

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी एवं (चयन करें)
-----------------------------------	--



## SOP- GENERAL ADMINISTRATION

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच/ (चयन करें)

## उद्देश्य

- चिकित्सालय प्रबंधन के प्रति जिम्मेदार लोगों की जिम्मेदारी निर्धारित करना।
- चिकित्सालय के नैतिक तरीके/ दायित्वों को सुनिश्चित कराना।
- गुणवत्ता और रोगी सुरक्षा के विशिष्ट पहलुओं की निगरानी के लिए बहु-अनुशासनात्मक समितियों की जिम्मेदारियों को परिभाषित करना।

## सुनिश्चित करना

- चिकित्सालय प्रबंधन के प्रति उत्तरदायी लोग जो गुणवत्ता सुधार योजना का समर्थन करते हैं।
- कर्मचारियों की जिम्मेदारी एवं अधिकार को परिभाषित करना।
- चिकित्सा इकाई, निर्धारित नियमों और लागू कानूनों को मानक के अनुरूप या अनुपालन करता है।
- चिकित्सालय प्रबंधन के प्रति उत्तरदायी वह लोग "समुदाय के लिए चिकित्सा इकाई की जिम्मेदारी को बताएंगे।
- साइट लेआउट, फर्श योजनाओं और आग से बाहर निकलने के रास्तों का अप-टू-डेट चित्रांकन करना।
- रोगियों, परिवारों और समुदाय हेतु हिन्दी भाशा में सचित्र संकेतक बनाया जाना संगठन में उचित आंतरिक और बाह्य संकेत पोस्टिंग के सचित्र का उपयोग करना।
- नामित व्यक्तियों द्वारा सभी सुविधाओं के रखरखाव के लिए जिम्मेदार होना।
- इकाई एवं बुनियादी ढांचे की परिचालन और रखरखाव (रोकथाम और टूटना) सुविधा के लिए प्लान को तैयार करना।
- वैकल्पिक स्रोतों/व्यवस्थाओं को संगठन द्वारा नियमित रूप से परीक्षण करना।
- पानी, बिजली, हीटिंग, वेंटिलेशन और एयर कंडीशनिंग के लिए रखरखाव की योजना।

## स्कोप

चिकित्सालय / सीएचसी / पीएचसी तक

## जिम्मेदारी

प्रमुख/मुख्य अधीक्षक (एसआईसी) / मुख्य चिकित्सा अधीक्षक (सीएमएस) / चिकित्सा अधीक्षक (एमएस) / प्रभारी चिकित्सा अधिकारी (एम.ओ.आई.सी) / क्वालिटी नोडल अधिकारी / संक्रमण नियंत्रण अधिकारी (आईसीओ) / हॉस्पिटल क्वालिटी प्रबंधक (एच.क्यू.एम) / क्वालिटी टीम / विभागों के प्रमुख (एच.ओ.डी)

## पॉलिसी (नीति)

- इकाई के प्रमुख/ कर्मियों की जिम्मेदारियों को दस्तावेजों द्वारा परिभाषित किया गया है।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)

- इकाई में मरीजों की सुरक्षा एवं क्वालिटी सुधार मैनेजमेंट हेतु जिम्मेदारी।
- इकाई विस्तृत में क्वालिटी एवं सुरक्षा कार्यक्रमों के देखरेख हेतु क्वालिटी नोडल अधिकारी / हॉस्पिटल क्वालिटी प्रबंधक समन्वयक रहेंगे।
- चिकित्सा प्रभारी इकाई में दस्तावेज एवं निम्नलिखित को स्थापित करते हैं :—
  - क) मि आ
  - ख) विजन
  - ग) गुणवत्ता की नीति
  - घ) गुणवत्ता उद्देश्य

## हमारा मिशन

रोगी केंद्रित दृष्टिकोण के साथ, विश्वसनीय, समयबद्ध पर और गुणवत्तापरक स्वास्थ्य सुविधाओं को उपलब्ध कराने हेतु प्रणाली स्थापित करना।

## हमारा विजन

व्यापक सस्ती और समान स्वास्थ्य प्रदान करने वाली सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधा के रूप में पहचान, नैतिक और सुरक्षित कार्य वातावरण में सभी की देखभाल सेवाएं।

## हमारे मूल्यांकन

मूल्यांकन मौलिक वि वास हैं जो संगठनात्मक व्यवहार और निर्णय लेने को प्रेरित करते हैं। यह मार्गदर्शक सिद्धांतों और व्यवहारों को भी संदर्भित करता है जो संगठन और उसके लोगों को संचालित करने के लिए अपेक्षित है। मान सुविधा की वांछित संस्कृति को प्रतिबिंबित और सुदृढ़ करते हैं।

हमारी सोच बिना किसी समझौते के सभी रोगियों को सबसे सटीक और मानकीकृत स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करना है।

हमारा चिकित्सालय गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सुविधाएं, मरीजों की देखभाल एवं आधुनिक तकनीकि द्वारा उत्कृश्ट सेवाएं देने के लिए प्रतिबद्ध हैं।

चिकित्सा इकाई में सभी गतिविधियों और कर्मियों मूल कर्तव्य निम्नलिखित हैं—

- आन्तरिक एवं बाहरी दोनों व्यवहार में ईमानदारी, पारदर्शिता व सत्यता को प्रदान करना।
- चिकित्सालय में मरीजों की तुरन्त देखभाल, राहत आदि के साथ इकाई की जवाबदेही सुनिश्चित करना।
- इकाई में सभी कियान्वयन एवं प्रक्रियाओं की वि वसनीयता।
- बुनियादी ढांचे, कियान्वयन एवं प्रक्रियाओं में सुरक्षा को भीर्ष प्राथमिकता देना।
- मरीजों एवं उनके तीमारदारों से सहानुभूति रखना।
- मानव जीवन मूल्यवान है, इसे बचाने हेतु समस्त प्रयास किए जायें।
- इकाई के समस्त कार्यों को समय पर सबसे पहले करना।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

- चिकित्सालय मे प्रोफे अनल बढ़त एवं विकास को सुविधापूर्ण बनाना।
- चिकित्सालय मे आने वाले मरीजों एवं तीमारदारों को कद, जातीयता, धर्म, पंथ या लिंग के आधार भेदभाव न करना।
- इकाई मे सभी का सम्मान करना और वेसा व्यवहार करना जैसा आप स्वयं के लिए चाहते हैं।

## गुणवत्ता के उद्देश्य

- इकाई मे सेवा प्रदान करने मे गुणवत्ता को प्राथमिकता देना।
- सर्वोत्तम अभ्यास की प्राप्ति हेतु प्रोत्साहित करना।
- रोगी केन्द्रित कार्यप्रणाली सेवाओं को बढ़ावा देना।
- मरीजों, तीमारदारों एवं कर्मचारियों की सुरक्षा को सुनिश्चित करना।
- स्वास्थ्य इन्डिकेटर के सुधार की दिशा मे निरन्तर कार्य करना।
- रोगियों के उनके स्वास्थ्य देखभाल, संरक्षण एवं इलाज के लिए समस्त प्रयास करना।

इकाई मे निम्नलिखित को प्रदर्शित किया जाना –

- इकाई द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं सुविधाएं
- वरिष्ठ नागरिकों हेतु सेवाएं
- मानक उपयोगकर्ता भुल्क
- चिकित्सा इकाई का प्राप्ति नैतिक रूप से कार्य करने का मार्गदर्शन करता है।
- आउटसोर्स द्वारा चिकित्सालय मे ली गई की निम्नलिखित सुविधा के दस्तावेजों एवं उनके कार्यों की समयानुसार निगरानी सुनिश्चित करेगा—
  - मरम्मत एवं रखरखाव—एयर कंडीशनिंग, इलेक्ट्रिकल, लिफ्टों, सभी गैर चिकित्सा एवं जैव चिकित्सा उपकरण आदि।

## कार्यप्रणालो—

क्रम सं.	गतिविधि	जिम्मेदारी / कार्यदायित्व	सन्दर्भण / रिकार्ड

चिकित्सा इकाई के पास एक संगठन चार्ट है, जो पदानुक्रम, नियंत्रण एवं कार्यों को दर्शाता है। प्रमुख कर्मियों की जिम्मेदारी एवं अधिकार क्षेत्र को परिभाषित किया गया है।

## विधान एवं विनियमन आवश्यकताओं का अनुपालन:-

2.	चिकित्सालय का प्रबंधन निम्नलिखित गतिविधियों का संचालन करता है—	एस.आई.सी./सी.एम.एस./एम.एस./एम.ओ.आई.सी./एच.क्यू.एम
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ कानूनी पृष्ठभूमि के अनुसार इकाई की सभी वैधानिक आवश्यकताओं को पूरा करना।</li> <li>➢ सुरक्षा की दृष्टि से आवश्यक कार्य एवं लाइसेंस संरक्षित</li> </ul>	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या—1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस. की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच/ (चयन करें)

	<p>करना।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ इकाई में आम जनता के उत्पीड़न के निवारण हेतु समान तरीके को अपनाना। हेल्प-डेस्क के कार्यों की समीक्षा करना।</li> <li>➤ कानूनी गतिविधियों में सं गोधन/परिवर्तन करना एवं कानून के अनुसार अद्यतन करना।</li> </ul> <p>लाइसेंसों के नवीनीकरण के लिए समयानुसार प्रयास करना एवं आव यकतानुसा पंजीकरण कर प्रमाण पत्र प्राप्त करना।</p>	
2.	<p>इकाई वैधानिक आव यकताओं के अनुसार निम्नलिखित सांविधिक द्वारा भासित है—</p> <p><b>2.1. लाइसेंस—</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>क) बिल्डिंग परमिट (नगर पालिका से)</li> <li>ख) मुख्य अग्नि अमन अधिकारी द्वारा प्रदानित अनापत्ति प्रमाण पत्र</li> <li>ग) इकाई में जैव अपर्फेश्ट की निगरानी हेतु जिला प्रदूशण नियंत्रण बोर्ड से अधिकृत प्रमाण पत्र प्राप्त करना।</li> <li>घ) ए.ई.आर.बी से एक्स-रूम के लेआउट हेतु अनुमोदन प्राप्त करना।</li> <li>ड.) चिकित्सालय में प्रयोग हेतु स्प्रिट के लिए एक्साइज परमिट कराना।</li> <li>च) वाहन पंजीकरण प्रमाण पत्र।</li> <li>छ) बल्ड बैंक हेतु लाइसेंस।</li> <li>ज) एम.टी.पी हेतु अथराइजे न।</li> </ul> <p><b>2.2. अधिनियम—</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ नारकोटिक्स और साइकोट्रोपिक पदार्थ अधिनियम</li> <li>➤ वायु (प्रदूशण की रोकथाम और नियंत्रण) अधिनियम 1981।</li> <li>➤ बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमैन्ट हैंडलिंग रूल्स 2016।</li> <li>➤ बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमैन्ट हैंडलिंग रूल्स 2016 में सं गोधन 2018।</li> </ul>	
●	<ul style="list-style-type: none"> <li>● उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986।</li> <li>● डेंटिस्ट नियम, 1976।</li> <li>● ड्रग्स एंड कॉस्मेटिक्स एक्ट, 1940।</li> <li>● कर्मचारी भविष्य निधि अधिनियम, 1952।</li> <li>● समान पारिश्रमिक अधिनियम, 1976।</li> <li>● घातक दुर्घटना अधिनियम, 1955।</li> <li>● भारतीय मेंटल हेल्थ अधिनियम, 1912</li> <li>● भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम और चिकित्सा आचार संहिता, 1956।</li> </ul>	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या—
1.0				

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसोजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी एवं (चयन करें)
-----------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● भारतीय नर्सिंग परिषद अधिनियम, 1947।</li> <li>● भारतीय दंड संहिता, 1860।</li> <li>● भारतीय ट्रेड यूनियन अधिनियम, 1926।</li> <li>● मातृत्व लाभ अधिनियम, 1961।</li> <li>● एमटीपी अधिनियम, 1971।</li> <li>● न्यूनतम मजदूरी अधिनियम, 1948।</li> <li>● नेशनल बिल्डिंग कोड।</li> <li>● मजदूरी अधिनियम, 1936 का भुगतान।</li> <li>● विकलांगता अधिनियम, 1995।</li> <li>● फार्मसी अधिनियम, 1948।</li> <li>● पीएनडीटी अधिनियम, 1996।</li> <li>● मानव अधिकारों का संरक्षण अधिनियम, 1993।</li> <li>● बार्क एक्ट।</li> <li>● जन्म और मृत्यु का पंजीकरण अधिनियम, 1969।</li> <li>● कर की कटौती में अधिनियम।</li> <li>● भारत का संविधान।</li> <li>● मानव अंगों का प्रत्यारोपण अधिनियम, 1994।</li> </ul>			
	<b>अधिनियमों और लाइसेंसों का कस्टोडियन:</b>			
	सभी अभिलेखों को अस्पताल के मुख्य चिकित्सा अधीक्षक की निगरानी में रखा जाएगा।			
	मुख्य चिकित्सा अधीक्षक से अनुमति प्राप्त करने के बाद ही कोई संदर्भ अस्पताल के बाहर उपलब्ध कराया जाय।			
	लाइसेंस की एक प्रति विभाग द्वारा व्यक्तिगतरूप से संग्रहीत की जाती है।			
	लाइसेंस की सभी मूल प्रति को केंद्र में प्रशासनिक विभाग के प्रभारी कलर्क की निगरानी में संग्रहीत किया जाता है।			
2. 3.	चिकित्सालय के सभी विभागों द्वारा कानूनी आव यक्ताओं एवं विधानों को सूचीबद्ध एवं उनको लागू किया गया है।	एस.आई.सी./सी.एम.एस./एम.एस./एम.ओ.आई.सी./एच.क्यू.एम		
	चिकित्सालय में क्वालिटी नोडल अधिकारी एवं क्वालिटी टीम को निर्दिश्ट किया गया है, जिनकी जिम्मेदारी गुणवत्ता हेतु क्रियाकलापों एवं इकाई के प्रबंधन की है।	एस.आई.सी./सी.एम.एस./एम.	ऑफिस आदे । एवं रिकार्ड्स बैठक समिति	
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
				यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस. की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	एस / एम.ओ.आई.सी	
चिकित्सालय के कर्मचारियों के परिचय के समय इकाई के प्रबंधन द्वारा उनके जिम्मेदारी व अधिकारों को परिभाशित किया गया है।	एस.आई.सी / सी.एम.एस / एम.ओ.आई.सी	
चिकित्सालय में आने वाले मरीजों के लिए मुफ्त इलाज, मुफ्त दवाइयां एवं मुफ्त जांच सम्बंधी सेवाओं को प्रदान करने हेतु प्रतिबद्ध है साथ ही इकाई द्वारा चिकित्सा विवरों को आयोजित किया जाता है एवं आउटरीच कार्यक्रमों में भाग लिया जाता है।	एस.आई.सी / सी.एम.एस / एम.ओ.आई.सी / एच.क्यू.एम	
चिकित्सालय के प्रवेशद्वार पर इकाई द्वारा प्रदानित सुविधाएं एवं इकाई द्वारा गैर प्रदानित सुविधाओं को प्रदर्शित किया गया है। पंजीकरण व ओ.पी.डी स्टाफ मरीजों को इकाई में न दी जाने वाली सुविधा को भी बताता है। ऐसी अन्य स्टाफ द्वारा किसी भी तरह का संदेह होने पर प्रसा रनिक चिकित्सक या संबंधित परामर्शदाता / डॉक्टर के साथ चेक करता है।	एस.आई.सी / सी.एम.एस / एम.ओ.आई.सी / एच.क्यू.एम	
संगठन पूरे चिकित्सालय या किसी विशेष विभाग की मान्यता पूरे ईमानदारी से संबद्धता प्रदान करता है।	एस.आई.सी / सी.एम.एस / एम.ओ.आई.सी	

### परिभाशित अंतराल पर ऑडिट की कार्यप्रणाली

गुणवत्ता प्रणालियों का अनुपालन एवं प्रभाव फ़िलता के मूल्यांकन हेतु ऑडिट योजना के अनुसार आंतरिक लेखा प्रणाली का परीक्षण किया जाता है।

क्वालिटी नोडल अधिकारी / हॉस्पिटल क्वालिटी मैनेजर एवं क्वालिटी ए योरेंस टीम / समिति द्वारा ऑडिट किया जाता है।

