

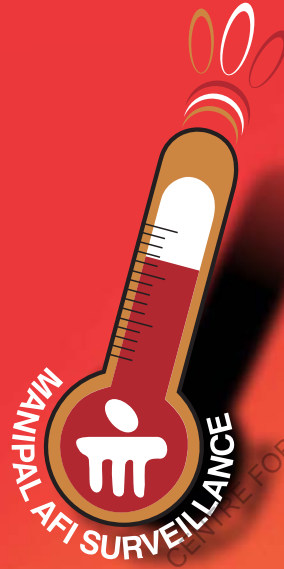
Study ID #

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

प्रज्ञानं ब्रह्म



INSPIRED BY LIFE



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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH



Manipal Centre for Virus Research (MCVR)
Manipal University

List of Abbreviations

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



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

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



INSPIRED BY LIFE

Acute Febrile Illness Case Report Form (CRF)

Instructions to the Interviewer:

Kindly read the following points and acknowledge by signing on the space provided.

- Ensure privacy before beginning the interview.
- Obtain informed consent.
- Introduce yourself and establish a good rapport with the person being interviewed.

Form No: _____

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:

• 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

অনুগ্রহ কবি এই কাগজখন সমতবে বাবি অবু
আপনি পরবর্তী বাব দিক্ঠিসালয়লে
আহোঁতে এই কাগজখন নিশিচতভ্রবে
লগত আনিবা

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

CONTACT NUMBERS

1. Interviewer:
2. Study Manager:

বিপদ আৰু অসুবিধা

এই অধ্যয়ন বাবে, তে জসংগ্ৰহ কৰোঁতে আৰু সেই সময়ত সোধা কে ত বোৰপ্ৰশ্নৰ উত্তৰ দিয়াৰ সময়ত কি ছুবিপদ আৰু অসুবিধা নিহিত হৈ থাকে। তে জসংগ্ৰহ কৰিবলৈ বেজী সোমুৱাওঁতে অলপ অসুবিধা হ'ব পাৰে। বেজী সুমিওৱাৰ বাবে সামান্য ছালচি গাৰ সজাৰনা থাকে; সেই স্থানত নগন্যমাত্রাত সংক্ৰমণ ৰবিপদো থাকে। অৱশ্যে প্ৰায়ভাগলোক ৰেইতে জসংগ্ৰহ কৰোঁতে কোনো ধৰণৰ সংক্ৰমণ নহয় বা সামান্য মাত্রাত উখহাও পৰিলক্ষিত নহয়, এই পাৰ্শ্ব প্ৰতি ক্ৰিয়া সমূহ সকলো সময়ত প্ৰতি ৰোধক ৰিব নোৱাৰি। যদি এই ধৰণৰ কি বালক্ষণে দেখা দিয়ে ই ২ সপ্তাহত কৈ ওক মদিনৰ ভিতৰত ৰতনাইকীয়া হয়। তে জলোৱাৰ সময়ত কি ছু মানুলোকে মূৰ আছন্দাইক ৰা আৰু বুকু ৰধপধপনি বৃদ্ধি পোৱাৰ অভিযোগ কৰে। এই ধৰণৰ লক্ষণে দেখা দিলে আপোনাক বিচ না তশুৱাই/বা প্ৰক্ৰিয়াটে া স্মৃগিত কৰিতাক আঁতৰক ৰিব পাৰি। প্ৰস্তাৱিত অশ্বয়নত কোনো ধৰণে আহত বা আঘাত পোৱাৰ সজাৰনা নাই। অৱশ্যে এই অশ্বয়নত সময়ছোৱাত যদি কে নোবাকৈ আহত হয় বা বেয়াকৈ আঘাত প্ৰাপ্ত হয়, তাৰ বাবে আপুনি স্বাস্থ্য সেৱা বা চিকিৎসালভ কৰিব। অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰাৰ বাবে আপোনাক কোনো ধৰণৰ মাননী দিয়া নহ'ব। অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰাৰ বাবে আপোনাৰ কোনো ধৰণৰ খৰচ নহ'ব- কাৰণ সকলোখিনিক মৰিনামূলীয়াকৈ কৰাহ'ব। চিকিৎসালয়ৰ পৰা অৱ্যাহত দিয়াৰ ৪-৬ সপ্তাহৰ পিছত আপুনি ফল আপ ভিজিট ৰাৰে আহোঁতে, আপুনি দিয়া সময় আৰু অহা-যোৱাত কৰা খৰচ ৰ বাবে এক লীনভাৱে ৩০০ টকা ফ্লাভ কৰিব।

অযুক্তিসংগত ভাৱে জ্ঞেজ্ঞেই অশ্বয়নৰ পৰা প্ৰস্থান

আপুনি অংশগ্ৰহণ কৰাটো সম্পূৰ্ণভাৱে আপোনাৰ ইচ্ছাধীন আপুনি যি কোনো সময়তে ই এই অধ্যয়ন পৰা প্ৰস্থান কৰিব পাৰে। ই আপুনি চিকিৎসালয়ৰ পৰা পোৱা চিকিৎসাকানদণ্ডক কোনো ধৰণে প্ৰভাৱিত নকৰিব।

বিকল্পসমূহ

এই অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণৰ আন কোনো ধৰণৰ বিকল্প নাই।

গোপনীয়তা (ব্যক্তিগত)

অশ্বয়নত কৰা সকলো আপোনাৰ পৰীক্ষাৰ ফলাফল আৰু আপোনাৰ পৰা সংগ্ৰহ কৰা তথ্য-পাতি বোৰৰ পৰীক্ষা সম্পূৰ্ণ হোৱাৰ পিছতে সকলো ধৰণৰ ৰক্ষণাবেক্ষণ প্ৰদান কৰিব। আপোনাৰ চিকিৎসাৰ বাবে আপোনাৰ চিকিৎসক জনক পৰীক্ষাৰ ফলাফল প্ৰদান কৰিলেও এই গৱেষণাৰ পৰা পোৱা ফলাফলৰ ওপৰত চলোৱাকৈ কোনো ধৰণৰ প্ৰভুতি বা প্ৰতিবেদনত আপোনাৰ নাম প্ৰকাশ কৰা নহ'ব।

প্ৰশ্নাৱলী

এই অশ্বয়নত সংক্ৰান্তত আপোনাৰ অধিক াৰ বা বিশেষাধিক াৰ বিষয়ে কি বাসুধিবলগীয়া থাকিলে, অনুগ্ৰহ কৰি মণিপালত থক মণিপাল বিশ্ববিদ্যালয়ৰ ডঃ লক্ষ্মীনাৰায়ণবৈৰীৰ মোবাইল ফোন নম্বৰ ৯৪৪৯২০৮৪৭৮ ত সোমুৱাৰ পৰা শনিবাৰলৈকে পুৱা ৯বজাৰ পৰা বিয়লি ৫টা বজালৈকে ফোন কৰি তেওঁক যোগাযোগ কৰক।

যদি এই অশ্বয়নত বিষয়ে আপোনাৰ কি বাসুধিবলগীয়া আছে, অনুগ্ৰহ কৰি ডঃ অৰুণকুমাৰক তেখেত ৰফিনত ৯১৪৮৯৭০৮৬৪ ত যোগাযোগ কৰক। আপুনি কোনো ধৰণে আহত হোৱা বা যত্ন বা অনুমতি ৰলগত জড়িত যি কোনো বিষয়ত যি কোনো সময়তে বিনাদিধাই তেখেত কসুধিব পাৰিব। অন্য কি বা প্ৰশ্ন থাকিলে অনুগ্ৰহ কৰি ৰোগী কৰ্ডৰ পিছত ফালে দিয়া স্থানীয় বিষয়বোৰলৈ চাওঁক।

এইখন প্ৰ-পত্ৰত দিয়া ফোন নম্বৰকে ইটো জৰুৰীকালীন চিকিৎসাৰ বাবে প্ৰয়োগ নকৰিব। চিকিৎসাজনিতকি বা জৰুৰীকালীন অৱস্থাই দেখাদিলে অনুগ্ৰহ কৰি কামতথক স্বাস্থ্য কে সন্দৈয়াওঁক।

নমুনাবোৰক সংগ্ৰহ কৰিব আৰু ভৱিষ্যতে প্ৰয়োগ কৰাৰ অনুমতি :

এই অশ্বয়নত বাবে সংগ্ৰহ কৰা তেজ, ৰাজহাড ৰত ৰল, নাক/দিঙি ৰহেঙে নুখক াৰ, প্ৰস্ৰাৱ বা পায়খানাৰ নমুনাবোৰক আপোনাৰ অনুমতি সাপেক্ষে জুৰৰ কাৰণবোৰৰ ওপৰত ভৱিষ্যতে গৱেষণামূলক অধ্যয়ন কৰিবলৈ মণিপাল বিশ্ববিদ্যালয় এমচি ভি আৰ-জ্ঞে ০ বছৰ পৰ্যন্ত মজুত কৰিব খাহ'ব। উক্ত নমুনাবোৰ আপোনাৰ নাম/পৰিয়ালৰ নামৰ পৰিবৰ্ত্তে এক মাত্ৰ অশ্বয়নত পৰিচয় সংখ্যা অৰ্থাৎ আইডি সংখ্যা সংগ্ৰহ কৰিব খাহ'ব। বৰ্ত্তমানে ভাৰতত পৰীক্ষাৰ ৰতনস্থান নাথাকিলে নমুনাবোৰ পৰীক্ষাৰ বাবে বিদেশলৈ পঠি়ে ৰাহ'ব; ইয়াক কে ৰলভাৰত চৰকাৰৰ অনুমতি লৈ কৰাহ'ব। যদি আপুনি নিজৰ নমুনাখিনিৰ ভৱিষ্যত প্ৰয়োগ/অন্যান্য পৰীক্ষাৰ বাবে মজুত/পৰীক্ষা কৰোৱাৰ ইচ্ছা নকৰে তেহে, আপোনাৰ পৰা সংগ্ৰহ কৰা নমুনাখিনি এই অশ্বয়নত বাবে কৰিবলগীয়া পৰীক্ষাখিনি সম্পূৰ্ণ কৰি ধুংস কৰি পেলাৱা হ'ব। নমুনাবোৰক কেতিয়াও আপোনাৰ/আপোনাৰ পৰিয়ালৰ সদস্য আনুবাংশিক পৰীক্ষাৰ বাবে প্ৰয়োগ কৰা নহ'ব। আপোনাৰ যদি অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণৰ ইচ্ছা আছে, তেতিয়াই তলৰ শাৰীত চহীক ৰক। শাৰীত চহীক ৰাৰ অৰ্থ হৈছে, "এতিয়া মোৰ অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰাৰ ইচ্ছা আছে।"

মই প্ৰমাণিত কৰিছে যে প্ৰ-পত্ৰৰ বিষয়বস্তুৰ সন্দৰ্ভত মোক ব্যাখ্যা কৰা হৈছে আৰু এই অশ্বয়নত বিষয়ে মই সোধা মোৰ সকলো প্ৰশ্নৰ উত্তৰ দিয়া হৈছে।

অংশগ্ৰহণকাৰী/অভিভাৱক ৰ বা ১৮ বছৰ বয়সৰ তলৰ শিশুৰ ক্ষেত্ৰত কৰ্তৃত্ব শীল বয়সস্বজনৰ চহী/বাওঁ হাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ ছাপ

অংশগ্ৰহণকাৰীৰ নাম

বা

তাৰিখ (দিন/মাহ/বছৰ)

অভিভাৱক ৰ/১৮ বছৰ বয়সৰ তলৰ শিশুৰ ক্ষেত্ৰত কৰ্তৃত্ব শীল বয়সস্বজনৰ নাম

অংশগ্ৰহণকাৰীৰ সৈতে সন্ধ

সাক্ষীৰ চহী

তাৰিখ (দিন/মাহ/বছৰ)

কৰ্তৃত্ব শীল অশ্বয়নতকাৰী কৰ্মচাৰীৰ/পিআইৰ চহী

তাৰিখ (দিন/মাহ/বছৰ)

বিপদ আৰু অসুবিধা

এই অধ্যয়ন বাবে, তে জসংগ্ৰহ কৰোঁতে আৰু সেই সময়ত সোধা কে ত বোৰপ্ৰশ্নৰ উত্তৰ দিয়াৰ সময়ত কি ছুবিপদ আৰু অসুবিধা নিহিত হৈ থাকে। তে জসংগ্ৰহ কৰিবলৈ বেজী সোমুৱাওঁতে অলপ অসুবিধা হ'ব পাৰে। বেজী সুমিওৱাৰ বাবে সামান্য ছালচি গাৰ সজাৰনা থাকে; সেই স্থানত নগন্যমাত্রাত সংক্ৰমণ ৰবিপদো থাকে। অৱশ্যে প্ৰায়ভাগলোক বেইতে জসংগ্ৰহ কৰোঁতে কোনো ধৰণৰ সংক্ৰমণ নহয় বা সামান্য মাত্রাত উখহাও পৰিলক্ষিত নহয়, এই পাৰ্শ্ব প্ৰতি ক্ৰিয়া সমূহ সকলো সময়ত প্ৰতি ৰোধক ৰিব নোৱাৰি। যদি এই ধৰণৰ কি বালক্ষণে দেখা দিয়ে ই ২ সপ্তাহত কৈ ওক মদিনৰ ভিতৰত ৰতনাইকীয়া হয়। তে জলোৱাৰ সময়ত কি ছু মানুলোকে মূৰ আছন্দাইক ৰা আৰু বুকু ৰধপধপনি বৃদ্ধি পোৱাৰ অভিযোগ কৰে। এই ধৰণৰ লক্ষণে দেখা দিলে আপোনাক বিচ নাভুৱাই/বা প্ৰক্ৰিয়াটে া স্মৃগিত কৰিতাক আঁতৰক ৰিব পাৰি। প্ৰস্তাৱিত অশ্বয়নত কোনো ধৰণে আহত বা আঘাত পোৱাৰ সজাৰনা নাই। অৱশ্যে এই অশ্বয়নত সময়ছোৱাত যদি কে নোবাকৈ আহত হয় বা বেয়াকৈ আঘাত প্ৰাপ্ত হয়, তাৰ বাবে আপুনি স্বাস্থ্য সেৱা বা চিকিৎসালভ কৰিব। অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰাৰ বাবে আপোনাক কোনো ধৰণৰ মাননী দিয়া নহ'ব। অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰাৰ বাবে আপোনাৰ কোনো ধৰণৰ খৰচ নহ'ব— কাৰণ সকলোখিনিক মৰিনামূলীয়া কৈ কৰাহ'ব। চিকিৎসালয়ৰ পৰা অৱ্যাহত দিয়াৰ ৪-৬ সপ্তাহৰ পিছত আপুনি ফল আপ ভিজিট ৰাৰে আহোঁতে, আপুনি দিয়া সময় আৰু অহা-যোৱাত কৰা খৰচ ৰ বাবে এক লীনভাৱে ৩০০ টকা ফ্লাভ কৰিব।

অমুক্তিসংগত ভাৱে অশ্বয়নত ই অশ্বয়নৰ পৰা প্ৰস্থান

আপুনি অংশগ্ৰহণ কৰাটো সম্পূৰ্ণভাৱে আপোনাৰ ইচ্ছাধীন আপুনি যি কোনো সময়তে ই এই অধ্যয়ন পৰা প্ৰস্থান কৰিব পাৰে। ই আপুনি চিকিৎসালয়ৰ পৰা পোৱা চিকিৎসালয়ত থাকিবলৈ কোনো ধৰণে প্ৰভাৱিত নকৰিব।

বিকল্পসমূহ

এই অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণৰ আন কোনো ধৰণৰ বিকল্প নাই।

গোপনীয়তা (ব্যক্তিগত)

অশ্বয়নত কৰা সকলো আপোনাৰ পৰীক্ষাৰ ফলাফল আৰু আপোনাৰ পৰা সংগ্ৰহ কৰা তথ্য—পাতি বোৰৰ পৰীক্ষা সম্পূৰ্ণ হোৱাৰ পিছতে সকলো ধৰণৰ ৰক্ষণাবেক্ষণ প্ৰদান কৰিব আপোনাৰ চিকিৎসকৰ বাবে আপোনাৰ চিকিৎসক জনক পৰীক্ষাৰ ফলাফল প্ৰদান কৰিলেও এই গৱেষণাৰ পৰা পোৱা ফলাফলৰ ওপৰত চলোৱা কোনো ধৰণৰ প্ৰভাৱিত বা প্ৰতিবেদনত আপোনাৰ নাম প্ৰকাশ কৰা নহ'ব।

প্ৰশ্নাৱলী

এই অশ্বয়নত সংক্ৰান্তত আপোনাৰ অধিক াৰ বা বিশেষাধিক াৰ বিষয়ে কি বাসুধিবলগীয়া থাকিলে, অনুগ্ৰহ কৰি মণিপালত থক মণিপাল বিশ্ববিদ্যালয়ৰ ডঃ লক্ষ্মীনাৰায়ণবৈৰীৰ মোবাইল ফোন নম্বৰ ৯৪৪৯২০৮৪৭৮ ত সোমুৱাৰ পৰা শনিবাৰলৈকে পুৱা ৯বজাৰ পৰা বিয়লি ৫টা বজালৈকে ফোন কৰি তেওঁক যোগাযোগ কৰক।

যদি এই অশ্বয়নত বিষয়ে আপোনাৰ কি বাসুধিবলগীয়া আছে, অনুগ্ৰহ কৰি ডঃ অৰুণকুমাৰক তেখেত ৰফিনত ৯১৪৮৯৭০৮৬৪ ত যোগাযোগ কৰক আপুনি কোনো ধৰণে আহত হোৱা বা যত্ন বা অনুমতি ৰলগত জড়িত যি কোনো বিষয়ত যি কোনো সময়তে বিনাদিধাই তেখেত কসুধিব পাৰিব। অন্য কি বা প্ৰশ্ন থাকিলে অনুগ্ৰহ কৰি ৰোগী কৰ্ডৰ পিছত ফালে দিয়া স্থানীয় বিষয়বোৰলৈ চাওঁক।

এইখন প্ৰ-পত্ৰত দিয়া ফোন নম্বৰকে ইটো জৰুৰীকালীন চিকিৎসকৰ প্ৰয়োগ নকৰিব। চিকিৎসাজনিতক বা জৰুৰীকালীন অৱস্থাই দেখাদিলে অনুগ্ৰহ কৰি কামতথক স্বাস্থ্য কে সন্দৈয়াওঁক।

নমুনাবোৰক সংগ্ৰহ কৰিব আৰু ভৱিষ্যতে প্ৰয়োগ কৰাৰ অনুমতি :

এই অশ্বয়নত বাবে সংগ্ৰহ কৰা তেজ, ৰাজহাড ৰত ৰল, নাক/দিঙি ৰহেঙে নুখক াৰ, প্ৰস্ৰাৱৰ পায়খানাৰ নমুনাবোৰক আপোনাৰ অনুমতি সাপেক্ষে জ্বৰৰ কাৰণবোৰৰ ওপৰত ভৱিষ্যতে গৱেষণামূলক অধ্যয়ন কৰিবলৈ মণিপাল বিশ্ববিদ্যালয় এমচি ভি আৰ-জি ০ বছৰ পৰ্যন্ত মজুত কৰিব খাহ'ব। উক্ত নমুনাবোৰ আপোনাৰ নাম/পৰিয়ালৰ নামৰ পৰিবৰ্ত্তে এক মাত্ৰ অশ্বয়নত পৰিচয় সংখ্যা অৰ্থাৎ আইডি সংখ্যা সংগ্ৰহ কৰিব খাহ'ব। বৰ্ত্তমানে ভাৰতত পৰীক্ষাৰ ৰতনস্থান নাথাকিলে নমুনাবোৰ পৰীক্ষাৰ বাবে বিদেশলৈ পঠি়োৱা হ'ব; ইয়াক কে ৰলভাৰত চৰকাৰৰ অনুমতি লৈ কৰা হ'ব। যদি আপুনি নিজৰ নমুনাখিনিৰ ভৱিষ্যত প্ৰয়োগ/অন্যান্য পৰীক্ষাৰ বাবে মজুত/পৰীক্ষা কৰোৱাৰ ইচ্ছা নকৰে তেহে, আপোনাৰ পৰা সংগ্ৰহ কৰা নমুনাখিনি এই অশ্বয়নত বাবে কৰিবলগীয়া পৰীক্ষাখিনি সম্পূৰ্ণ কৰিবলৈ ব্যৱহাৰ কৰিবলৈ খাহ'ব। নমুনাবোৰক কেতিয়াও আপোনাৰ/আপোনাৰ পৰিয়ালৰ সদস্য আনুৰূপিক পৰীক্ষাৰ বাবে প্ৰয়োগ কৰা নহ'ব। আপোনাৰ যদি অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণৰ ইচ্ছা আছে, তেতিয়াই তলৰ শাৰীত চীক ৰক শাৰীত চীক ৰাৰ অৰ্থ হৈছে, "এতিয়া মোৰ অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰাৰ ইচ্ছা আছে।"

মই প্ৰমাণিত কৰিছে যে প্ৰ-পত্ৰৰ বিষয়বস্তুৰ সন্দৰ্ভত মোক ব্যাখ্যা কৰা হৈছে আৰু এই অশ্বয়নত বিষয়ে মই সোধা মোৰ সকলো প্ৰশ্নৰ উত্তৰ দিয়া হৈছে।

অংশগ্ৰহণকাৰী/অভিভাৱক ৰ বা ১৮ বছৰ বয়সৰ তলৰ শিশুৰ ক্ষেত্ৰত কৰ্তৃত্ব শীল বয়সস্বজনৰ চহী/বাওঁ হাতৰ বুঢ়া আঙুলিৰ ছাপ

অংশগ্ৰহণকাৰীৰ নাম

বা

তাৰিখ (দিন/মাহ/বছৰ)

অভিভাৱক ৰ/১৮ বছৰ বয়সৰ তলৰ শিশুৰ ক্ষেত্ৰত কৰ্তৃত্ব শীল বয়সস্বজনৰ নাম

অংশগ্ৰহণকাৰীৰ সৈতে সন্ধ

সাক্ষীৰ চহী

তাৰিখ (দিন/মাহ/বছৰ)

কৰ্তৃত্ব শীল অশ্বয়নতকাৰী কৰ্মচাৰীৰ/পিআইৰ চহী

তাৰিখ (দিন/মাহ/বছৰ)

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 Rs600 to cover the cost of your transportation and your time.

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

Participant's name

OR

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Relationship with participant

Signature of witness

Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

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

_____ **Voluntary Consent to participate** _____

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

Study ID #

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

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu

Mobile : +91- 91489 70864

Fax : +91- 820 - 2922718

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

Purpose

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

Explanation of Procedures

What we would like to do

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

You will not be paid for being in the study. There are no costs to you for participating in this study – all supplies and materials will be provided free of charge. When you return for the follow-up visit 4-6 weeks after getting discharged from the hospital, you will receive a fixed sum one-time payment of Rs600 to cover the cost of your transportation and your time.

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

Participant's name

OR

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Relationship with participant

Signature of witness

Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

অনুমতি প্ৰ-পত্ৰ 7-17 বছৰ বয়সৰ শিশুৱে দিয়া পঞ্জীকৃত অনুমতি

ভাৰতত একি উট ফিৱাইল ৰোগৰ(এএফআই) চিকিৎসালয় আধাৰিত সমীক্ষা

অংশগ্ৰহণ কৰিবলৈ স্বেচ্ছাই দিয়া সন্মতি

প্ৰধান তন্ত্ৰকৰী ডঃ জি অৰুণকুমাৰ

প্ৰবক্তা আৰু মূৰব্বী

মণিপাল চেণ্টাৰ ফৰ ডাইৰাচ ৰিচাৰ্জ

মণিপাল বিশ্ববিদ্যালয়, মণিপাল, কৰ্ণাটক ৰাজ্য, ভাৰত 576104

Study ID #

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

ই-মেইল : arun.kumar@manipal.edu

মোবাইল : +91-9148970864

ফেক্স : +91-820-2922718

তেমাক এটা গৱেষণামূলক অংশগ্ৰহণ কৰিবলৈকে আহিছে। গৱেষণা হৈছে পঢ়াশালীতকৰিভিন্নবিষয়তে। তেমাৰচিকিৎসকেতেমাৰঅসুখহোৱাৰবাবেতেমাৰ
তেজ/শৰীৰতসংক্ৰমণহোৱাবুলিঅনুমানকৰিছেআৰুসেমেতেমাকগৱেষণামূলকঅংশগ্ৰহণকৰোৱাবলৈআহিছে।

এইঅংশগ্ৰহণতঅংশগ্ৰহণকাৰিবানেইতুমিসিদ্ধান্তকৰাযদিঅংশগ্ৰহণকৰাৰইচ্ছাআছে, তেতিয়াইচ্ছাৰেমেমাৰস্বাস্থ্যঅৱস্থাআৰুপৃষ্ঠভূমিবিসয়েপ্ৰশ্নসোধাহ'ব। এজনস্বেচ্ছাসেৱী
হিচাবেতেমাকচিকিৎসকৰকেনোপ্ৰশ্নৰউত্তৰদিয়াটোবাধ্যতামূলকনহয়। এইঅংশগ্ৰহণতঅংশগ্ৰহণকাৰে,তেমাৰবাহুৰপৰাতিনিবাৰতপ্ৰায়৫-১০মিলিলিটৰিকৈপ্ৰায়একচামুচৰসমান
তেজনমুনাৰবাবেসংগ্ৰহকৰাহ'ব। এইঅংশগ্ৰহণতস্বেচ্ছাসেৱকহিচাবেকিমাকৰিবলৈসন্মতহোৱাৰলগেলেপ্ৰথমবাৰৰবাবেতেজলোৱাহ'ব। পঞ্জীকৰণকালতনাকৰহেতু, নৃদিগ্ৰি
খেকৰআৰুপ্ৰস্ৰাৱৰনমুনাওসংগ্ৰহকৰাহ'ব। যদিপনীয়াপায়খানাহৈছে(পেটচলা)তেতিয়াপায়খানা/পায়ুৰঅৱশিষ্টপায়খানাৰনমুনাওসংগ্ৰহকৰাহ'ব। যদিহেনিমীয়াচিকিৎসা
বাবেমেকদণ্ডৰতৰলপদাৰ্থসংগ্ৰহকৰিছে, তেতিয়াইচ্ছাৰেমেমাৰঅংশগ্ৰহণকাৰে-৪মিলিলিটৰিকৈজোখৰতৰলওসংগ্ৰহকৰাহ'ব।

তেমাকচিকিৎসালয়ৰপৰাব্যাহতিদিয়াৰঠিকআগতদ্বিতীয়বাৰবাবেতেমাৰপৰাতেজৰনমুনাংগ্ৰহকৰাহ'ব। চিকিৎসালয়ৰপৰাব্যাহতিদিয়াৰ৪-৬সপ্তাহৰপিছততুমি
ফৰ্মআপৰবাবেআহিবলৈইচ্ছাকৰিলেতৃতীয়বাৰবাবেতেমাৰতেজৰনমুনাংগ্ৰহকৰাহ'ব। ফৰ্মআপৰবাবেসৰ্বাধিক১৫মিনিটসময়লাগিবপাৰে। এইভ্ৰমণৰসময়তে
তেমাকচিকিৎসালয়ৰপৰাৰপিছতকেনেঅনুভৱকৰিছ। এইবিষয়েসুধিবপাৰে। নিৰ্দিষ্টসময়তফৰ্মআপৰবাবেনাহিলে, অংশগ্ৰহণকৰোৱাৰবাবেতেমাকচিকিৎসালয়
যোগাযোগকৰিবপাৰে। বাঘৰবাবেআহিফৰ্মআপৰবাবেএতিয়াআগ্ৰহীহয়নেনহয়সুধিবপাৰে।

লাভলাভ

এইঅংশগ্ৰহণকৰিবপ্ৰত্যক্ষভাৱেএকেনোধৰণেউপকৃতহ'বনোৱাৰিব। এইঅংশগ্ৰহণবাবেস্বেচ্ছাইঅনুমতিনিদিলেওএকেধৰণৰস্বাস্থ্যসেৱালাভকৰিব। প্ৰয়োগশালাতকৰা
অতিৰিক্তপৰীক্ষাৰফলাফলবোৰকতেমাৰচিকিৎসকগৰাকীস্বদেশকৰাহ'বআৰুইয়াকতেমাৰস্বাস্থ্যৰবেকৰ্ত্তৰখাহ'ব। এইফলাফলেতেমাৰস্বাস্থ্যৰযত্নতসহায়কৰিবপাৰে।
এইঅংশগ্ৰহণতেমাৰসমুদায়হোৱাভিিন্নধৰণৰসংক্ৰমণৰবিষয়েজনাতআৰুসেইবোৰকপ্ৰতিৰোধকৰাতসহায়কৰিবপাৰে।

বিপদআৰুঅসুবিধা

এইঅংশগ্ৰহণবাবে,তেজসংগ্ৰহকৰোঁতেআৰুসেইসময়তসোধাকেনোপ্ৰশ্নৰউত্তৰদিয়াৰসময়তকিছুবিপদআৰুঅসুবিধাৰনিহিতহৈথাকিবপাৰে। তেজসংগ্ৰহকৰিবলৈবেজী
সোমুৱাততেঅলপঅসুবিধাহ'বপাৰে। বেজীদিয়াৰবাবেসামান্যউখহাৰসামান্যছালচিগাৰসত্তাৰনাথাকে;সেইস্থানতনগন্যমাত্ৰাতসংক্ৰমণৰবিপদোথাকে। অৱশ্যেপ্ৰায়ভাগ
লোকৰেইতেজসংগ্ৰহকৰোঁতেকেনোধৰণৰসংক্ৰমণনহয়সামান্যমাত্ৰাতউখহাওপৰিলক্ষিতনহয়,এইবোৰপাৰ্শ্বপ্ৰতিক্ৰিয়াসকলোসময়তপ্ৰতিৰোধকৰিবনোৱাৰিব। যদিএইধৰণ
কিবালাফলপ্ৰদেখাদিয়েতেহেই২সপ্তাহতকৈওকমদিনৰভিত্তিকৰক্তসংক্ৰমণহয়। তেজলোৱাৰসময়তকিছুমানলোকেমুৰ্ছাচন্দ্ৰাইকৰাৰআৰুবুকুৰধৰণপৰিষ্কাৰকৰিবলৈ
কৰে। এইধৰণৰলাফলপ্ৰদেখাদিলেতেমাকবিচনাশুৱাই/বাপ্ৰক্ৰিয়াস্থগিতৰাখিতকোআঁতৰকৰিবপাৰিব। বহুতকমলোকৰতেজলওঁতেচামনিবন্ধাদেখিবলৈপোৱাযায়। প্ৰস্ৰাৱিত
অংশগ্ৰহণকেনোধৰণেআহতবাআঘাতপোৱাৰসত্তাৰনাহি। অৱশ্যেএইঅংশগ্ৰহণতসময়তেহোৱাযদিএকেনোকৈআহতহোৱাবাবেমাকৈআঘাতপ্ৰাপ্তহোৱা,তৰবাবেস্বাস্থ্যসেৱা
চিকিৎসালয়তকৰিব।

অতিৰিক্তপ্ৰশ্নৰউত্তৰদিবলৈতথাকফৰ্মআপভিজিটস্বাক্ৰিয়াসম্পূৰ্ণকৰিবলৈঅতিৰিক্তভাৱেএকিছুসময়লাগিবপাৰে।

অংশগ্ৰহণকৰাৰবাবেতেমাককেনোধৰণৰমাননীদিয়ানহ'ব। অৱশ্যে,চিকিৎসালয়ৰপৰাব্যাহতিদিয়াৰ৪-৬সপ্তাহৰপিছততুমিফৰ্মআপভিজিটৰবাবেআহোঁতেতুমি
দিয়াসময়আৰুঅহাযোৱাতকৰাখৰচৰবাবেতেমাকএককলীনতৱেৰে৬০০টকদিয়াহ'ব।

এইঅংশগ্ৰহণবাবেসংগ্ৰহকৰাতেজ,ৰাজহাডৰতৰলপদাৰ্থ,নাক/দিগ্ৰিৰহেওনুৰাখেকৰ,প্ৰস্ৰাৱৰপায়খানাৰনমুনাবোৰতেমাৰঅনুমতিসাপেক্ষেভাৱেগৱেষণামূলকঅংশগ্ৰহণ
কৰিবলৈসঁচিথোৱাহ'ব। উক্তনমুনাবোৰকতেমাৰনাম/পৰিয়ালৰনামৰপৰিবেৰ্ত্তেএকমাত্ৰঅধ্যয়নপৰিচালনাৰাখিব। অৰ্থাৎআইডিংসংখ্যাংগ্ৰহণকৰিমণিপালবিশ্ববিদ্যালয়
এমচিভিআৰ-৩০০বছৰৰবাবেমজুতকৰিবৰখাহ'ব। বৰ্ত্তমানভাৰততপৰীক্ষাৰব্যৱস্থানাথাকিলেনমুনাবোৰপৰীক্ষাৰবাবেবিদেশলৈপঠোৱাহ'ব;এয়াকেনোভাৰতচৰকাৰ
অনুমতিলাইকেকৰাহ'ব। যদিনিজৰনমুনাখিনিৰভাৱেপ্ৰয়োগ/অংশালপৰীক্ষাৰবাবেমজুত/পৰীক্ষাকৰোৱাৰইচ্ছানাথাকিলেতেমাৰপৰাসংগ্ৰহকৰানমুনাখিনিকএইঅংশগ্ৰহণ
বাবেকৰিবলগীয়াপৰীক্ষাখিনিসম্পূৰ্ণকৰিবুৎসকৰিদিয়াহ'ব। নমুনাবোৰককেনোমতেমাৰপৰিয়ালৰসদস্যৰআনুৰূপিকপৰীক্ষাৰবাবেপ্ৰয়োগকৰানহ'ব।

এইঅংশগ্ৰহণতবিষয়েতুমিযিকেনোনোসময়তপ্ৰশ্নসুধিবপাৰা। অংশগ্ৰহণতজড়িতকমীসকলেতেমাৰপ্ৰশ্নৰউত্তৰদিব। তুমিযেতিয়াইচ্ছাতেতিয়াইঅংশগ্ৰহণতপৰাআঁতৰিবপাৰা।
কেনোওতেমাকবেয়ানাপাৰ। তুমিঅংশগ্ৰহণকৰিবলৈআহিবলৈহয়। এৰিদিলাওচিকিৎসকেতেমাকআগৰুদৰেইচিকিৎসকৰিখাকিব। তেমাৰযদিঅংশগ্ৰহণযোগদানকৰা
ইচ্ছাআছেতেতিয়াইচ্ছাৰেমেমাৰঅংশগ্ৰহণকৰিবলৈআহিবলৈহয়।

এইঅংশগ্ৰহণতসংক্ৰান্তনিজৰঅধিকাৰবা বিশেষাধিকাৰবিষয়েকি বাসুধিবলগীয়া থাকিলে,অনুগ্ৰহকৰিমণিপালতথক। মণিপাল বিশ্ববিদ্যালয়ৰড. লক্ষ্মীনাৰায়ণবৈৰীৰমোবাইলফোন
নম্বৰ৯৪৪৯২০৮৪৭৮তসোমবাৰৰপৰাশনিবাৰলৈকেপুৱা৯বজাৰপৰা১৫বজালৈকেফোনকৰিতেওকযোগাযোগকৰিবপাৰিব।

যদিএইঅংশগ্ৰহণতবিষয়েতেমাৰকি বাসুধিবলগীয়াআছে,অনুগ্ৰহকৰিডঃ অৰুণকুমাৰকতেখেতৰফোননম্বৰ৯১৪৮৯৭০৮৬৪তযোগাযোগকৰিব। কেনোধৰণেআহতহোৱাবাযত্নবা
অনুমতিৰলগতজড়িতযিকেনোনোবিষয়তযিকেনোনোসময়তেইবিনাধিধাইতেখেতকসুধিবপাৰিব। অংশগ্ৰহণকৰিবাপ্ৰশ্নথাকিলেঅনুগ্ৰহকৰিব'ৰোগীক'ৰ্ডৰপিছফলেদিয়াস্থানীয়
বিষয়বোৰলৈচোৱা

এইখনপ্ৰ-পত্ৰতদিয়াফোননম্বৰকেইটাকজৰুৰীকলীনচিকিৎসাকৰোৱাৰপ্ৰয়োগনকৰিব। চিকিৎসাজনিতকৰাজৰুৰীকলীনঅৱস্থাইদেখাদিলেঅনুগ্ৰহকৰিকিৎসককস্বাস্থ্যকেস্বলৈ
যাবা।

তেমাৰযদিঅংশগ্ৰহণতঅংশগ্ৰহণৰইচ্ছাআছে,তেতিয়াইচ্ছাৰেমেমাৰশাৰীতচহীকৰাশাৰীতচহীকৰাৰঅৰ্থহৈছে,“এতিয়ামাৰেঅংশগ্ৰহণতঅংশগ্ৰহণকৰাৰইচ্ছাআছে।”

অংশগ্ৰহণকাৰীৰচহী/বাওঁহাতৰবুচআঙুলিৰছাপ

তাৰিখ(দিন/মাহ/বছৰ)

মইপ্ৰমাণিতকৰিছোঁযেপ্ৰ-পত্ৰবিষয়বস্তুবোৰসোকৰাখ্যা কৰাহৈছে আৰুএইঅধ্যয়নৰবিষয়েমইসোধামোৰসকলোপ্ৰশ্নৰউত্তৰদিয়াহৈছে।

কৰ্তৃত্বশীল অংশগ্ৰহণকাৰীকৰ্মচাৰী/পিতৃ/মাতৃ

তাৰিখ(দিন/মাহ/বছৰ)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

অনুমতি প্ৰ-পত্ৰ 7-17 বছৰ বয়সৰ শিশুৱে দিয়া পঞ্জীকৃত অনুমতি

ভাৰতত একি উট ফিৱাইল ৰোগৰ(এএফআই) চিকিৎসালয় আধাৰিত সমীক্ষা

অংশগ্ৰহণ কৰিবলৈ স্বেচ্ছাই দিয়া সন্মতি

প্ৰধান তত্ত্বকৰী ডঃ জি অৰুণকুমাৰ

প্ৰবক্তা আৰু মূৰব্বী

মণিপাল চেণ্টাৰ ফৰ ডাইৰাচ ৰিচাৰ্জ

মণিপাল বিশ্ববিদ্যালয়, মণিপাল, কৰ্ণাটক ৰাজ্য, ভাৰত576104

Study ID #

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

ই-মেইল : arun.kumar@manipal.edu

মোবাইল : +91-9148970864

ফেক্স : +91-820-2922718

তেমাকএটাগৱেষণামূলক অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰিবলৈকেৱাহৈছে।গৱেষণাহৈছেপঢ়াশালীতথকাবিজ্ঞানবিষয়টোৰদ্বাৰা।তেমাকচিকিৎসকেতেমাকঅসুখহোৱাৰবাবেতেমাক
তেজ/শৰীৰতসংক্ৰমণহোৱাবুলিঅনুমানকৰিছেআৰুসেমেতেমাকগৱেষণামূলক অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰোৱাবলৈআগ্ৰহ কৰিছে।

এই অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰিবলৈ নাই তুমি সিদ্ধান্ত কৰা যদি অংশগ্ৰহণ কৰা হৈছে। আৰু, তেতিয়াই তেমাৰ স্বাস্থ্য অৱস্থা আৰু পৃষ্ঠভূমিৰ বিষয়ে প্ৰশ্ন সোধা হ'ব। এজন স্বেচ্ছাসেৱী
হিচাবেতেমাকচিকিৎসকৰকোনোপ্ৰশ্নৰউত্তৰদিয়াটোবাধ্যতামূলকনহয়। এই অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰা হ'ব, তেমাৰ বাহুৰপৰা তি নিৰাৰত প্ৰায় ৫-১০ মিলিলিটাৰ কৈপ্ৰায় একচামুচ ৰসমান
তেজনমুনাৰবাবেসংগ্ৰহ কৰা হ'ব। এই অশ্বয়নত স্বেচ্ছাসেৱকহিচাবেকিমাকৰিবলৈসন্মতহোৱাৰলগেলেপ্ৰথমবাৰৰবাবেতেজলোৱা হ'ব। পঞ্জীকৰণকালতনাকৰহেতু নৃদিগিৰ
খেকাৰআৰুপ্ৰস্ৰাৱৰনমুনাও সংগ্ৰহ কৰা হ'ব যদি পনীয়া পায়খানা হৈছে (পেটচলা)তেতিয়াপায়খানা/পায়ৰ অৱশিষ্ট পায়খানাৰ নমুনাও সংগ্ৰহ কৰা হ'ব। যদিহে নিয়মীয়া চিকিৎসা
বাবেমেকদণ্ডৰতৰলপদাৰ্থ সংগ্ৰহ কৰিছে, তেতিয়াই অশ্বয়নৰ বাবে ৪-মিলিলিটাৰ জোখৰ তৰলও সংগ্ৰহ কৰা হ'ব।

তেমাকচিকিৎসালয়ৰপৰা অৱ্যাহতি দিয়াৰ ঠিক আগত দ্বিতীয়বাৰৰবাবেতেমাকৰপৰাতেজৰনমুনা সংগ্ৰহ কৰা হ'ব। চিকিৎসালয়ৰপৰা অৱ্যাহতি দিয়াৰ ৪-৬ সপ্তাহৰ পিছত তুমি
ফৰ্ম আপৰ বাবে আহিবলৈ ইচ্ছাকৰিলে তুমি তৃতীয়বাৰৰবাবেতেমাকৰ জৰনমুনা সংগ্ৰহ কৰা হ'ব। ফৰ্ম আপৰ বাবে সৰ্বাধিক ১৫মিনিট সময় লাগিব পাৰে। এই প্ৰসংগত সময় হাত
তেমাকচিকিৎসালয়ৰপৰা অৱ্যাহতি পিছত তাকে নেঅনুভৱ কৰিছ। এই বিষয়ে সুধিবপাৰে। নিৰ্দিষ্ট সময়ত ফৰ্ম আপৰ বাবে নাহিলে, অশ্বয়ন দলৰ কোনো সদস্যই তেমাৰকৈ লিখে নৰবাগেদি
যোগাযোগ কৰিবপাৰে বা ঘৰলৈ আহি ফৰ্ম আপৰ বাবে এতিয়া আগ্ৰহী হয় নে নহয় সুধিবপাৰে।

লাভ লাভ

এই অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰিবলৈ উৎসাহিত কৰিবলৈ। এই অশ্বয়নত বাবে স্বেচ্ছাই অনুমতি নিদিলেও একে ধৰণৰ স্বাস্থ্যসেৱা লাভ কৰিব। প্ৰয়োগশালাত কৰা
অতিৰিক্ত পৰীক্ষাৰ ফল লাভ কৰিবলৈ তেমাৰকৈ একে গৰাকী সন্মতি কৰা হ'ব আৰু ইয়াক তেমাৰ স্বাস্থ্যৰ বেকাৰত ৰখা হ'ব। এই ফল লাভ লৈতে মাকৰ স্বাস্থ্যৰ যত্ন সহায় কৰিব পাৰে।
এই অশ্বয়নে ভৱিষ্যতে তেমাৰ সমুদায় হোৱা বিভিন্ন ধৰণৰ সংক্ৰমণৰ বিষয়ে জনাত আৰু সেইবোৰক প্ৰতি ৰোধকৰাত সহায় কৰিব পাৰে।

বিপদ আৰু অসুবিধা

এই অশ্বয়নৰ বাবে, তেজ সংগ্ৰহ কৰোঁতে আৰু সেই সময়ত সোধা কেতবোৰ প্ৰশ্নৰ উত্তৰ দিয়াৰ সময়ত কিছু বিপদ আৰু অসুবিধা নিহিত হৈ থাকিব পাৰে। তেজ সংগ্ৰহ কৰিবলৈ বেজী
সোমুৱাত তে অলপ অসুবিধা হ'ব পাৰে। বেজী দিয়াৰ বাবে সামান্য উত্থা বা সামান্য ছাল চিকিৎসাৰ গাৰ সন্ধানৰা থাকে; সেই স্থানত নগন্য মাত্ৰাত সংক্ৰমণৰ বিপদ থাকে। অৱশ্যে প্ৰায় ৭
লোকৰেই তেজ সংগ্ৰহ কৰোঁতে কোনো ধৰণৰ সংক্ৰমণ নহয় সামান্য মাত্ৰাত উত্থাও পৰিলক্ষিত নহয়, এইবোৰ পাৰ্শ্ব প্ৰতিক্ৰিয়া সৰু লোকসময়ত প্ৰতি ৰোধকৰিব নোৱাৰিব। যদি এই ধৰণৰ
কি বালাফল দেখা দিয়ে তেহেই ২ সপ্তাহত কৈ এক মদিনৰ ভিতৰত ৰক্তাৱিকীয়া হয়। তেজলোৱাৰ সময়ত কিছু মূল্যলোকে মূৰ আচন্দাইক ৰাৰ আৰু বুকু ৰূপধৰণী বৃদ্ধি পোৱাৰ অভিযোগ
কৰে এই ধৰণৰ লক্ষণ দেখা দিলে তেমাৰকি নাটশুৱাই/বা প্ৰক্ৰিয়া স্থগিত ৰাখি তাক আঁতৰ কৰিব পাৰিব। বহুতকমলোকৰেতেজলগত চামনিবন্ধাদেখিবলৈপোৱা যায়। প্ৰস্ৰাৱিত
অশ্বয়নত কোনো ধৰণে আহত বা আঘাত পোৱাৰ সন্ধান নাই। অৱশ্যে এই অশ্বয়নত সময় হাত যদি কে নেবাকৈ আহত হোৱা বা বেয়াকৈ আহত প্ৰস্ৰ হোৱা, তাৰ বাবে স্বাস্থ্য সেৱা
চিকিৎসালয়ত কৰিব।

অতিৰিক্ত প্ৰশ্নৰ উত্তৰ দিবলৈ তখাফৰ্ম আপ ডিজিটাল স্বাক্ষৰ সম্পূৰ্ণ কৰিবলৈ অতিৰিক্ত বৈধ কিছু সময় লাগিব পাৰে।

অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰাৰ বাবে তেমাককৈ কোনো ধৰণৰ মাননীয়া দিয়া নহ'ব। অৱশ্যে, চিকিৎসালয়ৰপৰা অৱ্যাহতি দিয়াৰ ৪-৬ সপ্তাহৰ পিছত তুমি ফৰ্ম আপ ডিজিটাল স্বাক্ষৰ আহোঁতে তুমি
দিয়া সময় আৰু অহা যোৱাত কৰাৰ বাবে তেমাক এক কলীনত ১৫০ টক দিয়া হ'ব।

এই অশ্বয়নত বাবে সংগ্ৰহ কৰা তেজ, ৰাজহাড়া ৰতৰ লপদাৰ্থ, নাক/দিগি ৰহেও নুবাখেকাৰ, প্ৰস্ৰাৱৰ পায়খানাৰ নমুনাবোৰ তেমাৰ অনুমতি সাপেক্ষে ভৱিষ্যতে গৱেষণামূলক অশ্বয়নত
কৰিবলৈ সাঁচি থোৱা হ'ব। উক্ত নমুনাবোৰক তেমাৰ নাম/পৰিয়ালৰ নামৰ পৰিৱৰ্ত্তে এক মাত্ৰ অধ্যয়ন পৰিচালনা সংস্থা অৰ্থাৎ আইডি সংস্থা সংগ্ৰহ কৰিবলৈ মণিপাল বিশ্ববিদ্যালয়ৰ
এমচি ডি আৰ-৩১০ ৰূপৰ বাবে মজুত কৰি ৰখা হ'ব। বৰ্ত্তমানে ভাৰতত পৰীক্ষাৰ ব্যৱস্থা নাথাকিলে নমুনাবোৰ পৰীক্ষাৰ বাবে বিদেশলৈ পঠি়োৱা হ'ব; এয়া কেৱল ভাৰতত কৰা
অনুমতি লৈহে কৰা হ'ব যদি নিজৰ নমুনাখিনিৰ ভৱিষ্যত প্ৰয়োগ/অংশাল পৰীক্ষাৰ বাবে মজুত/পৰীক্ষা কৰোৱাৰ ইচ্ছা নাথাকিলে তেমাৰ পৰা সংগ্ৰহ কৰা নমুনাখিনি এই অশ্বয়নত
বাবে কৰিবলগীয়া পৰীক্ষাখিনি সম্পূৰ্ণ কৰিবলৈ হ'ব। নমুনাবোৰক কেতিয়াও তেমাৰ পৰিয়ালৰ সদস্যৰ আনুৰাগিক পৰীক্ষাৰ বাবে প্ৰয়োগ কৰা নহ'ব।

এই অশ্বয়নত বিষয়ে তুমি যি কোনো প্ৰশ্ন সুধিব পাৰা। অশ্বয়নত জড়িত কৰ্মীসকলে তেমাৰ প্ৰশ্নৰ উত্তৰ দিব। তুমি যেতিয়া ইচ্ছা কৰি তেতিয়াই অশ্বয়নত পৰা আঁতৰি যাব পাৰা।
কোনো তেমাক বেয়া নাপাৰ। তুমি অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰিবলৈ ইচ্ছা কৰিলেও চিকিৎসকে তেমাৰ আগৰদৰেই চিকিৎসা ৰিখা কৰিব। তেমাৰ যদি অশ্বয়নত যোগদান কৰা
ইচ্ছা আছে তেতিয়াই এই গৱেষণাৰ লগত জড়িত কৰ্মীসকলে তেমাৰ নাম আৰু তেমাৰ বিষয়ে জানিবলৈ চিকিৎসা ৰিখা কৰিব।

এই অশ্বয়নৰ সংক্ৰান্তত নিজৰ অধিকাৰ বা বিশেষাধিকাৰ বিষয়ে কি বা সুধিবলগীয়া থাকিলে, অনুগ্ৰহ কৰি মণিপালত থকা মণিপাল বিশ্ববিদ্যালয়ৰ ড. লক্ষ্মীনাৰায়ণ বৈৰীৰ মোবাইল ফোন
নম্বৰ ৯৪৪৯২০৮৪৭৮ ত সোমবাৰৰ পৰা শনিবাৰলৈকে পুৱা ৯বজাৰ পৰা বিয়লি ৫টা বজালৈকে ফোন কৰিবলৈকে যোগাযোগ কৰিব পাৰিব।

যদি এই অশ্বয়নৰ বিষয়ে তেমাৰকি বা সুধিবলগীয়া আছে, অনুগ্ৰহ কৰি ডঃ অৰুণকুমাৰক তেখেতৰ ফোন নম্বৰ ৯১৪৮৯৭০৮৬৪ ত যোগাযোগ কৰিব। কোনো ধৰণে আহত হোৱা বা যত্ন
অনুমতি ৰলগত জড়িত যি কোনো বিষয়ত যি কোনো সময়তে ই বিনাধিৰাই তেখেতক সুধিব পাৰিব। অংশ কৰিব পাৰিব। অংশ কৰিব পাৰিব। অংশ কৰিব পাৰিব। অংশ কৰিব পাৰিব।
বিষয়বোৰলৈ চোৱা

এইখন প্ৰ-পত্ৰত দিয়া ফোন নম্বৰকে ইটাক জৰুৰীকালীন চিকিৎসাৰ প্ৰয়োগ নকৰিব। চিকিৎসাজনিতক বা জৰুৰীকালীন অৱস্থাই দেখা দিলে অনুগ্ৰহ কৰি কৰ্মীসকলে ইয়াত
যাব।

তেমাৰ যদি অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণৰ ইচ্ছা আছে, তেতিয়াই তেমাৰ শাৰীৰত চিকিৎসা শাৰীৰ চিকিৎসাৰ অৰ্থ হৈছে, "এতিয়া মোৰ অশ্বয়নত অংশগ্ৰহণ কৰাৰ ইচ্ছা আছে।"

অংশগ্ৰহণ কৰিবলৈ চাই/বাওঁহাতৰ বুকু আঙুলিৰ ছাপ

তাৰিখ (দিন/মাহ/বছৰ)

মই প্ৰমাণিত কৰিছোঁ যে প্ৰ-পত্ৰত দিয়া ফোন নম্বৰকৈ ইটাক জৰুৰীকালীন চিকিৎসাৰ প্ৰয়োগ নকৰিব। চিকিৎসাজনিতক বা জৰুৰীকালীন অৱস্থাই দেখা দিলে অনুগ্ৰহ কৰি কৰ্মীসকলে ইয়াত
যাব।

কৰ্তৃত্ব শীল অশ্বয়ন কৰ্মী কৰ্মচাৰী/পিআইচি

তাৰিখ (দিন/মাহ/বছৰ)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

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

Study ID #

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

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

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

Study ID #

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

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Study ID #	Date of recruitment	Study Site
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMOGRAPHIC INFORMATION জনগণিত নিগত তথ্য		
1 Address ঠিকানা		
1a. State রাজ্য: _____	1f. Post Office ডাকঘর _____	
1b. District জিলা: _____	1g. Gram Panchayath গ্রাম পঞ্চায়ত _____	
1c. Taluk/Block: _____	1h. Village গাওঁ: _____	
1d. Tehsil/Ward No: _____	1i. Landmark ভূচিহ্ন _____	
1e. PIN Code পিন কোড: _____		
2		
2a. Age in years বছর অনুসন্ধানবয়স: _____	2d. Marital status বৈবাহিক অবস্থা	
	<input type="checkbox"/> Single অবিবাহিত	<input type="checkbox"/> Married বিবাহিত
2b. DOB: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	If Married female, যদি বিবাহিত মহিলা,	
2c. Gender লিঙ্গ:	2e. Currently pregnant বর্তমান গর্ভবতী	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N
<input type="checkbox"/> Male পুরুষ	<input type="checkbox"/> Female মহিলা	<input type="checkbox"/> Others অন্যান্য
	2f. Weeks সপ্তাহ	<input type="text"/>
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): _____ মুখ্য জীবিকা (তালিকা থেকে নির্বাচন করুন)		
3b. Secondary Occupation 1: _____ গৌণ জীবিকা 1		
3c. Secondary Occupation 2: _____ গৌণ জীবিকা 2		
3d. Secondary Occupation 3: _____ গৌণ জীবিকা 3		
List of Occupations (জীবিকা তালিকা):		
Professionals	Non-professionals	
Carpenter বাঁচ	Farmer কৃষক	
Doctor চিকিৎসক	Head load coolie মূরত বোজা কঢ়িওরণ ক্রী	
Driver ড্রাইভার	Housewife গৃহিণী	
Electrician বিদ্যুৎ কর্মী	Manual labourer (Agriculture) শ্রমিক (কৃষি)	
Health worker স্বাস্থ্যকর্মী	Manual labourer (Masonry) শ্রমিক (মিস্ত্রি)	
Office worker কর্মচারী	Meat handler কসাই	
Nurse নার্স	Shepherd গরমীয়া	
Student শিক্ষার্থী	Unemployed নিবনুৱা	
Teacher শিক্ষক		
If others, please specify in the space provided above অন্যান্যবৃত্তিদারী (উল্লেখ করুন)		

CLINICAL HISTORY (নিদানিক ইতিহাস) (☑ Applicable ones)

4. Date of Admission:
ভর্তি কৰাৰ তাৰিখ

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

5. Date of Onset of Fever (DOF):
জ্বৰআৰম্ভ হোৱাৰ তাৰিখ

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

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

Y N U
 (Y-Yes, N-No, U- I don't know)
 (Y-হয়, N-নহয়, U-না জানো)

●
 (Date of onset of fever)

6. Was your fever intermittent or continuous?
আপোনাৰ জ্বৰ মাজেমাজে হৈ আছিল নে অনৱৰতে আছিল?

Continuous
অনৱৰতে

Intermittent
মাজেমাজে

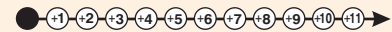
7. What was the duration of fever as on today (the date of recruitment)?
আজিলৈকে (নিযুক্তিৰ তাৰিখ) জ্বৰৰ ম্যাদ কি মান?

Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

8. Did you feel cold or cold with shivering/shaking of the body while having fever? (Chills/Rigor)
জ্বৰ হওঁতে আপুনি ঠণ্ডা বা কঁ পনি/কঁ পনিৰ সৈতে ঠণ্ডা অনুভৱ কৰিছিল নেকি?
(ঠ ঠণ্ডা/কঁ পনি)

Y N U

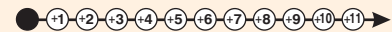
Duration (days)
ম্যাদ (দিন)



9. Did you feel sweating during night while having fever? (Night sweats)
জ্বৰ হওঁতে নিশা আপুনি ঘামিছিল বুলি অনুভৱ কৰিছিল নেকি? (নিশাঘ মোৱা)

Y N U

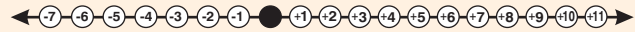
Duration (days)
ম্যাদ (দিন)



10. Did you have runny nose within few days before/after onset of fever? (Coryza)
জ্বৰহোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপোনাৰ নাক বৈছিল নেকি? (চৰি)

Y N U

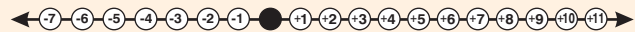
Duration (days)
ম্যাদ (দিন)



11. Did you have cough within few days before/after onset of fever? (Cough)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপোনাৰ কাহ হৈছিল নেকি? (কাহ)

Y N U

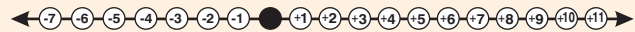
Duration (days)
ম্যাদ (দিন)



12. Did you have irritation/pain of throat within few days before/after onset of fever? (Sore throat)
জ্বৰ হোৱাৰ আপোনাৰ ডিঙি সুৰসুৰণি/বিষ হৈছিল নেকি? (ডিঙি বিষোৱা)

Y N U

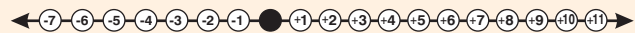
Duration (days)
ম্যাদ (দিন)



13. Did you experience difficulty in breathing within few days before/after onset of fever? (Breathlessness)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনিউশাহ লওঁতে কষ্ট অনুভৱ কৰিছিল নেকি? (শ্বাসক্ৰহাৰা)

Y N U

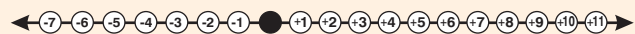
Duration (days)
ম্যাদ (দিন)



14. Did you experience pain in chest within few days before/after onset of fever? (Chest pain)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি বুকুত বিষ অনুভৱ কৰিছিল নেকি? (বুকু বিষ)

Y N U

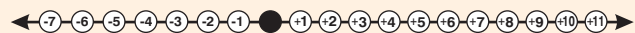
Duration (days)
ম্যাদ (দিন)



15. Did you have headache within few days before/after onset of fever? (Headache)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপোনাৰ মূৰবিষ হৈছিল নেকি? (মূৰবিষ)

Y N U

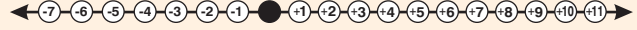
Duration (days)
ম্যাদ (দিন)



16. Were you troubled by bright light within few days before/after onset of fever? (Photophobia)
উজ্জ্বল পোহৰত আপোনাৰ অসুবিধা হয় নেকি ? (ফাটে ফ বিয়া)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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)
বিশেষকৈ চকু লৰচৰ কৰোঁতে আপোনাৰ চকুৰ মণিৰ পিছ ফালে বিষায় নেকি ? (ৰেটে অৰ্বিটে লবিষ)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপোনাৰ চকু (বোৰ)ৰঙা পৰিছিল আৰু খজুৱাইছিল নেকি ? (চকু ৰঙা পৰা)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপোনাৰ শৰীৰৰ সাধাৰণ বিষ অনুভৱ কৰিছিল নেকি ? (মাইলেজিয়া)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি আপোনাৰ গাঁঠি বোৰত বিষ অনুভৱ কৰিছিল নেকি ? (গাঁঠি ৰবিষ)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-7-6-5-4-3-2-1-●+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11▶
- If Yes, যদি হৈছিল, 20a. Location: Small joints অৱস্থান সৰু গাঁঠি Large joints ডাঙৰ গাঁঠি Both দুয়োটা
21. Did you experience general weakness within few days before/after onset of fever? (General weakness)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি সাধাৰণ দুৰ্বলতা অনুভৱ কৰিছিল নেকি ? (সাধাৰণ দুৰ্বলতা)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-7-6-5-4-3-2-1-●+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11▶
- If Yes, যদি হৈছিল,
21a. Was it extreme weakness such as inability to get up from the bed? (Prostration)
এই দুৰ্বলতা অত্যধিক আছিল নেকি, যেনেবিচ নাৰপৰাউঠি আহিবলৈ অক্ষম হোৱা? (সম্পূৰ্ণ শক্তিহীনতা) অক্ষম হোৱা? (সম্পূৰ্ণ শক্তিহীনতা)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি পেট ৰবিষ অনুভৱ কৰিছিল নেকি ? (পেট ৰবিষ)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপোনাৰ ওকালি অহাভাৱ (বমিহোৱাৰভাৱ) হৈছিল নেকি ? (ওকালি অহা)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপোনাৰ বমি হৈছিল নেকি ? (বমি)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপোনাৰ ডায়েৰিয়া হৈছিল নেকি ? (প্ৰতি দিনে ৩ বা অধিক বাৰ বা টি লা/পনীয়া শৌচ) (ডায়েৰিয়া)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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)
জ্বৰ হোৱাৰ কেইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি আপোনাৰ ছাল বা চকু হালধীয়া হৈ বিবৰ্ণ হোৱা লক্ষ্য কৰিছিল নেকি ? (জুছ)
Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)
◀-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) ম্যাদ (দিন)

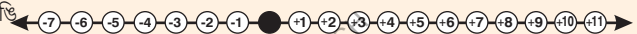
জ্বৰ হোৱাৰ কে ইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি জোৰকৈ



প্ৰস্ৰাৱ লগাবা প্ৰস্ৰাৱ কৰোঁতে জ্বলা-পোৰা হোৱা অনুভৱ কৰিছিল নেকি ?
(জ্বলাপোৰা কৰা মিক্চুৰিচন)

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) ম্যাদ (দিন)

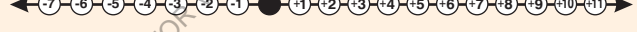
জ্বৰ হোৱাৰ কে ইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি আপোনাৰ ডিঙি



লচৰ কৰোঁতে অসুবিধা/বিষ অনুভৱ কৰিছিল নেকি ? (ডিঙিৰ জঠৰতা)

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

জ্বৰ হোৱাৰ কে ইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি আপোনাৰ



সতৰ্কতা হ্রাস হোৱায়েন(তন্দ্রাৰ পৰা কমা) অনুভৱ কৰিছিল নেকি ? (পৰিৱৰ্তিত সতৰ্কতা)

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) ম্যাদ (দিন)

জ্বৰহোৱাৰ কে ইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি পেশীৰ সংকেচন/টানিধৰা, যাক



ফিট হোৱাবুলিও কোৱা হয়, অনুভৱ কৰিছিল নেকি ? (ফিট হোৱা)

If Yes, যদি হয়,

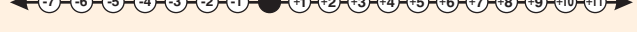
- 30a. Type of seizure: Focal (Only a part of the body) Generalized (Whole body)
ফিট হোৱাৰ প্ৰকাৰ নিৰ্দিষ্ট (শৰীৰৰ কেৱল এক অংশ) সাধাৰণ (সম্পূৰ্ণ শৰীৰ)

30b. How many times? কিসমানবাৰ? _____

30c. Maximum duration (in minutes) সৰ্বাধিক সময়কাল (মিনিটত) _____

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) ম্যাদ (দিন)

জ্বৰ হোৱাৰ কে ইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি আপোনাৰ



শৰীৰৰ যিকোনো অংশত আংশিক বা সম্পূৰ্ণ পক্ষাঘাত

অনুভৱ কৰিছিল নেকি ? (পক্ষাঘাত)

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) ম্যাদ (দিন)

জ্বৰ হোৱাৰ কে ইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি আপোনাৰ ছালৰ



যিকোনো ৰং পৰিৱৰ্তন - চৰকা-চৰকা হোৱা, লক্ষ কৰিছিল

নেকি ? (চৰকা-চৰকা)

If Yes, যদি হয়,

32a. Site অৱস্থান: _____

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) ম্যাদ (দিন)

জ্বৰ হোৱাৰ কে ইদিনমানৰ আগতে/পিছত আপুনি থু/শৌচ/প্ৰস্ৰাৱ/



বমিত তেজ/হিট ৰদৰে ৰঙাবৰলক্ষ কৰিছিল নেকি ?

If yes, where? যদি হয়-কিহত?

33a. Sputum Y N
থু

33b. Faeces Y N
শৌচ

33c. Urine Y N
প্ৰস্ৰাৱ

33d. Vomitus Y N
বমি

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

যোৱা এক বছৰত আপুনি যিকোনো প্ৰতিষেধক/টিকা লৈছিল নেকি?

If yes, Specify যদি হয়, উল্লেখ কৰক

34a. Vaccine প্ৰতিষেধক: _____ month মাহ: _____ year বছৰ _____

34b. Vaccine প্ৰতিষেধক: _____ month মাহ: _____ year বছৰ _____

34c. Vaccine প্ৰতিষেধক: _____ month মাহ: _____ year বছৰ _____

34d. Vaccine প্ৰতিষেধক: _____ month মাহ: _____ year বছৰ _____

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

আপোনাৰ কোনো দীৰ্ঘম্যাদী/অসংক্ৰামক স্বাস্থ্যজনিত অৱস্থা আছে নেকি?

If yes, tick all applicable যদি হয়, প্ৰযোজ্য সকলোত চিন দিয়ক

35a. Hypertension (High Blood Pressure)

হাইপাৰটেঞ্চন (উচ্চ ৰক্তচাপ)

 Y N U

35b. Diabetes (sugar)

ডায়েবেটিচ (মধুমেহ)

 Y N U

35c. Asthma/wheezing

হাপানি/হুইজিং

 Y N U

35d. Liver Cirrhosis

যকৃতৰ চিৰোচিছ

 Y N U

35e. Chronic Renal failure

দীৰ্ঘম্যাদী বৃক্কৰ বিফলতা

 Y N U

35f. Myocardial Infarction (heart attack)

মায়োকৰ্ডিয়েল ইনফাৰ্কশ্বন (হৃদযন্ত্ৰৰ অক্ষমতা)

 Y N U

35g. Stroke

ষ্ট্ৰোক

 Y N U

35h. Cancer

কৰ্কট

 Y N U

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

অন্যান্য (অলপতে ধৰাপৰা আন কোনো গুৰুতৰ ৰোগ, অনুগ্রহ কৰি উল্লেখ কৰক)

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

মই আপোনাক নোসোধি কিবা কথা আপুনি মোক ক'ব বিচাৰিব নেকি?

If yes, brief যদি হয়, চমুকৈ

EPIDEMIOLOGIC DATA (মহামারী সম্পর্কীয় তথ্য) (☑ 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

আপোনার রোগের আগের ৪সপ্তাহত, আপুনি দিনত কমেও এবার নিম্নলিখিত যিকোনো এক পশুর সংস্পর্শলৈ আহিছিল নেকি ?

- Sheep/goat Cattle Deer Pig Chicken
ভেড়া/ছাগলী গরু হরিণা গাহৰি কুকুৰা
- Duck Pigeon Cat Dog Bat
হাঁহ পাৰচ বাই মেকুৰি কুকুৰা বাদুলি
- Rat Monkey Other Birds _____
এন্দুৰ জাতীয় প্ৰাণী বান্দৰ অন্যান্য চৰাই
- Other Animals _____
অন্যান্য জন্তু

38. Do any animal enter inside your house?

Y N U

আপোনাৰঘৰৰ ভিতৰত কোনো জন্তু প্ৰবেশ কৰে নেকি ?

If yes, Specify: যদি হয়, উল্লেখ কৰক :

- Sheep/goat Cattle Chicken Cat Dog
ভেড়া/ছাগলী গরু কুকুৰা মেকুৰি কুকুৰা
- Other Animals _____
অন্যান্য জন্তু

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

Y N U

যোৱা 1-2 মাহত আপোনাৰ ঘৰত কোনো জন্তুৰ জন্ম হৈছিল নেকি ?

If yes, যদি হয়,

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

Y N

জন্মৰ প্ৰক্ৰিয়াত আপুনি প্ৰত্যক্ষ ভাৱে অংশগ্ৰহণ কৰিছিল নেকি ?

39b. Which animal কি জন্তু

- Sheep/goat Cattle Pig Cat Dog
ভেড়া/ছাগলী গরু গাহৰি মেকুৰি কুকুৰা
- Other Animals _____
অন্যান্য জন্তু

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

Y N U

যোৱা 1-2 মাহত আপোনাৰ ঘৰত কোনো জন্তুৰ গৰ্ভপাত হৈছিল নেকি ?

If yes, যদি হয়

40a. Which animal কি জন্তু

- Sheep/goat Cattle Pig Cat Dog
ভেড়া/ছাগলী গরু গাহৰি মেকুৰি কুকুৰা
- Other Animals _____
অন্যান্য জন্তু

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

Y N U

যোৱা 1 মাহত আপোনাৰ ঘৰত/চুবুৰিত কোনো জন্তু বা চৰাইৰ মৃত্যু হৈছিল নেকি ?

If yes, যদি হয়,

41a. Specify animal (জন্তু উল্লেখ কৰক) _____

- Sheep/goat Cattle Pig Chicken Duck
ভেড়া/ছাগলী গরু গাহৰি কুকুৰা হাঁহ
- Cat Dog Other Animals _____
মেকুৰি কুকুৰা অন্যান্য জন্তু

41b. Sudden or unexpected death?

Y N

হঠাৎ বা অনাকাঙ্ক্ষিত মৃত্যু?

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

যোৱা এক বা দুই মাহত আপুনি কোনো মৃত বা ৰুগীয়া পশুৰ সংস্পৰ্শলৈ আহিছিল নেকি ?

 Y N U

If yes, যদি হয়,

42a. Specify animal জন্তু উল্লেখ কৰক

<input type="checkbox"/> Sheep/goat ভেড়া/ছাগলী	<input type="checkbox"/> Cattle গৰু	<input type="checkbox"/> Pig গাহৰি	<input type="checkbox"/> Chicken কুকুৰা	<input type="checkbox"/> Duck হাঁহ
<input type="checkbox"/> Cat মেকুৰি	<input type="checkbox"/> Dog কুকুৰ	<input type="checkbox"/> Other Animals _____ অন্যান্য জন্তু		

42b. Describe nature of contact সংস্পৰ্শৰ প্ৰকাৰ বৰ্ণনা কৰক _____

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

আপুনি সেই ৰুগীয়া/মৃত পশুৰ মাংস খাইছিল নেকি ?

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

যোৱা এক বা দুই মাহত আপুনি পশুনিধন বা বনৰীয়া পশুনিধন বা বধ কৰাত অংশগ্ৰহণ কৰিছিল নেকি ?

 Y N U

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

যোৱা ৪ মাহত আপুনি যিকোনো কেঁচা মাংস/পশুৰ তেজৰ সংস্পৰ্শলৈ আহিছিল নেকি ?

 Y N U

If yes, যদি হয়,

44a. Describe nature of contact (সংস্পৰ্শৰ প্ৰকাৰ বৰ্ণনা কৰক) _____

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

যোৱা ৪ সপ্তাহত আপুনি খেতি পথাৰত হালবাইছিল বা কাম কৰিছিল নেকি ?

 Y N U

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

যোৱা ৪ সপ্তাহত আপুনিধানৰ পথাৰত কাম কৰিছিল নেকি ?

 Y N U

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

যোৱা ৪ সপ্তাহত আপুনি মাছ ধৰিবলৈ গৈছিল নেকি ?

 Y N U

48. Do you have any water (irrigation) canals nearby your house or farmland?

আপোনাৰ ঘৰ বা খেতি পথাৰৰ ওচৰত পানীৰ (জলসিঞ্চন) নলা আছে নেকি ?

 Y N U

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

যোৱা ৪ সপ্তাহত আপুনি বৈ থকা পানীত কাম কৰিছিল নেকি ?

 Y N U

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

যোৱা ৪ সপ্তাহত আপুনি "ৰাষ্ট্ৰীয় খাদ্যৰ বাবে কামসূচী/নিয়ুক্তি নিশ্চিত আঁচনিৰ বাবে কাম কৰিছিল নেকি ?

If yes, যদি হয়,

50a. Specify nature of last work অস্তিম কামৰ প্ৰকাৰ উল্লেখ কৰক _____

 Y N U

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

আপুনি অৰণ্য ওচৰত (৫মিনিট ৰখোজ কঢ়া বাটৰ ভিতৰত) বাস কৰে নেকি ?

 Y N U

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

যোৱা ৪ সপ্তাহত আপুনি অৰণ্যলৈ গৈছিল নেকি ?

 Y N U

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

যদি হয়, আপুনি কি উদ্দেশ্যত অৰণ্যলৈ গৈছিল? (প্ৰযোজ্য সকলোত চিহ্ন দিব)

52a. Firewood collection খৰিসংগ্ৰহ

52b. Dry leaf collection শুকান পাত সংগ্ৰহ

52c. Grass collection ঘাঁহসংগ্ৰহ

52d. Wood cutting/ logging কাঠ কটা/কাঠ সংগ্ৰহ

52e. Honey collection মৌসংগ্ৰহ

52f. Algae collection শেলুৱৈসংগ্ৰহ

52g. Cattle grazing পশুৰে ঘাঁহ খোৱা

52h. Work on agricultural land inside forest অৰণ্যৰ ভিতৰত খেতি পথাৰত কাম

52i. Fishing মাছ ধৰা

52j. Hunting চিকাৰ

52k. Forest department work বন বিভাগৰ কাম

If yes, যদি হয়, 52k. (i) specify উল্লেখ কৰক : _____

52l. Leisure activities মনোৰঞ্জনৰ কাৰ্যকলাপ

If yes, যদি হয়, 52l. (i) specify উল্লেখ কৰক : _____

52m. Others অন্যান্য: _____

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

 Y N U

জ্বৰ আৰম্ভ হোৱাৰ আগতে ৪সপ্তাহৰ ভিতৰত আপোনাৰ ঘৰৰ ভিতৰত আৰু চাৰিওফালে চি কৰা দেখিছিল নেকি ?

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

 Y N U

জ্বৰ আৰম্ভ হোৱাৰ আগতে ৪সপ্তাহৰ ভিতৰত আপোনাৰ শৰীৰত চি কৰা দেখিছিল নেকি ?

If yes, যদি হয়,

54a. how do you remove them? _____

আপুনি সেয়া কে নেদৰে আঁতৰ কৰিছিল ?

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

আপোনাৰ ঘৰত খোৱাপানীৰ উৎস কি ? (প্ৰযোজ্য সকলোত চি নদিব)

<input type="checkbox"/> Dug well কুৱা	<input type="checkbox"/> Hand pump দমকল	<input type="checkbox"/> Tube well নলী কুৱা	<input type="checkbox"/> Public well ৰাজহুৱা কুৱা	<input type="checkbox"/> Public water tap ৰাজহুৱা পানীৰ টেপ
<input type="checkbox"/> Panchayath/Municipality water supply পঞ্চায়ত/নগৰনিগমৰপানীযোগান	<input type="checkbox"/> Tanker water supply টেঙ্কাৰপানীযোগান	<input type="checkbox"/> Pond পুখুৰী		
<input type="checkbox"/> Stream নিজৰা	<input type="checkbox"/> Others অন্যান্য	_____		

56. Do you store water in home?

 Y N U

আপোনাৰ ঘৰত পানীজমা কৰি ৰাখে নেকি ?

If yes, যদি হয়,

56a. Where? (specify) ক'ত কৰে? (উল্লেখ কৰক) _____

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

 Y N U

আপোনাৰ ঘৰত চে নিটে ৰী শৌচাগাৰ ব্যৱহাৰ কৰেনে?

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

আপুনি ক'ত গাধোৱে? (প্ৰযোজ্য সকলোত চি নদিব)

<input type="checkbox"/> River নদী	<input type="checkbox"/> Pond পুখুৰী	<input type="checkbox"/> Stream নিজৰা	<input type="checkbox"/> Home ঘৰ	<input type="checkbox"/> Other place (Specify) _____ আনস্থান (উল্লেখ কৰক)
---------------------------------------	---	--	-------------------------------------	--

59. Did you sleep under the bednet last night?

 Y N U

যোৱাশিলা আপুনি আঁঠু ৰাৰ তলত শুলিছিলনে?

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

যোৱা ১২ মাহত যিকোনো সময়ত, আপোনাৰ/ৰোগীৰ ঘৰৰ ভিতৰত বেৰবোৰত মহ (বামাখি) প্ৰতিৰোধী ঔষধ ছটি মাবলৈ কোনোবা আহিছিলনে?

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

যদি হয়, ঘৰটোত কিমান মাহ আগতে ঔষধ ছটি ওৱা হৈছিল?

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

 Y N U

আপোনাৰ ঘৰত ১৫ বছৰতকৈ কম বয়সৰ শিশু আছে নেকি ?

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

 Y N U

আপোনাৰ ৰোগ হোৱাৰ আগতে এক মাহৰ ভিতৰত আপুনি একে ধৰণৰ ৰোগ হোৱা আন কাৰোবাৰ সংস্পৰ্শলৈ আহিছিল নেকি ?

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

 Y N U

যোৱা এক মাহত আপুনি কোনো ভ্ৰমণত গৈছিল নেকি ?

If Yes, যদি হয়,

63a. From পৰা: _____ To লৈ: _____

Date:
তাৰিখ

63b. From পৰা: _____ To লৈ: _____

Date:
তাৰিখ

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

 Y N U

মই আপোনাক নোসোধা কিবা কথা আপুনি মোক ক'ব বিচাৰি নেকি ?

If Yes, describe যদি হয় বৰ্ণনা কৰক _____

HEALTH SEEKING BEHAVIOR (স্বাস্থ্য যত্নৰ আচৰণ) (☑ Applicable ones)

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

এই ৰোগৰ বাবে আপুনি কোনো ধৰণৰ ঔষধ সেৱন কৰিছিল নেকি, এই চিকিৎসালয়লৈ অহাৰ আগতে?

 Y
 N
 U

If yes, যদি হয়,

 65a. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
 নাম _____ প্রথম ব্যৱহাৰৰ তাৰিখ _____ ম্যাদ _____

 65b. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
 নাম _____ প্রথম ব্যৱহাৰৰ তাৰিখ _____ ম্যাদ _____

 65c. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
 নাম _____ প্রথম ব্যৱহাৰৰ তাৰিখ _____ ম্যাদ _____

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

এই চিকিৎসালয়লৈ অহাৰ আগতে এই ৰোগৰ বাবে আপুনি কোনো স্বাস্থ্য প্ৰদানকৰ্তা এজনৰ ওচৰলৈ গৈছিল নেকি?

If Yes, যদি হয়,

66a. Name of the practitioner/facility (চিকিৎসক/প্ৰতিষ্ঠানৰ নাম) _____

66b. Type প্ৰকাৰ

 Hospital চিকিৎসালয়

 Clinic ক্লিনিক

 Home visit ঘৰলৈ ভ্ৰমণ

 Other অন্যান্য _____
66c. Date: _____
তাৰিখ _____

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

স্বাস্থ্য যত্ন প্ৰদানকৰ্তা জনে আপোনাৰ কি ৰোগ হোৱাৰ বুলি নিৰ্ধাৰণ কৰিছিল?

68. What laboratory tests were performed?

পৰীক্ষাগাৰত কি কি পৰীক্ষা কৰা হৈছিল?

Specify test পৰীক্ষা উল্লেখ কৰক	Result ফলাফল
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

69. SOCIO ECONOMIC STATUS (MODIFIED UDAY PAREEK SCALE)

☑ Tick 1 in each section

আৰ্থ সামাজিক স্থিতি (সংশোধিত উদয় পাৰিক স্কেল)

B1.	Type of houses ঘৰৰ প্ৰকাৰ	Code কে ড
	Kutchra (কেঁচা)	02 <input type="checkbox"/>
	Mixed (মিশ্ৰিত)	03 <input type="checkbox"/>
	Pucca (পকা)	05 <input type="checkbox"/>

B2.	Ownership মালিকত্ব	Code কে ড
	Own (নিজা)	05 <input type="checkbox"/>
	Rented (ভাৰালৈ লোৱা)	03 <input type="checkbox"/>
	Free (বিনামূলীয়া)	00 <input type="checkbox"/>

B3.	Land holding ভূমিৰপৰিমাণ	Code কে ড
	<100 cents (1 acre) চে ক্ট একৰ	02 <input type="checkbox"/>
	(1-4) acres একৰ	05 <input type="checkbox"/>
	(5-9) acres একৰ	10 <input type="checkbox"/>
	≥ 10 acres একৰ	15 <input type="checkbox"/>

B4.	Vehicles বাহন	Code কে ড
	Bicycle বাইচ হিকে ল	02 <input type="checkbox"/>
	Two wheeler দুচ কীয়া বাহন	04 <input type="checkbox"/>
	Auto/boat অটে ১/নাও	08 <input type="checkbox"/>
	Four wheelers চাৰিচ কীয়া বাহন	10 <input type="checkbox"/>

B5.	Household belongings ঘৰত থকা সামগ্ৰী	Code কে ড
	Radio ৰেডিঅ	02 <input type="checkbox"/>
	Television টে লিভিচন	05 <input type="checkbox"/>
	Telephone টে লিফোন	08 <input type="checkbox"/>

B6.	Livestock পশুধন	Code কে ড
	Goat ছাগলী	02 <input type="checkbox"/>
	Cow গৰু	02 <input type="checkbox"/>
	Buffalo ম'হ	04 <input type="checkbox"/>

B7.	Socio-participation আৰ্থ-সামাজিক অংশগ্ৰহণ	Code কে ড
	No participation অংশগ্ৰহণনাই	00 <input type="checkbox"/>
	Member of one organization এটা সংগঠনৰ সদস্য	05 <input type="checkbox"/>
	More than one organization একতকৈ অধিক সংগঠনৰ সদস্য	10 <input type="checkbox"/>
	Office holder কাৰ্যালয় থকা	15 <input type="checkbox"/>
	Wide public leader বিশিষ্ট নেতা	20 <input type="checkbox"/>

B8.	Occupation of eldest earning member of the house ঘৰখনত আটাইতকৈ স্নেহৰ উপাৰ্জনকাৰী সদস্যজনৰ জীৱিকা	Code কে ড
	Professional/white collar পেছাদাৰী/হোৱাইট কলার	15 <input type="checkbox"/>
	Business ব্যৱসায়	10 <input type="checkbox"/>
	Skilled দক্ষ	08 <input type="checkbox"/>
	Semiskilled অৰ্ধ-দক্ষ	06 <input type="checkbox"/>
	Coolie/unskilled কুলি/অদক্ষ	05 <input type="checkbox"/>
	Unemployed নিবনুৱা	00 <input type="checkbox"/>

B9.	Highest literacy status of eldest earning member of the household ঘৰখনৰ আটাইতকৈ স্নেহৰ উপাৰ্জনকাৰী সদস্যজনৰ সৰ্বোচ্চ স্বাক্ষৰতাৰ স্থিতি	Code কে ড
	Post Graduation & above স্নাতকোত্তৰ আৰু অধিক	20 <input type="checkbox"/>
	Graduation স্নাতক	15 <input type="checkbox"/>
	PUC পি.ইউ.চি	12 <input type="checkbox"/>
	Middle & high school (5-10) মধ্য আৰু উচ্চ বিদ্যালয়	10 <input type="checkbox"/>
	Primary প্ৰাথমিক (1-4)	05 <input type="checkbox"/>
	Illiterate নিৰক্ষৰ	00 <input type="checkbox"/>

B10.	Family members working abroad বিদেশত কাম কৰি থকা পৰিয়ালৰ সদস্য	Code কে ড
	Yes হয়	05 <input type="checkbox"/>
	No নহয়	00 <input type="checkbox"/>

Score মূল্যাঙ্কন	Grade গ্ৰেড	Code কে ড
<40	Low নিম্ন	01
40-70	Middle মজলীয়া	02
>70	High উচ্চ	03

TOTAL SCORE মুঠ মূল্যাঙ্কন:

SES এছ.ই. স্থিতি:

PHYSICAL EXAMINATION - PART A (☑ Applicable ones)

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

73. Height:

a. _____ cm

b. _____ inches

74. Blood Pressure:

a. Systolic _____ mm Hg

b. Diastolic _____ mm Hg

75. Temperature:

a. _____ °C

b. _____ °F

76. Cough Y N

77. Coryza Y N

78. Sore throat Y N

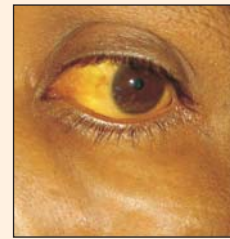
79. Pallor

Y N



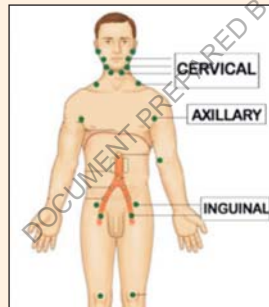
80. Icterus

Y N



81. Lymphadenopathy

Y N



If yes,

facial edema

82. Edema

Y N

pedal edema

others _____

83. Cyanosis

Y N



84. Conjunctival congestion/
Red eye / Sub conjunctival
hemorrhage

Y N

Tick whichever applicable



85. Ear discharge

Y N



86. Parotitis

Y N



87. Oral ulcers

Y N



88. Rash

88a. If yes, tick all applicable

Y N



Macule



Papule



Maculopapular



Vesicle



Patch



Bullae



Spotted Fever Rash



Erythema



Petechiae



Purpura



Echymosis

Others _____

89. Eschar

Y N



Location : _____

Single Multiple

90. Black Eschar

Y N




Location : _____


Single Multiple

Size : _____ cm


91. Skin lesions Y N




Pustules



Nodules



Ulcers




Vegetation

Others _____

92. Skin abscess / Cellulitis : Y N


If yes,

92 a. Skin abscess Y N



Location : _____

92 b. Cellulitis Y N



93. Any other wound Y N Specify _____

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

94b. Location: _____

95. Bleeding Y N If yes, specify _____

96. Other observations/comments: _____

PHYSICAL EXAMINATION - PART B (Applicable ones)

97. Breath sounds Normal Stridor Ronchi Crepitation

98. Cardiac murmurs Y N Type _____

If yes, Specify site _____

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

101. Splenomegaly Y N Size: _____ cm

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

Glasgow Coma Scale			
<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

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

112. Hb _____ g/dl

113. Platelets _____ lakhs/mm³

114. TLC _____ cells/mm³

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

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

119. Sugar Y N

120. Albumin Present Trace Absent

121. Ketone bodies Y N

122. Bile salts Y N

123. Bile Pigment Y N

124. **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

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

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 _____ /mm³

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

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

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

151 a. X- ray _____

151 b. CT Scan _____

151 c. MRI Scan _____

151 d. USG _____

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

153. **Prescribed treatment** _____

154. Name of attending physician _____

155. Contact No. of attending physician _____

156. Name of interviewer _____

Signature _____

157. Date of start of interview Date

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

158. Date of completion of data collection in CRF Date

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

159. Message to data entry personnel from interviewer:

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR 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**

166. Prescribed treatment

166. Date of follow up suggested by treating physician

Date

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

FOLLOW UP STATUS (অনুসরণ স্থিতি) (☑ 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 (অনুসরণ প্রশ্নাবলী) (☑ Applicable ones)

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

আপোনাক চি কি স্বেচ্ছায়ত ভর্তি কৰা সময়ৰ তুলনাত, এতিয়া আপুনি কে নে অনুভৱ কৰিছে ?

<input type="checkbox"/> Fully recovered সম্পূৰ্ণভাৱে আৰোগ্য	<input type="checkbox"/> Better উন্নত	<input type="checkbox"/> No change কোনো পৰিৱৰ্তন নাই	<input type="checkbox"/> Worsened অৱনতি হৈছে
---	--	---	---

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

মই লক্ষণৰ তালিকা এখন পঢ়ি শুনাম, আপোনাক চি কি স্বেচ্ছায়ৰ পৰা অব্যাহতি দিয়াৰ পিছত আপুনি কোনবোৰ লক্ষণ অনুভৱ কৰিছে জনাবলৈ ক

	Duration (days) ম্যাদ (দিন)	Comments মন্তব্য			
174. Fever জ্বৰ	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
175. Chills/rigors ঠাণ্ডা/কঁপনি	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
176. Night sweats নিশা ঘমোৱা	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
177. Cough কাহ	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
178. Headache মূৰৰ বিষ	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
179. Seizures ফিট হোৱা	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
If Yes, যদি হয়,	179a. Type of seizure: ফিট হোৱাৰ প্ৰকাৰ	<input type="checkbox"/> Focal নির্দিষ্ট			
		<input type="checkbox"/> Generalized সাধাৰণ			
	179b. How many times? কিমান বাৰ?	<input type="checkbox"/>			
	179c. Duration ম্যাদ	_____			

180. Altered sensorium Y N U _____

সতর্কতা হ্রাস/পরিবর্তন

181. Paralysis Y N U _____

পক্ষাঘাত

182. Incoordinated walking Y N U _____

অসংজ্ঞিত খোজকঢ়া

183. General weakness Y N U _____

সাধারণ দুর্বলতা

If Yes, যদি হয়,

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

সম্পূর্ণ শক্তিহীনতা (অত্যধিক দুর্বলতা)

184. Pain in joints Y N U _____

গাঁঠিৰ বিষ

If Yes, যদি হয়,

184a. Location: Small joints Large joints Both

অবস্থান সৰু গাঁঠি ডাঙৰ গাঁঠি দুয়োটা

184b. Nature: Symmetric Asymmetric

প্রকৃতি সুসঙ্গত অসঙ্গত

185. Unusual bleeding Y N U _____

অস্বাভাবিক ৰক্তৰণ

If Yes, যদি হয়,

185a. Describe _____

বৰ্ণনা কৰক

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

আপোনাৰ ৰোগ হোৱাৰ পিছত আপোনাৰ পৰিয়ালৰ কোনো সঙ্গী/চিনাকি লোকৰ একে ধৰণৰ ৰোগ হৈছে নেকি?

If Yes, যদি হয়,

186a. How many people? _____

কিমানজন লোক?

186b. Who all? _____

কেইজনসকল?

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

এই সময়ত হোৱা যিকোনো নিদানিক লক্ষণ?

If Yes, যদি হয়,

187a. Specify (উল্লেখ কৰক) _____

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

আপোনাৰ ৰোগ হোৱাৰ পিছত আপুনি কিমান দিনৰ বাবে কামলৈ যাবপৰা নাছিল?

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

সেই সময়ত আপোনাৰ সৈতে পৰিয়ালৰ কোনো সঙ্গী আছিল নেকি? যদি হয়, আৰু যদি সেই লোক জনে কামলৈ যাবপৰা নাছিল, কিমান দিনৰ বাবে?

190. Any other observations/comments _____

আন যিকোনো পর্যবেক্ষণ/মন্তব্য

191. Name of the interviewer _____ Signature _____

সাক্ষাৎ লওঁতাৰ নাম স্বাক্ষৰ

Study ID

Clinical Sample Information

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

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

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

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)

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

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR 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 MANIPAL CENTRE FOR 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 MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Insect Atlas

Ticks



Head Lice



Sandfly



Mosquitoes



Body Lice



DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH



MANIPAL
UNIVERSITY

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

Madhav Nagar, Manipal - 576 104, Karnataka, India

Principal Investigator / Contact:

Dr. G. Arunkumar

Professor and Head

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

Mob: +91- 98455 84163 / 0820 - 2922718

E-mail: arun.kumar@manipal.edu