



जनपद स्तरीय चिकित्सालयों हेतु स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश



संदेश

प्रत्येक रोगी को सर्वश्रेष्ठ तकनीक का उपयोग करते हुये उपचार पाने का अधिकार है। इसके लिये मुख्यतः योग्य एवं प्रशिक्षित चिकित्सक एवं पैरामेडिकल स्टाफ तथा पूर्णरूप से व्यवस्थित स्वास्थ्य इकाई की आवश्यकता होती है, जिससे रोगियों को सुरक्षित एवं हानिरहित स्वास्थ्य सेवायें उपलब्ध करायी जा सकें।

चिकित्सा इकाइयों पर स्वास्थ्य सेवायें प्रदान किया जाना एक सतत प्रक्रिया है, जहाँ रोगियों की सुरक्षा सर्वोच्च प्राथमिकता होती है। निरन्तर तकनीकी विकास, आधुनिक औषधि तथा प्रशिक्षित चिकित्सकों तथा कार्मिकों की उपलब्धता के फलस्वरूप चिकित्सालयों के स्वास्थ्य प्रशासन एवं प्रबन्धन में उल्लेखनीय परिवर्तन हुआ है। सेवा प्रदाताओं द्वारा मरीजों को 'स्टैण्डर्ड ट्रीटमेंट गाइडलाइन' के अनुसार परामर्श, जाँच तथा सेवायें प्रदान की जा रही हैं, जिससे चिकित्सा सेवाओं में त्रुटि की सम्भावना नगण्य हो।

रोगियों की गुणवत्तापरक देखभाल सुनिश्चित किये जाने के उद्देश्य से 'स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीज़र' मैनुअल तैयार किये जाने पर डॉ० अर्चना वर्मा-महाप्रबन्धक क्वालिटी एश्योरेन्स अनुभाग तथा उनकी टीम का योगदान सराहनीय है। साथ ही राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के बाल स्वास्थ्य अनुभाग, मातृ स्वास्थ्य अनुभाग, 'यूनीसेफ' तथा तकनीकी सहयोग इकाई (यू०पी०टी०एस०यू०, आई-हैट) द्वारा महत्वपूर्ण तकनीक योगदान दिया गया है।

मुझे पूर्ण विश्वास है कि प्रदेश की चिकित्सा इकाइयों पर मैनुअल में दिये गये दिशा-निर्देशों का अनुपालन क्लीनिकल सेवाओं तथा चिकित्सालय प्रबन्धन में पूर्ण रूप से सहायक सिद्ध होगा।

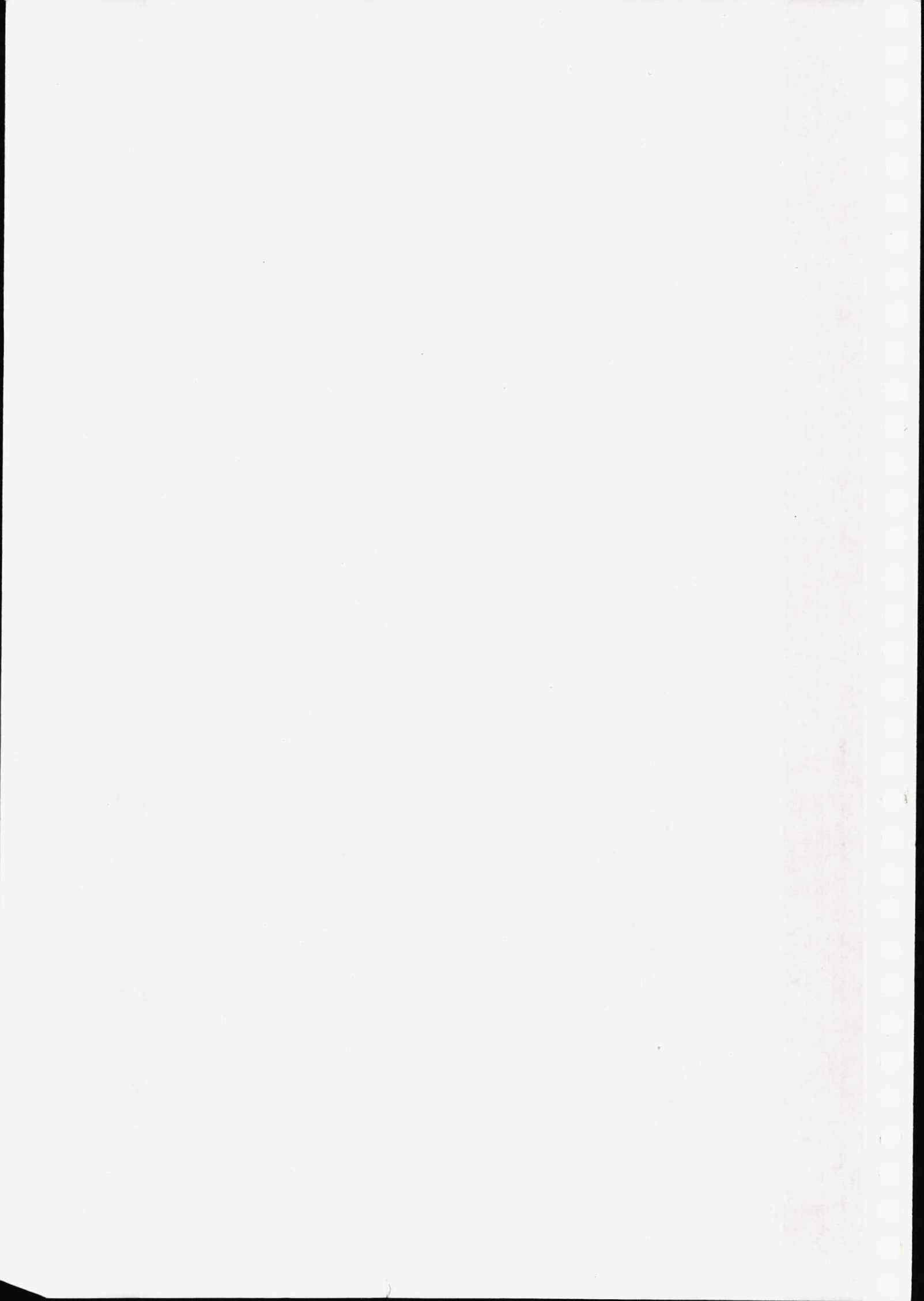


पंकज कुमार
मिशन निदेशक
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उत्तर प्रदेश

विषय सूची

1.	दुर्घटना एवं आपातकाल	1
2.	बाह्य रोगी विभाग	21
3.	प्रसव कक्ष	35
4.	प्रसूति विभाग	69
5.	बाल चिकित्सा विभाग	93
6.	एस.एन.सी.यू.	101
7.	एन.आर.सी. विभाग	113
8.	ऑपरेशन थियेटर	125
9.	पोस्ट पार्टम यूनिट	171
10.	गहन देखभाल ईकाई	183
11.	अंतः रोगी विभाग	245
12.	रक्त कोष विभाग	261
13.	प्रयोगशाला विभाग	275
14.	रेडियोलॉजी विभाग	291
15.	औषधि विभाग	309
16.	सहायक विभाग	323
17.	सामान्य प्रशासन विभाग	377
18.	शवगृह विभाग	435





योगदानकर्ता की सूची

पंकज कुमार, मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
डॉ० अर्चना वर्मा, महाप्रबन्धक-क्वालिटी एश्योरेन्स

स्टेट क्वालिटी एश्योरेन्स यूनिट

श्री आर०एस० चौरसिया-स्टेट कंसल्टेन्ट, क्वालिटी एश्योरेन्स
डॉ० कमल मिश्रा- स्टेट कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स
श्री आश मोहम्मद- स्टेट कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स
डॉ० के०के० धवन - स्टेट कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ।
नम्रता पाण्डेय- डेटा इन्ट्री आपरेटर।

डिवीजनल क्वालिटी एश्योरेन्स यूनिट

डॉ० विकास त्यागी- डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स
श्री मनीष कुमार त्रिपाठी- डिवीजनल कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ-प्रयागराज।
डॉ० राजेश त्रिपाठी - डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स-प्रयागराज।
डॉ० वीरेन्द्र कुमार- डिवीजनल कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ-बरेली।
डॉ० तरन्नुम सिद्दीकी- डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स-बांदा।
डॉ० अमित शुक्ला- डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स-फैजाबाद।
डॉ० संतोष कुमार- डिवीजनल कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ-देवीपाटन।
डॉ० जसवंत मल्ल - डिवीजनल कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ-गोरखपुर।
डॉ० राजेश पटेल - डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स-झांसी।
डॉ० प्रियंका सिंह - डिवीजनल कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ-कानपुर।
डॉ० सुरेन्द्र सिंह - डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स- कानपुर।
डॉ० सीमा निगार अल्वी - डिवीजनल कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ-लखनऊ।
डॉ० शालिनी सिंह - डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स- मिर्जापुर।
डॉ० स्वाती अहलावत - डिवीजनल कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ-मेरठ।
डॉ० नीरज गौतम - डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स- मेरठ।
डॉ० प्रशांत श्रीवास्तव - डिवीजनल कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ-मुरादाबाद।
डॉ० उत्कर्ष प्रजापति - डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स- सहारनपुर।
डॉ० आर०पी०के० सोलंकी - डिवीजनल कंसल्टेन्ट पब्लिक हेल्थ-वाराणसी।
डॉ० तनवीर सिद्दीकी - डिवीजनल कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स- वाराणसी।
डॉ० नजिया कुरैशी - डिस्ट्रिक्ट कंसल्टेन्ट क्वालिटी एश्योरेन्स- लखनऊ।
मातृ एवं बाल स्वास्थ्य अनुभाग एवं टी०एस०यू० आई-हैट एवं यूनिसेफ टीम



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

दुर्घटना एवं आपातकाल



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

दुर्घटना तथा आपातकालीन विभाग

1. उद्देश्य:

दुर्घटना, बीमारी, मानसिक आघात, दुर्व्यवहार, विषाकता, साँप के काटने, कुत्ते के काटने आदि के कारण दुर्घटनाओं, जटिल चिकित्सा, शल्य चिकित्सा, आपात स्थिति में आये हुए रोगियों के साथ, रोगियों के लिए उच्च गुणवत्ता चिकित्सा सेवा प्रदान करना। और इस प्रकार के नुकसान को रोकने के लिए सामान्य स्वास्थ्य की बहाली करना है।

2. क्षेत्र

- 2.1 सभी परिस्थितियों में जीवन रक्षा चिकित्सा देखभाल 24x7 प्रदान करना।
- 2.2 पर्याप्त आपातकालीन दवा की उपलब्धता एवं अनुपलब्ध सेवाओं के लिए रेफरल अस्पताल में रोगियों के लिए शीघ्र हस्तांतरण की व्यवस्था करना।
- 2.3 पुलिस विभाग के साथ संपर्क करने के लिए और मेडिको लीगल मामले में अदालत और स्थानीय प्रशासन और आपदा की स्थिति में अन्य चिकित्सा सेवा प्रदाताओं को सहयोग प्रदान करना।
- 2.4 तत्काल चिकित्सा सेवा प्रदान करने और समर्थन के लिए अन्य संगठनों के साथ इंटरफेस की जरूरत के अनुसार आपदा स्थितियों में निपटने में जन हताहत, कुपर्यावरण/ मानव निर्मित आपातकालीन से निपटने के लिए तैयार रहना।

3 जिम्मेदारी —आपातकालीन ड्यूटी पर चिकित्सक

आपदा एमएस/एस.एन. सभी अस्पताल के कर्मचारियों और डॉक्टरों द्वारा समर्पित

4 प्रक्रिया

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारी	रिकार्ड
4.1	आकस्मिक सेवा के लिए अस्पताल में उपलब्ध सुविधा आपातकालीन विभाग अस्पताल में व्यापक देखभाल 24 घंटे प्रदान करता है। आपातकालीन विभाग में पैरामेडिकल		ड्यूटी चार्ज

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
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	कर्मचारियों के साथ एक चिकित्साधिकारी 24 घंटे रोटेशन के आधार पर नियुक्त किया जाता है। एक विशेष स्थिति में चिकित्सा अधिकारी या सर्जरी अर्थो प्रसूती/स्त्री रोग आदि के रोगी को रेफर करता है या उन्हें रोगी स्थिति के अनुसार कॉल करने में व्यवस्था करता है। एम्बुलेंस सेवाओं में रोगियों के हस्तांतरण के लिए 24x7 सुविधा उपलब्ध कराता है। आकस्मिक विभाग में रेफर रोगियों के लिए भी चिकित्सकीय सुविधा प्रदान की जाती है। स्ट्रेचर एवं व्हील चेयर एम्बुलेंस प्रवेशद्वार के निकट रखी जाती है। परन्तु रोगियों के प्रवेश में बाधा नहीं करती। वेटिंग एरिया में कुर्सियाँ शौचालय की पर्याप्त मात्रा के साथ पीने का पानी और टेलीफोन, रोगियों एवं परिवारों और उनके साथ के व्यक्तियों के लिए प्रदान की जाती है। अनाधिकृत व्यक्तियों का इमरजेंसी उपचार क्षेत्र में प्रवेश करने की मनाही है। इमरजेन्सी विभाग बिना भेदभाव और रोगी की गोपनीयता बनाये रखता है।		
4.2	मरीजों को रिसीव करना रोगी कर्मचारी या एम्बुलेंस स्टॉफ द्वारा प्राप्त किया जाता है। वार्ड डॉक्टर आपातकालीन सेवा में प्रभावी सहयोग से प्राप्त किया जाता है एवं आवश्यकतानुसार प्रदान किया जाता है। प्रभारी चिकित्सक पैरा मेडिकल कर्मचारियों के द्वारा रोगी के हालात का आंकलन और प्रारम्भिक जीवन रक्षक उपचार प्रदान करने के लिए समय की हानि किये बिना रोगी को सहयोग देते हैं। प्रारम्भिक उपचार साक्ष्य आधारित मेडिसिन ए,बी,सी पर निर्भर करता है।	प्रभारी पैरामेडिकल कर्मचारी	व आपातकालीन रजिस्टर
4.3	प्रारम्भिक जाँच	ड्यूटी पर तैनात	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	आपातकालीन विभाग की रोगी के अनुरोध पर और अस्पताल की क्षमताओं के आधार पर स्थिरीकरण, उपचार/रेफरल करेगा। ख- यह प्रारम्भिक जॉच परीक्षण चिकित्साधिकारी/डॉक्टर करेगा। प्रारम्भिक जॉच के आधार पर ही प्रवेश या आकस्मिक चिकित्सा देखभाल पर्याप्त है, निर्धारित किया जायेगा।	चिकित्सक	
4.3.1	ट्राइएज सबसे गम्भीर रोगियों का इलाज पहले किया जाता है जबकि कम चोट के साथ उन लोगो का इलाज बाद में किया जाता है। निम्नलिखित छटाई योजना मरीज की गम्भीरता के अनुसार आपातकालीन रोगी देखभाल प्राथमिकता देने के लिए आपातकालीन में प्रयोग किया जाता है। 1. तत्काल जिन रोगियों की चोट महत्वपूर्ण है एवं जो कम से कम समय में प्रबन्धन करने पर उनके अस्तित्व में एक अच्छी प्रगति की जा सकती है या आवश्यकता होती है। ● बड़े पैमाने पर बाहरी रक्त स्राव के साथ के रोगी को 2 विलम्बित जिन रोगियों की चोट कमजोर कर देने वाली है लेकिन वे जीवन या अंग बचाने के लिए तत्काल प्रबन्धन की जरूरत नहीं है। जैसे- हड्डी फ्रैक्चर 3 सम्भावित जिसकी चोट इतनी गम्भीर है कि वे केवल जीवित रहने की न्यूनतम मौका है। उसे 90 प्रतिशत पूर्ण मोटायी के साथ रोगी। 4 न्यूनतम कौन मामूली चोटें हैं, इलाज के लिए इन्तजार कर सकते हैं। जो भी अन्य		

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
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	रोगियों को आराम देते हुए प्रशिक्षु में सहायक साबित हो सकता है। 5. मृत कम ब्रेथलेस, आपदा में शायद ही कभी संसाधनों का प्रयास पुर्नजीवन के लिए अनुमति देते हैं। रोगी के पंजीकरण की प्रक्रिया आपातकालीन विभाग में शुरू कर दी जाती है। रोगी की स्थिति एवं देखरेख और जीवन को खतरा पैदा करने वाली मामले में पंजीकरण सहमति प्रक्रिया स्थगित कर दिया जाता हैं। उनको उचित आपातकालीन उचित देखभाल तत्काल प्रदान की जाती है। अस्पताल में सभी प्रकार की चिकित्सकीय प्रक्रियाओं के लिए सहमति आवश्यक है। सामान्य सहमति फार्म भरा है अथवा अगर उसका प्रतिनिधि/अभिभावक सहमत दे रहा है, रोगी यदि संभव हो तो या रोगी प्रतिनिधि द्वारा हस्ताक्षरित होगा, सहमति देने के लिए मरीज अथवा असमर्थ है, तो रोगी प्रतिनिधि या अभिभावक से ले लिया जायें। जीवन रक्षक उपायो के लिए औपचारिक सहमति को स्थगित कर रोगी के उपचार प्रारम्भ करते हैं। रक्ताधान की आवश्यकता की स्थिति में सहमति आवश्यक नहीं होग		
4.4	आपातकालीन विभाग में नर्सिंग प्रक्रिया आपातकालीन नर्सिंग स्टाफ ही विभाग, जिम्मेदार व्यक्ति के कामकाज की देखरेख के लिए रखा जा सकता है। नर्सिंग स्टाफ रोगी की देखभाल के लिए सभी प्रकार की चिकित्सा सहायता प्रदान करता है। चिकित्सक दवा एवं ड्रेसिंग सलाह के अनुसार निगरानी की जाती है। और सेवा की उपलब्धता के अनुसार	नर्सिंग	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	विशेषज्ञ को भी रोगी की चिकित्सा के लिए बुलाया जा सकता है। इलाज आपात स्थिति में रोगी की मौजूदा हालत के अनुसार ड्यूटी पर चिकित्सक के द्वारा उपचार प्रदान की जाती है।		
4.5	डिस्चार्ज एवं एडमीशन यदि रोगी की हालत सही है, तो प्राथमिक उपचार के बाद रोगी को छुट्टी दे दी जाती है। रोगियों की हालत एवं जरूरत पर आधारित चिकित्सक के निर्देश के आधार पर भर्ती किया जाता है। रोगी का नाम, आयु, लिंग, तारीख एवं समय के बारे में जानकारी प्रदान करते हैं। और सहमति प्रभारी द्वारा लिया जाता है। आपातकालीन पंजीकरण नम्बर, आपातकालीन विभाग और प्रविष्टि में रोगी को आवंटित किया जाता है तथा आपात रजिस्टर में अंकित किया जाता है। वार्ड में स्थानान्तरण पर ER नम्बर, अन्तः रोगी रजिस्टर में दर्ज किया जाता है। कभी कभी रोगी आगे के इलाज के लिए उत्सुक नहीं होता है। रोगी को परिचारिकाओं द्वारा पूरी तरह से परिणाम के बारे में बताया जाएगा और उनकी सहमति के निर्वाहन से पहले रिकार्ड किया जाता है। रजिस्टर में लामा के रूप में अंकित कर लिया जाता है। आपात स्थिति रजिस्टर में किया जाता है।	आपातकालीन प्रभारी	आपातकालीन रजिस्टर
4.6	वार्ड में स्थानांतरित मरीज की स्थिति देखकर लाइफ सपोर्ट उपचार दिया जाता है। मरीज की हालत अबजर्वेशन कक्ष में जीवन उपचार हेतु प्रदान किया जाता है। हृदय रोगियों के मामले में रोगियों को रिससिटेशन रूम में स्थानांतरित कर	चिकित्सक	स्थानांतरण रजिस्टर .

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	कार्डियक इमरजेंसी की देखभाल की जाती है। मामूली शल्य प्रक्रिया वाले रोगियों को प्लास्टर एक्स-रे पैथालॉजी जांच के लिए प्रोसीजर रूम में स्थानांतरित कर दिया जाता है। जीवन रक्षक उपचार के बाद मरीज की हालत स्थिर होने के बाद रोगी वार्ड में स्थानांतरित कर दिया जाता है। और इन्डोर रजिस्टर में अंकित कर दिया जाता है। यदि रोगी के उपचार के लिए चिकित्सालय में सुविधा उपलब्ध नहीं है, रोगी के लिए आवश्यक प्राथमिक उपचार प्रदान करने के बाद हालत परिचारक को समझाया जाता है, तथा वैकल्पिक अस्पताल में भेजा जाता है रोगी के हस्तांतरण के लिए एम्बुलेंस के माध्यम से सहायता की आवश्यकता होती है।		
4.7	मेडिको लीगल मामले एम0एल0सी0 मामलों में जैसे-हमलों, हिंसा, दुर्घटना, अपराधिक गर्भपात, आदि के रूप में के लिए उपचार और प्रविष्टि पुलिस इन्फारमेशन बुक में किया जाता है। उसके बाद पुलिस को सूचित किया जाता है मेडिको लीगल रिकॉर्ड को इस प्रकार के मामलों के लिए सुरक्षित रखा जाता है। रोगी मर जाता है या मृत के रूप में प्राप्त होता है तब उचित कार्यवाही कर शव परीक्षण की पहल की जाती है। यदि सबूत उपलब्ध हो जैसे- रक्त दाग, फारेन बाडीज, गैस्ट्रिक लेवाज, आदि एक कवर में संरक्षित कर एक दस्तावेज के माध्यम से पुलिस को सौंप दिया जाता है। इसके अलावा एक मेडिकल रिपोर्ट रोगी प्रकृति और चोट का पूरा विवरण देते हुए मौत की तारीख के कारणों, समय और दस्तावेज और रिपोर्ट दो प्रतियों में तैयार	सी0एम0एस0	पुलिस सूचना बुक एम0एल0सी0 रजिस्टर एण्ड डेथ मैनेजमेंट

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
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	किया जायेगा और एक प्रति अस्पताल के रिकॉर्ड में रखा जायेगा एवं ऐसे सभी दस्तावेज की एक प्रति चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित होगा।		
4.8	मेडिकल रिकॉर्ड का रख-रखाव निम्नलिखित रिकॉर्ड इमरजेन्सी विभाग में रखा जाता है। 1 डाक्टर की ड्यूटी लिस्ट और फोन पर उपलब्ध चिकित्सक की सूची। 2 आपातकालीन रजिस्टर। 3 इमरजेन्सी विभाग के रोगियों के केश फाइल। 4 एम0एल0सी0 के लिए रजिस्टर। 5 दवा इन्वेन्ट्री रजिस्टर। 6 साइकोट्रॉपिक ड्रग इन्वेन्ट्री। 7 ब्राट डेथ रजिस्टर। 8 डेथ फॉर्म। 9 डेथ रजिस्टर। सभी रजिस्ट्रों की पहचान हेतु नम्बरिंग करते हैं, चिकित्सालय मेडिकल रिकॉर्ड के पुनः प्राप्ति के लिए सुरक्षित और पर्याप्त भण्डारण का स्थान प्रदान करता है। सभी एम0एल0सी0 बेड हेड टिकट और एम0एल0सी0 डायग्नोस्टिक रिपोर्ट सुरक्षित भण्डारण और आसान प्राप्ति के लिए मेडिकल रिकॉर्ड कक्ष में रखा जाता है।	आपातकालीन नर्सिंग स्टाफ चिकित्सा अधीक्षक एम0आर0डी0 इन्चॉर्ज	बेड हेड टिकट एम0आर0डी0 रजिस्टर
	मृत रोगी को लाने पर आपातकालीन चिकित्साधिकारी अच्छी तरह से रोगी की जांच करता है और रोगी मृत घोषित किया जाता है। जानकारी को मेडिको लीगल मामले के रूप में दर्ज कर लिया जाता है। रिश्तोदारों को मौत का कारण समझाया जाता है, और ब्राट डेथ प्रमाणपत्र का कारण पुष्टि करने के बाद जारी किया जाता है। स्थानीय पुलिस स्टेशन को तुरन्त सूचित किया 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 :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	मृत भारीर का भण्डारण, प्रबन्धन और मृत भारीर की रिहाई— एक मरीज के मृत्यु को शालीनता और सावधानी से नियन्त्रित किया जाता है। सहानुभूति के साथ रिश्तेदारों की काउन्सलिंग की जाती है, अस्पताल से मृत शरीर के स्थानांतरण में सभी रिश्तेदारों की मदद चिकित्सालय द्वारा की जाती है। मृत शरीर की सभी औपचारिकताएं पूरी होने के बाद जितना जल्दी हो सके रिश्तेदारों अथवा पुलिस को सौंप दिया जाता है। अभिस्वीकृति शरीर की प्राप्ति और मृत्यु प्रमाणपत्र के लिए चिकित्सालय परिजनों/कानूनी प्रतिनिधि से प्राप्त करता है। ऐसा होने तक परिजनों को संवेदनाओं साथ सहयोग प्रदान किया जाता है। यदि मृत शरीर को शवगृह में रखना आवश्यक हो तो स्टाफ ही सभी आवश्यक कार्यवाही करता है। इस पूरी प्रक्रिया के समय एक सुरक्षाकर्मी भी वहां मौजूद रहता है।		
	इमरजेन्सी में दवाओं का भण्डारण— सभी आपातकालीन दवाएं आपातकालीन रूम में 24 घण्टें उपलब्ध रहती है। मेडिकेशन इन्वेन्ट्री/क्रैश कार्ड में कमी का पता लगाने का कार्य, प्रत्येक शिफ्ट बदलने के साथ ड्यूटी पर तैनात नर्स द्वारा की जाती है। नर्सिंग स्टाफ, विभाग में हाईएलर्ट दवाओं (पोटैशियम, क्लोराइड, मस्क्युलर ब्लाकिंग एजेन्ट, एण्टीथ्राम्बोलिटिक एजेन्ट, इन्सुलिन, वारफरिन, हिपैरिन, एड्रीनर्जिक एगोनिस्ट आदि) की पहचान करने के लिए जिम्मेदार है। हाई एलर्ट दवाओं की अधिकतम मात्रा की सूची आयु के अनुसार, वजन और निदान के अनुसार नर्सिंग स्टेशन पर उपलब्ध है। और डाक्टरों को भी सूचित किया जाता	आपातकालीन नर्स	मादक दवाओं का स्टॉक रजिस्टर

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	है। स्टाफ नर्सों को दवा पर्ची और हाई एलर्ट दवाओं के उपयोग से पहले भी दोहरी जांच के दौरान त्रुटि हो सकने वाले संक्षिप्त रूपों की पहचान करने के लिए एक मानक प्रणाली का अभ्यास करना चाहिए। हर मेडिकल सलाह और चिकित्सा आदेश चिकित्साधिकारियों द्वारा लिखित, पर्याप्त स्पष्ट रूप से और तिथि, समय और हस्ताक्षर के साथ होना चाहिए। नर्सिंग स्टाफ एक्सपायर मेडिसिन और प्रयोग से पहले अन्य विसंगति के लिए दवाओं के निरन्तर चेकिंग हेतु जिम्मेदार है। एकल खुराक शीशियों का उपयोग एक बार ही किया जाता है। अगर एक से अधिक खुराक है तो उपयोग के बाद खाली शीशी को डिस्कार्ड कर दिया जाता है। स्टेराइल सुई बहु खुराक शीशियों के उपयोग के लिए हर बार अलग-अलग प्रयोग किया जाता है। पहले से ही इस्तेमाल की गई सुई को शीशी पर नहीं छोड़ा जाता है।		
4.09	रोगी मृत के रूप में प्राप्त या उपचार के दौरान मृत हो जाता है तो मृत शरीर परिचारकों को इस आशय का प्रमाणपत्र कारणों सहित जारी कर दिया जाता है।	ड्यूटी पर तैनात डाक्टर	मृत्यु प्रमाणपत्र
4.10	रोगी डिस्चार्ज— रोगी मृत के रूप में प्राप्त या उपचार के दौरान मर जाता है तो मृत शरीर परिचारकों को इस आशय का प्रमाणपत्र कारण सहित जारी कर सौंप दिया जाता है।	चिकित्सक	डिस्चार्ज मैनेजमेंट
4.11	उपकरण एवं दवाएं— इमरजेन्सी डिपार्टमेंट में आवश्यक उपकरण सपोर्ट प्रणाली दवाएं और आक्सीजन	वार्ड प्रभारी	सूची आपातकालीन दवां

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
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	सिलिण्डर पोर्टेबल डीफैब्रीलेटर और ई0सी0जी0 मशीन शामिल है, जैसे- अम्बु बैग, मोबिलाईजर, कार्डियक मानीटर, पर्याप्त ट्राली एवं व्हील चेयर, की व्यवस्था। विशेष दवाओं, इन्ट्रावीनस, तरल पदार्थ पर्याप्त पट्टी, प्लास्टर, दवाएं उपलब्ध रहती हैं। आवश्यक दवाओं एवं उपकरणों के काम-काज की उपलब्धता की चेकिंग वार्ड प्रभारी द्वारा हर दिन किया जाता है। कोई भी कमी होने पर मांग पर के माध्यम से व्यवस्थित कर दिया जाता है। दोषपूर्ण उपकरणों की मरम्मत के लिए ड्यूटी पर तैनात चिकित्सक के परामर्श से किया जाता है। शिकायत होने पर सी0एम0एस0/हॉस्पिटल इन्चार्ज को दिया जाता है। जहां तक सम्भव हो मैनेजर वैकल्पिक व्यवस्था की जाती है।		इन्डेन्ट
4.12	उपकरण रख-रखाव- आपातकालीन विभाग ऑपरेशन और उपकरण के रख-रखाव के काम-काज की संवेदनशीलता को ध्यान में रखते हुए किया जाता है।		
4.12.1	विभाग के कर्मचारियों द्वारा प्राथमिक उद्देश्य से यह सुनिश्चित करना है कि उपलब्ध उपकरणों कार्यात्मक रूप में रखे जाने की जरूरत है।	इन्चार्ज	
4.12.2	निर्माता, जैव चिकित्सा इंजीनियर या अनुबन्धित एजेन्सी द्वारा ब्रेक डाउन नियुक्त एजेन्सी द्वारा किया जायेगा लॉग बुक इसके अलावा निवारक अनुरक्षण निर्धारित अन्तराल पर किया जायेगा और दस्तावेज मशीन फाइल में रखा जायेगा। हर छः महीने पर समय-समय पर चेकिंग किया जाना है।	अनुबन्धित एजेन्सी सॉयरिक्स टोल फ्री नम्बर-1800270012 9	मेन्टेनेंस आफ इक्यूपमेंट की एस0ओ0पी0 एवं ब्रेक डाउन रजिस्टर
4.13	आपदा प्रबन्धन-	ड्यूटी पर तैनात	सूची

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

इमरजेन्सी के बाहर आपदा लोग बड़ी संख्या में डूबने, भोजन दुर्घटना, प्राकृतिक आपदा आदि आपदा क्षेत्र में हो रहे या होने की स्थिति में शामिल एक आपातकालीन स्थिति है। इसमें अस्पताल सभी आवश्यक चिकित्सा सहायता प्रदान करेगा। काल प्राप्त होने पर या आपदा से प्रभावित रोगियों (किसी भी व्यक्ति या अस्पताल के कर्मचारियों से), तत्काल सूचना सी0एम0एस0/एम0एस0/एम0ओ0आई0सी0 के लिए भेजा जाएगा। इस बीच एम्बुलेंस सेवा को रोगियों को लाने के लिए भी भेज दिया जायेगा। आवश्यक होने पर आसपास के क्षेत्र में अन्य अस्पतालों से एम्बुलेंस के लिये अनुरोध किया जाएगा, और जिला प्रशासन को सूचित किया जायेगा। सी0एम0एस0/एम0एस0/एम0ओ0आई0सी0 उपचार के लिए अस्पताल में संपूर्ण चिकित्सा और सहयोगी स्टाफ को फोन करने की व्यवस्था करेंगे। आपदा की प्रकृति के आधार पर, यदि आवश्यक हो तो, डॉक्टरों और स्टाफ भी साइट के लिए आवश्यक दवाओं और उपकरणों के साथ भेजा जा सकता है। आपदा की प्रकृति को ध्यान में रखते हुए (दुर्घटना, जला, विशाख भोजन इत्यादि) विशेषज्ञ की सेवाओं की व्यवस्था कर दी जायेगी। और समस्या की भी भयावहता के आधार पर अन्य अस्पतालों के लिए भी भेजा जायेगा। दवा, रक्त आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए सभी सम्भव श्रोतों से व्यवस्थित किया जायेगा आपातकालीन सेवाओं को किसी भी आपात स्थिति से निपटने के लिए तैयार किया जायेगा सुरक्षा	डाक्टर	आपातकालीन, अस्पताल रजिस्टर, एम्बुलेंस रजिस्टर, डिस्चार्ज रजिस्टर मृत्यु रजिस्टर, अस्पताल ले आउट प्लान,
---	--------	---

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
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	व्यवस्था एवं भीड़ प्रबन्धन के लिए पुलिस को सूचित किया जायेगा। मरीजों को उनके हालात एवं तदनुसार कार्यवाही (सर्जरी, सीमित चिकित्सा, प्राथमिक चिकित्सा इत्यादि) के लिए मूल्यांकन किया जाना है। रोगियों को आपदा स्थल से चिकित्सालय ले जाया जायेगा। जो मृत मिले थे या प्रक्रिया के दौरान मृत्यु हो गई हो तो उन्हें एक अलग कमरे में रखा जाता है एवं विधिवत नजर रखी जाती है। रोगियों का विवरण रजिस्टर में दर्ज करने के बाद मरीजों को छुट्टी दे दी जाती है। मृत्यु, मृत्यु रजिस्टर में दर्ज की जाती है। आपदा स्थल पर— यदि आपदा स्थल अस्पताल के भीतर हो तब सभी उपलब्ध कर्मचारियों को मरीजों को सुरक्षित बाहर निकालना खाली स्थान पर ले जाने की कार्यवाही शीघ्रता से करी जानी है। जबकि जहां सम्भव है उपकरणों को बन्द करने के लिए आदेशित किया जाता है रसायन आदि का ट्रिगर बन्द किया जाता है, जहां तक सम्भव हो स्थान खाली करने से पहले मशीनों को बन्द किया जाता है केमिकल्स को भी बन्द किया जाता है।		
5.	कार्य निर्देश—		
5.1	अपातालकालीन विभाग के लिए		
1	नियत स्थानों पर व्हील चेयर और स्ट्रेचर की निरन्तर उपलब्धता सुनिश्चित करना।	वार्ड प्रभारी	
2	व्हील चेयर और स्ट्रेचर की जांच, पहिये टूटे इत्यादि न हो।	वार्ड प्रभारी	
3	आपातकालीन दुर्घटना वाहन में भरा हुआ सिलिण्डर एवं उपकरणों के रख-रखाव की उपलब्धता की आपूर्ति सुनिश्चित करना।	वार्ड प्रभारी	
4	डाक्टर आपात स्थिति में तुरन्त रोगियों को देखेंगे।	चिकित्सक	

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
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

5	विशेषज्ञ देखभाल या सुविधा की अनुपलब्धता के स्थिति में रोगियों को प्राथमिक चिकित्सा प्रदान की जानी चाहिए, उसके पश्चात उच्च केन्द्र में भेजने की व्यवस्था करनी चाहिए।	विभाग प्रभारी
6	चिकित्सालय की सफाई और बायोमेडिकल वेस्ट का पर्याप्त प्रबन्धन करना है।	वार्ड प्रभारी
7	सभी कर्मचारियों को नियमित प्रशिक्षण देना सुनिश्चित करना एवं आपातकाल और आपदा की स्थिति से निपटने के लिए प्रशिक्षित करना।	विभाग प्रभारी
8	मरीज की हालत की गम्भीरता के आधार पर उनका पृथकीकरण के लिए ट्रायज क्षेत्र प्रभारी चार्ज का उपयोग सुनिश्चित करें।	विभाग प्रभारी
9	आपात स्थिति में दवाओं और जे0आई0टी0 पर उपकरणों की आपूर्ति तथा आपदा के दौरान आफ ड्यूटी स्टाफ काल करने के लिए जाना	विभाग प्रभारी
5.2	हैण्डलिंग/स्थानांतरण/रोगियों के स्थानांतरण के लिए काम करने के निर्देश—	
1	व्हील चेयर और स्ट्रेचर की उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिए।	
2	स्थानांतरण के दौरान कमर में एक बेल्ट के साथ रोगी को शिफ्ट करें।	
3	अनावश्यक झुकने से बचे।	
4	अनावश्यक उठान से बचे।	
5	उठाते समय वस्तु पर ध्यान रखें।	
6	जब मुड़े तो अपने शरीर को पूर्णता घुमायें।	
7	उठाते समय घुटनों को मोड़कर जांघों और कूल्हों का प्रयोग करें।	
8	लिफ्ट करने के लिए दोनों हाथ का प्रयोग करें।	
9	आराम से चले झटकों से बचे	
10	यदि वस्तु भारी है तो किसी अन्य कर्मचारी की मदद ले लें।	
11	रोगी जो अपने निचले हिस्से पर वजन सहन नहीं कर सकते उनके लिए दो व्यक्ति लिफ्ट करने हेतु उपयोग करें।	
12	रोगी जो बहुत भारी हैं जिन्हें आसानी से नहीं उठाया जा सकता उनके लिए हाइड्रोलिक लिफ्ट का प्रयोग करें।	
13	<u>एक रोगी की देखभाल—जिन मरीजों को नस से ग्लूकोज दिया जा रहा उचित देखभाल</u>	

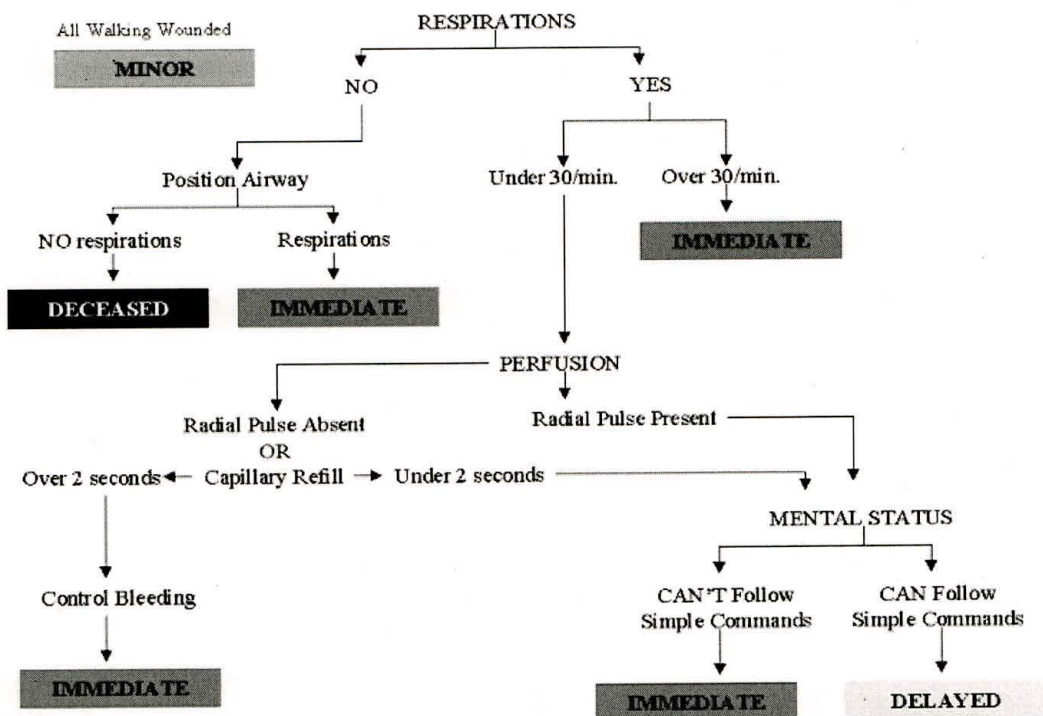
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

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

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

	- यह अनुशासित है कि बोटल नस के स्तर से ऊपर में 18 इन्च से 20 इन्च रखा जाना है। - बोटल बहुत अधिक है तो तरल पदार्थ के दबाव में यह नस के माध्यम से आस-पास के ऊतकों में फैल कर एक दर्दनाक और सम्भावित हानिकारक हालत बन सकता है। - बोटल बहुत कम है तो रक्त ट्यूबिंग में सुई के माध्यम से वापस आ सकते हैं एक थक्का बन कर और तरल पदार्थ के बहाव में बाधा डालती हैं।
14	एक आपात स्थिति में रोगी के लक्षण को देखे और तुरन्त अपने बचाव हेतु सावधानी बरतने का कार्य करें।
15	व्हील चेयर का प्रयोग करें।
15.1	मरीज को 45 डिग्री के कोड़ पर व्हील चेयर पर बैठाये।
15.2	रास्ते से बाहर व्हील चेयर फुट रेस्ट ले आये।
15.3	यकीन है कि व्हील चेयर लॉक किया जाता है और फिर रोगी व्हील चेयर में बैठने के लिए निर्देशित करें।

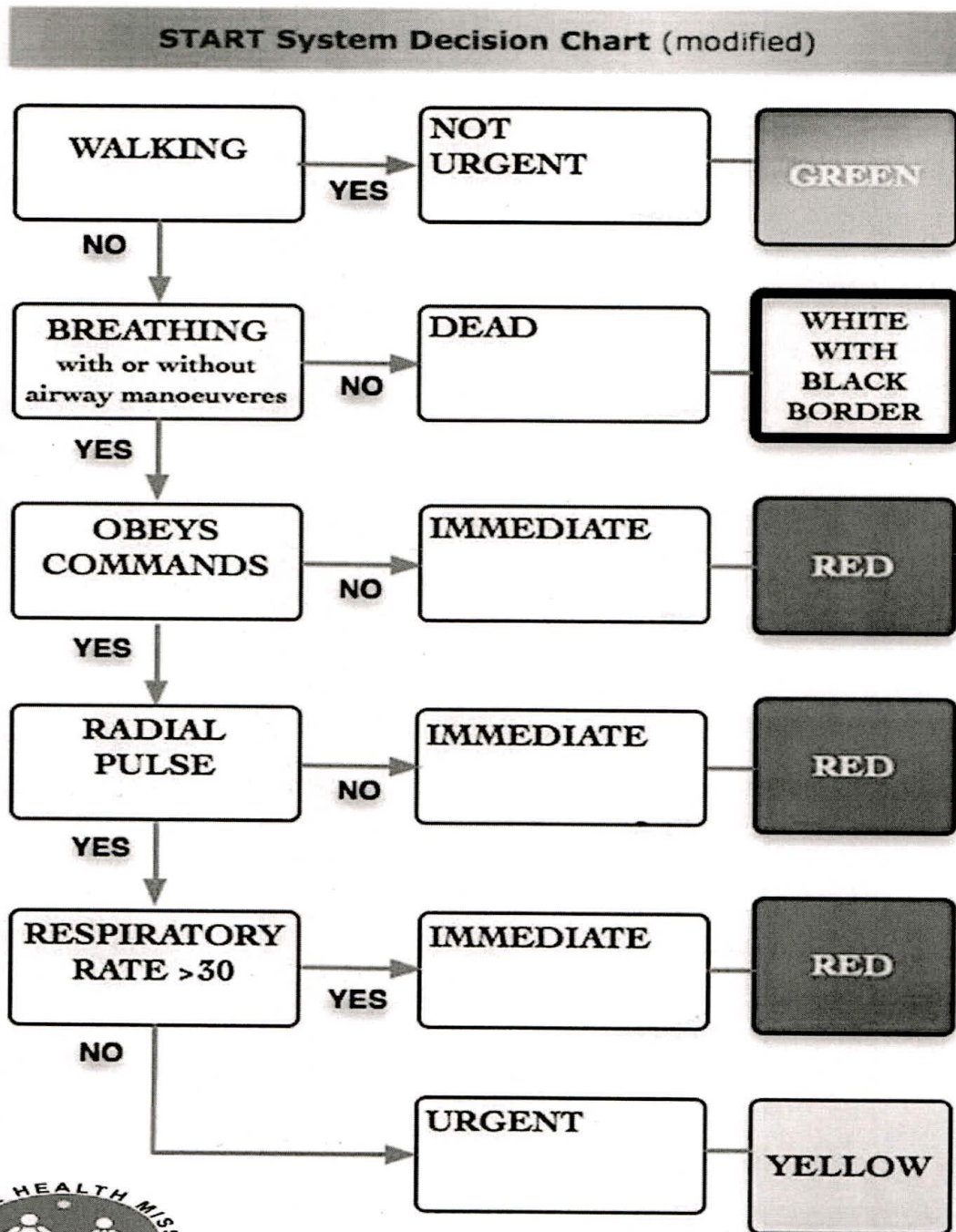
5.3 ट्राइएज क्षेत्र वर्गीकरण के लिए



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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)



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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

ट्राइएज श्रेणियां

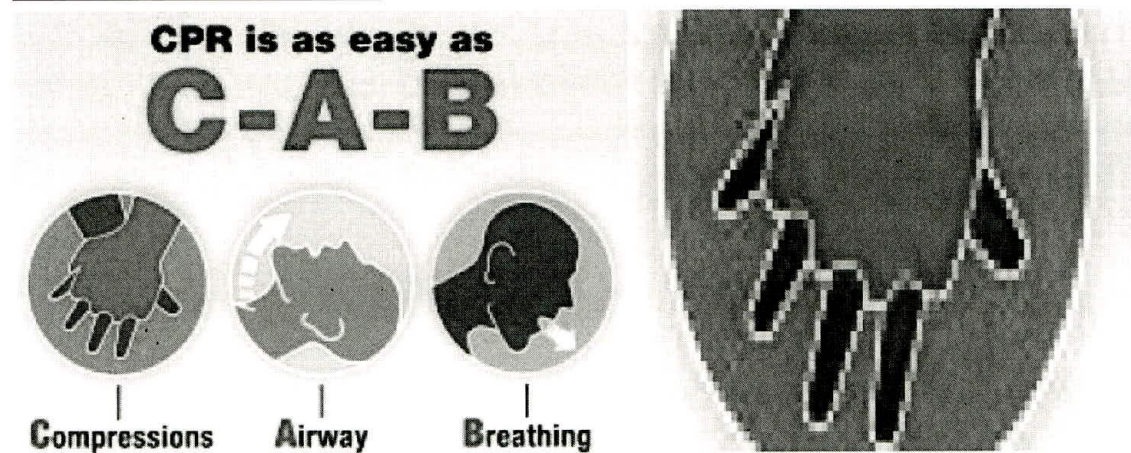
टी0 1-लाल – तत्काल

टी0 2- पीला – विलम्बित/गर्भवती

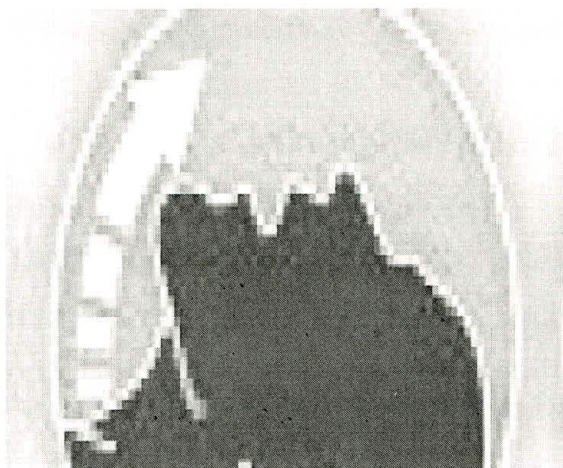
टी0 3- हरा – मामूली चोटें

टी0 4- काला – मृत

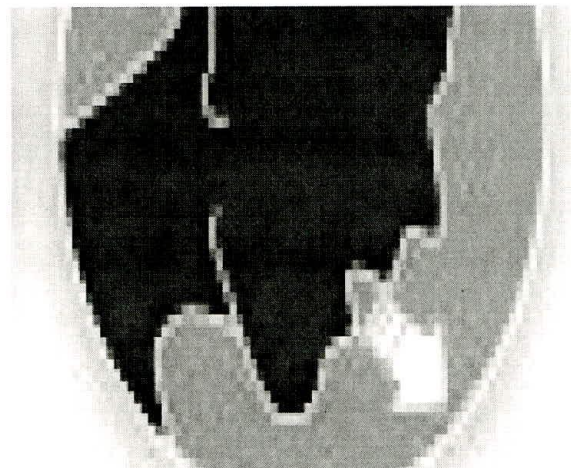
5.4 सी0पी0आर0 के लिए



Compression



Airway



Breathing

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
इमरजेंसी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

6 प्रक्रिया दक्षता मानदण्ड

क्रम संख्या—	गतिविधि क्रमांक	गतिविधि	दक्षता मानदण्ड
1	4.3	प्रारम्भिक जांच	प्रारम्भिक उपचार के रोगियों की प्राप्ति के पांच मिनट के साथ शुरू किया जायेगा।
2	4.7	मेडिको लीगल केस	मेडिको लीगल केस के मामले में पुलिस को रोगी के प्राप्ति के बाद 10 मिनट के भीतर सूचित किया जायेगा।
3	4.10	आपातकालीन दवाएं	यह सुनिश्चित किया जायेगा कि आपातकालीन दवाएं पर्याप्त मात्रा में उपलब्ध है और समय आपातकालीन दवाओं के स्टॉक की समीक्षा की जानी चाहिए।
4	4.12	मॉकड्रिल का आयोजन	मॉकड्रिल को एक वर्ष में कम से कम एक बार आयोजित किया जाना चाहिए।

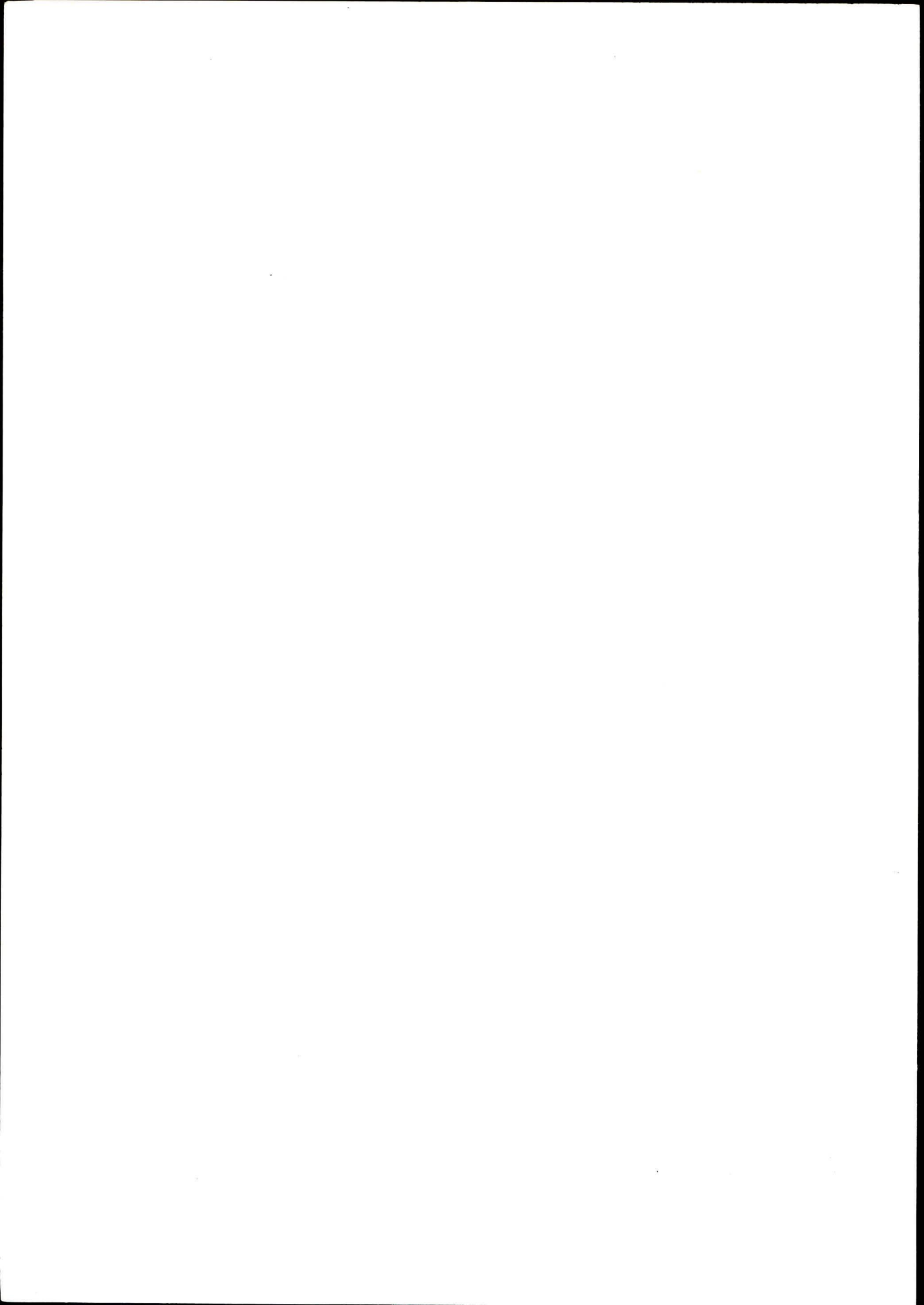
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

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

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

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।





स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

बाह्य रोगी विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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 :	ओ.पी.डी. विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर एस.ओ.पी. / एन.क्यू.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)
---------------------	----------------	---

बाह्य रोगी विभाग

1-उद्देश्य

- बाह्य रोगियों के लिए सभी उपलब्ध सेवाओं का समन्वय सुनिश्चित करना जिससे उन्हें अस्पताल में सेवा प्रदाताओं से आवश्यक देखभाल मिल सके। बाह्य रोगियों की आवश्यकताओं एवं अपेक्षाओं की पूर्ति करने के लिए निम्नवत वातावरण तैयार करना जिससे रोगियों के संतुष्टि स्तर को बढ़ाया जा सके।

2-लक्ष्य

- यह उपचार जांच परामर्श और टीकाकरण ओपीडी सुविधा (नये एवं पुराने रोगियों) का लाभ लेने वाले व्यक्तियों को आच्छादित करना है।

3-जिम्मेदारियां

- पंजीकरण क्लर्क, ओपीडी नर्सिंग प्रभारी, डाक्टर, सलाहकार, सुरक्षा कर्मचारी, काउन्सलर, एसआईसी / सीएमएस, डायग्नोस्टिक(पैथालॉजिस्ट / लैब टेक्नीशियन)

5-हेल्प डेस्क काउन्टर का कार्य

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
1	हेल्प डेस्क काउन्टर प्रातः 08:00 बजे से सांय 04:00 बजे तक दो हेल्प डेस्क अधिकारियों द्वारा संचालित किया जायेगा।	हेल्प डेस्क कार्यकारी	हेल्प डेस्क संदर्भ रजिस्टर
2	हेल्प डेस्क काउन्टर मैनेजर सभी रिफरल लिन्केज और एम्बुलेंस सम्पर्क नम्बर की एक सूची बनाकर रखेगा और प्रक्रिया के दौरान आवश्यक जानकारी के प्रभावी प्रसार के लिए ओपीडी आईपीडी नर्सिंग स्टाफ के साथ समन्वय करेगा।	हेल्प डेस्क कार्यकारी	हेल्प डेस्क संदर्भ रजिस्टर
3	हेल्प डेस्क मैनेजर बाहरी काल भी करेगा और आवश्यक जानकारी प्रदान करेगा यह जिम्मेदार व्यक्तियों की ओर से कॉल कर मदद करेगा।	हेल्प डेस्क कार्यकारी	हेल्प डेस्क संदर्भ रजिस्टर
4	निम्नलिखित के सम्बन्ध में हेल्प डेस्क के अधिकारी हमेशा अप टू डेट जानकारी बनाये रखेंगे। उपलब्ध सेवायें और उनके स्थान की सूची। - अस्पताल एवं उसके संगठनात्मक ढांचे के बारे में - उपलब्ध सेवाओं एवं उनके स्थान की सूची। - सेवा और समय। - डाक्टरों की सूची। - विभिन्न राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम	हेल्प डेस्क कार्यकारी	हेल्प डेस्क संदर्भ रजिस्टर

6-क्लीनिक के अन्दर रोगी सहमति और ओपीडी परामर्श लेना।

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
1	मरीजों को केवल उनकी बारी के अनुसार क्लीनिक में प्रवेश की अनुमति दी जायेगी "पहले आओं और पहले पाओं" के आधार पर पेशेंट कॉलिंग सिस्टम	स्टाफ नर्स / डाक्टर	ओपीडी रजिस्टर

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

	(इलेक्ट्रानिक/टोकन/ओ.पी.डी. अटेंडेंट द्वारा पुकारे जाने पर रोगी को ओ.पी.डी. में प्रवेश की अनुमति की जानी है।		
2	चिकित्सक ओपीडी0 में रोगी और यह सुनिश्चित करेगा कि वह आराम से बैठा है और फिर उसका परीक्षण पूर्ण गोपनीय बरतते हुए करते हैं।	डाक्टर	कोई नहीं।
सहमति लेते हुए			
3	ओपीडी0 के अन्दर स्टाफ नर्स, रोगी का सीरियल नम्बर, पंजीकरण संख्या, शिकायत आदि रोगी रजिस्टर में दर्ज की जाती है।	स्टाफ नर्स	ओपीडी0 रजिस्टर
4	रोगी का आंकलन करने से पहले, रोगी/परिचारक से मौखित अनुमति ली जाती है।	स्टाफ नर्स/सलाहकार	ओपीडी0 केस पेपर
चिकित्सकीय मूल्यांकन एवं पुनर्मूल्यांकन			
5	चिकित्सक रोगी के विषय में पहले हिस्ट्री को जानेगा और बीमारी के लक्षणों की जांच करने के लिए प्रारम्भिक मूल्यांकन करेगा।	डाक्टर	ओपीडी0 केस पेपर
6	दवा सलाह के मामले में दवा के लिए पर्ची पर लिखा जायेगा और दवाओं का लाभ उठाने के लिए रोगी को फार्मसी की ओर निर्देशित किया जायेगा रोगी को दवा लेने के बाद आवश्यक हो तो अनुवर्ती जांच के लिए निर्देश दिया जा सकता है।	डाक्टर	ओपीडी0 केस पेपर
7	यदि रोग या बीमारी की पुष्टि के लिए जाँच की आवश्यकता हो तो जांच (पैथालॉजी, रेडियोलॉजी, आल्ट्रासोनोग्राफी) सलाहकार द्वारा जांच अपेक्षित पर्ची में आदेशित किया जायेगा।	डाक्टर	यदि मरीज की स्थिति गंभीर हो या तुरंत इलाज की आवश्यकता हो तो उसे प्राथमिकता पर डाक्टर द्वारा देखा जाता है।
8	मरीजों के आगे की सलाह की लिए जांच रिपोर्ट के साथ वापस आने की सलाह दी जायेगी।	डाक्टर	ओपीडी0 केस पेपर

7- रोगी रिफरल

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
अन्तर्विभाग रिफरल			
1	जांच के निष्कर्षों या पुनर्मूल्यांकन के माध्यम से यदि किसी अन्य चिकित्सकीय क्षेत्र से दूसरी राय की आवश्यकता महसूस की जाती है या रोगी को अन्य चिकित्सकीय विशेषता से देखभाल की आवश्यकता होती है तो रोगी को एक अन्तर्विभागीय रिफरल के लिए चुना जायेगा।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स	रिफरल फॉर्म रिफरल इन और आउट रजिस्टर
2	सलाहकार रोगी के विवरण रिफरल के कारण और दिये गये उपचार के कोर्स को दर्शाता हुआ रिफरल फॉर्म भरेगा।	चिकित्सक	रिफरल फॉर्म
3	रोगी केस शीट के साथ रिफरल क्लिनिक की ओर	चिकित्सक/	ओपीडी0 केस

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 :	ओ.पी.डी. विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
		एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

	निर्देशित किया जायेगा।	स्टाफ नर्स	पेपर
बाहरी रिफरल			
4	चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं होने वाली सुविधाओं के लिए रोगी को किसी भी निश्चित सेवा/सुपर स्पेशलिटी देखभाल के बारे में रोगी को उच्च सुविधा के लिए भेजा जायेगा।	चिकित्सक	रिफरल फॉर्म
5	परामर्शदाता रोगी के विवरण, रिफरल के कारण और उपचार प्रदान करने के कोर्स को दर्शाता हुआ रिफरल फार्म भरेगा।	चिकित्सक	रिफरल फॉर्म
6	स्टाफ नर्स रिफर इन/आउट रजिस्टर में रिफरल विवरणों का अभिलेखीकरण करेगी और रिफरल प्रक्रिया के लिए समन्वय करेगी।	स्टाफ नर्स	रिफर इन आउट रजिस्टर
7	आवश्यक सेवा उपलब्ध होने के लिए रिफरल केन्द्र के साथ एक अग्रिम टेलीफोन द्वारा संचार किया जायेगा और रिफरल के बारे में उच्च केन्द्र के नोडल अधिकारी को सूचित किया जायेगा।	स्टाफ नर्स	रिफर इन आउट रजिस्टर
8	रोगी के लिए एम्बुलेन्स सेवा की व्यवस्था की जायेगी केवल मातृ एवं एक वर्ष तक के शिशुओं के रिफरल के लिए निः शुल्क होगी।	स्टाफ नर्स	रिफर इन आउट रजिस्टर
9	रिफरल फार्म और केस शीट के साथ रोगी को उच्च केन्द्र में भेजा जायेगा।	स्टाफ नर्स	रिफर फार्म
10	हेल्प डेस्क मैनेजर/नर्सिंग स्टाफ रोगी पोस्ट रिफरल की स्थिति के बारे में भी अनुसरण करेगा।	स्टाफ नर्स	रिफर इन आउट रजिस्टर

8- रोगी अधिकारों की रक्षा करना।

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
लिंग की जरूरतों को सम्बोधित करना।			
1	पंजीकरण काउन्टर पर महिलाओं के लिए अलग कतार बनायी जाती है।	सुविधा-प्रभारी, पंजीकरण डेस्क	
2	ओपीडी क्षेत्र में पुरुष एवं महिला के लिए अलग-अलग आगन्तुक शौचालय उपलब्ध हैं।	सुविधा-प्रभारी,	
3	ओपीडी क्षेत्र में आरामदायक बैठने की व्यवस्था और वेंटिलेशन के साथ एक ब्रेस्ट फीडिंग कार्नर उपलब्ध होगा।	सुविधा-प्रभारी,	
दिव्यांग जन सुविधार्यें।			
4	ओपीडी प्रवेश में रेलिंग के साथ रैम्प होगा।	सुविधा-प्रभारी,	
5	ओपीडी प्रवेश द्वार पर व्हील चेयर एवं स्ट्रेचर की उपलब्धता को सुनिश्चित करेगा ताकि वल्लरेबल/दिव्यांग रोगियों के लिए आसान हो सके	सुविधा-प्रभारी,	
6	ओपीडी क्षेत्र में एक दिव्यांग शौचालय का प्रावधान होना।	सुविधा-प्रभारी,	
रोगी की गोपनीयता बनाये रखना			
7	सभी ओपीडी क्लिनिकों में रोगी परीक्षण हेतु स्क्रीन उपलब्ध है।	डाक्टर, ओपीडी स्टाफ नर्स, आईसीटीसी	

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 :	ओ.पी.डी. विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
		एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

		काउन्सलर	
8	सभी ओपीडी क्लीनिक परीक्षण क्षेत्र में पुरुष चिकित्सक द्वारा की महिला रोगी की जांच करते समय महिला स्टाफ नर्स/आया उपलब्ध रहती है।	डाक्टर	
9	क्लीनिक में एक समय में केवल एक ही रोगी देखा जायेगा। एक से अधिक रोगी होने की दशा में पर्याप्त गोपनीयता बरती जाती है।	डाक्टर	
10	आईसीटीसी में एचआईवी रिपोर्ट की गोपनीयता बनायी रखी जाती है। एचआईवी एवं कुष्ठ रोगियों की पहचान उनके परिवार और काउन्सलर एवं उपचार करने वाले डाक्टर के अलावा किसी को भी नहीं बतायी जायेगी।	आईसीटीसी काउन्सलर	
रोगी परामर्श			
11	डाक्टर रोगी को उसकी चिकित्सकीय स्थिति और उपचार योजना किसी भी संभावित जोखिम/दुष्प्रभाव के बारे में सूचित करते हैं।	डाक्टर	परामर्श
12	आहार और पोषण पर रोगी की काउन्सलिंग और यदि कोई उपाय करना हो तो उसे अपनाने के लिए निवारक उपाय बताय जाते हैं।	डाक्टर	परामर्श
सूचित सहमति			
13	रोगी और उसके परिवार के सदस्यों को एचआईवी परीक्षण करने से पहले रोगी से परामर्श और सूचित सहमति ली जाती है।	आईसीटीसी परीक्षण केन्द्र	सूचित सहमति प्रपत्र
14	सूचित सहमति लेने के लिए एक मुद्रित प्रिंट सूचित सहमति प्रपत्र का उपयोग किया जाता है।	आईसीटीसी परीक्षण केन्द्र	सूचित सहमति प्रपत्र

9- रोगी की संतुष्टि सर्वेक्षण का संचालन

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
1	रोगी केन्द्रित स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के लिए मरीजों के विचारों को सुनना अति आवश्यक है, इसके लिए निरन्तर गुणवत्ता में सुधार के लिए एक संतुष्टि सर्वेक्षण करना एक आवश्यक गतिविधि उपयोगकर्ताओं से सीधे प्राप्त फीडबैक सेवा में कमियों को मैप करने में मदद करता है और आगे सुधार हेतु कार्यवाही की जाती है।	सुविधा प्रभारी	
2	प्रदान की गई सेवाओं और रोगी की प्रतिक्रिया प्राप्त करने के लिए मासिक संतुष्टि सर्वेक्षण किया जायेगा।	सुविधा प्रभारी	
3	मुद्रित संतुष्टि सर्वेक्षण प्रश्नावली से रोगी से फीडबैक प्राप्त किया जायेगा।	सुविधा प्रभारी	ओपीडी सर्वेक्षण संतुष्टि प्रश्नावली
4	मरीजों को पेशेंट सैटिस्फैक्शन सर्वे (हिन्दी में) के प्रिन्ट आउट दिए जाते हैं। प्राप्त फीडबैक के अनुसार लिंकट स्केल पर अंकन किया जाता है।	सुविधा प्रभारी	सर्वेक्षण संतुष्टि प्रश्नावली
5	औसत रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण का मासिक विश्लेषण	सुविधा प्रभारी	सर्वेक्षण संतुष्टि
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
ओ.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	किया जाता है और स्कोरिंग पैटर्न एवं रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण में सुधार के लिए न्यूनतम कार्यवाही की जायेगी। स्कोर प्राप्त फीडबैक के अनुसार सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है।		प्रश्नावली
--	---	--	------------

10-उपकरण प्रबन्धन

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
उपकरणों का रख-रखाव			
1	सभी माप उपकरणों/उपकरण को कैलीब्रेट किया जायेगा राज्य स्तर पर समस्त चिकित्सा इकाई के बायोमेट्रिकल उपकरणों के रख-रखाव हेतु सॉयरिक्स कंपनी का चयन किया गया है। राज्य/जनपद स्तर पर टॉल फ्री नम्बर भी वितरण किया गया है।	ओपीडी प्रभारी	
2	एक प्रमाणित एजेन्सी को उपकरणों को जांचने के लिए राज्य द्वारा चयनित किया गया है।	ओपीडी प्रभारी	सॉयरिक्स
3	ऑटोक्लेव लेबल/स्टीकर आंशांकन की तारीख को दर्शाते हुए उपकरणों पर रखा जायेगा। और पुनरावृत्ति के कारण होने पर आंशांकन/सत्यापन की स्थिति का संकेत देगा।	ओपीडी प्रभारी	उपकरण रजिस्टर
4	सभी आंशांकन प्रमाणपत्र चिकित्सालय के स्टोर इन्चार्ज के द्वारा संग्रहित किया जायेगा।	ओपीडी प्रभारी	आंशांकन प्रमाणपत्र
5	ओपीडी उपकरण और आंशांकन स्थिति के विवरण के दस्तावेज के लिए एक उपकरण रजिस्टर बनाये रखेगा।	ओपीडी प्रभारी	उपकरण रजिस्टर
6	यह प्रभारी का कर्तव्य होगा कि वह अपने कार्यक्रम के अनुसार सभी उपकरणों के लिए आंशांकन के आद्यतन को सुनिश्चित करें।	ओपीडी प्रभारी	उपकरण रजिस्टर
सामान्य रख-रखाव			
7	उपकरणों के संचालन और रख-रखाव निर्माता के निर्देशों को विभाग में रखा जायेगा, ताकि आवश्यकता पड़ने पर कर्मचारियों को आसानी से उपलब्ध हो सके।	ओपीडी प्रभारी	निर्माता का निर्देश
8	दोषपूर्ण/आउट ऑफ ऑर्डर उपकरणों को ट्रॉफिक क्षेत्र से उचित दूर संग्रहित किया जायेगा, जब तक की इसकी मरम्मत नहीं हो जाती है।	ओपीडी प्रभारी	उपकरण रजिस्टर
9	हाउसकीपिंग स्टाफ के द्वारा उपकरणों की दैनिक डस्टिंग/ड्राई वाइपिंग की जायेगी, प्रयोगशाला टेक्नीशियन प्रशिक्षण प्रक्रिया शुरू होने से पहले हर सुबह उपकरणों के काम काज पर एक दैनिक जांच की जायेगी।	ओपीडी प्रभारी	
10	एएमसी / सीएमसी के तहत उपकरण का नाम अस्पताल कोड स्थापना की तारीख निर्माता का नाम इन आउस मेन्टेनेन्स में बनाये रखना/बाहरी एजेन्सियों या निर्माता द्वारा मेन्टेनेन्स वारन्टी अवधि उपकरण के विवरण के दस्तावेज को बनाये रखा	ओपीडी प्रभारी	उपकरण रजिस्टर

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
ओ.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	जायेगा।		
निवारक और ब्रेक डाउन रख-रखाव			
निवारक रख-रखाव			
11	सभी उपकरणों को ए0एम0सी0/सी0एम0सी0 के तहत निवारक रख-रखाव सहित कवर किया जायेगा।	ओ0पी0डी0 प्रभारी	उपकरण रजिस्टर
12	लैब इन्चार्ज ए0एम0सी0 में एक आद्यतन रिकॉर्ड बनाये रखेगा और उपकरण रजिस्टर में निवारक रख-रखाव में यह विवरण शामिल होना चाहिए। - निवारक रख-रखाव/आंशिकन की आवृत्ति - निर्माता के दिशा-निर्देशों के अनुसार वर्तमान में इसका पालन किया जा रहा है। - निवारक रख-रखाव/आंशिकन देय लागत और विवरण के साथ कार्यात्मक स्थिति के साथ रिमार्क	ओ0पी0डी0 प्रभारी	उपकरण रजिस्टर
13	निर्माता के शिफारिशों के आधार पर प्रत्येक उपकरणों के लिए रख-रखाव अनुसूचि के अनुसार निवारक रख-रखाव किया जायेगा।	ओ0पी0डी0 प्रभारी	उपकरण रजिस्टर
14	निवारक रख-रखाव के दौरान निम्नलिखित जांचे की जायेगी। - उपकरण/सुविधा की भौतिक स्थिति - स्नेहन, आंशिकन, सफाई, या उन हिस्सों को बदलना जो बदलने के लिए अपेक्षित हैं, या जिनके पास एक सीमित जीवन हैं - रख-रखाव रिपोर्ट सत्यापन - रख-रखाव/सेवा की रिपोर्ट सेवा एजेन्सी से प्राप्त किया जायेगा और सत्यापन के बाद ओ0के0/प्रयोग में नहीं लिखा जायेगा।	ओ0पी0डी0 प्रभारी	उपकरण रजिस्टर
ब्रेक डाउन रख-रखाव			
15	दोष पूर्ण या दोषपूर्ण उपकरणों का उपयोग नहीं किया जायेगा चाहे समस्या कितनी मामूली हो और पहले इन हाउस मेन्टेनेन्स इन्जीनियर/बाहर के एजेन्सी को जल्द से जल्द रख-रखाव हेतु सूचित किया जायेगा। जिससे जल्दी से जल्दी सुधारात्मक कार्यवाही की जा सके।	ओ0पी0डी0 प्रभारी	उपकरण रजिस्टर
16	“आउट आफ आर्डर” को एक स्टीकर उपकरण पर होगा और ब्रेक डाउन के बारे में जानकारी सभी कर्मचारियों को दी जायेगी जिसमें शिफ्ट चेंज भी शामिल है।	ओ0पी0डी0 प्रभारी	
17	उपकरण के ठीक होने पर उपकरण के ब्रेक डाउन रिकॉर्ड को अपडेट किया जाना चाहिए, या इंगित करता है कि उपकरण को ठीक रख-रखाव का प्रमाण-पत्र प्राप्त हो चुका है। उपकरण के ठीक होने के उपरान्त “आउट आफ आर्डर” का स्टीकर हटा दिया जायेगा।	ओ0पी0डी0 प्रभारी	

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
ओ.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

18	विभाग में होने वाले सभी ब्रेक डाउन को उपकरण रजिस्टर में बनाये रखा जाना चाहिए और निम्नलिखित को शामिल किया जाना चाहिए। • ब्रेक डाउन की तारीख और समय • ब्रेक डाउन विवरण (तकनीकी दोष या अन्य कारण) • तिथि और समय संशोधन का • टोटल टाइम टेकन (रेक्टिफिकेशन टाइम-ब्रेक डाउन टाइम) • व्यय विवरण (यदि कोई हो तो) • कार्यात्मक स्थिति के साथ रिमार्क • देरी के कारण (यदि कोई हो तो)	ओपीडी0 इन्चार्ज	उपकरण पंजीकरण
----	--	--------------------	------------------

11- मरीजों का रिफरल

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
1	चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं होने वाली सेवाओं में रोगी के लिए आवश्यक किसी निश्चित सेवा/विशेषता/देखभाल के मामले में, तब रोगी को एक उच्च सुविधा के लिए भेजा जायेगा।	ओपीडी0 के चिकित्साधिकारी	
2	हालांकि रोगी का मूल प्राथमिक उपचार या स्थरीकरण के उपरान्त रिफरल से किया जायेगा।	ओपीडी0 मेडिकल आफीसर, स्टाफ नर्स	
3	ओपीडी0 मेडिकल आफीसर रोगी के विवरण, रिफरल के कारण और प्रदान किये गये उपचार के कोर्स को दर्शाता हुआ रिफरल फार्म भरेंगे।	ओपीडी0 मेडिकल आफीसर, स्टाफ नर्स	रिफरल फार्म
4	स्टाफ नर्स रिफर इन-आउट रजिस्टर में रिफरल विवरणों का दस्तावेजी करण करेंगी और रिफरल प्रक्रिया के लिए समन्वय करेंगी।	ओपीडी0 मेडिकल आफीसर, स्टाफ नर्स	रिफर इन आउट रजिस्टर
5	रिफरल के बारे में उच्च केन्द्र के कर्मचारी को सूचना देना सुनिश्चित करने के लिए रिफरल केन्द्र के साथ एक अग्रिम टेलीफोन संचार किया जायेगा।	ओपीडी0 मेडिकल आफीसर, स्टाफ नर्स	रिफर इन आउट रजिस्टर
6	बीपी0एल0 रोगी को छोड़कर आर0के0एस0 के मानदण्डों के अनुसार स्थानांतरण के लिए रोगियों के लिए एम्बुलेन्स सेवा का शुल्क लिया जाता है।	ओपीडी0 मेडिकल आफीसर, स्टाफ नर्स	रिफर इन आउट रजिस्टर
7	जे0एस0एस0के0 मरीज और 108 मरीजों से शुल्क नहीं लिया जाता है।	ओपीडी0 मेडिकल आफीसर, स्टाफ नर्स	
8	रिफरल फार्म और केस सीट के साथ रोगी को उच्च केन्द्र पर भेजा जायेगा।	ओपीडी0 मेडिकल आफीसर, स्टाफ नर्स	रिफरल फार्म
9	नर्सिंग स्टाफ रिफरल सेण्टर से भी सम्पर्क करेगा, और मरीज के पोस्ट रिफरल स्थिति के बारे में फालोअप करेगा।	ओपीडी0 मेडिकल आफीसर, स्टाफ नर्स	रिफर इन आउट रजिस्टर
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 :	स्टेण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओ.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

12- अन्य आउट पेसेन्ट सेवायें।

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
फार्मसी			
1	रोगी फार्मसी काउन्टर पर ओपीडी0 दवा पर्ची प्रस्तुत करता है	फार्मासिस्ट	चिकित्सा पर्ची
2	काउन्टर पर फार्मासिस्ट दवाओं का वितरण करेगा और रोगी को दवा देने के समय के खुराक और आवृत्ति के बारे में भी बतायेगा।	फार्मासिस्ट	चिकित्सा पर्ची
3	यदि दवा में कोई निर्धारित दवा उपलब्ध नहीं है तो उसे स्थानीय खरीद द्वारा उपलब्ध कराया जायेगा।	फार्मासिस्ट	चिकित्सा पर्ची / दवा वितरण रजिस्टर
4	यदि उपलब्ध हो तो जारी के दवाओं की मात्रा का वितरण रजिस्टर / फार्मसी साफवेयर में दर्ज किया जायेगा।	फार्मासिस्ट	चिकित्सा दवा वितरण रजिस्टर
इमेजिंग क्लीनिक			
5	रोगी को ओपीडी0 पर्चे के द्वारा इन्जेक्शन कक्ष की ओर निर्देशित किया जाता है।	स्टाफ नर्स	टीकाकरण रजिस्टर
6	रोगी इन्जेक्शन रूम पर नर्सिंग स्टाफ को ओपीडी0 केस पेपर दिखाता है।	स्टाफ नर्स	टीकाकरण रजिस्टर
7	इन्जेक्शन कक्ष के नर्सिंग स्टाफ को सलाह के अनुसार इन्जेक्शन का प्रबन्ध करना होगा और टीकाकरण रजिस्टर (जैसे कि पेसेन्ट, पेसेन्ट आईडी, डायग्नोसिस, दी गयी आवश्यकता और इन्जेक्शन का नाम) में विस्तार से दर्ज कराना होगा।	स्टाफ नर्स	टीकाकरण रजिस्टर
8	ए0आर0वी0 के मामले में अलग रजिस्टर (ए0आर0वी0 रजिस्टर) बनाया रखा जायेगा।	स्टाफ नर्स	ए0आर0वी0 रजिस्टर
9	सुई सिरिज और स्वैब को बायोमेडिकल वेस्ट (प्रबन्धन और हैंडलिंग) नियम 2016 के अनुसार निस्तारण किया जायेगा।	स्टाफ नर्स	
10	रोगी को ओपीडी0 अटेन्डेन्ट ड्रेसर/स्टाफ नर्स ड्रेसिंग रूम रजिस्टर द्वारा ड्रेसिंग रूम की ओर निर्देशित किया जाता है		
11	रोगी ड्रेसिंग रूम में आता है और ओपीडी0 केस पेपर दिखाता है।	ड्रेसर/स्टाफ नर्स	ड्रेसिंग रूम रजिस्टर
12	रोगी का विवरण ड्रेसिंग रूम रजिस्टर में दर्ज किया जाता है।	ड्रेसर/स्टाफ नर्स	ड्रेसिंग रूम रजिस्टर
13	ड्रेसर घाव भरने वाले ड्रेसर/स्टाफ नर्स ड्रेसिंग रूम रजिस्टर की प्रक्रिया करता है		
14	स्वैब, बैन्डेज आदि बायोमेडिकल वेस्ट (प्रबन्धन एवं हैंडलिंग) नियम 2016 के अनुसार निपटाया जाता है।	ड्रेसर/स्टाफ नर्स	
15	राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रम - राष्ट्रीय टीकाकरण कार्यक्रम - राष्ट्रीय एड्स नियन्त्रण कार्यक्रम		नोडल अधिकारी रिपोर्टिंग प्रारूप

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 :	ओ.पी.डी. विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर एस.ओ.पी. / एन.व्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच. (चयन करें)
---------------------	----------------	--

	- संशोधित राष्ट्रीय क्षय रोग नियन्त्रण कार्यक्रम - मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम - परिवार नियोजन कार्यक्रम - राष्ट्रीय दृष्टि हीनता नियन्त्रण कार्यक्रम - राष्ट्रीय कृष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम - राष्ट्रीय वेक्टर जनित रोग नियन्त्रण कार्यक्रम - राष्ट्रीय फ्लोरोसिस रोग नियन्त्रण कार्यक्रम - राष्ट्रीय आयोडीन की कमी से होने वाले रोग कार्यक्रम - राष्ट्रीय संचारी रोग नियन्त्रण कार्यक्रम - राष्ट्रीय गैर संचारी रोग नियन्त्रण कार्यक्रम - राष्ट्रीय मधुमेह नियन्त्रण कार्यक्रम - राष्ट्रीय अतिसार नियन्त्रण कार्यक्रम		
--	---	--	--

13-अभिलेखों का अद्यतन एवं भण्डारण

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
1	परामर्श दाता/चिकित्सक द्वारा मूल्यांकन पुनर्मूल्यांकन और जांच के सभी विवरण ओपीडी0 मामले की शीट में दर्ज और अद्यतन किये जायेंगे।	चिकित्सक परिचारिका	ओपीडी0 में बनाये गये सभी फार्म और प्रारूप रजिस्टर
2	किसी भी जैसे की टीकाकरण/ड्रेसिंग आदि रोगी की शीट में दर्ज की जायेगी।	चिकित्सक परिचारिका एवं प्रभारी	
3	यदि ओपीडी0 रिकार्ड एम0आर0डी0 में संग्रहित किया जाता है तो सुविधा सुरक्षित और पर्याप्त भण्डारण एवं मेडिकल रिकार्ड की पुनः प्राप्ति सुनिश्चित करेगी।	एम0आर0डी0 प्रभारी	
4	ओपीडी0 के लिए बनाये गये सभी रजिस्ट्रों की पहचान की जायेगी एवं उन्हें नम्बर दिया जायेगा।	प्रभारी	

14- ओपीडी0 क्षेत्र की सफाई

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
1	ओपीडी0 लॉबी क्षेत्र कीटाणु नाशक पानी (15 प्रतिशत क्लोरिन) के घोल के साथ साफ किया जायेगा।	हाउस कीपिंग स्टाफ	हाउस कीपिंग चेकलिस्ट
2	सभी रोगी देखभाल क्षेत्र को पहले कीटाणु नाशक और फिर डिटर्जेंट घोल से धोया जायेगा तथा 5 प्रतिशत क्लोरिन के घोल से उपयोग किया जायेगा।	हाउस कीपिंग स्टाफ	हाउस कीपिंग चेकलिस्ट
3	झाड़ू के उपयोग से बचा जायेगा जाय।	हाउस कीपिंग स्टाफ	हाउस कीपिंग चेकलिस्ट
4	ओपीडी0 समय से पहले या बाद में ही टेबल रैक, आलमारी, और खिडकियों की धूल के कणों के फैलाव की स्टाफ की सफाई की जाएगी क्योंकि धूल के कण,	हाउस कीपिंग स्टाफ	हाउस कीपिंग चेकलिस्ट

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 :	ओ.पी.डी. विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)
---------------------	----------------	-----------------------------	--

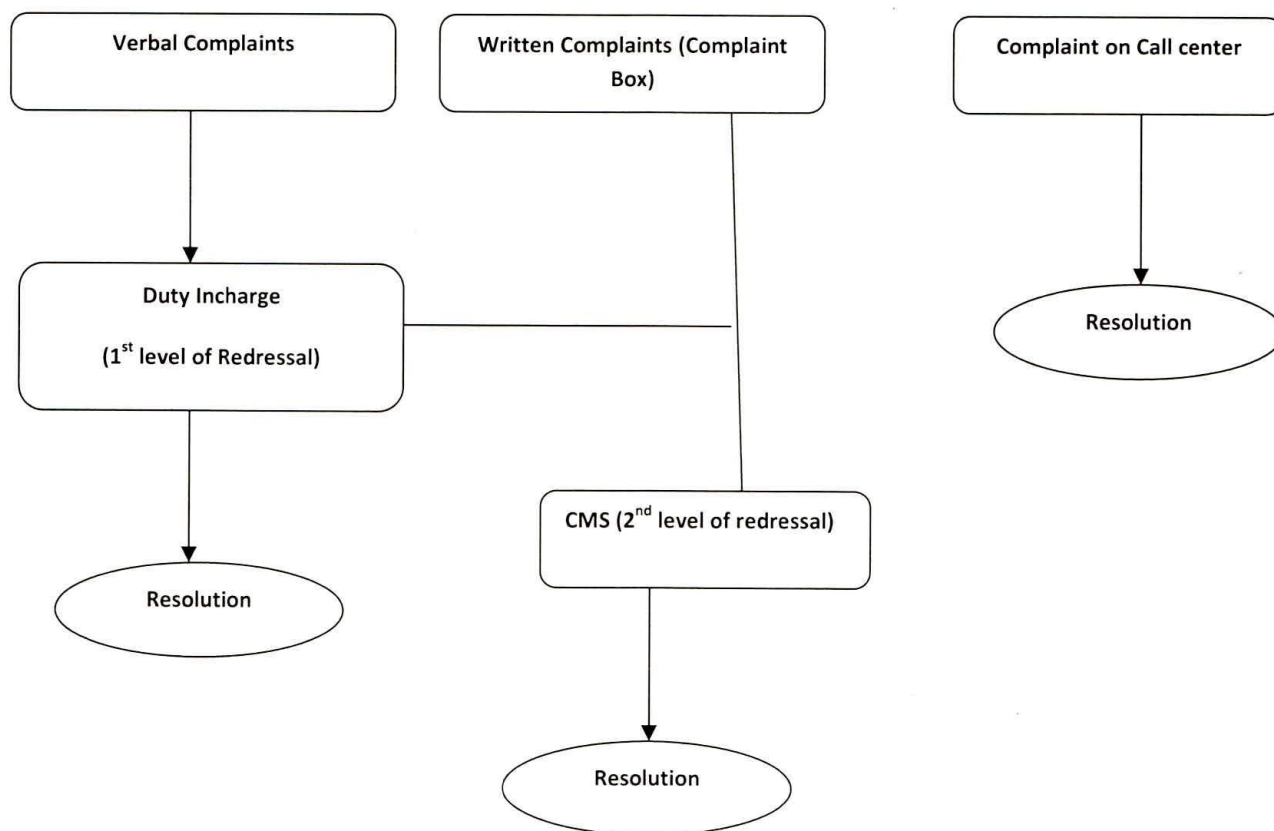
	जिससे उन्हें असुविधा हो सकती है		
5	संक्रमण नियन्त्रण नर्स सुनिश्चित करेगी कि हाउस कीपिंग स्टाफ को स्पिल प्रबन्धन के लिए प्रशिक्षित किया जायेगा।	संक्रमण नियन्त्रण नर्स	हाउसकीपिंग चेकलिस्ट, संक्रमण नियन्त्रण गोल चेकलिस्ट
6			

15- ओपीडी क्षेत्र में धूम्रपान नीति

क्रमांक	गतिविधि	जिम्मेदारियां	रिकार्ड
1	चिकित्सालय में नो स्मोकिंग पॉलिसी है जिसके अनुसार चिकित्सालय परिसर के अन्दर धूम्रपान करना प्रतिबन्धित है।	चिकित्सालय के कर्मचारी, रोगी, आगन्तुक	नो स्मोकिंग पॉलिसी
2	चिकित्सालय नीति के अनुसार, चिकित्सालय के किसी भी कर्मचारी को उपरोक्त नीति का पालन न किये जाने पर दोषी पाया गया तो 200 रूपया जुर्माना के लिए उत्तरदायी होगा। यह सूचना लिखकर भी चस्पा है।	चिकित्सालय के कर्मचारी,	नो स्मोकिंग पॉलिसी
3	यदि चिकित्सालय में कर्मचारी नियमित धूम्रपान की आदत के साथ किसी भी रोगी के पास आते हैं तो उन्हें धूम्रपान के हानिकारक प्रभाव के बारे में शिक्षित करेंगे और उन्हें धूम्रपान छोड़ने के लिए प्रेरित करेंगे।	चिकित्सालय के कर्मचारी,	नो स्मोकिंग पॉलिसी
4	कोई भी मरीज/परिचारक यदि चिकित्सालय परिसर के अन्दर धूम्रपान करता हुआ पाया जाता है तो उसे नो स्मोकिंग पॉलिसी के बारे में सूचित किया जायेगा और उसे तुरन्त चिकित्सालय कर्मचारियों से धूम्रपान न करने के लिए कहा जायेगा।		
5	सभी चिकित्सक एवं पैरामेडिकल स्टाफ/एप्रेन कोड पॉलिसी के अनुसार अपनी निर्धारित ड्रेस में रहेंगे।		
6	सभी चिकित्सक एवं पैरामेडिकल स्टाफ-ड्यूटी रोस्टर के अनुसार अपनी ड्यूटी करेंगे एवं ओ.पी.डी. में कार्याकित चिकित्सक की सूची ओ.पी.डी. काम्प्लेक्स में चस्पा होगी।		

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

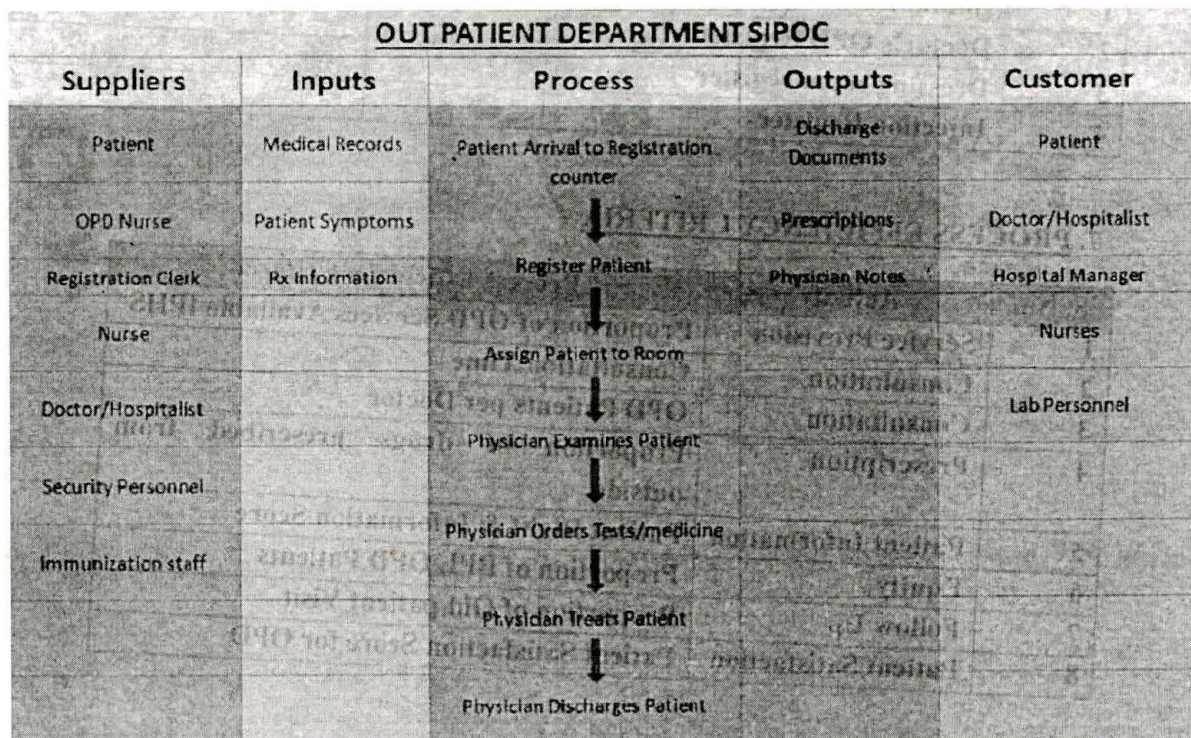
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

Flow chart of Grievance Redressal for OPD

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

Process Mapping

Level -1 Map



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।



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

प्रसव कक्ष



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

लेबर रूम के उद्देश्य

1. प्रसव के दौरान और प्रसवोपरान्त देखभाल की गुणवत्ता में सुधार किया जाना।
2. प्रभावी रूप से प्रसूति सम्बन्धी जटिलताओं और जोखिम वाले गर्भधारण का प्रबन्धन करना।
3. फैसिलिटी में आने वाली गर्भवती महिलाओं को सम्मानपूर्ण मातृत्व देखभाल (RMC) प्रदान करना।
4. जटिलताओं का प्रबंधन और आवश्यकतानुसार उच्च इकाई पर ससमय रेफरल सुनिश्चित करना और एक प्रभावी फॉलोअप सिस्टम को कियाशील रखना।
5. चिकित्सालयों पर आने वाले लाभार्थियों की सन्तुष्टि में वृद्धि।
6. जन्म के बाद ऑक्सीटोसिन के कियान्वयन के लिए 100 प्रतिशत अनुपालन सुनिश्चित करना।
7. प्रसव के दौरान रियल टाइम पार्टोग्रॉफ के उपयोग के लिए 100 प्रतिशत अनुपालन सुनिश्चित करना।
8. आवश्यक दवाओं और उपभोग्य सामग्री का स्टॉक आउट न होना सुनिश्चित 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 प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर

उद्देश्य:—गर्भवती महिलाओं की प्रसवपूर्व तथा प्रसवोत्तर अवधि तक देखभाल सुनिश्चित करने के लिए एक प्रणाली विकसित करना और इसके साथ ही नवजात शिशुओं की आवश्यकताओं को पूरा करना। इसका उद्देश्य मातृ, नवजात एवं शिशुओं की मृत्यु दर को कम करना है।

लक्ष्य:—इसमें गर्भवती महिलाओं के गर्भावस्था के प्रथम तिमाही में पंजीकरण के समय से लेकर प्रसव पश्चात 42 दिनों तक तथा नवजात को आच्छादित किया गया है।

उत्तरदायित्व:—अस्पताल के प्रभारी, प्रसूति एवं रोग विभाग के सेवा प्रदाता, बाल रोग विशेषज्ञ, चिकित्सा अधिकारी और स्टाफ नर्स / एएनएम।

प्रक्रिया:—चिकित्सालय में प्रसव के रोगी को भर्ती करने और सेवाएं प्रदान करने के लिए एस.ओ.पी. ।

क्रम सं०	गतिविधि	उत्तरदायित्व	आवश्यक अभिलेख
4.1	सेवा प्रावधान— सभी मातृ एवं शिशु अस्पतालों के लिए IPHS दिशा-निर्देश एवं MOHFW, भारत सरकार द्वारा जारी मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य के लिए संचालन दिशा निर्देशों के अनुसार सेवाएं प्रदान की जाती हैं। इसके अन्तर्गत हैं— 1. प्रसवपूर्व देखभाल एवं उच्च जोखिम वाली गर्भावस्था के प्रबंधन जिनको लेवल-1 और अन्य संस्थानों से संदर्भित किया गया है। 2. 24x7 आपातकालीन प्रसूति देखभाल और नवजात देखभाल सम्बन्धी सेवाएं। 3. बीमार शिशुओं की आपातकालीन देखभाल 4. परिवार नियोजन सेवाएं। 5. परामर्श।	चिकित्सालय प्रभारी	जिला अस्पताल के लिए IPHS दिशानिर्देश
4.1.1	लेबर रूम की तैयारी— • लेबर रूम चेकलिस्ट के अनुसार लेबर रूम को सभी औषधियों एवं आवश्यक उपकरणों के साथ तैयार रखा जाता है। • पर्दे/स्क्रीन द्वारा महिला के लिए पर्याप्त गोपनीयता सुनिश्चित की जाती है।	स्टाफ नर्स (प्राथमिक)	
4.2	गर्भवती महिला और उसके परिवार के साथ संवाद— • गर्भवती महिला और साथ आने परिजनों का सम्मानपूर्वक स्वागत किया जाता है। • यह सुनिश्चित किया जाता है कि कोई अपमानजनक टिप्पणी न की जाए। • लेबर रूम प्रक्रिया के बारे में गर्भवती महिला और उसके प्रसव सहयोगी को जानकारी दी जाती है। • किसी भी शारीरिक और योनि परीक्षा शुरू करने से पहले गर्भवती की सहमति ली जाती है।	स्टाफ नर्स (प्राथमिक)	
4.2.1	लेबर रूम में सहायक देखभाल — • गर्भवती महिला को बार-बार टहलने और पेशाब करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। • एक रिश्तेदार को जन्म सहायक के रूप में गर्भवती महिला के साथ रहने की अनुमति होती है। • गर्भवती महिला को चिकित्सक के द्वारा दी गयी सलाह के	स्टाफ नर्स (प्राथमिक)	

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	पश्चात खाने और पीने का निर्देश दिया जाता है। उसे हल्का भोजन जैसे- चाय, दूध, बिस्किट आदि लेने और भारी भोजन से बचने की सलाह दी जाती है। उसे अपनी पसन्द के पोजीसन(लेटने/बैठने) को अपनाने और संकुचन के दौरान धीमी और गहरी सांस लेने की सलाह दी जाती है।		
4.2.2	भर्ती/परीक्षण/रेफरल के लिए प्रक्रिया- - गर्भवती महिलाओं को प्रसव पीड़ा अथवा प्रसवका अनुमानित समय नजदीक आने पर अस्पताल में भर्ती कराया जाता है। - गर्भवती महिलाओं में उच्च जोखिम वाले चिन्हों-जैसे कि मालप्रेजेंटेशन आदि का पता लगाया जाता है, और वह गर्भवती महिलाएँ जो वैकल्पिक सी-सेक्शन के लिए चिन्हित हैं, उन्हें अपेक्षित तिथि से 2-3 दिन पहले भर्ती कराया जाता है। - उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिलाओं को कैजुअल्टी/इमरजेंसी में लिया जाता है, जहाँ ई.एम.ओ. के द्वारा देखा जाता है और यदि तत्काल कार्यवाही (तुरंत प्रसव होने की स्थिति में)की आवश्यकता नहीं है, तो उन्हें लेबर रूम में भेज दिया जाता है। - गर्भवती महिलाएँ सीधे लेबर रूम में पहुँचती हैं, जहाँ ड्यूटी पर तैनात चिकित्सा अधिकारी/नर्सिंग स्टाफ उन्हें देखता है। - प्रत्येक भर्ती गर्भवती महिला के लिए बेड हेड टिकट जेनरेट किया जाता है और आई.पी.डी. रजिस्टर में उसकी प्रविष्टि (entry) की जाती है। - मेडिकल अधिकारी/स्टाफ नर्स रोगी की वर्तमान स्थिति का विश्लेषण करते हैं और गर्भावस्था से जुड़ी किसी भी जटिलता का आकलन करने के लिए रेफरल स्लिप सहित पुराने रिकार्ड की समीक्षा करते हैं। - यदि गर्भवती महिला प्रसव का प्रथम अवस्था में है, तो उसे प्री पार्टम ऑब्जर्वेशन बेड पर स्थानान्तरित कर दिया जाता है, जहाँ समय-समय पर उसके वाइटल (VITAL) और सर्विक्स के फैलाव की निगरानी की जाती है और पार्टोग्राफ भरना शुरू किया जाता है। - एक्लेम्पसिया से पीड़ित गर्भवती महिला को एक्लेम्पसिया के कमरे/बेड पर स्थानान्तरित कर चिकित्सा की जाती है। - इमरजेंसी सेक्शन की आवश्यकता वाली गर्भवती महिला को तैयारी के तुरन्त बाद ओ.टी. के प्री ऑपरेटिव वार्ड में स्थानान्तरित कर दिया जाता है। - जो गर्भवती महिलाएँ फाल्स लेबर में/ अवलोकन में होती हैं उनकी निगरानी की जाती है। स्थिति सामान्य होने के पश्चात् छुट्टी दे दी जाती है। - जब गर्भवती महिला की स्थिति ऐसी होती है कि उसे जटिलताओं के कारण या सुविधाओं की कमी के कारण चिकित्सालय में चिकित्सा नहीं की जा सकती है, तो उसे समय से अगले उच्च उपयुक्त चिकित्सालय में एम्बुलेंस सेवाओं द्वारा समस्त रिकार्ड एवं रेफरल स्लिप के साथ रेफर कर दिया जाता है। सम्बन्धित वार्ड में रोगी का स्थानान्तरण- - रोगी को प्रसव के साथी के साथ सम्बन्धित प्रसव साथी के साथ ए.एन.सी. वार्ड में स्थानान्तरित कर दिया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	रोगी को पहचानने के लिए आवश्यकतानुसार स्ट्रेचर/व्हील चेयर/ ट्रॉली का उपयोग किया जाता है।		
4.2.3	नैदानिक परीक्षण के मांग फार्म के लिए और रिपोर्ट प्राप्त करने के लिए प्रक्रिया- - यदि कोई प्रयोगशाला परीक्षण किया जाना आवश्यक है, तो ऑन ड्यूटी डॉक्टर लैब/एक्स-रे/यूएसजी के फार्म पर परीक्षण निर्धारित करता है। - नियमित मामलों में, स्टाफ नर्स दो पहचानकर्ताओं के द्वारा रोगी की पहचान करने के बाद नमूना एकत्र करती है और इसे मांग फार्म के साथ प्रयोगशाला में भेजती है। - आपातकालीन मामलों में जहाँ मरीज को इमरजेंसी LSCS के लिए ओ.टी. में स्थानान्तरित करने की आवश्यकता होती है, स्टाफ नर्स द्वारा प्रयोगशाला तकनीशियन (इन-हाउस/आउटसोर्स) को सूचित किया जाता है। लैब तकनीशियन नमूना एकत्र करता है। रैपिड टेस्ट किट आपातकालीन परीक्षणों के लिए एक और विकल्प है। - एक अलग लैब पंजीकरण सख्या तैयार की जाती है और रिपोर्ट के संग्रह के लिए रोगी के परिचारक को दी जाती है। - लैब से निर्धारित प्रतिवर्तन काल के भीतर रिपोर्ट प्राप्त होती है। - नियमित मामलों में, अगर एक्स-रे, ईसीजी या अल्ट्रासाउण्ड करने की आवश्यकता होती है, तो नर्स सम्बन्धित तकनीशियन को सूचित करती है, और निर्धारित तिथि और समय पर रोगी को जांच के लिए सम्बन्धित विभाग में स्थानान्तरित कर दिया जाता है। - रेडियोलॉजी (एक्स-रे/यूएसजी) विभाग से निर्धारित समय में रिपोर्ट प्राप्त होती है।		
4.2.4	लेबर रूम की व्यवस्था- - नर्स-प्रभारी प्रसव के लिए आवश्यक उपकरण, दवाओं और उपभोग्य सामग्री एवं अन्य सुविधाओं के लिए सूची रखती है। - आवश्यक दवाओं उपभोग्य सामग्रियों की खपत की वैज्ञानिक गणना के बाद नर्स प्रभारी समय से इनका इन्डेंट करती हैं। - नर्स प्रभारी आवश्यक दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों के बफर स्टॉक को बनाए रखती है। - आवश्यक उपकरणों की कार्यक्षमता और दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता सुनिश्चित की जाती है और दैनिक आधार पर चेक किया जाता है। - उपकरण के टूटने या आपूर्ति में अभाव के सम्बन्ध में चिकित्सालय प्रशासन को सूचित किया जाता है और तत्काल सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है। - महत्वपूर्ण उपकरणों की A.M.C और वार्षिक जॉच (CALIBRATION) प्रत्येक वर्ष की जाती है। प्रदेश में इस कार्य हेतु सॉरिक्स कंपनी को राज्य स्तर से चिन्हित किया गया है, जिनके टॉल-फ्री न०. तथा जनपद स्तर पर सम्पर्क किये जाने हेतु दूरभाष संख्या समन्वय हेतु चिकित्सालय में उपलब्ध है।	नर्स-प्रभारी/सीएमएस/अस-पताल प्रबन्धक/गुणवत्ता के लिए विभागीय नोडल अधिकारी	लेबर रूम तैयारियों के लिए चेकलिस्ट
4.2.5	रक्त चढ़ाने की प्रक्रिया- - प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव (PPH) सदमा (SHOCK) और गंभीर एनीमिया हो सकता है, में रक्त चढ़ाने की आवश्यकता हो सकती है। - ट्रांसफ्यूजन केवल तभी किया जाता है, जब महिला को		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	इससे होने वाले जोखिमों की तुलना में लाभ अधिक मिलने की सम्भावना होती है। - अस्पताल में 24X7 ब्लड बैंक से कार्यात्मक लिक्वैज की सुविधा उपलब्ध हैं। - आपातकालीन जीवन रक्षक स्थितियों में डॉक्टर/अधिकृत व्यक्ति के द्वारा संस्तुति के बाद रक्त को बिना प्रतिस्थापन के जारी कर दिया जाता है। - ट्रांसफ्यूजन से पहले डोनर और प्राप्तकर्ता के रक्त का क्रॉस मैचिंग अनिवार्य है। - उच्च जाखिम वाले रोगियों के लिए परिचारकों को पहले से रक्त की व्यवस्था करने के लिए कहा जाता है। - अनुभवी स्वास्थ्यकर्मी की निगरानी में रक्त चढ़ाया जाता है। - यदि कोई रक्त आधान प्रतिक्रिया होती है तो सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है। - ब्लड ट्रांसफ्यूजन रिएक्शन फार्म सम्बन्धित ब्लड बैंक को रिपोर्ट किया जाता है। रक्त उत्पादों के परिवहन क अनुरोध करने से पहले, यह सुनिश्चित करें— - रोगी को IVलाईन के द्वारा SALINE दिया जाता जा रहा है। - चिकित्सक के द्वारा ट्रांसफ्यूजन के लिए आदेश लिखित में किया गया है। - सूचित सहमति प्राप्त की गई है। - मेडिकल स्टाफ के द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित रिक्वीजीशन फार्म के साथ रोगी के रक्त का सैंपल (गुपिंग और क्रॉस-मिलान के लिए) स्थापित ब्लड बैंकों में देने के बाद ही वहाँ से रक्त प्राप्त किया जाता है। - स्टाफ नर्स/वार्ड अटेंडेंट ब्लड स्टोरेज से ब्लड कंपोनेंट को इकट्ठा करता है, इसूलेटेड कंटेनर में ब्लड कंपोनेंट को उपयुक्त जगह पर पहुँचाता है और उसे नर्स इंचार्ज को देता है। - असामान्य रंग,धुधलापन,थक्के और अतिरिक्त हवा का निरीक्षण करना। - कम्पेटिबिलिटी पर्ची की जाँच कर यह सुनिश्चित करें कि रक्त की यूनिट पर अंकित निम्नलिखित जानकारी और कम्पेटिबिलिटी पर्ची पर की जानकारी दोनों समान है। 1. रक्त इकाई संख्या 2. कलेक्शन तिथि 3. एक्सप्राईरी तिथि 4. ABOरक्त समूह और Rhसमूह 5. मरीजों का नाम रिक्वीजीशन पर्ची/केस फाईल से मेल खाता है। - यह सुनिश्चित किया जाता है कि रक्त को मॉनिटर किये गये रेफ्रिजरेटरों में रखा जाए, जिसका उद्देश्य तापमान को 2–6 डिग्री सेल्सियस पर बनाए रखना है। - यह सुनिश्चित किया जाता है कि ब्लड कंपोनेंट्स को कमरे के तापमान पर या किसी अनियंत्रित रेफ्रिजरेटर में नहीं रखा जाता है। - यदि सम्पूर्ण ब्लड या पैकड रेड सेल्स को ब्लड बैंक से जारी होने के 30 मिनट के अन्दर चढ़ाना शुरू नहीं किया जाता है, तो उस यूनिट को एक मॉनिटर रेफ्रिजरेटर में रख दिया जाता है। - Thawed FFP को भी एक मॉनिटर किये गए रेफ्रिजरेटर में रखा		
--	--	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	जाता है और पिघलने के बाद केवल 24 घण्टे तक ही संग्रहीत किया जाता है ,पिघलने के बाद 6घण्टे से पहले इसका इन्फ्यूजन सबसे अच्छा होता है। • प्लेटलेट्स को प्लेटलेट इनक्यूबेटर में 20–24 डिग्री सेल्सियस पर स्थिर क्षोभ के साथ संग्रहित किया जाता है और केवल इन्फ्यूजन के समय ही ब्लड बैंक से लिया जाता है। • एसेप्टिक तकनीक और यूनिवर्सल ब्लड और बॉडी सबस्टेंस सावधानियों का पालन किया जाता है, हाथ धोना पॉलिसी के अनुसार किया जाता है। • रोगी के बेड के पास दो नर्सों या एक नर्स और एक डॉक्टर द्वारा ब्लड की प्रत्येक यूनिट की जाँच की जाती है, और अंकित किया जाता है। • ब्लड ट्रांसफयुजन का रेट इस प्रकार है— 1. वयस्क पहले 15 मिनट के लिए 1 मिली/मिनट से शुरू करें। यदि कोई प्रतिक्रिया नहीं है, तो 15 मिनट के बाद 4 मिली/मिनट तक बढ़ाए। • यदि रोगी में ट्रांसफ्यूजन रिएक्शन दिखाई देता है, तो ट्रांसफ्यूजन को तुरन्त केनुला हब (cannula hub) से बन्द कर दिया जाता है, 0.9% सोडियम क्लोराइड का इन्फ्यूजन शुरू किया जाता है और सम्बन्धित चिकित्सक जो इस केस को देख रहे हैं या जो चिकित्सक ड्यूटी पर हैं को सूचित किया जाता है। • रिएक्शन फार्म पर निर्देशित जांचों के लिए ब्लड सैंपल के साथ विधिवत रूप से भरा हुआ ट्रांसफ्यूजन रिएक्शन फार्म ब्लड बैंक को वापस कर दिया जाता है। • यदि कोई सबूत या प्रतिक्रिया और महत्वपूर्ण संकेत 15 मिनट के बाद स्थिर रहते हैं तो प्रवाह निर्धारित दर पर समायोजित किया जाता है। • यदि रिएक्शन का कोई प्रमाण नहीं मिलता है और 15 मिनट में VITAL SIGN स्थिर हो जाते हैं तो प्रवाह निर्धारित दर पर समायोजित कर दिया जाता है। • विलम्ब से होने वाले ट्रांसफ्यूजन रिएक्शन के लिए रोगी का लगातार मूल्यांकन किया जाता है • 0.9% सोडियम क्लोराइड को छोड़कर कोई भी दवा या सोल्यूशन उस ट्यूब से इन्फ्यूज नहीं करनी है जिससे ब्लड कॉम्पोनेन्ट इन्फ्यूज किया गया हों। • Administration set का उपयोग केवल लाल कोशिकाओं के इन्फ्यूजन शुरू करने के समय से 4 घण्टे तक किया जाता है। • ब्लड ट्रांसफ्यूजन की अवधि सामान्यतः 4 घण्टे प्रति ब्लड यूनिट से अधिक नहीं होती है। • ब्लड और ब्लड बैग को बी.एम.डब्ल्यू. पालिसी के अनुसार डिस्पोज किया जाता है। अनुपालन आवश्यकताएं— • इनटेक और आउट भीट दस्तावेजः— 1. ट्रांसफ्यूजन किये गए ब्लड की मात्रा 2. ब्लड यूनिट और संख्या 3. ट्रांसफ्यूजन का प्रारम्भ और समापन समय 4. चढ़ाई गई SALINE की मात्रा • नर्स ट्रांसफ्यूजन के समय में हुई रोगी की प्रतिक्रिया को			
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
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	प्रलेखित करती हैं।		
4.3	लेबर रूम में महिला की हिस्ट्री लेना और परीक्षण करना।		
4.3.1	- रोगी का इतिहास लिया जाता है। - संकुचन की शुरुआत का समय - दर्द की आवृत्ति - लीकिंग/ब्लीडिंग P.V - बच्चे की गति/ हरकत - लेबर का प्रबंधन करने के लिए और उचित रेफरल बनाने के लिए सुरक्षित प्रसव चेकलिस्ट (safe birth checklist) शुरू करें। - निम्नलिखित मापदंडों की जाँच के लिए भारीरिक परीक्षण किया जाता है— - पल्स, तापमान, बीपी, पाण्डुता (पीलापन) - पेट की परीक्षा निम्नलिखित मापदंडों की जाँच करने के लिए की जाती है— - फंडल हाइट (Fundal height) - फीटल लाई और प्रेजेंटेशन (Fetal lie & presentation) - भ्रूण की हृदय गति (FHR) - आवृत्ति, अवधि और संकुचन की तीव्रता - पर वैजाइनल परीक्षण किया जाता है— - स्ट्रिक्ट एस्पेसिस (हाथ धोना, स्टराइल दस्ताने और एंटीसेप्टिक का उपयोग करके बल्बा की सफाई) का पालन किया जाता है। - गर्भाशय ग्रीवा के फैलाव और प्रवाह का निर्धारण किया जाता है। - प्रेजेंटेशन और मेम्ब्रेन (झिल्ली) की स्थिति देखी जाती है। - अगर झिल्ली पहले से फट गई है तो निकलने वाले पानी के रंग को नोट किया जाता है। - प्रेजेंटिंग पार्ट के स्टेशन की जाँच की जाती है। - सामान्य लेबर के लिए पेलविस (श्रोणि) की पर्याप्तता निर्धारित करें। - True लेबर के लक्षण दिखते हैं— - दर्दनाक संकुचन - वैजाइना से ब्लड स्टैन म्यूकस का स्ट्राव (SHOW) - पानी की थैली का बनना।	स्टाफ नर्स (प्राथमिक)	

आपातकालीन प्रसूति देखभाल के लिए प्रक्रिया

क्रम सं.	गतिविधि	उत्तरदायित्व	सन्दर्भ दस्तावेज
4.3.2	जटिलताओं और रेफरल की पहचान - सिफलो पेल्विक डिसप्रोपोर्शन (सीपीडी) - योनि से भरी रक्तत्राव यदि हर 5 मिनट में एक पैड भीग जाता है। - शॉक (shock) (तेज और कमजोर नाड़ी, सिस्टोलिक बी.पी. 90 mm Hg से कम, ठंडी और नम त्वचा) - झटके आना (convulsion) - खतरनाक बुखार (38°C से अधिक तापमान) - श्वसन सम्बन्धि कठिनाई - फीटल डिस्ट्रेस—FHR 120/मिनट से कम या 160/मिनट 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	अधिक, मेकोनियम युक्त पानी स्त्राव। • TRANSVERS LIE, BREECH PRESENTATION. • पूर्व प्रसव सीजेरियन सेक्शन • 24 घंटे से अधिक समय तक लेबर • प्रीटर्म लेबर (34wk या उससे कम) • गर्भ म से दो से अधिक भ्रूण का होना (MULTIPLE BIRTH) • गर्भावस्था प्रेरित उच्च रक्तचाप (PH) • ब्लड ग्रुप Rh(-ve) है • गर्भस्थ शिशु की नाल का बाहर आना (PROLAPSED CORD) ब्लीडिंग PV: कोई योनि परीक्षा नहीं। IV कैन्डूला लगाएं, IV फ्लूड दें (नार्मल सेलाइन या रिंगर लैक्टेट सोल्यूशन) भाँक—बाई करवट की स्थिति के साथ पैरों को छाती से ऊपर रखा जाय, ऑक्सीजन दें IV कैन्डूला लगाएं, IV फ्लूड दें (नार्मल सेलाइन या रिंगर लैक्टेट सोल्यूशन) झटके आना— रोगी को बाँई करवट स्थिति में रखें, वायुमार्ग को साफ करें, चोट बचाएँ और ऑक्सीजन दें। मैग्नीशियम सल्फेट से महिला का इलाज करें। ○ प्री रेफरल:—यदि मरीज को रेफर किए जाने की आवश्यकता हो, तो मेडिकल ऑफिसर की मौजूदगी में L1 और L2 फैसिलिटी में लॉडिंग डोज 10 ग्राम IM (50%) (5gm में प्रत्येक नितम्ब) है। ○ लॉडिंग की डोज:—L3 फैसिलिटी में मेडिकल आफिसर की उपस्थिति में कुल डोज 14 ग्राम— 4 ग्राम IV (20%)+10 ग्राम IM (50%) (प्रत्येक नितम्ब में 5 ग्राम) ○ मेंटेनेन्स डोज:— 5 ग्राम IM प्रति 4 घन्टे पर 24 घन्टे के लिए या तो अन्तिम आक्षेप या प्रसव से (जो भी पहले आता है)। ○ यदि आक्षेप 2 घन्टे के भीतर होता है, तो अतिरिक्त डोज दी जानी चाहिए— 2 ग्राम IV (20%) ○ खतरनाक बुखार:—IV कैन्डूला लगाएं, IV फ्लूड दें (डेक्सट्रोस सेलाइन, नार्मल सेलाइन या रिंगर लैक्टेट सोल्यूशन) और सलाह के अनुसार चिकित्सा करें। ○ भवसन सम्बन्धी कठिनाई या सायनोसिस:— वायुमार्ग की जाँच करें, यदि वायुमार्ग में स्त्राव होतो सकशन के द्वारा उसे दूर करें और ऑक्सीजन दें। ○ फीटल डिस्ट्रेस:— माँ को बाँए करवट की एण्टीनेटल स्थिति में रखें, IV फ्लूड दें ऑक्सीजन दें। ○ प्रीटर्म लेबर (34wk या उससे कम):—एण्टीनेटल कॉर्टिकोस्टेरोइड थेरेपी शुरू करें, इन्जेक्शन डेक्सामेथासेन 6 मिग्रा 0 IM से शुरू (और हर 12 घन्टे में, कुल 4 डोज के लिए) ○ नाल बाहर आने की स्थिति में:— नितम्बों को कंधों से अधिक ऊपर उठाए। नितम्ब के निचे तकिया या मुड़ी हुई शीट की मदद से, प्रेजेन्टिंग पार्ट को योनि में ग्लव पहनकर हाथ डालकर ऊपर रखा जाना चाहिए। पीएचसी में केवल तभी प्रसव पर विचार करें यदि महिला एडवान्स लेबर में हो तो प्रसव कराने में तेजी लाएं। खंड 4.7 के अनुसार नवजात शिशु के पूर्णजीवन के लिए तैयार रहें।		
	लेबर रूम में रखी जाने वाली ट्रे		
	1 डिलिवरी ट्रे:— दस्ताने, कैची, धमनी, फारसेप स्पंज होल्डिंग फारसेप, मूत्र कैथेटर, एंटीसेप्टिक लोशन के लिए कटोरा, गॉज पीस, वैजाइनल स्पेकुलम, सैनिटरी पैड, किडनी ट्रे।		

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	2.एपीजीओटॉमी ट्रे Inj Xylocaine 2%, सुई के साथ 10 मिलीलीटर डिस्पोजबल सिरिज, एपीजीओटॉमी कैची, फिडनी ट्रे, धमनी (forcep), एलिस (forcep), स्पंज धारण (forcep), दातेदार (forcep), सूई, कॉटन, स्पंज होल्डर एंटीसेप्टिक लोशन, कोमिक कैटगट न0.-1 विद नीडेल दस्ताने। 3.बेबी ट्रे बच्चे को लपेटने के लिए दो पूर्व गर्म तौलिया/चोंदरे, कॉटन स्वाब, बलगम निकालने वाला यंत्र, बैग और मॉस्क, कॉर्ड के लिए निसंकमित धागा/ कॉर्ड क्लैंप, नैसोगैस्ट्रिक ट्यूब और दस्ताने Inj विटामिन K, 26 गौज की सूई और सिरिज 1 मि.ली. (बच्चे को पूर्व-गर्म तौलिया में प्राप्त किया जाना चाहिए। शिशु को लेने हेतु धातुई ट्रे का उपयोग न करें। 4.मेडिसिन ट्रे* Inj ऑक्सीटोसिन (फ्रिज में रखा जाना), Cap एम्पीसिलीन 500 मिलीग्राम, Tab मेट्रोनिडाजोल 400 मिलीग्राम, Tab पैरासिटामोल, Tab इबुप्रोफेन, Tab बी कॉम्प्लेक्स, IV फ्लूईड, Tab मिसोप्रोस्टोल 200 माइक्रोग्राम, Inj जेंटामाइसिन, विट K, Inj बेटमेथासोन, रिंगर लैक्टेट, नार्मल Saline, Inj Hydrazaline, Tab मेथिलोपा, नेफेडीपिन आवर्धक काँच (Magnifying Glass), (*Nevirapin और अन्य एचआईवी ड्रग्स केवल ICTC और ART सेंटर के लिए) 5.आपातकालीन दवा ट्रे** Inj ऑक्सीटोसिन (फ्रिज में रखा जाना), Inj मैगसल्फ 50%, Inj कैल्सियम ग्लूकोनेट-10%, Inj डेक्सामेथासोन, Inj एम्पीसिलीन, Inj जेंटामाइसिन, Inj मेट्रोनिडाजोल, Inj लिग्नोकाइन-2%, Inj एड्रेनालाईन, Inj Hydrocortisone Succinate, Inj डायजेपाम, Inj Pheneramin maleate, Inj कार्बोप्रोस्ट, Inj फोर्टविन, Inj फेनरगन, रिंगर लैक्टेट, नार्मल सेलाईन, बेटमेक्स्थोजोन, Inj हाइड्रोजेलिन, नेफेडपिन, मेथिलडोपा, IV set के साथ 16 गौज की कम से कम दो सुई, नियंत्रित सक्शन कैथेटर, माउथ गैग, आईवी कैनुला, ड्रग संग्रह के लिए शीशियों Ceftriaxone (तीसरी पीढ़ी के सेफलोस्पोरिन)-L3 सुविधा के लिए। (** - केवल L2, L3 सुविधाओं के लिए) 6.एमवीए/ईवीए ट्रे दस्ताने, स्पेकुलम, पूर्वकाल (anterior) एंटीरियर तथा पोस्टीरियर वैजाइनल वॉल रिट्रेक्टर स्पंज होल्डिंग फॉरसेप, एमवीए सिरिज और कैनुला, एमटीपी कैनुला, एंटीसेप्टिक लोशन के छोटे कटोरे, सेनिटरी पैड, पैड/कॉटन स्वैब, डिस्पोजबल सिरिज, सुई, मिसोप्रोस्टोल टैबलेट, निसंकमित गॉज/पैड, मूत्र कैथेटर। 7 PPIUCD ट्रे*** - PPIUCD इन्जर्शन संदंश, Cu IUCD 380A/ / Cu IUCD 375 एक स्टराईल पैकेज में, सिम्स स्पेकुलम, रिंग संदंश या स्पंज होल्डिंग संदंश, कॉटन पैड, बीटाडीन सल्यूशन। (***-PPIUCD प्रशिक्षित प्रदाता के साथ केवल L3 सुविधाओं के लिए)		
--	--	--	--

इंद्रा पार्टम केयर के लिए एस.ओ.पी.

4.4	लेबर की अवस्था (STAGE) की पहचान • प्रथम अवस्था (अव्यक्त चरण) ग्रीवा फैलाव:- 0-3 सेमी., कमजोर और अनियमित संकुचन • 1st stage (प्रथम अवस्था/चरण) (सक्रिय अवस्था):- गर्भाशय ग्रीवा फैलाव 4 सेमी. या उससे अधिक, मजबूत और लगातार संकुचन	स्टाफ नर्स	
-----	--	------------	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	2nd stage (दूसरी अवस्था/चरण):- गर्भाशय ग्रीवा बच्चे के प्रसव तक पूरी तरह से फैला हुआ है 3rd stage (तीसरी अवस्था/चरण):- बच्चे के प्रसव के बाद जब तक प्लेसेंटा की डिलीवरी नहीं हो जाती।		
4.5	लेबर के समय		
4.5.1	1st stage (प्रथम अवस्था/चरण) - हर घंटे पर मोनिटरिंग करना - बी.पी., तापमान, पल्स - गर्भाशय संकुचन और फीटल हार्ट रेट (FHR) - हर 4 घंटे पर PV परीक्षण - गर्भाशय ग्रीवा का फैलाव, इफेसमेंट (ग्रीवा मुख का मुलायम व पतला होना), झिल्ली (मेम्ब्रेन) की स्थिति, हेड की स्थिति, यदि झिल्ली फट गयी है तो पानी का रंग - आवश्यक होने पर ही बार-बार वैजाइनल परीक्षण करें, अन्यथा हर 4 घंटे पर परीक्षण करें - Section 4.3.2 में बताई गई कोई भी जटिलता मिलती है तो मेडिकल ऑफिसर को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाते हैं। - यदि मजबूत और बार-बार गर्भाशय संकुचन के बाद भी 8 घंटे तक गर्भाशय ग्रीवा के फैलाव में कोई प्रगति नहीं होती है तो र्भवती महिला को उपयुक्त उच्च फैसिलिटी पर रेफर कर दिया जाता है। - यदि 8 घंटे के पश्चात गर्भाशय संकुचन शांत हो जाता है और गर्भाशय ग्रीवा के फैलाव में कोई प्रगति नहीं होती है— तो यह सम्भवता फाल्स लेबर है और महिला को डिस्चार्ज कर दिया जाता है। उसे यह सलाह दी जाती है कि वह फीटल मूवमेंट की गिनती करें (12 घंटों में 10 मूवमेंट) और यदि लेबर दर्द दुबारा शुरू हो जाय या वैजाइना से ब्लड या पानी निकलने लगे तो तुरन्त अस्पताल वापस आ जायें।		
4.5.2	1st stage (प्रथम अवस्था/चरण) (महिला को अकले न छोड़ा जाय) निम्नलिखित संकेतों पर हर 30 मिनट में नजर रखी जाती है:- - संकुचन की आवृत्ति - FHR (भ्रूण की हृदय की गति) - यदि झिल्ली फट गयी है तो पानी के रंग को नोट किया जाता है - Section 4.3.2 में वर्णित किसी भी जटिलता के लिए माँ के निगरानी हर 4 घंटे में की जाती है:- - पल्स, बी.पी. - PV परीक्षण किया जाता है और निम्नलिखित अवलोकन किया जाता है, - गर्भाशय ग्रीवा का फैलाव, इफेसमेंट (ग्रीवा मुख का मुलायम व पतला होना), झिल्ली की स्थिति, यदि झिल्ली फट गयी है तो पानी का रंग - प्रिजेंटिंग पार्ट का नीचे आना पाटोग्राफ प्लॉट किया जाता है— जब महिला एक्टिव लेबर तक पहुंचती 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 प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	निम्नलिखित बिंदु नोट किए जाते हैं: भ्रूण की स्थिति भ्रूण के धड़कन हर आधे घंटे में गिना जाता है। पूरे एक मिनट के लिए FHR की गणना करें। गर्भाशय के संकुचन के तुरंत बाद FHR की गणना की जाती है। यदि FHR > 160/मिनट या < 120/मिनट है, तो यह फीटल डिस्ट्रेस को इंगित करता है। इसका प्रबंधन section 1.3.2 में उल्लिखित तरीके से किया जाता है। किसी भी प्रकार के leaking PV के लिए हर 30 मिनट में महिला की निगरानी की जाती है। यदि leaking मौजूद है, तो वल्वा पर एमनियोटिक फ्लूइड का जैसा रंग दिखाई देता है, उसे नोट किया जाता है। इस प्रकार नोट करते हैं— ○ साफ (mark.C.) ○ मिकोनियम युक्त (mark.M.) ○ कोई स्राव नहीं (mark.A.) लेबर—महिला के एक्टिव लेबर में होने पर पार्टोग्राफ पर प्लॉटिंग की जाती है। ○ एक्टिव लेबर तब होता है जब सर्वाइकल फैलाव 4 सेमी या उससे अधिक, के साथ कम से कम 3 अच्छे गर्भाशय संकुचन (प्रत्येक संकुचन 30–40 सेकंड से अधिक समय तक चलने वाला) प्रति 10 मिनट पर। ○ ग्रीवा फैलाव शुरूआत और फिर हर 4 घंटे पर सेमी में दर्ज किया गया है। ○ हर आधे घंटे पर 10 मिनट में अच्छे संकुचन (30–40 सेकंड से अधिक समय तक चलने वाले) दर्ज किए जाते हैं, और उपयुक्त बॉक्स को काला कर दिया जाता है। ○ आरंभिक रिकॉर्डिंग को अलर्ट लाइन के बाईं ओर रखा जाता है और सामान्यतः लाइन को अलर्ट लाइन के बाईं ओर ही बने रहना चाहिए। समय के पंक्ति में तदनुसार समय लिखें। - यदि अलर्ट लाइन पार हो गई है (ग्राफ अलर्ट लाइन के दाईं ओर चलता है) तो यह लम्बे समय तक लेबर (प्रोलोंग लेबर) को इंगित करता है। जब अलर्ट लाइन पार की जाती है, तो समय नोट किया जाता है। चिकित्सा अधिकारी को पुनः निरीक्षण/निगरानी करने के लिए कहा जाता है। - महिला को मूत्रत्याग के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। महिला का 2 घण्टे के पुनर्मुल्यांकन किया जाता है यदि कोई प्रगति नहीं है तो प्रसूति विशेषज्ञ को आगे के प्रबंधन के लिए बुलाया जाता है। - एक्शन लाइन के पार हो जाने पर (ग्राफ एक्शन लाइन के दाईं ओर चला जाता है), तो प्रसूति विशेषज्ञ को आगे के प्रबंधन के लिए बुलाया जाता है। हस्तक्षेप (INTERVENTION) लेबर के समय महिला को दी जाने वाली दवा के साथ उसका समय, डोज और देने के मार्ग (ROUTE) का रिकॉर्ड रखा जाता है। मातृ स्थिति:— माता के पल्स और बी0पी0 को हर आधे घण्टे में दर्ज किया जाता है और पार्टोग्राफ पर प्लॉट किया जाता है। दोनों सिस्टोलिक और डायस्टोलिक बी0पी0 एक उर्ध्वाधर तीर (Vertical arrow) का उपयोग करते हुए दर्ज किया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.5.3	2nd stage (दूसरी अवस्था/चरण) शिशु जन्म जॉच— परिणाम नियमित रूप से लेबर रिकार्ड एवं पार्टोग्राफ में दर्ज किये जाते हैं। निम्नलिखित संकतों पर हर 5 मिनट में नजर रखी जाती है: • संकुचन की आवृत्ति और तीव्रता • FHR • पेरिनियल थिनिंग और उभार • संकुचन के दौरान भ्रूण के सिर का नीचे आना • Section 4.3.2 में वर्णित कोई जटिलताएं शिशु जन्म • यह सुनिश्चित किया जाता है कि नवजात शिशु देखभाल कक्ष तैयार है और नवजात पुर्नजीवन के लिए उपकरण तैयार हैं। • यह सुनिश्चित किया जाता है कि मूत्राशय खाली है। • संकुचन के दौरान यदि महिला के अन्दर इच्छा होती है तो उसे नीचे की ओर जोर लगाने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है और बीच में आराम करने के लिए कहा जाता है। • जब तक सिर पेरिनेम (perineum) में नहीं उतरता है , तब तक नीचे की ओर जोर लगाने के आवश्यकता नहीं होती है। इस प्रकार किसी भी सक्रिय जोर की अनुमति नहीं है। • निम्नलिखित सावधानीयों को ध्यान में रखते हुए सिर की नियंत्रित डिलीवरी सुनिश्चित की जाती है। • प्रसव के दौरान पेरिनेम (perineum)को बाँये हाथ से सहारा दिया जाता है और गुदा को बाएं हाथ की तरफ से स्थिति में रखे पैड से ढक दिया जाता है और सिर को हल्के मुड़े हुए बनाये रखने के लिए दाहिने हाथ का उपयोग किया जाता है। • एक बार जब सिर का प्रसव हो जाता है तो कंधे और बाकी बचे हुए भाग प्रसव में सहयोग प्रदान किया जाता है। सहज रोटेशन और कंधों की डिलीवरी का इंतजार किया जाता है। • उपरी कंधे (ANTERIOR)का प्रसव कराने के लिए नीचे की ओर हल्का दबाव डाला जाता है। • निचले (POSTERIOR)कंधे का प्रसव कराने के लिए बच्चे को माँ के पेट की तरफ उठाया जाता है। • शिशु को माँ के पेट पर त्वचा से त्वचा के सम्पर्क में रखा जाता है।(नाल काटने के पहले भी) • जन्म का समय नोट किया जाता है। • बच्चा को तुरन्त सुखाया जाता है। वर्निक्स की सफाई नहीं की जाती है। • बच्चे सुखाते समय श्वास का आकलन किया जाता है— ○ यदि बच्चा अच्छी तरह से सांस ले रहा है, तो कोई और कार्यवाही नहीं की जाती है। कार्ड की क्लैम्पिंग में देरी की जाती है। ○ यदि बच्चा सांस नहीं ले रहा है,या वह हांप (gasping)रहा है। कॉर्ड को क्लैप करें, और कॉटे और पुनर्जीवन (resuscitation) के लिए बच्चे को रेडिएंट वार्मर में शिफ्ट करें।(section-1.7) • बच्चे की डिलीवरी के 1 मिनट के भीतर माँ को 10 IU ऑक्सीटोसिन IM दिया 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 :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	○ यदि रक्तस्राव अधिक हो तो 10 मिनट में 10 IU ऑक्सीटोसिन IM द्वारा दिया जाता है। ● त्वचा-त्वचा के सम्पर्क के लिए शिशु को माँ के पेट पर रखा जाता है। ● कॉर्ड को क्लैम्प करना और काटना- ○ यदि बच्चा रो रहा है: कॉर्ड को क्लैम्प करने में देरी की जाती है और 1-3 मिनट के भीतर कॉर्ड को बाँधा और काटा जाता है। ○ बच्चे के पेट से 2सेमी. और 5 सेमी. की दूरी पर क्लैम्प लगाये जाते हैं। ○ कॉर्ड STERILE कैंची से दोनों क्लैम्प के बीच काटा जाता है। ○ स्टंप से निकलने वाले खून ऑकलन किया जाता है। यदि रिसाव होता है, बच्चे की त्वचा और पहली गॉठ (क्लैम्प) के बीच एक दूसरी गॉठ (क्लैम्प) लगायी जाती है। ● स्तनपान शुरू कराने को प्रोत्साहित किया जाता है और जन्म के तुरन्त बाद या 1 घण्टे के भीतर सुनिश्चित किया जाता है। सावधानियां/आपातकालीन संकेत:- ○ यदि महिला को टाइट पेरिनेम है, जो प्रसव में बाधा उत्पन्न कर सकती है, तो एपिजियोटॉमी (episiotomy) दी जाती है, और सिर की डिलीवरी को सावधानी से नियंत्रित किया जाता है। बिना इंडिकेशन के रूटीन एपिजियोटॉमी (episiotomy) नहीं की जाती है। ○ Stuck shoulder (shoulder dystocia) (शोल्डर डिस्टोसिया)- मेडिकल ऑफिसर/ऑब्स्टेट्रिशियन (जो आसानी से उपलब्ध हैं) को मदद के लिए बुलाया जाता है। लिबरल एपिजियोटॉमी (episiotomy) की जाती है। सहायक को सुप्रा-प्यूबिक दबाव देने के लिए कहा जाता है और जो व्यक्ति प्रसव करवाता है, वह भ्रूण के सिर पर हल्का नीचे की ओर खिंचाव करता है। असफल होने पर, रोगी को तत्काल उच्च फेसिलिटी पर भेज दिया जाता है।		
4.5.4	तीसरा चरण- नाल(PLACENTA) का प्रसव ● अपरा पृथक्करण के संकेत देखे जाते हैं और प्लेसेंटा को नियंत्रित कॉर्ड कर्षण द्वारा डिलीवरी किया जाता है। ○ प्लेसेन्टीकल सेपरेशन के संकेत:- गर्भनाल का लम्बा होना, ताजे खून का बहाव होना, सुप्रा-प्यूबिक उभार और योनि में पड़ा हुआ प्लेसेंटा। ○ नाल का प्रसव:- बाया हाथ प्यूबिक सिम्फाइसिस के ऊपर रखा जाता है और गर्भाशय के कोष को ऊपर ढकेल दिया जाता है। प्लेसेंटा को बाहर खींचने के लिए दाहिने हाथ का उपयोग कॉर्ड पर नियंत्रित डाउनवर्ड ट्रैक्शन को लगाने के लिए किया जाता है। ○ यदि प्लेसेंटा नीचे नहीं आता है, तो गर्भनाल और कॉउन्टर ट्रैक्शन दोनों पेट पर छोड़ दिये जाते हैं, जब तक कि गर्भाशय फिर से सिकुड़ नहीं जाता और फिर उपरोक्त चरण दोहराया जाता है। ● नाल के प्रसव के बाद:- यह जाँच कि जाती है कि क्या गर्भाशय अच्छी तरह से सिकुड़ा हुआ है और कोई भारी		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	रक्तत्राव तो नहीं है। पहले घन्टे में हर 15 मिनट में परिक्षण दोहराया जाता है— ○ यदि गर्भाशय शिथिल हो जाता है और भारी रक्तत्राव होता है, तो गर्भाशय की मालिश की जाती है, और 10 IU ऑक्सीटोसिन IM STAT दिया जाता है। 10IU ऑक्सीटोसिन ड्रिप के माध्यम से (500 CC रिंगर लैक्टेट में) प्रति मिनट 60 बून्द से शुरू किया जाता है। मूत्राशय को खाली किया जाता है। ○ यदि रक्तत्राव जारी रहता है और गर्भाशय नरम होता है, तो गर्भाशय की निरन्तर मालिश की जाती है और बाई मेनूअल कम्प्रेसन (द्विभाषी संपीडन) लागू किया जाता है। ○ यदि रक्तत्राव नियंत्रित हो जाता है, तो 10 IU ऑक्सीटोसिन वाले फ्लुइड को 30 बून्द प्रति मिनट पर जारी रखा जाता है। ○ पेरिनेम, गर्भाशय ग्रीवा और योनि के फटने की जाँच करें, जरूरत पड़ने पर मरम्मत करें। ○ पूरे तीसरे चरण में और उसके तुरन्त बाद रक्त की कमी का अनुमान लगाया जाता है और दर्ज किया जाता है। ○ यदि रक्त का नुकसान 500 मिलीलीटर के बराबर या उससे अधिक है तो PPH का प्रबन्धन मानक दिशा निर्देशों के अनुसार किया जाता है। 4 घन्टे के लिए गहन निगरानी (प्रत्येक 30 मिनट) की जाती है, जिसमें 1. बी0 पी0, पल्स 2. श्वसन दर 3. गर्भाशय संकुचन, यह सुनिश्चित करने के लिए कि यह अच्छी तरह से सिकुड़ा हुआ है। 4. योनि से रक्त आना ● महिला के ठीक होने के बाद उसको पहली बार चलने में सहायता की जाती है। ● प्लेसेंटा की डिलीवरी के बाद माँ और बच्चे को कम से कम एक घन्टे के लिए प्रसव कक्ष में रखा जाता है। ● अपरा को जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबन्धन नियम, 2016 के अनुसार निपटाया जाता है। प्रसूति चिकित्सक को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाया जाता है, यदि ● प्रसव के 1 घन्टे बाद प्लेसेंटा निकालने में असमर्थ हैं या यदि रक्त का नुकसान 350 मिली0 से अधिक है और रक्तत्राव अभी भी जारी है (5 मिनट में 3 से अधिक पैड भीग जाते हैं) गर्भाशय की तब तक मालिश की जाती है जब तक वह कड़ा नहीं हो जाता, ड्रिप द्वारा ऑक्सीटोसिन-40-60 बून्द/मिनट जारी रखा जाता है और हर 15 मिनट में पल्स और बी0 पी0 की जाँच की जाती है। यदि बच्चा STILL BIRTH है तो ● सहायक देखभाल दी जाती है। ● माता-पिता को जल्द से जल्द सुचित किया जाता है। ● मौत के सम्भावित कारणों पर माँ और उसके परिवार के साथ चर्चा की जाती है। ● बॉडी को रिश्तेदारों को सौंप दिया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	मृत्यु रजिस्टर में रिकार्ड रखा जाता है।		
4.6	प्रसव के बाद माँ और नवजात शिशु की देखभाल - रोगी के लेबर रिकार्ड में जाँच परिणाम, उपचार और प्रक्रियाएं दर्ज की जाती हैं। - माँ और बच्चे को प्रसव कक्ष में निगरानी में रखा जाता है। उन्हें अलग-अलग नहीं रखा जाता है। - माँ और नवजात को अकेला नहीं छोड़ा जाता है। - पहले घंटे के भीतर स्तनपान सुनिश्चित किया जाता है।		
4.6.1	माँ की देखभाल - VITAL, मूत्र आउटपुट, योनि से रक्तस्राव और गर्भाशय टोन देखें। - मूल्यांकन अगले 2 घंटों के लिए हर 30 मिनट में किया जाता है, फिर 48 घंटों तक हर 6 घंटों में। - महिला को मूत्र करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। - अत्यधिक रक्तस्राव के मामले में PPH का प्रबन्धन मानक दिशा निर्देशों के अनुसार किया जाता है। - माँ को खाने-पीने और आराम करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। - जन्म सहायक को माँ और नवजात शिशु के साथ रहने के लिए कहा जाता है। माँ और नवजात को अकेला नहीं छोड़ना है। सहायक को स्टाफ नर्स को कॉल करने का निर्देश दिया जाता है, यदि माँ को निम्नलिखित खतरे के संकेत मिलते हैं:- - चक्कर आने लगता है। - गंभीर सिर दर्द, दृश्य गड़बड़ी - पेट में दर्द - पेरिनेम में बढ़ा हुआ दर्द - अत्यधिक रक्तस्राव यदि स्टाफ नर्स प्रबन्धन करने में असमर्थ है, तो MO को आगे के प्रबन्धन के लिए कहा जाता है।		
4.6.2	नवजात शिशु की देखभाल: - शिशु को सुखाया जाता है, नहलाया नहीं जाता। - माँ और बच्चे को त्वचा से त्वचा के सम्पर्क के लिए एक साथ रहने की अनुमति है। दोनों एक कंबल से ढके जाते हैं। - स्तनपान जारी रखने के लिए माँ को प्रोत्साहित और सहयोग किया जाता है। नवजात शिशु को अपनी माँ के दूध के अलावा कुछ नहीं दिया जाता है। - नवजात शिशु का वजन मापा जाता है। - यदि जन्म का भार <1800g है तो बच्चे को तुरन्त SNCU / उच्च फ़ैसिलिटी पर भेजा जाता है। - बच्चे का मूल्यांकन 2 घंटे तक हर 30 मिनट में किया जाता है: - आपातकालीन संकेत (माँ और/या सहायक		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	को भी समझाया जाना चाहिए) जैसे: 1. सुस्ती या साइनोसिस 2. पीलापन 3. सांस लेने में कठिनाई 4. घुरघुराना 5. तेज श्वास (>60/Min) 6. चेस्ट इन ड्राइंग 7. झटके आना 8. शरीर का तापमान 9. गर्भनाल से रक्तत्राव • स्तनपान का आकलन किया जाता है। • यह देखने के लिए की क्या बच्चा प्रभावी ढंग से संलग्न करने में सक्षम है और सही स्थिति में है। • यह जांचने के लिए की क्या बच्चा प्रभावी रूप से चूस रहा है किसी भी जटिलता के मामले में बाल रोग विशेषज्ञ/प्रसूति विशेषज्ञ को बुलाया जाता है। यदि उपचार फ़ैसिलिटी में संभव नहीं है तो बच्चे को तुरन्त उच्च फ़ैसिलिटी के लिए सन्दर्भित किया जाता है।		
	नवजात पुनर्जीवन (Neonatal Resuscitation) यदि शिशु सांस नहीं ले रहा है या हॉफ रहा है तो पुनर्जीवन तुरन्त शुरू किया जाता है पुनरुत्थान के 10 मिनट बाद जीवन का कोई संकेत नहीं होने पर नवजात पुनर्जीवन बन्द कर दिया जाता है। पुनर्जीवन को बन्द करने से पहले माता-पिता के साथ नवजात शिशु के निदान पर चर्चा की जाती है। बाल रोग विशेषज्ञ और SNCU प्रभारी को आगे के प्रबन्धन के लिए सूचित किया जाता है। • बच्चे को गर्म रखा जाता है। • नाल को क्लैम्प किया जाता है और काँटा जाता है। • बच्चे को एक सूखी, साफ और गर्म सतह जैसे रेडिएंट वार्मर नीचे स्थानान्तरित किया जाता है। • सिर को थोड़े विस्तार की स्थिति में रखा जाता है, और सिर को ऊपर की तरफ घुमाया जाता है। • वायुमार्ग खोला जाता है। • पहले मुख का सक्शन किया जाता है और फिर यदि आवश्यकता हो तो नाक का सक्शन किया जाता है। • सक्शन ट्यूब को नवजात शिशु के मुँह में होठों से 5 सेमी की दूरी तक डाला जाता है और निकालते समय सक्शन करते हैं। • सक्शन ट्यूब प्रत्येक नथुने में 3 सेमी. तक डाला जाता है और जब तक कोई बलगम नहीं निकलता तब तक सक्शन करें। • यदि आवश्यक होतो प्रत्येक सक्शन दोहराया जाता है • टैक्टाइल उत्तेजना दी जाती है। • रिपोजिशन • यदि अभी भी बिलकुल नहीं/अनियमित श्वास है और HR>100/मिनट तो वेंटिलेशन शुरू करते हैं। • मास्क ठोड़ी, मुँह और नाक ढकने के लिए रखा जाता है और		

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	सील करें। • अम्बु बैग को दबाया जाता है और छाती के उठने का निरीक्षण किया जाता है। • यदि 30 श्वास प्रति मिनट से अधिक के साथ श्वास लेना या रोना है और कोई गंभीर चेस्ट INDRAWING नहीं है, तो वेंटिलेशन करना बन्द कर दिया जाता है। • 30 सेकण्ड के बाद मूल्यांकन करें, अगर HR बढ़ता है तो PPV जारी रखते हैं। यदि HR < 60 प्रति मिनट है, तो एक सांस प्रति मिनट में 3 चेस्ट कम्प्रेसन के अनपात में शुरू करें। • जब HR 60 मिनट से अधिक हो जाता है और श्वास स्थिर हो जाता है तो बन्द करें। • PPV के बावजूद यदि स्थिति बिगड़ी है तो पुनर्जीवन के लिए चिकित्सा विशेषज्ञ से अतिरिक्त मदद के लिए कॉल करें (Ref to Annexure on NNR) • बच्चे को रेडिएंट वार्मर में निगरानी में रखा जाता है। जब बच्चे की स्थिति सामान्य हो जाती है (HR > 100 bpm और अच्छी तरह से सांस लेना) तो माँ की छाती के साथ त्वचा-त्वचा के सम्पर्क में रखा जाता है। • सांस लेने और गर्म हाने के लिए हर 15 मिनट में बच्चे की निगरानी की जाती है। • यदि श्वास लेना 30 श्वास प्रति मिनट से कम है या गंभीर चेस्ट INDRAWING है, तो वेंटिलेशन जारी रखते हैं। • जिला अस्पताल में तत्काल रेफर की व्यवस्था की जाती है। वेंटिलेशन के 20 मिनट के बाद अगर कोई सांस नहीं ले रहा है— ○ वेंटिलेशन रोक दिया जाता है। बच्चे को मृत घोषित कर दिया जाता है। ○ माँ को समझाया जाता है और सहायक देखभाल दी जाती है। ○ घटना दर्ज की जाती है।		
4.2.1	हाई रिस्क प्रेग्नेंसी का प्रबन्धन		
	हाई रिस्क प्रेग्नेंसी के सवे मरीज होते हैं जिन्हें प्रेग्नेंसी से जुड़ी समस्याएं होती हैं— 1. ग्रेड मल्टीपैरा 2. पूर्व के प्रसव में तीसरे चरण में असामान्यताएँ/समस्याएं। 3. सभी प्रमुख चिकित्सा विकार। 4. दो से अधिक भ्रूण गर्भ में होना 5. सभी मालप्रेजेंटेशन 6. BOH 7. CPD 8. APH 9. पिछला LSCS 10. PIH/एक्लम्पसिया, जेस्टेशनल डायबिटीज 11. बार बार समय से पहले प्रसव 12. Rh पॉजिटिव पति के साथ Rh निगेटिव महिलाएं। 13. स्त्रीरोग सम्बन्धी असामान्यता। 14. 35 वर्ष से अधिक आयु में प्रथम गर्भधारण 15. बॉझपन का इतिहास। 16. स्थूल मोटापा। 17. ओलिगो/पॉलीहाइड्रमनियोस। 18. गर्भधारण, < 18 साल / > 35 साल विभिन्न समस्याओं के कारण, दोनों को देखभाल, चिकित्सा या सामाजिक सहयोग की आवश्यकता होती 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 प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	उच्च जोखिम वाले गर्भावस्था में लेबर के पहले चरण का प्रबन्धन— - रोगी को स्थिति के बारे में सूचित किया जाता है, परामर्श दिया जाता है और रोगी की सहायता नर्स प्रभारी और चिकित्सा अधिकारी द्वारा ली जाती है। - स्टाफ नर्स द्वारा एक पार्टोग्राफ अंकित किया जाता है। - गर्भाशय के संकुचन, भ्रूण के हृदय की दर, आपातकालीन संकेत, गर्भाशय ग्रीवा फैलाव, बीपी, तापमान और पल्स की निगरानी और चार्टिंग पिरिओडिक आधार पर किया जाता है जो निम्न/उच्च जोखिम वाले गर्भावस्था के आधार पर होता है और प्रगति को पार्टोग्राफ में रिकार्ड किया जाता है। - लम्बे समय तक अव्यक्त चरण के कारण लेबर की असंतोषजनक प्रगति की किसी भी स्थिति में, लेबर की गैर प्रगति, लम्बे समय तक सक्रिय चरण, फीटल डिस्ट्रेस, सिफेलोपेल्विक विषमता, रूकावट, मालप्रेजेंटेशन, मालपोजिशन, लम्बे समय तक निष्कासित (एक्सपलिसिट) चरण, प्रसूति विशेषज्ञ को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाया जाता है। - रोगी के सावधानीपूर्वक मूल्यांकन करने के बाद लेबर का आगमन या वृद्धि (AUGMENTATION), वैक्यूम निष्कर्षण, फोरसेप डिलीवरी, कैनियोटॉमी या सी-सेक्सन विकल्प के बारे में निर्णय लिया जाता है और मानक Emoc दिशानिर्देशों के अनुसार प्रक्रिया की जाती है। - बाल रोग विशेषज्ञ और एनेस्थेतिस्ट को अनुमानित सर्जरी और नवजात जटिलताओं के बारे में सतर्क किया जाता है। - ओटी प्रभारी को ऑपरेशन थियेटर की तैयारीयों के लिए भी सतर्क किया जाता है, यदि सर्जरी की आवश्यकता होती है।		
4.2.2	उच्च जोखिम गर्भावस्था में लेबर के दूसरे चरण का प्रबन्धन:— - गर्भावस्था के संकुचन, FHR, पेरिनियल थिनिंग और फुलाव, संकुचन के दौरान भ्रूण के सिर के नीचे की ओर आता दिखाई देना और किसी भी आपात स्थिति के संकेत की उपस्थिति कम या उच्च जोखिम गर्भावस्था के आधार पर पिरिओडिक आधार पर निगरानी की जाती है। - बाल रोग विशेषज्ञ (ON CALL) को पहले से ही आसन्न प्रसव के बारे में सूचित कर दिया जाता है और जैसे ही रोगी लेबर के दूसरे चरण में आता है उसे लेबर रूम/ऑपरेशन थियेटर में स्थानान्तरित किया जाता है (सभी प्रसव में बाल रोग विशेषज्ञ ON CALL द्वारा भाग लिया जाता है।) - यदि आवश्यक हो तो एपीजीयोटोमी की जाती है। - शोल्डर डिस्टोसिया के मामले में, प्रसूति विशेषज्ञ को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाया जाता है। - बच्चे के डिलीवरी और प्रसव का समय नोट किया जाता है। कॉर्ड को प्रसव के 2-3 मिनट के बाद बाँधा जाता है और एक STERILE ब्लेड से काँटा जाता है। तत्काल नवजात की देखभाल की जाती है। यदि नवजात शिशु 30 सेकंड में रोता है तो नवजात पुनर्जीवन शुरू होता 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

4.2.3	उच्च जोखिम वाले गर्भावस्था में लेबर के तीसरे चरण का प्रबन्धन: - इन्जेक्शन ऑक्सीटोसिन या मिसोप्रोस्टोल दिया जाता है। - प्लेसेंटा के निष्कासन की सहायता के लिए नियंत्रित कॉर्ड कर्षण किया जाता है। - PPH को रोकने के लिए गर्भाशय का मसाज किया जाता है। - यदि retained प्लेसेंटा या PPH हो तो इसका मानक प्रोटोकाल के अनुसार प्रबन्धन किया जाता है। - तीन घंटों तक समय समय पर बीपी,पल्स,योनि से रक्तत्राव की निगरानी की जाती है। - यदि प्रसव किया गया बच्चा मृत है,तो शरीर को रिश्तेदारों को सौंप दिया जाता है और मृत्यु रजिस्टर में स्टिल बर्थ का रिकॉर्ड बनाया जाता है।	चिकित्सा अधिकारी/स्त्री रोग विशेषज्ञ। नर्स प्रभारी	लेबर रजिस्टर,जन्म रजिस्टर, मृत्यु रजिस्टर। पीपीएच के लिए गर्भावस्था के 3 चरण के सक्रिय प्रबन्धन के लिए WI
4.2.4	तत्काल प्रसवोत्तर देखभाल- - गर्भाशय के सकुचन, रक्तत्राव और योनि/पेरिनियम के फटने का मूल्यांकन किया जाता है। - सेनेटरी पैड को रक्त इकट्ठा करने के लिए नितम्ब के नीचे रखा जाता है। रक्त के नुकसान का आकलन रक्त को सोखने वाले पैड की निगरानी के द्वारा किया जाता है। - आवधिक अंतराल पर VITALकी निगरानी की जाती है। - माँ और नवजात को एक साथ रखा जाता है। स्तनपान कराने को प्रोत्साहित किया जाता है। - जन्म सहायक को माँ के साथ रहने के लिए कहा जाता है। उसे किसी भी खतरे के संकेत के मामले में मदद के लिए बुलाने का निर्देश दिया जाता है। - नवजात शिशु का वजन मापा जाता है। - माँ और नवजात शिशु की जानकारी लेबर रजिस्टर में दर्ज की जाती है नवजात और माँ को पहचान टैग दिया जाता है।	MO / प्रसूति/स्टाफ नर्स/लेबर रूम साथी/MAMATA	गर्भावस्था की देखभाल के लिए दिशा-निर्देश और प्रसूति जटिलताओं के प्रबन्धन के लिए एमओ। लेबर रूम रजिस्टर
4.2.5	नवजात की देखभाल नवजात की देखभाल की जाती है, जिसमें शरीर के तापमान को बनाए रखना, वायुमार्ग और श्वास को बनाये रखना, नवजात के स्तनपान नाल आँखों की देखभाल शामिल है।	स्टाफ नर्स	तत्काल नवजात शिशु के लिए WI ,हाइपोथर्मिया को रोकने के लिए देखभाल WI
4.3	सी-सेक्शन सर्जरी प्रसूति रोग विशेषज्ञ या EmOc में प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी की 24X7 उपलब्धता सुनिश्चित है। प्रक्रिया के लिए प्रसूति-चिकित्सक की अनुपलब्धता होने पर तुरन्त अस्पताल अधीक्षक/अस्पताल प्रबन्धक को सूचित किया जाता है ताकि वैकल्पिक व्यवस्था की जा सकें।	प्रसूति/अस्पताल अधीक्षक/अस्पताल प्रबन्धक	
4.3.2	महिला को सर्जिकल प्रक्रिया के लिए तैयार करना- किये जाने वाली प्रक्रिया और इसका उद्देश्य महिला को समझाया गया है। यदि महिला बेहोश है, तो प्रक्रिया और इसका उद्देश्य को उसके परिवार को समझाया जाता है।	ओटी प्रभारी/प्रसूति/ओटी नर्स/एनेस्थेतिस्ट	ओटी प्रबंधन के लिए एसओपी

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	• प्रक्रिया के लिए सूचित सहमति महिलाओं/रिश्तेदारों से प्राप्त की जाती है। • किसी भी संभावित एलर्जी के लिए महिला के चिकित्सकीय इतिहास की समीक्षा और जाँच की जाती है। • रक्त का नमूना हीमोग्लोबिन या हेमटोक्रिट, टाइप और स्क्रीन के लिए भेजा जाता है। यदि ट्रांसफ्यूजन की संभावना है, तो रक्त का आदेश दिया जाता है। • यदि आवश्यक हो तो प्रस्तावित चीरा स्थल के आसपास के क्षेत्र को साबुन और पानी से धोया जाता है। • महिला के जघन के बाल नहीं काटे जाते हैं क्योंकि इससे घाव के संक्रमण का खतरा बढ़ जाता है। यदि आवश्यक हो तो बाल छंटनी की जा सकती हैं। • महत्वपूर्ण संकेतों की निगरानी और रिकॉर्ड किया जाता है। (रक्तचाप, नाड़ी, श्वसन, दर और तापमान)। • बेहोशी के लिए उपयुक्त Premedication दिया जाता है। • एस्पिरेशन होने पर पेट के एसिड को कम करने के लिए एंट एसिड दिया जाता है। • यदि आवश्यक हो तो कैथिटर लगाया जाता है यूरिन आउटपूट को मॉनिटर किया जाता है। • टीम के अन्य सदस्यों (डॉक्टर/डार्ड, नर्स, एनेस्थेतिस्ट, सहायक और अन्य) को प्रासंगिक जानकारी दी जाती है।		
4.3.3	नवजात मृत्यु और स्टिल बर्थ के बीच अंतर करने का मानदंड गर्भधारण के एक उत्पाद की अपनी माँ से गर्भधारण की अवधि के बावजूद पूरी तरह से निष्कासन या निष्कर्षण, चाहे वह गर्भावस्था के बाद हो, जो इस तरह के अलगाव के बाद सांस लेता है या जीवन के किसी अन्य सबूत को दर्शाता है, जैसे कि दिल की धड़कन, धड़कन का गर्भनाल, या स्वेच्छिक मांसपेशियों की निश्चित गति, चाहे गर्भनाल काटी गई हो या नहीं, नाल जुड़ी हुई है, ऐसे जन्म के प्रत्येक उत्पाद को जीवित माना जाता है। स्टिलबर्थ अंतर्गर्भाशयी मृत्यु या भ्रूण की मृत्यु गर्भधारण के उत्पाद की अपनी माँ से पूर्ण निष्कासन या निष्कर्षण के पहले की मृत्यु है, गर्भावस्था की अवधि के बावजूद मृत्यु को इस तथ्य से संकेत मिलता है कि इस तरह के अलगाव के बाद भ्रूण सांस नहीं लेता है या जीवन के किसी अन्य सबूत को नहीं दिखाता है, जैसे कि दिल की धड़कन, गर्भनाल की धड़कन या स्वेच्छिक मांसपेशियों की निश्चित गति। • पेरिनेटल काल की अवधि 22 पूर्ण सप्ताह (154 दिन) के शुरू होती है और जन्म के 7 दिन बाद पूरी होती है। • नवजात अवधि (नियो नेटल अवधि) जन्म के साथ शुरू होती है और जन्म के 28 दिन बाद समाप्त होती है। नवजात मृत्यु को प्रारम्भिक नवजात मृत्यु और देर से नवजात मृत्यु में विभाजित किया जा सकता है, प्रारम्भिक नवजात मृत्यु जीवन के पहले सात दिनों (0-6 दिन) के दौरान, और देर से नवजात मृत्यु, सातवें दिन के बाद लेकिन जीवन के 28वें दिन (7-27 दिन) से पहले होती है। • भ्रूण गतिविधि की संवेदनाओं में कमी या ठहराव भ्रूण संकट या मृत्यु का संकेत हो सकता है, हालांकि स्वस्थ भ्रूण के लिए इस तरह के बदलावों को प्रदर्शित करना पूरी तरह से असामान्य नहीं है, विशेष रूप से गर्भावस्था के अन्त में जब बहुत कम जगह होती है वनस्पित गर्भावस्था के शुरू में भ्रूण के गतिविधि के लिए जब जगह ज्यादा होती है। • फिर भी एक गैर तनाव परीक्षण (नॉन स्ट्रेस टेस्ट) सहित		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	चिकित्सा परीक्षण, भ्रूण आन्दोलन की ताकत या आवृत्ति में किसी भी प्रकार के परिवर्तन की स्थिति में सिफारिस की जाती है। विशेष रूप से एक पूर्ण विराम होने पर अधिकांश दाईयों और प्रसूति विशेषज्ञों ने किसी भी परिवर्तन का पता लगाने में सहायता के लिए किक चार्ट के उपयोग की सलाह दी। • भ्रूण संकट या मृत्यु की पूर्ण या इन्कार-फिटोस्कोपी/डपटोन, अल्ट्रासाउंड और/इलेक्ट्रॉनिक भ्रूण निगरानी के माध्यम से किया जा सकता है। यदि भ्रूण जीवित है, लेकिन निष्क्रिय है, तो अल्ट्रासाउंड परीक्षा के दौरान प्लेसेंटा और गर्भनाल पर अतिरिक्त ध्यान दिया जायेगा ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि ऑक्सीजन और पोषक तत्व वितरण का कोई समझौता नहीं है। विश्व स्वास्थ्य संगठन अनुशंसा करता है कि 28 पूर्ण सप्ताह से अधिक या उससे अधिक जीवन के संकेतों के बिना पैदा हुए किसी भी बच्चे को गर्भस्थ शिशु के रूप में वर्गीकृत किया जाय। स्टिल बर्थ के कारण: प्लेसेंटा के साथ समस्याएं, जो बच्चे को पोषण देती हैं, लगभग दो तिहाई मामलों में स्टिल बर्थ का कारण हो सकती हैं। प्लेसेंटल एबरप्शन (placental abruption) में, नाल गर्भाशय की दीवार से बहुत जल्द अलग हो जाती है। स्टिलबर्थ के अन्य कारणों में शामिल हैं: • गर्भनाल की समस्याएँ भी स्टिलबर्थ करती हैं। प्रोलेप्सड गर्भनाल में, गर्भनाल शिशु से पहले योनि से बाहर आती है, ऑक्सीजन की आपूर्ति को रोकती है, इससे पहले कि शिशु अपने आप सांस ले सके। • माता की पूर्व की या गर्भावस्था के दौरान की चिकित्सीय स्थिति स्टिल बर्थ का कारण हो सकती है। अगर गर्भावस्था से पहले या गर्भावस्था के दौरान उन्हें टाइप 1 डायबिटीज या अनुपचारित डायबिटीज है तो महिलाओं को इसका खतरा बढ़ जाता है। उच्च रक्तचाप – विशेष रूप से गर्भावस्था-प्रेरित उच्च रक्तचाप या प्री-एक्लेमप्सिया – स्टिलबर्थ का एक और प्रमुख कारण है। • कभी-कभी भ्रूण बहुत धीरे-धीरे बढ़ सकता है। यह स्थिति, जिसे अंतर्गर्भाशयी विकास प्रतिबंध (IUGR) कहा जाता है, भ्रूण को पोषण की कमी से मरने के जोखिम में डालती है। स्टिल बर्थ के साथ संबद्ध परिस्थितियाँ: संक्रमण • गंभीर मातृ बीमारी • अपरा संक्रमण के कारण हाइपोक्सिमिया • भ्रूण संक्रमण के कारण जन्मजात विकृति • भ्रूण संक्रमण के कारण एक महत्वपूर्ण अंग की क्षति • प्रीटर्म लेबर होना और लेबर के समय गर्भस्थ शिशु की मृत्यु होना मातृ चिकित्सा की स्थिति • उच्च रक्तचाप से ग्रस्त विकार • डायबिटीज मेलिटस • थायराइड की बीमारी • गुर्दे की बीमारी • जिगर की बीमारी • संयोजी ऊतक रोग (systemic lupus erythematosus)		
--	---	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	अन्य - कोलेस्टेसिस - एंटीफॉस्फोलिपिड सिन्ड्रोम - आनुवांशिक थ्रोम्बोफिलिया - रेड सेल एलोइम्यूनाइजेशन - प्लेटलेट एलोइम्यूनाइजेशन - जन्मजात विसंगति और विरूपता - क्रोमोसोमल असामान्ताएं, जिनमें सीमित अपरा मोजेक शामिल है। - फीटोमेटरल रक्तत्राव - भ्रूण वृद्धि प्रतिबन्ध - वासा प्रीविया और प्लेसेंटल एबरपेशन सहित प्लेसेंटल असामान्यतायें - गर्भनाल सम्बन्धी विकृति जिसमें वेगिनस इंसरशन, प्रोलैप्स, ओक्टोफिकेसन और इनटैंगलमेंट शामिल है। - मल्टीफॉइटल जेनेरेशन जिसमें ट्विन-ट्विन ट्रांसफ्यूजन सिन्ड्रोम और ट्विन रिवर्स आर्टेरियल परफ्यूजन शामिल है। - एम्नियोटिक बैंड अनुक्रम - केन्द्रीय तंत्रिका तंत्र के घाव		
4.4	रोगी की देखभाल		
4.4.1	प्रसव पश्चात प्रसवोत्तर वार्ड में माँ की देखभाल प्रसव के बाद, माँ को प्रसवोत्तर देखभाल के लिए लेबर वार्ड में स्थानान्तरित कर दिया जाता है। - मातृ स्वास्थ्य की निगरानी की जाती है और माता और नवजात के अच्छे स्वास्थ्य और अच्छे स्वास्थ्य में सुधार के हर कदम उठाया जायेगा। - आवश्यकता होने पर चिकित्सक द्वारा दवा दी जाती है। - रोगी को सामान्य आहार, बहुत सारे तरल पदार्थ लेने और बच्चे को स्तनपान कराने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है।	स्टाफ नर्स	ओपीडी प्रबन्धन के लिए एस.ओ.पी.
4.4.2	नवजात शिशु की प्रसवोत्तर वार्ड में देखभाल - प्रसव के बाद माँ के साथ लेबर वार्ड में स्थानान्तरित किये गए सभी नवजातों को विशेष देखभाल की आवश्यकता नहीं होती है, और प्रसवोत्तर वार्ड को गर्म (25 डिग्री सेल्सियस) रखा जाता है। - नवजात को जन्म से ठीक उसी पलंग पर माँ के साथ रखा जाता है। - प्रसव के 1 घंटे के भीतर बच्चे को स्तनपान कराने के लिए माँ को प्रोत्साहित किया जाता है। - प्रसव के बाद नवजात शिशु की देखभाल में प्रसव और जन्म का रिकार्ड, माँ के साथ संचार, बच्चे की जॉच, स्तनपान गर्भनाल देखभाल, त्वचा और आँखों की देखभाल, विटामिन K1 देना, माँ की काउंसलिंग, टीकाकरण BCG, OPV, O, हेपेटाइटिस बी (HB-1) शामिल हैं और उसका अनुवर्तन करना।	स्टाफ नर्स	FIMNCI मैनुअल जन्म के समय प्रसव पूर्व देखभाल और कुशल जन्म उपस्थिति के लिए दिशा निर्देश

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.4.3	नवजात शिशु को एस.एन.सी.यू. में शिफ्ट करना यदि नवजात की निम्न में से कोई भी स्थिति है, तो इसे नये जन्म की देखभाल इकाई में स्थानान्तरित कर दिया जाता है। - जन्म भार <1800 gm - प्रमुख जन्मजात विकृति - गंभीर जन्म चोट - गंभीर श्वसन संकट - PPV>=5 minutes - चेस्ट कम्प्रेसन या ड्रग्स की आवश्यकता - बाल रोग विशेषज्ञ द्वारा तय किया गया कोई अन्य संकेत। - नवजात को गहन निगरानी में रखा गया है - जन्म वजन 1500–1800 - न्यू बॉर्न की जरूरत IPPV - तेज सांस के साथ अतिक्रियाशील बच्चे	एम.ओ./स्टाफ नर्स/बाल रोग विशेषज्ञ	FIMNCI मैनुअल
4.4.4	रोगी का डिस्चार्ज - डिस्चार्ज डिलीवरी के बाद किया जाता है, जो मां की स्थिति पर निर्भर करता है, लेकिन नार्मल डिलीवरी में 48 घंटों से पहले डिस्चार्ज नहीं किया जाता है। - डिस्चार्ज स्लिप एम.ओ. के द्वारा बनाई जाती है और वार्ड प्रभारी द्वारा डिस्चार्ज रजिस्टर में प्रविष्टि की जाती है। - मां को प्रसवोत्तर देखभाल और स्वच्छता के बारे में जानकारी दी जाती है, स्वयं और नवजात शिशु के लिये पोषण, विशेष रूप से स्तनपान कराने की सलाह, बच्चे को गर्म रखना, नवजात शिशु की पूर्ण टीकाकरण, परिवार नियोजन। - उसे उन खतरों के संकेतों के बारे में भी सलाह दी जाती है, जिनके मां या नवजात शिशु में दिखाई देने पर तुरन्त अस्पताल सूचना दी जानी चाहिए।	चिकित्साधिकारी/स्त्री रोग विशेषज्ञ/नर्स प्रभारी	डिस्चार्ज की पर्ची जन्म के समय प्रसव पूर्व देखभाल और कुशल जन्म उपस्थिति
4.5	लाभार्थियों को भुगतान JSY के तहत भुगतान लाभार्थियों को प्रसव के बाद अस्पताल में रहने के 48 घंटे बाद प्रदान किया जाता है, भुगतान की अनुसूची अधिकृत कर्मियों द्वारा लाभार्थी को सूचित की जाती है।	अस्पताल अधीक्षक/क्लर्क	JSY योजना JSY रजिस्टर
4.6	डिस्चार्ज के बाद प्रसवोत्तर देखभाल प्रसवोत्तर देखभाल एम.सी.एच/प्रसूति एवं स्त्री रोग क्लिनिक के माध्यम से प्रदान की जाती है। आशा और ए.एन.एम. द्वारा पोस्टनेटल विजिट के दौरान माताओं में प्रसवोत्तर जटिलता जैसे-कि पी.पी.एच. और प्यूपरिकल सेप्सिस, गंभीर एनिमिया के पाये जाने पर अस्पताल में संदर्भित किया जाता है और ओपीडी क्लिनिक/इमरजेंसी में मूल्यांकन किया जाता है और यदि आवश्यक हो तो भर्ती कराया जाता है।	एम.ओ./प्रसूति विशेषज्ञ	

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.7	प्रतिरक्षण बच्चों/नवजात/नवजात शिशुओं के लिए सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम के तहत अस्पताल टीकाकरण सुविधा जिसमें सभी टीके जैसे ओ.पी.वी., डी0ओ0टी0, टी0टी0, बी.सी.जी., खसरा आदि शामिल हैं और विभाग में सिस्टर इंचार्ज द्वारा इसका रजिस्टर बनाये रखा जाता है। • दिये गए टीकाकरण का विवरण मातृ और बाल संरक्षण कार्ड (MCP) में दर्ज किया जाता है। • टीकाकरण के बाद होने वाली कोई भी गंभीर प्रतिकूल घटना जैसे कि मृत्यु, अस्पताल में भर्ती होना, विकलांगता और अन्य गंभीर घटनाएं जो कि टीकाकरण से सम्बन्धित मानी जाती हैं, उन्हें तुरन्त फोन द्वारा एम.एस. को सूचित किया जाता है। • अन्य गंभीर ए.ई.एफ.आई. जैसे एनाफिलेक्सिस, टी.एस.एस., ए.एफ.पी., एन्सेफैलोपैथी, सेप्सिस, क्लस्टर में होने वाली घटना को निर्धारित प्रारूप में निर्धारित समय के अन्दर जिला प्रतिरक्षण अधिकारी को सूचित किया जाता है। • सभी गंभीर ए.ई.एफ.आई. की जाँच उपयुक्त अधिकारियों द्वारा की जाती है और सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है। • प्रत्येक टीकाकरण के बाद माता-पिता को सूचित किया जाता है। • क्या टीका दिया जाता है और किस रोग से बचाता है। • मामूली दूधभाव क्या है और उनसे कैसे निपटे। • अगली विजिट के लिए कब आना है। • माँ और बाल संरक्षण कार्ड को सुरक्षित रखने के लिए और उसे अगली विजिट पर लाने के लिए।		संरक्षण कार्ड
4.8	परिवार नियोजन के लिए परामर्श • प्रसूति और स्त्री रोग क्लिनिक/एम.सी.एच. क्लिनिक और अन्य परामर्श कक्षों से संदर्भित रोगी को अस्पताल के परामर्श केन्द्र (यदि कोई हो) या पी.पी. क्लिनिक में परामर्श दिया जाता है। • क्लर्क रजिस्टर में रोगी का विवरण दर्ज करता है और रोगी से सहमति फार्म भरने के लिए कहता है। • एम.ओ. परिवार नियोजन के महत्व और विभिन्नस्थायी (NSV, पुरुष नसबंदी, महिला बंध्याकरण, ट्यूबेक्टोमी) और परिवार नियोजन के अस्थायी तरीकों (PPIUCD) कंडोम के बारे में बताते हैं।	एम.ओ./पी.पी.केन्द्र प्रभारी	परिवार नियोजन रजिस्टर
4.9	नवजात शिशु रोगियों के एकीकृत प्रबंधन 2 महीने से कम आयु के रोगियों को बीमार युवा शिशुओं के रूप में वर्गीकृत किया गया है और 5 वर्ष से कम आयु के रोगियों को बीमार बच्चों के रूप में वर्गीकृत किया गया है। उनका प्रबंधन एकीकृत प्रबंधन नवजात और बचपन बीमारी दृष्टिकोण के अनुसार किया जाता है। यह भी शामिल है: • फैंसिलिटी में तत्काल रेफरल सेवाएं (लाल) • आउट पेशेंट डिपार्टमेंट (रेड) में तत्काल रेफरल सुविधा • ओपीडी में उपचार की सुविधा (पीला) • गृह प्रबंधन (हरा)	एम.ओ.	IMNCI दिशानिर्देशों और छोटे शिशुओं में सेप्सिस के प्रबंधन के लिए दिशानिर्देश

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 :	लेबर रूम	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
		एस.ओ.पी. / एन.व्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

4.10	इमरजेंसी ट्राइएज असेसमेंट एंड ट्रीटमेंट— अस्पताल में प्राप्त किसी भी बीमार छोटे शिशु या बच्चे को तुरंत उपस्थित किया जाता है और प्रबंधन के लिए मानक ETAT प्रक्रिया का पालन किया जाता है।	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	WI बीमार छोटे शिशुओं और बच्चों के प्रबंधन में कदम।
4.10.1	ट्राइएज— अस्पताल पहुंचने के बाद सभी छोटे शिशुओं और बच्चों का परीक्षण निम्न श्रेणियों में किया जाता है। —तत्कालीन आपातकालीन संकेत (ई) आपातकालीन उपचार की आवश्यकता —उन प्राथमिक चिन्हों (पी) को तेजी से मूल्यांकन और कार्रवाई की आवश्यकता है — गैर-जरूरी (एन) मामले जो प्रतीक्षा कर सकते हैं ट्राइएज एयर वे, श्वसन, परिसंचरण, कोमा, संवेदीकरण और निर्जलीकरण (ए बी सी डी) का आकलन करके किया जाता है। यदि कोई आपातकालीन संकेत दिखाई नहीं देता है तो प्राथमिकता वाले संकेतों की तलाश की जाती है।	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	WI ट्राइएज
4.10.2	नवजात शिशुओं में आपातकालीन संकेतों का आकलन और प्रबंधन— मानक FIMNCI प्रोटोकॉल के अनुसार किए गए आपातकालीन संकेतों का आकलन और प्रबंधन। यदि हाइपोथर्मिया या हाइपोग्लाइसीमिया के कोई संकेत मौजूद हैं, तो उनका प्रबंधन एक साथ किया जाता है। इसमें शामिल हैं— • श्वसन, केंद्रीय सायनोसिस और गंभीर श्वसन संकट के लिए मूल्यांकन किया जाता है और यदि आवश्यक हो तो बेसिक लाइफ सपोर्ट दिया जाता है। • तीव्र शिशु कुपोषण के साथ या उसके बिना छोटे शिशु और बच्चों में सदमे का आकलन और उपचार। • कोमा और आक्षेप का आकलन और उपचार। • गंभीर निर्जलीकरण (डीहाईड्रेशन) मूल्यांकन और उपचार • हाइपोग्लाइसीमिया और हाइपोथर्मिया का मूल्यांकन और उपचार	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	प्रासंगिक WI
4.11	बीमार छोटे शिशुओं की फैसिलिटी पर देखभाल इसमें द्रव प्रबंधन, हाइपोग्लाइसीमिया का प्रबंधन, एस्फाईलेक्टेड नवजात शिशु के पुनर्जीवन (RESUSCITATION) के बाद देखभाल, सेप्टिसीमिया, मैनिजाइटिस, दस्त, टेटनस नियोनिटोरम, पीलिया और बीमार छोटे शिशु की निगरानी के प्रबंधन शामिल हैं।	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	फैसिलिटी आधारित नवजात देखभाल के लिए छोटे शिशुओं के दिशानिर्देशों की निगरानी के लिए चेकलिस्ट (FBNC)

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

4.11.1	कम वजन के जन्मित(low birth weight) नवजात शिशुओं का प्रबंधन - सभी कम वजन के नवजात शिशुओं को जन्म के समय Vit K1 - अस्पताल में 1800 ग्राम से कम वजन वाले नवजात शिशुओं को भर्ती किया गया है। - नवजात शिशु के शरीर का सामान्य तापमान कंगारू मदर केयर के माध्यम से या बालरोग विशेषज्ञ द्वारा सलाह के अनुसार रेडियेन्ट वार्मर / इनक्यूबेटर के माध्यम से बनाए रखा जाता है। - नवजात शिशु के जन्म के वजन या गर्भधारण के अनुसार तरल पदार्थ और पोषण प्रदान किया जाता है।	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	
4.11.2	नवजात शिशुओं का रेफरल और परिवहन- - यदि नवजात शिशु का प्रबंधन या तो सुविधाओं की कमी (नवजात देखभाल इकाई) के कारण या तृतीयक देखभाल प्रबंधन की आवश्यकता के कारण अस्पताल में नहीं किया जा सकता है, तो नवजात शिशु को उच्च केंद्र या अन्य अस्पताल में भेजा जाता है। - सम्बंधित फैसिलिटी को रोगी के बारे में जानकारी दी जाती है। - तापमान, वायुमार्ग, श्वास, परिसंचरण और रक्त शर्करा के संबंध में नवजात को स्थिर किया जाता है। - यदि संभव हो तो सम्बंधित अस्पताल में नवजात शिशु को भेजते समय साथ में एक डॉक्टर / नर्स / स्वास्थ्य कार्यकर्ता की व्यवस्था की जाती है। - नवजात शिशु की स्थिति के बारे में नवजात शिशु के माता-पिता / परिचारकों को सूचित किया जाता है और परिवहन के दौरान नवजात शिशु की देखभाल के लिए निर्देश दिए जाते हैं। - एक रेफरल नोट तैयार किया जाता है और रोगी के परिचारकों को दिया जाता है जिसमें नवजात की स्थिति, रेफरल और उपचार के लिए कारण का वर्णन किया जाता है।	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	तरल पदार्थ और खिलाने के तरीके के लिए WI। LBW नवजात शिशुओं के निर्वहन का संकेत
4.13	संक्रमण नियंत्रण - मानक संक्रमण नियंत्रण के उपाय द्वारा सेवा प्रदाताओं को अस्पताल से प्राप्त संक्रमणों को रोकना और सुरक्षित कार्य वातावरण सुनिश्चित किया जाता है। इन उपायों में मुख्यरूप से शामिल हैं - - मानक हाथ धोने के व्यवहार का सख्त पालन - रक्त, शरीर के पदार्थ, उत्सर्जन और स्राव को संभालते समय व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरणों का उपयोग - रोगी देखभाल उपकरण और गंदे लिनन की उपयुक्त हैंडलिंग - सुई चुभने/तेज चोटों की रोकथाम - पर्यावरण की सफाई और स्पिल प्रबंधन - बायोमैडिकल वेस्ट की उपयुक्त हैंडलिंग - सुरक्षित रोगी देखभाल वातावरण सुनिश्चित करने के लिए लेबर रूम की नियमित बनसजनतम नतअमपससंदबम की जाती है। - एपिसीओटॉमी साइट संक्रमण दर की नियमित निगरानी	इन्फेक्शन कंट्रोल नर्स / स्टाफ नर्स / एम. ओ / ऑब्स टेट्रीशियन	अस्पताल के अपशिष्ट प्रबंधन के लिए संक्रमण नियंत्रण मैनुअल। एसओपी हाउसकीपिंग प्रबंधन के लिए। एसओपी राष्ट्रीय संक्रमण नियंत्रण दिशानिर्देश।

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी. / एन.व्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

4.13	लेबर रूम में उपकरणों की पर्यावरण की सफाई और प्रसंस्करण— लेबर रूम में बाहरी जूते चप्पल की अनुमति नहीं है। लेबर रूम में प्रवेश करने से पहले लेबर रूम स्लीपर पहनना अनिवार्य है। प्रत्येक प्रक्रिया के बाद सभी कामकाजी सतहों को कीटाणुरहित किया जाता है। लेबर रूम में प्रक्रियाओं के लिए आवश्यक स्टाफ को ही अनुमति है। लेबर रूम में आवागमन कम से कम रखा जाता है।	हाउसकीपिंग स्टाफ / अस्पताल प्रबंधक	हाउसकीपिंग पर संक्रमण नियंत्रण मैनुअल एसओपी
4.14	गर्भवती महिलाओं के अधिकार और सम्मान • गर्भवती महिलाओं के साथ संवाद करते समय सरल और स्पष्ट भाषा का उपयोग किया जाता है। • गर्भवती महिला को उसके स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में बताया जाता है और विकल्पों को समझने और निर्णय लेने के लिए समर्थन दिया जाता है। • सेवाओं को प्राप्त करते समय महिला को यथासंभव सहज महसूस कराया जाता है। • किसी भी परीक्षा से पहले गर्भवती महिलाओं से अनुमति ली जाती है और प्रक्रिया उन्हें समझाई जाती है। • परीक्षण के दौरान गर्भवती महिलाओं की गोपनीयता बनाए रखी जाती है। स्क्रीन और पर्दे परीक्षण क्षेत्र में प्रदान किए जाते हैं और यह सुनिश्चित किया जाता है कि महिला लोगों की नजर में आने से सुरक्षित है। • गर्भवती महिलाओं की सहमति उनके परिवार या माता-पिता के साथ चर्चा करने से पहले ली जाती है। • गर्भवती महिलाओं के बारे में गोपनीय जानकारी की चर्चा अन्य स्टाफ सदस्यों के साथ या फौसिलिटि के बाहर कभी नहीं की जाती है। • किसी भी प्रक्रिया से पहले सूचित सहमति ली जाती है। • एचआईवी से पीड़ित किसी भी गर्भवती महिला को एचआईवी की स्थिति के आधार पर इनकार नहीं किया जाता है। उसकी एचआईवी स्थिति देखभाल में शामिल लोगों को छोड़कर गोपनीय रखी जाती है।	एम ओ / स्टाफ नर्स / अन्य सेवा प्रदाता	
4.15	सहमति प्रपत्र सहित रिकॉर्ड रखरखाव की प्रक्रिया • सभी मरीजों के रिकॉर्ड जिसमें सहमति प्रपत्र, स्टोर इन्वेंटरी, उपकरण, वार्षिक रखरखाव दस्तावेज, शिकायत, स्टाफ रिकॉर्ड, अपशिष्ट निपटान रिकॉर्ड अच्छी तरह से दर्ज किए गए हैं और नर्स पर्यवेक्षक द्वारा प्रासंगिक फाइलों में रखे गए हैं। - लिखित सहमति प्रपत्र में निम्नलिखित आवश्यकताओं का पालन करना चाहिए: • रोगी के लिए तुरंत जिम्मेदार सभी चिकित्सक(कों) का नाम (ओं) का उल्लेख किया गया है। • निदान का उल्लेख है। • अनुशंसित उपचार या प्रस्तावित प्रक्रिया का एक संक्षिप्त विवरण। • एक बयान जिसमें उपचार, या प्रक्रिया के प्रासंगिक पहलुओं, जिसमें		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	संकेत, लाभ, जोखिम, और बिना किसी उपचार के विकल्प के बारे में रोगी के साथ उस भाषा में चर्चा की गई है जिसे रोगी समझ सकता है और रोगी ने चर्चा की समझ का संकेत दिया। • एक बयान जिसमें रोगी को सवाल पूछने का अवसर मिला। • जिस तारीख और समय पर चर्चा हुई और मरीज ने इलाज या प्रक्रिया के लिए सहमति दी। • नोट लिखने वाले स्वास्थ्यकर्मी का लिखित हस्ताक्षर (प्रेक्टिशनर का कानूनी रूप से लिखित नाम सहित)। • रोगी के साथ लागू और सुपाठ्य लिखित नाम और संबंध के रूप में परिजन /अभिभावक की अगली/ परिजन /अभिभावक की छाप। • सहमति की तिथि • कंसेंट फॉर्म पूरी तरह से भरा होता है। कोई खाली जगह/बॉक्स नहीं है। • इस तरह की सहमति की गुंजाइश बताते हुए प्रवेश के समय सामान्य सहमति प्राप्त की जाती है, • रोगी पर किए गए सभी प्रक्रियाओं में प्रत्येक प्रक्रिया के लिए अलग-अलग सहमति ली गई है। • लेबर रूम में सभी रोगियों द्वारा सहमति पत्र पर हस्ताक्षर किए जाते हैं। यदि रोगी/परिजन अनपढ़ हैं तो किसी अज्ञात व्यक्तिके सामने रोगी के अंगूठे का निशान लिया जाता है। • सभी सहमति प्रपत्र रोगी केस फाइल में बनाए रखे जाते हैं और इसी रूप में मेडिकल रिकॉर्ड विभाग में जमा कर दिए जाते हैं।		
4.16	निगरानी और गुणवत्ता नियंत्रण		
4.16.1	मातृ मृत्यु की समीक्षा, • अस्पताल में गर्भपात और अस्थानिक (एक्टोपिक) गर्भ से संबंधित मौतों सहित गर्भवती महिलाओं में और माताओं में गर्भावस्था के समापन के 42 दिनों के भीतर होने वाली सभी मातृ मृत्यु के बारे में घटित होने के तुरंत बाद इलाज करने वाले डॉक्टर के द्वारा फैसिलिटी नोडल अधिकारी एमडीआर को सूचित किया जाता है। • अस्पताल के फैसिलिटी नोडल अधिकारी (FNO) जिला नोडल अधिकारी (DNO) को सूचित करते हैं और बाद में 24 घंटे के भीतर राज्य नोडल अधिकारी को सूचित करते हैं। • फैसिलिटी नोडल अधिकारी प्राथमिक मुखबिर प्रारूप को भरते हैं और इसे (DNO) में भेजते हैं। • माता का इलाज करने वाले चिकित्सा अधिकारी द्वारा फैसिलिटी आधारित मातृ मृत्यु समीक्षा प्रारूप का उपयोग करते हुए मातृ मृत्यु की जांच तुरंत करते हैं और इसे 24 घंटे के भीतर FNO को तीन प्रतियों में जमा करते हैं। • एमडीआर दिशानिर्देशों के अनुसार एक फैसिलिटी मातृ मृत्यु समीक्षा समिति का गठन किया गया है जो मासिक समीक्षा बैठक में हुई सभी मातृ मृत्यु की समीक्षा करती है और देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए सुधारात्मक कार्यवाई का सुझाव देती है। • केस सारांश के साथ समीक्षा बैठक के कार्यवृत्त जिला नोडल अधिकारी को भेजे जाते हैं।	इलाज करने वाले एम ओ, एफ एन ओ, डी एन ओ	FMDR प्रारूप। मातृ मृत्यु समीक्षा गाइडबुक

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
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.16.2	रेफरल सेवाओं की गुणवत्ता आश्वासन जिला अस्पताल में रेफर की जाने वाली प्रत्येक महिला को एक मानक रेफरल पर्ची दी जाती है। उस रेफरल पर्ची पर रेफरल का परिणाम लिखने के बाद उसे महिला या उस व्यक्ति जो उसे लाया था, के साथ वापस भेज दिया जाता है। जिला अस्पताल और रेफरिंग सुविधा दोनों ही गुणवत्ता आश्वासन तंत्र के रूप में सभी रेफरल का रिकॉर्ड रखते हैं	चिकित्सा अधीक्षक	

सम्मानित मातृत्व देखभाल सुनिश्चित करने के लिए

याद रखने और लागू करने के लिए बिन्दु।
➤ लेबर में महिला की गोपनीयता सुनिश्चित करें।
➤ हानिकारक प्रथाओं को करने से बचें।
➤ रोगी को प्रदान की जाने वाली देखभाल के बारे में पूरी जानकारी प्रदान करें।
➤ सूचित सहमति लें।
➤ जन्म के लिए पसंद की स्थिति की अनुमति दें।
➤ मौखिक दुर्व्यवहार (अपमान, धमकी, जबरदस्ती) से बचें।
➤ पसंद के सहायक को उपलब्ध कराएं।
➤ प्रसव के दौरान निरंतर सहायता प्रदान करें और देखभाल को छोड़ने से बचें (अर्थात महिला को अकेला या बिना छोड़े)।
➤ रोगी की गोपनीयता सुनिश्चित करें।
➤ प्रसव के दौरान पेय और भोजन की अनुमति दें।
➤ लेबर के दौरान गमनागमन की स्वतंत्रता प्रदान करें (जैसे, टहलना, घूमना)।
➤ जातीयता, नस्ल या आर्थिक स्थिति पर आधारित भेदभाव से बचें, जिसमें अवैध आब्रजन की स्थिति के कारण प्रवेश से इनकार शामिल है।
➤ माँ और बच्चे को 24 घंटे एक साथ रखें। जन्म के बाद माँ और नवजात शिशु के अनावश्यक अलगाव से बचें।
➤ महिलाओं और शिशुओं के खिलाफ संस्थागत हिंसा की रोकथाम, जिसमें अनादर भी शामिल है। शारीरिक शोषण (थप्पड़/मार) से बचें।
➤ भुगतान की कमी के कारण फैसिलिटी में सेवाओं से महिला को वंचित न करें।
➤ दवाओं और प्रौद्योगिकी के अति प्रयोग से बचा जा सकता है (जैसे ऑक्सीटोसिन वृद्धि, एपिसोटॉमी, सिजेरियन सेक्शन, ऊष्मायन, सोनोग्राम)।
➤ कम से कम पहले घंटे के लिए जन्म के तुरंत बाद माँ के साथ नवजात शिशु का त्वचा-त्वचा का संपर्क।
➤ मांग पर स्तनपान को बढ़ावा देना।
➤ साक्ष्य आधारित देखभाल जो गर्भावस्था, जन्म और प्रसवोत्तर की सामान्य प्रक्रियाओं को बढ़ाती है और उनका अनुकूलन करती है।
➤ अन्य।

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
लेबर रूम	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

अन्य:

श्रम और प्रसव साथी के मुद्दे पर प्रशिक्षण को शामिल करना, और श्रम और प्रसव के दौरान निर्णय लेने में महिलाओं की स्वायत्तता का सम्मान करने के महत्व पर, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं और अस्पताल के गुणवत्ता प्रबंधकों के लिए पूर्व और बीमा सेवा प्रशिक्षण प्राप्त करने की दिशा में एक महत्वपूर्ण मार्ग हो सकता है और इस परिवर्तन को बनाए रखना।

कार्यान्वयन सफल होने के लिए, यह महत्वपूर्ण है कि स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता श्रम साहचर्य के लाभों और संभावित अवसरों को समझते हैं, साथ ही साथ गर्भवती महिलाओं को यह तय करने का समर्थन करने के महत्व को समझते हैं कि वे एक श्रम और प्रसव साथी चाहते हैं, किसको चुनना है और क्या भूमिका है वे चाहते हैं कि साथी उनकी ओर से खेले। स्वास्थ्य देखभाल सुविधा में श्रम साहचर्य नीतियों को शुरू करने के लिए एक भागीदारी दृष्टिकोण महत्वपूर्ण है।

समुदायों में महिलाओं के साथ संवेदनशीलता और विशेष रूप से श्रम साहचर्य के लिए एक कार्यान्वयन रणनीति का एक अन्य महत्वपूर्ण घटक है, जो यह सुनिश्चित करेगा कि महिलाओं को अपने अधिकारों के बारे में पता है कि उन्हें एक साथी का चयन करना है और श्रम और प्रसव के दौरान उनकी देखभाल से संबंधित निर्णय लेने हैं।

•माताओं के लिए निवास का प्रावधान अस्पताल में भर्ती नवजात शिशुओं की देखभाल में माता-पिता की सक्रिय भागीदारीय नवजात देखभाल में जनक प्रशिक्षण भाई-बहन और दादा-दादी का देखने आनाय

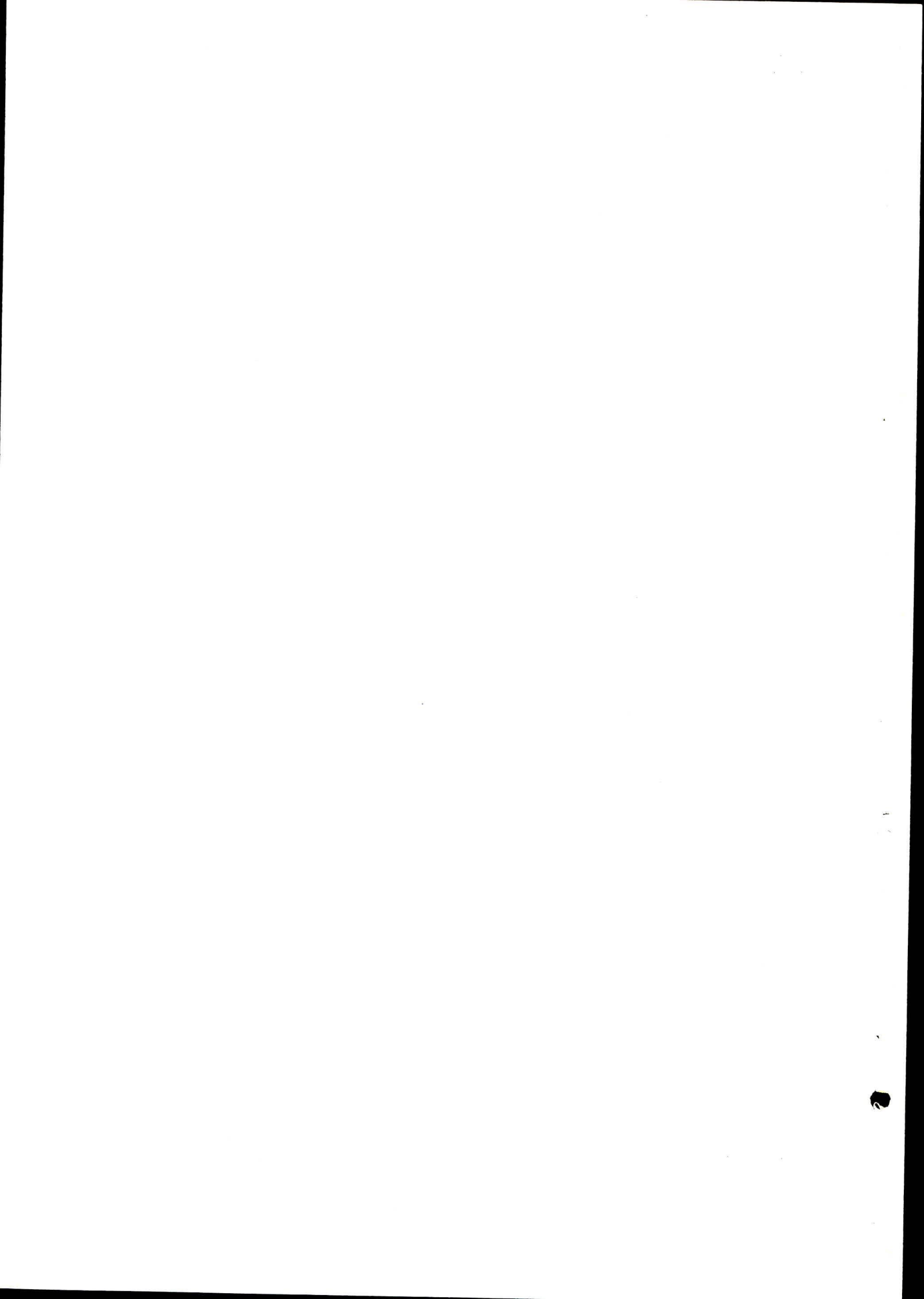
•नवजात सीपीआर में अस्पताल-आधारित प्रशिक्षण

•अत्यधिक जबरदस्ती की रोकथाम – महिलाओं को चिकित्सा प्रक्रियाओं से गुजरने के लिए मजबूर किया जाता है।

महिलाओं को प्रसव और प्रसव के दौरान पसंद के साथी के समर्थन की अनुमति देने के लिए एक कार्यक्रम को कम लागत और प्रभावी हस्तक्षेप के रूप में लागू किया जा सकता है ताकि देखभाल की गुणवत्ता में सुधार हो और सम्मानजनक मातृत्व देखभाल सुनिश्चित 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।





स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

प्रसूति विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

प्रसूति वार्ड का उद्देश्य

1. उचित संकेत, दिशात्मक तीर और उचित आईईसी सुनिश्चित करना।
2. मातृत्व वार्ड में दवाओं का पर्याप्त भण्डारण और आपूर्ति सुनिश्चित करना।
3. उचित और शीघ्र दवा वितरण सुनिश्चित करना।
4. संक्रमण निवारण और बीएमडब्ल्यू प्रबंधन प्रोटोकॉल के अनुसार वार्ड में स्वच्छता और सफाई में सुधार करना।
5. सभी प्रक्रियाओं के दौरान व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरणों (Personal protective Equipment) का उपयोग सुनिश्चित करना।
6. लाभार्थियों की निजता, गोपनीयता एवं सम्मान को बनाए रखना तथा कर्मचारियों का लाभार्थियों के प्रति सहानुभूतिपूर्ण और विनम्र व्यवहार को सुनिश्चित 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 प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

एस०ओ०पी०—प्रसूता वार्ड

1. उद्देश्य:—

- अस्पताल द्वारा लाभार्थियों को JSY और JSSK के अंतर्गत सेवाएं प्रदान किये जाने हेतु एक प्रणाली स्थापित कर, क्रियान्वित करना और संचालित रखना।
- लाभार्थियों की जरूरतों एवं उम्मीदों के दृष्टिगत नर्सिंग देखभाल के लिए दिशा निर्देश प्रदान करना।
- निम्न उद्देश्यों के साथ लाभार्थियों से सम्बन्धित देखभाल की प्रक्रिया के लिए दिशा निर्देश प्रदान करना
 - 1— लाभार्थियों की आवश्यकताएं और अपेक्षाओं का चिन्हीकरण करना।
 - 2— लाभार्थियों की संतुष्टि में निरंतरता बनाए रखना।
 - 3— लाभार्थियों को दी जाने वाली सेवाओं में सुधार के दृष्टिगत फीडबैक लूप की स्थापना करना।

2. परिधि(Scope)—

- समस्त JSSK एवं JSY के इनडोर लाभार्थियों हेतु।

3. उत्तरदायित्व—

- डॉक्टर, मैट्रन, नर्सिंग, प्रभारी, वार्ड इंचार्ज और हाउसकीपिंग सुपरवाइजर।

4. प्रक्रिया—

क्रम सं०	गतिविधि	उत्तरदायित्व	संदर्भन दस्तावेज / रिकॉर्ड
4.1	भर्ती		
4.1.1	भर्ती होने के लिए सलाह डॉक्टर के परामर्श के लिए मरीजों का ओपीडी / इमरजेंसी में भ्रमण। ड्यूटी डाक्टर द्वारा परीक्षण के आधार पर मरीज को भर्ती के लिए सलाह (ओपीडी पर्ची पर लिखित रूप में)	इलाज कर रहे डॉक्टर	ओपीडी पर्ची, मरीजपंजीकरण नं। भर्ती के लिए डॉक्टर का निर्देश

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

4.1.2	अंतः मरीजपंजीकरण— प्रक्रियानुसार भर्ती मरीज का पंजीकरण एवं बेड का आवंटन किया जाना। मरीज एवं तीमरदार को समय-समय पर अस्पताल की नीति के बारे में उन्मुखीकरण किया जाना है।	पंजीकरण क्लर्क	मरीज का पंजीकरण, भर्ती और डिस्चार्ज प्रबंधन के लिए एसओपी, बेड हेड टिकट
मरीज का वार्ड में भर्ती किया जाना— संतुलित मरीज का वार्ड में तीमरदार के साथ भर्ती किया जाना। मरीज की आवश्यकतानुसार उसे शिफ्ट किये जाने हेतु स्ट्रेचर/व्हील चेयर/ट्रॉली का प्रयोग। कक्ष/शैया को तैयार किया जाना— सफाई एवं स्वच्छता सुनिश्चित की जाये। मरीज को वार्ड में भर्ती करने के बाद बेड पर पहुंचा दिया जाता है। मरीज की फाइल पर मरीज का नाम, आईडी नंबर, डॉक्टर और उपचार का विवरण लिखा होना सुनिश्चित करना। मरीज का नाम वार्ड भर्ती और डिस्चार्ज रजिस्टर में दर्ज किया जाना है। बेड का आवंटन— मरीज को बेड आवंटित किया जाना तथा बेड नंबर, बीएचटी एवं भर्ती रजिस्टर में दर्ज किया जाना है। आपातकालीन स्थिति में नर्स को कैसे बुलाना है तथा वार्ड के प्रारूप के सम्बन्ध में मरीज का उन्मुखीकरण। मरीज को एक अलमारी/बेड साइड लॉकर का आवंटित। बेड की अनुपलब्धता की स्थिति में वार्ड नर्स द्वारा अतिरिक्त बेड हेतु वैकल्पिक व्यवस्था कराना। मरीज की संपत्ति — आभूषण, मोबाइल और नकदी जैसे मूल्यवान सामान मरीज के रिश्तेदारों को सौंप दिया जाना। मरीज को निर्देशित किया जाना कि वे अपने साथ कोई भी कीमती सामान न रखें।		वार्ड नर्स	पंजीकरण पर्ची, भर्ती एवं डिस्चार्ज पंजीकरण
प्रारंभिक आंकलन— एक बार जब मरीज वार्ड में भर्ती हो जाता है, तो नर्स Nursing need assessment करती है। महत्वपूर्ण संकेतों (Vital Signs) की जाँच कि जाती है और रिकॉर्ड किया जाता है वह ड्यूटी डॉक्टर को बुलाती है एवं प्रारंभिक मूल्यांकन कराती है (यदि यह आपातकालीन/ओपीडी में नहीं किया गया हो तो)। विस्तृत इतिहास लिया जाता है और प्रणालीगत परीक्षा की जाती है और निष्कर्ष /निर्देश बीएचटी में दर्ज किए जाते हैं।		डॉक्टर /ऑन ड्यूटी वार्ड नर्स	बी0एच0टी0

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

उपचार की भूखुआत, डाइग्नोसिस के लिए अनुरोध और रिपोर्ट प्राप्त करना— मरीज की फाइल में जाँच रिपोर्ट के अनुसार तुरन्त उपचार की योजना बनायी जाये। जांच हेतु आवश्यक जांच पर्चियां बनान, हस्ताक्षर करना, सैम्पल लेना तथा जांच अनुरोध को सैम्पल लैब में भेजा जाना।	वार्ड की नर्स	लैब जांच पर्ची, रेडियोलॉजी जांच पर्ची एवं फार्मसी इंडेंट।

रेडियोलॉजी के लिए— जांच हेतु प्रपत्र को भरा जाता है और हस्ताक्षर करके रेडियोलॉजी विभाग में भेजा जाना। मरीज फाइल में दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों के लिए फार्मसी से अनुरोध किया जाना। आहार विशेषज्ञ / रसोई कर्मियों को आहार के लिए सूचित किया जाना। जांच रिपोर्ट प्राप्त होने पर प्रयोगशाला रजिस्टर में प्राप्त कॉलम में नर्स द्वारा हस्ताक्षर किये जाना। मरीज की फाइल जाँच पत्रक में रिपोर्ट दर्ज की जाती है तथा रिपोर्ट मरीज की फाइल में रखी जाती है। मरीज के उपचार योजना की समीक्षा तथा नए परिवर्तन हेतु उपचार की योजना की मरीज के साथ विस्तार से चर्चा किया जाना, जिसमें संभावित भर्ती के दिन, रोग का निदान, दवाएं आदि शामिल हैं।		
4.2 अस्पताल में मरीज की शिफ्टिंग ओटी/आईसीयू नर्स प्रभारी से बेड तथा ओटी उपलब्धता के बारे में सलाह लेना तथा स्थानांतरण के बारे में सूचित किया जाना। मरीज को आवश्यकतानुसार शिफ्टिंग के लिए स्ट्रेचर / व्हील चेयर / ट्रॉली का प्रयोग किया जाना। यदि मरीज को ओटी / आईसीयू में शिफ्टिंग किया जाता है, तो उसके साथ अधिमानतः एक डॉक्टर / नर्स का होना।	डॉक्टर / ऑन ड्यूटी वार्ड नर्स	
रक्त को चढ़ाने की प्रक्रिया:— केवल चिकित्सकों द्वारा ही Blood transfusion हेतु		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

निर्देशित किया जाना। ब्लड रिक्यूजिशन फार्म पर आदेश देने वाले चिकित्सक के हस्ताक्षर और स्टांप होना अनिवार्य है। प्रपत्र पर डाइग्नोसिस एवं निर्धारित सर्जरी की तारीख सहित पूर्णतया भरा जाना तथा तत्कालीन अथवा नियमित (औचित्य के साथ) अंकित किया जाना। मरीज के सैम्पल प्रयोगशाला या नर्सिंग कर्मियों द्वारा लिये जाते हैं। फ्लेबोटोमिस्ट द्वारा हस्ताक्षर ट्यूब के लेबल (इस तरह से कि लेबल की सुगमता में हस्तक्षेप नहीं करता है) किए जाये।		
फ्लेबोटोमिस्ट के हस्ताक्षर से पुष्टि की जाती है कि मरीज को ठीक से पहचाना गया है और लेबल को ट्यूब पर ठीक से चिपका दिया गया है। सुरक्षित रक्त चढ़ाने में मरीज के नमूने के संग्रह से लेकर वास्तविक आधान (transfusion) तक सभी चरणों में मरीज और रक्त के नमूनों की सही पहचान की आवश्यकता होती है। नमूना और मरीज की अनुचित पहचान के परिणामस्वरूप होने वाली आधान(transfusion) प्रतिक्रियाओं को रोकने के लिए, निम्नलिखित प्रक्रिया का पालन किया जाता है— 1. मरीजकी पहचान दो पहचानकर्ता के साथ सत्यापित की जाती है— पूरा नाम, पता और पति का नाम 2. भर्ती मरीजों की पहचान को केवल उनके मेडिकल रिकॉर्ड पर दिखाए गए जनसांख्यिकीय डेटा द्वारा सत्यापित किया जाना है। मरीज की फाइल के डेटा को ट्यूब के लेबल और रक्त अनुरोध फॉर्म से मिलान किया जाता है। 3. फ्लेबोटोमिस्ट का हस्ताक्षर रक्त नमूना ट्यूब पर होना आवश्यक है। हस्ताक्षर न होने की स्थिति में ट्यूब लौटा दी जाती है। रक्त (या रक्त उत्पादों) के लिए अनुरोध फॉर्म में अनिवार्य रूप से मरीजका पूरा नाम, अस्पताल में भर्ती / पंजीकरण संख्या, वार्ड, बिस्तर नंबर तथा अन्य जानकारी शामिल है। रक्त के नमूने पर उपर्युक्त आवश्यक पहचान विवरण भी हैं। अनुचित या अप्रकाशित नमूने कभी नहीं भेजे जाते हैं। रक्त उत्पादों के आधान की जिम्मेदारी उपचार करने वाले चिकित्सक की होती है। स्वास्थ्य मंत्रालय के नियमों के अनुसार, रक्त घटक और मरीज की उचित पहचान		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

सुनिश्चित करने के लिए दो व्यक्ति पहचान सुनिश्चित करते हैं। ये एक चिकित्सक और एक नर्स / दो चिकित्सक हो सकते हैं। यूनिट लेबल का सत्यापन, आधान के रूप और मरीज की पहचान गंभीर आधान प्रतिक्रियाओं को रोकने में सबसे महत्वपूर्ण है। इसलिए बिना किसी अपवाद के प्रदर्शन किया जाता है। 1. मरीज का नाम और पहचान संख्या प्रदर्शित की जाती है।		
मरीज की फाइल पर रक्त बैग और आधान फॉर्म की जानकारी के साथ मिलान किया जाता है। 2. मिलान प्रक्रिया में, यूनिट संख्या और रक्त के प्रकार पर विशेष ध्यान दिया जाता है, जैसा कि रक्त की थैली और आधान के रूप में होता है। यदि कोई विसंगतियां हों तो यूनिट को स्थानांतरित नहीं किया जाता है तथा ब्लड बैंक में वापस किया जाता है। 3. उक्त आधान के लिए प्राप्तकर्ता से सूचित सहमति प्राप्त की जाती है। 4. रक्त आधान फॉर्म में जानकारी भरी जाती है। आधान के लिए तिथि और प्रारंभ समय दर्ज किया गया हो मरीज और रक्त इकाई आईडी की पहचान की पुष्टि करने वालों के हस्ताक्षर किए जाते हैं। आधान के दौरान, मरीज को आधान प्रतिक्रिया के संकेत या लक्षण के लिए निगरानी में रखा जाता है। 5. आधान के समापन पर, तिथि और समय दर्ज किया जाता है और प्रतिकूल प्रतिक्रिया से संबंधित कोई भी सूचना नोट की जाती है। छिद्रित रूप के ऊपरी हिस्से को अलग किया जाता है और मरीज के चार्ट में रखा जाता है। नीचे का हिस्सा ब्लड बैंक को वापस कर दिया जाता है। प्रतिक्रिया की स्थिति में, फॉर्म का हिस्सा प्रतिक्रिया की प्रकृति को इंगित करता है, और इसे ब्लड बैंक में वापस किया जाना चाहिए।		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

6. सभी रक्त उत्पादों को आई0वी0 गामा ग्लोब्युलिन और एल्युमिन सल्यूशन को छोड़कर एक रक्त फिल्टर के माध्यम से दिया जाता है। ब्लड उत्पाद के वार्ड में आने के 30 मिनट के अन्दर आधान शुरू कर देना चाहिये। 7. आधान की अवधि चार घंटे से अधिक नहीं होती है। रक्त की थैली के लिए एकमात्र उपयुक्त मिश्रक नॉर्मल सैलाइन (0.9) है। 8. संपूर्ण रक्त या पैकड सेल आधान से पूर्व दवाओं का प्रयोग न किया जाये क्योंकि यह एक महत्वपूर्ण आधान प्रतिक्रिया को अस्पष्ट कर सकता है। आधान प्रतिक्रिया (Transfusion reactions)– A. सभी ट्रांसफ्यूजन प्रतिक्रियाएं या संदिग्ध ट्रांसफ्यूजन प्रतिक्रियाएं ब्लड बैंक को सूचित की जाती हैं। क्योंकि एक गंभीर आधान प्रतिक्रिया की प्रारंभिक प्रस्तुति एक मामूली प्रतिक्रिया के समान दिखाई दे सकती है, संदिग्ध आधान प्रतिक्रिया के किसी भी मामले में तुरंत आधान को रोकना अनिवार्य है।		
---	--	--

B- एक संदिग्ध आधान प्रतिक्रिया की शुरुआत में, निम्नलिखित प्रक्रिया की जाती है: 1. ब्लड कॉम्पोनेन्ट के आधान को तुरंत रोक दिया जाता है, और infusion को normal saline के साथ खुला रखा जाता है। 2. उपस्थित चिकित्सक को तुरंत सूचित किया जाता है। 3. ब्लड कॉम्पोनेन्ट बैग पर मरीज की पहचान और रक्त लेबल की दोबारा जाँच की जाती है। C- आधान जारी रखने या बंद करने का निर्णय केवल एक चिकित्सक द्वारा मरीज की देखभाल के लिए किया जाता है। दोनों ही परिस्थितियों में आधान प्रतिक्रिया को सूक्ष्म विवरण ट्रांस फ्यूजन फार्म पर अंकित करते हुये बचे हुये घटक, ट्रांस फ्यूजन सेट के साथ ब्लड बैंक को निम्न अंकित नमूनों सहित वापस किया जाना है– • 3cc नमूना EDTA में (विपरीत भुजा से आधे घंटे के भीतर खींचा गया)। • 5 CC नमूना क्लॉटेड ब्लड (एक क्रॉस मैच के रूप में) एक सादे शीशी में आधे घंटे के भीतर एकत्र		
---	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

किया किया गया हो। निम्नलिखित को अस्पताल की प्रयोगशाला में भेजा जाता है— • मूत्र का नमूना—हीमोग्लोबिन जांच हेतु (लैब हीमोग्लोबिन विश्लेषण) • ब्लड कलचर हेतु ब्लड कम्पोनेंट बैग के स्वच्छ हिस्से से (ब्लड बैंक तकनीशियन)। मरीज की सर्जिकल प्रक्रिया के लिए तैयारी:— गर्भवती महिला की सर्जिकल प्रक्रिया के लिए तैयारी हेतु लेबर रूम एसओपी देखें। मरीज की अन्य सर्जिकल प्रक्रियाओं के लिए तैयारी:— प्री एनेस्थीसिया चेकअप (पीएसी) सर्जरी से कुछ दिन पहले किया जाता है। पीएसी की समीक्षा की जाती है और सर्जरी से पहले शाम को सलाह दी जाती है। सर्जरी से एक दिन पहले, मरीज को निर्देश दिया जाता है कि		
Digestive system को खाली रखने हेतु दवायें दी जाती हैं। संक्रमण के जोखिम को कम करने के लिए योनि की सफाई की जाती है। सर्जरी से तुरंत पहले मरीज को इंद्रावेनस एंटीबायोटिक दवा भी दी जाती है, जिससे प्रक्रिया के बाद संक्रमण के जोखिम को कम किया जा सके। पूर्व ऑपरेटिव निर्देश— 1. सर्जरी के पूर्व मुंह से आधी रात के बाद कुछ न दें। 2. सर्जरी के लिए लिखित सहमति ऑपरेटिंग सर्जन की उपस्थिति में विधिवत हस्ताक्षरित होनी चाहिए। 3. ओटी में पार्ट प्रिपरेशन 4. मरीज की परिचालन साइट को स्किन मार्कर पेन द्वारा चिह्नित किया जाना है 5. त्वचा की संवेदनशीलता जांच आयोडीन के लिए की जाती है। मरीज को ओटी में भेजने के 2 घंटे		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

पहले त्वचा की प्री ऑपरेटिव सफाई बीटा स्क्रब से की जाती है और पार्ट को विधिवत ड्रैप किया जाता है। 6. रोगियों को उनकी विशिष्ट प्रक्रियाओं के लिए उपयुक्त रोगनिरोधी एंटीबायोटिक्स दी जाती है। चीरा लगाने से 30 मिनट-एक घंटे पहले प्री ऑपरेटिव प्रोफिलैक्टिक एंटीबायोटिक्स शुरू किया जाना चाहिए। अंतिम स्किन वॉश बीटास्क्रब के साथ किया जाता है और उसके बाद 10% बेटैडीन एप्लिकेशन और स्पिरिट होता है।		
<u>गर्भवती महिलाओं के अधिकारों एवं सम्मान की देखरेख हेतु प्रक्रिया-</u> प्रसूति वार्ड में मरीज को सेवाएं प्रदान करते समय मरीजों के अधिकारों पर ध्यान दिया जाता है। मरीज को चिकित्सा सलाह और उपचार दिया जाता है जो देखभाल और गुणवत्ता के वर्तमान में स्वीकृत मानकों को पूरी तरह से पूरा करता हो। मरीज को उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के बारे में सूचित किया जाता है। मरीज को उसकी चिकित्सा स्थिति और सामान्य जोखिम और उपयुक्त विकल्पों सहित प्रस्तावित उपचार का स्पष्ट विवरण दिया जाता है।		
मरीज यदि दवा के नाम और इसके सामान्य कार्य और संभावित दुष्प्रभाव जानना चाहती है तो उसे सूचित किया जाता है। मरीज को दूसरे चिकित्सक से परामर्श लेने की अनुमति है। मरीज की गरिमा, धार्मिक और सांस्कृतिक मान्यताओं का सम्मान किया जाता है। आपकी स्थिति से संबंधित चिकित्सा जानकारी बी.एच.टी. तथा जांच रिपोर्ट गोपनीय रखा जाता है। मरीज की चिकित्सीय स्थिति से संबंधित जानकारी को		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	गोपनीय रखा जाता है। यदि कोई मरीज शिकायत/सुझाव देना चाहता है और शिकायतों को यथासंभव तत्परता और निष्पक्ष रूप से निपटाया जाता है। मरीजकी गोपनीयता:- मरीज की गोपनीयता बनाए रखने के लिए स्क्रीन, पर्दे, परीक्षा कक्ष, इंजेक्शन / उपचार कक्ष और स्तनपान कक्ष उपलब्ध हैं।		
4.6	सहमति सहित रिकॉर्ड का रखरखाव:- मेडिकल रिकॉर्ड्स को इस तरह से बनाए रखा जाना चाहिए जो वर्तमान, विस्तृत, व्यवस्थित और आसानी से सुलभ हो। सभी मरीज डेटा को मेडिकल रिकॉर्ड (अर्थात प्रयोगशाला रिपोर्ट, एक्स-रे रिपोर्ट, परामर्श नोट, आदि) में दर्ज किया जाना चाहिए। रिकॉर्ड में सभी प्रविष्टियाँ निम्नानुसार हैं: • प्रत्येक दस्तावेज पृष्ठ पर मरीज की विशिष्ट पहचानकर्ता। • संबंधित चिकित्सा देखभाल पेशेवरों द्वारा किया गया। • हस्तलिखित प्रलेखन के लिए नीले/काले अमिट स्याही में लिखा गया। कोई पेंसिल एंट्री नहीं होनी चाहिए। • दिन और हस्ताक्षर अंकित होने चाहिए (दिन, महीने और वर्ष शामिल हैं)। दवा प्रशासन, पेरी-ऑपरेटिव और नर्सिंग की प्रविष्टियों पर समय अंकन किया जाता है।	नर्सिंग प्रभारी / चिकित्सा अधिकारी / विशेषज्ञ / आहार विशेषज्ञ / तकनीशियन	मरीज फाइल, BHT, भर्ती-डिस्चार्ज रजिस्टर, लिनन रजिस्टर, आहार रजिस्टर, मृत्यु रजिस्टर, प्रक्रिया रजिस्टर, सामान्य आदेश पुस्तिका, सहमति प्रारूप
	• मरीज के बारे में वैध और स्पष्ट, संक्षिप्त और प्रासंगिक जानकारी शामिल है। • स्थानांतरण रिकॉर्ड (अंतर-अस्पताल और इंट्रा-अस्पताल) • सभी दस्तावेज विशिष्ट अनुशासन मानकों के अनुसार अनुशासित होते हैं। • त्रुटि में लिखी गई प्रविष्टियों पर लाइन खींच कर "ERROR" लिख दिया जाता है। कर्मचारी कभी भी मरीजके रिकॉर्ड को मिटाता नहीं है, और न ही liquid corrector pen का उपयोग किया जाता है। • रिकॉर्ड में सभी रूपों को उपयुक्त अधिकारियों द्वारा अनुमोदित किया गया है। • मेडिकल रिकॉर्ड का कोई भी हिस्सा प्रविष्टि के बाद कभी भी हटाया नहीं जाएगा। • मरीज का नाम और मेडिकल रिकॉर्ड नंबर मेडिकल रिकॉर्ड में प्रत्येक रिकॉर्ड पृष्ठ/दस्तावेज पर दिखाई देता		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

है। • चिकित्सक के हस्ताक्षर के लिए रबर स्टैम्प की अनुमति नहीं है। • लिखित हस्ताक्षर लिखित आदेश और लिखित को मान्य करते हैं। • मरीजकी देखभाल को मेडिकल रिकॉर्ड में दर्ज किया गया है और इसमें शामिल हैं: दस्तावेजों में प्रवेश, निदान, देखभाल की योजना के कारण शामिल हैं। Assessment प्रारंभिक मरीजमूल्यांकन और बाद के सभी पुनर्मूल्यांकन के साक्ष्य। चिकित्सक के आदेश और/ या देखभाल या अनुमोदित प्रोटोकॉल के यूनिट मानकों पर आधारित हस्तक्षेप का दस्तावेजीकरण। नर्सिंग देखभाल का दस्तावेजीकरण प्रदान किया जाता है। किसी भी ऑपरेशन / प्रक्रिया का विस्तार से प्रदर्शन किया गया। रिकॉर्ड में दर्ज हर प्रविष्टि पर नाम, हस्ताक्षर, दिनांक और समय। Leg रिकॉर्ड सुपाठ्य हैं। ओ रिकॉर्ड्स कालानुक्रमिक क्रम में देखभाल की निरंतरता को प्रदर्शित करते हैं। स्थानांतरण नोट स्थानांतरण की नीति के अनुसार हैं और इसमें दिनांक और समय शामिल हैं Location दवा प्रशासन दर्ज किया गया है। प्रदान की जाने वाली विशिष्ट देखभाल मरीजदेखभाल प्रवाह शीट पर दी गई है। डिस्चार्ज का कारण और प्राप्त अस्पताल का नाम। Copy मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रति प्रमाणीकृत हस्ताक्षर और पेशेवर शीर्षक। ऑपरेटिव या अन्य इनवेसिव प्रक्रियाओं के दौरान मरीजकी देखभाल के		
---	--	--

4.7	डिस्चार्ज की प्रक्रिया/ निर्णय:- परामर्शदाता द्वारा अगले 24 घंटों में मरीज को डिस्चार्ज करने का निर्णय किया जाता है और मरीज के फाइल/केस रिकॉर्ड में प्रविष्टि की जाती है और अनंतिम निर्वहन सारांश तैयार करने के लिए चिकित्सा अधिकारी को आदेश दिया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	दस्तावेजों के आधार पर अनंतिम डिस्चार्ज सारांश बनाया गया है। - History record Sheet (इतिहास रिकॉर्ड शीट) - शारीरिक परीक्षा - Progres Sheet (प्रगति पत्र) - जांच रिकॉर्ड डिस्चार्ज के दिन, मरीज के डिस्चार्ज की पुष्टि की जाती है। डिस्चार्ज से पहले मरीज को परामर्श –आहार, दवाएं, प्रक्रिया का पालन करना, जैसे कि डिस्चार्ज सारांश में, मरीज और मरीजके परिचारकों के साथ चर्चा की जाती है। मरीज के अनुवर्ती दौर, प्राथमिक उपचार, सलाहकार द्वारा पूर्व निर्धारित हैं। लामा मरीज:- यदि मरीज के परिचारक/मरीज चिकित्सा सलाह के खिलाफ छुट्टी लेना चाहते हैं, तो LAMA की सहमति मरीज द्वारा उसके फाइल रिकॉर्ड/BHT पर ली जाती है। चिकित्सक मरीजको इस क्रिया के परिणाम बताते हैं/परिचारक और उसी को प्रलेखित किया गया है। मरीजको डिस्चार्ज सारांश प्रदान किया जाता है।		
4.8	उपचार की प्राथमिकता – यदि भर्ती ओपीडी से या आकस्मिक आधार पर आकस्मिक जीवन रक्षक उपचार/प्रक्रियाओं से किया जाता है, तो किसी भी दस्तावेजीकरण का कार्य को पूरा करता है।	ड्युटी चिकित्सा अधिकारी/नर्स	
4.9	अनाथ / 'लावारिस' मरीज- अनाथ रोगियों के पास कोई संगत/ रिश्तेदार नहीं है, विशेष रूप से निगरानी की जाती है। कुछ स्थानीय गैर सरकारी संगठनों/स्वयंसेवकों को नियुक्त करने का प्रयास किया जाता है, जो इन रोगियों की गैर नैदानिक आवश्यकताओं का ध्यान रख सकते हैं। ऐसे सभी मरीजों के नाम स्थानीय पुलिस को लिखित रूप से प्रेषित किए जाते हैं।	ड्युटी चिकित्सा अधिकारी/नर्स	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

4.10	HIV / AIDS से पीड़ित लोग— ऐसे मरीज की गोपनीयता सभी मामलों में बनाए रखी जाती है। ऐसे मरीज को पृथक नहीं किया जाता है। ऐसे रोगियों के बेड / बीएचटी को कोड के साथ लेबल या चिह्नित किया जाता है, जो उनके एचआईवी पॉजिटिव स्टेटस को दर्शाता है। ऐसे रोगियों की स्थिति पर चर्चा किसी भी ऐसे व्यक्ति से नहीं की जाती है जो मरीजकी देखभाल में सम्बंधित नहीं हो।	ड्युटी चिकित्सा अधिकारी / नर्स	
4.11	Inpatient Care		
4.11.1	पोस्ट नेटल इन-पेशेंट केयर ऑफ मदर्स— प्रसव के बाद, मां को प्रसवोत्तर देखभाल के लिए लेबर वार्ड में स्थानांतरित कर दिया जाता है • माँ के स्वास्थ्य की निगरानी की जाती है और माँ और नवजात के अच्छे स्वास्थ्य और अच्छे स्वास्थ्य में सुधार के लिए हर कदम उठाया जाता है। • चिकित्सक द्वारा आवश्यकता होने पर दवा दी जाती है। चिकित्सक / नर्स द्वारा नवजात शिशु को शीघ्र स्तनपान कराने हेतु प्रोत्साहित किया जाता है। • मरीज को सामान्य आहार, तरल पदार्थ लेने की सलाह दी जाती है।	ड्युटी स्टाफ नर्स	अन्तःरोगी के लिये SOP
4.11.2	न्यू बॉर्न की इन-पेशेंट देखभाल (Post Natal in-patient care of New Born):- प्रसव के बाद सभी नवजातों जिन्हें विशेष देखभाल की जरूरत नहीं हैं उनको प्रसव के बाद मां के साथ लेबर वार्ड में शिफ्ट कर दिया जाता है। प्रसवोत्तर वार्ड को गर्म (25 डिग्री सेल्सियस) रखा जाता है। न्यू बॉर्न को जन्म से ही ठीक मां के साथ रखा जाता है। मां को प्रसव के आधे घंटे के भीतर बच्चे को स्तनपान कराने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। नवजात की प्रसवोत्तर देखभाल— प्रसव और जन्म के रिकॉर्ड, मां के साथ संचार, बच्चे की जांच, स्तनपान का आकलन, गर्भनाल देखभाल, त्वचा और आंखों की देखभाल, विटामिन K, मां की काउंसलिंग, टीकाकरण बीसीजी, ओपीवी, हेपेटाइटिस बी (एचबी-1) और फॉलो-अप।	ड्युटी स्टाफ नर्स	F-IMNCI पुस्तिका
4.11.3	नवजात शिशु को एसएनसीयू में शिफ्ट करना यदि निम्न में से कोई भी स्थिति हो :- उसे नए जन्म की देखभाल (SNCU) इकाई में स्थानांतरित		F-IMNCI पुस्तिका

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
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

	कर दिया जाता है: • जन्म भार 1500 ग्राम से कम • प्रमुख जन्मजात विकृति • गंभीर चोट • गंभीर श्वसन संकट • पीपीवी 5 मिनट • चेस्ट कम्प्रेसन या दवाओं की आवश्यकता होना • बाल रोग विशेषज्ञ द्वारा तय किया गया कोई अन्य संकेत। • नवजात की क्लोज मॉनिटरिंग की जाती है, यदि जन्म भार 1500–1800 ग्राम • तेज सांस के साथ बीमार बच्चे	एमओ / स्टाफ नर्स / बच्चों का चिकित्सक	
4.11.4	मरीज का डिस्चार्ज— डिस्चार्ज डिलीवरी के बाद की जाती है, जो माँ की स्थिति पर निर्भर करता है लेकिन नॉर्मल डिलीवरी के मामले में 48 घंटे से पहले डिस्चार्ज नहीं किया जाता है। डिस्चार्ज स्लिप को एम.ओ. और वार्ड प्रभारी द्वारा डिस्चार्ज रजिस्टर में प्रविष्टि की जाती है। माँ को प्रसवोत्तर देखभाल और स्वच्छता, स्वयं के लिए पोषण और नवजात शिशु के लिए पोषण, विशेष स्तनपान की सलाह, शिशु को गर्म रखने, नवजात शिशु के पूर्ण टीकाकरण, postpartum visits, परिवार नियोजन के बारे में जानकारी दी जाती है। उसे अपने और नवजात शिशु से संबंधित खतरे के संकेतों के बारे में भी सलाह दी जाती है जिसे तुरंत अस्पताल को सूचना देनी चाहिए।	चिकित्सा अधिकारी / स्त्री रोग विशेषज्ञ नर्स प्रभारी	डिस्चार्ज की पर्ची जन्म के समय प्रसवपूर्व देखभाल और कुशल जन्म उपस्थिति
4.12	लाभार्थियों को भुगतान— जेएसवाई के तहत लाभार्थियों को भुगतान प्रसवोपरान्त अस्पताल में 48 घंटे रहने के बाद प्रदान किया जाता है। भुगतान की अनुसूची अधिकृत कर्मियों द्वारा लाभार्थी को सूचित की जाती है।	अस्पताल अधीक्षक / क्लर्क	जेएसवाई योजना JSY रजिस्टर
5	• श्रैल और श्रैज़. • जेएसवाई और जेएसएसके योजना के तहत निः शुल्क भर्ती के लिए आने वाली गर्भवती महिलाओं के हेतु: • निः शुल्क और कैशलेस डिलीवरी • निः शुल्क सी-सेक्शन • निः शुल्क दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों • निः शुल्क निदान • रक्त का निः शुल्क प्रावधान		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	- स्वास्थ्य संस्थानों में रहने के दौरान मुफ्त आहार - उपयोगकर्ता शुल्क से छूट - घर से स्वास्थ्य संस्थानों तक निः शुल्क परिवहन - रेफरल के मामले में संस्थानों के बीच निः शुल्क परिवहन - स्वास्थ्य संस्थानों से घर तक निः शुल्क ड्रॉप बैक की सुविधा।		
	जन्म के बाद एक वर्ष तक बीमार नवजात शिशुओं के लिए निम्न सुविधाएँ निशुल्क हैं – - यह अब बीमार शिशुओं को कवर करने के लिए विस्तारित किया गया है। - मुफ्त इलाज - मुफ्त दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों - निः शुल्क निदान - रक्त का निः शुल्क प्रावधान। - उपयोगकर्ता शुल्क से छूट - घर से स्वास्थ्य संस्थानों तक मुफ्त परिवहन - रेफरल के मामले में सुविधाओं के बीच मुफ्त परिवहन - स्वास्थ्य संस्थानों से घर तक मुफ्त ड्रॉप.		
6	संक्रमण नियंत्रण		
	नर्स प्रभारी की जिम्मेदारी:- - उचित संक्रमण नियंत्रण उपायों को सुनिश्चित करना। - संक्रमण नियंत्रण पॉलिसी के कार्यान्वयन में समस्याओं की पहचान करना और समाधान प्रदान करना। - दैनिक आधार पर निम्नलिखित प्रथाओं पर नजर रखने के लिए: - बायो मेडिकल वेस्ट। - OT में आटोकलेव लॉग बुक। - लिनन सेग्रिगेशन मानकानुसार (गंदा और दूषित) किया जाता है या नहीं। - हाथ धोना। - वाडों में तीव्र निपटान। - सुई कटर का उपयोग। - हाइपोक्लोराइट घोल को तैयार करने की सही विधि का संबंधित कार्मिकों को प्रशिक्षण देना। - नर्सों और हाउसकीपिंग स्टाफ सहित पैरामेडिकल स्टाफ को आवश्यक प्रशिक्षण प्रदान करना।	अध्यक्ष संक्रमण नियंत्रण 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।

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

संक्रमण नियंत्रण समिति की बैठक संक्रमण नियंत्रण समिति की बैठक महीने में एक बार होती है और अन्यथा की स्थिति में जब आवश्यक हो। संक्रमण नियंत्रण दल के प्रभारी अस्पताल में संक्रमण की स्थिति पर प्रबंधन की समीक्षा टीम को अद्यतन रखते हैं।		बैठक के कार्यवृत्त
भोजन संचालक भोजन संचालकों की स्क्रीनिंग वर्ष में दो बार की जाती है। नमूने में नाक के स्वाब और मल के नमूने शामिल हैं। किचन प्रभारी द्वारा रिकॉर्ड बनाये जाते हैं।	रसोई I/C और लैब परिचर	
पीने का पानी— पानी में बैक्टीरिया की जाँच मासिक रूप से सरकार से मान्यता प्राप्त जल परीक्षण प्रयोगशाला से कराई जाती है। इससे संबंधित रिकार्ड्स पैथोलॉजी विभाग द्वारा बनाए जाते हैं।	सेनेटरी इंस्पेक्टर / मॉनेटिंग सुपरवाइजर और लैब परिचारक	
कर्मचारी स्वास्थ्य योजना: कर्मचारियों से मरीज में संक्रमण के प्रसार को नियंत्रित करने के लिए या कर्मचारियों को व्यावसायिक खतरों से बचाने के लिए कर्मचारियों की वार्षिक चिकित्सा जांच की जाती है। हेपेटाइटिस बी/अन्य आवश्यक टीकाकरण सभी स्टाफ सदस्यों को प्रदान किया जाता है।	अस्पताल संक्रमण नियंत्रण समिति	
हैंड हाईजीन— सभी मरीज देखभाल क्षेत्रों में पर्याप्त हाथ धोने की सुविधा उपलब्ध है। कोहनी संचालित नल, वॉशबेसिन और साबुन सेवा प्रदाता के कमरे में और मरीज देखभाल क्षेत्रों में उपलब्ध हैं। यदि पानी की सुविधा उपलब्ध नहीं है, तो मरीज देखभाल क्षेत्र में हैंड रब उपलब्ध करा दिए जाते हैं। स्क्रब क्षेत्र ओटी /एलआर के बाहर कोहनी संचालित या पैर संचालित पानी के नल की सुविधा उपलब्ध है।	ड्यूटी डॉक्टर, स्टाफ नर्स और सभी पैरामेडिकल स्टाफ के साथ-साथ मरीज की देखभाल में शामिल हाउसकीपिंग स्टाफ	
विसंक्रमण:— उपकरण और फर्नीचर का विसंक्रमण दिन में कम से कम एक बार या आवश्यकता के अनुसार ब्लीचिंग पाउडर के घोल से किया जाता है।	हाउसकीपिंग स्टाफ या जनरल ड्यूटी अटेंडेंट	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

2	हाउसकीपिंग:- दीवारों, फर्श, टेबल और फिक्स्चर की सफाई पूर्व-निर्धारित अंतराल पर तय कार्यक्रम के अनुसार प्रति दिन की जाती है और सफाई के लिए उपयुक्त कीटाणुनाशक का उपयोग किया जाता है। (प्रक्रिया 20, अस्पताल के हाउसकीपिंग और सामान्य प्रशासन प्रबंधन) बीएमडब्ल्यू प्रबंधन और हैंडलिंग नियम, 2016 के अनुसार बायोमेडिकल कचरा एकत्र, अलग, परिवहन, संग्रहीत और निपटान किया जाता है। (प्रक्रिया 24, अस्पताल अपशिष्ट प्रबंधन)	हाउसकीपिंग प्रबंधन	हाउसकीपिंग चेक लिस्ट बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमेंट एंड हैंडलिंग नियम, 2016
	एंटीबायोटिक नीति:- एंटीबायोटिक नीति को मल्टी-ड्रग के लिए एंटीबायोटिक दवाओं के तर्कहीन उपयोग की निगरानी और नियंत्रण के लिए अपनाया जाता है। चिकित्सालय में एंटीबायोटिक पॉलिसी के अंतर्गत निम्न प्रक्रिया अपनाई जाती है-	संक्रमण नियंत्रण समिति	
	• एक्सयूडेट्स में प्रासंगिक रोगजनकों की पहचान करना और रोगियों से शरीर में तरल पदार्थ एकत्र किया जाता है। • संवेदनशीलता परीक्षण रोगजनकों की संवेदनशीलता या प्रतिरोध की डिग्री निर्धारित करने के लिए किया जाता है। • उच्च प्रभावकारिता के साथ एंटीबायोटिक, कम दुष्प्रभाव और एंटी-माइक्रोबियल प्रतिरोध की कम संभावना है।		
	मरीज को साफ चादरों की सफाई और वितरण की प्रक्रिया:-SOP लॉन्ड्री सेवाओं का संदर्भ लें गंदे लिनन:- सभी गंदी चादरों को संभावित रूप से संक्रमित माना जाता है भीगा हुआ लिनन अलग से संग्रहीत और एकत्र किया जाता है। यह प्रयुक्त किए गए लिनन के साथ मिश्रित नहीं किया जाता। कपड़े धोने के लिए भेजने से पहले 0.1 ब्लिच के घोल से गंदे लिनन को कीटाणुरहित किया जाता है। सभी प्रयुक्त और गंदे लिनन को कर्मचारियों द्वारा व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण के उपयोग के बाद ही व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण का उपयोग- रक्त, शरीर के पदार्थ, उत्सर्जन और स्राव को संभालते समय कर्मचारियों को व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरणों का उपयोग करने के लिए प्रशिक्षित किया गया है। व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण में शामिल हैं:- • दस्ताने	वार्ड I/C और लॉन्ड्री पर्यवेक्षक	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

• आंख में पहनने हेतु उपकरण (काले चश्मे) • मास्क • एप्रन • गाउन • शू कवर • कैप		
शार्प के इस्तेमाल से चोट के बचाव के लिए सुरक्षा तथा सावधानियां:- • सुइयों को दोबारा रिकैप, हाथ से मोड़ा या तोड़ा नहीं जाता है। • डिस्पोजेबल सुई और अन्य शार्प पंचर प्रूफ कंटेनर में डाले जाते हैं • शार्पस को एक एचसीडब्ल्यू (हेल्थ केयर वर्कर) से दूसरे हाथ में नहीं दिया जाता है। इंजेक्शन ट्रे व ट्रॉली का उपयोग शार्प हैंडलिंग के लिए किया जाता है। • सभी शार्प कंटेनर 3/4 भरने पर बदल दिये जाते हैं।	मरीज स्वास्थ्य देखभाल में शामिल पूरा स्वास्थ्य कर्मचारी और अलगाव वार्ड / आईसीयू में जाने वाले मरीज के रिश्तेदार	

1. Records:

संक्रमण नियंत्रण लेखा परीक्षण ऑडिट- संक्रमण नियंत्रण ऑडिट एक नियमित आधार पर किया जाता है। ऑडिट के दौरान उठाए गए टिप्पणियों के खिलाफ समय पर कार्रवाई की जाती है। संक्रमण नियंत्रण दल के सदस्य समय-समय पर निरीक्षण करते हैं। संक्रमण नियंत्रण समिति के संयोजक द्वारा रिकॉर्ड बनाए रखा जाता है।	संक्रमण नियंत्रण समिति	संक्रमण नियंत्रण ऑडिट जाँच सूची

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
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

5 रिकार्ड:

Sl. No.	Name of Records	Record Number	Mininum retention period
1	टीकाकरण रजिस्टर		
2	जन्म रजिस्टर		
3	Still Birth रजिस्टर		

6- प्रक्रिया दक्षता मानदंड:-

Sl. No.	Activity	Process Efficiency Criteria	Bench Mark/Standard/Target
1	क्लिनिकल केयर	मातृ मृत्यु दर	
2	नैदानिक देखभाल	नवजात मृत्यु दर	
3	ईओसी सेवाएं	सी-सेक्शन दरे	
4	ईओसी सेवाएँ	रात में संचालित प्रसवों की संख्या	
5	प्रसव पूर्व देखभाल	चार या उससे अधिक प्रदान किया गया एएनसी का अनुपात	
6	इंद्रा पार्टम	लेबर रूम स्कोर	
7	प्रसव पूर्व देखभाल	प्रसव पूर्व जाँच के समय पंजीकरण से दवा लेने तक का समय	
8	इंद्रा पार्टम देखभाल	प्रसव का प्रतिशत जिसके लिए पार्टोग्राफ तैयार किया जाता है	
9	नवजात की देखभाल	Resuscitated किये गए नवजातों की संख्या	
10	JSY	48 घंटों के भीतर अस्पतालों को छोड़ने वाली माताओं का प्रतिशत।	

7. संदर्भ दस्तावेज-

1. MO के लिए गर्भावस्था की देखभाल और प्रसूति जटिलताओं के प्रबंधन के लिए दिशानिर्देश- MoHFW
2. जन्म के समय प्रसवपूर्व देखभाल और कुशल उपस्थिति के लिए SBA दिशानिर्देश- MoHFW
3. मातृ एवं नवजात स्वास्थ्य पर परिचालन संबंधी दिशानिर्देश - MoHFW

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
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

4. स्वास्थ्य इकाई आधारित IMNCI & प्रतिभागी मैनुअल— MoHFW
5. इमरजेंसी ऑब्स्टेट्रिक केयर में इंफेक्शन कंट्रोल प्रैक्टिस—Engender Health
6. संक्रमण निवारण दिशानिर्देश— JHPIEGO
7. चिकित्सा अधिकारियों के लिए टीकाकरण हस्त पुस्तिका— MoHFW
8. गर्भावस्था और बाल जन्म में जटिलता का प्रबंधन— WHO
9. मातृ मृत्यु समीक्षा गाइडबुक — MoHFW
10. जेएसएसके के लिए परिचालन दिशानिर्देश।
11. भर्ती निर्वहन प्रबंधन के लिए प्रक्रिया।
12. बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमेंट एंड हैंडलिंग रूल, 2016।
13. संक्रमण प्रबंधन और पर्यावरण योजना (IMEP) दिशानिर्देश — MoHFW
14. स्वास्थ्य इकाईयों में संक्रमण नियंत्रण के लिए व्यावहारिक दिशानिर्देश — WHO

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसूति वार्ड विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

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।



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

बाल चिकित्सा विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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
पिडियाट्रिक विभाग	एस.ओ.पी. / एन.व्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

मानक संचालन प्रक्रिया (स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर)

बाल चिकित्सा सेवा विभाग:-

1 उद्देश्य:-

शिशु एवं 18 वर्ष तक के बच्चों की देखभाल सुनिश्चित करने के लिए एक प्रणाली विकसित करना तथा गंभीर रूप से बीमार बच्चों की उचित देखभाल सुनिश्चित करना। साथ ही इसमें शिशु मृत्यु दर कम करने एवं बच्चों की रोगों से रक्षा करने के लिए एक व्यापक द्रष्टिकोण शामिल किया गया है।

2 क्षेत्र:-

इसमें शिशुओं से लेकर 18 वर्ष तक के बच्चों को शामिल किया गया है। साथ ही इसमें बच्चों को भर्ती करने, छुट्टी करने, देखभाल करने तथा उपकरणों का रख-रखाव करने के दिशा निर्देश दिये गये।

3 उत्तरदायित्व:-

इस को चिकित्सालय में लागू करने की जिम्मेदारी मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/चिकित्सा अधीक्षक, बाल रोग विशेषज्ञ, चिकित्सा अधिकारी एवं उपचारिका (स्टाफ नर्स) की है।

4 प्रक्रिया:-

क्रसं.	गतिविधि	उत्तरदायित्व	संदर्भ
4.1	शिशु रोगों का एकीकृत प्रबंधन:- दो महीने से कम उम्र के रोगियों को शिशु (यंग इनफेन्ट) के रूप में एवं 5 वर्ष से कम आयु के रोगियों को बीमार बच्चे के रूप में वर्गीकृत किया जाता है। जिनका उपचार शिशु रोग एकीकृत प्रबंधन द्रष्टिकोण के अनुसार किया जाता है जिसके अन्तर्गत - 1 चिकित्सा इकाई पर तत्काल संदर्भन (रेफर) सेवा। 2 तत्काल वाह्य रोगी विभाग में संदर्भन। 3 वाह्य रोगी विभाग में उपचार की सुविधा। 4 गृह प्रबंधन।	चिकित्सा अधिकारी।	आई0एम0एन0सी0आई0 दिशानिर्देश।
4.2	आपातकालीन परीक्षण आकलन (ट्राईयेज असेसमेन्ट) एवं उपचार:- अस्पताल में प्राप्त किसी भी बीमार शिशु (यंग इनफेन्ट) या बच्चे को शीघ्रता से देखा जाये एवं मानकानुसार उपचार प्रदान किया जाये।	चिकित्सा अधिकारी / बाल रोग विशेषज्ञ / उपचारिका (स्टाफ नर्स)।	बीमार शिशु (यंग इनफेन्ट) के प्रबंधन के कार्यकारी निर्देश।
4.3	परीक्षण आकलन (ट्राईयेज असेसमेन्ट):- सभी शिशु (यंग इनफेन्ट) एवं बच्चों का परीक्षण अस्पताल में आते ही निम्न श्रेणियों में किया जाये। 1. आपातकालीन संकेतो/लक्षणों वाले बच्चे (ई) को	चिकित्सा अधिकारी / बाल रोग विशेषज्ञ / उपचारिका (स्टाफ नर्स)	ट्राईयेज- कार्यकारी निर्देश।
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
पिडियाट्रिक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	आपातकालीन उपचार की आवश्यकता होती है। 2. प्राथमिकता के संकेत (पी) वाले बच्चे को शीघ्र मूल्यांकन एवं कार्यवाही की आवश्यकता होती है। 3. गैर जरूरी (एन) मामले जिनमें इन्तजार किया जा सकता है। ड्राई असेसमेंट ऐयरवे, ब्रिदिंग, सर्कुलेशन, कोमा, कनवल्जन और डिहाइड्रेशन (ए.बी.सी.डी.) के अनुसार किया जाता है, यदि कोई आपातकालीन संकेत न दिखाई दे तो प्राथमिकता वाले संकेतों की तलाश की जाये।		
4.4	आपातकालीन संकेतों का आकलन और प्रबंधन:-* आपातकालीन संकेतों का आकलन एवं प्रबंधन एफ0आई0एम0एन0सी0आई मानक के अनुसार किया जाये। यदि हाइपोथर्मिया या हाइपोग्लाइसीमिया का कोई लक्षण मौजूद है तो उनका प्रबंधन एक साथ किया जाये जिसमें निम्न कार्य शामिल है। • श्वसन(ब्रीदिंग), साईनोशिस एवं रेस्पेयरैटरी डिस्ट्रेस का मूल्यांकन किया जाये एवं आवश्यकता होने पर आधारभूत जीवन रक्षक उपचार (बेसिक लाइफ सपोर्ट) प्रदान किया जाये। • शिशुओ मे गंभीर कुपोषण (एस0ए0एम0) एवं बिना कुपोषण के सदमे (सॉक) का आकलन एवं उपचार) प्रदान किया जाये। • कोमा एवं आक्षेप (कनवल्जन) का आकलन एवं उपचार) प्रदान किया जाये। • गंभीर निर्जलीकरण (सीवियर डिहाइड्रेशन) का आकलन एवं उपचार) प्रदान किया जाये। • हाइपोग्लाइसीमिया एवं हाइपोथर्मिया का आकलन एवं उपचार) प्रदान किया जाये।	चिकित्सा अधिकारी /बाल रोग विशेषज्ञ/ उपचारिका (स्टाफ नर्स)।	कार्यकारी निर्देश- • बेसिक लाइव सपोर्ट। • एस0ए0एम0 बच्चों में सॉक का प्रबंधन। • हाइपोग्लाइसीमिया प्रबंधन। • हाइपोथर्मिया प्रबंधन।
4.5	बीमार शिशुओ का चिकित्सालय में उपचार (फेसिलिटी वेस केयर):- इसके अन्तर्गत बीमार शिशुओं का शारीरिक द्रव प्रबंधन (fluid management) हापोग्लाइसीमिया का प्रबंधन, रिसेक्सीटेशन के बाद की देख भाल, सेप्टीसीमिया, मेनेन्जाइटिस, डाइरिया, टिटनेस, पीलिया एवं बीमार शिशु (यंग इनफेन्ट) की निगरानी एवं देख भाल की जाती है।	चिकित्सा अधिकारी /बाल रोग विशेषज्ञ/ उपचारिका (स्टाफ नर्स)।	• बीमार युवा शिशु प्रबंधन। • शिशु (यंग इनफेन्ट) की निगरानी चेक लिस्ट। • शिशुओ में होने वाले पीलिया प्रबंधन दिशा निर्देश।
4.6	कम वजन वाले नवजात शिशुओ का प्रबंधन:-* सभी नवजात शिशुओ को विटामिन के इन्जेक्शन लगाया जाये एवं 1800ग्राम से कम वजन वाले शिशुओ को चिकित्सालय में भर्ती किया जाये। नवजात शिशुओ के शरीर का तापक्रम बाल रोग विशेषज्ञ के अनुसार कंगारू मदर केयर अथवा रेडियेन्ट वार्मर/इनक्यूबेटर के माध्यम से निश्चित तापक्रम पर	चिकित्सा अधिकारी /बाल रोग विशेषज्ञ/ उपचारिका (स्टाफ नर्स)	बच्चों को स्तनपान एवं आई0वी0 द्रव देने के कार्यकारी दिशानिर्देश। कम वजन नवजात शिशु डाइट रजिस्टर। एन0आर0सी0 दिशानिर्देश।

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
पिडियाट्रिक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

	स्थिर रखा जाये साथ ही नवजात शिशु के जन्म के वजन अथवा समय के अनुसार आई0वी0 द्रव एवं पोषण प्रदान किया जाये।		
4.7	नवजात शिशुओं का संदर्भन एवं परिवहन:- यदि चिकित्सा इकाई में (एन0आई0सी0यू0) सुविधाओं की कमी हो अथवा नवजात को तृतीयक देखभाल की आवश्यकता हो तो नवजात को उच्च केन्द्र/अन्य चिकित्सालय में भेजा जाना है। संदर्भन करते समय नवजात का तापमान, श्वसन, रक्त परिसंचरण एवं रक्त शर्करा को स्थिर करें साथ ही नवजात के परिजनो को सहानुभूति पूर्वक नवजात की स्थिति एवं परिवहन के समय की जाने वाले सावधानियों के बारे में बताएं। एक रेफरल नोट तैयार किया जाये जिसमें नवजात की स्थिति, दिया गया उपचार, संदर्भन का कारण लिखकर नवजात के परिजनो को दिया जाये।	चिकित्सा अधिकारी / बाल रोग विशेषज्ञ / उपचारिका (स्टाफ नर्स)	रेफरल पर्ची।
4.8	चिकित्सालय आधारित बीमार बच्चों की देखभाल। खाँसी के लक्षणों एवं सांस लेने में परेशानी के साथ आने वाले बच्चे:- बच्चे का सावधानी पूर्वक परीक्षण एवं मूल्यांकन कर देखा जाये की परेशानी श्वसन के कारण है अथवा अन्य कारण से है एवं रोग का निदान निकाला जाये तथा निदान के अनुसार मानक उपचार दिशा निर्देश का पालन किया जाये।	चिकित्सा अधिकारी / बाल रोग विशेषज्ञ / उपचारिका (स्टाफ नर्स)	निमोनिया, गंभीर निमोनिया एवं अस्थमा उपचार एवं प्रबंधन। मैनेजमेंट ऑफ कोमन रेस्पेयरट्री इन्फेक्शन इन चिल्ड्रेन इन इण्डिया।
4.9	डाइरिया के लक्षणों के साथ आने वाले बच्चों का प्रबंधन:- बच्चों का परीक्षण एवं मूल्यांकन कर सामान्य दस्त, अतिसार अथवा पेचिस में वर्गीकृत किया जाये साथ ही निम्न अवस्थाओं में बच्चों को चिकित्सालय में भर्ती किया जाये। - गंभीर निर्जलीकरण (डीहाइड्रेशन) वाले बच्चे। - एस0ए0एम0 बच्चे (कुपोषित)।	चिकित्सा अधिकारी / बाल रोग विशेषज्ञ / उपचारिका (स्टाफ नर्स)।	निर्जलीकरण (डीहाइड्रेशन) का वर्गीकरण एवं प्रबंधन।
4.10	बुखार के साथ आने वाले बच्चों का प्रबंधन:- बच्चों का प्रारम्भिक परीक्षण एवं मूल्यांकन कर बुखार के कारण का पता किया जाये एवं स्थानीय चिन्ह, चकत्ते आदि देखे जाये तथा पुष्टि करने के लिये मैदानी परीक्षण किया जाये तथा मानक उपचार दिशा निर्देशों के अनुसार बुखार का प्रबंधन किया जाये।	चिकित्सा अधिकारी / बाल रोग विशेषज्ञ / उपचारिका (स्टाफ नर्स)	जटिल एवं गंभीर मलेरिया प्रबंधन कार्यकारी दिशा निर्देश। संचारी रोग नियन्त्रण दिशा निर्देश।
4.11	गम्भीर तीव्र कुपोषण (SAM) वाले बच्चों का प्रबंधन:- बच्चों का प्रारम्भिक मूल्यांकन कर अस्पताल में भर्ती किया जाता है यदि- ऊँचाई/लम्बाई के लिए वजन <-3 हो।	चिकित्सा अधिकारी / बाल रोग विशेषज्ञ / उपचारिका (स्टाफ नर्स)।	अस्पताल में गम्भीर कुपोषण का प्रबंधन। कुपोषण का सामान्य उपचार।

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
पिडियाट्रिक विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)

	- डब्ल्यू0एच0ओ0 बाल विकास माध्य का स्कोर Z हो। - दोनों पैरों में सूजन (Bipedal Oedema) - बच्चों का प्रबन्धन मानक उपचार दिशा निर्देश के अनुसार किया जाये।		
4.12	जांच रिपोर्ट प्राप्त करने का अनुरोध मरीज की जांच कराने/कराई गई जांचों के बारे में पता करने एवं आगे की उपचार योजना बनाने के लिए मरीज की फाइल की जांच की जाती है। - मरीज की पैथोलोजी जांच कराने के लिए आवश्यक जांच पर्ची बनाये जाये एवं उस पर हस्ताक्षर किये जाये तथा मरीज का सैम्पल लेकर, सैम्पल तथा पर्ची पैथोलोजी लैब में भेजी जाये। - मरीज की रेडीयोलोजी विभाग में जांच कराने के लिए अनुरोध पत्र भरकर हस्ताक्षर किया जाये। - फार्मासी से दवा मंगाने हेतु मरीज की फाइल में लिखी हुई दवाईयो का अनुरोध पत्र भेजा जाये।	चिकित्सा अधिकारी / बाल रोग विशेषज्ञ / उपचारिका (स्टाफ नर्स)	जांच पर्ची।
4.13	मरीजों को उसकी आवश्यकता के अनुसार मुफ्त भोजन उपलब्ध कराया जाना। डाईटीशियन/स्टाफ नर्स के द्वारा मरीज को भोजन उपलब्ध कराने की सूचना रसोई में भेजी जाती है।	डाईटीशियन/स्टाफ नर्स।	डाईट रजिस्टर।
4.14	संक्रमण नियन्त्रण— चिकित्सालय में हॉस्पीटल एक्वायर्ड इन्फेक्शन को रोकने एवं सुरक्षित कार्य वातावरण को बनाये रखने के लिए मानक संक्रमण नियन्त्रण उपाय किये जाते हैं। जिसमें मुख्य रूप से निम्न चीजें शामिल हैं— - हाथ धोने की प्रथाओं का सख्ती से पालन। - रक्त, शरीर द्रव्य, उत्सर्जन और स्राव को सम्भालते समय व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरणों का उपयोग (कैप, मास्क, एप्रन, शू-कवर एवं ग्लव्स)। - रोगी देखभाल में उपयोगी किये गये उपकरणों एवं चादर/कपड़ों का मानकानुसार उपचार। - सूई एवं तेज धार वाले औजारों से लगने वाली चोट से रोकथाम। - परिवेश में साफ—सफाई एवं फेंके हुए द्रव्यों का प्रबन्धन। - जैव चिकित्सकीय अपशिष्ट का मानकानुसार प्रबन्धन।	संक्रमण नियन्त्रण नर्स/स्टाफ नर्स, चिकित्सा अधिकारी)।	- संक्रमण नियन्त्रण एस0ओ0पी0। - जैव चिकित्सकीय अपशिष्ट एस0ओ0पी0। - संक्रमण नियन्त्रण मैन्यूअल।
4.15	विसंक्रमीकरण/कीटाणुशोधन/ डिसइन्फेक्शन: उपकरणों एवं फर्नीचर का विसंक्रमीकरण ब्लिचिंग घोल/ डिसइन्फेक्टेंट सोल्यूशन से दिन में कम से	सफाई कर्मचारी अथवा जनरल ड्यूटी अटेंडेंट।	संक्रमण नियन्त्रण एस0ओ0पी0। संक्रमण नियन्त्रण मैन्यूअल।

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
पिडियाट्रिक विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	कम एक बार या आवश्यकतानुसार ज्यादा भी किया जाता है।		
4.16	रोगी हेतु साफ लिनिन की व्यवस्था— लिनिन की छटाई, लिनिन की सफाई एवं वितरण की व्यवस्था हेतु लान्डी की एस0ओ0पी0 के अनुसार कार्य किया जाये।	सफाई कर्मचारी अथवा जनरल इयूटी अटेन्डेंट।	लान्डी एस0ओ0पी0।
4.17	डिस्चार्ज/छुट्टी की प्रक्रिया: डिस्चार्ज/छुट्टी का निर्णय: बाल रोग विशेषज्ञ द्वारा अगले 24 घण्टे में छुट्टी होने वाले रोगीयों की छुट्टी करने का निर्णय लिया जाता है और रोगी की फाइल अथवा केस रिकार्ड में अंकित किया जाता है तथा चिकित्सा अधिकारी को (प्रोवीजनल डिस्चार्ज समरी) अन्तिम डिस्चार्ज सारांश तैयार करने को कहा जाता है। अन्तिम डिस्चार्ज सारांश (प्रोवीजनल डिस्चार्ज समरी) निम्न अभिलेखों के आधार पर तैयार किया जाता है— - रिकॉर्ड शीट इतिहास। - शारीरिक परीक्षण। - प्रगति पत्र। - चांज रिपोर्ट। छुट्टी/डिस्चार्ज के दिन रोगी की छुट्टी/डिस्चार्ज की पुष्टि की जाती है। साथ ही बच्चे की देखभाल के लिए मां-बाप की काउन्सिल छुट्टी/डिस्चार्ज से पहले की जाती है। जिसमें खान-पान, उपचार तथा फोलोअप के बारे में बताया जाता है। लामा मरीज : यदि रोगी के परिजन चिकित्सक की सलाह के खिलाफ छुट्टी लेना चाहते हैं तो रिकार्ड फाइल पर सहमति ली जाती है तथा चिकित्सक द्वारा बच्चों के बारे में तथा लामा के दुष्परिणामों के बारे में परिजनों को बताया जाता है। तथा फाइल पर लिखा भी जाता है। साथ ही डिस्चार्ज सारांश दिया जाता है।	स्टाफ नर्स/चिकित्सा अधिकारी।	डिस्चार्ज स्लीप।
4.18	बीमार बच्चों निम्न सेवाओं को मुफ्त प्राप्त करने हेतु पात्र है। - मुफ्त इलाज। - मुफ्त दवाईयां। - मुफ्त नैदानिक चांज। - मुफ्त रक्त। - कोई उपयोगिता शुल्क नहीं। - घर से स्वास्थ्य केन्द्र तक मुफ्त परिवहन। - मुफ्त संदर्भन की व्यवस्था।	चिकित्सा अधिकारी /बाल रोग विशेषज्ञ/ उपचारिका (स्टाफ नर्स)	जे0एस0एस0के0 पॉलिसी।

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
पिडियाट्रिक विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

4.19	<u>बच्चों को रक्त चढ़ाया जाना*</u> रक्त चढ़ाने की आवश्यकता होने पर रक्त मांग पत्र एवं रक्त का नमूना ब्लड बैंक को भेजा जाता है। ब्लड बैंक से रक्त प्राप्त होने पर क्रॉस मैच रिपोर्ट देखकर बी0टी0 नोट्स अंकित किये जाते हैं एवं मरीज/परिजन की सहमति ली जाती है। रक्त जब सही तापक्रम पर आ जाता है तो धीरे-धीरे रक्त चढ़ाना शुरू किया जाता है तथा मरीज के वाइटल लक्षणों पर नजर रखी जाती है, जिससे किसी भी रिएक्शन होने का पता किया जा सके।	चिकित्सा अधिकारी / बाल रोग विशेषज्ञ / उपचारिका (स्टाफ नर्स)	क्रॉस मैच रिपोर्ट। बी0टी0 नोट्स।
4.20	<u>अंतिम समय में देखभाल (एण्ड ऑफ लाइफ केयर)</u> जब किसी बच्चों की मृत्यु वार्ड में हो जाती है तो परिजनो को बुलाकर उनको समझाया जाता है एवं काउन्सिलिंग की जाती है। बच्चों की मृत्यु को नियमानुसार सत्यापित किया जाता है तथा शीघ्र सारी कागजी कार्यवाही को पूर्ण किया जाता है। शव को वार्ड बॉय द्वारा कपड़े में लपेटकर स्ट्रेचर द्वारा शव-वाहन तक ले जाया जाता है तथा शव-वाहन द्वारा शव को घर तक ले जाया जाता है।	चिकित्सा अधिकारी / उपचारिका (स्टाफ नर्स) / बॉर्ड वॉय।	डेथ सर्टिफिकेट
4.21	<u>मरीज की सुरक्षा</u> मरीज की सुरक्षा हेतु निम्न सावधानियां बरती जाती है। सभी बच्चों को पहचान हेतु टैग अथवा बैंड का उपयोग किया जाता है। छोटे बच्चों को साइड रैलिंग वाले पलंग पर रखा जाता है। सभी औजारों को डिसकमिट किया जाता है।	चिकित्सा अधिकारी / उपचारिका (स्टाफ नर्स) /	एडेन्टीफिकेशन बैंड
4.22	<u>इनवैन्ट्री मैनेजमेंट</u> औजारों एवं उपकरणों का प्रबंधन- विभाग के सभी औजारों एवं उपकरणों की सूची तैयार कर रिकॉर्ड रजिस्टर में प्रविष्टि की जाती है। सभी औजारा एवं उपकरणों का रिपेयर एवं मेन्टिनेंस का रिकॉर्ड रखा जाता है। ए0एम0सी एवं केलिवरेशन- सभी औजारा एवं उपकरणों का रिपेयर एवं मेन्टिनेंस का कार्य शायरिक्स कंपनी लि0 द्वारा किया जाता है।	सिस्टर इन्चार्ज / स्टाफ नर्स। स्टोर इन्चार्ज। शायरिक्स कंपनी लि0।	स्टोक रजिस्टर रिपेयर एवं मेन्टिनेंस रजिस्टर एग्रीमेंट

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।



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

एस.एन.सी.यू.



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

सिक न्यूबोर्न केयर इकाई (एस0एन0सी0यू0)

भूमिका—

प्रत्येक वर्ष सम्पूर्ण विश्व में होने वाली नवजात शिशु मृत्यु का एक चौथाई भाग भारत में होता है। कुल नवजात शिशु मृत्यु का दो तिहाई भाग जन्म के 28 दिन के अन्दर हो जाता है। उत्तर प्रदेश में प्रति वर्ष लगभग 50 लाख से अधिक शिशुओं का जन्म होता है, जिनमें से लगभग 165000 शिशुओं की मृत्युजन्म के 28 दिन के अन्दर हो जाती है। एस0आर0एस0-2017 के अनुसार नवजात शिशु मृत्यु 30/प्रति एक हजार जीवित जन्म है। यह अनुमानित है कि संस्थागत रखरखाव के द्वारा नवजात शिशु मृत्यु 25 से 30 प्रतिशत तक कम की जा सकती है। अतः संस्थागत रखरखाव के द्वारा नवजात शिशु को बचाया जा सकता है।

इसी क्रम में प्रदेश के चयनित मेडिकल कालेजों/जिला महिला/संयुक्त चिकित्सालयों में 28 दिन से कम उम्र के बीमार शिशुओं के चिकित्सकीय देखभाल हेतु द्वितीय स्तर की इकाई, सिक न्यूबोर्न केयर इकाई (एस0एन0सी0यू0) स्थापित कर क्रियाशील की गयी हैं। इन इकाईयों में कार्यरत प्रशिक्षित बालरोग विशेषज्ञों एवं स्टाफ नर्सों द्वारा उच्च स्तरीय उपकरणों से चिकित्सीय सुविधायें उपलब्ध करायी जाती हैं। (जिला महिला/संयुक्त चिकित्सालयों में संचालित इकाईयों में वेंटीलेटर एवं शल्य चिकित्सा की सुविधा उपलब्ध नहीं होती 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
एस.एन.सी.यू. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

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
एस.एन.सी.यू. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर—

1—उद्देश्य—

- यह सुनिश्चित करना कि गम्भीर रूप से बीमार नवजात शिशुओं की एस0एन0सी0यू0 इकाई में भर्ती, इलाज एवं डिस्चार्ज प्रक्रिया फ़ैसिलिटी बेस्ड न्यूबॉर्न केयर (एफ0बी0एन0सी0) मानक के अनुसार हो रही है।

यह महत्वपूर्ण है कि :

- संक्रमण की रोक—थाम एवं वायोमेडिकल वेस्ट का प्रबन्धन मानक के अनुसार होना चाहिये।
- समस्त औषधि एवं क्रियाशील उपकरणों का स्टॉक आवश्यकता के अनुसार उपलब्ध होना चाहिये।

2—विशय क्षेत्र यह आलेख एस0एन0सी0यू0 में प्रत्येक स्तर पर नियुक्त सभी अधिकारी/कर्मचारी द्वारा की जाने वाली विभिन्न गतिविधियों को सम्मिलित करता है।

3—जिम्मेदारी—

एस0एन0सी0यू0 इकाई में कार्यरत समस्त अधिकारी/बालरोग विशेषज्ञ/स्टाफ नर्स/कर्मचारी की जिम्मेदारी है कि एस0ओ0पी0 का कार्यान्वयन सुनिश्चित किया जाये।

4—प्रक्रिया—

एस0एन0सी0यू0 इकाई में की जाने वाली विभिन्न गतिविधियों को इस भाग में सूचीबद्ध किया जा रहा है।

क्र0सं 0	गतिविधि	उत्तरदायित्व	सन्दर्भ
4.1	<u>ट्रायेजिंग—</u>		
	नवजात शिशुओं की स्थिति का आंकलन उनके आपातकालीन और तात्कालिक संकेतों के आधार पर किया जाना चाहिये। शिशु की स्थिति का प्रबन्धन मानकों के अनुसार किया जाना चाहिये।	स्टाफ नर्स	एस0एन0सी0यू0 ओ0पी0डी0 रजिस्टर
4.2	<u>भर्ती—</u>		
	एस0एन0सी0यू0 में आने वाले सभी गम्भीर (इनबोर्न एवं आउटबोर्न) नवजात शिशुओं को इकाई पर तैनात स्टाफ नर्स द्वारा प्राप्त किया जाना चाहिये। <u>इनबोर्न—</u> इसी चिकित्सालय में पैदा हुये शिशु। <u>आउटबोर्न—</u> अन्य किसी चिकित्सालय या घर में पैदा	स्टाफ नर्स	एस0एन0सी0यू0 भर्ती रजिस्टर

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
एस.एन.सी.यू. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

हुये शिशु जो गम्भीर रूप से बीमार हैं। नवजात शिशु के एस0एन0सी0यू0 इकाई में प्रवेश के मानदंड— - जन्म के समय शिशु का 1800 ग्रामसे कम या गर्भावस्था 34 सप्ताह से कम। - जन्म के समय शिशु का वजन ४ किलोग्राम से ज्यादा। - प्रसवकालीन स्वांस की दिक्कत। - श्वास न ले पाना या हांफना। - दूध न पी पाना। - श्वास लेने में परेशानी (स्वांस की दर 60/ मिनट से ज्यादा, घरघराहट, छाती धसना) - गंभीर पीलिया (जन्म के 24 घण्टे के अन्दर/हथेलियों और पंजों का पीला पड़ना/पीलिया दो सप्ताह से अधिक समय तक रहना। - शरीर का तापमान 35.4° से कम या शरीर का तापमान 37.5° से ज्यादा। - शिशु का नीला पड़ना। - शिशु का बेहोश होना, झटके आना या एन्सेफैलोपैथी होना। - पेट का फुला होना। - दस्त व पेशिश। - नाक, कान, मुँह, नाभी या शरीर के किसी अन्य भाग से रक्त स्राव। जन्म जात विक्रति।		
4.3 चिकित्सीय प्रबंधन	सभी नवजात शिशुओं का चिकित्सीय प्रबन्धन निम्नलिखित एफ0बी0एन0सी0 मानकों के अनुसार होना चाहिये। - हाइपोथर्मिया की ग्रेडिंग और प्रबंधन। - एक्सस्प्रेसन ऑफ़ मिल्क। - जन्म के समय कम वजन वाले नवजात शिशुओं की फीडिंग प्रोटोकॉल। - शिशुओं की आई0वी0 प्लूइड का प्रबन्धन। - हाइपोग्लाइसीमिया का प्रबंधन। - नवजात शिशुओं में पीलिया का असेसमेंट और प्रबंधन। - श्वास की समस्या का असेसमेंट और प्रबंधन। - नवजात सेप्सिस का असेसमेंट और प्रबंधन। - नवजात पुनर्जीवन एल्गोरिथ्म। - सामान्य दवाओं का उपयोग। - झटके आने पर नवजात शिशु का प्रबंधन। - हेमोडायनामिक अस्थिरता पर नवजात शिशु में	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
एस.एन.सी.यू. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	डोपामाइन का प्रबंधन। • नए जन्मे बच्चे के हावभाव का आकलन। करना – नए बैलार्ड स्कोरका उपयोग करना।		
	सभी नवजात शिशुओं के वाइटलस को मॉनिटरिंग सीट पर नियमानुसार अंकन करना चाहिये।	स्टाफ नर्स	एस0एन0सी0यू0 मॉनिटरिंग शीट
	सभी नवजात शिशुओं की स्थिति का आकलन समय-समय से करते रहना चाहिये।	बालरोग विशेषज्ञ	एस0एन0सी0यू0 केस शीट
	नवजात शिशुओं को दिए जाने वाले सभी उपचारों को केसशीट में लिखना चाहिये।	बालरोग विशेषज्ञ	एस0एन0सी0यू0 केस शीट
	सभी नवजात शिशुओं को थर्मो-न्यूट्रल वातावरण में प्रबंधित किया जाना चाहिये।	समस्त स्टाफ	
	नवजात शिशुओं पर की गई सभी प्रक्रियाओं का दस्तावेजीकरण किया जाना चाहिये।	बालरोग विशेषज्ञ एवं स्टाफ नर्स	एस0एन0सी0यू0 केस शीट
4.4	नैदानिक परीक्षण (डायग्नोस्टिक इन्वेस्टीगेशन) के प्रावधान और रिपोर्ट प्राप्त करने की प्रक्रिया		
	- यदि किसी नैदानिक परीक्षण की आवश्यकता है तो एस0एन0सी0यू0 में कार्यरत बालरोग विशेषज्ञ द्वारा लैब/एक्स-रे/यू0एस0जी0 फार्म पर परीक्षण निर्धारित करना चाहिये। - बीमार नवजात शिशुओं के प्रबंधन के लिए सभी आवश्यक जांचें 24X7 उपलब्ध होनी चाहिये जिनमें प्रमुख जाँचे हैं— सिरम बिलिरुबिन, प्लाज्मा ग्लूकोज, सिरम क्रिएटिनिन, सी बी सी, ब्लड प्लेटलेट, सी रिएक्टिव प्रोटीन, इलेक्ट्रोलाइट आदि। - बीमार नवजात शिशुओं के प्रबंधन के लिए ब्लड कल्चर की जाँच 24X7 उपलब्ध होनी चाहिये। - निर्धारित समय के भीतर प्रयोगशाला से रिपोर्ट प्राप्त हो जानी चाहिये।	बालरोग विशेषज्ञ	लैब/एक्स-रे/यू0एस0जी0 फार्म
4.5	इन्वेंटरी प्रबंधन और उपकरणों की वार्षिक रखरखाव		
	- सिस्टर इंचार्ज द्वारा आवश्यक उपकरणों, दवाओं और कन्ज्यूमेबल्स की इन्वेन्ट्री बनायी जानी चाहिये। - सिस्टर इंचार्ज द्वारा समय पर दवाओं और कन्ज्यूमेबल्स का इन्डेन्ट आवश्यकता अनुसार किया जाना चाहिये। - उपकरणों की कार्यक्षमता, दवाओं और कन्ज्यूमेबल्स की उपलब्धता सुनिश्चित और दैनिक आधार पर जाँच की जानी चाहिये। - किसी भी उपकरण के टूटने या आपूर्ति में कमी की सुविधा के लिए प्रशासन को सूचित किया जाना चाहिये और तत्काल सुधारात्मक कार्रवाई की जानी चाहिये।	स्टाफ नर्स इन्चार्ज	इन्वेन्ट्री एवं स्टाक रजिस्टर

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
एस.एन.सी.यू. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	नियमित रूप से उपकरण का कैलिब्रेशन किया जाना चाहिये।		
4.6	संक्रमण की रोकथाम के तरीके		
	संक्रमण को रोकने के लिए एस0एन0सी0यू0 में निम्नलिखित सुविधायें उपलब्ध होनी चाहिये— - अनाधिकृत व्यक्तियों का प्रवेश निषेध। 24X7 पानी की आपूर्ति। - हाथ धोने के लिए साबुन। - कोहनी या पैर संचालित नल। - हाउसकीपिंग और एसिपिसिस प्रोटोकॉल का पालन किया जाना चाहिये।	समस्त स्टाफ	
	एस0एन0सी0यू0 में अभिभावकों/आंगतुकों के प्रवेश हेतु दिशा निर्देश— - जूते, मोजे, ऊनी कपड़े, घड़ी चूड़ियाँ और अंगूठी नहीं पहनना चाहिये। - आस्तीन कोहनी तक रोल होनी चाहिये। - पैरो में शूकर होना चाहिये। - हाथ धोने के 6 चरणों का पालन करते हुए अगले 1 मिनट के लिए साबुन और पानी से हाथ धोने चाहिये। - विजिटर्स गाउन, टोपी और मास्क का उपयोग किया जाना चाहिये।	समस्त स्टाफ	
	आंगतुकों के सम्बन्ध में नीति— - एस0एन0सी0यू0 इकाई में केवल भर्ती शिशुओं के माता-पिता को प्रवेश की अनुमति दी जानी चाहिये। - भर्ती शिशुओं की माताओं के प्रवेश पर कोई भी प्रतिबंध नहीं होना चाहिये। - निम्नलिखित प्रस्थितियों में भर्ती शिशु के पिता को प्रवेश की अनुमति दी जानी चाहिये। - भर्ती के समय - शिशु के स्थिर होने के बाद - शिशु के अस्थिर होने - विजिटर्स हावर्स में - विशेषज्ञ की अनुमति पर - माता-पिता को उचित हाथ धोने की तकनीक के बारे में निर्देशित एवं पर्यवेक्षित किया जाना चाहिये। - संक्रमित व्यक्तियों को इकाई में आने की अनुमति नहीं दी जानी चाहिये।	समस्त स्टाफ	
4.7	संक्रमण की रोकथाम हेतु अन्य महात्वपूर्ण बिन्दु		
	संक्रमण की रोकथाम के लिए यूनिवर्सल प्रीकाशन का पालन किया जाना चाहिये।	समस्त स्टाफ	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरटिंग प्रोसीजर
एस.एन.सी.यू. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

- डब्ल्यू0एच0ओ0 द्वारा स्वीकृत "5 मोमेन्ट्स ऑफ हाईजिन" का कड़ाई से पालन होना चाहिये। - रक्त, शरीर के पदार्थ, उत्सर्जन और स्राव को संभालते समय व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरणों का उपयोग किया जाना चाहिये। - किसी भी शिशु पर इन्वेजिव प्रोसीजर करते समय स्टराइल ग्लब्स का इस्तेमाल करना चाहिये। - रोगी देखभाल उपकरण और गंदे लिनन की उपयुक्त हैंडलिंग होनी चाहिये। - Adverse Events की मानकानुसार रिपोर्टिंग होनी चाहिये। - स्पिल मैनेजमेन्ट प्रोटोकॉल का पालन किया जाना चाहिये। - बायोमेडिकल वेस्ट की उचित हैंडलिंग की जानी चाहिये। - नियमित रूप से एस0एन0सी0यू0 की संक्रमण की निगरानी की जानी चाहिये। - प्रत्येक बेड के लिए स्प्रिट/पोविडोन आयोडीन/क्लोरहेक्सिडिन का स्वाब कंटेनर, स्टेथेस्कोप, टेप माप, थर्मामीटर और हैण्डसेनाटाइजर होना चाहिये। - TPN के लिए उपयोग हेतु IV सेट एवं ट्यूबिंग को नियमित रूप से बदला जाना चाहिये। - बच्चे के बेड पर फाइलें, एक्स-रे, पेन आदि नहीं रखा जाना चाहिये। - प्रत्येक दिन ऑक्सीजन ह्यूमीडिफिकेशन के पानी एवं सक्शन बोतल के एण्टीसेप्टिक घोल को बदला जाना चाहिये।		
सफाई व्यवस्था— - एस0एन0सी0यू0 इकाई की फर्श को कम से कम दिन में तीन बार 5 प्रतिशत फिनाइल से साफ किया जाना चाहिये। - इकाई में केवल गीला पोछा ही लगाया जाना चाहिये। झाड़ू का प्रयोग वर्जित है। - एस0एन0सी0यू0 इकाई की दीवार को कम से कम दिन में तीन बार बेसिलोसिड से साफ किया जाना चाहिये। - सप्ताह में एक बार साबुन और पानी से ए0सी0 की सतह और फिल्टर धोए जाने चाहिये। - प्रत्येक दिन morning shift में सिंक को डिजिर्जेंट या साबुन से साफ किया जाना चाहिये।	सफाई कर्मी	

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
एस.एन.सी.यू. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.8	एस0एन0सी0यू0 परिवेष्टा हेतु अन्य महत्वपूर्ण बिन्दु		
	- एस0एन0सी0यू0 का तापमान 25 से 28 डिग्री से0 होना चाहिये। - एस0एन0सी0यू0 का वातावरण भान्त एवं साफ होना चाहिये। 24X7पानी और बिजली की आपूर्ति होनी चाहिये। - बिजली जाने पर पॉवर बैकअप की व्यवस्था होनी चाहिये।	बालरोग विशेषज्ञ एवं स्टाफ नर्स	
4.9	स्टेप डाउन		
	स्टेप डाउन के मापदंड - ऐसे शिशु जिनके श्वाससमस्या में सुधार हो रहा है और ऑक्सीजन की आवश्यकता नहीं है। - ऐसे स्थिर शिशु जिनका एंटीबायोटिक कोर्स पूरा किया जाना है। - ऐसे स्थिर शिशु जिनका वजन जन्म के समय 1800 ग्राम से कम था (पर्याप्त वजन बढ़ाने के लिए)। - ऐसे शिशु जो थर्मो-डायनामिक और हैमो-डायनामिक रूप से स्थिर हैं। - ऐसे शिशु जो फोटोथेरेपी पर हैं और स्थिर हैं।	बालरोग विशेषज्ञ एवं स्टाफ नर्स	एस0एन0सी0यू0 केस शीट
4.10	डिस्चार्ज		
	डिस्चार्ज पॉल्सी - प्रत्येक शिशु के परिवार का डिस्चार्ज कार्ड लेना चाहिये। - प्रत्येक शिशु के डिस्चार्ज के समय उसका वजन, सर का माप, लम्बाई आदि को डिस्चार्ज कार्ड पर लिखना चाहिये। - प्रत्येक माँ को उसके शिशु को दी जाने वाली दवाईयां, उनकी खुराक तथा देने के तरीकों को समझाया जाना चाहिये। - प्रत्येक माँ को उसके शिशु में होने वाले खतरो के लक्षण को समझाना चाहिये। - प्रत्येक शिशु को दिया गया उपचार एवं उसपर कि गयी सभी प्रक्रियों को डिस्चार्ज कार्ड में क्रोनोलाजी आर्डर में अंकित होना चाहिये। - शिशु के परिवार को आकस्मिक परिस्थितियों में परामर्श हेतु इकाई का फोन नं0 दिया जाना चाहिये	बालरोग विशेषज्ञ एवं स्टाफ नर्स	डिस्चार्ज कार्ड
	डिस्चार्ज के मापदण्ड- - रोग से सम्बंधित सभी एक्यूट समस्याएँ खत्म हो गयी हों। - बच्चे को स्तनपान या चम्मच से फीड कराने में कोई दिक्कत न आ रही हो। - ऐसे शिशु जिनका वजन लगातार 3 दिनों तक शिशु	बालरोग विशेषज्ञ एवं स्टाफ नर्स	डिस्चार्ज कार्ड

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
एस.एन.सी.यू. विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	में पर्याप्त वजन बढ़ रहा हो। • शिशु हीमोडायनामिक रूप से स्थिर है। • बेबी बिना रेडियंट वार्मर के तापमान को बनाए रखता है। • माँ बच्चे के प्रबंधन के लिए आश्वस्त है। • डिस्चार्ज के समय बच्चे का वजन १.५ किलोग्राम से अधिक हो।		
4.11	फॉलोअप		
	फॉलो अप पॉलिसी • डिस्चार्ज किये गये सभी शिशुओं का कम्युनिटी एवं फ़ैसीलिटीफालोअप सिड्यूल के अनुसार किया जाना चाहिये। • डिस्चार्ज के समय शिशु के माता-पिता को फालोअप हेतु तरीखों की सूची प्रदान की जानी चाहिये। • दूरभाष द्वारा समय-समय पर अभिभावकों को डिव फालोअप की सूचना दी जानी चाहिये। • फालोअप के पूर्ण होने पर उसकी सूचना एस०एन०सी०यू० ऑनलाईन पोर्टल पर अपडेट की जानी चाहिये।	डाटा इन्ट्री आपरेटर	फालोअप रजिस्टर एवं एस०एन०सी०यू० आनलाइन पोर्टल
4.12	रिकार्डिंग एवं रिपोर्टिंग		
	एस०एन०सी०यू० में आये सभी बीमार नवजात शिशुओं की जानकारी वहां पर उपस्थित ओ०पी०डी० रजिस्टर में दर्ज की जानी चाहिये	स्टाफ नर्स	एस०एन०सी०यू० ओ०पी०डी० रजिस्टर
	एस०एन०सी०यू० में भर्ती सभी बीमार नवजात शिशुओं की जानकारी वहां पर उपस्थित भर्ती रजिस्टर एवं केस शीट में दर्ज की जानी चाहिये	बालरोग विशेषज्ञ एवं स्टाफ नर्स	एस०एन०सी०यू० भर्ती रजिस्टर एवं केस शीट
	एस०एन०सी०यू० में भर्ती सभी बीमार नवजात शिशुओं को रजिस्ट्रेशन क्रमांक दिया जाना चाहिये	डाटा इन्ट्री आपरेटर	एस०एन०सी०यू० आनलाइन पोर्टल एवं केस शीट
	केस शीट में भरी गयी समस्त जानकारी को एस०एन०सी०यू० आनलाइन पोर्टल पर समय से अपडेट किया जाना चाहिये।	डाटा इन्ट्री आपरेटर	एस०एन०सी०यू० आनलाइन पोर्टल एवं केस शीट
4.13	रेफरल		
	निम्नलिखित बीमार नवजात शिशुओं को एम्बुलेन्स द्वारा उच्च केन्द्र पर रेफर किया जाना चाहिये। • गम्भीर रूप से बीमार नवजात शिशु जिनको वेंटीलेटर की आवश्यकता है। • गम्भीर रूप से बीमार नवजात शिशु जिनको शल्य चिकित्सा की आवश्यकता है।	बालरोग विशेषज्ञ एवं स्टाफ नर्स	रेफरल स्लीप
4.14	सुरक्षा व्यवस्था		
	इकाई में विधुत उपकरण स्विच बोर्ड, लटकी हुयी तारें तथा अस्थायी कन्केशन नहीं होने चाहिये।	बालरोग विशेषज्ञ एवं स्टाफ नर्स	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
एस.एन.सी.यू. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	• भूकंप की दृष्टि से यह सुनिश्चित किया जाता है कि फिक्स्चर और फर्नीचर सुरक्षित तरीके से रखे जाने चाहिये। • इकाई में सभी विद्युत स्थापनाओं की विद्युत अभियन्ता द्वारा समय-समय पर जांच की जानी चाहिये। • अर्थ पिट प्रणाली (अर्थली पिट सिस्टम) उपलब्ध की जानी चाहिये। • अर्थ रेजिस्टेंस को वर्ष में दो बार माप कर उसकी रिकार्डिंग बुक में अंकित की जानी चाहिये। • पावर बोर्ड फेज के अनुसार चिह्नित किये जाने चाहिये। • एसएनसीयू की फर्श एक समान एवं गैर फिसलन वाले होने चाहिये।		
4.15	प्रिवेन्टीव ब्रेक डाउन प्रबन्धन एवं इक्यूपमेंट कैलीब्रेशन		
	• इलेक्ट्रीक इक्यूपमेंट जैसे कि रेडियण्ट वार्मर, फोटोथेरेपी, इन्फ्यूजन पम्प, अक्सीजन सिलेण्डर आदि का नियमित प्रबन्धन किया जाना चाहिये। • स्टॉफ नर्स द्वारा अपने यूनिट कह उपकरणों की लॉगबुक एवं हीस्ट्री शीट समय-समय पर अपडेट की जानी चाहिये। • समय से उपकरणों की सी0एम0सी0-ए0एम0सी0 की जानी चाहिये। • इकाई में किसी भी उपकरण के टूटने अथवा ब्रेक डाउन होने की शिकायत को ब्रेक डाउन रजिस्टर में अंकित करने के पश्चात मेन्टीनेन्स विभाग को सूचित कर देना चाहिये।	बालरोग विशेषज्ञ एवं स्टाफ नर्स	उपकरणों की लॉगबुक, ब्रेक डाउन रजिस्टर

रिफरेन्स डाक्यूमेंट्स

- फैंसीलिटी बेस्ड न्यूबॉर्न केयर (एफ0बी0एन0सी0) ऑपरेशनल गाईड लाईन।
- मातृ और नवजात टूलकिट संदर्भ दस्तावेज।

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।



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

एन.आर.सी. विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश



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

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
एन.आर.सी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

पोषण पुर्नवास केन्द्र

1. एन.आर.सी. के बच्चों के लिए पौष्टिक आहार की उपलब्धता सुनिश्चित करना।
2. कर्मचारी/अधिकारियों की विनम्र एवं समानुभूतिपूर्ण व्यवहार सुनिश्चित कराना।
3. आई०पी० एवं बी०एम०डब्ल्यू० के अनुसार स्वच्छता एवं सफाई सुनिश्चित कराना।
4. निजी रक्षात्मक उपकरण का प्रयोग सुनिश्चित कराना।
- 5- एन०आर०सी० से कुपोषित बच्चों के मुक्ति (डिस्चार्ज) के पहले उचित जाँच करना।
- 6- बच्चों का मुक्ति (डिस्चार्ज) मानदंड को गम्भीरतापूर्वक अनुश्रवण 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 :	एन.आर.सी. विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
		एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

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 :	एन.आर.सी. विभाग	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
		एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर(एसओपीओ)-न्यूट्रीशनल रिहैबिलेशन सेंटर

- उद्देश्य**—इस कार्यक्रम का मुख्य उद्देश्य 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य एवं पौष्टिक आहार के द्वारा बच्चों का पौष्टिक आधार पर स्वास्थ्य में सुधार करना। कुपोषण के रोकथाम एवं उपचार हेतु घर पर, समुदाय में एवं चिकित्सालय में समयोचित कार्य में सहायता करना।
 - जटिल तीव्र कुपोषित बच्चों को चिकित्सालय प्रबंधन एवं मृत्यु दर कम करने की सुविधा प्रदान करना, विशेषकर चिकित्सकीय उलझन वाले बच्चों में।
 - जटिल तीव्र एवं कुपोषित बच्चों में भौतिक एवं मानसिक विकास को बढ़ावा देना।
 - नवजात शिशु एवं बच्चों को खिलाने एवं देखभाल के लिए माँ एवं देखभाल करने वालों के क्षमता का विकास करना।
 - जटिल तीव्र कुपोषित बच्चों का सामाजिक कारकों के योगदान का पहचान करना।
- क्षेत्र**—एनओआरसीओ माँ एवं बच्चों में कुपोषण के रोकथाम एवं उपचार की सुविधा उपलब्ध कराता है, परामर्श एनओआरसीओ का एक अभिन्न अंग है जिससे माँ एवं समाज में कुपोषण के रोकथाम के लिए जागरुकता उत्पन्न होती है।
- जिम्मेदारी**— भारत सरकार के नियमानुसार 10 शैयया युक्त एनओआरसीओ के लिए स्वीकृत कर्मचारी/अधिकारी

चिकित्साधिकारी	—	1
फीडिंग डेमोस्ट्रेटर	—	1
स्टाफ नर्स	—	4
रसोईया	—	1
केयर टेकर	—	1
सफाई कर्मी	—	1

 6 शैयया युक्त एनओआरसीओ के लिए 3 स्टाफ नर्स स्वीकृत है।

4- प्रक्रिया (प्रोसीजर):

क०सं०	गतिविधि (एक्टिविटी)	जिम्मेदारी (रिस्पॉसिबिलिटी)	सन्दर्भ दस्तावेज/अभिलेख (रेफरेन्स डाक्यूमेंट/रिकार्ड)
1.	भर्ती मानदंड (एडमिशन क्राइटेरिया) (6-59 माह)		
	- वजन/लम्बाई या <-3 जेड स्कोर (डब्ल्यूओएचओओ मानक) और/या - एमओयूओसीओ <11.5 सेओमीओ और/या दोनों पैरों में शोफ/सूजन एनओआरसीओ में उन बच्चों का भर्ती किया जाता है जिनमें निम्न चिकित्सीय जटिलता (कम्प्लीकेशन) पाया जाता है। कोई भी चिकित्सीय संकेत (साईन) मिलने पर :- ➤ सूजन/शोफ ➤ लगातार उल्टी ➤ बहुत कमजोर, उदास ➤ ज्वर [कांख (एक्जलरी) तापमान >38.5⁰ सी] ➤ श्वास गति तेज होना/छाती अन्दर की ओर धंसना/निलिमा (साईनोसिस) श्वास गति तेज होने के मानक 2 माह के बच्चों में -60 या अधिक/मिनट	1. चिकित्साधिकारी 2. फीडिंग डेमोस्ट्रेटर 3. स्टाफ नर्स	1. एनओआरसीओ अभिलेख (रजिस्टर) 2. एसओएओएमओ चार्ट
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 :	एन.आर.सी. विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)
---------------------	-----------------	-----------------------------	--

क्र०सं०	गतिविधि (एक्टिविटी)	जिम्मेदारी (रिस्पॉन्सिबिलिटी)	सन्दर्भ दस्तावेज/अभिलेख (रेफरेंस डाक्यूमेंट/रिकार्ड)
	2 माह से 1 वर्ष के बच्चों में -50 या अधिक/मिनट 1 वर्ष से 5 वर्ष के बच्चों में -40 या अधिक/मिनट ➤ व्यापक चर्म क्षति (स्कीन लीजन), आंख क्षति (आई लीजन), पोस्ट मीजल्स स्टेट ➤ दस्त के साथ निर्जलीकरण (इतिहास एवं नैदानिक संकेत के आधार पर) ➤ अत्यधिक रक्त की कमी ➤ अल्पतपावस्था (हाइपोथरमिया)-तापमान < 35⁰सी भर्ती मानदंड (एडमिशन काइटेरिया).....0 से 6 माह यदि नवजात शिशु की लम्बाई 45 से 0मी0 से अधिक है और उसमें निम्न विशेषतायें पायी जाती है तो उसे अत्यधिक तीव्र कुपोषित के रूप में उपचार दिया जाता है- • लम्बाई के लिए वजन < -3 एस0डी0 और/या • गम्भीर बर्बादी (वेसटेज) दिखाई पड़ना और/या • दोनो पैरों में सूजन जिन बच्चों में भर्ती के मानदंड (एम0यू0एस0सी0 < 11.5 से 0मी0, दोनो पैरों में सूजन, लम्बाई के लिए वजन < -3, एस0डी0 और भूख लगना) पाये जाते हैं उन्हें एन0आर0सी0 में भर्ती करके उनका उचित तरीके से देखभाल एवं उपचार दिया जाता है। संदर्भित बच्चों को ओ0पी0डी0/कैजुअलटी में परिक्षण किया जाता है। अत्यधिक चिकित्सीय गम्भीरता वाले बच्चों को पहले बाल रोग विभाग में भर्ती किया जाता है, स्थिति में स्थिरता या सुधार होने के बाद ही उसे एन0आर0सी0 में स्थानान्तरित किया जाता है। भर्ती के समय सभी बच्चों को अद्वितीय (यूनिक) पहचान नम्बर दिया जाता है ताकि सभी बच्चों का ईलाज उनके बिमारी के अनुसार करने में परेशानी न हो। एन0आर0सी0 में सभी बच्चों को कम से कम 14 दिनों तक अवश्य भर्ती किया जाता है।		
2.	मानवमिति मापन (एन्थ्रोपोमेट्री):		
	एम0यू0एस0सी0 का मापन:- ➤ पतलेपन की वैकल्पिक माप ➤ 6-59 महीने के बच्चों में प्रयोग किया जात हैं। ➤ बायें हाथ के उपरी हिस्से पर माप किया जाता है। ➤ संरक्षित मांस एवं वसा को दर्शाता है। ➤ उम्र से स्वतंत्र है। ➤ मृत्यु का अच्छा का पूर्वसूचक है। एम0यू0एस0सी0 किया संचालन:- ➤ बच्चे के हाथ को सीधा करके फीते को बीच में अच्छादित (लपेटा) किया जाता है। ➤ फीते का कसवा सही से हो- न तो फीी ज्यादा कसा हो और न ही ढीला हो। ➤ सही अवस्था एवं सही कसाव की स्थिति में नजदीकी 0.1 से 0मी0 मापन को पढा जाता है और अतिशीघ्र इसे अभिलिखित कर लिया जाता है। वजन मापने की किया का संचालन :- ➤ इलेक्ट्रानिक मापन को वरीयता दी जाती है। ➤ अंसशोधित भार मापन मशीन का प्रयोग किया जाता है। ➤ मापते समय हमेशा शून्य पर समायोजित किया जात है। ➤ बच्चों को कम से कम कपड़ों में वजन किया जाता	1. चिकित्साधिकारी 2. फीडिंग डेमान्सट्रेटर 3. स्टाफ नर्स	1. एन0आर0सी0 अभिलेख (रजिस्टर) 2. एस0ए0एम0 चार्ट

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
एन.आर.सी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

क्र०सं०	गतिविधि (एक्टिविटी)	जिम्मेदारी (रिस्पॉन्सिबिलिटी)	सन्दर्भ दस्तावेज/अभिलेख (रेफरेन्स डाक्यूमेंट/रिकार्ड)
	है। ➤ मापन पल्ला साफ—सुथरा रहना चाहिए। ➤ बच्चों को प्रतिदिन निर्धारित निश्चित समय पर वजन किया जाता है। ➤ नजदीकी ग्राम में वजन अभिलिखित किया जाता है। ➤ मशीन को नियमित मानकीकृत किया जाता है। ➤ मां को प्रतिदिन वजन चार्ट को तैयार करने के लिए परामर्श दिया जाता है। लम्बाई/ऊँचाई का मापन:- ➤ लम्बाई पटल का प्रयोग किया जाता है। ➤ इसे समतल सतह पर रखा जाता है। ➤ इसका प्रयोग 2 वर्ष से कम या 87 से०मी० से कम लम्बाई वाले बच्चों में किया जाता है। ➤ 2 वर्ष से अधिक या 87 से०मी० से अधिक वाले बच्चों का ऊँचाई का मापन किया जाता है। ➤ लम्बाई पटल को प्रतिदिन संक्रमण रहित किया जाता है। ➤ 0.1 से०मी० के नजदीकी मापन को अभिलिखित किया जाता है।		
	प्रारम्भिक आकलन (इनिशियल अससेमेंट):- • बीमारी के पहले का भोजन/द्रव पदार्थ और आहार, रसायन/भूख में कमी • दस्त की अवधि,बारंबारता/उल्टी,दस्त के प्रकार • ज्वर,संक्रमण के विभिन्न लक्षण • जीर्ण खांसी-टी०बी० से संबंध • एच०आई०वी० एवं मीजल्स का इतिहास • बच्चे का विभिन्न मापन • दस्त के लक्षण • आघात (शाक)के चिन्ह (हाथ पैर का टण्डा होना, लम्बे समय तक सी०आर०टी०,सुस्तपन) • व्यवहार/सचेत अवस्था में परिवर्तन • अत्यधिक पीलापन • ज्वर (कम/अधिक) • मुखव्रण (माउथ अल्सर),चर्म रोग • विटामिन ए की कमी • एच०आई०वी० के चिन्ह/लक्षण	1. चिकित्साधिकारी 2. फीडिंग डेमोसट्रेटर 3. स्टाफ नर्स	1. एन०आर०सी० अभिलेख (रजिस्टर) 2. एस०ए०एम० चार्ट
	जटिल स्थिति (कोनिक स्टेज) का प्रबंधन:- • कम शुगर,कम तापमान एवं दस्त का उपचार/रोकथाम • असंतुलित विद्युत अपघटय (इलेक्ट्रोलाइट इम्बैलेंस) को सही करना • संक्रमण का उपचार	1. चिकित्साधिकारी 2. स्टाफ नर्स	1. एन०आर०सी० अभिलेख (रजिस्टर) 2. एस०ए०एम० चार्ट
	भूख की जांच (एपेटाईट टेस्ट) :- ➤ 7-12 माह (भूख की जांच के लिए फीड 100 का प्रयोग किया जाता है) ➤ 13-59 माह (भूख की जांच के लिए उपचारात्मक फीड का प्रयोग किया जाता है)		
	उपचारात्मक(थिरैपेटिक) फीड की तैयारी:- 1. भुना हुआ मूंगफली 1000 ग्राम 2. दूध का चूर्ण 1200 ग्राम	1. फीडिंग डेमोसट्रेटर 2. स्टाफ नर्स	1. एन०आर०सी० अभिलेख (रजिस्टर) 2. एस०ए०एम० चार्ट
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 :	एन.आर.सी. विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
		एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

क0सं0	गतिविधि (एकटीविटी)	जिम्मेदारी (रिस्पांसबिलिटी)	सन्दर्भ दस्तावेज / अभिलेख (रेफरेन्स डाक्यूमेंट / रिकार्ड)								
	3. चीनी 1120 ग्राम 4. नारियल तैल 600 ग्राम तरीका 1. भूने हुये मूंगफली को अच्छी तरह मिक्सर में पीस लिया जाता है 2. चीनी को भूने हुये मूंगफली के साथ या अलग से पीस लिया जाता है। 3. मूंगफली,चीनी,दूध का चूर्ण और नारियल तेल को मिला लिया जाता हैं। 4. हवा बन्द बर्तन में मिश्रण को संग्रहित कर लिया जाता है। 5. एक सप्ताह के लिए जितनी मात्रा का प्रयोग होता है उतना ही बनाया जाता है ताकि खाने की गुणवत्ता बनी रहे और इसे फ्रीज में रखा जाता है।										
	भूख की जांच (एपेटाईट टेस्ट) :-										
	भूख की जांच पास करने के लिए बच्चों को दिये हुए उपचारात्मक फीड का कम से कम 80 प्रतिशत प्रयोग करना पड़ता है। <table><tr><td>शारीरिक वजन</td><td>उपचारात्मक फीड का वजन ग्राम में (टी0एम0)</td></tr><tr><td>< 4 के0जी0</td><td>15 ग्राम</td></tr><tr><td>4-7 के0जी0</td><td>25 ग्राम</td></tr><tr><td>7-10 के0जी0</td><td>33 ग्राम</td></tr></table>	शारीरिक वजन	उपचारात्मक फीड का वजन ग्राम में (टी0एम0)	< 4 के0जी0	15 ग्राम	4-7 के0जी0	25 ग्राम	7-10 के0जी0	33 ग्राम		
शारीरिक वजन	उपचारात्मक फीड का वजन ग्राम में (टी0एम0)										
< 4 के0जी0	15 ग्राम										
4-7 के0जी0	25 ग्राम										
7-10 के0जी0	33 ग्राम										
3.	भोजन आदर्श पत्र (फीडिंग प्रोटोकाल्स)										
	भोजन अवस्था: संतुलित अवस्था: एफ 75 (100 एम0एल0 में 75 किलों कैलोरी) परिवर्तन अवस्था: एफ 100 (100 एम0एल0 में 100 किलों कैलोरी) पुर्नवासन अवस्था: एफ 100 + घर का बना हुआ भोजन संतुलित अवस्था:- ऐसे मरीज जिसे भूख लगता हो और/या उसे किसी प्रकार का चिकित्सीय जटिलता न हो। परिवर्तन अवस्था:- शारीरिक कार्य ठीक होने से पहले यदि भोजन का मात्रा अचानक बढ़ा दिया जाता है तो यह खतरनाक हो सकता है और मरीज में असंतुलित विद्युतीय अपघटन भी हो सकता है। पुर्नवासन अवस्था:- ऐसे मरीज जिसको अच्छा भूख लगता है एवं कोई बड़ी चिकित्सीय जटिलता न हो उसे सीधे पुर्नवासन अवस्था में भर्ती किया जाता है।	फीडिंग डेमोसट्रेटर	1. एन0आर0सी0 अभिलेख (रजिस्टर) 2. एस0ए0एम0 चार्ट								
4.	प्रयोगशाला जांच:- ➤ खून की शर्करा ➤ हिमोग्लोबीन या पैक्ड सेल वैलूम ➤ सिरम विद्युत अपघटन उदाहरण-सोडियम,पोटेशियम और कैल्सियम जरुरत पड़ने पर संकमण के लिए जांच:- ➤ टी0एल0सी0,डी0एल0सी0,ब्लड कल्चर ➤ पेशाब की नियमित जांच ➤ छाती का एक्स-रे ➤ मांटूक्स टेस्ट	1. चिकित्साधिकारी 2. स्टाफ नर्स	1. एन0आर0सी0 अभिलेख (रजिस्टर) 2. एस0ए0एम0 चार्ट								
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 :	एन.आर.सी. विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
		एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

क्र०सं०	गतिविधि (एक्टिविटी)	जिम्मेदारी (रिस्पॉसबिलिटी)	सन्दर्भ दस्तावेज/अभिलेख (रेफरेंस डाक्यूमेंट/रिकार्ड)
	➤ परामर्श के बाद एचआईवी की जांच (इतिहास एवं लक्षण के आधार पर सिर्फ संदेहात्मक मरीजों का) मरीजों के भौगोलिक दशा या नैदानिक प्रदर्शन के आधार पर जांच उदा०-सीलियक, मलेरिया आदि		
	जरूरी दवाईया एवं सूक्ष्म पोषक तत्व:-		
	1. आयर्न फोलिक एसिड 2. पोटेशियम क्लोराइड 3. मैग्नीशियम सल्फेट 4. जिंक सल्फेट 5. फोलिक एसिड 6. विटामिन ए 7. एल्बेडाजोल 8. मल्टीविटामिन 9. एन्टीबायोटिक		1. एन०आर०सी० अभिलेख (रजिस्टर) 2. एस०ए०एम० चार्ट
5.	परामर्श(काउंसलिंग):-		
	परामर्श एन०आर०सी० का एक अभिन्न कार्य है जिसमें मां को प्रतिदिन चिकित्सीय परामर्श दिया जाता है जिसमें मां जागरूक होती है ताकि उनका बच्चा आगे बीमार न पड़े। परामर्श में निम्न के लिए जागरूक किया जाता है- • पोषण • नवजात शिशु एवं बच्चों के भोजन • स्वच्छता एवं सफाई • परिवार नियोजन • टीकाकरण • आई०सी०डी०एस० सेवायें • स्वास्थ्य विभाग से दी जाने वाली सुविधायें	1. चिकित्साधिकारी 2. स्टाफ नर्स	एस०ए०एम० चार्ट
	मुक्ति मानदंड (डिस्चार्ज क्राइटेरिया):-		
	सभी प्रकार के नवजात शिशु एवं बच्चों के वजन में 15 प्रतिशत की वृद्धि (15 प्रतिशत भर्ती के वजन में वृद्धि) एवं किसी प्रकार के बीमारी का लक्षण न होना।	1. चिकित्साधिकारी 2. फीडिंग डेमोसट्रेटर 3. स्टाफ नर्स	1. एन०आर०सी० अभिलेख (रजिस्टर) 2. एस०ए०एम० चार्ट 3. मुक्ति कार्ड
	पोषण पुर्नवास केन्द्र से बच्चों की मुक्ति :- • शोफ/सूजन का समाप्त होना • बच्चे के वजन में 15 प्रतिशत से अधिक की वृद्धि और लगातार 3 दिनों में संतोषजनक वजन में वृद्धि (>5 ग्राम/कि०/दिन) • बच्चे मां द्वारा बनाये पौष्टिक भोजन का संतुलित मात्रा में ही सेवन करें। • सभी संक्रमण एवं अन्य चिकित्सीय जटिलता पूरी तरह सही हो चुका हो। • बच्चों को सूक्ष्म पोषक तत्व दिया जाय। • टीकाकरण की अवस्था सही हो। मां/देखभाल करने वालों के लिए :- • इन्हें अच्छा भोजन बनाने एवं सही तरीके से खिलाने का प्रशिक्षण दिया जाता है। • इन्हें चिकित्सक द्वारा लिखे दवाईयां, विटामिन, फोलिक		

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 :	एन.आर.सी. विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर	एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)
---------------------	-----------------	-----------------------------	---

क्र०सं०	गतिविधि (एक्टिविटी)	जिम्मेदारी (रिस्पांसिबिलिटी)	सन्दर्भ दस्तावेज/अभिलेख (रेफरेन्स डाक्यूमेंट/रिकार्ड)
	एसिड और आयरन घर पर सही तरीके से देने का प्रशिक्षण दिया जाता है। - इन्हे घर पर अच्छे खिलौना बनाने एवं खिलौने को संक्रमण रहित करने का प्रशिक्षण दिया जाता है ताकि बच्चों को खिलौने से किसी प्रकार का संक्रमण न हो। - इन्हे दस्त, ज्वर एवं तीव्र श्वास संक्रमण का ईलाज घर पर करने का प्रशिक्षण दिया जाता है और सामान्य बिमारियों को पहचानने का भी प्रशिक्षण दिया जाता है। - इनसे घर पर दिये जाने वाले भोजन, उपचार आदि के विषय में चर्चा किया जाता है एवं समझाया जाता है।		
	पुनः देखभाल (फालोअप):- इस कार्यक्रम के अन्तर्गत बच्चों को पुनः देखभाल हेतु 15 दिन के अन्तराल पर 4 बार फॉलोअप हेतु बुलाया जाता है।		1. एनओआरओसीओ अभिलेख (रजिस्टर) 2. एसओएमओ चार्ट 3. फालोअप कार्ड
	नकद फायदा (कैश बेनीफिट):-		
	- मां को एनओआरओसीओ में रुकने के लिए रुपया 100 प्रतिदिन के दर से भुगतान किया जाता है। - आशा/आंगनवाडी को प्रत्येक बच्चों को भर्ती कराने के लिए रुपया 150 का भुगतान किया जाता है। - प्रत्येक फालोअप के लिए मां को रु० 100 एवं बच्चे के खाने के लिए रु० 40 का भुगतान किया जाता है।	1. फीडिंग डेमोस्ट्रेटर 2. चिकित्सालय लेखाकार/लिपिक	1. वेज कम्पनशेसन रजिस्टर 2. लेखाकार सभी अभिलेखों का देखभाल करते हैं

6-

7- अभिलेख(रिकार्ड):

क्र०सं०	अभिलेख का नाम	अभिलेख नम्बर	न्यूनतम धारण समय (मिनिमम रिटेंशन पीरियड)
1.	एनओआरओसीओ अभिलेख		
2.	एसओएमओ चार्ट		
3.	मुक्ति कार्ड (डिस्चार्ज टिकट)		
4.	पुनः परीक्षण कार्ड (फालोअप कार्ड)		
5.	मासिक विवरण (रिपोर्ट)		
6.	त्रैमासिक विवरण (रिपोर्ट)		

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
एन.आर.सी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

प्रगति क्षमता मानदंड (प्रोसेस इफीसीयेंसी क्राइटेरिया):-

क्र०सं०	गतिविधि (एक्टिविटी)	प्रगति क्षमता मानदंड	न्यूनतम मानदण्ड/लक्ष्य
1	प्रयोग	विस्तर अधिकार दर बेड (अक्यूपेंसी रेट)	>75%
2	मरीज देखभाल (पेशेंट केयर)	ठीक होने का दर (क्यूरे रेट)	>75%
3	मरीज देखभाल (पेशेंट केयर)	चूककर्ता (डिफाल्टर)	<15%
4	मरीज देखभाल (पेशेंट केयर)	संदर्भित (रेफरल)	
5	मरीज देखभाल (पेशेंट केयर)	मृत्यु	<10%
6	मरीज देखभाल (पेशेंट केयर)	ठहरने का औसत दिन (एवरेज लेन्थ आफ स्टे)	2-4 सप्ताह
7	मरीज देखभाल (पेशेंट केयर)	औसत वजन वृद्धि (एवरेज वेट गेन)	>8ग्राम/किग्रा/दिन

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
एन.आर.सी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

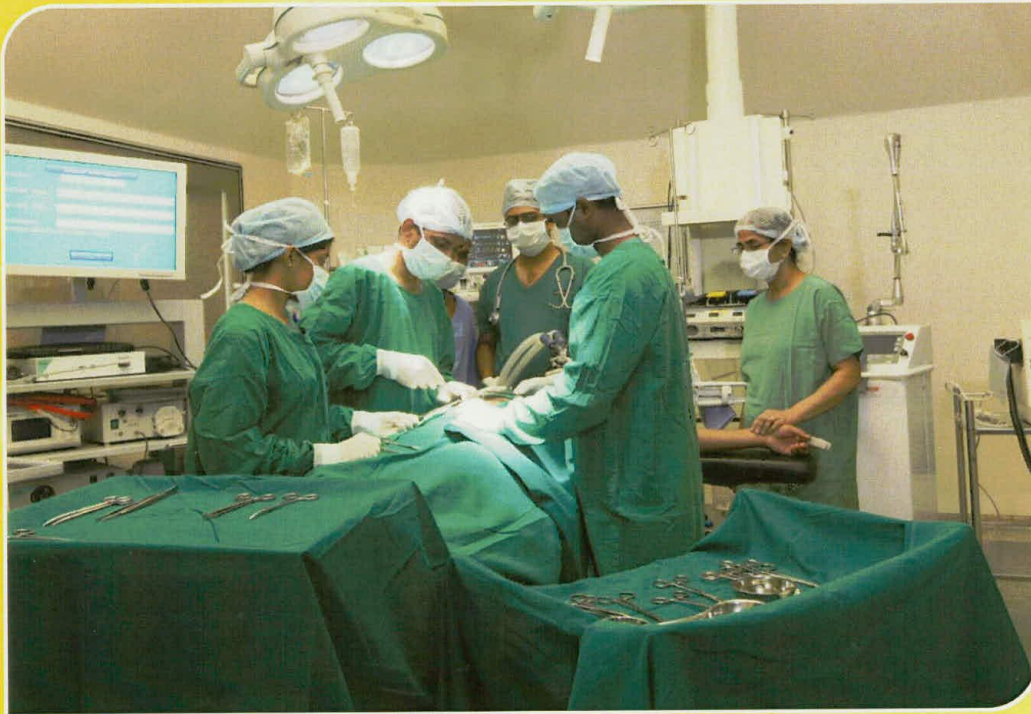
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

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



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

ऑपरेशन थियेटर



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

उद्देश्य

- पूरे वर्ष में पूर्व नियोजित और आपातकालीन आपरेशन हेतु कुशल एवं एफीशियन्ट एनेस्थीसिया उपलब्ध कराना।
- सभी डॉक्टरों, ओटी नर्स और ओटी सिस्टर का प्रशिक्षण।
- सुरक्षित और प्रभावी स्ट्ररीलाइजेशन और फॉगिंग प्रक्रिया (H_2O_2 का उपयोग करके)
- सर्जनों और सर्जिकल टीम के बीच समन्वय में सुधार
- ओटी में उपलब्ध स्टॉक पर नियंत्रण रखना, विभिन्न लोगों को काम सौंपकर और उन्हें नियमित अंतराल में सत्यापित करना।
- ऑपरेशन थियेटर में की गई सर्जरी का मानकीकरण, सर्जरी कोड के साथ विशेषतावार।
- इम्प्लांट प्रोक्योरमेंट, बिलिंग और उपभोग्य सामग्रियों से संबंधित विभिन्न प्रक्रियाओं को व्यवस्थित 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 प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

उद्देश्य:

इस लक्ष्य हेतु ऑपरेशन थियेटर के कामकाज से संबंधित प्रक्रियाओं के लिए दिशानिर्देश/निर्देश निम्नलिखित हैं जिससे लक्ष्य को प्राप्त किया जा सके :

- मरीजों की आवश्यकताएं और अपेक्षाएं की पूर्ति सुनिश्चित करना।
- रोगी की संतुष्टि को निरंतर आधार पर बढ़ाया जाना है।
- फीडबैक लूप की स्थापना जिससे निरंतर सुधार किया जा सके।

स्कोप:

यह रोगी और ऑपरेशन थियेटर से सम्बन्धित समस्त प्रक्रियाओं को कवर करता है।

दायित्व:

ऑपरेशन थियेटर प्रभारी :

- मामलों की प्राथमिकताओं और गंभीरता के अनुसार सर्जरी की अनुसूची को निर्धारित करना।
- संक्रमण नियंत्रण और स्वच्छता प्रक्रियाओं में उल्लिखित ओटी और पर्यावरण स्वच्छता प्रथाओं के रखरखाव को सुनिश्चित करना।
- ओटी प्रोटोकॉल और प्रक्रियाओं को तैयार करना।
- उपर्युक्त मुद्दों की नियमित निगरानी के लिए ओटी के नर्स प्रभारी का सहयोग करना।

ओटी नर्स/सहायक:

- अगले दिन के लिए एचओडी के परामर्श से नियोजित सर्जरी की अंतिम सूची तैयार करना।
- यह सुनिश्चित करना कि सभी उपकरण/लिनन ऑटोक्लेव्ड/स्ट्रलाइज्ड हैं।
- चेकलिस्ट की सहायता से उपकरणों की नियमित जाँच करना और सही कार्यप्रणाली को जाँचना।
- यह सुनिश्चित करने के लिए कि संक्रमित केसेज को ओटी में सर्जरी के लिए सर्जरी-सूची में अंत में लिया जाये।
- यह सुनिश्चित करना कि ओटी फ्यूमीकेटेड है और जब संक्रमित मरीजों का आपरेशन हो उसके बाद उपकरणों को कीटाणुरहित साफ किया जाये।

स्टाफ नर्स:

- रोगी को रिसीव करने और हैण्ड ओवर करने के समय यह सुनिश्चित करना कि केस फाइल व डायग्नोस्टिक रिपोर्ट संबंधित डॉक्टर द्वारा विधिवत भरी और हस्ताक्षरित हो।
- मरीज को सहमति फार्म-पूरे हस्ताक्षर समय और दिनांक लिखने में सहयोग करना।
- ऑपरेशन के लिए मरीज को तैयार करना (साइट शेविंग, एंटीसेप्टिक एप्लिकेशन और साइट की ड्रैपिंग सुनिश्चित करना)।
- ओटी टेबल को विशिष्ट ऑपरेशन या IUCD लगाने के लिए आवश्यक उपकरणों/लिनन/औजारों को तैयार करना।
- ऑपरेशन/IUCD लगाने की पूरी प्रक्रिया के दौरान स्त्री रोग विशेषज्ञ/सर्जन की सहायता करना।
- ऑपरेशन शुरू होने से पहले और पूरी तरह से रक्त से मेल खाने वाली क्रॉस मैचड रक्त की उपलब्धता सुनिश्चित कराना एवं इसे पंजिका में दर्ज 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 प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.व्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

सफाई कर्मी :

- संक्रमण नियंत्रण कार्यक्रम के अनुसार प्रदान किये गये शेष विवरण के अनुसार विशिष्टताओं के अनुसार ओटी, माइनर ओटी, रिकवरी रूम और संबंधित क्षेत्र को साफ-सुथरा रखना।
- बायोमेडिकल कचरे को इकट्ठा करना और और इसे बायोमेडिकल वेस्ट कलेक्शन कर्मियों को सौंपना।
- ओ.टी. इन्चार्ज और स्टाफ नर्स को पोस्टपार्टम यूनिट के साथ-साथ ओ.टी. तथा माइनर ओ.टी में फ्यूमीगेशन/स्ट्रलाइजेशन/आटोक्लेविंग करने में सहायता करना।

मानक प्रक्रिया: सी0एस0एस0डी0/ओ0टी0 के लिए एस0ओ0पी0

क्र.सं.	गतिविधि	परिणाम मान्यता	दस्तावेज / रिकॉर्ड
सर्जरी की अनुसूची			
1.1	सर्जन ओटी बुकिंग के लिए ओटी नर्स को ओटी कॉल पंजिका के माध्यम से सूचित करता है। इस पंजी में सर्जरी की तारीख और प्रकार शामिल हैं।		ओटी कॉल पंजिका
1.2	ओटी नर्स ओटी बुकिंग पंजिका में अनुरोध दर्ज करती है। सर्जरी अनुसूची में अनुपलब्धता होने पर ओटी नर्स संबंधित सर्जन को सूचित करती है।		ओटी बुकिंग पंजिका
1.3	वह ओटी इन्चार्ज और एनेस्थेतिस्ट को ओटी बुकिंग का विवरण देती है।		
1.4	ओटी नर्स सर्जरी से एक दिन पहले दिन में 3:00 बजे ओटी सूची को अंतिम रूप देती और उसी को ओटी प्रभारी द्वारा अनुमोदित किया जाता है और थिएटर के नोटिस बोर्ड पर प्रदर्शित किया जाता है।		संचालन सूची
1.5	ऑपरेशन थिएटर के ओटी प्रभारी द्वारा आपातकालीन मामलों को ओटी में प्राथमिकता दी जाती है। इसके लिए आवश्यकता हो सकती है नियोजित सर्जरी का पुनर्निर्धारण करना पड़े जो संबंधित अधिकारियों को सूचित किया जाता है।		
सर्जरी की तैयारी			
2.1	सर्जरी से पहले की रात में स्टरलाइज्ड उपकरण और लिनन टी.एस.एस.यू. से सम्बन्धित ओटी में व्यवस्थित एवं एकत्र किए जाते हैं।	रात ओटी नर्स	
2.2	सभी ओटी की सर्जरी के लिए तत्परता की जाँच की जाती है।	मुख्य ओटी नर्स	
2.3	➤ एनेस्थीसिया ट्राली की जाँच की जाती है और ड्रग्स की भी जाँच की जाती है। ➤ एनेस्थीसिया मशीन/बॉयल्स उपकरण, वेंटिलेटर, केंद्रीय गैस की आपूर्ति और सिलेंडर की जाँच की जाती है ➤ सर्जरी के लिए आवश्यक सभी सूचीबद्ध टांके	ओटी नर्स / बेहोशी रेजीडेंट ओटी नर्स / ओटी नर्स	

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	
ओटी विभाग		एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)	
	ओटी फार्मसी से लिये जाते हैं। ➤ सूची दिनांक, रोगी आईडी, सर्जरी प्रकार, और हस्ताक्षर के साथ पंजिका में दर्ज की जाती है। ➤ अप्रयुक्त टांके ओटी फार्मसी में लौटाये जाते हैं और, फार्मसी पंजिका से रद्द किये जाते हैं।		
2.4	➤ सर्जरी के लिए आवश्यक दवाओं को ओटी नर्स के द्वारा सूचीबद्ध किया जाता है ➤ ओटी फार्मसी पंजिका में दिनांक, रोगी आईडी, सर्जरी के प्रकार और हस्ताक्षर की प्रविष्टि की जाती है। ➤ अप्रयुक्त दवाओं को ओटी फार्मसी में वापस कर दिया जाता है, फार्मसी पंजिका से रद्द कर दिया जाता है।	ओटी नर्स	
प्री-ऑपरेटिव एस्थेसिक चेक			
3.1	सर्जरी से एक दिन पहले सर्जरी के लिए भर्ती सभी केसेज के लिए एनेस्थेसिस्ट द्वारा मरीज का प्री-ऑपरेटिव मूल्यांकन किया जाता है। यदि मरीज को सर्जरी के लिए फिट नहीं माना जाता है, तो सर्जन और नर्सिंग प्रभारी, ओटी को वार्ड नर्सों के माध्यम से सूचित किया जाता है। आपातकालीन स्थिति में आपातकालीन स्थिति में प्री एनेस्थीसिया जाँच आपातकालीन/ओटी WHO सुरक्षित सर्जिकल चेकलिस्ट का उपयोग करते हुये की जाती है।	एनेस्थेसिस्ट	पीएसी फार्म
3.2	ओटी में रोगी को रिसीव करने के बाद, एनेस्थेसिस्ट रोगी के साथ दी गयी केससीट में दर्ज विवरण से रोगी की पहचान की पुष्टि करता है ओटी नर्स रोगी के वाइटल्स का त्वरित मूल्यांकन करती है और केस शीट में इसे दर्ज करती है।	एनेस्थेसिस्ट	केस शीट
3.3	डब्ल्यू0एच0ओ0 सुरक्षित सर्जिकल चेकलिस्ट का उपयोग किया जाता है (अनुबंध 1)		
3.4	रोगी स्टराइल क्षेत्र की ट्रॉली पर ओटी में शिफ्ट किया जाता है।	ओटी नर्स	
3.5	रोगी को टेबल पर शिफ्ट किया जाता है और मॉनिटर्स से जोड़ा जाता है।	ओटी नर्स	
प्री-ऑपरेटिव प्रक्रिया			
4.1	सर्जन वार्ड नर्स को पूर्व-लिखित निर्देश देता है जैसे निल-ओरली, एनीमा आदि। वार्ड नर्स निर्देशों का पालन करती है।	सर्जन / वार्ड स्टाफ नर्स	
4.2	सर्जरी के लिए लिखित सहमति रोगी/ रोगी के रिश्तेदार से ली जाती है	वार्ड स्टाफ नर्स	सहमति पत्र
4.3	वार्ड नर्स को मरीज के शिफ्ट होने से 15 मिनट पहले शिफ्टिंग की जानकारी दी जाती है कि रोगी वार्ड में शिफ्ट होने वाला है।	ओ.टी. ओ.पी. नर्स (ऑन ड्यूटी)/ ओ.टी. परिचारक	

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 :		स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर	
ओटी विभाग		एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)	
4.4	वार्ड/एच.डी.यू./आई.सी.यू. से गंभीर रूप से बीमार रोगियों की शिफ्टिंग पुनर्जीवन उपकरण और दवाओं के साथ की जाती है।		
4.5	रोगी की तैयारी (एनीमा, स्नान, पोशाक एवं बालों की ट्रिमिंग) की जाती है। मरीज का कीमती सामान आभूषण आदि को रोगी के रिश्तेदार को सौंप दिया जाता है।	ओटी स्टाफ नर्स	
सर्जरी के दौरान प्रक्रिया जाँच में			
5.1	सभी उपकरण और सर्जरी के लिए सहायक नर्सों को तैयार रहना होता है।	ओटी स्टाफ नर्स	
5.2	डब्ल्यू.एच.ओ. सुरक्षित सर्जिकल सेपटी चेकलिस्ट का उपयोग किया जाता है। (अनुबंध 2)		
5.3	स्क्रब नर्स ऑपरेटिंग टेबल पर ठीक ऑपरेशन से पहले सभी उपकरणों एवं हिमोस्टेट क्लैम्प की जाँच करती है।	स्क्रब नर्स	
5.4	रोगी को बेहोशी करते समय डब्ल्यू.एच.ओ. सुरक्षित सेपटी चेकलिस्ट का उपयोग किया जाता है (अनुबंध 1)	एनेस्थेटिस्ट	
5.5	रोगी का सर्जिकल क्षेत्र साफ करके ड्रेप किया जाता है पेन्टिंग की जाती है केन्द्र से परिधि तक और सर्जरी की जाती है।	सर्जन / एमओसी प्रशिक्षित सर्जन	
5.6	रक्त और रक्त उत्पादों की आवश्यकता पड़ने पर मांग पर्ची (Requisition slip) भर कर ब्लड बैंक भेजी जाती है।	बेहोशी सलाहकार / ओटी नर्स	
5.7	रोगी महत्वपूर्ण मापदंडों, तरल पदार्थ का इनपुट और आउटपुट एनेस्थेटिक गैस एवं दवा का सेवन इत्यादि की निगरानी एवं उचित रिकॉर्ड बनाए जाते हैं।	सलाहकार एनेस्थेटिस्ट	
5.8	स्क्रब नर्स ओ.टी. टेबल पर स्पंज की संख्या को नियंत्रित करती हैं। नर्स सर्जिकल चीरे के प्रारंभ और समापन पर स्पंज/स्वैब की गिनती करती है और खुद को संतुष्ट करती है कि ये सही हैं और सर्जन को सूचित करती हैं।	तदनुसार सर्जन। स्क्रब नर्स	
5.9	सर्जन स्वयं सत्यापित करता है कि सभी स्पंज/स्वैब की गिनती हो चुकी है। सर्जिकल चीरे के बंद होने से पहले भी गिना जाता है। स्क्रब की संख्या में किसी भी विसंगति के मामले में, सर्जन रोगी की केस शीट पर इस तथ्य को दर्ज करता है और एसआईसी/सीएमएस को सूचित करता है।	शल्य चिकित्सक	केस शीट
5.10	सर्जन स्क्रब नर्स को उसकी सुविधा के लिए ऑपरेशन फील्ड में स्वैब के स्थान के बारे में सूचित करता है जिससे गिनती में आसानी हो सके। पहली गिनती के बाद, स्क्रब नर्स और सर्जन ध्यान से स्वैब की संख्या को जाँचते हैं कि कितने स्वैब अभी प्रयोग में हैं। चीरा बंद होने से पहले पुनः एक अंतिम गणना की जाती है।	सर्जन/स्क्रब नर्स	

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	
ओटी विभाग		एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)	
	-		
5.11	सर्जन की देखरेख में स्क्रब नर्स सर्जिकल चीरा के बंद होने से पहले फिर से उपकरणों और हिमोस्टैट क्लैम्प की गणना करती हैं।	स्क्रब नर्स	
5.12	स्क्रब नर्स ऑपरेशन शुरू होने से पहले मेज पर सभी सुइयों की गिनती करती है। नियमानुसार, स्क्रब नर्स दूसरी सुई तब तक नहीं देती है जब तक कि सर्जन द्वारा उसे पहली सुई वापस नहीं कर दी जाती है। एक से अधिक सुई एक साथ उपयोग होने की स्थिति में, स्क्रब नर्स यह ध्यान रखती है कि सभी सुई उसके पास लौट आए। स्क्रब नर्स सर्जिकल चीरा के बंद होने से पहले सुइयों की गिनती करता है। किसी भी विसंगति की स्थिति में, सर्जन को तुरंत सूचित करती है।	स्क्रब नर्स	
रोगी की देखभाल के बाद की देखभाल			
6.1	ऑपरेशन के बाद मरीज को रिकवरी कक्ष में शिफ्ट कर दिया जाता है। कक्ष या पोस्ट-ऑपरेटिव वार्ड में सम्बन्धित विशेषज्ञ द्वारा पर्यवेक्षण किया जाता है।	वार्ड की नर्स	
6.2	मरीज को ओटी कॉम्प्लेक्स से शिफ्ट करने से पहले सर्जन द्वारा एक प्रोविजनल सर्जरी नोट लिखा जाता है जिस पर सर्जन हस्ताक्षर भी करता है।	शल्य चिकित्सक	सर्जरी नोट
6.3	सर्जन द्वारा केस शीट में विस्तृत ऑपरेशन नोट और पोस्ट-ऑपरेटिव निर्देशों का दस्तावेजीकरण किया जाता है।	शल्य चिकित्सक	केस शीट
6.4	सर्जन द्वारा केस शीट में विस्तृत ऑपरेशन नोट और पोस्ट ऑपरेटिव निर्देश सूची संलग्न की जाती है एवं हस्ताक्षर किये जाते हैं।	शल्य चिकित्सक	
6.5	सर्जरी के दौरान एनेस्थेसिया चार्ट पूरा भरा जाता है और हस्ताक्षर किया जाता है। रक्त/रक्त उत्पादों को बैग नंबर और एक्सपायरी के साथ विधिवत नोट किया जाता है।	एनेस्थेटिस्ट	
6.6	रोगी को स्थिर (Stable) होने के बाद वार्ड में शिफ्ट करते हैं और यह सुनिश्चित कर लेते हैं कि उसे कोई दर्द नहीं है, और आरामदायक स्थिति में है।	एनेस्थेटिस्ट	
6.7	पोस्ट ऑपरेटिव दर्द नाशक दवा का नाम, Frequency and Route of administration केस नोट्स में दर्ज किये जाते हैं और हस्ताक्षर किए जाते हैं।	एनेस्थेटिस्ट	
6.8	वार्ड नर्स को मरीज की शिफ्टिंग की जानकारी दी जाती है और रोगी वार्ड में शिफ्ट कर दिया जाता है।	रिकवरी नर्स	
6.9	रोगी को वार्ड नर्स को हैंडओवर किया जाता है।	रिकवरी नर्स / वार्ड नर्स	
6.10	एनेस्थेटिस्ट पोस्ट-ऑपरेटिव रोगी की देखरेख करता है। प्रगति के लिए मरीज को पोस्ट-ऑपरेटिव वार्ड में	एनेस्थेटिस्ट	

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 :		स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर	
ओटी विभाग		एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)	
	शिफ्ट किया जाता है। एनेस्थेतिस्ट पोस्ट-ऑपरेटिव रोगी की देखरेख करता है।		
ओटी और अनुलग्नकों की सामान्य सफाई			
7.1	प्रयुक्त उपकरणों को हटा दिया जाता है, धोया जाता है और ओटी0 परिसर में सीएसएसडी को स्टर्लाइजेशन के लिए सौंप दिया जाता है।	स्क्रब नर्स	
7.2	गंदे लिनन को हटाकर धोने के लिए लाउण्ड्री क्षेत्र में रखा जाता है फर्श कीटाणुनाशक से साफ कर दिया जाता है।	स्वच्छता कर्मी	
7.3	ओटी टेबल, सक्शन बोतलें और लैरिंजोस्कोप को साफ तथा कीटाणुरहित किया जाता है।	ओटी नर्स	
7.4	एनेस्थीसिया मशीन साफ की जाती है और प्रयुक्त दवाओं एवं डिस्पोजबल को हटाया जाता है।	ओटी नर्स	
ऑपरेशन थियेटर एसेप्सिस एंड एनवायरनमेंट मैनेजमेंट			
8.1	स्टाफ नर्स प्रतिदिन ओ.टी. की स्वच्छता की जांच करती है। वह सुनिश्चित करती है कि गंदे पाए गए सभी क्षेत्रों को उसकी देखरेख में फिर से साफ किया जाए।	परिचारिका	
8.2	स्टाफ नर्स सुनिश्चित करती है कि ओटी सरफेस, टेबल और उपकरणों को दैनिक आधार पर कीटाणुनाशक एजेंटों से साफ किया जाये।	परिचारिका	
8.3	पूरे ओटी की साप्ताहिक सफाई: ➤ ओटी टेबल, एनेस्थीसिया मशीन, सभी उपकरण ➤ वेंटिलेटर आदि को हटा दिया जाता है ➤ प्रत्येक ओटी को डिटर्जेंट और पानी से अच्छी तरह से धोया जाता है और ओटी के कोने पर विशेष ध्यान दिया जाता है। ➤ ओटी की दीवारों सूखे डस्टर और 2 प्रतिशत कार्बोलिक एसिड स्प्रे से साफ की जाती है। ➤ सभी उपकरण ठीक से ओटी में कार्बोलाइज्ड तथा तरीके से रखे जाते हैं। ➤ ओटी को बंद कर दिया जाता है और जब तक कोई सर्जिकल केस नहीं होते हैं, किसी को भी प्रवेश करने की अनुमति नहीं होती है।		
8.4	स्टाफ नर्स / ओटी प्रभारी यह सुनिश्चित करता है कि ओटी साप्ताहिक आधार पर और प्रत्येक संक्रमित केस के बाद फ्यूमिगेट किया जायें। किसी भी संक्रमित केस के बाद, ओटी को बंद कर दिया जाये, साफ किया जाये और फ्यूमिगेट किया जाये। फ्यूमीगेशन का विवरण फ्यूमीगेशन पंजिका में दर्ज किया जाये।	ओटी प्रभारी	फॉगिंग रिकॉर्ड पंजिका
8.5	ओटी का कल्चर मासिक आधार पर फ्यूमीगेशन के बाद माइक्रोबायोलॉजी प्रयोगशाला में भेजा जायें।	ओटी नर्स / आईसीएन	
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 :		स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर	
ओटी विभाग		एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)	
8.6	ओटी में प्रवेश करने वाले सभी कर्मी ओटी गाउन / ड्रेस पहनते हैं जूते सहित और उचित स्क्रबिंग के बाद ही प्रवेश करते हैं जिससे ओटी क्षेत्र का स्टरलाइजेशन सुनिश्चित किया जा सके।		
ओटी प्रलेखन			
9.1	एनेस्थीसिया के बारे में विवरण एनेस्थीसिया पंजिका में दर्ज किया जाता है।	एनेस्थेटिस्ट	इंडेंट पंजिका
9.2	एनेस्थेटिस्ट उन सभी दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों को नोट करते हैं, जो ऑपरेशन थियेटर में सर्जरी के दौरान उपयोग की जाती है।	एनेस्थेटिस्ट	ओटी/इंडेंट पंजिका
9.3	ओटी नर्स प्रभारी प्रत्येक सर्जरी का विस्तृत विवरण दर्ज करती हैं।	ओटी नर्स प्रभारी	सर्जरी पंजिका
9.4	ओटी नर्स प्रभारी माह में की गयी सर्जरीज का मासिक विवरण तैयार करती है और ओटी प्रभारी और सीएमएस/एसआईसी को प्रस्तुत करती है।	ओटी नर्स प्रभारी	
9.5	स्टाफ नर्स वैधानिक आवश्यकताओं एवं साइकोट्रोपिक्स और नारकोटिक्स ड्रग्स पंजिका को तैयार करती है।	परिचारिका	नारकोटिक ड्रग्स पंजिका
9.6	स्टाफ नर्स ओटी में उपभोग्य सामग्रियों एवं दवाओं की सूची बनाती है।	परिचारिका	इन्वेंटरी पंजिका
9.7	फार्मासिस्ट गैर-कार्यात्मक/क्षतिग्रस्त उपकरणों का रिकार्ड बनाता है और ओटी इंजार्च एवं भंडार को सूचित करता है।	फार्मेसिस्ट	डेड इन्वेन्ट्री
केंद्रीय स्टराइल आपूर्ति/थियेटर स्टराइल आपूर्ति विभाग			
10.1	टीएसएसयू ओटी परिसर के भीतर ही स्थित है और इसमें निम्नलिखित क्षेत्र होते हैं: ➤ रिसीविंग एरिया ➤ स्टराइल भंडारण ➤ डिस्पैच एरिया सीएसएसडी ओटी कॉम्प्लेक्स और में कभी होता है कभी नहीं होता है। इसके निम्नलिखित क्षेत्र होते हैं : ➤ रिसीविंग एरिया ➤ स्टराइल भंडारण ➤ डिस्पैच एरिया उपयोग किए गए उपकरणों को हटा दिया जाता है, ओटी साइड कक्ष में धोया जाता है और टीएसएसयू को सौंप दिया जाता है।	स्कब नर्स	
10.2	पैक्स की प्राप्ति और निर्गम: अलग-अलग जेनेरेशन प्वाइन्ट्स से सुबह 9 बजे से दोपहर 1.00 बजे तक वस्तुयें प्राप्त की जाती है। सीएसएसडी से अपराह्न 3.00 बजे से शाम 6 बजे तक स्टराइल पैक जारी किये जाते हैं। हालांकि ओटी, आईसीयू आपातकालीन विभाग आदि को उपर्युक्त समय के आयामों से छूट दी जाती है।	टीएसएसयू / सीएसएसडी सहायक	टीएसएसयू / सीएसएसडी 0 रसीद और मुद्रा रजिस्टर

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	
ओटी विभाग		एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)	
	क्योंकि उनके द्वारा आपातकालीन देखभाल प्रदान की जाती है। आपातकालीन प्रकृति के कारण इनको विशिष्ट समय सीमा के भीतर प्रतिबंधित करना मुश्किल है।		
10.3	सी0एस0एस0डी0 में ड्यूटी पंजिका के अनुसार सी0एस0एस0डी0 नर्स के द्वारा उपकरण प्राप्त किए जाते हैं। रोस्टर के अनुसार ड्यूटी।	स्क़ब नर्स	
10.4	सीएसएसडी रसीद पंजिका में इन्ट्री तिथि, समय, धोया/नहीं धोया/रासायनिक धोना, उपकरण के प्रकार, प्रक्रिया (जिस में उपकरण इस्तमाल किये जाते हैं), संक्रमित केस है या नहीं, हैन्डिंग ओवर करने वाले का नाम एवं हस्ताक्षर और प्राप्त करने वाले का नाम एवं हस्ताक्षर दर्ज किये जाते हैं।	स्क़ब नर्स / ओटी नर्स	
10.5	स्क़ब नर्स के सामने उपकरणों में किसी भी प्रकार की क्षति, लापता पार्ट, आदि की जांच की जाती है। इस में इन्स्ट्रुमेंट स्टॉक/सेट्स पंजिका की मदद की जाती है।	ओटी नर्स	
10.6	उपकरण 1 प्रतिशत ब्लीचिंग घोल में कीटाणुरहित किये जाते हैं और डिटर्जेंट से धोया जाता है (यदि लागू हो), उनको छांटा जाता है, पैक किया जाता है, लेबल लगाया जाता है और आटोक्लेव सूचक (Indicator) चिपकाया जाता है फिर स्टरलाइजेशन प्रक्रिया के लिये टी0एस0एस0यू0 / सी0एस0एस0डी0 में भेजा जाता है।	ओटी नर्स पर के लिए कर्तव्य बंध्याकरण	
10.7	ओ0टी0 से गंदा लिनन इकट्ठा करके धोने के लिये लान्ड्री भेजा जाता है।	स्वच्छता कर्मी / ओटी अटेंडेंट	
	लान्ड्री से साफ लिनन सी0एस0एस0डी0 भेजा जाता है।	ओटी अटेंडेंट	
	सर्जरी की आवश्यकतानुसार साफ लिनन पैक करके ऑटोक्लेव किया जाता है।	सी0एस0एस0डी0 नर्स	
	उपकरणों की तरह लिनन को भी संग्रहित एवं जारी (Issue) किया जाता है।	सी0एस0एस0डी0 नर्स	
	संचालन, रखरखाव और उपकरणों का कैलीब्रेशन सी0एस0एस0डी0 (सी0एस0एस0डी0 प्रोटोकॉल के अनुसार) किया जाता है। स्टॉक का रखरखाव, खरीद का रिकार्ड कण्डमनेसन रिकार्ड के सापेक्ष बनाया जाता है।	ओटी मैनेजर	
विभाग की सामान्य सफाई			
11.1	सी0एस0एस0डी0 (केंद्रीय स्टराइल आपूर्ति विभाग) में स्टराइल की जाने वाली वस्तुओं को डिटर्जेंट से धोया जाता है। उन्हें छांट कर सम्बन्धित विभागों (वार्ड, आईसीयू, आपातकालीन विभाग, ओ0टी0, ओ0पी0डी0 आदि) में पैक किया जाता है।	सी0एस0एस0डी0 सहायक	
11.2	हाउसकीपिंग स्टाफ सम्बन्धित विभागों से तैयार पैक	गृह व्यवस्था	
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	
ओटी विभाग		एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)	
	को सी0एस0एस0डी0 (केंद्रीय स्टराइल आपूर्ति विभाग) तक लाता है।	कर्मचारी	
11.3	ओ0टी0 का लिनन सीधे ओ0टी0 से साफ होने के लिये लान्ड्री भेजा जाता है। लॉन्ड्री से साफ और पैकड लिनन सी0एस0एस0डी0 में स्टरलाइजेशन के लिये आता है।	कपड़े धोने का स्टाफ	
अप्रयोग्य पैक्स की वापसी			
12.1	सम्बन्धित विभाग में सी0एस0एस0डी0 (केंद्रीय स्टराइल आपूर्ति विभाग) से प्राप्त स्टरलाइज्ड पैक्स अगर 72 घंटों तक अगर प्रयोग में नहीं आते हैं तो उन्हें पुनः सी0एस0एस0डी0 स्टरलाइजेशन के लिये भेज दिया जाता है।	संबंधित विभागों	
उपकरण का रखरखाव और कैलिब्रेशन			
13.1	उपकरणों का वार्षिक रखरखाव अनुबन्ध (AMC) के तहत किया जाता है। AMC संबंधित सी0एस0एस0डी0 उपकरणों के विक्रेता से की जाती है।	अभियांत्रिकी – रखरखाव का विभाग।	एएमसी रिकॉर्ड्स
13.2	राज्य स्तर पर बायोमेडिकल उपकरणों के रखरखाव तथा कैलिब्रेशन हेतु सेवा प्रदाता मेसर्स साइरिक्स हेल्थ केयर प्राइवेट लिमिटेड 30/64 1B, Petta Junction, Poonithuja Kochi Kerala को चिन्हित किया गया है। निष्पादित अनुबन्ध के अन्तर्गत प्रदेश के राजकीय चिकित्सालयों, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर उपलब्ध बायोमेडिकल उपकरणों का निरीक्षण, सुधारीकरण, मानकीकरण करना है तथा जो उपकरण मरम्मत योग्य नहीं है उनको निष्प्रयोज्य घोषित करना। उपकरणों की मरम्मत हेतु टोल फ्री नं0-1800-2700-129 समस्त चिकित्सा इकाईयों को इन्चार्जस को उपलब्ध कराया गया है तथा महत्वपूर्ण स्थानों पर प्रदर्शित किया गया है। राज्य एवं जनपद स्तर पर मेसर्स साइरिक्स प्राइवेट लिमिटेड के प्रतिनिधियों का नाम तथा दूरभाष नं0 पत्र संख्या एस0पी0एम0यू0/एन0एच0एम0/क्यू0ए0/2019-20/03/2261-2 दिनांक 12.06.2019 के क्रम में समस्त मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/अधीक्षिका, चिकित्सा अधीक्षक/अधीक्षिका एवं प्रभारी चिकित्सा अधिकारी (District Nodal) को प्रेषित किया जा चुका है।	संबंधित विभाग/प्रशासनी क विभाग	कैलिब्रेशन रिकॉर्ड तथा स्टिकर
स्मरण प्रक्रिया			

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	
ओटी विभाग		एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)	
14.1	जब भी स्टरलाइजेशन के सूचक (Indicator) में कोई खराबी दिखायी देती है जिससे स्टरलाइजेशन प्रणाली में Fault आता है तो एक चक्र के सारे स्टरलाइज्ड पैक्स को सम्बन्धित क्षेत्रों से वापस स्टरलाइजेशन के लिये मंगवाया जाता है। इन्डीकेटेड ऐरर (सांकेतिक त्रुटियों) को ठीक करने के बाद वापस मंगायें पैक्स को दोबारा स्टरलाइजेशन के लिये भेजा जाता है।	सी0एस0एस0डी0 नर्स	रिकॉल पंजिका

संदर्भ रिकॉर्ड: सूची इस प्रकार है

क. स.	रिकार्ड	रिकार्ड न०	रिटैन्शन पीडियड
1	ओटी कॉल रजिस्टर		
2	ओटी बुकिंग रजिस्टर		
3	संचालन की सूची		
4	फॉगिंग रिकॉर्ड रजिस्टर		
5	संज्ञाहरण रजिस्टर		
6	ऑपरेशन थियेटर इंडेंट रजिस्टर		
7	ओबी एंड जी के लिए सर्जरी रजिस्टर		
8	साइकोट्रोपिक और नारकोटिक ड्रग्स रजिस्टर		
9	मृत सूची रजिस्टर		
10	प्री-ऑपरेटिव चेकलिस्ट		
11	ओटी नर्स का कर्तव्य		
12	एनेस्थीसिया केस रिकॉर्ड		
13	संचालन नोट		
14	नर्सों की थियेटर ड्यूटी रोस्टर		
15	ओटी नर्सों की ड्यूटी रोस्टर		
16	सहायक स्टाफ ड्यूटी रोस्टर		
17	रिकवरी रूम से बाहर जाने के लिए प्रोटोकॉल		
18	सभी कर्मचारियों का संगठनात्मक चार्ट और नौकरी का विवरण		
19	सी0एस0एस0डी0 जारी और रसीद रजिस्टर		
20	सी0एस0एस0डी0 स्टॉक रजिस्टर (उपकरण और उपकरण ट्रे / सेट)		
21	मरम्मत / रखरखाव / अंशांकन रिकॉर्ड के साथ मशीनों और उपकरणों की टी0एस0यू0 सूची		
22	सी0एस0एस0डी0 उपकरण कन्डमनेशन प्रक्रिया और मैनुअल		

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच./ डी.एच./ डी.सी.एच (चयन करें)

रिकॉर्ड बनाए रखने के लिए प्रारूप (फॉर्मिंग के लिए)

ओटी के प्रत्येक क्षेत्र के लिए :

दिनांक	ए0सी0 बन्द करने का समय	चालू करने का समय	खोलने का समय	एजेंट का इस्तेमाल किया	समय जब सील किया गया	सफाई	कल्चर लिया गया	री-कॉमिसियोनिंग क्षेत्र का समय	हस्ताक्षर प्रभारी

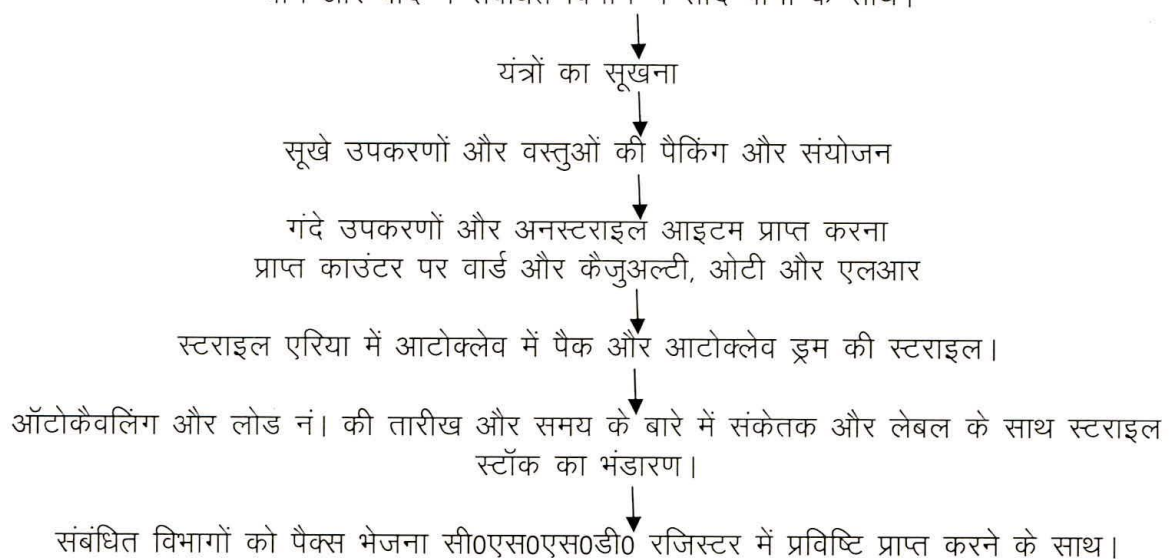
यदि किसी भी थिएटर में कार्बोलाइजेशन किया जाता है, तो ओटी नर्स यह सुनिश्चित करती है कि इस्तेमाल की गई सामग्री, सफाई और बेसिलोसिड स्प्रे को हटाने के लिए दो संचालन के बीच उचित समय अंतराल है।

प्रक्रिया क्षमता मानदंड—

क.स.	गतिविधि	प्रक्रिया प्रभावी ढंग से	बेंचमार्क / मानक / लक्ष्य
1	संक्रमण नियंत्रण	सर्जिकल साइट संक्रमण दर	
2	अनुसूची	सर्जरी रद्द करने की दर	
3	उपयोग	ओटी उपयोग की दर	
4	परिणाम	प्रति डॉक्टर मेजर सर्जरी	

वर्क फ्लो चार्ट— सी0एस0एस0डी0

डिकन्टामिनेशन के समाधान के लिए 1 % ब्लीचिंग सैल्यूशन साथ परिशोधन, डिटर्जेंट समाधान के साथ धोने और बाद में संबंधित विभाग में सादे पानी के साथ।



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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

Before Birth: SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST

CHECK-1 On Admission

Does Mother need referral? ☐ Yes, organized ☐ No	Refer to FRU/Higher centre if any of following danger signs are present, mention reason and given treatment on transfer note: ☐ Vaginal bleeding ☐ High fever ☐ Severe headache or blurred vision ☐ Convulsions ☐ Severe abdominal pain ☐ History of heart disease or other major illnesses ☐ Difficulty in breathing
Partograph started? ☐ Yes ☐ No: will start when 4 cm ☒ NO OXYTOCIN/ other uterotonics for unnecessary induction/ augmentation of labor	Start when cervix 4 cm, then cervix should dilate 1 cm/hr • Every 30 min: Plot maternal pulse, contractions, FHR and colour of amniotic fluid • Every 4 hours: Plot temperature, blood pressure, and cervical dilation in cm
Does Mother need • Antibiotics? ☐ Yes, given ☐ No	Give antibiotics to Mother if: ☐ Mother's temperature 38°C (100.5°F) ☐ Foul-smelling vaginal discharge ☐ Rupture of membranes >12 hrs without labour or >18 hrs with labour ☐ Labour >24 hrs or obstructed labour ☐ Rupture of membranes <37 wks gestation
• Inj. Magnesium Sulfate? ☐ Yes, given ☐ No	Give first dose of inj. magnesium sulfate and refer immediately to FRU/Higher center OR give full dose (loading and then maintenance) if at FRU if: Mother has systolic BP 160 or diastolic 110 with 3+ proteinuria OR BP systolic 140 or diastolic 90 with proteinuria trace to +2 along with any of: ☐ Presence of any symptom like: • Severe headache • Blurring of vision • Difficulty in breathing • Pain in upper abdomen • Oliguria (passing <400 ml urine in 24 hrs) ☐ Convulsions
Corticosteroid ☐ Yes, given ☐ No	Give corticosteroids in antenatal period (between 24 to 34 weeks) to mothers if: ☐ True pre-term labour ☐ Conditions that lead to imminent delivery like APH, Preterm Premature ROM, Severe PE/E Dose: Inj. Dexamethasone 6 mg IM 12 hourly - total 4 doses
HIV status of the mother: ☐ Positive ☐ Negative	If HIV+ and in labour: ☐ If mother is on ART, continue same ☐ If not on ART, start ART ☐ If ART is not available, refer immediately after delivery to ICTC/ART Centre/Link ART Centre for further HIV management If HIV status unknown: ☐ Recommend HIV testing
☐ Follow Universal Precautions	
Encouraged a birth companion to be present during labour, at birth and till discharge ☐ Yes ☐ No	
Are soap, water, gloves available? ☐ Yes, I will wash hands and wear gloves for each vaginal exam ☐ No, supplies arranged	
☐ Confirm if mother or companion will call for help during labour if needed	Explain to call for help if there is: • Bleeding • Severe abdominal pain • Difficulty in breathing • Severe headache or blurring vision • Urge to push • Can't empty bladder every 2 hours
Counsel Mother and Birth Companion on: Support to cope up with labour pains No bath/oil for baby No Pre-Lacteal feed Initiate breastfeeding in half-an-hour Cloth and wrap the baby	

Name of Provider: Date: Signature:



Adapted from "WHO Safe Childbirth Checklist"

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

Just Before and During Birth : SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST

CHECK-2 Just Before and During Birth (or C-Section)

Does Mother need:

Antibiotics?

- ☐ Yes, given
☐ No

- Inj. Magnesium sulfate? ☐ Yes, given
☐ No

Give antibiotics to Mother if any of the following are present:

- ☐ Mother's temperature 38°C or 100.5°F
☐ Foul-smelling vaginal discharge
☐ Rupture of membranes >18 hrs with labour
☐ Labour >24 hrs or obstructed labor now
☐ Cesarean section

Give first dose of inj. magnesium sulfate and refer immediately to FRU/Higher center OR give full dose (loading and then maintenance) if at FRU if:

Mother has systolic BP 160 or diastolic 110 with 13 proteinuria OR BP systolic 140 or diastolic 90 with proteinuria trace to +2 along with any of:

- ☐ Presence of any symptom like:
- Severe headache
 - Blurring of vision
 - Difficulty in breathing
 - Pain in upper abdomen
 - Oliguria (passing <400 ml urine in 24 hrs)
- ☐ Convulsions

- ☐ Skilled assistant identified and ready to help at birth if needed

Confirm essential supplies are at bedside/labour room:

For Mother

- ☐ Gloves
☐ Soap and clean water
☐ Oxytocin 10 units in syringe
☐ Pads for mother

For Baby

- ☐ Two clean dry, warm towels
☐ Sterile scissors/blade to cut cord
☐ Mucus extractor
☐ Cord ligature
☐ Bag-and-mask

Prepare to care for mother immediately after birth of baby (AMTSL)*

Confirm single baby only (rule out multiple babies)
Give inj. oxytocin 10 units IM within 1 minute
Do controlled cord traction to deliver placenta
Massage uterus after placenta is delivered, check for completeness (all Cotyledons and Membranes)

Prepare to care for baby immediately after birth

Dry baby, wrap, and keep warm, give Vit. K, start breastfeeding
If not breathing: clear airway and stimulate
If still not breathing:
- Cut cord
- Ventilate with bag-and-mask
- Call for help (Pediatrician/SNCU/NBSU/F-IMNCI trained doctor if available)

Name of Provider: Date: Signature:

Adapted from "WHO Safe Childbirth Checklist"



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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

After Birth : SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST

CHECK-3 Soon After Birth (within 1 hour)	
Is Mother bleeding abnormally? ☐ Yes, shout for help, refer if needed or treat if facilities available ☐ No	If bleeding 500 ml, or 1 pad soaked in <5 min: Call for help, massage uterus, start oxygen, start IV fluids, start oxytocin drip 20 units in 500 ml of RL@40-60 drops/min, treat cause If placenta not delivered or completely retained: give IM or IV Oxytocin, stabilize, and refer to FRU/Higher centre If placenta is incomplete: remove if any visible pieces, and refer immediately to FRU/ higher centre
Does Mother need: <i>Antibiotics?</i> ☐ Yes, given ☐ No	Give antibiotics to mother if manual removal of placenta is performed, or if mother's temperature 38°C (100.5°F) and any of: ☐ Chills ☐ Foul-smelling vaginal discharge ☐ Lower abdominal tenderness ☐ Rupture of membranes >18 hrs during labour ☐ Labour was >24 hours
<i>Inj. Magnesium sulfate?</i> ☐ Yes, given ☐ No	Give first dose of inj. magnesium sulfate and refer immediately to FRU/Higher center OR give full dose (loading and then maintenance) if at FRU if: Mother has systolic BP 160 or diastolic 110 with +3 proteinuria OR BP systolic 140 or diastolic 90 with proteinuria trace to +2 along with any of: ☐ Presence of any symptom like: - Severe headache - Pain in upper abdomen - Blurring of vision - Oliguria (passing <400 ml urine in 24 hrs) - Difficulty in breathing ☐ Convulsions
Does Baby need: <i>Antibiotics?</i> ☐ Yes, given ☐ No	Give baby antibiotics if antibiotics were given to mother, or if baby has any of: ☐ Breathing too fast (>60/min) or too slow (<30/min) ☐ Chest in-drawing, grunting ☐ Convulsions ☐ Looks sick (lethargic or irritable) ☐ Too cold (baby's temp <36°C and not rising after warming) ☐ Too hot (baby's temp >38°C) ☐ Excessive crying
<i>Referral?</i> ☐ Yes, organized ☐ No	Refer baby to NBSU/SNCU/FRU/higher centre if: Any of the above (antibiotics indications) Baby looks yellow, pale or bluish
<i>Special care and monitoring?</i> ☐ Yes, organized ☐ No	Arrange special care/monitoring for baby if any of the following is present: ☐ Preterm baby ☐ Birth weight <2500 gms ☐ Needs antibiotics ☐ Required resuscitation
<i>Syrup Nevirapine</i> ☐ Yes, given and will continue upto 6 weeks ☐ No	Give if mother is HIV+: If mother has received >24 weeks of ART, give syrup Nevirapine to baby for 6 weeks If mother has received <24 weeks of ART or mother is not on ART, give syrup Nevirapine to baby for 12 weeks
☐ Started breastfeeding. Explain that colostrum feeding is important for baby. ☐ Started skin-to-skin contact (if mother and baby well) and KMC in pre-term and low-birth weight babies. ☐ Explain the danger signs and confirm mother/companion will call for help if danger signs present.	
Name of Provider: Date: Signature:	

Adapted from "WHO Safe Childbirth Checklist"



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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

After Birth : SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST

CHECK-4 Before Discharge

Is Mother's bleeding controlled?

- ☐ Yes
☐ No, treat, observe and refer to FRU/ higher centre if needed

Does mother need antibiotics?

- ☐ Yes, give and delay discharge
☐ No

Give antibiotics to mother if mother has temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$ or 100.5°F with any of:

- ☐ Chills
☐ Foul-smelling vaginal discharge
☐ Lower abdominal tenderness

Does baby need antibiotics?

- ☐ Yes, give, delay discharge and refer to FRU/ higher centre
☐ No

Give baby antibiotics if baby has any of:

- ☐ Breathing too fast ($>60/\text{min}$) or too slow ($<30/\text{min}$)
☐ Chest in-drawing, grunting
☐ Convulsions
☐ Looks sick (lethargic or irritable)
☐ Too cold (baby's temp $<36^{\circ}\text{C}$ and not rising after warming)
☐ Too hot (baby's temp $>38^{\circ}\text{C}$)
☐ Stopped breastfeeding
☐ Umbilical redness extending to skin or draining pus

Is baby feeding well?

- ☐ Yes, encourage mother for exclusive breastfeeding for 6 months.
☐ No, help mother, delay discharge; refer to NBSU/ SNCU/ Higher centre if needed

☐ Discuss and offer family planning options to mother

☐ Confirm post delivery stay at facility for 48 hours in normal delivery and 7 days in C-section cases

☐ Explain the danger signs and confirm mother/companion will seek help/ come back if danger signs are present after discharge

☐ Arrange transport to home and follow-up for mother and baby

Thank mother for availing services from you

Danger Signs

Mother has any of:

- Excessive bleeding
- Severe abdominal pain
- Severe headache or visual disturbance
- Breathing difficulty
- Fever or chills
- Difficulty emptying bladder
- Foul smelling vaginal discharge

Baby has any of:

- Fast/difficulty breathing
- Fever
- Unusually cold
- Stops feeding well
- Less activity than normal
- Whole body becomes yellow

Name of Provider: Date: Signature:
Adapted from "WHO Safe Childbirth Checklist"



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 :

ओटी विभाग

स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर

एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.
एच. / डी.सी.एच (चयन करें)**Discharge/ Referral Death Form (Tick (✓) whichever applicable)**

Name of Facility: _____			
Block: _____		District: _____	
Name and signature of service provider: _____		Phone No. _____	

Name: _____	W/o or D/o: _____	Age (yrs): _____	MCTS No. _____
-------------	-------------------	------------------	----------------

Date of admission: _____	Time of admission: _____	Date of Discharge/ Referral: _____	Time of Discharge/Referral: _____
--------------------------	--------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Date of delivery: _____	Time of delivery: _____	Delivery outcome: ☐ Live birth ☐ Abortion ☐ Single ☐
		Fresh Still birth ☐ Macerated Still birth ☐ Twins/Multiple ☐

Final outcome: Discharge/ Referred out
(Tick (✓) whichever applicable)

Discharge summary:	Referral summary:
Condition of mother	Reason for referral
FP option (if provided)	
Condition of baby	Facility name (referred to)
Sex of baby M ☐ F ☐ Birthweight(kgs).....	
Pre-term: Yes ☐ No ☐ Inj. Vit K1: Yes ☐ No ☐	Treatment given
Immunization: BCG ☐ OPV ☐ Hepatitis B ☐	
Advice on discharge:	
☐ Counselling on danger signs for mother and baby	
☐ Rest, nutrition and plenty of fluids	
☐ Tab iron ☐ Tab calcium.....	
Treatment given	
.....	
Follow-up date	

Notes on Discharge/ Referral/ Death

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

सुरक्षित सर्जरी और सुरक्षित संज्ञाहरण

आपरेटिंग कक्ष (ओ0आर0)

ऑपरेटिंग थियेटर एक कमरा है जो विशेष रूप से संज्ञाहरण और सर्जिकल टीमों द्वारा उपयोग के लिए है और इसका उपयोग अन्य उद्देश्यों के लिए नहीं किया जाना चाहिए।

आपरेटिंग कक्ष (ओ0आर0) में आवश्यकता है—

- अच्छी रोशनी और वेंटिलेशन
- क्रियाओं के लिए समर्पित उपकरण
- प्रक्रिया के लिए आवश्यकतानुसार रोगियों की निगरानी के लिए उपकरण
- दिनचर्या और आपातकालीन उपयोग के लिए ड्रग्स और अन्य उपभोग्य

सुनिश्चित करें कि O-R के सही उपयोग के लिए प्रक्रियाएँ स्थापित की गई हैं। और सभी कर्मचारियों को उनका पालन करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है:

- सभी दरवाजे ओ.आर. उपकरण, कर्मियों और रोगी के पारित होने के लिए आवश्यक को छोड़कर, बंद कर दिया जाता है:
- ओ आर में कुछ टांके और अतिरिक्त उपकरण स्टोर करें। लोगों को ओ आर में प्रवेश करने और निकास की आवश्यकता को कम करने के लिए।
- ओ आर में प्रवेश करने की अनुमति देने वाले लोगों की संख्या कम से कम रखें, खासकर एक ऑपरेशन शुरू होने के बाद
- केस के बीच, तालिका और उपकरण सतहों को साफ और कीटाणुरहित करना
- प्रत्येक दिन के अंत में, O-R को साफ करें: ऊपर से शुरू करें और सभी फर्नीचर, ओवरहेड उपकरण और रोशनी सहित फर्श पर जारी रखें। निर्माता द्वारा निर्देशानुसार ही कीटाणुनाशक Dilute कर उपयोग करें
- उपयोग के बाद सभी सर्जिकल उपकरणों और आपूर्ति को स्टरलाइज करें और उन्हें संरक्षित और अगले उपयोग के लिए तैयार कहीं स्टोर करें

स्पंज और उपकरणों का count

- ओ आर में उपयोग की जा रही सामग्रियों का ट्रैक रखना आवश्यक है। अनजाने निपटान से बचने के लिए, या घाव में स्पंज और उपकरणों के संभावित विनाशकारी नुकसान से बचाव के लिए।
- आपूर्ति (यंत्र, सुई और स्पंज) की गणना करना मानक अभ्यास है:
- केस शुरू करने से पहले
- अंतिम समापन से पहले

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

- प्रक्रिया पूरी करने से पहले
- उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि सामग्री पीछे न छूटे या खो जाए। छोटी वस्तुओं और स्पंज पर विशेष ध्यान दें।
- उपकरण की जांच के लिए चेकलिस्ट के रूप में उपयोग के लिए उपकरणों की एक मानक सूची की प्रतियां बनाएं क्योंकि यह केस के लिए सेट है और फिर केस के दौरान गणना पूरी हो जाती है।
- केस के दौरान समस्त **Sature** सामग्री और अन्य उपभोग्य वस्तुओं के लिए एक अलग स्थान होना चाहिए।
- जब एक विशेष केस के लिए उपकरणों के साथ ट्रे बनाई जाती हैं, जैसे कि सिजेरियन सेक्शन, भविष्य के संदर्भ के लिए उस ट्रे में शामिल उपकरणों की एक चेकलिस्ट भी बनाते हैं।
- आपात स्थिति में उपयोग के लिए O-R तैयार कर के बंद कर दें।

ऑपरेटिव प्रक्रिया सूची—

- जब भी सर्जिकल टीम लगातार कई ऑपरेशन करेगी, तो ऑपरेटिव प्रक्रिया सूची की आवश्यकता होती है। सूची एक निश्चित दिन में मामलों की योजनाबद्ध व्यवस्था है।
- तत्कालिता की स्थिति में— रोगी की आयु, मधुमेह, संक्रमण और प्रक्रिया की लंबाई जैसे तत्वों पर विचार किया जाना चाहिए।
- संक्रमित केस से पहले "स्वच्छ" मामलों पर काम करें क्योंकि घाव संक्रमण की संभावना बढ़ जाती है क्योंकि सूची आगे बढ़ती है।
- ऑपरेटिव सूची बनाते समय अन्य कारकों पर भी विचार करें: बच्चों और मधुमेह के रोगियों को भोजन के बिना लंबे समय तक रहने से बचने के लिए दिन में जल्दी ऑपरेशन करना चाहिए।

संचालन के बीच सुनिश्चित करें—

- ऑपरेटिंग थियेटर को साफ किया जाता है
- उपकरण फिर से निष्फल हो जाते हैं
- ताजा लिनन प्रदान किया जाता है
- सफाई और ऑपरेटिंग कमरे के उपकरणों के भंडारण के लिए स्पष्ट मानक प्रक्रियाएं होना आवश्यक है। इनका हर समय सभी कर्मचारियों द्वारा पालन किया जाना चाहिए।
- सड़न रोकने वाली तकनीक की संख्या और प्रक्रिया की लंबाई के अनुपात में घाव के संक्रमण की संभावना बढ़ जाती है।

पश्चात की देखभाल—

यदि रोगी बेचौन है, तो कुछ गलत है
रिकवरी रूम में निम्नलिखित देखें:

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

- वायुमार्ग की रुकावट
- हाईपोक्सिया
- रक्तस्राव: आंतरिक या बाहरी
- हाइपोटेंशन और / या उच्च रक्तचाप
- आपरेशन के पश्चात का दर्द
- हाईपोथर्मिया या ठंडक लगना/कंपकपाना
- उल्टी लगना
- अविष्ट नशा
- चक्कर आना और फर्श पर गिरना

ठीक होने वाला मरीज वार्ड के लिये फिट है या नहीं यह निम्न बातों पर निर्भर है—

- आंखे खोलने के लिये कहना
- Extubated
- चुपचाप और आराम से सांस लेने के लिए कहना
- कहने पर पर मरीज सिर उठा सकता हो
- hypoxic नहीं है
- नाडी की गति और रक्तचाप संतोषजनक होना।
- दर्द निवारक analgesia दिया गया है और संतोषजनक 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 प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

Before induction of anaesthesia

Before skin incision

Before patient leaves operating room

SIGN IN

PATIENT HAS CONFIRMED

- IDENTITY
- SITE
- PROCEDURE
- CONSENT

SITE MARKED/NOT APPLICABLE

ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED

PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING

DOES PATIENT HAVE A:

KNOWN ALLERGY?

- NO
- YES

DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?

- NO
- YES AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE

RISK OF >500ML BLOOD LOSS

(7ML/KG IN CHILDREN)?

- NO
- YES AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED

TIME OUT

CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE

SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM

- PATIENT
- SITE
- PROCEDURE

ANTICIPATED CRITICAL EVENTS

SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?

ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?

NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY INCLUDING INDICATOR RESULTS BEEN

CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?

HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN

WITHIN THE LAST 60 MINUTES?

- YES
- NOT APPLICABLE

IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?

- YES

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

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

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

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

[illegible]

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

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

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

[illegible]

WEEKLY				
Check for Leakage				
Check trolley				
Limescale in Humidifier bottle				
Check for adequate flow				

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

Maintenance Checklist

[illegible]

WEEKLY

WEEKLY				
Check part tightly fitted				
Check Battery				
Main plug, Cable & socket				
Check accuracy with known weight				

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

Maintenance Checklist

Multiparammonitor

[illegible]

WEEKLY

WEEKLY				
Check for loose screws				
Main plug, Cable & socket				
Check Indicators & visual displays				
Check probe disconnection alarm				

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 :

ओटी विभाग

स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर

एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच. (चयन करें)

Checklist for Examination room in LR Complex for the month of -

S.N.	Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Wheel chair and / or stretcher																															
2	Examination table with Foot step																															
3	Foetoscope / Doppler																															
4	Intact and working Table and Chair for Doctor																															
5	Functional BP apparatus																															
6	Functional Stethoscope																															
7	Functional Thermometer																															
8	Wall clock																															
9	Functional Adult weighing scale																															
10	Measuring tape																															
11	Fully equipped Emergency Tray																															
12	Hub cutter																															
13	Puncture Proof container																															
14	Colour coded bins with corresponding colour liners																															
15	Curtain / screen for privacy																															
16	Partograph																															
17	Cetrimide swabs																															
18	Disposable gloves																															
19	Records / Registers																															
20	Utility gloves																															
21	MCP card																															
22	Safe motherhood booklet																															
23	IUCD Client Card																															
24	Sterilized swabs																															
25	Sterilized instruments																															
26	Functional hand washing area																															

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

Checklist for Pre-delivery Room in LR Complex for the month of.....																																
S.S.N	Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Functional Foetoscope / Doppler																															
1	Foot step at every bed																															
2	Bed Head Tickets /																															
4	Patient File																															
5	Functional BP apparatus																															
6	Stethoscope																															
7	Functional Thermometer																															
8	Wall clock																															
9	Functional IV Stand																															
10	Fully equipped Emergency Tray																															
11	Hub cutter																															
12	Puncture Proof container																															
13	Colour coded bins with corresponding colour liners																															
14	Partograph																															
15	Cetrimide swabs																															
16	Disposable gloves																															
17	Records / Registers																															
18	Utility gloves																															
19	Sterilized swabs																															
20	Sterilized instruments																															

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 :

ओटी विभाग

स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर

एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.
एच./डी.सी.एच (चयन करें)

Checklist for Labour room for the month of

S.N.	Critical Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Functional Labour Tables as per case load																															
2	Brass V drape to collect blood and amniotic fluid																															
3	Fully equipped Delivery Tray = avg no. of deliveries per day																															
4	Tray																															
5	Fully equipped Baby Tray																															
6	Fully equipped Medicine Tray																															
7	Fully equipped Emergency Drug Tray																															
8	Fully equipped MVA / EVA Tray																															
9	Fully equipped PPUCD Tray																															
10	Functional suction machine with clean jars																															
11	Functional Foetal Doppler																															
12	Functional Pulse oxymeter																															
13	Filled Oxygen cylinder with key tied on it																															
14	Inj Magsulph kept in fridge																															
15	Functional Lamp- Wall mounted or side																															
16	Intact Mackintosh on Labour Table																															
17	Inflated Kellys pad																															
18	Disposable tube and mask at Oxygen cylinder																															
19	Delivery kit for HIV positive women																															
20	LR																															

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

Checklist for Labour room for the month of		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
S.N	Critical Items																															
21	Functional Adult Ambu bag, mask, laryngoscopes and blades																															
22	Functional Paediatric Ambu bag, mask, laryngoscopes and blades at NBCC																															
23	Labelled plastic jars for drugs and inject. bies with dates of expiry written on them against each drug																															
24	Functional Shadowless lamp																															
25	Running water in the toilet																															
26	Functional Door Latch in the toilet																															
27	Adequate illumination in the toilet																															
28	Functional Leg support / Foot rest at every Labour Table																															
29	Daily Records of Room temperature and humidity meter																															
30	Disposable gloves (no. of deliveries per day X 4)																															
31	Disposable syringe (2ml) = avg no. of deliveries per day																															
32	Disposable syringe (5ml) = avg no. of deliveries per day																															
33	Draw sheets (no. of deliveries per day X 2)																															
34	Disposable plastic apron = avg no. of deliveries per day																															
35	Cord clamp = avg no. of deliveries per day																															

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

Checklist for Labour room at for the month of		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
S.N.	Critical Items																															
36	Disposable mucus extractor = avg no. of deliveries per day																															
37	Baby wrapping sheets = avg no. of deliveries per day																															
38	Disposable nasogastric tube = avg no. of deliveries per day																															
39	Sanitary pads (No. of deliveries per day X 6)																															
40	Sterile Foley's urinary catheter (No. of deliveries per day / 10)																															
41	Chronic catgut "0" (No. of deliveries per day / 2)																															
42	Povidone Iodine Solution (500ml) = No. of deliveries per day / 10																															
43	Cetrinide Solution (500ml) = No. of deliveries per day / 10																															
44	Thread for suture = No. of deliveries per day / 10																															
45	Cotton rolls (big) (for swabs) = No. of deliveries per day / 8																															
46	Gauze piece 10 meter = No. of deliveries per day / 10																															
47	Identification tag = avg no. of deliveries per day																															
48	Disposable syringe with needle (10ml) (No. of deliveries / 10)																															
49	Functional autoclave for sterilization																															
50	IV drip stand at each labour table																															

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच. (चयन करें)

Checklist for Labour room for the month of																																		
S.N.	Essential Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
51	Functional hand washing area																																	
52	Functional Wall clock with seconds hand																																	
53	Curtain / screen for privacy																																	
54	Delivery trolley																																	
55	Stepping stool for every Labour Table																																	
56	Functional AC																																	
57	Small Yellow and Red bins at the Labour Table side																																	
58	companion																																	
59	Kick basin for general waste																																	
60	connection																																	
61	Mosquito repellent																																	
62	Switch Boards & other electrical installations are intact																																	
63	Display of Intranatal protocols																																	
64	Wheelchair / stretcher trolley																																	
65	Display of SBA Quality protocols																																	
66	Separate mop for labour room is used																																	
67	Freshly prepared 0.5 % chlorine solution																																	

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

Checklist for NBCC for the month of.....		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
S.N.	Items																															
1	Baby Tray																															
2	Paediatric Stethoscope																															
3	Baby scale																															
4	Radiant Warmer																															
5	Self inflating bag & mask neonatal size (0 and 1)																															
6	Oxygen hood (neonatal)																															
7	Laryngoscope and Endotracheal intubation																															
8	Two set of pencil cell batteries																															
9	Mucus extractor																															
10	Suction Tube																															
11	Suction machine																															
12	Nasogastric tube																															
13	Blankets																															
14	Two clean and dry towels																															
15	Feeding tubes																															
16	Empty vials for collecting blood																															
17	Alcohol Hand rub																															
18	Sterile gloves																															

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 :

ओटी विभाग

स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर

एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.
एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

Checklist for OT Complex for the month of.....																																
S.N.	Critical Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Functional Hydraulic OT Table as per case load																															
2	Functional OT Light																															
3	Functional Shadowless Focus Lamp																															
4	Functional Electric panel for Anaesthesia machine																															
5	Electrocautery machine																															
6	Functional Boyle's apparatus																															
7	Functional Bain's circuit																															
8	Functional Piped Oxygen Gas Supply / Filled Oxygen cylinders																															
9	Functional Piped Nitrogen Gas Supply / Filled Nitrogen Gas Cylinders																															
10	Adequate quantity of Inj. Oxytocin kept in fridge																															

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

S.N.	Critical Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
11	Fully Equipped Emergency Tray with Expiry dates on the list of medicines																															
12	Adequate quantity of Emergency Drugs																															
13	Adequate quantity pre warmed towels or sheets for wrapping the baby (2 per LSCS case)																															
14	Functional Mucus Extractor																															
15	Functional Ambu Bag & Mask (0 & 1 no.)																															
16	Sterilized thread for cord / cord clamp																															
17	Functional Radiant Warmer																															
18	Baby Tray																															
19	Functional Nasogastric tube																															
20	Adequate quantity of Disposable syringes & IV sets																															
21	Adequate quantity of Dressings																															

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 :

ओटी विभाग

स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर

एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.
एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

S.N.	Critical Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
22	Adequate quantity of Antiseptic solutions																															
23	Adequate quantity of consumables for newborn care																															
24	Adequate quantity of sterile gloves																															
25	Adequate quantity of masks																															
26	Adequate quantity of caps																															
27	Functional BP apparatus																															
28	Functional Thermometer																															
29	Functional Pulse Oxymeter																															
30	Functional Multiparamonitor																															
31	Sterile LSCS Set																															
32	Sterile Hysterectomy Set																															
33	Functional Glucometer																															
34	HIV Rapid Diagnostic Kit																															
35	Functional Adult Ambu Bag & Mask																															
36	Laryngoscope with 3 blades																															
37	Batteries for Laryngoscope																															

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ओटी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच. / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

S.N.	Critical Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
38	Spare Bulb for Laryngoscope																															
39	Defibrillator with Paediatric and Adult Paddles or Electrodes																															
40	LMA																															
41	ET Tubes- All sizes																															
42	Fully and Rightly equipped Crash Cart as per the checklist																															
43	Intact Instrument Trolley																															
44	Intact Dressing Trolley																															
45	Sterile Cervical Biopsy Set																															
46	Sterile D & C set																															
47	Sterile Proctoscopy set																															
48	Functional Diathermy Unit & Bi Polar Unit																															
49	Adequate quantity of sterile instruments for Piles, Fistula & Fissures																															
52	Functional Autoclave																															

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
ओटी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

S.N.	Critical Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
50	Adequate quantity of surgical sets for Hernia & Hydrocoele																															
53	Functional Refrigerator																															
S.N.	Essential Items																															
51	Separate mops for Sterile zone and clean zone																															
	Separate mop for Protective zone and Circulation area																															
	Signal Lock for autoclave																															
52	Chemical indicators for sterilization being used																															
55	Biological Indicators for sterilization being used																															
56	Hospital graded mattress on OT Tables																															
57	Functional IV Stands																															
58	Tray for monitors																															
59	Clean Bed pans																															
60	Adequate quantity of Sanitary Pads																															

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।

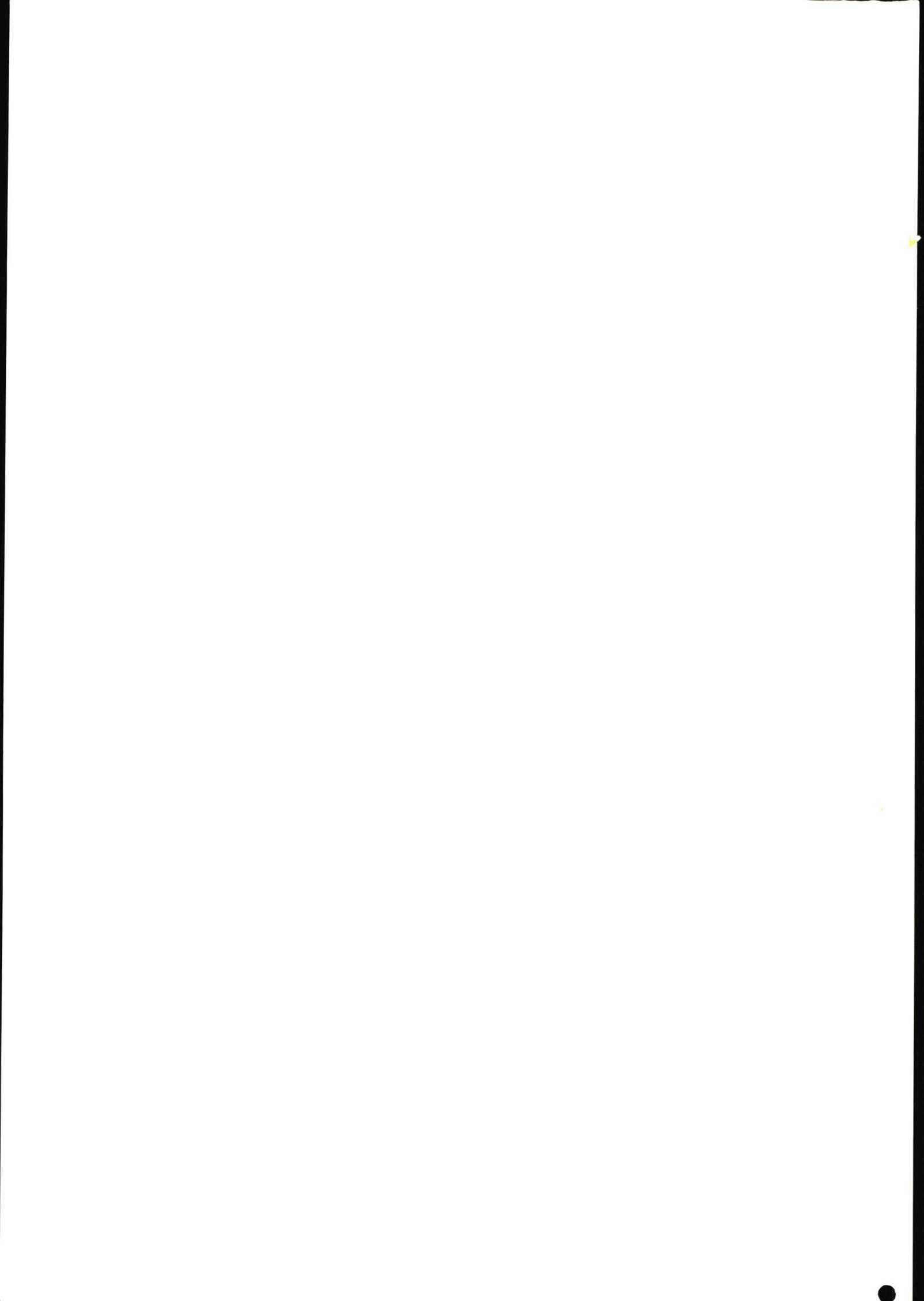


स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

पोस्ट पार्टम यूनिट



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश



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

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
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

प्रसवोत्तर केंद्र के उद्देश्य

1. परिवार नियोजन सहित प्रसवोत्तर सेवाओं पर सामुदायिक जागरूकता बढ़ाना।
2. पात्रताएं प्रदर्शित करने के लिए (परिवार नियोजन सेवाएं, परिवार नियोजन बीमा योजनाएं, परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना के लिए मुआवजा)
3. ग्राहक या रोगी की गोपनीयता और गरिमा बनाए रखने के लिए
4. कर्मचारियों के सहानुभूति पूर्ण और विनम्र व्यवहार को सुनिश्चित करने के लिए
5. सभी संक्रमण रोकथाम और जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन प्रोटोकाल और प्रक्रियाओं के अनुपालन के लिये
6. मौजूदादर से 1% rd PPIUCD उपयोगकर्ता दर बढ़ाने के लिए

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

SOP 7: प्रसवोत्तरकेंद्र

1. उद्देश्य :

इस प्रक्रिया का उद्देश्य प्रसवोत्तरकेंद्र जो की गुणवत्ता रोगी देखभाल के लिए है, के प्रबंधन के लिए एक प्रणाली विकसित करना है

2. क्षेत्र:

परिवार नियोजन सेवाओं सहित प्रसवोत्तर देखभाल की आवश्यकता वाले सभी रोगी। इसमें ए एन सी, और प्रसवोत्तर प्रसव के दौरान प्रसव पूर्व परामर्श और गर्भवती महिला के लिए पात्र जोड़ों को उसके पंजीकरण के दिन से शामिल किया गया है।

3. जिम्मेदारी:

पोस्ट पार्टम सेंटर In-charge (पीपीसी के लिए नर्स In-charge की सहायता से)

a) पीपीसी के प्रशासनिक पहलुओं की देखभाल करने के लिए, जैसे:

- “Lying in” अवधि मेंमाता के प्रसवोत्तरपरामर्श के लिए सेवाएं
- ओपीडी में परिवार नियोजन परामर्श सेवाएं
- रिक्ति और सीमित तरीकों (Spacing & Limiting Methods) के लिए सेवाएं
- गर्भपात के लिए परामर्श, (1 और 2 तिमाहीगर्भपात सेवाएं)
- संक्रमणनियंत्रण और स्वच्छता प्रक्रिया के दिशानिर्देशों के अनुसार aseptic प्रथाओं को विकसित करने और लागू करने के लिए।

b) ओटी प्रोटोकाल और मानक प्रक्रियाओं को तैयार करने के लिए।

c) पत्रक, दीवार लेखन, पोस्टरआदि के रूप में जानकारी प्रदान करने के लिए।

d) विभाग में उपलब्ध सेवाओं और पात्रताओं का प्रदर्शन सुनिश्चित करने के लिए। (उदाहरण के लिए— परिवार नियोजन क्षतिपूर्ति योजना, एफपीसेवाओं, एफ पी बीमा योजना के लिए मुआवजा)।

e) ग्राहक या रोगी से संबंधित जानकारी की गोपनीयता और गरिमा बनाए रखने के लिए।

f) यह सुनिश्चित करने के लिए कि कर्मचारी सहानुभूति पूर्ण और विनम्र है।

g) ग्राहकों के प्रजनन अधिकारों के बारे में कर्मचारियों के ज्ञान को अद्यतन करने के लिए।

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

ओटी सहायक (वरिष्ठ /जूनियर सिस्टर या स्टाफ नर्स)

- पीपीसी ओटी में निष्पादित किये जा रहे मामलों की अनुसूची करने के लिए जिम्मेदार है।
- आटो Dys OM/ स्टर लाइज्ड उपकरण और लिनन प्रदान करने के लिए सुनिश्चित करता है।
- दैनिक आधार पर ओटी शुरू होने से पहले चेकलिस्ट की सहायता से उपकरणों के समुचित कार्य की नियमित जांच और रिकार्डिंग करता है, जो बाद में PPC पद -charge द्वारा हस्ताक्षरित की जाती है।
- यह सुनिश्चित करता है कि संक्रमित मामलों को ओटी के लिए सर्जरी की सूची के अंत में शामिल किया जाए।
- सुनिश्चित करता है कि पीपीसी ओटी धूमित (Fumigated) हैं : संक्रमित मामलों के संचालन के बाद उपकरण कीटाण रहित और साफ हो रहे हैं।

स्टाफनर्स:

- रोगी को संबंधित डाक्टर द्वारा विधिवत रूप से भरे और हस्ताक्षरित नैदानिक रिपोर्ट एवं केस फाइल के साथ प्राप्त करने और सौंपने के लिए।
- सहमति फार्म को पूर्ण हस्ताक्षर, तारीख और समय के साथ भरने में रोगियों की मदद के लिए।
- आपरेशन के लिए रोगी को तैयार करने के लिए (साइट शेविंग, एंटीसेप्टिक एप्लिकेशन और साइट ड्रैपिंग)।
- विशिष्ट आपरेशन या IUCD प्रविष्टि के लिए आवश्यक उपकरणों, लिनन के साथ ओटी टेबल स्थापित करने के लिए।
- आपरेशन या प्रविष्टि की पूरी प्रक्रिया के दौरान स्त्री रोग विशेषज्ञ या डाक्टर की सहायता के लिए।

स्वीपर:

- पीपीसी ओटी, उपदवत ओटी, रिकवरी कक्ष और सम्बन्धित क्षेत्र को संक्रमण नियंत्रण कार्यक्रम द्वारा प्रदान की गई प्रक्रिया विनिर्देशों के अनुसार साफ करने के लिए या स्क्रब करने के लिए।
- अपशिष्ट एकत्र करने और इसे बायोमेडिकल अपशिष्ट संग्रह कर्मियों को सौंपने के लिए।
- पीपीसी के अंदर ओटी, माइनर ओटी आदि के फ्यूमिगेशन स्टरलाइजेशन और आटो क्लेव करने में ओटी I/c और स्टाफ नर्स की सहायता के लिए।

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4. बुनियादी ढांचा

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/रिकार्ड
1	पीपीसी ओपीडी में पंजीकरण काउंटर और परामर्श के लिए एक समर्पित कमरा या क्षेत्र	Doctor In-charge	पंजीकरण रजिस्टर
2	अस्पताल में IUCD इन्सेर्शन के लिए परीक्षा कक्ष मामूली प्रक्रिया कक्ष होना चाहिए	Doctor In-charge	
3	पोस्टऑपरेटिव या पोस्टपार्टम वार्ड की सुविधा		

5. मानक प्रक्रियाएं

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/रिकार्ड
I.	<u>परिवार नियोजन रक्ति विधि</u>		
	- निर्णय लेने में ग्राहक की सहायता के लिए कैफेटेरिया दृष्टिकोण - सलाहकारों द्वारा एएनसी, पीएनसीवार्ड में एफपी के लिए परामर्श। रक्ति तरीकों (Spacing मे जीव के) के फायदे के बारे में सूचित करना उपचार और प्रक्रियाओं से पहले सूचित विकल्प और सहमति ले। गर्भपात के मामले में गर्भपात के लिए निर्धारित फार्म "C" पर सूचित सहमति ग्राहक को मुफ्त सेवाओं, मुफ्त दवाओं, उपभोग्य सामग्रियों और गर्भनिरोधकों की उपलब्धता के बारे में सूचित करना	आन ड्यूटी डाक्टर और पीपीसी प्रभारी	पीपीसी रजिस्टर

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	<u>कंडोम:</u> किसी भी सरकारी स्वास्थ्य सुविधा में निःशुल्क उपलब्ध है एवं आरटीआई और एसटीआई से सुरक्षा प्रदान करता है।		
	<u>मौखिक गर्भनिरोधक गोलियां:</u> मौखिक गर्भनिरोधक गोलियों में हार्मोन होते हैं और ये गर्भनिरोधक के सबसे महत्वपूर्ण और विश्वसनीय तरीकों में से एक हैं। 28-दिन के पैक में हार्मोन और आयरन की गोलियां दोनों होती हैं। पहले 21 गोलियों हार्मोन हैं और पिछले सात गोलियों में कोई हार्मोन नहीं हैं, इन्हें स्पेसर गोलियाँ के रूप में संदर्भित किया जाता है। कुछ पैक में, इन स्पेसर गोलियों में आयरन होता है। एक ही समय में दैनिक आधार पर इन गोलियों को ले। <u>अंतरा गर्भनिरोधक इंजेक्शन :</u> • अंतरा महिलाओं के लिए एक सुरक्षित व असरदार गर्भनिरोधक इंजेक्शन है जो हर तीन महीने पर लगाया जाता है। • अंतरा का पहला इंजेक्शन प्रशिक्षित डाक्टर द्वारा लाभार्थी महिला की जाँच करके लगाया जाता है। • अंतरा लगवाने के तुरन्त बाद प्रभावी होता है। • धातरी महिलाएं भी प्रसव के डेढ माह के बाद अंतरा इंजेक्शन लगवा सकती हैं और गर्भपात के बाद अंतरा तुरंत या 7 दिन के अन्दर लगवा		

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
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	सकती है। ● अंतरा लगवाने के बाद माहवारी में कुछ बदलाव हो सकते हैं जैसे माहवारी कम या ज्यादा आना। साथ ही कुछ महिलाओं में अंतरा लगने के बाद माहवारी का आना बंद हो सकता है जोकि सामान्य है। ● अंतरा को प्रयोग रोकने के कुछ महीने के बाद महिला पुनः से गर्भधारण कर सकती हैं। छाया-साप्ताहिक गर्भनिरोधक गोली ● छाया एक नान हार्मोनल गर्भनिरोधक गोली है। यह गोली स्तनपान कराने वाली महिला प्रसव के तुरंत बाद ले सकती हैं। ● छाया गोली मासिकचक्र के पहले दिन से ली जाती है। ● छायागोली शुरुआत के 3 महीने हफ्ते में 2 बार और चौथे महीने से हफ्ते में 1 बार लेनी होती है। इसीलिए छाया को साप्ताहिक गर्भनिरोधक गोली कहा जाता है। इंट्रा-यूटेरिन गर्भनिरोधक डिवाइस CuT (IUCD)- भारत में महिलाओं द्वारा गर्भधारण की रक्ति के लिए दशकों से (आईयूसीडी) का उपयोग किया गया है। कुछ स्वास्थ्य सुविधाओं में, यह तत्काल प्रसवोत्तर अवधि में भी महिलाओं को प्रदान की गई 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 प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	- नीति - CuT-380ए को गर्भनिरोधक की एक विधि के रूप में तत्काल प्रसवोत्तर प्रविष्टि के लिए मंजूरी दे दी गई है। - पीपीआईयूसीडी को परामर्श के बाद डाला जाता है और महिला द्वारा लिखित सूचित सहमति प्राप्त की जाती है। - पीआईयूसीडी को सीजेरियन सेक्शन के दौरान या प्रसव के 48 घंटे के भीतर या प्लेसेंटा के डिलीवरी के तुरंत बाद रखा जा सकता है। - IUCD केवल एक प्रशिक्षित सेवा प्रदाता द्वारा डाला जाता है। - पीपीआईयूसीडी इन्सेर्शन एक स्वास्थ्य देखभाल सुविधा में किया जाता है जो प्रसव सेवाएं प्रदान करता है एवं जिसमें संक्रमण की रोकथाम के स्वीकार्य मानक उपलब्ध हैं।		
	सामान्य समय हैं: -तत्काल प्रसवोत्तर: -पोस्ट प्लेसेंटल: एक योनि प्रसव के बाद प्लेसेंटा के निष्कासन के 10 मिनट के भीतर उसी डिलीवरी टेबल पर प्रविष्टि (Insertion)। -अंतर (Intra) सिजेरियन: एक सीजेरियन डिलीवरी के दौरान, प्लेसेंटा को हटाने के बाद और गर्भाशय चीरा के बंद होने से पहले इन्सेर्शन होता है। -प्रसव के बाद ४८ घंटे के भीतर: प्रसव के 48 घंटे के भीतर और प्रसवोत्तर वार्ड से छुट्टी से पहले इन्सेर्शन।		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

- गर्भपात के बाद एक गर्भपात के बाद इन्सेर्शन, अगर कोई संक्रमण नहीं है, खून नहीं बह रहा है या कोई भी अन्य कान्ट्रैन डिक्शन नहीं है। - विस्तारित प्रसवोत्तर/अंतराल: प्रसव के 6 सप्ताह के बाद किसी भी समय इन्सेर्शन। आईयूसीडी को डिलीवरी के बाद 48 घंटे से 6 सप्ताह तक नहीं डाला जाना चाहिए क्योंकि संक्रमण और निष्कासन का खतरा बढ़ जाता है।		
---	--	--

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
	आपात कालीन गर्भनिरोधक गोलियां महिलायें इन गोलियों को असुरक्षित संभोग के बाद एक अवांछित गर्भावस्था को रोकने के लिए पहले कुछ दिनों के भीतर उपयोग कर सकती हैं। आपातकालीन गर्भ निरोधक एक नियमित FP विधि नहीं है और केवल "आपातकालीन उपयोग" के लिए है। आपातकालीन गर्भनिरोधक इस्तेमाल किया जा सकता है: ● गर्भनिरोधक सुरक्षा के बिना स्वैच्छिक यौन कार्य के बाद ● नियमित गर्भनिरोधक विधियों के गलत या असंगत उपयोग के बाद		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

3 दिनों से अधिक के लिए मौखिक गर्भनिरोधकों लेने में विफलता और गर्भनिरोधक इंजेक्शन के लिए देरहोने के बाद - गर्भनिरोधक विफलता के मामले में - इंट्रायूटेरिन डिवाइस के निष्कासन के मामले में - कंडोम के फिसलन धरिसाव और टूटने के मामले में आपातकालीन गर्भनिरोध के तरीके सभी हार्मोनल मौखिक गर्भनिरोधक गोलियां (संयुक्त और एकल) अलग-अलग खुराक में और आईयूसीडी का उपयोग आपातकालीन गर्भनिरोधक के लिए किया जा सकता है। निम्नविधियों का उपयोग किया जा रहा है: - एथिल एस्ट्राडियोल और लेवोनोर्जेस्ट्राल युक्त संयुक्त मौखिक गर्भनिरोधक - प्रोजेस्टेरोन केवल गोली (LNG). - कापर निर्गमन आईयूसीडी CuT380- I		
---	--	--

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
II.	परिवार नियोजन सीमित विधियों		
	A. लेप्रोस्कोपिक ट्यूबललिगेशन: कब करना है - - मासिक धर्म के बाद, 7 दिनों के भीतर - प्रसव के 42 दिनों के बाद 7 दिनों के भीतर गर्भपात/ एमटीपी (12 सप्ताह तक) के बाद, अगर कोई संक्रमण और जटिलता नहीं है। संज्ञाहरण: स्थानीय	प्रशिक्षित स्त्री रोग विशेषज्ञ सर्जरी करता है। स्टाफ नर्स सहायता करता 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 प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	संज्ञाहरण कदम: लेपरोस्कोप महिला की नाबी के पास दिये गए छोटे निक के माध्यम से अंदर डाला जाता है फ़ैलोपियन ट्यूब को देखा आर पहचाना जाता है और आवेषक से फ़ैलोपियन रिंग को एक-एक करके दोनों तरफ ट्यूब को ब्लाक करने के लिए रखा जाता है। चीरे को एक सिलाई द्वारा बंद किया जाता है और चिपकने वाला टेप द्वारा सील किया जाता है। एनाल्जेसिक और एंटीबायोटिक दिये जाते हैं महिला को अनुमति दी जाती है की एक या दो दिन के लिए आराम ले, 24 घंटे के बाद स्नान करे एवं एक सप्ताह के बाद आवश्यक रूप से फालो अप विजिट के लिये आये। एक एबजार्बल स्टिच सामग्री का उपयोग किया जाता है इसलिए स्टिच को हटाने की कोई जरूरत नहीं है।		
--	---	--	--

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
	मिनी-लैपट्यूबल लिगेशन: कब करना है- - मासिक धर्म के बाद, - प्रसव के बाद 7 दिनों के भीतर - गर्भपात 12 सप्ताह तक के बाद 7 दिनों के भीतर, अगर कोई संक्रमण और जटिलता नहीं है। संज्ञाहरण: स्थानीय		

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
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	चरण: - छोटे चीरा निचले पेट में दिया जाता है, जिसके माध्यम से फैलोपियन ट्यूबों को देखा जाता है, फिर उन्हें बाहर खींचते हुए, बान्ध कर एक-एक करके काट दिया जाता है। पेट को स्टिच किया जाता है। - एनाल्जेसिक और एंटीबायोटिक दिये जाते हैं। - महिला को अनुमति दी जाती है की एक या दो दिन के लिए आराम ले, 24 घंटे के बाद स्नानकरे एवं एक सप्ताह के बाद आवश्यक रूप से टांके को हटाने के लिए फालो अप विजिट के लिये आय		
3. एफपी सीमित सर्जरी, एमटीपी, डी और सी की अनुसूची			
a)	डाक्टर FP सेवाओं के लिए क्लाइंट को सलाह देता है, यदि क्लाइंट तैयार है तो उसे ओपीडी पर्ची के साथ पीपीसी के लिए भेजता है जिसमें सर्जरी की तारीख और समय का उल्लेख किया जाता है	PPC OT I/C स्टाफनर्स	OPD टिकट, OT रजिस्टर

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
b)	ओटी नर्स पीपीसी ओटी रजिस्टर में अनुरोध रिकार्ड करती है, ओटी की अनुपलब्धता के मामले में, वह संबंधित डाक्टर को सूचित करती है	ओटी sister या स्टाफनर्स	OT Register
c)	वह क्लाइंट का विवरण ओटी प्रभारी को अग्रेषित करती है	पीपीसी ओटी स्टाफनर्स	
1. पूर्व आपरेटिव प्रक्रिया			

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
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

a.	सर्जनवार्ड नर्स को पूर्वलिखित आपरेटिव निर्देश देता है।	स्टाफनर्स	
b.	पार्ट प्रिपरेशन किया जाता है (साइट की शेविंग, आभूषण और पोशाक हटाना)	स्टाफनर्स	
c.	स्टाफनर्स रोगी को रिसीव करता है और उसे पूर्व आपरेटिव क्षेत्र में स्थानांतरित करता है।	स्टाफनर्स	
d.	सर्जरी या आईयूसीडी प्रविष्टि या हटाने के लिए, एमटीपी, डीओरसी के लिए लिखित सहमति, क्लाइंट से प्राप्त की जाती है।	स्टाफनर्स	सहमति प्रपत्र
5	स्टाफनर्स निम्नलिखित पूर्व आपरेटिव चेक आयोजित करता है— • पर्चे के अनुसार दवाएं • क्लाइंट की पहचान • केस रेकार्ड एवं इन्वेस्टिगेशन रिपोर्ट • I-V फ्लुइड्स • रक्त की आवश्यकता • प्रोफिलेक्टिक एंटीबायोटिक्स (यदि निर्धारित हैं)	स्टाफनर्स	प्री आपरेटिव चेकलिस्ट

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
2. पूर्व आपरेटिव एनेस्थेटिक चेक			
a.	• रोगी का पूर्व-आपरेटिव मूल्यांकन सर्जन / एनेस्थेटिस्ट द्वारा किया जाता है। यदि रोगी को शल्य चिकित्सा के लिए उपयुक्त नहीं माना जाता है, तो ओटी के लिए सर्जन और नर्सिंग प्रभारी को सूचित किया जाता है। आपातकालीन मामलों में डाक्टर द्वारा आपातकालीन / ओटी में पूर्व आपरेटिव जांच की जाती है। पीएसी नोट केस शीट पर प्रलेखित किये जाते हैं।	एनेस्थेटिस्ट	पीएसी फार्म

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

b.	ओटी में रोगी रिसीव करनेपर, नर्सिंग स्टाफ और एनेस्थेतिस्ट केस शीट में दिए गए विवरण के अनुसार पहचान की पुष्टि करता है। ओटी नर्स रोगी के अपजं से का एक त्वरित मूल्यांकन करता है और रिकार्ड करता है।	एनेस्थेतिस्ट	केस शीट
3. सर्जरी के दौरान प्रक्रिया की जाँच में (यदि पेट का लिगेशन या सीएस लिगेशन के साथप्रमुख ओटी में आयोजित किया जा रहा है)			
a.	स्क्रबनर्स शुरू करने और शल्य चीरा के बंद होने पर मेज पर स्पंज की संख्या करता है। यदि संतुष्ट हो, तो सर्जन को तदनुसार सूचित करता है।	स्क्रबनर्स	
b.	सर्जन पुष्टि करता है कि सभी swabs शल्य चीरा के बंद होने से पहले गिना गया है। किसी भी विसंगति के मामले में, सर्जन केस शीट पर इस तथ्य का रिकार्ड करता है और अधीक्षक या सीएमएस को सूचित करता है।	सर्जन	केस शीट

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
c.	सर्जन स्क्रबनर्स को परिचालन क्षेत्र में स्वेब के स्थान के बारे में सूचित करने में मदद करता है और उसे गिनती में सुविधा प्रदान करता है। - पहली गिनती के बाद, स्क्रब नर्स और सर्जन ध्यान से उपयोग में अभी भी swabs की संख्या की जाँच करें. - चीरा के बंद होने से पहले एक अंतिम गिनती किया जाना है	सर्जन	पीपीसी रजिस्टर और केस शीट
d.	स्क्रबनर्स आपरेशन से ठीक पहल आपरेटिंग टेबल और हेमोस्टेटक्लैम्प पर सभी उपकरणों की जांच करती है। —सर्जन की देखरेख में स्क्रबनर्स शल्य चीरा बंद होने से पहल फिर से उपकरणों और हेमोसैटक्लैम्प्स की जांच करती है	स्क्रबनर्स	पीपीसी रजिस्टर और केस शीट
e.	स्क्रबनर्स आपरेशन शुरू होने से पहले मेज पर सभी सुइयों की गणना करती है।	स्क्रबनर्स	पीपीसी रजिस्टर और केस शीट

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

एक नियम के रूपमें, स्क्रबनर्स दूसरी सुई नहीं देती है जब तक कि सर्जन द्वारा प्रथम उसे वापस नहीं किया जाता है। यदि एक से अधिक सुई एक ही समय में इस्तेमाल किया जा रहा है, स्क्रबनर्स ध्यान रखता है देखने के लिए कि सभी सुइयों उसे वापस कर रहे हैं। स्क्रबनर्स सर्जिकल चीरा के बंद होने से पहले सुइयों की गिनती करती है। किसी भी विसंगति के मामले में, सर्जन तुरंत सूचित किया जाता है।		
---	--	--

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
4. रोगी की पोस्ट आपरेटिव केयर			
a.	आपरेशन के बाद, रोगी को रिकवरी रूम या पोस्टआपरेटिव वार्ड में स्थानांतरित कर दिया जाता है और उसके बाद संबंधित डाक्टर द्वारा निरीक्षण किया जाता है।	वार्डनर्स	पीपीसी- ओटी रजिस्टर और केस शीट
b.	इससे पहले कि रोगी को ओटी काम्प्लेक्स से बाहर स्थानांतरित कर दिया जाता है एक अनंतिम सर्जरी नोट जिसमें शल्य चिकित्सा का विवरण सर्जन द्वारा उसके हस्ताक्षर के साथ तैयार किया जाता है।	सर्जन	पीपीसी- ओटी रजिस्टर और केस शीट
c.	सर्जनकेस शीट में विस्तृत पोस्टआपरेटिव देखभाल निर्देशित करता है।	सर्जन	केस शीट
d.	सर्जन या एनेस्थेटिस्ट रोगी को उसकी प्रगति का सत्यापन करने के बादरिकवरी रूम से पोस्टआपरेटिव वार्ड में स्थानांतरित करने का आदेश देता है।	सर्जन / एनेस्थेटिस्ट	पीपीसी- ओटी रजिस्टर और केस शीट
e.	सर्जन प्रगति के लिए पोस्टआपरेटिव वार्ड में रोगी का निरीक्षण करता है।	सर्जन	
5. Operation Theatre Asepsis and Environment Management			
a.	स्टाफ नर्स ओटी की सफाई की दैनिक जांच करती है। वह सुनिश्चित करता है कि सभी क्षेत्रों जो गंदा पाया जाता है फिर से उसकी देखरेख में साफ कर रहे हैं।	स्टाफनर्स	पीपीसी- ओटी रजिस्टर और केस शीट

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/रिकार्ड
b.	वह यह सुनिश्चित करता है कि ओटी सतहों, tables और उपकरणों को दैनिक आधार पर कीटाणुनाशक एजेंटों के साथ साफ किया जाता है।	स्टाफनर्स	
c.	वह यह सुनिश्चित करता है कि ओटी एक साप्ताहिक आधार पर और प्रत्येक biohazard मामले के बाद fumigated या Carbolized है। Fumigation का विवरण fumigation रजिस्टर में दर्ज किया गया है।	OT Incharge	Fumigation रिकार्डरजिस्टर
d.	ओटी में प्रवेश करने वाले सभी कर्मियों को ओटी गाउन या जूते सहित पोशाक पहनना चाहिए और क्षेत्र की sterility सुनिश्चित करने के लिए उचित स्क्रबिंग प्रक्रिया से गुजरना चाहिए।		
6. ओटी प्रलेखन			
a.	संज्ञाहरण का विवरण संज्ञाहरण रजिस्टर में नोटक रहे हैं।	एनेस्थेटिस्ट	एनेस्थेसिया रजिस्टर
b.	एनेस्थेटिस्ट सभी दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों, जो आपरेशन थिएटर में सर्जरी के दौरान उपयोग किया जाता है नोट करते हैं।	एनेस्थेटिस्ट	आपरेशन थिएटर इंडेंटर जिस्टर
c.	ओटी नर्स प्रभारी प्रत्येक सर्जरी या प्रदर्शन प्रक्रियाओं का विवरण रिकार्ड रखती है।	OT Nurseincharge	Gynecology/PPC surgery register
d.	ओटी नर्स प्रभारी की गई सर्जरी का मासिक विवरण तैयार करता है और ओटी प्रभारी या सीएमएस को प्रस्तुत करता है।	OT Nurseincharge	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
e.	स्टाफनर्स सांविधिक आवश्यकताओं के अनुसार साइकोट्रापिक और नारकोटिक ड्रग्स रजिस्टर का रखरखाव करती है।	स्टाफनर्स	साइकोट्रोपिक और नारकोटिक्स रजिस्टर
f.	स्टाफ नर्स ओटी उपभोग्य सामग्रियों और दवाओं की सूची रखता है।	स्टाफनर्स	इन्वेंटरी रजिस्टर
g.	फार्मसिस्ट गैर कार्यात्मक या क्षतिग्रस्त उपकरणों के रिकार्ड को बनाए रखता है और ओटी I/C और स्टोर I/C को सूचित करता है। वे इसे डेडइन्वेंटरी रजिस्टर में अद्यतन करते हैं।	फार्मासिस्ट	डेड इन्वेंटरी रजिस्टर
7. CSSD (केंद्रीय sterile आपूर्तिविभाग)			
	रसीद और पैक के अंक: उत्पादन के विभिन्न बिंदुओं से सुबह ६.०० बजे से ९.०० बजे तक वस्तुओं की प्राप्ति। सीएसएसडी से ३.०० बजे से ६.०० बजे तक sterile पैक जारी करना। तथापि, ओटी, आईसीयू, आपातकालीन आदि जैसे विभागों को उपर्युक्त समय-सीमा से छूट दी गई है।	सीएसएसडी सहायक	सीएसएसडी रसीद और निर्गम रजिस्टर
8. विभाग की सामान्य सफाई			
	CSSD के सामान्य कार्य क्षेत्र सहित हर रोज़ मopped है: ● पैकिंग क्षेत्र ● Sterile पैक भंडारण क्षेत्र ● संदूषण क्षेत्र और स्लू इस कमरे	हाउस कीपिंग स्टाफ	

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
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

9. Sterilization के लिए मदों का उत्पादन			

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
a.	केंद्रीय sterile आपूर्ति विभाग में बंध्याकरण किए जाने वाले मदों को डिटर्जेंट से धोया जाता है, अलग-अलग किया जाता है और उत्पादन पीपीसी-ओटी, पीपीसी माइनर ओटी, पीपीसी वार्ड आदि के संबंधित बिंदु पर पैक किया जाता है।	सीएसएसडी सहायक	
b.	हाउस कीपिंग स्टाफ उत्पादन के बिंदु से sterile आपूर्ति इकाई के लिए तैयार पैक परिवहन के लिए जिम्मेदार है।	हाउस कीपिंग स्टाफ	
c.	ओटी लिनन सफाई के लिए सीधे लान्द्री भेज दिये जाते हैं। लान्द्री से धुलने के बाद प्राप्त लिनन पैक किया जाता है एवं स्टरलाइजेशन के लिये CSSD में भेज दिया जाता है।	लान्द्री स्टाफ	

10. Return of Unutilized Packs:

	यदि सीएसएसडी में sterilization किए गए पैक 72 घंटे की अवधि के लिए संबंधित प्रयोक्ता विभागों में अप्रयुक्त रहते हैं, तो उन्हें resterilization के लिए सीएसएसडी विभाग को लौटा दिया जाता है।	संबंधित विभाग	
--	--	---------------	--

11. रखरखाव और उपकरण के अंशांकन

a.	उपकरणों का रख रखाव संबंधित सीएसएसडी उपकरण के विक्रेता के साथ में प्रवेश वार्षिक रखरखाव अनुबंध (एएमसी) के अनुसार किया जाता है।	अस्पताल के बायोमेडिक उपकरण इंजीनियरिंग और रखरखाव विभाग।	एएमसी एजेंसी
b.	विभाग में उपयोग किए जाने वाले सभी उपकरण उचित रूप से हैं, यह पता लगाने के लिए कि क्या वे अपेक्षित स्तर पर प्रदर्शन कर रहे हैं आवधिक अंतरालों पर कैलिब्रेट किया गया है। और विभाग के साथ-साथ अस्पताल प्रबंधक भी उसका रिकार्ड प्रलेखित करता है।	संबंधित विभाग/ प्रशासनिक लिपिक	अंशांकन एजेंसी

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

क्रम संख्या	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ रिकार्ड
12.Recall प्रक्रिया :			
	जब कभी sterilization प्रणाली में एक breakdown का उल्लेख किया जाता है, तो दोषपूर्ण मशीन द्वारा sterile किए गए सभी पैकों को तुरंत संबंधित क्षेत्रों से वापस बुलाया जाता है और उचित मशीन का उपयोग करके पुनः sterilization के लिए भेजा जाता है।	सीएसएसडी तकनीशियन	Recall रजिस्टर

संदर्भ रिकार्ड्स

Sl. No.	रिकार्ड्स	अभिलेख संख्या	अवधारण अवधि
1	OT call रजिस्टर		
2	OT booking रजिस्टर		
3	आपरेटिंगसूची		
4	Fumigation रिकार्डरजिस्टर		
5	संज्ञाहरणरजिस्टर		
6	आपरेशन थिएटर इंडेंट रजिस्टर		
7	एफपी, एमटीपी और D&C के लिए सर्जरी रजिस्टर		
8	साइकोट्रोपिक और नारकोटिक्स रजिस्टर		
9	Dead इन्वेंटरीरजिस्टर		

प्रक्रिया दक्षता मानदंड

क्रम संख्या	गतिविधि	प्रक्रिया दक्षता मानदंड	बैचमार्क/मानक/लक्ष्य
1	Infection Control	Surgical Site Infection rate	
2	Scheduling	Surgery Cancellation Rate	
3	Utilization	OT Utilization Rate	

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
प्रसवोत्तर केन्द्र	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

संदर्भ दस्तावेज

1. WHO Surgical Safety Checklist
2. Procedure for Hospital Infection Control
3. Surgical Care at District Hospital

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।



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

गहन देखभाल ईकाई



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

इंटेंसिव केयर यूनिट के उद्देश्य

- 1- भर्ती रोगियों को कुशल, दक्ष स्टाफ द्वारा उचित देखभाल प्रदान करना और व्यक्तिगत ध्यान देना।
- 2- सभी डॉक्टरों, गहन चिकित्सकों और आईसीयू स्टाफ का प्रशिक्षण और डॉक्यूमेंटेशन।
- 3- सुरक्षित और प्रभावी विसंक्रमीकरण और फ्युमिगेशन प्रक्रिया।
- 4- डॉक्टरों नर्सों और आईसीयू स्टाफ के बीच समन्वय में सुधार।
- 5- आईसीयू में उपलब्ध स्टॉक पर नियंत्रण रखना, विभिन्न लोगों को काम सौंपकर, उन्हें नियमित अंतराल पर सत्यापित करना।
- 6- प्रोक्योरमेंट और बिलिंग से संबंधित विभिन्न प्रक्रियाओं में सुधार।
- 7- न्यूनतम संभव संक्रमण की दर को कम करने के लिए।
- 8- अस्पताल की एंटीबायोटिक नीति का पालन करके दवाओं के तर्कसंगत उपयोग को बढ़ावा देना।

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

इंटेंसिव केयर यूनिट

• उद्देश्य—

- 1—रोगी भर्ती के लिए एक पालिसी बनाना तथा उसको लागू करना।
- 2—जनरल नर्सिंग देखभाल के लिए दिशानिर्देश/निर्देश प्रदान करना जिससे मरीजों की जरूरतों और उम्मीदों को पूरा किया जा सके।
- 3—एक आईसीयू विकसित करने के लिए, जो एक मानकीकृत आईसीयू की सभी आवश्यकता को पूरा कर सकता है।
- 4—रोगी की संतुष्टि का स्तर लगातार बढ़ता रहे, साथ ही कर्मचारियों का व्यवहार सहानुभूतिपूर्ण और विनम्र होना चाहिए।

• क्षेत्र

इसमें अस्पताल में भर्ती और उपचार प्राप्त सभी गहन देखभाल रोगियों को शामिल किया गया है

• जिम्मेदारी :

- 1— आईसीयू इंचार्ज / डॉक्टर (फिजिशियन/एनेस्थेतिस्ट)।
- 2— मैट्रन / सिस्टर प्रभारी।
- 3— हाउसकीपिंग सुपरवाइजर।

• व्यवस्था—

- 1— यह अस्पताल अपने विभाग में उपलब्ध सेवाओं और अधिकारों को प्रदर्शित करता है।
- 2— एम्बुलेंस सहित ब्लड बैंक और रेफरल सेंटर के महत्वपूर्ण टेलीफोन नंबर को प्रदर्शित किया गया है
- 3— शुल्क प्रभावी रूप से रोगियों को प्रदर्शित और सूचित किए जाते हैं।
- 4— सूचना स्थानीय भाषा में उपलब्ध है जिसे समझना आसान है।
- 5— आईसीयू तक आसानी से पहुंचने के लिए व्हील चेयर या स्ट्रेचर की उपलब्धता है।
- 6— यहाँ प्रदान की जाने वाली सेवाएँ लिंग के प्रति संवेदनशील हैं।
- 7— इकाई पूरी तरह से वातानुकूलित है, परन्तु, बिजली फेलियर के दौरान खिड़कियां खोली जा सकती हैं।
- 8— सुरक्षा विभाग भूकंपीय, अग्नि तथा विद्युत से अस्पताल की सुरक्षा सुनिश्चित करती है और बुनियादी ढांचे की भौतिक स्थिति मानक के अनुरूप है।
- 9— इस अस्पताल में पर्याप्त संख्या में प्रशिक्षित कर्मचारी, दवाइयां तथा अन्य उपभोग की वस्तुएं और उपकरण 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

- 10- यह अस्पताल कर्मचारियों, रोगियों को सुरक्षित और आरामदायक वातावरण प्रदान करती हो। सेवा और आगंतुकों को यह सुविधा दिन रात पानी और बिजली बैंक अप सुनिश्चित करती हैं।
- 11- रोगियों का आहार सेवाएं सेवा प्रावधान और पोषण संबंधी आवश्यकता के अनुसार उपलब्ध हैं।
- 12-अस्पताल रोगियों को स्वच्छ लिनन सुनिश्चित करता है।

एयर-वे

क्र.	प्रक्रिया	जिम्मेदारी	आवश्यक दस्तावेज
	भर्ती के लिए रिकॉर्ड प्रक्रिया- मरीजों के भर्ती के लिए स्थापित मानदंड हैं। ▪ इकाई प्राथमिकताकरण मॉडल •यह विभाग उन लोगों को प्राथमिकता देती है जो विभाग की सेवाओं से लाभान्वित होंगे। प्राथमिकता 1: •ये गंभीर रूप से बीमार अस्थिर रोगी हैं, गहन उपचार और निगरानी आईसीयू के बाहर प्रदान नहीं किया जा सकता है। आमतौर पर, इन उपचारों में वेंटिलेटर सपोर्ट, निरंतर वासोएक्टिव ड्रग इन्फ्यूजन आदि शामिल होते हैं। प्रायोरिटी 1 के मरीजों की आम तौर पर कोई सीमा नहीं होती है चिकित्सा प्राप्त करने की सीमा पर उन्हें रखा जाता है। •इन रोगियों के उदाहरणों में पोस्ट ऑपरेटिव /आघात या तीव्र श्वसन विफलताएँ रोगियों को मैकेनिकल वेंटिलेटरी की आवश्यकता होती है और हेमोडायनामिक रूप से अस्थिर रोगी गहन निगरानी और वासोएक्टिव ड्रग्स प्राप्त करने वाले मरीज शामिल हो सकते हैं। प्राथमिकता 2 • इन रोगियों को गहन निगरानी की आवश्यकता होती है और संभावित रूप से तत्काल हस्तक्षेप की आवश्यकता हो सकती है। आम तौर पर कोई चिकित्सीय सीमा निर्धारित नहीं की जाती है। इसमें वो रोगी शामिल हैं जो तीव्र गंभीर चिकित्सा या सर्जिकल बीमारी से उभर रहे हो।	आईसीयू इंचार्ज, नर्सइंचार्ज	आईसीयू रजिस्टर / बी0एच0टी0

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	प्राथमिकता 3 - ये अस्थिर रोगी गंभीर रूप से बीमार हैं लेकिन अंतर्निहित बीमारी या उनके तीव्र की प्रकृति बीमारी के कारण रिकवरी संभावना कम हो जाती है। प्राथमिकता 3 रोगियों को गहन चिकित्सीय प्रयास प्राप्त हो सकती है। जो तीव्र बीमारी से राहत पाने के लिए उपचार चाहे लेकिन चिकित्सीय प्रयासों की सीमा ऐसे निर्धारित किया जा सकता है जैसे कि इन्टुबेशन, या कार्डियोपल्मोनरी रेससिटेशन न दिया जा सके। - उदाहरण – कैंसर वाले गंभीर रोगी शामिल हैं संक्रमण, हृदय संबंधी विकृति, टैम्पोनड, या एयर-वेबाधा। प्राथमिकता 4 - ये वे मरीज हैं जो आमतौर पर आईसीयू भर्ती के लिए उपयुक्त नहीं होते हैं। रोगियों का चयन व्यक्तिगत आधार पर होता है। असामान्य परिस्थितियों में यह आईसीयू निदेशक के विवेक के आधार पर होते हैं। ये मरीज निम्नलिखित श्रेणियों में रखे जा सकते हैं— - आईसीयू देखभाल से थोड़ा या कोई प्रत्याशित लाभ नहीं। (बहुत अच्छी तरह से आईसीयू के बाहर देखभाल से लाभ मिले।) उदाहरणों के तौर पर पेरिफेरल वेसकुलर सर्जरी, हेमोडायनामिक रूप से स्थिर मधुमेह केटोएसिडोसिस, हल्के कंजेस्टिव दिल विफलता सचेत ड्रग ओवरडोज रोगी शामिल हैं आदि। - आसन्न मृत्यु का सामना कर रहे परिवर्तनीय बीमारी वाले मरीज (गंभीर बीमारी वाले रोगी जिन्हें आईसीयू देखभाल का बहुत लाभ न मिले।) उदाहरण के लिए: गंभीर अपरिवर्तनीय मस्तिष्क क्षति, अपरिवर्तनीय बहु-अंग प्रणाली विफलता, मेटास्टैटिक कैंसर (जब तक कि मरीज विशिष्ट उपचार प्रोटोकॉल पर हैं), निर्णय लेने की क्षमता वाले रोगी जो गहन देखभाल और / या आक्रामक निगरानी में मना करते हैं और जो केवल आराम देखभाल प्राप्त करते हैं, ब्रेन डेड, गैर-अंग दाता रोगी जो		
--	---	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

स्थिर अवस्था में, रोगी जो स्थायी रूप से बेहोश हैं, इत्यादि । ■ डायग्नोस्टिक मॉडल •आईसीयू भर्ती की उपयुक्तता का निर्धारण करने के लिए यह मॉडल विशिष्ट स्थितियों या रोगों का उपयोग करता है A- पल्मोनरी सिस्टम 1- तीव्र श्वसन फेलियर में वेंटिलेशन की आवश्यकता होती है – इनवेसिव / गैर इनवेसिव । 2- हेमोडायनामिक के साथ पल्मोनरी एम्बोली अस्थिरता । 3-वार्ड में भर्ती मरीज जिसकी सांस कमजोर पड़ रही हो । 4-वार्ड में भर्ती मरीज जिसको बेहतर नर्सिंग केयर की आवश्यकता हो । 5-आसन्न इन्ट्यूबेशन के साथ श्वसन विफलता । B- न्यूरोलॉजिकल विकार- 1-परिवर्तित मानसिक स्थिति के साथ तीव्र स्ट्रोक । 2-कोमा, चयापचय, विषाक्त, या एनोक्सिक । 3-इंट्राक्रानियल रक्तस्राव संभावित के साथ हर्नियेशन एक्यूट सबराचोनोइड रक्तस्राव । 4-एक्यूट रक्तस्राव । 5-परिवर्तित मानसिक स्थिति के साथ मेनिनजाइटिस या श्वसन समझौता । 6-केंद्रीय तंत्रिका तंत्र या न्यूरोमस्क्युलर बिगड़ते तंत्रिका संबंधी विकार पल्मोनरीय कार्य । 7-स्थिति एपिलेप्टिकस । 8-बैजोस्पाज्म 9-जीसीएस 12 से कम के साथ सिर की चोट के मरीज । 10-गंभीर रूप से घायल मरीज । C- ड्रग अंतर्ग्रहण और ड्रग ओवरडोज- 1-हेमो-डायनेमिक रूप से अस्थिर दवा अंतर्ग्रहण । 2-मानसिक के साथ ड्रग अंतर्ग्रहण		
---	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

अपर्याप्त एयर-वेसरक्षण के साथ स्थिति। 3-मांसपेशियों की कमजोरी के साथ हाइपो-फास्फेटेमिया। D- गैस्ट्रो इंटेस्टिनल डिसऑर्डर • गंभीर जानलेवा गैस्ट्रोइंटेस्टिनल • रक्तस्राव जिसमें हाइपोटेंशन, एनजाइना, • लगातार रक्तस्राव या कोमोर्बिड स्टेट शामिल है. • आवर्तक / लगातार हाइपोग्लाइसीमिया। • यकृत विफलता • गंभीर अग्नाशयशोथ • मीडियास्टिनिटिस के साथ या उसके बिना गर्दनका छिद्र। E-एंडोक्राइन • डायबेटिक स्टॉर्म, केटोएसिडोसिस हेमोडीनामिक अनियमिता के साथ, • परिवर्तित मानसिक स्थिति, श्वसन अपर्याप्तता या गंभीर एसिडोसिस • थायराइड, हेमोडायनामिक के साथ मायक्सोडेमा कोमा • कोमा के साथ हाइपर ऑस्मोलर अवस्था • मांसपेशियों की कमजोरी के साथ हाइपो फास्फेटेमिया • परिवर्तित मानसिक स्थिति के साथ गंभीर हाइपर कैल्मिया • हाइपोडायनामिक समझौता या डिस्ट्रीथिमिया के साथ हाइपो या हाइपर मैग्नीशियम • आवर्तक / लगातार हाइपोग्लाइसीमिया F – सर्जिकल 1-हेमोडायनामिक मॉनिटरिंग / वेंटिलेटरी सपोर्ट या व्यापक नर्सिंग देखभाल की आवश्यकता वाले पोस्ट ऑपरेटिव रोगी। C – विविध 1-हेमोडायनामिक अस्थिरता के साथ सेप्टिक झटका। 2-किसी भी गंभीर रूप से बीमार हेमोडायनामिक निगरानी मरीज। 3-आईसीयू स्तर के नर्सिंग के लिए आवश्यक नैदानिक परिस्थितियां।		
---	--	--

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

4-पर्यावरणीय चोटें, बिजली गिरने से उच्चताप। 5-नए/प्रायोगिक उपचार के लिए संभावित के साथ जटिलायें (नैतिक समिति से अनुमोदन के बाद) ▪ ऑब्जेक्टिव पैरामीटर्स मॉडल- सूचीबद्ध मानदंड, जबकि आम सहमति से पहुंचे, आवश्यकता के अनुसार है। उन्हें स्थानीय परिस्थितियों के आधार पर संशोधित किया जा सकता है। विशिष्ट मापदंड स्तरों का उपयोग करके बेहतर परिणाम प्रदर्शित करने वाले डेटा उपलब्ध नहीं हैं। •महत्वपूर्ण संकेत/वाइटल साइन पल्स 40 से कम और 150 बीट्स / मिनट से ज्यादा हो मरीज के सिस्टोलिक डायस्टोलिक प्रेशर 80 एम.एम एच.जी. और 20 एम.एम एचजी से कम प्रेशर हो. मीन आर्टेरियल प्रेशर 60 एम.एमएच.जी. से कम हो। डायस्टोलिक आर्टेरियल प्रेशर 120एम.एम एचजी से ज्यादा हो। रेस्पिरेटरी रेट 35 बीट्स पर मिनट से ज्यादा हो। लेबोरेटरी वैल्यू सीरम सोडियम 120 एडक्यू /एल से कम या 160 एडक्यू /एल से ज्यादा हो. सीरम पोटैशियम 2 एडक्यू /एल से कम या 6 एडक्यू /एल से ज्यादा हो. पीएओ₂ 60 ममएचजी से कम हो पीएच 7.1 से कम या 7.7 से ज्यादा हो सीरम ग्लूकोस 800 मग/दीएल से ज्यादा सीरम कैल्शियम 15 मग/दीएल से ज्यादा हो। रेडियोग्राफ /अल्ट्रासोनोग्राफी / टोमोग्राफी सेरेब्रल वैस्कुलर हेमोरेज, कंटोल्यूशन या सबरैक्नॉइड हेमरेज विद अलाटेड मेंटल स्टेट या फोकल न्यूरोलॉजिकल साइन्स अस्थिरता के साथ टूटे हुए विसरा,हेमोडायनामिक ,		
--	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	मूत्राशय, यकृत, अन्नप्रणाली संस्करण या गर्भाशय हेमोडायनामिक अस्थिरता, महाधमनी धमनीविस्फार विदारक। इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम • जटिलता के साथ रोधगलन, हेमोडायनामिक अस्थिरता या हृदय की विफलता निरंतर वेंट्रिकुलर टैचीकार्डिया या वेंट्रिकुलरफिब्रिलेशन। हेमोडायनामिक के साथ पूरा हृदयब्लॉकेज। • फिजिकल ऑब्जर्वेशन। • एक बेहोश रोगी बर्न्स में असमान पुतलियाँ कवर 10% बीएसए से ज्यादा हो। • अमूर्तता • श्वसन-नली में अवरोध • कोमा • निरन्तर दौरे। • नीलिमा • हृदय का तीव्र सम्पीड़न आईसीयू में भर्ती — हाउसकीपिंग स्टाफ रोगी के भर्ती के लिए रिक्त बेड की सफाई करते हैं। • यूनिट को पूरी तरह से साफ करते हैं। • बिस्तर को ऊपर से नीचे लगी नमी एवं धूल 0.5 प्रतिशत बेसिलौइड के साथ साफ कर देते हैं। — रोगी के भर्ती की पुष्टि पर नर्स आगे बढ़ती है। • उपयुक्त मॉड्यूल के साथ सभी ऑब्जर्वेशन उपकरणों की जांच का स्विच ऑन करते हैं और ऑब्जर्वेशन प्रणाली सुनिश्चित करने के लिए सहायक उपकरण अच्छी स्थिति में हैं सुनिश्चित करते हुए स्टैंडबाय मोड पर छोड़ देते हैं। • गैस, सक्शन आपूर्ति की जांच करें और उसमें उचित उपकरण संलग्न करें (जैसे आउटलेट और गैस आउटलेट के लिए ओ 2 प्रवाह मीटर के लिए सक्शन लाइन)। • गद्दे के ऊपर एक लंबी सज्जित चादर के साथ ICU का बिस्तर बनाया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	बिस्तर के साथ एक कंबल एवं एक तकिया दिया गया। • रोगी के नैदानिक फोल्डर, चार्ट और भर्ती रिकॉर्ड बुक पर रखा गया नर्सों के स्टेशन की तालिका। • किसी भी नए भर्ती के लिए सभी खाली आईसीयू बेड तत्परता से हर समय स्थापित किए जाते हैं। • एक वेंटिलेटर हमेशा स्टैंडबाय पर सेट किया जाता है (वेंटिलेटर सेट अप के अनुसार एनेस्थेसिस्ट का आदेश)। —भर्ती के रूट • 1— ई आर। • 2— ओपीडी • 3— अंतर्विभागीय हस्तांतरण • 4—अन्य अस्पताल —भर्ती पर : • नर्स अपना परिचय मरीज को देती है और साथ ही मरीज को आश्वस्त करती है। और उन प्रक्रियाओं के बारे में बताते हैं जो पालन करते हैं। • यदि रोगी अनुमति देता है तो उसे गाउन उतारने और गाउन पहनने के लिए सहायता की जाती है • उपचार और प्रक्रियाओं से पहले सूचित सहमति लेने की स्थापित नीति है। • कर्मचारियों को रोगी के अधिकारों और जिम्मेदारियों के बारे में पता होना चाहिए। • उपचार के बारे में जानकारी रोगियों या परिचारकों के साथ नियमित रूप से साझा की जाती है। • फौसिलिटी ने शिकायत प्रणालीको फिर से परिभाषित और स्थापित किया है । नैदानिक मूल्यांकन और रोगी के पुनर्मूल्यांकन की प्रक्रिया • ड्यूटी पर चिकित्सक द्वारा रोगी का प्रारंभिक		
--	--	--	--

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	मूल्यांकन मानक प्रोटोकॉल के अनुसार किया जाता है। •रोगी का इतिहास लिया और दर्ज किया गया है। •शारीरिक परीक्षा होती है और दर्ज की जाती है। •अनंतिम निदान दर्ज किया गया है। •एसपीओ 2 सेंसर, ईसीजी लीड्स और एनआईबीपी कफ संलग्न हैं। रोगी के आधारभूत महत्वपूर्ण संकेत और कार्डियक लय को रोगी के अवलोकन में दर्ज और प्रलेखित किया जाता है। •रोगी के आधारभूत महत्वपूर्ण संकेत और कार्डियक लय को रोगी के अवलोकन में दर्ज और प्रलेखित किया जाता है रोगी की सामान्य स्थिति का आकलन किया जाता है यानी यदि रोगी दर्द, पीला, पसीना होता है तो ऑक्सीजन को निर्देशानुसार दिया जाता है। •रोगी की चेतना के स्तर का आकलन किया जाता है। •डॉक्टर को मरीज के आने की सूचना दी जाती है और किसी भी असामान्यता की सूचना दी जाती है •अड्बी कैन्युलेशन किया जाता है और उपचार को आदेश के अनुसार किया जाता है। •इंटुबेशन किया जाता है और रोगी को वेंटिलेटर पर रखा जाता है (रोगी को श्वसन सहायता की आवश्यकता होती है)। •अन्य विभागों को किसी भी सांख्यिकीय नैदानिक परीक्षणों के बारे में सूचित किया जाता है जिन्हें आदेश दिया गया है। उदा एक्स-रे, ईसीजी, रक्त परीक्षण और स्टेट दवा। •नैदानिक परीक्षणों के लिए आवश्यक मांग पर्ची भरी जाती है और नमूनों को संबंधित स्लिप के साथ भेजा जाता है। •रोगी को रेफरल स्लिप और सुरक्षित परिवहन के साथ संदर्भित किया जाता है •रोगी के रिश्तेदारों से कीमती सामान घर ले जाने का अनुरोध किया जाता है। •सभी रोगियों के लिए कीमती सामान पर सावधानीपूर्वक जाँच की जाती है। •रोगी और परिवार दोनों को मिलने वाले विशेषाधिकारों के बारे में बताया गया है कि दिन में दो बार जाना सीमित है और रोगी के लिए केवल एक आगंतुक को अनुमति दी जाती है। •रोगी और रोगी के रिश्तेदार को यूनिट में उपलब्ध		
--	---	--	--

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

सुविधाओं, नियम पर समझाया जाता है, • अस्पताल परिसर के भीतर धूम्रपान अनुमति नहीं है, आईसीयू में रहने का शुल्क देना है। अगर है। • संदर्भित रोगियों के पालन की एक प्रणाली है • बीच में सौंपने के दौरान रोगी की स्थिति की समीक्षा की जाती है ड्यूटी डॉ से। • मरीज को सौंपने की एक प्रक्रिया है, जिसे आईसीयू से आईपीडी / ओटी / इमरजेंसी में स्थानांतरित किया गया है और इसके विपरीत। अस्पताल में भर्ती मरीजों को भर्ती सलाहकार की चिकित्सा देखभाल के तहत रहता है। • चिकित्सा अधिकारी द्वारा अस्पताल में भर्ती किए गए नए रोगियों को कॉल करने पर सलाहकार की चिकित्सा देखभाल के अधीन है। • प्राथमिक डॉ रोगी को सह-प्रबंधन करने के लिए किसी अन्य विशेषज्ञ सलाहकार को कॉल करने का निर्णय लेना है। • प्राथमिक सलाहकार रोगी को संबंधित बीएचटी/ रेफरल सलाहकार को संदर्भित करता है और कारण के बारे में देखे गए जिम्मेदार सलाहकार से बात करता है या ऐसा करने के लिए नर्स को अधिकृत करता है। • रेफरल का एक नोट प्राथमिक डॉ द्वारा जिम्मेदार ड्यूटी डॉ को लिखा जाता है। प्राथमिक सलाहकार रोगी के समग्र प्रबंधन के लिए जिम्मेदार है। • रोगी को रेफरल स्लिप और सुरक्षित परिवहन के साथ संदर्भित किया जाता है। फैसिलिटी ने नर्सिंग देखभाल के लिए प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है • महत्वपूर्ण देखभाल में सभी पंजीकृत नर्स यूनिट ओरिएंटेशन से गुजरती हैं और लिखित दिशानिर्देशों और प्रथाओं का स्टाफ नर्स जिम्मेदारियों के दायरे में पालन करती हैं, ड्यूटी रजिस्टर संदर्भित करती हैं। • महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों को सौंपी गई नर्स अतालता पहचानने में क्षमता दिखाती हैं। • महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों में नर्सों को अपने कार्य विवरण और प्रक्रिया मैनुअल में उल्लिखित उपचार और प्रक्रियाओं को करने के लिए योग्य है • शुरू की गई सभी प्रक्रियाओं का मूल्यांकन और मूल्यांकन किया जाता है क्योंकि महत्वपूर्ण देखभाल		
---	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

क्षेत्रों के प्रभारी नर्स द्वारा सटीकता के साथ प्रदर्शन किया गया है। महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों में नर्स प्रदर्शन नहीं करती हैं, लेकिन केवल निम्नलिखित प्रक्रियाओं की सहायता करती हैं •इंटुबेशन •धमनी पंचर / लाइन प्लेसमेंट नर्स प्रदर्शन नहीं करेगी लेकिन निम्नलिखित प्रक्रियाओं के साथ डॉक्टर की सहायता करेगा •पेसमेकर सम्मिलन। •छाती की नलिका। •अस्थि मज्जा आकांक्षा। •पैरासेन्टेसिस। •थोरासेनसिस। •लीवर बायोप्सी। •योनि परीक्षा। •उपक्लावियन प्रविष्टि। •काम करना। •ट्रेकियोटॉमी या मिनी ट्रेकोस्टॉमी। •इंटुबैषेण। •टांके / छाती की नालियों को हटाना •निम्नलिखित दवाओं को प्रशिक्षित नर्सों के महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों द्वारा प्रशासित नहीं किया जाएगा: •प्रायोगिक दवाएं •इंट्राकार्डिक दवाएं महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों में प्रशिक्षित नर्स निम्नलिखित प्रदर्शन कर सकती हैं। •धमनी लाइनों पर ट्यूबिंग और ड्रेसिंग बदलें, । •उपस्थित चिकित्सक द्वारा आदेश के अनुसार अंतःशिरा दवाओं का प्रशासन। •डॉक्टर के आदेश पर केंद्रीय शिरापरक लाइन पर संक्रमण को रोक सकता है लेकिन सीवीएल को नहीं हटाएगा •धमनी लाइन से लैब के नमूने खींचें। •चिकित्सक के आदेश के साथ उपक्लावियन कैथेटर से प्रयोगशाला नमूने लें। •जीवन के लिए खतरनाक स्थितियों के साथ रोगी को परिभाषित करें		
---	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	• खतरनाक स्थितियों में अंतःशिरा दवा की जीवन के लिए बचाव करने वाले दवा दे। उदाहरण एट्रोपीन, एड्रेनालाईन या जायलोकार्ड। नर्सिंग प्रलेखन चिकित्सा के साथ एकीकृत हैविशिष्ट अनुप्रयोग के साथ रिकॉर्ड और नैदानिक जानकारीरोगी की महत्वपूर्ण देखभाल प्रबंधन। निम्नलिखित प्रलेखन सर्वस्वीकृत एक अस्पताल सूचना प्रणाली को संबोधित करता है। •रोगी देखभाल प्रक्रिया, देखभाल की योजना, मूल्यांकन और परिणामों के सभी घटकों को मेडिकल रिकॉर्ड में दर्ज किया गया है। •एकीकृत नर्सिंग डी प्रारंभिक मूल्यांकन (एसआरएन द्वारा किया गया, और पुनर्मूल्यांकन किया गया है)। समस्या की पहचान •नर्सिंग हस्तक्षेप जो रोगी की समस्याओं से संबंधित हैं, की पहचान की गई। •रोगी को नर्सिंग देखभाल प्रदान की जाती है। •नर्सिंग हस्तक्षेप की प्रभावशीलता परिणाम। डिस्चार्ज ट्रांसफर प्लान। •प्रत्येक देखभालकर्ता के डेटा को उस व्यक्ति द्वारा दस्तावेजित किया जाता है। •सामान्य स्थिति में परिवर्तन, डॉक्टर की समीक्षा और रोगी के प्रबंधन में परिवर्तन, महत्वपूर्ण पैरामीटर और अंतर्ग्रहण उत्पादन सहित आईसीयू दस्तावेज रोगी की जानकारी में है। •आईसीयू बीएचटी पर दस्तावेजीकरण तब तक जारी रखा जाता है जब तक रोगी को आईवी ड्रिप / इन्फ्यूजन प्राप्त नहीं होता है। जो महत्वपूर्ण पैरामीटर के अनुसार शीर्षक दिया जा रहा है। •आईसीयू फ्लो शीट प्रलेखन को वर्तमान डेटा के साथ किसी अन्य रोगी देखभाल इकाई में मरीज के स्थानांतरण से पहले अपडेट किया जाता है। •किसी भी नैदानिक प्रक्रिया उपचार चार्ट को बनाए रखने से पहले ड्यूटी पर कर्मचारी मरीजों की पहचान सुनिश्चित करता है। •रोगी वाइटल की निगरानी और समय-समय पर रिकॉर्ड की जाती है •गंभीर रोगियों की लगातार निगरानी की जाती है। •उच्च जोखिम वाले रोगियों की पहचान की जाती है और प्राथमिकता पर उपचार दिया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	प्रमुख नैदानिक प्रोटोकॉल के लिए प्रक्रिया 1. अंतः स्थलीय परिचय के लिए संकेत चेतना का अवसादग्रस्त स्तर – जीसीएस 8 से कम, सिर की चोट के कारण कोमा में जाने वाली किसी भी स्थिति, जीए में रोगी। 2. हाइपोक्सिमिया – कारणों में सर्वाइकल स्पाइन की चोट, मल्टीपल फ्रैक्चर, सीवीयर न्यूमोनिया सीओपीडी का एक्ज्यूट एक्ससेर्बेशन शामिल हैं। 3. एयर-वे में बाधा – फारेन बाडी, सूजन के साथ चेहरे / गर्दन पर चोट / मर्मज्ञ चोट, साँस लेने में तकलीफ। 4. सीपीआर के हिस्से के रूप में 5. ब्रांकाई ईत्यादि के स्टेंटिंग। अचैतन्य रोगी की देखभाल— • एबीसी का स्थिरीकरण – वायु मार्ग, श्वास, परिसंचरण रवाना और पिलाना – क्या मात्रा आवृत्ति, आर / टी या खूँटी ट्यूब पोषण संबंधी पूरक। • अनलेजिआ • बेहोश करने की क्रिया। • थ्रोम्बोप्रोफिलैक्सिस डीवीटी पंप, एलएमवीएच, लिम्ब फिजियोथेरेपी। • रोकथाम और बेड सोर नियंत्रण, एच बी 80/० रखें। • प्रोटीन को इष्टतम स्तर पर रखा जाता है। • गंभीर रोगियों की स्थिति बेड पर हर 2 घंटे में बदलें। • ऑनसाइट ड्रेसिंग दबाव वाले प्रवण क्षेत्रों पर की जाती है। दबाव बिंदुओं की देखभाल और नियंत्रण की जाती है। • वायु बेड का उपयोग किया जाता है। • ग्लाइसेमिक नियंत्रण – ब्लड शुगर ≤ 160 एमजी/०. रखा गया है। • रक्त शर्करा परीक्षण दिन में कम से कम दो बार किया जाता है • हेड एंड को 30° तक ऊंचा रखा जाता है • तनाव अल्सर की रोकथाम/इंज. रांटे/पैटोप्राजोल, सिरप सुक्रालफेट, सिरप दाइजीन • श्वसन चिकित्सा – छाती फिजियोथेरेपी • ईटीटी सक्शन (प्रत्येक शिफ्ट में एक बार)। • रोगी को अनपेक्षित गिरावट और आघात 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	रोकथाम (साइड रेल ऊपर और पर्याप्त और उचित संयम का उपयोग किया जाता है) •सभी संक्रमण नियंत्रण प्रोटोकॉल का पालन किया जाता है। •बालों की देखभाल—तेल लगाना, शैम्पू करना। एंटी जूँ उपचार के साथ सफाई। बाल काटना और कंघी करना। •नाखूनों की देखभाल— नाखूनों को नियमित रूप से काटा जाता है और साफ रखा जाता है। •विभिन्न मांसपेशी समूहों के व्यायाम द्वारा संकुचन की रोकथाम। •आंत्र की देखभाल – रेचक उपचार में जोड़ा गया। •एनीमा एस—ओ—एस •पुतली के आकार की निगरानी •आँखों की देखभाल – गीले गोज से आँखों की नियमित सफाई। •एक्वा आँखों की बूँदें। •जब जब जरूरत हो, एंटीबायोटिक आई ड्रॉप। •मुंह की देखभाल – दांतों की नियमित ब्रशिंग। •लिस्ट्रीन से मुंह धोना •आइ वी नली की देखभाल – उपयोग की जाने वाली पारदर्शी ड्रेसिंग •सेंट्रल लाइन की देखभाल –संक्रमण नियंत्रण प्रोटोकॉल के अनुसार सेंट्रल लाइन को बदलना संक्रमण के जांच के लिए पारदर्शी ड्रेसिंग का उपयोग करना, सभी पोर्ट को हेपरिनाइज्ड सलाइन के साथ फ्लशिंग करके पेटेंट रखना •एंडोट्रेचियल ट्यूब की देखभाल – पायलट बैलून की जांच की जाती है, शिरे पर ईटीटी का निशान देखा जाता है, ईटी ड्रेसिंग के वेंटिलेटर स्क्रीन में बदलाव की निगरानी रोज की जाती है, अगर ईटीटी 7 दिन से ज्यादा रहता है तो ट्रेकियोस्टोमी की जाती है। •ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब की देखभाल – टीटी के ड्रेसिंग को बदल दिया जाता है। •दैनिक, टीटी कफ लगभग 10 मिनट के लिए डीफ्लेट करते हैं हर 2 घंटों में। प्रत्येक शिफ्ट में एक बार टीटी सक्शन किया जाता है। फोली कैथ की देखभाल रोगी का बिस्तर क्षेत्र साफ रखा जाता है। •कान की देखभाल – दैनिक सफाई।		
--	---	--	--

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	•नाक म्यूकोसा की सफाई – पानी में भिगोए गए गोज द्वारा। व्यक्तिगत स्वच्छता (निजी भागों की सफाई)। की जाती है। सीओपीडी की परीक्षा,प्रबंधन,देखभाल— 1 क्लीनिकल मूल्यांकन — एबीजी चेस्ट — एक्स—रे — थूक का परीक्षण —पल्मोनरी फंक्शन टेस्ट। 2 ब्रॉन्को डाइलेरेटर दिया गया 3 स्टेरॉयड 10–14 दिनों के लिए मौखिक आई—वी—(रक्त शर्करा की निगरानी की जाती है) 4 एंटीबायोटिक्स 5 ऑक्सीजन थेरेपी – एसपीओ 2 को 90 +—2.°/° रखने के लिए नाक भर्ती नी द्वारा कम प्रवाह ऑक्सीजन दी जाती है। ऑक्सीजन हाइपरकेनिया की उपस्थिति में आयोजित नहीं होता है। 6 स्राव निकासी तकनीक छाती की फिजियोथेरेपी म्यूकोलाइटिक्स नेबुलाइजेशन सक्शनिंग ब्रोंकोस्कोपी। 7 अन्य –मूत्रवर्धक, डिगॉक्सिन (दिल की विफलता में पल्मोनरी वाहिकाविस्फारक, डीवीटी प्रोफिलैक्सिस, इलेक्ट्रोलाइट असंतुलन में सुधार कम कार्बोहाइड्रेट एंटरनल फीड श्वसन विफलता के लिए गैर इनवेसिव वेंटिलेशन, यदि आवश्यक हो तो आक्रामक वेंटिलेशन। स्ट्रोक रोगी के उपचार के लिए गाइडलाइन— 1 रोगी का इलाज स्ट्रोक यूनिट में किया जाता है। 2 न्यूरोलॉजिकल स्थिति और महत्वपूर्ण कार्यों की नियमित रूप से निगरानी की जाती है। 3 एयर—वे सुरक्षित है और पर्याप्त ऑक्सीजन प्रदान की जाती है। 4 ग्लूकोज और शरीर के तापमान की निगरानी और सुधार किया जाता है 5 लिम्ब फिजियोथेरेपी किया जाता है। बेड राइडेड मरीज की देखभाल। 6 बिस्तर पर पड़े हुए मरीज की देखभाल करें। बेड सोर की देखभाल—		
--	--	--	--

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

• मरीज की स्थिति हर 2 घंटे में बदल दी जाती है। • त्वचा की देखभाल – त्वचा को हल्के साबुन से, गर्म पानी से साफ किया जाता है। • त्वचा को हल्के से सुखाया जाता है। • शरीर का नियमित निरीक्षण किया जाता है। • मरीज की त्वचा में तनाव को रोकने के लिए 30° ऊपर किया जाता है। • कुशन मरीजों के घुटनों, पैरों और एड़ी के बीच में लगाए जाते हैं। तथा मरीज को थोड़ा तिरछा होकर लेटने के लिये कहा जाता है। • स्किन प्रोटेक्शन – अगर नम हो तो पाउडर का इस्तेमाल किया जाता है • यदि ड्राई हो तो लोशन का उपयोग किया जाता है • मूत्र/मल का नियंत्रण न होने पर डायपर/फोलीज कैथेटर बदलकर, सफाई कर और आस-पास की जगह को सूखा रखा जाता है। • अच्छा आहार – पर्याप्त प्रोटीन, कैलोरी, विटामिन, खनिज के साथ दिया जाता है। • पर्याप्त जलयोजन दिया जाता है। • फिजियोथेरेपी डायबिटिक केटोएसिडोसिस (डीकेए) डीकेए रोगी के प्रबंधन के बारे में चार महत्वपूर्ण बिंदु 1 आइ0 वी0 तरल पदार्थों द्वारा द्रव की कमी का सुधार। 2 इंसुलिन के साथ हाइपरग्लाइसेमिया का सुधार। 3 पोटेशियम के स्तर में सुधार। 4 संक्रमण का उपचार, यदि कोई हो। 5 एसिड बेस बैलेंस का सुधार –रोगी हाइपरक्लेमिया के साथ उपस्थित हो सकता है, लेकिन इंसुलिन के साथ, पोटेशियम की कमी और हाइपोकैलेमिया के उपचार की आवश्यकता होती है। –इंसुलिन आइ0 वी0 इन्फ्यूजन द्वारा दिया जाता है और यदि ब्लड शुगर 250 एम जी से कम में, 10% / 0 डेक्सट्रोज शुरू किया जाता है यदि मरीज एनपीओ है। एंड्रोट्रैकियल एक्सट्यूबेशन— वयस्क देखभाल और प्रबंधन • मरीज के श्वसन का मूल्यांकन किया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	• मरीज के हृदय गति, रक्तदाब, त्वचा की चमक व चेतना का आंकलन किया जाता है। • एबीजी परिणाम के रूझा विशेष रूप से कार्बन डाइ आक्साइड के मानसिक दबाव जो कि वेंटीलेशन को दर्शाता है को नोट किया जाता है। • प्रक्रिया के बारे में मरीज को समझाया गया है कि नहीं जिससे कि चिकित्सक के बताये हुये बातों को और अधिक मजबूत बनाया जा सके। • मरीज को अर्ध फोवलर्स व उच्च फोवलर्स की अवस्था में रखा जाता है। अगर मरीज को कोई खाना दिया गया है तो एक्सट्यूबेशन से 6-8 घंटे पहले रोक दिया जाता है। यदि रायल्स ट्यूब पहले से ही लगी हुई है तो आर टी सक्शन किया जाता है। • एक्सट्यूबेशन से ठीक पहले ईटीटी से मुख का सक्शन किया जाता है। • चेहरे पर ट्यूब को अपनी जगह पर सुरक्षित रखने के लिये उपयोग की गई ट्यूब को ढीला किया जाता है। सलाह के अनुसार मरीज को अधिक या सामान्य आक्सीजन दी जाती है। • चिकित्सक के सलाह के अनुरूप कल्ट इन्फ्लेशन वाल्व से लगी हुई सीरीज को और हवा को पूरी तरह से निकाला जाता है। • मरीज को सांस अन्दर लेकर खासने के लिये कहा जाता है, जैसे ही मरीज खांसता है चिकित्सक उसकी ईटीटी को तुरंत निकाल देता है। • आद्रता युक्त आक्सीजन मरीज को फेस मास्क द्वारा दिया जाता है। आक्सीजन की मात्रा और बहाव चिकित्सक की सलाह के अनुसार नियंत्रित किया जाता है। • मरीज के निगलने, बोलने व खासने की क्षमता का आंकलन किया जाता है। नली के निकालने के 5 मिनट बाद तक मरीज की बारीकी से निगरानी की जाती है, व अगले 8 घंटे तक उसको देख रेख में रखा जाता है, साथ ही चिकित्सक की सलाह पर एबीजी की निगरानी की जाती है। अगर मरीज को सांस लेने में किसी तरह की परेशानी महसूस होती है या फिर आवाज आती है तो उसका डाक्युमेन्टेशन किया जाता है और चिकित्सक को सूचित किया जाता है। • चिकित्सक की सलाह के अनुसार छाती की फिजियोथेरेपी की जाती है जिससे कि फिर से सांस		
--	--	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	नली न लगानी पड़े। - मरीज को खांसने व गहरी सांस लेने की विधि के बारे में बताया जाता है, व मरीज को हर घंटे ऐसा करने के लिये कहा जाता है। - स्ट्राव को निकालने के लिये मरीज को आद्र आक्सीजन लगातार दी जाती है। - मरीज का नैदानिक रिकार्ड्स बीएचटी, दिन, समय व किसने देखभाल किया को अपडेट किया जाता है। मरीज का परीक्षण सांस नली लगाने से पहले व बाद में करना, आक्सीजन की मात्रा व बहाव दर, गहरी सांस लेने का अभ्यास व खांसने के अभ्यास की प्रभावशीलता, स्ट्राव के लक्षण अगर है तो छाती की फिजियोथेरेपी की प्रभावशीलता व अवस्था का रिकार्ड बनाया जाता है।		
	उदरभेदन/पेट से पानी का निकालना - चिकित्सक हथेली को साफ करके दस्ताने व मास्क पहनता है। - पोवीडीन आयोडीन से त्वचा को साफ किया जाता है व उसको ढक कर रखा जाता है। - लोकल निश्चेतक को लगाया जाता है। - स्कलपेल की मदद से एक छोटा सा चीरा देकर उसमें प्लूराफिक्स या जरूरत के हिसाब से बड़ा कैनुला का उपयोग किया जाता है जब पेट से पानी निकाल रहे होते हैं तो उसको एक संग्राहक में एकत्रित करने के लिये संग्राहक को बिस्तर के पास ही रखा जाता है। - माइक्रोपोर की सहायता से कैनुला के चारों ओर ड्रेसिंग मैटेरियल से ढककर फिक्स कर दिया जाता है। - तरल पदार्थ को संग्राहक में निकलने देते हैं व समय समय पर उसको एक थैली में एकत्रित करते रहते हैं। - चिकित्सक के सलाह के अनुसार बहाव की दर को क्लैम्प की सहायता से नियंत्रित करते हैं। - निकाले गये कुल द्रव की मात्रा का आंकलन करते हैं, ड्रैप को हटा दिया जाता है और सूखे ड्रेसिंग सामग्री को दबाव के साथ फिर से लगाया जाता है। मरीज का देखभाल - मरीज को आरामदायक अवस्था में रखा जाता है। - आसपास की जगह को साफ सुथरा रखा 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	- निकाले गये तरल पदार्थ की मात्रा का मूल्यांकन व उसके लक्षणों का परीक्षण किया जाता है, एवं रिकार्ड किया जाता है। महत्वपूर्ण लक्षणों एवं संकेतों का अनुश्रवण किया जाता है। - जब कैनुला को निकाला जाता है तब दबाव युक्त ड्रेसिंग सामग्री को लगाया जाता है। मरीज की स्थिति की लगातार निगरानी की जाती है		
	अस्थी मज्जा (बोन मेरो)का निकालना/ बायोप्सी प्रक्रिया:- - चिकित्सक हथेली को साफ करके दस्ताने व मास्क को पहनता है। - एन्टीसेप्टिक से त्वचा को साफ किया जाता है व उसको ढक कर रखा जाता है। - लोकल निस्चेतक या संज्ञाहरण को लगाया जाता है, व बोन मेरो को निकालने वाली सुई को हडडी में धीरे धीरे सावधानी पूर्वक डालते हैं, और सुई की सहायता से 2 से 3 मिली बोन मेरोको निकालते हैं। - बोन मेरोके कुछ हिस्से को निकालकर प्रयोगशाला तकनीशियन द्वारा उसकी पतली फिल्म व स्लाइड बनाई जाती है। - सूई को हडडी से निकाल दिया जाता है। - एक कोलोडियन और सूखे ड्रेसिंग सामग्री से ड्रेसिंग की जाती है। मरीज की देखभाल - मरीज को आरामदायक अवस्था में रखा जाता है। - आस पास की जगह को साफ सुथरा रखा जाता है। - मज्जा के नमूने को प्रयोगशाला में जांच के लिये भेज दिया जाता है। - मरीज के रक्त स्त्राव की शतत निगरानी की जाती है और चिकित्सक के सलाह के अनुसार महत्वपूर्ण लक्षणों एवं संकेतों का अनुश्रवण किया जाता है। - ड्रेसिंग को कम से कम एक दिन के लिये सूखा रखा जाता है।		
	फेफड़े से द्रव का निकालना प्रक्रिया:- - चिकित्सक सर्जिकल स्कrub के बाद दस्ताने, पर्सनल प्रोटेक्टिव इक्विपमेंट धारण करते हैं। - एन्टीसेप्टिक से मरीज की त्वचा को साफ किया जाता है तथा ड्रेप करते हैं। - लोकल निस्चेतक को लगाया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	- मरीज को सलाह दी जाती है कि प्रक्रिया के दौरान न तो खासे न हिलेडुले। - जिस सूई से द्रव को निकाला जाना है उसको फ्लूरा में डाला जाता है। - द्रव के गाढ़ा होने की स्थिति में ट्रोकर और कैनुला का उपयोग किया जाता है। - तरल पदार्थ को एक जगह में एकत्रित कर लिया जाता है जब सूई से तरल पदार्थ का निकलना बन्द हो जाये या और अधिक मात्रा में न निकाला जा सके तब सूई को निकाल लिया जाता है। - सूई से छिद्र की गई जगह को कोलोडियन ड्रेसिंग की सहायता से बन्द कर दिया जाता है। - इलास्टोप्लास्ट का उपयोग ड्रेसिंग पर किया जाता है जिससे कि वो अपनी जगह पर यथावत बना रहे। - न्यूमोथोरेक्स को पता करने के लिये सीने का एक्सरे किया जाता है।		
	मरीज का देखभाल - मरीज को आरामदायक अवस्था में रखा जाता है। - आस पास की जगह को साफ सुथरा रखा जाता है। - मरीज को अर्धसुप्ता अवस्था में आरामपूर्वक रखा जाता है। - निकाले गये तरल पदार्थ की मात्रा का मूल्यांकन व उसके लक्षणों का परीक्षण किया जाता है एवं रिकार्ड किया जाता है। महत्वपूर्ण लक्षणों एवं संकेतों का अनुश्रवण किया जाता है। - विशेष संकेतको विशेष रूप से श्वसन गति, व रंग का लगातार अनुश्रवण किया जाता है।		
	लम्बर छेदन (Lumber Puncture) प्रक्रिया: - चिकित्सक सर्जिकल स्क्रब के बाद दस्ताने, पर्सनल प्रोटेक्टिव इक्विपमेंट धारण करते हैं। - एन्टीसेप्टिक से मरीज की त्वचा को साफ किया जाता है तथा ड्रेप करते हैं। - लेकल निश्चेतक लगाया जाता है। - इसके बाद लंबर पंचर सुई को तीसरे 3/4 या 4/5 लम्बर स्पेस में डाली जाती है। - जब सुई को कशेरुक में डाली जाती है, उस समय मरीज की सहायता के लिये और अचानक होने वाली किसी भी हरकत को रोकने के लिये		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	परिचारिका जोर से पकड़ कर रखती है। • एक शीशी या बोतल को पहले से ही प्रिजर्वेटिव द्रव को लेने के लिये तैयार रखा जाता है, और उसमें एकत्रित किया जाता है। • द्रव नमूने को जितनी जल्दी हो सकता है उसक प्रयोगशाला जॉच के लिये भेज दिया जाता है। • लंबर पंचर सुई को निकाल लिया जाता है, एवं उस जगह को सूखे ड्रेसिंग से बन्द कर दिया जाता है। मरीज का देखभाल • मरीज को सीधे बिना तकिये के 4-6 घंटे तक आराम अवस्था में रहने का निर्देश दिया जाता है। • पंचर वाली जगह से कोई स्त्राव तो नहीं हो रहा इसकी सतत निगरानी करते रहते हैं। • मरीज के रक्तचाप, हृदयगति, नाडी और सिरदर्द की किसी भी शिकायत की 6 घंटे तक निगरानी की जाती है। • द्रव के परीक्षणोपरान्त उसको दर्ज कर लिया जाता है।		
	अतिजघन मूत्राशय छिद्रिकरण प्रक्रिया: • ड्रेसिंग ट्रॉली की नियमित सफाई की जाती है। • साइटोफिक्स सेट को खोला जाता है। • स्टेराइल दस्ताने उपयोग किये जाते हैं। • ब्लेड और एथलान को सिर्फ चिकित्सक के निर्देश पर ही खोला जाता है। • चिकित्सक पोवीडीन आयोडीन से पेट को साफ करते हैं। • 10 शीशी की सुई को ट्राली पर ही खोला जाता है। हरी सुई चिकित्सक को दिया जाता है या फिर खोल कर ट्राली में रखा जाता है। • लिग्नोकेन बोतल के ऊपरी हिस्से को स्पिरिट से पोछा जाता है और बॉटल को रुबर बैंक के साथ जिसका मुँह डॉक्टर की तरफ हो जिससे की स्थानीय निश्चेतना को दिया जा सके। • इसके बाद नीली सुई को ट्राली में खोला जाता है। • सिसटोफिक्स सेट को चिकित्सक की ओर खोला जाता है जो सिर्फ चिकित्सक की सलाह पर ही किया जाता है। • एक बार जब सिसटोफिक्स को लगा दिया जाता है तब यूरिन की थैली को उससे जोड़ दिया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	- ड्रेसिंग को अच्छे से स्ट्रेप किया गया है और यह सुनिश्चित किया गया है कि सिस्टोफिक्स सही से लगा हुआ है, यह सुनिश्चित किया जाता है कि नली में कहीं भी किसी भी सामी कोई ऐठन नहीं हों। ऐठन हमेशा सिस्टोफिक्स ट्यूब और कनेक्टर के बीच में होता है, इस भाग को हमेशा कसकर बांधा जाता है। - मुख्य योजना में किये गये समस्त कार्यवाही और बदलाव को रिकॉर्ड किया जाता है, यदि कोई आसमान्यता मिलती है तो चिकित्सक को तुरन्त सूचित किया जाता है।		
	ट्रेकियोस्टोमी व इसकी देखभाल प्रक्रिया: - सबसे पहले हाथ को धोया जाता है। - मरीज को प्रक्रिया के बारे में बता दिया जाता है और समझाया जाता है कि इस प्रक्रिया के दौरान खॉंसी बढ़ सकती है व थोड़ी सी घुटन महसूस हो सकती है। - मरीज को श्वासन मुद्रा में रखा जाता है और सिर की तरफ हल्का सा ऊँचा रखा जाता है, जिससे की ट्रेकियोस्टोमी तक पहुँचा जा सके एवं देखा जा सके। - मरीज को पहले से ही ऑक्सीजन देना शुरू कर देते हैं और वायुनली का सक्शन किया जाता है। - नॉन स्टेराइल, दस्ताने को पहन कर स्टोमा से ड्रेसिंग को अलग कर दिया जाता है। ड्रेसिंग को एक हाथ से पकड़ते हुये दस्ताने को ड्रेसिंग दस्ताने के अन्दर छक जाये और अन्तर संक्रमण की घटना को रोका जा सके। - जो मरीज बिना किसी तकनीकी सहायता के पूरक ऑक्सीजन ले रहा है के लिये निम्न चरणों का पालन किया जाता है। - ऑक्सीजन आपूर्ति को बन्द कर दिया जाता है। - आन्तरिक कैनुला को निकाल दिया जाता है और हाइड्रोजन पर ऑक्साइड से भरे एक कन्टेनर में रख दिया जाता है। - कैनुला को हाइड्रोजन पर ऑक्साइड का उपयोग करते हुये क्लेश की सहायता से साफ किया जाता		

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	है। - कैनुला को नॉर्मल सलाइन से धोया जाता है, ज्यादा धोल की मात्रा को कैनुला से निकाल दिया जाता है। - आन्तरिक कैनुलस को फिर से ट्रेकियोस्टोमी में डाल दिया जाता है एवं उसको उसी जगह पर फिक्स कर दिया जाता है। ऑक्सीजन आपूर्ति को फिर से शुरू कर दिया जाता है। - जो मरीज तकनीकी सहायता के पूरक ऑक्सीजन ले रहा है, के लिये निम्न चरणों का पालन किया जाता है। - यांत्रिक वेंटीलेशन को हटा दिया जाता है। - आन्तरिक कैनुला को निकाल कर अतिरिक्त आन्तरिक कैनुला में बदल दिया जाता है। - इसके बाद मैकेनिकल वेबिलेटर को फिर से जोड़ दिया जाता है। - आन्तरिक कैनुला को हाइड्रोजन पर ऑक्साइड का उपयोग करते हुये ब्रश व पाइप क्लीनर की सहायता से साफ किया जाता है। - कैनुला को नॉर्मल सलाइन से धोया जाता है। - आन्तरिक कैनुला को एक स्टेराइल कंटेनर में रख दिया जाता है जिससे की इसका सही समय पर उपयोग किया जा सके। - यदि आन्तरिक कैनुला का प्रतिस्थापन उपलब्ध नहीं है उस स्थिति में वायुनली का पर्याप्त अद्रिकरण और सक्शन किया जाता है, जिससे कि एयर-वेमें निकले स्ट्राव की पपड़ी या गाढ़ापन न जमे। - स्टोमा को साफ करने के लिये 4x4 का गाज स्पांज व कॉटन टिप्ड अप्लीकेटर का उपयोग किया जाता है। यह प्रक्रिया स्टोमा के एक किनारे से शुरू करके धीरे से अलग कर लिया जाता है। - एक स्टेराइल पहले से कटी हुई पट्टी के टुकड़े को फ्लेविन का उपयोग करते हुये ट्यूब को फ्लेज के नीचे रखा जाता है। अगर फ्लेज को सिला गया है तक पट्टी के टुकड़े को जबरदस्ती त्वचा और फ्लेज के बीच में नहीं लगते हैं। - स्टोमल जगह के संक्रमण, घाव या त्वचा के छरण की सतत निगरानी की जाता है। - ट्रेकियोस्टोमी टेप अगर संक्रमित हो गयी है तो इसको बदल देते हैं। गन्दे टेप को हटाने से पहले ट्यूब को नये टेप से सुरक्षित किया जाता है। टेप को एक चौकोर गॉठ के सहारे बाँधा जाता है, जिसको इतना ढीला रखा जाता है कि उसमें दो उगलियाँ गॉठ और त्वचा के बीच आ सकें।		
--	--	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	- अगर जरूरत हुई तो वायुनली का फिर से सक्शन किया जाता है। - ऑक्सीजन स्रोत या मैकेनिकल वेंटिलेटर का निरीक्षण, सेटिंग और सुधार कार्य के लिये हर 2-4 घंटे में किया जाता है। - ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब के भीतर स्राव को सुखाने से रोकने के लिये आद्र हवा की उपस्थिति को अश्वस्त किया जाता है। - आवश्यक होने पर ट्रेकियोस्टोमी की देखभाल की जाती है, स्टोमा में सूजन, और लाल होने की स्थिति में या स्राव से प्रचुर मात्रा में दुर्गन्धयुक्त या पीले रंग या हरे रंग का दिखाई दे तो यह देखभाल और अधिक बार और जल्दी-जल्दी किया जाता है। - जब भी ट्रेकियोस्टोमी ड्रेसिंग सामग्री गंदी हो जाती है तो उसको तुरंत बदल दिया जाता है। - प्रत्येक 8 घंटे के अन्तराल पर मुख का देखभाल किया जाता है। - एक ओब्ज्युरेटर और एक अतिरिक्त ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब एक ही आकार के बिस्तर के पास ही रखे जाते हैं। - चिकित्सक के निर्देशों के अनुसार 5 एम0एल नार्मल सलाइन वायुनली में डाल कर सक्शन किया जाता है। ट्यूब में बाधा डालने वाला बलगम हो सकता है। - सभी प्रक्रियाओं और कार्यवाही को प्रलेखित किया जाता है। - ट्रेकियोस्टोमी के दौरान उसके पहले और बाद में मरीज का देखभाल किया जाता है।		
	सीने में ट्यूब का डालना प्रक्रिया: - स्थानीय निश्चेतन देकर चेस्ट ट्यूब को डाला जाता है। - अन्तः शिरा में गया है उसको स्थापित किया जाता है। - मरीज के श्वासनली और श्वसन की स्थिति का लगातार आंकलन किया जाता है। - मरीज के दोनों हाथों को कार्डियक टेबल पर रखते हुये एसको फोवलेर्स अवस्था में रखा जाता है। - ट्रेकियोस्टोमी सेट को खोल कर स्टेराइल ग्लोव्स		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

और मास्क के सेट के साथ रख दिया जाता है। • जहाँ पर ट्यूब को डालना है उस जगह की त्वचा को एण्टी सेप्टिक जैसे कि पोवीडीन, आयोडीन से त्वचा को साफ किया जाता है व उसको ढक कर रखा जाता है। • स्टेराइल तौलिये को खोला जाता है। • लिग्नोकेन 1 प्रतिशत की बोतल के ऊपरी हिस्से की स्पिरिट से पोछा जाता है जिससे कि उसको 10 सीसी सिरिन्ज में उसको निकाल सके। • 11 नंबर की ब्लेड को खोला जाता है। • 3.0 सिल्क सूचर को कटिंग सुई, गाज व काटन के साथ रखा जाता है। 8 इंच लंबी स्ट्रिप्स, 3इंच की एलस्टोप्लास्ट, को तैयार रखा जाता है। • स्टेराइल पानी सही मात्रा तक बोतल में सावधानीपूर्वक भरा जाता है पानी की मात्रा को चिन्हांकित कर दिया जाता है और ट्यूब को पानी के अंदर होना सुनिश्चित किया जाता है, (स्टेरिलिटी को हर समय सुनिश्चित किया जाता है) चेस्ट ट्यूब को ट्रेकर जो कि एक धातु से बना नुकीली पट्टी होती है का उपयोग करके डाला जा सकता है, परन्तु इससे घाव होने की संभावना बनी रहती है। • जब तक पूरी तरह से तैयारी न हो जाये चेस्ट ट्यूब ट्रॉकर और कैनुला को नहीं खोला जाता है। • इनका प्लेसमेन्ट सेल्डिगर तकनीकी से किया जाता है जिसमें की एक बिना धारदार गाइड वायर को सुई से पास किया जाता है (जिसके द्वारा चेस्ट ट्यूब को डाला जाता है) की सिफारिश की जाती है। • अगर निकाले गये नमूने की जरूरत हो तो जैसे ही ट्यूब को उसकी जगह पर डाला जाता है, स्पेसिमेन बोतल को उसको एकत्रित करने के लिये तैयार रखा जाता है। • केलिस क्लम्प से चेस्ट ट्यूब को बन्द या क्लेप्ड कर दिया जाता है। • चेस्ट ट्यूब जो कि एक अंडर सील्ड बोतल से जुड़ा है को यह सुनिश्चित किया जाता है कि वो सुरक्षित हो। • केलिस ट्यूब क्लम्प को ढीला कर दिया जाता है। • संग्रह कक्ष में निकले हुये पदार्थ का प्रकार व मात्रा का परीक्षण किया जाता है। • अगर किसी प्रकार की वायु लिकेज ट्यूब या फिर		
---	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	से पानी के चेम्बर में है तो उसको चेक किया जाता है। • एक बार जब यह सुनिश्चित हो जाये कि ट्यूब अपनी सही जगह पर है तो उसको उसकी जगह पर फिक्स करने के लिये 3.0 प्रकार के धागे से सिल दिया जाता है। • चेस्ट से पदार्थ निकासी सिस्टम को सक्शन से जोड़ दिया जाता है। (आदेशानुसार) • ट्यूब वाली जगह को गाज और इलस्टोप्लास की सहायता से जोर से दबाया जाता है, और यह सुनिश्चित हो की सभी कनेक्शन टेप किये हुये हैं। • एक बार जब निकासी नली को सीने में उसकी जगह पर लगा दिया गया हो तो उसको यह सुनिश्चित करने के लिये की वो अपनी जगह पर है, एक एक्स रे किया जाता है। • छाती का एक्स रे ट्यूब की स्थिति और प्रक्रिया की प्रभावशीलता जानने के लिये किया जाता है। • जब तक वायु या फिर तरल पदार्थ निकाल रहा हो तब तक ट्यूब को अंदर ही रखा जाता है नहीं तो वायु एकत्रित होने की संभावना रहती है। • यह सुनिश्चित किया जाता है कि मरीज जाने के पहले आराम में हो। • मरीज के श्वसन, रंग और किसी प्रकार की जटिलताओं की निगरानी सतत् की जाती है।		
	लो सक्शन पम्प की तैयारी: • सबसे पहले यह सुनिश्चित किया जाता है कि कॉच चेम्बर में मेटल रोड मार्कर चेम्बर की निचली सतह पर हो। • ग्लास चेम्बर को मेटल रोड मार्कर के 30 प्वाइंट तक पानी भरते हैं। • मेटल रोड मार्कर को पानी में 15 प्वाइंट तक ऊपर खींचा जाता है। • Y कनेक्टर दो निकास नाली के लिये किया जाता है, और कनेक्टर को सिंगल ड्रेन के समय कनेक्टर को सीधा रखा जाता है। • कनेक्टिंग ट्यूब का एक सिरा कनेक्टर से जोड़ा जाता है जबकि दूसरा सिरा लो सक्शन पम्प से जोड़ा जाता है। • कनेक्टर को ड्रेन ट्यूब से जोड़ दिया जाता है। • मुख्य स्विच को प्लग में लगाकर चालू कर दिया 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

टॉके/क्लिप का निकालना प्रक्रिया: • सबसे पहले हैंड स्कूम किया जाता है। • ट्रॉली को साफ किया जाता है। • डिस्पोजेबल दस्ताने को ट्रॉली से जोड़ दिया जाता है। • उपकरण को ट्रॉली के निचले तल पर रख दिया जाता है। • इसके बाद ट्रॉली को बिस्तर की ओर लाया जाता है। • स्क्रीन का उपयोग मरीज के गोपनीयता के लिये किया जाता है, व मरीज को प्रक्रिया के बारे में बता दिया जाता है। • हॉथ को धोया जाता है। • स्टेराइल क्षेत्र का निर्माण किया जाता है टॉके के सेट या क्लिप रिमूबर को ट्रॉली के शीर्ष तल पर खोल कर। • गल्लीपोट में पोवीडीन आयोडीन को डाला जाता है। • हॉथ को धोया जाता है। • स्टेराइल फोरसेप्स के द्वारा ड्रेसिंग सामग्री को निकाल कर क्लिनिकल बैग में डाल दिया जाता है, फोरसेप्स को सी0एस0एस0डी0 बैग में डाला जाता है। • सूचर लिने को साफ किया जाता है। • बेडसाइड सूचर लाइन पर स्टेराइल गाज को रखा जाता है। • फोरसेप्स और टॉका निकालने वाली कैची का उपयोग करते हुये सुचर और क्लिप्स को निकाल दिया जाता है। • त्वचा को जितना करीब से हो सके टॉके को काटा जाता है और घाव से चांच लिया जाता है। • क्लिप्स को बीच से दबा दिया जाता है व जिससे वह खुल जाती है, इसके बाद घाव के दोनो तरफ से निकाल दिया जाता है। • निकले हुये टॉके और क्लिप्स को स्टेराइल गाज के ऊपर रखा जाता है। • चिकित्सक की सलाह पर सूचर लाइन को पोवीडीन आयोडीन से साफ करके उसकी ड्रेसिंग कर दी जाती है। • मरीज को आराम से रहने की सलाह देकर पर्दे को		
--	--	--

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	हटा दिया जाता है। • ट्रॉली को यूटिलिटी रूम में ले जाया जाता है, क्लिनिकल कचरे को व्यवस्थापित किया जाता है व सी0एस0एस0डी0 बैग को उचित कंटेनर में रख दिया जाता है। • ट्रॉली को धोया जाता है। • हाँथ की सफाई की जाती है।		
	सब क्लेवियन वेन में कैनुला का लगाना प्रक्रिया: • अन्तः शिरा घोल और द्युबिंग को तैयार किया जाता है, व विलयन बैग में तारीख, समय, विलयन और योजक के साथ लेबल किया जाता है, प्रक्रिया को समझाते हुये मरीज को आश्वस्त किया जाता है। • दोनों बाजुओं के बीच में मरीज के नी शीट को बिछाया जाता है। • मरीज का सिर इनसरटेड साइट से दूर रखा जाता है। • जितने भी कर्मी या कर्मचारी इस प्रक्रिया में शामिल है, सभी को दस्ताना और मास्क पहनना अनिवार्य है। • चिकित्सक नियत जगह को पोवीडीन आयोडीन से साफ करता है। • वायु के आवेश को रोकने में सहायता के लिये मरीज को सुपाइन और ट्रेडलबर्ग अवस्था में रखा जाता है। • कैथेटर को चिकित्सक द्वारा डाला जाता है। • एक स्टेराइल ओक्लूसिव ड्रेसिंग को सिल्वर इंप्रेग्नेटेड ग्राफ्लोय के साथ नियत जगह पर लगाया जाता है। • तारीख, समय, जगह और कैथेटर किसने लगाया का विवरण दर्ज कर लिया जाता है। • सांस की आवाज को सुना जाता है जिससे ये पता चल सके कि मरीज के फेफड़े में पर्याप्त एयर एंट्री हो रही है। • चिकित्सक की सलाह के अनुसार मरीज के कैथेटर की स्थिति का पता लगाने के लिये रेडियोग्राफी की जाती है।		
	एक से ज्यादा ल्यूमेन के उपयोग के लिये दिशा-निर्देश • सभी ल्यूमेन का उपयोग आई.वी फ्लूइड को लगाने के किया 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 :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	- केन्द्रीय शिरापरक दबाव दूरस्थ ल्यूमेन के माध्यम से की जाती है। - रक्त उत्पादों का दूरस्थ या निकटस्थ ल्यूमेन के माध्यम से दिया जाता है। - परेंटेरल पोषण किसी भी ल्यूमेन से दिया जा सकता है परन्तु अधिमानतः मध्य या दूरस्थ ल्यूमेन से ही दिया जाता है। - रक्त का नमूना निकटस्थ ल्यूमेन से लिया जाता है। - कैथेटर की पेटेंसी और रक्त की उपस्थिति प्रत्येक पारी में आवश्यक रूप से देखी जाती है। - हर 24 घंटे में या जब जरूरी हो तब साइट ड्रेसिंग बदल दी जाती है, सूजन डिस्चार्ज, एडिमा और हेमेटोमा के लिये साइट का निरीक्षण किया जाता है और उसको दर्ज करते हैं। - कैथेटर का निरीक्षण एंठन या ढीले टॉके के लिये होता है। - केन्द्रीय शिरापरक दबाव की रीडिंग संकेत के रूप में प्राप्त की जाती है। जब तक रक्त संदूषण के अन्य सभी तरीके समाप्त नहीं हो जाते तब तक संदूषण के जोखिमों के कारण सेन्ट्रल लाइन का प्रयोग रक्त के नमूने लेने के लिये नहीं किया जाता है।		
	सब्वलेवियन कैथेटर को निकालना - ड्रेसिंग को निकाल दिया जाता है। - रूचर रेमूवल सेट से टॉके को निकाल दिया जाता है। - एक 4x4 साइज का गाज स्पोंज सम्मिलन साइट पर लगाया जाता है। - सम्मिलन साइट से धीरे-धीरे कैथेटर को बाहर निकाल लिया जाता है। - तुरन्त बाद उस जगह पर गाज स्पोंज की सहायता से दबाकर रखा जाता है और 3 से 5 मिनट तक दबा के रखा जाता है। - पोवीडीन आयोडीन घोल को साइट पर लगाया जाता है, और जीवाणु रहित ड्रेसिंग को लगाया जाता है। - साइट के सूजन डिस्चार्ज, एडिमा और हेमेटोमा के लिये साइट का निरीक्षण किया जाता है और उसको दर्ज करते 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	तारीख, समय, जगह और कैथेटर किसने निकाला का विवरण दर्ज कर लिया जाता है।		
	धमनी लाइन सम्मिलन प्रक्रिया - सबसे पहले प्रेसर ट्रॉसड्यूसर प्रणाली को तैयार और केलिब्रेटेड किया जाता है। - प्रक्रिया को समझाते हुये मरीज को आश्वस्त किया जाता है। - एलन परीक्षण रेडियल धमनी साइट पर किया जाता है। - हाथ को सपोर्ट दिया जाता है व कलाई Dorsiflexed है। गाज या तौलिया का एक रोल अधिकतम डॉर्सीफ्लेक्सन के लिये कलाई के पीछे रखा जाता है। - साइट को पोविडीन-आयोडीन विलयन से 03 मिनट में तैयार किया जाता है व सूखने दिया जाता है प्रक्रिया करने वाला व्यक्ति एक सर्जिकल मास्क और स्टेराइल दस्ताने पहनता है। - डॉक्टर धमनी को तलाशने के बाद कैथेटर को 45 डिग्री के कोण पर धमनी में डालता है। - धमनी के बैकफ्लों को जैसे ही देखा जाता है कैथेटर के सुई को धागे से बाँध कर सुई को बाहर निकाल दिया जाता है। अत्यधिक बैकफ्लों को एक उँगलियों से कैथेटर को दबा कर रोका जाता है। - दबाव ट्यूबिंग कैथेटर से जुड़ा हुआ होता है। सिस्टम में हवा के प्रवेश को रोकने के लिये कनेक्ट करते समय बैकफ्लों की अनुमति दी जाती है और दबाव ट्यूबिंग को प्रवाहित किया जाता है। - मॉनिटर पर एक क्रिस्प धमनी ट्रेसिंग का निरीक्षण किया जाता है जो कि सटीक प्लेसमेन्ट को इंगित करता है। - अगर डॉक्टर द्वारा धमनी दबाव की निगरानी की आवश्यकता नहीं है, तो कैथेटर को पूर्व-हेपरिनिज्ड 3 वे टेप के साथ जोड़ा जाता है। धमनी लाइन की रुकावट को रोकने के लिये हेपरिनिज्ड सेलाइन के साथ हर 06 घंटे में 3 तरफा टेप को फ्लश किया जाता है। - सम्मिलन स्थल को पोविडीन-आयोडीन और पारदर्शी ओक्क्लुसिव ड्रेसिंग के साथ तैयार किया गया है। - ट्रॉसड्यूसर को सटीकता सुनिश्चित करने और एक दबाव वाले हेपरिन फ्लश सिस्टम को बनाये रखने		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	के लिये कैलिब्रेट किया जाता है। तिथि, समय, कैथेटर के आकार, स्थान और जिसके द्वारा कैथेटर डाला गया था, को दर्ज किया जाता है। • धमनी तरंग और रक्त वापसी की उपस्थिति का आकलन हर 2 और 4 घंटे के लिये किया जाता है। • धमनी रेखा और कफ दबाव के बीच सहसम्बन्ध अक्सरी जाँच और प्रलेखित होता है। • प्रत्येक 24 घंटे में आवश्यक होने पर ड्रेसिंग को बदल दिया जाता है। प्रभावित एक्स्ट्रेमिटी की रूप रंग या उपस्थिति, साइट और परफ्यूजन का दस्तावेजीकरण किया जाता है। • संक्रमण के लक्षण देखे जाते हैं। • कैथेटर को हटाने का आदेश डॉक्टर द्वारा किया जाता है। • ड्रेसिंग हटा दिया जाता है। • स्टॉपकॉक साइट के सबसे नजदीक बंद किया जाता है। • कैथेटर को धीरे से हटा दिया जाता है और 5 मिनट के लिये साइट पर फर्म दबाव डाला जाता है। • दबाव ड्रेसिंग लागू किया जाता है। • प्रभावित एक्स्ट्रीमिटीज के परिसंचरण का मूल्यांकन किया जाता है। • कैथेटर के नवीनीकरण, साइट के वर्णन के साथ और चूने के दबाव, लंबाई के साथ लागू किया जाता है।		
	आई0सी0यू0 में सिडेसन • आई0सी0यू0 में भर्ती सभी रोगियों को इस तरह से बहकाया जाता है कि: 1. एन्डोत्रेकियल इंटुबैलेयन की सहिष्णुता को सह सके, 2. मिकेनिकल वेटिलेशन की सहनशीलता को सक्षम करता है। 3. दर्द निवारक आवश्यकतानुसार दिया जाता है। 4. यह सुनिश्चित करता है कि रोगी किसी भी प्रक्रिया से अवगत नहीं है। • एन्डोत्रेकियल इंटुबैशन और मैकेनिकल वेटिलेशन पर सभी रोगी को नीचे दिये गये रूप में प्रबन्धित किया जाता है: 1. इMetajolam 2mg धीमी प्रारंभिक बोलस के रूप में व इसके बाद 1mg IV हर घंटे दिया	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आई0सी0यू0 रजिस्टर/बी0एच0टी0

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	जाता है, समय के साथ खुराक कम हो जाती है। प्रक्रियाओं के दौरान 2एम0जी0 का एक बोलस दिया जाता है। - इंच मॉर्फिन 4mg IV हर घंटे दिया जाता है, जिसके बाद धीरे-धीरे लगातार 1.2mg दिया जाता है, यदि रोगी बेचैन है, वेंटिलेटर से जुड़ा रहा है या चिन्हित है। - प्रतिदिन न्यूरोलॉजिकल मूल्यांकन के लिये मॉर्फिनेक आसव को प्रतिदिन 06 से 09 बजे के बीच रोका जाता है। - यदि रोगी वेंटिलेटर का विरोध करना जारी रखता है तो प्रोपॉयल 1 प्रतिशत जलसेक दिया जाता है।		
	सुविधा दवाओं और दवाओं के प्रशासन के लिये मानक उपचार दिशा-निर्देशों का पालन करती है। - ड्यूटी पर मौजूद डॉक्टर को यह सुनिश्चित करना चाहिये कि दवाये जेनेरिक नाम से लिखा गया हों। - ड्यूटी पर मौजूद स्टाफ नर्स को यह सुनिश्चित करना चाहिये कि हाई अलर्ट दवाओं की सही खुराक दी जाये। - एक्सपायरी डेट के लिये ड्रग्स की जाँच की जाती है। - एकल खुराक की शीशी का उपयोग एक से अधिक खुराक के लिये नहीं किया जाता है। - हर बार अलग जीवाणुरहित सुई का उपयोग किया जाता है। - यदि एक नमूना (रक्त वमूत्र/मुँह की सूजन आदि) एकत्र किया जाता है, तो कंटेनर को ड्यूटी पर कर्मचारियों द्वारा ठीक से लेबल किया जाता है। आई0ई0सी0 में विभिन्न लैब परीक्षणों के महत्वपूर्ण मूल्य है।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आई0सी0यू0 रजिस्टर/बी0एच0टी0
	रोगी रिकार्ड रखरखाव - परिभाषित प्रगति उपचार योजना के अनुसार रोगी की प्रगति दर्ज की जाती है। - आदेश बी0एच0टी0 पर लिखे जाते हैं। - उपचार का रखरखाव बी0एच0टी0 पर दर्ज किया जाता है। - दिशा-निर्देशों के अनुसार रिकॉर्ड बनाकर रखा जाता है। सभी रजिस्टर/रिकॉर्ड की पहचान की जाती है और उन्हें सुरक्षित रखने के लिये गिना जाता है। - सुविधा ने रोगी के निर्वहन के लिये प्रक्रियाओं को	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आई0सी0यू0 रजिस्टर/बी0एच0टी0

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	परिभाषित और स्थापित किया है।		
	रोगी के अस्पताल से डिस्चार्ज के लिये प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है। - रोगी को छुट्टी देने से पहले मूल्यांकन किया जाता है। डिस्चार्ज एक अधिकृत डॉक्टर द्वारा किया जाता है। - रोगी/परिचारक को छुट्टी से पहले परामर्श दिया जाता है। - डिस्चार्ज सारांश को रोगी की नैदानिक स्थिति, दिये गये उपचार और अनुवर्ती कार्यवाही का पर्याप्त रूप से उल्लेख करना चाहिये। - रोगी व परिचारक को डिस्चार्ज सारांश दिया जाता है। - लामा/रेफर्ड रोगी को छुट्टी देने से पहले परामर्श दिया जाता है और परिणाम स्पष्ट दिये जाते हैं।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आई0सी0यू0 रजिस्टर/बी0एच0टी0
	संस्था ने गहन देखभाल के लिये प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है। - आई0सी0यू0 में स्टेप डाउन/दर्द प्रबन्धन/बेहोश करने की किया/सेन्ट्रल लाइन्स/पैरेन्ट्रल न्यूट्रिशन/अचेतन पैरापेलिक रोगियों की देखभाल/एनाफिलेक्टिक शॉक/नॉन इनवेसिव वेंटिलेशन आदि के लिये प्रोटोकॉल बनाया गया है। - श्वसन विफलता के मामले में, आई0सी0यू0 में वेंटिलेटर पर रोगी की देखभाल और निगरानी के लिये प्रोटोकॉल बनाया जाता है।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आई0सी0यू0 रजिस्टर/बी0एच0टी0
	संस्था ने ब्लड बैंक/भंडारण प्रबन्धन और भंडारण प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है। - रक्त ट्रान्सफ्यूजन से पहले सहमति ली जाती है। - रक्त ट्रान्सफ्यूजन से पहले रोगी की पहचान सत्यापित की जाती है। - रक्त ट्रान्सफ्यूजन से पहले जरूरी तापमान पर रखा जाता है। - रक्त ट्रान्सफ्यूजन की निगरानी और नियंत्रण डॉक्टर स्टाफ नर्स द्वारा किया जाता है। - ब्लड ट्रान्सफ्यूजन नोट मरीज के रिकॉर्ड में दर्ज किया जाता है। - किसी भी बड़ा या छोटा ट्रान्सफ्यूजन प्रतिक्रिया को प्रबन्धित, रिकॉर्ड और एस0आई0सी0/सी0एम0एस0 और ब्लड बैंक प्रभारी को रिपोर्ट किया जाता है।	नर्स ऑन ड्यूटी/ब्लड बैंक अधिकारी	
	संस्था ने संज्ञाहरण सेवाओं के लिये प्रक्रियाएँ स्थापित की हैं:	निश्चेतक	

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 :	स्टेण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	प्री एनेस्थीसिया, चेकअप ऐच्छिक/ नियोजित सर्जरी के लिये, आयोजित किया जाता है।		
	संस्था ने जीवन देखभाल और मृत्यु के अंतिम प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है। - आईसीयू में रोग की बिगड़ती स्थिति के बारे में रोगी के रिश्तेदारों को बताने की प्रक्रिया है। - आईसीयू में संलिप्तता के मामले में रोगी के रिश्तेदारों की शिकायत परामर्श आयोजित करने के लिये है। - मरीज के बीएचटी पर डेथ नोट लिखा जाता है, जिसमें उसको बचाने के लिये किये गये प्रयास को शामिल किया गया है। - रोगी को अटेंडेंट और अंतर्निहित कारण का हवाला देते हुये मौत के कारण का ब्योरा दिया जाता है।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	
	कानून के अनुसार जीवन निर्वाह संधि के नवीकरण की एक मानक प्रक्रिया है। ड्यूटी पर मौजूद डॉक्टर स्टाफ नर्स को मरीज के रिश्तेदार परिजनों को अन्तिम क्षणों में मरीज को देखने की अनुमति देनी चाहियें।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	
	हाथ की स्वच्छता और व्यक्तिगत सुरक्षात्मक संतुलन के उपयोग सहित संक्रमण नियंत्रण प्रबन्धन: - स्टाफ के आवधिक समय-समय पर चिकित्सकीय जॉब्स के टीकाकरण की प्रक्रिया है। - सूक्ष्मजीवविज्ञानी निगरानी के लिये सतही और चारों ओर का नमूना या सैंपल लिया जाता है। - अस्पताल से मिले संक्रमण के मामलों की रिपोर्ट करने की प्रक्रिया है। - स्टाफ नर्स के द्वारा संक्रमण नियंत्रण प्रथाओं की नियमित निगरानी द्वारा की जाती है। - डॉक्टर व स्टाफ को रोगी की प्रत्येक प्रक्रिया या देखभाल के बाद हाथ धोना चाहियें। - साफ पानी और साबुन की उपलब्धता स्टाफ नर्स द्वारा सुनिश्चित की जाती है। - एण्टीसेप्टिक विलयन से प्रक्रिया स्थल की उचित सफाई नियमित रूप से की जाती है। - स्वच्छ दस्ताने, मास्क, जूता कवर, कैप्स, व्यक्तिगत सुरक्षा किट, एप्रन आदि की उपलब्धता सुनिश्चित की जाती है।		
	उपकरण इनवेंटरिंग: एक बार उपकरण की आपूर्ति होने के बाद यह किसी भी नुकसान, टूटने और पूर्णता के लिये		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	निरीक्षण के लिये अनपैक किया जाता है। सभी सामान, सॉफ्टवेयर सीडी, डीवीडी, उपयोगकर्ता पुस्तिका, निर्देश पत्रक, पुर्जों आदि की भी जाँच की जाती है। निर्माता कारखाने परीक्षण प्रमाण पत्र के साथ प्रासंगिक गुणवत्ता अनुरूपता प्रमाण पत्र अंक सभी उपकरणों के लिये प्रलेखन के भाग के रूप में बनाये रखा जाता है। फिर उपकरण को कामकाज और संचालन के लिये जाँचा जाता है। उपरोक्त मुद्दों पर संतुष्ट होने के बाद उपकरण को स्टॉक बुक में लिया जाता है और इसकी इन्वेंट्री संख्या जारी की जाती है। उपकरण और इन्वेंट्री के सभी विवरणों के साथ एक इन्वेंट्री स्टिकर को उपकरण पर रखा गया है। साथ ही इसकी हिस्ट्रीशीट और लॉगबुक शुरू की गई है, इन्हें औपचारिक रूप से उपकरण जारी करने के बाद उपयोगकर्ता विभाग को सौंप दिया जाता है।		
	प्रोसीजर फॉर प्रेवेंटिव एण्ड ब्रेक डाउन मेंटीनेन्स एण्ड कैलिब्रेशन ऑफ़ एक्जुप्मेन्ट: - प्रत्येक उपकरण के लिये एक प्रलेखित परिचालन और रखरखाव योजना है जो उपकरणों के इतिहास पत्रक का एक हिस्सा है। निर्माता का निर्देश मैनुअल जिसमें योजना शामिल है। ऑपरेटर को उपकरणों को संभालने में प्रशिक्षित किया जाता है हर उपकरण के लिये एक निवारक रखरखाव ट्रेकर है। उपकरण हिस्ट्री भीट्स और लॉग बुक बनाये रखना: - यह उपयोग कर्ता विभाग का कर्तव्य है कि वह अपने द्वारा जारी किये गये उपकरणों की हिस्ट्रीशीट और लॉगबुक को बनाये रखे जो उनको इशू किया हो या उनके डिपार्टमेंट में उपयोग किया जा रहा हों। - विभागीय प्रमुख विभाग में एक फोल्डर रखता है जिसमें सभी उपकरणों के लिये फाइल होती है जिसमें उनकी हिस्ट्री शीट्स और लॉगबुक्स होती है। जिससे प्रदर्शन को ट्रैक करना और हमें कार्य करने, रिकार्ड रखने में आसानी हो। यह समय समय पर निवारक रखरखाव और अपनी आवश्यकताओं के अनुसार सी0एम0सी0/ए0एम0सी0 के नवीकरण और नवीनीकरण से पहले समाप्त होने में मदद करता है।		
	उपकरण निरीक्षण और अशांकन। सभी उपकरणों का समय समय पर अस्पताल के इन्जीनियरिंग निरीक्षण किया जाता है, और जहाँ नैदानिक उपकरणों के मामले में बायोमैडिकल इन्जीनियरिंग कर्मियों द्वारा आवश्यकता होती 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	जैव चिकित्सा उपकरण भी समय समय पर उपकरणों की आवश्यकताओं और संचालन की नाजुकता के अनुसार कैलीब्रेट किये जाते हैं। संगठन समतुल्य के निरीक्षण एवं अशांकन के साप्ताहिक मासिक वार्षिक कार्यक्रम उचित तरीके से इन उपकरणों का निरीक्षण माप और रखरखाव सुनिश्चित किया जाता है। ऐसे सभी निरीक्षणों सुधारात्मक और निवारक उपायों का रिकार्ड रखा जाता है। राज्य स्तर से बायोमेडिकल उपकरणों के रख-रखाव, मरम्मत तथा कैलिब्रेशन हेतु सेवा प्रदाता एजेंसी 'सॉयरिक्स' नामित है। इसके राज्य एवं जनपद स्तरीय अधिकारियों का सम्पर्क नम्बर सभी मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/चिकित्सा अधीक्षक एवं प्रभारी चिकित्सा अधिकारी को मिशन निदेशक के पत्र संख्या-.....प्रेषित किया जा चुका है। - बायोमेडिकल उपकरण और क्रिटिकल उपकरण का कैलिब्रेशन निश्चित समय अन्तराल पर या आवश्यकता होने पर किया जाता है। सी0एम0सी0/ए0एम0सी0 के अर्न्तगत उपकरणों का प्रिवेन्टिव मेन्टीनेन्स विभाग द्वारा सही किया जाता है। इसको यूजर विभाग और जैव चिकित्सा विभाग ही सही करता है और इसका रिकार्ड भी भविष्य में इस्तेमाल या देखने के लिये रखता है। - सी0एम0सी0/ए0एम0सी0 के तहत उपकरण नहीं होने के कारण अस्पताल को सामान्य विक्रेताओं एवं एजेंसीओं द्वारा किया जाता है। जो क्षेत्र में निस्काशित होते हैं। इस तरह के कैलिब्रेशन की आवश्यकता निर्माता विनिर्देशों के अनुसार प्रत्येक उपकरण से पहले बनाकर रखा जाता है। - इसके अतिरिक्त कुछ उपकरण जैसे कि मेडिकल प्रयोगशाला आदि में उपयोग किये जाने वाले उपकरणों का कैलिब्रेशन विभाग में उपस्थित/कार्यरत टैक्नीशियनों द्वारा उनकी क्षमता एवं योग्यता के अनुसार कर लिया जाता है। - कैलिब्रेशन और इन्सपेक्शन के सभी रिकार्ड उपयोगकर्ता विभाग के साथ साथ प्रशासनिक/आस्पताल इन्जीनियरिंग विभाग द्वारा मेनटेन करके रखा जाता है।		
	रखरखाव के लिए इनपुट – संस्थाओं में उपलब्ध उपकरणों (यूनिटवार) की एक विस्तृत सूची जिसमें विभिन्न प्रकार के उपकरणों का उपयोग किया जाता है, का विवरण जैसे कि उसकी पहचान	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नी0	

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	जगह ऑपरेशन की सीमा रखरखाव एवं कैलिब्रेशन की आवश्यकता		
	रखरखाव और अशांकन की आवश्यकताओं को आम तौर पर परिचालन और रख रखाव मैनुअल का उपयोग करके पहचाना जाता है। जहाँ रख रखाव नियमावली उपलब्ध नहीं है, यह ज्ञान और अनुभव पर आधारित होता है। सभी नये खरीदे गये उपकरणों/डिवाइस के लिये यह सुनिश्चित किया जाता है, कि यह मैनुअल मूल दस्तावेजों के माध्यम से नियंत्रित किये जाते हैं।	सम्बन्धित इजीनियर/ टैक्नी0	
	जब कोई उपकरण डिवाइस टूट जाता है, तो इन्जीनियरिंग सेवा विभाग को सूचित किया जाता है। इन्जीनियरिंग रख रखाव विभाग आवश्यकताओं को रिकार्ड करते हैं।	सम्बन्धित इजीनियर/ टैक्नी0	
	रखरखाव की प्रक्रिया – - निवारक रखरखाव (वर्क फ्लो के लिए संलग्नक 05 देखें) - निवारक रखरखाव कार्यक्रम निर्माताओं की शिफारिशों का उपयोग निवारण रखरखाव समीक्षा के आधार पर तैयार किये जाते हैं। उपकरण के उपयोग के लिए विभिन्न विभागों को अग्रिम में निवारक रखरखाव की सूचना दी जाती है।	सम्बन्धित इजीनियर/ टैक्नी0	
	प्रारूप का उपयोग करके रखरखाव अनुसूची और रिकार्ड के अनुसार निवारक रखरखाव किया जाता है, सम्बन्धित इन्जीनियर रखरखाव गतिविधियों को नियमित रूप से देखता है।	सम्बन्धित इजीनियर/ टैक्नी0	
	किये गये सभी निवारक रखरखाव कार्य प्रारूप का उपयोग करके प्रत्येक उपकरण उपयोग डिवाइस (यूनिटवाइज के लिए, बनाए गये) इतिहास कार्ड में दर्ज किये जाते हैं।	सम्बन्धित इजीनियर/ टैक्नी0	
	ब्रेकडाउन रखरखाव – वर्क फ्लो के लिए संलग्नक 04 देखें :- उपकरण/डिवाइस का टूटना इन्जीनियरिंग सेवा विभाग को सूचित किया जाता है। इस तरह की मरम्मत की माँग के लिए, ब्रेकडाउन मरम्मत फार्म सन्दर्भ अनुलग्नक 01 पर भेजा जाता है। सम्बन्धित अभियन्ता ब्रेकडाउन के भविष्य में रखरखाव व मरम्मत की आवश्यकता को पूरा करता है।	सम्बन्धित इजीनियर/ टैक्नी0	
	किये गये सभी प्रिवेन्टिव मेटेनेन्स कार्य हिस्ट्रीशीट में दर्ज किये जाते हैं, जो प्रारूप का उपयोग करते हुए प्रत्येक उपकरण या डिवाइस के लिए बना है।	सम्बन्धित इजीनियर/ टैक्नी0	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	ए0एम0सी0 पर दिये गये उपकरण डिवाइस वार्षिक रखरखाव अनुबन्ध रखरखाव के लिए ए0एम0सी0 कम्पनी को दिये जाते हैं। विफलता एवं ब्रेकडाउन की एक रिपोर्ट निगरानी के उद्देश्य से कम्पनी से ली जाती है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नी0	
	डिवाइस एवं उपकरण का अशांकन – अशांकन की आवश्यकता वाले सभी उपकरणों डिवाइस की एक सूची तैयार और उसको मेनटेन किया जाता है, सूची नाम, प्रकार, क्रम सं0 स्थान दोबारा जाँच, दोबारा अशांकन, की तारीख, औसत दर्जे के उपकरण पहचान करती है। अशांकन स्थिति लगातार अपडेट की जाती है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नी0	
	सूची यह भी इंगित करती है, कि क्या अशांकन घर में या बाहरी स्ट्रोंतों के माध्यम से किया गया है, यदि एक बाहरी एजेन्सी की आवश्यकता होती है, तब एक अनुबन्ध या खरीद आदेश जारी किया जाता है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नी0	
	जहाँ आवश्यक कैलिब्रेशन एजेन्सी को अस्पताल में ही अशांकन करने के लिए आवश्यक एजेन्सी या फैसिल्टी सहायता प्रदान की जाती है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नी0	
	ऐसे उपकरण जिन्हें बाहरी स्थान पर कैलिब्रेट किया जाना है। उन्हें एकत्र किया जाता है और उन्हें पहचान की गयी अशांकन एजेन्सी को भेजा जाता है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नी0	
	जब कैलिब्रेशन किया जाता है, तो निम्नलिखित की जाँच की जाती है। - फिजिकल परीक्षण उपकरण की भौतिक स्थिति - अशांकन रिपोर्ट सत्यापन - अशांकन प्रमाण पत्र अशांकन एजेन्सी से प्राप्त किया जाना है और सत्यापन के बाद ओ0के0 या ठीक नहीं है का स्टीकर चस्पा करना है। - अशांकन स्टीकर का चिपकना।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नी0	
	अशांकन इतिहास एफ 03/बी0एम0डी0 (एच0सी0) और दर्ज किये गये आशांकन प्रमाण पत्र का उपयोग बनाये रखा जाता है	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नी0	
	रखरखाव मशीन की सटीकता और उपयोग के लिए फिटनेस को संरक्षित करता है। यदि उपकरण अशांकन से बाहर है या अन्यथा उपयोग के लिए उपयुक्त नहीं है, तो इसे उपयोग से हटा दिया जाना चाहिये।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नी0	
	टेस्ट इंस्ट्रूमेंट से जुड़े सामान की पहचान की जाती	सम्बन्धित	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

	है और टेस्ट इन्स्ट्रूमेंट के साथ कैलिब्रेट किया जाता है।	इजीनियर/ टैक्नी0	
	यदि किसी उपकरण में त्रुटि हो इस उपकरण द्वारा पहले से जाँच की गयी सामग्री को संगरोधित किया जाता है। इस लॉट को अन्य उपकरणों के साथ फिर से जाँचा जाता है, जो इसके पुनः अंशांकन के बाद के क्रम में है।	सम्बन्धित इजीनियर/ टैक्नी0	
	उपकरणों का उपयोग करने वाले व्यक्तियों को करो और न करो हैण्डलिंग भण्डारण, सुरक्षा, निवारक रखरखाव जैसे पहलुओं पर प्रशिक्षित किया जाता है।	सम्बन्धित इजीनियर/ टैक्नी0	
	संक्रमण की रोकथाम सुनिश्चित करने के लिए रोगी देखभाल क्षेत्रों के भौतिक ले आउट और पर्यावरण नियंत्रण – - आई0सी0यू0 के फर्स एवं दीवार की सतह अनिवार्य रूप से साफ करने योग्य हो एवं की जाये। - कीटाणुनाशक सफाई सामग्री की उपलब्धता सुनिश्चित हों। - स्टॉफ को स्पिल प्रबन्धन (रक्त व पारा) आदि के लिए प्रशिक्षित किया जाना चाहिए। - स्टॉफ को मानक प्रक्रिया के अनुसार सफाई विलयन तैयार करने के लिए प्रशिक्षित किया जाना चाहिए। डिटर्जेंट सलूशन के साथ रोगी देखभाल क्षेत्र की सफाई की जानी चाहिए। - मोपिंग एवं स्क्रबिंग के मानक अभ्यास का पालन किया जाये। रोगी देखभाल क्षेत्रों में झाड़ू जैसे सफाई उपकरणों का उपयोग नहीं किया जाना चाहिए। - शेड्यूल के अनुसार सफाई, फ्यूमिगेशन, कार्बोलाइजेशन के लिए तीन बाल्टी प्रणाली का उपयोग करना चाहिए। - व्यक्तिगत जूला पहनने के लिए प्रतिबन्धित किया जाये। रबर चप्पल की पर्याप्त संख्या में उपलब्धता सुनिश्चित की जाये।	आई0सी0यू0 स्टाफ नर्स	
	संस्था ने जैव चिकित्सा और खतरनाक अपशिष्ट के अलगाव संग्रहण उपचार और निपटान के लिए प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है – - कलर कोडेड डिब्बे और कलर कोडेड प्लास्टिक बैग की उपलब्धता व उपयोग सुनिश्चित की जाये। - कचरे की विभिन्न श्रेणियों अलगाव, संग्रहण, उपचार और निपटान की प्रक्रियादिशा निर्देशों के अनुसार सुनिश्चित की जाये।		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	- बायोमेडिकल कचरे के अलगाव और हैंडलिंग के लिए कार्य निर्देशों का प्रदर्शन किया जाना चाहिए। - संक्रामक एवं सामान्य कचरे को अलग किया जाना चाहिए। - कार्यात्मक सुई कटर और पंचर प्रूफ बॉक्स की उपलब्ध सुनिश्चित किया जाना चाहिए। - निपटान से पहले शार्प्स/संक्रमित सुई की चोट के मामले में कर्मचारियों के लिए पोस्ट एक्सपोजर प्रोफिलैक्सिस की उपलब्धता सुनिश्चित हो। - जाँचों के डिब्बे जरूरत से ज्यादा भरे न हो। - निपटान से पहले तरल अपशिष्ट को डिसइन्फैक्ट किया गया हो - बायोमेडिकल कचरे का परिवहन बन्द ढक्कनदार डिब्बे/कन्टेनर या ट्रॉली में होना चाहिए। - हॉस्पिटल में गुणवत्ता सुधार के लिए संगठनात्मक ढाँचे की स्थापना किया है। - गुणवत्ता आश्वासन गतिविधियों के समन्वय के लिए एक विभागीय व्यक्ति नामित किया गया हो। - सेवाओं की निगरानी के लिए अस्पताल अधीक्षक/अस्पताल प्रबन्धक, मैट्रॉन प्रभारी द्वारा दैनिक भ्रमण का एक सिस्टम हो। - हॉस्पिटल ने आवधिक समीक्षा, चिकित्सा, मृत्यु और पर्चे की लेखा परिक्षण की प्रणाली स्थापित किया हो। - मेडिकल ऑडिट, प्रिस्क्रिप्शन ऑडिट और डेथ ऑडिट को आयोजित करने की एक प्रक्रिया स्थापित की गयी हो। - नॉन कम्पलाइन्सेस की गणना के लिए एक व्यवस्था प्रक्रिया निश्चित किया गया हो।		
	हॉस्पिटल में गुणवत्ता के उद्देश्य, नीति को परिभाषित और स्थापित किया हो – - आई0सी0यू0 के गुणवत्ता के उद्देश्य को परिभाषित किया गया हो। - कर्मचारियों को गुणवत्ता नीति और उद्देश्य के बारे में पता होना चाहिए। - गुणवत्ता के उद्देश्यों की समय समय पर निगरानी और समीक्षा की जानी चाहिए।	आई0सी0यू0 प्रभारी	
	संस्था क्लिनिकल केयर और सुरक्षा संकेतकों को मापती है और मरीज के औसत रुकने का समय को राज्य/राष्ट्रीय स्तर के ब्रेच मार्क तक पहुँचाने का प्रयास करती 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 प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	- औसत रूकने का समय समायोजित मृत्यु दर/स्टैण्डर्ड मृत्यु दर प्रति हजार मामलों में प्रेशर अल्सर की संख्या। - प्रति हजार रोगियों में प्रतिकूल घटनाओं की संख्या। - यूटीआई दर - रिइन्ट्यूबेशन रेट - कल्चर सर्विलान्स स्टैलिटी रेट - बीपीएल रोगियों के बेड ऑक्यूपेंसी रेट - लामा दर व रोगी संतुष्टि स्कोर		
	संक्रमण नियंत्रण – - परामर्शदाता माइक्रो बायोलॉजिस्ट और संक्रमण नियंत्रण टीम की सहमति से संक्रमण नियंत्रण प्रक्रियाओं पर सहमति और लागू होती है। - एन्टीबैटिक पॉलिसी - कर्मचारियों और आगंतुकों की ड्रेसकोड नीति - हाथ धोने का सही तरीका - विसंक्रमण - इनवेसिव प्रक्रियाओं के लिए सडन रोकने वाली सावधानियाँ - डिस्पोजल का उपयोग - मरीज को साफ हवा प्रदान करना - कैथेटर, ह्यूमिडि फायर वेन्टीलेटर ट्यूबिंग और अन्य उपकरणों को बदलना - जोखिम या संक्रमित रोगियों का अलगाव - यूनिट की सफाई		
	- जहाँ मुमकिन हो वहाँ हॉस्पिटल की अपनी पॉलिसी भी स्वीकृत की जाये जैसे – लम्बर, पंचर, ड्रेसिंग ऑफ वुंडस, इन्ट्रावेनस कैनुलर साइट्स - कुल और हॉस्पिटल के लोकल किये गये सही तरीकों को भी सहमति दी जाये और लिखित रूप से रखा जाये।		
	संक्रमण के नियंत्रण में अनुशासन और व्यवहार डिजाइन की तुलना में ज्यादा महत्वपूर्ण है। डिजाइन अनुशासन और सही व्यवहार को प्रोत्साहित करें। जैसे कि सिंक की कमी होने पर हाथ सही से धुला नहीं जा सकता, लेकिन इस वजह से बहुतायत सिंक लगवा दिये जायें, यह व्यवहार सही नहीं 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

ANNEXURE- (अनुबंध)

ANNEXURE-1 (अनुबंध -1)		
Equipment Breakdown Repair Requisition Form (उपकरण ब्रेकडाउन मरम्मत आवश्यकता फॉर्म)		
Breakdown Slip No.(ब्रेकडाउनस्लिप नं(	Department:(विभाग(	Date:(दिनांक) Time:(समय)
Equipment/ Instrument Name(उपकरण / (साधन का नाम		
Equipment/ Instrument Code No.(उपकरण साधन कोड सं /)		
Equipment/ Instrument Location(उपकरण / (साधन स्थान		
Nature of Breakdown(टूटने की प्रकृति(		
Time Required / Due Date(समय की आवश्यकता (नियत तिथि /		

Annual Time Consumed (वार्षिक समय का उपभोग किया)	
Signature of concerned Head(संबंधित प्रमुख का हस्ताक्षर(	Received Signature of Maintenance concerned Section Head(रखरखाव से संबंधित हस्ताक्षर प्राप्त अनुभाग प्रमुख(
Date : (दिनांक)	
Remarks: (टिप्पणियाँ)	
Time: (समय)	Signature of concerned Section Head / In-charge (संबंधित अनुभाग प्रमुख प्रभारी का -एलएन / (हस्ताक्षर

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

ANNEXURE-2 (अनुबंध -2)							
HISTORY SHEET OF EQUIPMENT(उपकरणों का इतिहास)							
Location where installed:(वह स्थान जहाँ स्थापित किया गया हो)							
Unit Name:(इकाई का नाम)		Make:(बनाना)		Model:(आदर्श)		Equipment Code:(उपकरण कोड):	
Supplier:(प्रदायक)		Service ProviderName, Address & Phone No (सेवा प्रदाता नाम, पता और फोन नं)		AMC()		AMC Valid up to:(AMC मान्य):	
				Yes()	No()		
Date()	Operator'sName (ऑपरेटर का नाम)	Maintenance / Breakdown Details (रखरखाव / ब्रेकडाउन (विवरण	Maintenance Done (रखरखाव किया)	Spares Changes(परिवर्तन करता है)		Next Due date for Service (सेवा के लिए अगली नियततारीख (	Remarks &Sig. of I /C(रिमा कर्स और सिग। I / C)

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच./ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

ANNEXURE-3 (अनुबंध -3)						
Departmental/ Unit Equipment Inventory(विभागीय (यूनिट उपकरण सूची/						
Department:(विभाग(:					Month/ Year:(महीना(वर्ष/	
S.N.(क. सं.)	Equipment Name (उपकरण नाम(	Make(बनाना (	Date of Purchase(खरीदने की तारीख(	Date of Calibration (अंशांकन की तारीख(	Due date of next Calibration (अगले अंशांकन की नियत तिथि(	Equipment No.(उपकरण नं(

ANNEXURE-3 (अनुबंध -3)						
Departmental/ Unit Equipment Inventory(विभागीय (यूनिट उपकरण सूची/						
Department:(विभाग(:					Month/ Year:(महीना(वर्ष/	
S.N.(क. सं.)	Equipment Name (उपकरण नाम(	Make(बनाना (	Date of Purchase(खरीदने की तारीख(	Date of Calibration (अंशांकन की तारीख(	Due date of next Calibration (अगले अंशांकन की नियत तिथि(	Equipment No.(उपकरण नं(

ANNEXURE-3 (अनुबंध -3)						
Departmental/ Unit Equipment Inventory(विभागीय (यूनिट उपकरण सूची/						
Department:(विभाग(:					Month/ Year:(महीना(वर्ष/	
S.N.(क. सं.)	Equipment Name (उपकरण नाम(	Make(बनाना (	Date of Purchase(खरीदने की तारीख(	Date of Calibration (अंशांकन की तारीख(	Due date of next Calibration (अगले अंशांकन की नियत तिथि(	Equipment No.(उपकरण नं(

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
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./ एन.क्यू.ए.एस./ डी.डब्ल्यू.एच/ डी एच/ डी सी एच (चयन करें)

ANNEXURE-4 (अनुबंध -4)									
Calibration Report of Equipments (उपकरणों की अंशांकन रिपोर्ट)									
S.N(क.सं.)	Location / Department (स्थान / विभाग)	Instrument (साधन)	Make / Identification (बनाओ / पहचान करो)	Range or G/L (रेंज या जी / एल)	Control No. (नियंत्रण नं.)	Date of cal.(cal की तारीख)	Due Date of Cal.(Cal की नियत तिथि)	Frequency of cal.(Cal की आवृत्ति)	Remark & Status. (History)(टिप्पणी और स्थिति। (इतिहास))

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

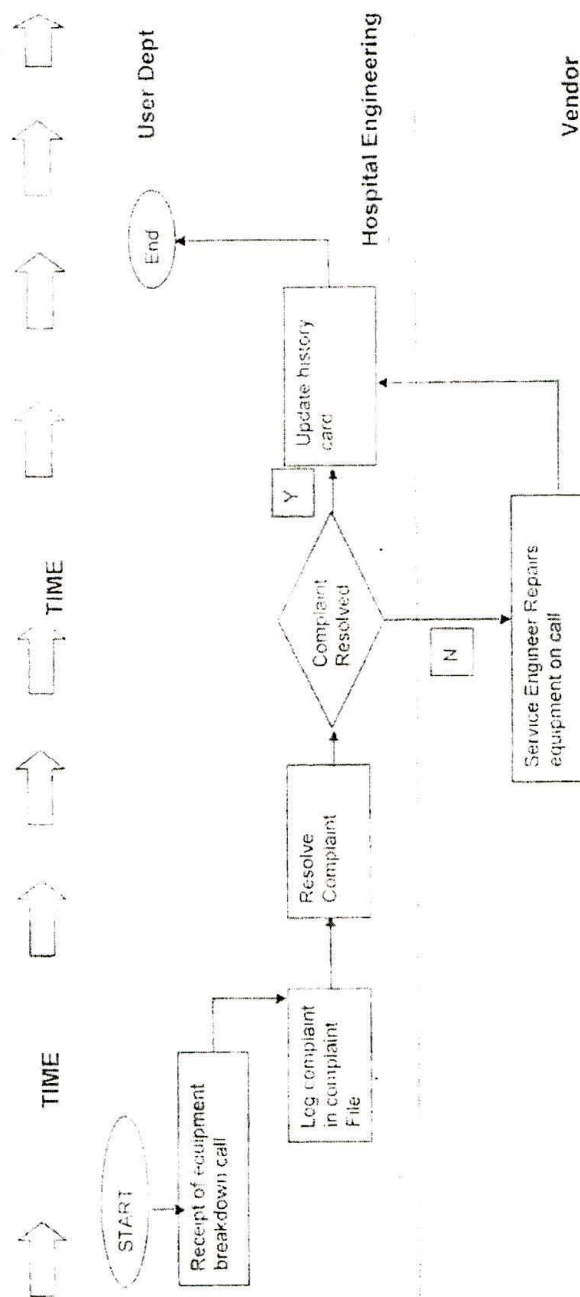
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

ANNEXURE-4 (अनुबंध -5)

ANNEXURE-5

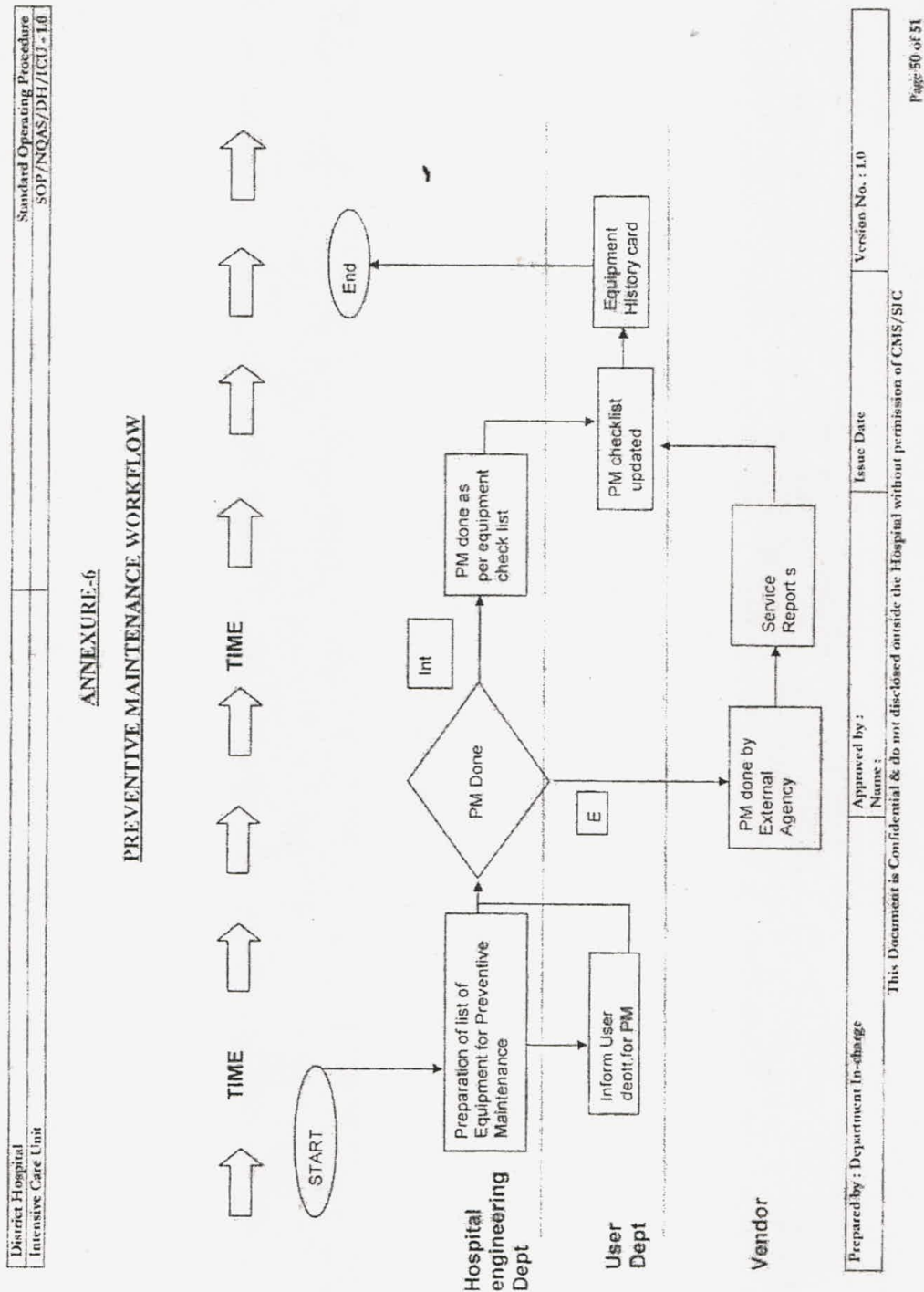
BREAKDOWN MAINTENANCE WORKFLOW



49

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
गहन देखभाल इकाई	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

ANNEXURE-4 (अनुबंध -6)



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

District Hospital जिला अस्पताल	Standard Operating Procedure मानक संचालन प्रक्रिया
Intensive care unit गहन ईकाई कक्ष	SOP/NQAS/DH/ICU-1.0

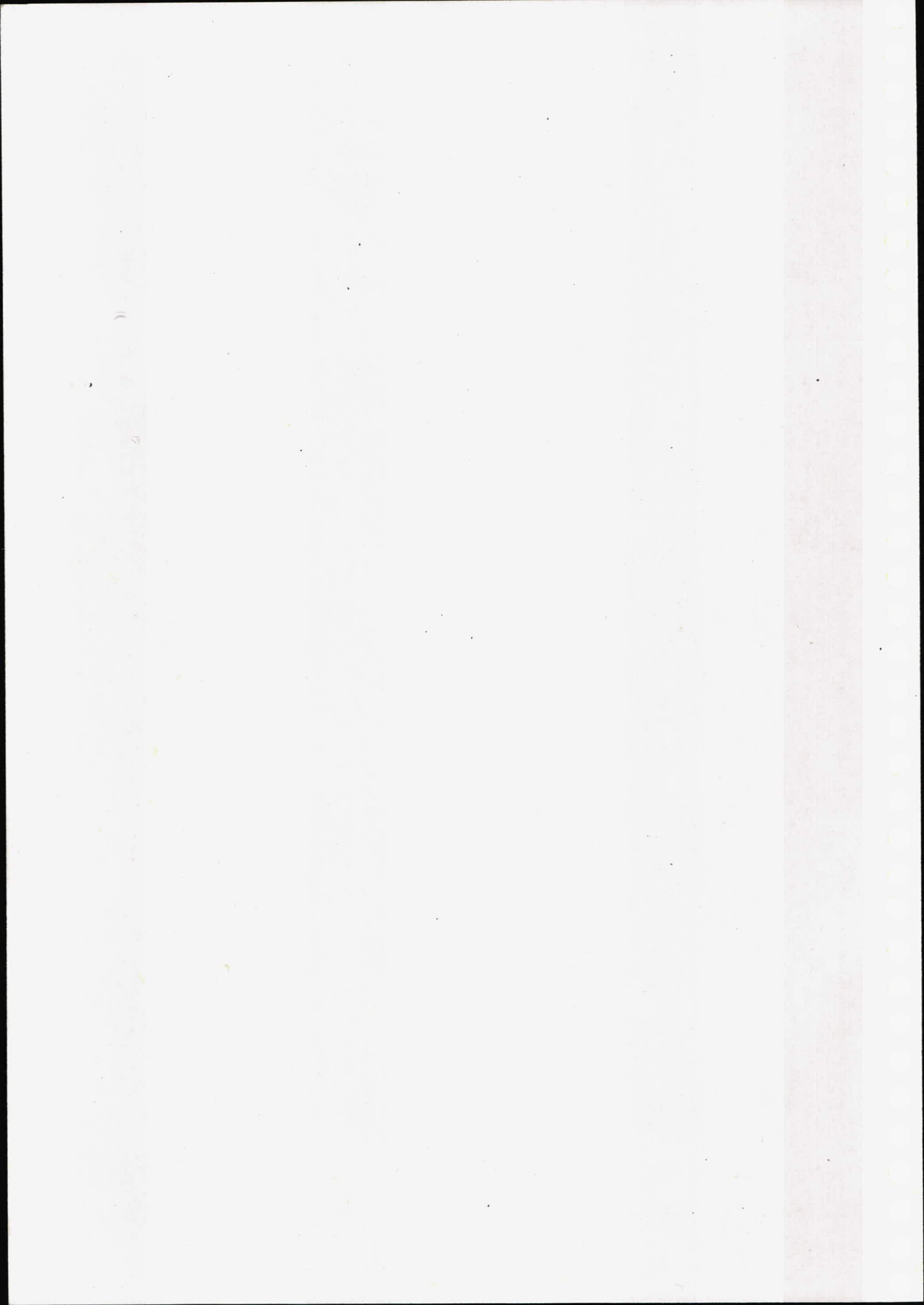
prepared by – Department In charge द्वारा तैयार प्रभारी - विभाग	Approved by Name- नाम से स्वीकृत-	Issue Date जारी करने की तिथि	Version No. संस्करण संख्या
--	--------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

This document is confidential & do not disclosed outside the Hospital without permission of CMS/SIC

यह दस्तावेज गोपनीय और सीएमएस एसआ /ईसी की अनुमति के बिना अस्पताल के बाहर प्रकट नहीं होता है

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

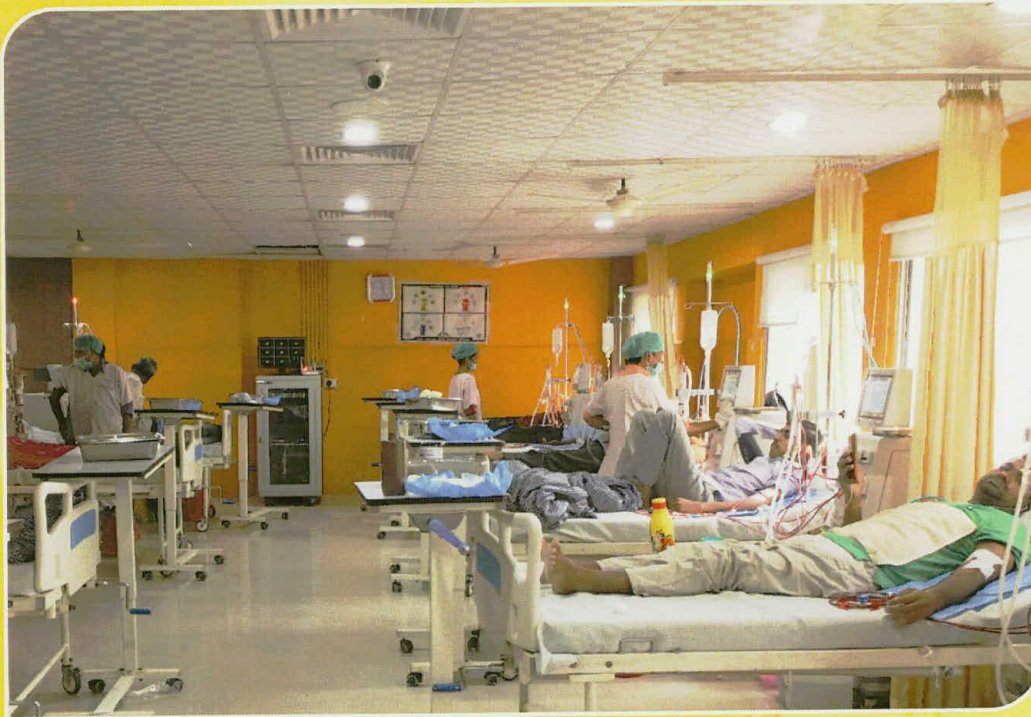
यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।





स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

अंतः रोगी विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

एसओपी : इन-पेशेंट मैनेजमेंट (अन्तः रोगी प्रबंधन)

1. उद्देश्य:—

- डॉक्टरस ऑर्डर में मरीज के प्रवेश के लिए एक सिस्टम को स्थापित करना, लागू करना और बनाए रखना। अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली आईपीडी सेवाएं प्रदान करना।
- रोगियों की जरूरतों और अपेक्षाओं को सम्मानित करने के उद्देश्य से जनरल नर्सिंग देखभाल के लिए दिशानिर्देश प्रदान करना।

2 स्कोप:

- सभी इनडोर रोगियों को भर्ती करना और अस्पताल में उपचार प्रदान करना।

3.जिम्मेदारी:

- डॉक्टर, हेड नर्स, स्टाफ नर्स और हाउसकीपिंग सुपरवाइजर

4. प्रक्रिया:

क्र.स	गतिविधि	जिम्मेदारी	रेफरल दस्तावेज / रिकॉर्ड	मिजरेबल एलिमेंट्स
4.1	भर्ती प्रक्रिया			
4.1.1	भर्ती के समय सलाह रोगी ओपीडी/आपातकालीन विभाग में डॉक्टर परामर्श के लिए जाता है। चिकित्सक अपने आकलन के आधार पर, चिकित्सालय में भर्ती के लिए सलाह देता है। (आईपीडी लेबररूम इत्यादि।)	डॉक्टर ऑन-ड्यूटी	ओपीडी स्लिप, रोगी पंजीकरण नं	
	इनपेशेंट पंजीकरण— अन्तः रोगी पंजीकरण आईपीडी में बेड का आवंटन रोगी पंजीकरण भर्ती और डिस्चार्ज मैनेजमेंट प्रक्रिया के अनुसार किया जाता है।	पंजीकरण क्लर्क	रोगी पंजीकरण के लिए SOP रोगी पंजीकरण पंजीकरण, डिस्चार्ज प्रबंधन, केस मैनेजमेंट शीट	
4.2	रोगी के संबंधित वार्ड संस्करण में स्थानांतरण.	नर्स ऑन-ड्यूटी		

क्र.स	गतिविधि	जिम्मेदारी	रेफरल दस्तावेज / रिकॉर्ड	मिजरेबल एलिमेंट्स
	स्थिर रोगी (परिजन के साथ) संबंधित वार्ड में स्थानांतरित कर दिया जाता है। रोगी के आवश्यकतानुसार			

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
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	शिफ्टिंग के लिए स्ट्रेचर / व्हील चेयर / ट्रॉली का उपयोग किया जाता है। आपातकालीन स्थिति में पहुंचने वाले गंभीर रोगियों का पहले मूल्यांकन किया जाता है और प्राथमिक उपचार केवल आपातकालीन ऑब्जर्वेशन वार्ड में दिया जाता है। रोगी के स्थिर होने पर रोगी को वार्ड में स्थानांतरित कर दिया जाता है। यदि मरीज को इमरजेंसी ऑब्जर्वेशन वार्ड / ओटी वार्ड में स्थानांतरित किया जाना है, तो उसके साथ एक डॉक्टर/नर्स साथ रहते हैं।			
4.3	पेशेंट वार्डिंग- इन वार्ड नर्स मरीज को रिसीव करती है। मरीज/तीमारदार, एडमिशन स्लीप या केस शीट सिस्टर इन्चार्ज को देता है। वार्ड नर्स मरीज की पहचान की पुष्टि करती है। वार्ड नर्स पंजीकरण नोट्स अथवा निर्देशों या भर्ती करने वाले डाक्टर के किसी भी आवश्यक निर्देश की समीक्षा करती है। वार्ड नर्स मरीज के विवरण को मरीज के प्रवेश / डिस्चार्ज पंजिका में दर्ज करती है।	ऑन- ड्यूटी सिस्टर इन्चार्ज	पंजीकरण स्लिप या आई.पी.डी. पंजिका	
4.4	बिस्तर आवंटन बिस्तर रोगी की क्लिनिकल और निजी आवश्यकताओं एवं बिस्तर की उपलब्धता के आधार पर आवंटित होता है। आवंटित बिस्तर का बेड नंबर केस शीट और भर्ती रजिस्टर में दर्ज किया जाता है। रोगी को बिस्तर पर शिफ्ट किया जाता है। मरीज को आराम दायक स्थिति में रखा जाता है। और निर्देश के साथ वार्ड के लेआउट के बारे में उन्मुख किया जाता है कि कैसे आपातकालीन स्थिति में कैसे बुलाना है। रोगी को एक बेड साइड	सिस्टर इन्चार्ज		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	लॉकर आवंटित किया जाता है। बिस्तर की अनुपलब्धता के मामले में, वार्ड नर्स अतिरिक्त बेड रोगी के लिए उपलब्ध कराती है।			
4.5	रोगी संपत्ति— मरीज की कीमती चीजे जैसे गहने, मोबाइल और नकदी मरीज के रिश्तेदारों को सौंप दिया जाता है। रोगी को निर्देश दिया जाता है कि वह अपने साथ कोई कीमती सामान न रखे।			
4.6	कंसेंट— वार्ड में भर्ती सभी मरीजों के कंसेंट फॉर्म में हस्ताक्षर लिये जाते हैं। यदि मरीज अनपढ़ है तो मरीज के अंगूठे का निशान लिया जाता है, जो एक नामित व्यक्ति द्वारा देखा जाता है।	सिस्टर इन्चार्ज	कंसेंट प्रारूप	
4.7	प्रारंभिक मूल्यांकन— एक बार केस शीट रोगी को वार्ड में भर्ती करने के बाद, वार्ड नर्स नर्सिंग मूल्यांकन नर्सिंग की जरूरत का आकलन (अनुबंध -1) करती है। उसके उपरान्त ड्यूटी डॉक्टर को बुलाती है जो प्रारंभिक मूल्यांकन करता वार्ड नर्स मरीज की ओपीडी केस शीट में निष्कर्ष / निर्देश दर्ज करती है।	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स	केश शीट नर्सिंग असेसमेंट फार्म	
4.8	उपचार की प्राथमिकता— यदि वार्ड में ओपीडी से या आपातकालीन विभाग से तत्काल आधार पर जीवन रक्षक उपचार के लिए भर्ती किया जाता है, तो किसी भी दस्तावेजीकरण कार्य को रद्द करते हुए भर्ती किया जाता है।	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स		

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 :	स्टेण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.9	अनाथ / लावारिस रोगी— अनाथ / लावारिस रोगी मरीज न होने वाले मरीजों की विशेष निगरानी की जाती है। स्थानीय एनजीओएस / स्वयंसेवकों में से कुछ को नियुक्त करने का प्रयास किया जाता है जो इन रोगियों की गैर नैदानिक आवश्यकताओं का ध्यान रख सकते हैं। ऐसे सभी मरीजों के नाम स्थानीय पुलिस को लिखित रूप से प्रेषित किए जाते हैं।	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स		
4.10	अधिकार और रोगी की गरिमा— वार्ड नर्स सरल और स्पष्ट भाषा का उपयोग रोगी से संवाद करते समय किया जाता है। इससे पहले कि किसी भी संदूषण की अनुमति रोगी से ली जाए और उसे प्रक्रिया समझाई जाए। परीक्षा के दौरान रोगी की गोपनीयता बनाए रखी जाती है। स्क्रीन और पर्दे परीक्षा क्षेत्र में प्रदान किए जाते हैं और यह सुनिश्चित किया जाता है कि महिला अन्य लोगों के दृष्टिकोण से सुरक्षित है। उसके परिवार या माता-पिता के साथ चर्चा करने से पहले सहमति ली जाती है। रोगी के बारे में गोपनीय जानकारी की चर्चा अन्य सदस्यों के साथ या सुविधा के बाहर कभी नहीं की जाती है एचआईवी एड्स के कर्मचारियों के साथ रहने वाले लोग ऐसे रोगी की गोपनीयता सभी मामलों में बनाए रखी जाती है। रोगी पृथक / अलग नहीं है। ऐसे रोगियों के बेड / केस शीट को चिह्नित नहीं किया जाता है जो उनकी एचआईवी पॉजिटिव स्थिति को दर्शाता है। ऐसे रोगियों की स्थिति पर चर्चा नहीं की जाती है जो रोगी की सीधी देखभाल में शामिल नहीं हैं। सर्जिकल प्रक्रिया के लिए रोगी की तैयारी—	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	प्रदर्शन करने की प्रक्रिया और रोगी को इसका उद्देश्य समझाया गया है। यदि रोगी बेहोश है, तो उसे उसके परिवार को समझाया जाता है कि रोगी से प्रक्रिया के लिए सूचित सहमति प्राप्त की जाती है।			
4.11	रोगी देखभाल-			
4.11.1	नर्स बेड हेड टिकट निर्देश के अनुसार उपचार की शुरुआत करती है।	वार्ड नर्स		
4.11.2	मॉनिटरिंग तापमान नर्स के मूल्यांकन के लिए शरीर की माप तापमान आदि डॉक्टर की शीट, उपचार के आदेश या नर्सिंग चार्ट के अनुसार 6 घंटे से जाँच की जाती है। ड्यूटी डॉक्टर को असामान्य मूल्यों के मामले में सूचित किया जाता है। एक थर्मोमीटर आइसोप्रोपिल अल्कोहल में कीटाणुरहित होता है, जिसे बैरियर रैप के साथ कवर किया जाता है। रजिस्टर तापमान नर्सिंग चार्ट में दर्ज किया गया है।	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स टीपीआर चार्ट, इंटेक-आउटपुट चार्ट, नर्स असेसमेंट शीट उपचार रजिस्टर	

4.11.3	मॉनिटरिंग पल्स रेट- रेडियल पल्स को 60b 3 सेकंड के लिए कोहनी और अग्र-भुजाओं के साथ बिस्तर / टेबल पर आराम से महसूस किया जाता है और हाथ की हथेली को ऊपर की ओर घुमाया जाता है। यदि रेडियल पल्स palpable नहीं है, तो अन्य धमनियों का तालुका हुआ है। ड्यूटी पर डॉक्टर के मामले में सूचित किया जाता है। संबंधित रोगी के लिए पल्स नर्सिंग चार्ट में दर्ज किया गया है।		नर्सिंग चार्ट	
4.11.4	मानक संचालन प्रक्रिया के लिए रोगी प्रबंधन की समीक्षा की जाती है। 6-7 वर्ष से कम उम्र के शिशुओं और बच्चों के लिए पेट के आंदोलनों की गणना की जाती है, क्योंकि वे पेट के छेद होते हैं। श्वसन संकट के लक्षण जैसे कि नाक से बहना	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स/नर्स चार्ट		

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
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	घरघराहट, श्वसन के सहायक मलहम का उपयोग, छाती का आकार और उभार भी दिखते हैं। यदि मरीज को सांस लेने में कोई कठिनाई हो तो सूचित किया जाता है। नर्स चार्ट में श्वसन दर दर्ज की जाती है। ड्यूटी पर डॉक्टर को सूचित किया जाता है यदि दर्ज की गई श्वसन दर असामान्य है। असामान्य मूल्यों के मामले की जानकारी नर्स चार्ट पर दर्ज की जाती है तथा ड्यूटी पर डॉक्टर को असामान्य श्वसन दर की सूचना दी जाती है और - पैटर्न, वार्ड नर्स प्रयास स्तर और सांस लेने की दर देखी जाती है।			
4.11.5	मॉनिटरिंग ब्लड प्रेशर— ड्यूटी पर ब्लड प्रेशर को मापने का समय डॉक्टर के आदेश से या नर्सिंग चार्ट के अनुसार 6 घंटे की जाँच की जाती है। ठीक से कैलिब्रेटेड और वैरिफाइड इन्स्ट्रूमेंट के साथ बीपी माप की विधि का उपयोग किया जाता है। रोगी का हाथ दिल के स्तर पर और अच्छी तरह से समर्थित है। ड्यूटी पर डॉक्टर को सूचित किया जाता है यदि बी.पी. दर्ज की गई है या अपेक्षित से नीचे है या डॉक्टरों के आदेश में उल्लिखित है। संबंधित रोगी के लिए बीपी संस्करण संख्या में दर्ज किया गया है	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स	नर्स चार्ट	
	ब्लड ट्रांसफ्यूजन— ऑपरेटिव प्रक्रिया में खून की कमी और गंभीर एनीमिया जैसी स्थिति में ब्लड ट्रांसफ्यूजन की आवश्यकता हो सकती है। - आधान केवल तब निर्धारित किया जाना चाहिए जब रोगी को लाभ जोखिमों से आगे बढ़ने की संभावना हो। - अस्पताल में 24x7 रक्त आधान की सुविधा उपलब्ध है। - आपातकालीन जीवन रक्षक स्थितियों में रक्त जारी किया जाता है। - ट्रांसफ्यूजन से पहले डोनर और प्राप्तकर्ता रक्त का क्रॉस मिलान अनिवार्य है। हाई रिस्क ऐच्छिक सर्जरी के मरीज के लिए, अटेंडेंट से कहा जाता है कि वे खून का इंतजाम पहले ही कर लें			
4.11.6	वातावरण की सफाई और संक्रमण नियंत्रण की प्रक्रिया— वार्ड इंचार्ज सुनिश्चित करें कि सफाई प्रक्रिया मॉपिंग को यूनिटायरेक्शनल तरीके से किया जाना चाहिए और कड़ाई से इन्फास्ट्रक्चर और उपकरण रखरखाव में निर्देश दिया जाना चाहिए। चिकित्सा उपकरणों और उपकरणों की हैंडलिंग— अस्पताल के संक्रमण नियंत्रण के लिए प्रक्रियाओं के अनुसार प्रत्येक रोगी के उपयोग	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स	अस्पताल के संक्रमण नियंत्रण की प्रक्रिया, ढांचे एवं उपकरणों के मरम्मत की प्रक्रिया	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	के बाद सभी चिकित्सा उपकरणों और उपकरणों को साफ किया जाता है। रोगी की देखभाल में उपयोग किए जाने वाले सभी माप उपकरणों को नियमित रूप से निर्माता के निर्देशों और बुनियादी ढांचे और संस्करण संख्या के लिए प्रक्रियाओं के अनुसार कैलिब्रेट किया जाता है। उपकरण रखरखाव सभी चिकित्सा उपकरणों और उपकरणों को प्राधिकृत व्यक्तियों के उपयोग के साथ उचित रूप से संग्रहीत किया गया है			
4.12	दवा प्रशासन—			
4.12.1	आवश्यक जांच— किसी भी डॉक्टर को ड्यूटी / वार्ड नर्स पर दवा देने से पहले, दवा के नाम का समय, दवा, खुराक, प्रशासन का मार्ग और मौखिक दवाओं के मामले में कि क्या दवा खाने से पहले या बाद में देना है संबंधित रोगी का चार्ट। डॉक्टर ड्यूटी / फार्मासिस्ट के नाम में किसी भी तरह की विसंगति के मामले में परामर्श किया जाता है और जेनेरिक नाम से मिलान किया जाता है। यह सुनिश्चित किया जाता है कि दवा मेडिकेशन चार्ट में बंद नहीं की गई है। कंटेनर में किसी भी तरह की गंदगी के लिए पैरेन्टेरल ड्रग्स की जाँच की जाती है। समाप्ति की तारीख और बैच नं। दवा की जाँच की जाती है और किसी भी विसंगति के मामले में हेड नर्स और फार्मासिस्ट को सूचित किया जाता है। यदि डॉक्टर दवा का प्रशासन कर रहा है, तो वह किसी भी एलर्जी के लिए जांच करता है, साथ ही साथ साक्ष्य पर दवाओं के प्रतिकूल प्रभाव के खिलाफ उपचार भी देता है।	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स	दवा चार्ट	
4.12.2	तैयारी— वार्ड नर्स हाथों की उंगलियों को धोने के बाद एक छोटे कप में गिराकर मरीज को सौंप दिया जाता है। यह ड्रग्स देने से पहले तुरंत किया जाता है और अग्रिम रूप से नहीं किया जाता है। यदि दवा तरल है, तो बोतल को हिलाया जाता है और सही खुराक को एक मगौरी कप में डाला जाता है। गोलियों के मामले में केवल वे ही टूटते हैं जो एंटीक लेपित नहीं होते हैं। पैरेन्टल दवाओं के लिए निर्माता के निर्देशों का पालन किया जाता है।	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स	दवा चार्ट	
4.12.3	प्रशासन—रोगी के नाम की पुष्टि वार्ड नर्स द्वारा की जाती है, यदि उपलब्ध हो तो रोगी / परिचारक से पूछें। डॉक्टरों के आदेश के अनुसार पर्याप्त मात्रा में पानी / तरल या विशेष निर्देशों का उपयोग करते हुए मौखिक दवाओं का उपयोग किया जाता	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स	दवा चार्ट	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	है। मौखिक दवाओं के लिए सचेत रोगियों को पूरी तरह से बैठने / खड़े होने की स्थिति में दिया जाता है।			
4.12.4	मॉनिटरिंग / रिकॉर्डिंग— वार्ड नर्स द्वारा सुनिश्चित किए जाने के बाद कि नर्स ने दवा चार्ट में दिए गए समय और खुराक को रिकॉर्ड किया है। यदि पूरी खुराक नहीं दी गई है क्योंकि यह नर्सिंग चार्ट में दर्ज है और डॉक्टर को सूचित किया गया है कर्तव्य। प्रतिकूल प्रभावों के लिए रोगी को देखा जाता है और यदि किसी चिकित्सक को प्रतिकूल प्रभाव के बारे में सूचित किया जाता है, तो शेष दवाओं का निस्तारण बायो मेडिकल वेस्ट रूल्स 2018 के अनुसार किया जाता है।	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स	दवा चार्ट	
4.13	चिकित्सा दस्तावेज — डॉक्टर ड्यूटी रोगी की ८०३• मेडिकल रिकॉर्ड वार्ड नर्स केस शीट सभी पर उपलब्ध हैं अस्पताल में रहने के दौरान के समय। औसत रिकॉर्ड में प्रत्येक पृष्ठ में रोगी का नाम, पहचान संख्या और वार्ड का नाम होता है। मेडिकल रिकॉर्ड में दस्तावेजीकरण तारीख, समय के अनुक्रम का अनुसरण करता है। दवा के पर्चे चार्ट, नैदानिक परिणाम, नर्सिंग देखभाल योजना। शीघ्र आसान पहुंच के लिए अलग-अलग अनुभागों के रूप में रखे जाते हैं। प्रवेश पर डेटा दर्ज या संचार, हैंडओवर और डिस्चार्ज मानक प्रारूप का उपयोग करके दर्ज किया जाता है। मेडिकल रिकॉर्ड में हर प्रविष्टि (अधिमानत: 24-घंटे दिनांकित, समयबद्ध आई. आर प्रारूप), सुपाठ्य और हस्ताक्षरित है। प्रविष्टि बनाने वाला व्यक्ति। विलोपन और परिवर्तन की गणना की जाती है। मेडिकल रिकॉर्ड में प्रविष्टि देखने या हस्तक्षेप करने के बाद जितनी जल्दी हो सके की जाती है (जैसे। परिवर्तन नैदानिक अवस्था में, वार्ड राउंड, डायग्नोस्टिक) और संबंधित स्टाफ के सदस्यों के ड्यूटी से चले जाने से पहले। चिकित्सा में हर प्रविष्टि जो निर्णय लेने के लिए जिम्मेदार है पहचानता है। जब भी कोई मरीज डॉक्टर द्वारा देखा जाता है तो मेडिकल रिकॉर्ड में एक प्रविष्टि की जाती है। कंसेंट फॉर्म और रिसाइटेशन स्टेटस स्टेटमेंट को मेडिकल रिकॉर्ड में स्पष्ट रूप से दर्ज किया जाना चाहिए।	डॉक्टर ऑन ड्यूटी/वार्ड नर्स	दवा चार्ट	
4.14	नर्सिंग देखभाल प्रक्रियाएँ— नर्स नर्सिंग प्रक्रियाएँ प्रोटोकॉल / राज्य की गाइडलाइन के अनुसार की करती है। • ओरल मेडिकेशन • इंटरामस्क्युलर इंजेक्शन • सब-क्यूटेनीयस इंजेक्शन	नर्स		

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
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	- असेसिंग इंद्रावेनस ट्रंफ्युजन - स्टीम इन्हेलेशन - रायल्स ट्यूब - आक्सीजन थ्रो नेशल कैनुला - सर्जिकल ड्रेसिंग / स्पंज बाथ - कार्डियो-पल्मोनरी रिससिटेशन			
4.15	ड्यूटी नर्स डाइटरी विभाग / किचन प्रभारी को चिकित्सक के सलाह के अनुसार रोगी के आहार कि बारे में सूचित करती है।	ऑन ड्यूटी सिस्टर	आहार रिक्वेस्ट	
4.16	इन्वेंटरी-ऑन-ड्यूटी नर्स रोगी के प्रोग्रेस दिये गये उपचार इन्वेंटरी स्टॉक वार्ड में उपलब्ध दवाओं का रिकार्ड रखती है। नर्स एक निर्धारित आवृत्ति में रोज सुबह लिनन (चादर) बदलती है।	ऑन ड्यूटी सिस्टर इंचार्ज	नर्सिंग रजिस्टर, मेडिसिन चार्ट, नर्सिंग नोट शीट स्टॉक रजिस्टर	
4.17	हैण्ड ओवर-ड्यूटी खत्म होने के बाद ऑन ड्यूटी सिस्टर नर्सिंग नोट, रोगी के प्रोग्रेस रिपोर्ट, उपचार का विवरण, स्टॉक रजिस्टर अलगली शिफ्ट के लिए लिखित रूप से हैण्ड ओवर कर देती है।	ऑन ड्यूटी सिस्टर इंचार्ज	नर्सिंग रजिस्टर, मेडिसिन चार्ट, नर्सिंग नोट शीट स्टॉक रजिस्टर, शिफ्ट ट्रांसफर रिकार्ड्स	
4.18	इंडेंटिंग सभी दवायें और उपभोग्य समाग्रियों का नर्स के द्वारा नियमित रूप से इंडेंट किया जाता है। विशिष्ट दवायें एवं समाग्रियों को आवश्यकतानुसार नर्स के द्वारा इंडेंट किया जाता है।	ऑन ड्यूटी सिस्टर इंचार्ज	इंडेंट रजिस्टर	
4.19	इंटर-डिपार्टमेंटल ट्रांसफर- यदि किसी भी कारण से रोगी को अन्य वार्ड में स्थानांतरित किया जाना है, तो अन्य वार्ड की प्रभारी नर्स को सूचित किया जाता है, नर्स मेडिकल रिकॉर्ड और दवाओं के साथ रोगी को वार्ड में ले जाती है। दोनों वार्डों के नर्स प्रभारी अपने रजिस्ट्रों में मरीज की स्थिति एवं समान दर्ज करती हैं।	ऑन ड्यूटी सिस्टर इंचार्ज	आई.पी.डी. रजिस्टर	
4.20	यदि मरीज की स्थिति इलाज के समय वार्ड में बिगड़ जाती है, तो उपचार करने वाले चिकित्सक को तुरंत सूचित किया जाता है। डॉक्टरों की सलाह के अनुसार उपचार दिया जाता है या मरीजों को आपातकालीन अवलोकन वार्ड में स्थानांतरित किया जाता है (यदि वेड उपलब्ध हो) या डॉक्टरों के अनुसार उच्च केंद्र में रेफर कर दिया जाता है।	ऑन ड्यूटी सिस्टर इंचार्ज, उपचार करने वाले चिकित्सक	रेफरल रजिस्टर	
4.21	नैदानिक सेवायें-			
4.21.1	यदि किसी भी प्रयोगशाला परीक्षण के लिए आवश्यक है कि वह किया जाए तो प्रयोगशाला तकनीशियन को सूचित किया जाता है। लैब तकनीशियन वार्ड में आते हैं और नमूना लेंगे अथवा नर्स द्वारा लिये गये नमूने को प्रयोगशाला में परीक्षण के लिए भेजेंगे	ऑन ड्यूटी सिस्टर इंचार्ज	नैदानिक सेवाओं के लिए एसओपी की सलाह	
4.21.2	मामले में X-Ray, ECG या USG की आवश्यकता है छ डायग्नोस्टिक के लिए नर्स संबंधित	ऑन ड्यूटी सिस्टर इंचार्ज	नैदानिक सेवाओं के लिए	

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
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	प्रभारी सेवाओं तकनीशियन को सूचित करती है, और नियुक्त तिथि और समय पर रोगी को जांच के लिए संबंधित विभाग में स्थानांतरित कर दिया जाता है।		एसओपी की सलाह	
4.22	मरीज की काउंसलिंग और डिस्चार्ज —रोगी का मूल्यांकन किया जाता है। डॉक्टर / दैनिक आधार पर इलाज करना। रोगी को आहार और गोलियों के सेवन के बारे में बताया जाता है और रोगी को दिए गए निर्देशों का पालन करना चाहिए। जब रोगी की स्थिति निर्वहन के स्तर तक होती है, तो चिकित्सक रोगियों को शीट / आईपीडी फाइल में केस डिस्चार्ज नोट लिखते हैं और एक डिस्चार्ज स्लिप तैयार करते हैं। एमएलसी रोगी, पुलिस को मामले में सूचित किया जाता है कि मरीज को ड्यूटी से बाहर कर दिया गया है।	उपचार करने वाले चिकित्सक	केस शीट, डिस्चार्ज नोट, डिस्चार्ज स्लिप	
4.23	ऑन ड्यूटी सिस्टर रोगी को जारी किए गए सभी आइटम वापस कर दिए जाएं।	ऑन ड्यूटी सिस्टर इंचार्ज		
4.24	जननी-शिशु सुरक्षा कार्यक्रम —अस्पताल में JSSK Karyakram के तहत प्रावधान, जिसमें सामान्य प्रसव के लिए (3 सुपरिटेन्डेंट एनटी अस्पताल प्रबंधक दिनों तक) और सीजेरियन सेक्शन के लिए 7 दिन, ड्रग्स और उपभोग्य वस्तुएं शामिल हैं। रक्त आधान, निदान और हैं। निः शुल्क गर्भवती महिलाओं के लिए निः शुल्क। किसी भी तरह के उपयोगकर्ता शुल्क को ऐसे सभी मामलों में छूट दी गई है।	अस्पताल सुपरिटेन्डेंट एनटी / अस्पताल प्रबंधक	जननी-शिशु सुरक्षा कार्यक्रम दिशानिर्देश	
4.25	हैंडिंग ओवर डिस्चार्ज स्लिप मरीज / अटेंडेंट—रोगी को डिस्चार्ज स्लिप के साथ अस्पताल से छुट्टी दे दी जाती है। परिचारक को अनुवर्ती दवाएँ, निर्धारित दवाएँ, आहार लेने के लिए एहतियात बरतने के बारे में बताया जाता है।	कंसर्नड नर्स / डॉक्टर ऑन ड्यूटी	डिस्चार्ज स्लिप,	
4.26	IPDRजिस्टर का अद्यतन करना —IPD रोगी के निर्वहन के बाद, संबंधित रजिस्टर जैसे—डाइट रजिस्टर, रजिस्टर / रिकॉर्ड जैसे IPD रजिस्टर / डाइट केस शीट शीट, केस शीट अपडेट किया जाता है।	कंसर्नड नर्स	डाइट रजिस्टर, IPD रजिस्टर, केस शीट	
4.27	उपयोग किए गए लिनेन को हाउसकीपिंग प्रबंधनद्वारा हटाना —स्टाफ रोगी के निर्वहन के बाद, प्रयुक्त लिनेन जैसे कि चादरें, तकिया कवर आदि को रेफरल स्लिप एसओपी चिंतित नर्स की सफाई के लिए दूर ले जाया जाता है	हाउसकीपिंग प्रबंधन स्टाफ	लिनेन प्रबंधन	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.28	मरीज का रेफरल —उपचार के दौरान होता है यदि मरीज को दूसरे केंद्र में शिफ्ट करने की आवश्यकता होती है, तब उपचार करने वाला डॉक्टर एक रेफरल नोट तैयार करता है।	कंसर्नड नर्स / डॉक्टर ऑन ड्यूटी	रेफरल स्लिप, रेफरल sop	
4.29	सूचित किए बिना उपचार के दौरान अस्पताल छोड़ देना —यदि कोई भी मरीज संबंधित कर्मचारियों को सूचित किए बिना उपचार के दौरान अस्पताल छोड़ देता है तब सम्बंधित नर्स ड्यूटीके द्वारा पुलिस को सूचित किया जाता है और उसी के रिकॉर्ड को बनाए रखा जाता है।	कंसर्नड नर्स	आईपीडी रजिस्टर	
4.30	LAMA- यदि कोई मरीज अस्पताल छोड़ना चाहता है लेकिन उपचार करने वाले डॉक्टर के अनुसार निर्वहन के लिए फिट नहीं है, तो एक घोषणा पर हस्ताक्षर किए जाते हैं, यदि मरीज और मरीज के परिजन अनपढ़ हैं तो रोगी / परिचारक की अंगूठे की छाप उस घोषणा पर ले ली जाती है जिसे 2 तटस्थ लोगों द्वारा देखा जाता है तथा नर्स मरीज के परिजनों द्वारा सारांश भाषा में वह केस शीट पर समझती है। LAMA सारांश तैयार किया जाता है और रोगी / परिचारक को सौंप दिया जाता है।	कंसर्नड नर्स / डॉक्टर ऑन ड्यूटी	लामा घोषणा पत्र, IPD रजिस्टर, केस शीट / LAMA समरी	
	मृत्यु के उपरान्त की जाने वाली देखभाल (एण्ड ऑफ लाईफ केयर) रोगी और देखभाल करने वाले दोनों की गरिमा का सम्मान करना •रोगी और परिवार की इच्छाओं के प्रति संवेदनशील और सम्मानजनक रहें •सबसे उपयुक्त उपायों का उपयोग करें जो रोगी की पसंद के अनुरूप हैं। •दर्द और अन्य शारीरिक लक्षणों को कम करना •मनोवैज्ञानिक, सामाजिक, समस्याओं का आकलन और प्रबंधन •ऑफर की निरंतरता की देखभाल करने में सक्षम होना चाहिए, यदि वांछित है, तो उसके प्राथमिक प्रदाताओं द्वारा) •पहुँच और आध्यात्मिक / धार्मिक (रोगी विशेषज्ञ और देखभाल किसी भी चिकित्सा को वास्तविक रूप से प्रदान करें, जिससे रोगी के जीवन को बेहतर बनाने की उम्मीद की जा सकती है, जिसमें गुणवत्ता वैकल्पिक गैर-पारंपरिक या उपचार शामिल हैं। •उपशामक देखभाल और अस्पताल देखभाल तक पहुँच प्रदान करना •सही उपचार का सम्मान करना •उपयुक्त, मरीज और परिवार दोनों की प्राथमिकताओं पर विचार के साथ।		एण्ड ऑफ लाईफ केयर पॉलिसी	

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
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.31	मौत प्रबंधन— यदि किसी भी IPD के रोगी की मृत्यु हो जाती है, तो प्रक्रिया सिस्टर इंचार्ज डेथ, डेथ ऑफ मैनेजमेंट ऑफ डेथ का पालन किया जाना	कंसर्नड नर्स / डॉक्टर ऑन ड्यूटी	मौत प्रबंधन की एसओपी, MLC रजिस्टर, रजिस्टर डेथ समरी, डेथ रजिस्टर,	
4.32	(मरीजों से मिलने का समय) विजिटिंग अवर्स— मरीजों से मिलने के लिए बाहरी लोगों के लिए विजिटिंग घंटों को विजिटर पॉलिसी के रूप में प्रदर्शित किया जाता है। मीडिया पर्सन सहित अस्पताल में कोई भी मरीज नहीं है और मेडिकल सुपरिटेण्डेंट / आरएमओ से पूर्व अनुमति के बिना वार्ड पुलिस में अनुमति नहीं है।	आर.एम.ओ	विजिटर पॉलिसी	
4.33	रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण— रोगी संतुष्टि सर्वेक्षण प्रारूप पर किया जाता है। ओपीडी की संतुष्टि के लिए प्रक्रिया पूर्वनिर्धारित रोगी प्रबंधन प्रक्रिया ओपीडी के लिए समान है।	आर.एम.ओ	आईपीडी, प्रतिक्रिया प्रपत्र(ओपीडी)	

5. रिकॉर्ड्स: हार्ड रिकॉर्ड के लिए न्यूनतम अवधारण अवधि रिकॉर्ड्स का नाम।

क्र.स	रिकार्ड का नाम	रिकार्ड स	रखने की अवधि
1	आईपीडी रजिस्टर		3 वर्ष
2	रोगी पंजीकरण		3 वर्ष
3	एमएलसी रजिस्टर		बंद होने की तिथि तक
4	आईपीडी / डिस्चार्ज रजिस्टर		3 वर्ष
5	आहार रजिस्टर		3 वर्ष
6	लांग्री रजिस्टर		3 वर्ष
7	डेथ रिकॉर्ड रजिस्टर		3 वर्ष
8	स्टॉक रजिस्टर		3 वर्ष
9	इंडेंट रजिस्टर		3 वर्ष
10	मौत रजिस्टर		10 वर्ष
11	रेफरल रजिस्टर		3 वर्ष
12	पुलिस इंटिमेशन रजिस्टर		3 वर्ष

मानक आश्वासन प्रणाली—

क्र.स प्रक्रिया कार्य की गुणवत्ता बेंचमार्क / मानक / लक्ष्य

1 रोगी कि देखभाल एवरेज लेंथ ऑफ स्टे तीन दिन से पांच दिन

2 क्लिनिकल केयर पेशेंट डिस्चार्ज 1:1

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

- 3 क्लिनिकल केयर एडजस्टेड डेथ रेट (डेथ आफ्टर 48 हौर ऑफ एडमिशन) 95-100%
- 4 इक्विटी प्रोपोर्तिऑ ऑफ बी.पी.ल.एल पेशेंट एडमिटेड 100%
- 5 पेशेंट आस्वसन पेशेंट आस्वसन स्कोर ऑफ ओ.पी.डी 4.5-4.7
- 6 यूटिलाइजेशन बेड ऑक्यूपेंसी रेट 100%
- 7 रोगी कि देखभाल लामा रेट <10%
- 8 रोगी कि देखभाल नो ऑफ एडवर्स ड्रग रिएक्शन 0%

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
आई.पी.डी. विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

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।



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

रक्त कोष विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

1. उद्देश्य:

सेवा प्रदाता को प्रशिक्षण के दौरान 24×7 आधार पर एक अनुकूल वातावरण में अनुकूलता परीक्षण, भंडारण और रक्त का वितरण के लिए सुविधा के साथ सुरक्षित रक्त इकाई की उपलब्धता सुनिश्चित करना

2. विस्तार

रोगी को रक्त एकत्र करने और संग्रह करने के लिए, रक्तदान शिविर का आयोजन, रक्तदान के लिए परामर्श और HBsAg, HIV, VDRL और MP के लिए रक्त का परीक्षण।

3. संपूर्ण उत्तरदायित्व

ब्लड बैंक प्रभारी चिकित्सक

4. प्रक्रिया

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
1	रक्तदाता चयन एवं रक्तदाताओं से रक्त का संग्रह - रक्तदाता फेलोबॉमी साइट पर त्वचा रोग से मुक्त होना चाहिए - रक्त स्वैच्छिक, गैर-पारिश्रमिक, कम जोखिम, सुरक्षित और स्वस्थदाताओं से सूचित सहमति के पश्चात ही स्वीकार किया जाएगा - किसी भी व्यक्ति ने तीन महीने में एक बार से अधिक रक्तदान नहीं किया होना चाहिए - रक्तदाता 18 से 45 वर्ष के आयु वर्ग में होना चाहिए, पूरे रक्त के लिए 45 किलोग्राम से कम नहीं और घटकों के लिए 50 किलोग्राम - तापमान और नाड़ी सामान्य होनी चाहिए - हीमोग्लोबिन 12.5 mg/dL से कम नहीं होना चाहिए - सिस्टोलिक और डायस्टोलिक रक्तचाप दवा के बिना सामान्य सीमा में होना चाहिए - दाता श्वास रोग से मुक्त होना चाहिए - दाता की बाहें स्किन पंचर या निशान से मुक्त होने चाहिए जो पेशेवर रक्तदाताओं या स्वयं इंजेक्शन नशीले पदार्थों की लत का संकेत देते हैं - रक्तदाता हेपेटाइटिस से मुक्त होना चाहिए किसी भी रक्तदाता जो कैंसर, हृदयरोग, असामान्य रक्त स्राव की प्रवृत्ति, असामान्य वजन घटने, IDDM, क्रोनिकनेफ्रैटिस, TB, पॉलीसिथेमिया, वेरा, मिर्गी, कुष्ठरोग, अस्थमा, सिरिजोफेनिया, एंडोक्राइन विकार से ग्रसित हो उसको रक्तदान करने से हमेशा के लिए रोक लगा देनी चाहिए स्थगितकरण करने की परिस्थिति गर्भपात 6 माह	चिकित्सक	

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
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	रक्त संक्रामण का इतिहास 6 माह सर्जरी 12 माह रिकवरी के बाद टाइफाइड 12 माह मलेरिया का इतिहास (स्थानिक क्षेत्र) 3 माह और विधिवत इलाज (गैर स्थानिक क्षेत्र)। 3 वर्ष टैटू 6 माह स्तनपान स्तनपान की स्थिति तक प्रतिरक्षा 15 दिन रेबीजटीकाकरण 12 माह परिवार में या निकट संपर्क में 12 माह हेपेटाइटिस का इतिहास immunoglobulins 12 माह • रक्तदाता से रक्त केवल योग्य चिकित्सक द्वारा या प्रशिक्षित सहायक द्वारा पर्यवेक्षण के तहत लिया जाना चाहिए • सभी डोनर साइट में बेड, बेड साइड टेबल, रिकवरी बेड, अनटेस्टेड ब्लड के लिए डिजिटल थर्मामीटर के साथ अलग-अलग रेफ्रीजरेटर, स्प्रिंगनोमेनोमीटर, डोनर और सैंपल के लिए वजन मशीन, Hb निर्धारण उपकरण, ब्लड कलेक्शन के लिए पी वी सी बैग, स्टेराइल लैंसेट, अल्कोहल स्वैब, क्लिनिकल थर्मामीटर शामिल होने चाहिए। घड़ी, मास्क गेज के साथ ऑक्सीजन सिलेंडर, दबाव नियामक, 5: ग्लूकोज या एन एस, डिस्पोजेबल सीरिज, स्टेरायल IV सेट • इमरजेंसी ट्रे Adrenaline, Noradrenaline, Mephentin, Betamethasone/Dexamethson e, Metoclopropamide injections युक्त होनी चाहिये।		
	रक्त का संग्रह • रक्त संग्रह को एसेप्टिक विधि द्वारा स्टेरायल प्रणाली का उपयोग कर के किया जाना चाहिए • फेलोबोटॉमी के लिए वस्तुयें एकल उपयोग वाली होनी चाहिए • रक्त के थैले में रक्त की मात्रा के अनुसार एंटी कोआगुलेंट की पर्याप्त मात्रा होनी चाहिए • समान रिकॉर्ड वाले डोनर रिकॉर्ड, लेबल बैग और ट्यूब की पहचान करें • बी पी कफ को 40-60 मिमी एच जी के दबाव के साथ बांधा जाना चाहिए • एक बार नस का चयन करने के बाद, त्वचा की साइट तैयार होने से पहले दबाव डिवाइस को मुक्त किया जाना चाहिए • एकत्र रक्त 10.5ml / Kg / दान से अधिक नहीं होना चाहिए		

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
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	- सुई को सुरक्षित रूप से निपटारा किया जाना चाहिए - हमेशा यूनिट और नमूनों पर लेबलिंग को सत्यापित करें - बेहोशी, कमजोरी, पसीना आना, चक्कर आना, पीलापन, बेहोशी की हालत, आक्षेप, पेशाब का अनेछिक गुजरना बेहोशी - माथे या गर्दन के पीछे ठंडा सेक करें - अमोनिया की गंध का प्रशासन करें - पैर को सिर के स्तर से ऊपर उठाएं - तंग कपड़ों को ढीला करें - समय-समय पर नाड़ी, बी पी, श्वसन की निगरानी करें मतली उल्टी - दाता को सहज बनाएं - धीरे-धीरे और गहरी सांस लेने को कहें - दाता का सिर एक तरफ कर दें - उल्टी होने पर पानी दें हाइपरवेंटिलेशन के कारण मांसपेशियों में ऐंठन - बातचीत कर के ध्यान भटकाएं - आक्सीजन का प्रयोग ना करे - रक्तस्राव के दौरान या बाद में रक्त गुल्म - बांह को दिल के स्तर के ऊपर ले जाकर 7-10 मिनट के लिए 3/4 स्टेरायलगोज के साथ दबाव डालें - बर्फ लगाएं। आक्षेप - तत्काल मदद के लिए पूछें - वायु मार्ग बनाए रखें हृदय संबंधी कठिनाइयाँ - तत्काल चिकित्सा के लिए पूछें		
	दान किए गए रक्त का परीक्षण - एच आई वी, हेपेटाइटिस आदि संक्रामक रोगों के लिए रक्त इकाइयों का परीक्षण किया जाना चाहिए - यह ब्लड बैंक की जिम्मेदारी होगी कि वह यह सुनिश्चित करे कि सारा खून जो कि एकत्रित, प्रॉसेस एवं सप्लाय किया गया है वो सरकार द्वारा मानकों पर खरा हो - एच आई वी एंटीबॉडी परीक्षण से स्वतंत्रता, इस तरह के परीक्षण का परिणाम कंटेनर के लेबल पर दर्ज किया जाना चाहिए	टेक्निशियन	

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
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	- हेपेटाइटिस बी की सतह प्रतिजन, हेपेटाइटिस सी सतह प्रतिजन, वी डी आर एल और मलेरिया पर जीवी से स्वतंत्रता के लिए प्रत्येक रक्त इकाई का भी परीक्षण किया जाना चाहिए और इस तरह के परीक्षण के परिणाम कंटेनर के लेबल पर दर्ज किए जाने चाहिए। - पायलट ट्यूब में दाताओं के रक्त के नमूने और प्राप्त करने वाले के रक्त के नमूनों को अलग रेफ्रिजरेटर में जारी करने के बाद 7 दिनों के लिए संरक्षित रखा जाए - संक्रमण किए जाने वाला रक्त किसी भी स्तर पर जमा हुआ नहीं होना चाहिए - रक्त के कंटेनरों को किसी भी स्तर पर सीधे बर्फ के संपर्क में नहीं आना चाहिए - परिणाम के साथ दाता के नाम के लिए रिकॉर्ड बनाए रखा जाएगा - ब्लड ग्रुप रजिस्टर में दिए गए UIDनंबर के साथ ब्लड ग्रुप और Rh को बैग पर दर्शाया जाए , जिस पर डोनर और ब्लड सैंपल का विवरण दर्ज किया जाए		
	रक्त घटकों की तैयारी - इसे केवल डबल, ट्रिपल या क्वाड्रापल प्लास्टिक बैग या SAGM बैग के तहत किया जाएगा - सक्षम कर्मचारी जो रक्त घटकों के प्रसंस्करण के लिए प्रशिक्षित हैं वे पूरे समय उपस्थित रहेंगे - घटक की तैयारी ब्लड बैंक में मैनुअल/स्वचालित प्रौद्योगिकी वाले रक्त घटक प्रयोगशाला में की जानी चाहिए - घटकों का पृथक्करण मैनुअल/स्वचालित अंतर सेंट्रीफ्यूजेशन का उपयोग करके किया जाना चाहिए - नरम स्पिन और हाथ स्पिन प्लाज्मा एक्सप्रेसर का उपयोग करके आधुनिक अपकेंद्रित्र के माध्यम से रेफ्रिजरेटर में किया जाना चाहिए कन्सेंट्रेटेड आर बी सी - प्रसंस्करण के तुरंत बाद भंडारण पैक किए गए लाल रक्तकोशिकाओं को 2-6 डिग्री सेंटी ग्रेड के बीच तापमान पर रखा जाएगा - निरीक्षण- घटकों को प्लाज्मा के पृथक्करण के तुरंत बाद, भंडारण के दौरान और निर्गम के समय भी निरीक्षण किया जाएगा।		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	• यदि रंग या शारीरिक बनावट में कोई असामान्यता या माइक्रोबियल संदूषण का कोई संकेत नहीं है तो उत्पाद जारी नहीं किया जाएगा ग्रेनुलोसाइटकन्संट्रेट • इसे अधिकतम 24 घंटे के लिए 20-24 डिग्री सेंटीग्रेड के बीच रखा जाएगा। सेल सेपरेटर पर तैयार होने पर ग्रेनुलोसाइट की इकाई 1×10¹⁰ से कम नहीं होगी • जब भी आवश्यक हो ग्रुप स्पेसिफायड परीक्षण/एच एल ए परीक्षण किया जाएगा फ्रेश फोजेन प्लाज्मा प्लाज्मा को रक्त संग्रह के बाद 6 घंटे के भीतर रख दिया जाना चाहिए और तापमान -30 डिग्री सेंटीग्रेड से अधिक गर्म नहीं होना चाहिए, 1 वर्ष से अधिक अवधि के लिए संरक्षित ना किया जाए क्रायोप्रेसिपिटेट एंटी हेमोफीलिया फैक्टर का कॉन्संट्रेट -30 डिग्री सेंटीग्रेड पर फ्रेश फोजेन प्लाज्मा को पिघला कर तैयार किया जाएगा, तापमान को -30 डिग्री सेंटीग्रेड से अधिक नहीं रखा जाए और 1 वर्ष से अधिक के लिए संरक्षित ना किया जाएगा।		
	रक्त और इस के घटकों का भंडारण • एक नामित क्षेत्र का उपयोग परीक्षण किए गए और एक्सपायर्ड रक्त के भंडारण के लिए किया जाएगा। क्षेत्र कोठी कसेलेबल किया जाएगा और ऐसे क्षेत्रों तक पहुंच नियंत्रित की जाएगी। • एक विशेष तापमान की स्थिति में रक्त और घटकों को बनाए रखने के लिए निर्देशों के लिखित प्रदर्शन के साथ वैकल्पिक भंडारण की सुविधा की जाएगी। • बिजली की विफलता की स्थिति में संरक्षण के क्षेत्र में यूपीएस प्रदान किया जाएगा। • भंडारण उपकरणों को इस प्रकार से रखा जाए कि तापमान अलार्म निर्धारित सीमा से परे तत्काल सुधारात्मक कार्रवाई सुनिश्चित करने के लिए ब्लड बैंक कर्मियों को सुनाई देने योग्य हो।		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
-	रक्त और उसके घटकों का परिवहन • एक सिस्टम का उपयोग यह सुनिश्चित करने के लिए किया जाना चाहिए कि ब्लड बैंक में भेजे गए सभी रक्त घटकों को आवश्यक तापमान में बनाए रखा गया है। • परिवहन के दौरान सभी तरल आर बी सी घटक 1-10 डिग्री सेंटीग्रेड पर रखे जाए। • सभी घटक नियमित रूप से 20-24 डिग्री सेंटीग्रेड पर संग्रहीत होते हैं और शिपमेंट के दौरान तापमान बनाए रखना चाहिए। • सभी जमे हुए घटकों को 18 डिग्री या कम तापमान पर फ्रोजेन स्टेट में ले जाया जाना चाहिए। • मापदंड के अनुसार परिवहन को सुनिश्चित करने के लिए सामयिक तापमान की जाँच और उसका रिकार्ड रखा जाए।		
	रक्त जारी करना ब्लड सैंपल और क्रॉस मैचिंग के सफल परीक्षण के बाद, ब्लड माँगने वाले को जारी किया जाये एवं इसका विवरण ब्लड बैंक रजिस्टर में दर्ज किया जाए		
	तत्काल आवश्यकता में रक्त उपलब्धता संक्रामण निम्न अनुरोधों द्वारा पूरा किया जाना चाहिए • रोगी की पहचान • घटक और मात्रा की पहचान • चिकित्सक का नाम • प्राप्तकर्ता के संक्रामण का इतिहास • लाल रक्त घटक के ABO प्रकार की पुष्टि • Rh प्रकार की पुष्टि • प्राप्तकर्ता के लिए उपयुक्त ABO और Rh प्रकार के घटकों का चयन • क्रॉस मैचिंग • यदि आपातकालीन स्थिति में रक्त संक्रामण की आवश्यकता होती है और प्राप्तकर्ता के रक्त को संसाधित करने में लगने वाला समय एक हानिकारक देरी का कारण बनता है, तो O – ve रक्त जारी किया जाना चाहिए • रक्त नमूना ट्यूब और रक्त अनुरोध फार्म पर स्पष्ट लेबलिंग करें • अगर रोगी अज्ञात है आपातकालीन प्रवेश संख्या का उपयोग करें • यदि किसी अन्य अनुरोध को भेजना है तो पहले अनुरोध फार्म और रक्त नमूने के रूप में एक ही पहचान का उपयोग करें	नर्स इन्चार्ज	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	रक्त बैंक पता हो कि वे एक ही रोगी पर काम कर रहे हैं • यदि कई कर्मचारी आपात कालीन मामलों पर काम कर रहे हैं, तो एक व्यक्ति को रक्त आदेश देने की जिम्मेदारी लेनी चाहिए, रक्त आवश्यकता की तात्कालिकता को पूर्व निर्धारित शब्दों द्वारा सूचित किया जाना चाहिए • यदि रोगी की पहचान का कोई खतरा हो तो ब्लड बैंक समूह O (अधिमानत: O -ve) भेज सकता है • O -ve रक्त समूह के व्यक्ति यूनिवर्सल दाता है और AB +ve रक्त समूह के व्यक्ति यूनिवर्सल प्राप्तकर्ता हैं • यदि रोगी सचेत है तो उसका नाम विवरण आदि पूछें, बेहोश रोगियों में रिश्तेदार या स्टाफ के दूसरे सदस्य से पूछें. रक्त के नमूने ट्यूबों में लिए जाते हैं और नमूने लेने वाले व्यक्ति के नाम, वार्ड, बिस्तर संख्या, तारीख, हस्ताक्षर के साथ लेबल किया जाता है • सुनिश्चित करें कि रोगियों का नाम सही ढंग से स्पष्ट किया गया है • रक्त का नमूना लेने से पहले लेबल ट्यूब न करें		
	नमूना संग्रह: • रोगी के रक्तसमूह और Rh का परीक्षण रक्त बैंक तकनीशियन द्वारा रक्त बैंक में या रोगी की स्थिति के आधार पर असंगत विभाग में एकत्र किए गए नमूने के माध्यम से किया जाता है • नमूना संग्रह और क्रॉस मिलान एक स्वच्छ वातावरण में किया जाता है	रक्त बैंक तकनीशियन	
	नमूने की पहचान: रोगी से लिया गया नमूना नमूना संग्रह ट्यूब पर एक लेबल पर रोगी का नाम, उम्र और पंजीकरण नं डालकर पहचाना जाता है।		
	पिछला रिकार्ड ABO और Rh प्रकार के रोगी का पिछला रिकॉर्ड क्रॉस मिलान के लिए उपयोग में नहीं किया जाएगा, एक क्रॉस मिलान रिपोर्ट तैयार की जानी चाहिए और परीक्षण और रिपोर्ट बनाने वाले व्यक्ति का नाम दर्ज की जानी चाहिए।		

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
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	रक्त संक्रामण प्रतिक्रियाओं को दूर करने के लिए ब्लड बैंक में निम्न रिकार्ड होना चाहिए: - रोगी का मूल क्रॉस मैच नमूना, जो आमतौर पर रक्त या उसके उत्पादों को भेजने के बाद कम से कम 48 घंटे तक संरक्षित रहना चाहिए। - रक्तदाता के पायलट ट्यूबिंग/बोटल, यह भी 48 घंटे के लिए संरक्षित किया जाना चाहिए। - संपूर्ण प्रयोगशाला और ब्लड बैंक रिकॉर्ड। - रक्त संक्रामण प्रतिक्रिया का कारण स्थापित करने के लिए तत्काल कदम उठाना चाहिए। - उचित रिकॉर्ड बनाए रखा जाना चाहिए और परिणाम संबंधित विभाग को सूचित किया जाना चाहिए।	ब्लड बैंक इन्चार्ज	
	उपकरणों का रख-रखाव और कैलिब्रेशन रेफ्रिजरेटर, डीप फ्रीजर आदि उपकरणों के रखरखाव के लिए नियमित रूप से तापमान की जाँच करके और गति और समय के लिए इंजीनियर द्वारा हर तीन महीने किया जाता है। कैलिब्रेशन वार्षिक आधार पर या जब भी आवश्यक हो किया जाना चाहिए।		
	रक्त और जैव चिकित्सा अपशिष्ट का प्रबंधन रक्त संग्रह के बाद, ट्यूबों में शेष नमूना संक्रामक रोग स्क्रीनिंग और क्रॉस मैच के लिए एकत्र किया जाता है ट्यूब के हिस्से को काटकर तेज निपटान कंटेनरों में निपटाए जाने वाली सुइयों आधान के लिए अनुपयुक्त समझी जाने वाली इकाइयाँ, जो ट्रांसफ्यूज नहीं होती हैं और जो किसी भी कारण से निपटान के लिए नामित होती हैं, सभी लागू विनियमों और आवश्यकताओं के अनुसार एक उपयुक्त विधि द्वारा निपटाई जाएंगी। जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम 2016 और 2018 के अनुसार सभी घटकों और रक्त का निपटान किया जाएगा अस्पताल से लौटा भरा रक्त बैग का निपटान सभी लौटाई गई रक्त बैग को पहले ऑटोक्लेव किया जाना चाहिए और फिर बी एम डब्ल्यू एजेंसी को सौंप दिया जाना चाहिए प्रतिक्रिया शील भरे हुए रक्त थैलों का निपटान ऑटोक्लेव किया जाना चाहिए और फिर पीले रंग के बी एम डब्ल्यू बिन में डाल देना चाहिये, प्रत्येक खारिज इकाई के प्रलेखन को बनाए रखा जाना चाहिए खाली थैलों का निपटान खाली रक्त बैग पहले काटा जाना चाहिए और कीटाणुरहित किया जाना चाहिए और फिर लाल कंटेनर में डाल कर बी एम		जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन नियम 2016 और 2018

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	डब्ल्यू एजेंसी को सौंप दिया जाना चाहिए, उन अस्पतालों जो बी एम डब्ल्यू एजेंसी के तहत शामिल नहीं हैं एक समर्पित बी एम डब्ल्यू ऑटोक्लेव द्वारा बैग ऑटोक्लेव किया जाना चाहिए और फिर गहरी दफन पाई में बंदकर दिया जाना चाहिए		
	अभिलेखों का अनुरक्षण निम्नलिखित अभिलेख रक्त बैंक में रखे जाते हैं :- रक्तदाता अभिलेख रक्त और उसके घटकों का मास्टर रिकॉर्ड पूरे रक्त के लिए निर्गम रजिस्टर आपूर्ति किए गए घटकों का अभिलेख नैदानिक किट और अभिकर्मकों के लिए रजिस्टर आधान प्रतिकूल प्रतिक्रिया अभिलेख एलिसा परीक्षण अभिलेख घटक दैनिक तैयारी अभिलेख गुणता नियंत्रण रजिस्टर जिन अभिलेखों को रखना अपेक्षित है, उनमें निम्नलिखित विवरण शामिल हैं, नामतः रक्तदाता अभिलेख क्रम संख्या, रक्तदान की तारीख, रक्तदाता का नाम पता और हस्ताक्षर, अन्य विवरण जैसे आयु, वजन, हीमोग्लोबिन, रक्त समूह रक्तचाप, चिकित्सा परीक्षा, बैग संख्या और रोगियों के विवरण जिन के लिए प्रतिस्थापन दान के मामले में दान किया जाता है, दान श्रेणी, आस्थगित दान, प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर रक्त और उसके घटकों का मास्टर रिकॉर्ड रक्त बैग सीरियल नंबर, संग्रह की तारीख, समाप्ति की तारीख, एम एल में मात्रा, ABO/Rh समूह, एचआईवी एंटीबॉडी, मलेरिया, VDRL, हेपेटाइटिस बी सतह प्रतिजन, हेपेटाइटिस सी वायरस एंटीबॉडी और अनियमित एंटीबॉडी यदि कोई हो, के लिए परीक्षण के परिणाम, दाता का नाम और पता, उपयोग निर्गम संख्या, तैयार या छोड़े गए घटक, प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर पूरे रक्त के लिए निर्गम रजिस्टर क्रम संख्या, जारी करने की तारीख और समय, रक्त बैग सीरियल नंबर, ABO/Rh समूह, एम एल में मात्रा, प्राप्तकर्ता का नाम और पता, प्राप्तकर्ता समूह, इकाई या संस्था, क्रॉस मैचिंग रिपोर्ट का विवरण, आधान के लिए संकेत आपूर्ति किए गए घटकों का अभिलेख		

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
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

क्रमसंख्या	गतिविधि/विवरण	उत्तरदायित्व	रिकार्ड
	आपूर्ति की गई मात्रा, संगतता रिपोर्ट, प्राप्तकर्ता का विवरण, जारी कर्ता व्यक्ति के हस्ताक्षर नैदानिक किट और अभिकर्मकों के लिए रजिस्टर निर्माता का विवरण, बैच संख्या, आपूर्ति की तारीख, परीक्षा परिणामों का विवरण आधान प्रतिकूल प्रतिक्रिया अभिलेख किट/अभिकर्मक का नाम बैच नंबर, समाप्ति की तारीख, उपयोग की तारीख ब्लड बैंक को ब्लड यूनिट के साथ-साथ मरीज को ब्लड बैंक की क्रॉस मैचिंग रिपोर्ट जारी करनी चाहिए। आधान प्रतिकूल प्रतिक्रिया अभिलेख खरीद का रिकॉर्ड, डिस्पोजेबल सुइयों, सिरिजों और रक्त बैग के हाथ में उपयोग और स्टॉक बनाए रखा जाएगा नोट – सभी रिकॉर्ड 5 साल के लिए रक्त बैंक द्वारा बनाए रखा जाना चाहिए		

उपकरणों की गुणवत्ता नियंत्रण

S.No	Equipments	Performance	Frequency	Frequency of Calibration
1	Temperature Recorder	Compare against thermometer	Daily	As often as Necessary
2	Refrigerated Centrifuge	Observe speed and temperature	Each day of use	As often as necessary
3	Haematocrit			Standardize before initial use, after repair or adjustment and Annually
4	General lab Centrifuge			Tachometer every 6 month
5	Automated Blood Typing	observe controls for correct result	each day of use	

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
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

6	Hemoglobin Meter	standardized against cyanmethamoglobin	each day of use	
7	Urinometer	Standardize against distilled water	each day of use	
8	Blood container Weighing device	Standardize against container of known Weight	each day of use	as often as necessary
9	Water Bath	observe temperature	each day of use	as often as necessary
10	Rh view box	observe temperature	each day of use	as often as necessary
11	Autoclave	observe temperature	each day of use	as often as necessary
12	Serological Rotators	observe control for correct result	each day of use	speed as often as necessary
13	Laboratory Thermometers			before initial use
14	Electronic Thermometer		Monthly	
15	Blood Agitators	observe weight of the first container of blood Filled for correct result	each day of use	standardize with container of known mass or volume before initial use, and after repair or adjustment

अभिकर्मकों की गुणवत्ता नियंत्रण

- संग्रह, प्रसंस्करण, संगतता, परीक्षण, भंडारण और रक्त और रक्त घटकों के वितरण में इस्तेमाल सभी आपूर्ति और अभिकर्मकों एक उचित तरीके से और विशेष रूप से एक सुरक्षित और स्वच्छ जगह में उचित तापमान पर संग्रहीत किया जाएगा
- आधान के लिए रक्त और रक्त घटकों के साथ संपर्क में आने वाले सभी आपूर्ति स्टेराइल, चलतवहमद मुक्त हो और इसके सुरक्षा, शुद्धता, गोपनीयता या उत्पाद की प्रभावशीलता पर प्रतिकूल प्रभाव न पड़े
- आपूर्ति और अभिकर्मकों जिसमें समाप्ति की तारीख नहीं है उनको इस तरह से संग्रहीत किया जाएगा कि सबसे पुराना पहले प्रयोग किया जा सके
- आपूर्ति और अभिकर्मकों का उपयोग निर्माता द्वारा प्रदान किए गए निर्देशों के अनुरूप तरीके से किया जाए
- रक्त और रक्ताधान प्रयोग नहीं होने वाले सभी कंटेनर और क्लोजर को ठोस सतह और अन्य संदूषकों से स्वच्छ और मुक्त स्थान पर रखा जाए ।
- प्रत्येक रक्त इकट्ठा कंटेनर और उसके उपग्रह कंटेनर यदि कोई हो, को नुकसान या इसके उपयोग से पहले और तुरंत भरने के बाद संदूषण के सबूत के लिए नेत्रहीन जांच की जाएगी , जहां भी नुकसान या संदूषण के सबूत मिलजायेवहा कंटेनर का उपयोग नहीं किया जाए, यदि भरने के बाद पता चला ठीक से खारिज कर दिया जाए

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
ब्लड बैंक विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी.एच. / डी.सी.एच (चयन करें)

निम्न अभिकर्मक या समाधान के प्रतिनिधि नमूने स्टैंडर्ड ऑपरेटिव प्रोसेजर मैनुअल में वर्णित विधियों द्वारा एक अनुसूचित आधार पर नियमित रूप से परीक्षण किया जाए

1	Anti- human serum
2	Blood grouping – serums
3	Lectin
4	Antibody screening and reverse Grouping cells
5	Hepatitis test reagents
6	Syphilis serology reagents
7	Enzymes
8	HIV I & II reagents
9	Normal saline (LISS and PBS)
10	Bovine Albumin

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।



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

प्रयोगशाला विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

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 ऑपरटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

प्रयोगशाला सेवाएं

01. उद्देश्य: रोगियों को सभी प्रकार की उपलब्ध निदान सेवाएं प्रदान करना।
02. क्षेत्र: इसमें अस्पताल के सभी रोगी देखभाल क्षेत्र शामिल है।
03. जिम्मेदारी: पैथोलॉजिस्ट/लैब टैक्नीशियन/उपचार चिकित्सक रिपोर्ट के आधार पर निर्धारित, निदान और आगे के उपचार के लिए उत्तरदायी होंगे।
04. प्रक्रियाएं:

क्रम0स0	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
4.1	प्रयोगशाला सेवाएं: नमूना संग्रह और रसीद वाह्य रोगी सेवाएं: फिजिशियन इन्वेस्टिगेशन रिक्वेस्ट स्लिप पर विभिन्न जाचों को निर्धारित करते हैं। लैब टैक्नीशियन (एल0टी0) अपेक्षित फार्म प्राप्त कर विवरणों को सत्यापित करके requisition की इंट्री अपने रजिस्टर में करता है। एल0टी0 संग्रह रजिस्टर पर लैब/अस्पताल पंजीकरण संख्या आवंटित करता है। लैब टैक्नीशियन रोगी की पहचान की पुष्टि करने के बाद नमूना एकत्र करता है तथा लेबल डालता है और इसे प्रयोगशाला के परीक्षण क्षेत्र में स्थानान्तरित करता है। मरीजों को रिपोर्ट के संग्रह के समय के बारे में सूचित किया जाता है। लैब टैक्नीशियन वह विभिन्न परीक्षण क्षेत्रों के अनुसार नमूनों को अलग करता है और नमूनों का परीक्षण शुरू करता है। लैब टैक्नीशियन संबंधित रजिस्ट्रों में प्राप्त नमूनों का विवरण दर्ज करता है। अन्तः रोगी सेवायें: लैब टैक्नीशियन/नर्स, मरीजों के नमूने एकत्र करते हैं वार्ड में भर्ती कराया गया और इसे अनुरोध फार्म के साथ नमूना परीक्षण ट्यूब/कंटेनर प्रयोगशाला में भेज दिया जाता है। लैब टैक्नीशियन संबंधित रजिस्ट्रों में प्राप्त नमूनों का विवरणों को दर्ज करता 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 ऑपरेंटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

क्रम0स0	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
	नमूनों की लेबलिंग और पहचान की प्रक्रिया: नमूने की पहचान नाम, आई0डी0 नम्बर, आयु, लिंग द्वारा की जाती है वार्ड में उपलब्ध कन्टेनर में नमूने नर्सिंग स्टाफ द्वारा एकत्र किये जाते हैं, जिस पर आई0डी0 नम्बर, मरीज का नाम, उम्र, स्थान और जो जाँच होनी है उसकी जानकारी अंकित की जाती है। नमूना संग्रह कक्ष में टेक्नीशियन द्वारा निर्धारित प्रयोगशाला प्रोटोकाल के अनुसार रोगी का नमूना लिया तथा लेबल किया जाता है। जिसमें रोगी का नाम और आई0डी0 नम्बर, नमूना प्रकार अंकित किया जाता है तथा प्रयोगशाला रिपोर्टिंग (ट्रे) में रखा जाता है। रिपोर्ट एकत्र करने का समय सम्बन्धित को बताया जाता है, आउट सोर्स की जाने वाली जाँचों हेतु लिया गया नमूना मूल वॉयल में ही सम्बन्धित प्रयोगशाला को प्रोटोकाल के अनुसार प्रेषित किया जाता है। बिना लेबल नमूना उस विशिष्ट क्षेत्र में वापस आ जाता है जहाँ से इसे एकत्र किया गया है। ग्लास ट्यूब/Vacutainers नमूनों के हस्तान्तरण के लिए उपयोग किया जाता है। संग्रह के विशिष्ट बिंदु से मुख्य प्रयोगशाला तक क्षेत्र, बंद कन्टेनर में संग्रह बिन्दु से आधे घन्टे के भीतर प्रयोगशाला पहुँचाये जाते हैं। नमूनों का आदान-प्रदान करने वाला स्टाफ मानकानुसार पी0पी0ई0 (पर्सनल प्रोटेक्टिव इक्विपमेण्ट) धारण करता है।	प्रयोगशाला टेक्नीशियन	

क्रम0स0	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
8	निम्न स्थितियों में नमूने की जाँच नहीं की जायेगी तथा पुनः नमूना दिये जाने हेतु संस्तुति की जायेगी।		
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
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)

9	रिजेक्शन काइटिरिया—			
11	- बिना लेबल का नमूना - अपठनीय नमूना - लेबल पर त्रुटिपूर्ण अंकन	यदि नमूना critical अथवा Irreplaceable हो तो जाँच की प्रक्रिया शुरू कर दी जाती है किन्तु रिपोर्ट चिकित्सक द्वारा रोगी की पहचान तथा जाँच के सत्यापन के पश्चात ही दी जाती है।		
8	- नमूने की मात्रा अत्याधिक कम होना - गलत कन्टेनर में नमूना भेजना - रोगी के नाम, नमूने की सूची तथा जाँच के विवरण में मतभेद - नमूना प्रेषण समय सीमा से बाहर			

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	प्राथमिक नमूने के प्रसंस्करण की प्रक्रिया: नमूने 'प्रयोगशाला के दिशा-निर्देश' के अनुसार संसाधित किये जाते हैं संचालन मैनुअल प्रयोगशाला में मौजूद है। कर्मचारी रोगी का नमूना एकत्र करने, संसाधित करने के दौरान, उपकरणों की सफाई के दौरान दस्ताने और प्रयोगशाला कोट (एप्रन) पहनते हैं मूत्र: यूरिन का नमूना फ्रेश होना चाहिए । यदि नमूना लैब में भेजने में अधिक समय लग रहा हो तो सैंपल को फ्रिज में निर्धारित तापमान पर (बैक्टीरिया से बचाव के लिए) रखा जाता है। नमूनों के लिए यूरिस्टिक्स/ मल्टीस्टिक्स स्ट्रिप्स का उपयोग करने पर पायी गयी किसी भी असामान्यता की पुष्टि पारंपरिक तरीके से की जाती है, यथा-प्रोटीन-हीट एसिड टेस्ट आदि। मूत्र में प्रोटीन की जाँच हेतु 24 घण्टे में किया गया सम्पूर्ण नमूना एकत्रित किया जाता है। मरीज को यूरिन कलेक्शन हेतु विशेष निर्देशानुसार बताया जाता है कि वह कंटेनर का प्रयोग सही तरीके से करें। मल: ताजा नमूना बेहतर है। नियमित विश्लेषण में भौतिक, रासायनिक और सूक्ष्मदर्शी परीक्षण शामिल है यानी रंग, संगति, रक्त या श्लेष्म। यदि खून में पी0एच0 की उपस्थिति है तो सूक्ष्मदर्शी परीक्षण द्वारा ओवा और सिस्ट की जाँच करनी चाहिए। विशिष्ट मामलों में ova और अल्सर के लिए सूक्ष्म परीक्षण एकाग्रता तकनीकों द्वारा किया जाता है।			
	सीमेन जाँच रोगी को निर्देशित किया जाता है कि 03 दिन तक बिना साथ में रहे जाँच हेतु नमूना			
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 ऑपरटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

दें। अन्य भारीरिक स्ट्राव— प्लूरल, पेरीटोनियल, पेरीकार्डियल, सेरिब्रो, स्पाइनल, फ्लूइड चिकित्सक द्वारा प्लेन अथवा IDTA ट्यूब में एसैप्टिक तकनीक का प्रयोग करते हुये एकत्रि किया जाता है तथा यथाशीघ्र लैब में भेज दिया जाता है।		
--	--	--

परीक्षण दोहराएँ— यदि डाक्टर को लगता है कि लैब रिपोर्ट मरीज द्वारा बताये गये लक्षणों, clinical diagnosis से मैच नहीं करती है तो वे पुनः जाँच हेतु सुझाव देंगे। यदि एच0आई0वी0 या अन्य संक्रामक बीमारियों के नमूने/सैंपल पॉजिटिव हैं तो छACO के मानकोनुसार पुनः परीक्षण किया जायेगा।	प्रयोगशाला तकनीशियन	
महत्वपूर्ण परिणामों की रिपोर्टिंग— यदि लैब टेस्ट में किसी परीक्षण की वैल्यू निर्धारित मानको से या बहुत अधिक या बहुत कम हो तो ऐसी स्थिति में सत्यापन की आवश्यकता होती है। - जब एक महत्वपूर्ण/critical परिणाम की पहचान की जाती है तो प्रयोगशाला टेक्नोलॉजिस्ट फोन/इंटरकॉम के माध्यम से परीक्षण के 15 मिनट के भीतर/यथासंभव शीघ्रता से आदेश देने वाले चिकित्सक या उनके सहायक से संपर्क करता है। - यदि मरीज डिस्चार्ज हो गया है तो उस मरीज के लिए तो प्रयोगशाला तकनीशियन आदेश देने वाले चिकित्सक या उनके सहायक से संपर्क करता है। - यदि आदेश देने वाला चिकित्सक या उनका सहायक 15 मिनट के भीतर नहीं पहुँचता है तो प्रयोगशाला टेक्नोलॉजिस्ट अधिसूचना के आदेश का पालन करता है। अधिसूचना का क्रम— - ऑन ड्यूटी चिकित्सक/स्टॉफ नर्स - भर्ती मरीज की रिपोर्ट के बारे में स्टाफनर्स से बात करते समय “रीड बैक” विधि का पालन किया जाता है। व्यक्ति, महत्वपूर्ण परीक्षा परिणाम को रिकॉर्ड करता है और फिर महत्वपूर्ण परीक्षा परिणाम को वापस पढ़ता है। सत्यापित होने पर रिपोर्ट प्रेषित की जाती है।	प्रयोगशाला तकनीशियन	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (वचन करें)

- आउट पेशेंट के मामले में परिणाम को उपलब्ध टेलीफोन या मोबाइल के माध्यम से सीधे रोगी के नम्बर पर सूचित किया जा सकता है। किसी भी लागू संचार प्रणाली की विफलता के साथ क्रिटिकल परिणाम की हार्ड कापी - ऑर्डर करने वाले चिकित्सक या उनके सहायक को दे दी जाती है। लैब टेक्नीशियन उस व्यक्ति का नाम और अन्य दस्तावेज अपने पास लिखित में रखता है जिसे वह रिपोर्ट सौंपता है।		
रिपोर्टिंग - परीक्षण के परिणाम - रिपोर्ट टाइप की जाती है। - रिपोर्ट की जाँच और हस्ताक्षर किये जाते हैं। - परिणाम प्रयोगशाला रजिस्टर में दर्ज किये जाते हैं। लैब टेक्नीशियन मरीज के रिपोर्ट को रिकार्ड करता है और इसकी सहमति लैब प्रभारी/पैथोलॉजिस्ट से लेता है। तत्पश्चात् रिपोर्ट उस मरीज को या उसके संबंधी चिकित्सक को— - रोगी/उपचार करने वाला चिकित्सक रिपोर्ट वितरण और संग्रह— - ओपीडी, आईपीडी और बाहरी नमूनों के अनुसार रिपोर्ट को अलग-अलग किया गया। - आईपीडी रिपोर्ट वार्डों को भेजी जाती है। - वार्ड में “रिपोर्ट प्राप्त” रजिस्टर में प्रविष्टि की जाती है। - रिपोर्ट की इन्ट्री वार्ड के उपस्थित रजिस्टर में की जाती है। रिपोर्ट के परिणाम जाँच रजिस्टर में मरीज के नाम के आगे अंकित कर दी जाती है।	प्रयोगशाला तकनीशियन	
अभिकर्मकों की मान्यता:— सभी दाग, अभिकर्मक, मीडिया, किट आदि जिनके लए उपयोग किया जाता है।		

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदार	संदर्भ दस्तावेज/रिकार्ड
	सैपल के परीक्षण का मूल्यांकन तय की गयी वैल्यू के अनुसार वास्तविक परीक्षण से पूर्व की जाती है। रिएजेन्ट्स का सत्यापन भी किया जाता है। विसंगति की स्थिति में 'करेक्टिव एवं प्रीवेन्टिव ऐक्शन' लिये जाते हैं।		
	परीक्षण परिणामों की मान्यता:— तकनीकी रूप से परीक्षण परिणामों की मान्यता लैब टेक्नीशियन/पैथोलॉजिस्ट द्वारा की जाती है। उनके वैकल्पिक तरीकों का उपयोग सटीकता को सत्यापित करने के लिए भी किया जाता है। (परीक्षणों के परिणाम जिनके		
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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	लिए नियंत्रण और अंशांकन सामग्री उपलब्ध नहीं है)। लैब में जो जॉच परिणाम आ रहे हैं उनका सत्यापन लैब कर्मचारी करते हैं।		
	परीक्षण के परिणामों के सत्यापन के लिए प्रक्रिया:- परीक्षण निम्नलिखित के आधार पर किया जाता है— क—नमूनों के जॉच के लिए नई किट खोलने पर किट का सत्यापन किट के साथ दिये गये 'इन्टर्नल क्वालिटी कंट्रोल' के द्वारा किया जाता है। ख— दैनिक इन्टर्नल QC गुणवत्ता नियंत्रण तकनीक का प्रयोग व्यवस्थित एवं आकस्मिक त्रुटियों को पहचानने के लिए किया जाता है। प्रतिदिन QC सामग्री के 2 स्तरों के साथ रोगियों के नमूने के प्रत्येक बैच का विभिन्न मापदण्डों के लिए विश्लेषण किया जाता है। QC मूल्यांकों को दैनिक रूप से प्रलेखित किया जाता है। नियंत्रण चार्ट को प्रतिदिन बनाये रखा जाता है ताकि विश्लेषणात्मक मापन प्रणालियों की स्थिरता की जाँच की जा सके। ग— 'एक्सटर्नल क्वालिटी एश्योरेन्स स्कीम' के अन्तर्गत किया जाता है, जिससे परिणामों की गुणवत्ता सुनिश्चित की जा सके। घ— प्रयोगशाला की सभी प्रक्रियाएं और पैथोलॉजिस्ट/माइक्रोबायोलॉजिस्ट द्वारा निगरानी में की जाती है। परीक्षण के परिणामों की नैदानिक उपयोगिता पर इनपुट सलाहकारों से प्राप्त किये जाते हैं और उनका विश्लेषण किया जाता है।		
	परिणामों की गुणवत्ता को सत्यापित करने के लिए आंतरिक गुणवत्ता नियंत्रण प्रणाली की प्रक्रिया:- आंतरिक गुणवत्ता नियंत्रण:- एक पर्याप्त परीक्षण मेनू रोगियों की आवश्यकता के अनुसार गुणवत्ता के संचालन के लिए तैयार किया जाता है। कर्मिकों को आवश्यक निर्देश और प्रशिक्षण दिया जाता है।		

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
	तकनीकी कर्मचारी द्वारा रोगी के नमूने संग्रह और परख प्रणाली के लिए निम्न प्रक्रिया अपनायी जाती है— - कुशलता से किया जाता है रोगी को बिना किसी असुविधा के। Phlebotomy की जाती है। - विश्लेषणात्मक प्रक्रियाओं को उचित माध्यम के साथ अपनाया जाता है। - मानक प्रोटोकॉल के अनुसार सभी जैव रासायनिक परीक्षण नियमानुसार आयोजित किये जाते हैं। - लैब प्रभारी परीक्षण के परिणाम को त्रैमासिक मूल्यांकन करता है। - समग्र गुणवत्ता नियंत्रण परीक्षण प्रयोगशाला का एक		
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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	नामित व्यक्ति इसके लिए जिम्मेदार है ● ब्लड गुप्रिंग और ग्रुप आर0एच0 की जाँच करते समय नियमित रूप से कन्ट्रोल का प्रयोग किया जाता है। ● अभिकर्मक नियंत्रण रि-एजेण्ट कन्ट्रोल परीक्षण प्रत्येक प्लेट में लगाये जाते हैं। ● Sterility of blood या उसके तत्व भी गुणवत्ता नियंत्रण का भाग है। निर्माण एजेन्सी द्वारा तय किये गये मानकों के अनुसार उपकरण, प्लास्टिक बैग, एण्टी कोगोलुएन्ट्स, ब्रीडिंग सेट और सूईयों की जीवाणुनाशन किया जाता है। प्रयोगशाला में इन्फेक्शन प्रिवेन्शन प्रोटोकॉल का प्रयोग किया जाता है। हीमेटॉलोजी सेल काउन्टरों के नियंत्रण के लिये आन्तरिक गुणवत्ता Replicate टेस्ट द्वारा निर्धारित की जायेगी जिससे जो टेस्ट किये जा रहे हैं (रेप्लीकेट) वो उसी समान रहें जैसे स्वचालित सेल काउन्टर में रहते हैं। प्रक्रिया में मामूली अंतर नीचे दिये गये हैं:- विश्लेषक के लिए नियंत्रण स्थिर है और वही श्रृंखला एक वर्ष के लिए मान्य है। लक्ष्य का निर्धारण कंट्रोल लगाने के शुरुआत के 20 दिन बाद किया जाता है। 1. विश्लेषण पर लक्ष्य मानक निर्धारित किया जाता है। 2. वर्तमान बैच के समाप्त होने से पहले अगले लॉट के लिए लक्ष्य मानक 20 दिन पहले निर्धारित किया जाता है। 3. निर्धारित मानक निर्माता द्वारा प्रदान किया जाता है। अनुभव से पता चला है कि निर्माता और वास्तविक लक्ष्य द्वारा निर्दिष्ट मूल्य प्रोथ्रोम्बिन बीच का अंतर समय (पीटी) और सक्रिय आंशिक के लिए मूल्य थ्रोम्बोप्लस्टिन समय (APTT) प्रत्येक से 5% से अधिक भिन्न नहीं होता है। यदि निर्दिष्ट निर्माता के बीच कोई अंतर मानक और वास्तविक लक्ष्य मूल्य द्वारा निर्धारित प्रयोगशाला में 5% से अधिक भिन्नता पायी गयी तो उस उपकरण का recalibration किया जाता है। हेमटोलॉजी काउन्टरों पर मरीजों के नमूने पर परीक्षण को दोहराये:- एक रैण्डम नमूना प्रतिदिन सुबह की पाली में लिया जाता है और शाम की पाली में एक और एक प्रत्येक विश्लेषक पर चलाया जाता है। टी0एल0सी0, एच0बी0, एफआईसीटी0सी, एमसीवी और प्लेटलेट्स के मानों और मूल्यों में अंतर तालिका में दर्ज 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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

यदि प्रतिकृति के बीच का अंतर +2SD/-2SD है तो यह सुझाव देता है कि मूल्यों में से एक नियंत्रण से बाहर है। एक और नमूने के परीक्षण को दोहराया जाता है। यदि अंतर सही है तो यह 2SD से नीचे ही रहता है और तब आगे की कार्यवाही की आवश्यकता नहीं है। यदि अंतर +2SD/-2SD से अधिक है तो इसकी पैथोलॉजिस्ट से परामर्श कर आवश्यक कार्यवाही की जाती है।		
---	--	--

एक्सटर्नल क्वालिटी एश्योरेन्स स्कीम के लिए प्रक्रिया:- बाहरी गुणवत्ता नियंत्रण:- इसका अर्थ है कि एक प्रणाली जहाँ प्रयोगशाला अभिकर्मकों तकनीकों का संकलन, जिसके परिणाम एक वाह्य प्रयोगशाला द्वारा रि-वैलीडेट किये जाते हैं। आंतरिक गुणवत्ता नियंत्रण और बाहरी गुणवत्ता नियंत्रण दोनों ही नियमित प्रयोगशाला के कार्य पर यथोचित नियंत्रण रखते हैं जिसमें उपकरणों, तकनीकों, अभिकर्मकों और कर्मचारियों द्वारा अपनायी गयी प्रक्रिया की गुणवत्ता सुनिश्चित की जा सके। लैब सुधारात्मक और निवारक कार्यवाही के लिए नियंत्रण परीक्षणों की रिपोर्ट और Z स्कोर भेजता है और प्राप्त रिपोर्ट का विश्लेषण करता है।		
---	--	--

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/रिकार्ड
	नमूनों की संग्रहण अवधि की जाँच:- नमूना कमरे के तापमान पर रखा जा सकता है यदि उसका परीक्षण 02 घण्टे के भीतर होता है। यदि परीक्षण का अपेक्षित समय इससे परे है तो इसे 2-8 डिग्री सेन्टीग्रेट पर संरक्षित किया जाता है। जाँच किए गये नमूनों के भण्डारण के लिए प्रणाली:- प्रयोगशाला में प्राप्त सभी नमूने तथा यदि रोगी/परिचारक द्वारा अनुरोध किया गया हो तो पुनरावृत्ति परीक्षण पूरा करने के लिए जाँच पूरी होने के बाद नमूनों को एक निश्चित तक संरक्षित किया जाता है। A. परीक्षण किये गये नमूने की संग्रहण अवधि:- पुनः परीक्षण के लिए संग्रहीत नमूनों की जाँच की जाती है और/या निर्दिष्ट के रूप में एक न्यूनतम अवधि के लिए अतिरिक्त परीक्षण की जाती है जो नीचे दिये गये हैं- क्लिनिकल बायोकेमिस्ट्री:- न्यूनतम 2-8 डिग्री सेन्टीग्रेट पर एक दिन तक के लिए। रक्तविज्ञान: पूर्ण रक्त गणना:- न्यूनतम एक दिन में		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेंटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	2-8 डिग्री सेन्टीग्रेट पर। क्लिनिकल पैथोलॉजी:- "जब तक परिणाम मान्य न हो" B. जो टेस्ट पुनः किये जाते हैं वह यह सत्यापित करते हैं कि संग्रहण की स्थिति, नम्बर प्रणाली, एवं भण्डारण की खराब होने की स्थिति। पुनः परीक्षा के लिए आवृत्ति निम्नानुसार है: बायोकेमिस्ट्री:- महीने में एक बार पॉच एनालिटिक्स के सैंपल हेमटोलॉजी:- पुनः परीक्षण को संग्रहीत के लिए मासिक रूप से किया जाता है। नमूना स्वीकार्यता मानदण्ड:- दो परिणामों के बीच का अंतर 15% तक मान्य है।		
	C. रेफरल प्रयोगशालाओं द्वारा जाँच की प्रक्रिया:- परीक्षणों के लिए नमूने दूसरे को आउटसोर्स किये गये प्रयोगशालाओं को मूल शीशियों में भेजा जाता है। यदि नमूने बाहर भेजे जाते हैं तो लैब तकनीशियन रिपोर्ट उपलब्ध होने पर रिपोर्ट दर्ज करता है। रोगी के विवरण से संबंधित रेफरल प्रयोगशालाओं में पैथालॉजिस्ट या लैब तकनीशियन द्वारा सूचित किया जाता है।		
	D. स्टॉक बनाये रखना और निगरानी करना:- सभी आवश्यक सामग्री के लिए स्टॉक रजिस्टर में सूचना अंकित की जाती है और आवश्यकता अनुसार वस्तुओं की सूची इंडेन्ट के माध्यम से प्रशासनिक विभाग को भेजी जाती है।		
	उपकरण रखरखाव के लिए नीति:- उपकरण का रखरखाव रिकार्ड के अनुसार किया जाता है। संबंधित इंजीनियर रखरखाव गतिविधियों को नियमित रूप से जाँचता है। रखरखाव के पूरा होने के बाद (चाहे निवारक या टूटना) उपयोगकर्ता विभाग से ठीक रिपोर्ट ली गयी है। किये गये सभी निवारक रखरखाव कार्य प्रत्येक उपकरण/डिवाइस के लिए बनाये गये कार्ड में दर्ज किये जाते हैं। ब्रेकडाउन रखरखाव:- किसी उपकरण का उपकरण के टूटने की सूचना लैब को दी जाती है। एचओडी/प्रभारी रखरखाव/मरम्मत की आवश्यकत रखरखाव शिकायत रजिस्टर में करते हैं। किये गये सभी निवारक रखरखाव कार्य प्रत्येक उपकरण/डिवाइस के लिए बनाये गये कार्ड में दर्ज किये जाते हैं। एएमसी में दिये गये उपकरण/डिवाइस (वार्षिक रखरखाव अनुबंध) रखरखाव के लिए ए0एम0सी0 कंपनी को दिये जाते हैं। निगरानी उद्देश्यों के लिए कंपनी से विफलता/ब्रेकडाउन की रिपोर्ट ली जाती है।		निवारक रखरखाव अनुसूची/अभिलेख टूट-फूट रजिस्टर/रखरखाव शिकायत रजिस्टर
	उपकरणों के कैलीब्रेशन के लिए प्रक्रिया:- कैलीब्रेशन की आवश्यकता वाले उपकरणों का की एक सूची		ब्रेकडाउन स्लिप/रजिस्टर

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
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

बायोमेडिकल इक्यूपमेण्ट मेन्टेनेंस हेतु अनुबन्धित कम्पनी द्वारा किया जाता है। उपयोग प्रदान किये गये प्रारूप में आवश्यकतानुसार किया जाना है। इस हेतु राज्य स्तर पर अनुबन्धित एजेन्सी (सायरिक्स) के सम्बन्धित अधिकारियों को टोल-फ्री नम्बर के माध्यम से शिकायत दर्ज करायी जाती है। तत्पश्चात् कम्पनी के सम्बन्धित अधिकारियों द्वारा उपकरण की मरम्मत तथा पार्ट बदलने की प्रक्रिया निर्धारित समय अवधि में पूर्ण की जाती है।	का इतिहास कार्ड सूची
--	----------------------

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
	- फाइल में कैलीब्रेशन रिकार्ड बनाकर रखा जाता है। उपकरण में वर्तमान और अगले कैलीब्रेशन की तारीखों को स्टिकर के माध्यम से प्रदर्शित किया जाता है तथा उक्त आशय का सर्टिफिकेट चिकित्सा इकाई को उपलब्ध कराया जाता है। प्रत्येक उपकरण पर निम्न सूचना अंकित की जाती है— A. साधन/परीक्षण उपकरण की भौतिक स्थिति। B. कैलीब्रेशन रिपोर्ट सत्यापन C. कैलीब्रेशन से प्राप्त किया जाने वाला कैलीब्रेशन प्रमाणपत्र एजेंसी और सत्यापन के बाद OK/Not OK. - त्रिस्तरीय नियंत्रण द्वारा कैलीब्रेशन की जाँच की जाती है यदि नियंत्रण फेल हो जाता है तो निर्धारित मूल्यों एवं स्थितियों से और ये फर्म के प्रतिनिधि, परामर्शदाता, हिमैटोलॉजी के जानकारी में लाया जाता है जिसे रिकार्ड में लिखित रूप में रखा जाता है। - कैलिब्रेशन वरिष्ठ तकनीकी कर्मचारियों और सलाहकार द्वारा हस्ताक्षरित किया जाता है। यदि उपकरण प्रयोग हेतु कैलीब्रेशन होने लायक नहीं है या फिट नहीं है तो उसे बाहर ले लिया जाता है। तब उस उपकरण की मरम्मत हेतु आवश्यकताओं को चिन्हित कर कैलीब्रेशन प्रक्रिया पूरी की जाती है। उपकरणों का उपयोग करने वाले व्यक्तियों को Do's जैसे पहलुओं पर प्रशिक्षित किया जाता है, Don'ts, हैंडलिंग, भण्डारण, सुरक्षा, निवारक रखरखाव आवश्यकता पड़ने पर मामूली मरम्मत। प्रशिक्षण के रिकॉर्ड बनाये जाते हैं। मरम्मत के बाद प्राप्त होने पर दोषपूर्ण उपकरणों को पुनः कैलिब्रेट किया जाता है।		साधन की आवश्यकता होती है अंशांकन कैलिब्रेशन कॅटिया अंशांकन रिपोर्ट
	दस्तावेज नियंत्रण की प्रक्रिया: गुणवत्ता नियंत्रण, कैलीब्रेशन, मशीन रखरखाव, कर्मचारियों के प्रशिक्षण और प्रवीणता से संबंधित दस्तावेजों को विभाग द्वारा तैयार किया जाता है और गुणवत्ता सुधार समिति द्वारा		

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	समय-समय पर समीक्षा की जाती है।		
	प्राप्त शिकायतों और अन्य प्रतिक्रिया के समाधान के लिए प्रक्रिया:- इस का उद्देश्य एक प्रक्रिया को स्थापित करना और बनाये रखना है, जिससे मरीजों की शिकायत और उनकी प्रतिक्रिया को सुधारात्मक कार्यवाही हेतु उपयोग किया जा सके। यथा- • परीक्षण के परिणाम • कर्मचारियों का व्यवहार • रिपोर्ट में देरी • परिणाम अन्य प्रयोगशालाओं के साथ नहीं मिलते हैं। • रिपोर्ट उपचार के अनुरूप नहीं है। • लैब की सफाई। • सभी शिकायतों को गंभीरता से लिया जाता है और रोगी को संतुष्ट करने के लिए कार्यवाही की जाती है। इसके बाद यह सुनिश्चित करने के लिए कार्यवाही की जाती है।		
	भिन्नता के केस में जिस दिन परीक्षण लिया गया है उसी दिन उसी सुधारात्मक प्रक्रिया पूरी करते हुये रोगी को इसके बारे में बताया जाता है। कुछ मामलों में नमूना परिणाम की तुलना में क्रॉस वेरीफिकेशन के लिए भेजा जाता है। रेफरल लैब (NABL से मान्यता प्राप्त) रिपोर्ट में देरी के लिए:- समय पर सभी रिपोर्ट देने का प्रयास किया जाता है, हालांकि हमारे नियंत्रण से परे कारणों के कारण देरी हो सकती है। ऐसे मामलों में रिपोर्ट रोगी या उनके चिकित्सक को दी जाती है। इस प्रकार रोगी की रिपोर्ट के संग्रह के लिए फिर से आने की आवश्यकता नहीं है।		

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
4.2	संक्रमण नियंत्रण:- अस्पताल में संक्रमण नियंत्रण उपायों का पालन किया जाता है।		
A	कर्मचारी स्वास्थ्य योजना:- कर्मचारियों से रोगी में संक्रमण के प्रसार को नियंत्रित करने या कर्मचारियों को व्यवसायिक खतरों से बचाने के लिए कर्मचारियों की वार्षिक चिकित्सा जाँच की जानी चाहिए और सभी सदस्यों को आवश्यक टीकाकरण प्रदान किया जाता है।	अस्पताल संक्रमण नियंत्रण समिति	
B	हाथ की स्वच्छता:- सभी रोगी देखभाल क्षेत्रों में पर्याप्त हाथ धोने की सुविधा उपलब्ध होनी चाहिए। कोहनी संचालित नल और वॉशबेसिन और साबुन सेवा प्रदाता के कमरे और	ड्यूटी डाक्टर पर स्टाफनर्स और सभी	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच/डी.सी.एच (चयन करें)

	रोगी देखभाल क्षेत्रों में उपलब्ध हैं। यदि पानी की सुविधा उपलब्ध नहीं है तो एल्कोहल रब की व्यवस्था की जाती है। स्कब एरिया में एल्बो/फुट ऑपरेटेड वॉटर टैप उपलब्ध है।	पैरामेडिक साथ ही घर स्टाफ रखना में शामिल रोगी की देखभाल।	
C	एसेप्टिक तकनीक:- एसेप्टिक तकनीकों का सख्ती से पालन किया जाता है।	एल0ए0 ओ0टी01/सी	
D	दूषित पदार्थों और उपकरणों का अलगाव:- मिश्रण से बचने के लिए लिनन, थूक कप, बैडपैन, उपकरण और बायोमेडिकल कचरे के दूषित टुकड़ें अलग से रखे जाते हैं।	प्रयोगशाला	
E	कीटाणुशोधन:- दिन में कम से कम एक बार या आवश्यकतानुसार। उपकरण और फर्नीचर ब्लिचिंग पाउडर का घोल के साथ किया जाता है।	गृह व्यवस्था कर्मचारी या सामान्य ड्यूटी अटेंडेन्ट	
F	इन्फेक्शन प्रिवेन्शन प्रैक्टिसेस कुशल CSSD अस्पताल के सभी उपयोगकर्ताओं के लिए ठीक से निष्फल लेखों की आपूर्ति सुनिश्चित करता है। Unsterile आइटम अलग से संग्रहीत किये जाते हैं।	वार्ड 1/सी य सीएमएसडी 1 एन-प्रभारी	
G	हाउसकीपिंग:- ओटी, दीवारों, फर्श, टेबल और फिक्स्चर की सफाई निर्धारित मानकों के अनुसार की जाती है। पूर्व निर्धारित अंतराल पर (प्रक्रिया 20, अस्पताल के हाउसकीपिंग और सामान्य प्रशासन प्रबन्धन) बीएमडब्ल्यू प्रबंधन और हैंडलिंग नियम के अनुसार, बायोमेडिकल कचरा एकत्र, अलग, परिवहन, संग्रहीत और निपटारा किया जाता है। 1989. (प्रक्रिया 24, अस्पताल अपशिष्ट प्रबन्धन)	गृह व्यवस्था कर्मचारी	गृह व्यवस्था सूची की जाँच करें। बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमेन्ट हैंडलिंग रूल्स 2016

प्रलेखन और इसकी पहुँच निम्नानुसार है:-

क्रम सं०	रिकार्ड का नाम	रिकार्ड का रूप	कार्मिक को बनाए रखना/नियंत्रण करने वाला प्राधिकारी	एक्सेस मोड	जिसकी पहुँच है
1.	मरीजों के रिकार्ड की रिपोर्ट	कम्प्यूटरीकृत/हार्डकापी	आईटी हेड	Password	IT Personal in computerized Lab
2.	प्रक्रिया गुणवत्ता मैनुअल	हार्डकापी और साफ्टकापी	मैनेजर और पर्यवेक्षक	निःशुल्क	All technician
3.	मानक संचालन प्रक्रिया	हार्डकापी और साफ्टकापी	मैनेजर और पर्यवेक्षक	निःशुल्क	All technician
4.	QC डेटा	हार्डकापी और साफ्टकापी	मैनेजर और पर्यवेक्षक	वर्जित पहुँच	Quality Manager, Sr. Lab technician and pathologist

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
प्रयोगशाला विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

5.	गुणवत्ता लेखा परीक्षा और रिपोर्ट	हार्डकापी और साफ्टकापी	मैनेजर और पर्यवेक्षक	वर्जित पहुँच	Quality Manager, Sr. Lab technician and pathologist
6.	हिस्टोपैथोलॉजी और साइटोलॉजी रिपोर्ट	हार्डकापी और साफ्टकापी	तकनीशियन	निःशुल्क	All lab technologists and IT Executive who work in the lab
7.	म्रीजों का परीक्षण अपेक्षित है।	हार्डकापी और साफ्टकापी	आईटी कार्यकारी	निःशुल्क	All technician and pathologist
8.	आउटसोर्स परीक्षण रिपोर्ट प्रतियाँ	हार्डकापी	टैक्नोलॉजिस्ट	निःशुल्क	All technician and pathologist
9.	म्रीजों के मूल्य का अवलोकन रिकार्ड परीक्षण	हार्डकापी और साफ्टकापी	All technician	निःशुल्क	All technician
10.	अंशांकन रिपोर्ट	हार्डकापी	All technician	निःशुल्क	All technician
11.	साधन मैनुअल	हार्डकापी	All technician	निःशुल्क	All technician
12.	आउटसोर्सिंग के लिए लैब के साथ समझौता ज्ञापन टेस्ट	हार्डकापी		वर्जित	SIC/CMS

5.रिकार्ड:

क्रम सं०	रिकार्ड
1.	संग्रह रजिस्टर (आईपी/ओपी)
2.	जैव रसायन रजिस्टर
3.	हेमटोलॉजी रजिस्टर
4.	विशेष टेस्ट रजिस्टर

6.प्रक्रिया दक्षता मानदण्ड:-

क्रम सं०	गतिविधि	प्रक्रिया दक्षता मानदण्ड	बेंचमार्क / मानक / लक्ष्य
1.	नियमित परीक्षण	बदलाव का समय	
2.	उपयोग	प्रति इनडोर में किया गया लैब टेस्ट मरीज	
3.	आपातकालीन परीक्षण	बदलाव का समय	
4.	प्रवीणता	बाहरी सत्यापन में जेड स्कोर	

7. सन्दर्भ दस्तावेज:-जैव चिकित्सा अपशिष्ट (प्रबन्धन और हैंडलिंग) नियम, 1998

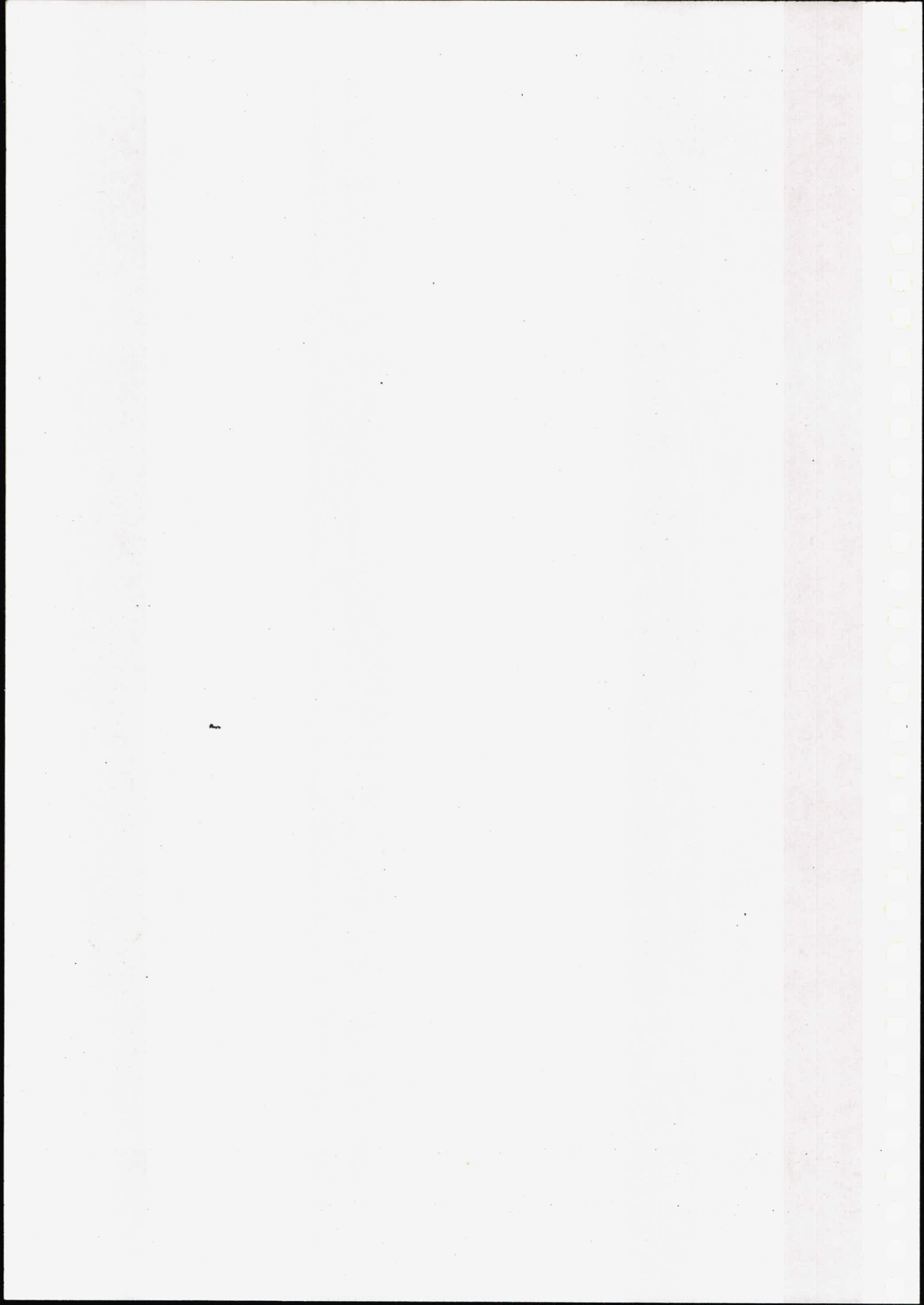
ISO 15189:2007— मेडिकल लैबोरेट्रीज की विशेष आवश्यकताएं और अच्छे नैदानिक प्रयोगशाला अभ्यास के लिए गुणवत्ता दिशानिर्देशों के लिए— आईसीएमआर।

मलेरिया की प्रयोगशाला निदान के लिए गुणवत्ता आश्वासन पर मैनुअल—हेमटोलॉजी के लिए मानक संचालन प्रक्रियाओं के लिए NVBDCP

Guidelines for Standard Operating Procedures for Haematology- WHO

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।





स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

रेडियोलॉजी विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

मानक संचालन प्रक्रिया (स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर)

रेडियोलॉजी विभाग

रेडियोलॉजी विभाग का उद्देश्य:-

- रेडियोलॉजी सेवा सभी राष्ट्रीय मानकों और कानूनों का पालन करती है।
- रोगियों की जरूरत को पूरा करने के लिये रेडियोलॉजी सेवा प्रदान की जाती है।
- सभी आपातकालिन जाँच के लिये रेडियोलॉजी सेवा 24 घण्टे प्रतिदिन, 365 दिन उपलब्ध है।
- रेडियोलॉजी सेवा एक व्यापक विकिरण सुरक्षा कार्यक्रम का पालन करती है और इसे चिकित्सालय सुरक्षा कार्यक्रम में शामिल किया जाता है।
- रेडियोलॉजी सेवाये मरीजों की पहचान करने और उनकी जाँच करने के लिए निर्धारित मानक का पालन करती है।
- रेडियोलॉजी कर्मियों को रेडियोलॉजी सेवाओं के दायरे के अनुसार योग्य और अनुभवी बनाए जाने हेतु आवश्यक प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है।
- रेडियोलॉजी विभाग द्वारा किये गये सभी परिक्षण रेडियोलॉजी एसओपी0 में स्थापित समय सीमा के भीतर रिपोर्ट किया जाता है।
- गुणवत्ता नियंत्रण कार्यक्रम का विकास कार्यान्वयन और रखरखाव की प्रक्रिया निर्धारित है।

1. उद्देश्य:- इस उद्देश्य के साथ वर्कफ्लो प्रक्रियाओं के लिए दिशानिर्देश प्रदान करना है।

- रोगियों की जरूरतों और अपेक्षाएँ।
- रोगियों की संतुष्टि बढ़ाए जाने हेतु प्रयास किये जाते हैं।
- फीडबैक लूप की स्थापना निरंतर सुधार के लिए की जाती है।

2. क्षेत्र :- इस चिकित्सालय के सभी रोगी देखभाल क्षेत्र शामिल है।

3. उत्तरदायित्व :- रेडियोलॉजिस्ट तकनीशियन

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
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

4 प्रक्रिया :-

क्रसं.	गतिविधि	उत्तरदायित्व	संदर्भ
4.1	बाह्य रोगी इमेजिन प्रक्रिया :- - ओपीडी डॉक्टर पर्चा या रोगी फाइल में जाँच के लिये लिखते हैं। - ई रेडियोलॉजी आपेक्षित फार्म भरा जाता है। - रोगी को रेडियोलॉजी विभाग को निर्देशित किया जाता है। - ई-अनुरोध फार्म की जाँच रेडियोलॉजी विभाग में की जाती है। - रोगियों को इमेजिन प्रोसीजर के लिये एक प्रतीक्षा संख्या दी जाती है। - रोगियों को उचित इमेजिंग क्षेत्र के लिये निर्देशित किया जाता है। - जाँच किए जाने वाले हिस्से, मरीज की उम्र तथा वजन के अनुसार इमेजिंग प्रक्रिया निर्धारित की जाती है।	चिकित्सा अधिकारी।/ टेकनिशियन/रेडियोजिस्ट/ओपीडी नर्स/ फिजिसियन/ओपीडी अटेंडेन्ट/असिस्टेन्ट	
	एक्स-रे लेने की प्रक्रिया। - आवश्यक उपकरण तैयार किया जाता है। - मशीन की उपयुक्त तकनीकी प्रदर्शन के साथ तैयार रखा गया है। - डेवलपर और फिक्सर घोल (सल्यूशन) पहले से तैयार रखा जाता है। - साफ गाउन रोगी को दिये जाते हैं, इमेजिंग किए जाने वाले हिस्से को धातु की वस्तुओं (घड़ी, जेवर, पेन इत्यादि) से मुक्त रखा		
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
रेडियोलाजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	जाता है) • सेवा प्रदाता द्वारा टी0एल0टी0 बैज और लीड एप्रन रेडिएशन सुरक्षा के लिये पहने जाते हैं। एक्स-रे लेते समय रोगी को गोपनीयता सुनिश्चित की जाती है। एक्स-रे प्राप्ति, लेबलिंग प्रसंस्करण और रिपोर्टिंग की प्रक्रिया • रोगी को तब इन्तजार करने के लिये कहा जाता है जब तक कि फिल्म ठीक नहीं हो जाती। • सुनिश्चित किया जाता है कि रोगी की आई0डी0 नं0, नाम, तिथी, पक्ष, फिल्म पर प्रमुखता से प्रदर्शित। • रोगी को रिपोर्ट एकत्र करने हेतु बनाया जाता है। • सभी फिल्म रेडियोलाजिस्ट के पास भेजी जाती हैं। • अल्ट्रासाउण्ड रिपोर्ट रेडियोलाजिस्ट के द्वारा प्रक्रिया निष्पादित करने के लिये लिखा जाता है। रेडियोलाजी में रोगियों की पहचान एवं सुरक्षित परिवहन- • वार्ड/आ0यू0सी0 में भर्ती रोगी को (आंतरिक रूप से) सुरक्षित तरीके से चिकित्सालय कर्मचारियों के साथ भेजा जाता है। • आवश्यकतानुसार स्ट्रेचर (विकलांग) के लिए वार्ड ब्याय/आया और परिचार के सदस्य के साथ भेजा जाता है। • मरीजों की फाइल साथ	चिकित्सा अधिकारी।/ टेकनिशियन/रेडियोजिस्ट/ओ0पी0 डी0 नर्स/ फिजिसियन/ओ0पी0डी0 अटेन्डेन्ट/असिस्टेन्ट	
--	--	---	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

4.1.2	भेजी जाती है। - सभी पंजीकृत रोगियों की पहचान एक विशिष्ट पहचान संख्या/एम0आर0डी0 नम्बर से की जाती है। - अन्य सभी चरण ओ0पी0डी0 के रोगियों के सामान्य है।	टेकनिशियन	
4.1.3	एक्स-रे और यू0एस0जी0 की प्रसंस्करण और रिपोर्टिंग— (दैनिक कैलिब्रेशन) किया जाता है। - उपर्युक्त टेक्निकल एक्सपोजर के साथ मशीन को तैयार रखा गया है। - एक्सपोजर के बाद फिल्म को संसाधित और सुखाया जाता है और एक बार तैयार होने के बाद इसे रिपोर्टिंग के लिए रखा जाता है। - डिजिटल एक्स-रें में फिल्म को संसाधित किया जाता है। एक्सपोजर के बाद स्वचलित फिल्म प्रोसेसर और एक बार तैयार होने के बाद इसे रिपोर्टिंग के लिए रखा जाता है। - इमेंजिंग प्ररीक्षणों की रिपोर्ट निर्धारित समय सीमा में रोगी/तीरमदारों/वार्ड प्रभारीयों को वितरित या सौंप दी जाती है। - रूटीन एक्स-रे रिपोर्ट (आउट पेशेन्ट के साथ-साथ इन पेशेन्ट) अल्ट्रा साउण्ड रिपोर्ट उसी दिन दिया जाता है। - अपातकालीन रिपोर्ट मौखिक रूप से सूचित की जाती है।	चिकित्सा अधिकारी।/टेकनिशियन/रेडियोजिस्ट	डायग्नोस्टिक रजिस्टर

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
रेडियोलाजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	- रोगियों की रिपोर्टस उसी दिन/सम्बन्धित विंग को भेज दिया जाता है। - सभी रोगियों की रिपोर्ट के समय के बारे में सूचित किया जाता है एवं प्रक्रिया का समय भी बताया जाता है। रोगी विवरण की प्रक्रिया और रिकार्डिंग की ब्याख्या— - रोगी के सभी विवरण (जैसे नाम, आयु, प्रक्रिया के लिए अनुरोध आदि) डाग्नोस्टिक रजिस्टर में दर्ज किये जाते है। - टेक्निशियन रोगी को प्रक्रिया और अवधि के बारे में सूचित करता है। कर्मचारीयों, रोगियों और आंगतुको विकिरण सुरक्षा के लिए प्रक्रिया। - रेडियोलाजी में चिकित्सा के क्षेत्र का वर्णन किया गया है जो एक्स—रे और अल्ट्रासोनिक तरंगों और चुम्बकिय अनुनाद इमेजिंग का उपयोग करता है ताकि कई बिमारिया और चोटों के उपचार का पता लगाया जा सके एवं उनका निदान किया जा सके। - गर्भवती महिला रोगियों से एल0एम0पी0 की तारीख की पुष्टि की जाती है और महिला रोगियों को गैर जांच भाग को कवर करने उपर्युक्त लीड एप्रेन/शील्ड प्रदान की जाती है। - रोगीयों को क्लीन हास्पिटल ग्राउन्ड प्रदान किया 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 :	स्टेण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.1.4	1. एक्स-रे टेक्नीशियन जब ड्यूटी पर होते हैं तो रेडिएशन मानिटर डिवाइस टी0एल0डी0 बैज छाती पर पहना जाता है। 2. उपर्युक्त डिडैक्टर के साथ एक्स-रे मशीन के आस-पास के क्षेत्र में बिखरे हुए विकिरण की नियमित निगरानी की जाती है। (ट्यूब हासिंग से रिसाव विकिरण 5 से0मी0 प्रतिघण्टा से कम 2 मि0ग्रा0 होनी चाहिए) और विकिरण सुरक्षा लाभ 101 एम0आर0 प्रतिघण्टा 01 मीटर होना चाहिए। 3. उपकरण है। • ट्यूब हेड पोर्ट/शील्ड के लिए सेफटी इन्टरलॉक है। • एक्स-रे ट्यूब चालू या बन्द है। इसको लाल बल्ब के माध्यम से दर्शाया जाता है। 4. एक्स-रे ट्यूब के सक्रिय होने पर अंकन (एक्स-रे आन) के लाल चेतावनी प्रकाश होती है। 5. रेडिएशन प्रतीक "उच्च उर्जा एक्स-रे बीम" को एक्स-रे ट्यूब से सटे रखा जाता है। 6. एक्स-रे उपकरण के साथ प्रत्येक कमरे में उक सांकेतिक "चेतावनी एक्स-रे उपकरणों" के साथ प्रदर्शित है। (विकिरण प्रतीक) 7. डायग्नोस्टिक एक्स-रे • उपकरण के सभी आपरेटरों के लिए विकिरण सुरक्षा हेतु वार्षिक इन	टेकनिशियन / स्टाफ नर्स	सहमति फार्म
-------	---	------------------------	-------------

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
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.1.5	सर्विस प्रशिक्षण दिया जाता है। - मशीन के संचालन एवं अपातकालिन प्रक्रियाओं के लिए प्रशिक्षण दिया जाता है। - लीड अप्रन, लीड स्क्रीन, थायरॉइड सील्ड, गोर्नैड सील्ड सहित कर्मचारी और रोगी सुरक्षा उपकरणों का उपयोग किया जाता है। - कर्मियों के डोसमीटर टी0एल0डी0 का उपयोग किया जाता है। - रेडियोलॉजिस्ट द्वारा फिल्म प्रसंस्करण प्रक्रिया किया जाता है।	रेडियोलॉजिस्ट	
4.1.6			एक्स-रे रिपोर्ट
4.1.7	8. कार्मिक डोसमीटर की उपलब्धता - हमेशा परीक्षा के दौरान उपयोग किया जाता है। - विभाग के नामित पर्यवेक्षण के तहत विकिरण के स्रोतों से दूर सुरक्षित स्थानों में संग्रहित किया जाता है। - यह कभी किसी दुसरे व्यक्ति के द्वारा पहना नहीं जाता। - यदि एक लीड एप्रेन पहना जाता है तो लीड अप्रेन के नीचे डोसमीटर पहना जाना चाहिए।	रेडियोलॉजिस्ट/रेडियोग्राफर	अभिलेखों की सूची
4.1.8	9. नियमित परीक्षाओं के लिए पैरामीटर निर्दिष्ट करने वाले नियंत्रण कक्ष में पोस्ट किये जाने वाले तकनीकी चार्ट। एक्स-रे फिल्म और		

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 ऑपरटिंग प्रोसीजर
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

4.1.9	ट्यूब के बीच की दूरी। - प्रत्येक रेडियोग्राफिक परीक्षण के लिए उपयुक्त जोखिम (के भी एम0ए0एस0)। 10. प्रत्येक रेडियोलॉजिकल उपकरण के रिकार्ड बनाये रखें। - रखरखाव - मरम्मत - प्रत्येक एक्स-रे मशीन और अल्ट्रासाउण्ड मशीन पर कैलिब्रेशन किया गया हों। - सेवा करने वाल व्यक्ति का नाम (सेवा इंजीनियर का नाम) रिकार्ड में दर्ज हो। - दिनांक और समय के साथ किया गया उपकरण का कैलिब्रेशन	स्टाफ नर्स/टेक्नीशियन	स्टाक रजिस्टर में न्यूनतम मात्रा के साथ विभाग में वस्तुओं की सूची।
4.2.		मेडिकल आफिसर	
4.2.1	परिणाम	स्टाफ नर्स	मांग पर्ची
4.2.2	क्षेत्र धातु की वस्तुओं से मुक्त रखा जाय।	स्टाफ नर्स	
4.2.3	रोगी सुरक्षा हर समय सर्वोच्च प्राथमिकता पर है। जानबूझकर हानिकारक या संभावित रूप से रोगी के लिए हानिकारक प्रक्रिया नहीं अपनाई जाती।	स्टाफ नर्स	यू0एस0जी0 एप्वान्डिट रजिस्टर
4.2.4		स्टाफ नर्स	
4.2.5	सभी रोगियों को अस्पताल कमियों से अत्यन्त सावधानी और ध्यान रखें सम्मान प्राप्त होता है।	रेडियोलॉजिस्ट	
4.2.6		स्टाफ नर्स	
4.2.7	सभी मरीजों को यूनिट पर रहते हुए उनकी गोपनीयता और प्रतिष्ठा सुनिश्चित की	रेडियोलॉजिस्ट/स्टाफ नर्स रेडियोलॉजिस्ट	
4.2.8			

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
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

4.2.9	जाती है।			
4.3	• यूनिट पर रहते हुए किसी भी रोगी को अप्राप्य नहीं छोड़ा जाता है। उपर्युक्त अपातकालिन उपकरण हर समय उपलब्ध रहते हैं और कर्मियों को उनके उपयोग में प्रशिक्षित किया जाता है। • स्ट्रेचर से लाए गए रोगीयों में कम से कम एक स्टाफ कर्मी साथ रहता है। • लिफ्ट द्वारा रोगी को जाए जाते समय वार्ड ब्वाय/आया साथ रहते हैं। • सेफ्टी केबल/रेल हमेशा उस जगह पर होती है जब लिफ्ट का फाटक चालू होता है। • जब व्हील चेयर लिफ्ट में होती है और जब मरीज व्हील चेयर में प्रवेश कर रहा होता है या बाहर निकल रहा होता है तो व्हील लॉक किया जाता है। • जब मरीज के परिवहन के लिए स्ट्रेचर का उपयोग किया जाता है, तो साइड रेल हमेशा उपर रहती और सुरक्षा बेल्ट को बांधा जाता है। • स्क्रीनिंग से पहले अस्पताल के कर्मचारियों द्वारा साक्षात्कार किये जाने पर रोगी की स्थिति के आधार एम्बुलेन्स के			पी0एन0डी0टी0 फार्म
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
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

	लिए निर्धारित एक आउट पेसेन्ट को यूनिट चलाने की अनुमति हो। • इमेजिंग सेवा विभाग से वापस जाने के लिए एम्बुलेटरी मरीजों के साथ परिजन रहते हैं। • एम0आर0आई0 कमरे के अन्दर किसी भी स्ट्रेचर/व्हील चेयर/आई0बी0 स्टैण्ड की अनुमति नहीं है। • इमेजिंग सेवा विभाग में नहीं लौटने वाले एम्बुलेन्स रोगियों को निकटतम सुरक्षित क्षेत्र (साइडवाक वाक-व आदि) में ले जाया जाता है। एम0आर0आई0 रोगियों के मामले में या सुरक्षित क्षेत्र फ्रिन्ज फिल्ड फेन्सींग के बाहर होना चाहिए। रोगी की तैयारी • प्रक्रिया से पहले रोगी या रिश्तेदारों से सहमति ली जाती है। • स्वच्छ रोगी गाउन रोगी को प्रदान किया जाता है। • प्रक्रिया के लिए तैयार करने के लिए स्टाफ नर्स टेक्निशियन मरीजों से अनुरोध करता है कि वे जांच से पहले सभी आभूषण निकाल कर अपने परिजनों को सौंप दें। पुनर्वृत्ति एक्स-रे। • परामर्शदाता या			
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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

	रेडियोलॉजिस्ट की सलाह के अनुसार एक्स-रे की पुनर्वर्ति की जाती है। - रोगी को कोई तकनीकी समस्या होने पर एक्स-रे दोहराया जाता है। - रिपोर्ट करने के बाद एक्स-रे रिपोर्ट सम्बन्धित रोगी/वार्ड को भेज दी जाती है। टर्न अराउण्ड टाईम फार रिपोर्ट जांच हेतु फार्म भरने से रिपोर्ट प्राप्त होने का - रोगी की रिपोर्ट समय से सम्बन्धित चिकित्सक/विभाग वार्ड में भेज दी जाती है और मरीज/रिश्तेदार के माध्यम से अगर मरीज ओपीडी में है तो समय के अनुसार रिपोर्ट दे दी जाती है। आपातकालिन स्थिति में एक्स-रे लेने की प्रक्रिया - आपातकालिन रिपोर्ट के मामले में रेडियोलॉजिस्ट फिल्म देखते हैं और ईलाज करने वाले चिकित्सक को मौखिक रिपोर्ट देते हैं। - यदि रोगी को रेफर किया जाता है या किसी अन्य अस्पताल में जाना चाहता है तो (अनुरोध पर या चिकित्सक सलाह के खिलाफ) तो प्राथमिकता के आधार पर रिपोर्ट तैयार करने का प्रयास किया जाता है। अभिलेखों का रखरखाव - रिक्वूजन स्लीप, रेडियोलॉजी रजिस्टर, एक्स-रे की फाइल, एक्स-रे मशीन का		
--	---	--	--

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
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	मेंटेनेन्स रिकार्ड, रोगी की सहमती फार्म टेक्नीशियन द्वारा बनाया तथा व्यवस्थित रखा जाता है। कंजुमेबल की उपलब्धता एवं आपूर्ति • एक्स-रे फिल्मों की उपभोग समग्रियों की गैर उपलब्धता मुख्य फार्मासिस्ट द्वारा सत्यापित और तैयार की जाती है और विभाग प्रभारी को सूचित किया जाता है। • मुख्य फार्मासिस्ट द्वारा विभागा प्रभारी के निर्देशों और प्राधिकरण के अनुसार खरीद स्लीप बनाई जाती है। • उपभोग्य समग्रियों को खरीदने के बाद फार्मासिस्ट रेडियोग्राफर को सूचित करता है। • रेडियोग्राफर स्टोर इन्वार्ज के इन्टेन्ड बढ़ाता है। • स्टोर से प्राप्त करने के बाद रेडियोग्राफर स्टॉक रजिस्टर में उपभोग्य समग्रियों में दर्ज करता है। इन्वेन्टरी मैनेजमेंट • इन्वेन्टरी प्रबन्धन निम्नलिखित वस्तुओं की सूची पर्याप्त समय में बनाये रखी जाती है। • लिनेन • कैसेट्स • लीड एप्रन • ग्लब्स • कैमिकल्स • एक्स-रे फिल्म • दैनिक ओपीडीआईडी लोड का स्टॉक		
--	---	--	--

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
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

	मैनटेन किया जाता है, उपरोक्त मदों में मात्रा बनाई रखी जाती है या सुनिश्चित किया जाता है कि स्टॉक इन प्रचुर संख्या में उपलब्ध है। खरीद के प्रमुख समय न्यूनतम स्टॉक और औसत खपत के आधार पर इन्डेन्ट को समय पर स्टोर पर भेजा जाता है। अल्ट्रा सोनोग्राफी • उपचार करने वाले चिकित्सक/चिकित्साधिकारी के द्वारा यू0एस0जी0 स्कैन, यू0एस0जी0 एक्जीक्यूशन स्लीप में जांच के प्रकार का विवरण लिखा जाता है। • स्टाफ नर्स रोगी का विवरण यू0एस0जी0 रजिस्टर में करती है। • स्टाफ नर्स के द्वारा रोगी को यू0एस0जी0 के बारे में बताया जाता एवं निर्देश दिए जाते हैं। • स्टाफ नर्स के द्वारा पूर्ण आवश्यकतानुसार के बारों में रोगी को तैयार होने के दिशा निर्देश (एप्वाईन्टमेंट रजिस्टर) ड्यूटी स्टाफ नर्स/सिस्टर के द्वारा रोगी की विवरण स्कैन सूचना रेडियोलॉजिस्ट/सोनोलॉजिस्ट को दे दी जाती है। • स्टाफ नर्स मरीजों की सहायता करती है और उसे यू0एस0जी0 के लिये तैयार करती है। • रेडियोलॉजिस्ट परीक्षण के उपरांत निष्कर्ष को लिखते हैं। • स्टाफ नर्स यू0एस0जी0 स्कैन खत्म करने के बाद			
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 :	स्टेण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	मरीजों के शरीर के हिस्से को साफ करती है, और मरीजों को रिपोर्ट मिलने के संभावित समय के विषय में बताती है। - रेडियोलॉजिस्ट द्वारा रिपोर्ट तैयार जाती है और इसे मरीज को सौंप दिया जाता है। - गर्भावस्था के मामले में स्कैन से पहले पीओसीपीओएनडीटी0 फार्म भरा जाता है। गुणवत्ता नियंत्रण प्रणाली की प्रक्रिया - सुविधा गुणवत्ता एशोरेंस कार्यक्रम में कार्यक्रम की प्रभावशीलता का मूल्यांकन करने के लिये सम्भावित साधन शामिल है। सम्भावित साधनों में शामिल है - रीटेक रेट और बारबार होने वाले रेडियोग्राफ के कारणों, उपकरणों की मरम्मत और प्रतिस्थापना लागत की जांच। - उत्पादन किये जा रहें व्यक्तिपरक मूल्यांकन। - घटना और रेडियोलॉजिस्ट द्वारा शिकायतों के कारण। - निगरानी प्रक्रियाओं के परिणामों में रुझानों का विश्लेषण। - रीटेक रेट सम्बन्धी अध्ययन का उपयोग सुधार के लिए क्षमता का मूल्यांकन करने, सुधार करने और करने के लिए किया जाता है, निर्धारित करे की सुधारात्मक क्रियायें प्रभावी थी या नहीं।		
--	---	--	--

