

राजस्थान सरकार

निदेशालय, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण सेवायें, राजस्थान जयपुर।

क्रमांक :- राजपत्रित / सामान्य / 2019 / 143

दिनांक : 20/02/2019

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी  
राजस्थान।

विषय:- अद्वैध दत्तकग्रहण पर अंकुश लगाने व चिकित्सको का डेटा उपलब्ध कराने के संबंध में।

----- :: ----- :: -----

उपरोक्त विषयान्तर्गत सचिव दत्तक ग्रहण संसाधन एजेंसी एवं आयुक्त, बाल अधिकारिता विभाग, जयपुर का पत्र क्रमांक 25401 दिनांक 10.12.2018 की प्रति संलग्न कर लेख है कि आप अपने जिले में दत्तकग्रहण पूर्व बालको की चिकित्सकीय परीक्षण रिपोर्ट ("दत्तकग्रहण विनियम, 2017 के प्रारूप अनुसार") तैयार करने व चिकित्सकों का डेटा उपलब्ध करवाने हेतु प्रमुख चिकित्सा अधिकारी जिला चिकित्सालय की अध्यक्षता में निम्नांकित चिकित्सको की समिति का गठन करावें।

1. वरिष्ठतम शिशु रोग विशेषज्ञ।
2. वरिष्ठतम स्त्री रोग विशेषज्ञ।
3. वरिष्ठतम मनो रोग विशेषज्ञ।

निदेशक (जन स्वास्थ्य)  
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें,  
राजस्थान जयपुर।

क्रमांक :- राजपत्रित / सामान्य / 2019 / 143

दिनांक : 20/02/2019

प्रतिलिपि निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है:-

1. निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें राजस्थान।
2. सचिव, दत्तक ग्रहण संसाधन एजेंसी एवं आयुक्त, बाल अधिकारिता विभाग, जयपुर का पत्र क्रमांक 25401 दिनांक 10.12.2018 के क्रम में।
3. शासन उप सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य (ग्रुप-2) विभाग, राजस्थान जयपुर।
4. समस्त संयुक्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें जोन।
5. प्रभारी, कम्प्यूटर सर्वर रूम, मुख्यालय को भेजकर लेख है कि उक्त पत्र मय सूची को आज ही समस्त संबंधित अधिकारियों की ई-मेल आईडी एवं विभागीय वेबसाइट पर अपलोड करवाने का श्रम करें।
6. कार्यालय / रक्षित पत्रावली।

निदेशक (जन स्वास्थ्य)  
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें,  
राजस्थान जयपुर।

Dir(PH)

PAG 62  
2/1/19

1307I  
Dak No. JPS/AGS/IA&H/2016  
Date 19-12-18

राजस्थान सरकार  
राज्य दत्तकग्रहण संसाधन एजेन्सी  
बाल अधिकारिता विभाग

18.12.18

20/198, कावेरी पथ, सेक्टर-2, मानसरोवर, जयपुर

क्रमांक एफ. एफ 24(3)(1) बा.अ.वि./सारा/दत्तकग्रहण/स्थापना/ 25401

जयपुर,दिनांक : 10/12/18

अतिरिक्त मुख्य सचिव,  
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग,  
जयपुर।

8959

विषय:- अवैध दत्तकग्रहण पर अंकुश लगाने व चिकित्सको का डेटा उपलब्ध कराने के सम्बन्ध में।

बाल अधिकारिता विभाग केन्द्रीय दत्तकग्रहण प्राधिकरण द्वारा निर्धारित तथा संचालित ऑनलाईन दत्तकग्रहण प्रक्रिया के माध्यम से अनाथ, परित्यक्त और अभ्यर्पित बच्चों को घर का आंगन और परिजनों का दुलार समयबद्ध तथा पारदर्शी तरीके से दिलाने का कार्य कर रहा है। यह भी उल्लेखनीय है कि अनाथ, परित्यक्त एवं समर्पित बच्चों को दत्तकग्रहण और गैर संस्थागत देखरेख को बढ़ावा देने और उनके विकास, निगरानी एवं समन्वय हेतु राज्य दत्तकग्रहण संसाधन एजेन्सी नोडल निकाय के रूप में कार्य कर रही हैं। सम्पूर्ण राष्ट्र में दत्तकग्रहण हेतु केन्द्रीय दत्तकग्रहण प्राधिकरण एवं केयरिंगस पोर्टल ही एक मात्र वैधानिक एवं मान्य स्रोत है परन्तु कभी-कभी बालकों के अवैध खरीद-फरोख्त के समाचार प्रकाशित होते हैं जो कि अत्यन्त दुर्भाग्यपूर्ण हैं।

Acu

2

बाल अधिकारिता विभाग, राजस्थान द्वारा इस प्रकार कि अग्रिय घटनाओं को रोकने हेतु कई गम्भीर प्रयास किये गये हैं। साथ ही मुख्य सचिव महोदय द्वारा दिनांक 25.01.2017 को आदेश क्रमांक 55705 के माध्यम से किशोर न्याय (बालकों की देखरेख एवं संरक्षण) अधिनियम, 2015 के अन्तर्गत समस्त अस्पताल/सैटेलाईट चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/नर्सिंग होम/प्रसूती केन्द्र/फर्टिलिटी सेन्टर/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र की भूमिका के सम्बन्ध में दिशा-निर्देश जारी किये गये थे। जिसके अनुसार प्रत्येक अस्पताल/सैटेलाईट चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/नर्सिंग होम/प्रसूती केन्द्र/फर्टिलिटी सेन्टर/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र को प्राप्त होने वाले शिशुओं की सूचना निकटतम विशेषज्ञ दत्तकग्रहण एजेन्सी व बाल कल्याण समिति को देना अनिवार्य है। इसी के क्रम में आपसे अनुरोध है कि आप सभी मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारियों को निर्देशित कराने का श्रम करावें कि वे जिले में संचालित सभी अस्पताल/सैटेलाईट चिकित्सालय/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र/नर्सिंग होम/प्रसूती केन्द्र/फर्टिलिटी सेन्टर/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का डेटा जिला बाल संरक्षण इकाई को उपलब्ध करावें जिससे कि जिला बाल संरक्षण इकाई द्वारा भी अवैध दत्तकग्रहण पर सतत निगरानी रखी जा सके।

साथ ही "दत्तकग्रहण विनियम, 2017 (Adoption Regulation, 2017)" के प्रावधान अनुसार बालकों के दत्तकग्रहण से पूर्व उनकी एक चिकित्सकीय परीक्षण रिपोर्ट तैयार की जाती है जिस हेतु जिला बाल संरक्षण इकाई एवं विशेषज्ञ दत्तकग्रहण एजेन्सीयों को अनुभवी चिकित्सकों की सहायता की आवश्यकता रहती है। अतः आप से यह भी निवेदन है कि आप प्रमुख चिकित्सा अधिकारी के माध्यम से जिले में कार्यरत चिकित्सकों का एक पैल गठित करावें जो दत्तकग्रहण पूर्व बालकों की चिकित्सकीय परीक्षण रिपोर्ट ("दत्तकग्रहण विनियम, 2017 के प्रारूप अनुसार") तैयार करने हेतु अधिकृत हो जिससे की अधीक्षक, विशेषज्ञ दत्तकग्रहण एजेन्सी द्वारा उनसे सम्पर्क कर बालको की चिकित्सकीय परीक्षण रिपोर्ट तैयार की जा सके।

संलग्न:- उपरोक्तानुसार

Senior PMO  
CMHO  
Senior Most Paediatrician  
Psychiatrist  
Gynaecologist  
Desk of Adoption/Letters

सचिव

राज्य दत्तक ग्रहण संसाधन एजेन्सी  
एवं  
आयुक्त, बाल अधिकारिता विभाग

I, \_\_\_\_\_ Social Worker hereby certify that the information given in this form about child \_\_\_\_\_ is correct.

Signature:

Place:

Name:

Date:

Designation:

We have read and understood the contents of the Child Study Report and are willing to accept \_\_\_\_\_ as our adoptive child.

(Signature of the male applicant) (Signature of the female applicant)

(Name of the male applicant) (Name of the female applicant)

Place and Date:

Place and Date:

### SCHEDULE III

[See regulations 2(13), 6(15), 7(18), 58(5)(a) and 58(6)(a)]

### MEDICAL EXAMINATION REPORT OF THE CHILD

A duly registered physician should complete the report. If any information is not available, please state "Not Available".  
(if the child is below 1 year, he/she should be examined by Paediatrician)

#### Child Adoption Resource Information and Guidance System (CARINGS)

Registration No.

Health Status: Normal/Special Need

Date of Admission:

Name of the Specialised Adoption Agency:

Name of the Child Care Institution:

#### A. General Information

1. Name of the child :
2. Date and year of birth :
3. Sex:
4. Place of birth:
5. Nationality:
6. Name of the present institution: Placed since:
7. Weight at birth (in kg. at admission): kg.
8. Head Circumference :
9. Length at birth (in cm. at admission): cm.
10. Was the pregnancy and delivery normal? Yes or No or Do not know
11. Where has the child been staying?  
With his or her mother: from to  
With relatives: from to  
In private care: from to  
In institution or hospital: from to

(Please state the name of the institution or institutions concerned)

Note: In case of new born children, refer to Medical Test for different age groups in **Schedule IV** [paragraph (A) New Born].

#### B. Medical Details

1. Has the child had any diseases during the past ? (if yes, please indicate the age of the child in respect to each disease, as well as any complication): Yes or No or Do not know

2. If yes:

Children's ordinary diseases (whooping cough, measles, chicken-pox, rubella, mumps):

Tuberculosis:

Convulsions (incl. Febrile convulsions):

Any other disease:

Exposure to contagious disease:

3. Has the child been vaccinated against any of the following diseases:

Yes or No or Do not know

4. If yes:

Tuberculosis (B.C.G.)

Date of immunisation:

Diphtheria

Date of immunisation:

Tetanus

Date of immunisation:

Whooping cough

Date of immunisation:

Poliomyelitis

Date of immunization:

Hepatitis A

Date of immunisation:

Hepatitis B

Date of immunisation:

MMR (Measles)

Date of immunization:

Other immunizations

Date of immunisation:

5. Has the child been treated in hospital?

Yes or No or Do not know

6. If yes state name of hospital, age of child, diagnosis, and treatment:

7. Give, if possible, a description of the mental development, behaviour and skills of the child.

(i) Visual

When was the child able to fix?

(ii) Aural

When was the child able to turn its head after sounds?

(iii) Motor

When was the child able to sit by itself?

When was the child able to stand with support?

When was the child able to walk without support?

(iv) Language

When did the child start to speak monosyllables?

When did the child start to say single words?

When did the child start to speak sentences?

(v) Contact

When did the child start to smile?

How does the child communicate with adults and other children?

How does the child react towards strangers?

(vi) Emotional

How does the child show emotions (anger, uneasiness, disappointment, joy)?

4

**C. Medical Examination Details:**

1. Date of the Medical Examination
2. Colour of hair:
3. Colour of eyes:
4. Colour of skin:
5. Through my complete clinical examination of the child I have observed the following evidence of disease, impairment or abnormalities (in case applicable):
  - (i) Head (form of skull, hydrocephalus, craniotabes )
  - (ii) Mouth and pharynx (harelip or cleft palate, teeth)
  - (iii) Eyes (vision, strabismus, infections)
  - (iv) Ears (infections, discharge, reduced hearing, deformity)
  - (v) Any dysmorphic facies? If yes, describe
  - (vi) Organs of the chest (heart, lungs)
  - (vii) Lymphatic glands (adenitis)
  - (viii) Abdomen (hernia, liver, spleen)
  - (ix) Genitals (hypospadias, testis, retention)
  - (x) Spinal column (kyphosis, scoliosis)
  - (xi) Extremities (pes equines, valgus, varus, pes calcaneovarus, flexation of the hip, spasticity, paresis)
  - (xii) Skin (eczema, infections, parasites)
  - (xiii) Other diseases?
6. Are there any symptoms of syphilis in the child? Result of syphilis reaction made (date and year): Positive or Negative or Not done
7. Any symptoms of tuberculosis?  
Result of tuberculin test made (date and year): Positive or Negative or Not done
8. Any symptoms of Hepatitis B?  
Result of tests for Hbs Ag (date and year): Positive or Negative or Not done  
Result of test for anti-HBs (date and year): Positive or Negative or Not done  
Result of tests for HBeAg (date and year): Positive or Negative or Not done  
Result of tests for anti HBe (date and year): Positive or Negative or Not done
9. Any history of Jaundice and blood transfusion?  
Results of tests for HBsAG (date and year)?  
If positive, whether specialist consultation taken (yes/ no, date and year); and further tests/ treatment undertaken (attach a copy of the documents)
10. HIV Test (refer to Standard Medical Test at **Schedule IV**)  
HCV (Hepatitis C) (refer to Standard Medical Test at **Schedule IV**)

11. Does the urine contain:  
Sugar?  
Albumen?  
Phyenyketone?

12. Stools (diarrhoea, constipation):

Examination for parasites: Positive or Negative or Not done.

13. Is there any mental disorder or retardation of the child?

14. Give a description of the mental development, behaviour and skills of the child.

15. Any additional comments?

Note:

1. Refer to Infants between 1 month to 1 year of age in Section 'B' of Medical Test in **Schedule IV**.
2. Refer to Age 1-3 years and more than 3 years of Medical Test in **Schedule IV** [paragraph (C)].

**D. Report concerning the psychological and social circumstances of the child (wherever required, assistance may be taken from special educator, physiotherapist, speech therapist and the social worker)**

Please decide on each heading.

**(i) Activity with toys (age appropriate as applicable):**

1. The child's eyes follows rattles or toys, that are moved in front of the child
2. The child holds on to a rattle
3. The child plays with rattles: putting it in the mouth, shaking it, moving it from one hand to the other etc.
4. The child puts cubes on top of each other.
5. The child plays purposely with toys: pushes cars, puts dolls to bed, feeds dolls etc.
6. The child plays role-play with toys with other children.
7. The child draws faces, human beings or animals with distinct features.
8. The child cooperates in structured games with other children (ballgames, card games etc).

**(ii) Vocalization or language development (age appropriate as applicable):**

1. The child vocalizes in contact with caregiver

2. The child repeats different vowel-consonant combinations (ba-ba, da-da, ma-ma etc.)
3. The child uses single words to communicate
4. The child speaks in sentences
5. The child understands prepositions as: on top of, under, behind etc.
6. The child uses prepositions as: on top of, under, behind etc.
7. The child speaks in past tense
8. The child writes his own name
9. The child reads simple words
10. Any other observation

**(iii) Motor development (age appropriate as applicable):**

1. The child turns from back to stomach from age: \_\_\_\_\_
2. The child sits without support from age: \_\_\_\_\_
3. The child crawls or moves forward from age: \_\_\_\_\_
4. The child walks with support of furniture from age: \_\_\_\_\_
5. The child walks alone from age: \_\_\_\_\_
6. The child climbs up and down stairs with support from age: \_\_\_\_\_
7. The child climbs up and down stairs without support from age: \_\_\_\_\_

**(iv) Contact with adults (age appropriate as applicable):**

1. The child smiles in contact with known caregiver
2. The child is more easily soothed when held by known caregiver
3. The child cries or follows known caregiver, when the caregiver leaves the room
4. The child actively seeks known caregiver when he or she is upset or has hurt him or herself
5. The child seeks physical contact with all adults, that come into the ward

6. The child communicates his feeling in words to caregivers

(v) **Contact with other children (age appropriate as applicable):**

1. The child shows interest in other children by looking or smiling at their activity

2. The child enjoys playing beside other children

3. The child engages actively in activities with other children

(vi) **General Level of Activity:**

1. Active      2. Overactive      3. Not Very Active

(vii) **General mood :**

1. Sober

2. Emotionally indifferent

3. Fussy, difficult to soothe

4. Happy, content

In case of special needs child, specify the category of the child.

Overall Observation of the child:

**Signature of the Examinee Physician  
Designation and  
Registration No.  
Stamp  
Date**

**E. Acceptance of Medical Examination Report by Prospective Adoptive Parent(s)**

We have read and understood the contents of the **Medical Examination Report** and are willing to accept \_\_\_\_\_ as our adoptive child.

(Signature of the male applicant)

(Signature of the female applicant)

(Name of the male applicant)

(Name of the female applicant)

Date:

Date:

Place:

Place: