

Study ID #

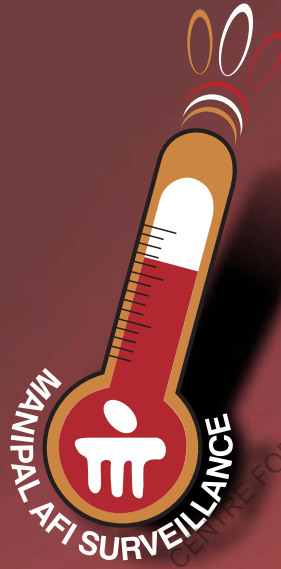


प्रज्ञानं ब्रह्म



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: _____

Signature of the interviewer _____

PATIENT INFORMATION

Date:

Study ID #

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

First Name

Last Name

Telephone No: Mobile:

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

Address: House name/ No: _____

Designated ASHA Worker's Name & Contact Details: _____

Specimen Data Form

To be filled during the time of recruitment

Study ID #

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

Form No: _____

For recruitment personnel only

- Date of sample collection:
- Name: _____
- Type of sample:
- Sex: Male Female Others
- Age in years: _____ • Date of admission:
- Date of onset of fever:
- Syndromes: (Tick applicable ones)

Samples collected:

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

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

Recruiter's signature: _____

Lab in charge's signature: _____

NURSE REMINDER CARD

**Hospital based surveillance of
Acute Febrile Illness (AFI) in India**
Manipal Centre for Virus Research (MCVR), Manipal University

Study ID # Form No: _____

Date of recruitment:

Name: _____

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

Age: _____ Gender: _____ Place: _____

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

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

PATIENT CARD

**Hospital based surveillance of
Acute Febrile Illness (AFI) in India**
Manipal Centre for Virus Research (MCVR), Manipal University

Study ID # Form No: _____

Date for Follow-up visit:

Name: _____

Date of recruitment: _____ IP No.: _____

Age: _____ Gender: _____ Place: _____

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

ഒരുപാടി ഈ കാർഡ്
ശ്രദ്ധയോടെ സൂക്ഷിക്കുകയും
ആശുപത്രിയിലേക്കുള്ള നിങ്ങളുടെ
അടുത്ത സന്ദർശനത്തിൽ
മറക്കാതെ കൊണ്ടു വരികയും ചെയ്യുക.

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

CONTACT NUMBERS

1. Interviewer:
2. Study Manager:

വിവരപത്രികയും രോഗിയുടെ സമ്മതപത്രവും - 1 മുതൽ 65 വയസ്സ് വരെ

ഇന്ത്യയിലെ ആശുപത്രി അധിഷ്ഠിതമായ തീവ്രപനി സംബന്ധമായ നിരീക്ഷണം

പങ്കെടുക്കാൻ സാധ്യമായ ഉള്ള സമ്മതം

മുഖ്യ ഗവേഷകൻ : ഡോ. ജി അരുൺകുമാർ

Study ID #

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

പ്രൊഫസർ ആൻഡ് ഹെഡ്
മണിപ്പാൽ സെന്റർ ഫോർ വൈറസ് റിസർച്ച്
മണിപ്പാൽ യൂണിവേഴ്സിറ്റി
മണിപ്പാൽ, കർണാടക സംസ്ഥാനം, ഇന്ത്യ- 576104

ഇമെയിൽ : arun.kumar@manipal.edu

മൊബൈൽ : +91-91489 70864

ഫാക്സ് : +91-820-2922718

ഒരു ഗവേഷണ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ നിങ്ങളോട് അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗത്തോട് ആവശ്യപ്പെടുകയാണ്. ഇ പത്രികയിൽ ഇനിയുള്ള ഭാഗത്ത് നിങ്ങൾ എന്നതു കൊണ്ട് സൂചിപ്പിക്കുന്നത് രോഗിയായ വ്യക്തിയെയാണ്- ഇ വ്യക്തി നിങ്ങളോ നിങ്ങളുടെ കുട്ടിയോ നിങ്ങൾക്ക് ഉത്തരവാദിത്വമുള്ളതും ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ അനുവാദം നൽകാൻ നിങ്ങൾക്ക് നിയമപരമായി പ്രാപ്തിയുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തിയോ ആകാം. ഇ പഠനത്തിലെ നിങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തം പൂർണ്ണമായും സാമേയ്യമായ ഉള്ളതാണ്. പങ്കെടുക്കണോ വേണ്ടയോ എന്ന് നിങ്ങൾക്ക് തീരുമാനിക്കാം. പങ്കെടുക്കേണ്ടതില്ല എന്നാണ് നിങ്ങൾ തീരുമാനിക്കുന്നതെങ്കിലും നിങ്ങൾക്ക് സാധാരണ നിലയിൽ ലഭിക്കേണ്ട എല്ലാ വൈദ്യപരിചരണങ്ങളും ലഭിക്കും.

ഉദ്ദേശം:

പനി കാരണം ഇ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ച രോഗികളുടെ സാധാരണ രോഗ കാരണങ്ങൾ ഏതെല്ലാമെന്ന് കണ്ടെത്തുകയാണ് ഇ പഠനത്തിന്റെ ഉദ്ദേശം. പനി കാരണം ചികിത്സ തേടുന്നത് സാധാരണമാണ്. ചില കാരണങ്ങൾ അറിയാവുന്നതായിരിക്കുമെങ്കിലും പല അണുബാധകളുടേയും കാരണങ്ങളും എന്തുകൊണ്ടാണ് ആളുകൾക്ക് ഇ അണുബാധകൾ ഉണ്ടാകുന്നത് എന്നതും ഇതുവരെ അറിയാറിയിട്ടില്ല. ഇ രോഗങ്ങളിൽ ചിലതിനായി പുതിയ ലബോറട്ടറി പരിശോധനകളും ലഭ്യമാണ്. നിങ്ങളേയും നിങ്ങളുടെ രോഗത്തേയും കുറിച്ച് ശ്രദ്ധയോടെ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുകയും പിന്നീട് പനിയുടെ വിവിധ കാരണങ്ങൾ പരിശോധിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതിലൂടെ നിങ്ങളുടെ പ്രദേശത്തെ പനിയുടെ കാരണങ്ങൾ, ഇ അണുബാധകൾ ചികിത്സിക്കാനും തടയാനുമുള്ള മികച്ചതും സാധ്യവുമായ മാർഗ്ഗങ്ങൾ എന്നിവയെ കുറിച്ച് മനസ്സിലാക്കാൻ ഞങ്ങൾ ഉദ്ദേശിക്കുന്നു. പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ഒരാൾ ആണ് നിങ്ങളെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ മാതാപിതാക്കൾക്ക് ഇ പഠനത്തെ കുറിച്ച് അറിയാം, അതിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന് അവർ അനുവാദം നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

നടപടിക്രമങ്ങളുടെ വിശദീകരണം

ഞങ്ങൾ ചെയ്യാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നത് എന്ന്

പനി കാരണം നിങ്ങളെ ഇ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നതു കൊണ്ടും നിങ്ങൾക്ക് ഒരു അണുബാധയുണ്ടെന്ന് നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർ കരുതുന്നതുകൊണ്ടുമാണ് ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ നിങ്ങളോട് ആവശ്യപ്പെടുന്നത്. പങ്കെടുക്കാൻ നിങ്ങൾ സമ്മതിച്ചാൽ നിങ്ങളുടെ ഇപ്പോഴത്തെയും മുൻപത്തെയും ആരോഗ്യാവസ്ഥകൾ, ആരോഗ്യത്തേയും ശീലങ്ങളേയും കുടുംബത്തേയും കുറിച്ചുള്ള പൊതുവായ ചോദ്യങ്ങൾ എന്നിവ നിങ്ങളോട് ചോദിക്കും. ഇ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകാൻ ഏതാണ്ട് 15 മിനിട്ട് വേണ്ടി വരും. ഒരു സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകൻ എന്ന നിലയിൽ നിങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം പറയാൻ ബുദ്ധിമുട്ടുള്ള ചോദ്യങ്ങൾ ഒഴിവാക്കാവുന്നതാണ്.

ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്ന സമയത്ത് നിങ്ങളുടെ കൈത്തണ്ടയിൽ നിന്ന് 10 മില്ലീലിറ്റർ വരെ രക്തം (1-2 ടീസ്പൂൺ) ശേഖരിക്കും. നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർ നിർദ്ദേശിച്ച പതിവ് പരിശോധനകൾക്കും നിങ്ങളുടെ അണുബാധയുടെ കാരണം കണ്ടെത്താനുള്ള പരിശോധനകൾക്കുമായി ഇ രക്തം ഉപയോഗിക്കും.

നിങ്ങളുടെ തൊണ്ടയിലോ മുക്കിലോ രണ്ടിടത്തുനിന്നോ ഉള്ള സ്രവങ്ങൾ പത്തിച്ചുറ്റിയ ഒരു ശുദ്ധമായ കമ്പുകൊണ്ട് ശേഖരിക്കുന്നതായിരിക്കും, പിന്നെ കുറച്ച് മുത്ര സാമ്പിളും ശേഖരിക്കുന്നതായിരിക്കും.

നിങ്ങൾക്ക് വയറികുറിക്കും (വെള്ളം പോലെ മലം പോകൽ) ഉണ്ടെങ്കിൽ ഒരു ചെറിയ അളവ് മലം നൽകാൻ നിങ്ങളോട് ആവശ്യപ്പെടും, അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ ഗൃഭത്തിന്റെ പ്രതലത്തിൽ നിന്ന് ഒരു പത്തിച്ചുറ്റിയ കമ്പുകൊണ്ട് മലം ശേഖരിക്കുന്നതായിരിക്കും.

പതിവ് പരിചരണത്തിന്റെ ഭാഗമായി നട്ടെല്ലിലെ സ്രവം ശേഖരിക്കാൻ നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർ ഉദ്ദേശിക്കുന്നുവെങ്കിൽ 2-4 മില്ലി (ഒരു ടീസ്പൂണിൽ കുറവ്) ഇ പഠനത്തിനായി ശേഖരിക്കുകയും പരിശോധിക്കുകയും ചെയ്യും. നിങ്ങളുടെ പരിചരണത്തിന്റെ ഭാഗമായി ഡോക്ടർ നിഷ്കർഷിച്ചാൽ മാത്രമേ നട്ടെല്ലിലെ സ്രവം ശേഖരിക്കുകയുള്ളൂ, അത് ഇ പഠനത്തിന്റെ ഭാഗമല്ല.

ചിലപ്പോൾ അണുബാധകൾ കുറച്ചു നാൾ കഴിഞ്ഞ തിരിച്ചറിയാനാവാം. അതുകൊണ്ടാണ് രണ്ട് തവണ കൂടി-അതായത് ഡിസ്മാർജിന്റെ സമയത്തും ഒരു മാസം കഴിഞ്ഞ് വരുമ്പോളും-ഞങ്ങൾ രക്തം ശേഖരിക്കുന്നത്: 1) ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് ഡിസ്മാർജ് ചെയ്യും മുമ്പ്, 5 മില്ലി (ഏതാണ്ട് ഒരു ടീസ്പൂൺ) രക്തം ശേഖരിക്കും 2) ഡിസ്മാർജ് ചെയ്ത് 4 മുതൽ 6 ആഴ്ചകൾക്കു ശേഷം

ഇ ആശുപത്രിയിലേക്ക് ഒരു പുനർ സന്ദർശനത്തിനായി തിരിച്ചു വരാൻ നിങ്ങളോട് ആവശ്യപ്പെടും. പുനർ സന്ദർശനം ഏതാണ്ട് 15 മിനിട്ടു നേരം നീണ്ടുനിൽക്കും. ഇ സന്ദർശന സമയത്ത് ആശുപത്രി വിട്ടുതുരുത്തൽ നിങ്ങൾക്ക് എങ്ങനെയുണ്ട് എന്നതു സംബന്ധിച്ച് ഏതാനും ചില ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കും. പുനർ സന്ദർശനത്തിൽ ഇതേ രീതിയിൽ 5 മില്ലി രക്തം കൂടി ശേഖരിക്കും. നിശ്ചിത സമയത്ത് നിങ്ങൾ പുനർ സന്ദർശനത്തിനായി തിരികെ വന്നില്ലെങ്കിൽ പുനർ സന്ദർശനത്തിന് വരാൻ നിങ്ങൾ സന്നദ്ധനാണോ എന്നും നിങ്ങളുടെ രോഗത്തെ കുറിച്ചുള്ള ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകാൻ നിങ്ങൾക്ക് കഴിയുമോ എന്നും അറിയാൻ പഠന വിഭാഗത്തിൽ നിന്ന് ആരെങ്കിലും നിങ്ങളുമായി ഫോണിൽ ബന്ധപ്പെട്ടേക്കാം.

പതിവ് പരിശോധനകൾക്കു പുറമെ, നിങ്ങൾക്ക് രോഗവും അസുഖവും ഉണ്ടാക്കിയ വിവിധ അണുബാധകൾ കണ്ടെത്താനുള്ള പരിശോധനകളും നിങ്ങളിൽ നിന്ന് ശേഖരിച്ച സാമ്പിളുകളിൽ നടത്തിയേക്കാം.

നിങ്ങളുടെ സാമ്പിളുകളുടെ പരിശോധന ഇവിടെ ഇ ആശുപത്രിയിലും മണിപ്പാൽ യൂണിവേഴ്സിറ്റിയിലെ (എം യു) മണിപ്പാൽ സെന്റർ ഫോർ വൈറസ് റിസർച്ച് (എം സി വി ആർ)ന്റെ ലാബുകളിലും വച്ചായിരിക്കും നടത്തുക. നടത്തുന്ന എല്ലാ പരിശോധനകളും നിങ്ങളുടെ ആശുപത്രിയിൽ നടത്തുന്ന പതിവ് പരിശോധനയെ ശക്തിപ്പെടുത്തുന്നതിനുവേണ്ടി ഉള്ളവയായിരിക്കും അല്ലാത്ത, അവയ്ക്ക് പകരമായിരിക്കില്ല.

നിങ്ങളുടെ രോഗത്തെ കുറിച്ചുള്ള ആശുപത്രി രേഖകളിൽ നിന്ന് പഠന സംഘം വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുകയും രോഗ വിവര പത്രിക (സി ആർ എഫ്) പൂരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യും.

പ്രയോജനങ്ങൾ

ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതു കൊണ്ട് നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും വ്യക്തിപരമായ നേട്ടങ്ങൾ നേരിട്ട് ലഭിക്കില്ല. ഇ പഠനത്തിൽ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകനായി പങ്കെടുത്താലും ഇല്ലെങ്കിലും നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടറിൽ നിന്ന് ഒരേ പോലുള്ള വൈദ്യപരിചരണമായിരിക്കും നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുക. അധിക ലബോറട്ടറി പരിശോധനകളുടെ ഫലങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ ആശുപത്രി രേഖകളിൽ ഉൾപ്പെടുത്തുകയും അവ നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർക്ക് നൽകുകയും ചെയ്യും. ഇ ഫലങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ വൈദ്യപരിചരണത്തെ സഹായിച്ചേക്കാം. പലതരം

അണുബാധകളെ കുറിച്ച് പഠിക്കുകയും അവ തടയാനുള്ള വഴികൾ മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്യുന്നതു വഴി നിങ്ങളുടെ സമൂഹത്തിലെ ആളുകളുടെ ആരോഗ്യത്തിന് ഗുണം ചെയ്യാൻ ഇ പഠനം പ്രയോജനപ്പെടുത്തും.

അപകടസാധ്യതകളും അസാധ്യതകളും

രക്തം എടുക്കൽ, ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം പറയാനുള്ള സമയം എന്നിവ സംബന്ധിച്ച് ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന് ചില അപകട സാധ്യതകളും അസാധ്യതകളും ഉണ്ടാകാനിടയുണ്ട്. നിങ്ങളുടെ രക്തം എടുക്കാൻ ചെയ്യുന്ന സൂചിക്കുത്തുകളിൽ നിന്ന് ചില അപകടങ്ങൾ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ടാവാം. സൂചി കുത്തിയ സ്ഥലത്ത് നീർ, ചതവ് എന്നിവ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയ്ക്കൊപ്പം അവിടെ അണുബാധയുണ്ടാകാനുള്ള ചെറിയൊരു സാധ്യതയും ഉണ്ട്. രക്തം ശേഖരിക്കുമ്പോൾ എല്ലാ ആളുകൾക്കും അണുബാധയോ ശ്രദ്ധയിൽ പെടുന്ന നീരോ ഉണ്ടാവില്ലെങ്കിലും എല്ലാവരിലും ഇ പാർശ്വഫലങ്ങൾ തടയാനാവില്ല. നിങ്ങൾക്ക് ഇ ലക്ഷണങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ ഒരാൾക്കുള്ളിൽ അവ അപ്രത്യക്ഷമാവുകയും ചെയ്യും. രക്തം ശേഖരിക്കുമ്പോൾ ചില ആളുകൾക്ക് തല കറക്കവും വേഗത്തിലുള്ള നെഞ്ചിടിപ്പും അനുഭവപ്പെടാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. ശാന്തമായി കിടക്കുകയോ, ശേഖരണം നിർത്തവെക്കുകയോ ചെയ്താൽ ഇ ലക്ഷണങ്ങൾ പൊതുവെ വിട്ടുമാറുന്നതായിരിക്കും. നിർദ്ദിഷ്ട പഠനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പരിക്കുകൾ ഏതെങ്കിലും ഉണ്ടാകുമെന്ന് കരുതുന്നില്ല. ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന്റെ ഫലമായി നിങ്ങൾക്ക് പരിക്കു പറ്റുകയോ ഒരു മോശം പാർശ്വഫലം ഉണ്ടാവുകയോ ചെയ്താൽ ആ പരിക്കിന് നിങ്ങൾക്ക് വൈദ്യപരിചരണം ലഭിക്കില്ല. ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് ചിലവൊന്നും വരില്ല- എല്ലാ വസ്തുക്കളും പദാർത്ഥങ്ങളും സജ്ജമായിട്ടായിരിക്കും. നിങ്ങൾക്ക് നൽകുക. ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് ഡിസ്ചാർജ് ചെയ്ത് 4-6 ആഴ്ചകൾക്കു ശേഷം പുനർ സന്ദർശനത്തിനായി നിങ്ങൾ വരുമ്പോൾ നിങ്ങളുടെ യാത്രാച്ചെലവുകൾ, നിങ്ങൾ ചിലവഴിച്ച സമയം എന്നിവയ്ക്കു പകരമായി 600 രൂപ എന്ന നിശ്ചിത തുക ഒറ്റത്തവണയായി ലഭിക്കും.

ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് ചിലവൊന്നും വരില്ല- എല്ലാ വസ്തുക്കളും പദാർത്ഥങ്ങളും സജ്ജമായിട്ടായിരിക്കും. നിങ്ങൾക്ക് നൽകുക. ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് ഡിസ്ചാർജ് ചെയ്ത് 4-6 ആഴ്ചകൾക്കു ശേഷം പുനർ സന്ദർശനത്തിനായി നിങ്ങൾ വരുമ്പോൾ നിങ്ങളുടെ യാത്രാച്ചെലവുകൾ, നിങ്ങൾ ചിലവഴിച്ച സമയം എന്നിവയ്ക്കു പകരമായി 600 രൂപ എന്ന നിശ്ചിത തുക ഒറ്റത്തവണയായി ലഭിക്കും.

മുൻവിധികളില്ലാത്ത പിൻവാങ്ങൽ

നിങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തം പൂർണ്ണമായും സ്വമേധയാ ഉള്ളതാണ്. മുൻവിധികളൊന്നും കൂടാതെ ഏതു ഘട്ടത്തിലും പഠനത്തിൽ നിന്ന് പിൻവാങ്ങാൻ നിങ്ങൾക്ക് സ്വാതന്ത്ര്യമുണ്ടാകും. ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന ചികിത്സയുടെ ഗുണനിലവാരത്തെ അത് ഒരിക്കലും ബാധിക്കില്ല.

ഉപാധികൾ

ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിനു നിങ്ങൾക്ക് ഉപാധികളൊന്നുമില്ല.

രഹസ്യത്വം (സ്വകാര്യത)

നിങ്ങളെ കുറിച്ച് ശേഖരിച്ച എല്ലാ വിവരങ്ങളും പരിശോധനാഫലങ്ങളും എല്ലാ സമയത്തും, പഠനം പൂർത്തിയായി കഴിഞ്ഞും പഠന ജീവനക്കാർ സംരക്ഷിക്കും. ഇ ഗവേഷണത്തിൽ നിന്നുണ്ടാകുന്ന അവതരണങ്ങളിലോ റിപ്പോർട്ടുകളിലോ നിങ്ങളുടെ പേര് പ്രത്യക്ഷപ്പെടില്ല. നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയിൽ സഹായിക്കുന്നതിനായി നിങ്ങളുടെ പരിശോധന ഫലങ്ങൾ നിങ്ങളെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ലഭ്യമാകും.

ചോദ്യങ്ങൾ

ഇ പഠനത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ നിങ്ങൾക്ക് നിങ്ങളുടെ അപകാശങ്ങളോ ആനുകൂല്യങ്ങളോ സംബന്ധിച്ച് ഏതെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ മണിപ്പാൽ സർവകലാശാലയിലെ ഡോ. ലക്ഷ്മീനാരായണ ബെയ്റിയെ 9449208478 എന്ന നമ്പറിൽ തിങ്കൾ മുതൽ ശനി വരെ രാവിലെ 9 മണിക്കും വൈകിട്ട് 5 മണിക്കും ഇടയിൽ നിങ്ങൾക്ക് ബന്ധപ്പെടാം.

ഇ പഠനത്തെ കുറിച്ച് നിങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും സംശയങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ 9148970864 എന്ന നമ്പറിൽ ഡോ. ജി അരുൺകുമാറിനെ ബന്ധപ്പെടുക. ഏതു സമയത്തുവേണമെങ്കിലും പരിക്ക്, പരിചരണം അല്ലെങ്കിൽ സമ്മതം എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിഷയങ്ങൾക്കായി നിങ്ങൾക്ക് അദ്ദേഹത്തെ വിളിക്കാം. മറ്റേതെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ നിങ്ങൾക്ക് നൽകിയ പുനർ സന്ദർശന പത്രികയിൽ പ്രാദേശികമായി ബന്ധപ്പെടാവുന്ന വ്യക്തികളുടെ പേര് നൽകിയിരിക്കുന്നത് ദയവായി ഉപയോഗപ്പെടുത്തുക. ഇ പത്രികയിലെ ടെലിഫോൺ നമ്പർ ഒരു ആശുപത്രി അടിയന്തിര ഘട്ടത്തിൽ ഉപയോഗിക്കരുത്. നിങ്ങൾക്ക് ഒരു മെഡിക്കൽ അടിയന്തിര ഘട്ടമുണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി അടുത്തുള്ള ആരോഗ്യ സ്ഥാപനത്തിലേക്ക് പോവുക.

സാമ്പിളുകൾ സംഭരിക്കാനും ഭാവിയിൽ ഉപയോഗിക്കാനുമുള്ള അനുവാദം

ഇ പഠനത്തിനായി ശേഖരിച്ച രക്തം, നട്ടെല്ലിലെ സ്രവം, തൊണ്ടയിൽനിന്നും മുക്കിൽനിന്നുമുള്ള സ്രവം, മൂത്രം, മലം എന്നിവയുടെ ഭാഗം നിങ്ങളുടെ അനുവാദത്തോടെ 10 വർഷം വരെ എം സി വി ആർ, എം യുവിൽ പനിയിുടെ കാരണങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച പഠനങ്ങളുടെ ഭാവി ഗവേഷണത്തിനായി സൂക്ഷിക്കും. ഇവയിൽ പഠന ക്രമ നമ്പർ മാത്രമേ ഉണ്ടാകൂ, നിങ്ങളുടെയോ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗത്തിന്റെയോ പേര് ഉണ്ടാകില്ല. ഇന്ത്യയിൽ നിലവിൽ ലഭ്യമല്ലാത്ത പരിശോധനയ്ക്കായി സ്പൈസിമെന്റുകൾ ഇന്ത്യയ്ക്ക് പുറത്തേക്ക് അയച്ചേക്കാം; ഇന്ത്യൻ സർക്കാരിന്റെ അനുവാദത്തോടു കൂടി മാത്രമേ ഇത് പ്രാവർത്തികമാകൂ. ഭാവിയിലെ ഉപയോഗത്തിനും മറ്റ് പരിശോധനകൾക്കും ഇവ ഉപയോഗിക്കാനോ സൂക്ഷിക്കാനോ നിങ്ങൾ അനുവാദം നൽകുന്നില്ലെങ്കിൽ പഠനത്തിന്റെ എല്ലാ പരിശോധനകളും പൂർത്തിയാക്കിയ ശേഷം അവ നശിപ്പിച്ചു കളയും. നിങ്ങളുടെയോ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗത്തിന്റെയോ ജനിതക പരിശോധനയ്ക്കായി ഒരിക്കലും ഇ സ്രവങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുകയില്ല.

ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന വരയിൽ നിങ്ങളുടെ ഒപ്പ് ഇടുക. ഇ സമയം പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെന്നാണ് ഇ വരയിൽ ഒപ്പിടുന്നതിന്റെ അർത്ഥം.

ഇ പത്രിക എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു നൽകിയെന്നും ഇ പഠനത്തെ കുറിച്ചുള്ള എന്റെ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് മറുപടി നൽകിയെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ അല്ലെങ്കിൽ 18 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികളുടെ കാര്യത്തിൽ മാതാപിതാക്കളിലൊരാളുടെയോ ഉത്തരവാദിത്വമുള്ള ഒരു മുതിർന്ന വ്യക്തിയുടെയോ ഒപ്പ്

പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര് _____ തീയതി (ദിവസം/മാസം/വർഷം) _____
അല്ലെങ്കിൽ _____

18 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികളുടെ കാര്യത്തിൽ _____ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന വ്യക്തിയുമായുള്ള ബന്ധം _____
മാതാപിതാക്കളിലൊരാളുടെയോ ഉത്തരവാദിത്വമുള്ള ഒരു മുതിർന്ന വ്യക്തിയുടെയോ പേര് _____

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് _____ തീയതി (ദിവസം/മാസം/വർഷം) _____

അംഗീകൃത പഠന ജീവനക്കാരുടെ അല്ലെങ്കിൽ പഠന ഗവേഷകന്റെ ഒപ്പ് _____ തീയതി (ദിവസം/മാസം/വർഷം) _____

വിവരപത്രികയും രോഗിയുടെ സമ്മതപത്രവും - 1 മുതൽ 65 വയസ്സ് വരെ

ഇന്ത്യയിലെ ആശുപത്രി അധിഷ്ഠിതമായ തീവ്രപനി സംബന്ധമായ നിരീക്ഷണം

പങ്കെടുക്കാൻ സാധ്യമായ ഉള്ള സമ്മതം

മുഖ്യ ഗവേഷകൻ : ഡോ. ജി അരുൺകുമാർ

Study ID #

Grid for Study ID number

പ്രൊഫസർ ആൻഡ് ഹെഡ്
മണിപ്പാൽ സെന്റർ ഫോർ വൈറസ് റിസർച്ച്
മണിപ്പാൽ യൂണിവേഴ്സിറ്റി
മണിപ്പാൽ, കർണാടക സംസ്ഥാനം, ഇന്ത്യ- 576104

ഇമെയിൽ : arun.kumar@manipal.edu

മൊബൈൽ : +91-91489 70864

ഫാക്സ് : +91-820-2922718

ഒരു ഗവേഷണ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ നിങ്ങളോട് അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗത്തോട് ആവശ്യപ്പെടുകയാണ്. ഇ പത്രികയിൽ ഇനിയുള്ള ഭാഗത്ത് നിങ്ങൾ എന്നതു കൊണ്ട് സൂചിപ്പിക്കുന്നത് രോഗിയായ വ്യക്തിയെയാണ്- ഇ വ്യക്തി നിങ്ങളോ നിങ്ങളുടെ കുട്ടിയോ നിങ്ങൾക്ക് ഉത്തരവാദിത്വമുള്ളതും ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ അനുവാദം നൽകാൻ നിങ്ങൾക്ക് നിയമപരമായി പ്രാപ്തിയുള്ള മറ്റേതെങ്കിലും വ്യക്തിയോ ആകാം. ഇ പഠനത്തിലെ നിങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തം പൂർണ്ണമായും സാമേയ്യ ഉള്ളതാണ്. പങ്കെടുക്കണോ വേണ്ടയോ എന്ന് നിങ്ങൾക്ക് തീരുമാനിക്കാം. പങ്കെടുക്കേണ്ടതില്ല എന്നാണ് നിങ്ങൾ തീരുമാനിക്കുന്നതെങ്കിലും നിങ്ങൾക്ക് സാധാരണ നിലയിൽ ലഭിക്കേണ്ട എല്ലാ വൈദ്യപരിചരണങ്ങളും ലഭിക്കും.

ഉദ്ദേശം:

പനി കാരണം ഇ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ച രോഗികളുടെ സാധാരണ രോഗ കാരണങ്ങൾ ഏതെല്ലാമെന്ന് കണ്ടെത്തുകയാണ് ഇ പഠനത്തിന്റെ ഉദ്ദേശം. പനി കാരണം ചികിത്സ തേടുന്നത് സാധാരണമാണ്. ചില കാരണങ്ങൾ അറിയാവുന്നതായിരിക്കുമെങ്കിലും പല അണുബാധകളുടേയും കാരണങ്ങളും എന്തുകൊണ്ടാണ് ആളുകൾക്ക് ഇ അണുബാധകൾ ഉണ്ടാകുന്നത് എന്നതും ഇതുവരെ അറിയാറിയിട്ടില്ല. ഇ രോഗങ്ങളിൽ ചിലതിനായി പുതിയ ലബോറട്ടറി പരിശോധനകളും ലഭ്യമാണ്. നിങ്ങളേയും നിങ്ങളുടെ രോഗത്തെയും കുറിച്ച് ശ്രദ്ധയോടെ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുകയും പിന്നീട് പനിയുടെ വിവിധ കാരണങ്ങൾ പരിശോധിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതിലൂടെ നിങ്ങളുടെ പ്രദേശത്തെ പനിയുടെ കാരണങ്ങൾ, ഇ അണുബാധകൾ ചികിത്സിക്കാനും തടയാനുമുള്ള മികച്ചതും സാധ്യവുമായ മാർഗങ്ങൾ എന്നിവയെ കുറിച്ച് മനസ്സിലാക്കാൻ ഞങ്ങൾ ഉദ്ദേശിക്കുന്നു. പ്രായപൂർത്തിയാകാത്ത ഒരാൾ ആണ് നിങ്ങളെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ മാതാപിതാക്കൾക്ക് ഇ പഠനത്തെ കുറിച്ച് അറിയാം, അതിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന് അവർ അനുവാദം നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

നടപടിക്രമങ്ങളുടെ വിശദീകരണം

ഞങ്ങൾ ചെയ്യാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നത് എന്ത്

പനി കാരണം നിങ്ങളെ ഇ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചിരിക്കുന്നതു കൊണ്ടും നിങ്ങൾക്ക് ഒരു അണുബാധയുണ്ടെന്ന് നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർ കരുതുന്നതുകൊണ്ടുമാണ് ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ നിങ്ങളോട് ആവശ്യപ്പെടുന്നത്. പങ്കെടുക്കാൻ നിങ്ങൾ സമ്മതിച്ചാൽ നിങ്ങളുടെ ഇപ്പോഴത്തെയും മുൻപത്തെയും ആരോഗ്യാവസ്ഥകൾ, ആരോഗ്യത്തെയും ശീലങ്ങളേയും കുടുംബത്തെയും കുറിച്ചുള്ള പൊതുവായ ചോദ്യങ്ങൾ എന്നിവ നിങ്ങളോട് ചോദിക്കും. ഇ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകാൻ ഏതാണ്ട് 15 മിനിട്ട് വേണ്ടി വരും. ഒരു സന്നദ്ധ പ്രവർത്തകൻ എന്ന നിലയിൽ നിങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം പറയാൻ ബുദ്ധിമുട്ടുള്ള ചോദ്യങ്ങൾ ഒഴിവാക്കാവുന്നതാണ്.

ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കുന്ന സമയത്ത് നിങ്ങളുടെ കൈത്തണ്ടയിൽ നിന്ന് 10 മില്ലീലിറ്റർ വരെ രക്തം (1-2 ടീസ്പൂൺ) ശേഖരിക്കും. നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർ നിർദ്ദേശിച്ച പതിവ് പരിശോധനകൾക്കും നിങ്ങളുടെ അണുബാധയുടെ കാരണം കണ്ടെത്താനുള്ള പരിശോധനകൾക്കുമായി ഇ രക്തം ഉപയോഗിക്കും.

നിങ്ങളുടെ തൊണ്ടയിലോ മുക്കിലോ രണ്ടിടത്തുനിന്നോ ഉള്ള സ്രവങ്ങൾ പത്തിച്ചുറ്റിയ ഒരു ശുദ്ധമായ കമ്പുകൊണ്ട് ശേഖരിക്കുന്നതായിരിക്കും, പിന്നെ കുറച്ച് മൂത്ര സാമ്പിളും ശേഖരിക്കുന്നതായിരിക്കും.

നിങ്ങൾക്ക് വയറികുറിക്കും (വെള്ളം പോലെ മലം പോകൽ) ഉണ്ടെങ്കിൽ ഒരു ചെറിയ അളവ് മലം നൽകാൻ നിങ്ങളോട് ആവശ്യപ്പെടും, അല്ലെങ്കിൽ നിങ്ങളുടെ ഗൃഭത്തിന്റെ പ്രതലത്തിൽ നിന്ന് ഒരു പത്തിച്ചുറ്റിയ കമ്പുകൊണ്ട് മലം ശേഖരിക്കുന്നതായിരിക്കും.

പതിവ് പരിചരണത്തിന്റെ ഭാഗമായി നട്ടെല്ലിലെ സ്രവം ശേഖരിക്കാൻ നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർ ഉദ്ദേശിക്കുന്നുവെങ്കിൽ 2-4 മില്ലി (ഒരു ടീസ്പൂണിൽ കുറവ്) ഇ പഠനത്തിനായി ശേഖരിക്കുകയും പരിശോധിക്കുകയും ചെയ്യും. നിങ്ങളുടെ പരിചരണത്തിന്റെ ഭാഗമായി ഡോക്ടർ നിഷ്കർഷിച്ചാൽ മാത്രമേ നട്ടെല്ലിലെ സ്രവം ശേഖരിക്കുകയുള്ളൂ, അത് ഇ പഠനത്തിന്റെ ഭാഗമല്ല.

ചിലപ്പോൾ അണുബാധകൾ കുറച്ചു നാൾ കഴിഞ്ഞ തിരിച്ചറിയാനാവാം. അതുകൊണ്ടാണ് രണ്ട് തവണ കൂടി-അതായത് ഡിസ്മാർജിന്റെ സമയത്തും ഒരു മാസം കഴിഞ്ഞ് വരുമ്പോളും-ഞങ്ങൾ രക്തം ശേഖരിക്കുന്നത്: 1) ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് ഡിസ്മാർജ് ചെയ്യും മുമ്പ്, 5 മില്ലി (ഏതാണ്ട് ഒരു ടീസ്പൂൺ) രക്തം ശേഖരിക്കും 2) ഡിസ്മാർജ് ചെയ്ത് 4 മുതൽ 6 ആഴ്ചകൾക്കു ശേഷം

ഇ ആശുപത്രിയിലേക്ക് ഒരു പുനർ സന്ദർശനത്തിനായി തിരിച്ചു വരാൻ നിങ്ങളോട് ആവശ്യപ്പെടും. പുനർ സന്ദർശനം ഏതാണ്ട് 15 മിനിട്ടു നേരം നീണ്ടുനിൽക്കും. ഇ സന്ദർശന സമയത്ത് ആശുപത്രി വിട്ടുതുരുത്തൽ നിങ്ങൾക്ക് എങ്ങനെയുണ്ട് എന്നതു സംബന്ധിച്ച് ഏതാനും ചില ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കും. പുനർ സന്ദർശനത്തിൽ ഇതേ രീതിയിൽ 5 മില്ലി രക്തം കൂടി ശേഖരിക്കും. നിശ്ചിത സമയത്ത് നിങ്ങൾ പുനർ സന്ദർശനത്തിനായി തിരികെ വന്നില്ലെങ്കിൽ പുനർ സന്ദർശനത്തിന് വരാൻ നിങ്ങൾ സന്നദ്ധനാണോ എന്നും നിങ്ങളുടെ രോഗത്തെ കുറിച്ചുള്ള ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം നൽകാൻ നിങ്ങൾക്ക് കഴിയുമോ എന്നും അറിയാൻ പഠന വിഭാഗത്തിൽ നിന്ന് ആരെങ്കിലും നിങ്ങളുമായി ഫോണിൽ ബന്ധപ്പെട്ടേക്കാം.

പതിവ് പരിശോധനകൾക്കു പുറമെ, നിങ്ങൾക്ക് രോഗവും അസുഖവും ഉണ്ടാക്കിയ വിവിധ അണുബാധകൾ കണ്ടെത്താനുള്ള പരിശോധനകളും നിങ്ങളിൽ നിന്ന് ശേഖരിച്ച സാമ്പിളുകളിൽ നടത്തിയേക്കാം.

നിങ്ങളുടെ സാമ്പിളുകളുടെ പരിശോധന ഇവിടെ ഇ ആശുപത്രിയിലും മണിപ്പാൽ യൂണിവേഴ്സിറ്റിയിലെ (എം യു) മണിപ്പാൽ സെന്റർ ഫോർ വൈറസ് റിസർച്ച് (എം സി വി ആർ)ന്റെ ലാബുകളിലും വച്ചായിരിക്കും നടത്തുക. നടത്തുന്ന എല്ലാ പരിശോധനകളും നിങ്ങളുടെ ആശുപത്രിയിൽ നടത്തുന്ന പതിവ് പരിശോധനയെ ശക്തിപ്പെടുത്തുന്നതിനുവേണ്ടി ഉള്ളവയായിരിക്കും അല്ലാതെ, അവയ്ക്ക് പകരമായിരിക്കില്ല.

നിങ്ങളുടെ രോഗത്തെ കുറിച്ചുള്ള ആശുപത്രി രേഖകളിൽ നിന്ന് പഠന സംഘം വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുകയും രോഗ വിവര പത്രിക (സി ആർ എഫ്) പൂരിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യും.

പ്രയോജനങ്ങൾ

ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതു കൊണ്ട് നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും വ്യക്തിപരമായ നേട്ടങ്ങൾ നേരിട്ട് ലഭിക്കില്ല. ഇ പഠനത്തിൽ സന്നദ്ധപ്രവർത്തകനായി പങ്കെടുത്താലും ഇല്ലെങ്കിലും നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടറിൽ നിന്ന് ഒരേ പോലുള്ള വൈദ്യപരിചരണമായിരിക്കും നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുക. അധിക ലബോറട്ടറി പരിശോധനകളുടെ ഫലങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ ആശുപത്രി രേഖകളിൽ ഉൾപ്പെടുത്തുകയും അവ നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടർക്ക് നൽകുകയും ചെയ്യും. ഇ ഫലങ്ങൾ നിങ്ങളുടെ വൈദ്യപരിചരണത്തെ സഹായിച്ചേക്കാം. പലതരം

അണുബാധകളെ കുറിച്ച് പഠിക്കുകയും അവ തടയാനുള്ള വഴികൾ മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്യുന്നതു വഴി നിങ്ങളുടെ സമൂഹത്തിലെ ആളുകളുടെ ആരോഗ്യത്തിന് ഗുണം ചെയ്യാൻ ഇ പഠനം പ്രയോജനപ്പെടുത്തും.

അപകടസാധ്യതകളും അസാധ്യതകളും

രക്തം എടുക്കൽ, ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഉത്തരം പറയാനുള്ള സമയം എന്നിവ സംബന്ധിച്ച് ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന് ചില അപകട സാധ്യതകളും അസാധ്യതകളും ഉണ്ടാകാനിടയുണ്ട്. നിങ്ങളുടെ രക്തം എടുക്കാൻ ചെയ്യുന്ന സൂചിക്കുത്തുകളിൽ നിന്ന് ചില അപകടങ്ങൾ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയുണ്ടാവാം. സൂചി കുത്തിയ സ്ഥലത്ത് നീർ, ചതവ് എന്നിവ ഉണ്ടാകാനുള്ള സാധ്യതയ്ക്കൊപ്പം അവിടെ അണുബാധയുണ്ടാകാനുള്ള ചെറിയൊരു സാധ്യതയും ഉണ്ട്. രക്തം ശേഖരിക്കുമ്പോൾ എല്ലാ ആളുകൾക്കും അണുബാധയോ ശ്രദ്ധയിൽ പെടുന്ന നീരോ ഉണ്ടാവില്ലെങ്കിലും എല്ലാവരിലും ഇ പാർശ്വഫലങ്ങൾ തടയാനാവില്ല. നിങ്ങൾക്ക് ഇ ലക്ഷണങ്ങളിൽ ഏതെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ ഒരാൾക്കുള്ളിൽ അവ അപ്രത്യക്ഷമാവുകയും ചെയ്യും. രക്തം ശേഖരിക്കുമ്പോൾ ചില ആളുകൾക്ക് തല കറക്കവും വേഗത്തിലുള്ള നെഞ്ചിടിപ്പും അനുഭവപ്പെടാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. ശാന്തമായി കിടക്കുകയോ, ശേഖരണം നിർത്തവെക്കുകയോ ചെയ്താൽ ഇ ലക്ഷണങ്ങൾ പൊതുവെ വിട്ടുമാറുന്നതായിരിക്കും. നിർദ്ദിഷ്ട പഠനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പരിക്കുകൾ ഏതെങ്കിലും ഉണ്ടാകുമെന്ന് കരുതുന്നില്ല. ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന്റെ ഫലമായി നിങ്ങൾക്ക് പരിക്കു പറ്റുകയോ ഒരു മോശം പാർശ്വഫലം ഉണ്ടാവുകയോ ചെയ്താൽ ആ പരിക്കിന് നിങ്ങൾക്ക് വൈദ്യപരിചരണം ലഭിക്കില്ല. ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് ചിലവൊന്നും വരില്ല- എല്ലാ വസ്തുക്കളും പദാർത്ഥങ്ങളും സജ്ജമായിട്ടായിരിക്കും. നിങ്ങൾക്ക് നൽകുക. ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത് 4-6 ആഴ്ചകൾക്കു ശേഷം പുനർ സന്ദർശനത്തിനായി നിങ്ങൾ വരുമ്പോൾ നിങ്ങളുടെ യാത്രാച്ചെലവുകൾ, നിങ്ങൾ ചിലവഴിച്ച സമയം എന്നിവയ്ക്കു പകരമായി 600 രൂപ എന്ന നിശ്ചിത തുക ഒറ്റത്തവണയായി ലഭിക്കും.

ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് ചിലവൊന്നും വരില്ല- എല്ലാ വസ്തുക്കളും പദാർത്ഥങ്ങളും സജ്ജമായിട്ടായിരിക്കും. നിങ്ങൾക്ക് നൽകുക. ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത് 4-6 ആഴ്ചകൾക്കു ശേഷം പുനർ സന്ദർശനത്തിനായി നിങ്ങൾ വരുമ്പോൾ നിങ്ങളുടെ യാത്രാച്ചെലവുകൾ, നിങ്ങൾ ചിലവഴിച്ച സമയം എന്നിവയ്ക്കു പകരമായി 600 രൂപ എന്ന നിശ്ചിത തുക ഒറ്റത്തവണയായി ലഭിക്കും.

മുൻവിധികളില്ലാത്ത പിൻവാങ്ങൽ

നിങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തം പൂർണ്ണമായും സ്വമേധയാ ഉള്ളതാണ്. മുൻവിധികളൊന്നും കൂടാതെ ഏതു ഘട്ടത്തിലും പഠനത്തിൽ നിന്ന് പിൻവാങ്ങാൻ നിങ്ങൾക്ക് സ്വാതന്ത്ര്യമുണ്ടാകും. ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന ചികിത്സയുടെ ഗുണനിലവാരത്തെ അത് ഒരിക്കലും ബാധിക്കില്ല.

ഉപാധികൾ

ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിനു നിങ്ങൾക്ക് ഉപാധികളൊന്നുമില്ല.

രഹസ്യത്വം (സ്വകാര്യത)

നിങ്ങളെ കുറിച്ച് ശേഖരിച്ച എല്ലാ വിവരങ്ങളും പരിശോധനാഫലങ്ങളും എല്ലാ സമയത്തും, പഠനം പൂർത്തിയായി കഴിഞ്ഞും പഠന ജീവനക്കാർ സംരക്ഷിക്കും. ഇ ഗവേഷണത്തിൽ നിന്നുണ്ടാകുന്ന അവതരണങ്ങളിലോ റിപ്പോർട്ടുകളിലോ നിങ്ങളുടെ പേര് പ്രത്യക്ഷപ്പെടില്ല. നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയിൽ സഹായിക്കുന്നതിനായി നിങ്ങളുടെ പരിശോധന ഫലങ്ങൾ നിങ്ങളെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർക്ക് ലഭ്യമാകും.

ചോദ്യങ്ങൾ

ഇ പഠനത്തിന്റെ പശ്ചാത്തലത്തിൽ നിങ്ങൾക്ക് നിങ്ങളുടെ അപകടങ്ങളോ ആനുകൂല്യങ്ങളോ സംബന്ധിച്ച് ഏതെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ മണിപ്പാൽ സർവകലാശാലയിലെ ഡോ. ലക്ഷ്മീനാരായണ ബെയ്റിയെ 9449208478 എന്ന നമ്പറിൽ തിങ്കൾ മുതൽ ശനി വരെ രാവിലെ 9 മണിക്കും വൈകിട്ട് 5 മണിക്കും ഇടയിൽ നിങ്ങൾക്ക് ബന്ധപ്പെടാം.

ഇ പഠനത്തെ കുറിച്ച് നിങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും സംശയങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ 9148970864 എന്ന നമ്പറിൽ ഡോ. ജി അരുൺകുമാറിനെ ബന്ധപ്പെടുക. ഏതു സമയത്തുമ്പോഴെങ്കിലും പരിക്ക്, പരിചരണം അല്ലെങ്കിൽ സമ്മതം എന്നിവയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിഷയങ്ങൾക്കായി നിങ്ങൾക്ക് അദ്ദേഹത്തെ വിളിക്കാം. മറ്റേതെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ നിങ്ങൾക്ക് നൽകിയ പുനർ സന്ദർശന പത്രികയിൽ പ്രാദേശികമായി ബന്ധപ്പെടാവുന്ന വ്യക്തികളുടെ പേര് നൽകിയിരിക്കുന്നത് ദയവായി ഉപയോഗപ്പെടുത്തുക. ഇ പത്രികയിലെ ടെലിഫോൺ നമ്പർ ഒരു ആശുപത്രി അടിയന്തിര ഘട്ടത്തിൽ ഉപയോഗിക്കരുത്. നിങ്ങൾക്ക് ഒരു മെഡിക്കൽ അടിയന്തിര ഘട്ടമുണ്ടെങ്കിൽ ദയവായി അടുത്തുള്ള ആരോഗ്യ സ്ഥാപനത്തിലേക്ക് പോവുക.

സാമ്പിളുകൾ സംഭരിക്കാനും ഭാവിയിൽ ഉപയോഗിക്കാനുമുള്ള അനുവാദം

ഇ പഠനത്തിനായി ശേഖരിച്ച രക്തം, നട്ടെല്ലിലെ സ്രവം, തൊണ്ടയിൽനിന്നും മുക്കിൽനിന്നുമുള്ള സ്രവം, മൂത്രം, മലം എന്നിവയുടെ ഭാഗം നിങ്ങളുടെ അനുവാദത്തോടെ 10 വർഷം വരെ എം സി വി ആർ, എം യുവിൽ പനിയിടെ കാരണങ്ങൾ സംബന്ധിച്ച പഠനങ്ങളുടെ ഭാവി ഗവേഷണത്തിനായി സൂക്ഷിക്കും. ഇവയിൽ പഠന ക്രമ നമ്പർ മാത്രമേ ഉണ്ടാകൂ, നിങ്ങളുടെയോ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗത്തിന്റെയോ പേര് ഉണ്ടാകില്ല. ഇന്ത്യയിൽ നിലവിൽ ലഭ്യമല്ലാത്ത പരിശോധനയ്ക്കായി സ്പെസിമെന്റുകൾ ഇന്ത്യയ്ക്ക് പുറത്തേക്ക് അയച്ചേക്കാം; ഇന്ത്യൻ സർക്കാരിന്റെ അനുവാദത്തോടു കൂടി നൽകിയിരിക്കുന്നത് പ്രാവർത്തികമാകും. ഭാവിയിലെ ഉപയോഗത്തിനും മറ്റ് പരിശോധനകൾക്കും ഇവ ഉപയോഗിക്കാനോ സൂക്ഷിക്കാനോ നിങ്ങൾ അനുവാദം നൽകുന്നില്ലെങ്കിൽ പഠനത്തിന്റെ എല്ലാ പരിശോധനകളും പൂർത്തിയാക്കിയ ശേഷം അവ നശിപ്പിച്ചു കളയും. നിങ്ങളുടെയോ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗത്തിന്റെയോ ജനിതക പരിശോധനയ്ക്കായി ഒരിക്കലും ഇ സ്രവങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുകയില്ല.

ഇ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ താഴെ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന വരയിൽ നിങ്ങളുടെ ഒപ്പ് ഇടുക. ഇ സമയം പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെന്നാണ് ഇ വരയിൽ ഒപ്പിടുന്നതിന്റെ അർത്ഥം.

ഇ പത്രിക എനിക്ക് വിശദീകരിച്ചു നൽകിയെന്നും ഇ പഠനത്തെ കുറിച്ചുള്ള എന്റെ ചോദ്യങ്ങൾക്ക് മറുപടി നൽകിയെന്നും ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ അല്ലെങ്കിൽ 18 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികളുടെ കാര്യത്തിൽ മാതാപിതാക്കളിലൊരാളുടെയോ ഉത്തരവാദിത്വമുള്ള ഒരു മുതിർന്ന വ്യക്തിയുടെയോ ഒപ്പ്

പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര് _____ തീയതി (ദിവസം/മാസം/വർഷം) _____
അല്ലെങ്കിൽ _____

18 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികളുടെ കാര്യത്തിൽ _____ പഠനത്തിൽ പങ്കെടുക്കുന്ന വ്യക്തിയുമായുള്ള ബന്ധം _____
മാതാപിതാക്കളിലൊരാളുടെയോ ഉത്തരവാദിത്വമുള്ള ഒരു മുതിർന്ന വ്യക്തിയുടെയോ പേര് _____

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് _____ തീയതി (ദിവസം/മാസം/വർഷം) _____

അംഗീകൃത പഠന ജീവനക്കാരുടെ അല്ലെങ്കിൽ പഠന ഗവേഷകന്റെ ഒപ്പ് _____ തീയതി (ദിവസം/മാസം/വർഷം) _____

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

_____ **Voluntary Consent to participate** _____

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar

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

Study ID #

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

E-Mail

: arun.kumar@manipal.edu

Mobile

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

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

Purpose

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

Explanation of Procedures

What we would like to do

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

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

Risks and Discomforts

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

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

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

Participant's name

OR

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Relationship with participant

Signature of witness

Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

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

_____ **Voluntary Consent to participate** _____

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar

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

Study ID #

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

E-Mail

: arun.kumar@manipal.edu

Mobile

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

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

Purpose

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

Explanation of Procedures

What we would like to do

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

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

Risks and Discomforts

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

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

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

Participant's name

OR

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Relationship with participant

Signature of witness

Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

Study ID #

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY 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**

Study ID #

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Study ID #	Date of recruitment	Study Site
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

DEMOGRAPHIC INFORMATION (ജനസംഖ്യാശാസ്ത്രപരമായ വിവരങ്ങൾ)

1 Address (വിലാസം):

1a. State സംസ്ഥാനം: _____	1f. Post Office പോസ്റ്റ് ഓഫീസ്: _____
1b. District ജില്ല: _____	1g. Gram Panchayath ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്: _____
1c. Taluk താലൂക്ക്: _____	1h. Village വില്ലേജ്: _____
1d. Tehsil തഹ്സിൽ: _____	1i. Landmark സ്ഥലസൂചകം: _____
1e. PIN Code (PIN കോഡ്): _____	

2

2a. Age in years പ്രായം വർഷങ്ങളിൽ: _____	2d. Marital status വൈവാഹിക പദവി:
2b. DOB: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Single അവിവാഹിത(ൻ) <input type="checkbox"/> Married വിവാഹിത(ൻ)
2c. Gender ലിംഗം:	2e. Currently pregnant നിലവിൽ ഗർഭിണി ആണോ
<input type="checkbox"/> Male പുരുഷൻ <input type="checkbox"/> Female സ്ത്രീ <input type="checkbox"/> Others മറ്റുള്ളവർ	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If Yes, ആണെങ്കിൽ,
	2f. Weeks ആഴ്ചകൾ <input style="width: 40px;" type="text"/>

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

3a. Major Occupation (select from list) : _____
പ്രധാന തൊഴിൽ (പട്ടികയിൽ നിന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക)

3b. Secondary Occupation 1: _____
ദ്വിതീയ തൊഴിൽ 1

3c. Secondary Occupation 2: _____
ദ്വിതീയ തൊഴിൽ 2

3d. Secondary Occupation 3: _____
ദ്വിതീയ തൊഴിൽ 3

List of Occupations തൊഴിലുകളുടെ പട്ടിക	
Professionals	Non-professionals
Carpenter ആശാരി	Farmer കൃഷിക്കാരൻ
Doctor ഡോക്ടർ	Head load coolie ചുമട്ടുതൊഴിലാളി
Driver ഡ്രൈവർ	Housewife വീട്ടമ്മ
Electrician ഇലക്ട്രീഷ്യൻ	Manual labourer (Agriculture) കൂലിപ്പണി (കൃഷി)
Health worker ആരോഗ്യപ്രവർത്തക(ൻ)	Manual labourer (Masonry) കൂലിപ്പണി (കൽപ്പണി)
Office worker ഓഫീസ് ജോലി	Meat handler ഇറച്ചിവെട്ടുകാരൻ
Nurse നഴ്സ്	Shepherd ഇടയൻ
Student വിദ്യാർത്ഥി	Unemployed തൊഴിൽരഹിത(ൻ)
Teacher അദ്ധ്യാപനം	

If others, please specify in the space provided above
 മറ്റുള്ളവ ഏതാണെന്ന് എഴുതുക

CLINICAL HISTORY ക്ലിനിക്കൽ ചരിത്രം (☑ Applicable ones)

4. Date of Admission: (പ്രവേശന തീയതി)

5. Date of Onset of Fever (DOF): (പനി തുടങ്ങിയ തീയതി (DOF))

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

Y N U
(Y-Yes, N-No, U- I don't know)
Y-അതെ, N-അല്ല, U-അറിയില്ല

● (Date of onset of fever)

6. Was your fever intermittent or continuous? (പനി ഇടവിട്ടുള്ളതായിരുന്നോ തുടർച്ചയായിട്ടായിരുന്നോ?) Continuous (തുടർച്ചയായി) Intermittent (ഇടവിട്ട്)

7. What was the duration of fever as on today (the date of recruitment)? (ഇന്ന് കൂടി (പ്രവേശന തീയതി) ചേർത്താൽ പനി തുടങ്ങിയിട്ട് എത്ര ദിവസമായി?) Duration (days) (കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ))

8. Did you feel cold or cold with shivering/shaking of the body while having fever? (Chills/Rigor) (പനിയുള്ളപ്പോൾ കുളിരോ, കുളിരിനൊപ്പം വിറയലോ അനുഭവിച്ചിരുന്നോ? (കുളിർ)) Y N U Duration (days) (കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ))

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

9. Did you feel sweating during night while having fever? (Night sweats) (പനിയുള്ള രാത്രിയിൽ നിങ്ങളുടെ ശരീരം വിയർത്തിരുന്നോ? (രാത്രിയിലെ വിയർപ്പ്)) Y N U Duration (days) (കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ))

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

10. Did you have runny nose within few days before/after onset of fever? (Coryza) (പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് മൂക്കൊലിപ്പ് ഉണ്ടായോ? (ജലദോഷം)) Y N U Duration (days) (കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ))

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

11. Did you have cough within few days before/after onset of fever? (Cough) (പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് ചുമ ഉണ്ടായോ? (ചുമ)) Y N U Duration (days) (കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ))

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

12. Did you have irritation/pain of throat within few days before/after onset of fever? (Sore throat) (പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് തൊണ്ടയിൽ വേദന അഥവാ അസാഹ്യം ഉണ്ടായോ? (തൊണ്ടവേദന)) Y N U Duration (days) (കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ))

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

13. Did you experience difficulty in breathing within few days before/after onset of fever? (Breathlessness) (പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് ശ്വാസിക്കാൻ ബുദ്ധിമുട്ട് ഉണ്ടായോ? (ശ്വാസം മുട്ട്)) Y N U Duration (days) (കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ))

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

14. Did you experience pain in chest within few days before/after onset of fever? (Chest pain) (പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് നെഞ്ചുവേദന ഉണ്ടായോ? (നെഞ്ചുവേദന)) Y N U Duration (days) (കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ))

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

15. Did you have headache within few days before/after onset of fever? (Headache) (പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് തലവേദന ഉണ്ടായോ? (തലവേദന)) Y N U Duration (days) (കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ))

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

16. Were you troubled by bright light within few days before/after onset of fever? (Photophobia) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ കടുത്ത വെളിച്ചം നിങ്ങൾക്ക് ബുദ്ധിമുട്ടുണ്ടാക്കിയോ? (പ്രകാശത്തോടുള്ള പേടി) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
17. Did you have pain behind your eye ball especially while moving eyes within few days before/after onset of fever? (Retro orbital pain) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ കണ്ണിനു പിന്നിൽ വേദന ഉണ്ടായിരുന്നോ, വിശേഷിച്ചും കണ്ണ് ചലിപ്പിക്കുമ്പോൾ? (കണ്ണിനു പിൻവശത്തുള്ള വേദന) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
18. Had your eye(s) become red and irritable within few days before/after onset of fever? (Red eye) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങളുടെ കണ്ണുകൾക്ക് ചുവപ്പോ അസ്വസ്ഥതയോ ഉണ്ടായോ? (ചെങ്കണ്ണ്) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
19. Did you experience generalized body ache within few days before/after onset of fever? (Myalgia) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് പൊതുവായ ശരീര വേദന ഉണ്ടായോ? (പേശിവേദന) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
20. Did you experience pain in your joints within few days before/after onset of fever? (Joint pain) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് സന്ധികളിൽ വേദന ഉണ്ടായോ? (സന്ധിവേദന) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
- If Yes, ഉണ്ടായെങ്കിൽ, 20a. Location: Small joints ചെറിയ സന്ധികൾ Large joints വലിയ സന്ധികൾ Both രണ്ടും
21. Did you experience general weakness within few days before/after onset of fever? (General weakness) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് പൊതുവായ തളർച്ച ഉണ്ടായോ? (പൊതുവായ തളർച്ച) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
- If Yes, ഉണ്ടായെങ്കിൽ,
- 21a. Was it extreme weakness such as inability to get up from the bed? (Prostration) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- കിടക്കയിൽ നിന്ന് എഴുന്നേൽക്കാൻ പോലും കഴിയാത്തവിധം കടുത്ത തളർച്ചയായിരുന്നോ അത്? (കടുത്ത തളർച്ച) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
22. Did you experience pain in abdomen within few days before/after onset of fever? (Abdominal pain) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് അടിവയറ്റിൽ വേദന ഉണ്ടായോ? (അടിവയർ വേദന) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
23. Did you experience nausea (Vomiting sensation) within few days before/after onset of fever? (Nausea) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് ചർദ്ദിക്കാൻ തോന്നിയോ? (ഓക്കാനം) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
24. Did you have vomiting within few days before/after onset of fever? (Vomiting) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് ചർദ്ദി ഉണ്ടായോ? (ചർദ്ദി) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
25. Did you have diarrhea within few days before/after onset of fever? (3 or more loose/liquid stools/day) (Diarrhea) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് വയറിളക്കം ഉണ്ടായോ? (ദിവസം 3 അല്ലെങ്കിൽ അതിലധികം തവണ അയഞ്ഞ/വെള്ളം പോലുള്ള മലം) (അതിസാരം) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→
26. Did you notice yellow discoloration of your skin or eye within few days before/after onset of fever? (Jaundice) Y N U Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)
- പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങളുടെ തൊലിക്കോ കണ്ണിനോ മഞ്ഞ നിറമുണ്ടായതായി ശ്രദ്ധയിൽ പെട്ടോ? (മഞ്ഞപ്പിത്തം) ←-7-6-5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11→

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) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)

പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് പെട്ടെന്ന് മുത്രമൊഴിക്കണമെന്നു തോന്നുകയോ മുത്രം പിടിച്ചുനിർത്താൻ വയ്യാത്ത അവസ്ഥ മുത്രമൊഴിക്കുമ്പോൾ എരിച്ചിൽ അനുഭവപ്പെടുകയോ ചെയ്തോ? (മുത്രചൂടിച്ചിൽ)

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

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

പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് കഴുത്ത് ചലിപ്പിക്കാൻ പ്രയാസമോ അല്ലെങ്കിൽ വേദനയോ ഉണ്ടായോ? (കഴുത്തിന് മുറുകണം)

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

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

പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് ബോധ നിലയിൽ കുറവ് (ഉറക്കം തുടങ്ങൽ മുതൽ അബോധാവസ്ഥ വരെ) ഉണ്ടായോ? (അബോധാവസ്ഥയിലുള്ള ഏറ്റക്കുറച്ചിലുകൾ)

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

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

പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് ചുഴലികൾ/സന്നി എന്നറിയപ്പെടുന്ന അനിയന്ത്രിതമായ പേശീസങ്കോചങ്ങൾ അഥവാ ഞരമ്പു വലി അനുഭവപ്പെട്ടോ? (ചുഴലികൾ/സന്നി)

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

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

30a. Type of seizure: Focal (Only a part of the body) Generalized (Whole body)
 ഏതു തരം ഫോക്കൽ (ശരീരത്തിന്റെ ഒരു ഭാഗം മാത്രം) പൊതുവായത് (ശരീരം മുഴുവൻ)

30b. How many times? എത്ര തവണ?: _____

30c. Maximum duration (in minutes) പരമാവധി കാലയളവ് (മിനിറ്റിൽ): _____

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) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)

പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ നിങ്ങൾക്ക് ഏതെങ്കിലും ശരീരഭാഗത്തിന്റെ പൂർണ്ണമോ ഭാഗികമോ ആയ പക്ഷാഘാതം ഉണ്ടായോ? (പക്ഷാഘാതം/ ഭാഗിക പക്ഷാഘാതം)

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

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

പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ തൊലിയിൽ ഒരു നിറം മാറ്റം- ഒരു തിണർപ്പ് നിങ്ങൾ ശ്രദ്ധിച്ചോ? (തിണർപ്പ്)

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

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

32a. Site സ്ഥലം: _____

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) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)

പനി തുടങ്ങും മുൻപോ ശേഷമോ ഏതാനും ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ കഫം/ മലം/ മുത്രം/ ചരർദ്ദി എന്നിവയിൽ നിങ്ങൾ രക്ത നിറമോ കറുത്ത രക്ത നിറമോ കണ്ടിരുന്നോ?

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

If yes, where? ഉണ്ടെങ്കിൽ എവിടെ?

33a. Sputum Y N
കഫം

33b. Faeces Y N
മലം

33c. Urine Y N
മുത്രം

33d. Vomitus Y N
ചരർദ്ദി

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

Y N U

കഴിഞ്ഞ ഒരു വർഷക്കാലത്തിനിടയ്ക്ക് നിങ്ങൾക്ക് രോഗപ്രതിരോധക്കുത്തിവെയ്പ്പുകൾ ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ?

If yes, Specify ഉണ്ടെങ്കിൽ, വ്യക്തമാക്കൂ

- 34a. Vaccine: _____ month _____ year _____
 (പ്രതിരോധക്കുത്തിവെയ്പ്പ്) മാസം വർഷം
- 34b. Vaccine: _____ month _____ year _____
 (പ്രതിരോധക്കുത്തിവെയ്പ്പ്) മാസം വർഷം
- 34c. Vaccine: _____ month _____ year _____
 (പ്രതിരോധക്കുത്തിവെയ്പ്പ്) മാസം വർഷം
- 34d. Vaccine: _____ month _____ year _____
 (പ്രതിരോധക്കുത്തിവെയ്പ്പ്) മാസം വർഷം

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

Y N U

വിട്ടുമാറാത്തതും പകരാത്തതുമായ ഏതെങ്കിലും രോഗാവസ്ഥകൾ നിങ്ങൾക്ക് ഉണ്ടോ?

If yes, tick all applicable ഉണ്ടെങ്കിൽ ബാധകമായ എല്ലാറ്റിലും ശരിയടയാളമിടുക

- 35a. Hypertension (High Blood Pressure) Y N U
 രക്താതിമർദ്ദം (ഉയർന്ന രക്ത സമ്മർദ്ദം)
- 35b. Diabetes (sugar) Y N U
 പ്രമേഹം
- 35c. Asthma/wheezing Y N U
 ആസ്മ/ശ്വാസം മുട്ട്
- 35d. Liver Cirrhosis Y N U
 ലിവർ സിറോസിസ്
- 35e. Chronic Renal failure Y N U
 കടുത്ത വൃക്ക പരാജയം
- 35f. Myocardial Infarction (heart attack) Y N U
 മയോകാർഡിയൽ ഇൻഫാർക്ഷൻ (ഹാർട്ട് അറ്റാക്ക്)
- 35g. Stroke Y N U
 പക്ഷാഘാതം
- 35h. Cancer Y N U
 അർബുദം

35i. Others (any other major illness diagnosed recently, please mention)
 മറ്റുള്ളവ (ഏതെങ്കിലും വലിയ രോഗം ഇ യിടെ നിർണയിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതിൽ ദയവായി സൂചിപ്പിക്കുക)

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

Y N U

ഞാൻ നിങ്ങളോട് ചോദിക്കാത്ത ഏതെങ്കിലും എന്നോട് പറയാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ?

If yes, brief ഉണ്ടെങ്കിൽ, ചുരുക്കിപ്പറയുക:

EPIDEMIOLOGIC DATA (സാംക്രമികരോഗശാസ്ത്രപരമായ വിവരങ്ങൾ) (☑ 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

രോഗം തുടങ്ങുന്നതിനു മുൻപ് കഴിഞ്ഞ 4 ആഴ്ചക്കാലം ഇനിപ്പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും ഒരു മൃഗവുമായി ദിവസത്തിൽ ഒരിക്കലെങ്കിലും നിങ്ങൾ സമ്പർക്കത്തിൽ ഏർപ്പെട്ടോ?

- | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ചെമ്മരിയാട്/ആട് | <input type="checkbox"/> Cattle
കന്നുകാലി | <input type="checkbox"/> Deer
മാൻ | <input type="checkbox"/> Pig
പന്നി | <input type="checkbox"/> Chicken
കോഴി |
| <input type="checkbox"/> Duck
താറാവ് | <input type="checkbox"/> Pigeon
പ്രാവ് | <input type="checkbox"/> Cat
പൂച്ച | <input type="checkbox"/> Dog
നായ | <input type="checkbox"/> Bat
വറ്റാൽ |
| <input type="checkbox"/> Rat
എലി | <input type="checkbox"/> Monkey
കുരങ്ങ് | <input type="checkbox"/> Other Birds _____
മറ്റു പക്ഷികൾ | | |
| <input type="checkbox"/> Other Animals _____
മറ്റു മൃഗങ്ങൾ | | | | |

38. Do any animal enter inside your house? Y N U

ഏതെങ്കിലും മൃഗം നിങ്ങളുടെ വീട്ടിനുള്ളിൽ പ്രവേശിക്കാറുണ്ടോ?

If yes, Specify: ഉണ്ടെങ്കിൽ, വ്യക്തമാക്കുക:

- | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ചെമ്മരിയാട്/ആട് | <input type="checkbox"/> Cattle
കന്നുകാലി | <input type="checkbox"/> Chicken
കോഴി | <input type="checkbox"/> Cat
പൂച്ച | <input type="checkbox"/> Dog
നായ |
| <input type="checkbox"/> Other Animals _____
മറ്റു മൃഗങ്ങൾ | | | | |

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

കഴിഞ്ഞ 1-2 മാസത്തിനുള്ളിൽ നിങ്ങളുടെ വീട്ടിനുള്ളിൽ ഏതെങ്കിലും മൃഗം പ്രസവിച്ചിട്ടുണ്ടോ?

If yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

39a. Did you directly participate in the birthing process? Y N
പ്രസവത്തിൽ നിങ്ങൾ നേരിട്ടു പങ്കെടുത്തോ?

39b. Which animal? ഏതു മൃഗം?

- | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ചെമ്മരിയാട്/ആട് | <input type="checkbox"/> Cattle
കന്നുകാലി | <input type="checkbox"/> Pig
പന്നി | <input type="checkbox"/> Cat
പൂച്ച | <input type="checkbox"/> Dog
നായ |
| <input type="checkbox"/> Other Animals _____
മറ്റു മൃഗങ്ങൾ | | | | |

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

കഴിഞ്ഞ 1-2 മാസത്തിനിടയിൽ നിങ്ങളുടെ വീട്ടിൽ ഏതെങ്കിലും മൃഗത്തിന്റെ ഗർഭമലസൽ നടന്നോ?

If yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

40a. Which animal? ഏതു മൃഗം?

- | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ചെമ്മരിയാട്/ആട് | <input type="checkbox"/> Cattle
കന്നുകാലി | <input type="checkbox"/> Pig
പന്നി | <input type="checkbox"/> Cat
പൂച്ച | <input type="checkbox"/> Dog
നായ |
| <input type="checkbox"/> Other Animals _____
മറ്റു മൃഗങ്ങൾ | | | | |

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

കഴിഞ്ഞ 1 മാസക്കാലം നിങ്ങളുടെ വീട്ടിലോ അയൽപക്കത്തോ ഏതെങ്കിലും മൃഗമോ പക്ഷിയോ മരണപ്പെട്ടോ?

If yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

41a. Specify animal ഏതു മൃഗമെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക: _____

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ചെമ്മരിയാട്/ആട് | <input type="checkbox"/> Cattle
കന്നുകാലി | <input type="checkbox"/> Pig
പന്നി | <input type="checkbox"/> Chicken
കോഴി | <input type="checkbox"/> Duck
താറാവ് |
| <input type="checkbox"/> Cat
പൂച്ച | <input type="checkbox"/> Dog
നായ | <input type="checkbox"/> Other Animals _____
മറ്റു മൃഗങ്ങൾ | | |

41b. Sudden or unexpected death? Y N
പെട്ടെന്നുള്ള അല്ലെങ്കിൽ അപ്രതീക്ഷിത മരണം?

42. Did you have any contact with dead or sick animal during last one or two months? Y N U
 കഴിഞ്ഞ ഒന്നോ രണ്ടോ മാസക്കാലം മരിച്ചതോ രോഗം ബാധിച്ചതോ ആയ ഏതെങ്കിലും മൃഗവുമായി നിങ്ങൾ സമ്പർക്കത്തിൽ വന്നോ?
 If yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

42a. Specify animal എന്തു മൃഗം:
 Sheep/goat Cattle Pig Chicken Duck
 ചെമ്മരിയാട്/ആട് കന്നുകാലി പന്നി കോഴി താറാവ്
 Cat Dog Other Animals _____
 പുച്ചു നായ മറ്റു മൃഗങ്ങൾ

42b. Describe nature of contact സമ്പർക്കത്തിന്റെ സ്വഭാവം: _____

42c. Did you consume meat of the same sick/ dead animal? _____
 മരിച്ചതോ രോഗം ബാധിച്ചതോ ആയ മൃഗത്തിന്റെ ഇറച്ചി നിങ്ങൾ കഴിച്ചോ?

43. Did you participate in slaughter or butchering livestock or wild animals during last one or two months? Y N U
 കഴിഞ്ഞ ഒന്നോ രണ്ടോ മാസങ്ങൾക്കിടയിൽ കന്നുകാലികളെയോ കാട്ടുമൃഗങ്ങളെയോ നിങ്ങൾ കൊല്ലുകയോ ഇറച്ചി വെട്ടുകയോ ചെയ്തോ?

44. Did you have any contact with raw meat/ animal blood in the last 4 months? Y N U
 കഴിഞ്ഞ 4 മാസക്കാലം പച്ച ഇറച്ചിയുമായോ മൃഗത്തിന്റെ ചോരയുമായോ സമ്പർക്കം ഉണ്ടാകാൻ ഇടയായോ?
 If yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

44a. Describe nature of contact സമ്പർക്കത്തിന്റെ സ്വഭാവം: _____

45. Did you work or till on agricultural land/ farm in the past 4 weeks? Y N U
 കഴിഞ്ഞ 4 ആഴ്ചക്കാലം നിങ്ങൾ കൃഷിഭൂമിയിൽ പണിയെടുക്കുകയോ നിലം ഉഴുകയോ ചെയ്തോ?

46. Did you work in paddy fields, in the past 4 weeks? Y N U
 കഴിഞ്ഞ 4 ആഴ്ചക്കാലം നിങ്ങൾ നെൽ വയലുകളിൽ പണിയെടുത്തോ?

47. Did you go fishing in the past 4 weeks? Y N U
 കഴിഞ്ഞ 4 ആഴ്ചക്കാലം നിങ്ങൾ മീൻ പിടിക്കാൻ പോയോ?

48. Do you have any water (irrigation) canals nearby your house or farmland? Y N U
 നിങ്ങളുടെ വീട്ടിനോ കൃഷിയ്ക്കിടത്തിനോ സമീപം ഒരു ജല (സേചന) കനാൽ ഉണ്ടോ?

49. Did you work in stagnant water in the past 4 weeks? Y N U
 കഴിഞ്ഞ 4 ആഴ്ച നിങ്ങൾ കെട്ടിടിക്കുന്ന ജലത്തിൽ ജോലി ചെയ്തോ?

50. Did you work under "Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MGNREGA)" in the past 4 weeks? Y N U
 കഴിഞ്ഞ 4 ആഴ്ചക്കാലം നിങ്ങൾ തൊഴിലുറപ്പ് പദ്ധതിയിൽ ജോലി ചെയ്തോ?
 If yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

50a. Specify nature of last work ഉറപ്പുകിൽ, അവസാനം ചെയ്ത ജോലിയെന്തായിരുന്നു: _____

51. Do you live in close proximity (within 5 minutes walking distance) to the forest? Y N U
 കാടിനു തൊട്ടടുത്ത് (നടക്കാൻ 5 മിനിറ്റിലും കുറവ് ദൂരം മാത്രം) ആണോ നിങ്ങൾ താമസിക്കുന്നത്?

52. Did you go to forest in the past 4 weeks? Y N U
 കഴിഞ്ഞ 4 ആഴ്ച നിങ്ങൾ കാട്ടിൽ പോയിരുന്നോ?
 If yes, for what purposes you enter the forest? (Tick all applicable)
 ഉറപ്പുകിൽ, എന്തിനായിരുന്നു പോയത്? (ബാധകമായതിൽ എല്ലാം ശരിയടയാളമിടുക)

52a. Firewood collection വിറക് ശേഖരിക്കാൻ
 52b. Dry leaf collection കരിയില ശേഖരിക്കാൻ
 52c. Grass collection പൂല്ല് ശേഖരിക്കാൻ
 52d. Wood cutting/ logging മരം വെട്ടൽ
 52e. Honey collection തേൻ ശേഖരിക്കാൻ
 52f. Algae collection പൂപ്പൽ ശേഖരിക്കാൻ
 52g. Cattle grazing കന്നുകാലി മേയ്ക്കാൻ
 52h. Work on agricultural land inside forest കാടിനുള്ളിലെ കൃഷിയിടത്തിൽ ജോലി ചെയ്യാൻ
 52i. Fishing മീൻപിടിത്തം
 52j. Hunting വേട്ട
 52k. Forest department work വനം വകുപ്പിന്റെ ജോലി
 If yes, ആണെങ്കിൽ, 52k. (i) specify എന്തു തരം ജോലി: _____
 52l. Leisure activities വിനോദ പ്രവർത്തനങ്ങൾ
 If yes, ആണെങ്കിൽ, 52l. (i) specify എന്തു തരം ജോലി: _____
 52m. Others മറ്റുള്ളവ: _____

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

പനി തുടങ്ങുന്നതിന് 4 ആഴ്ച മുൻപ് വീട്ടിലോ വീടിനു ചുറ്റുമോ ചെള്ളുകൾ കണ്ടിരുന്നോ?

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

പനി തുടങ്ങുന്നതിന് 4 ആഴ്ച മുൻപ് ശരീരത്തിൽ ചെള്ളുകൾ കണ്ടിരുന്നോ?

If yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

54a. How do you remove them? _____
 നിങ്ങൾ എങ്ങനെയാണ് അവയെ നീക്കം ചെയ്തത്?

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

ഏതാണ് നിങ്ങളുടെ വീട്ടിലെ കുടിവെള്ള സ്രോതസ്സ്? (ബാധകമായതിൽ എല്ലാം ശരിയടയാളമിടുക)

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dug well
കിണർ | <input type="checkbox"/> Hand pump
കൈ പമ്പ് | <input type="checkbox"/> Tube well
കുഴൽക്കിണർ | <input type="checkbox"/> Public well
പൊതു കിണർ | <input type="checkbox"/> Public water tap
പൊതു ജല ടാപ്പ് |
| <input type="checkbox"/> Panchayath/ Municipality water supply
പഞ്ചായത്ത്/ മുനിസിപ്പാലിറ്റി ജലവിതരണം | <input type="checkbox"/> Tanker water supply
ടാങ്കർ ജലവിതരണം | <input type="checkbox"/> Pond
കുളം | | |
| <input type="checkbox"/> Stream
അരുവി/തോട്/നദി | <input type="checkbox"/> Others
മറ്റുള്ളവ | _____ | | |

56. Do you store water in home? Y N U

നിങ്ങൾ വീട്ടിൽ ജലം ശേഖരിച്ചു വയ്ക്കാറുണ്ടോ?

If yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

56a. Where? (specify) എവിടെ? (വ്യക്തമാക്കുക) _____

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

വീട്ടിൽ കക്കൂസ് ഉണ്ടോ?

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

എവിടെയാണ് നിങ്ങൾ കുളിക്കുന്നത്? (ബാധകമായതിലെല്ലാം ശരിയടയാളമിടുക)

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> River
നദി | <input type="checkbox"/> Pond
കുളം | <input type="checkbox"/> Stream
അരുവി | <input type="checkbox"/> Home
വീട് | <input type="checkbox"/> Other place (Specify) _____
മറ്റു സ്ഥലങ്ങൾ (വ്യക്തമാക്കുക) |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|

59. Did you sleep under the bednet last night? Y N U

കഴിഞ്ഞ രാത്രി നിങ്ങൾ ഉറങ്ങുമ്പോൾ കൊതുകുവല ഉപയോഗിച്ചിരുന്നോ?

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

കഴിഞ്ഞ 12 മാസത്തിൽ എപ്പോഴെങ്കിലും കൊതുകിനോ ചെള്ളിനോ മരുന്നടിക്കാൻ ആരെങ്കിലും നിങ്ങളുടെ/ രോഗിയുടെ താമസ സ്ഥലത്ത് വന്നിരുന്നോ?

60a. If yes, How many months ago was the dwelling last sprayed? _____
 ഉണ്ടെങ്കിൽ, എത്ര മാസം മുൻപാണ് വീട്ടിൽ മരുന്നടിച്ചത്?

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

15 വയസ്സിൽ കുറവ് പ്രായമുള്ള കുട്ടികൾ നിങ്ങളുടെ കൂടെ താമസിക്കുന്നുണ്ടോ?

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

നിങ്ങൾക്ക് അസുഖം വരുന്നതിനു മുൻപുള്ള മാസം ഇതേ അസുഖം ഉള്ള/ സമാനമായ അസുഖമുള്ള ആരെങ്കിലുമായി നിങ്ങൾ സമ്പർക്കത്തിൽ ഏർപ്പെട്ടിരുന്നോ?

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

കഴിഞ്ഞ ഒരു മാസം നിങ്ങൾ എവിടെയെങ്കിലും യാത്ര ചെയ്തിരുന്നോ?

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

63a. From: _____ To: _____ Date: DD MM YYYY Y

63b. From: _____ To: _____ Date: DD MM YYYY Y

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

ഞാൻ നിങ്ങളോട് ചോദിക്കാത്ത എന്തെങ്കിലും എന്നോട് പറയാൻ നിങ്ങൾ ആഗ്രഹിക്കുന്നുണ്ടോ ?

If Yes, describe ഉണ്ടെങ്കിൽ, വിശദമാക്കൂ: _____

HEALTH SEEKING BEHAVIOR ആരോഗ്യ പരിശോധന ചെരുമാറ്റം (Applicable ones)

65. Did you take medicine of any kind for this illness, before arriving to this hospital? Y N U
 ഇ ആശുപത്രിയിൽ വരും മുൻപ് ഇ രോഗത്തിന് നിങ്ങൾ എന്തെങ്കിലും മരുന്ന് ഉപയോഗിച്ചിരുന്നോ?

If yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

65a. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
 പേര് _____ ആദ്യം ഉപയോഗിച്ച തീയതി _____ കാലയളവ് _____

65b. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
 പേര് _____ ആദ്യം ഉപയോഗിച്ച തീയതി _____ കാലയളവ് _____

65c. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
 പേര് _____ ആദ്യം ഉപയോഗിച്ച തീയതി _____ കാലയളവ് _____

66. Did you see a health care provider for this illness before arriving to this hospital?
 ഇ ആശുപത്രിയിൽ വരും മുൻപ് ഇ രോഗത്തിന് നിങ്ങൾ ഏതെങ്കിലും ഡോക്ടറെ കണ്ടിരുന്നോ?

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

66a. Name of the practitioner/ facility വേദകന്യുടെ/ സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര് : _____

66b. Type ഇനം:

Hospital Clinic Home visit Other _____
 ആശുപത്രി ക്ലിനിക്ക് ഗൃഹ സന്ദർശനം മറ്റുള്ളവ

66c. Date _____
 തീയതി

67. What diagnosis did the health care provider give you? _____
 ഡോക്ടർ എന്ത് രോഗമാണെന്ന് പറഞ്ഞു?

68. What laboratory tests were performed?
 ഏതെല്ലാം ലാബ് പരിശോധനകൾ നടത്തി?

Specify test പരിശോധന	Result ഫലം
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

69. SOCIO ECONOMIC STATUS (MODIFIED UDAY PAREEK SCALE)

Tick 1 in each section

സാമൂഹ്യ-സാമ്പത്തിക നില (പരിഷ്കരിച്ച ഉദയ് പരീഖ് സ്കെയിൽ)

B1.	Type of houses വീടുകളുടെ ഇനം	Code കോഡ്
	Kutcha കുടിൽ	02 <input type="checkbox"/>
	Mixed ഇടത്തരം	03 <input type="checkbox"/>
	Pucca വലിയ വീട്	05 <input type="checkbox"/>

B2.	Ownership ഉടമസ്ഥത	Code കോഡ്
	Own സ്വന്തം	05 <input type="checkbox"/>
	Rented വാടക	03 <input type="checkbox"/>
	Free സ ജന്യം	00 <input type="checkbox"/>

B3.	Land holding ഭൂമിയുടെ അളവ്	Code കോഡ്
	< 100 cents (1 acre) സെന്റ് ഏക്കർ	02 <input type="checkbox"/>
	(1-4) acres ഏക്കർ	05 <input type="checkbox"/>
	(5-9) acres ഏക്കർ	10 <input type="checkbox"/>
	≥ 10 acres ഏക്കർ	15 <input type="checkbox"/>

B4.	Vehicles വാഹനങ്ങൾ	Code കോഡ്
	Bicycle സൈക്കിൾ	02 <input type="checkbox"/>
	Two wheeler ഇരുചക്രവാഹനം	04 <input type="checkbox"/>
	Auto/boat ഓട്ടോ/ബോട്ട്	08 <input type="checkbox"/>
	Four wheelers നാലുചക്ര വാഹനം	10 <input type="checkbox"/>

B5.	Household belongings വീട്ടിൽ ഉള്ള വസ്തുക്കൾ	Code കോഡ്
	Radio റേഡിയോ	02 <input type="checkbox"/>
	Television ടെലിവിഷൻ	05 <input type="checkbox"/>
	Telephone ടെലിഫോൺ	08 <input type="checkbox"/>

B6.	Livestock കന്നുകാലികൾ	Code കോഡ്
	Goat ആട്	02 <input type="checkbox"/>
	Cow പശു	02 <input type="checkbox"/>
	Buffalo എരുമ	04 <input type="checkbox"/>

B7.	Socio-participation സാമൂഹ്യ പങ്കാളിത്തം	Code കോഡ്
	No participation പങ്കാളിത്തമില്ല	00 <input type="checkbox"/>
	Member of one organization ഒരു സംഘടനയുടെ അംഗം	05 <input type="checkbox"/>
	More than one organization ഒന്നിലധികം സംഘടനകളിൽ അംഗം	10 <input type="checkbox"/>
	Office holder പദവി വഹിക്കുന്ന ആൾ	15 <input type="checkbox"/>
	Wide public leader വലിയ പൊതു നേതാവ്	20 <input type="checkbox"/>

B8.	Occupation of eldest earning member of the house കുടുംബത്തിൽ വരുമാനമുണ്ടാക്കുന്ന ഏറ്റവും മുതിർന്ന വ്യക്തിയുടെ തൊഴിൽ	Code കോഡ്
	Professional/white collar പ്രൊഫഷണൽ/ വെള്ള കോളർ	15 <input type="checkbox"/>
	Business ബിസിനസ്സ്	10 <input type="checkbox"/>
	Skilled വിദഗ്ദ്ധ തൊഴിൽ	08 <input type="checkbox"/>
	Semiskilled അർദ്ധ വിദഗ്ദ്ധ തൊഴിൽ	06 <input type="checkbox"/>
	Coolie/unskilled കൂലി-അവിദഗ്ദ്ധ തൊഴിൽ	05 <input type="checkbox"/>
	Unemployed തൊഴിലില്ല	00 <input type="checkbox"/>

B9.	Highest literacy status of eldest earning member of the household കുടുംബത്തിൽ വരുമാനമുണ്ടാക്കുന്ന ഏറ്റവും മുതിർന്ന വ്യക്തിയുടെ വിദ്യാഭ്യാസം	Code കോഡ്
	Post Graduation & above ബിരുദാനന്തബിരുദവും അതിൽ കൂടുതലും	20 <input type="checkbox"/>
	Graduation ബിരുദം	15 <input type="checkbox"/>
	PUC പി യു സി	12 <input type="checkbox"/>
	Middle & high school (5-10) മിഡിൽ & ഹൈ സ്കൂൾ (5-10)	10 <input type="checkbox"/>
	Primary (1-4) പ്രൈമറി (1-4)	05 <input type="checkbox"/>
	Illiterate നിരക്ഷര(ൻ)	00 <input type="checkbox"/>

B10.	Family members working abroad വിദേശത്ത് ജോലി ചെയ്യുന്ന കുടുംബാംഗങ്ങൾ ഉണ്ടോ	Code കോഡ്
	Yes ഉണ്ട്	05 <input type="checkbox"/>
	No ഇല്ല	00 <input type="checkbox"/>

Score സ്കോർ	Grade ഗ്രേഡ്	Code കോഡ്
<40	Low കുറവ്	01
40-70	Middle ഇടത്തരം	02
>70	High ഉയർന്നത്	03

TOTAL SCORE ആകെ സ്കോർ:

SES എസ് ഇ പദവി:

PHYSICAL EXAMINATION - PART A (☑ Applicable ones)

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

73. Height:

a. _____ cm

b. _____ inches

74. Blood Pressure:

a. Systolic _____ mm Hg

b. Diastolic _____ mm Hg

75. Temperature:

a. _____ °C

b. _____ °F

76. Cough Y N

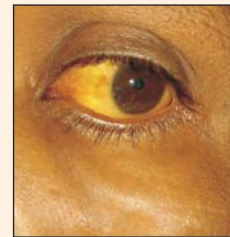
77. Coryza Y N

78. Sore throat Y N

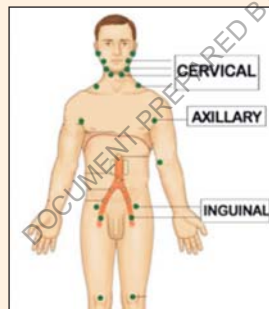
79. Pallor
 Y N



80. Icterus
 Y N



81. Lymphadenopathy
 Y N



If yes,

facial edema

82. Edema
 Y N

pedal edema

others _____

83. Cyanosis
 Y N



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

Tick whichever applicable



85. Ear discharge
 Y N



86. Parotitis
 Y N



87. Oral ulcers
 Y N



88. Rash

88a. If yes, tick all applicable

Y N



Macule



Papule



Maculopapular



Vesicle



Patch



Bullae



Spotted Fever Rash



Erythema



Petechiae



Purpura



Echymosis

Others _____

89. Eschar

Y N



Location: _____

Single Multiple

90. Black Eschar

Y N




Location : _____


Single Multiple

Size : _____ cm


91. Skin lesions Y N




Pustules



Nodules



Ulcers




Vegetation

Others _____

92. Skin abscess / Cellulitis : Y N


If yes,

92 a. Skin abscess Y N



Location : _____

92 b. Cellulitis Y N



93. Any other wound Y N Specify _____

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

94b. Location: _____

95. Bleeding Y N If yes, specify _____

96. Other Observations / Comments: _____

PHYSICAL EXAMINATION - PART B (☑ Applicable ones)

97. Breath sounds Normal Stridor Ronchi Crepitation

98. Cardiac murmurs Y N Type _____

If yes, Specify site _____

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

101. Splenomegaly Y N Size: _____ cm

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

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

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

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

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

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

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

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

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

110. Other observations/comments:

LABORATORY INVESTIGATIONS (Applicable ones)

111. **Hematological Investigations** Y N

111 a. Date

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

112. Hb _____ g/dl

113. Platelets _____ lakhs/mm³

114. TLC _____ cells/mm³

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

116. ESR _____ mm in 1st hour

117. Others _____

118. **Urine Analysis** Y N

118 a. Date

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

119. Sugar Y N

120. Albumin Present Trace Absent

121. Ketone bodies Y N

122. Bile salts Y N

123. Bile Pigment Y N

124. **Microscopy** Y N

If Yes, fill 125 to 128, If No, skip to 129.

125. Pus Cells 125 a. Min. _____ / HPF 125 b. Max. _____ / HPF

126. RBC 126 a. Min. _____ / HPF 126 b. Max. _____ / HPF

127. Epithelial Cells 127 a. Min. _____ / HPF 127 b. Max. _____ / HPF

128. Cast Present Absent (If present Specify) _____

129. **Stool Microscopy** Y N

129 a. Date

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

129 b. Pus cells _____ / HPF 129 c. RBCs _____ / HPF 129 d. Parasites _____

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

130 a. Date

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

131. Glucose (R) _____ mg/dl

132. Urea _____ mg/dl

133. Creatinine _____ mg/dl

134. Total Protein _____ g/dl

135. Albumin _____ g/dl

136. Total Bilirubin _____ mg/dl

137. Direct Bilirubin _____ mg/dl

138. AST (SGOT) _____ IU/L

139. ALT (SGPT) _____ IU/L

140. Alkaline Phosphatase _____ IU/L

141. CPK-MB _____ IU/L

142. CRP _____ mg/L

143. Sodium (Na+) _____ mEqv/L

144. Potassium (K+) _____ mEqv/L

145. Others _____

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

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

147. Glucose _____ mg/dl

148. Protein _____ mg/dl

149. Chloride _____ mEqv/L

150. CSF Cell Count _____ /mm³

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

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

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

151 a. X- ray _____

151 b. CT Scan _____

151 c. MRI Scan _____

151 d. USG _____

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

153. **Prescribed treatment** _____

154. Name of attending physician _____

155. Contact No. of attending physician _____

156. Name of interviewer _____

Signature _____

157. Date of start of interview Date

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

158. Date of completion of data collection in CRF Date

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

159. Message to data entry personnel from interviewer:

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DISCHARGE QUESTIONNAIRE

Study ID #

Form No:

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

160. Date of discharge

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

161. Health status of the patient at discharge

Patient discharged after recovery

Patient discharged against medical advice

Patient deceased

162. Was the patient referred to any higher centre?

Y	N
---	---

If yes,

162a. Name of referral institution _____

163. Duration of stay at hospital _____ days

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

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:

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

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 (തൃശ്ശരണേഷണ ചോദ്യാവലി) (☑ Applicable ones)

173. Compared to when you were admitted to the hospital, how do you feel now?
 ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചതുമായി താരതമ്യപ്പെടുത്തുമ്പോൾ ഇപ്പോൾ നിങ്ങൾക്ക് എങ്ങനെ തോന്നുന്നു?
 Fully recovered Better No change Worsened
 പൂർണ്ണമായും സുഖപ്പെട്ടു മെച്ചപ്പെട്ടു മാറ്റമില്ല വഷളായി

I am going through a list of symptoms, please indicate which symptoms you experienced after you got discharged from the hospital
 ഞാൻ രോഗലക്ഷണങ്ങളുടെ ഒരു പട്ടികയിലൂടെ കടന്നുപോവുകയാണ്; ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത ശേഷം നിങ്ങൾക്ക് ഏതെല്ലാം രോഗലക്ഷണങ്ങൾ അനുഭവപ്പെട്ടു എന്ന് ദയവായി സൂചിപ്പിക്കുക

	Duration (days) കാലയളവ് (ദിവസങ്ങൾ)	Comments അഭിപ്രായങ്ങൾ			
174. Fever പനി <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td><td style="width: 20px; height: 20px;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px;">U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U			
175. Chills/rigors കുളിർ/വിറ <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td><td style="width: 20px; height: 20px;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px;">U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U			
176. Night sweats രാത്രിയിലെ വിയർപ്പ് <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td><td style="width: 20px; height: 20px;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px;">U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U			
177. Cough ചുമ <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td><td style="width: 20px; height: 20px;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px;">U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U			
178. Headache തലവേദന <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td><td style="width: 20px; height: 20px;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px;">U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U			
179. Seizures ചുഴലി/സന്നി <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">Y</td><td style="width: 20px; height: 20px;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px;">U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U			

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ, 179a. Type of seizure: Focal Generalized
 ഏതു തരം ചുഴലി/സന്നി ഒരു ഭാഗത്ത് മാത്രം പൊതുവായത്
 179b. How many times? 179c. Duration _____
 എത്ര തവണ? ദൈർഘ്യം

180. Altered sensorium Y N U _____
 അബോധാവസ്ഥയോ ബോധാവസ്ഥയിൽ ഏറ്റക്കുറച്ചിലുകളോ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ

181. Paralysis Y N U _____
 പക്ഷാഘാതം

182. Incoordinated walking Y N U _____
 ഏകോപനമില്ലാത്ത നടത്തം

183. General weakness Y N U _____
 പൊതുവായ തളർച്ച

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

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

184. Pain in joints Y N U _____
 സന്ധി വേദന

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

184a. Location: Small joints Large joints Both
 സ്ഥാനം ചെറിയ സന്ധികൾ വലിയ സന്ധികൾ രണ്ടും

184b. Nature: Symmetric Asymmetric
 പ്രകൃതം ശരീരത്തിന്റെ രണ്ടുവശത്തും ശരീരത്തിന്റെ ഒരുവശത്തുമാത്രം

185. Unusual bleeding Y N U _____
 അസാധാരണ രക്തസ്രാവം

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

185a. Describe _____
 വിശദമാക്കുക

186. Did any of your family members/contacts develop similar illness since you were ill? Y N U
 നിങ്ങൾക്ക് രോഗം ബാധിച്ച ശേഷം നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കോ നിങ്ങൾ ബന്ധപ്പെടുന്ന മറ്റുള്ളവർക്കോ സമാനമായ അസുഖം ഉണ്ടായോ?

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

186a. How many people? _____
 എത്ര പേർ?

186b. Who all? _____
 ആരെല്ലാം?

187. Any clinical symptom that recurred during this period? Y N U
 ഈ കാലയളവിൽ എന്തെങ്കിലും രോഗ ലക്ഷണങ്ങൾ വീണ്ടും ഉണ്ടായോ?

If Yes, ഉണ്ടെങ്കിൽ,

187a. Specify വ്യക്തമാക്കുക _____

188. Since you became ill how many days you couldn't go for regular work? _____
 അസുഖം ബാധിച്ച ശേഷം എത്ര ദിവസം നിങ്ങൾക്ക് പതിവു ജോലിക്ക് പോകാൻ കഴിഞ്ഞില്ല?

189. Any of the family members stayed with you during that period? If yes, that person couldn't go for work, how many days?
 ആ സമയമത്രയും ഏതെങ്കിലും കുടുംബാംഗം നിങ്ങൾക്കൊപ്പം ഉണ്ടായിരുന്നോ? ആ വ്യക്തിക്കും ജോലിക്കു പോകാൻ കഴിഞ്ഞില്ലെങ്കിൽ, എത്ര ദിവസം?

190. Any other observations/comments _____
 മറ്റ് നിരീക്ഷണങ്ങൾ/ അഭിപ്രായങ്ങൾ

191. Name of the interviewer _____ Signature _____
 അഭിമുഖം നടത്തുന്ന ആളുടെ പേര് ഒപ്പ്

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Study ID

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

Clinical Sample Information

Date	Lab Ref (Barcodes / No.)	Category	Type of Sample & Aliquots	Quality / Remarks
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (Plain) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (Plain) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (Plain) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (Plain) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (Plain) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____	

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

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

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)

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

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

409. Initial lab diagnosis: _____ 409a. Date

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

409b. Comments: _____

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

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

410b. Comments: _____

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

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

411b. Comments: _____

412. Final lab diagnosis:

412a. _____ 412b. Date

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

412c. _____ 412d. Date

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

412e. _____ 412f. Date

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

413. ICD 10 Code for final diagnosis:

413a. _____

413b. _____

413c. _____

414. Comments, if any: _____

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Insect Atlas

Ticks



Head Lice



Sandfly



Mosquitoes



Body Lice





MANIPAL
UNIVERSITY

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

Madhav Nagar, Manipal - 576 104, Karnataka, India

Principal Investigator / Contact:

Dr. G. Arunkumar

Professor and Head

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

Mob: +91- 98455 84163 / 0820 - 2922718

E-mail: arun.kumar@manipal.edu