

Form s

अहवाल दिनांक :-								अहवाल क्र.									
राज्य		महाराष्ट्र				जिल्हा		जळगांव				ब्लॉक		वर्ष			
आरोग्य सेवकाचे नांव/व्हाल्युंटर/प्रेक्टीशनर :-								पर्यवेक्षकाचे नांव				माहिती युनिटचे नांव					
आयडी नं./युनिक अॅडन्टीफायर (डीएसयु)								आठवडा कालावधी				ते					
अ.क्र.		रुग्ण						मृत्यू						एकूण			
		मुलगा			मुलगी			मुलगा			मुलगी						
		< ५ वर्ष	> = ५ वर्ष	एकूण M	< ५ वर्ष	> = ५ वर्ष	एकूण F	< ५ वर्ष	> = ५ वर्ष	एकूण M	< ५ वर्ष	> = ५ वर्ष	एकूण F				
१		ताप															
		७ दिवसांपेक्षा कमी															
		फक्त ताप															
		ताप व पुरळ															
		ताप व रक्त स्त्राव															
		ताप व शुद्ध हरपणे															
		७ दिवसांपेक्षा जास्त															
२		खोकला (तापासहित किंवा विनाताप)															
		३ आठवड्यांपेक्षा कमी															
		३ आठवड्यांपेक्षा जास्त															
३		२ आठवड्यांपेक्षा कमी काळातील पाण्यासारखे जुलाब															
		जलशुष्कतेसह															
		जलशुष्कतेशिवाय															
		हंगवण															
४		४ आठवड्यांपेक्षा कमी काळातील कावीळ रुग्ण															
		कावीळचे रुग्ण अॅक्युट															
५		ए एफ पी १५ वर्षांखालील ए एफ पी / पक्षाघात पोलीओ															
		ए एफ पी चे रुग्ण															
६		अस्वाभाविक लक्षणामुळे रुग्णालयात भरती होणे अथवा मृत्यू															
७		अचानकपणे कोंबड्या मरुन पडणे (होय/नाही)															
		असल्यास ताप व खोकल्याचे रुग्ण															

Note : Information related to State Specific Diseases (if any) may be added.

सही

FORM - P (फॉर्म - पी)**Weekly Reporting Format - IDSP (आठवडी अहवाल नमुना - आयडीएसपी)**

Name of Reporting Institute :-				I.D. No. :-			
Sate :-		Maharashtra		District :-		Jalgaon	
Officer-in-Charge Name :-				Signature :-			
IDSP Reporting Week no. :-		Start Date :-		End Date :-		Date of Reporting :-	

Sr. no.	Diseases / Syndromes	No. of Cases
1	Acute Diarrhoeal Disease (including acute gastroenteritis)	
2	Bacillary Dysentery	
3	Viral Hepatitis	
4	Enteric Fever	
5	Malaria	
6	Dengue / DHF / DSS	
7	Chikungunya	
8	Acute Encephalitis Syndrome	
9	Meningitis	
10	Measles	
11	Diphtheria	
12	Pertussis	
13	Chicken Pox	
14	Fever of Unknown Origin (PUO)	
15	Acute Respiratory Infection (ARI) / Influenza Like Illness (ILI)	
16	Pneumonia	
17	Leptospirosis	
18	Acute Flaccid Paralysis < 15 Years of Age	
19	Dog bite	
20	Snake bite	
21	Any other State Specific Disease(Specify)	
22	Unusual Syndromes NOT Captured Above (Specify clinical)	
23	Total New OPD attendance (Not to be filled up when data collected for indoor cases)	

Signature

FORM - L (फॉर्म - एल)**Weekly Reporting Format - IDSP
(आठवडी अहवाल नमुना - आयडीएसपी)**

Name of Laboratory :-		Institution :-			
Sate :-	Maharashtra	District :-	Jalgaon	Block/Town/City :-	
Officer-in-Charge Name :-		Signature :-			
IDSP Reporting Week no. :-	Start Date :-	End Date :-	Date of Reporting :-		

Sr.no.	Diseases	No. of Samples Tested	No. of found Positive	
1	Dengue/DHF/DSS			
2	Chikungunya			
3	JE			
4	Meningococcal Meningitis			
5	Typhoid Fever			
6	Diphtheria			
7	Cholera			
8	Shigella Dysentery			
9	Viral Hepatitis A			
10	Viral Hepatitis E			
11	Leptospirosis			
12	Malaria		PV	
			PF	
			TOTAL -	
13	Other (Sputum T.B.)			

P.T.O.....

Line List of Positive Cases (Except Malaria cases)

सर्व दुषित नमुने सापडलेल्या रुग्णाचे नावांची यादी (मलेरीया सोडून)

Sr. no. (अ.क्र.)	Name (नांव)	Age (Yrs) (वय वर्षे)	Sex (M/F) (लिंग पु/स्त्री)	Address: Town / Village (पत्ता:- शहर / गांव)	Name of Test Done (परिक्षणाचे नांव)	Diagnosis (Lab confirmed) (निदान)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

Signature