

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

After Admissions Confirm Case based on any one of the Confirmatory Evidence Below

Positive NS1 antigen

OR

Viral detection by PCR

OR

Seroconversion from negative for dengue virus specific IgM antibody in acute phase (< 5 days after onset of symptoms) to positive for dengue virus specific IgM antibody in convalescent phase specimen collected ≥ 5 days after onset of symptoms

OR

≥ 4 - fold rise in titre of IgG in paired acute and convalescent serum sample

For confirmed cases fill in dengue case report form

ڈینگی بخار کے متعلق ہدایات

☆ مریض اور مریض کے گھر والے دن میں تین مرتبہ چھبر بھگاؤ لوشن کا استعمال کریں۔

☆ اپنے آپ کو چھبر کے کاٹنے سے بچائیں۔

☆ پانی اور نمکول ڈاکٹر کی ہدایت کے مطابق استعمال کریں۔

☆ بخار کی صورت میں Paracetamol کی ایک یا دو گولیاں چار گھنٹے بعد (حسب ضرورت)

چوبیس گھنٹے میں چھ سے زیادہ گولیاں نہ لیں

☆ نلکے کے پانی کی پٹیاں کریں

☆ Ibuprofen , Disprin اور درد کی دیگر ادویات سے پرہیز کریں۔

☆ 24 گھنٹے بعد CBC with Platelet Count کا ٹیسٹ کروا کر قریبی ڈاکٹر کو چیک کروائیں۔

☆ جسم کے کسی حصے سے خون آئے ، جسم پر خون کے دھبے پڑیں ، سانس لینے میں دشواری ہو، پیشاب میں کمی

پیٹ میں شدید درد ، چکراور آنکھوں کے آگے اندھیرا آنے کی صورت میں فوراً ہسپتال تشریف لائیں۔

☆ لال رنگ کے مشروبات سے گریز کریں۔