

Case Investigation Form for Dengue Death Review

စဉ်	အကြောင်းအရာ	အချက်အလက်ဖြည့်ရန်	စာရင်းရည်ညွှန်း
၁။	အမည်		
၂။	အသက်(ပြည့်ပြီးအသက်)		
၃။	ကျား / မ		
၄။	တိုင်းဒေသကြီး / ပြည်နယ်		
၅။	နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ		
၆။	ဆေးရုံအမည်		
၇။	စတင်ဖျားသောနေ့စွဲ(နေ့စွဲ / လ / ခုနှစ်)		
၈။	ဆေးရုံစတင်သည့် အချိန်တွင်ရှိသော Grade (I / II / III / Dengue shock syndrome)		
၉။	ဆေးရုံစတင်သည့်နေ့စွဲ(နေ့စွဲ / လ / ခုနှစ်)		
၁၀။	သေဆုံးသောနေ့စွဲ (နေ့စွဲ / လ / ခုနှစ်)		
၁၁။	သေဆုံးရသည့်အကြောင်းအရင်း(Cause of death)		
၁၂။	Diagnosis(Clinical / Laboratory by NSI / IgM / IgG)		
၁၃။	Diagnosis ရသောနေ့စွဲ(နေ့စွဲ / လ / ခုနှစ်)		
၁၄။	NSI(ဆေးစစ်ချက်အဖြေနှင့်နေ့စွဲ / လ / ခုနှစ်)		
၁၅။	IgM (ဆေးစစ်ချက်အဖြေနှင့်နေ့စွဲ / လ / ခုနှစ်)		
၁၆။	IgG (ဆေးစစ်ချက်အဖြေနှင့်နေ့စွဲ / လ / ခုနှစ်)		
၁၇။	ဖျားပြီးပထမဆုံးဆေးကုသမှုခံယူခဲ့သော(နေ့စွဲ/လ/ ခုနှစ်)		
၁၈။	ဆေးရုံမတက်မီ ပြင်ပတွင်ဆေးကုသမှုခံယူခြင်းများ ရှိပါက ၁။မည်သူနှင့်ကုသမှုခံယူခဲ့/ဆေးရုံသို့ တိုက်ရိုက်လာ ၂။ဆေးဆိုင် ၃။ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းမဟုတ်သောသူ ၄။ပြင်ပဆရာဝန်(private Doctor) ၅။အစိုးရဆရာဝန်၏ပြင်ပဆေးခန်း(Government Doctor) ၆။အထူးကုဆေးခန်း ၇။အခြေခံကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း		