

 **Filling of all fields is compulsory**

Hospital ..... MR # ..... Unit: ..... Date: .....

Name ..... s/o d/o w/o ..... Age & Sex: .....

NIC # ..... Profession .....

Home Address ..... Contact # .....

Workplace Address ..... Contact # .....

**Essential Criterion**   **Fever > 2 and < 10 days**

**Associated symptoms**

<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Rash
<input type="checkbox"/> Retro orbital pain	<input type="checkbox"/> Bleeding manifestations (epistaxis, gum bleed, bloody stools, hematemesis, hemoptysis, menorrhagia, hematuria)
<input type="checkbox"/> Myalgia	<input type="checkbox"/> Severe abdominal pain
<input type="checkbox"/> Arthralgia/ severe backache/ bone pains	<input type="checkbox"/> Decreased urinary output despite adequate fluid intake
<input type="checkbox"/> Irritability in infants	

**Presence of any 2 associated symptoms in addition to fever**

**Declared Suspected Case**

**Record vitals; Temperature: \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ PP: \_\_\_\_\_**  
**Request CBC & Look for presence of any Warning Signs**

DoF	HCT	WBC	Platelet
D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**WBC < 4000**  
+  
**Platelet < 100000**  
or  
Falling on any occasion

- Warning Signs (one or more)**
- No clinical improvement / worsening clinical parameters
  - Persistent vomiting
  - Severe abdominal pain
  - Lethargy and or restlessness
  - Giddiness
  - Pale cold clammy extremities
  - Bleeding: epistaxis, gum bleed, bloody stools, hematemesis, hemoptysis, menorrhagia, hematuria
  - HCT < 30% or > 55%
  - Pulse Pressure < 25mmHg
  - Less / no urine output for 4 - 6 hours

**Declared Probable Case**

**Admit Patient & fill Reporting Form R**

\* If Admission is not indicated, explain warning signs and advise treatment and followup.

Name, Signature and Date

PTO

## 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  $\geq$  5 days after onset of symptoms

OR

$\geq$  4 - fold rise in titre of IgG in paired acute and convalescent serum sample

**Declared confirmed case**



**For confirmed cases fill in Dengue Case Report Form & report to dengue desk for change of status from suspected to confirmed case**

### ڈینگی بخار کے متعلق ہدایات

1. مریض کے گھر والے دن میں تین مرتبہ مچھر بھگاؤ لوشن کا استعمال کریں۔
2. اپنے آپ کو مچھر کے کاٹنے سے بچائیں۔
3. پانی اور نمکول ڈاکٹر کی ہدایت کے مطابق استعمال کریں۔
4. بخار کی صورت میں Paracetamol کی ایک یا دو گولیاں چار گھنٹے بعد (حسب ضرورت) چوبیس گھنٹے میں چھ سے زیادہ گولیاں نہ لیں۔
5. تیز بخار کی صورت میں نلکے کے پانی کی پٹیاں کریں۔
6. Ibuprofen, Disprin اور درد کی دیگر ادویات سے پرہیز کریں۔
7. ہر 24 گھنٹے بعد CBC with Platelet Count کا ٹیسٹ کروا کر قریبی ڈاکٹر کو چیک کروائیں۔
8. لال رنگ کے مشروبات سے گریز کریں۔

### خطرے کی علامات

مندرجہ ذیل میں کسی بھی علامت کی موجودگی میں فوراً (15 منٹ کے اندر) ہسپتال کی ایمرجنسی میں رجوع کریں۔

1. بخار اترنے کے باوجود طبیعت کا بحال نہ ہونا یا پہلے سے بگڑ جانا۔
2. پیٹ میں شدید درد۔
3. مسلسل قے یا متلی کی کیفیت۔
4. طبیعت میں بے چینی، گھبراہٹ یا سستی۔
5. ناک، مسوڑھے، کھانسی، الٹی، پچھانے یا پیشاب کے ساتھ خون یا معمول سے زیادہ یا پہلے ماہواری۔
6. چکر آنا یا آنکھوں کے آگے اندھیرا آنا۔
7. ہاتھ پیر کا ٹھنڈا ہو جانا۔
8. مناسب مقدار میں پانی پینے کے باوجود پیشاب میں کمی۔