राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम, उत्तर प्रदेश
(दिशानिर्देश वर्ष 2018–19)

उद्देश्य

प्रदेश में कार्यक्रम कुष्ठ रोग के उन्मूलन अर्थात रोग की व्यापकता दर राज्य स्तर, जनपद स्तर तथा विकास खण्ड पर 01 रोगी प्रति 10,000 जनसंख्या लाने के राष्ट्रीय संकल्प के अन्तर्गत संचालित है। वर्ष 2017-18 के अन्त में प्रदेश की कुष्ठ रोग की औसत व्यापकता दर **0.55** रोगी प्रति 10,000 जनसंख्या है और **67** जनपदों में कुष्ठ रोग के निवारण का स्तर मार्च, 2018 के अन्त में प्राप्त कर लिया गया है।

प्रदेश मे कुष्ठ रोग की वर्तमान स्थिति

प्रदेश में वर्ष 1985 से 1994 तक मल्टी ड्रग थेरेपी रेजीमेन परियोजना का विस्तार चरणबद्ध ढंग से किया गया और दिनांक 1-4-1995 से सम्पूर्ण प्रदेश में कुष्ठ रोग का उपचार मल्टी ड्रग थेरेपी रेजीमेन द्वारा प्रारम्भ कर दिया गया, जिसके सुपरिणाम निम्नवत हैं :–

कमांक	विवरण	मार्च, 83 के अंत में	मार्च, 2018 के अंत में
1	अभिलेखित कुष्ठ रोगी	1,87,414	12,583
2	कुष्ठ रोग की व्यापकता दर	52.7/10,000	0.55/10,000
3	नये खोजे रोगियों में विकलांगता दर	9.3 %	2.51%
4	शिशु दर	12.3 %	4.75%

कुष्ठ रोग की व्यापकता दर वार जनपदों का विवरण

यद्यपि गत् वर्षों मे कुष्ठ रोग के रोगियों की संख्या मे पर्याप्त कमी आई है, फिर भी अभी **09** जनपदों में व्यापकता दर अभी भी 1/10,000 जनसंख्या से कम किये जाने का प्रयास किया जा रहा है।

प्रिवेलेन्स दर प्रति 10,000	जनपदों की संख्या		
	31–03–2016 में	31–03–2017 में	31–03–2018 में
< 1	64	66	67
1 - 2	11	09	08
> 2 - 5	0	0	0
> 5	0	0	0

वर्ष 2018–19 की महत्वपूर्ण गतिविधियॉ

नियमित कार्य :–

- जिला कुष्ठ अधिकारी एव कुष्ठ नाभिक प्रति माह कम से कम 10 दिन क्षेत्रीय भ्रमण करेगें ।
- भ्रमण के दौरान स्वास्थ्य केन्द्र पर तैनात चिकित्सा अधिकारी और कर्मचारियों के कार्य का मूल्यॉकन कर, पायी गयी कमियों के सम्बन्ध में मार्ग दर्शन प्रदान कर उनकी क्षमता का विकास किया जायेगा। नये खोजे गये रोगियों में 10 % का सत्यापन (Validation) कुष्ठ रोगियों के घर जाकर किया जायेगा।
- प्रत्येक नये रोगी के घर स्वास्थ्य कर्मी / आशा जायेगें तथा परिवार वालों तथा आस पास के 10 घरों मे रहने वाले सभी सदस्यो मे कुष्ठ के लक्षण हेतु परीक्षण करेगें (हेल्दी कॉन्टेक्ट) तदोपरान्त उसका अंकन पेशन्ट कार्ड में करेगें ।
- सभी कुष्ठ प्रभावित ग्रेड–1 एवं 2 विकलांगता के मरीजों को चिन्हित कर डिसेबिलिटी रजिस्टर में अंकित करेंगे । समय–समय पर उनको सेल्फ केयर हेतु प्रेरित करेंगे एवं आवश्यक सामग्री – सेल्फ केयर किट (मरहम पटटी, आदि) एवं एम0सी0आर0 चप्पल उपलब्ध करायेंगे। रिकान्सट्रक्टिव सर्जरी हेतु रोगियों को चिन्हित कर उन्हें रिकान्स्ट्रक्टिव सर्जरी हेतु प्रेरित करेंगे।
- जिला कुष्ठ अधिकारी एम0डी0टी0 एवं रिएक्शन/ग्रेड–। अथवा डिसैब्लिटी के उपचार/नियंत्रण हेतु प्रेडिनीसोलोन एवं क्लोफाजिमिन इत्यादि दवाईयों की उपलब्धता सभी अस्पतालों में सुनिश्चित करेंगे।
- एन0जी0ओ0 स्कीम के अन्तर्गत कार्यरत गैर सरकारी संस्थाओं के कार्य का नियमित पर्यवेक्षण, अनुश्रवण एवं मूल्यॉकन तथा मार्ग दर्शन करेंगें।

- कुष्ठ कालोनियों में रहने वाले कुष्ठ से प्रभावित व्यक्तियों का नियमित अल्सर हेतु/विकलांगता/स्वास्थ्य परीक्षण (सप्ताह में दो बार) एवं आवश्यकतानुसार एम0सी0आर0 चप्पल, एड एण्ड एप्लायन्स, सेल्फ केयर किट इत्यादि प्रदान करेंगे।

कुष्ठ रोगियों की खोज एवं प्रबन्धन – इस कार्य में आशा का सहयोग लिया जाना है प्रत्येक कुष्ठ रोगी (रोग मुक्त/उपचाराधीन) के परिवार जनों एवं आस–पास के दस(10) घरों में एवं उनके निकट संपर्क में रहने वाले प्रत्येक सदस्य (वयस्क /अवयस्क व्यक्तियों) का सघन परीक्षण (कुष्ठ रोगी खोजने के लिए) करेगे ताकि इस वित्तीय वर्ष 2018–19 में कोई भी हेल्दी हाउस होल्ड कान्टेक्ट परीक्षण हेतु शेष न रहे एवं शीघ्र संदिग्ध कुष्ठ प्रभावित व्यक्ति की खोज एवं उपचार कर विकलांगता से बचाया जा सके। ***इसके लिए समस्त स्वास्थ्य कर्मियों का सहयोग लिया जाय।***

1.1.5.5 शहरी क्षेत्रों में कुष्ठ सेवायें :– इस कार्यक्रम के अन्तर्गत सरकारी स्वास्थ्य संस्थाओं में उपलब्ध नियमित कुष्ठ सेवाओं के अतिरिक्त नगरीय क्षेत्र के राजकीय चिकित्सालयों, औषधालयों, सी0जी0एच0एस0 चिकित्सालयों, ई0एस0आई0/ जिला परिषद /रेलवे/सैनिक चिकित्सालयो आदि में कुष्ठ रोग की जांच, एवं उपचार अथवा संदर्भन हेतु व्यवस्था किया जाना है। विशेषकर मलीन बस्तियों के निकट स्थिति चिकित्सालयों में कुष्ठ की पहचान संदर्भन अथवा उपचार जैसी सेवायें प्रदान करने के लिए प्रेरित कर कुष्ठ कार्यक्रम में उनकी भागेदारी सुनिश्चित किया जाना है। इन संस्थाओं के चिकित्सक एवं पैरा मेडिकल स्टाफ को कुष्ठ की जांच एवं उपचार के विषय में कार्य स्थल पर डिस्ट्रीक्ट न्यूक्लियस द्वारा प्रशिक्षित किया जाना है। इन संस्थाओं में यह अनिवार्य नहीं है कि एम0डी0टी0 की दवायें उपलब्ध करायी जाय। कुष्ठ के चिन्हित रोगियों को इन संस्थाओं से डायगनोसिस उपरान्त निकटतम सरकारी स्वास्थ्य केन्द्र पर संदर्भन किया जा सकता है, जहां एम0डी0टी0 उपलब्ध करायी जायेगी। इस परियोजना के अन्तर्गत वित्तीय वर्ष 2018–19 हेतु मदवार अनुमन्य धनराशि/बजट विवरण निम्नवत् है :–

Category of Urban Area	Supporting Medicine & Dressing Materials etc.	MDT Service Delivery	Monitoring & Supervision	Total
a. Township (39)	15,960	49,020	49,020	1,14,000
b. Medium City-I (07)	33,600	1,03,200	1,03,200	2,40,000
c. Medium City-II (06)	66,080	2,02,960	2,02,960	4,72,000
d. Mega City (02)	78,400	2,40,080	2,40,080	5,60,000

चिन्हित संस्थाओं में कुष्ठ रोगियों के लिए Supportive Medicine एवं Dressing Material मद में उपलब्ध धनराशि शहरी क्षेत्र के रोगियों में रिएक्शन एवं डिसेबिल्टी प्रीवेशन तथा मरहम पट्टी हेत आवश्यक औषधियो एवं अन्य चिकित्सा सामग्री में उपयोगित किया जाय। नगरीय चिकित्सालयों को रिफरल रजिस्टर, एचं रिफरल स्लिप तथा अन्य अभिलेख अवश्यकता अनुसार उपलब्ध कराया जाय।

MDT Service Delivery मद में अनुमन्य धनराशि का उपयोग रोग मुक्त रोगियों का सर्वीलिएसं (वर्ष में दो बार उनका एवं उनके साथ रहने वाले व्यक्तियों का परीक्षण किया जाय) तथा उपचार में अनियमित रोगियों से सम्पर्क कर उनके आवास पर एम0डी0टी0 उपलब्ध कराने हेतु, अधिकारियों एवं कर्मचारियों द्वारा की गयी यात्राओं के सम्बन्ध में यात्रा व्यय के निमित्त किया जाय। जिससे कुष्ठ रोगी के एम0डी0टी0 उपचार में कोई व्यवधान न हो और वे निर्धारित समय पर रोग मुक्त हो जाये।

Monitoring and Supervision मद में शहरी क्षेत्र के चिकित्सालयों द्वारा संचालित कुष्ठ उन्मूलन कार्य की जिला कुष्ठ नाभिक द्वारा नियमित समीक्षा, अनुश्रवण एव मूल्यॉकन तथा केस वैलीडेशन कार्य के सुचारू संचालन हेतु आपेक्षित प्रसांगिक व्यय को वहन किये जाने में किया जाना है।

आशाओं की सहभागिता :– क्षेत्र में जन सम्पर्क एवं महिला मण्डल आदि की बैठकों में जनता को कुष्ठ रोग के लक्षण एवं उपचार आदि की जानकारी आशाओं द्वारा दिया जाना है। संदिग्ध कुष्ठ रोगी मिलने पर आशा उन्हें निकटतम स्वास्थ्य केन्द्र पर जॉच एवं उपचार हेतु की जायेगीं । क्षेत्र में उपचार ले रहे कुष्ठ रोगियों से सम्पर्क स्थापित करके उन्हें नियमित औषधि सेवन हेतु प्रेरित भी करेगीं । आशा कुष्ट रोगियों के निकट सम्पर्क में रहने वाले व्यक्तियों को कुष्ठ के प्रारम्भिक लक्षण की जानकारी देगी।

3.1.1.4.8 ASHA Sensitization of Newly Recruited ASHAs- नव नियुक्त आशाओं के दिशा निर्धारण के लिए अर्ध दिवसीय संवेदनीकरण प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र परिसर में दिया जाना है। इस कार्यक्रम के आयोजन हेतु प्रति प्रतिभागी रू.100/– का व्यय अनुमन्य है।

Incentive to ASHA

3.1.1.4.7.a Detection- नये कुष्ठ रोगी जिनमें विकलांगता के लक्षण नहीं हो, को आशा, आगनवाडी वर्करस् अथवा

अन्य किसी भी व्यक्ति (Volunteer) द्वारा जॉच हेतु सामुदायिक/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/चिकित्सालय में लाने पर एवं कुष्ठ रोग की पुष्टि होने पर रू0 250/– मानदेय दिया जायेगा, और यदि ऐसे रोगी में विकलांगता परिलक्षित है, तो मानदेय धनराशि रू0 200/– दी जायेगी। इस योजना का प्रचार–प्रसार आई0ई0सी0 मद के अन्तर्गत नियमानुसार किया जाय। आशा इन रोगियों को नियमित औषधि सेवन के लिए प्रेरित एवं सहयोग करेगीं ।

3.1.1.4.7.b PB (Treatment Completion) आशा कुष्ठ रोगियों को निर्धारित तिथि पर उपचार हेतु सामुदायिक/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/चिकित्सालय में नियमित रूप से जॉच एवं उपचार कराने के फलस्वरूप चिकित्सा अधिकारी द्वारा कुष्ठ रोगी को निर्धारित अवधि में रोग मुक्त (आर0एफ0टी0) घोषित किये जाने पर **केवल आशा को ही** प्रति पॉसी बैसीलरी कुष्ठ रोगी के लिए रू0 400/– मानदेय दिया जायेगा। **कुष्ठ रोगी के केस कार्ड एवं ट्रीटमेन्ट रजिस्टर पर प्रेरक के नाम का अंकन अवश्य किया जाय।** इस कार्य का विवरण अंकित करने हेतु अभिलेख/रजिस्टर का प्रारूप संलग्न है। आशा, आगनवाडी वर्करस् अथवा अन्य किसी व्यक्ति द्वारा संदर्भित रोगी को दिये जाने वाले रिफरल स्लिप का प्रारूप भी संलग्न है।

3.1.1.4.7.c MB (Treatment Completion) आशा कुष्ठ रोगियों को निर्धारित तिथि पर उपचार हेतु सामुदायिक/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/चिकित्सालय में नियमित रूप से जॉच एवं उपचार कराने के फलस्वरूप चिकित्सा अधिकारी द्वारा कुष्ठ रोगी को निर्धारित अवधि में रोग मुक्त (आर0एफ0टी0) घोषित किये जाने पर **केवल आशा को ही** प्रति मल्टी बैसीलरी के लिए रू0 600/– मानदेय दिया जायेगा। **कुष्ठ रोगी के केस कार्ड एवं ट्रीटमेन्ट रजिस्टर पर प्रेरक के नाम का अंकन अवश्य किया जाय।** इस कार्य का विवरण अंकित करने हेतु अभिलेख/रजिस्टर का प्रारूप संलग्न है। आशा, आगनवाडी वर्करस् अथवा अन्य किसी व्यक्ति द्वारा संदर्भित रोगी को दिये जाने वाले रिफरल स्लिप का प्रारूप भी संलग्न है।

[नोट :– उपरोक्त मानदेय की दरों का पुनरीक्षण भारत सरकार द्वारा दिनांक 24.08.2015 से किया गया है, इसके पूर्व मानदेय का भुगतान पूर्व निर्धारित दर पर दिया जायेगा।]

विकलांगता नियंत्रण एवं भौतिक पुनर्वास (Deformity Prevention & Medical Rehabilitation)

6.1.2.3.a MCR Protective Footwear: कुष्ठ प्रभावित पैर में सुन्नता वाले व्यक्तियों को अल्सर से बचाने हेतु एम0सी0आर0 फूट वियर के क्रय हेतु रू0 400/–प्रति पेयर धनराशि उपलब्ध करायी गयी है। उनमे से कुछ संस्थाऐं जो एम0सी0आर0 फुटवियर तैयार करती हैं, Footwear should fulfill the fowing criteria संलग्ने/1 के अनुसार उनसे वित्तीय नियमो का अनुपालन करते हुए जिला स्वास्थ्य समिति के अनुमोदनोपरान्त क्रय किया जा सकता है–

1- The Leprosy Mission Naini, Allahabad, (Phone No. 0532 2697267)
2- ALERT- INDIA, Association for Leprosy Education, Rehabilitation and Treatment- India, B-9, Mira Mansion, Sion (W), Mumbai- 400 022 email ID: alert@bom5.vsnl.net.in, alertmcr03@rediffmail.com (Phone No. 022 24033081-2, 022 24072558)
3- Sant Ravidas Charm Shilp Vikash avam Anushandhan Kendra Gawalior, Kambal Kendra Parisar, Gol Paharian Lashkar Gawalior, M.P. Fax 0751-2455454
4- Bhim leather Company, address- 102/97 Gajjupurwa jajmau, Kanpur-08010 Phone No.- 09415153923, 09454949637 , email- bhimleathercompany@gmail.com
5- Arise Global Health Care (Hitanshu: 9810307159, 9811647920) Email: ariseglobalhealthcare@gmail.com
6- Aristotal Medical Incorporation, Shop No.2, Kashi Parekh Flats: Near Panchshil Bus Stop-18, Shantinagar, Vishvakosh Marg, Usmanpura, Ahmedabad-380013, Email: aristotalmedicalinc@gmail.com, M-9327068607, 9925872375
7- PROFOMA (A Unit of GLRA India) Buliding No. D-375, 4th Floor, Near Vivekanand School, Anand Vihar., New Delhi-110092, Tel 011-43060990, (Ravi Krishnan- 9773587500, 8118877195, Email: ravi.profoma@gmail.com)
8- BALAJI CORPORATION , 102/97, Gajjupurwa, Jajmau, Kanpur- 208010 (UP) Mobile No. 9170007814, 7309228777, Email ID: balajicorporationmcrfootwear@gmail.com

6.1.2.3.b **Aids Appliances, Self Care Kit Items, Patient Welfare Items Etc.** मद में वित्तीय वर्ष 2018–19 में धनराशि रू0 17000/–प्रति जनपद का प्राविधान किया गया है। Grade-1 & Grade-2 disability के कुष्ठ रोगियों की अवश्यकता अनुसार विभिन्न Aids, appliances, Self Care Kit items, patient welfare items इत्यादि वस्तुओं का

क्रय किया जाना है। Aids appliances आदि भी 1. The Leprosy Mission, Naini, Allahabad 2. ALERT- INDIA, Association for Leprosy Education, Rehabilitation and Treatment- India, B-9, Mira Mansion, Sion (W), Mumbai-400 022 द्वारा बनाये जाते हैं। हाथ की विकृतियों वाले रोगियों के लिए Grip Aids मुफ्त NOVARTIS द्वारा डिमान्ड भेजने पर आपूर्ति की जा सकती है। उनका पता है Novartis, Comprehensive Leprosy Care Association, Remi Building, Ground Floor 01 Veera Desai Road Andheri West Bombey 400058 email ID: clcp@vsnl.com

1.2.3.1 **Welfare allowance for RCS patients @** Rs. 8000 per patient :- जनपद आगरा, लखनऊ, फैजाबाद एवं इलाहाबाद जहॉ रिकान्स्ट्रक्टिव सर्जरी केन्द्र स्थित है, वहॉ आर0सी0एस0 कराने वाले कुष्ठ रोगियों के लिए Loss of Wages मद में उपरोक्त धनराशि उपलब्ध करायी गयी है।

– रिकान्स्ट्रक्टिव सर्जरी कराने वाले प्रत्येक रोगी को चाहे उसकी आर्थिक स्थिति कैसी भी हो (irrespective of their financial status) प्रति रोगी को **रू. 8000/–** तीन किस्तों में जिस जनपद में आर0सी0एस0 संस्थान स्थित है, वहॉ के जिला कुष्ठ अधिकारी द्वारा प्रदान किया जाना है। प्रथम किस्त डिस्चार्ज के समय **रू0 4000/–**, उसके पश्चात फालोअप हेतु एक माह उपरान्त रोगी के उपस्थित होने पर द्वितीय किस्त **रू0 2000/–**, तृतीय किश्त रोगी के तीन माह पश्चात रोगी के उपस्थित होने पर रू0 2000/– प्रदान किया जायेगा।

1.1.5.6 **Support to institute for RCS** छत्रपति शाहूजी महाराज चिकित्सा विश्व विद्यालय, लखनऊ में रिकान्स्ट्रक्टिव सर्जरी करने के निमित्त औषधि, मरहम पट्टी एवं एड एण्ड एपलायन्स आदि के सॅम्बन्ध में होने वाले व्यय को वहन करने हेतु **रू0 5,000/–** प्रति रोगी की दर से संस्था को जिला कुष्ठ अधिकारी, लखनऊ धनराशि उपलब्ध करायेगें एवं कार्य का नियमित मूल्यांकन एवं अनुश्रवण, समीक्षा करेंगें तथा भौतिक प्रगति एवं इस मद में प्रत्येक माह होने वाले व्यय का विवरण राज्य कुष्ठ अधिकारी, स्वास्थ्य भवन, लखनऊ को प्रत्येक माह भेजा जायेगा।

16.8.2.2.2 District Leprosy Consultant संविदाधीन **District Leprosy Consultant** को सचिव, भारत सरकार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के पत्र D.O.No.10(36)2017-NHM-I Dated 13 March, 2018 एवं मिशन निदेशक, एन0एच0एम0 यू0पी0 के पत्र पत्रांकः एस0पी0एम0यू0/एन0एच0एम0/लेखा/2017–18/211/IV/12899–75 (10) दिनांक 19.03.2018 के क्रम में वित्तीय वर्ष 2017–18 में निर्धारित दरों के अनुसार वेतन का भुगतान किया जायेगा। निम्नलिखित जनपदों में से **जहां पर नियुक्ति नहीं हुई है,** उनके नियुक्ति हेतु मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 को अपने जनपदों के रिक्त पदों पर भर्ती किये जाने हेतु पत्र प्रेषित करें तथा पत्र की एक प्रति महानिदेशालय को भी ईमेल आई0डी0 **<stateleprosyofficer@gmail.com>** पर भी करें :–

1– इलाहाबाद, 2–अम्बेडकर नगर, 3–अमरोहा, 4– औरैया, 5– आजमगढ़, 6–बदायूँ, 7–बहराइच, 8–बलिया, 9–बलरामपुर, 10–बाराबंकी, 11–बरेली, 12–बस्ती, 13–बिजनौर, 14–चंदौली,15–देवरिया, 16–फैजाबाद, 17–फतेहपुर, 18–गाजीपुर, 19–गोरखपुर, 20–हमीरपुर, 21–हरदोई,22–जालौन (उरई), 23–जौनपुर, 24–कन्नौज, 25–कानपुर देहात, 26–कानपुर नगर, 27–कौशाम्बी,28–लखीमपुर खीरी, 29–कुशीनगर, 30–लखनऊ, 31–महराजगंज, 32–महोबा, 33–मऊ,34–मिर्जापुर, 35– मुरादाबाद, 36–पीलीभीत, 37–रायबरेली, 38–रामपुर, 39–संतरविदास नगर,40–शाहजहॉपुर, 41–श्रावस्ती, 42–सिद्धार्थ नगर 43–सीतापुर, 44–सोनभद्र, 45–उन्नाव।

16.1 कार्यक्रम प्रबन्धन (Programme Management) निम्न मदों में धनराशि आवंटित है :–

- **16.1 NLEP Review Meetings** – कुष्ठ कार्यक्रम के अन्तर्गत इस मद में वित्तीय वर्ष 2018–19 में धनराशि रू0 80000/–प्रति जनपद का प्राविधान किया गया है।
- **16.1 Travel expenses - Contractual Staff at District level** – कुष्ठ कार्यक्रम के अन्तर्गत जनपदों में संविदा के आधार पर कार्यरत कर्मचारियों एवं अधिकारियों हेतु कुल **रू0 50,000/–** प्रति वर्ष की आवटित धनराशि से यात्रा भत्ता मद में उपयोग उनके द्वारा की गयी वास्तविक यात्राओं के सम्बन्ध में राजकीय नियमों के अन्तर्गत भुगतान किया जायेगा।
- **16.1 Mobility Support: District Cell जनपद स्तर पर एक वाहन के संचालन हेतु वाहन अनुरक्षण एवं डीजल क्रय मद में रू0 1,50,000/– प्रतिवर्ष की दर से व्यय किया जायेगा।**

- **16.1 Others: travel expenses for regular staff.** स्वास्थ्य कर्मियों के लिए यात्रा भत्ता रू0 20000/– प्रति जनपद उपलब्ध है, जिसका प्रयोग हेल्दी कान्टेक्ट, अब्सेन्टी रिट्रीवल एवं सेल्फ केयर फालोअप कार्य हेतु किया जायेगा तथा यात्रा भत्तों का भुगतान राज्य कर्मचारियों को अनुमन्य दरों के अनुरूप नियमानुसार किया जायेगा।
- **16.1 Office operation & Maintenance - District Cell – कार्यालय का रेन्ट,** दूरभाष, फैक्स, इन्टरनेट डाक व्यय आदि , मद में व्यय हेतु **रू0 50,000/–** की धनराशि चालू वित्तीय वर्ष में प्रत्येक जनपद को आवंटित की गयी है।
- **16.1 District Cell - Consumables** रू0 **50,000/–** की धनराशि लेखन सामग्री एवं अन्य कंज्यूमेबिल के क्रय हेतु चालू वित्तीय वर्ष में प्रत्येक जनपद को आवंटित की गयी है।

11.16.1 आई0ई0सी0 (IEC) में आवंटित धनराशि का उपयोग निम्नवत किया जाना है।

Mass Media	Outdoor Media	Rural Media	Advocacy Meeting	Total approved
Rs. 39000/-	Rs. 23000/-	Rs. 31000/-	Rs. 5000/-	Rs. 98000/-

– मास मीडिया (TV,Radio,Press,Education Material) के विभिन्न माध्यमों से प्रचार प्रसार जन सामान्य एवं स्वास्थ्य कर्मियों में कुष्ठ के प्रति जागरूकता लाने हेतु चिकित्सकों एवं स्वास्थ्य कर्मियों के लिए पठन पाठ्न सामग्री आदि में व्यय किया जाना है। पठन पाठन सामग्री एलर्ट इंडिया द्वारा निर्मित की जाती है, पोस्टर इत्यादि के लिए टी0एल0एम0 मीडिया सेन्टर गाजियाबाद (फोन नम्बर– 0120–4077200) से भी सम्पर्क कर सकते हैं।

– आउट डोर मीडिया– होर्डिंग, इण्टरेक्टिव स्टाल, माइकिंग, वाल पेंटिंग इत्यादि माध्यमों द्वारा प्रचार प्रसार इत्यादि करें।

– रूरल मीडिया– ग्रामीण क्षेत्रों में जागरूकता लाने के लिए विभिन्न माध्यम द्वारा प्रचार–प्रसार उदाहरण फाल्क शो, ग्रुप मीटिंग, डुगडुगी पिटवाना, स्वास्थ्य मेला, प्रदर्शनी, स्कूल क्विज आदि।

– एडवोकेसी मीटिंग–जन प्रतिनिधियों एवं समाज के प्रतिष्ठित व्यक्तियों का कुष्ठ जागरूकता में सहयोग सुनिश्चित करने हेतु बैठकों के आयोजन हेतु धनराशि आवंटित की गयी है।

सामग्री आपूर्ति (Materials and supplies) : वित्तीय वर्ष 2018–19 में धनराशि **रू0 65,000/–**प्रति जनपद का प्राविधान किया गया है जिसके अन्तर्गतः–

6.2.13.1 **Supportive Drugs lab Reagent**- मद में वित्तीय वर्ष 2018–19 में धनराशि **रू0 40000/–**प्रति जनपद का प्राविधान किया गया है। Prednisolone, Clofazimine etc and Dressing Materials Lepra Reaction, Grade-1 & 2 Disability, Eye Complication इत्यादि जटिलताओं वालें रोगियों के लिए निम्न औषधियों का क्रय किया जाना है। Prednisolone, Clofazimine, Asprine, Acriflavin Powder, Cotton, Roller bandage , Scissors, Adhesive plaster, Zince Tapes , Vaseline, Splints of various types Antibiotic ointment, Atropine eye ointment ,Chloramphenicol eye applicaps, Antibiotic Eye drops, Prednisolone eye drops, pumice stone etc.

6.1.1.17.a **Equipments Scalpels etc.** मद में वित्तीय वर्ष 2018–19 में **धनराशि रू0 5000/–प्रति जनपद** का प्राविधान किया गया है।

12.12.1 **Printing Works** इस मद में एन0एल0ई0पी0 के एस0आई0एस0 एवं डी0पी0एम0आर0 के आवश्यक प्रपत्रों एव अभिलेखों के प्रकाशन हेतु धनराशि **रू0 20000/–**प्रति जनपद आवंटित की गयी है।

• Patients Case Card	• Identity Card-For Patients
• Sensory Assessment Card	• Monthly Progress Report Page-1 And 2 (Annexured)
• Disability Assessment Card	• Mdt Stock Indent Forms
• Prednisolone Card	• Mdt Stock Register
• Disability Register	• Patient Treatment Register
• Lepra Reaction & Neuritis Register	• Anm/Asha Referral Slip Booklet
• Referral Slips	• Asha Payment Slip

• Referral Register	• Asha Case Detection Register
• Register For Other Cases	• Any Other As Required.

कार्यक्रम की मासिक प्रगति प्रतिवेदन (Month Progress Report) के पृष्ठ–2 को भारत सरकार द्वारा निम्नवत संशोधित किया गया है, जिस पर प्रत्येक जनपद से प्रत्येक माह रिपोर्ट भेजा जाना है।

8.1.1.10 Physiotherapist - संविदाधीन **Physiotherapist** को सचिव, भारत सरकार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के पत्र D.O.No.10(36)2017-NHM-I Dated 13 March, 2018 एवं मिशन निदेशक, एन0एच0एम0 यू0पी0 के पत्र पत्रांकः एस0पी0एम0यू0 / एन0एच0एम0 / लेखा / 2017–18 / 211 / IV / 12899–75 (10) दिनांक 19.03.2018 के क्रम में वित्तीय वर्ष 2017–18 में निर्धारित दरों के अनुसार वेतन का भुगतान किया जायेगा। निम्नलिखित जनपदों में से **जहां पर नियुक्ति नहीं हुई है,** उनके नियुक्ति हेतु मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 को अपने जनपदों के रिक्त पदों पर भर्ती किये जाने हेतु पत्र प्रेषित करें तथा पत्र की एक प्रति महानिदेशालय को भी ईमेल आई0डी0 **<stateleprosyofficer@gmail.com>** पर भी करें :–

1– इलाहाबाद, 2–अम्बेडकर नगर, 3–अमरोहा, 4– औरैया, 5– आजमगढ़, 6–बदायूँ, 7–बहराइच, 8– बलिया, 9–बलरामपुर, 10–बाराबंकी, 11–बरेली, 12–बस्ती, 13–बिजनौर, 14–चंदौली,15–देवरिया, 16–फैजाबाद, 17–फतेहपुर, 18–गाजीपुर, 19–गोरखपुर, 20–हमीरपुर, 21–हरदोई,22–जालौन (उरई), 23–जौनपुर, 24–कन्नौज, 25–कानपुर देहात, 26–कानपुर नगर, 27–कौशाम्बी,28–लखीमपुर खीरी, 29–कुशीनगर, 30–लखनऊ, 31–महराजगंज, 32–महोबा, 33–मऊ,34–मिर्जापुर, 35– मुरादाबाद, 36–पीलीभीत, 37–रायबरेली, 38–रामपुर, 39–संतरविदास नगर,40–शाहजहाँपुर, 41–श्रावस्ती, 42–सिद्धार्थ नगर 43–सीतापुर, 44–सोनभद्र, 45–उन्नाव।

8.1.1.12 Others (PMW)- संविदाधीन **PMW** को सचिव, भारत सरकार, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के पत्र D.O.No.10(36)2017-NHM-I Dated 13 March, 2018 एवं मिशन निदेशक, एन0एच0एम0 यू0पी0 के पत्र पत्रांकः एस0पी0एम0यू0 / एन0एच0एम0 / लेखा / 2017–18 / 211 / IV / 12899–75 (10) दिनांक 19.03.2018 के क्रम में वित्तीय वर्ष 2017–18 में निर्धारित दरों के अनुसार वेतन का भुगतान किया जायेगा। निम्नलिखित जनपदों में से **जहां पर नियुक्ति नहीं हुई है,** उनके नियुक्ति हेतु मिशन निदेशक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, उ0प्र0 को अपने जनपदों के रिक्त पदों पर भर्ती किये जाने हेतु पत्र प्रेषित करें तथा पत्र की एक प्रति महानिदेशालय को भी ईमेल आई0डी0 **<stateleprosyofficer@gmail.com>** पर भी करें :–

S.No.	Name of District	Nos. of PMW for Districts	S.No.	Name of District	Nos. of PMW for Districts
1	Agra	2	38	Siddharth Nagar	6
2	Mainpuri	1	39	Sant Kabir Nagar	1
3	Mathura	1	40	Gonda	1
4	Firozabad	1	41	Bahraich	14
5	Aligarh	2	42	Shravasti	1
6	Hathras	1	43	Balrampur	5
7	Etah	1	44	Barabanki	14
8	Kasganj	2	45	Amethi	1
9	Allahabad	3	46	Faizabad	3
10	Kaushambi	8	47	Ambedkarnagar	4
11	Fatehpur	9	48	Sultanpur	1
12	Pratapgarh	2	49	Lucknow	6
13	Banda	2	50	Sitapur	19
14	**Chitrakoot**	**0**	51	Raebarely	10
15	Hamirpur	1	52	Kheri	15
16	Mahoba	2	53	Unnao	12
17	Jhansi	2	54	Hardoi	19
18	**Lalitpur**	**0**	55	Bulandshahr	1
19	Jalaun	9	56	Ghaziabad	2

S.No.	Name of District	Nos. of PMW for Districts
20	Kanpur Nagar	9
21	Kanpur Dehat	8
22	Etawah	1
23	Auraiya	5
24	Farrukhabad	1
25	Kannauj	7
26	Rampur	5
27	Moradabad	12
28	Amroha	6
29	Bijnor	8
30	Azamgarh	2
31	Ballia	13
32	Mau	7
33	Bareilly	14
34	Badaun	17
35	Pilibhit	6
36	Shahjhanpur	14
37	Basti	4

S.No.	Name of District	Nos. of PMW for Districts
57	Gautam Buddha Ng.	1
58	Meerut	1
59	Bagpat	1
60	Saharanpur	1
61	Muzaffamagar	1
62	Deoria	12
63	Maharajganj	12
64	Kushinagar	11
65	Gorakhpur	10
66	Mirzapur	7
67	Sonbhadra	3
68	St. Ravidas Nagar	2
69	Jaunpur	9
70	Ghazipur	14
71	Chandauli	5
72	Varanasi	2
73	Sambhal	1
74	Hapur	1
75	Shamli	1
	District Total	418

Special Activities

Three pronged strategies

1- **Post Exposure Prophylaxis**– यह गतिविधि मात्र कुष्ठ रोगी खोजी अभियान संचालित जनपदों में ही की जानी है (अन्य जनपदों में नहीं की जानी है) ।

2- **Focused Leprosy Campaign for Hot Spot Area**– जिन जनपदों में कुष्ठ रोगी खोजी अभियान का संचालन नहीं किया गया है, उन जनपदों में इस गतिविधि के अन्तर्गत जहां पर एक भी कुष्ठ रोग से हुई विकलांगता का केस निकलता है, तब उस ग्रामीण क्षेत्र के उस ग्राम में **सभी घरों के सभी सदस्यों** का परीक्षण एवं शहरी क्षेत्र में आस–पास **के 300 घरों में सभी हाउस होल्ड** का परीक्षण किया जाय तथा प्रत्येक माह निर्धारित प्रारूप पर सूचना महानिदेशालय को प्रेषित की जाय।

3- **Special Plan for Hard to Reach Area**– इसके अन्तर्गत ऐसे क्षेत्र जहां पर पहुंचा जाना अत्याधिक कठिन है उन स्थानों पर जागरूकता लाने के लिए माइकिंग एवं लीफलेट (बुकलेट, हैंडबिल, हैंडआउट, फोल्डर इत्यादि) के माध्यम से प्रचार–प्रसार किया जाय तथा प्रत्येक माह निर्धारित प्रारूप पर सूचना महानिदेशालय को प्रेषित की जाय।

Guideline For Post Exposure Prophylaxis (PEP)

यह गतिविधि मात्र कुष्ठ रोगी खोजी अभियान संचालित जनपदों में ही की जानी है (अन्य जनपदों में नहीं की जानी है)

पृष्ठभूमि

हैनसेन बेसीलस (मायकोबैक्टीरियम लेप्रे) को उच्च संक्रामकता और कम रोगजनकता और विषैला सूक्ष्मजीव माना जाता है। यह संक्रमित रोगियों के Nasal oropharyngeal स्राव और त्वचा में दरार के माध्यम से संक्रमण फैलाता है इसलिए इसके संक्रमण का सबसे ज्यादा खतरा इन रोगियों के साथ रहने वालों को होता है।

यह अनुमान है कि अधिकांश व्यक्तियों में माइकोबैक्टीरियम लेप्रे के लिए एक प्राकृतिक प्रतिरोधक क्षमता होती है व जिनमें प्रतिरोधक क्षमता कम होती है, वही लोग इस बीमारी के गंभीर रूप को विकसित करने की संभावना रखते हैं, जैसे कि मल्टी बैसीलरी (एम0बी0) से प्रभावित व्यक्ति। अतिसंवेदनशील व्यक्ति जो एम0बी0 रोगियों के संपर्क में रहने पर संक्रमित हो जाते हैं।

Leprosy Case Detection Campaign (LCDC) की आवश्यकता क्यों है ?

वर्ष 2005 के बाद से नए कुष्ठ रोगियों की संख्या लगातार स्थिर बनी हुई है, यह दर्शाता है कि कुष्ठ रोग के कारक एजेंट माइकोबैक्टीरियम लेप्रे का संचरण लगातार हो रहा है। मूलरूप से मल्टीड्रोग थेरेपी (एमडीटी) को नए कुष्ठ रोगियों को दिया जाता है, लेकिन यह नए मामलों की संख्या को कम करने के लिए अपर्याप्त प्रतीत होता है।

Post Exposure Chemoprophylaxis (PEC) की आवश्यकता क्यों है?

पी0ई0पी0 एक निवारक (रोकथाम) हेतु चिकित्सा उपचार है जोकि रोगी के संपर्क में आने के तुरन्त बाद शुरू किया जाता है। यह कुष्ठ रोग से प्रभावित व्यक्ति जिसका उपचार प्रारम्भ न हुआ हो उसके द्वारा उसके सम्पर्क में रहने वाले कुष्ठ व्यक्तियों में जीवाणुओं से संक्रमण न हो इसके रोकथाम के उद्देश्य से किया जाता है। कुष्ठ रोग के संक्रमण से बचने के लिए मुख्यतः उन लोगों जोकि रोगी के साथ सीधे सम्पर्क में रहते हैं उन्हें निवारक रणनीति के अन्तर्गत दवाई दी जाती है।

वर्ष 2015 में दादरा और नागर हवेली में Rifampicin का परीक्षण कुष्ठ रोगियों के सम्पर्क में आने वाले व्यक्तियों में Chemoprophylaxis के रूप में किया गया था जोकि अत्यन्त प्रभावकारी रहा।

कुष्ठ रोग से संक्रमण मुख्यतः नये व अनुपचारित रोगियों के सम्पर्क में आने से होता है। नये कुष्ठ रोगी सामान्यता जनसंख्या की तुलता में नये कुष्ठ रोगियों के घरेलु सम्पर्कों में 10 गुना अधिक है और विभिन्न श्रेणियों के पड़ोसियों और सामाजिक संपर्कों में कुष्ठरोग की संभावना तीन और पांच के बीच है इसलिए, भविष्य में कुष्ठ रोग नियंत्रण रणनीति का मुख्य ध्यान केंद्रित होना चाहिए।

Post Exposure Chemoprophylaxis किसी भी निवारक चिकित्सा उपचार को नये रोगी से संपर्क के तुरंत बाद शुरू किया जाता है, ताकि रोगी और रोग के संक्रमण को रोका जा सके। कुष्ठ रोग में, प्रतिरक्षात्मक रणनीति में बीमारी से संक्रमित होने वाले लोगों में एम0लेप्रे द्वारा संक्रमण को रोकने के लिए Rifampicin दवा दी जाती है। 2015 में दादरा और नगर हवेली में किए गए कुष्ठ रोगियों के contacts के लिए Rifampicin का इस्तेमाल में Chemoprophylaxis के रूप में प्रयोग किया गया था। जो अत्यन्त प्रभावकारी रहा।

इस विस्तृत विश्लेषण में कुल 66311 प्रतिभागी (Rifampicin contact) थे, इससे यह निष्कर्ष निकाला कि कुष्ठ से प्रभावित व्यक्तियों के साथ में रहने वाले इन व्यक्तियों को निवारक हेतु Rifampicin खिलाने के उपरान्त इस Chemoprophylaxis ने इन्हें कुष्ठ रोग के खिलाफ 60% सुरक्षा प्रदान की।

पी.ई.पी. के लिए पात्रता मानदंड

जिन्हें Rifampicin दी जानी है (Inclusion Criteria)

1. एक व्यक्ति जो पिछले 1 वर्ष में कुष्ठ रोग के नए खोजे गये कुष्ठ रोगी के साथ तीन माह से अधिक और 20 घंटे प्रति सप्ताह के लिए सामाजिक गतिविधियां रखता / रह रहा है।
2. 02 वर्ष से अधिक आयु के कान्टेक्ट को ही Rifampicin दी जानी हैं।

जिन्हें Rifampicin नहीं दी जानी है (Exclusion Criteria)

1. गर्भवती महिलाओं (पीईपी डिलीवरी के बाद दी जा सकती है)।
2. पिछले दो वर्षों में किसी भी कारण से **Rifampicin** थेरेपी प्राप्त करने वाले लोग (उदाहरण के लिए तपेदिक [टीबी] या कुष्ठ रोग उपचार, या किसी दूसरे इन्डेक्स केस के संपर्क के रूप में **Rifampicin** ली हो।
3. यकृत विकारों के इतिहास वाले लोग (जिन्हें पीलिया, दाएं तरफा पेट में दर्द और सूजन, पैरों और टखनों में सूजन, पीली रंग की मल) या गुर्दे संबंधी विकार (जिनकें मूत्र उत्पादन में गिरावट, पैरों में सूजन और एंकल, जिनको उच्च बीपी हो।
4. कुष्ठ रोगों के संभावित लक्षण या लक्षण वाले लोग।
5. क्षय रोग रोग से ग्रसित व्यक्तियों जोकि उपचार ले रहे हों और जिन लोगों में टी0बी0 के सम्भावित लक्षण हों (जिन रोगियों में निम्न लक्षण हैं उनकी टी0बी0 के लिए जांच की जानी चाहिए– दो हफ्ते से अधिक समय तक खांसी, रात में पसीना, अस्पष्टीकृत बुखार, वजन का घटना)।
6. तीव्र बुखार (बीमारी) के साथ व्यक्ति।

पोस्ट एक्स्पोज़र प्रोफिलेक्सिस **Rifampicin** के साथ (डायरेक्ट ऑब्ज़ेड **Rifampicin** सुपरवाइज्ड **(DORS)**

एलसीडीसी के दौरान पाए गए मामले की पुष्टि के बाद, पी0एच0सी0 एम0ओ0 उक्त सबसेंटर से संबंधित एमपीडब्ल्यू को आवश्यक कार्रवाई करने के लिए सूचित करेगा।

⇩

पी0एम0डब्लू0 आशा के साथ पुष्टि किये गये रोगी के घर का भ्रमण करेगा।

⇩

रोगी के घरेलू और करीबी संपर्कों को पहचान लिया जाएगा और कुष्ठ रोग के लिए जांच की जाएगी, किसी भी संदिग्ध को पुष्टि के लिए एम0ओ0 के पास भेजा जाएगा।

⇩

कुष्ठ रोग के संदिग्ध लोगों के अलावा सभी संपर्कों को किसी भी Exclusion criteria के आधार पर चुना जाएगा।

⇩

Inclusion criteria को पूरा करने वाले संपर्कों को रिफाम्पिसिन Chemoprophylaxis की एकल खुराक दी जाएगी।

⇩

अगर संदिग्ध मामलों की पुष्टि हो जाती है तो उन्हें कुष्ठ रोगी के रूप में माना जाएगा और उन्हें एमडीटी दिया जाएगा और उनके भी सम्पर्कों को पीईपी के लिए चिन्हित किया जायेगा।

⇩

यदि घर पर कोई संपर्क उपलब्ध नहीं है, तो Exclusion criteria का मूल्यांकन PMW द्वारा पारिवारिक सदस्यों की सहायता से किया जाएगा और उसकी Prophylatic खुराक आशा को सौंप दी जायेगी । सभी मामलों में, PEP की खुराक अपने सामने दी जायेगी।

संपर्क स्क्रीनिंग, यदि Index case एक बच्चा है

यदि Index case एक बच्चा (≥ 2 yrs और <14yrs) है, तो Eligibility Criteria for PEP (पी0ई0पी0 के लिए पात्रता मानदण्ड) में दिये गये सभी बिन्दुओं **(Inclusion Criteria & Exclusion Criteria)** पर अमल किया जायेगा। लेकिन इसके पहले रोगी बच्चे के साथ स्कूल में पढने वाले सहपाठियों जो उसके मोहल्ले में रहने वाले हैं उनके घर का भ्रमण किया जायेगा और कुष्ठ रोग के लिए उनकी जांच की जायेगी और पी0ई0पी0 के लिए उनकी पात्रता की जांच की जायेगी।

यदि घर पर संपर्क उपलब्ध नहीं है, तो व्यक्ति की पात्रता की जांच PMW द्वारा परिवार के सदस्य से की जायेगी उसके बाद उस व्यक्ति से सम्बंधित पात्रता प्रारूप व Rifampicin की एकल खुराक आशा को दे दी जायेगी और आशा यह सुनिश्चित करेगी कि वह एकल खुराक उस व्यक्ति को दे दी जाय और उसका पात्रता प्रारूप भर दिया जाय और भरा हुआ प्रारूप पी0एम0डब्लू0 को जमा कर दिया जायेगा।

यदि किसी संदिग्ध को कुष्ठ रोग होने का संदेह है तो उस संपर्क को उसके निकटतम स्वास्थ्य केन्द्र में चिकित्सा अधिकारी के पास भेजा जाएगा।

यदि संपर्क को कुष्ठ रोग की पुष्टि होती है तो दिशा–निर्देशों के अनुसार मरीज का एमडीटी के साथ इलाज किया जाएगा। यदि कुष्ठ रोग नहीं है तो उसे संपर्क पीईपी दिया जाएगा।

सुरक्षा / प्रतिकूल घटना प्रबंधन (Adverse event management)

Rifampicin की एकल खुराक के बाद प्रतिकूल घटनाएं शायद ही कभी होती हैं।

संभवतः प्रतिकूल दवा प्रतिक्रियाएं पेट का खराब होना, सीने में जलन उल्टी, सिरदर्द, उनींदापन, या चक्कर आना हैं जो मानक उपचार प्रोटोकॉल के अनुसार प्रबंधित की जानी हैं। पी0एम0डब्लू0 अपने भ्रमण के दौरान लोगों को यह अवश्य बतायेगें कि इस दवा के कारण उनके मूत्र, पसीने, लार या आंसू का रंग लाल हो सकता है और इससे कोई हानि नहीं होती है ।

एक प्रतिकूल घटना के मामले में प्रक्रिया

Rifampicin देने के उपरान्त यदि ऊपर बताये गये लक्षणों के अतिरिक्त यदि कोई अन्य प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया दिखायी देती है तो वह व्यक्ति पी0एच0सी0 के एम0ओ0 को रिपोर्ट करेगा। जोकि उसका प्रबन्धन करेगा या निकटतम अस्पताल में संदर्भित करेगा।

निगरानी और पर्यवेक्षण

कुष्ठ रोग के लिए Contact की स्क्रीनिंग चिकित्सा अधिकारी के अधिकार क्षेत्र में होगा और यह भी सुनिश्चित करेगा कि कान्टेक्ट के स्क्रीनिंग के दौरान Exclusoion and Incusion Criteria को उपयोग उचित ढंग से किया जा रहा है। चिकित्सा अधिकारी Contact Form को स्वीकार और हस्ताक्षर करेगा और प्रतिकूल घटना प्रबंधन के लिए जिम्मेदार होगा।

Rifampicin की खरीद

1- Rifampicin की खरीद जनपद स्तर पर राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम के अन्तर्गत आवंटित/प्राविधानित धनराशि से नियमानुसार की जायेगी।

2- Rifampicin आवश्यक मात्रा की गणना एल0सी0डी0सी0 के दौरान खोजे गये रोगियों के अनुसार की जायेगी। (20 कान्टैक्ट प्रति केस)

3- स्टॉक की गुणवत्ता के साथ समझौता किए बिना सबसे कम बोलीदाता के आधार पर आपूर्तिकर्ता का चयन करें।

4- आपूर्तिकर्ता को एक लिखित अनुरोध करें।

5- मात्रा की जांच करें, प्राप्त हुई दवा की समाप्ति की जांच करें।

6- Rifampicin का रिकॉर्ड बनाए रखें

7- दवा को जिले में वितरित करें

रिपोर्टिंग

फील्ड स्तर पर पी0एम0डब्लू0 द्वारा डेटा संग्रह किया जायेगा और भरे हुए प्रारूप प्रत्येक दिन फील्ड या सबसेन्टर से पी0एच0सी0 पर जमा किये जायेगें। पी0एच0सी0 के मेडिकल ऑफिसर द्वारा भरे गये प्रारूप की जांच की जायेगी और जिले से राज्य को सभी डेटा संकलित कर भेजे जायेगें। राज्य के स्तर पर डीईओ द्वारा एक्सेल प्रारूप में डेटा संकलित किया जाएगा। इसके अलावा, एसएलओ, सलाहकार एनएलईपी फिर से 10% Random (क्रम रहित) जांच से डेटा सटीकता और पूर्णता की जांच करेंगें। इसके अलावा, डेटा सीएलडी को निम्न बिन्दुओं के आधार पर प्रेषित करेगें :

1) कुल संख्या सूचकांक के मामलों की
2) कुल संख्या संपर्कों की जांच
3) कुल संख्या के संपर्क में कुष्ठ रोग के रूप में निदान किया गया
4) कुल संख्या PEP के लिए योग्य संपर्कों का मिला
5) कुल संख्या PEP के DORS के रूप में प्रशासित

Annexure I,II,III & IV (Contact Form) are attached.

Annexure I

Operational definitions	
Chemoprophylaxis	Post-exposure prophylaxis with one or more antibiotics given to contacts of an infectious disease case. A single dose of rifampicin is used to reduce the risk of developing leprosy in contacts of leprosy patients (index cases).
Contact	Someone who has had prolonged regular or interrupted contact with an index case during the last one year. The time period of contact will be 3 months (cumulative) and 20 hrs / wk.
Contact category	This is based on physical proximity to the index case. The categories are family contacts, household contacts, neighbour contacts and social contacts.
	• **Family contacts** comprise of all family members.However, if a family member has been away due to reasons eg work or education during the last 1 year, then he will not be included among contacts.
	• **Household contacts** are people living in the same house as the index case.
	• **Neighbour contacts** would comprise of are all people living in 3 houses on either side and 3 houses across the street from the index case.
	• **Social contacts** are all people with whom the index case is in contact for more than 20 hrs per week for a cumulative of 3 months or more.

Contact screening	Examination of a contact having been in physical proximity to the index case to determine if they have signs or symptoms of leprosy.
Leprosy patient	A leprosy patient is defined as someone who has one of three cardinal signs and has not completed a course of MDT. A new case of leprosy is defined as someone who has one of three cardinal signs and has not consumed even a single dose of MDT/started a course of MDT.
	This definition is in the national guidelines and based on the WHO definition.
Single-dose rifampicin prophylaxis	Post-exposure prophylaxis in which a single dose of rifampicin, with dosage based on weight, is given to contacts of an index case. In this document single dose rifampicin prophylaxis is referred as Post-Exposure-Prophylaxis (PEP).
	> 35 kg – 600 mg
	20 – 35 kg – 450 mg
	< 20 kg – 10-15 mg/kg
Index case	Any confirmed case diagnosed for the first time as leprosy case

Annexure II

Human resources: roles and responsibilities

S.No.	Staff Involved	Roles and Responsibilities
1	MPW/ PMW/ ASHA	a. Find index leprosy patient b. Carry out house visit c. Confirm the start of MDT for index case d. Inform about leprosy prevention and chemoprophylaxis e. List 10 neighborhood contacts on contact form f. Collect data on contact form g. Screen for leprosy h. Bring contacts suspected for leprosy to MO i. Record referral in contact form j. Check eligibility for PEP (PMW/MPW) k. Give PEP if eligible(PMW/MPW) l. Record eligibility and SDR in contact form m. Refer to PHC in case of adverse events
2.	NMS/ PHN	a. Supervision of field activity of MPW/ PMW/ ASHA
3.	MO PHC	a. Examine contacts suspected of leprosy or TB b. Responsible for distribution of rifampicin c. Management of adverse reactions
4.	DLO/ State Leprosy Officer (NLEP)	a. Leprosy expert supervision of field level staff and Mos. b. Give training

Annexure III

SAMPLE FORMATS

INDEX CASE INFORMATION:

Name: DOB:

Gender:

Date of Diagnosis:

Registration number:

Type of leprosy (PB-MB):

Disability: Y/N

Date of start of MDT:

Annexure IV

CONTACT FORM:

Name: DOB:

Gender:

Registration No. of contact:

Registration number of index case:

Date of contact screening:

Type of contacts: relative/neighbour/social/temporary

Inclusion criteria for rifampicin:

1. Person has been living/working/having social activities for more than three months. Y/N
2. Age ≥2 years. Y/N

Exclusion criteria:

1. Pregnancy Y/N
2. Rifampicin therapy for any reason in the last two years (e.g. for tuberculosis [TB] or leprosy treatment, or as a contact from another index case) Y/N
3. History of liver disorders (ask for H/o jaundice, right sided abdominal pain and swelling, swelling in legs and ankles, pale coloured stool) Y/N
4. History of renal disorders (ask for H/o decreased urine output, swelling in legs and ankles, H/o high BP) Y/N
5. Possible signs and/or symptoms of leprosy. Y/N
6. Presence of acute febrile illness. Y/N

Whether eligible for chemoprophylaxis: Y/N

Date of Rifampicin administered - ___/___/___

Name: _____

Sign of MPW/PMW: _____

National Leprosy Eradication Program
Format for Focused Leprosy Campaign
(This format is to be filled by the Health worker during his/her field visits for case detection)

No. of Grade 2 Cases in the month of _____
No. of FLCs done against the above number ____

1. Name:
2. Age:
3. Sex:
4. Village/ Urban Area:
5. Block:
6. District:
7. State:
8. Date of Detection of disability:
9. Date of FLC conducted:
10. Household Covered:
11. Population covered:
12. Suspects identified:
13. Suspects examined:
14. Total New Cases Detected:
15. Grade 2 cases:
16. Child cases:
17. Child grade 2 cases:

Kindly note: Data collected by you is very important to assess the quality of the campaign which in turn will help in determining if more patients are still hidden in the community or not. Hence, you are requested to maintain trustworthiness while following above mentioned instructions during the visits to sites.

ABSULS

आशा द्वारा संदिग्ध कुष्ठ रोगियों की देख–रेख के सम्बन्ध में दिशा–निर्देश

(यह गतिविधि प्रदेश के सभी जनपदों में किया जाना है)

ASHA
BASED
SURVEILLANCE
LEPROSY
SUSPECTS

आशा द्वारा संदिग्ध कुष्ठ रोगियों की देख–रेख हेतु विवरणः–

"आशा द्वारा संदिग्ध कुष्ठ रोगियों की देख–रेख का उद्देश्य"

1. संदिग्ध कुष्ठ रोगियो की सकीय देख–रेख उन क्षेत्रों में भी हो जहाँ पर कुष्ठ रोगियों की सूचना NIL/शून्य हो ।
2. प्राथमिकता के आधार पर आशा द्वारा कुष्ठ रोगियों का खोजा जाना।
3. गाँव स्तर पर कुष्ठ रोगियों को खोजने हेतु संचालित गतिविधियों की निगरानी व पर्यवेक्षण मे सुधार लाना।

ABSULS (आशा द्वारा संदिग्ध कुष्ठ रोगियों की देख–रेख) हेतु निम्न प्रकार से कार्यवाही की जानी है।

आशा द्वारा मासिक बैठक मे स्वयं हस्ताक्षर कर **ABSULS** प्रारूप एस–1 (दो प्रतियों मे भरा जायेगा) इस प्रारूप मे खोजे गये संदिग्ध कुष्ठ रोगियो की संख्या जिनको आशा द्वारा पूर्व माह मे संदर्भित किया गया है लिखा जायेगा।

ABSULS प्रारूप एस–1 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के चिकित्साधिकारी को दिया जायेगा और वह इसका संकलन प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर **ABSULS** प्रारूप एस–2 में करेगें, जो दो प्रतियों में भरा जायेगा।

ABSULS प्रारूप एस–2 जिला कुष्ठ अधिकारी को विश्लेषण व विवेचना हेतु भेजे जायेगें और जिले के अनुसार रिर्पाट का संकंलन **ABSULS** प्रारूप एस–3 में करेंगें, जो दो प्रतियों मे भरा

ABSULS प्रारूप एस–3 राज्य कुष्ठ अधिकारी को विश्लेषण व विवेचना हेतु भेजा जायेगा और राज्य के अनुसार रिर्पाट का संकंलन ABSULS प्रारूप एस–4 में करेगें, जो दो प्रतियों में भरा

ABSULS प्रारूप एस– 4 सी0एल0डी0 नई दिल्ली, को विश्लेषण व विवेचना हेतु भेजा जायेगा।

इन सभी प्रारूप **ABSULS** प्रारूप एस–1 (संलग्नक–1) **ABSULS** प्रारूप एस–2 (संलग्नक– 2) **ABSULS** प्रारूप एस–3 संलग्नक – 3) ABSULS प्रारूप एस–4(संलग्नक –4) जोकि मुख्यतः इसी कार्य हेतु बनाये गये है। इन प्रारूपो को सख्ती से उस प्रारूप मे नामित कर्मियो द्वारा भरा/संकलित किया जायेगा।

उदाहरण के लिये **ABSULS** प्रारूप एस–1 मे पहले तीन कॉलम उस उपकेन्द्र की ए0एन0एम0 द्वारा तथा अनतिम दो कॉलम आशा द्वारा भरा जायेगे। प्रत्येक प्रारूप दो प्रतियों मे भरे जायेगे जिससे उसकी एक कॉपी ए0एन0एम0 के पास व दूसरी कॉपी चिकित्साधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र को जमा की जायेगी जिसमे की आशा का नाम ए0एन0एम0 द्वारा चिन्हित कर दिया जायेगा। जोकि उस गाँव के भ्रमण के लिये चुनी गई है।

अन्य सभी प्रारूप वह भी अत्यन्त सरल व स्वतः स्पष्ट हैं, उनको प्रत्येक स्तर पर नामित कर्मियो द्वारा दो प्रतियों मे भरा जायेगा। जिससे उसकी एक कॉपी उसी स्तर पर रहे तथा उसकी दूसरी कॉपी को उच्च स्तर पर आगे भेजा जा सके।

ABSULS की देख–रेख विभिन्न स्तरों पर तत्काल पर्यवेक्षकों द्वारा की जायेगी, जिसका कियान्वयन निम्नानुसार किया जाना हैः–

स्तर 1– सर्वप्रथम ए0एन0एम0 द्वारा बिना चयन किये हुए आशा के गाँव को चिट की विधि द्वारा चुना जायेगा, जोकि उसके उपकेन्द्र मे आता हो। (एक नाम की चिट को एक ही बार निकाला जायेगा जबतक उस ए0एन0एम0 के अन्तर्गत आने वाले सभी गांव में उसके द्वारा कम से कम एक बार भ्रमण न कर लिया जाये) ए0एन0एम0 द्वारा चुने गये गाँव के पाँच स्थान का भ्रमण किया जायेगा (यह भ्रमण प्रत्येक माह के **दसवे दिन** किया जायेगा) इसका उद्देश्य यह है कि –

1. आशा द्वारा प्रत्येक घर का एक महीने की अवधि मे भ्रमण किया जा रहा है अथवा नही इसकी पुष्टि करने हेतु।
2. आशा के द्वारा दिये गये परिणाम अथवा खोज की पुष्टि हेतु।
3. अन्य रोगी की खोज हेतु यदि है।

यह सारी सूचनाये ए0एन0एम0 द्वारा चिकित्साधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के साथ **ABSULS** प्रारूप एम–1 पर साझा की जायेगी।

स्तर 2–चिकित्साधिकारी (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र) द्वारा बिना चयन किये हुए चिट की विधि द्वारा किसी एक ए0एन0एम0 को चुना जायेगा। (एक नाम की चिट को एक ही बार निकाला जायेगा जबतक की सारी ए0एन0एम0 जोकि उस प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र मे है कम से कम एक बार चिट विधि के द्वारा चुन न ली जाये) और उसके बाद चिकित्साधिकारी द्वारा उस गाँव का भ्रमण किया जायेगा जिसमे की ए0एन0एम0 द्वारा भ्रमण किया गया है। (यह भ्रमण प्रत्येक माह के **बीसवे दिन** किया जायेगा) इसका मुख्य उद्देश्य यह है कि–

1. ए0एन0एम0 द्वारा प्रत्येक घर का एक महीने की अवधि मे भ्रमण किया जा रहा है अथवा नही इसकी पुष्टि करने हेतु।
2. ए0एन0एम0 के द्वारा दिये गये परिणाम अथवा खोज की पुष्टि हेतु।
3. अन्य रोगी की खोज हेतु यदि है ।

यह सारी सूचनायें चिकित्साधिकारी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा **ABSULS** प्रारूप एम–2 पर जिला कुष्ठ अधिकारी के साथ साझा की जायेगी।

स्तर 3– जिला कुष्ठ अधिकारी द्वारा बिना चयन किये हुए चिट की विधि द्वारा चिकित्साधिकारी, (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र) को चुना जायेगा। (एक नाम की चिट को एक ही बार निकाला जायेगा जबतक की सारे चिकित्साधिकारी (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र) जोकि उस जनपद में है, कम से कम एक बार चिट विधि के द्वारा चुन न लिये जाये) और उसके बाद जिला कुष्ठ अधिकारी द्वारा **उस गाँव** का भ्रमण किया जायेगा जिसमे की चिकित्साधिकारी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा भ्रमण किया गया है। (यह भ्रमण प्रत्येक माह के **तीसवे दिन** किया जायेगा) इसका उद्देश्य यह है कि–

1. चिकित्साधिकारी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा प्रत्येक घर का एक महीने की अवधि मे भ्रमण किया जा रहा है अथवा नही इसकी पुष्टि करने हेतु।
2. ए0एन0एम0 के द्वारा दिये गये परिणाम अथवा खोज की पुष्टि हेतु।

3. अन्य रोगी की खोज हेतु यदि है तो यह सारी सूचनाये जिला कुष्ठ अधिकारी द्वारा **ABSULS** प्रारूप एम–3 पर राज्य कुष्ठ अधिकारी के साथ प्रेषित की जायेगी।

स्तर 4–राज्य कुष्ठ अधिकारी एवं सी0एल0डी0 नई दिल्ली के अधिकारियो द्वारा अपने नियमित भ्रमण के दौरान उन गाँवो का भ्रमण किया जायेगा जोकि` जिला कुष्ठ अधिकारी द्वारा पहले से ही भ्रमण किये जा चुके है। जिससे की जो जानकरी जिला कुष्ठ अधिकारी द्वारा दी गई है उसकी पुष्टि की जा सके।

जो भी जानकारियाँ प्रत्येक स्तर द्वारा जमा की गई है। उनकी पुनः जाँच व पुष्टि अत्यन्त आवश्यक है। अतः यहाँ कुल तीन देख–रेख प्रारूप है, **ABSULS** प्रारूप एम–1(संलग्नक–1) **ABSULS** प्रारूप एम 2 (संलग्नक–2) **ABSULS** प्रारूप एम–3 (संलग्नक–3) जोकि मुख्यतः इसी कार्य हेतु बनाये गये है। जिसको प्रत्येक स्तर पर नामित कर्मियो द्वारा भ्रमण के पश्चात दिये गये प्रारूप की प्रतिलिपि पर भरा जायेगा। जिससे उसकी एक प्रतिलिपि उसी स्तर पर रहे तथा उसकी दूसरी प्रतिलिपि को उच्च स्तर पर आगे भेजा जा सके।

उदाहरण के लिये **ABSULS** प्रारूप एम–1 उस उपकेन्द्र की ए0एन0एम0 द्वारा बिना चयन किये हुए किसी भी गाँव का भ्रमण करने के पश्चात भरा जायेगा। उसकी एक कॉपी ए0एन0एम0 के पास व दूसरी कॉपी चिकित्साधिकारी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र को अपने हस्ताक्षर से जमा करेगी।

सामान्ता अन्य देख–रेख प्रारूप, जोकि अत्यन्त सरल व स्वतः स्पष्ट है, उनको प्रत्येक स्तर पर नामित कर्मियो द्वारा दो प्रतियों मे भरा जायेगा। जिससे उसकी एक कॉपी उसी स्तर पर रहे तथा उसकी दूसरी कॉपी को उच्च स्तर पर आगे भेजा जा सके।

ABSULS एम–3 प्रारूप के आधार पर राज्य कुष्ठ अधिकारी अपनी रिर्पोट संकलित करके प्रत्येक माह एम0पी0आर0 के साथ सी0एल0डी0 नई दिल्ली को प्रेषित करेगी।

यहाँ यह भी तथ्य संज्ञान में लाना है कि यह देख–रेख तन्त्र संदिग्ध कुष्ठ रोगियो हेतु बनाया गया है। जिससे की आशा द्वारा गाँवो मे संदिग्ध कुष्ठ रोगियो की खोज बढ़ायी जा सके। जिसकी पुष्टि की प्रकिया रजिस्ट्रेशन और पुष्टि के पश्चात उपचार की प्रकिया राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यक्रम के दिशा निर्देश के अनुसार बिना किसी बदलाव के किया जायेगा।

ABSULS को प्रभावी रूप से कार्यान्वित करने के लिये अन्य गतिविधियाः–

1. **ABSULS** को कियान्वयन करने के पश्चात पहली मासिक बैठक मे संदिग्ध रोगियो के बारे मे (जोकि संलग्नक VIII मे दिया गया है) आशा का संवेदिकरण(प्रशिक्षण) किया जाये।
2. **आशा के पास संदर्भनपर्ची की उपलब्धता व आशा के द्वारा** संदिग्ध रोगियो का संदर्भन उसी माह मे सुनिश्चित करे। (जोकि संलग्नक IX मे दिया गया है)

प्रारूप–I

ABSULS S1

यह प्रारूप आशा के द्वारा मासिक बैठक मे भरा जायेगा

ए0एन0एम0 का नाम:..... सब सेन्टर..... यह ए0एन0एम0 के द्वारा भरा जायेगा	रिर्पोट का माह:..... यह आशा के द्वारा भरा जायेगा

क0 सं0	आशा का नाम	गाँव/क्षेत्र	पहचाने गये संदिग्ध रोगी और उसको संदर्भित करने का माह	हस्ताक्षर

ए0एन0एम0 के द्वारा उस आशा का नाम चिन्हित किया जायेगा जिसका क्षेत्र/गाँव अनियमित कम मे भ्रमण के लिए चुना गया है।

प्रारूप–II

ABSULS S2

यह प्रारूप चिकित्सा अधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के द्वारा ABSULS S1 के आधार पर जोकि उसके अधिकार क्षेत्र मे है भरा जायेगा

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम:.....
चिकित्सा अधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम: .....
रिर्पोट का माह: .....

पहचाने गये संदिग्ध रोगी और उसको संदर्भित करने का माह	हस्ताक्षर

प्रारूप–III

ABSULS S3

यह प्रारूप जिला कुष्ठ अधिकारी के द्वारा ABSULS S2 के आधार पर जोकि उसके अधिकार क्षेत्र मे है भरा जायेगा

जिले का नाम का नाम:.....
जिला कुष्ठ अधिकारी का नाम: .....
रिर्पोट का माह: .....

पहचाने गये संदिग्ध रोगी और उसको संदर्भित करने का माह	हस्ताक्षर

प्रारूप–IV

ABSULS S4

यह प्रारूप राज्य कुष्ठ अधिकारी के द्वारा ABSULS S3 के आधार पर जोकि उसके अधिकार क्षेत्र मे है भरा जायेगा

राज्य का नाम:.....

राज्य कुष्ठ अधिकारी का नाम: .....

रिर्पोट का माह: .....

पहचाने गये संदिग्ध रोगी और उसको संदर्भित करने का माह	हस्ताक्षर

प्रारूप–V

ABSULS M1

यह प्रारूप ए0एन0एम0 के द्वारा निरिक्षण भ्रमण के दौरान भरा जायेगा

ए0एन0एम0 का नाम:.....

सब सेन्टर.का नाम: .....

रिर्पोट का माह: .....

भ्रमण की तिथि:.....

भ्रमण किये गये गाँव का नाम	आशा का नाम	कुष्ठ रोग के लिये आशा द्वारा किये गये भ्रमण की पुष्टि	पहचाने गये संदिग्ध रोगी की पुष्टि व संर्दभन	पहचाने गये अन्य संदिग्ध रोगी	हस्ताक्षर

प्रारूप–VI

ABSULS M2

यह प्रारूप चिकित्सा अधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के द्वारा निरिक्षण भ्रमण के दौरान भरा जायेगा

चिकित्सा अधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम:.....

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रका नाम: .....

रिर्पोट का माह: .....

भ्रमण की तिथि:.....

भ्रमण किये गये गाँव का नाम	ए0एन0एम0 का नाम	कुष्ठ रोग के लिये ए0एन0एम0 द्वारा किये गये भ्रमण की पुष्टि	पहचाने गये संदिग्ध रोगी की पुष्टि व संर्दभन	पहचाने गये अन्य संदिग्ध रोगी	हस्ताक्षर

प्रारूप–VII

ABSULS M3

यह प्रारूप जिला कुष्ठ अधिकारी के द्वारा निरिक्षण भ्रमण के दौरान भरा जायेगा

जिला कुष्ठ अधिकारी का नामः.....

जिले का नामः .....

रिर्पोट का माहः .....

भ्रमण की तिथिः.....

भ्रमण किये गये गाँव का नाम	चिकित्सा अधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का नाम	कुष्ठ रोग के लिये चिकित्सा अधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा किये गये भ्रमण की पुष्टि	पहचाने गये संदिग्ध रोगी की पुष्टि व संर्दभन	पहचाने गये अन्य संदिग्ध रोगी	हस्ताक्षर

प्रारूप–IX

संर्दभन पर्ची का प्रारूप जोकि आशा के द्वारा संदिग्ध रोगी को प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र मे संर्दभन के दौरान भरा जायेगा

राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यकम संदिग्ध रोगी संर्दभन पर्ची	राष्ट्रीय कुष्ठ उन्मूलन कार्यकम संदिग्ध रोगी संर्दभन पर्ची
माह/वर्षः.....	माह/वर्षः.....
माह का क0 सं0:.....	माह का क0 सं0:.....
दिनाँकः.....	दिनाँकः.....
संदिग्ध का नामः.....	संदिग्ध का नामः.....
उम्रः.....	उम्रः.....
लिंग (महिला/पुरूष).....	लिंग (महिला/पुरूष).....
पिता/पति का नामः.....	पिता/पति का नामः.....
पताः.....	पताः.....
मोबाईल नम्बरः.....	मोबाईल नम्बरः.....
सब सेन्टरः.....	सब सेन्टरः.....
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रः.....	
आशा का नाम व हस्ताक्षरः.....	आशा का नाम व हस्ताक्षरः.....

NLEP - Monthly Reporting Form

State/UT Report

State/UT -	Reporting Month/Year :

Population of the State	Total	SC	ST

			1.1 New Cases	1.2 Other cases
1.	No. of balance new cases at the beginning of the month	PB		
		MB		
		TOTAL		

			During reporting month			Cumulative from 1st April			Among new cases- no. from other states_cumulative from 1st April
			PB	MB	TOTAL	PB	MB	TOTAL	TOTAL
2.	No.of "New Leprosy Cases" detected	Adult							
		Child							
		Total							
3.	Among new leprosy cases detected , number of	Female							
		Deformity (Adult+ Child) Gr-I							
		Deformity (Adult+ Child) Gr-II							
		Deformity (Child) Gr-I							
		Deformity (Child) Gr-II							
		SC							
		ST							
4.	Number of New leprosy cases deleted during the month	RFT -							
		Otherwise deleted							
		Total							
5	**Number of New leprosy cases under treatment at the end of the month (1.1+2--4)**								
6	Number of "other cases" recorded and put under treatment	(i) Relapse							
		(ii) Reentered for treat.							
		(iii) Referred							
		(iv) Reclassified							
		Total							
7	No. of 'other cases' deleted from treatment	RFT							
		Otherwise deleted							
		Total							
8	**No. of other cases under treatment at the end of reporting month (1.2+6-7)**								
9	**Total number of cases under treatment at the end of month(5+8)**								

10 Drug Stock at the end of the reporting month (If required use extra sheets)

Blister Packs	Compiled PHC/Distt. Stock		District/State Store Stock		Total in the State		
	Qty.	Expiry Date	Qty.	Expiry Date	Qty.	No. of UT patient	Patient month BCP
MB (A)							
MB (C)							
PB(A)							
PB(C)							

NLEP - Monthly Reporting Form

State/ UT Report

S. No.	DPMR activities		During the month			Cummulative total from April till date		
			PB	MB	Total	PB	MB	Total
1	**No. of new leprosy cases recorded**							
2	No.of reaction cases managed at PHC							
3	No.of reaction cases referred to Distt. Hosp./other Instt.							
4	No. of relapse cases suspected and referred by PHCs							
5	No. of relapse confirmed at District Hosp.							
6	No. of cases developed new disability after MDT							
7	No. of patients provided with footwear							
8	No. of patients provided with self care kit							
9	No. of patients referred for RCS							
10	No. of new cases confirmed at PHC out of referred by A SHA							
11	No.of case completed treatment through ASHA							
12	No.of ASHA paid incentives							
13	No. of contacts examined							
14	No. of cases detected among contacts							
15	No. of cases voluntarily reported,out of new recorded (Sl.No..1)							
16	No. of institutes providing RCS	Govt.						
		NGO						
		Total						
17	No. of patients - RCS done	Govt.						
		NGO						
		Total						

NLEP - Monthly Reporting Form				
District Report				
S.No.	Innovations		During reporting month	Cumulative from 1st April
			TOTAL	TOTAL
1	LCDC	Suspects Identified		
		Suspects Examined		
		Confirmed Cases		
2	PEP	Contacts Screened		
		PEP administered		
3	FLC	Total G2D Cases detected in low endemic districts		
		Total FLCs conducted		
		Confirmed Cases		
4	ABSULS	Total No. of block in the district		
		No of block where ABSULS has been implemented		
		No of suspects identified by ASHA under ABSULS		
		No of cases referred by ASHA under ABSULS		
5	Special Plan for Hard to Reach Area	No. of Hard to Reach Areas Identified		
		Special Plan Implemented		
6	G2D Investigation	Average Duration of delay (**in weeks**) among cases from time of noticing symptoms to seeking treatment		
		Reasons for delay in reporting, in cases investigated after noticing symptoms ***(in percentage)*** — Lack of information about the disease		
		Non- availability of doctor at the health facility		
		Loss of wages		
		Fear/ Stigma		
		Financial constraints		
		Treated by multiple Practioners		
		Treatment by faith healers		
		Any other(specify)		
		No. of cases that came to know about Leprosy through ***(in percentage)*** — Neighbors		
		Relatives/ Friends		
		News Clippings		
		Radio Jingles		
		Posters		
		Banners		
		Leaflets		
		Any other(specify)		

Performa for New Leprosy Cases reported with Grade – II disability

(Interview should be personal talk and not in public)

State:

Personal Details

1. **Name of the Patient:**
2. **Mobile No.:** **3. Age:** **4. Sex (M/F):**
1. **Religion:** **6. SC / ST:**
7. **Education** (1-Illiterate, 2-1st-5th standard, 3-Middle School (6th-8th), 4-High School(9th-10th), 5-Intermediate, 6-Post High School or Diploma/Graduate, 7-PostGraduate, 8-Professional) **(Kindly write the no.):** ☐
8. **Occupation** (1-Unemployed, 2-Unskilled, 3-Semi-Skilled/Skilled, 4-Clerical, 5-Shop owner, 6-Farmer, 7-Semi-professional, 8-Professional, 9-Other(specify)): **(Kindly write the no.):** ☐

Demographic Details

9. Rural/ Urban Area:
10. Village/ Urban Area Name:
11. Kutcha/ Pakka house: **12.** Block:
13. District: **14.** Migratory/ non migratory:
15. No. of Family members: **16.** Family Income(per annum):
17. Per Capita Income:

Case Details

18. **History of contact with leprosy case(Y/N):**
19. **Relation, if yes**(1-family,2-relative,3-friend,4-neighbor,5-known,6-co-workers,7-others(specify)) **(Kindly write the no.):** ☐
20. **1st observance of leprosy symptoms (month-year):**
21. **Date of diagnosis:**
22. **Diagnosed by** (1-ASHA, 2-NMA, 3-MO, 4-Hakeem, 5-PP, 6-Doctor, 7-Others(specify)) **(Kindly write the no.):** ☐
23. **Duration of delay in starting treatment at Government Health Care System(after noticing the symptoms)(in days):**
24. **Clinical Type (PB/MB) (to be filled by health worker):**
25. **First point of care** (1-Hakeem, 2-Faith healer, 3-PP, 4-Govt. Health Centre, 5-Hospital, 6- Medical college, 7- other(specify)) **(Kindly write the no.):** ☐
26. **Duration of delay (in weeks) from time of noticing symptoms to seeking treatment at first point of care:**
27. **Cost Incurred, if any:**
28. **Second point of care** (1-Hakeem,2-Faith healer,3-PP,4-Govt. Health Centre,5-Hospital,6- Medical college,7 other(specify)) **(Kindly write the no.):** ☐
29. **Duration of delay (in weeks) between visiting first point of care to second point of care:**

30. **Cost Incurred, if any:**
31. **Third point of care**(1-Hakeem,2-Faith healer,3-PP,4-Govt. Health Centre,5-Hospital,6-Medical college7 other(specify)) **(Kindly write the no.):** ☐
32. **Duration of delay (in weeks) between visiting second point of care to third point of care:**
33. **Cost Incurred, if any:**
34. **Date of reporting in the present Health Care System (If different from first point of care):**
35. **Reasons for not reporting in Govt. Health Care System directly after noticing the symptoms** (1-Lack of information about the disease,2-Non-availability of doctor at the health facility,3-Loss of wages,4-Fear/Stigma,5-Financial constraints,6-Treated by multiple Practioners,7-Treatment by faith healers,8-Any other(specify)) **(Kindly write the no.):** ☐
36. **From where the case came to know about Govt. Health Care System?**(1- News, 2-Neighbors, 3- Relatives, 4-Friends, 5- Others(specify)) **(Kindly write the no.):** ☐
37. **From where the case came to know about Leprosy?**(1- News, 2- Neighbors, 3-Relatives, 4-Friends, 5- Others(specify)) **(Kindly write the no.):** ☐
38. **Is the case aware about anybody having the same symptoms in his/her locality/ area:**
39. **If yes, how many such people does he/she know:**
40. **Recommendations made by him/her:**

Observation of the interviewer and conclusion:

Signature and designation of the Interviewer:
(Date)

(डा० पद्माकर सिंह)
महानिदेशक