

Study ID #

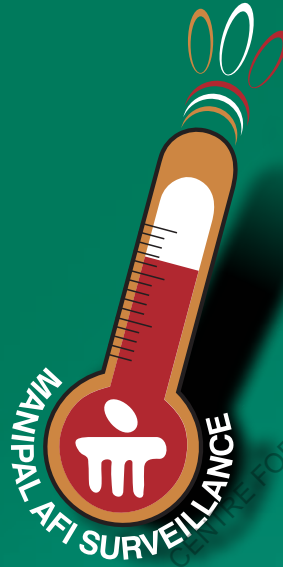
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

प्रज्ञानं ब्रह्म



Manipal

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: JH

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: JH

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: JH

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: JH

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

कृपया इस कार्ड को ध्यान से रखें
 और अस्पताल के लिए अपनी अगली
 मुलाकात पर इस कार्ड को ज़रूर
 लाएं।

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

CONTACT NUMBERS

1. Interviewer:
2. Study Manager:

रोगी सूचना पत्रक एवं सहमति - 1 - 65 साल
भारत में तीव्र ज्वर रोग (एफ़आई) की चिकित्सालय आधारित निगरानी

भाग लेने के लिए स्वैच्छिक सहमति

प्रधान जाँचकर्ता : डॉ.जी अरुणकुमार

प्रोफेसर और प्रमुख

मणिपाल सेण्टर फ़ॉर वायरस रिसर्च

मणिपाल विश्वविद्यालय

मणिपाल, कर्नाटक राज्य

भारत - 576 104

ईमेल : arun.kumar@manipal.edu

मोबाइल : +91-9148970864

फ़ैक्स : +91-820-2922718

Study ID #

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

आप या आपके परिवार के सदस्य से एक शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है। इस प्रपत्र के शेष भाग के लिए, "आप" ऐसे व्यक्ति को सन्दर्भित करता है जो बीमार है, जो या तो आप, आपका बच्चा, या फिर ऐसा कोई अन्य व्यक्ति है जिसके लिए इस अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमति देने के लिए आप जिम्मेदार हैं और कानूनी तौर पर सक्षम हैं। इस अध्ययन में आपकी प्रतिभागिता पूरी तरह स्वैच्छिक है जिसमें आप इस अध्ययन का एक भाग होना या नहीं होना चुन सकते हैं। यदि आप इस अध्ययन का एक भाग नहीं होना चुनते हैं, तो आपको तब भी नियमित चिकित्सा देखभाल प्राप्त होगी।

प्रयोजन:

इस अध्ययन का प्रयोजन यह पता लगाना है कि ऐसे रोगियों में जो बुखार के साथ इस चिकित्सालय में भर्ती हैं, रोग के आम कारण क्या हैं। लोगों के लिए यह आम बात है कि वो बुखार के लिए चिकित्सा देखभाल माँगे। यद्यपि कुछ कारण पता हैं, लेकिन संक्रमणों के कई कारण और लोगों को ये क्यों संक्रमण क्यों होते हैं, ये पता नहीं हैं। इन रोगों में से कुछ के लिए नए प्रयोगशाला परीक्षण भी अब उपलब्ध हैं। आपके और आपके रोग के बारे में जानकारी को ध्यानपूर्वक एकत्रित करके और फिर बुखार के विभिन्न कारणों के लिए परीक्षण करके, हमारी मंशा आपके क्षेत्र में बुखार के कारणों और इन संक्रमणों का उपचार करने और इनकी रोकथाम करने के लिए बेहतर सम्भव तरीकों के बारे में और अधिक जानने की है। यदि आप कोई अवयस्क हैं, तो आपके माता-पिता अध्ययन के बारे में जानते हैं और उन्होंने इस अध्ययन में आपकी प्रतिभागिता के लिए सहमति दी है।

प्रक्रियाओं की व्याख्या

हम क्या करना चाहेंगे

आपको इस अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है, क्योंकि आपको इस चिकित्सालय में भर्ती कराया गया है, आपको कोई बुखार हो रहा है, और आपके चिकित्सक सोचते हैं कि आपको कोई संक्रमण है। यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आपसे आपकी वर्तमान और पूर्व चिकित्सा दशाओं, आपके स्वास्थ्य, आदतों और परिवार के बारे में सामान्य प्रश्नों को पूछा जाएगा। इन प्रश्नों के उत्तर देने में लगभग १५ मिनट का समय लगेगा। एक स्वेच्छाकर्मी के रूप में, आपको ऐसे किसी भी प्रश्न का उत्तर देना अनिवार्य नहीं है जिसके साथ आप सुविधाजनक महसूस नहीं कर रहे हैं।

चिकित्सालय में भर्ती के समय पर, १.० मिलीलीटर (१ से २ छोटे चम्मच) तक खून को आपकी बाँह से लिया जाएगा। इस खून का उपयोग ऐसे नियमित परीक्षणों को करने के लिए किया जाएगा जिनका आपके चिकित्सक ने आदेश दिया था और इसका उपयोग आपके संक्रमण के कारण का निदान करने के लिए परीक्षणों के लिए भी किया जाएगा। हम आपके गले के पीछे की ओर पर और/या आपकी नाक में, एक छोटे से रुई फाहे की ब्रशिंग के द्वारा एक गले और/या नाक का फाहा और, मूत्र का एक नमूना भी लेंगे। यदि आपको पनीले मल (ढीले मल) आते हैं, तो आपसे मल की एक कम मात्रा को प्रदान करने के लिए कहा जाएगा, या यदि आप उसे देने में असमर्थ हैं, तो आपकी गुदा की सतह से एक गुदा के फाहे को एकत्रित किया जाएगा।

यदि आपके चिकित्सक की योजना आपकी नियमित देखभाल के भाग के रूप में रीड की हड्डी के तरल पदार्थ को लेना है, तो २-४ मिलीलीटर (एक छोटे चम्मच से कम) का भी एकत्रित किया जाएगा और अध्ययन के लिए परीक्षण किया जाएगा। यदि आपके चिकित्सक को लगता है कि यह आपकी देखभाल के एक भाग के रूप में आवश्यक है, केवल तभी आपका एक ल्यूम्बर छिद्रण होगा, और इस अध्ययन के एक भाग के रूप में नहीं होगा।

कभी-कभी, संक्रमणों की पहचान केवल कुछ समय के बाद की जाती है और यही कारण है कि क्यों हम दो अतिरिक्त बार, अर्थात; चिकित्सालय से छुट्टी मिलने और अनुसरण के दौरान, खून की निकासी करेंगे: १) चिकित्सालय से छुट्टी मिलने से पहले, ५ मिलीलीटर (लगभग एक छोटा चम्मच) खून लिया जाएगा; और २) चिकित्सालय से छुट्टी मिलने के ४ से ६ सप्ताह बाद, आपसे एक अनुसरण मुलाकात के लिए इस चिकित्सालय में लौटने के लिए कहा जाएगा। अनुसरण मुलाकात में लगभग १५ मिनट का समय लगेगा। इस मुलाकात के दौरान, आपसे इस बारे में कुछ प्रश्नों को पूछा जाएगा कि जब आप चिकित्सालय से गए थे, उसके बाद से आपको कैसा महसूस होता आ रहा है। अनुसरण मुलाकात पर, समान तरीके से एकबार और ५ मिलीलीटर खून को लिया जाएगा। यदि आप कार्यक्रमबद्ध समय पर अनुसरण मुलाकात के लिए वापस नहीं आते हैं, तो अध्ययन दल से कोई व्यक्ति यह पता लगाने के लिए फोन द्वारा या आपके घर पर सम्पर्क कर सकता है कि क्या आप अनुसरण मुलाकात के लिए आने के लिए अभी भी इच्छुक हैं और क्या आप अपने रोग के बारे में प्रश्नों के उत्तर दे सकते हैं।

नियमित परीक्षणों के अलावा, एकत्रित किए गए नमूनों का परीक्षण ऐसे विभिन्न संक्रमणों के लिए किया जाएगा जिनके कारण आपका रोग हुआ हो सकता है और जिन्होंने आपको बीमार बना दिया है।

आपके नमूनों का परीक्षण इस चिकित्सालय पर, और मणिपाल सेण्टर फ़ॉर वायरस रिसर्च (एमसीवीआर), मणिपाल विश्वविद्यालय (एमयू) द्वारा चलाई जा रही प्रयोगशालाओं पर, दोनों पर होगा। इस अध्ययन के भाग के रूप में किए गए सभी परीक्षण, आपके चिकित्सालय पर किए गए नियमित परीक्षणों के पूरक होंगे, उनकी जगह नहीं लेंगे।

अध्ययन दल आपके रोग और प्रवेश के बारे में आपके चिकित्सा रिकॉर्डों से जानकारी भी एकत्रित करेगा और प्रकरण भर्ती (रिक्रूटमेंट) प्रपत्रों [केस रिक्रूटमेंट फॉर्मर्स] (सीआरएफ) को पूरा भी करेगा।

लाभ

आपको इस अध्ययन में भाग लेने से कोई भी सीधे व्यक्तिगत लाभ प्राप्त नहीं हो सकते हैं। चाहे आप इस अध्ययन के लिए स्वेच्छाकर्मी बनते हैं या नहीं, आपको अपने चिकित्सक से समान चिकित्सा देखभाल प्राप्त होगी। अतिरिक्त प्रयोगशाला परीक्षणों के परिणामों को, जब वे उपलब्ध होते हैं, तब आपके चिकित्सक को प्रदान किया जाएगा और आपके चिकित्सा रिकॉर्ड में रखा जाएगा। ये परिणाम आपकी चिकित्सा देखभाल में सहायता कर सकते हैं। जो संक्रमण घटित होते हैं, उनके विभिन्न प्रकारों के बारे में जानने और उनकी रोकथाम कैसे की जा सकती है, इसके तरीकों को समझने के द्वारा, इस अध्ययन से भविष्य में आपके समुदाय में लोगों के स्वास्थ्य को लाभ हो सकता है।

जोखिम और असुविधाएँ

इस अध्ययन में होने के कुछ जोखिम हैं, जो खून हासिल किए जाने और जिस समय की आवश्यकता प्रश्नों के उत्तर देने के लिए आवश्यक समय से सम्बन्धित हैं। आपके खून की निकासी करने के लिए उपयोग की गई सुइयों से कुछ असुविधा हो सकती है। आपको सुई लगाने के स्थल पर सूजन भी हो सकती है या नील भी पड़ सकता है; सुई लगाने के स्थल पर संक्रमण का एक छोटा सा जोखिम है। यद्यपि अधिकतर लोगों को तब कोई संक्रमण या सुस्पष्ट सूजन नहीं होती है, जब उनके खून की निकासी की जाती है, फिर भी, इन दुष्प्रभावों की रोकथाम सभी मामलों में नहीं की जा सकती है। यदि आपको इन लक्षणों में से कोई भी होते ही हैं, तो इस बात की सबसे अधिक सम्भावना है कि वे २ सप्ताह से कम समय में चले जाएँगे। जिस दौरान खून की निकासी की जा रही है, तब कुछ लोगों को सिर का हल्कापन महसूस होता है और उनके दिल की धड़कन तेज़ हो सकती है। इन लक्षणों को आम तौर पर आपको नीचे लिटा करके और/या प्रक्रिया को रोक करके रोका जा सकता है। प्रस्तावित अध्ययन के साथ सम्बन्ध में किन्हीं चोटों का पूर्वानुमान नहीं है। फिर भी, यदि आपको इस अध्ययन में होने के परिणामस्वरूप कोई चोट या बुरा दुष्प्रभाव होता है, तो आपको अपनी चोट के लिए चिकित्सा देखभाल या उपचार प्राप्त होगा।

आपको अध्ययन में होने के लिए भुगतान नहीं किया जाएगा। इस अध्ययन में भाग लेने के लिए आपको किन्हीं लागतों को वहन नहीं करना है – सभी आपूर्तियों और सामग्रियों को निःशुल्क प्रदान किया जाएगा। चिकित्सालय से छुट्टी मिलने के ४-६ सप्ताह बाद, जब आप अनुसरण मुलाकात के लिए लौटते हैं, तो आपके परिवहन और आपके समय की लागत को कवर करने के लिए, आपको रु ६०० की एक निश्चित राशि का एक-बार का भुगतान प्राप्त होगा।

पूर्वाग्रह के बिना अध्ययन से हटना

आपकी प्रतिभागिता पूरी तरह स्वैच्छिक है। आपको पूर्वाग्रह के बिना किसी भी चरण पर अध्ययन से हटने के लिए स्वतन्त्रता होगी। यह उस उपचार की गुणवत्ता को प्रभावित नहीं करेगा जो आपको चिकित्सालय से प्राप्त होता है।

विकल्प

इस अध्ययन में भाग लेने के कोई विकल्प नहीं हैं।

गोपनीयता (निजता)

अध्ययन कर्मचारी-दल आपके परीक्षण परिणामों और आपके बारे में एकत्रित की गई जानकारी को हर समय संरक्षित करेगा, जिसमें अध्ययन के पूरा होने के बाद का समय सम्मिलित है। आपका नाम ऐसी किन्हीं भी प्रस्तुतियों या रिपोर्ट में प्रकट नहीं होगा जो इस शोध का परिणाम होंगी, यद्यपि आपके उपचार में सहायता करने के लिए, आपके परीक्षण परिणामों को आपका उपचार करने वाले चिकित्सक को उपलब्ध कराया जाएगा।

प्रश्न

यदि आपके पास इस अध्ययन के सन्दर्भ में अपने अधिकारों और विशेषाधिकारों के बारे में कोई भी प्रश्न हैं, तो कृपया मणिपाल विश्वविद्यालय, मणिपाल पर डॉ. लक्ष्मीनारायणा बैरी से सोमवार से लेकर शनिवार तक ९ बजे सुबह से लेकर ५ बजे शाम तक इस मोबाइल संख्या ९४४९२०८४७८ पर सम्पर्क करें।

यदि आपके पास इस अध्ययन के बारे में कोई भी प्रश्न हैं, तो कृपया डॉ. जी अरुणकुमार से ९१४८९७०८६४ पर सम्पर्क करें। किसी भी समय चोट, देखभाल या सहमति से सम्बन्धित मुद्दों के बारे में किन्हीं भी प्रश्नों पर उन्हें फोन करने के लिए आप स्वतन्त्र महसूस कर सकते हैं। किन्हीं भी अन्य प्रश्नों के लिए, कृपया आपको उपलब्ध कराए गए 'रोगी कार्ड' के पिछले भाग को देखें जिसमें स्थानीय सम्पर्कव्यक्तियों के विवरण उपलब्ध हैं।

इस प्रपत्र पर दी गई टेलीफोन संख्या का उपयोग किसी चिकित्सा आपातकाल में नहीं किया जाना चाहिए। यदि आपको कोई चिकित्सा आपातकालघटित हो रहा है, तो कृपया निकटतम स्वास्थ्य सुविधा पर जाएँ।

नमूनों के भण्डारण और भविष्य के उपयोग के लिए अनुमति:

बुखार के रोगों के कारणों पर भविष्य के शोध अध्ययनों के लिए, इस अध्ययन के लिए एकत्रित किए गए खून, रीढ़ की हड्डी के तरल पदार्थ, नाक/गले के फाहों, मूत्र, या मल के नमूनों को एमसीवीआर, एमयू में आपकी अनुमति के साथ १० साल तक के लिए भण्डारित किया जाएगा। नमूनों को केवल अध्ययन आईडी संख्या के साथ भण्डारित किया जाएगा, आपके/आपके परिवार के सदस्य के नाम के साथ नहीं। भारत में वर्तमान में अनुपलब्ध परीक्षणों के लिए, नमूनों को भारत से बाहर भेजा जा सकता है; यह केवल भारत सरकार की अनुमति के साथ होगा। यदि आप अपने नमूनों को भविष्य के उपयोग/अन्य परीक्षण के लिए भण्डारित किया जाना/परीक्षा किया जाना नहीं चाहते हैं, तो जब इस अध्ययन के लिए सभी परीक्षणों को पूरा कर लिया जाता है उसके बाद नमूनों को नष्ट कर दिया जाएगा। नमूनों का उपयोग आपके/आपके परिवार के सदस्य के किसी भी आनुवंशिक परीक्षण के लिए कभी भी नहीं किया जाएगा।

यदि आप अध्ययन में होना चाहते हैं तो नीचे दी गई रेखा पर अपने हस्ताक्षर करें। रेखा पर हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि आप कह रहे हैं, "मैं इस समय पर अध्ययन में होना चाहता हूँ।"

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रपत्र की व्याख्या मुझको की गई थी और यह कि इस अध्ययन के बारे में मेरे किन्हीं भी प्रश्नों के उत्तर दिए गए थे।

१८ साल से कम के बच्चों के मामले में, प्रतिभागी/माता-पिता या जिम्मेदार वयस्क के हस्ताक्षर/बाएँ हाथ के अँगूठे का निशान

प्रतिभागी का नाम

या

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

१८ साल से कम के बच्चों के मामले में, माता-पिता/जिम्मेदार वयस्क का नाम

प्रतिभागी के साथ सम्बन्ध

गवाह के हस्ताक्षर

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

अधिकृत अध्ययन कर्मचारी-दल/पीआई के हस्ताक्षर

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

रोगी सूचना पत्रक एवं सहमति - 1 - 65 साल भारत में तीव्र ज्वर रोग (एण्फ़ाई) की चिकित्सालय आधारित निगरानी

भाग लेने के लिए स्वैच्छिक सहमति

प्रधान जाँचकर्ता : डॉ.जी अरुणकुमार

प्रोफेसर और प्रमुख

मणिपाल सेण्टर फ़ॉर वायरस रिसर्च

मणिपाल विश्वविद्यालय

मणिपाल, कर्नाटक राज्य

भारत - 576 104

ईमेल : arun.kumar@manipal.edu

मोबाइल : +91-9148970864

फ़ैक्स : +91-820-2922718

Study ID #

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

आप या आपके परिवार के सदस्य से एक शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है। इस प्रपत्र के शेष भाग के लिए, "आप" ऐसे व्यक्ति को सन्दर्भित करता है जो बीमार है, जो या तो आप, आपका बच्चा, या फिर ऐसा कोई अन्य व्यक्ति है जिसके लिए इस अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमति देने के लिए आप जिम्मेदार हैं और कानूनी तौर पर सक्षम हैं। इस अध्ययन में आपकी प्रतिभागिता पूरी तरह स्वैच्छिक है जिसमें आप इस अध्ययन का एक भाग होना या नहीं होना चुन सकते हैं। यदि आप इस अध्ययन का एक भाग नहीं होना चुनते हैं, तो आपको तब भी नियमित चिकित्सा देखभाल प्राप्त होगी।

प्रयोजन:

इस अध्ययन का प्रयोजन यह पता लगाना है कि ऐसे रोगियों में जो बुखार के साथ इस चिकित्सालय में भर्ती हैं, रोग के आम कारण क्या हैं। लोगों के लिए यह आम बात है कि वो बुखार के लिए चिकित्सा देखभाल माँगे। यद्यपि कुछ कारण पता हैं, लेकिन संक्रमणों के कई कारण और लोगों को ये क्यों संक्रमण क्यों होते हैं, ये पता नहीं हैं। इन रोगों में से कुछ के लिए नए प्रयोगशाला परीक्षण भी अब उपलब्ध हैं। आपके और आपके रोग के बारे में जानकारी को ध्यानपूर्वक एकत्रित करके और फिर बुखार के विभिन्न कारणों के लिए परीक्षण करके, हमारी मंशा आपके क्षेत्र में बुखार के कारणों और इन संक्रमणों का उपचार करने और इनकी रोकथाम करने के लिए बेहतर सम्भव तरीकों के बारे में और अधिक जानने की है। यदि आप कोई अवयस्क हैं, तो आपके माता-पिता अध्ययन के बारे में जानते हैं और उन्होंने इस अध्ययन में आपकी प्रतिभागिता के लिए सहमति दी है।

प्रक्रियाओं की व्याख्या

हम क्या करना चाहेंगे

आपको इस अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है, क्योंकि आपको इस चिकित्सालय में भर्ती कराया गया है, आपको कोई बुखार हो रहा है, और आपके चिकित्सक सोचते हैं कि आपको कोई संक्रमण है। यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आपसे आपकी वर्तमान और पूर्व चिकित्सा दशाओं, आपके स्वास्थ्य, आदतों और परिवार के बारे में सामान्य प्रश्नों को पूछा जाएगा। इन प्रश्नों के उत्तर देने में लगभग १५ मिनट का समय लगेगा। एक स्वेच्छाकर्मी के रूप में, आपको ऐसे किसी भी प्रश्न का उत्तर देना अनिवार्य नहीं है जिसके साथ आप सुविधाजनक महसूस नहीं कर रहे हैं।

चिकित्सालय में भर्ती के समय पर, १० मिलीलीटर (१ से २ छोटे चम्मच) तक खून को आपकी बाँह से लिया जाएगा। इस खून का उपयोग ऐसे नियमित परीक्षणों को करने के लिए किया जाएगा जिनका आपके चिकित्सक ने आदेश दिया था और इसका उपयोग आपके संक्रमण के कारण का निदान करने के लिए परीक्षणों के लिए भी किया जाएगा। हम आपके गले के पीछे की ओर पर और/या आपकी नाक में, एक छोटे से रुई फाहे की ब्रशिंग के द्वारा एक गले और/या नाक का फाहा और, मूत्र का एक नमूना भी लेंगे। यदि आपको पनीले मल (ढीले मल) आते हैं, तो आपसे मल की एक कम मात्रा को प्रदान करने के लिए कहा जाएगा, या यदि आप उसे देने में असमर्थ हैं, तो आपकी गुदा की सतह से एक गुदा के फाहे को एकत्रित किया जाएगा।

यदि आपके चिकित्सक की योजना आपकी नियमित देखभाल के भाग के रूप में रीड की हड्डी के तरल पदार्थ को लेना है, तो २-४ मिलीलीटर (एक छोटे चम्मच से कम) का भी एकत्रित किया जाएगा और अध्ययन के लिए परीक्षण किया जाएगा। यदि आपके चिकित्सक को लगता है कि यह आपकी देखभाल के एक भाग के रूप में आवश्यक है, केवल तभी आपका एक ल्यूम्बर छिद्रण होगा, और इस अध्ययन के एक भाग के रूप में नहीं होगा।

कभी-कभी, संक्रमणों की पहचान केवल कुछ समय के बाद की जाती है और यही कारण है कि क्यों हम दो अतिरिक्त बार, अर्थात; चिकित्सालय से छुट्टी मिलने और अनुसरण के दौरान, खून की निकासी करेंगे: १) चिकित्सालय से छुट्टी मिलने से पहले, ५ मिलीलीटर (लगभग एक छोटा चम्मच) खून लिया जाएगा; और २) चिकित्सालय से छुट्टी मिलने के ४ से ६ सप्ताह बाद, आपसे एक अनुसरण मुलाकात के लिए इस चिकित्सालय में लौटने के लिए कहा जाएगा। अनुसरण मुलाकात में लगभग १५ मिनट का समय लगेगा। इस मुलाकात के दौरान, आपसे इस बारे में कुछ प्रश्नों को पूछा जाएगा कि जब आप चिकित्सालय से गए थे, उसके बाद से आपको कैसा महसूस होता आ रहा है। अनुसरण मुलाकात पर, समान तरीके से एकबार और ५ मिलीलीटर खून को लिया जाएगा। यदि आप कार्यक्रमबद्ध समय पर अनुसरण मुलाकात के लिए वापस नहीं आते हैं, तो अध्ययन दल से कोई व्यक्ति यह पता लगाने के लिए फोन द्वारा या आपके घर पर सम्पर्क कर सकता है कि क्या आप अनुसरण मुलाकात के लिए आने के लिए अभी भी इच्छुक हैं और क्या आप अपने रोग के बारे में प्रश्नों के उत्तर दे सकते हैं।

