

प्रेषक,

प्रमुख सचिव,
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण,
उ०प्र० शासन।

सेवा में,

समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी,
उत्तर प्रदेश।

पत्र संख्या- 214/SPMU/EMTS/108 M&E/2018-19/ 7265-75 दिनांक 08.10.2018

विषय: "108" ई.एम.टी.एस. एम्बुलेंस सेवा एवं 102 नेशनल एम्बुलेंस सेवा के अंतर्गत संचालित एम्बुलेंस वाहनों के नियमित भौतिक सत्यापन कराये जाने एवं निर्धारित प्रारूप पर सत्यापन आख्या महानिदेशालयों को उपलब्ध कराये जाने के सम्बन्ध में।

नहोदय,

आप अवगत हैं कि प्रदेश के जनपदों में "108" ई.एम.टी.एस. एम्बुलेंस सेवा एवं 102 नेशनल एम्बुलेंस सेवा के अन्तर्गत एम्बुलेंस वाहन संचालित हैं। एम्बुलेंस सेवाओं के अन्तर्गत संचालित एम्बुलेंस वाहनों के निरीक्षण एवं भौतिक सत्यापन हेतु समय समय पर शासन, महानिदेशालयों एवं मिशन निदेशक के स्तर से निर्देश निर्गत किये गये हैं।

एम्बुलेंस वाहनों के निरीक्षण एवं भौतिक सत्यापन की प्रक्रिया को अधिक प्रभावी बनाये जाने एवं सेवाओं में गुणात्मक सुधार हेतु निम्नानुसार सत्यापन कराया जाना एवं निर्धारित प्रारूप पर सत्यापन आख्या राज्य स्तर पर प्रेषित किया जाना सुनिश्चित करें।

1. सत्यापन निम्न बिन्दुओं पर किया जाना है—

- एम्बुलेन्स वाहनों के सम्बंध में सामान्य सूचनायें।
- उपकरणों की उपलब्धता एवं क्रियाशीलता।
- मेडिकल कन्ज्यूमेबल्स की उपलब्धता।
- एम्बुलेंस वाहनों में औषधियों की उपलब्धता।
- एम्बुलेंस में तैनात ई.एम.टी. की गुणवत्ता।

2. 108 सेवा के सत्यापन हेतु प्रारूप-1 विकसित किया गया है तथा इसी प्रकार से 102 सेवा के सत्यापन हेतु भी प्रारूप-1 विकसित किया गया है।

3. ब्लाक स्तरीय एम.ओ.आई.सी./अधीक्षक तथा जनपद स्तरीय चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/अधीक्षिका स्वयं अथवा अपने अधीन तैनात चिकित्साधिकारियों के माध्यम से ब्लाक/चिकित्सालय के अंतर्गत संचालित समस्त 108 एवं 102 एम्बुलेंसों का माह में कम से कम एक बार सत्यापन कराया जाना सुनिश्चित करें।

4. प्रत्येक एम्बुलेंस के सत्यापन हेतु पृथक प्रारूप-1 का प्रयोग किया जाये।

5. सत्यापन उपरान्त प्रारूप-1 पर सत्यापनकर्ता चिकित्साधिकारी के साथ साथ एम्बुलेंस में तैनात ई.एम.टी./पाइलट का भी हस्ताक्षर कराया जाय।

6. भरे हुये प्रारूप-1 को ब्लाक स्तरीय एम.ओ.आई.सी./अधीक्षक तथा जनपद स्तरीय चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/अधीक्षिका द्वारा रक्षित कर लिया जाये जिससे कि भविष्य में आडिट आदि में आवश्यकतानुसार प्रस्तुत किया जा सके।


7. माह में किये गये समस्त सत्यापनों के आधार पर ब्लाक स्तरीय एम.ओ.आई.सी./अधीक्षक तथा जनपद स्तरीय चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/अधीक्षिका अपनी आख्या प्रारूप-2

- पर तैयार करेंगे, 108 एवं 102 के लिये अलग अलग आख्या तैयार की जाये। आगामी माह की 5 तारीख तक 108 एवं 102 की प्रारूप-2 पर तैयार आख्या को जनपद के मुख्य चिकित्साधिकारी को उपलब्ध करायी जाये। भरे हुये प्रारूप-1 की छायाप्रति भी मासिक आख्या के साथ प्रेषित की जाय जिससे कि जनपद स्तर पर सत्यापन की समीक्षा सुनिश्चित हो सके।
8. ब्लाक स्तरीय एम.ओ.आई.सी./अधीक्षक तथा जनपद स्तरीय चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/अधीक्षिका से प्राप्त भरे हुये प्रारूप-2 को मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा रक्षित कर लिया जाये जिससे कि भविष्य में आडिट आदि में आवश्यकतानुसार प्रस्तुत किया जा सके।
 9. मुख्य चिकित्साधिकारी से अपेक्षित है कि कार्य में शिथिलता बरतने वाले एवं समय पर आख्या न उपलब्ध कराने वाले ब्लाक स्तरीय एम.ओ.आई.सी./अधीक्षक तथा जनपद स्तरीय चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/अधीक्षिका के विरुद्ध आवश्यक कार्यवाही कराना सुनिश्चित करें।
 10. ब्लाक स्तरीय एम.ओ.आई.सी./अधीक्षक तथा जनपद स्तरीय चिकित्सालयों के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/अधीक्षिका की प्रारूप-2 आख्या के आधार पर जनपद के मुख्य चिकित्साधिकारी प्रारूप-3 पर अपनी आख्या तैयार करेंगे, 108 एवं 102 के लिये अलग अलग आख्या तैयार की जाये। हस्ताक्षरित प्रारूप-3 आख्या की स्कैन कापी को माह की 10 तारीख तक ईमेल के माध्यम से राज्य स्तर पर उपलब्ध कराया जाये।
 11. 108 ई.एम.टी.एस. एम्बुलेंस सेवा की प्रारूप-3 आख्या मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा निम्न ईमेल आईडी पर प्रेषित की जाये— spmu102108@gmail.com, emm29f@gmail.com
 12. 102 एम्बुलेंस सेवा की प्रारूप-3 आख्या मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा निम्न ईमेल आईडी पर प्रेषित की जाये—spmu102108@gmail.com, 102ambulance@gmail.com

कृपया प्राथमिकता पर उपरोक्तनुसार अपने जनपद में आवश्यक कार्यवाही कराने का कष्ट करें एवं नियमित रूप से ससमय अपनी आख्या राज्य स्तर पर उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें। उक्त कार्य में शिथिलता की स्थिति में आपके विरुद्ध की जाने वाली अनुशासनिक/आवश्यक कार्यवाही हेतु आप स्वयं जिम्मेदार होंगे।

संलग्नक: 102 एवं 108 सेवा के प्रारूप-1, प्रारूप-2 एवं प्रारूप-3.

भवदीय


(प्रशांत त्रिवेदी)
प्रमुख सचिव

पत्र संख्या-214/SPMU/EMTS/108 M&E/2018-19/


तददिनांक

प्रतिलिपि: निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित -

1. महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, उत्तर प्रदेश, लखनऊ।
2. महानिदेशक, परिवार कल्याण, उत्तर प्रदेश, लखनऊ।
3. निजी सचिव, प्रमुख सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ0प्र0 शासन।
4. निजी सचिव, सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ0प्र0 शासन।
5. समस्त जिलाधिकारी, उत्तर प्रदेश को को इस आशय से प्रेषित कि जनपदों में आयोजित होने वाली जिला स्वास्थ्य समिति की बैठकों में एम्बुलेंस सेवाओं के भौतिक सत्यापन की समीक्षा सुनिश्चित की जाय।

6. अपर निदेशक, विद्युत, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें महानिदेशालय, लखनऊ को जनपदों से 108 सेवा की आख्या प्राप्त कर आवश्यक कार्यवाही कराये जाने के आशय से।
7. अधिशासी अभियन्ता, परिवार कल्याण महानिदेशालय, लखनऊ को जनपदों से 102 सेवा की आख्या प्राप्त कर आवश्यक कार्यवाही कराये जाने के आशय से।
8. समस्त मण्डलीय अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ०प्र०।
9. समस्त मण्डलीय कार्यक्रम प्रबंधक, एन०एच०एम०, उ०प्र० अनुश्रवण एवं सत्यापन में सहयोग हेतु जिला कार्यक्रम प्रबंधकों को निर्देशित करने के आशय से प्रेषित।
10. समस्त जिला कार्यक्रम प्रबंधक, एन०एच०एम०, उ०प्र० को सत्यापन एवं सत्यापन आख्या के प्रेषण में मुख्य चिकित्साधिकारियों को सहयोग प्रदान करने के आशय से प्रेषित।
11. मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जी०वी०के० ई०एम०आर०आई० (यू०पी०) सी०पी०-147, सेक्टर-डी1, एल०डी०ए० कालोनी कानपुर रोड योजना, लखनऊ को इस आशय से प्रेषित कि समस्त जनपदीय कोआर्डिनेटर्स को विभागीय अधिकारियों को सहयोग प्रदान करने हेतु निर्देशित करने का कष्ट करें।

भवदीय


(प्रशांत त्रिवेदी)
प्रमुख सचिव

**FORMAT 1- 108 Emergency Medical Transport Services
(to be filled by inspecting medical officer)**

District:	Date of Inspection:
Block:	Ambulance registration number:
Base Location:	EMT Mob No.

PART A- Human Resources & General Informaion

Details		Comments
1	Name of the Driver	
2	Employee ID Number	
3	Driving Licence No	
4	Expiry Date and Issuing authority	
5	Experience In Driving	
6	Name of the EMT	
7	Employee ID Number	
8	Educational Qualification	
9	Trained in EMT Service	
10	Whether GVK training or Other Professional Training	
11	If professionally trained Name of the diploma	
12	Years of Experience	
13	EMT knows the use of Stethoscope	
14	EMT knows the use of BP Instrument	
15	EMT knows the use of Suction Device	
16	EMT knows the use of Oxygen equipment	
17	Ambulance Updated LOG Book	
18	Patient Care Report (PCR form- booklet)	
19	Registration Certificate	
20	Ambulance updated Insurance	
21	Ambulance updated Pollution Certificate	
22	Ambulance Maintenance Records	
23	Ambulance Cleanliness	
24	Display or marking on AMBULANCE	
25	Date of last medicine indent requested	
26	Date and time of closure of previous trip	
27	Ambulance is onroad or offroad on day of inspection (if offroad then from how many days)	

PART B - Ambulance Equipments

Equipment details		Mark '1' if not available or non functional, Mark 0 if available and functional
1	Ambulance AC	
2	GIS/GPS	
3	Warning light/ Blinkers	
4	Siren /Hooter	
5	Fire Extinguisher	
6	Reflective Garments	
7	Protective mask	

8	Stretcher - One multilevel, elevating, wheeled stretcher with elevating back.	
9	Stretcher- Scoop stretcher	
10	Suction Device -Manual Suction	
11	Suction Device - Engine Vacuum / Electrically powered	
12	Bag Mask ventilation unit- Adult	
13	Bag Mask ventilation unit- Paediatric	
14	Bag Mask ventilation unit- Infant	
15	Portable Oxygen Equipment	
16	Permanent on board Oxygen Equipment	
17	Oropharyngeal Airway	
18	Nasopharyngeal Airway	
19	Spinal Immobilization Devices -Spine board.	
20	Spinal Immobilization Devices -Cervical collar	
21	Stethoscope	
22	BP Instrument	
Total : Part B		
Part C - Medical consumables		
Medical Consumables		Mark '1' if not available, Mark 0 if available
1	Cotton	
2	Bandage (a) 15cm (b) 10cm (c) 6cm	
3	Savlon	
4	Betadine	
5	Leucoplast	
6	Pain Spray	
7	Mistdress Spray	
8	Vinodine Spray	
9	Coolex Spray	
10	Face Mask (Disposable)	
11	Surgical Gloves Disposable	
12	Laryngeal Mask Airway (LMA) disposable	
13	IRC Cannula 16G & 18G	
14	Disposable suction pumps	
15	Nasal airways(all sizes) & catheters	
16	Binasal Cannula, COPA	
17	Ventimask, facemask with nebulizer	
18	Drip-set standard	
19	Burn Pack : Standard package, clean burn sheets (or towels for children)	
20	Triangular bandages (Minimum 2 safety pins each)	
21	Dressings : Sterile multi-trauma dressings (various large and small sizes)	
22	ABDs, 10"x12" or larger	
23	4"x4" gauze sponges	
24	Cotton Rolls	
25	Gauze rolls Sterile (various sizes)	
26	Elastic bandages Non-sterile (various sizes)	

