

# कालाजार सक्रिय केस निगरानीका लागि कार्यविधि

(STANDARD OPERATING PROCEDURE FOR  
KALAAZAR ACTIVE CASE SURVEILLANCE)



स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
इपिडेमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा  
टेकु, काठमाण्डौ



*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

Director

## परिचय

कालाजारका नयाँ विरामी भिद्वान भएका स्थानहरूमा अन्य व्यक्तिहरूमा समेत यो रोग सर्न सक्ने सम्भावना भएकोले संभावित कालाजारका विरामीहरूको खोज पडताल गर्नु आवश्यक हुन्छ । एउटै गाँउ वा वडाका कालाजार रोगीहरूको प्रतिवेदन गरिएका स्थानहरूमा थप रोगीहरू पनि हुनसक्ने सम्भावना भएकोले रोगको खोजपडताललाई प्राथमिकता दिई रोगी भेटिएको Cluster /गाउँ/टोल/वडाहरूमा कम्तीमा २५ देखि ५० घरहरूमा सर्भेक्षण गरि कालाजार रोगीहरूको खोजपडताल गर्नुपर्ने हुन्छ । खोजपडताल कार्य सम्पन्न गर्नको लागि निम्न अनुसारको कार्यविधि अपनाउनु पर्दछ ।

## खोजपडताल कहाँ गर्ने ?

कालाजार पहिचान भएको रोगीको घरलाई आधार मानि त्यस घरको वरिपरी कम्तीमा २५ देखि ५० घर वा १०० मिटर परिधी भित्रका घरहरूमा ।

## खोजपडताल कार्य कहिले गर्ने ?

कालाजार केस पहिचान भएको १५ दिन भित्र ।

## खोजपडताल टिममा को को सहभागी हुन्छन् ?

खोजपडताल टिममा तल उल्लेखित बढीमा ५ जना जनशक्तिहरू सहभागी हुनेछन् ।

- मेडिकल अफिसर/हे. अ. - १ जना
- ल्याब टेक्निसियन/ल्याब असिष्टेन्ट - १ जना
- स्वास्थ्य कार्यालयको कार्यक्रम हेर्ने सम्बन्धित व्यक्ति - १ जना
- सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था प्रमुख वा पालिकाको स्वास्थ्य शाखा प्रमुख - १ जना
- सम्बन्धित स्थानको महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका - १ जना

## टिमले के के सामग्रीहरू लैजानु पर्छ ?

१. rK-39 किट - २५ देखि ५० किट (आवश्यकता अनुसार थप गर्न सकिनेछ)
२. ल्याब रजिष्टर
३. विरामी रेकर्ड कार्ड
४. केस रिफरल फर्म
५. Household Screening Register
६. Silica gel, Chloroform, Forceps, EDTA Vial, Sucking Tube
७. कालाजार सम्बन्धि पोष्टर, पम्प्लेटहरू र परिक्षणका लागि आवश्यक अन्य सामग्रीहरू

कालाजार सर्भेक्षण केस निगरानीका लागि कार्यविधि



*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*



## गर्नुपर्ने क्रियाकलापहरू

खोजपड्ताल टिमले प्रतिवेदन भएको कालाजार रोगीको नाम, उमेर, लिङ्ग र ठेगाना यकिन गरी सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था प्रमुख वा स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखा प्रमुख र महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका संग समन्वय गरि खोजपड्ताल गर्ने मिति तय गर्नु पर्दछ। महिला स्वस्थ्य स्वयं सेविकाले सम्भावित कालाजारका रोगीहरूको पहिचान गर्न समुदायमा टोली आउँदैछ भन्ने जानकारी पहिले नै गराउनु पर्दछ। खोजपड्ताल टिमले सभै कार्यको लागि माथि उल्लेखित सामग्रीहरूको व्यवस्था गरि समुदायमा जानु भन्दा पहिला नै रुजु गर्नु पर्दछ।

खोजपड्ताल टिमले कालाजार रोगी भेटिएको घरलाई आधार मानी कम्तीमा त्यस घरको वरिपरिका २५ देखि ५० घरहरू वा १०० मिटर परिधि भित्रका घरहरूमा सभै गरि प्रत्येक घरधुरीका २ हप्ता भित्रमा ज्वरो आएका तथा कालाजारको लक्षण र चिन्हहरू भएका वा सम्भावित सबै सदस्यहरूको rK-39 कीट प्रयोग गरि कालाजारको जाँच गर्नुपर्दछ। जाँच गरिसकेपछि प्रत्येक जाँचको नतिजा ल्याब रजिष्टर र Household Screening Register मा उल्लेख भए अनुसार अनिवार्य भन्नु पर्दछ। सभैको क्रममा भेटिएका नयाँ कालाजारका केसहरूको केस रिफरल फर्म भरि तुरुन्त नजिकको कालाजारको उपचार हुने अस्पतालमा रेफर गर्नु पर्दछ र सम्बन्धित अस्पताललाई पनि खबर गर्नु पर्दछ। कालाजारको उपचार गर्ने अस्पतालहरूले EWARS मा समेत प्रतिवेदन गर्नेछन्। समुदायमा कालाजार रोग सम्बन्धि पोष्टर, पम्प्लेटको प्रयोग गरि जनचेतनामूलक कार्य पनि सञ्चालन गर्नु पर्दछ।

rK-39 कीट प्रयोग गरि कालाजारको जाँच गरेको प्रतिवेदन तयार गरि महिनाको अन्त्यमा HMIS मा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ।

उक्त टोलीले सम्भव भएसम्म सो समुदायमा पाइने Sandfly जम्मा गरि सुरक्षित तरिकाले प्रयोगशाला अध्ययनको लागि ल्याउनु पर्नेछ।

## कति दिन लाग्छ ?

समुदायमा माथि उल्लेख भए अनुसार खोजपड्ताल कार्य गर्न ठाँउ र सम्भावित केसको आधारमा १ वा २ दिन लाग्दछ।

## अन्य

कार्यक्रममा खटिने स्वास्थ्यकर्मीहरूले नेपाल सरकारको नियमानुसार दैनिक भ्रमण भत्ता पाउनेछन्। सम्बन्धित स्वास्थ्य निर्देशनालयबाट आवश्यकता अनुसार १ जना उक्त खोजपड्ताल कार्यमा सहभागी हुन सक्नेछन्।



कालाजार रोगको जन्म निवारणको लागि खोजपड्ताल

## खोजपड्ताल टिममा संलग्न जनशक्तिको मुख्य जिम्मेवारीहरू

१. मेडिकल अफिसर: कालाजार रोगको लक्षण, चिन्ह तथा व्यक्तिहरूको ट्राभल हिस्ट्रीका आधारमा सम्भावित व्यक्तिहरूको tK-39 परीक्षण गरि पहिचान भएका रोगीहरूको उपचारको लागि व्यवस्थापन गर्ने वा सम्बन्धित अस्पतालमा रिफर गर्ने ।
२. ल्याब टेक्निसियन/ल्याब असिष्टेन्ट: सम्भावित कालाजार रोगीहरूको tK-39 परीक्षण गर्ने ।
३. स्वास्थ्य कार्यालयको कार्यक्रम हेर्ने सम्बन्धित व्यक्ति: सम्पूर्ण सभै कार्यको लागि आवश्यक व्यवस्थापन गर्ने, आवश्यक जनशक्तिको लागि समन्वय गर्ने, सभै कार्यको लागि आवश्यक पर्ने सम्पूर्ण सामग्रीहरूको व्यवस्थापन गर्ने र सभै कार्यमा प्रयोग हुने सम्पूर्ण फारमहरू भरि अभिलेख राख्ने तथा प्रतिवेदन तयार गर्ने । सम्भव भए सम्म समुदायमा पाइने Sandfly जम्मा गरि सुरक्षित तरिकाले प्रयोगशाला अध्ययनको लागि ल्याउने/पठाउने ।
४. सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था प्रमुख वा पालिकाको स्वास्थ्य शाखा प्रमुख: समुदायमा समन्वय गर्ने तथा सम्पूर्ण सभै कार्यको लागि खोजपड्ताल टिमलाई आवश्यक सहयोग गर्ने ।
५. सम्बन्धित ठाँउको महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका: समुदायमा सम्भावित कालाजार रोगीहरूको लागि खोजपड्ताल टिम आउदैछ भन्ने जानकारी दिने, प्रतिवेदन भएका कालाजार रोगीको घर पहिचान गर्न टोलीलाई सहयोग गर्ने, समुदायमा कालाजार रोगको बारेमा परामर्श दिने तथा खोजपड्ताल टिमलाई अन्य आवश्यक सहयोग गर्ने । उपचार पछि पनि समुदायमा कालाजारका बिरामीहरूको अवस्थाको जानकारी लिइ सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थालाई जानकारी गराउने । साथै सम्पूर्ण खोजपड्ताल कार्यको प्रतिवेदन एक महिना भित्रमा सम्बन्धित निकायमा पेश गर्नुपर्नेछ ।

