

Form 9

පොරොත්තු 9

Case Investigation Report

සිද්ධි විමර්ශන වාර්තාව

Date of investigation විමර්ශන දිනය	____/____/____(YYYY/MM/DD) ____/____/____වසර / මාසය / දිනය Time: වේලාව	Name of investigation organization විමර්ශන සංවිධානයේ නම	
Name of investigator විමර්ශකයාගේ නම		Contact number of Investigator විමර්ශකයාගේ දුරකථන අංකය	
Reporting medical institution වාර්තා කරන වෛද්‍ය ආයතනය		Date of report වාර්තා කළ දිනය	____/____/____(YYYY/M M/DD) ____/____/____ වසර / මාසය / දිනය
		Contact number of reporting medical institution වාර්තා කරන වෛද්‍ය ආයතනයේ දුරකථන අංකය	

1. Personal Information

☞ Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank.

1. පුද්ගලික තොරතුරු

☞ මෙම සිද්ධි විමර්ශනයට යටත්ව පුද්ගලික තොරතුරු ඇතුළත් කර හිස් තැන් පුරවන්න.

1.1 Name 1.1 නම		1.2 Nationality 1.2 ජාතිකත්වය (based on the passport) (ගමන් බලපත්‍රය මත පදනම්ව)	
1.3 Date of birth 1.3 උපන් දිනය	(For foreign nationals, enter passport number) (විදේශිකයන් සඳහා, විදේශ ගමන් පාසපෝර්ට් අංකය)	1.4 Gender and age 1.4 ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය සහ වයස	○Male ○Female (Age) ○පිරිමි ○ගැහැණු (වයස)

	බලපත්‍ර අංකය ඇතුළත් කරන්න)		
1.5 Occupation 1.5 රැකියාව		1.6 Contact number 1.6 දුරකථන අංකය	
1.7 Name of workplace(School) 1.7 සේවා ස්ථානයේ නම (පාසල)		1.8 Contact number (guardian) 1.8 සම්බන්ධතා අංකය (භාරකරු)	
1.9 Address 1.9 ලිපිනය	Address (as shown on the resident registration card): ලිපිනය (තේවාසික ලියාපදිංචි කාඩ්පතේ පෙන්වා ඇති පරිදි): Current address: වර්තමාන ලිපිනය:		

2. Current illness 2. වත්මන් අසනීප		☞ Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation ☞ පළමු ආරම්භයේ සිට විමර්ශනය කරන කාලය දක්වා ප්‍රකාශිත රෝග ලක්ෂණ සහ අදාළ සායනික රෝග ලක්ෂණ තෝරන්න	
2.1 Initial symptoms and date of onset 2.1 ආරම්භක රෝග ලක්ෂණ සහ ආරම්භ වූ දිනය	Onset Date of initial symptoms: ____/____/____(YYYY/MM/DD) / symptoms: ආරම්භක රෝග ලක්ෂණ ආරම්භ වූ දිනය: ____/____/____ වසර / මාසය / දිනය/ රෝග ලක්ෂණ:		
2.2 Current signs and symptoms (Choose all relevant condition) 2.2 වත්මන් සංඥා සහ රෝග ලක්ෂණ (අදාළ සියලු කොන්දේසි තෝරන්න)	<input type="checkbox"/> General symptoms <input type="checkbox"/> සාමාන්‍ය රෝග ලක්ෂණ	<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"/> උණ(°C) <input type="checkbox"/> සීතල ගතිය <input type="checkbox"/> දහඩිය <input type="checkbox"/> උගුරේ අමාරුව <input type="checkbox"/> කැස්ස <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"/> වසා ගැටිති (<input type="checkbox"/> ගැබ්ගෙල <input type="checkbox"/> කක්ෂීය <input type="checkbox"/> ඉක්ලිය හා සම්බන්ධ <input type="checkbox"/> වෙනත්) <input type="checkbox"/> හිසරදය <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Back pain <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> මාංශපේශී වේදනාව (මයිලජියා) <input type="checkbox"/> කොන්දේ වේදනාව <input type="checkbox"/> දුබලකම් (දුර්වලතාවය) <input type="checkbox"/> හෙහෙට්ටුව / මලබද්ධිය <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> කැසීම <input type="checkbox"/> ඇසේ මණ්ඩලදාහය/සංසන්ධිතප්‍රදාහය <input type="checkbox"/> ඔක්කාරය සහ වමනය <input type="checkbox"/> වෙනත් ()	
	<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) සමේ තුවා	Date දිනය	Onset of symptom: ____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: රෝග ලක්ෂණය ආරම්භ වූ දිනය: ____/____/____ වසර / මාසය / දිනය වේලාව
		Stage අදියර	<input type="checkbox"/> Macules <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Scabs <input type="checkbox"/> සමේ පාට වෙනස් වීම <input type="checkbox"/> ගැටිති ස්වභාවය <input type="checkbox"/> දිය බිබිලි <input type="checkbox"/> සැරව බිබිලි <input type="checkbox"/> කබොල්ල

	ල (කුෂ්ඨ)	Area ප්‍රදේශය	<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"/> මුත්‍රණ <input type="checkbox"/> බඳ <input type="checkbox"/> බාහුවල <input type="checkbox"/> අත්ල <input type="checkbox"/> පය පතුල් <input type="checkbox"/> ලිංගික ප්‍රදේශ <input type="checkbox"/> ගුද මාර්ගය <input type="checkbox"/> වෙනත් ()	
	first area of lesion: (), area spread () තුවාලයේ පළමු ප්‍රදේශය: (), පැතිරුමේ ප්‍රදේශය ()			
	Character istic ලාක්ෂණික	<input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> වේදනාව <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> කැසීම <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. <input type="checkbox"/> ශරීරයේ තුවාල වර්ධනයේ එකම තත්වයක පවතී. <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. <input type="checkbox"/> සියලුම තුවාල එකම ප්‍රමාණයේ එවා වෙයි <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound. <input type="checkbox"/> සියලුම තුවාල එකම ප්‍රමාණයේ එවා වෙයි		
2.3 Description of symptoms in order 2.3 අනුපිළිවෙලින් රෝග ලක්ෂණ විස්තර කිරීම	① Symptom (), Date of onset () ① රෝග ලක්ෂණය (), ආරම්භ වූ දිනය () ② Symptom (), Date of onset () රෝග ලක්ෂණය (), ආරම්භ වූ දිනය () ③ Symptom (), Date of onset () රෝග ලක්ෂණය (), ආරම්භ වූ දිනය ()			
2.4 Medication history (within the past 6 months) 2.4 ඖෂධ ඉතිහාසය (පසුගිය මාස 6 ඇතුළත)	○Yes (ඔව්) Name of medication: Start/End Date: ○ඔව් (ඔව්) ඖෂධයේ නම: ආරම්භක/අවසන් දිනය: (Reasons for taking the medication:) ○No ○ නැත (ඖෂධ ගැනීම සඳහා හේතු:)			
2.5 Case status/ 2.5 සිද්ධි තත්ත්වය/ වෛද්‍ය ආයතනයට පැමිණීම පිළිබඳ වාර්තාව (පසුගිය සති 3 ඇතුළත)	2.5.1 Case status 2.5.1 සිද්ධි තත්ත්වය	○Alive ○Died (the following questions should only be asked if the case reports 'Died') ○ සජීවී ○ මියගිය පහත ප්‍රශ්න ඇසිය යුත්තේ සිද්ධිය "මියගිය" ලෙස වාර්තා වන්නේ නම් පමණි. .		
		Date of death: මියගිය දිනය		Place of Death: ○Medical institution

2.6 History of smallpox vaccination 2.6 වසූරිය එන්නත් ඉතිහාසය	<input type="radio"/> Yes (☞ Date of vaccination: _____) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> ඔව්ී (☞ එන්නත් කළ දිනය:) <input type="radio"/> නැත <input type="radio"/> නොදනී
2.7 Underlying disease 2.7 අතුරු රෝගාබාධ	<input type="radio"/> Yes (☞ Specify: _____) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ඔව්ී (☞ නිශ්චිත කරන්න:) <input type="radio"/> නැත
2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) 2.8 ප්‍රතිශක්තිකරණ තත්ත්වය (සහජ හෝ බාහිරින් ලබාගත්)	<input type="radio"/> Yes (Date of initial diagnosis: ____/____/____(YYYY/MM/DD), name of disorder: _____) <input type="radio"/> ඔව්ී (මුල් රෝග විනිශ්චය දිනය ____/____/____ වසර / මාසය / දිනය ආබාධයේ නම:) <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> කිසිවක් නැත <input type="radio"/> නොදනී
2.9 Pregnancy status 2.9 ගර්භනී තත්ත්වය	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ඔව්ී <input type="radio"/> නැත (If yes, gestational age: ____weeks / Estimated date of delivery: ____/____/____(YYYY/MM/DD) <input type="radio"/> ඔව්ී (මුල් රෝග විනිශ්චය දිනය ____ සති/ ඇස්තමේන්තුගත දරු ප්‍රසූතියේ දිනය: ____/____/____ වසර / මාසය / දිනය
2.10 Differential diagnosis 2.10 අවකල රෝග විනිශ්චය	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) කිසියම් අවකලන රෝග විනිශ්චයක් සිදුකර ඇත්නම් හෝ පරීක්ෂණ සිදුකර ඇත්නම්, සඳහන් කරන්න න (උදා: පැපෙලා, පාමන් රෝගය, සරම්ප, පණු හෝරි, උපදංශය, මැලේරියාව, යනාදිය)

3. Travel history 3. සංචාරක ඉතිහාසය	☞ Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset රෝග ලක්ෂණ ඇතිවීමට පෙර දින 21ක් ඇතුළත අදාළ සංචාරක ඉතිහාසයක් තෝරන්න හෝ පුරවන්න
3.1 Travel history (within the past 21 days) 3.1 සංචාරක ඉතිහාසය (පසුගිය දින 21 ඇතුළත)	<input type="checkbox"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history) ඔව්ී (ඔව්ී නම්, කරුණාකර 3 වන කොටසේ ඇති සියලුම ප්‍රශ්න අනුගමනය කරන්න. සංචාරක ඉතිහාසය) <input type="checkbox"/> None (Move to Section 4. Risk Exposure) <input type="checkbox"/> කිසිවක් නැත (4 වන කොටස වෙත යන්න. අවදානම් නිරාවරණය)

3.2 Immigration information (to and from South Korea) 3.2 ආගමන තොරතුරු (දකුණු කොරියාවට සහ ඉන් පිටත) (දකුණු කොරියාවෙන්)	Date of Departure (from South Korea) පිටත්වූ දිනය (දකුණු කොරියාවෙන්)		____/____/__(YYYY/MM/DD) : ____/____/__ වසර / මාසය / දිනය		
	Date of Arrival (To South Korea) පැමිණීමේ දිනය (දකුණු කොරියාවට)		____/____/__(YYYY/MM/DD) Time ____/____/__ වසර / මාසය / දිනය වේලාව		
	Modes of transportation ප්‍රවාහන ක්‍රම		<input type="checkbox"/> Air (Flight number: Airline: Seat number:) <input type="checkbox"/> ගුවන් (ගුවන් යානා අංකය: ගුවන් සේවය: ආසන අංකය:) <input type="checkbox"/> Vessel/ship (Ship number: Name of company:) <input type="checkbox"/> යාත්‍රාව/තැව (තැව් අංකය: සමාගමේ නම:) Location where most time you remained:) ඔබ වැඩිපුරම රැඳී සිටි ස්ථානය :)		
3.3 Visited Countries or cities /period of visit 3.3 සංචාරය කළ රටවල් හෝ නගර / සංචාරයේ කාලසීමාව	Countries රටවල්	Cities නගර	Date දිනය	Airport ගුවන් තොටුපළ සංක්‍රමණය	Was it monkeypox endemic or non-endemic country? එය වසරු, උණ ආවේණික හෝ ආවේණික නොවන රටක් ද?
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> ඔව් <input type="radio"/> No <input type="radio"/> නැත	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> ඔව් <input type="radio"/> No <input type="radio"/> නැත
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
3.4 Accompanying persons 3.4 කැටුව යන පුද්ගලයන්	<input type="radio"/> Solo travel/visit <input type="radio"/> Accompanying two or more persons <input type="radio"/> එකල ගමන්/නැරඹීම පිණිස යෑම <input type="radio"/> පුද්ගලයන් දෙදෙනෙකු හෝ වැඩි ගණනක් සමග (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:) (පවුලේ සාමාජිකයන්, සම-සේවකයින් යනාදිය: කැටුව යන පුද්ගලයින් සංඛ්‍යාව:)				
3.5 Purpose of Visit 3.5 සංචාරයේ අරමුණ?	<input type="radio"/> Fellowship/social/hobbies <input type="radio"/> Travel/tourism <input type="radio"/> Business <input type="radio"/> සාමාජිකත්වය/සමාජ/විනෝදාශ <input type="radio"/> සංචාර/සංචාරක <input type="radio"/> ව්‍යාපාර <input type="radio"/> Missionary activities <input type="radio"/> Medical volunteering and relief activities <input type="radio"/> මිෂනාරි ක්‍රියාකාරකම් <input type="radio"/> වෛද්‍ය සේවිච්ඡා සහ සහන කටයුතු <input type="radio"/> Work/Residence <input type="radio"/> වැඩ සඳහා / නේවාසික <input type="radio"/> Other () <input type="checkbox"/> වෙනත් ()				

4. Risk Exposure 4. අවදානම් නිරාවරණය		Choose any relevant history of risk exposure within 21 days prior to symptom onset රෝග ලක්ෂණ ආරම්භ වීමට පෙර දින 21ක් ඇතුළත අවදානම් නිරාවරණය පිළිබඳ අදාළ ඉතිහාසයක් තෝරන්න	
4.1 History of contact to suspected or confirmed monkeypox case 4.1 සැක සහිත හෝ තහවුරු කරන ලද වදුරු උණ සමග සම්බන්ධතා ඉතිහාසය	Do you have any known contact with suspected or confirmed monkeypox case? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> ඔව් <input type="radio"/> No <input type="radio"/> නැත <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> නොදනි සැක සහිත හෝ තහවුරු කරන ලද වදුරු උණ රෝගය සමග ඔබ දන්නා සම්බන්ධතා තිබේද?		
	If yes, ඔව් නම්	Relationship: සම්බන්ධතාවය: Location of contact: සම්බන්ධතා ස්ථානය: Exposure setting: නිරාවරණ සැකසුම	
		Date and time of contact: සම්බන්ධ වූ දිනය සහ වේලාව	

		<div><input type="radio"/>household contact <input type="radio"/>a stay in the same place <input type="radio"/>physical contact <input type="radio"/>Other ()</div> <div><input type="radio"/>ගෘහස්ථ සම්බන්ධතා <input type="radio"/>එකම ස්ථානයේ සිටීම <input type="radio"/>භෞතික සම්බන්ධතා <input type="checkbox"/>වෙනත් ()</div>		
<div>4.2 Any known experience of risk environment</div> <div>4.2 අවදානම් පරිසරය පිළිබඳ ඕනෑම දත්තා අත්දැකීමක්</div>	<div>Specify below නිශ්චිත කරන්න පහත</div>			
	Details of exposure නිරාවරණය පිළිබඳ විස්තර		Place/a rea ස්ථානය/ප්‍රදේශය	Date and time දිනය සහ වේලාව
	<input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> ලොකු උත්සව වලට සහභාගී වීම			
	<input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> රසායනාගාර නිරාවරණ (වැඩ හෝ කාලිකාලික සංචාරය)			
	<input type="checkbox"/> Specimens handling(incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> නියැදි කාරදීම් (එකතු කිරීම, ප්‍රවාහනය ඇතුළුව)			
	<input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> වෙනත් ()			
<div>4.3 Animal exposure</div> <div>4.3 සත්ව නිරාවරණය</div>	<div>Have you ever had a contact with livestock or wild animals?</div> <div>ඔබ කවදා හෝ පශු සම්පත් හෝ වන සතුන් සමඟ සම්බන්ධතා පවත්වා තිබේද?</div> <div><input type="radio"/>Yes <input type="radio"/>No <input type="radio"/>Unknown</div> <div><input type="radio"/>ඔව් <input type="radio"/>නැ</div> <div><input type="radio"/>නොදනි</div>			
	<div>If yes ඔව් නම්</div>	Animal (specific): සත්ව (විශේෂිත): Place of contact: සම්බන්ධතා ස්ථානය Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass සම්බන්ධතා මූලාශ්‍රය: <input type="checkbox"/> ගෞරව සතුන් (මීයන්, ආදිය) <input type="checkbox"/> වල් සත්ව මළකඳුන් <input type="checkbox"/> Wild animal <input type="checkbox"/> වන සතුන්		Date of contact: සම්බන්ධ වූ දිනය:

		<input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> වෙනත් (
4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks) 4.4 ලිංගික සම්බන්ධතා (පසුගිය සති 3 ඇතුළත)	Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset? රෝග ලක්ෂණ මතුවීමට පෙර දින 21ක් ඇතුළත ඔබ ලිංගික සම්බන්ධකම් පවත්වා තිබේද?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ඔව් <input type="radio"/> නැ <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> නොදනී <input type="radio"/> Refuse to respond <input type="radio"/> ප්‍රතිචාර දැක්වීම ප්‍රතික්ෂේප කරමි
	If yes, ඔබ් නම් Number of partners: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more <input type="radio"/> Refuse to respond හවුලකරුවන් සංඛ්‍යාව: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 හෝ ඊට වැඩි <input type="radio"/> ප්‍රතිචාර දැක්වීම ප්‍රතික්ෂේප කරමි Relationship with partner(s): <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Acquaintances <input type="radio"/> by chance සහකරු(වන්): <input type="radio"/> සහකාරිය <input type="radio"/> හඳුනන අය <input type="radio"/> අහම්බෙන් <input type="radio"/> Refuse to respond <input type="radio"/> ප්‍රතිචාර දැක්වීම ප්‍රතික්ෂේප කරමි	
4.5 Blood transfusion donation history 4.5 රුධිර පාරවිලයනය පරිත්‍යාග ඉතිහාසය	Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? රෝග ලක්ෂණ මතුවීමට පෙර දින 21ක් ඇතුළත ඔබ කවදා හෝ රුධිරය පරිත්‍යාග කර තිබේද හෝ රුධිර පාරවිලයනයක් ලබාගෙන තිබේද?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> ඔව් <input type="radio"/> No <input type="radio"/> නැ
	If yes, ඔබ් නම් <input type="checkbox"/> Donated Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> පරිත්‍යාග කළ ස්ථානය: දිනය <input type="checkbox"/> Received Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> ලබා ගතිමි ____/____/____ වසර / මාසය / දිනය	
4.6 Other suspected exposures 4.6 වෙනත් සැක සහිත නිරාවරණයන්	Specify සඳහන් කරන්න	

<div>5. Case classification and Management</div> <div>සිද්ධි වර්ගීකරණය සහ කළමනාකරණය</div>	<div>☞ Choose or fill out any relevant items</div> <div>අදාළ අයිතම තෝරන්න හෝ පුරවන්න</div>	
<div>5.1 Date of notification received</div> <div>දැනුම්දීම ලැබුණු දිනය</div>	<div>____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: : ____/____/____ වසර / මාසය / දිනය / වේලාව</div>	
<div>5.2 Outcome of case classification</div> <div>5.2 සිද්ධි වර්ගීකරණයේ ප්‍රතිඵල</div>	<div>Epidemiological links</div> <div>වසංගත රෝග සම්බන්ධක</div>	<div><input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure)</div> <div><input type="radio"/> ඔව් (පැතිරී ගිය රටවලට පැමිණීම හෝ අවදානම් නිරාවරණය තහවුරු කිරීම)</div> <div><input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country)</div> <div><input type="radio"/> නැත (පැතිරී ගිය රටක සංචාරයේ ඉතිහාසයක් නැත)</div>
	<div>Clinical signs and symptoms</div> <div>සායනික ලක්ෂණ සහ රෝග ලක්ෂණ</div>	<div><input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition</div> <div><input type="radio"/> සැක සහිත හෝ තහවුරු වූ සිද්ධි අර්ථ දැක්වීම් සපුරාලීමට සමත් විය</div> <div><input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions</div> <div><input type="radio"/> සැක සහිත හෝ තහවුරු වූ සිද්ධි අර්ථ දැක්වීම් සපුරාලීමට අපොහොසත් විය</div>
	<div>Outcome of case classification</div> <div>සිද්ධි වර්ගීකරණයේ ප්‍රතිඵලය</div>	<div><input type="radio"/> Suspected case</div> <div><input type="radio"/> සැක සහිත සිද්ධියක්</div> <div><input type="radio"/> Not a case</div> <div><input type="radio"/> සිද්ධියක් නොවේ</div>

<p><Note on case classification></p> <p>අවස්ථා වර්ගීකරණය පිළිබඳ සටහන</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>★ Admitted in the isolated ward and subject to testing</p> <p>භූදකලා වාච්චුවට ඇතුළත් කර පරීක්ෂණවලට යටත් කළේය</p> </div>	<p>Classification</p> <p>වර්ගීකරණය</p>		<p>Monkeypox clinical signs and symptoms</p> <p>චදුරු, උණ සායනික රෝග ලක්ෂණ සහ රෝග ලක්ෂණ</p> <p>සායනික නිර්ණායක සපුරාලීම</p>	
			<p>Meet clinical criteria</p> <p>සායනික නිර්ණායක සපුරාලීම</p>	
	<p>Epidemiological links</p> <p>(Risk level)</p> <p>වසංගත රෝග සම්බන්ධක</p> <p>(අවදානම් මට්ටම)</p>	<p>Presence</p> <p>ඉදිරිපත් විය</p>	<p>Suspected case</p> <p>සැක සහිත සිද්ධියක</p>	<p>Not applicable</p> <p>අදාළ නොවේ</p>
		<p>Absence</p> <p>නොපැමිණි</p>	<p>Not applicable</p> <p>අදාළ නොවේ</p>	<p>Not applicable</p> <p>අදාළ නොවේ</p>
<p>※ 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.</p> <p>චදුරු, උණ රෝගයට කිසිදු වසංගත රෝග සම්බන්ධයක් නොමැති වුවද, බෝවන රෝග, ශල්ය වෛද්‍ය, මුත්‍රා විද්‍යාව සහ වර්ම රෝග පිළිබඳ වෛද්‍ය වෘත්තිකයන් විසින් රෝග විනිශ්චය කිරීමෙන් පසු මෙම සිද්ධිය සලකා බලනු ලැබේ. කෙසේ වෙතත්, මෙම නඩුව වසංගත රෝග සම්බන්ධතා සහ හුවමාරු රෝග විනිශ්චය ඇතුළු සිද්ධි විමර්ශන නිර්ණායක සපුරාලන්නේ දැයි තදනා ගැනීම සඳහා ප්‍රාදේශීය ආනඩු සහ රෝග පාලන හා වැළැක්වීමේ ඒජන්සියේ කලාපීය මධ්‍යස්ථානවල වසංගත රෝග විමර්ශන නිලධාරීන් විසින් නැවත තහවුරු කළ යුතුය.</p>				
<p>5.3 Patient transfer</p> <p>5.3 රෝගීය මාරු කිරීම</p>	<p>Patient transfer</p> <p>රෝගීය මාරු කිරීම</p>	<p>○Transfer ○NOT necessary (because the medical institution has isolation bed units)) ○NOT eligible(not a case)</p> <p>○ මාරු කරයි ○ අවශ්‍ය නොවේ (වෛද්‍ය ආයතනයේ භූදකලා ඇඳුන් එකක ඇති නිසා)</p> <p>○ සුදුසුකම් නොලබයි (සිද්ධියක් නොවේ)</p>		
	<p>Means of transport</p> <p>ප්‍රවාහන මාධ්‍ය</p>	<p>○ Public Health Center ○ Quarantine Station ○ 119 Ambulance</p> <p>○ මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානය ○ නිරෝධායන ස්ථානය ○ 119 ගිලන් රථය</p> <p>○Other: _____ □වෙනත් ()</p>		

