

## संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं

मध्यप्रदेश

ई-मेल training.dhsmp@gmail.com दूरभाष क्रमोंक 0755-2527105

क्रमोंक/4/प्रशिक्षण/2018/ 525  
प्रति,

भोपाल,दिनोंक 29/09/2018

1. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, (म0प्र0) ।
2. समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक,जिला चिकित्सालय,(म0प्र0) ।

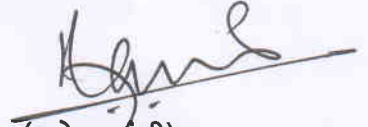
विषय:- प्रदेश के चिकित्सालयों में दन्त चिकित्सकों को प्रशिक्षु को कार्य करने की अनुमति बावत् ।

-000-

दन्त चिकित्सकों के द्वारा समय समय पर प्रदेश के विभिन्न जिला/सिविल अस्पतालों में अनुभव प्राप्त करने के उद्देश्य से कार्य करने की अनुमति प्रदान करने की मांग की जाती रही है । दन्त चिकित्सकों को बी.डी.एस. डिग्री पूर्ण होने पर प्रदेश की चिकित्सा संस्थाओं में कार्य करने की अनुमति हेतु दिशा-निर्देश तथा दायित्वों का निर्धारण किया गया है साथ ही प्रत्येक दन्त चिकित्सक का प्रशिक्षण अवधि के दौरान मूल्यांकन भी करने की व्यवस्था की गई है । उक्त दिशा निर्देशों के अनुरूप दन्त चिकित्सकों को कार्य करने की अनुमति संबंधी सिविल सर्जन/मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी प्रदान कर सकेंगे । इस अवधि में दन्त चिकित्सकों को स्टायपंड / मानदेय नहीं दिया जाएगा और ना ही इस हेतु किसी भी प्रकार का शुल्क लिया जाएगा ।

संलग्न:-उपरोक्तानुसार ।

आयुक्त,स्वास्थ्य सेवार्यें द्वारा अनुमोदित



(राकेश मुशी)

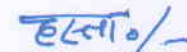
संयुक्त संचालक(प्रशिक्षण)  
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं,  
मध्यप्रदेश

0755-2441074

भोपाल,दिनोंक /09/2018

पृ0क्र0/4/प्रशिक्षण/2018/  
प्रतिलिपि:-सूचनार्थ ।

अतिरिक्त मुख्य सचिव, मध्यप्रदेश शासन,लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग,मंत्रालय  
वल्लभ भवन, भोपाल ।



संयुक्त संचालक(प्रशिक्षण)  
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं,  
मध्यप्रदेश

## प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों के लिये दिशा-निर्देश

### सामान्य निर्देश -

1. संस्थावार केवल उन्ही हॉस्पिटल में प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों को काम करने की अनुमति होगी जहां दंत चिकित्सक/विशेषज्ञ पदस्थ होंगे।
2. एक दंत चिकित्सक के साथ अधिकतम दो एवं दंत विशेषज्ञ के साथ अधिकतम तीन प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों को कार्य करने की अनुमति दी जा सकेगी।
3. अधिक आवेदन की स्थिति में प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों का चयन उनके अकेडमिक प्रतिशत के आधार पर किया जायेगा। बी.डी.एस में जिस प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों अधिक प्रतिशत प्राप्त होगा उसे प्राथमिकता दी जायेगी।
4. सुपरविजन के तहत प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों द्वारा चेयर साइड किये जाने वाले सारे उपचार का सुपरविजन किया जा सकेगा एवं प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों को अपने दंत चिकित्सक (निरीक्षक) के अनुमति के बिना अकेले कोई भी उपचार करने की अनुमति नहीं होगी।

