

مشرق وسطیٰ میں تنفسی سنڈروم والے کورونا وائرس [Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS)] زیر تشخیص مریض (PUI) کا فارم

Middle East Respiratory Syndrome (MERS) Patient Under Investigation (PUI) Short Form

PUI کے لیے، اس فارم کو مکمل کر کے eocevent90@cdc.gov پر بھیجیں (موضوع: MERS فارم) یا 770-488-7107 پر فیکس کریں۔ اگر آپ کے سوالات ہوں تو CDC ایمرجنسی آپریشن سینٹر (EOC) سے 770-488-7100 پر رابطہ کریں۔

For Patients Under Investigation (PUIs), complete and send this form to eocevent90@cdc.gov (subject line: MERS Patient Form) or fax to 770-488-7107. If you have questions contact the CDC Emergency Operations Center (EOC) at 770-488-7100.

ریاستی شناخت: State ID	آج کی تاریخ: ماہ/دن/سال Today's Date	ملک: County	شہر: City	ریاست: State
انٹرویو کنندہ کا نام: Interviewer's name	فون: Phone	ای میل: Email		
معالج کا نام: Physician's name	فون / پیجر: Phone/pager			
PUI کی تفصیل — کیا مریض کو ہے: PUI Definition—Does the patient have:		(براہ کرم اس پتے پر CDC کی ویب سائٹ دیکھیں http://www.cdc.gov/coronavirus/mers/case-def.html Please consult CDC website		
1. سانس میں شدید انفیکشن کے ساتھ بخار (≥ 38°C, 100.4°F) اور کھانسی؟ اور کھانسی؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں 1. Acute respiratory infection with fever (≥ 38°C, 100.4°F) and cough? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown				
2. نمونیا یا سانس میں شدید تکلیف والی طبی کیفیت (ARDS) کا طبی یا ریڈیو گرافک ثبوت؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں 2. Clinical or radiographic evidence of pneumonia or acute respiratory distress syndrome (ARDS)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown				
3. بیماری کی شروعات سے 14 دن قبل † جزیرہ نما عرب یا قرب و جوار کے ممالک سے سفر کیا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں اگر ہاں تو کون سے ممالک؟ مشرق وسطیٰ کو/سے سفر کی تاریخ: ماہ/دن/سال ماہ/دن/سال 3. Travel from the Arabian Peninsula or neighboring countries† 14 days before illness onset? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, which countries? _____ Date of travel to/from the Middle East: MM/DD/YY MM/DD/YY				
مریض کی شخصی معلومات Patient Demographic Information				
1. جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت 2. عمر: _____ سال <input type="checkbox"/> ماہ 3. رہائش: <input type="checkbox"/> امریکی باشندہ <input type="checkbox"/> غیر امریکی باشندہ، ملک: _____ 1. Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 2. Age: _____ yr <input type="checkbox"/> mo 3. Residency: <input type="checkbox"/> US resident <input type="checkbox"/> non US resident, country: _____				
طبی کیفیت، سرگزشت اور خطرات کے عوامل Clinical Presentation, History and Risk Factors				
4. علامات شروع ہونے کی تاریخ: ماہ/دن/سال 4. Date of symptom onset: MM/DD/YY				
5. علامات (ان تمام کو نشان زد کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو): <input type="checkbox"/> بخار <input type="checkbox"/> خشک کھانسی <input type="checkbox"/> بلغم کے اخراج کے ساتھ کھانسی <input type="checkbox"/> کپکپی <input type="checkbox"/> گلے میں خراش <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> پٹھوں میں درد <input type="checkbox"/> سانس پھولنا <input type="checkbox"/> قے <input type="checkbox"/> پیٹ درد <input type="checkbox"/> دست (ڈائریا) <input type="checkbox"/> دیگر _____ 5. Symptoms (Check all that apply): <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Dry cough <input type="checkbox"/> Productive cough <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Muscle aches <input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Other _____				
6. علامات شروع ہونے سے قبل کے 14 دنوں میں کیا مریض کا قریبی رابطہ جزیرہ نما عرب یا قرب و جوار کے ممالک کے کسی حالیہ بیمار مسافر سے ہوا تھا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/> ممالک؟ _____ 6. In the 14 days before symptom onset did the patient have close contact with a recent ill traveler from the Arabian Peninsula or neighboring countries†? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, which countries? _____				
7. کیا مریض (ان تمام کو نشان زد کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو): <input type="checkbox"/> نگہداشت صحت کا کارکن (HCW) <input type="checkbox"/> امریکی فوجی <input type="checkbox"/> طیارے کا عملہ <input type="checkbox"/> دیگر _____ 7. Is the patient (Check all that apply): <input type="checkbox"/> Health care worker (HCW) <input type="checkbox"/> US military <input type="checkbox"/> Flight crew <input type="checkbox"/> Other _____				
8. خطرات کے ہم زمان عوامل (ان تمام کو نشان زد کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو): <input type="checkbox"/> مصونیت سے سمجھوتہ <input type="checkbox"/> حاملہ <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> دیگر _____ 8. Concurrent risk factors (Check all that apply): <input type="checkbox"/> Immunocompromised <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other _____				