5.4 Quarantine 5.4 නිරෝධායනය	Location of isolation හුදකලා කරවන ස්ථානය	<input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds <input type="radio"/> රජය විසින් නම් කරන ලද නේවාසික ප්‍රතිකාර ඇඳුන් <input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals <input type="radio"/> සාමාන්‍ය රෝහල්වල සෘණ පීඩන හුදකලා ඇඳුන් <input type="radio"/> Other (specify:) <input type="radio"/> වෙනත් (විස්තර කරන්න)
	Name of Medical Institution වෛද්‍ය ආයතනයේ නම	
	Start date of Isolation හුදකලා වීමේ ආරම්භක දිනය	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: : ____/____/____ වසර / මාසය / දිනය වේලාව

6. Laboratory test 6. රසායනාගාර පරීක්ෂණය	Choose any relevant items below පහත ඇති ඕනෑම අදාළ අයිතමයක් තෝරන්න	
6.1 Diagnostic tests 6.1 රෝග විනිශ්චය පරීක්ෂණ	<input type="radio"/> Yes ඔව්	<input type="radio"/> No නැත

	Sample (+) නියැදිය (+)	Date of specimen collected නියැදි එකතු කළ දිනය (YYYY/MM/DD) වසර / මාසය / දිනය	Name of agency conducting laboratory test රසායනාගාර පරීක්ෂණ පවත්වන ආයතනයේ නම	Test result පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵලය
Type of specimen නියැදි වර්ගය	<input type="radio"/> Skin lesion fluid සමේ තුවාල තරල <input type="radio"/> Not performed ඉදිරිපත් කර නැත	____/____/____ (YYYY/MM/DD)) ____/____/ ____ වසර / මාසය / දිනය	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> කොරියාවේ රෝග පාලන සහ නිවාරණ එජන්සිය <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> මහජන සෞඛ්‍ය හා පරිසර පර්යේෂණ ආයතනය	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> ධනාත්මක <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> ඍණාත්මක <input type="radio"/> Pending පොරොත්තු ලයිස්තුවේ ඇත <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> සිදුවමින් පවතී <input type="radio"/> Other () <input type="checkbox"/> වෙනත් ()
	<input type="radio"/> Skin lesion tissue සමේ තුවාල පටක <input type="radio"/> Not performed ඉදිරිපත් කර නැත	____/____/____ (YYYY/MM/DD)) : ____/____/ ____ වසර / මාසය / දිනය	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> කොරියාවේ රෝග පාලන සහ නිවාරණ එජන්සිය <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> මහජන සෞඛ්‍ය හා පරිසර පර්යේෂණ ආයතනය	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Scab තුවාල කබොල් <input type="radio"/> Not performed ඉදිරිපත් කර නැත	____/____/____ (YYYY/MM/DD)) : ____/____/ ____ වසර / මාසය / දිනය	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> කොරියාවේ රෝග පාලන සහ නිවාරණ එජන්සිය <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> මහජන සෞඛ්‍ය හා පරිසර පර්යේෂණ ආයතනය	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Oropharyngeal smear මුඛ ග්‍රහණීකා තැවරුම් <input type="radio"/> Not performed ඉදිරිපත් කර නැත	____/____/____ (YYYY/MM/DD)) : ____/____/ ____ වසර / මාසය / දිනය	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> කොරියාවේ රෝග පාලන සහ නිවාරණ එජන්සිය <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress

		____/____/____ ____ වසර / මාසය / දිනය	<input type="radio"/> මහජන සෞඛ්‍ය හා පරිසර පර්යේෂණ ආයතනය <input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Blood රුධිරය <input type="radio"/> Not performed	____/____/____ (YYYY/MM/DD)) : ____/____ ____ වසර / මාසය / දිනය	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> කොරියාවේ රෝග පාලන සහ නිවාරණ එජන්සිය <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> මහජන සෞඛ්‍ය හා පරිසර පර්යේෂණ ආයතනය <input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Other () <input type="checkbox"/> වෙනත් () <input type="radio"/> Not performed ඉදිරිපත් කර නැත	____/____/____ (YYYY/MM/DD)) : ____/____ ____ වසර / මාසය / දිනය	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> කොරියාවේ රෝග පාලන සහ නිවාරණ එජන්සිය <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> මහජන සෞඛ්‍ය හා පරිසර පර්යේෂණ ආයතනය <input type="radio"/> Other ()

7. Contact Status 7. සම්බන්ධතා තත්ත්වය		☞ Choose or fill out any relevant items below පහත ඇති ඕනෑම අදාළ අයිතමයක් තෝරන්න	
7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?) 7.1 සම්බන්ධතා (රෝග ලක්ෂණ මතු වීමෙන් පසු ඔබ කිසිවකු සමඟ සම්බන්ධතා පවත්වා තිබේද?)	<input type="radio"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status) <input type="radio"/> ඔව් (ඔව් නම්, කරුණාකර 7 වැනි කොටසේ ඇති සම්බන්ධතා තත්ත්වය යටතේ සියලුම ප්‍රශ්න අනුගමනය කරන්න.) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> නැතැ		
	☞ Total person(s) How many contacts the case has had since the onset of symptoms? රෝග ලක්ෂණ ආරම්භයේ සිට සිද්ධිය තුළ සම්බන්ධතා කීයක් පැවැත්වීද?		
	☞ මුළු ගණන පුද්ගලයන්		
	•Family members and live-in person(s) පවුලේ සාමාජිකයන් සහ සජීවී ව හමුවූ පුද්ගලයන්		
•Those from medical institution(s) (Institution(s) Name:) :එමෙන් ම වෛද්‍ය ආයතන(යන)			person(s) පුද්ගලයන් person(s) පුද්ගලයන්

	(ආයතන(ය) නම:
	•People commuted/traveled via the same transport (Specify:) එකම ප්‍රවාහන සේවය භාවිතා කරමින් ගමන් ගත් / භාවිතා කළ පුද්ගලයින් person(s) (නිශ්චිත කරන්න :) පුද්ගලයන්
	•Other () person(s) <input type="checkbox"/> වෙනත් () පුද්ගලයන්
	* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form' සම්බන්ධතා විමර්ශනය සහ අදාළ විස්තර සඳහා, වෙනම 'සම්බන්ධතා සහ නිරාවරණ සම්බන්ධතා පොරොත්මයක්' භාවිතා කරන්න * Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system වෙබ් පද්ධතියේ සම්බන්ධතා ලියාපදිංචි කිරීම සඳහා කරුණාකර 'ෆිෆ්ට් ප්‍රතිචාර මාර්ගෝපදේශය' වෙත යොමු වන්න

8. Final decision 8. අවසාන තීරණය	<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items below පහත ඇති ඕනෑම අදාළ අයිතමයක් තෝරන්න
8.1 case management result 8.1 සිද්ධි කළමනාකරණ ප්‍රතිඵලය	<input type="radio"/> Under treatment <input type="radio"/> Discharged after recovery (__/__/__(YYYY/MM/DD) <input type="radio"/> Died __/__/__(YYYY/MM/DD) <input type="radio"/> ප්‍රතිකාර යටතේ පසුවෙයි <input type="radio"/> සුවවීමෙන් පසු මුදා හරින ලදී __/__/__ වසර / මාසය / දිනය <input type="radio"/> මියගියේය __/__/__ වසර / මාසය / දිනය
8.2 Final result 8.2 අවසාන ප්‍රතිඵලය	<input type="radio"/> Confirmed case <input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a patient (Diagnosis:) <input type="radio"/> තහවුරු කළ සිද්ධියකි <input type="radio"/> සැක සහිත සිද්ධියකි <input type="radio"/> රෝගියෙකු නොවේ (රෝග විනිශ්චය:) <input checked="" type="checkbox"/> If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics: සිද්ධිය 'චූරු, උණ රෝගියෙකු' ලෙස තහවුරු කර ඇත්නම්, සායනික ලක්ෂණ දක්වන්න:

9. Contact tracing 9. සම්බන්ධතා ලුහුබැඳීම	<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items below පහත ඇති ඕනෑම අදාළ අයිතමයක් තෝරන්න
9.1 Contact tracing results	<input type="radio"/> Ongoing <input type="radio"/> Finished <input type="radio"/> සිදුවීමත් පවතී <input type="radio"/> අවසන්

