

प्रेषक,

महानिदेशक,
परिवार कल्याण महानिदेशालय
उत्तर प्रदेश, लखनऊ।

सेवा में,

समस्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
उत्तर प्रदेश।

पत्रांक: प0क0-13/सं0नि0अ0/आउटरीच कैम्प/72/2016-17/5249 लखनऊ: दिनांक: 21 सितम्बर 2016
विषय: राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत आउटरीच कैम्प आयोजित किये जाने हेतु दिशा-निर्देश के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 लखनऊ के पत्र संख्या एस0पी0एम0यू0/एन0यू0एच0एच0एम0/ओ0आर0 एण्ड यू0एच0एन0डी0/2016-17/53/5390-4, दिनांक 16 सितम्बर 2016 जो महानिदेशक महोदय को सम्बोधित एवं अन्य के साथ अधोहस्ताक्षरी को पृष्ठांकित है, के क्रम में राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत वर्ष 2016-17 की आर0ओ0पी0 में प्रत्येक नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के आच्छादित क्षेत्र में प्रतिमाह 01 आउटरीच कैम्प आयोजित किये जाने की स्वीकृति तथा प्रत्येक आउटरीच कैम्प के आयोजन हेतु रू0-10,000.00 प्रति आउटरीच की दर से FMR Code No.-4.1.2 Specil outreach Camps in Slum/Vulnerable Area स्वीकृति प्रदान की गयी है।

अतः आपको निर्देशित किया जाता है कि संलग्न दिशा निर्देशों के अनुसार अपने जनपद में उक्त गतिविधि सम्पन्न कराना सुनिश्चित करें।

संलग्नक:-उपरोक्तानुसार।

भवदीय

महानिदेशक

परिवार कल्याण

पू0प0संख्या-प0क0-13/सं0नि0अ0/आउटरीच कैम्प/72/2016-17/ तददिनांक:

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

- 1- प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तर प्रदेश शासन।
- 2- मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश लखनऊ।
- 3- महाप्रबन्धक (एनयूएचएम), एसपीएमयू, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश, लखनऊ।
- 4- समस्त अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तर प्रदेश।
- 5- समस्त जिला अधिकारी/अध्यक्ष कार्यकारी समिति, उत्तर प्रदेश।
- 6- समस्त जिला कार्यक्रम प्रबन्धक(एन0एच0एम0)/अरबन हेल्थ कोआर्डिनेटर (एन0यू0एच0एम0), उत्तर प्रदेश।

संयुक्त निदेशक(नगरीय)
परिवार कल्याण

प्रेषक,

महानिदेशक,
परिवार कल्याण महानिदेशालय
उत्तर प्रदेश, लखनऊ।

सेवा में,

समस्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
उत्तर प्रदेश।

पत्रांक: प0क0-13/सं0नि0अ0/आउटरीच कैम्प/72/2016-17/

लखनऊ: दिनांक: 21 सितम्बर 2016

विषय: राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत आउटरीच कैम्प आयोजित किये जाने हेतु दिशा-निर्देश के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 लखनऊ के पत्र संख्या एस0पी0एम0यू0/एन0यू0एच0एम0/ओ0आर0 एण्ड यू0एच0एन0डी0/2016-17/53/5390-4, दिनांक 16 सितम्बर 2016 जो महानिदेशक महोदय को सम्बोधित एवं अन्य के साथ अधोहस्ताक्षरी को पृष्ठांकित है, के क्रम में राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत वर्ष 2016-17 की आर0ओ0पी0 में प्रत्येक नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के आच्छादित क्षेत्र में प्रतिमाह 01 आउटरीच कैम्प आयोजित किये जाने की स्वीकृति तथा प्रत्येक आउटरीच कैम्प के आयोजन हेतु रू0-10,000.00 प्रति आउटरीच की दर से FMR Code No.-4.1.2 Specil outreach Camps in Slum/Vulnerable Area स्वीकृति प्रदान की गयी है।

अतः आपको निर्देशित किया जाता है कि संलग्न दिशा निर्देशों के अनुसार अपने जनपद में उक्त गतिविधि सम्पन्न कराना सुनिश्चित करें।