†Countries considered in the Arabian Peninsula and neighboring include: Bahrain, Iraq, Iran, Israel, Jordan, Kuwait, Lebanon, Oman, Palestinian territories, Qatar, Saudi Arabia, Syria, the United Arab Emirates (UAE), and Yemen.

†جزیرہ نما عرب اور قرب و جوار میں شمار کیے جانے والے ممالک میں شامل ہیں: بحرین، عراق، ایران، اسرائیل، اردن، کویت، لبنان، عمان، فلسطینی خطے، قطر، سعودی عرب، شام، متحدہ عرب امارات (UAE)، اور یمن۔
†NP/OP, Nasopharyngeal/Oropharyngeal swab (نیسوفرینجل / اوروفرینجیل پھابا)؛ BAL, Bronchoalveolar lavage؛ (برونکولویال لیویج)؛ TA, Tracheal aspirate؛ (ٹریکیل ایسپیریت)؛ PF, Pleural fluid؛ (پلیورل سیال)

MERS جانچ
MERS testing

بھیج دیا گیا؟ Sent to CDC	ریاست			لینے کی تاریخ Date collected	نمبر شناخت ID number	نمونہ ‡ Specimen	بھیج دیا گیا؟ Sent to CDC	ریاست			لینے کی تاریخ Date collected	نمبر شناخت ID number	نمونہ ‡ Specimen
	زیر التواء (PE)	-	+					زیر التواء (PE)	-	+			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ماہ/دن/سال MM/DD/YY		PF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ماہ/دن/سال MM/DD/YY		NP/OP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ماہ/دن/سال MM/DD/YY		پاخانہ Stool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ماہ/دن/سال MM/DD/YY		تھوک Sputum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ماہ/دن/سال MM/DD/YY		سیرم Serum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ماہ/دن/سال MM/DD/YY		BAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ماہ/دن/سال MM/DD/YY			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ماہ/دن/سال MM/DD/YY		TA

Countries in the Arabian Peninsula and neighbouring include Bahrain, Iraq, Iran, Jordan, Kuwait, Oman, Palestinian Territories, Qatar, Saudi Arabia, Syria, the United Arab Emirates (UAE) and Yemen.

NP/OP, Nasopharyngeal/Oropharyngeal swab; BAL, Bronchoalveolar lavage; TA, Tracheal aspirate; PF, Pleural fluid.

*Countries considered in the Arabian Peninsula and neighboring include: Bahrain, Iraq, Iran, Israel, Jordan, Kuwait, Lebanon, Oman, Palestinian territories, Qatar, Saudi Arabia, Syria, the United Arab Emirates (UAE), and Yemen.

‡جزیرہ نما عرب اور قرب و جوار میں شمار کیے جانے والے ممالک میں شامل ہیں: بحرین، عراق، ایران، اسرائیل، اردن، کویت، لبنان، عمان، فلسطینی خطے، قطر، سعودی عرب، شام، متحدہ عرب امارات (UAE)، اور یمن۔

NP/OP, Nasopharyngeal/Oropharyngeal swab (نیسوفرینجل / اوروفرینجیل پھابا)؛ BAL, Bronchoalveolar lavage (برونکولویلا ر لیویج)؛ TA, Tracheal aspirate (ٹریکیل ایسپیریت)؛ PF, Pleural fluid (پلیورل سیال)