

राजस्थान सरकार

निदेशालय, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण सेवायें, राज. जयपुर।

क्रमांक 2353/2020/संस्था

दिनांक 28/05/2020

दिशा-निर्देश

विषय :- घर/रास्ते में कोरोना संक्रमित मृत्यु की सामाजिक समीक्षा आयोजित करने के क्रम में विस्तृत दिशा-निर्देश।

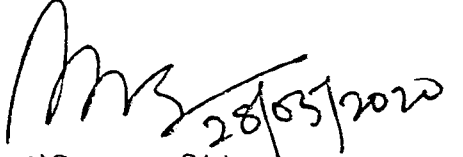
विश्व स्वास्थ्य संगठन तथा संयुक्त राष्ट्र द्वारा कोरोना वायरस (कोविड-19) संक्रमण को Pandemic घोषित करने तथा कोरोना वायरस (कोविड-19) संक्रमण से बचाव, रोकथाम हेतु तथा आमजन को आवश्यक चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराने के संबंध में व्यापक लोकहित में राज्य सरकार द्वारा सभी सम्भव प्रयास किये जा रहे हैं। इसी क्रम में घर/रास्ते में कोरोना संक्रमित मृत्यु की सामाजिक समीक्षा हेतु मुख्य कार्य निम्नानुसार किया जाना है:-

1. **समीक्षा समीति का गठन:-** समीक्षा हेतु संबंधित खण्ड मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा 3 सदस्य समीति का गठन किया जावेगा जिसमें गाँव की आशा, एएनएम, आँगनवाड़ी कार्यकर्ता, परिजन विशेष रूप से वह जो मृत्यु के समय उसके साथ थे, एलएचवी, संबंधित चिकित्सा अधिकारी प्रभारी, महिला अध्यापिका, पंच ग्राम सेवक संभावित प्रतिभागी होंगे।
2. **स्थान का चयन-** बैठक का आयोजन ग्राम पंचायत कार्यालय अथवा पीड़ित के घर (परिजनो की सुविधा अनुसार) जहाँ मृत्यु हुयी है वहाँ मृत्यु के 3 सप्ताह पश्चात् व 1 माह के भीतर किया जाना है।
3. 3 सदस्य समीति हेतु मानदेय अन्टाईड फण्ड निकटतम चिकित्सा संस्थान से निम्नानुसार स्वीकृत है :-
 - राशि रु 150/- प्रति व्यक्ति (अधिकतम 3 व्यक्ति हेतु),
 - राशि रु 200/- आशा व
 - राशि रु 200/- मोबेलिटी
4. 3 सदस्य समीति फार्म संख्या 5 भर कर अपनी रिपोर्ट उसी दिवस में बीसीएमओ को प्रस्तुत करेंगी। जिस पर विश्लेषण उपरान्त फार्म संख्या 6 भर कर समीति सदस्य द्वारा हस्ताक्षर किये जावेगे। जिसे जिले स्तर पर डिप्टी सीएमएचओ (स्वास्थ्य) को प्रेषित किया जावेगा।
5. बैठक से पूर्व मृतक के परिजनो को सूचना दी जायेगी। की यह जानकारी गोपनीय रखी जावेगी व स्वास्थ्य सेवाओ की उपलब्धता के सुदृढीकरण हेतु उपयोग में लायी जावगी।
6. उक्त विश्लेषण उपरान्त खण्ड स्तर पर फार्म-2 में लाईन लिस्टिंग का इन्द्राज करना सुनिश्चित करेगे व उसी दिन इसे जिला स्तर पर उप मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (स्वास्थ्य) को प्रेषित की जावेगी।
7. डिप्टी सीएमएचओ (स्वास्थ्य) उक्त सूचना का विश्लेषण सीएमएचओ की अध्यक्षता में जिला स्तरीय समीति में करेगे जिसमें Epidemiologist व जिला कार्यक्रम प्रबंधक सम्मिलित होंगे व कोरोना संक्रमित मातृ शिशु मृत्यु स्थिति में आरसीएचओ भी उक्त बैठक में भाग लेंगे।
8. उक्त विश्लेषण उपरान्त जिला मजिस्ट्रेट महोदय को अवगत करा कर रिपोर्ट राज्य स्तर पर फार्म- 3 व फार्म-6 में राज्य नोडल अधिकारी-आईडीएसपी को प्रेषित की जावेगी।

उक्तानुसार समस्त कार्य आगामी 7 दिवस में पूर्ण कर अधोहस्ताक्षरकर्ता को ईमेल आईडी rajasthan_idsp@yahoo.co.in पर अवगत कराये व आवश्यकता अनुसार सहयोग हेतु राज्य मुख्यालय आईडीएसपी अनुभाग, एनएचएम से सम्पर्क कर सकते हैं।

संलग्न-

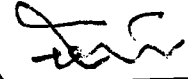
- फार्म 2,3,5 व 6
- कोरोना संक्रमित मृत्यु की इक्जाई सूचना।


28/05/2020

(रोहित कुमार सिंह)
अतिरिक्त मुख्य सचिव,
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग,
राजस्थान सरकार, जयपुर।

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

1. विशिष्ट सहायक, माननीय चिकित्सा मंत्री महोदय।
2. निजी सचिव, अतिरिक्त मुख्य सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग।
3. निजी सचिव, विशिष्ट शासन सचिव, चि0 स्वा0 एवं प0क0 विभाग एवं मिशन निदेशक, एनएचएम।
4. समस्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ, राज. जयपुर।
5. संयुक्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ, जोन जयपुर।
6. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, समस्त जिले।
7. उप मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (स्वास्थ्य), समस्त जिले।
8. समस्त प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, जिला चिकित्सालय, जयपुर।
9. सर्वर रूम।
10. रक्षित पत्रावली।



(नरेश कुमार ठकराल)
मिशन निदेशक, एनएचएम
एवं विशिष्ट शासन सचिव
चिकि. स्वा. एवं पं. क

Form-2
Block level COVID (+) death's

(Fill in one form for every month)

Name of Block _____

District _____ State _____

Month _____ Year _____

S. no.	Name of deceased	Age	Date of death	Address	Name/ designation of primary informer	Date of field investigation	Cause of Death (from below)	If died due to other reason specify	Action taken
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

किस प्रकार की देरी के कारण मृत्यु हुई। (उपयुक्त पर ✓ का निशान लगाये)

1. निर्णय में देरी।
2. साधन मिलने में देरी।
3. उपचार मिलने में देरी।
4. कोई देरी नहीं हुयी।
5. गैर कोरोना मृत्यु।
6. अन्य कारण (स्पष्ट उल्लेख)

Signature of BCMO with date:

(Faint stamp or signature)

Form-3 Line listing form for all Cases of Corona (+) deaths

District:-

S. no.	Date of death	Name of deceased	Place of death		Probable cause of death (in terms of Level of delay)	Name of investigator/ date of interview	Action Taken
			Home Health facility	in transit			

Name of reporting person: _____

Signature: _____

Designation: _____

Date of reporting: _____



फार्म-6

कोरोना मृत्यु समीक्षा प्रपत्र

मृतक का नामपुत्र/पुत्री/पत्नि श्री
उम्र.....जाति.....निवासी.....की मृत्यु दिनांक .
.....को (रास्ते/घर).....मे हुयी।

जिसके मृत्यु के कारणों को विश्लेषण करने से ज्ञात हुआ कि मृत्यु का कारणथा। इस
संबंध में विस्तृत जानकारी निम्नानुसार है-

मृत्यु का संक्षिप्त विवरण मय पूर्व मे कोई बीमारी व इलाज:-
.....
.....
.....

किस प्रकार की देरी के कारण मृत्यु हुई। (उपयुक्त पर ✓ का निशान लगाये)

1. निर्णय में देरी।
2. साधन मिलने में देरी।
3. उपचार मिलने में देरी।
4. कोई देरी नही हुयी।
5. गैर कोरोना मृत्यु।
6. अन्य कारण (स्पष्ट उल्लेख)

मृतका को कैसे बचाया जा सकता था:-.....
.....
.....

बचाव व रोकथाम चर्चा के बिन्दु :-.....
.....
.....

हस्ताक्षर

आशा

हस्ताक्षर

ए.एन.एम.

हस्ताक्षर

चिकित्सा अधिकारी

मौखिक कोरोना मृत्यु प्रश्नवाली (Verbal Autopsy)

कोरोना मृत्यु जांच के लिए

जिले का नाम	
ब्लॉक के नाम	
पीएचसी का नाम	
उपस्वास्थ्य केन्द्र का नाम	
गांव का नाम	
मृतक का नाम	
पुत्र/पुत्री	
मृत्यु तिथि	
जांच कर्ता का नाम मय पद (प्रथम)	
जांच कर्ता का नाम मय पद (द्वितीय)	
जांच की तिथि	
मौत का संभावित कारण	

(सामुदायिक स्तर पर होने वाली मृत्यु की जांच के लिए)

