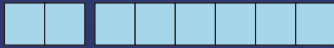


Study ID #

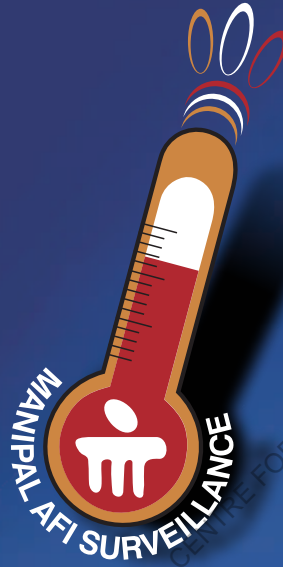


प्रज्ञानं ब्रह्म



Manipal

INSPIRED BY LIFE



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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH



Manipal Centre for Virus Research (MCVR)
Manipal University

List of Abbreviations

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



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

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



INSPIRED BY LIFE

Acute Febrile Illness Case Report Form (CRF)

Instructions to the Interviewer:

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

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

Form No: _____

Signature of the interviewer _____

PATIENT INFORMATION

Date:

Study ID #

First Name

Last Name

Telephone No: Mobile:

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

Address: House name/ No: _____

Designated ASHA Worker's Name & Contact Details: _____

Specimen Data Form

To be filled during the time of recruitment

Study ID #

Form No: _____

For recruitment personnel only

• Date of sample collection:

• Name: _____

• Type of sample: **Acute**

• Sex: Male Female Others

• Age in years: _____ • Date of admission:

• Date of onset of fever:

• Syndromes: (Tick applicable ones)

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

Samples collected:

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

Recruiter's signature: _____

Lab in charge's signature: _____

NURSE REMINDER CARD

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

Manipal Centre for Virus Research (MCCR), Manipal University

Study ID # Form No: _____

Date of recruitment:

Name: _____

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

Age: _____ Gender: _____ Place: _____

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

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

PATIENT CARD

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

Manipal Centre for Virus Research (MCCR), Manipal University

Study ID # Form No: _____

Date for Follow-up visit:

Name: _____

Date of recruitment: _____ IP No.: _____

Age: _____ Gender: _____ Place: _____

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

ಈ ಕಾರ್ಡನ್ನು ಜಾಗರತೆಯಾಗಿ
ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಿ ಹಾಗೂ ಅಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ನಿಮ್ಮ
ಮುಂದಿನ ಭೇಟಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲ
ತಪ್ಪದೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಬನ್ನಿ.

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

CONTACT NUMBERS

1. Interviewer:
2. Study Manager:

ರೋಗಿ ಮಾಹಿತಿ ಪುಟ ಹಾಗೂ ಸಮ್ಮತಿ - 1 ರಿಂದ 65 ವರ್ಷ.

ಭಾರತದಲ್ಲೆ ತೀವ್ರ ಫೆಬ್ರಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ (ಎಎಫ್‌ಐ) ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆಧಾರಿತ ವಿಚಕ್ಷಣೆ

ಭಾಗವಹಿಸಲು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಸಮ್ಮತಿ

ಸಂಶೋಧಕ

ಪ್ರಧಾನ ಸಂಶೋಧಕರು: ಡಾ. ಜಿ. ಅರುಣ್‌ಕುಮಾರ್

ಪ್ರೋಫೆಸರ್ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು
ಮಣಿಪಾಲ್ ಸೆಂಟರ್ ಫಾರ್ ವೈರಸ್ ರಿಸರ್ಚ್
ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಮಣಿಪಾಲ್
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ, ಭಾರತ - 576104

Study ID #

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

ಇ ಮೇಲ್: arun.kumar@manipal.edu

ಮೊಬೈಲ್: +91- 91489 70864 ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ : +91-820-2922718, 2922613

ಒಂದು ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಬೇಕೆಂದು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಕೋರಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಪತ್ರದ ಉಳಿದ ಭಾಗದಲ್ಲಿ, "ನೀವು" ಎನ್ನುವುದು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಅಂದರೆ ಅದು ನೀವು, ನಿಮ್ಮ ಮಗು ಅಥವಾ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನೀವು ಹೊಣೆಗಾರರಾಗಿರುವ ಮತ್ತು ಕಾನೂನುಬದ್ಧವಾಗಿ ಸಮಂಜಸವಾಗಿರುವ ಮತ್ತೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ (ಉಲ್ಲೇಖಿಸುತ್ತದೆ). ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿದ್ದು, ನೀವು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಅಥವಾ ಇಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನೀವು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡರೆ, ನೀವು ನಿಯತವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ.

ಉದ್ದೇಶ

ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವು ಜ್ವರದೊಡನೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವುದಾಗಿದೆ. ಜ್ವರಕ್ಕಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಕೋರುವುದು ಜನರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಕಾರಣಗಳು ತಿಳಿದಿದ್ದರೂ, ಸೋಂಕುಗಳ ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ಜನರು ಏಕೆ ಈ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದು ತಿಳಿದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವೊಂದಕ್ಕೆ ಹೊಸ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ನಿಮ್ಮ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತು ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಜಾಗೃತಿಯಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಮತ್ತು ಅದರ ನಂತರ ಜ್ವರದ ವಿವಿಧ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಜ್ವರದ ಕಾರಣಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಈ ಸೋಂಕುಗಳಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಮತ್ತು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಸಂಭಾವ್ಯ ಮಾರ್ಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶ ಹೊಂದಿದ್ದೇವೆ. ನೀವು ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕರಾಗಿದ್ದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಪೋಷಕರು ಅಧ್ಯಯನದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಗೆ ಸಮ್ಮತಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ವಿವರಣೆ

ನಾವು ಏನು ಮಾಡಲು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಏಕೆ ಕೋರಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೆಂದರೆ, ನೀವು ಜ್ವರ ಹೊಂದಿದ್ದು, ನಿಮ್ಮನ್ನು ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನೀವು ಒಂದು ಸೋಂಕನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಿ ಎಂದು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಭಾವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಭಾಗವಹಿಸಲು ನೀವು ಒಪ್ಪಿದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸಕ್ತ ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಷ್ಕರಣೆಗಳು, ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮೊಡನೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲು ಸುಮಾರು 15 ನಿಮಿಷಗಳ ಸಮಯ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಓರ್ವ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ, ನಿಮಗೆ ಆರಾಮಕರವಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ನೀವು ಉತ್ತರಿಸಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ತೋಳಿನಿಂದ ಸುಮಾರು 10 ಮಿಲಿಲೀಟರ್ (ಮಿಲಿ) (1 ರಿಂದ 2 ಚಹಾಚಮಚಗಳಷ್ಟು) ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ರಕ್ತವನ್ನು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಅಪ್ಪಣೆ ಮಾಡಿರುವ ವಾಡಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಸೋಂಕಿನ ಕಾರಣದ ರೋಗಪತ್ರ ಮಾಡುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸಹಾ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಂದು ಸಣ್ಣ ಹತ್ತಿಯ ಸ್ವಾಬ್ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಗಂಟಲು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಮೂಗಿನ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಉಜ್ಜುವ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ಒಂದು ಮೂತ್ರದ ನಮೂನೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನೀವು ನೀರಿನಂತಹ ಬೇಧಿಯನ್ನು (ಸಡಿಲ ಮಲ) ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಮಲವನ್ನು ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೆ ನೀವು ಅಸಮರ್ಥರಾಗಿದ್ದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಗುದ್ದಾರದ ಮೇಲ್ಮೈನಿಂದ ಒಂದು ಗುದ ಸ್ವಾಬ್ ಅನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನಿಮ್ಮ ವಾಡಿಕೆಯ ಆರೈಕೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಯ ದ್ರವವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಯೋಜನೆ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, 2-4 ಮಿಲಿ (ಒಂದು ಚಹಾಚಮಚಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ) ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮ ಆರೈಕೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಭಾವಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ನೀವು ಒಂದು ಲಂಬಾರ್ ಪಂಕ್ಚರ್‌ಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತೀರೇ ಹೊರತು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿ ಅಲ್ಲ.

ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದ ನಂತರ ಮಾತ್ರ ಗುರುತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅದರಿಂದಾಗಿ ನಾವು ರಕ್ತವನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ಎರಡು ಬಾರಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ ಅಂದರೆ ಚಡುಗಡೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅನುಸರಣೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ: 1) ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಚಡುಗಡೆ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ೫ ಮಿಲಿ (ಸುಮಾರು ಒಂದು ಚಹಾಚಮಚದಷ್ಟು) ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು 2) ಚಡುಗಡೆಯ ನಂತರ 4 ರಿಂದ 6 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ, ಒಂದು ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಿ ಬರುವಂತೆ ನಿಮಗೆ ಹೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಯು ಸುಮಾರು 15 ನಿಮಿಷಗಳ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಭೇಟಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಹೇಗೆ ಅನ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕುರಿತು ಕೆಲವೊಂದು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮೊಡನೆ ಕೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ 5 ಮಿಲಿ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಗದಿತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೀವು ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಿದ್ದರೆ, ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗೆ ಬರಲು ನೀವು ಇನ್ನೂ ಬಯಸುತ್ತೀರಾ ಮತ್ತು ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಉತ್ತರಿಸಬಲ್ಲರಾ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಲುವಾಗಿ ದೂರವಾಣಿ ಮೂಲಕ ಅಥವಾ ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡದಿಂದ ಯಾರಾದರೂ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ನಿಯತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ, ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿ ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿರಬಹುದಾದ ವಿವಿಧ ಸೋಂಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನಿಮ್ಮ ಮಾದರಿಗಳ ಪರೀಕ್ಷಣೆಯು ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮಣಿಪಾಲ್ ಸೆಂಟರ್ ಫಾರ್ ವೈರಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ (ಎಂಸಿವಿಆರ್), ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ (ಎಂಯು) ಎರಡೂ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿ ನಡೆಸಲಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ನಿಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾಗುವ ವಾಡಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿರುತ್ತವೆ, ಅದರ ಬದಲಿಗೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡವು ನಿಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ದಾಖಲು ಮಾಡುವಿಕೆಯನ್ನು ಕುರಿತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲಾತಿಗಳಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕೇಸ್ ರಿಕ್ರೂಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಫಾರ್ಮ್ (ಸಿಆರ್‌ಎಫ್) [ಪ್ರಕರಣ ನೇಮಕಾತಿ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು] ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದರಿಂದ ನೀವು ಯಾವುದೇ ನೇರವಾದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದೇ ಇರಬಹುದು. ನೀವು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡರೂ, ಸೇರಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೂ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಅದೇ ರೀತಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ

ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಅವುಗಳು ಲಭ್ಯವಾದಾಗ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ವಿಭಿನ್ನ ವಿಧವಾದ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಕಲಿಯುವ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿರುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರಯೋಜನಕರವಾಗಬಹುದು.

ಅಪಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಅನಾನುಕೂಲತೆಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರುವುದರಿಂದ, ರಕ್ತವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಅಪಾಯಗಳಿವೆ. ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸೂಜಿಯನ್ನು ಚುಚ್ಚುವಿಕೆಯಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ಅನಾನುಕೂಲತೆ ಇರಬಹುದು. ಸೂಜಿ ಚುಚ್ಚಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ನೀವು ಊತ ಅಥವಾ ಜಜ್ಜುಗಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು: ಆ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕಿನ ಸಣ್ಣ ಅಪಾಯವಿರುತ್ತದೆ. ಬಹುತೇಕ ಜನರು ತಮ್ಮ ರಕ್ತ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಯಾವುದೇ ಸೋಂಕನ್ನು ಅಥವಾ ಗಮನಾರ್ಹ ಊತವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲವಾದರೂ, ಈ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಆ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಹೊಂದಿದರೆ, ಅತ್ಯಂತ ಸಂಭಾವ್ಯವಾಗಿ ಅವುಗಳು 2 ವಾರಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೊರಟು ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಜನರಿಗೆ ತಲೆ ಹಗುರಾದಂತೆ ಎನ್ನಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವರು ವೇಗವಾದ ಹೃದಯ ಮಿಡಿತವನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಮಲಗಿಸುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವ ಮೂಲಕ ಅಂತ್ಯಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಗಾಯಗಳನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರುವುದರ ಫಲಿತಾಂಶವಾಗಿ ನೀವು ಒಂದು ಗಾಯವನ್ನು ಅಥವಾ ಕೆಟ್ಟ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಹೊಂದಿದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಗಾಯಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ. ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ನಿಮಗೆ ಹಣ ನೀಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನಿಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಪೆಚ್ಚುಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ-ಎಲ್ಲಾ ಸರಬರಾಜುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ನಿಮಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಡುಗಡೆಯಾದ 4-6 ವಾರಗಳ ನಂತರ ನೀವು ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಿದಾಗ, ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಯಾಣದ ಪೆಚ್ಚು ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಸಮಯಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಒಂದು-ಬಾರಿಯ ಪಾವತಿಯಾದ ₹ 600/- ಅನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ.

ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹವಿಲ್ಲದೇ ಹಿಂದೆಸರಿಯುವಿಕೆ

ನಿಮ್ಮ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹವಿಲ್ಲದೇ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಹಿಂದೆಸರಿಯುವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿರುತ್ತೀರಿ. ಅದು ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದಿಲ್ಲ.

ಪರ್ಯಾಯಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಪರ್ಯಾಯಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಗೌಪ್ಯತೆ (ಖಾಸಗಿತ್ವ)

ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ನಿಮ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಕುರಿತು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ನಂತರವೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಂರಕ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಿಮ್ಮ ಹೆಸರು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಫಲಿತಾಂಶವಾಗಿ ದೊರೆಯುವ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತುತಿಗಳು ಅಥವಾ ವರದಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಆದಾಗ್ಯೂ ನಿಮ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ನಿಮಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಲಭ್ಯಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಾಂದರ್ಭಿಕತೆಯಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಡಾ.ಲಕ್ಷ್ಮೀನಾರಾಯಣ ಬಾಯರಿ ಅವರನ್ನು ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ, ಮಣಿಪಾಲ್ ಇಲ್ಲಿ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ 9449208478 ಯಲ್ಲಿ ಸೋಮವಾರದಿಂದ ಶನಿವಾರದ ವರೆಗೆ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 9 ಗಂಟೆಯಿಂದ ಸಂಜೆ 5 ಗಂಟೆಗಳ ವರೆಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಡಾ. ಜಿ ಅರುಣ್ ಕುಮಾರ್ ಅವರನ್ನು 9148970864 ರಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ. ನೀವು ಅವರಿಗೆ ಗಾಯ, ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಸಮ್ಯಕ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಕರೆಮಾಡಬಹುದು. ಇತರ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗಾಗಿ, 'ರೋಗಿಯ ಕಾರ್ಡ್' ನ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಪರ್ಕ ಸ್ಥಳಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ನೋಡಿ.

ಈ ಪತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಾರದು. ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅತ್ಯಂತ ಸನಿಹದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೆ ಹೋಗಿರಿ.

ನಮೂನೆಗಳ ಶೇಖರಣೆ ಮತ್ತು ಭವಿಷ್ಯದ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಅನುಮತಿ

ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುವ ರಕ್ತ, ಬಿನ್ನುಮೂಳೆಯ ದ್ರವ, ಮೂಗಿನ/ಗಂಟಲಿನ ಸ್ವಾಬ್‌ಗಳು, ಮೂತ್ರ ಅಥವಾ ಮಲದ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅನುಮತಿಯೊಡನೆ ಎನ್‌ಸಿವಿಆರ್, ಎಂಯುನಿಟಿ ಜ್ವರ ರೋಗಗಳ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಭವಿಷ್ಯದ ಸಂಶೋಧನಾತ್ಮಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಗಾಗಿ 10 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಐಡಿಯೊಡನೆ ಮಾತ್ರ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮ/ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರಿನೊಡನೆ ಅಲ್ಲ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸಕ್ತವಾಗಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ಕಳಿಸಬಹುದು; ಇದು ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಅನುಮತಿಯೊಡನೆ ಮಾತ್ರ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ನೀವು ನಿಮ್ಮ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಭವಿಷ್ಯದ ಬಳಕೆ/ಇತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡುವುದನ್ನು/ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಬಯಸದಿದ್ದರೆ, ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ನಾಶಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ/ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಎಂದಿಗೂ ಬಳಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರಲು ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಾಲಿನ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ಸಹಿಯನ್ನು ಹಾಕಿ. ಸಾಲಿನ ಮೇಲೆ ಸಹಿಹಾಕುವುದು, "ನಾನು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ" ಎಂದು ಅರ್ಥ ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಈ ಪತ್ರವನ್ನು ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತ ನನ್ನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಸಹಭಾಗಿಯ/ಪೋಷಕರ ಅಥವಾ 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಹೋಣೆಗಾರಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವ ಪ್ರಾಪ್ತವಯಸ್ಕರ ಸಹಿ/ಎಡಗೈ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು

ಸಹಭಾಗಿಯ ಹೆಸರು _____ ದಿನಾಂಕ (ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

ಅಥವಾ _____

ಪೋಷಕರ/18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಹೋಣೆಗಾರಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವ ಪ್ರಾಪ್ತವಯಸ್ಕರ ಹೆಸರು _____ ಸಹಭಾಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ

ನಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ _____ ದಿನಾಂಕ (ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

ಅಧಿಕೃತ ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ/ಪಿಐ (ಪ್ರಧಾನ ಪರಿಶೋಧಕರ) ಸಹಿ _____ ದಿನಾಂಕ(ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

ರೋಗಿ ಮಾಹಿತಿ ಪುಟ ಹಾಗೂ ಸಮ್ಮತಿ - 1 ರಿಂದ 65 ವರ್ಷ.

ಭಾರತದಲ್ಲೇ ತೀವ್ರ ಫೆಬ್ರಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ (ಎಎಫ್‌ಐ) ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆಧಾರಿತ ವಿಚಕ್ಷಣೆ

ಭಾಗವಹಿಸಲು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಸಮ್ಮತಿ

ಸಂಶೋಧಕ

ಪ್ರಧಾನ ಸಂಶೋಧಕರು: ಡಾ. ಜಿ. ಅರುಣ್‌ಕುಮಾರ್

ಪ್ರೋಫೆಸರ್ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು
ಮಣಿಪಾಲ್ ಸೆಂಟರ್ ಫಾರ್ ವೈರಸ್ ರಿಸರ್ಚ್
ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಮಣಿಪಾಲ್
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ, ಭಾರತ - 576104

Study ID #

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

ಇ ಮೇಲ್:

arun.kumar@manipal.edu

ಮೊಬೈಲ್:

+91- 91489 70864 ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ : +91-820-2922718, 2922613

ಒಂದು ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಬೇಕೆಂದು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಕೋರಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಪತ್ರದ ಉಳಿದ ಭಾಗದಲ್ಲಿ, "ನೀವು" ಎನ್ನುವುದು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಅಂದರೆ ಅದು ನೀವು, ನಿಮ್ಮ ಮಗು ಅಥವಾ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನೀವು ಹೊಣೆಗಾರರಾಗಿರುವ ಮತ್ತು ಕಾನೂನುಬದ್ಧವಾಗಿ ಸಮಂಜಸವಾಗಿರುವ ಮತ್ತೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ (ಉಲ್ಲೇಖಿಸುತ್ತದೆ). ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿದ್ದು, ನೀವು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಅಥವಾ ಇಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನೀವು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿ ಇಲ್ಲದಿರುವುದನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡರೆ, ನೀವು ನಿಯತವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ.

ಉದ್ದೇಶ

ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶವು ಜ್ವರದೊಡನೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವುದಾಗಿದೆ. ಜ್ವರಕ್ಕಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಕೋರುವುದು ಜನರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಕಾರಣಗಳು ತಿಳಿದಿದ್ದರೂ, ಸೋಂಕುಗಳ ಅನೇಕ ಕಾರಣಗಳು ಮತ್ತು ಜನರು ಏಕೆ ಈ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತಾರೆ ಎನ್ನುವುದು ತಿಳಿದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವೊಂದಕ್ಕೆ ಹೊಸ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ನಿಮ್ಮ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕುರಿತು ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಜಾಗೃತಿಯಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸುವ ಮತ್ತು ಅದರ ನಂತರ ಜ್ವರದ ವಿವಿಧ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಜ್ವರದ ಕಾರಣಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಈ ಸೋಂಕುಗಳಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಮತ್ತು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಸಂಭಾವ್ಯ ಮಾರ್ಗಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಾವು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶ ಹೊಂದಿದ್ದೇವೆ. ನೀವು ಅಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕರಾಗಿದ್ದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಪೋಷಕರು ಅಧ್ಯಯನದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಗೆ ಸಮ್ಮತಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ವಿವರಣೆ

ನಾವು ಏನು ಮಾಡಲು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಏಕೆ ಕೋರಲಾಗುತ್ತಿದೆಯೆಂದರೆ, ನೀವು ಜ್ವರ ಹೊಂದಿದ್ದು, ನಿಮ್ಮನ್ನು ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ನೀವು ಒಂದು ಸೋಂಕನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಿ ಎಂದು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಭಾವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಭಾಗವಹಿಸಲು ನೀವು ಒಪ್ಪಿದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಸಕ್ತ ಮತ್ತು ಹಿಂದಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಷ್ಕರಣೆಗಳು, ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು, ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬದ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮೊಡನೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲು ಸುಮಾರು 15 ನಿಮಿಷಗಳ ಸಮಯ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಓರ್ವ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ, ನಿಮಗೆ ಆರಾಮಕರವಲ್ಲ ಎನ್ನುವ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ನೀವು ಉತ್ತರಿಸಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ತೋಳಿನಿಂದ ಸುಮಾರು 10 ಮಿಲಿಲೀಟರ್ (ಮಿಲಿ) (1 ರಿಂದ 2 ಚಹಾಚಮಚಗಳಷ್ಟು) ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ರಕ್ತವನ್ನು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಅಪ್ಪಣೆ ಮಾಡಿರುವ ವಾಡಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಸೋಂಕಿನ ಕಾರಣದ ರೋಗಪತ್ರ ಮಾಡುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಸಹಾ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಂದು ಸಣ್ಣ ಹತ್ತಿಯ ಸ್ವಾಬ್ ಅನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಗಂಟಲು ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಮೂಗಿನ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಉಜ್ಜುವ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ಒಂದು ಮೂತ್ರದ ನಮೂನೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನೀವು ನೀರಿನಂತಹ ಬೇಧಿಯನ್ನು (ಸಡಿಲ ಮಲ) ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಮಲವನ್ನು ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕೆ ನೀವು ಅಸಮರ್ಥರಾಗಿದ್ದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಗುದದ್ವಾರದ ಮೇಲ್ಮೈನಿಂದ ಒಂದು ಗುದ ಸ್ವಾಬ್ ಅನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನಿಮ್ಮ ವಾಡಿಕೆಯ ಆರೈಕೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಯ ದ್ರವವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಯೋಜನೆ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, 2-4 ಮಿಲಿ (ಒಂದು ಚಹಾಚಮಚಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ) ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮ ಆರೈಕೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಅಗತ್ಯವಿದೆ ಎಂದು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಭಾವಿಸಿದರೆ ಮಾತ್ರ ನೀವು ಒಂದು ಲಂಬಾರ್ ಪಂಕ್ಚರ್‌ಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತೀರೇ ಹೊರತು ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿ ಅಲ್ಲ.

ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದ ನಂತರ ಮಾತ್ರ ಗುರುತಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅದರಿಂದಾಗಿ ನಾವು ರಕ್ತವನ್ನು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ಎರಡು ಬಾರಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ ಅಂದರೆ ಚಡುಗಡೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅನುಸರಣೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ: 1) ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಚಡುಗಡೆ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ೫ ಮಿಲಿ (ಸುಮಾರು ಒಂದು ಚಹಾಚಮಚದಷ್ಟು) ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು 2) ಚಡುಗಡೆಯ ನಂತರ 4 ರಿಂದ 6 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ, ಒಂದು ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಿ ಬರುವಂತೆ ನಿಮಗೆ ಹೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಯು ಸುಮಾರು 15 ನಿಮಿಷಗಳ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಭೇಟಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಹೇಗೆ ಅನ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕುರಿತು ಕೆಲವೊಂದು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮೊಡನೆ ಕೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಯು ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ 5 ಮಿಲಿ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಗದಿತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೀವು ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಿದ್ದರೆ, ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗೆ ಬರಲು ನೀವು ಇನ್ನೂ ಬಯಸುತ್ತೀರಾ ಮತ್ತು ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಉತ್ತರಿಸಬಲ್ಲರಾ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಲುವಾಗಿ ದೂರವಾಣಿ ಮೂಲಕ ಅಥವಾ ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡದಿಂದ ಯಾರಾದರೂ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಭೇಟಿ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ನಿಯತ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ, ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿ ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿರಬಹುದಾದ ವಿವಿಧ ಸೋಂಕುಗಳಿಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನಿಮ್ಮ ಮಾದರಿಗಳ ಪರೀಕ್ಷಣೆಯು ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮಣಿಪಾಲ್ ಸೆಂಟರ್ ಫಾರ್ ವೈರಸ್ ರಿಸರ್ಚ್ (ಎಂಸಿವಿಆರ್), ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ (ಎಂಯು) ಎರಡೂ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿ ನಡೆಸಲಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ನಿಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸಲಾಗುವ ವಾಡಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿರುತ್ತವೆ, ಅದರ ಬದಲಿಗೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡವು ನಿಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ದಾಖಲು ಮಾಡುವಿಕೆಯನ್ನು ಕುರಿತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲಾತಿಗಳಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಕೇಸ್ ರಿಕ್ರೂಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಫಾರ್ಮ್ (ಸಿಆರ್‌ಎಫ್) [ಪ್ರಕರಣ ನೇಮಕಾತಿ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು] ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದರಿಂದ ನೀವು ಯಾವುದೇ ನೇರವಾದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸದೇ ಇರಬಹುದು. ನೀವು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡರೂ, ಸೇರಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೂ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಅದೇ ರೀತಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ

ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಅವುಗಳು ಲಭ್ಯವಾದಾಗ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ವಿಭಿನ್ನ ವಿಧವಾದ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಕಲಿಯುವ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿರುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರಯೋಜನಕರವಾಗಬಹುದು.

ಅಪಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಅನಾನುಕೂಲತೆಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರುವುದರಿಂದ, ರಕ್ತವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಅಪಾಯಗಳಿವೆ. ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸೂಜಿಯನ್ನು ಚುಚ್ಚುವಿಕೆಯಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ಅನಾನುಕೂಲತೆ ಇರಬಹುದು. ಸೂಜಿ ಚುಚ್ಚಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ನೀವು ಊತ ಅಥವಾ ಜಜ್ಜುಗಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು: ಆ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಸೋಂಕಿನ ಸಣ್ಣ ಅಪಾಯವಿರುತ್ತದೆ. ಬಹುತೇಕ ಜನರು ತಮ್ಮ ರಕ್ತ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಯಾವುದೇ ಸೋಂಕನ್ನು ಅಥವಾ ಗಮನಾರ್ಹ ಊತವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲವಾದರೂ, ಈ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಆ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಹೊಂದಿದರೆ, ಅತ್ಯಂತ ಸಂಭಾವ್ಯವಾಗಿ ಅವುಗಳು 2 ವಾರಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೊರಟು ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಜನರಿಗೆ ತಲೆ ಹಗುರಾದಂತೆ ಎನ್ನಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವರು ವೇಗವಾದ ಹೃದಯ ಮಿಡಿತವನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಮಲಗಿಸುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವ ಮೂಲಕ ಅಂತ್ಯಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಗಾಯಗಳನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರುವುದರ ಫಲಿತಾಂಶವಾಗಿ ನೀವು ಒಂದು ಗಾಯವನ್ನು ಅಥವಾ ಕೆಟ್ಟ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಹೊಂದಿದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಗಾಯಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ. ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ನಿಮಗೆ ಹಣ ನೀಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನಿಮಗೆ ಯಾವುದೇ ಪೆಚ್ಚುಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ-ಎಲ್ಲಾ ಸರಬರಾಜುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ನಿಮಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಡುಗಡೆಯಾದ 4-6 ವಾರಗಳ ನಂತರ ನೀವು ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಿದಾಗ, ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಯಾಣದ ಪೆಚ್ಚು ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಸಮಯಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಒಂದು-ಬಾರಿಯ ಪಾವತಿಯಾದ ₹ 600/- ಅನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ.

ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹವಿಲ್ಲದೇ ಹಿಂದೆಸರಿಯುವಿಕೆ

ನಿಮ್ಮ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹವಿಲ್ಲದೇ ಅಧ್ಯಯನದಿಂದ ಹಿಂದೆಸರಿಯುವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ನೀವು ಹೊಂದಿರುತ್ತೀರಿ. ಅದು ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದಿಲ್ಲ.

ಪರ್ಯಾಯಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಪರ್ಯಾಯಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಗೌಪ್ಯತೆ (ಖಾಸಗಿತ್ವ)

ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ನಿಮ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಕುರಿತು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ನಂತರವೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಂರಕ್ಷಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಿಮ್ಮ ಹೆಸರು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಫಲಿತಾಂಶವಾಗಿ ದೊರೆಯುವ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಸ್ತುತಿಗಳು ಅಥವಾ ವರದಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಆದಾಗ್ಯೂ ನಿಮ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ನಿಮಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಲಭ್ಯಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಾಂದರ್ಭಿಕತೆಯಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಡಾ.ಲಕ್ಷ್ಮೀನಾರಾಯಣ ಬಾಯರಿ ಅವರನ್ನು ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ, ಮಣಿಪಾಲ್ ಇಲ್ಲಿ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ 9449208478 ಯಲ್ಲಿ ಸೋಮವಾರದಿಂದ ಶನಿವಾರದ ವರೆಗೆ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 9 ಗಂಟೆಯಿಂದ ಸಂಜೆ 5 ಗಂಟೆಗಳ ವರೆಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಡಾ. ಜಿ ಅರುಣ್ ಕುಮಾರ್ ಅವರನ್ನು 9148970864 ರಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ. ನೀವು ಅವರಿಗೆ ಗಾಯ, ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಸಮ್ಯಕ್ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಕರೆಮಾಡಬಹುದು. ಇತರ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗಾಗಿ, 'ರೋಗಿಯ ಕಾರ್ಡ್' ನ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಪರ್ಕ ಸ್ಥಳಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ನೋಡಿ.

ಈ ಪತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಾರದು. ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅತ್ಯಂತ ಸನಿಹದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೆ ಹೋಗಿರಿ.

ನಮೂನೆಗಳ ಶೇಖರಣೆ ಮತ್ತು ಭವಿಷ್ಯದ ಬಳಕೆಗಾಗಿ ಅನುಮತಿ

ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುವ ರಕ್ತ, ಬಿನ್ನುಮೂಳೆಯ ದ್ರವ, ಮೂಗಿನ/ಗಂಟಲಿನ ಸ್ವಾಭಾಗಗಳು, ಮೂತ್ರ ಅಥವಾ ಮಲದ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅನುಮತಿಯೊಡನೆ ಎನ್‌ಸಿವಿಆರ್, ಎಂಯುನಿಟಿ ಜ್ವರ ರೋಗಗಳ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಭವಿಷ್ಯದ ಸಂಶೋಧನಾತ್ಮಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಗಾಗಿ 10 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಐಡಿಯೊಡನೆ ಮಾತ್ರ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮ/ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರಿನೊಡನೆ ಅಲ್ಲ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸಕ್ತವಾಗಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ಕಳಿಸಬಹುದು; ಇದು ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಅನುಮತಿಯೊಡನೆ ಮಾತ್ರ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ನೀವು ನಿಮ್ಮ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಭವಿಷ್ಯದ ಬಳಕೆ/ಇತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡುವುದನ್ನು/ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಬಯಸದಿದ್ದರೆ, ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿನ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ನಾಶಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ/ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಯಾವುದೇ ಅನುವಂಶಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಎಂದಿಗೂ ಬಳಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರಲು ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಾಲಿನ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ಸಹಿಯನ್ನು ಹಾಕಿ. ಸಾಲಿನ ಮೇಲೆ ಸಹಿಹಾಕುವುದು, "ನಾನು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಇರಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ" ಎಂದು ಅರ್ಥ ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಈ ಪತ್ರವನ್ನು ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತ ನನ್ನ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಸಹಭಾಗಿಯ/ಪೋಷಕರ ಅಥವಾ 18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಹೋಣೆಗಾರಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವ ಪ್ರಾಪ್ತವಯಸ್ಕರ ಸಹಿ/ಎಡಗೈ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು

ಸಹಭಾಗಿಯ ಹೆಸರು _____ ದಿನಾಂಕ (ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

ಅಥವಾ _____

ಪೋಷಕರ/18 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳ ಹೋಣೆಗಾರಿಕೆ ಹೊಂದಿರುವ ಪ್ರಾಪ್ತವಯಸ್ಕರ ಹೆಸರು _____ ಸಹಭಾಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಬಂಧ

ನಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ _____ ದಿನಾಂಕ (ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

ಅಧಿಕೃತ ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ/ಪಿಐ (ಪ್ರಧಾನ ಪರಿಶೋಧಕರ) ಸಹಿ _____ ದಿನಾಂಕ(ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

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

_____ **Voluntary Consent to participate** _____

Investigator

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar

Study ID #

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

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

E-Mail: arun.kumar@manipal.edu

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

You 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 Recruitment 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.LaxminarayanaBairy 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** _____

Investigator**Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar****Study ID #**

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

Professor and Head

Manipal Centre for Virus Research

Manipal University, Manipal

Karnataka State, India 576104

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

You 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 Recruitment 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.LaxminarayanaBairy 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)

ಒಟ್ಟಿಗೆ ಪತ್ರ: 7-17 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಗು ನೀಡುವ ನೋಂದಣಿ ಒಟ್ಟಿಗೆ

ಭಾರತದಲ್ಲೇ ತೀವ್ರ ಫೆಬ್ರೆ ಅನಾರೋಗ್ಯದ (ಎಎಫ್ಐ) ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆಧಾರಿತ ವಿಚಕ್ಷಣೆ

ಭಾಗವಹಿಸಲು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಸಮ್ಮತಿ

ಪರಿಶೋಧಕರು

ಪ್ರಧಾನ ಪರಿಶೋಧಕರು: ಡಾ. ಜಿ. ಅರುಣ್‌ಕುಮಾರ್

ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು
ಮಣಿಪಾಲ್ ಸೆಂಟರ್ ಫಾರ್ ವೈರಸ್ ರಿಸರ್ಚ್
ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಮಣಿಪಾಲ್
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ, ಭಾರತ - 576104

Study ID #

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

ಇ ಮೇಲ್:

arun.kumar@manipal.edu

ಮೊಬೈಲ್:

+91- 91489 70864 ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ : +91- 820-2922718, 2922613

ಒಂದು ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಭಾಗವಹಿಸುವಂತೆ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಕೋರಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸಂಶೋಧನೆಯು ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಜ್ಞಾನ ವಿಷಯದಂತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮನ್ನು ಒಂದು ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವಂತೆ ಏಕೆ ಕೋರಲಾಗಿದೆಯೆಂದರೆ, ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ಮತ್ತು ರಕ್ತ/ದೇಹದಲ್ಲೇ ಒಂದು ಸೋಂಕಿನಿಂದಾಗಿ ನೀವು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಿ ಎಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಿ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ನೀವು ಬಯಸುತ್ತೀರಾ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲವೇ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ನೀವು ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಭಾಗವಹಿಸಲು ನೀವು ಒಪ್ಪಿದರೆ, ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಹಸ್ತೇಯನ್ನು ಕುರಿತು ನಿಮ್ಮೊಡನೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಓರ್ವ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ನಿಮಗೆ ಆರಾಮಕರವನ್ನಿಡುವ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆ ನೀವು ಉತ್ತರಿಸಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ತೋಟನಿಂದ 5-10 ಮಿಲಿ, ಅಂದರೆ ಒಂದು ಚಹಾಚಮಚದಷ್ಟು ರಕ್ತವನ್ನು ಮೂರು ಬಾರಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ಇರಲು ಒಪ್ಪಿದ ಒಡನೆಯೇ ಮೊದಲನೆಯ ಬಾರಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂಗಿನ ಮತ್ತು ಗಂಟಲಿನ ಸ್ವಾಬ್ ಮತ್ತು ಒಂದು ಮೂತ್ರ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸಹಾ ನೋಂದಣಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೀವು ಬೇಡಿಯನ್ನು (ಸಡಿಲ ಮಲ) ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಮಲದ ಒಂದು ನಮೂನೆ/ಗುದದ ಸ್ವಾಬ್ ಅನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಬಹುದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮ ವಾಡಿಕೆಯ ಆರೈಕೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಯ ದ್ರವವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾದರೆ, ಅದರ 2 - 4 ಮಿಲಿಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಸಹಾ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಜಡುಗಡೆ ಮಾಡುವ ಸ್ವಲ್ಪ ಮೊದಲಿಗೆ ರಕ್ತವನ್ನು ಎರಡನೆಯ ಬಾರಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೀವು ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಲು ಸಿದ್ಧವಾಗಿದ್ದರೆ ಜಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾದ 4-6 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಮೂರನೆಯ ಬಾರಿಗೆ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿಯ ಸುಮಾರು 15 ನಿಮಿಷಗಳಷ್ಟು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಆ ಭೇಟಿಯಲ್ಲಿ, ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟಂತರ ನಿಮಗೆ ಹೇಗೆ ಎನ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕುರಿತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೀವು ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿಗೆ ನಿಗದಿತ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಹಿಂತಿರುಗಿದ್ದರೆ, ಅಥವಾ ನೀವು ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿಗೆ ಬರಲು ಇನ್ನೂ ಬಯಸುತ್ತೀರಾ ಎಂದು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡದಿಂದ ಯಾರಾದರೂ ನಿಮ್ಮನ್ನು ದೂರವಾಣಿ ಮೂಲಕ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು.

ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಭಾಗವಹಿಸುವುದರಿಂದ ನೀವು ಯಾವುದೇ ನೇರವಾದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯದೇ ಇರಬಹುದು. ನೀವು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡರೂ, ಸೇರಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೂ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣದ ಅದೇ ರೀತಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಪರಿಶೀಲನೆಗೆ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಅವುಗಳು ಲಭ್ಯವಾದಾಗ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣದ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ನೀವು ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ವಾಸಿಯಾಗಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲೇ ಉಂಟಾಗುವ ವಿಭಿನ್ನ ವಿಧವಾದ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಕಲಿಯುವ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲೇ ಇರುವ ಜನರ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರಯೋಜನಕರವಾಗಬಹುದು.

ಅಪಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಅನಾನುಕೂಲತೆಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದರಿಂದ, ರಕ್ತವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಅಪಾಯಗಳಿವೆ. ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸೂಚಿಯನ್ನು ಚುಚ್ಚುವಂತಿರುವ ಸ್ವಲ್ಪ ಅನಾನುಕೂಲತೆ ಇರಬಹುದು. ಸೂಚಿ ಚುಚ್ಚಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲೇ ನೀವು ಊತ ಅಥವಾ ಜಙ್ಗಲಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು: ಆ ಸ್ಥಳದಲ್ಲೇ ಸೋಂಕಿನ ಸ್ವಲ್ಪ ಅಪಾಯವಿರುತ್ತದೆ. ಬಹುತೇಕ ಜನರು ತಮ್ಮ ರಕ್ತ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಯಾವುದೇ ಸೋಂಕನ್ನು ಅಥವಾ ಗಮನಾರ್ಹ ಊತವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲವಾದರೂ, ಈ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಆ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಹೊಂದಿದರೆ, ಅತ್ಯಂತ ಸಂಭಾವ್ಯವಾಗಿ ಅವುಗಳು 2 ವಾರಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಹೊರಟು ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಜನರಿಗೆ ತಲೆ ಹುರಿದಂತೆ ಎನ್ನಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಅವರು ವೇಗವಾದ ಹೃದಯ ಮಿಡಿತವನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು. ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಒಂದು ರಕ್ತ ಗರಣಿಯು ರಕ್ತ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಸ್ಥಳದಲ್ಲೇ ಬಿಳಿಯಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಮಲಗಿಸುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವ ಮೂಲಕ ಅಂತೈಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಗಾಯಗಳನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಆದಾಗ್ಯೂ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದರ ಫಲಿತಾಂಶವಾಗಿ ನೀವು ಒಂದು ಗಾಯವನ್ನು ಅಥವಾ ಕೆಟ್ಟ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಹೊಂದಿದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಗಾಯಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ. ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ, ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲು ಮತ್ತು ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ನಿಮಗೆ ಪಾವತಿ ನೀಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನಿಮಗೆ ಯಾವುದೇ ವೆಚ್ಚಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ-ಎಲ್ಲಾ ಸರಬರಾಜುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ನಿಮಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಜಡುಗಡೆಯಾದ 4-6 ವಾರಗಳ ನಂತರ ನೀವು ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಿದಾಗ, ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಯಾಣದ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಸಮಯಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಒಂದು-ಬಾರಿಯ ನಿಗದಿತ ಪಾವತಿಯಾದ ₹ 600/- ಅನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುವ ರಕ್ತ, ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಯ ದ್ರವ, ಮೂಗಿನ/ಗಂಟಲಿನ ಸ್ವಾಬ್‌ಗಳು, ಮೂತ್ರ ಅಥವಾ ಮಲದ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅನುಮತಿಯೊಡನೆ ಎಂಸಿಬಿಆರ್, ಎಂಯುಸಿಬಿ ಟ್ರಾನ್ಸ್‌ಮಿಷನ್ ರೋಗಗಳ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಭವಿಷ್ಯದ ಸಂಶೋಧನಾತ್ಮಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಗಾಗಿ 10 ವರ್ಷಗಳ ವರೆಗೆ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಐಡಿಯೊಡನೆ ಮಾತ್ರ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ, ನಿಮ್ಮ/ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರಿನೊಡನೆ ಅಲ್ಲ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸಕ್ತವಾಗಿ ಭಾರತದಲ್ಲೇ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ಕಳಿಸಬಹುದು: ಇದು ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಅನುಮತಿಯೊಡನೆ ಮಾತ್ರ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ನೀವು ನಿಮ್ಮ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಭವಿಷ್ಯದ ಬಳಕೆ/ಇತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡುವುದನ್ನು/ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಬಯಸದಿದ್ದರೆ, ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ನಾಶಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ/ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಯಾವುದೇ ಅನುಮತಿಯಿಲ್ಲದೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಎಂದಿಗೂ ಬಳಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಕೇಳಬಹುದು. ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ನಿಮಗೆ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದನ್ನು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ನಿಲ್ಲಿಸಬಹುದು. ನೀವು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದನ್ನು ಈಗ ಬಯಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ನಂತರದಲ್ಲೇ ನೀವು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದನ್ನು ಬಯಸದಿದ್ದರೆ ಯಾರೂ ಬೇಸರಗೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ಬಯಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ನೀವು ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ನಂತರ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನೀವು ಬಿಟ್ಟರೆ ಅಧ್ಯಯನ ವೈದ್ಯರು ನಿಮ್ಮ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ನೀವು ಒಪ್ಪಿದರೆ, ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಜನರು ನಿಮ್ಮ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಕುರಿತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭಕತೆಯಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಡಾ. ಲಕ್ಷ್ಮಿ ನಾರಾಯಣ ಬಾಯಿರಿ ಅವರನ್ನು ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಮಣಿಪಾಲ್ ಇಲ್ಲಿ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ 9449208478 ಯಲ್ಲಿ ಸೋಮವಾರದಿಂದ ಶನಿವಾರದ ವರೆಗೆ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 9 ಗಂಟೆಯಿಂದ ಸಂಜೆ 5 ಗಂಟೆಗಳ ವರೆಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಡಾ. ಜಿ ಅರುಣ್ ಕುಮಾರ್ ಅವರನ್ನು 9148970864 ರಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ. ನೀವು ಅವರನ್ನು ಗಾಯ, ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಸಮ್ಮತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಕರೆಮಾಡಬಹುದು. ಇತರ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗಾಗಿ, 'ರೋಗಿಯ ಕಾರ್ಡ್' ನ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲೇ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಪರ್ಕ ಸ್ಥಳಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ನೋಡಿ.

ಈ ಪತ್ರದಲ್ಲೇ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಾರದು. ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಕರಣ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅತ್ಯಂತ ಸನಿಹದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೆ ಹೋಗಿರಿ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಾಲಿನ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ಸಹಿಯನ್ನು ಹಾಕಿ. ಸಾಲಿನ ಮೇಲೆ ಸಹಿಹಾಕುವುದು, "ನಾನು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ" ಎಂದು ಅರ್ಥ ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಸಹಭಾಗಿಯ ಸಹಿ/ಎಡೆಗೈ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು ದಿನಾಂಕ(ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

ಮೇಲೆ ಹೇಳಲಾಗಿರುವ ಮಗುವಿಗೆ ಈ ಪತ್ರವನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿ/ಓಪ (ಪ್ರಧಾನ ಪರಿಶೋಧಕರ) ಸಹಿ ದಿನಾಂಕ(ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

ಒಟ್ಟಿಗೆ ಪತ್ರ: 7-17 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಗು ನೀಡುವ ನೋಂದಣಿ ಒಟ್ಟಿಗೆ

ಭಾರತದಲ್ಲೇ ತೀವ್ರ ಫೆಬ್ರಿಕ್ಯ ಅನಾರೋಗ್ಯದ (ಎಎಫ್‌ಐ) ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಆಧಾರಿತ ವಿಚಕ್ಷಣೆ

ಭಾಗವಹಿಸಲು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಸಮ್ಮತಿ

ಪರಿಶೋಧಕರು

ಪ್ರಧಾನ ಪರಿಶೋಧಕರು: ಡಾ. ಜಿ. ಅರುಣ್‌ಕುಮಾರ್

ವೈದ್ಯಕೀಕರ ಮತ್ತು ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು
ಮಣಿಪಾಲ್ ಸೆಂಟರ್ ಫಾರ್ ವೈರಸ್ ರಿಸರ್ಚ್
ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಮಣಿಪಾಲ್
ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ, ಭಾರತ - 576104

Study ID #

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

ಇ ಮೇಲ್:

arun.kumar@manipal.edu

ಮೊಬೈಲ್:

+91- 91489 70864 ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ : +91- 820-2922718, 2922613

ಒಂದು ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಭಾಗವಹಿಸುವಂತೆ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಕೋರಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸಂಶೋಧನೆಯು ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿರುವ ವಿಜ್ಞಾನ ವಿಷಯದಂತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮನ್ನು ಒಂದು ಸಂಶೋಧನಾ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವಂತೆ ಏಕೆ ಕೋರಲಾಗಿದೆಯೆಂದರೆ, ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರ ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತ/ದೇಹದಲ್ಲೇ ಒಂದು ಸೋಂಕಿನಿಂದಾಗಿ ನೀವು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಿ ಎಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಿ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ನೀವು ಬಯಸುತ್ತೀರಾ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲವೇ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ನೀವು ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಭಾಗವಹಿಸಲು ನೀವು ಒಪ್ಪಿದರೆ, ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಹಸ್ತೇಲೆಯನ್ನು ಕುರಿತು ನಿಮ್ಮೊಡನೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಓರ್ವ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ನಿಮಗೆ ಆರಾಮಕರವನ್ನಿಡುವ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆ ನೀವು ಉತ್ತರಿಸಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಭಾಗವಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ತೋರಿಸಿದ 5-10 ಮಿಲಿ, ಅಂದರೆ ಒಂದು ಚಹಾಚಮಚದಷ್ಟು ರಕ್ತವನ್ನು ಮೂರು ಬಾರಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ಇರಲು ಒಪ್ಪಿದ ಒಡನೆಯೇ ಮೂಲನೆಯ ಬಾರಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂಗಿನ ಮತ್ತು ಗಂಟಲಿನ ಸ್ವಾಬ್ ಮತ್ತು ಒಂದು ಮೂತ್ರ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಸಹಾ ನೋಂದಣಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೀವು ಬೇಡಿಯನ್ನು (ಸಡಿಲ ಮಲ) ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಮಲದ ಒಂದು ನಮೂನೆ/ಗುದದ ಸ್ವಾಬ್ ಅನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಬಹುದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮ ವಾಡಿಕೆಯ ಆರೈಕೆಯ ಭಾಗವಾಗಿ ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಯ ದ್ರವವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾದರೆ, ಅದರ 2 - 4 ಮಿಲಿಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಸಹಾ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಜಡುಗಡೆ ಮಾಡುವ ಸ್ವಲ್ಪ ಮೊದಲಿಗೆ ರಕ್ತವನ್ನು ಎರಡನೆಯ ಬಾರಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೀವು ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಲು ಸಿದ್ಧವಾಗಿದ್ದರೆ ಜಡುಗಡೆ ಮಾಡಲಾದ 4-6 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಮೂರನೆಯ ಬಾರಿಗೆ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿಯ ಸುಮಾರು 15 ನಿಮಿಷಗಳಷ್ಟು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಆ ಭೇಟಿಯಲ್ಲಿ, ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಬಿಟ್ಟುನಂತರ ನಿಮಗೆ ಹೇಗೆ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ಕುರಿತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೀವು ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿ ನಿಗದಿತ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಹಿಂತಿರುಗಿದ್ದರೆ, ಅಥವಾ ನೀವು ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿ ಬರಲು ಇನ್ನೂ ಬಯಸುತ್ತೀರಾ ಎಂದು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಧ್ಯಯನ ತಂಡದಿಂದ ಯಾರಾದರೂ ನಿಮ್ಮನ್ನು ದೂರವಾಣಿ ಮೂಲಕ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು.

ಪ್ರಯೋಜನಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಭಾಗವಹಿಸುವುದರಿಂದ ನೀವು ಯಾವುದೇ ನೇರವಾದ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳನ್ನು ಪಡೆಯದೇ ಇರಬಹುದು. ನೀವು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡರೂ, ಸೇರಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೂ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರ ಅದೇ ರೀತಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಕರ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಯೋಜನಗಳ ಪರಿಶೀಲನೆ ಅಥವಾ ಅಧ್ಯಯನದ ವಿಷಯವನ್ನು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಕರ ದಾಖಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ನೀವು ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ವಾಸಿಯಾಗಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲೇ ಉಂಟಾಗುವ ವಿಭಿನ್ನ ವಿಧವಾದ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಕಲಿಯುವ ಮತ್ತು ಅವುಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ನಿಮ್ಮ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲೇ ಜನರ ಅರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಪ್ರಯೋಜನಕರವಾಗಬಹುದು.

ಅಪಾಯಗಳು ಮತ್ತು ಅನಾನುಕೂಲತೆಗಳು

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದರಿಂದ, ರಕ್ತವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಅಪಾಯಗಳಿವೆ. ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸೂಚಿಯನ್ನು ಚುಚ್ಚುವಂತಿರುವ ಸ್ವಲ್ಪ ಅನಾನುಕೂಲತೆ ಇರಬಹುದು. ಸೂಚಿ ಚುಚ್ಚಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲೇ ನೀವು ಊತ ಅಥವಾ ಜಡುಗಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು; ಆ ಸ್ಥಳದಲ್ಲೇ ಸೋಂಕಿನ ಸ್ವಲ್ಪ ಅಪಾಯವಿರುತ್ತದೆ. ಬಹುತೇಕ ಜನರು ತಮ್ಮ ರಕ್ತ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಯಾವುದೇ ಸೋಂಕನ್ನು ಅಥವಾ ಗಮನಾರ್ಹ ಊತವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲವಾದರೂ, ಈ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಆ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಯಾವುದನ್ನಾದರೂ ಹೊಂದಿದರೆ, ಅತ್ಯಂತ ಸಂಭಾವ್ಯವಾಗಿ ಅವುಗಳು 2 ವಾರಗಳಿಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಹೊರಟು ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಜನರಿಗೆ ತಲೆ ಹುರಿದಂತೆ ಎನ್ನಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಅವರು ವೇಗವಾದ ಹೃದಯ ಮಿಡಿತವನ್ನು ಹೊಂದಬಹುದು. ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಒಂದು ರಕ್ತ ಗರಣಿಯು ರಕ್ತ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಸ್ಥಳದಲ್ಲೇ ಬಿಳಿಯಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಮಲಗಿಸುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವ ಮೂಲಕ ಅಂತೈಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಗಾಯಗಳನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿಲ್ಲ. ಆದಾಗ್ಯೂ ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದರ ಫಲಿತಾಂಶವಾಗಿ ನೀವು ಒಂದು ಗಾಯವನ್ನು ಅಥವಾ ಕೆಟ್ಟ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಹೊಂದಿದರೆ, ನಿಮ್ಮ ಗಾಯಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಕರ ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ. ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ, ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲು ಮತ್ತು ಅನುಸರಣೆ ಭೇಟಿಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ನಿಮಗೆ ಪಾವತಿ ನೀಡಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನಿಮಗೆ ಯಾವುದೇ ವೆಚ್ಚಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ-ಎಲ್ಲಾ ಸರಬರಾಜುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ನಿಮಗೆ ಉಚಿತವಾಗಿ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಜಡುಗಡೆಯಾದ 4-6 ವಾರಗಳ ನಂತರ ನೀವು ಅನುಸರಣೆಯ ಭೇಟಿಗಾಗಿ ಹಿಂತಿರುಗಿದಾಗ, ನಿಮ್ಮ ಪ್ರಯಾಣದ ವೆಚ್ಚ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಸಮಯಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಒಂದು-ಬಾರಿಯ ನಿಗದಿತ ಪಾವತಿಯಾದ ₹ 600/- ಅನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೀರಿ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುವ ರಕ್ತ, ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಯ ದ್ರವ, ಮೂಗಿನ/ಗಂಟಲಿನ ಸ್ವಾಬ್‌ಗಳು, ಮೂತ್ರ ಅಥವಾ ಮಲದ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಅನುಮತಿಯೊಡನೆ ಎಂಸಿಬಿಆರ್, ಎಂಯುಸಿಬಿ ಟ್ರಿ ರೋಗಗಳ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಭವಿಷ್ಯದ ಸಂಶೋಧನಾತ್ಮಕ ಅಧ್ಯಯನಗಳಿಗಾಗಿ 10 ವರ್ಷಗಳ ವರೆಗೆ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಐಡಿಯೊಡನೆ ಮಾತ್ರ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ, ನಿಮ್ಮ/ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರಿನೊಡನೆ ಅಲ್ಲ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಸಕ್ತವಾಗಿ ಭಾರತದಲ್ಲೇ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿರುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಭಾರತದ ಹೊರಗೆ ಕಳಿಸಬಹುದು; ಇದು ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಅನುಮತಿಯೊಡನೆ ಮಾತ್ರ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ನೀವು ನಿಮ್ಮ ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಭವಿಷ್ಯದ ಬಳಕೆ/ಇತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗಾಗಿ ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡುವುದನ್ನು/ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಬಯಸದಿದ್ದರೆ, ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ ನಂತರ ನಾಶಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಮೂನೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ/ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರ ಯಾವುದೇ ಅನುಮತಿಯಿಲ್ಲದೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಎಂದಿಗೂ ಬಳಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಕೇಳಬಹುದು. ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ನಿಮಗೆ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದನ್ನು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ನಿಲ್ಲಿಸಬಹುದು. ನೀವು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದನ್ನು ಈಗ ಬಯಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ನಂತರದಲ್ಲೇ ನೀವು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರುವುದನ್ನು ಬಯಸದಿದ್ದರೆ ಯಾರೂ ಬೇಸರಗೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ಬಯಸದಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ನೀವು ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ನಂತರ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ನೀವು ಬಿಟ್ಟರೆ ಅಧ್ಯಯನ ವೈದ್ಯರು ನಿಮ್ಮ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ನೀವು ಒಪ್ಪಿದರೆ, ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಜನರು ನಿಮ್ಮ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಕುರಿತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಸಂದರ್ಭಕತೆಯಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಸವಲತ್ತುಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಡಾ. ಲಕ್ಷ್ಮಿ ನಾರಾಯಣ ಬಾಯಿರಿ ಅವರನ್ನು ಮಣಿಪಾಲ್ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯ, ಮಣಿಪಾಲ್ ಇಲ್ಲ ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ 9449208478 ಯಲ್ಲಿ ಸೋಮವಾರದಿಂದ ಶನಿವಾರದ ವರೆಗೆ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 9 ಗಂಟೆಯಿಂದ ಸಂಜೆ 5 ಗಂಟೆಗಳ ವರೆಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದು.

ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತು ನೀವು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ ಡಾ. ಜಿ ಅರುಣ್ ಕುಮಾರ್ ಅವರನ್ನು 9148970864 ರಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ. ನೀವು ಅವರನ್ನು ಗಾಯ, ಆರೈಕೆ ಅಥವಾ ಸಮ್ಮತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಕರೆಮಾಡಬಹುದು. ಇತರ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗಾಗಿ, 'ರೋಗಿಯ ಕಾರ್ಡ್' ನ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲೇ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಪರ್ಕ ಸ್ಥಳಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ನೋಡಿ.

ಈ ಪತ್ರದಲ್ಲೇ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಕರ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಾರದು. ನೀವು ವೈದ್ಯಕೀಕರ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ಅತ್ಯಂತ ಸನಿಹದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಕ್ಕೆ ಹೋಗಿರಿ.

ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಾಲಿನ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ಸಹಿಯನ್ನು ಹಾಕಿ. ಸಾಲಿನ ಮೇಲೆ ಸಹಿಹಾಕುವುದು, "ನಾನು ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲೇ ಇರಲು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ" ಎಂದು ಅರ್ಥ ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಸಹಭಾಗಿಯ ಸಹಿ/ಎಡೆಗೈ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು

ದಿನಾಂಕ(ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

ಮೇಲೆ ಹೇಳಲಾಗಿರುವ ಮಗುವಿಗೆ ಈ ಪತ್ರವನ್ನು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಕುರಿತ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಅಧ್ಯಯನ ಸಿಬ್ಬಂದಿ/ಓಪ (ಪ್ರಧಾನ ಪರಿಶೋಧಕರ) ಸಹಿ

ದಿನಾಂಕ(ದಿನಾಂಕ/ತಿಂಗಳು/ವರ್ಷ)

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

Investigator

Study ID #

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

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar
Professor and Head
Manipal Centre for Virus Research
Manipal University, Manipal
Karnataka State, India 576104
E-Mail: arun.kumar@manipal.edu
Mobile: +91- 91489 70864 **Fax:** + 91- 820 - 2922718

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

Investigator

Study ID #

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

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar
 Professor and Head
 Manipal Centre for Virus Research
 Manipal University, Manipal
 Karnataka State, India 576104
E-Mail: arun.kumar@manipal.edu
Mobile: +91- 91489 70864 **Fax:** + 91- 820 - 2922718

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

 Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Study ID #	Date of recruitment	Study Site
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Demographic Information (ಜನಸಂಖ್ಯಾತ್ಮಕ ಮಾಹಿತಿ)		
1 Address ವಿಳಾಸ:		
1a. State ರಾಜ್ಯ: _____	1f. Post Office ಅಂಚೆ ಕಛೇರಿ: _____	
1b. District ಜಿಲ್ಲೆ: _____	1g. Gram Panchayath ಗ್ರಾಮ ಪಂಚಾಯತ್: _____	
1c. Taluk ತಾಲ್ಲೂಕು: _____	1h. Village ಗ್ರಾಮ: _____	
1d. Tehsil ತಹಸೀಲ್: _____	1i. Landmark ಭೌಗೋಳಿಕ ಗುರುತು: _____	
1e. PIN Code ಪಿನ್ ಕೋಡ್: _____		
2		
2a. Age in years ವಯಸ್ಸು-ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ: _____	2d. Marital Status ವೈವಾಹಿಕ ಸ್ಥಿತಿ:	
	<input type="checkbox"/> Single ಅವಿವಾಹಿತ	<input type="checkbox"/> Married ವಿವಾಹಿತ
2b. DOB: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	If Married female, ವಿವಾಹವಾಗಿರುವ ಸ್ತ್ರೀ ಆಗಿದ್ದರೆ:	
2c. Gender ಅಂಗ:	2e. Currently pregnant ಪ್ರಸಕ್ತವಾಗಿ ಗರ್ಭಿಣಿ	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Male ಪುರುಷ	If Yes, ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ:	
<input type="checkbox"/> Female ಸ್ತ್ರೀ	2f. Weeks ವಾರಗಳು	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Others ಇತರ		
3 Please choose the appropriate occupation from the list given below in the table and record the response in the space provided:		
3a. Major Occupation (select from list) : _____ ಪ್ರಮುಖ ವೃತ್ತಿ (ಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರಿ)		
3b. Secondary occupation 1: _____ ದ್ವಿತೀಯ ವೃತ್ತಿ 1		
3c. Secondary occupation 2: _____ ದ್ವಿತೀಯ ವೃತ್ತಿ 2		
3d. Secondary occupation 3: _____ ದ್ವಿತೀಯ ವೃತ್ತಿ 3		
List of Occupations ವೃತ್ತಿಗಳ ಪಟ್ಟಿ		
Professionals ವೃತ್ತಿಪರ	Non-professionals ಅವೃತ್ತಿಪರ	
Carpenter ಬಡಗಿ	Farmer ರೈತ	
Doctor ವೈದ್ಯರು	Head load Coolie ಹೊರೆಯಾಳು	
Driver ಚಾಲಕ	Housewife ಗೃಹಿಣಿ	
Electrician ಇಲೆಕ್ಟ್ರೀಶಿಯನ್	Manual labourer (Agriculture) ಕೂಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕ (ವ್ಯವಸಾಯ)	
Health worker ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಲಸಗಾರ	Manual labourer (Masonry) ಕೂಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕ (ಗಾರೆ ಕೆಲಸ)	
Office worker ಕಛೇರಿ ಕೆಲಸಗಾರ	Meat Handler ಮಾಂಸ ವ್ಯವಹಾರಿ	
Nurse ನರ್ಸ್	Shepherd ಕುರಿಗಾಹಿ	
Student ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ	Unemployed ನಿರುದ್ಯೋಗಿ	
Teacher ಶಿಕ್ಷಕ		
If others, please specify in the space provided above ಒಂದು ವೇಳೆ ಇತರ ವೃತ್ತಿ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ದಯವಿಟ್ಟು ಈ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಸೂಚಿಸಿ		

CLINICAL HISTORY (☑ Applicable ones)

4. Date of Admission:
ದಾಖಲಾಗಿನ ದಿನಾಂಕ

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

5. Date of Onset of Fever (DOF):
ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ದಿನಾಂಕ (DOF)

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

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

Y	N	U
---	---	---

(Y-Yes, N-No, U- I don't know)
(Y-ಹೌದು, N-ಇಲ್ಲ U-ನನಗೆ ಗೊತ್ತಿಲ್ಲ)

6. Was your fever intermittent or continuous?
ಜ್ವರವು ನಿಮಗೆ ಬಿಟ್ಟುಬಿಟ್ಟು ಬರುತ್ತಿತ್ತು ಅಥವಾ ನಿರಂತರವಾಗಿತ್ತು?

 Continuous
ನಿರಂತರ

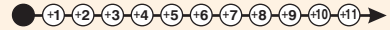
 Intermittent
ಬಿಟ್ಟುಬಿಟ್ಟು ಬರುತ್ತಿತ್ತು

7. What was the duration of fever as on today (the date of recruitment)?
ಜ್ವರದ ಅವಧಿ ಏಷ್ಟು?

 Duration (days)
ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

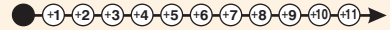
8. Did you feel cold or cold with shivering/shaking of the body while having fever? (Chills/Rigor)
ಜ್ವರ ಇರುವಾಗ ನಿಮಗೆ ಚಳಿ ಅಥವಾ ಚಳಿಯ ಜೊತೆ ದೇಹದ ನಡುಕ ಅನುಭವವಾಯಿತೇ? (ಚಳಿ/ನಡುಕ)

Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)


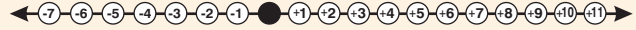
9. Did you feel sweating during night while having fever? (Night sweats)
ಜ್ವರ ಇರುವಾಗ ರಾತ್ರಿವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ನಿಮಗೆ ಬೆವರು ಅನುಭವವಾಯಿತೇ? (ರಾತ್ರಿ ಬೆವರುವಿಕೆ)

Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)


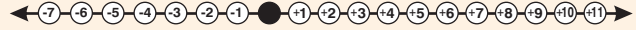
10. Did you have runny nose within few days before/after onset of fever? (Coryza)
ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಶೀತವಿತ್ತೇ? (ಶೀತ)

Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)


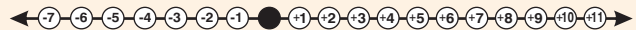
11. Did you have cough within few days before/after onset of fever? (Cough)
ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಕೆಮ್ಮು ಇತ್ತೇ? (ಕೆಮ್ಮು)

Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)


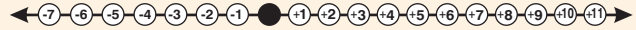
12. Did you have irritation/pain of throat within few days before/after onset of fever? (Sore throat)
ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಗಂಟಲು ಉರಿ ಹಾಗೂ ನೋವು ಇತ್ತೇ? (ಗಂಟಲು ನೋವು)

Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)


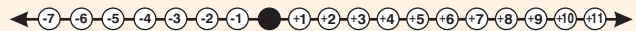
13. Did you experience difficulty in breathing within few days before/after onset of fever? (Breathlessness)
ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಉಸಿರಾಡಲು ಕಷ್ಟವಾಯಿತೇ? (ಶ್ವಾಸಾವರೋಧ)

Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)


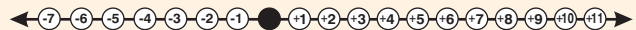
14. Did you experience pain in chest within few days before/after onset of fever? (Chest Pain)
ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಎದೆ ನೋವಿನ ಅನುಭವವಾಯಿತೇ? (ಎದೆ ನೋವು)

Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)


15. Did you have headache within few days before/after onset of fever? (Headache)
ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ತಲೆನೋವು ಇತ್ತೇ? (ತಲೆನೋವು)

Y	N	U
---	---	---

 Duration (days)
ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)


16. Were you troubled by bright light within few days before/after onset of fever? (Photophobia)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಪ್ರಕಾಶಮಾನ ಬೆಳಕಿನಿಂದ ತೊಂದರೆಯಾಯಿತೇ? (ಫೋಟೋಫೋಬಿಯಾ)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

17. Did you have pain behind your eye ball especially while moving eyes within few days before/after onset of fever? (Retro orbital pain)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಕಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಚಲಿಸುವಾಗ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಕಣ್ಣುಗುಡ್ಡೆಗಳ ಹಿಂದೆ ನೋವು ಇತ್ತೇ? (ರೆಟ್ರೋ ಆರ್ಬಿಟಲ್ ನೋವು)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

18. Had your eye(s) become red and irritable within few days before/after onset of fever? (Red eye)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರದಲ್ಲ ನಿಮ್ಮ ಕಣ್ಣುಗಳು ಕೆಂಪಾಗಿದ್ದು, ಉರಿಯುತ್ತಿತ್ತೇ? (ಕೆಂಪು ಕಣ್ಣು)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

19. Did you experience generalized body ache within few days before/after onset of fever? (Myalgia)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲ ಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ನೋವಿನ ಅನುಭವವಾಯಿತೇ? (ಮಯಾಲ್ಜಿಯಾ)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

20. Did you experience pain in your joints within few days before/after onset of fever? (Joint pain)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮ್ಮ ಕೀಲುಗಳಲ್ಲಿ ನೋವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ? (ಕೀಲು ನೋವು)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

If Yes, ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ, 20a. Location: Small Joints ಸಣ್ಣ ಕೀಲುಗಳು Large joints ದೊಡ್ಡ ಕೀಲುಗಳು Both ಎರಡೂ

21. Did you experience general weakness within few days before/after onset of fever? (General weakness)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ನಿಶ್ಚಕ್ರಿಯ ಅನುಭವವಾಯಿತೇ? (ವ್ಯಕ್ತೆ ನೋವು)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

If Yes, ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ,

21a. Was it extreme weakness such as inability to get up from the bed? (Prostration)
 ಎಂದಾದರೆ ಹಾಸಿಗೆಯಿಂದ ಏಳಲು ಅಸಮರ್ಥತೆ ಹಾಗೂ ತೀವ್ರ ನಿಶ್ಚಕ್ರಿಯಾಗುತ್ತೇ? (ದಣಿವು)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

22. Did you experience pain in abdomen within few days before/after onset of fever? (Abdominal pain)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆ ನೋವಿನ ಅನುಭವವಾಯಿತೇ? (ಹೊಟ್ಟೆ ನೋವು)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

23. Did you experience nausea (Vomiting sensation) within few days before/after onset of fever? (Nausea)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನೀವು ವಾಂತಿ ಬರುವ ಸಂವೇದನೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ? (ವಾಕರಿಕೆ)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

24. Did you have vomiting within few days before/after onset of fever? (Vomiting)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ವಾಂತಿ ಉಂಟಾಯಿತೇ? (ವಾಂತಿ)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

25. Did you have diarrhea within few days before/after onset of fever? (3 or more loose/liquid stools/day) (Diarrhea)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನೀವು ಅತಿಸಾರವನ್ನು (ಒಂದು ದಿನದಲ್ಲಿ 3 ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚು ಸಡಿಲ/ದ್ರವರೂಪದ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ) ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? (ಅತಿಸಾರ)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

26. Did you notice yellow discoloration of your skin or eye within few days before/after onset of fever? (Jaundice)
 ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ಅಥವಾ ಕಣ್ಣು ಹಳದಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ಬದಲಾದುದನ್ನು ನೀವು ಗಮನಿಸಿದ್ದೀರಾ? (ಕಾಮಾಲೆ)

Y N U Duration (days)
 ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

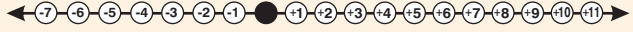
←-7-6-5-4-3-2-1-0+1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11→

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

ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನೀವು ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವ ಅವಸರ ಅಥವಾ ವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವಾಗ ಉರಿತವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ? (ಉರಿತದೊಡನೆ ಬಹುಮೂತ್ರ ರೋಗ)

Y N U

Duration (days) ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

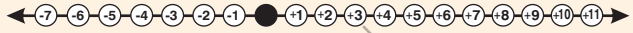


28. Did you experience difficulty/pain while moving your neck within few days before/after onset of fever? (Neck stiffness)

ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮ್ಮ ಕುತ್ತಿಗೆಯನ್ನು ತಿರುಗಿಸುವಾಗ ನಿಮಗೆ ತೊಂದರೆ ಅಥವಾ ನೋವಿನ ಅನುಭವವಾಯಿತೇ? (ಕುತ್ತಿಗೆ ಸೆಟೆತ)

Y N U

Duration (days) ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

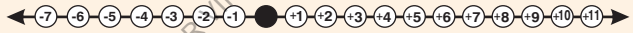


29. Did you experience any reduction in the level of alertness (somnia to coma) within few days before/after onset of fever? (Altered sensorium)

ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ಜಾಗೃತಿಯ ಮಟ್ಟವು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದನ್ನು (ಮಂಪರಿನಿಂದ ಕೋಮಾವರೆಗೆ) ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ? (ಪರಿವರ್ತಿತ ಸಂವೇದನಾತ್ಮಕತೆ)

Y N U

Duration (days) ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

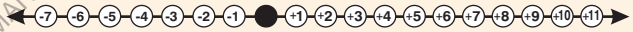


30. Did you experience sudden uncontrollable muscle contraction/ spasms otherwise known as seizures within few days before/after onset of fever? (Seizures)

ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಇದ್ದಕ್ಕಿದ್ದಂತೆ ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಸ್ನಾಯು ಸಂಕೋಚನೆ ಅಥವಾ ಸೆಳತವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ? (ಸೆಳವುಗಳು)

Y N U

Duration (days) ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)



If Yes, ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ

30a. Type of seizure: Focal (Only a part of the body) ಸೆಳವಿನ ವಿಧ Generalized (Whole Body) ಸಾಮಾನ್ಯೀಕೃತ (ಇಡೀ ದೇಹ)

30b. How many times? ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ?: _____

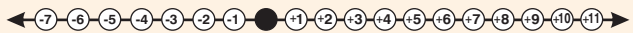
30c. Maximum duration (in minutes) ಗರಿಷ್ಠ ಅವಧಿ (ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ): _____

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

ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮ್ಮ ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಭಾಗಶಃ ಅಥವಾ ಸಂಪೂರ್ಣ ಲಕ್ಷ್ಯ ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಾ? (ಲಕ್ಷ್ಯ/ಪ್ಯಾರಾಳಿಸಿಸ್)

Y N U

Duration (days) ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)

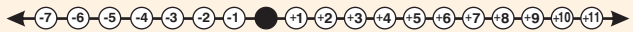


32. Did you notice any colour change in your skin - a rash within few days before/after onset of fever? (Rash)

ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನಿಮಗೆ ಚರ್ಮದ ಬಣ್ಣದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಅಥವಾ ಒಂದು ದಡ್ಡನ್ನು ಗಮನಿಸಿದ್ದೀರಾ? (ದಡ್ಡು)

Y N U

Duration (days) ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)



If Yes, ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ.

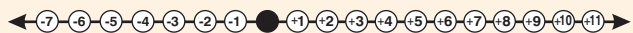
32a. Site ಸ್ಥಳ: _____

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

ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮುಂಚೆ ಅಥವಾ ನಂತರ ನೀವು ಉಗುಳನಲ್ಲ/ಮಲದಲ್ಲ/ಮೂತ್ರದಲ್ಲ/ವಾಂತಿಯಲ್ಲ ಇಷ್ಟುಗೆ ಕಂದು ಬಣ್ಣದ ರಕ್ತವನ್ನು ಗಮನಿಸಿದ್ದೀರಾ?

Y N U

Duration (days) ಅವಧಿ (ದಿನಗಳು)



If yes, where? ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ, ಎಲ್ಲ?

33a. Sputum ಉಗುಳನಲ್ಲ Y N

33b. Faeces ಮಲದಲ್ಲ Y N

33c. Urine ಮೂತ್ರದಲ್ಲ Y N

33d. Vomitus ವಾಂತಿ Y N

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

ಕಳೆದ ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ನೀವು ಯಾವುದಾದರೂ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಅಥವಾ ರೋಗನಿರೋಧಕಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿದ್ದೀರಾ?

 Y N U

If yes, Specify ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಗೊಳಿಸಿ

34a. Vaccine ಲಸಿಕೆ: _____ month ತಿಂಗಳು: _____ year ವರ್ಷ: _____

34b. Vaccine ಲಸಿಕೆ: _____ month ತಿಂಗಳು: _____ year ವರ್ಷ: _____

34c. Vaccine ಲಸಿಕೆ: _____ month ತಿಂಗಳು: _____ year ವರ್ಷ: _____

34d. Vaccine ಲಸಿಕೆ: _____ month ತಿಂಗಳು: _____ year ವರ್ಷ: _____

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

ನೀವು ಯಾವುದಾದರೂ ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಅಥವಾ ಹರಡಲಾಗದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?

 Y N U

If yes, tick all applicable ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಎಲ್ಲವಕ್ಕೂ ಟಿಕ್ ಹಾಕಿರಿ

35a. Hypertension (High Blood Pressure)

ಹೈಪರ್ಟೆನ್ಷನ್ (ಅಧಿಕ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ)

 Y N U

35b. Diabetes (sugar)

ಮಧುಮೇಹ (ಸಕ್ಕರೆ ಖಾಯಿಲೆ)

 Y N U

35c. Asthma/wheezing

ಅಸ್ತಮಾ/ದಮ್ಮು

 Y N U

35d. Liver Cirrhosis

ಯಕೃತ್ತಿನ ಸಿರೋಸಿಸ್

 Y N U

35e. Chronic Renal failure

ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಮೂತ್ರವಿಂಡ ವೈಫಲ್ಯ

 Y N U

35f. Myocardial Infarction (heart attack)

ಮಯೋಕಾರ್ಡಿಯಲ್ ಇನ್ಫಾರ್ಕ್ಷನ್ (ಹೃದಯಾಘಾತ)

 Y N U

35g. Stroke

ಲಕ್ವಾ/ಆಘಾತ

 Y N U

35h. Cancer

ಅರ್ಬುದ (ಕ್ಯಾನ್ಸರ್)

 Y N U

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

ಇತರೆ (ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ರೋಗಪತ್ತೆ ಮಾಡಲಾಗಿರುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಪ್ರಮುಖ ಅಸೌಖ್ಯತೆಗಳು ಇದ್ದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ತಿಳಿಸಿ)

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

ನಾನು ನಿಮಗೆ ಕೇಳಿಲ್ಲ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿದರೆ, ನಿಮಗೆ ಬೇರೆ ಏನಾದರೂ ಹೇಳಲು ವಿಷಯವಿದೆಯೇ?

 Y N U

If yes, brief ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿ

EPIDEMIOLOGIC DATA (☑ Applicable ones)

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

Y N U

ಕಳೆದ 4 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಮೊದಲನೇ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಕನಿಷ್ಠಪಕ್ಷ ಒಂದು ದಿನವಾದರೂ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಾಣಿಗಳ ಸಂಪರ್ಕದಲ್ಲಿ ಇದ್ದೀರಾ?

- Sheep / goat ಕುರಿ/ಮೇಕೆ Cattle ಜಾನುವಾರು Deer ಜಂಕೆ Pig ಹಂದಿ Chicken ಕೋಳಿ
- Duck ಬಾತುಕೋಳಿ Pigeon ಪಾರಿವಾಳಿ Cat ಬೆಕ್ಕು Dog ನಾಯಿ Bat ಬಾವಲಿ
- Rat ಮೂಷಕ/ಇಲಿ Monkey ಕೋತಿ/ಮಂಗ Other Birds ಇತರ ಪಕ್ಷಿಗಳು _____
- Other Animals ಇತರ ಪ್ರಾಣಿಗಳು _____

38. Do any animal enter inside your house?

Y N U

ಯಾವುದಾದರೂ ಪ್ರಾಣಿಯು ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯೊಳಗೆ ಪ್ರವೇಶಿಸುತ್ತದೆಯೇ?

If yes, Specify: ಹೌದು, ಎಂದಾದರೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ:

- Sheep/goat ಕುರಿ/ಮೇಕೆ Cattle ಜಾನುವಾರು Chicken ಕೋಳಿ Cat ಬೆಕ್ಕು Dog ನಾಯಿ
- Other Animals ಇತರ ಪ್ರಾಣಿಗಳು _____

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

Y N U

ಕಳೆದ 1-2 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಪ್ರಾಣಿಯ ಜನನವಾಯಿತೇ?

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ.

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

Y N

ನೀವು ಜನನದ/ಹೆರಿಗೆಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ನೇರವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದೀರಾ?

39b. Which animal ಯಾವ ಪ್ರಾಣಿ:

- Sheep/goat ಕುರಿ/ಮೇಕೆ Cattle ಜಾನುವಾರು Pig ಹಂದಿ Cat ಬೆಕ್ಕು Dog ನಾಯಿ
- Other Animals ಇತರ ಪ್ರಾಣಿಗಳು _____

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

Y N U

ಕಳೆದ 1-2 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಪ್ರಾಣಿಯ ಗರ್ಭಪಾತವಾಯಿತೇ?

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ.

40a. Which animal ಯಾವ ಪ್ರಾಣಿ:

- Sheep/goat ಕುರಿ/ಮೇಕೆ Cattle ಜಾನುವಾರು Pig ಹಂದಿ Cat ಬೆಕ್ಕು Dog ನಾಯಿ
- Other Animals ಇತರ ಪ್ರಾಣಿಗಳು _____

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

Y N U

ಕಳೆದ 1 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ನೆರೆಹೊರೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಪ್ರಾಣಿ ಅಥವಾ ಪಕ್ಷಿಯ ಮರಣವು ಸಂಭವಿಸಿತೇ?

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ.

41a. Specify animal ಪ್ರಾಣಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ: _____

- Sheep/goat ಕುರಿ/ಮೇಕೆ Cattle ಜಾನುವಾರು Pig ಹಂದಿ Chicken ಕೋಳಿ Duck ಬಾತುಕೋಳಿ
- Cat ಬೆಕ್ಕು Dog ನಾಯಿ Other Animals ಇತರ ಪ್ರಾಣಿಗಳು _____

41b. Sudden or unexpected death?

Y N

ಮರಣವು ಇದ್ದಕ್ಕಿದ್ದಂತೆ ಅಥವಾ ಅನಿರೀಕ್ಷಿತವಾಗಿತ್ತೇ?

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

ಕಳೆದ ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಮೃತ ಅಥವಾ ರೋಗಗ್ರಸ್ತ ಪ್ರಾಣಿಯೊಂದಿಗೆ ನೀವು ಯಾವುದೇ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿದ್ದೀರೇ?

Y	N	U
---	---	---

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ.

42a. Specify animal ಪ್ರಾಣಿಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಗೊಳಿಸಿ:

<input type="checkbox"/> Sheep/goat ಕುರಿ/ಮೇಕೆ	<input type="checkbox"/> Cattle ಜಾನುವಾರು	<input type="checkbox"/> Pig ಹಂದಿ	<input type="checkbox"/> Chicken ಕೋಳಿ	<input type="checkbox"/> Duck ಬಾತುಕೋಳಿ
<input type="checkbox"/> Cat ಬೆಕ್ಕು	<input type="checkbox"/> Dog ನಾಯಿ	<input type="checkbox"/> Other Animals ಇತರ ಪ್ರಾಣಿಗಳು	_____	

42b. Describe nature of contact ಸಂಪರ್ಕದ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ವಿವರಿಸಿ: _____

42c. Did you consume meat of the same sick/ dead animal? _____
ನೀವು ಅದೇ ರೋಗಗ್ರಸ್ತ ಅಥವಾ ಮೃತ ಪ್ರಾಣಿಯ ಮಾಂಸವನ್ನು ಸೇವಿಸಿದ್ದೀರಾ?

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

ಕಳೆದ ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಜಾನುವಾರು ಅಥವಾ ಕಾಡು ಪ್ರಾಣಿಗಳ ಕಸಾಯ/ಕತ್ತರಿಸುವಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದೀರಾ?

Y	N	U
---	---	---

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

ಕಳೆದ 4 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಹಸಿ ಮಾಂಸ ಅಥವಾ ಪ್ರಾಣಿಯ ರಕ್ತದೊಡನೆ ಯಾವುದೇ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?

Y	N	U
---	---	---

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ.

44a. Describe nature of contact ಸಂಪರ್ಕದ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ವಿವರಿಸಿ: _____

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

ಕಳೆದ 4 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಕೃಷಿ ಭೂಮಿ ಅಥವಾ ತೋಟದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ ಅಥವಾ ಉತ್ತಿದೀರಾ?

Y	N	U
---	---	---

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

ಕಳೆದ 4 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಭತ್ತದ ಗದ್ದೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ?

Y	N	U
---	---	---

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

ಕಳೆದ 4 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಮೀನು ಹಿಡಿಯಲು ಹೋಗಿದ್ದೀರಾ?

Y	N	U
---	---	---

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

ನಿಮ್ಮ ಮನೆ ಅಥವಾ ತೋಟದ ಹತ್ತಿರ ನೀರಿನ (ನೀರಾವರಿ) ಕಾಲುವೆ ಇದೆಯೇ?

Y	N	U
---	---	---

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

ಕಳೆದ 4 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ನಿಂತ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ?

Y	N	U
---	---	---

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

ಕಳೆದ 4 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು "ಮಹಾತ್ಮ ಗಾಂಧಿ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಹೆಚ್ಚುವು ಉದ್ಯೋಗ ಖಾತರಿ ಯೋಜನೆ ಖಾಯಿದೆ" ಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ?

Y	N	U
---	---	---

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ.

50a. Specify nature of last work ಕೆಲಸದ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಗೊಳಿಸಿ: _____

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

ನೀವು ಕಾಡಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಸನಿಹವಾಗಿ (5 ನಿಮಿಷಗಳ ನಡಿಗೆಯಷ್ಟು ದೂರ) ವಾಸಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?

Y	N	U
---	---	---

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

ಕಳೆದ 4 ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಕಾಡಿಗೆ ಹೋಗಿದ್ದೀರಾ?

Y	N	U
---	---	---

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

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ಯಾವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಕಾಡಿಗೆ ಹೋಗಿದ್ದೀರಿ? (ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಎಲ್ಲದಕ್ಕೂ ಟಿಕ್ ಹಾಕಿರಿ)

52a. Firewood collection ಸೌದೆಯನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು

52b. Dry leaf collection ಒಣಎಲೆಯನ್ನು (ತರಗಲೆಯನ್ನು) ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು

52c. Grass collection ಹುಲ್ಲನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು

52d. Wood cutting/ logging ಮರ ಕಡಿಯಲು/ಮರ ಕತ್ತರಿಸಲು

52e. Honey collection ಜೇನುತುಪ್ಪ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು

52f. Algae collection ಪಾಚಿಯನ್ನು (ಆಲ್ಗೆ) ಸಂಗ್ರಹಿಸಲು

52g. Cattle grazing ಜಾನುವಾರು ಮೇಯಿಸಲು

52h. Work on agricultural land inside forest ಕಾಡಿನ ಒಳಗೆ ಇರುವ ಕೃಷಿಭೂಮಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು

52i. Fishing ಮೀನು ಹಿಡಿಯಲು

52j. Hunting ಬೇಟೆಯಾಡಲು

52k. Forest department work ಅರಣ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಕೆಲಸ

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, 52k (i) specify ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ: _____

52l. Leisure activities ವಿರಾಮದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗಾಗಿ

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, 52l (i) specify ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ: _____

52m. Others ಇತರ: _____

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

 Y N U

ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಮೊದಲಿನ 4 ವಾರಗಳ ಒಳಗೆ ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯ ಸುತ್ತಮುತ್ತ ನೀವು ಉಣ್ಣೆ ಹುಳಗಳನ್ನು ನೋಡಿದ್ದೀರಾ?

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

 Y N U

ಜ್ವರ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುವ ಮೊದಲಿನ 4 ವಾರಗಳ ಒಳಗೆ ನೀವು ನಿಮ್ಮ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಉಣ್ಣೆ ಹುಳಗಳನ್ನು ನೋಡಿದ್ದೀರಾ?

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,

54a. how do you remove them? _____

ಅವುಗಳನ್ನು ನೀವು ಹೇಗೆ ತೆಗೆದುಹಾಕುತ್ತೀರಿ?

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

ನಿಮ್ಮ ಮನೆಗೆ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಮೂಲ ಯಾವುದು? (ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಎಲ್ಲದಕ್ಕೂ ಟಿಕ್ ಹಾಕಿರಿ)

<input type="checkbox"/> Dug well ತೋಡಿದು ಬಾವಿ	<input type="checkbox"/> Hand pump ಕೈ ಪಂಪ್	<input type="checkbox"/> Tube well ಕೊಳವೆ ಬಾವಿ	<input type="checkbox"/> Public well ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಬಾವಿ	<input type="checkbox"/> Public water tap ನೀರಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ನೆಲೆ
<input type="checkbox"/> Panchayath/ Municipality water supply ಪಂಚಾಯತಿ/ನಗರಸಭೆಯ ನೀರಿನ ಸರಬರಾಜು	<input type="checkbox"/> Tanker water supply ಟ್ಯಾಂಕರ್ ನೀರಿನ ಸರಬರಾಜು	<input type="checkbox"/> Pond ಕೊಳ		
<input type="checkbox"/> Stream ಕಾಲುವೆ	<input type="checkbox"/> Others _____ ಇತರೆ			

56. Do you store water in home?

ನೀವು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ನೀರನ್ನು ಶೇಖರಿಸಿ ಇಡುತ್ತೀರಾ?

 Y N U

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,

56a. Where? (specify) ಎಲ್ಲ (ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ) _____

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

ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ನೀವು ನೈರ್ಮಲ್ಯಕರ ಶೌಚಾಲಯವನ್ನು ಬಳಸುತ್ತೀರಾ?

 Y N U

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

ನೀವು ಎಲ್ಲ ಸ್ನಾನ ಮಾಡುತ್ತೀರಿ (ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಎಲ್ಲದಕ್ಕೂ ಗುರುತು ಹಾಕಿ)

<input type="checkbox"/> River ನದಿ	<input type="checkbox"/> Pond ಕೊಳ	<input type="checkbox"/> Stream ಕಾಲುವೆ	<input type="checkbox"/> Home ಮನೆ	<input type="checkbox"/> Other place (Specify) _____ ಇತರೆ ಸ್ಥಳ (ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ)
---------------------------------------	--------------------------------------	---	--------------------------------------	--

59. Did you sleep under the bednet last night?

ಕಳೆದ ರಾತ್ರಿ ನೀವು ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಲಗಿದಾಗ ಸೊಳ್ಳೆಪರದೆಯ ಒಳಗೆ ನಿದ್ರಿಸಿದ್ದೀರಾ?

 Y N U

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

ಕಳೆದ 12 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಮನೆಯ ಒಳಗಿನ ಗೋಡೆಗಳಿಗೆ ಸೊಳ್ಳೆಗಳ (ಅಥವಾ ಜಿಣೆಗಳ) ವಿರುದ್ಧ ಔಷಧ ಸಿಂಪಡಿಸಲು ಯಾರಾದರೂ ನಿಮ್ಮ ಅಥವಾ ರೋಗಿಯ ವಾಸಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ಬಂದಿದ್ದಾರಾ?

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

ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಾಸಸ್ಥಳಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ತಿಂಗಳ ಹಿಂದೆ ಸಿಂಪಡಿಸಿ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು?

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

ನಿಮ್ಮ ಮನೆಯಲ್ಲಿ 15 ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳು ವಾಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರಾ?

 Y N U

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

 Y N U

ನೀವು ಅನಾರೋಗ್ಯಗೊಳ್ಳುವ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ಮೊದಲು ಇಂತಹದೇ ಅಸೌಖ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಅಥವಾ ಹೊಂದಿದ್ದ ಯಾರೊಂದಿಗಾದರೂ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?

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

ಕಳೆದ ಒಂದು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಯಾವುದಾದರೂ ಪ್ರಯಾಣಕ್ಕೆ ಹೋಗಿದ್ದೀರಾ?

 Y N U

If Yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,

63a. From ಇಂದ: _____ To ವರೆಗೆ: _____ Date ದಿನಾಂಕ:

63b. From ಇಂದ: _____ To ವರೆಗೆ: _____ Date ದಿನಾಂಕ:

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

 Y N U

ನಾನು ನಿಮಗೆ ಕೇಳಿಲ್ಲ ಎಂದು ಭಾವಿಸಿದರೆ, ನಿಮಗೆ ಬೇರೆ ಏನಾದರೂ ಹೇಳಲು ವಿಷಯವಿದೆಯೇ?

If Yes, describe ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ, ವಿವರಿಸಿ: _____

HEALTH SEEKING BEHAVIOR (ಆರೋಗ್ಯ ಕೋರುವ ವರ್ತನೆ) (Applicable ones)

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

ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುವ ಮೊದಲು ನೀವು ಈ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವಿಧವಾದ ಔಷಧವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ?

 Y
 N
 U

If yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,

65a. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
ಹೆಸರು ಮೊದಲನೆಯ ಬಳಕೆಯ ದಿನಾಂಕ DD MM YYYY ಅವಧಿ65b. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
ಹೆಸರು ಮೊದಲನೆಯ ಬಳಕೆಯ ದಿನಾಂಕ DD MM YYYY ಅವಧಿ65c. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
ಹೆಸರು ಮೊದಲನೆಯ ಬಳಕೆಯ ದಿನಾಂಕ DD MM YYYY ಅವಧಿ

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

ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುವ ಮೊದಲು ಈ ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಯಾರಾದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ವೈದ್ಯರನ್ನು ನೋಡಿದ್ದೀರಾ?

If Yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,

66a. Name of the practitioner/ facility ವೈದ್ಯಕ/ಸೌಲಭ್ಯದ ಹೆಸರು: _____

66b. Type ವಿಧ:

 Hospital ಆಸ್ಪತ್ರೆ
 Clinic ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ
 Home visit ಮನೆಗೆ ಭೇಟಿ
 Other ಇತರೆ _____
66c. Date _____
ದಿನಾಂಕ DD MM YYYY

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

ಆರೋಗ್ಯ ವೈದ್ಯರು ನಿಮಗೆ ಯಾವ ರೋಗಪತ್ತಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದರು?

68. What laboratory tests were performed?

ಯಾವುದೆಲ್ಲಾ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಯಿತು?

Specify test ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ	Result ಫಲಿತಾಂಶಗಳು
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

69. SOCIO ECONOMIC STATUS (MODIFIED UDAY PAREEK SCALE)

(☑ Applicable ones)

ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಅಂತಸ್ತು (ಪರಿವರ್ತಿತ ಉದಯ್ ಪಾರೀಕ್ ಮಾಪಕ)

B1.	Type of houses ಮನೆಗಳ ವಿಧ	Code ಸಂಕೇತ
	Kutchra ಗುಡಿಸಲು	02 <input type="checkbox"/>
	Mixed ಮಿಶ್ರ	03 <input type="checkbox"/>
	Pucca ಹಂಚಿನ ಮನೆ	05 <input type="checkbox"/>

B2.	Ownership ಮಾಲಕತ್ವ	Code ಸಂಕೇತ
	Own ಸ್ವಂತ	05 <input type="checkbox"/>
	Rented ಬಾಡಿಗೆ	03 <input type="checkbox"/>
	Free ಉಚಿತ	00 <input type="checkbox"/>

B3.	Land holding ಭೂಮಿಯ ಒಡೆತನ	Code ಸಂಕೇತ
	< 100 cents (1 acre) ಸೆಂಟ್ಸ್ ಎಕರೆ	02 <input type="checkbox"/>
	(1-4) acres ಎಕರೆಗಳು	05 <input type="checkbox"/>
	(5-9) acres ಎಕರೆಗಳು	10 <input type="checkbox"/>
	≥ 10 acres ಎಕರೆಗಳು	15 <input type="checkbox"/>

B4.	Vehicles ವಾಹನಗಳು	Code ಸಂಕೇತ
	Bicycle ಬೈಸಿಕಲ್	02 <input type="checkbox"/>
	Two wheeler ದ್ವಿಚಕ್ರ ವಾಹನ	04 <input type="checkbox"/>
	Auto/boat ಆಟೋ/ದೋಣಿ	08 <input type="checkbox"/>
	Four wheelers ನಾಲ್ಕು ಚಕ್ರದ ವಾಹನ	10 <input type="checkbox"/>

B5.	Household belongings ಮನೆಯಲ್ಲಿರುವ ವಸ್ತುಗಳು	Code ಸಂಕೇತ
	Radio ರೇಡಿಯೋ	02 <input type="checkbox"/>
	Television ದೂರದರ್ಶನ	05 <input type="checkbox"/>
	Telephone ದೂರವಾಣಿ	08 <input type="checkbox"/>

B6.	Livestock ಪ್ರಾಣಿಗಳು	Code ಸಂಕೇತ
	Goat ಮೇಕೆ	02 <input type="checkbox"/>
	Cow ಹಸು	02 <input type="checkbox"/>
	Buffalo ಎಮ್ಮೆ	04 <input type="checkbox"/>

B7.	Socio-participation ಸಾಮಾಜಿಕ-ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ	Code ಸಂಕೇತ
	No participation ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಇಲ್ಲ	00 <input type="checkbox"/>
	Member of one organization ಒಂದು ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸದಸ್ಯ	05 <input type="checkbox"/>
	More than one organization ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸದಸ್ಯ	10 <input type="checkbox"/>
	Office holder ಕಛೇರಿ/ಅಧಿಕಾರ ಹೊಂದಿರುವ	15 <input type="checkbox"/>
	Wide public leader ಬಹಳ ಸಾಮಾನ್ಯರ ನಾಯಕ	20 <input type="checkbox"/>

B8.	Occupation of eldest earning member of the house ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ಅತ್ಯಂತ ಹಿರಿಯ ಸದಸ್ಯ ಸಂಪಾದಿಸುತ್ತಿರುವ ವೃತ್ತಿ	Code ಸಂಕೇತ
	Professional/white collar ವೃತ್ತಿಪರ/ಕಛೇರಿ ಕೆಲಸ	15 <input type="checkbox"/>
	Business ವ್ಯಾಪಾರ	10 <input type="checkbox"/>
	Skilled ಕುಶಲ	08 <input type="checkbox"/>
	Semiskilled ಅರೆಕುಶಲ	06 <input type="checkbox"/>
	Coolie/unskilled ಕೂಲಿ/ಕೌಶಲ್ಯರಹಿತ	05 <input type="checkbox"/>
	Unemployed ನಿರುದ್ಯೋಗಿ	00 <input type="checkbox"/>

B9.	Highest literacy status of eldest earning member of the household ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ಅತ್ಯಂತ ಹಿರಿಯ, ಸಂಪಾದಿಸುತ್ತಿರುವ ಸದಸ್ಯರ ಅತ್ಯುನ್ನತ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸದ ಸ್ಥಿತಿ	Code ಸಂಕೇತ
	Post Graduation & above ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚಿನ	20 <input type="checkbox"/>
	Graduation ಪದವೀಧರ	15 <input type="checkbox"/>
	PUC ಪದವಿಪೂರ್ವ	12 <input type="checkbox"/>
	Middle & high school (5-10) ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಮತ್ತು ಹೈಸ್ಕೂಲ್ ಶಾಲೆ (5-10)	10 <input type="checkbox"/>
	Primary (1-4) ಪ್ರಾಥಮಿಕ (1-4)	05 <input type="checkbox"/>
	Illiterate ಅನಕ್ಷರಸ್ಥ	00 <input type="checkbox"/>

B10.	Family members working abroad ವಿದೇಶದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯ	Code ಸಂಕೇತ
	Yes ಹೌದು	05 <input type="checkbox"/>
	No ಇಲ್ಲ	00 <input type="checkbox"/>

Score ಅಂಕ	Grade ದರ್ಜೆ	Code ಸಂಕೇತ
< 40	Low ಕಡಿಮೆ	01
40-70	Middle ಮಧ್ಯಮ	02
> 70	High ಉನ್ನತ	03

TOTAL SCORE ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು:

SES ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿ:

PHYSICAL EXAMINATION - PART A (☑ Applicable ones)

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

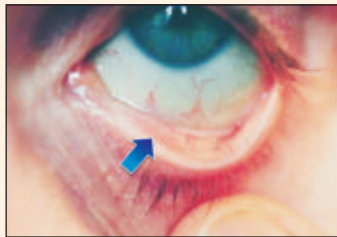
73. Height:
 a. _____ cm 74. Blood Pressure:
 a. Systolic _____ mm Hg 75. Temperature:
 a. _____ °C
 b. _____ inches b. Diastolic _____ mm Hg b. _____ °F

76. Cough Y N

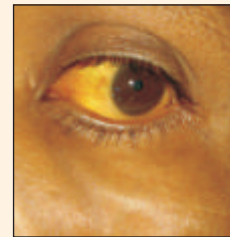
77. Coryza Y N

78. Sore throat Y N

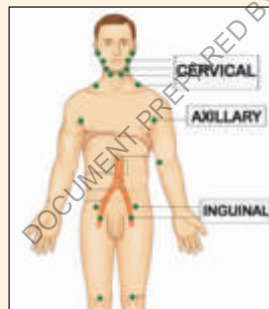
79. Pallor
 Y N



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



85. Ear discharge
 Y N



86. Parotitis
 Y N



87. Oral ulcers
 Y N



88. Rash

88a. If yes, tick all applicable

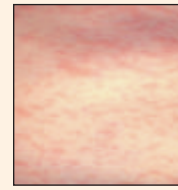
Y N



Macule



Papule



Maculopapular



Vesicle



Patch



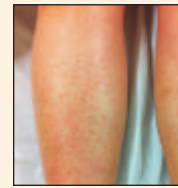
Bullae



Spotted Fever Rash



Erythema



Petechiae



Purpura

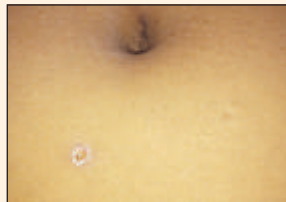


Echymosis

Others _____

89. Eschar

Y N



Location : _____

Single Multiple

90. Black Eschar

Y N


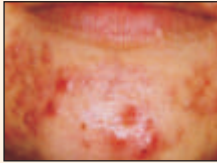
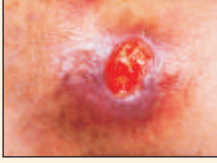



Location : _____

Single Multiple

Size : _____ cm


91. Skin lesions Y N

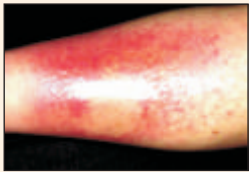
 Pustules  Nodules  Ulcers

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

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

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

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

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

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

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

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

110. Other observations/ Comments:

LABORATORY INVESTIGATIONS (Applicable ones)**111. Hematological Investigations** Y N

111 a. Date

 D D M M Y Y Y Y

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

112. Hb _____ g/dl

113. Platelets _____ lakhs/mm³114. TLC _____ cells/mm³

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

116. ESR _____ mm in 1st hour

117. Others _____
_____**118. Urine Analysis** Y N

118 a. Date

 D D M M Y Y Y Y

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

119. Sugar

 Y N

120. Albumin

Present

Trace

Absent

121. Ketone bodies

 Y N

122. Bile salts

 Y N

123. Bile Pigment

 Y N**124. Microscopy** Y N

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

125. Pus Cells

125 a. Min. _____ / HPF

125 b. Max. _____ / HPF

126. RBC

126 a. Min. _____ / HPF

126 b. Max. _____ / HPF

127. Epithelial Cells

127 a. Min. _____ / HPF

127 b. Max. _____ / HPF

128. Cast

Present

Absent

(If present Specify) _____

129. Stool Microscopy Y N

129 a. Date

 D D M M Y Y Y 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) Y N

130 a. Date

 D D M M Y Y Y 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:

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

160. Date of Discharge

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

161. Health status of the Patient at Discharge

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

162. Was the patient referred to any higher centre?

Y	N
---	---

If yes,

162a. Name of referral institution _____

163. Duration of stay at hospital _____ days

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

166. Prescribed treatment

166. Date of follow up suggested by treating physician

Date

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

Form No:

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

167. Attempt 1 Date

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

 167a. Response _____168. Attempt 2 Date

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

 168a. Response _____169. Attempt 3 Date

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

 169a. Response _____170. Patient came for follow up

Y	N
---	---

 170a. Date

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

171. Patient Deceased

Y	N
---	---

 171a. Date

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

172. Patient Lost for follow up

Y	N
---	---

 172a. Date

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

FOLLOW UP QUESTIONNAIRE (ಅನುಸರಣೆಯ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ) (☑ Applicable ones)

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

ನಿಮ್ಮನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸಿದಾಗ ಇದ್ದುದಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ, ಈಗ ನಿಮಗೆ ಹೇಗೆ ಅನ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ?

<input type="checkbox"/> Fully recovered ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ	<input type="checkbox"/> Better ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ತಮ	<input type="checkbox"/> No change ಬದಲಾವಣೆ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> Worsened ಹದಗೆಟ್ಟಿದೆ
--	---	--	---

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

ನಾನು ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿದ ನಂತರ ಯಾವ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಿ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಚಿಸಿ

		Duration (days) ಕಾಲಾವಧಿ (ದಿನಗಳು)	Comments ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು			
174. Fever ಜ್ವರ	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
175. Chills/ rigors ಚಳಿ/ನಡುಕ	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
176. Night sweats ರಾತ್ರಿ ಬೆವರುವಿಕೆ	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
177. Cough ಕೆಮ್ಮು	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
178. Headache ತಲೆನೋವು	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
179. Seizures ಸೆಳವುಗಳು	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____	_____
Y	N	U				
If Yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,	177a. Type of seizure: ಸೆಳವಿನ ವಿಧ	<input type="checkbox"/> Focal ಫೋಕಲ್	<input type="checkbox"/> Generalized ಸಾಮಾನ್ಯೀಕೃತ			
	177b. How many times? ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ?	<input type="checkbox"/>	177c. Duration ಕಾಲಾವಧಿ _____			

180. Altered sensorium
ಮಾರ್ಪಾಡುಗೊಂಡ ಸಂವೇದನೆ Y N U _____

181. Paralysis
ಲಕ್ಷಣ Y N U _____

182. Incoordinated walking
ಅಸಮನ್ವಯಗೊಂಡ ನಡಿಗೆ Y N U _____

183. General weakness
ಸಾಮಾನ್ಯ ನಿಶ್ಯಕ್ತಿ Y N U _____

If Yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,

183a. Prostration (extreme weakness)
ದಣಿವು (ಅತೀವ ನಿಶ್ಯಕ್ತಿ) Y N U

184. Pain in joints
ಕೀಲುಗಳಲ್ಲಿ ನೋವು Y N U _____

If Yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,

184a. Location:
ಸ್ಥಳ Small Joints
ಸಣ್ಣ ಕೀಲುಗಳು Large joints
ದೊಡ್ಡ ಕೀಲುಗಳು Both
ಎರಡೂ

184b. Nature:
ಸ್ವರೂಪ Symmetric
ಸಮರೂಪದ Asymmetric
ಅಸಮ ರೂಪದ

185. Unusual bleeding
ಅಸಾಧಾರಣ ರಕ್ತಸ್ರಾವ Y N U _____

If Yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,

185a. Describe
ವಿವರಿಸಿ _____

186. Did any of your family members/ contacts develop similar illness since you were ill?
ನೀವು ಅನಾರೋಗ್ಯವಾದ ಸಮಯದಿಂದೀಚೆಗೆ ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವುದೇ ಸದಸ್ಯರು ಅಥವಾ ಸಂಪರ್ಕಿತರು
ಇಂತಹದೇ ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೇ? Y N U

186a. How many people?
ಎಷ್ಟು ಮಂದಿ? _____

186b. Who all?
ಯಾರೆಲ್ಲರೂ? _____

187. Any clinical symptom that recurred during this period?
ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ರೋಗಲಕ್ಷಣವು ಪುನರಾವರ್ತಿತವಾಯಿತೇ? Y N U

If Yes, ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,

187a. Specify ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ _____

188. Since you became ill how many days you couldn't go for regular work?
ನೀವು ಅನಾರೋಗ್ಯಗೊಂಡ ಸಮಯದಿಂದ ನೀವು ಮಾಮೂಲಿನ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ದಿನ ಹೋಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ?

189. Any of the family members stayed with you during that period? If yes, that person couldn't go for work,
ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,
ಆ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮೊಡನೆ ಯಾರಾದರೂ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯರು ವಾಸವಾಗಿದ್ದರೇ? ಹೌದು ಎಂದಾದರೆ,
ಆ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಎಷ್ಟು ದಿನ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೋಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ?

190. Any other observations/ Comments
ಇತರ ಯಾವುದೇ ಗಮನಿಸುವಿಕೆಗಳು/ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು

191. Name of the interviewer
ಸಂದರ್ಶಕರ ಹೆಸರು _____ Signature
ಸಹಿ _____

Study ID #

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

Clinical Sample Information

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

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

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

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)

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

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

409. Initial Lab Diagnosis: _____ 409a. Date

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

409b. Comments: _____

410. Lab Diagnosis Revision 1: _____ 410a. Date

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

410b. Comments: _____

411. Lab Diagnosis Revision 2: _____ 411a. Date

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

411b. Comments: _____

412. Final Lab Diagnosis:

412a. _____ 412b. Date

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

412c. _____ 412d. Date

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

412e. _____ 412f. Date

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

413. ICD 10 Code for final Diagnosis:

413a. _____

413b. _____

413c. _____

414. Comments, if any: _____

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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:

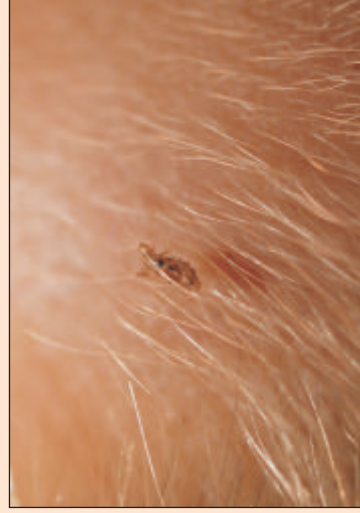
DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Insect Atlas

Ticks



Head Lice



Sandfly



Mosquitoes



Body Lice





MANIPAL
UNIVERSITY

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

Madhav Nagar, Manipal - 576 104, Karnataka, India

Principal Investigator / Contact:

Dr. G. Arunkumar

Professor and Head

Manipal Centre for Virus Research, Manipal University

Manipal, Karnataka State, INDIA - 576104

Mob: +91- 98455 84163 / 0820 - 2922718

Email: arun.kumar@manipal.edu