

## वित्तीय दिशा निर्देशन

कार्यक्रम का नाम :PHC पर नवजात शिशु को स्वास्थ्य सुविधा (NSU) के अनुश्रवण हेतु  
बजट/एफ०एम०आर० शीर्ष - A.2.2  
बजट क्रम संख्या/एफ०एम०आर० कोड संख्या : A.2.2

### कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण :

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत शिशु मृत्यु दर को कम करना विशेषकर नवजात शिशु (जन्म से महीने तक) मृत्यु दर को कम करना हमारा उद्देश्य है। नवजात शिशु को अनिवार्य स्वास्थ्य सुविधा प्रदान करने लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर NSU की स्थापना की जा रही है। कुछ Civil Work (इसका दिशा निर्देश इससे संबंधित गतिविधि में संलग्न है।) कराए जाने हैं तथा जरूरी उपकरणों को Install (इसका दिशा निर्देश इससे संबंधित गतिविधि में संलग्न है।) किया जाना है। त्वरित गति से कार्य करने हेतु जिला स्तर से प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर तक अनुश्रवण जरूरी है।

इकाई राशि (रु० लाख में) - 872 रु० (आठ सौ बहत्तर रूपये) प्रति प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (आवश्यकतानुसार आवंटित राशि के अंतर्गत भ्रमण किया जाएगा)

वित्तीय दिशा निर्देशन - इस राशि का उपयोग निगरानी करने वाले पदाधिकारी के वाहन के ईंधन तथा जलपान हेतु व्यय किया जाएगा। जिसका विपत्र जिला स्वास्थ्य समिति में जमा कर भुगतान प्राप्त किया जा सकता है।

Responsibility-CS/DPM/Pediatrician सभी Team बनाकर/बारी-बारी से (कम से कम दो सदस्य) स्थानीय निरीक्षण करेंगे।

### Monitoring का Outcome:

Monitoring करने वाले पदाधिकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर निम्नलिखित सुविधाओं से संबंधित उपकरण एवं उपकरण का उपयोग का अवलोकन करेंगे, सेवाओं की गुणात्मकता, NSU में प्रशिक्षित चिकित्सक/पारामेडिकल स्टाफ करेंगे जिसे भ्रमण के दौरान सिविल सर्जन तथा जिला कार्यक्रम प्रबंधक यह सुनिश्चित करेंगे कि चेक लिस्ट के आधार पर चिन्हित समस्याओं को समाप्त करने की जवाबदेही प्रशिक्षित चिकित्सकों एवं परामेडिकल स्टाफ की होगी चेकलिस्ट।

1. Resuscitation of newborn with asphyxia
2. Prevention of hypothermia
3. Prevention of infections
4. Exclusive breast feeding
5. Referral of the sick new born

मूल्यांकन- जांच प्रतिवेदन के प्रति का विश्लेषण करके संबंधित प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी के भ्रमण दल के सदस्य 48 घण्टे के अंदर उक्त कार्रवाई की सूची प्रेषित करेंगे तथा यह सुनिश्चित करेंगे कि भ्रमण के दौरान चिन्हित समस्याओं को दो भागों में विभक्त करेंगे

1. ऐसी समस्याएं जिनका समाधान प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर किया जा सकता है।
2. ऐसी समस्याएं जिसका समाधान जिला स्तर पर किया जा सकता है।
3. ऐसी समस्याएं जिसका समाधान राज्य स्तर पर किया जा सकता है।

उपर्युक्त तीनों समस्याओं को संकलित कर एक प्रति प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी को दूसरी प्रति जिला स्तरीय कार्यक्रम पदाधिकारी (जिनके माध्यम से NSU राशि का आवंटन किया जाता है।) तथा एक प्रति राज्य कार्यक्रम सलाहकार को प्रेषित किया जाए तथा इसे सुनिश्चित करवाने के लिए फॉलो-अप पदाधिकारी भी निर्धारित करने की आवश्यकता है। उनकी जवाब देही होगी कि यह कार्य इनके द्वारा संपादित किया जाएगा।

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकार का नाम - डॉ० वर्षा सिंह, सलाहकार, एम०सी०एच०

संबंधित कार्यक्रम अधिकारी/सलाहकार का फोन नं० : 0612 - 3244034, 9470003013

## वित्तीय दिशा निर्देशन

कार्यक्रम का नाम - विद्यालय स्वास्थ्य कार्यक्रम

बजट / एफ0एम0आर0 शीर्ष ( अनुलग्नक 1 के आधार पर) - 1531.85 लाख

बजट क्रम-संख्या/एफ0एम0आर0 कोड संख्या (अनुलग्नक 1 के आधार पर) - A 2.4 (पूर्व में FMR कोड संख्या A.4 वर्ष 2007-08)

### कार्यक्रम का संक्षिप्त विवरण

1. उद्देश्य - बिहार में 6-14 आयु वर्ग के करीब 1.5 करोड़ बच्चे प्रारंभिक विद्यालयों में नामांकित हैं। जिनका स्वास्थ्य जाँच कर प्रारंभिक स्थिति में ही गंभीर बीमारियों का पता लगाया जा सकता है तथा इसकी रोकथाम की व्यवस्था भी की जा सकती है। इसी उद्देश्य से प्राथमिक एवं मध्य विद्यालय में अध्ययनरत् बच्चों की स्वास्थ्य जाँच वर्ष में कम से कम एक बार करने का निर्णय मध्याह्न भोजन कार्यक्रम के अंतर्गत सरकार के द्वारा लिया गया है।
2. गतिविधि किसके द्वारा की जायेगी- जिलों में चयनित स्वयं-सेवी संस्थानों के माध्यम से प्रत्येक सरकारी प्राथमिक एवं मध्य विद्यालयों में नामांकित एवं अध्ययनरत् बच्चों का स्वास्थ्य जाँच चिकित्सीय दल गठित कर वर्ष में कम से कम एक बार अवश्य किया जायेगा।
3. समय अंतराल /अवधि- प्रत्येक सरकारी प्राथमिक एवं मध्य विद्यालयों में नामांकित एवं अध्ययनरत् बच्चों का स्वास्थ्य जाँच वर्ष में कम से कम बार अवश्य किया जायेगा।
4. गतिविधि का स्तर- राज्य के प्रत्येक सरकारी प्राथमिक एवं मध्य विद्यालय में की जायेगी।
5. गतिविधि का कार्यान्वयन- विद्यालय में किस तिथि को चयनित एजेंसी के द्वारा गठित चिकित्सीय दल भ्रमण करेगी इसका निर्धारण एजेंसी द्वारा संबंधित जिले के सिविल सर्जन एवं जिला शिक्षा पदाधिकारी से विमर्श कर किया जायेगा। इसकी सूचना संबंधित विद्यालयों को शिक्षा विभाग के माध्यम द्वारा दी जायेगी। प्रत्येक चिकित्सीय टीम में एक चिकित्सक, एक नेत्र सहायक, दो कार्यालय सहायक स्तर के कर्मचारी होंगे। प्रत्येक विद्यालय में ब्लास के अनुसार एक-एक रजिस्टर एजेंसी के द्वारा उपलब्ध कराया जायेगा एवं उक्त पंजी में स्वास्थ्य जाँच के समय बच्चों का नाम, पता आदि संधारित किया जायेगा। साथ ही एजेंसी के द्वारा विद्यालय में स्वास्थ्य जाँच के उपरांत उस विद्यालय में कुल कितने बच्चों की स्वास्थ्य जाँच की गयी तथा सामान्यता: बच्चे किन-किन बिमारियों से ग्रसित पाये गये तथा रेफर किये गये बच्चों की संख्या एवं बिमारी के संबंध में प्रतिवेदन संबंधित जिला स्वास्थ्य समिति को उपलब्ध कराया जायेगा। जिला स्वास्थ्य समिति के द्वारा उक्त आँकड़ों को कम्प्यूटर में विद्यालय के अनुसार संग्रहित करते हुए इसकी Hard एवं Soft Copy राज्य स्वास्थ्य समिति को उपलब्ध करानी होगी। स्वास्थ्य जाँच एजेंसी के द्वारा प्रत्येक छात्र को एक चिकित्सा प्रपत्र (Health Card) उपलब्ध कराया जायेगा। Health Card का प्रारूप जिला स्वास्थ्य समिति के द्वारा एजेंसी को उपलब्ध कराया जायेगा। संबंधित विद्यालय/शिक्षक/बच्चों को स्वास्थ्य जाँच कार्यक्रम की जानकारी पूर्व में ही हो, सुनिश्चित करना आवश्यक होगा। स्वास्थ्य जाँच कार्यक्रम की Monitoring संबंधित क्षेत्र के प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी, प्रखंड स्वास्थ्य प्रबंधक एवं शिक्षा विभाग के पदाधिकारी करेंगे। स्वास्थ्य जाँच शिविर

में आवश्यक दवाओं की उपलब्धता की सुनिश्चितता संबंधित प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी के द्वारा किया जायेगा। स्वास्थ्य जाँच के दौरान गंभीर बीमारी से ग्रसित बच्चे परिलक्षित होने पर उन बच्चों के लिए अलग से पंजी संधारित किया जायेगा एवं वैसे बच्चों का ईलाज विशेषज्ञ सरकारी चिकित्सा संस्थान में सरकारी सहायता से संपन्न करायी जायेगी। दृष्टिदोष वाले बच्चों को चश्मा की आवश्यकता होने पर संबंधित जिला स्वास्थ्य समिति के अंधापन प्रभाग के द्वारा मुफ्त चश्मा उपलब्ध कराये जाने की व्यवस्था की जाय।

6. परिणाम निष्कर्ष— सरकारी प्राथमिक एवं मध्य विद्यालय में अध्ययनरत् बच्चों का स्वास्थ्य जाँच के उपरांत किसी गंभीर बीमारी जैसे — दृष्टिदोष, एनीमिया, वर्म इन्फेस्टेशन, कन्जेनाईटल हार्ट डिजीज इत्यादि का प्रारंभिक स्तर में ही पता लगा कर उसका ईलाज या रोकथाम का उपाय किया जाना संभव होगा। इस कार्यक्रम में सरकार द्वारा उपलब्ध करायी गयी दवाएँ भी बच्चों का आवश्यकतानुसार दी जायेगी।

7. परिणाम मुल्यांकन का चेकलिस्ट—

- स्वास्थ्य जाँच किये गये सभी बच्चों का प्रत्येक क्लास के लिए संधारित पंजी
- गंभीर बीमारी से ग्रसित बच्चों को विशेषज्ञ चिकित्सा हेतु रेफरल पंजी

इकाई राशि — 3000/- रुपये प्रति स्वास्थ्य शिविर (100 बच्चों की जाँच हेतु)

(A) चिकित्सीय टीम को निम्न प्रकार से मानदेय देय होगा :-

- प्रत्येक चिकित्सक को 1000/- प्रतिदिन
- प्रत्येक नेत्र सहायक को 300/- प्रतिदिन
- प्रत्येक सहायक को 200/- प्रतिदिन

(B) चिकित्सक सहित सभी कर्मों का निर्धारित राशि का भुगतान एजेंसी के द्वारा किया जायेगा। रजिस्टर एवं Health Card की छपाई के खर्च के साथ एजेंसी द्वारा सेवा शुल्क लिया जायेगा। एजेन्सी को कुल भुगतान उनके द्वारा निविदा में अंकित राशि के आधार पर संबंधित जिले के जिला स्वास्थ्य समिति के द्वारा किया जाएगा।

वित्तीय दिशा निर्देशन

राज्य के सरकारी प्राथमिक एवं मध्य विद्यालयों में स्वास्थ्य शिविर आयोजित करने हेतु इच्छुक एजेंसियों/गैर सरकारी संस्थाओं से निविदा प्रस्ताव आमंत्रित करने हेतु निविदा आमंत्रण सूचना का प्रकाशन किया गया था। तदनुसार संबंधित जिला स्वास्थ्य समिति के द्वारा नियमानुसार एजेंसी का चयन किया जाना है। चयनित एजेंसी के द्वारा जिले के प्रत्येक प्रखंड के सभी सरकारी प्राथमिक एवं मध्य विद्यालय में वर्ष में कम से कम एक बार स्वास्थ्य शिविर आयोजित किया जाना है। प्रत्येक स्वास्थ्य शिविर में चिकित्सीय टीम के प्रत्येक चिकित्सक को 1000/- प्रतिदिन, प्रत्येक नेत्र सहायक को 300/- प्रतिदिन एवं प्रत्येक सहायक को 200/- प्रतिदिन मानदेय देय होगा। चिकित्सक सहित सभी कर्मों का निर्धारित राशि का भुगतान चयनित एजेंसी के द्वारा किया जायेगा। इसके अलावे रजिस्टर एवं Health Card की



167. 167





**STATE HEALTH SOCIETY, BIHAR**  
Pariwar Kalyan Bhawan, Sheikhpura, Patna-14

**SCHOOL HEALTH PROGRAMME**

Name of School : .....

Name of Primary Health Centre : .....

Name of Block : .....

Name of Sub-Division : .....

Name of District : .....

**STATE HEALTH SOCIETY, BIHAR**  
Pariwar Kalyan Bhawan, Sheikhpura, Patna-14

**Student Health Status**

| Sl. No | Name of Student | Class | Sex | Date of Birth | Father's Name & Address | HEALTH STATUS |        |                |     |     |       |      |        |        |
|--------|-----------------|-------|-----|---------------|-------------------------|---------------|--------|----------------|-----|-----|-------|------|--------|--------|
|        |                 |       |     |               |                         | Height        | Weight | General Health | Eye | ENT | Teeth | Skin | Anemia | Others |
|        |                 |       |     |               |                         |               |        |                |     |     |       |      |        |        |
|        |                 |       |     |               |                         |               |        |                |     |     |       |      |        |        |

.....  
Signature of Doctor

.....  
Signature of Head Master

राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार  
परिवार कल्याण भवन  
शेखपुरा, पटना-800014

Photograph of  
the Child  
बच्चे का फोटो

STUDENT HEALTH CARD  
बाल स्वास्थ्य तालिका

Form No./फॉर्म सं.

School or Village Education  
Committee Registration  
Number  
विद्यालय अथवा ग्राम शिक्षा समिति  
पंजीयन संख्या

Name / नाम \_\_\_\_\_ Male / Female पुरुष / महिला \_\_\_\_\_

Date of Birth / जन्म तिथि \_\_\_\_\_

Father's Name / पिता का नाम \_\_\_\_\_

Mother's Name / माता का नाम \_\_\_\_\_

School / विद्यालय \_\_\_\_\_ Std. / वर्ग \_\_\_\_\_

Village / गाँव \_\_\_\_\_ Panchayat / पंचायत \_\_\_\_\_ District / जिला \_\_\_\_\_

General / सामान्य OBC / पिछड़ी जाति SC/ अनु. जाति ST/ अनु. जन जाति Others / अन्य

| HEALTH CHECK UP<br>स्वास्थ्य जाँच   | 2008                       | 2009                       | 2010                       |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|   | Day & Month<br>दिन एवं माह | Day & Month<br>दिन एवं माह | Day & Month<br>दिन एवं माह |
| Disability (1. Eye Sight 2. Hearing Problem<br>3. Limbs 4. Mental 5. Others ) विकलांगता<br>(1. आँख से संबंधित 2. श्रवण दोष 3. हाथ पैर<br>दोष 4. मानसिक 5. अन्य) |                            |                            |                            |
| Aneamia ऐनिमिया   |                            |                            |                            |
| Height (in cms) लम्बाई (से. मी. में)  |                            |                            |                            |
| Weight (in kgs) वजन (कि. ग्रा. में)   |                            |                            |                            |
| Chest (in cms) छाती (से. मी. में)   |                            |                            |                            |
| Eye Sight आँख   |                            |                            |                            |
| Ear कान   |                            |                            |                            |
| Nose नाक  |                            |                            |                            |
| Throat गला  |                            |                            |                            |

| HEALTH CHECK UP<br>स्वास्थ्य जाँच                    | 2008                       | 2009                       | 2010                       |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|  | Day & Month<br>दिन एवं माह | Day & Month<br>दिन एवं माह | Day & Month<br>दिन एवं माह |
| Teeth (Dental Fluorosis etc) दाँत                    |                            |                            |                            |
| Glands ग्रंथि  |                            |                            |                            |
| Skin Infection चर्म रोग                              |                            |                            |                            |
| Worm (Intestine) कृमि (जाँत)                         |                            |                            |                            |
| Liver Problem लिवर समस्या                            |                            |                            |                            |
| Respiratory Problem श्वसन रोग                        |                            |                            |                            |
| Heart Problem हृदय रोग                               |                            |                            |                            |
| Neurological Problem मानसिक (मनोरोग)                 |                            |                            |                            |
| Others अन्य  |                            |                            |                            |
| Name of the Doctor चिकित्सक का नाम                   |                            |                            |                            |
| Designation पद                                       |                            |                            |                            |
| Signature हस्ताक्षर                                  |                            |                            |                            |
| Signature of Headmaster / प्रधानाध्यापक का हस्ताक्षर |                            |                            |                            |

Remarks By the Doctor / चिकित्सक की टिप्पणी

|      |  |
|------|--|
| 2008 |  |
| 2009 |  |
| 2010 |  |

**हम सब ने यह ठाना है, स्वस्थ बिहार बनाना है।**

# STATE HEALTH SOCIETY, BIHAR

Pariwar Kalyan Bhawan, Sheikhpura, Patna – 14

## Student Referral Register

| Sl. No. | Name of Student | Class | Sex | Date of Birth | Father's Name & Address | Height | Weight | Name of the Disease (Provisional Diagnosis) | Institution Where Referred | Remarks |
|---------|-----------------|-------|-----|---------------|-------------------------|--------|--------|---|----------------------------|---------|
|         |                 |       |     |               |                         |        |        |   |                            |         |

## संपुष्टि प्रतिवेदन प्रपत्र

- वेद्यालय में किये गये स्वास्थ्य जाँच शिविर के चिकित्सीय टीम में एक चिकित्सक, एक नेत्र तहायक एवं डॉ. कार्यालय सहायक स्तर के कर्मचारी के द्वारा जाँच की गयी ।
- स्वास्थ्य जाँच शिविर में जाँच किये गये प्रत्येक बच्चों को Health Card उपलब्ध कराया गया ।
- स्वास्थ्य जाँच शिविर में सभी बच्चों का प्रत्येक क्लास के लिए पंजी एवं रेफरल पंजी संधारित किया गया ।
- अनित एजेंस के द्वारा दिये गये स्वीकृत निविदा में अंकित प्रत्येक स्वास्थ्य जाँच शिविर में बच्चों की संख्या के अनुसार स्वास्थ्य जाँच की गयी ।

.....  
प्रधनध्यापक का हस्ताक्षर

.....  
प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी का हस्ताक्षर