

निर्देश प्रपत्र :-आई0यू0सी0डी0 फॉलोअप हेतु रजिस्टर

कॉलम संख्या-1	मासिक कम संख्या भरे-प्रत्येक माह की कम संख्या 01 से शुरू होगी।
कॉलम संख्या-2	आई0यू0सी0डी0 कार्ड में अंकित विशिष्ट संख्या भरे।
कॉलम संख्या-3	ओ0पी0डी0 संख्या भरे
कॉलम संख्या-4-7	क्लार्क से संबंधित जानकारी भरे।
कॉलम संख्या-8	उस स्थान की जानकारी भरे जहाँ आई0यू0सी0डी0 लगाई गई है इस अस्पताल में या किसी दूसरे केन्द्र में जहाँ आई0यू0सी0डी0 लगाई गई है का नाम लिखें)
कॉलम संख्या-9	आई0यू0सी0डी0 किस प्रकार की लगाई गई उसका वर्णन करें। 380ए अथवा 375।
कॉलम संख्या-10	आई0यू0सी0डी0लगाने की तिथि दिनांक/माह/वर्ष में लिखें।
कॉलम संख्या-11	आखिरी माहवारी(एल0एम0पी0) की तारीख दिनांक/माह/वर्ष में लिखें।
कॉलम संख्या-12	फॉलोअप की वास्तविक तिथि दिनांक/माह/वर्ष में लिखें।
कॉलम संख्या-13-14	पी0एस0 जॉंच (स्पेकुलम द्वारा जॉंच) तथा पी0वी0 जॉंच ,योनि की अन्दरूनी जॉंच के परिणाम का उल्लेख करें। जॉंच के दौरान अगर कोई असामान्य स्थिति पाये तो उसका वर्णन करें।अगर कोई असामान्य स्थिति नहीं पाये तो <b>NAD</b> लिखें।
कॉलम संख्या-15-19	फॉलोअप में पायी गयी स्थिति जैसे अपने आप निकल गई,संकमण,धागा न मिलना,कोई समस्या नहीं, अथवा अन्य कोई समस्या उत्पन्न हुई हो तो उसका विवरण भरे।उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये।
कॉलम संख्या-20	फॉलोअप के दौरान दी गई सलाह का विवरण भरे।
कॉलम संख्या-21-23	यह कॉलम तभी भरे जब महिला आई0यू0सी0डी0 निकलवाती है केवल तब भर। आई0यू0सी0डी0 निकलवाने का कारण लिखें।आई0यू0सी0डी0निकलवाने के बाद कोई अन्य विधि उपलब्ध कराई गई अथवा किसी प्रकार का गर्भकरोधक अपनाने की सलाह दी गई हो तो उसका विवरण लिखें।
कॉलम संख्या-24	आई0यू0सी0डी0 फॉलोअप करने वाले सेवा प्रदाता का नाम स्पष्ट शब्दों में लिखें।
कॉलम संख्या-26	आई0यू0सी0डी0 फॉलोअप करने के दौरान किसी प्रकार की विषम स्थिति उत्पन्न हुई हो तो उसका वर्णन करें।





### आई0यू0सी0डी0 फॉलोअप रजिस्टर

मसिक कभ संख्या	आई0यू0सी0डी0 का संख्या	ओ0पी0डी0 संख्या	कलाईट का नाम	कलाईट की उम्र	कलाईट का पता	कलाईट का फोन नं0(कलाईट के पास कोन न होने की स्थिति में आशा का फोन नं0)	वह स्थान जहाँ आई0यू0सी0डी0ल गाई गई है(इस अस्पताल का या दूसरे कन्ट का नाम लिखें)	लगाई गई आई0यू0सी0डी0का प्रकार(380V / 375)	आई0यू0सी0डी0ल गाने की तिथि	माहिरी की तारीख (प्रा0प्रा0 10)	फॉलोअप की तारीख	पी0एच0 जीव (पेकुलर द्वारा जीव) सही स्थिति लिखें	पी0डी0 जीव (गोपि की अन्वनी जीव) सही स्थिति लिखें
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													

/

/

## आई०यू०सी०डी० फॉलोअप रजिस्टर

फॉलोअप में पायी गयी स्थिति (उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगायें)					केवल तब मरे जब आई०यू०सी०डी० निकलवाती है					फॉलोअप करने वाले	टिप्पणी				
फॉलोअप के बाद सलाह		आई०यू०सी०डी० आइ०यू०सी०डी० 0 निकलवाने का कारण		कोई अन्य विधि उपलब्ध कराई गई (निकलवाने के बाद सलाह)		आई०यू०सी०डी० निकलवाई(हैं / नहीं)		आई०यू०सी०डी० 0 निकलवाने का कारण		कोई अन्य विधि उपलब्ध कराई गई (निकलवाने के बाद सलाह)		फॉलोअप करने वाले	टिप्पणी		
अपने आप निकल जाना	संकमण	धामा न मिलना	कोई समस्या नहीं	अन्य समस्या	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

AS  
↓



जनपद का नाम :-

स्वास्थ्य केन्द्र का नाम:-

नसबन्दी आपरेशन के उपरान्त निर्देश कार्ड:

अस्पताल/स्वास्थ्य केन्द्र का नाम तथा प्रकार	
लाभार्थी का नाम	
पिता का नाम	
पति/पत्नी का नाम	
पता	
मोबाइल नं०(यदि हो तो)	
आपरेशन की तिथि (दिन/माह/वर्ष)	...../...../.....
आपरेशन का प्रकार	मिनिनलैप/प्रसवोत्तर लैप्रोस्कोपिक (एस.पी./डी.पी.)/ परम्परागत पुरुष नसबंदी/एन.एस.वी.

1. फॉलोअप:

अ. पहला सम्पर्क 48 घण्टे बाद स्थापित किया जाए।

ब. सातवें दिन टाँके काटने के लिए स्वास्थ्य केन्द्र पर सम्पर्क करें।

स. महिला नसबन्दी: एक माह या पहले मासिक धर्म के बाद, जो भी पहले हो

पुरुष नसबन्दी: तीन माह बाद, शुक्राणुओं की संख्या के लिये वीर्य परीक्षण हेतु  
या

आपात स्थिति में और जब भी जरूरत हो पास के स्वास्थ्य केन्द्र में सम्पर्क करें।

2. डाक्टर द्वारा बतायी गयी दवाईयां समय से खायें।

3. घर वापस लौटें और बाकी दिन आराम करें

4. महिला नसबन्दी : नसबन्दी के 48 घण्टे बाद हल्के घरेलू काम करें फिर 2 हफ्ते बाद धीरे-धीरे अपने सारे कार्य पूरी क्षमता से करें।

5. पुरुष नसबन्दी: 48 घण्टे तक लंगोट बांधना 48 घण्टे बाद हल्के कार्य करना एवं साइकिल चलाना और 1 हफ्ते बाद सारे कार्य करना।

6. जितनी जल्दी हो सके सामान्य भोजन लेना।

7. टाँके वाली जगह को साफ व सूखा रखना, पट्टी को न खोलना एवं छेड़ना।

8. आपरेशन के 24 घण्टे बाद नहा सकते हैं और यदि पट्टी गीली हो जाये तो उसे बदलना जिससे टाँके वाली जगह को तब तक साफ व सूखा रखा जा सके जब तक टाँके नहीं कट जाते।

9. संभोग: पुरुष नसबन्दी/महिला नसबन्दी दोनो संभोग के आनन्द और क्षमता पर कोई प्रभाव नहीं डालते।

महिला नसबन्दी : अंतराल नसबन्दी (मिनिनलैप एवं लैप्रोस्कोपी) किये जाने पर लाभार्थी आपरेशन के 1 हफ्ते बाद अथवा जब महिला को आसानी हो, संभोग कर सकती है।

प्रसव के बाद वाली नसबन्दी (आपरेशन से अथवा सामान्य प्रसव) होने पर 2 हफ्ते बाद अथवा जब महिला को आसानी हो संभोग किया जा सकता है।

पुरुष नसबन्दी: पुरुष नसबन्दी आपरेशन के बाद कोई पुरुष जब उसे आसानी हो तब संभोग कर सकता है यदि उसकी पत्नी कोई और विधि प्रयोग नहीं कर रही हो तो उसे उस अवस्था में निरोध का प्रयोग करना चाहिए।

10. टाँके की जगह पर अत्यधिक दर्द, खून बहना अथवा मवाद आना और बेहोशी, बुखार और पेशाब, गैस पास न होने की दशा में और पेट में सूजन की अवस्था में सम्बन्धित चिकित्सक/चिकित्सालय को सूचना दें।

11. कोई शंका होने पर सम्बन्धित डाक्टर/स्वास्थ्य कर्मी से सम्पर्क करें।

12. महिला नसबन्दी: मासिक धर्म न आने/गर्भ ठहरने की संभावना होने पर दो हफ्ते के अन्दर ही गर्भावस्था की संभावना नकारने के लिये स्वास्थ्य केन्द्र पर आयें, गर्भ ठहरने की स्थिति में निःशुल्क गर्भ समापन की सेवाएँ स्वास्थ्य केन्द्र से प्राप्त करें।



13. **पुरुष नसबन्दी:** पुरुष नसबन्दी की दशा में 3 महीने बाद केन्द्र पर आये। स्वास्थ्य केन्द्र पर वीर्य की जाँच कराये और वीर्य में शुक्राणुओं की अनुपस्थिति को सुनिश्चित करें यदि वीर्य में शुक्राणु मिलते हैं तो 6 महीने तक प्रत्येक माह इसकी जाँच कराने के लिये स्वास्थ्य केन्द्र पर आये।

फॉलो अप परिणाम :

फॉलोअप	आपरेशन के बाद समय	फॉलोअप की तारीख	जटिलता यदि हो तो	कार्यवाही
1	48 घण्टे			
2	7 दिन			
3	आपरेशन के 1 महीने बाद अथवा आपरेशन के बाद पहला मासिक धर्म आने पर जो पहले हो (महिला नसबन्दी के लिए)			
4	3 महीने बाद वीर्य की जाँच के लिए (पुरुष नसबन्दी)			
आपातकाल की स्थिति में				

टिप्पणी :

वीर्य परीक्षण का परिणाम :

नाम :

पद :

