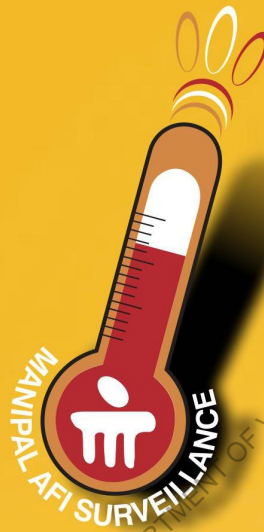


Study ID #



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

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH



**Manipal Centre for Virus Research (MCVR)**  
Manipal University

## List of Abbreviations

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

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: \_\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

हे कार्ड जपून ठेवा.  
पूढच्या वेळी हॉस्पिटल येताना  
आपल्यासोबत घेऊन या.

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH

**CONTACT NUMBERS**

1. Interviewer:
2. Study Manager:

## रुग्ण माहिती पत्रकवजा संमती - १-६५ वर्षे

तीव्र ज्वराच्या आजाराचे (अक्युट फेब्राइल इन्फेक्शन-एफआय) रुग्णालय आधारित भारतामधील सर्वेक्षण

सहभागी होण्यासाठीची ऐच्छिक संमती

**प्रमुख अन्वेशक :** डॉ. जी. अरुणकुमार  
प्रोफेसर अँड हेड  
मणिपाल सेंटर फॉर व्हायरस रिसर्च  
मणिपाल युनिव्हर्सिटी  
मणिपाल, कर्नाटक राज्य, भारत-५७६१०४

**इमेल :** arun.kumar@manipal.edu  
**मोबाईल :** +91-9148970864  
**फॅक्स :** +91-820-2922718

Study ID #

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

तुम्ही किंवा तुमच्या कुटुंब सदस्याला एका संशोधन अभ्यासात भाग घेण्यासाठी विचारले जात आहे. इथून पुढे प्रपत्रामध्ये “तुम्ही” म्हणजे आजारी असलेली व्यक्ति, जी एकतर तुम्ही आहात, तुमचे मूल आहे किंवा दुसरी व्यक्ति जिच्यासाठी तुम्ही जबाबदार आहात आणि अभ्यासातील सहभागासाठीच्या संमतीसाठी कायदेशीररित्या सक्षम आहात. या अभ्यासातील तुमचा सहभाग हा पूर्णतः ऐच्छिक आहे, ज्यामध्ये तुम्ही या अभ्यासाचा भाग व्हायचा अथवा नाही हे निवडू शकता. जर तुम्ही अभ्यासात भाग घ्यायचा नाही असे ठरवले तरीही तुम्हाला नियमित वैद्यकीय सेवा मिळेल.

### हेतू:

या रुग्णालयात तापामुळे प्रवेशित होणाऱ्या रुग्णांत आजाराची सर्वसाधारण कारणे शोधणे हा या अभ्यासाचा हेतू आहे. तापाकरिता वैद्यकीय सेवा घेणे हे लोकांसाठी सामान्य आहे. जरी काही कारणे माहिती असली तरी संसर्ग होण्याची कित्येक कारणे आणि लोकांना हे संसर्ग का होतात हे ठाऊक नाही आहे. यातील काही आजारांकरिता नविन प्रयोगशाळेय तपासण्या आता उपलब्ध आहेत. तुमच्याबद्दल आणि तुमच्या आजाराबद्दल काळजीपूर्वक माहिती गोळा करून आणि नंतर तापाच्या विविध कारणांसाठी तपासण्या करून आम्हाला तुमच्या भागात तापाच्या कारणांबाबत अधिक जाणून घ्यायचे आहे आणि या संसर्गांना प्रतिबंध करण्याचे आणि अधिक चांगल्या पध्दतीने चिकित्सा करण्याचे मार्ग शोधायचे आहे. तुम्ही अल्पवयीन असाल तर तुमच्या पालकांना अभ्यासाबद्दल माहिती आहे आणि या अभ्यासातील तुमच्या सहभागासाठी त्यांनी संमती दिली आहे.

### प्रक्रियांचे स्पष्टीकरण

#### आम्हाला काय करायला आवडेल

तुम्हाला या अभ्यासात सहभागी होण्यासाठी विचारले जात आहे कारण तुम्हाला ताप असताना तुम्ही या रुग्णालयात दाखल झाला आहात आणि तुमच्या डॉक्टरांना तुम्हाला संसर्ग झाले असल्याचे वाटत आहे. तुम्ही सहभागी होण्यासाठी तयार झालात तर तुम्हाला तुमच्या सध्याच्या आणि पूर्वीच्या वैद्यकीय स्थितीबद्दल प्रश्न विचारण्यात येतील, तुमच्या स्वास्थ्याबद्दल, सवयींबद्दल आणि कुटुंबाबद्दल सर्वसाधारण प्रश्न विचारण्यात येतील. या प्रश्नांना उत्तरे देण्यासाठी साधारणपणे १५ मिनिटे लागतील. एक स्वयंसेवक म्हणून तुम्हाला सोयीस्कर नसलेल्या अशा कुठल्याही प्रश्नाला उत्तर देण्याची गरज नाही.

रुग्णालयात दाखल होतेवेळी तुमच्या बाहूमधून १० मिलीलीटर (मिली) पर्यंत (१ ते २ चहाचे चमचे) रक्त घेतले जाईल. हे रक्त तुमच्या डॉक्टरांनी सांगितलेल्या चाचण्यांसाठी वापरले जाईल आणि तसेच तुमच्या संसर्गाच्या कारणाचे निदान करण्यासाठी वापरले जाईल.

आम्ही छोट्या कापसाच्या बोळ्याने तुमच्या घशाच्या मागील बाजूतून आणि/किंवा नाकातून घशाचे आणि/किंवा नाकाचे स्वेब आणि मूत्राचा नमुना देखील घेऊ.

जर तुम्हाला पातळ शौच (जुलाब) झाले तर तुम्हाला अल्प प्रमाणात शौच देण्यास सांगितले जाईल, किंवा जर तसे शक्य नसेल तर तुमच्या गुदाच्या पृष्ठभागावरून मलाशयाचा स्वेब घेतला जाईल.

जर तुमचे डॉक्टर तुमच्या नियमित काळजीचा भाग म्हणून पाठीच्या कण्यातील द्रव (स्पानल फ्लुइड) घेण्याचे ठरवत असतील तर २-४ मिलीलीटर (एका चहाच्या चमचाहून कमी) असा अभ्यासासाठी म्हणूनही घेतला आणि तपासला जाईल. तुमच्या सेवेचा भाग म्हणून गरजेचे असेल तरच पाठीच्या मणक्याचा छेद (लंबर पंक्चर) घेतला जाईल, अभ्यासाचा भाग म्हणून नाही.

काहीवेळेस, संसर्ग हे काही काळानंतरच ओळखू येतात आणि म्हणूनच आम्ही दोन वेळा अतिरिक्त वेळा रक्त घेऊ, म्हणजेच रुग्णालयातून घरी सोडताना आणि पाठपुरावा भेटीदरम्यान: १) रुग्णालयातून घरी सोडण्याआधी, ५ मिली (साधारण १ चमचा) रक्त घेऊ; आणि २) घरी सोडल्यानंतर ४ ते ६ आठवड्यांनी तुम्हाला पाठपुरावा भेटीसाठी रुग्णालयात परत येण्यास सांगितले जाईल. पाठपुरावा भेट १५ मिनिटे चालेल. रुग्णालय सोडल्यानंतर तुम्हाला कसे वाटते आहे याबद्दल भेटीदरम्यान तुम्हाला थोडे प्रश्न विचारण्यात येतील. पाठपुरावा भेटीमध्ये त्याच पद्धतीने ५ मिली रक्त घेण्यात येईल. तुम्ही नियोजित वेळेदरम्यान पाठपुरावा भेटीसाठी परत आला नाहीत तर अभ्याससंघातील कोणीतरी तुमच्याशी तुम्ही पाठपुरावा भेटीसाठी येण्यास इच्छुक आहात का आणि तुमच्या आजारासंबंधात तुम्ही काही प्रश्नांची उत्तरे देऊ शकता का हे जाणण्यासाठी दूरध्वनीद्वारे किंवा तुमच्या घरी येऊन संपर्क करेल.

तुमच्या नियमित चाचण्यांच्या बरोबरच, ज्यांनी तुमचा आजार झाला असू शकेल आणि तुम्ही आजारी पडला असू शकाल अशा विविध संसर्गांच्या तपासण्याही केल्या जातील.

तुमच्या नमुन्यांच्या चाचण्या या हॉस्पिटलमध्ये आणि मणिपाल सेंटर फॉर व्हायरस रिसर्च (एमसीव्हीआर), मणिपाल युनिव्हर्सिटी (एमयु) ने चालवण्यात येणाऱ्या प्रयोगशाळा, अशा दोन्ही ठिकाणी होईल. या अभ्यासाचा भाग म्हणून केल्या गेलेल्या सर्व चाचण्या या तुमच्या रुग्णालयात केल्या जाणाऱ्या चाचण्यांना पूरक असतील, त्यांना त्या बदली नाही करणार.

तुमच्या आजाराबद्दल आणि रुग्णालय प्रवेशाबद्दल अभ्यास संघ तुमच्या वैद्यकीय नोंदणी मधूनही माहिती घेईल आणि केस रिकॉर्डमेट फॉर्म (सीआरएफ) पूर्ण करेल.

## फायदे

कदाचित या अभ्यासात असण्याचे कोणतेही प्रत्यक्ष फायदे तुम्हाला मिळू शकणार नाहीत. ह्या अभ्यासात तुम्ही सहभागी झाला अथवा नाही तरीही तुम्हाला तुमच्या डॉक्टरांकडून तशीच वैद्यकीय सेवा मिळेल. अतिरिक्त वैद्यकीय चाचण्यांचे निकाल जेव्हा उपलब्ध होतील तेव्हा ते तुमच्या डॉक्टरांना देण्यात येतील आणि तुमच्या वैद्यकीय नोंदणीमध्ये ठेवले जातील. हे निकाल तुमच्या ह्या वैद्यकीय काळजीसाठी उपयोगी ठरू शकतील. विविध प्रकारच्या होणाऱ्या संसर्गांचा अभ्यास करून आणि ते टाळू शकण्याचे मार्ग जाणून घेऊन तुमच्या समुदायातील लोकांच्या आरोग्यासाठी हा अभ्यास भविष्यात फायदेशीर ठरू शकतो.

## धोके आणि त्रास

अतिरिक्त रक्त घेतले जाण्याच्या आणि प्रश्नांची उत्तरे देण्याच्या वेळा संदर्भात या अभ्यासात असण्याचे काही धोके आहेत. तुमचे रक्त घेण्यासाठी वापरल्या जाणाऱ्या सुया टोचण्यापासून थोडा त्रास असू शकतो. तुम्हाला सुई टोचल्याच्या ठिकाणी सूज अथवा खरचटू सूद्धा शकेल; त्या जागी संसर्ग होण्याचा थोडा धोका आहे. जरी बहुतांश लोकांत त्यांचे रक्त काढल्यानंतर संसर्ग किंवा जाणवण्याइतपत सूज नसते, हे दुष्परिणाम सगळ्याच स्थितीत टाळले जाऊ शकत नाहीत. जर तुम्हाला यापैकी कोणतेही लक्षण असेल तरी ते बहुदा २ आठवड्यांमध्ये निघून जातील. काही लोकांना रक्त काढले जात असताना डोके हलके झाल्यासारखे वाटू शकते आणि त्यांच्या दयाचे टोके जलद होऊ शकतात. ही लक्षणे सर्वसाधारणपणे तुम्हाला आडवे झोपवल्याने आणि/किंवा ती क्रिया थांबविल्याने थांबू शकतात. प्रस्तावित अभ्यासाच्या संदर्भात उद्भवणाऱ्या कोणत्याही इजा नाहीत. तथापि, जर अभ्यासामध्ये असल्याने तुम्हाला इजा किंवा वाईट दुष्परिणाम झाला तर तुम्हाला तुमच्या इजेसाठी वैद्यकीय सेवा किंवा उपचार मिळतील.

तुम्हाला या अभ्यासात असण्यासाठी पैसे दिले जाणार नाहीत. ह्या अभ्यासात सहभागासाठी तुम्हाला कोणताही खर्च नाही- सर्व साहित्य आणि सामग्री विनामूल्य पुरविले जाईल. जेव्हा तुम्ही पाठपुरावा भेटीसाठी घरी गेल्यानंतर ४-६ आठवड्यांनी परत याल तेव्हा तुम्हाला तुमच्या प्रवासाची आणि तुमच्या वेळेची भरपाई करण्यासाठी एकाच वेळी मिळणारी ठरलेली रक्कम म्हणून ६०० रु. मिळतील.

## निःपक्ष मनाने माघार

तुमचा सहभाग हा पूर्णपणे स्वैच्छिक आहे. तुम्हाला अभ्यासाच्या कोणत्याही अवस्थेत निःशंक मनाने माघार घेण्याचे स्वातंत्र्य असेल. ते तुम्हाला रुग्णालयाकडून मिळणाऱ्या उपचाराच्या दर्जावर कोणताही परिणाम करणार नाही.

## पर्याय

ह्या अभ्यासात सहभागी होण्याला कोणताही पर्याय नाही.

## गोपनीयता (गुप्तता)

तुमच्या चाचण्यांचे निकाल आणि तुमच्याबद्दल दरवेळी जमा केलेली माहिती, अभ्यास संपल्यानंतरची माहिती देखील अभ्यास कर्मचारी संरक्षित करतील. ह्या संशोधन अभ्यासाच्या निकाल रूपात निर्माण होणाऱ्या कोणत्याही सादरीकरणामध्ये किंवा नोंदणीमध्ये तुमचे नाव येणार नाही, एवढेच नाही तर तुमच्या चाचण्यांचे निकालही तुमच्या उपचारात मदत करण्यासाठी तुमच्या उपचार करणाऱ्या चिकित्सकाला उपलब्ध करून दिले जातील.

## प्रश्न

जर तुम्हाला तुमचे अधिकार आणि ह्या अभ्यासासंदर्भातील तुमचे विशेष अधिकार यासंदर्भात काही शंका असतील तर कृपया मणिपाल विद्यापीठ, मणिपालचे डॉ. लक्ष्मीनारायण बैरी यांच्याशी त्यांच्या मोबाईल क्रमांक ९४४९२०८४७८ वर सोमवार ते शनिवार, सकाळी ९ ते संध्याकाळी ५ पर्यंत संपर्क करा.

जर तुम्हाला या अभ्यासासंदर्भात काही शंका असतील तर कृपया डॉ. जी. अरुणकुमार यांच्याशी ९१४८९७०८६४ वर संपर्क करा. तुम्ही त्यांना इजेसंदर्भात कोणत्याही शंका, काळजी किंवा संमती संदर्भातील गोष्टी विचारण्यास कोणत्याही वेळी फोन करण्यास मोकळे आहात. इतर कोणत्याही शंकांसंदर्भात कृपया तुम्हाला पुरविलेल्या 'रुग्ण कार्ड' च्या मागील भागी पहा जिथे स्थानिक संपर्क ठिकाणे दिली आहेत.

ह्या प्रपत्रकावरील दूरध्वनी क्रमांक वैद्यकीय तातडीच्या वेळी वापरू नये. जर तुम्हाला वैद्यकीय आणीबाणी असेल तर कृपया, जवळच्या आरोग्य सुविधेच्या ठिकाणी जा.

## नमुन्यांच्या साठवणुकीस आणि भविष्यातील वापरास परवानगी

या अभ्यासासाठी घेतलेले रक्त, पाठीच्या कण्यातील द्रव (स्प्रायनल फ्लूइड), नाकाचे/घशाचे बोळे, मूत्र, किंवा शौचाचे नमुने एमसीव्हीआर, एमयु या ठिकाणी १० वर्षांपर्यंत तुमच्या संमतीने तापाच्या व्याधीच्या कारणांसाठीच्या भविष्यातील संशोधन अभ्यासासाठी साठविले जातील. नमुने फक्त अभ्यास ओळख क्रमांकानेच साठविले जातील,

१८ वर्षांखालील मुलाच्या बाबतीत सहभागी व्यक्तिची / पालकांची किंवा जबाबदार प्रौढ व्यक्तीची स्वाक्षरी/डाव्या अंगघाचा ठसा

सहभागी व्यक्तिचे नाव

किंवा

तारीख (ताता/मम/वव)

१८ वर्षांखालील मुलाच्या बाबतीत पालकांचे/जबाबदार प्रौढ व्यक्तीचे नाव

सहभागी व्यक्तिशी असलेले नाते

साक्षीदाराची स्वाक्षरी

तारीख (ताता/मम/वव)

अधिकृत अभ्यास कर्मचाऱ्याची/पीआयची स्वाक्षरी

तारीख (ताता/मम/वव)

**रुग्ण माहिती पत्रकवजा संमती - १-६५ वर्षे**  
तीव्र ज्वराच्या आजाराने (अक्युट फेब्राइल इन्फेक्शन-एफआय) रुग्णालय आधारित भारतामधील सर्वेक्षण

सहभागी होण्यासाठीची ऐच्छिक संमती

**प्रमुख अन्वेशक :** डॉ. जी. अरुणकुमार  
प्रोफेसर अँड हेड  
मणिपाल सेंटर फॉर व्हायरस रिसर्च  
मणिपाल युनिव्हर्सिटी  
मणिपाल, कर्नाटक राज्य, भारत-५७६१०४

**इमेल :** arun.kumar@manipal.edu  
**मोबाईल :** +91-9148970864  
**फॅक्स :** +91-820-2922718

Study ID #

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

तुम्ही किंवा तुमच्या कुटुंब सदस्याला एका संशोधन अभ्यासात भाग घेण्यासाठी विचारले जात आहे. इथून पुढे प्रपत्रामध्ये “तुम्ही” म्हणजे आजारी असलेली व्यक्ति, जी एकतर तुम्ही आहात, तुमचे मूल आहे किंवा दुसरी व्यक्ति जिच्यासाठी तुम्ही जबाबदार आहात आणि अभ्यासातील सहभागासाठीच्या संमतीसाठी कायदेशीररित्या सक्षम आहात. या अभ्यासातील तुमचा सहभाग हा पूर्णतः ऐच्छिक आहे, ज्यामध्ये तुम्ही या अभ्यासाचा भाग व्हायचा अथवा नाही हे निवडू शकता. जर तुम्ही अभ्यासात भाग घ्यायचा नाही असे ठरवले तरीही तुम्हाला नियमित वैद्यकीय सेवा मिळेल.

**हेतू:**

या रुग्णालयात तापामुळे प्रवेशित होणाऱ्या रुग्णांत आजाराची सर्वसाधारण कारणे शोधणे हा या अभ्यासाचा हेतू आहे. तापाकरिता वैद्यकीय सेवा घेणे हे लोकांसाठी सामान्य आहे. जरी काही कारणे माहिती असली तरी संसर्ग होण्याची कित्येक कारणे आणि लोकांना हे संसर्ग का होतात हे ठाऊक नाही आहे. यातील काही आजारांकरिता नविन प्रयोगशाळेय तपासण्या आता उपलब्ध आहेत. तुमच्याबद्दल आणि तुमच्या आजाराबद्दल काळजीपूर्वक माहिती गोळा करून आणि नंतर तापाच्या विविध कारणांसाठी तपासण्या करून आम्हाला तुमच्या भागात तापाच्या कारणांबाबत अधिक जाणून घ्यायचे आहे आणि या संसर्गांना प्रतिबंध करण्याचे आणि अधिक चांगल्या पध्दतीने चिकित्सा करण्याचे मार्ग शोधायचे आहे. तुम्ही अल्पवयीन असाल तर तुमच्या पालकांना अभ्यासाबद्दल माहिती आहे आणि या अभ्यासातील तुमच्या सहभागासाठी त्यांनी संमती दिली आहे.

**प्रक्रियांचे स्पष्टीकरण**

**आम्हाला काय करायला आवडेल**

तुम्हाला या अभ्यासात सहभागी होण्यासाठी विचारले जात आहे कारण तुम्हाला ताप असताना तुम्ही या रुग्णालयात दाखल झाला आहात आणि तुमच्या डॉक्टरांना तुम्हाला संसर्ग झाले असल्याचे वाटत आहे. तुम्ही सहभागी होण्यासाठी तयार झालात तर तुम्हाला तुमच्या सध्याच्या आणि पूर्वीच्या वैद्यकीय स्थितीबद्दल प्रश्न विचारण्यात येतील, तुमच्या स्वास्थ्याबद्दल, सवयींबद्दल आणि कुटुंबाबद्दल सर्वसाधारण प्रश्न विचारण्यात येतील. या प्रश्नांना उत्तरे देण्यासाठी साधारणपणे १५ मिनिटे लागतील. एक स्वयंसेवक म्हणून तुम्हाला सोयीस्कर नसलेल्या अशा कुठल्याही प्रश्नाला उत्तर देण्याची गरज नाही.

रुग्णालयात दाखल होतेवेळी तुमच्या बाहूमधून १० मिलीलीटर (मिली) पर्यंत (१ ते २ चहाचे चमचे) रक्त घेतले जाईल. हे रक्त तुमच्या डॉक्टरांनी सांगितलेल्या चाचण्यांसाठी वापरले जाईल आणि तसेच तुमच्या संसर्गाच्या कारणाचे निदान करण्यासाठी वापरले जाईल.

आम्ही छोट्या कापसाच्या बोळ्याने तुमच्या घशाच्या मागील बाजूतून आणि/किंवा नाकातून घशाचे आणि/किंवा नाकाचे स्वेब आणि मूत्राचा नमुना देखील घेऊ.

जर तुम्हाला पातळ शौच (जुलाब) झाले तर तुम्हाला अल्प प्रमाणात शौच देण्यास सांगितले जाईल, किंवा जर तसे शक्य नसेल तर तुमच्या गुदाच्या पृष्ठभागावरून मलाशयाचा स्वेब घेतला जाईल.

जर तुमचे डॉक्टर तुमच्या नियमित काळजीचा भाग म्हणून पाठीच्या कण्यातील द्रव (स्पानल फ्लुइड) घेण्याचे ठरवत असतील तर २-४ मिलीलीटर (एका चहाच्या चमचाहून कमी) असा अभ्यासासाठी म्हणूनही घेतला आणि तपासला जाईल. तुमच्या सेवेचा भाग म्हणून गरजेचे असेल तरच पाठीच्या मणक्याचा छेद (लंबर पंक्चर) घेतला जाईल, अभ्यासाचा भाग म्हणून नाही.

काहीवेळेस, संसर्ग हे काही काळानंतरच ओळखू येतात आणि म्हणूनच आम्ही दोन वेळा अतिरिक्त वेळा रक्त घेऊ, म्हणजेच रुग्णालयातून घरी सोडताना आणि पाठपुरावा भेटीदरम्यान: १) रुग्णालयातून घरी सोडण्याआधी, ५ मिली (साधारण १ चमचा) रक्त घेऊ; आणि २) घरी सोडल्यानंतर ४ ते ६ आठवड्यांनी तुम्हाला पाठपुरावा भेटीसाठी रुग्णालयात परत येण्यास सांगितले जाईल. पाठपुरावा भेट १५ मिनिटे चालेल. रुग्णालय सोडल्यानंतर तुम्हाला कसे वाटते आहे याबद्दल भेटीदरम्यान तुम्हाला थोडे प्रश्न विचारण्यात येतील. पाठपुरावा भेटीमध्ये त्याच पद्धतीने ५ मिली रक्त घेण्यात येईल. तुम्ही नियोजित वेळेदरम्यान पाठपुरावा भेटीसाठी परत आला नाहीत तर अभ्याससंघातील कोणीतरी तुमच्याशी तुम्ही पाठपुरावा भेटीसाठी येण्यास इच्छुक आहात का आणि तुमच्या आजारासंबंधात तुम्ही काही प्रश्नांची उत्तरे देऊ शकता का हे जाणण्यासाठी दूरध्वनीद्वारे किंवा तुमच्या घरी येऊन संपर्क करेल.

तुमच्या नियमित चाचण्यांच्या बरोबरच, ज्यांनी तुमचा आजार झाला असू शकेल आणि तुम्ही आजारी पडला असू शकाल अशा विविध संसर्गांच्या तपासण्याही केल्या जातील.

तुमच्या नमुन्यांच्या चाचण्या या हॉस्पिटलमध्ये आणि मणिपाल सेंटर फॉर व्हायरस रिसर्च (एमसीव्हीआर), मणिपाल युनिव्हर्सिटी (एमयु) ने चालवण्यात येणाऱ्या प्रयोगशाळा, अशा दोन्ही ठिकाणी होईल. या अभ्यासाचा भाग म्हणून केल्या गेलेल्या सर्व चाचण्या या तुमच्या रुग्णालयात केल्या जाणाऱ्या चाचण्यांना पूरक असतील, त्यांना त्या बदली नाही करणार.

तुमच्या आजाराबद्दल आणि रुग्णालय प्रवेशाबद्दल अभ्यास संघ तुमच्या वैद्यकीय नोंदणी मधूनही माहिती घेईल आणि केस रिक्रुटमेंट फॉर्म (सीआरएफ) पूर्ण करेल.

## फायदे

कदाचित या अभ्यासात असण्याचे कोणतेही प्रत्यक्ष फायदे तुम्हाला मिळू शकणार नाहीत. ह्या अभ्यासात तुम्ही सहभागी झाला अथवा नाही तरीही तुम्हाला तुमच्या डॉक्टरांकडून तशीच वैद्यकीय सेवा मिळेल. अतिरिक्त वैद्यकीय चाचण्यांचे निकाल जेव्हा उपलब्ध होतील तेव्हा ते तुमच्या डॉक्टरांना देण्यात येतील आणि तुमच्या वैद्यकीय नोंदणीमध्ये ठेवले जातील. हे निकाल तुमच्या ह्या वैद्यकीय काळजीसाठी उपयोगी ठरू शकतील. विविध प्रकारच्या होणाऱ्या संसर्गांचा अभ्यास करून आणि ते टाळू शकण्याचे मार्ग जाणून घेऊन तुमच्या समुदायातील लोकांच्या आरोग्यासाठी हा अभ्यास भविष्यात फायदेशीर ठरू शकतो.

## धोके आणि त्रास

अतिरिक्त रक्त घेतले जाण्याच्या आणि प्रश्नांची उत्तरे देण्याच्या वेळा संदर्भात या अभ्यासात असण्याचे काही धोके आहेत. तुमचे रक्त घेण्यासाठी वापरल्या जाणाऱ्या सुया टोचण्यापासून थोडा त्रास असू शकतो. तुम्हाला सुई टोचल्याच्या ठिकाणी सूज अथवा खरचटू सुद्धा शकते; त्या जागी संसर्ग होण्याचा थोडा धोका आहे. जरी बहुतांश लोकांत त्यांचे रक्त काढल्यानंतर संसर्ग किंवा जाणवण्याइतपत सूज नसते, हे दुष्परिणाम सगळ्याच स्थितीत टाळले जाऊ शकत नाहीत. जर तुम्हाला यापैकी कोणतेही लक्षण असेल तरी ते बहुदा २ आठवड्यांमध्ये निघून जातील. काही लोकांना रक्त काढले जात असताना डोके हलके झाल्यासारखे वाटू शकते आणि त्यांच्या दयाचे ठोके जलद होऊ शकतात. ही लक्षणे सर्वसाधारणपणे तुम्हाला आडवे झोपवल्याने आणि/किंवा ती क्रिया थांबविल्याने थांबू शकतात. प्रस्तावित अभ्यासाच्या संदर्भात उद्धवणाऱ्या कोणत्याही इजा नाहीत. तथापि, जर अभ्यासामध्ये असल्याने तुम्हाला इजा किंवा वाईट दुष्परिणाम झाला तर तुम्हाला तुमच्या इजेसाठी वैद्यकीय सेवा किंवा उपचार मिळतील.

तुम्हाला या अभ्यासात असण्यासाठी पैसे दिले जाणार नाहीत. ह्या अभ्यासात सहभागासाठी तुम्हाला कोणताही खर्च नाही- सर्व साहित्य आणि सामग्री विनामूल्य पुरविले जाईल. जेव्हा तुम्ही पाठपुरावा भेटीसाठी घरी गेल्यानंतर ४-६ आठवड्यांनी परत याल तेव्हा तुम्हाला तुमच्या प्रवासाची आणि तुमच्या वेळेची भरपाई करण्यासाठी एकाच वेळी मिळणारी ठरलेली रक्कम म्हणून ६०० रु. मिळतील.

## निःपक्ष मनाने माघार

तुमचा सहभाग हा पूर्णपणे स्वैच्छिक आहे. तुम्हाला अभ्यासाच्या कोणत्याही अवस्थेत निःशंक मनाने माघार घेण्याचे स्वातंत्र्य असेल. ते तुम्हाला रुग्णालयाकडून मिळणाऱ्या उपचाराच्या दर्जावर कोणताही परिणाम करणार नाही.

## पर्याय

ह्या अभ्यासात सहभागी होण्याला कोणताही पर्याय नाही.

## गोपनीयता (गुप्तता)

तुमच्या चाचण्यांचे निकाल आणि तुमच्याबद्दल दरेवेळी जमा केलेली माहिती, अभ्यास संपल्यानंतरची माहिती देखील अभ्यास कर्मचारी संरक्षित करतील. ह्या संशोधन अभ्यासाच्या निकाल रूपात निर्माण होणाऱ्या कोणत्याही सादरीकरणामध्ये किंवा नोंदणीमध्ये तुमचे नाव येणार नाही, एवढेच नाही तर तुमच्या चाचण्यांचे निकालही तुमच्या उपचारात मदत करण्यासाठी तुमच्या उपचार करणाऱ्या चिकित्सकांना उपलब्ध करून दिले जातील.

## प्रश्न

जर तुम्हाला तुमचे अधिकार आणि ह्या अभ्यासासंदर्भातील तुमचे विशेष अधिकार यासंदर्भात काही शंका असतील तर कृपया मणिपाल विद्यापीठ, मणिपालचे डॉ. लक्ष्मीनारायण बैरी यांच्याशी त्यांच्या मोबाईल क्रमांक ९४४९२०८४७८ वर सोमवार ते शनिवार, सकाळी ९ ते संध्याकाळी ५ पर्यंत संपर्क करा.

जर तुम्हाला या अभ्यासासंदर्भात काही शंका असतील तर कृपया डॉ. जी. अरुणकुमार यांच्याशी ९१४८९७०८६४ वर संपर्क करा. तुम्ही त्यांना इजेसंदर्भात कोणत्याही शंका, काळजी किंवा संमती संदर्भातील गोष्टी विचारण्यास कोणत्याही वेळी फोन करण्यास मोकळे आहात. इतर कोणत्याही शंकांसंदर्भात कृपया तुम्हाला पुरविलेल्या 'रुग्ण कार्ड' च्या मागील भागी पहा जिथे स्थानिक संपर्क ठिकाणे दिली आहेत.

ह्या प्रपत्रकावरील दूरध्वनी क्रमांक वैद्यकीय तातडीच्या वेळी वापरू नये. जर तुम्हाला वैद्यकीय आणीबाणी असेल तर कृपया, जवळच्या आरोग्य सुविधेच्या ठिकाणी जा.

## नमुन्यांच्या साठवणुकीस आणि भविष्यातील वापरास परवानगी

या अभ्यासासाठी घेतलेले रक्त, पाठीच्या कण्यातील द्रव (स्पायनल फ्लूइड), नाकाचे/घशाचे बोळे, मूत्र, किंवा शौचाचे नमुने एमसीव्हीआर, एमयु या ठिकाणी १० वर्षांपर्यंत तुमच्या संमतीने तापाच्या व्यधीच्या कारणांसाठीच्या भविष्यातील संशोधन अभ्यासासाठी साठविले जातील. नमुने फक्त अभ्यास ओळख क्रमांकाचे साठविले जातील, तुमच्या/तुमच्या कुटुंबातील व्यक्तीच्या नावाने नाही. सध्या उपलब्ध नसणाऱ्या चाचण्यांसाठी तुमचे नमुने भारताबाहेरही पाठवले जाऊ शकतात; हे फक्त भारत सरकारच्या परवानगीनेच होईल. जर तुम्हाला तुमचे नमुने भविष्यातील वापरासाठी/इतर तपासण्यांसाठी साठविले जाणे/तपासले जाणे नको असेल तर ह्या अभ्यासासाठीच्या चाचण्या पूर्ण झाल्यानंतर नमुने नष्ट केले जातील. नमुने कधीही तुमच्या/तुमच्या कुटुंबातील व्यक्तीच्या कोणत्याही अनुवांशिक चाचणीसाठी वापरले जाणार नाहीत.

जर तुम्हाला अभ्यासात यायचे असेल तर, खालील ओळीवर तुमची सही करा. ओळीवर सही करणे म्हणजेच तुम्ही सांगत आहात की, "मला ह्यावेळी अभ्यासात यायचे आहे." प्रमाणित करतो/ते की हे प्रपत्र मला स्पष्ट करून सांगितले होते आणि माझ्या ह्या अभ्यासासंदर्भातील कोणत्याही प्रश्नांची उत्तरे दिली गेलेली आहेत.

१८ वर्षाखालील मुलाच्या बाबतीत सहभागी व्यक्तीची / पालकांची किंवा जबाबदार प्रौढ व्यक्तीची स्वाक्षरी/डाव्या अंगघाचा ठसा

सहभागी व्यक्तीचे नाव

किंवा

तारीख (ताता/मम/वव)

१८ वर्षाखालील मुलाच्या बाबतीत पालकांचे/जबाबदार प्रौढ व्यक्तीचे नाव

सहभागी व्यक्तीची असलेले नाते

साक्षीदाराची स्वाक्षरी

तारीख (ताता/मम/वव)

अधिकृत अभ्यास कर्मचाऱ्याची/पीआयची स्वाक्षरी

तारीख (ताता/मम/वव)



**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 91 48970864. 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 91 48970864. 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)

**अनुमती प्रपत्र: ७-१७ वर्षे वयाच्या मुलाद्वारे दिलेली नावनोंदणी अनुमती**  
**तीव्र ज्वराच्या आजाराने (अक्युट फेब्राइल इन्फेस-एफआय) रुग्णालय आधारित भारतामधील सर्वेक्षण**

प्रमुख अन्वेशक : डॉ. जी. अरुणकुमार

प्रोफेसर अँड हेड

मणिपाल सेंटर फॉर व्हायरस रिसर्च

मणिपाल युनिव्हर्सिटी

मणिपाल, कर्नाटक राज्य, भारत-५७६१०४

Study ID #

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

ईमेल : arun.kumar@manipal.edu

मोबाईल : +91-9148970864

फॅक्स : +91-820-2922718

तुम्हाला संशोधन अभ्यासात सहभागी होण्यासाठी विचारण्यात येत आहे. संशोधन हे शाळेतील विज्ञान विषयाप्रमाणे असते. तुम्हाला संशोधन अभ्यासात राहण्यासाठी विचारले जात आहे कारण तुम्ही तुमच्या रक्तातील/शरीरातील संसर्गांनी आजारी आहात असे तुमच्या डॉक्टरांना वाटत आहे.

तुम्हाला या अभ्यासात यायचे आहे अथवा नाही हे तुम्ही ठरवू शकता. जर तुम्ही सहभागी होण्यासाठी सहमत झालात तर तुम्हाला तुमच्या वैद्यकीय अवस्थेबद्दल आणि पार्श्वभूमीबद्दल प्रश्न विचारण्यात येतील. एक स्वयंसेवक म्हणून तुम्हाला सोयीस्कर नसलेल्या अशा कुठल्याही प्रश्नाला उत्तर देण्याची परीक्षा नाही. या अभ्यासाचा एक भाग म्हणून, तुम्हाला तुमच्या दंडातून तीनवेळा ५ ते १० मिलीलीटर, अंदाजे एक टेबलस्पून एवढे रक्त घ्यावे लागेल. पहिले रक्त हे तुम्ही या अभ्यासात एक स्वयंसेवक म्हणून येण्यास सहमत झाल्यानंतर लगेचच घेतले जाईल. नावनोंदणीच्या वेळी नाकातील आणि घशातील बोळा आणि एक मूत्र नमुनासुद्धा घेतला जाईल. जर तुम्हाला पाण्यासारखी शौचास (जुलाब) होत असेल तर, शौचाचा नमुना/गुदाद्वारातून स्वॅब घेतला जाऊ शकतो. जर तुमची नेहमीची काळजी म्हणून पाठीच्या कण्यातील द्रव (स्पायनल फ्लूइड) घेतले जात असेल तर अभ्यासासाठी ते सुद्धा २-४ मिली घेतले जाईल.

तुम्हाला रुग्णालयातून घरी सोडण्याच्या अगदी पूर्वी दुसऱ्यांदा रक्त घेतले जाईल. जर तुम्ही पाठपुरावा भेटीसाठी पुन्हा येण्यास उत्सुक असाल तर घरी सोडल्यानंतर ४-६ आठवड्यांनी तिसऱ्यांदा रक्त घेतले जाईल. पाठपुरावा भेटीसाठी अंदाजे १५ मिनिटे लागतील. त्या भेटीवेळी तुम्हाला तुम्ही रुग्णालय सोडल्यापासून तुम्हाला कसे वाटत आहे यासंबंधीचे प्रश्न विचारण्यात येतील. जर तुम्ही नियोजित वेळी पाठपुरावा भेटीसाठी परतला नाहीत तर अभ्यास संपादन कृपेची तुम्हाला तुम्ही अद्यापही पाठपुरावा भेटीसाठी येण्यास उत्सुक आहात का हे जाणण्यासाठी दूरध्वनीद्वारे किंवा तुमच्या घरी संपर्क करू शकतात.

#### फायदे

कदाचित या अभ्यासात असण्याचे कोणतेही प्रत्यक्ष फायदे तुम्हाला मिळणार नाहीत. ह्या अभ्यासासाठी तुम्ही स्वयंसेवक म्हणून आला अथवा नाही तरीही तुम्हाला तुमच्या डॉक्टरांकडून तीच वैद्यकीय सेवा मिळेल. अतिरिक्त वैद्यकीय चाचण्यांचे निकाल तुम्हाला डॉक्टरांकडे उपलब्ध होतील तेव्हा देण्यात येतील आणि तुमच्या वैद्यकीय नोंदणीमध्ये ठेवले जातील, आणि हे निकाल तुम्हाला तुमच्या ह्या आजारपासून बरे होण्यास मदत करू शकतील. भविष्यात तुमच्या समुदायातील लोकांच्या आरोग्यासाठी विविध प्रकारच्या होणाऱ्या संसर्गांचा अभ्यास करून आणि ते टाळू शकण्याचे मार्ग जाणून घेऊन हा अभ्यास फायदेशीर ठरू शकतो.

#### धोके आणि त्रास

अतिरिक्त रक्त घेतले जाण्याच्या संदर्भात या अभ्यासात असण्याचे काही धोके आहेत. तुमचे रक्त घेण्यासाठी वापरल्या जाणाऱ्या सुया टोचण्यापासून थोडी अस्वस्थता असू शकते. तुम्हाला सुई टोचल्याच्या ठिकाणी सूज अथवा खरचटू शकते; त्या जागी संसर्ग होण्याचा थोडा धोका आहे. जरी बहुतांश लोकात त्यांचे रक्त काढल्यानंतर संसर्ग किंवा जाणवण्याइतपत सूज नसते, हे दुष्परिणाम सगळ्याच रुग्णांत टाळले जाऊ शकत नाहीत. जर तुम्हाला यापैकी कोणतेही लक्षण असेलच तरी ते बहुदा २ आठवड्यांच्या आत निघून जाईल. काही लोकांना रक्त काढले जात असताना डोके हलके झाल्यासारखे वाटू शकते आणि दयाचे ठोके जलद होऊ शकतात. ही लक्षणे तुम्हाला आडवे झोपवल्याने आणि/किंवा ही क्रिया थांबविल्याने थांबू शकतात. क्वचितच रक्त काढल्याच्या ठिकाणी रक्ताची गुठळी होऊ शकते. ह्या रक्त काढण्यातील प्रासंगिक घटना आहेत; मोठे दुष्परिणाम नेहमी होत नाहीत. प्रस्तावित अभ्यासाच्या संदर्भात उद्धवणाऱ्या कोणत्याही इजा नाहीत. तरीही, जर तुम्हाला इजा किंवा वाईट दुष्परिणाम झाला तर तुम्हाला तुमच्या इजेसाठी वैद्यकीय सेवा किंवा उपचार मिळतील.

याव्यतिरिक्त अतिरिक्त प्रश्नांची उत्तरे देण्यास आणि पाठपुरावा भेट पूर्ण करण्यासाठी थोडा वेळ लागू शकतो.

तुम्हाला या अभ्यासात असण्यासाठी पैसे दिले जाणार नाहीत. तथापि, जेव्हा घरी गेल्यानंतर ४-६ आठवड्यांनी तुम्ही पाठपुरावा भेटीसाठी परत येता तेव्हा तुम्हाला किंवा तुमच्या पालकांना तुमच्या प्रवासाची आणि तुमच्या वेळेची भरपाई करण्यासाठी एकाच वेळी मिळणारी ठरलेली रक्कम म्हणून ६०० रु. मिळतील.

रक्त, पाठीच्या कण्यातील द्रव (स्पायनल फ्लूइड), नाकाचे/घशाचे स्वॅब (बोळे), मूत्र, किंवा शौचाचे नमुने भविष्यातील अभ्यासासाठी साठविले जातील. नमुने फक्त अभ्यास ओळख क्रमांकाचे साठविले जातील, तुमच्या/तुमच्या कुटुंबातील व्यक्तीच्या नावाने नाही. नमुने एमसीव्हीआर, एमयु याठिकाणी १० वर्षांपर्यंत तुमच्या संसर्गाच्या कारणासाठीच्या भविष्यातील अभ्यासासाठी साठविले जातील. सध्या उपलब्ध नसणाऱ्या चाचण्यांसाठी तुमचे नमुने भारताबाहेरही पाठवले जाऊ शकतात; हे फक्त भारत सरकारच्या परवानगीनेच होईल. जर तुम्हाला तुमचे नमुने भविष्यातील वापरासाठी/इतर तपासण्यांसाठी साठविले जाणे/तपासले जाणे नको असेल तर ह्या अभ्यासासाठीच्या चाचण्या पूर्ण झाल्यानंतर नमुने नष्ट केले जातील. नमुने कधीही तुमच्या/तुमच्या कुटुंबातील व्यक्तीच्या कोणत्याही अनुवांशिक चाचणीसाठी वापरले जाणार नाहीत.

तुम्ही ह्या अभ्यासाबद्दल कोणत्याही वेळी प्रश्न विचारू शकता. अभ्यास कर्मचारी तुम्हाला उत्तरे देतील. तुम्ही ह्या अभ्यासात असणे कधीही थांबवू शकता. जर तुम्हाला या अभ्यासात असणे आत्ताच नको असेल किंवा नंतर ह्या अभ्यासात असणे थांबवायचे असेल तर कोणीही तुमच्यावर नाराज होणार नाही. जरी तुम्हाला अभ्यासात येणे नको असेल किंवा आधीच तुम्ही सुरु केलेला अभ्यास तुम्हाला सोडायचा असेल तरीही तुमचे डॉक्टर तुमची काळजी घेतील. जर तुम्ही अभ्यासात येण्यासाठी सहमत झालात तर, अभ्यास कर्मचारी आणि ह्या संशोधनावर काम करणारे लोक यांना तुमचे नाव आणि तुमच्याबाद्दलची माहिती समजू शकते.

जर तुम्हाला तुमचे अधिकार आणि ह्या अभ्यासासंदर्भातील तुमचे विशेष अधिकार यासंदर्भात काही शंका असेल तर, कृपया मणिपाल विद्यापीठ, मणिपालचे डॉ. लक्ष्मीनारायण बैरी यांच्याशी त्यांच्या मोबाईल क्रमांक ९४४९२०८४७८ वर सोमवार ते शनिवार, सकाळी ९ ते संध्याकाळी ५ पर्यंत संपर्क करा.

जर तुम्हाला या अभ्यासासंदर्भात काही शंका असतील तर कृपया डॉ. जी. अरुणकुमार यांच्याशी ९१४८९७०८६४ वर संपर्क करा. तुम्ही त्यांना इजेसंदर्भात कोणत्याही शंका, काळजी किंवा संमती संदर्भातील गोष्टी विचारण्यास कोणत्याही वेळी फोन करण्यास मोकळे आहात. कृपया इतर कोणत्याही शंकांसंदर्भात तुम्हाला पुरविलेल्या 'रुग्ण कार्ड' च्या मागील भागाचा संदर्भ घ्या जिथे स्थानिक संपर्क ठिकाणे दिली आहेत.

ह्या प्रपत्रकावरील दूरध्वनी क्रमांक वैद्यकीय तातडीच्या वेळी वापरू नये. जर तुम्हाला वैद्यकीय आणीबाणी असेल तर कृपया, जवळच्या आरोग्य सुविधेच्या ठिकाणी जा.

जर तुम्हाला अभ्यासात यायचे असेल तर, खालील ओळीवर तुमची सही करा. ओळीवर सही करणे म्हणजेच तुम्ही सांगत आहात की, "मला ह्यावेळी अभ्यासात यायचे आहे."

सहभागीची स्वाक्षरी/डाव्या हाताच्या अंगठ्याचा ठसा

तारीख (ताता/मम/वव)

मी प्रमाणित करतो/ते की हे प्रपत्र ह्या मुलाला स्पष्ट करून सांगितले आहे आणि ह्या अभ्यासासंदर्भातील उपस्थित प्रश्नाचे उत्तर दिले गेलेले आहे.

अधिकृत अभ्यास कर्मचार्याची/पीआय स्वाक्षरी

तारीख (दिवस/महिना/वर्ष)

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH

**अनुमती प्रपत्र: ७-१७ वर्षे वयाच्या मुलाद्वारे दिलेली नावनोंदणी अनुमती**  
तीव्र ज्वराच्या आजाराने (अक्युट फेब्राइल इन्फेस-एफआय) रुग्णालय आधारित भारतामधील सर्वेक्षण

प्रमुख अन्वेशक : डॉ. जी. अरुणकुमार

प्रोफेसर अँड हेड

मणिपाल सेंटर फॉर व्हायरस रिसर्च

मणिपाल युनिव्हर्सिटी

मणिपाल, कर्नाटक राज्य, भारत-५७६१०४

Study ID #

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

इमेल : arun.kumar@manipal.edu

मोबाईल : +91-9148970864

फॅक्स : +91-820-2922718

तुम्हाला संशोधन अभ्यासात सहभागी होण्यासाठी विचारण्यात येत आहे. संशोधन हे शाळेतिल विज्ञान विषयप्रमाणे असते. तुम्हाला संशोधन अभ्यासात राहण्यासाठी विचारले जात आहे कारण तुम्ही तुमच्या रक्तातील/शरीरातील संसर्गांनी आजारी आहात असे तुमच्या डॉक्टरांना वाटत आहे.

तुम्हाला या अभ्यासात यायचे आहे अथवा नाही हे तुम्ही ठरवू शकता. जर तुम्ही सहभागी होण्यासाठी सहमत झालात तर तुम्हाला तुमच्या वैद्यकीय अवस्थेबद्दल आणि पार्श्वभूमीबद्दल प्रश्न विचारण्यात येतील. एक स्वयंसेवक म्हणून तुम्हाला सोयीस्कर नसलेल्या अशा कुठल्याही प्रश्नाला उत्तर देण्याची परीक्षा नाही. या अभ्यासाचा एक भाग म्हणून, तुम्हाला तुमच्या दंडातून तीनवेळा ५ ते १० मिलीलीटर, अंदाजे एक टेबलस्पून एवढे रक्त घ्यावे लागेल. पहिले रक्त हे तुम्ही या अभ्यासात एक स्वयंसेवक म्हणून येण्यास सहमत झाल्यानंतर लगेचच घेतले जाईल. नावनोंदणीच्या वेळी नाकातील आणि घशातील बोळा आणि एक मूत्र नमुनासुद्धा घेतला जाईल. जर तुम्हाला पाण्यासारखी शौचास (जुलाब) होत असेल तर, शौचाचा नमुना/गुदाद्वारातून स्वॅब घेतला जाऊ शकतो. जर तुमची नेहमीची काळजी म्हणून पाठीच्या कण्यातील द्रव (स्पायनल फ्लूइड) घेतले जात असेल तर अभ्यासासाठी ते सुद्धा २-४ मिली घेतले जाईल.

