



CASE REPORT FORM

(April 2012)

Surveillance of Paediatric Dengue

National Paediatric Hospital, Phnom Penh
Kingdom of Cambodia

Study contact:

I am confident that the information supplied in this case record form is complete and accurate data. I confirm that the study was conducted in accordance with the protocol and any protocol amendments and that written informed consent was obtained prior to the study.

Name of the Investigator:

Investigator's Signature:

Date of signature: / /

Subject Initials: I__I__I__I

Subject ID Number I__I__I__I__I

I. Informed Consent**Written informed consent must be given by the parents before inclusion in this study.**តើមាននៃការយល់ព្រមបានផ្តល់ឱ្យឬទេ? / Has informed consent been given? No Yes

If NO, do NOT proceed.

II. ការសំរាកព្យាបាល/Admissionថ្ងៃចូលសំរាកព្យាបាល/Date / / ម៉ោង/Time / បន្ទប់/Ward Infectious Diseases Emergency Admission Number _____**Demographic Data**អាយុ/Age Years or Months ភេទ/Sex ប្រុស/Male ស្រី/Female

Address: _____

Medical HistoryPrevious dengue infection No Yes Don't know How recently? Months
Confirmed where? _____ or Yrs agoHistory of YF Vaccination No Yes Don't knowHistory of JE vaccination No Yes Don't knowFever days prior to admission I DaysInfusion prior to admission No Yes Don't know**Symptoms on Admission (Day I)**

Fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	History Fever (2-7 days)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Chills	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Rash	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Pallor or cool skin	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Vomiting	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Headache	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Nausea	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Retro-orbital pain	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Anorexia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Muscle pain	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Abdominal pain	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Joint pain	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Abdominal distension	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Backache	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Diarrhoea (> 3 stools/day)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Convulsion or coma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Jaundice	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Restless	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Sore throat	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Lethargy	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Cough	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Confusion	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Breathlessness	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

Other (specify): _____

Subjects Initials I _ I _ I _ I

Subject ID Number I _ I _ I _ I _ I

Clinical Examination on Admission (Day I)

លក្ខខណ្ឌទូទៅ/General condition ₁ មើលទៅល្អ/Looks Well ₂ មើលទៅមិនល្អ/Looks Unwell
 ទំងន់/Weight . kg កម្ពស់/Height cm
 សីតុណ្ហភាព/Temperature . °C (digital) ដំឡើង/Pulse bpm
 សំពាធឈាម/Blood Pressure / mm Hg កំហាប់អុកស៊ីសែន/SaO2 I _ I _ I _ I %

Haemorrhagic Manifestations

Dry Bleeding

Petechiae ₀ No ₁ Yes
 Purpura or ecchymosis ₀ No ₁ Yes

Wet Bleeding

Bleeding nose (epistaxis) ₀ No ₁ Moderate ₂ Severe
 Bleeding gums ₀ No ₁ Moderate ₂ Severe
 Hematemesis, melena ₀ No ₁ Moderate ₂ Severe
 Hematuria ₀ No ₁ Moderate ₂ Severe
 Vaginal bleeding ₀ No ₁ Moderate ₂ Severe

Tourniquet test ₀ Negative ₁ Positive ₉ Not Done

Warning Signs

Abdominal tenderness ₀ No ₁ Yes
 Persistent vomiting ₀ No ₁ Yes
 Lethargy/restlessness ₀ No ₁ Yes
 Liver enlargement > 2 cm ₀ No ₁ Yes

Plasma Leakage

Ascites ₀ No ₁ Yes
 Pleural effusion ₀ No ₁ Yes
 Facial Oedema ₀ No ₁ Yes

Shock Signs

Cold / clammy extremities ₀ No ₁ Yes
 Hypotension, weak/undetectable pulse ₀ No ₁ Yes
 Delayed capillary refill (> than 3 seconds) ₀ No ₁ Yes
 Narrow pulse pressure (≤ 20 mm Hg) ₀ No ₁ Yes

Other Complications

Coma / Impaired Consciousness ₀ No ₁ Yes
 Heart Failure ₀ No ₁ Yes
 Myocardopathy ₀ No ₁ Yes
 Respiratory Distress ₀ No ₁ Yes
 Encephalitis, Encephalopathy ₀ No ₁ Yes
 Acute Liver Failure ₀ No ₁ Yes
 Acute Renal Failure ₀ No ₁ Yes

Treatment on Admission (Day I)

Corticosteroid	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	Paracetamol	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes
NSAID	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	Antibiotic	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes
Aspirin	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes			
Lactate Ringer's	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL total / 24h	
Acetate Ringer's	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL total / 24h	
5% Dextrose Lactate Ringer's	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL total / 24h	
5% Dextrose Acetate Ringer's	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL total / 24h	
5% Dextrose Normal Saline Sol	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL total / 24h	
Dextran 40 Plasma Expander	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL total / 24h	
Blood Transfusion	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL	
Packed Cells	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL	

សារជាតិទឹកដែលបរិភោគតាមមាត់/ Oral Intake	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL total / 24h
ចំណុះទឹកនោមដែលចូរចេញ/ Urine Outcome	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mL total / 24h

Investigations and Lab Testing on Admission (Day I)

Haematology

Platelets	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(x 10 ⁹ /L)
Leukocytes	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	(x 10 ⁹ /L)
Lymphocytes	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	(x 10 ⁹ /L)
Neutrophils	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	(x 10 ⁹ /L)
Hematocrit	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(x 10 ⁹ /L)
Hemoglobin	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	(%)
MCV	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(g/dL)
MCH	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(fl)

Chemistry

AST	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(UI/L)
ALT	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(UI/L)
Protein	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(g/L)

Ultrasound

	<input type="checkbox"/> ₁ Normal	<input type="checkbox"/> ₂ Abnormal	<input type="checkbox"/> ₉ Not Done
If abnormal	<input type="checkbox"/> ₁ Ascitis	<input type="checkbox"/> ₂ Hepatomegaly	<input type="checkbox"/> ₃ Pleural effusion <input type="checkbox"/> ₄ Other

	Day II	Day III	Day IV	Day V
Date	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Day of fever	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
General status	<input type="checkbox"/> ₁ Well <input type="checkbox"/> ₂ Unwell	<input type="checkbox"/> ₁ Well <input type="checkbox"/> ₂ Unwell	<input type="checkbox"/> ₁ Well <input type="checkbox"/> ₂ Unwell	<input type="checkbox"/> ₁ Well <input type="checkbox"/> ₂ Unwell
Temperature (°C)	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/>
Pulse (bpm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Systolic BP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diastolic BP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SaO2 % (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hemorrhagic Manifestations										
Petechiae	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Purpura / ecchymosis	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Bleeding nose / gums	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Hematemesis / melena	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Vaginal bleeding	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Tourniquet Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Code "0" Negative, "1" for positive, "9" for not performed)

Warning Signs										
Abdominal tenderness	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Persistent vomiting	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Lethargy/ restlessness	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Liver enlargement	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y

Plasma Leakage Signs										
Ascites	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Pleural effusion	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Facial edema	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Ultrasound	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Code "1" for normal, "2" for abnormal, "9" for not performed)

If abnormal, specify

(Code "1" for ascites, "2" for hepatomegaly, "3" for pleural effusion, and "4" for other)

Shocks Signs										
Cold / clammy extremities	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Hypotension, weak or undetectable pulse	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Delayed capillary refill	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Narrow pulse pressure	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Coma / Impaired Consciousness	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y
Other Severe Organ Involvement	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N	<input type="checkbox"/> ₁ Y

Subjects Initials I _ I _ I _ I

Subject ID Number I _ I _ I _ I _ I

	Day I _ I	Day I _ I	Day I _ I	Day I _ I
Date	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>

Medications

Corticosteroid	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y
NSAID	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y
Aspirin	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y
Paracetamol	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y
Antibiotic	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y	<input type="checkbox"/> ₀ N <input type="checkbox"/> ₁ Y

Fluid infusion

Lactate Ringer's	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL
Acetate Ringer's	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL
D5 Ringer Lactate	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL
D5 Ringer Acetate	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL
D5 Normal Saline	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL
Dextran 40	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL
Blood transfusion	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> mL
Packed cells	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> mL	<input type="checkbox"/> _N <input type="checkbox"/> _Y <input type="text"/> mL

Oral Intake	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL
Urine Outcome	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL

Laboratory (Compulsory)

Hematocrit (<i>highest</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	In
Time:	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	%
Hematocrit (<i>lowest</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	In
Time:	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	%

Laboratory (Optional)

Platelets (<i>lowest</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(x10 ⁹ /L)
Leukocytes (<i>lowest</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	(x10 ⁹ /L)
Lymphocytes (<i>lowest</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	(x10 ⁹ /L)
Neutrophils	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	(x10 ⁹ /L)
Hemoglobin (<i>lowest</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	(g/dl)
MCV	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	(fl)
MCH	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	(pg)
AST (<i>highest</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Units / L
ALT (<i>highest</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Units / L

Assessment at DischargeDate: / / **Compulsory Tests at Discharge**

Blood Count	<input type="checkbox"/> ₀ Not Performed	<input type="checkbox"/> ₁ Performed
Platelets	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (x 10 ⁹ /L)	Hematocrit <input type="text"/> <input type="text"/> (%)
Leukocytes	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> (x 10 ⁹ /L)	Hemoglobin <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> (g/dL)
Lymphocytes	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> (x 10 ⁹ /L)	MCV <input type="text"/> <input type="text"/> (fl)
Neutrophils	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> (x 10 ⁹ /L)	MCH <input type="text"/> <input type="text"/> (pg)

Clinical Outcome at DischargeThe patient has a clinical diagnosis of dengue ₀ No ₁ Yes

If the patient has a clinical diagnosis of dengue, what is the clinical outcome according to the **WHO 1997** Classification (*tick only 1 case*)

- ₀ Uncomplicated Dengue Fever (no DHF, no DSS)
- ₁ Dengue Hemorrhagic Fever, Grade I
- ₂ Dengue Hemorrhagic Fever, Grade II
- ₃ Dengue Hemorrhagic Fever, Grade III
(Grade III = "mild" DSS: bleeding with moderate circulatory failure)
- ₄ Dengue Hemorrhagic Fever, Grade IV
(Grade IV = "severe" DSS: bleeding with undetectable *blood pressure*)

If the patient has a clinical diagnosis of dengue, what is the clinical outcome according to the **WHO 2009** Classification (*tick only 1 case*)

- ₁ Dengue Fever WITHOUT any Warning Signs
- ₂ Dengue Fever WITH Warning Sign(s)
- ₃ Severe Dengue

The patient has a confirmed diagnosis of malaria ₀ No ₁ YesThe patient has a clinical diagnosis of ARI / Flu ₀ No ₁ YesThe patient has another clinical condition ₀ No ₁ Yes

If "yes", specify:

Status at Discharge

- ₁ Recovered
- ₂ Died
- ₃ Transferred
- ₄ Left against medical advice