

INTRODUCTION:

It is essential that the collection centres/ labs exercise caution to ensure that correct information is captured in the form.

INSTRUCTIONS:

- This form may be filled in and shared with the IDSP and forwarded to a lab where testing is planned
- Fields marked with asterisk (*) are mandatory to be filled

SECTION A – PATIENT DETAILS MANDATORY FIELDS (FORM WILL NOT BE ACCEPTED IN CASE OF ANY BLANK)
A.1 TEST INITIATION DETAILS

 * डॉक्टर का प्रिस्क्रिप्शन (पर्चा): हाँ नहीं

यदि हाँ तो छायाप्रति लगाएं, यदि नहीं हैं तो टेस्ट नहीं कर सकते

 * Repeat Test (दूसरी बार जांच): हाँ नहीं

यदि हाँ, मरीज की आई डी लिखें:

A.2 PERSONAL DETAILS

* मरीज का नाम:

 *उम.....साल/महीना (यदि उम 1 वर्ष से कम हैं तो बॉक्स में निशान लगाएं)

* वर्तमान गाँव या क़स्बा:

 * लिंग: पुरुष महिला अन्य

* वर्तमान में रहने के स्थान का ज़िला:

 * मोबाइल न.

* वर्तमान में रहने के स्थान का राज्य:

 * यह नंबर किसका है: मरीज खुद का परिवार के सदस्य का

(यह फॉर्म सभी मरीज को भरना है विदेशी नागरिक को भी)

* नागरिकता:

मरीज का वर्तमान पता:

पासपोर्ट न. (विदेशी नागरिक के लिए):

 पिनकोड़ :

ईमेल :

 * क्या मरीज ने आरोग्य सेतु एप्प डाउनलोड की है: हाँ नहीं
*** A.3 SPECIMEN INFORMATION FROM REFERRING AGENCY**

 * नमूने का प्रकार BAL/ETA TS/NPS/NS Blood in EDTA Acute sera Covalescent sera Other

* कलेक्शन की तारीख

* लेबल आई डी:

बारकोड यहाँ चिपकाएं

*** A.4 PATIENT CATEGORY (PLEASE SELECT ONLY ONE)**

- | | | |
|--------|--|--------------------------|
| Cat 1 | : पिछले 14 दिनों में मरीज ने अंतरराष्ट्रीय यात्रा की है | <input type="checkbox"/> |
| Cat 2 | : मरीज किसी ऐसे व्यक्ति के संपर्क में था जिसे लैब द्वारा पॉजिटिव घोसित किया गया हो | <input type="checkbox"/> |
| Cat 3 | : मरीज हेल्थ केयर वर्कर है | <input type="checkbox"/> |
| Cat 4 | : अस्पताल में भर्ती मरीज जिसे तीव्र श्वसन संबंधी गंभीर बीमारी है, Saari (Severe Acute Respiratory Illness) | <input type="checkbox"/> |
| Cat 5a | : मरीज सीधे किसी ऐसे व्यक्ति के संपर्क में था जो गंभीर तरह से लैब द्वारा पॉजिटिव घोसित किया गया हो | <input type="checkbox"/> |
| Cat 5b | : मरीज हेल्थ केयर वर्कर है जो बिना सेफ्टी के उस व्यक्ति के संपर्क में रहा जो लैब द्वारा पॉजिटिव था | <input type="checkbox"/> |
| Cat 6 | : अस्पताल में मरीज इन्फ्लुएंजा के इलाज के लिए भर्ती था / MoHFW ने क्लस्टर्स की पहचान की | <input type="checkbox"/> |
| Cat 7a | : तब्लीगी जमात | <input type="checkbox"/> |
| Cat 7b | : तब्लीगी जमात के संपर्क में | <input type="checkbox"/> |
| Others | | <input type="checkbox"/> |

(कृपया others तभी चुनिए जब पेशेंट दी हुई किसी भी category में नहीं आ रहा है)

*** A.5 STATUS OF CURRENT RESPIRATORY INFECTION (वर्तमान में रेस्पिरेटरी इन्फेक्शन का विवरण)**

 * रेस्पिरेटरी इन्फेक्शन: तीव्र श्वसन संबंधी गंभीर बीमारी (SARI): हाँ नहीं , इन्फ्लुएंजा जैसी बीमारी (ILI): हाँ नहीं

SECTION B – MEDICAL INFORMATION

B.1 EXPOSURE HISTORY (2 WEEKS BEFORE THE ONSET OF SYMPTOMS)

1. क्या आपने पिछले 14 दिनों में विदेश यात्रा की है: हाँ नहीं

यदि हाँ, यात्रा का स्थान ठहरने/यात्रा का समय / / to / / (dd/mm/yy)

2. क्या आप किसी ऐसे व्यक्ति के संपर्क में थे जिसे लैब द्वारा पॉजिटिव घोसित किया गया हो: हाँ नहीं

यदि हाँ, पॉजिटिव मरीज का नाम

3. *क्या आप क्वारंटीनेड थे ? हाँ नहीं *यदि हाँ, तो आप कहाँ क्वारंटीनेड थे: घर पर एप्रूव्ड क्वारंटाइन सेण्टर

4. क्या आप मेडिकल वर्कर हैं जो मरीजों की देखरेख करते हैं: हाँ नहीं

B.2 CLINICAL SYMPTOMS AND SIGNS (नैदानिक लक्षण और संकेत)

लक्षण दिखने की तारीख : / / (dd/mm/yy) पहला लक्षण:

| लक्षण | हाँ | लक्षण | हाँ | लक्षण | हाँ | लक्षण | हाँ | From(dd/mm) | From(dd/mm) |
|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-------------|---|
| खाँसी | <input type="checkbox"/> | दस्त | <input type="checkbox"/> | उल्टियां | <input type="checkbox"/> | बुखार बने रहना | <input type="checkbox"/> | If Yes | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| सांस फूलना | <input type="checkbox"/> | जी मिचलाना | <input type="checkbox"/> | हैमोटाइसिस | <input type="checkbox"/> | शरीर दर्द | <input type="checkbox"/> | If Yes | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| गले में खराश | <input type="checkbox"/> | छाती में दर्द | <input type="checkbox"/> | नाक बहना | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| बलगम | <input type="checkbox"/> | पेट में दर्द | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

(History)

B.3 PRE-EXISTING MEDICAL CONDITIONS (पहले से मरीज की बीमारियों की अवस्था)

| अवस्था | हाँ | अवस्था | हाँ | अवस्था | हाँ | अवस्था | हाँ |
|---|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| फैफड़े की गंभीर बिमारी | <input type="checkbox"/> | मलिगनन्सी | <input type="checkbox"/> | दिल की बीमारी | <input type="checkbox"/> | लीवर की गंभीर बिमारी | <input type="checkbox"/> |
| किडनी की गंभीर बिमारी | <input type="checkbox"/> | मधुमेह | <input type="checkbox"/> | हाइपरटेंशन | <input type="checkbox"/> | | |
| प्रतिरक्षा में अक्षम अवस्था: हाँ / नहीं | | | | अन्य अनौपचारिक अवस्था | | | |

B.4 HOSPITALIZATION DETAILS (अस्पताली विवरण)

अस्पताल में भर्ती: हाँ नहीं अस्पताल का राज्य:

अस्पताल का जिला:

भर्ती होने की तारीख:(dd/mm/yy) अस्पताल का नाम:

B.5 REFERRING DOCTOR DETAILS (रेफरिंग डॉक्टर का विवरण)

डॉक्टर का मोबाइल नं.:
*डॉक्टर का नाम: डॉक्टर का ईमेल आईडी:

TEST RESULTS (To be filled by Covid-19 testing lab facility)

| Date of sample Receipt (dd/mm/yy) | Sample accepted / rejected | Date of Testing (dd/mm/yy) | Test result (Positive/Negative) | Repeat Sample required (Yes/No) | Sign of Authority (Lab in charge) |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | |