

मध्यप्रदेश शासन  
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
मंत्रालय

:: आदेश ::

भोपाल, दिनांक 30/01/2017

क्रमांक एफ 9-02/2016/सत्रह/मेडि-3 :: मुख्यमंत्री बाल श्रवण उपचार योजना के अंतर्गत जारी समसंख्यक विभागीय आदेश दिनांक 02.05.2016 द्वारा जारी निर्देशानुसार मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालयों द्वारा श्रवण बाधित बच्चों को कॉक्लियर इम्प्लांट लगाये जा रहे हैं ।

मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों द्वारा लगाये गये कॉक्लियर इम्प्लांट के मूल्यांकन हेतु निम्नानुसार संभाग स्तरीय एवं राज्य स्तरीय समिति का गठन किया जा रहा है ।

**संभाग स्तरीय समिति का गठन :**

- संभाग स्तरीय समिति में निम्नानुसार सदस्य होंगे -
- संभागीय संयुक्त संचालक कार्यालय में पदस्थ उपसंचालक - सदस्य
  - संभाग के जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी - सदस्य
  - संभाग के जिले के चिकित्सालय में पदस्थ ई.एन.टी. विशेषज्ञ या पी.जी.एम.ओ. ई.एन.टी. - सदस्य
  - स्पीच थैरेपिस्ट की अनुपलब्धता होने पर संबंधित जिले के मेडिकल कॉलेज में पदस्थ स्पीच थैरेपिस्ट या वरिष्ठ ऑडियोलॉजिस्ट - सदस्य
  - संभागीय RMNCH+A समन्वयक - सदस्य

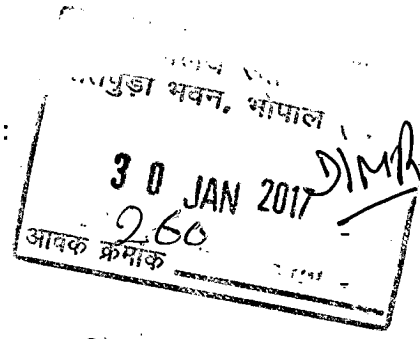
उपरोक्त समिति जिले में पिछले 03 वर्षों में हुये कॉक्लियर इम्प्लांट का मूल्यांकन एवं हितग्राहियों को लगाये गये कॉक्लियर इम्प्लांट की वर्तमान स्थिति का परीक्षण कर जिलावार जानकारी संलग्न प्रपत्र में संभागीय संयुक्त संचालक को प्रस्तुत करेगी । संभागीय संयुक्त संचालक अपने अभिमत सहित रिपोर्ट आयुक्त, स्वास्थ्य सेवायें को प्रस्तुत करेंगी ।

**राज्य स्तरीय समिति का गठन :**

- राज्य स्तरीय समिति में निम्नानुसार सदस्य होंगे -
- संचालक, राज्य बीमारी सहायता - अध्यक्ष
  - उपसंचालक, राज्य बीमारी सहायता - सदस्य
  - विषय विशेषज्ञ के रूप में संभागीय जिला मुख्यालय के जिला चिकित्सालय में कार्यरत ई.एन.टी. विशेषज्ञ - सदस्य

..2

:: 2 ::



- उपसंचालक, समन्वय, संचालनालय, स्वास्थ्य सेवायें
- उपसंचालक, राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम


सदस्य  
सदस्य

उपरोक्त गठित समिति प्रत्येक संभाग में न्यूनतम 05-05 हितग्राहियों के कॉकिलयर इम्प्लांट का मूल्यांकन करेगी एवं हितग्राहियों को लगाये गये कॉकिलयर इम्प्लांट की वर्तमान स्थिति का परीक्षण कर जानकारी संलग्न प्रपत्र में प्रस्तुत करेगी, साथ ही मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों का भी समय-समय पर निरीक्षण करेंगे ।

उपरोक्त निरीक्षण हेतु समस्त सदस्यों को मोबिलिटी व्यवस्था एवं मेडिकल कॉलेज से ऑडियोलॉजिस्ट या स्पीच थेरेपिस्ट को बुलाये जाने पर नियमानुसार मानदेय देय होगा । राज्य स्तरीय गठित समिति संचालक, राज्य बीमारी सहायता की अध्यक्षता में निरीक्षण उपरांत प्रतिवेदन शासन स्तर पर प्रस्तुत करेगी ।

उपरोक्त निर्देश तत्काल प्रभाव से प्रभावशील होंगे ।

संलग्न : राज्य स्तरीय एवं संभाग स्तरीय कॉकिलयर इम्प्लांट मूल्यांकन प्रपत्र ।

  
अवर सचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग


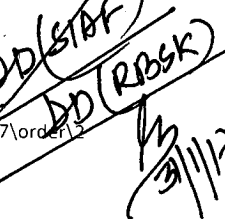
भोपाल, दिनांक 30/01/2017

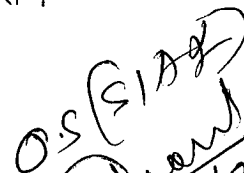
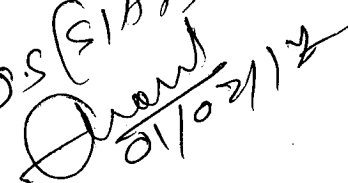
पृष्ठांकन क्रमांक एफ 9-02/2016/सत्रह/मेडि-3

प्रतिलिपि :

1. प्रमुख सचिव, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, वल्लभ भवन, भोपाल, म.प्र. ।
2. निज सचिव, मंत्री, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग ।
3. आयुक्त, स्वास्थ्य सेवायें, सतपुड़ा भवन, भोपाल, मध्यप्रदेश (कृपया आदेश वेबसाइट पर अपलोड कराने का कष्ट करें) ।
4. समस्त संचालक, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मध्यप्रदेश ।
5. समस्त कलेक्टर, मध्यप्रदेश ।
6. समस्त अधिष्ठाता, शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल, इंदौर, ग्वालियर, सागर, रीवा व जबलपुर, मध्यप्रदेश ।
7. समस्त विभागाध्यक्ष, पिडियाट्रिक सर्जिकल यूनिट, शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल, इंदौर, ग्वालियर, सागर, रीवा व जबलपुर, मध्यप्रदेश ।

..3

8. उपसंचालक, राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम, समन्वय, राज्य बीमारी सहायता योजना, संचालनालय सतपुड़ा भवन, भोपाल की ओर सूचनार्थ कर लेख है कि मान्यता प्राप्त चिकित्सालय को जारी निर्देशों से अवगत कराना सुनिश्चित करें।
9. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश ।
10. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, मध्यप्रदेश की ओर पालनार्थ ।
11. समस्त सिविल सर्जन, सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश की ओर पालनार्थ ।
12. समस्त जिला नोडल अधिकारी, आर.बी.एस.के., मध्यप्रदेश ।
13. समस्त जिला कार्यक्रम प्रबंधक, मध्यप्रदेश की ओर पालनार्थ ।
14. समस्त, जिला समन्वय आर.बी.एस.के., एन.एच.एम. मध्यप्रदेश ।
15. समस्त, प्रबंधक डी.ई.आई.सी., एन.एच.एम., मध्यप्रदेश ।

  
अवर सचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग