

**लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मध्यप्रदेश**  
**नसबन्दी ऑपरेशन के लिए सहमति एवं आवेदन**

नाम श्री / श्रीमती ..... पति/पिता .....

**(1) चिकित्साकीय परीक्षण प्रतिवेदन**

- |  |  |       |            |
|--|--|-------|------------|
| 1- इंजेक्शन टिटनेस टाक्साईड/सी.सी.       |  | ..... | हाँ / नहीं |
| 2- इंजेक्शन पेनीसिलिन एल. टेस्ट          |  | ..... | हाँ / नहीं |
| 3- इंजेक्शन टायलोकेन टेस्ट               |  | ..... | हाँ / नहीं |
| 4- युरीन टेस्ट एलबुमिन शुगर              |  | ..... | हाँ / नहीं |
| 5- होमोग्लोबिन शुगर                      |  | ..... |            |
| 6- रक्तचाप                               |  | ..... |            |
| 7- गायनिक चेकअप                          |  | ..... |            |
| 8- एल. एम. पी. डेट                       |  | ..... |            |
| 9- जनरल कण्डिशन (कारण सहित दर्शाए)       |  | ..... |            |
| 10- अन्य परीक्षण                         |  | ..... |            |
| 11) केस फिट, अनफिट है (कारण सहित दर्शाए) |  | ..... |            |

स्थान ..... दिनांक .....

**चिकित्साकर्ता के हस्ताक्षर**

पूरा नाम .....

- (2) मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने अपने आपको संतुष्ट कर लिया है कि उपरोक्त पुरुष/महिला पात्र आयु समूह के अन्तर्गत है तथा मानसिक एवं चिकित्सीय रूप से नसबन्दी ऑपरेशन के योग्य है। ऐसा साक्ष्य नहीं है कि इनके द्वारा पूर्व में नसबन्दी ऑपरेशन करवाया गया है। निम्न कारणों से नसबन्दी ऑपरेशन के लिए अयोग्य है।

- 1- .....  
2- .....

इन्हें बैकल्पिक गर्भ निरोधक/परामर्श दिया गया।

**मेडिकल ऑफिसर के हस्ताक्षर (नाम एवं पता)**

मैं प्रमाणित करता / करती हूँ कि मैंने इस पुरुष/महिला का निम्न इंजेक्शन का सेंसिटिविटी टेस्ट किया।

1. Inj. Penidure (Sensive/Not Sensive) पाया। 2- Inj. 2% Xylocain (Sensive/Not Sensive) पाया। 3- Other.

- (3) निम्न प्री ऑपरेटिव मेडिकेशन किया।

- 1- Inj. Atropin 1ml I/M or I/V. 2- Inj. Diazepam 2ml I/M or I/V. 3- Inj. Pentazocin 1ml I/M or I/V.  
4- Inj. 2% Xylocain 1ml Local Infiltration just below umbilicus 5- Any other.

हस्ताक्षर ..... नाम पद एवं पता .....

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त उल्लेखित पुरुष/महिला का मैंने एल.टी.टी./वी.टी. ऑपरेशन किया। निम्न कारणों से ऑपरेशन असफल हो सकता है।

- (4) 1- ..... 2- ..... इन्हें निम्न आवश्यक सलाह दी गई।

**सर्जन के हस्ताक्षर** .....

- (5) पोस्ट ऑपरेटिव आबजर्वेशन / केयर

any Complaint .....

any ohter illness .....

B.P..... Post Operative examination .....

Treatment given .....

- 1- ..... 2- .....  
3- ..... 4- .....

उपरोक्त पुरुष / महिला का आवश्यक सम्पूर्ण परीक्षण कर मैंने अपने आपको संतुष्ट कर लिया है कि इस पुरुष / महिला को डिस्चार्ज किया जा सकता है।

निम्न हिदायते / ट्रीटमेन्ट देकर डिस्चार्ज किया गया।

- 1- ..... 2- .....  
3- ..... 4- .....

**पोस्ट ऑपरेटिव केयर करने वाले चिकित्सक के हस्ताक्षर**

नसबन्दी ऑपरेशन असफल होने पर कोई भी राशि शासन द्वारा देय नहीं होगी, असफल होने की दशा में यदि नसबन्दी कराने वाला व्यक्ति गर्भ का समापन कराना चाहता है। तो गर्भ धारण होते ही संबंधित स्वा. केन्द्र के चिकित्सा अधिकारी को सूचित कर कार्यवाही कर लेना चाहिये। समय पर गर्भ समापन न कराने का उत्तरदायित्व होगा।

## नसबंदी ऑपरेशन के लिए सहमति एवं आवेदन

नाम श्री/श्रीमती .....

पति का नाम एवं पता .....

माता/पिता का नाम एवं पता .....

धर्म ..... आय ..... शिक्षा ..... व्यवसाय .....

विषय - प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ..... नगरीय

महोदय,

कृपया मेरा नसबंदी ऑपरेशन करने की व्यवस्था करें, मेरी उम्र ..... वर्ष है तथा मेरे पति/पत्नि की उम्र ..... है।

हम विवाहित हैं तथा मेरी पत्नि/मेरे पति जीवित हैं हमारे ..... (पुरुष) ..... (महिला) जीवित बच्चे हैं। सबसे छोटे बच्चे की उम्र ..... माह/वर्ष है।

मेरे द्वारा नसबंदी कराने का निर्णय स्वयं स्वतंत्र रूप से बिना किसी बाहरी दबाव, प्रलोभन अथवा बल प्रयोग के लिया गया है। मुझे अवगत है कि मेरे लिए गर्भ निरोधक की अन्य पद्धति उपलब्ध हैं। मैं जानता हूँ / जानती हूँ कि सभी व्यावहारिक प्रयोजनों के लिए ऑपरेशन भी अस्थायी होता है तथा मेरे और अधिक बच्चे हो सकते हैं। मैं जानता/ जानती हूँ कि ऑपरेशन के असफल होने की कुछ संभावनाएँ हैं, जिसके लिए शासकीय चिकित्सालय / ऑपरेशन करने वाले सर्जन को मेरे द्वारा या मेरे संबंधियों के द्वारा अथवा अन्य किसी व्यक्ति जो कोई भी हो, द्वारा उत्तरदायी नहीं ठहराया जावेगा। मेरे पति / पत्नी का पूर्व में नसबंदी ऑपरेशन नहीं हुआ है। मुझे यह भी अवगत है कि जो ऑपरेशन कराने जा रहा हूँ /जा रही हूँ उसमें जोखिम का तत्व है। ऑपरेशन की पात्रता के मापदण्ड मुझे स्पष्ट किए गये हैं और प्रतिज्ञा पूर्वक कहता / कहती हूँ कि इन मापदण्डों के अनुसार मुझे ऑपरेशन कराने की पात्रता है। अतः किसी भी प्रकार के निश्चेतता (एनेस्थिसियो) के अन्तर्गत जो सर्जन मेरे लिए उचित समझे ऑपरेशन कराने तथा सम्बन्धित डॉक्टर द्वारा उपयुक्त समझी जाने वाली अन्य औषधियों के क्रियान्वयन के लिए मैं सहमत हूँ।

नसबंदी के ऑपरेशन के पश्चात यदि ऑपरेशन असफल हो जाता है और पुनः गर्भधारण होता व संतान उत्पन्न होती है इसके लिए शासन किसी प्रकार से उत्तरदायी नहीं होगा इसके लिए भी किसी प्रकार के हर्जाने अथवा क्षतिपूर्ति की मांग नहीं करूंगा/करूंगी। आवश्यकता होने पर अपनी जिम्मेदारी पर गर्भ समापन हेतु स्वयं उपस्थित होऊंगी।

स्वीकारकर्ता के हस्ताक्षर

१. मैं श्री / श्रीमती ..... को जानता हूँ मेरी पूर्ण जानकारी में इनके द्वारा दी गई जानकारी सही है। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र / नगरीय केन्द्र के लक्ष्य दम्पति पंजी में इनका नंबर ..... हैं।

परामर्शदाता के हस्ताक्षर

प्रेरक के हस्ताक्षर

पूरा पता .....