

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

क्रमांक:27/COVID/2020/ 709

दिनांक: 24-6-2020

दिशा-निर्देश

विषय :-संस्थागत कोरोना संक्रमित मृत्यु की समीक्षा आयोजित करने के क्रम में विस्तृत दिशा-निर्देश।

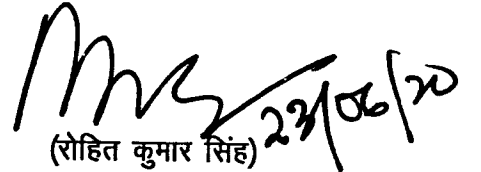
विश्व स्वास्थ्य संगठन तथा संयुक्त राष्ट्र द्वारा कोरोना वायरस (कोविड-19) संक्रमण को Pandemic घोषित करने तथा कोरोना वायरस (कोविड-19) संक्रमण से बचाव, रोकथाम हेतु तथा आमजन को आवश्यक चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराने के संबंध में व्यापक लोकहित में राज्य सरकार द्वारा सभी सम्भव प्रयास किये जा रहे हैं। इसी क्रम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

1. समीक्षा समीति का गठन:- समीक्षा हेतु संबंधित संस्थान कोविड नोडल अधिकारी अथवा Infection control committee नोडल अधिकारी द्वारा विशेषज्ञ समीति का गठन कर फार्म-4 में प्रविष्टि करे।
2. समीति फार्म संख्या-4 भर कर अपनी रिपोर्ट उसी दिवस में कोविड नोडल अधिकारी के माध्यम से डिप्टी सीएमएचओ (स्वास्थ्य) को प्रेषित करायेगे।
3. बैठक की जानकारी गोपनीय रखी जावेगी व स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता के सुदृढीकरण हेतु उपयोग में लायी जावेगी।
4. उक्त विश्लेषण उपरान्त उप मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (स्वास्थ्य) लाईल लिस्टिंग संधारित कर फार्म-4 को राज्य स्तर को प्रेषित करेगे।
5. डिप्टी सीएमएचओ (स्वास्थ्य) उक्त सूचना का विश्लेषण सीएमएचओ की अध्यक्षता में जिला स्तरीय समीति में करेगे जिसमें संबंधित संस्था प्रभारी, Epidemiologist व जिला कार्यक्रम प्रबंधक सम्मिलित होंगे व कोरोना संक्रमित मातृ शिशु मृत्यु स्थिति में आरसीएचओ भी उक्त बैठक में भाग लेंगे।
6. उक्त विश्लेषण उपरान्त जिला मजिस्ट्रेट महोदय को अवगत करा कर रिपोर्ट राज्य स्तर पर फार्म- 4 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 व no_camp.nrhm@yahoo.com पर अवगत कराये व आवश्यकता अनुसार सहयोग हेतु राज्य मुख्यालय आईडीएसपी अनुभाग, एनएचएम से सम्पर्क कर सकते हैं।

संलग्न-

- फार्म-4
- संस्थागत कोविड मृत्यु इकजाई सूचना




(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, शासन सचिव, चिकित्सा शिक्षा विभाग, जयपुर।
4. निजी सचिव, विशिष्ट शासन सचिव, चि0 स्वा0 एवं प0न0 विभाग एवं मिशन निदेशक, एनएचएम।
5. समस्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ, राज. जयपुर।
6. राज्य नोडल अधिकारी, आईडीएसपी/कोविड मृत्यु समीक्षा।
7. संयुक्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ, जोन जयपुर।
8. प्रिंसिपल एवं कंट्रोलर/मेडिकल सुपरिटेन्डेन्ट समस्त मेडिकल कॉलेज, संलग्न अस्पताल।
9. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, समस्त जिले।
10. प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, जिला अस्पताल।
11. उप मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (स्वास्थ्य), समस्त जिले।
12. समस्त प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, जिला चिकित्सालय, जयपुर।
13. सर्वर रूम।
14. रक्षित पत्रावली।


