



क्रमांक: चि.प्र./एनसीडी/2019/414

दिनांक 02/07/19

परिपत्र

राष्ट्रीय और राज्य स्तर पर कैंसर हमारे लिए गम्भीर चिन्ता का विषय है। इण्डियन काउंसिल ऑफ मेडिकल रिसर्च (ICMR) की सिफारिश है कि देश में कैंसर के अनुसंधान और नियंत्रण कार्यक्रम की योजना, मार्गदर्शन, निगरानी और मूल्यांकन की सुविधा के लिए "कैंसर रजिस्ट्री कार्यक्रम" अनिवार्य है जिसके लिये चिकित्सालयों एवं पैथोलॉजिकल लैब में हिस्टोपैथोलॉजिकल (Biopsy) से Confirm कैंसर के समस्त मरीजों की सूचना आवश्यक है।

राज्य सरकार ने इस विषय पर विचार करने के बाद यह जरूरी पाया कि कैंसर के निदान के लिए चिकित्सालयों एवं पैथोलॉजिकल लैबों द्वारा कैंसर के रोगी का हिस्टोपैथोलॉजिकल (Biopsy) से Confirm होने के तुरन्त बाद एवं उपचार की सूचना दी जानी चाहिए।

राज्य में कैंसर के प्राप्त आंकड़ों का उपयोग राज्य में कैंसर की रोकथाम एवं नियंत्रण, उपचार एवं कैंसर अनुसंधान और प्रशिक्षण केन्द्रों की स्थापना के लिए योजना तैयार करने के लिए किया जावेगा।

उक्त सूचना देने के संबंध में राज्य के समस्त चिकित्सालय (निजी और राजकीय) और पैथोलॉजिकल लैब को सूचना संधारित रखने एवं प्रतिमाह सूचना प्रेषित करने हेतु निर्देशित किया जायेगा।

चिकित्सालय (निजी और राजकीय) पैथोलॉजिकल, क्लिनिकल और रेडियोलॉजिकल लैब से संबंधित सभी संस्थानों द्वारा कैंसर के Confirm मरीज एवं उनके उपचार की सूचना संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को निर्धारित प्रपत्र में प्रस्तुत करेंगे।

राज्य में प्रत्येक चिकित्सक (एलोपैथिक/आयुष/यूनानी/अन्य चिकित्सा व्यवसाय) की जिम्मेदारी होगी कि वह चिकित्सकीय रूप से कार्य करने के समय कैंसर के जैवरासायनिक या रेडियोलॉजिकल संदिग्ध मरीजों की सूचना चिकित्सालय/लैब के द्वारा कैंसर का संदिग्ध होने का उल्लेख करते हुये प्रस्तुत करेंगे।

चिकित्सक द्वारा किसी ऐसे मरीज की मृत्यु को प्रमाणित करना है जिसके कैंसर था और पूर्व में सूचित नहीं किया गया है, उसे सूचित करना सुनिश्चित किया जावं।

उपरोक्त वर्णित सूचना देने में यदि चिकित्सक/चिकित्सा संस्थान विफल रहता है तो वह नियमानुसार कार्यवाही के लिए उत्तरदायी होगा।

अति. मुख्य सचिव,
चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं प.क. विभाग,
राजस्थान

दिनांक 02/07/19

क्रमांक: चि.प्र./एनसीडी/2019/414

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

- 1 निजी सचिव, माननीय चिकित्सा एवं स्वास्थ्य मंत्री महोदय, राजस्थान सरकार।
- 2 निजी सचिव, माननीय चिकित्सा एवं स्वास्थ्य राज्य मंत्री महोदय, राजस्थान सरकार।
- 3 निजी सचिव, अति० मुख्य सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग राज०, जयपुर।
- 4 निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव, चिकित्सा शिक्षा विभाग, राजस्थान, जयपुर।
- 5 निजी सचिव, शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग एवं मिशन निदेशक (एनएचएम),
- 6 निदेशक (जन स्वा०) चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें राज० जयपुर।
- 7 अति. निदेशक (चि.प्र.), मुख्यालय।
- 8 समस्त प्रधानाचार्य एवं नियंत्रक, मेडिकल कॉलेज, राजस्थान।
- 9 समस्त चिकित्सक अधीक्षक, मेडिकल कॉलेज संलग्न चिकित्सालय, राजस्थान।
- 10 समस्त सयुक्त निदेशक, जोन, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, राजस्थान।
- 11 समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राजस्थान।
- 12 समस्त प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, राजस्थान।
- 13 प्रभारी सर्वर रूम, मुख्यालय (वेबसाइट एवं ईमेल)

अति. मुख्य सचिव,
चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं प.क. विभाग,
राजस्थान

Rajasthan Government
Department of Medical, Health & F.W., Rajasthan

Patient Detail Information (Histopathological (Biopsy) Confirm)

No.:

Date:

(Please fill in the form in BLOCK/CAPITAL letters All columns should be filled)

Hospital/Pathological Lab Name: _____

1. Name of the Patient: _____ 2. Date of Birth: _____

3. Mother Name _____ 4. Mobile No : _____

5. Father's/ Husband's/Son's/ Daughte:r's Name. _____

6. Aadhar No*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. If not Aadhar No. than other ID Name _____ and

ID No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Gender Male Female 9. Yearly family Income: _____

10. Complete Residence Address _____

11. (a) Whether belonging to reserved category (SC/ST/BPL only): SC ST BPL

(b) If Yes, self attested proof attached.

12. Name, Address & Phone No. of the institution (Laboratory/Hospital) where Cancer was diagnosed: (Attach an attested photocopy of Laboratory Report) verified by treating Institution / Hospital:

Hospital/ Lab Name: _____ Date of Diagnosis: DD/MM/YY

--	--	--

Address & Phone _____

13. Name and Date of Admission / Reporting to the Hospital where the treatment is undergoing:

Hospital/ Lab Name: _____ Date: DD/MM/YY

--	--	--

Your's faithfully,

(Father's/Husband's/Patient's signature)

Enclosures

1. Residence proof: Voter Card/Driving License /Passport/Armed License/Kisan Credit Card and BSB/ Card (for more information please read checklist)
2. Photocopy of Laboratory Report attested by treating doctor where treatment is undergoing
3. If belonging to SC/ST/BPL, attach documentary evidence.
 - ↳ Aadhar Card* (Optional)

District Report (Biochemistry or Radiology (Suspected) Case)

District Name:

Reporting Month:

S.No.	Name of the Patient	Age / Sex	Father's/ Husband's Name	Complete Residential address with contact number	Whether belonging to Reserved Category (SC/ST/BPL only) Attach the proof	Name/ address of the Hospital where the treatment is going on currently	Name of Biochemistry or Radiology Lab (Report Attach)	Type of Cancer
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

Chief Medical & Health Officer
Signature with Seal

District Report Histopathological (biopsy) Confirm

District Name:

Reporting Month:

S.No.	Name of the Patient	Age /Sex	Father's/ Husband's Name	Complete Residential address with Contact number	Whether belonging to Reserved Category (SC/ST/BPL only) Attach the proof	Name/ address of the Hospital where the treatment is going on currently	Name of Pathological Lab (Report Attach)	Type of Cancer
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

Chief Medical & Health Officer
Signature with Seal

Form for Suspected Pathology Lab Format
(Biochemistry or Radiology (Suspected) Case)

S.No	Hospital's/Pathological Lab Name			Reporting Month		Name of Pathological Lab (Report Attach)	Type of Cancer	
	Name of the Patient	Age/ Sex	Father's/ Husband's Name	Complete Residential address with Contact number	Whether belonging to Reserved Category (SC/ST/BPL only) Attach the proof			ID No.
1	2	3	4	5	6	7	8	9

1. Diagnosing doctor (Pathologist/Radiologist/ Biochemistry) Name----- Signature-----

2. Treating doctor Name----- Signature-----

3. Head of the Institution (Medical Superintendent/Director/Incharge) Name----- Signature-----

(Histopathological (Biop. VI Confum))

Hospital's/Pathological Lab Name					Reporting Month				
S.No.	Name of the Patient	Age/ Sex	Father's/ Husband's Name	Complete Residential address with Contact Number	Whether belonging to Reserved Category (SC/ST/BPL only) Attach the proof	ID No.	Name/ address of the Hospital where the treatment is going on currently	Name of Pathological Lab (Report Attach)	Type of Cancer
1	Z	3	4	5	6	7	8	9	9

1. Diagnosing doctor (Pathologist)

Name.....

Signature.....

2. Treating doctor

Name.....

Signature.....

3. Head of the Institution
(Medical Superintendent/Director/Incharge)

Name.....

Signature.....