संलग्नक:-उपरोक्तानुसार।

भवदीय

महानिदेशक
परिवार कल्याण

पू0प0संख्या-प0क0-13/सं0नि0अ0/आउटरीच कैम्प/72/2016-17/5250-6 तददिनांक:

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

- 1- प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तर प्रदेश शासन।
- 2- मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश लखनऊ।
- 3- महाप्रबन्धक (एनयूएचएम), एसपीएमयू, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश, लखनऊ।
- 4- समस्त अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तर प्रदेश।
- 5- समस्त जिला अधिकारी/अध्यक्ष कार्यकारी समिति, उत्तर प्रदेश।
- 6- समस्त जिला कार्यक्रम प्रबन्धक(एन0एच0एम0)/अरबन हेल्थ कोआर्डिनेटर (एन0यू0एच0एम0), उत्तर प्रदेश।

Sardina
20.9.16
संयुक्त निदेशक(नगरीय)
परिवार कल्याण

आउटरीच कैम्प हेतु दिशा-निर्देश

जनसंख्या 2011 के अनुसार प्रदेश की शहरी जनसंख्या 4.44 करोड़ है, जिसमें लगभग 25 प्रतिशत जनसंख्या शहरी मलिन बस्तियों में निवास करती है। गत वर्षों से निरन्तर शहरों में अव्यस्थित ढंग से बढ़ती हुई जनसंख्या के कारण शहरी गरीब जनसंख्या में वृद्धि हुई है। शहरों में रोजगार की तलाश में आये Migrants लोग वृद्धि का मूलकारण है। इन Migrants को निवास, स्वच्छता, स्वच्छ पेयजल, शिक्षा एवं मूलभूत स्वास्थ्य सेवायें सुचारु रूप से प्राप्त नहीं हो पा रही है। उक्त के कारण उनके स्वास्थ्य, कार्यक्षमता, रहन-सहन पर प्रतिकूल प्रभाव पड रहा है। बढ़ती हुई शहरी गरीब जनसंख्या तथा मूलभूत सेवाओं की कमी के फलस्वरूप गरीबों में खराब स्वास्थ्य तथा बढ़ती बिमारियों के कारण अपंगता एवं असमायिक मृत्यु में वृद्धि हो रही है।

शहरी मलिन बस्तियों में निवास करने वाली जनसंख्या को निःशुल्क, गुणवत्तापरक स्वास्थ्य सेवायें उपलब्ध कराने के उद्देश्य से मलिन बस्तियों में या उनके समीप नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्थापित किये जा रहे हैं, परन्तु घूमन्तु, ईट भट्टों पर काम करने वाले, रेलवे ट्रैक के पास जीवन यापन करने वाले, फैंक्ट्रियों में काम करने वाले, कूड़ा बिनने वाले या अन्य Migrants इन इकाईयों के द्वारा स्वास्थ्य लाभ उठाने में असमर्थ हैं। अतः इनको मूलभूत, निःशुल्क, गुणवत्ता परक स्वास्थ्य सुविधा का लाभ देने के उद्देश्य से विशेष आउट रीच कैम्प (Special Outreach Camp) आयोजित किये जायेंगे।

इन विशेष आउटरीच कैम्पों के माध्यम से अन्य बीमारियां जैसे – टी.बी., डायबिटीज, हार्डपरटेन्शन, मानसिक रोग, स्वांस रोग, कैंसर की स्क्रीनिंग; निराश्रित वृद्ध लोग एवं अन्य महामारी/बिमारियों का चिन्हिकरण, प्राथमिक उपचार एवं उच्च स्वास्थ्य इकाईयों पर उपचार हेतु सन्दर्भन किया जायेगा।

1. कार्ययोजना एवं क्रियान्वयन:- प्रत्येक नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के आच्छादित क्षेत्र में प्रति माह 01 आउटरीच कैम्प आयोजित किया जाना है।

- **अति संवेदनशील क्षेत्रों की मैपिंग-** शहरी क्षेत्रों में अति संवेदनशील मलिन बस्तियों जैसे- घूमन्तु, ईट भट्टों पर काम करने वाले, रेलवे ट्रैक के पास जीवन यापन करने वाले, फैंक्ट्रियों में काम करने वाले, कूड़ा बिनने वाले या अन्य Migrants के निवास स्थल का चिन्हिकरण एवं स्वास्थ्य निर्धारक संबन्धित समस्याओं के आंकलन के अनुसार मैपिंग कर कार्ययोजना तैयार की जानी है। विशेष आउटरीच कैम्प मात्र आर.सी.एच. सेवाएं प्रदान करने तक सीमित नहीं होंगे। प्रत्येक आउटरीच कैम्प में उपलब्ध कराये जाने वाली स्वास्थ्य सेवाएं उस समुदाय में होने वाली बीमारियों पर निर्भर करेंगी।
- **आउटरीच कैम्प स्थल का निर्धारण:-** आउटरीच कैम्प हेतु स्थल का चिन्हिकरण सामुदायिक केन्द्र, स्कूल, आंगवाड़ी केन्द्र, सरकारी तथा सार्वजनिक स्थल एवं अन्य ऐसे स्थल जहाँ पर चिकित्सीय टीम एवं मरीजों के बैठने हेतु पर्याप्त स्थान हो। कैम्प स्थल को आयोजित करते समय इस बात का विशेष ध्यान रखा जाय कि कैम्प स्थान पर अधिक से अधिक घूमन्तु, ईट भट्टों पर काम करने वाले, रेलवे ट्रैक के पास जीवन यापन करने वाले, फैंक्ट्रियों में काम करने वाले, कूड़ा बिनने वाले या अन्य Migrants को आच्छादित किया जा सके। अगर मलिन बस्तियों का समूह छोटा हो तो एक से अधिक समूह के बीच कैम्प आयोजित किया जा सकता है।

आउटरीच कैम्प हेतु स्थल का निर्धारण किये जाने हेतु मजदूर संघ, रिकशा चालक, कूड़ा बिनने वाले, अपंग लोग, वृद्ध लोग, नारी समूहों, स्वयं सहायता समूह एवं अन्य अनाधिकारिक समूह के सहयोग से किया जाय।

Handwritten signature

आउटरीच कैम्प आयोजन से पूर्व चिन्हित स्थल का सत्यापन जनपदीय नोडल अधिकारी एन0यू0एच0एम0 एवं अरबन हेल्थ कोआर्डिनेटर द्वारा किया जायेगा। कैम्प हेतु स्थान चिन्हित करते समय इस बात का ध्यान रखा जाय कि कैम्प का आयोजन अगल अलग क्षेत्रों के अलग अलग स्थानों में हो।

