

Government of the People's Republic of Bangladesh
Communicable Disease Control unit, DGHS, Mohakhali, Dhaka

কালাজ্বর রোগীর নিবন্ধন এবং ফলোআপ ফর্ম

1. Patient registration (রোগী নিবন্ধন)		
Patient's information (রোগীর সাধারণ তথ্য)		
1.	Name of health facility (স্বাস্থ্য কেন্দ্রের নাম)	
2.	Patients ID at DHIS2 (DHIS2 তে রোগীর রেজিস্ট্রেশন নম্বর)	
3.	National ID (NID)	
4.	Birth registration number (BNR)	
5.	Health ID (স্বাস্থ্য নাম্বার)	
6.	Patient Full name in English (রোগীর পূর্ণ নাম ইংরেজিতে)	
7.	Patient Full name in Bengali (রোগীর পূর্ণ নাম বাংলায়)	
8.	Sex (লিঙ্গ)	1. Male 2. Female 3. Others
9.	Age (বয়স) Date of birth (জন্ম তারিখ)	____ ____ Year ____ ____ Month Date of birth : _____/_____/_____ YYYY MM DD
10.	Father's name (পিতার পূর্ণ নাম)	
11.	Mother's name (মায়ের পূর্ণ নাম)	
12.	Guardian's name (অভিভাবকের পূর্ণ নাম ও সম্পর্ক)	
13.	Patient's contact number (রোগীর মোবাইল নাম্বার)	
14.	Guardian's contact number (পরিবার/অভিভাবকের যোগাযোগ মোবাইল নাম্বার)	
15.	Marital Status (বৈবাহিক অবস্থা)	1. Single 2. Unmarried 3. Married 4. Widowed 5. Separated 6. Divorced
16.	Spouse name (স্বামী/স্ত্রী এর পূর্ণ নাম)	
17.	Present division (বর্তমান বিভাগ)	
18.	Present district (বর্তমান জেলা)	
19.	Present City Corporation (বর্তমান সিটি কর্পোরেশন)	
20.	Present upazila (বর্তমান উপজেলা)	
21.	Present union (বর্তমান ইউনিয়ন)	

22.	Present ward number (বর্তমান ওয়ার্ড)	
23.	Present Village/ Para(গ্রাম/পাড়া)	
24.	Present House no/Name, (বাড়ি নম্বর/নাম)	
25.	Is the present address in a kala-azar endemic area? (বর্তমান ঠিকানা কালাজ্বর প্রবণ এলাকা কিনা?)	1. Endemic 2. Non-Endemic
26.	Is permanent address same as present address? (স্থায়ী ঠিকানা ও বর্তমান ঠিকানা একই কিনা?)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না) <i>স্থায়ী ও বর্তমান ঠিকানা এক না হলে নিচে স্থায়ী ঠিকানা লিখুন।</i>
Permanent address (স্থায়ী ঠিকানা)		
27.	Permanent Division (স্থায়ী বিভাগ)	
28.	Permanent District (স্থায়ী জেলা)	
29.	Permanent City Corporation (স্থায়ী সিটি কর্পোরেশন)	
30.	Permanent Upazila (স্থায়ী উপজেলা)	
31.	Permanent Union (স্থায়ী ইউনিয়ন)	
32.	Permanent Ward number (ওয়ার্ড নম্বর)	
33.	Permanent Village/Para(স্থায়ী গ্রাম./পাড়া)	
34.	Permanent House no/Name (স্থায়ী বাড়ি নম্বর/নাম)	
35.	Is the permanent address in a kala-azar endemic area? (স্থায়ী ঠিকানা কালাজ্বর প্রবণ এলাকা কিনা?)	1. Endemic 2. Non-Endemic
36.	Occupation (পেশা)	
37.	Religion (ধর্ম)	1. Islam (ইসলাম) 2. Hindu (হিন্দু) 3. Buddhisit (বৌদ্ধ) 4. Christian (খ্রিস্টান)
38.	Nationality (জাতীয়তা)	
39.	Blood Group (রক্তের গ্রুপ)	1. O+ (O Positive) 2. O- (O Negative) 3. A+ (A Positive) 4. A- (A Negative) 5. B+ (B Positive) 6. B- (B Negative) 7. AB+ (AB Positive) 8. AB- (AB Negative)
40.	Place of Birth (জন্মস্থান)	

2. Laboratory tests (পরীক্ষাগারে পরীক্ষা)

rK39 screening

01.	rK39 test result (rK39 পরীক্ষার ফলাফল)	1. Positive 2. Negative 3. Not applicable
02.	Date of rK39 test (rK39 পরীক্ষার তারিখ)	_____/_____/_____ YYYY MM DD
03.	Suspected case identified by (সন্দেহভাজন রোগী কিভাবে সনাক্ত হয়েছে?)	1. ACD (Active Case Detection) 2. PCD (Passive Case Detection)

Lab information

04.	LD body found in bone marrow aspirate (বোন ম্যারো পরীক্ষায় এলডি বডি সনাক্ত হয়েছে কিনা)	1. Found (সনাক্ত হয়েছে) 2. Not found (সনাক্ত হয়নি) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
05.	LD body found in splenic aspirate (Splenic অ্যাসপিরেটে এ এলডি বডি সনাক্ত হয়েছে কিনা)	1. Found (সনাক্ত হয়েছে) 2. Not found (সনাক্ত হয়নি) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
06.	PCR test of blood sample (রক্তের নমুনার পিসিয়ার পরীক্ষার ফলাফল)	1. Positive (পজিটিভ) 2. Negative (নেগেটিভ) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
07.	LD body in histopathology of skin sample (Slit skin smear) (ত্বকের নমুনায় হিস্টোপ্যাথোলজিতে এলডি বডি সনাক্ত হয়েছে কিনা)	1. Found (সনাক্ত হয়েছে) 2. Not found (সনাক্ত হয়নি) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
08.	PCR test result of skin sample (ত্বকের নমুনার পিসিয়ার পরীক্ষার ফলাফল)	1. Positive (পজিটিভ) 2. Negative (নেগেটিভ) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
09.	CBC Hemoglobin (সিবিসি হিমোগ্লোবিন) g/dl	
10.	CBC RBC Count (সিবিসি আরবিসি গণনা) cells/mcL	
11.	CBC WBC Count (সিবিসি ডাবলুবিসি গণনা) cells/mcL	
12.	CBC Platelet Count (সিবিসি প্লেটলেট গণনা) mcL	
13.	Serum creatinine (সিরাম ক্রিয়েটিনিন) g/dl	
14.	Serum electrolyte Sodium (সিরাম ইলেক্ট্রোলাইট সোডিয়াম) mEq/L	
15.	Serum electrolyte Potassium (সিরাম ইলেক্ট্রোলাইট পটাসিয়াম) mEq/L	
16.	Serum electrolyte Chlorides (সিরাম ইলেক্ট্রোলাইট ক্লোরাইড) mEq/L	
17.	Serum electrolyte Bicarbonate (সিরাম ইলেক্ট্রোলাইট বাইকার্বোনেট) mEq/L	
18.	SGPT (এসজিপিটি) units/L	
19.	HIV test result (এইচআইভি পরীক্ষার ফলাফল)	1. Positive (পজিটিভ)

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Negative (নেগেটিভ) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
20.	USG (of abdomen) findings	
21.	Chest X-ray findings	
22.	HbA1C (mmol/L)	
23.	RBS (mmol/L)	
24.	Serum Albumin (gm/dl)	
25.	Sputum for AFB	<ul style="list-style-type: none"> 1. Positive (পজিটিভ) 2. Negative (নেগেটিভ) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি).
26.	Other test (অন্যান্য পরীক্ষা)	
27.	Pregnancy test for married women of reproductive age (প্রজনন বয়সের বিবাহিত মহিলাদের জন্য গর্ভাবস্থা পরীক্ষা)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Positive (পজিটিভ) 2. Negative (নেগেটিভ) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)

3. Diagnosis (If rK39/PCR/LD body positive)**(রোগ নির্ণয়: যদি rK39/PCR/LD body পজিটিভ হয়)**

Endemic area related information		
01.	Living in Kala-azar endemic area? (কালাজ্বর প্রবণ এলাকায় বসবাস করেন কি না?)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
02.	History of travelling in the Kala-azar endemic area (কালাজ্বর প্রবণ এলাকায় ভ্রমণের ইতিহাস আছে কি না?)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
03.	Did you travel internationally in the last year? (আপনি কি গত এক বছরে কোনো আন্তর্জাতিক ভ্রমণ করেছেন?)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
04.	If yes, which country did you travel to last year? (যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনি গত এক বছরে কোন দেশে ভ্রমণ করেছেন?)	_____
Fever and splenomegaly		
05.	Fever for >2 weeks (২ সপ্তাহের অধিক সময় জ্বর)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
06.	Duration of fever in days (জ্বরের সময়কাল)	_____ দিন
07.	Splenomegaly (প্লীহার আকার বড় কি না)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
Skin lesion related information		
08.	Skin lesion Present (ত্বকে দাগ/গুটি আছে কি না)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
09.	Type of skin lesion-Papule (ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Papule)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
10.	Type of skin lesion-Macule (ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Macule)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
11.	Type of skin lesion-Nodule(ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Nodule)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
12.	Type of skin lesion-Hypopigmented(ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Hypopigmented)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
13.	Type of skin lesion-Ulcer(ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Ulcer)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
14.	If skin lesion is present, duration of skin lesion-Month (যদি ত্বকে ক্ষত থাকে , তাহলে ত্বকের ক্ষতের সময়কাল -মাস)	_____ Month (মাস)
Kala-azar history related information		
15.	Previous History of Kala-azar (পূর্বে কালাজ্বরের ইতিহাস আছে কিনা?)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
16.	If previous history of Kala-azar, number of previous episodes of Kala-azar treatment (যদি পূর্বে কালাজ্বরের চিকিৎসা নিয়ে থাকে, তাহলে কতবার কালাজ্বরের চিকিৎসা নিয়েছেন?)	_____ times (বার)
17.	When did you receive treatment for last episode of Kala-azar? (কালাজ্বরের শেষ পর্বের চিকিৎসা কখন আপনার হয়েছিল?)	_____ Year _____ Month ago Date: (YYYY/MM/DD) _____/_____/____
18.	In previous, did any family member receive treatment for kala-azar/PKDL? (পূর্বে কি পরিবারের কোন সদস্য কালাজ্বর/পিকেডিএলের চিকিৎসা নিয়েছেন?)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
Disease related information		
19.	Disease (রোগ)	1. PKA 2. KATF 3. Relapse Kala-azar (RKA) 4. PKDL 5. Relapse PKDL

		6. CL 7. Refractory Kala-azar (RfKA) 8. Para Kala-azar Dermal Leishmaniasis (Para-KDL) 9. Other
20.	If PKDL, grade of PKDL (যদি PKDL হয়, PKDL এর গ্রেড)	1. Grade 1 2. Grade 2 3. Grade 3
21.	Specify other diagnosis (অন্যান্য রোগ হলে উল্লেখ করুন)	

Definitions

PKA: Living/travel history in Kala-azar endemic area **AND** Fever for >2 weeks **AND** Splenomegaly **AND** rK39 positive/LD body found in splenic/bone marrow aspirate/ PCR positive **AND** No previous history of Kala-azar

KATF: History of treatment for Kala-azar **AND** No improvement after initial treatment/ reappearance of symptoms and signs of KA within 6 months of the end of treatment **AND** LD body found in splenic/bone marrow aspirate/ PCR positive

Relapse Kala-azar (RKA): History of treatment for Kala-azar **AND** Reappearance of symptoms and signs of KA after 6 months of the end of treatment **AND** LD body found in splenic/bone marrow aspirate/ PCR positive

RfKA: History of treatment for two relapses of Kala-azar **AND** Reappearance of symptoms and signs of KA after 6 months of the end of treatment **AND** LD body found in splenic/bone marrow aspirate/ PCR positive

PKDL: History of previous kala-azar, **AND/OR** History of living in the kala-azar endemic area, **AND** Skin manifestation with hypo-pigmented macule, papule and or nodule with intact sensation with exclusion of other causes of skin disease: leprosy, vitiligo, pityriasis, ringworm, arsenicosis **AND** rK39 positive/demonstration of parasite by skin-snip smear/ skin biopsy for histopathology/PCR from tissue sample

Relapse PKDL: PKDL patient declared cured at 12 months of the end of treatment **AND** Reappearance of new skin lesions at anytime after 24 months of the end of treatment **AND** rK39 RDT positive and/or demonstration of parasite by skin-snip smear/ skin biopsy for histopathology/PCR from tissue sample

Cutaneous Leishmaniasis (CL): H/O residing in or travelling to CL endemic areas (Middle East, South America, Africa etc.) **AND** Skin ulcers (single or multiple) **AND** Demonstration of parasites from the lesion by snip-skin smear/skin biopsy for microscopy/ histopathology or PCR from tissue sample(s)

Para Kala-azar Dermal Leishmaniasis (Para-KDL): Patient fulfilling clinical criteria for both visceral leishmaniasis (PKA, KATF or RKA) and PKDL separately **AND** Parasitological confirmation by demonstration of parasites from splenic/bone marrow aspirate/buffy coat of blood through microscopy, histopathology and/or PCR **AND** Demonstration of parasite by snip-skin smear/ skin biopsy for histopathology/PCR from tissue sample.

4. Patient's information (Before treatment)

রোগীর তথ্য (চিকিৎসা শুরু পূর্বে)

Disease history (রোগের ইতিহাস)		
01.	Patient Registration no in Hospital (হাসপাতালে রোগীর নিবন্ধন নম্বর)	
02.	Admission date (ভর্তির তারিখ)	_____/_____/_____ YYYY MM DD
03.	Referred by (কার পরামর্শে চিকিৎসা নিতে এসেছেন)	1. Self (নিজে) 2. Family Member (পরিবারের সদস্যের মাধ্যমে) 3. NGO worker (এন জি ও কর্মীর মাধ্যমে) 4. Health Inspector / Health Assistant /AHI/ FWA/FWF/FWV (স্বাস্থ্য পরিদর্শক/ স্বাস্থ্য কর্মী/ সহকারী স্বাস্থ্য পরিদর্শক ইত্যাদি) 5. Private Practitioner (বেসরকারী চিকিৎসক) 6. Village Doctor (পল্লী চিকিৎসক) 7. Govt Doctor (সরকারী ডাক্তার) 8. Media (গণমাধ্যম) 9. Another patient 10. Others (অন্যান্য)
04.	Source of Media (যদি মিডিয়ার মাধ্যম হয় তার উৎস কি?)	1. TV 2. Radio 3. Social Media/Internet 4. Leaflet/Poster/Banner
05.	Referred By other, Please Mention (অন্য মাধ্যম হলে, দয়া করে সেটি উল্লেখ করুন)	
Symptom and sign (রোগীর লক্ষণ ও চিহ্ন)		
06.	Weight loss (ওজন হ্রাস)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
07.	Nausea (বমি বমি ভাব)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
08.	Vomiting (বমি)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
09.	Pallor (ফ্যাকাশে ভাব)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
10.	Weakness (দুর্বলতা)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
Physical examination (শারীরিক পরীক্ষা)		
11.	Weight in kg (ওজন)	
12.	Height in cm (উচ্চতা)	
13.	Temperature (⁰ F) (তাপমাত্রা)	
14.	Pulse rate per minute (নাড়ির স্পন্দন/মিনিট)	
15.	Blood pressure in mmHg (রক্ত চাপ)	_____/_____ (Systolic) (Diastolic)
16.	Spleen size on palpation in cm (প্যালপেশনে প্লীহার আকার)	____ ____
17.	Liver size on palpation in cm (প্যালপেশনে যকৃৎের আকার)	____ ____
18.	Using contraceptive method (গর্ভনিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি ব্যবহার করেন কিনা?)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)

19.	Lactating (বুকের দুধ খাওয়াচ্ছেন কিনা?)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)				
Treatment (চিকিৎসা)						
20.	Treatment received (Mono/Combo) যে ধরনের চিকিৎসা গ্রহন করা হয়েছে	1. Mono Therapy 2. Combo Therapy				
21.	Drug received /যে ধরনের ঔষধ ব্যবহৃত হয়েছে					
22.	Drug Name (Select)	Liposomal Amphotericin B	Miltefosine	Paromomycin	Non-Liposomal Amphotericin B	Sodium Stibo Gluconate
23.	Trade name (বাণিজ্যিক নাম)					
24.	Drug dose (mg/kg or mg/kg/day) (ঔষধের মাত্রা)					
25.	Number of doses	Duration (Days)	Duration (Days)	Duration (Days)	Duration (Days)	Duration (Days)
a.	Date of dose 1					
b.	Date of dose 2					
c.	Date of dose 3					
d.	Date of dose 4					
e.	Date of dose 5					
f.	Cumulative dose					
26.	Drug start date (ঔষধ শুরু তারিখ)					
27.	Drug stop date (ঔষধ বন্ধের তারিখ)					
Secondary prophylaxis						
28.	Secondary prophylaxis	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)				
29.	Secondary prophylaxis: drug name					
30.	Secondary prophylaxis: dose (mg/kg)					
31.	Secondary prophylaxis: number of doses					
Other concomitant diseases / অন্যান্য রোগের নাম						
32.	Comorbidity (অন্যান্য রোগের নাম)					
33.	Treatment given for comorbidities (অন্যান্য রোগের জন্য যে চিকিৎসা দেওয়া হয়েছে)					

5. Patient's information (After treatment) রোগীর তথ্য (চিকিৎসার পর)		
01.	Was the treatment completed? (চিকিৎসা কি সম্পন্ন হয়েছে?)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
Symptom and sign (রোগীর লক্ষণ ও চিহ্ন)		
02.	Temperature in °F (তাপমাত্রা)	°F
03.	Pulse rate per minute (নাড়ির স্পন্দন/মিনিট)	per minute
04.	Anorexia (ক্ষুধামন্দা)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
05.	Anemia (রক্তশূন্যতা)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
06.	Weakness (দুর্বলতা)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
07.	Nausea (বমি বমি ভাব আছে কি)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
08.	Vomiting (বমি)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
09.	Spleen size on palpation in cm (প্যালপেশনে গ্লীহার আকার)	_ _ cm
Patient's status (রোগীর অবস্থা)		
10.	Outcome (রোগীর অবস্থা)	1. Improved & Discharge/Improved (উন্নতি হয়েছে এবং ছাড়পত্র দেয়া হয়েছে) 2. Discharge on request (DOR) (অনুরোধের প্রেক্ষিতে ছাড়পত্র দেয়া হয়েছে) 3. Discharge on risk bond (ঝুঁকি গ্রহণ করায় ছাড়পত্র দেয়া হয়েছে) 4. Not improved (উন্নতি হয়নি) 5. Absconded (পালিয়ে গেছে/ পলাতক) 6. Referred / Transferred (রেফার/ স্থানান্তরিত করা হয়েছে) 7. Expired/Died (মৃত্যু হয়েছে) 8. Discontinue 9. Defaulter
11.	If referred, referred to (যদি রেফার হয়ে থাকে, কোথায় রেফার করা হয়েছে?)	_____ (Health facility name/ স্বাস্থ্য কেন্দ্রের নাম)
12.	Cause of referral (রেফারেলের কারণ)	
13.	If the patient died, date of death (যদি রোগীর মৃত্যু হয়, মৃত্যুর তারিখ)	_____/_____/_____ YYYY MM DD
14.	Cause of death according to MCCOD (মৃত্যুর কারণ, MCCOD অনুযায়ী)	
15.	Date of discharge (রোগীকে ছাড়পত্র দেওয়ার তারিখ)	

6. Adverse Event following treatment (চিকিৎসার পর বিরূপ প্রতিক্রিয়ার তথ্যসমূহ)

Adverse event screening

01. Any AE following treatment 1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)

List of adverse events

Please tick the box(es), if yes (উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন)

Fever	<input type="checkbox"/>	Rigor	<input type="checkbox"/>	Retinal degeneration	<input type="checkbox"/>	Red eye	<input type="checkbox"/>
Chills	<input type="checkbox"/>	Malaise	<input type="checkbox"/>	Corneal opacity	<input type="checkbox"/>	Blur vision	<input type="checkbox"/>
Sweating	<input type="checkbox"/>	Facial Flushing	<input type="checkbox"/>	Tachycardia	<input type="checkbox"/>	Deep vein thrombosis	<input type="checkbox"/>
Rash	<input type="checkbox"/>	Vertigo	<input type="checkbox"/>	Musculoskeletal pain	<input type="checkbox"/>	Thrombocytopenia	<input type="checkbox"/>
Dyspnoea	<input type="checkbox"/>	Hypotension	<input type="checkbox"/>	Anaphylactoid reaction	<input type="checkbox"/>	Hypokalaemia	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	Dyspepsia	<input type="checkbox"/>	Hyponatraemia	<input type="checkbox"/>	Hypocalcaemia	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	Diarrhea	<input type="checkbox"/>	Hypomagnesaemia	<input type="checkbox"/>	Hyperglycaemia	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	Vomiting	<input type="checkbox"/>	Vasodilatation	<input type="checkbox"/>	Liver function test abnormal	<input type="checkbox"/>
Abdominal pain	<input type="checkbox"/>	Headache	<input type="checkbox"/>	Hyperbilirubinaemia	<input type="checkbox"/>	Increased creatinine	<input type="checkbox"/>
Back pain	<input type="checkbox"/>	Chest pain	<input type="checkbox"/>	Blood urea increased	<input type="checkbox"/>	Phlebitis	<input type="checkbox"/>
Arthralgia	<input type="checkbox"/>	Bronchospas m	<input type="checkbox"/>	Bradycardia	<input type="checkbox"/>	Death	<input type="checkbox"/>
Nephrotoxicity	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Others /Unexpected	<input type="checkbox"/>	Others	<input type="checkbox"/>

Type and description of ADR

02.	Type of ADR <i>Please tick the box(es), if yes.</i>	<input type="checkbox"/> Adverse drug reaction (ঔষধের বিরূপ প্রতিক্রিয়া) <input type="checkbox"/> Product quality problem (ঔষধের মানের ত্রুটি) <input type="checkbox"/> Medication error (ঔষধের ব্যবহারের ত্রুটি) <input type="checkbox"/> Other (অন্যান্য)
a.	Suspected Drug 1	
	i. Trade name	
	ii. Generic name	
	iii. Dose strength	
	iv. Dose unit	
	v. Dosage form	
	vi. Frequency	
	vii. Batch/Lot number	
	viii. Manufacturer	
b.	Suspected Drug 2	
	i. Trade name	

	ii. Generic name	
	iii. Dose strength	
	iv. Dose unit	
	v. Dosage form	
	vi. Frequency	
	vii. Batch/Lot number	
	viii. Manufacturer	
03.	Describe ADR, including relevant tests and laboratory results	
04.	Date and time of the	
	a. ADR started _____ (YYYY/MM/DD; HH:MM AM/PM)	b. ADR was reported _____ (YYYY/MM/DD; HH:MM AM/PM)
		c. ADR stopped _____ (YYYY/MM/DD; HH:MM AM/PM)
Treatment and action taken		
05.	Was the adverse event treated?	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
06.	Action taken after the Adverse Drug Reaction or Adverse Event	1. Dose stopped (ঔষধটি বন্ধ করা হয়েছিল) 2. Dose reduced (ঔষধটির মাত্রা কমানো হয়েছিল) 3. No action taken (কোন পদক্ষেপ গ্রহণ করা হয়নি)
07.	Did the reaction subside after stopping/reducing the dose of the suspected Product?	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না) 3. Not applicable (প্রযোজ্য নহে)
08.	Did the reaction appear after reintroducing the suspected product?	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না) 3. Not applicable (প্রযোজ্য নহে)
Seriousness and outcome		
09.	Seriousness of the adverse event	1. Not serious (অল্পগুরুত্ব সম্পন্ন) 2. Hospitalization or prolongation of hospitalization (হাসপাতালে ভর্তি বা দীর্ঘদিন হাসপাতালে ভর্তি থাকা) 3. Disability or permanent damage (অক্ষমতা বা স্থায়ী শারীরিক ক্ষতি) 4. Congenital anomaly/birth defect (জন্মগত ত্রুটি) 5. Life-threatening (আশংকাজনক অবস্থা) 6. Death (মৃত্যু)
10.	Outcomes of the adverse event:	1. Recovered (স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরে এসেছেন) 2. Recovered/resolved with sequel (স্বাভাবিক অবস্থা/স্বাভাবিক অবস্থার পথে) 3. Not recovered (স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরে আসেনি) 4. Unknown (অজানা) 5. Fatal (date of death (মৃত/মৃত্যুর তারিখ)

Medical history and conditions		
11.	Hypersensitivity	1. Yes (हॅा) 2. No (ना)
12.	Allergies (other than drug hypersensitivity)	1. Yes (हॅा) 2. No (ना)
13.	Hypertension	1. Yes (हॅा) 2. No (ना)
14.	Liver problems	1. Yes (हॅा) 2. No (ना)
15.	Kidney problems	1. Yes (हॅा) 2. No (ना)
16.	Smoking	1. Yes (हॅा) 2. No (ना)
17.	Alcohol	1. Yes (हॅा) 2. No (ना)
18.	Diabetes	1. Yes (हॅा) 2. No (ना)
19.	Other	1. Yes (हॅा) 2. No (ना)

Concomitant product information					
20.	If any use of concomitant drug			1. Yes 2. No	
If yes, drug information					
	Drug 1	Drug 2	Drug 3	Drug 4	
a.	Trade name				
b.	Generic name				
c.	Indication				
d.	Dosage form				
e.	Dose				
f.	Frequency				
g.	Date started				
h.	Date stopped				

Physician's Information		
21.	Name	
	BMDC No.	
	PDS code (For govt. physicians only)	
	Designation	
	Mobile Phone No.	
	Email	

7. Follow-up information (ফলোআপের তথ্য)		
1.	Patients ID at DHIS2 (DHIS2 এ রোগীর রেজিস্ট্রেশন নম্বর)	
2.	Patient's name (রোগীর নাম)	
3.	Nature of follow up (ফলোআপ এর ধরন)	1. Scheduled (নির্ধারিত) 2. Unscheduled (অনির্ধারিত)
4.	If scheduled follow up , follow up number (যদি নির্ধারিত ফলোআপ হয়ে থাকে তাহলে, ফলোআপ নম্বর)	1. 1 st follow up (After 15 days of treatment for Kala-azar/after completion of treatment for PKDL; কালাজ্বরের চিকিৎসার ১৫ দিন পর/PKDL এর চিকিৎসা সম্পন্ন হলে) 2. 2 nd follow up (After six months of treatment for Kala-azar/after one year of treatment for PKDL; (কালাজ্বরের চিকিৎসার ৬ মাস পর/PKDL এর চিকিৎসার ১ বছর পর) 3. 3 rd follow up (one month after treatment (কালাজ্বরের চিকিৎসার ১ বছর পর) 4. 4 th follow up (কালাজ্বরের চিকিৎসার ২ বছর পর) 5. 5 th follow up (কালাজ্বরের চিকিৎসার ৩ বছর পর)
5.	If follow up is done , follow up date (যদি ফলোআপ হয়ে থাকে, ফলোআপ এর তারিখ)	_____/_____/_____ YYYY MM DD
6.	If follow up is not done, reason (যদি ফলোআপ না হয়ে থাকে, তার কারণ)	1. Death (মৃত্যু) 2. Phone switched off (ফোন বন্ধ) 3. Did not attend (উপস্থিত হয়নি) 4. Not interested (আগ্রহী নয়) 5. Others, please specify (অন্যান্য, উল্লেখ করুন)
7.	If the patient died, date of death (রোগী মারা গেলে, মৃত্যুর তারিখ)	_____/_____/_____ YYYY MM DD
8.	If the patient died, cause of death identified through verbal autopsy (রোগী মারা গেলে মৃত্যুর কারণ, verbal autopsy অনুযায়ী)	1. Death due to VL 2. Death due to HIV 3. Death due to other disease 4. Death due to SAE (Iatrogenic) 5. Death due to non-medical condition (including accident) 6. Death due to unknown cause
Symptom and sign (রোগীর লক্ষণ ও চিহ্ন)		
9.	Fever for >2 weeks (২ সপ্তাহের বেশি জ্বর)	1. Yes 2. No
10.	Temperature in °F (তাপমাত্রা °F)	
11.	Nausea (বমি বমি ভাব)	1. Yes 2. No
12.	Vomiting (বমি)	1. Yes 2. No
13.	Pallor (ফ্যাকাশে ভাব)	1. Yes 2. No
14.	Weakness (দুর্বলতা)	1. Yes 2. No
15.	Any eye complication (red eye, blurred vision, corneal opacity, etc.)	1. Yes 2. No <i>If yes, please also fill in the AE form (6).</i>
16.	Skin lesion Present (ডুকে দাগ/গুটি আছে কিনা?)	1. Yes 2. No <i>If yes, please fill in the information below (17-22)</i>

17.	Type of skin lesion-Papule (ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Papule)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
18.	Type of skin lesion-Macule (ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Macule)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
19.	Type of skin lesion-Nodule (ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Nodule)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
20.	Type of skin lesion-Hypopigmented (ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Hypopigmented)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
21.	Type of skin lesion-Ulcer (ত্বকে দাগ বা গুটির ধরন-Ulcer)	<input type="checkbox"/> উত্তর হ্যাঁ হলে টিক দিন।
22.	If skin lesion present, duration of skin lesion- Month (যদি ত্বকে ক্ষত থাকে, তাহলে ত্বকের ক্ষতের সময়কাল -মাস)	_ _ _ _ Month(s) (মাস)
23.	Weight in kg (ওজন -কেজি)	
24.	Blood pressure (রক্ত চাপ)- Systolic	
25.	Blood pressure (রক্ত চাপ)- Diastolic	
26.	Pulse rate per minutes (নাড়ির স্পন্দন/ মিনিট)	_ _ _ _
27.	Spleen size on palpation in cm (প্যালপেশনে গ্লীহার আকার)	_ _ _ _
28.	Liver size on palpation in cm (প্যালপেশনে যকৃৎের আকার)	_ _ _ _
Laboratory test (পরীক্ষাগারে পরীক্ষা)		
29.	CBC Hemoglobin (সিবিসি হিমোগ্লোবিন) g/dl	
30.	CBC RBC Count (সিবিসি আরবিসি গণনা) cells/mcL	
31.	CBC WBC Count (সিবিসি ডাবলুবিসি গণনা) cells/mcL	
32.	CBC Platelet Count (সিবিসি প্লেটলেট গণনা) mcL	
33.	LD body found in bone marrow aspirate (বোন ম্যারো পরীক্ষায় এলডি বডি সনাক্ত হয়েছে কিনা)	1. Found (সনাক্ত হয়েছে) 2. Not found (সনাক্ত হয়নি) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
34.	LD body found in splenic aspirate (Splenic অ্যাসপিরেটে এ এলডি বডি সনাক্ত হয়েছে কিনা)	1. Found (সনাক্ত হয়েছে) 2. Not found (সনাক্ত হয়নি) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
35.	PCR test of blood sample (রক্তের নমুনার পিসিআর পরীক্ষার ফলাফল)	1. Positive (পজিটিভ) 2. Negative (নেগেটিভ) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
36.	LD body in histopathology of skin sample (Slit skin smear) (ত্বকের নমুনায় হিস্টোপ্যাথোলজিতে এলডি বডি সনাক্ত হয়েছে কিনা)	1. Found (সনাক্ত হয়েছে) 2. Not found (সনাক্ত হয়নি) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
37.	PCR test result of skin sample (ত্বকের নমুনার পিসিআর পরীক্ষার ফলাফল)	1. Positive (পজিটিভ) 2. Negative (নেগেটিভ) 3. Test not done (টেস্ট করা হয়নি)
38.	Other Test (অন্যান্য পরীক্ষা)	

Patient's status (রোগীর অবস্থা)		
39.	Any other complain (রোগীর অন্য কোন সমস্যা আছে কিনা)	1. Yes (হ্যাঁ) 2. No (না)
40.	If yes, treatment given for other complaints (অন্য রোগের জন্য কি চিকিৎসা দেওয়া হয়েছে)	
41.	Status for Kala-azar	1. Initial cure (During 1 st follow-up: After 15 days of treatment) 2. Final cure (During 2 nd follow-up: After 6 months of treatment) 3. Healthy status continues (After 12 months of treatment) 4. Not Improved (উন্নতি হয়নি) 5. Referred (রেফার করা হয়েছে) 6. Treatment failure (চিকিৎসায় ভাল হয়নি) 7. Relapse (পুনরায় রোগে আক্রান্ত বা রিলাপস) 8. PKDL developed (পিকেডিএল) 9. Death (মৃত্যু)
42.	Status for PKDL	1. Initial Cure (After end of treatment) 2. Final Cure (12 months after end of treatment) 3. Not improved

Physician's Information		
43.	Name	
	BMDC No.	
	PDS code (For govt. physicians only)	
	Designation	
	Mobile Phone No.	
	Email	