નિશાની કરો)

<input type="checkbox"/> River નદી	<input type="checkbox"/> Pond તળાવ	<input type="checkbox"/> Stream ઝરણું	<input type="checkbox"/> Home ઘર	<input type="checkbox"/> Other place (Specify) _____ અન્ય સ્થળો (સ્પષ્ટ કરો)
---------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------	---

59. Did you sleep under the bednet last night?

 Y N U

શું તમે ગઈ રાત્રે મચ્છર જાળીની અંદર સૂતા હતા?

60. At any time in the past 12 months, has anyone come into your/the

 Y N U

patient's dwelling to spray the interior walls against mosquitoes (or fleas)?

અંતિમ ૧૨ મહિનામાં કોઈપણ સમયે તમારા/દર્દીના નિવાસસ્થાને મચ્છર (અથવા માખી) થી બચવા અંદરની દિવાલો પર સ્પ્રે છાંટવા કોઈ આવ્યું હતું?

60a. If yes, How many months ago was the dwelling last sprayed? _____

જો હા, તો છેલ્લું સ્પ્રે કેટલા મહિના પહેલાં તમારા નિવાસસ્થાને છાંટ્યું હતું?

61. Do you have children below 15 years staying in your house?

 Y N U

તમારા ઘરે ૧૫ વર્ષથી નીચેની ઉંમરના બાળકો રહે છે?

62. Did you have contact with anyone having/had similar illness in the month before you got sick?

 Y N U

શું તમે બિમાર થયા તે પહેલાં તે મહિનામાં કોઈને સમાન બિમારી હોય/હતી તેવા કોઈના પણ સંપર્કમાં આવ્યા હતા?

63. Did you go for any travel in the last one month?

 Y N U

શું ગયા મહિને તમે કોઈ મુસાફરી કરી હતી?

If Yes, જો હા, તો

63a. From થી: _____ To સુધી: _____ Date તારીખ:

63b. From થી: _____ To સુધી: _____ Date તારીખ:

64. Is there anything that you wish to tell me which you think I have not asked you?

 Y N U

શું એવું કંઈપણ છે જે તમે કહેવા ઈચ્છતા હોવ મને અને મેં તમને પૂછ્યું ન હોય?

If Yes describe જો હા, તો વર્ણવો _____

HEALTH SEEKING BEHAVIOR स्वास्थ्य જાળવવા ક ર વામાં આવતો વ્યવહાર Applicable ones

65. Did you take medicine of any kind for this illness, before arriving to this hospital?

શું આ હોસ્પિટ લમાં પહોંચતા પહેલા તમે આ બિમારી માટે કોઈ પણ પ્રકારની દવાઓ લીધી હતી?

 Y
 N
 U

If yes, જો હા,

 65a. Name _____ Date of first use Duration _____
 નામ પહેલી વખત ઉપયોગ કર્યાની તારીખ સમયગાળો

 65b. Name _____ Date of first use Duration _____
 નામ પહેલી વખત ઉપયોગ કર્યાની તારીખ સમયગાળો

 65c. Name _____ Date of first use Duration _____
 નામ પહેલી વખત ઉપયોગ કર્યાની તારીખ સમયગાળો

66. Did you see a health care provider for this illness before arriving to this hospital?

શું તમે આ હોસ્પિટ લમાં પહોંચતા પહેલા આ બિમારી માટે સ્વાસ્થ્યના દેખરેખ કરાવવા જણાવ્યું છે?

If Yes, જો હા, તો

66a. Name of the practitioner/facility ચિકિત્સક/કેન્દ્રનું નામ _____

66b. Type પ્રકાર

 Hospital હોસ્પિટલ
 Clinic ક્લિનિક
 Home visit ઘરની મુલાકાત
 Other અન્ય _____
66c. Date તારીખ

67. What diagnosis did the health care provider give you? _____

દેખરેખ કરાવનારે તમારું રોગનિદાન કયું આપ્યું હતું?

68. What laboratory tests were performed?

કઈ પ્રયોગશાળા તપાસ કરવામાં આવી હતી?

Specify test તપાસની સ્પષ્ટતા	Result પરિણામો
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

69. SOCIO ECONOMIC STATUS (MODIFIED UDAY PAREEK SCALE)

☑ Tick 1 in each section

સામાજિક આર્થિક સ્થિતિની આકારણી (ઉદ્દેશ પારીક સ્કેલ મુજબ બેર ફર ક રે લ)

B1.	Type of houses ઘર ના પ્રકાર	Code કોડ
	Kutcha કાચુ	02 <input type="checkbox"/>
	Mixed મિશ્રિત	03 <input type="checkbox"/>
	Pacca પાકુ	05 <input type="checkbox"/>

B2.	Ownership માલિકી	Code કોડ
	Own પોતાનું	05 <input type="checkbox"/>
	Rented ભાડે	03 <input type="checkbox"/>
	Free મફત	00 <input type="checkbox"/>

B3.	Land holding લેન્ડ હોલ્ડિંગ	Code કોડ
	<100 cents (1 acre) <100 સેન્ટ્સ (1એકર)	02 <input type="checkbox"/>
	(1-4) acres (1-4) એકર	05 <input type="checkbox"/>
	(5-9) acres (5-9) એકર	10 <input type="checkbox"/>
	≥ 10 acres ≥ 10 એકર	15 <input type="checkbox"/>

B4.	Vehicles વાહનો	Code કોડ
	Bicycle સાયકલ	02 <input type="checkbox"/>
	Two wheeler દ્વિચક્રી વાહનો	04 <input type="checkbox"/>
	Auto/boat રીક્ષા/હોડી	08 <input type="checkbox"/>
	Four wheelers ચાર ચક્રી વાહનો	10 <input type="checkbox"/>

B5.	Household belongings ઘરની ચીજવસ્તુઓ	Code કોડ
	Radio રેડિયો	02 <input type="checkbox"/>
	Television ટેલિવિઝન	05 <input type="checkbox"/>
	Telephone ટેલિફોન	08 <input type="checkbox"/>

B6.	Livestock જીવંત વસ્તુઓ	Code કોડ
	Goat બકરી	02 <input type="checkbox"/>
	Cow ગાય	02 <input type="checkbox"/>
	Buffalo બેંસ	04 <input type="checkbox"/>

B7.	Socio-participation સામાજિક સહભાગ	Code કોડ
	No participation કોઈ સહભાગ નહીં	00 <input type="checkbox"/>
	Member of one organization એક સંસ્થાના સભ્ય	05 <input type="checkbox"/>
	More than one organization એક કરતા વધારે સંસ્થાના સભ્ય	10 <input type="checkbox"/>
	Office holder કાર્યાલય ધરાવનાર	15 <input type="checkbox"/>
	Wide public leader વાઈડ પબ્લીક લીડર	20 <input type="checkbox"/>

B8.	Occupation of eldest earning member of the house ઘરના સૌથી મોટા કમાવનાર નો વ્યવસાય	Code કોડ
	Professional/white collar વ્યાવસાયિક/પ્રતિષ્ઠિત	15 <input type="checkbox"/>
	Business ધંધો	10 <input type="checkbox"/>
	Skilled કુશળ	08 <input type="checkbox"/>
	Semiskilled મધ્યમ પ્રમાણમાં કુશળ	06 <input type="checkbox"/>
	Coolie/unskilled કુલી (મજૂરી/અકુશળ)	05 <input type="checkbox"/>
	Unemployed બેરોજગાર	00 <input type="checkbox"/>

B9.	Highest literacy status of eldest earning member of the household ઘરના સૌથી મોટા કમાવનાર સભ્યની ઉચ્ચ સાક્ષર સ્થિતિ	Code કોડ
	Post Graduation & above અનુસ્નાતક અને તેથી વધુ	20 <input type="checkbox"/>
	Graduation સ્નાતક	15 <input type="checkbox"/>
	PUC	12 <input type="checkbox"/>
	Middle & high school (૫-૧૦) માધ્યમિક અને ઉચ્ચતર માધ્યમિક શાળા (૫-૧૦)	10 <input type="checkbox"/>
	Primary (1-4) પ્રાથમિક (૧-૪)	05 <input type="checkbox"/>
	Illiterate અભણ	00 <input type="checkbox"/>

B10.	Family members working abroad કુટુંબમાં વિદેશ આર્થકરનાર સભ્યો	Code કોડ
	Yes હા	05 <input type="checkbox"/>
	No ના	00 <input type="checkbox"/>

Score સ્કોર	Grade ગ્રેડ	Code કોડ
<40	Low નીચો	01 <input type="checkbox"/>
40-70	Middle મધ્ય	02 <input type="checkbox"/>
>70	High ઉચ્ચ	03 <input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE કુલ ગુણ

SES સામાજિક આર્થિક સ્થિતિ

PHYSICAL EXAMINATION - PART A (☑ Applicable ones)

70. Weight _____ kg 71. Pulse rate _____ per min 72. Respiratory rate _____ per min

73. Height:
 a. _____ cm 74. Blood Pressure:
 a. Systolic _____ mm Hg 75. Temperature:
 a. _____ °C
 b. _____ inches b. Diastolic _____ mm Hg b. _____ °F

76. Cough Y N

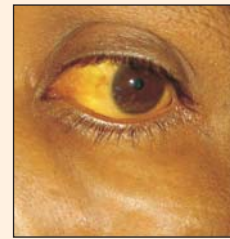
77. Coryza Y N

78. Sore throat Y N

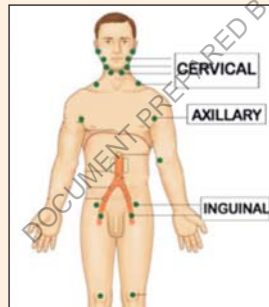
79. Pallor
 Y N



80. Icterus
 Y N



81. Lymphadenopathy
 Y N



82. Edema
 Y N

If yes,
 facial edema
 pedal edema
 others _____

83. Cyanosis
 Y N



84. Conjunctival congestion/
 Red eye / Sub conjunctival
 hemorrhage
 Y N



Tick whichever applicable

85. Ear discharge
 Y N



86. Parotitis
 Y N



87. Oral ulcers
 Y N



88. Rash

88a. If yes, tick all applicable

Y N



Macule



Papule



Maculopapular



Vesicle



Patch



Bullae



Spotted Fever
Rash



Erythema



Petechiae



Purpura



Echymosis

Others _____

89. Eschar

Y N



Location : _____

Single Multiple

90. Black Eschar

Y N



Location : _____

Single Multiple

Size : _____ cm

91. Skin lesions Y N



Pustules



Nodules



Ulcers



Vegetation

Others _____

92. Skin abscess / Cellulitis : Y N

If yes,

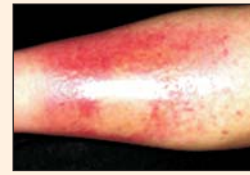
92 a. Skin abscess

Y N



92 b. Cellulitis

Y N



Location : _____

93. Any other wound Y N Specify _____

94. Joint swelling Y N 94a. If yes, painful Y N

94b. Location: _____

95. Bleeding Y N If yes, specify _____

96. Other observations/comments: _____

PHYSICAL EXAMINATION - PART B (Applicable ones)

97. Breath sounds Normal Stridor Ronchi Crepitation

98. Cardiac murmurs Y N Type _____

If yes, Specify site _____

99. Abdominal distension Y N 100. Hepatomegaly Y N Size: _____ cm

101. Splenomegaly Y N Size: _____ cm

102. Altered Sensorium Y N If Yes, record Glasgow coma scale score

Glasgow Coma Scale			
☑ Tick 1 in each section			
	Score*	Scoring scheme	Points
Eye Response		Spontaneous eye opening	4
		Opens to verbal command, speech, or shout	3
		Opens to pain, not applied to face	2
		No eye opening	1
Verbal Response		Alert and oriented	5
		Confused conversation, but able to answer questions	4
		Inappropriate responses, jumbled phrases, but discernible words	3
		Incomprehensible speech	2
		No sounds	1
Motor Response		Obeys commands for movement fully	6
		Localizes to noxious stimuli	5
		Withdraws from noxious stimuli	4
		Abnormal flexion, decorticate posturing	3
		Extensor response, decerebrate posturing	2
		No response	1

* Score = Total points obtained on evaluation of each response. Example: Score for eye response = 4+3+2+1=10

103. Cranial nerve palsy Y N If yes, 103a. Specify the nerve _____

104. Sensory deficit Y N If yes 104a. Specify _____

105. Neck rigidity Y N 106. Superficial reflex Present Absent

107. Plantar reflexes
 Right: Flexor Extensor
 Left: Flexor Extensor

108. Motor strength (Grades) 108a. Right limb: Upper _____ / 5 Lower _____ / 5
 108b. Left limb: Upper _____ / 5 Lower _____ / 5

109. Abnormal movements Y N Chorea Athetosis
 Tremors Others: _____

110. Other observations/comments:

LABORATORY INVESTIGATIONS <input checked="" type="checkbox"/> Applicable ones)		
111. Hematological Investigations <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes, proceed with 111a; if no, skip to 118	111 a. Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	
112. Hb _____ g/dl		
113. Platelets _____ lakhs/mm ³		
114. TLC _____ cells/mm ³		
115. DLC a. N ___% b. L ___% c. M ___% d. E ___% e. B ___%		
116. ESR _____ mm in 1st hour		
117. Others _____		
118. Urine Analysis <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes, proceed with 118a; if no, skip to 129	118 a. Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	
119. Sugar <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
120. Albumin <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Trace <input type="checkbox"/> Absent		
121. Ketone bodies <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	122. Bile salts <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
123. Bile Pigment <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
124. Microscopy <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If Yes, fill 125 to 128, If No, skip to 129.		
125. Pus Cells	125 a. Min. _____ / HPF	125 b. Max. _____ / HPF
126. RBC	126 a. Min. _____ / HPF	126 b. Max. _____ / HPF
127. Epithelial Cells	127 a. Min. _____ / HPF	127 b. Max. _____ / HPF
128. Cast <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent	(If present Specify) _____	
129. Stool Microscopy <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes, proceed with 129a; if no, skip to 130	129 a. Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	
129 b. Pus cells _____ / HPF 129 c. RBCs _____ / HPF 129 d. Parasites _____		
130. Biochemical Investigations (Blood) <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If yes, proceed with 130a; if no, skip to 146	130 a. Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>	
131. Glucose (R) _____	mg/dl	
132. Urea _____	mg/dl	
133. Creatinine _____	mg/dl	

134. Total Protein _____ g/dl

135. Albumin _____ g/dl

136. Total Bilirubin _____ mg/dl

137. Direct Bilirubin _____ mg/dl

138. AST (SGOT) _____ IU/L

139. ALT (SGPT) _____ IU/L

140. Alkaline Phosphatase _____ IU/L

141. CPK-MB _____ IU/L

142. CRP _____ mg/L

143. Sodium (Na+) _____ mEqv/L

144. Potassium (K+) _____ mEqv/L

145. Others _____

146. **CSF Analysis** Y N 146a. Date

If yes, proceed with 146a; if no, skip to 151

147. Glucose _____ mg/dl

148. Protein _____ mg/dl

149. Chloride _____ mEqv/L

150. CSF Cell Count _____ /mm³

If more than zero, CSF Cell type 150 a. N _____% 150 b. L _____% 150 c. E _____%

151. **Medical Imaging (X-ray/CT/MRI/USG) reports available:** Y N

If yes, proceed with 151a; if no, skip to 152

151 a. X- ray _____

151 b. CT Scan _____

151 c. MRI Scan _____

151 d. USG _____

152. **Provisional clinical diagnosis by treating physician** _____

153. **Prescribed treatment** _____

154. Name of attending physician _____

155. Contact No. of attending physician _____

156. Name of interviewer _____

Signature _____

157. Date of start of interview Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

158. Date of completion of data collection in CRF Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

159. Message to data entry personnel from interviewer:

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DISCHARGE QUESTIONNAIRE

Study ID #

Form No: GJ

--	--	--	--	--	--	--	--

160. Date of discharge

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

161. Health status of the patient at discharge

- Patient discharged after recovery
- Patient discharged against medical advice
- Patient deceased

162. Was the patient referred to any higher centre?

Y	N
---	---

If yes,

162a. Name of referral institution _____

163. Duration of stay at hospital _____ days

164. **Clinical diagnosis by treating physician on discharge**

165. Prescribed treatment

166. Date of follow up suggested by treating physician Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

FOLLOW UP STATUS (Applicable ones)**Study ID #**

Form No: GJ

--	--	--	--	--	--	--	--

167. Attempt 1 Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 167a. Response _____168. Attempt 2 Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 168a. Response _____169. Attempt 3 Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 169a. Response _____170. Patient came for follow up

Y	N
---	---

 170a. Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

171. Patient deceased

Y	N
---	---

 171a. Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

172. Patient lost for follow up

Y	N
---	---

 172a. Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

FOLLOW UP QUESTIONNAIRE अनुवर्तन प्रश्नावलि (Applicable ones)

173. Compared to when you were admitted to the hospital, how do you feel now?

ज्यारे तमे हॉस्पिट लमां द।अल ह ता तेनी सर जामाशीमां तमे अत्यारे के वी अनुभूति करो छो ?

Fully recovered Better No change Worsened
 संपूर्ण रीते साजुं थवुं वधु सारु कोरुं हेर इर नही स्थिति वधु वणसवी

I am going through a list of symptoms, please indicate which symptoms you experienced after you got discharged from the hospital

हुं आ लक्षणोनी यादी र खो हुं, कृ पा करीने ते लक्षणो, के जे हॉस्पिट लमांथी तमने र न मण्य पछी तमे अनुभवथे.

	Duration (days) समयगणो (दि वस)	Comments दि पाणीओ			
174. Fever ताव	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
175. Chills/rigors ठं डी लागवी/कं पारी थवी	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
176. Night sweats र।रे पर सेवो थवो	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
177. Cough उधर स	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
178. Headache माथानो दुभावो	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
179. Seizures आंचडी	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
If Yes, जे ह।,	179a. Type of seizure: आंचडीनो प्रकार <input type="checkbox"/> Focal के बिंदेय <input type="checkbox"/> Generalized सामान्य	179c. Duration _____ समयगणो			
	179b. How many times? के ट ली वमत? <input type="checkbox"/>				

180. Altered sensorium Y N U _____

मन भेद लडुं

181. Paralysis Y N U _____

लड वी

182. Incoordinated walking Y N U _____

खलवामां असंगतता

183. General weakness Y N U _____

सामान्य अशक्ति

If Yes, जो ह, तो

183a. Prostration (extreme weakness) Y N U _____

थाड (अतिशय अशक्ति)

184. Pain in joints Y N U _____

सांधामां दुखावो

If Yes, जो ह, तो

184a. Location: Small joints Large joints Both

स्थान नाना सांधा मोटल सांधा बो

184b. Nature: Symmetric Asymmetric

स्वरूप सप्रमाण विषम

185. Unusual bleeding Y N U _____

असामान्य र कतराव

If Yes, जो ह, तो

185a. Describe _____

वर्णन

186. Did any of your family members/contacts develop similar illness since you were ill? Y N U

शुं अ्यार थी तमे बिमार थया ह ता त्यारे तमार। कोरु कुटुं अना सल्यो/संपर्क मां होय तेवा व्यक्तिते ते जो बिमारी थरी ह ती?

If Yes, जो ह, तो

186a. How many people? _____

के ट ला लोकौने?

186b. Who all? _____

कोणोहता?

187. Any clinical symptom that recurred during this period? Y N U

शुं अेवा तबीबी लक्षण थे जो आ समयगाना ह र मियान इरीथी थया होय?

If Yes, जो ह, तो

187a. Specify स्पष्ट करौ _____

188. Since you became ill how many days you couldn't go for regular work? _____

अ्यार थी तमे बिमार पज्या त्यार थी तमे के ट ला दि वस नियमित लय अ्यशक्या न ह ता?

189. Any of the family members stayed with you during that period? If yes, that person couldn't go for work, how many days?

शुं ते समयगाना ह र मियान तमारी साथे तमार। कुटुं अना कोरु सल्यो र ब्रा ह ता? जो ह, तो ते व्यक्ति के ट ला दि वस नियमित लय अ्यशक्या न ह ता?

190. Any other observations/comments _____

अन्य कोरु पण अवलोक नो/दि पणणीओ

191. Name of the interviewer _____ Signature _____

ईन्ट र व्यु लेनार नुं नाम सही

Clinical Sample Information		Study ID #		
Date	Lab Ref (Barcodes / No.)	Category	Type of Sample & Aliquots	Quality / Remarks
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	<input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Others _____	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	<input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Others _____	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	<input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Others _____	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	<input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Others _____	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	<input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Others _____	

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)

Assay	Date	Report			Remarks
		POSITIVE	NEGATIVE	EQUIVOCAL	
192. Dengue IgM ELISA (_____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
193. Dengue IgM ELISA (NIV)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
194. Dengue NS1 ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
195. Dengue IgG ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
196. Dengue PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
197. JEV IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
198. JEV NT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
199. JEV RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
200. WNV IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
201. WNV NT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
202. WNV RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
203. KFD IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
204. KFD RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
205. CHIKV IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
206. CHIKV NT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
207. CHIKV RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
208. CCHF IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
209. CCHF IgG ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
210. CCHF RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
211. Hanta IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
212. Hanta IgG ELISA (_____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
213. Hanta RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
214. TBE IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
215. VZV RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
216. HSV RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
217. Mumps IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
218. Mumps RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
219. Measles IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
220. Measles RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
221. Rubella IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
222. Rubella RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
223. Enterovirus Pan RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
224. Influenza A (H1N1) _{Pdm09} RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
225. Influenza A (H3N2) RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
226. Influenza A (H5N1) RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
227. Influenza B RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)

Assay	Date	Report			Remarks
		POSITIVE	NEGATIVE	EQUIVOCAL	
228. Rhinovirus RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
229. Parainfluenza RT-PCR (_____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
230. RSV RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
231. Adenovirus RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
232. Coronavirus RT-PCR (_____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
233. Parechovirus RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
234. Metapneumovirus RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
235. H. Parvovirus B19 RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
236. HHV6 RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
237. HHV7 RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
238. Rotavirus RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
239. Astrovirus RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
240. Noro G1 RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
241. Noro G2 RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
242. Sapovirus RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
243. Leptospira IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
244. Leptospira PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
245. Leptospira MAT titre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
246. Scrub typhus IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
247. Scrub typhus PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
248. Brucella IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
249. Brucella IgG ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
250. Brucella (Rose Bengal) Card test		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
251. Brucella RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
252. Lyme IgM/IFA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
253. Lyme IgG/IFA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
254. S. pneumoniae RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
255. Neisseria meningitidis RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
256. H. influenzae RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
257. Shigella RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
258. Campylobacter RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
259. B. pseudomallei/mallei RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
260. Coxiella burnetii RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
261. S. Typhi RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
262. Leishmania RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
263. Malaria Card Test		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)					
Assay	Date	Report			Remarks
		POSITIVE	NEGATIVE	EQUIVOCAL	
264. Plasmodium RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
265. Rickettsia RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
266. Nipah virus RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
267. Nipah virus IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
268. <i>V. cholerae</i> RT-PCR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
269. <i>S. typhi</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
270. <i>Shigella dysenteriae</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
271. <i>Shigella flexneri</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
272. <i>E. coli</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
273. Klebsiella culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
274. <i>S. aureus</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
275. <i>S. pneumoniae</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
276. Pseudomonas culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
277. Burkholderia culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
278. <i>B. anthracis</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
279. <i>V. cholerae</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
280. <i>S. paratyphi A</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
281. <i>S. typhimurium</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
282.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
283.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
284.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
285.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
286.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
287.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
288.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
289.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
290.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
291.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
292.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
293.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
294.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
295.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
296.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
297.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
298.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
299.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ADDITIONAL)					
Assay	Date	Report			Remarks
		POSITIVE	NEGATIVE	EQUIVOCAL	
300.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
301.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
302.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
303.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
304.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
305.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
306.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
307.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
308.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
309.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
310.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
311.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
312.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
313.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
314.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
315.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
316.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
317.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
318.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
319.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
320.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
321.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
322.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
323.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
324.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
325.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
326.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
327.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
328.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
329.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
330.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
331.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
332.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
333.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
334.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
335.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

LIST OF ASSAYS PERFORMED (DISCHARGE)					
Assay	Date	Report			Remarks
		POSITIVE	NEGATIVE	EQUIVOCAL	
336. Dengue IgM ELISA (NIV)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
337. Dengue IgM ELISA (Panbio)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
338. Dengue IgG ELISA (PanBio)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
339. Leptospirosis IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
340. Leptospira MAT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
341. Scrub IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
342. Scrub IgG ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
343. Brucella IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
344. Brucella IgG ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
345.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
346.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
347.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
348.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
349.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
350.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
351.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
352.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
353.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
354.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
355.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
356.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
357.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
358.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
359.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
360.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
361.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
362.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
363.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
364.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
365.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
366.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
367.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
368.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
369.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
370.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
371.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LIST OF ASSAYS PERFORMED (FOLLOW UP)					
Assay	Date	Report			Remarks
		POSITIVE	NEGATIVE	EQUIVOCAL	
372. Dengue IgM ELISA (NIV)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
373. Dengue IgM ELISA (Panbio)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
374. Dengue IgG ELISA (PanBio)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
375. Leptospirosis IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
376. Leptospira MAT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
377. Scrub IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
378. Scrub IgG ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
379. Brucella IgM ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
380. Brucella IgG ELISA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
381.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
382.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
383.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
384.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
385.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
386.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
387.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
388.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
389.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
390.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
391.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
392.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
393.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
394.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
395.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
396.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
397.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
398.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
399.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
400.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
401.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
402.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
403.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
404.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
405.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
406.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
407.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

409. Initial lab diagnosis: _____ 409a. Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

409b. Comments: _____

410. Lab diagnosis revision 1: _____ 410a. Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

410b. Comments: _____

411. Lab diagnosis revision 2: _____ 411a. Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

411b. Comments: _____

412. Final lab diagnosis:

412a. _____ 412b. Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

412c. _____ 412d. Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

412e. _____ 412f. Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

413. ICD 10 Code for final diagnosis:

413a. _____

413b. _____

413c. _____

414. Comments, if any: _____

Insect Atlas

Ticks



Head Lice



Sandfly



Mosquitoes



Body Lice



DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH



MANIPAL
UNIVERSITY

(Declared as Deemed-to-be-University under Section 3 of the UGC Act, 1956)

Madhav Nagar, Manipal - 576 104, Karnataka, India

Principal Investigator / Contact:

Dr. G. Arunkumar

Professor and Head

Manipal Centre for Virus Research, Manipal University
Manipal, Karnataka State, INDIA - 576104

Mob: +91- 98455 84163 / 0820 - 2922718

E-mail: arun.kumar@manipal.edu