



परजीवी रोग विभाग,
राष्ट्रीय रोग नियंत्रण केंद्र, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
22 - शामनाथ मार्ग, सिविल लाइंस मेट्रो स्टेशन के पास, नई दिल्ली - 110054,
टेलीफोन: 011-23913028

एलिसा टेस्टिंग(ELISA Testing) के लिए रोगी को रेफर करने का प्रोफॉर्म

ENTAMOEBA HISTOLYTICA TOXOCARA TRICHINELLA STRONGYLOIDES

अस्पताल का नाम: _____ नमूना लेने की तिथि: _____

रोगी का नाम: _____ आयु/लिंग: _____

वर्तमान पता और फ़ोन नंबर: _____

जन्म स्थान: _____ पेशा: _____

क्या कच्चे मीट का सेवन किया गया था? **हाँ/ नहीं** क्या इसी तरह की बीमारी किसी को परिवार/ मोहल्ले में भी हुई थी? **हाँ/ नहीं**

क्या मिट्टी/ चूना/ बिना धुले फल या सब्जियों इत्यादि को खाया है? **हाँ/ नहीं** पीने के पानी का स्रोत: _____

निम्न में से कौन-कौन सी समस्याएँ हैं और कितने समय से?

बुखार:	हाँ /नहीं	यदि हाँ, तो कब से _____	
पेट दर्द:	हाँ /नहीं	पेट फूलना/सूजन / गैस /एसिडिटी की समस्या	हाँ /नहीं
		:	
दस्त:	हाँ /नहीं	शौच के दौरान खून आना:	हाँ /नहीं
खांसी:	हाँ /नहीं	साँस लेने में तकलीफ:	हाँ /नहीं
छाती में दर्द:	हाँ /नहीं	मांसपेशियों में दर्द:	हाँ /नहीं
Hepatomegaly:	हाँ /नहीं	Splenomegaly:	हाँ /नहीं
वज़न घटना:	हाँ /नहीं	शरीर पर चकत्ते:	हाँ /नहीं
Altered sensorium/ बेहोशी:	हाँ /नहीं	दौरे पड़ना:	हाँ /नहीं
Periorbital Oedema/ आँखों के आस-पास सूजन:	हाँ /नहीं	उल्टी:	हाँ /नहीं
दृष्टि में समस्या:	हाँ /नहीं	यदि हाँ, तो विवरण दें: - _____	
कोई और लक्षण/ समस्या:		त्वचा की जाँच:	

जाँच विवरण: -

Microscopy: _____ TLC: _____ DLC: _____

छाती का एक्स-रे (Chest X Ray): _____

अल्ट्रासाउंड (USG): _____

LFT: _____ KFT: _____ CPK/LDH: _____

कोई अन्य जाँच करवाई गई: _____

अन्य कोई संबंधित बीमारी : **हाँ/नहीं**, यदि हाँ, तो विवरण: _____

शरीर की प्रतिरोधक क्षमता में कमी/स्टीरेओइड का सेवन: **हाँ/नहीं**, यदि हाँ, तो विवरण: _____

उपचार का विवरण: _____

कोई अन्य संबंधित जानकारी/ टिप्पणी:- _____

दिनांक: _____ विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर _____ इलाज करने वाले चिकित्सक की स्टैम्प, हस्ताक्षर और फ़ोन नं. _____



**Department of Parasitic Diseases,
National Center of Disease Control, MoH&FW
22, Shamnath Marg, Near Civil Lines Metro Station,
New Delhi-110054, Telephone: 011-23913028
Format for referring patients for ELISA testing**

ENTAMOEBIA HISTOLYTICA **TOXOCARA** **TRICHINELLA** **STRONGYLOIDES**

Name of Hospital: _____ Date of Sample Collection: _____

Name of Patient: _____ Age/Sex: _____

Present address with Phone No. _____

Native Place: _____ Occupation: _____

H/O intake of uncooked meat Yes / No H/O similar illness in family/locality Yes / No

H/O eating mud/dirt/pica/unwashed fruits/vegetables Yes/No Source of drinking water: _____

Chief Complaints with duration:

Fever:	Yes	/	No	If Yes, duration of fever _____			
Pain Abdomen:	Yes	/	No	Abdominal bloating/GERD:	Yes	/	No
Loose Motion:	Yes	/	No	Blood in Stool:	Yes	/	No
Cough:	Yes	/	No	Shortness of Breathing:	Yes	/	No
Chest pain:	Yes	/	No	Muscle Pain:	Yes	/	No
Hepatomegaly:	Yes	/	No	Splenomegaly:	Yes	/	No
Weight Loss:	Yes	/	No	Rash:	Yes	/	No
Altered sensorium	Yes	/	No	Seizures:	Yes	/	No
Periorbital Oedema:	Yes	/	No	Vomiting	Yes	/	No
Visual Complaints:	Yes	/	No	If Yes, details: - _____			

Any other Sign/Symptom: _____ Skin Examination: _____

Investigation Details: -

Microscopy: _____ TLC: _____ DLC: _____

Chest X Ray: _____

USG: _____

LFT: _____ KFT: _____ CPK/LDH: _____

Any other investigation done: _____

Comorbidities: Yes/No, If yes, details _____

Immunocompromised/H/o steroid intake: Yes/No, If yes, details _____

Treatment given _____

Any other relevant information/remarks- _____

Date: _____ Sign. of HOD _____ Signature, phone no. and stamp of treating Physician _____