



# राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार

An ISO 9001:2008 Certified Agency



स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार

## बन्ध्याकरण या पुनः बन्ध्याकरण/नसबन्दी

### आवेदन-सह-सहमति प्रपत्र

(INFORMED CONSENT FORM)

Picture of  
Beneficiary

उपरोक्त हेतु सभी इच्छुक महिलाओं/लाभार्थियों के बन्ध्याकरण/नसबन्दी के पूर्व सहमति प्रपत्र निम्नवत् है :-

स्वास्थ्य संस्थान का नाम : ..... जिला का नाम

लाभार्थी का पंजीयन संख्या (OPD/IPD No.): .....

तिथि: ..... / ..... / 20.....

1. लाभार्थी का नाम : श्री/श्रीमती .....

2. पति/पत्नी का नाम : श्री/श्रीमती .....

3. पता : .....

4. सम्पर्क नं: .....

5. सभी जीवित, अविवाहित आश्रित बच्चों की विवरणी –

i) नाम: ..... आयु .....

ii) नाम: ..... आयु .....

iii) नाम: ..... आयु .....

iv) नाम: ..... आयु .....

6. लाभार्थी के पिता का नाम : श्री .....

7. पता : .....

8. धर्म/राष्ट्रीयता: .....

9. श्रेणी: अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/सामान्य : .....

10. आर्थिक स्थिति: गरीबी रेखा से उपर/गरीबी रेखा से नीचे

11. लाभार्थी की शैक्षणिक योग्यता : .....

12. व्यवसाय/पेशा : .....

13. शल्य क्रिया का केन्द्र : .....

मैं, श्रीमती/श्री..... (लाभार्थी) शल्य विधि से बंध्याकरण/नसबंदी हेतु सूचित सहमति प्रदान करता/ करती हूँ। मैं विवाहित हूँ तथा मेरे/ मेरे पति/पत्नी जीवित है। मेरी उम्र ..... वर्ष है एवं मेरे पति / पत्नी की उम्र ..... वर्ष है। मेरे ..... (संख्या में) लड़के ..... एवं ..... (संख्या में) लड़कियाँ जीवित बच्चे हैं। मेरे सबसे छोटे बच्चे की उम्र ..... वर्ष है।

क) मैंने स्वयं बंध्याकरण/नसबंदी/पुनः बंध्याकरण ऑपरेशन कराने का निर्णय लिया है जो किसी के बाहरी दबाव/प्रलोभन या बल से प्रभावित नहीं है। मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे पति/पत्नी (दम्पती) का पहले बंध्याकरण/नसबंदी नहीं किया गया है (पुनः बंध्याकरण के मामले में मान्य नहीं)।

ख) मैं अवगत हूँ कि गर्भ निरोधक साधनों के अन्य उपाय भी मेरे लिए उपलब्ध हैं। मैं जानता/जानती हूँ कि यह परिवार कल्याण की स्थायी विधि है तथा मैं यह भी जानता/जानती हूँ कि अपनाने के बाद इस विधि के असफल होने की भी संभावना रहती है, जिसके लिए ऑपरेशन करने वाले चिकित्सक और स्वास्थ्य संस्थान मेरे या मेरे परिजनों द्वारा या अन्य किसी व्यक्ति द्वारा उत्तरदायी नहीं ठहराये जायेंगे।

ग) मैं जो ऑपरेशन अपनाने जा रहा/रही हूँ उसके अंतर्गत जोखिम से अवगत हूँ।

घ) ऑपरेशन के लिए आवश्यक स्वास्थ्य संबंधी योग्यता से मुझे अवगत करा दिया गया है एवं मैं मानदंड के अनुरूप बंध्याकरण/नसबंदी के लिए उपयुक्त हूँ।

ङ) मैं सहमत हूँ कि इस शल्य क्रिया (बंध्याकरण/नसबंदी) में दिये जाने वाले निश्चेतना (किसी भी प्रकार के) जो चिकित्सक/स्वास्थ्य केन्द्र द्वारा उपयुक्त हो के तहत ऑपरेशन कराने के लिए तैयार हूँ। इसके अतिरिक्त उपयुक्त सभी प्रकार के जीवन रक्षक प्रक्रियाओं (यदि आवश्यक हो) के लिए भी अपनी सहमति प्रदान करती/करता हूँ।

च) मैं ऑपरेशन के पश्चात् पुनः चिकित्सा जाँच (Follow up) हेतु अस्पताल/स्वास्थ्य केन्द्र/चिकित्सक के द्वारा दिये गये निर्देशों को पालन करते हुये स्वास्थ्य केन्द्र में आने हेतु सहमति देता/देती हूँ। इस निर्देश का पालन नहीं होने पर यदि कोई घटना घटित होती है तो इसके परिणामों के लिए मैं स्वयं जिम्मेवार रहूँगा/रहूँगी।

छ) यदि, इस शल्य क्रिया (बन्ध्याकरण) के उपरान्त मुझे मासिक धर्म नहीं आता है तो मैं दो सप्ताह के अंदर स्वास्थ्य केन्द्र/चिकित्सक को सूचित करूँगी तथा निःशुल्क गर्भपात (MTP) की सुविधा का लाभ प्राप्त कर सकती हूँ। अन्यथा, गर्भधारण से संबंधित परिणामों के लिए मैं खुद जिम्मेवार रहूँगी।

ज) मैं अवगत हूँ कि नसबन्दी के तुरंत बाद पूर्ण नसबंदी नहीं हो पाता है (सिर्फ पुरुष नसबंदी के लिए लागू)। इसलिए मैं नसबंदी के 3 महीने पश्चात् नसबंदी की सफलता सुनिश्चित हेतु शुक्राणु परीक्षण के लिए आने पर सहमत हूँ अन्यथा इसके परिणामों के लिए मैं खुद जिम्मेदार रहूँगा।

झ) बंध्याकरण/नसबन्दी के फलस्वरूप जटिलता, असफलता एवं मृत्यु की स्थिति में मैं/ मेरे पति /पत्नी तथा मेरे अविवाहित आश्रित बच्चे “परिवार कल्याण क्षतिपूर्ति योजना” अन्तर्गत भारत सरकार के प्रावधानों के अनुरूप क्षतिपूर्ति राशि को सम्पूर्ण एवं अन्तिम मुआवजा के रूप में स्वीकार करेंगे। बंध्याकरण/नसबन्दी असफलता के फलस्वरूप यदि किसी बच्चे का जन्म हो जाता है तो उसके पालन-पोषण के लिये “परिवार कल्याण क्षतिपूर्ति योजना” में देय राशि के अतिरिक्त किसी भी न्यायालय से किसी प्रकार के अतिरिक्त क्षतिपूर्ति दावे के हकदार नहीं होंगे।

मैंने उपरोक्त वर्णित सभी जानकारियों को पढ़ लिया है या उपरोक्त जानकारी मेरी भाषा में पढ़कर मुझे सुनाया एवं समझाया गया है एवं इस प्रपत्र का वैधानिक/कानूनी अधिकार है।

मुझे ज्ञात है कि मेरे पास अन्य प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं के अधिकारों का त्याग किए बिना किसी भी समय बन्ध्याकरण प्रक्रिया नहीं अपनाने का विकल्प मौजूद है।

दिनांक :.....

लाभार्थी का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

लाभार्थी का नाम:.....

पूरा नाम: .....

गवाह का हस्ताक्षर (लाभार्थी पक्ष का)

पूरा पता: .....

## Annexure – 7 (Total 3 pages)

मैं अवगत हूँ कि लाभार्थी शादीशुदा है एवं उनका एक साल से ज्यादा उम्र का एक जीवित बच्चा है।

आशा/परामर्शी/प्रेरक का हस्ताक्षर : .....

पूरा नाम: .....

पूरा पता: .....

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने स्वयं को संतुष्ट कर लिया है कि—

- क. श्रीमती श्री/ ..... योग्य लक्षित दम्पति है एवं बंध्याकरण ऑपरेशन हेतु चिकित्सीय रूप से योग्य एवं अनिवार्य उम्र सीमा के अन्तर्गत है।
- ख. मैंने लाभार्थी को सभी उपरोक्त शर्तों (Clauses) के अन्तर्गत आने वाले सभी पहलुओं की व्याख्या कर दी/दिया है एवं इस प्रपत्र का वैधानिक/कानूनी अधिकार है।
- ग. मैंने चिकित्सीय प्रपत्र सह जाँच सूची को पूरी तरह से भर दिया है जो कि भारत सरकार के बंध्याकरण मानकों के दिशा-निर्देश के अनुरूप है।

ऑपरेशन करने वाले  
चिकित्सक का हस्ताक्षर

संस्थान के प्रभारी चिकित्सा  
पदाधिकारी का हस्ताक्षर

(ऑपरेशन करने वाले चिकित्सक का नाम)

(प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी का नाम)

दिनांक:.....

दिनांक:.....

मुहर

मुहर

### बन्ध्याकरण अस्वीकृति

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि श्रीमती /श्री ..... बंध्याकरण ऑपरेशन/पुनः बंध्याकरण हेतु एक योग्य लाभार्थी नहीं है जिसके कारण निम्नवत् है:

1. ....
2. ....

लाभार्थी को निम्नवत् अन्य गर्भ निरोधक साधनों के बारे में विस्तृत जानकारी दी गई है।

1. ....
2. ....

निर्णय लेने वाले चिकित्सा पदाधिकारी का हस्ताक्षर

दिनांक: .....

नाम एवं पूरा पता .....