रिपोर्ट भरने वाले के हस्ताक्षर

नोट :- नसबन्दी आपरेशन के कारण हुयी जटिलता /नसबन्दी की असफलता या मृत्यु की अविश्वसनीय घटना (नसबन्दी सम्बन्धी कारणों से) होने पर मैं/मेरा पति/पत्नी तथा आश्रित अविवाहित बच्चे भारत सरकार की परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के तहत वर्तमान में प्राविधानित मुआवजे की राशि को पूर्ण तथा अन्तिम भुगतान के रूप में स्वीकार करेंगे तथा उसके ऊपर इस संदर्भ में किसी भी कोर्ट ऑफ लॉ के समक्ष किसी अन्य मुआवजे की माँग या क्षतिपूर्ति जिसमें नसबन्दी के असफल होने पर जन्म लेने वाले बच्चे का पालन पोषण एवं अन्य खर्च शामिल है, के लिये माँग करने के पात्र नहीं होंगे।

उपरोक्त प्राविधान के सम्बन्ध में मुझे भली भॉति अवगत करा दिया गया है कि नसबन्दी आपरेशन के कारण हुई असफलता/जटिलता/मृत्यु से सम्बन्धित दावे को असफलता/ जटिलता सम्बन्धी परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त करने के 90 दिनों की समय सीमा के अन्तर्गत मेरे/मेरे आश्रित द्वारा प्रस्तुत करने पर ही दावा निपटारे हेतु मान्य होगा। इस तथ्य से मुझे भलीभॉति अवगत करा दिया गया है तथा मेरे/मेरे आश्रितों द्वारा पूर्णतः समझ लिया गया है।

दिनांक:-

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

नाम : .....

मोहर

निर्देश प्रपत्र :- पी0पी0आई0यू0सी0डी0 सेवाएं प्रदान करने हेतु रजिस्टर

कॉलम संख्या-1	मासिक कम संख्या भरे-प्रत्येक माह की कम संख्या 01 से शुरू होगी।
कॉलम संख्या-2	आई0यू0सी0डी0 कार्ड में अंकित विशिष्ट संख्या भरे।
कॉलम संख्या-3	ओ0पी0डी0 / आई0 पी0डी0 संख्या / पंजीकृत इन्डोर संख्या, जो लागू हो उसको भरे
कॉलम संख्या-4	एम0सी0टी0एस0 पंजीकरण संख्या भरे।
कॉलम संख्या-5-8	क्लार्क से संबंधित जानकारी भरे।
कॉलम संख्या-9	जीवित बच्चों की संख्या भरे।
कॉलम संख्या-10-12	सलाह मशवरा के समय से संबंधित उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये। क्लार्क को गर्भावस्था के दौरान, शुरुआती प्रसव पीड़ा में अथवा प्रसव के बाद पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगवाने के लिये सलाह दी गई।
कॉलम संख्या-13	उस स्थान की जानकारी भरक जहाँ पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाई गई है। इस अस्पताल में या किसी दूसरे केन्द्र में जहाँ पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाई गई है का नाम लिखें।
कॉलम संख्या-14	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 किस प्रकार की लगाई गई उसका वर्णन करें। 380ए अथवा 375।
कॉलम संख्या-15	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाने की तिथि दिनांक / माह / वर्ष में लिखें।
कॉलम संख्या-16-18	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 किस तरह से लगाई गई। पोस्ट प्लेसेन्टल(10 मिनट के अन्दर) पोस्ट पार्टम(10 मिनट से 48घंटे के अन्दर), अथवा सिलेरेयन सेक्शन के दौरान लगाई गई। संबंधित उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये।
कॉलम संख्या-19	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाने वाले सेवा प्रदाता का नाम स्पष्ट शब्दों में लिखें।
कॉलम संख्या-20-22	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाने हेतु किस प्रकार के औजार प्रयोग किये गये अथवा किस तरीके से पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाई गई। हाथ से, पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाने वाली फार्सेप्स से या स्पन्ज / रिग फार्सेप्स से। उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये।
कॉलम संख्या-23	फॉलोअप की संभावित तिथि दिनांक / माह / वर्ष में लिखें।
कॉलम संख्या-24	फॉलोअप की वास्तविक तिथि दिनांक / माह / वर्ष में लिखें।
कॉलम संख्या-25	आई0यू0सी0डी0 लगवाने के लिये साथ लेकर आने वाली आशा / लिक कार्यकर्ता का नाम स्पष्ट शब्दों में लिखें।। क्लार्क के साथ यदि कोई आशा / लिक कार्यकर्ता नहीं है तो कास (X) का निशान लगाये सेवा प्रदाता का नाम स्पष्ट शब्दों में लिखें।
कॉलम संख्या-26	पी0पी0 आई0यू0सी0डी0 लगाने के दौरान किस प्रकार की विषम स्थिति उत्पन्न हुई हो तो उसका वर्णन करें।

*Handwritten signature and initials*



पी0पी0आई0यू0सी0डी0 सेवाएं प्रदान करने हेतु रजिस्टर

मासिक कम संख्या	आई0यू0सी0 डी0 कार्ड संख्या	ओ0पी0डी0 / आई0 पी0डी0 संख्या / पंजीकृत इन्डोर संख्या (जो लागू हों)	एम0सी0टी0 एस0 संख्या	क्लार्क का नाम	क्लार्क की उम्र	क्लार्क का पता	क्लार्क का फोन नं0(क्लार्क के पास को स्थिति में आशा का फोन नं0)	जीवित बच्चों की संख्या	सलाह भ्रष्टाचार का समय (उपयुक्त कॉलम में सही का चिह्नान लगाये)			वह स्थान जहाँ पी0पी0आई0 यू0सी0डी0ल गार्ड गार्ड हैं(इस अस्पताल का या दूसरे केन्द्र का नाम लिखें)	लगाई गई पी0पी0आई0 यू0सी0डी0क प्रकार(380ए / 375)	पी0पी0आई0 यू0सी0डी0ल गाने की तिथि	
									गर्भावस्था के दौरान	शुरुआती प्रसव पीड़ा में	प्रसव के बाद				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

Handwritten marks and signatures at the bottom of the page.





निर्देश प्रपत्र :- पी0पी0आई0यू0सी0डी0 फॉलोअप हेतु रजिस्टर

कॉलम संख्या-1	मासिक कम संख्या भरे-प्रत्येक माह की कम संख्या 01 से शुरू होगी।
कॉलम संख्या-2	आई0यू0सी0डी0 कार्ड में अंकित विशिष्ट संख्या भरे।
कॉलम संख्या-3	ओ0पी0डी0 / आई0 पी0डी0 संख्या / पजीकृत इन्डोर संख्या, जो लागू हो उसको भरे
कॉलम संख्या-4	एम0सी0टी0एस0 पंजीकरण संख्या भरे।
कॉलम संख्या-5-8	क्लार्क से संबंधित जानकारी भरे।
कॉलम संख्या-9	उस स्थान की जानकारी भरे जहाँ पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाई गई है। इस अस्पताल में या किसी दूसरे केन्द्र में जहाँ पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाई गई है का नाम लिखें।
कॉलम संख्या-10	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 कस प्रकार की लगाई गई उसका वर्णन करें। 380ए अथवा 375।
कॉलम संख्या-11	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाने की तिथि दिनांक/माह/वर्ष में लिखें।
कॉलम संख्या-12-14	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 किस तरह से लगाई गई। पोस्ट ब्लेसेन्टल(10 मिनट के अन्दर) पोस्ट पार्टम(10 मिनट से 48घंटे के अन्दर), अथवा सिलोरियन सेवशन के दौरान लगाई गई। संबंधित उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये।
कॉलम संख्या-15	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 लगाने वाले सेवा प्रदाता का नाम स्पष्ट शब्दों में लिखें।
कॉलम संख्या-16	फॉलोअप की संभावित तिथि दिनांक/माह/वर्ष में लिखें।
कॉलम संख्या-17	फॉलोअप की वास्तविक तिथि दिनांक/माह/वर्ष में लिखें।
कॉलम संख्या-18-19	फॉलोअप का प्रकार। क्या क्लार्क का फॉलोअप अस्पताल में या टेलीफोन से वार्ता द्वारा किया गया है। उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये।
कॉलम संख्या-20-21	फॉलोअप का समय। क्या क्लार्क का फॉलोअप सप्ताह में या सप्ताह के बाद किया गया है। उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये।
कॉलम संख्या-22-26	फॉलोअप में पायी गयी स्थिति जैसे अपने आप निकल गई, संक्रमण, धागा न मिलना, कोई समस्या नहीं, अथवा अन्य कोई समस्या उत्पन्न हुई हो तो उसका विवरण भरे। उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये।
कॉलम संख्या-27	फॉलोअप के दौरान दी गई सलाह का विवरण भरे।
कॉलम संख्या-28-30	यह कॉलम तभी भरे जब महिला आई0यू0सी0डी0 निकलवाती है केवल तब भर। आई0यू0सी0डी0 निकलवाने का कारण लिखें। आई0यू0सी0डी0 निकलवाने के बाद कोई अन्य विधि उपलब्ध कराई गई अथवा किसी प्रकार का गर्मनिरोधक अपनाने की सलाह दी गई हो तो उसका विवरण लिखें।
कॉलम संख्या-31	पी0पी0 आई0यू0सी0डी0 फॉलोअप करने वाले सेवा प्रदाता का नाम स्पष्ट शब्दों में लिखें।
कॉलम संख्या-32	पी0पी0आई0यू0सी0डी0 फॉलोअप करने के दौरान किसी प्रकार की विषम स्थिति उत्पन्न हुई हो तो उसका वर्णन करें।

## पी०पी०आई०यू०सी०डी० फॉलोअप रजिस्टर

क्र.सं.	मार्गिक क्रम संख्या	आई०यू०सी०डी० कार्ड संख्या	ओ०पी०डी० /आई०पी०डी० /आई०पी०डी० /पजीकृत संख्या (जो लागू हो)	एम०पी०टी० एस० संख्या	क्लाईट का नाम	क्लाईट की उम्र	क्लाईट का पता	क्लाईट का फोन नं० (क्लाईट के पास फोन न होने की स्थिति में आशा का फोन नं०)	वह स्थान जहाँ पी०पी०आई०यू०सी०डी० लगाई गई है (इस अस्पताल का या दूसरे के-न्द का नाम लिखें)	लगाई गई पी०पी०आई०यू०सी०डी०क प्रकार (380ए / 375)	पी०पी०आई०यू०सी०डी०ल गाने की तिथि	किस तरह की पी०पी०आई०यू०सी०डी० लगाई गई (सही पर निशान लगायके)			पी०पी०आई०यू०सी०डी० लगाने वाला प्रदाता का नाम	
												पोस्ट व्हेसेन्टल (10 मिनट के अन्दर)	पोस्ट पार्टम (10 मिनट से 48घंटे के अन्दर)	सिजेरियन सेक्शन के दौरान		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

AT

BE



## पी0पी0आई0यू0सी0डी0 फॉलोअप रजिस्टर

फॉलोअप का प्रकार (उपयुक्त कॉलम में सही का निशान)	फॉलोअप का समय (उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये)	फॉलोअप में पायी गयी स्थिति (उपयुक्त कॉलम में सही का निशान लगाये)						केवल तब भरें जब क्लार्कट पी0पी0आई0यू0सी0डी0 निकलवाती है			फॉलोअप करने वाले सेवा प्रदाता का नाम	टिप्पणी																						
		फॉलोअप के बाद साक्षात् में	साक्षात् के बाद में	अपने आप निकल जाना	संकमण	धामा न मिलना	अन्य कोई समस्या	कोई समस्या नहीं	फॉलोअप के बाद साक्षात्	आई0यू0सी0 डी0 निकलवाई (हाँ / नहीं)			आई0यू0सी0 डी0 निकलवाने का कारण	कोई अन्य विशेष उपलब्ध कार्रवाई (निकलवाने के बाद साक्षात्)																				
16	फॉलोअप की संभावित तारीख	17	फॉलोअप की वास्तविक तारीख	18	अस्पताल में	19	टेलीफोन से वार्ता द्वारा	20	साक्षात् में	21	साक्षात् के बाद में	22	अपने आप निकल जाना	23	संकमण	24	धामा न मिलना	25	अन्य कोई समस्या	26	कोई समस्या नहीं	27	फॉलोअप के बाद साक्षात्	28	आई0यू0सी0 डी0 निकलवाई (हाँ / नहीं)	29	आई0यू0सी0 डी0 निकलवाने का कारण	30	कोई अन्य विशेष उपलब्ध कार्रवाई (निकलवाने के बाद साक्षात्)	31	फॉलोअप करने वाले सेवा प्रदाता का नाम	32	टिप्पणी	

A

B

format of Male/Female Sterilisation register for Public Health Facilities of Uttar Pradesh

Annual Sl. No.	Monthly Sl. No.	Name of beneficiary	Age of beneficiary	Name of spouse	Age of spouse	Level of Education of beneficiary (Illiterate/Literate (write standard))	Education of spouse (Illiterate/Literate (write standard))	No. of Living Children		Age of youngest Living Child	Phone No of couple (Woman/Husband)	Postal address	
								Male	Female				
वा. क्र. सं.	मा. क्र. सं.	लाभार्थी का नाम	लाभार्थी की आयु	पति या पत्नी का नाम	पति या पत्नी की आयु	लाभार्थी की शैक्षणिक योग्यता/अशिक्षित/शिक्षित (कक्षा लिखें)	पति या पत्नी की शैक्षणिक योग्यता/अशिक्षित/शिक्षित (कक्षा लिखें)	जीवित बच्चों की संख्या	तड़ का	तड़की	सबसे छोटे जीवित बच्चे की उम्र	दंपति का फोन नंबर	पता

*Handwritten mark*

*Handwritten mark*



**Draft format of Male/Female Sterilisation register for Public Health Facilities of Uttar Pradesh**

Caste (SC-1, ST-2, other-3)	Religion (Hindu -1, Muslim -2, Sikh-3, Christian - 4, Other - 5)	Date of Sterilization	Method of sterilisation (LAP/ML/PP MLNSV)	Sterilisation outcome (Complication /Failure/Death )	Name of Service provider	Signature of Surgeon	Name & Designation of motivator	Signature of motivator	Signature/ Thumb of woman	Date of receiving incentives			Date of issuing sterilization certificate	Follow up date
जाति (अनुसूचित जाति-1, अनुसूचित जनजाति-2, अन्य-3)	धर्म (हिन्दू -1, मुसलमान -2, सिख-3, ईसाई - 4, अन्य - 5)	नसबंदी की तारीख	नसबंदी विधि तैप/मिनी तैप/प्रसव पेश्यात मिनी तैप/	नसबंदी उपरान्त (जटिलता/विफलता/मौत)	सेवाप्रदाता का नाम	सेवाप्रदाता का हस्ताक्षर	प्रेरक का नाम और पदनाम	प्रेरक के हस्ताक्षर	लाभार्थी का हस्ताक्षर	प्रोत्साहन राशि मिलने की तारीख			नसबंदी प्रमाणपत्र जारी करने की तारीख	फॉलो-उप की तारीख
										Provider	Motivator	Beneficiary		

*(Handwritten marks)*

लक्ष्य दम्पति

ग्राम / मोहल्ले का नाम.

नगर / ग्राम पंचायत

विकासखण्ड

लक्ष्य दम्पति पंजीयन संख्या	दम्पति का नाम एवं पता	दम्पति की आयु	जीवित बच्चों की संख्या	सबसे छोटे जीवित बच्चे की आयु	की०सी०जी०	की०पी०टी०-१	की०पी०टी०-२	की०पी०टी०-३	पॉलियो ०	पॉलियो १	पॉलियो २	पॉलियो ३	शिशु	डिप्लोम ए	प्रसव का स्थिति मह	क्या जटिल प्रसव की संभावना है?	क्या आपरन टेबलटस का सेवन किया गया है?	क्या टि०ने० टाब्लेट्स के सभी टीके लगाये हैं? हाँ/नहीं			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22





निर्देश प्रपत्र :-आई0यू0सी0डी0 सेवाएं प्रदान करने हेतु रजिस्टर

मासिक कम संख्या भरे-प्रत्येक माह की कम संख्या 01 से शुरू होगी।

आई0यू0सी0डी0 कार्ड में अंकित विशिष्ट संख्या भरे।

ओ0पी0डी0 संख्या भरे

लक्ष्य दम्पति पंजीकरण संख्या (ई0सी0आर0 संख्या) भरे।

ए0एन0एम0 का नाम भरे

क्लार्क से संबंधित जानकारी भरे।

जीवित बच्चों की संख्या भरे।

एल0सी0वी0 सबसे छोटे बच्चे की उम्र भरे।

आखिरी माहवारी(एल0एम0पी0) की तारीख दिनोंक/माह/वर्ष में लिखे। लैक्टेशनल एमिनाकरहिया की स्थिति में एल0ए0 (L.A) लिखे।

पी0एस0 जॉच (स्पेकुलम द्वारा जॉच) तथा पी0वी0 जॉच योनि की अन्दरूनी जॉच के परिणाम का उल्लेख करें। जॉच के दौरान अगर कोई असामान्य स्थिति पाये तो उसका वर्णन करें।अगर कोई असामान्य स्थिति नहीं पाये तो **NAD** लिखें।

आई0यू0सी0डी0 किस प्रकार की लगाई गई उसका वर्णन करें। 380ए अथवा 375।

आई0यू0सी0डी0लगाने की तिथि दिनोंक/माह/वर्ष में लिखे।

फॉलोअप की संभावित तिथि दिनोंक/माह/वर्ष में लिखे।

आई0यू0सी0डी0लगाने वाले सेवा प्रदाता का नाम स्पष्ट शब्दों में लिखे।

18

19









जनपद का नाम :-

स्वास्थ्य केन्द्र का नाम:-

### नसबन्दी प्रमाण-पत्र

हास्पिटल पंजीकरण संख्या: ( आई0पी0डी0/ओ0पी0डी0) .....

1. प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती/श्री.....पुत्र/पत्नी श्री.....  
.....व्यवसाय..... निवासी .....की  
मिनी-लैप ट्यूबैक्टोमी (अन्तराल/प्रसवोपरान्त/गर्भसमापन के उपरान्त/अन्य सर्जरी के साथ)/दूरबीन विधि  
से महिला नसबन्दी (अन्तराल/प्रसवोपरान्त/गर्भसमापन के उपरान्त/अन्य सर्जरी के साथ)/ पुरुष नसबन्दी  
.....हास्पिटल/चिकित्सालय में दिनांक:.....  
.....को, डा0.....(सर्जन) द्वारा की गई है।

महिला नसबन्दी हेतु:-

2. इनकी माहवारी वापस आ चुकी है (पिछली माहवारी का दिनांक .....), अथवा माहवारी नसबन्दी के एक माह के भीतर नहीं आई है किन्तु गर्भावस्था परीक्षण रिपोर्ट नकारात्मक है।

पुरुष नसबन्दी हेतु:-

3. इनका वीर्य परीक्षण दिनांक .....को किया गया जिसमें शुक्राणु नहीं पाये गये।

(उपरोक्त में जो लागू ना हो उसे काट दें।)

प्रमाणित किया जाता है कि इनकी नसबन्दी की जा चुकी है।

नोट:

- लाभार्थी का प्रमाण पत्र की मूल प्रति प्रदान करने से पहले छाया प्रति पर प्राप्ति ले ली जाये और छाया प्रति को रिकार्ड के तौर पर स्वास्थ्य केन्द्र पर सुरक्षित किया जाए।
- परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना (असफलता/जटिलता/मृत्यु की स्थिति में) के तहत उपलब्ध लाभ इस प्रकार से है:-

क्रमांक	कवरेज	सीमा
1ए	नसबन्दी आपरेशन के कारण (आपरेशन की प्रक्रिया के दौरान) अथवा हास्पिटल से छुट्टी होने के 7 दिनों के अन्दर होने वाली मृत्यु	रु0- 2 लाख
1बी	नसबन्दी आपरेशन के बाद हास्पिटल से छुट्टी मिलने के 8-30 दिन के अन्दर होने वाली मौत	रु0- 50000/-
1सी	आपरेशन के असफल होने पर (गर्भधारण की स्थिति में)	रु0- 30000/-
1डी	अस्पताल से छुट्टी मिलने के 60 दिनों के भीतर किसी प्रकार की नसबन्दी आपरेशन (जिसमें नसबन्दी आपरेशन की प्रक्रिया के दौरान होने वाली जटिलता शामिल है) के कारण किये गये उपचार हेतु व्यय।	वास्तविक, किन्तु रु0- 25000 से अधिक नहीं

