



icmr
INDIAN COUNCIL OF
MEDICAL RESEARCH

NICED
NATIONAL INSTITUTE OF
CHOLERA AND ENTERIC DISEASES

आई. सी. एम. आर. – राष्ट्रीय कॉलरा और आंत्र रोग संस्थान
ICMR - NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
स्वास्थ्य अनुसंधान विभाग, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार
Department of Health Research, Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India

WHO COLLABORATING CENTRE FOR RESEARCH AND TRAINING ON DIARRHOEAL DISEASES

Ref. No.NICED/Stores/VRDL Proj./Printing/2022-23

Date: 21/02/2023

QUOTATION ENQUIRY

Sealed quotations are invited on behalf of Director, ICMR-NICED, Kolkata for Printing and supply of following forms as per the specifications. The quotations addressed to Director, ICMR-National Institute of Cholera & Enteric Diseases, P-33, C.I.T Road, Scheme – XM, Beliaghata, Kolkata – 700010 may be sent so as to reach this office on or before **28/02/2023**. The quotation will be opened on same day by **3.30 p.m.**

Sl. No.	Particulars of the item	Qty.	Quoted Rate (INR)
01.	Case Record Form (CRF) (Both side print in 80 GSM paper)	5000 copy	
02.	Test Record Form (TRF) (Both side print in 80 GSM paper)	5000 copy	
03.	RNA Extraction Sheet (Both side print in 80 GSM paper)	2000 copy	
04.	SARI Form & Treatment Form (2 sheet both side print in 80 GSM paper)	10,000 copy	
05.	ILI Form (Both side print in 80 GSM paper)	3,000 copy	
06.	Consent Form (English) (Both side print in 80 GSM paper)	1,000 copy	
07.	Consent Form (Bengali) (Both side print in 80 GSM paper)	1,000 copy	
08.	Patient identification slip (PID) (Both side print in 80 GSM paper)	2,000 copy	
Sub-total :			
GST@			
Total amount including GST:			

Terms and conditions:

- 1) This is an enquiry & must not be treated as an order
- 2) The Director, ICMR-NICED reserves the right to accept or reject the quotations without assigning any reasons thereof.
- 3) The last date may be extended subject to requirement.
- 4) Any decision taken by the Director, ICMR-NICED at any point of time in connection with this process shall be final and conclusive and no claim or dispute from any query in this regard shall be entertained.
- 5) No advance payment will be made. The payment will be made on rendering the services availed and satisfactory report of the end user(s).
- 6) No extra payment on account of transportation, handling, loading, unloading, labour charges etc. will be made. However GST as per rules will be permissible.
- 7) While submitting the quotations the rate against each work and net amount to be paid, GST etc. should be specified separately.
- 8) ICMR-NICED, Kolkata does not bind itself to accept the lowest quote & reserves the right to accept the same in part or full.
- 9) Please ensure that the supply is as per the specification

Store-in-Charge

National Institute of Cholera
and Enteric Diseases
P-33, C.I.T. Road, Scheme-XM
Kolkata-700 010

पी-३३, सी.आई.टी. रोड, स्किम - १०एम, बेलियाघाटा, कोलकाता - ७०००१०, भारत

P-33, C.I.T. Road, Scheme - XM, Beliaghata, Kolkata - 700010, India

निदेशक/ Director : 91-33-2363 3373, 2370 1176, पि.बि.एक्स / PBX : 91-33-2353 7469 / 7470, 2370 5533 / 4478 / 0448

फैक्स / Fax : 91-33-2363 2398, 2370-5066, वेब / Website : www.niced.org.in



ICMR - NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
DHR-ICMR Virus Research and Diagnostic Laboratory Network (Ver 3.0)

CASE RECORD FORM

Format No. : NICED/VRDL/FM-002/Ver. 1.0

A. Identification Section

Lab code	0	3	4	Year		Patient ID (issued by VRDL)				
1. Sample Origin						Date (DD/MM/YY) :				
Outbreak / disease cluster (Referred by Public Health Authorised).....						Outbreak : Investigation date				
Outbreak / disease cluster (investigated by VRDL)						Medical college/Ref. Hosp. : Patient Visit date (OP)/ Admission date (IP)				
Medical College/ Referral Hospital.....										

B. Patient Information

2. Patient name				4. Age in				For Infants months		days	
3. S/o D/o W/o				6. Contact Number :							
5. Sex : Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>											
7. Patient Address:		Village/Town :						Taluk/Tehsil :			
		District :		Pin Code :		State :		Rural/Urban/NK :			
8. Patient		a. In-patient <input type="checkbox"/>		b. Out-patient <input type="checkbox"/>		9. Hospital OP/IP number :					
10. Name of clinician:						11. Clinician's Contact number :					
12. Referral Hospital name:											

C. Clinical Details (Tick all that apply)

13. Date of onset of illness (DD/MM/YY) :				14. Duration of illness (in days) :			
Syndromes				Associated Symptoms			
15. Diarrhoea <input type="checkbox"/>	1. Fever <input type="checkbox"/>	2. Diarrhoea <input type="checkbox"/>	3. Dysentery <input type="checkbox"/>				
	4. Pain in abdomen <input type="checkbox"/>	5. Vomiting <input type="checkbox"/>	6. Others (specify) <input type="checkbox"/>				
16. Respiratory <input type="checkbox"/>	1. Fever <input type="checkbox"/>	2. Sore throat <input type="checkbox"/>	3. Cough <input type="checkbox"/> 4. Rhinorrhoea <input type="checkbox"/>				
	5. Breathlessness <input type="checkbox"/>	6. Others (specify) <input type="checkbox"/>					
17. Fever of Unknown Origin <input type="checkbox"/>	1. Fever <input type="checkbox"/>	2. Any localizing symptoms <input type="checkbox"/>					
18. Rash <input type="checkbox"/>	1. Fever <input type="checkbox"/>	2. Macular <input type="checkbox"/>	3. Papule <input type="checkbox"/>				
	4. Maculo-papular <input type="checkbox"/>	5. Eschar <input type="checkbox"/>	6. Pustule <input type="checkbox"/>				
	7. Bullae <input type="checkbox"/>	8. Others (Specify) <input type="checkbox"/>					
19. Jaundice <input type="checkbox"/>	1. Fever <input type="checkbox"/>	2. Jaundice <input type="checkbox"/>	3. Dark urine <input type="checkbox"/> 4. Hepatomegaly <input type="checkbox"/>				
	5. Nausea <input type="checkbox"/>	6. Vomiting <input type="checkbox"/>	7. Abdominal pain/discomfort <input type="checkbox"/>				
20. Encephalitis / Meningitis <input type="checkbox"/>	1. Fever <input type="checkbox"/>	2. Irritability <input type="checkbox"/>	3. Increased Somnolence <input type="checkbox"/>				
	4. New onset of Seizures <input type="checkbox"/>	5. Neck rigidity <input type="checkbox"/>	6. Altered sensorium <input type="checkbox"/>				
	7. Change in mental status <input type="checkbox"/>	8. Others (Specify) <input type="checkbox"/>					
21. Haemorrhagic Fever <input type="checkbox"/>	1. Fever <input type="checkbox"/>	2. Rigors <input type="checkbox"/>	3. Headache <input type="checkbox"/>				
	4. Chills <input type="checkbox"/>	5. Malaise <input type="checkbox"/>	6. Arthralgia <input type="checkbox"/>				
	7. Myalgia <input type="checkbox"/>	8. Haemorrhagic manifestations <input type="checkbox"/>					
	9. Retro-orbital pain <input type="checkbox"/>	10. Others (Specify) <input type="checkbox"/>					
22. Conjunctivitis <input type="checkbox"/>	1. Fever <input type="checkbox"/>	2. Redness <input type="checkbox"/>	3. Discharge <input type="checkbox"/> 4. Crusting <input type="checkbox"/>				
23. Other Syndrome <input type="checkbox"/>	Specify						
24. Provisional diagnosis :				25. Investigations Requested :			

D. Epidemiological Details

26. Presence of similar case in the house	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
27. Presence of similar case/s in the village/locality	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
28. History of travel in last 10 days	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	If Yes, place visited

Name of the person filling form:
 Signature of person filling form:

Go to Section F (details of sample collection) in Page 2



ICMR - NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
DHR-ICMR Virus Research and Diagnostic Laboratory Network (Ver 3.0)

Format No. : NICED/VRDL/FM-002/Ver. 1.0

To be filled only for Patients/samples form Outbreak*

*(samples sent by PHC/CHC/Dist. Health authorities and investigated by VRDL for confirmation of Outbreak/disease cluster)

E. Patient Information (to be filled by VRDL)									
1. Patient name				2. S/o D/o W/o					
3. Age in completed				For Infants				4. Sex : Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	
5. Patient		Village/Town :		Sub Centre :		PHC/CHC :		Rural / Urban / NK :	
Address:		District :		Pin Code :		State :		Ph:	
Contact details of the official referring the samples form outbreak : Name : _____ Ph: _____									

