

RF 02: Kato-Katz Examination



Study: OPP1120972

Date of examination (DD/MMM/YYYY):

/ / 2 0 1 7

Baseline Follow up

Subject ID (LAXXX)	Slide A/B	Number of <i>Ascaris</i> eggs (XXXX)	Number of <i>Trichuris</i> eggs (XXX)	Number of Hookworm eggs (XXX)	Time to read slide (min:sec)	Initials of the examiner (XXX)	Selected for stool preservation? *
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	B	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

* During baseline examination, only stool samples found to contain at least 13 eggs on duplicate Kato-Katz or at least 15 eggs on Mini-FLOTAC for at least one of the three STH need to be preserved. During follow-up examination, all samples need to be conserved (See SOP 11).

Signature investigator: _____

Date (DD/MMM/YYYY)

/ / 2 0 1 7

RF 03: Kato Katz Quality Control



Study: OPP1120972

Date of Quality Control (DD/MMM/YYYY): / / 2017

Subject ID (XXXXX)	Slide	Number of <i>Ascaris</i> eggs (XXXX)			Number of <i>Trichuris</i> eggs (XXX)			Number of Hookworm eggs (XXX)			Initials of 2 nd examiner (XXX)
		Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	Quality control exam.	First exam.	Meeting quality criteria*	
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
B R <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>
Comments:											

*No false negatives/positives; difference in egg counts: ≤ 10 eggs difference when the total number of eggs counted ≤ 100 eggs (not eggs per gram of stool, but number of eggs counted under the microscope) or $\leq 20\%$ when more than 100 eggs are counted. If sample does not meet these quality criteria, please follow the protocol described in SOP 10.

Signature investigator : _____ Date (DD/MMM/YYYY) : / / 2017