नियमित परीक्षणों के अलावा, एकत्रित किए गए नमूनों का परीक्षण ऐसे विभिन्न संक्रमणों के लिए किया जाएगा जिनके कारण आपका रोग हुआ हो सकता है और जिन्होंने आपको बीमार बना दिया है।

आपके नमूनों का परीक्षण इस चिकित्सालय पर, और मणिपाल सेण्टर फ़ॉर वायरस रिसर्च (एमसीवीआर), मणिपाल विश्वविद्यालय (एमयू) द्वारा चलाई जा रही प्रयोगशालाओं पर, दोनों पर होगा। इस अध्ययन के भाग के रूप में किए गए सभी परीक्षण, आपके चिकित्सालय पर किए गए नियमित परीक्षणों के पूरक होंगे, उनकी जगह नहीं लेंगे।

अध्ययन दल आपके रोग और प्रवेश के बारे में आपके चिकित्सा रिकॉर्डों से जानकारी भी एकत्रित करेगा और प्रकरण भर्ती (रिक्रूटमेंट) प्रपत्रों [केस रिक्रूटमेंट फॉर्मर्स] (सीआरएफ) को पूरा भी करेगा।

लाभ

आपको इस अध्ययन में भाग लेने से कोई भी सीधे व्यक्तिगत लाभ प्राप्त नहीं हो सकते हैं। चाहे आप इस अध्ययन के लिए स्वेच्छाकर्मी बनते हैं या नहीं, आपको अपने चिकित्सक से समान चिकित्सा देखभाल प्राप्त होगी। अतिरिक्त प्रयोगशाला परीक्षणों के परिणामों को, जब वे उपलब्ध होते हैं, तब आपके चिकित्सक को प्रदान किया जाएगा और आपके चिकित्सा रिकॉर्ड में रखा जाएगा। ये परिणाम आपकी चिकित्सा देखभाल में सहायता कर सकते हैं। जो संक्रमण घटित होते हैं, उनके विभिन्न प्रकारों के बारे में जानने और उनकी रोकथाम कैसे की जा सकती है, इसके तरीकों को समझने के द्वारा, इस अध्ययन से भविष्य में आपके समुदाय में लोगों के स्वास्थ्य को लाभ हो सकता है।

जोखिम और असुविधाएँ

इस अध्ययन में होने के कुछ जोखिम हैं, जो खून हासिल किए जाने और जिस समय की आवश्यकता प्रश्नों के उत्तर देने के लिए आवश्यक समय से सम्बन्धित हैं। आपके खून की निकासी करने के लिए उपयोग की गई सुइयों से कुछ असुविधा हो सकती है। आपको सुई लगाने के स्थल पर सूजन भी हो सकती है या नील भी पड़ सकता है; सुई लगाने के स्थल पर संक्रमण का एक छोटा सा जोखिम है। यद्यपि अधिकतर लोगों को तब कोई संक्रमण या सुस्पष्ट सूजन नहीं होती है, जब उनके खून की निकासी की जाती है, फिर भी, इन दुष्प्रभावों की रोकथाम सभी मामलों में नहीं की जा सकती है। यदि आपको इन लक्षणों में से कोई भी होते ही हैं, तो इस बात की सबसे अधिक सम्भावना है कि वे २ सप्ताह से कम समय में चले जाएँगे। जिस दौरान खून की निकासी की जा रही है, तब कुछ लोगों को सिर का हल्कापन महसूस होता है और उनके दिल की धड़कन तेज़ हो सकती है। इन लक्षणों को आम तौर पर आपको नीचे लिटा करके और/या प्रक्रिया को रोक करके रोका जा सकता है। प्रस्तावित अध्ययन के साथ सम्बन्ध में किन्हीं चोटों का पूर्वानुमान नहीं है। फिर भी, यदि आपको इस अध्ययन में होने के परिणामस्वरूप कोई चोट या बुरा दुष्प्रभाव होता है, तो आपको अपनी चोट के लिए चिकित्सा देखभाल या उपचार प्राप्त होगा।

आपको अध्ययन में होने के लिए भुगतान नहीं किया जाएगा। इस अध्ययन में भाग लेने के लिए आपको किन्हीं लागतों को वहन नहीं करना है – सभी आपूर्तियों और सामग्रियों को निःशुल्क प्रदान किया जाएगा। चिकित्सालय से छुट्टी मिलने के ४-६ सप्ताह बाद, जब आप अनुसरण मुलाकात के लिए लौटते हैं, तो आपके परिवहन और आपके समय की लागत को कवर करने के लिए, आपको रु ६०० की एक निश्चित राशि का एक-बार का भुगतान प्राप्त होगा।

पूर्वाग्रह के बिना अध्ययन से हटना

आपकी प्रतिभागिता पूरी तरह स्वैच्छिक है। आपको पूर्वाग्रह के बिना किसी भी चरण पर अध्ययन से हटने के लिए स्वतन्त्रता होगी। यह उस उपचार की गुणवत्ता को प्रभावित नहीं करेगा जो आपको चिकित्सालय से प्राप्त होता है।

विकल्प

इस अध्ययन में भाग लेने के कोई विकल्प नहीं हैं।

गोपनीयता (निजता)

अध्ययन कर्मचारी-दल आपके परीक्षण परिणामों और आपके बारे में एकत्रित की गई जानकारी को हर समय संरक्षित करेगा, जिसमें अध्ययन के पूरा होने के बाद का समय सम्मिलित है। आपका नाम ऐसी किन्हीं भी प्रस्तुतियों या रिपोर्ट में प्रकट नहीं होगा जो इस शोध का परिणाम होंगी, यद्यपि आपके उपचार में सहायता करने के लिए, आपके परीक्षण परिणामों को आपका उपचार करने वाले चिकित्सक को उपलब्ध कराया जाएगा।

प्रश्न

यदि आपके पास इस अध्ययन के सन्दर्भ में अपने अधिकारों और विशेषाधिकारों के बारे में कोई भी प्रश्न हैं, तो कृपया मणिपाल विश्वविद्यालय, मणिपाल पर डॉ. लक्ष्मीनारायणा बैरी से सोमवार से लेकर शनिवार तक ९ बजे सुबह से लेकर ५ बजे शाम तक इस मोबाइल संख्या ९४४२२०८४७८ पर सम्पर्क करें।

यदि आपके पास इस अध्ययन के बारे में कोई भी प्रश्न हैं, तो कृपया डॉ. जी अरुणकुमार से ९१४८९७०८६४ पर सम्पर्क करें। किसी भी समय चोट, देखभाल या सहमति से सम्बन्धित मुद्दों के बारे में किन्हीं भी प्रश्नों पर उन्हें फोन करने के लिए आप स्वतन्त्र महसूस कर सकते हैं। किन्हीं भी अन्य प्रश्नों के लिए, कृपया आपको उपलब्ध कराए गए 'रोगी कार्ड' के पिछले भाग को देखें जिसमें स्थानीय सम्पर्कव्यक्तियों के विवरण उपलब्ध हैं।

इस प्रपत्र पर दी गई टेलीफोन संख्या का उपयोग किसी चिकित्सा आपातकाल में नहीं किया जाना चाहिए। यदि आपको कोई चिकित्सा आपातकालघटित हो रहा है, तो कृपया निकटतम स्वास्थ्य सुविधा पर जाएँ।

नमूनों के भण्डारण और भविष्य के उपयोग के लिए अनुमति:

बुखार के रोगों के कारणों पर भविष्य के शोध अध्ययनों के लिए, इस अध्ययन के लिए एकत्रित किए गए खून, रीढ़ की हड्डी के तरल पदार्थ, नाक/गले के फाहों, मूत्र, या मल के नमूनों को एमसीवीआर, एमयू में आपकी अनुमति के साथ १० साल तक के लिए भण्डारित किया जाएगा। नमूनों को केवल अध्ययन आईडी संख्या के साथ भण्डारित किया जाएगा, आपके/आपके परिवार के सदस्य के नाम के साथ नहीं। भारत में वर्तमान में अनुपलब्ध परीक्षणों के लिए, नमूनों को भारत से बाहर भेजा जा सकता है; यह केवल भारत सरकार की अनुमति के साथ होगा। यदि आप अपने नमूनों को भविष्य के उपयोग/अन्य परीक्षण के लिए भण्डारित किया जाना/परीक्षा किया जाना नहीं चाहते हैं, तो जब इस अध्ययन के लिए सभी परीक्षणों को पूरा कर लिया जाता है उसके बाद नमूनों को नष्ट कर दिया जाएगा। नमूनों का उपयोग आपके/आपके परिवार के सदस्य के किसी भी आनुवंशिक परीक्षण के लिए कभी भी नहीं किया जाएगा।

यदि आप अध्ययन में होना चाहते हैं तो नीचे दी गई रेखा पर अपने हस्ताक्षर करें। रेखा पर हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि आप कह रहे हैं, "मैं इस समय पर अध्ययन में होना चाहता हूँ।"

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रपत्र की व्याख्या मुझको की गई थी और यह कि इस अध्ययन के बारे में मेरे किन्हीं भी प्रश्नों के उत्तर दिए गए थे।

१८ साल से कम के बच्चों के मामले में, प्रतिभागी/माता-पिता या जिम्मेदार वयस्क के हस्ताक्षर/बाएँ हाथ के अँगूठे का निशान

प्रतिभागी का नाम

या

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

१८ साल से कम के बच्चों के मामले में, माता-पिता/जिम्मेदार वयस्क का नाम

प्रतिभागी के साथ सम्बन्ध

गवाह के हस्ताक्षर

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

अधिकृत अध्ययन कर्मचारी-दल/पीआई के हस्ताक्षर

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

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

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu

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

Study ID #

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

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

Purpose

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

Explanation of Procedures

What we would like to do

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

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

Risks and Discomforts

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

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

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

Participant's name

OR

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Relationship with participant

Signature of witness

Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Voluntary Consent to participate

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar

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

Study ID #

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

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu

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

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

Purpose

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

Explanation of Procedures

What we would like to do

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

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

Risks and Discomforts

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

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

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

Participant's name OR Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of witness Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI Dated (DD/MM/YYYY)

स्वीकृति प्रपत्र: 7-17 वर्षों की आयु के बच्चे द्वारा दी गई नामांकन की स्वीकृति भारत में तीव्र ज्वर रोग (एएफआई) की चिकित्सालय आधारित निगरानी

भाग लेने के लिए स्वैच्छिक सहमति

प्रधान जाँचकर्ता : डॉ.जी अरुणकुमार

प्रोफेसर और प्रमुख

मणिपाल सेण्टर फॉर वायरस रिसर्च

मणिपाल विश्वविद्यालय, मणिपाल, कर्नाटक राज्य

भारत - 576 104

ईमेल : arun.kumar@manipal.edu

मोबाइल : +91-9148970864

फ़ैक्स : +91-820-2922718

Study ID #

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

आपसे एक शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है। शोध विद्यालय में विज्ञान के विषय की तरह है। आपसे एक शोध अध्ययन में सम्मिलित होने के लिए कहा गया है, क्योंकि आपके चिकित्सक सोचते हैं कि आप अपने खून/शरीर के किसी संक्रमण से बीमार हैं।