6. Outbreak Number (issued by VRDL)		7. Date of sample collection :	
8. Date of Onset of symptoms:		9. Total number of patients form whom samples are collected:	
10. Patient Number within the outbreak :		11. Which of the following best describe the clinical presentation? (Tick most appropriate option)	
a. Fever with rash (suspected measles/rubella) <input type="checkbox"/>		b. Fever with rash, arthralgia (suspected dengue) <input type="checkbox"/>	
c. Fever with arthralgia (suspected Chikungunya) <input type="checkbox"/>		d. Fever with respiratory symptoms (suspected influenza) <input type="checkbox"/>	
e. Fever with jaundice (suspected HAV/HEV) <input type="checkbox"/>		f. Fever with neurological symptoms (suspected JE) <input type="checkbox"/>	
g. Fever with haemorrhagic manifestations <input type="checkbox"/>		h. Acute diarrhoeal disease <input type="checkbox"/>	
i. Conjunctivitis <input type="checkbox"/>		j. Gastroenteritis (probably food borne) <input type="checkbox"/>	
k. Acute flaccid paralysis <input type="checkbox"/>		l. Others (Specify) <input type="checkbox"/>	
12. Provisional diagnosis :		13. Investigations Requested :	

ONLY FOR LABORATORY USE

F. Details of Sample Received / Collected (Tick all that apply)									
Type of samples	Blood-Plasma(P)	Blood-Serum(S)	CSF(C)	NP Swab(N)	Throat swab(T)	Rectal swab (R)	Faeces (F)	Urine (U)	Others (specify) (O)
Tick () for the samples received									
Date of received									
Time of received									

Sample/s received/collected by (Name): _____

Signature: _____

Date: _____

G. Laboratory Results					
Sl. No.	Virus	Date of Testing	Sample Type	Test done	Result
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					

Sample sent to higher lab for further investigations	Yes	No
--	-----	----

Name of the Technicians performing test :

Name of the lab in-charge :

Signature of Technician performing test :

Signature of lab in-charge :

Date :



icmr
INDIAN COUNCIL OF
MEDICAL RESEARCH

NICED
NATIONAL INSTITUTE OF
CHOLERA AND ENTERIC DISEASES

Format No. - NICED/VRDL/FM-001/Ver. 1.0

ICMR - NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA & ENTERIC DISEASES
Regional Virus Research and Diagnostic Laboratory (VRDL)

Contact: 033 2370 / 4478 / 0448; 2353 7469; Ext 121 / 190 Email: vrdln.niced@gmail.com

Website: <http://www.niced.org.in/niced/VRDL-ICMR-NICED.htm>

Site ID: _____ / _____ Lab ID: _____ / _____

TEST REQUEST FORM

Name of patient (in block letters):

Age :

Sex :

Name of guardian:

Address (in detail):

District:

PIN code:

Contact No.:

Patient type: Out-Patient /In-patient

Ward:

Bed No.:

Patient registration (IPD/OPD) no.:

Name of referring clinician :

Clinician's contact no.:

Name of referring hospital :

Date of onset of illness:

Relevant signs and symptoms:

History of past illness:

Exposure history:

History of travel in last 15 days:

Biochemical parameters:

Haemoglobin		Haematocrit (%)		WBC count	
Neutrophil (%)		Lymphocytes (%)		Monocytes (%)	
Eosinophil (0%)		Basophil (%)		Platelet Count	
ESR		CRP		Procalcitonin	
Serum bilirubin (Total)		Unconjugated		Conjugated	
Serum ALT		Serum AST		Serum ALP	
Serum Albumin		Albumin/globulin ratio		Gamma glutamyl transpeptidase (GGT)	
PT		APTT		INR	
Serum Urea		Serum Creatinine			
Others					



icmr
INDIAN COUNCIL OF
MEDICAL RESEARCH

NICED
NATIONAL INSTITUTE OF
CHOLERA AND ENTERIC DISEASES

Format No. - NICED/VRDL/FM-001/Ver. 1.0

ICMR - NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA & ENTERIC DISEASES
Regional Virus Research and Diagnostic Laboratory (VRDL)

Contact: 033 2370 / 4478 / 0448; 2353 7469; Ext 121 / 190 Email: vrdln.niced@gmail.com

Website: <http://www.niced.org.in/niced/VRDL-ICMR-NICED.htm>

Serological investigations:

Chest X-ray findings:

USG findings:

CT scan/MRI findings:

Immunization history:

Whether known to be pregnant: Yes ☐ / No ☐ Gestation period:

Co-morbidity (if any):

Category which the patient belongs to (for suspected Influenza): B(i) ☐ / B(ii) ☐ / C ☐

Provisional diagnosis:

Investigations requested:

Type of specimen:

Date of specimen collection:

Time of specimen collection:

Name of person collection the specimen:

Name of person filling the form:

Email ID of concerned hospital/clinician:

Signature & Seal

- Specimen receiving counter: **ICMR-NICED Virus Laboratory, GB4, 1st Floor, ID&BG Hospital, Beliaghata.**
- Specimen receiving time: **Monday - Saturday (10.30 am to 05.00 pm)**
- The patient party will be communicated about the day of generation of report at the time of receiving specimen.
- Requests for investigations (other than influenza A H1N1) from private hospital/clinician should be forwarded via IDSP / State Health Department.
- Diagnostic report of Influenza A H1N1 will be communicated only via email to the concerned hospital/clinician and state Health Department within 2 working days. No printed report will provided to the patient party.
- Refer to the website for detailed information regarding investigation performed at Regional VRDL, ICMR-NICED.

Date:/...../.....

Batch :

Sheet :

SI no.	Sample ID	Pool no.	SI no.	Sample ID	Pool no.
1			25		
2			26		
3			27		
4			28		
5			29		
6			30		
7			31		
8			32		
9			33		
10			34		
11			35		
12			36		
13			37		
14			38		
15			39		
16			40		
17			41		
18			42		
19			43		
20			44		
21			45		
22			46		
23			47		
24			48		

Date:/...../.....

Batch :

Sheet :

Sl no.	Sample ID	Pool no.	Sl no.	Sample ID	Pool no.
49			73		
50			74		
51			75		
52			76		
53			77		
54			78		
55			79		
56			80		
57			81		
58			82		
59			83		
60			84		
61			85		
62			86		
63			87		
64			88		
65			89		
66			90		
67			91		
68			92		
69			93		
70			94		
71					
72					

Annexure-II

SARI (IPD) CASE PROFORMA

Tick (✓) in the appropriate box

Admitted patient (IPD)	
<input type="checkbox"/> General Medicine	<input type="checkbox"/> Pediatrics
<input type="checkbox"/> Respiratory Medicine	<input type="checkbox"/> ICU
<input type="checkbox"/> Geriatric Medicine	<input type="checkbox"/> Other

Date of Onset of Symptoms	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date of Sample Collection	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Study ID:	Name of Health Facility:						
Patient Reg Number:	Patient Name:						
Contact number:	Gender		<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female			
Age: <input type="text"/>	Year <input type="text"/>	Month <input type="text"/>	Birth date if known <input type="text"/>				
Specimen <input type="checkbox"/>	Nasal Swab <input type="checkbox"/>	Throat swab <input type="checkbox"/>	Nasopharyngeal swab <input type="checkbox"/>	Other <input type="text"/>			
Informant <input type="checkbox"/>	Self <input type="checkbox"/>	Caregiver <input type="checkbox"/>					
Complete address:		Village/Town/City:			District:		
<input type="checkbox"/> Rural		<input type="checkbox"/> Urban					
Height (cm):		Weight (kg):					
Pregnancy: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		if Yes, Gestational age in months: <input type="text"/>					
For children under 5 year Mid arm circumference (cm):							

Exposure History	Yes	No	Exposure History	Yes	No
Similar illness in family/neighbor			Smoking (self)/ Smoker in family		
Exposure to poultry/dead bird			Exposure to farm animals		
No. of family members sleeping in same room			H/o travel abroad in past 14 days prior to onset		

Symptoms	Yes	No	Symptoms	Yes	No
Fever/History of fever (< 7 days)			Chills		
Rigors			Cough		
Sputum Production			Haemoptysis		
Sore throat			Nasal Discharge/stuffiness		
Ear ache/ discharge			Headache		
Body-ache			Malaise/Fatigue		
Chest Pain			Abdominal pain		
Vomiting/nausea			Diarrhea		
Breathlessness/ difficulty breathing			Seizures		
Other Symptoms:					

For Children Under 5 Years

Decreased feeding			Lethargy/unconscious		
Vaccination History	Yes	No	Treatment History	Yes	No
H/o influenza vaccination within last 1yr			Antivirals (Tamiflu) in past 2 weeks		

Annexure-II

COVID-19 Vaccination					
First Dose: Covaxin / Covishield / Sputnik V (Date)					
Second Dose: Covaxin / Covishield / Sputnik V (Date)					

Clinical Signs	Enter Value		Clinical Signs	Enter Value	
Respiratory rate/minute:			Pulse rate/minute:		
O ₂ saturation (%):			Axillary temperature (°C):		
BP systolic: BP diastolic:					
	Yes	No		Yes	No
Wheeze			Nasal flaring		
Stridor in calm patient			Crepitation		
Lower chest in-drawing			Grunting		
Apnea			Accessory muscles use for breathing		
Other					

Medical History	Yes	No	Not known	Medical History	Yes	No	Not known
Chronic lung disease (COPD/Bronchitis)				Asthma			
Tuberculosis				Heart Diseases			
Diabetes				Chronic liver disease			
Chronic renal disease				Chronic neurological disease			
Hematologic disorders e.g. Thalassemia				Malignancy /Cancer			
Immunocompromised state/ steroid therapy				HIV			
Chronic diarrhea in children under 5 years				H/o influenza vaccination within last 1 year			
Hypertension							
Other (specify):							

Treatment	Yes	No	Treatment	Yes	No
Antibiotics			Antivirals (Tamiflu/ Zanamavir/ Peramivir) in past 2 weeks		
Oxygen			Steroid		
Mechanical ventilation (intubation)			Bronchodilators		
CPAP (Continuous positive airway pressure)					
Other:					