नसबन्दी आपरेशन के कारण हुई जटिलता / नसबन्दी की असफलता या मृत्यु की अविश्वसनीय घटना (नसबन्दी सम्बन्धी कारणों से ) होने पर मैं/मेरे पति/पत्नी तथा आश्रित अविवाहित बच्चे भारत सरकार की परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के तहत वर्तमान में प्राविधानित मुआवजे की राशि को पूर्ण तथा अन्तिम भुगतान के रूप में स्वीकार करेंगे तथा उसके ऊपर इस सन्दर्भ में किसी भी कोर्ट आफ लॉ के समक्ष किसी अन्य मुआवजे की माँग या क्षतिपूर्ति जिसमें नसबन्दी के असफल होन पर जन्म लेने वाले बच्चे का पालन-पोषण शामिल है, के लिये माँग करने के पात्र नहीं होंगे।

उपरोक्त प्राविधान के सम्बन्ध में मुझे भली भँति अवगत करा दिया गया है कि नसबन्दी आपरेशन के कारण हुई असफलता/ जटिलता/मृत्यु से सम्बन्धित दावे को असफलता/ जटिलता सम्बन्धी परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त करने के 90 दिनों की समय सीमा के अन्तर्गत मेरे/मेरे आश्रित द्वारा प्रस्तुत करने पर ही दावा निपटारे हेतु मान्य होगा। इस तथ्य से मुझे भलीभँति अवगत करा दिया गया है तथा मेरे/मेरे आश्रितों द्वारा पूर्णतः समझ लिया गया है।

दिनांक

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

नाम.....

मोहर

## Medical Record and Checklist for Female and Male Sterilization

Name of Health Facility.....

Beneficiary Registration Number..... Date.....

### A. Eligibility Checklist

Client is within eligible age	Yes..... No.....
Client is ever married	Yes..... No.....
Client has at least one child over one year of age	Yes..... No.....
Lab investigations (Hb, urine) undertaken are within normal limits (7.0 gms or more)	Yes..... No.....
Medical status as per clinical observation is within normal limits	Yes..... No.....
Mental status as per clinical observation is normal	Yes..... No.....
Local examination done is normal	Yes..... No.....
Informed consent given by the client	Yes..... No.....
Explained to the client that consent form has authority of a legal document	Yes..... No.....
Abdominal/Pelvic examination has been done in the female and is within normal limits	Yes..... No.....
Infection prevention practices as per laid down standards	Yes..... No.....

### B. Menstrual History (for female clients)

Cycle Days	
Length	
Regularity	Regular.....Irregular.....
Date of LMP (DD/MM/YYYY)	...../...../.....

### C. Obstetric History (for female clients)

Number of Spontaneous Abortions	
Number of Induced Abortions	
Currently Lactating	Yes..... No.....
Amenorrhoeic	Yes..... No.....
Whether Pregnant	Yes..... No..... If Yes (No. of weeks pregnancy).....
No. of Children	Total No. ....
Date of Birth of Last Child (dd/mm/yyyy)	...../...../.....

### D. Contraceptive History

Have you or your spouse ever used contraception?	Yes..... No.....
Are you or your spouse currently using any contraception or have you or your spouse used any contraception during the last six months?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• None.....</li> <li>• IUCD.....</li> <li>• Condoms .....</li> <li>• Oral Pills .....</li> <li>• Any Other (specify).....</li> </ul>

### E. Medical History

Recent medical Illness	Yes..... No.....
Previous Surgery	Yes..... No.....
Allergies to medication	Yes..... No.....
Bleeding Disorder	Yes..... No.....
Anemia	Yes..... No.....
Diabetes	Yes..... No.....
Jaundice or liver disorder	Yes..... No.....
RTI/STI/PID	Yes..... No.....
Convulsive disorder	Yes..... No.....
Tuberculosis	Yes..... No.....
Malaria	Yes..... No.....
Asthma	Yes..... No.....
Heart Disease	Yes..... No.....
Hypertension	Yes..... No.....
Mental Illness	Yes..... No.....

*AS*

*AS*



Sexual Problems	Yes..... No.....
Prostatitis (Male sterilization)	Yes..... No.....
Epididymitis (Male Sterilization)	Yes..... No.....
H/O Blood Transfusion	Yes..... No.....
Gynecological problems (Female Sterilization)	Yes..... No.....
Currently on medication (if yes specify)	Yes..... No.....

Comments : .....

**F Physical Examination**

BP.....Pulse.....Temperature.....

Lungs	Normal.....Abnormal.....
Heart	Normal.....Abnormal.....
Abdomen	Normal.....Abnormal.....

**G Local Examination (Strikeout whichever is not applicable)**

**1. Male Sterilization**

Skin of Scrotum	Normal.....Abnormal.....
Testis	Normal.....Abnormal.....
Epididymis	Normal.....Abnormal.....
Hydrocele	Yes..... No.....
Varicocele	Yes..... No.....
Hernia	Yes..... No.....
Vas Deferens	Normal.....Abnormal.....
Both Vas Palpable	Yes..... No.....

**2. Female Sterilization**

External Genitalia	Normal.....Abnormal.....
PS Examination	Normal.....Abnormal.....
PV Examination	Normal.....Abnormal.....
Uterus Position	A/V.....R/V.....Midposition..... Abnormal.....
Uterus size	Normal.....Abnormal..... - Size .....
Uterus Mobility	Yes..... No.....(Restricted/Fixed)
Cervical Erosion	Yes..... No.....
Adnexa	Normal.....Abnormal.....

Comments:-.....

**H Laboratory Investigations**

Hemoglobin Level	..... Gms%
Urine: Albumin	Yes..... No.....
Urine - Sugar	Present..... Absent .....
Urine test for Pregnancy	Positive ..... Negative .....
Any Other (specify)	.....

Name .....

Signature of the Examining Doctor

Date .....

HOSPITAL SEAL



**I. Preoperative Preparation**

Fasting	Yes ..... duration ..... hrs. No .....
Passed urine	Yes ..... No.....
Any other (specify)	

**J. Anaesthesia/Analgesia**

Type of anaesthesia given • Tick the option	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Local only</li> <li>• General, no intubation</li> <li>• Any other (specify)</li> </ul>	Local and analgesia General, & intubation
Time		
Drug name		
Dosage		
Route		

**Signature of anesthetist** (in case of regional or general anesthesia)

**K. Surgical Approach (Strikeout whichever is not applicable)**

**(A) Male sterilization**

Local anesthesia	Lignocaine 2% ..... cc Other			
Technique	Conventional ..... NSV.....			
Type of incision Conventional/NSV	Single vertical ..... Double vertical ..... Single puncture			
Material for occlusion of vas	2-0 Silk ..... 2-0 Catgut			
Fascial interposition	Yes ..... No ..... If no, give reasons .....			
Length of vas respected	.....Cm			
Suture of skin for conventional vasectomy	Silk ..... Other			
Surgical notes				
Any other surgery done at time of sterilization?	Yes ..... No ..... If yes gives details			
List all Anesthetic agents, Analgesics, Sedatives and Muscles relaxants	Time	Drug Name	Dosage	Route
Vital signs during Surgery	Time	BP	Pulse	Resp. Rate
Duration of Surgery	Time of starting.....a.m./p.m.			
	Time of Closure.....a.m./p.m.			
	Total time spent.....min/hrs			
Specify details of complications and management:-				

Date : .....

Name : .....

Signature of the operating surgeon

AS → HC

(B) Female sterilization

Local anaesthesia	Lignocaine..... % Other
Timing of procedure Tick the option used	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Within 7 days post - partum .....</li> <li>• Interval (42 days or more after delivery or abortion)</li> <li>• With abortion, induced or spontaneous               <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Less than 12 weeks</li> <li>(b) More than 12 weeks</li> <li>(c) Any other (specify)</li> </ul> </li> </ul>
Technique Tick the option used	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minilap Tubectomy               <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) With C section</li> <li>(b) With other surgery .....</li> </ul> </li> <li>• Laparoscopy Tubal Occlusion SPL/DPL .....</li> </ul>
Method of occlusion of fallopian tubes Tick the option used	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modified Pomeroy Laparoscopy:               <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Ring</li> <li>(b) Clip</li> </ul> </li> </ul>
Details of gas insufflation pneumoperitoneum created (CO2/Air) Tick the option used	Yes ..... No .....
Insufflator used	Yes ..... No .....
List all Anesthetic agents, Analgesics, Sedatives and Muscles relaxants	Time      Drug Name      Dosage      Route
Vital signs during Surgery	Time      BP      Pulse      Resp. Rate
Duration of Surgery	Time of starting.....a.m./p.m. Time of Closure.....a.m./p.m. Total time spent.....min/hrs
Specify details of complications and management:-	

Date : .....

Name : .....

Signature of the operating surgeon

**L. Vital Signs: Monitoring Chart (For Female Sterilization)**

\*Sedation: 0-Alert 1- Drowsy 2- Sleeping/arousable 3- Not arousable

Event	Time	Sedation *	Pulse	Blood Pressure	Respiratory Rate	Bleeding	Comments (Treatment)
Preoperative (every 15 min after premedication)							
Intra-operative (continuous)							
Post-operative 1-Every 15 min for first hour and longer if the patient is not stable/awake	15 min						
	30 min						
	45 min						
2-Every 1 hour until 4 hours after surgery	1 hr						
	2 hr						
	3 hr						
	4 hr						

Date & Time:-.....

Name : .....  
nurse

Signature of the attending Staff

**M. Post-Operative Information**

Passed urine	Yes..... No.....
Abdominal distension	Yes..... No.....
Patient feeling well	Yes..... No.....
If no, please specify	

**N. Instruction For Discharge**

Male sterilization client observed for half an hour after surgery	Yes..... No.....
Female sterilization client observed for four hours after surgery	Yes..... No.....
Post-operative instructions given verbally	Yes..... No.....
Post-operative instruction given in writing	Yes..... No.....
Patient counselled for postoperative instructions	Yes..... No.....
Comments:-	

Date & Time of discharge:-.....

Name : .....

Signature of the Discharging doctor

*AS* 



## परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के लिये दावा प्रपत्र

राज्य ये सुनिश्चित करेंगे कि परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के अन्तर्गत दावा करने के लिए दावा स्वास्थ्य प्रपत्र उन सभी स्वास्थ्य इकाईयों, जहाँ नसबन्दी सेवायें प्रदान की जा रही हैं, तथा सी०एम०ओ०/सी०डी०एम०ओ०/सी०एम०एच०ओ०/डी०एम०ओ०/डी०एच०ओ०/संयुक्त निर्देशक के कार्यालय में जिनको जिला स्तर पर इस योजना हेतु नामित किया गया है, वहाँ ये दावा प्रपत्र स्थानीय भाषा के साथ अंग्रेजी में भी उपलब्ध रहे।

1. इस प्रपत्र को योजना के आवश्यक प्राविधान-1 के तहत दावा प्रस्तुत करते समय पूरा भर कर जमा करना होगा।
2. ये प्रपत्र किसी प्रकार के दावेदारी का दावा नहीं करती और इसको पूर्ण भर कर जिला स्वास्थ्य समिति / राज्य स्वास्थ्य समिति को दावा प्रक्रिया पूर्ण करने के लिये वापस जमा किया जाएगा।
3. कोई भी दावा तब राज्य सरकार द्वारा तब तक स्वीकार नहीं होगा जब तक की जनपदीय क्वालिटी एस्योरेन्स कमेटी/सी०एम०ओ०/सी०डी०एम०ओ०/सी०एम०एच०ओ०/डी०एम०ओ०/डी०एच०ओ०/संयुक्त निर्देशक स्तर के अधिकारियों, जिन्हें इस कार्य के लिये जिले/राज्य स्तर पर नामित किया जाता है उनके द्वारा प्रमाणित नहीं किया गया हो।

दावा संख्या: \_\_\_\_\_

**1. दावेदार का विवरण:**

पूरा नाम: \_\_\_\_\_ वर्तमान आयु: \_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_  
 नसबन्दी स्वीकर्ता से संबंध \_\_\_\_\_  
 घर का पता: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ टेलीफोन/मोबाईल न० \_\_\_\_\_

**2. नसबन्दी ऑपरेशन लाभार्थी का विस्तृत विवरण:**

पूरा नाम: \_\_\_\_\_ वर्तमान आयु: \_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_  
 पुत्र/पुत्री: \_\_\_\_\_  
 पति/पत्नी का नाम: \_\_\_\_\_ पति/पत्नी आयु: \_\_\_\_\_ वर्ष \_\_\_\_\_  
 पता: \_\_\_\_\_

**3. स्थाई व्यापार या नौकरी** \_\_\_\_\_

**4. आश्रित बच्चों का विवरण:**

क्रम सं०	नाम	आयु	लिंग (पु०/स्त्री)	यदि अविवाहित	यदि अविवाहित, या आश्रित

**5. (अ) नसबन्दी ऑपरेशन की तारीख:** \_\_\_\_\_

**(ब) किस प्रकार का नसबन्दी ऑपरेशन:**

1. लेप्रोस्कोपिक नसबन्दी \_\_\_\_\_
2. पुरुष नसबन्दी \_\_\_\_\_
3. एम०टी०पी० के बाद नसबन्दी \_\_\_\_\_
4. सीजेरियन ऑपरेशन के साथ नसबन्दी \_\_\_\_\_
5. किसी अन्य तरीके के ऑपरेशन के साथ नसबन्दी \_\_\_\_\_

**6. (अ) ऑपरेशन करने वाले डाक्टर का नाम और पता:** \_\_\_\_\_

**(ब) जहाँ ऑपरेशन हुआ हो उस स्वास्थ्य इकाई का नाम और पता:** \_\_\_\_\_

**(स) दावा करने का स्वरूप:**

1. नसबन्दी की विफलता जो बच्चे के जन्म से सम्बन्धित नहीं है: \_\_\_\_\_
2. नसबन्दी की विफलता जो बच्चे के जन्म से सम्बन्धित है: \_\_\_\_\_
3. चिकित्सकीय जटिलता जो नसबन्दी कराने के बाद हुई हो (स्पष्ट रूप से जटिलता का प्रकार बतायें)

दिनांक \_\_\_\_\_

• जटिलता का विवरण: \_\_\_\_\_

• डाक्टर/स्वास्थ्य इकाई: \_\_\_\_\_

**(द) नसबन्दी के समय होने वाली मृत्यु**

1. दाखिले की तारीख \_\_\_\_\_ समय \_\_\_\_\_
2. छुट्टी होने की तारीख \_\_\_\_\_ समय \_\_\_\_\_
3. मृत्यु की तारीख \_\_\_\_\_ समय \_\_\_\_\_

**7. नसबन्दी ऑपरेशन से पहले स्वीकर्ता किस तरह की बीमारी से ग्रसित था उसका विस्तृत विवरण दे:** \_\_\_\_\_

मैं यह घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त ब्योरा मेरी अधिकतम जानकारी के अनुसार सत्य है एवं विश्वास दिलाता हूँ कि प्रत्येक स्तर पर उक्त ब्योरा सत्य है और मैं सहमत हूँ कि यदि मैंने कोई भी जानकारी, सूचना या असत्य कथन कहा हो, सही सूचना नहीं बताई या किसी तथ्य को छिपाया हो तो मेरे दावे के अधिकार को बिल्कुल जब्त कर लिया जाये।

मैं इस योजना के अन्तर्गत कुल रुपये...../- दावा करता/करती हूँ और योजना के अन्तर्गत, इसे अपने दावे के पूर्ण निराकरण से सहमत हूँ और अब मेरा इस योजना के अन्तर्गत अन्य कोई दावा करने का अधिकार नहीं होगा।

दिनांक----- स्वीकर्ता का नाम-----

स्थान----- हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten marks in blue ink, possibly initials or a signature, located in the bottom left corner of the page.



## CLAIM FORM FOR FAMILY PLANNING INDEMNITY SCHEME

The State will ensure that Claim Form cum Medical Certificate required for submitting claims under the FPIS Scheme are made available with all medical facilities conducting sterilization procedures, Office of CMO/CDMO/CMHO/CDHMO/ DMO/DHO/ Joint Director designated for this purpose at district level etc. in local language along with their English version.

1. This form is required to be completed for lodging claim under Section-I of the scheme.
2. This form is issued without admission of liability and must be completed and returned to the District Health Society/State Health Society for processing of claim.
3. **No claim can be admitted unless certified by the convener of QAC/CMO/ CDMO/ CMHO/CDHMO/DMO/DHO/ JOINT DIRECTOR designated for this purpose at district level by the State Government.**

**Claim no. :** \_\_\_\_\_

**1. Details of the Claimant:**

Name in full: \_\_\_\_\_ Present Age: \_\_\_\_\_ Years

Relationship with the acceptor of Sterilization: \_\_\_\_\_

Residential Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telephone no. \_\_\_\_\_

**2. Details of the person undergone sterilization operation:**

Name in Full: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Years

Son /daughter of: \_\_\_\_\_

Name of the Spouse: \_\_\_\_\_ Age of the Spouse: \_\_\_\_\_ Years

Address: \_\_\_\_\_

**3. Permanent Business or Occupation:** \_\_\_\_\_

**4. Details of Dependent children:**

Sl. no.	Name	Age (Yrs)	Sex (m/F)	Whether Unmarried	If unmarried, Whether dependent

**5. (a) Date of Sterilization Operation:** \_\_\_\_\_

**(b) Nature of Sterilization operation:**

(i) Laparoscopic Tubectomy: \_\_\_\_\_

(ii) Vasectomy: \_\_\_\_\_

(iii) MTP followed by sterilization: \_\_\_\_\_

(iv) Caesarean operation followed by Sterilization: \_\_\_\_\_

(v) Any other surgery followed by sterilization: \_\_\_\_\_

**6. (a) Name and address of the doctor who conducted the operation:**

(b) Name and address of the hospital where operation was conducted: \_\_\_\_\_

**(c) Nature of claim:**

1) **Failure of sterilization** not leading to child birth : \_\_\_\_\_

2) **Failure of Sterilization** leading to child birth: \_\_\_\_\_

3) **Medical Complication** due to Sterilization (state exact nature of complication)

a. Date: \_\_\_\_\_

b. Details of Complication: \_\_\_\_\_

c. Doctor /Health facility: \_\_\_\_\_

**(d) Death following sterilization:**

a. Date of Admission: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

b. Date of Discharge : \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

c. Date of Death: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**7. Give details of any disease suffered by acceptor prior to undergoing sterilization operation:**

*Handwritten marks:* A, A



I HEREBY DECLARE that the particulars are true to the best of my knowledge and warrant the truth of the foregoing particulars in every respect, and I agree that if I have made, or shall make any false of untrue statement, suppression or concealment of fact, my right to the compensation shall be absolutely forfeited.

I hereby claim a sum of Rs. \_\_\_\_\_/- under the scheme, which I agree in full settlement of my claim and shall have no further right whatsoever to claim under the scheme.

**Date:** \_\_\_\_\_ **Name of Acceptor/Claimant:** \_\_\_\_\_

**Place:** \_\_\_\_\_ **Signature (in full) or thumb impression**

AL AS

चिकित्सीय प्रमाण पत्र सी0एम0ओ0/सी0डी0एम0ओ0/ सी0एम0एच0ओ0/ डी0एम0ओ0/ डी0एच0ओ0/संयुक्त निर्देशक के अधिकारियों, जिन्हें इस कार्य के लिये जिले स्तर पर नामित किया जाता है उनके द्वारा दिया जायेगा।

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती/श्रीमान \_\_\_\_\_  
पुत्र0/पत्नी\_\_\_\_\_का नसबन्दी  
निवासी\_\_\_\_\_का नसबन्दी  
ऑपरेशन दिनांक (स्पष्ट करें कि किस विधि का प्रयोग किया) \_\_\_\_\_ विधि से  
दिनांक \_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_ अस्पताल में डा0: \_\_\_\_\_ द्वारा किया गया। जिनकी  
योग्यता: \_\_\_\_\_ है, और ये \_\_\_\_\_ विधा के लिए अनुसूचित (इम्पैनेल्ड) हैं तथा  
\_\_\_\_\_ पर नियुक्त हैं।

किये गये ऑपरेशन का प्रकार :

1. लेप्रोस्कोपिक नसबन्दी \_\_\_\_\_
2. पुरुष नसबन्दी \_\_\_\_\_
3. एम0टी0पी0 के साथ ही नसबन्दी \_\_\_\_\_
4. सीजेरियन ऑपरेशन के साथ ही नसबन्दी \_\_\_\_\_
5. किसी अन्य तरीके के ऑपरेशन के साथ हुई नसबन्दी \_\_\_\_\_

मेरे द्वारा सभी प्रकार की चिकित्सकीय दस्तावेज एवं अन्य दस्तावेजों का पुनः निरीक्षण कर लिया गया है और इस निष्कर्ष पर पहुंचता हूँ कि इनका दावा पूर्व में किये गये नसबन्दी ऑपरेशन के कारण से है।

(अ) नसबन्दी की विफलता जो बच्चे के जन्म की ओर ना ले जाती हो: (\_\_\_\_) प्रमाण हेतु दस्तावेज संलग्न

(ब) नसबन्दी की विफलता जो बच्चे के जन्म की ओर ले जाती हो: (\_\_\_\_) प्रमाण हेतु दस्तावेज संलग्न

(स) चिकित्सीय जटिलता (कृपया अग्रांकित विवरण प्रस्तुत करें )

- जटिलता का विवरण: \_\_\_\_\_
- समय: \_\_\_\_\_
- जटिलता के निवारण हेतु किया गया व्यय \_\_\_\_\_ (रसीद/प्राप्ति/पर्चे की मूलप्रति)

(द) व्यक्ति की मृत्यु का कारण “:

दाखिले की तारीख \_\_\_\_\_ समय \_\_\_\_\_

छुट्टी होने की तारीख \_\_\_\_\_ समय \_\_\_\_\_

मृत्यु की तारीख \_\_\_\_\_ समय \_\_\_\_\_ (मृत्यु प्रमाण पत्र संलग्न)

मैंने दावा प्रपत्र में प्रस्तुत सभी तथ्यों का परीक्षण कर लिया है और यह मेरे निष्कर्ष के अनुरूप है, अतः यह \_\_\_\_\_ के कारण रु0 \_\_\_\_\_ /- शब्दों में (\_\_\_\_) की क्षति पूर्ति के दावे के योग्य है।

कृपया लाभार्थी को रूपया ..... /-शब्दों में (\_\_\_\_) प्रदान किया जाए।

संलग्न दस्तावेज

(अ) चिकित्सीय प्रमाण तथा दावे की मूल प्रति (\_\_\_\_)

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

(ब) नसबन्दी प्रमाण पत्र की अनुप्रमाणित प्रति (\_\_\_\_)

नाम: \_\_\_\_\_

पद नाम: \_\_\_\_\_

(स) स्वीकृति पत्र की अनुप्रमाणित प्रति (\_\_\_\_)

टेलीफोन नं0: \_\_\_\_\_

(द) \_\_\_\_\_

(र) \_\_\_\_\_

दिनांक: \_\_\_\_\_ मुहर: \_\_\_\_\_



**MEDICAL CERTIFICATE ISSUED BY CMO/CDMO/CMHO/CDHMO/ MO/DHO/JOINT DIRECTOR DESIGNATED FOR THIS PURPOSE AT DISTRICT LEVEL .**

It is certified that Smt/Shri. \_\_\_\_\_

S/o/W/o: \_\_\_\_\_

r/o \_\_\_\_\_

had undergone sterilization operation on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ (hospital)

and conducted by Dr. \_\_\_\_\_ Qualifications \_\_\_\_\_

posted at \_\_\_\_\_

**Nature of Sterilization operation done:**

(i) Laparoscopic Tubectomy: \_\_\_\_\_

(ii) Vasectomy: \_\_\_\_\_

(iii) MTP followed by Sterilization: \_\_\_\_\_

(iv) Caesarean operation followed by Sterilization: \_\_\_\_\_

(v) Any other surgery followed by Sterilization: \_\_\_\_\_

**I have examined all the medical records and documents and hereby conclude that the sterilization operation is the antecedent cause of:**

(a) **Failure of Sterilization** not leading to child birth: (\_\_\_\_) **(Attach documentary evidence)**

(b) **Failure of Sterilization** leading to child birth: (\_\_\_\_) **(Attach documentary evidence).**

(c) **Medical Complication:** (please give the details as under)

(i) Nature of Complication: \_\_\_\_\_

(ii) Period: \_\_\_\_\_

(iii) Expenses incurred for treatment of complication Rs. \_\_\_\_\_ **(Attach Original Bills/Receipts/Prescriptions)**

**(d) Death of Person (cause) :** \_\_\_\_\_

a. Date of Admission: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

b. Date of Discharge: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

c. Date of Death: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ **(Attach death certificate)**

I have further examined all the particulars stated in the claim form and are in conformity with my findings and is eligible for a compensation of Rs. .... due to ..... (Cause).

**Please pay Rs. .... to the beneficiary.**

**Documents enclosed:**

(a) Original Claim cum Medical certificate ( ) Signature:

(b) Attested copy of sterilization certificate ( ) Name:

(c) Attested copy of consent form ( ) Telephone no.:

(d) \_\_\_\_\_ ( ) Designation:

(e) \_\_\_\_\_ ( )

Date: ..... Seal :

At  
AD



## नसबन्दी ऑपरेशन हेतु आवेदन एवं सहमति प्रपत्र

(नसबन्दी ऑपरेशन किये जाने से पूर्व नसबन्दी कराने आये सभी लाभार्थियों से निम्न प्रपत्र के अनुसार, सूचित सहमति जानकारी ली जानी है।)

स्वास्थ्य केन्द्र का नाम.....  
अस्पताल में लाभार्थी की पंजीकरण संख्या.....  
दिनांक .....

1. लाभार्थी का नाम : श्री/श्रीमती.....
2. पति / पत्नी का नाम: श्री/श्रीमती.....
3. पता:.....
4. फोन नं०.....
5. सभी जीवित अविवाहित आश्रित बच्चों के नाम  
1)..... आयु:.....  
2)..... आयु:.....  
3)..... आयु:.....  
4)..... आयु:.....
6. लाभार्थी के पिता का नाम: श्री.....
7. पता:.....
8. धर्म/राष्ट्रीयता:.....
9. जाति: (सामान्य/अन्य पिछड़ा वर्ग/ अनु० जाति/अनु० जन जाति).....
10. श्रेणी (ए०पी०एल०/बी०पी०एल०)
11. शैक्षिक योग्यता : .....
12. व्यवसाय/व्यापार:.....
13. नसबन्दी प्रदान करने वाले केन्द्र का नाम:.....

मैं श्रीमती/श्री ..... (लाभार्थी) अपने नसबन्दी ऑपरेशन हेतु सहमति देती/देता हूँ। मैं विवाहित हूँ मेरी आयु ..... वर्ष है और मेरे पति/पत्नी की आयु..... वर्ष है। मेरे जीवित .....(सं०) पुत्र एवं .....(सं०) /पुत्रियाँ हैं। मेरे सबसे छोटे जीवित बच्चे की आयु.....वर्ष है।

(क) मैं बिना किसी बाहरी दबाव, प्रलोभन अथवा जोर-जबरदस्ती के स्वेच्छा से नसबन्दी/पुनः नसबन्दी आपरेशन कराने का निर्णय लेता/लेती हूँ। मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे पति/पत्नी का इसके पूर्व कोई नसबन्दी आपरेशन नहीं हुआ है। (पुनः नसबन्दी के मामले में लागू नहीं)

(ख) मैं यह जानता/जानती हूँ कि मेरे लिये अन्य गर्भ निरोधक साधन उपलब्ध हैं। मुझे ज्ञात है कि समस्त व्यावहारिक प्रयोजनों के लिये यह ऑपरेशन स्थाई है, एवं मुझे यह भी ज्ञात है कि इस ऑपरेशन के असफल हो जाने की भी सम्भावनाएँ हैं जिसके लिये मेरे या मेरे सम्बन्धियों द्वारा अथवा अन्य किसी व्यक्ति, वह चाहें कोई भी हो, के द्वारा ऑपरेशन करने वाले शल्य चिकित्सक और स्वास्थ्य केन्द्र को जिम्मेदार नहीं उहराया जायेगा।

(ग) मैं इस बात से भली भाँति अवगत हूँ कि मैं एक ऐसा ऑपरेशन करवा रहा/रही हूँ जिसमें जोखिम है।

(घ) मुझे इस ऑपरेशन के पात्रता मानकों के विषय में भली भाँति समझा दिया गया है और मैं दृढतापूर्वक कहता/कहती हूँ कि मैं निर्धारित मानकों के आधार पर आपरेशन कराने हेतु पात्र हूँ।

(ङ) मैं किसी भी प्रकार के एनेस्थीसिया जो डाक्टर/स्वास्थ्य केन्द्र मेरे लिये उचित समझते हैं, के अधीन आपरेशन कराने हेतु तथा अन्य दवाईयाँ जो सम्बन्धित डाक्टर/स्वास्थ्य केन्द्र उचित समझते हैं, दिये जाने के लिये सहमत हूँ। मैं यदि आवश्यकता पड़े तो अन्य अतिरिक्त जीवन रक्षक प्रक्रियाओं हेतु भी स्वीकृति देता/देती हूँ।

(च) मैं दिये गये निर्देशों के अनुसार अस्पताल/संस्थान/चिकित्सक/स्वास्थ्य केन्द्र में पश्चातवर्ती सेवा के लिए उपस्थित होने के लिये सहमत हूँ। ऐसा न करने पर जो भी परिणाम होंगे उसके लिये मैं स्वयं जिम्मेदार हूँगा/रहूँगी।

(छ) यदि महिला नसबन्दी आपरेशन के बाद मेरी माहवारी रुक जाती है तो मैं माहवारी रुकने के दो सप्ताह के भीतर डाक्टर/स्वास्थ्य केन्द्र को सूचित करूँगी जहाँ मैं निःशुल्क गर्भ समापन (एमटीपी) की सेवा प्राप्त कर सकती हूँ यदि कोई परिणाम होता है तो उसकी जिम्मेदारी मेरी होगी।

(ज) मैं समझता हूँ कि पुरुष नसबन्दी तुरन्त प्रभावी नहीं होती है। \* मैं ऑपरेशन के तीन माह बाद नसबन्दी की सफलता (वीर्य में शुक्राणुओं की अनुपस्थिति) का पता लगाने के लिये वीर्य की जाँच कराने हेतु आने को सहमत हूँ। ऐसा न करने पर यदि कोई परिणाम होता है तो उसकी जिम्मेदारी मेरी होगी। (\*पुरुष नसबन्दी के मामलों में लागू)

(झ) नसबन्दी आपरेशन के कारण हुयी जटिलता /नसबन्दी की असफलता या मृत्यु की अविश्वसनीय घटना (नसबन्दी सम्बन्धी कारणों से) होने पर मैं/मेरा पति/पत्नी तथा आश्रित अविवाहित बच्चे भारत सरकार की परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के तहत वर्तमान में प्राविधानित मुआवजे की राशि को पूर्ण तथा अन्तिम भुगतान के रूप में स्वीकार करेंगे तथा उसके ऊपर इस संदर्भ में किसी भी कोर्ट ऑफ लॉ के समक्ष किसी अन्य मुआवजे की माँग या क्षतिपूर्ति जिसमें नसबन्दी के असफल होने पर जन्म लेने वाले बच्चे का पालन पोषण शामिल है, के लिये माँग करने के पात्र नहीं होंगे।

AK

उपरोक्त प्राविधान के सम्बन्ध में मुझे भली भाँति अवगत करा दिया गया है कि नसबन्दी आपरेशन के कारण हुई असफलता/ जटिलता/मृत्यु से सम्बन्धित दावे को असफलता/ जटिलता सम्बन्धी परीक्षण रिपोर्ट प्राप्त करने के 90 दिनों की समय सीमा के अन्तर्गत मेरे/मेरे आश्रित द्वारा प्रस्तुत करने पर ही दावा निपटारे हेतु मान्य होगा। इस तथ्य से मुझे भलीभाँति अवगत करा दिया गया है तथा मेरे/मेरे आश्रितों द्वारा पूर्णतः समझ लिया गया है।

उपरोक्त सूचनाएँ मेरे द्वारा पढ़ ली गई हैं अथवा उपरोक्त सूचनाएँ पढ़ कर मुझे/मेरी भाषा में समझा दी गयी हैं और इस प्रपत्र को वैधानित अभिलेख का अधिकार प्राप्त है।

मैं इस बात से अवगत हूँ कि मेरे पास किसी भी समय नसबन्दी प्रक्रिया न करवाने का निर्णय लेने का विकल्प है और इससे मेरे अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त करने के अधिकार पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

लाभार्थी के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_  
 अथवा अंगूठे का निशान \_\_\_\_\_  
 लाभार्थी का पूर्ण नाम.....

गवाह के हस्ताक्षर ( लाभार्थी की ओर से अंगूठा लगाने की स्थिति में).....  
 गवाह का नाम: .....

पूर्ण पता .....  
उन लाभार्थियों के लिये जो लिख पढ़ नहीं सकते हैं उन्हें उपरोक्त जानकारी पढ़ कर बताई व समझायी जाये।  
 श्रीमती/श्री ..... को प्रपत्र की सम्पूर्ण जानकारी उनकी स्थानीय भाषा में पढ़ कर बताई व समझायी गई है।

आशा/परामर्शदाता/सम्बन्धित कर्मचारी के हस्ताक्षर..... दिनांक .....  
 पूर्ण नाम .....  
 पूर्ण पता .....  
 मोबाईल/फोन नं0.....

मैं अवगत हूँ कि लाभार्थी शादीशुदा है और उसके एक जीवित संतान एक वर्ष से अधिक आयु की है।

आशा/परामर्शदाता/सम्बन्धित कर्मचारी के हस्ताक्षर..... दिनांक .....  
 पूर्ण नाम .....  
 पूर्ण पता .....  
 मोबाईल/फोन नं0.....

### चिकित्सक द्वारा भरे जाने हेतु

#### (अ) स्वास्थ्य परीक्षक द्वारा भरे जाने हेतु -

टिप्पणी- यदि शल्यक स्वयं ही प्रार्थी का स्वास्थ्य परीक्षक हो तो प्रमाण-पत्र उसके द्वारा ही दिया जाना है।

1. आकृति के आधार पर प्रार्थी की आयु.....
2. मूत्र की परीक्षा.....
3. रक्त चाप..... नाडी..... तापमान.....
4. पूर्व नसबन्दी हुई कि नहीं.....
5. परीक्षक द्वारा की गयी जाँच के अनुसार प्रार्थी की नसबन्दी आपरेशन किये जाने के लिए शारीरिक एवं मानसिक रूप से उपयुक्त व्यक्ति है।
6. वाह्य एवं आन्तरिक परीक्षण .....
7. मासिक होने की पिछली तिथि .....

मैंने प्रार्थी से पूछकर वैवाहिक स्तर व संतानों की पुष्टि कर ली है। मैंने प्रार्थी को नसबन्दी आपरेशन के परिणामों से अवगत करा दिया है, वह स्वयं मानसिक रूप से आपरेशन के लिए तैयार है।

प्रार्थी के हस्ताक्षर ..... स्वास्थ्य परीक्षक के हस्ताक्षर .....  
 नाम ( स्पष्ट अक्षरों में) .....  
 वर्तमान नियुक्ति का स्थान .....

#### (ब) शल्यक द्वारा भरे जाने हेतु

- अ. मैं स्वयं सन्तुष्ट होते हुये यह प्रमाणित करता/करती हूँ श्री/श्रीमती..... लक्ष्य दम्पति की आयु परिसीमा में आते हैं और नसबन्दी आपरेशन हेतु चिकित्सकीय रूप से पूरी तरह योग्य हैं।
- ब. मैंने लाभार्थी को इस प्रपत्र के सभी अनुच्छेदों के बारे में विस्तृत जानकारी दे दी है और यह भी अवगत करा दिया गया है कि इस प्रपत्र को कानूनी दस्तावेज का अधिकार प्राप्त है।
- स. मेरे द्वारा मेडिकल रिकार्ड-चेकलिस्ट को भरा गया है तथा भारत सरकार द्वारा नसबन्दी प्रक्रिया के निर्धारित मापदण्डों का पालन किया गया है।

(आपरेशन करने वाले चिकित्सक का नाम) ..... आपरेशन करने वाले चिकित्सक के हस्ताक्षर .....  
 दिनांक एवं मोहर .....



## नसबन्दी आपरेशन की अस्वीकृति

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्री/श्रीमती ..... निम्न कारणवश नसबन्दी /पुनः नसबन्दी के उपयुक्त लाभार्थी नहीं हूँ।

1. ....
2. ....

इनको निम्न वैकल्पिक गर्भनिरोधक विधियों के बारे में सलाह दी गई

1. ....
2. ....

निर्णय लेने वाले चिकित्सक का नाम व पूर्ण पता..  
दिनांक.....

निर्णय लेने वाले चिकित्सक के हस्ताक्षर

### कार्यालय द्वारा भरे जाने हेतु

नसबन्दी आपरेशन के लिए आवेदित व्यक्तियों का आर्थिक, सामाजिक व जनांकिकीय विवरण—  
जिला परिवार कल्याण ब्यूरो की मासिक उपलब्धियों के प्रतिवेदन के साथ इसे अवश्य भेजा जाये अन्यथा उपलब्धियों के आँकड़ों को मान्यता नहीं दी जाएगी।

(अ) पुरुष/महिला

(ब) ग्रामीण/नगरीय

(क) लक्ष्य दम्पति की संख्या.....

ग्राम सभा.....

तथा क्रम संख्या.....

(स) अंतिम गर्भ समाप्ति—प्रसव/गर्भपात/चि0ग0स0

(ख) शल्य क्रिया स्थान व दिनांक.....

(द) जिला.....

(ग) सम्बन्धित केन्द्र/अस्पताल के आपरेशन

रजिस्टर में दर्ज क्रमांक.....

1. नाम.....

2. (ब) परिवार के मुखिया का नाम श्री.....

3. मजरा/मुहल्ला.....

4. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/नगरीय केन्द्र.....

5. धर्म.....

6. क्या विवाहित हैं ? हों/नहीं

7. पति/पत्नी की आयु (पूर्ण वर्ष)..... जीवित संतानों की संख्या.....

(अ) कुल.....

अंतिम जीवित संतान की उम्र

8. प्रथम विवाह के समय आयु..... पति..... पत्नी.....

9. शैक्षिक स्तर— पति—अशिक्षित/साक्षर/प्राथमिक/जूनियर हाईस्कूल/हाईस्कूल/स्नातक और अधिक पत्नी—अशिक्षित/साक्षर/प्राथमिक/जूनियर हाईस्कूल/हाईस्कूल/स्नातक और अधिक

10. अंतिम गर्भसमाप्ति (प्रसव या गर्भपात) से समयान्तर वर्ष..... वर्ष..... एवं.....

11. इससे पूर्व क्या कोई गर्भ निरोधक विधि प्रयोग की ? हों/नहीं (अ) यदि हों तो

1. विधि का नाम.....

2. प्रयोग की अवधि.....

12. प्रार्थी का प्रेरक परिवार कल्याण विभाग का क्षेत्रीय कार्यकर्ता है ? हों/नहीं

13. यदि हों तो क्या प्रार्थी कार्यकर्ता के कार्यक्षेत्र का निवासी है ? हों/नहीं

14. नसबन्दी आपरेशन की प्रार्थना का कारण—सीमित परिवार/रोग/आर्थिक या अन्य, स्पष्ट लिखें, मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपयुक्त विवरण सही है।

स्थान.....

हस्ताक्षर/नि0अ0प्रार्थी के.....

पूरा नाम.....

वर्तमान पता.....

दिनांक.....

### भुगतान प्रक्रिया

महिला नसबन्दी हेतु

लाभार्थी का नाम	पति का नाम	विवरण	भुगतान राशि	पी0एफ0एम0एस खाता सं0	भुगतान दिनांक

*(Handwritten signature)*



पुरुष नसबंदी हेतु

लाभार्थी का नाम	पिता का नाम	विवरण	भुगतान राशि	पी0एफ0एम0एस खाता सं0	भुगतान दिनांक

अन्य भुगतान विवरण

सेवार्थी का नाम	पदनाम	नियुक्ति विवरण	भुगतान राशि	पी0एफ0एम0एस खाता सं0	भुगतान दिनांक
	प्रेरक / आशा				
	सर्जन				
	एनेस्थेटिस्ट / सहयोगी				
	स्टाफ नर्स / ए0एन0एम0				
	ओ0टी0टेक्निशियन / सहायक / एल0टी0				
	वार्ड ब्वाय / आया				
	स्वीपर				
	क्लर्क / डाक्यूमेंटेशन				

भुगतान करने वाले सम्बन्धित / लिपिक के हस्ताक्षर  
(भुगतान करने वाले का नाम)  
दिनांक एवं मोहर

स्वास्थ्य केन्द्र के चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर  
(स्वास्थ्य केन्द्र के चिकित्साधिकारी का नाम)  
दिनांक एवं मोहर

RS

## महिला एवं पुरुष नसबन्दी हेतु मेडिकल रिकार्ड एवं चेकलिस्ट

यह चेकलिस्ट चिकित्सक द्वारा नसबन्दी प्रक्रिया शुरू करने से पूर्व भरा जाएगा यह सुनिश्चित करने के लिए कि लाभार्थी स्वस्थ व नसबन्दी करने योग्य है।

स्वास्थ्य इकाई का नाम.....

लाभार्थी की पंजीकरण संख्या.....

दिनांक.....

### ए. योग्यता चेकलिस्ट

लाभार्थी की उम्र पात्रता के अनुरूप है	हाँ..... नहीं.....
लाभार्थी विवाहित है	हाँ..... नहीं.....
लाभार्थी के पास कम से कम एक वर्ष से अधिक उम्र का एक बच्चा है	हाँ..... नहीं.....
प्रयोगशाला जॉच (Hb, Urine) सामान्य सीमा (07 ग्राम या उससे अधिक) के अन्तर्गत है।	हाँ..... नहीं.....
चिकित्सकीय परीक्षण के अनुसार मेडिकल जॉच स्तर सामान्य सीमा के अन्तर्गत है।	हाँ..... नहीं.....
चिकित्सकीय परीक्षण के अनुसार मानसिक जॉच स्तर सामान्य है।	हाँ..... नहीं.....
स्थानीय स्तर पर किये गये परीक्षण सामान्य हैं।	हाँ..... नहीं.....
लाभार्थी द्वारा सूचित सहमति दी गयी।	हाँ..... नहीं.....
लाभार्थी को सहमति पत्र के बारे में विस्तार से बताया गया कि यह अधिकार हेतु कानूनी अभिलेख है।	हाँ..... नहीं.....
महिला के पेडू/गर्भाशय की जॉच की गई जो सामान्य है।	हाँ..... नहीं.....
संक्रमण से बचाव हेतु बरती जाने वाली सावधानियाँ मानक के अनुरूप हैं।	हाँ..... नहीं.....

### बी. माहवारी चक्र की जानकारी (महिला लाभार्थी हेतु)

माहवारी चक्र दिवस	
अवधि	
नियमितता	नियमित..... अनियमित.....
अन्तिम माहवारी चक्र की तिथि	...../...../.....

### सी. प्रसूति की जानकारी (महिला लाभार्थी हेतु)

स्वतः गर्भपात की संख्या	
चिकित्सक द्वारा किये गये गर्भपात की संख्या	
वर्तमान में स्तनपान करा रही है	हाँ..... नहीं.....
एनीमिया	हाँ..... नहीं.....
क्या महिला गर्भवती है	यदि हाँ तो (गर्भ के सप्ताहों की संख्या)
कुल बच्चों की संख्या	कुल संख्या
सबसे छोटे बच्चे की जन्मतिथि	...../...../.....

### डी. गर्भनिरोध सम्बन्धी जानकारी

क्या आपने या आप के पति ने कभी गर्भ निरोधक का उपयोग किया या कर रहे हैं	हाँ..... नहीं.....
क्या आपने या आप के पति ने पिछले छः माह से गर्भ निरोधक का उपयोग किया या कर रहे हैं (सही का निशान लगायें)	कुछ नहीं..... आई.यू.सी.डी..... कण्डोम..... खाने वाली गर्भ..... निरोधक गोलियाँ..... कोई अन्य (विवरण).....

### ई. चिकित्सकीय जानकारी

वर्तमान में कोई बीमारी	हाँ..... नहीं.....
पूर्व में हुए आपरेशन	हाँ..... नहीं.....
दवाईयों से एलर्जी	हाँ..... नहीं.....
रक्त सम्बन्धी असमानयताएं	हाँ..... नहीं.....
खून की कमी	हाँ..... नहीं.....
मधुमेह	हाँ..... नहीं.....
पीलिया या पेट की बीमारी	हाँ..... नहीं.....
प्रजनन तंत्र का संक्रमण/यौन संक्रमण/पेडू का संक्रमण	हाँ..... नहीं.....
मूर्छा आना/मिर्गी	हाँ..... नहीं.....
क्षय रोग	हाँ..... नहीं.....
मलेरिया	हाँ..... नहीं.....
दमा	हाँ..... नहीं.....
हृदय रोग	हाँ..... नहीं.....
तनाव	हाँ..... नहीं.....

मानसिक बीमारी	हाँ..... नहीं.....
यौन सम्बन्धी समस्याएँ	हाँ..... नहीं.....
प्रोस्टेट की बीमारी (पुरुष नसबन्दी हेतु)	हाँ..... नहीं.....
अण्डकोष की बीमारी (पुरुष नसबन्दी हेतु)	हाँ..... नहीं.....
कभी रक्त चढ़ाया गया हो	हाँ..... नहीं.....
स्त्री रोग सम्बन्धी समस्याएँ (महिला नसबन्दी हेतु)	हाँ..... नहीं.....
वर्तमान में कोई ईलाज चल रहा है	हाँ..... नहीं.....

टिप्पणी.....

#### एफ. शारीरिक परीक्षण

रक्तचाप..... नाड़ी..... तापमान.....

फेफडा	सामान्य.....असामान्य..
हृदय	सामान्य.....असामान्य..
पेट	सामान्य.....असामान्य..

#### जी. सामान्य परीक्षण

##### 1. पुरुष नसबन्दी

अण्डकोष की त्वचा	सामान्य.....असामान्य..
वृषण	सामान्य.....असामान्य..
अधिवृषण	सामान्य.....असामान्य..
हाइड्रोसील	हाँ..... नहीं.....
वेरिसोसील	हाँ..... नहीं.....
हार्निया	हाँ..... नहीं.....
नलिका अन्तर	सामान्य.....असामान्य..
दोनों वेस (वास डिफरेंस) स्पष्ट	हाँ..... नहीं.....

##### 2. महिला नसबन्दी

वाह्य	सामान्य.....असामान्य..
परीक्षण	सामान्य.....असामान्य..
परीक्षण	सामान्य.....असामान्य..
गर्भाशय की स्थिति	ए/वी.....आर/वी.. मध्य स्थिति..... स्पष्ट नहीं..
गर्भाशय का आकार	सामान्य.....असामान्य..
गर्भाशय की गतिशीलता	हाँ..... नहीं.....
बच्चेदानी का कटाव	सामान्य.....असामान्य..
अवयव	सामान्य.....असामान्य..

टिप्पणी.....

#### एच. प्रयोगशाला जॉच रिपोर्ट

हिमोग्लोबिन स्तर	..... ग्राम
पेशाब: श्वेतक	हाँ..... नहीं.....
पेशाब: शुगर	उपस्थित.....अनुपस्थित.....
गर्भ की जॉच हेतु पेशाब की जॉच	पाजीटिव.....निगेटिव..
अन्य कोई (विवरण)	

नाम:

तिथि

आई. आपरेशन से पूर्व की तैयारी

परीक्षण करने वाले चिकित्सक का हस्ताक्षर  
चिकित्सालय की मुहर

खाली पेट	हाँ..... समय.....घण्टे नहीं
पेशाब के बाद	हाँ..... नहीं.....
पेशाब: शुगर	उपस्थित.....अनुपस्थित.....
अन्य कोई (विवरण)	

#### जे. निश्चेतक/

दिये गये निश्चेतक का प्रकार (विकल्प पर सही का निशान लगाएँ)	सिर्फ स्थानीय स्थानीय और एनालजेसिया सामान्य इण्टुवैषण नहीं सामान्य इण्टुवैषण अन्य कोई (विवरण)
समय	.....
दवा का नाम	.....
खुराक	.....
माध्यम	.....

क्षेत्रीय या सामान्य निश्चेतन के केस में निश्चेतक का हस्ताक्षर



घण्टे तक प्रति 01 घण्टे पर							
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

नाम:..... अटेंड करने वाले स्टाफ नर्स का हस्ताक्षर

दिनांक:.....

एम. आपरेशन के बाद की सूचना

पेशाब के बाद	हाँ..... नहीं.....
उदर डिस्टेंशन	हाँ..... नहीं.....
मरीज अच्छा महसूस कर रहा है	हाँ..... नहीं.....
यदि नहीं (तो कृपया विवरण दें)	हाँ..... नहीं.....

एन. डिस्चार्ज करने हेतु निर्देश -

पुरुष नसबन्दी का लाभार्थी शल्य क्रिया के बाद आधे से एक घण्टे तक निरीक्षण में	हाँ..... नहीं.....
महिला नसबन्दी का लाभार्थी शल्य क्रिया के बाद चार घण्टे तक निरीक्षण में	हाँ..... नहीं.....
शल्य क्रिया के बाद के निर्देश मौखिक रूप से दिये गये	हाँ..... नहीं.....
शल्य क्रिया के बाद के निर्देश लिखित रूप से दिये गये	हाँ..... नहीं.....
मरीज की नसबन्दी के उपरान्त काउन्सलिंग की गयी	हाँ..... नहीं.....
टिप्पणी	हाँ..... नहीं.....

नाम:..... डिस्चार्ज करने वाले चिकित्सक का हस्ताक्षर

✓ A 1