ऑडिटर्स द्वारा स्वतंत्र रूप से स्थिति एवं महत्व के अनुसार ऑडिट का कार्य संपादित किया जाता है। ऑडिटर्स द्वारा ऑडिट के परिणामों को रिकार्ड किया जाता है एवं इकाई को बताया जाता है एवं ऑडिट में पाये गये गैर-अनुरूपताओं को एस.आई.सी / सी.एम.एस / एम.ओ.आई.सी के समक्ष रखा जाता है। जिसे समयानुसार सुधारात्मक कार्यवाही करके विसंगतियों को दूर किया जाता है सुधारात्मक क्रियान्वयन और प्रभाव फ़िलता एवं प्रलेखित प्रक्रिया के अनुसार रिकार्ड के सत्यापन के फ़ालोअप ऑडिट किया जाता है।

इस प्रणाली में चिकित्सा स्टाफ भागिल रहता है—

- ऑडिट किये जाने वाले मापदंडों को चिकित्सालय द्वारा परिभाशित किया जाता है।
- मरीजों एवं चिकित्सकों द्वारा गोपनीयता बनाये रखी जाती है।
- सभी ऑडिट प्रलेखित हैं।
- उपचारात्मक उपायों को लागू किया जाता है।
- फ़िलीनकल ऑडिट देखभाल एक प्रोफे अनल ऑडिट है जो मरीजों को दी सेवाओं की गुणवत्ता तय करती है। इकाई के रिकार्ड महत्वपूर्ण परीक्षण के अधीन है।
- मेडिकल ऑडिट एक मूल्यांकन पद्धति है जिसमें चिकित्सा कर्मचारी एवं प्रासन भागिल है। यह रोगी की देखभाल, प्रासनिक गतिविधियों एवं आधुनिक चिकित्सा अभ्यासों में सहायता करता है।
- लेखा परिक्षकों द्वारा इकाई मापदंडों को ऑडिट करने के लिए परिभाशित करती है। यह मेडिकल रिकार्ड की पर्याप्ता एवं रोगी की देखभाल गुणवत्ता को प्राथमिकता के साथ करता है।
- चिकित्सालय में मरीजों एवं उनकी इलाज की गोपनीयता बनाये रखना इकाई की पॉलिसी है इस प्रकार चिकित्सीय कार्यप्रणाली एवं मरीजों की गोपनीयता बनी रहती है।
- चिकित्सालय के सभी ऑडिट प्रबंधन समीक्षा बैठक में चर्चा की जाती है।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/ और सी एच (चयन करें)

- मेडिकल ऑडिट/प्रबंधन समीक्षा बैठक में उपचारात्मक उपायों के संबंध में चर्चा एवं निर्णय लिये जाते हैं उन उपायों को इकाई में सही तरीके से लागू किया जाता है।
- चिकित्सालय में किये गये ऑडिट की सभी प्रक्रिया का दस्तावेजीकरण करने की नीति है। क्लीनिकल फाइलों का ऑडिट माह में एक बार किया जाता है। एस.आई.सी./सी.एम.एस./एम.एस./एम.ओ.आई.सी के साथ चिकित्सक एवं चिकित्सा रिकार्ड के प्रभारी सभी मेडिकल रिकार्ड के लिए जिम्मेदार होंगे।
- चिकित्सालय की नीति यह है कि मेडिकल ऑडिट के बाद जो भी दोष पाये गये हैं उन्हें समयानुसार ठीक करा लिये जाये एवं जिन उपायों के सुझाव दिये गये हैं उनको रोगियों के देखभाल हेतु लागू किया जाये।

दस्तावेज जैसा कि नियम, मानक और अन्य आदि दस्तावेजों के साथ-साथ चित्र, सॉफ्टवेयर और विनिर्देशों, निर्देशों और नियमावली अस्पताल प्रबंधन की प्रणाली/हिस्सा है।

चिकित्सालय के कंट्रोल्ड दस्तावेजों में से प्रत्येक की एक प्रति संग्रहीत की जाती है भविश्य के संदर्भण के लिए विभागों के दस्तावेजों को उनके संबंधित बनाये रखा जाता है।

इकाई में मरीजों एवं उपकरणों के विवरण एवं उनकी प्रक्रियाओं सम्बंधी कियाओं को सुदृढ़ रखा जाता है। दस्तावेजों को उनकी आवश्यकतानुसार पेपर या इलेक्ट्रनिकली मेनेटेन किया जाता है।

दस्तावेजों का आइडेन्टीफिकेशन एवं निम्नलिखित त्रिस्तरीय स्थापना—

1. हॉस्पिटल सुविधा मैनुअल
2. एस.ओ.पी./निर्देश मैनुअल
3. क्वालिटी मैनुअल
4. रिकार्ड्स

क्वालिटी टीम आवासन सुनिश्चित करती है—

- इकाई की कार्यप्रणाली के प्रभावी संचालन के लिए आवश्यकतानुसार उपयुक्त स्थान पर दस्तावेजों के अधिकृत संस्करण उपलब्ध कराना।
- दस्तावेजों को लागू एवं उनकी उपयुक्तता व अनुपालन सुनिश्चित करने हेतु दस्तावेजों की समय-समय पर समीक्षा की जाती है।
- अमान्य एवं अप्रचलित दस्तावेजों को सभी स्तर प्लांटस, उपयोगित स्थान, या अन्य आपेक्षित प्रचलन से हटा दिया जाता है।
- अप्रचलित दस्तावेजों को कानूनी संरक्षण एवं संज्ञान के लिए पृथक से रजिस्टर बनाकर रखा जाता है।

प्रबंधन प्रणाली की विशेषज्ञता पहचान की जाती है।

1. जारी करने की तिथि
2. रिवीजन स्तर की पहचान
3. कुल पेजों की संख्या के साथ पेज सं.
4. दस्तावेज के अंत की पहचान
5. निर्गत करने की ऑथरिटी

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस. की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसोजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

### दस्तावेजों का परिवर्तन

प्रबंधन प्रणालियों के दस्तावेजों का रिवीजन उनके मूल लेखक द्वारा आव यकतानुसार रिवीजन किया जाता है। प्रासंगिक पृष्ठभूमि की जानकारी की समीक्षा एवं अनुमोदन हेतु यदि किसी अन्य व्यक्ति को नामित किया गया है तो वे अपना सबसे पहले परिचय देंगे।

दस्तावेजों के अप्रचलित आधार पर कोई भी दस्तावेजों के टेक्स्ट में समीक्षा से पहले बदलाव किया जाता है।

वि औष परिस्थितियों के अतिरिक्त किसी भी दस्तावेजों में हस्तालिखित परिवर्तन नहीं किया जायेगा। इस परिवर्तन को चिह्नित, दिनांकित, मार्क, एच.ओ.डी द्वारा किया जायेगा। सं गोधन को तीन नोटिस में लाया जायेगा चिकित्सा अधीक्षक क्वालिटी ए योरेंस अधिकारी द्वारा उसी परिवर्तन को 7 दिन में फिर से जारी किया जाता है।

दस्तावेजों को वर्तमान में हार्ड एवं सापट वर्जन में प्रलेखन किया जायेगा। कम्प्यूटरीकृत प्रणाली में दस्तावेजों में बदलाव, इसके रखरखाव और इसके बारे की प्रक्रियाओं को आसानी से स्थापित किया जाता है।

इकाई प्रासन सार्वजनिक हेतु मि अन, विजन, क्वालिटी पॉलिसी, क्वालिटी उद्देश्य को बनाता है।

- इकाई के प्रमुख स्थानों पर प्रदर्शित अपने मि अन के आधार एक नीति विवरण है।
- चिकित्सालय द्वारा नैतिक प्रबंधन को भारतीय चिकित्सा परिशद के दि गानिर्देशों के अनुसार 2002 में प्रकारित चिकित्सा गाइडलाइन की सुविधा को स्थापित किया गया है।

चिकित्सालय द्वारा इकाई के नियंत्रण स्टाफ, मरीजों की सुविधा एवं उनके महत्व की पहचान बनाये रखता है। साथ यह भी सुनिश्चित करना कि दुर्घटनाएं, घटनाएं एवं अन्य तरह की सुरक्षा प्रदान व अन्य कार्यवाही को मरीजों एवं उपयोगकर्ता को आवासित करता है।

चिकित्सालय, सभी जोखिमों के लिए नियंत्रण एवं उनके रोकथाम के लिए प्रतिबद्ध है।

जोखिम प्रबंधन को इसके अभिन्न अंग के रूप में देखा जा सकता है—

1. रोगी देखभाल के उच्चतम मानक को वितरित करना।
2. सतत गुणवत्ता में सुधार।
3. चिकित्सालयों के संसाधनों की सुरक्षा करना ताकि मरीजों के हित के लिए उनका उपयोग निरन्तर किया जा सके।
4. कार्य दायित्व की सुरक्षित व्यवस्था बनाये रखना।

### जोखिम प्रबंधन का दायरा

जोखिम प्रबंधन निम्नलिखित पहलुओं को भास्ति करता है—

- पर्यावरण जोखिम
- व्यक्तिगत जोखिम
- दि कायत एवं दि आकायत से निपटने (मरीजों एवं कर्मचारियों के लिए)
- जोखिम प्रबंधन से सम्बंधित सभी अनिवार्य प्रक्रियाएँ

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी एच (चयन करें)

### जोखिम प्रबंधन की प्रक्रिया

- संभावित जोखिम एवं खतरों की पहचान
- जोखिम की संभावना और डिग्री का मूल्यांकन करना।
- जोखिम के डाक्यूमेंट इन एवं रिपोर्टिंग।
- घटनाओं के रोकने हेतु सुधारात्मक कार्यों के कार्यान्वयन के नियंत्रण के उपाय।
- जोखिम प्रबंधन प्रक्रिया की नियमित की समीक्षा एवं निगरानी गुणवत्ता सुधार के लिए।

#### घटनाओं के प्रकार—

सामान्य तौर पर घटनाएं दो तरह से घटित होती हैं—

अप्रत्यक्ष रोगी देखभाल एवं प्रत्यक्ष रोगी देखभाल  
उदाहरण— अप्रत्यक्ष रोगी देखभाल निम्नलिखित है :—

- आग
  - हिंसा और आक्रमण
- उदाहरण— प्रत्यक्ष रोगी देखभाल निम्नलिखित है :—
- झग दोश एवं क्लीनिकल घटना
  - गलत रिपोर्टिंग
  - मानक प्रक्रिया का अनुपालन न करना
  - अप्रत्यार्थी तत मृत्यु

#### उद्देश्य

- चिकित्सालय/सी.एच.सी/पी.एच.सी के डेटा का वि लेशण करके घटनाओं के बारे में जानकारी दी/प्राप्त जाती है।
- किसी भी प्रक्रिया के गलत होने पर उसको और सुधार कर चिकित्सालय के किसी एक भाग अथवा पूरे चिकित्सालय में लागू किया जा सकता है।
- केंद्रीकृत प्रबंधित बिन्दु से वैधानिक एजेंसियों की रिपोर्टिंग प्रभावी ढंग से की जाती है।
- चिकित्सालय एवं उसके कर्मचारियों की प्रतिशठा या संपत्ति का नुकसान कम से कम हो।
- जोखिम प्रबंधन नीति चिकित्सालय/सी.एच.सी/पी.एच.सी में प्रभावी रूप से क्रियान्वित होती है।

चिकित्सालय/सी.एच.सी/पी.एच.सी मरीजों के हित को पहचानता एवं आवश्यकता को पूरा करता है।

- सभी प्रतिकूल घटनाओं, दुर्घटनाओं एवं निकट की घटनाओं की रिपोर्टिंग
- मरीज की सुरक्षा में प्रतिकूल घटना घटित होने पर मरीज के साथ संवेदनपूर्ण व्यवहार एवं आवश्यकतानुसार माफी एवं स्पश्टीकरण देना।
- सभी प्रतिकूल घटनाओं के लिए रिपोर्टिंग फार्म (आई.आर.एफ) को पूर्ण करना।
- इकाई की क्वालिटी टीम द्वारा चिकित्सालय में प्रतिकूल घटनाओं की रिपोर्टिंग त्रैमासिक रिपोर्ट के साथ जोखिम रजिस्टर में पूर्ण करना।
- चिकित्सालय द्वारा परिभाशित गंभीर घटनाओं के पॉलिसी के अनुसार घटना की जांच के लिए व्यवस्थित दृश्टिकोण नीति एवं मार्गदर्शन जैसा सेट-आउट किया गया है।
- चिकित्सालय में जांच सम्बंधी निश्कर्षों को साझा करना, जिससे कि सभी को सिखाया जा सके।
- उचित मूल्यांकन के बाद उपयुक्त कार्यवाही को लागू करना।
- सभी स्टॉफ को सपोर्ट करना एवं उनके पुनःपरीक्षण की व्यवस्था करना।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एच.सी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

- गंभीर प्रतिकूल प्रभाव के लिए तत्काल कार्यवाही एवं रिपोर्टिंग, क्षति / जटिलताओं को सीमित करने एवं अन्य को सचेत करने हेतु बाहरी उपयुक्त एजेन्सियों को बताना।
- आव यकतानुसार स्पश्ट संचार और मीडिया प्रबंधन
- चिकित्सालय / सी.एच.सी. / पी.एच.सी उस स्टाफ का सपोर्ट करता है, जो प्रतिकूल घटनाओं की रिपोर्ट करते हैं एवं उससे होने दुश्प्रभावों को संज्ञान में लाते हैं।
- इकाई एक निश्पक्ष, दोशरहित संस्कृति एवं आव यकताओं का समर्थन करती है। अन्यायपूर्ण व्यक्तियों की निश्पक्ष जांच कर सभी घटनाओं की दोशरहित जांच रिपोर्ट एच.ओ.डी या अन्य किसी व्यक्ति जो जिम्मेदार हो द्वारा प्राप्त की जाती है।

सम्बंधित के विरुद्ध अनु ासनात्मक कार्यवाही की जा सकती है यिद :-

- नुकसान पहुंचाने के इरादे से जिससे वह भली भांति जानती थी/जानता था (जानबूझकर पोटे) आम का इंजेक न लगाना, जानबूझकर उपकरण हटाना आदि)
- लापरवाही से एक अनुचित जोखिम लेना जो जानती/जानता है या उसने कृत्य के लिए जानबूझकर अपना दिमाग बंद कर लिया हो( एक गैर नियंत्रित प्रक्रिया या दवा को अंजाम देना या वह कार्य करना जिसके लिए वह अयोग्य हो)
- अपने कौ ल के अनुरूप कार्य के निश्पादन में लापरवाही बरतना।
- आपराधिक कार्य करने या अवैध तरीके से परिस्थितयों को अंजाम देना या पुलिस की जांच, अभियोग वादित हो।

## सुरक्षा

स्टाफ, रोगी और अन्य उपयोगकर्ताओं की सुरक्षा बनाए रखने के लिए हिंसा और आकामकता, आपदाओं जैसी स्थितियों में अस्पताल की सुरक्षा आदि के लिए सुरक्षा विभाग और उनके कर्मी जिम्मेदार हैं एवं आपदा की स्थिति में सुरक्षा मैनेअल के अनुसार कार्यवाही की जाती है।

## प्रयोग गाला सुरक्षा—

प्रयोग गाला और प्रयोग गाला में सुरक्षा उपायों और सावधानियों से जुड़ी जोखिमों को प्रयोग गाला की एस.ओ.पी में चर्चा की गई है।

## रेडियोलॉजी सुरक्षा

रेडियोलॉजी विभाग और सुरक्षा के साथ जोखिम की घटनाओं को रोकन के लिए बरती जाने वाली सावधानियों पर रेडियोलॉजी की एस.ओ.पी एवं मैनुअल पर विस्तार से चर्चा की गई है।

## प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया

मरीजों के उपचार में इस्तेमाल होने वाली दवाओं के प्रतिकूल घटनाओं से सम्बंधित प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया पॉलिसी में चर्चा को विस्तार दिया गया है।

## ब्लड ट्रांसफ्यूजन प्रतिक्रिया

रक्त या रक्त संक्रमण के कारण होने वाली कोई भी प्रतिक्रिया घटकों को उचित रूप से प्रलेखित और रिपोर्ट किया जाता है। विस्तृत वर्जन ब्लड ट्रांसफ्यूजन नीति में दिया गया है।

## सुरक्षा के मामलों के लिए स्टाफ की जिम्मेदारी

- सुरक्षा के मामलों में चिकित्सालय के स्टाफ को प्री अक्षित किया जाता है जिससे किवह दुर्घटना या अन्य आपदाओं से निपटने के लिए सक्षम हो सके।

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस. की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसेज
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.सी.एच (चयन करें)

- खुद के स्वास्थ्य एवं सुरक्षा का उचित ध्यान रखना एवं अन्य व्यक्तियों का जो उनके कृत्यों के लिए प्रभावित हो सकते हैं।
- किसी भी खतरनाक या असुरक्षित कार्यों प्रथाओं की प्रबंधक या प्राधिकरण में जो भी सक्षम अधिकारी हो उनको रिपोर्ट करना।
- अपने कर्तव्यों का पालन करने में विफलता एवं अनु आसनिक

चिकित्सालय के स्टाफ द्वारा परिचय एवं वार्षिक प्राक्षण लेने की आव यकता होती है जो कि इकाई या उनके विभाग के पर्यवेक्षकों द्वारा ऑर्गनाइज किया जाता है।

### सुरक्षा निरीक्षण एवं रिकार्ड

चिकित्सालय सुरक्षा का आवधिक निरीक्षण आंतरिक तौर पर या बाहरी एजेंसी द्वारा किया जाता है।

इकाई की सुरक्षा निरीक्षणों की रिपोर्ट की क्वालिटी टीम/समिति द्वारा की जाती है एवं जब भी आव यकता होती है तो उसी को सरकारी विभाग/या अन्य एजेंसी को रिपोर्ट सौंपी जाती है। सुरक्षा निरीक्षण रिकार्ड सम्बंधित विभागीय अधिकारी द्वारा बनाए जाते हैं। निम्नलिखित सूची का मूल्यांकन क्वालिटी नोडल अधिकारी/टीम द्वारा किया जाता है—

- पर्यावरण (प्रका ा, धूल, गैस, स्प्रे, भाओर)।
- खतरनाक सामग्री (ज्वलन ग्रील एवं कॉस्टिक)
- उपकरण (बायोमेडिकल उपकरण आदि)
- विद्युत उपकरण (स्विच, ब्रेकर, फ्यूज, आउटलेट, कनेक ान)।
- हैण्ड टूल्स
- व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (सुरक्षा च मा, वेंटिलेटर, विकिरण सुरक्षा एप्रन आदि)
- व्यक्तिगत सेवा/प्राथमिक चिकित्सा आपूर्ति (मेडिकल चेकअप)
- अग्नि सुरक्षा उपकरण (अलार्म एवं बुझाने)
- वॉकवे/रोडवेज (फुटफाथ, रोडवेज)
- परिवहन उपकरण (एम्बुलेंस, लिफ्ट्स)
- कंटनेर (खतरनाक अपर श्ट बैग)
- स्ट्रक्चरल ओपनिंग (खिड़कियां, दरवाजे, सीढ़ी)
- इमारतें/संरचनाएं (फ छत, बागान की दीवारें, वार्ड)
- विविध (किसी भी आइटम को उपर से कवर नहीं किया गया)।

प्रत्येक निरीक्षण रिपोर्ट में प्रतिभूति सुरक्षा प्रबंधन रिकार्ड हैं, जो उल्लंघन, गैर अनुमोदित आइटम और कमियों का निरीक्षण करते हैं। निरीक्षण प्रक्रिया में कर्मचारियों द्वारा चिकित्सालय के किसी भी विभाग में निरीक्षण के दौरान सजग रूप से भाग लिया जाता है।

कार्यक्रम के दायरे में प्रतिकूल घटना के साथ “कोई नुकसान न हो/प्रहरी घटनाओं के भास्मिल होने को परिभाषित किया गया है।

प्रबंधन आंतरिक, बाहरी एवं प्रक्रियाओं की विफलताओं की रिपोर्टिंग को सुनिश्चित करता है।

नुकसान न पहुंचाने वाली घटनाओं को प्रतिकूल घटनाओं में भास्मिल किया गया है। कोई नुकसान होने की घटना को रिपोर्ट किया जाता है जैसा कि प्रहरी घटनाएं। उससे सम्बंधित विलेशण कर उचित एवं निवारक कार्यवाही को कर लिया जाये। प्रतिकूल दवाओं की घटनाओं को इस श्रेणी में भास्मिल नहीं किया गया है जिसे पृथक से भास्मिल किया जाता है।

प्रहरी घटनाएं— स्वास्थ्य देखभाल में रोगी के बीमारी से अलग कोई भी अप्रत्यापित घटना मौत,

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

गंभीर भारिरिक या मनोवैज्ञानिक रूप से विश्लिष्ट जो कि रोगी के प्राकृतिक बीमारी नहीं थी, का चिकित्सालय में रिकार्ड रखना या सूचित करना।

आन्तरिक एवं बाहरी कार्यप्रणाली एवं प्रक्रिया विफलताओं की उचित दस्तावेजों के साथ समीक्षा करना जिससे कि सुधारात्मक एवं निवारक कार्यवाही समय पर की जा सके।

चिकित्सालय द्वारा कार्ययोजना के लिए प्रक्रिया दस्तावेजों को तैयार किया गया है।

इकाई द्वारा जिम्मेदारियां एवं अधिकार को परिभाषित करने के लिए एक प्रक्रिया को स्थापित किया है।

- हैण्डलिंग एवं जांच-

- दुर्घटनाएं
- हादसे
- गैर-अनुरूपता

- किसी भी दुर्घटना, हादसे, गैर-अनुरूपता से उत्पन्न होने वाली परिणामों को कम करना।
- सुधारात्मक एवं निवारक की कार्यवाही को पूर्ण करना।
- सुधारात्मक एवं निवारक कार्यवाही की प्रभाव फ़िलता की पुश्टि।

चिकित्सालय के प्रत्येक विभाग द्वारा क्वालिटी ए योरेंस कार्यक्रम में भाग लिया जाता है एवं उसके स्वीकृत तरीकों (मूल्यांकन ऑडिट, उचित गुणवत्ता टूल्स, गुणवत्ता में निरंतर सुधार और जोखिम प्रबंधन) के अनुरूप कार्य का संपादन करता है।

प्रत्येक विभाग, सेवा या फंक्शन एवं व्यवस्थित तरीकों का उपयोग करता है साथ ही नियोजन, निगरानी, मूल्यांकन और देखभाल की गुणवत्ता में सुधार हेतु कार्य करता है।

### प्रत्येक विभाग के सेवा एवं कार्य—

इकाई के आव यक कार्य एवं सेवाओं की पहचान

योजनाओं को विकसित करने के लिए उनकी पहचान एवं परिवर्तन

रोगियों की मात्रा, रोगियों या कर्मचारियों की लिए जोखिम की डिग्री की आव यकता के आधार पर सुधारात्मक कार्यवाही रोगी की देखभाल एवं आव यक संसाधनों की मात्रा की लागत की समस्या का निवारण करने में

कार्ययोजना के दस्तावेज तैयार करना

जोखिम मूल्यांकन प्रक्रिया के माध्यम से पूरी समीक्षा करते हुए सुधारात्मक या निवारक कार्यवाही करना

निगरानी प्रक्रिया में कम त्रैमासिक समीक्षा

गुणवत्ता जागरूकता अनिवार्य है और इसके लिए पहला कदम है क्वालिटी ए योरेंस कार्यक्रम। सुधार प्रक्रिया के लिए चिकित्सालय के सभी हितधारकों को सूचित किया जाता है।

क्वालिटी जागरूकता एवं प्रैक्षण योजना के लिए निम्नलिखित पहलुओं को लागू किया जायेगा।

क्वालिटी टूल का प्रैक्षण कर्मचारी के सभी पहलुओं के विकास के लिए आयोजित किया जाता है।

चिकित्सालय के सभी कर्मचारी बेसिक लाइफ सपोर्ट के लिए प्रैक्षित किए जाते हैं।

चिकित्सालय के सभी चिकित्सक एडवांस कार्डियक लाइफ सपोर्ट के लिए प्रैक्षित हों।

सभी नर्सिंग स्टाफ को आव यकतानुसार प्रैक्षण प्रदान किया जाता है।

कर्मचारियों के प्रैक्षण की आव यकताओं की पहचान, स्थापना और सक्षमता सुनिश्चित करने के लिए समीक्षा की जाती है।

नवनियुक्त चिकित्सक एवं नर्सों को आव यकतानुसार प्रैक्षण प्रदान किया जाता है।

सामान्य प्रैक्षण कार्यक्रम एवं उसके रिकार्ड की जिम्मेदारी प्राप्तासनिक विभाग के साथ एच.ओ.डी.या विश्वास स्तर से कार्मिक की है।

इकाई प्रैक्षण के महत्व को समझती है एवं कर्मचारी की प्रेरणा, कौशल विकास, गतिविधियों में वृद्धि, सकारात्मकता एवं प्रैक्षण के विकास को उत्पन्न करती है, प्रैक्षण एवं विकास

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

गतिविधियां समग्र मानव संसाधन प्रबंधन गतिविधि का हिस्सा है।				
कर्मचारी के प्रौद्योगिकी की आवश्यकता की पहचान (योग्यता/कौशल/अनुभव आदि) किसी एक निम्न बिन्दु के आधार पर की जाती है— <ul style="list-style-type: none"> <li>● नई नियुक्ति पर नये कर्मचारी</li> <li>● तकनीकि में परिवर्तन</li> <li>● सुविधा द्वारा क्षमता का आकलन</li> </ul>				
प्रबंधन सुनिश्चित करता है संगठन के प्रभावी एवं कुशल संचालन के आवश्यकता क्षमता उपलब्ध है। इक्षाक्षात्, अनुभव, कौशल के आधार पर कर्मियों का आंकलन कर प्रौद्योगिकी का कार्य किया जाता है।				
कर्मचारियों को उनके रोजगार के अनुसार आवश्यकता प्रमाण पत्र, लाइसेंस (जब आवश्यक हो) इन-सर्विस प्रमाणपत्र एवं जो डेटा का समर्थन करता है आदि सभी हैं।				
नियुक्ति के समय सभी कर्मचारियों के संतोषजनक स्वास्थ्य की स्थिति का प्रमाण पत्र है।				
यह भी सुनिश्चित किया जाता है कि कर्मचारी के पास रोगियों के समझने हेतु भाशा का ज्ञान एवं संचार माध्यम है।				
1 कर्मचारी की योग्यता का मूल्यांकन उनके ट्रैक रिकार्ड, पिछले प्रौद्योगिकी के विवरण एवं मूल्यांकन प्रपत्र के आधार पर किया जाता है।				
प्रतियोगिता का आकलन 1–10 भारांक पैमाने पर किया जायेगा। वस्तुनिश्चित मानदंड और प्रत्येक से जुड़ा वेटेज निम्न उल्लेख किया जायेगा—				
1 इंगित करता है— कोई ज्ञान एवं कोई कौशल नहीं				
2–3 इंगित करता है— ज्ञान है पर स्वतंत्र रूप से कर नहीं सकते।				
4–5 इंगित करता है— ज्ञान है स्वतंत्र रूप से कर सकते हैं।				
6–7 इंगित करता है— ज्ञान है स्वतंत्र रूप से कर सकते हैं लेकिन दूसरों का मार्गदर्शन नहीं कर सकते।				
8–9 इंगित करता है— ज्ञान है स्वतंत्र रूप से कर सकते हैं दूसरों का मार्गदर्शन कर सकते।				
10 इंगित करता है— ज्ञान है स्वतंत्र रूप से और कर सकते हैं। दूसरों का विकास कर सकते हैं। उपरोक्त के आधार पर मानव संसाधन प्रबंधन द्वारा उद्देश्य और कार्ययोजना में सुधार के लिए लक्ष्य अंतराल की पहचान करता है।				
<b>अगर</b> भारित अंतर 6 से अधिक है प्रौद्योगिकी की अत्यधिक सिफारिश करता है।				
अगर भारित अंतर 3 से 6 है प्रौद्योगिकी की सिफारिश करता है।				
अगर भारित अंतर 2 से 3 है प्रौद्योगिकी की आवश्यकता है परन्तु तत्त्वालिक नहीं है।				
अगर भारित अंतर 1 है प्रौद्योगिकी की अत्यधिक सिफारिश करता है।				
प्रौद्योगिकी मोड प्रौद्योगिकी मोड या कार्ययोजना निम्न में से कोई एक भागमिल है— <ul style="list-style-type: none"> <li>● क्लास रूम प्रौद्योगिकी</li> </ul>				

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टेंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• सुविधा युक्त प्रैक्षण वीडियो</li> <li>• औपचारिक उल्लेख कार्यक्रम</li> <li>• निर्दीचत स्व अध्ययन</li> <li>• बाहरी प्रैक्षण कार्यक्रम(सरकार प्रायोजित) प्रोफे नल सेमिनार, आदि</li> </ul>				
	<p>3 प्रैक्षण के संसाधन का प्रावधान—</p> <p>इकाई के प्रासादिक विभाग द्वारा प्र्याप्त संसाधन और धन उपलब्ध कराया जाता है।</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. प्रैक्षण कार्यक्रम को लागू करने हेतु जिम्मेदार व्यक्ति का नाम</li> <li>2. प्रैक्षण कार्यक्रम हेतु उपकरण</li> <li>3. प्रैक्षण आयोजित करने हेतु सुविधाएं</li> <li>4. प्रैक्षण रिकार्ड बनाए रखना।</li> </ol>				
	नामित कर्मचारियों द्वारा प्रतिभाग करने पर उनके भत्ते का प्रावधान				
	<p>4 प्रैक्षण कैलेण्डर—</p> <p>प्रैक्षण कार्यक्रम प्रासादिक इकाई के विभाग द्वारा नियोजित होने वाले इसके दायरे में आने वाले विभिन्न वर्ग के कर्मचारियों के लिए किया जाता है।</p>				
	प्रैक्षण कैलेण्डर (मासिक कार्ययोजना) मासिक आधार पर तैयार किये निर्धारित कार्ययोजना को दर्शाता है चिकित्सालय द्वारा निर्धारित प्रैक्षण माह के अनुसार होता है।				
	प्रत्येक वर्ग के कर्मचारियों के लिए विभागीय, समग्र परिवर्तन एवं उनके विकास को बढ़ाने के लिए किया जाता है।				
	5 प्रैक्षण की आवश्यकता का आंकलन इकाई के प्रासादिक विभाग द्वारा या विभागीय प्रमुख द्वारा कर्मचारी द्वारा प्रैक्षण की आवश्यकता क्षमता मैट्रिक्स और प्रदर्शन मूल्यांकन की रिपोर्ट को दर्शाता है।				
	तकनीकि में परिवर्तन, प्रौद्योगिकी परिवर्तन, नई मीन के आने पर या अन्य अनुसूची में भागिल होने पर कर्मचारी के प्रैक्षण को प्रभावपूर्ण ढंग एवं निपुणता के साथ प्रैक्षण को नियोजित किया जाता है।				
	प्रैक्षण की आवश्यकता तब भी होती है जब कोई कर्मचारी अतिरिक्त मान, पदोन्नति या जिम्मेदारी लेता है उसके नई जिम्मेदारियों के बेहतर काम के लिए प्रैक्षण की आवश्यकता होती है।				
	<p><b>6 प्रैक्षण रिकॉर्ड</b></p> <p>प्रत्येक व्यक्ति वर्ग के लिए एक प्रशिक्षण रिकॉर्ड (आंतरिक प्रशिक्षण के साथ-साथ प्रशिक्षण प्रदान किया गया) बाहरी प्रशिक्षकों द्वारा बनाए रखा जाता है जहां हर तरह का प्रशिक्षण हो</p> <p>प्रत्येक व्यक्तिगत कर्मचारी और प्रशिक्षक के हस्ताक्षर के साथ कर्मचारी द्वारा भाग लिया जाता है।</p>				
	<p>बाहरी प्रशिक्षण यानी बाहरी प्रशिक्षण में कर्मचारी उपस्थित थे बाहरी प्रशिक्षण में इकाई का वातावरण रिकॉर्ड भी दर्ज किया जाता है</p> <p>कर्मचारियों को बाहरी एजेंसी द्वारा प्रमाणपत्र प्रदान किये गये एक प्रति प्रस्तुत करनी होती है कर्मचारी की व्यक्तिगत फाइल में रिकॉर्ड रखा जाता है।</p>				
	सभी कर्मियों की फाइल में प्रैक्षण का संक्षिप्त रूप होता है।				
	<p><b>7. प्रशिक्षण प्रभावशीलता का मूल्यांकन:</b></p> <p>प्रशिक्षण की प्रभावशीलता को मापने, उपयोगिता सुनिश्चित करने</p>				

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

	के लिए के कर्मचारी द्वारा भाग लिया गया एक बहुत ही महत्वपूर्ण कार्य है प्रशिक्षण और ज्ञान की डिग्री के लिए।				
	शिक्षण प्रभावशीलता का मूल्यांकन एक $360^{\circ}$ प्रक्रिया है, जिसमें प्रशिक्षु प्रशिक्षक (रिफरी प्रशिक्षु प्रतिक्रिया प्रपत्र) का मूल्यांकन करते हैं और प्रशिक्षक प्रशिक्षुओं (वस्तुगत प्रकार के संदर्भ में) का मूल्यांकन करता है प्रशिक्षण के लिए विषय से संबंधित प्रश्न को ध्यान में रखते हुए।				
	प्रशिक्षण की प्रभावशीलता को मापने के लिए और ज्ञान के स्तर में परिणामी सुधार की क्षमता को समझने के लिए ट्रेनर का मूल्यांकन आवश्यक है उपयोगी प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए प्रशिक्षक प्रशिक्षुओं का मूल्यांकन किया जाता है				
<b>8. रिकॉर्ड</b>					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. प्रशिक्षण कैलेंडर</li> <li>2. प्रशिक्षण रिकॉर्ड (आंतरिक और बाहरी)</li> <li>3. प्रशिक्षण प्रतिक्रिया प्रपत्र रिकॉर्ड</li> <li>4. प्रशिक्षण मूल्यांकन रिकॉर्ड</li> </ol>					
	9 प्रशिक्षण रिकॉर्ड फार्म	प्रशिक्षण रिकॉर्ड फार्म प्रत्येक कार्मिक के फ़ाइल में संलग्न है जो कर्मचारियों द्वारा किए गए प्रशिक्षण का एक त्वरित दृश्य प्रदान करता है।			
<b>मासिक समीक्षा बैठक की प्रक्रिया</b>					
	चिकित्सा इकाई की क्वालिटी टीम, संक्रमण नियंत्रण की मासिक आधार पर समिति की बैठकें प्रदर्शन मापने और अन्य के लिए रखती हैं और बजट लक्ष्य के सापेक्ष निगरानी रखी जाती है। इकाई के प्रदर्शन को मापने के लिए समीक्षा की जाती है बैठक में समितियों द्वारा।				
	प्रत्येक विभाग के अपने गुणवत्ता उद्देश्य प्रदर्शन संकेतक, और कुंजी हैं। विभागीय अधिकारी निगरानी, माप, विश्लेषण और प्रक्रियाओं का सुधार उनके संबंधित विभागों में प्रभाव हेतु सुनिश्चित करें।				
1	<b>FACILITY MAINTENANCE PLAN:</b>	इकाई के योजनाओं का रखरखाव:			
	Organization has framed and documented its procedures for operational & maintenance (preventive and breakdown) plan for facility maintenance. This includes all such aspects like facility, building and installations, throughout the whole organization.	प्रबंधन ने इसके लिए अपनी प्रक्रियाओं के परिचालन और रखरखाव (निवारक और टूटने) के लिए योजना को तैयार और प्रलेखित किया है इसमें पूरे संगठन में निर्माण और स्थापना के लिए इकाई हेतु सभी पहलू शामिल हैं।	एस.डी.ओ./कारपेन्टर /प्लम्बर/ इलेक्ट्रीच इन/आउटसोर्स हेल्पर		
	Preventive maintenance schedules are developed and this is carried on as per the schedule and is an ongoing process. This includes building, electric installations, plumbing, electronic installations, fire	निवारक रखरखाव कार्यक्रम विकसित किए जाते हैं और यह है अनुसूची के अनुसार किया जाता है और यह एक सतत प्रक्रिया है। इसमें भवन, विजली के उपकरण इलेक्ट्रॉनिक शामिल हैं। आग सुरक्षा, प्रारम्भिक चेतावनी, सुरक्षित और पर्याप्त पानी आदि का प्रावधान भागिल हैं।			
विभाग अधिकारी		सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टेपल ऑपरेटिंग प्रोसेसोज़र
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	safety installations, early warning installations, provision of safe and adequate water etc.		
	इंजीनियरिंग सेवा के कर्मचारी और तकनीशियन हैं जो हैं इकाई के निरीक्षण, में प्रशासक और एस.आई.सी/ सी.एम.एस /चिकित्सक में शामिल हैं। इस तरह के निरीक्षणों से प्रारंभिक निवारक की जरूरतों की पहचान करने एवं रखरखाव जो अन्यथा अनुसूची में नहीं है, में मदद मिलती है		
	रख—रखाव संबंधी शिकायतों के लिए रख—रखाव प्रभारी/कार्मिक अलग से है		
	आपातकालीन इंजीनियरिंग कार्यों के लिए सभी शिकायतों/अनुरोधों के रखरखाव के लिए प्रभारी को फोन या लेखन पर समस्या क्षेत्र में उल्लेख करने के लिए भेजा जाता है। इस तरह के अनुरोध की तारीख और समय, शिकायत की प्रकृति, शिकायत उपस्थिति रजिस्टर में दर्ज किया जाता है।		
	तकनीकी सहायकता के अन्तर्गत मरम्मत की जाती है, ओ.के. रिपोर्ट दी जाती है और दिनांक और समय के साथ रजिस्टर में दर्ज किया जाता है। सुपरवाइजरी स्टाफ एक फोन कॉल देता है इकाई/विभाग जहां से फिर कायत की गई थी और प्रदान की गयी सेवाओं और समस्याओं के दैनिक आधार पर फीडबैक लेता है।		
	मुख्य साधन का इतिहास पत्रक और कार्य पुस्तिका		
	यह उपयोगकर्ता विभाग का कर्तव्य है कि वह हिस्ट्री शीट और उन्हें जारी किए गए उपकरणों की लॉग बुक जो उनके विभाग या इकाई में काम कर रहा है कि इस तिथि को बनाए रखे और अद्यतित करे। विभागीय प्रमुख विभाग में एक फॉल्डर रखता है जिसमें सभी उपकरण की उनकी हिस्ट्री शीट्स और लॉग बुक्स हों के लिए फाइलें होती हैं।		
	पूरा ध्यान उपकरणों के प्रदर्शन को ट्रैक करना है और अपने कामकाज का रिकॉर्ड रखना। निवारक रखरखाव और इसके अनुसार उपकरणों की आवश्यकताओं और नवीनीकरण से पहले सी.एम.एस/ए.एम.सी का नवीनीकरण करना होता है जिससे समय पर मदद भी मिलती है।		
1 2	इकाई की सुविधाओं / उपकरणों की एक व्यापक सूची (यूनिटी वार) – बनाना। जो कि विवरण के साथ उपलब्ध हो <ul style="list-style-type: none"> <li>• उनकी पहचान</li> <li>• स्थान</li> <li>• आपरेशन की सीमा एवं रख—रखाव व आंकन की आवश्यकता</li> </ul>		
	रखरखाव और अंशांकन आवश्यकताओं को सामान्य रूप से परिचालन और रखरखाव नियमावली का उपयोग करके पहचान की गई एवं कर रहे हैं रखरखाव मैनुअल उपलब्ध नहीं हैं, ज्ञान और अनुभव पर ये आधारित हैं।		
	सभी नए खरीदे गए उपकरणों के लिए, यह सुनिश्चित किया जाता है कि ये ए.एम.सी. से आच्छादित हैं।		
	जब कोई उपकरण टूट जाता है, तो रख—रखाव प्रभारी को सूचित किया है। रखरखाव की आवश्यकता शिकायत उपस्थिति रजिस्टर में दर्ज की जाती है।		
3	ब्रेकडाउन मरम्मत		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच/ (चयन करें)

3.1	<p>किसी उपकरण या उपकरण के टूटने की सूचना दी जाती है अनुकरण प्रभारी इस तरह की मरम्मत के लिए ब्रेकडाउन रिपेयर फॉर्म पर मांग भेजा जाता है।</p> <p>संबंधित तकनीशियन लॉग इन करता है ब्रेकडाउन के प्रारूप के आधार पर रखरखाव की आवश्यकता के अनुसार मरम्मत करता है।</p>			
	प्रारूप के उपयोग से प्रत्येक उपकरण / उपकरणों के लिए बनाए गए हिस्ट्री कार्ड में सभी निवारक रखरखाव कार्य दर्ज किए जाते हैं।			
	उपकरण / उपकरण जो एएमसी (वार्षिक) में दिए गए हैं रखरखाव अनुबंध) के लिए एएमसी कंपनी को दिया जाता है रखरखाव। असफलता / ब्रेक डाउन की निगरानी के उद्देश्यों के लिए कंपनी से रिपोर्ट ली जाती है।			
	<b>डिवाइस/उपकरण की क्षमता</b>			
	अंशांकन की आवश्यकता वाले सभी उपकरणों / उपकरणों / उपकरणों की एक सूची तैयार है और बनाए रखी जाती है। सूची नाम, प्रकार, क्रम संख्या, स्थान, लागू द्वारा उपकरण अंशांकन आवश्यकताएं, किए गए अंशांकन की तारीख और अंशांकन माप की पहचान करती है अंशांकन स्थिति लगातार नियत तारीख से अपडेट की जाती है।			
4.2	This list also indicates, whether calibration is done in house or through external sources. Calibration requiring an outside agency - a contract or purchase order is issued.	सूची यह भी इंगित करती है, कि क्या घर में या बाहरी स्रोतों के माध्यम से अंशांकन किया जाता है या नहीं बाहर की एजेंसी एक अनुबंध या खरीद आदेश की आवश्यकता जारी किया जाता है।		
4.3	Where required Calibration agency is provided with necessary facilities and support to carry out calibration in the hospital itself.	अस्पताल में ही आवश्यक के साथ एजेंसी द्वारा अंशांकन करने के लिए सुविधाएं और सहायता।	Concerned Engineer/ Technician	
4.4	Such instruments that are to be calibrated at an outside location are collected and sent to the identified calibration agency.	ऐसे उपकरण जिन्हें बाहरी स्थान पर कैलिब्रेट किया जाना है एकत्र किया गया और पहचान की अंशांकन हेतु एजेंसी को भेजा जाये।	Concerned Engineer/ Technician	
4.5	The following is checked when	जब कैलिब्रेशन किया जाता है तो निम्नलिखित की जाँच की जाती है –	Concerned Engineer/	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।				

चिकित्सालय का नाम :	स्टेंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

	<p>calibration is done -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physical condition of instrument / test equipment</li> <li>• Calibration report verification</li> <li>• Calibration certificate to be obtained from calibration agency and after verification marked as O.K. / Not O.K.</li> <li>• Sticking of calibration sticker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● साधन / परीक्षण उपकरण की भौतिक स्थिति</li> <li>● अंशांकन रिपोर्ट सत्यापन</li> <li>● अंशांकन प्रमाण पत्र अंशांकन एजेंसी से प्राप्त किया जाना है और सत्यापन के बाद ओ.के. है या नहीं है।</li> <li>● अंशांकन स्टीकर का चिपकना</li> </ul>	Technician	
4.6	Calibration history is maintained using format F03/BMD (HC) and calibration certificates filed.	अंशांकन इतिहास एफ03/बी.एम.डी (एच.सी) प्रारूप का उपयोग करके बनाए रखा जाता है एवं अंशांकन प्रमाण पत्र भरा जाता है।		
4.7	Maintenance preserves the machine's accuracy and fitness for use. If equipment is out of calibration or is otherwise not fit for use, it should be withdrawn from use.	रखरखाव मशीन के उपयोग के लिए सटीकता और फिटनेस को बरकरार रखता है। यदि उपकरण अंशांकन से बाहर है या अन्यथा उपयोग के लिए फिट नहीं है, तो यह उपयोग से हटा लिया जाना चाहिए।	Concerned Engineer/ Technician	
4.8	Accessories associated with Test instruments are identified and calibrated along with Test Instruments.	टेस्ट उपकरणों से जुड़े सामान की पहचान की जाती है और परीक्षण उपकरणों के साथ-साथ कैलिब्रेट किया जाता है।	Concerned Engineer/ Technician	
4.9	In case an instrument has an error – the materials already checked by this instrument are quarantined. This lot is re-checked with other instruments which are in order/the same instrument after	यदि किसी उपकरण में त्रुटि है – इस उपकरण की जाँच से पहले सामग्री की जाँच की जाती है। इस लॉट की पुनः अन्य उपकरण जो क्रम में हैं/या उनका री-कैलीबरेशन हुआ है, जाँच की जाती है	Concerned Engineer/ Technician	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस. की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)

	its re-calibration.			
4.10	Persons using instruments are trained on aspects like Do's, Don'ts, handling, storage, safety, preventive maintenance.	उपकरणों का उपयोग करने वाले कर्मियों को क्या करें, क्या न करें हैंडलिंग, भंडारण, सुरक्षा, निवारक रखरखाव जैसे पहलुओं पर प्रशिक्षित हैं।	Concerned Engineer/ Technician	
5	5 Maintenance of Telephone & exchange system	टेलीफोन एवं एक्सचेंज सिस्टम के 5 रखरखाव		
5.1	Problems of non-working telephone lines, instruments, etc. (internal / external) or is brought to the notice of the Maintenance in-charge.	गैर-कामकाजी टेलीफोन लाइनों, उपकरणों, आदि की समस्याओं के लिए (आंतरिक / बाहरी) या रखरखाव के प्रभारी के ध्यान में लाया जाता है।	Concerned Engineer/ Technician	
5.3	Cases where the problem is due to external exchange, these are taken up with the external authorities by chief engineer.	मुख्य अभियंता द्वारा बाहरी अधिकारियों का सहयोग लिया जाता है।	Concerned Engineer/ Technician	
5.4	Replacement/ Renting of Equipment	उपकरण का प्रतिस्थापन/ किराया		
5.5	Non-functioning equipment is replaced with standby equipment wherever possible. The replacement is given either from the stores or from another user department who shares the equipment with this department until their own equipment is repaired/ restored	गैर-कामकाजी उपकरण को जहाँ भी संभव हो। स्टैंडबाय उपकरण से बदल दिया जाता है प्रतिस्थापन दुकानों से या किसी अन्य उपयोगकर्ता विभाग से, जो उपकरण साझा करता है।	Concerned Engineer/ Technician	
5.6	An updated list of equipment renting agencies, other sources that can loan equipment along with	उपकरण किराए पर लेने वाली एजेंसियों की एक अद्यतन सूची, किराये आदि की दर सूची के साथ अन्य स्रोत जिनके द्वारा उपकरण	Concerned Engineer/ Technician	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।				

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसोजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/ डी सी एच (चयन करें)
-----------------------------------	--

the contact numbers is maintained with rate list for rentals etc.	बनाए रखा जा सकता है उनका संपर्क नंबर।		
उपकरण किराए पर या उधार लेकर प्रतिस्थापन किया जाता है विक्रेता / किराए पर लेने की एजेंसियों और अन्य चिकित्सालयों से पहचान, जब तक उनके स्वयं के उपकरण की मरम्मत / बहाली नहीं हो जाती है प्रतिस्थापित उपकरण की जाँच की जाती है और उचित कामकाज के लिए कैलिब्रेट किया जाता है।			

उपकरण का निस्तारण	टेक्नीकीयान
उन उपकरणों की पहचान करना जिनका निस्तारण किया जाना है।	कंडमने आन
निस्तारण किये जाने वाले उपकरणों के लिये योजना तैयार करना।	
ऐसे उपकरण जिनका निष्प्रयोजन करना है उनके विक्रेता एवं विधि की पहचान करना।	
उपकरणों के निष्प्रयोजन का अंतिम निर्णय।	
नये उपकरणों का चुनाव	
नए उपकरणों के लिए डिमांड नोट तैयार करना	
उपकरणों की लिस्ट एवं मांग पत्र तैयार करना।	
प्राथमिकता एवं संसाधन के आधार पर उपकरणों की खरीद करना।	
उन उपकरणों की सूची को अंतिम रूप देना जिन्हें खरीदने की आवश्यकता है।	
उपकरण विनिर्देशों का सृजन	
उपकरण विनिर्देशों को अंतिम रूप देना	
उपकरण की खरीद	
क्रय आदेश अंतिम रूप देना	
8.2 Processing of purchase order	खरीद आदेश का प्रसंस्करण
8.3 Selection of vendors	विक्रेता का चयन करना
8.4 Calling for BIDS &	BIDS और BIDS को अंतिम