Annexure-II

Investigations

Hematocrit:
Hb:
WBC (leukocytes) count:
Differential leukocytes count
Lymphocytes (%):
Monocytes (%)
Neutrophil (%):
Basophil (%):
Eosinophil (%):
Platelet (Thrombocytes) Count:
ESR:

<input type="checkbox"/> Chest X-ray done	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Chest X-ray → Findings by radiologist	Consolidation	Infiltration
<input type="checkbox"/> Blood Culture → Findings if any	Diffuse ARDS	
<input type="checkbox"/> Admitted in ICU	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Date of ICU admission	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sepsis	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Physician clinical diagnosis:		
Final Outcome		
<input type="checkbox"/> Discharged alive	Date of discharge	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Death/Died	Date of death	<input type="text"/>
Signature		
Name of interviewer		
Date		

Annexure-I

ILI (OPD) CASE PROFORMA

Name of CHC / PHC:

Date of Onset of Symptoms		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Date of Sample Collection		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Study ID:		Name of Health Facility:							
Patient Reg Number:		Patient Name:							
Contact number:		Gender:		<input type="checkbox"/> Male		<input type="checkbox"/> Female			
Age:	<input type="text"/>	Year	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>	Date of Birth	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Specimen:	<input type="text"/>	Nasal Swab	<input type="text"/>	Throat swab	<input type="text"/>	Nasopharyngeal swab	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Informant	<input type="text"/>	Self	<input type="text"/>	Caregiver	<input type="text"/>				
Complete address:		Village/Town/City:				District:			
		<input type="checkbox"/> Rural		<input type="checkbox"/> Urban					
Height (cm):		Weight (kg):							
Pregnancy :		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	if Yes, Gestational age in months:					
For children under 5 year: Mid arm circumference (cm):									

Exposure History	Yes	No	Exposure History	Yes	No
Similar illness in family/neighbor			Smoking (self)/ Smoker in family		
Exposure to poultry/dead bird			Exposure to farm animals		
No. of family members sleeping in same room			H/o travel abroad in past 14 days prior to onset		

Symptoms	Yes	No	Symptoms	Yes	No
Fever/History of fever (< 7 days)			Chills		
Rigors			Cough		
Sore throat			Haemoptysis		
Ear ache/ discharge			Nasal Discharge/stuffiness		
Body-ache			Headache		
Chest Pain			Malaise/Fatigue		
Vomiting/nausea			Abdominal pain		
Breathlessness/ difficulty breathing			Diarrhea		
Seizures					
Other Symptoms:					
For Children Under 5 Years					
Decreased feeding			Lethargy/unconscious		

Annexure-I

Medical History	Yes	No	Not known		Medical History	Yes	No	Not known
Chronic lung disease (COPD/Bronchitis)					Asthma			
Tuberculosis					Heart Diseases			
Diabetes					Chronic liver disease			
Chronic renal disease					Chronic neurological disease			
Hematologic disorders e.g. Thalassemia					Malignancy /Cancer			
Chronic diarrhea in children under 5 year					Other (specify):			
Hypertension								

Vaccination History	Yes	No		Treatment History	Yes	No
H/o influenza vaccination within last 1yr				Antivirals (Tamiflu) in past 2 weeks		
COVID-19 Vaccination						
First Dose: Covaxin / Covishield / Sputnik V (Date)						
Second Dose: Covaxin / Covishield / Sputnik V (Date)						
Signature						
Name of interviewer						

TREATMENT

❖ Antibiotics:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

❖ Oxygen:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

❖ Steroid:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

❖ Antivirals:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

- ❖ **Bronchodilators:**

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

❖ Mechanical Ventilation (Intubation):

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

- ❖ CPAP (Continuous Positive Airway Pressure):

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

INFORMED CONSENT FORM FOR COLLECTION OF SPECIMEN/S FOR INFLUENZA-SARSCOV-2 SURVEILLANCE THROUGH DHR-ICMR VRDL NETWORK

Study Title: Pan India Epidemiological, Virological and Genomic Surveillance for Human Influenza and COVID-19 through DHR-ICMR VRDL Network

Introduction and purpose of the study: Influenza and COVID-19 have a similar disease presentation, both cause upper and lower respiratory diseases which presents as a wide range of illness in children and adults. We are conducting a study to detect influenza and novel coronavirus (SARS CoV-2) among ILI and SARI cases and to identify the currently circulating strains of influenza virus in India. This surveillance study will help in early detection of newly emerging influenza virus strains and any unusual outbreak of influenza or influenza-like illness will be reported immediately. The activity will also be helpful to collect data on trend and proportion of existing and emerging variants of SRAS-CoV-2. Screening will also be beneficial to detect the nature of influenza virus against antiviral drug Tamiflu to establish its usefulness, especially in case of the newly emerged mutant influenza strains of pandemic potential. The information will be communicated to the World Health Organization (WHO) for understanding the global influenza situation and will have relevance on deciding vaccine development strategies and develop anti-viral drugs.

Study procedure: A thin cotton swab will be inserted in the nose or throat of the patient for a few seconds and the mucus secretion collected. This is a safe procedure, when carried out by a trained investigator or technician. There will be no further follow up involved. In this on-going study, we will collect more than 500 samples per week from ILI and SARI patients.

Risk and benefits: There are no known or perceived complications associated with swab collection procedure. Participation in the study is a voluntary act. There will be no personal benefit for you and your treatment will not change due to this investigation, but the community at large would be benefited by your participation, by the knowledge gained through this research.

New findings: Any significant findings that will emerge during the course of the study will be provided to you by the investigator or study staff.

Confidentiality: Privacy of participant and confidentiality of the information obtained would be protected as permitted by law. Specimens will be identified by a code and all the records would be kept confidential and used for scientific purposes only. If you have any doubts or questions the investigator/s will give you required answers or clarifications.

Voluntary participation: Your/ your child's participation in this study would be voluntary and you have a right to refuse to participate in the study. Your child's medical treatment would not be affected even if you refuse to participate in the study.

Payment for participation: All the expenses for testing will be borne by the investigators and you will not have to make any payment for participation in the study. You will not be paid any amount for your participation in this study.

Investigator's contact details If you have any questions related to the study you are free to contact the investigators and you will be provided the available information. In case you have any doubts or questions about the rights as a trial participant please contact Chairperson, Ethical Committee,

CONSENT

I confirm that I have read and understood the information given to me about the study (it has been read to me), and had opportunity to ask questions/doubts to the investigator/s. The questions have been answered to my satisfaction. I know that I have a right to refuse to participate in the study and this will not affect my right to receive treatment. I agree to allow my sample to be stored and used for future scientific research.

Subject's Name:

Date:

Signature/Thumb impression (in case illiterate patient)
of patient/guardian

Signature of witness

Principal Investigator
Dr. S. Dutta

Principal Investigator

Name of Medical College /Institute

স্বাস্থ্য গবেষণা বিভাগ-ইন্ডিয়ান কাউন্সিল অফ মেডিক্যাল রিসার্চ (DHR-ICMR)

DHR-ICMR VRDL নেটওয়ার্কের মাধ্যমে ইনফ্লুয়েঞ্জা-সারসকোভ-2 সার্ভেল্যান্সের জন্য নমুনা সংগ্রহের জন্য অবহিত সম্মতি ফর্ম

অধ্যয়নের শিরোনাম: ডিএইচআর-আইসিএমআর ভিআরডিএল নেটওয়ার্কের মাধ্যমে প্যান ইন্ডিয়া এপিডেমিওলজিকাল, হিউম্যান ইনফ্লুয়েঞ্জা এবং কোভিড-১৯ এর জন্য ভাইরোলজিক্যাল এবং জিনোমিক নজরদারি

সূচনা এবং অধ্যয়নের উদ্দেশ্য: ইনফ্লুয়েঞ্জা এবং কোভিড-১৯ একই রকম রোগের উপস্থাপনা আছে, উভয়ই উপরের এবং নীচের শ্বাসযন্ত্রের রোগের কারণ হয়, যা শিশু এবং প্রাপ্তবয়স্কদের মধ্যে বিস্তৃত অসুস্থতা হিসাবে উপস্থাপন করে। আমরা ILI এবং SARI কেসগুলির মধ্যে ইনফ্লুয়েঞ্জা এবং নভেল করোনাভাইরাস (SARS CoV-2) সনাক্ত করার জন্য এবং ভারতে ইনফ্লুয়েঞ্জা ভাইরাসের বর্তমানে সঞ্চালিত স্ট্রেনগুলি সনাক্ত করার জন্য একটি গবেষণা পরিচালনা করছি। এই নজরদারি অধ্যয়ন নতুন উদীয়মান ইনফ্লুয়েঞ্জা ভাইরাস স্ট্রেনগুলির প্রাথমিক সনাক্তকরণে সাহায্য করবে এবং ইনফ্লুয়েঞ্জা বা ইনফ্লুয়েঞ্জার মতো অসুস্থতার অস্বাভাবিক প্রাদুর্ভাব অবিলম্বে রিপোর্ট করা হবে। SRAS-CoV-2 এর বিদ্যমান এবং উদীয়মান রূপগুলির প্রবণতা এবং অনুপাতের ডেটা সংগ্রহ করতেও এই কার্যকলাপটি সহায়ক হবে।

অ্যান্টিভাইরাল ড্রাগ Tamiflu এর বিরুদ্ধে ইনফ্লুয়েঞ্জা ভাইরাসের প্রকৃতি শনাক্ত করতেও ক্লিনিং উপকারী হবে, বিশেষ করে নতুনভাবে উদ্ভূত মিউট্যান্ট ইনফ্লুয়েঞ্জা স্ট্রেনের ক্ষেত্রে মহামারী সম্ভাব্যতা প্রতিষ্ঠা করতে। বৈশ্বিক ইনফ্লুয়েঞ্জা পরিস্থিতি বোঝার জন্য তথ্যগুলি বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO)-কে জানানো হবে এবং ভ্যাকসিন বিকাশের কৌশল নির্ধারণ এবং অ্যান্টি-ভাইরাল ওষুধ বিকাশের ক্ষেত্রে প্রাসঙ্গিক হবে।

অধ্যয়নের পদ্ধতি: রোগীর নাকে বা গলায় কয়েক সেকেন্ডের জন্য একটি পাতলা Swab Stick ঢোকানো হবে এবং স্লেথ্যা নিঃসরণ সংগ্রহ করা হবে। এটি একটি নিরাপদ পদ্ধতি, যখন একজন প্রশিক্ষিত তদন্তকারী বা প্রযুক্তিবিদ দ্বারা পরিচালিত হয়। এই চলমান গবেষণায়, আমরা প্রতি সপ্তাহে ILI এবং SARI রোগীদের কাছ থেকে 500 টিরও বেশি নমুনা সংগ্রহ করব।

ঝুঁকি এবং সুবিধা: সোয়াব সংগ্রহ পদ্ধতির সাথে সম্পর্কিত কোন পরিচিত বা অনুভূত জটিলতা নেই। গবেষণায় অংশগ্রহণ একটি স্বৈচ্ছাসেবী কাজ। আপনার জন্য কোনো ব্যক্তিগত সুবিধা হবে না এবং এই তদন্তের কারণে আপনার চিকিৎসার কোনো পরিবর্তন হবে না, তবে এই গবেষণার মাধ্যমে অর্জিত জ্ঞানের মাধ্যমে আপনার অংশগ্রহণের মাধ্যমে ব্যাপকভাবে সম্প্রদায় উপকৃত হবে।

নতুন অনুসন্ধান: অধ্যয়ন চলাকালীন যেকোন উল্লেখযোগ্য ফলাফল উদ্ভূত হবে তা আপনাকে তদন্তকারী বা অধ্যয়ন কর্মীরা প্রদান করবেন।

গোপনীয়তা: অংশগ্রহণকারীর গোপনীয়তা এবং প্রাপ্ত তথ্যের গোপনীয়তা আইন দ্বারা অনুমোদিত হিসাবে সুরক্ষিত হবে। নমুনা একটি কোড দ্বারা চিহ্নিত করা হবে এবং সমস্ত রেকর্ড গোপন রাখা হবে এবং শুধুমাত্র বৈজ্ঞানিক উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে। আপনার কোন সন্দেহ বা প্রশ্ন থাকলে তদন্তকারী আপনাকে প্রয়োজনীয় উত্তর বা স্পষ্টীকরণ দেবে।

স্বেচ্ছায় অংশগ্রহণ: এই অধ্যয়নে আপনার/আপনার সন্তানের অংশগ্রহণ স্বেচ্ছায় হবে এবং আপনার অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করতে অস্বীকার করার অধিকার রয়েছে। আপনি গবেষণায় অংশগ্রহণ করতে অস্বীকার করলেও আপনার সন্তানের চিকিৎসা প্রভাবিত হবে না।

অংশগ্রহণের জন্য অর্থপ্রদান: পরীক্ষার জন্য সমস্ত খরচ তদন্তকারীরা বহন করবে এবং অধ্যয়নে অংশগ্রহণের জন্য আপনাকে কোনো অর্থপ্রদান করতে হবে না। এই গবেষণায় আপনার অংশগ্রহণের জন্য আপনাকে কোনো অর্থ প্রদান করা হবে না।

তদন্তকারীর যোগাযোগের বিশদ আপনার যদি অধ্যয়ন সম্পর্কিত কোন প্রশ্ন থাকে তবে আপনি তদন্তকারীদের সাথে যোগাযোগ করতে স্বাধীন এবং আপনাকে উপলব্ধ তথ্য সরবরাহ করা হবে। ট্রায়ালে অংশগ্রহণকারী হিসাবে অধিকার সম্পর্কে আপনার কোন সন্দেহ বা প্রশ্ন থাকলে অনুগ্রহ করে চেয়ারপারসন, এথিক্যাল কমিটি, এর সাথে যোগাযোগ করুন।

সম্মতি

আমি নিশ্চিত করি যে আমি অধ্যয়ন সম্পর্কে আমাকে দেওয়া তথ্য পড়েছি এবং বুঝেছি (এটি আমাকে পড়া হয়েছে), এবং তদন্তকারী/দের কাছে প্রশ্ন/সন্দেহ জিজ্ঞাসা করার সুযোগ পেয়েছি। প্রশ্নগুলো আমার সন্তুষ্টির জন্য উত্তর দেওয়া হয়েছে। আমি জানি যে অধ্যয়নে অংশগ্রহণ করতে অস্বীকার করার অধিকার আমার আছে এবং এটি আমার চিকিৎসা পাওয়ার অধিকারকে প্রভাবিত করবে না। আমি আমার নমুনা সংরক্ষণ এবং ভবিষ্যতে বৈজ্ঞানিক গবেষণার জন্য ব্যবহার করার অনুমতি দিতে সম্মত।

বিষয়ের নাম:.....

