

केस II: लक्ष्मी

Case II – LAKSHMI

केस II: आप 25 वर्ष की महिला हैं। आप सभी प्रश्नों का उत्तर दें, जो दवाइयाँ मैंने लिखी हैं, उन्हें लें, मेरी सलाह का पालन करें, और यदि आवश्यक हो तो वापस आएं। हम आपके शारीरिक परीक्षणों या परीक्षणों के परिणामों का इंतजार करेंगे।

Case II: A 25- year old female has come to you. She will answer all your questions, take all medications you prescribe, follow your instructions and return if you require. We have the results of any physical examinations or tests you may require

मरीज : डॉक्टर, मुझे बहुत तेज सिरदर्द हा रहा है – ऐसा लगता है कि मेरा सिर फटा जा रहा है

Patient: Doctor, I have been having a splitting headache- it feels like my head is going to burst (*sar phate jaa raha hai*)

ऑब्जर्वर : जैसे ही वो अंदर आती हैं, आप ध्यान देते हैं कि उसका गर्भ काफी अग्रिम अवस्था में हैं और उसके टखने सूजे हुये हैं

Observer: As she walks in, you also notice that she is in an advanced stage of pregnancy and her ankles are swollen

शुरू होने का समय : Start Time:		<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>H H M M</div>	
प्रश्न संख्या Question Number	प्रश्न का प्रकार Type of Questions	प्रोवाइडर का जवाब Provider Response पूछा Asked = 1 नहीं पूछा Did not Ask = 2	मरीज का जवाब Patient Response
H	केस हिस्ट्री संबंधी प्रश्न History Questions		
H1	आपका नाम क्या है? What is your name?		लक्ष्मी बाई Lakshmi Bai
H2	सिरदर्द कितना तेज है और कब-कब होता है? What is the severity and frequency of the headaches?	<input type="checkbox"/>	बहुत तेज और क्षमता से बाहर है, दिन में 2-3 बार होता है Severe and incapacitating; 2-3 times a day
H3	आपको ये सिरदर्द कितने समय से हैं? How long have you had these headaches?	<input type="checkbox"/>	पिछले 3 महीनों से For the last 3 months
H4	क्या आपको मालूम है कि आपको ये सिरदर्द किन-किन कारणों से होता है? Do you know the reason why you have this headache?		नहीं No
H5	क्या कभी माइग्रेन रहा है? Any history of migranes?		नहीं No
H6	क्या आपके पूरे सिर में दर्द होता है या केवल एक ओर दर्द होता है? Does your head hurt everywhere or only on one side?		पूरे सिर में Everywhere
H7	आपको ये दर्द दिन के किस समय पर होता है? What time of day do you have this pain?		कोई निश्चित समय नहीं है No particular time
H8	क्या कुछ पढ़ने पर आपके सिर में दर्द होता है? Does your head hurt to read?		नहीं No
H9	क्या आपको कभी आँखों से संबंधित कोई समस्या हुयी है? क्या आपने अपनी आँखों का परीक्षण करवाया हे? Have you ever had any eye-related problems? Have you had an eye examination?		नहीं No
H10	उबाकाई आना या उल्टी होना, यदि उल्टी होती है तो कितनी? Any nausea or vomiting; if so how much?	<input type="checkbox"/>	पहली तिमाही में हल्की उबकाई और उल्टी होती थी। अब उसे बहुत ज्यादा उबकाई और दिन में कम से कम एक बार उल्टी होती है Mild nausea and vomiting in the first trimester; Now she is getting a lot of nausea and vomits at least once a day
H11	क्या बुखार है? Is there a fever?		नहीं No
H12	क्या आपको चक्कर आते हैं/सिर घूमता है? Do you feel dizzy?		नहीं No
H13	पैरों में किसी प्रकार की सूजन Any swelling in the feet	<input type="checkbox"/>	बहुत ज्यादा सूजन A lot of swelling
H14	पिछला मासिक चक्र Last menstrual period	<input type="checkbox"/>	7 महीनों पहले 7 months back

H15	गर्भावस्था <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"/> Weight before pregnancy	<input type="checkbox"/>	55 किलोग्राम 55 Kilos
H16	क्या आपको बच्चे के हिलने-डुलने का एहसास होता है? Can you feel your baby's movements?	<input type="checkbox"/>	हाँ Yes
H17	क्या आपको खून आता है या किसी प्रकार का स्राव होता है? Do you have any bleeding or discharge?	<input type="checkbox"/>	नहीं No
H18	गर्भावस्था के दौरान क्या आपने किसी प्रकार का प्रसव-पूर्व परीक्षण करवाया था? Have you had any antenatal check up during the pregnancy?	<input type="checkbox"/>	नहीं No
H19	आपके कितने बच्चे हैं? How many children do you have?		1
H20	उनका जन्म कहाँ पर हुआ था, क्या ये एक सामान्य प्रसव था? Where were they born; was it a normal birth?		एक पीएचसी में, हाँ In the PHC; Yes
H21	क्या अस्पताल में आपका एक कार्ड बना था (मुफ्त प्रसवपूर्व देखभाल के लिए)? Did you make a card in the hospital (referring to free antenatal care)?		नहीं No
H22	इसके अलावा क्या आपने पहले कभी गर्भ धारण किया था? Have you had any other pregnancies other than these?	<input type="checkbox"/>	हाँ, एक बार गर्भधारण किया था जिसमें मेरा 8 महीने <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yes, there was one that ended in a still birth at 8 th month
H23	क्या आपने कभी गर्भ गिराया है? Have you had any abortions?		नहीं No
H24	अपनी पिछली या वर्तमान गर्भावस्था के दौरान क्या आपने कभी किसी प्रकार के टीके लगवाये हैं? Did you get any immunizations during your previous, or current pregnancy?	<input type="checkbox"/>	नहीं No
H25	क्या आपने अल्ट्रासाउण्ड करवाया है? Have you had an ultrasound done?	<input type="checkbox"/>	नहीं No
H26	क्या आपको आजकल या पिछली गर्भावस्था के दौरान अत्याधिक तनाव था? Do you have hypertension either now or during your previous pregnancy?	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> गर्भावस्था <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yes, during the still birth pregnancy
H27	क्या आपको आजकल डायबिटीज है या आपकी पिछली गर्भावस्था के दौरान डायबिटीज था? Do you have diabetes now or during your previous pregnancy?	<input type="checkbox"/>	नहीं No
H28	क्या आपको आजकल खून की कमी है या आपकी पिछली गर्भावस्था के दौरान खून की कमी थी? Do you have anemia either now or during your previous pregnancy?	<input type="checkbox"/>	नहीं No
H29	क्या आपको आजकल हृदय रोग है या आपकी पिछली गर्भावस्था के दौरान हृदय रोग था? Do you have any heart disease either now or during your previous pregnancy?	<input type="checkbox"/>	नहीं No
H30	क्या आपको, आपके पार्टनर को या आपके पिछले बच्चे को कोई वंशानुगत बीमारी है? Do you have any inherited disease in either yourself, your partner or your previous child?	<input type="checkbox"/>	नहीं No
H31	क्या आप किसी लेडी डॉक्टर (स्त्री रोग विशेषज्ञ) को देख रही हैं? Are you seeing a lady doctor (gynecologist)?		नहीं No
H32	क्या आप धूम्रपान करती हैं या सिगरेट पीती हैं? Do you smoke or drink?		नहीं No
H33	आराम करते समय या <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> करते समय क्या आपकी साँस उखड़ने लगती है? Do you get short of breath; at rest or during exercise?	<input type="checkbox"/>	हाँ, हल्के <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> से ही साँस उखड़ने लगती है, घरेलू काम नहीं कर पाती है Yes, breathless on mild exercise; inability to perform household chores
H34	आप कितना सोती हैं? क्या ये सामान्य है? क्या आपको अच्छी नींद आती है? How do you sleep? Is it normal? Are you getting good sleep?		हाँ, सामान्य मात्रा में सोती हैं Yes, normal amount of sleep
H35	आप कितने बजे सोती हैं? आप सुबह कितने बजे जागती हैं? What time do you go to bed? What time do you wake up in the morning?		रात में 10 बजे सोती हैं और सुबह 6 बजे जागती हैं Go to bed at 10 pm and wake up at 6 am in the morning
H36	क्या परिवार में किसी प्रकार का कोई तनाव या समस्याएँ जिनकी वजह से आप परेशान हैं? Are there any tensions or problems in the family that bothers you?	<input type="checkbox"/>	नहीं No

--	--	--	--	--	--	--

H37	क्या आपको अपने रोजाना के कार्य से किसी प्रकार की समस्या का सामना करना पड़ता है? Do you face any problems with your daily work?	<input type="checkbox"/>	नहीं No
H38	क्या आपको पेट संबंधी कोई समस्या है? Are there any stomach issues?		नहीं No
H36	खाने पीने की आदतें क्या हैं? क्या मरीज सही तरह से खाना खाता है? What are the dietary habits? Does the patient eat well?		चावल, दाल और सब्जियाँ। उससे गर्म भोजन करने से मना किया गया है और कम नमक लेने के लिए कहा गया है, जिसका वो पालन कर रही है Rice, dal, and vegetables. She has been told not to take hot foods and to take less salt, which she is following.
H37	क्या आप मसालेदार या नमकीन भोजन करती हैं? Do you eat spicy or salty food?		नहीं ज्यादा नमकीन या मसालेदार नहीं Not too spicy or salty
H38	क्या आपको कब्ज महसूस होता है? Do you feel constipated?		नहीं No
H39	क्या मल सामान्य है? How is the stool? Is it normal?		हाँ Yes
H40	क्या आपको सही से पेशाब हो रहा है? Are you passing urine properly?		हाँ Yes
H41	क्या आप किसी अन्य डॉक्टर के पास गयी हैं? Have you gone to any other doctors?		हाँ, 20 दिनों पहले वो एक डॉक्टर के पास गयी थी Yes, she went to a doctor 20 days back
H42	क्या आपने कोई दवाईयाँ ली हैं? Have you taken any medication?		□□□□□ □ □□ □□ □□ □□□ □□ □□. □□□□ □□□□ □□□□ □□ □□ □□□□ □□ □□ □□ □□□□ □□ □□□□□ □□□□ □□□ They doctor gave her some medicine for the headache and she felt better for 2 days but then the headaches got worse than ever.
H43	कभी मिरगी हुयी है? History of epilepsy		नहीं No
H44	□□□□ □□□ □□□□ □□ □□ □□□? Since when there is swelling in the ankles	<input type="checkbox"/>	□□□□□ □□ □□□□□ □□ □□□□ □□□ □□□□□ □□□□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□ □□□□□□ □□□□ □□ □□□ □□□ Have swelling since the third month of pregnancy but there has been a lot of swelling for the last 1 month.

E	उपयुक्त परीक्षण Relevant Examinations		
E1	कद/लंबाई Height		5 फुट 2 इंच 5'2
E2	वनज Weight	<input type="checkbox"/>	68 किलोग्राम 68 kilos
E3	नब्ज की दर Pulse Rate	<input type="checkbox"/>	78 बीट प्रति मिनट 78 beats per minute
E4	साँसों की दर Respiratory Rate	<input type="checkbox"/>	20 प्रति मिनट 20 per minute
E5	टेम्प्रेचर/तापमान Temperature		98.6 डिग्री फॉरेनहाइट 98.6 F
E6	ब्लड प्रेशर/रक्त चाप Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	160/114
E7	छाती और हृदयगति का परीक्षण Auscultation of chest and heart	<input type="checkbox"/>	सामान्य Normal
E8	पैरों में सूजन Edema in feet	<input type="checkbox"/>	दोनों टखनों में इतनी सूजन है कि गढ़वे पड़ जाते हैं Pitting edema present in both ankles
E9	खून की कमी के लिए आँखों और मुँह का परीक्षण Examination of eyes and mouth for anemia	<input type="checkbox"/>	सामान्य Normal
E10	एल्ब्यूमिन/प्रोटीन के लिए पेशाब (प्रोटोनियूरिया) Urine for albumin/proteins (protoneuria)	<input type="checkbox"/>	1.6 ग्राम एल्ब्यूमिन प्रति लीटर (6 घंटों के अंतराल पर 2 अलग-अलग नमूने) 1.6 gm albumin/liter (two specimens 6 hours apart)
E11	ग्लूकोज के लिए यूरिन/पेशाब Urine for glucose	<input type="checkbox"/>	उपस्थित नहीं है Not present
E12	ब्लड ग्लूकोज Blood glucose	<input type="checkbox"/>	उपस्थित नहीं है Not present
E13	हीमोग्लोबिन के लिए रक्त Blood for Hemoglobin (Hg)	<input type="checkbox"/>	11.2 g/dl
E14	टीएलसी/डीएलसी Blood Test - TLC/DLC		सामान्य Normal
E15	गर्भ का उंगलियों के द्वारा परीक्षण Palpation of fetus	<input type="checkbox"/>	सामान्य Normal
E16	भ्रूण की हृदयगति Fetal heart rate	<input type="checkbox"/>	सामान्य Normal
E17	सीटी-स्कैन CT-Scan		सामान्य Normal

--	--	--	--	--	--	--

E	उपयुक्त परीक्षण Relevant Examinations		
E1	कद/लंबाई Height		5 फुट 2 इंच 5'2
E18	□□ □□ □ - स्कैन MRI Scan		सामान्य Normal
E19	अल्ट्रासाउण्ड की रिपोर्ट Ultra sound report		सामान्य Normal

Did the Provider Ask Any Other Questions that were not on the module?

प्रश्न का प्रकार हिस्ट्री परीक्षण	Question Type: History = 1 Test/ Examination = 2	प्रश्न Question	आपका जवाब (जवाब देने के लिए अपने स्वयं के अनुभव का इस्तेमाल करें) Your Response (use your own experience to answer)
<input type="checkbox"/>		हिन्दी	हिन्दी
		English	English
<input type="checkbox"/>		हिन्दी	हिन्दी
		English	English
<input type="checkbox"/>		हिन्दी	हिन्दी
		English	English
<input type="checkbox"/>		हिन्दी	हिन्दी
		English	English
<input type="checkbox"/>		हिन्दी	हिन्दी
		English	English
टिप्पणी : (यदि आपने डॉक्टर को हिस्ट्री या परीक्षण संबंधी किसी प्रश्न का भूलवश गलत उत्तर दे दिया है तो कृपया लिखें) Comments: (please write if you accidentally gave the doctor an incorrect response to one of the history or examination questions)			

If the doctor has no further questions, ask him what treatments would you recommend?

PT1	<p>डॉक्टर इस क्षेत्र में जिस प्रकार की परिस्थितियाँ हैं और जिस प्रकार के मरीज आप आमतौर पर देखते हैं, उसके आधार पर आपकी राय में आप क्या कहेंगे कि मरीज को क्या बीमारी है?</p> <p><i>Doctor, given the conditions in this area and the kinds of patients you normally see, in your view, what would you say the patient is suffering from?</i></p> <p>नीचे लिखें और फिर —— के रूप में कोड करें</p> <p>Write down and then code as:</p>	<p>जो बीमारी है Suffering From:</p>
		हिन्दी
		English

<div>पूरी तरह से सही Fully Correct = 1 आंशिक रूप से सही Partially Correct = 2 गलत Incorrect = 3 (सही जवाब है प्री-एक्लेम्पसिया या हाइपर टेन्शन या एक गर्भावती महिला को होने वाली □□□□ □□□□ □□□, अ □□ □ □□ - □□□□□□□□□□ □□ □□□□ □□□□) (Correct response is PRE-ECLAMPSIA or HYPERTENSION or HIGH BLOOD PRESSURE in pregnant woman, PIH - Pregnancy Induced Hypertension आंशिक रूप से सही - □□□□□□ □□□□ □□ □□ □□ □□ □□□□ □□□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□ हाइपर टेन्शन □□□□ □□□□□□ □□□□ (□□□□□□ □□□□□□ □□ □□□□□□□□□□□□□□) Partially correct: If they recognize that there is some other complication related to the pregnancy without saying hypertension or blood pressure (just edema, or just proteinuria)</div>	<div>सही Correct: <div></div></div>
---	-------------------------------------

प्रश्न संख्या Q. No.	<div>उपचार संबंधी प्रश्न</div> <div>Treatment Questions</div> <div>निर्देश : यदि दवा जरूरत के अनुसार लेना हो तो रोज की खुराक में - 66 कोड करें Instuction: in case medicine is to be taken SOS (as needed), code -66 in “quantity per day(s)” column यदि डॉक्टर दवा कोई दवा नहीं देता है या किसी अन्य प्रोवाइडर को केस रिफर करता है तो - 99 कोड करें If the provider did not provide any medicine or refered directly, record -99</div>
-------------------------	--

T1	आप इस मरीज को कौन-कौन सी दवाईयाँ देंगे? What medicines would you give to this patient?	दवाईयाँ Medicines		रोज की खुराक quantity per day	कितने दिनों के लिये No. of Days	दवा का कोड Drug Code
		1.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity</div> <div>X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
				<div></div> <div>English confirm from medical store</div>		
		2.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity</div> <div>X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
				<div></div> <div>English confirm from medical store</div>		
		3.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity</div> <div>X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
				<div></div> <div>English confirm from medical store</div>		
		4.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity</div> <div>X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
				<div></div> <div>English confirm from medical store</div>		
		5.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity</div> <div>X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
				<div></div> <div>English confirm from medical store</div>		
		6.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity</div> <div>X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	<div></div> <div>English confirm from medical store</div>					

T2	<div>क्या प्रोवाइडर ने ये केस किसी अन्य प्रोवाइडर को रिफर किया?</div> <div>DO NOT ASK, NOTE OBSERVATION</div> <div>Did the provider refer this case to another provider?</div> <div>हाँ Yes = 1</div> <div>नहीं No = 2</div>	<div></div>
----	--	-------------

PT2	<div>केवल तब ही पूछें जब हाई ब्लड प्रेशर, एडिमा और प्रोटीनयूरिया के परीक्षण के संबंध में ये प्रश्न पहले नहीं पूछे गये हों</div> <div>ASK ONLY IF HIGH BLOOD PRESSURE, EDEMA, and PROTEINUREA TESTS/QUESTIONS WERE NOT ASKED ALREADY. IF THEY WERE ASKED, RECORD -99</div> <div>यदि इस मरीज को हाई ब्लड प्रेशर, एडिमा और प्रोटीनयूरिया होता तो आप उसे किस इलाज की सलाह देंगे?</div> <div>If this patient also had high blood pressure, edema, and proteinurea, what treatment would you recommend?</div> <div>यदि किसी भी दवा के लिए सलाह नहीं दी है तो इस</div> <div>Record -99 if the doctor did not prescribe any medicine</div>		दवाईयाँ Medicines	रोज की खुराक quantity per day	कितने दिनों के लिये No. of Days	दवा का कोड Drug Code
		1.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
				English confirm from medical store		
		2.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
				English confirm from medical store		
		3.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
				English confirm from medical store		
		4.		<div><div></div><div></div><div></div><div>.</div><div></div></div> <div>खुराक quantity X</div> <div><div></div><div></div></div> <div>दिन में कितनी बार</div> <div>No. of times per day</div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	English confirm from medical store					
PT3	<div>यदि PT2 पूछा गया है केवल तब ही रिकॉर्ड करें</div> <div>DO NOT ASK, RECORD ONLY IF ASKED PT2</div> <div>क्या प्रोवाइडर ने ये केस किसी अन्य प्रोवाइडर को रिफर किया?</div> <div>Did the provider refer this case to another provider?</div> <div>हाँ Yes = 1</div> <div>नहीं No = 2</div>	<div></div>				
खत्म होने का समय End Time:			<div><div></div><div></div><div>:</div><div></div><div></div></div> <div>H H M M</div>			