

പാരമ്പര്യ ആരോഗ്യരക്ഷാ പ്രവർത്തകർക്കുള്ള സ്വയം തൊഴിലധിഷ്ഠിത പ്രമാണ പത്ര വിതരണ പദ്ധതി (VCSTCHPs)

1) മുഴുവൻ പേര്:

1.1) ലിംഗം: പുരുഷൻ/സ്ത്രീ

1.2) ജനനത്തീയതി:

1.3) ബന്ധപ്പെടേണ്ട മേൽവിലാസം:

1.4) ബ്ലോക്ക്/താലൂക്ക്:

1.5) ജില്ല:

1.6) പിൻകോഡ്:

1.7) ടെലിഫോൺ നമ്പർ:

1.8) മൊബൈൽ നമ്പർ:

2) വൈദ്യം അഭ്യസിച്ച ഗുരുവിൻറെ/കുടുംബത്തിലെ മുതിർന്നവരുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

2.1) മുഴുവൻ പേര്:

2.2) അപേക്ഷകനുമായുള്ള ബന്ധം:

2.3) മേൽവിലാസം:

2.4) ബ്ലോക്ക്/താലൂക്ക്:

2.5) ജില്ല:

2.6) പിൻകോഡ്:

2.7) ടെലിഫോൺ നമ്പർ:

2.8) മൊബൈൽ നമ്പർ:

3) അപേക്ഷകൻറെ പാരമ്പര്യ ആരോഗ്യരക്ഷാ പ്രവൃത്തി പരിചയം: വർഷങ്ങൾ

4) പ്രമാണ പത്രത്തിനായി നിർണ്ണയം നടത്തുവാൻ താൽപര്യപ്പെടുന്ന ശാഖ(കൾ)?

☐ സാധാരണ രോഗങ്ങൾ

☐ പാരമ്പര്യ പ്രസവശുശ്രൂഷിക

☐ മഞ്ഞപ്പിത്തം

☐ പാരമ്പര്യ അസ്ഥി ചികിത്സ

☐ വിഷചികിത്സ

☐ സന്ധിവാതം

5) മേല്പറഞ്ഞതിൽ ഉൾപ്പെടാത്ത ശാഖ(കൾ): i) ii) iii)

6) നിർണ്ണയം നടത്തുവാൻ താൽപര്യപ്പെടുന്ന ഭാഷ:

7) ഇതിനു മുൻപ് മറ്റേതെങ്കിലും പ്രമാണ പത്ര വിതരണ സമിതിയിൽ അപേക്ഷ സമർപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല

8) നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷ ഇതിനു മുൻപ് തിരസ്കരിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടോ? ☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല

9) നിങ്ങൾക്ക് ഇതിനു മുൻപ് ഇതേ പദ്ധതി പ്രകാരം പ്രമാണ പത്രം ലഭിക്കുകയോ നിർണ്ണയം നടത്തുവാനായി അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുകയോ ചെയ്തിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പ്രസ്തുത അപേക്ഷാ നമ്പർ?

പ്രതിജ്ഞാപത്രം: എന്റെ പരമ്പരകളിൽ / ഗുരുക്കന്മാരിൽ നിന്നും അഭ്യസിച്ച അറിവുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ഞാൻ എൻറെ കഴിവിന്റെ പരമാവധി പ്രാഥമിക ആരോഗ്യസംരക്ഷണ സാഹചര്യങ്ങളിൽ പരമ്പരാഗത / നാട്ടുവൈദ്യ ചികിത്സ മാത്രമേ നടത്തൂ എന്നും യാതൊരു കാരണവശാലും ഇംഗ്ലീഷ് ഹോമിയോ മരുന്നുകൾ ചികിത്സയ്ക്കായി ഉപയോഗിക്കില്ല എന്നും പ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്നു. മേല്പറഞ്ഞ എല്ലാ വിവരങ്ങളും സത്യവും എൻ്റെ പരിപൂർണ്ണ അറിവോടു കൂടിയതുമാണെന്നും ഇതിനാൽ ഞാൻ പ്രതിജ്ഞ ചെയ്തുകൊള്ളുന്നു. എൻ്റെ പാസ്റ്റേർട്ട് വലുപ്പത്തിൽ ഉള്ള 3 ഫോട്ടോകൾ ഈ അപേക്ഷയോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കുന്നു.

തീയതി:

അപേക്ഷകൻറെ ഒപ്പ് / വിരലടയാളം

സ്ഥലം:

**വില്ലേജ് പഞ്ചായത്ത് ഗ്രാമസഭ / ഗ്രാമ പഞ്ചായത്ത് / പ്രാദേശിക സർക്കാർ നൽകുന്ന
അംഗീകാര പത്രം**

(ദയവായി a) വ്യക്തി വിവരങ്ങൾ b) മേൽവിലാസം c) ചികിത്സയിൽ പരിചയം ഉള്ള
വർഷങ്ങൾ d) ചികിത്സിക്കുന്ന ശാഖ(കൾ) e) ഗ്രാമീണ സമൂഹത്തിൽ ടിയാനെ കൊണ്ടുള്ള
ഗുണങ്ങൾ - എന്നിവ ഉറപ്പ് വരുത്തുക)

_____ സംസ്ഥാനത്തിലെ _____ ജില്ലയിലെ _____ വില്ലേജിലെ _____ പോസ്റ്റിലെ
ശ്രീ/ ശ്രീമതി _____ എന്നവരുടെ (മകൾ / മകൻ / ഭാര്യ / ഭർത്താവ്) ആയ ശ്രീ /
ശ്രീമതി _____ പാരമ്പര്യ ആരോഗ്യരക്ഷാ ചികിത്സകൾ _____ വർഷങ്ങളായി
ചെയ്തു വരുന്നു എന്ന് ഇതിനാൽ ഞങ്ങൾ പ്രസ്താവിച്ചു കൊള്ളുന്നു.

പ്രസ്തുത വ്യക്തി താഴെ പറയുന്ന മേഖലകളിൽ (ശ്രീ അടയാളപ്പെടുത്തുക) പാരമ്പര്യ
ആരോഗ്യരക്ഷാ ചികിത്സകൾ നൽകി വരുന്നു എന്നും ഇതിനാൽ ഞങ്ങൾ പ്രസ്താവിച്ചു
കൊള്ളുന്നു.:

- | | |
|---|---|
| ☐ സാധാരണ രോഗങ്ങൾ | ☐ പാരമ്പര്യ പ്രസവശുശ്രൂഷിക |
| ☐ മഞ്ഞപ്പിത്തം | ☐ പാരമ്പര്യ അസ്ഥി ചികിത്സ |
| ☐ വിഷചികിത്സ | ☐ സന്ധിവാതം |

ശ്രീ/ ശ്രീമതി _____ എന്നവരുടെ പാരമ്പര്യ ആരോഗ്യരക്ഷാ
ചികിത്സാ സേവനങ്ങൾ (TCHP) ഞങ്ങളുടെ ഗ്രാമത്തിലെ പൊതുജനങ്ങൾക്ക്
ഉപകാരപ്രദമാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഞങ്ങൾ അംഗീകരിച്ചു കൊള്ളുന്നു.

തീയതി: _____ ഒപ്പ്: _____

സ്ഥലം: _____ പേര്: _____

സീൽ:

**(ഈ രേഖ പാരമ്പര്യ ആരോഗ്യരക്ഷാ ചികിത്സകർ താമസിക്കുന്ന സ്ഥലത്തെ ഗ്രാമസഭ/
ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്/ പ്രാദേശിക സർക്കാർ പ്രസിഡന്റ് അഥവാ സെക്രട്ടറി എന്നവരിൽ നിന്നും
കൈപ്പറ്റേണ്ടതാവുന്നു.)**

TCHP-കൾക്കായുള്ള പെരുമാറ്റച്ചട്ടം

പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ സംരക്ഷണത്തിൽ TCHP വഹിച്ച പങ്കിന്റെ പ്രാധാന്യം പാരമ്പര്യ ആരോഗ്യരക്ഷാ പ്രവർത്തകർക്കുള്ള സ്വയംതൊഴിലധിഷ്ഠിത പ്രമാണപത്ര വിതരണ പദ്ധതി തിരിച്ചറിയുന്നു. (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php>). തൽഫലമായി, അവനിൽ നിന്ന് / അവളിൽ നിന്ന് പരിചരണം തേടുന്നവർക്ക് ഉത്തരവാദിത്തവും സുരക്ഷിതവും പരിരക്ഷിതവുമായ അന്തരീക്ഷം ഉറപ്പാക്കേണ്ടത് TCHP-യുടെ ഉത്തരവാദിത്തമാണ്.

TCHP-കൾക്കായുള്ള ഏറ്റവും ഉയർന്ന തൊഴിൽ നിലവാരം ഉയർത്തിപ്പിടിക്കുന്നതിന്, താഴെപ്പറയുന്ന അടിസ്ഥാനതത്വങ്ങൾ ഞാൻ അംഗീകരിക്കുന്നു:

1. വംശം, ലിംഗഭേദം, മതപരമായ അല്ലെങ്കിൽ ദേശീയത അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള വിവേചനം എന്നിത് നിന്ന് സേവനം അന്വേഷിക്കുന്ന ഏതൊരാൾക്കും നേരെയും കാണിക്കുകയോ അവരെ നിരസിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നത് ഞാൻ ഒഴിവാക്കും.
2. എന്റെ അറിവും നൈപുണ്യവും വിദ്യാഭ്യാസ പ്രവർത്തനങ്ങൾ, പഠനം, സഹപ്രവർത്തക യോഗങ്ങൾ, എന്നിവയിലൂടെ വൈദ്യപരിവൃത്തിയിൽ ഞാൻ വികസിപ്പിക്കും.
3. സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിയ വൈദ്യപരിവൃത്തിയിൽ ഞാൻ ധാർമ്മികവും സന്മാർഗികപരവുമായ പരിശീലനം നിലനിർത്തും, ഒപ്പം എന്റെ പ്രമാണപത്രത്തെ തെറ്റായി ചിത്രീകരിക്കുകയുമില്ല.
4. ആരോഗ്യകരമായ ഒരു ജീവിതരീതി ഞാൻ പിന്തുടരും.
5. പരിചരണം തേടുന്ന എല്ലാവർക്കും സുരക്ഷിതമായ പരിശോധനാന്തരീക്ഷവും പരിചരണബന്ധവും ഞാൻ സ്ഥാപിക്കുകയും പരിപാലിക്കുകയും ചെയ്യും.
6. എന്റെ പ്രവർത്തനങ്ങളിൽ ഞാൻ മാനവികതയുടെ ഒരു മനോഭാവം വളർത്തിയെടുക്കുകയും സാമൂഹികാരോഗ്യ സംരംഭങ്ങളെ പിന്തുണയ്ക്കുകയും ചെയ്യും.
7. എന്റെ പ്രവർത്തനശാഖയിലെ രോഗാവസ്ഥകൾ മാത്രമേ ഞാൻ കൈകാര്യം ചെയ്യുകയുള്ളൂ, കൂടാതെ ഏത് അടിയന്തിര സാഹചര്യങ്ങളിലും അടുത്തുള്ള ആരോഗ്യകേന്ദ്രത്തിലേക്ക് പോകാൻ നിർദ്ദേശിക്കുകയും ചെയ്യും.
8. പരമ്പരാഗത ആരോഗ്യസംരക്ഷണവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ കാര്യങ്ങളിലും, ഞാൻ മികച്ച രീതികളും നടപടിക്രമങ്ങളും പാലിക്കുകയും അറിവും നൈപുണ്യവും തുടർച്ചയായി വർദ്ധിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യും.
9. എന്റെ കാഴ്ചപ്പാടിൽ എന്റെ അറിവ്, സേവനങ്ങൾ, പ്രവർത്തനസമിതികൾ എന്നിവ സുതാര്യവും എന്റെ സമൂഹത്തിലെ ആളുകളുടെ പ്രയോജനത്തിനും വേണ്ടിയാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.
10. എന്നിൽ നിന്ന് പരിചരണം തേടുന്ന എല്ലാ വ്യക്തികളുടെയും സമഗ്രതയെ ഞാൻ ബഹുമാനിക്കുകയും സംരക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യും, കൂടാതെ സേവന വ്യവസ്ഥയിൽ ലഭിച്ച എല്ലാവിവരങ്ങളും സംരക്ഷിക്കേണ്ടതു ഞങ്ങളുടെ ബാധ്യതയാണെന്ന് തിരിച്ചറിയുകയും ചെയ്യും.

11.ഞങ്ങളുടെ പ്രവർത്തനങ്ങളെക്കുറിച്ച് പൊതുജനങ്ങളെ അറിയിക്കുന്നതിനായി ഏതെങ്കിലും പ്രഖ്യാപനങ്ങൾ, പൊതുപ്രസ്താവനകൾ അല്ലെങ്കിൽ പ്രചരണസാമഗ്രികൾ ഉൾപ്പെടെ ഒരു പരസ്യവും ഞാനോ എനിക്കോ വേണ്ടി ഞാൻ നടത്തുകയില്ല.

12.തെറ്റായതോ കപടമായതോ തെറ്റിദ്ധരിപ്പിക്കുന്നതോ അല്ലെങ്കിൽ വഞ്ചനാപരമോ ആയ പൊതുപ്രസ്താവനകൾ, പരസ്യങ്ങൾ എന്നിവ ഞാൻ സൃഷ്ടിക്കുകയില്ല.

13.എന്റെ ജോലിസ്ഥലത്ത് ഞാൻ എന്റെ പ്രമാണപത്രം (ഇരുവശവും) കാണുന്ന രീതിയിൽ പ്രദർശിപ്പിക്കും.

TCHP- യുടെ പേര്:

TCHP- യുടെ ഒപ്പ് :

തീയതി:

സ്ഥലം:

സ്വയം പ്രഖ്യാപനം:

_____ എന്ന ഞാൻ, (TCHP-യുടെ പേര്) എന്റെ കുടുംബത്തിൽ നിന്നും ഗുരുവിൽ നിന്നും നേടിയ അറിവും നൈപുണ്യവും അനുസരിച്ച് _____ എന്ന ശാഖയിൽ ഞാൻ എന്റെ സമൂഹത്തിന് പരമ്പരാഗത ആരോഗ്യ സംരക്ഷണം നൽകുമെന്നു തീർച്ചപ്പെടുത്തുന്നു. ഏതെങ്കിലും ഔപചാരിക വൈദ്യശാസ്ത്ര സമ്പ്രദായത്തിന്റെ സേവനങ്ങൾ നൽകാമെന്ന് ഞാൻ അവകാശപ്പെടുകയോ അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ പ്രമാണപത്രത്തെ തെറ്റായി ചിത്രീകരിക്കുകയോ ചെയ്യുന്നുവെന്ന് എന്നിൽ നിന്നു കണ്ടെത്തിയാൽ, പിന്നീടുള്ള തീയതിയിൽ, എന്റെ സാക്ഷ്യപത്രം താൽക്കാലികമായി നിർത്തിവയ്ക്കുകയോ കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ പിൻവലിക്കുകയോ ചെയ്യുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

എന്റെ പേരിൽ, എന്റെ പെരുമാറ്റം സംബന്ധിച്ച വിഷയങ്ങളിലോ മറ്റു വിഷയങ്ങളിലോ ആയി കോടതി നടപടികൾ ഒന്നും നിലവിൽ ഇല്ല. കഴിഞ്ഞ രണ്ടു വർഷത്തിനിടയിൽ, എന്റെ ചികിത്സയ്ക്കിടെ, എന്റെ ഏതെങ്കിലും രോഗികൾക്ക് ഒരു അസ്വസ്ഥതയും വൈകല്യവും ഒരു കാരണവശാലും സംഭവിച്ചിട്ടില്ലെന്ന് ഞാൻ ഉറപ്പുനൽകുന്നു.