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
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	● अपनी आवश्यकताओं की सुविधा के विश्लेषण के आधार पर, अस्वीकृत की संख्या दैनिक या सप्ताहिक दर्ज की जाती है। ● अस्वीकृति के कारण भी निर्धारित और दर्ज किये जाते हैं। ● रीटेक रेट सम्बंधी जहां इन कारणों को निर्धारित करना उपलब्ध कर्मचारियों के साथ नियमित आधार पर प्रदर्शन करना असम्भव है, डायग्नोस्टिक प्रक्रियाओं या एक्स-रे प्रणाली में कम से कम और अर्द्धवार्षिक रूप से बड़े परिवर्तन होने के बाद दो सप्ताह की अवधि के लिए विश्लेषण किया जाता है। ● कार्यक्रम में निगरानी तकनीकों के परिणामों में रिकार्ड रखने, किसी भी कठिनाईयों का पता लगाने, इन कठिनाईयों पर लागु सुधारात्मक उपायों और इन उपायों की प्रभाव शिलता के लिए प्रावधान शामिल है। ● इन अभिलेखों की सीमा और रूप राज्य के नियमों और विनियमों के अनुरूप है। ● सुविधा इन रिकार्ड्स को एक प्रभावी गुणवत्ता एंशयोरेंस कार्यक्रम को बनाये रखने और डेटा को अपने आप में एक अन्त के रूप में नहीं बल्कि एक शुरुवात के रूप देखती है, जिससे इकाई द्वारा दी जा रही सुविधाओं की गुणवत्ता में निरंतर सुधार किया जा 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 प्रोसीजर
रेडियोलॉजी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	प्रशिक्षण - कार्यक्रम में गुणवत्ता एश्योरेस जिम्मेदारियों के साथ सभी कर्मियों के लिए उपर्युक्त प्रशिक्षण के प्रावधान शामिल है। - सुविधा और उपकरण के लिए विशिष्ट प्रशिक्षण का प्रावधान है। - गुणवत्ता बनाए रखने हेतु नियत अंतराल पर ऑरिएंटेशन किए जाने का प्रावधान है।																														
5	रिकार्ड																														
	<table> <tr> <th>क्रम0 सं0</th><th>रिकार्ड</th><th>रिकार्ड नम्बर</th><th>न्यूनतम प्रतिधारण अवधि</th></tr> <tr> <td>01</td><td>एक्स-रे नामित रजिस्टर</td><td></td><td>5 साल</td></tr> <tr> <td>02</td><td>एक्स-रे फिल्म स्टॉक रजिस्टर</td><td></td><td>3 साल</td></tr> <tr> <td>03</td><td>अल्ट्रासाउण्ड रजिस्टर</td><td></td><td>5 साल</td></tr> <tr> <td>04</td><td>अल्ट्रासाउण्ड फिल्म स्टॉक रजिस्टर</td><td></td><td>3 साल</td></tr> </table>	क्रम0 सं0	रिकार्ड	रिकार्ड नम्बर	न्यूनतम प्रतिधारण अवधि	01	एक्स-रे नामित रजिस्टर		5 साल	02	एक्स-रे फिल्म स्टॉक रजिस्टर		3 साल	03	अल्ट्रासाउण्ड रजिस्टर		5 साल	04	अल्ट्रासाउण्ड फिल्म स्टॉक रजिस्टर		3 साल										
क्रम0 सं0	रिकार्ड	रिकार्ड नम्बर	न्यूनतम प्रतिधारण अवधि																												
01	एक्स-रे नामित रजिस्टर		5 साल																												
02	एक्स-रे फिल्म स्टॉक रजिस्टर		3 साल																												
03	अल्ट्रासाउण्ड रजिस्टर		5 साल																												
04	अल्ट्रासाउण्ड फिल्म स्टॉक रजिस्टर		3 साल																												
6	प्रक्रिया दक्षता मानदण्ड																														
	<table> <tr> <th>क्रम0 सं0</th><th>गतिविधि</th><th>प्रक्रिया दक्षता मानदण्ड</th><th>बेन्चमार्क/मानक/लक्ष्य</th></tr> <tr> <td>01</td><td>नियमित परीक्षण</td><td>टर्न अराण्ड टाइम</td><td></td></tr> <tr> <td>02</td><td>उपयोग</td><td>प्रति इन्डोर में किया गया लैब टेस्ट</td><td></td></tr> <tr> <td>03</td><td>अपातकलिन जांच</td><td>टर्न अराण्ड टाइम</td><td></td></tr> <tr> <td>04</td><td>एक्स-रे फिल्म प्रक्रिया</td><td>खराब हुआ फिल्मों का प्रतिशत</td><td></td></tr> <tr> <td>05</td><td>एक्स-रे रिपोर्टिंग</td><td>टर्न अराण्ड टाइम</td><td></td></tr> <tr> <td>06</td><td>दक्षता</td><td>Z स्कोर बाहरी सत्यापन (एक्सटर्नल वैलिडेशन)</td><td></td></tr> </table>	क्रम0 सं0	गतिविधि	प्रक्रिया दक्षता मानदण्ड	बेन्चमार्क/मानक/लक्ष्य	01	नियमित परीक्षण	टर्न अराण्ड टाइम		02	उपयोग	प्रति इन्डोर में किया गया लैब टेस्ट		03	अपातकलिन जांच	टर्न अराण्ड टाइम		04	एक्स-रे फिल्म प्रक्रिया	खराब हुआ फिल्मों का प्रतिशत		05	एक्स-रे रिपोर्टिंग	टर्न अराण्ड टाइम		06	दक्षता	Z स्कोर बाहरी सत्यापन (एक्सटर्नल वैलिडेशन)			
क्रम0 सं0	गतिविधि	प्रक्रिया दक्षता मानदण्ड	बेन्चमार्क/मानक/लक्ष्य																												
01	नियमित परीक्षण	टर्न अराण्ड टाइम																													
02	उपयोग	प्रति इन्डोर में किया गया लैब टेस्ट																													
03	अपातकलिन जांच	टर्न अराण्ड टाइम																													
04	एक्स-रे फिल्म प्रक्रिया	खराब हुआ फिल्मों का प्रतिशत																													
05	एक्स-रे रिपोर्टिंग	टर्न अराण्ड टाइम																													
06	दक्षता	Z स्कोर बाहरी सत्यापन (एक्सटर्नल वैलिडेशन)																													

7- सन्दर्भ दस्तावेज—

- पी0सी0 एण्ड पी0एन0डी0टी0 एक्ट आफ 1996।
- एटामिक एर्नजी एक्ट 1962, ए0ई0आर0बी0 गार्डलान्स।
- जैव चिकित्सा अपषिष्ट (प्रबन्धन और हैण्डलिंग) नियम, 2016।

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।



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

औषधि विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

फार्मसी विभाग का उद्देश्य

1. फार्मसी विभाग की गुणवत्ता सुनिश्चित करने के लिये "7" अधिकार का प्रयोग किया जाता है। सही रोगी, सही खुराक, सही मार्ग, सही समय, सही सूचना और डाक्यूमेंट के साथ सही दवाएं।
2. जे0एस0एस0के0 के लाभार्थियों सहित सभी रोगियों को मुफ्त दवाएं सुनिश्चित करना।
3. अस्पताल के रोगियों को प्रभावित करने वाली दवा प्रक्रियाओं की सुरक्षा और गुणवत्ता बढ़ाने के लिये।
4. दवाओं और उपकरणों के "स्टाक आउट" की स्थिति से बचने के लिये।
5. "राज्य दवा नीति" के अनुसार सभी दवाओं का क्रय/उपलब्धता सुनिश्चित करने के लिये।
6. डायल थर्मामीटर एवं आर्द्रता मीटर व और तापमान चार्टिंग के माध्यम से तापमान एवं आर्द्रता की निगरानी।
7. दवा उपयोग से मरीज पर विपरीत प्रभाव की रिपोर्टिंग।

उपर्युक्त उद्देश्य को प्राप्त करने के लिये फार्मसी में प्रबंधकीय और तकनीकी नीतियों, प्रक्रियाओं और नियमावली की स्थापना की है और संबंधित प्रबंधकीय और तकनीकी कर्मियों को प्रशिक्षण कार्यक्रमों के माध्यम से अवगत कराया गया है, ताकि वे परिभाषित मानक और प्रोटोकाल के अनुसार कार्य कर सकें।

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

फार्मसी विभाग

1. उद्देश्य

फार्मसी विभाग के लिये एक सिस्टम स्थापित करने के लिये ।

दवाओं के उचित भण्डारण, आपूर्ति एवं वितरण सहित चिकित्सालय में फार्मसी सेवाओं का प्रभावी और कुशल प्रबंधन, प्रभावी कानून और नियमों का अनुपालन करते हैं।

यह सुनिश्चित करने के लिये कि रोगियों को उनके उपचार की आवश्यकतानुरूप उपयुक्त मात्रा में गुणवत्तापूर्ण औषधिया प्राप्त हों जो कि पर्याप्त समय के लिये उनकी चिकित्सीय आवश्यकताओं को पूर्ण करती है। महिलाओं और बच्चों की आवश्यकता के अनुसार दवा एवं औषधीय वस्तुओं का चयन, खरीद, नियंत्रण, भंडारण, वितरण सुनिश्चित करना और यह प्रक्रिया राज्य औषधि नीति के अनुपालन में होना चाहिये।

2. कार्यक्षेत्र—

यह दवा सूची प्रबंधन से संबंधित सभी गतिविधियों को जैसे—भंडारण और मरीजों को दवाओं का वितरण(ओपीडी ओर आईपीडी) को संचालित करता है।

3. उत्तरदायित्व—

मुख्य फार्मसिस्ट एवं फार्मसिस्ट

भंडारण— मुख्य फार्मसिस्ट एवं डिस्पेंसरी फार्मसिस्ट

4. प्रक्रिया—

क्र०सं०.	गतिविधि	उत्तरदायित्व	सन्दर्भ
4.1	राज्य की EDL(आवश्यक दवा सूची) के आधार पर ' औषधि एवं चिकित्सीय समिति' अस्पताल की जरूरतों और सेवाओं के दायरे के लिये उपयुक्त 'ड्रग फार्मूलरी' विकसित करती है। फार्मूलरी की एक प्रति फार्मसी और सभी चिकित्सकों तथा विभागों के पास उपलब्ध है।	औषधि एवं चिकित्सीय समिति/ सीएमएस/ चीफ फार्मसिस्ट	ड्रग फार्मूलरी

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

4.1	<u>जिला ड्रग वेयर हाउस से दवाओं की इंडेंट</u> पत के आधार पर दवाओं का मासिक जांच की जाती है, यह भी पोर्टल के माध्यम से किया जाता है, यदि किसी दवा की कमी है तो उसके लिये मांग पत्र प्रस्तुत कर जिला ड्रग वेयर हाउस से प्राप्त की जाती है। फार्मसी विभाग अस्पताल में अधिकतर उपयोग की जाने वाली दवा का न्यूनतम और अधिकतम स्टॉक रखता है, इन वस्तुओं का इंडेंट स्लिप/रजिस्टर में जिला ड्रग वेयर हाउस के लिये भेजा जाता है इस रजिस्टर में इंडेंट डिपार्टमेंट के हेड का नाम और हस्ताक्षर होता है। दवाओं की मांग हेतु जनपद स्तर पर मेडिकल सप्लाईज कारपोरेशन के वेयर हाउस को मांग पत्र भेजा जाना चाहिये, साथ ही कारपोरेशन द्वारा बनाई गई पासबुक व्यवस्था को राज्य बजट /एन0एच0एम0 बजट के अनुरूप ससमय अद्यतन करना चाहिये। (प्रमुख सचिव क पत्र संख्या 845/ पॉच -1.2019-5) (36)/ 2017 टी0सी0 1)		
-----	---	--	--

4.2	<u>औषधियों की प्राप्ति-</u> अस्पताल की आवश्यकता के आधार पर डीएचएस/UPMSC के माध्यम से अस्पताल में औषधियाँ प्राप्त की जाती है। आपूर्तिकर्ता से आपूर्ति के आधार पर दवाओं की आपूर्ति जब भी उपलब्ध हो की जाती है। कई बार दवायें आपूर्तिकर्ता से आवश्यकता पड़ने पर प्राप्त की जाती है/स्टेट/मण्डलीय स्टोर से भी		
-----	--	--	--

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

	प्राप्त की जाती है जो मुख्य फार्मसिस्ट/फार्मसिस्ट/प्रभारी स्टोर द्वारा एकत्र की जाती है।		
4.3	प्राप्त दवाओं की पहचान की जाती है और उनकी मात्रा की जांच की जाती है, दवाओं की पर्ची पर पावती के माध्यम से प्राप्त किया जाता है, प्राप्त वस्तुओं और मात्रा को स्टॉक रजिस्टर में दर्ज किया जाता है। विशेष रूप से आपातकालीन दवाओं के नहीं प्राप्त होने पर नोट किया जाता है, क्षतिग्रस्त या समाप्त हो गयी दवाओं के लिये एक सूची तैयार की जाती है, ऐसी दवाओं को अलग किया जाता है और अस्पताल प्रभारी के माध्यम से डीएचएस/संबंधित अधिकारी के लिये एक विस्तृत नोट दिया जाता है।	चीफ फार्मसिस्ट/स्टोर इन्चार्ज	चालान और उससे सम्बन्धित डाक्यूमेंट/स्टॉक रजिस्टर/डेमेज एवं इक्पायरी मेडिसन की लिस्ट

औषधियों एवं औषधीय सामग्री का भंडारण— औषधियों एवं औषधीय सामग्री के भंडारण के लिये ड्रग्स एंड कास्मेटिक्स एक्ट 1940(नियमावली 1945) व नेशनल फार्मलरी आफ इण्डिया के दिशा निर्देशों का पालन करती है, अधिनियम का अनुपालन आवश्यकता है। औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियमावली 1945 के नियम संख्या 64 (2) (i) में फार्मसी कक्ष हेतु न्यूनतम दस स्क्वायर मीटर स्थान का प्रविधान है, इस लिए समुचित क्षेत्रफल व आर्द्रता मुक्त कक्ष/कक्षों का चयन फार्मसी हेतु किया जाता है। औषधियों को समुचित व रोशनी व हवादार कक्ष/कक्षों में उचित परिस्थितियों में संग्रहीत किया जाता है, दवाओं को वर्णानुक्रम (रोगों के निदान) में दवाओं के वर्गीकरण के अनुसार व्यवस्थित किया जाता है अर्थात् टैबलेट कैप्सूल इंजेक्शन, आई0वी0, तरल पदार्थ, सिरप आदि को स्टॉक को सामने वाले के नाम के साथ वर्णानुक्रम में बड़े व्यवस्थित तरीके से रखा जाता है।		
---	--	--

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

4.4	समान नाम और अलग क्षमता के उत्पाद अलग-अलग संग्रहीत किये जाते हैं, भारी वस्तुओं को निचली आलमारियों में संग्रहीत किया जाता है। आलमारियों के किनारों पर नाजुक वस्तुओं को संग्रहीत नहीं किया जाता है। एक्सपायरी दवाओं को अलग से संग्रहीत किया जाता है। प्रशीतन के लिये आवश्यक वस्तुओं को उचित रूप से संग्रहीत किया जाता है, दवाओं, जिनमें 2 डिग्री से 8 डिग्री सेल्सियस तापमान की आवश्यकता होती है, वे रेफ्रिजरेटर में संग्रहीत की जाती हैं, फ्रिज में रखी जाने वाली दवाओं की एक सूची फ्रिज के पास रखी और प्रदर्शित की जाती है। नियमित तापमान नियंत्रण और निगरानी के लिये विभाग में एक तापमान लागू बुक रखी जाती है जिसमें दिन में कम से कम दो बार दैनिक आधार पर दर्ज किया जाता है। किसी भी खाद्य पदार्थ या कर्मचारियों के टिफिन बाक्स को फ्रिज में नहीं रखा जाता है। अन्य औषधियों को संग्रहीत करने हेतु 8 डिग्री से 30 डिग्री सेल्सियस का अधिकतम तापमान ही नियमानुरूप है। अन्य किसी सामान्य औषधीय सामग्री को 40 डिग्री सेल्सियस से अधिक तापमान	चीफ फार्मासिस्ट स्टाक रजिस्टर	स्टाक रजिस्टर
-----	---	-------------------------------	---------------

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

	व पर नहीं रखना चाहियें तथा आर्द्रता से बचाव की व्यवस्था आवश्यक है।		
	पर्यवेक्षक फार्मसी नियमित तापमान की निगरानी और रिकार्डिंग सुनिश्चित करता है। आदर्श तापमान से पाये जाने वाले किसी भी भिन्नता के मामले में इसे तुरंत रखरखाव विभाग को सूचित किया जाता है। एक जैसे दिखने वाली और एक जैसे नाम वाली दवाओं को अलग से संग्रहीत किया जाता है, ऐसी दवाये जिन्हे प्रकाश-संवेदनशील माना जाता है, संबंधित निर्माताओं द्वारा लेबल किया हुआ, उन्हे बंद दराज में संग्रहीत किया जाता है। मंहगी दवाओ को एक अलग भंडारण कक्ष में रखा जाता है और हर दिन फार्मसी की सभी इकाईयों में जांच की जाती है और उन पर कड़ी निगरानी रखी जाती है। क्षरण व दुरुपयोग रोकने हेतु नियमित भौतिक सत्यापन और आडिट किया जाता है, विसंगति प्राप्त होने पर उपयुक्त सुधारात्मक एवं प्रभावी निवारक कार्यवाही की जाती है। गुणवत्ता नियंत्रण:- मरीजो को सत् प्रतिशत सुरक्षित व प्रभावकारी औषधियां प्रदान कराने हेतु यह निश्चित किया जाता है।	उत्तर दायित्व: प्रभारी अधिकारी (फार्मसी) चीफ फार्मसिस्ट/भंडार फार्मसिस्ट	

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

कि भंडार में उपलब्ध किसी दवा का रंग,गंध या अवस्था में कोई परिवर्तन नहीं हो रहा है। ऐसी स्थिति में संबंधित बैच की दवा का प्रयोग रोक कर नियंत्रक अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक के संज्ञान में लाया जाता है, जिनके द्वारा औषधि निरीक्षक को समय-समय पर प्राप्त करा कर गुणवत्ता सुनिश्चित की जाती है। किसी दवा या औषधीय सामग्री को सीधे फर्श पर या दीवार से हटा कर पीवीसी बोर्ड पर रखा जाता है। तथा आई वी फ्लूड,तरल व मरहम आदि के कार्टन, बॉक्स इस प्रकार रखे जाते हैं कि अधिक भार से दवाएं छतिग्रस्त न हो व हवा आती जाती रहें।		
---	--	--

	कालातीत औषधियों का निस्तारण — दवाओं व औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1940 (नियमावली 1945) केअन्तर्गत आने वाली सामग्री के कालातीत होने की स्थिति में उसका निस्तारण नेशनल फार्मलरी ऑफ इण्डिया व प्रचलित नियमों/राज्य दिशानिर्देशों के अन्तर्गत किया जाता है। ऐसी औषधि/सामग्री का औषधि रजिस्टर में महीने के दौरान का रिकार्ड रखा जाता हैं, एवं निस्तारित दवा/ सामग्री का रजिस्टर में रिकार्ड रखा जाता है(अर्थात् निर्माण व अवसान्त तिथि,मात्रा व संबंधित कार्यवाही का विवरण)	चीफ फार्मसिस्ट	एक्सपायर्ड दवा रजिस्टर और निष्कासित दवा रजिस्टर
4.5	<u>दवा की आपूर्ति</u> — औषधालय/वार्ड/आपातकालीन/एनआईसीयू/एसएनसीयू आदि को इंडेंट और उसके अनुसार दवा की आपूर्ति की जाती है, दवा प्राप्त करने वाले कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षरित आपूर्ति पत्र/बाउचर को संबंधित अधिकारी के सत्यापन	चीफ फार्मसिस्ट	इन्डेन्ट बाउचर हस्ताक्षरित

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

	उपरान्त रिकार्ड में रखा जाता है और आवश्यकतानुरूप दवाओं की पुनः आपूर्ति हेतु सूचना अस्पताल प्रभारी को दी जाती है।		
4.6	मुख्य औषधि भण्डार से चिकित्सालय की विभिन्न इकाईयों को विधिवत भरे हुये इंडेंट फार्म के अनुसार दवाइयां जारी की जाती है जो फार्मसिस्ट/भण्डार प्रभारी से प्राप्त की जाती है। जारी गयी दवाओं का रिकार्ड स्टोर में दैनिक व्यय/दवा रजिस्टर में रखा जाता है। उपलब्ध दवाओं की एक सूची चिकित्सकों के लिये तैयार की जाती है जो समय समय पर अद्यतन की जाती है।		
	डिस्पेंसरी में डिस्पेंसरी के बारह उपलब्ध और गैर उपलब्ध दवाओं की सूची प्रदर्शित की जाती है। दवा का रिकार्ड औषधीय स्टॉक रजिस्टर में नाम, मात्रा, निर्माण की तिथि और समाप्ति की तिथि के साथ रखा जाता है। प्राप्त दवाओं को चिन्हित स्थान/स्लाट में आसानी से पहचान के लिये रखा जाता है। एक्सपायरी दवा की स्ट्रिप को अलग बक्से में रखा जाता है। कालातीत समय से पूर्व में उपयोग जाता है। ड्रग्स, जिन्हे एक नियंत्रित तापमान पर रखा जाना है, वे या तो डिस्पेंसरी स्टोर में व संबंधित इकाई के रेफ्रिजरेटर में स्टोर किया जाता है।		
4.7	दवा का वितरण एक्सपायरी डेट को बिना काटे स्ट्रिप को छोटा करना और चिन्हित बाक्सों में वितरण के लिये तैयार रखना। ड्रग्स, जिन्हे एक नियंत्रित तापमान पर रखा जाना है, उन्हे या तो डिस्पेंसरी स्टोर में निश्चित तापमान पर रखा जाता है या मुख्य औषधि भण्डार के रेफ्रिजरेटर में स्टोर किया जाता है तथा फार्मसी विभाग न्यूनतम त्रुटियों के साथ त्वरित और कुशल रोगी प्रबंधन सुनिश्चित करता है।	चीफ फार्मसिस्ट /फार्मसिस्ट	
	अतः रोगी विभाग में दवा का वितरण वार्ड से सभी दवा की आवश्यकता पर्ची फार्मसी को भेजी जाती है और फार्मसी काउंटर पर रजिस्टर में दर्ज की जाती है। निम्नलिखित इन्पुट्स की जांच के बाद दवा की आवश्यकता पर्ची-आर ओ के माध्यम से प्राप्त वार्डों से प्राप्तियां की जाती है। मरीजों का नाम, आईपीडी, कमरा नं०/बेड नं०	फार्मसिस्ट	रजिस्ट्रेशन स्लिप वितरण रजिस्टर

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

• वार्ड विवरण, दिनांक, आईटम विवरण और अनुरोध की गई मात्रा • डा0 द्वारा लिखित पर्चा • नर्स / मैट्रन के हस्ताक्षर • प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर फार्मसी दवायें केवल एक ही फार्मसिस्ट द्वारा जारी किये जाते हैं। स्टेट खुराक और डिस्चार्ज मरीजों को दवाओं के वितरण के लिये पहली प्राथमिकता दी जाती है। प्रिसक्रिप्शन / संकेत ध्यान से पढ़े जाते हैं और यह सुनिश्चित किया जाता है कि विशिष्ट रोगी के लिये सही दवा और खुराक दी जाये एवं वितरण से पूर्व सभी वस्तुओं की समाप्ति की तिथियों व शक्ति की जांच की जाती है और डिस्चार्ज स्लिप / प्रिसक्रिप्शन को डिस्पेन्स करने के बाद संबंधित द्वारा हस्ताक्षर किया जाता है।		
--	--	--

नशीली प्रकृति की दवाओं के प्रयोग / वितरण के लिये, नारकोटिक्स नीति के अनुसार नर्सिंग यूनिट स्टॉक का उपयोग किया जाता है। वार्डों में दवाओं की प्राप्ति- दवाओं को उसी मात्रा में रैक से निकाला जाता है जैसा कि बैच नंबर के साथ समाप्ति की तारीख और इंडेंट पर उल्लेख किया गया है। दवाओं को वार्ड में पहुंचाया जाता है और दवा प्राप्त करने वाले व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित किया जाता है। फार्मसी में किसी दवा की उपलब्ध न होने के मामले में, स्थानीय खरीद द्वारा व्यवस्थित मद में और		
--	--	--

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक / नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

भविष्य की आवश्यकता के लिये व्यवस्था के लिये खरीद का अनुरोध भेजा जाता है। वाह्य रोगी औषधि वितरण यह अस्पताल की नीति है कि आउट पेशेंट औषधि वितरण के लिये उचित प्रक्रिया का पालन किया जाता है, और रोगी को उसको दी गयी दवा के प्रभावी व सुरक्षित उपयोग हेतु परामर्श दिया जाता है। पर्चे की त्रुटि या किसी भी गलतफहमी के संबंध में संबंधित फार्मसिस्ट द्वारा चिकित्सक से सलाह ली जाती है।		
रोगी का विवरण, वितरण रजिस्टर में दर्ज किया जाता है जो रोगी पंजीकरण संख्या पर आधारित है ड्रग को सही नाम, पावर, खुराक के रूप और आदेशित मात्रा के साथ दर्ज किया जाता है। डिस्पेंसिंग / वितरण से पूर्व सभी वस्तुओं की समाप्ति की तारीख व पावर की जांच तथा रोगी के नाम की पुष्टि की जाती है। केवल फार्मसिस्ट ही दवाओं का वितरण करता है और रोगी को दवा लेने की विधि के बारे में बताया जाता है और जो दवायें उपलब्ध नहीं हैं, उन्हें उपलब्ध कराये जाने के लिये सी0एम0एस0 को सूचित किया जाता है। ड्रग इन्टरैक्शन की स्थिति में— • एडवर्स ड्रग्स रियेक्शन • अनपेक्षित सामग्री का इन्टरैक्शन • किसी खतरनाक दवा या साइकोट्रोपिक पदार्थ का दुरुपयोग • किसी भी घटना का पता चलने पर भारत सरकार की फार्मा को विजीलेन्स प्रोग्राम आफ इण्डिया द्वारा निर्धारित रिपोर्टिंग फार्म पर		

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

	संबंधित फार्मसिस्ट/नर्स द्वारा सूचना मुख्य चिकित्सा अधीक्षक /नियंत्रक अधिकारी को दी जाती है। रोगियों को इस संबंध में उचित कार्यवाही के लिये डाक्टर से संपर्क करने और इसकी रिपोर्ट करने के लिये परामर्श दिया जाता है।		
4.8	स्थानीय क्रय— सी.एम.एस.एवं चैयरपर्सन आरकेएस से अनुमोदन पश्चात खुली निविदा प्रणाली/शासकीय नीति अन्तर्गत चयनित स्थानीय औषधि विक्रेताओं से दिन-प्रतिदिन के कामकाज के लिये आवश्यक जीवन रक्षक दवायें/आपातकालीन दवाये क्रय की जाती है।		
	अस्पताल में किसी भी औषधि/सामग्री के दुरुपयोग को रोकने के लिये अतिरिक्त सावधानी के साथ नारकोटिक्स और साइकोट्रोपिक दवाओं से इलाज करने के नीति है। - अस्पताल में उपयोग की जाने वाली ऐसी दवाओं की एक सूची,फार्मसी और उपयोगकर्ता विभाग,ड्रग्स और चिकित्सा विज्ञान समिति और उन सभी स्थानों पर उपलब्ध है जहां ये दवाये संग्रहीत की जाती है। - नारकोटिक्स दवाओं की खरीद और भंडारण से पहले हर साल उपयुक्त लाइसेंस प्राप्त किया जाता है नवीनीकृत किया जाता है। - हर साल खरीदे जाने वाली और संग्रहीत की जाने वाली दवा की मात्रा को उपयुक्त सरकारी प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किया जाता है। - सभी नारकोटिक्स और साइकोट्रोपिक दवाओं को ओटी में सुरक्षित ताले के तहत संग्रहीत किया जाता है।		

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

• अनुमोदित कर्मियों तक सीमित पहुंच ऐसे लाकरों के लिये बनाये रखी जाती है।		
--	--	--

• ओटी तकनीशियन और ओटी में तैनात मैट्रन प्रमुख धारक है और अंततः लाकर और इन्वेंट्री के रखरखाव के लिये जिम्मेदार है। • LIST OF NARCOTICS DRUGS ○ Inj Morphine 10mg/ 1 ml ○ Inj Pethidine 100mg/2 ml ○ Inj Pethidine 50mg/1 ml ○ Inj fentanyl 100 mcg/2 ml ○ Inj fentanyl 10 ml <u>सेन्ट्रल फार्मसी में नारकोटिक्स दवाओं का भण्डारण—</u> • सभी नारकोटिक्स दवाओं को डबल लाकर और की वाल्ट में रखा जाता है, दवाओं की सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिये दो कुंजी दो अलग-अलग लोगों के पास होती है। • दवा क्षेत्र से दूर नहीं की जाती है और केवल आपरेशन थियेटर में आपूर्ति के लिये संग्रहीत की जाती है। <u>यूजर डिपार्टमेंट में नारकोटिक्स दवाओं का भण्डारण—</u> सभी दवाओं को बहुत सावधानी से संभाला जाना चाहिये और प्रभारी डाक्टरों और अन्य डाक्टरों की देखरेख में उपयोग किया जाना चाहिये। सभी दवाओं को अलग अलग आलमारी में डबल लाक और चाबियों में रखा जाना है। उन सभी दवाओं के लिये अलग अलग रजिस्टर रखा जाना है जिसमें लेनदेन दर्ज किया गया है। सभी दस्तावेजों को रजिस्टर के खिलाफ उत्पाद भुल्क विभाग को प्रस्तुत किया जाता है। स्टाक और दस्तावेजों को आबकारी विभाग द्वारा सत्यापित किया जाता है कि वे कब और कैसे आये।		
<u>नारकोटिक्स ड्रग की प्राप्ति के लिये जारी की गयी रिसिप्ट का रिकार्ड—</u> अलग-अलग नारकोटिक्स ड्रग्स की प्राप्ति और जारी करने के लिये अलग-अलग रिकार्ड बनाये जाते हैं। इस		

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

रिकार्ड में निम्न जानकारी अंकित की जाती है। • दिनांक • चालान संख्या • चालान की तिथि • औषधि विवरण और मात्रा • बैच नंबर • जारी करने वाले निर्माता का नाम • रोगी का नाम • मरीज का आई पी नंबर द्वारा निर्धारित पर्चे की संदर्भ संख्या • मात्रा संतुलन • लाइसेंसर का हस्ताक्षर प्रिसक्रिप्शन का रिकार्ड/मांग— अलग-अलग नशीली दवाओं के रिकार्ड के पर्चे/अनुरोध के लिये अलग-अलग रिकार्ड बनाये जाते हैं।		
--	--	--

<u>नियमित आडिट—</u> • फार्मसी में दवाओं की भौतिक व्यवस्था का रैंडम आडिट। • पुनरावर्तक स्तर के अनुसार फार्मसी में बफर स्टॉक की उपलब्धता के लिये नियमित आडिट। पालिसी के अनुसार बिक्री आडिट, एचएमआईएस प्रवेश आडिट और दस्तावेज आडिट।		
<u>नॉन मूविंग सामान एवं नियर एक्सपायरी ड्रग का सेग्रिगेशन —</u> सामान्य परिस्थितियों में आइटम निकट/समाप्ति तिथि के साथ प्राप्त नहीं		

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

होते हैं। हालांकि यदि समाप्ति तिथि के साथ प्राप्त की जाती है तो ये समाप्ति की तारीखों के साथ वापस हो जाती है। सभी वस्तुओं को गैर-चलती के लिये और साथ ही उन वस्तुओं की जांच की जाती है जिनकी समाप्ति की तारीख 3 महीने के भीतर है एक सूची तैयार की जाती है, अलगवाव को आइटम वार और आपूर्तिकर्ता को वापस किया जाता है। इस नियम के प्रति कोई नीति नहीं है, ऐसी वस्तुओं को अन्य सुविधाओं/अन्य इकाईयों के लिये पुनर्वितरित किया जा सकता है जहां खपत वर्तमान सुविधा से अधिक है।		
ये रिकार्ड निम्न जानकारी को इंगित करेंगे। पर्चे की तारीख रोगी का नाम आईपी नंबर डाक्टर का नाम पंजीकरण संख्या औषधि विवरण मात्रा डाक्टर के हस्ताक्षर <u>यूजर डिपार्टमेंट में किये गये डाक्यूमेंटेशन-</u> दवा का नाम, मात्रा, तिथि, रोगी का नाम आदि शामिल हैं। इस तरह के रिकार्ड ड्रग कंट्रोल एडमिनिस्ट्रेशन के कार्यालय को भेजे जाते हैं। ऐसी सभी लागबुक में उत्तर प्रदेश सरकार की मोहर, ड्रग कंट्रोल एडमिनिस्ट्रेशन होना चाहियें। मोहर प्राप्त करने के बाद रसीदे जारी करने और जारी करने के लिये ऐसे लाग बुक का उपयोग किया जाता है। किसी भी नारकोटिक्स ड्रग को किसी आउट पेशेंट को जारी नहीं किया गया है। प्रिस्क्रिप्शन		

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

तक फिजीशियन का नाम और हस्ताक्षर होता है। डाक्टर के पर्चे की दो प्रतियां चिकित्सक से प्राप्त की जाती हैं— एक प्रति को रिकार्ड उद्देश्य के लिये फार्मसी द्वारा रखा जाता है और अन्य प्रतिलिपि रोगी निर्वहन सारांश के साथ जारी की जाती है।		
---	--	--

अस्पताल नियमित रूप से अपनी सुविधा में दवा के आर्डर और प्रिस्क्रिप्शन का आडिट करता है, यह दवाओं के सुरक्षित और तर्कसंगत नुस्खे की जांच के लिये किया जाता है। प्रतिनिधि नमूना आकार का उपयोग करके महीने में कम से कम एक बार आडिट किया जाता है यह बहु-विषयक ड्रग्स और चिकित्सा विज्ञान समिति द्वारा किया जाता है। ऐसे आडिट के दायरे में निम्न स्थितियां शामिल हैं। • दवा, डोज, फ्रीक्वेन्सी और दवा दिये जाने वाले रूट की उपयुक्तता। • चिकित्सीय दोहराव की उपस्थिति। • दवा इंटरक्शन/एडवर्स ड्रग रिएक्शन की संभावना और उसी से बचने के लिये किये गये उपाय। • फूड एण्ड ड्रग इंटरैक्शन की संभावना और उससे बचने के लिये किये गये उपाय। एक नुस्खे की न्यूनतम आवश्यकताओं का पूरा करना : रोगी का नाम, अस्पताल का नाम, आईडी नंबर, दवा का नाम, दवा की खुराक, प्रशासन का मार्ग और दवा के प्रशासन की आवृत्ति, प्रिस्क्राइब करने वाले		
--	--	--

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

डाक्टर का नाम,हस्ताक्षर और पंजीकरण संख्या।		
चिकित्सा रिकार्ड/रोगी के केश-शीट में दवा के आदेश के समान स्थान पर लिखे गये हैं या नहीं। उपचार के आदेश दैनिक लिखे जाते हैं। - फ्रेजेस जैसे कि "सीएसटी ऑल" कन्टीन्यू सेम ट्रीटमेंट का उपयोग प्रिक्रिप्शन में नहीं किया जाता है। इससे मेडिकेशन एरर कम होती है/बचा जा सकता है। - क्या दवा के आदेश स्पष्ट,सुपाठ्य,दिनांकित,समयबद्ध नाम और हस्ताक्षरित है। - क्या दवा के आदेश में दवा का नाम,प्रशासन का मार्ग,प्रशासित होने की खुराक और प्रशासन का समय/आवृत्ति शामिल है। एक दवा के दो या अधिक दवाओं (टैबलेट/कैप्सूल/इंजेक्शन)के मामले में सभी व्यक्तिगत दवाओं की खुराक लिखी जाती है जैसे-एस्पिरिन के साथ क्लोपिडोग्रेल के संयोजन में दोनों दवाओं की खुराक 75 मिलीग्राम+75 मिलीग्राम या 150 मिलीग्राम लिखी जाती है। हालांकि यह विटामिन और/या खनिजों के संयोजन की तैयारी के लिये आवश्यक नहीं है,इसी तरह यदि दवा का संयोजन केवल एक ताकत में आता है तो यह आवश्यक नहीं है। यदि संक्षिप्ताक्षर का उपयोग किया जाता है तो ये स्वीकृत संक्षिप्तीकरण की मानकीकृत सूची से होते हैं।		

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

	दवाओं के लिए और पूरे संगठन में समान हैं। खतरनाक संक्षिप्ताक्षर का उपयोग नहीं किया जाता है।		
4.9	अस्पताल में एक कार्यात्मक औषधि और चिकित्सीय समिति है। - सीएमएस/नियंत्रक अधिकारी - प्रभारी अधिकारी(फार्मसी)/चीफ फार्मसिस्ट - विभागाध्यक्ष - मैट्रन	एम0एस0	एम0ओ0एस0

5. संदर्भ दस्तावेज—

- राज्य की आवश्यक दवा सूची
- आई0पी0एच0एस दवा सूची
- एक्सपायर्ड दवाओं के निपटान के लिये राज्य दिशा-निर्देश।
- नेशनल फार्मुलरी आफ इण्डिया
- हास्पिटल फार्मुलरी
- ए.डी. आर. रिपोर्टिंग फार्म

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/ नियंत्रक अधिकारी की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।



स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

सहायक विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

सहायक सेवाएँ

- परिचय:** एक अस्पताल में सहायक सेवाओं का अत्यधिक महत्व है क्योंकि रोगियों की प्रभावी देखभाल और उपचार के लिए उनके हिस्से का योगदान करके वहां सभी के लिए एक आरामदायक और पोषण वातावरण सुनिश्चित करना आवश्यक है। अस्पताल की सहायक सेवाओं में आहार, धुलाई, हाउसकीपिंग, मेडिकल रिकॉर्ड विभाग, सुरक्षा सेवा, रखरखाव और अपशिष्ट निपटान सेवा शामिल हैं।
- उद्देश्य:** इस एसओपी के उद्देश्य में निम्नलिखित शामिल हैं:
 - विभाग में मानक प्रक्रिया और प्रथाओं का दस्तावेज, स्थापना, कार्यान्वयन और रखरखाव करना।
 - संपूर्ण रूप से अस्पताल की सेवाओं के दायरे के तहत आवश्यक सभी सहायक सेवाएं प्रभावी ढंग से प्रदान करने के लिए।
- स्कोप:** यह आउट पेशेंट और रोगियों दोनों के लिए सहायक सेवाओं के तहत विभिन्न सुविधाओं और सेवाओं के कुल कामकाज को कवर करता है।
- समग्र उत्तरदायित्व:** सहायक कार्यों की कुशल डिलीवरी के लिए विभिन्न कार्य एक-प्रभारी एक समग्र जिम्मेदारी रखते हैं।
- आवश्यकताएँ:**

गतिविधि	विवरण
सेवा क्षेत्र	○ आहार ○ धुलाई ○ हाउसकीपिंग ○ मेडिकल रिकॉर्ड ○ सुरक्षा ○ रखरखाव
समय	
सूचना का प्रदर्शन	विभागीय नामकरण और समय, दिशात्मक संकेत, उपलब्ध सेवाओं की सूची और उपयोगकर्ता शुल्क यदि लागू हो, सावधानी साइनेज, प्रतिबंधित क्षेत्र साइनेज, समय, अग्नि सुरक्षा साइनेज। साइनेज और डिस्टले अंग्रेजी और स्थानीय भाषा दोनों में उपलब्ध होंगे।
रोगी को सूचना और शिकायतों का सुधार	सहायक सेवाओं के तहत किसी भी शिकायत के लिए, मरीज स्टाफ नर्स/वार्ड प्रभारी से संपर्क कर सकते हैं। रोगी के शिकायतों के प्रभावी निवारण के लिए संबंधित सेवा क्षेत्र प्रभारी/प्रमुख से संपर्क करने के लिए स्टाफ-नर्स/प्रभारी का कर्तव्य होगा। मरीजों के लिए ओपीडी में शिकायत पेटी का इस्तेमाल शिकायतों को छोड़ने के लिए किया जा सकता है। शिकायतों का पोस्ट संग्रह, ओपीडी प्रभारी/हेल्प डेस्क कर्मियों शिकायतों की सूची पर संबंधित सेवा क्षेत्र प्रभारी /प्रमुख को आगे की प्रतिक्रिया के लिए भेजेंगे। शिकायत और कार्रवाई के विवरण को दर्ज करने के लिए रजिस्टर को बनाए रखा जाएगा।

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

कार्य	○ कर्मचारियों के बीच पेशेवर कामकाजी संबंध बनाए रखें। ○ मरीजों की सुरक्षा के सिद्धांतों का पालन करना। ○ लापरवाही/गैर-पालन से उत्पन्न किसी भी घटना के मामले में, प्रबंधन को सूचित किया जाना चाहिए। ○ रोगी के अधिकारों के संरक्षण की सुविधा। ○ अस्पताल की आचार संहिता का पालन करें। ○ अस्पताल की सेवाओं के दायरे के अनुसार सभी सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करें।
-------	---

आहार

1. **उद्देश्य:** रोगियों की पोषण संबंधी आवश्यकता को उनकी बीमारी के अनुसार पूरा करने के लिए स्वास्थ्यकर और उचित आहार सुविधाओं के प्रावधान के लिए एक प्रणाली स्थापित करना।
2. **स्कोप:** यह भर्ती मरीजों की आहार आवश्यकता की पूर्ति के लिए वार्ड, आपातकालीन वार्ड, आईसीयू, निजी वार्ड और अस्पताल के आइसोलेशन वार्ड को कवर करता है।
3. **उत्तरदायित्व:** a) कुल मिलाकर – मुख्य चिकित्सा अधीक्षक / मुख्य चिकित्सा अधिकार
b) विशिष्ट – आउटसोर्स एजेंसी
4. **प्रक्रिया:**

क्रम सं०	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / अभिलेख
4.1	आहार संबंधी सलाह डॉक्टर बीमारी की आवश्यकता के अनुसार आहार की सलाह देते हैं। यदि उन्हें लगता है कि रोगी को आहार विशेषज्ञ की सलाह की आवश्यकता है, तो वह रोगी को आहार विशेषज्ञ को संदर्भित करता है या आहार विशेषज्ञ से आहार संबंधी सलाह लेता है।	चिकित्सक / आहार विशेषज्ञ	
4.2	आहार की संख्या की गणना: डॉक्टर की सलाह के आधार पर, आईपीडी में संबंधित नर्स, आहार रजिस्टर में रोगी की आहार आवश्यकता की गणना करें और उसे रसोई प्रभारी के पास भेजें।	नर्सिंग प्रभारी	आहार रजिस्टर
4.3	कच्चे माल की खरीद: स्वीकृत डाइट चार्ट अस्पताल में और रसोई प्रभारी के साथ उपलब्ध है। तैयार किए जाने वाले आहार चार्ट	चिन्हित नर्स	डाइट चार्ट, डाइट रजिस्टर

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	और आहार की संख्या के आधार पर, रसोई में सहायक नर्सिंग प्रभारी की देखरेख में कच्चे माल की खरीद करता है। रसोई में खराब होने वाली और खराब होने वाली वस्तु की सूची को रसोइये द्वारा ठीक से बनाए रखा जाता है। सब्जियां दैनिक आधार पर खरीदी जाती हैं।		
4.4	बर्तन, स्टोव की तैयारी बर्तन साफ, स्वच्छ और सूखे रखे जाते हैं। रनिंग कंडीशन में स्टोव को उपयोग के लिए तैयार रखा जाता है।	रसोई प्रभारी/ कुक	
4.5	धोना, काटना सब्जियों को साफ पानी से धोया जाता है और जरूरत के अनुसार काटा जाता है।	कुक	
4.6	भोजन की तैयारी दिन में दो बार अस्पताल की रसोई में हाइजेनिक वातावरण भोजन को कुक द्वारा तैयार किया जाता है	कुक	
4.7	पके हुए भोजन की गुणवत्ता की जाँच नर्सिंग प्रभारी स्वयं भोजन की गुणवत्ता की जांच करता है, और रोगियों से परामर्श करने के बाद, संबंधित ड्यूटी डॉक्टरों (शाम और रात के घंटों के दौरान) और नर्स मासिक गुणवत्ता रिपोर्ट तैयार करते हैं और इसे सी0एम0एस को सौंपते हैं। डॉक्टर/नर्स प्रभारी और हेड कुक द्वारा निम्नलिखित चखना • बनावट • स्वाद • दिखावट	कुक	भोजन की गुणवत्ता पर मासिक रिपोर्ट
4.8	पके हुए भोजन का वितरण हेल्पर भर्ती मरीजों को दिन में दो बार संबंधित नर्स की सूचना के साथ निश्चित समय पर भोजन	सहायक	डाइट रजिस्टर

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	वितरित करता है।		
4.9	पके हुए भोजन पर प्रतिक्रिया रोगी से मौखिक प्रतिक्रिया ली जाती है और नर्सिंग प्रभारी को सूचना दी जाती है। आवश्यकतानुसार आवश्यक कार्यवाही की जाती है।	चिन्हित नर्स	डाइट रजिस्टर
4.10	रोगी को आहार सेवा की समाप्ति जब डॉक्टर यह तय करता है कि रोगी को अस्पताल से छुट्टी देनी है/रेफर (या मर गया) है। वह आहार सलाह से युक्त डिस्चार्ज स्लिप/रेफरल स्लिप तैयार करता है। संबंधित नर्स आहार रजिस्टर को अपडेट करती है और रोगी की आहार सेवाओं को रोकने के लिए रसोई में सहायक को सूचित करती है।	चिन्हित डॉक्टर	डिस्चार्ज स्लिप
4.11	बकाया राशि: दैनिक आधार पर, नर्स प्रभारी डिस्चार्ज रोगी के आहार की संख्या को आहार रजिस्टर के आधार पर गिनता है और तदनुसार बिल तैयार करता है।	चिन्हित नर्स	डाइट रजिस्टर
4.12	दिन गतिविधि का अंत प्रत्येक प्रवेश और डिस्चार्ज रोगी के लिए आहार रजिस्टर को अपडेट किया जाता है, जो रोगी भोजन सेवाओं के लिए इच्छुक नहीं है, उसका नाम भी आहार रजिस्टर में रखा जाता है। रोगी को आपूर्ति करने से पहले गुणवत्ता के लिए संबंधित स्टाफ/नर्स द्वारा आहार की जाँच की जाती है। मासिक आहार/रसोई रिपोर्ट नर्सिंग प्रभारी द्वारा तैयार की जाती	चिन्हित नर्स नर्स नर्सिंग प्रभारी	डिस्चार्ज स्लिप/रोगी प्रवेश फाइल डाइट रजिस्टर रसोई की रिपोर्ट

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

है और निरंतर सुधार और गुणवत्ता रखरखाव के लिए सी0एम0एस0 को प्रस्तुत की जाती है।		
--	--	--

5. खाना परोसने का समय :-

क्रम सं०	के लिए समय	गर्मी	सर्दी
1	सुबह का नाश्ता	07:30 Am to 08:00 Am	08:00 Am to 08:30 Am
2	दोपहर का भोजन	12:30 Pm to 01:30 Pm	01:00 Pm to 02:00 Pm
3	रात का खाना	07:00 Pm to 7:45 Pm	07:15 Pm to 08:00 Pm

6. कार्य निर्देश

a) डाइट के लिए सेवाएं

क्रम सं०	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी
1	रोग की आवश्यकता के अनुसार प्रत्येक रोगी को आहार संबंधी सलाह देना।	एम0आ0 / आहारविशेषज्ञ
2	यह सुनिश्चित करने के लिए कि आहार के समय से तीन घंटे पहले भोजन के प्रकार और मात्रा के बारे में रसोई को सूचित किया जाए।	चिन्हित नर्स
3	यह सुनिश्चित करने के लिए कि रोगी को उचित जाँच के बाद आहार की आपूर्ति की गई है	-----do-----
4	यह सुनिश्चित करने के लिए कि आहार विशेष रोगी के लिए आहार विशेषज्ञ / चिकित्सक की सलाह के अनुसार तैयार किया गया है	-----do-----
5	यह सुनिश्चित करने के लिए कि खरीदे गए कच्चे माल की गुणवत्ता उचित है।	अस्पताल प्रबंधक / आहार विशेषज्ञ / नर्स संरक्षक / गुणवत्ता टीम के सदस्य
6	यह सुनिश्चित करने के लिए कि रसोईघर हर समय साफ और स्वच्छ रहे।	बुक

बी) स्वच्छ प्रथाओं के रखरखाव के लिए कार्य निर्देश

क्रम सं०	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी
1	रसोई में कृन्तकों के प्रतिबंध के लिए उचित तंत्र सुनिश्चित करने के लिए अर्थात् फर्श के लिए उचित संरेखण के साथ कवर किए गए नालियों और स्वयं समापन दरवाजों का रखरखाव।	सी0एम0एस0 / अस्पताल प्रबंधक
2	ताजा सामग्री से भोजन रसोई के अंदर पकाया जाता है।	अस्पताल प्रबंधक / आहार विशेषज्ञ / नर्स संरक्षक / गुणवत्ता टीम के सदस्य

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच (चयन करें)

3	खाद्य पदार्थों को वनस्पति तेल से पकाया जाना चाहिए न कि वसा या वनस्पति घी से	बुक
4	खाना पकाने के समय भोजन में नमक नहीं डाला जाता है	-----Do-----
5	सभी बर्तन और क्रॉकरी को रोजाना गर्म पानी में धोया जाता है।	-----Do-----
6	भोजन को रसोई से वाडों में एक ट्रॉली पर ले जाया जाता है,	-----Do-----
7	मरीजों को ढकी हुई थैलियों में भोजन परोसा जाता है	-----Do-----
8	सेवा के एक घंटे बाद थालियों को वाडों से हटा दिया जाता है	-----Do-----
9	सड़े हुए सामान को तुरंत हटा दिया जाना चाहिए, ऐसी सभी सामग्रियों के लिए दैनिक जांच की जाती है यानी प्याज, लहसुन, आलू आदि।	बुक

7. प्रक्रिया दक्षता मापदंड:

क्रम सं०	गतिविधिक्रम सं०	गतिविधि	दक्षता मापदंड
1	4.7	गुणवत्ता जाँच	- हर बार आहार की आपूर्ति के समय गुणवत्ता टीम/अस्पताल प्रबंधक /नर्सिंग प्रभारी के सदस्य की देखरेख में गुणवत्ता जांच की जाती है। - प्रतिनियुक्त अधिकारी द्वारा स्वच्छता के संबंध में रसोई घर की साप्ताहिक जांच।
2	4.12	रसोई / आहार की रिपोर्ट	मासिक आधार पर आहार रिपोर्ट प्रत्येक माह की 5 तारीख तक सी०एम०एस /सीएमओ कार्यालय को प्रस्तुत की जाएगी।

8. संदर्भ दस्तावेज:-

- जे०एस०एस०के० के लिए राज्य दिशानिर्देश

9. संदर्भ रिकार्ड:-

क्रम सं०	रिकार्ड का नाम	रिकार्ड का न०	भंडारण का स्थान	न्यूनतम अवधारण अवधि
1	आहार रजिस्टर		आई०पी०डी०	
2	डाइट चार्ट		-----Do-----	
3	रसोई की रिपोर्ट		सी०एम०एस०	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

			कार्यालय	
--	--	--	----------	--

धुलाई

1. उद्देश्य:-

- अस्पताल के प्रत्येक विभाग में लिनेन की निर्बाध, साफ और स्वच्छ आपूर्ति प्रदान करना।

2. विस्तार:-

- अस्पताल के प्रत्येक विभाग में लिनेन की निरंतर आपूर्ति का प्रबंधन करना।
- संक्रमण नियंत्रण की नीतियों और प्रक्रियाओं का अनुपालन।

3. जिम्मेदारी:

- कपड़े धोने की सुगम क्रिया मैट्रॉन / नर्स प्रभारी / अस्पताल प्रबंधक की जिम्मेदारी है

4. विस्तृत जिम्मेदारी

1. लॉन्डरी सुपरवाइजर:

- कपड़े धोने की प्रक्रियाओं की देखरेख।
- कर्मचारियों की सेवा अनुसूची और लिनेन की आपूर्ति को समायोजित करना।
- स्टाफिंग पैटर्न और उपलब्धता बनाए रखना।
- अस्पताल से "तत्काल" मांगों की देखभाल करना।
- फटे हुए लिनेन के लिए सी0एम0एस0 और नर्सिंग प्रभारी को सूचित करना।
- संक्रमण नियंत्रण नीतियों की नियमित जाँच करें।

2. लॉन्डरी वार्डबॉय:

- वार्डों से धोने वाले कपड़े प्राप्त करता है।
- प्राप्त करते एवं बांटते समय लिनेन की गिनती करना
- वार्डों में लिनेन का बांटना।
- साफ लिनेन की असेंबलिंग और पैकिंग।

3. लाउन्ड्री ऑपरेटर:

- रंग, कपड़े और प्रकार के आधार पर लिनेन को छाँटना।
- लिनेन को प्रेस और तह करना।
- फटे हुए लिनेन के लिए पर्यवेक्षक को सूचित करना।

4. नर्सिंग कर्मचारी (अस्पताल)

- पृथक्करण के लिए वार्ड बॉय/सफाई कर्मचारी /वार्ड आया का मार्गदर्शन और प्रशिक्षण दे कर संक्रमित लिनेन का ट्रीटमेंट।
- वार्ड बॉय /सफाई कर्मचारी /वार्ड आया को निर्देश देना कि वे गंदे और संक्रमित लिनेन को अलग करें।
- संक्रमित लिनेन का ट्रीटमेंट करने के लिए वार्ड बॉय/सफाई कर्मचारी/वार्ड आया को निर्देशित करना कि यह 30 मिनट के लिए 0.5: विरंजन में रखना है।
- गंदे और संक्रमित लिनेन को डिस्पैच करना और रिकॉर्ड रखना।
- स्वच्छ लिनेन प्राप्त करना और गुणवत्ता और मात्रा के संबंध में जांच करना।

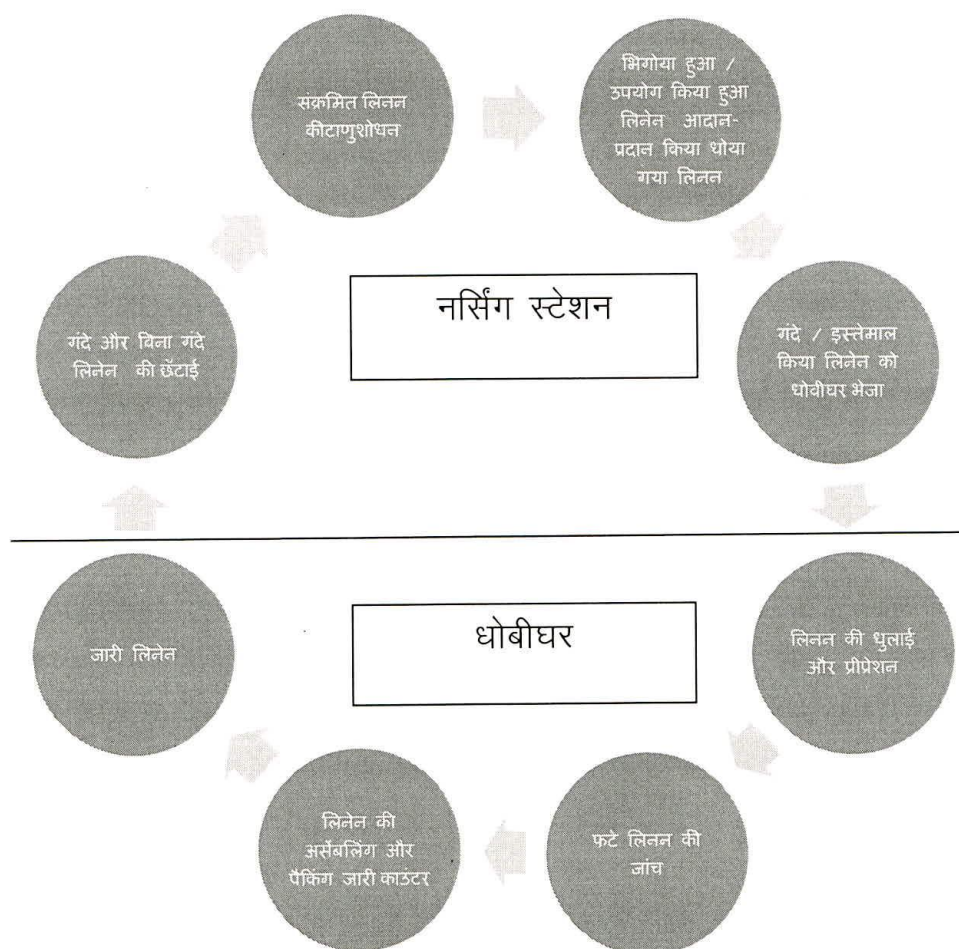
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0
---------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

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

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

- वार्डों में आवश्यक स्टॉक को बनाए रखना।
- तत्काल मांगों के मामले में पर्यवेक्षक को रिपोर्ट करना।
- रोगियों को स्वच्छ लिनन उपलब्ध कराना।
- साफ स्टॉक की जाँच करना।
- फटे हुए लिनन के बदले ताजा लिनन का संकेत।
- संक्रमण नियंत्रण नीतियों के लिए जाँच करना।

4. प्रक्रिया प्रवाह:



5. प्रक्रिया:

क्रमांक	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भित दस्तावेज / रिकॉर्ड
5.1	लिनन के प्रकार अस्पताल में उपयोग किए जाने वाले लिनन के प्रकार सूचीबद्ध और रखरखाव किए जाते	नर्स प्रभारी / ओ.टी. प्रभारी	लिनन की सूची

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	हैं।		
	आम तौर पर बिस्तर की चादरें निर्दिष्ट रंग के अनुसार उपयोग की जाती हैं: रविवार – वायलेट सोमवार – नीले मंगलवार– स्काई ब्लू बुधवार – ग्रीन गुरुवार– पीला शुक्रवार – नारंगी शनिवार– लाल अगर एक आवश्यक स्वच्छ रंग की चादर उस विशेष दिन पर उपलब्ध नहीं है, तो जांच करें अन्य उपलब्ध स्वच्छ रंग की चादर का उपयोग करें।	नर्स प्रभारी	
5.2	कीटाणुशोधन संक्रमित लिनन ➤ गंदे और संक्रमित लिनन को अलग किया जाता है। ➤ संक्रमित लिनन को नर्सिंग प्रभारी की देखरेख में ब्लिचिंग घोल में डुबाया जाता है। ➤ रोगियों द्वारा उपयोग किए गए सभी लिनन का निदान किया जाता है एचआईवी, एचबीवी, एचसीवी और एमआरएसए को लीक प्रूफ बैग में अधिमानतः रखा जा रहा है और ऑटोक्लेविंग द्वारा परिशोधन के लिए भेजा जाता है। इसके बाद आटोक्लेव लेनिन को कपड़े धोने के लिए भेजा जाता है।	वार्ड बॉय/सफाई कर्मचारी/वार्ड आया	
5.3	ओटी लिनन प्रबंधन ➤ लिनन को रक्त या शरीर के तरल पदार्थ के साथ भिगोया जाता है, जिसे लीक प्रूफ बैग में अधिमानतः रखा जाता है और ऑटोक्लेविंग के बाद परिशोधन के लिए भेजा जाता है। इसके बाद ऑटोक्लेव्ड लिनन को कपड़े धोने के लिए भेजा जाता है। ➤ अन्य गंदे लिनन को उपचार के माध्यम से कीटाणुरहित किया जाता है	ओटी प्रभारी	

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

5.4	इस्तेमाल किया और गंदे लिनन का संग्रह विभिन्न वार्डों से हर दिन उपयोग किए गए लिनन का संग्रह। नर्सिंग प्रभारी ६ वरिष्ठ स्टाफ नर्स की उपस्थिति में उपयोग किए गए लिनन (सभी वार्डों से एकत्र) की गिनती। सभी एकत्र किए गए लिनन को अलग से रखा जाएगा। कपड़े धोने के रजिस्टर में एकत्रित लिनन की प्रविष्टि और नर्सिंग स्टाफ और कपड़े धोने वाले वार्ड बॉय द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए।	वार्ड बॉय/वार्ड आया / सफाई कर्मचारी	कपड़े धोने का रजिस्टर
5.5	गंदे /उपयोग किए गए लिनन की धुलाई एकत्रित किए गए सभी लिननेन को कपड़े धोने वाले वार्ड बॉय/सफाई कर्मचारी /वार्ड आया द्वारा कपड़े धोने के लिए ले जाया जाता है। लिनन की धुलाई और इस्त्री, फटे हुए लिनन की जांच, लिनन की असेंबलिंगकपड़े धोने वाले कर्मचारियों द्वारा होती है	वॉशर मैन /लॉन्ड्री आपरेटर	
5.6	धोया लिनन की प्राप्ति लिननेन धोने के बाद लिनन को अस्पताल में पहुंचाया जाता है। लिननेन की गुणवत्ता और मात्रा की जाँच की जाती है। कपड़े धोने का रजिस्टर नर्सिंग प्रभारी वरिष्ठ स्टाफ नर्स और लॉन्ड्री ऑपरेटर द्वारा हस्ताक्षरित किया जाता है। गुणवत्ता या मात्रा में किसी भी विचलन के मामले में आवश्यक कार्रवाई की जाती है।	नर्सिंग प्रभारी	कपड़े धोने का रजिस्टर
5.7	भंडारण और धोया लिनन को बाँटना पैकड और धुले हुए लिनन को पहचान वाले स्थान पर संग्रहित किया जाता है। लिननेन संबंधित वार्डों को उनकी आवश्यकता के अनुसार और चादर के रंग कोडिंग को ध्यान में रखते हुए जारी किया जाता है।	नर्सिंग प्रभारी	कपड़े धोने का रजिस्टर
5.8	रोगी लिननेन का परिवर्तन: गंदे लिनन को दैनिक आधार पर बदल दिया जाता है या जब संक्रमित हो जाता है, तो साफ के साथ बदला जाता है।	नर्सिंग प्रभारी	
5.9	कपड़े धोने की सेवाओं की गुणवत्ता की निगरानी:	सीएमएस /प्रतिनियुक्ति	गुणवत्ता निगरानी के लिए जाँच सूची

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	कपड़े धोने की सेवाओं की गुणवत्ता दैनिक या उस साइट पर औचक निरीक्षण करें जहां प्रक्रिया निष्पादित की जाती है। मापदंडों का उल्लेख चेक लिस्ट के अनुसार किया जाता है क्रमांक 08।	अधिकारी /अस्पताल प्रबंधक	आउटसोर्स एजेंसी
5.10	खरीद के लिए फिर से आदेश स्तर: कार्यात्मक बेड की संख्या के आधार पर, लिनन की खरीद, स्टॉक लिनन और पिछले अनुभव के आधार पर स्टोर प्रभारी लिनन खरीद के लिए पुनः इंडेंट करें।	नर्सिंग प्रभारी	कपड़े धोने का रजिस्टर
5.11	फटे लिनन का कंटेनमेंशन फटे हुए लिनन को अलग भंडारण क्षेत्र में संग्रहीत किया जाता है। इनकी नीलामी जब फटे लिनन की उचित संख्या जमा होती है या एक वर्ष में एक बार होती है।	स्टोर इंचार्ज	फटे हुए लिनन का रजिस्टर
5.12	दिन की गतिविधि का अंत: धुलाई के लिए भेजी गई लिनन का रिकॉर्ड लॉन्ड्री रजिस्टर में रखा जाये।	नर्सिंग प्रभारी	कपड़े धोने का रजिस्टर, फटे हुए लिनन का रजिस्टर
5.13	लिनन की गणना/बिस्तर/दिन: लिनन/बिस्तर/दिन की गणना मासिक आधार पर निम्नानुसार की जाती है: बिस्तर की चादर की कुल संख्या को धोया/बिस्तर पर लागू किया गया।	नर्सिंग प्रभारी	लिनन/बिस्तर/दिन का रिकॉर्ड
5.14	लॉन्ड्री रजिस्टर की समीक्षा: कपड़े धोने के रजिस्टर की समीक्षा मासिक आधार पर धुली हुई लिनन की संख्या की समीक्षा के लिए की जाती है, जिसकी तुलना आउटसोर्स एजेंसी द्वारा उठाए गए बिलों से की जाती है। लेखांकन में किसी भी विचलन पर, आवश्यक कार्रवाई की जाती है।	सीएमएस/प्रतिनियुक्त अधिकारी	कपड़े धोने का रजिस्टर, बिल (आउटसोर्स एजेंसी द्वारा उठाया गया)
5.15	लॉन्ड्री मशीन के टूटने की सूचना: कपड़े धोने के घर में वॉशर मैन/लॉन्ड्री ऑफिसर को मशीन में फाल्ट होने के तुरंत बाद रिपोर्ट करेगा। मशीन का दैनिक कार्य रखरखाव रजिस्टर में भी अपडेट किया जाएगा।	लॉन्ड्री ऑपरेटर	ब्रेकडाउन रिपोर्ट उपकरण का दैनिक रखरखाव रजिस्टर

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

6. कार्य निर्देश

संक्रमित लिनन की कीटाणुशोधन के लिए कार्य निर्देश

क्रम सं०	गतिविधि निर्देश
1	संक्रमित लिनन और गंदे लिनन की अलग से संभाल।
2	संक्रमित लिनन को यथासंभव कम से कम और न्यूनतम स्थान-परिवर्तन के साथ हवा की सकल माइक्रोबियल संदूषण और लिनन को संभालने वाले व्यक्तियों को संक्रमण से रोकने के लिए नियंत्रित किया जाना चाहिए।
3	खून या शरीर के तरल पदार्थ के साथ भिगोए गए लिनन को बैग में जमा किया जाना चाहिए और रिसाव को रोकना चाहिए।
4	संक्रमित लिनन को थैले में रखना चाहिए या उस स्थान पर रखा जाना चाहिए जहां इसका उपयोग किया गया था। इसे रोगी-देखभाल वाले क्षेत्रों में छंटनी या पूर्व-रंजित नहीं किया जाना चाहिए।
5	विरंजन घोल में संक्रमित लिनन का उपचार
6	संक्रमित लिनन को संभालने के दौरान दस्ताने का उपयोग करना।
7	पूरी प्रक्रिया के दौरान मास्क और कैप का उपयोग।
8	उपयोग के बाद हर बार लिनन ट्रॉलियों की सफाई और कीटाणुशोधन।

7. प्रक्रिया दक्षता मानदंड:

क्रम सं०	गतिविधि क्रम सं०	गतिविधि	दक्षता मानदंड
1	5.8	गंदे लिनन का साफ लिनन से परिवर्तन	लिनन को दैनिक आधार पर (बिस्तर की चादर निर्दिष्ट दिन के अनुसार) सुबह या रोगी के परिवर्तन के बाद बदल दिया जाता है।
2	5.9	कपड़े धोने की सेवाओं की गुणवत्ता की निगरानी	कपड़े धोने के आधार पर नियमित दौरे मासिक आधार पर या आवश्यकता पड़ने पर किए जाते हैं।
3	5.14	लॉन्ड्री रजिस्टर की समीक्षा	धुली लिनन की जवाबदेही के लिए अस्पताल प्रबंधक या मासिक आधार पर किसी भी प्रतिनियुक्त अधिकारी द्वारा लॉन्ड्री रजिस्टर की समीक्षा की जाती है।

8. आउटसोर्स एजेंसी की गुणवत्ता निगरानी के लिए जाँच सूची (लॉन्ड्री)

क्रम सं०	पैरामीटर	अवलोकन के समय संतोषजनक / संतोषजनक नहीं	आउटसोर्स एजेंसी द्वारा कार्रवाई की जाए (संतोषजनक नहीं की अवस्था में)	टिप्पणियाँ
1	धुलाई साफ वातावरण में की जाती है			
2	साफ पानी का उपयोग धोने में			

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

	किया जाता है			
3	लिनेन को अनुमोदित डिटर्जेंट का उपयोग करके धोया जाना है			
4	उपयुक्त भिगोने का समय होना चाहिए			
5	सुखाना –सूर्य द्वारा सुखाना, लटकाना या स्पिन द्वारा सुखाना ।			
6	साफ और गंदा लिनन अलग से संग्रहीत किया जाता है।			
7	इस्त्री क्षेत्र गंदगी से मुक्त हो।			
8	वितरित करते समय, इसे कवर किया गया हो।			

9. संदर्भ दस्तावेज

कपड़े धोने के रखरखाव के लिए राज्य दिशानिर्देश।

10. संदर्भ रिकॉर्ड

क्रम सं०	अभिलेखों का नाम	रिकॉर्ड सं०	भंडारण का स्थान	न्यूनतम प्रतिधारण अवधि
1	लॉन्ड्री रजिस्टर			
2	फटे हुए लिनेन का रजिस्टर			
3	लिनन स्टॉक रजिस्टर			

हाउस कीपिंग

हाउसकीपिंग सेवाएं:-

क्रमांक	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भित दस्तावेज / रिकॉर्ड
1	सेवाएं		
1.1	हाउसकीपिंग विभाग के जिम्मेदारी ● दैनिक सफाई ● आवधिक सफाई ● कचरा और कचरा हटाने सहित उचि ● अस्पताल कचरा निपटान ● सफाई का निर्वहन ● कीड़े और कीटों को भगाना		

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	• संक्रमण के प्रसार को रोकना • रोगी की सुरक्षा और सुरक्षा • हीलिंग वातावरण बनाना • बागवानी • आंतरिक सजावट		
1.2	हाउसकीपिंग विभाग का आयोजन इसमें निम्नलिखित शामिल हैं: • स्थान • सुविधा स्थान की आवश्यकता • भंडारण क्षेत्र (सीढ़ी मामले के तहत उपलब्ध स्थान में उपलब्ध नहीं) • ताले के साथ कप बोर्ड • नोटिस बोर्ड • प्रबंधन सूचना प्रणाली • रजिस्टर (उपस्थिति संपत्ति) • फॉर्म (इंडेंट रिक्वायरमेंट्स) • एसेट सूची (उपकरण सामग्री) • चेकलिस्ट (गुणवत्ता रखरखाव)		
1.3	हाउसकीपिंग की आपूर्ति • झाड़ू, पोछा, कीटाणुनाशक, डिटर्जेंट, दुकान, तीन बाल्टी प्रणाली आदि • विभिन्न आइटम—किडनी बेसिन, बेसिन, बेडपैन, यूरिनल		
1.4	कार्य क्षेत्र के साफ होने पर पूरा होने वाले अपेक्षित कार्यों में निम्नलिखित शामिल हैं नियमित सफाई कार्य, वैक्यूम पर या बिना वैक्यूम के फर्नीचर पर खाली धूलय स्पॉट-क्लीन कारपेटिंग (यदि कोई हो), दरवाजे, और दीवारें, धूल और गीली मोपिंग। डस्ट बिन, यूरिनल बेडपैन को कीटाणुनाशक (5 ब्लिचिंग सॉल्यूशन) से साफ किया जाना चाहिए और विशेष रोगियों के लिए पानी का उपयोग करना चाहिए।		

आउट सोर्सड हाउसिंग सेवा के लिए:-

अस्पताल चयनित गुणवत्ता आश्वासन मापदंडों के आधार पर एक विक्रेता का चयन और पहचान करेगा। एक विक्रेता द्वारा सभी गुणवत्ता मानकों के विवरण के साथ एक एमओयू की स्थापना की जाएगी, जो		
--	--	--

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	विक्रेता द्वारा पूरा किए जाने की उम्मीद है और गुणवत्ता आश्वासन पद्धति जो अस्पताल द्वारा अपनाई गई है, जो गुणवत्ता के उत्पादन के लिए विक्रेता के पालन की निगरानी करेगा। आउटसोर्स एजेंसी आवश्यक सफाई उपकरण और एजेंट के साथ-साथ व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण जैसे मास्क, दस्ताने, भारी शुल्क जूते और कर्मचारियों को वर्दी प्रदान करने के लिए जिम्मेदार होगी।		
2	गतिविधियां		
2.1	ओटी की सफाई		
	पहला केस शुरू होने से पहले: सभी उपकरण, फर्नीचर, कमरे की रोशनी, सक्शन पॉइंट, ओटी टेबल, सर्जिकल लाइट, रिफ्लेक्टर, अन्य प्रकाश फिटिंग, स्लैब आदिय पोंछे और कार्बोलिक / बेसिलोसिड समाधान से साफ किए जाते हैं।		
	प्रत्येक केस के बाद: ऑपरेशन थियेटर को साफ-सुथरा टेबल और फर्श दिया गया है। कुछ फैलने की स्थिति में, पोंछने से पहले कार्बोलिक / बेसिलोकेड घोल से इसे कीटाणुरहित कर दें।		
	अन्तिम केस के बाद: पिछली प्रक्रियाओं के अनुसार ही प्रक्रियाओं का पालन किया जाता है • इसके अतिरिक्त निम्नलिखित कार्य किए जाते हैं। • हेडलाइट्स, अलमारियाँ, अपशिष्ट रिसेप्टल्स, उपकरण और फर्नीचर को बेसिलोकिड से मिटा दिया जाता है। • फर्श को धो लें और इसे बेसिलोसिड या कार्बोलिक घोल से पोंछें। • भंडारण अलमारियों को स्क्रब और स्लाइस रूम को साफ करें।		
2.2	बायोमेडिकल वेस्ट:		
	सभी कचरे को इकट्ठा करें और इसे कलर कोडेड बैग्स के अनुसार कैटेगरीज करें और बायोमेडिकल वेस्ट स्टोरेज साइट/लोकेशन में रखें। उन्हें आउटसोर्स एजेंसी द्वारा एकत्र किया जाएगा।		
2.3	साप्ताहिक सफाई प्रक्रिया:		
	सभी पोर्टेबल उपकरण निकालें। साफ दरवाजे, टिका, कामकाज, कांच के आवेष्टन और एक कपड़े से डिटर्जेंट के साथ साफ करें।		

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

	• डिटर्जेंट के साथ साफ कपड़े द्वारा दीवारों को साफ करें। • डिटर्जेंट और पानी का उपयोग करके फर्श को साफ करें। अंत में इसे पोछने के लिए कार्बोलिक /0.5: क्लोरीन घोल का प्रयोग करें। • स्टेनलेस स्टील सतहों-डिटर्जेंट से साफ करें, गर्म पानी से साफ करें। • सभी फर्नीचर और उपकरण (ओटी टेबल, सक्शन होल्डर्स, फुट एंड सिटिंग स्टूले, बेसिन स्टैंड-रे व्यू बॉक्स, हैम्प स्टैंड, सभी टेबल पाप रूम, होल टू ऑक्सिजन टैंक, किक बकेट सैंडल) के लिए वॉश (साफ) और ड्राई करें, और दीवार अलमारी) • फर्श धोने के बाद, जीवाणुरोधी समाधान बैक्टीरिया के विनाश को सुनिश्चित करने के लिए 5 मिनट के लिए फर्श पर रहने की अनुमति दें		
2.4	आईसीयू की सफाई		
	• पूरे ICU क्षेत्र को पहले अच्छी तरह से गीला किया जाता है और फिर दिन में दो बार कार्बोलिक /बेसिलोसिड घोल से पोछा किया जाता है, • जब भी किसी मरीज को ICU से बाहर स्थानांतरित किया जाता है, तो पूरे कीटाणुशोधन के साथ बेड, गद्दा, पट स्टैंड, दवा कैबिनेट, दीवार टाइल, एसी वेंट, विभाजन और खिड़की के शीशे, मॉनिटर आदि सहित कार्बोलिक/बेसिलोसिड घोल से पूरी तरह से साफ किया जाता है। सभी कचरा पृथक्करण गंदे उपयोगिता कक्ष में किया जाता है। गंदा लिनन भी गंदे उपयोगिता कमरे में संग्रहीत।		
2.5	आईसीयू कक्ष की सफाई		
	आईसीयू कक्ष में एक समर्पित हाउसकीपिंग स्टाफ होगा, वे हमेशा व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (एप्रन, दस्ताने सिर टोपी और मुखौटा) सजाना करेंगे। • कमरे को 5 प्रतिशत सोडियम हाइपोक्लोराइट घोल से साफ किया जाता है और 20 मिनट के लिए फॉगिंग के लिए कमरे को 40 मिनट /60 मिनट के लिए बंद रखा जाता है (कमरे के आकार के आधार पर)। • कमरे से सभी लिनन, पर्दे, रोगी की वर्दी, कंबल आदि को हटा दें और इसे एक पीले रंग की प्लास्टिक की थैली में डाल दें जिसमें स्पष्ट 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 :	आगजेलरी विभाग	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी एच/डी सी एच (चयन करें)
---------------------	---------------	---

	तिथि अंकित हो और इसे अलग से धोने के लिए कपड़े धोने के लिए भेजें। • इस क्रिया के दौरान लिनन को बिना हिला के बिस्तर से हटा दिया जाएगा। लिनन को 1 घंटे 1प्रतिशत क्लोरीन समाधान के लिए भिगोया जाएगा और फिर कपड़े धोने के लिए भेजा जाएगा। • I/V स्टैंड और फर्नीचर जैसे अन्य सभी लेख डिटर्जेंट और फिनाइल से कीटाणुरहित हो जाएंगे। • दीवारों और फर्श को सोडियम हाइपो क्लोराइट घोल से साफ किया जाएगा और डिटर्जेंट से साफ किया जाएगा। • खिड़की के शीशे और कमरे के पैनल भी साफ किए जाते हैं डिस्चार्ज (टर्मिनल कीटाणुशोधन) पर • तकिए और गद्दे को डिटर्जेंट से साफ किया जाना चाहिए, कीटाणुरहित 1 प्रतिशत क्लोरीन के घोल से और 24 घंटे धूप में सुखाया जाता है। • चादरें, पर्दे, गाउन रेत डस्टर को हटाया जाना चाहिए, एक घंटे के लिए 1 प्रतिशत क्लोरीन समाधान में भिगोया जाता है और फिर कपड़े धोने के लिए भेजा जाता है। • कीटाणुशोधन के बाद, उस कक्ष में पूरी तरह से उच्च धूल करने के बाद कमरे, दीवार, खिड़की, दरवाजे, बाथरूम, सिंक और फर्नीचर को साबुन के घोल से धोएं। • बेसिलोसिड समाधान में बेड पैन, मूत्रालय, गुर्दे के बेसिन को 1 घंटे के लिए भिगोएँ, डिटर्जेंट के साथ धोएं और इसे सूरज की रोशनी से सूखें। • बाथ बेसिन, मल्टी-बिन, बाल्टी, गुड़, मग साबुन के घोल से धोए जाते हैं और धूप में सुखाए जाते हैं। • रबड़ की चादरें (मैकिन्टोश) को बेसिलोसिड, सूखे, पाउडर और प्रतिस्थापित किया जाना चाहिए।		
2.6	वार्ड की दैनिक सफाई		
	• फर्श फर्श की मैपिंग फिनाइल और पानी या किसी अन्य कीटाणुनाशक मिश्रित पानी के साथ तीन बाल्टी प्रणाली का उपयोग करके की जाती है। • मोपिंग हमेशा एक दिशा में अंदर से दरवाजे तक आठ की संख्या में 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 प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

2.7	बेडसाइड फर्नीचर		
	बेड साइड फर्नीचर को पहले सुखाया जाएगा और बाद में कीटाणुनाशक मिश्रित पानी के घोल से गीला किया जाएगा।		
2.8	कचरा प्रबंधन		
	कचरे को रंगीन कोडेड बैग के अनुसार वर्गीकृत किए गए वार्डों से एकत्र किया जाता है और अपशिष्ट परिवहन ट्रॉलियों में अस्थायी अपशिष्ट भंडारण के लिए ले जाया जाता है, जहां से वे बाहर से खट्टा एजेंसी द्वारा एकत्र किए जाएंगे।		
2.9	वार्ड की टर्मिनल सफाई		
	बिस्तर: • हर हफ्ते डिटर्जेंट और पानी से मरीजों के बिस्तर को साफ किया जाता है। • 1: क्लोरीन समाधान जारी किया जाता है जब रक्त या शरीर के तरल पदार्थ के साथ भिगोया जाता है दीवारें और छत: • छत को गीले पोछे के साथ साप्ताहिक रूप से साफ किया जाता है, जबकि दीवारों, अलमारी, अलमारियों, बेड, लॉकर, प्ट स्टैंड, मल और अन्य डिटर्जेंट को डिटर्जेंट और पानी से साफ किया जाता है। • पंखे और रोशनी को कम से कम मासिक रूप से साबुन और पानी से साफ किया जाता है। • सभी कार्य सतहों को 0.5 प्रतिशत बेसिलोसिड/कार्बोलिक एसिड के साथ पोंछकर कीटाणुरहित किया जाता है। परदा: हर महीने कम से कम एक बार नियमित रूप से लॉन्ड्रिंग के लिए पर्दे भेजे जाते हैं और कभी भी गंदे होने पर बदल जाते हैं।		
2.10	शौचालय सफाई		
	बाथरूम के फर्श को दिन में तीन बार झाड़ू और डिटर्जेंट से साफ किया जाता है और फिर कीटाणुनाशक घोल बनाया जाता है। • शौचालय को डिटर्जेंट का उपयोग करके ब्रश से साफ किया जाता है। हाइड्रोक्लोरिक एसिड का उपयोग करके दाग हटाने का उपयोग किया जा सकता है। • वॉश बेसिन को हर सुबह डिटर्जेंट पाउडर से साफ किया 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 :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	हाउसकीपिंग स्टाफ यह सुनिश्चित करेगा कि सभी क्षेत्रों में वॉश बेसिन हाथ धोने के समाधान और तौलिए/टिशू से सुसज्जित हों		
2.11	ग्लास सफाई ट्रॉली के लिए सभी आवश्यक सामग्रियों को व्यवस्थित करें। - रबर के दस्ताने रखें। - दिए गए क्षेत्र में जाएं। - नायलॉन ब्रश का उपयोग करके कठोर दाग निकालें। - कांच पर पर्याप्त मात्रा में ग्लास क्लीनिंग घोल का छिड़काव करें। - सफेद डस्टर कपड़े का उपयोग करके सीधे ऊपर से नीचे तक कांच को ऊपर से पोंछें। - ट्रॉली में सभी सफाई सामग्री वापस रखें। रबर के दस्ताने निकालें और धो लें।		
2.12	हाउस कीपिंग दैनिक रात सफाई योजना: (सामान्य) स्वागत क्षेत्र की सफाई। - पूरे ओपीडी और प्रवेश के लॉबी क्षेत्र की सफाई। - मुख्य दरवाजे के शीशे और खिड़की के शीशे की सफाई। - ओपीडी वाटर कूलर की बाहरी सफाई। - ओपीडी शौचालयों और सलाहकार शौचालयों की सफाई। - सभी सामान्य क्षेत्रों और गलियारों की धुलाई। - परिधीय क्षेत्र की धुलाई। - खाली करने के लिए यदि कोई हो तो बीएमडब्ल्यू के डिब्बे को भरना।		
3	संक्रमण नियंत्रण समय-समय पर स्वास्थ्य जांच और कर्मचारियों का टीकाकरण - आवधिक चिकित्सा जाँच और सभी कर्मचारियों के टीकाकरण को अंजाम दिया जाएगा और टीकाकरण कक्ष के प्रभारी के साथ ही इसका रिकॉर्ड रखा जाएगा। - संक्रमण नियंत्रण नर्स प्रक्रिया के प्रभावी संचालन की निगरानी करेगा। - हाउसकीपिंग पर्यवेक्षक/प्रभारी के साथ कर्मचारियों के टीकाकरण की स्थिति की एक प्रति रखी जाएगी।		

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

4	पीपीपी0ई0 का उपयोग विभिन्न कार्यों को करते समय हाउसकीपिंग स्टाफ द्वारा उपयोग के लिए अनुशंसित पीपीई नीचे सूचीबद्ध हैं। पीपीई का प्रकार और जब उपयोग किया जाए • दस्ताने (घर पकड़ उपयोगिता दस्ताने/गैर बाँझ) • कवर किए गए जूते जो गलती से गिराए गए सामान और रक्त और शरीर के तरल पदार्थ को कीटाणुनाशक सफाई से बचाते हैं • कीटाणुनाशक सफाई समाधान से निपटने • रोगी देखभाल क्षेत्रों की सफाई • भारी दूषित क्षेत्रों की सफाई करना • गंदे लिनन को संभालना • गंदे वस्तुओं और उपकरणों को संभालना • कचरे का निपटारा या निपटान • प्लास्टिक या रबर एप्रन। • कस्तूरी सुरक्षात्मक आंख पहनें— जब स्पिल या स्प्लैश हार्स अपेक्षित हो ध्यान दें:— • कर्मचारियों को यह निर्देश दिया जाना चाहिए कि जब भी वे किसी मरीज की यात्रा करें, तो उन्हें एक नए दस्ताने का उपयोग करना चाहिए। • उपयोग करने के बाद और दस्ताने को हटाने से पहले इसे बहते पानी के नीचे धो लें। • कीटाणुशोधन (यदि डिस्पोजेबल नहीं है) के लिए 1: हाइपोक्लोराइट/ क्लीन घोल में डुबकी लगाने वाले दस्ताने • मूत्र के बर्तन, बेडपैन या कचरा बाहर करते समय प्लास्टिक के दस्ताने का उपयोग करने के लिए। • पर्यवेक्षकों द्वारा प्लास्टिक के दस्ताने की गुणवत्ता की जाँच की जानी है।		
	हाथ स्वच्छता		
	प्रत्येक शौचालय में भोजन करने से पहले और बाद में या किसी भी सफाई प्रक्रिया को करने के बाद, हाथों को अच्छी तरह से हाथ धोने वाले एजेंट से साफ किया जाना चाहिए। • सभी कर्मचारियों को हाथ स्वच्छता प्रथाओं पर		

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	प्रशिक्षित किया जाएगा। • हाथ धोने की प्रथाओं के पालन के लिए संक्रमण नियंत्रण नर्स निगरानी करेगी।		
5	गुणवत्ता प्रबंधन		
	गुणवत्ता नीति: • मानक सफाई और कीटाणुशोधन प्रक्रियाओं को सुनिश्चित करने और सेवा वितरण में संक्रमण नियंत्रण लेने के तहत अस्पताल की सीमाओं का समर्थन करने के लिए।		
	गुणवत्ता के उद्देश्य: • दैनिक, साप्ताहिक और मासिक आधार पर निर्दिष्ट मानक हाउसकीपिंग सफाई अनुसूची का पालन करना • समय पर सेवा वितरण सुनिश्चित करने के लिए। • संक्रमण नियंत्रण प्रथाओं का पालन करना।		
	गुणवत्ता नियंत्रण कार्यक्रम: हाउसकीपिंग विभाग के गुणवत्ता नियंत्रण कार्यक्रम को मानक का पालन करना चाहिए • निरंतर निगरानी • क्षेत्रों का निरीक्षण करना • स्वच्छता की डिग्री को मापना • निष्कर्षों की रिकॉर्डिंग और रिपोर्ट करना • कर्मचारी के कार्य प्रदर्शन का अनुगमन सुनिश्चित करता है • सफाई कार्यक्रम आवृत्तियों को समायोजन की आवश्यकता होती है • कर्मचारी प्रशिक्षण की जरूरत है • गृह व्यवस्था, अन्य विभागों, ग्राहकों के बीच अच्छे सार्वजनिक संबंध • शिकायतें बनने से पहले कमियों को ठीक करता है।		
	गुणवत्ता ऑडिट: • ऑडिट निर्धारित ऑडिट योजना के अनुसार आयोजित किए जाएंगे और नामित आंतरिक लेखा परीक्षकों द्वारा आयोजित और किए जाएंगे। • ऑडिट की योजना बनाते समय यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि आंतरिक लेखा परीक्षक अपनी गतिविधियों का ऑडिट नहीं करते हैं। • आंतरिक लेखापरीक्षा के लिए एक गुणवत्ता प्रबंधन प्रणाली प्रक्रिया में निम्नलिखित शामिल		

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

होंगे। आंतरिक लेखा परीक्षकों का चयन। आंतरिक लेखा परीक्षकों के लिए मानदंड। लेखापरीक्षा योजना और कार्यप्रणाली। ऑडिट रिकॉर्डिंग, गैर-अनुरूप सारांश रिपोर्ट तैयार करना। • जहां लेखापरीक्षा निष्कर्षों में कमियों का संकेत मिलता है या सुधारात्मक या निवारक कार्रवाई में सुधार के अवसर को तुरंत लिया जाता है, यह समय पर एक सहमति के साथ प्रलेखित और किया जाता है।		

चिकित्सा रिकॉर्ड विभाग

सेवाएं

घटनाओं के क्रम में लिखे गए पर्याप्त डेटा वाले अच्छे मेडिकल रिकॉर्ड विकसित करने के लिए निदान को सही ठहराने के लिए, अस्पताल में इलाज करने वाले सभी रोगियों के उपचार और अंतिम परिणाम का वारंट करें। सुरक्षित अभिरक्षा के तहत रिकॉर्ड रखें और उन्हें रोगी के लिए आवश्यकता होने पर (वैध कारण के लिए) आसानी से उपलब्ध कराएं दैनिक स्टाफ और मेडिको कानूनी उद्देश्य।

चिकित्सा रिकॉर्ड बनाने की प्रक्रिया:

क्रमांक	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भित दस्तावेज / रिकॉर्ड
1	जानकारी दर्ज करने के लिए मेडिकल रिकॉर्ड में निम्नलिखित खंड होंगे: • रोगी की पहचान का विवरण • चिकित्सा उपचार के लिए प्रबंधन और सलाह • नर्सिंग प्रबंधन मेडिकल रिकॉर्ड में की गई सभी प्रविष्टियाँ केवल अधिकृत देखभाल प्रदाता द्वारा दर्ज की जाएंगी।	डा0 / मैटर्न / नर्सिंग स्टाफ	रोगी केस शीट
1.1	पहला भाग (रोगी की पहचान का विवरण) पंजीकरण काउंटर पर पंजीकरण क्लर्क द्वारा भरा जाएगा। इस अनुभाग में निम्नलिखित जानकारी शामिल होगी:	पंजीकरण क्लर्क	रोगी केस शीट

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	• रोगी का नाम • पिता/पति का नाम • उम्र और सेक्स • व्यवसाय • पता • राष्ट्रीयता • धर्म • टेलीफोन/मोबाइल नंबर • मेडिको लीगल केस यदि कोई हो (MLC के रूप में मुद्रांकित)		
1.2	दूसरा खंड (चिकित्सा उपचार के लिए प्रबंधन और सलाह) उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा भरा जाएगा। इस अनुभाग में निम्नलिखित शामिल होंगे: • मामले का इतिहास • चिकित्सा सलाह • जांच रिपोर्ट • उपचार और प्रक्रियाओं के लिए सहमति/प्राधिकरण • विशेष जांच (उदाहरण- पीएसी) • सुधार/निगरानी चार्ट (जैसे कि संज्ञाहरण चार्ट) • प्रक्रिया विवरण (उदाहरण-ऑपरेशन नोट्स)	संबन्धित डा0	रोगी केस शीट
1.3	तीसरे खंड (नर्सिंग प्रबंधन) में निम्नलिखित शामिल होंगे: • उपचार चार्ट • तापमान, दबाव और श्वसन (टीपीआर) चार्ट • इंटेक और आउटपुट रिकॉर्ड • सुधार नोट	नर्सिंग स्टाफ	रोगी केस शीट
2	प्रतिधारण रिकॉर्ड्स की अवधि		
	सरकार के आदेशानुसार निम्नलिखित अवधारण अवधि के लिए मेडिकल रिकॉर्ड मेडिकल रिकॉर्ड विभाग में संग्रहीत किया	मेडिकल रिकार्ड प्रभारी	रोगी केस शीट

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	जाएगा: इनडोर रोगियों के सभी पिछले मेडिकल रिकॉर्ड को कम से कम 10 वर्षों के लिए डिजिटल रूप में संग्रहित किया जाना चाहिए। • आउट-रोगी रिकॉर्ड की हार्ड प्रतियां: तीन (03) वर्ष • इन-पेशेंट रिकॉर्ड की हार्ड कॉपी: तीन (03) वर्ष • मेडिको लीगल केस रिकॉर्ड की हार्ड प्रतियां: दस (10) साल या जब तक मामला चल रहा है		
3	प्रवेश से पोस्ट डिस्चार्ज तक चिकित्सा रिकॉर्ड का प्रवाह		
	एक मरीज का मेडिकल रिकॉर्ड पंजीकरण क्लर्क द्वारा पंजीकरण काउंटर पर शुरू किया जाएगा।	पंजीकरण क्लर्क	रोगी केस शीट
	जबकि रोगी को वार्ड में विभिन्न रूपों जैसे सहमति प्रपत्र, निरंतरता पत्रक, जांच रिपोर्ट, संज्ञाहरण चार्ट, पोस्ट ऑपरेटिव नोट सेट को रोगी की केस फाइल में जोड़ा जाएगा।	डा0	रोगी केस शीट
	रोगी के निर्वहन के समय, इलाज करने वाले चिकित्सक (या डॉक्टर के इलाज के आंतरिक मार्गदर्शन) रोगी के निर्वहन सारांश को पूरा करते हैं और रोगी को सूचित किया जाता है।	डा0	डिसचार्ज नोट
	अस्पताल डिस्चार्ज नीति के अनुसार डिस्चार्ज प्रक्रिया का पालन किया जाता है।	नर्सिंग स्टाफ	डिसचार्ज नोट
	नर्सिंग स्टाफ केस फाइल को वार्ड से मेडिकल रिकॉर्ड विभाग को भेजेगा।	नर्सिंग स्टाफ	रोगी केस शीट
4	मिडनाइट सेंसस		

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	रात्रि ड्यूटी में नर्सिंग स्टाफ द्वारा प्रत्येक वार्ड से वार्ड जनगणना रिपोर्ट तैयार की जाएगी। रिपोर्ट मैट्रॉन को व्यक्तिगत रूप से प्रस्तुत की जाएगी।	सिस्टर इनचार्ज	मिडनाइट सेंसस रिपोर्ट
	चिकित्सा रिकॉर्ड विभाग प्रभारी अगली सुबह नर्सिंग अधीक्षक कार्यालय से डेटा एकत्र करेगा और जनगणना रिपोर्ट तैयार करने के लिए एक ही संकलन करेगा।	मेडिकल रिकार्ड इनचार्ज	सेंसस रिपोर्ट
5	मेडिकल रिकॉर्ड असेम्बलिंग		
	प्रत्येक चिकित्सा रिकॉर्ड को कालानुक्रमिक रूप से प्रत्येक अनुभाग के नीचे दर्ज किए गए संकेत रूपों के साथ अनुभागों में विभाजित किया जाएगा। 1. असेम्बलिंग आदेश निम्नानुसार होगा: 2. डिसचार्ज सारांश 3. LAMA के लिए सहमति (यदि लागू हो) 4. मृत्यु का कारण का चिकित्सा प्रमाण पत्र 5. मेडिको लीगल फॉर्म (यदि लागू हो) 6. रोगी सूचना पत्र 7. प्रवेश पर्ची 8. प्रवेश पत्र 9. दुर्घटना और आपातकालीन रूप 10. प्रवेश पर इतिहास और निष्कर्ष 11. प्रगति रिपोर्ट 12. स्थानांतरण सूचना पत्र 13. दवा का कार्ड 14. प्रक्रिया और उपचार स्टाफ नर्स के लिए सहमति फॉर्म मेडिकल रिकॉर्ड विभाग के कर्मचारी रोगी केस शीट 15. प्रत्यारोपण विवरण (यदि लागू हो) 16. प्रीपरेटिव नर्सिंग चेकलिस्ट-वार्ड 17. इंटर ऑपरेटिव नर्सिंग रिकॉर्ड-ओटी 18. पोस्ट ऑपरेटिव चेकलिस्ट	मेडिकल रिकार्ड इनचार्ज स्टाफ नर्स	रोगी केस शीट

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	19. पोषण संबंधी आकलन 20. भौतिक चिकित्सा और पुनर्वास मूल्यांकन प्रपत्र 21. प्रवेश इतिहास और नर्सिंग मूल्यांकन 22. नर्सिंग देखभाल योजना 23. दैनिक नर्सिंग मूल्यांकन 24. नैदानिक चार्ट 25. डायबिटिक चार्ट 26. द्रव संतुलन चार्ट 27. इनटेक आउटपुट चार्ट (ITU) 28. अवलोकन चार्ट (CCU) 29. ब्लड बैलेंस शीट/ड्रेनेज चार्ट 30. धमनी रक्त गैस रिकॉर्ड 31. रक्त आधान के लिए सहमति 32. रक्त की आवश्यकता 33. क्रॉस मिलान रिपोर्ट 34. रक्त ट्रांस फ्यूजन रिकॉर्ड 35. सहमति फॉर्म (अन्य) 36. जांच रिकॉर्ड 37. स्थानांतरण रोगी के लिए चेकलिस्ट 38. संक्रमण नियंत्रण के लिए चेकलिस्ट 39. जांच रिपोर्ट 40. नुस्खे 41. अन्य आवश्यक रूप 42. अन्य रूप 43. डिस्चार्ज स्लिप		
6	चिकित्सा रिकॉर्ड्स की जांच करना		
	मेडिकल रिकॉर्ड कर्मचारी मेडिकल रिकॉर्ड की कमी जांच सूची की मदद से जांच करेगा कि क्या कोई फॉर्म गायब है या नहीं। यदि कोई प्रपत्र गायब है तो वार्ड बहन प्रभारी को सूचित करें। सभी अपूर्ण रिकॉर्ड्स को पूरा करने के लिए संबंधित वार्ड में वापस भेजा जाएगा और कमी रिकॉर्ड रजिस्टर में नोट किया जाएगा अपूर्ण अभिलेखों में कमियों के बारे में अनुस्मारक इसके लिए जिम्मेदार व्यक्तियों	एम0आर0डी0 स्टाफ	रिकार्ड कमी चेक लिस्ट

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	को भेजा जाएगा।		
7	चिकित्सा रिकार्डिंग प्रणाली		
	हर समय मेडिकल रिकॉर्ड को रोगी के नाम और आईडी से पहचाना जाएगा। - केवल पूर्ण रिकॉर्ड स्थायी फाइलिंग कैबिनेट में दर्ज किया जाएगा। - रोगी आईडी को आईपी मेडिकल रिकॉर्ड फोल्डर पर हाइलाइट किया जाएगा। - एम0एल0सी0 रिकॉर्ड रूम को ताला और चाबी के नीचे रखा जाएगा और एक्सपायर्ड मरीजों के लिए मेडिकल रिकॉर्ड अलग से रखा जाएगा।	एम0आर0डी0 स्टाफ	
8	जन्म,मृत्यु तथा स्टिल बर्थ इटिमेशन		
	जन्म, मृत्यु और अभी भी जन्म से लेकर रजिस्ट्रार जन्म और मृत्यु तक की जानकारी को प्रदर्शित करेगा जन्म सूचना: फॉर्म नंबर -1 का उपयोग जन्म रिपोर्टिंग के लिए किया जाएगा। एमआरडी बर्थ रिपोर्ट में आवश्यक विवरण भरेंगे। एक रिपोर्ट के लिए दो प्रतियां बनाई जाएंगी। जन्म रिपोर्ट प्रेषण रजिस्टर के साथ जन्म रिपोर्ट भेजी जाएगी। स्टाफ को जन्म रिपोर्ट प्राप्त होगी और जन्मतिथि रिपोर्ट प्रेषण रजिस्टर में तारीख और मुहर के साथ हस्ताक्षर प्राप्त होंगे। जन्म के 21 दिनों के भीतर जन्म रिपोर्ट प्रस्तुत की जाएगी। एमआरडी में जन्म रिपोर्ट की डुप्लीकेट कॉपी को रखा जाएगा मृत्यु की सूचना: फॉर्म नंबर -2 का इस्तेमाल मौत की रिपोर्टिंग के लिए किया जाएगा। मृत्यु रिपोर्ट में आवश्यक विवरण भर देगी।	एम0आर0डी0 स्टाफ	जन्म और मृत्यु रिकार्ड

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	मृत्यु रिपोर्ट प्रेषण रजिस्टर के साथ मृत्यु रिपोर्ट भेजी जाएगी। कर्मचारियों को मृत्यु की रिपोर्ट प्राप्त होगी और मृत्यु की तारीख प्रेषण रजिस्टर में तारीख और मुहर के साथ हस्ताक्षर प्राप्त होंगे। मृत्यु के 21 दिनों के भीतर मौत की रिपोर्ट प्रस्तुत की जाएगी। स्टिल बर्थ इंटिमेशन: फॉर्म नंबर -3 स्टिल बर्थ रिपोर्टिंग के लिए उपयोग किया जाएगा। एमआरडी स्टिल बर्थ रिपोर्ट में आवश्यक विवरण भर देगा। स्टिल बर्थ रिपोर्ट डिस्पैच रजिस्टर के साथ स्टिल बर्थ रिपोर्ट भेजी जाएगी। डूट्य स्टाफ जन्म और मृत्यु की सूचना स्टॉफ को स्टिल बर्थ रिपोर्ट प्राप्त होगी और एफिशिएंट डेट के साथ सिग्नेचर रिसीव करेगा और स्टिल बर्थ रिपोर्ट डिस्पैच रजिस्टर में सील होगी। स्टिल बर्थ की रिपोर्ट स्टिल बर्थ के 21 दिनों के भीतर सबमिट की जाएगी। एमआरडी में स्टिल बर्थ रिपोर्ट की डुप्लीकेट कॉपी बरकरार रखी जाएगी		
9	चिकित्सा रिकॉर्ड भंडारण और पुनर्प्राप्ति		
	मेडिकल रिकॉर्ड क्लर्क रिकॉर्ड प्राप्त करने वाले रजिस्टर में प्राप्त मेडिकल रिकॉर्ड का विवरण दर्ज करेगा। अलग रजिस्टर पे MLC और गैर MLC रिकॉर्ड के लिए बनाए रखा जाता है।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड जारी रजिस्टर
	मेडिको लीगल केस रिकॉर्ड्स को लॉक और अच्छी तहत अलमीरा में संग्रहित किया जाएगा। सभी मेडिको लीगल केस रिकॉर्ड में इस पर MLC सील है।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड जारी रजिस्टर

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	गैर मेडिको लीगल केस रिकॉर्ड्स को कालानुक्रमिक क्रम में रैंक पर संग्रहीत किया जाएगा। बर्थ लॉग बुक लेबर रूम से आती है और जन्मतिथि रिपोर्ट में दर्ज की जाएगी और नगर पालिका कार्यालय को भेजी जाएगी।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	जन्म रिपोर्ट
	मेडिकल रिकॉर्ड क्लर्क डेथ रजिस्टर से मौत की रिपोर्ट बनाएगा और रिपोर्ट नगर पालिका कार्यालय को भेजेगा।	मेडिकल रिकॉर्ड विभाग के प्रभारी	मौत की रिपोर्ट
	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी संबंधित रोगी के अभिलेखों की फोटोकॉपी जारी करेगा, जिसे आरएमओ/सीएमएस द्वारा अनुमोदित और हस्ताक्षरित एक ही लिखित पर्ची की रसीद पर रोगी/अधिकृत प्रतिनिधि से अनुरोध किया जाएगा। यह समस्या मेडिकल रिकॉर्ड समस्या रजिस्टर में दर्ज की जाती है	मेडिकल रिकॉर्ड विभाग के प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड समस्या रजिस्टर
	इलाज करने वाले डॉक्टर आरएमओ/सीएमएस से लिखित अनुमति के बाद ही रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड तक पहुंच सकते हैं और इसे जारी करने के लिए एक अलग रजिस्टर रखा जाता है।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड जारी रजिस्टर
	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी मेडिको लीगल केस की फोटोकॉपी जारी करता है पुलिस कर्मियों को लिखित अनुरोध रसीद पर्ची पर आरएमओ/सीएमएस द्वारा विधिवत अनुमोदित और हस्ताक्षरित रसीद दी जाती है।	मेडिकल रिकॉर्ड प्रभारी	मेडिकल रिकॉर्ड जारी रजिस्टर
10	गुणवत्ता प्रबंधन		
	गुणवत्ता नीति आसान पहचान, पुनर्प्राप्ति और ट्रेसबिलिटी के साथ रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड को व्यवस्थित रूप से संग्रहीत करना और		

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी एच/डी सी एच (चयन करें)

इस उद्देश्य के साथ रिकॉर्ड की गोपनीयता बनाए रखना • अस्पताल के आंकड़े और चिकित्सा रिकॉर्ड आसानी से पुनर्प्राप्त करने योग्य हैं • फीडबैक लूप स्वास्थ्य संकेतकों के निरंतर सुधार के लिए स्थापित किया गया है गुणवत्ता की निगरानी अस्पताल प्रबंधन के लिए उनकी प्रभावशीलता की निगरानी और मूल्यांकन करने के लिए चिकित्सा देखभाल योजना को लागू करने और प्रबंधित करने के लिए सांख्यिकीय और महामारी विज्ञान डेटा की आवश्यकता होती है। ये इस प्रकार हैं: प्रदर्शन संकेतक पर कब्जा कर लिया जाए • बेड ऑक्यूपेंसी रेट • आउटडोर रोगियों की औसत संख्या • प्रवेश की औसत संख्या • सेक्स वार प्रवेश • रोगियों के रहने के औसत दिन • कई प्रकार के ऑपरेशन किए गए (मेजर और माइनर) • एक्स-रे और अल्ट्रासाउंड की संख्या • प्रयोगशाला परीक्षण • संस्थागत मौतों (48 घंटे से अधिक होने वाली मौतों) के बारे में जानकारी • गैर-संस्थागत मौतों (अंडर 48 हॉर्स की मृत्यु) के बारे में जानकारी • अस्पताल में जन्म लेने वाले बच्चों की कुल संख्या (लिंग वार वितरण /लिंग अनुपात /अभी भी जन्म) • अस्पताल की दैनिक जनगणना आदि गुणवत्ता संकेतक		
---	--	--

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी.एच/डी सी एच (चयन करें)

• मामलों का प्रतिशत (पदचंजपमदजे जहां वांछित परिणामों के साथ देखभाल की योजना में दस्तावेज और चिकित्सक द्वारा काउंटर-साइन किए गए हैं • प्रारंभिक आकलन और देखभाल की योजना नहीं होने से मेडिकल रिकॉर्ड का प्रतिशत - अपूर्ण या अनुचित सहमति वाले मेडिकल रिकॉर्ड का प्रतिशत। • लापता रिकॉर्ड का प्रतिशत • डिस्चार्ज सारांश न होने वाले मेडिकल रिकॉर्ड का प्रतिशत • निर्धारित समय सीमा के भीतर पीएनडीटी अधिनियम, जन्म और मृत्यु सूचना और सूचना योग्य बीमारी से संबंधित रिपोर्ट/ डेटा प्रस्तुत करना		
--	--	--

सुरक्षा

1.उद्देश्य:-

सुरक्षा-

भौतिक और अवसंरचना सुरक्षा गतिविधियों को लागू करने के लिए भौतिक और अवसंरचना सुरक्षा संबंधी आवश्यकताओं में निर्देश और प्रणाली प्रदान करना, शारीरिक और अवसंरचना सुरक्षा से संबंधित स्टैक धारकों की आवश्यकताओं का निर्धारण करना और भौतिक और अवसंरचना सुरक्षा से संबंधित आवश्यकताओं की समीक्षा करना।

रक्षा-

यह सुरक्षा प्रबंधन योजना व्यापक जोखिम निगरानी कार्यक्रम और समग्र जानकारी के विश्लेषण के माध्यम से रोगियों और कर्मचारियों को सुरक्षा जोखिमों को कम करने के लिए नीतियों और प्रक्रियाओं का वर्णन करने के लिए कार्य करती है।

योजना की निरंतर प्रदर्शन संकेतकों के माध्यम से निगरानी की जाती है और अस्पताल सुरक्षा समिति द्वारा सालाना समीक्षा की जाती है और संशोधित की जाती है।

2.विस्तार

सुरक्षा

इसमें अस्पतालों द्वारा प्रदान की जाने वाली सभी बुनियादी सुविधाओं और सेवाओं को शामिल किया गया है

- अवसंरचना और अस्पताल की संपत्ति

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

- आगंतुकों का नियंत्रण और प्रवाह
- मरीजों की सुरक्षा (साथ ही साथ रोगी)
- सभी घुसपैठियों से सुरक्षा।

मेडिको लीगल केस

- वीआईपी सुरक्षा

रक्षा

अस्पताल सुरक्षा प्रबंधन योजना खतरों को नियंत्रित करने के लिए तंत्र को परिभाषित करती है, विशेष रूप से रोगियों, कर्मचारियों और सामान्य रूप से अस्पताल के लिए सुरक्षा उपायों को बढ़ावा देने और लागू करने के लिए। संबंधित नीतियों और प्रक्रियाओं को सुरक्षा उपायों के लिए मार्गदर्शन प्रदान करने के लिए विकसित किया जाता है।

3. जिम्मेदारी:

ए) सुरक्षा – मुख्य चिकित्सा अधीक्षक और

सिक्वोरिटीज प्रक्रिया के प्रभावी कार्यान्वयन के लिए जिम्मेदार हैं।

बी) सुरक्षा – अस्पताल सुरक्षा समिति इस प्रक्रिया को लागू करने के लिए जिम्मेदार है।

अस्पताल गुणवत्ता टीम/सुरक्षा समिति की भूमिका—

- सुरक्षा प्रबंधन कार्यक्रम के सभी चरणों में मार्गदर्शन और दिशा प्रदान करें।
- अस्पताल के नैदानिक और नैदानिक सहायता क्षेत्रों के प्रो-सक्रिय सुरक्षा जोखिम आकलन।
- पर्यावरण निगरानी सीमा को सुगम बनाता है।
- असुरक्षित स्थितियों या विनियमों और मानकों का अनुपालन न करने का प्रबंधन करना

अस्पताल के गुणवत्ता प्रबंधक/नोडल अधिकारी

प्राधिकारी

- मूल रूप से मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक के पास सभी अधिकार होते हैं।
- सुरक्षा मामलों से संबंधित सभी मामलों पर नामित अधिकारियों को रिपोर्ट।
- किसी भी प्रक्रिया या प्रयोगशाला को बंद करने का अधिकार है जब तक समस्या का समाधान ना हो ताकि नीति का उल्लंघन ना हो।

उत्तरदायित्व

अस्पताल और विभाग की सुरक्षा नीतियां

- अस्पताल अधिकारियों और आवश्यकतानुसार अन्य नियामक प्राधिकरणों के साथ संपर्क करना।
- सुरक्षा प्रथाओं का पालन करने के लिए प्रयोगशालाओं और अन्य क्षेत्रों का निरीक्षण करें

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

- अनुपालन के लिए आवश्यक सुरक्षित कार्य प्रथाओं के साथ नए और प्रस्तावित कानून पर विभिन्न विभाग के विभाग के प्रमुख को सलाह दें
- अस्पताल के अधिकारियों के परामर्श से प्रशिक्षण की जरूरतों को पहचानें और विभागीय कर्मचारियों की व्यवस्था करें
- यह सुनिश्चित करना चाहिए कि अस्पताल गुणवत्ता टीम के अध्यक्ष के पद से जुड़े और आवश्यक सभी कार्य किए जाएं।

पर्यावरण देखभाल:

पर्यावरण देखभाल तीन घटकों भवनों, उपकरणों और लोगों से बना है।

निम्नलिखित तत्वों और मुद्दों के रूप में पहचाने जाते हैं जो रोगी के परिणामों, संतुष्टि, रोगी और कर्मचारियों की सुरक्षा को सकारात्मक या नकारात्मक रूप से प्रभावित करने में योगदान कर सकते हैं जो दैनिक दर्शन, सुरक्षा के साथ उचित और सुसंगत हैं। अभिविन्यास और बाहरी वातावरण तक पहुंच, सुविधाओं के अंदर और बाहर दोनों को पार करने में आसानी, कुशल लेआउट जो कर्मचारियों का समर्थन करते हैं सभी फंक्शन पर।

पर्यावरण देखभाल को प्रभावी ढंग से प्रबंधित करने के लिए निम्नलिखित किया जाना चाहिए पर्यावरणीय खतरों और जोखिमों को कम करना और नियंत्रित करना

- दुर्घटनाओं और चोटों को रोकें।
- रोगियों, कर्मचारियों और आगंतुकों के लिए सुरक्षित स्थिति बनाए रखें।
- पर्यावरण देखभाल बनाए रखें जो रोगी को आराम, सामाजिक संपर्क और, के लिए संवेदनशील है।
- सकारात्मक व्याकुलता।
- पर्यावरण देखभाल बनाए रखें जो रोगियों, कर्मचारियों और आगंतुकों के लिए अनावश्यक पर्यावरणीय तनाव को कम करता है।

4. प्रक्रिया:

क0स0	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/ अभिलेख
4.1	सुरक्षा इस प्रयोजन के लिए, आवश्यकताओं को संसाधनों की आवश्यकता के लिए पहचाना जाता है और जिला स्वास्थ्य सोसायटी/सी0एम0ओ0 को भेजा जाता है	सी0एम0एस0/अस्पताल प्रबन्धक	
4.2	आने वाली और बाहर जाने वाली वस्तुओं का नियंत्रण सभी खरीदे गए आइटम (इन्फ्रास्ट्रक्चर आइटम, जनरल स्टोर आइटम, इंजीनियरिंग आइटम, फार्मसी और दवा से संबंधित आइटम सब्जियों या भोजन & रसोई आइटम) जब अस्पताल में संयुक्त रूप से जांच की जाती		
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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी.सी.एच. (चयन करें)

	हैसिक्योरिटी गेट पर सुरक्षा और स्टोर करने वाला व्यक्ति सुरक्षा जांच के बाद आइटम को अस्पताल में ले जाने या बाहर जाने की अनुमति देता है।		
4.3	ड्यूटी रोस्टर की तैयारी अस्पताल में उपलब्ध सुरक्षा गार्डों की संख्या, अस्पताल में विभिन्न बिंदुओं पर आवश्यक सुरक्षा गार्डों की संख्या को ध्यान में रखते हुए एक ड्यूटी रोस्टर तैयार किया जाता है। ड्यूटी रोस्टर की समीक्षा/अनुमोदन अस्पताल प्रबंधक द्वारा किया जाता है। स्वीकृत ड्यूटी रोस्टर सुरक्षा कर्मचारियों को सूचित किया जाता है।	सुरक्षा गार्ड के प्रमुख	ड्यूटी रोस्टर
4.4	उपस्थिति रजिस्टर एक उपस्थिति रजिस्टर अस्पताल के गुणवत्ता प्रबंधक की हिफाजत में रखा जाता है। दैनिक आधार पर, सुरक्षा कर्मचारियों की उपस्थिति बनाए रखी जाती है। साप्ताहिक आधार पर, उपस्थिति रजिस्टर की समीक्षा सीएमएस द्वारा की जाती है।		
4.5	विभिन्न बिंदुओं पर सुरक्षा कर्मचारियों का आवंटन/पोस्टिंग अस्पताल में सुरक्षा कर्मचारियों को अलग-अलग प्रवेश द्वार या बिंदुओं पर तैनात किया जाता है जैसे रोगी पंजीकरण। ओपीडी क्लीनिक आदि। प्राप्त सूचनाओं के आधार पर वीआईपी के लिए विशेष सुरक्षा कर्मचारी भी सौंपे जाते हैं। अस्पताल में 24x7 सुरक्षा गार्ड उपलब्ध हैं।		
4.6	कुंजी नियंत्रण विभाग की सभी चाबियां प्रशासनिक ब्लॉक में नामित सुरक्षा गार्ड की हिरासत में हैं।		
4.7	अग्नि सुरक्षा और इसके नियंत्रण अस्पताल को नो स्मोकिंग जोन घोषित किया गया है। पूरे अस्पताल में अग्निशामक को अलग-अलग चिह्नित स्थानों पर रखा गया है। अस्पताल परिसर में आग बुझाने/रेत की बाल्टी का संकेत देने वाला एक अस्पताल का लेआउट भी रखा गया है। आग से बाहर निकलने के लिए अस्पताल में आग लगने का निशान लगाया जाता है। अग्नि प्रशिक्षण और अग्नि अभ्यास		आग बुझाने के उपकरण का अस्पताल लेआउट/रेत बाल्टी, आग बुझाने की फाइल

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	समय-समय पर आयोजित किए जाते हैं। सभी कर्मचारियों को पर्याप्त अग्नि प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है, उन्हें आग बुझाने की प्रक्रियाओं के बारे में सूचित किया जाता है, जिसमें उनके कार्य स्थानों में स्थित अग्नि निकास भी शामिल हैं। अग्निशामक यंत्रों की जांच और परीक्षण और इसकी रिफिलिंग को बनाए रखा जाता है। प्रभावी नियंत्रण के लिए अस्पताल प्रबंधक के पास सभी अग्नि उपकरणों की एक सूची रखी जाती है।		
4.8	सुरक्षा कार्मिक को प्रशिक्षण सुरक्षा संबंधी मुद्दों जैसे कतार प्रबंधन, भीड़ नियंत्रण, आपदा के मामले में निकासी आदि का प्रशिक्षण और अग्निशामक यंत्र का उपयोग नियमित रूप से किया जाता है।		ट्रेनिंग फाइल
(बी)	रक्षा		
4.9	अस्पताल सुरक्षा समिति: यह अस्पताल की गुणवत्ता टीम के समान हो सकता है। अस्पताल सुरक्षा समिति एक बहु-विषयक समिति है जिसमें पाँच सदस्य होते हैं। इस समिति द्वारा अस्पताल के विभिन्न सुरक्षा पहलुओं का मूल्यांकन करने के लिए एक वर्ष में कम से कम दो बार बैठक होती है चल रहे निगरानी गतिविधियों का विस्तार से विश्लेषण कर उस पर अपनी प्रतिक्रिया देता है। समिति अपनी रिपोर्ट सीएमएस को सौंप देती है।		अस्पताल सुरक्षा समिति की लिस्ट
4.9.1	सुरक्षा के संबंध में अस्पताल की गतिविधियों का मूल्यांकन अस्पताल सुरक्षा समिति निम्नलिखित समस्याओं के विभिन्न पहलुओं पर चल रही निगरानी गतिविधियों का मूल्यांकन करती है: 1. रोगियों/आगंतुकों को चोट लगना 2. संपत्ति का नुकसान। 3. व्यावसायिक बीमारियों और कर्मचारियों को चोट लगना। 4. खतरनाक सामग्री और अपशिष्ट फैलने और अन्य संबंधित घटनाओं को फैलता है। 5. अस्पताल में मरीजों, कर्मचारियों, छात्रों और आगंतुकों से जुड़ी सुरक्षा घटनाएं 6. अग्नि-सुरक्षा प्रबंधन समस्याएं,		

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (घयन करें)

	कमियाँ, और असफलताएँ। 7 चिकित्सा उपकरण-प्रबंधन की समस्याएं, विफलताओं और उपयोगकर्ता की त्रुटियां 8. यूटिलिटी सिस्टम प्रबंधन की समस्याएं, विफलताएं, या उपयोगकर्ता की त्रुटियां। 9. स्टाफ की अनुपलब्धता (जैसे मौसम की आपात स्थिति। प्राकृतिक आपदाएं) 10. मास कैजुअल्टी रोगी इन्पलक्स (जैसे संक्रामक रोग का प्रकोप)।		
4.10	सुरक्षा निरीक्षण और रिकॉर्ड अस्पताल आंतरिक रूप से या एक उपयुक्त बाहरी एजेंसी की मदद से किए गए सुरक्षा सावधानियों का समय-समय पर निरीक्षण करता है। यह वर्ष में एक बार आयोजित किया जाता है। अस्पताल के सुरक्षा समिति द्वारा सुरक्षा निरीक्षणों की रिपोर्ट की समीक्षा की जाती है और आवश्यकता पड़ने पर उसे उचित प्राधिकारी को सौंप दिया जाता है। सुरक्षा निरीक्षण रिकॉर्ड संबंधित विभागीय अधिकारियों के साथ बनाए रखा जाता है सुरक्षा प्रबंधन समिति को निम्नलिखित सूची के आवधिक मूल्यांकन की आवश्यकता हो सकती है: 1. पर्यावरण (प्रकाश, धूल, गैसों, स्मॉग, शोर)। 2. खतरनाक सामग्री (ज्वलनशील और कार्बिक)। 3. उपकरण (बायोमेडिकल उपकरण आदि)। 4. विद्युत उपकरण (स्विच, फ्यूज, आउटलेट, कनेक्शन)। 5. व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (सुरक्षा चश्मा, वेंटिलेटर विकिरण सुरक्षा एप्रन आदि)। 6. अग्नि सुरक्षा उपकरण (अलार्म और आग बुझाने का उपकरण)। 7. पैदल रास्ते/सड़क मार्ग (फुटपाथ, सड़क मार्ग)। 8. परिवहन उपकरण (एम्बुलेंस, लिफ्टों)। 9. कंटेनर (खतरनाक अपशिष्ट बैग)। 10. संरचनात्मक उद्घाटन (खिड़कियां, दरवाजे, सीढ़ी)। 11. इमारतें/संरचनाएं (फर्श, छत, बागान की दीवार बाड़)। 12. विविध (किसी भी आइटम को ऊपर से कवर नहीं किया गया)।		अस्पताल सुरक्षा निरीक्षण की रिपोर्ट

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	प्रत्येक निरीक्षण रिपोर्ट प्रासंगिक सुरक्षा प्रबंधन उल्लंघन, गैर-अनुपालन आइटम, और कमियों का निरीक्षण करेगी। निरीक्षण की जा रही सुविधाओं या कार्यों के उपयोग या संचालन में सीधे शामिल कर्मचारियों को निरीक्षण प्रक्रिया में भाग लेना होता है। सुधारक और निवारक उपाय किए जाते हैं और कार्यान्वित किए जाते हैं।		
4.11	खतरे की पहचान खतरे की पहचान अस्पताल में सभी संभावित पस्थितियों की पहचान करने के लिए उपयोग की जाने वाली प्रक्रिया है, जहां लोगों (मरीज, कर्मचारी, आगंतुक आदि) को चोट, संक्रमण या बीमारी के बारे में बताया जा सकता है। प्रबंधन अधिकारी प्रत्येक विभाग द्वारा पालन की जाने वाली सुरक्षा सावधानियों का समय-समय पर मूल्यांकन करते हैं। नैदानिक और गैर-नैदानिक दोनों ऑडिट संभावित खतरों के प्रभाव को रोकने ६ कम करने के लिए किए गए उपायों की पहचान करने के लिए समय-समय पर किए जाते हैं। अस्पताल के सभी कर्मचारियों को संभावित खतरों की पहचान करने के लिए सभी गतिविधियों का नियमित मूल्यांकन करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। विभागीय प्रमुख अपने विशिष्ट नियंत्रण क्षेत्र में खतरों की पहचान कर सकते हैं। इसे तत्काल सुधारात्मक कार्रवाइयों के लिए उपयुक्त अस्पताल अधिकारियों को सूचित किया जाना चाहिए।	सभी कर्मचारी/विभाग अध्यक्ष	
4.12	विद्युत सुरक्षा अस्पताल विद्युत सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए निम्नलिखित उपाय करता है: पूरे अस्पताल में बिजली के आउटलेट का नियमित निरीक्षण। • शॉर्ट सर्किट को रोकने के लिए ट्रिप स्विच अस्पताल के विभिन्न हिस्सों में स्थित हैं। • तारों का आवधिक निरीक्षण यह सुनिश्चित करने के लिए कि वे उपयुक्त परिस्थितियों में हैं। • किसी भी विद्युत उपकरण को अस्पताल में लाने से पहले, एक सुरक्षा निरीक्षण प्रदान		

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 :	स्टेण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	किया जाना चाहिए। • रात के दौरान आवश्यक बिजली के उपकरणों को बंद नहीं किया जाना चाहिए। • बिजली के स्विचबोर्ड के आसपास के क्षेत्रों को कम से कम 1 मीटर की दूरी के लिए स्पष्ट रखा जाना चाहिए • एक उपयुक्त अग्निशामक विद्युत स्विच बोर्ड के निकट स्थित होगा।		
4.13	जैविक खतरों अस्पताल ने जैविक खतरों के दो प्राथमिक कारणों की पहचान की है जो हैं: • संक्रामक तीव्र वस्तुएं • रक्त और शारीरिक तरल पदार्थ फैल गया		
4.13.1	संक्रामक तीव्र वस्तुएं: इस तरह की घटनाओं को रोकने के लिए किए गए उपाय नीचे दिए गए हैं • शार्प किसी भी चिकित्सा या गैर-चिकित्सा उपकरण हैं जो त्वचा को काटने और या पंचर करने में सक्षम हैं। • शार्प की चोटें रक्त जनित बीमारियों के संभावित जोखिम से संबंधित दुर्घटनाओं के प्रमुख व्यावसायिक कारण का प्रतिनिधित्व करती हैं। शार्प हैंडलिंग पर अस्पताल की नीति: एक शार्प के रूप में नामित किसी भी उपकरण को सुरक्षित रूप से नियंत्रित किया जाना चाहिए। • शार्प्स को हर समय सावधानी से संभाला जाना चाहिए। • शार्प्स को नैदानिक अपशिष्ट के रूप में नामित किया गया है। प्रक्रिया: • शार्प को उपयोग के बिंदु पर निपटाया जाना चाहिए। उपयोग की गई सुइयां: उपयोग की गई सुइयों को फिर से कैप नहीं किया जाना चाहिए। हाथ से सीरिज को हटाया नहीं जाना चाहिए। हाथ से मुड़ा हुआ, टूटा हुआ या अन्यथा हेरफेर नहीं किया जाना चाहिए।	चिंतित कर्मचारी, हाउसकीपिंग स्टाफ	

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	• उपयोग किए गए डिस्पोजेबल शार्प्स एक निर्दिष्ट, स्पष्ट रूप से चिह्नित, पंचर प्रतिरोधी कंटेनर में निपटाए जाते हैं। • पुनः प्रयोज्य शार्प्स को स्पष्ट रूप से लेबल किए गए, पुनर्संरचना क्षेत्र (CSSD) या स्टरलाइजेशन क्षेत्र में परिवहन के लिए पंचर प्रतिरोधी कंटेनर का निपटान किया जाता है। • शार्प के कंटेनरों को सील और प्रतिस्थापित किया जाना चाहिए।		
4.13.2	रक्त और शारीरिक द्रव फैलता है ब्लड एंड बॉडी स्पिल पर अस्पतालों की नीति है: रक्त और शरीर के तरल पदार्थ को तुरंत या जितनी जल्दी हो सके साफ किया जाना चाहिए। • खून या शरीर के तरल पदार्थों की सफाई के दौरान मानक सावधानियों का उपयोग किया जाना चाहिए। • दस्ताने और कार्य के लिए उपयुक्त अन्य व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण पहनने चाहिए। स्पिल साफ होने के बाद हाथों को अच्छी तरह से धोना चाहिए। प्रक्रिया: शरीर के तरल पदार्थ को फैलाने के दौरान निम्नलिखित बातों पर ध्यान दें: 1) शरीर के तरल पदार्थ का प्रकार 2) फैल का आकार 3) भूतल प्रकार क्षेत्र शामिल है प्रभावशाली सतहों: शोषक पेपर टॉवलिंग का उपयोग करके फैल को मिटा दें। क्षेत्र को पानी और डिटर्जेंट से धोएं। यदि सतह के साथ नंगे त्वचा के संपर्क की संभावना है, तो क्षेत्र सोडियम हाइपोक्लोराइट समाधान के साथ कीटाणुरहित होता है। ऑपरेटिंग थिएटर: ऐसा करने के लिए सुरक्षित होते ही स्पिल्स को भाग लेना चाहिए। सोडियम हाइपोक्लोराइट के साथ कीटाणुरहित होने वाला क्षेत्र। बाथरूम और शौचालय: स्पिल को सीवरेज सिस्टम में बंद किया जा सकता है और पानी और डिटर्जेंट के साथ		

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	बहाया जाता है। क्षेत्र को सोडियम हाइपोक्लोराइट के साथ कीटाणुरहित किया जा रहा है। जैविक खतरों को नियंत्रित करने के लिए किए गए निवारक उपायों का विस्तृत उल्लेख निम्नलिखित प्रक्रिया से लिया जा सकता है: 1. अस्पताल संक्रमण नियंत्रण प्रक्रिया। 2. बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमेंट प्रक्रिया।		
4.14	खतरनाक अपशिष्ट अस्पताल कर्मचारियों, आगंतुकों आदि के बीच संक्रमण की घटनाओं को कम करने के लिए कचरे के उचित संचालन के महत्व की पहचान करता है। अस्पताल के विभिन्न विभागों द्वारा उत्पादित अपशिष्ट को उपयुक्त थैलियों में पीढ़ी के बिंदु पर अलग किया जाता है और उचित रूप से व्यवहार किया जाता है (लागू होता है) और बंद हो जाता है। अस्पताल में बायो-मेडिकल वेस्ट मैनेजमेंट की प्रक्रिया का पालन किया जा रहा है।	चिंतित कर्मचारी, हाउसकीपिंग स्टाफ	जैव-चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन
4.15	विकिरण खतरे अस्पताल अपने कर्मचारियों और रोगियों के लिए विकिरण खतरों की रोकथाम के महत्व को पहचानता है। विकिरण के संपर्क में आने वाले सभी कर्मचारियों को टीएलडी बैचों के साथ प्रदान किया जाता है और समय-समय पर निगरानी के लिए ठाठ अधिकारियों को भेजा जाता है। इमेजिंग उपकरणों की निगरानी की जाती है और यह सुनिश्चित करने के लिए एक नियमित आधार पर कैलिब्रेट किया जाता है अत्यधिक उत्सर्जन की रोकथाम विकिरण सुरक्षा मैनुअल विवरण में अस्पताल द्वारा पीछा विकिरण सुरक्षा सावधानियों को निर्दिष्ट करता है।	एक्स-रे लैब स्टाफ	
4.15	प्रयोगशाला सुरक्षा संक्रामक एजेंटों और खतरनाक रसायनों के लिए व्यावसायिक जोखिम के लिए प्रयोगशाला कार्यकर्ताओं को जोखिम होता है। दूषित रक्त, ऊतक और अन्य जैविक सामग्री के संपर्क से संक्रमण का अधिग्रहण किया जा सकता है। व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (पीपीई), सुरक्षा	प्रयोगशाला कर्मचारी	

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	उपकरणों और समुचित परिशोधन और बायोहाजर्ड कचरे के निपटान जैसी मानक सावधानियों के साथ अच्छी प्रयोगशाला पद्धतियाँ इन जोखिमों को काफी कम कर सकती हैं। प्रयोगशाला सुरक्षा नीति अस्पतालों प्रयोगशाला विभाग द्वारा किए गए सुरक्षा उपायों के विवरण में निर्दिष्ट करती है। नीति के संबंध में सुरक्षित कार्य व्यवहार पर जोर दिया गया है: नमूनों की हैंडलिंग, उनके परिवहन , हैंडलिंग सुइयों और सिरिज, ट्यूब, सेंट्रीफ्यूज ट्यूब आदि। उचित हाथ धोने की तकनीक, रसायनों का संचालन, उनका भंडारण और उपयुक्त लेबलिंग। परिशोधन तकनीक, अपशिष्ट अलगाव और उनके निपटान हादसा रिपोर्टिंग आदि		
4.16	संक्रामक रोग अस्पताल यह सुनिश्चित करने के लिए प्रतिबद्ध है कि प्रत्येक कर्मचारी को सुरक्षित और स्वास्थ्यवर्धक कार्य की स्थिति प्राप्त हो। अस्पताल ने अस्पताल पर संचारी रोगों को नियंत्रित करने के अपने प्रयास में, इस प्रावधान को अपनाया है। संक्रामक रोगों से संक्रमित या तर्कसंगत रूप से संक्रमित व्यक्तियों को अस्पताल सेवाओं या सुविधाओं तक उनकी पहुंच में प्रतिबंधित नहीं किया जाएगा जब तक कि व्यक्तिगत मामलों में चिकित्सकीय रूप से आधारित निर्णय प्रतिबंध व्यक्ति, रोगियों और संस्था के अन्य सदस्यों के कल्याण के लिए आवश्यक नहीं है। या अन्य लोग नैदानिक, सहकारी, इंटरन या अन्य ऐसे अनुभव के माध्यम से संस्था से जुड़े हैं, जिनमें आम जनता शामिल है। जिन व्यक्तियों के पास विश्वास करने के लिए या उनके पास एक उचित आधार है, कि वे संक्रमित हो चुके हैं या एक संचारी रोग है, जो दूसरों के लिए खतरा पैदा कर सकता है, उनसे अपेक्षा की जाती है कि वे अपने स्वास्थ्य की परिस्थितियों के बारे में विशेषज्ञ से सलाह लें और स्वयं का संचालन करने के लिए नैतिक, कानूनी रूप से बाध्य हों। ताकि	सुरक्षा प्रबंधन अधिकारी	हादसा / दुर्घटना की रिपोर्ट

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

	खुद की और दूसरों की सुरक्षा हो सके।		
4.17	खतरे कम्युनिकेशन: अस्पताल में कोई भी घटना जो अस्पताल की सुरक्षा नीतियों को प्रभावित करती है, उसकी जांच अस्पताल सुरक्षा समिति द्वारा की जाएगी और रिपोर्ट को आगे की कार्रवाई के लिए उपयुक्त उच्च प्राधिकारी को भेजा जाएगा। निम्नलिखित घटनाओं की सूचना तुरंत अस्पताल के सुरक्षा अधिकारी को दी जानी चाहिए: मरीजों को गंभीर चोट। कर्मचारियों को गंभीर चोट। • गंभीर चोट, अस्पताल संचालन के कारण, किसी अन्य पार्टी को। • अस्पताल के उपकरण या संपत्ति का बड़ा नुकसान। • उपकरण या संपत्ति का बड़ा नुकसान अस्पताल संचालन के कारण किसी अन्य पार्टी से संबंधित है। दुर्घटना की सूचना: किसी भी दुर्घटना की जांच उचित कर्मचारी सदस्य द्वारा तुरंत की जानी चाहिए। रिपोर्टिंग उद्देश्यों के लिए और आगे की जांच और समाधान के लिए दुर्घटना प्रबंधन अधिकारी के साथ दुर्घटना की जल्द से जल्द रिपोर्ट की जाएगी। कर्मचारियों, रोगियों या उपकरणों से जुड़े एक गंभीर दुर्घटना की जानकारी होने पर, कर्मचारी को सुरक्षा प्रबंधन अधिकारी को तुरंत सूचित करना चाहिए। सुरक्षा प्रबंधन अधिकारी द्वारा गंभीर दुर्घटनाओं की जांच की जाएगी। ऐसी किसी भी घटना के लिए रिपोर्ट अस्पताल की सुरक्षा प्रबंधन समिति को भेज दी जाती है। इसके अलावा, दुर्घटना की सूचना सरकार को दी जाएगी।		

6. कार्य निर्देश

क0स0	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी
1	अस्पताल में अधिसूचित आपातकाल के मामले में प्रदर्शित आपातकालीन नंबर का उपयोग करें अर्थात् फायरकंट्रोल, पुलिस आदि।	

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

2	रात में विभागों के लिए जाँच ठीक से बंद कर दी जाती है, बिजली के उपकरणों को बंद कर दिया जाता है।	सिक्क्योरिटी स्टाफ
3	विभागीय प्रमुख यह सुनिश्चित करने के लिए कि कार्यरत कर्मचारियों द्वारा आवश्यक पीपीई का उपयोग किया जाना चाहिए।	डिपार्टमेंट हेड
4	यह सुनिश्चित करने के लिए कि सुरक्षा गार्ड और कर्मचारियों को आग बुझाने के उपकरण के उपयोग के बारे में पता होना चाहिए।	सीओएमओएसओ/अस्पताल प्रबन्धक
5	खतरे का संकेत उच्च वोल्टेज के पास प्रदर्शित किया जाना चाहिए।	

7. प्रक्रिया दक्षता मानदंड:

क्रम सं०	गतिविधिक्रम सं०	गतिविधि	दक्षता मापदंड
1	4.7	अग्निशामक यंत्र की जांच	अस्पताल में स्थापित अग्निशामक समय-समय पर (तिमाही/वार्षिक) या जाँच के अनुसार निर्दिष्ट किए गए /रिफिल किए जाएंगे
2	4.10	सुरक्षा की जांच पड़ताल	अस्पताल सुरक्षा समिति द्वारा अस्पताल सुरक्षा निरीक्षण वार्षिक आधार पर किया जाएगा।

8. संदर्भ दस्तावेज:

- संक्रमण नियंत्रण प्रबंधन
- बीएमडब्ल्यू प्रबंधन
- आपातकालीन और आपदा प्रबंधन

9. संदर्भ रिकॉर्ड:

क्रम सं०	रिकार्ड का नाम	रिकार्ड का न०	भंडारण का स्थान	न्यूनतम अवधारण अवधि
1	सुरक्षा कर्मियों की ड्यूटी रोस्टर			
2	उपस्थिति रजिस्टर			
3	सुरक्षा निरीक्षण रिपोर्ट और उनकी कार्रवाई			
4	अग्निशामक और रखरखाव का विवरण			
5	दुर्घटना की रिपोर्ट फाइल			
6	सुरक्षा गार्ड प्रशिक्षण फाइल			

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

पानी की उपलब्धता एवं स्वच्छता

क्रमांक	गतिविधि विवरण	जिम्मेदारी	संदर्भित दस्तावेज/रिकॉर्ड
1	पानी की उपलब्धता		
1.1	अस्पतालों को पानी की आवश्यकता की गणना करने की तथा योजना बनाने की आवश्यकता है बीआईएस के अनुसार अस्पताल में पानी की आवश्यकता इस प्रकार है। 100 बेड या उससे कम वाले अस्पतालों के लिये 340 लीटर प्रति बेड, प्रतिदिन के हिसाब से पानी की आवश्यकता है। 100 बेड या उससे अधिक बेड वाले अस्पतालों के लिये 400 लीटर प्रति बेड, प्रतिदिन के हिसाब से पानी की आवश्यकता है।	सीएमएस / प्रतिनियुक्ति अधिकारी / अस्पताल प्रबंधक	
1.2	अस्पताल द्वारा यह सुनिश्चित किया जाना है कि अस्पताल में पानी 24x7 आधार पर उपलब्ध है और आसानी से उपलब्ध है उपयोग के सभी बिंदुओं पर उपलब्ध है। पानी की तैयार आपूर्ति में किसी भी रुकावट को तुरंत हल करने की आवश्यकता है कार्य के स्थान पर आपूर्ति की निरंतरता सुनिश्चित करना।	सीएमएस / प्रतिनियुक्ति अधिकारी / अस्पताल प्रबंधक	
1.3	पानी की गुणवत्ता सुनिश्चित करना, पानी को चूँकि पूरे अस्पताल में पीने, सफाई और कीटाणुशोधन उद्देश्यों के लिए उपयोग किया जाता है इसलिए पानी की गुणवत्ता बहुत महत्वपूर्ण हो जाती है। 1. (पानी का भौतिक परीक्षण) = पानी की कठोरता, कुल घुलित ठोस टीडीएस और अन्य मापदण्डों के लिये परीक्षण वर्ष में कम से कम एक बार स्रोत से सीधे प्राप्त नमूने पर किया जाता है। फिजिकल जांच की आवश्यकता नहीं है अगर नगर निगम द्वारा पानी की आपूर्ति की जा रही है। 2. पानी का सूक्ष्म परीक्षण हर तीन महीने में किया जाता है और इसके अलावा तब किया जाता है जब स्रोत को बदल दिया जाता है। प्रमुख मरम्मत आपूर्ति प्रणाली या पानी से संबंधित प्रकोप पर किया जाता है। 3. आम तौर पर, निम्न लिखित नमूने	सीएमएस / प्रतिनियुक्ति अधिकारी / अस्पताल प्रबंधक	

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
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

	न्यूनतम पर इन स्थानों से प्राप्त किये जाने चाहिये। - ओ0टी0 स्क्रब बेसिन नल (कोई भी नल) - आई0सी0यू0/एस0एन0सी0यू0 हैंड वाष बेसिन नल। - इमरजेंसी वार्ड हैंड वाष बेसिन नल। - एक वार्ड में हैंड वाष बेसिन नल जो अधिकतम रोगियों की आवश्यकता को पूरा करता है। - पीने के पानी के स्रोत नमूनों को कोलीफार्म जीवों की अनुपस्थिति दिखानी चाहिये। यदि पानी के संदूषण की जांच की जाती है। संभव जल संदूषण के लिये आपूर्ति स्रोत की जांच आवश्यकता पड़ने पर की जानी चाहिये।		
2	पानी के टैंक की सफाई— सभी ओवरहेड टैंक को कम से कम छह महीने के अंतराल पर मैनुअल रूप से साफ करने की आवश्यकता है।		पानी की टंकी की सफाई का रजिस्टर।
2.1	पानी की टंकी की सफाई का तरीका - क्लोरीनीकरण द्वारा पानी की टंकी कीटाणुरहित करने का सबसे आम तरीका है। क्लोरीनीकरण की प्रक्रिया द्वारा कीटाणुओं को मारने के लिये पीने के पानी में क्लोरीन मिलाते हैं। पानी का क्लोरीनीकरण पानी में मौजूद सूक्ष्म जीवों को बेअसर करता है और अंत में संचरण को कम करने में मदद करता है। - कम मात्रा में क्लोरीन वाला पानी पीने से हानिकारक स्वास्थ्य प्रभाव पैदा नहीं करता है और जलजनित रोग के प्रकोप से सुरक्षा प्रदान करता है। - क्लोरीन को कई तरह से दिया जाता है लेकिन सबसे आम है उच्च शक्ति कैल्शियम हाइपोक्लोराइट (HSCH), जो पानी के साथ मिश्रित होने पर इसकी मात्रा का 60 से 80 प्रतिशत क्लोरीन के रूप में मुक्त करता है।		
2.3	टैंक के कीटाणुशोधन के चरण— टैंक की हर 1000 लीटर की कुल क्षमता के लिये टैंक में दानेदार HSCH के 80 ग्राम का छिड़काव		

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 :	स्टेण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
आगजेलरी विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच./डी.एच./डी सी एच (चयन करें)

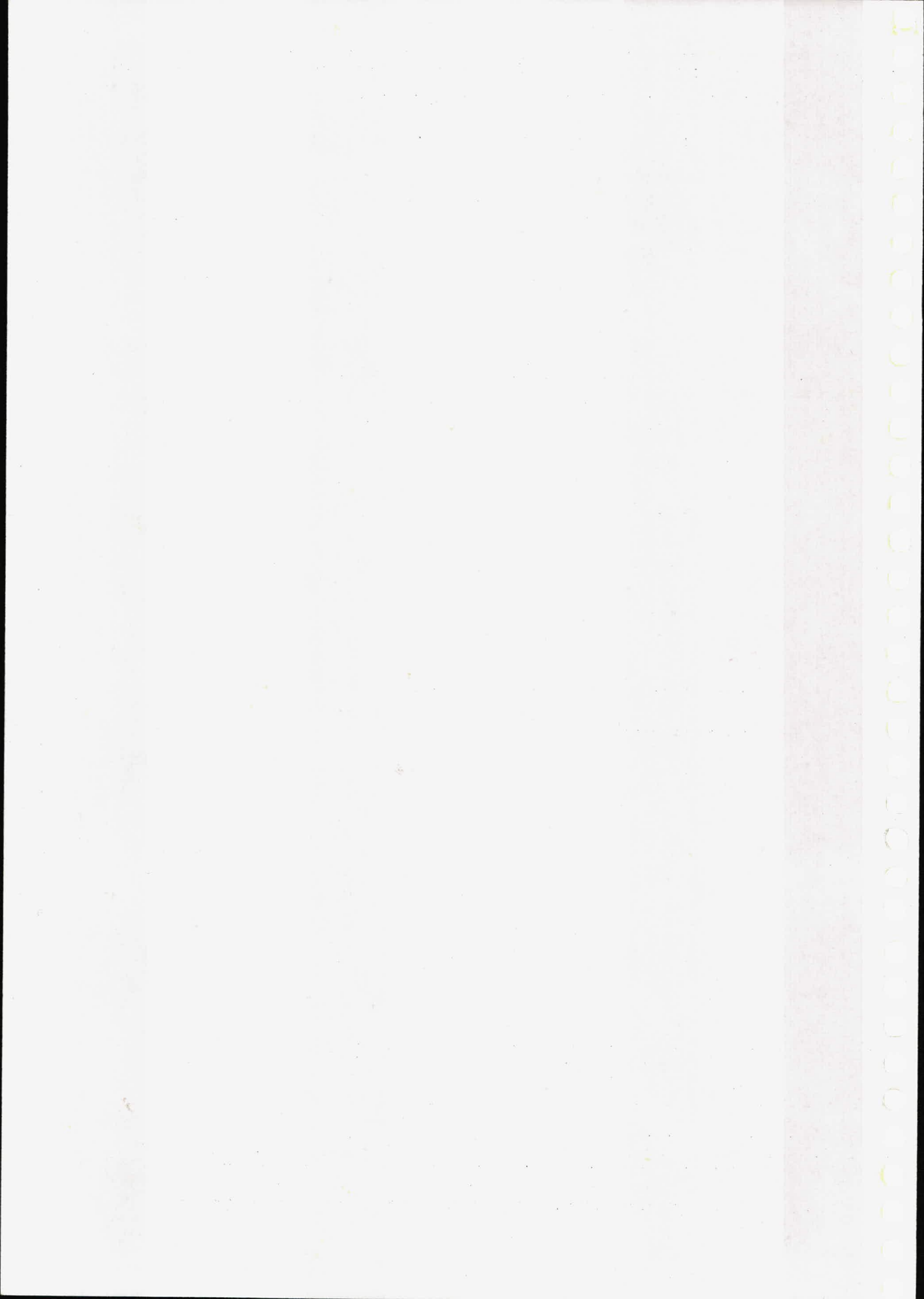
	करें, टैंक को पूरी तरह से साफ पानी भरें, ढक्कन को बंद करें और 24 घण्टें तक छोड़ दें। अगर टंकी को तत्काल उपयोग करने की आवश्यकता है, तो टैंक में क्लोरीन की मात्रा दोगुनी की जाती है। जिससे कीटाणुषोधन के समय को 24 से 8 घंटे तक कम कर सकते हैं।		
2.4	पानी में फ्री क्लोरीन की मात्रा का परीक्षण— हॉस्पिटल को 0.2 पीपीएम पर फ्री क्लोरीन की उपस्थिति के लिये परीक्षण करने की आवश्यकता है।	सीएमएस / प्रतिनियुक्ति अधिकारी / अस्पताल प्रबंधक	

3. संदर्भ रिकॉर्ड:

पानी की टंकी की सफाई का रजिस्टर।

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।





स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

सामान्य प्रशासन विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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)

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

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

चिकित्सालय का नाम :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी 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 भाषा 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।
- 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) मिशन
ख) विजन

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

- 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 मूल्यों का कन

मूल्यों का कन मौलिक विश्वास 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 तकनीकी द्वारा उत्कृष्ट 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 क्रियान्वयन एवं प्रक्रियाओं की विश्वसनीयता।
- बुनियादी ढांचे, क्रियान्वयन एवं प्रक्रियाओं में सुरक्षा को शीर्ष 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।
- चिकित्सालय में प्रोफेशनल बढ़त एवं विकास को सुविधापूर्ण बनाना।
- चिकित्सालय में आने वाले मरीजों एवं तीमारदारों को कद, जातीयता, धर्म, पंथ या लिंग के आधार भेदभाव न करना।
- इकाई में सभी का सम्मान करना और वेसा व्यवहार करना जैसा आप स्वयं के लिए चाहते हैं।

गुणवत्ता के उद्देश्य

- इकाई में सेवा प्रदान करने में गुणवत्ता को प्राथमिकता देना।
- सर्वोत्तम अभ्यास की प्राप्ति हेतु प्रोत्साहित करना।

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

- रोगी केन्द्रित कार्यप्रणाली सेवाओं को बढ़ावा देना।
- मरीजों, तीमारदारों एवं कर्मचारियों की सुरक्षा को सुनिश्चित करना।
- स्वास्थ्य इन्डिकेटर के सुधार की दिशा में निरन्तर कार्य करना।
- रोगियों के उनके स्वास्थ्य देखभाल, संरक्षण एवं इलाज के लिए समस्त प्रयास करना।

इकाई में निम्नलिखित को प्रदर्शित किया जाना —

- इकाई द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं
- इकाई द्वारा प्रदान न की जाने वाली

सुविधाएं

- वरिष्ठ नागरिकों हेतु सेवाएं
- मानक उपयोगकर्ता शुल्क
- चिकित्सा इकाई का प्रशासन नैतिक रूप से कार्य करने का मार्गदर्शन करता है।
- आउटसोर्स द्वारा चिकित्सालय में 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।

कार्यप्रणाली—

कम सं.	गतिविधि	जिम्मेदारी / कार्यदायित्व	सन्दर्भ / 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।	एस.आई.सी/सी.एम.एस/एम.एस/एम.ओ.आई.सी	

विधान एवं विनियमन आवश्यकताओं का अनुपालन:—

2.1	चिकित्सालय का प्रबंधन निम्नलिखित गतिविधियों का संचालन करता है— ➤ कानूनी पृष्ठभूमि के अनुसार इकाई की सभी वैधानिक आवश्यकताओं को पूरा करना। ➤ सुरक्षा की दृष्टि से आवश्यक कार्य एवं लाइसेंस संरक्षित करना। ➤ इकाई में आम जनता के उत्पीड़न के निवारण हेतु समान तरीके को अपनाना। हेल्प-डेस्क के कार्यों की समीक्षा करना। ➤ कानूनी गतिविधियों में संशोधन/परिवर्तन करना एवं कानून के अनुसार अद्यतन करना। लाइसेंसों के नवीनीकरण के लिए समयानुसार प्रयास करना एवं आवश्यकतानुसार पंजीकरण कर प्रमाण पत्र प्राप्त करना।	एस.आई.सी/सी.एम.एस/एम.एस/एम.ओ.आई.सी/एच.क्यू.एम
2.2	इकाई वैधानिक आवश्यकताओं के अनुसार निम्नलिखित सांविधिक द्वारा शासित है—	

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

1. लाइसेंस— क) बिल्डिंग परमिट (नगर पालिका से) ख) मुख्य अग्निशमन अधिकारी द्वारा प्रदानित अनापत्ति प्रमाण पत्र ग) इकाई में जैव अपशिष्ट की निगरानी हेतु जिला प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड से अधिकृत प्रमाण पत्र प्राप्त करना। घ) ए.ई.आर.बी से एक्स-रूम के लेआउट हेतु अनुमोदन प्राप्त करना। ड.) चिकित्सालय में प्रयोग हेतु स्प्रिट के लिए एक्साइज परमिट कराना। च) वाहन पंजीकरण प्रमाण पत्र। छ) बल्ड बैंक हेतु लाइसेंस। ज) एम.टी.पी हेतु अथराइजेशन। 2. अधिनियम— ➤ नारकोटिक्स और साइकोट्रोपिक पदार्थ अधिनियम ➤ वायु (प्रदूषण की रोकथाम और नियंत्रण) अधिनियम 1981। ➤ बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमेंट हैंडलिंग रूल्स 2016। ➤ बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमेंट हैंडलिंग रूल्स 2016 में संशोधन 2018।	
● उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986। ● डेंटिस्ट नियम, 1976। ● ड्रग्स एंड कॉस्मेटिक्स एक्ट, 1940। ● कर्मचारी भविष्य निधि अधिनियम, 1952। ● समान पारिश्रमिक अधिनियम, 1976। ● घातक दुर्घटना अधिनियम, 1955। ● भारतीय मेंटल हेल्थ अधिनियम, 1912 ● भारतीय चिकित्सा परिषद अधिनियम और चिकित्सा आचार संहिता, 1956। ● भारतीय नर्सिंग परिषद अधिनियम, 1947। ● भारतीय दंड संहिता, 1860। ● भारतीय ट्रेड यूनियन अधिनियम, 1926। ● मातृत्व लाभ अधिनियम, 1961।	

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

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

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

	• एमटीपी अधिनियम, 1971। • न्यूनतम मजदूरी अधिनियम, 1948। • नेशनल बिल्डिंग कोड। • मजदूरी अधिनियम, 1936 का भुगतान। • विकलांगता अधिनियम, 1995। • फार्मसी अधिनियम, 1948। • पीएनडीटी अधिनियम, 1996। • मानव अधिकारों का संरक्षण अधिनियम, 1993। • बार्क एक्ट। • जन्म और मृत्यु का पंजीकरण अधिनियम, 1969। • कर की कटौतीमें अधिनियम। • भारत का संविधान। • मानव अंगों का प्रत्यारोपण अधिनियम, 1994।	
	अधिनियमों और लाइसेंसों का कस्टोडियन:	
	सभी अभिलेखों को अस्पताल के मुख्य चिकित्सा अधीक्षककी निगरानी में रखा जाएगा।	
	मुख्यचिकित्सा 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 विभागके प्रभारी क्लर्क की निगरानी में संग्रहीत किया जाता है।	
2.3	चिकित्सालय के सभी विभागों द्वारा कानूनी आवश्यकताओं 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 निर्दिष्ट किया गया है, जिनकी जिम्मेदारी गुणवत्ता हेतु क्रियाकलापों एवं इकाई के प्रबंधन की है।	एस.आई.सी./सी. एम.एस./एम. एस./एम.ओ.
		ऑफिस आदेश 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। सीएम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

	आई.सी	
चिकित्सालय के कर्मचारियों के परिचय के समय इकाई के प्रबंधन द्वारा उनके जिम्मेदारी व अधिकारों को परिभाषित किया गया है।		एस.आई.सी/सी.एम.एस/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 शिविरों को आयोजित किया जाता है एवं आउटरीच कार्यक्रमों में भाग लिया जाता है।		एस.आई.सी/सी.एम.एस/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। एडमिशन स्टाफ द्वारा किसी भी तरह का संदेह होने पर प्रसाशनिक चिकित्सक या संबंधित परामर्शदाता/डॉक्टर के साथ चेक करता है।		एस.आई.सी/सी.एम.एस/एम.एस/एम.ओ.आई.सी/एच.क्यू.एम/एच.ओ.डी
संगठन पूरे चिकित्सालय या किसी विशिष्ट विभाग की मान्यता पूरे ईमानदारी से संबद्धता प्रदान करता है।		एस.आई.सी/सी.एम.एस/एम.एस/एम.ओ.आई.सी

परिभाषित अंतराल पर ऑडिट की कार्यप्रणाली

गुणवत्ता प्रणालियों का अनुपालन एवं प्रभावशीलता के मूल्यांकन हेतु ऑडिट योजना के अनुसार आंतरिक लेखा प्रणाली का परीक्षण किया जाता है। क्वालिटी नोडल अधिकारी/हॉस्पिटल क्वालिटी मैनेजर एवं क्वालिटी एश्योरेंस 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.एस/एम.ओ.आई.सी के समक्ष रखा जाता है। जिसे समयानुसार सुधारात्मक कार्यवाही करके विसंगतियों को दूर किया जाता है सुधारात्मक क्रियान्वयन और प्रभावशीलता एवं प्रलेखित प्रक्रिया के अनुसार रिकार्डों के सत्यापन के फालोअप ऑडिट किया जाता है।
इस प्रणाली में चिकित्सा स्टाफ शामिल रहता है— • ऑडिट किये जाने वाले मापदंडों को चिकित्सालय द्वारा परिभाषित किया जाता है। • मरीजों एवं चिकित्सकों द्वारा गोपनीयता बनाये रखी जाती है। • सभी ऑडिट प्रलेखित हैं। • उपचारात्मक उपायों को लागू किया जाता है।
• क्लिनिकल ऑडिट देखभाल एक प्रोफेशनल 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 प्रशासन शामिल है। यह रोगी की देखभाल, प्रशासनिक गतिविधियों एवं आधुनिक चिकित्सा अभ्यासों में सहायता करता है। • लेखा परिक्षकों द्वारा इकाई मापदंडों को ऑडिट करने के लिए परिभाषित 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। • मेडिकल ऑडिट/प्रबंधन समीक्षा बैठक में उपचारात्मक उपायों के संबंध में चर्चा एवं निर्णय लिये

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

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

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

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 आदर्श दस्तावेजों के साथ-साथ चित्र, सॉफ्टवेयर और विनिर्देशों, निर्देश और नियमावली अस्पताल प्रबंधन की प्रणाली/हिस्सा है।

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

इकाई में मशीनों एवं उपकरणों के विवरण एवं उनकी प्रक्रियाओं सम्बंधी क्रियाओं को सुदृढ़ रखा जाता है। दस्तावेजों को उनकी आवश्यकतानुसार पेपर या इलेक्ट्रॉनिकली मेनटेन किया जाता है।

दस्तावेजों का आइडेंटिफिकेशन एवं निम्नलिखित त्रिस्तरीय स्थापना-

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

क्वालिटी टीम आश्वासन 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 प्वाइंट्स, 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 विशिष्ट 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

दस्तावेजों का परिवर्तन

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

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

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

प्रबंधन प्रणालियों के दस्तावेजों का रिवीजन उनके मूल लेखक द्वारा आवश्यकतानुसार 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।

विशेष परिस्थितियों के अतिरिक्त किसी भी दस्तावेजों में हस्तलिखित परिवर्तन नहीं किया जायेगा। इस परिवर्तन को चिह्नित, दिनांकित, मार्क, एच.ओ.डी द्वारा किया जायेगा। संशोधन को तीन नोटिस में लाया जायेगा चिकित्सा अधीक्षक क्वालिटी एश्योरेंस अधिकारी द्वारा उसी परिवर्तन को 7 दिन में फिर से जारी किया जाता है।

दस्तावेजों को वर्तमान में हार्ड एवं साफ्ट 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 प्रशासन सार्वजनिक हेतु मिशन, विजन, क्वालिटी पॉलिसी, क्वालिटी उद्देश्य को बनाता है।

- इकाई के प्रमुख स्थानों पर प्रदर्शित अपने मिशन के आधार एक नीति विवरण है।
- चिकित्सालय द्वारा नैतिक प्रबंधन को भारतीय चिकित्सा परिषद के दिशानिर्देशों के अनुसार 2002 में प्रकाशित 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 आश्वासित 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 शामिल करता है—

- पर्यावरण जोखिम
- क्लीनिकल जोखिम
- शिकायत एवं शिकायत से निपटने (मरीजों एवं कर्मचारियों के लिए)
- जोखिम प्रबंधन से सम्बंधित सभी अनिवार्य प्रशिक्षण

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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 डाक्यूमेंटेशन 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 :—

- ड्रग दोष एवं क्लीनिकल घटना
- गलत रिपोर्टिंग
- मानक प्रक्रिया का अनुपालन न करना
- अप्रत्याशित मृत्यु

उद्देश्य

- चिकित्सालय/सी.एच.सी/पी.एच.सी के डेटा का विश्लेषण 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 प्रतिष्ठा 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 स्पष्टीकरण 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 परिभाषित गंभीर घटनाओं के पॉलिसी के अनुसार घटना की जांच के लिए व्यवस्थित दृष्टिकोण नीति एवं मार्गदर्शन जैसा सेट-आउट किया गया है।
- चिकित्सालय में जांच सम्बंधी निष्कर्षों 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। सीएम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

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

- 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।
- आवश्यकतानुसार स्पष्ट 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 दुष्प्रभावों को संज्ञान में लाते हैं।
- इकाई एक निष्पक्ष, दोषरहित संस्कृति एवं आवश्यकताओं का समर्थन करती है। अन्यायपूर्ण व्यक्तियों की निष्पक्ष जांच कर सभी घटनाओं की दोषरहित जांच रिपोर्ट एच.ओ.डी या अन्य किसी व्यक्ति जो जिम्मेदार हो द्वारा प्राप्त की जाती है।

सम्बंधित के विरुद्ध अनुशासनात्मक कार्यवाही की जा सकती है यदि :-

- नुकसान पहुंचाने के इरादे से जिससे वह भली भांति जानती थी/जानता था (जानबूझकर पोटेथियम का इंजेक्शन 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 कौशल के अनुरूप कार्य के निष्पादन में लापरवाही बरतना।
- आपराधिक कार्य करने या अवैध तरीके से परिस्थितियों को अंजाम देना या पुलिस की जांच, अभियोग वादित हो।

सुरक्षा

स्टाफ, रोगी और अन्य उपयोगकर्ताओं की सुरक्षा बनाए रखने के लिए हिंसा और आक्रामकता, 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।

प्रयोगशाला सुरक्षा—

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

रेडियोलॉजी सुरक्षा

रेडियोलॉजी विभाग और सुरक्षा के साथ जोखिम की घटनाओं को रोकने 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 प्रशिक्षित किया जाता है जिससे कि वह 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। सीएम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

चिकित्सालय का नाम :	स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
जनरल विभाग	एस.ओ.पी./एन.व्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी 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 अनुशासनिक

चिकित्सालय के स्टाफ द्वारा परिचय एवं वार्षिक प्रशिक्षण लेने की आवश्यकता 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 आवश्यकता 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 (प्रकाश, धूल, गैस, स्प्रे, शोर)।
- खतरनाक सामग्री (ज्वलनशील एवं कॉस्टिक)
- उपकरण (बायोमेडिकल उपकरण आदि)
- विद्युत उपकरण (स्विच, ब्रेकर, फ्यूज, आउटलेट, कनेक्शन)।
- हैण्ड टूल्स
- व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (सुरक्षा चश्मा, वेंटिलेटर, विकिरण सुरक्षा एप्रन आदि)
- व्यक्तिगत सेवा/प्राथमिक चिकित्सा आपूर्ति (मेडिकल चेकअप)
- अग्नि सुरक्षा उपकरण (अलार्म एवं बुझाने)
- वॉकवे/रोडवेज (फुटपाथ, रोडवेज)
- परिवहन उपकरण (एम्बुलेंस, लिफ्टस)
- कंटेनर (खतरनाक अपशिष्ट बैग)
- स्ट्रक्चरल ओपनिंग (खिड़कियां, दरवाजे, सीढ़ी)
- इमारतें/संरचनाएं (फर्श, 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 शामिल 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 शामिल किया गया है। कोई नुकसान होने की घटना को रिपोर्ट किया जाता है जैसा कि प्रहरी घटनाएं। उससे सम्बंधित विश्लेषण कर उचित एवं निवारक कार्यवाही को कर लिया जाये। प्रतिकूल दवाओं की घटनाओं को इस श्रेणी में शामिल नहीं किया गया है जिसे पृथक से शामिल किया जाता है।

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

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

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

प्रहरी घटनाएं— स्वास्थ्य देखभाल में रोगी के बीमारी से अलग कोई भी अप्रत्याशित घटना मौत, गंभीर शारिरिक या मनोवैज्ञानिक रूप से विक्षिप्त 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 प्रभावशीलता की पुष्टि।				
चिकित्सालय के प्रत्येक विभाग द्वारा क्वालिटी एश्योरेंस 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 आवश्यक 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 आवश्यकता के आधार पर सुधारात्मक कार्यवाही रोगी की देखभाल एवं आवश्यक 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 एश्योरेंस कार्यक्रम। सुधार प्रक्रिया के लिए चिकित्सालय के सभी हितधारकों को सूचित किया जाता है।				
क्वालिटी जागरूकता एवं प्रशिक्षण योजना के लिए निम्नलिखित पहलुओं को लागू किया जायेगा।				
क्वालिटी टूल का प्रशिक्षण कर्मचारी के सभी पहलुओं के विकास के लिए आयोजित किया जाता है।				
चिकित्सालय के सभी कर्मचारी बेसिक लाइफ सपोर्ट के लिए प्रशिक्षित किए जाते हैं।				
चिकित्सालय के सभी चिकित्सक एडवांस कार्डियक लाइफ सपोर्ट के लिए प्रशिक्षित हों।				
सभी नर्सिंग स्टाफ को आवश्यकतानुसार प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है।				
कर्मचारियों के प्रशिक्षण की आवश्यकताओं की पहचान, स्थापना और सक्षमता सुनिश्चित करने के लिए समीक्षा की जाती है।				
नवनियुक्त चिकित्सक एवं नर्सों को आवश्यकतानुसार प्रशिक्षण प्रदान किया जाता है।				
सामान्य प्रशिक्षण कार्यक्रम एवं उसके रिकार्ड की जिम्मेदारी प्रशासनिक विभाग के साथ एच.ओ.डी या विशिष्ट स्तर से कार्मिक की है।				
इकाई प्रशिक्षण के महत्व को समझती है एवं कर्मचारी की प्रेरणा, कौशल विकास, गतिविधियों में				
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0

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

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

	वृद्धि, सकारात्मकता एवं प्रशिक्षण के विकास को उत्पन्न करती है, प्रशिक्षण एवं विकास गतिविधियाँ समग्र मानव संसाधन प्रबंधन गतिविधि का हिस्सा है।			
	कर्मचारी के प्रशिक्षण की आवश्यकता की पहचान (योग्यता/कौशल/अनुभव आदि) किसी एक निम्न बिन्दु के आधार पर की जाती है—			
	• नई नियुक्ति पर नये कर्मचारी • तकनीकी में परिवर्तन • सुविधा द्वारा क्षमता का आकलन			
	प्रबंधन सुनिश्चित करता है संगठन के प्रभावी एवं कुशल संचालन के आवश्यकत क्षमता उपलब्ध है। शिक्षा, अनुभव, कौशल के आधार पर कर्मियों का आकलन कर प्रशिक्षण का कार्य किया जाता है।			
	कर्मचारियों को उनके रोजगार के अनुसार आवश्यकत प्रमाण पत्र, लाइसेंस (जब आवश्यक हो) इन-सर्विस प्रमाणपत्र एवं जो डेटा का समर्थन करता है आदि सभी है।			
	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 भाषा का ज्ञान एवं संचार माध्यम है।			
	1 कर्मचारी की योग्यता का मूल्यांकन उनके ट्रैक रिकार्ड, पिछले प्रशिक्षण के विवरण एवं मूल्यांकन प्रपत्र के आधार पर किया जाता है।			
	प्रतियोगिता का आकलन 1-10 भारांक पैमाने पर किया जायेगा। वस्तुनिष्ठ 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 लेकिन दूसरों का मार्गदर्शन नहीं कर सकते।			
	8-9 इंगित करता है— ज्ञान है स्वतंत्र रूप से कर सकते 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।			
	अगर			
	भारित अंतर 6 से अधिक है प्रशिक्षण की अत्यधिक सिफारिश करता है।			
	अगर			
	भारित अंतर 3 से 6 है प्रशिक्षण की सिफारिश करता है।			
	अगर			
	भारित अंतर 2 से 3 है प्रशिक्षण की की आवश्यकता है परन्तु तत्कालिक नहीं है।			
	अगर			
	भारित अंतर 1 है प्रशिक्षण की अत्यधिक सिफारिश करता है।			
	प्रशिक्षण मोड			
	प्रशिक्षण मोड या कार्ययोजना निम्न में से कोई एक शामिल है—			
	• क्लास रूम प्रशिक्षण • सुविधा युक्त प्रशिक्षण वीडियो			
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या— 1.0

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

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

	- औपचारिक उल्लेख कार्यक्रम - निर्देशित स्व अध्ययन - बाहरी प्रशिक्षण कार्यक्रम(सरकार प्रायोजित) प्रोफेशनल सेमिनार, आदि		
	3 प्रशिक्षण के संसाधन का प्रावधान— इकाई के प्रशासनिक विभाग द्वारा प्राप्त संसाधन और धन उपलब्ध कराया जाता है। 1. प्रशिक्षण कार्यक्रम को लागू करने हेतु जिम्मेदार व्यक्ति का नाम 2. प्रशिक्षण कार्यक्रम हेतु उपकरण 3. प्रशिक्षण आयोजित करने हेतु सुविधाएं 4. प्रशिक्षण रिकार्ड बनाए रखना।		
	नामित कर्मचारियों द्वारा प्रतिभाग करने पर उनके भत्ते का प्रावधान		
	4 प्रशिक्षण कैलेण्डर— प्रशिक्षण कार्यक्रम प्रशासनिक इकाई के विभाग द्वारा नियोजित होने वाले इसके दायरे में आने वाले विभिन्न वर्ग के कर्मचारियों के लिए किया जाता है।		
	प्रशिक्षण कैलेण्डर (मासिक कार्ययोजना) मासिक आधार पर तैयार किये निर्धारित कार्ययोजना को दर्शाता है चिकित्सालय द्वारा निर्धारित प्रशिक्षण 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 प्रशिक्षण की आवश्यकता का आंकलन इकाई के प्रशासनिक विभाग द्वारा या विभागीय प्रमुख द्वारा कर्मचारी द्वारा प्रशिक्षण की आवश्यकता क्षमता मैट्रिक्स और प्रदर्शन मूल्यांकन की रिपोर्ट को दर्शाता है। तकनीकी में परिवर्तन, प्रौद्योगिकी परिवर्तन, नई मशीन के आने पर या अन्य अनुसूची में शामिल होने पर कर्मचारी के प्रशिक्षण को प्रभावपूर्ण ढंग एवं निपुणता के साथ प्रशिक्षण को नियोजित किया जाता है।		
	प्रशिक्षण की आवश्यकता तब भी होती है जब कोई कर्मचारी अतिरिक्त मान, पदोन्नति या जिम्मेदारी लेता है उसके नई जिम्मेदारियों के बेहतर काम के लिए प्रशिक्षण की आवश्यकता होती है।		
	6 प्रशिक्षण रिकार्ड 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 प्रत्येक व्यक्तिगत कर्मचारी और प्रशिक्षक के हस्ताक्षर के साथ कर्मचारी द्वारा भाग लिया जाता है।		
	बाहरी प्रशिक्षण यानी बाहरी प्रशिक्षण में कर्मचारी उपस्थित थे बाहरी प्रशिक्षण में इकाई का वातावरण रिकॉर्ड भी दर्ज किया जाता है कर्मचारियों को बाहरी एजेंसी द्वारा प्रमाणपत्र प्रदान किये गये एक प्रति प्रस्तुत करनी होती है कर्मचारी की व्यक्तिगत फाइल में रिकॉर्ड रखा जाता है।		
	सभी कर्मियों की फाइल में प्रशिक्षण का संक्षिप्त रूप होता है।		
	7. प्रशिक्षण प्रभावशीलता का मूल्यांकन: प्रशिक्षण की प्रभावशीलता को मापने ,उपयोगिता सुनिश्चित करने के लिए कर्मचारी द्वारा भाग लिया		

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

	गया एक बहुत ही महत्वपूर्ण कार्य है प्रशिक्षण और ज्ञान की डिग्री के लिए।		
	शिक्षण प्रभावशीलता का मूल्यांकन एक 360° प्रक्रिया है, जिसमें प्रशिक्षु प्रशिक्षक (रेफरी 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		
	8. रिकॉर्ड 1. प्रशिक्षण कैलेंडर 2. प्रशिक्षण रिकॉर्ड (आंतरिक और बाहरी) 3. प्रशिक्षण प्रतिक्रिया प्रपत्र रिकॉर्ड 4. प्रशिक्षण मूल्यांकन रिकॉर्ड		
	9 प्रशिक्षण रिकॉर्ड फॉर्म प्रशिक्षण रिकॉर्ड फॉर्म प्रत्येक कार्मिक के फाइल में संलग्न है जो कर्मचारियों द्वारा किए गए प्रशिक्षण का एक त्वरित दृश्य प्रदान करता है।		
	मासिक समीक्षा बैठक की प्रक्रिया		
	चिकित्सा इकाई की क्वालिटी टीम, संक्रमण नियंत्रण की मासिक आधार पर समिति की बैठकें प्रदर्शन मापने और अन्य के लिए रखती है 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	FACILITY MAINTENANCE PLAN:	इकाई के योजनाओं का रखरखाव:	
	Organization has and its procedures for operational maintenance (preventive breakdown) 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/ इलेक्ट्रीशियन/ आउटसोर्स हेल्पर

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

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

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

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 safety installations, early warning installations, provision of safe and adequate water etc.	निवारक रखरखाव कार्यक्रम विकसित किए जाते हैं और यह है अनुसूची के अनुसार किया जाता है और यह एक सतत प्रक्रिया है। इसमें भवन, बिजली के उपकरण इलेक्ट्रॉनिक शामिल हैं। आग सुरक्षा, प्रारंभिक चेतावनी, सुरक्षित और पर्याप्त पानी आदि का प्रावधान शामिल हैं।	
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 शिकायत 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 फ़ोल्डर 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 इससे समय पर मदद भी मिलती है।		
1.2	इकाई की सुविधाओं / उपकरणों की एक व्यापक सूची यूनैटी वार) -बनाना। जो कि विवरण के साथ उपलब्ध हो - उनकी पहचान - स्थान - आपॉरेशन की सीमा एवं रख-रखाव व आशंकन की आवश्यकता	

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

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

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

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		
3.1	किसी उपकरण या उपकरण के टूटने की सूचना दी जाती है। अनुरक्षण प्रभारी इस तरह की मरम्मत के लिए ब्रेकडाउन रिपेयर फॉर्म पर मांग भेजा जाता है। संबंधित तकनीशियन लॉग इन करता है ब्रेकडाउन के प्रारूप के आधार पर रखरखाव की आवश्यकता के अनुसार मरम्मत करता है।		

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।

डिवाइस/उपकरण की क्षमता
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	ऐसे उपकरण जिन्हें बाहरी स्थान पर कैलिब्रेट किया जाना है। एकत्र	Concerned Engineer/	

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

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

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

	calibrated at an outside location are collected and sent to the identified calibration agency.	किया गया और पहचान की अंशांकन हेतु एजेंसी को भेजा जाये।	Technician	
4.5	The following is checked when calibration is done - • Physical condition of instrument / test equipment • Calibration report verification • Calibration certificate to be obtained from calibration agency and after verification marked as O.K. / Not O.K. • Sticking of calibration sticker	जब कैलिब्रेशन किया जाता है तो निम्नलिखित की जाँच की जाती है - • साधन / परीक्षण उपकरण की भौतिक स्थिति • अंशांकन रिपोर्ट सत्यापन • अंशांकन प्रमाण पत्र अंशांकन एजेंसी से प्राप्त किया जाना है और सत्यापन के बाद ओ.के. है या नहीं है। • अंशांकन स्टीकर का चिपकना	Concerned Engineer/ 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	यदि किसी उपकरण में त्रुटि है - इस उपकरण की जाँच से पहले	Concerned Engineer/	

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

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

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

	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 its re-calibration.	सामग्री की जांच की जाती है। इस लॉट की पुनः अन्य उपकरण जो क्रम में हैं/या उनका री-कैलीब्रेशन हुआ है, जांच की जाती है	Technician	
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	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	

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

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

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

	storesor from another user department who shares the equipment withthis department until their own equipment is repaired/restored			
5.6	An updated list of equipment renting agencies, other sources thatcan loan equipment along with the contact numbers is maintained with rate list for rentals etc.	उपकरण किराए पर लेने वाली एजेंसियों की एक अद्यतन सूची, किराये आदि की दर सूची के साथ अन्य स्रोत जिनके द्वारा उपकरण बनाए रखा जा सकता है उनका संपर्क नंबर।	Concerned Engineer/ Technician	
उपकरण किराए पर या उधार लेकर प्रतिस्थापन किया जाता हैविक्रेता / 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	टेक्नीशियन
उन उपकरणों की पहचान करना जिनका निस्तारण किया जाना है।	कंडमनेशन
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।	

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

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

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

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	DGHS LEVEL
8.3	Selection of vendors	विक्रेता का चयन करना	DGHS LEVEL
8.4	Calling for BIDS & finalization of BIDS	BIDS और BIDS को अंतिम रूप देने के लिए कॉल करना	DGHS LEVEL
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

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

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

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

9	Updating/ Upgrading of equipment		
9.1	Generation of demand	मांग का सृजन	User department & SIC/ CMS/MS of hospital asthestrategic requirementthe 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	Inventorying Equipment	इन्वेंटरी उपकरण	
10.1	Unpacking of new equipment/ rented equipment/ supplied equipment	नए उपकरण / किराए पर उपकरण / आपूर्ति की पैकिंग उपकरण	Storein-chargeInthepresenceof Representativefrompurchasecommittee/ user department
10.2	Physical inspection for any damages, breakage, missing components	किसी भी प्रकार के टूटे हुये एवं लापता उपकरणों का भौतिक निरीक्षण	Storein-chargeinthepresenceof Representativefrompurchasecommittee/ 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, पुर्जों, केबल आदि।	Storein-chargeinthepresenceof Representativefrompurchasecommittee/ user department
10.4	Checking for functioning of equipment	उपकरणों के कामकाज के लिए जाँच करना	Storein-chargeinthepresenceof Representativefrompurchasecommittee/ user department

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

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

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

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 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	आवश्यकताओं के अनुसार एक विशिष्ट इन्वेन्ट्री नंबर तैयार करते हुये सभी उपकरणों को लेवल लगाकर रखना।	Store in-charge
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

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

10.1 0	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	Records Generation	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 vendors and service centers, agents etc. Condemnation and disposal records	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 संपर्क जानकारी केंद्र, एजेंट आदि। निंदा और निपटान रिकॉर्ड	
	Incident		

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

Reporting and Risk Management		
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. 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. Risk Terminologies: Adverse Healthcare Events: A clinical event that results in unintended harm to the patient by an act of commission or omission rather	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। 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	
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम
		जारी करने की तिथि
		संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

an underlying disease or the condition of patient resulting in physical or physiological injury to the patient. Adverse Health and safety events: These are defined as non-clinical events or omissions that cause physical or psychological injury to any person on the premises, such as verbal and/or physical abuse, theft, sharps injuries, falls etc. Other Adverse events: 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. Near Misses: 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	कार्रवाई की जाए ताकि सुरक्षा और सुरक्षा सुनिश्चित करने में मदद मिल सके। जोखिम शब्दावली: प्रतिकूल हेल्थकेयर इवेंट्स: 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 रोगी को शारीरिक या शारीरिक चोट लगती है। 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,	
---	---	--

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

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

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

Medication Error: Medication error is a part of Adverse Healthcare event. Any Preventable event 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. Adverse Drug Reaction: Adverse Drug Reaction is a part of Adverse Healthcare event. An Adverse drug reaction is any noxious, unintended, undesirable, or unexpected response to a drug that occurs at doses used in human for prophylaxis, diagnosis or therapy, excluding therapeutic failure. Act of commission: e.g. Prescribing a medication that has a potentially fatal interaction with another drug the patient is taking. Act of Omission: e.g. Failing to prescribe a medication from which the patient would likely have benefited. Guide on the completion of the Incident Report Form Section 1: Date of Accident /	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 प्रिसक्रिप्शन आदेशों में अंतराल, लेबलिंग, पैकेजिंग, और नामकरण, वितरण या प्रशासन के कारण हो सकती है। प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया: प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया हेल्थ केयर घटनाओं का एक हिस्सा है। एक प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया किसी भी विषाक्त, अनपेक्षित, अवांछनीय, या एक दवा के लिये अप्रत्याशित प्रतिक्रिया है जो रोग निरोधी विफलता को छोड़कर प्रोफिलैक्सेस, निदान या चिकित्सा के लिए मानव में उपयोग किये जाने वाली खुराक पर होती है। आयोग का कार्य: ऐसी दवा का वर्णन करना जो किसी अन्य दवा के साथ लेने पर घातक हो सकती है जिसे रोगी ले रहा है। विफलता का कार्य: एक ऐसी दवा को निर्धारित करने में विफल होना जिससे रोगी को लाभ होगा। घटना होने पर हादसा रिपोर्ट फार्म भरने का तरीका: <u>अनुभाग 1: हादसे/घटना की तारीख</u> घटना की दिनांक, समय तथा स्थान नोट करें—कृपया महत्वपूर्ण तथ्य ही नोट करें। <u>अनुभाग 2: शामिल या प्रभावित व्यक्ति</u>		
--	---	--	--

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

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

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

Incident State date and time and location of incident, please record fact only. Section 2: Person involved / affected 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. Section 3: Type of Incident / Accident Some examples of type of incidents are detailed below to help you decide what type of incident it is. Clinical incident 1. Patient has or may have received sub-optimal care 2. Patient has sustained harm or injury due to care given or not given 3. An unexpected clinical outcome or complication has occurred such as a „Trigger event“ 4. Consent procedure not followed or evidence of failure to warn. 5. When a clinical procedure or guideline has not been followed with a significance	इस अनुभाग को तभी भरें जब व्यक्ति घटना में शामिल हो। यदि एक से अधिक व्यक्ति शामिल हों तो प्रत्येक व्यक्ति के लिये अलग-अलग हादसा रिपोर्ट फार्म भरना चाहिए। यदि कोई व्यक्ति शामिल नहीं है तो इस अनुभाग को छोड़ा जा सकता है। अनुभाग 3: घटना/दुर्घटना के प्रकार घटनाओं के प्रकार के कुछ उदाहरण नीचे दिए गए हैं ताकि आप यह तय कर सकें कि यह किस प्रकार की घटना है। क्लिनिकल घटनाएँ 1. रोगी के पास उप चिकित्सा देखभाल है या प्राप्त हो सकती है। 2. रोगी चोट से उबर गया जबकि देखभाल ठीक से हुयी / नहीं हुयी। 3. एक अप्रत्याशित चिकित्सकीय परिणाम या जटिलता हुयी जैसे कि ट्रिगर इवेंट। 4. नियत प्रक्रिया का पालन नहीं किया गया या चेतावनी देने में विफलता के सबूत . 5. जब रोगी के लिये एक महत्वपूर्ण परिणाम के साथ चिकित्सकीय प्रक्रिया या दिशानिर्देश का पालन नहीं किया गया है. 6. रोगी शौचालय जाते समय गिरता है और उपचार न मिलने पर भी स्वस्थ हो जाता है।
--	--

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

consequence for the patient. 6. Patient falls while going to the toilet unaided and sustains an injury. 7. Medication incidents prescribing & administration. Non clinical incidents 1. Damage or loss of property or equipment 2. Staff accidents or injuries while carrying out their duties 3. Security incidents such as theft, trespass, violence against the person 4. Fire incidents including false alarms 5. Verbal abuses from a visitor or patient directed toward staff. 6. Environmental damage e.g. atmospheric pollution, dangerous substances entering the drainage systems. 7. Staff may sustain a needle stick injury while preparing/administering patient IV's - this is a non-clinical incident with injury to the member of staff. Near Miss Incidents Any incident that did not happen due to discovery or chance must be reported as a 'near miss' incident.	7. चिकित्सकीय घटनाओं से संबंधित दिशानिर्देश एवं प्रशासन। गैर क्लीनिकल घटनायें 1. चिकित्सालय की सम्पत्ति या उपकरणों की क्षति। 2. कर्मचारी को अपने कार्य का निष्पादन करते हुए चोट लगती है। 3. सुरक्षा की घटनायें जैसे चोरी, या व्यक्ति के साथ हिंसा। 4. आगजनी की घटना के लिये गलती से अलार्म बज जाना। 5. कर्मचारियों के द्वारा मरीजों या तीमारदारों को अपशब्द कहा जाना। 6. पर्यावरणीय क्षति जैसे वातावरणीय प्रदूषण, नालियों में खतरनाक कण का प्रवेश कर जाना। 7. मरीजों के लिये दवा तैयार करते समय कर्मचारी को नीडिल स्टिक इन्जरी हो जाना एवं उसका ठीक हो जाना। नियर मिस कोई घटनायें जो खोज न होने के कारण घटी ही नहीं, नियर मिस इन्सीडेंट के रूप में जानी जाती है। किसी नियर मिस घटना की रिपोर्ट करना उतनी ही महत्वपूर्ण है जितनी कि किसी घटना की रिपोर्ट करना। उपयुक्त नैदानिक घटना के सामने टिक करें। औशधीय घटनायें ■ गलत दवा या खुराक (इसमें		
---	---	--	--

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

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

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

Reporting a near miss event is just as important as reporting an event that actually happened or caused harm. Tick the appropriate clinical or non-clinical near miss. Medication Incidents - The wrong drug or dosage, (This also includes any incident involving blood products and blood transfusion procedures.) - The wrong route of administration, - Equipment failure or incident e.g. infusion pump not working properly, - A patient receives another patient's drugs. - Doctor mis-prescribing, Pharmacist mis-dispensing or advising, Nurse or Doctor mal-administration. Verbal abuse & violence (Physical or verbal incidents directed at staff, a patient, or visitor) - A patient throws a cup of tea at another patient - Sustained patient or visitor swearing or shouting, or behaving inappropriately - Actual physical or unacceptable verbal	रक्त या रक्त आधान प्रक्रियाओं को शामिल हैं) - गलत दिशानिर्देश - उपकरणों में खराबी की घटना जैसे इन्फ्यूजन पंप ठीक से काम न करना। - एक रोगी किसी दूसरे की दवा प्राप्त कर ले। - चिकित्सक द्वारा गलत प्रिस्क्रीप्शन, फार्मसिस्ट द्वारा गलत वितरण या सलाह, नर्स या डाक्टर द्वारा गलत प्रशासन। मौखिक दुर्व्यवहार एवं हिंसा - कर्मचारी, रोगी या आगंतुक द्वारा शारीरिक या मौखिक घटनाएँ। - एक रोगी दूसरे रोगी पर कप फेंकता है। - रोगी या आगंतुक द्वारा चिल्लाया जाना या उचित व्यवहार न किया जाना। - रोगियों या आगंतुकों द्वारा कर्मचारियों पर शारीरिक या मौखिक हमला। उपकरणों का निष्प्रभावी/निष्प्रयोज्य होना - बेड हाइड्रोलिक्स काम नहीं कर रहा है। - मानीटरिंग इक्विपमेंट खराब है। - आक्सीजन पाइप टूटा हुआ है। - प्रक्रिया के कारण नैदानिक निस्तारण न हो पाना। सुरक्षा घटनाएँ चिकित्सा इकाई को नुकसान पहुँचाने में संबद्ध होना या सम्पत्ति चोरी होना या व्यक्तिगत तौर पर अनाधिकृत रूप से प्रवेश करने की कोशिश		
--	---	--	--

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

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

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

assaults on staff, by patients or visitors Equipment failure / misuse - Bed hydraulics not working, - Monitoring equipment is faulty - Oxygen pipe inlet broken. - Clinical disposable fails during a procedure Security incidents 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 Examples: - Suspicious person(s) hanging around - Unauthorized people inside the Facility Suspected theft, anything unusual noted, e.g. coded door breached Section 4: Details of Accident / Incident Provide as much detail as possible regarding the incident. State the facts only and the information that you know that are correct. Section 5: Action Taken (include first aid or treatment)	करना। उदाहरण: - आस-पास संदिग्ध व्यक्ति घूम रहा है। - अनाधिकृत व्यक्ति चिकित्सा इकाई के अंदर है। संदिग्ध पकड़े गए, कोई भी असमान्य घटना पकड़ में आई जैसे-कोडेड डोर ब्रीच अनुभाग 4: दुर्घटना / घटना का विवरण 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। अनुभाग 5: लिया गया एक्शन (प्राथमिक उपचार व चिकित्सा शामिल) घटना के तुरन्त बाद की गयी कार्यवाही के बारे में अधिक से अधिक जानकारी प्रदान करें। अनुभाग 6: नाम/पदनाम 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) अनुभाग 7: आगे की कार्यवाही यह अनुभाग जोखिम प्रबंधन का एक अतिमहत्वपूर्ण भाग है। यह भविष्य में इस प्रकार की घटनाओं को रोकने का एक मौका है। किये गए कार्यों, सीखे गए सबकों और जो किया गया		
--	---	--	--

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

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

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

Provide as much information around the actions that were taken immediately after the event. Section 6: Name /Position 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). Section 7: Subsequent Action 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. - Environment: a substance on the floor, isolated areas, poor lighting, lack of space, high unit activity - Equipment: equipment is inadequate, unavailable, and poorly designed, misused or inadequately decontaminated. - Knowledge base: Insufficient training,	उसका विवरण प्रदान करें। मदद के लिये कारणों की सूची निम्नलिखित है— पर्यावरण: फर्श पर एक पदार्थ, प्रथक क्षेत्र, खराब रोशनी, जगह की कमी, उच्च इकाई गतिविधि उपकरण: उपकरण अपर्याप्त है, अनुपलब्ध है, खराब डिजाइन किया गया, दुरुपयोग या अपर्याप्त। ज्ञान का आधार: अपर्याप्त प्रशिक्षण, गलतफहमी, निर्णय की त्रुटियाँ, अपर्याप्त तकनीक और अनुभवहीन कर्मचारी। मरीज: नशे में, असहयोगी, भ्रमित या हिंसक। मरीज की बीमारी के प्रभाव ने भी घटना में योगदान दिया हो सकता है। प्रक्रिया की समस्या: प्रोटोकाल का पालन नहीं किया जा रहा, अपर्याप्त तैयारी, लेबलिंग या गणना में त्रुटि, उपकरण ठीक से चेक नहीं किये गए। कर्मचारी: कर्मचारी कौशल मिश्रण, कर्मचारियों की संख्या, प्रक्रियाओं को पूरा करने में जल्दबाजी और विचलित, थके हुए या तनावग्रस्त कर्मचारी। कार्य अभ्यास: संचार विफलता, अपर्याप्त कर्मचारी, संपर्क करने में अक्षमता, अपठनीय दस्तावेज और पर्यवेक्षण की कमी।		
--	---	--	--

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

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

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

	misunderstandings, errors of judgement, inadequate technique and inexperienced staff - Patient: <u>Intoxicated, uncooperative, confused or violent</u>. The effects of their illness may also have contributed to the incident - Procedure Problem: Protocol not being followed, inadequate preparation, labelling or calculating errors and equipment not being checked or assessed - Staff: the staff skills mix, the number of staff, haste in carrying out procedures and distracted, fatigued or stressed staff. Work Practice: communication failure, insufficient staff, and inability to contact staff, illegible documentation and lack of supervision. 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.	घटना होने के बाद उसे जल्द से जल्द दर्ज करने के लिये घटना रिपोर्टिंग फार्म का प्रयोग किया जाता है। बाद में जाँच 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। आई आर फार्म को एक बार पूरा करने के बाद बदला नहीं जाता और कर्मचारियों को पूरी तरह से अवगत कराया जाता है कि मुकदमेंबाजी की स्थिति में आई आर फार्म का खुलासा किया जा सकता है। फार्म को पूरा करने वाला व्यक्ति यह पुष्टि करने के लिये हस्ताक्षर करता है कि उसने व्यक्तिगत रूप से रिकार्ड किया है और औपचारिक रूप से घटना की सूचना दी है। गुणवत्ता नोडल अधिकारी/चिकित्सालय गुणवत्ता प्रबंधक यह पुष्टि 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। 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 आवश्यक हो तो तथ्य बाद में भी एकत्रित किए जा सकते हैं।		
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

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

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

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. 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. 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. Retention of Records 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.	अभिलेखों का रखरखाव 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 वहाँ कानूनी सलाहकारों से सलाह ली जाएगी। घटना फार्मों को चिकित्सालय की गुणवत्ता प्रबंधन इकाई में रखे जाएंगे। जोखिम प्रबंधन इकाई वर्तमान परिस्थितियों एवं जरूरतों से संबंधित अन्य सभी महत्वपूर्ण दस्तावेजों को रखेगी।	
--	---	--

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

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

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

The incident forms are retained 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.			
Procedure in the event of Sexual harassment	यौन उत्पीड़न की घटना में प्रक्रिया		

a- The Recipient- 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.	अ) प्राप्तकर्ता— i. अगर पीड़ित यह महसूस करता है कि आरोपी द्वारा किया गया कृत्य मामूली है तथा उसे यह समझाया जाने पर कि उसके इस कृत्य से पीड़ित को परेशानी हो रही है ii. तो सम्भवतः वह इसे फिर कभी नहीं करेगा। ऐसी स्थिति में पीड़ित द्वारा आरोपी को उसके वर्तमान से होने वाली समस्याओं के बारे में समझाने का प्रयास करना चाहिए।			
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).	iii. पीड़ित को अपनी समस्या के सम्बन्ध में एक औपचारिक शिकायत कैश 'कमेटी अगेंस्टर सेक्सयुअल हैरेसमेंट' एन्टी सेक्सुअल हैरासमेन्ट कमेटी के किसी सदस्य के समक्ष करनी चाहिए यदि आरोपी द्वारा किया गया कृत्य गम्भीर प्रकृति का हो अथवा पूर्णतः अस्वीकार्य हो अथवा मना करने के बाद भी बार-बार किया जा रहा हो।			
b. Co-employees: If an Employee is approached by a friend	b. सहकर्मी/सह कर्मचारी यदि किसी कर्मचारी के पास उसका कोई मित्र या			

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

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

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

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:	सहकर्मी आता है जिसने किसी भी प्रकार से उसके विरुद्ध भेदभाव अथवा लैंगिक शोषण हो तब उस कर्मचारी द्वारा निम्नानुसार कार्यवाही की जानी चाहिए।			
• 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.	• यदि वह घटना/कृत्य छोटा है तब कर्मचारी को अनौपचारिक रूप से निराकरण हेतु प्रयास करना चाहिए जैसे कि शिकायतकर्ता को सीधे आरोपी से बात करने/मिलने में सहयोग एवं प्रोत्साहित करना।			
• If feasible, the approached Employee should identify the offensive behavior to the harasser and request that it stop.	• यदि सम्भव हो तो कर्मचारी को आरोपी के आपराधिक वर्ताव की पहचान कर आरोपी से इसे रोके जाने हेतु अनुरोध करना चाहिए।			
• 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.	• 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 शिकायत दर्ज कराने हेतु मार्गदर्शन एवं सहयोग करना चाहिए।			

• 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. • The approached Employee should take	• यदि पीड़ित वाह्य सेवी कर्मचारी है तब कर्मचारी को उस कर्मचारी के सुपरवाइजर से सम्पर्क करना चाहिए साथ ही उक्त प्रकरण के सदस्यों के संज्ञान में भी लायी जानी चाहिए। • कर्मचारी का यह उत्तर दायित्व होगा की वह सुनिश्चित करे की पीड़ित का लैंगिक शोषण रोका जा सके एवं इसमें किसी भी प्रकार का प्रतिशोध या बदले की भावना ना हो।			
---	---	--	--	--

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

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

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

	responsibility to see that sexual harassment is stopped and there is no reprisal.			
	Department Heads: If a Department Head observes or is approached about discrimination or sexual harassment, the Department Head has to take the following course of action:	विभागाध्यक्ष :- विभागाध्यक्ष उसके पास किसी के द्वारा भेदभाव अथवा सेक्सुअल हैरासमेन्ट की शिकायत आने पर निम्नानुसार कार्यवाही करना चाहिए :-		
	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	पीड़ित को यह सलाह देना चाहिए कि वह एन्टी सैक्सुअल हैरासमेन्ट कमिटी के माध्यम से अनौपचारिक उपायों से मदद प्राप्त करने के अपने अधिकारों का उपयोग करें निर्भर करता है कि प्रकरण कितना गम्भीर है।		
	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.	आरोपी व्यक्ति को उक्त कृत्य तत्काल रोके जाने हेतु सलाह देना चाहिए। यदि आरोपी एक वरिष्ठ नागरिक है तथा विभागाध्यक्ष किसी भी प्रकार से कार्यवाही करने में अक्षम है तब उसे इन्टी सैक्सुअल हैरासमेन्ट कमिटी के किसी सदस्य के पास पीड़ित के साथ जाकर तत्काल शिकायत करनी चाहिए।		
	Warn all parties immediately against behavior that may look like direct or indirect reprisal.	प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से ऐसे सभी सम्बन्धित लोग जो प्रकरण में प्रतिशोध अथवा विरोधी की भूमिका में हो उन्हें उनके वर्तव के सम्बन्ध में तत्काल चेतावनी दी जानी चाहिए।		
	Take responsibility to see that sexual harassment is stopped and that there is no reprisal.	विभागाध्यक्ष को इस बात की जिम्मेदारी लेनी चाहिए कि सैक्सुअल हैरासमेन्ट पूरी तरह रुक गया हो तथा किसी भी प्रकार से		

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

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

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

		विरोध अथवा प्रतिशोध की भावना न हो।		
	Cognizance of Complaints:	शिकायत संज्ञान/हस्तक्षेप		
	The Committee member who is first informed of the incident or behavior should bring it to the notice of the Head of the Committee.	समिति के वह सदस्य जिन्हे घटना के विषय में सबसे पहले सूचना मिली हो उनका दायित्व है कि वह उस कृत्य को समिति के अध्यक्ष के संज्ञान में लायें।		
	The Head of the Committee will immediately call for a meeting of the Committee members.	समिति के अध्यक्ष को तुरन्त समिति कैश की बैठक बुलानी चाहिए।		
	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.	समिति द्वारा समिति के ही किसी एक अधिकारी को जाँच अधिकारी नियुक्त करेगी जो शिकायत के संदर्भ में सम्बन्धित विभाग के अध्यक्ष अथवा विभाग के किसी वरिष्ठ व्यक्ति के सहयोग से जाँच करेगा।		
	Corrective action will be taken as appropriate in the circumstances.	परिस्थितियों के अनुसार सर्वाधिक उपयुक्त सुधारात्मक कार्यवाही की जाना चाहिए।		
	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	लगाये गये आरोपी की बहुत सावधानी एवं विवके पूर्ण तरीके से जाँच की जानी चाहिए यद्यपि जाँच 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 शासन के नियमों के अनुरूप तथा समय समय पर किये गये संशोधनों को ध्यान में रखते हुये सुलझाना चाहिए।		

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

	• 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.	• जॉच अधिकारी की रिपोर्ट के आधार पर आरोपी के विरुद्ध उचित कार्यवाही की जानी चाहिए यदि आवश्यक हो तो आरोपी की चिकित्सालय में सेवायें समाप्त की जानी चाहिए।		
	• Serious action will be taken against offenders for retaliatory behavior against individuals who make complaints of workplace harassment or who assist in any investigation of such complaints, apart from the action for the act of sexual harassment.	• कार्य स्थल पर शोषण सम्बन्धी शिकायत दर्ज कराने अथवा इस प्रकार की किसी शिकायत की जॉच में सहयोग करने पर यदि आरोपी द्वारा उसके विरुद्ध प्रतिशोधात्मक वर्ताव किया जाता है तो उसके विरुद्ध कठोर कार्यवाही की जानी चाहिए।		
	• 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.	• जॉच प्रक्रिया तथा इसे लागू किये जाने के सम्बन्ध में किसी भी प्रकार की शंका होने या स्पष्टीकरण की आवश्यकता होने पर आवेदक को जॉच अधिकारी के पास भेजा जाना चाहिए। जॉच प्रक्रिया एवं की गयी कार्यवाही की निष्पक्षता के सम्बन्ध में कोई शिकायत प्राप्त होने पर उसे शिकायत निवारण समिति के प्रमुख के संज्ञान में लाया जाना चाहिए।		
	Corrective action by offending Persons:	<u>आरोपी व्यक्तियों द्वारा किया गया सुधारात्मक कार्य</u>		
	• Stop and discontinue the behavior immediately.	• आरोपी द्वारा तत्काल अपना बुरा वर्ताव रोकना एवं आगे भी जारी न रखना।		
	• 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	• पीड़ित से क्षमा मांगना। यदि आवश्यक हो तो आरोपी अपने वर्ताव के सम्बन्ध में खेद व्यक्त करने तथा पीड़ित को यह विश्वास दिलाने में कि उसके द्वारा इस प्रकार की पुनर्वृत्ति नहीं की		
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

	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.	जायेगी तथा वह पीड़ित से अपने सम्बन्ध में सामान्य एवं पूर्व की भांति कर लेगा अपने किसी सहकर्मी अथवा विभागाध्यक्ष से भी सहयोग ले सकता है।		
	• Talk to the recipient and discuss how he could communicate more effectively.	• आरोपी पीड़ित से बात करे या सलाह करें कि किस प्रकार वह अपनी बात को अधिक प्रभावी ढंग से रख सकता है।		
	• Avoid any reprisal whether direct or indirect.	• आरोपी प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से किसी भी प्रतिशोध या बदले को अंजाम नहीं देगा।		
	• Seek help from family or friends or qualified counselors who can assist and guide him in preventing from repeating such acts or behavior.	• आरोपी द्वारा अपने परिवार, मित्रों अथवा विशेषज्ञ सलाहकारों से मदद मांगना जो उसे इस प्रकार से वर्तव अथवा कृत्यों को रोकने तथा इसकी पुनर्वृत्ति न होने देने में सहयोग कर सके तथा मार्गदर्शन दें।		
	• Take responsibility and work to ensure that sexual harassment are stopped.	• आरोपी द्वारा सैक्सुअल हैरासमेन्ट को रोके जाने सम्बन्धी जिम्मेदारी एवं कार्यदायित्व लेने।		

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 स्टाफ अपनी नियत यूनीफार्म है			
4	Whether the Staff has Id Cards	क्या स्टाफ के पास आईडी0 कार्ड है			

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

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

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

5	Whether the Parking Space is Demarcated	क्या पार्किंग स्थल चिह्नित 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 पहिया एवं चार पहिया वाहन हेतु पृथक पार्किंग व्यवस्था है।			
8	Whether the Staff is Courteous in behavior or not	क्या स्टॉफ का वर्तव शालीन है			
9	Whether the Staff is Charging Properly from the Vehicles as prescribed in tender	क्या स्टॉफ द्वारा वाहनों से अनुबंध के अनुसार उचित शुल्क लिया जा रहा है।			
10	Whether the Vehicles are orderly Parked	क्या वाहन व्यवस्थित रूप से खड़े किये गये हैं।			
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 शुल्क 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 :-					

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

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 स्टाफ निर्धारित यूनीफॉर्म में है			
3	Whether the Staff has Id Cards	क्या स्टाफ के पास आईडी कार्ड है			
4	Whether the Staff is wearing PPE	क्या स्टाफ द्वारा पीपीई पहना गया है			
5	Whether the Segregation is Proper	क्या पृथक्करण उपयुक्त रूप से किया गया है			
6	Whether the colored bins are available	क्या कलर कोडेड, वाल्टियाँ/डिब्बे उपलब्ध है			
7	Whether the IEC is Properly Displayed	क्या आईओसी 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 वाल्टियाँ उपलब्ध है।			
10	Whether the bins are properly covered	क्या सभी वाल्टियाँ 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	मैन्युअल और इलेक्ट्रिक हब			

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

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

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

	available	कटर उपलब्ध है			
13	Whether the needles are treated with Sodium Hypochloride available	क्या निडिल को सोडियम हाईपोक्लोराईड 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 स्टाफ को निडिल के रासायनिक उपचार के विषय में जानकारी है।			

CHECKLIST OF GAS MANIFOLD ROOM

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 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	क्या सिलेंडरों को कलर कोडित			

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

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

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

	properly color coded	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 लगने 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।			
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:-			

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

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

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

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।			
10	Is the detergent used checked time to time	क्या डिटरजेंट का समय-समय पर उपयोग किया जाता है।			
11	It is ISI Marked	क्या उपयोग किये जाने वाला मटेरियल आईएसआई मार्क से चिन्हित 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	क्या कर्मचारी गंदे और दूषित			
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0	

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

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

	clothes	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: - _____

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	क्या कर्मचारी विनम्र और अच्छा			
विभाग अधिकारी	सत्यापित कर्ता का नाम	अनुमोदित कर्ता का नाम	जारी करने की तिथि	संस्करण संख्या- 1.0	

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

	areas	व्यवहार करता है।			
6	Whether the Staff is properly managing crowded areas	क्या स्टाफ भीड़-भाड़ वाले इलाकों का सही प्रबंधन कर रहा है।			
7	Whether the Staff is properly assisting senior citizens	क्या स्टाफ 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 स्टाफ बच्चों की उचित सहायता कर रहा है।			
10	Whether the Staff is properly keeping a watch on the strangers	क्या स्टाफ 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 शिशु 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।			
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-			

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

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

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

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 यूनीफॉर्म 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/फ्रीक्वेन्सी 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 फर्श पर दाग धब्बे हैं।			
9	Is there any order in the checked areas	क्या जाँच किये जा रहे क्षेत्र में कोई कार्यालय आदेश है।			
10	Is the dusting of chairs , tables , stretchers proper	क्या कुर्सी, मेज, स्ट्रेचर पर डस्टिंग संतोषजनक 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 ,	क्या टेलीफोन, फोटोकॉपी मशीन, कम्प्यूटर आदि की सफाई प्रतिदिन कम से कम एक			

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

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

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

	photocopiers , computers etc.being done once daily	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, इमरजेंसी, लैब, फार्मसी, ब्लड बैंक, आपरेशन थिएटर आदि में सफाई संतोषजनक है।			
15	Is the cleaning of visitor areas as SIC/ CMS/MS Office , Establishment, Finance Department , Doctors Rooms , OPD etc. proper	क्या आगतुक क्षेत्रों जैसे एसआईसी/सीएमएस/एमएस कार्यालय, वित्त विभाग, चिकित्सक कक्ष, ओपीडी आदि में सफाई संतोषजनक 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 शौचालय स्वच्छ और गंधहीन स्थिति में हैं।			
19	Are the toilets hourly cleaned	क्या शौचालय प्रतिघंटे साफ किये जाते हैं।			
20	Are the toilets including Floor, Walls , Urinals , Commodes , Washbasins, Fixtures etc. cleaned thrice daily	क्या टायलेटफर्श, दीवार, मूत्रालय, कमोड, वाशबेसिन 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 शौचालय में प्रतिदिन साबुन साल्यूशन, नेफथलीन की गोलियाँ, और यूरिनल केक प्रतिदिन तीन बार चेक किये जाते हैं।			
23	Are the wards mopped thrice daily	क्या वार्ड में प्रतिदिन तीन बार ब्लीचिंग युक्त पोंछा लगाया जाता है।			

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

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

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

24	Are the Bed Pans , Urine Bottles shifted to sluice room and cleaned	क्या बेड पैस, यूरिनकी बोतल स्लाइस रूम में स्थानान्तरित कर दी जाती है।			
25	Are the window grills , ramp railings cleaned at least once daily	क्या खिड़की की ग्रिल, 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 फ्लोर्स 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 पार्टिशन 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 फर्श की पालिशिंग 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। सीएम 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)

39	Are the new and modern cleaning scrubbing of floor etc.	क्या फर्श 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 शिकायतों को ठीक से सुन रहा है।			
42	Is the staff properly attending to the complaints of the hospital staff	क्या कर्मचारी हास्पिटल कर्मचारियों की शिकायतों को ठीक से सुन रहा है।			
43	Are the supervisors performing their duties in proper manner	क्या पर्यवेक्षक अपनी ड्यूटी सही तरीके से निष्पादित 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 ठेकेदार 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 /संतोषजनक /औसत /खराब): -					
Signature of the Official : अधिकारी के हस्ताक्षर-					

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

यह दस्तावेज गोपनीय है। सीएम 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)

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			
2	Whether the Staff is in uniform	क्या कर्मचारी यूनीफॉर्म 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 प्रशिक्षित 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 शिकायतों का निस्तारण कर रहा है।			
8	Whether the complaints are documented in a register	क्या शिकायतें 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 , अपशिष्ट पाइप, जैक सील ,बाटल ट्रेप आदि हैं।			

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

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

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

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 लिफ्टस 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 लिफ्टस की सफाई दिन में दो बार की जा 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।			
21	Are the Photocopiers , Printer etc. in working order	क्या सभी फोटोकॉपी मशीन , प्रिंटर आदि कार्य कर रहे हैं।			
22	Are the CCTV cameras etc. in working order	क्या सभी सीसीटीवी कैमरे कार्य कर रहे हैं।			
23	Is there any problem regarding Internet or Networking	क्या इण्टरनेट 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 मशीन 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 /संतोषजनक /औसत /खराब): -

Signature of the Official : अधिकारी के हस्ताक्षर

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

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

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

INDIVIDUAL TRAINING RECORDS व्यक्तिगत प्रशिक्षण रिकार्ड					
Section / Department: विभाग:—			Designation पदनाम:—		
NAME नाम:—					
TRAINING ATTENDED : प्राप्त प्रशिक्षण का विवरण					
Sl. No: क्रम सं	Training Attended प्रशिक्षण 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। सीएम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।





स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर जनपद स्तरीय चिकित्सालय, उत्तर प्रदेश

शवगृह विभाग



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश

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

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
भावगृह	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

1. परिचय—

- नियंत्रित वातावरण वाला एक कोल्ड चैम्बर जिसमें शव को पहचान के उद्देश्य से या पोस्टमार्टम से पहले या अंतिम संस्कार की प्रतीक्षा हेतु अल्प समय के लिए रखने की व्यवस्था।
- शवगृह बगल की बिल्डिंग में स्थित है। जिसमें दो शव रखने की व्यवस्था है।

2. उद्देश्य

- शव को ससम्मान सम्भालना।
- शव सौंपते समय उनके रिश्तेदारों को पूर्ण सहानुभूति के साथ सहयोग करना।

3. स्कोप — चिकित्साल में उपचार के दौरान रोगी की मृत्यु (आई—पी. / इमरजेन्सी मृत्यु के उपरान्त चिकित्साल में लाया गया मृत्यु व्यक्ति

4. मानव संसाधन

- स्टाफ— रेजिडेंट मेडिकल ऑफिसर शवगृह का इन्चार्ज होता है। तथा रेजिडेंट मेडिकल ऑफिसर ही स्टाफ की ड्यूटी रोस्टर बनायेंगे।
- कार्य का समय— यह विभाग 24 घण्टे एवं सातों दिन कार्य करता है।
- सुरक्षा कर्मचारियों की जिम्मेदारी एवं अधिकार—
 - शवगृह की चाबी एवं रजिस्टर, कक्ष में सुरक्षित कमरे में रखा जायेगा।
 - शवगृह की चाबी एवं रजिस्टर वार्ड की नर्स तथा सुरक्षा पर्यवेक्षक छोड़कर किसी अन्य को नहीं सौंपा जायेगा।
 - स्टाफ नर्स रजिस्टर में अंकित शव के स्थानान्तरण तथा दूसरे को सौंपने की सूचना का मिलान करेगी।

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
भावगृह	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

5. शवगृह प्रक्रिया—

- तापमान—शवगृह के तापमान को कमरे के तापमान के अनुसार नियंत्रित रखा जाय।

कैलिब्रेशन/अंशाकन प्रक्रिया—

- इंजीनियरिंग विभाग प्रतिदिन तापमान की जांच कर तापमान नियंत्रित करेगा।
(यदि शव शवगृह में है।)
- शवगृह के मरम्मत कार्य एवं सफाई अनुसूचना सफाई कर्मचारियों द्वारा किया जायेगा।

शव को शवगृह में भेजने से पूर्व की जाने वाली तैयारी—

- इलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा भरे गये मृत्यु प्रमाण पत्र की जाँच की जाय।
- शव के रिश्तेदारों की संतुष्टि हेतु शव को पैक करते समय जांच की जाये कि दोनों हाथों को छाती पर क्रास करके रखा जाय अथवा उनके धार्मिक मान्यताओं अनुसार रखा जाय।
- शव के बैंड को न निकाला जाय। जिस पर मरीज का नाम UHID/IP No., उम्र, लिंग लिखा हों तथा बैंड को शव के हाथ की कलाई के चारों तरफ से बांधा जाय।
- शव के रिश्तेदारों/मित्र को शवगृह आवेदन पत्र भरने हेतु सूचित किया जाय।
- साफ नई शीट के साथ शव को कवर करें और एक अन्य लेबल तैयार कर शीट के ऊपर छाती पर रखें।
- शवगृह आवेदनफार्म भरने हेतु रिश्तेदारों/मित्रों को सूचित करें।
- शव को शवगृह में स्थानान्तरित करने हेतु सुरक्षा विभाग को सूचित किया जाय।

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
शवगृह	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

- ड्यूटी पर उपस्थित नर्स सुरक्षाकर्मी के साथ की रूम में जाय तथा वहाँ से शवगृह की चाभी एवं रजिस्टर प्राप्त करें। (नर्स या सुरक्षा कर्मी के अलावा किसी को भी शवह गृह की चाभी न सौंपी जाय।)
- सुरक्षा कर्मी शवगृह रजिस्टर को भरेंगे।
- तत्पश्चात् नर्स रिश्तेदारों को सूचित करेंगी कि शव को शवगृह में स्थानान्तरित किया जा रहा है अतः आप लोग भी साथ आ सकते हैं।
- नर्स यह सुनिश्चित करें कि कम से कम 2लोग (पुरुष) जो मरीज के सहयोगी साथ में आये हों शव को बेड से ट्राली में शिफ्ट करने के लिए सहायता करें।
- नर्स शह के साथ शवगृह में जायेगी। शव को सफेद चादर से ढकेंगी।

शवगृह से शव की प्राप्ति –

- शव को शवगृह में स्थानान्तरित करने से पहले कर्मचारी निम्न जांचें सुनिश्चित करें—
 1. मृत्यु प्रमाण पत्र—मूलरूप में।
 2. पुलिस सत्यापन— यदि मेडिकोलीगल केस हो।
 3. शवगृह आवेदन फार्म।
- जे0एस0डब्ल्यू0 शवगृह का दरवाजा खोलेगा, चैंबर ढक्कन को खोलेगा और ट्राली बाहर खींचेगा।
- तब शव को उनके रिश्तेदारों की देखभाल में वार्ड ट्राली से चैंबर ट्राली पर स्थानान्तरित कर दिया जायेगा।
- शव को स्थानान्तरित करने के उपरान्त सुरक्षा कर्मी चैंबर को बंद करेगा तथा ताला लगायेगा।
- तब वह बाहर/चैम्बर के ढक्कन पर तुरंत लेबल लगायेगा/गी।
- सुरक्षा कर्मी शवगृह के दरवाजे को बंद कर ताला लगायेगा।

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
भावगृह	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

- सुरक्षा कर्मी शवगृह रजिस्टर में यह अंकित करेगा कि शव कितने बजे तथा किसके द्वारा स्थानान्तरित किया गया तथा सुरक्षाकर्मी और नर्स अपने अपने हस्ताक्षर करेंगे।

शवगृह में शव का संग्रहण/स्टोरेज—

- शव को एक नई सफेद चादर में लपेटकर शवगृह में एक नियमित तापमानपर रखा जाय।
- स्टाफ यह सुनिश्चित करे कि कम से कम 2 लोग (पुरुष) जो मरीज के सहयोगी के साथ आये हों शव को चैम्बर से ट्राली पर स्थानान्तरित करने में सहायता करें।
- शवगृह में रिश्तेदारों के साथ जाकर, दरवाजा खोलकर, चैम्बर ढक्कन पर मृतक का नाम जांचेगा और फिर चैम्बर खोलेगा/खोलगी।
- वह ट्राली को बाहर खींचकर शव पर लगे लेबल पर मृतक के नाम की जाँच करेगा और रिश्तेदारों की उपस्थिति में उनकी मदद से ट्राली पर स्थानान्तरित करेगा।
- स्टाफ नर्स शव को सौंपते समय शवगृह आवेदनफार्म पर कम से कम दो रिश्तेदारों/दोस्तों के हस्ताक्षर अवश्य करा लें।
- स्टाफ नर्स रजिस्टर में.....बजे तथाद्वारा शव को सौंपा गया है दर्ज कर हस्ताक्षर करें।

6. शवगृह में संक्रमण नियन्त्रण के दिशा निर्देश—

- शव के रख-रखाव के दौरान दस्ताने और मास्क का उपयोग किया जाय।
- शव को हटाने के बाद 1 प्रतिशत क्लोरीन समाधान के साथ शवगृह को साफ किया जायेगा।
- संक्रमण नियंत्रण को—आर्डिनेटर साफ-सफाई की देखरेख के लिए उत्तरदायी होगा।

7. मृत्यु प्रमाण पत्र जारी करने सम्बन्धी प्रोटोकॉल—

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 :	स्टैंडर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर
भावगृह	एस.ओ.पी. / एन.क्यू.ए.एस. / डी.डब्ल्यू.एच / डी एच / डी सी एच (चयन करें)

- ड्यूटी पर उपस्थित चिकित्सक अस्पताल के नियमों एवं निर्देशों के अनुसार मृत्यु प्रमाण पत्र भरें।
- प्रमाण पत्र की मूल प्रति मृतक के जिम्मेदार सम्बन्धी को सौंपा जायेगा एवं डुप्लीकेट प्रति पर सम्बन्धी के हस्ताक्षर लेकर अस्पताल में रखा जायेगा।
- सम्बन्धी को सूचित किया जाय कि शव को घर ले जाने से पहले प्रमाण पत्र की एक प्रति सुरक्षा कर्मी को सौंपी जायेगी।

8. शवगृह की चाबियों हेतु प्रोटोकाल—

- शवगृह के लिए दो चाबियों के सेट होनी चाहिए।
- चाबियों निम्नलिखित स्थानों पर / व्यक्तियों के पास रखा जाय—
चाभी रूम में
रखरखाव विभाग (बैकअप हेतु)
- चाभीरूम में चाबी का उपयोग केवल कर्मचारियों द्वारा ही किया जाय।
- सहयोगी दस्तावेज—
 - शवगृह आवेदन फार्म (मोर्चरी रिक्वेस्ट फार्म)
 - शवगृह रजिस्टर

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
भावगृह	एस.ओ.पी./एन.क्यू.ए.एस./डी.डब्ल्यू.एच/डी एच/डी सी एच (चयन करें)

9. शवगृह आवेदन फार्म (मोर्चरी रिक्वेस्ट फार्म)–

आवदेन फार्म

- 1 मृतक का नाम :
- 2 उम्र :
- 3 लिंग :
- 4 UHID/IP :
- 5 मेडिको लीगल केस है या नहीं :
- 6 समय :से.....तक

संलग्नक—मृत्यु प्रमाण पत्र मूल प्रति पुलिस सत्यापन यदि मेडिको लीगल केस हो तब

नाम एवं हस्ताक्षर

सुरक्षा पर्यवेक्षक

मैं शवगृह सेवाओं के नियम और शर्तों से पूरी तरह परिचित हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है।

1. नाम एवं हस्ताक्षर
मृतक के वारिस/रिश्तेदार
(कम से कम 2 व्यक्ति)
शव को शवगृह में रखते समय

2. नाम एवं हस्ताक्षर
मृतक के वारिस/रिश्तेदार
(कम से कम 2 व्यक्ति)
शव को शवगृह से प्राप्ति करते समय

सत्यापित— प्रभारी चिकित्सा अधिकारी	नाम—	
---------------------------------------	------	--

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।

■
संलग्नक

शिशु आहार सम्बन्धी कानून (1992/2003)

कृत्रिम दूध, शिशु आहार एवं बोतल के बिक्री व प्रयोग को बढ़ावा देना अपराधिक कृत्य है।

इस कानून में निम्नलिखित बातें अपराध है:-

» निर्माता कम्पनियों द्वारा:

प्रचार/विज्ञापन

डील व डिस्काउन्ट

गिफ्ट, उपहार देना

लेबल सम्बन्धी नियमों का पालन नहीं करना।

माँ जनता से सीधे सम्पर्क

डाक्टरों के लिए सम्मेलनों का आयोजन।

» चिकित्सकों द्वारा:

कम्पनी के पैसे से भ्रमण

गिफ्ट या अन्य लाभ।



Prescription Audit

Name of the patient :

Age / Sex :

IP/OP number :

Name of the treating doctor:

Name of the auditing doctor:

S.N.	Details of the prescription	Yes (1)	No (0)	Remarks
1	Name of the patient mentioned			
2	Age of the patient mentioned			
3	Sex of the patient mentioned			
4	Date mentioned on the prescription			
5	Brief history written			
6	Salient features of clinical examinations recorded			
7	Investigations advised			
8	Duration of treatment			
9	Prescription written in a legible manner			
10	Prescription of drugs under generic name			
11	Prescription signed by the doctor			
12	Drugs prescribed as per EDL			
13	Drugs prescribed beyond EDL, local purchase done			
14	Strength of the drug documented			
15	Frequency of the drug prescribed			
16	Route of administration documented			
17	Documentation of drug allergy			
18	Prescription of drugs as per STG / rational to clinical condition / diagnosis			
19	Use of error prone abbreviations and symbols			
20	Therapeutic duplication in the prescription			
21	Does the prescription contain drug-drug interaction medications?			
22	Does the prescription contain food-drug interaction medications? If so are there any measures taken to avoid the same?			
23	Prescription of 3rd and 4th generation antibiotics			
24	Date of next visit mentioned			
25	In case of referral, Relevant details given			
Total Score				
Signature of the auditor				

[illegible][illegible]

Checklist for SNCU for the month of.....

[illegible]

[illegible]

Maintenance Checklist

Oxygen Cylinder

[illegible]

WEEKLY

WEEKLY				
Check for Leakage				
Check trolley				
Limescale in Humidifier bottle				
Check for adequate flow				

Nebulizer

[illegible]

WEEKLY

WEEKLY				
Clean filter				
Main plug, Cable & socket				
Compressor fan				
Check for adequate flow				

Suction Machine

[illegible]

WEEKLY

WEEKLY			
Check round bottle seal			
Check for cracked tubes			
Main plug, Cable & socket			
Check for adequate Vacuum control			

Maintenance Checklist

Oxygen Concentrator

[illegible]

WEEKLY

WEEKLY				
Clean filter				
Main plug, Cable & socket				
Limescale in Humidifier bottle				
Check for adequate flow & Alarms				

Maintenance Checklist

Multiparamonitor

[illegible]

Maintenance Checklist

[illegible]

WEEKLY				
Check part tightly fitted				
Check Battery				
Main plug, Cable & socket				
Check accuracy with known weight				

Maintenance Checklist

Radiant warmer

[illegible]

WEEKLY

WEEKLY			
Check fuse			
Dismantle and clean thoroughly			
Clean mattress			
Check castors			

Maintenance Checklist

Phototherapy

[illegible]

WEEKLY

WEEKLY			
Check fuse			
Dismantle and clean thoroughly			
Maintain a log book and enter readings			
Check castors			

123456789101112



राज्य क्वालिटी एश्योरेन्स विभाग
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन-उत्तर प्रदेश