

प्रेषक,

डॉ० पंकज कुमार पाण्डेय,
सचिव (प्रभारी),
उत्तराखण्ड शासन।

सेवा में,

1. समस्त जिलाधिकारी, उत्तराखण्ड।
2. समस्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी, उत्तराखण्ड।

चिकित्सा स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा विभाग

देहरादून: दिनांक ०४ जून, 2020

विषय:- कोरोना वायरस (COVID-19) रोकथाम के सम्बन्ध में दिशा-निर्देश।

महोदय,

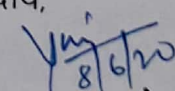
जैसा कि आप विदित हैं कि कोरोना वायरस संक्रमण की रोकथाम के लिए सम्पूर्ण प्रयास किये जा रहे हैं एवं इस हेतु राज्य सरकार तथा चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा निरन्तर कोरोना वायरस संक्रमण की स्थिति पर निगरानी रखी जा रही है एवं कोविड-19 के निरन्तर बदलते परिवेश को देखते हुए भारत सरकार द्वारा कोविड-19 के नियंत्रण व रोकथाम हेतु दिशा-निर्देश प्रदान किये जा रहे हैं।

भारत सरकार के द्वारा Revised Discharge Policy जारी की गई है, जो इस कार्यालय के पत्र संख्या 129/पीएस,स(प्र.)/2020, दिनांक 28 मई, 2020 से आवश्यक कार्यवाही हेतु आपको प्रेषित की गई है। इस Policy में किसी भी मरीज के Discharge होने के पश्चात् 7 दिनों के लिए Home Isolation की व्यवस्था दी गई है। अतः आपसे अपेक्षा है कि Revised Discharge Policy के अंतर्गत किसी भी मरीज को डिस्चार्ज करते समय उसे Home Isolation में 7 दिनों तक रहने के लिए बताया जाए। जो व्यक्ति Home Isolation की पात्रता पूर्ण नहीं करता है, उसे डिस्चार्ज के पश्चात् 7 दिनों तक DEDICATED COVID CARE CENTER में रखा जाना अनिवार्य होगा। इस पत्र के साथ Home Isolation में रहने वाले मरीज तथा उसके देखभालकर्ता के लिए दिशा-निर्देश संलग्न कर आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित किये जा रहे हैं। संलग्न दिशा-निर्देशों की एक प्रति मरीज का उपचार करने वाले चिकित्सक के नाम व मोबाइल संख्या सहित मरीज/देखाभालकर्ता को उपलब्ध करा दी जाए तथा उनसे प्राप्त हस्ताक्षरित अण्डरटेकिंग हॉस्पिटल में सुरक्षित रखना सुनिश्चित किया जाए।

यह निर्देश केवल Revised Discharge Policy के अंतर्गत डिस्चार्ज किये गये मरीजों पर ही लागू होंगे।

संलग्नक : यथोपरि।


भवदीय,


(डॉ० पंकज कुमार पाण्डेय)
सचिव (प्रभारी)

संख्या-133 / पीएस / 2020 तददिनांक।

प्रतिलिपि:- निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

1. सचिव, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा, उत्तराखण्ड शासन के अवलोकनार्थ।
2. महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा, उत्तराखण्ड शासन।
3. निदेशक, चिकित्सा शिक्षा निदेशालय, देहरादून।
4. आईडीएसपी, एनएचएम, देहरादून।


(डॉ० पंकज कुमार पाण्डेय)
सचिव(प्रभारी)

Revised Discharge Policy के अंतर्गत Corona Positive व्यक्तियों के लिए Home Isolation के दिशा-निर्देश

क्या करना है	क्या नहीं करना है
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Home Isolation की अवधि में परिवार से अलग कमरे में रहें। ➤ Home Isolation की अवधि में घबरायें नहीं एवं अपना मनोबल ऊँचा रखें। ➤ हमेशा ट्रिपल लेयर सर्जिकल Mask पहन कर रखें एवं Mask को हर 08 घंटे/ गीला/गंदा होने पर बदलें व उसे नियमानुसार (1प्रतिशत सोडियम हाइपोक्लोराइट सोल्यूशन से विसंक्रमित कर) त्याग करें। ➤ अपने शरीर की नियमित साफ- सफाई करें। ➤ समय- समय पर अपने हाथों को साबुन से 40 सेकेंड तक धोएं अथवा 70% या अधिक Alcohol युक्त Sanitizer का प्रयोग करें। ➤ अपने चेहरे पर हाथ न लगायें। ➤ छींकते एवं खोंसते समय अपने नाक एवं मुँह को टिशू पेपर से ढके। ➤ पृथक शौचालय का इस्तेमाल करे, जिसे परिवार का अन्य व्यक्ति उपयोग न करें। ➤ शौचालय को इस्तेमाल करने के बाद नियमित रूप से (1प्रतिशत सोडियम हाइपोक्लोराइट अथवा 5 प्रतिशत ब्लीच सोल्यूशन) साफ करें। ➤ आराम करें एवं यथासम्भव योग, ध्यान करें। ➤ तरल एवं पौष्टिक आहार का सेवन करें। ➤ पानी का सेवन अधिक मात्रा में करें। ➤ चिकित्सक द्वारा दिये गये परामर्श एवं दवाईयों का सेवन नियमित रूप से करें। ➤ अपने शरीर के तापमान को सुबह-शाम नापना सुनिश्चित करें। ➤ कोई भी लक्षण (जैसे- बुखार, खोंसी, सांस लेने में तकलीफ, सीने में दर्द, होंठ एवं चेहरे का नीला पड़ना, मानसिक भ्रम इत्यादि) होने पर तुरंत उपचार कर रहे चिकित्सक से सम्पर्क करें या राज्य एवं जनपद स्तर पर स्थापित कोविड-19 कन्ट्रोल रूम के दूरभाष नं० 104 / 0135 2609500 पर सम्पर्क करें। 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Home Isolation की अवधि में परिवार के किसी भी सदस्य के सम्पर्क में न आयें। ➤ घर पर इधर-उधर बिल्कुल न जायें। ➤ खुली जगह में ना छीकें ना थूकें। ➤ घर पर अपने उपयोग हेतु परिवार से अलग बन्द Dustbin का प्रयोग करें। ➤ घर के साझे स्थान जैसे- रसोईघर, हॉल इत्यादि का उपयोग बिल्कुल न करें। ➤ घर पर अतिथि एवं अन्य बाहरी व्यक्ति को आमंत्रित न करें। ➤ घर पर यदि पालतू पशु हो तो उससे दूरी रखें। ➤ घर पर विशेषकर बच्चों, बुजुर्गों, गर्भवती महिलाओं एवं co-morbid रोग (जैसे- बी०पी०, मधुमेह, हृदयरोग, गुर्दारोग इत्यादि) से ग्रस्त व्यक्तियों से दूर रहें।
<h3 style="margin: 0;">घर के सदस्यों/देखभालकर्ता हेतु दिशा- निर्देश</h3>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ परिवार का एक ही व्यक्ति समाजिक दूरी बनाते हुए Mask एवं सर्जिकल दस्ताने का उपयोग करते हुए मरीज की देखभाल करें। ➤ खाने- पीने एवं अन्य उपयोगी सामग्री बच्चों, बुजुर्गों, गर्भवती महिला एवं co-morbid रोग से ग्रस्त व्यक्ति द्वारा ना दी जायें। ➤ Mask का प्रयोग करने के दौरान Mask को आगे की तरफ से न छुएं। ➤ देखभालकर्ता स्वयं के चेहरे, नाक एवं मुँह को न छुएं। ➤ Mask एवं सर्जिकल दस्तानों को नियमानुसार विसंक्रमित (Disinfect) करने के उपरान्त त्याग कर हाथों को अच्छे से धोयें। ➤ मरीज के शारीरिक स्रावों (Body Fluids) के सीधे सम्पर्क में न आयें। ➤ मरीज के सभी कपड़े, चादर, तौलिया आदि एवं उनके द्वारा छूए गये सतह जैसे फर्श, टेबल टॉप, शौचालय इत्यादि को 5 प्रतिशत ब्लीच सोल्यूशन अथवा 1 प्रतिशत सोडियम हाइपोक्लोराइट सोल्यूशन से साफ करें। ➤ मरीज के धुले सभी कपड़ों को पृथक से सुखायें। ➤ घर पर यदि पालतू पशु हो तो उन्हें Home Isolation मरीज से दूर रखें। ➤ उक्त अवधि में घर पर कोई भी सामाजिक कार्यक्रम जैसे- बर्थडे पार्टी आदि समारोह आयोजित न करें। ➤ Home Isolation मरीज एवं परिवार के किसी भी सदस्य को स्वास्थ्य सम्बन्धित परेशानी (जैसे- बुखार, खोंसी एवं सांस लेने में तकलीफ) होने पर तुरंत उपचार कर रहे चिकित्सक से सम्पर्क करें या राज्य एवं जनपद स्तर पर स्थापित कोविड-19 कन्ट्रोल रूम के दूरभाष नं० 104 / 0135 2609500 पर सम्पर्क करें। ➤ अपने व अपने परिवार के मोबाइल पर आरोग्य सेतु ऐप को अनिवार्य रूप से डाउनलोड करें। 	

