

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें

म.प्र.

क्रमांक / अ.प्र. / 2015 / सेल-4 / 146

भोपाल, दिनांक

27 / 01 / 2015

प्रति,

- 1.समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वा.अधिकारी
- 2.समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक
मध्य प्रदेश

विषय:-चिकित्सालयों में वाह्य/आंतरिक रोगी स्वास्थ्य सेवा अभिमत पत्रक (क्लाईन्ट फीडबैक फार्म) लेने के संबंध में।

- संदर्भ:-
- 1.क्रमांक/अस्प.प्रशा./2013/450, भोपाल, दिनांक 27/04/13
 - 2.क्रमांक/अस्प.प्रशा./2013/809, भोपाल, दिनांक 25/06/13
 - 3.क्रमांक/अ.प्र./2012/989/से-4 भोपाल, दिनांक 24/12/2012
 4. क्रमांक/ अ.प्र./2015/71/सेल-4 भोपाल, दिनांक 08/01/2015

संदर्भित पत्रों द्वारा आपको प्रदेश के शासकीय चिकित्सालयों में-रोगियों एवं परिजनों के साथ मधुर व्यवहार करने, समुचित निःशुल्क जांच व उपचार उपलब्ध कराने एवं उच्च स्तर की साफ-सफाई की व्यवस्था कायम करने के निर्देश जारी किये गये हैं। साथ ही यह निर्देश भी दिये गये थे-कि-शासकीय चिकित्सालय में आ रहे रोगियों से क्ललाईन्ट फीडबैक फार्म भराये जायें।

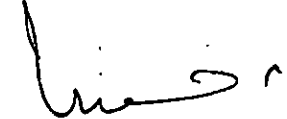
चिकित्सालयों की व्यवस्थाओं में सुधार लाने की दृष्टि से यह निर्णय लिया गया है कि समस्त अंतः रोगियों से डिस्चार्ज करते समय (100 %) एवं वाह्य रोगी विभाग में आ रहे रोगियों के (रेण्डम) सप्ताह में 5% रोगियों से वाह्य/आंतरिक रोगी स्वास्थ्य सेवा अभिमत पत्रक (क्लाईन्ट फीडबैक फार्म) भरवायें। वाह्य/आंतरिक रोगी स्वास्थ्य सेवा अभिमत पत्रक (क्लाईन्ट फीडबैक फार्म) संलग्न है। स्थानीय आवश्यकतानुसार पत्रक की उपलब्धता सुनिश्चित करते हुये उपरोक्त व्यवस्था तत्काल प्रभाव से लागू करें। उपरोक्त व्यवस्था अंतः रोगी विभाग में लागू करने के लिये वार्ड प्रभारी विशेषज्ञ एवं वार्ड इंचार्ज सिस्टर उत्तरदायी होंगे। चिकित्सालय में उपरोक्त व्यवस्था के लिये सिविल सर्जन एवं आर.एम.ओ.जिम्मेदार होंगे।

प्रति सप्ताह प्रत्येक वार्ड में वार्ड प्रभारी स्टाफ नर्स एवं वाह्य रोगी विभाग में स्टीवर्ड द्वारा भराये गये क्ललाईन्ट फीडबैक फार्म का परीक्षण एवं विश्लेषण कर रिपोर्ट तैयार कर सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक को प्रस्तुत किया जायेगा ताकि वे आवश्यकतानुसार अनुशासनात्मक कार्यवाही/ सुधारात्मक कार्यवाही कर सकें। प्रपत्र "ब" में रोगियों द्वारा दिये गये फीडबैक प्रपत्र में दिये गये उत्तरों को आबंटित अंक दर्शाये गये हैं जिसके अनुसार प्रत्येक प्रपत्र को अंक दिया जाना है।

चिकित्सालय के प्रत्येक वार्ड में कुल भराये गये प्रपत्रों की संख्या एवं कुल गणनित अंकों की औसत संख्या निकालकर वार्डों में किये जा रहे कार्यों का आकलन किया जाये। प्रपत्र "स" में प्रति सप्ताह प्रति वार्ड के औसत को दर्ज करते हुये उसका विश्लेषण एवं सुधारात्मक कार्यवाही की जाये एवं प्रत्येक माह की रिपोर्ट इसी प्रपत्र में संचालनालय को प्रेषित की जाये।

उपरोक्त निर्देशों का सख्ती से पालन किया जाये एवं पालन प्रतिवेदन की जानकारी 5 दिवस में ई-मेल (hospital.mphealth@gmail.com, kkthassu@mp.nic.in) पर उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें। इसके अतिरिक्त शिकायत पंजी में दर्ज शिकायतें एवं क्लाइन्ट फीड-बैक से संबंधित मासिक जानकारी प्रतिमाह की 5 तारीख से पूर्व अनिवार्य रूप से उपलब्ध कराये।

- संलग्न:- 1.वाह्य/आंतरिक रोगी स्वास्थ्य सेवा अभिमत पत्रक (क्लाईन्ट फीडबैक फार्म)(प्रपत्र "अ")-1 पृष्ठ
2.विभिन्न वार्डों में प्राप्त अंकों का मूल्यांकन पत्रक(प्रपत्र "ब")-1 पृष्ठ
3.साप्ताहिक/मासिक विश्लेषण एवं रिपोर्टिंग पत्रक(प्रपत्र "स")-1 पृष्ठ

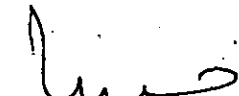

% संचालक स्वास्थ्य सेवायें
(अ.प्र.)
भोपाल, म.प्र.

पृ.क्रमांक/अ.प्र./2015/147


भोपाल, दिनांक 27/01/2015

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

- 1) प्रमुख सचिव, म.प्र.शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भोपाल, म.प्र.।
- 2) आयुक्त-स्वास्थ्य, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें म.प्र., भोपाल।
- 3) मिशन संचालक, एन.आर.एच.एम, बैंक ऑफ इंडिया भवन, तृतीय मंजिल, अरेरा हिल्स, भोपाल।
- 4) समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.। सूचनार्थ एवं पालनार्थ। आपके संभाग के समस्त जिला चिकित्सालयों में स्थापित कर वाह्य/आंतरिक रोगी स्वास्थ्य सेवा उपयोग आकलन पत्रक (क्लाईन्ट फीडबैक फार्म) की संभाग के जिला चिकित्सालयों की संकलित रिपोर्ट अधोहस्ताक्षरकर्ता को प्रति माह की 5 तारीख के पूर्व अनिवार्य रूप से भेजना सुनिश्चित करें।


% संचालक स्वास्थ्य सेवायें
(अ.प्र.)
भोपाल, म.प्र.

Mr. Thomas
Pl. put in
sep- website


28.1.15

वाह्य/आंतरिक रोगी स्वास्थ्य सेवा अभिमत पत्रक (प्रपत्र-अ)

(क्लाइन्ट फीडबैक फार्म)

हम अपनी स्वास्थ्य संस्था द्वारा दी जा रही स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता सतत् रूप से बेहतर बनाने के लिये कृत-संकल्प हैं। हम आपसे अनुरोध करते हैं कि कृपया हमें बतायें कि आपको हमारी सेवायें कैसी लगीं? आपके द्वारा दी गई जानकारी पूर्णतः गोपनीय रखी जायेगी। आपके सहयोग के लिये अनन्य धन्यवाद।

पत्रक क्रमांक:

तिथि:

रोगी का नाम:

पंजीयन संदर्भ क्रमांक:

भर्ती दिनांक:

छुट्टी दिनांक:

(उपरोक्त समस्त जानकारियों का इन्द्राज करना स्वेच्छिक है)

कृपया आपका आकलन, स्वयं के अनुभव के आधार पर 'हाँ' या 'नहीं' पर ✓ सही का निशान लगाकर अपने उत्तर दें:

1. क्या पंजीयन प्रक्रिया सुविधाजनक थी? हाँ नहीं
2. क्या चिकित्सा सेवा संतोषप्रद लगी? हाँ नहीं
3. क्या चिकित्सा जाँच संतोषप्रद लगी? हाँ नहीं
4. क्या कोई जाँच बाहर से करवाने के लिये कहा गया? हाँ नहीं
5. क्या चिकित्सक द्वारा बताई गई दवायें अस्पताल से प्राप्त हुईं? हाँ नहीं
6. क्या आपको दवायें बाज़ार से लाने के लिये कहा गया? हाँ नहीं
7. क्या अस्पताल में भर्ती होने पर बिस्तर मिला? हाँ नहीं
8. क्या अस्पताल में साफ़ सफ़ाई संतोषजनक थी? हाँ नहीं
9. क्या अस्पताल के चिकित्सा स्टाफ़ (डॉक्टर/नर्स/अन्य कर्मचारी)
का व्यवहार अच्छा था? हाँ नहीं
10. क्या अस्पताल में दिया गया भोजन और नाश्ता अच्छा था? हाँ नहीं
11. क्या आपसे अस्पताल में किसी कर्मचारी ने पैसों की माँग की? हाँ नहीं

कर्मचारी का नाम.....

12. कृपया अस्पताल में अपने प्रवास का कुल अनुभव बतायें:

किसी एक पर ✓ का निशान लगायें।

1. उत्कृष्ट
2. बहुत अच्छा
3. अच्छा
4. बुरा
5. बहुत बुरा

हस्ताक्षर

विभिन्न वार्डों में प्राप्त अंकों का मूल्यांकन पत्रक

(प्रपत्र-ब)

हम अपनी स्वास्थ्य संस्था द्वारा दी जा रही स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता सतत् रूप से बेहतर बनाने के लिये कृत-संकल्प हैं। हम आपसे अनुरोध करते हैं कि कृपया हमें बतायें कि आपको हमारी सेवायें कैसी लगीं? आपके द्वारा दी गई जानकारी पूर्णतः गोपनीय रखी जायेगी। आपके सहयोग के लिये अनन्य धन्यवाद।

पत्रक क्रमांक:

तिथि:

रोगी का नाम:

पंजीयन संदर्भ क्रमांक:

भर्ती दिनांक:

छुट्टी दिनांक:

(उपरोक्त समस्त जानकारियों का इन्द्राज करना स्वेच्छिक है)

कृपया आपका आकलन, स्वयं के अनुभव के आधार पर 'हाँ' या 'नहीं' पर ✓ सही का निशान लगाकर अपने उत्तर दें:

अंक:-

'हाँ' के लिये - 'नहीं' के लिये

	हाँ	नहीं		
1. क्या पंजीयन प्रक्रिया सुविधाजनक थी?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	0
2. क्या चिकित्सा सेवा संतोषप्रद लगी?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	0
3. क्या चिकित्सा जाँच संतोषप्रद लगी?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	0
4. क्या कोई जाँच बाहर से करवाने के लिये कहा गया?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	10
5. क्या चिकित्सक द्वारा बताई गई दवायें अस्पताल से प्राप्त हुईं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	0
6. क्या आपको दवायें बाज़ार से लाने के लिये कहा गया?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	10
7. क्या अस्पताल में भर्ती होने पर बिस्तर मिला?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	0
8. क्या अस्पताल में साफ़ सफ़ाई संतोषजनक थी?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	0
9. क्या अस्पताल के चिकित्सा स्टाफ़ (डॉक्टर/नर्स/अन्य कर्मचारी) का व्यवहार अच्छा था?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	0
10. क्या अस्पताल में दिया गया भोजन और नाश्ता अच्छा था?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	0
11. क्या आपसे अस्पताल में किसी कर्मचारी ने पैसों की माँग की? कर्मचारी का नाम.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	10
12. कृपया अस्पताल में अपने प्रवास का कुल अनुभव बतायें: किसी एक पर ✓ का निशान लगायें।				
1. उत्कृष्ट			10	
2. बहुत अच्छा			8	
3. अच्छा			6	
4. बुरा			0	
5. बहुत बुरा			-10	

कुल प्राप्तांक

साप्ताहिक / मासिक विश्लेषण एवं रिपोर्टिंग पत्रक
(क्लाईन्ट फीडबैक फार्म)

(प्रपत्र-स)

जिला चिकित्सालय का नाम.....

जिला..... शैय्याओं की संख्या.....

माह में कुल ओ.पी.डी-न्यू.....ओल्ड-.....कुल योग.....

पुरुष.....महिला.....बच्चे.....कुल योग.....

माह में वार्ड में भर्ती कर उपचारित रोगियों की संख्या-

महिला.....पुरुष.....बच्चे.....कुल योग.....

स. क्र.	नाम	कुल भराये गये क्लाइन्ट फीड बैक फार्म की संख्या	भराये गये क्लाइन्ट फीड बैक फार्म के प्राप्त औसत अंक					
			प्रथम सप्ताह	द्वितीय सप्ताह	तृतीय सप्ताह	चतुर्थ सप्ताह	पंचम सप्ताह	माह के औसत अंक
1	वाह्य रोगी विभाग							
2	मेल मेडिकल वार्ड-1							
3	मेल मेडिकल वार्ड-2							
4	मेल सर्जिकल वार्ड-1							
5	मेल सर्जिकल वार्ड-2							
6	फीमेल मेडिकल वार्ड-1							
7	फीमेल मेडिकल वार्ड-2							
8	फीमेल सर्जिकल वार्ड-1							
9	फीमेल सर्जिकल वार्ड-2							
10	मेटर्निटी वार्ड							
11	पी.पी. वार्ड							
12	लेबर रूम							
14	पीडियाट्रिक वार्ड							
13	ऑर्थोपीडिक वार्ड							
14	ई.एन.टी वार्ड							
15	ऑप्थोमॉलॉजी वार्ड							
16	आई.सी.यू							
17	एस.एन.सी.यू							
18	एन.आर.सी.							
कुल योग								

सिविल सर्जन / प्रभारी चिकित्सक
चिकित्सालय.....
जिला.....