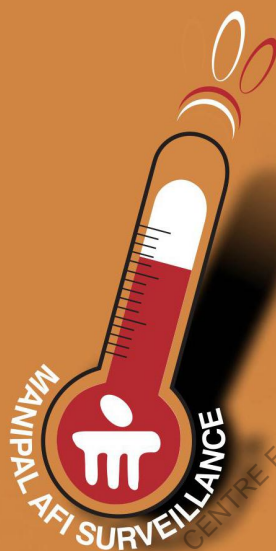


Study ID #



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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH



Manipal Centre for Virus Research (MCVR)
Manipal University

List of Abbreviations

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



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

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



INSPIRED BY LIFE

Acute Febrile Illness Case Report Form (CRF)

Instructions to the Interviewer:

- Kindly read the following points and acknowledge by signing on the space provided.
- Ensure privacy before beginning the interview.
 - Obtain informed consent.
 - Introduce yourself and establish a good rapport with the person being interviewed.

Form No: TR

Signature of the interviewer

PATIENT INFORMATION

Date:

Study ID #

First Name

Last Name

Telephone No: Mobile:

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

Address: House name/ No: _____

Designated ASHA Worker's Name & Contact Details: _____

Specimen Data Form

To be filled during the time of recruitment Study ID # Form No: TR

For recruitment personnel only

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

Samples collected:

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

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

Recruiter's signature: _____

Lab in charge's signature: _____

NURSE REMINDER CARD

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

Study ID # Form No: TR

Date of recruitment:

Name: _____

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

Age: _____ Gender: _____ Place: _____

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

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

PATIENT CARD

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

Study ID # Form No: TR

Date for Follow-up visit:

Name: _____

Date of recruitment: _____ IP No.: _____

Age: _____ Gender: _____ Place: _____

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

দয়া করে যত্ন সহকারে এই কার্ডটি রাখবেন এবং হাসপাতালে আপনার পরবর্তী সাক্ষাতে এই

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

CONTACT NUMBERS

1. Interviewer:
2. Study Manager:

রোগী তথ্য পৃষ্ঠা তথা সম্মতি - 1- 65 বছর

ভারতে অ?যাকিউট ফেরাইল ইলনেস-এ (এএফআই)
(তীর জ্বরঘটিত অসুস্থতা) হাসপাতাল আধারিত নজরদারি

অংশগ্রহণের জন্য ঐচ্ছিক সম্মতি

মুখ্য অনুসন্ধানকারী : ড. জি অরুণকুমার

প্রফেসর, এবং প্রধান

মনিপাল সেন্টার ফর ভাইরাস রিসার্চ, মনিপাল

ইউনিভার্সিটি, মনিপাল, কর্ণাটক রাজ্য, ভারত - 576 104

ইমেল : arun.kumar@manipal.edu

মোবাইল : +91-9148970864

ফ্যাক্স : +91-820-2922718

Study ID #

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

আপনাকে বা আপনার পরিবারের সদস্যকে একটি গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করার জন্ম বলা হচ্ছে। এই নিদর্শের বাকি অংশে, “আপনি” বলতে এমন একজন ব্যক্তিকে বোঝানো হচ্ছে যিনি অসুস্থ, তিনি, আপনি, আপনার সন্তান, বা অন্য কোন ব্যক্তি হতে পারেন যার জন্ম আপনি দায়িত্বপ্রাপ্ত এবং এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণের জন্ম সম্মতি দিতে আইনতঃ সক্ষম। এই অধ্যয়নে আপনার অংশগ্রহণ সম্পূর্ণভাবে ঐচ্ছিক যেখানে আপনি এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করা স্থির করতেও পারেন আবার নাও করতে পারেন। যদি আপনি এই অধ্যয়নের অংশগ্রহণ না করতে চান, তবুও আপনি নিয়মিত চিকিৎসাগত পরিচর্যা পাবেন।

উদ্দেশ্যঃ

এই অধ্যয়নের উদ্দেশ্য হল যেসব রোগীরা জ্বর নিয়ে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন তাদের ক্ষেত্রে রোগের সাধারণ কারণগুলি কি কি তা খুঁজে বের করা। জ্বর হলে মানুষের চিকিৎসাগত পরিচর্যা চাওয়া স্বাভাবিক। যদিও কিছু কিছু কারণ জানা গেছে, তবুও সংক্রমণের বহু কারণ এবং মানুষেরা কেন এই সংক্রমণে আক্রান্ত হন তা জানা নেই। এইসমস্ত রোগের জন্ম বর্তমানে কিছু কিছু ক্ষেত্রে নতুন ল্যাবরেটরী পরীক্ষাগুলি উপলব্ধ হয়েছে। আপনার ও আপনার অসুস্থতার বিষয়ে যত্ন সহকারে তথ্য সংগ্রহ করে এবং তারপর জ্বরের নানা কারণগুলি পরীক্ষা করে আমরা আপনার এলাকায় জ্বরের কারণগুলির বিষয়ে আরও বেশি জানার চেষ্টা করি এবং এই সব সংক্রমণগুলিকে যাতে আরও ভালোভাবে মোকাবিলা ও প্রতিরোধ করা যায় তার চেষ্টা করি। যদি আপনি একজন নাবালক/নাবালিকা হন, তাহলে আপনার পিতামাতা অধ্যয়নটির বিষয়ে জানেন এবং এই অধ্যয়নে আপনার অংশগ্রহণে সম্মতি জানিয়েছেন।

পদ্ধতিগুলির ব্যাখ্যা

আমরা কি করতে চাই

আপনাকে এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করতে বলা হচ্ছে কারণ আপনি এই হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন, আপনার জ্বর আছে, এবং আপনার চিকিৎসক মনে করেন যে আপনার সংক্রমণ হয়েছে। যদি আপনি অংশগ্রহণ করতে সম্মত হন, তাহলে আপনাকে আপনার বর্তমান ও পূর্বের চিকিৎসাগত অবস্থার বিষয়ে প্রশ্ন করা হবে, এবং আপনার স্বাস্থ্য, অভ্যাস ও পরিবারের বিষয়ে সাধারণ প্রশ্ন করা হবে। এই প্রশ্নগুলির উত্তর দিতে প্রায় ১৫ মিনিট সময় লাগবে। একজন স্বেচ্ছাসেবক হিসেবে, আপনাকে সেই প্রশ্নের উত্তর দিতে হবে না যাতে আপনি স্বাচ্ছন্দ্য বোধ করবেন না।

হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়, আপনার বাহু থেকে ১০ মিলিলিটার (এমএল) পর্যন্ত রক্ত (১ থেকে ২ চা-চামচ) নেওয়া হবে। আপনার চিকিৎসকের নির্দেশমত নিয়মমাত্রিক পরীক্ষাগুলির জন্ম এই রক্ত ব্যবহার করা হবে এবং আপনার সংক্রমণের কারণ নির্ণয়ের জন্ম পরীক্ষাগুলি করতেও ব্যবহার করা হবে।

আপনার গলা এবং/বা আপনার নাকের পিছনে একটি কাপড়ের শোষক ঘষে আমরা একটি গলা এবং/বা নাকের স্লেস্মার নমুনা, এবং মূত্র নমুনা নেব।

যদি আপনার জলের মতো মল (পাতলা পায়খানা) হয়, তাহলে আপনাকে অল্প পরিমাণ মলের নমুনা দিতে বলা হবে, বা যদি দিতে অক্ষম হন তাহলে আপনার পায়ুর উপরিতল থেকে একটি মলনালীর কিল্লীর (রেকটাল সোয়াব) নমুনা সংগ্রহ করা হবে।

আপনার নিয়মমাত্রিক পরিচর্যার অংশ হিসেবে যদি আপনার চিকিৎসক একটি মেরুদণ্ডগত তরল (স্পাইনাল ফ্লুইড) নেওয়ার পরিকল্পনা করে থাকেন, তাহলে তা ২-৪ মিলিলিটার (এক চা-চামচের ও কম) সংগ্রহ করা হবে এবং অধ্যয়নটির জন্ম পরীক্ষা করা হবে। যদি আপনার চিকিৎসক মনে করেন যে এই অধ্যয়নের অংশ হিসাবে নয়, আপনার পরিচর্যার অংশ হিসেবে এটি প্রয়োজনীয়, শুধুমাত্র তখনই আপনার কাটিদেশে ছিদ্র (লাম্বার পাংচার) করা হবে।

মাঝে মাঝে, শুধুমাত্র কিছু সময় পরেই সংক্রমণগুলি চিহ্নিত হয় এবং সেই কারণেই আমরা দুটি অতিরিক্ত সময়ে রক্ত নেব অর্থাৎ হাসপাতাল থেকে ছাড়ার সময় ও ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতের সময়ঃ ১) হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার আগে ৫ মিলিলিটার (প্রায় এক চা-চামচ) রক্ত নেওয়া হবে; এবং ২) ছাড়া পাওয়ার ৪ থেকে ৬ সপ্তাহ পরে পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম আপনাকে হাসপাতালে ফিরে আসতে বলা হবে। এই ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতটি প্রায় ১৫ মিনিট সময় নেবে। সাক্ষাত চলাকালীন, আপনি হাসপাতাল ছাড়ার পর কেমন অনুভব করেছেন সে বিষয়ে আপনাকে কিছু প্রশ্ন করা হবে। ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতে, একই পদ্ধতিতে আবার ৫ মিলিলিটার রক্ত নেওয়া হবে। যদি আপনি ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী নির্দিষ্ট সময়ের সাক্ষাতের জন্ম ফিরে না আসেন, তাহলে অধ্যয়ন দলের থেকে যেকোন একজন ফোনের মাধ্যমে বা আপনার বাড়িতে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন এটি জানার জন্ম যে ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম আপনি এখনও আসতে ইচ্ছুক কি না এবং আপনার অসুস্থতার বিষয়ে আপনি প্রশ্নের উত্তর দিতে পারেন কি না।

নিয়মমাত্রিক পরীক্ষাগুলির অতিরিক্ত হিসেবে সেইসব নানা ধরনের সংক্রমণের জন্ম সংগৃহীত নমুনাগুলি পরীক্ষা করা হবে, যেগুলি আপনার অসুস্থতার কারণ হতে পারে এবং আপনাকে অসুস্থ করেছে।

আপনার নমুনাগুলির পরীক্ষা এই হাসপাতালে এবং মনিপাল সেন্টার ফর ভাইরাস রিসার্চ (এমসিভিআর), মনিপাল ইউনিভার্সিটি (এমইউ) দ্বারা পরিচালিত পরীক্ষাগারগুলিতে উভয় স্থানেই করা হবে। যে সমস্ত পরীক্ষাগুলি সম্পন্ন করা হবে সেগুলি আপনার হাসপাতালে সম্পন্ন করা নিয়মমাত্রিক পরীক্ষাগুলির পরিপূরক হবে, সেগুলিকে বদলাবে না।

আপনার অসুস্থতা ও ভর্তির বিষয়ে অধ্যয়ন দল আপনার চিকিৎসাগত নথি থেকেও তথ্য সংগ্রহ করবে এবং কেস রিক্রুটমেন্ট ফর্মস (সিআরএফ) সম্পূর্ণ করবে।

সুবিধাগুলি

এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণের জন্ম আপনি কোনো প্রত্যক্ষ ব্যক্তিগত সুবিধা নাও পেতে পারেন। আপনি এই অধ্যয়নের জন্ম স্বেচ্ছাসেবক হন বা না হন, আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের কাছ থেকে আপনি একই চিকিৎসাগত পরিচর্যা পাবেন। অতিরিক্ত পরীক্ষাগারের পরীক্ষার ফলাফলগুলি উপলব্ধ হলে তা আপনার চিকিৎসককে প্রদান করা হবে এবং আপনার চিকিৎসা নথিতে রাখা হবে। এই ফলাফলগুলি আপনার চিকিৎসাগত পরিচর্যায় সাহায্য করতে পারে। বিভিন্ন ধরনের

ঘটমান সংক্রমণগুলিকে জানা এবং সেগুলিকে কিভাবে প্রতিরোধ করা যায় তা বোঝার মাধ্যমে এই অশ্বয়নটি ভবিষ্যতে আপনার সম্প্রদায়ের মানুষের স্বাস্থ্যের উন্নতি ঘটাতে পারে।

ঝুঁকি ও অশ্বয়নগুলি

এই অশ্বয়নে অংশগ্রহণে রক্ত সংগ্রহের ও সময়ের সাথে সম্পর্কিত কিছু ঝুঁকি থাকে, যার জন্ম প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়া প্রয়োজনীয়। রক্ত নেওয়ার জন্ম ঝবহৃত সূচদন্ড থেকে কিছু অশ্বয়ন হতে পারে। সূচ ফোটারোর জায়গায় আপনার ফোলাভাব বা কালশিটেও হতে পারে; ঐ স্থানে সংক্রমণের সামান্য ঝুঁকি রয়েছে। যদিও যখন রক্ত নেওয়া হয় তখন বেশিরভাগ ব্যক্তিরই কোন সংক্রমণ বা উল্লেখযোগ্য ফোলাভাব থাকে না, তবুও এই সকল পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়াগুলি সমস্ত ক্ষেত্রে প্রতিরোধ করা যায় না। যদি আপনার এই রোগলক্ষণগুলির কোন একটি দেখা দেয়, তাহলে ২ সপ্তাহের কম সময়ে এগুলির বেশিরভাগই নিরাময় হওয়ার সম্ভাবনা রয়েছে। রক্ত নেওয়ার সময় কোন কোন ব্যক্তির মাথা ঘোরে এবং হৃদস্পন্দন বেড়ে যেতে পারে। আপনাকে শুষিয়ে দিলে এবং/বা পদ্ধতিটি বন্ধ করে দিলে এই রোগলক্ষণগুলিকে সাধারণতঃ থামানো যেতে পারে। প্রস্তাবিত অশ্বয়নটির সাথে কোনো আঘাতের আশঙ্কা জড়িত নেই? তবে, এই অশ্বয়নে থাকার ফলে যদি আপনার কোনো আঘাত বা খারাপ পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া হয়ে থাকে, তাহলে আপনার আঘাতের জন্ম আপনি চিকিৎসাগত পরিচর্যা বা চিকিৎসা পাবেন।

অশ্বয়নে থাকার জন্ম আপনাকে কোনো অর্থ প্রদান করা হবে না? এই অশ্বয়নে অংশগ্রহণ করার জন্ম আপনার কোনো খরচ হবে না। সমস্ত সরবরাহ ও উপাদান বিনামূল্যে প্রদান করা হবে। হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার ৪-৬ সপ্তাহ পরে আপনি যখন পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম ফিরে আসবেন, তখন আপনার যাতায়াতের খরচ ও আপনার সময়ের জন্ম আপনি এককালীন নির্দিষ্ট ৬০০টাকা পাবেন।

কোন স্বার্থহানি ব্যতিরেকে অংশগ্রহণ প্রণোদনা

আপনার অংশগ্রহণ সম্পূর্ণরূপে ঐচ্ছিক। কোনো স্বার্থহানি ছাড়াই যেকোন পর্যায়ে অশ্বয়ন থেকে প্রণোদনা করার স্বাধীনতা আপনার থাকবে। আপনি হাসপাতাল থেকে যে চিকিৎসা পান তার মানের উপর এর কোন প্রভাব পড়বে না।

বিকল্পগুলি

এই অশ্বয়নে অংশগ্রহণ করার কোন বিকল্প নেই।

গোপনীয়তা (একান্ততা)

অশ্বয়ন কর্মী অশ্বয়ন সমাপ্তির পর সহ সব সময়ে আপনার পরীক্ষার ফলাফলগুলি ও আপনার বিষয়ে সংগৃহীত তথ্যগুলি সুরক্ষিত রাখবেন? এই গবেষণা থেকে উদ্ভূত কোন প্রকাশনা বা নথিতে আপনার নাম প্রকাশিত হবে না, এমনকি যদি আপনার চিকিৎসায় সহায়তা করার জন্ম আপনার চিকিৎসাকারী চিকিৎসকের কাছে আপনার পরীক্ষার ফলাফলগুলি উপলব্ধ হয় তবুও।

প্রশ্নাবলী

এই অশ্বয়নের পরিপ্রেক্ষিতে আপনার অধিকার ও বিশেষ সুবিধার বিষয়ে যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে মনিপাল ইউনিভার্সিটি, মনিপাল-এ ড. লক্ষ্মীনারায়ণ বৈরীর সাথে সোমবার থেকে শনিবারের মধ্যে সকাল ৯ টা থেকে বিকেল ৫ টার মধ্যে ৯৪৪৯২০৮৪৭৮ মোবাইল নম্বরে যোগাযোগ করুন।

এই অশ্বয়নের বিষয়ে যদি আপনার কোন প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে ড. জি অরুণকুমারের সাথে ৯১৪৮৯৭০৮৬৪ নম্বরে যোগাযোগ করুন। যেকোন সময় আঘাত, পরিচর্যা বা সম্মতি সম্পর্কিত সমস্যায় যেকোন প্রশ্নের জন্ম আপনি তাকে নির্ধায় ফোন করতে পারেন। অশ্বয়ন যেকোন প্রশ্নের জন্ম আপনি অনুগ্রহ করে আপনাকে পদত্ব ‘রোগী কার্ড’-এর পিছনের অংশের উল্লেখ করুন যেখানে স্থানীয় যোগাযোগের বিষয়ে উল্লেখ করা রয়েছে।

এই নির্দেশ দেওয়া টেলিফোন নম্বরটি চিকিৎসাগত জরুরী অবস্থার ক্ষেত্রে ব্যবহার করা উচিত নয়। যদি আপনার কোনো চিকিৎসাগত জরুরী অবস্থার প্রয়োজন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে নিকটতম স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যান।

সংরক্ষণের অনুমতি এবং নমুনাগুলির ভবিষ্যৎ ব্যবহারবিধিঃ

জ্বর সম্পর্কিত রোগের কারণের বিষয়ে ভবিষ্যতে গবেষণার জন্ম এই অশ্বয়নে সংগৃহীত রক্ত, মেরুদণ্ডগত তরল, নাক/গলার স্লেম, মূত্র ও মলের নমুনা আপনার অনুমতি সাপেক্ষে এমসিভিআর, এমইউ-তে ১০ বছর পর্যন্ত সময়কালের জন্ম রেখে দেওয়া হবে। নমুনাগুলি শুধুমাত্র অশ্বয়ন আইডি নম্বর দিয়ে সংরক্ষণ করা হবে, এবং আপনার/আপনার পরিবারের সদস্যের নামে নয়। ভারতে বর্তমানে যে সকল পরীক্ষাগুলি উপলব্ধ নয়, সেগুলির জন্ম নমুনাগুলি ভারতের বাইরে পাঠানো হতে পারে; এটি শুধুমাত্র ভারত সরকারের অনুমতি নিয়েই করা হবে। ভবিষ্যতে ব্যবহার/অন্যান্য পরীক্ষার জন্ম আপনি যদি এই নমুনাগুলি সংরক্ষণ/পরীক্ষা করতে না চান, তাহলে অশ্বয়নের সমস্ত পরীক্ষা সম্পূর্ণ হয়ে যাওয়ার পর নমুনাগুলি নষ্ট করে ফেলা হবে। আপনার/আপনার পরিবারের সদস্যের কোন জিনঘটিত পরীক্ষার জন্ম নমুনাগুলির কখনই ব্যবহার করা হবে না।

যদি আপনি অশ্বয়নে থাকতে চান, তাহলে নীচের দাগে আপনার স্বাক্ষর প্রদান করুন? দাগের উপর স্বাক্ষর করার অর্থ হল আপনি বলছেন, “এই মুহূর্তে আমি এই অশ্বয়নে থাকতে চাই।”

আমি শংসায়িত করছি যে নিদর্শনটি আমার কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং এই অশ্বয়নের বিষয়ে আমার সব প্রশ্নের উত্তর দেওয়া হয়েছে।

অংশগ্রহণকারী/১৪ বছরের কম বয়সী শিশুদের ক্ষেত্রে পিতামাতা বা দায়িত্বপ্রাপ্ত পূর্ণবয়স্কের স্বাক্ষর/বাম বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠির ছাপ

অংশগ্রহণকারীর নাম

বা

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

১৪ বছরের কম বয়সী শিশুদের ক্ষেত্রে পিতামাতা/ দায়িত্বপ্রাপ্ত পূর্ণবয়স্কের নাম

অংশগ্রহণকারীর সাথে সম্পর্ক

সাক্ষীর স্বাক্ষর

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

অনুমোদিত অশ্বয়ন কর্মী/পিআই-এর স্বাক্ষর

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

রোগী তথ্য পৃষ্ঠা তথা সম্মতি - 1- 65 বছর

ভারতে অ?যাকিউট ফেরাইল ইলনেস-এ (এএফআই)
(তীর জ্বরঘটিত অসুস্থতা) হাসপাতাল আধারিত নজরদারি

অংশগ্রহণের জন্য ঐচ্ছিক সম্মতি

মুখ্য অনুসন্ধানকারী : ড. জি অরুণকুমার

প্রফেসর, এবং প্রধান

মনিপাল সেন্টার ফর ভাইরাস রিসার্চ, মনিপাল

ইউনিভার্সিটি, মনিপাল, কর্ণাটক রাজ্য, ভারত - 576 104

ইমেল : arun.kumar@manipal.edu

মোবাইল : +91-9148970864

ফ্যাক্স : +91-820-2922718

Study ID #

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

আপনাকে বা আপনার পরিবারের সদস্যকে একটি গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করার জন্ম বলা হচ্ছে। এই নিদর্শের বাকি অংশে, “আপনি” বলতে এমন একজন ব্যক্তিকে বোঝানো হচ্ছে যিনি অসুস্থ, তিনি, আপনি, আপনার সন্তান, বা অন্য কোন ব্যক্তি হতে পারেন যার জন্ম আপনি দায়িত্বপ্রাপ্ত এবং এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণের জন্ম সম্মতি দিতে আইনতঃ সক্ষম। এই অধ্যয়নে আপনার অংশগ্রহণ সম্পূর্ণভাবে ঐচ্ছিক যেখানে আপনি এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করা স্থির করতেও পারেন আবার নাও করতে পারেন। যদি আপনি এই অধ্যয়নের অংশগ্রহণ না করতে চান, তবুও আপনি নিয়মিত চিকিৎসাগত পরিচর্যা পাবেন।

উদ্দেশ্যঃ

এই অধ্যয়নের উদ্দেশ্য হল যেসব রোগীরা জ্বর নিয়ে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন তাদের ক্ষেত্রে রোগের সাধারণ কারণগুলি কি কি তা খুঁজে বের করা। জ্বর হলে মানুষের চিকিৎসাগত পরিচর্যা চাওয়া স্বাভাবিক। যদিও কিছু কিছু কারণ জানা গেছে, তবুও সংক্রমণের বহু কারণ এবং মানুষেরা কেন এই সংক্রমণে আক্রান্ত হন তা জানা নেই। এইসমস্ত রোগের জন্ম বর্তমানে কিছু কিছু ক্ষেত্রে নতুন ল্যাবরেটরী পরীক্ষাগুলি উপলব্ধ হয়েছে। আপনার ও আপনার অসুস্থতার বিষয়ে যত্ন সহকারে তথ্য সংগ্রহ করে এবং তারপর জ্বরের নানা কারণগুলি পরীক্ষা করে আমরা আপনার এলাকায় জ্বরের কারণগুলির বিষয়ে আরও বেশি জানার চেষ্টা করি এবং এই সব সংক্রমণগুলিকে যাতে আরও ভালোভাবে মোকাবিলা ও প্রতিরোধ করা যায় তার চেষ্টা করি। যদি আপনি একজন নাবালক/নাবালিকা হন, তাহলে আপনার পিতামাতা অধ্যয়নটির বিষয়ে জানেন এবং এই অধ্যয়নে আপনার অংশগ্রহণে সম্মতি জানিয়েছেন।

পদ্ধতিগুলির ব্যাখ্যা

আমরা কি করতে চাই

আপনাকে এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করতে বলা হচ্ছে কারণ আপনি এই হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন, আপনার জ্বর আছে, এবং আপনার চিকিৎসক মনে করেন যে আপনার সংক্রমণ হয়েছে। যদি আপনি অংশগ্রহণ করতে সম্মত হন, তাহলে আপনাকে আপনার বর্তমান ও পূর্বের চিকিৎসাগত অবস্থার বিষয়ে প্রশ্ন করা হবে, এবং আপনার স্বাস্থ্য, অভ্যাস ও পরিবারের বিষয়ে সাধারণ প্রশ্ন করা হবে। এই প্রশ্নগুলির উত্তর দিতে প্রায় ১৫ মিনিট সময় লাগবে। একজন স্বেচ্ছাসেবক হিসেবে, আপনাকে সেই প্রশ্নের উত্তর দিতে হবে না যাতে আপনি স্বাচ্ছন্দ্য বোধ করবেন না।

হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়, আপনার বাহু থেকে ১০ মিলিলিটার (এমএল) পর্যন্ত রক্ত (১ থেকে ২ চা-চামচ) নেওয়া হবে। আপনার চিকিৎসকের নির্দেশমত নিয়মমাত্রিক পরীক্ষাগুলির জন্ম এই রক্ত ব্যবহার করা হবে এবং আপনার সংক্রমণের কারণ নির্ণয়ের জন্ম পরীক্ষাগুলি করতেও ব্যবহার করা হবে।

আপনার গলা এবং/বা আপনার নাকের পিছনে একটি কাপড়ের শোষক ঘষে আমরা একটি গলা এবং/বা নাকের স্লেস্মার নমুনা, এবং মূত্র নমুনা নেব।

যদি আপনার জলের মতো মল (পাতলা পায়খানা) হয়, তাহলে আপনাকে অল্প পরিমাণ মলের নমুনা দিতে বলা হবে, বা যদি দিতে অক্ষম হন তাহলে আপনার পায়ুর উপরিতল থেকে একটি মলনালীর কিল্লীর (রেকটাল সোয়াব) নমুনা সংগ্রহ করা হবে।

আপনার নিয়মমাত্রিক পরিচর্যার অংশ হিসেবে যদি আপনার চিকিৎসক একটি মেরুদণ্ডগত তরল (স্পাইনাল ফ্লুইড) নেওয়ার পরিকল্পনা করে থাকেন, তাহলে তা ২-৪ মিলিলিটার (এক চা-চামচের ও কম) সংগ্রহ করা হবে এবং অধ্যয়নটির জন্ম পরীক্ষা করা হবে। যদি আপনার চিকিৎসক মনে করেন যে এই অধ্যয়নের অংশ হিসাবে নয়, আপনার পরিচর্যার অংশ হিসেবে এটি প্রয়োজনীয়, শুধুমাত্র তখনই আপনার কাটিদেশে ছিদ্র (লাম্বার পাংচার) করা হবে।

