



## কালাজুর রোগীর নিবন্ধন এবং ফলোআপ ফর্ম

Sl. No	1. General Information (রোগীর সাধারণ তথ্য)	
1.	Name of health facility (উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স এর নাম)	
2.	Patient Registration no in Hospital (হাসপাতালের রেজিষ্টারে রোগীর রেজিস্ট্রেশন নং)	
3.	Patient's Serial no. (রোগীর সিরিয়াল নং)	
4.	Admission date (ভর্তির তারিখ)	
5.	Patients Unique ID (রোগীর রেজিস্ট্রেশন নং) Dist code (2 digit) Upazila Code (2 digits) Admission Month (2 digits) Admission Year (4 digits) Serial No (3 digits) = 13 digits	
6.	Full name (রোগীর পূর্ণ নাম)	
7.	Father's name / Husband's name (পিতার অথবা স্বামীর পূর্ণ নাম)	
8.	Guardian name (অভিভাবকের পূর্ণ নাম)	
9.	Date of birth (জন্ম তারিখ)	
10.	Age in Year (বয়স)	
11.	Gender (লিঙ্গ)	<input type="radio"/> Male (পুরুষ) <input type="radio"/> Female (মহিলা) <input type="radio"/> Third gender (হিজড়া)
12.	Marital Status (বৈবাহিক অবস্থা)	<input type="radio"/> Currently Married (বিবাহিত) <input type="radio"/> Separated (স্বামী স্ত্রী আলাদা) <input type="radio"/> Deserted (পরিত্যক্ত) <input type="radio"/> Divorced (তালকপ্রাপ্ত) <input type="radio"/> Widowed (বিধবা) <input type="radio"/> Never Married (অবিবাহিত)
13.	Weight in kg (ওজন)	
14.	Height in cm (উচ্চতা)	
15.	Contact number 1 (রোগীর মোবাইল নাম্বার)	
16.	Contact number 2 (যোগাযোগের জন্য অতিরিক্ত মোবাইল নাম্বার)	
17.	District (জেলার নাম)	
18.	Upazila (উপজেলার নাম)	
19.	Union (ইউনিয়নের নাম)	
20.	Mouza (মৌজার নাম)	
21.	Moholla/ Holding No./Para/Street No/Village (মহল্লা, হোল্ডিং নং, পাড়া, সড়ক নং, গ্রামের নাম)	
22.	House Hold Head Name (বাড়ির কর্তার নাম)	
23.	Referred by (কার পরামর্শে আপনি এখানে চিকিৎসা নিতে এসেছেন)	<input type="radio"/> Self (নিজে) <input type="radio"/> Family Member (পরিবারের সদস্যের মাধ্যমে) <input type="radio"/> NGO worker (এন জি ও কর্মীর মাধ্যমে) <input type="radio"/> Health Inspector / Health Assistant /AHI/ FWA/FWF/FWW (স্বাস্থ্য পরিদর্শক/ স্বাস্থ্য কর্মী/ সহকারী স্বাস্থ্য পরিদর্শক ইত্যাদি) <input type="radio"/> Private Practitioner (বেসরকারী চিকিৎসক) <input type="radio"/> Village Doctor (পল্লী চিকিৎসক) <input type="radio"/> Govt Doctor (সরকারী ডাক্তার) <input type="radio"/> Media (গণমাধ্যম) <input type="radio"/> Another patient <input type="radio"/> Others (অন্যান্য)
24.	Household longitude (বাড়ির অক্ষাংশ)	
25.	Household latitude (বাড়ির দ্রাঘিমাংশ)	

## 2. Patient's information (Before treatment) রোগীর তথ্য (চিকিৎসা শুরু পূর্বে)

### Disease History (রোগের ইতিহাস)

26.	Exposure to VL endemic area /Current living in Kala-azar endemic area (কালাজুর প্রবণ এলাকা কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)
27.	History of travelling in the Kala-azar endemic area (কালাজুর প্রবণ এলাকায় ভ্রমণ করার ইতিহাস আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)
28.	History of previous Kala-azar (পূর্বে কালাজুরের ইতিহাস আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)
29.	Treatment of Previous Kala-azar (কি ঔষধ দিয়ে চিকিৎসা নিয়েছিল)		