ആരോഗ്യപരിരക്ഷാ സേവനങ്ങൾ നൽകാൻ എനിക്ക് നല്ല ആരോഗ്യവും സ്ഥിരബുദ്ധിയും ഉണ്ടെന്നും എന്റെ ആരോഗ്യത്തിൽ ഒരു മാറ്റം വന്നാൽ അത് ഒരു പരമ്പരാഗത സാമൂഹിക ആരോഗ്യപരിചരണ പ്രവർത്തകൻ (TCHP) എന്ന നിലയിലുള്ള എന്റെ പ്രവർത്തനത്തെ പ്രതികൂലമായി ബാധിക്കുമെന്നതിനാൽ ആകാര്യം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധയിൽപ്പെടുത്തുമെന്നും ഞാൻ ഉറപ്പുനൽകുന്നു. പിന്നീടുള്ള തീയതിയിൽ ഒരു TCHP എന്ന നിലയിൽ എന്റെ ചുമതലകൾ നിറവേറ്റുന്നതിന് ആരോഗ്യപരമായി ഞാൻ യോഗ്യനല്ലെന്ന് കണ്ടെത്തിയാൽ, എന്റെ സാക്ഷ്യപത്രം താൽക്കാലികമായി നിർത്തിവയ്ക്കുകയോ കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ പിൻവലിക്കുകയോ ചെയ്യുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

എന്നിൽ നിന്ന് സേവനം ആഗ്രഹിക്കുന്ന എല്ലാവർക്കും എന്റെ ജോലിസ്ഥലത്ത് സുരക്ഷിതവും ഉത്തരവാദിത്തമുള്ളതുമായ ഒരു അന്തരീക്ഷം ഞാൻ ഉറപ്പാക്കുകയും ഗുണനിലവാരമുള്ള പരിചരണം നൽകുകയും ചെയ്യും.

ഈ പ്രഖ്യാപനത്തിന്റെ ഭാഗമായ പ്രമാണം ഞാൻ വായിക്കുകയും കൂടാതെ / അല്ലെങ്കിൽ മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്തുവെന്ന് ഞാൻ ഉറപ്പുനൽകുന്നു.

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് :

തീയതി:

മുൻകൂട്ടി അറിയിച്ചു കൊണ്ടുള്ള സ്വതന്ത്ര സമ്മത പത്രം

ഭാഗം 1 : വിവര രേഖ

നിങ്ങളുടെ അറിവും നൈപുണ്യവും അടിസ്ഥാനമാക്കിയുള്ള ഈ വിലയിരുത്തൽ ക്വാളിറ്റി കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ (QCI) - ഫൗണ്ടേഷൻ ഫോർ റിവൈറ്റലൈസേഷൻ ഓഫ് ലോക്കൽ ഹെൽത്ത് ട്രെയിഷൻസ് (FRLHT) പാരമ്പര്യ ആരോഗ്യരക്ഷാ പ്രവർത്തകർക്കുള്ള സ്വയം തൊഴിലധിഷ്ഠിത പ്രമാണ പത്ര വിതരണ പദ്ധതി (VCSTCHP) യുടെ കീഴിലാണ് നടക്കുന്നത്. (<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php>)

വിലയിരുത്തൽ വാചാ പരീക്ഷ, കേസ് അവതരണം, പ്രായോഗിക പ്രകടനം, പ്രവർത്തന മണ്ഡല പരിശോധന എന്നീ തലങ്ങളിലാണ് നടത്തപ്പെടുക. നിങ്ങളുടെ വൈദ്യവൃത്തിയെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും അതിനായി നിങ്ങൾ ഉപയോഗിക്കുന്ന മരുന്നുകളും നടപടിക്രമങ്ങളും സാങ്കേതികതകളും നിങ്ങളുടെ മൂല്യനിർണ്ണയ വേളയിൽ വെളിപ്പെടുത്താം.

