



चिरायु



चिरायु दल द्वारा जाँच उपरान्त A कटेगरी की चिन्हित बीमारी के इलाज हेतु आवेदन पत्र

फोटो

ऑनलाइन में रोगी का पंजीयन क्रमांक:-----

- रोगी का नाम
- लिंग महिला ☐ पुरुष ☐ तृतीय लिंग ☐ उम्र..... (कृपया ✓ करें)
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (RSBY/MSBY) कार्ड नम्बर
- पिता/माता का नाम श्री/श्रीमती
- पिता का व्यवसाय
- स्कूल/आंगनवाड़ी का नामकोड.....
- निवास स्थान (पूर्ण पता) :- पारा / मोहल्ला वार्ड क्रमांक..... ग्राम..... पोस्ट..... वि.ख./तह. जिला छ.ग.
- टेलीफोन नं./मोबाईल नं..... (स्वयं / पड़ोसी / मितानिन /)
रोग का विवरण निदान (Diagnosis) तथा जांच रिपोर्ट एवं इलाज का संक्षिप्त ब्यौरा जिसका इलाज कराना है (चिकित्सक द्वारा स्पष्ट रूप से लिखा जावे)

- | | | |
|--|--|--|
| 1. न्यूरल ट्यूब दोष (Neural Tube Defect) | ☐ संजीवनी | ☐ चिरायु |
| 2. हॉट एवं तालू की विकृति (Cleft Lip & Palate) | ☐ Smile Train | |
| 3. पैर की विकृति (Club Foot) | ☐ RSBY / MSBY | |
| 4. कुल्हो के विकास संबंधी विकार (Developmental Dysplasia of Hip) | ☐ RSBY / MSBY | ☐ चिरायु |
| 5. जन्मजात मोतियाबिन्द (Congenital Cataract) | ☐ RSBY / MSBY | ☐ चिरायु |
| 6. जन्मजात बधिरता (Congenital Heart Dieses) | ☐ बाल श्रवण योजना | |
| 7. जन्मजात रेटिना संबंधी विकार (Retinopathy of Prematurity) | ☐ RSBY / MSBY | ☐ चिरायु ☐ संजीवनी |
| 8. हृदय रोग (Rheumatic Heart Disease) | ☐ बाल हृदय योजना | ☐ चिरायु |
| 9. अन्य सर्जिकल बीमारी (Tumor etc.) | ☐ RSBY / MSBY | |

टीप:- संजीवनी, बाल हृदय, बाल श्रवण, आरएसबीवाय / एमएसबीवाय योजना का प्राथमिकता से उपयोग किया जाना है इनमें पात्रता न होने की स्थिति में चिरायु अंकित करें ।

बीमारी का विवरण

8. ईलाज हेतु अस्पताल में भर्ती दिवस की आवश्यकता

9. ईलाज (आपरेशन, दवाईयाँ, अस्पताल की अन्य व्यय सहित) हेतु अनुमानित राशि.....

10. पात्रता अनुसार जिस योजना का लाभ दिया जाना है, चिकित्सक द्वारा स्पष्ट रूप से लिखा जावे.

1.संजीवनी 2. बाल हृदय ☐ 3. बाल श्रवण ☐ 4. चिरायु (RBSK) ☐ 5.RSBY MSBY ☐

(संजीवनी के लिए पात्र हेतु अभिभावकों का संजीवनी हेतु आवेदन भरें। बाल हृदय एवं बाल श्रवण योजना हेतु निर्धारित प्रारूप भरें।)

आरबीएसके (चिरायु) हेतु पात्रता

1. छत्तीसगढ़ का निवासी

2. चिरायु दल द्वारा संदर्भित

3. शासकीय शाला / शासकीय अनुदान प्राप्त शाला / आंगवाड़ी का छात्र संबंधित

11. चिकित्सा संस्थान जहाँ इलाज कराना है। (शासन से उपचार हेतु अनुबंधिता संस्थान)

12. उपचार हेतु निर्धारित तिथि

आवेदक के अभिभावक का हस्ताक्षर
(अंगूठे का निशान यदि अनपढ़ हो)

शिविर चिकित्सक / विशेषज्ञ
के हस्ताक्षर

सिविल सर्जन का हस्ताक्षर

स्थान

दिनांक.....

13. TPA द्वारा सत्यापन

1. रोगी पहचान संबंधी बिन्दु सत्यापित ☐

2. डायग्नोसिस सत्यापन ☐

3. इस्टीमेट अ) अनुमोदन योग्य ☐

ब) संशोधन आवश्यक ☐

प्रस्तावित संशोधन

स) निरस्त करने योग्य ☐

निरस्तीकरण का कारण

TPA का हस्ताक्षर एवं नाम

राज्य स्तरीय कार्यवाही

TPA सत्यापन के आधार पर (स्वीकृत / अस्वीकृत).....

नोडल अधिकारी चिरायु / SNA(RSBY)