

Study ID #

प्रज्ञानं ब्रह्म



INSPIRED BY LIFE



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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH



Manipal Centre for Virus Research (MCVR)
Manipal University

List of Abbreviations

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



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

தயவு செய்து இந்த அட்டையைக்
கவனமாக வைத்திருந்து.
மருத்துவமனைக்கான உங்கள்
அடுத்த வருகையின் போது
தவறாமல் இந்த அட்டையைக்
கொண்டு வாருங்கள்.

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

CONTACT NUMBERS

1. Interviewer:
2. Study Manager:

நோயாளி தகவல் தாள் மற்றும் ஒப்புதல் 1 - 65 வருடங்கள்

இந்தியாவில் சுடுமையான காய்ச்சல் சார்ந்த நோயின் (ஏ.எஃப்.ஐ)
மருத்துவமனைக் கண்காணிப்பு

பங்கேற்பதற்கான சுயவிருப்ப ஒப்புதல்

முதன்மை ஆய்வாளர் : டாக்டர் ஜி. அருண்குமார்
தலைமை பேராசிரியர்
மணிப்பால் சென்டர் ஃபார் வைரஸ் ரிஸர்ச்
மணிப்பால் பல்கலைக்கழகம், மணிப்பால்
கர்நாடக மாநிலம், இந்தியா - 576104
மின்னஞ்சல் : arun.kumar@manipal.edu
மொபைல் : +91 - 91489 70864
ஃபேக்ஸ் : +91 - 820 - 2922718

Study ID #

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

ஓர் ஆராய்ச்சி ஆய்வில் பங்கேற்குமாறு உங்களிடம் அல்லது உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது. இப்படிவத்தின் எஞ்சிய பகுதிகளில், "நீங்கள்" என்பது நோயுற்றுள்ள நபரைக் குறிப்பிடுகிறது, அது நீங்களாகவோ, உங்கள் குழந்தையாகவோ அல்லது இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதற்காக ஒப்புதல் வழங்க நீங்கள் பொறுப்பானவராகவும் சட்டப்படி தகுதியானவராகவும் இருக்கின்ற வேறு நபராகவோ இருக்கலாம். இந்த ஆய்விலான உங்கள் பங்கேற்பு முற்றிலும் தன்னார்வத்திலானது, அதாவது இந்த ஆய்வில் பங்கேற்க அல்லது பங்கேற்காதிருக்க நீங்கள் முடிவு செய்யலாம். இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதில்லை என நீங்கள் முடிவு செய்தாலும், நீங்கள் தொடர்ந்து வழக்கமான மருத்துவப் பராமரிப்பைப் பெறுவீர்கள்.

நோக்கம்:

காய்ச்சலுடன் மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்படுகின்ற நோயாளிகளிடத்தில் நோய்க்கான பொதுவான காரணங்கள் என்ன என்பதைக் கண்டறிவதே இந்த ஆய்வின் நோக்கம். மக்கள், காய்ச்சலுக்காக மருத்துவப் பராமரிப்பை நாடுவது பொதுவானதே. சில காரணங்கள் அறியப்பட்டுள்ளவை என்றாலும் கூட, நோய்த்தொற்றுக்கான பல்வேறு காரணங்களும், மக்களுக்கு ஏன் இந்த நோய்த்தொற்றுகள் ஏற்படுகின்றன என்பதும் அறியாதவையாகவே உள்ளன. இந்நோய்கள் சிலவற்றுக்காக, தற்போது புதிய ஆய்வகப் பரிசோதனைகளும் கிடைக்கின்றன. உங்களைப் பற்றியும், உங்கள் நோயை பற்றியும் கவனமாகத் தகவல்களை சேகரித்து, பின்னர் காய்ச்சலின் பல்வேறு காரணங்களுக்காக பரிசோதனை செய்வதன் மூலம், உங்கள் பகுதியில் நிலவுகின்ற காய்ச்சலின் காரணங்கள் பற்றி கூடுதலாகத் தெரிந்துகொள்வதற்கும், இந்நோய்த்தொற்றுக்களுக்கு சிகிச்சையளிப்பதற்கு மற்றும் தடுப்பதற்கான மேலும் சிறந்த சாத்தியமான வழிகளைத் தெரிந்துகொள்வதற்கும் நாங்கள் விரும்புகிறோம். நீங்கள் சிறு வயதினராக இருக்கும் பட்சத்தில், உங்கள் பெற்றோர், ஆய்வு பற்றி தெரிந்துகொண்டு, இந்த ஆய்வில் நீங்கள் பங்கேற்பதற்கு ஒப்புதல் தெரிவித்துள்ளனர்.

நடைமுறைகள் பற்றிய விளக்கம்

நாங்கள் என்ன செய்ய விரும்புகிறோம்

நீங்கள் இந்த மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டுள்ளீர்கள், உங்களுக்கு காய்ச்சல் இருக்கிறது, உங்களுக்கு நோய்த்தொற்று ஏற்பட்டிருப்பதாக உங்கள் மருத்துவர் கருதுகிறார் போன்ற காரணங்களால் இந்த ஆய்வில் பங்கேற்குமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது. நீங்கள் பங்கேற்க ஒப்புதல் தெரிவித்தால், உங்கள் தற்போதைய மற்றும் முந்தைய மருத்துவ நிலைமைகள் பற்றியும், உங்கள் ஆரோக்கியம், பழக்கங்கள், குடும்பம் ஆகியவை குறித்த பொதுவான கேள்விகளும் உங்களிடம் கேட்கப்படும். இக்கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்க, சுமார் 15 நிமிடங்கள் ஆகும். தன்னார்வலர் எனும் முறையில், உங்களுக்கு அசௌகரியமாய் இருக்கின்ற கேள்வி எதற்கும் நீங்கள் பதிலளிக்க வேண்டியதில்லை.

மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்படுகிற நேரத்தில், உங்கள் கையிலிருந்து இருந்து 10 மில்லி லிட்டர் (மில்லி) வரை (1 முதல் 2 தேக்கரண்டிகள்) இரத்தம் எடுக்கப்படும். இந்த இரத்தம், உங்கள் மருத்துவர் கட்டளையிடுகின்ற வழக்கமான பரிசோதனைகளுக்காக உபயோகிக்கப்படும் மற்றும் உங்கள் நோய்த்தொற்றின் காரணத்தைக் கண்டறிவதற்கான பரிசோதனைகளுக்கும் உபயோகிக்கப்படும்.

உங்கள் தொண்டையின் பின் பக்கத்தில் மற்றும்/அல்லது உங்கள் மூக்கில் சிறு பஞ்சு ஒற்றிய துடைப்புக் குச்சியை தேய்த்து, அதன் மாதிரியையும், சிறுநீர் மாதிரியையும் எடுப்போம்.

உங்களுக்கு நீர்போல் மலங்கழிந்தால் (பேதி), சிறிதளவு மலத்தைக் கொடுக்குமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படும் அல்லது அவ்வாறு செய்ய முடியவில்லை எனில், உங்கள் ஆசனவாய் மேற்கத்திலிருந்து மலக்குடல் குச்சி மாதிரி சேகரிக்கப்படும்.

உங்கள் மருத்துவர், உங்கள் வழக்கமான பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக முதுகுத்தண்டுத் திரவத்தை எடுக்கத் திட்டமிட்டால், ஆய்விற்காக, 2 முதல் 4 மில்லி (ஒரு தேக்கரண்டிக்கும் குறைவு) சேகரிக்கப்படும், பரிசோதிக்கப்படும். இந்த ஆய்வின் ஒரு பகுதியாக அல்லாமல், உங்கள் பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக அவசியம் என உங்கள் மருத்துவர் கருதினால் மட்டும், உங்களுக்கு முதுகு தண்டில் துளையிடப்படும்.

சில நேரங்களில், நோய்த்தொற்றுக்கள் சற்றுநேரம் கழித்து மட்டுமே அடையாளம் காணப்படுகின்றன, அதனால் தான் மேலும் இருமுறை நாங்கள் இரத்தம் எடுப்போம், அதாவது, வெளியேறும் போது மற்றும் பின் தொடரலின் போது: 1) மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறுவதற்கு முன், 5 மில்லி (சுமார் ஒரு தேக்கரண்டி) இரத்தம் எடுக்கப்படும்; மற்றும் 2) வெளியேறிய 4 முதல் 6 வாரங்களுக்குப் பிறகு, பின் தொடர் வருகைக்காக இந்த மருத்துவமனைக்கு திரும்ப வருமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படும். பின்தொடர் வருகைக்கு சுமார் 15 நிமிடங்கள் ஆகும். மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறியது முதல் எந்தளவு நலமாக இருந்துள்ளீர்கள் என்பது பற்றி இந்த வருகையின் போது உங்களிடம் ஒரு சில கேள்விகள் கேட்கப்படும். பின்தொடர் வருகையில், அதே முறையில் இன்னுமொரு 5 மில்லி இரத்தம் எடுக்கப்படும். திட்டமிட்ட நேரத்தில் பின்தொடர் வருகைக்கு நீங்கள் வரவில்லை எனில், நீங்கள் பின்தொடர் வருகைக்கு வர இன்னும் விரும்புகிறீர்களா என்பதையும், உங்கள் நோய் பற்றிய கேள்விகளுக்கு உங்களால் பதிலளிக்க முடியுமா என்பதையும் கண்டறிவதற்காக, ஆய்வுக் குழுவைச் சேர்ந்த எவரேனும், உங்களை தொலைபேசி மூலம் அல்லது உங்கள் வீட்டில் தொடர்பு கொள்ளக்கூடும்.

சேகரிக்கப்படுகின்ற மாதிரிகளானது, வழக்கமான பரிசோதனைகளுக்கும் கூடுதலாக, உங்களுக்கு நோயை விளைவித்து, உங்களை நோயுற் செய்திருக்கக்கூடிய பல்வேறு நோய்த்தொற்றுக்கள் தொடர்பாகவும் பரிசோதனை செய்யப்படும்.

உங்கள் மாதிரிகளின் பரிசோதிப்பதானது, இந்த மருத்துவமனை மற்றும் மணிப்பால் பல்கலைக்கழகத்தின் (எம்.யூ) மணிப்பால் சென்டர் ஃபார் வைரஸ் ரிஸர்ச் (எம்.சி.வி.ஆர்), நடத்துகின்ற ஆய்வகம் என இரண்டிலும் மேற்கொள்ளப்படும். இந்த ஆய்வின் ஒரு பகுதியாக செய்யப்படுகின்ற பரிசோதனைகள் அனைத்தும், உங்கள் மருத்துவமனையில் செய்யப்படுகிற வழக்கமான பரிசோதனைக்கான பிற்சேர்க்கையாக இருக்கும், மாற்றாக இருக்காது.

உங்கள் நோய் மற்றும் மருத்துவமனைச் சேர்ப்பு ஆகியவை பற்றி உங்கள் மருத்துவப் பதிவேடுகளில் உள்ள தகவலையும் ஆய்வுக் குழுவின் சேகரிப்பார்கள் மற்றும் நோயாளி நியமன படிவங்களை (கேஸ் ரெக்ரூட்மெண்ட் ஃபார்ம்கள்) (சி.ஆர்.எஃப்) பூர்த்தி செய்வார்கள்.

பலன்கள்

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதன் மூலம் நேரடி தனிப்பட்ட பலன்கள் எதையும் நீங்கள் பெறாமல் போகக்கூடும். நீங்கள் இந்த ஆய்வில் தன்னார்வலராக சேர்ந்தாலும் சேராவிட்டாலும், உங்கள் மருத்துவரிடம் இருந்து பெறுகிற அதே மருத்துவப் பராமரிப்பைப் பெறுவீர்கள். கூடுதல் ஆய்வகப் பரிசோதனைகளின் முடிவுகள் கிடைக்கும் போது உங்கள் மருத்துவருக்கு வழங்கப்படும் மற்றும் உங்கள் மருத்துவப் பதிவேட்டில் வைக்கப்படும். இந்த முடிவுகள், உங்கள் மருத்துவப் பராமரிப்புக்கு உதவலாம். இந்த ஆய்வு, நிகழ்கின்ற வெவ்வேறு வகையான நோய்த்தொற்றுக்கள் பற்றி தெரிந்து கொள்வதன் மூலமும், அவற்றை தடுப்பதற்கான வழிகளைப் புரிந்து கொள்வதன் மூலமும் எதிர்காலத்தில் உங்கள் சமூகத்திலுள்ள மக்களின் ஆரோக்கியத்திற்கு பலனளிக்கலாம்.

இடர்கள் மற்றும் அசௌகரியங்கள்

இரத்தம் எடுக்கப்படுவது, கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்க நேரம் ஒதுக்க வேண்டியிருப்பது என இந்த ஆய்வில் சில இடர்கள் உள்ளன. உங்கள் இரத்தத்தை எடுப்பதற்கு உபயோகிக்கப்படுகின்ற ஊசிகள் மூலம் சற்று அசௌகரியம் ஏற்படலாம். ஊசி குத்தப்படுகிற இடத்தில் வீக்கம் அல்லது சிறிய காயம் உங்களுக்கு ஏற்படலாம்; அந்த இடத்தில் நோய்த்தொற்று ஏற்படுவதற்கான சிறிய இடர் உள்ளது. பெரும்பாலான நபர்களுக்கு, தங்கள் இரத்தம் எடுக்கப்படும் போது நோய்த்தொற்றோ, குறிப்பிடத்தக்க வீக்கமோ ஏற்படுவதில்லை எனும் போதிலும், இந்தப் பக்க விளைவுகளை எல்லா நிகழ்வுகளிலும் தடுத்துவிட முடியாது. உங்களுக்கு இந்நோயறிகுறிகள் எதுவேனும் இருந்தால், அவை பெரும்பாலும் 2 வாரங்களுக்கும் குறைவான கால கட்டத்தில் சரியாகிவிடும். ஒரு சிலருக்கு, தலை சுற்றுசிற உணர்வு ஏற்படலாம், இரத்தம் எடுக்கப்படும் போது இதயத்துடிப்பு அதிகரிக்கலாம். உங்களை படுக்க வைப்பதன் மூலம் மற்றும்/அல்லது நடைமுறையை நிறுத்துவதன் மூலம் பொதுவாய் இந்நோயறிகுறிகளை நிறுத்த முடியும். முன்மொழியப்படுகிற ஆய்வு தொடர்பாய், காயங்கள் எதுவும் எதிர்பார்க்கப்படுவதில்லை. ஆனாலும், இந்த ஆய்வில் இருப்பதன் விளைவாக உங்களுக்கு காயம் அல்லது மோசமான பக்கவிளைவு ஏற்பட்டால், உங்கள் காயத்திற்கான மருத்துவப் பராமரிப்பை அல்லது சிகிச்சையை நீங்கள் பெறுவீர்கள்.

