

Patient's Undertaking

मैं.....
पिता/पति.....निवासी.....

.....को COVID -19 के पॉजिटिव प्रकरण के रूप में उपचारित किया जा रहा है। मैं अपनी स्वेच्छा से हाम आइसोलेशन की निर्धारित अवधि के दौरान हर समय आइसोलेशन के नियमों का पालन करूंगा/ करूंगी। इस दौरान मैं—

1. अपने तथा परिवार के स्वास्थ्य (तापमान,पल्स,ऑक्सीजनसेचुरेशन इत्यादि) की निगरानी करूंगा/करूंगी साथ ही साथ जिले के स्वास्थ्य दल को अपने तथा परिवार के स्वास्थ्य की अद्यतन स्थिति से अवगत कराते रहूंगा/रहूंगी। यदि मेरे अथवा परिवार के किसी भी सदस्य में COVID -19 के अनुरूप कोई भी लक्षण उत्पन्न होते है तो भी इसकी सूचना तत्काल जिले के स्वास्थ्य दल को प्रदान करूंगा/करूंगी।

2. मैं COVID -19 होम आइसोलेशन कन्ट्रोल रूम के अंतर्गत निगरानी मे रहूंगा/रहूंगी।

3. आइसोलेशन अवधि के दौरान मैं तथा मेरे साथ निवासरत परिवार के सदस्य घर से बाहर नही जायेंगे तथा अपने किसी भी परिजन अथव मित्र को अपने घर पर आमंत्रित नहीं करूंगा/करूंगी।

4. घरेलू कार्य मे सहायता हेतु मैं बाहर से किसी भी नौकर,माली,बाई.ड्राईवर, गार्ड इत्यादि को नहीं बुलाऊंगा/ बुलाऊंगी।

5. आवश्यकता पढने पर मेरे आवागमन की जानकारी मोबाईल ट्रेकिंग 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, जिसका मुझे उक्त अवधि में पालन करना आवश्यक है।

7. मैं आइसोलेशन प्रोटोकाल के किसी भी निर्देश के अनुपालन नहीं करने /अवहेलना करने की स्थिति में निर्धारित कानून के तहत कार्यवाही के लिए मैं स्वयं उत्तरदायी रहूंगा/रहूंगी तथा ऐसी स्थिति में मुझे किसी भी शासकीय कोविड केयर संस्था में स्थानांतरित किया जायेगा।

8. मुझे निम्न बीमारियाँ है / नही है

है नही

1. उच्च रक्त चाप (हाई ब्लड प्रेशर)

--	--

2. मधुमेह (डायबीटीज)

--	--

3. किसी प्रकार का कैंसर/सिकल सेल

--	--

4. क्षय रोग/ किसी भी प्रकार की फेफडों की बीमारी

--	--

9. कोविड-19 होम आइसोलेशन हेल्पलाईन नम्बर

0788 2215151, 0788 2215152, 0788 2215153, 0788 2960077

दिनांक

हस्ताक्षर

मोबाईल नम्बर

Approved / Not Approved

शासकीय चिकित्सक का हस्ताक्षर

शासकीय चिकित्सक का नाम

स्वास्थ्य केन्द्र का नाम

मरीज़ द्वारा स्व-परीक्षण प्रपत्र

उक्त प्रपत्र को प्रतिदिन मरीज़ अथवा अटेंडेंट द्वारा भरा जायेगा और जिले के स्वास्थ्य दल द्वारा प्रतिदिन उनके फोन आने पर अवगत कराया जायेगा।

दिन	तापमान (बुखार)		पल्स रेट		ऑक्सीजन सैचुरेशन		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							