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टेपडल ऑपरेटिंग प्रोसेसोजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच/डी.सी एच (चयन करें)

	finalization of BIDS	रूप देने के लिए कॉल करना		
8.5	Selection of vendor	विक्रेता का चयन	DGHS LEVEL	
8.6	Negotiations and finalization of terms and conditions and payment plans for purchase	मोल भाव, शर्तों और भुगतान को अंतिम रूप देना	DGHS LEVEL	
8.7	Final order placement with the selected vendor	चयनित विक्रेता के साथ अंतिम क्रय आदेश देना	DGHS LEVEL	
8.8	Release of payment	भुगतान जारी करना	DGHS LEVEL	
8.9	Reporting on proper and adequate supply of equipment as per the TORs	टीओआर के अनुसार उपकरणों की उचित और पर्याप्त आपूर्ति पर रिपोर्टिंग	Purchase committee and HOD user department	
8.10	Release of final payment	अंतिम भुगतान जारी	Accounts department on Recommendation of purchase committee	
9	<b>Updating/ Upgrading of equipment</b>			
9.1	Generation of demand	मांग का सृजन	User department & SIC/ CMS/MS of hospital as the strategic requirement the hospital	
9.2	Finalization of demand	मांग को अंतिम रूप देना	SIC/ CMS/ MS	
9.3	All other step are same as those listed in section 7 and 8 above	अन्य सभी चरण उपरोक्त अनुभाग 7 और 8 में सूचीबद्ध समान हैं।		
10	<b>Inventorying Equipment</b>	इन्वेंटरी उपकरण		
10.1	Unpacking of new equipment/ rented equipment/ supplied equipment	नए उपकरण / किराए पर उपकरण / आपूर्ति की पैकिंग उपकरण	Store in-charge In the presence of Representative from purchase committee/user department	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टेपड़ड ऑपरेटिंग प्रोसेसोजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	---

10.2	Physical inspection for any damages, breakage, missing components	किसी भी प्रकार के टूटे हुये एवं लापता उपकरणों का भौतिक निरीक्षण	Store in-charge in the presence of Representative from purchase committee/user	
10.3	Checking for completeness of supplied equipment along with accessories, papers, documents, user manuals, software CDs/DVDs, spares, cables etc.	आपूर्ति किए गए उपकरणों की पूर्णता जाँच करना जैसे सामान, कागजात, दस्तावेज, उपयोगकर्ता मैनुअल, सॉफ्टवेयर सीडी / डीवीडी, पुर्जा, केबल आदि।	Store in-charge in the presence of Representative from purchase committee/user department	
10.4	Checking for functioning of equipment	उपकरणों के कामकाज के लिए जाँच करना	Store in-charge in the presence of Representative from purchase committee/user department	
10.5	Completing check list of completeness of the equipment supplied	आपूर्ति किए गए उपकरणों की पूर्णता की जांच सूची तैयार करना	Store in-charge in the presence of Representative from purchase committee/user department	
10.6	Taking in the equipment	उपकरणों की स्थिति चैक करना।	Store in-charge in the presence of Representative from purchase committee/user department	
10.7	Signing the delivery note	डिलीवरी नोट पर हस्ताक्षर करना	Store in-charge in the presence of Representative from purchase committee/user department	
10.8	Allocating an equipment specific inventory number, entering of details of the	आवश्यकताओं के अनुसार एक विशिष्ट इन्वेन्ट्री नंबर तैयार करते हुये सभी उपकरणों को लेवल	Store in-charge	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसोंजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	--

	equipment in the store system, generating appropriate labels of inventory for the equipment and placing such label on the equipment and making relevant entries as per the requirements	लगाकर रखना।		
10.9	Preparing equipment history sheet after making required entries in the same and also initiating the log book of the equipment and handing it over to the user department in a file with clear instructions to them on securing the same and maintaining proper records therein	आवश्यकता के अनुसार उपकरण हिस्ट्री शीट तैयार करना। वही और उपकरणों की लॉग बुक शुरू करना और इसे स्पष्ट रूप से फाइल में उपयोगकर्ता विभाग को सौंपना।  उन्हें सुरक्षित रखने और उचित बनाए रखने के लिए रिकॉर्ड करना।	Store in-charge in the presence of Representative from purchase committee/user department	
10.10	Issuing of the equipment and user manuals to the user department and completing paper work	उपयोगकर्ता विभाग को उपकरण और उपयोगकर्ता मैनुअल जारी करना और कागज का काम पूरा करना	Inventorying and storing the spares, software supplied, documents etc. for the equipment and securely storing them in lock and key.	
11	<b>Records Generation</b>	रिकॉर्ड जनरेशन		
11.1	Breakdown Slip/ Register Preventive maintenance Schedule / Record History Sheet /Log books of the equipment  List of instrument requiring calibration Calibration Sticker Calibration Reports  Inventory stickers for equipments Inventory list of equipments  Down-time & up-time records, equipment wise  Purchase records including equipment specifications, vendor Details Address book and contact information of all	ब्रेकडाउन स्लिप / रजिस्टर निवारक रखरखाव अनुसूची / रिकॉर्ड हिस्ट्री शीट / उपकरणों की लॉग बुक अंशांकन की आवश्यकता वाले उपकरण की सूची अंशांकन स्टीकर अंशांकन रिपोर्ट उपकरणों के लिए इन्वेंटरी स्टिकर उपकरणों की सूची डाउन-टाइम और अप-टाइम रिकॉर्ड, उपकरण वार उपकरण विनिर्देशों, विक्रेता सहित खरीद रिकॉर्ड विवरण पता पुस्तिका और सभी विक्रेताओं और सेवा की		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	---

	vendors and service centers, agents etc. Condemnation and disposal records	संपर्क जानकारी केंद्र, एजेंट आदि। निंदा और निपटान रिकॉर्ड	
	<b>Incident Reporting and Risk Management</b>		
	<p>The hospital / CHC is committed to provide the highest possible quality of care in an environment that is of minimal risk to its patients, visitors, employees, and medical staff. Essential to the achievement of the objective is risk management, its systematic process of identifying, evaluating, and addressing potential and actual risk.</p> <p>The administration is committed to the elimination and or control of all risks. The administration strives to ensure that accidents, incidents and near misses are identified, reported and action taken to help ensure the safety and security.</p> <p><b>Risk Terminologies:</b></p> <p><b>Adverse Healthcare Events:</b> A clinical event that results in unintended harm to the patient by an act of commission or omission rather than an underlying disease or the condition of patient resulting in physical or physiological injury to the patient.</p> <p><b>Adverse Health and safety events:</b> These are defined as non-clinical events or omissions that cause</p>	<p>अस्पताल / सीएचसी एक ऐसे वातावरण में देखभाल की उच्चतम संभव गुणवत्ता प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध है जो अपने रोगियों, आगंतुकों, कर्मचारियों और चिकित्सा कर्मचारियों के लिए न्यूनतम जोखिम है। उद्देश्य की उपलब्धि के लिए आवश्यक जोखिम प्रबंधन है, संभावित और वास्तविक जोखिम की पहचान, मूल्यांकन और संबोधित करने की इसकी व्यवस्थित प्रक्रिया।</p> <p>प्रशासन सभी जोखिमों के उन्मूलन और नियंत्रण के लिए प्रतिबद्ध है। प्रशासन यह सुनिश्चित करता है कि दुर्घटनाओं, घटनाओं और निकट की यादों की पहचान, रिपोर्ट और कार्रवाई की जाए ताकि सुरक्षा और सुरक्षा सुनिश्चित करने में मदद मिल सके।</p> <p><b>जोखिम शब्दावली:</b></p> <p><b>प्रतिकूल हेल्थकेयर इवेंट्स:</b> एक नैदानिक घटना जिसके परिणामस्वरूप रोगी को कमीशन या चूक के एक अंतर्निहित बीमारी के परिणामस्वरूप नुकसान होता है या रोगी की स्थिति या रोगी की स्थिति जिसके परिणामस्वरूप</p>	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

	<p>physical or psychological injury to any person on the premises, such as verbal and/or physical abuse, theft, sharps injuries, falls etc.</p> <p><b>Other Adverse events:</b> These are other non-clinical incident such as fire, security event, equipment failings, service disruptions, utilities failure, that cause loss or damage to persons in hospital or affect the ability of the hospital to meet service delivery targets in any way.</p> <p><b>Near Misses:</b> Apply to all the above categories. A Near miss is defined as an act of commission or act of omission that could have harmed the patient but did not do so as result only by the virtue of good luck, skillful management and/or prompt evasive action.</p> <p>Eg: the patient received a contraindicated drug but did not experience an adverse drug reaction, prevention (a potentially lethal overdose was prescribed, but the nurse identified the error before administering the medication) or mitigation (a lethal overdose was administered but countered with an antidote).</p>	<p>रोगी को शारीरिक या शारीरिक चोट लगती है।</p> <p>प्रतिकूल स्वास्थ्य और सुरक्षा कार्यक्रम: इन्हें गैर-नैदानिक घटनाओं या चूक के रूप में परिभाषित किया जाता है जो परिसर के किसी भी व्यक्ति को शारीरिक या मनोवैज्ञानिक चोट पहुंचाते हैं, जैसे कि मौखिक और / या शारीरिक शोषण, चोरी, गिरना आदि।</p> <p>अन्य प्रतिकूल घटनाएँ: ये अन्य गैर-नैदानिक घटनाएँ हैं जैसे कि आग, सुरक्षा घटना, उपकरण विफलताओं, सेवा में व्यवधान, उपयोगिताओं की विफलता, जो अस्पताल में व्यक्तियों को नुकसान या क्षति पहुंचाती हैं या किसी भी सेवा वितरण लक्ष्यों को पूरा करने के लिए अस्पताल की क्षमता को प्रभावित करती हैं।</p> <p>‘नियर मिस’ को कमीशन के एक अधिनियम या चूक के कार्य के रूप में परिभाषित किया गया है जो रोगी को नुकसान पहुंचा सकता है लेकिन ऐसा केवल सौभाग्य, कुशल प्रबंधन और / या त्वरित कार्रवाई के गुण के परिणामस्वरूप नहीं किया गया है।</p> <p>डदाहरणार्थ रोगी को कोई contraindicated दवा प्राप्त हुई, लेकिन प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया का अनुभव नहीं हुआ।</p>	
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	रोकथाम (एक संभावित घातक ओवरडोज निर्धारित किया गया था, लेकिन नर्स ने दवा की व्यवस्था करने से पहले त्रुटि की पहचान की) या शमन (एक घातक ओवरडोज प्रशासित किया गया था।	
--	---	--

<p><b>Sentinel event:</b> A sentinel event is an unexpected occurrence involving death or serious physical or psychological injury or risk thereof. Serious injury specifically includes loss of limb or function. Such events are called sentinel event because they signal the need for immediate investigation and response.</p>	<p>इवेंट एक अप्रत्यार्थित घटना है जिसमें मृत्यु, गंभीर भारीरिक या मनोवैज्ञानिक चोट या जोखिम भासिल है। गंभीर चोट में विशेष रूप से अंग या कार्य की हानि भासिल है। ऐसी घटनाओं को प्रहरी घटना कहा जाता है क्योंकि वे तत्काल जाँच और प्रतिक्रिया की आवश्यकता का संकेत देते हैं।</p>
<p><b>Medication Error:</b> Medication error is a part of Adverse Healthcare event. Any <b>Preventable event</b> that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm, while the medication is in control of the staff. Such events may be caused by gaps in prescribing orders, labeling, packaging and nomenclature, dispensing, or administration etc.</p> <p><b>Adverse Drug Reaction:</b> Adverse Drug Reaction is a part of Adverse Healthcare event. An Adverse drug reaction is any</p>	<p><b>मेडिकेशन एरर:</b> मेडिकेशन एरर प्रतिकूल हेतु केयर का हिस्सा है। कोई भी रोकथाम योग्य घटना जो अनुचित दवा के उपयोग या रोगी को नुकसान पहुँचा सकती है या ले जा सकती है जबकि दवा कर्मचारी के नियंत्रण में है। इस प्रकार की घटनायें प्रिस्क्रिप्शन आदेंगों में अंतराल, लेबलिंग, पैकेजिंग, और नामकरण, वितरण या प्राप्तान के कारण हो सकती हैं।</p> <p><b>प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया:</b> प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया हेतु केयर घटनाओं का एक हिस्सा है। एक प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया किसी भी विशाक्त, अनपेक्षित, अवांछनीय, या एक दवा के लिये अप्रत्यार्थित प्रतिक्रिया है जो रोग निरोधी विफलता को छोड़कर प्रोफिलैक्सेस, निदान या चिकित्सा के लिए मानव में उपयोग किये जाने वाली खुराक पर होती है।</p>

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस. की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसोंजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	--

<p>noxious, unintended, undesirable, or unexpected response to a drug that occurs at doses used in human for prophylaxis, diagnosis or therapy, excluding therapeutic failure.</p>	<p><b>आयोग का कार्य:</b> ऐसी दवा का वर्णन करना जो किसी अन्य दवा के साथ लेने पर घातक हो सकती है जिसे रोगी ले रहा है।</p>	
<p><b>Act of commission:</b> e.g. Prescribing a medication that has a potentially fatal interaction with another drug the patient is taking.</p>	<p><b>विफलता का कार्य:</b> एक ऐसी दवा को निर्धारित करने में विफल होना जिससे रोगी को लाभ होगा।</p>	
<p><b>Act of Omission:</b> e.g. Failing to prescribe a medication from which the patient would likely have benefited.</p>	<p>घटना होने पर हादसा रिपोर्ट फार्म भरने का तरीका:</p>	
<p><b>Guide on the completion of the Incident Report Form</b></p>	<p><u>अनुभाग 1: हादसे/घटना की तारीख</u></p>	
<p><b>Section 1: Date of Accident / Incident</b></p>	<p>घटना की दिनांक, समय तथा स्थान नोट करें—कृपया महत्वपूर्ण तथ्य ही नोट करें।</p>	
<p>State date and time and location of incident, please record fact only.</p>	<p><u>अनुभाग 2: भासिल या प्रभावित व्यक्ति</u></p>	
<p><b>Section 2: Person involved / affected</b></p>	<p>इस अनुभाग को तभी भरें जब व्यक्ति घटना में भासिल हो।</p>	
<p>Fill in this section if a person is involved in the incident. If more than one person is involved a separate Incident Report form should be used for each person. If a person is not involved, this section can be omitted.</p>	<p>यदि एक से अधिक व्यक्ति भासिल हों तो प्रत्येक व्यक्ति के लिये अलग—अलग हादसा रिपोर्ट फार्म भरना चाहिए। यदि कोई व्यक्ति भासिल नहीं है तो इस अनुभाग को छोड़ा जा सकता है।</p>	
<p><b>Section 3: Type of Incident / Accident</b></p>	<p><u>अनुभाग 3: घटना/दुर्घटना के प्रकार</u></p>	
<p>Some examples of type of</p>	<p>घटनाओं के प्रकार के कुछ उदाहरण नीचे दिए गए हैं ताकि आप यह तय कर सकें कि यह किस प्रकार की घटना है।</p>	
<p><b>विभाग अधिकारी</b></p>	<p><b>विभाग अधिकारी</b></p>	

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

<p>चिकित्सालय का नाम :</p> <p>जनरल विभाग</p> <p>स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसेजर</p> <p>एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.ई.एच/डी.सी.एच (चयन करें)</p>				
<p>विभाग अधिकारी</p>	<p>सत्यापित कर्ता का नाम</p>	<p>अनुमोदित कर्ता का नाम</p>	<p>जारी करने की तिथि</p>	<p>संस्करण संख्या— 1.0</p>

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच/डी.सी एवं (चयन करें)

	<p>विभाग अधिकारी</p> <p>सत्यापित कर्ता का नाम</p> <p>अनुमोदित कर्ता का नाम</p> <p>जारी करने की तिथि</p> <p>संस्करण संख्या— 1.0</p>		
--	--	--	--

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	---

<p>administration.</p> <p><b>Verbal abuse &amp; violence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (Physical or verbal incidents directed at staff, a patient, or visitor)</li> <li>▪ A patient throws a cup of tea at another patient</li> <li>▪ Sustained patient or visitor swearing or shouting, or behaving inappropriately</li> <li>▪ Actual physical or unacceptable verbal assaults on staff, by patients or visitors</li> </ul> <p><b>Equipment failure / misuse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bed hydraulics not working,</li> <li>▪ Monitoring equipment is faulty</li> <li>▪ Oxygen pipe inlet broken.</li> <li>▪ Clinical disposable fails during a procedure</li> </ul> <p><b>Security incidents</b></p> <p>Can involve any damage or threat to property of the Facility, the theft of property or personal belongings and incidents relating to trespass, or unauthorized access</p> <p>Examples:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suspicious person(s) hanging around</li> <li>▪ Unauthorized people inside the Facility</li> </ul> <p>Suspected theft, anything unusual noted, e.g. coded door breached</p> <p><b>Section 4: Details of Accident /</b></p>	<p>प्रवे त करने की को त त करना।</p> <p>उदाहरण:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ आस—पास संदिग्ध व्यक्ति घूम रहा है।</li> <li>▪ अनाधिकृत व्यक्ति चिकित्सा इकाई के अंदर है।</li> </ul> <p>संदिग्ध पकड़े गए, कोई भी असमान्य घटना पकड़ में आई जैसे—कोडेड डोर ब्रीच</p> <p><b>अनुभाग 4: दुर्घटना / घटना का विवरण</b></p> <p>घटना के बारे में जितना अधिक संभव हो सके उतनी जानकारी प्रदान करें। केवल तथ्यों का उल्लेख करें और वही जानकारी दें जो सही हो।</p> <p><b>अनुभाग 5: लिया गया एकान</b></p> <p>(प्राथमिक उपचार व चिकित्सा भागिल)</p> <p>घटना के तुरन्त बाद की गयी कार्यवाही के बारे में अधिक से अधिक जानकारी प्रदान करें।</p> <p><b>अनुभाग 6: नाम/पदनाम</b></p> <p>सभी विवरणों को पढ़ने योग्य तरीके से प्रदान करें। आपके लिये समय, तारीख, और टेलीफोन नंबर स्पष्ट रूप से अंकित करें। (फार्म को पूरा करने वाला व्यक्ति)</p> <p><b>अनुभाग 7: आगे की कार्यवाही</b></p> <p>यह अनुभाग जोखिम प्रबंधन का एक अतिमहत्वपूर्ण भाग है। यह भविश्य में इस प्रकार की घटनाओं को रोकने का एक मौका है। किये गए कार्यों, सीखे गए सबकों और जो किया गया उसका विवरण</p>
---	---

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या—1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

<b>Incident</b>  Provide as much detail as possible regarding the incident. State the facts only and the information that you know that are correct.  <b>Section 5: Action Taken (include first aid or treatment)</b>  Provide as much information around the actions that were taken immediately after the event.  <b>Section 6: Name / Position</b> Provide all the details in a legible manner. Stating clearly the time, date and telephone contact number for you (i.e. the person completing the form).	प्रदान करें।  मदद के लिये कारणों की सूची निम्नलिखित है—  <b>पर्यावरण:</b> फॉर्म पर एक पदार्थ, प्रथक क्षेत्र, खराब रौप्य तीव्री, जगह की कमी, उच्च इकाई गतिविधि  <b>उपकरण:</b> उपकरण अपर्याप्त है, अनुपलब्ध है, खराब डिजाइन किया गया, दुरुपयोग या अपर्याप्त।  <b>ज्ञान का आधार:</b>  अपर्याप्त प्रक्रिया, गलतफहमी, निर्णय की त्रुटियाँ, अपर्याप्त तकनीक और अनुभवहीन कर्मचारी।  <b>मरीज़:</b> नरो में, असहयोगी, भ्रमित या हिंसक। मरीज की बीमारी के प्रभाव ने भी घटना में योगदान दिया हो सकता है।  <b>प्रक्रिया की समस्या:</b> प्रोटोकाल का पालन नहीं किया जा रहा, अपर्याप्त तैयारी, लेबलिंग या गणना में त्रुटि, उपकरण ठीक से चेक नहीं किये गए।  <b>कर्मचारी:</b> कर्मचारी कौल मिश्रण, कर्मचारियों की संख्या, प्रक्रियाओं को पूरा करने में जल्दबाजी और विचलित, थके हुए या तनावग्रस्त कर्मचारी।	
<b>Section 7: Subsequent Action</b>  This section is a very important part of the risk management process; it is an opportunity to prevent future incidents of this type. Detail the actions taken, lessons to be learned and what has been done.  Examples of cause are listed below to help- list not exhaustive.  - <b>Environment:</b> a substance on the floor, isolated areas, poor lighting, lack of space, high unit activity - <b>Equipment:</b> equipment is inadequate, unavailable, and poorly designed, misused or inadequately	  <b>कार्य अभ्यास:</b> संचार विफलता, अपर्याप्त कर्मचारी, संपर्क करने में अक्षमता, अपठनीय दस्तावेज और पर्यवेक्षण की कमी।  घटना होने के बाद उसे जल्द से जल्द दर्ज करने के लिये घटना रिपोर्टिंग फार्म का प्रयोग किया जाता है। बाद में जाँच	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

	<p>decontaminated.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Knowledge base:</b> Insufficient training, misunderstandings, errors of judgement, inadequate technique and inexperienced staff</li> <li>- <b>Patient:</b> <u>Intoxicated, uncooperative, confused or violent.</u> The effects of their illness may also have contributed to the incident</li> <li>- <b>Procedure Problem:</b> Protocol not being followed, inadequate preparation, labelling or calculating errors and equipment not being checked or assessed</li> <li>- <b>Staff:</b> the staff skills mix, the number of staff, haste in carrying out procedures and distracted, fatigued or stressed staff.</li> </ul> <p><b>Work Practice:</b> communication failure, insufficient staff, and inability to contact staff, illegible documentation and lack of supervision.</p> <p>Incident Reporting (IR) forms are used to record the details of an incident as soon as possible after the event occurred. Later investigations may result in a different description of the incident as more accurate facts are gathered. Such detail is provided in a separate report.</p>	<p>से घटना का परिणाम के परिणाम बदल सकता है क्योंकि अधिक तथ्य एकत्रित किए जाते हैं। इस तरह का विवरण अलग रिपोर्ट में दिया गया है।</p> <p>आई आर फार्म को एक बार पूरा करने के बाद बदला नहीं जाता और कर्मचारियों को पूरी तरह से अवगत कराया जाता है कि मुकदमेबाजी की स्थिति में आई आर फार्म का खुलासा किया जा सकता है।</p> <p>फार्म को पूरा करने वाला व्यक्ति यह पुश्ट करने के लिये हस्ताक्षर करता है कि उसने व्यक्तिगत रूप से रिकार्ड किया है और औपचारिक रूप से घटना की सूचना दी है।</p> <p>गुणवत्ता नोडल अधिकारी/ चिकित्सालय गुणवत्ता प्रबंधक यह पुश्ट करने के लिये हस्ताक्षर करते हैं कि उन्होंने आई आर फार्म देखा है एवं जाँच की कि सभी अनुभाग पूरे हो चुके हैं और फार्म पर उचित प्रबंधन कार्यवाही की गयी है या इसकी योजना बनायी है।</p> <p>यदि स्टाफ का कोई सदस्य घायल हो जाता है और आई आर फार्म पूरा होने से पहले विभाग छोड़ देता है तो यह अपेक्षित है कि गुणवत्ता नोडल अधिकारी/ चिकित्सालय गुणवत्ता प्रबंधक फार्म को पूरा करें। यदि आव यक हो तो तथ्य बाद में भी एकत्रित किए जा सकते हैं।</p> <p><b>अभिलेखों का रखरखाव</b></p> <p>चिकित्सा इकाई सभी रिपोर्ट करने योग्य घटनाओं का विवरण रखती है। घटना के फार्म घटना होने के कम से कम दो वर्ष तक सुरक्षित रखे जाते हैं सिवाय, जहाँ कानूनी कार्यवाही की जा चुकी हो वह</p>		
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	---

<p>IR forms are not to be altered once completed and staff is made fully aware that IR forms are disclosable in the event of litigation.</p> <p>The person completing the form signs to confirm that he or she has personally recorded and formally reported the incident. Quality Nodal Officer / Hospital Quality Manager are sign to indicate that they have seen the IR form, checked that all sections have been completed and that appropriate management action has been taken or is planned and detailed on the form.</p> <p>If a member of staff is injured and leaves the department before an IR form is completed it is expected from the Quality Nodal Officer / Hospital Quality Manager to complete the form. Statements can be collected later if necessary.</p> <p><b>Retention of Records</b></p> <p>The Facility keeps a record of all the reportable incidents. Incident forms are retained for a minimum of two years after the incident except where a legal action has been taken, advice shall be sought from the legal advisors.</p> <p>The incident forms are retained</p>	<p>कानूनी सलाहकारों से सलाह ली जाएगी। घटना फार्म को चिकित्सालय की गुणवत्ता प्रबंधन इकाई में रखे जाएंगे। जोखिम प्रबंधन इकाई वर्तमान परिस्थितियों एवं जरूतों से संबंधित अन्य सभी महत्वपूर्ण दस्तावेजों को रखेगी।</p>
--	--

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टेप्हॉल ऑपरेटिंग प्रोसेसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	at the Quality Assurance Unit of the Facility. The Risk Management Unit will retain all other significant records based on current statutory requirements and best practice.		
	<b>Procedure in the event of Sexual harassment</b>	यौन उत्पीड़न की घटना में प्रक्रिया	

	<p><b>a- The Recipient-</b></p> <p>i. If the recipient feels that the act is minor and the offender would permanently stop indulging in the same if the recipient were to bring to the notice of the offender how the act is affecting the recipient, then the same may be communicated by the recipient to the offender.</p>	<p>अ) प्राप्तकर्ता-</p> <p>i. अगर पीड़ित यह महसूस करता है कि आरोपी द्वारा किया गया कृत्य मामूली है तथा उसे यह समझायें जाने पर कि उसके इस कृत्य से पीड़ित को परे आनी हो रही है</p> <p>ii. तो सम्भवतः वह इसे फिर कभी नहीं करेगा। ऐसी स्थिति में पीड़ित द्वारा आरोपी को उसके वर्ताव से होने वाली समस्याओं के बारे में समझाने का प्रयास करना चाहिए।</p>		
	<p>ii. The Recipient should consider filing a formal complaint with any member of the Anti Sexual Harassment Committee if the incident or behaviour is serious, absolutely unacceptable, or repeated (especially after telling the offender to stop).</p>	<p>iii. पीड़ित को अपनी समस्तया के सम्बन्ध में एक औपचारिक फॉर्मायत के 'कमेटी अगेंस्टर सेक्सयुअल हैरेसमेंट' एन्टी सैक्सुअल हैरासमेन्ट कमेटी के किसी सदस्य के समक्ष करनी चाहिए यदि आरोपी द्वारा किया गया कृत्य गम्भीर प्रकृति का हो अथवा पूर्णतः अखीकार्य हो अथवा मना करने के बाद भी बार-बार किया जा रहा हो।</p>		
	<p>b. <u>Co-employees:</u> If an Employee is approached by a friend or a co-employee who feels he or she was discriminated against or sexually harassed then the Employee should take any of the following actions:</p>	<p><b>b. सहकर्मी / सह कर्मचारी</b> यदि किसी कर्मचारी के पास उसका कोई मित्र या सहकर्मी आता है जिसने किसी भी प्रकार से उसके विरुद्ध भेदभाव अथवा लैगिंग भोशण हो तब उस कर्मचारी द्वारा निम्नानुसार कार्यवाही की जानी चाहिए।</p>		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>If the act or incident is a minor one, the approached Employee should first use informal resolution methods such as encouraging or assisting the recipient to approach the offending person directly.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>यदि वह घटना/कृत्य छोटा है तब कर्मचारी को अनौपचारिक रूप से निराकरण हेतु प्रयास करना चाहिए जैसे कि फ़िकायतकर्ता को सीधे आरोपी से बात करने/मिलने में सहयोग एवं प्रोत्साहित करना।</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>If feasible, the approached Employee should identify the offensive behavior to the harasser and request that it stop.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>यदि सम्भव हो तो कर्मचारी को आरोपी के आपराधिक वर्ताव की पहचान कर आरोपी से इसे रोके जाने हेतु अनुरोध करना चाहिए।</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>If the incident is serious or if the above methods fail or would not stop such behaviour then the approached Employee should guide and assist the recipient to file a formal complaint.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>यदि घटना गम्भीर है अथवा उक्त प्रयास विफल हो जाये अथवा आरोपी द्वारा अपने वर्ताव में सुधार न किया जाय तब कर्मचारी को अपने सहकर्मी को एक सामान्य फ़िकायत दर्ज कराने हेतु मार्गदर्शन एवं सहयोग करना चाहिए।</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>If the recipient is a vendor or an outsourced employee, the approached Employee should contact the vendor or outsourced employee's supervisor as well as notify a member of the Grievance Redressal or Anti sexual Harassment Committee.           <ul style="list-style-type: none"> <li>The approached Employee should take responsibility to see that sexual harassment is stopped and there is no reprisal.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>यदि पीड़ित वाहय सेवी कर्मचारी है तब कर्मचारी को उस कर्मचारी के सुपरवाईजर से सम्पर्क करना चाहिए साथ ही उक्त प्रकरण के सदस्यों के संज्ञान में भी लायी जानी चाहिए।</li> <li>कर्मचारी का यह उत्तर दायित्व होगा की वह सुनिश्चित करे कि पीड़ित का लैंगिंग भोशण रोका जा सके एवं इसमें किसी भी प्रकार का प्रति गोंध या बदले की भावना ना हो।</li> </ul>		
	<b>Department Heads:</b> If a Department Head observes or is approached about discrimination or sexual harassment, the	<u>विभागाध्यक्ष :-</u>  विभागाध्यक्ष उसके पास किसी के द्वारा भेदभाव अथवा सेक्सुअल हैरासमेन्ट की फ़िकायत आने पर निम्नानुसार		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस. की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	---

	Department Head has to take the following course of action:	कार्यवाही करना चाहिए :-	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advise the recipient of his or her right to seek help through informal methods or through the Anti sexual Harassment Committee, depending on the severity of the case</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>पीडित को यह सलाह देना चाहिए कि वह इन्टी सैक्सुअल हैरासमेन्ट कमेटी के माध्यम से अनोपचारिक उपायों से मदद प्राप्त करने के अपने अधिकारों का उपयोग करें निर्भर करता है कि प्रकरण कितना गम्भीर है।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advise the offending person to stop immediately. If the offender is a senior person and the Department Head is unable to initiate any action, he has to report it immediately to any member of the Anti sexual Harassment Committee along with the recipient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>आरोपी व्यक्ति को उक्त कृत्य तत्काल रोके जाने हेतु सलाह देना चाहिए। यदि आरोपी एक वरिश्ठ नागरिक है तथा विभागाध्यक्ष किसी भी प्रकार से कार्यवाही करने में अक्षम है तब उसे इन्टी सैक्सुअल हैरासमेन्ट कमेटी के किसी सदस्य के पास पीड़त के साथ जाकर तत्काल फ़ाकायत करनी चाहिए।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Warn all parties immediately against behavior that may look like direct or indirect reprisal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से ऐसे सभी सम्बन्धित लोग जो प्रकरण में प्रति गोंध अथवा विरोधी की भूमिका में हो उन्हे उनके वर्ताव के सम्बन्ध में तत्काल चेतावनी दी जानी चाहिए।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Take responsibility to see that sexual harassment is stopped and that there is no reprisal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>विभागाध्यक्ष को इस बात की जिम्मेदारी लेनी चाहिए कि सैक्सुअल हैरासमेन्ट पूरी तरह रुक गया हो तथा किसी भी प्रकार से विरोध अथवा प्रति गोंध की भावना न हो।</li> </ul>	
	<b>Cognizance of Complaints:</b>	<u>फ़ाकायत संज्ञान / हस्तक्षेप</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Committee member who is first informed of the incident or behavior should bring it to the notice of the Head of the Committee.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>समिति के वह सदस्य जिन्हे घटना के विशय में सबसे पहले सूचना मिली हो उनका दायित्व है कि वह उस कृत्य को समिति के अध्यक्ष के संज्ञान में लायें।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Head of the Committee will immediately call for a meeting of the Committee members.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>समिति के अध्यक्ष को तुरन्त समिति के बैठक बुलानी चाहिए।</li> </ul>	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Committee will authorize one of the Committee members as an Enquiry Officer to hold an enquiry and investigate the complaint with the assistance of the concerned Department Head or a Senior person in the Department. In the case of a vendor or customer, with the assistance of the Vendor or Customer Manager.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>समिति द्वारा समिति के ही किसी एक अधिकारी को जॉच अधिकारी नियुक्त करेंगी जो फ़िकायत के संदर्भ में सम्बन्धित विभाग के अध्यक्ष अथवा विभाग के किसी वरिश्ठ व्यक्ति के सहयोग से जॉच करेगा।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corrective action will be taken as appropriate in the circumstances.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>परिस्थितियों के अनुसार सर्वाधिक उपयुक्त सुधारात्मक कार्यवाही की जाना चाहिए।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>The charges will be investigated with utmost discretion. However, in the course of the investigation, witnesses and any other appropriate parties may be notified and asked to participate as appropriate. Charges of sexual harassment shall be dealt with on the lines laid down by the Government and amended from time to time</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>लगाये गये आरोपी की बहुत सावधानी एवं विवके पूर्ण तरीके से जॉच की जानी चाहिए यद्यपि जॉच के दायरे में गवाह तथा अन्य किसी उपयुक्त संस्थाओं को भी सूचना दी जा सकती है तथा उनसे वांछित सहयोग प्राप्त किया जा सकता है। सैक्सुअल हैरासमेन्ट के आरोपों को भासन के नियमों के अनुरूप तथा समय समय पर किये गये सं गोधनों को ध्यान में रखते हुये सुलझाना चाहिए।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appropriate action, including termination from the services of the hospital, if necessary, shall be taken against the offending employee, based on the report of the Enquiry Officer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>जॉच अधिकारी की रिपोर्ट के आधार पर आरोपी के विरुद्ध उचित कार्यवाही की जानी चाहिए यदि आव यक हो तो आरोपी की चिकित्सालय में सेवायें समाप्त की जानी चाहिए।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serious action will be taken against offenders for retaliatory behavior against individuals who make complaints of workplace harassment or who assist in any</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>कार्य स्थल पर भोशण सम्बन्धी फ़िकायत दर्ज कराने अथवा इस प्रकार की किसी फ़िकायत की जॉच में सहयोग करने पर यदि आरोपी द्वारा उसके विरुद्ध प्रति गोधात्मक वर्ताव किया जाता है तो उसके</li> </ul>	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

	investigation of such complaints, apart from the action for the act of sexual harassment.	विरुद्ध कठोर कार्यवाही की जानी चाहिए।	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Any doubts or clarifications on the investigation process or its conduct, by the participant's of the investigation process should be directed to the Enquiry Officer. Any grievances regarding the fairness of the Enquiry process or the proceedings conducted by the Enquiry Officer should be brought to the notice of the Head of the Complaints Committee.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>जॉच प्रक्रिया तथा इसे लागू किये जाने के सम्बन्ध में किसी भी प्रकार की भाँका होने या स्पश्टीकरण की आव यकता होने पर आवेदक को जॉच अधिकारी के पास भेजा जाना चाहिए। जॉच प्रक्रिया एवं की गयी कार्यवाही की निश्पक्षता के सम्बन्ध में कोई फैकायत प्राप्त होने पर उसे फैकायत निवारण समिति के प्रमुख के संज्ञान में लाया जाना चाहिए।</li> </ul>	
	<b>Corrective action by offending Persons:</b>	<u>आरोपी व्यक्तियों द्वारा किया गया सुधारात्मक कार्य</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stop and discontinue the behavior immediately.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>आरोपी द्वारा तत्काल अपना वुरा वर्ताव रोकना एवं आगे भी जारी न रखना।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apologize to the recipient. If necessary the offending person should request another person, such as a co-employee or his Department Head or any member of the Complaints Committee to guide him in expressing regret for the incident or behavior and to ensure that the confidence of the recipient in him and his relationship with the recipient is restored.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>पीड़ित से क्षमा मांगना। यदि आव यक हो तो आरोपी अपने वर्ताव के सम्बन्ध में खेद व्यक्त करने तथा पीड़ित को यह वि वास दिलाने में कि उसके द्वारा इस प्रकार की पुर्नावृत्ति नहीं की जायेगी तथा वह पीड़ित से अपने सम्बन्ध में सामान्य एवं पूर्व की भाँति कर लेगा अपने किसी सहकर्मी अथवा विभागाध्यक्ष से भी सहयोग ले सकता है।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talk to the recipient and discuss how he could communicate more effectively.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>आरोपी पीड़ित से वात करे या सलाह करें कि किस प्रकार वह अपनी वात को अधिक प्रभावी ढंग से रख सकता है।</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avoid any reprisal whether direct or indirect.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>आरोपी प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी प्रति गोंध या बदले को अंजाम नहीं देगा।</li> </ul>	

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seek help from family or friends or qualified counselors who can assist and guide him in preventing from repeating such acts or behavior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>आरोपी द्वारा अपने परिवार, मित्रों अथवा वि शेषज्ञ सलाहकारों से मदद मांगना जो उसे इस प्रकार से वर्ताव अथवा कृत्यों को रोकने तथा इसकी पुनर्वृत्ति न होने देने में सहयोग कर सके तथा मार्गद नि दें।</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Take responsibility and work to ensure that sexual harassment are stopped.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>आरोपी द्वारा सैक्सुअल हैरासमेन्ट को रोके जाने सम्बन्धी जिम्मेदारी एवं कार्यदायित्व लेने।</li> </ul>		

### **CHECKLIST OF CHECKING OF PARKING**

Name of official: - \_\_\_\_\_ Designation: - \_\_\_\_\_

Sl. No	Name of Item	विवरण	Yes/ No	Yes/ No	Yes/ No
1	Date of Checking	निरीक्षण का दिनांक			
2	Whether the Security is in Place	क्या सुरक्षा गार्ड अपने नियत स्थान पर हैं			
3	Whether the Staff is in Uniform	क्या स्टॉफ अपनी नियत यूनीफार्म है			
4	Whether the Staff has Id Cards	क्या स्टॉफ के पास आईडी० कार्ड है			
5	Whether the Parking Space is Demarcated	क्या पार्किंग स्थल चिन्हित किया गया है			
6	Whether the Parking Space is Clean	क्या पार्किंग स्थल स्वच्छ है			
7	Whether Parking for two Wheelers and four Wheelers Separate	दो पहियां एवं चार पहिया वाहन हेतु पृथक पार्किंग व्यवस्था है।			
8	Whether the Staff is Courteous in behavior or not	क्या स्टॉफ का वर्ताव भालीन है			
9	Whether the Staff is Charging Properly from the Vehicles as prescribed in tender	क्या स्टॉफ द्वारा वाहनों से अनुबंध के अनुसार उचित भुल्क लिया जा रहा है।			
10	Whether the Vehicles are orderly Parked	क्या वाहन व्यवस्थित रूप से खड़े किये गये हैं।			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	---

11	Whether the Vehicles are Parked in Common Passages	वाहन सामान्य रास्ते में खड़े किये गये हैं		
12	Whether the Sign ages are properly displayed	क्या सम्बन्धित चिन्ह (साइनेज) प्रदर्शित किये गये हैं		
13	Whether the Staff is issuing proper receipts	क्या स्टॉफ द्वारा उचित रसीद प्रदान की जा रही है।		
14	Whether the Parking Space is Well Lighted at night	क्या पार्किंग स्थल पर पर्याप्त प्रकाश की व्यवस्था है।		
15	Whether the Staffing is adequate	क्या स्टॉफ उचित एवं पर्याप्त संख्या में है		
16	Whether the Staff Member are Exempted or not	क्या स्टॉफ के सदस्यों को भुल्क मुक्त रखा गया है		
17	Whether the Stickers of Staff Members available or not	क्या स्टॉफ के सदस्यों हेतु स्टीकर उपलब्ध हैं		

**General comments if any:-**

सामान्य टिप्पणी यदि कोई हो :-

**Overall rating of services(Very Good/Good/Satisfactory/Average /Poor):-**

सेवाओं समेकित रेटिंग :-

**Signature of the Official :**

अधिकारी के हस्ताक्षर

### **CHECKLIST OF CHECKING OF BIO MEDICAL WASTE SEGREGATION**

Name of official: - \_\_\_\_\_ Designation: -

Sl. No.	Name of Item	विवरण	Yes/No	Yes/No	Yes/No
1	Date of Checking	निरीक्षण का दिनांक			
2	Whether the Staff is in Uniform	क्या स्टॉफ निर्धारित यूनीफार्म में है			
3	Whether the Staff has Id Cards	क्या स्टॉफ के पास आईडी कार्ड है			
4	Whether the Staff is wearing PPE	क्या स्टॉफ द्वारा पीपीई पहना गया है			
5	Whether the Segregation is Proper	क्या पृथक्करण उपयुक्त रूप से			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।				

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसेजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	---

		किया गया है		
6	Whether the colored bins are available	क्या कलर कोडेड, वाल्टियॉ/डिब्बे उपलब्ध हैं		
7	Whether the IEC is Properly Displayed	क्या आई०ई०सी० को उचित रूप से प्रदर्शित किया गया है		
8	Whether the Staff knows about the process of Segregation	क्या कर्मचारियों को पृथक्करण प्रक्रिया की जानकारी है।		
9	Whether foot operated bins are present in the ward	क्या वार्ड में पैरों से संचालित वाल्टियां उपलब्ध हैं।		
10	Whether the bins are properly covered	क्या सभी वाल्टियॉ अच्छे से ढकी हुई हैं।		
11	Whether the Puncture proof containers present in the ward	क्या वार्ड में पंचरप्रूफ कन्टेनर उपलब्ध है।		
12	Whether Manual and electric hub cutters available	मैनुअल और इलैक्ट्रिक हब कटर उपलब्ध है		
13	Whether the needles are treated with Sodium Hypochloride available	क्या नीडल को सोडियम हाईपोक्लोराइड से उपचारित किया जा रहा है।		
14	Whether the Sieve twin buckets available	क्या छलनी सहित बाल्टी सेट उपलब्ध हैं।		
15	Whether the Staff knows how to chemically treat the needles	क्या स्टॉफ को निडिल के रासायनिक उपचार के विषय में जानकारी है।		

### CHECKLIST OF GAS MANIFOLD ROOM

Name of official: - \_\_\_\_\_

Designation: - \_\_\_\_\_

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टेंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

S. No.	Name of Items	विवरण	Yes /No	Yes/ No	Yes/ No
1	Date of Checking	जाँच की तिथि			
2	Whether the Security is in Place	सिक्योरिटी की अपनी जगह पर उपस्थिति।			
3	Whether the Staff is in Uniform	कर्मचारी यूनिफॉर्म में है या नहीं।			
4	Whether the Staff has Id Cards	क्या कर्मचारी के पास आईडी कार्ड हैं।			
5	Whether the manpower is adequate	मानव संसाधन पर्याप्त है या नहीं			
6	Whether the manpower is qualified and trained	क्या मानव संसाधन योग्य और प्रशिक्षित है।			
7	Whether cleanliness of the room is proper	कमरे की साफ-सफाई उचित है या नहीं।			
8	Whether the cylinders are properly stored	क्या सिलेंडरों को ठीक से संग्रहीत किया गया है।			
9	Whether the cylinders are properly color coded	क्या सिलेंडरों को कलर कोडित किया गया है।			
10	Whether the alarm signaling the quantity of gases installed	क्या गैस की मात्रा को इंगित करने के लिए अलार्म सिस्टम लगाया गया है।			
11	Whether the weight of cylinders is checked or documented	सिलेंडरों का वजन कर रिकार्ड किया जाता है।			
12	Whether the pressure gauges properly functional	क्या दबाव ठीक से काम करता है।			
13	Whether the pipes supplying gases color coded	क्या गैसों की आपूर्ति करने वाले पाइपों का रंग कोडित है।			
14	Whether there is any leakage of gases	क्या गैस का कोई रिसाव हो रहा है।			
15	Date of last delivery received	अंतिम डिलीवरी की तारीख अंकित है।			
16	Whether the staff is maintaining complaint register	क्या कर्मचारी शिकायत रजिस्टर का रख-रखाव कर रहे हैं।			
17	Whether the fire exits in the room properly labeled	कमरे में आग लगाने पर बाहर जाने हेतु लेबल एवं चिन्ह लगे हैं या नहीं।			
18	Whether the fire cylinders installed in the room	कमरे में फायर सिलेंडर लगे हैं या नहीं।			
19	Whether the Staff Member knows how to operate a fire cylinder in case of emergency	क्या स्टाफ सदस्य जानता है कि आपात स्थिति में फायर सिलेंडर कैसे चलाया जाता है।			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसोंजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	--

20	Whether fire safety IEC displayed in the room	क्या कमरे में अग्नि सुरक्षा सम्बन्धित आईईसी है।			
21	Whether the no of cylinder stored adequate	क्या सिलेंडर की संख्या पर्याप्त है।			
General comments if any:-		सामान्य टिप्पणी यदि हो तो—			
Overall rating of services(Very Good/Good/Satisfactory/Average /Poor):-		सेवाओं की समग्र रेटिंग (बहुत अच्छा / अच्छा / संतोषजनक / औसत / खराब): —			
Signature of the Official :		अधिकारी का हस्ताक्षर:—			

### CHECKLIST OF LAUNDRY

Name of official: - \_\_\_\_\_

Designation: - \_\_\_\_\_

S. No.	Name of Items	विवरण	Yes /No	Yes /No	Yes /No
1	Date of Checking	जाँच की तिथि			
2	Whether the collection of laundry is twice a week	क्या कपड़े धोने का संग्रह सप्ताह में दो बार है।			
3	Whether the cleaning is proper	क्या सफाई उचित है।			
4	Whether the smell of clothes is proper	कपड़े की गंध उचित है या नहीं।			
5	Whether the removal of stains is proper	क्या दाग ठीक तरह से हटाये जा रहे हैं।			
6	Whether the lot of laundry is received in time	क्या एक टाइम में बहुत से कपड़े प्राप्त होते हैं।			
7	Whether the clothes are iron after washing	कपड़े धोने के बाद कपड़े प्रेस किये जाते हैं या नहीं।			
8	Whether the clothes are properly marked	क्या कपड़े ठीक से चिन्हित हैं			
9	Are the clothes found changed on receiving	क्या कपड़े रिसीविंग के साथ प्राप्त होते हैं।			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसोजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	---

10	Is the detergent used checked time to time	क्या डिटर्जेंट का समय-समय पर उपयोग किया जाता है।			
11	It is ISI Marked	क्या उपयोग किये जाने वाला मटेरियल आईएसआई मार्क से चिह्नित है।			
12	Is the staff courteous and humble	क्या कर्मचारी विनम्र है।			
13	Is behavior of the staff proper	कर्मचारियों का व्यवहार उचित है।			
14	Is the staff in proper dress	उचित पोशाक में कर्मचारी है।			
15	Does the staff segregate the soiled and non soiled clothes	क्या कर्मचारी गंदे और दूशित कपड़ों को अलग करते हैं			
16	Is the staff properly trained to chemically disinfect the linen	क्या कपड़े को रासायनिक रूप से कीटाणुरहित करने के लिए कर्मचारियों को ठीक से प्रशिक्षित किया गया है।			
17	Is the documentation proper	क्या दस्तावेज उचित है।			
18	Is there any pilferage of clothes	क्या कपड़ों को रखने का स्थान नियत है।			
19	Any Comments	कोई टिप्पणी			
General comments if any:-		सामान्य टिप्पणी यदि हो तो—			
Overall rating of services(Very Good/Good/Satisfactory/Average /Poor):-		सेवाओं की समग्र रेटिंग (बहुत अच्छा / अच्छा / संतोषजनक / औसत / खराब): —			
Signature of the Official :		अधिकारी का हस्ताक्षर:—			

### CHECKLIST OF SECURITY

Name of official: - \_\_\_\_\_

Designation: - \_\_\_\_\_

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टेप्हॉल ऑपरेटिंग प्रोसेसजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

S. No.	Name of Items	विवरण	Yes /No	Yes/ No	Yes /No
1	Date of Checking	जाँच की तिथि			
2	Whether the Staff is in uniform	क्या कर्मचारी वर्दी में है या नहीं।			
3	Whether the Staff is having I cards	क्या कर्मचारी के पास आई कार्ड है।			
4	Whether the Staff is properly manning entry and exit points	क्या स्टाफ़ सही तरीके से एंट्री और एग्जिट पॉइंट्स को कम कर रहा है।			
5	Whether the Staff is properly managing crowded areas	क्या कर्मचारी विनम्र और अच्छा व्यवहार करता है।			
6	Whether the Staff is properly managing crowded areas	क्या स्टाफ़ भीड़—भाड़ वाले इलाकों का सही प्रबंधन कर रहा है।			
7	Whether the Staff is properly assisting senior citizens	क्या स्टाफ़ वरिष्ठ नागरिकों को सही सहायता दे रहा है।			
8	Whether the Staff is properly assisting handicapped	क्या कर्मचारी विकलांगों की उचित सहायता कर रहा है।			
9	Whether the Staff is properly assisting children	क्या स्टाफ़ बच्चों की उचित सहायता कर रहा है।			
10	Whether the Staff is properly keeping a watch on the strangers	क्या स्टाफ़ अपरिचित/अंजान पर सही तरीके से निगरानी रख रहा है।			
11	Whether the staff is properly keeping a watch on the new borns	क्या कर्मचारी नवजात बालु पर सही तरीके से निगरानी रख रहा है।			
12	Whether the staff is trained in use of fire equipments	क्या कर्मचारियों को अग्नि उपकरणों के उपयोग का प्रशिक्षण दिया गया है।			
13	Whether the staff is frisking unknown strangers	क्या कर्मचारी अपरिचित/अंजान पर ध्यान दे रहा है।			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज़ गोपनीय है। सी.एम.एस. की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टेपडड ऑपरेटिंग प्रोसेसोजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच/ (चयन करें)

14	Whether the staff is strategically placed at places where conflict can occur for example Emergency, Mortuary, Labour Room, SIC/CMS/ MS Room etc.	क्या कर्मचारियों को रणनीति बनाकर उन स्थानों पर रखा गया है जहां पर विवाद आदि हो सकता है। उदाहरण इमरजेंसी, मुर्दाघर, लेबर रूम, एसआईसी / सीएमएस / एम.एस. कक्ष आदि।			
19	Any Comments	कोई टिप्पणी			
General comments if any:-		सामान्य टिप्पणी यदि हो तो—			
Overall rating of services(Very Good/Good/Satisfactory/Average /Poor):-		सेवाओं की समग्र रेटिंग (बहुत अच्छा / अच्छा / संतोषजनक / औसत / खराब) : -			
Signature of the Official :		अधिकारी का हस्ताक्षर:—			

## CHECKLIST OF SANITATION

### सफाई की चेकलिस्ट

अधिकारी का नाम—————

पदनाम—————

S.N	Name of the Item	विवरण	Yes /No	Yes/No	Yes/No
1	Date of Checking	निरीक्षण की दिनांक			
2	Whether the Staff is in uniform	क्या कर्मचारी यूनिफार्म में थे।			
3	Whether the Staff is having I cards	क्या कर्मचारी के पास परिचय पत्र था।			
4	Whether the Staff is courteous and well behaved	क्या कर्मचारी का व्यवहार विनम्र एवं अच्छा था।			
5	Whether the cleanliness is proper	क्या सफाई संतोषजनक थी।			
6	Whether the frequency of cleanliness is proper i.e. OPD and Office areas two shifts and all patients care areas three shifts	क्या सफाई की आवृत्ति / फीक्वेन्सी सही है—अर्थात् कार्यालय एवं ओपीडी में दो बार तथा रोगी देखभाल क्षेत्र में तीन बार।			
7	Is there any litter	क्या कहीं कचड़ा है।			
8	Are there any surface stains	क्या फर्फ पर दाग धब्बे हैं।			
9	Is there any order in the checked areas	क्या जाँच किये जा रहे क्षेत्र में कोई कार्यालय आदेत है।			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टेप्हॉल ऑपरेटिंग प्रोसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच/ (चयन करें)

10	Is the dusting of chairs , tables , stretchers proper	क्या कुर्सी, मेज, स्ट्रचर पर डस्टिंग संतोशजनक है।			
11	Is the damp dusting of work station tables being done once daily	क्या कार्यक्षेत्र पर टेबिलों की सफाई प्रतिदिन कम से कम एक बार होती है।			
12	Is the damp dusting of telephone , photocopiers , computers etc. being done once daily	क्या टेलीफोन, फोटोकॉपी मीन, कम्प्यूटर आदि की सफाई प्रतिदिन कम से कम एक बार हो रही है।			
13	Are lobby areas , stair cases , lifts, ramps , roof tops etc. properly scrubbed and cleaned	क्या लॉबी क्षेत्र, सीढ़ियाँ, लिफ्ट, रैम्प, छत का हिस्सा ठीक से साफ किया गया है।			
14	Is cleanliness of high risk patient care areas i.e. ICU, Emergency , Labs , Pharmacy, Blood Bank, Operation Theater etc. proper	क्या उच्च रोगी देखभाल क्षेत्रों जैसे आईसीयू, इमरजेन्सी, लैब, फार्मसी, ब्लड बैंक, आपरेटन थिएटर आदि में सफाई संतोशजनक है।			
15	Is the cleaning of visitor areas as SIC/ CMS/ MS Office , Establishment, Finance Department , Doctors Rooms , OPD etc. proper	क्या आगंतुक क्षेत्रों जैसे एसआईसी/सीएमएस/एमएस कार्यालय, वित्त विभाग, चिकित्सक कक्ष, ओपीडी आदि में सफाई संतोशजनक है।			
16	Are the doors and window glasses cleaned daily before 8.30 A.M.	क्या दरवाजे एवं खिड़कियाँ प्रतिदिन प्रातः 8.30 से पूर्व साफ हो जाते हैं।			
17	Are the passages and common areas cleaned thrice daily	क्या मार्ग और आम रास्तों की सफाई प्रतिदिन तीन बार की जाती है।			
18	Are the toilets in hygienic and odorless condition	क्या भौचालय स्वच्छ और गंधहीन स्थिति में हैं।			
19	Are the toilets hourly cleaned	क्या भौचालय प्रतिघंटे साफ किये जाते हैं।			
20	Are the toilets including Floor, Walls , Urinals , Commodes , Washbasins, Fixtures etc. cleaned thrice daily	क्या टायलेट फर्नीचर, मूत्रालय, कमोड, वा बेसिन एवं फिक्सचर सहित प्रतिदिन तीन बार या आवश्यकतानुसार			
21	Are the drinking water areas scrubbed with soap and scrubber thrice daily	क्या पीने के पानी के क्षेत्रों की सफाई साबुन से दिन में तीन बार की जाती है।			
22	Are the toilets soap solutions , Naphthalene balls and Urinal cakes checked thrice daily	क्या भौचालय में प्रतिदिन साबुन साल्यू अन, नेपथलीन की गोलियाँ, और यूरीनल केक प्रतिदिन तीन बार चेक किये जाते हैं।			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टेंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

23	Are the wards mopped thrice daily	क्या वार्ड में प्रतिदिन तीन बार ब्लीचिंग युक्त पोंछा लगाया जाता है।			
24	Are the Bed Pans , Urine Bottles shifted to sluice room and cleaned	क्या बेड पैंस, यूरिन की बोतल स्लाइस रूम में स्थानान्तरित कर दी जाती है।			
25	Are the window grills , ramp railings cleaned at least once daily	क्या खिड़की की प्रिल, रैम्प रेलिंग प्रतिदिन एक बार साफ की जाती है।			
26	Are the rear stair cases of all the floors cleaned twice a week	क्या सभी फ्लोरों के स्टेयर केसों की सफाई सप्ताह में दो बार की जाती है।			
27	Are the Work Station, Bidding and Partitions cleaned twice a week	क्या कार्यक्षेत्र, बिडिंग और पार्टी न की सफाई सप्ताह में दो बार की जाती है।			
28	Is the washing of entire hospital in a scheduled manner with soap and water done once a week (Gang washing)	क्या पूरे चिकित्सालय को निर्धारित तरीके से साबुन और पानी से सप्ताह में एक बार धोया जा रहा है।			
29	Is the dry and wet mopping of side walls done twice a week	क्या सप्ताह में दो बार साइड की दीवारों पर सुखे और गीला पोंछा लगाया जाता है।			
30	Is polishing of floors done once a week	क्या सप्ताह में एक बार फर्ण की पालिंग की जाती है।			
31	Is the cleaning and wet mopping of fans and exhaust fans done once a week	क्या पंखों और एग्जास्ट फैन में सप्ताह में एक बार पोंछा लगाया जाता है।			
32	Are there any cobwebs present	क्या मकड़ी के जाले पाए गए।			
33	Is the cleaning of cobwebs done one a fortnight	क्या मकड़ी के जाले 15 दिन में एक बार साफ किये जाते हैं।			
34	Is the cleaning of upholstery , carpets , sofas etc. done one a month	क्या सोफा, कार्पेट, की सफाई महीने में एक बार की जाती है।			
35	Is scrubbing of entire premises , side walls, marble surfaces and tiles done once a fortnight	क्या पूरे परिसर, साइड की दीवारें, संगमरमर की सतहों की सफाई पखवाड़े में एक बार की जाती है।			
36	Is the supply of cleaning agents adequate	क्या सफाई सामग्री की आपूर्ति पर्याप्त है।			
37	Is the cleaning agent used as per NABH guidelines	क्या सफाई सामग्री प्रयोग किए जाते हैं।			
38	Is the cleaning agent of good quality	क्या सफाई सामग्री अच्छी क्वालिटी की है।			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टेंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	--

39	Are the new and modern cleaning scrubbing of floor etc.	क्या फर्फ की सफाई के लिये नए और आधुनिक उपकरण का प्रयोग किया जाता है।			
40	Is the staff wearing PPE while carrying out cleaning	क्या कर्मचारी सफाई के वक्त पीपीई पहने हुए था।			
41	Is the staff properly attending to the complaints of the patients	क्या कर्मचारी मरीजों की फिकायतों को ठीक से सुन रहा है।			
42	Is the staff properly attending to the complaints of the hospital staff	क्या कर्मचारी हास्पिटल कर्मचारियों की फिकायतों को ठीक से सुन रहा है।			
43	Are the supervisors performing their duties in proper manner	क्या पर्यवेक्षक अपनी ड्यूटी सही तरीके से निशादित कर रहे हैं।			
44	Is the attendance of the staff being properly maintained	क्या कर्मचारी का उपस्थिति विवरण सही तरीके से उपलब्ध है।			
45	Is the staff being given adequate wages as per the labour guidelines	क्या कर्मचारी को श्रम मानकों के अनुसार भुगतान किया जा रहा है।			
46	Is the contractor maintaining wages register	क्या ट्रेकेदार ने भुगतान रजिस्टर बनाया हुआ है।			
47	Are the wages being disbursed in presence of authorized hospital staff members	क्या चिकित्सालय कर्मचारियों की उपस्थिति में कर्मचारियों को मजदूरी का भुगतान किया जा रहा है।			
48	Any Comments	कोई टिप्पणी			

General comments if any:- सामान्य टिप्पणियाँ यदि कोई हो—

Overall rating of services(Very Good/Good/Satisfactory/Average /Poor):-

सेवाओं की सम्पूर्ण रेटिंग (बहुत अच्छा/अच्छा /संतोशजनक /औसत /खराब): -

Signature of the Official : अधिकारी के हस्ताक्षर —

### CHECKLIST OF MAINTENANCE(ELECTRICITY , PLUMBER, SEWER MAN, LIFT, COMPUTER, CCTV, BIO-METRIC ETC.)

रखरखाव की चेकलिस्ट (इलेक्ट्रिसिटी, प्लम्बर, सीवरमैन, लिफ्ट, कम्प्यूटर, सीसीटीवी आदि)

अधिकारी का नाम— \_\_\_\_\_

पदनाम— \_\_\_\_\_

S.N.	Name of the Item	मद का नाम	Yes/ No	Yes/ /No	Yes/ No
1	Date of Checking	निरीक्षण की दिनांक			

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसेसोजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.ई.एच. (चयन करें)

2	Whether the Staff is in uniform	क्या कर्मचारी यूनीफार्म में थे।		
3	Whether the Staff is having I cards	क्या कर्मचारी के पास परिचय पत्र था।		
4	Whether the Staff is properly trained	क्या कर्मचारी प्रॉफ़िशनल था।		
5	Whether the Staff is courteous and well behaved	क्या कर्मचारी का व्यवहार विनम्र एवं अच्छा था।		
6	Whether the Staff is properly equipped	क्या कर्मचारी उपकरणों से सुसज्जित था।		
7	Whether the Staff is attending to the complaints in time	क्या कर्मचारी समय पर फ़िकायतों का निस्तारण कर रहा है।		
8	Whether the complaints are documented in a register	क्या फ़िकायतें रजिस्टर में लिखी जा रही हैं।		
9	Whether the electrical wires properly taped	क्या बिजली के तार अच्छे से टेप किये गए हैं।		
10	Whether the electrical equipments having proper plugs	क्या बिजली के उपकरणों में प्लग लगा है।		
11	Whether the electrical equipments are in proper working order	क्या बिजली के उपकरण सही तरीके से कार्य कर रहे हैं।		
12	Whether there are leaking taps , pipes , waste pipes , jacks , seal traps , bottle traps , jalis etc. in the hospital	क्या चिकित्सालय में लीक करने वाले नल , अपील शट पाइप, जैक सील ,बाटल ट्रैप आदि हैं ।		
13	Whether the doors and windows properly repaired	क्या दरवाजे और खिड़कियाँ सही तरीके से ठीक किये गए थे।		
14	Whether the almirahs , table drores, sign boards , notice boards, Signages etc. properly installed and repaired	क्या अलमारी,टेबल डोर , साइन बोर्ड , नोटिस बोर्ड, साइनेजेस आदि ठीक तरीके से स्थापित किए गए थे एवं उनकी मरम्मत की गयी थी।		
15	Are the lifts in proper working order	क्या सभी लिफ्ट्स सही प्रकार से संचालित हैं।		
16	Are there proper signages in the lift areas	क्या लिफ्ट एरिया में उचित संकेतक हैं।		
17	Are the lifts cleaned at least twice daily	क्या सभी लिफ्ट्स की सफाई दिन में दो बार की जार रही है।		
18	Are the lifts, sidewalls cleaned and mopped once a day	क्या लिफ्ट एवं साइड दीवारों पर दिन में एक बार पोंछा लग रहा है।		
19	Are the telephones in working order	क्या सभी टेलीफोन कार्य कर रहे हैं।		
20	Are the computers in working order	क्या सभी कम्प्यूटर कार्य कर रहे हैं।		

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					

चिकित्सालय का नाम : जनरल विभाग	स्टेपडड ऑपरेटिंग प्रोसीजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)
-----------------------------------	--

21	Are the Photocopies , Printer etc. in working order	क्या सभी फोटोकापी म नीन , प्रिंटर आदि कार्य कर रहे हैं।		
22	Are the CCTV cameras etc. in working order	क्या सभी सीसीटीवी कैमरे कार्य रहे हैं।		
23	Is there any problem regarding Internet or Networking	क्या इंटरनेट या नेटवर्क में कोई समस्या है।		
24	Are the token system is working order	क्या टोकन सिस्टम सही तरीके से काम कर रहा है।		
25	Is the Bio metric Machine in working order	क्या बायोमीट्रिक म नीन सही तरीके से कार्य कर रही है।		
26	Any Comments	कोई टिप्पणी।		

General comments if any:- सामान्य टिप्पणियाँ यदि कोई हों:-

Overall rating of services(Very Good/Good/Satisfactory/Average /Poor):-  
सेवाओं की सम्पूर्ण रेटिंग (बहुत अच्छा/अच्छा /संतोशजनक /औसत /खराब) :-

Signature of the Official : अधिकारी के हस्ताक्षर

### INDIVIDUAL TRAINING RECORDS व्यक्तिगत प्रगति रिकार्ड

Section / Department: विभाग:-	Designation पदनाम:-				
NAME नाम:-					
TRAINING ATTENDED : प्राप्त प्रगति का विवरण					
SI. No: क्रम सं	Training Attended प्रगति में भाग लिया	Attended From----- to -- कब से कब तक	Knowledge Acquired प्राप्त ज्ञान	Skills Acquired प्राप्त कौशल	Remarks टिप्पणी

विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0	
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी.एम.एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।					