ஆய்வில் இருப்பதற்காக உங்களுக்கு பணம் கொடுக்கப்பட மாட்டாது. இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதற்காக உங்களுக்கு செலவு எதுவுமில்லை - அனைத்து பொருட்களும் இலவசமாகவே கொடுக்கப்படும். மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறிய 4 முதல் 6 வாரங்களுக்குப் பிறகு பின்தொடர் வருகைக்காக நீங்கள் திரும்ப வரும்போது, உங்கள் போக்குவரத்திற்கும் உங்கள் நேரத்திற்குமான செலவிற்காக உங்களுக்கு நிர்ணயிக்கப்பட்ட தொகை ரூ. 600/- ஒரு முறை மட்டும் வழங்கப்படும்.

தவறான அபிப்பிராயம் இல்லாமல் விலகிக்கொள்தல்

உங்கள் பங்கேற்பு முற்றிலும் தன்னார்வத்திலானது. தவறான அபிப்பிராயம் இல்லாமல் எந்நிலையிலும் ஆய்விட்டு விலகிக்கொள்ள உங்களுக்கு சுதந்திரம் உள்ளது. அச்செயல், மருத்துவமனையில் நீங்கள் பெறுகிற சிகிச்சையின் தரத்தை பாதிக்காது.

மாற்றுவழிகள்

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதற்கு பதிலான மாற்றுவழிகள் எதுவுமில்லை.

இரகசியத்தன்மை (அந்தரங்கம்)

ஆய்வு அலுவலர்கள், உங்கள் பரிசோதனை முடிவுகளையும், ஆய்வு முடிந்த பின்னரும் கூட எல்லா நேரங்களிலும் உங்களைப் பற்றி சேகரிக்கப்படுகின்ற தகவலையும் பாதுகாப்பார்கள். உங்கள் சிகிச்சை தொடர்பாய் உதவுவதற்காக உங்களுக்கு சிகிச்சையளிக்கின்ற மருத்துவருக்கு உங்கள் பரிசோதனை முடிவுகள் கிடைக்கச் செய்யப்பட்டாலும் கூட, இந்த ஆராய்ச்சி மூலம் விளைகின்ற முன்னிலைப்படுத்தல்கள் அல்லது அறிக்கைகள் எதிலும் உங்கள் பெயர் இருக்காது.

கேள்விகள்

இந்த ஆய்வு தொடர்பான உங்கள் உரிமைகள் மற்றும் சிறப்புரிமைகள் குறித்து உங்களுக்கு விசாரணைகள் ஏதுமிருந்தால், மணிப்பாலில் உள்ள மணிப்பால் பல்கலைக்கழகத்தைச் சேர்ந்த மருத்துவர் லஷ்மிநாராயண பைரி அவர்களை 9449208478 எனும் மொபைல் எண்ணில், திங்கள் முதல் சனிக்கிழமை வரை, காலை 9 மணி முதல் மாலை 5 மணி வரை தொடர்பு கொள்ளலாம்.

இந்த ஆய்வு தொடர்பாய் உங்களுக்கு விசாரணைகள் ஏதுமிருந்தால், மருத்துவர் ஜி அருண்குமார் அவர்களை 9148970864 எனும் எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளுங்கள். காயம், பராமரிப்பு அல்லது ஒப்புதல் தொடர்பான விவகாரங்கள் போன்ற விசாரணைகள் எதற்குமாக, எந்நேரத்திலும் தயங்காமல் நீங்கள் இவரை அழைக்கலாம். வேறு ஏதேனும் விசாரணைகளுக்கு, உங்களுக்கு வழங்கப்படுகின்ற, உள்ளூர் தொடர்புகளின் விவரங்களைக் கொண்ட 'நோயாளி அட்டை'யின் பின்பக்கத்தைக் காணுங்கள்.

இப்படிவத்திலுள்ள தொலைபேசி எண்ணை, மருத்துவ அவசர நிலைக்கு உபயோகிக்கக்கூடாது. உங்களுக்கு மருத்துவ அவசர நிலை ஏற்படும் பட்சத்தில், தயவு செய்து அருகிலுள்ள நல வசதியகத்திற்குச் செல்லுங்கள்.

மாதிரிகளை சேமிப்பதற்கும், எதிர்காலத்தில் உபயோகிப்பதற்குமான அனுமதி

இந்த ஆய்வுக்காக சேகரிக்கப்படுகின்ற இரத்தம், முதுகுத்தண்டுத் திரவம், மூக்குதொண்டை துடைப்புக் குச்சிகள், சிறுநீர் அல்லது மல மாதிரிகள் யாவும் காய்ச்சல் நோய்களின் காரணங்கள் தொடர்பான எதிர்கால ஆராய்ச்சி ஆய்வுகளுக்காக எம்.சி.வி.ஆர், எம்.யூ.வில் உங்கள் அனுமதியுடன் 10 ஆண்டுகள் வரை சேமித்து வைக்கப்படும். மாதிரிகள் யாவும், ஆய்வு அடையாள எண் கொண்டு மட்டுமே சேமிக்கப்படும், உங்கள் உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரின் பெயர் கொண்டு அல்ல. மாதிரிகள், இந்தியாவில் தற்போது கிடைக்காத பரிசோதனைகளுக்காக இந்தியாவிற்கு வெளியில் அனுப்பிவைக்கப்படக்கூடும்; இது, இந்திய அரசின் அனுமதியுடன் மட்டுமே நிகழும். எதிர்கால பயன்பாட்டிற்காக/மற்ற பரிசோதனைக்காக உங்கள் மாதிரிகள் சேமித்துவைக்கப்பட/ பரிசோதனை செய்யப்பட நீங்கள் விரும்பவில்லை எனில், இந்த ஆய்வுக்கான பரிசோதனைகள் அனைத்தும் முடிந்த பின் மாதிரிகள் அழிக்கப்படும். மாதிரிகள், உங்கள் உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரின் மரபியல் பரிசோதனை எதற்கும் ஒரு போதும் உபயோகிக்கப்பட மாட்டாது.

நீங்கள் இந்த ஆய்வில் இருக்க விரும்பினால், கீழ்க்கண்ட கோட்டில் கையொப்பமிடுங்கள். கோட்டின் மீது கையொப்பமிடுவதானது, "தற்போது ஆய்வில் இருக்க விரும்புகிறேன்" என நீங்கள் சொல்வதை அர்த்தப்படுத்துகிறது.

இப்படிவம் எனக்கு விளக்கப்பட்டது எனவும், இந்த ஆய்வு தொடர்பான எனது கேள்விகள் அனைத்திற்கும் பதிலளிக்கப்பட்டது எனவும் நான் சான்றளிக்கிறேன்.

பங்கேற்பாளரின் / 18 வயதிற்குக் உற்ப்பட்டவர்கள் எனும் பட்சத்தில் பெற்றோர் அல்லது பொறுப்பிலுள்ள பெரியவர்களின் கையொப்பம் / இடது பெருவிரல் ரேகைப்பதிவு

பங்கேற்பாளரின் பெயர்

அல்லது

தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

18 வயதிற்குக் உற்ப்பட்டவர்கள் எனும் பட்சத்தில் பெற்றோர்/ பெரியவர்களின் பெயர்

பங்கேற்பாளருடனான உறவு

சாட்சியின் கையொப்பம்

தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஆய்வு அலுவலரின்/ முதன்மை ஆய்வாளரின் கையொப்பம்

தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

நோயாளி தகவல் தாள் மற்றும் ஒப்புதல் 1 - 65 வருடங்கள்

இந்தியாவில் சுடுமையான காய்ச்சல் சார்ந்த நோயின் (ஏ.எஃப்.ஐ)
மருத்துவமனைக் கண்காணிப்பு

பங்கேற்பதற்கான சுயவிருப்ப ஒப்புதல்

முதன்மை ஆய்வாளர் : டாக்டர் ஜி. அருண்குமார்
தலைமை பேராசிரியர்
மணிப்பால் சென்ட்ரல் ஃபார் வைரஸ் ரிஸர்ச்
மணிப்பால் பல்கலைக்கழகம், மணிப்பால்
கர்நாடக மாநிலம், இந்தியா - 576104
மின்னஞ்சல் : arun.kumar@manipal.edu
மொபைல் : +91 - 91489 70864
ஃபேக்ஸ் : +91 - 820 - 2922718

Study ID #

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

ஒர் ஆராய்ச்சி ஆய்வில் பங்கேற்குமாறு உங்களிடம் அல்லது உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது. இப்படிவத்தின் எஞ்சிய பகுதிகளில், "நீங்கள்" என்பது நோயுற்றுள்ள நபரைக் குறிப்பிடுகிறது, அது நீங்களாகவோ, உங்கள் குழந்தையாகவோ அல்லது இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதற்காக ஒப்புதல் வழங்க நீங்கள் பொறுப்பானவராகவும் சட்டப்படி தகுதியானவராகவும் இருக்கின்ற வேறு நபராகவோ இருக்கலாம். இந்த ஆய்விலான உங்கள் பங்கேற்பு முற்றிலும் தன்னார்வத்திலானது, அதாவது இந்த ஆய்வில் பங்கேற்க அல்லது பங்கேற்காதிருக்க நீங்கள் முடிவு செய்யலாம். இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதில்லை என நீங்கள் முடிவு செய்தாலும், நீங்கள் தொடர்ந்து வழக்கமான மருத்துவப் பராமரிப்பைப் பெறுவீர்கள்.

நோக்கம்:

காய்ச்சலுடன் மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்படுகின்ற நோயாளிகளிடத்தில் நோய்க்கான பொதுவான காரணங்கள் என்ன என்பதைக் கண்டறிவதே இந்த ஆய்வின் நோக்கம். மக்கள், காய்ச்சலுக்காக மருத்துவப் பராமரிப்பை நாடுவது பொதுவானதே. சில காரணங்கள் அறியப்பட்டுள்ளவை என்றாலும் கூட, நோய்த்தொற்றுக்கான பல்வேறு காரணங்களும், மக்களுக்கு ஏன் இந்த நோய்த்தொற்றுக்கள் ஏற்படுகின்றன என்பதும் அறியாதவையாகவே உள்ளன. இந்நோய்கள் சிலவற்றுக்காக, தற்போது புதிய ஆய்வகப் பரிசோதனைகளும் கிடைக்கின்றன. உங்களைப் பற்றியும், உங்கள் நோயை பற்றியும் கவனமாகத் தகவல்களை சேகரித்து, பின்னர் காய்ச்சலின் பல்வேறு காரணங்களுக்காக பரிசோதனை செய்வதன் மூலம், உங்கள் பகுதியில் நிலவுகின்ற காய்ச்சலின் காரணங்கள் பற்றி கூடுதலாகத் தெரிந்துகொள்வதற்கும், இந்நோய்த்தொற்றுக்களுக்கு சிகிச்சையளிப்பதற்கும் மற்றும் தடுப்பதற்கான மேலும் சிறந்த சாத்தியமான வழிகளைத் தெரிந்துகொள்வதற்கும் நாங்கள் விரும்புகிறோம். நீங்கள் சிறு வயதினராக இருக்கும் பட்சத்தில், உங்கள் பெற்றோர், ஆய்வு பற்றி தெரிந்துகொண்டு, இந்த ஆய்வில் நீங்கள் பங்கேற்பதற்கு ஒப்புதல் தெரிவித்துள்ளனர்.

நடைமுறைகள் பற்றிய விளக்கம்

நாங்கள் என்ன செய்ய விரும்புகிறோம்

நீங்கள் இந்த மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டுள்ளீர்கள், உங்களுக்கு காய்ச்சல் இருக்கிறது, உங்களுக்கு நோய்த்தொற்று ஏற்பட்டிருப்பதாக உங்கள் மருத்துவர் கருதுகிறார் போன்ற காரணங்களால் இந்த ஆய்வில் பங்கேற்குமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது. நீங்கள் பங்கேற்க ஒப்புதல் தெரிவித்தால், உங்கள் தற்போதைய மற்றும் முந்தைய மருத்துவ நிலைமைகள் பற்றியும், உங்கள் ஆரோக்கியம், பழக்கங்கள், குடும்பம் ஆகியவை குறித்த பொதுவான கேள்விகளும் உங்களிடம் கேட்கப்படும். இக்கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்க, சுமார் 15 நிமிடங்கள் ஆகும். தன்னார்வலர் எனும் முறையில், உங்களுக்கு அசௌகரியமாய் இருக்கின்ற கேள்வி எதற்கும் நீங்கள் பதிலளிக்க வேண்டியதில்லை.

மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்படுகிற நேரத்தில், உங்கள் கையிலிருந்து இருந்து 10 மில்லி லிட்டர் (மில்லி) வரை (1 முதல் 2 தேக்கரண்டிகள்) இரத்தம் எடுக்கப்படும். இந்த இரத்தம், உங்கள் மருத்துவர் கட்டளையிடுகின்ற வழக்கமான பரிசோதனைகளுக்காக உபயோகிக்கப்படும் மற்றும் உங்கள் நோய்த்தொற்றின் காரணத்தைக் கண்டறிவதற்கான பரிசோதனைகளுக்கும் உபயோகிக்கப்படும்.

உங்கள் தொண்டையின் பின் பக்கத்தில் மற்றும்/அல்லது உங்கள் மூக்கில் சிறு பஞ்சு ஒற்றிய துடைப்புக் குச்சியை தேய்த்து, அதன் மாதிரியையும், சிறுநீர் மாதிரியையும் எடுப்போம்.

உங்களுக்கு நீர்போல் மலங்கழிந்தால் (பேதி), சிறிதளவு மலத்தைக் கொடுக்குமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படும் அல்லது அவ்வாறு செய்ய முடியவில்லை எனில், உங்கள் ஆசனவாய் மேற்தளத்திலிருந்து மலக்குடல் குச்சி மாதிரி சேகரிக்கப்படும்.

உங்கள் மருத்துவர், உங்கள் வழக்கமான பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக முதுகுத்தண்டுத் திரவத்தை எடுக்கத் திட்டமிட்டால், ஆய்விற்காக, 2 முதல் 4 மில்லி (ஒரு தேக்கரண்டிக்கும் குறைவு) சேகரிக்கப்படும், பரிசோதிக்கப்படும். இந்த ஆய்வின் ஒரு பகுதியாக அல்லாமல், உங்கள் பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக அவசியம் என உங்கள் மருத்துவர் கருதினால் மட்டும், உங்களுக்கு முதுகு தண்டில் துளையிடப்படும்.

சில நேரங்களில், நோய்த்தொற்றுக்கள் சற்றுநேரம் கழித்து மட்டுமே அடையாளம் காணப்படுகின்றன, அதனால் தான் மேலும் இருமுறை நாங்கள் இரத்தம் எடுப்போம், அதாவது, வெளியேறும் போது மற்றும் பின் தொடரலின் போது: 1) மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறுவதற்கு முன், 5 மில்லி (சுமார் ஒரு தேக்கரண்டி) இரத்தம் எடுக்கப்படும்; மற்றும் 2) வெளியேறிய 4 முதல் 6 வாரங்களுக்குப் பிறகு, பின் தொடர் வருகைக்காக இந்த மருத்துவமனைக்கு திரும்ப வருமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படும். பின்தொடர் வருகைக்கு சுமார் 15 நிமிடங்கள் ஆகும். மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறியது முதல் எந்தளவு நலமாக இருந்துள்ளீர்கள் என்பது பற்றி இந்த வருகையின் போது உங்களிடம் ஒரு சில கேள்விகள் கேட்கப்படும். பின்தொடர் வருகையில், அதே முறையில் இன்னுமொரு 5 மில்லி இரத்தம் எடுக்கப்படும். திட்டமிட்ட நேரத்தில் பின்தொடர் வருகைக்கு நீங்கள் வரவில்லை எனில், நீங்கள் பின்தொடர் வருகைக்கு வர இன்னும் விரும்புகிறீர்களா என்பதையும், உங்கள் நோய் பற்றிய கேள்விகளுக்கு உங்களால் பதிலளிக்க முடியுமா என்பதையும் கண்டறிவதற்காக, ஆய்வுக் குழுவைச் சேர்ந்த எவரேனும், உங்களை தொலைபேசி மூலம் அல்லது உங்கள் வீட்டில் தொடர்பு கொள்ளக்கூடும்.

சேகரிக்கப்படுகின்ற மாதிரிகளானது, வழக்கமான பரிசோதனைகளுக்கும் கூடுதலாக, உங்களுக்கு நோயை விளைவித்து, உங்களை நோயுற் செய்திருக்கக்கூடிய பல்வேறு நோய்த்தொற்றுக்கள் தொடர்பாகவும் பரிசோதனை செய்யப்படும்.

உங்கள் மாதிரிகளின் பரிசோதிப்பதானது, இந்த மருத்துவமனை மற்றும் மணிப்பால் பல்கலைக்கழகத்தின் (எம்.யூ) மணிப்பால் சென்ட்ரல் ஃபார் வைரஸ் ரிஸர்ச் (எம்.சி.வி.ஆர்), நடத்துகின்ற ஆய்வகம் என இரண்டிலும் மேற்கொள்ளப்படும். இந்த ஆய்வின் ஒரு பகுதியாக செய்யப்படுகின்ற பரிசோதனைகள் அனைத்தும், உங்கள் மருத்துவமனையில் செய்யப்படுகிற வழக்கமான பரிசோதனைக்கான பிற்சேர்க்கையாக இருக்கும், மாற்றாக இருக்காது.

உங்கள் நோய் மற்றும் மருத்துவமனைச் சேர்ப்பு ஆகியவை பற்றி உங்கள் மருத்துவப் பதிவேடுகளில் உள்ள தகவலையும் ஆய்வுக் குழுவின் சேகரிப்பார்கள் மற்றும் நோயாளி நியமன படிவங்களை (கேஸ் ரெக்ரூட்மெண்ட் ஃபார்ம்கள்) (சி.ஆர்.எஃப்) பூர்த்தி செய்வார்கள்.

பலன்கள்

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதன் மூலம் நேரடி தனிப்பட்ட பலன்கள் எதையும் நீங்கள் பெறாமல் போகக்கூடும். நீங்கள் இந்த ஆய்வில் தன்னார்வலராக சேர்ந்தாலும் சேராவிட்டாலும், உங்கள் மருத்துவரிடம் இருந்து பெறுகிற அதே மருத்துவப் பராமரிப்பைப் பெறுவீர்கள். கூடுதல் ஆய்வகப் பரிசோதனைகளின் முடிவுகள் கிடைக்கும் போது உங்கள் மருத்துவருக்கு வழங்கப்படும் மற்றும் உங்கள் மருத்துவப் பதிவேட்டில் வைக்கப்படும். இந்த முடிவுகள், உங்கள் மருத்துவப் பராமரிப்புக்கு உதவலாம். இந்த ஆய்வு, நிகழ்கின்ற வெவ்வேறு வகையான நோய்த்தொற்றுக்கள் பற்றி தெரிந்து கொள்வதன் மூலமும், அவற்றை தடுப்பதற்கான வழிகளைப் புரிந்து கொள்வதன் மூலமும் எதிர்காலத்தில் உங்கள் சமூகத்திலுள்ள மக்களின் ஆரோக்கியத்திற்கு பலனளிக்கலாம்.

இடர்கள் மற்றும் அசௌகரியங்கள்

இரத்தம் எடுக்கப்படுவது, கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்க நேரம் ஒதுக்க வேண்டியிருப்பது என இந்த ஆய்வில் சில இடர்கள் உள்ளன. உங்கள் இரத்தத்தை எடுப்பதற்கு உபயோகிக்கப்படுகின்ற ஊசிகள் மூலம் சற்று அசௌகரியம் ஏற்படலாம். ஊசி குத்தப்படுகிற இடத்தில் வீக்கம் அல்லது சிறிய காயம் உங்களுக்கு ஏற்படலாம்; அந்த இடத்தில் நோய்த்தொற்று ஏற்படுவதற்கான சிறிய இடர் உள்ளது. பெரும்பாலான நபர்களுக்கு, தங்கள் இரத்தம் எடுக்கப்படும் போது நோய்த்தொற்றோ, குறிப்பிடத்தக்க வீக்கமோ ஏற்படுவதில்லை எனும் போதிலும், இந்தப் பக்க விளைவுகளை எல்லா நிகழ்வுகளிலும் தடுத்துவிட முடியாது. உங்களுக்கு இந்நோயறிகுறிகள் எதுவேனும் இருந்தால், அவை பெரும்பாலும் 2 வாரங்களுக்கும் குறைவான கால கட்டத்தில் சரியாகிவிடும். ஒரு சிலருக்கு, தலை சுற்றுசிற உணர்வு ஏற்படலாம், இரத்தம் எடுக்கப்படும் போது இதயத்துடிப்பு அதிகரிக்கலாம். உங்களை படுக்க வைப்பதன் மூலம் மற்றும்/அல்லது நடைமுறையை நிறுத்துவதன் மூலம் பொதுவாய் இந்நோயறிகுறிகளை நிறுத்த முடியும். முன்மொழியப்படுகிற ஆய்வு தொடர்பாய், காயங்கள் எதுவும் எதிர்பார்க்கப்படுவதில்லை. ஆனாலும், இந்த ஆய்வில் இருப்பதன் விளைவாக உங்களுக்கு காயம் அல்லது மோசமான பக்கவிளைவு ஏற்பட்டால், உங்கள் காயத்திற்கான மருத்துவப் பராமரிப்பை அல்லது சிகிச்சையை நீங்கள் பெறுவீர்கள்.

ஆய்வில் இருப்பதற்காக உங்களுக்கு பணம் கொடுக்கப்பட மாட்டாது. இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதற்காக உங்களுக்கு செலவு எதுவுமில்லை - அனைத்து பொருட்களும் இலவசமாகவே கொடுக்கப்படும். மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறிய 4 முதல் 6 வாரங்களுக்குப் பிறகு பின்தொடர் வருகைக்காக நீங்கள் திரும்ப வரும்போது, உங்கள் போக்குவரத்திற்கும் உங்கள் நேரத்திற்குமான செலவிற்காக உங்களுக்கு நிர்ணயிக்கப்பட்ட தொகை ரூ. 600/- ஒரு முறை மட்டும் வழங்கப்படும்.

தவறான அபிப்பிராயம் இல்லாமல் விலகிக்கொள்தல்

உங்கள் பங்கேற்பு முற்றிலும் தன்னார்வத்திலானது. தவறான அபிப்பிராயம் இல்லாமல் எந்நிலையிலும் ஆய்விட்டு விலகிக்கொள்ள உங்களுக்கு சுதந்திரம் உள்ளது. அச்செயல், மருத்துவமனையில் நீங்கள் பெறுகிற சிகிச்சையின் தரத்தை பாதிக்காது.

மாற்றுவழிகள்

இந்த ஆய்வில் பங்கேற்பதற்கு பதிலான மாற்றுவழிகள் எதுவுமில்லை.

இரகசியத்தன்மை (அந்தரங்கம்)

ஆய்வு அலுவலர்கள், உங்கள் பரிசோதனை முடிவுகளையும், ஆய்வு முடிந்த பின்னரும் கூட எல்லா நேரங்களிலும் உங்களைப் பற்றி சேகரிக்கப்படுகின்ற தகவலையும் பாதுகாப்பார்கள். உங்கள் சிகிச்சை தொடர்பாய் உதவுவதற்காக உங்களுக்கு சிகிச்சையளிக்கின்ற மருத்துவருக்கு உங்கள் பரிசோதனை முடிவுகள் கிடைக்கச் செய்யப்பட்டாலும் கூட, இந்த ஆராய்ச்சி மூலம் விளைகின்ற முன்னிலைப்படுத்தல்கள் அல்லது அறிக்கைகள் எதிலும் உங்கள் பெயர் இருக்காது.

கேள்விகள்

இந்த ஆய்வு தொடர்பான உங்கள் உரிமைகள் மற்றும் சிறப்புரிமைகள் குறித்து உங்களுக்கு விசாரணைகள் ஏதுமிருந்தால், மணிப்பாலில் உள்ள மணிப்பால் பல்கலைக்கழகத்தைச் சேர்ந்த மருத்துவர் லஷ்மிநாராயண பைரி அவர்களை 9449208478 எனும் மொபைல் எண்ணில், திங்கள் முதல் சனிக்கிழமை வரை, காலை 9 மணி முதல் மாலை 5 மணி வரை தொடர்பு கொள்ளலாம்.

இந்த ஆய்வு தொடர்பாய் உங்களுக்கு விசாரணைகள் ஏதுமிருந்தால், மருத்துவர் ஜி அருண் குமார் அவர்களை 9148970864 எனும் எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளுங்கள். காயம், பராமரிப்பு அல்லது ஒப்புதல் தொடர்பான விவகாரங்கள் போன்ற விசாரணைகள் எதற்குமாக, எந்நேரத்திலும் தயங்காமல் நீங்கள் இவரை அழைக்கலாம். வேறு ஏதேனும் விசாரணைகளுக்கு, உங்களுக்கு வழங்கப்படுகின்ற, உள்ளூர் தொடர்புகளின் விவரங்களைக் கொண்ட 'நோயாளி அட்டை'யின் பின்பக்கத்தைக் காணுங்கள்.

இப்படிவத்திலுள்ள தொலைபேசி எண்ணை, மருத்துவ அவசர நிலைக்கு உபயோகிக்கக்கூடாது. உங்களுக்கு மருத்துவ அவசர நிலை ஏற்படும் பட்சத்தில், தயவு செய்து அருகிலுள்ள நல வசதியகத்திற்குச் செல்லுங்கள்.

மாதிரிகளை சேமிப்பதற்கும், எதிர்காலத்தில் உபயோகிப்பதற்குமான அனுமதி

இந்த ஆய்வுக்காக சேகரிக்கப்படுகின்ற இரத்தம், முதுகுத்தண்டுத் திரவம், மூக்குதொண்டை துடைப்புக் குச்சிகள், சிறுநீர் அல்லது மல மாதிரிகள் யாவும் காய்ச்சல் நோய்களின் காரணங்கள் தொடர்பான எதிர்கால ஆராய்ச்சி ஆய்வுகளுக்காக எம்.சி.வி.ஆர், எம்.யூ.வில் உங்கள் அனுமதியுடன் 10 ஆண்டுகள் வரை சேமித்து வைக்கப்படும். மாதிரிகள் யாவும், ஆய்வு அடையாள எண் கொண்டு மட்டுமே சேமிக்கப்படும், உங்கள் உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரின் பெயர் கொண்டு அல்ல. மாதிரிகள், இந்தியாவில் தற்போது கிடைக்காத பரிசோதனைகளுக்காக இந்தியாவிற்கு வெளியில் அனுப்பிவைக்கப்படக்கூடும்; இது, இந்திய அரசின் அனுமதியுடன் மட்டுமே நிகழும். எதிர்கால பயன்பாட்டிற்காக/மற்ற பரிசோதனைக்காக உங்கள் மாதிரிகள் சேமித்துவைக்கப்பட/ பரிசோதனை செய்யப்பட நீங்கள் விரும்பவில்லை எனில், இந்த ஆய்விற்கான பரிசோதனைகள் அனைத்தும் முடிந்த பின் மாதிரிகள் அழிக்கப்படும். மாதிரிகள், உங்கள் உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரின் மரபியல் பரிசோதனை எதற்கும் ஒரு போதும் உபயோகிக்கப்பட மாட்டாது.

நீங்கள் இந்த ஆய்வில் இருக்க விரும்பினால், கீழ்க்கண்ட கோட்டில் கையொப்பமிடுங்கள். கோட்டின் மீது கையொப்பமிடுவதானது, "தற்போது ஆய்வில் இருக்க விரும்புகிறேன்" என நீங்கள் சொல்வதை அர்த்தப்படுத்துகிறது.

இப்படிவம் எனக்கு விளக்கப்பட்டது எனவும், இந்த ஆய்வு தொடர்பான எனது கேள்விகள் அனைத்திற்கும் பதிலளிக்கப்பட்டது எனவும் நான் சான்றளிக்கிறேன்.

பங்கேற்பாளரின் / 18 வயதிற்குக் உற்ப்பட்டவர்கள் எனும் பட்சத்தில் பெற்றோர் அல்லது பொறுப்பிலுள்ள பெரியவர்களின் கையொப்பம் / இடது பெருவிரல் ரேகைப்பதிவு

பங்கேற்பாளரின் பெயர்

அல்லது

தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

18 வயதிற்குக் உற்ப்பட்டவர்கள் எனும் பட்சத்தில் பெற்றோர்/ பெரியவர்களின் பெயர்

பங்கேற்பாளருடனான உறவு

சாட்சியின் கையொப்பம்

தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஆய்வு அலுவலரின்/ முதன்மை ஆய்வாளரின் கையொப்பம்

தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

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

_____ **Voluntary Consent to participate** _____

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar

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 Report Forms (CRF).

Benefits

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

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

Risks and Discomforts

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

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

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

Participant's name

OR

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Relationship with participant

Signature of witness

Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Voluntary Consent to participate

Principal Investigator: Dr. G. Arunkumar

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

Study ID #

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

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu

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

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

Purpose

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

Explanation of Procedures

What we would like to do

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Benefits

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

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

Risks and Discomforts

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

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

Withdrawal without Prejudice

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

Alternatives

There are no alternatives to participating in this study.

Confidentiality (Privacy)

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

Questions

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

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

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

Permission for storage and future use of specimens

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

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

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

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

Participant's name

OR

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Relationship with participant

Signature of witness

Dated (DD/MM/YYYY)

Signature of authorised study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

இசைவுப் படிவம்: 7 முதல் 17 வயதுள்ள குழந்தைகளால்
கொடுக்கப்படுகின்ற ஆள்சேர்ப்புக்கான இசைவு

இந்தியாவில் கடுமையான காய்ச்சல் சார்ந்த நோயின்
(ஏ.எஃப்.ஐ) மருத்துவமனைக் கண்காணிப்பு

முதன்மை ஆய்வாளர் : டாக்டர் ஜி. அருண்குமார்
தலைமை பேராசிரியர்
மணிப்பால் சென்ட்ரல் ஃபார் வைரஸ் ரிஸர்ச்
மணிப்பால் பல்கலைக்கழகம், மணிப்பால்
கர்நாடக மாநிலம், இந்தியா - 576104
மின்னஞ்சல் : arun.kumar@manipal.edu
மொபைல் : +91 - 91489 70864
ஃபேக்ஸ் : +91 - 820 - 2922718

Study ID #

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

ஒர் ஆராய்ச்சி ஆய்வில் பங்கேற்குமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது. ஆராய்ச்சி என்பது பன்னியிலுள்ள அறிவியல் பாடம் போன்றது. உங்கள் இரத்தத்தில் உடலில் தொற்று ஏற்பட்டு நீங்கள் உடல் நலமில்லாமல் இருக்கிறீர்கள் என உங்கள் மருத்துவ நினைப்பதால், ஆராய்ச்சி ஆய்வில் இருக்குமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்பட்டிருக்கிறது.

இந்த ஆய்வில் இருக்க விரும்புகிறீர்களா இல்லையா என்பதை நீங்களே முடிவு செய்யலாம். நீங்கள் பங்கேற்க ஒப்புதல் தெரிவித்தால், உங்கள் மருத்துவ நிலைமை பற்றியும், பின் பலம் பற்றியும் உங்களிடம் கேள்விகள் கேட்கப்படும். தன்னார்வலர் எனும் முறையில், உங்களுக்கு அசௌகரியமாய் இருக்கின்ற கேள்வி எதற்கும் நீங்கள் பதிலளிக்க வேண்டியதில்லை. இந்த ஆய்வின் ஒரு பகுதியாக, உங்கள் கையிலிருந்து மூன்று முறை 5 முதல் 10 மில்லிலிட்டர், சுமார் ஒரு தேக்கரண்டியளவு இரத்தம் எடுக்கப்படும். இரத்தமானது முதன்முறையாக, நீங்கள் இந்த ஆய்வில் தன்னார்வலராக இருக்க ஒப்புதல் தெரிவித்தவுடன் எடுக்கப்படும். ஆய்வில் சேர்க்கப்படும் நேரத்தில், மூக்கு மற்றும் தொண்டை சிறு பஞ்சு ஒற்றிய துடைப்புக்குச்சி மற்றும் சிறுநீர் மாதிரி ஆகியவையும் சேகரிக்கப்படும். உங்களுக்கு நீர்ப்போல மலங்கழிந்தால் (பேதி), மல மாதிரி ஆசனவாயிருந்து மலக்குடல் குச்சி மாதிரி சேகரிக்கப்படக்கூடும். உங்கள் வழக்கமான பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக முதுகுத்தண்டுத் திரவம் எடுக்கப்படுகிறது எனில், அது 2 முதல் 4 மி.லி அளவில் ஆய்விற்காகவும் சேகரிக்கப்படும்.

இரத்தம் இரண்டாவது முறையாக, மருத்துவமனையில் இருந்து நீங்கள் வெளியேறுவதற்கு சற்று முன் எடுக்கப்படும். இரத்தம் மூன்றாவது முறையாக, பின் தொடர் வருகைக்காக திரும்பவருவதற்கு நீங்கள் விரும்பினால், மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறிய பிறகு 4 முதல் 6 வாரங்களில் எடுக்கப்படும். பின் தொடர் வருகை, சுமார் 15 நிமிடங்கள் நடைபெறும். நீங்கள் மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறியது முதல் எந்தளவு நலமாக இருந்துள்ளீர்கள் என்பது பற்றி அந்த வருகையில் உங்களிடம் கேள்விகள் கேட்கப்படும். திட்டமிட்ட நேரத்தில் பின் தொடர் வருகைக்கு நீங்கள் வரவில்லை எனில், நீங்கள் பின் தொடர் வருகைக்கு வர இன்னும் விரும்புகிறீர்களா என்பதைக் கண்டறிவதற்காக, ஆய்வுக் குழுவைச் சேர்ந்த எவரேனும், உங்களைத் தொலைபேசி மூலம் அல்லது உங்கள் வீட்டில் தொடர்பு கொள்ளக்கூடும்.

பலன்கள்

இந்த ஆய்வில் இருப்பதன் மூலம் நேரடி தனிப்பட்ட பலன்கள் நீங்கள் பெறாமல் போகக்கூடும். நீங்கள் இந்த ஆய்வில் தன்னார்வலராகச் சேர்ந்தாலும் சேராவிட்டாலும், உங்கள் மருத்துவரிடம் இருந்து பெறுகிற அதே மருத்துவப் பராமரிப்பைப் பெறுவீர்கள். கூடுதல் ஆய்வைப் பரிசோதனைகளின் முடிவுகள், அவை சிடைக்கும்போது உங்கள் மருத்துவருக்கு வழங்கப்படும் மற்றும் உங்கள் மருத்துவப் பதிவேட்டில் வைக்கப்படும், இந்த முடிவுகள், இந்த நோயிலிருந்து குணமடைய உங்களுக்கு உதவலாம். இந்த ஆய்வு, நிகழ்ச்சி நெடுவரே வகையான நோய்த்தொற்றுக்கள் பற்றி தெரிந்துகொள்வதன் மூலமும், அவற்றை தடுப்பதற்கான வழிகளைப் புரிந்துகொள்வதன் மூலமும் எதிர்காலத்தில் உங்கள் சமூகத்திலுள்ள மக்களின் ஆரோக்கியத்திற்கு பலனளிக்கலாம்.

இடர்கள் மற்றும் அசௌகரியங்கள்

கூடுதல் இரத்தம் எடுக்கப்படுவதால் இந்த ஆய்வில் சில இடர்கள் உள்ளன. உங்கள் இரத்தத்தை எடுப்பதற்கு உபயோகிக்கப்படுகின்ற ஊசிகள் நேரம் சற்று அசௌகரியம் ஏற்படலாம். ஊசி குத்தப்படுகிற இடத்தில் வீக்கம் அல்லது சிறிய காயம் கன்றுதலும் உங்களுக்கு ஏற்படலாம்; அந்த இடத்தில் நோய்த்தொற்று ஏற்படுவதற்கான சிறிய இடர் உள்ளது. பெரும்பாலான நபர்களுக்கு, தங்கள் இரத்தம் எடுக்கப்படும் போது நோய்த்தொற்று போது குறிப்பிடத்தக்க வீக்கமோ ஏற்படுவதில்லை எனும் போதிலும், இந்தப் பக்க விளைவுகளை எல்லா நிகழ்வுகளிலும் தடுத்து விட முடியாது. உங்களுக்கு இந்நோயற்றிருக்கின் எதுவேனும் இருந்தால், அவை பெரும்பாலும் 2 வாரங்களுக்கும் குறைவான கால கட்டத்தில் சரியாகிவிடும். ஒரு சிலருக்கு, தலை சுற்றுறிய உணர்வு ஏற்படலாம். இரத்தம் எடுக்கப்படும் போது இதயத்துடிப்பு அதிகரிக்கலாம். உங்களை படுக்க வைப்பதன் மூலம் மற்றும் அல்லது நடைமுறையே நிறுத்துவதன் மூலம் பொதுவாய் இந்நோயற்றிருக்கின்ற நிறுத்து முடியும். அரிதாக, இரத்தம் எடுக்கப்படுகின்ற இடத்தில் இரத்த உறைவு ஏற்படக்கூடும். இவையே, இரத்தம் எடுப்பது தொடர்பாய் நிகழக்கூடிய இடர்களாகும்; பெரியளவிலான பக்கவிளைவுகள் பொதுவாய் நிகழ்வதில்லை. முன்மொழியப்படுகிற ஆய்வு தொடர்பாய், காயங்கள் எதுவும் எதிர்பார்க்கப்படுவதில்லை. ஆனாலும், இந்த ஆய்வில் இருப்பதன் விளைவாக உங்களுக்கு காயம் அல்லது மோசமான பக்கவிளைவு ஏற்பட்டால், உங்கள் காயத்திற்கான மருத்துவப் பராமரிப்பை அல்லது சிகிச்சையை நீங்கள் பெறுவீர்கள்.

கூடுதலாக, கேள்விகளுக்கு பதிலளிப்பதற்கும், பின் தொடர் வருகையை நிறைவுசெய்வதற்கும் சற்று நேரம் தேவைப்படும்.

ஆய்வில் இருப்பதற்காக உங்களுக்கு பணம் கொடுக்கப்பட மாட்டாது. ஆனாலும், மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறிய 4 முதல் 6 வாரங்களுக்குப் பிறகு பின்தொடர் வருகைக்காக நீங்கள் திரும்ப வருவது போது, உங்கள் போக்குவரத்திற்கும் உங்கள் நேரத்திற்குமான செலவிற்காக உங்களுக்கு அல்லது உங்கள் பெற்றோருக்கு நிர்ணயிக்கப்பட்ட தொகை ரூ. 600/- ஒரு முறை மட்டும் வழங்கப்படும்.

இந்த ஆய்வுக்காக சேகரிக்கப்படுகின்ற இரத்தம், முதுகுத்தண்டுத் திரவம், மூக்குத்தொண்டை துடைப்புக்குச்சி சிறுநீர் அல்லது மல மாதிரிகள் எதிர்கால ஆய்வுக்காக சேமித்து வைக்கப்படும். மாதிரிகள், ஆய்வு அடையாள எண் கொண்டு மட்டுமே சேமிக்கப்படும், உங்கள் உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரின் பெயர் கொண்டு அல்ல. மாதிரிகள், உங்கள் நோய்த்தொற்றின் காரணம் தொடர்பான எதிர்கால ஆய்வுகளுக்காக, எம்.சி.வி.ஆர், எம்.யூ.வி. 10 ஆண்டுகள் வரை சேமித்து வைக்கப்படும். மாதிரிகள், தற்போது சிடைக்காத பரிசோதனைகளுக்காக இந்தியாவிற்கு வெளியில் அனுப்பிவைக்கப்படக்கூடும்; இது, இந்திய அரசின் அனுமதியுடன் மட்டுமே நிகழும். எதிர்கால பயன்பாட்டிற்காக /மற்ற பரிசோதனைக்காக உங்கள் மாதிரிகள் சேமித்துவைக்கப்பட /பரிசோதனை செய்யப்பட நீங்கள் விரும்பவில்லை எனில், இந்த ஆய்வினை பரிசோதனைகள் அனைத்தும் முடிந்தபின் மாதிரிகள் அழிக்கப்படும். மாதிரிகள், உங்கள் /உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரின் மரபியல் பரிசோதனை எதற்கும் ஒருபோதும் உபயோகிக்கப்பட மாட்டாது.

நீங்கள் இந்த ஆய்வு பற்றி எந்நேரத்திலும் கேள்விகள் கேட்கலாம். ஆய்வு அலுவலர்கள் உங்களுக்கு பதிலளிப்பார்கள். நீங்கள் இந்த ஆய்விலிருந்து எந்நேரத்தில் வேண்டுமானாலும் விலகிக்கொள்ளலாம். நீங்கள் இப்போது ஆய்வில் சேர விரும்பவில்லை என்றாலோ, பின்னர் ஆய்விலிருந்து விலகிக்கொண்டாலோ, அதற்காக எவரும் உங்களிடம் கோபித்துக்கொள்ள மாட்டார்கள். நீங்கள் ஆய்வில் சேர விரும்பவில்லை என்றாலும் அல்லது நீங்கள் ஆய்வில் சேர்ந்து பின்னர் விலகிக்கொண்டாலும், உங்கள் மருத்துவரின் உங்களை தொடர்ந்து கவனித்துக்கொள்வார். நீங்கள் ஆய்வில் இருக்க ஒப்புதல் தெரிவித்தால், ஆய்வு அலுவலர்களுக்கும், இந்த ஆராய்ச்சிக்காக வேலை செய்கின்ற நபர்களுக்கும், உங்கள் பெயர் மற்றும் உங்களைப் பற்றிய தகவல் தெரியக்கூடும்.

இந்த ஆய்வு தொடர்பான உங்கள் உரிமைகள் மற்றும் சிறப்புரிமைகள் குறித்து உங்களுக்கு விசாரணைகள் ஏதுமிருந்தால், மணிப்பாலில் உள்ள மணிப்பால் பல்கலைக்கழகத்தைச் சேர்ந்த மருத்துவர் லக்ஷ்மிநாராயணன் பெரி அவர்களை 9449208478 எனும் மொபைல் எண்ணில், தங்கள் முதல் சனிக்கிழமை வரை, காலை 9 மணி முதல் மாலை 5 மணி வரை தொடர்புகொள்ளுங்கள்.

இந்த ஆய்வு தொடர்பாய் உங்களுக்கு விசாரணைகள் ஏதுமிருந்தால், மருத்துவர் ஜி அருண்குமார் அவர்களை 9148970864 எனும் எண்ணில் தொடர்புகொள்ளுங்கள். காயம், பராமரிப்பு அல்லது ஒப்புதல் தொடர்பான விசாரணைகள் எதற்குமாவும், எந்நேரத்திலும் தயங்காமல் நீங்கள் இவரை அழைக்கலாம். வேறு ஏதேனும் விசாரணைகளுக்கு, உங்களுக்கு வழங்கப்படுகின்ற, உள்ளூர் தொடர்புகளின் விவரங்களைக் கொண்ட 'நோயாளி அட்டை'யின் பின்பக்கத்தைக் காணுங்கள்.

இப்படி வந்திலுள்ள தொலைபேசி எண்ணை, மருத்துவ அவசரநிலைக்கு உபயோகிக்கக்கூடாது. உங்களுக்கு மருத்துவ அவசரநிலை ஏற்படும் பட்சத்தில், தயவுசெய்து அருகிலுள்ள நல வசதியகத்திற்குச் செல்லுங்கள்.

நீங்கள் இந்த ஆய்வில் இருக்க விரும்பினால், கீழுள்ள கோட்டில் கையொப்பமிடுங்கள். கோட்டின் மீது கையொப்பமிடுவதானது, "தற்போது ஆய்வில் இருக்க விரும்புகிறேன்" என நீங்கள் சொல்வதை அறிவித்துக்கொள்கிறது.

பங்கேற்பாளரின் கையொப்பம் / இடது பெருவிரல் ரேகைப்பதிவு தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

மேலே குறிப்பிட்டுள்ள குழந்தைக்கு இப்படிவம் விளக்கப்பட்டது எனவும், இந்த ஆய்வு தொடர்பான கேள்விகள் அனைத்திற்கும் பதிலளிக்கப்பட்டது எனவும் நான் சான்றளிக்கிறேன்.

அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஆய்வு அலுவலரின் /முதன்மை ஆய்வாளரின் கையொப்பம் தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

இசைவுப் படிவம்: 7 முதல் 17 வயதுள்ள குழந்தைகளால் கொடுக்கப்படுகின்ற ஆள்சேர்ப்புக்கான இசைவு

இந்தியாவில் கடுமையான காய்ச்சல் சார்ந்த நோயின்
(ஏ.எஃப்.ஐ) மருத்துவமனைக் கண்காணிப்பு

முதன்மை ஆய்வாளர் : டாக்டர் ஜி. அருண்குமார்
தலைமை பேராசிரியர்
மணிப்பால் சென்ட்ரல் ஃபார் வைரஸ் ரிஸர்ச்
மணிப்பால் பல்கலைக்கழகம், மணிப்பால்
கர்நாடக மாநிலம், இந்தியா - 576104

மின்னஞ்சல் : arun.kumar@manipal.edu
மொபைல் : +91 - 91489 70864
ஃபேக்ஸ் : +91 - 820 - 2922718

Study ID

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

ஒர் ஆராய்ச்சி ஆய்வில் பங்கேற்குமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது. ஆராய்ச்சி என்பது பன்னியிலுள்ள அறிவியல் பாடம் போன்றது. உங்கள் இரத்தத்தில் உடலில் தொற்று ஏற்பட்டு நீங்கள் உடல் நலமில்லாமல் இருக்கிறீர்கள் என உங்கள் மருத்துவ நினைப்பதால், ஆராய்ச்சி ஆய்வில் இருக்குமாறு உங்களிடம் கேட்டுக்கொள்ளப்பட்டிருக்கிறது.

இந்த ஆய்வில் இருக்க விருப்புகளிற்கான இல்லையா என்பதை நீங்களே முடிவு செய்யலாம். நீங்கள் பங்கேற்க ஒப்புதல் தெரிவித்தால், உங்கள் மருத்துவ நிலைமை பற்றியும், பின் பலம் பற்றியும் உங்களிடம் கேள்விகள் கேட்கப்படும். தன்னார்வலர் எனும் முறையில், உங்களுக்கு அசௌகரியமாய் இருக்கின்ற கேள்வி எதற்கும் நீங்கள் பதிலளிக்க வேண்டியதில்லை. இந்த ஆய்வின் ஒரு பகுதியாக, உங்கள் கையிலிருந்து மூன்று முறை 5 முதல் 10 மில்லிலிட்டர், சுமார் ஒரு தேக்கண்டியளவு இரத்தம் எடுக்கப்படும். இரத்தமானது முதன்முறையாக, நீங்கள் இந்த ஆய்வில் தன்னார்வலராக இருக்க ஒப்புதல் தெரிவித்தவுடன் எடுக்கப்படும். ஆய்வில் சேர்க்கப்படும் நேரத்தில், மூக்கு மற்றும் தொண்டை சிறு பஞ்சு ஒற்றிய துடைப்புக்குச்சி மற்றும் சிறுநீர் மாதிரி ஆகியவையும் சேகரிக்கப்படும். உங்களுக்கு நீர்ப்போல மலங்கழிந்தால் (பேதி), மல மாதிரி ஆசனவாயிருந்து மலக்குடல் குச்சி மாதிரி சேகரிக்கப்படக்கூடும். உங்கள் வழக்கமான பராமரிப்பின் ஒரு பகுதியாக முதுகுத்தண்டுத் திரவம் எடுக்கப்படுகிறது எனில், அது 2 முதல் 4 மி.லி அளவில் ஆய்விற்காகவும் சேகரிக்கப்படும்.

இரத்தம் இரண்டாவது முறையாக, மருத்துவமனையில் இருந்து நீங்கள் வெளியேறுவதற்கு சற்று முன் எடுக்கப்படும். இரத்தம் மூன்றாவது முறையாக, பின் தொடர் வருகைக்காக திரும்பவருவதற்கு நீங்கள் விரும்பினால், மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறிய பிறகு 4 முதல் 6 வாரங்களில் எடுக்கப்படும். பின் தொடர் வருகை, சுமார் 15 நிமிடங்கள் நடைபெறும். நீங்கள் மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறியது முதல் எந்தளவு நலமாக இருந்துள்ளீர்கள் என்பது பற்றி அந்த வருகையில் உங்களிடம் கேள்விகள் கேட்கப்படும். திட்டமிட்ட நேரத்தில் பின் தொடர் வருகைக்கு நீங்கள் வரவில்லை எனில், நீங்கள் பின் தொடர் வருகைக்கு வர இன்னும் விரும்புகிறீர்களா என்பதைக் கண்டறிவதற்காக, ஆய்வுக் குழுவைச் சேர்ந்த எவரேனும், உங்களைத் தொலைபேசி மூலம் அல்லது உங்கள் வீட்டில் தொடர்பு கொள்ளக்கூடும்.

பலன்கள்
இந்த ஆய்வில் இருப்பதன் மூலம் நேரடி தனிப்பட்ட பலன்கள் எதையும் நீங்கள் பெறாமல் போகக்கூடும். நீங்கள் இந்த ஆய்வில் தன்னார்வலராகச் சேர்ந்தாலும் சேராவிட்டாலும், உங்கள் மருத்துவரிடம் இருந்து பெறுகிற அகே மருத்துவப் பராமரிப்பைப் பெறுவீர்கள். கூடுதல் ஆய்வைப் பரிசோதனைகளின் முடிவுகள், அவை சிடைக்கும்போது உங்கள் மருத்துவருக்கு வழங்கப்படும் மற்றும் உங்கள் மருத்துவப் பதிவேட்டில் வைக்கப்படும், இந்த முடிவுகள், இந்த நோயிலிருந்து குணமடைய உங்களுக்கு உதவலாம். இந்த ஆய்வு, நிகழ்ச்சி நெடுவோடு வகையான நோய்த்தொற்றுக்கள் பற்றி தெரிந்துகொள்வதன் மூலமும், அவற்றை தடுப்பதற்கான வழிகளைப் புரிந்துகொள்வதன் மூலமும் எதிர்காலத்தில் உங்கள் சமூகத்திலுள்ள மக்களின் ஆரோக்கியத்திற்கு பலனளிக்கலாம்.

இடர்கள் மற்றும் அசௌகரியங்கள்
கூடுதல் இரத்தம் எடுக்கப்படுவதால் இந்த ஆய்வில் சில இடர்கள் உள்ளன. உங்கள் இரத்தத்தை எடுப்பதற்கு உபயோகிக்கப்படுகின்ற ஊசிகள் நூலம் சற்று அசௌகரியம் ஏற்படலாம். ஊசி குத்தப்படுகிற இடத்தில் வீக்கம் அல்லது சிறிய காயம் கன்றுதலும் உங்களுக்கு ஏற்படலாம்; அந்த இடத்தில் நோய்த்தொற்று ஏற்படுவதற்கான சிறிய இடர் உள்ளது. பெரும்பாலான நபர்களுக்கு, தங்கள் இரத்தம் எடுக்கப்படும் போது நோய்த்தொற்று, குறிப்பிட்டதக்க வீக்கமோ ஏற்படுவதில்லை எனும் போதிலும், இந்தப் பக்க விளைவுகளை எல்லா நிகழ்வுகளிலும் தடுத்து விட முடியாது. உங்களுக்கு இந்நோயற்றிகர்கள் எதுவேனும் இருந்தால், அவை பெரும்பாலும் 2 வாரங்களுக்கும் குறைவான கால கட்டத்தில் சரியாகிவிடும். ஒரு சிலருக்கு, தலை சுற்றுறிய உணர்வு ஏற்படலாம். இரத்தம் எடுக்கப்படும் போது இதயத்துடிப்பு அதிகரிக்கலாம். உங்களை படுக்க வைப்பதன் மூலம் மற்றும் அல்லது நடைமுறையே நிறுத்துவதன் மூலம் பொதுவாய் இந்நோயற்றிகர்களை நிறுத்த முடியும். அரிதாக, இரத்தம் எடுக்கப்படுகின்ற இடத்தில் இரத்த உறைவு ஏற்படக்கூடும். இவையே, இரத்தம் எடுப்பது தொடர்பாய் நிகழக்கூடிய இடர்களாகும்; பெரியளவிலான பக்கவிளைவுகள் பொதுவாய் நிகழ்வதில்லை. முன்மொழியப்படுகிற ஆய்வு தொடர்பாய், காயங்கள் எதுவும் எதிர்பார்க்கப்படுவதில்லை. ஆனாலும், இந்த ஆய்வில் இருப்பதன் விளைவாக உங்களுக்கு காயம் அல்லது மோசமான பக்கவிளைவு ஏற்பட்டால், உங்கள் காயத்திற்கான மருத்துவப் பராமரிப்பை அல்லது சிகிச்சையை நீங்கள் பெறுவீர்கள்.

கூடுதலாக, கேள்விகளுக்கு பதிலளிப்பதற்கும், பின் தொடர் வருகையை நிறைவுசெய்வதற்கும் சற்று நேரம் தேவைப்படும்.
ஆய்வில் இருப்பதற்காக உங்களுக்கு பணம் கொடுக்கப்பட மாட்டாது. ஆனாலும், மருத்துவமனையில் இருந்து வெளியேறிய 4 முதல் 6 வாரங்களுக்குப் பிறகு பின்தொடர் வருகைக்காக நீங்கள் திரும்ப வருகிறீர்கள். உங்கள் போக்குவரத்திற்கும் உங்கள் நேரத்திற்குமான செலவிற்காக உங்களுக்கு அல்லது உங்கள் பெற்றோருக்கு நிர்ணயிக்கப்பட்ட தொகை ரூ. 600/- ஒரு முறை மட்டும் வழங்கப்படும்.

இந்த ஆய்வுக்காக சேகரிக்கப்படுகின்ற இரத்தம், முதுகுத்தண்டுத் திரவம், மூக்குதொண்டை துடைப்புக்குச்சி சிறுநீர் அல்லது மல மாதிரிகள் எதிர்கால ஆய்வுக்காக சேமித்து வைக்கப்படும். மாதிரிகள், ஆய்வு அடையாள எண் கொண்டு மட்டுமே சேமிக்கப்படும், உங்கள் உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரின் பெயர் கொண்டு அல்ல. மாதிரிகள், உங்கள் நோய்த்தொற்றின் காரணம் தொடர்பான எதிர்கால ஆய்வுகளுக்காக, எம்.சி.வி.ஆர், எம்.யூ.வி 10 ஆண்டுக்கான வரை சேமித்து வைக்கப்படும். மாதிரிகள், தற்போது சிடைக்காத பரிசோதனைகளுக்காக இந்தியாவிற்கு வெளியில் அனுப்பிவைக்கப்படக்கூடும்; இது, இந்திய அரசின் அனுமதியுடன் மட்டுமே நிகழும். எதிர்கால பயன்பாட்டிற்காக /மற்ற பரிசோதனைக்காக உங்கள் மாதிரிகள் சேமித்துவைக்கப்பட /பரிசோதனை செய்யப்பட நீங்கள் விரும்பவில்லை எனில், இந்த ஆய்வினை பரிசோதனைகள் அனைத்தும் முடிந்தபின் மாதிரிகள் அழிக்கப்படும். மாதிரிகள், உங்கள் /உங்கள் குடும்ப உறுப்பினரின் மரபியல் பரிசோதனை எதற்கும் ஒருபோதும் உபயோகிக்கப்பட மாட்டாது.

நீங்கள் இந்த ஆய்வு பற்றி எந்நேரத்திலும் கேள்விகள் கேட்கலாம். ஆய்வு அலுவலர்கள் உங்களுக்கு பதிலளிப்பார்கள். நீங்கள் இந்த ஆய்விலிருந்து எந்நேரத்தில் வெளியுறியாலும் விலகிக்கொள்ளலாம். நீங்கள் இப்போது ஆய்வில் சேர் விரும்பவில்லை என்றாலோ, பின்னர் ஆய்விலிருந்து விலகிக்கொண்டாலோ, அதற்காக எல்லாம் உங்களிடம் கோபித்துக்கொள்ள மாட்டார்கள். நீங்கள் ஆய்வில் சேர் விரும்பவில்லை என்றாலும் அல்லது நீங்கள் இவரை அழைக்கக்கூடும். வேறு ஏதேனும் விலகிக்கொண்டாலும், உங்கள் மருத்துவரின் உங்களை தொடர்ந்து கவனித்துக்கொள்வார். நீங்கள் ஆய்வில் இருக்க ஒப்புதல் தெரிவித்தால், ஆய்வு அலுவலர்களுக்கும், இந்த ஆராய்ச்சிக்காக வேலை செய்கின்ற நபர்களுக்கும், உங்கள் பெயர் மற்றும் உங்களைப் பற்றிய தகவல் தெரியக்கூடும்.

இந்த ஆய்வு தொடர்பான உங்கள் உரிமைகள் மற்றும் சிறப்புரிமைகள் குறித்து உங்களுக்கு விசாரணைகள் ஏதுமிருந்தால், மணிப்பாலில் உள்ள மணிப்பால் பல்கலைக்கழகத்தைச் சேர்ந்த மருத்துவர் லக்ஷ்மிநாராயணன் பெரி அவர்களை 9449208478 எனும் மொபைல் எண்ணில், தங்கள் முதல் சனிக்கிழமை வரை, காலை 9 மணி முதல் மாலை 5 மணி வரை தொடர்புகொள்ளுங்கள்.

இந்த ஆய்வு தொடர்பாய் உங்களுக்கு விசாரணைகள் ஏதுமிருந்தால், மருத்துவர் ஜி அருண்குமார் அவர்களை 9148970864 எனும் எண்ணில் தொடர்புகொள்ளுங்கள். காயம், பராமரிப்பு அல்லது ஒப்புதல் தொடர்பான விசாரணைகள் எதற்குமாவும், எந்நேரத்திலும் தயங்காமல் நீங்கள் இவரை அழைக்கக்கூடும். வேறு ஏதேனும் விசாரணைகளுக்கும் உங்களுக்கு வழங்கப்படுகின்ற, உள்ளூர் தொடர்புகளின் விவரங்களைக் கொண்ட 'நோயாளி அட்டை'யின் பின்பக்கத்தைக் காணுங்கள்.

இப்படி வந்திலுள்ள தொலைபேசி எண்ணை, மருத்துவ அவசரநிலைக்கு உபயோகிக்கக்கூடாது. உங்களுக்கு மருத்துவ அவசரநிலை ஏற்படும் பட்சத்தில், தயவுசெய்து அருகிலுள்ள நல வசதியகத்திற்குச் செல்லுங்கள்.

நீங்கள் இந்த ஆய்வில் இருக்க விரும்பினால், கீழுள்ள கோட்டில் கையொப்பமிடுங்கள். கோட்டின் மீது கையொப்பமிடுவதானது, "தற்போது ஆய்வில் இருக்க விரும்புகிறேன்" என நீங்கள் சொல்வதை அறிவித்துக்கொள்கிறது.

பங்கேற்பாளரின் கையொப்பம் / இடது பெருவிரல் ரேகைப்பதிவு தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

மேலே குறிப்பிட்டுள்ள குழந்தைக்கு இப்படிவம் விளக்கப்பட்டது எனவும், இந்த ஆய்வு தொடர்பான கேள்விகள் அனைத்திற்கும் பதிலளிக்கப்பட்டது எனவும் நான் சான்றளிக்கிறேன்.

அங்கீகரிக்கப்பட்ட ஆய்வு அலுவலரின் /முதன்மை ஆய்வாளரின் கையொப்பம் தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

Study ID #

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

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

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu

Mobile : +91- 91489 70864

Fax : + 91- 820 - 2922718

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

Study ID #

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

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

E-Mail : arun.kumar@manipal.edu

Mobile : +91- 91489 70864

Fax : + 91- 820 - 2922718

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

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

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

Benefits

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

Risks and Discomforts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Signature/left thumbprint of the participant

Dated (DD/MM/YYYY)

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

 Signature of authorized study staff/PI

Dated (DD/MM/YYYY)

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Study ID #	Date of recruitment	Study Site
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
DEMOGRAPHIC INFORMATION மக்கள் தொகைசார்ந்த தகவல்		
1 Address முகவரி:		
1a. State மாநிலம்: _____	1f. Post Office தபால் நிலையம்: _____	
1b. District மாவட்டம்: _____	1g. Gram Panchayath கிராமப் பஞ்சாயத்து: _____	
1c. Taluk தாலுகா: _____	1h. Village கிராமம்: _____	
1d. Tehsil தஹ்சீல்: _____	1i. Landmark அருகிலுள்ள நன்கறியப்பட்ட இடம்: _____	
1e. PIN Code: _____ குறியீடு		
2		
2a. Age in years: _____ வயது வருடங்களில்	2d. Marital status திருமணநிலை: <input type="checkbox"/> Single தனிப்பட்டவர் <input type="checkbox"/> Married திருமணமானவர்	
2b. DOB: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	If Married female, திருமணமான பெண்ணாக இருந்தால்,	
2c. Gender பாலினம்: <input type="checkbox"/> Male ஆண் <input type="checkbox"/> Female பெண் <input type="checkbox"/> Others மற்றவர்கள்	2e. Currently pregnant தற்போது கர்ப்பமாக இருக்கின்றா <input type="text"/> Y <input type="text"/> N	
	If Yes, ஆம் எனில்,	
	2f. Weeks வாரங்கள் <input type="text"/>	
3 Please choose the appropriate occupation from the list given below in the table and record the response in the space provided:		
3a. Major Occupation (select from list) : _____ முக்கியத்தொழில் (பட்டியலிலிருந்து தேர்வு செய்யவும்)		
3b. Secondary Occupation 1: _____ இரண்டாம் நிலை தொழில்		
3c. Secondary Occupation 2: _____ இரண்டாம் நிலை தொழில்		
3d. Secondary Occupation 3: _____ இரண்டாம் நிலை தொழில்		
List of Occupations தொழில்களின் பட்டியல்		
Professionals	Non-professionals	
Carpenter தச்சன்	Farmer விவசாயி	
Doctor மருத்துவர்	Head load coolie சுமைதூக்கும்சூலி	
Driver ஓட்டுனர்	Housewife இல்லத்தரசி	
Electrician மின் பணியாளர்	Manual labourer (Agriculture) கூலித்தொழிலாளர் (விவசாயம்)	
Health worker சுகாதாரப் பணியாளர்	Manual labourer (Masonry) கூலித்தொழிலாளர் (கட்டுமானம்)	
Office worker அலுவலக ஊழியர்	Meat handler இறைச்சி கையாளுபவர்	
Nurse செவிலியர்	Shepherd ஆடு மேய்ப்பவர்	
Student மாணவர்	Unemployed வேலையற்றவர்	
Teacher ஆசிரியர்		
If others, please specify in the space provided above மற்ற தொழில்கள் (பெயர் குறிப்பிடவும்)		

CLINICAL HISTORY (☑ Applicable ones)

4. Date of admission:
அனுமதிக்கப்பட்ட தேதி

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

5. Date of onset of fever (DOF):
காய்ச்சல் வந்த தேதி

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-ஆம், N-இல்லை, U-எனக்குத் தெரியாது)

● (Date of onset of fever)

6. Was your fever intermittent or continuous?

உங்கள் காய்ச்சல் விட்டு விட்டு வருகிறதா அல்லது தொடர்ந்து இருக்கிறதா?

 Continuous
தொடர்ந்து இருக்கிறது

 Intermittent
விட்டு விட்டு வருகிறது

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

இன்றைய நிலவரப்படி எவ்வளவு நாட்களாக காய்ச்சல் இருக்கிறது (சேர்க்கப்பட்ட தேதி)?

 Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

8. Did you feel cold or cold with shivering/shaking of the body while having fever? (Chills/Rigor)

காய்ச்சல் உள்ள போது நீங்கள் குளிரை அல்லது நடுங்குதல்/நடுக்கத்துடன் குளிரை உணர்ந்தீர்களா? (குளிர்நடுக்கம்/திடீர்நடுக்கம்)

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

 Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

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

9. Did you feel sweating during night while having fever? (Night sweats)

காய்ச்சல் உள்ள போது உங்களுக்கு வியர்த்ததா? (இரவில் வியர்த்தல்)

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

 Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

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

10. Did you have runny nose within few days before/after onset of fever? (Coryza)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு மூக்கு ஒழுக்குதல் இருந்ததா? (ஜலதோஷம்)

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

 Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

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

11. Did you have cough within few days before/after onset of fever? (Cough)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு இருமல் இருந்ததா? (இருமல்)

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

 Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

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

12. Did you have irritation/pain of throat within few days before/after onset of fever? (Sore throat)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு தொண்டையில் உறுத்தல்/வலி இருந்ததா? (தொண்டையில் புண்ணடைதல்)

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

 Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

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

13. Did you experience difficulty in breathing within few days before/after onset of fever? (Breathlessness)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு சுவாசிப்பதில் சிரமம் இருந்ததா? (மூச்சுத்திணறல்)

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

 Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

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

14. Did you experience pain in chest within few days before/after onset of fever? (Chest Pain)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு நெஞ்சில் வலி இருந்ததா? (நெஞ்சுவலி)

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

 Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

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

15. Did you have headache within few days before/after onset of fever? (Headache)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு தலைவலி இருந்ததா? (தலைவலி)

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

 Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

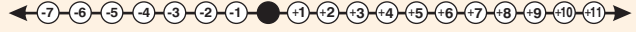
← -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 ● +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8 +9 +10 +11 →

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

பிரகாசமான ஒளி உங்களுக்குத் தொந்தரவாக இருந்ததா? (ஒளியுணர்ச்சி)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

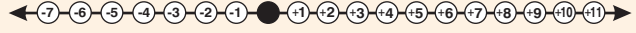


17. Did you have pain behind your eye ball especially while moving eyes within few days before/after onset of fever? (Retro orbital pain)

குறிப்பாக கண்களை நகர்த்தும் போது உங்கள் கண் விழிக்குப் பின்புறம் வலி இருந்ததா? (கண் பின்புறம் வலி)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

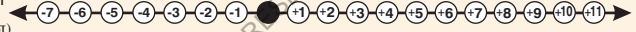


18. Had your eye(s) become red and irritable within few days before/after onset of fever? (Red eye)

காய்ச்சல் தோன்றும் முன்பு/பின்பு ஒரு சில நாட்களுக்குள் உங்கள் கண்(கள்) சிவந்து போய் உறுத்தியதா? (சிவந்த கண்)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

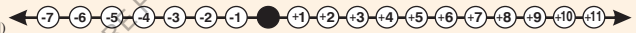


19. Did you experience generalized body ache within few days before/after onset of fever? (Myalgia)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு பொதுவான உடல் வலி இருந்ததா? (தசை வலி)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

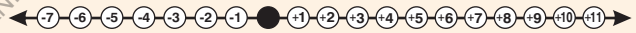


20. Did you experience pain in your joints within few days before/after onset of fever? (Joint pain)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு மூட்டுகளில் வலி இருந்ததா? (மூட்டு வலி)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)



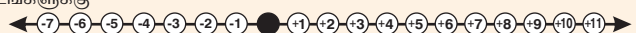
If Yes, ஆம் எனில், 20a. Location: Small joints Large joints Both
இடம் சிறிய மூட்டுகள் பெரிய மூட்டுகள் இரண்டும்

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

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு பொதுவான பலவீனம் இருந்ததா? (பொதுவான பலவீனம்)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)



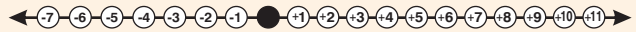
If Yes, ஆம் எனில்,

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

படுக்கையிலிருந்து எழுந்திருக்க இயலாதது போன்ற மிகுந்த பலவீனமா? (ஆற்றல் இழப்பு)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

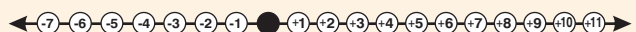


22. Did you experience pain in abdomen within few days before/after onset of fever? (Abdominal pain)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு வயிற்றுப்பகுதியில் வலி இருந்ததா? (வயிற்றுப்பகுதியில் வலி)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

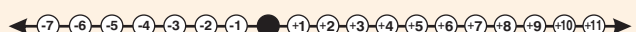


23. Did you experience nausea (Vomiting sensation) within few days before/after onset of fever? (Nausea)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு குமட்டல் (வாந்தி வரும் உணர்வு) இருந்ததா? (குமட்டல்)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

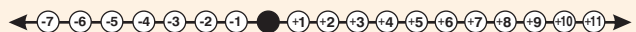


24. Did you have vomiting within few days before/after onset of fever? (Vomiting)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு வாந்திவந்ததா? (வாந்தி)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)



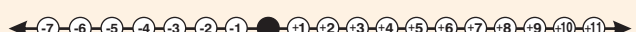
25. Did you have diarrhea within few days before/after onset of fever? (3 or more loose/liquid stools/day) (Diarrhea)

காய்ச்சல் தோன்றிய ஒரு சில நாட்களுக்கு முன்பு/பின்பு உங்களுக்கு வயிற்றுப்போக்கு இருந்ததா?

(ஒரு நாளைக்கு 3 அல்லது கூடுதல் தடவை பேதி/நீரானமலம்) (வயிற்றுப்போக்கு)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

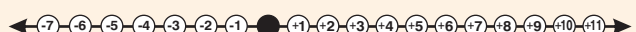


26. Did you notice yellow discoloration of your skin or eye within few days before/after onset of fever? (Jaundice)

காய்ச்சல் தோன்றும் முன்பு/பின்பு ஒரு சில நாட்களுக்குள் உங்கள் சருமம் அல்லது கண்கள் மஞ்சளடைந்துள்ளதை கவனித்தீர்களா? (மஞ்சள்காமாலை)

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)



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

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

காய்ச்சல் தோன்றும் முன்பு/பின்பு ஒரு சில நாட்களுக்குள், உங்களுக்கு சிறுநீர் கழிக்கும் போது எரிச்சல் உணர்வு அல்லது அவசரமாகக் கழிக்க வேண்டும் என்ற உணர்வு இருந்ததா? (எரிச்சலுடன் அடிக்கடி சிறுநீர் கழித்தல்)

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

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

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

காய்ச்சல் தோன்றும் முன்பு/பின்பு ஒரு சில நாட்களுக்குள், உங்களுக்கு கழுத்தை நகர்த்தும் போது சிரமம்/வலி இருந்ததா? (கழுத்தில் இறுக்கம்)

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

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

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

காய்ச்சல் தோன்றும் முன்பு/பின்பு ஒரு சில நாட்களுக்குள், உங்களுக்கு விழிப்பு நிலையின் அளவு ஏதாவொரு விதத்தில் குறைந்திருந்ததா? (உணர் நிலையில் மாற்றம்)

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

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

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

காய்ச்சல் தோன்றும் முன்பு/பின்பு ஒரு சில நாட்களுக்குள், வலிப்பு என்று அழைக்கப்படும் திடீர் தசைச் சுருக்கம்/பிடிப்புகள் ஏற்பட்டதா? (வலிப்பு)

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

If Yes, ஆம் எனில்,

30a. Type of seizure: Focal (Only a part of the body)
வலிப்பின் வகை ஒரு இடத்தில் (உடலின் ஒரு பாகத்தில் மட்டும்)

Generalized (Whole body)
பொதுவானது (முழு உடலில்)

30b. How many times? எத்தனை தடவை? _____

30c. Maximum duration (in minutes) அதிக பட்ச கால அளவு (நிமிடங்களில்): _____

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

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

காய்ச்சல் தோன்றும் முன்பு/பின்பு ஒரு சில நாட்களுக்குள், உங்களுக்கு உடலின் ஏதாவது ஒரு பாகத்தில் பகுதியளவு அல்லது முழுமையான பக்கவாதம் ஏற்பட்டதா? (பக்கவாதம்/ஊனவாதம்)

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

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

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

காய்ச்சல் தோன்றும் முன்பு/பின்பு ஒரு சில நாட்களுக்குள், உங்கள் சருமத்தில் ஏதேனும் நிறம் மாற்றத்தை தடிப்பை கவனித்தீர்களா? (தடிப்பு)

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

If Yes, ஆம் எனில்,

32a. Site தளம்: _____

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

Y N U

Duration (days)
கால அளவு (நாட்கள்)

காய்ச்சல் தோன்றும் முன்பு/பின்பு ஒரு சில நாட்களுக்குள், தொண்டைச்சளி/மலம்/சிறுநீர்/வாந்தியில் இரத்தம்/செங்கல் பொடி நிறத்தை கவனித்தீர்களா?

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

If yes, where? ஆம் எனில், எதில்? _____

33a. Sputum தொண்டைச்சளி Y N

33b. Faeces மலம் Y N

33c. Urine சிறுநீர் Y N

33d. Vomitus வாந்தி Y N

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

நீங்கள் கடந்த ஒரு வருடத்தில் ஏதேனும் தடுப்பூசிகளை பெற்றீர்களா?

 Y N U

If yes, Specify ஆம் எனில், பெயர் குறிப்பிடவும்:

34a. Vaccine தடுப்பூசி: _____ month மாதம்: _____ year வருடம்: _____

34b. Vaccine தடுப்பூசி: _____ month மாதம்: _____ year வருடம்: _____

34c. Vaccine தடுப்பூசி: _____ month மாதம்: _____ year வருடம்: _____

34d. Vaccine தடுப்பூசி: _____ month மாதம்: _____ year வருடம்: _____

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

உங்களுக்கு ஏதேனும் நாளாபட்ட/தொற்றாத மருத்துவ நிலைமைகள் இருக்கிறதா?

 Y N U

If yes, tick all applicable

ஆம் எனில், பொருந்தும் அனைத்திற்கும் "டிக் அடியங்கள்"

35a. Hypertension (High Blood Pressure)

ஹைப்பர்டென்ஷன் (உயர் இரத்த அழுத்தம்)

 Y N U

35b. Diabetes (sugar)

நீரிழிவு (சர்க்கரைநோய்)

 Y N U

35c. Asthma/wheezing

ஆஸ்துமா/மூச்சு இளப்பு

 Y N U

35d. Liver Cirrhosis

ஈரல் பாதிப்பு

 Y N U

35e. Chronic Renal failure

நாள் பட்ட சிறுநீரகச் செயலிழப்பு

 Y N U

35f. Myocardial Infarction (heart attack)

மயோகார்டியல் இன்ஃபார்க்ஷன் (மாரடைப்பு)

 Y N U

35g. Stroke

வாதம்

 Y N U

35h. Cancer

புற்று நோய்

 Y N U

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

மற்றவை (சமீபத்தில் கண்டறியப்பட்ட வேறு ஏதேனும் தீவிர நோய்களைத், தயவு செய்து குறிப்பிடவும்)

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

நான் உங்களிடம் கேட்கவில்லை என நீங்கள் நினைக்கும் எதையும் என்னிடம் கூற விரும்புகிறீர்களா?

 Y N U

If yes, brief ஆம் எனில், சுருக்கமாக விவரிக்கவும்:

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

உங்களுக்கு இந்த நேரம் நொடி ஏற்படுவதற்கு முந்தைய 4 வாரங்களில், பின்வரும் ஏதேனும் விலங்குகளை ஒரு நாளில் குறைந்தது ஒரு முறையாவது தொடர்புள்ளா? (பொருந்தும் அனைத்தையும் "டி.க் அடியங்கள்")

- Sheep/goat செம்மறியாடு/ஆடு Cattle மாடு Deer மான் Pig பன்றி Chicken கோழி
- Duck வாத்து Pigeon புறா Cat பூனை Dog நாய் Bat வவ்வால்
- Rat எலி Monkey குரங்கு Other Birds மற்ற பறவைகள் _____
- Other Animals மற்ற விலங்குகள் _____

38. Do any animal enter inside your house?

Y N U

ஏதாவது விலங்குகள் உங்கள் வீட்டிற்குள் வருமா?

If yes, Specify ஆம் எனில், பெயர் குறிப்பிடவும்:

- Sheep/goat செம்மறியாடு/ஆடு Cattle மாடு Chicken கோழி Cat பூனை Dog நாய்
- Other Animals மற்ற விலங்குகள் _____

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

Y N U

கடந்த 1-2 மாதங்களில் உங்கள் வீட்டினில் ஏதாவது விலங்கு குட்டி போட்டதா?

If yes, ஆம் எனில்,

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

குட்டிபோடும் பிரசவ நடைமுறையில் நீங்கள் நேரடியாக ஈடுபட்டீர்களா?

Y N

39b. Which animal?

- Sheep/goat செம்மறியாடு/ஆடு Cattle மாடு Pig பன்றி Cat பூனை Dog நாய்
- Other Animals மற்ற விலங்குகள் _____

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

Y N U

கடந்த 1-2 மாதங்களில் உங்கள் வீட்டினில் ஏதாவது விலங்குக்கு கருச்சிதைவு ஏற்பட்டதா?

If yes, ஆம் எனில்,

40a. Which animal? எந்த விலங்கு ?

- Sheep/goat செம்மறியாடு/ஆடு Cattle மாடு Pig பன்றி Cat பூனை Dog நாய்
- Other Animals மற்ற விலங்குகள் _____

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

Y N U

கடந்த 1 மாதத்தில் உங்கள் வீடு/வீட்டுபகுதியில் ஏதாவது விலங்குகள் அல்லது பறவை செத்துப் போனதா?

If yes, ஆம் எனில்,

41a. Specify animal விலங்கின் பெயரை குறிப்பிடவும்: _____

- Sheep/goat செம்மறியாடு/ஆடு Cattle மாடு Pig பன்றி Chicken கோழி Duck வாத்து
- Cat பூனை Dog நாய் Other Animals மற்ற விலங்குகள் _____

41b. Sudden or unexpected death?

திடீரென்று அல்லது எதிர்பாராமல் செத்துப் போனதா?

Y N

42. Did you have any contact with dead or sick animal during last one or two months? Y N U
கடந்த ஓரிரு மாதங்களில் செத்த அல்லது நோயுற்ற விலங்கை நீங்கள் எவ்விதத்திலும் தொடர்ந்தீர்களா?

42a. Specify animal விலங்கின் பெயரை குறிப்பிடவும்:

Sheep/goat செம்மறியாடு/ஆடு Cattle மாடு Pig பன்றி Chicken கோழி Duck வாத்து
 Cat பூனை Dog நாய் Other Animals மற்ற விலங்குகள் _____

42b. Describe nature of contact தொடுதலின் தன்மையை விவரிக்கவும்: _____

42c. Did you consume meat of the same sick/ dead animal? _____
செத்த அல்லது நோயுற்ற விலங்கின் மாமிசத்தை நீங்கள் உட்கொண்டீர்களா?

43. Did you participate in slaughter or butchering livestock or wild animals during last one or two months? Y N U
கடந்த ஓரிரு மாதங்களில் கால்நடை அல்லது காட்டு மிருகங்களை அறுப்பதிலோ வெட்டுவதிலோ நீங்கள் ஈடுபட்டீர்களா?

44. Did you have any contact with raw meat/ animal blood in the last 4 months? Y N U
கடந்த 4 மாதங்களில் பச்சைமாமிசம்/விலங்கின் இரத்தத்தை நீங்கள் எவ்விதத்திலும் தொடர்ந்தீர்களா?

If yes, ஆம் எனில்,

44a. Describe nature of contact தொடுதலின் தன்மையை விவரிக்கவும்: _____

45. Did you work or till on agricultural land/ farm in the past 4 weeks? Y N U
நீங்கள் கடந்த 4 வாரங்களில் விவசாய நிலம்/வயலில் வேலை அல்லது உழவு செய்தீர்களா?

46. Did you work in paddy fields, in the past 4 weeks? Y N U
நீங்கள் கடந்த 4 வாரங்களில் நெல் வயல்களில் வேலை செய்தீர்களா?

47. Did you go fishing in the past 4 weeks? Y N U
நீங்கள் கடந்த 4 வாரங்களில் மீன் பிடிக்கச் சென்றீர்களா?

48. Do you have any water (irrigation) canals nearby your house or farmland? Y N U
உங்கள் வீடு அல்லது வயல் நிலத்தின் அருகே தண்ணீர் (பாசனக்) கால்வாய் உள்ளதா?

49. Did you work in stagnant water in the past 4 weeks? Y N U
நீங்கள் கடந்த 4 வாரங்களில், தேங்கிய தண்ணீரில் இறங்கி வேலை செய்தீர்களா?

50. Did you work under "Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MGNREGA)" in the past 4 weeks? Y N U
நீங்கள் கடந்த 4 வாரங்களில், "மகாத்மா காந்தி தேசிய கிராமப்புற வேலைக்கு பணி உத்தரவாதத்திட்டத்திற்கு வேலை" செய்தீர்களா?

If yes, ஆம் எனில்,

50a. Specify nature of last work கடந்த பணியின் தன்மையை குறிப்பிடவும்: _____

51. Do you live in close proximity (within 5 minutes walking distance) to the forest? Y N U
நீங்கள் காட்டுக்கு மிக அருகில் (5 நிமிடம் நடக்கும் தூரத்திற்குள்) வசிக்கிறீர்களா?

52. Did you go to forest in the past 4 weeks? Y N U
நீங்கள் கடந்த 4 வாரங்களில் காட்டுக்குச் சென்றீர்களா?

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

ஆம் எனில், என்ன நோக்கங்களுக்காக நீங்கள் காட்டுக்குள் சென்றீர்களா? (பொருந்தும் அனைத்திற்கும் "டிக் அடியங்கள்")

52a. Firewood collection விறகுச் சேகரிப்பு

52b. Dry leaf collection காய்ந்த இலைகள் சேகரிப்பு

52c. Grass collection புல் சேகரிப்பு

52d. Wood cutting/ logging மரம் வெட்டுதல்

52e. Honey collection தேன் சேகரிப்பு

52f. Algae collection நீர்ப்பாசி சேகரிப்பு

52g. Cattle grazing கால்நடை மேய்ப்பு

52h. Work on agricultural land inside forest காட்டுக்குள் உள்ள விவசாய நிலத்தில் வேலை செய்தல்

52i. Fishing மீன் பிடித்தல்

52j. Hunting வேட்டையாடுதல்

52k. Forest department work
If yes, ஆம் எனில், 52k. (i) specify விவரம் குறிப்பிடவும்: _____

52l. Leisure activities பொழுது போக்குச் செயல்பாடுகள்
If yes, ஆம் எனில், 52l. (i) specify விவரம் குறிப்பிடவும்: _____

52m. Others மற்றவை: _____

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

 Y N U

காய்ச்சல் தோன்றும் முன் 4 வாரங்களுக்குள் உங்கள் வீட்டிலும் சுற்றுப்புறத்திலும் உண்ணி இருந்ததா?

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

 Y N U

காய்ச்சல் தோன்றும் முன் 4 வாரங்களுக்குள் உங்கள் உடலில் உண்ணி இருந்ததா?

If yes, ஆம் எனில்,

54a. How do you remove them? _____

அதை எப்படி அகற்றினீர்கள்?

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

உங்கள் வீட்டிற்கு எங்கேயிருந்து குடிநீரைப் பெறுகிறீர்கள்? (பொருந்தும் அனைத்தையும் "டிக் அடியங்கள்")

<input type="checkbox"/> Dug well தோன்றப்பட்ட கிணறு	<input type="checkbox"/> Hand pump கையடி பம்பு	<input type="checkbox"/> Tube well குழாய்க் கிணறு	<input type="checkbox"/> Public well பொதுக் கிணறு	<input type="checkbox"/> Public water tap பொதுத் தண்ணீர்க் குழாய்
<input type="checkbox"/> Panchayath/Municipality water supply பஞ்சாயத்து/நகராட்சி விடும் தண்ணீர்	<input type="checkbox"/> Tanker water supply டேங்கரில் வழங்கப்படும் தண்ணீர்	<input type="checkbox"/> Pond குளம்		
<input type="checkbox"/> Stream ஓடை	<input type="checkbox"/> Others: _____ மற்றவை			

56. Do you store water in home?

நீங்கள் வீட்டில் தண்ணீர் சேமித்து வைப்பீர்களா?

 Y N U

If yes, ஆம் எனில்,

56a. Where? (specify) எங்கே? (விவரம் குறிப்பிடவும்) _____

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

உங்கள் வீட்டில் சுகாதார கழிப்பறை பயன் படுத்துகிறீர்களா?

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

நீங்கள் எங்கே குளிக்கிறீர்களா? (பொருந்தும் அனைத்தையும் "டிக் அடியங்கள்")

 Y N U

<input type="checkbox"/> River ஆறு	<input type="checkbox"/> Pond குளம்	<input type="checkbox"/> Stream ஓடை	<input type="checkbox"/> Home வீடு	<input type="checkbox"/> Other place (Specify) _____ வேறு இடம் (பெயர் குறிப்பிடவும்)
---------------------------------------	--	--	---------------------------------------	---

59. Did you sleep under the bednet last night?

நேற்று இரவு கொசு வலை உள்ளே படுத்துத் தூங்கினீர்களா?

 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

கடந்த 12 மாதங்களில், கொசுக்களை (அல்லது தெள்ளப்பூச்சியை)

அகற்றுவதற்காக உட்கவர்களுக்கு மருந்து அடிக்க யாரேனும் உங்கள்/நோயாளியின் வசிப்பிடத்திற்குள் வந்தார்களா?

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

ஆம் எனில், வசிப்பிடத்தில் கடைசியாக மருந்து அடித்து எத்தனை மாதங்கள் ஆகிவிட்டிடுள்ளது?

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

15 வயதுக்குக் குறைவான குழந்தைகள் உங்கள் வீட்டில் தங்கியிருக்கிறார்களா?

 Y N U

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

 Y N U

நீங்கள் நோயுறுவதற்கு முந்தைய மாதத்தில் இது போன்ற நோய் கொண்ட/கொண்டிருந்த ஒருவரை நீங்கள் தொடர்ந்தீர்களா?

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

நீங்கள் கடந்த ஒரு மாதத்தில் பயணம் செய்தீர்களா?

 Y N U

If Yes, ஆம் எனில்,

63a. From புறப்பட்ட இடம்: _____ To சென்ற இடம்: _____

Date தேதி

63b. From புறப்பட்ட இடம்: _____ To சென்ற இடம்: _____

Date தேதி

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

நான் உங்களிடம் கேட்கவில்லை என நீங்கள் நினைக்கும் எதையும் என்னிடம் கூற விரும்புகிறீர்களா?

 Y N U

If Yes, describe ஆம் எனில், விவரமாகக் கூறவும்: _____

HEALTH SEEKING BEHAVIOR உடல் நலத்தை சரி செய்து கொள்ளும் நடவடிக்கைகள் (☑ Applicable ones)

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

நீங்கள் இந்த மருத்துவமனைக்கு வரும் முன்பு, இவ்வகை நோய்க்கான எவ்வித மருந்தையாவது எடுத்தீர்களா?

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

If yes, ஆம் எனில்,

65a. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
பெயர் _____ முதல் முறை _____ கால அளவு _____
பயன்படுத்திய தேதி

65b. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
பெயர் _____ முதல் முறை _____ கால அளவு _____
பயன்படுத்திய தேதி

65c. Name _____ Date of first use _____ Duration _____
பெயர் _____ முதல் முறை _____ கால அளவு _____
பயன்படுத்திய தேதி

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

நீங்கள் இந்த மருத்துவமனைக்கு வரும் முன்பு, இந்த நோய்க்காக ஒரு நலக்காப்பாளரை சந்தித்தீர்களா?

If Yes, ஆம் எனில்,

66a. Name of the practitioner/facility அவரின்/மையத்தின் பெயர் _____

66b. Type வகை:

Hospital மருத்துவமனை Clinic சிகிச்சை மையம் Home visit வீட்டுக்கு வந்து சிகிச்சை Other மற்றவை _____

66c. Date _____
தேதி

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

அந்த நலக்காப்பாளர் உங்களுக்கு என்ன நோய் ஆய்வுறுதியை கூறினார்?

68. What laboratory tests were performed?

என்ன ஆய்வுக்கூடப் பரிசோதனைகள் மேற் கொள்ளப்பட்டன?

Specify test பரிசோதனையின் பெயரை குறிப்பிடவும்	Result முடிவுகள்
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

69. SOCIO ECONOMIC STATUS (MODIFIED UDAY PAREEK SCALE)

☑ Tick 1 in each section

சமூகப் பொருளாதார நிலை (மாற்றியமைக்கப்பட்ட உதய்பரீக் அளவு கோல்)

B1. Type of houses வீடுகளின் வகை	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
Kutchu குடிசை	02	<input type="checkbox"/>
Mixed கலந்தது	03	<input type="checkbox"/>
Pucca ஸ்திரமான கட்டிடம்	05	<input type="checkbox"/>

B2. Ownership உடமைத்துவம்	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
Own சொந்த வீடு	05	<input type="checkbox"/>
Rented வாடகை வீடு	03	<input type="checkbox"/>
Free இலவசமாக குடியிருத்தல்	00	<input type="checkbox"/>

B3. Land holding நில உடமை	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
< 100 cents (1 acre) சென்ட் ஏக்கர்	02	<input type="checkbox"/>
(1-4) acres ஏக்கர்	05	<input type="checkbox"/>
(5-9) acres ஏக்கர்	10	<input type="checkbox"/>
≥ 10 acres ஏக்கர்	15	<input type="checkbox"/>

B4. Vehicles வாகனங்கள்	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
Bicycle மிதிவண்டி	02	<input type="checkbox"/>
Two wheeler இரு சக்கர வாகனம்	04	<input type="checkbox"/>
Auto/boat ஆட்டோ/படகு	08	<input type="checkbox"/>
Four wheelers நான்கு சக்கர வாகனங்கள்	10	<input type="checkbox"/>

B5. Household belongings வீட்டு உபயோக பொருட்கள்	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
Radio வானொலி	02	<input type="checkbox"/>
Television தொலைக்காட்சி	05	<input type="checkbox"/>
Telephone தொலைபேசி	08	<input type="checkbox"/>

B6. Livestock கால்நடை	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
Goat ஆடு	02	<input type="checkbox"/>
Cow பசுமாடு	02	<input type="checkbox"/>
Buffalo எருமை	04	<input type="checkbox"/>

B7. Socio-participation சமூகப் பங்கேற்பு	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
No participation பங்கேற்பு இல்லை	00	<input type="checkbox"/>
Member of one organization ஒரு அமைப்பின் உறுப்பினர்	05	<input type="checkbox"/>
More than one organization ஒன்றுக்கும் மேற்பட்ட அமைப்பின் உறுப்பினர்	10	<input type="checkbox"/>
Office holder பதவி வகிப்பவர்	15	<input type="checkbox"/>
Wide public leader பிரபல பொது மக்கள் தலைவர்	20	<input type="checkbox"/>

B8. Occupation of eldest earning member of the house குடும்பத்தின் மூத்த சம்பாதிக்கும் நபரின் தொழில்	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
Professional/white collar உத்யோகஸ்தர்/அலுவலகப் பணி	15	<input type="checkbox"/>
Business வியாபாரம்	10	<input type="checkbox"/>
Skilled தொழிற்கலைப் பணி	08	<input type="checkbox"/>
Semiskilled பகுதியளவு தொழிற்கலைப் பணி	06	<input type="checkbox"/>
Coolie/unskilled கூலி/தொழிற்கலை அல்லாத பணி	05	<input type="checkbox"/>
Unemployed பணி இல்லாதவர்	00	<input type="checkbox"/>

B9. Highest literacy status of eldest earning member of the household குடும்பத்தின் மூத்த சம்பாதிக்கும் நபரின் அதிகபட்ச கல்வித் தகுதி	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
Post Graduation & above முதுகலைப் படிப்பு & அதற்கு மேல்	20	<input type="checkbox"/>
Graduation இளங்கலைப் படிப்பு	15	<input type="checkbox"/>
PUC (பி.யு.சி)	12	<input type="checkbox"/>
Middle & high school (5-10) நடுநிலை & உயர்நிலை பள்ளி	10	<input type="checkbox"/>
Primary தொடக்கப் பள்ளி (1-4)	05	<input type="checkbox"/>
Illiterate எழுதப்படிக்கத் தெரியாதவர்	00	<input type="checkbox"/>

B10. Family members working abroad வெளிநாட்டில் வேலைசெய்யும் குடும்ப உறுப்பினர்கள்	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
Yes ஆம்	05	<input type="checkbox"/>
No இல்லை	00	<input type="checkbox"/>

Score மதிப்பெண்	Grade தரம்	Code குறியீட்டு எண்	<input checked="" type="checkbox"/>
< 40	Low குறைந்த	01	<input type="checkbox"/>
40-70	Middle நடுநிலையான	02	<input type="checkbox"/>
> 70	High அதிகமான	03	<input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE மொத்த மதிப்பெண்:

SES SE நிலை:

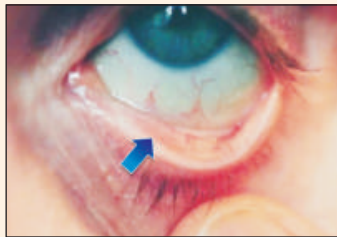
PHYSICAL EXAMINATION - PART A (☑ Applicable ones)

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

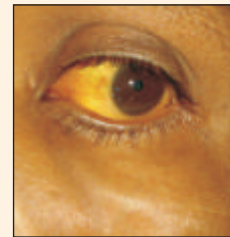
73. Height:
 a. _____ cm 74. Blood Pressure:
 a. Systolic _____ mm Hg 75. Temperature:
 a. _____ °C
 b. _____ inches b. Diastolic _____ mm Hg b. _____ °F

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

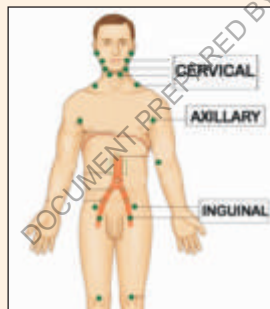
79. Pallor
 Y N



80. Icterus
 Y N



81. Lymphadenopathy
 Y N



If yes,
 facial edema
 pedal edema
 others _____

82. Edema
 Y N

83. Cyanosis
 Y N



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



Tick whichever applicable

85. Ear discharge
 Y N



86. Parotitis
 Y N



87. Oral ulcers
 Y N



88. Rash

88a. If yes, tick all applicable

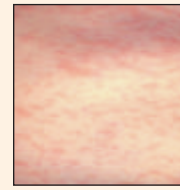
Y N



Macule



Papule



Maculopapular



Vesicle



Patch



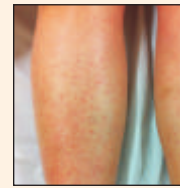
Bullae



Spotted Fever Rash



Erythema



Petechiae



Purpura



Echymosis

Others _____

89. Eschar

Y N



Location : _____

Single Multiple

90. Black Eschar

Y N

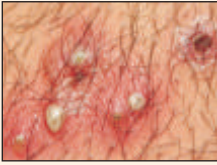
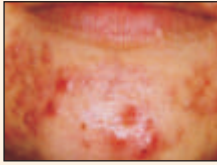




Location : _____

Single Multiple

Size : _____ cm


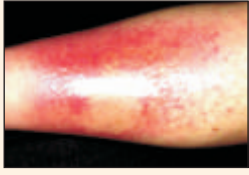
91. Skin lesions Y N

 Pustules  Nodules  Ulcers

 Vegetation Others _____

92. Skin abscess / Cellulitis : Y N

If yes,

92 a. Skin abscess Y N  92 b. Cellulitis Y N 

Location : _____

93. Any other wound Y N Specify _____

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

94b. Location: _____

95. Bleeding Y N If yes, specify _____

96. Other observations/comments: _____

PHYSICAL EXAMINATION - PART B (Applicable ones)

97. Breath sounds Normal Stridor Ronchi Crepitation

98. Cardiac murmurs Y N Type _____

If yes, Specify site _____

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

101. Splenomegaly Y N Size: _____ cm

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

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

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

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

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

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

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

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

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

110. Other observations/comments:

LABORATORY INVESTIGATIONS (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 N120. Albumin Present Trace Absent121. Ketone bodies Y N122. Bile salts Y N123. Bile Pigment Y N124. **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**

165. Prescribed treatment

166. Date of follow up suggested by treating physician

Date

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

Form No:

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

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 பின் தொடர்வுக் கண்காணிப்பின் கேள்வித் தொகுப்பு (☑ Applicable ones)

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

மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்ட சமயத்துடன் ஒப்பிடும் போது, இப்போது நீங்கள் எப்படி இருக்கிறீர்கள்?

<input type="checkbox"/> Fully recovered முழுமையாக குணமடைந்து விட்டேன்	<input type="checkbox"/> Better தேறியுள்ளேன்	<input type="checkbox"/> No change மாற்றம் இல்லை	<input type="checkbox"/> Worsened மோசமடைந்துள்ளது
--	---	---	--

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

நான் அறிகுறிகளின் ஒரு பட்டியலை வாசித்துக் காட்டுகிறேன், தயவு செய்து நீங்கள் மருத்துவமனையிலிருந்து விடுவிக்கப்பட்ட பிறகு உங்களுக்குத் தோன்றிய அறிகுறிகளை குறிப்பிடவும்

	Duration (days) கால அளவு (நாட்கள்)	Comments கருத்துரை			
174. Fever காய்ச்சல்	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
175. Chills/rigors குளிர்நடுக்கம்/திடீர்நடுக்கம்	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
176. Night sweats இரவில் வியர்த்தல்	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
177. Cough இருமல்	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
178. Headache தலைவலி	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
179. Seizures வலிப்பு	<table border="1"><tr><td>Y</td><td>N</td><td>U</td></tr></table>	Y	N	U	_____
Y	N	U			
If Yes, ஆம் எனில்,	179a. Type of seizure: வலிப்பின் வகை	<input type="checkbox"/> Focal ஒரு இடத்தில்			
		<input type="checkbox"/> Generalized பொதுவானது			
	179b. How many times? எத்தனை தடவை?	<input type="checkbox"/>			
	179c. Duration கால அளவு	_____			

180. Altered sensorium Y N U _____

உணர்நிலையில் மாற்றம்

181. Paralysis Y N U _____

பக்கவாதம்

182. Incoordinated walking Y N U _____

நடப்பதில் தடுமாற்றம்

183. General weakness Y N U _____

பொதுவான பலவீனம்

If Yes, ஆம் எனில்,

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

ஆற்றல் இழப்பு (மிகுந்த பலவீனம்)

184. Pain in joints Y N U _____

மூட்டுகளில் வலி

If Yes, ஆம் எனில்,

184a. Location: Small joints Large joints Both

இடம் சிறிய மூட்டுகள் பெரிய மூட்டுகள் இரண்டும்

184b. Nature: Symmetric Asymmetric

தன்மை இருபக்கமும் ஒரு பக்கம்

185. Unusual bleeding Y N U _____

வழக்கத்திற்கு மாறான இரத்தக் கசிவு

If Yes, ஆம் எனில்,

185a. Describe _____

விவரமாகக் குறிப்பிடவும்

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

நீங்கள் நோயுற்றதிலிருந்து உங்கள் குடும்பத்தினர்/தொடர்புள்ளவர்கள் யாருக்காவது இது போன்ற நோய் ஏற்பட்டதா?

If Yes, ஆம் எனில்,

186a. How many people? _____

எத்தனை பேர்?

186b. Who all? _____

யாரெல்லாம்?

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

இந்தக் காலகட்டத்தின் போது திரும்ப வந்த ஏதேனும் மருத்துவ அறிகுறி?

If Yes, ஆம் எனில்,

187a. Specify பெயர் குறிப்பிடவும்: _____

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

நீங்கள் நோயுற்றதிலிருந்து உங்களால் எத்தனை நாட்களாக வழக்கமான பணிக்குச் செல்ல முடியவில்லை?

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

அந்தக் கால கட்டத்தில் உங்கள் குடும்பத்தினர் யாராவது உங்களுடன் தங்கியிருந்தார்களா? ஆம் எனில், எத்தனை நாட்களாக அவரால் வழக்கமான பணிக்குச் செல்ல முடியவில்லை?

190. Any other observations/comments _____

இதர கவனித்தவைகள்/சுருத்துரை

191. Name of the interviewer _____ Signature _____

நேர்காணல் எடுப்பவரின் பெயர் கையொப்பம்

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	Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab Clot <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	Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab Clot <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	Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab Clot <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	Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab Clot <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	Blood (Plain) <input type="checkbox"/> Saliva Blood (BacT/ALERT) <input type="checkbox"/> CSF Throat Swab <input type="checkbox"/> Urine Sputum <input type="checkbox"/> Stool/rectal swab Clot <input type="checkbox"/> Others	

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

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

LIST OF ASSAYS PERFORMED (ACUTE SAMPLE)

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

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

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

DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

409. Initial lab diagnosis: _____ 409a. Date

409b. Comments: _____

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

410b. Comments: _____

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

411b. Comments: _____

412. Final lab diagnosis:

412a. _____ 412b. Date

412c. _____ 412d. Date

412e. _____ 412f. Date

413. ICD 10 Code for final diagnosis:

413a. _____

413b. _____

413c. _____

414. Comments, if any: _____

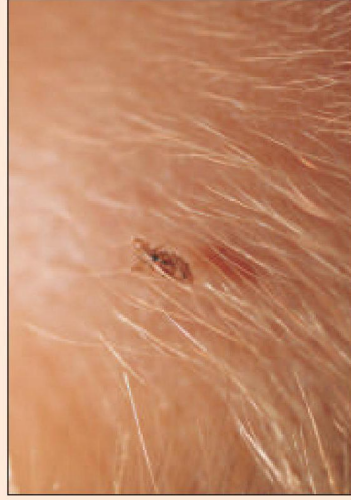
DOCUMENT PREPARED BY MANIPAL CENTRE FOR VIRUS RESEARCH

Insect Atlas

Ticks



Head Lice



Sandfly



Mosquitoes



Body Lice



प्रज्ञानं ब्रह्म



Manipal

INSPIRED BY LIFE

MANIPAL
UNIVERSITY

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

Madhav Nagar, Manipal - 576 104, Karnataka, India

Principal Investigator / Contact:

Dr. G. Arunkumar

Professor and Head

Manipal Centre for Virus Research, Manipal University

Manipal, Karnataka State, INDIA - 576104

Mob: +91- 98455 84163 / 0820 - 2922718

E-mail: arun.kumar@manipal.edu