

प्रेषक,

नीता चौधरी,
प्रमुख सचिव,
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

महानिदेशक,
राष्ट्रीय कार्यक्रम अनुश्रवण एवं मूल्यांकन,
परिवार कल्याण महानिदेशालय,
उत्तर प्रदेश, लखनऊ।

चिकित्सा अनुभाग-9

लखनऊ दिनांक 08 मार्च 08

विषय: जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत निजी नर्सिंग होम/चिकित्सालय को मान्यता देने के सम्बन्ध में।

महोदय,

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत जननी सुरक्षा योजना लागू किये जाने विषयक शासनादेश संख्या जी0आई0 176/5-97-9(113)/05-टी0सी0, दिनांक 08.06.2007 व शासनादेश संख्या 2340/5-9-07-9(113)/05-टी0सी0, दिनांक 20.06.2007 के क्रम में मुझे यह कहने का निर्देश हुआ है कि जननी सुरक्षा के अन्तर्गत प्रसव सेवाएं (सामान्य प्रसव जटिल प्रसव, सिजेरियन आपरेशन आदि समस्त सेवाएं) प्रदेश के समस्त जनपदों में प्रदान की जा रही है। जनपदों में स्थित प्राइवेट चिकित्सालयों एवं नर्सिंग होम में भी प्रसव सेवाएं प्रदान की जाती है। इन चिकित्सालयों में प्रसव कराने वाली बी0पी0एल0 महिलाओं को भी जननी सुरक्षा योजना का लाभ मिल सके, इस उद्देश्य से सम्यक विचारोपरान्त प्राइवेट चिकित्सालय एवं नर्सिंग होम को जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत मान्यता प्रदान किये जाने के सम्बन्ध में निम्नवत् दिशा-निर्देश निर्धारित किये जा रहे हैं। यह स्पष्ट किया जाता है कि मान्यता प्राप्त प्राइवेट नर्सिंग होम/चिकित्सालय में प्रसव कराने पर लाभार्थी/आशा एवं चिकित्सालय को भुगतान केवल बी0पी0एल0 श्रेणी की महिलाओं के प्रसव हेतु ही अनुमन्य होगा।

2. निजी नर्सिंग होम/चिकित्सालय को मान्यता देने हेतु निर्धारित मानक
- 2.1 जननी सुरक्षा के अन्तर्गत निजी नर्सिंग होम को मान्यता देने के लिये चिकित्सालयों में चिकित्साधिकारी/विशेषज्ञ, उपकरण, साज-सज्जा परिवहन व्यवस्था आदि की न्यूनतम आवश्यकतायें हैं और साथ ही साथ भारत सरकार द्वारा प्रसवों को सम्पादित करने के लिए प्रोटोकाल भी निर्धारित किया गया है, जिनका पालन करना आवश्यक है। अग्रिम प्रस्तरो में इन न्यूनतम सुविधाओं/प्रोटोकाल का विवरण दिया गया है।

2.2 निजी नर्सिंग होम/चिकित्सालय में न्यूनतम सुविधायें

चिकित्सालयों को मान्यता हेतु जनशक्ति, साज-सज्जा, उपकरण आदि के लिये न्यूनतम अर्हताओं का उल्लेख संलग्नक-1 में किया गया जिनके उपलब्ध होने पर ही नर्सिंग होम/चिकित्सालयों को मान्यता दिये जाने पर विचार किया जा सकता है। मुख्य सुविधायों का संक्षेप में विवरण निम्नवत है :-

- (क) मानकों के अनुसार चिकित्सकों एवं महिला चिकित्सकों की उपलब्धता।
- (ख) संलग्नक-1 में दिये गये विवरण के अनुसार विभिन्न उपकरण की उपलब्धता।
- (ग) 24 घण्टे उपलब्ध प्रयोगशाला सेवाएं -- सामस्त सामान्य परीक्षणों यथा -Haemoglobin, Blood Sugar, Urine, Sugar and Albumine एवं ब्लड ग्रुपिंग, टाईपिंग एवं कास मैचिंग हेतु सुविधायें उपलब्ध हो।
- (घ) चिकित्सालय में Forceps Delivery, इगरर्जन्सी Hysterectomy, Manual removal of placenta, Dilatation & curettage, Laparotomy & Blood transfusion की व्यवस्था होना आवश्यक है।
- (ङ) ड्राईवर एवं ईंधन सहित 24 घण्टे एम्बुलेन्स की उपलब्धता तथा आपातकार्यकाल कक्ष में टेलीफोन की सुविधा।
- (च) ब्लड ट्रान्सफ्यूजन (Blood transfusion) व्यवस्था -- नर्सिंग होम में ही स्वतः भण्डारण/संग्रहण की सुविधा हो और यदि ऐसा न हो तो स्वतः उपलब्धता की प्रभावी लिंकेंज की व्यवस्था हो।

2.3 प्रसव हेतु निर्धारित प्रोटोकाल

(अ) आकस्मिक सेवाएं

- प्रसव अथवा गर्भावस्था से सम्बन्धित किसी तकलीफ के लिए गर्भवती महिला के चिकित्सालय में-रात या दिन किसी भी समय आने पर उसे आकस्मिक प्रसूति सेवा कक्ष में ले जाकर प्रसूति सेवाएं देने की व्यवस्था हो। चिकित्सक/ विशेषज्ञ द्वारा परीक्षण किया जाय एवं 15 मिनट के अन्दर अग्रिम चिकित्सा सम्बन्धी निर्णय लिया जाय।
- महिला में Bleeding/Convulsions अथवा Shock के लक्षण होने पर उसे तत्काल ड्यूटी पर उपस्थित प्रसूति रोग विशेषज्ञ द्वारा आवश्यक चिकित्सा दी जानी चाहिए।
- आवश्यकतानुसार लक्षणों एवं परीक्षणों के पश्चात् लिये गए निर्णय के आधार पर महिला को Labour Room अथवा Operation Theatre में भेजा जाना चाहिए।

- प्रसव के अथवा गर्भावस्था से सम्बन्धित किसी भी तकलीफ के लिए दिन या रात के किसी भी समय महिला के आने पर उसे सेवाएं प्रदान करने के लिए मना न किया जाए।
- आकस्मिक सेवा कक्ष Labour Room एवं Operation Theatre के नजदीक स्थित होना चाहिए।
- शल्य क्रिया प्रसव सेवाओं के लिए अलग ओपीडी की व्यवस्था हो। शल्य क्रिया के मरीजों एवं भारी रक्त स्राव के मामले में वाइटल/लाईफलाइन मेन्टेन करने एवं नियंत्रण हेतु एनेस्थेटिक्स की 24 घण्टे (नियमित/आन कॉल) व्यवस्था आवश्यक है।

(ब) प्रसवोत्तर सेवाएं

Surgery किये जाने के पश्चात् 2 घण्टे तक रोगी महिला की अवस्था के निरीक्षण हेतु स्टाफ नर्स को महिला के नजदीक ही रहना चाहिए। डाक्टर के द्वारा प्रथम 2 घण्टे तक कम से कम एक बार, अगले तीन दिन तक 6-6 घण्टे पर एवं discharge होने तक दिन में दो बार परीक्षण किया जाना चाहिए।

- सामान्य प्रसव के पश्चात् महिला को कम से कम दो घण्टे में निरीक्षण हेतु रखा जाना चाहिए। प्रसवोत्तर वार्ड में भेजने से पूर्व महिला की Pulse, B.P., Uterus की अवस्था एवं bleeding के लिए जांच कर लेनी चाहिए।
- प्रसवोत्तर वार्ड में महिला के Vital Signs एवं Uterus की Height का पहले 6 घण्टे तक प्रत्येक 2 घण्टे के अन्तराल पर एवं इसके पश्चात् 24 घण्टे तक प्रति 6 घण्टे पर परीक्षण किया जाना चाहिए। चिकित्सालय से discharge होने तक प्रति दिन दो बार परीक्षण किया जाना चाहिए।
- जिन महिलाओं की Instrumental Vaginal Delivery हुई हो, उन्हें Labour Room में 6 घण्टे तक रख कर Pulse, B.P., Uterus की अवस्था, Urine Output एवं Vaginal bleeding के लिए निरीक्षण किया जाए एवं उसके बाद प्रसवोत्तर वार्ड में भेजा जाए। प्रसवोत्तर वार्ड में शेष परीक्षण उपरोक्त के ही समान सावधानी पूर्वक किया जाना चाहिए।

(स) नवजात शिशु हेतु आकस्मिक सेवाएं

- प्रत्येक प्रसव के समय एक स्टाफ नर्स जो New born Resuscitation हेतु प्रशिक्षित हो, अवश्य उपस्थित रहें।
- किसी भी आकस्मिक बालरोग सम्बन्धी सेवाओं के लिए चिकित्सालय में बाल रोग विशेषज्ञ हर समय उपलब्ध हो या ऑन काल उपलब्ध हो।
- आकस्मिक रूप से आवश्यकता पड़ने पर अन्य विशेषज्ञों की सेवाओं की ऑन काल उपलब्धता।

3. निजी नर्सिंग होम/चिकित्सालय को मान्यता देने हेतु प्रक्रिया

3.1 मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा अपने जनपद में प्राईवेट चिकित्सालयों/नर्सिंग होम को जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत मान्यता देने की इस योजना का व्यापक प्रचार/प्रसार विज्ञापन एवं अन्य माध्यमों से किया जायेगा।

3.2 मान्यता हेतु इच्छुक नर्सिंग होम/चिकित्सालयों द्वारा संलग्नक-2 में दिये गये प्रारूप पर आवेदन पत्र दिया जायेगा। जिनका परीक्षण मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा गठित निम्न समिति द्वारा किया जायेगा :-

- | | | |
|----|---|---------|
| 1. | अपर मुख्य चिकित्सा अधिकारी उप मुख्य चिकित्सा अधिकारी (आर०सी०एच०) | अध्यक्ष |
| 2. | जिला महिला चिकित्सालय से एक वरिष्ठ स्त्री रोग विशेषज्ञ। | सचिव |
| 3. | बाल रोग विशेषज्ञ (एक) | सदस्य |
| 4. | इण्डियन मेडिकल एसोशिएसन के जिला शाखा के अध्यक्ष/सचिव | सदस्य |

यह समिति प्रार्थना पत्रों का परीक्षण कर एवं स्थलीय सत्यापन के उपरान्त नर्सिंग होम/प्राईवेट चिकित्सालय को मान्यता देने के सम्बन्ध में अपनी स्पष्ट संस्तुति देगी जिसका उल्लेख आवेदन पत्र में यथास्थान किया जायेगा।

3.3 समिति की संस्तुति के आधार पर मान्यता पत्र मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा निर्गत किया जायेगा। मान्यता देते समय चिकित्सालय के Authorised Signatory के हस्ताक्षर भी मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रमाणित किये जायेंगे। इसी हस्ताक्षर युक्त प्रमाण-पत्र के आधार पर योजना के अन्तर्गत भुगतान किया जायेगा।

4. भुगतान प्रक्रिया

4.1 प्राईवेट चिकित्सालय/नर्सिंग होम में प्रसवों के भुगतान हेतु प्रत्येक मान्यता प्राप्त नर्सिंग होम/प्राईवेट चिकित्सालयों में जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत किये गये प्रसवों का एक अलग रजिस्टर रखा जायेगा, जिसमें लाभार्थियों का नाम, पता, प्रसव का दिनांक एवं प्रगति आदि समस्त विवरण अंकित होंगे एवं इसके साथ ही यदि सम्बन्धित लाभार्थी को आशा द्वारा लाया जाता है तो आशा का भी पूर्ण विवरण अंकित किया जायेगा। जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत सम्बन्धित चिकित्सालय/नर्सिंग होम द्वारा संलग्नक-3 पर दिये गये विवरण के अनुसार लाभार्थी को एक प्रमाण-पत्र डिस्चार्ज के समय दिया जायेगा, जिसके आधार पर भुगतान सम्बन्धित जिला महिला चिकित्सालय स्तर पर ही होगा। जिन जनपदों में जिला महिला चिकित्सालय नहीं हैं वहां इसका भुगतान जिला संयुक्त चिकित्सालय में किया जायेगा।


निजी नर्सिंग होम/चिकित्सालयों में होने वाले प्रसव के सम्बन्ध में लाभार्थियों/आशा को भुगतान मुख्य चिकित्सा अधिकारी के अनुमोदन के उपरान्त ही किया जायेगा।

- 4.2 जननी सुरक्षा योजना के अन्तर्गत निजी नर्सिंग होम/चिकित्सालयों में प्रसव कराने वाली बी०पी०एल० महिलाओं के सम्बन्ध में सिजेरियन आपरेशन प्रसव कराये जाने पर रू०-1500/- की दर से भुगतान निजी नर्सिंग होम को देय होगा, जो लाभार्थी/आशा को दी जाने वाली प्रोत्साहन राशि के अतिरिक्त होगा। यह भुगतान जिला महिला चिकित्सालय/संयुक्त चिकित्सालय द्वारा निजी नर्सिंग होम में किये गये प्रसव को मुख्य चिकित्सा अधिकारी की स्वीकृति के उपरान्त किया जायेगा। सम्बन्धित नर्सिंग होम/चिकित्सालयों द्वारा मासिक क्लेम के साथ सम्बन्धित लाभार्थी को दिये गये प्रमाण-पत्र की प्रतिलिपि मुख्य चिकित्साधिकारी को प्राप्त करायी जाय जिसमें पूर्ण विवरण दिया जायेगा। यह सुनिश्चित करने के लिए कि निजी नर्सिंग होम/चिकित्सालयों द्वारा अनावश्यक रूप से सिजेरियन डिलेवरी न की जाय—ऐसे मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालय/नर्सिंग होम पर विशेष ध्यान दिया जायेगा जहां किसी माह में सिजेरियन डिलेवरी कुल प्रसव के 15 प्रतिशत से अधिक हो।

5. आपसे अपेक्षा की जाती है कि उपरोक्त निर्देशों के आधार पर कार्यवाही सुनिश्चित करें। जनपद स्तर पर जिन निजी नर्सिंग होम/चिकित्सालय को अलग-अलग श्रेणी में मान्यता दी जाती है उनका विवरण मासिक रूप से महानिदेशालय को भेजा जाय एवं जननी सुरक्षा योजना की मासिक प्रगति रिपोर्ट में निजी चिकित्सालय/नर्सिंग होम में होने वाले संस्थागत प्रसवों का अंकन अलग से किया जाय ताकि इनका अनुश्रवण किया जा सकें।

संलग्नक-1 ब 2, 3

भवदीया,


(नीता चौधरी) 1.3.08
प्रमुख सचिव।

संख्या-3667(1)/5-9-07

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही किए जाने हेतु प्रेषित :-

1. सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार, नई दिल्ली।
2. संयुक्त सचिव/मिशन निदेशक, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन भारत सरकार, नई दिल्ली।
3. प्रमुख सचिव, वित्त विभाग, उ०प्र० शासन।
4. प्रमुख सचिव, नियोजन विभाग, उ०प्र० शासन।

5. प्रमुख सचिव, पंचायती राज विभाग, 3040 शारणा।
6. प्रमुख सचिव, महिला एवं बाल विकास विभाग, 3040 शारणा।
7. सचिव, संगठित बाल विकास परियोजना, इन्दिरा भवन, लखनऊ।
8. महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं, 3040
9. निदेशक, राज्य स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान, इन्दिरा भवन, लखनऊ।
10. रागरत गण्डायुक्त, उत्तर प्रदेश।
11. रागरत जिलाधिकारी, उत्तर प्रदेश।
12. रागरत मण्डलीय अपर निदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, 3040।
13. रागरत मुख्य चिकित्सा अधिकारी, उत्तर प्रदेश।
14. गाई फाइल।

गवदीय,
1/10/20

(सम राजन)
उप सचिव।

Annexure I

**MINIMUM REQUIREMENT FOR ACCREDITATION OF
PRIVATE NURSING HOME/ HOSPITAL UNDER
JANANI SURAKSHA YOJNA (JSY)**

*Astitx marks on Titles & on particular items are indicative that selected Site /Institution necessarily fulfill these to qualify for selection.

1- **MEDICAL / PARA-MEDICAL STAFF**

| Category | Qualification | Numbers |
|-------------------------|---------------|------------------------|
| Medical | | |
| * Doctor / Lady Doctors | MS/DGO/MBBS | 1 |
| Anaesthetist | MD/DA | 1 Permanant / Visiting |
| Paramedical | | |
| * Nurse | | 2 |
| OT Assistant | | 1 |
| Ward Boy | | 2 |
| Dai / Sweeper | | 1 |

2- **SERVICES OFFERED**

| |
|--|
| Service Delivery |
| OPD |
| * Indore Facility |
| * Emergency Services |
| * Delivery Services |
| Gynacological Services including surgery |

3- **OT & OTHER FACILTIES**

| Theatre Facilities /equipments | No- required /Area required |
|---|-----------------------------|
| * Recovery room | Yes |
| * Sterilization area with Autoclave (Vertical / Horizontal) | 1 |
| * Intrument sterilizer | 2 |
| Changing area | Yes |
| * Running water | Yes |
| * Shadowless lamp | 2 |
| * Hydraulic Operation Table | 1 |
| * Oxygen Cylindre with Accessoires | 3 |
| * Suction Apparatus | 2 |
| * BP Instrument | 2 |
| * Emergency Medicine Tray with Emergency Medicines | 2 |
| * Dressing Drums | 6 |
| * Emergency light source | 2 |
| * Prepared chlorine solution | Yes |
| * Surgical Uniform | Yes |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Sharps container for sharp disposal | 2 |
| Dirty linen Area | Yes |
| Ventilation AC/Fan | Yes |

3.1 ESSENTIAL INSTRUMENTS FOR OT

| Theatre Instruments/Equipments | No. required |
|--------------------------------|--------------|
| General Surgical Instruments | Yes |
| Laparotomy Instruments | Yes |
| Boyles Apparatus | 2 |
| Ambu Bag | Yes |
| Suture material, Needles | Yes |

4- LABOUR ROOM FACILITIES (All should be available in sufficient quantity)

| |
|---|
| Service Delivery |
| * Labour Table |
| * Delivery Kit, Disposable Delivery Kit |
| Shadow less lamp |
| * Suction Apparatus (Manual / Electrical) |
| Plastic Apron |
| * Sterilized Gloves |
| * Baby Weighing Machine |
| Running water |
| * Emergency Medicine tray |
| * Oxygen cylinder with accessories |
| Baby Tray |
| * Kelley's Pad |
| Puncture Proof Box, Waste disposal |
| I V stand |
| * Mucus Extractor |
| Rubber Female Catheter |
| * Emergency Light |

4.1 ESSENTIAL LABOUR ROOM EQUIPMENTS & ACCSSORIES :

| Instruments | Nos |
|--|-----|
| Trolley, dress ing carriage size 76, long x 46 cm wide and 84 cm high. Ref. IS 4769/1968 | 1 |
| Towel, trolley 84 cm x 54 cm | 2 |
| Gown, operation cotton | 1 |
| Cap., surgeon's 36 x 46 cm, Gloves, mask | 2 |
| Gauze absorbent non-sterile 200 mm x 6 m as per IS: 171/1968 | 2 |
| Tray instrument with cover 450 mm (L) x 300 mm (W) x 80 mm (H) | 1 |
| Macintosh, operation, plastic | 2 |
| Mask, face, surgeon's cap of rear ties: B) Beret type with elastic hem | 2 |
| Towel, glove | 3 |

John

| | |
|--|---|
| Cotton wool absorbent non-sterilise 500G | 2 |
| Drum, sterilizing cylindrical-275mm Dia x132 mm, ss as per IS: 3831/1979 | 2 |
| Table instrument adjustable type with tray | 1 |

4.2 * SUTURING KIT (FOR EPISIOTOMY TEARS)- (All should be available in sufficient quantity)

| <u>Instruments</u> |
|--|
| Episiotomy scissors |
| Small artery Forceps |
| Dissecting forceps, toothed |
| Dissecting forceps, non - toothed |
| Needle Holder |
| Sterile pad |
| Kidney dish |
| Gallipot |
| Sterile gloves |
| Sterile drapes |
| Light source |
| Gauze swabs |
| Antiseptic solution |
| Sutures and ligature, ochromic catgut, ties and witj needles |
| Local anaesthetic agent, e.g. lidocaine 1% |
| Sponhge forceps |
| Syringe, 5 ml with needle |
| Suction Catheters |

5. POST DELIVERY / OPERATIVE CARE

| |
|---|
| Facility |
| * Delivery ward / Recovery room |
| * Sufficient beds for post operative care |
| * Sufficient staff to look after post operative clients |

6. LABORATORY FACILITIES (In house or Referral)

| |
|--|
| Type of Services |
| * Urine testing for Albumin/sugar |
| * Hemoglobin estimation |
| Calorimeter |
| RTI /STI |
| Blood Grouping |
| Cross Matching |
| Any other investigation performed if yes, please mention |

gatu

7. * STERILIZATION ROOM (INFECTION PREVENTION)

| Instruments / Equipment | |
|--|-------------------------------|
| 1- Autoclave (vertical, large, electrical two drum) | 1 |
| 2- Autoclave (vertical, small, electrical, non electrical (boil facility in one) one drum) | |
| 3- Drums for autoclave | 4 small, 4 medium, 4 large |
| 4- Stainless steel tray with needle for keeping Sterilized items | 4 each of 8 inch, 12, 18 inch |

8. * INFECTION PREVENTION PRACTICES

| |
|--|
| Practices |
| Chemical used for Mopping of floor |
| Instrument cleaned after use with running water |
| Instrument decontaminated |
| High level Decontamination |
| Utility gloves used by staff |
| Waste disposal by incinerator / dug hole |
| Are restricted zone & traffic flow controls adequate |

9. * REFERRALS

* Ambulance 24 x 7 Available with driver

10. BLOOD TRANSFUSION / BLOOD STORAGE / BLOOD TRANSFUSION LINKAGE WITH ANY BLOOD BANK

11. GENERAL

| |
|---|
| General Observation |
| * Sound Infrastructure |
| * Accessible by road |
| * Cleanliness of the facility |
| * Clean & functional toilets |
| * Electric supply with Functional Generator |
| * Running Water Water pump/Overhead tank |
| * Telephones |

Sam

ACCREDITATION OF PRIVATE NURSING HOME / HOSPITAL
Under Janani Suraksha Yojna)

APPLICATION – CUM - ASSESSMENT FORM

1- District -----Name of Nursing Home/Private Hospital-----

2- Address -----

3- Telephone-----

4- Location : Urban () Rural () Site under area of PHC / CHC-----

5- No. of beds-----General-----Private-----

6- Ownership details -----Name -----Qualification-----

Status for last six months

7- Average Attendance per day-----OPD-----Indoor-----

8- Average Number of Normal Deliviries Conducted per month-----

9- Average Number of Complicated Deliviries Conducted per month-----

10- Average Number of LSCS Conducted per month-----

11- Generator backup and inverter in OT/Labour Room/Emergency/Ward-----

gatu

5. OT FACILITIES

| Theatre Facilities/equipments | | Comments if any |
|---|-----|-----------------|
| Preoperative area | Y/N | |
| Recovery room | Y/N | |
| Sterilization area with Autoclave (Vertical/Horizontal) | Y/N | |
| Changing area | Y/N | |
| Running water | Y/N | |
| Shadowless lamp | Y/N | |
| Hydraulic Operation Table | Y/N | |
| Oxygen Cylinder with Accessories | Y/N | |
| Suction Apparatus | Y/N | |
| BP Instruments | Y/N | |
| Emergency Medicine Tray | Y/N | |
| General Surgical Instruments | Y/N | |
| Ambu Bag | Y/N | |
| Boyles Apparatus | Y/N | |
| Dressing Drums | Y/N | |
| Sterilized Gauze/Bandage/Gloves/Mask/Apron | Y/N | |
| Emergency light source | Y/N | |
| Prepared chlorine solution | Y/N | |
| Consumables for surgical Attire | Y/N | |
| Sharps container for sharp disposal | Y/N | |
| Dirty linen Area | Y/N | |
| Ventilation AC/Fan | Y/N | |

6. LABOUR ROOM FACILITIES:

| | | Comments if any |
|---------------------------------------|-----|-----------------|
| Labour Table | Y/N | |
| Delivery Kit, Disposable Delivery Kit | Y/N | |
| Shadow less lamp | Y/N | |
| Suction Apparatus (Manual/Electrical) | Y/N | |
| Plastic Apron | Y/N | |
| Sterilized Gloves | Y/N | |
| Baby Weighing Machine | Y/N | |
| Running water | Y/N | |
| Emergency medicine tray | Y/N | |
| Oxygen cylinder with accessories | Y/N | |
| Baby tray | Y/N | |
| Kelley's Pad | Y/N | |
| Puncture Proof Box, Waste disposal | Y/N | |
| I V stand | Y/N | |
| Mucus Extractor | Y/N | |
| Rubber Female Catheter | Y/N | |
| Emergency Light | Y/N | |

gatu

6.1 ESSENTIAL LABOUR ROOM EQUIPMENTS & ACCESSORIES:

| Instruments | Nos | Availability (Yes/No) |
|--|-----|-----------------------|
| Trolley, dressing carriage size 76(, long x 46 cm wide and 84 cm high. Ref. IS 4769/1968 | 1 | |
| Towel, trolley 84 cm x 54 cm | 2 | |
| Gown, operation cotton | 1 | |
| Cap., surgeon's 36 x 46 cm ,Gloves, mask | 2 | |
| Gauze absorbent non-sterile 200 mm x 6 m as per IS: 171/1985 | 2 | |
| Tray instrument with cover 450 mm (L) x 300 mm (W) x 80 mm (H) | 1 | |
| Macintosh, operation, plastic | 2 | |
| Mask, face, surgeon's cap of rear ties: B) Beret type with elastic hem | 2 | |
| Towel, glove | 3 | |
| Cotton wool absorbent non-sterilise 500G | 2 | |
| Drum, sterilizing cylindrical-275 mm Dia x 132 mm, ss as per IS: 3831/1979 | 2 | |
| Table instrument adjustable type with tray | 1 | |

6.2 SUTURING KIT (FOR EPISIOTOMY TEARS)

| Instrument | Availability (Yes/No) |
|--|-----------------------|
| Episiotomy scissors | |
| Small artery Forceps | |
| Dissecting forceps, toothed | |
| Dissecting forceps, non-toothed | |
| Needle Holder | |
| Sterile pad | |
| Kidney dish | |
| Gallipot | |
| Sterile gloves | |
| Sterile drapes | |
| Light source | |
| Gauze swabs | |
| Antiseptic solution | |
| Sutures and ligature, Ochromic catgut, ties and with needles | |
| Local anaesthetic agent, e.g. lidocaine 1% | |
| Sponge forceps | |
| Syringe, 5 ml with needle | |
| Suction Catheters | |

92/11/11

7. POST DELIVERY CARE

| Facility | | Comments if any |
|--|-----|-----------------|
| Do the facility have Delivery ward/ recovery room | Y/N | |
| Do the facility have sufficient beds for post Delivery cases | Y/N | |
| Sufficient staff to look after post delivery clients | Y/N | |

8. NICU (Optional) Yes/No----- If yes status of Following

| Instruments/Equipment | Availability (Yes/No) | Remarks |
|--|-----------------------|---------|
| *Suction Equipment | | |
| Delee catheter/mucus trap | | |
| Mechanical suction | | |
| Suction catheters, 10F or 12F. | | |
| Feeding tube 6F. | | |
| 20-mL syringe 8F. | | |
| Neonatal resuscitation bag with oxygen | | |
| Face masks | | |
| Oxygen cylinder with flowmeter, tubing and key. | | |
| Incubation Equipment | | |
| Laryngoscope with straight blades, No. 0 (preterm) and No. 1 (term). | | |
| Endotracheal tubes : 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 mm | | |
| Stylet. | | |
| Scissors. | | |
| Miscellaneous | | |
| Baby area with a table, Mackintosh, sheet | | |
| Linens | | |
| Radiant Warmer | | |
| Umbilical artery catheters | | |
| Three way stop cocks | | |
| Airway | | |
| Cord tie, Cord clamp | | |
| IV Catheters | | |
| Infant Paediatric Drip sets | | |
| Baby blanket | | |
| baby weighing scale | | |
| Phototherapy unit | | |

9. LABORATORY FACILITIES (In house or Referral)

| Type of Services | | Comments if any |
|--|-----|-----------------|
| Urine testing for Albumin/sugar | Y/N | |
| Hemoglobin estimation | Y/N | |
| PAP Smears | Y/N | |
| Calorimeter | Y/N | |
| RTI/STI | Y/N | |
| Any other investigation performed if yes, please mention | Y/N | |

ray

10. STERILIZATION ROOM (Infection Prevention)

| Instruments / Equipment | Availability (Yes/No) | Remarks |
|---|-----------------------|---------|
| 1- Autoclave (vertical, large, electrical two drum) | | |
| 2- Autoclave (vertical, small, electrical, non electrical (boil facility in one) one drum) | | |
| 3- Drums for autoclave (4 small, 4 medium, 4 large) | | |
| 4- Stainless steel tray with needle for keeping Sterilized items (4each of 8 inch, 12, 18 inch) | | |

11. INFECTION PREVENTION PRACTICES

| Practices | Comments |
|---|----------|
| Chemical used for Mopping of floor | |
| How are Instrument cleaned after use with running water | |
| How are Instrument decontaminated | |
| High level Decontamination | |
| Utility gloves used by staff | Y/N |
| Waste disposal by incinerator / dug hole | Y/N |
| Are restricted zone & traffic flow controls adequate | Y/N |

12. GENERAL

| General Observation | Comments |
|---|----------|
| Cleanliness of the facility | |
| Clean & functional toilets | |
| Electric supply (Average Supply in 24 hours) | |
| Generator & Inverter Backup in OT / LR/ IUCD Room & Wards | |
| Water Supply Hand pump / Water pump/Overhead tank | |

Date-

Signature

Name of Authorised Signature

Place

ASSESSMENT CERTIFICATE

We the undersigned inspected the Nursing Home / Hospital on -----
-----in présence of -----and found information
given above correct/ incorrect.

We recommend / do not recommend for accreditation for Janani
Suraksha Yojna.

Date :

Place :

[Handwritten Signature]

Name

Désignation

Signature

1-

2-

3-

संलग्नक 3

प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती.....पत्नी श्री

.....उम्र.....निवासी ग्राम.....पो0आफिस.

.....पी.एच.सी.....जनपद.....दिनांक.....

समय..... को सामान्य/सिजेरियन आपरेशन द्वारा एक मेल/

फीमेल शिशु को मेरे नर्सिंग होम में प्रसवित किया गया। श्रीमती.....

.....आशा कार्यकर्ती, पी0एच0सी0.....लेकर आयी।

संलग्न- (डिसचार्ज स्लिप)

[Handwritten Signature]

चिकित्सक का नाम.....

नर्सिंग होम.....

जनपद.....

- PERMANENT STAFFING TRAINING

| S.N. | Category / Name | Sex | Qualification | Training | Experience |
|------|-----------------|-----|---------------|----------|------------|
| 1 | Medical | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 2 | Paramedical | | | | |
| 1 | Nurse | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 1 | Pharmacist | | | | |
| 2 | | | | | |
| 1 | OT Assistant | | | | |
| 2 | | | | | |
| 1 | Lab Technician | | | | |
| 2 | | | | | |
| 1 | Ward Boy/ Asst. | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 1 | Dai | | | | |
| 2 | | | | | |
| 1 | Others | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

2- VISITING PROFESSIONALS

| Category / Name | Sex | Qualification | Training Status | Experience |
|-----------------|-----|---------------|-----------------|------------|
| Medical | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Signature

3. SERVICES OFFERED

| Service Delivery | Available How Many Days per week | No. of clients in last 12 months |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| Emergency Services | | |
| OPD | | |
| Counselling | | |
| Ante Natal Care | | |
| Normal Deliveries | | |
| Complicated Deliveries | | |
| LSCS if any | | |
| Post Natal Care | | |
| Oral Pills | | |
| IUCD | | |
| Immunization Pregnant Women | | |
| Immunization Children | | |
| IFA Distribution (Free) | | |
| RTI/STI Screening & treatment for Women | | |
| RTI/STI Screening & treatment for Men | | |
| Community Outreach Activities | | |

4. REFERRALS

Ambulance Yes/No ----- If yes Numbers-----

4.1 To what other facilities to do you refer clients for services, under what circumstances do you refer and how often per month?

| Service | Under what circumstances | Where referred | How many per month | Referral mechanism |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| Delivery cases | | | | |
| LSCS | | | | |

4.2 From what other facilities are clients referred here for services, under what circumstances are they referred and how often per month?

| Service | Under what circumstances | From Where referred | How many per month | Referral mechanism |
|------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Normal Delivery | | | | |
| Complicated Deliveries | | | | |
| LSCS | | | | |

gafur