



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन  
मध्यप्रदेश

8, अरेरा हिल्स, भोपाल 462004

क्रमांक/शिशु स्वास्थ्य-पोषण/एन.एच.एम./2016/6109  
प्रति,

भोपाल, दिनांक 29/06/2013

1. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,  
मध्यप्रदेश
2. समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक,  
मध्यप्रदेश

विषय :- वर्ष 2016-17 में पोषण-पुनर्वास केन्द्रों के संचालन हेतु क्लिनिकल एवं नैदानिक प्रोटोकॉल (Clinical & Diagnostic Protocol) संबंधी तकनीकी दिशा-निर्देश।

\*\*\*\*\*

शिशु स्वास्थ्य-पोषण, वर्ष 2016-17 /परिपत्र क्रमांक -2

विषयान्तर्गत लेख है कि गंभीर कुपोषित बच्चों के उपचार हेतु विशिष्ट क्लिनिकल एवं नैदानिक प्रोटोकॉल निर्धारित है। ज्ञातव्य हो कि ऐसे बच्चों में प्रायः आम बीमारियों के क्लासिकल लक्षण नहीं पाये जाते हैं। साथ ही निर्जलीकरण के लक्षण चिन्हित करना अत्यन्त कठिन होता है एवं इसका उपचार भी साधारण बच्चों की अपेक्षा में भिन्न होता है। गंभीर कुपोषित बच्चों में Electrolyte Imbalance के चलते अनावश्यक IV Fluid दिए जाने से बच्चे की मृत्यु भी हो सकती है। ऐसे बच्चों में निम्नानुसार नैदानिक जाँचे कराई जाना अनिवार्य है :-

- 1- Random Blood Glucose (RBS) at admission or during stabilization or if child is hypothermic or lethargic
  - 2- Haemoglobin
  - 3- Peripheral Smear for Malaria Parasite & Type of Anemia
  - 4- TLC, DLC
  - 5- Urine R & M
  - 6- Mantoux Test
  - 7- Chest X-Ray
  - 8- Serum Electrolytes (Sodium, Potassium & Calcium, wherever possible)
  - 9- Urine Culture (wherever possible)
  - 10- Blood Culture (wherever possible)
- अन्य जाँचे: Recurrent Infections (बारम्बार संक्रमण), Oral Thrush, Lymphadenopathy, unexplained death of parents. Persistent diarrhoea, Parotid enlargement आदि के लक्षण होने पर एच.आई.वी की जांच निकटस्थ आई.सी.टी.सी./एफ.आई.सी.टी.सी. पर अवश्य कराई जाए।
  - एच.आई.वी. संक्रमण की पुष्टि होने पर बच्चे को चिकित्सकीय आहार के साथ-साथ मध्यप्रदेश राज्य एड्स नियंत्रण समिति द्वारा जारी तकनीकी निर्देश अनुरूप उपचारित किया जाये।
  - यदि अन्य किसी विशिष्ट चिकित्सकीय जाँच की आवश्यकता प्रतीत होती है तो जाँच पर होने वाले व्यय की प्रतिपूर्ति पोषण पुनर्वास केन्द्र की वार्षिक प्रबंधन राशि से की जाये।
  - पोषण पुनर्वास केन्द्र में आशातीत सुधार न होने के मापदण्ड (Failure to Respond in NRC) -

मापदण्ड / Criteria	भर्ती दिनांक से औसत अवधि Approximate time after admission
Failure to regain appetite भूख में सुधार न होना	Day 4 चौथे दिन तक
Failure to start losing oedema सूजन में सुधार न होना	Day 4 चौथे दिन तक
Persistent oedema स्थायी सूजन बने रहना	Day 10 दसवें दिन तक
Failure to gain minimum 5gm/kg/day for 3 successive days सतत 3 दिनों तक न्यूनतम 5gm/kg/day के मान से वजन में वृद्धि न होना	During Rehabilitation phase after feeding appropriately on F-100 catch up diet and SF रिहाबिलीटेशन फेज में एफ-100 व स्पेशल फीड की पर्याप्त मात्रा ग्रहण करने के बावजूद भी