उल्लेखित सम्पूर्ण सभिलेन्स कार्यका लागि आवश्यकता अनुसार EDCC, WHO / ASCEND ले प्राविधिक सहजिकरण गर्नेछन् ।

कालाजार नियन्त्रण-रोकथाम विभाग, स्वास्थ्य सेवा विभाग



Handwritten signature.

Handwritten signature.





# CAMP ATTENDANCE REGISTER

District: \_\_\_\_\_ Ward No. \_\_\_\_\_ Village: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of household Head \_\_\_\_\_ Contact Number: \_\_\_\_\_

S.No.	Name	Ward	Village	Contact Number (if)	Age (years)	Sex (1=male, 2=female)	Suffered from KA in the past / currently		Currently with fever > 2weeks (1=yes, 2=no)	Skin lesion like PKDL (1=yes, 2=no)	Examination of probable VL patient	
							(1=yes, 2=no)	If yes, date of diagnosis (mm/yyyy)			Spleen enlarged (1=yes, 2=no; 9=not done)	rK39 test result (1=pos; 2=neg; 9=not done)

*[Handwritten Signature]*

*[Handwritten Signature]*

## CASE REFERRAL FORM

Only for the patient with fever+ splenomegaly+rK39 positive OR patient with past history of KA+Skin lesion+rK39 positive)

**Referred from:** 1=camp; 2=house to house search; 3=incentive approach

- Name of patient: \_\_\_\_\_
- Name of head of household: \_\_\_\_\_
- District: \_\_\_\_\_ Rural/Municipality: \_\_\_\_\_  
Ward: \_\_\_\_\_ Village: \_\_\_\_\_
- House hold No: \_\_\_\_\_ (to be copied from HH screening form)
- Patient ID: \_\_\_\_\_ (recorded as 001,002,,)
- Patient Age (in years): / \_\_\_\_\_ / (record as 0 if less than 1-yearof age)
- Patient Sex: / \_\_\_\_\_ / (1-male, 2-female)
- Date: \_\_\_\_\_

- Splenomegaly:  Yes  No  Not examined
- rK39 test result:  Positive  Negative  not done
- Suspected case of VL?  Yes  No
- Suspected case of PKDL?  Yes  No

- Referred to: (name of doctor/hospital/ PHC)
- Reason for referral: For confirmation of suspected diagnosis of VL/PKDL
- For rK39 test
- For treatment
- Any other reason

Name of referring doctor/health worker/FRA: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

► one copy to be retained by referring health worker



# PATIENT CARD

District: \_\_\_\_\_

Health facility name: \_\_\_\_\_

Health facility code: \_\_\_\_\_

Unique patient ID code: \_\_\_\_\_

NPL-VL \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Date of admission: \_\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)

Registration number: \_\_\_\_\_

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_ Sex:  Female  Male, Age: \_\_\_\_ (years)

**Caste:**  Dalit  Janjati  Madheshi  Muslim  Brahman  Chhetri  others;

Patient contact no. \_\_\_\_\_

Father/Husband's/family head's name: \_\_\_\_\_

### Address

Household Identification: \_\_\_\_\_ Village: \_\_\_\_\_ Ward no.: \_\_\_\_\_

Rural/Municipality: \_\_\_\_\_

District: \_\_\_\_\_ Ward: \_\_\_\_\_ Village/town: \_\_\_\_\_

### Patient's Information:

Date of onset of symptoms: \_\_\_\_\_

Time elapsed between onset of symptoms and admission, in days: \_\_\_\_\_

**Does the patient live or work in a VL endemic area:**  Yes  No  Unknown

**Has the patient travelled to VL endemic areas in last 2 Year:**  Yes  No  Known

**Probable place of infection:** Same as place of residence, **If not;**

Country: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Rural/Municipality: \_\_\_\_\_

District: \_\_\_\_\_ Ward: \_\_\_\_\_ Village/town: \_\_\_\_\_

Infection acquired outside the country: imported case

**Source of detection:** active case detection/passive case detection



स्वास्थ्य विभाग, कैलाली प्रदेश, नेपाल



**Laboratory Examination**

**Rapid diagnostic test :**  Yes  No

Date of test (dd/mm/yyyy) : / / Result: positive/ negative/ inconclusive/ unknown

**DAT:**  Yes  No

Date of test (dd/mm/yyyy) / / Result: positive/ negative/ borderline/ unknown

**Microscopy (Spleen/BM/Lymph node aspirate):**  Yes  No

Date of test (dd/mm/yyyy) / / Result: positive/ negative/ inconclusive/ unknown

**How was the VL case confirmed:**  RDT  DAT  Parasitology  Clinically Only  Unknown

**Name of the diagnostic centre** (if diagnosis was made in other centre): \_\_\_\_\_

**Diagnosis:**  Primary KA  Relapse-KA  PKDL  CL/MCL

**Pregnant:**  Yes  No **Breast feeding:**  Yes  No

**HIV status:**  Reactive  Non-reactive  Not done (unknown)

**Any other disease diagnosed:**

Date of treatment started: \_\_\_\_\_ Treatment end date: \_\_\_\_\_

**Treatment given**

**No treatment given**

- Liposomal Amphotericin B (AmBisome®) Dosage \_\_\_\_\_
- Liposomal Amphotericin B (AmBisome®)+ Paromomycin Dosage \_\_\_\_\_
- Liposomal Amphotericin B (AmBisome®) + Miltefosine Dosage \_\_\_\_\_
- Amphotericin B deoxycholate Dosage \_\_\_\_\_
- Miltefosine Dosage \_\_\_\_\_
- Other (specify) Dosage \_\_\_\_\_
- Unknown Dosage \_\_\_\_\_

Was the treatment completed?  Yes  No

If No, give reason(s):

No, **Stopped for medical reason**

No, **Defaulter**

Unknown

Signature of MO: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Seal of the health institution:



*Handwritten signature*

# PATIENT'S FOLLOW UP

## Initial Treatment Outcome (15 days after start of treatment)

Date of initial follow-up appointment \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Clinical Assessment \_\_\_\_\_

### Initial Outcome:

- Initial cure
- Failure/non-response
- Death: specify the cause of death:
  - Death due to VL
  - Death due to HIV
  - Death due to other disease
  - Death due to SAE (iatrogenic)
  - Death due to non-medical condition (accident)
  - Death due to unknown cause
- Referred
- Unknown/Lost-to-follow-up

## Final Treatment Outcome (6 months after treatment completion)

Date of final follow-up appointment \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Clinical assessment \_\_\_\_\_

Laboratory test \_\_\_\_\_ Result  positive  negative  inconclusive  not done

### Final Outcome:

- Final cure
- Relapse
- Death :
  - Death due to VL
  - Death due to HIV
  - Death due to other disease
  - Death due to SAE (iatrogenic)
  - Death due to non-medical condition (accident)
  - Death due to unknown cause
- Unknown/Lost-to-follow-up

Handwritten notes and a circular stamp in blue ink, containing text in Hindi, located on the right side of the form.

Handwritten signature in black ink at the bottom left of the page.

## EXAMINATION AND LABORATORY FINDINGS BEFORE AND AFTER TREATMENT

Date of Visit (Before Treatment)		Date of Visit (After Treatment):	
Temp:	°F	Temp:	°F
Weight:	kg	Weight:	kg
Pulse:	/min	Pulse:	/min
BP:		BP:	
Spleen size:		Spleen size:	
Hb%:		Hb%:	
Creatinine:			
Malaria parasite:			
ALT (SGPT)			
AST (SGOT)			
Potassium (K <sup>+</sup> )			

### Treatment

No treatment given

Date of administration: \_\_\_\_\_ Dose of the drug: \_\_\_\_\_

Duration of treatment: \_\_\_\_\_ Date of 1st treatment received: \_\_\_\_\_

Treatment Given at- daily/ alternative day (in case of relapse)

Drug received	Batch No/expiry date	Drug dose & unit	Frequency	Route	Start Date	End Date	Was drug stopped for ADR (Yes/no)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L-AmB</li> <li>• L-AmB+ Miltefosine</li> <li>• L-AmB+ Paromomycin</li> <li>• Amphotericin B deoxycholate</li> <li>• Miltefosine</li> <li>• Paromomycin</li> <li>• Other .....</li> </ul>							

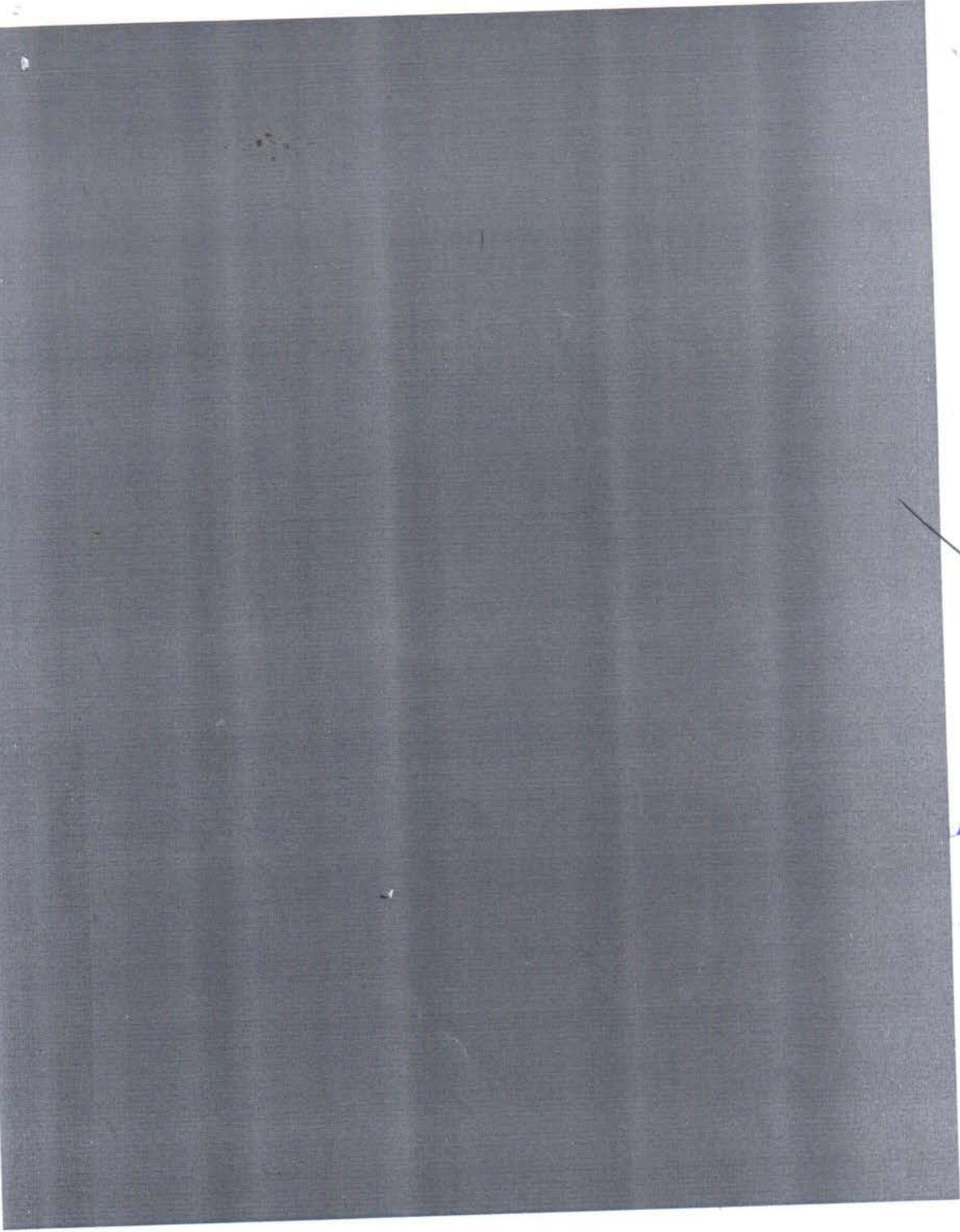


### Concomitant drugs

Name	Indications	Batch No/expiry date	Drug dose & unit (if I.V) infusion rate in ml/hour	Frequency	Route	Start Date	Stop Date

*Handwritten signature*





*Handwritten signature or mark.*

*Blue circular stamp with Nepali text: 'स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय' (Ministry of Health and Population) and 'इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा' (Epidemiology and Disease Control Directorate).*



स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा  
टेकु, काठमाण्डौ

*Handwritten signature.*