- कार्ययोजना सम्बन्धित नगरीय प्राथमिक, स्वास्थ्य केन्द्र के चिकित्सक, ए.एन.एम., अरबन आशा, आंगनवाड़ी, डूडा, यू.एल.बी. एवं सहयोगी संस्थाओं के सहयोग से तैयार की जानी है। कार्ययोजना इस प्रकार तैयार की जाय कि क्षेत्र की समस्त मलिन बस्तियां विशेषकर ऐसी Vulnerable आबादी जो नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर आने में असमर्थ है आच्छादित हो जाय। इसी प्रकार विशेष आउटरीच कैम्प उच्च रक्तचाप, मधुमेह, स्वांस रोग, मिर्गी, कैंसर, फ़ैक्ट्री में काम करने वाले लोगों में होने वाली बिमारियां, महामारी एवं संक्रामक रोग के चिन्हिकरण, उपचार एवं सन्दर्भ हेतु आयोजित किये जाने हैं।
- प्रत्येक माह की आउटरीच कैम्प की अग्रिम कार्ययोजना अरबन हेल्थ कोआर्डिनेटर एवं नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा तैयार की जाय, जिसकी प्रति मण्डीय अपर निदेशक एवं राज्य स्तर पर प्रेषित की जाय जिससे कि मण्डल एवं राज्य स्तर से भी आउटरीच कैम्प का अनुश्रवण किया जा सके।
- लाजिस्टिक का निर्धारण:- कैम्प की कार्ययोजना एवं समुदाय में होने वाली बिमारियों के अनुसार औषधि, उपकरण एवं अन्य सामग्री का निर्धारण किया जाना है। प्रत्येक कैम्प हेतु आवश्यक दवाएं, आउट रीच कैम्प हेतु उपलब्ध करायी गयी धनराशि से किया जाय, यदि अन्य मद से उपरोक्त हेतु प्रबन्धन किया जाये तो इस धनराशि का उपयोग न किया जाय।
- आउटरीच कैम्प का प्रबन्धन:- आउट रीच कैम्प के प्रबन्धन में यह ध्यान रखा जाय कि जो लाभार्थी पहले आये उनको पहले सेवा प्रदान की जाय। इसके लिए निम्न काउण्टर बनाये जाये-
 - पंजीकरण पटल- कैम्प में आने वाले समस्त लाभार्थियों का पंजीकरण किया जाना अनिवार्य है।
 - चिकित्सक पटल- यहां पर डाक्टर के द्वारा समस्त मरीजों का परीक्षण किया जायेगा एवं आवश्यकतानुसार अन्य सेवाओं हेतु सन्दर्भित किया जायेगा।
 - विशेषज्ञ चिकित्सक पटल- प्रत्येक आउटरीच कैम्प के लिये समुदाय की आवश्यकता एवं होने वाली बिमारियों के अनुसार विशेषज्ञ बुलाये जाये। जैसे- स्त्रीरोग विशेषज्ञ, बाल रोग विशेषज्ञ, सर्जन, त्वचा रोग, ई.एन.टी., कैंसर, हृदय रोग, टी.बी., नेत्र रोग, अस्थि रोग, दन्त रोग तथा मानसिक रोग विशेषज्ञ एवं अन्य रोग विशेषज्ञ।
 - पैथोलोजी जॉच पटल- चिकित्सक/विशेषज्ञ द्वारा लाभार्थियों की जॉच ब्लड ग्लूकोज, यूरिन प्रोटीन, हीमोग्लोबिन तथा मलेरिया की जॉच एवं सन्दर्भन।
 - सन्दर्भन पटल- गम्भीर रोगियों एवं इमरजेंसी में मरीजों को 108/102 के माध्यम से उच्चतर इकाई पर पहुँचाने की व्यवस्था एवं उनका फालोउप।
 - दवा वितरण पटल- चिकित्सक/विशेषज्ञ द्वारा लाभार्थियों द्वारा लिखे गये दवाओं का वितरण। पटल पर आवश्यक दवाओं के अतिरिक्त First aid box भी उपलब्ध होना चाहिये।

Signature

- **ए.एन.एम. काउन्टर**— ए.एन.एम. द्वारा प्रसव पूर्व जाँच, टीकाकरण, आयरन फोलिक एसिड वितरण, परिवार कल्याण हेतु सामग्री वितरण एवं परामर्श, इत्यादि।
- **परामर्श एवं प्रचार प्रसार पटल**— आउट रीच कैम्प में आने वाले समस्त लाभार्थियों को स्वास्थ्य संबंधी जानकारी एवं परामर्श प्रदान किया जाय साथ ही साथ विभाग से सम्बन्धित गतिविधियों की जानकारी दी जाये तथा प्रचार प्रसार सामग्री का प्रदर्शन एवं वितरण किया जाये।
- **आई.सी.डी.एस., डूडा एवं नगर पालिका काउन्टर**— विभाग द्वारा चलाये जा रहे कार्यक्रम से सम्बन्धित जानकारी प्रदान करना।

2. प्रदान की जाने वाली सेवायें:—

- **उपचार सेवाएं:**
 - विशेषज्ञ सेवायें — प्रसूति एवं स्त्री रोग, बाल रोग, त्वचा संबंधी बिमारियां, दंत चिकित्सा एवं अन्य रोगों का चिन्हिकरण, प्राथमिक उपचार एवं सन्दर्भन।
 - टी.बी., मलेरिया, कुष्ठ रोग, काला जार एवं अन्य स्थानीय संचारी रोग के रोगियों का चिन्हिकरण, प्राथमिक उपचार एवं सन्दर्भन।
 - उक्त रक्तचान, मधुमेह, मोतियाबिन्द, कैंसर, इत्यादि रोगियों का चिन्हिकरण, प्राथमिक उपचार एवं सन्दर्भन।
- **आर.सी.एच. सेवाएं:**
 - प्रसव पूर्व जाँच, टी.टी. टीकाकरण, आयरन फोलिक एसिड गोणियों का वितरण, हीमोग्लोबिन, पेशाब जाँच में शर्करा एवं एल्बोमिन की जाँच, अन्य जाँचों हेतु सन्दर्भन।
 - हाई रिस्क प्रेग्नेन्सी का चिन्हिकरण एवं रेफरल।
 - संस्थागत प्रसव हेतु प्रेरित करना।
 - प्रसवोत्तर जाँच।
 - टीकाकरण।
 - बच्चों में डायरिया, निमोनिया एवं अन्य बिमारियों का उपचार।
 - आर.टी.आई./एस.टी.आई. का उपचार।
 - किशोर/किशोरियों को स्वास्थ्य शिक्षा, परामर्श।
 - निरोध, ओ.सी.पी., इमेरजेंसी कन्ट्रासेप्टिव का वितरण।
 - कापर टी, नसबन्दी हेतु परामर्श एवं सन्दर्भन।
- आपदा, महामारी, दुर्घटना एवं अन्य आक्समिक दुर्घटनाओं में स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराना।
- **सन्दर्भन सेवायें** :— रोगियों के प्राथमिक उपचार उपरान्त आवश्यकता अनुसार सरकारी स्वास्थ्य इकाईयां एवं अन्य केन्द्र जैसे— पोषण पुर्नवास केन्द्र, मानसिक चिकित्सा केन्द्र, वृद्धा चिकित्सा केन्द्र, नशा उन्मूलन केन्द्र एवं अन्य सहायता केन्द्रों पर सन्दर्भन किया जाना।
- **स्वास्थ्य शिक्षा, स्वच्छता एवं स्वच्छ पेयजल हेतु परामर्श**
- **जाँच सेवाएं:**
 - हीमोग्लोबिन, सुगर एवं एल्बोमिन हेतु पेशाब जाँच
 - मलेरिया हेतु स्लाइड
 - आवश्यकतानुसार अन्य जाँचें ई0सी0जी0, एक्स-रे एवं अन्य खून की जाँचें।

Leelav

3. **चिकित्सीय टीम के सदस्य:**—चिकित्सक, विशेषज्ञ चिकित्सक, लैब टेक्नीशियन, फार्मासिस्ट, फिजियोथिरेपिस्ट, डेन्टल हाइजेनिस्ट, आप्टोमेटिस्ट एवं अन्य स्टाफ। नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर तैनात ए.एन.एम. का भी सक्रिय सहयोग लिया जाय। इसके अतिरिक्त कैम्प में लाभार्थियों को प्रेरित कर लाने हेतु क्षेत्र की आशा एवं महिला आरोग्य समिति का सहयोग लिया जाय। साथ ही साथ प्रत्येक आउटरीच कैम्प का विवरण नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर चिकित्साधिकारी एवं जिला स्तर पर नोडल एन.यू.एच.एम./अरबन हेल्थ कोऑर्डिनेटर के स्तर पर मासिक सूचनायें संकलित कर एच.एम. आई.एस. रिपोर्ट में सम्मिलित की जायेगी।
4. **सहयोगात्मक पर्यवेक्षण:**— प्रत्येक नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के क्षेत्र में प्रत्येक माह 01 आउटरीच कैम्प आयोजित किया जाना है। अपने क्षेत्र में कैम्प आयोजित कराने एवं सूचनाएं संकलित कराने हेतु नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के प्रभारी चिकित्साधिकारी उत्तरदायी होंगे तथा नोडल अधिकारी एन.यू.एच.एम. एवं अरबन हेल्थ कोऑर्डिनेटर जिले में समस्त आउटरीच कैम्प के आयोजन, पर्यवेक्षण, सूचनाओं के संकलन एवं रिपोर्टिंग हेतु पूर्ण रूप से उत्तरदायी होंगे। आउटरीच कैम्प हेतु सत्र स्थल की व्यवस्था, आयोजन एवं पर्यवेक्षण में शहरी स्थानीय निकाय का सक्रिय योगदान लिया जाय।
5. **लाभार्थियों का सत्यापन:**— प्रत्येक कैम्प के कुल लाभार्थियों का 10 प्रतिशत का सत्यापन निम्न पारूप पर मुख्य चिकित्साधिकारी/अपर मुख्य चिकित्साधिकारी/नोडल अधिकारी/उपमुख्य चिकित्साधिकारी /अरबन हेल्थ कोऑर्डिनेटर/मण्डलीय अरबन हेल्थ कन्सल्टेंट द्वारा किया जायेगा।

सत्यापन प्रपत्र

क्रम सं०	नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम	कैम्प का स्थान	कैम्प का दिनांक	लाभार्थी का नाम	महिला /पु०	उम्र	पति/पिता का नाम	पूरा पता	बीमारी का प्रकार	लाभार्थी का मोबाइल न०

6. प्रचार प्रसार:—

नियत दिवस पर आंगनबाड़ी केन्द्र पर उपलब्ध सुविधाओं से सामुदाय, विशेषकर असेवित वर्ग की महिला तथा सामुदाय के अन्य Stakholder को जागरूक किया जाय।

प्रचार प्रसार में जिनको शामिल करना है—

- अरबन आशा
- महिला आरोग्य समिति के सदस्य
- स्वयं सहायता समूह
- शिक्षक तथा अन्य स्थानीय प्रतिनिधि
- स्कूल के बच्चे
- लाभार्थी
- परम्परागत बर्थ अटेन्डेन्ट तथा अन्य RMP

मीडिया एवं विधि—

- दीवार लेखन
- होर्डिंग
- हैण्डविल एवं पम्पलेट

Handwritten signature

7. वित्तीय व्यवस्था:-

- प्रत्येक आउट रीच कैम्प के आयोजन हेतु रू 10,000.00 प्रति आउट रीच की दर से स्वीकृति प्रदान की गयी है, जो निम्नानुसार है-

क्रमांक	गतिविधि	धनराशि प्रति कैम्प (रू)
1	चिकित्सक/विशेषज्ञ चिकित्सक का दैनिक भत्ता (एम0बी0बी0एस0 एवं बी0डी0एस0 को रू 1500/- तथा विशेषज्ञ हेतु रू 3000/-)	3,000/-
2	पैरा मेडिकल स्टाफ कुल 03 हेतु प्रत्येक को रू 500/-की दर से (आवश्यकतानुसार स्टाफ नर्स, एल0टी0, फार्मासिस्ट, नेत्र सहायक, डेन्टल हाइजिनिस्ट आदि को रखा जा सकता है)	1,500/-
3	औषधि एवं कन्ज्यूमेबल (डायग्नोस्टिक रिएजेण्ट एवं किट सहित)	3,500/-
4	परिवहन व्यवस्था	1,000/-
5	प्रचार-प्रसार (लाउडस्पीकर, बैनर, इत्यादि) एवं बैठने की व्यवस्था	1,000/-
कुल योग		10,000/-

- विशेष आउटरीच कैम्प यदि सरकारी एवं संविदा अधिकारियों/कर्मचारियों के द्वारा किया जाय, तो उनको कोई भी दैनिक भत्ता देय नहीं होगा, यदि नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर तैनात पार्ट टाइम एम.बी.बी.एस./विशेषज्ञ चिकित्सक अपने निर्धारित कार्य अवधि के अतिरिक्त आउट रीच कैम्प में कार्य करते हैं तो उनका नियमानुसार दैनिक भत्ता देय होगा।
 - आउटरीच कैम्प हेतु उपयोग में लायी जानी वाली दवाओं का सूची, क्रय, रिकार्ड एवं व्यय विवरण पृथक से रखा जाये।
 - आउटरीच कैम्प स्थल पर जाने के लिये चिकित्सीय टीम हेतु वाहन (टैक्सी परमिट) की व्यवस्था पृथक से की जाय तथा उसका रिकार्ड (दिनांक, वाहन नम्बर, रजिस्टर्ड एजेन्सी का नाम, ड्राइवर का नाम, फोन नं0, इत्यादि) रखा जाय एवं उसका भुगतान समस्त वित्तीय नियमों को ध्यान में रखते हुये किया जाय।
8. **रिपोर्टिंग व्यवस्था:-** प्रत्येक आउटरीच कैम्प के उपरान्त कैम्प की चिकित्सक एवं विशेषज्ञों द्वारा टीम के सहयोग से संलग्न प्रारूपों (प्रपत्र-1 एवं प्रपत्र-2) पर सूचना संकलित कर संबन्धित नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के प्रभारी चिकित्साधिकारी को प्रेषित की जायेगी तथा प्रभारी चिकित्साधिकारी द्वारा एच. एम.आई.एस. एवं एम.सी.टी.एस. की मासिक प्रगति रिपोर्ट में फीड कराया जायेगा। नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा प्रत्येक आउट रीच कैम्प की निर्धारित प्रपत्र पर पृथक से भी रिपोर्ट रक्षित की जाएगी। आउटरीच कैम्प में आने वाले प्रत्येक लाभार्थी का पूर्ण विवरण(नाम, उम्र पति/पिता का नाम, पता, मोबाइल नं0, बीमारी का प्रकार आदि) रजिस्टर में अंकित कर उच्च अधिकारियों के अवलोकन हेतु सुरक्षित रखा जाय। इसके लिए यू0पी0एच0सी के प्रभारी चिकित्साधिकारी/नोडल अधिकारी जिम्मेदार होंगे।
- प्रत्येक माह आयोजित आउटरीच कैम्प की रिपोर्ट अगले माह की 7 तारीख तक (प्रपत्र-1 एवं प्रपत्र-2) पर संकलित कर परिवार कल्याण महानिदेशायल तथा एस0पी0एम0यू0 को प्रेषित की जायेगी। रिपोर्ट प्रेषित किये जाने की जिम्मेदारी जनपदीय नोडल अधिकारी एन0यू0एच0एम0/अरबन हेल्थ कोआर्डिनेटर की होगी।**

Eas
Jeebhur

आउटरीच शिविर हेतु रिपोर्टिंग प्रपत्र

प्रपत्र-1

1. जनपद का नाम-
2. शहर का नाम-
3. नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम-
4. प्रभारी चिकित्साधिकारी का नाम-
5. आउटरीच शिविर का दिनांक-
6. आउटरीच शिविर के आयोजन का स्थान-
(आंगनबाड़ी केन्द्र, विद्यालय या अन्य, विवरण दें)
7. आच्छादित मलिन बस्ती का नाम एवं जनसंख्या -
(यदि एक से अधिक मलिन बस्ती अच्छादित है तो सभी का नाम)
8. मलिन बस्ती की कुल असेवित जनसंख्या-
(गृहविहीन, सडक पर रहने वाले बच्चे, निर्माण कर्मगार, भिखारी आदि को सम्मिलित करें)
9. आउटरीच शिविर में चिकित्सकीय दल का विवरण-

क्र० सं०	चिकित्साधिकारी / पैरामेडिकल स्टाफ का नाम	मोबाइल न०

10. आउटरीच शिविर हेतु हायर किये गये वाहन का विवरण-

रजिस्टर्ड एजेन्सी का नाम एवं पता	वाहन का नम्बर	वाहन चालक का नाम	वाहन चालक का मोबाइल न०

11. आउटरीच शिविर के लाभार्थियों का विवरण-

आउटरीच शिविर में पंजीकृत कुल व्यक्तियों की संख्या				
क्रम सं०	लाभार्थियों का विवरण	कुल	पुरुष	महिला
1.	आउटरीच / स्वास्थ्य शिविर में पंजीकृत कुल व्यक्तियों की संख्या			
2.	शिशुओं की संख्या (0-01) वर्ष			
3.	बच्चों की संख्या (01-02) वर्ष			
4.	बच्चों की संख्या (02-05) वर्ष			

Er

Seal

5.	बच्चों की संख्या (01-12) वर्ष			
6.	किशोरों की संख्या (13-19) वर्ष			
7.	वस्यक की संख्या (20-59) वर्ष			
8.	गर्भवती महिलाओं की संख्या			
9.	60 वर्ष से अधिक व्यक्तियों की संख्या			
10.	चिकित्सीय परामर्श प्रदान किये गये मरीजों की संख्या			
11.	मातृ एवं शिशु सेवाएं			
	1. प्रसव पूर्व जाँचों की संख्या			
	2. प्रसव पश्चात् जाँचों की संख्या			
	3. आयरन दिये गये महिलाओं की सं०			
	4. टिटनेस का टीका लगाए गये महिलाओं की संख्या			
	5. निमोनिया ग्रसित बच्चों की संख्या			
	6. डायरिया ग्रस्त बच्चों की संख्या			
	7. उच्च चिकित्सा इकाई पर संदर्भित किये गये बच्चों की संख्या			
	8. अन्य			
12	प्रतिरक्षण सेवाएं			
	1 बी.सी.जी.			
	2 ओ०पी०वी०			
	3 डी०पी०टी०			
	4 हेपाटइटिस			
	5 खसरा			
	6 विटामिन ए			
13	परिवार कल्याण सेवाएं			
	1 वितरित किये गये गर्भ निरोधक गोण्डियों की संख्या			
	2 वितरित किये गये निरोध की संख्या			
	3 अन्य परामर्श दिये गये लाभार्थियों की संख्या			
14.	अन्य सेवाएं			
	1. क्षय रोग के मरीजों की संख्या			
	2. कुष्ठ रोग के मरीजों की संख्या			
	3. नेत्र रोग के मरीजों की संख्या			
	4. चर्म रोग के मरीजों की संख्या			
	5. बी०पी० के मरीजों की संख्या			
	6. डायबिटीज के मरीजों की संख्या			
	7. कैंसर के मरीजों की संख्या			
	8. वेक्टर बोर्न से ग्रसित मरीजों की संख्या			
	9. दन्त रोगियों की संख्या			
	10. सी०ओ०पी०टी० मरीजों की संख्या			

Sanjeev

	11.	रेफरल किये गये मरीजों की संख्या			
	12	अन्य			
15.	Diagnostic सेवायें प्रदान किये व्यक्तियों की संख्या				
	क्र.स.	जॉच का नाम			
	1				
	2				
	3				

16 कैम्प में औषधियों एवं कन्ज्यूमेबल की स्थिति-

क्रम सं०	नगरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम	कैम्प स्थान	कैम्प का दिनांक	औषधियों एवं कन्ज्यूमेबल पर व्यय धनराशि	कैम्प के लाभार्थियों की संख्या

सत्यापन

अरबन आशा का नाम व हस्ताक्षर..(दिनांक सहित).....
 ए०एन०एम० का नाम व हस्ताक्षर..(दिनांक सहित).....
 वार्ड सदस्य का नाम व हस्ताक्षर..(दिनांक सहित).....
 प्रभारी चिकित्साधिकारी का नाम व हस्ताक्षर..(दिनांक सहित).....

प्रपत्र-2

Special outreach format																	
Name of District							Month-										
S. No.	No of Camps Organised	No of Specialists/Mos attended (specify the Specialty)		No of OPD Cases		No of cases referred	No of Children Screened	No of Cases						Diagonstic services available (yes/No)	Drugs available (yes/No)	He4alth worker (ANM/ASHA) present (Yes/No) Micro plan available (yes/No)	Remark
		Govt.	Outsourced	Male	Female			TB/C OPD	Diabetes	Hypertension	Cancer screening	Skin infection	Dental problems				
1																	
2																	

Nodal officer NUHM

Chief Medical Officer

Handwritten signature