

प्रमाणपत्र 'ए'

CERTIFICATE 'A'

(उन मरीजों के मामले में पूरा किया जाना है जो उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं हैं।)

प्रमाण पत्र प्रदान किया गया _____ पत्नी/पुत्र/पुत्री/

_____ की माता/पिता जो राष्ट्रीय प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान, भारतीय आर्युविज्ञान अनुसंधान परिषद, जहांगीर मेरवानजी स्ट्रीट, परेल, मुंबई 400012

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment.)

Certificate granted to _____ Wife/Son/Daughter/

Mother/Father of _____ who is employed in the National Institute for Research in Reproductive and Child Health, Indian Council of Medical Research, Jehangir Merwanji Street, Parel, Mumbai 400012.

मैं, डॉ. _____ प्रमाणित करता हूँ:

- (a) कि मैंने _____ पर परामर्श के लिए _____ रुपये लिए और प्राप्त किए (दिनांक दिया जाना है) मेरे परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास पर।
- (b) कि मैंने _____ (तारीखें दी जाएंगी) को _____ पर इंद्रा-वेनस/इंद्रा-मस्क्युलर/सबक्यूटेनियस इंजेक्शन लगाने के लिए रु. _____ का शुल्क लिया और प्राप्त किया।
- (c) कि रोगी का उपचार _____ अस्पताल/मेरे परामर्श कक्ष में किया गया है और इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित नीचे उल्लिखित दवाएँ रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की रोकथाम/सुधार के लिए आवश्यक थीं। ये दवाएँ निजी रोगियों को आपूर्ति के लिए _____ (अस्पताल का नाम) में स्टॉक नहीं की गई हैं और इसमें मालिकाना तैयारियाँ शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सीय मूल्य के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं और न ही ऐसी तैयारियाँ जो मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक हैं।

I, Dr. _____ hereby certify:

- (d) That I charged and received Rs. _____ for _____ consultations on _____ (Dated to be given) at my consulting room/at the residence of the patient.
- (e) That I charged and received Rs. _____ for administering _____ intra-venous/ intra – muscular/ subcutaneous injection on _____ (dates to be given) at _____
- (f) That the patient has been under treatment at _____ hospital /my consulting room and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were Essential for the recovery/ prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines

are not stocked in the _____ (name of the hospital) for supply to private Patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfections.

क्र. सं. Sr. No.	दवाइयों का नाम Name of Medicines	कीमत Price	
		रु./Rs.	पैसे Paise

- (a) कि मरीज़ _____ से पीड़ित है/था और _____ से _____ तक मेरे उपचाराधीन है/था
- (b) रोगी को प्रसव पूर्व या प्रसव पश्चात उपचार दिया गया है/नहीं दिया गया है;
- (c) एक्स-रे प्रयोगशाला परीक्षण आदि, जिसके लिए रु. _____ का व्यय हुआ था, आवश्यक अनुमोदन के लिए किया गया था और _____ (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर किया गया था।
- (d) कि मैंने मरीजों को विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. _____ के पास रेफर किया था और नियमों के तहत आवश्यक _____ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त किया गया था।
- (e) मरीज को अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं थी।

- (a) That the patient is/was suffering from _____ and is / was under my treatment from _____ to _____
- (b) That the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment;
- (c) That the X-ray Laboratory test, etc. for which an expenditure of Rs. _____ was incurred was necessary approval and were undertaken on my advice at _____ (name of the hospital or laboratory)
- (d) That I referred the patients to Dr. _____ for specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (name of the Chief Administrative Officer of the State) as required under the rules was obtained.
- (e) That the patient did not require/required hospitalization.

एएमए के हस्ताक्षर/पदनाम
चिकित्सा अधिकारी एवं अस्पताल/
औषधालय जिससे संबद्ध है।

Signature of AMA/Designation of
the Medical Officer and Hospital/
dispensary to which attached.