सामान्य निर्देश

1. गोपनीयता: सामान्य परिचय के बाद जांच कर्ता ये सुनिश्चित करे व ये आवश्यकता दे की दी गयी सूचना की गोपनीयता बनायी रखी जावेगी।
2. साक्षात्कार के दौरान साक्षात्कारकर्ता बहुत विनम्र होना चाहिए और संवेदनशील सवाल से बचा जाना चाहिए।
3. सभी उत्तरदाताओं को आराम से बैठा कर समझाओ कि जो जानकारी वे उपलब्ध करा रहे है उनसे मौतों को रोकने में मदद मिलेगी।
4. उत्तरदाताओं को घटना उनके अपने शब्दों में मौत के लिए अग्रणी सुनाने की अनुमति दें।
5. जांच कर्ता वे सवाल ना पूछे जो साक्षात्कार सूची में नहीं हैं।
6. जहां भी जरूरत है, की जांच अधिकारी घटना से संबंधित सभी जानकारी बाहर लाने के लिए उत्तरदाताओं को प्रोत्साहित करे।
7. समस्त सूचना को एक कथा रूप लिखें।
8. तटस्थता और निष्पक्षता: साक्षात्कारकर्ता स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, डॉक्टरों द्वारा या उपलब्ध जानकारी आदि से प्रभावित नहीं होना चाहिए।

मौखिक सहमति फार्म

साक्षात्कारकर्ता के लिए निर्देश: प्रतिवादी से उसकी सहमति से साक्षात्कार किया जाना है। साक्षात्कारकर्ता पर हस्ताक्षर और नीचे तारीख लिखनी है। प्रतिवादी साक्षात्कार करने के लिए सहमति नहीं है, तो उसे अपने समय के लिए उसे धन्यवाद दे और बातचीत समाप्त करे।

मेरे नाम [आपका नाम] मैं केंद्र / अस्पताल में मातृ मृत्यु समीक्षा के लिए एक साक्षात्कारकर्ता हूँ। यह सुन कर मुझे बहुत दुख हुआ है कि जो इस घर में था की हाल ही में मृत्यु हुयी।

हमारी यात्रा का उद्देश्य इतना है कि जिसकी मृत्यु हुयी है उसकी मृत्यु के कारणों के बारे में जानकारी इकट्ठा कर चिकित्सा संस्थानों को और गुणवत्तापूर्ण बनाये जिससे अन्य को उस कारण से होने वाली मृत्यु से बचाया जा सके।

आपकी भागीदारी आपके क्षेत्र में स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार लाने में सहायक होगी। हम आपके घर में उस व्यक्ति से बात करना चाहते हैं जो मृतक/मृतका का ध्यान रखता था।

हम आपसे मृतक/मृतका के बारे में कुछ प्रश्न करेंगे जिसकी मृत्यु हाल ही में हुयी है। हम उसकी पृष्ठभूमि, गर्भावस्था इतिहास व गर्भावस्था के दौरान घटी घटनाओं के बारे में जानकारी लेगे। हम आपको विश्वास दिलाते हैं कि जो भी सूचना आप व आपके परिवार द्वारा हम दी जावेगी उसे हमारे द्वारा गोपनीय रखी जावेगी व आपका नाम कही भी इस्तेमाल नहीं किया जायेगा।

साक्षात्कार में भागीदारी स्वैच्छिक है और भाग लेने के लिए इंकार करने पर किसी भी तरीके से आप को प्रभावित नहीं किया जायेगा। आप कभी भी इसे समाप्त कर सकते हैं व किसी भी समय किसी भी सवाल का जवाब जो आपको सही न लगे न देवे।

जॉच में लगभग एक घण्टे का समय लगेगा।

इस समय आप मुझसे जॉच के संदर्भ में कुछ भी पूछ सकते हैं ?

किसी भी प्रश्न और चिंताओं का जवाब देवे।

आप इस साक्षात्कार में भाग लेने से सहमत हैं?

हाँ

नहीं

प्रतिवादी

नाम _____ हस्ताक्षर _____

साक्षात्कारकर्ता

नाम _____ हस्ताक्षर _____

तारीख _____

मृतक के साथ प्रतिवादी का संबंध

सामान्य जानकारी

जॉच कर्ता (प्रथम) का नाम व पद		Contact Number
जॉच कर्ता (द्वितीय) का नाम व पद		
जॉच कर्ता (तृतीय) का नाम व पद		
जांच की तिथि		

रिपोर्टिंग व्यक्ति के

हस्ताक्षर: पदनाम:

तारीख:

I पृष्ठभूमि की जानकारी			
1	प्रतिवादी का नाम		
2	मृतक का नाम		
3	मृतक के साथ प्रतिवादी का रिश्ता		
4	मृत्यु के समय मृतक की उम्र		yrs
5	मृत्यु का स्थान (सही का चिह्न लगाये)		
	a) घर..... 1	b) उप-जिला अस्पताल 2	
	c) उप-स्वास्थ्य केन्द्र 3	d) जिला अस्पताल 4	
	e) पीएचसी 5	f) निजी अस्पताल 6	
	g) सीचएसी 7	h) रास्ते में 8	
	i) अन्य, (उल्लिखित करना) 9		
6	संस्था या गांव / शहरी क्षेत्र के जगह है का नाम जहाँ मृत्यु होना पाया गया		
7	मृत्यु का समय व दिनांक	तारीख: _dd / माह / ___yyyy समय: _____ दोपहर से पूर्व दोपहर के बाद	
8	चिकित्सा संस्थान पर चिकित्सक या नर्स ने आपको मृत्यु का कारण बताया ?	हाँ.....1 नहीं.....2 लागू नहीं.....3	
9	यदि हाँ, तो मौत का कारण क्या था?		
	Comorbid conditions Diabetes since when HT since when CAD since when COPD or any other lung Cancer or any other illness Has the probable source of infections identified How many family members are infected History of travel - Other country/ Other city/ Other state How was the case identified - ASHA/ ANM or by the other teams// incidental finding Is it possible to recall number of days from exposure to death?		
II मृतक की प्रोफाइल			
	बीपीएल स्थिति	ए) बीपीएल.....1 बी) Non बीपीएल.....2	

शिक्षा की स्थिति		
a) अनपढ़)..... 1	b) 5 वी कक्षा उत्तीर्ण..... 2	
b) 8 वी कक्षा उत्तीर्ण..... 3	d) 12 वी कक्षा उत्तीर्ण..... 4	
c) ग्रेजुएट 5	f) अन्य (Specify _____) 6	
III स्वास्थ्य सुविधाओं, सेवाओं और परिवहन की उपलब्धता		
नजदीकी सरकारी/निजी संस्थान का नाम व स्थान जहाँ आपातकालिन सेवाये उपलब्ध हो		
आवास से संस्थान की दूरी		
संस्थान तक पहुंचने हेतु उपलब्ध संसाधन		
6 क्या मृतक के अवधि के दौरान किसी प्रकार की कोई समस्या थी ?	हाँ..... 1 नहीं..... 2 ज्ञात नहीं है..... 3	यदि हाँ तो विवरण
7 उसमे क्या लक्षण थे		
a) बुखार... 1		
b) सर्दी-जुखाम... 2		
c) खाँसी 3		
d) साँस लेने मे तकलीफ... 4		
8 इन लक्षणो हेतु इलाज लिया ?	हाँ..... 1 नहीं..... 2	
9 मृतक के पूर्व मे किसी भी तरह की बीमारी व इलाज का ब्योरा		
10 उसके द्वारा इलाज कहा लिया		
a) उप स्वास्थ्य केंद्र 1	b) पीएचसी 2	
c) सीएचसी 3	d) जिला अस्पताल 4	
e) निजी अस्पताल / क्लिनिक 5	f) नीम हकीम..... 6	
g) पता नहीं है 7	h) लागू नहीं 8	
i) अन्य (Specify.....) ... 9		
11 क्या कारण था जो चिकित्सा संस्थान पर जाँच के लिये नही गये (एकाधिक संभव प्रतिक्रियाओं)		
a) जटिलता की गंभीरता नहीं जानते थे..... 1	b) स्वास्थ्य सुविधा का बहुत दूर होना..... 2	
c) परिवहन की कमी 3	d) वित्तीय कारणों से :..... 4	
e) परिवार कारणों..... 5	f) विश्वास स्थानीय चिकित्सकों में /..... 6	
g) प्रदाताओं से अनुचित व्यवहार 7	h) मान्यताओं और रीति-रिवाजों ... 8	
a) अन्य (Specify.....) ... 9		

परिवहन, रैफरल एवं दी गयी देखभाल के संबंध में निम्न तालिका में विवरण दर्ज करें				
तालिका 1				
स्थान	घर/गँव	सुविधा 1	सुविधा 2	सुविधा 3
दिनांक (dd / mm / yy)				
जटिलताओं के शुरुआत का समय				
परिवहन को बुलाने/आने का समय				
परिवहन के लिए इस्तेमाल				
संस्थान/रैफरल संस्थान का नाम एवं स्तर		सुविधा 1	सुविधा 2	सुविधा 3
पहुँचने का समय				
परिवहन हेतु व्यय राशि				
रैफरल का कारण				
रैफरल स्लिप (Give or Not)				
दिया गया उपचार				
उपचार/दवाईयो/ डायग्नोस्टिक में व्यय राशि				
संस्थान पर व्यतीत समय				

इतिहास (कथा प्रारूप में लिखें)

आपके अनुसार, मृतक को बचाने के लिये क्या किया जा सकता है ?

Handwritten signature/initials.