

वित्तीय दिशा-निर्देशन

कार्यक्रम का नाम – मलेरिया नियंत्रणार्थ

बजट/एफ0एम0आर0शीर्ष(अनुलग्नक 1 के आधार पर) – प्रचार-प्रसार

बजट क्रम संख्या/एफ0एम0आर0 कोड संख्या(अनुलग्नक 1 के आधार पर)– स्तम्भ- 21

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण एवं उद्देश्य (5-10 वाक्य अधिकतम) – छिड़काव के पूर्व छिड़काव के संबंध में जनता को जानकारी दिया जाता है ताकि वे छिड़काव के लिए स-समय तैयार रहे । इस निमित्त पोस्टर, पम्पलेट, ढोल पिटवाकर एवं पंचायत स्तर पर गोष्ठी इत्यादि के माध्यम से प्रचार प्रसार के लिए प्रति जिला Rs. 20,000 की दर से राशि का प्रावधान किया जा रहा है । संबंधित जिले के जिला मलेरिया पदा. यह प्रचार प्रसार प्रभावित प्रा. स्वा.केन्द्र को उपलब्ध करायेंगे एवं इसका मुल्यांकन जिला स्तरीय स्वा0 विभागीय एवं समान प्रसाशन के द्वारा किया जायेगा ।

ईकाई राशि(रू0 रूपया में) 20000 रूपया /District (छिड़काव अवधि में)

मलेरिया माह हेतु 38 जिला को 15000 / जिला कि दर से

राज्य स्तर पर प्रचार-प्रसार हेतु (एक वर्ष के लिये) 1290000

वित्तीय दिशा- प्रति जिला Rs. 20,000 की दर से राशि का प्रावधान किया जा रहा है । 1. भारत सरकार (NVBDCP)के द्वारा निर्गत कालाजार/मलेरिया Manual के अनुसार । 2. बिहार सरकार के वित्तीय नियमावली 2005 के अनुसार एवं स्वास्थ्य विभागीय निर्णयानुसार । स्वा0 एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत सरकार के G.C. Chaturvedi, IAS Additional Sectetery & Misssion Director NRHM के DO No. 10 (33)/2009-NRHM-1 दिनांक 1 मई 2009 के आलोक में राशि का प्रावधान NVBDCP के मद से किया गया है ।

इस संदर्भ में यदि कोई पत्र पूर्व में प्रेषित किया गया हो(पत्र सं0- तिथि के साथ उल्लेखित करें)-

क) राज्य स्वास्थ्य समिति द्वारा पूर्व में दिये गये दिशा निदेश के आलोक में।

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकार कानाम- डा0 आर0एन0पाण्डेय/डा0 अरुण

कुमार/डा0 एस0के0अमन

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकारका फोन नम्बर -98350-12758/94310-

23237/94314-08454

वित्तीय दिशा-निर्देशन

कार्यक्रम का नाम – मलेरिया नियंत्रणार्थ

बजट/एफ0एम0आर0शीर्ष(अनुलग्नक 1 के आधार पर) –राज्य स्तरीय कम्पोनेन्ट मलेरिया निरीक्षक प्रशिक्षण

बजट क्रम संख्या/एफ0एम0आर0 कोड संख्या(अनुलग्नक 2 के आधार पर)– स्तम्भ- 4

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण एवं उद्देश्य (5-10 वाक्य अधिकतम) – मलेरिया प्रभावित 7 जिलों में कुल 21 मलेरिया निरीक्षक कार्यरत है । मलेरिया के निरोधात्मक एवं उपचारात्मक कार्रवाई के संबंध में इन्हें प्रशिक्षण दिया जाना है । भारत सरकार से प्राप्त दिशा निदेश के अनुसार 20 मलेरिया निरीक्षक को एक वैच में प्रशिक्षण दिया जाना है। वर्ष में दो बार तीन दिनों का प्रशिक्षण देने का प्रस्ताव है ।

ईकाई राशि(रु0 रूपया में)– 69500 रूपया /Batch

वित्तीय दिशा– एक वैच के प्रशिक्षण पर कुल व्यय रु. 69500/- होगा । 1.राज्यस्तरीय बैठक में भारत सरकार एवं राज्य सरकार द्वारा विचारोपरान्त लिए गये निर्णयानुसार स्वास्थ्य विभागीय निर्णयानुसार होगा । 2. स्वास्थ्य विभागीय निर्णयोपरान्त । स्वा0 एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत सरकार के G.C. Chaturvedi, IAS Additional Sectetery & Misssion Director NRHM के DO No. 10 (33)/2009-NRHM-1 दिनांक 1 मई 2009 के आलोक में राशि का प्रावधान NVBDCP के मद से किया गया है ।

इस संदर्भ में यदि कोई पत्र पूर्व में प्रेषित किया गया हो(पत्र सं0– तिथि के साथ उल्लेखित करें)–

क) भारत सरकार (NVBDCP)के द्वारा निदेशित नई गतिविधि।

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकार कानाम– डा0 आर0एन0पाण्डेय/डा0 अरुण

कुमार/डा0 एस0के0अमन

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकारका फोन नम्बर –98350-12758/94310-

23237/94314-08454

वित्तीय दिशा-निर्देशन

कार्यक्रम का नाम – मलेरिया नियंत्रणार्थ

बजट/एफ0एम0आर0शीर्ष(अनुलग्नक 1 के आधार पर) –

भारत सरकार स्तरीय कम्पोनेन्ट –

(NAMMIS) प्रशिक्षण

बजट क्रम संख्या/एफ0एम0आर0 कोड संख्या(अनुलग्नक 1 के आधार पर)
)-स्तम्भ- 3-NAMMIS

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण एवं उद्देश्य (5-10 वाक्य अधिकतम) –

NAMMIS प्रशिक्षण को कार्यान्वित करने हेतु सभी 24 जिलों के को प्रशिक्षण दिया जाना जरूरी है। इसमें कुल अनुमानित - 24 व्यक्तियों को प्रशिक्षण दिया जाना है। राज्य स्तर से दो कर्मियों को Master Trainer के रूप में NVBDCD द्वारा प्रशिक्षण दिया जा चुका है। ये TOT सभी संबंधित व्यक्तियों को प्रशिक्षण, देने हेतु प्रशिक्षु एवं प्रशिक्षक का मानदेय एवं अन्य आधारभूत सुविधाओं हेतु 12 व्यक्ति प्रति बैच दो दिन की दर से 2 बैच (24 व्यक्तियों हेतु) @ 25,000/-Batch = कुल 50,000/-रु. लगने की संभावना है।

3. राज्य स्तरीय आवश्यकता धारित प्रशिक्षण

राज्य स्तर पर मलेरिया से संबंधित आवश्यकता धारित प्रशिक्षण हेतु ११,००० रु० का प्रावधान रखा गया है।

ईकाई राशि(रु० रूपया में)25000 रूपया /बैच

आवश्यकता धारित प्रशिक्षण राज्य स्तर पर 11000 रु०

वित्तीय दिशा— 1.राज्यस्तरीय बैठक में भारत सरकार एवं राज्य सरकार द्वारा विचारोपरान्त लिए गये निर्णयानुसार स्वास्थ्य विभागीय निर्णयानुसार होगा। स्वा० एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत सरकार के G.C. Chaturvedi, IAS Additional Sectetery & Misssion Director NRHM के DO No. 10 (33)/2009-NRHM-1 दिनांक 1 मई 2009 के आलोक में राशि का प्रावधान NVBDCP के मद से किया गया है।

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

क) भारत सरकार (NVBDCP)के द्वारा निदेशित गतिविधि जो विभागीय निर्णयोपरांत स्वीकृत किया जा सकेगा।

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकार कानाम— डा० आर०एन०पाण्डेय/डा० अरुण कुमार/डा० एस०के०अमन

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकारका फोन नम्बर —98350-12758/94310-

23237/94314-08454

वित्तीय दिशा-निर्देशन

कार्यक्रम का नाम – मलेरिया नियंत्रणार्थ

बजट/एफ0एम0आर0शीर्ष(अनुलग्नक 1 के आधार पर) –

भारत सरकार स्तरीय कम्पोजेन्ट –

(NAMMIS) System Upgradation

बजट क्रम संख्या/एफ0एम0आर0 कोड संख्या(अनुलग्नक 1 के आधार पर)—स्तम्भ— 3—NAMMIS

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण एवं उद्देश्य (5-10 वाक्य अधिकतम) —

मुख्यालय में लगे दो Computer System हेतु 2GB RAM, 250 GB Hard Disk का प्रस्ताव है ।-अभी System में 256 MB RAM एवं 40 GB Hard Disk लगा है जो मुख्यालय में कार्य को देखते हुए कम है । इसमें 2GB RAM की कीमत अनुमानित 3000.00 रु. है तथा अतिरिक्त दो 250 GB Hard Disk की अनुमानित कीमत 3500.00 रु. है, का प्रस्ताव है । कुल 6500/- रु. का प्रस्ताव है ।

ईकाई राशि(रु० रूपया में)—6500 रूपया / Computer

राज्यस्तर पर भारत सरकार एवं राज्य सरकार द्वारा विचारोपरान्त लिए गये निर्णयानुसार स्वास्थ्य वित्तीय दिशा— नियमानुसार राज्यस्तरीय निर्णयोपरान्त कार्रवाई की जायेगी। 1.राज्यस्तरीय बैठक में भारत सरकार एवं राज्य सरकार द्वारा विचारोपरान्त लिए गये निर्णयानुसार एबिहार सरकार के वित्तीय नियावली 2005 अनुसार एवं स्वास्थ्य विभागीय निर्णयानुसार होगा । 2. बिहार सरकार के वित्तीय नियावली 2005 के अनुसार एवं स्वास्थ्य विभागीय निर्णयानुसार । स्वा० एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत सरकार के G.C. Chaturvedi, IAS Additional Sectetery & Misssion Director NRHM के DO No. 10 (33)/2009-NRHM-1 दिनांक 1 मई 2009 के आलोक में राशि का प्रावधान NVBDCP के मद से किया गया है ।

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

क) भारत सरकार (NVBDCP)के द्वारा निदेशित गतिविधि जो विभागीय निर्णयोपरान्त स्वीकृत किया जा सकेगा ।

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकार कानाम— डा० आर०एन०पाण्डेय/डा० अरुण

कुमार/डा० एस०के०अमन

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकारका फोन नम्बर —98350-12758/94310-

23237/94314-08454

वित्तीय दिशा-निर्देशन

कार्यक्रम का नाम – मलेरिया नियंत्रणार्थ

बजट/एफ0एम0आर0शीर्ष(अनुलग्नक 1 के आधार पर) –

भारत सरकार स्तरीय कम्पोनेन्ट –
Maintenance Cost)

कम्प्यूटर हेतु पार्टस सहित AMC (Annual

बजट क्रम संख्या/एफ0एम0आर0 कोड संख्या(अनुलग्नक 1 के आधार पर)
)-स्तम्भ- 3-NAMMIS

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण एवं उद्देश्य (5-10 वाक्य अधिकतम) – राज्य
स्तर पर सभी 2 कम्प्यूटर हेतु पार्टस सहित AMC (Annual Maintenance Cost) का प्रस्ताव है।

ईकाई राशि(रु0 रुपया में)-6000 रुपया /Computer

वित्तीय दिशा- इसमें प्रति कम्प्यूटर प्रति वर्ष 1.00 का अनुमानित लागत लगभग 6,000/- (छः हजार रुपये मात्रा) का प्रस्ताव है। नियमानुसार राज्यस्तरीय निर्णयोपरान्त कार्रवाई की जायेगी। 1. राज्यस्तरीय बैठक में भारत सरकार एवं राज्य सरकार द्वारा विचारोपरान्त लिए गये निर्णयानुसार स्वास्थ्य विभागीय निर्णयानुसार होगा। स्वा0 एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत सरकार के G.C. Chaturvedi, IAS Additional Sectetery & Missson Director NRHM के DO No. 10 (33)/2009-NRHM-1 दिनांक 1 मई 2009 के आलोक में राशि का प्रावधान NVBDCP के मद से किया गया है।

इस संदर्भ में यदि कोई पत्र पूर्व में प्रेषित किया गया हो(पत्र सं0- तिथि के साथ उल्लेखित करें)-

क) भारत सरकार (NVBDCP)के द्वारा निदेशित गतिविधि जो विभागीय निर्णयोपरांत स्वीकृत किया जा सकेगा।

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकार कानाम- डा0 आर0एन0पाण्डेय/डा0 अरुण कुमार/डा0 एस0के0अमन

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकारका फोन नम्बर -98350-12758/94310-

23237/94314-08454

वित्तीय दिशा

भारत सरकार स्तरीय कार्यक्रम (अनुसूचनांक 1 के आधार पर) -

भारत सरकार स्तरीय कार्यक्रम (अनुसूचनांक 1 के आधार पर) -

भारत सरकार स्तरीय कार्यक्रम -

कम्प्यूटर में Internet की सुविधा

भारत सरकार स्तरीय कार्यक्रम (अनुसूचनांक 1 के आधार पर)

) - स्तम्भ- 3 - NAMMIS

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण एवं उद्देश्य (5-10 वाक्य अधिकतम) -

NAMMIS को कार्यान्वित करने हेतु सभी 2 कम्प्यूटर में Internet की सुविधा हेतु Broad Band/USB Broad Band लगाना अनिवार्य है।

ईकाई राशि(रु० रूपया में)-800 रूपया /Computer /Month /4500 Rs / Installation
Charg

वित्तीय दिशा- इसके तहत Broad Band का दर प्रतिमाह अनुमानित रु.800/- एवं Broad Band ds Installation charge लगभग 4500/- रु. प्रति System लगाने की संभावना है। 1.राज्यस्तरीय बैठक में भारत सरकार एवं राज्य सरकार द्वारा विचारोपरान्त लिए गये निर्णयानुसार स्वास्थ्य विभागीय निर्णयानुसार होगा। स्वा० एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत सरकार के G.C. Chaturvedi, IAS Additional Sectetery & Misssion Director NRHM के DO No. 10 (33)/2009-NRHM-1 दिनांक 1 मई 2009 के आलोक में राशि का प्रावधान NVBDCP के मद से किया गया है।

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

क) भारत सरकार (NVBDCP)के द्वारा निदेशित गतिविधि जो विभागीय निर्णयोपरान्त स्वीकृत किया जा सकेगा।

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकार का नाम- डा० आर०एन०पाण्डेय/डा० अरुण कुमार/डा० एस०के०अमन

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकारका फोन नम्बर -98350-12758/94310-

23237/94314-08454

वित्तीय दिशा-निर्देशन

कार्यक्रम का नाम - मलेरिया नियंत्रणार्थ

बजट/एफ0एम0आर0शीर्ष(अनुलग्नक 1 के आधार पर) -

राज्य स्तरीय कम्पोनेन्ट - मलेरिया कार्यालय में Basic Telephone बजट क्रम
संख्या/एफ0एम0आर0 कोड संख्या(अनुलग्नक 1 के आधार पर)-स्तम्भ-
3-NAMMIS

कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण एवं उद्देश्य (5-10 वाक्य अधिकतम) - राज्य
स्तर पर Internet की सुविधा हेतु Telephone की मासिक बिल अनुमानित रूपया 1000/- प्रति माह
की दर से राज्य स्तरीय मुख्यालय हेतु बजटीय प्रस्ताव है।

ईकाई राशि(रु0 रूपया में)- 1000 रूपया For SPO Office /Month

वित्तीय दिशा- Internet की सुविधा हेतु Telephone की मासिक बिल अनुमानित रूपया 500/- प्रति
जिला की दर जिले हेतु एवं राज्य स्तरीय मुख्यालय हेतु 1000 रूपये प्रति माह की दर से बजटीय प्रस्ताव
है। 1. भारत सरकार (NVBDCP)के द्वारा निर्गत कालाजार/मलेरिया Manual के अनुसार। 2.
स्वास्थ्य विभागीय निर्णयोपरांत। स्वा0 एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत सरकार के G.C. Chaturvedi,
IAS Additional Sectetary & Misssion Director NRHM के DO No. 10 (33)/2009-NRHM-1
दिनांक 1 मई 2009 के आलोक में राशि का प्रावधान NVBDCP के मद से किया गया है।

इस संदर्भ में यदि कोई पत्र पूर्व में प्रेषित किया गया हो(पत्र सं0- तिथि
के साथ उल्लेखित करें)-

क) भारत सरकार (NVBDCP)के द्वारा निदेशित गतिविधि जो विभागीय निर्णयोपरांत स्वीकृत किया जा
सकेगा।

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकार कानाम- डा0 आर0एन0पाण्डेय/डा0 अरुण
कुमार/डा0 एस0के0अमन

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकारका फोन नम्बर -98350-12758/94310-
23237/94314-08454

Checklist for supervision of IRS activity

District: Camp at:	PHC:	Village/ Tola: Date of Supervision:
Local supervision Plan		
Last Supervision done by:		Name: _____ Designation: _____ Date: _____ Observation: _____ Action Taken: _____
Selection Criteria for the area		
Advance intimation:		Yes / No (If yes, Date: _____)
Microplan Available at:		District/ PHC/ Spray Team
Spray activity:		Not/ As per Microplan
Spray Team (Names, Present/ Absent): (As per microplan or, not) Team No.:-		SFW:
		FW:1.
		FW:2.
		FW:3.
		FW:4.
Training of Spray team		Date: _____ Place: _____
		Given by: _____
		Knowledge Level: Adequate/ Inadequate
		Remarks on Paste - Suspension formation/ Spray technique/ educationg people about mud plastering etc.:
Spray Logistics available with team		No. / Quantity available and its Condition
Stirrup pumps - (2)		No. available: _____ Condition: _____ Discharge Rate: Appropriate/ Less/ More
Spare nozzle tips for spray pumps - (2)		
Bucket 15 litres - (4)		
Bucket 5/10 litres - (1)		
bestos thread - (3 metres)		
Measuring mug - (1)		
Straining cloth - (1 metre)		
Pump washers - (2)		
Plastic sheet (3x3 metres) - (1)		
Geru		Available / Not available
Stencils on the house		Written properly/ Written, but, not properly/ Not written
Advice given regarding mud plastering of walls		Yes / No

DDT 50% wdp

Qty. balance of previous day:
Qty. issued on the day of supervision:
Qty. available at the time of supervision:
Qty. used as per spray works done:
No. of buckets of suspension prepared:
No. of Houses sprayed:
Amount Used: Proportionate/ Less/ more use than required

SFW Register

Speed of Coverage: Normal / Less / More
Relevant Information Recorded Properly: Yes/ No
Extent of refusal/ locked houses:

H1:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H2:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H3:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H4:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

SFW Register (Records to be verified randomly
in the sprayed houses)

H5:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H6:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H7:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H8:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

SFW Register (Records to be verified randomly in the sprayed houses)	H9:Name: Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S): Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S): Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy Reasons for refusal if any:
	H10:Name: Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S): Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S): Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy Reasons for refusal if any:
Plan for Mopping up	R= Rooms; V= Varandah; C= Cattlesheds; T= Total no. and S= No. Sprayed
Kala Azar/ PKDL Cases & Deaths in the area at present and in past years:	
Kala Azar/ PKDL Cases under treatment	No.: Diagnosis by: Clinical & Aldehyde test/ Bone Marrow/ Spleen Puncture/ rK39 Being treated at: Medicines used: SAG / Amphotericine-B / Miltefosine Medicines : Provided by PHC/ Purchased from market Treatment: Complete / Incomplete

Remarks by the supervising officer:



Dated Signature

Name:
Designation:

DDT 50% wdp

Qty. balance of previous day:
Qty. issued on the day of supervision:
Qty. available at the time of supervision:
Qty. used as per spray works done:
No. of buckets of suspension prepared:
No. of Houses sprayed:
Amount Used: Proportionate/ Less/ more use than required

SFW Register

Speed of Coverage: Normal / Less / More
Relevant Information Recorded Properly: Yes/ No
Extent of refusal/ locked houses:

H1:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H2:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H3:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H4:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

SFW Register (Records to be verified randomly
in the sprayed houses)

H5:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H6:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H7:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

H8:Name:
Actual -R:(T/S): V:(T/S): C:(T/S):
Recorded -R:(T/S): V:(T/S): C T/S):
Complete/ Partial:: Uniform/ Patchy
Reasons for refusal if any:

SAG Course details

Injection No.	Date	Injected by (Signature)	Patient's Signature	MO's Remark with Signature
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.				

Report form treatment Centre

Treatment Started on:

Completed on:

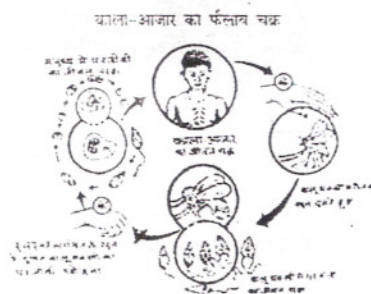
Full Course treatment :

Completed/Incomplete

Patient cured

Referred for Re-exam

Any other



Treatment started on:

Completed on :

Cured / Resistent

.....

.....

Any other.....

Department of Health, Medical Education and Family Welfare, Govt. Of Bihar.

Printed at : Sumeet Enterprises, Patna-6

Signature & designation of M.O

3132/A 1

KALA-AZAR TREATMENT CARD

CARD No.

(To be used for patients receiving treatment for the first time)

DISTRICT : Name of Institution Name of treatment Centre
 of diagnosis & Regd. No. & KA Reg. No.
 NAME S/oD/oW/o Age Sex
 Address Vill Panchayat P.S. Dist Occupation

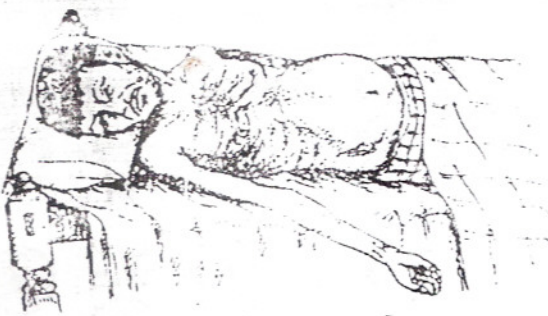
Diagnosis

EXAMINATIONS (Every fifth day to be recorded by the doctor)

(1) Clinicial :	I Date	II Date	III Date	IV Date	Remarks
a) Weight	_____	_____	_____	_____	_____
b) Loss of appetite	_____	_____	_____	_____	_____
c) Fever	_____	_____	_____	_____	_____
d) Anaemia	_____	_____	_____	_____	_____
e) Splenomegaly	_____	_____	_____	_____	_____
f) Hepatomegaly	_____	_____	_____	_____	_____
g) Any other	_____	_____	_____	_____	_____
(2) Lab :					
a) TLC	_____	_____	_____	_____	_____
b) DLC	_____	_____	_____	_____	_____
c) Hb	_____	_____	_____	_____	_____
d) Urine :					
Sugar	_____	_____	_____	_____	_____
Alb.	_____	_____	_____	_____	_____
e) Bone Marrow	_____	_____	_____	_____	_____
f) Splenic Puncture	_____	_____	_____	_____	_____
(3) Any other :					
a)	_____	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____	_____

Prescription

1. S.S.G. ml deep i.m. daily for 30 days
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.



Doctor's name designation & signature

मुख्य सन्देश

1. कालाजार लाइलाज नहीं है, समय पर समुचित इलाज से रोगी पूर्णतः रोग मुक्त हो जाता है ।
2. बुखार ठीक होने पर भी बीच में सूई लगवाना बन्द नहीं करें और इलाज पूर्ण कराकर रोग मुक्त हों ।
3. कालाजार से बचने के लिए साल में दो बार डी. डी. टी. का छिड़काव जरूर करावें ।
4. अपने घर, गोहाल तथा आस-पास सफाई रखें ।

KALA-AZAR TREATMENT CARD

CARD No. _____

(To be used for patients receiving treatment for the first time)

DISTRICT : Name of Institution Name of treatment Centre
of diagnosis & Regd. No. & KA Reg. No.

NAME S/oD/oW/o Age Sex

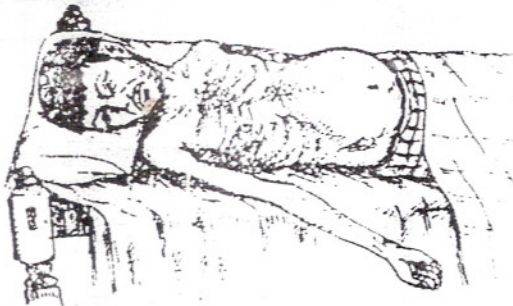
Address Vill. Panchayat P.S. Dist. Occupation

Diagnosis EXAMINATIONS (Every fifth day to be recorded by the doctor)

(1) Clinical :	I Date	II Date	III Date	IV Date	Remarks
a) Weight	_____	_____	_____	_____	_____
b) Loss of appetite	_____	_____	_____	_____	_____
c) Fever	_____	_____	_____	_____	_____
d) Anaemia	_____	_____	_____	_____	_____
e) Splenomegaly	_____	_____	_____	_____	_____
f) Hepatomegaly	_____	_____	_____	_____	_____
g) Any other	_____	_____	_____	_____	_____
(2) Lab :					
a) TLC	_____	_____	_____	_____	_____
b) DLC	_____	_____	_____	_____	_____
c) Hb	_____	_____	_____	_____	_____
d) Urine :					
Sugar	_____	_____	_____	_____	_____
Alb.	_____	_____	_____	_____	_____
e) Bone Marrow	_____	_____	_____	_____	_____
f) Splenic Puncture	_____	_____	_____	_____	_____
(3) Any other :					
a)	_____	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____	_____

Prescription

1. S.S.G. ml deep i.m. daily for 30 days
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.



Doctor's name designation & signature

मुख्य सन्देश

1. कालाजार लाइलाज नहीं है, समय पर समुचित इलाज से रोगी पूर्णतः रोग मुक्त हो जाता है ।
2. युखार ठीक होने पर भी बीच में सूई लगवाना बन्द नहीं करें और इलाज पूर्ण कराकर रोग मुक्त हों ।
3. कालाजार से बचने के लिए साल में दो बार डी. डी. टी. का छिड़काव जरूर करायें ।
4. अपने घर, गोहाल तथा आस-पास सफाई रखें ।

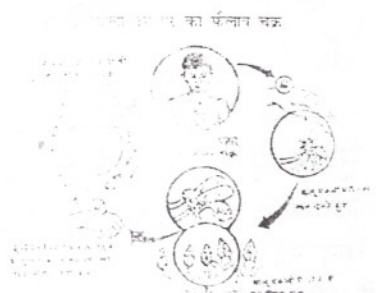
3132111 B/c

Details

Injection No.	Date	Injected by (Signature)	Patient's Signature	MO's Remarks with Signature
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.				

Report form treatment Centre

Treatment Started on: _____
 Completed on: _____
 Course treatment: _____
 Completed/Incomplete: _____
 Patient cured: _____
 Referred for Re-exam: _____
 Other: _____



Treatment started on: _____
 Completed on: _____
 Cured / Resistant: _____
 Any other: _____

Department of Health, Medical Education and Family Welfare, Govt. Of Bihar,
 Printed at : Sumeet Enterprises, Patna-6

Signature & designation: _____

(Handwritten signature)

KALA-AZAR TREATMENT CARD

CARD No. _____

(To be used for patients receiving treatment for the first time)

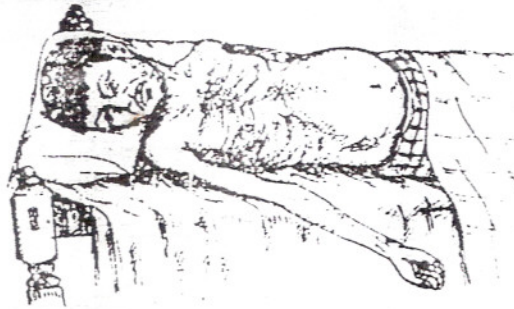
DISTRICT : Name of Institution Name of treatment Centre
of diagnosis & Regd. No. & KA Reg. No.
NAME S/oD/oW/o Age Sex
Address Vill Panchayat P.S. Dist Occupation

Diagnosis **EXAMINATIONS** (Every fifth day to be recorded by the doctor)

(1) Clinical :	I Date	II Date	III Date	IV Date	Remarks
a) Weight	_____	_____	_____	_____	_____
b) Loss of appetite	_____	_____	_____	_____	_____
c) Fever	_____	_____	_____	_____	_____
d) Anaemia	_____	_____	_____	_____	_____
e) Splenomegaly	_____	_____	_____	_____	_____
f) Hepatomegaly	_____	_____	_____	_____	_____
g) Any other	_____	_____	_____	_____	_____
(2) Lab :					
a) TLC	_____	_____	_____	_____	_____
b) DLC	_____	_____	_____	_____	_____
c) Hb	_____	_____	_____	_____	_____
d) Urine :					
Sugar	_____	_____	_____	_____	_____
Alb.	_____	_____	_____	_____	_____
e) Bone Marrow	_____	_____	_____	_____	_____
f) Splenic Puncture	_____	_____	_____	_____	_____
(3) Any other :					
a)	_____	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____	_____

Prescription

1. S.S.G. ml deep i.m. daily for 30 days
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



Doctor's name designation & signature _____

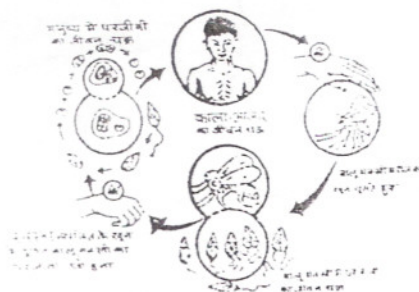
मुख्य सन्देश

1. कालाजार लाइलाज नहीं है, समय पर समुचित इलाज से रोगी पूर्णतः रोग मुक्त हो जाता है ।
2. बुखार ठीक होने पर भी बीच में सूई लगवाना बन्द नहीं करें और इलाज पूर्ण कराकर रोग मुक्त हों ।
3. कालाजार से बचने के लिए साल में दो बार डी. डी. टी. का छिड़काव जरूर करायें ।
4. अपने घर, गोहाल तथा आस-पास सफाई रखें ।

SAG course details

Injection No.	Date	Injected by (Signature)	Patient's Signature	MO's Remarks with Signature	Injection No.	Date	Injected by (Signature)	Patient's Signature	MO's Remarks with Signature
1.					21.				
2.					22.				
3.					23.				
4.					24.				
5.					25.				
6.					26.				
7.					27.				
8.					28.				
9.					29.				
10.					30.				
11.					31.				
12.					32.				
13.					33.				
14.					34.				
15.					35.				
16.					36.				
17.					37.				
18.					38.				
19.					39.				
20.					40.				

काला-आजार का फैलाव घटाने



KALA-AZAR TREATMENT CARD

DISTRICT : _____
 NAME : _____ AGE _____ SEX : _____ OCCUPATION : _____
 S/o / D/o / W/o : _____ REGN. No. : _____ ADDRESS (Village) : _____
 BLOCK / PHC : _____ TREATMENT CENTRE : _____

Diagnosis

EXAMINATIONS (Every fifth day to be recorded by the doctor)

	I	II	III	IV	Remarks
(1) Clinical :					
a) Weight	_____	_____	_____	_____	_____
b) Loss of appetite	_____	_____	_____	_____	_____
c) Fever	_____	_____	_____	_____	_____
d) Anaemia	_____	_____	_____	_____	_____
e) Splenomegaly	_____	_____	_____	_____	_____
f) Hepatomegaly	_____	_____	_____	_____	_____
g) Any other	_____	_____	_____	_____	_____
(2) Lab					
a) TLC	_____	_____	_____	_____	_____
b) DLC	_____	_____	_____	_____	_____
c) Hb	_____	_____	_____	_____	_____
d) Bone Marrow	_____	_____	_____	_____	_____
e) Splenic Puncture	_____	_____	_____	_____	_____
(3) Any other :					
a) _____	_____	_____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____	_____	_____

Doctor's name & designation

Prescription

1. S.S.G. ml deep in. day for 10 days
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



मुख्य सन्देश

1. कालाजार लाइलाज नहीं है, समय पर समुचित इलाज से यह रोग पूर्णतः रोग ठीक हो जाता है ।
2. बुखार ठीक होने पर भी कीच में सूई लगवाना बन्द नहीं करें, कम-से-कम 20 दिन सूई अवश्य लगवाएं, लगातार ।
3. अपने घर, गोहाल एवं आस-पास सफाई रखें, कालाजार की रोक-थाम अपने आप हो जाएगी ।
4. कालाजार से बचने के लिए साल में दो बार डी. डी. टी. का छिड़काव जरूर करावें ।