ദേശീയ നിയമങ്ങൾക്ക് കീഴിലുള്ള പ്രതിബദ്ധതകളും ബാധ്യതകളും അനുസരിച്ച്, വെളിപ്പെടുത്തിയ വിവരങ്ങൾ രഹസ്യാത്മകമായി പരിഗണിക്കും. ശേഖരിച്ച വിവരങ്ങൾ അറിവു വിലയിരുത്തുന്നതിനും പ്രമാണ പത്രം നൽകുന്നതിനും മാത്രമാണ് ഉപയോഗിക്കുന്നത്. ഈ മൂല്യനിർണ്ണയത്തിലെ നിങ്ങളുടെ പങ്കാളിത്തം സ്വമേധയാ ഉള്ളതാണ്, കൂടാതെ, ഒരു കാരണവും നൽകാതെ തന്നെ വിലയിരുത്തലിൽ നിന്ന് പിന്മാറാനുള്ള എല്ലാ അവകാശവും നിങ്ങൾക്കുണ്ട്.

നിങ്ങളുടെ അറിവിൻറെയും നൈപുണ്യത്തിൻറെയും വിലയിരുത്തൽ വിജയകരമായി പൂർത്തിയാക്കുമ്പോൾ, നിങ്ങളെ വിലയിരുത്തിയ നിർദ്ദിഷ്ട ശാഖയിലെ ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സേവനത്തിനായി നിങ്ങൾക്ക് സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ലഭിക്കും. പ്രസ്തുത സർട്ടിഫിക്കറ്റിന് 5 വർഷമാണ് കാലാവധി. സർട്ടിഫിക്കറ്റു മൂലം നിങ്ങൾക്ക് പ്രയോജനം ലഭിച്ചു എന്ന് നിങ്ങൾക്ക് തോന്നുകയാണെങ്കിൽ വീണ്ടും സർട്ടിഫിക്കറ്റിനായി അപേക്ഷിക്കാവുന്നതാണ്. അതിനായി മൂല്യനിർണ്ണയ പ്രക്രിയയിൽ വീണ്ടും പങ്കെടുക്കേണ്ടതാണ്.

ഈ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് ഉപയോഗിച്ച് നിങ്ങൾക്ക് ഒരു രജിസ്റ്റേർഡ് മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർ എന്ന രീതിയിലുള്ള അവകാശങ്ങളോ മുഖ്യധാരാ വൈദ്യശാസ്ത്ര സമ്പ്രദായങ്ങളിൽ ഉൾപ്പെടുന്നതിനോ സാധിക്കില്ല.

ഭാഗം 2 :TCHP അപേക്ഷകൻറെ സ്വമേധയാ ഉള്ള സമ്മത പത്രം

(TCHP അപേക്ഷകൻറെ പേര്) എന്ന ഞാൻ മേൽപറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ വായിക്കുകയും/ എന്നെ അറിയിക്കുകയും എൻ്റെ സംശയങ്ങളും അന്വേഷണങ്ങളും നിവാരണം ചെയ്യുന്നതിനായി അവസരം ലഭിക്കുകയും ചെയ്തു. എൻ്റെ മൂല്യനിർണ്ണയ പ്രക്രിയയ്ക്കായി വിവരങ്ങൾ കൈമാറ്റം ചെയ്യുന്നതിന് സമ്മതം ആണെന്ന് ഞാൻ അറിയിച്ചു കൊള്ളുന്നു.

TCHP യുടെ പേര് _____

TCHP അപേക്ഷകൻറെ ഒപ്പ്/ വിരലടയാളം

തീയതി (dd/mm/yyyy)

സ്ഥലം _____