



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ



ವಿಭಾಗೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ

ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ
(ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಅಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಸಮಿತಿ)

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು,
ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು,
ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ,
ಬೆಂಗಳೂರು-09. ಫೋನ್:22211292

ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು,
ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು,
ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ,
ಬೆಂಗಳೂರು-38, ಫೋನ್ ನಂ:25566844

ಸಂಖ್ಯೆ: ಅಡಿ/NRHM/DQAC/01/2009-10

ದಿನಾಂಕ: 05-05-2009

:ಅಧೀಕೃತ ಜ್ಞಾಪನ ಪತ್ರ:

- ವಿಷಯ:** ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಹಾನ ಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಸರ್ಕಲ್ ಕಮಿಟಿಯನ್ನು ರಚಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.
- ಉಲ್ಲೇಖ:** 1) ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಅಕುಕ/201/ಎಫ್‌ಪಿಆರ್/2008 ಬೆಂ.ದಿನಾಂಕ:3-01-09.
2) ಅಧ್ಯಕ್ಷರು/ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಅಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಸಮಿತಿ ಬೆಂ.ನ.ಜಿಲ್ಲೆ, ಅಜ್ಞಾಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ ಅಡಿ/NRHM/DQAC/01/2008-09 ದಿ.30-03-09.

ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ standards for female and Male Sterilization Services ಮತ್ತು Quality Assurance Manual for Sterilization Services ನ ಆದೇಶ/ನಿರ್ದೇಶನದಂತೆ, ರಾಜ್ಯದ 29 ಜಿಲ್ಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಷ್ಕೃತ ಜಿಲ್ಲಾ ಮಟ್ಟದ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಅಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಮಿಟಿಯನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖ (1)ರಲ್ಲಿ ನೇಮಿಸಿದ್ದು, ಉಲ್ಲೇಖ (2)ರಲ್ಲಿ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚನೆ ಮಾಡಿ ಈಗಾಗಲೇ ಎಲ್ಲಾ ಸರ್ಕಾರಿ/ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾಗಿದೆ.

Quality Assurance Manual for Sterilization Services ನ ನಿರ್ದೇಶನದಂತೆ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಹಾನ ಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನಂತೆ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಸರ್ಕಲ್ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಲು ಆದೇಶ ನೀಡಿದೆ. ಈ ಸಮಿತಿ, ಈ ಕೆಳಕಂಡಂತೆ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕದ್ದು.

ಕ್ರ.ಸಂ	ಸಮಿತಿಯ ಸ್ಥಾನಮಾನ	ಪದನಾಮ
1	ಅಧ್ಯಕ್ಷರು	ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಪ್ರಧಾನ ಆಡಳಿತ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು.
2	ಸದಸ್ಯರು	ಅರವಳಿಕೆ ತಜ್ಞರು/ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ತಜ್ಞರು/ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಯ ಪ್ರಧಾನ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು.
3	ಸದಸ್ಯರು	ಸ್ತ್ರೀರೋಗ ತಜ್ಞರು.
4	ಸದಸ್ಯರು	ಪ್ರಧಾನ ಶುಶ್ರುಷಾ ವಿಭಾಗದವರು.
5	ಸದಸ್ಯರು	ಪ್ರಧಾನ ಮಾರ್ಚ್ ಬಾಯ್/ ಕೈಕೆಳಗಿನ ಸೇವಕರು.
6	ಸದಸ್ಯರು	ಪ್ರಧಾನ ಸಾರಿಗೆ ವಿಭಾಗದವರು.
7	ಸದಸ್ಯರು	ಪ್ರಧಾನ ಉಗ್ರಾಣ ವಿಭಾಗದವರು.
8	ಸದಸ್ಯರು	ಪ್ರಧಾನ ದಾಖಲಾತಿ ವಿಭಾಗದವರು.

ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿದ ನಂತರ ಸಮಿತಿಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಮತ್ತು ಸದಸ್ಯರ ವಿವರವನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ತಿಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

standards for female and Male Sterilization Services ನ ನಿರ್ದೇಶನದಂತೆ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯ ನೀಡುವ ಎಲ್ಲಾ ಸರ್ಕಾರಿ ಅಸ್ಪತ್ರೆ/ಖಾಸಗಿ ಅಸ್ಪತ್ರೆಯವರು, ಸ್ತ್ರೀ ಸಂಹಾನ ಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಕರ್ಯ ನೀಡಲು ಅನುಬಂಧ-1ರಂತೆ ಹಾಗೂ ಪುರುಷ ಸಂಹಾನ ಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಕರ್ಯ ನೀಡಲು ಅನುಬಂಧ-6ರಂತೆ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಅಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಮಿಟಿಯಿಂದ ಅನುಮತಿ ಪಡೆದಿರಬೇಕು.

ಸಂಹಾನ ಹರಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನುಮತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಜಿಲ್ಲಾ ಕ್ವಾಲಿಟಿ ಅಶ್ಯೂರೆನ್ಸ್ ಕಮಿಟಿಯ ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು / ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಶ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ ಇವರಿಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಲ್ಲಿಸಲು ತಿಳಿಸಿದೆ.


(ಜಿ.ವಿ.ಎನ್.ರಾಯ್)

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು / ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು,
ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು: ಈ ಕೆಳಕಂಡವರ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಮುಂದಿನ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ ಕಳುಹಿಸಿದೆ.

1. ಎಲ್ಲಾ ಸರ್ಕಾರಿ ಅಸ್ಪತ್ರೆಯ ಅಡಳಿತ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ.
2. ಮುಖ್ಯ ಆರೋಗ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಬೃಹತ್ ಬೆಂಗಳೂರು ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆ, ಬೆಂಗಳೂರು.
3. ಎಲ್ಲಾ ಖಾಸಗಿ ಅಸ್ಪತ್ರೆ/ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಹಾವಿದ್ಯಾಲಯ / ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್‌ಗಳು, ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ.
4. ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು: ಈ ಕೆಳಕಂಡವರ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದೆ.

1. ಮಹಾಲೇಖಪಾಲರು, ಕರ್ನಾಟಕ ಬೆಂಗಳೂರು.
2. ಸರ್ಕಾರದ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ವಿಕಾಸ ಸೌಧ ಬೆಂಗಳೂರು.
3. ಆಯುಕ್ತರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು, ಅನಂದ ರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು.
4. ಅಭಿಯಾನ ನಿರ್ದೇಶಕರು, NRHM ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು, ಅನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು.
5. ಆಯುಕ್ತರು, ಬೃಹತ್ ಬೆಂಗಳೂರು ಮಹಾನಗರ ಪಾಲಿಕೆ, ಬೆಂಗಳೂರು.
6. ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಶ.ಸೇವೆಗಳು, ಬೆಂಗಳೂರು.
7. ಯೋಜನಾ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್.) ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು, ಅನಂದ ರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು.
8. ಕಛೇರಿ ಪ್ರತಿ.

Physical Requirements for Female Sterilization

Sl. No	Item	Requirements
1	Facilities	<ul style="list-style-type: none"> • Well-ventilated, fly-proof room with concrete/tiled floor, which can be cleaned thoroughly • Running water supply through tap or bucket with tap • Electricity supply with a standby generator and other light source
2	Space Required	<ul style="list-style-type: none"> • Area for reception • Waiting area • Counselling area which offers privacy and ensures avoidance of any interruptions • Laboratory with facilities for blood & urine examination • Clinical examination room for initial assessment and follow up • Preoperative preparation room for trimming of hair, washing, changing of clothes and premedication • Hand washing area near the OT for scrubbing • Sterilization room, near the OT, for autoclaving, washing and cleaning equipment, preparation of sterile packs • Operation theatre: should be isolated and away from the general thoroughfare of the clinic, it should be large enough to allow operating staff to move freely and to accommodate all the necessary equipment. Lighting should be adequate. • Recovery room: must be spacious and well ventilated, number of beds will be determined by the available space, should be adjacent to the OT. • Adequate number of toilets; sufficient number of sanitary type toilets with running water for the clients and the staff. • Storage area • Office area for keeping records
3 Equipment and Supplies		
3A	Examination Room Requirements	<ul style="list-style-type: none"> • Examination table • Foot stool • Blood pressure apparatus • Thermometer • Stethoscope • Examination light • Weighing scale • Instrument for pelvic examination
3B	Laboratory	<ul style="list-style-type: none"> • Haemoglobinometer and accessories • Apparatus to estimate albumin and sugar in urine • Reagents

Sl. No	Item	Requirements
3C	Sterilization Room	<ul style="list-style-type: none"> • Autoclave • Boiler • Surgical drums • SS Tray • Glutaraldehyde solution 2%
3D	Cleaning Room	<ul style="list-style-type: none"> • Hand brushes • Utility gloves • Basins • Detergents • Chlorine solution 0.5%
3E	Operation Theatre	<ul style="list-style-type: none"> • Operating table capable of Trendelenburg position • Step-up stool • Spot light in OT • Instrument trolley • Minilaparoscopy kit • Laparoscopy kit • Blood pressure instrument • Stethoscope • Syringe with needles • Emergency equipment and drugs • Room heater • IV stand • Waste basket, storage cabinet, buckets, basins for decontamination • Box for used linen • Puncture-proof box for needles
3F	Recovery Room	<ul style="list-style-type: none"> • Patient's cot with mattress, sheet, pillow, pillow cover, and blankets • Blood pressure instrument • Stethoscope • Thermometers • IV stand • Emergency equipment and drugs as per list
4	Emergency Equipment and Supplies	<ul style="list-style-type: none"> • Stethoscope • Blood pressure instrument • Oral airways guedel size 3, 4, 5 • Nasopharyngeal airways size 6, 6.5, 7.0 • Suction machine with tubing and two straps • Ambu bag with mask size 3, 4, 5 • Tubing and oxygen nipple • Oxygen cylinder with reducing valve and flow metre • Blanket • Gauze pieces • Kidney tray • Torch • Syringes and needles, including butterfly sets, IV cannula

Sr. No	Items	Requirements
		<ul style="list-style-type: none"> • Intravenous infusion sets and fluids • Sterile laparotomy instruments • Endotracheal tube size 6, 6.5, 7, 7.5, 8.0 • Laryngeal mask airway size 3, 4, 5 • Combitube • Cricothyroidotomy set
5	Essential Drugs	<ul style="list-style-type: none"> • Injection Adrenaline • Injection Atropine • Injection Diazepam • Injection Dripthyllic • Injection Physostigmine • Injection Xylocard • Injection Hydrocortisone (Dexamethasone) • Injection Pheniramine Maleate • Injection Promethazine • Injection Pentazocine • Injection Ranitidine • Injection Metoclopramide • Injection Calcium Gluconate/Calcium Chloride • Injection Sodium Bicarbonate (7.5%) • Injection Dopamine • Injection Mephenteramine • Injection Frusemide • Injection Methergine • Injection Oxytocin • Water-soluble jelly • Electrode jelly <p>IV fluids</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ringer lactate • 0.9% sodium chloride (normal saline) • 5% Dextrose • Heta Starch (HES 6%) • Glucose 25%

CHECKLIST FOR STERILIZATION

1. Request Letter
2. Quality Assurance Committee List
 - a) Annexure – 1 of Quality Assurance Manual
 - b) Annexure – 6 of Quality Assurance Manual
3. Certificates to be submitted for Sterilization Empanelment List.
 - a) Doctor KMC Registration Certificate. (Duly Updated with Their Latest Qualification)
 - b) Laproscopic Training Certificate.
4. KPME Copy
5. PC & PNDT Certificate
6. Old Certificate of Sterilization
7. Affidavit by the Organization applying for Sterilization stating that it has all the required **equipment's**, staff and Infrastructure for conducting Sterilization.

Note: All Certificates and all pages of documents submitted should be signed by the head of the instruction with seal.

AFFIDAVIT TO WHOM SO EVER CONCERNED

We, ----- Bangalore----- Owner / Represented by Mr.-----
Aged about----- years, do hereby solemnly affirm on oath as follows:-

1. I, submit that I am the Owner of the ----- Pvt. -----, Bangalore-----
2. further submit that the ----- Bangalore Have all the required Equipments, Staff, Doctors and the medicines to conduct the Sterilization as per Sterilization Rules and Regulations.
3. I submit that the we will maintain all the records as specified in the Act confidentially and also submit the concerned reports to the Appropriate Authority time to time as per the Sterilization Rules and Regulations.
4. I am swearing into this affidavit for the information of the authorities concerned. Whatever stated above is true to the best of my knowledge and belief.

Identified by
Advocate

DEPONENT