### Symptom & Sign (রোগের লক্ষণ ও চিহ্ন)

30.	Fever for 2 weeks or more (২ সপ্তাহের অধিক জ্বর আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)	
31.	Nausea (বমি বমি ভাব আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)	
32.	Vomiting (বমি হয়েছে কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)	
33.	Pallor (ফ্যাকাশে দেখাচ্ছে কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)	
34.	Weakness (দুর্বলতা ভাব আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)	
35.	Skin lesion (চামড়ায় দাগ/গুটি আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)	
36.	Type of skin lesion (চামড়ায় ছোপ ছোপ দাগ/গুটি কি ধরনের)	<input type="radio"/> Papule <input type="radio"/> Macule	<input type="radio"/> Nodule <input type="radio"/> Mixed	<input type="radio"/> Hypo pigmented
37.	Duration of skin lesion (In days) (কতদিন ধরে চামড়ায় ছোপ ছোপ দাগ/গুটি আছে)			
38.	Temperature (°C) (শরীরের তাপমাত্রা)			
39.	Pulse rate per minutes (মিনিটে নাড়ির স্পন্দন কতবার)			
40.	Blood pressure (রক্ত চাপ)	_____ / _____ (Systolic) (Diastolic)		
41.	Spleen size in cm (প্লীহার আকার)			
42.	Liver size in cm (যকৃৎ এর আকার)			

### Laboratory test (পরীক্ষাগারে পরীক্ষা)

43.	Hemoglobin in gm/dl (হিমোগ্লোবিন এর পরিমাণ)		
44.	rk39 test (আরকে ৩৯ টেস্ট এর ফলাফল)	<input type="radio"/> Positive (ধনাত্মক)	<input type="radio"/> Negative (ঋণাত্মক)
45.	Other test (অন্যান্য টেস্ট)		

### প্রযোজ্য হলে নিচের অংশগুলো পূরণ করুন

46.	Pregnancy test (গর্ভবতী কি না)	<input type="radio"/> Positive (হ্যাঁ/বোধক)	<input type="radio"/> Negative (নাবোধক)	<input type="radio"/> Not Applicable (প্রযোজ্য নহে)	<input type="radio"/> Not done (টেস্ট করা হয়নি)
47.	Using contraceptive method (কোন গর্ভনিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি ব্যবহার করেন কি)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)		
48.	Lactating (বুকের দুধ খাওয়াচ্ছেন কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ)	<input type="radio"/> No (না)		

### Diagnosis and treatment (রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা)

49.	Disease type (রোগের ধরণ)	<input type="radio"/> NKA <input type="radio"/> PKDL	<input type="radio"/> KATF <input type="radio"/> CL	<input type="radio"/> Relapse		
50.	Treatment received যে ধরণের চিকিৎসা দেয়া হয়েছে	<input type="radio"/> Mono Therapy (একক চিকিৎসা)		<input type="radio"/> Combo Therapy (সমন্বিত চিকিৎসা)		
51.	Drug received মেসকল ঔষধ ব্যবহৃত হয়েছে	<input type="checkbox"/> Liposomal Amphotericin B	<input type="checkbox"/> Miltefosine	<input type="checkbox"/> Paromomycin	<input type="checkbox"/> Non-Liposomal Amphotericin B	<input type="checkbox"/> Sodium Stibo Gluconate
	Trade name (ঔষধের বাণিজ্যিক নাম)					
	Drug dose (ঔষধের মাত্রা)	Single/Multi dose/Cumulative				
	Drug start date (ঔষধ শুরুর তারিখ)					
	Drug start time (ঔষধ শুরুর সময়)					
	Drug stop date (ঔষধ বন্ধের তারিখ)					
	Drug stop time (ঔষধ বন্ধের সময়)					

52.	Other disease (অন্যান্য রোগের নাম)	
53.	Treatment given for other disease (অন্যান্য রোগের জন্য যে চিকিৎসা দেয়া হয়েছে)	