মাঝে মাঝে, শুধুমাত্র কিছু সময় পরেই সংক্রমণগুলি চিহ্নিত হয় এবং সেই কারণেই আমরা দুটি অতিরিক্ত সময়ে রক্ত নেব অর্থাৎ হাসপাতাল থেকে ছাড়ার সময় ও ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতের সময়ঃ ১) হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার আগে ৫ মিলিলিটার (প্রায় এক চা-চামচ) রক্ত নেওয়া হবে; এবং ২) ছাড়া পাওয়ার ৪ থেকে ৬ সপ্তাহ পরে পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম আপনাকে হাসপাতালে ফিরে আসতে বলা হবে। এই ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতটি প্রায় ১৫ মিনিট সময় নেবে। সাক্ষাত চলাকালীন, আপনি হাসপাতাল ছাড়ার পর কেমন অনুভব করেছেন সে বিষয়ে আপনাকে কিছু প্রশ্ন করা হবে। ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতে, একই পদ্ধতিতে আবার ৫ মিলিলিটার রক্ত নেওয়া হবে। যদি আপনি ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী নির্দিষ্ট সময়ের সাক্ষাতের জন্ম ফিরে না আসেন, তাহলে অধ্যয়ন দলের থেকে যেকোন একজন ফোনের মাধ্যমে বা আপনার বাড়িতে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন এটি জানার জন্ম যে ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম আপনি এখনও আসতে ইচ্ছুক কি না এবং আপনার অসুস্থতার বিষয়ে আপনি প্রশ্নের উত্তর দিতে পারেন কি না।

নিয়মমাত্রিক পরীক্ষাগুলির অতিরিক্ত হিসেবে সেইসব নানা ধরনের সংক্রমণের জন্ম সংগৃহীত নমুনাগুলি পরীক্ষা করা হবে, যেগুলি আপনার অসুস্থতার কারণ হতে পারে এবং আপনাকে অসুস্থ করেছে।

আপনার নমুনাগুলির পরীক্ষা এই হাসপাতালে এবং মনিপাল সেন্টার ফর ভাইরাস রিসার্চ (এমসিভিআর), মনিপাল ইউনিভার্সিটি (এমইউ) দ্বারা পরিচালিত পরীক্ষাগারগুলিতে উভয় স্থানেই করা হবে। যে সমস্ত পরীক্ষাগুলি সম্পন্ন করা হবে সেগুলি আপনার হাসপাতালে সম্পন্ন করা নিয়মমাত্রিক পরীক্ষাগুলির পরিপূরক হবে, সেগুলিকে বদলাবে না।

আপনার অসুস্থতা ও ভর্তির বিষয়ে অধ্যয়ন দল আপনার চিকিৎসাগত নথি থেকেও তথ্য সংগ্রহ করবে এবং কেস রিক্রুটমেন্ট ফর্মস (সিআরএফ) সম্পূর্ণ করবে।

সুবিধাগুলি

এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণের জন্ম আপনি কোনো প্রত্যক্ষ ব্যক্তিগত সুবিধা নাও পেতে পারেন। আপনি এই অধ্যয়নের জন্ম স্বেচ্ছাসেবক হন বা না হন, আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের কাছ থেকে আপনি একই চিকিৎসাগত পরিচর্যা পাবেন। অতিরিক্ত পরীক্ষাগারের পরীক্ষার ফলাফলগুলি উপলব্ধ হলে তা আপনার চিকিৎসককে প্রদান করা হবে এবং আপনার চিকিৎসা নথিতে রাখা হবে। এই ফলাফলগুলি আপনার চিকিৎসাগত পরিচর্যায় সাহায্য করতে পারে। বিভিন্ন ধরনের

ঘটমান সংক্রমণগুলিকে জানা এবং সেগুলিকে কিভাবে প্রতিরোধ করা যায় তা বোঝার মাধ্যমে এই অশ্বয়নটি ভবিষ্যতে আপনার সম্প্রদায়ের মানুষের স্বাস্থ্যের উন্নতি ঘটাতে পারে।

ঝুঁকি ও অশ্বয়নগুলি

এই অশ্বয়নে অংশগ্রহণে রক্ত সংগ্রহের ও সময়ের সাথে সম্পর্কিত কিছু ঝুঁকি থাকে, যার জন্ম প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়া প্রয়োজনীয়। রক্ত নেওয়ার জন্ম ঝবহৃত সূচদন্ড থেকে কিছু অশ্বয়ন হতে পারে। সূচ ফোটারোর জায়গায় আপনার ফোলাভাব বা কালশিটেও হতে পারে; ঐ স্থানে সংক্রমণের সামান্য ঝুঁকি রয়েছে। যদিও যখন রক্ত নেওয়া হয় তখন বেশিরভাগ ব্যক্তিরই কোন সংক্রমণ বা উল্লেখযোগ্য ফোলাভাব থাকে না, তবুও এই সকল পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়াগুলি সমস্ত ক্ষেত্রে প্রতিরোধ করা যায় না। যদি আপনার এই রোগলক্ষণগুলির কোন একটি দেখা দেয়, তাহলে ২ সপ্তাহের কম সময়ে এগুলির বেশিরভাগই নিরাময় হওয়ার সম্ভাবনা রয়েছে। রক্ত নেওয়ার সময় কোন কোন ব্যক্তির মাথা ঘোরে এবং হৃদস্পন্দন বেড়ে যেতে পারে। আপনাকে শুষিয়ে দিলে এবং/বা পদ্ধতিটি বন্ধ করে দিলে এই রোগলক্ষণগুলিকে সাধারণতঃ থামানো যেতে পারে। প্রস্তাবিত অশ্বয়নটির সাথে কোনো আঘাতের আশঙ্কা জড়িত নেই? তবে, এই অশ্বয়নে থাকার ফলে যদি আপনার কোনো আঘাত বা খারাপ পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া হয়ে থাকে, তাহলে আপনার আঘাতের জন্ম আপনি চিকিৎসাগত পরিচর্যা বা চিকিৎসা পাবেন।

অশ্বয়নে থাকার জন্ম আপনাকে কোনো অর্থ প্রদান করা হবে না? এই অশ্বয়নে অংশগ্রহণ করার জন্ম আপনার কোনো খরচ হবে না। সমস্ত সরবরাহ ও উপাদান বিনামূল্যে প্রদান করা হবে। হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার ৪-৬ সপ্তাহ পরে আপনি যখন পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম ফিরে আসবেন, তখন আপনার যাতায়াতের খরচ ও আপনার সময়ের জন্ম আপনি এককালীন নির্দিষ্ট ৬০০টাকা পাবেন।

কোন স্বার্থহানি ব্যতিরেকে অংশগ্রহণ প্রণোদনা

আপনার অংশগ্রহণ সম্পূর্ণরূপে ঐচ্ছিক। কোনো স্বার্থহানি ছাড়াই যেকোন পর্যায়ে অশ্বয়ন থেকে প্রণোদনা করার স্বাধীনতা আপনার থাকবে। আপনি হাসপাতাল থেকে যে চিকিৎসা পান তার মানের উপর এর কোন প্রভাব পড়বে না।

বিকল্পগুলি

এই অশ্বয়নে অংশগ্রহণ করার কোন বিকল্প নেই।

গোপনীয়তা (একান্ততা)

অশ্বয়ন কর্মী অশ্বয়ন সমাপ্তির পর সহ সব সময়ে আপনার পরীক্ষার ফলাফলগুলি ও আপনার বিষয়ে সংগৃহীত তথ্যগুলি সুরক্ষিত রাখবেন? এই গবেষণা থেকে উদ্ভূত কোন প্রকাশনা বা নথিতে আপনার নাম প্রকাশিত হবে না, এমনকি যদি আপনার চিকিৎসায় সহায়তা করার জন্ম আপনার চিকিৎসাকারী চিকিৎসকের কাছে আপনার পরীক্ষার ফলাফলগুলি উপলব্ধ হয় তবুও।

প্রশ্নাবলী

এই অশ্বয়নের পরিপ্রেক্ষিতে আপনার অধিকার ও বিশেষ সুবিধার বিষয়ে যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে মনিপাল ইউনিভার্সিটি, মনিপাল-এ ড. লক্ষ্মীনারায়ণ বৈরীর সাথে সোমবার থেকে শনিবারের মধ্যে সকাল ৯ টা থেকে বিকেল ৫ টার মধ্যে ৯৪৪৯২০৮৪৭৮ মোবাইল নম্বরে যোগাযোগ করুন।

এই অশ্বয়নের বিষয়ে যদি আপনার কোন প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে ড. জি অরুণকুমারের সাথে ৯১৪৮৯৭০৮৬৪ নম্বরে যোগাযোগ করুন। যেকোন সময় আঘাত, পরিচর্যা বা সম্মতি সম্পর্কিত সমস্যায় যেকোন প্রশ্নের জন্ম আপনি তাকে নির্ধায় ফোন করতে পারেন। অশ্বয়ন যেকোন প্রশ্নের জন্ম আপনি অনুগ্রহ করে আপনাকে পদত্ব ‘রোগী কার্ড’-এর পিছনের অংশের উল্লেখ করুন যেখানে স্থানীয় যোগাযোগের বিষয়ে উল্লেখ করা রয়েছে।

এই নির্দেশ দেওয়া টেলিফোন নম্বরটি চিকিৎসাগত জরুরী অবস্থার ক্ষেত্রে ব্যবহার করা উচিত নয়। যদি আপনার কোনো চিকিৎসাগত জরুরী অবস্থার প্রয়োজন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে নিকটতম স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যান।

সংরক্ষণের অনুমতি এবং নমুনাগুলির ভবিষ্যৎ ব্যবহারবিধিঃ

জ্বর সম্পর্কিত রোগের কারণের বিষয়ে ভবিষ্যতে গবেষণার জন্ম এই অশ্বয়নে সংগৃহীত রক্ত, মেরুদণ্ডগত তরল, নাক/গলার স্লেপ্সমা, মূত্র ও মলের নমুনা আপনার অনুমতি সাপেক্ষে এমসিভিআর, এমইউ-তে ১০ বছর পর্যন্ত সময়কালের জন্ম রেখে দেওয়া হবে। নমুনাগুলি শুধুমাত্র অশ্বয়ন আইডি নম্বর দিয়ে সংরক্ষণ করা হবে, এবং আপনার/আপনার পরিবারের সদস্যের নামে নয়। ভারতে বর্তমানে যে সকল পরীক্ষাগুলি উপলব্ধ নয়, সেগুলির জন্ম নমুনাগুলি ভারতের বাইরে পাঠানো হতে পারে; এটি শুধুমাত্র ভারত সরকারের অনুমতি নিয়েই করা হবে। ভবিষ্যতে ব্যবহার/অন্যান্য পরীক্ষার জন্ম আপনি যদি এই নমুনাগুলি সংরক্ষণ/পরীক্ষা করতে না চান, তাহলে অশ্বয়নের সমস্ত পরীক্ষা সম্পূর্ণ হয়ে যাওয়ার পর নমুনাগুলি নষ্ট করে ফেলা হবে। আপনার/আপনার পরিবারের সদস্যের কোন জিনঘটিত পরীক্ষার জন্ম নমুনাগুলির কখনই ব্যবহার করা হবে না।

যদি আপনি অশ্বয়নে থাকতে চান, তাহলে নীচের দাগে আপনার স্বাক্ষর প্রদান করুন? দাগের উপর স্বাক্ষর করার অর্থ হল আপনি বলছেন, “এই মুহূর্তে আমি এই অশ্বয়নে থাকতে চাই।”

আমি শংসায়িত করছি যে নিদর্শীটি আমার কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং এই অশ্বয়নের বিষয়ে আমার সব প্রশ্নের উত্তর দেওয়া হয়েছে।

অংশগ্রহণকারী/১৪ বছরের কম বয়সী শিশুদের ক্ষেত্রে পিতামাতা বা দায়িত্বপ্রাপ্ত পূর্ণবয়স্কের স্বাক্ষর/বাম বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠির ছাপ

অংশগ্রহণকারীর নাম

বা

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

১৪ বছরের কম বয়সী শিশুদের ক্ষেত্রে পিতামাতা/ দায়িত্বপ্রাপ্ত পূর্ণবয়স্কের নাম

অংশগ্রহণকারীর সাথে সম্পর্ক

সাক্ষীর স্বাক্ষর

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

অনুমোদিত অশ্বয়ন কর্মী/পিআই-এর স্বাক্ষর

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

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

Voluntary Consent to participate

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

Study ID #

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

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu

Mobile : +91- 91489 70864

Fax : +91- 820 - 2922718

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

Purpose

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

Explanation of Procedures

What we would like to do

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

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

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

Signature of witness Dated (DD/MM/YYYY)

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

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

Voluntary Consent to participate

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

Study ID #

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

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu

Mobile : +91- 91489 70864

Fax : +91- 820 - 2922718

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

Purpose

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

Explanation of Procedures

What we would like to do

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

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

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

Signature of witness Dated (DD/MM/YYYY)

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

সম্মতি নিদর্শ: 7-17 বছর বয়সী শিশুদের দেওয়া অন্তর্ভুক্তি সম্মতি

অ?যাকিউট ফ্বেবরাইল ইলনেস (তীর জ্বরঘটিত অসুস্থতা) (এএফআই)-এর হাসপাতাল আধারিত

অংশগ্রহণ কবিবলৈ স্বেচ্ছাই দিয়া সম্মতি

মুখ্য অনুসন্ধানকারী : ড. জি অরুণকুমার

প্ফেসর, এবং প্ধান

মনিপাল সেন্টার ফর ভাইরাস রিসার্চ, মনিপাল

ইউনিভার্সিটি, মনিপাল, কর্ণাটক রাজ্য, ভারত-৫৭৬১০৪,

ইমেল : arun.kumar@manipal.edu

মোবাইল : +৯১-৯১৪৮৯৭০৮৬৪

ফ্যাক্স : +৯১-৮২০-২৯২২৭১৮

Study ID #

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

আপনাকে একটি গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করার জন্ম বলা হচ্ছে। গবেষণা হল কিম্বালয়ে বিজ্ঞান বিষয়ের মতো। আপনাকে একটি গবেষণা অধ্যয়নে থাকার জন্ম বলা হয়েছে কারণ আপনার চিকিৎসক মনে করেন যে আপনার রক্ত / শরীরে কোন সংক্রমণের কারণে আপনি অসুস্থ হয়েছেন।

আপনি এই অধ্যয়নে থাকতে চান কি না সে বিষয়ে আপনি সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। যদি আপনি অংশগ্রহণ করতে সম্মত হন, তাহলে আপনাকে আপনার চিকিৎসাগত অবস্থা ও পশ্চাদপটের বিষয়ে প্রশ্ন করা হবে। একজন স্বেচ্ছাসেবক হিসেবে, আপনাকে সেই প্রশ্নের উত্তর দিতে হবে না যাতে আপনি স্বেচ্ছালয় বোধ করবেন না। এই অধ্যয়নের অঙ্গ হিসাবে আপনার বায়ু থেকে তিনবারে ৫-১০ মিলিলিটার, প্রায় এক বড়চামচ রক্ত নেওয়া হবে। এই অধ্যয়নে একজন স্বেচ্ছাসেবক হিসাবে সম্মত হওয়ার পরপরই প্রথমবারের জন্ম রক্ত নেওয়া হবে। অন্তর্ভুক্তির সময় নাকের ও গলার স্লেস্মার নমুনা ও একটি মূত্র নমুনাও সংগ্রহ করা হবে। আপনার যদি জলের মতো মল (পাতলা পায়খানা) হয় তাহলে একটি মলের নমুনা /সলনালীর ঝিল্লীর নমুনা সংগ্রহ করা হতে পারে। যদি আপনার নিয়মামুক পরিচর্যার অংশ হিসেবে মেরুদণ্ড তরল নেওয়া হয়, তাহলে অধ্যয়নের জন্ম ২-৪ মিলিলিটার সংগ্রহ করা হবে।

আপনাকে হাসপাতাল থেকে ছাড়ার ঠিক আগে দ্বিতীয় বারের জন্ম রক্ত নেওয়া হবে। এরপর যদি আপনি ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম ফিরে আসতে চান তাহলে হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার ৪-৬ সপ্তাহ পরে তৃতীয়বারের জন্ম রক্ত নেওয়া হবে। ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতটি করতে প্রায় ১৫ মিনিট সময় লাগবে। সেই সাক্ষাতে, আপনি হাসপাতাল ছাড়ার পর কেমন অনুভব করেছেন সে বিষয়ে আপনাকে কিছু প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করা হবে। যদি আপনি ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী নির্দিষ্ট সময়ে সাক্ষাতের জন্ম ফিরে না আসেন, তাহলে অধ্যয়ন দলের থেকে যেকোন একজন ফোনের মাধ্যমে বা আপনার বাড়িতে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন এটি জানার জন্ম যে ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম আপনি এখনও আসতে ইচ্ছুক কি না।

সুবিধাগুলি

এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণের জন্ম আপনি কোনো প্রযুক্তি স্বজিগত সুবিধা নাও পেতে পারেন। আপনি এই অধ্যয়নের জন্ম স্বেচ্ছাসেবক হন বা না হন আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের কাছ থেকে আপনি একই চিকিৎসাগত পরিচর্যা পাবেন। অতিরিক্ত পরীক্ষা করার পরীক্ষার ফলাফলগুলি উপলব্ধ হলে তা আপনার চিকিৎসককে প্রদান করা হবে এবং আপনার চিকিৎসা নথিতে রাখা হবে, এবং এই ফলাফলগুলি আপনার চিকিৎসাগত পরিচর্যা সাহায্য করতে পারে। ঘটমান সংক্রমণগুলিকে জানা এবং সেগুলিকে কিভাবে প্রতিরোধ করা যায় তা বোঝার মাধ্যমে এই অধ্যয়নটি ভবিষ্যতে আপনার সম্প্রদায়ের মানুষের স্বাস্থ্যের উন্নতি ঘটতে পারে।

ঝুঁকি ও অস্বস্তিগুলি

এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণের রক্ত সংগ্রহের ও সময়ের সাথে সম্পর্কিত কিছু ঝুঁকি থাকে, যার জন্ম প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়া প্রয়োজনীয়। রক্ত নেওয়ার জন্ম স্ববহুত সূচনু থেকে কিছু অস্বস্তি হতে পারে। সূচ ফোটার জায়গায় আপনার ফোলাভাব বা কালশিটেও হতে পারে, ঐ স্থানে সংক্রমণের সামান্য ঝুঁকি রয়েছে। যদিও যখন রক্ত নেওয়া হয় তখন বেশিরভাগ স্বজিরই কোনো সংক্রমণ বা উল্লেখযোগ্য ফোলাভাব থাকে না, তবুও এই সকল পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়াগুলিকে সমস্ত ক্ষেত্রে প্রতিরোধ করা যায় না। যদি আপনার এই রোগলক্ষণগুলির কোন একটি হয়ে থাকে, তাহলে ২ সপ্তাহের কম সময়ে এগুলির বেশিরভাগেরই নিরাময় হওয়ার সম্ভাবনা রয়েছে। রক্ত নেওয়ার সময় কোন কোন স্বজির মাথা ঘোরে এবং হৃদস্পন্দন বেড়ে যেতে পারে। আপনাকে শুষিয়ে দিলে এবং/বা পক্ষতিটি বন্ধ করে দিলে এই রোগলক্ষণগুলিকে সাধারণতঃ খামানো যেতে পারে। খুব কম ক্ষেত্রে যে স্থান থেকে রক্ত সংগ্রহ করা হয়, সেখানে রক্ত জমাট বাঁধতে পারে। এইগুলি হল রক্ত সংগ্রহের সাথে জড়িত ঝুঁকি; এতে সাধারণতঃ কোন বড় পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া ঘটে না। প্রস্তাবিত অধ্যয়নটির সাথে কোন আঘাতের আশঙ্কা জড়িত নেই। তবুও, এই অধ্যয়নে থাকার ফলে যদি আপনার কোন আঘাত বা খারাপ পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া হয়ে থাকে, তাহলে আপনার আঘাতের জন্ম আপনি চিকিৎসাগত পরিচর্যা বা চিকিৎসা পাবেন।

এছাড়াও, অতিরিক্ত প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্ম এবং একটি ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাত সম্পূর্ণ করার জন্ম কিছু সময়ের প্রয়োজন পড়বে।

অধ্যয়নে থাকার জন্ম আপনাকে কোনো অর্থ প্রদান করা হবে না। তবে, হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার ৪-৬ সপ্তাহ পর আপনি যখন পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম ফিরে আসবেন, তখন আপনার যাতায়াতের খরচ ও আপনার সময়ের জন্ম আপনি বা আপনার পিতামাতা এককালীন নির্দিষ্ট ৬০০ টাকা পাবেন।

রক্ত, মেরুদণ্ড তরল, নাক/গলার স্লেস্মা, মূত্র ও মলের নমুনা ভবিষ্যত গবেষণার জন্ম সংরক্ষণ করা হবে। নমুনাগুলি শুধুমাত্র অধ্যয়ন আইডি নম্বর দিয়ে সংরক্ষণ করা হবে, আপনার/আপনার পরিবারের সদস্যের নামে নয়। আপনার সংক্রমণের কারণের বিষয়ে ভবিষ্যত গবেষণার জন্ম এমসিভিআর, এমইউ-তে ১০ বছর পর্যন্ত সময়কালের জন্ম রেখে দেওয়া হবে। ভারতে বর্তমানে যে সকল পরীক্ষাগুলি উপলব্ধ নয়, সেগুলির জন্ম নমুনাগুলি ভারতের বাইরে পাঠানো হতে পারে; এটি শুধুমাত্র ভারত সরকারের অনুমতি নিয়েই করা হবে। ভবিষ্যতে স্ববহার/অন্যান্য পরীক্ষার জন্ম আপনি যদি এই নমুনাগুলি সংরক্ষণ/পরীক্ষা করতে না চান, তাহলে অধ্যয়নের জন্ম সমস্ত পরীক্ষা সম্পূর্ণ হয়ে যাওয়ার পর নমুনাগুলি নষ্ট করে ফেলা হবে। আপনার/আপনার পরিবারের সদস্যের কোনো জিনঘটিতে পরীক্ষার জন্ম নমুনাগুলি কখনই স্ববহার করা হবে না।

আপনি যেকোন সময়ে এই অধ্যয়নের বিষয়ে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করতে পারেন। অধ্যয়ন কর্মীরা আপনাকে উত্তর দেবেন। আপনি যেকোন সময়ে এই অধ্যয়নে থাকা বন্ধ করে দিতে পারেন। যদি আপনি এখন এই অধ্যয়নে থাকতে না চান বা যদি আপনি পরে অধ্যয়নে থাকা বন্ধ করে দেন তাহলে কেউ হতাশ হবেন না। যদি আপনি অধ্যয়নে থাকতে না চান বা আপনি ইতিমধ্যে শুরু করার পর যদি অধ্যয়ন পরিচর্যা করেন, তাহলেও আপনার চিকিৎসক আপনার খেয়াল রাখবেন? যদি আপনি অধ্যয়নটিতে থাকতে সম্মত হন, তাহলে অধ্যয়ন কর্মী এবং যেসব স্বজি এই গবেষণার উপর কাজ করছেন তারা আপনার নাম ও আপনার বিষয়ে তথ্য জানতে পারেন।

এই অধ্যয়নের পরিপ্রেক্ষিতে আপনার অধিকার ও বিশেষ সুবিধার বিষয়ে যদি আপনার কোন প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে মনিপাল ইউনিভার্সিটি, মনিপাল-এ ড. লক্ষ্মীনারায়ণ বৈরীর সাথে সোমবার থেকে শনিবারের মধ্যে সকাল ৯ টা থেকে বিকেল ৫ টার মধ্যে ৯৪৯২০৮৪৭৮ মোবাইল নম্বরে যোগাযোগ করুন।

এই অধ্যয়নের বিষয়ে যদি আপনার কোন প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে ড. জি অরুণকুমারের সাথে ৯১৪৮৯৭০৮৬৪ নম্বরে যোগাযোগ করুন। যেকোন সময় আঘাত, পরিচর্যা বা সম্মতি সম্পর্কিত সমস্যায় যেকোন প্রশ্নের জন্ম আপনি তাকে নির্দিধায় ফোন করতে পারেন। অন্য যেকোন প্রশ্নের জন্ম অনুগ্রহ করে আপনি আপনার 'রোগী কার্ড'-এর পিছনের অংশের উল্লেখ করুন যেখানে স্থানীয় যোগাযোগের বিষয়ে উল্লেখ করা রয়েছে।

এই নিদর্শে দেওয়া টেলিফোন নম্বরটি চিকিৎসাগত জরুরী অবস্থার ক্ষেত্রে স্ববহার করা উচিত নয়। যদি আপনার কোনো চিকিৎসাগত জরুরী অবস্থা থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে নিকটতম স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যান।

যদি আপনি অধ্যয়নে থাকতে চান, তাহলে নিচের দাগে আপনার স্বাক্ষর প্রদান করুন? দাগের উপর স্বাক্ষর করার অর্থ হল আপনি বলছেন, "এই মুহূর্তে আমি এই অধ্যয়নে থাকতে চাই।"

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর/বাস বৃদ্ধাঙ্গুরি ছাপ

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

আমি শংসায়িত করছি যে নিদর্শটি উপরে উল্লেখিত শিশুর কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং এই অধ্যয়নের বিষয়ে সব প্রশ্নের উত্তর দেওয়া হয়েছে।

অনুমোদিত অধ্যয়ন কর্মী/পিআই-এর স্বাক্ষর

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

সম্মতি নিদর্শ: 7-17 বছর বয়সী শিশুদের দেওয়া অন্তর্ভুক্তি সম্মতি

অ?যাকিউট ফ্বেবরাইল ইলনেস (তীর জ্বরঘটিত অসুস্থতা) (এএফআই)-এর হাসপাতাল আধারিত

অংশগ্রহণ কবিবলৈ স্বেচ্ছাই দিয়া সম্মতি

মুখ্য অনুসন্ধানকারী : ড. জি অরুণকুমার

প্ফেসর, এবং প্ধান

মনিপাল সেন্টার ফর ভাইরাস রিসার্চ, মনিপাল

ইউনিভার্সিটি, মনিপাল, কর্ণাটক রাজ্য, ভারত-৫৭৬১০৪,

ইমেল : arun.kumar@manipal.edu

মোবাইল : +৯১-৯১৪৮৯৭০৮৬৪

ফ্যাক্স : +৯১-৮২০-২৯২২৭১৮

Study ID #

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

আপনাকে একটি গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করার জন্ম বলা হচ্ছে। গবেষণা হল বিদ্যালয়ে বিজ্ঞান বিষয়ের মতো। আপনাকে একটি গবেষণা অধ্যয়নে থাকার জন্ম বলা হয়েছে কারণ আপনার চিকিৎসক মনে করেন যে আপনার রক্ত / শরীরে কোন সংক্রমণের কারণে আপনি অসুস্থ হয়েছেন।

আপনি এই অধ্যয়নে থাকতে চান কি না সে বিষয়ে আপনি সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। যদি আপনি অংশগ্রহণ করতে সম্মত হন, তাহলে আপনাকে আপনার চিকিৎসাগত অবস্থা ও পশ্চাদপটের বিষয়ে প্রশ্ন করা হবে। একজন স্বেচ্ছাসেবক হিসেবে, আপনাকে সেই প্রশ্নের উত্তর দিতে হবে না যাতে আপনি স্বেচ্ছালব্ধ বোধ করবেন না। এই অধ্যয়নের অঙ্গ হিসাবে আপনার বাহু থেকে তিনবারে ৫-১০ মিলিলিটার, প্রায় এক বড়চামচ রক্ত নেওয়া হবে। এই অধ্যয়নে একজন স্বেচ্ছাসেবক হিসাবে সম্মত হওয়ার পরপরই প্রথমবারের জন্ম রক্ত নেওয়া হবে। অন্তর্ভুক্তির সময় নাকের ও গলার স্লেস্মার নমুনা ও একটি মূত্র নমুনাও সংগ্রহ করা হবে। আপনার যদি জলের মতো মল (পাতলা পায়খানা) হয় তাহলে একটি মলের নমুনা / সলনালীর ঝিল্লীর নমুনা সংগ্রহ করা হতে পারে। যদি আপনার নিয়মমতক পরিচর্যার অংশ হিসেবে মেরুদণ্ড তরল নেওয়া হয়, তাহলে অধ্যয়নের জন্ম ২-৪ মিলিলিটার সংগ্রহ করা হবে।

আপনাকে হাসপাতাল থেকে ছাড়ার ঠিক আগে দ্বিতীয় বারের জন্ম রক্ত নেওয়া হবে। এরপর যদি আপনি ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম ফিরে আসতে চান তাহলে হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার ৪-৬ সপ্তাহ পরে তৃতীয়বারের জন্ম রক্ত নেওয়া হবে। ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতটি করতে প্রায় ১৫ মিনিট সময় লাগবে। সেই সাক্ষাতে, আপনি হাসপাতাল ছাড়ার পর কেমন অনুভব করেছেন সে বিষয়ে আপনাকে কিছু প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করা হবে। যদি আপনি ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী নির্দিষ্ট সময়ে সাক্ষাতের জন্ম ফিরে না আসেন, তাহলে অধ্যয়ন দলের থেকে যেকোন একজন ফোনের মাধ্যমে বা আপনার বাড়িতে আপনার সাথে যোগাযোগ করতে পারেন এটি জানার জন্ম যে ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম আপনি এখনও আসতে ইচ্ছুক কি না।

সুবিধাগুলি

এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণের জন্ম আপনি কোনো প্রযুক্তি স্বকির্গত সুবিধা নাও পেতে পারেন। আপনি এই অধ্যয়নের জন্ম স্বেচ্ছাসেবক হন বা না হন আপনার অধ্যয়ন চিকিৎসকের কাছ থেকে আপনি একই চিকিৎসাগত পরিচর্যা পাবেন। অতিরিক্ত পরীক্ষা করার পরীক্ষার ফলাফলগুলি উপলব্ধ হলে তা আপনার চিকিৎসককে প্রদান করা হবে এবং আপনার চিকিৎসা নথিতে রাখা হবে, এবং এই ফলাফলগুলি আপনার চিকিৎসাগত পরিচর্যা সাহায্য করতে পারে। ঘটমান সংক্রমণগুলিকে জানা এবং সেগুলিকে কিভাবে প্রতিরোধ করা যায় তা বোঝার মাধ্যমে এই অধ্যয়নটি ভবিষ্যতে আপনার সম্প্রদায়ের মানুষের স্বাস্থ্যের উন্নতি ঘটতে পারে।

ঝুঁকি ও অস্বস্তিগুলি

এই অধ্যয়নে অংশগ্রহণের জন্ম সংগ্রহের ও সময়ের সাথে সম্পর্কিত কিছু ঝুঁকি থাকে, যার জন্ম প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়া প্রয়োজনীয়। রক্ত নেওয়ার জন্ম স্ববহুত সূচনু থেকে কিছু অস্বস্তি হতে পারে। সূচ ফোটার জায়গায় আপনার ফোলাভাব বা কালশিটেও হতে পারে, ঐ স্থানে সংক্রমণের সামান্য ঝুঁকি রয়েছে। যদিও যখন রক্ত নেওয়া হয় তখন বেশিরভাগ স্বকির্গই কোনো সংক্রমণ বা উল্লেখযোগ্য ফোলাভাব থাকে না, তবুও এই সকল পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়াগুলিকে সমস্ত ক্ষেত্রে প্রতিরোধ করা যায় না। যদি আপনার এই রোগলক্ষণগুলির কোন একটি হয়ে থাকে, তাহলে ২ সপ্তাহের কম সময়ে এগুলির বেশিরভাগই নিরাময় হওয়ার সম্ভাবনা রয়েছে। রক্ত নেওয়ার সময় কোন কোন স্বকির্গের মাথা ঘোরে এবং হৃদস্পন্দন বেড়ে যেতে পারে। আপনাকে শুষিয়ে দিলে এবং/বা পক্ষাতি বন্ধ করে দিলে এই রোগলক্ষণগুলিকে সাধারণতঃ খামানো যেতে পারে। খুব কম ক্ষেত্রে যে স্থান থেকে রক্ত সংগ্রহ করা হয়, সেখানে রক্ত জমাট বাঁধতে পারে। এইগুলি হল রক্ত সংগ্রহের সাথে জড়িত ঝুঁকি; এতে সাধারণতঃ কোন বড় পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া ঘটে না। প্রস্তাবিত অধ্যয়নটির সাথে কোন আঘাতের আশঙ্কা জড়িত নেই। তবুও, এই অধ্যয়নে থাকার ফলে যদি আপনার কোন আঘাত বা খারাপ পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া হয়ে থাকে, তাহলে আপনার আঘাতের জন্ম আপনি চিকিৎসাগত পরিচর্যা বা চিকিৎসা পাবেন।

এছাড়াও, অতিরিক্ত প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্ম এবং একটি ছাড়া পাওয়ার পরবর্তী সাক্ষাত সম্পূর্ণ করার জন্ম কিছু সময়ের প্রয়োজন পড়বে।

অধ্যয়নে থাকার জন্ম আপনাকে কোনো অর্থ প্রদান করা হবে না। তবে, হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার ৪-৬ সপ্তাহ পর আপনি যখন পরবর্তী সাক্ষাতের জন্ম ফিরে আসবেন, তখন আপনার যাতায়াতের খরচ ও আপনার সময়ের জন্ম আপনি বা আপনার পিতামাতা এককালীন নির্দিষ্ট ৬০০ টাকা পাবেন।

রক্ত, মেরুদণ্ড তরল, নাক/গলার স্লেস্মা, মূত্র ও মলের নমুনা ভবিষ্যত গবেষণার জন্ম সংরক্ষণ করা হবে। নমুনাগুলি শুধুমাত্র অধ্যয়ন আইডি নম্বর দিয়ে সংরক্ষণ করা হবে, আপনার/আপনার পরিবারের সদস্যের নামে নয়। আপনার সংক্রমণের কারণের বিষয়ে ভবিষ্যত গবেষণার জন্ম এমসিভিআর, এমইউ-তে ১০ বছর পর্যন্ত সময়কালের জন্ম রেখে দেওয়া হবে। ভারতে বর্তমানে যে সকল পরীক্ষাগুলি উপলব্ধ নয়, সেগুলির জন্ম নমুনাগুলি ভারতের বাইরে পাঠানো হতে পারে; এটি শুধুমাত্র ভারত সরকারের অনুমতি নিয়েই করা হবে। ভবিষ্যতে স্ববহার/অন্যান্য পরীক্ষার জন্ম আপনি যদি এই নমুনাগুলি সংরক্ষণ/পরীক্ষা করতে না চান, তাহলে অধ্যয়নের জন্ম সমস্ত পরীক্ষা সম্পূর্ণ হয়ে যাওয়ার পর নমুনাগুলি নষ্ট করে ফেলা হবে। আপনার/আপনার পরিবারের সদস্যের কোনো জিনঘটিতে পরীক্ষার জন্ম নমুনাগুলি কখনই স্ববহার করা হবে না।

আপনি যেকোন সময়ে এই অধ্যয়নের বিষয়ে প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করতে পারেন। অধ্যয়ন কর্মীরা আপনাকে উত্তর দেবেন। আপনি যেকোন সময়ে এই অধ্যয়নে থাকা বন্ধ করে দিতে পারেন। যদি আপনি এখন এই অধ্যয়নে থাকতে না চান বা যদি আপনি পরে অধ্যয়নে থাকা বন্ধ করে দেন তাহলে কেউ হতাশ হবেন না। যদি আপনি অধ্যয়নে থাকতে না চান বা আপনি ইতিমধ্যে শুরু করার পর যদি অধ্যয়ন পরিচর্যা করেন, তাহলেও আপনার চিকিৎসক আপনার খেয়াল রাখবেন? যদি আপনি অধ্যয়নটিতে থাকতে সম্মত হন, তাহলে অধ্যয়ন কর্মী এবং যেসব স্বকির্গ এই গবেষণার উপর কাজ করছেন তারা আপনার নাম ও আপনার বিষয়ে তথ্য জানতে পারেন।

এই অধ্যয়নের পরিপ্রেক্ষিতে আপনার অধিকার ও বিশেষ সুবিধার বিষয়ে যদি আপনার কোন প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে মনিপাল ইউনিভার্সিটি, মনিপাল-এ ড. লক্ষ্মীনারায়ণ বৈরীর সাথে সোমবার থেকে শনিবারের মধ্যে সকাল ৯ টা থেকে বিকেল ৫ টার মধ্যে ৯৪৯২০৮৪৭৮ মোবাইল নম্বরে যোগাযোগ করুন।

এই অধ্যয়নের বিষয়ে যদি আপনার কোন প্রশ্ন থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে ড. জি অরুণকুমারের সাথে ৯১৪৮৯৭০৮৬৪ নম্বরে যোগাযোগ করুন। যেকোন সময় আঘাত, পরিচর্যা বা সম্মতি সম্পর্কিত সমস্যায় যেকোন প্রশ্নের জন্ম আপনি তাকে নির্দিধায় ফোন করতে পারেন। অন্য যেকোন প্রশ্নের জন্ম অনুগ্রহ করে আপনি আপনার 'রোগী কার্ড'-এর পিছনের অংশের উল্লেখ করুন যেখানে স্থানীয় যোগাযোগের বিষয়ে উল্লেখ করা রয়েছে।

এই নিদর্শে দেওয়া টেলিফোন নম্বরটি চিকিৎসাগত জরুরী অবস্থার ক্ষেত্রে স্ববহার করা উচিত নয়। যদি আপনার কোনো চিকিৎসাগত জরুরী অবস্থা থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে নিকটতম স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যান।

যদি আপনি অধ্যয়নে থাকতে চান, তাহলে নীচের দাগে আপনার স্বাক্ষর প্রদান করুন? দাগের উপর স্বাক্ষর করার অর্থ হল আপনি বলছেন, "এই মুহূর্তে আমি এই অধ্যয়নে থাকতে চাই।"

অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর/বাস বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠির ছাপ

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

আমি শংসায়িত করছি যে নিদর্শটি উপরে উল্লেখিত শিশুর কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং এই অধ্যয়নের বিষয়ে সব প্রশ্নের উত্তর দেওয়া হয়েছে।

অনুমোদিত অধ্যয়ন কর্মী/পিআই-এর স্বাক্ষর

তারিখ (দিন/মাস/বছর)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

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

Study ID #

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

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

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

Study ID #

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

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

 Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

CLINICAL HISTORY নিদানিক ইতিবৃত্ত (☑ Applicable ones)

4. Date of Admission:
ভর্তির তারিখ

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

5. Date of Onset of Fever (DOF):
জ্বর শুরুর তারিখ

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

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

Y N U
 (Y-Yes, N-No, U- I don't know)
 (Y-হ্যাঁ, N-না, U-আমি জানিনা)

●
 (Date of onset of fever)

6. Was your fever intermittent or continuous?
আপনার জ্বর কি খেমেখেমে হয়েছিল না একটানা হয়েছিল?

 Continuous
খেমেখেমে

 Intermittent
কটানা

7. What was the duration of fever as on today (the date of recruitment)?
আজকের তারিখ পর্যন্ত জ্বরের স্থায়িত্ব (ভর্তির তারিখ)?

 Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

8. Did you feel cold or cold with shivering/shaking of the body while having fever? (Chills/Rigor)
আপনি কি জ্বর থাকাকালীন আপনার শরীরে ঠাণ্ডা বা ঠাণ্ডা সহ কাঁপুনি/ঝাঁকুনি বোধ অনুভব করেন? (হিমঠাণ্ডা/খুবঠাণ্ডা)

 Y N U

 Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

9. Did you feel sweating during night while having fever? (Night sweats)
জ্বর থাকাকালীন আপনি কি রাতে ঘাস হওয়া অনুভব করেন? (রাত্রিকালীন ঘাস)

 Y N U

 Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

10. Did you have runny nose within few days before/after onset of fever? (Coryza)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার নাক দিয়ে কি জল গড়িয়েছিল? (স্লেম্মাপ্রদাহ)

 Y N U

 Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

11. Did you have cough within few days before/after onset of fever? (Cough)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি কাশি হয়েছিল? (কাশি)

 Y N U

 Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

12. Did you have irritation/pain of throat within few days before/after onset of fever? (Sore throat)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি গলার জ্বলুনি/যন্ত্রণা হয়েছিল? (গলায় যন্ত্রণা)

 Y N U

 Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

13. Did you experience difficulty in breathing within few days before/after onset of fever? (Breathlessness)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি শ্বাসপ্রশ্বাস নিতে অসুবিধা হয়েছিল? (শ্বাসপ্রশ্বাসে কষ্ট)

 Y N U

 Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

14. Did you experience pain in chest within few days before/after onset of fever? (Chest pain)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি বুকে যন্ত্রণা হয়েছিল? (বুকে ব্যথা)

 Y N U

 Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

15. Did you have headache within few days before/after onset of fever? (Headache)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি মাথাব্যথা হয়েছিল? (মাথাব্যথা)

 Y N U

 Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

16. Were you troubled by bright light within few days before/after onset of fever? (Photophobia)
উজ্জ্বল আলোতে কি আপনার অসুবিধা হয়? (ফটোফোবিয়া)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

17. Did you have pain behind your eye ball especially while moving eyes within few days before/after onset of fever? (Retro orbital pain)
আপনার কি চোখের তারার পেছনে বিশেষ করে চোখ যোরাবার সময় কোন ব্যথা লাগে? (রেট্রো অরবিটাল যন্ত্রণা)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

18. Had your eye(s) become red and irritable within few days before/after onset of fever? (Red eye)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/সারার কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি চোখ(গুলি) লালএবং যন্ত্রণাদায়ক হয়েছিল? (লালচোখ)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

19. Did you experience generalized body ache within few days before/after onset of fever? (Myalgia)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনি কি সাধারণ শারীরিক বেদনা অনুভব করেছিলেন? (মায়ালজিয়া)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

20. Did you experience pain in your joints within few days before/after onset of fever? (Joint pain)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি গাঁটে গাঁটে ব্যথা হয়েছিল? (গাঁটে ব্যথা)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

If Yes, যদিহ্যাঁ হয়, 20a. Location: Small joints ছোট গাঁট Large joints বড় গাঁট Both উভয় স্থানেই

21. Did you experience general weakness within few days before/after onset of fever? (General weakness)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনি কি স্বাভাবিক দুর্বলতা বোধ করেছিলেন? (স্বাভাবিক দৌর্বল্য)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

If Yes, যদিহ্যাঁ হয়,

21a. Was it extreme weakness such as inability to get up from the bed? (Prostration)
এটি কি বিছানা থেকে উঠার অক্ষমতার মতো অসম্ভব দুর্বলতা ছিল? (ধরাশায়ী হওয়া) (সম্পূর্ণ শক্তিহীনতা)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

22. Did you experience pain in abdomen within few days before/after onset of fever? (Abdominal pain)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনি কি তলপেটে ব্যথা অনুভব করেছিলেন? (পেটে যন্ত্রণা)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

23. Did you experience nausea (Vomiting sensation) within few days before/after onset of fever? (Nausea)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি বমিচ্ছার (বমিভাব) অনুভূতি হয়েছিল?(বমিভাব)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

24. Did you have vomiting within few days before/after onset of fever? (Vomiting)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি বমি হয়েছিল? (বমি হওয়া)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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

25. Did you have diarrhea within few days before/after onset of fever? (3 or more loose/liquid stools/day) (Diarrhea)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি পেটের অসুখ হয়েছিল? (তবা তার বেশী পাতলা/তরল মল/দিন) (পেটের অসুখ)

Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

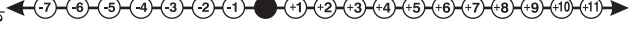
←-7-6-5-4-3-2-1-●+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

26. Did you notice yellow discoloration of your skin or eye within few days before/after onset of fever? (Jaundice)
জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার তুকে বা চোখেহলুদ রঙের বিবর্ণতা দেখা দিয়েছিল? (পাণ্ডুরোগ)


Y N U Duration (days)
ম্যাদ (দিন)

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


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

জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি প্রস্রাবের জরুরী বেগ দেখা গিয়েছিল বা প্রস্রাব করার সময় জ্বলুনির অনুভূতি হয়েছিল? (জ্বলুনিযুক্ত প্রস্রাব) 

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

জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি ঘাড় যোরাতে অসুবিধা/যন্ত্রণাবোধ হয়েছিল? (ঘাড়ের কাঠিন্য) 

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) ম্যাদ (দিন)

জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি সক্রিয়তা স্তরের (নিদ্রালুতা থেকে গাঢ় আচ্ছন্নতা) হ্রাস ঘটেছিল? (মস্তিষ্কের পরিবর্তিত সচেতনতা) 

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

জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি সহসা অনিয়ন্ত্রিত মাংসপেশীর সংকোচন/খিঁচুনি হয়েছিল যা সহসা হৃদরোগের আক্রমণবলে পরিচিত? (সহসা হৃদরোগের আক্রমণ)

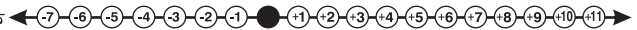
If Yes, যদিহ্যাঁ হয়,

30a. Type of seizure: Focal (Only a part of the body) Generalized (Whole body)
সহসা হৃদরোগের আক্রমণের ধরণ মূল কেন্দ্রস্থল (শরীরের কোন একটি অংশ) সাধারণ ভাবে (সম্পূর্ণ শরীর)


30b. How many times? কত বার করে?: _____

30c. Maximum duration (in minutes) সর্বাধিক সময়কাল (মিনিটে): _____

31. Did you experience partial or complete paralysis of any part of the body within few days before/after onset of fever? (Paralysis/Paresis) Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)

জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনার কি শরীরের কোন অংশে আংশিক বা সম্পূর্ণ পক্ষাঘাতের অনুভূতি হয়েছিল? (পক্ষাঘাত/আংশিক পক্ষাঘাত) 


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

জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনি কি ত্বকের বর্ণের কোন পরিবর্তন? লাল ফুসকুড়ি লক্ষ্য করেছিলেন? (লাল ফুসকুড়ি) 

If Yes, যদিহ্যাঁ হয়,

32a. Site স্থান: _____

33. Did you notice blood/brick red colour in sputum/faeces/urine/vomitus within few days before/after onset of fever? Y N U Duration (days) ম্যাদ (দিন)

জ্বর আসার কয়েকদিন আগে/পরে কয়েকদিনের মধ্যে আপনি কিখুত/মল/প্রস্রাব/বমিপদার্থে রক্ত/ইটাত লাল রঙ লক্ষ্য করেছিলেন? 

If yes, where? যদি হ্যাঁ, কোথায়?

33a. Sputum Y N
খুত

33b. Faeces Y N
মল

33c. Urine Y N
প্রস্রাব

33d. Vomitus Y N
বমিপদার্থ

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

আপনি কি গত এক বছরে কোন টিকা/প্রতিষেধক নিয়েছিলেন?

If yes, Specify যদিহ্যাঁ হয়, নির্দিষ্ট করে বলুন

34a. Vaccine টিকা: _____ month মাস: _____ year বছর: _____

34b. Vaccine টিকা: _____ month মাস: _____ year বছর: _____

34c. Vaccine টিকা: _____ month মাস: _____ year বছর: _____

34d. Vaccine টিকা: _____ month মাস: _____ year বছর: _____

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

আপনার কি কোন দীর্ঘস্থায়ী/সংক্রামকবিহীন চিকিৎসাগত অবস্থা আছে?

If yes, tick all applicable যদি হ্যাঁ হয়, সমস্ত প্রযোজ্য স্থানে টিক দিন:

35a. Hypertension (High Blood Pressure)

অতি উচ্চ রক্তচাপ (উচ্চ রক্তচাপ)

 Y N U

35b. Diabetes (sugar)

মধুমেহ (শর্করা)

 Y N U

35c. Asthma/wheezing

হাঁপানি/সাঁস করে নিশ্বাস নেওয়া

 Y N U

35d. Liver Cirrhosis

যকৃতের গুরুতর রোগ

 Y N U

35e. Chronic Renal failure

দীর্ঘস্থায়ী বৃক্কঘটিত বিফলতা

 Y N U

35f. Myocardial Infarction (heart attack)

হৃদযন্ত্রের কলাবিনষ্টি (হৃদযন্ত্রের আক্রমণ)

 Y N U

35g. Stroke

পক্ষাঘাত

 Y N U

35h. Cancer

ক্যান্সার

 Y N U

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

অন্যান্য (অন্যান্য কোন বড় অসুখ যা সম্প্রতি নির্ণয় করা হয়েছে, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন)

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

এছাড়া অন্য কিছু যা আপনি আমাকে বলতে চান কিন্তু যা আপনার মনে হয়েছে আমি আপনার কাছ থেকে জানতে চাইনি?

If yes, brief যদি হ্যাঁ হয়, সংক্ষেপে বলুন:

EPIDEMIOLOGIC DATA মডক সংক্রান্ত তথ্যসমূহ (☑ 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

আপনার অসুখ হবার পূর্বে গত 4 সপ্তাহে, আপনি নিম্নলিখিত কোন প্রাণীর সংস্পর্শে দিনে অন্ততঃপক্ষে একবার এসেছিলেন? (সমস্ত প্রযোজ্য স্থানে টিক দিন)

- | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ভেড়া/ছাগল | <input type="checkbox"/> Cattle
গবাদিপশু | <input type="checkbox"/> Deer
হরিণ | <input type="checkbox"/> Pig
শূকর | <input type="checkbox"/> Chicken
মুরগী |
| <input type="checkbox"/> Duck
পাতিহাঁস | <input type="checkbox"/> Pigeon
পায়রা | <input type="checkbox"/> Cat
বিড়াল | <input type="checkbox"/> Dog
কুকুর | <input type="checkbox"/> Bat
বাদুর |
| <input type="checkbox"/> Rat
ছুঁচো | <input type="checkbox"/> Monkey
বান্দর | <input type="checkbox"/> Other Birds
অন্যান্যপাখী | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
অন্যান্য জীবজন্তু | _____ | | | |

38. Do any animal enter inside your house?

Y N U

আপনার বাড়িতে কি কোন প্রাণী প্রবেশ করে?

If yes, Specify: যদিহ্যাঁ হয়, নির্দিষ্ট করে বলুন:

- | | | | | |
|---|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ভেড়া/ছাগল | <input type="checkbox"/> Cattle
গবাদিপশু | <input type="checkbox"/> Chicken
মুরগী | <input type="checkbox"/> Cat
বিড়াল | <input type="checkbox"/> Dog
কুকুর |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
অন্যান্য জীবজন্তু | _____ | | | |

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

Y N U

গত ২ মাসে আপনার বাড়িতে কি কোন প্রাণীজন্মেছিল?

If yes, যদিহ্যাঁ হয়,

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

Y N

আপনি কি ঐ জন্ম নেওয়া প্রক্রিয়ায় সরাসরি অংশগ্রহণ করেছিলেন?

39b. Which animal কোন প্রাণী:

- | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ভেড়া/ছাগল | <input type="checkbox"/> Cattle
গবাদিপশু | <input type="checkbox"/> Pig
মুরগী | <input type="checkbox"/> Cat
বিড়াল | <input type="checkbox"/> Dog
কুকুর |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
অন্যান্য জীবজন্তু | _____ | | | |

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

Y N U

গত ২ মাসে আপনার বাড়িতে/আশপাশে কোন প্রাণীর গর্ভপাত ঘটেছিল?

If yes, যদিহ্যাঁ হয়,

40a. Which animal কি জন্তু:

- | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ভেড়া/ছাগল | <input type="checkbox"/> Cattle
গবাদিপশু | <input type="checkbox"/> Pig
মুরগী | <input type="checkbox"/> Cat
বিড়াল | <input type="checkbox"/> Dog
কুকুর |
| <input type="checkbox"/> Other Animals
অন্যান্য জীবজন্তু | _____ | | | |

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

Y N U

গত মাসে আপনার বাড়িতে/আশপাশে কোন প্রাণী বা পাখীর মৃত্যু ঘটেছিল?

If yes, যদিহ্যাঁ হয়,

41a. Specify animal প্রাণীটিকে নির্দিষ্ট করুন: _____

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sheep/goat
ভেড়া/ছাগল | <input type="checkbox"/> Cattle
গবাদিপশু | <input type="checkbox"/> Pig
মুরগী | <input type="checkbox"/> Chicken
কুকুরা | <input type="checkbox"/> Duck
পাতিহাঁস |
| <input type="checkbox"/> Cat
বিড়াল | <input type="checkbox"/> Dog
কুকুর | <input type="checkbox"/> Other Animals
অন্যান্য জীবজন্তু | _____ | |

41b. Sudden or unexpected death?