- बच्चे में आशातीत सुधार न होने की स्थिति में गंभीर कुपोषण की अंतर्निहित चिकित्सकीय कारणों की संभावना जैसे Cerebral palsy, Epilepsy, Cardiac disease, Celiac Sprue, Congenital metabolic diseases आदि की जाँच हेतु पीडियाट्रिक वार्ड में अंतरित किया जाए।
- ऐसे विशिष्ट बच्चे जिनमें गंभीर कुपोषण किसी अंतर्निहित बीमारी के कारण है (Non Nutritional SAM / SAM with secondary underlying cause) उनका गंभीर कुपोषण से श्रेणी परिवर्तन अंतर्निहित कारण के उपचार उपरांत ही संभव होता है। अतः इनका वर्गीकरण पृथक से किया जाये एवं आउटपुट इंडिकेटर्स का आकलन भी तदनुसार भिन्न हो।
- पोषण पुनर्वास केन्द्र हेतु आवश्यक औषधियाँ/सामग्रियाँ :-

1.	Potassium Chloride solution (100mg/ml - 200ml bottle)	7.	Vitamin A Syrup (Oil Miscible syrup 1,00,000 IU/ml)
2.	Zinc Syrup (20mg/5ml) or Dispersible Zinc Tab (10/20mg)	8.	Iron Syrup (100mg/5ml)
3.	Inj. Magnesium Sulphate (50% 2ml Ampule)	9.	Amoxycillin suspension (125mg/5ml)
4.	Multivitamin Syrup (without Iron & containing Vitamin : A,C,D,E and B-complex & micronutrients like Chromium, Molybdenum, Manganese, Iodine, Copper and Selenium)	10.	Tab. Folic Acid (5mg tab)
5.	Albendazole Syrup (400mg/10ml bottle)	11.	Reduced osmolarity ORS Pkt. WHO formula
6.	Glucose	12.	Atropine Eye drops (1% Eye Drops/ 5ml Vial)
<b>For Medically Complicated SAM</b>			
1.	Inj. Ampicillin (Inj. 250 mg / Vial)	5.	Inj. Gentamycin (40mg/2ml Ampule)
2.	Inj. Cloxacillin (Inj 250 / 500 mg/vial)	6.	Inj. Amikacin (100/ 250 mg / 2ml Vial)
3.	Inj. Ceftriaxone (Inj.250 / 500 mg/vial)	7.	Inj. Cefotaxime (Inj 250 / 500 mg/vial)
4.	Inj. Ciprofloxacin (Inj 100mg/50ml bottle)	8.	Pediatric DOTS Therapy as per RNTCP protocols (PC 13 / PC 14)
<b>For management of SAM with shock only</b>			
1.	0.45% Half normal saline with glucose (Inj N/2 0.45%)	2.	Ringer Lactate with 5% Glucose
3.	IV sets, IV canulas, Pediatric nasogastric tubes, BT sets		

- पोषण पुनर्वास केन्द्र में भर्ती गंभीर कुपोषित बच्चों को दी जाने वाली औषधियाँ निर्दिष्ट मात्रा में प्रशिक्षित ए.एन.एम. /स्टाफ नर्स द्वारा ही दी जाए। (परिशिष्ट-1 वजन आधारित संदर्भ तालिका)
- उपरोक्तानुसार दर्शाये समस्त औषधियों की उपलब्धता सर्वथा सुनिश्चित की जाये।
- समस्त गंभीर कुपोषित बच्चों को संक्रमण की रोकथाम हेतु भर्ती उपरांत 05 दिवस तक Amoxycillin Syrup (125mg/ 5ml) वजन आधारित डोज अनुसार दी जाये। चिकित्सकीय जटिलता होने पर प्रोटोकॉल आधारित एन्टीबायोटिक थैरपी निम्नानुसार दी जाये :-

Status	Antibiotics
All admitted cases with any complications other than shock, meningitis or dysentery	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj. Ampicillin - 50mg/kg/dose 6 hrly + Inj. Gentamicin - 7.5mg/kg/dose once a day for 7 days</li> <li>• Add Inj. Cloxacillin 100mg/kg/day 6 hrly if Staphylococcal infection is suspected</li> <li>• Revise antibiotic therapy based on sensitivity report</li> </ul>
For septic shock or worsening / no improvement in initial hours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj. Cefotaxime 150mg/kg/day 8 hrly or</li> <li>• Inj. Ceftriaxone 100mg/kg/day 12hrly + Inj. Gentamicin 7.5mg/kg once a day</li> <li>• Do not give second dose until child is passing urine</li> </ul>
Menigitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj. Cefotaxime 50mg/kg/dose 6 hrly or</li> <li>• Inj. Ceftriaxone 50mg/kg 12 hrly + Inj. Amikacin 15mg/kg/day divided in 8 hrly doses.</li> </ul>
Dysentery	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inj. Ciprofloxacin 15mg/kg 12 hrly x 3 days or</li> <li>• Inj. Ceftriaxone 100mg/kg BD x 5 days (if child is sick or has already received Ciprofloxacin)</li> </ul>

- एन्टीबायोटिक थैरपी \* की अवधि :-

Status	Duration of Antibiotic Therapy
1. No apparent medical complication/ sub-clinical infection	Oral Amoxicillin for 5 days
2. Clinical Sepsis	7 days
3. Urinary Tract Infection	7-10 days
4. Culture Positive Sepsis	10-14 days
5. Menigitis	14-21 days
6. Deep seated infections like Osteomyelitis	Minimum 4 weeks

\* एन्टीबायोटिक थैरपी से सुधार परिलक्षित न होने पर जाँच द्वारा पुनर्मूल्यांकन किया जाये

■ गंभीर कुपोषित बच्चों में निर्जलीकरण प्रबंधन :-

- इन बच्चों में Hypertremia, Hypokalemia, Hypoglycemia का अधिक खतरा होता है अतः इन्हें सामान्य बच्चों की तुलना में कम सोडियम, ज्यादा पोटैशियम व ग्लूकोज की आवश्यकता होती है।
- निर्जलीकरण के प्रबंधन हेतु गंभीर कुपोषित बच्चों का पुर्नजलीकरण (Rehydration) Modified ORS अथवा M-ORS से किया जाये।
- **M-ORS बनाने की विधि** - 1 पैकेट WHO Low Osmolarity ORS को 2 लीटर साफ पानी में घोला जाये इस घोल में 50 ग्राम शक्कर एवं 30ml अर्थात 40mEq/Litre Potassium Chloride Syrup मिलाया जाये।
- पुर्नजलीकरण हेतु निम्नानुसार M-ORS दिया जाये :-

प्रथम 2 घंटे तक प्रति 30 मिनट के अंतराल से	5 एम.एल प्रति किलो के मान से *
हर दूसरे घंटे में एफ - 75 के साथ बारी - बारी से 10 घंटे तक	5 एम.एल प्रति किलो के मान से *

\*निकटतम दशमलव तक राउन्ड करें

- Pulse Rate में 15 प्रति मिनट तथा Respiratory Rate में 5 प्रति मिनट की वृद्धि, लीवर में सूजन, जुगूलर वेन का फूलना या आंखों के चारों ओर सूजन आना, अति पुर्नजलीकरण अथवा Over-Rehydration के लक्षण हैं जिसकी जाँच प्रत्येक 30 मिनट के अंतराल पर की जाए।
- अति पुर्नजलीकरण के लक्षण होने पर तत्काल M-ORS देना बंद करें।
- ध्यान रहे कि गंभीर कुपोषित बच्चों में Electrolyte Imbalance होता है जिसके चलते अनावश्यक IV Fluid दिए जाने से बच्चे की मृत्यु भी हो सकती है।

■ गंभीर कुपोषित बच्चों में बाल्य कालीन क्षय रोग की जाँच :-

- बाल्य कालीन क्षय रोग की जाँच हेतु Diagnostic Algorithm for Management of Paediatric T.B.' का उपयोग किया जाए। (परिशिष्ट-2)। पोषण पुनर्वास केन्द्र में प्रोटोकॉल का प्रदर्शन भी चिकित्सकीय जाँच हेतु निर्धारित स्थल पर प्रमुखता से किया जाये।
- पोषण पुनर्वास केन्द्र में बाल्य कालीन क्षय रोग की पहचान हेतु Mantoux Test अनिवार्य रूप से स्वास्थ्य संस्था में पदस्थ प्रशिक्षित लैब टेक्नीशियन अथवा पोषण पुनर्वास केन्द्र की प्रशिक्षित ए.एन.एम द्वारा की जाए।
- Mantoux Test द्वारा गंभीर कुपोषित बच्चों में Tuberculin Protein के प्रति Hypersensitivity को जांचा जाता है। इस हेतु यथासंभव 1 अथवा 2 TU Strength की 1 एम.एल Purified Protein Derivative (PPD) का उपयोग किया जाए एवं 48 से 72 घंटे के उपरांत बच्चे की रोग-प्रतिरोधक प्रक्रिया की जाँच की जाए।
- 1 अथवा 2 TU Strength की अनुपलब्धता होने पर 5 TU Strength वाले Mantoux Test Reagent का उपयोग किया जाये।
- Mantoux Test Positive गंभीर कुपोषित बच्चों में चिकित्सकीय परामर्श अनुरूप - 1. Chest X-Ray 2. Reverse Contact Tracing तथा 3. Bacteriological Examination अनिवार्य रूप से किया जाए।
- Bacteriological Examination हेतु गंभीर कुपोषित बच्चों में निम्नानुसार कार्यवाही की जा सकती है:-  
1. Expressed Sputum की जाँच 2. Naso-pharyngeal Aspirate की जाँच अथवा 3. Fasting Gastric Juice Aspirate की जाँच में AFB का प्रदर्शन।
- Positive पाए गए गंभीर कुपोषित बच्चों को आर.एन.टी.सी.पी प्रोटोकॉल अनुसार Paediatric DOTS Therapy से उपचारित किया जाए एवं इन बच्चों की सूची अनिवार्य रूप से जिला क्षय अधिकारी से प्रतिमाह साँझा किया जाए।

■ भर्ती गंभीर कुपोषित बच्चों की माताओं की जाँच:-

- पोषण पुनर्वास केन्द्र में भर्ती गंभीर कुपोषित बच्चों की माताओं की भी निःशुल्क हिमोग्लोबिन जाँच एवं लक्षण के आधार पर यथोचित परामर्श उपरांत अन्य जाँचें जैसे:-Urine R&M, Chest X-Ray, HIV, Peripheral Smear for comments (including Malaria parasite & nature of Anemia) आदि कराई जाये।
- माताओं के स्वास्थ्य परीक्षण उपरांत महत्वपूर्ण लक्षण, जाँच रिपोर्ट तथा उपचार संबंधी विवरण का भी पृथक से बेड साईड डिस्प्ले किया जाये।
- कुपोषण का एक प्रमुख कारण दो बच्चों के बीच में कम अंतराल होना है, अतः समस्त भर्ती बच्चों की माताओं को परिवार नियोजन के स्थायी/अस्थायी साधन हेतु परामर्श एवं सेवा अनिवार्यतः उपलब्ध करायी जाये।

- समस्त बाल्यकालीन ओ.पी.डी, जनरल ओ.पी.डी., Emergency Ward, आई.पी.डी / बाह्य / आंतरिक रोगी कक्षों अनिवार्य रूप से बच्चों के Anthropometry माप हेतु वजन मशीन, Stadiometer/ Infantometer/ Height chart WHO द्वारा अनुशंसित Weight for Height charts एवं MUAC टेप की उपलब्धता सुनिश्चित की जाए।
- गंभीर कुपोषित बच्चों के चिन्हांकन हेतु प्रतिदिन प्रातः 10:00-12:00 बजे तक पोषण पुनर्वास केन्द्र की ए.एन.ए द्वारा जिला स्तर पर बाल्यकालीन ओ.पी.डी, तथा उप जिला स्तर पर जनरल ओ.पी.डी. में जाँच हेतु आए समस्त वर्ष से कम उम्र के बच्चों का वजन, ऊँचाई / लंबाई तथा MUAC माप जिया जाए। स्क्रीन किए गए बच्चों में गंभीर कुपोषण पाए जाने पर चिकित्सक को अवगत कराया जाये एवं पोषण पुनर्वास केन्द्र में भर्ती हेतु परामर्श दिया जाये।
- पोषण पुनर्वास केन्द्र से डिस्चार्ज हेतु निर्धारित मापदण्ड -
  - भर्ती वजन में न्यूनतम 15 प्रतिशत की वृद्धि।
  - सतत 3 दिनों तक न्यूनतम 5gm/kg/day के मान से वजन में वृद्धि।
  - सूजन एवं चिकित्सकीय जटिलता रहित होना।
- डिस्चार्ज मापदण्डों की पूर्ती होने पर बच्चे को पोषण पुनर्वास केन्द्र से 14 दिवस के पूर्व ही डिस्चार्ज किया जाये तथा बच्चे में वांछित सुधार परिलक्षित न होने की स्थिति में चिकित्सकीय परामर्श अनुरूप भर्ती अवधि को बढ़ाया जाये।
- छुट्टी के समय चिकित्सकीय परामर्श अनुसार बच्चों को आवश्यक औषधियां जैसे - फॉलिक एसिड (2 सप्ताह के लिए), मल्टीविटामिन सीरप और आयरन सीरप (2 माह के लिए) उपलब्ध करायी जाये।
- डिस्चार्ज उपरांत बच्चे का प्रति 15 दिन के अंतराल पर 4 फॉलो-अप सुनिश्चित किया जाये, जिसमें चिकित्सकीय परीक्षण अनिवार्य रूप से की जाये।

संलग्न - परिशिष्ट 1-2

(श्री किरण गोपाल)

मिशन संचालक

एन.एच.एम., मध्यप्रदेश

पृ.क्रमांक/ शिशु स्वास्थ्य-पोषण/ एन.एच.एम./ 2016/ 6110

भोपाल, दिनांक 29/06/2016

प्रतिलिपि:- आवश्यक कार्यवाही हेतु सूचनार्थ।

1. प्रमुख सचिव, म.प्र. शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, वल्लभ भवन, भोपाल।
2. आयुक्त स्वास्थ्य, मध्यप्रदेश।
3. संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, भोपाल, मध्यप्रदेश।
4. संयुक्त संचालक, आर.एन.टी.सी.पी, मध्यप्रदेश।
5. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवाएं, मध्यप्रदेश।
6. अधिष्ठाता, मेडीकल कॉलेज, जबलपुर, इंदौर, ग्वालियर, रीवा, सागर मध्यप्रदेश।
7. अस्पताल अधीक्षक, AIIMS भोपाल, मध्यप्रदेश।
8. अस्पताल अधीक्षक, आर.डी.गार्डी मेडीकल कॉलेज, उज्जैन, मध्यप्रदेश।
9. समस्त जिला कलेक्टर, मध्यप्रदेश।
10. पोषण विशेषज्ञ, यूनीसेफ, भोपाल, मध्यप्रदेश।
11. समस्त जिला MO NRC, मध्यप्रदेश।
12. समस्त जिला कार्यक्रम प्रबंधक, एन.एच.एम./ एन.एच.एम., मध्यप्रदेश।
13. समस्त विकासखंड चिकित्सा अधिकारी, मध्यप्रदेश - निर्देश की प्रति पोषण पुनर्वास केन्द्र के प्रभारी चिकित्सकों को उपलब्ध कराये।
14. समस्त विकासखंड कार्यक्रम प्रबंधक, मध्यप्रदेश।

मिशन संचालक,

एन.एच.एम. मध्यप्रदेश

**MEDICINES TO BE ADMINISTERED IN NRC**

**I. Ready Reckoner For Syrup Amoxicillin @ 15mg/kg/day  
(To be given TDS)**

Weight (kg)	Amount in ml (Each 5ml containing Amoxicillin 125mg)	Amount in ml (Each 5ml containing Amoxicillin 250mg)
2.0-3.0	1.75	1.0
3.0-4.0	2.5	1.0
4.0-5.0	3.0	1.5
5.0-6.0	3.5	1.75
6.0-7.0	4.0	2.0
7.0-8.0	5.0	2.5
8.0-9.0	5.5	2.75
9.0-10.0	6.0	3.0
10.0-11.0	6.5	3.0
11.0-12.0	7.0	3.5
12.0-14.0	8.0	4.0
14.0-16.0	9.0	4.5

**II. Ready Reckoner for Vitamin A Syrup**

Age	Vitamin A dose (IU)	Amount (ml)
>6m	50,000	0.5ml
6m-12m or Weight <8kg	1,00,000	1ml
>12m or Weight >8kg	2,00,000	2ml

Give oral Vitamin A in a single dose to all children with SAM unless there is evidence that the child has received Vitamin A in last 1 month or has oedema.

**Special Cases:**

**Mega dose of Vitamin A :**

(1,00,000 IU or 1ml for children <8kg & 2,00,000 IU or 2ml for children >1yr or >8kg)

1. Child shows clinical signs of Vitamin A Deficiency (Bitot's Spot / Conjunctival or Corneal Xerosis/ Corneal Ulceration) – 3 doses on Day 1, Day 2 and Day 15.
2. Child with history of Measles during last 3months – 1 Mega dose on Admission
3. Child has persistent Diarrhea (Watery stools for >14days) – 1 Mega dose on admission
4. In case of clinical signs of Vitamin A deficiency along with presence of bilateral pitting oedema, give half age appropriate dose of Vitamin A intramuscularly.

**III. Folic Acid**

- For children <6m - 5mg (1tab) in single dose at admission only
- For children ≥ 6months = 5mg on day-1 and 1mg / day for remaining days in NRC

**IV. Albendazole Syrup (in Rehabilitation only)**

- For children 1y to 2 y = ½ bottle (5ml)
- For children 2y to 5 y = 1 bottle (10ml)

Management of Severe Acute Malnutrition at Facility Based Care in Madhya Pradesh

V. Ready Reckoner for Zinc @ 2mg/kg/day

(for each 5 ml= 20 mg)

For children >6m

Weight (kg)	Amount (mg) @ 2mg/kg/day	Amount in ml for zinc syrup (for each 5 ml= 20 mg)	Zinc dispersible tab (10mg)	Zinc dispersible tab (20mg)
2.0-3.0	4.0-6.0	1-1.5	1/2 tab	1/4 tab
3.0-4.0	6.0-8.0	1.5-2.0	1 tab	1/2 tab
4.0-5.0	8.0-10.0	2.0-2.5	1 tab	1/2 tab
5.0-6.0	10.0-12.0	2.5-3.0	1 tab	1/2 tab
6.0-7.0	12.0-14.0	3.0-3.5	1 tab	1/2 tab
7.0-8.0	14.0-16.0	3.5-4.0	1.5 tab	1 tab
8.0-9.0	16.0-18.0	4.0-4.5	2 tab	1 tab
9.0-10.0	18.0-20.0	4.5-5.0	2 tab	1 tab
10.0-11.0	20.0-22.0	5.0-5.5	2 tab	1 tab
11.0-12.0	22.0-24.0	5.5-6.0	2 tab	1 tab
12.0-13.0	24.0-26.0	6.0-6.5	2 tab	1 tab
13.0-14.0	26.0-28.0	6.5-7.0	2.5 tab	1 tab
14.0-15.0	28.0-30.0	7.0-7.5	3 tab	1.5 tab

VI. Iron

a. For children <6m

To be started in rehabilitation phase with 1mg / kg / day

(When the child is stabilized and gaining daily 10 gm/day with no oedema and no diarrhea)

b. For children ≥6m

To be started in rehabilitation phase with 3mg / kg / day

(When the child is stabilized with no oedema and no diarrhea)

Ready Reckoner for Iron @ 3mg/kg/day

(for each 5 ml= 100 mg)

For children >6m

Weight	Amount (mg)	Amount (ml)
2.0-3.6	6.0-10.8	0.5
3.7-6.8	11.1-20.4	1
6.9-10.2	20.7-30.6	1.5
10.3-13.6	30.9-40.8	2
13.7-15.0	41.1-45.0	2.5

Management of Severe Acute Malnutrition at Facility Based Care in Madhya Pradesh

**VII. Ready Reckoner**

Magnesium Sulphate 50 % (w/v) @ 0.4 – 0.6 mmol kg / day

Maximum upto 2ml

For children  $\geq 6m$

Weight in kg	Magsulf (ml)	Weight in kg	Magsulf (ml)
1.1 - 1.3	0.3	4.6 - 4.9	1.2
1.4 - 1.7	0.4	5.0 - 5.3	1.3
1.8 - 2.1	0.5	5.4 - 5.7	1.4
2.2 - 2.5	0.6	5.8 - 6.1	1.5
2.6 - 2.9	0.7	6.2 - 6.5	1.6
3.0 - 3.3	0.8	6.6 - 6.9	1.7
3.4 - 3.7	0.9	7.0 - 7.3	1.8
3.8 - 4.1	1.0	7.4 - 7.7	1.9
4.2 - 4.5	1.1	7.8 - 15.0	2.0

On 1<sup>st</sup> day give 0.3 ml / kg Magsulf IM once. Thereafter give the dose given in the above table orally.

**VIII. Ready Reckoner**

For Potassium Chloride Syrup @ 3 – 4 mmol / kg / day

For children  $\geq 6m$

Weight in kg	Potchlor (ml)	Weight in kg	Potchlor (ml)
1-1.2	3	8.0- 8.3	22
1.3-1.6	4	8.4 - 8.7	23
1.7-2	5	8.8 - 9.0	24
2.1-2.4	6	9.1 - 9.4	25
2.5-2.7	7	9.5 - 9.8	26
2.8-3.1	8	9.9 - 10.2	27
3.2- 3.5	9	10.3 - 10.5	28
3.6- 3.8	10	10.6 - 10.9	29
4-4.2	11	11.0 - 11.3	30
4.3-4.6	12	11.4- 11.6	31
4.7-5	13	11.7 - 12.0	32
5.1- 5.3	14	12.1- 12.4	33
5.4 - 5.7	15	12.5-12.8	34
5.8-6.1	16	12.9 -13.1	35
6.2- 6.4	17	13.2-13.5	36
6.5-6.8	18	13.6 - 13.9	37
6.9- 7.2	19	14.0 - 14.2	38
7.3 - 7.6	20	14.3 - 14.6	39
7.7 - 7.9	21	14.7 - 15.0	40

# DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR MANAGEMENT OF PAEDIATRIC

Persistent Fever > 2wk, without a known cause and/or Unremitting cough for < 2w and/or Wt Loss of 5% in 3m or no Wt gain in past 3m

