

Form 9
फारम 9

Case Investigation Report
केस अध्ययन

Date of investigation सर्वेक्षण मिति र समय	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: वर्ष महिना गते समय	Name of investigation organization सर्वेक्षण संगठनको नाम	
Name of investigator सर्वेक्षण व्यक्तिको नाम		Contact number of Investigator सर्वेक्षण व्यक्तिको सम्पर्क नः	
Reporting medical institution चिकित्सा संस्थानहरू रिपोर्ट		Date of report रिपोर्ट मिति	____/____/____(YYYY/MM/DD) वर्ष महिना गते
		Contact number of reporting medical institution रिपोर्ट गर्न चिकित्सा संस्था सम्पर्क जानकारी	

1. Personal Information
व्यक्तिगत जानकारी

☐
Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank.
सर्वेक्षण विषयको व्यक्तिगत जानकारी प्रविष्ट गर्नुहोस्, जहाँ लागू हुन्छ ✓ चिन्ह लगाउनुहोस् वा उपयुक्त क्षेत्रहरू भर्नुहोस्।

1.1 Name नाम		1.2 Nationality (based on the passport) राष्ट्रियता (पासपोर्टमा)	
1.3 Date of birth जन्म मिति	(For foreign nationals, enter passport number)	1.4 Gender and age लिंग र उमेर	<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female (Age) <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला (अन्तर्राष्ट्रिय उमेरः

	(विदेशीहरुको पासपोर्ट नम्बर))
1.5 Occupation पेशा		1.6 Contact number सम्पर्क नः (आफ्नो)	
1.7 कार्यस्थलको नाम (स्कूलको नाम)		1.8 Contact number (guardian) सम्पर्क नः (संरक्षक)	
1.9 Address ठेगाना	Address (as shown on the resident registration card): निवासी दर्ता ठेगाना: <hr/> Current address: वास्तविक निवास ठेगाना:		

2. Current illness क्लिनिकल लक्षणहरू		Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation सान्दर्भिक क्लिनिकल लक्षणहरू र संकेतहरू सुरुदेखि सर्वेक्षणको समयसम्म ✓ चिन्ह लगाउनुहोस् वा उपयुक्त क्षेत्रहरू भर्नुहोस्।
2.1 Initial symptoms and date of onset पहिलो लक्षणको मिति /प्रकार	Onset Date of initial symptoms: ____/____/____(YYYY/MM/DD) / symptoms : लक्षण मिति: वर्ष महिना गते/ प्रकार:	
2.2 Current signs and symptoms (Choose all relevant condition) हालको लक्षण र संकेतहरू (लागू हुने सबैमा चिन्ह <input checked="" type="checkbox"/> ल गाउनुहोस्)	<input type="checkbox"/> General symptoms शरीरभरि लक्षणहरू	<input type="checkbox"/> Fever(°C) <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Sweats <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy (<input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Other) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Back pain <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> ज्वरो (°C) <input type="checkbox"/> पसिना <input type="checkbox"/> घाँटी दुख्ने <input type="checkbox"/> चिसो <input type="checkbox"/> खोकी <input type="checkbox"/> लिम्फाडेनोप्याथी सिन्ड्रोम (<input type="checkbox"/> घाँटी <input type="checkbox"/> अर्म्पिट <input type="checkbox"/> ग्रोइन)

			टाउको दुख्ने <input type="checkbox"/> मांशपेशी दुख्ने <input type="checkbox"/> ढाड दुख्ने <input type="checkbox"/> अस्थेनिया (कमजोरी) <input type="checkbox"/> थकान चिलाउने <input type="checkbox"/> केराटाइटिस <input type="checkbox"/> वान्ता/वाकवाकी <input type="checkbox"/> अन्य()
	<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) छालाको घाउ (दाना)	Date & Time मिति र समय	Onset of symptom : __/__/__(YYYY/MM/DD) Time: पहिलो घटनाको मिति: वर्ष महिना गते
		Stage प्रकार	<input type="checkbox"/> Macules <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Scabs <input type="checkbox"/> ब्लोच <input type="checkbox"/> पापुल <input type="checkbox"/> छाला <input type="checkbox"/> पोस्ट्युल <input type="checkbox"/> स्केब
		Area लक्षण साइट	<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Trunk <input type="checkbox"/> Limbs <input type="checkbox"/> Palms of hands <input type="checkbox"/> Soles of the feet <input type="checkbox"/> genitals <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> अनुहार <input type="checkbox"/> शरीर <input type="checkbox"/> अंग <input type="checkbox"/> हत्केला <input type="checkbox"/> तलहरू <input type="checkbox"/> पेरिजेनितल क्षेत्र <input type="checkbox"/> पेरियनल क्षेत्र <input type="checkbox"/> अन्य()
		first area of lesion: (), area spread () पहिलो सुरुभयको ठाँउ() ~ फैलिएको क्षेत्र ()	
	Characteristic लक्षण	<input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound. <input type="checkbox"/> छालाको घाउले गर्दा हुने दुखाइ <input type="checkbox"/> छालाको घाउका कारण चिलाउने <input type="checkbox"/> शरीरमा एउटै ठाउँमा दागहरू आकार र प्रगतिमा समान छन्। (जस्तै, अनुहारमा पस्टुल्स, खुट्टामा छाला) <input type="checkbox"/> स्पष्ट सीमा भएको खाली आकार जस्तो नाभि	

		<input type="checkbox"/> हेमरेजिक छालाको घाउ		
2.3 Description of symptoms in order लक्षण घटना अनुक्रम को विवरण	① Symptom (), Date of onset () ② Symptom (), Date of onset () ③ Symptom (), Date of onset () ① लक्षणहरू (), देखा परेको मिति () ② लक्षणहरू (), देखा परेको मिति () ③ लक्षणहरू (), देखा परेको मिति ()			
2.4 Medication history (within the past 6 months) पछिल्लो 6 महिना भित्र लागू औषध प्रयोगको रेकर्ड	○ Yes (Name of medication: Start/End Date : (Reasons for taking the medication:) ○ No <input type="checkbox"/> हो (<input type="checkbox"/> औषधिको नाम: प्रयोग मिति: कारण:) <input type="checkbox"/> होइन			
2.5 Case status/ Record of visit to medical institution (within the past 3 weeks) बिरामीको अवस्था/चिकित्सा संस्थाको प्रयोगको रेकर्ड (पछिल्लो ३ हप्ता भित्र)	2.5.1 Case status बिरामीको अवस्था	○ Alive ○ Died the following questions should only be asked if the case reports 'Died'. <input type="checkbox"/> जीवित ○ मृत the following questions should only be asked if the case reports 'Died'.		
	Date of death: ____/____/____ (YYYY/MM/DD) मृत्यु मिति: वर्ष महिना गते		Place of Death : ○ Medical institution ○ Place of residence ○ Other () मृत्यु स्थान: <input type="checkbox"/> चिकित्सा संस्था ○ घर ○ अन्य ()	
	2.5.2 Visit to medical institution चिकित्सा संस्थाको प्रयोग रेकर्डहरू	○ Yes ○ No the following questions should only be asked if the case reports 'yes' <input type="checkbox"/> होइन ○ हो the following questions should only be asked if the case reports 'yes'		
Type of visit(+) भ्रमणको प्रकार (+)		Name of medical institution चिकित्सा संस्थानहरूको नाम	Date/Period मिति/अवधि	ICU Admission आ ईसीयू भर्ना

	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient <input type="checkbox"/> आउट पेशेन्ट <input type="checkbox"/> आकस्मिक कक्ष <input type="checkbox"/> भर्ना		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="radio"/> होइन
	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient <input type="checkbox"/> आउट पेशेन्ट <input type="checkbox"/> आकस्मिक कक्ष <input type="checkbox"/> भर्ना		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="radio"/> होइन
2.6 History of smallpox vaccination पोक्स खोप रेकर्ड	<input type="radio"/> Yes (<input type="checkbox"/> Date of vaccination: _____) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="checkbox"/> हो (<input type="checkbox"/> खोपको वर्ष: _____) <input type="checkbox"/> होइन <input type="radio"/> थाहा छैन			
2.7 Underlying diseases अन्तर्निहित रोग	<input type="radio"/> Yes (<input type="checkbox"/> Specify: _____) <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो (<input type="checkbox"/> रोगको नाम: _____) <input type="checkbox"/> होइन			
2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) इम्युनोडेफिशियन्सी रोग	<input type="radio"/> Yes (Date of initial diagnosis: __/__/__(YYYY/MM/DD), name of disorder: _____) <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Unknown <input type="checkbox"/> हो (प्रारम्भिक निदानको मिति: वर्ष महिना गते समय रोगको नाम: _____) <input type="checkbox"/> होइन <input type="radio"/> थाहा छैन			
2.9 Pregnancy status गर्भावस्था	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (If yes, gestational age: _____ weeks / Estimated date of delivery: ____/____/__(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> हो (गर्भावस्थाका हप्ताहरू: _____) (डेलिभरी मिति: वर्ष महिना गते समय) <input type="checkbox"/> होइन			
2.10 Differential diagnosis अन्य	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) बहिष्कार द्वारा निदान (भेरिसेला, दादुरा, खुजली, सिफलिस, मलेरिया, आदि)			

	(यदि तपाईंसँग माथिको बाहेक अन्य चिकित्सा अवस्थाहरू (वा बाँदर पोक्स बाहेक अन्य शंकास्पद निदान) छ भने, कृपया थप वर्णन गर्नुहोस्)				
3. Travel history विदेश भ्रमण रेकर्डहरू	<p>☑ Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset</p> <p>यदि तपाईंले लक्षणहरू देखा पर्नु अघि 21 दिन भित्र विदेश भ्रमण गर्नुभएको छ भने, लागू हुने ठाउँमा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुहोस् वा उपयुक्त फिल्डहरू भर्नुहोस्।</p>				
3.1 Travel history (within the past 21 days) विदेश भ्रमण रेकर्ड	<p><input type="checkbox"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history)</p> <p><input type="checkbox"/> None (Move to Section 4. Risk Exposure)</p> <p><input type="checkbox"/> हो (कृपया तलको विदेश भ्रमण रेकर्डहरूको विवरण जाँच गर्नुहोस्।) <input type="checkbox"/> होइन (4. <input type="checkbox"/> जोखिम कारक एक्सपोजर मा प्रश्नहरूमा जानुहोस्)</p>				
3.2 Immigration information (to and from South Korea) कोरिया प्रवेश बारे जानकारी	Date of Departure (from South Korea) प्रस्थान मिति	<p>____/____/____(YYYY/MM/DD)</p> <p>वर्ष महिना गते</p>			
	Date of Arrival (To South Korea) प्रवेश मिति र समय	<p>____/____/____(YYYY/MM/DD) Time</p> <p>वर्ष महिना गते समय</p>			
	Modes of transport प्रवेश को साधन	<p><input type="checkbox"/> Air (Flight number: Airline: Seat number:)</p> <p><input type="checkbox"/> Vessel/ship (Ship number: Name of company:)</p> <p>Location where most time you remained:)</p> <p><input type="checkbox"/> विमान (उडानको नाम: एयरलाइन नाम: सिट नम्बर: <input type="checkbox"/> जहाज (जहाजको नाम: शिपिंग लाइन नाम: प्रयोगको मुख्य स्थानहरू:)</p>			
3.3 Visited Countries or cities /period of visit भ्रमण गरिएको देश र क्षेत्रको नाम र अवधि	Countries भ्रमण गरिएका देशहरूको नाम	Cities भ्रमण गरिएका सहरहरूको नाम	Date अवधि	Airport transit एयरपोर्टहरू मार्फत	Was it monkeypox endemic or non-endemic county? जोखिम / हुने क्षेत्र

			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
3.4 Accompanying persons भ्रमणको प्रकार	◦ Solo travel/visit ◦ Accompanying two or more persons (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:) भ्रमण गर्ने ◦ दुई वा बढी व्यक्तिहरू (परिवार, सहकर्मी, आदि; साथीहरूको संख्या:)) <input type="radio"/> एकलै भ्रमण गर्ने				
3.5 Purpose of Visit भ्रमणको उद्देश्य	<input type="radio"/> Fellowship/social/hobbies <input type="radio"/> Travel/tourism <input type="radio"/> Business <input type="radio"/> Missionary activities <input type="radio"/> Medical volunteering and relief activities <input type="radio"/> Work/Residence <input type="radio"/> Other () <input type="checkbox"/> फेलोशिप/सामाजिक/सोख <input type="radio"/> यात्रा/पर्यटन <input type="radio"/> व्यवसाय/व्यवसाय यात्रा <input type="radio"/> मिसनरी गतिविधिहरू <input type="radio"/> चिकित्सा स्वयंसेवा र राहत गतिविधिहरू <input type="radio"/> काम/निवास <input type="radio"/> अन्य ()				

4. Risk Exposure जोखिम एक्सपोजर रेकर्डहरू	Choose any relevant history of risk exposure within 21 days prior to symptom onset लक्षणहरू सुरु हुनु अघि 21 दिन भित्र जोखिम एक्सपोजर रेकर्डमा चिन्ह लगाउनुहोस् वा आवश्यक फिल्डहरू भर्नुहोस्।	
4.1 History of contact with suspected or confirmed monkeypox case?	Do you have any known contact with suspected or confirmed monkeypox case? के तपाईंले कहिल्यै मन्की पोक्स भएको	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> थाहा छैन

ed बिरामीसँग भेटघाट	(शङ्कास्पद) बिरामीसँग भेटघाट गर्नुभएको छ?																	
4.2 Any known experience of risk environment वातावरणीय जोखिम	If yes, यदि हो भने,	Relationship : _____ Date and time of contact : _____ Location of contact: _____ Exposure setting : <input type="radio"/> household contact <input type="radio"/> a stay in the same place <input type="radio"/> physical contact <input type="radio"/> Other () सम्बन्ध: भेटभएको मिति: _____ भेटभएको स्थान: _____ प्रकार: <input type="radio"/> निवास/सँगै बस्ने <input type="radio"/> एउटै ठाउँमा बस्ने <input type="radio"/> शारीरिक सम्पर्क <input type="radio"/> अन्य ()																
4.3 Animal exposure पशु एक्सपोजर	Specify below तल वर्णन गर्नुहोस् <table border="1" data-bbox="373 963 1402 1724"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 963 971 1135">Details of exposure विवरणहरू</th> <th data-bbox="971 963 1163 1135">Place/area स्थान/क्षेत्र</th> <th data-bbox="1163 963 1402 1135">Date and time मिति र समय</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 1135 971 1308"> <input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> ठूला-स्तरको कार्यक्रमहरूमा सहभागिता </td> <td data-bbox="971 1135 1163 1308"></td> <td data-bbox="1163 1135 1402 1308"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1308 971 1449"> <input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> सम्बन्धित प्रयोगशालाहरूमा वा कामको सिलसिलामा </td> <td data-bbox="971 1308 1163 1449"></td> <td data-bbox="1163 1308 1402 1449"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1449 971 1588"> <input type="checkbox"/> Specimens handling (incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> प्रासंगिक नमूना स्थानान्तरण इतिहास </td> <td data-bbox="971 1449 1163 1588"></td> <td data-bbox="1163 1449 1402 1588"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1588 971 1724"> <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> अन्य () </td> <td data-bbox="971 1588 1163 1724"></td> <td data-bbox="1163 1588 1402 1724"></td> </tr> </tbody> </table>			Details of exposure विवरणहरू	Place/area स्थान/क्षेत्र	Date and time मिति र समय	<input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> ठूला-स्तरको कार्यक्रमहरूमा सहभागिता			<input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> सम्बन्धित प्रयोगशालाहरूमा वा कामको सिलसिलामा			<input type="checkbox"/> Specimens handling (incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> प्रासंगिक नमूना स्थानान्तरण इतिहास			<input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> अन्य ()		
Details of exposure विवरणहरू	Place/area स्थान/क्षेत्र	Date and time मिति र समय																
<input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> ठूला-स्तरको कार्यक्रमहरूमा सहभागिता																		
<input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> सम्बन्धित प्रयोगशालाहरूमा वा कामको सिलसिलामा																		
<input type="checkbox"/> Specimens handling (incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> प्रासंगिक नमूना स्थानान्तरण इतिहास																		
<input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> अन्य ()																		

	यदि 'हो' भने,	Animal (specific): _____ Date of contact: _____ Place of contact: _____ Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass <input type="checkbox"/> Wild animal जनावर (प्रजाति): भेटेको मिति र समय: भेटेका स्थान :: भेटेका प्रकार: <input type="checkbox"/> पालुवा जनावर (मुसाहरू, आदि) <input type="checkbox"/> जंगली जनावरको शव <input type="checkbox"/> जंगली जनावरहरू <input type="checkbox"/> अन्य()	
4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks) यौन सम्पर्क (पछिल्लो 3 हप्ता भित्र)	Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset? के तपाईंले लक्षणहरू देखा पर्नु अघि 21 दिन भित्र यौन सम्बन्ध राख्नुभएको छ?		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Refuse to respond <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> थाहा छैन <input type="radio"/> प्रतिक्रिया दिन अस्वीकार
	If yes, यदि 'हो' भने,	Number of partners : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more <input type="radio"/> Refuse to respond Relationship with partner(s): <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Acquaintances <input type="radio"/> by chance <input type="radio"/> Refuse to respond यौन साझेदारहरूको संख्या: <input type="radio"/> 1 व्यक्ति <input type="radio"/> 2 वा बढी <input type="radio"/> प्रतिक्रिया दिन अस्वीकार यौन साझेदारहरु संग सम्बन्ध: <input type="radio"/> पति/पत्नी <input type="radio"/> परिचितहरू <input type="radio"/> आकस्मिक सम्बन्धहरू <input type="radio"/> प्रतिक्रिया दिन अस्वीकार	
4.5 Blood transfusion donation history रक्तदान	Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No के तपाईंले लक्षणहरू देखा पर्नु अघि 21 दिन भित्र रक्तदान वा ट्रान्सफ्युज गर्नुभएको छ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन		
	If yes, यदि 'हो' भने,	<div> <input type="checkbox"/> Donated Place: _____ Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD) </div> <div> <input type="checkbox"/> Received Place: _____ Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD) </div> <div> <input type="checkbox"/> रक्तदान गते समय स्थान: _____ मिति: वर्ष महिना </div> <div> <input type="checkbox"/> रगत चढाउने स्थान: _____ मिति: वर्ष महिना </div>	

		गते समय				
4.6 Other suspected exposures अन्य संदिग्ध संक्रमणको स्रोतहरूमा एक्सपोजर	यदि त्यहाँ संक्रमणको अन्य स्रोतहरू छन् जुन प्रतिवादीले शंका गर्छ भने, कृपया तल वर्णन गर्नुहोस्					
Case classification and Management 5. केस वर्गीकरण र उपचार	Choose or fill out any relevant items चिन्ह लगाउनुहोस् ✓ जहाँ लागू हुन्छ वा सम्बन्धित क्षेत्रहरू भर्नुहोस्					
5.1 Date of notification received प्रतिवेदन प्राप्तिको मिति र समय	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: वर्ष महिना गते समय					
5.2 Outcome of case classification केस वर्गीकरण परिणामहरू	Epidemiological links महामारी विज्ञान प्रासंगिकता	<input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) <input type="radio"/> हो (प्रकोप क्षेत्रको भ्रमण गरियो र जोखिमको जोखिम पुष्टि भयो, आदि) <input type="radio"/> होइन (प्रकोप क्षेत्र, आदि भ्रमण नगरिएको)				
	Clinical signs and symptoms क्लिनिकल लक्षण र लक्षण	<input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition <input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions <input type="radio"/> केस परिभाषा संग अनुरूप <input type="radio"/> केस परिभाषा संग असंगत				
	Outcome of case classification केस वर्गीकरण परिणाम	<input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a case <input type="radio"/> डाक्टरको बिरामी <input type="radio"/> लागू नहुने केस				
< Note on case classification केस वर्गीकरण मा सन्दर्भ>	<table border="1"> <tr> <td>Classification वर्गीकरण</td> <td>Monkeypox clinical signs and symptoms मन्की पोक्सको क्लिनिकल लक्षण र लक्षणहरू</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Classification वर्गीकरण	Monkeypox clinical signs and symptoms मन्की पोक्सको क्लिनिकल लक्षण र लक्षणहरू		
Classification वर्गीकरण	Monkeypox clinical signs and symptoms मन्की पोक्सको क्लिनिकल लक्षण र लक्षणहरू					

Admitted in the isolated ward and subject to testing ★ अस्पतालमा आइसोलेसन परीक्षणको विषय			Meet clinical criteria अनुरूपता	Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) गैर-अनुरूपता (गैर-विशिष्ट लक्षणहरू)
	Epidemiological links (Risk level) महामारी विज्ञान प्रासंगिकता (जोखिम स्तर)	Presence हो	Suspected case डाक्टर बिरामी	Not applicable लागू हुँदैन
		Absence होइन	Not applicable लागू हुँदैन	Not applicable लागू हुँदैन

☐ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis.

इपिडिमियोलोजिक सान्दर्भिकता नभए पनि, संक्रामक रोगका चिकित्सक, प्रोक्टोलोजिस्ट, युरोलोजिस्ट र छाला विशेषज्ञद्वारा उपचार गर्दा मन्की पोक्स भएको शंका लागेमा, यसलाई अनुसन्धानको रूपमा वर्गीकृत गर्न सकिन्छ। तर, यस अवस्थामा नगरपालिका र क्षेत्रीय प्रतिक्रिया केन्द्रको इपिडिमियोलोजिक अनुसन्धान टोलीले गरेको केस स्टडी रिपोर्टमा इपिडिमियोलोजिक सान्दर्भिकता र अनुसन्धान सामग्रीहरू बीच बहिष्करण निदान पुनः पुष्टि गर्न आवश्यक छ।

5.3 Patient transfer बिरामी स्थानान्तरण	Patient transfer ढुवानी गर्ने कि	<input type="radio"/> Transfer <input type="radio"/> NOT necessary (because the medical institution has isolation bed units)) <input type="radio"/> NOT eligible(not a case) <input type="checkbox"/> यातायात <input type="radio"/> गैर-आवश्यक (क्वारेन्टाइन बेड भएका चिकित्सा संस्थाहरू) <input type="checkbox"/> लागू हुँदैन
	Means of transport यातायातको साधन	<input type="radio"/> Public Health Center <input type="radio"/> Quarantine Station <input type="radio"/> 119 Ambulance <input type="radio"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र <input type="radio"/> क्वारेन्टाइन स्टेशन <input type="radio"/> ११९ एम्बुलेन्स <input type="radio"/> अन्य: _____

5.4 Quarantine अस्पताल मा आइसोलेसन	Location of isolation क्वारेन्टाइन ठाउँ	<input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds <input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals <input type="radio"/> Other (specify: _____) <input type="radio"/> सरकारले तोकेको इनप्यान्ट उपचार बेड <input type="radio"/> सामान्य अस्पतालमा नेगेटिभ प्रेसर बेड <input type="radio"/> अन्य ()
	Name of Medical Institution चिकित्सा संस्था नाम	
	Start date of Isolation क्वारेन्टाइन सुरु हुने मिति	_____/____/____(YYYY/MM/DD) Time वर्ष महिना गते समय

6. Laboratory test प्रयोगशाला परीक्षण	Choose any relevant items below चिन्ह लगाउनुहोस् ✓ जहाँ लागू हुन्छ वा सम्बन्धित क्षेत्रहरू भर्नुहोस्
---------------------------------------	---

6.1 Diagnostic tests परीक्षणको आचरण	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> परीक्षण गरिएको <input type="checkbox"/> परीक्षण गरिएको छैन			
	Sample (+)नमूना(+)	Date of specimen collected (YYYY/MM/DD)नमूना संकलन मिति	Name of agency conducting laboratory test परीक्षण संस्थाहरू	Test result परीक्षण परिणाम र प्रकारहरू
परीक्षणको प्रकार	<input type="radio"/> Skin lesion fluid <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> छालाको घाउ तरल पदार्थ <input type="radio"/> परीक्षण गरिएको छैन	_____/____/____ (YYYY/MM/DD) jif{ dlxgf ut]	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> कोरिया रोग नियन्त्रण र रोकथाम एजेन्सी	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> सकारात्मक <input type="radio"/> नकारात्मक

