



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಸಂಖ್ಯೆ:ಡಿ.ಡಿ/ಪಿ.ಸಿ&ಪಿ.ಎನ್.ಡಿ.ಆ/194/2016-17

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳ
ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ,
ಬೆಂಗಳೂರು-09, ದಿನಾಂಕ: 23-02-2017

ನೋಟೀಸು

ವಿಷಯ: ಪಿ.ಸಿ&ಪಿ.ಎನ್.ಡಿ.ಟಿ. ಕಾಯ್ದೆಯಡಿ ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಸ್ವಾನಿಂಗ್‌ಗಾಗಿ
ನಿರ್ದೇಶಿಸುವಾಗ ಸ್ವಾನಿಂಗ್ ಮಾಡುವ ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ಸೆಕ್ಷನ್ 4(2), 4(3)
ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ನಮೂದಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.

- ಉಲ್ಲೇಖ: 1) ರಾಜ್ಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣಾ ಮಂಡಳಿಯ ಸಭೆ ನಡೆದ ದಿನಾಂಕ: 09-01-2017.
- 2) ಗರ್ಭಧಾರಣಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಪತ್ತೆ ತಂತ್ರವಿಧಾನಗಳ (ಲಿಂಗ ಆಯ್ಕೆಯ ನಿಷೇಧ), ಕಾಯ್ದೆ, 1994 ಸೆಕ್ಷನ್ 4(2), 4(3).

* * * *

ಗರ್ಭಧಾರಣಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಪತ್ತೆ ತಂತ್ರವಿಧಾನಗಳ (ಲಿಂಗ ಆಯ್ಕೆಯ ನಿಷೇಧ), 1994 ಕಾಯ್ದೆಯಡಿ ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಸ್ವಾನಿಂಗ್‌ಗಾಗಿ ನಿರ್ದೇಶಿಸುವಾಗ ಸ್ವಾನಿಂಗ್ ಮಾಡುವ ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ಸೆಕ್ಷನ್ 4(2), 4(3) ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ನಮೂದಿಸಬೇಕಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅನೇಕ ಸ್ವಾನಿಂಗ್ ಸೆಂಟರ್‌ಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದಾಗ ರೆಫರಲ್ ಚೀಟಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಾನಿಂಗ್‌ನ ಅಗತ್ಯತೆಗೆ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ನಮೂದಿಸದೇ ರೆಫರಲ್ ಚೀಟಿಯನ್ನು ನೀಡಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಷಯವನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿದ್ದು, ರೆಫರಲ್ ಚೀಟಿಯು ಅಪೂರ್ಣವಾಗಿದ್ದು, ಸ್ವಾನಿಂಗ್‌ನ ಉದ್ದೇಶ ಅಗತ್ಯತೆ ನಮೂದಾಗದೇ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ರೆಫರಲ್ ಮಾಡುವ ನೊಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಗ ರ ಪೂರ್ಣ ಸಹಿ ಇಲ್ಲದೇ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಪಿ.ಸಿ&ಪಿ.ಎನ್.ಡಿ.ಟಿ ಕಾನೂನು ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ರಮತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು.

ಅಗತ್ಯತೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಸೆಕ್ಷನ್ 29, ರೂಲ್ 9 ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಫಾರಂ-ಎಫ್‌ನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವಾಗ

7. (a) Referred by (Full name and address of Doctor (s)/ Genetic Counseling Centre):.....

(Referral slips to be preserved carefully with Form F)

(b) "Self-referral by Gynaecologist / Radiologist / Registered Medical Practitioner conducting the diagnostic procedures: (Referral note with indications and case papers of the patient to be preserved with Form F)

Self-referral does not mean a client coming to a clinic and requesting for the test or the relative/s requesting for the test of a pregnant woman.

8. Last menstrual period or weeks of pregnancy: **Section B: To be filled in for performing non-invasive diagnostic Procedures/ Tests only.**

9. Name of the doctor performing the procedure/s:

10. Indication/s for diagnosis procedure (specify with reference to the request made in the referral slip or in a self-referral note)

(Ultrasonography prenatal diagnosis during pregnancy should only be performed when indicated. The following is the representative list of indications for ultrasound during pregnancy. (Put a "Tick" against the appropriate indication/s for ultrasound)

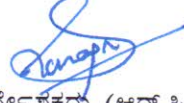
- (i) To diagnose intra-uterine and / or ectopic pregnancy and confirm viability.
- (ii) Estimation of gestational age (dating).
- (iii) Detection of number of fetuses and their chorionicity.
- (iv) Suspected pregnancy with IUCD in-situ or suspected pregnancy following contraceptive failure/MTP failure.
- (v) Vaginal bleeding /leaking.
- (vi) Follow-up of cases of abortion.
- (vii) Assessment of cervical canal and diameter of internal os.
- (viii) Discrepancy between uterine size and period of amenorrhea.
- (ix) Any suspected adnexal or uterine pathology/ abnormality.
- (x) Detection of chromosomal abnormalities, fetal structural defects and other abnormalities and their follow-up.
- (xi) To evaluate fetal presentation and position.
- (xii) Assessment of liquor amnii.
- (xiii) Preterm labor/preterm premature rupture of membranes.
- (xiv) Evaluation of placental position, thickness, grading and abnormalities (placenta praevia, retro-placental haemorrhage, abnormal adherence etc).
- (xv) Evaluation of umbilical cord- presentation, insertion, nuchal encirclement, number of vessels and presence of true knot.
- (xvi) Evaluation of previous Caesarean Section scars.
- (xvii) Evaluation of fetal growth parameters, fetal weight and fetal well being.
- (xviii) Color flow mapping and duplex Doppler studies.
- (xix) Ultrasound guided procedures such as medial termination of pregnancy, external cephalic version etc. and their follow-up.
- (xx) Adjunct to diagnostic and therapeutic invasive interventions such as chorionic villus sampling (CVS), amniocenteses, fetal blood sampling, fetal skin biopsy, amnio-infusion, intrauterine infusion, placement of shunts etc.
- (xxi) Observation of intra-partum events.
- (xxii) Medical /surgical conditions complicating pregnancy.
- (xxiii) Research/scientific studies in recognized institutions.

11. procedures carried out (Non-Invasive) (Put a "Tick" on the appropriate procedure)

- (i) Ultrasound
(**Important Note:** Ultrasound is not indicated/ advised/ performed to determine the sex of fetus except for diagnosis of sex-linked diseases such as Duchene Muscular Dystrophy, Haemophilia A& B etc)
- (ii) Any other (specify).....

ತುರ್ತು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ Self-referral by Gynaecologist / Radiologist / Registered Medical Practitioner ನೀಡಲು ಅವಕಾಶ ಕೂಡ ಕಾನೂನು ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದು, ರೆಫರಲ್ ಸ್ಲಿಪ್‌ನ್ನು ಫಾರಂ ಎಫ್ ಜೊತೆಗೆ ಸಂದಕ್ಷಿಸಬೇಕಾದ ಅಗತ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಆದುದರಿಂದ ಅಪೂರ್ಣ, ಅಗತ್ಯತೆಯನ್ನು ನಮೂದಿಸದೇ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್‌ಗಾಗಿ ರೆಫರಲ್ ಚೀಟಿಗಳು ಇನ್ನು ಮುಂದೆ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೆಂಟರ್‌ಗಳ ಪರಿಶೀಲನೆಯಲ್ಲಿ ದೊರಕಿದಾಗ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ನೊಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಗರ ವಿರುದ್ಧ ಕಾನೂನು ರೀತಿಯ ಕ್ರಮಜರುಗಿಸಲಾಗುವುದು.



ಯೋಜನಾ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್) ಹಾಗೂ
ರಾಜ್ಯ ಸಕ್ಷಮ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ (ಪಿ.ಸಿ&ಪಿ.ಎನ್.ಡಿ.ಟಿ ಕಾಯ್ದೆ),
ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು

ಪ್ರತಿಯನ್ನು:

ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಪಿ.ಸಿ&ಪಿ.ಎನ್.ಡಿ.ಟಿ. ಕಾಯ್ದೆ/ಕೆ.ಪಿ.ಎಂ.ಇ. ಕಾಯ್ದೆಯಡಿ ನೊಂದಣಿಯಾಗಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ/ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಸೆಂಟರ್‌ಗಳಿಗೆ ರವಾನಿಸಲು ಸೂಚಿಸಿದೆ.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಗೌರವ ಪೂರ್ವಕ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ:

- 1) ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳ ಆಪ್ತ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ, ವಿಕಾಸಸೌಧ ರವರು ಸದರಿ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮಾನ್ಯ ಸರ್ಕಾರದ ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳ ಗಮನಕ್ಕೆ ತರಲು ಕೋರಲಾಗಿದೆ.
- 2) ಆಯುಕ್ತರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು.
- 3) ಅಭಿಯಾನ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ.
- 4) ಜಿಲ್ಲಾ ಸಕ್ಷಮ ಪ್ರಾಧಿಕಾರ, ಪಿ.ಸಿ&ಪಿ.ಎನ್.ಡಿ.ಟಿ. ಕಾಯ್ದೆ, ----- ಜಿಲ್ಲೆ.
- 5) ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು.
- 6) ಕಛೇರಿ ಪ್ರತಿ.