

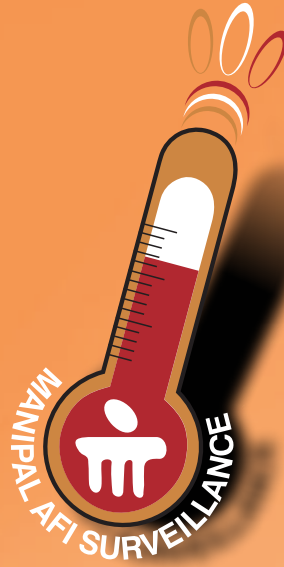
Study ID #

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

प्रज्ञानं ब्रह्म



INSPIRED BY LIFE



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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH



Manipal Centre for Virus Research (MCVR)
Manipal University

List of Abbreviations

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

CONTACT NUMBERS

1. Interviewer:
2. Study Manager:

ରୋଗୀ ସୂଚନା ସହମତି ପତ୍ର- ୧-୬୪ ବର୍ଷ

ଭାରତରେ ଆକ୍ୟୁଟ୍ ଫେବ୍ରାଇଲ୍ ଜଳନେସ୍ ବା ପ୍ରଖର ଜ୍ୱର (ଏଫଏଆଇ) ରୋଗର ଡାକ୍ତରଖାନାଭିତ୍ତିକ ନିରୀକ୍ଷଣ

ଅଂଶଗ୍ରହଣ ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ସହମତି

ମୁଖ୍ୟ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ : **ଡ. କି. ଅରୁଣକୂମାର**

ପ୍ରଫେସର ଏବଂ ମୁଖ୍ୟ

ମଣିପାଲ୍ ସେଣ୍ଟର ଫର୍ ଭାଇରସ୍ ରିସର୍ଚ୍ଚ

ମଣିପାଲ୍ ୟୁନିଭର୍ସିଟି, ମଣିପାଲ୍

କର୍ଣ୍ଣାଟକ ରାଜ୍ୟ, ଭାରତ - 576 104

ଇମେଲ୍ : **arun.kumar@manipal.edu**

ମୋବାଇଲ୍ : **+91 - 91489 70864**

ଫୋନ୍ : **+91 - 820 - 2922718**

Study ID #

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ଆପଣ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟଙ୍କୁ ଏକ ଗବେଷଣା ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ ପଚରା ଯାଉଛି ଯାହା ଫର୍ମର ଅବଶିଷ୍ଟତା ପାଇଁ, ଆପଣଙ୍କୁ ଅସୁସ୍ଥ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ଭାବେ ବିବେଚନା କରାଯାଉଛି, ଯେପରିକି ଆପଣ, ଆପଣଙ୍କ ସନ୍ତାନ, କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତି ଯାହାଙ୍କ ପାଇଁ ଆପଣ ଦାୟୀ ଅଟନ୍ତି ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ ଆଇନଗତ ଭାବେ ସହମତି ଦେବା ପାଇଁ ଯୋଗ୍ୟ ଅଟନ୍ତି ଯଦି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣଙ୍କର ଅଂଶଗ୍ରହଣ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବେ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଟେ, ଯେଉଁଠି ଭାଗ ନେବା ସଂପର୍କରେ ଆପଣ ନିଶ୍ଚିତ ନେଇ ପାରିବେ ଯଦି ଆପଣ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି ନାହିଁ, ତଥାପି ଆପଣ ନିୟମିତ ଭାବେ ଡାକ୍ତରୀ ସୁବିଧା ପାଇ ପାରିବେ ଯଦି

ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ:

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ହେଉଛି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିବା ଜ୍ୱର ରୋଗୀମାନଙ୍କଠାରେ ରୋଗର ସାଧାରଣ ବ୍ୟାପନୁତ୍ତିକ ଖୋଜି ବାହାର କରିବା ଯଦି ହେଲେ ରୋଗୀମାନେ ସାଧାରଣତଃ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସା ଆବଶ୍ୟକ କରିଥାନ୍ତି ଯଦି, କେତେକ କାରଣ ଜଣାଯାଏ, ତଥାପି ସଂକ୍ରମଣର ଅଧିକାଂଶ କାରଣ ଏବଂ ଲୋକଙ୍କଠାରେ ସଂକ୍ରମଣ କାହିଁକି ହୁଏ ତାହା ମଧ୍ୟ ଜଣାପଡ଼ିନଥାଏ ଯଦି କେତେକ ରୋଗ ପାଇଁ ବର୍ତ୍ତମାନ ନୂତନ ଲାବରୋଟରୀ ପରୀକ୍ଷା ଉପଲବ୍ଧ ହେଲାଣି ଯଦି ଆପଣଙ୍କୁ ଅସୁସ୍ଥତା ସଂପର୍କରେ ସନ୍ତୁଷ୍ଟତା ଓ ଅଧ୍ୟୟନ ଏବଂ ତା ପରେ ପରୀକ୍ଷା ଦ୍ୱାରା ଜ୍ୱରର ବିଭିନ୍ନ କାରଣ ଜାଣିବା, ଆମର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ଆପଣଙ୍କୁ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଜ୍ୱରର କାରଣ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ଜାଣିବା ଏବଂ ଏହାର ସଂକ୍ରମଣ ପ୍ରତିରୋଧ କରିବା ତଥା ସହଜ ଚିକିତ୍ସା ପ୍ରଦାନ କରିବା ଯଦି ଆପଣ ନାବାକ୍ତ ହୋଇଥାନ୍ତି, ଆପଣଙ୍କ ଅଭିଭାବକ ଅଧ୍ୟୟନ ସଂପର୍କରେ ଜାଣନ୍ତି ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣଙ୍କ ଅଂଶଗ୍ରହଣ ନେଇ ସହମତି ଦେଇଥାନ୍ତି ଯଦି

ପଞ୍ଜୀକରଣ ବର୍ଣ୍ଣନା

ଆମେ କଣ କରିବୁ

ଆପଣ ଏହି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିବାରୁ, ଆପଣଙ୍କ ଠାରେ ଜ୍ୱର ରହିଥିବାରୁ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କର ସଂକ୍ରମଣ ଥିବା ଡାକ୍ତର ମନେ କରୁଥିବାରୁ, ଆପଣଙ୍କୁ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ କରାଯିବାରୁ ପଚରା ଯାଉଛି ଯଦି ଆପଣ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବା ନେଇ ରାଜି, ତେବେ ଆପଣଙ୍କୁ ଆପଣଙ୍କ ସାଂପ୍ରତିକ ଓ ବିଗତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାବସ୍ଥା, ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ଅଭ୍ୟାସ ଓ ପରିବାର ସଂପର୍କିତ ସାଧାରଣ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ପଚରା ଯିବ ଯଦି ଏହି ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦେବା ପାଇଁ ପ୍ରାୟ ୧୫ ମିନିଟ୍ ସମୟ ଲାଗିବ ଯଦି ସ୍ୱେଚ୍ଛାସେବୀ ଭାବରେ ଯଦି କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନ ଆପଣଙ୍କୁ ଠିକ୍ ଲାଗୁ ନାହିଁ, ତେବେ ଆପଣ ତାହାର ଉତ୍ତର ଦେବା ମଧ୍ୟ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ନୁହେଁ ଯଦି

ହସପିଟାଲରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବା ସମୟରେ, ଆପଣଙ୍କ ବାହୁରୁ ୧୦ମିଲିଲିଟର ରକ୍ତ (୧ରୁ ୨ଚାମୁଚ) ନିଆଯିବ ଯଦି ରକ୍ତ ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ମୁତାବକ ସାଧାରଣ ଟେଷ୍ଟଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ବ୍ୟବହୃତ ହେବ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ସଂକ୍ରମଣର କାରଣ ନିର୍ଣ୍ଣୟ ପାଇଁ ମଧ୍ୟ ଉପଯୋଗ କରାଯିବ ଯଦି

ଆମେ ମଧ୍ୟ ଏକ କଟନ ସ୍ୱାଚ୍ ଆପଣଙ୍କ ଚର୍ଚ୍ଚିତ ଯକ୍ଷ୍ମ ଏବଂ/କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ନାକରେ ଯକ୍ଷ୍ମ ଚାହାନ୍ତି ମଧ୍ୟମରେ ଗଳା ଏବଂ/କିମ୍ବା ନାକର କଫ ଓ ଏକ ମୂତ୍ର ନମୁନା ସଂଗ୍ରହ କରିବୁ ଯଦି

ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ପାଣିଆ (ପତଳା) ଝାଡ଼ା ହେଉଥାଏ ତେବେ ଆପଣଙ୍କୁ ଅଳ୍ପ ପରିମାଣର ଝାଡ଼ା ନମୁନା ଦେବା ପାଇଁ କୁହାଯିବ, କିମ୍ବା ଯଦି ଆପଣ ଏହା କରିବାକୁ ସମର୍ଥନ ନୁହଁନ୍ତି, ତେବେ ଆପଣଙ୍କ ମଳପୁରରୁ ରେକ୍ଟାଲ ସ୍ୱାଚ୍ ସଂଗ୍ରହ କରାଯିବ ଯଦି

ଯଦି ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତର ଆପଣଙ୍କର ନିୟମିତ ଯତ୍ନ ଏକ ଅଂଶ ଭାବେ ମେରୁରୁ ବା ସ୍ୱାଇଲନାଲ୍ ଫୁଲର୍ ସଂଗ୍ରହ କରିବାର ଯୋଜନା କରିଥାନ୍ତି, ୨-୪ ମିଲିଲିଟର (ଏକ ଚାମଚରୁ କମ୍) ସଂଗ୍ରହୀତ ହେବ ଏବଂ ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ପରୀକ୍ଷା କରାଯିବ ଯଦି ଆପଣଙ୍କୁ ଅଧିକାଂଶ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଭାବେ କୁହାଯିବ, କିମ୍ବା ଯଦି ଆପଣ ଏହା କରିବାକୁ ସମର୍ଥନ ନୁହଁନ୍ତି, ତେବେ କେବଳ ସେତେବେଳେ କରାଯିବ ଯଦି ଆପଣଙ୍କୁ ସୁରକ୍ଷା ପାଇଁ ଏହା ଜରୁରୀ ବୋଲି ଡାକ୍ତର ମନେ କରିବେ, ଏବଂ ଏହା ଅଧ୍ୟୟନର ଏକ ଅଂଶ ଦୃଷ୍ଟି କରାଯିବ ନାହିଁ ଯଦି

ବେଳେବେଳେ, ସଂକ୍ରମଣଗୁଡ଼ିକ କିଛି ସମୟ ପରେ ଚିହ୍ନିତ ହୋଇଥାଏ ଏବଂ ଆମେ ସେଥିପାଇଁ ରକ୍ତ ଦୁଇଥର ସଂଗ୍ରହ କରୁ, ଯଥା; ତିସବାର୍ଚ୍ଚ ଓ ଫଲୋଅପ୍ ସମୟରେ: ୧) ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ତିସବାର୍ଚ୍ଚ କରିବା ପୂର୍ବରୁ ୫ ମିଲିଲିଟର (ପ୍ରାୟ ଏକ ଚାମୁଚ) ରକ୍ତ ନିଆଯିବ; ଏବଂ : ୨) ତିସବାର୍ଚ୍ଚର ୪ରୁ ୬ ସପ୍ତାହ ପରେ, ଆପଣଙ୍କୁ ଏହି ଡାକ୍ତରଖାନାକୁ ଆସି ଏକ ଫଲୋଅପ୍ ପରୀକ୍ଷା କରିବାକୁ କୁହାଯିବ ଯଦି ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତ ପ୍ରାୟ ୧୫ ମିନିଟ୍ ସମୟ ନେବ ଯଦି କାଳରେ, ହସପିଟାଲ ଛାଡ଼ିବା ପରଠାରୁ ଆପଣ କିଛି ଅନୁଭବ କରୁଛନ୍ତି ସେ ସମ୍ପର୍କରେ କେତେକ ପ୍ରଶ୍ନ ପଚରାଯିବ ଯଦି ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତରେ, ସମାନ ପ୍ରକାରେ ଆଉ ୫ ମିଲିଲିଟର ରକ୍ତ ନିଆଯିବ ଯଦି ଆପଣ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ସମୟରେ ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତ ନ କରନ୍ତି, ତେବେ ଅଧ୍ୟୟନ ବଳ ମଧ୍ୟରୁ କେହି କଣେ ଆପଣଙ୍କୁ ଫୋନ୍ କରିଆରେ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ଘରକୁ ଯାଇ ଆପଣ ଫଲୋ ଅପ୍ ସାକ୍ଷାତ କରିବା ପାଇଁ ଇଚ୍ଛୁକ ଅଛନ୍ତି କି ନାହିଁ ରୁଣ୍ଡି ପାରିବୁ ଏବଂ ଆପଣ ନିଜର ଅସୁସ୍ଥତା ସଂପର୍କରେ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦେଇପାରିବୁ ଯଦି

ନିୟମିତ ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକ କରିବା ବ୍ୟତୀତ ସଂଗ୍ରହୀତ ନମୁନାଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟ ବିଭିନ୍ନ ସଂକ୍ରମଣ ପାଇଁ ଟେଷ୍ଟ କରାଯିବ ଯାହା ଆପଣଙ୍କ ଅସୁସ୍ଥତାର କାରଣ ଅଟେ ଯଦି

ଆପଣଙ୍କ ନମୁନାର ପରୀକ୍ଷଣ ଉଭୟ ଏହି ହସପିଟାଲ ଏବଂ ମଣିପାଲ୍ ସେଣ୍ଟର ଫର୍ ଭାଇରସ୍ ରିସର୍ଚ୍ଚ (ଏମସିଆର୍), ମଣିପାଲ୍ ୟୁନିଭର୍ସିଟି (ଏମୟୁ) ଦ୍ୱାରା ପରିଚାଳିତ ଲାବରୋଟରୀରେ କରାଯିବ ଯଦି ଯଦି ସମସ୍ତ ପରୀକ୍ଷଣ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନର ଅଂଶବିଶେଷ ହୋଇଥିବାରୁ, ଆପଣଙ୍କୁ ହସପିଟାଲ ଚାର୍ଜ୍ ହେଉଥିବା ସ୍ୱାଭାବିକ ପରୀକ୍ଷଣର ପୁନଃପ୍ରାପନ କରିବ ନାହିଁ ଯଦି

ଅଧ୍ୟୟନକାରୀ ବଳ ମଧ୍ୟ ଆପଣଙ୍କୁ ଅସୁସ୍ଥତା ଓ ଆତମିକତା ସଂପର୍କରେ ଆପଣଙ୍କ ମେଡିକାଲ ରେକର୍ଡରୁ ତଥ୍ୟ ସଂଗ୍ରହ କରିବେ ଏବଂ କେସ୍ ରିକର୍ଡମେଣ୍ଟ ଫର୍ମସ (ସିଆରଏଫ୍) ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ କରିବେ ଯଦି

ଲାଭ

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବା ଦ୍ୱାରା ଆପଣ ସିଧାସଳଖ ଭାବେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଲାଭ ପାଇ ନ ପାରିବୁ ଯଦି ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ନ କରନ୍ତୁ ଆପଣ ସମାନ ମେଡିକାଲ ସୁବିଧା ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ପାଇବେ ଯଦି ଯଦି ଲାବରୋଟରୀ ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକର ଫର୍ମାଟ୍ ଉପଲବ୍ଧ ହେଲେ ତାହା ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ମେଡିକାଲ

ନେତୃତ୍ୱରେ ରଖାଯିବ ଯଦି ଫଳାଫଳଗୁଡ଼ିକ ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିପାରେ ଯଦି ସମସ୍ତଙ୍କୁ ବିଭିନ୍ନ ପ୍ରକାର ସଂକ୍ରମଣ ବିଷୟରେ ଜାଣିବା ଦ୍ୱାରା ଓ ଏହାକୁ କିଭଳି ପ୍ରତିରୋଧ କରାଯାଇ ପାରିବ ବୁଝିବା ଫଳରେ ଆପଣଙ୍କ ଗୋଷ୍ଠୀ ମଧ୍ୟରେ ଲୋକମାନଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ସୁବିଧାରେ ଏହି ଫଳାଫଳ କାମରେ ଆସିପାରିବ ଯେ

ଆପଣଙ୍କ ଏବଂ ସମସ୍ୟା

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ କେତେକ ଆପଣଙ୍କ ରହି ଥାଇପାରେ, ଯେପରିକି ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ହେବା ଏବଂ ଉତ୍ତର ଦେବା ପାଇଁ ସମୟ ଲାଗିବା । ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ କରିବା ପାଇଁ ଛୁଞ୍ଚି ବ୍ୟବହାର ବେଳେ ସମସ୍ୟା ଦେଖାଦେଇପାରେ ଯଦି ଯୋଡ଼ା ଯାଇଥିବା ସ୍ଥାନରେ ଫୁଲା ହେବା କିମ୍ବା ରକ୍ତ ଜମି ପାରେ; ସେହି ସ୍ଥାନରେ ସଂକ୍ରମଣର ସାମାନ୍ୟ ଆପଣଙ୍କ ରହିପାରେ ଯଦି ଅଧିକାଂଶ ଲୋକଙ୍କଠାରେ ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ଯୋଗୁଁ ସଂକ୍ରମଣ କିମ୍ବା ଫୁଲା ହୋଇନଥାଏ, ଏହି ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟାଗୁଡ଼ିକ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପ୍ରତିରୋଧ କରାଯାଇ ନ ପାରେନିଆଁ ଆପଣଙ୍କଠାରେ ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ କୌଣସିଦି ଦେଖାଦିଏ, ତାହା ସମସ୍ତଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ଦୂର ହୋଇପାରେ ଯଦି ନିଆଯିବା ସମୟରେ ଅଳ୍ପ କେତେକ ଲୋକଙ୍କ ଠାରେ ସାମାନ୍ୟ ମୁଣ୍ଡ ବୁଲାଇବା ଏବଂ ହୃତ ହୃଦ୍‌ସ୍ପନ୍ଦନ ହୋଇପାରେ ଯଦି ଶୋଇଯିବା ଏବଂ/କିମ୍ବା ପଦ୍ମକୁ ବନ୍ଦ କରିବା ଦ୍ୱାରା ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସାଧାରଣତଃ ରୋକା ଯାଇପାରେ ଯଦି ସମସ୍ତଙ୍କ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣଙ୍କ ହେବାର କୌଣସି ସମ୍ଭାବନା ନାହିଁ ଉପରାନ୍ତ, ଏହି ଅଧ୍ୟୟନକ୍ରମେ ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ଏକ ଆପାତ ହୁଏ କିମ୍ବା ଏକ ଖରାପ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଦେଖାଦିଏ, ତେବେ ଆପଣ ସେଥିପାଇଁ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସା ସହାୟତା ପାଇବେ ଯେ

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ନିମନ୍ତେ ଆପଣଙ୍କୁ ଟଙ୍କା ମିଳିବ ନାହିଁ ଯଦି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କୁ କିଛି ଖର୍ଚ୍ଚ ବହନ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ ନାହିଁ— ସମସ୍ତ ସାମଗ୍ରୀ ମାଗଣାରେ ଯୋଗାଇ ଦିଆଯିବ ଯେତେବେଳେ ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାକୁ ଚିକିତ୍ସା ହେବାର ୪-୬ ସପ୍ତାହ ପରେ ଫଳୋତ୍ପାଦନ ସାକ୍ଷାତରେ ଆସିବେ, ଆପଣଙ୍କ ସମୟ ବାନ୍ ଏବଂ ଗସ୍ତ ବାବଦରେ ଏକକାଳୀନ ୬୦୦ ଟଙ୍କାର ଧାର୍ଯ୍ୟ ରାଶି ଦିଆଯିବ ଯେ

ଦିନା ପକ୍ଷପାତରେ ଅପସାରଣ

ଆପଣଙ୍କ ଅଂଶଗ୍ରହଣ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଟେ ଯଦି କୌଣସି ସମୟରେ ଦିନା ପକ୍ଷପାତରେ ଏଥିରୁ ଓହ୍ଲାଇ ଯିବାର ସ୍ୱାଧୀନତା ଆପଣଙ୍କର ରହିଛି ଯଦି ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାକୁ ପାରିଥିବା ଚିକିତ୍ସାର ଗୁଣବତ୍ତାକୁ ଏହା ପ୍ରଭାବିତ କରିବ ନାହିଁ ଯେ

ବିବକ୍ତ

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବା ନେଇ ଅନ୍ୟ କିଛି ବିକଳ ନାହିଁ ଯେ

ଯୋଗାଯୋଗ

ଅଧ୍ୟୟନକାରୀ କର୍ମଚାରୀମାନେ ଆପଣଙ୍କ ପରୀକ୍ଷା ଫଳାଫଳଗୁଡ଼ିକ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ ସମସ୍ତ ତଥ୍ୟକୁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବା ପାଇଁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବେ, ଏପରିକି ଅଧ୍ୟୟନ ଶେଷ ହେବା ପରେ ମଧ୍ୟ ଯଦି ଗବେଷଣାର କୌଣସି ରିପୋର୍ଟ କିମ୍ବା ଉପସ୍ଥାପନଗୁଡ଼ିକରେ ଆପଣଙ୍କ ନାମ ରଖାଯିବ ନାହିଁ, ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସାରେ ସହାୟତା ନିମନ୍ତେ ଏହି ଟେଷ୍ଟ ଫଳାଫଳକୁ ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସାକାରୀ ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ଉପଲବ୍ଧ କରାଯିବ ଯେ

ପ୍ରଶ୍ନ

ଅଧ୍ୟୟନକୁ ନେଇ ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ନିଜ ଅଧିକାର ଏବଂ ସୁବିଧାକ୍ରମ କିଛି ପ୍ରଶ୍ନ ଥାଏ, ତେବେ ଡକ୍ଟରଙ୍କୁ କିଛି ପରିଚାଳନା ସ୍ଥିତି ପାଇଁ ଯୁକ୍ତିତର୍କିତ ଭାବରେ ଡାକ୍ତର ଲକ୍ଷ୍ମୀନାରାୟଣ ବାଲରାଜୁ ସୋମବାରରୁ ଶନିବାର ମଧ୍ୟରେ ସକାଳ ୯ରୁ ଅପରାହ୍ଣ ୫ଟା ମଧ୍ୟରେ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ୯୪୪୯୨୦୮୭୮୭ରେ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ଯେ

ଯଦି ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ନେଇ ଆପଣଙ୍କର କିଛି ପ୍ରଶ୍ନ ଥାଏ, ତେବେ ୯୧୪୮୯୭୦୮୬୪ ନମ୍ବରରେ ଡାକ୍ତର କି ଅନୁଷ୍ଠାନକୁ ଦସ୍ତାବିଜ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଆପଣ ଆପାତ, ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସଂପର୍କିତ ପ୍ରସଙ୍ଗରେ ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ ତାଙ୍କୁ ଯୋଗାଯୋଗ କରିପାରିବେ ଯଦି ଅନ୍ୟ କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନ ପାଇଁ ଦସ୍ତାବିଜ 'ରୋଗୀ କାର୍ଡ'ର ପଞ୍ଜିକୃତ ଦେଖନ୍ତୁ ଯେଉଁଥିରେ ସ୍ଥାନୀୟ ଯୋଗାଯୋଗ ଗୁଡ଼ିକ ଦିଆଯାଇଛି ଯେ

ଏହି ଫର୍ମରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ଟେଲିଫୋନ ନମ୍ବର ଡାକ୍ତରୀ କର୍ମୀଙ୍କ ତତ୍ତ୍ୱରେ ସେବାଦେୟ ବ୍ୟବହୃତ ହେବ ନାହିଁ ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ଡାକ୍ତରୀ କର୍ମୀଙ୍କ ତତ୍ତ୍ୱରେ ସେବାଦେୟ ବ୍ୟବହୃତ ଥାଏ, ତେବେ ନିକଟସ୍ଥ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକେନ୍ଦ୍ରକୁ ଯାଆନ୍ତୁ ଯେ

ନମୁନାର ସଂରକ୍ଷଣ ଏବଂ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟତା ବ୍ୟବହାର ଅନୁମତି

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସଂଗୃହୀତ ରକ୍ତ, ମେରୁରୁକ୍ତ ବା ସ୍ୱାଭାବିକ ଫୁଲ୍‌ଡ୍, ନାକ/ଗଳା ସ୍ୱାବ୍, ମୂତ୍ର, କିମ୍ବା ଝାଡ଼ା ନମୁନାକୁ ଆପଣଙ୍କ ଅନୁମତିରେ କୃତ ରୋଗଗୁଡ଼ିକର କାରଣ ଉପରେ ଗବେଷଣା ନିମନ୍ତେ ଏମସିଆର, ଏମୟୁ (ଏମସିଆର, ଏମୟୁ) ଠାରେ ୧୦ବର୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ସଂରକ୍ଷଣ କରି ରଖାଯିବ ଯଦି ନମୁନାକୁ ଅଧ୍ୟୟନ ପରିଚୟ ନମ୍ବର ସହିତ କେବଳ ରଖାଯିବ, ଆପଣ/ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟଙ୍କ ନାମସୂଚିତ କରାଯିବ ନାହିଁ ଯଦି ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ବର୍ତ୍ତମାନ ଉପଲବ୍ଧ ନ ଥିବା ଟେଷ୍ଟଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଭାରତ ବାହାରକୁ ପଠା ଯାଇପାରେ; ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ଅନୁମତି ପରେ ହିଁ ଏହା କରାଯାଇ ପାରିବ ଯଦି ଆପଣ ନିଜର ନମୁନା ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟତା ବ୍ୟବହାର/ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ସଂରକ୍ଷଣ କରି ରଖାଯିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି ନାହିଁ, ତେବେ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସମସ୍ତ ପରୀକ୍ଷା ସରିବା ପରେ ନମୁନାକୁ ନଷ୍ଟ କରାଯିବ ଯଦି ଆପଣଙ୍କ ପରିବାରର ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଆଦୌ ବ୍ୟବହାର କରାଯିବ ନାହିଁ ଯେ

ଯଦି ଆପଣ ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବାକୁ ଚାହାନ୍ତି, ତେବେ ତତକ୍ ଆପଣଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଦସ୍ତଖତ କରିବା ଅର୍ଥ, ଆପଣ ଏଥର ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବାକୁ ଇଚ୍ଛା ପ୍ରକାଶ କରିଛନ୍ତି ଯେ

ମୁଁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବେ ଜଣାଉଅଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମ ମୋତେ ବୁଝା ଯାଇଛି ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ବିଷୟରେ ମୋର ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଆଯାଇଛି ଯେ

ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ/ବାମ ଆଙ୍ଗୁଳି ଛାପ/କିମ୍ବା ୧୮ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ପିଲାଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଭିଭାବକ କିମ୍ବା ପିତାମାତାଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ନାମ ତାରିଖ(ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ)

କିମ୍ବା

୧୮ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ପିଲାଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଭିଭାବକ କିମ୍ବା ପିତାମାତାଙ୍କ ନାମ ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ସହ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ତାରିଖ(ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ)

ଅଧିକୃତ ଅଧ୍ୟୟନକାରୀ କର୍ମଚାରୀ/ପିଆଇଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ତାରିଖ(ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ)

ରୋଗୀ ସୂଚନା ସହମତି ପତ୍ର- ୧-୬୪ ବର୍ଷ

ଭାରତରେ ଆକ୍ୟୁଟ୍ ଫେବ୍ରାଇଲ୍ ଜଳନେସ୍ ବା ପ୍ରଖର ଜ୍ୱର (ଏଫଏଆଇ) ରୋଗର ଡାକ୍ତରଖାନାଭିତ୍ତିକ ନିରୀକ୍ଷଣ

ଅଂଶଗ୍ରହଣ ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ସହମତି

ମୁଖ୍ୟ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ : **ଡ. କି. ଅରୁଣକୂମାର**

ପ୍ରଫେସର ଏବଂ ମୁଖ୍ୟ

ମଣିପାଲ୍ ସେଣ୍ଟରାଲ୍ ଫର୍ ଭାଇରସ୍ ରିସର୍ଚ୍ଚ

ମଣିପାଲ୍ ୟୁନିଭର୍ସିଟି, ମଣିପାଲ୍

କର୍ଣ୍ଣାଟକ ରାଜ୍ୟ, ଭାରତ - 576 104

ଇମେଲ୍ : **arun.kumar@manipal.edu**

ମୋବାଇଲ୍ : **+91 - 91489 70864**

ଫୋନ୍ : **+91 - 820 - 2922718**

Study ID #

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ଆପଣ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟଙ୍କୁ ଏକ ଗବେଷଣା ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ ପଚରା ଯାଉଛି ଯାହା ଫର୍ମର ଅବଶିଷ୍ଟତା ପାଇଁ, ଆପଣଙ୍କ ଅସୁସ୍ଥ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ଭାବେ ବିବେଚନା କରାଯାଉଛି, ଯେପରିକି ଆପଣ, ଆପଣଙ୍କ ସନ୍ତାନ, କିମ୍ବା ଅନ୍ୟ ବ୍ୟକ୍ତି ଯାହାଙ୍କ ପାଇଁ ଆପଣ ଦାୟୀ ଅଟନ୍ତି ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବା ପାଇଁ ଆଇନଗତ ଭାବେ ସହମତି ଦେବା ପାଇଁ ଯୋଗ୍ୟ ଅଟନ୍ତି ଯଦି ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣଙ୍କର ଅଂଶଗ୍ରହଣ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବେ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଟେ, ଯେଉଁଠି ଭାଗ ନେବା ସଂପର୍କରେ ଆପଣ ନିଶ୍ଚିତ ନେଇ ପାରିବେ ଯଦି ଆପଣ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି ନାହିଁ, ତଥାପି ଆପଣ ନିୟମିତ ଭାବେ ଡାକ୍ତରୀ ସୁବିଧା ପାଇ ପାରିବେ ଯଦି

ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ:

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ହେଉଛି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିବା ଜ୍ୱର ରୋଗୀମାନଙ୍କଠାରେ ରୋଗର ସାଧାରଣ ବ୍ୟାପନଗୁଡ଼ିକ ଖୋଜି ବାହାର କରିବା ଯଦି ହେଲେ ରୋଗୀମାନେ ସାଧାରଣତଃ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସା ଆବଶ୍ୟକ କରିଥାନ୍ତି ଯଦି, କେତେକ କାରଣ ଜଣାଯାଏ, ତଥାପି ସଂକ୍ରମଣର ଅଧିକାଂଶ କାରଣ ଏବଂ ଲୋକଙ୍କଠାରେ ସଂକ୍ରମଣ କାହିଁକି ହୁଏ ତାହା ମଧ୍ୟ ଜଣାପଡ଼ିନଥାଏ ଯଦି କେତେକ ରୋଗ ପାଇଁ ବର୍ତ୍ତମାନ ନୂତନ ଲାବୋରଟରୀ ପରୀକ୍ଷା ଉପଲବ୍ଧ ହେଲାଣି ତଥାପି ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ଅସୁସ୍ଥତା ସଂପର୍କରେ ସନ୍ତୁଷ୍ଟତା ଚ୍ୟୁତ ଏବଂ ତା ପରେ ପରୀକ୍ଷା ଦ୍ୱାରା ଜ୍ୱରର ବିଭିନ୍ନ କାରଣ ଜାଣିବା, ଆମର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ଆପଣଙ୍କ ଅସୁସ୍ଥତାରେ ଜ୍ୱରର କାରଣ ବିଷୟରେ ଅଧିକ ଜାଣିବା ଏବଂ ଏହାର ସଂକ୍ରମଣ ପ୍ରତିରୋଧ କରିବା ତଥା ସହଜ ଚିକିତ୍ସା ପ୍ରଦାନ କରିବା ଯଦି ଆପଣ ନାବାକିତ ହୋଇଥାନ୍ତି, ଆପଣଙ୍କ ଅଭିଭାବକ ଅଧ୍ୟୟନ ସଂପର୍କରେ ଜାଣନ୍ତି ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣଙ୍କ ଅଂଶଗ୍ରହଣ ନେଇ ସହମତି ଦେଇଥାନ୍ତି ଯଦି

ପଞ୍ଜୀକରଣ ବର୍ଣ୍ଣନା

ଆମେ କଣ କରିବୁ

ଆପଣ ଏହି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହୋଇଥିବାରୁ, ଆପଣଙ୍କ ଠାରେ ଜ୍ୱର ରହିଥିବାରୁ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କର ସଂକ୍ରମଣ ଥିବା ଡାକ୍ତର ମନେ କରୁଥିବାରୁ, ଆପଣଙ୍କୁ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ କରାଯିବାରୁ ପଚରା ଯାଉଛି ଯଦି ଆପଣ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବା ନେଇ ରାଜି, ତେବେ ଆପଣଙ୍କୁ ଆପଣଙ୍କ ସାଂପ୍ରତିକ ଓ ବିଗତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାବସ୍ଥା, ଆପଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ଅଭ୍ୟାସ ଓ ପରିବାର ସଂପର୍କିତ ସାଧାରଣ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକ ପଚରା ଯିବ ଯଦି ଏହି ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦେବା ପାଇଁ ପ୍ରାୟ ୧୫ ମିନିଟ୍ ସମୟ ଲାଗିବ ଯଦି ସ୍ୱେଚ୍ଛାସେବୀ ଭାବରେ ଯଦି କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନ ଆପଣଙ୍କୁ ଠିକ୍ ଲାଗୁ ନାହିଁ, ତେବେ ଆପଣ ତାହାର ଉତ୍ତର ଦେବା ମଧ୍ୟ ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ନୁହେଁ ଯଦି

ହସପିଟାଲରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେବା ସମୟରେ, ଆପଣଙ୍କ ବାହୁରୁ ୧୦ମିଲିଲିଟର ରକ୍ତ (୧ରୁ ୨ଚାମୁଚ) ନିଆଯିବ ଯଦି ରକ୍ତ ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ମୁତାବକ ସାଧାରଣ ଟେଷ୍ଟଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ବ୍ୟବହୃତ ହେବ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ସଂକ୍ରମଣର କାରଣ ନିର୍ଣ୍ଣୟ ପାଇଁ ମଧ୍ୟ ଉପଯୋଗ କରାଯିବ ଯଦି

ଆମେ ମଧ୍ୟ ଏକ କଟନ ସ୍ୱାଚ୍ ଆପଣଙ୍କ ଚର୍ଚ୍ଚିତ ଯଷ୍ଟି ଏବଂ/କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ନାକରେ ଯଷ୍ଟି ଚାହାମାଧ୍ୟମରେ ଗଳା ଏବଂ/କିମ୍ବା ନାକର କଫ ଓ ଏକ ମୂତ୍ର ନମୁନା ସଂଗ୍ରହ କରିବୁ ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ପାଣିଆ (ପତଳା) ଝାଡ଼ା ହେଉଥାଏ ତେବେ ଆପଣଙ୍କୁ ଅଳ୍ପ ପରିମାଣର ଝାଡ଼ା ନମୁନା ଦେବା ପାଇଁ କୁହାଯିବ, କିମ୍ବା ଯଦି ଆପଣ ଏହା କରିବାକୁ ସମର୍ଥନ ନୁହଁନ୍ତି, ତେବେ ଆପଣଙ୍କ ମନସ୍ତାପରୁ ରେକର୍ଡ୍ ସ୍ୱାଚ୍ ସଂଗ୍ରହ କରାଯିବ ଯଦି

ଯଦି ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତର ଆପଣଙ୍କର ନିୟମିତ ସନ୍ତର ଏକ ଅଂଶ ଭାବେ ମେରୁରୁକ୍ତ ବା ସ୍ୱାଇନାଲ୍ ଫୁଲର୍ ସଂଗ୍ରହ କରିବାର ଯୋଜନା କରିଥାନ୍ତି, ୨-୪ ମିଲିଲିଟର(ଏକ ଚାମଚରୁ କମ୍) ସଂଗ୍ରହୀତ ହେବ ଏବଂ ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ପରୀକ୍ଷା କରାଯିବ ଆପଣଙ୍କୁ ଅଧିକାଂଶ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଭାବେ ଯଦି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଜଳ ବାହାର କରିବା (ଲୁମ୍ବ୍ ପଞ୍ଜର) କେବଳ ସେତେବେଳେ କରାଯିବ ଯଦି ଆପଣଙ୍କ ସୁରକ୍ଷା ପାଇଁ ଏହା ଜରୁରୀ ବୋଲି ଡାକ୍ତର ମନେ କରିବେ, ଏବଂ ଏହା ଅଧ୍ୟୟନର ଏକ ଅଂଶ ଦୃଷ୍ଟି କରାଯିବ ନାହିଁ ଯଦି

ବେଳେବେଳେ, ସଂକ୍ରମଣଗୁଡ଼ିକ କିଛି ସମୟ ପରେ ଚିହ୍ନିତ ହୋଇଥାଏ ଏବଂ ଆମେ ସେଥିପାଇଁ ରକ୍ତ ଦୁଇଥର ସଂଗ୍ରହ କରୁ, ଯଥା; ତିସବାର୍ଚ୍ଚ ଓ ଫଲୋଅପ୍ ସମୟରେ(୧) ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ତିସବାର୍ଚ୍ଚ କରିବା ପୂର୍ବରୁ, ୫ ମିଲିଲିଟର(ପ୍ରାୟ ଏକ ଚାମୁଚ) ରକ୍ତ ନିଆଯିବ; ଏବଂ (୨)ତିସବାର୍ଚ୍ଚର ୪ରୁ ୬ସପ୍ତାହ ପରେ, ଆପଣଙ୍କୁ ଏହି ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ଆସି ଏକ ଫଲୋଅପ୍ ପରୀକ୍ଷା କରିବାକୁ କୁହାଯିବ ଯଦି ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତ ପ୍ରାୟ ୧୫ମିନିଟ୍ ସମୟ ନେବ ଯଦି କାଳରେ, ହସପିଟାଲ ଛାଡ଼ିବା ପରଠାରୁ ଆପଣ କିଭଳି ଅନୁଭବ କରୁଛନ୍ତି ସେ ସମ୍ପର୍କରେ କେତେକ ପ୍ରଶ୍ନ ପଚରାଯିବ ଯଦି ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତରେ, ସମାନ ପ୍ରକାରେ ଆଉ ୫ମିଲିଲିଟର ରକ୍ତ ନିଆଯିବ ଯଦି ଆପଣ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସମୟରେ ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତ ନ କରନ୍ତି, ତେବେ ଅଧ୍ୟୟନ ବଳ ମଧ୍ୟରୁ କେହି କଣେ ଆପଣଙ୍କୁ ଫୋନ୍ କରିଆରେ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ଘରକୁ ଯାଇଆପଣ ଫଲୋ ଅପ୍ ସାକ୍ଷାତ କରିବା ପାଇଁ ଇଚ୍ଛୁକ ଅଛନ୍ତି କି ନାହିଁ ରୁଣ୍ଡି ପାରିବୁ ଏବଂ ଆପଣ ନିଜର ଅସୁସ୍ଥତା ସଂପର୍କରେ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦେଇପାରିବୁ ଯଦି

ନିୟମିତ ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକ କରିବା ବ୍ୟତୀତ ସଂଗ୍ରହୀତ ନମୁନାଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟ ବିଭିନ୍ନ ସଂକ୍ରମଣ ପାଇଁ ଟେଷ୍ଟ କରାଯିବ ଯାହା ଆପଣଙ୍କ ଅସୁସ୍ଥତାର କାରଣ ଅଟେ ଯଦି

ଆପଣଙ୍କ ନମୁନାର ପରୀକ୍ଷଣ ଉଭୟ ଏହି ହସପିଟାଲ ଏବଂ ମଣିପାଲ୍ ସେଣ୍ଟରାଲ୍ ଫର୍ ଭାଇରସ୍ ରିସର୍ଚ୍ଚ (ଏମସିଆର୍), ମଣିପାଲ୍ ୟୁନିଭର୍ସିଟି (ଏମୟୁ) ଦ୍ୱାରା ପରିଚାଳିତ ଲାବୋରାଟୋରୀରେ କରାଯିବ ଯଦି ଯଦି ସମସ୍ତ ପରୀକ୍ଷଣ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନର ଅଂଶବିଶେଷ ହୋଇଥିବାରୁ, ଆପଣଙ୍କୁ ହସପିଟାଲ ଚରଫରୁ ହେଉଥିବା ସ୍ୱାଭାବିକ ପରୀକ୍ଷଣର ପୁନଃପ୍ରାପନ କରିବ ନାହିଁ ଯଦି

ଅଧ୍ୟୟନକାରୀ ବଳ ମଧ୍ୟ ଆପଣଙ୍କ ଅସୁସ୍ଥତା ଓ ଆତମିକତା ସଂପର୍କରେ ଆପଣଙ୍କ ମେଡିକାଲ ରେକର୍ଡରୁ ଚ୍ୟୁତ ସଂଗ୍ରହ କରିବେ ଏବଂ କେସ୍ ରିକର୍ଡମେଣ୍ଟ ଫର୍ମସ (ସିଆରଏଫ୍) ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ କରିବେ ଯଦି

ଲାଭ

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବା ଦ୍ୱାରା ଆପଣ ସିଧାସଳଖ ଭାବେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଲାଭ ପାଇ ନ ପାରିବୁ ଯଦି ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରନ୍ତୁ ଅବା ନ କରନ୍ତୁ ଆପଣ ସମାନ ମେଡିକାଲ ସୁବିଧା ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ପାଇବେ ଯଦି ଯଦି ଲାବୋରାଟୋରୀ ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକର ଫର୍ମାଫର୍ ଉପଲବ୍ଧ ହେଲେ ତାହା ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ମେଡିକାଲ

ନେତୃତ୍ୱରେ ରଖାଯିବ ଯଦି ଫଳାଫଳଗୁଡ଼ିକ ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିପାରେ ଯଦି ସମସ୍ତଙ୍କୁ ବିଭିନ୍ନ ପ୍ରକାର ସଂକ୍ରମଣ ବିଷୟରେ ଜାଣିବା ଦ୍ୱାରା ଓ ଏହାକୁ କିଭଳି ପ୍ରତିରୋଧ କରାଯାଇ ପାରିବ ବୁଝିବା ଫଳରେ ଆପଣଙ୍କ ଗୋଷ୍ଠୀ ମଧ୍ୟରେ ଲୋକମାନଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ସୁବିଧାରେ ଏହି ଫଳାଫଳ କାମରେ ଆସିପାରିବ ଯେ

ଆପଣଙ୍କ ଏବଂ ସମସ୍ୟା

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ କେତେକ ଆପଣଙ୍କ ରହି ଥାଇପାରେ, ଯେପରିକି ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ହେବା ଏବଂ ଉତ୍ତର ଦେବା ପାଇଁ ସମୟ ଲାଗିବା । ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ କରିବା ପାଇଁ ଛୁଞ୍ଚି ବ୍ୟବହାର ବେଳେ ସମସ୍ୟା ଦେଖାଦେଇପାରେ ଯଦି ଯୋଡ଼ା ଯାଇଥିବା ସ୍ଥାନରେ ଫୁଲା ହେବା କିମ୍ବା ରକ୍ତ ଜମି ପାରେ; ସେହି ସ୍ଥାନରେ ସଂକ୍ରମଣର ସାମାନ୍ୟ ଆପଣଙ୍କ ରହିପାରେ ଯଦି ଅଧିକାଂଶ ଲୋକଙ୍କଠାରେ ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ଯୋଗୁଁ ସଂକ୍ରମଣ କିମ୍ବା ଫୁଲା ହୋଇନଥାଏ, ଏହି ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟାଗୁଡ଼ିକ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପ୍ରତିରୋଧ କରାଯାଇ ନ ପାରେନିତେ ଆପଣଙ୍କଠାରେ ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକର କୌଣସିଟି ଦେଖାଦିଏ, ତାହା ସମସ୍ତଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ଦୂର ହୋଇପାରେ ଯଦି ନିଆଯିବା ସମୟରେ ଅଳ୍ପ କେତେକ ଲୋକଙ୍କ ଠାରେ ସାମାନ୍ୟ ମୁଣ୍ଡ ବୁଲାଇବା ଏବଂ ହୃତ ହୃଦ୍‌ସ୍ପନ୍ଦନ ହୋଇପାରେ ଯଦି ଶୋଇଯିବା ଏବଂ/କିମ୍ବା ପଦ୍ମକୁ ବନ୍ଦ କରିବା ଦ୍ୱାରା ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସାଧାରଣତଃ ରୋକା ଯାଇପାରେ ଯଦି ସମସ୍ତଙ୍କ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣଙ୍କ ହେବାର କୌଣସି ସମ୍ଭାବନା ନାହିଁ ଉପରାମ୍ୟ, ଏହି ଅଧ୍ୟୟନକ୍ରମେ ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ଏକ ଆପାତ ହୁଏ କିମ୍ବା ଏକ ଖରାପ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଦେଖାଦିଏ, ତେବେ ଆପଣ ସେଥିପାଇଁ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସା ସହାୟତା ପାଇବେ ଯେ

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ନିମନ୍ତେ ଆପଣଙ୍କୁ ଟଙ୍କା ମିଳିବ ନାହିଁ ଯଦି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ ପାଇଁ ଆପଣଙ୍କୁ କିଛି ଖର୍ଚ୍ଚ ବହନ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ ନାହିଁ— ସମସ୍ତ ସାମଗ୍ରୀ ମାଗଣାରେ ଯୋଗାଇ ଦିଆଯିବ ଯେତେବେଳେ ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାକୁ ଚିକିତ୍ସା ହେବାର ୪-୬ ସପ୍ତାହ ପରେ ଫଳାଫଳ ସାକ୍ଷାତରେ ଆସିବେ, ଆପଣଙ୍କ ସମୟ ବାନ୍ ଏବଂ ଗସ୍ତ ବାବଦରେ ଏକକାଳୀନ ୬୦୦ ଟଙ୍କାର ଧାର୍ଯ୍ୟ ରାଶି ଦିଆଯିବ ଯେ

ଦିନ ପକ୍ଷପାତରେ ଅପସାରଣ

ଆପଣଙ୍କ ଅଂଶଗ୍ରହଣ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ରୂପେ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଟେ ଯଦି କୌଣସି ସମୟରେ ଦିନ ପକ୍ଷପାତରେ ଏଥିରୁ ଓହ୍ଲାଇ ଯିବାର ସ୍ୱାଧୀନତା ଆପଣଙ୍କର ରହିଛି ଯଦି ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାକୁ ପାରିଥିବା ଚିକିତ୍ସାର ଗୁଣବତ୍ତାକୁ ଏହା ପ୍ରଭାବିତ କରିବ ନାହିଁ ଯେ

ବିବନ୍ଧ

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବା ନେଇ ଅନ୍ୟ କିଛି ବିକଳ ନାହିଁ ଯେ

ଗୋପନୀୟତା

ଅଧ୍ୟୟନକାରୀ କର୍ମଚାରୀମାନେ ଆପଣଙ୍କ ପରୀକ୍ଷା ଫଳାଫଳଗୁଡ଼ିକ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କଠାରୁ ସଂଗୃହୀତ ସମସ୍ତ ତଥ୍ୟକୁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବା ପାଇଁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବେ, ଏପରିକି ଅଧ୍ୟୟନ ଶେଷ ହେବା ପରେ ମଧ୍ୟ ଯଦି ଗବେଷଣାର କୌଣସି ରିପୋର୍ଟ କିମ୍ବା ଉପସ୍ଥାପନଗୁଡ଼ିକରେ ଆପଣଙ୍କ ନାମ ରଖାଯିବ ନାହିଁ, ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସାରେ ସହାୟତା ନିମନ୍ତେ ଏହି ଟେଷ୍ଟ ଫଳାଫଳକୁ ଆପଣଙ୍କ ଚିକିତ୍ସାକାରୀ ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ଉପଲବ୍ଧ କରାଯିବ ଯେ

ପ୍ରଶ୍ନ

ଅଧ୍ୟୟନକୁ ନେଇ ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ନିଜ ଅଧିକାର ଏବଂ ସୁବିଧାକ୍ରମ କିଛି ପ୍ରଶ୍ନ ଥାଏ, ତେବେ ଡକ୍ଟରଙ୍କୁ କିଛି ପରିଚାଳକ ସ୍ଥିତି ମଣିପାଲ ଯୁନିଭର୍ସିଟିର ଡାକ୍ତର ଲକ୍ଷ୍ମୀନାରାୟଣ ବାଲରାଜୁ ସୋମବାରରୁ ଶନିବାର ମଧ୍ୟରେ ସକାଳ ୯ରୁ ଅପରାହ୍ଣ ୫ଟା ମଧ୍ୟରେ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ୯୪୪୯୨୦୮୭୮୭ରେ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ଯେ

ଯଦି ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ନେଇ ଆପଣଙ୍କର କିଛି ପ୍ରଶ୍ନ ଥାଏ, ତେବେ ୯୧୪୮୯୭୦୮୬୪ ନମ୍ବରରେ ଡାକ୍ତର କି ଅରୁଣକୁମାରଙ୍କୁ ଡକ୍ଟରଙ୍କୁ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଆପଣ ଆପାତ, ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସଂପର୍କିତ ପ୍ରସଙ୍ଗରେ ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ ତାଙ୍କୁ ଯୋଗାଯୋଗ କରିପାରିବେ ଯଦି ଅନ୍ୟ କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନ ପାଇଁ ଡକ୍ଟରଙ୍କୁ 'ରୋଗୀ କାର୍ଡ'ର ପକ୍ଷ ପୃଷ୍ଠାକୁ ଦେଖନ୍ତୁ ଯେଉଁଥିରେ ସ୍ଥାନୀୟ ଯୋଗାଯୋଗ ଗୁଡ଼ିକ ଦିଆଯାଇଛି ଯେ

ଏହି ଫର୍ମରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ଟେଲିଫୋନ ନମ୍ବର ଜରୁରୀ କଳ୍ପନ ଡକ୍ଟରଙ୍କ ସେବକ୍ରମକୁ ବ୍ୟବହାର ହେବ ନାହିଁ ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ଜରୁରୀ କଳ୍ପନ ଡକ୍ଟରଙ୍କ ସେବକ୍ରମର ଆପଣଙ୍କର ଆପଣଙ୍କର ଡାକ୍ତରଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକେନ୍ଦ୍ରକୁ ଯାଆନ୍ତୁ ଯେ

ନମୁନାର ସଂରକ୍ଷଣ ଏବଂ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟତା ବ୍ୟବହାର ଅନୁମତି

ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସଂଗୃହୀତ ରକ୍ତ, ମେରୁରକ୍ତ ବା ସ୍ୱାଭାବିକ ଫୁଲଡ୍, ନାକ/ଗଳା ସ୍ୱାବ୍, ମୂତ୍ର, କିମ୍ବା ଝାଡ଼ା ନମୁନାକୁ ଆପଣଙ୍କ ଅନୁମତିରେ କୃତ ରୋଗଗୁଡ଼ିକର କାରଣ ଉପରେ ଗବେଷଣା ନିମନ୍ତେ ଏମସିଆର, ଏମସିଏ (ଏମସିଆର, ଏମସିଏ) ଠାରେ ୧୦ବର୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ସଂରକ୍ଷଣ କରି ରଖାଯିବ ଯଦି ଅଧ୍ୟୟନ ପରିଚାଳକ ନମ୍ବର ସହିତ କେବଳ ରଖାଯିବ, ଆପଣ/ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟଙ୍କ ନାମସୂଚିତ କରାଯିବ ନାହିଁ ଯଦି ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ବର୍ତ୍ତମାନ ଉପଲବ୍ଧ ନ ଥିବା ଟେଷ୍ଟଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଭାରତ ବାହାରକୁ ପଠା ଯାଇପାରେ; ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ଅନୁମତି ପରେ ହିଁ ଏହା କରାଯାଇ ପାରିବ ଯଦି ଆପଣ ନିଜର ନମୁନା ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟତା ବ୍ୟବହାର/ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ସଂରକ୍ଷଣ କରି ରଖାଯିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି ନାହିଁ, ତେବେ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସମସ୍ତ ପରୀକ୍ଷା ସରିବା ପରେ ନମୁନାକୁ ନଷ୍ଟ କରାଯିବ ଯଦି ଆପଣଙ୍କ ପରିବାରର ବଂଶାନୁକ୍ରମିକ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଆଦୌ ବ୍ୟବହାର କରାଯିବ ନାହିଁ ଯେ

ଯଦି ଆପଣ ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବାକୁ ଚାହାନ୍ତି, ତେବେ ତତକ୍ ଆପଣଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଯଦି ଦସ୍ତଖତ କରିବା ଅର୍ଥ, ଆପଣ ଏଥର ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବାକୁ ଇଚ୍ଛା ପ୍ରକାଶ କରିଛନ୍ତି ଯେ

ମୁଁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବେ ଜଣାଉଅଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମ ମୋତେ ବୁଝା ଯାଇଛି ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ବିଷୟରେ ମୋର ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଆଯାଇଛି ଯେ

ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ/ବାମ ଆଙ୍ଗୁଳି ଛାପ/କିମ୍ବା ୧୮ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ପିଲାଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଭିଭାବକ କିମ୍ବା ପିତାମାତାଙ୍କ ସ୍ୱାକ୍ଷର

ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ନାମ ତାରିଖ(ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ)

କିମ୍ବା

୧୮ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ପିଲାଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଭିଭାବକ କିମ୍ବା ପିତାମାତାଙ୍କ ନାମ ଅଂଶଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ

ସାକ୍ଷୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ତାରିଖ(ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ)

ଅଧିକୃତ ଅଧ୍ୟୟନକାରୀ କର୍ମଚାରୀ/ପିଆଇଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ତାରିଖ(ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ)

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)

ସମ୍ପତ୍ତି ପତ୍ର: ୭-୧୭ ବର୍ଷ ପିଲାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରବନ୍ଧ ପଞ୍ଜୀକରଣ ସମ୍ପତ୍ତି
ଭାରତରେ ଆକ୍ୟୁଟ୍ ଫେଡ୍ରାଲ୍ ଇଲନେସ୍ ବା ପ୍ରଖର ଜ୍ୱର (ଏଏଫଆଇ)ର ଡାକ୍ତରଖାନାଭିତ୍ତିକ ନିରୀକ୍ଷଣ

ମୁଖ୍ୟ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ : ଡ. ବି. ଅରୁଣକୂମାର
ପ୍ରଫେସର ଏବଂ ମୁଖ୍ୟ
ମଣିପାଲ୍ ସେଣ୍ଟର ଫର ଇଲନେସ୍ ରିସର୍ଚ୍ଚ
ମଣିପାଲ୍ ୟୁନିଭର୍ସିଟି, ମଣିପାଲ୍
କର୍ଣ୍ଣାଟକ ରାଜ୍ୟ, ଭାରତ - 576 104
ଇମେଲ୍ : arun.kumar@manipal.edu
ମୋବାଇଲ୍ : +91 - 91489 70864
ଫୋନ୍ : +91 - 820 - 2922718

Study ID #

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

ଆପଣଙ୍କ ଏହି ଗବେଷଣା ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଗ୍ରଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବା ଯାଉଛି ଉପଗ୍ରହଣାତ୍ମକ ସ୍ୱଳ୍ପ ବିଜ୍ଞାନ ବିଷୟ ଉପରେ ଉପାପଣକ ରକ୍ତ/ଖରାବ ସଂକ୍ରମଣରୁ ଆପଣ ଅସୁସ୍ଥ ଥିବା ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତର ଚିକିତ୍ସା କରୁଥିବାରୁ ଆପଣଙ୍କୁ ଏକ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଭାଗ ନେବାକୁ ବୁଝାଯାଉଛି ଯେ
ଆପଣ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ରହିବେ କି ନାହିଁ ସେ ନିଶ୍ଚିତ ଆପଣ ନେଇ ପାରିବେ ଉପର ଆପଣ ଅଗ୍ରଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି, ତେବେ ଆପଣଙ୍କୁ ନିଜର ଚିକିତ୍ସା ଓ ପୁଣ୍ୟମାନ ସଂପର୍କରେ ପ୍ରଶ୍ନ ପଚାରିବାର ଉପାପଣ ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଦେବା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ନୁହେଁ ଉପର ଅଧ୍ୟୟନର ଅଗ୍ରଗ୍ରହଣ ହୋଇଥିବାରୁ, ଆପଣଙ୍କ ବାବୁରୁ ଚିକିତ୍ସା ଥର ୫-୧୦ମିଲିଲିଟର ରକ୍ତ, ପ୍ରାୟ ଏକ ଚାମୁଚ ସଂଗ୍ରହ କରାଯିବ ଉପର ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ବ୍ୟକ୍ତି ଭାବେ ସମ୍ମତ ଜଣାଇବା ପରେ ଶାସ୍ତ୍ର ପ୍ରଥମ ଥର ରକ୍ତ ନିଆଯିବ ଉପର ଆପଣଙ୍କ ସମୟରେ, ନାକ ଏବଂ ଗଳା ସ୍ୱାଭାବିକ ଏବଂ ଏକ ମୃତ୍ତ ନମୁନା ମଧ୍ୟ ସଂଗ୍ରହ କରାଯିବ ଉପାପଣକର ପାଣିଆ ଝାଡ଼ା (ପତଳା) ହେଉଥିଲେ ଏକ ନମୁନା/ମନାଶୟ ସ୍ୱାଭାବିକ ନିଆଯିବ ଉପର ସ୍ୱାଭାବିକ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ସ୍ୱଳ୍ପ ବିଜ୍ଞାନ ଫୁଲର ନିଆଯାଉଥାଏ, ତେବେ ଏହାର ୨ - ୪ମିଲିଲିଟର ମଧ୍ୟ ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ନିଆଯିବ ଉପାପଣ ଡାକ୍ତରଖାନା ଛାଡ଼ିବା ପୂର୍ବରୁ ଦ୍ୱିତୀୟ ଥର ପାଇଁ ରକ୍ତ ନିଆଯିବ ଉପର ସର୍ବାଧିକ ହେବାର ୪ - ୬ ସପ୍ତାହ ପରେ ତୃତୀୟ ଥର ପାଇଁ ରକ୍ତ ନିଆଯିବ ଉପର ଆପଣ ଫଳୋପତ୍ତ ସାକ୍ଷାତରେ ଆପଣଙ୍କୁ ଉପଲୋପତ୍ତ ସାକ୍ଷାତ ପ୍ରାୟ ୧୫ମିନିଟ୍ ସମୟ ନେବ ଉପର ସାକ୍ଷାତରେ, ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ଯିବା ପରେ କିଭଳି ଅଛନ୍ତି ସେ ନେଇ ପଚାରିବେ ଉପର ଆପଣ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସମୟରେ ଫଳୋପତ୍ତ ସାକ୍ଷାତରେ ନ ଆସନ୍ତି, ତେବେ ଅଧ୍ୟୟନ ବନ୍ଦ ମଧ୍ୟ କେହି ଜଣେ ଆପଣଙ୍କୁ ଫୋନ୍ କରିଆରେ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ସରକାରୀ ଯାକ ଆପଣ ଫଳୋପତ୍ତ ସାକ୍ଷାତ କରିବା ପାଇଁ ଲଜ୍ଜିତ ଅଛନ୍ତି କି ନାହିଁ ବୁଝି ପାରନ୍ତି ଉପ

ଲାଭ
ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବା ଦ୍ୱାରା ଆପଣ ସିଧାସଳଖ ଭାବେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଲାଭ ପାଇ ନ ପାରିବେ ଉପର ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଗ୍ରଗ୍ରହଣ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ନ କରନ୍ତୁ ଆପଣ ସମାନ ମେଡିକାଲ ସୁବିଧା ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ପାଇବେ ଉପର ଉପର ଲାଭରୋଗୀ ଟେଷ୍ଟଗୁଡ଼ିକର ଫଳାଫଳ ଉପଲବ୍ଧ ହେଲେ ତାହା ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ମେଡିକାଲ ରେକର୍ଡରେ ରଖାଯିବ ଉପର ଫଳାଫଳଗୁଡ଼ିକ ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିପାରେ ଉପର ଉପର ବିଭିନ୍ନ ପ୍ରକାର ସଂକ୍ରମଣ ବିଷୟରେ ଜାଣିବା ଦ୍ୱାରା ଓ ଏହାକୁ କିଭଳି ପ୍ରତିରୋଧ କରାଯାଇ ପାରିବ ବୁଝିବା ଫଳରେ ଆପଣଙ୍କ ଗୋଷ୍ଠୀ ମଧ୍ୟରେ ଲୋକମାନଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ସୁବିଧାରେ ଏହି ଫଳାଫଳ କାମରେ ଆସିପାରିବ ଉପ

ବିପଦର ଆଶଙ୍କା ଏବଂ ଅସହଜକାରୋଧ
ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ କେତେକ ବିପଦର ଆଶଙ୍କା ରହି ଥାଇପାରେ, ଯେପରିକି ଅତିରିକ୍ତ ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ହେବା ସଂପର୍କିତ ଉପାପଣକର ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ କରିବା ପାଇଁ ଛୁଟି ବ୍ୟବହାର ବେଳେ ସମସ୍ୟା ଦେଖାଦେଇପାରେ ଉପ ଛୁଟି ଫୋଡ଼ା ଯାଇଥିବା ସ୍ଥାନରେ ଫୁଲା ହେବା କିମ୍ବା ରକ୍ତ ଜମି ପାରେ; ସେହି ସ୍ଥାନରେ ସଂକ୍ରମଣ ସାମାନ୍ୟ ଆଶଙ୍କା ରହିପାରେ ଉପର ଅପିକାଶ ଲୋକଙ୍କଠାରେ ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ଯୋଗୁଁ ସଂକ୍ରମଣ କିମ୍ବା ଫୁଲା ହୋଇନଥାଏ, ଏହି ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟାଗୁଡ଼ିକ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପ୍ରତିରୋଧ କରାଯାଇ ନ ପାରେ ଉପର ଆପଣଙ୍କଠାରେ ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକର କୌଣସି ଦେଖାଦିଏ, ତାହା ୨ ସପ୍ତାହରୁ କମ୍ ସମୟ ମଧ୍ୟରେ ଦୂର ହୋଇପାରେ ଉପର ନିଆଯିବା ସମୟରେ ଅଳ୍ପ କେତେକ ଲୋକଙ୍କ ଠାରେ ମୃତ୍ୟୁ ଉପାପଣକର ପରି ଲାଗିବା ଏବଂ ଦୁର୍ଘଟନ ହୋଇପାରେ ଉପର ଲୋକଙ୍କଠାରେ ଏବଂ/କିମ୍ବା ପଞ୍ଚତିକ୍ତ ବନ୍ଦ କରିବା ଦ୍ୱାରା ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସାଧାରଣତଃ ରୋଗୀ ଯାଇପାରେ ଉପର ସଂଗ୍ରହ ସ୍ଥାନରେ ରକ୍ତ ଜମାଟ ବାନ୍ଧିବା କୃତ୍ରିମ ହୋଇଥାଏ ଉପର ସଂଗ୍ରହର ଏକ ପ୍ରକାର ସାଧାରଣ ସମ୍ଭାବନା ଅଟେ; କୃତ୍ରିମ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ସାଧାରଣତଃ ହୋଇନଥାଏ ଉପର ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣ ହେବାର କୌଣସି ଆଶଙ୍କା ନାହିଁ ଉପର, ଏହି ଅଧ୍ୟୟନକରିତ୍ ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ଏକ ଆପାତ ହୁଏ କିମ୍ବା ଏକ ଖରାପ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଦେଖାଦିଏ, ତେବେ ଆପଣ ସେଥିପାଇଁ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସା ସହାୟତା ପାଇବେ ଉପ

ଉପାପଣକର ପରି ଲାଗିବା ଏବଂ ଦୁର୍ଘଟନ ହୋଇପାରେ ଉପର ଲୋକଙ୍କଠାରେ ଏବଂ/କିମ୍ବା ପଞ୍ଚତିକ୍ତ ବନ୍ଦ କରିବା ଦ୍ୱାରା ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସାଧାରଣତଃ ରୋଗୀ ଯାଇପାରେ ଉପର ସଂଗ୍ରହ ସ୍ଥାନରେ ରକ୍ତ ଜମାଟ ବାନ୍ଧିବା କୃତ୍ରିମ ହୋଇଥାଏ ଉପର ସଂଗ୍ରହର ଏକ ପ୍ରକାର ସାଧାରଣ ସମ୍ଭାବନା ଅଟେ; କୃତ୍ରିମ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ସାଧାରଣତଃ ହୋଇନଥାଏ ଉପର ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣ ହେବାର କୌଣସି ଆଶଙ୍କା ନାହିଁ ଉପ ଅବଶ୍ୟ, ଏହି ଅଧ୍ୟୟନକରିତ୍ ସହିତ ଆପଣଙ୍କର ଏକ ଆପାତ ହୁଏ କିମ୍ବା ଏକ ଖରାପ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଦେଖାଦିଏ, ତେବେ ଆପଣ ସେଥିପାଇଁ ଡାକ୍ତରୀ ଚିକିତ୍ସା ସହାୟତା ପାଇବେ ଉପ
ଏହା ସହିତ ଅତିରିକ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦେବା ଓ ଏକ ଫଳୋପତ୍ତ ସାକ୍ଷାତ ଶେଷ କରିବା ପାଇଁ କିଛି ସମୟ ଲାଗି ପାରେ ଉପ
ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ନିମନ୍ତେ ଆପଣଙ୍କୁ ଟଙ୍କା ମିଳିବ ନାହିଁ ଉପର, ଯେତେବେଳେ ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ଚିକିତ୍ସା ହେବାର ୪ ରୁ ୬ ସପ୍ତାହ ପରେ ଫଳୋପତ୍ତ ସାକ୍ଷାତରେ ଆସିବେ, ଆପଣଙ୍କ ସମୟ ଦାନ ଏବଂ ପରିବହନ ବାବଦରେ ଆପଣ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ଅଭିଭାବକଙ୍କୁ ଏକକାଳୀନ ୨୦୦ ଟଙ୍କାର ଧାର୍ଯ୍ୟ ରାଶି ଦିଆଯିବ ଉପ
ଭବିଷ୍ୟତ ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ରକ୍ତମେରୁରୁ ବା ସ୍ୱଳ୍ପ ବିଜ୍ଞାନ ଫୁଲର, ନାକ/ଗଳା ସ୍ୱାଭାବିକ, ମୃତ୍ତ, କିମ୍ବା ଝାଡ଼ା ନମୁନାକୁ ସଂରକ୍ଷଣ କରି ରଖାଯିବ ଉପର ନମୁନାକୁ ଅଧ୍ୟୟନ ପରିଚୟ ନମ୍ବର ସହିତ କେବଳ ରଖାଯିବ, ଆପଣ/ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟଙ୍କ ନାଁ ସୂଚିତ କରାଯିବ ନାହିଁ ଉପର ଆପଣଙ୍କ ସଂକ୍ରମଣ କାରଣ ଉପରେ ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଏମସିଆରେ, ଏମସିଆରେ ୧୦ବର୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ରଖାଯିବ ଉପରରେ ବର୍ଷମାନ ଉପଲବ୍ଧ ନ ଥିବା ଟେଷ୍ଟଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଭାରତ ବାହାରକୁ ପଠା ଯାଇପାରେ; ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ଅନୁମତି ପରେ ହିଁ ଏହା କରାଯାଇ ପାରିବ ଉପର ଆପଣ ନିଜର ନମୁନା ଭବିଷ୍ୟତ ବ୍ୟବହାର/ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ସଂରକ୍ଷଣ କରି ରଖାଯିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି ନାହିଁ, ତେବେ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସମସ୍ତ ପରୀକ୍ଷା ସରିବା ପରେ ନମୁନାକୁ ନଷ୍ଟ କରାଯିବ ଉପର ଆପଣ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ପରିବାରର ଆନୁବଂଶିକତାପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଆଦୌ ବ୍ୟବହାର କରାଯିବ ନାହିଁ ଉପ

ଆପଣ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ବିଷୟରେ ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ ପଚାରି ପାରିବେ ଉପର ଅଧ୍ୟୟନ କର୍ମଚାରୀ ଆପଣଙ୍କୁ ଉତ୍ତର ଦେବେ ଉପର ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ ଅଧ୍ୟୟନରୁ ଓହ୍ଲାଇ ପାରିବେ ଉପର ଆପଣ ଅଧ୍ୟୟନରେ ବର୍ଷମାନ ନ ରୁହନ୍ତି କିମ୍ବା ପରବର୍ତ୍ତୀ ସମୟରେ ଏଥିରୁ ଓହ୍ଲାଇ ଯାଆନ୍ତି ଆପଣଙ୍କ ଉପରେ କେହି ଅସନ୍ତୁଷ୍ଟ ହେବେ ନାହିଁ ଉପର ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ନ ହେଲେ କିମ୍ବା ଆରମ୍ଭ କରି ପରେ ଓହ୍ଲାଇ ଗଲେ ମଧ୍ୟ ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତର ପୂର୍ବପରି ଆପଣଙ୍କର ସେବା କାରି ରଖିବେ ଉପର ଆପଣ ଅଧ୍ୟୟନରେ ରହିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି, ଅଧ୍ୟୟନ କର୍ମଚାରୀ ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ନିୟୋଜିତ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ଆପଣଙ୍କ ନାମ ଓ ଆପଣଙ୍କ ବିଷୟରେ ଚର୍ଚ୍ଚା କରି ପାରନ୍ତି ଉପ

ଅଧ୍ୟୟନକୁ ନେଇ ଯଦି ଆପଣଙ୍କର ନିଜ ଅଧିକାର ଏବଂ ସୁବିଧାକରିତ କିଛି ପ୍ରଶ୍ନ ଥାଏ, ତେବେ ଦୟାକରି ମଣିପାଲ୍ ସ୍ଥିତ ମଣିପାଲ୍ ୟୁନିଭର୍ସିଟିର ଡାକ୍ତର ଲକ୍ଷ୍ମୀନାରାୟଣ ବାଲରାଙ୍କୁ ସୋମବାରରୁ ଶନିବାର ମଧ୍ୟରେ ସକାଳ ୯ରୁ ଅପରାହ୍ଣ ୫ଟା ମଧ୍ୟରେ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ୯୪୪୯୦୮୪୭୮୮ରେ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ଉପ
ଯଦି ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ନେଇ ଆପଣଙ୍କର କିଛି ପ୍ରଶ୍ନ ଥାଏ, ତେବେ ୯୧୪୮୯୦୮୨୪ ନମ୍ବରରେ ଡାକ୍ତର କି ଅରୁଣକୂମାରଙ୍କୁ ଦୟାକରି ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ଉପର ଆପଣ ଆପାତ, ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ସମ୍ପତ୍ତି ସଂପର୍କିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକରେ ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ ଡାକ୍ତର ଯୋଗାଯୋଗ କରିପାରିବେ ଉପର କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନ ପାଇଁ ଦୟାକରି 'ଯୋଗା କାର୍ଡ' ପଛ ପୃଷ୍ଠାକୁ ଦେଖନ୍ତୁ ଯେଉଁଥିରେ ସ୍ଥାନୀୟ ଯୋଗାଯୋଗଗୁଡ଼ିକ ଦିଆଯାଇଛି ଉପ
ଏହି ଫର୍ମରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର ଜରୁରୀ କଳ୍ପନା ସେବକ୍ଷେତ୍ର ବ୍ୟବହୃତ ହେବ ନାହିଁ ଉପର ଆପଣଙ୍କର ମେଡିକାଲ ଏମର୍ଜେନ୍ସି ଥାଏ, ତେବେ ନିକଟସ୍ଥ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକେନ୍ଦ୍ରକୁ ଯାଆନ୍ତୁ ଉପ
ଯଦି ଆପଣ ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବାକୁ ଚାହାନ୍ତି, ତେବେ ତଳେ ଆପଣଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଉପର ଯାତ୍ରିରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ଅର୍ଥ ଆପଣ କରୁଛନ୍ତି ଯେ, ଆପଣ ଏଥର ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବାକୁ ଇଚ୍ଛା ପ୍ରକାଶ କରିଛନ୍ତି ଉପ

ଅଗ୍ରଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ/ବାମ ବୃଷ ଆଙ୍ଗୁଳି ଠିକ୍ ପଡ଼ିବୁ ଗାରିଖ (ଦିନ ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ ବର୍ଷ)

ମୁଁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବେ ଜଣାଇ ଅଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମ ଉପରୋକ୍ତ ପିଲାକୁ ବୁଝା ଯାଇଛି ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ବିଷୟରେ ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଆଯାଇଛି ଉପ

ଅଧିକୃତ ଅଧ୍ୟୟନକାରୀ କର୍ମଚାରୀ/ମୁଖ୍ୟ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ଗାରିଖ (ଦିନ ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ ବର୍ଷ)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

ସମ୍ମତି ପତ୍ର: ୭-୧୭ ବର୍ଷ ପିଲାଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରବନ୍ଧ ପଞ୍ଜୀକରଣ ସମ୍ମତି
ଭାରତରେ ଆକ୍ୟୁଟ୍ ଫେବ୍ରାଇଲ୍ ଇଲନେସ୍ ବା ପ୍ରଖର ଜ୍ୱର (ଏଏଫଆଇ)ର ଡାକ୍ତରଖାନାଭିତ୍ତିକ ନିରୀକ୍ଷଣ

ମୁଖ୍ୟ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀ : ଡ. ବି. ଅରୁଣକୂମାର
ପ୍ରଫେସର ଏବଂ ମୁଖ୍ୟ
ମଣିପାଲ୍ ସେଣ୍ଟର ଫର ଇଲନେସ୍ ରିସର୍ଚ୍ଚ
ମଣିପାଲ୍ ୟୁନିଭର୍ସିଟି, ମଣିପାଲ୍
କର୍ଣ୍ଣାଟକ ରାଜ୍ୟ, ଭାରତ - 576 104
ଇମେଲ୍ : arun.kumar@manipal.edu
ମୋବାଇଲ୍ : +91 - 91489 70864
ଫୋନ୍ : +91 - 820 - 2922718

Study ID #

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

ଆପଣଙ୍କୁ ଏହି ଗବେଷଣା ଅଧ୍ୟୟନରେ ଅଂଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବା ଯାଉଛି ଛୁଗବେଷଣାଟି ସୁଲଭ ବିଜ୍ଞାନ ବିଷୟ ଭଳି ଛୁଆପଣଙ୍କ ରକ୍ତ/ଖରାବ ସଂକ୍ରମଣରୁ ଆପଣ ଅସୁସ୍ଥ ଥିବା ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତର ଚିକ୍ଷା କରୁଥିବାରୁ ଆପଣଙ୍କୁ ଏକ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଭାଗ ନେବାକୁ ବୁଝାଯାଉଛି ଛୁ
ଆପଣ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ରହିବେ କି ନାହିଁ ସେ ନିଶ୍ଚିତ ଆପଣ ନେଇ ପାରିବେ ଛୁପଦି ଆପଣ ଅଂଗ୍ରହଣ କରିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି, ତେବେ ଆପଣଙ୍କୁ ନିଜର ଚିକିତ୍ସା ଓ ପୁଣ୍ୟୁମ୍ପି ସଂପର୍କରେ ପ୍ରଶ୍ନ ପଚାରିବି ଛୁଆପଣ ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନର ଉତ୍ତର ଦେବା ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ ନୁହେଁ ଛୁଏହି ଅଧ୍ୟୟନର ଅଂଶବିଶେଷ ହୋଇଥିବାରୁ, ଆପଣଙ୍କ ବାବୁରୁ ଚିକିତ୍ସା ଥର ୫-୧୦ମିଲିଲିଟର ରକ୍ତ, ପ୍ରାୟ ଏକ ଚାମୁଚ ସଂଗ୍ରହ କରାଯିବ ଛୁଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ବ୍ୟକ୍ତି ଭାବେ ସମ୍ମତି ଜଣାଇବା ପରେ ଶାସ୍ତ୍ର ପ୍ରଥମ ଥର ରକ୍ତ ନିଆଯିବ ଛୁପଦିକାରଣ ସମୟରେ, ନାକ ଏବଂ ଗଳା ସ୍ୱାବ୍ ଏବଂ ଏକ ମୂତ୍ର ନମୁନା ମଧ୍ୟ ସଂଗ୍ରହ କରାଯିବ ଛୁଆପଣଙ୍କର ପାଣିଆ ଖାଦ୍ୟ (ପତଳା) ହେଉଥିଲେ ଏକ ନମୁନା/ମନାଶୟ ସ୍ୱାବ୍ ନିଆଯିବ ଛୁପଦି ସ୍ୱାଭାବିକ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ସ୍ୱାଭାବିକ ଫୁଲର ନିଆଯାଉଥାଏ, ତେବେ ଏହାର ୨ - ୪ମିଲିଲିଟର ମଧ୍ୟ ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ନିଆଯିବ ଛୁ
ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନା ଛାଡ଼ିବା ପୂର୍ବରୁ ଦ୍ୱିତୀୟ ଥର ପାଇଁ ରକ୍ତ ନିଆଯିବ ଛୁପଦିସତୀ ହେବାର ୪ - ୬ ସପ୍ତାହ ପରେ ତୃତୀୟ ଥର ପାଇଁ ରକ୍ତ ନିଆଯିବ ଛୁପଦି ଆପଣ ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତରେ ଆସୁଥାନ୍ତି ଛୁଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତ ପ୍ରାୟ ୧୫ମିନିଟ୍ ସମୟ ନେବ ଛୁସେହି ସାକ୍ଷାତରେ, ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ଯିବା ପରେ କିଭଳି ଅଛନ୍ତି ସେ ନେଇ ପଚାରିବି ଛୁପଦି ଆପଣ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ସମୟରେ ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତରେ ନ ଆସନ୍ତି, ତେବେ ଅଧ୍ୟୟନ ବନ୍ଦ ମଧ୍ୟ କେହି ଜଣେ ଆପଣଙ୍କୁ ଫୋନ୍ କରିଆରେ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ସରକ୍ଷାକାରୀ ଯାକ ଆପଣ ଫଲୋ ଅପ୍ ସାକ୍ଷାତ କରିବା ପାଇଁ ଇଚ୍ଛୁକ ଅଛନ୍ତି କି ନାହିଁ ବୁଝି ପାରନ୍ତି ଛୁ

ଲାଭ
ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବା ଦ୍ୱାରା ଆପଣ ସିଧାସଳଖ ଭାବେ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଲାଭ ପାଇ ନ ପାରିବି ଛୁଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଂଗ୍ରହଣ କରନ୍ତୁ ଏବଂ ନ କରନ୍ତୁ ଆପଣ ସମାନ ମେଡିକାଲ ସୁବିଧା ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ପାଇବେ ଛୁଅପଣଙ୍କୁ ଲାଭରୋଗୀରା ଟେଷ୍ଟଗୁଡ଼ିକର ଫଳାଫଳ ଉପଲବ୍ଧ ହେଲେ ତାହା ଡାକ୍ତରଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ ଏବଂ ଆପଣଙ୍କ ମେଡିକାଲ ରେକର୍ଡରେ ରଖାଯିବ ଛୁଏହି ଫଳାଫଳଗୁଡ଼ିକ ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତରା ଚିକିତ୍ସାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିପାରେ ଛୁହେଉଥିବା ବିଭିନ୍ନ ପ୍ରକାର ସଂକ୍ରମଣ ବିଷୟରେ ଜାଣିବା ଦ୍ୱାରା ଓ ଏହାକୁ କିଭଳି ପ୍ରତିରୋଧ କରାଯାଇ ପାରିବ ବୁଝିବା ଫଳରେ ଆପଣଙ୍କ ଗୋଷ୍ଠୀ ମଧ୍ୟରେ ଲୋକମାନଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ସୁବିଧାରେ ଏହି ଫଳାଫଳ କାମରେ ଆସିପାରିବ ଛୁ

ବିପଦର ଆଶଙ୍କା ଏବଂ ଅସହଜତାବୋଧ
ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ କେତେକ ବିପଦର ଆଶଙ୍କା ରହି ଥାଇପାରେ, ଯେପରିକି ଅତିରିକ୍ତ ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ହେବା ସଂପର୍କିତ ଛୁଆପଣଙ୍କଠାରୁ ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ କରିବା ପାଇଁ ଛୁଷ୍ଟି ବ୍ୟବହାର ବେଳେ ସମସ୍ୟା ଦେଖାଦେଇପାରେ ଛୁ ଛୁଷ୍ଟି ଫୋଡା ଯାଇଥିବା ସ୍ଥାନରେ ଫୁଲା ହେବା କିମ୍ବା ରକ୍ତ ଜମି ପାରେ; ସେହି ସ୍ଥାନରେ ସଂକ୍ରମଣ ସାମାନ୍ୟ ଆଶଙ୍କା ରହିପାରେ ଛୁତେବେ ଅଧିକାଂଶ ଲୋକଙ୍କଠାରେ ରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ଯୋଗୁଁ ସଂକ୍ରମଣ କିମ୍ବା ଫୁଲା ହୋଇନଥାଏ, ଏହି ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟାଗୁଡ଼ିକ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପ୍ରତିରୋଧ କରାଯାଇ ନ ପାରେନୁହେଁ ଆପଣଙ୍କଠାରେ ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକର କୌଣସି ଦେଖାଦିଏ, ତାହା ୨ ସପ୍ତାହରୁ କମ୍ ସମୟ ମଧ୍ୟରେ ଦୂର ହୋଇପାରେ ଛୁରକ୍ତ ନିଆଯିବା ସମୟରେ ଅଳ୍ପ କେତେକ ଲୋକଙ୍କ ଠାରେ ମୃଗ୍ଧା ଉତ୍ପାଦନେଲା ପରି ଲାଗିବା ଏବଂ ଦୁର୍ଦ୍ଦଶା ହୋଇପାରେ ଛୁତେବେ ଶୋଇଯିବା ଏବଂ/କିମ୍ବା ପଛଟିକୁ ବନ୍ଦ କରିବା ଦ୍ୱାରା ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସାଧାରଣତଃ ରୋଗୀ ଯାଇପାରେ ଛୁରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ସ୍ଥାନରେ ରକ୍ତ ଜମାଟ ବାନ୍ଧିବା କୃତ୍ରିମ ହୋଇଥାଏ ଛୁରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହର ଏଗୁଡ଼ିକ ସାଧାରଣ ସମ୍ଭାବନା ଅଟେ; କୃତ୍ରିମ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ସାଧାରଣତଃ ହୋଇନଥାଏ ଛୁପ୍ରସ୍ତାବିତ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣ ହେବାର କୌଣସି ଆଶଙ୍କା ନାହିଁ ଛୁଅବଶ୍ୟ, ଏହି ଅଧ୍ୟୟନକଳିତ ସଦି ଆପଣଙ୍କର ଏକ ଆପାତ ହୁଏ କିମ୍ବା ଏକ ଖରାପ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଦେଖାଦିଏ, ତେବେ ଆପଣ ସେଥିପାଇଁ ଡାକ୍ତରା ଚିକିତ୍ସା ସହାୟତା ପାଇବେ ଛୁ

ଉପାଲବ୍ଧି ପରି ଲାଗିବା ଏବଂ ଦୁର୍ଦ୍ଦଶା ହୋଇପାରେ ଛୁତେବେ ଶୋଇଯିବା ଏବଂ/କିମ୍ବା ପଛଟିକୁ ବନ୍ଦ କରିବା ଦ୍ୱାରା ଏହି ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ସାଧାରଣତଃ ରୋଗୀ ଯାଇପାରେ ଛୁରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହ ସ୍ଥାନରେ ରକ୍ତ ଜମାଟ ବାନ୍ଧିବା କୃତ୍ରିମ ହୋଇଥାଏ ଛୁରକ୍ତ ସଂଗ୍ରହର ଏଗୁଡ଼ିକ ସାଧାରଣ ସମ୍ଭାବନା ଅଟେ; କୃତ୍ରିମ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ସାଧାରଣତଃ ହୋଇନଥାଏ ଛୁପ୍ରସ୍ତାବିତ ଅଧ୍ୟୟନରେ ଆପଣ ହେବାର କୌଣସି ଆଶଙ୍କା ନାହିଁ ଛୁ ଅବଶ୍ୟ, ଏହି ଅଧ୍ୟୟନକଳିତ ସଦି ଆପଣଙ୍କର ଏକ ଆପାତ ହୁଏ କିମ୍ବା ଏକ ଖରାପ ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଦେଖାଦିଏ, ତେବେ ଆପଣ ସେଥିପାଇଁ ଡାକ୍ତରା ଚିକିତ୍ସା ସହାୟତା ପାଇବେ ଛୁ
ଏହା ସହିତ ଅତିରିକ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦେବା ଓ ଏକ ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତ ଶେଷ କରିବା ପାଇଁ କିଛି ସମୟ ଲାଗି ପାରେ ଛୁ
ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ନିମନ୍ତେ ଆପଣଙ୍କୁ ଟଙ୍କା ମିଳିବ ନାହିଁ ଛୁଅବଶ୍ୟ, ଯେତେବେଳେ ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ଡିସଚାର୍ଜ ହେବାର ୪ ରୁ ୬ ସପ୍ତାହ ପରେ ଫଲୋଅପ୍ ସାକ୍ଷାତରେ ଆସିବେ, ଆପଣଙ୍କ ସମୟ ଦାନ ଏବଂ ପରିବହନ ବାବଦରେ ଆପଣ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ଅଭିଭାବକଙ୍କୁ ଏକକାଳୀନ ୨୦୦ ଟଙ୍କାର ଧାର୍ଯ୍ୟ ରାଶି ଦିଆଯିବ ଛୁ
ଭବିଷ୍ୟତ ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ରକ୍ତମେରୁରକୁ ବା ସ୍ୱାଭାବିକ ଫୁଲର, ନାକ/ଗଳା ସ୍ୱାବ୍, ମୂତ୍ର, କିମ୍ବା ଖାଦ୍ୟ ନମୁନାକୁ ସଂରକ୍ଷଣ କରି ରଖାଯିବ ଛୁଅଧ୍ୟୟନ ପରିଚୟ ନମ୍ବର ସହିତ କେବଳ ରଖାଯିବ, ଆପଣ/ଆପଣଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟଙ୍କ ନାଁ ସୂଚିତ କରାଯିବ ନାହିଁ ଛୁଆପଣଙ୍କ ସଂକ୍ରମଣ କାରଣ ଉପରେ ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଏମସିବିଆର, ଏମୟୁଠାରେ ୧୦ବର୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ରଖାଯିବ ଛୁରାଗତରେ ବର୍ଷମାନ ଉପଲବ୍ଧ ନ ଥିବା ଟେଷ୍ଟଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଭାରତ ବାହାରକୁ ପଠା ଯାଇପାରେ; ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ଅନୁମତି ପରେ ହିଁ ଏହା କରାଯାଇ ପାରିବ ଛୁପଦି ଆପଣ ନିଜର ନମୁନା ଭବିଷ୍ୟତ ବ୍ୟବହାର/ଅନାମ୍ୟ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ସଂରକ୍ଷଣ କରି ରଖାଯିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି ନାହିଁ, ତେବେ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ପାଇଁ ସମସ୍ତ ପରୀକ୍ଷା ସରିବା ପରେ ନମୁନାକୁ ନଷ୍ଟ କରାଯିବ ଛୁଆପଣ କିମ୍ବା ଆପଣଙ୍କ ପରିବାରର ଆନୁବଂଶିକତାପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ନମୁନାକୁ ଆଦୌ ବ୍ୟବହାର କରାଯିବ ନାହିଁ ଛୁ

ଆପଣ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ବିଷୟରେ ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ ପଚାରି ପାରିବେ ଛୁଅଧ୍ୟୟନ କର୍ମଚାରୀ ଆପଣଙ୍କୁ ଉତ୍ତର ଦେବେ ଛୁଆପଣ ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ ଅଧ୍ୟୟନରୁ ଓହ୍ଲି ପାରିବେ ଛୁପଦି ଆପଣ ଅଧ୍ୟୟନରେ ବର୍ଷମାନ ନ ରୁହନ୍ତି କିମ୍ବା ପରବର୍ତ୍ତୀ ସମୟରେ ଏଥିରୁ ଓହ୍ଲି ଯାଆନ୍ତି ଆପଣଙ୍କ ଉପରେ କେହି ଅସନ୍ତୁଷ୍ଟ ହେବେ ନାହିଁ ଛୁଆପଣ ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ନ ହେଲେ କିମ୍ବା ଆରମ୍ଭ କରି ପରେ ଓହ୍ଲି ଗଲେ ମଧ୍ୟ ଆପଣଙ୍କ ଡାକ୍ତର ପୂର୍ବପରି ଆପଣଙ୍କର ସେବା କାରି ରଖିବେ ଛୁପଦି ଆପଣ ଅଧ୍ୟୟନରେ ରହିବାକୁ ଚାହାନ୍ତି, ଅଧ୍ୟୟନ କର୍ମଚାରୀ ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନରେ ନିୟୋଜିତ ଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ଆପଣଙ୍କ ନାମ ଓ ଆପଣଙ୍କ ବିଷୟରେ ଚର୍ଚ୍ଚା କରି ପାରନ୍ତି ଛୁ

ଅଧ୍ୟୟନକୁ ନେଇ ସଦି ଆପଣଙ୍କର ନିଜ ଅଧିକାର ଏବଂ ସୁବିଧାକଳିତ କିଛି ପ୍ରଶ୍ନ ଥାଏ, ତେବେ ଦୟାକରି ମଣିପାଲ୍ ସ୍ଥିତ ମଣିପାଲ୍ ୟୁନିଭର୍ସିଟିର ଡାକ୍ତର ଲକ୍ଷ୍ମୀନାରାୟଣ ବାଲରାଙ୍କୁ ସୋମବାରରୁ ଶନିବାର ମଧ୍ୟରେ ସକାଳ ୯ରୁ ଅପରାହ୍ଣ ୫ଟା ମଧ୍ୟରେ ମୋବାଇଲ୍ ନମ୍ବର ୯୪୪୨୭୦୮୬୮ରେ ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ଛୁ

ସଦି ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ନେଇ ଆପଣଙ୍କର କିଛି ପ୍ରଶ୍ନ ଥାଏ, ତେବେ ୯୪୪୨୭୦୮୬୮ ନମ୍ବରରେ ଡାକ୍ତର କି ଅରୁଣକୂମାରଙ୍କୁ ଦୟାକରି ଯୋଗାଯୋଗ କରନ୍ତୁ ଛୁଆପଣ ଆପାତ, ଚିକିତ୍ସା କିମ୍ବା ସମ୍ମତି ସଂପର୍କିତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକରେ ଯେ କୌଣସି ସମୟରେ ଡାକ୍ତର ଯୋଗାଯୋଗ କରିପାରିବେ ଛୁଅଧ୍ୟୟନ କୌଣସି ପ୍ରଶ୍ନ ପାଇଁ ଦୟାକରି 'ଯୋଗା କାର୍ଡ' ପଛ ପୃଷ୍ଠାକୁ ଦେଖନ୍ତୁ ଯେଉଁଥିରେ ସ୍ଥାନୀୟ ଯୋଗାଯୋଗଗୁଡ଼ିକ ଦିଆଯାଇଛି ଛୁ
ଏହି ଫର୍ମରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର ଜରୁରୀ କଳ୍ପନା ସେବକ୍ଷେତ୍ର ବ୍ୟବହୃତ ହେବ ନାହିଁ ଛୁପଦି ଆପଣଙ୍କର ମେଡିକାଲ ଏମର୍ଜେନ୍ସି ଥାଏ, ତେବେ ନିକଟସ୍ଥ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକେନ୍ଦ୍ର ଯାଆନ୍ତୁ ଛୁ
ସଦି ଆପଣ ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବାକୁ ଚାହାନ୍ତି, ତେବେ ତଳେ ଆପଣଙ୍କର ଦସ୍ତଖତ ପ୍ରଦାନ କରନ୍ତୁ ଛୁଏହି ଧାତିରେ ଦସ୍ତଖତ କରିବା ଅର୍ଥ ଆପଣ କରୁଛନ୍ତି ଯେ, ଆପଣ ଏଥର ଅଧ୍ୟୟନରେ ସାମିଲ ହେବାକୁ ଇଚ୍ଛା ପ୍ରକାଶ କରିଛନ୍ତି ଛୁ

ଅଂଗ୍ରହଣକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ/ବାମ ବୁଝା ଥାକୁଡି ଠିକ୍ ଠିକ୍ ଚାରିଖ (ଦିନ ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ ବର୍ଷ)

ମୁଁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବେ ଜଣାଇ ଅଛି ଯେ ଏହି ଫର୍ମ ଉପରୋକ୍ତ ପିଲାକୁ ବୁଝା ଯାଇଛି ଏବଂ ଏହି ଅଧ୍ୟୟନ ବିଷୟରେ ସମସ୍ତ ପ୍ରଶ୍ନଗୁଡ଼ିକର ଉତ୍ତର ଦିଆଯାଇଛି ଛୁ

ଅଧିକୃତ ଅଧ୍ୟୟନକାରୀ କର୍ମଚାରୀ/ମୁଖ୍ୟ ଅନୁସନ୍ଧାନକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ ଚାରିଖ (ଦିନ ଦିନ/ମାସ/ବର୍ଷ ବର୍ଷ)

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: 150px; height: 20px;" type="text"/> |
| DEMOGRAPHIC INFORMATION ସାମାଜିକ ପରିସଂଖ୍ୟାନ ସୂଚନା | | |
| 1 Address ଠିକଣା: | | |
| 1a. State ରାଜ୍ୟ: _____ | 1f. Post Office ଡାକଘର: _____ | |
| 1b. District ଜିଲ୍ଲା: _____ | 1g. Gram Panchayath ଗ୍ରାମ ପଞ୍ଚାୟତ: _____ | |
| 1c. Taluk/Block ଡାଲୁକ/ବ୍ଲକ: _____ | 1h. Village ଗ୍ରାମ: _____ | |
| 1d. Tehsil ଚହସିଲ: _____ | 1i. Landmark ଲ୍ୟାଣ୍ଡମାର୍କ: _____ | |
| 1e. PIN Code ପିନ୍ କୋଡ୍: _____ | | |
| 2 | | |
| 2a. Age in years ବୟସ(ବର୍ଷରେ): _____ | 2d. Marital status ଦୈବାହିତ ସ୍ଥିତି: | |
| | <input type="checkbox"/> Single ଅବିବାହିତ | <input type="checkbox"/> Married ବିବାହିତ |
| 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"/> | If Married female, ଯଦି ବିବାହିତ ମହିଳା, | |
| 2c. Gender ଲିଙ୍ଗ: | 2e. Currently pregnant ଏବେ ଗର୍ଭବତୀ | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N |
| <input type="checkbox"/> Male ପୁରୁଷ | If Yes, ଯଦି ହଁ, | |
| <input type="checkbox"/> Female ମହିଳା | 2f. Weeks ସପ୍ତାହ | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Others ଅନ୍ୟାନ୍ୟ | | |
| 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) _____ ମୁଖ୍ୟ ବୃତ୍ତି (ତାଲିକାରୁ ଚୟନ କରନ୍ତୁ) | | |
| 3b. Secondary Occupation 1: _____ ଦ୍ୱିତୀୟ ବୃତ୍ତି 1 | | |
| 3c. Secondary Occupation 2: _____ ଦ୍ୱିତୀୟ ବୃତ୍ତି 2 | | |
| 3d. Secondary Occupation 3: _____ ଦ୍ୱିତୀୟ ବୃତ୍ତି 3 | | |
| List of Occupations ବୃତ୍ତି ତାଲିକା | | |
| Professionals | Non-professionals | |
| Carpenter ବରେଇ | Farmer କୃଷକ | |
| Doctor ଡାକ୍ତର | Head load coolie ବୋଝ ବୋହିବା ବୁଲି | |
| Driver ଗାଡିଚାଳକ | Housewife ଗୃହିଣୀ | |
| Electrician ବିଦ୍ୟୁତ୍‌ମିଶ୍ର | Manual labourer (Agriculture) ଦିନ ମଜୁରିଆ (କୃଷି) | |
| Health worker ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକର୍ମୀ | Manual labourer (Masonry) ଦିନ ମଜୁରିଆ (ରାଜମିଶ୍ରା) | |
| Office worker ଅଫିସ କର୍ମଚାରୀ | Meat handler ମାଂସ ପରିଚାଳକ | |
| Nurse ସେବିକା | Shepherd ମେଷପାଳକ | |
| Student ଛାତ୍ର | Unemployed ବେକାର | |
| Teacher ଶିକ୍ଷକ | | |
| If others, please specify in the space provided above ଅନ୍ୟ ପେସାବାରବୃନ୍ଦ (ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ) | | |

CLINICAL HISTORY (☑ Applicable ones)

4. Date of admission:
ଭର୍ତ୍ତି ହେବାର ତାରିଖ

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

5. Date of onset of fever (DOF):
ଜ୍ୱର ହେବାର ତାରିଖ (DOF)

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

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

Y N U
(Y-ହ, N-ନାହିଁ, U-ନାଣିନାହିଁ)
(Y-ହ, N-ନାହିଁ, U-ନାଣିନାହିଁ)

●
(Date of onset of fever)

6. Was your fever intermittent or continuous?
ଆପଣଙ୍କର ଜ୍ୱର ଦେଲେଦେଲେ ଅଥବା ସବୁଦେଲେ ହେଉଥିଲା?

Continuous
ସବୁଦେଲେ

Intermittent
ଦେଲେଦେଲେ

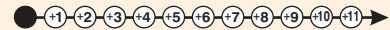
7. What was the duration of fever as on today (the date of recruitment)?
ଆଜିକୁ କେତେ ଦିନ ହେବ ଜ୍ୱର ହୋଇଥିଲା (ଭର୍ତ୍ତିହେବାର ତାରିଖ)

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

8. Did you feel cold or cold with shivering/shaking of the body while having fever? (Chills/Rigor)
ଜ୍ୱର ହୋଇଥିବାବେଳେ ଆପଣ ଥଣ୍ଡା ଅଥବା ଦେହ ଧରିବା ସହ ଥଣ୍ଡା ଅନୁଭବ କରିଥିଲେ କି? (ଥଣ୍ଡା/କମ୍ପ)

Y N U

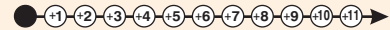
Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)



9. Did you feel sweating during night while having fever? (Night sweats)
ଜ୍ୱର ହୋଇଥିବାବେଳେ ଆପଣ ରାତିରେ ଝାଳ ବୋହିବା ଅନୁଭବ କରିଥିଲେ କି?

Y N U

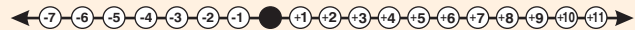
Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)



10. Did you have runny nose within few days before/after onset of fever? (Coryza)
ଜ୍ୱର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ନାକରୁ ସିଝାଣି ବାହାରୁ ଥିଲା କି? (ଶ୍ଳେଷ୍ମା)

Y N U

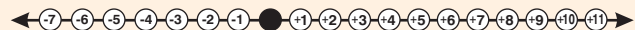
Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)



11. Did you have cough within few days before/after onset of fever? (Cough)
ଜ୍ୱର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କୁ କାଶ ହୋଇଥିଲା କି? (କାଶ)

Y N U

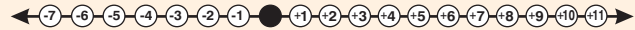
Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)



12. Did you have irritation/pain of throat within few days before/after onset of fever? (Sore throat)
ଜ୍ୱର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଗଳାରେ ଜଳାଯୋଡା/ସ ଶା ଅନୁଭବ ହୋଇଥିଲା କି? (ଗଳାରେ ଜଳାଯୋଡା)

Y N U

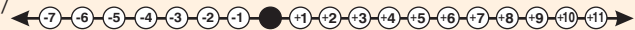
Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)



13. Did you experience difficulty in breathing within few days before/after onset of fever? (Breathlessness)
ଜ୍ୱର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କୁ ନିଃଶ୍ୱାସ ପ୍ରଶ୍ୱାସ ନେବାର/କଷ୍ଟ ଅନୁଭବ ହୋଇଥିଲା କି? (ଶ୍ୱାସରୁହହୋଇଯିବା)

Y N U

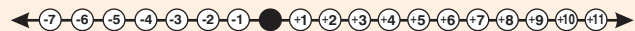
Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)



14. Did you experience pain in chest within few days before/after onset of fever? (Chest Pain)
ଜ୍ୱର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କୁ ଛାତିରେ କଷ୍ଟ ଅନୁଭବ/ହୋଇଥିଲା କି? (ଛାତିରେ କଷ୍ଟ)

Y N U

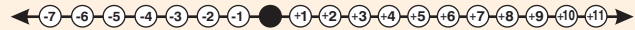
Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)



15. Did you have headache within few days before/after onset of fever? (Headache)
ଜ୍ୱର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ମୁଣ୍ଡବିନ୍ଧା ହୋଇଥିଲା କି? (ମୁଣ୍ଡବିନ୍ଧା)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

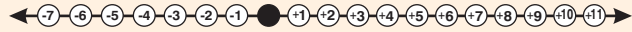


16. Were you troubled by bright light within few days before/after onset of fever? (Photophobia)

ଆପଣ ଉଜ୍ଜ୍ୱଳ ଆଲୋକ ଦ୍ୱାରା ଅସୁବିଧା ଭୋଗ କରୁଛନ୍ତି କି? (ଫୋଟୋଫୋବିଆ)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

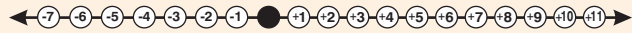


17. Did you have pain behind your eye ball especially while moving eyes within few days before/after onset of fever? (Retro orbital pain)

ଆପଣ ଆପଣଙ୍କ ଆଖି ବୁଲାଇବା ବେଳେ ଆଖିତୋଳାରେ କଷ୍ଟ ଅନୁଭବ କରିଥିଲେ କି? (ଆଖି ବୋରଡ଼ରେ ଯ ଥା)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

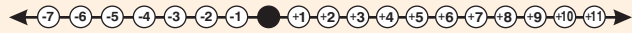


18. Had your eye(s) become red and irritable within few days before/after onset of fever? (Red eye)

ତୁର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଆଖି ଲାଲ୍ ହୋଇଲା ଅଥବା କଷ୍ଟ ଅନୁଭବ ହୋଇଥିଲା କି? (ଆଖି ଲାଲ୍ ହୋଇଯିବା)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

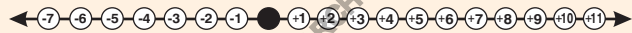


19. Did you experience generalized body ache within few days before/after onset of fever? (Myalgia)

ତୁର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଶରୀରରେ ଯ ଥା ଅନୁଭବ ହୋଇଥିଲା କି? (ମାଈଲେଜିଆ)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

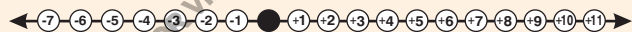


20. Did you experience pain in your joints within few days before/after onset of fever? (Joint pain)

ତୁର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଗଣ୍ଠିରେ ଯ ଥା ଅନୁଭବ ହୋଇଥିଲା କି? (ଗଣ୍ଠିରେ ଯ ଥା)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)



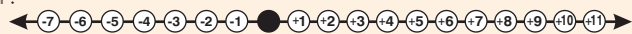
If Yes, ଯଦି ହଁ, 20a. Location: Small joints ଛୋଟ ଗଣ୍ଠିରେ Large joints ବଡ଼ ଗଣ୍ଠିରେ Both ଉଭୟରେ

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

ତୁର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛି ଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ଦୁର୍ବଳ ଅନୁଭବ କରିଥିଲେ କି? (ସାଧାରଣ ଦୁର୍ବଳତା)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)



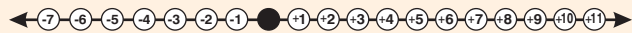
If Yes, ଯଦି ହଁ,

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

ଏହା ଅତ୍ୟଧିକ ଦୁର୍ବଳତା ଯେପରିକି ଶଯ୍ୟାରୁ ଉଠି ହେଇ ନଥିଲା କି? (ପ୍ରୋଷ୍ଟ୍ରେସନ)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

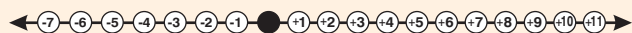


22. Did you experience pain in abdomen within few days before/after onset of fever? (Abdominal pain)

ତୁର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଚଳି ପେଟରେ ଯ ଥା ହେଉଥିଲା କି? (ଚଳିପେଟରେ ଯ ଥା)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

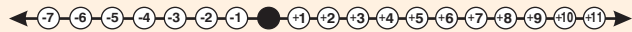


23. Did you experience nausea (Vomiting sensation) within few days before/after onset of fever? (Nausea)

ତୁର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କୁ ବାନ୍ତିବାନ୍ତି ଲାଗୁଥିଲାକି? (ଅଇ ଉଠାଇବା)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

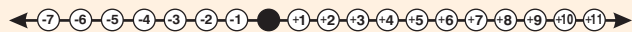


24. Did you have vomiting within few days before/after onset of fever? (Vomiting)

ତୁର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କୁ ବାନ୍ତି ହେଉଥିଲା କି? (ବାନ୍ତି)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

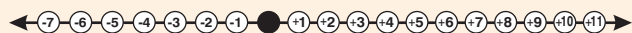


25. Did you have diarrhea within few days before/after onset of fever? (3 or more loose/liquid stools/day) (Diarrhea)

ତୁର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ତରଳ ଝାଡ଼ାରେ ଆକ୍ରାନ୍ତ ଥିଲେ କି? (ଦିନକୁ ୩ କିମ୍ବା ଅଧିକ ତରଳ ଝାଡ଼ା)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

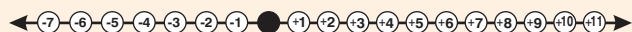


26. Did you notice yellow discoloration of your skin or eye within few days before/after onset of fever? (Jaundice)

ତୁର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଚର୍ମ କିମ୍ବା ଆଖି ହଳଦି ରଙ୍ଗ ପଡ଼ିବା ଲକ୍ଷ୍ୟ କରିଥିଲେ କି? (ହଳଦିଆ କାମଳ)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

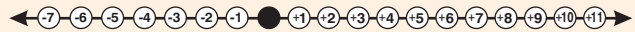


27. Did you experience urgency of passing urine or burning sensation while passing urine within few days before/after onset of fever? (Burning micturition)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

କୃର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ଶୀଘ୍ର ପରିସ୍ରା କରିବା କିମ୍ବା ପରିସ୍ରା କରିବା ସମୟରେ ଜଳାପୋତା ଅନୁଭବ କରୁଥିଲେ କି? (ପରିସ୍ରାପୋତା)

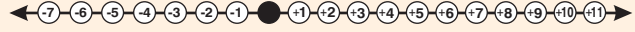


28. Did you experience difficulty/pain while moving your neck within few days before/after onset of fever? (Neck stiffness)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

କୃର ହେବା ପୂର୍ବରୁ /ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ଦେବ ବୁଲାଇବା ସମୟରେ ବଣ୍ଟ କିମ୍ବା ଯ ଶା ଅନୁଭବ କରୁଥିଲେ କି ? (ଦେବ ଟାଣ ହୋଇଯିବା)

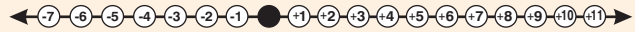


29. Did you experience any reduction in the level of alertness (somnia to coma) within few days before/after onset of fever? (Altered sensorium)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

କୃର ହେବା ପୂର୍ବରୁ/ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ଚେତନାସ୍ତର ହ୍ରାସ ହେବା ଅନୁଭବ କରୁଥିଲେ କି? (ଇନ୍ଦ୍ରିୟାନୁରୂପିରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ)

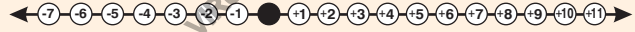


30. Did you experience sudden uncontrollable muscle contraction/ spasms otherwise known as seizures within few days before/after onset of fever? (Seizures)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

କୃର ହେବା ପୂର୍ବରୁ /ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ହଠାତ୍ ଶରୀର ଉପରୁ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ହରାଇଥିଲେ କି ? (ବାଟ ମାରିବା)



If Yes, ଯଦି ହଁ,

30a. Type of seizure: Focal (Only a part of the body) Generalized (Whole body)
ଏହାର ପ୍ରକାରଭେଦ ଫୋକାଲ୍ (କେବଳ ଶରୀରର ଖୋଟିଏ ଅଂଶ) ଜେନେରାଲାଇଜଡ୍ (ପୂରା ଶରୀର)

30b. How many times? କେତେଥର? _____

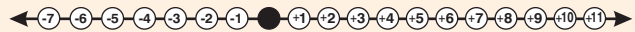
30c. Maximum duration (in minutes) ସର୍ବାଧିକ ଅବଧି (ମିନିଟ୍‌ରେ): _____

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)
ଅବଧି (ଦିନ)

କୃର ହେବା ପୂର୍ବରୁ /ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଶରୀରର କୌଣସି ଅଙ୍ଗ ଆଂଶିକ କିମ୍ବା ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପକ୍ଷାଘାତରେ ଆକ୍ରାନ୍ତ ହୋଇଥିଲା କି? (ପକ୍ଷାଘାତ/ପାରେସିସ୍)

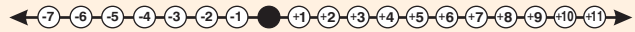


32. Did you notice any colour change in your skin - a rash within few days before/after onset of fever? (Rash)

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

କୃର ହେବା ପୂର୍ବରୁ /ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ଚର୍ମ ରଙ୍ଗରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ - ରୁଣ୍ଡାଲହେବା ଲକ୍ଷ୍ୟ କରିଥିଲେ କି? (ପିଟିକା)



If Yes, ଯଦି ହଁ,

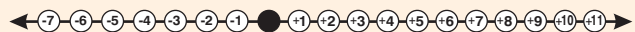
32a. Site କେଉଁ ସ୍ଥାନରେ: _____

33. Did you notice blood/brick red colour in sputum/faeces/urine/vomit within few days before/after onset of fever?

Y N U

Duration (days)
ଅବଧି (ଦିନ)

କୃର ହେବା ପୂର୍ବରୁ /ପରେ କିଛିଦିନ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ଖଙ୍କାର/ମଳ/ପରିସ୍ରା/ବାନ୍ତିରେ ରକ୍ତ/ଲାଲ ରଙ୍ଗ ଲକ୍ଷ୍ୟ କରିଥିଲେ କି ?



If yes, where? କେଉଁଠାରେ? _____

33a. Sputum Y N
ଖଙ୍କାର

33b. Faeces Y N
ମଳ

33c. Urine Y N
ପରିସ୍ରା

33d. Vomit Y N
ବାନ୍ତି

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

Y N U

ଆପଣ ଗତ ଏକବର୍ଷରେ କୌଣସି ଟିକା ନେଇଥିଲେ କି?

If yes, Specify ଯଦି ହଁ, ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ

34a. Vaccine ଟିକା: _____ month ମାସ: _____ year ବର୍ଷ: _____

34b. Vaccine ଟିକା: _____ month ମାସ: _____ year ବର୍ଷ: _____

34c. Vaccine ଟିକା: _____ month ମାସ: _____ year ବର୍ଷ: _____

34d. Vaccine ଟିକା: _____ month ମାସ: _____ year ବର୍ଷ: _____

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

Y N U

ଆପଣଙ୍କ କୌଣସି ପୁରୁଣା/ସଂକ୍ରମଣ ହେଉ ନ ଥିବା ଚାକ୍ଷୁଷ ଅବସ୍ଥା ଅଛି କି?

If yes, tick all applicable ଯଦି ହଁ, ଯେଉଁଟି ଠିକ୍ ସବୁଥିରେ ଟିକ୍ ମାରନ୍ତୁ

35a. Hypertension (High Blood Pressure) Y N U
ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ

35b. Diabetes (sugar) Y N U
ମଧୁମେହ

35c. Asthma/wheezing Y N U
ଶ୍ୱାସରୋଗ/ହୁଲକିଂ

35d. Liver Cirrhosis Y N U
ଯକୃତ କ୍ଷୟରୋଗ

35e. Chronic Renal failure Y N U
ଗୁରୁତର ବୃକକ୍ ବିଫଳତା

35f. Myocardial Infarction (heart attack) Y N U
ମାଓକାଟିଆଲ ଇନ୍ଫାରକ୍ସନ (ହୃଦ୍ ଘାତ)

35g. Stroke Y N U
ଷ୍ଟ୍ରୋକ୍

35h. Cancer Y N U
କର୍କଟ ରୋଗ

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

ଅନ୍ୟାନ୍ୟ (ନିକଟରେ ଚିହ୍ନଟ ହୋଇଥିବା ଅନ୍ୟ ଗୁରୁତର ଅସୁସ୍ଥତା ବୟାକରି ଉଲ୍ଲେଖ କରନ୍ତୁ)

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

Y N U

ଆପଣ ମତେ କିଛି କହିବା ପାଇଁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି କି ଯାହା ମୁଁ ଆପଣଙ୍କୁ ପଚାରି ନାହିଁ ବୋଲି ଭାବୁଛନ୍ତି?

If yes, brief ଯଦି ହଁ, ସଂକ୍ଷେପରେ:

EPIDEMIOLOGIC DATA (☑ Applicable ones)

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

Y N U

ଅସୁସ୍ଥତାର ୪ ସପ୍ତାହ ପୂର୍ବରୁ ଆପଣ ନିମ୍ନଲିଖିତ ଜୀବମାନଙ୍କ ସଂସ୍ପର୍ଶରେ ଅନୁତୀତ ଦିନକୁ ଥରେ ପାଇଁ ଆସିଥିଲେ କି? (ଯେଉଁଠି ଆବଶ୍ୟକ ଚିହ୍ନ ମାରନ୍ତୁ)

| | | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat ମେଣ୍ଟା/ଛେଳି | <input type="checkbox"/> Cattle ଗୋରୁଗାଈ | <input type="checkbox"/> Deer ହରିଣ | <input type="checkbox"/> Pig ପୁଷୁରୀ | <input type="checkbox"/> Chicken କୁକୁଡ଼ା |
| <input type="checkbox"/> Duck ବତକ | <input type="checkbox"/> Pigeon ପାଉ | <input type="checkbox"/> Cat ବିରଞ୍ଜି | <input type="checkbox"/> Dog କୁକୁର | <input type="checkbox"/> Bat ବାଦୁଡ଼ି |
| <input type="checkbox"/> Rat ମୂଷା | <input type="checkbox"/> Monkey ମାଙ୍କଡ଼ | <input type="checkbox"/> Other Birds ଅନ୍ୟ ପକ୍ଷୀ | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Other Animals ଅନ୍ୟ ଜୀବ | _____ | | | |

38. Do any animal enter inside your house?

Y N U

ଆପଣଙ୍କ ଘର ଭିତରକୁ କୌଣସି ପଶୁ ପ୍ରବେଶ କରନ୍ତି କି?

If yes, Specify ଯଦି ହଁ, ଉଲ୍ଲେଖକରନ୍ତୁ

| | | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat ମେଣ୍ଟା/ଛେଳି | <input type="checkbox"/> Cattle ଗୋରୁଗାଈ | <input type="checkbox"/> Chicken କୁକୁଡ଼ା | <input checked="" type="checkbox"/> Cat ବିରଞ୍ଜି | <input type="checkbox"/> Dog କୁକୁର |
| <input type="checkbox"/> Other Animals ଅନ୍ୟ ଜୀବ | _____ | | | |

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

Y N U

ଗତ ୧-୨ ମାସ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଘରେ କୌଣସି ପଶୁ ଜନ୍ମ ନେଇଥିଲା କି?

If yes, ଯଦି ହଁ,

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

Y N

ଆପଣ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ଭାବରେ ଏହି ପ୍ରସବ କାର୍ଯ୍ୟରେ ଭାଗ ନେଇଥିଲେ କି?

39b. Which animal? କେଉଁ ପଶୁ?

| | | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat ମେଣ୍ଟା/ଛେଳି | <input type="checkbox"/> Cattle ଗୋରୁଗାଈ | <input type="checkbox"/> Pig ପୁଷୁରୀ | <input type="checkbox"/> Cat ବିରଞ୍ଜି | <input type="checkbox"/> Dog କୁକୁର |
| <input type="checkbox"/> Other Animals ଅନ୍ୟ ଜୀବ | _____ | | | |

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

Y N U

ଗତ ୧-୨ ମାସ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଘରେ/ପଡୋଶୀଙ୍କ ଘରେ କୌଣସି ପଶୁ ଗର୍ଭପାତ ହୋଇଥିଲା କି?

If yes, ଯଦି ହଁ,

40a. Which animal? କେଉଁ ପଶୁ?

| | | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat ମେଣ୍ଟା/ଛେଳି | <input type="checkbox"/> Cattle ଗୋରୁଗାଈ | <input type="checkbox"/> Pig ପୁଷୁରୀ | <input type="checkbox"/> Cat ବିରଞ୍ଜି | <input type="checkbox"/> Dog କୁକୁର |
| <input type="checkbox"/> Other Animals ଅନ୍ୟ ଜୀବ | _____ | | | |

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

Y N U

ଗତ ୧ ମାସ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଘରେ/ପଡୋଶୀଙ୍କ ଘରେ କୌଣସି ପଶୁ କିମ୍ବା ପକ୍ଷୀ ମୃତ୍ୟୁ ହୋଇଥିଲା କି?

If yes, ଯଦି ହଁ,

41a. Specify animal ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଭାବରେ ପଶୁର ନାମ ଲେଖନ୍ତୁ: _____

| | | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat ମେଣ୍ଟା/ଛେଳି | <input type="checkbox"/> Cattle ଗୋରୁଗାଈ | <input type="checkbox"/> Pig ପୁଷୁରୀ | <input type="checkbox"/> Chicken କୁକୁଡ଼ା | <input type="checkbox"/> Duck ବତକ |
| <input type="checkbox"/> Cat ବିରଞ୍ଜି | <input type="checkbox"/> Dog କୁକୁର | <input type="checkbox"/> Other Animals ଅନ୍ୟ ଜୀବ | _____ | |

41b. Sudden or unexpected death?

Y N

ଆକସ୍ମିକ କିମ୍ବା ଅପ୍ରତ୍ୟାକ୍ଷିତ ମୃତ୍ୟୁ?

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

Y N U

ଗତ ଏକ ବା ଦୁଇ ମାସ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ କୌଣସି ମୃତ ବା ଅସୁସ୍ଥ ପଶୁ ସଂସ୍ପର୍ଶରେ ଆସିଛନ୍ତି କି ?

If yes, ଯଦି ହଁ,

42a. Specify animal ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଭାବରେ ପଶୁର ନାମ ଲେଖନ୍ତୁ:

Sheep/goat Cattle Pig Chicken Duck
 ମେଣ୍ଟା/ଛେଳି ଗୋରୁଗାଈ ପୁଷୁରୀ ଚୁକୁଡ଼ା ବତକ
 Cat Dog Other Animals _____
 ବିରକ୍ତ କୁକୁର ଅନ୍ୟ ଜୀବ

42b. Describe nature of contact ସଂସ୍ପର୍ଶରେ ଆସିବାର ପ୍ରକୃତି ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ: _____

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

ଆପଣ ଅସୁସ୍ଥ/ ମୃତ ପଶୁର ମାଂସ ଖାଇଥିଲେ କି ?

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

Y N U

ଆପଣ ଗତ ଏକ କିମ୍ବା ଦୁଇ ମାସ ମଧ୍ୟରେ କୌଣସି ଗୃହପାଳିତ ପଶୁ ବା ବନ୍ୟ ପଶୁ ହତ୍ୟା କିମ୍ବା ଖାଇବା ପାଇଁ ବାଟିବାରେ ଭାଗ ନେଇଥିଲେ କି ?

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

Y N U

ଗତ ୪ ମାସ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ କୌଣସି କଞ୍ଚା ମାଂସ/ ପଶୁ ରକ୍ତ ସଂସ୍ପର୍ଶରେ ଆସିଥିଲେ କି ?

If yes, ଯଦି ହଁ,

44a. Describe nature of contact ସଂସ୍ପର୍ଶର ପ୍ରକୃତି ବିଷୟରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ: _____

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

Y N U

ଗତ ୪ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ କୃଷି କ୍ଷେତ୍ରରେ ହଳ କରିବା/ କୃଷି କାର୍ଯ୍ୟ କରିବା କାମ କରିଥିଲେ କି ?

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

Y N U

ଗତ ୪ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ଧାନ ଜମିରେ କାମ କରିଥିଲେ କି ?

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

Y N U

ଗତ ୪ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ମାଛ ମାରିବାକୁ ଯାଇଥିଲେ କି ?

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

Y N U

ଆପଣଙ୍କ ଘର ବା ଜମି ନିକଟରେ ଜଳ (ସେଚନ) କେନାଲ ରହିଛି କି ?

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

Y N U

ଗତ ୪ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ ସ୍ଥିର ଜଳରେ କାମ କରିଥିଲେ କି ?

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

Y N U

ଗତ ୪ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣ "ଜାତୀୟ ଖାଦ୍ୟ ପାଇଁ ଆୟ ଯୋଜନା/ନିୟୁତ ଆୟ ସ୍ଥିମେରେ" କାର୍ଯ୍ୟ କରିଥିଲେ କି ?

If yes, ଯଦି ହଁ,

50a. Specify nature of last work ଗତ କାର୍ଯ୍ୟର ପ୍ରକୃତି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ: _____

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

Y N U

ଆପଣ ଜଙ୍ଗଲର ଖୁବ୍ ନିକଟରେ (୫ ମିନିଟ୍ ଚଳା ବାଟ ମଧ୍ୟରେ) ବସବାସ କରନ୍ତି କି ?

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

Y N U

ଗତ ୪ ସପ୍ତାହ ମଧ୍ୟରେ ଜଙ୍ଗଲକୁ ଯାଇଥିଲେ କି ?

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

ଯଦି ହଁ, କେଉଁ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟରେ ଆପଣ ଜଙ୍ଗଲରେ ପ୍ରବେଶ କରିଥିଲେ? (ସମସ୍ତ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟରେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ)

52a. Firewood collection ଜାଳେଣି କାଠ ସଂଗ୍ରହ

52b. Dry leaf collection ଶୁଖିଲା ପତ୍ର ସଂଗ୍ରହ

52c. Grass collection ଘାସ ସଂଗ୍ରହ

52d. Wood cutting/logging କାଠ ବାଟିବା/ଗଣ୍ଡି ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା

52e. Honey collection ମହୁ ସଂଗ୍ରହ

52f. Algae collection ଶୈବାଳ ସଂଗ୍ରହ

52g. Cattle grazing ଗାଈ ଚରାଇବା

52h. Work on agricultural land inside forest ଜଙ୍ଗଲ ଭିତରେ ଥିବା ଚାଷ ଜମିରେ କାମ କରିବା

52i. Fishing ମାଛ ଧରିବା

52j. Hunting ଶିକାର କରିବା

52k. Forest department work ଜଙ୍ଗଲ ବିଭାଗର କାମ

If yes, ଯଦି ହଁ, 52k. (i) specify ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ _____

52l. Leisure activities ଅବସର ଦିନୋଦନ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପ

If yes, ଯଦି ହଁ, 52l. (i) specify ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ _____

52m. Others ଅନ୍ୟାନ୍ୟ: _____

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

Y N U

କୃମି ଆରମ୍ଭ ହେବାର ୪ ସପ୍ତାହ ପୂର୍ବ ସମୟ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଘର ଭିତରେ ଏବଂ ଚାରିପଟେ ଆପଣ ଟିକ୍ସ ଦେଖିଥିଲେ କି?

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

Y N U

କୃମି ଆରମ୍ଭ ହେବାର ୪ ସପ୍ତାହ ପୂର୍ବ ସମୟ ମଧ୍ୟରେ ଆପଣଙ୍କ ଶରୀରରେ ଆପଣ ଟିକ୍ସ ଦେଖିଥିଲେ କି?

If yes, ଯଦି ହଁ,

54a. How do you remove them? _____

ଆପଣ କିପରି ତାହା ବାହାର କରିଥିଲେ?

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

ଆପଣଙ୍କ ଘରର ପାନୀୟ ଜଳର ଉତ୍ସ କଣ? (ସମସ୍ତ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟରେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ)

Dug well Hand pump Tube well Public well Public water tap
 କୂଅ ହାଣ୍ଡ ପମ୍ପ ନଳ କୂଅ ସାର୍ବଜନୀନ କୂଅ ସାର୍ବଜନୀନ ପାଣି ନଳ

Panchayath/Municipality water supply Tanker water supply Pond
 ପଞ୍ଚାୟତ/ମ୍ୟୁନିସିପାଲିଟି ଜଳଯୋଗାଣ ବ୍ୟାଙ୍କରରେ ଜଳଯୋଗାଣ ପୋଖରୀ

Stream Others _____
 ଝରଣା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ

56. Do you store water in home?

Y N U

ଆପଣ ଘରେ ପାଣି ସାଜତି ରଖନ୍ତି କି?

If yes, ଯଦି ହଁ,

56a. Where? (specify) କେଉଁଠାରେ? (ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଭାବରେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ) _____

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

Y N U

ଆପଣଙ୍କ ଘରେ ସ୍ୱଚ୍ଛାକର ପଞ୍ଜୀକୃତ ନ୍ୟୁନିଟ୍ରେଟିଂ କରନ୍ତି କି?

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

ଆପଣ କେଉଁଠାରେ ସ୍ନାନ କରନ୍ତି? (ସମସ୍ତ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟରେ ଟିକ୍ କରନ୍ତୁ)

River Pond Stream Home Other place (Specify) _____
 ନଦୀ ପୋଖରୀ ଝରଣା ଘରେ ଅନ୍ୟ ସ୍ଥାନରେ (ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ)

59. Did you sleep under the bednet last night?

Y N U

ଆପଣ ଗତ ରାତିରେ ମଶାଜାଲ ଠିକ୍ ତଳେ ଶୋଇଥିଲେ କି?

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

ଆପଣଙ୍କ ଘରକୁ/ରୋଗୀ ରହିଥିବା ସ୍ଥାନରେ, ଗତର କାର୍ତ୍ତୁକ୍ରମରେ ମଶା (କିମ୍ବା ଛାଉଣି) ବିରୋଧରେ ସିଞ୍ଚନ କରାଯାଇଛି କି?

ବିରୋଧରେ ସିଞ୍ଚନ କରିବା ପାଇଁ ଗତ ୧୨ ମାସ ମଧ୍ୟରେ କେହି ଆସିଛନ୍ତି କି?

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

ଯଦି ହଁ, ଆପଣ ବାସ କରୁଥିବା ସ୍ଥାନରେ କେତେ ମାସ ତଳେ ସିଞ୍ଚନ କରାଯାଇଥିଲା?

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

Y N U

ଆପଣଙ୍କ ଘରେ ୧୫ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ଶିଶୁ ଅଛନ୍ତି କି?

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

Y N U

ଆପଣ ଅସୁସ୍ଥ ହେବା ପୂର୍ବରୁ ମାସକ ମଧ୍ୟରେ ସମାନ ଅସୁସ୍ଥତାରେ ଆକ୍ରାନ୍ତ କୌଣସି ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ସଂସ୍ପର୍ଶରେ ଆସିଥିଲେ କି?

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

Y N U

ଆପଣ ଗତ ଏକ ମାସ ମଧ୍ୟରେ ଯାତ୍ରା କରିଥିଲେ କି?

If Yes, ଯଦି ହଁ,

63a. From ଠାରୁ: _____ To ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ: _____

Date DD MM YYYY
ତାରିଖ

63b. From ଠାରୁ: _____ To ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ: _____

Date DD MM YYYY
ତାରିଖ

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

Y N U

ଯଦି କୌଣସି ବିଷୟ ରହିଛି, ଯାହାକି ମୁଁ ଆପଣଙ୍କୁ ପଚାରି ନାହିଁ ବୋଲି ଭାବୁଛନ୍ତି ଆପଣ ମୋତେ କହିବାକୁ ଚାହଁବେ କି?

If Yes, describe ଯଦି ହଁ, ବର୍ଣ୍ଣନା କରନ୍ତୁ _____

HEALTH SEEKING BEHAVIOR ସ୍ୱସ୍ଥ ରହିବାକୁ ଚାହୁଁଥିବା ଆବରଣ (☑ Applicable ones)

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

ଆପଣ ଏହି ଅସୁସ୍ଥତା ପାଇଁ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ପହଞ୍ଚିବା ପୂର୍ବରୁ କୌଣସି ଔଷଧ ସେବନ କରିଥିଲେ କି ?

Y N U

If yes, ଯଦି ହଁ,

65a. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
 ନାମ ପ୍ରଥମ ବ୍ୟବହାର ତାରିଖ DD MM YYYY ଅବଧି

65b. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
 ନାମ ପ୍ରଥମ ବ୍ୟବହାର ତାରିଖ DD MM YYYY ଅବଧି

65c. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
 ନାମ ପ୍ରଥମ ବ୍ୟବହାର ତାରିଖ DD MM YYYY ଅବଧି

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

ଆପଣ ଏହି ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ପହଞ୍ଚିବା ପୂର୍ବରୁ ଏହି ଅସୁସ୍ଥତା ପାଇଁ କୌଣସି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କୁ ଭେଟିଥିଲେ କି ?

If Yes, ଯଦି ହଁ,

66a. Name of the practitioner/ facility ବୁଝିଧାରୀ/ବ୍ୟବସ୍ଥା ନାମ: _____

66b. Type ପ୍ରକାର:

Hospital ଡାକ୍ତରଖାନା Clinic କ୍ଲିନିକ୍ Home visit ଗୃହ ପରିଦର୍ଶନ Other ଅନ୍ୟାନ୍ୟ _____

66c. Date ତାରିଖ DD MM YYYY

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

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀ ଆପଣଙ୍କୁ କେଉଁ ରୋଗ ହୋଇଥିବାର ଚିହ୍ନଟ କରିଥିଲେ ?

68. What laboratory tests were performed?

କି କି ପରୀକ୍ଷା ପରୀକ୍ଷାଗାରରେ କରାଯାଇଥିଲା ?

| Specify test ପରୀକ୍ଷାଗୁଡ଼ିକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କରନ୍ତୁ | Result ଫଳାଫଳଗୁଡ଼ିକ |
|--------------------------------------------------|-----------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

69. SOCIO ECONOMIC STATUS (MODIFIED UDAY PAREEK SCALE)

☑ Tick 1 in each section

ସାମାଜିକ ଆର୍ଥିକ ସ୍ଥିତିର ସମୀକ୍ଷା (ସଂଶୋଧିତ ଉଦୟପାରିକ୍ ସ୍କେଲ୍ ଅନୁସାଧ୍ୟା)

| B1. | Type of houses ଗୃହର ପ୍ରକାର | Code କୋଡ୍ |
|-----|-------------------------------|-----------------------------|
| | Kutchha କଟ୍ଟା | 02 <input type="checkbox"/> |
| | Mixed ମିଶ୍ରିତ | 03 <input type="checkbox"/> |
| | Pucca ପକ୍କା | 05 <input type="checkbox"/> |

| B2. | Ownership ସ୍ୱତ୍ୱାଧିକାର | Code କୋଡ୍ |
|-----|---------------------------|-----------------------------|
| | Own ନିଜସ୍ୱ | 05 <input type="checkbox"/> |
| | Rented ଭଡାରେ ନିଆଯାଇଥିବା | 03 <input type="checkbox"/> |
| | Free ମାଗଣା | 00 <input type="checkbox"/> |

| B3. | Land holding ରହିଥିବା ଜମି | Code କୋଡ୍ |
|-----|------------------------------------|-----------------------------|
| | < 100 cents (1 acre) ସେଣ୍ଟ୍ ସକର | 02 <input type="checkbox"/> |
| | (1-4) acres ଏକର | 05 <input type="checkbox"/> |
| | (5-9) acres ଏକର | 10 <input type="checkbox"/> |
| | ≥ 10 acres ଏକର | 15 <input type="checkbox"/> |

| B4. | Vehicles ଯାନ | Code କୋଡ୍ |
|-----|--------------------------------|----------------------------------------|
| | Bicycle ବାଇସାଇକେଲ୍ | 02 <input type="checkbox"/> |
| | Two wheeler ଦୁଇ ଚକିଆ ଯାନ | 04 <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Auto/boat ଅଟୋ/ଡଙ୍ଗା | 08 <input type="checkbox"/> |
| | Four wheelers ଚାରି ଚକିଆ ଯାନ | 10 <input type="checkbox"/> |

| B5. | Household belongings ଘରେ ରହିଥିବା ଜିନିଷ | Code କୋଡ୍ |
|-----|-------------------------------------------|-----------------------------|
| | Radio ରେଡିଓ | 02 <input type="checkbox"/> |
| | Television ଟେଲିଭିଜନ | 05 <input type="checkbox"/> |
| | Telephone ଟେଲିଫୋନ | 08 <input type="checkbox"/> |

| B6. | Livestock ଗୃହପାଳିତ ପଶୁ | Code କୋଡ୍ |
|-----|---------------------------|-----------------------------|
| | Goat ଛେଳି | 02 <input type="checkbox"/> |
| | Cow ଗାଈ | 02 <input type="checkbox"/> |
| | Buffalo ମଇଁଷି | 04 <input type="checkbox"/> |

| B7. | Socio-participation ସାମାଜିକ ସହଭାଗିତା | Code କୋଡ୍ |
|-----|-----------------------------------------------------|-----------------------------|
| | No participation କୌଣସି ସହଭାଗିତା ନାହିଁ | 00 <input type="checkbox"/> |
| | Member of one organization ଗୋଟିଏ ଅନୁଷ୍ଠାନର ସଦସ୍ୟ | 05 <input type="checkbox"/> |
| | More than one organization ଏକତ୍ରୁତକ | 10 <input type="checkbox"/> |
| | Office holder ଅଫିସଧାରୀ | 15 <input type="checkbox"/> |
| | Wide public leader ବ୍ୟାପକ ସାର୍ବଜନୀନ ନେତା | 20 <input type="checkbox"/> |

| B8. | Occupation of eldest earning member of the house ଘରର ସବୁଠାରୁ ବୟସ୍କ ରୋଜଗାରିଆ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ବୃତ୍ତି | Code କୋଡ୍ |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| | Professional/white collar ପେଶାଦାର/ଶ୍ୱେତ କୋଲାର | 15 <input type="checkbox"/> |
| | Business ବ୍ୟବସାୟ | 10 <input type="checkbox"/> |
| | Skilled କୁଶଳୀ | 08 <input type="checkbox"/> |
| | Semiskilled ଅର୍ଦ୍ଧ-କୁଶଳୀ | 06 <input type="checkbox"/> |
| | Coolie/unskilled କୁଲି/ଅସକ୍ଷମ | 05 <input type="checkbox"/> |
| | Unemployed ବେକାର | 00 <input type="checkbox"/> |

| B9. | Highest literacy status of eldest earning member of the household ଗୃହର ସବୁଠାରୁ ବୟସ୍କ ରୋଜଗାରିଆ ସଦସ୍ୟଙ୍କର ସର୍ବାଧିକ ସାକ୍ଷରତା ସ୍ଥିତି | Code କୋଡ୍ |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| | Post Graduation & above ସ୍ନାତକୋତ୍ତର ଏବଂ ଅଧିକ | 20 <input type="checkbox"/> |
| | Graduation ସ୍ନାତକ | 15 <input type="checkbox"/> |
| | PUC (Higher Secondary ୧୧-୧୨) | 12 <input type="checkbox"/> |
| | Middle & high school (5-10) ମାଧ୍ୟମିକ ଏବଂ ଉଚ୍ଚ ବିଦ୍ୟାଳୟ (୫-୧୦) | 10 <input type="checkbox"/> |
| | Primary (1-4) ପ୍ରାଥମିକ (୧-୪) | 05 <input type="checkbox"/> |
| | Illiterate ନିରକ୍ଷର | 00 <input type="checkbox"/> |

| B10. | Family members working abroad ପରିବାରର ସଦସ୍ୟ ବିଦେଶରେ କାମ କରୁଛନ୍ତି | Code କୋଡ୍ |
|------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| | Yes ହଁ | 05 <input type="checkbox"/> |
| | No ନା | 00 <input type="checkbox"/> |

| Score ପ୍ରାପ୍ତଅଙ୍କ | Grade ଗ୍ରେଡ୍ | Code କୋଡ୍ |
|----------------------|-----------------|--------------|
| <40 | Low ନିମ୍ନ | 01 |
| 40-70 | Middle ମଧ୍ୟମ | 02 |
| >70 | High ଉଚ୍ଚ | 03 |

TOTAL SCORE ସମୁଦାୟ ପ୍ରାପ୍ତଅଙ୍କ: SES ସାମାଜିକ ଆର୍ଥିକ ସ୍ଥିତି:

PHYSICAL EXAMINATION - PART A (☑ Applicable ones)

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

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

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

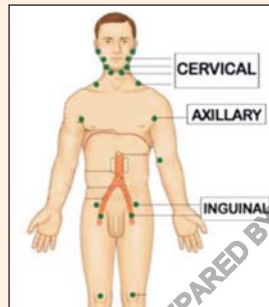
79. Pallor
 Y N



80. Icterus
 Y N



81. Lymphadenopathy
 Y N



82. Edema
 Y N

If yes,
 facial edema
 pedal edema
 others _____

83. Cyanosis
 Y N



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



Tick whichever applicable

85. Ear discharge
 Y N



86. Parotitis
 Y N



87. Oral ulcers
 Y N



88. Rash

88a. If yes, tick all applicable

Y N



Macule



Papule



Maculopapular



Vesicle



Patch



Bullae



Spotted Fever Rash



Erythema



Petechiae



Purpura



Echymosis

Others _____

89. Eschar

Y N



Location : _____

Single Multiple

90. Black Eschar

Y N




Location : _____


Single Multiple

Size : _____ cm


91. Skin lesions Y N




Pustules



Nodules



Ulcers




Vegetation

Others _____


92. Skin abscess / Cellulitis : Y N

If yes,

92 a. Skin abscess Y N



92 b. Cellulitis Y N



Location : _____

93. Any other wound Y N Specify _____

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

94b. Location: _____

95. Bleeding Y N If yes, specify _____

96. Other observations/comments: _____

PHYSICAL EXAMINATION - PART B (☑ Applicable ones)

97. Breath sounds Normal Stridor Ronchi Crepitation

98. Cardiac murmurs Y N Type _____

If yes, Specify site _____

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

101. Splenomegaly Y N Size: _____ cm

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

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

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

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

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

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

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

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

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

110. Other observations/comments:

LABORATORY INVESTIGATIONS (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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

| FOLLOW UP STATUS (☑ Applicable ones) | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Study ID # | |
| Form No: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 167. Attempt 1 | Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 167a. Response _____ | |
| 168. Attempt 2 | Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 168a. Response _____ | |
| 169. Attempt 3 | Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 169a. Response _____ | |
| 170. Patient came for follow up | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 170a. Date | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 171. Patient deceased | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 171a. Date | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 172. Patient lost for follow up | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | 172a. Date | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| FOLLOW UP QUESTIONNAIRE ଅନୁବର୍ତ୍ତନ ପ୍ରଶ୍ନାବଳୀ (☑ Applicable ones) | | | |
| <p>173. Compared to when you were admitted to the hospital, how do you feel now? ଆପଣ ଯେତେବେଳେ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଦାଖଲ ହୋଇଥିଲେ ତାହା ତୁଳନାରେ ବର୍ତ୍ତମାନ କିପରି ଅନୁଭବ କରୁଛନ୍ତି?</p> <p> <input type="checkbox"/> Fully recovered <input type="checkbox"/> Better <input type="checkbox"/> No change <input type="checkbox"/> Worsened ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଆରୋଗ୍ୟ ଭଲମନ୍ତ ବୃଦ୍ଧି କୌଣସି ପରିବର୍ତ୍ତନ ନାହିଁ ଅତି ଖରାପ </p> | | | |
| <p>I am going through a list of symptoms, please indicate which symptoms you experienced after you got discharged from the hospital ମୁଁ ଲକ୍ଷଣଗୁଡ଼ିକ ବର୍ଣ୍ଣନା କରୁଛି, ଆପଣ ଡାକ୍ତରଖାନାରୁ ବିଶୁଦ୍ଧ ହେବା ପରେ କେଉଁ ଲକ୍ଷଣ ଅନୁଭବ କରିଥିଲେ ବୟାକରି ବର୍ଣ୍ଣାନ୍ତୁ?</p> | | | |
| | | Duration (days) ଅବଧି (ଦିନରେ) | Comments ଟିପ୍ପଣୀ |
| 174. Fever ଝୁର | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U | _____ | _____ |
| 175. Chills/rigors ଥଣ୍ଡା ଲାଗିବା/ବମ ଆସିବା | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U | _____ | _____ |
| 176. Night sweats ରାତିରେ ଝାଳ ଦୋହିବା | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U | _____ | _____ |
| 177. Cough କାଶ | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U | _____ | _____ |
| 178. Headache ମୁଣ୍ଡ ବ୍ୟଥା | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U | _____ | _____ |
| 179. Seizures ବାତ ମାରିବା | <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U | _____ | _____ |
| If Yes, ଯଦି ହଁ, | <p>179a. Type of seizure: <input type="checkbox"/> Focal <input type="checkbox"/> Generalized ବାତର ପ୍ରକାର ଫୋକାଲ ଜେନେରାଲାଇଜଡ଼</p> <p>179b. How many times? <input type="text"/> 179c. Duration _____ କେତେ ଥର? ଅବଧି</p> | | |

Study ID #

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Clinical Sample Information

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

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

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

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

| 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





INSPIRED BY LIFE

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