



ਨੈਸ਼ਨਲ ਹੈਲਥ ਮਿਸ਼ਨ ਪੰਜਾਬ

ਕੇਵਲ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ,
ਵੱਲ.

ਸਮੂਹ ਸਿਵਲ ਸਰਜਨ,
ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ।

1090 1494
97.9.18 27/9/18

ਮਿਮੋ ਨੰ: ਐਚ.ਈ.ਐਨ. ਪੰਜਾਬ/4/ 2018/ 3006-27 ਮਿਤੀ-ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ 20-09-2018


ਵਿਸ਼ਾ :
ਹਵਾਲਾ:-

ਆਰ.ਬੀ.ਐਸ.ਕੇ ਅਧੀਨ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਬਾਰੇ।
ਇਸ ਦਫਤਰ ਦੇ ਪੱਤਰ ਨੰ. ਐਚ.ਈ.ਐਨ(10)/ਪੰ/2015/2410-31 ਮਿਤੀ 03/09/15 ਅਤੇ ਆਰ.ਬੀ.
ਐਸ. ਕੇ.ਪੰ/2017/505-26 ਮਿਤੀ 03/03/17 ਦੀ ਲਗਾਤਾਰਤਾ ਵਿੱਚ।

ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਸ਼ੇ ਤੇ ਹਵਾਲਾ ਅਧੀਨ ਪੱਤਰਾਂ ਰਾਹੀਂ ਆਪ ਜੀ ਨੂੰ ਸਟੇਟ ਹੈੱਡਕੁਆਰਟਰ ਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਆਰ.ਬੀ.ਐਸ.ਕੇ ਦੀਆਂ ਗਾਇਡਲਾਈਨਾਂ ਅਤੇ ਨਵੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਹਿੱਤ ਹਦਾਇਤ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ ਪ੍ਰੰਤੂ ਇਸ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਅਜੇ ਤੱਕ ਸਟੇਟ ਹੈੱਡਕੁਆਰਟਰ ਤੇ ਰੈਫਰ ਕੀਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਰੈਫਰਲ ਫਾਰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਖਾਮੀਆਂ ਪਾਈਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਲਈ ਆਪ ਜੀ ਨੂੰ ਮੁੜ ਤੋਂ ਲਿਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਆਰ.ਬੀ.ਐਸ.ਕੇ ਅਧੀਨ ਸਟੇਟ ਹੈੱਡਕੁਆਰਟਰ ਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਈ ਜਾਵੇ


1. ਮੋਬਾਇਲ ਹੈਲਥ ਟੀਮਾਂ ਦੁਆਰਾ ਰੈਫਰਡ ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਸਰਕਾਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਲਜ/ ਜਲੂ. ਸਿਵਲ ਹਸਪਤਾਲ/ ਸਬਡਿਵੀਜ਼ਨ ਹਸਪਤਾਲ/ਸੀ.ਐਚ.ਸੀ ਵਿੱਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਜਾਵੇ। ਉਹੀ ਕੇਸ ਹੈੱਡਕੁਆਰਟਰ ਤੇ ਰੈਫਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਇਹਨਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸੰਭਵ ਨਾ ਹੋਵੇ।
2. ਰੈਫਰ ਫਾਰਮ (ਬਿਨੋਪੱਤਰ) ਅਤੇ ਉ.ਪੀ.ਡੀ ਸਲਿੱਪ ਤੇ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ, brief history ਅਤੇ ਅਪਹਿਸਨ ਲਈ ਸਮੇਤ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ/ਨਾਮ ਵਾਲੀ ਮੋਹਰ ਲਗਾ ਕੇ ਕੇਸ ਭੇਜੇ ਜਾਣ।
3. ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਰੇ ਬੇਸਿਕ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾ ਲਏ ਜਾਣ।
4. ਹਰ ਪੱਖੋਂ ਬਿਨੋਪੱਤਰ ਚੈਕ ਕਰਨ ਉਪਰੰਤ ਹੀ ਭੇਜੇ ਜਾਣ।
5. ਬਿਨੋ ਪੱਤਰ ਤੇ CHD ਜਾਂ RHD ਵੱਖਰੇ-ਵੱਖਰੇ ਲਿਖੇ ਜਾਣ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹਨਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਾ ਵੱਖਰਾ ਵਖਰਾ ਰਿਕਾਰਡ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।
6. ਦਿੱਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੇ ਪੀੜਤ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਸਾਰੇ ਬੇਸਿਕ ਟੈਸਟ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਅਤੇ ਸਹੀ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਇਹ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਸਰਕਾਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਪੈਸਲਿਸਟ/ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਮਾਹਿਰ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਲਜ ਤੇ ਕਰਵਾਉਣ ਉਪਰੰਤ ਹੀ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਪ.ਭ) ਪੰਜਾਬ, ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।

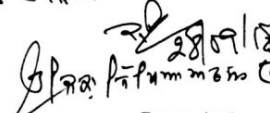
1. ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਇੰਮਿਊਨਲ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਮਹਜਰੀ ਲਈ ਰੈਫਰ ਕਰਨਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਲ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸਬੰਧੀ advice ਜਰੂਰ ਦਿਤੀ ਜਾਵੇ। ਇਲ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸਬੰਧੀ advice ਨਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪੀ.ਜੀ.ਆਈ ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।
8. ਜਿਲ੍ਹਾ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਬੈਲਾਸੀਮੀਆਂ ਤੇ ਪੀੜ੍ਹਤ ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਆਰ.ਬੀ.ਐਸ.ਕੇ. ਦੀਆਂ ਗਾਇਡਲਾਈਨਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਇਲਜ਼ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਦੇਰੀ ਤੋਂ, ਜਲਦੀ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਸਰੂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
9. ਅਨੇਗਜ਼ਰ ਏ.5.2 ਅਤੇ ਬਿਮਾਰੀ ਵਾਇਜ਼ ਖਰਚਾ ਅਤੇ ਗਿਣਤੀ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਦੀ 5 ਤਾਰੀਖ ਤੱਕ ਇਸ ਦਫਤਰ ਵਿਖੇ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇ।


 ਡਾਇਰੈਕਟਰ, ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ, ਪੰਜਾਬ।
 18/9/18

ਪਿਠਕੰਡਾ ਨੰ. ਐਚ.ਈ.ਐਨ/ਪੰਜਾਬ/4/2018/ 3028 ਮਿਤੀ-ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ 20-09-2018.

ਉਤਾਰਾ ਮਿਸ਼ਨ ਡਾਇਰੈਕਟਰ, ਨੈਸ਼ਨਲ ਹੇਲਥ ਮਿਸ਼ਨ, ਪੰਜਾਬ ਜੀ ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਹਿੱਤ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।


 ਡਾਇਰੈਕਟਰ, ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ, ਪੰਜਾਬ।
 18/9/18

2232 ਜਿਲ੍ਹਾ ਸਿੱਖਿਅਕ ਮਾਰਫ਼ਸ (ਜੀ ਐ) ਮਾਸਕਾ 9
 ਪੀ:ਐ:ਐ: ਜੀ-111 () 2018-19 / 6382 / 18/9/2018 2878
 ਉਪਰੋਕਤ ਦਾ ਉਤਾਰਾ ਜਿਲ੍ਹੇ ਦੇ ਸਕੂਲ ਸਿੱਖਿਅਕ / ਸਬ-ਮਿਸ਼ਨ ਮਾਪ 2
 ਸੂਚਨਾ ਅਤੇ ਵੇਕੀਵੀ ਨਾਮ ਦੀ ਪੱਤਰ ਭੇਜਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ।

 ਮਾਸਕਾ 12

ਸੇਵਾ ਵਿਖੇ

ਸਿਵਲ ਸਰਜਨ

ਇੱਥੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਆਂਗਣਵਾੜੀ ਮੁੱਖੀ/ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਇੰਚਾਰਜ ਵੱਲ ਤਸਦੀਕਸੁਦਾ ਫੋਟੋ ਚਿਪਕਾਈ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਇੱਕ ਤਸਦੀਕਸੁਦਾ ਫੋਟੋ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।

ਵਿਸ਼ਾ:-

ਆਰ.ਬੀ.ਐਸ.ਕੇ. ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ _____ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪੀੜਤ 0 ਤੋਂ 6 ਸਾਲ ਤੱਕ ਦੇ ਆਂਗਣਵਾੜੀ ਸੈਂਟਰਾਂ ਦੇ ਰਜਿਸਟਰਡ ਬੱਚੇ / ਸਰਕਾਰੀ ਹਸਪਤਾਲ/ਘਰਾਂ ਵਿੱਚ ਜੰਮੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਮੁਫਤ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਸਬੰਧੀ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ।

ਆਪ ਜੀ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਮੇਰੇ ਲੜਕੇ/ਲੜਕੀ ਦਾ ਮੁਫਤ ਇਲਾਜ ਕਰਾਇਆ ਜਾਵੇ ਜੀ। ਵੇਰਵਾ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੈ:-

1)	ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ	
2)	ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ	
3)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	
4)	ਜਨਮ ਸਥਾਨ- ਸਰਕਾਰੀ ਹਸਪਤਾਲ, ਘਰ	
5)	ਘਰ ਦਾ ਪੂਰਾ ਪਤਾ	
6)	ਆਂਗਣਵਾੜੀ/ ਸਰਕਾਰੀ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪੂਰਾ ਪਤਾ	
7)	ਫੋਨ ਨੰ:-	1. _____ 2. _____

ਆਪ ਜੀ ਦਾ ਵਿਸ਼ਵਾਸਪਾਤਰ,

(ਪਿਤਾ/ਅਟੈਂਡੈਂਟ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ)

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ _____ ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ _____ ਆਂਗਣਵਾੜੀ/ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਂ _____ ਦਾ ਰਜਿਸਟਰਡ/ਜੰਮਿਆਂ ਬੱਚਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਂਗਣਵਾੜੀ/ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ ਬੱਚੇ ਦੀ ਉਮਰ _____ ਹੈ।

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ

ਸੀ.ਡੀ.ਪੀ.ਓ. /ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਇੰਚਾਰਜ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ
(ਮੋਹਰ ਸਮੇਤ)

ਆਂਗਣਵਾੜੀ ਵਰਕਰ/ਡਿਲਵਰੀ ਅਟੈਂਡ ਕਰਨ
ਵਾਲੇ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ (ਮੋਹਰ ਸਮੇਤ)

ਨੰ:-

ਮਿਤੀ:-

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਬੱਚਾ ਕਲੀਨੀਕਲ ਨਿਰੀਖਣ ਕਰਨ ਉਪਰੰਤ _____ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਅਗਲੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਡਾਇਰੈਕਟਰ, ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਪ.ਭ),ਪੰਜਾਬ,ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਨੋਡਲ ਅਫਸਰ (ਆਰ.ਬੀ.ਐਸ.ਕੇ.) _____
(ਮੋਹਰ ਸਮੇਤ)

ਸਿਵਲ ਸਰਜਨ, _____
(ਮੋਹਰ ਸਮੇਤ)

ਸੇਵਾ ਵਿਖੇ

ਸਿਵਲ ਸਰਜਨ,

ਇੱਥੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਕੂਲ ਮੁੱਖੀ ਵੱਲੋਂ
ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਫੋਟੋ ਚਿਪਕਾਈ
ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਇੱਕ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ
ਫੋਟੋ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਨੱਥੀ
ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।

ਵਿਸ਼ਾ:-

ਰਾਸ਼ਟਰੀਆ ਬਾਲ ਸਵਾਸਥ ਕਾਰਿਆਕ੍ਰਮ ਅਧੀਨ
ਬਿਮਾਰੀ ਤੇ ਪੀੜਤ ਸਰਕਾਰੀ ਅਤੇ ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਕੂਲਾਂ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲੀ ਤੇ
ਬਾਰ੍ਹਵੀਂ ਜਮਾਤ ਤੱਕ ਪੜ੍ਹਦੇ 6 ਤੋਂ 18 ਸਾਲ ਤੱਕ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਮੁਫਤ ਇਲਾਜ
ਕਰਵਾਉਣ ਸਬੰਧੀ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ।

ਆਪ ਜੀ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਮੇਰੇ ਲੜਕੇ/ਲੜਕੀ ਦਾ ਮੁਫਤ
ਇਲਾਜ ਕਰਾਇਆ ਜਾਵੇ ਜੀ। ਵੇਰਵਾ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੈ:-

1)	ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ	
2)	ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ	
3)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	
4)	ਜਮਾਤ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	
5)	ਸਕੂਲ (ਸਰਕਾਰੀ/ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ) ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪੂਰਾ ਪਤਾ	
6)	ਸਕੂਲ (ਸਰਕਾਰੀ/ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ) ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	
7)	ਪਿਛਲੇ ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ	
8)	ਘਰ ਦਾ ਪੂਰਾ ਪਤਾ	
9)	ਫੋਨ ਨੰ:-	1. 2.

ਆਪ ਜੀ ਦਾ ਵਿਸ਼ਵਾਸਪਾਤਰ,

(ਪਿਤਾ/ਅਟੈਂਡੈਂਟ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ)

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ _____ ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ _____ ਇਸ ਸਕੂਲ
ਦੀ _____ ਜਮਾਤ ਦਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ/ਵਿਦਿਆਰਥਣ ਹੈ ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ ਬੱਚੇ ਦੀ ਉਮਰ
_____ ਸਾਲ ਹੈ। ਇਹ _____ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਇਸ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਕੂਲ ਸਰਕਾਰੀ/ਸਰਕਾਰੀ
ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਕੂਲ ਹੈ।

ਸਕੂਲ ਮੁੱਖੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ
(ਸਿੱਧ ਸਮੇਤ)

ਨੰ:-

ਮਿਤੀ:-

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਬੱਚਾ ਕਲੀਨੀਕਲ ਨਿਰੀਖਣ ਕਰਨ ਉਪਰੰਤ
_____ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਤੇ ਪੀੜਤ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਅਗਲੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ
ਡਾਇਰੈਕਟਰ, ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ (ਪ.ਭ) ,ਪੰਜਾਬ,ਚੰਡੀਗੜ੍ਹ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।