### 3. Patient's information (After treatment/before discharge)

#### রোগীর তথ্য (চিকিৎসার পর/ স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে ছাড়ার আগে)

Symptom & Sign (রোগের লক্ষণ ও চিহ্ন)		
54.	Temperature in °C (শরীরের তাপমাত্রা)	
55.	Pulse rate per minutes (মিনিটে নাড়ির স্পন্দন কতবার)	
56.	Anorexia (ক্ষুধামন্দা)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
57.	Pallor (ফ্যাকাশে দেখাচ্ছে কি না)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
58.	Weakness (দুর্বলতা ভাব আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
59.	Nausea (বমি বমি ভাব আছে কি)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
60.	Vomiting (বমি হয়েছে কি না)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
Laboratory test (পরীক্ষাগারে পরীক্ষা)		
61.	Hemoglobin in gm/dl (হিমোগ্লোবিন এর পরিমাণ)	
62.	Blood (CBC)	
Status (রোগীর অবস্থা)		
63.	Status (রোগীর অবস্থা)	<input type="radio"/> Improved & Discharge (উন্নত হয়েছে এবং ছাড়পত্র দেয়া হয়েছে) <input type="radio"/> Discharge on request (DOR) (অনুরোধের প্রেক্ষিতে ছাড়পত্র দেয়া হয়েছে) <input type="radio"/> Discharge on risk bond (ঝুঁকি গ্রহণ করায় ছাড়পত্র দেয়া হয়েছে) <input type="radio"/> Absconded (পালিয়ে গেছে/ পলাতক) <input type="radio"/> Referred / Transferred (রেফার/ স্থানান্তরিত করা হয়েছে) <input type="radio"/> Expired/Died (মৃত্যু হয়েছে) <input type="radio"/> Discontinue <input type="radio"/> Defaulter <b>If Discontinue/Defaulter then, cause:</b>
64.	Date of discharge (রোগীকে ছাড়পত্র দেওয়ার তারিখ)	
Suspected Adverse Drug Reaction(ADR) Information (সন্দেহজনক ঔষধের পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার তথ্যসমূহ)		
65.	Suspected AE (সন্দেহজনক পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার আছে কিনা)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) / If no then skip to Q.73 ]
66.	<b>Type of ADR (পার্শ্বপ্রতিক্রিয়াটি কি ধরনের)</b> <input type="checkbox"/> Adverse drug reaction (ঔষধের পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া) <input type="checkbox"/> Product quality problem (ঔষধের মানের ত্রুটি) <input type="checkbox"/> Medication error (ঔষধের ব্যবহারের ত্রুটি) <input type="checkbox"/> Other: _____ অন্যান্য	<b>Suspected Drug (সন্দেহজনক ঔষধ)</b> Trade name _____ Generic name _____ (ঔষধের বাণিজ্যিক নাম) (ঔষধের জেনেরিক বা শ্রেণীগত নাম) Indication (রোগের নাম) _____ Dose [strength, unit] _____ Dosage form _____ (মাত্রা [পাওয়ারসহ]) (ঔষধটির ধরণ ও প্রয়োগ প্রক্রিয়া) Frequency _____ Batch/Lot number _____ (প্রয়োগ বা ব্যবহারের সংখ্যা) (ঔষধটির গায়ে মুদ্রিত ব্যাচ/লট নাম্বার) Manufacturer (ঔষধটির উৎপাদন বা প্রস্তুতকারী) _____
67.	Describe ADR including relevant tests and laboratory results (সংশ্লিষ্ট পরীক্ষা ও পরীক্ষাগার ফলাফলসহ ঘটনার বর্ণনা) :	
68.	Date & Time of the ADR started পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া শুরুর তারিখ ও সময় _____ (DD/MM/YYYY; HH:MM AM/PM)	Date & Time of the ADR was reported পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া লিপিবদ্ধ করার তারিখ ও সময় _____ (DD/MM/YYYY; HH:MM AM/PM)
		Date & Time of the ADR stopped পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া শেষ হওয়ার তারিখ ও সময় _____ (DD/MM/YYYY; HH:MM AM/PM)
69.	Was the adverse event treated? পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার কি চিকিৎসা হয়েছিল? <input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না)	

	If yes, please specify (যদি হয়ে থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে সুনির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করুন)	
70.	<p>Action taken after the Adverse Drug Reaction or Adverse Event ঔষধটির পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া বা প্রতিকূল অবস্থার পর কি ধরণের পদক্ষেপ গ্রহণ করা হয়েছিল-</p> <p><input type="radio"/> Dose stopped (ঔষধটি বন্ধ করা হয়েছিল)</p> <p><input type="radio"/> Dose reduced (ঔষধটির মাত্রা কমানো হয়েছিল)</p> <p><input type="radio"/> No action taken (কোন পদক্ষেপ গ্রহণ করা হয়নি)</p>	<p>Did reaction subside after stopping/reducing the dose of the suspected Product? (সন্দেহজনক ঔষধটি বন্ধ বা মাত্রা কমিয়ে আনার পর কি পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া কমে গিয়েছিল?)</p> <p><input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not applicable (প্রযোজ্য নহে)</p> <p>Did reaction appear after reintroducing the suspected product? (সন্দেহজনক ঔষধটি পুনরায় ব্যবহারের পর কি কোন পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া দেখা গিয়েছিল?)</p> <p><input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not applicable (প্রযোজ্য নহে)</p>
71.	<p>Seriousness of the adverse event: (পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার গুরুত্বতা)</p> <p><input type="radio"/> Not serious (অল্পগুরুত্ব সম্পন্ন)</p> <p><input type="radio"/> Hospitalization or prolongation of hospitalization (হাসপাতালে ভর্তি বা দীর্ঘদিন হাসপাতালে ভর্তি থাকা)</p> <p><input type="radio"/> Disability or permanent damage (অক্ষমতা বা স্থায়ী শারীরিক ক্ষতি)</p> <p><input type="radio"/> Congenital anomaly/birth defect (জন্মগত ত্রুটি)</p> <p><input type="radio"/> Life threatening (আশংকাজনক অবস্থা)</p> <p><input type="radio"/> Other serious (অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ অবস্থা)</p> <p><input type="radio"/> Death (মৃত্যু)</p>	<p>Outcomes of the adverse event:</p> <p><input type="radio"/> Recovered (স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরে এসেছেন)</p> <p><input type="radio"/> Recovered/resolved with sequel (স্বাভাবিক অবস্থা/স্বাভাবিক অবস্থার পথে)</p> <p><input type="radio"/> Not recovered (স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরে আসেনি)</p> <p><input type="radio"/> Unknown (অজানা)</p> <p><input type="radio"/> Fatal (date of death: _____) (মৃত/ মরণাপন্ন অবস্থা [মৃত্যুর তারিখ])</p>
72.	<p>Other relevant history (including pre-existing medical conditions, allergies, pregnancy, smoking, alcohol use, liver or kidney problems, hypersensitivity, history of ADRs, etc.): অন্যান্য প্রাসঙ্গিক তথ্য/ইতিহাস (যেমন চিকিৎসার কোন বিশেষ শর্ত, এলার্জি, গর্ভাবস্থা, এলকোহল ব্যবহার, লিভার বা কিডনি সমস্যা, অস্বাভাবিক সংবেদনশীলতা, ঔষধের পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার ইতিহাস ইত্যাদি।)</p>	

73.	Other concomitant product information (অন্য ব্যবহৃত ঔষধের তথ্য)				
	Drug 1 (ঔষধ ১)	Drug 2 (ঔষধ ২)	Drug 3 (ঔষধ ৩)	Drug 4 (ঔষধ ৪)	
	Trade name (বাণিজ্যিক নাম)				
	Generic name (শ্রেণীগত নাম)				
	Indication (রোগের ধরন)				
	Dosage form (ঔষধটির ধরণ)				
	Route (ঔষধ সেবনের পদ্ধতি)				
	Dose (ঔষধের মাত্রা)				
	Frequency (ঔষধের ব্যবহারের সংখ্যা)				
	Date started (শুরুর তারিখ)				
	Time started (শুরুর সময়)				
	Date stopped (বন্ধের তারিখ)				
	Time stopped (বন্ধের সময়)				

74.	<b>Reporter Information (প্রতিবেদক বা তথ্য লিপিবদ্ধকারীর তথ্য)</b>	
	Name (নাম) _____	Designation (পদবী) _____
	Email address (ইমেইল ঠিকানা) _____	
	Mobile phone (মোবাইল নাম্বার) _____	Land phone (ফোন নাম্বার) _____
	Signature (স্বাক্ষর) _____	Date of submission (জমাদানের তারিখ) _____

