

नयाँ कोरोना भाइरस संक्रमण (गलत-लक्षण भएका बिरामीहरू सहित) आधारभूत जानकारी / क्लिनिकल जानकारी जानकारी
प्रश्नावली

प्रभूत जानकारी

ID

1	सर्वेक्षण गर्ने स्वास्थ्य केन्द्र (होकेनज्यो) को नाम :	सर्वेक्षण गर्ने ब्यक्तिको नाम :
	सर्वेक्षण गर्ने दिन समय : साल महिना तारिक	सर्वेक्षण गर्ने तरीका: <input type="checkbox"/> ईन्टरभ्यू <input type="checkbox"/> टेलिफोन <input type="checkbox"/> अन्य
2	प्रश्नावलीमा जवाफ दिने ब्यक्ति : <input type="checkbox"/> स्वयंम <input type="checkbox"/> अन्य ब्यक्ति	नाम थर () निश्चित ब्यक्ति संगको नाता ()
	प्रश्नावलीमा जवाफ दिने ब्यक्तिको सम्पर्क : घरको टेलिफोन : -	मोबाईल : - -
3	डायग्नोस्टिक वर्गीकरण : नयाँ प्रकारको कोरोना भाइरस संक्रमण रोग (बिरामी (निर्धारित उदाहरण) • विना लक्षणको रोगी • गलत लक्षणका रोगी)	
4	NESID दर्ता ID :	5 बिरामी निवास स्वास्थ्य केन्द्र (होकेनज्यो) :
6	सूचित गर्ने चिकित्सा संस्थाको नाम :	7 सूचित गर्ने चिकित्सा संस्थाको चिकित्सकको नाम :
8	सूचित गर्ने चिकित्सा संस्थाको ठेगाना :	9 सूचित गर्ने चिकित्सा संस्थाको टेलिफोन नम्बर : - -
10	सूचना स्वीकृति दिन समय : साल महिना दिन	11 सूचना प्राप्त गर्ने नगरपालिका :
12	सूचना प्राप्त गर्ने स्वास्थ्य केन्द्र (होकेनज्यो) :	13 सूचना प्राप्त गर्ने जिम्मेवारी ब्यक्ति :
14	पहिलो परिक्षणको मिति : साल महिना तारिक	15 रोग निश्चित भएको मिति : साल महिना तारिक
16	संक्रमणको अनुमानित दिन : साल महिना तारिक	17 लक्षण देखा परेको मिति : साल महीन तारिक

3 ~ 17 सम्म घटना सूचना पर्ची आदि अनुसार भर्ने (4 NESID मा दर्ता गरिसके पछि भर्ने)

18	बिरामीको नाम थर :	19 लिंग : पुरुष • महि	20 जन्म मिति : साल महिना तारिक (बर्ष महिन
21	नागरिकता :	22 बिरामीको ठेगाना :	
23	बिरामीको टेलिफोन नम्बर : घर - -	मोबाईल - -	
	बिरामीको Email : @		
24	सर्वेक्षणको बेलाको बिरामिको मुख्य ठेगाना सम्पर्क राख्ने ठेगाना :	टेलिफोन नम्बर : - -	
25	व्यवसाय / उद्योग धन्दा • स्कूल (किडरगार्टनहरू र नर्सरी स्कूलहरू सहित) इत्यादि : अन्तिम काम . उपस्थिति (काम) दिन (साल महिना तारिक) (बाल-बालिका . विद्यार्थीहरू भएमा सम्बन्धित कक्षा / क्लब जस्ता विवरणहरू भर्ने) कार्यस्थल / स्कूलको नाम : कार्यस्थल / स्कूलको ठेगाना : कार्यस्थल / स्कूलको टेलिफोन नम्बर : - -		
26	स्वयंम बाहेक (अभिवावक आदि) को सम्पर्क नाम थर : ठेगाना : टेलिफोन नम्बर घर : - -	निश्चित ब्यक्ति संगको नाता : मोबाईल : - -	
	गर्भवती	छैन . छ	(गर्भवती हप्ता)
	धुम्रपान	छैन . छ	(बर्ष देखि वटा/दिनमा)
	मधुमेह	छैन . छ	
	स्वाश प्रणाली सम्बन्धित रोग (दम • COPD • अन्य)	छैन . छ	(विशेष रूपमा)
	मृगौलाको रोग	छैन . छ	(भएमा, डायलिसिस छ • छैन)
	कलेजोको रोग	छैन . छ	(विशेष रूपमा)
	मुटुको रोग	छैन . छ	(विशेष रूपमा)
	न्यूरोमस्क्युलर रोग	छैन . छ	(विशेष रूपमा)
	रगत सम्बन्धित रोग (रक्तअल्पता आदि)	छैन . छ	(विशेष रूपमा)
	प्रतिरक्षा अभाव (एचआईभी र इम्युनोसप्रेसन्ट्सको प्रयोग सहित)	छैन . छ	(विशेष रूपमा)
	घातक ट्यूमर (क्यान्सर)	छैन . छ	(विशेष रूपमा)
	अन्य ()		

		आवश्यकता अनुसार लक्षण छ छैन, शरीरको तापक्रम, समय आदिको बारेमा जानकारी भर्ने						
महिना तारिक		महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक
लक्षण आदि		महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक
शरीरको अधिकतम तापक्रम (°C)								
28	व	खोकी	छैन • छ					
	ा	स्वास फेर्न गाह्रो	छैन • छ					
		सिगान • नाक बन्द	छैन • छ					
		घांटी दुख्नु	छैन • छ					
	प	वाकवाक लाग्नु • बान्ता हुनु	छैन • छ					
		आँखा रातो हुनु	छैन • छ					
		टाउको दुख्नु	छैन • छ					
		पुरे शरीर गल्नु (सुस्त/ थकान	छैन • छ					
		अ	ज्वडिट तथा मंसपेशि दुब्ले	छैन • छ				
		न	पखाला	छैन • छ				
र्		जागरूकतामा आउने समस्या	छैन • छ					
	शरीर (हात/ खुट्टा) तन्किनु, काम्नु	छैन • छ						
	अन्य ()	छैन • छ						
महिना तारिक		महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक
लक्षण आदि		महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक	महिना तारिक
शरीरको अधिकतम तापक्रम (°C)								
29	व	खोकी	छैन • छ					
	ा	स्वास फेर्न गाह्रो	छैन • छ					
		सिगान • नाक बन्द	छैन • छ					
		घांटी दुख्नु	छैन • छ					
	प	वाकवाक लाग्नु • बान्ता हुनु	छैन • छ					
		आँखा रातो हुनु	छैन • छ					
		टाउको दुख्नु	छैन • छ					
		पुरे शरीर गल्नु (सुस्त/ थकान	छैन • छ					
		अ	ज्वडिट तथा मंसपेशि दुब्ले	छैन • छ				
		न	पखाला	छैन • छ				
र्		जागरूकतामा आउने समस्या	छैन • छ					
	शरीर (हात/ खुट्टा) तन्किनु, काम्नु	छैन • छ						
	अन्य ()	छैन • छ						
30	लक्षण देखा परेको मिति समय (अन्तर्वार्ता सर्वेक्षण अनुसार)		साल	महिना	तारिक	बिहान • दिउँसो	बजे	
30	पत्ता लगाउने कुराहरु : <input type="checkbox"/> नयाँ प्रकारको कोरोना भाईरस संक्रमणको सूचना गरिएका केशहरु (नयाँ प्रकार: बिरामी (निश्चित भएका केश), बिना लक्षणका रोगीहरु, शंकास्पद लक्षणका केश, आदि) <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य अवलोकन लक्षित व्यक्तिहरु (निश्चित केश ID : _____ नाम थर : _____)							
31	रोग निश्चित हुनु अगाडीको क्लिनिकल प्रगति • उपचारको सामग्री • अन्य विशेष नोटहरु, आदि :							

32	अस्पतालमा भर्ना : नहुने हुने (हुने भएमा भर्ना हुने अवधि महिना तारिक ~ महिना तारिक) भर्ना हुने चिकित्सा संस्था (अस्पताल)को नाम : मेडिकल विभाग को नाम : मुख्य चिकित्सकको नाम : कारण थाहा नभएको गम्भीर संक्रामक रोग रिपोर्ट गर्ने चिकित्सा संस्था छैन . छ भर्ना हुने चिकित्सा संस्था (अस्पताल)को ठेगाना : सम्पर्क :			
33	छातीको एक्सरे छैन . छ (निष्कर्ष)			
34	छातीको CT छैन . छ (निष्कर्ष)			
35	कृत्रिम श्वासप्रणाली प्रयोग गर्ने- नगर्ने . नगर्ने . गर्ने			
36	बिरामीको जाँच पछिको उपचार :			
	महिना तारिक	चिकित्सा संस्था (अस्पताल) को नाम	उपचार	टिप्पणी (परिक्षण, उपचार आदिको नतीजा, आदि)
	/			
	/			
37	परिणाम डिस्चार्ज (डिस्चार्जको दिन साल महिना तारिक) मृत्यु (मृत्युको दिन साल महिना तारिक)			
38	अन्य प्रगति			

परिक्षणको नतीजा

39	नयाँ प्रकारको कोरोना भाईरसको परिक्षण				
	नमूना सामग्री	नमूना लिएको दिन	नतीजा	परिक्षणको तरीका	परिक्षण गर्ने स्थान
			कारात्मक . सकारात्मक . अन्य ()		
			कारात्मक . सकारात्मक . अन्य ()		
			कारात्मक . सकारात्मक . अन्य ()		
			कारात्मक . सकारात्मक . अन्य ()		
40	नयाँ प्रकारको कोरोना भाईरस बाहेकको प्रीक्षण				
	रोगजनक	नमूना सामग्री	नमूना लिएको दिन	नतीजा	प्रीक्षणको तरीका / प्रीक्षण गर्ने स्थान
	कल्चरल टेस्ट गरेको . नगरेको . अज्ञात				
	भएमा			नकारात्मक . सकारात्मक (ब्याक्टेरियाको नाम :)	
				नकारात्मक . सकारात्मक (ब्याक्टेरियाको नाम :)	
				नकारात्मक . सकारात्मक (ब्याक्टेरियाको नाम :)	
				नकारात्मक . सकारात्मक (ब्याक्टेरियाको नाम :)	
	एन्टिजेन परीक्षण नगरेको . गरेको . अज्ञात				
	इन्फ्लुएन्जा भाईरस			नकारात्मक . सकारात्मक	
	RS भाईरस			नकारात्मक . सकारात्मक	
	आदेनो भाईरस			नकारात्मक . सकारात्मक	
	निमोनियाको ब्याक्टेरिया			नकारात्मक . सकारात्मक	
	लेजिओनेला			नकारात्मक . सकारात्मक	
	अन्य परिक्षणको तरीका				
	रोगजनक नाम(कारात्मक . सकारात्मक . अन्य ()	
रोगजनक नाम(कारात्मक . सकारात्मक . अन्य ()		
रोगजनक नाम(कारात्मक . सकारात्मक . अन्य ()		
स्वतन्त्र पूर्वक लेखे ठाउँ					