### अपेक्षाएँ -

1. ओ.पी.डी में सुबह 8:00 बजे एवं शाम 5:00 बजे उपस्थित होना अनिवार्य होगा एवं दंत विभाग में उपस्थिति रजिस्टर में दर्ज कराना होगा।
2. दंत विभाग द्वारा निर्देशित डेंटल चेक अप कैम्प में उपस्थित रहना होगा।
3. किये गये कार्य का रिकार्ड एक पृथक रजिस्टर में रखेंगे एवं दंत विभाग में अपने निरीक्षक द्वारा सत्यापन के बाद ही प्रमाण-पत्र के लिये पात्र होंगे।
4. प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों 3 महीने के लिये ही कार्य करने की अनुमति प्रदान की जाएगी।
5. प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों को यह प्रशिक्षण स्वयं के व्यय पर करना होगा, विभाग द्वारा इस हेतु किसी भी प्रकार का मानदेय अथवा स्टायपेंड देय नहीं होगा।
6. प्रशिक्षु दंत चिकित्सकों को पर्यवेक्षण दंत चिकित्सक एवं समस्त स्टॉफ तथा मरीजों से विनम्र, एवं सहानुभूतिपूर्ण व्यवहार करना होगा, इस संबंध में किसी भी प्रकार की शिकायत होने पर प्रशिक्षण अवधी तत्काल प्रभाव से निरस्त की जा सकेगी।



## JOB CHART FOR Trainee Dental Surgeons

### Clinical Duties:

Clinical Duties include all the dental procedures that he/she observe or carry out for the patients visiting the clinic.

1. All exodontias procedures including minor surgery and simple impactions.
2. Supervision, treatment and follow-up of dental IPD patients.
3. Preventive and conservative dentistry wise all type of direct and indirect restorations.
4. Endodontic procedures RCT anterior and posterior teeth.
5. Pulpotomy and pulpectomy in pediatric cases.
6. Management of medically compromised patients.
7. Management of dental emergency in a dental clinic.
8. Carry out oral prophylaxis treatment of all patients as prescribed by supervising dental surgeon.
9. Any other dental procedure as mandated by Dental Council of India regulations for BDS Course circulated vide their extraordinary Gazette No.DE-22-2007dated 25 July 2007 **only after permission of his supervising dental surgeon/HOD of dental department /Superintendent of Hospital.**

### Official Duties:

1. Maintain the treatment records
2. Preparation of monthly progress reports.



## Assessment Form

Name of Dental Surgeon: ----- Father/Husband name : -----

Date of Birth : DD/MM/YYYY Address : -----

License No :-----

Email ID : ----- Mob No.: -----

Name of College : ----- Year of passing BDS : -----

Name of Hospital : -----

Period of Rotation: From..... To .....

Area	GRADE	REMARKS
<b>I. KNOWLEDGE</b>		
Basic Sciences		
Theoretical Knowledge in the Discipline		
Participation in oral health awareness and treatment camp / anti tobacco awareness camp	no of camp done-	
<b>II. CLINICAL SKILLS</b>		
History Taking		
Clinical examination		
Interpretation of laboratory Data and X-Ray findings		
Patient notes		
Use of drugs		
Patient Management		
<b>III. PROFESSIONAL CONDUCT</b>		
(a) To patients		
(b) To seniors, colleagues and other staff		
(c) To public		
(d) Punctuality & availability		

**A) RECOMMENDATIONS BY THE COORDINATOR / HOD OF DENTAL DEPARTMENT**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**GRADE:**    A-Very Good                  B-Good                  C- Satisfactory                  D –Unsatisfactory

**N/B:**    Where the grading shall be for scale **D** above, the Supervisor shall be required to give reasons for the said finding and make recommendations in the best interest of the intern and the public at large.

Name & Signature  
(With qualification and Registration No.)

Date.....

**B) HOSPITAL DIRECTOR/MEDICAL SUPERINTENDENT**

I certify that the above named officer was engaged in full-time training employment in the discipline specified above. his conduct was .....

.....

Name & Signature  
(With office seal)

Date.....