27	Occlusive dressing Sterile, 3"x8" or larger	
28	Adhesive tape : Various sizes (including 2" or 3") Adhesive tape (hypoallergenic) : Various sizes (including 2" or 3")	
29	Cold packs	
30	Waste bin for sharp needles, etc.	
31	Disposable bags for vomiting, etc.	
32	Teeth guard	
33	Bedpan	
34	Sterile Dressings	
35	Sterile Gauze Pad	
36	Splints	
37	Sterile Obstetric Kit	
Total Part C		
Part D- Medicines		
Medicines		Mark '1' if not available and Mark 0 if available
1	DNS IV Fluids	
2	Ringers Lactate IV Fluids	
3	Dextrose 5% IV Fluids	
4	ORS (500 Pkt)	
5	Tab. Sorbitrate	
6	Tab. Depin (5Mg & 10 Mg)	
7	Tab. Mesoprost 100 Mg	
8	Tab. Buscopan	
9	Tab. Voveran	
10	Inj. Lasix	
11	Inj. Deriphylline	
12	Inj. Epsolin	
13	Inj. Syntocinon/ Oxytocin	
14	Inj. Perinorm	
15	Tab. Ciprofloxacin 500Mg	
16	Disposable Syringes -3ML	
17	Inj. Rantac	
18	Inj. Adrenaline	
19	Inj. Atropine	
20	Inj. Mephentine	
21	Inj. Decadron	
22	Inj. Calmpose	
23	Inj. Hydrocortisone	
Total: Part D		
Remarks if any:		
Name and signature of EMT/Pilot		name designation and signature of inspecting medical officer

FORMAT 2 for Monthly report of 108 ambulance (Block and Hospital reporting format)

District		Month					Offroad (write 1 if offroad and 0 if onroad)	Remarks
Block/Hospital name								
SI No	Ambulance registration number	Date of inspection	Total defaults of vehicle and medical equipments (total of Part B of Format 1)	Total defaults of medical consumables (total of Part C of Format 1)	Total defaults of medicines (total of Part D of Format 1)			
1	2	3	4	5	6	7	8	
TOTAL								

NOTE

Signature and seal of MOIC/CMS

- * Write total number of inspections done in the month. If an ambulance is inspected on two days like 2nd January and 16 January then total number of inspections will be 2. Similarly if 2 ambulances are inspected on same day then also then total number of inspections will be 2.
- A- Separate inspections to be reported in separate rows. If an ambulance is inspected on two days like 2nd January and 16 January, then findings of each inspection shall be reported in separate rows. Similarly if 2 or more ambulances are inspected on same day then also findings of each ambulance shall be reported in separate rows.
- B- Offroad means that ambulance is not operational for reasons such as lack of maintenance, lack of drivers, lack of personnel, lack of spares, lack of fuel, etc.

FORMAT 1- 102 National Ambulance Services (to be filled by inspecting medical officer)

District:		Date of Inspection:
Block:		Ambulance registration number:
Base Location:		EMT Mob No.
PART A- Human Resources & General Informaion		
Details		Comments
1	Name of the Driver	
2	Employee ID Number	
3	Driving Licence No	
4	Expiry Date and Issuing authority	
5	Experience In Driving	
6	Name of the EMT	
7	Employee ID Number	
8	Educational Qualification	
9	Trained in EMT Service	
10	Whether GVK training or Other Professional Training	
11	If professionally trained Name of the diploma	
12	Years of Experience	
13	EMT knows the use of Stethoscope	
14	EMT knows the use of BP Instrument	
15	EMT knows the use of Suction Device	
16	EMT knows the use of Oxygen equipment	
17	Ambulance Updated LOG Book	
18	Patient Care Report (PCR form- booklet)	
19	Registration Certificate	
20	Ambulance updated Insurance	
21	Ambulance updated Pollution Certificate	
22	Ambulance Maintenance Records	
23	Ambulance Cleanliness	
24	Display or marking on AMBULANCE	
25	Date of last medicine indent requested	
26	Date and time of closure of previous trip	
27	Ambulance is onroad or offroad on day of inspection (if offroad then from how many days)	
PART B - Ambulance Equipments		
Equipment details		Mark '1' if not available or non functional, Mark 0 if available and functional
1	Ambulance AC (applicable for AC Ambulances only)	
2	GIS/GPS functional	
3	Warning light	
4	Siren functional	
5	Fire Extinguisher	
6	Reflective Garments	
7	Protective mask	
8	Hand Lights- 2 6-volt hand lights, Bulb or LED Rechargeable battery min 4.5v.	

9	Chock Blocks – 2No	
10	Road reflectors - Six approved triangular reflectors, or equivalent	
11	Hazardous Material Guidebooks	
12	Triage Tags - Twenty Five triage tags of all type	
13	Protective Equipment - Personal protective equipment adequate to safeguard crew from anticipated exposures (latex gloves of various sizes, masks, gowns, surgical caps and eye shields)	
14	LCD TV with USB Port/Auxiliary arrangement - LCD Flat Screen Size 9", LCD Resolution: 1366 x 768 Pixels Adequate Audio Output	
15	Stretcher- One multilevel, elevating, wheeled stretcher with elevating back.	
16	Stretcher- Scoop stretcher	
17	Suction Device	
18	Bag Mask ventilation unit- Adult	
19	Bag Mask ventilation unit- Paediatric	
20	Bag Mask ventilation	
21	Portable oxygen equipment	
22	Permanent On-Board Oxygen Equipment	
23	Non-metallic Oropharyngeal (Berman type) airways	
24	Non-metallic Nasopharyngeal Airways	
25	Stethoscopes	
26	BP Machine Pediatric (non -mercurial type)	
27	BP Machine Adult (non -mercurial type)	
28	Obstetrical kit (Disposable)- gloves, scissors or surgical blades, umbilical cord clamps or tapes, dressings, towels, perinatal pad, bulb syringe and a receiving blanket for delivery of infant	
29	Emesis basins or commercially available emesis container	
30	Bedpan and urinal	
Total : Part B		
Part C - Medical consumables		
Medical Consumables		Mark '1' if not available and Mark 0 if available
1	Cotton	
2	Bandage	
3	Savlon	
4	Betadine	
5	Leucoplast	
6	Face Mask – Disposable	
7	Surgical Gloves – Disposable	
8	Cotton Rolls	
9	Adhesive Tape (Various Size - 2" to 3")	
Total :Part C		
Part D- Medicines		
Medicines		Mark '1' if not available and Mark 0 if available

1	DNS IV Fluids	
2	Ringers Lactate IV Fluids	
3	Dextrose 5% IV Fluids	
4	ORS (500 Pkt)	
5	Inj. Dexamethasone 2ML	
6	Inj. Etofylline Theophylline 2ML	
7	Inj. Diclofenac sodium 3ML	
8	Inj. Diclomene HCL	
9	Inj. Oxytocin	
10	Inj. Gentamycin 10Mg	
11	Tab. Paracetamol	
12	Tab. Metronidazole	
13	Tab. Domperidone	
14	Tab. Antad /Divol	
15	Tab. Ciprofloxacin 500Mg	
16	Disposable Syringes -3ML	
Total: Part D		
Remarks if any:		
Name and signature of EMT/Pilot		name designation and signature of inspecting medical officer

