

Name s/o d/o w/o Date:

Age Sex: M / F Receipt No:

MR #

Address & Telephone

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fever > 2 and < 10 days | <input type="checkbox"/> بخار جس کا دورانیہ دو دن سے زیادہ اور دس دن سے کم ہو |
| <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> سر میں شدید درد |
| <input type="checkbox"/> Retro orbital pain | <input type="checkbox"/> آنکھوں کے پچھلے درد |
| <input type="checkbox"/> Myalgia | <input type="checkbox"/> پٹھوں میں شدید درد |
| <input type="checkbox"/> Arthralgia/ severe backache/ bone pains | <input type="checkbox"/> جوڑوں یا کمر میں شدید درد |
| <input type="checkbox"/> Rash | <input type="checkbox"/> جسم پر سرخی مائل رنگت |
| <input type="checkbox"/> Bleeding manigestations (epistaxis, hematemesis, bloody stools, menorrhagia, hemoptysis) | <input type="checkbox"/> ناک، مسوڑے، کھانسی، الٹی، پاخانے کے ساتھ خون یا معمول سے پہلے یا زیادہ ماہواری |
| <input type="checkbox"/> Severe abdominal pain | <input type="checkbox"/> پیٹ میں شدید درد |
| <input type="checkbox"/> Decreased urinary output despite adequate fluid intake | <input type="checkbox"/> مناسب مقدار میں پانی پینے کے باوجود پیشاب کمی |
| <input type="checkbox"/> Irritability infant | <input type="checkbox"/> بچوں میں بے چینی |
- اگر تین یا زیادہ علامات ہوں تو CBC کروائیں

Suspected Case - Presence of 3 or more Clinical Criteria

↓
Request CBC

Advised

- | | | | |
|----------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| d # 3 of Fever | <input type="checkbox"/> HCT | <input type="checkbox"/> WBC | <input type="checkbox"/> Platelet |
| d # 4 of Fever | <input type="checkbox"/> HCT | <input type="checkbox"/> WBC | <input type="checkbox"/> Platelet |
| d # 5 of Fever | <input type="checkbox"/> HCT | <input type="checkbox"/> WBC | <input type="checkbox"/> Platelet |

WBC < 3000, and Platelet < 100000 or falling on any occasion

↓
Probable Case

↓
Admit Patient

Warning Signs (one or more)

- No clinical improvement / worsening clinical parameters on Form I
- Persistent vomiting
- Severe abdominal pain
- Lethargy and or restlessness
- Bleeding: severe epistaxis, black stools, hematemesis, extensive menstrual bleeding, hematuria
- Giddiness
- Pale cold clammy extremities
- Less / no urine output for 4 - 6 hours

Name, Signature and Date