



Novel Corona Virus 2019 (COVID-19) : Case Questionnaire

Name: Date of Birth:Sex:

Marital Status: Nationality:Contact no:

Email:Address:

.....

For the following questions, please check the appropriate box(es) and fill in any further information requested.

1. Why tested for COVID-19:
 - Contact with known case Ill seeking health care due to suspicion of COVID-19
 - Detected at the point of entry Repatriation Routine respiratory disease surveillance systems
 - Occupational exposure Unknown *If none of the above, please explain.....*
 -
2. State where the case was diagnosed: Country:
3. First laboratory confirmation test: Date:Month:Year:
4. Any pre-existing medical conditions? Yes No Unknown
 If yes, please check all that apply:
 - Pregnancy (trimester: _____) Post-partum (6 weeks)
 - Cardiovascular disease, including hypertension Immunodeficiency, including HIV
 - Diabetes Renal disease
 - Liver disease Chronic Lung disease
 - Chronic neurological or neuromuscular disease Malignancy
 - Other(s), please specify:.....
5. Any abnormal chest X-ray? Yes No Unknown
6. Have you developed Pneumonia? Yes No Unknown
7. Any symptoms during the first specimen collection? No (i.e, asymptomatic) Yes Unknown
8. If yes, date of onset of symptoms: Date:..... Month:.....Year:.....
 - Fever Cough Shortness of breath Sore throat
 - Chest pain Trouble breathing Bluish lips or face Chills/rigors
 - Runny nose Muscle aches Joint pain Headache
 - Abdominal pain Diarrhea Insomnia Nausea or vomiting
 - Loss of appetite Un-restful sleep Bitter taste in mouth Mental irritation
 - Other(s), please specify.....
 -
9. Have you taken Tibetan Medicine (Sowa-Rigpa) in the past? Yes No Unknown
If yes, treatment year and for which ailments:
-

Urine Steam and Odour ☞	Steam Strong	Steam Moderate	Steam Mild	Odour Strong	Odour Moderate	Odour Mild
Date ♪						

Urine Bubble & Scum ☞	Small	Large	Stable	Instable	Thick Scum	Thin Scum
Date ♪						

Urine Sediments ☞	Like hair	Like wet cotton	Like tip of hair	Like sand particles	Others
Date ♪					

12. Symptoms of Contagious disorder in Sowa-Rigpa

Loong rim related symptoms:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thigh & waist pain | <input type="checkbox"/> Whole body pain | <input type="checkbox"/> Rigors |
| <input type="checkbox"/> Frequent yawning | <input type="checkbox"/> Giddiness | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Loss of sleep | <input type="checkbox"/> Goosebumps | <input type="checkbox"/> Skin irritation |
| <input type="checkbox"/> Inability to sweat | <input type="checkbox"/> Trembling of limbs & head | <input type="checkbox"/> Insanity |
| <input type="checkbox"/> Disorganized speech | <input type="checkbox"/> Indigestion | <input type="checkbox"/> Scanty urine & stool |
| <input type="checkbox"/> Dry & rough tongue | <input type="checkbox"/> Mental confusion | |
| <input type="checkbox"/> Other(s), please specify..... | | |
-

Tri rim related symptoms:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desire for cold | <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> Bitter taste in mouth |
| <input type="checkbox"/> High body temperature | <input type="checkbox"/> Foul-smelling | <input type="checkbox"/> Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> Bloody sputum | <input type="checkbox"/> Mouth sores | <input type="checkbox"/> Yellowish stool |
| <input type="checkbox"/> Yellowish eyes | <input type="checkbox"/> Yellowish Skin | <input type="checkbox"/> Excessive sweat |
| <input type="checkbox"/> Loss of appetite | <input type="checkbox"/> Empty vomiting /nausea | <input type="checkbox"/> Extreme thirst |
| <input type="checkbox"/> Nose bleeding | | |
| <input type="checkbox"/> Other(s), please specify..... | | |
-

Bae rim related symptoms:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tasteless tongue | <input type="checkbox"/> Gradual development of fever | <input type="checkbox"/> Excessive saliva |
| <input type="checkbox"/> Excessive sputum | <input type="checkbox"/> Excessive sleep | <input type="checkbox"/> Lethargy |
| <input type="checkbox"/> Loss of appetite | <input type="checkbox"/> Pale stool | <input type="checkbox"/> Pale tongue |
| <input type="checkbox"/> Pale nail | <input type="checkbox"/> Heaviness of Mind & Body | <input type="checkbox"/> Pale skin |
| <input type="checkbox"/> Unclear memory | <input type="checkbox"/> Mental confusion | <input type="checkbox"/> Speech impairment |
| <input type="checkbox"/> Mental dullness | <input type="checkbox"/> Urine & bowel incontinence | <input type="checkbox"/> Kidney & waist pain |
| <input type="checkbox"/> Loss of hearing | | |
| <input type="checkbox"/> Other(s), please specify..... | | |
-

13. Progress Report:

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

Date		Other Treatments
Weight		
Fever		
BP		
Sorig Treatments		
Doctors' notes		
Tibetan doctors' name & sign		

*Reference to point no. 8

General symptoms ལྷིའི་ནད་རྟགས།

1. Fever ཚ་བ་རྒྱས་པ།
2. Cough རྩོ་ལུ་བ།
3. Shortness of breath དབུགས་ཉལ་བ།
4. Sore throat གྲེ་བ་ཚ་བ།
5. Chest pain བང་གཟེར་རྒྱབ་པ།
6. Trouble breathing དབུགས་འབྱིན་རྩལ་དཀའ་བ།
7. Bluish of lips or face གདོང་མཚུ་སྐྱག་ཅན།
8. Chill གང་ལུ་བྱེད་པ།
9. Runny nose ལྷ་ཚུ་འཛུག་པ།
10. Muscle aches ལུ་སྐྱེམ་ན་བ།
11. Joint pain ཚིགས་ཀུན་གཟེར་བ།
12. Headache མགོ་ན་བ།
13. Abdominal pain གསུམ་འཁོར་གཟེར་བ།
14. Diarrhea ལྷོ་བ་འཇུ་བ།
15. Insomnia གཉིད་ཡིར་བ།
16. Nausea or vomiting ཞེ་མེར་རམ་སྐྱུག་པ།
17. loss of appetite དང་ག་མི་བདེ་བ།
18. Un-restful sleep རྗེ་ལམ་ཟ་ཟི་མང་བ།
19. Bitter taste in mouth ཁ་ཁ་བ།
20. Mental irritation ལེས་ས་སྐྱོས་པ།

** reference to point no. 12

རྒྱུ་རིམས་ཀྱི་ནད་ཉགས།	
བརྒྱ་ཁྱེད་ན་བ། Thigh & Waist pain	ལྷུས་ཀྱུན་གཟེར་བ། Whole body pain
སྤྱུམ་སེར་འབྱེར་བ། Chill & Shivering	གཡལ་ལ་མང་བ། Frequent Yawning
མགོ་འཁོར་བ། Giddiness	ན་སྐྱ་སྐྱོག་བ། Tinnitus
གཉིད་ཡེར་བ། Loss of Sleep	བ་སྐྱ་ལྔ་བ། Goosebumps
བགས་བ་བརྗེ་བ། Skin Irritation	རྒྱལ་མི་འབྱུང་བ། Inability to sweat
རྒྱུ་རྒྱུ་མགོ་འདར་བ། Trembling of Limbs & Head	སྐྱོས་བ། Insanity
སྐྱ་འཚོལ་སྐྱ་བ། Disorganized Speech	ཁ་ཟས་མི་འཇུ་བ། Indigestion
བཤང་གཅི་སྤེ་བ། Scanty Urine & Stool	ལྗེ་སྐྱ་རྩུ་བ། Dry & Rough tongue
ཟ་ཟེ་མང་བ། Mental confusion	
མཁྱིམ་བའི་རིམས་ཀྱི་ནད་ཉགས།	
བསེལ་འདོད་བ། Desire for cool	མགོ་བོ་ན་བ། Headache
ཁ་ཁ་བ། Bitter taste in Mouth	ལྷུས་ལོ་ཚ་བ། Excessive Body Heat
དྲི་མན་མ་བ། Foul-smell	ལྗོ་བ་འཇུ་བ། Diarrhea
ལུང་བ་ཁྲག་འབྲ། Bloody Sputum	ཁ་ལ་ཐོར་བ་འོང་བ། Mouth sores
བཤང་བ་སེར་བ། Yellowish Stool	མིག་སེར་བ། Yellowish Eyes
བགས་མདོག་སེར་བ། Yellowish skin	རྒྱལ་དབྱུང་བ། Excessive Sweat
དང་ག་མི་བདེ་བ། Loss of Appetite	སྤོང་སྐྱུགས་བྱེད་བ། Empty Vomiting or Nausea
སྐྱོམ་དད་ཚེ་བ། Extreme Thirst	སྐྱ་ཁྲག་འོང་བ། Nose Bleeding
བད་ཀན་རིམས་ཀྱི་ནད་ཉགས།	
ཁ་མངལ་བ། Tasteless of Mouth	ཚ་བ་དལ་བྱས་སྐྱེ་བ། Gradual development of Fever
མཚེལ་མ་མང་བ། Excessive Saliva	ལུང་བ་མང་བ། Excessive Sputum
གཉིད་ཚེ་བ། Excessive Sleep	ལྷུས་སྤྱོམ་བ། Lethargy
དང་ག་འགག་བ། Loss of Appetite	བཤང་བ་སྐྱ་དཀར་བ། Pale stool
ལྗེ་མདོག་སྐྱ་ལ་དཀར་བ། Pale Tongue	སེན་མོ་དཀར་བ། Pale nail
བགས་མདོག་དཀར་བ། Pale Skin	ལྷུས་སེམས་ལྗི་བ། Heaviness of Body & Mind
བརྒྱ་བ་མི་གསལ་བ། Unclear Memory	དེག་བ་མོདས་བ། Mental Confusion
སྐྱ་བ་སྐྱུགས་བ། Speech Impairment	ཤེས་བ་འཐེབས་བ། Mental Dullness
བཤང་གཅི་མང་དུ་འབྱུང་བ། Urine & Bowel incontinence	མཁལ་ཁྱེད་ན་བ། Kidney & Waist pain
ན་བ་འོན་བ། Loss of Hearing	