(नरेश कुमार ठकराल)

मिशन निदेशक, एनएचएम
एवं विशिष्ट शासन सचिव
चिकि. स्वा एवं पं क

b) Signs and symptoms with date of onset (dd/mm/yy) : - -/ - / - -

Duration (in days)

- | | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ➤ Mild fever | <input type="checkbox"/> | ➤ High grade fever | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Cough | <input type="checkbox"/> | ➤ Fall in Blood Pressure | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Fatigue | <input type="checkbox"/> | ➤ Sputum with blood | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Breathlessness | <input type="checkbox"/> | ➤ Loss of smell | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Sore throat | <input type="checkbox"/> | ➤ Loss of taste | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Sore throat | <input type="checkbox"/> | ➤ Any other, specify _____ | |
| ➤ Vomiting | <input type="checkbox"/> | | |
| ➤ Diarrhoea | <input type="checkbox"/> | | |

6. Did the patient have any high risk illness / predisposing condition

- i) Age >65 years- Yes No
- ii) Diabetes mellitus Yes Controlled Uncontrolled No Unknown
- iii) Chronic Lung disease (specify with duration) _____
- iv) Hypertension & Coronary artery disease (On medication) _____
- v) HIV +ve only Yes No Unknown
- vi) AIDS Yes No Unknown
- vii) Chronic Liver disease (specify with duration) _____
- viii) Chronic Kidney disease (specify with duration) _____
- ix) Cancer (specify with duration) _____
- x) History of Cerebrovascular Accident _____
- xi) Cortisone therapy + Yes No Unknown
 Immuno suppressive Therapy
- xii) Incidental/ Accidental Disorders E.g. Surgical including Iatrogenic, Trauma, Violence,
 Anaesthetic complications,
- xiii) Any other (specify with duration) _____

7. Diagnostic Findings (clinical) :

a) General tests:

CBC _____ Ferritin _____
 DLC _____ Procalcitonin _____
 CRP _____ D-dimer -----
 LDH _____ Trop-T-----

Any other _____

b) Did the patient have any of the following tests?

Chest x ray If yes, Normal Abnormal Unknown
 Chest CT scan If yes, Normal Abnormal Unknown

c) If chest x- ray or chests CT scan result abnormal:

Was there evidence of pneumonia?

Yes No Unknown

d) SARS-CoV-2 testing:

Date of collection of sample: __/__/__

Date of declaration of First result: : __/__/__

Name of the lab which conducted test:

Result: Daywise

Day 0	Day 3	Day 6	Day 9	Day	Day	Day	Day

8. Treatment details

a) Previous treatment history _____

b) Treatment for other symptoms _____

c) Name of the Hospitals/health facilities/private practitioner where treatment taken with dates

d) Treatment given in the hospital where patient died

I. Date of admission: __/__/__

II. Date of death: : __/__/__ Cause of Death: _____

Drug	Date initiated	Date discontinued	Dosage(if known)

III. Monitor side effects of Drugs:

- a. CBC _____
- b. ECG (QT interval) _____
- c. RFT _____
- d. LFT _____

IV. Treatment for complications (details)

V. Did the patient require mechanical ventilation? Yes No Unknown

9. IN YOUR OPINION WERE ANY OF THESE FACTORS PRESENT?

System	Example	Y	N	Not known
Personal/ family	delay in seeking help			
	refusal of treatment or admission			
	refusal of admission in previous facility			
logistical Problems	lack of transport from home to health care facility			
	lack of transport between health care facilities			
	lack of assured referral system			
facilities	lack of facilities, equipment or consumable			
	lack of blood/ blood products			
	lack of Ot availability			
Health personnel problems	lack of human resources lack of anesthetist			
	lack of expertise, training or education			

10. CASE SUMMARY (please supply a short summary of the events surrounding hospital stay and the death of the patient)

Form filled by the MO on duty

nodal Officer of the Hospital:

Name & Signature

Name& Signature

Designation

Address of the Institution

Stamp & Date: