

## जिला स्वास्थ्य समिति, पूर्णियाँ ।

### Home Isolation विकल्प का चयन से संबंधित अनिवार्य निदेश-

- Home Isolation विकल्प का चयन करने वाले Covid Positive मरीज वर्णित प्रपत्र (हिन्दी अथवा अंग्रेजी) में अपना शपथ पत्र भर कर e-mail id- dhspurneanew@rediffmail.com /csurgeon@rediffmail.com पर भेजना सुनिश्चित करेंगे ।
- होम आईसोलेशन से संबंधित स्टीकर (जो कि स्वास्थ्य विभाग के द्वारा लगाया जायेगा) को अपने मकान में चिपकवाना अनिवार्य है ।
- होम आइसोलेशन के क्रम में COVID Positive Case कभी भी अपने कमरे से बाहर नहीं निकलेंगे ।
- होम आइसोलेशन में रहने वाले कोविड पॉजिटिव मरीज को अपना मोबाइल नं0 स्वास्थ्य विभाग को देना अनिवार्य होगा ताकि कॉल सेंटर से प्रतिदिन निर्धारित समय-समय पर आपके स्वास्थ्य की जानकारी ले सकें । जानकारी देने एवं स्वास्थ्य विभाग के चिकित्सकों के दिशा-निदेश का अनुपालन अनिवार्य होगा ।
- चिकित्सक के द्वारा परामर्शित दवा का सेवन, परहेज का अनुपालन करना अनिवार्य होगा ।
- किसी भी आपातकालीन परिस्थिति में कंट्रोल रूम (दूरभाष सं0-06454-242319, 07:00 बजे सुबह से 09:00 बजे रात्रि तक) में उपस्थित चिकित्सक/सदर अस्पताल के आपातकालीन कक्ष (दूरभाष सं0-06454-244478, 09:00 बजे रात्रि से 07:00 बजे सुबह तक) में ड्यूटी चिकित्सक से सलाह ले सकते हैं । किसी भी आपातकालीन स्थिति में कंट्रोलरूम को सूचित करना अनिवार्य होगा । गलत जानकारी अथवा अनावश्यक चीजों की मांग करना भी नियम के विरुद्ध है ।
- उपरोक्त निदेश का अनुपालन नहीं करने की स्थिति में आपका होम आइसोलेशन को रद्द कर स्वास्थ्य विभाग के आइसोलेशन में भेज दिया जायेगा ।

सिविल सर्जन  
पूर्णियाँ ।

जिला पदाधिकारी,  
पूर्णियाँ ।

**Annexure-1**

**Undertaking on self-isolation**

I .....S/W of .....  
being diagnosed as a confirmed case of COVID-19, do hereby voluntarily undertake to maintain strict self-isolation at all times for the prescribed period. During this period I shall monitor my health and those around me and interact with the assigned surveillance team/with the call center (104), in case I suffer from any deteriorating symptoms consistent with COVID-19.

I have been explained in detail about the precautions that I need to follow while I am under self-isolation.

I am liable to be acted on under the prescribed law for any non-adherence to self-isolation protocol.

Signature .....

Date .....

Contact Number .....

आत्म अलगाव उपक्रम

**(Undertaking on Self isolation)**

(हिन्दी प्रपत्र)

मैं .....पिता/पति ..... निवासी .....  
....., जो कि COVID 19 के कन्फर्म मरीज के रूप में चिन्हित किया गया हूँ। मैं वचन देता हूँ कि मैं होम आइसोलेशन के रूप में रहना चाहता हूँ। इस दौरान मुझे दिये गये निदेशानुसार अपने स्वास्थ्य की निगरानी करूँगा एवं निगरानी टीम के 104 कॉल सेंटर को दैनिक रूप जानकारी दूँगा। अगर मुझे कोई लक्षण प्रकट होगा या महसूस होगा तो इसकी सूचना उपलब्ध कराउगा। मैं होम आइसोलेशन के नियमों का सख्ती से पालन करूँगा।

होम आइसोलेशन प्रोटोकॉल का अनुपालन नहीं करने की अवस्था में मुझ पर निर्धारित कानून के अन्तर्गत की जानेवाली कारवाई के लिये मैं स्वयं जिम्मेवार रहूँगा।

हस्ताक्षर -

नाम -

पिता/पति का नाम-

पूर्ण पता -

दिनांक -

मोबाइल न0 -