तुम्हाला रुग्णालयातून घरी सोडण्याच्या अगदी पूर्वी दुसऱ्यांदा रक्त घेतले जाईल. जर तुम्ही पाठपुरावा भेटीसाठी पुन्हा येण्यास उत्सुक असाल तर घरी सोडल्यानंतर ४-६ आठवड्यांनी तिसऱ्यांदा रक्त घेतले जाईल. पाठपुरावा भेटीसाठी अंदाजे १५ मिनिटे लागतील. त्या भेटीवेळी तुम्हाला तुम्ही रुग्णालय सोडल्यापासून तुम्हाला कसे वाटत आहे यासंबंधीचे प्रश्न विचारण्यात येतील. जर तुम्ही नियोजित वेळी पाठपुरावा भेटीसाठी परतला नाहीत तर अभ्यास संध्यापैकी कुणीतरी तुम्हाला तुम्ही अद्यापही पाठपुरावा भेटीसाठी येण्यास उत्सुक आहात का हे जाणण्यासाठी दूरध्वनीद्वारे किंवा तुमच्या घरी संपर्क करू शकतात.

**फायदे**

कदाचित या अभ्यासात असण्याचे कोणतेही प्रत्यक्ष फायदे तुम्हाला मिळणार नाहीत. ह्या अभ्यासासाठी तुम्ही स्वयंसेवक म्हणून आला अथवा नाही तरीही तुम्हाला तुमच्या डॉक्टरांकडून तीच वैद्यकीय सेवा मिळेल. अतिरिक्त वैद्यकीय चाचण्यांचे निकाल तुमच्या डॉक्टरांकडे उपलब्ध होतील तेव्हा देण्यात येतील आणि तुमच्या वैद्यकीय नोंदणीमध्ये ठेवले जातील, आणि हे निकाल तुम्हाला तुमच्या ह्या आजारपासून बरे होण्यास मदत करू शकतील. भविष्यात तुमच्या समुदायातील लोकांच्या आरोग्यासाठी विविध प्रकारच्या होणाऱ्या संसर्गांचा अभ्यास करून आणि ते टाळू शकण्याचे मार्ग जाणून घेऊन हा अभ्यास फायदेशीर ठरू शकतो.

**धोके आणि त्रास**

अतिरिक्त रक्त घेतले जाण्याच्या संदर्भात या अभ्यासात असण्याचे काही धोके आहेत. तुमचे रक्त घेण्यासाठी वापरल्या जाणाऱ्या सुया टोचण्यापासून थोडी अस्वस्थता असू शकते. तुम्हाला सुई टोचल्याच्या ठिकाणी सूज अथवा खरचटू शकते; त्या जागी संसर्ग होण्याचा थोडा धोका आहे. जरी बहुतांश लोकात त्यांचे रक्त काढल्यानंतर संसर्ग किंवा जाणवण्याइतपत सूज नसते, हे दुष्परिणाम सगळ्याच रुग्णांत टाळले जाऊ शकत नाहीत. जर तुम्हाला यापैकी कोणतेही लक्षण असेलच तरी ते बहुदा २ आठवड्यांच्या आत निघून जाईल. काही लोकांना रक्त काढले जात असताना डोके हलके झाल्यासारखे वाटू शकते आणि दयाचे ठोके जलद होऊ शकतात. ही लक्षणे तुम्हाला आडवे झोपवल्याने आणि/किंवा ही क्रिया थांबविल्याने थांबू शकतात. क्वचितच रक्त काढल्याच्या ठिकाणी रक्ताची गुठळी होऊ शकते. ह्या रक्त काढण्यातील प्रासंगिक घटना आहेत; मोठे दुष्परिणाम नेहमी होत नाहीत. प्रस्तावित अभ्यासाच्या संदर्भात उद्धवणाऱ्या कोणत्याही इजा नाहीत. तरीही, जर तुम्हाला इजा किंवा वाईट दुष्परिणाम झाला तर तुम्हाला तुमच्या इजेसाठी वैद्यकीय सेवा किंवा उपचार मिळतील.

याव्यतिरिक्त अतिरिक्त प्रश्नांची उत्तरे देण्यास आणि पाठपुरावा भेट पूर्ण करण्यासाठी थोडा वेळ लागू शकतो.

तुम्हाला या अभ्यासात असण्यासाठी पैसे दिले जाणार नाहीत. तथापि, जेव्हा घरी गेल्यानंतर ४-६ आठवड्यांनी तुम्ही पाठपुरावा भेटीसाठी परत येता तेव्हा तुम्हाला किंवा तुमच्या पालकांना तुमच्या प्रवासाची आणि तुमच्या वेळेची भरपाई करण्यासाठी एकाच वेळी मिळणारी ठरलेली रक्कम म्हणून ६०० रु. मिळतील.

रक्त, पाठीच्या कण्यातील द्रव (स्पायनल फ्लूइड), नाकाचे/घशाचे स्वॅब (बोळे), मूत्र, किंवा शौचाचे नमुने भविष्यातील अभ्यासासाठी साठविले जातील. नमुने फक्त अभ्यास ओळख क्रमांकाचे साठविले जातील, तुमच्या/तुमच्या कुटुंबातील व्यक्तीच्या नावाने नाही. नमुने एमसीव्हीआर, एमयु याठिकाणी १० वर्षांपर्यंत तुमच्या संसर्गाच्या कारणासाठीच्या भविष्यातील अभ्यासासाठी साठविले जातील. सध्या उपलब्ध नसणाऱ्या चाचण्यांसाठी तुमचे नमुने भारताबाहेरही पाठवले जाऊ शकतात; हे फक्त भारत सरकारच्या परवानगीनेच होईल. जर तुम्हाला तुमचे नमुने भविष्यातील वापरासाठी/इतर तपासण्यांसाठी साठविले जाणे/तपासले जाणे नको असेल तर ह्या अभ्यासासाठीच्या चाचण्या पूर्ण झाल्यानंतर नमुने नष्ट केले जातील. नमुने कधीही तुमच्या/तुमच्या कुटुंबातील व्यक्तीच्या कोणत्याही अनुवांशिक चाचणीसाठी वापरले जाणार नाहीत.

तुम्ही ह्या अभ्यासाबद्दल कोणत्याही वेळी प्रश्न विचारू शकता. अभ्यास कर्मचारी तुम्हाला उत्तरे देतील. तुम्ही ह्या अभ्यासात असणे कधीही थांबवू शकता. जर तुम्हाला या अभ्यासात असणे आत्ताच नको असेल किंवा नंतर ह्या अभ्यासात असणे थांबवायचे असेल तर कोणीही तुमच्यावर नाराज होणार नाही. जरी तुम्हाला अभ्यासात येणे नको असेल किंवा आधीच तुम्ही सुरु केलेला अभ्यास तुम्हाला सोडायचा असेल तरीही तुमचे डॉक्टर तुमची काळजी घेतील. जर तुम्ही अभ्यासात येण्यासाठी सहमत झालात तर, अभ्यास कर्मचारी आणि ह्या संशोधनावर काम करणारे लोक यांना तुमचे नाव आणि तुमच्याबाद्दलची माहिती समजू शकते.

जर तुम्हाला तुमचे अधिकार आणि ह्या अभ्यासासंदर्भातील तुमचे विशेष अधिकार यासंदर्भात काही शंका असेल तर, कृपया मणिपाल विद्यापीठ, मणिपालचे डॉ. लक्ष्मीनारायण बैरी यांच्याशी त्यांच्या मोबाईल क्रमांक ९४४९२०८४७८ वर सोमवार ते शनिवार, सकाळी ९ ते संध्याकाळी ५ पर्यंत संपर्क करा.

जर तुम्हाला या अभ्यासासंदर्भात काही शंका असतील तर कृपया डॉ. जी. अरुणकुमार यांच्याशी ९१४८९७०८६४ वर संपर्क करा. तुम्ही त्यांना इजेसंदर्भात कोणत्याही शंका, काळजी किंवा संमती संदर्भातील गोष्टी विचारण्यास कोणत्याही वेळी फोन करण्यास मोकळे आहात. कृपया इतर कोणत्याही शंकांसंदर्भात तुम्हाला पुरविलेल्या 'रुग्ण कार्ड' च्या मागील भागाचा संदर्भ घ्या जिथे स्थानिक संपर्क ठिकाणे दिली आहेत.

ह्या प्रपत्रकावरील दूरध्वनी क्रमांक वैद्यकीय तातडीच्या वेळी वापरू नये. जर तुम्हाला वैद्यकीय आणीबाणी असेल तर कृपया, जवळच्या आरोग्य सुविधेच्या ठिकाणी जा.

जर तुम्हाला अभ्यासात यायचे असेल तर, खालील ओळीवर तुमची सही करा. ओळीवर सही करणे म्हणजेच तुम्ही सांगत आहात की, "मला ह्यावेळी अभ्यासात यायचे आहे."

सहभागीची स्वाक्षरी/डाव्या हाताच्या अंगठ्याचा ठसा

तारीख (ताता/मम/वव)

मी प्रमाणित करतो/ते की हे प्रपत्र ह्या मुलाला स्पष्ट करून सांगितले आहे आणि ह्या अभ्यासासंदर्भातील उपस्थित प्रश्नाचे उत्तर दिले गेलेले आहे.

अधिकृत अभ्यास कर्मचार्याची/पीआय स्वाक्षरी

तारीख (दिवस/महिना/वर्ष)

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH



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

Study ID # 

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

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

**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 DEPARTMENT OF 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

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

Study ID #

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

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 DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH

<b>Study ID #</b>	<b>Date of recruitment</b>	<b>Study Site</b>
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

### DEMOGRAPHIC INFORMATION लोकसंख्येविषयक माहिती

#### 1 Address पत्ता:

- 1a. State राज्य: \_\_\_\_\_ 1f. Post Office पोस्ट ऑफिस: \_\_\_\_\_
- 1b. District जिल्हा: \_\_\_\_\_ 1g. Gram Panchayath ग्राम पंचायत: \_\_\_\_\_
- 1c. Taluk तालुका: \_\_\_\_\_ 1h. Village गाव: \_\_\_\_\_
- 1d. Tehsil तहसिल: \_\_\_\_\_ 1i. Landmark जागेचे ओळखचिन्ह: \_\_\_\_\_
- 1e. PIN Code पिन कोड: \_\_\_\_\_

#### 2

- 2a. Age in years वय वर्षांमध्ये: \_\_\_\_\_
- 2b. DOB:
- 2c. Gender लिंग:
- Male पुरुष  Female स्त्री  Others इतर
- 2d. Marital status वैवाहिक स्थिती:
- Single अविवाहित  Married विवाहित
- If Married female, विवाहित स्त्री असल्यास,
- 2e. Currently pregnant सध्या गर्भवती आहे का  Y  N
- If Yes, होय असल्यास,
- 2f. Weeks आठवडे

#### 3 Please choose the appropriate occupation from the list given below in the table and record the response in the space provided:

- 3a. Major Occupation (select from list) : \_\_\_\_\_  
प्रमुख व्यवसाय (यादीमधून निवड करा)
- 3b. Secondary Occupation 1: \_\_\_\_\_  
दुय्यम व्यवसाय १
- 3c. Secondary Occupation 2: \_\_\_\_\_  
दुय्यम व्यवसाय २
- 3d. Secondary Occupation 3: \_\_\_\_\_  
दुय्यम व्यवसाय ३

#### List of Occupations व्यवसायांची यादी

Professionals	Non-professionals
Carpenter सुतार	Farmer शेतकरी
Doctor डॉक्टर	Head load coolie हमाल
Driver वाहन चालक	Housewife गृहिणी
Electrician इलेक्ट्रिशियन	Manual labourer (Agriculture) शेतकरीमजूर (शेती)
Health worker स्वास्थ्य कार्यकर्ता	Manual labourer (Masonry) मजूर (दगडी बांधकाम)
Office worker कार्यालयीन कामगार	Meat handler मांस कार्यकर्ता
Nurse परिचारीका	Shepherd मेंढपाळ
Student विद्यार्थी	Unemployed बेरोजगार
Teacher शिक्षक	
If others, please specify in the space provided above इतर व्यावसायिक (स्पष्ट करा)	

**CLINICAL HISTORY** (☑ Applicable ones)

4. Date of admission:     
रूग्णालयात भरती तारीख

5. Date of onset of fever (DOF):     
ताप आल्याची तारीख (DOF)

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-होय, N-नाही, U-अनिश्चित)

(Date of onset of fever)

6. Was your fever intermittent or continuous?  
आपला ताप अधूनमधून येत होता की सातत्याने येत होता?

Continuous  
अधून मधून

Intermittent  
सातत्याने

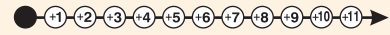
7. What was the duration of fever as on today (the date of recruitment)?  
आजच्या तारखेला (रूग्णालय भरतीची तारीख) तापाचा कालावधी काय होता?

Duration (days)  
कालमान (दिवस)

8. Did you feel cold or cold with shivering/shaking of the body while having fever? (Chills/Rigor)  
ताप असताना आपल्याला थंडी वाजली का किंवा तापाबरोबर शरीर थरथरण्या/कांपण्यासह थंडी वाजली का? (थंडी/हिव)

Y  N  U

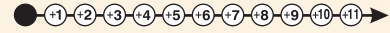
Duration (days)  
कालमान (दिवस)



9. Did you feel sweating during night while having fever? (Night sweats)  
रात्रीच्यावेळी ताप असताना आपल्याला घाम आला का? (रात्रीच्या वेळी घामेजणे)

Y  N  U

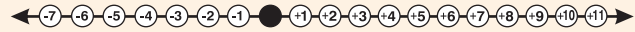
Duration (days)  
कालमान (दिवस)



10. Did you have runny nose within few days before/after onset of fever? (Coryza)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपले नाक गळत होते का? (कोरिझा)

Y  N  U

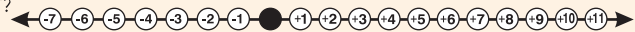
Duration (days)  
कालमान (दिवस)



11. Did you have cough within few days before/after onset of fever? (Cough)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला खोकला होता का? (खोकला)

Y  N  U

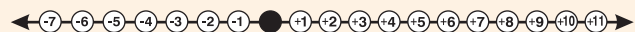
Duration (days)  
कालमान (दिवस)



12. Did you have irritation/pain of throat within few days before/after onset of fever? (Sore throat)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपला घसा चुरचुरत/दुखत होता का? (घसा खवखवणे)

Y  N  U

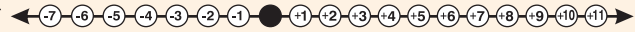
Duration (days)  
कालमान (दिवस)



13. Did you experience difficulty in breathing within few days before/after onset of fever? (Breathlessness)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला श्वास घेताना त्रास होत होता का? (धाप लागणे)

Y  N  U

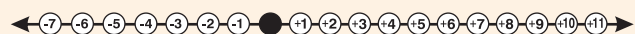
Duration (days)  
कालमान (दिवस)



14. Did you experience pain in chest within few days before/after onset of fever? (Chest Pain)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला छातीत वेदना जाणवली का? (छातीत दुखणे)

Y  N  U

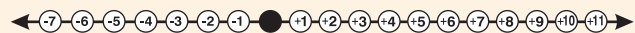
Duration (days)  
कालमान (दिवस)



15. Did you have headache within few days before/after onset of fever? (Headache)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला डोकेदुखी होती का? (डोकेदुखी)

Y  N  U

Duration (days)  
कालमान (दिवस)



16. Were you troubled by bright light within few days before/after onset of fever? (Photophobia)  
आपल्याला प्रखर प्रकाशाचा त्रास होतो का? (फोटोफोबिया)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
17. Did you have pain behind your eye ball especially while moving eyes within few days before/after onset of fever? (Retro orbital pain)  
आपल्याला आपल्या डोळ्यातील बुब्बुळाच्या मागे वेदना होती का विशेषकरून डोळे फिरवताना? (रेट्रो ऑर्बिटल पेन)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
18. Had your eye(s) become red and irritable within few days before/after onset of fever? (Red eye)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपला डोळा(ळे) लाल झाला(ले) होता(ते) का आणि चुरचुरत होता(ते) का? (लाल डोळा)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
19. Did you experience generalized body ache within few days before/after onset of fever? (Myalgia)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला सर्वसाधारण अंगदुखी होती का? (मयाल्जिया)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
20. Did you experience pain in your joints within few days before/after onset of fever? (Joint pain)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला आपल्या सांध्यात वेदना जाणवली का? (सांधेदुखी)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
- If Yes, होय असल्यास, 20a. Location:  Small joints  Large joints  Both  
स्थान लहान सांधे मोठे सांधे दोन्ही
21. Did you experience general weakness within few days before/after onset of fever? (General weakness)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला सर्वसाधारण अशक्तपणा जाणवला का? (सर्वसाधारण अशक्तपणा)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
- If Yes, होय असल्यास,
- 21a. Was it extreme weakness such as inability to get up from the bed? (Prostration)  
तो अगदी तीव्र अशक्तपणा होता का जसे की बिछान्यातून उठता न येणे? (शक्तिपात)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
22. Did you experience pain in abdomen within few days before/after onset of fever? (Abdominal pain)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला ओटीपोटात वेदना जाणवली होती का? (ओटीपोटात वेदना)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
23. Did you experience nausea (Vomiting sensation) within few days before/after onset of fever? (Nausea)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला मळमळ (उलटी येत असल्याची भावना) वाटली होती का? (मळमळ)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
24. Did you have vomiting within few days before/after onset of fever? (Vomiting)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला उलट्या झाल्या होत्या का? (उलट्या होणे)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
25. Did you have diarrhea within few days before/after onset of fever? (3 or more loose/liquid stools/day) (Diarrhea)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला अतिसार झाला होता का? (प्रती दिन ३ किंवा जास्त पातळ/द्रवरूप शौच) (अतिसार)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→
26. Did you notice yellow discoloration of your skin or eye within few days before/after onset of fever? (Jaundice)  
ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला आपली त्वचा किंवा डोळ्याची पिवळी वर्णता जाणवली होती का? (कावीळ)
- Y N U  Duration (days)  
कालमान (दिवस)
- ←(-7)(-6)(-5)(-4)(-3)(-2)(-1)●(+1)(+2)(+3)(+4)(+5)(+6)(+7)(+8)(+9)(+10)(+11)→

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) कालमान (दिवस)

ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला लघवी करण्याची

निकड जाणवली होती का किंवा लघवी करताना जळजळीची भावना जाणवली होती का? (बर्निंग मिक्चुरिशन)

←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→

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) कालमान (दिवस)

ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला आपली मान वळवताना त्रास/वेदना जाणवली होती का? (मानेचा ताठरपणा)

←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→

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

ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला जागरूकतेच्या

पातळीत (सोमनोलेन्स ते कोमा) काही घट जाणवली होती का? (ऑल्टर्ड सेन्सोरियम)

←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→

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) कालमान (दिवस)

ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला स्नायूंचे अचानक अनियंत्रित आकुंचन/पेटके ज्यांना एरव्ही झटके येणे म्हणतात ते जाणवले होते का? (झटके)

If Yes, होय असल्यास,

30a. Type of seizure:  Focal (Only a part of the body) फोकल (शरीराचा केवळ एक भाग)  Generalized (Whole body) जनरलाइझ्ड (संपूर्ण शरीर)

30b. How many times? किती वेळा आले होते? \_\_\_\_\_

30c. Maximum duration (in minutes) जास्तीत जास्त कालावधी (मिनिटांत): \_\_\_\_\_

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) कालमान (दिवस)

ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला शरीराच्या कोणत्याही

भागाच्या आंशिक किंवा संपूर्ण पक्षाघाताचा अनुभव आला होता का? (पक्षाघात/अंशपक्षाघात)

←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→

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) कालमान (दिवस)

ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला आपल्या त्वचेच्या

रंगात कोणताही बदल ? पुरळ जाणवले होते का? (पुरळ)

←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→

If Yes, होय असल्यास,

32a. Site स्थान: \_\_\_\_\_

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) कालमान (दिवस)

ताप येण्याच्या काही दिवसां आधी/नंतर आपल्याला

थुंकी/शौच/मूत्र/उलटी मध्ये रक्ताचा/विटेचा लाल रंग दिसला होता?

←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→

If yes, where? होय असल्यास, कशात? \_\_\_\_\_

33a. Sputum थुंकी  Y  N

33b. Faeces शौच  Y  N

33c. Urine मूत्र  Y  N

33d. Vomitus उलटी  Y  N



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

आपल्याला गेल्या एक वर्षात कोणत्याही लसी मिळाल्या होत्या/ लसीकरणे झाली होती का?

 Y  N  U

If yes, Specify होय असल्यास, स्पष्ट करा

34a. Vaccine लस : \_\_\_\_\_ month महिना: \_\_\_\_\_ year वर्ष: \_\_\_\_\_

34b. Vaccine लस : \_\_\_\_\_ month महिना: \_\_\_\_\_ year वर्ष: \_\_\_\_\_

34c. Vaccine लस : \_\_\_\_\_ month महिना: \_\_\_\_\_ year वर्ष: \_\_\_\_\_

34d. Vaccine लस : \_\_\_\_\_ month महिना: \_\_\_\_\_ year वर्ष: \_\_\_\_\_

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

आपल्याला कोणत्याही तीव्र/सांसर्गिक नसलेल्या वैद्यकीय स्थिती आहेत का?

 Y  N  U

If yes, tick all applicable होय असल्यास, जे काही लागू असेल त्या सर्वावर खूप करा

35a. Hypertension (High Blood Pressure)

हायपरटेंशन (उच्च रक्तदाब)

 Y  N  U

35b. Diabetes (sugar)

मधुमेह (रक्तशर्करा)

 Y  N  U

35c. Asthma/wheezing

अस्थमा/छातीत घरघर

 Y  N  U

35d. Liver Cirrhosis

लिव्हर सिर्होसिस

 Y  N  U

35e. Chronic Renal failure

क्रोनिक रिनल फेल्युअर

 Y  N  U

35f. Myocardial Infarction (heart attack)

मायोकार्डियल इनफार्क्शन (हृदयविकाराचा झटका)

 Y  N  U

35g. Stroke

स्ट्रोक

 Y  N  U

35h. Cancer

कर्करोग

 Y  N  U

35i. Others (any other major illness diagnosed recently, please mention)

इतर (अलिकडे निदान झालेले इतर कोणतेही मोठे आजारपण, कृपया नमूद करा)

\_\_\_\_\_

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

मला असे काही सांगण्याची आपली इच्छा आहे का जे आपल्याला वाटते की मी आपल्याला विचारलेले नाही?

 Y  N  U

If yes, brief होय असल्यास स्पष्ट करा:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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

आपल्या आजारपणापूर्वीच्या ४ आठवड्यांत, आपला संपर्क खालीलपैकी कोणत्याही प्राण्यांबरोबर दिवसातून किमान एकदा झाला होता का? (जे लागू असेल त्या सर्वांवर खूण करा)

- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat<br>मेंढी/बकरी    | <input type="checkbox"/> Cattle<br>गुरेढोरे | <input type="checkbox"/> Deer<br>हिरण             | <input type="checkbox"/> Pig<br>डुकर   | <input type="checkbox"/> Chicken<br>कोंबडी |
| <input type="checkbox"/> Duck<br>बदक                 | <input type="checkbox"/> Pigeon<br>कबूतर    | <input type="checkbox"/> Cat<br>मांजर             | <input type="checkbox"/> Dog<br>कुत्रा | <input type="checkbox"/> Bat<br>वटवाघूळ    |
| <input type="checkbox"/> Rat<br>उंदीर/घूस            | <input type="checkbox"/> Monkey<br>माकड     | <input type="checkbox"/> Other Birds<br>इतर पक्षी | _____                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Other Animals<br>इतर प्राणी | _____                                       |   |  |  |

38. Do any animal enter inside your house?

Y  N  U

आपल्या घराच्या आत कोणताही प्राणी प्रवेश करत असतो का?

If yes, Specify होय असल्यास, स्पष्ट करा

- |  |   |  |                                       |  |
|--|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat<br>मेंढी/बकरी    | <input type="checkbox"/> Cattle<br>गुरेढोरे | <input type="checkbox"/> Chicken<br>कोंबडी | <input type="checkbox"/> Cat<br>मांजर | <input type="checkbox"/> Dog<br>कुत्रा |
| <input type="checkbox"/> Other Animals<br>इतर प्राणी | _____                                       |  |                                       |  |

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

Y  N  U

आपल्या घरात गेल्या १-२ महिन्यांदरम्यान कोणत्याही प्राण्याची प्रसूति झाली होती का?

If yes, होय असल्यास,

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

Y  N

आपण त्या प्रसूती प्रक्रियेमध्ये प्रत्यक्ष सहभाग घेतला होता का?

39b. Which animal? कोणता प्राणी?

- |  |   |                                      |                                       |  |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat<br>मेंढी/बकरी    | <input type="checkbox"/> Cattle<br>गुरेढोरे | <input type="checkbox"/> Pig<br>डुकर | <input type="checkbox"/> Cat<br>मांजर | <input type="checkbox"/> Dog<br>कुत्रा |
| <input type="checkbox"/> Other Animals<br>इतर प्राणी | _____                                       |                                      |                                       |  |

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

Y  N  U

आपल्या घरात गेल्या १-२ महिन्यांदरम्यान कोणत्याही प्राण्याचा गर्भपात झाला होता का?

If yes, होय असल्यास,

40a. Which animal? कोणता प्राणी?

- |  |   |                                      |                                       |  |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat<br>मेंढी/बकरी    | <input type="checkbox"/> Cattle<br>गुरेढोरे | <input type="checkbox"/> Pig<br>डुकर | <input type="checkbox"/> Cat<br>मांजर | <input type="checkbox"/> Dog<br>कुत्रा |
| <input type="checkbox"/> Other Animals<br>इतर प्राणी | _____                                       |                                      |                                       |  |

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

Y  N  U

आपल्या घरात/शेजारीपाजारी गेल्या १ महिन्यात कोणत्याही प्राण्याचा किंवा पक्षाचा मृत्यु झाला होता का?

If yes, होय असल्यास,

41a. Specify animal प्राण्याबद्दल स्पष्ट करा: \_\_\_\_\_

- |   |   |  |  |                                      |
|---|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat<br>मेंढी/बकरी | <input type="checkbox"/> Cattle<br>गुरेढोरे | <input type="checkbox"/> Pig<br>डुकर                 | <input type="checkbox"/> Chicken<br>कोंबडी | <input type="checkbox"/> Duck<br>बदक |
| <input type="checkbox"/> Cat<br>मांजर             | <input type="checkbox"/> Dog<br>कुत्रा      | <input type="checkbox"/> Other Animals<br>इतर प्राणी | _____                                      |                                      |

41b. Sudden or unexpected death?

Y  N

अचानक किंवा अनपेक्षित मृत्यु?

42. Did you have any contact with dead or sick animal during last one or two months?  Y  N  U  
 आपला गेल्या एक किंवा दोन महिन्यांदरम्यान मृत किंवा आजारी प्राण्याशी कोणताही संपर्क झाला होता का?  
 If yes, होय असल्यास,  
 42a. Specify animal प्राण्याबद्दल स्पष्ट करा:  
 Sheep/goat  Cattle  Pig  Chicken  Duck  
 मेंढी/बकरी गुरेढोरे डुक्कर कोंबडी बदक  
 Cat  Dog  Other Animals \_\_\_\_\_  
 मांजर कुत्रा इतर प्राणी  
 42b. Describe nature of contact संपर्काच्या स्वरूपाचे वर्णन करा: \_\_\_\_\_  
 42c. Did you consume meat of the same sick/ dead animal? \_\_\_\_\_  
 आपण त्याच आजारी/ मृत प्राण्याचे मांस सेवन केले का?
43. Did you participate in slaughter or butchering livestock or wild animals during last one or two months?  Y  N  U  
 गेल्या एक किंवा दोन महिन्यांदरम्यान आपण पाळीव प्राणी किंवा जंगली जनावरांची कत्तल किंवा वध करण्यामध्ये सहभाग घेतला होता का?
44. Did you have any contact with raw meat/ animal blood in the last 4 months?  Y  N  U  
 आपला गेल्या ४ महिन्यांत कच्चे मांस/ प्राण्याचे रक्त यांच्याशी कोणता संपर्क झाला होता का?  
 If yes, होय असल्यास,  
 44a. Describe nature of contact संपर्काच्या स्वरूपाचे वर्णन करा: \_\_\_\_\_
45. Did you work or till on agricultural land/ farm in the past 4 weeks?  Y  N  U  
 आपण गेल्या ४ आठवड्यांत शेेत जमीन/ शेतात काम केले होते का किंवा ती कसली होती का?
46. Did you work in paddy fields, in the past 4 weeks?  Y  N  U  
 आपण गेल्या ४ आठवड्यांत, भातशेतीत काम केले का?
47. Did you go fishing in the past 4 weeks?  Y  N  U  
 आपण गेल्या ४ आठवड्यांत, मासेमारीला गेला होता का?
48. Do you have any water (irrigation) canals nearby your house or farmland?  Y  N  U  
 आपले घर किंवा शेेतजमिनी जवळ पाण्याचा (सिंचन) कनाल आहे का?
49. Did you work in stagnant water in the past 4 weeks?  Y  N  U  
 आपण गेल्या ४ आठवड्यांत, साचलेल्या पाण्यात काम केले होते का?
50. Did you work under "Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MGNREGA)" in the past 4 weeks?  Y  N  U  
 आपण गेल्या ४ आठवड्यांत, "नॅशनल फूड फॉर वर्क प्रोग्राम/ रोजगार हमी योजना" यांसाठी काम केले होते का?  
 If yes, होय असल्यास,  
 50a. Specify nature of last work शेेतच्या कामाचे स्वरूप स्पष्ट करा: \_\_\_\_\_
51. Do you live in close proximity (within 5 minutes walking distance) to the forest?  Y  N  U  
 आपण जंगलाच्या सानिध्यात राहत आहात का (५ मिनिटे चालण्याच्या अंतरावर)?
52. Did you go to forest in the past 4 weeks?  Y  N  U  
 आपण गेल्या ४ आठवड्यांत जंगलात गेला होता का?  
 If yes, for what purposes you enter the forest? (Tick all applicable)  
 होय असल्यास, आपण कोणत्या उद्देशांसाठी जंगलात प्रवेश केला? (जे काही लागू असेल त्या सर्वांवर खूण करा)  
 52a. Firewood collection लाकूडफाटा जमा करणे   
 52b. Dry leaf collection सुकी पाने जमा करणे   
 52c. Grass collection गवत जमा करणे   
 52d. Wood cutting/logging लाकडे तोडणे/ओंडके कापणे   
 52e. Honey collection मध जमा करणे   
 52f. Algae collection शेेवाळ जमा करणे   
 52g. Cattle grazing गुरे चरणे   
 52h. Work on agricultural land inside forest जंगलातील शेेत जमिनीत काम करण्यास   
 52i. Fishing मासेमारी   
 52j. Hunting शिकार करणे   
 52k. Forest department work वन विभागविषयक कामकाज  
 If yes, होय असल्यास, 52k. (i) specify स्पष्ट करा: \_\_\_\_\_   
 52l. Leisure activities आरामासाठीच्या क्रिया  
 If yes, होय असल्यास, 52l. (i) specify स्पष्ट करा: \_\_\_\_\_   
 52m. Others इतर: \_\_\_\_\_

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

 Y  N  U

ताप येण्याच्या ४ आठवड्यांत, आपल्याला आपल्या घरात आणि घराभोवती गोचीड दिसले का?

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

 Y  N  U

ताप येण्याच्या ४ आठवड्यांत, आपल्याला आपल्या शरीरावर गोचीड दिसले का?

If yes, होय असल्यास,

54a. How do you remove them? \_\_\_\_\_

आपण त्या कशा काढता?

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

आपल्या घरातील पिण्याच्या पाण्याचा स्रोत काय आहे? (जे काही लागू आहे त्या सर्वांवर खूण करा)

<input type="checkbox"/> Dug well खणलेली विहीर	<input type="checkbox"/> Hand pump हापसा	<input type="checkbox"/> Tube well पाईप लावलेली विहीर (ट्युब वेल)	<input type="checkbox"/> Public well सार्वजनिक विहीर	<input type="checkbox"/> Public water tap सार्वजनिक पाण्याचा नळ
<input type="checkbox"/> Panchayath/Municipality water supply पंचायत/नगरपालिका पाणी पुरवठा	<input type="checkbox"/> Tanker water supply टँकरने पाणी पुरवठा	<input type="checkbox"/> Pond नदी		
<input type="checkbox"/> Stream तळे ओढा	<input type="checkbox"/> Others इतर _____			

56. Do you store water in home?

 Y  N  U

आपण घरात पाणी साठवता का?

If yes, होय असल्यास,

56a. Where? (specify) कोठे? (स्पष्ट करा) \_\_\_\_\_

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

 Y  N  U

आपण आपल्या घरात स्वच्छ शौचालय वापरता का?

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

आपण स्नान कोठे करता? (जे काही लागू असेल त्या सर्वांवर खूण करा)

<input type="checkbox"/> River नदी	<input type="checkbox"/> Pond तळे	<input type="checkbox"/> Stream ओढा	<input type="checkbox"/> Home घरी	<input type="checkbox"/> Other place (Specify) _____ इतर जागी (स्पष्ट करा)
---------------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------------	---

59. Did you sleep under the bednet last night?

 Y  N  U

आपण काल रात्री मच्छरदाणीच्या आत झोपला होतात का?

60. At any time in the past 12 months, has anyone come into your/the patient's dwelling to spray the interior walls against mosquitoes (or fleas)?

 Y  N  U

गेल्या १२ महिन्यांत कोणत्याही वेळी, आपल्या / रूग्णाच्या घरी कोणी व्यक्ती डांसारूद्ध (किंवा पिसू) घराच्या आतल्या भिंतींवर फवारणी करण्यास आले होते का?

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

होय असल्यास, किती महिन्यांपूर्वी घरात शेवटची फवारणी झाली होती?

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

 Y  N  U

आपल्या घरात १५ वर्षाखालील वयाची मुले आहेत का?

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

 Y  N  U

आपण आजारी पडण्यापूर्वीच्या महिन्यात आपला तोच आजार झालेल्या / असलेल्या कोणाशीही संपर्क आला होता का?

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

 Y  N  U

आपण गेल्या एक महिन्यात कोणत्याही प्रवासाला गेला होतात का?

If Yes, होय असल्यास,

63a. From येथून: \_\_\_\_\_ To येथेपर्यंत: \_\_\_\_\_

Date तारीख

63b. From येथून: \_\_\_\_\_ To येथेपर्यंत: \_\_\_\_\_

Date तारीख

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

 Y  N  U

आपल्याला असे काही मला सांगण्याची इच्छा आहे का जे आपल्याला वाटते की मी आपल्याला विचारलेले नाही?

If Yes, describe होय असल्यास वर्णन करा: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HEALTH SEEKING BEHAVIOR** स्वास्थ्य प्राप्तीसाठी वागणूक (☑ Applicable ones)

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

या रूग्णालयाला येण्यापूर्वी आपण या आजारपणासाठी कोणत्याही प्रकारचे औषध घेतले होते का?

 Y
  N
  U

If yes, होय असल्यास,

65a. Name \_\_\_\_\_ Date of first use \_\_\_\_\_ Duration \_\_\_\_\_  
नाव प्रथम वापराची तारीख कालावधी DD MM YYYY कालमान65b. Name \_\_\_\_\_ Date of first use \_\_\_\_\_ Duration \_\_\_\_\_  
नाव प्रथम वापराची तारीख कालावधी DD MM YYYY कालमान65c. Name \_\_\_\_\_ Date of first use \_\_\_\_\_ Duration \_\_\_\_\_  
नाव प्रथम वापराची तारीख कालावधी DD MM YYYY कालमान

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

या रूग्णालयास येण्यापूर्वी, आपण या आजारपणासाठी एखाद्या स्वास्थ्य संगोपन पुरवठादारस भेटला होतात का?

If Yes, होय असल्यास,

66a. Name of the practitioner/ facility चिकित्सक/सुविधेचे नाव: \_\_\_\_\_

66b. Type प्रकार:

 Hospital रूग्णालय
  Clinic चिकित्सालय
  Home visit घरी भेट
  Other इतर \_\_\_\_\_

66c. Date तारीख DD MM YYYY

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

स्वास्थ्य संगोपन पुरवठादाराने आपल्याला काय निदान दिले?

68. What laboratory tests were performed?

कोणत्या प्रयोगशालेय चाचण्या करण्यात आल्या?

Specify test चाचणी स्पष्ट करा	Result निष्कर्ष
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## 69. SOCIO ECONOMIC STATUS (MODIFIED UDAY PAREEK SCALE)

☑ Tick 1 in each section

## सामाजिक आर्थिक स्थिती (मॉडिफाईड उदय परिक स्केल)

B1.	Type of houses घरांचे प्रकार	Code संकेत
	Kutcha कच्चे	02 <input type="checkbox"/>
	Mixed मिश्र	03 <input type="checkbox"/>
	Pucca पक्के	05 <input type="checkbox"/>

B2.	Ownership मालकी हक्क	Code संकेत
	Own स्व मालकीचे	05 <input type="checkbox"/>
	Rented भाड्याचे	03 <input type="checkbox"/>
	Free मोफत	00 <input type="checkbox"/>

B3.	Land holding मालकीची जमिन	Code संकेत
	<100 cents (1 acre) सेंट एकर	02 <input type="checkbox"/>
	(1-4) acres एकर	05 <input type="checkbox"/>
	(5-9) acres एकर	10 <input type="checkbox"/>
	≥ 10 acres एकर	15 <input type="checkbox"/>

B4.	Vehicles वाहने	Code संकेत
	Bicycle सायकल	02 <input type="checkbox"/>
	Two wheeler दुचाकी	04 <input type="checkbox"/>
	Auto/boat ऑटो/बोट	08 <input type="checkbox"/>
	Four wheelers चार चाकी	10 <input type="checkbox"/>

B5.	Household belongings घरगुती सामान	Code संकेत
	Radio रेडियो	02 <input type="checkbox"/>
	Television टेलिव्हिजन	05 <input type="checkbox"/>
	Telephone टेलिफोन	08 <input type="checkbox"/>

B6.	Livestock गुरेढोरे	Code संकेत
	Goat बकरी	02 <input type="checkbox"/>
	Cow गाय	02 <input type="checkbox"/>
	Buffalo बैल	04 <input type="checkbox"/>

B7.	Socio-participation सामाजिक-सहभाग	Code संकेत
	No participation काहीही सहभाग नाही	00 <input type="checkbox"/>
	Member of one organization एका संस्थेचा सहभागी	05 <input type="checkbox"/>
	More than one organization एकापेक्षा जास्त संस्थेचा सहभागी	10 <input type="checkbox"/>
	Office holder शासन कार्यकर्ता	15 <input type="checkbox"/>
	Wide public leader विस्तृत जन नेता	20 <input type="checkbox"/>

B8.	Occupation of eldest earning member of the house घरातील कमाई करणा-या सर्वात वयस्कर सदस्याचा व्यवसाय	Code संकेत
	Professional/white collar व्यावसायिक/पांढरपेशा	15 <input type="checkbox"/>
	Business उद्योगधंदा	10 <input type="checkbox"/>
	Skilled कुशल	08 <input type="checkbox"/>
	Semiskilled अर्ध कुशल	06 <input type="checkbox"/>
	Coolie/unskilled हमाल/विनाकौशल्य	05 <input type="checkbox"/>
	Unemployed बेरोजगार	00 <input type="checkbox"/>

B9.	Highest literacy status of eldest earning member of the household घरातील कमाई करणा-या सर्वात वयस्कर सदस्याची सर्वोच्च शैक्षणिक स्थिती	Code संकेत
	Post Graduation & above पदव्योत्तर आणि त्यावरील	20 <input type="checkbox"/>
	Graduation पदवीधर	15 <input type="checkbox"/>
	PUC	12 <input type="checkbox"/>
	पूर्व माध्यमिक आणि माध्यमिक शाळा (५-१०)	10 <input type="checkbox"/>
	Primary (1-4) प्राथमिक (१-४)	05 <input type="checkbox"/>
	Illiterate अशिक्षित	00 <input type="checkbox"/>

B10.	Family members working abroad परदेशी काम करणारे कुटुंबातील सदस्य	Code संकेत
	Yes होय	05 <input type="checkbox"/>
	No नाही	00 <input type="checkbox"/>

Score स्कोर	Grade दर्जा	Code संकेत
<40	Low निम्न	01
40-70	Middle मध्यम	02
>70	High उच्च	03

TOTAL SCORE एकूण स्कोर :

SES (SES स्थिती) :

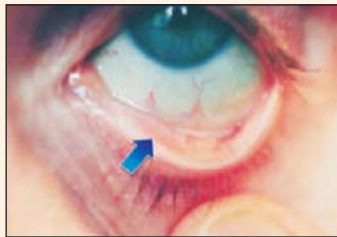
**PHYSICAL EXAMINATION - PART A** (☑ Applicable ones)

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

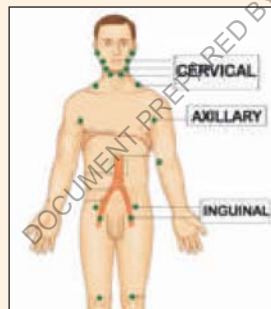
79. Pallor  
 Y  N



80. Icterus  
 Y  N



81. Lymphadenopathy  
 Y  N



If yes,  
 facial edema  
 pedal edema  
 others \_\_\_\_\_

82. Edema  
 Y  N

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



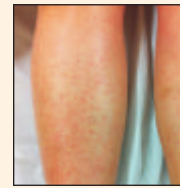
Bullae



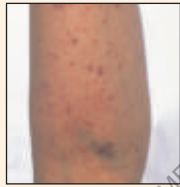
Spotted Fever Rash



Erythema



Petechiae



Purpura



Echymosis

Others \_\_\_\_\_

89. Eschar

Y  N



Location : \_\_\_\_\_

Single  Multiple

90. Black Eschar

Y  N



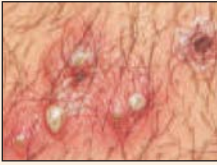
Location : \_\_\_\_\_

Single  Multiple


Size : \_\_\_\_\_ cm




91. Skin lesions  Y  N




Pustules



Nodules



Ulcers




Vegetation

Others \_\_\_\_\_

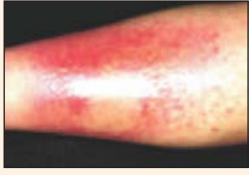
92. Skin abscess / Cellulitis :  Y  N

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

<b>Glasgow Coma Scale</b>			
			<input checked="" type="checkbox"/> 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** (☑ Applicable ones)**111. Hematological Investigations** Y  N

111 a. Date

 D  D  M  M  Y  Y  Y  Y

If yes, proceed with 111a; if no, skip to 118

112. Hb \_\_\_\_\_ g/dl

113. Platelets \_\_\_\_\_ lakhs/mm<sup>3</sup>114. TLC \_\_\_\_\_ cells/mm<sup>3</sup>

115. DLC a. N \_\_\_\_% b. L \_\_\_\_% c. M \_\_\_\_% d. E \_\_\_\_% e. B \_\_\_\_%

116. ESR \_\_\_\_\_ mm in 1st hour

117. Others \_\_\_\_\_

**118. Urine Analysis** Y  N

118 a. Date

 D  D  M  M  Y  Y  Y  Y

If yes, proceed with 118a; if no, skip to 129

119. Sugar  Y  N120. Albumin  Present  Trace  Absent121. Ketone bodies  Y  N122. Bile salts  Y  N123. Bile Pigment  Y  N124. **Microscopy**  Y  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  Present  Absent (If present Specify) \_\_\_\_\_**129. Stool Microscopy** Y  N

129 a. Date

 D  D  M  M  Y  Y  Y  Y

If yes, proceed with 129a; if no, skip to 130

129 b. Pus cells \_\_\_\_\_ / HPF 129 c. RBCs \_\_\_\_\_ / HPF 129 d. Parasites \_\_\_\_\_

**130. Biochemical Investigations (Blood)** Y  N

130 a. Date

 D  D  M  M  Y  Y  Y  Y

If yes, proceed with 130a; if no, skip to 146

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 \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

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 DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH

### DISCHARGE QUESTIONNAIRE

**Study ID #**

Form No:

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

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 DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH



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

Form No:

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

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** मागोवा प्रश्नावली (☑ Applicable ones)

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

आपणास जेव्हा रुग्णालयात भरती करण्यात आले होते, त्याच्या तुलनेत आपल्याला आता कसे वाटते आहे?

 Fully recovered  
संपूर्णपणे बरे
  Better  
बरे
  No change  
काहीही बदल नाही
  Worsened  
आणखी खराब

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

मी लक्षणांच्या एक यादी वाचत आहे, आपल्याला रुग्णालयातून डिस्चार्ज दिल्यानंतर आपल्याला कोणती लक्षणे जाणवली ती कृपया सूचित करा

	Duration (days) कालावधी (दिवस)	Comments टिप्पण्या			
174. Fever ताप	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
175. Chills/rigors थंडी/हिव	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
176. Night sweats रात्रीचे घामेजणे	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
177. Cough खोकला	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
178. Headache डोकेदुखी	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
179. Seizures झटके	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
If Yes, होय असल्यास,	179a. Type of seizure: झटक्याचा प्रकार	<input type="checkbox"/> Focal फोकल <input type="checkbox"/> Generalized जनरलाईझ्ड			
	179b. How many times? किती वेळा आले?	<input type="checkbox"/>			
	179c. Duration	_____			
		कालावधी			

180. Altered sensorium  Y  N  U \_\_\_\_\_

ऑल्टर्ड सेन्सोरियम

181. Paralysis  Y  N  U \_\_\_\_\_

पक्षाघात

182. Incoordinated walking  Y  N  U \_\_\_\_\_

अ-समन्वय चालणे

183. General weakness  Y  N  U \_\_\_\_\_

सर्वासाधारण अशक्तपणा

If Yes, होय असल्यास,

183a. Prostration (extreme weakness)  Y  N  U \_\_\_\_\_

शक्तिपात (अतीव अशक्तपणा)

184. Pain in joints  Y  N  U \_\_\_\_\_

सांध्यात वेदना

If Yes, होय असल्यास,

184a. Location:  Small joints  Large joints  Both

स्थान लहान सांधे मोठे सांधे दोन्ही

184b. Nature:  Symmetric  Asymmetric

स्वरूप सिमेट्रिक एसिमेट्रिक

185. Unusual bleeding  Y  N  U \_\_\_\_\_

असाधारण रक्तस्राव

If Yes, होय असल्यास,

185a. Describe \_\_\_\_\_

वर्णन करा

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

आपण आजारी असल्यापासून आपल्या कुटुंबातील सदस्य/संपर्कापैकी कोणालाही तसेच आजारपण झाले का?

If Yes, होय असल्यास,

186a. How many people? \_\_\_\_\_

किती व्यक्तीना

186b. Who all? \_\_\_\_\_

कोणा कोणाला?

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

या कालावधी दरम्यान पुन्हा झालेले असे कोणतेही चिकित्सकिय लक्षण?

If Yes, होय असल्यास,

187a. Specify स्पष्ट करा \_\_\_\_\_

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

आपण आजारी असल्यापासून आपण किती दिवस रोजच्या कामाला जाऊ शकला नाहीत?

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

त्या कालावधी दरम्यान कुटुंबातील सदस्यांपैकी कोणीही आपल्याबरोबर राहिले होते का? होय असल्यास, त्या व्यक्तीला कामावर जाता आले नाही, किती दिवस?

190. Any other observations/comments \_\_\_\_\_

इतर कोणतीही निरीक्षणे/ टिप्पण्या

191. Name of the interviewer \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

मुलाखतकाराचे नाव स्वाक्षरी

Study ID #

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

Clinical Sample Information

Date	Lab Ref (Barcodes / No.)	Category	Type of Sample & Aliquots	Quality / Remarks
DD MM YY		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Others	
DD MM YY		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Others	
DD MM YY		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Others	
DD MM YY		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Clot <input type="checkbox"/> Others	
DD MM YY		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab (1 2 3 4 5) <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) <sub>Pdm09</sub> 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. <i>Klebsiella</i> 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. <i>Pseudomonas</i> culture		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
277. <i>Burkholderia</i> 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 DEPARTMENT OF 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"/>	

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH



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"/>	

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH

**415. Any other comments:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH



**415. Any other comments:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH

**415. Any other comments:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH

# Insect Atlas

## Ticks



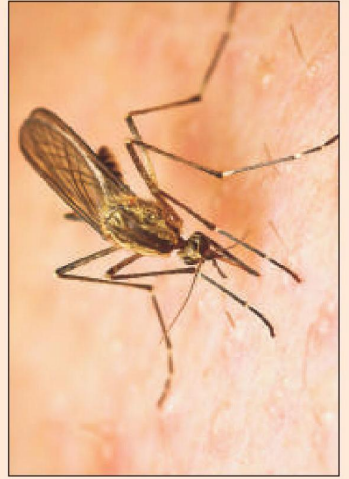
## Head Lice



## Sandfly



## Mosquitoes



## Body Lice



DOCUMENT PREPARED BY DEPARTMENT OF VIRUS RESEARCH



INSPIRED BY LIFE

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

Madhav Nagar, Manipal - 576 104, Karnataka, India

**MANIPAL**  
UNIVERSITY

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