

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

Date: / /

*iMedDrs* - International Medical Disaster Relief Services

# CoV/Flu GUIDE to BETTER CARE

**TAMIL**

தமிழ்



*Avoid the dangers of delayed or mis-diagnosis  
from insufficient medical information gathering.*

**Get the facts - Give the facts - Get best care**

**Joyce M. Lyon, M.D.**

**iMedDrs.com**

**Victor K. Misir, M.D.**

[iMedDrs.com](http://iMedDrs.com)

PERSONAL EMPOWERMENT SERIES:

CoV/Flu GUIDE

[iMedDrs.vm@gmail.com](mailto:iMedDrs.vm@gmail.com)

# COV/FLU MONITOR – Medical data retrieval, recording, response and referral guides

**FACT:** at any level of expertise, medical decisions are based on information obtained by communication, which requires checklist complexity and linguistic compatibility.

As hordes of airborne flu or corona viruses enter and trek down one's respiratory tract on their way to fertile lungs, they proliferate, infiltrate and cultivate tissues at specific levels along the track, causing diseases from *pharyngitis* to *pneumonitis*. Each disease level gives rise to a **level-specific** symptom combination that is recognizable and amenable to treatment by a **matching level** of health care providers from *pharmacist* to *pulmonologist*. Each disease-level provider requires *additional* information necessary for accurate management decisions, appropriate care and best outcome.

**This COV/FLU MONITOR Smart Chart is designed to help you assess your status periodically to enable informed self-care and intelligent tele-care by the right provider.**

Your symptom combination determines the level of infection (1-4), which dictates triage: self-treatment of simple situations or specialist tele-therapy of complex conditions.

**iMedDrs series of health-screening Smart Charts and Virtual Apps detect crucial clinical information, then computer generates and emails data-based reports to providers for best care.**

Based on the infection level, do the corresponding iMedDrs provider-level app to obtain the additional provider-specific data and email or voice the data-based reports for appropriate tele-care.

As time passes, COV/FLU symptoms may appear and disappear as the infection progresses or recedes. Moreover, pre-existing problems may worsen, and co-existing conditions in other body systems may develop. Failure of your body resistance and immunity as well as personal and professional interventions to stop the virus cold in its track, allows the infection to move on to the next level.

*Periodic evaluation is essential to determine ongoing triage, treatment and referral decision-making:*

Use these symbols in the dated columns to chart the course of illness: - negative, + positive, ↑ increasing, ↓ decreasing, = remaining the same, 0 stopped.

**Note:** The infection LEVEL number (1-4) is defined by the highest level-section with one or more positive symptoms

| FLU/COVID-SYMPTOMS to monitor and evaluate   | Page | Ques | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | Mth/Day | CLEARED | <b>RESPONSES</b><br>N.B. Correlate with urgency level below *  |
|--|------|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--|
| <b>VIRAL RESPIRATORY INFECTION</b> Rhinitis  |      |      |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | <b>LEVEL 1 VRI</b>   |
| Fatigue, malaise, aches, anosmia             | 4    | 2    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | Consider Vaccines if tested negative   |
| <b>UPPER RESPIRATORY INFECTION</b> Sinusitis |      |      |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | <b>LEVEL 2 URI</b>   |
| Fever and chills                             | 4    | 1    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | Consider contacting a <i>pharmacist</i> as you may need over-the-counter (OTC) medication. Or do imeddrs app<br><b>Pharmacy care</b> and email reports |
| 1.Sniffing, sneezing, runny nose             | 5    | 1    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| 2.Sore throat                                | 5    | 2    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| 3.Post-nasal drip - Throat clearing          | 5    | 3    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| 4.Green/clear mucus drooling                 | 5    | 4    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| <b>MID RESPIRATORY INFECTION</b> Bronchitis  |      |      |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | <b>LEVEL 3 MRI</b>   |
| 5.Hoarseness                                 | 5    | 5    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | Consider contacting an MD, as you may need prescription medicine and/or investigations. Or do imeddrs app<br><b>Clinical MD care</b> and email reports |
| 6.Difficulty breathing                       | 5    | 6    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| 7.Coughing+++                                | 5    | 7    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| 8.Yellow, brown sputum                       | 5    | 8    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| Sternal chest soreness                       |      |      |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| <b>LOWER RESPIRATORY INFECTION</b> Pneumonia |      |      |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | <b>LEVEL 4 LRI</b>   |
| 9. Red/bloody sputum                         | 5    | 9    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         | Consider contacting EMS as you may need special treatment and investigations. Or do imeddrs app<br><b>Emergency care</b> and email reports             |
| 10.Chest pain on breathing in                | 5    | 10   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| 11.Frequent cold symptoms                    | 5    | 11   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| 12.Past history of asthma                    | 5    | 12   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |
| Shortness of breath                          | 6    | 6    |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |  |

The numbers in these columns refer to pages and translated questions in various **foreign-language iMedDrs publications.**

**\*TRIAGE: Generally speaking, medical attention is more urgent in the following circumstances:-**

- Features:** The greater the number of symptoms or presence of co-morbidity, asthma, emphysema, low immunity.
- Aggravation:** The LEVEL of interference with regular activities, e.g. 1.none-confining, 2.home-confining or 3.bed-confining.
- Course:** If the illness is rapidly worsening, or new complaints and complications develop.
- Timing:** If the illness is unexpectedly prolonged, persistent or problematic.
- Specific:** The *higher* the positive symptom number (1 – 12).

\* Note that these are general guidelines, and you are advised to err on the side of caution. Do not use these criteria to delay or avoid medical consultation. This guide is not intended to dissuade anyone from consulting a doctor. This guide is not intended to persuade anyone to consult a healthcare professional. This guide is intended to help you to make inquiries and informed decisions and discussions. Weigh all the information you have collected, and then make your own decisions.



Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

File # \_\_\_\_\_



+ ⊕ =

- ⊖ =

? ± =

தற்போது உங்களுக்கு கிருமிகளும் பிழிச்சினாலும்.....

- 1 காய்ச்சி உண்டு அல்லது குளிர்?
- 2 களைப்புத்தன்மை, ஊக்கமின்மை, உடம்பு தளர்ச்சி அல்லது ஒலிசெய்ய உண்டா?
- 3 தாவிக்கொண்டிருக்கிற சளி போன்ற அல்லது திரவமான வெளியேற்றம் உண்டா?
- 4 ஊக்கம் அல்லது கட்டை?
- 5 கிருமல், தடிமல், காய், சூசு, தொண்டை அல்லது சுவாசம். (\*8).
- 6 தாவிக்கொண்டிருக்கிற வலி, தோஷ அல்லது அபிவிருத்தியை உண்டா?

Page QUESTION

↓  
4  
1

⊕ - ← I HAVE / THE PERSON HAS  
List all positive (⊕) answers.

⊖ - ← I HAVE NO / THE PERSON HAS NO  
List mainly the CAPITALIZED negative (⊖) answers.

+ - FEVER

+ - GENERALIZED WEAKNESS (FATIGUE)

+ - unusual liquid discharge

+ - SKIN PROBLEM(S) (CUTANEOUS LESIONS)

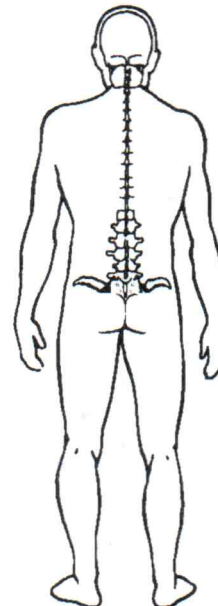
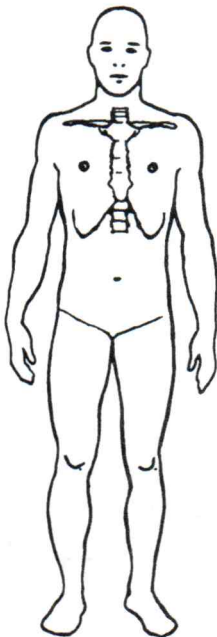
+ - RESPIRATORY PROBLEMS (Cough, cold, nose, throat or breathing difficulty.)

+ - PAIN

↑

The numbers in this column refer to pages and translated questions in various iMedDrs foreign language medical smart charts, pocket manuals and virtual apps.

WHERE? Show on your body, or show on the diagram.



# உங்களுக்கு...

⊕ - ← I HAVE ... THE PERSON HAS...  
 ↓ List all positive answers  
 + ⊖ ← I HAVE NO... THE PERSON HAS NO...  
 ↓ List mainly the bold-numbered, negatives...

|    |   |     |    |  |
|----|---|-----|----|--|
| 1  | கூக்கடைப்பு, சூக்கில் நீர் வடிதல், கருடாக்களிஸ் (சுயிளாஸ்) அடைப்பு அல்லது துயில் ஏற்படுவதுண்டா? |     | 1  | sniffing, sneezing, nasal discharge (rhinitis, coryza) |
| 2  | தொண்டை வலி உண்டா?   | + - | 2  | sore throat (pharyngitis)                              |
| 3  | தொண்டையில் ஏதும்திடுக்கிப்பிள்ளை?   | + - | 3  | throat mucus clearing (foreign body)                   |
| 4  | வாயிலிருந்து அதிகம் சாத்திஸ் வடிவம் உண்டா?  | + - | 4  | clear spit or drooling (salivary drooling)             |
| 5  | குரல் குறைவாக உண்டா?  | + - | 5  | hoarseness   |
| 6  | வாயிலுள்ள ஊடக சூச்செடுக்க உங்களுக்கு கஷ்டமாக உண்டா?   | + - | 6  | difficulty breathing (dyspnea)                         |
| 7  | கிருமல் உண்டா?  | + - | 7  | cough  |
| 8  | கிருமல் போல நிறமுடைய சாத்திஸ் சாத்திஸ் வடிவிலிருந்து?   | + - | 8  | yellow or brown spit (phlegm, sputum)                  |
| 9  | கிருமி துயில் போல கிருமல் போகின்றதா?  | + - | 9  | red, bloody sputum (hemoptysis)                        |
| 10 | சூச்சு சாத்திஸ் போல தென்படுவது (வலி) உண்டா?   | + - | 10 | chest pain on breathing in (pleurisy)                  |
| 11 | அடிக்கடி கிருமல், தடிமல் ஏற்படுவது உண்டா?   | + - | 11 | frequent cold symptoms                                 |
| 12 | கிண்பு (அஸ்தி) அல்லது சூச்செடுக்க கஷ்டம் ஏற்பட்டதுண்டா?   | + - | 12 | past history of asthma                                 |
| 13 | சூச்சு கடிவாழம் (நியூமோனியா) ஏற்பட்டது உண்டா?   | + - | 13 | past history of pneumonia                              |
| 14 |   | + - | 14 |  |

|  |           |    |   |    |   |      |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-----------|----|---|----|---|------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | NAME      |    |   |    |   |      | Month     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |           |    |   |    |   |      | Day       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DOB       | mm | / | dd | / | yyyy | RTI level |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ID #      |    |   |    |   |      | Severity  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ethnicity |    |   |    |   |      | Course    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gender    | M  | F | B  | H | T    | Therapy   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Race      | A  | B | C  | D | H    | Signature |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

தமிழ்

Tamil



உயர்வு செய்து அறிவுறுத்தலின் படி கிடைக்கக் கொடுக்கப்பட்டு விட்டது என்பதும்.

விடையின் கிடைக்கக் கொடுக்கலின் கிடைக்க-  
பெற்று விடப்பட்டு கிடைக்கலான உயர்வு  
பெற்றிக் கொள்ளும்.

நீங்கள் ஏதும் மருந்துகள் அல்லது  
சைலங்கள் பாவிக்கிறீர்களா?

உங்களுக்கு ஒத்துக் கொள்ளாத அல்லது  
விருப்பத்தகாத பக்க விளைவுகளை ஏற்படுத்திய  
மருந்துகள் அல்லது சைலங்கள் ஏதும்  
உண்டா?

நீங்கள் நீண்ட காலமாக அல்லது திரும்பத்  
திரும்ப பாதிக்கீறும் ஏதும் நோயினால்  
வருகியு கிடைக்கீறீர்களா?

(உ-ம்: கிரத்த அழுத்தம், மேட்டு வீக்கம்  
ஆகியன.)

தற்போது, நீங்கள் முன்பிருந்த  
நோயினால் மீண்டும் பாதிக்கப்பட்டிரு  
கிறீர்களா, அல்லது அது நோய்  
கூட்டியுள்ளதா?

MED BIOGRAPHY

ENGLISH DOCTOR

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

File# \_\_\_\_\_

Please answer these questions as instructed.

Remember to match the answer number to the question number.

1 Are you using any medicine or ointment?

2 Have you had any unpleasant side effects or allergic reactions to any medicine or ointment?

3 Do you suffer from any chronic or recurring condition? (e.g. high blood pressure, arthritis, etc.)

4 At present, are you suffering from a recurrence or worsening of a previous condition?

**TAMIL****ADMINISTRATIVE DATA**

செய்தல்கள், தெளிவுகள், உயிர்ப்பாதுகாப்பு  
கார்ட்டு :

Say loudly, clearly and slowly:

- 1 பெயர்
  - 2 வயது
  - 3 பிறந்த திகதி.
  - 4 மொழி.
  - 5 தற்போதைய விலாசம்.
  - 6 வீட்டு தொலை பேசி எண்.
  - 7 வேலைகளுக்கான தொலை பேசி எண்.
  - 8 சுகாதார உறுதியளிக்கும் எண்.
  - 9 தற்போதைய தொழிலகம்.
  - 10 மதம் (சமயம்)
- கீழ்க்கண்டவர்களுடன் பெயர், விலாசம்  
தொலைபேசி எண் எழுதுக.
- 11 சிகிச்சையளிப்பவர்
  - 12 கிளினிக் (சிகிச்சை மையம்)
  - 13 சுகாதாரம்
  - 14 அவசரநிலை அறிவிக்க
  - 15 மொழிபெயர்ப்பாளர்

- 1 Name
- 2 Age
- 3 Date of birth
- 4 Language
- 5 Present address
- 6 Home phone no.
- 7 Work phone no.
- 8 Health insurance no.
- 9 Present occupation
- 10 Religion

**Name, phone & address of:**

- 11 Doctor
- 12 Clinic
- 13 Hospital
- 14 In emergency notify
- 15 Interpreter

உறுதி: சிகிச்சையளிப்பவர்களுக்கு  
மேல்க்கண்டவர்களை சிகிச்சை மூலம்  
செய்தல்கள் மேற்கொள்ளுவதற்கு  
உறுதிப்படுத்துக  
கையொப்பம்

Consent:  
I consent to the necessary examination & treatment by  
the doctors.  
(Signed:)