उपचार कर रहे चिकित्सक का नाम व मोबाइल नं०.....

Home Isolation अन्डरटेकिंग

मैं पुत्र/पुत्री/पत्नी.....
निवासी कोविड-19 के पुष्ट/संदिग्ध केश के रूप में
पहचाना/पहचानी गया/गयी हूँ एवं स्वेच्छा से निर्धारित अवधि के लिए हर समय सख्त सेल्फ आइसोलेशन बनाये
रखूंगा/रखूंगी।

1. मेरे घर पर मेरे लिए शौचालय के साथ एक अतिरिक्त कक्ष उपलब्ध है।
2. मेरे घर पर 24x7 मेरी देखभाल के लिए मेरे परिवार का एक सदस्य उपलब्ध है।
3. मेरे द्वारा अपने मोबाइल में 'आरोग्य सेतु' एप डाउनलोड कर लिया गया है।
4. इस अवधि के दौरान मैं अपनी स्वास्थ्य निगरानी और मेरे आसपास के व्यक्तियों की निगरानी करूंगा/करूंगी।
5. मेरे द्वारा किसी गम्भीर संकेत व बिगड़ते लक्षणों से पीड़ित होने पर या मेरे किसी नजदीकी पारिपारिक संपर्क का कोविड-19 के अनुरूप लक्षण विकसित होने पर निर्दिष्ट (assigned) सर्विलेंस टीम/उपचार कर रहे चिकित्सक/कन्ट्रोल रूम (104/0135 2609500) से सहयोग करते हुए बातचीत करूंगा/करूंगी।
6. शासन द्वारा समय-समय पर जारी दिशा-निर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित करूंगा/करूंगी।
7. मुझे आइसोलेशन अवधि के दौरान बरती जाने वाली सावधानियों के बारे में विस्तार से बताया गया है, जिनका मेरे द्वारा होम आइसोलेशन करते समय पालन करने की आवश्यकता है।
8. मैं होम आइसोलेशन के किसी भी कमाचार (Protocol) के गैर पालन के लिए निर्धारित कानून के तहत कार्यवाही हेतु उत्तरदायी हूँ।

हस्ताक्षर.....

दिनांक.....

मरीज का मोबाइल नं0.....

देखभालकर्ता का मोबाइल नं0.....