Y N

সহস্রা বা অপ্রত্যাশিত মৃত্যু?

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

গত এক বা দুইমাসে আপনার কি কোন মৃত বা অসুস্থ প্রাণীর সাথে সংস্পর্শ হয়েছিল?

 Y N U

If yes, যদিহ্যাঁ হয়,

42a. Specify animal প্রাণীটিকে নির্দিষ্ট করুন:

<input type="checkbox"/> Sheep/goat ভেড়া/ছাগল	<input type="checkbox"/> Cattle গবাদিপশু	<input type="checkbox"/> Pig শূকর	<input type="checkbox"/> Chicken মুরগী	<input type="checkbox"/> Duck পাতিহাঁস
<input type="checkbox"/> Cat বিড়াল	<input type="checkbox"/> Dog কুকুর	<input type="checkbox"/> Other Animals অন্যান্য জীবজন্তু _____		

42b. Describe nature of contact সংস্পর্শের ধরণ বর্ণনা করুন: _____

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

আপনি কি সেই একই অসুস্থ/মৃত প্রাণীর মাংস খেয়েছিলেন?

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

গত এক বা দুই মাসে আপনি কি পালিত প্রাণীবাহন্য প্রাণীর বধেবা জবাইয়ে অংশগ্রহণ করেছিলেন?

 Y N U

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

গত 4 মাসে আপনার সাথে কি কোন কাঁচা মাংস/প্রাণীর রক্তের সাথে সংস্পর্শ হয়েছিল?

 Y N U

If yes, যদিহ্যাঁ হয়,

44a. Describe nature of contact সংস্পর্শের ধরণ বর্ণনা করুন: _____

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

গত 4 সপ্তাহে আপনি কি কোন কৃষি জমি/খামারের কাজ করেছিলেন বা চাষ করেছিলেন?

 Y N U

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

আপনি কি গত 4 সপ্তাহে কোন ধান জমিতে কাজ করেছিলেন?

 Y N U

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

আপনি কি গত 4 সপ্তাহে মাছ ধরতে গিয়েছিলেন?

 Y N U

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

আপনার বাড়িতে বা খামারক্ষেত্রের কাছে কি কোন জলের (কৃষি) খাল আছে?

 Y N U

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

আপনি কি গত 4 সপ্তাহে বন্ধ জলে কাজ করেছিলেন?

 Y N U

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

আপনি কি গত 4 সপ্তাহে "ন্যাশানাল ফুড ফর ওয়ার্ক প্রোগ্রাম/এমপ্লয়মেন্ট গ্যারান্টি পরিকল্পনা"-য় কাজ করেছিলেন?

 Y N U

If yes, যদি হ্যাঁ হয়,

50a. Specify nature of last work নির্দিষ্ট করে শেষ কাজের ধরণ ব্যাখ্যা করুন: _____

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

আপনি কি বনের খুব কাছেই বসবাস করেন (5 মিনিটের হাঁটার দূরত্বে)?

 Y N U

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

আপনি কি গত 4 সপ্তাহে বনে গিয়েছিলেন?

 Y N U

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

যদি হ্যাঁ হয়, আপনি কি উদ্দেশ্যে বনে গিয়েছিলেন? (সমস্ত প্রযোজ্য স্থানে টিক দিন)

52a. Firewood collection জ্বালানী কাঠ সংগ্রহ

52b. Dry leaf collection শুকনো পাতা সংগ্রহ

52c. Grass collection ঘাস সংগ্রহ

52d. Wood cutting/ logging কাঠ কাটা/ছ্যালা কাঠ

52e. Honey collection মধু সংগ্রহ

52f. Algae collection শ্যাওলা সংগ্রহ

52g. Cattle grazing পালিত পশুদের চরানো

52h. Work on agricultural land inside forest জঙ্গলের মাঝে কৃষিজমিতে কাজ করা

52i. Fishing মাছ ধরা

52j. Hunting শিকার করা

52k. Forest department work বন্য বিভাগের কাজ

If yes, যদিহ্যাঁ হয়, 52k. (i) specify নির্দিষ্ট করে বলুন: _____

52l. Leisure activities অবসরকালীন কার্যাবলী

If yes, যদিহ্যাঁ হয়, 52l. (i) specify নির্দিষ্ট করে বলুন: _____

52m. Others অন্যান্য: _____

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

 Y N U

জ্বর শুরু হবার 4 সপ্তাহ পূর্বে আপনি কি আপনার বাড়িতে বা চারপাশে আঁটুলিলক্কম্ব করেছিলেন?

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

 Y N U

জ্বর শুরু হবার 4 সপ্তাহ পূর্বে আপনি কি আপনার শরীরে আঁটুলিলক্কম্ব করেছিলেন?

If yes, যদিহ্যাঁ হয়,

54a. how do you remove them? _____

আপনি কিভাবে ঐগুলি সরিয়েছিলেন?

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

আপনার বাড়িতে পানীয় জলের উৎস কি? (সমস্ত প্রযোজ্য স্থানে টিক দিন)

<input type="checkbox"/> Dug well গভীর কূপ	<input type="checkbox"/> Hand pump হাতচালিত পাম্প	<input type="checkbox"/> Tube well টিউব ওয়েল	<input type="checkbox"/> Public well সর্বজনীন কূপ	<input type="checkbox"/> Public water tap সর্বজনীন জলের কল
<input type="checkbox"/> Panchayath/Municipality water supply পঞ্চায়েত/মিউনিসিপ্যালিটি জল সরবরাহ	<input type="checkbox"/> Tanker water supply ট্যাংকারের জল সরবরাহ	<input type="checkbox"/> Pond নদী		
<input type="checkbox"/> Stream পুকুর ঝর্ণা	<input type="checkbox"/> Others অন্যান্য _____			

56. Do you store water in home?

 Y N U

আপনি কি বাড়িতে জল সঞ্চয় করে থাকেন?

If yes, যদিহ্যাঁ হয়,

56a. Where? (specify) কোথায়? (নির্দিষ্ট করে বলুন) _____

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

 Y N U

আপনার বাড়িতে কি আপনি একটি স্বাস্থ্যবিধি সম্মত পায়খানা ব্যবহার করে থাকেন?

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

আপনি কোথায় স্নান করেন? (প্রযোজ্য স্থানে টিক দিন)

<input type="checkbox"/> River নদী	<input type="checkbox"/> Pond পুকুর	<input type="checkbox"/> Stream ঝর্ণা	<input type="checkbox"/> Home বাড়ি	<input type="checkbox"/> Other place (Specify) _____ অন্যান্য স্থান (নির্দিষ্ট রে বলুন)
---------------------------------------	--	--	--	--

59. Did you sleep under the bednet last night?

 Y N U

কাল রাতে কি আপনি মশারীর নিচে ঘুমিয়েছিলেন?

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

গত 12 মাসে যেকোন সময়ে আপনার/রোগীর বাসস্থানের ঘরের ভিতরের দেওয়ালে মশার

(অথবা মাছি) বিনাশেষেপ করার জন্য কেউ এসেছিলেন?

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

যদিহ্যাঁ হয়, ক মাস আগে আপনার বাসস্থানে শেষেপ করা হয়েছিল?

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

 Y N U

আপনার বাড়িতে কি 15 বছরের নিচে কোন সন্তান রয়েছে?

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

 Y N U

আপনার অসুস্থ হওয়ার আগের মাসে আপনি কি এরকম কারো সংস্পর্শে এসেছিলেন যার একই প্রকারের অসুস্থতা হয়েছে/হয়েছিল?

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

 Y N U

গত এক মাসে আপনি কি কোন ভ্রমণে গিয়েছিলেন?

If Yes, যদিহ্যাঁ হয়,

63a. From থেকে: _____ To অবধি: _____

Date: DD MM YYYYYY
তারিখ

63b. From থেকে: _____ To অবধি: _____

Date: DD MM YYYYYY
তারিখ

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

 Y N U

এছাড়া অন্য কিছু যা আপনি আমাকে বলতে চান কিন্তু যা আপনার মনে হয়েছে আমি আপনার কাছ থেকে জানতে চাইনি?

If Yes, describe যদি হ্যাঁ হয়, বর্ণনা করুন: _____

HEALTH SEEKING BEHAVIOR স্বাস্থ্য সম্পর্কিত আচরণ (☑ Applicable ones)

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

এই হাসপাতালে আসার আগে এই ধরনের কোন অসুস্থতার কারণে আপনি ওষুধ গ্রহণ করেছিলেন?

 Y
 N
 U

If yes, যদিহ্যাঁ হয়,

65a. Name _____ Date of first use Duration _____
 নাম প্রথম প্রয়োগের তারিখ সময়কাল
 সময়কাল

65b. Name _____ Date of first use Duration _____
 নাম প্রথম প্রয়োগের তারিখ সময়কাল
 সময়কাল

65c. Name _____ Date of first use Duration _____
 নাম প্রথম প্রয়োগের তারিখ সময়কাল
 সময়কাল

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

এই হাসপাতালে আসার আগে এই অসুস্থতার কারণে আপনি কি কোন স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর সাথে সাক্ষাত করেছিলেন?

 Y
 N
 U

If Yes, যদিহ্যাঁ হয়,

66a. Name of the practitioner/facility চিকিৎসকের/জায়গার নাম: _____

66b. Type ধরণ:

Hospital হাসপাতাল
 Clinic ক্লিনিক
 Home visit বাড়িতে সাক্ষাত
 Other অন্যান্য _____

66c. Date:
 তারিখ

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

স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী আপনার কি প্রকারের রোগনির্ণয় করেছিলেন?

68. What laboratory tests were performed?

কি কি পরীক্ষার সম্পর্কিত পরীক্ষা সম্পন্ন করা হয়েছিল?

Specify test নির্দিষ্ট করে পরীক্ষাটি বলুন	Result ফলাফল
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SOCIO ECONOMIC STATUS (MODIFIED UDAY PAREEK SCALE)

☑ Tick 1 in each section

আর্থ-সামাজিক অবস্থার মূল্যায়ন (সংশোধিত উদয় পারেখ স্কেল অনুসারে)

B1.	Type of houses বাড়ির প্রকারভেদ	Code কোড
	Kutchra কাঁচা বাড়ি	02 <input type="checkbox"/>
	Mixed মিশ্রিত	03 <input type="checkbox"/>
	Pucca পাকা বাড়ি	05 <input type="checkbox"/>

B2.	Ownership মালিকানাধীন	Code কোড
	Own নিজস্ব	05 <input type="checkbox"/>
	Rented ভাড়া	03 <input type="checkbox"/>
	Free বিনামূল্যে	00 <input type="checkbox"/>

B3.	Land holdin জমির পরিমাণ	Code কোড
	< 100 cents (1 acre) সেন্ট একর	02 <input type="checkbox"/>
	(1-4) acres একর	05 <input type="checkbox"/>
	(5-9) acres একর	10 <input type="checkbox"/>
	≥ 10 acres একর	15 <input type="checkbox"/>

B4.	Vehicles ঋহনসামগ্রী	Code কোড
	Bicycle বাইসাইকেল	02 <input type="checkbox"/>
	Two wheeler দুই-চক্রযান	04 <input type="checkbox"/>
	Auto/boat অটো/নৌকা	08 <input type="checkbox"/>
	Four wheelers চার চাকার বাহন	10 <input type="checkbox"/>

B5.	Household belongings গাছস্বয়ংক্রিয়নিষ্পত্র	Code কোড
	Radio রেডিও	02 <input type="checkbox"/>
	Television টেলিভিশন	05 <input type="checkbox"/>
	Telephone টেলিফোন	08 <input type="checkbox"/>

B6.	Livestock পালিতপশু	Code কোড
	Goat ছাগল	02 <input type="checkbox"/>
	Cow গরু	02 <input type="checkbox"/>
	Buffalo মহিষ	04 <input type="checkbox"/>

B7.	Socio-participation সামাজিক বিষয়ে অংশগ্রহণ	Code কোড
	No participation কোন অংশগ্রহণ নয়	00 <input type="checkbox"/>
	Member of one organization একটি সংস্থার সদস্য	05 <input type="checkbox"/>
	More than one organization একের বেশী সংস্থার সদস্য	10 <input type="checkbox"/>
	Office holder অফিস কর্মী	15 <input type="checkbox"/>
	Wide public leader বড়জন নেতা	20 <input type="checkbox"/>

B8.	Occupation of eldest earning member of the house বাড়ির জ্যেষ্ঠতম রোজগারে ব্যক্তির পেশা	Code কোড
	Professional/white collar পেশাজীবী/উচ্চ পেশার কর্ম	15 <input type="checkbox"/>
	Business ব্যবসা	10 <input type="checkbox"/>
	Skilled দক্ষ	08 <input type="checkbox"/>
	Semiskilled অর্ধ-দক্ষ	06 <input type="checkbox"/>
	Coolie/unskilled মালবাহক/অদক্ষ	05 <input type="checkbox"/>
	Unemployed কর্মহীন	00 <input type="checkbox"/>

B9.	Highest literacy status of eldest earning member of the household বাড়ির জ্যেষ্ঠতম রোজগারে ব্যক্তির শিক্ষার সর্বোচ্চ স্তর	Code কোড
	Post Graduation & above স্নাতক ডিগ্রীর পরবর্তী স্তর এবং আরো বেশী	20 <input type="checkbox"/>
	Graduation স্নাতক ডিগ্রী	15 <input type="checkbox"/>
	PUC চতুর্থ	12 <input type="checkbox"/>
	Middle & high school (5-10) মাধ্যমিক এবং উচ্চ বিদ্যালয়	10 <input type="checkbox"/>
	Primary প্রাথমিক (1-4)	05 <input type="checkbox"/>
	Illiterate অশিক্ষিত	00 <input type="checkbox"/>

B10.	Family members working abroad বিদেশে কর্মরত পরিবারের	Code কোড
	Yes হ্যাঁ	05 <input type="checkbox"/>
	No না	00 <input type="checkbox"/>

Score নম্বর	Grade গ্রেড	Code কোড
< 40	Low কম	01
40-70	Middle মাঝারি	02
> 70	High উচ্চ	03

TOTAL SCORE মোট নম্বরঃ

SES SE অবস্থাঃ

PHYSICAL EXAMINATION - PART A (☑ Applicable ones)

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

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

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

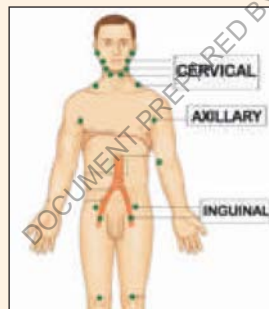
79. Pallor
 Y N



80. Icterus
 Y N



81. Lymphadenopathy
 Y N



82. Edema
 Y N

If yes,
 facial edema
 pedal edema
 others _____

83. Cyanosis
 Y N



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



Tick whichever applicable

85. Ear discharge
 Y N



86. Parotitis
 Y N



87. Oral ulcers
 Y N



88. Rash

88a. If yes, tick all applicable

Y N



Macule



Papule



Maculopapular



Vesicle



Patch



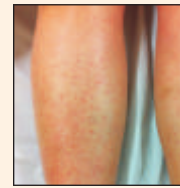
Bullae



Spotted Fever
Rash



Erythema



Petechiae



Purpura



Echymosis

Others _____

89. Eschar

Y N



Location : _____

Single Multiple

90. Black Eschar

Y N

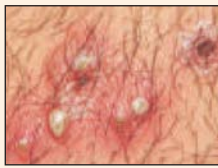


Location : _____

Single Multiple

Size : _____ cm

91. Skin lesions Y N



Pustules



Nodules



Ulcers



Vegetation

Others _____

92. Skin abscess / Cellulitis : Y N

If yes,

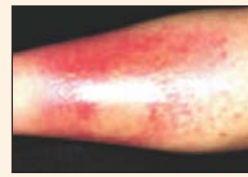
92 a. Skin abscess

Y N



92 b. Cellulitis

Y N



Location : _____

93. Any other wound Y N

Specify _____

94. Joint swelling Y N

94a. If yes, painful Y N

94b. Location: _____

95. Bleeding Y N

If yes, specify _____

96. Other observations/comments: _____

PHYSICAL EXAMINATION - PART B (Applicable ones)

97. Breath sounds Normal Stridor Ronchi Crepitation

98. Cardiac murmurs Y N Type _____

If yes, Specify site _____

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

101. Splenomegaly Y N Size: _____ cm

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

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

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

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

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

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

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

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

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

110. Other observations/comments:

LABORATORY INVESTIGATIONS <input checked="" type="checkbox"/> Applicable ones)			
111. Hematological Investigations	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	111 a. Date	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
If yes, proceed with 111a; if no, skip to 118			
112. Hb	_____		g/dl
113. Platelets	_____		lakhs/mm ³
114. TLC	_____		cells/mm ³
115. DLC	a. N ____%	b. L ____%	c. M ____% d. E ____% e. B ____%
116. ESR	_____		mm in 1st hour
117. Others	_____		_____
	_____		_____
118. Urine Analysis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	118 a. Date	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
If yes, proceed with 118a; if no, skip to 129			
119. Sugar	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
120. Albumin	<input type="checkbox"/> Present	<input type="checkbox"/> Trace	<input type="checkbox"/> Absent
121. Ketone bodies	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	122. Bile salts	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
123. Bile Pigment	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
124. Microscopy	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
If Yes, fill 125 to 128, If No, skip to 129.			
125. Pus Cells	125 a. Min. _____ / HPF	125 b. Max. _____ / HPF	
126. RBC	126 a. Min. _____ / HPF	126 b. Max. _____ / HPF	
127. Epithelial Cells	127 a. Min. _____ / HPF	127 b. Max. _____ / HPF	
128. Cast	<input type="checkbox"/> Present	<input type="checkbox"/> Absent	(If present Specify) _____
129. Stool Microscopy	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	129 a. Date	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
If yes, proceed with 129a; if no, skip to 130			
129 b. Pus cells _____ / HPF 129 c. RBCs _____ / HPF 129 d. Parasites _____			
130. Biochemical Investigations (Blood)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	130 a. Date	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
If yes, proceed with 130a; if no, skip to 146			
131. Glucose (R)	_____		mg/dl
132. Urea	_____		mg/dl
133. Creatinine	_____		mg/dl

134. Total Protein _____ g/dl

135. Albumin _____ g/dl

136. Total Bilirubin _____ mg/dl

137. Direct Bilirubin _____ mg/dl

138. AST (SGOT) _____ IU/L

139. ALT (SGPT) _____ IU/L

140. Alkaline Phosphatase _____ IU/L

141. CPK-MB _____ IU/L

142. CRP _____ mg/L

143. Sodium (Na+) _____ mEqv/L

144. Potassium (K+) _____ mEqv/L

145. Others _____

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

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

147. Glucose _____ mg/dl

148. Protein _____ mg/dl

149. Chloride _____ mEqv/L

150. CSF Cell Count _____ /mm³

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

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

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

151 a. X- ray _____

151 b. CT Scan _____

151 c. MRI Scan _____

151 d. USG _____

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

153. **Prescribed treatment** _____

154. Name of attending physician _____

155. Contact No. of attending physician _____

156. Name of interviewer _____

Signature _____

157. Date of start of interview Date

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

158. Date of completion of data collection in CRF Date

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

159. Message to data entry personnel from interviewer:

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DISCHARGE QUESTIONNAIRE

Study ID #

Form No: TR

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

160. Date of discharge

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

161. Health status of the patient at discharge

- Patient discharged after recovery
- Patient discharged against medical advice
- Patient deceased

162. Was the patient referred to any higher centre?

Y	N
---	---

If yes,

162a. Name of referral institution _____

163. Duration of stay at hospital _____ days

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

166. Prescribed treatment

166. Date of follow up suggested by treating physician Date

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

Form No: TR

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

167. Attempt 1 Date

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

 167a. Response _____168. Attempt 2 Date

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

 168a. Response _____169. Attempt 3 Date

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

 169a. Response _____170. Patient came for follow up

Y	N
---	---

 170a. Date

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

171. Patient Deceased

Y	N
---	---

 171a. Date

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

172. Patient Lost for follow up

Y	N
---	---

 172a. Date

D	D
---	---

M	M
---	---

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

FOLLOW UP QUESTIONNAIRE ফলো-আপ প্রশ্নাবলী ☑ Applicable ones

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

যখন আপনি হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন তার তুলনায় আপনি এখন কেমন বোধ করছেন?

 Fully recovered সম্পূর্ণ আরোপ্যলাভ করেছেন Better অপেক্ষাকৃত ভাল No change কোন পরিবর্তন নেই Worsened আরো খারাপ হয়েছে

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

যদি সম্পূর্ণ আরোপ্যলাভ করে থাকেন, ১৪-এ যান, আমি রোগলক্ষণের একটি তালিকার মধ্যে দিয়ে যাচ্ছি, অনুগ্রহ করে নির্দেশ করুন হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার পরে কোন কোন রোগলক্ষণগুলি আপনি অনুভব করেছিলেন

		Duration (days) সময়কাল (দিন)	Comments মন্তব্য			
174. Fever জ্বর	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
175. Chills/rigors হিমঠাণ্ডা/খুবঠাণ্ডা	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
176. Night sweats বাত্রীকালিন ঘাম	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
177. Cough কাশি	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
178. Headache মাথাব্যথা	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
179. Seizures হৃদরোগের আক্রমণ	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
If Yes, যদিহ্যাঁ হয়,	179a. Type of seizure: হৃদরোগের আক্রমণের প্রকার	<input type="checkbox"/> Focal মূল	<input type="checkbox"/> Generalized কেন্দ্রসাধারণ ভাবে			
	179b. How many times? কত বার?	<input type="checkbox"/>	179c. Duration সময়কাল			

180. Altered sensorium Y N U _____
মস্তিষ্কের পরিবর্তিত সচেতনতা

181. Paralysis Y N U _____
পক্ষাঘাত

182. Incoordinated walking Y N U _____
অসংলগ্ন হাঁটা

183. General weakness Y N U _____
সাধারণ দুর্বলতা

If Yes, যদিহ্যাঁ হয়,

183a. Prostration (extreme weakness) Y N U _____
ধরাশায়ী হওয়া (অত্যন্ত দুর্বলতা)

184. Pain in joints Y N U _____
গাঁটে গাঁটে ব্যথা

If Yes, যদিহ্যাঁ হয়,

184a. Location: Small joints ছোট গাঁট Large joints বড় গাঁট Both উভয় স্থানেই
অবস্থান

184b. Nature: Symmetric প্রতিসম Asymmetric অপ্রতিসম
ধরণ

185. Unusual bleeding Y N U _____
অস্বাভাবিক রক্তক্ষরণ

If Yes, যদিহ্যাঁ হয়,

185a. Describe _____
বর্ণনা করুন

186. Did any of your family members/ contacts develop similar illness since you were ill? Y N U
আপনার অসুস্থ হওয়ার পরে আপনার পরিবারের কোন সদস্য/সংস্পর্শে থাকা ব্যক্তির একই প্রকারের অসুস্থতা দেখা গিয়েছিল?

If Yes, যদি হ্যাঁ হয়,

186a. How many people? _____
কতজন ব্যক্তি?

186b. Who all? _____
সবাই ককে?

187. Any clinical symptom that recurred during this period? Y N U
এই সময়কালে কোন নিদানিক রোগলক্ষণ পুনর্বার হয়েছিল?

If Yes, যদি হ্যাঁ হয়,

187a. Specify নির্দিষ্ট করে বলুন _____

188. Since you became ill how many days you couldn't go for regular work? _____
আপনার অসুস্থ হওয়ার পরে আপনি কতদিন নিয়মিত কাজে যেতে পারেন নি?

189. Any of the family members stayed with you during that period? If yes, that person couldn't go for work, how many days?
সেই সময়কালে কোনো পরিবারের সদস্য কি আপনার সাথে থেকেছিলেন? যদি হ্যাঁ হয়, সেই ব্যক্তি কতদিন কাজে যেতে পারেন নি?

190. Any other observations/comments _____
অন্যান্য পর্যবেক্ষণ/মন্তব্য

191. Name of the interviewer _____ Signature _____
সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর নাম স্বাক্ষর

Clinical Sample Information		Study ID #		
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) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	<input type="checkbox"/> Blood (Plain) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	<input type="checkbox"/> Blood (Plain) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	<input type="checkbox"/> Blood (Plain) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> A - Acute <input type="checkbox"/> D - Discharge <input type="checkbox"/> R - Repeat <input type="checkbox"/> FU - Follow up	<input type="checkbox"/> Blood (Plain) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Blood (BacT/ALERT) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Throat Swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Sputum 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Clot 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> Saliva 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> CSF 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Urine 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Others _____

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)

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

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)

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

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)

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

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

DOCUMENT PREPARED BY 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"/>	

409. Initial lab diagnosis: _____ 409a. Date

409b. Comments: _____

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

410b. Comments: _____

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

411b. Comments: _____

412. Final lab diagnosis:

412a. _____ 412b. Date

412c. _____ 412d. Date

412e. _____ 412f. Date

413. ICD 10 Code for final diagnosis:

413a. _____

413b. _____

413c. _____

414. Comments, if any: _____

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

415. Any other comments:

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

415. Any other comments:

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

415. Any other comments:

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

415. Any other comments:

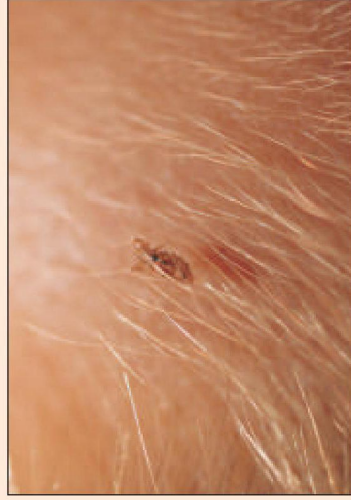
DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Insect Atlas

Ticks



Head Lice



Sandfly



Mosquitoes



Body Lice





INSPIRED BY LIFE

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

Madhav Nagar, Manipal - 576 104, Karnataka, India

MANIPAL
UNIVERSITY

Principal Investigator / Contact:

Dr. G. Arunkumar

Professor and Head

Manipal Centre for Virus Research, Manipal University

Manipal, Karnataka State, INDIA - 576104

Mob: +91- 98455 84163 / 0820 - 2922718

E-mail: arun.kumar@manipal.edu