

## SPECIMEN REFERRAL FORM FOR COVID-19 (SARS-CoV2)

## TEST INITIATION DETAILS

Doctor's Prescription: YES  NO Follow up / Repeat Sample: YES  NO **\*SECTION A - MANDATORY FIELDS (FORM WILL NOT BE ACCEPTED IN CASE OF ANY BLANK)****A.1 PERSON DETAILS ( सर्व जाणा भरणे आवश्यक आहे )**Patient Name\*: ..... Age\*: ..... Yrs ..... Month, Gender\*: Male/Female/Others  
पेशंटचे नाव वय वर्ष महिने, लिंग पुढिंग / स्त्रीलिंग / ईतरPatient's Present Address\*:  
पेशंटचा आता राहतो तो पत्ताRoom / Flat no. .... Building name .....  
रूम नं. / फ्लॅट नं. विर्डींगचे नावLandmark: ..... Street name: .....  
जवळची स्तूण रस्त्याचे नावLocality / Area: ..... District: .....  
दिगाण जिल्हाState: ..... PIN: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □  
राज्य पिन कोडMobile No.\* □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Email ID\*: .....  
मोबाईल नं. ई-मेलMobile No. belongs to : Self  Family  Downloaded Arogya Setu App\*: YES  NO   
मोबाईल नं. स्वतःचा / कुटुंबीयांचा आरोग्यसेतु ॲपAadhar Card No.\* □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Nationality\*: .....  
संयता:चा आधारकार्ड नं नागरिकत्वPatient Passport No. (for Foreign National only): ..... (These fields to be filled for all patients including foreigners)  
पासपोर्ट नं. (विदेशी नागरिकांन)**\*A.2 SPECIMEN INFORMATION FORM REFERRING AGENCY**Specimen type\*\* ( नमुन्याचा प्रकार): Throat swab / Nasal swab / Nasopharyngeal swab / BAL / Endotracheal secretion  
घश्यामधून / नाकातूनCollection date: ..... Sample ID (Label): .....  
कलेक्शनची तारीख सॅम्पल आय डी

Date:

     

## SPECIMEN REFERRAL FORM FOR COVID-19 (SARS-CoV2)

### TEST INITIATION DETAILS

 Doctor's Prescription: YES  NO 

 Follow up / Repeat Sample: YES  NO 

### \*A.3 PATIENT CATEGORY (PLEASE SELECT ONLY ONE)

पेशंट चाचणीचा प्रकार. फक्त एका वर टिक करा.

- Cat 1: Symptomatic international traveller in last 30 days  
लक्षण असलेला व गेल्या ३० दिवसात विदेशवारी केलेला.
- Cat 2: Symptomatic contact of Lab confirmed case  
लक्षण असलेला व कोविड-१९ पॉझिटिव्ह पेशंटशी संपर्क आलेला.
- Cat 3: Symptomatic Healthcare worker / Frontline workers  
लक्षण असलेला हेल्थकेअर फ्रंटलाईन वर्कर.
- Cat 4: Hospitalized SARI (Severe Acute Respiratory Illness) patient  
हॉस्पिटलमध्ये भरती झालेला SARC श्वसनाचा त्रास होणारा
- Cat 5a: Asymptomatic direct and high risk contact of Lab confirmed case - Family member  
लक्षण नसलेला पण लॅब मध्ये कन्फर्म झालेल्या कोविड-१९ पॉझिटिव्ह नातेवाईकांशी संपर्क झालेला.
- Cat 5b: Asymptomatic Health care worker in contact with confirmed case without adequate protection  
लक्षण नसलेला पण कोविड-१९ पॉझिटिव्ह असलेल्या हेल्थ कर्मचारीच्या संपर्कात आलेला.
- Cat 6: Symptomatic Influenza-like-illness (ILI) patient in Hospital  
इन्फ्लुएन्झा सारखी लक्षणे असलेला हॉस्पिटल मध्ये असलेला पेशंट.
- Cat 7: Pregnant woman in/near labour  
गर्भवती महिला लेबर मध्ये / लेबरचा जवळ
- Cat 8: Symptomatic (ILI) among returnees and migrants (within 7 days of illness)  
इन्फ्लुएन्झा सारखी लक्षणे असलेला ७ दिवसांच्या आत परत आलेला / मायग्रंट
- Cat 9: Symptomatic Influenza Like Illness(ILI) patient in Hotspot / Containment zones  
इन्फ्लुएन्झा सारखी लक्षणे असलेला हॉस्पिटल / कंटेनमेंट झोन मध्ये असलेला पेशंट.
- Others: (Please select "others" only if the patient doesn't fall in any other category)  
इतर

### SECTION B - OTHER FIELDS TO BE UPDATED

#### B.1 EXPOSURE HISTORY (2 WEEKS BEFORE THE ONSET OF SYMPTOMS)

लक्षणे थायच्या आधी २ आठवडे कोविड-१९ पॉझिटिव्ह पेशंटच्या संपर्कात आलेल्यासाठी

1. Did you travel to foreign country in last 30 days: YES / NO

तुम्ही मागील ३० दिवसात परदेशी गेला आहात का

 If yes, place(s) of travel: ....., Travel duration: .....  
उत्तर हो असेल तर ठिकाण किती दिवस

2. Have you been in contact with lab confirmed COVID-19 patient: YES / NO

तुम्ही लॅबनी कन्फर्म केलेल्या कोविड-१९ पॉझिटिव्ह पेशंटच्या संपर्कात आला होता का?

3. Full Name of COVID-19 Positive Contact Person\*: .....

कोविड-१९ पॉझिटिव्ह पेशंटचे पूर्ण नाव

4. Were you quarantined?\*: YES / NO, If yes, where you quarantined\*: Home / Facility

तुम्हाला क्वारंटाईन केले होते? होय / नाही जर असेल तर -घरी / फॅसिलिटी

5. Are you a health care worker working in hospital involved in managing patients: YES / NO

तुम्ही हॉस्पिटल मध्ये रुग्णसेवा करता का?

Date:

     

## SPECIMEN REFERRAL FORM FOR COVID-19 (SARS-CoV2)

### TEST INITIATION DETAILS

 Doctor's Prescription: YES  NO 

 Follow up / Repeat Sample: YES  NO 

### B.2 CLINICAL SYMPTOMS AND SIGNS *(Tick the appropriate conditions)*

Date of onset of symptoms: ..... First symptom: .....

लक्षणं सुरु झाल्याची तारीख

पहिले लक्षण

Symptoms: लक्षणं (: Cough खोकला / Breathlessness श्वसनाला त्रास / Sore throat घसा खवखवणे/ Haemoptysis धुंकीतून रक्त येणे

Diarrhoea जुलाब / Chest pain छाती दुखणे/ Abdominal pain पोट दुखणे/ Fever ताप / Bodyache अंगदुखी/

Vomiting उलटणे/ Nasal discharge नाक वाहणे

### B.3 UNDERLYING MEDICAL CONDITIONS आधीचा आजार *(Tick the appropriate conditions)*

Chronic renal disease किडनीचा आजार / Chronic liver disease लिव्हरचा आजार / Chronic lung disease फुफ्फुसाचा आजार / Malignancy कर्करोग / Diabetes मधुमेह / Heart disease हृदयविकार / Hypertension रक्तदाब

 IMMUNOCOMPROMISED CONDITION: YES / NO Other underlying condition: .....  
 इम्युनोसप्रेसिव्ह कंडिशन- होय / नाही

### B.4 HOSPITALIZATION DETAILS: रुग्णभरती विषयी

 Hospitalized: YES  NO  Hospitalization Date: ..... Hospital Name\*: .....

हॉस्पिटल मध्ये भरती आहे का. होय / नाही. दिनांक

हॉस्पिटलचे नाव

Hospital District: ..... Hospital State: .....

हॉस्पिटलचा जिल्हा

हॉस्पिटलचे राज्य

### C. REFERRING DOCTOR DETAILS:

Date\*: .....

शिफारस केलेल्या डॉक्टरची माहिती

तारीख

Name of Referring Doctor\*: ..... Email ID of Doctor\*: .....

डॉक्टरचे नाव

ई-मेल आय डी

Mobile number of Doctor\*: ..... Signature and Registration No.\*: .....

डॉक्टरचा मोबाईल नं.

सही व रजिस्ट्रेशन नं.

Email ID of center sending sample \*: .....

सेंटरचा ई-मेल आय डी

-----END-----