आप निर्णय ले सकते हैं कि आप इस अध्ययन में होना चाहते हैं या नहीं। यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आपसे आपकी चिकित्सा दशा और पृष्ठभूमि के बारे में प्रश्नों को पूछा जाएगा। एक स्वेच्छाकर्मा के रूप में, आपको ऐसे किसी भी प्रश्न का उत्तर देना अनिवार्य नहीं है जिसके साथ आप सुविधाजनक महसूस नहीं कर रहे हैं। इस अध्ययन के भाग के रूप में, आपसे तीन बार आपकी बाँह से ५-१० मिलीलीटर, लगभग एक बड़ा चम्मच भर के खून लिया जाएगा। जब आप इस अध्ययन में एक स्वेच्छाकर्मा बनने के लिए सहमत होते हैं, उसके एकदम बाद रक्तकोपहलीवार लयिजा जाएगा। नामांकन के समय पर, नाक और गले के एक फाँटे और मूत्र के एक नमूने को भी एकत्रित किया जाएगा। यदि आपको पनीले मल (ढीले मल) हो रहे हैं, तो मल के एक नमूने/मलाशय के फाँटे को एकत्रित किया जा सकता है। यदि रीड की हड्डी के तरल पदार्थ को आपकी अपने नियमित देखभाल के भाग के रूप में लिया जाता है, तो उसी के २-४ मिलीलीटर को अध्ययन के लिए भी एकत्रित किया जाएगा।

जब आपको चिकित्सालय से छुट्टी मिलती है, उससे एकदम पहले, रक्त को दूसरी बार लयिजा जाएगा। यदि आप अनुसरण मुलाकात के लिए वापस आने के लिए तैयार हैं, तो खून को तीसरी बार चिकित्सालय से छुट्टी मिलने के ४-६ सप्ताह बाद लिया जाएगा। अनुसरण मुलाकात में लगभग १५ मिनट का समय लगेगा। इस मुलाकात पर, आपसे इस बारे में प्रश्नों को भी पूछा जाएगा कि जब आप चिकित्सालय से गए थे, उसके बाद से आपको कैसा महसूस होता आ रहा है। यदि आप कार्यक्रमबद्ध समय पर अनुसरण मुलाकात के लिए वापस नहीं आते हैं, तो अध्ययन दल से कोई व्यक्ति यह पता लगाने के लिए फोन द्वारा या आपके घर पर सम्पर्क कर सकता है कि क्या आप अनुसरण मुलाकात के लिए आने के लिए अभी भी इच्छुक हैं।

लाभ

आपको इस अध्ययन में होने से कोई भी सीधे व्यक्तिगत लाभ प्राप्त नहीं हो सकते हैं। चाहे आप इस अध्ययन के लिए स्वेच्छाकर्मा बनते हैं या नहीं, आपको अपने चिकित्सक से समान चिकित्सा देखभाल प्राप्त होगी। अतिरिक्त प्रयोगशाला परीक्षणों के परिणामों को, जब वे उपलब्ध होते हैं, तब आपके चिकित्सक को प्रदान किया जाएगा और आपके चिकित्सा रिकॉर्ड में रखा जाएगा, और ये परिणाम इस रोग से बेहतर होने में आपकी सहायता कर सकते हैं। जो संक्रमण घटित होते हैं, उनके विभिन्न प्रकारों के बारे में जानने और उनकी रोकथाम कैसे की जा सकती है, इसके तरीकों को समझने के द्वारा, इस अध्ययन से भविष्य में आपके समुदाय में लोगों को स्वास्थ्य लाभ हो सकता है।

जोखिम और असुविधाएँ

इस अध्ययन में होने के कुछ जोखिम हैं, जो अतिरिक्त खून हासिल किए जाने से सम्बन्धित हैं। आपके खून की निकासी करने के लिए उपयोग की गई सुइयों से कुछ असुविधा हो सकती है। आपको सुई लगाने के स्थल पर सूजन भी हो सकती है या नीले भी पड़ सकता है; सुई लगाने के स्थल पर संक्रमण का एक छोटा सा जोखिम है। यद्यपि अधिकतर लोगों को तब कोई संक्रमण या सुस्पष्ट नहीं होती है, जब उनके खून की निकासी की जाती है, इन दुष्प्रभावों की रोकथाम सभी मामलों में नहीं की जा सकती है। यदि आपको इन लक्षणों में से कोई भी होते हैं, तो इस बात की सबसे अधिक सम्भावना है कि वे २ सप्ताह से कम समय में चले जाएँगे। जिस दौरान खून की निकासी की जाती है, तब कुछ लोगों को सिर का हल्कापन महसूस होता है और उनके दिल की धड़कन तेज हो सकती है। इन लक्षणों को आम तौर पर आपको नीचे लिटा करके और/या प्रक्रिया को रोक करके रोका जा सकता है। दुर्लभ रूप से, खून का कोई थक्का खून निकासी के स्थल पर बन सकता है। ये खून की निकासी के घटनागत जोखिम हैं; प्रमुख दुष्प्रभाव आमतौर पर घटित नहीं होते हैं। प्रस्तावित अध्ययन के साथ सम्बन्ध में किन्हीं चोटों का पूर्वानुमान नहीं है। फिर भी, यदि आपको इस अध्ययन में होने के परिणामस्वरूप कोई चोट या बुरा दुष्प्रभाव होता है, तो आपको अपनी चोट के लिए चिकित्सा देखभाल या उपचार प्राप्त होगा।

अतिरिक्त रूप से, अतिरिक्त प्रश्नों के उत्तर देने और एक अनुसरण मुलाकात को पूरा करने के लिए कुछ समय की आवश्यकता होगी।

आपको इस अध्ययन में होने के लिए भुगतान नहीं किया जाएगा। फिर भी, चिकित्सालय से छुट्टी मिलने के ४-६ सप्ताह बाद, जब आप अनुसरण मुलाकात के लिए लौटते हैं, तो आपके परिवहन और आपके समय की लागत को कवर करने के लिए, आपको या आपके माता-पिता को रु ६०० की एक निश्चित राशि का एक-बार का भुगतान प्राप्त होगा।

भविष्य के अध्ययनों के लिए, खून, रीड की हड्डी के तरल पदार्थ, नाक/गले के फाँटों, मूत्र, या मल के नमूनों को भण्डारित किया जाएगा। नमूनों को केवल अध्ययन आईडी संख्या के साथ भण्डारित किया जाएगा, आपके/आपके परिवार के सदस्य के नाम के साथ नहीं। आपके संक्रमण हेतु भविष्य के अध्ययनों के लिए, नमूनों को १० साल तक के लिए एमसीवीआर, एम्यू में भण्डारित किया जाएगा। वर्तमान में अनुपलब्ध परीक्षणों के लिए, आपके नमूनों को भारत से बाहर भेजा जा सकता है; यह केवल भारत सरकार की अनुमति के साथ होगा। यदि आप अपने नमूनों को भविष्य के उपयोग/अन्य परीक्षण के लिए भण्डारित किया जाना/परीक्षा किया जाना नहीं चाहते हैं, तो जब इस अध्ययन के लिए परीक्षणों को पूरा कर लिया जाता है उसके बाद नमूनों को नष्ट कर दिया जाएगा। नमूनों का उपयोग आपके/आपके परिवार के सदस्य के किसी भी आनुवंशिक परीक्षण के लिए कभी भी नहीं किया जाएगा।

आप किसी भी समय इस अध्ययन के बारे में प्रश्नों को पूछ सकते हैं। अध्ययन कर्मचारी-दल आपको उत्तर देगा। आप किसी भी समय इस अध्ययन में प्रतिभागिता को बन्द कर सकते हैं। यदि आप अभी अध्ययन में सम्मिलित होना नहीं चाहते हैं या यदि आप बाद में अध्ययन में प्रतिभागिता को रोकना चाहते हैं, तो कोई भी व्यक्ति आपसे अपसन्न नहीं होगा। यदि आप अध्ययन में सम्मिलित होना नहीं चाहते हैं या जब आप प्रारम्भ करने के बाद अध्ययन को छोड़ना चाहते हैं, तो आपके चिकित्सक तब भी आपकी देखभाल करेंगे। यदि आप अध्ययन में सम्मिलित होने के लिए सहमत हैं, तो अध्ययन कर्मचारी-दल और ऐसे लोग जो इस शोध पर काम करते हैं, आपका नाम और आपके बारे में जानकारी को जान सकते हैं।

यदि आपके पास इस अध्ययन के सम्बंध में अपने अधिकारों और विशेषाधिकारों के बारे में कोई भी प्रश्न हैं, तो कृपया मणिपाल विश्वविद्यालय, मणिपाल पर डॉ.लक्ष्मीनारायणा बैरी से सोमवार से लेकर शनिवार तक ९ बजे सुबह से लेकर ५ बजे शाम तक इस मोबाइल संख्या ९४४९२०८४७८ पर सम्पर्क करें।

यदि आपके पास इस अध्ययन के बारे में कोई भी प्रश्न हैं, तो कृपया डॉ. जी अरुण कुमार से ९१४८९७०८६४ पर सम्पर्क करें। किसी भी समय चोट, देखभाल या सहमति से सम्बन्धित मुद्दों के बारे में किन्हीं भी प्रश्नों पर उन्हें फोन करने के लिए आप स्वतन्त्र महसूस कर सकते हैं। किन्हीं भी अन्य प्रश्नों के लिए, कृपया आपको उपलब्ध कराए गए 'गोपनीयता' के पिछले भाग को देखें जिसमें स्थानीय सम्पर्कव्यक्तियों के विवरण उपलब्ध हैं।

इस प्रपत्र पर दी गई टेलीफोन संख्या का उपयोग किसी चिकित्सा आपातकाल में नहीं किया जाना चाहिए। यदि यदि आपको कोई चिकित्सा आपातकालघटित हो रहा है, तो कृपया निकटतम स्वास्थ्य सुविधा पर जाएँ।

यदि आप अध्ययन में होना चाहते हैं तो नीचे दी गई रेखा पर अपने हस्ताक्षर करें। रेखा पर हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि आप कह रहे हैं, "मैं इस समय पर अध्ययन में होना चाहता हूँ।"

प्रतिभागी के हस्ताक्षर/बाएँ हाथ के अँगूठे का निशान

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रपत्र की व्याख्या ऊपर बताए गए बच्चे को की गई थी और यह कि इस अध्ययन के बारे में किन्हीं भी प्रश्नों के उत्तर दिए गए थे।

अधिकृत अध्ययन कर्मचारी-दल/पीआई के हस्ताक्षर

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

स्वीकृति प्रपत्र: 7-17 वर्षों की आयु के बच्चे द्वारा दी गई नामांकन की स्वीकृति भारत में तीव्र ज्वर रोग (एएफआई) की चिकित्सालय आधारित निगरानी

भाग लेने के लिए स्वैच्छिक सहमति

प्रधान जाँचकर्ता : डॉ.जी अरुणकुमार

प्रोफेसर और प्रमुख

मणिपाल सेण्टर फॉर वायरस रिसर्च

मणिपाल विश्वविद्यालय, मणिपाल, कर्नाटक राज्य

भारत - 576 104

ईमेल : arun.kumar@manipal.edu

मोबाइल : +91-9148970864

फ़ैक्स : +91-820-2922718

Study ID #

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

आपसे एक शोध अध्ययन में भाग लेने के लिए कहा जा रहा है। शोध विद्यालय में विज्ञान के विषय की तरह है। आपसे एक शोध अध्ययन में सम्मिलित होने के लिए कहा गया है, क्योंकि आपके चिकित्सक सोचते हैं कि आप अपने खून/शरीर के किसी संक्रमण से बीमार हैं।

आप निर्णय ले सकते हैं कि आप इस अध्ययन में होना चाहते हैं या नहीं। यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आपसे आपकी चिकित्सा दशा और पृष्ठभूमि के बारे में प्रश्नों को पूछा जाएगा। एक स्वेच्छाकर्मा के रूप में, आपको ऐसे किसी भी प्रश्न का उत्तर देना अनिवार्य नहीं है जिसके साथ आप सुविधाजनक महसूस नहीं कर रहे हैं। इस अध्ययन के भाग के रूप में, आपसे तीन बार आपकी बाँह से ५-१० मिलीलीटर, लगभग एक बड़ा चम्मच भर के खून लिया जाएगा। जब आप इस अध्ययन में एक स्वेच्छाकर्मा बनने के लिए सहमत होते हैं, उसके एकदम बाद रक्तकोपहलीवार लयिजा जाएगा। नामांकन के समय पर, नाक और गले के एक फाँटे और मूत्र के एक नमूने को भी एकत्रित किया जाएगा। यदि आपको पनीले मल (ढीले मल) हो रहे हैं, तो मल के एक नमूने/मलाशय के फाँटे को एकत्रित किया जा सकता है। यदि रीड की हड्डी के तरल पदार्थ को आपकी अपने नियमित देखभाल के भाग के रूप में लिया जाता है, तो उसी के २-४ मिलीलीटर को अध्ययन के लिए भी एकत्रित किया जाएगा।

जब आपको चिकित्सालय से छुट्टी मिलती है, उससे एकदम पहले, रक्त को दूसरी बार लयिजा जाएगा। यदि आप अनुसरण मुलाकात के लिए वापस आने के लिए तैयार हैं, तो खून को तीसरी बार चिकित्सालय से छुट्टी मिलने के ४-६ सप्ताह बाद लिया जाएगा। अनुसरण मुलाकात में लगभग १५ मिनट का समय लगेगा। इस मुलाकात पर, आपसे इस बारे में प्रश्नों को भी पूछा जाएगा कि जब आप चिकित्सालय से गए थे, उसके बाद से आपको कैसा महसूस होता आ रहा है। यदि आप कार्यक्रमबद्ध समय पर अनुसरण मुलाकात के लिए वापस नहीं आते हैं, तो अध्ययन दल से कोई व्यक्ति यह पता लगाने के लिए फोन द्वारा या आपके घर पर सम्पर्क कर सकता है कि क्या आप अनुसरण मुलाकात के लिए आने के लिए अभी भी इच्छुक हैं।

लाभ

आपको इस अध्ययन में होने से कोई भी सीधे व्यक्तिगत लाभ प्राप्त नहीं हो सकते हैं। चाहे आप इस अध्ययन के लिए स्वेच्छाकर्मा बनते हैं या नहीं, आपको अपने चिकित्सक से समान चिकित्सा देखभाल प्राप्त होगी। अतिरिक्त प्रयोगशाला परीक्षणों के परिणामों को, जब वे उपलब्ध होते हैं, तब आपके चिकित्सक को प्रदान किया जाएगा और आपके चिकित्सा रिकॉर्ड में रखा जाएगा, और ये परिणाम इस रोग से बेहतर होने में आपकी सहायता कर सकते हैं। जो संक्रमण घटित होते हैं, उनके विभिन्न प्रकारों के बारे में जानने और उनकी रोकथाम कैसे की जा सकती है, इसके तरीकों को समझने के द्वारा, इस अध्ययन से भविष्य में आपके समुदाय में लोगों को स्वास्थ्य लाभ हो सकता है।

जोखिम और असुविधाएँ

इस अध्ययन में होने के कुछ जोखिम हैं, जो अतिरिक्त खून हासिल किए जाने से सम्बन्धित हैं। आपके खून की निकासी करने के लिए उपयोग की गई सुइयों से कुछ असुविधा हो सकती है। आपको सुई लगाने के स्थल पर सूजन भी हो सकती है या नीले भी पड़ सकता है; सुई लगाने के स्थल पर संक्रमण का एक छोटा सा जोखिम है। यद्यपि अधिकतर लोगों को तब कोई संक्रमण या सुस्पष्ट नहीं होती है, जब उनके खून की निकासी की जाती है, इन दुष्प्रभावों की रोकथाम सभी मामलों में नहीं की जा सकती है। यदि आपको इन लक्षणों में से कोई भी होते हैं, तो इस बात की सबसे अधिक सम्भावना है कि वे २ सप्ताह से कम समय में चले जाएँगे। जिस दौरान खून की निकासी की जाती है, तब कुछ लोगों को सिर का हल्कापन महसूस होता है और उनके दिल की धड़कन तेज हो सकती है। इन लक्षणों को आम तौर पर आपको नीचे लिटा करके और/या प्रक्रिया को रोक करके रोका जा सकता है। दुर्लभ रूप से, खून का कोई थक्का खून निकासी के स्थल पर बन सकता है। ये खून की निकासी के घटनागत जोखिम हैं; प्रमुख दुष्प्रभाव आमतौर पर घटित नहीं होते हैं। प्रस्तावित अध्ययन के साथ सम्बन्ध में किन्हीं चोटों का पूर्वानुमान नहीं है। फिर भी, यदि आपको इस अध्ययन में होने के परिणामस्वरूप कोई चोट या बुरा दुष्प्रभाव होता है, तो आपको अपनी चोट के लिए चिकित्सा देखभाल या उपचार प्राप्त होगा।

अतिरिक्त रूप से, अतिरिक्त प्रश्नों के उत्तर देने और एक अनुसरण मुलाकात को पूरा करने के लिए कुछ समय की आवश्यकता होगी।

आपको इस अध्ययन में होने के लिए भुगतान नहीं किया जाएगा। फिर भी, चिकित्सालय से छुट्टी मिलने के ४-६ सप्ताह बाद, जब आप अनुसरण मुलाकात के लिए लौटते हैं, तो आपके परिवहन और आपके समय की लागत को कवर करने के लिए, आपको या आपके माता-पिता को रु ६०० की एक निश्चित राशि का एक-बार का भुगतान प्राप्त होगा।

भविष्य के अध्ययनों के लिए, खून, रीड की हड्डी के तरल पदार्थ, नाक/गले के फाँटों, मूत्र, या मल के नमूनों को भण्डारित किया जाएगा। नमूनों को केवल अध्ययन आईडी संख्या के साथ भण्डारित किया जाएगा, आपके/आपके परिवार के सदस्य के नाम के साथ नहीं। आपके संक्रमण हेतु भविष्य के अध्ययनों के लिए, नमूनों को १० साल तक के लिए एमसीवीआर, एम्यू में भण्डारित किया जाएगा। वर्तमान में अनुपलब्ध परीक्षणों के लिए, आपके नमूनों को भारत से बाहर भेजा जा सकता है; यह केवल भारत सरकार की अनुमति के साथ होगा। यदि आप अपने नमूनों को भविष्य के उपयोग/अन्य परीक्षण के लिए भण्डारित किया जाना/परीक्षा किया जाना नहीं चाहते हैं, तो जब इस अध्ययन के लिए परीक्षणों को पूरा कर लिया जाता है उसके बाद नमूनों को नष्ट कर दिया जाएगा। नमूनों का उपयोग आपके/आपके परिवार के सदस्य के किसी भी आनुवंशिक परीक्षण के लिए कभी भी नहीं किया जाएगा।

आप किसी भी समय इस अध्ययन के बारे में प्रश्नों को पूछ सकते हैं। अध्ययन कर्मचारी-दल आपको उत्तर देगा। आप किसी भी समय इस अध्ययन में प्रतिभागिता को बन्द कर सकते हैं। यदि आप अभी अध्ययन में सम्मिलित होना नहीं चाहते हैं या यदि आप बाद में अध्ययन में प्रतिभागिता को रोकना चाहते हैं, तो कोई भी व्यक्ति आपसे अपसन्न नहीं होगा। यदि आप अध्ययन में सम्मिलित होना नहीं चाहते हैं या जब आप प्रारम्भ करने के बाद अध्ययन को छोड़ना चाहते हैं, तो आपके चिकित्सक तब भी आपकी देखभाल करेंगे। यदि आप अध्ययन में सम्मिलित होने के लिए सहमत हैं, तो अध्ययन कर्मचारी-दल और ऐसे लोग जो इस शोध पर काम करते हैं, आपका नाम और आपके बारे में जानकारी को जान सकते हैं।

यदि आपके पास इस अध्ययन के सम्बंध में अपने अधिकारों और विशेषाधिकारों के बारे में कोई भी प्रश्न हैं, तो कृपया मणिपाल विश्वविद्यालय, मणिपाल पर डॉ. लक्ष्मीनारायणा बैरी से सोमवार से लेकर शनिवार तक ९ बजे सुबह से लेकर ५ बजे शाम तक इस मोबाइल संख्या ९४४९२०८४७८ पर सम्पर्क करें।

यदि आपके पास इस अध्ययन के बारे में कोई भी प्रश्न हैं, तो कृपया डॉ. जी अरुण कुमार से ९१४८९७०८६४ पर सम्पर्क करें। किसी भी समय चोट, देखभाल या सहमति से सम्बन्धित मुद्दों के बारे में किन्हीं भी प्रश्नों पर उन्हें फोन करने के लिए आप स्वतन्त्र महसूस कर सकते हैं। किन्हीं भी अन्य प्रश्नों के लिए, कृपया आपको उपलब्ध कराए गए 'गोपनीयता' के पिछले भाग को देखें जिसमें स्थानीय सम्पर्कव्यक्तियों के विवरण उपलब्ध हैं।

इस प्रपत्र पर दी गई टेलीफोन संख्या का उपयोग किसी चिकित्सा आपातकाल में नहीं किया जाना चाहिए। यदि यदि आपको कोई चिकित्सा आपातकालघटित हो रहा है, तो कृपया निकटतम स्वास्थ्य सुविधा पर जाएँ।

यदि आप अध्ययन में होना चाहते हैं तो नीचे दी गई रेखा पर अपने हस्ताक्षर करें। रेखा पर हस्ताक्षर करने का अर्थ है कि आप कह रहे हैं, "मैं इस समय पर अध्ययन में होना चाहता हूँ।"

प्रतिभागी के हस्ताक्षर/बाएँ हाथ के अँगूठे का निशान

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रपत्र की व्याख्या ऊपर बताए गए बच्चे को की गई थी और यह कि इस अध्ययन के बारे में किन्हीं भी प्रश्नों के उत्तर दिए गए थे।

अधिकृत अध्ययन कर्मचारी-दल/पीआई के हस्ताक्षर

तिथि (डीडी/एमएम/वाईवाई)

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

Study ID #

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY 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

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

Study ID #

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Study ID #	Date of recruitment	Study Site
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMOGRAPHIC INFORMATION लोकसंख्येचे बांदावळीची माहिती		
1 Address नामो :		
1a. State राज्य: _____	1f. Post Office टपाल कचेरी: _____	
1b. District जिला: _____	1g. Gram Panchayath ग्राम पंचायत: _____	
1c. Taluk तालुक: _____	1h. Village गांव: _____	
1d. Tehsil तेहसील: _____	1i. Landmark लैण्डमार्क: _____	
1e. PIN Code पीन कोड: _____		
2		
2a. Age in years आयु (वर्ष में) _____	2d. Marital Status वैवाहिक स्थिति:	
2b. DOB: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Single अविवाहित	<input type="checkbox"/> Married विवाहित
2c. Gender लिंग:	If Married Female, यदि विवाहित महिला हैं, तो	
<input type="checkbox"/> Male पुरुष	<input type="checkbox"/> Female महिला	<input type="checkbox"/> Others अन्य
	2e. Currently pregnant क्या वर्तमान में गर्भवती है	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N
	If Yes, यदि हाँ, तो	
	2f. Weeks सप्ताह	<input type="text"/>
3		
3a. Major Occupation (select from list) : _____ प्रमुख व्यवसाय (सूची से चयन करें)		
3b. Secondary occupation 1 : _____ द्वितीयक व्यवसाय 1		
3c. Secondary occupation 2 : _____ द्वितीयक व्यवसाय 2		
3d. Secondary occupation 3 : _____ द्वितीयक व्यवसाय 3		
List of Occupations व्यवसायों की सूची		
Professionals	Non-professionals	
Carpenter बढ़ई	Farmer किसान	
Doctor चिकित्सक	Head load coolie हेड लोड कुली	
Driver वाहन चालक	Housewife गृहिणी	
Electrician इलेक्ट्रीशियन	Manual labourer (Agriculture) मजदूर (कृषि)	
Health worker स्वास्थ्य कार्यकर्ता	Manual labourer (Masonry) मजदूर (चिनाई)	
Office worker कार्यालय कर्मचारी	Meat handler मांस हैंडलर	
Nurse नर्स	Shepherd गड़रिया (शेफर्ड)	
Student छात्र	Unemployed बेरोजगार	
Teacher शिक्षक		
If others, please specify in the space provided above अन्य पेशेवरों (निर्दिष्ट), अन्य (बताएं)		

CLINICAL HISTORY (☑ Applicable ones)

4. Date of admission:
भर्ती की तिथि

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

5. Date of onset of fever (DOF):
बुखार की शुरुआत की तिथि (DOF)

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

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

Y N U
 (Y-Yes, N-No, U- I don't know)
 (Y-हाँ, N-नहीं, U-मुझे पता नहीं)

(Date of onset of fever)

6. Whether your fever was intermittent or continuous?
क्या आपका बुखार रुक-रुक कर आता था या लगातार रहता था?

Continuous
 लगातार

Intermittent
 रुक-रुक कर

7. What was the duration of fever as on today (the date of recruitment)?
आज (पंजीकरण की तिथि) बुखार की अवधि क्या थी?

Duration (days)
 अवधि (दिन)

8. Did you feel cold or cold with shivering/shaking of the body while having fever? (Chills/Rigor)
बुखार होने के दौरान, क्या आपने ठण्ड या शरीर के झटकों/ कांपने के साथ ठण्ड लगना महसूस किया? (ठण्ड/ राइगोर)

Y N U

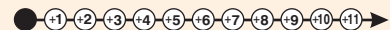
Duration (days)
 अवधि (दिन)



9. Did you feel sweating during night while having fever? (Night sweats)
बुखार होने के दौरान, क्या आपने रात के दौरान पसीना आना महसूस किया? (रात में पसीना)

Y N U

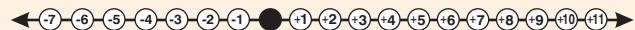
Duration (days)
 अवधि (दिन)



10. Did you have running nose within few days before/after onset of fever? (Coryza)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपकी नाक बह रही थी? (सर्दी-जुकाम (कोरिज़ा))

Y N U

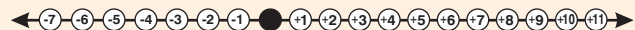
Duration (days)
 अवधि (दिन)



11. Did you have cough within few days before/after onset of fever? (Cough)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपको खांसी हुई थी? (खांसी)

Y N U

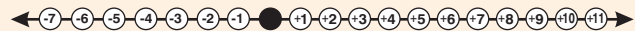
Duration (days)
 अवधि (दिन)



12. Did you have irritation/pain of throat within few days before/after onset of fever? (Sore throat)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपको गले की चिड़चिड़ाहट/ दर्द हुआ था? (गले में खराश)

Y N U

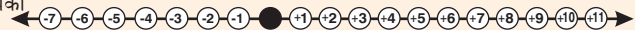
Duration (days)
 अवधि (दिन)



13. Did you experience difficulty in breathing within few days before/after onset of fever? (Breathlessness)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपको सांस लेने में कठिनाई का अनुभव हुआ था? (सांस फूलना)

Y N U

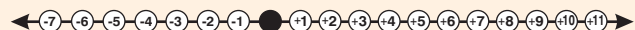
Duration (days)
 अवधि (दिन)



14. Did you experience pain in chest within few days before/after onset of fever? (Chest Pain)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने सीने में दर्द अनुभव हुआ था? (सीने में दर्द)

Y N U

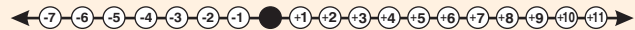
Duration (days)
 अवधि (दिन)



15. Did you have headache within few days before/after onset of fever? (Headache)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपको सिरदर्द हुआ था? (सिरदर्द)

Y N U

Duration (days)
 अवधि (दिन)



16. Are you troubled by bright light? (Photophobia)
क्या आपको चमकदार रोशनी से परेशानी होती है? (फोटोफोबिया)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

←-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? (Retro orbital pain)
क्या आपको अपनी आंख के गोलक के पीछे दर्द हुआ था, विशेष रूप से आंखों को हिलाते समय? (रेट्रो ऑर्बिटल दर्द)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

←-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)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपकी आंख(खें) लाल और चिड़चिड़ाहट भरी हो गई थी? (लाल आँख)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

←-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)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने शरीर में व्यापक दर्द का अनुभव किया था? (मांसलता में पीड़ा (मायल्जिया))

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

←-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)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने अपने जोड़ों में दर्द का अनुभव किया था? (जोड़ों में दर्द)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

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

If Yes, यदि हाँ, तो 20a. Location: Small Joints छोटे जोड़ Large joints बड़े जोड़ Both दोनों

21. Did you experience general weakness within few days before/after onset of fever? (General weakness)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने कमजोरी का अनुभव किया था? (कमजोरी)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

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

If Yes, यदि हाँ, तो

21a. Was it extreme weakness such as inability to get up from the bed? (Prostration)
क्या यह चरम कमजोरी थी, जैसे कि बिस्तर से उठ पाने की अक्षमता? (व्यापक कमजोरी)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

←-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)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने पेट में दर्द का अनुभव किया था? (पेट दर्द)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

←-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)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने मिचली (उल्टी की अनुभूति) का अनुभव किया था? (मतली)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

←-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)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपको उल्टी हुई थी? (उल्टी)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

←-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)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपको दस्त हुए थे? (३ या पतले दस्त / तरल मल/ दिन) (दस्त या अतिसार)

Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

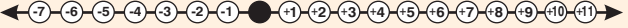
←-7-6-5-4-3-2-1-●+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

26. Did you notice yellow discoloration of your skin or eye within few days before/after onset of fever? (Jaundice)
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपके ध्यान में अपनी त्वचा या आंखों का रंग पीला पड़ना आया था? (पीलिया)


Y N U Duration (days)
अवधि (दिन)

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

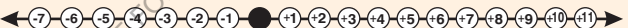
27. Did you experience urgency of passing urine or burning sensation while passing urine within few days before/after onset of fever? (Burning micturition) Y N U Duration (days) अवधि (दिन)

बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने पेशाब करने की तात्कालिकता या पेशाब करते समय जलन की अनुभूति का अनुभव किया था? (जलनयुक्त माइकट्यूरीशन) 

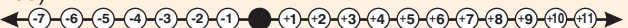
28. Did you experience difficulty/pain while moving your neck within few days before/after onset of fever? (Neck stiffness) Y N U Duration (days) अवधि (दिन)

बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने अपनी गर्दन को हिलाते समय कठिनाई/ दर्द का अनुभव किया था? (गर्दन में जकड़न) 

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

बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने सतर्कता के स्तर में किसी भी कमी (तन्द्रा से कोमा तक) का अनुभव किया था? (बदला हुआ सेनसोरियम) 

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) अवधि (दिन)

बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने अचानक अनियंत्रणीय मांसपेशियों में संकुचन/ ऐंठन (स्पाज्म) का अनुभव किया था जिसे अन्यथा सीज़र्स के रूप में जाना जाता है? (दौरे (सीज़र्स)) 

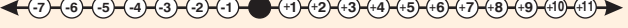
If Yes, यदि हाँ, तो Focal (Only a part of the body) फोकल (शरीर का केवल एक भाग) Generalized (Whole Body) व्यापक (पूरा शरीर)

30a. Type of seizure: _____
सीज़र्स के प्रकार

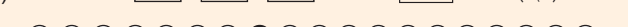
30b. How many times? कितनी बार?: _____

30c. Maximum duration (in minutes) : _____
अधिकतम अवधि (मिनट में)

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) अवधि (दिन)

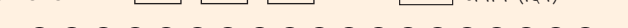
बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपने शरीर के किसी भी भाग के आंशिक या पूर्ण पक्षाघात का अनुभव किया था? (पक्षाघात/ पैरेसिस) 

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) अवधि (दिन)

बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपके ध्यान में अपनी त्वचा में कोई भी रंग बदला था? लाल चकत्ते आए थे? (लाल चकत्ते) 

If Yes, यदि हाँ, तो 32a. Site स्थल: _____

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) अवधि (दिन)

बुखार की शुरुआत से पहले/ के बाद कुछ दिनों के भीतर, क्या आपके ध्यान में थूक (स्प्यूटम)/ मल/ मूत्र/ उल्टी के कण (वॉमिटस) में रक्त/ ईंट का लाल रंग आया था? 

If Yes, where? यदि हाँ, तो कहाँ पर? _____

33a. Sputum थूक (स्प्यूटम) Y N

33b. Faeces मल Y N

33c. Urine मूत्र Y N

33d. Vomitus उल्टी के कण (वॉमिटस) Y N

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

 Y N U

क्या आपको पिछले एक साल में कोई भी टीका/ इम्यूनाइज़ेशन लगा है?

If yes, Specify यदि हाँ, तो स्पष्ट करें

34a. Vaccine टीका: _____ month महीना: _____ year साल: _____

34b. Vaccine टीका: _____ month महीना: _____ year साल: _____

34c. Vaccine टीका: _____ month महीना: _____ year साल: _____

34d. Vaccine टीका: _____ month महीना: _____ year साल: _____

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

 Y N U

क्या आपको कोई भी चिरकालिक/ गैर संचारी चिकित्सा दशाएँ हैं?

If yes, tick all applicable यदि हाँ, तो उन सभी पर सही का चिह्न बनाएं जो लागू हैं

35a Hypertension (High Blood Pressure)

हायपरटेन्शन (उच्च रक्तचाप)

 Y N U

35b Diabetes (sugar)

मधुमेह (शुगर)

 Y N U

35c Asthma/wheezing

अस्थमा/ घरघराहट

 Y N U

35d Liver Cirrhosis

लीवर सिरोसिस

 Y N U

35e Chronic Renal failure

चिरकालिक गुर्दे की विफलता

 Y N U

35f Myocardial Infarction (heart attack)

रोधगलन (मायोकार्डियल इन्फार्क्शन-दिल का दौरा)

 Y N U

35g Stroke

स्ट्रोक

 Y N U

35h Cancer

कर्क रोग (कैंसर)

 Y N U

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

अन्य (हाल ही में निदान किया गया कोई भी अन्य प्रमुख रोग, कृपया उल्लेख करें)

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

 Y N U

क्या ऐसी कोई भी बात है जो आप मुझे बताना चाहते हैं जो आपको लगता है कि मैंने आपसे नहीं पूछा है?

If yes, brief यदि हाँ, तो संक्षेप में बताएँ:

EPIDEMIOLOGIC DATA (☑ Applicable ones)

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

Y N U

अपने रोग से पहले पिछले ४ सप्ताह में, क्या आप एक दिन में कम से कम एक बार निम्न जानवरों में से किसी के संपर्क में आए हैं? (ऐसे सभी पर सही का चिह्न लगाएं जो लागू हैं)

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
भेड़/बकरी | <input type="checkbox"/> Cattle
मवेशी | <input type="checkbox"/> Deer
हिरण | <input type="checkbox"/> Pig
सुअर | <input type="checkbox"/> Chicken
चूज़ा |
| <input type="checkbox"/> Duck
बतख | <input type="checkbox"/> Pigeon
कबूतर | <input type="checkbox"/> Cat
बिल्ली | <input type="checkbox"/> Dog
कुत्ता | <input type="checkbox"/> Bat
चमगादड़ |
| <input type="checkbox"/> Rat
चूहा | <input type="checkbox"/> Monkey
बन्दर | <input type="checkbox"/> Other Birds
अन्य पक्षियों | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
अन्य जानवरों | _____ | | | <input type="checkbox"/> None
कोई नहीं |

38. Do any animal enter inside your house?
क्या कोई भी पशु आपके घर के अंदर प्रवेश करता है?

Y N U

If yes, Specify यदि हाँ, तो स्पष्ट करें:

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
भेड़/बकरी | <input type="checkbox"/> Cattle
मवेशी | <input type="checkbox"/> Chicken
चूज़ा | <input type="checkbox"/> Cat
बिल्ली | <input type="checkbox"/> Dog
कुत्ता |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
अन्य पशुओं | _____ | | | |

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

Y N U

पिछले १-२ महीने के दौरान, क्या आपके घर में किसी भी पशु का जन्म हुआ है?

If yes, यदि हाँ, तो

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

Y N

क्या आपने जन्म होने की प्रक्रिया में सीधे भाग लिया था?

39b. Which animal? कौन सा पशु?

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
भेड़/बकरी | <input type="checkbox"/> Cattle
मवेशी | <input type="checkbox"/> Pig
सुअर | <input type="checkbox"/> Cat
बिल्ली | <input type="checkbox"/> Dog
कुत्ता |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
अन्य पशुओं | _____ | | | |

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

Y N U

पिछले १-२ महीने के दौरान, क्या आपके घर में किसी भी पशु का गर्भपात हुआ है?

If yes, यदि हाँ, तो

40a. Which animal? कौन सा पशु?

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
भेड़/बकरी | <input type="checkbox"/> Cattle
मवेशी | <input type="checkbox"/> Pig
सुअर | <input type="checkbox"/> Cat
बिल्ली | <input type="checkbox"/> Dog
कुत्ता |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
अन्य पशुओं | _____ | | | |

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

Y N U

पिछले १ महीने में अपने घर/ आस-पड़ोस में, क्या किसी भी पशु या पक्षी की मृत्यु हुई थी?

If yes, यदि हाँ, तो

41a. Specify animal स्पष्ट करें कि कौन सा पशु या पक्षी: _____

- | | | | | |
|--|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
भेड़/बकरी | <input type="checkbox"/> Cattle
मवेशी | <input type="checkbox"/> Pig
सुअर | <input type="checkbox"/> Chicken
चूज़ा | <input type="checkbox"/> Duck
बतख |
| <input type="checkbox"/> Cat
बिल्ली | <input type="checkbox"/> Dog
कुत्ता | <input type="checkbox"/> Other Animals
अन्य पशुओं | _____ | |

41b. Sudden or unexpected death?

Y N

अचानक या अप्रत्याशित मृत्यु?

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

पिछले एक या दो महीने के दौरान, क्या आपका मृत या बीमार पशु के साथ कोई भी संपर्क हुआ था?

If yes, यदि हाँ, तो

Y N U

42a. Specify animal स्पष्ट करें कि कौन सा पशु या पक्षी

Sheep/goat
भेड़/बकरी

Cattle
मवेशी

Pig
सुअर

Chicken
चूज़ा

Duck
बतरख

Cat
बिल्ली

Dog
कुत्ता

Other Animals _____
अन्य पशुओं

42b. Describe nature of contact संपर्क की प्रकृति का वर्णन करें: _____

42c. Did you consume meat of the same sick/dead animal? _____
क्या आपने उसी रोगी/ मृत पशु के मांस को खाया था?

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

पिछले एक या दो महीने के दौरान, क्या आपने पशुधन या जंगली जानवरों के मारे जाने या काटे जाने में भाग लिया था?

Y N U

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

पिछले ४ महीने में क्या आपका कच्चे मांस/ पशु के रक्त के साथ कोई भी संपर्क हुआ था?

If yes, यदि हाँ, तो

Y N U

44a. Describe nature of contact संपर्क की प्रकृति का वर्णन करें: _____

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

पिछले ४ सप्ताह में क्या आपने कृषि भूमि/ खेत पर काम किया था या जुताई की थी?

Y N U

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

पिछले ४ सप्ताह में, क्या आपने धान के खेतों में काम किया था?

Y N U

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

पिछले ४ सप्ताह में क्या आप मछली पकड़ने गए थे?

Y N U

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

क्या आपके घर या खेत की ज़मीन के पास पानी (सिंचाई) की कोई नहर है?

Y N U

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

पिछले ४ सप्ताह में क्या आपने ठहरे हुए पानी में काम किया था?

Y N U

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

पिछले ४ सप्ताह में क्या आपने "काम के लिए खाद्य राष्ट्रीय कार्यक्रम/ रोजगार गारंटी योजना" के लिए काम किया था?

If yes, यदि हाँ, तो

Y N U

50a. Specify nature of last work अन्तिम काम की प्रकृति को स्पष्ट करें: _____

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

क्या आप जंगल के बहुत समीप (५ मिनट तक पैदल चलने की दूरी के भीतर) रहते हैं?

Y N U

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

पिछले ४ सप्ताह में क्या आप जंगल में गए थे?

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

यदि हाँ, तो किन प्रयोजनों के लिए आप जंगल में जाते हैं? (ऐसे सभी पर सही का चिह्न बनाएं, जो लागू हैं)

Y N U

52a. Firewood collection जलाने के लिए लकड़ी जमा करना

52b. Dry leaf collection सूखी पत्ती जमा करना

52c. Grass collection घास जमा करना

52d. Wood cutting/ logging लकड़ी काटना/ लॉगिंग

52e. Honey collection शहद जमा करना

52f. Algae collection शैवाल (एल्जी) जमा करना

52g. Cattle grazing मवेशी चराना

52h. Work on agricultural land inside forest जंगल के अंदर कृषि भूमि पर काम

52i. Fishing मछली पकड़ना

52j. Hunting शिकार करना

52k. Forest department work वन विभाग का काम

If yes, यदि हाँ, तो, 52k (i) specify स्पष्ट करें: _____

52l. Leisure activities अवकाश (लेज़र) की गतिविधियाँ

If yes, यदि हाँ, तो, 52l (i) specify स्पष्ट करें: _____

52m. Others अन्य _____

53. Do you see ticks in and around your household within 4 weeks before the onset of fever? Y N U
बुखार की शुरुआत से पहले ४ सप्ताह के भीतर, क्या आपको अपने घर में और आसपास चिचड़ी दिखते हैं?
54. Do you see ticks on your body, within 4 weeks before the onset of fever? Y N U
बुखार की शुरुआत से पहले ४ सप्ताह के भीतर, क्या आपको अपने शरीर पर चिचड़ी दिखते हैं?
If yes, यदि हाँ, तो
- 54a. how do you remove them? _____
आप उन्हें कैसे हटाते हैं?
55. What is the Source of drinking water in your home? (Tick all applicable)
आपके घर में पीने के पानी का स्रोत क्या है? (ऐसे सभी पर सही का चिह्न लगाएं जो लागू हैं)
- Dug well खोदा गया कुआँ Hand pump हाथ का पंप Tube well नलकूप Public well सार्वजनिक कुआँ Public water tap सार्वजनिक पानी का नल
- Panchayath/Municipality water supply पंचायत/नगरपालिका की पानी की आपूर्ति Tanker water supply टैंकर से पानी की आपूर्ति Pond नदी
- Stream तालाब की जलधारा Others अन्य
56. Do you store water in home? Y N U
क्या आप घर में पानी जमा करके रखते हैं?
If yes, यदि हाँ, तो
- 56a Where? (specify) कहाँ पर? (स्पष्ट करें): _____
57. Do you use a sanitary latrine at your home? Y N U
क्या आप अपने घर में स्वच्छ शौचालय का उपयोग करते हैं?
58. Where do you take bath? (Tick all applicable)
आप कहाँ पर नहाते हैं? (ऐसे सभी पर सही का चिह्न बनाएँ जो लागू हैं)
- River नदी Pond तालाब Stream जलधारा Home घर पर Other place (Specify) अन्य जगह (स्पष्ट करें) _____
59. Did you sleep under the bednet last night? Y N U
कल रात क्या आप मच्छरदानी के अंदर सोए थे?
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
पिछले १२ महीनों में किसी भी समय, क्या कोई भी व्यक्ति मच्छरों (या फ़्लियाज़) के विरुद्ध भीतरी दीवारों पर छिड़काव करने के लिए आपके/ रोगी के निवास में आया है?
- 60a. If yes, How many months ago was the dwelling last sprayed? _____
यदि हाँ, तो कितने महीने पहले, निवास पर अंतिम बार छिड़काव हुआ था?
61. Do you have children below 15 years staying in your house? Y N U
क्या आपके घर में १५ वर्ष से कम आयु के बच्चे रह रहे हैं?
62. Did you have contact with anyone having/had similar illness in the month before you got sick? Y N U
जब आपको रोग हुआ था उससे पहले के महीने में, क्या आपका संपर्क किसी ऐसे व्यक्ति के साथ हुआ था जिसे उस समय समान रोग था, उससे पहले किसी समय पर था?
63. Did you go for any travel in the last one month? Y N U
पिछले एक महीने में क्या आप किसी भी यात्रा पर गए थे?
If Yes, यदि हाँ, तो
- 63a. From कब से: _____ To कब तक: _____ Date तिथि:
- 63b. From कब से: _____ To कब तक: _____ Date तिथि:
64. Is there anything that you wish to tell me which you think I have not asked you? Y N U
क्या ऐसी कोई भी बात है जो आप मुझे बताना चाहते हैं जिसे आपको लगता है कि मैंने नहीं पूछा है?
If Yes describe यदि हाँ, तो वर्णन करें _____

HEALTH SEEKING BEHAVIOR स्वास्थ्य माँगने वाला (सीकिंग) व्यवहार Applicable ones

65. Did you take medicine of any kind for this illness, before arriving to this hospital? Y N U
 इस चिकित्सालय में आने से पहले, क्या आपने इस रोग के लिए किसी भी तरह की दवा ली थी?

If yes, यदि हाँ, तो

65a. Name _____ Date of first use Duration _____
 नाम पहली बार उपयोग की तिथि अवधि

65b. Name _____ Date of first use Duration _____
 नाम पहली बार उपयोग की तिथि अवधि

65c. Name _____ Date of first use Duration _____
 नाम पहली बार उपयोग की तिथि अवधि

66. Did you see a health care provider for this illness before arriving to this hospital?
 इस चिकित्सालय में आने से पहले, क्या आपने इस रोग के लिए किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से मुलाकात की थी?

If Yes, यदि हाँ, तो

66a. Name of the practitioner/facility पेशेवर/चिकित्सालय/क्लीनिक का नाम: _____

66b. Type प्रकार:

Hospital चिकित्सालय Clinic क्लीनिक Home visit होम विजिट Other अन्य _____

66c. Date तिथि

67. What diagnosis did the health care provider give you? _____
 स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने आपको क्या निदान बताया था?

68. What laboratory tests were performed?
 कौन से प्रयोगशाला परीक्षणों को किया गया था?

Specify test परीक्षण स्पष्ट करें	Result परिणाम
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

69. SOCIO ECONOMIC STATUS (MODIFIED UDAY PAREEK SCALE)

☑ Tick 1 in each section

सामाजिक-आर्थिक स्थिति का आँकलन (संशोधित उदय पारीक पैमाने के अनुसार)

B1.	Type of houses मकानों का प्रकार	Code कोड
	Kutchra कच्चा	02 <input type="checkbox"/>
	Mixed मिश्रित	03 <input type="checkbox"/>
	Pacca पक्का	05 <input type="checkbox"/>

B2.	Ownership स्वामित्व	Code कोड
	Own अपना	05 <input type="checkbox"/>
	Rented किराए पर	03 <input type="checkbox"/>
	Free निःशुल्क	00 <input type="checkbox"/>

B3.	Land holding भूमि का स्वामित्व	Code कोड
	<100 cents (1 acre) <100 सेंट्स (1 एकड़)	02 <input type="checkbox"/>
	(1-4) acres (1-4) एकड़	05 <input type="checkbox"/>
	(5-9) acres (5-9) एकड़	10 <input type="checkbox"/>
	≥ 10 acres ≥ 10 एकड़	15 <input type="checkbox"/>

B4.	Vehicles वाहन	Code कोड
	Bicycle साइकिल	02 <input type="checkbox"/>
	Two wheeler दोपहिया वाहन	04 <input type="checkbox"/>
	Auto/boat ऑटो/नाव	08 <input type="checkbox"/>
	Four wheelers चार पहिया वाहन	10 <input type="checkbox"/>

B5.	Household belongings घरेलू सामान	Code कोड
	Radio रेडियो	02 <input type="checkbox"/>
	Television टेलीविजन	05 <input type="checkbox"/>
	Telephone टेलीफोन	08 <input type="checkbox"/>

B6.	Livestock मवेशी	Code कोड
	Goat बकरी	02 <input type="checkbox"/>
	Cow गाय	02 <input type="checkbox"/>
	Buffalo भैंस	04 <input type="checkbox"/>

B7.	Socio-participation सामाजिक-भागीदारी	Code कोड
	No participation कोई भागीदारी नहीं	00 <input type="checkbox"/>
	Member of one organization एक संगठन के सदस्य	05 <input type="checkbox"/>
	More than one organization एक से अधिक संगठन	10 <input type="checkbox"/>
	Office holder पदाधिकारी	15 <input type="checkbox"/>
	Wide public leader व्यापक जनता के नेता	20 <input type="checkbox"/>

B8.	Occupation of eldest earning member of the house परिवार के सबसे बड़े कमाऊ सदस्य का पेशा	Code कोड
	Professional/white collar पेशेवर/ सफेद कॉलर	15 <input type="checkbox"/>
	Business व्यापार	10 <input type="checkbox"/>
	Skilled कौशलयुक्त	08 <input type="checkbox"/>
	Semiskilled अर्द्ध कुशलयुक्त	06 <input type="checkbox"/>
	Coolie/unskilled कुली/ कौशलरहित	05 <input type="checkbox"/>
	Unemployed बेरोज़गार	00 <input type="checkbox"/>

B9.	Highest literacy status of eldest earning member of the household घरेलू-कोड के सबसे बड़े कमाऊ सदस्य की उच्चतम साक्षरता की स्थिति	Code कोड
	Post Graduation & above परा-स्नातक और अधिक	20 <input type="checkbox"/>
	Graduation स्नातक	15 <input type="checkbox"/>
	PUC (Higher Secondary 11-12)	12 <input type="checkbox"/>
	Middle & high school (५-१०) मध्य एवं हाय स्कूल (५-१०)	10 <input type="checkbox"/>
	Primary (1-4) प्राथमिक (१-४)	05 <input type="checkbox"/>
	Illiterate अशिक्षित	00 <input type="checkbox"/>

B10.	Family members working abroad विदेशों में कार्यरत परिवार के सदस्य	Code कोड
	Yes हाँ	05 <input type="checkbox"/>
	No नहीं	00 <input type="checkbox"/>

Score स्कोर	Grade ग्रेड	Code कोड
<40	Low निम्न	01 <input type="checkbox"/>
40-70	Middle मध्य	02 <input type="checkbox"/>
>70	High उच्च	03 <input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE कुल स्कोर:

SES SE स्थिति:

PHYSICAL EXAMINATION - PART A (☑ Applicable ones)

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

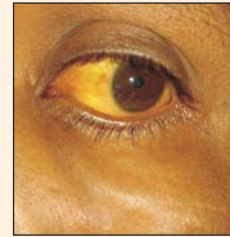
73. Height:
 a. _____ cm 74. Blood Pressure:
 a. Systolic _____ mm Hg 75. Temperature:
 a. _____ °C
 b. _____ inches b. Diastolic _____ mm Hg b. _____ °F

76. Cough Y N 77. Coryza Y N 78. Sore throat Y N

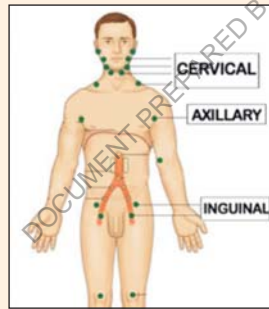
79. Pallor
 Y N



80. Icterus
 Y N



81. Lymphadenopathy
 Y N



82. Edema
 Y N

If yes,
 facial edema
 pedal edema
 others _____

83. Cyanosis
 Y N



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



Tick whichever applicable

85. Ear discharge
 Y N



86. Parotitis
 Y N



87. Oral ulcers
 Y N



88. Rash

88a. If yes, tick all applicable

Y N



Macule



Papule



Maculopapular



Vesicle



Patch



Bullae



Spotted Fever Rash



Erythema



Petechiae



Purpura



Echymosis

Others _____

89. Eschar

Y N



Location : _____

Single Multiple

90. Black Eschar

Y N




Location : _____


Single Multiple

Size : _____ cm


91. Skin lesions Y N




Pustules



Nodules



Ulcers




Vegetation

Others _____


92. Skin abscess / Cellulitis : Y N

If yes,

92 a. Skin abscess Y N



92 b. Cellulitis Y N



Location : _____

93. Any other wound Y N Specify _____

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

94b. Location: _____

95. Bleeding Y N If yes, specify _____

96. Other observations/comments: _____

PHYSICAL EXAMINATION - PART B (Applicable ones)

97. Breath sounds Normal Stridor Ronchi Crepitation

98. Cardiac murmurs Y N Type _____

If yes, Specify site _____

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

101. Splenomegaly Y N Size: _____ cm

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

Glasgow Coma Scale			
			<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 <input checked="" type="checkbox"/> Applicable ones)	
111. Hematological Investigations <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	111 a. Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
If yes, proceed with 111a; if no, skip to 118	
112. Hb	_____ g/dl
113. Platelets	_____ lakhs/mm ³
114. TLC	_____ cells/mm ³
115. DLC	a. N ___% b. L ___% c. M ___% d. E ___% e. B ___%
116. ESR	_____ mm in 1st hour
117. Others	_____ _____

118. Urine Analysis <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	118 a. Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
If yes, proceed with 118a; if no, skip to 129	
119. Sugar	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
120. Albumin	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Trace <input type="checkbox"/> Absent
121. Ketone bodies	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
122. Bile salts	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
123. Bile Pigment	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
124. Microscopy <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
If Yes, fill 125 to 128, If No, skip to 129.	
125. Pus Cells	125 a. Min. _____ / HPF 125 b. Max. _____ / HPF
126. RBC	126 a. Min. _____ / HPF 126 b. Max. _____ / HPF
127. Epithelial Cells	127 a. Min. _____ / HPF 127 b. Max. _____ / HPF
128. Cast	<input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent (If present Specify) _____

129. Stool Microscopy <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	129 a. Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
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) <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	130 a. Date <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
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: JH

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

160. Date of discharge

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

161. Health status of the patient at discharge

Patient discharged after recovery

Patient discharged against medical advice

Patient deceased

162. Was the patient referred to any higher centre? Y N

If yes,

162a. Name of referral institution _____

163. Duration of stay at hospital _____ days

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

165. Prescribed treatment

166. Date of follow up suggested by treating physician Date

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

Form No: JH

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

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 फॉलो अप (अनुसरण) प्रश्नावली ☑ Applicable ones

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

जब आप चिकित्सालय में भर्ती थे, तब की तुलना में, अब आप कैसा महसूस करते हैं?

<input type="checkbox"/> Fully recovered पूरी तरह से ठीक हो गए हैं	<input type="checkbox"/> Better बेहतर	<input type="checkbox"/> No change कोई परिवर्तन नहीं	<input type="checkbox"/> Worsened दशा बदतर हो गई है
---	--	---	--

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

यदि पूरी तरह से ठीक हो गए हैं, तो प्रश्न Qn. 174 पर जाएँ मैं लक्षणों की एक सूची पढ़ने जा रहा हूँ, कृपया दर्शाएं कि जब आपको चिकित्सालय से छुट्टी मिल गई थी, उसके बाद आपको कौन से लक्षण अनुभव हुए थे

	Duration (days) अवधि (दिन)	Comments टिप्पणियाँ			
174. Fever बुखार	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
175. Chills/rigors कंपकंपी/रायगोर्स	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
176. Night sweats रात में पसीना आना	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
177. Cough खांसी	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
178. Headache सिरदर्द	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
179. Seizures सीज़र्स	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
If Yes, यदि हाँ, तो	179a. Type of seizure: सीज़र्स का प्रकार	<input type="checkbox"/> Focal एक स्थान पर केन्द्रित			
		<input type="checkbox"/> Generalized पूरे शरीर में व्यापक रूप से			
	179b. How many times? कितनी बार?	<input type="checkbox"/>			
	179c. Duration अवधि	_____			

180. Altered sensorium Y N U _____

बदला हुआ सेन्सोरियम

181. Paralysis Y N U _____

पक्षाघात

182. Incoordinated walking Y N U _____

चलने में समन्वयन का अभाव

183. General weakness Y N U _____

व्यापक कमजोरी

If Yes, यदि हाँ, तो

183a. Prostration (extreme weakness) Y N U

प्रोस्ट्रेशन (चरम कमजोरी)

184. Pain in joints Y N U _____

जोड़ों में दर्द

If Yes, यदि हाँ, तो

184a. Location: Small joints Large joints Both

स्थान छोटे जोड़ बड़े जोड़ दोनों

184b. Nature: Symmetric Asymmetric

प्रकृति सममित असममित (केवल एक ओर)

(दोनों ओर एक समान)

185. Unusual bleeding Y N U _____

असामान्य रक्त बहना

If Yes, यदि हाँ, तो

185a. Describe _____

वर्णन करें

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

जब आप बीमार थे उसके बाद से क्या आपके परिवार के सदस्यों/संपर्कों में से किसी को भी समान रोग हुआ था?

If Yes, यदि हाँ, तो

186a. How many people? _____

कितने लोगों को?

186b. Who all? _____

वो सब कौन थे

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

कोई भी नैदानिक लक्षण जो इस अवधि के दौरान फिर से हुआ हो?

If Yes, यदि हाँ, तो

187a. Specify स्पष्ट करें _____

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

जब आप बीमार हुए थे, उसके बाद से आप कितने दिन तक नियमित रूप से काम करने नहीं जा सके थे?

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

क्या परिवार के सदस्यों में कोई भी उस अवधि के दौरान आपके साथ रहा था? यदि हाँ, तो क्या वह व्यक्ति काम करने नहीं जा सका था, कितने दिन तक?

190. Any other observations/comments _____

कोई भी अन्य अवलोकन/टिप्पणियाँ

191. Name of the interviewer _____ Signature _____

साक्षात्कारकर्ता का नाम हस्ताक्षर

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

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

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

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

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



INSPIRED BY LIFE

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

Madhav Nagar, Manipal - 576 104, Karnataka, India

MANIPAL
UNIVERSITY

Principal Investigator / Contact:

Dr. G. Arunkumar

Professor and Head

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

Mob: +91- 98455 84163 / 0820 - 2922718

E-mail: arun.kumar@manipal.edu