তারিখ:

স্বাক্ষর/আঙুলের ছাপ (অশিক্ষিত রোগীর ক্ষেত্রে)
রোগীর/অভিভাবকের

সাক্ষী স্বাক্ষর

তদন্তকারীর স্বাক্ষর

প্রধান তদন্তকারী

মেডিকেল কলেজ/ইনস্টিটিউটের নাম

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
VIRUS RESEARCH AND DIAGNOSTIC LABORATORY

FORMAT NO. NICED/FM/90

PATIENT IDENTIFICATION (PID) SLIP

Site ID: _____ / _____
Name of Patient: _____
OPD/IPD Registration No.: _____
Investigation/s Requested: _____
Signature: _____

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
VIRUS RESEARCH AND DIAGNOSTIC LABORATORY

FORMAT NO. NICED/FM/90

PATIENT IDENTIFICATION (PID) SLIP

Site ID: _____ / _____
Name of Patient: _____
OPD/IPD Registration No.: _____
Investigation/s Requested: _____
Signature: _____

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
VIRUS RESEARCH AND DIAGNOSTIC LABORATORY

FORMAT NO. NICED/FM/90

PATIENT IDENTIFICATION (PID) SLIP

Site ID: _____ / _____
Name of Patient: _____
OPD/IPD Registration No.: _____
Investigation/s Requested: _____
Signature: _____

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
VIRUS RESEARCH AND DIAGNOSTIC LABORATORY

FORMAT NO. NICED/FM/90

PATIENT IDENTIFICATION (PID) SLIP

Site ID: _____ / _____
Name of Patient: _____
OPD/IPD Registration No.: _____
Investigation/s Requested: _____
Signature: _____

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
VIRUS RESEARCH AND DIAGNOSTIC LABORATORY

FORMAT NO. NICED/FM/90

PATIENT IDENTIFICATION (PID) SLIP

Site ID: _____ / _____
Name of Patient: _____
OPD/IPD Registration No.: _____
Investigation/s Requested: _____
Signature: _____

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
VIRUS RESEARCH AND DIAGNOSTIC LABORATORY

FORMAT NO. NICED/FM/90

PATIENT IDENTIFICATION (PID) SLIP

Site ID: _____ / _____
Name of Patient: _____
OPD/IPD Registration No.: _____
Investigation/s Requested: _____
Signature: _____

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
VIRUS RESEARCH AND DIAGNOSTIC LABORATORY

FORMAT NO. NICED/FM/90

PATIENT IDENTIFICATION (PID) SLIP

Site ID: _____ / _____
Name of Patient: _____
OPD/IPD Registration No.: _____
Investigation/s Requested: _____
Signature: _____

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
VIRUS RESEARCH AND DIAGNOSTIC LABORATORY

FORMAT NO. NICED/FM/90

PATIENT IDENTIFICATION (PID) SLIP

Site ID: _____ / _____
Name of Patient: _____
OPD/IPD Registration No.: _____
Investigation/s Requested: _____
Signature: _____

ICMR-NATIONAL INSTITUTE OF CHOLERA AND ENTERIC DISEASES
VIRUS RESEARCH AND DIAGNOSTIC LABORATORY

FORMAT NO. NICED/FM/90

PATIENT IDENTIFICATION (PID) SLIP

Site ID: _____ / _____
Name of Patient: _____
OPD/IPD Registration No.: _____
Investigation/s Requested: _____
Signature: _____

DATE OF REPORT DELIVERY

DATE OF REPORT DELIVERY

DATE OF REPORT DELIVERY

BETWEEN 11:00 AM TO 01:00 PM

BETWEEN 11:00 AM TO 01:00 PM

BETWEEN 11:00 AM TO 01:00 PM

DATE OF REPORT DELIVERY

DATE OF REPORT DELIVERY

DATE OF REPORT DELIVERY

BETWEEN 11:00 AM TO 01:00 PM

BETWEEN 11:00 AM TO 01:00 PM

BETWEEN 11:00 AM TO 01:00 PM

DATE OF REPORT DELIVERY

DATE OF REPORT DELIVERY

DATE OF REPORT DELIVERY

BETWEEN 11:00 AM TO 01:00 PM

BETWEEN 11:00 AM TO 01:00 PM

BETWEEN 11:00 AM TO 01:00 PM