

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 है तो छायाप्रति लगाएं, यदि नहीं है 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:

* उम्र.....साल/महीना ☐ (यदि उम्र 1 वर्ष से कम है तो बॉक्स में निशान लगाएं)

* वर्तमान गाँव या कस्बा:

* लिंग: पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य ☐

* वर्तमान में रहने के स्थान का जिला:

* 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):

पिनकोड:

* आधार न. (भारतीय नागरिक के लिए):

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 ☐ Coalescent 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 सेप्टी 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 क्लस्टर की पहचान की | <input type="checkbox"/> |
| Cat 7a | : तबलीगी जमात | <input type="checkbox"/> |
| Cat 7b | : तबलीगी 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 रेस्पिरैटरी इन्फेक्शन का विवरण)**

* रेस्पिरैटरी 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 क्वॉरंटीनेड थे? हाँ ☐ नहीं ☐ *यदि हाँ, तो आप कहाँ क्वॉरंटीनेड थे: घर पर ☐ एप्रूव्ड क्वारंटाइन सेंटर ☐

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"/>	उल्टियाँ	<input type="checkbox"/>	बुखार बने रहना	<input type="checkbox"/> If Yes	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
सांस फूलना	<input type="checkbox"/>	जी मिचलाना	<input type="checkbox"/>	हेमेटाईसिस	<input type="checkbox"/>	शरीर दर्द	<input type="checkbox"/> If Yes	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
गले में खराश	<input type="checkbox"/>	छाती में दर्द	<input type="checkbox"/>	नाक बहना	<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
फेफड़े की गंभीर बीमारी	<input type="checkbox"/>	मलिनगन्सी	<input type="checkbox"/>	दिल की बीमारी	<input type="checkbox"/>	लीवर की गंभीर बीमारी	<input type="checkbox"/>
किडनी की गंभीर बीमारी	<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 <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	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 नाम:	डॉक्टर का मोबाइल न.:
	डॉक्टर का ईमेल आई डी:

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)