

चिकित्सक सहमति पत्र

मैं डॉ. अपनी सहमति प्रदान करता हूँ कि अपने मरीज श्री/श्रीमति जो की कोविड पॉजिटिव है की स्वास्थ्य की मॉनीटरिंग (तापमान, पल्स, ऑक्सीजन, सेचुरेशन) निर्धारित अवधि तक प्रतिदिन करूंगा तथा उसका रिकॉर्ड संधारित करूँगा।

दिनांक

नाम

हस्ताक्षर

रजिस्ट्रेशन

मोबाइल न.

होम आइसोलेशन के संदर्भ में मरीज द्वारा दी जाने वाली अंडरटेकिंग का प्रपत्र
Patient's Undertaking

मैं

पिता / पति

निवास को COVID-19

के पॉजिटिव प्रकरण के रूप में उपधारित किया जा रहा है। मैं अपनी स्वेच्छा से होम आइसोलेशन की निर्धारित अवधि के दौरान हर समय आइसोलेशन के नियमों का पालन करूँगा / करूँगी। इस दौरान मैं-

1. अपने तथा परिवार के स्वास्थ्य (तापमान, पल्स, ऑक्सीजन सेचुरेशन इत्यादि) की निगरानी करूँगा / करूँगी। साथ ही साथ जिले के स्वास्थ्य बल को अपने तथा परिवार के स्वास्थ्य की अद्यतन स्थिति से अवगत कराते रहूँगा / रहूँगी। यदि मेरे अथवा मेरे परिवार के किसी भी सदस्य में COVID-19 के अनुरूप कोई भी लक्षण उत्पन्न होते हैं तो भी इसकी सूचना तत्काल जिने के स्वास्थ्य दल को प्रदान करूँगा / करूँगी।
2. मैंने अपनी तथा अपने परिवार की स्वास्थ्य की निगरानी करने के लिए डॉ. से सहमति प्राप्त कर ली है जो प्रतिदिन प्रत्यक्ष दूरभाष से क्लिनिकल स्थिति की निगरानी करेंगे तथा उसका रिकॉर्ड निर्धारित प्रपत्र में संधारित करेंगे।
3. आइसोलेशन अवधि के दौरान मैं तथा मेरे साथ निवासरत परिवार के सदस्य घर से बाहर नहीं जायेंगे तथा अपने किसी भी परिजन अथवा मित्र को अपने घर पर आमंत्रित नहीं करूँगा / करूँगी।
4. घरेलू कार्य में सहायता हेतु मैं बाहर से किसी भी नौकर, माली, बाई, ड्राइवर, गार्ड इत्यादि को नहीं बुलाऊँगा / बुलाऊँगी।
5. आवश्यकता पड़ने पर मेरे आवागमन की जानकारी मोबाइल ट्रैकिंग के माध्यम से प्राप्त किये जाने हेतु मैं सहमति देता / देती हूँ तथा लोकहित में मेरी जानकारी सार्वजनिक भी की जा सकती है।
6. मुझे स्वास्थ्य दल द्वारा आइसोलेशन अवधि में रखी जाने वाली सावधानियों के बारे में विस्तार से बताया गया है, जिनका मुझे उक्त अवधि में पालन करना आवश्यक है।
7. मैं आइसोलेशन प्रोटोकॉल के किसी भी निर्देश के अनुपालन नहीं करने / अवहेलना करने की स्थिति में निर्धारित कानून के तहत कार्यवाही के लिए मैं स्वयं उत्तरदायी रहूँगा / रहूँगी तथा ऐसी स्थिति में मुझे किसी भी शायकीय कोविड केयर संस्था में स्थानांतरित किया जायेगा।

हस्ताक्षर

दिनांक

मोबाइल नंबर

मरीज द्वारा स्व - परीक्षण प्रपत्र

उक्त प्रपत्र का प्रतिदिन मरीज अथवा अटेंडेंट द्वारा भरा जायेगा और जिले के स्वास्थ्य दल द्वारा प्रतिदिन उनके फोन आने पर अव-त कराया जावेगा।

दिन	तापमान (बुखार)		पल्स रेट		ऑक्सीजन सेचुरेशन		टिप्पणी (यदि कोई हो तो)
	सुबह	शाम	सुबह	शाम	सुबह	शाम	
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							