

Annexure -3

क्रियान्वयन हेतु दिशा-निर्देश

कार्यक्रम का नाम: जननी सुरक्षा योजना

बजट/एफएमआर शीर्ष (अनुलग्नक 2 के आधार पर): सीजेरियन प्रसव

बजट क्रम संख्या/एफएमआर संख्या (अनुलग्नक-2 के आधार पर): A.1.3.2.C

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण : कुल प्रसव में जटिल प्रसव का अनुपात 15% है तथा 8% से 10% प्रसव में सीजेरियन आपरेशन करना जरूरी हो जाता है ताकि जच्चा-बच्चा की जान बच सके। सरकारी अस्पतालों में हो रहे प्रसव में c-section का अनुपात 1% से भी कम है। मातृ एवं शिशु मृत्यु दर में कमी लाने के लिए जिलों के सरकारी अस्पतालों में c-section की सुविधा देना वांछनीय है। जिन प्रथम रेफरल इकाई पर विशेषज्ञ चिकित्सक उपलब्ध नहीं है वहाँ सिजेरियन सेक्शन प्रसव की सुविधा उपलब्ध कराने हेतु निजी विशेषज्ञ चिकित्सक/अन्य को निम्नलिखित वित्तीय दिशा के अनुसार ऑन-कॉल hire करने हेतु इस मद से राशि का उपयोग किया जाना है।

इकाई राशि (रु० में) :10,000/- रुपये प्रति सिजेरियन (निम्नलिखित वित्तीय दिशा निर्देश के अनुरूप)

वित्तीय दिशा निर्देश :

अगर किसी प्रथम रेफरल इकाई पर विशेषज्ञ चिकित्सक के अभाव में c-section प्रसव नहीं हो रहा है तो वहाँ सिजेरियन सेक्शन प्रसव की सुविधा उपलब्ध कराने हेतु भारत सरकार से प्राप्त ROP-2017-18 में उल्लेखित दिशा निर्देशानुसार निजी विशेषज्ञ चिकित्सक (Anesthetist/ Obs. & Gyne./ paediatrician) एवं अन्य को 10000 प्रति सिजेरियन प्रसव की दर से ऑन-कॉल hire किया जाना है।

यह राशि निजी विशेषज्ञ चिकित्सक (Anesthetist/ Obs. & Gyne./paediatrician) एवं अन्य को निम्नलिखित तालिका के अनुरूप देय होगा। इस राशि का भुगतान PFMS के माध्यम से किया जायेगा।

Gynaecologist	Anaesthetist	paediatrician	Other Staff
5000	2000	1500	1500

इस संदर्भ में यदि कोई पत्र पूर्व में प्रेषित किया गया हो (पत्र सं० तिथि के साथ उल्लेखित करें)

(क)

(ख)

(ग)

संबंधित कार्यक्रम पदाधिकारी नाम - डॉ० फूलेश्वर झा, राज्य कार्यक्रम पदाधिकारी, राज्य स्वास्थ्य समिति, विहार।

संबंधित कार्यक्रम पदाधिकारी का फोन सं० :9473199395

डॉ० फूलेश्वर झा,
राज्य कार्यक्रम पदाधिकारी-मातृ स्वास्थ्य

(अरविनाश कुमार पाण्डेय)
राज्य कार्यक्रम प्रबंधक
राज्य स्वास्थ्य समिति, विहार

APPLICATION-FORM



1. Name of Candidate :
2. Father's Name :
3. Date of Birth :
4. Permanent Address :
5. Contact Address :
6. Email ID :
7. Mobile Number :
8. Registration No. (BSMC/IMC) :
9. Qualification :

Name of Course	Year of Passing	Name of Institution
M.B.B.S.		
M.D. (Obs.&Gyne.)		
M.S. (Obs.&Gyne.)		
D.G.O.		
M.D. (Paedia.)		
M.D. (Anesthestist)		
Any Others		

10. Experience :

I hereby declare that above said information is true to the best of my knowledge and belief.

Place:

Signature of Candidate

Date :

Enclosure:-Self Attested copy of (Please Tick)

1. 10th/Matric Certificate.
2. 10+2 Certificate & Marks Sheet.
3. M.B.B.S. Certificate.
4. Registration Certificate.
5. M.D. (Obs.&Gyne.)/ M.S. (Obs.&Gyne.)/ D.G.O./ M.D. (Paediatritian)/ M.D. (Anesthestist) Certificate.
6. Residential Certificate (Aadhar Card/Voter I.Card/Passport/Driving Licence or any others).