# List of Adverse Events

SL.No (ক্র.নং)	Name of the Adverse Event (সমস্যা/ উপসর্গের নাম)	Yes	No
1.	Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Chills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Rigor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Malaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Sweating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Facial Flushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Vertigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Dyspnoea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hypotension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Dyspepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Vomiting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Abdominal pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Chest pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Arthralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Allergic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Nephrotoxicity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Retinal degeneration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SL. No (ক্র.নং)	Name of the Adverse Event (সমস্যা/ উপসর্গের নাম)	Yes	No
26.	Bronchospasm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Tachycardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Musculoskeletal pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Thrombocytopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Anaphylactoid reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Hypokalaemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Hyponatraemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Hypocalcaemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Hypomagnesaemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Hyperglycaemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Vasodilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Liver function test abnormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Hyperbilirubinaemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Increased creatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Blood urea increased	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Pyrexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Phlebitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Bradycardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Others /Unexpected		
45.	Death	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5. Follow-up information (ফলোআপের তথ্য)		
75.	Patient ID (রোগীর নিবন্ধনের নাম্বার)	
76.	Follow-up no (কত তম ফলোআপ)	..... Follow up (e.g 1 <sup>st</sup> Follow up) Scheduled / Unscheduled
77.	Follow-up done? (রোগী ফলোআপ এ এসেছে কি না)	<input type="radio"/> Yes (হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না)
78.	If Yes, Follow-up type (ফলোআপের ধরন)	<input type="radio"/> Mobile based (মোবাইলের মাধ্যমে) <input type="radio"/> Patient visit (রোগীর ভিজিট)
79.	If No, then reason (যদি না হয়, কারণ)	<input type="radio"/> Death (মৃত্যু) <input type="radio"/> Phone switched off <input type="radio"/> Did not attend (উপস্থিত হয়নি) <input type="radio"/> Not interested (আগ্রহী নয়) <input type="radio"/> Others (অন্যান্য)
80.	Any comment (যে কোন মন্তব্য)	
81.	If Yes, Date / Date of communication (যদি হ্যাঁ হয়, তারিখ)	
82.	Follow-up for (কোন রোগের জন্য ফলোআপ)	<input type="radio"/> NKA <input type="radio"/> KATF <input type="radio"/> RELAPSE <input type="radio"/> PKDL <input type="radio"/> CL
Symptom & Sign		
83.	Fever for 2 weeks or more (২ সপ্তাহের অধিক সময় ধরে জ্বর)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
84.	Nausea (বমি বমি ভাব আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
85.	Vomiting (বমি হয়েছে কি না)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
86.	Pallor (ফ্যাকাশে দেখাচ্ছে কি না)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
87.	Weakness (দুর্বলতা ভাব আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
88.	Skin lesion (চামড়ায় ছোপ ছোপ/গুটি আছে কি না)	<input type="radio"/> Yes(হ্যাঁ) <input type="radio"/> No (না) <input type="radio"/> Not Mentioned (উল্লেখ্য নয়)
89.	Type of skin lesion চামড়ায় ছোপ/গুটির ধরণ	<input type="radio"/> Papule <input type="radio"/> Nodule <input type="radio"/> Hypo pigmented <input type="radio"/> Macule <input type="radio"/> Mixed
90.	Duration of skin lesion in days (কতদিন ধরে চামড়ায় ছোপ ছোপ দাগ/গুটি)	
91.	Temperature in °C (তাপমাত্রা)	
92.	Weight in kg (ওজন)	
93.	Blood pressure (রক্ত চাপ)	_____/_____ (Systolic) (Diastolic)
94.	Pulse rate per minutes (নাড়ির স্পন্দন (প্রতি মিনিটে))	
95.	Spleen size in cm (প্লীহার আকার)	
96.	Liver size in cm (যকৃৎ এর আকার)	
Laboratory test পরীক্ষাগারে পরীক্ষা		
97.	Hemoglobin (gm/dl) (হিমোগ্লোবিন)	
98.	Blood (CBC)	
99.	Other test (অন্যান্য টেস্ট)	
Status		
100.	Any other complain (রোগীর অন্য কোন সমস্যা আছে কিনা)	
101.	Treatment given for other complain (অন্য রোগের জন্য কি চিকিৎসা দেওয়া হয়েছে)	
102.	Status (রোগীর অবস্থা)	<input type="radio"/> Initial cure (After 1 month Follow up) <input type="radio"/> Final cure (After 6 month Follow up) <input type="radio"/> Healthy status continue (After 12 month Follow up) <input type="radio"/> Not Improved (উন্নতি হয় নাই) <input type="radio"/> Referred (রেফার করা হয়েছে) <input type="radio"/> Treatment failure (চিকিৎসায় ভাল হয়নি) <input type="radio"/> Relapse (পুনরায় রোগে আক্রান্ত বা রিলাপস) <input type="radio"/> PKDL (পিকেডিএল) <input type="radio"/> Death (মৃত্যু) <b>For PKDL:</b> <input type="radio"/> Partial Cure (Score: ) <input type="radio"/> Complete Cure
103.	Previous patient ID if NKA to Relapse/PKDL/KATF	
104.	Drug used for treatment given in the follow up (চিকিৎসায় ব্যবহৃত ঔষধ)	<input type="checkbox"/> Liposomal Amphotericin B <input type="checkbox"/> Miltefosine <input type="checkbox"/> Paromomycin <input type="checkbox"/> Amphotericin B Deoxycolate <input type="checkbox"/> Sodium stibogluconate (SSG)
Reporter Information (প্রতিবেদক বা তথ্য লিপিবদ্ধকারীর তথ্য)		
105.	Name (প্রতিবেদকের নাম) _____	Designation(পদবী) _____
	Mobile phone (মোবাইল নাম্বার) _____	Land phone(টেলিফোন নাম্বার) _____
	Signature (স্বাক্ষর) _____	Date of submission(জমাদানের তারিখ) _____