<input type="radio"/> Skin lesion tissue <input type="radio"/> Not performed d <input type="radio"/> छाला घाव तन्तु <input type="radio"/> परीक्षण गरिएको छैन	____/____/____ (YYYY/MM/DD) jif{ dlxgf ut]	<input type="radio"/> सार्वजनिक स्वास्थ्य र वातावरण अनुसन्धान संस्थान <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> कोरिया रोग नियन्त्रण र रोकथाम एजेन्सी <input type="radio"/> सार्वजनिक स्वास्थ्य र वातावरण अनुसन्धान संस्थान <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> कोरिया रोग नियन्त्रण र रोकथाम एजेन्सी <input type="radio"/> सार्वजनिक स्वास्थ्य र वातावरण अनुसन्धान संस्थान	<input type="radio"/> अनिश्चित <input type="radio"/> प्रगतिमा छ <input type="radio"/> अन्य () <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> सकारात्मक <input type="radio"/> नकारात्मक <input type="radio"/> अनिश्चित <input type="radio"/> प्रगतिमा छ <input type="radio"/> अन्य () <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> सकारात्मक <input type="radio"/> नकारात्मक <input type="radio"/> अनिश्चित
<input type="radio"/> Scab <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> स्केब <input type="radio"/> परीक्षण गरिएको छैन	____/____/____ (YYYY/MM/DD)jif{ dlxgf ut]	<input type="radio"/> सार्वजनिक स्वास्थ्य र वातावरण अनुसन्धान संस्थान	<input type="radio"/> अनिश्चित

			<div><div><input type="radio"/> प्रगतिमा छ</div><div><input type="radio"/>अन्य ()</div></div>
<div><div><div><input type="radio"/>Oropharyngeal smear</div><div><input type="radio"/>Not performed</div><div>ओरोफरिन्जियल स्मियर</div></div><div><input type="radio"/>परीक्षण गरिएको छैन</div></div>	<div><div><div>____/____/____</div><div>(YYYY/MM/DD)jif{</div><div>dlxgf ut</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency</div><div><input type="radio"/>Public Health and Environment Research Institute</div></div><div><div><input type="radio"/> कोरिया रोग नियन्त्रण र रोकथाम एजेन्सी</div><div><input type="radio"/> सार्वजनिक स्वास्थ्य र वातावरण अनुसन्धान संस्थान</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/>Positive</div><div><input type="radio"/>Negative</div><div><input type="radio"/>Pending</div><div><input type="radio"/>In progress</div><div><input type="radio"/>Other ()</div><div><input type="radio"/> सकारात्मक</div></div><div><div><input type="radio"/> नकारात्मक</div><div><input type="radio"/> अनिश्चित</div><div><input type="radio"/> प्रगतिमा छ</div><div><input type="radio"/>अन्य ()</div></div></div>
<div><div><div><input type="radio"/>Blood</div><div><input type="radio"/>Not performed</div><div><input type="radio"/> रगत</div></div><div><input type="radio"/>परीक्षण गरिएको छैन</div></div>	<div><div><div>____/____/____</div><div>(YYYY/MM/DD)jif{</div><div>dlxgf ut</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency</div><div><input type="radio"/>Public Health and Environment Research Institute</div></div><div><div><input type="radio"/> कोरिया रोग नियन्त्रण र रोकथाम एजेन्सी</div><div><input type="radio"/> सार्वजनिक स्वास्थ्य र वातावरण अनुसन्धान संस्थान</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/>Positive</div><div><input type="radio"/>Negative</div><div><input type="radio"/>Pending</div><div><input type="radio"/>In progress</div><div><input type="radio"/>Other ()</div><div><input type="radio"/> सकारात्मक</div></div><div><div><input type="radio"/> नकारात्मक</div><div><input type="radio"/> अनिश्चित</div><div><input type="radio"/> प्रगतिमा छ</div></div></div>

	•Those from medical institution(s) (Institution(s) Name: _____) • चिकित्सा संस्थाहरूसँग सम्पर्कहरूको संख्या (संस्थाको नाम: _____)
	•People commuted/traveled via the same transport (Specify: _____) • यातायातका एउटै माध्यमका प्रयोगकर्ताहरूको संख्या (प्रकार: _____)
	•Other (_____) • अन्य()
	* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form' * Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system * सर्वेक्षण र सम्पर्कहरूको विस्तृत स्थितिको लागि, 'अलग फारम, सम्पर्क/एक्सपोजर सर्वेक्षण फारम' प्रयोग गर्नुहोस्। * वेब प्रणालीमा प्रवेश गर्ने सम्पर्क जानकारी र समयको लागि दिशानिर्देशहरूको मुख्य भागलाई सन्दर्भ गर्नुहोस्।

8. Final decision अन्तिम निष्कर्ष	Choose or fill out any relevant items below चिन्ह लगाउनुहोस् ✓ जहाँ लागू हुन्छ वा सम्बन्धित क्षेत्रहरू भर्नुहोस्
8.1 case management result कार्य परिणामहरू	Under treatment Discharged after recovery (__/__/__(YYYY/MM/DD) Died __/__/__(YYYY/MM/DD) <input type="radio"/> उपचारमा <input type="radio"/> रिकभरी पछि डिस्चार्ज (वर्ष महिना गते समय) <input type="radio"/> मृत (वर्ष महिना गते समय)
8.2 Final result अन्तिम परिणामहरू	<input type="radio"/> Confirmed case <input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a patient (Diagnosis: _____) <input type="checkbox"/> बिरामी <input type="radio"/> डाक्टरको बिरामी <input type="radio"/> बिरामी होइन (निदान नाम: _____) If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics: <input type="checkbox"/> 'बिरामी' को लागि, क्लिनिकल प्रकार संकेत गर्नुहोस्:

9. Final decision अनुवर्ती अध्ययन

Choose or fill out any relevant items below चिन्ह लगाउनुहोस् ✓ जहाँ लागू हुन्छ वा सम्बन्धित क्षेत्रहरू भर्नुहोस्

9.1 case management result
 ○ Under treatment ○ Discharged after recovery (__/__/__(YYYY/MM/DD) ○ Died __/__/__(YYYY/MM/DD)
 ○ प्रगतिमा ○ अन्त्य

It फलो-अप अध्ययनको लागि नतिजा

Number of Contacts: Total

सम्पर्क संख्या: जम्मा

Patient: person

(name:) संक्रमित बिरामीको संख्या:

(नाम:)

○ Yes (person/s)

Number of contacts in the live-in family
 ○ No
 ○ छ ()

सँगै बस्ने परिवारका सदस्यहरूको सम्पर्क संख्या
 ○ छैन

Number of contacts other than live-in family
 ○ Yes (person/s)
 ○ No ○ छ ()

(incl. health care workers) सँगै बस्ने परिवारका सदस्यहरू बाहेक सम्पर्कहरूको संख्या
 ○ छैन

(चिकित्सा कर्मचारी सहित)

9.2 List of contacts सम्पर्क सूची

Name (+) नाम (+)	Date of Birth जन्म मिति	Gender लिंग	Relationship सम्बन्ध	Date of the latest contact अन्तिम सम्पर्क मिति	Address (city, county, village) ठेगाना	Mobile Number सम्पर्क नम्बर	Nationality राष्ट्रियता	Occupation पेशा	Name of workplace कार्यस्थलको नाम	Symptoms लक्षणहरू	Risk exposure level सम्पर्क प्रकार	Quarantine status आइसोलेसन	Smallpox Vaccination कफिड्स/वफिज
		<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	<input type="radio"/> Medical staff <input type="radio"/> Medical institution workers <input type="radio"/> Family <input type="radio"/> Colleague	yr. mo. day जिफि दलखग			<input type="radio"/> Korean <input type="radio"/> Foreigner <input type="radio"/> National: () <input type="checkbox"/> कोरियाली	<input type="radio"/> () <input type="checkbox"/> Unemployed बेरोजगार		<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> none हो	<input type="radio"/> High risk <input type="radio"/> Medium risk <input type="radio"/> Low risk <input type="checkbox"/> उच्च	<input type="radio"/> Not quarantined <input type="radio"/> Release of quarantine <input type="radio"/> Self-quarantine <input type="radio"/> Hospital	<input type="radio"/> Non-vaccinated <input type="radio"/> Vaccinated (year) <input type="checkbox"/> खोप लगा

[illegible]