संख्या–1180/पॉच–5–2020

प्रेषक,

अमित मोहन प्रसाद,
प्रमुख सचिव,
उत्तर प्रदेश शासन।

सेवा में,

समस्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
उत्तर प्रदेश।

चिकित्सा अनुभाग–5 **लखनऊ:दिनांक: 29 मई, 2020**

विषय: मेडिकल मोबाइल यूनिट के माध्यम से संक्रमण सम्भावित क्षेत्रों में चिकित्सा सुविधायें उपलब्ध कराये जाने विषयक।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक् के संबंध में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि कोविड–19 की परिस्थितियों के दृष्टिगत यह आवश्यक है कि कोविड केसेज को चिन्हित कर तत्काल कार्यवाही सुनिश्चित की जाय। ऐसे क्षेत्र जहॉ पर कोविड संक्रमण के अधिक प्रकरण प्रकाश में आ रहें है, उन क्षेत्रों में मोबाइल मेडिकल यूनिट के माध्यम से समस्त सम्भावित व्यक्तियों की जॉच/उपचार आदि की सुविधा उपलब्ध कराया जाना है। इस हेतु निम्नानुसार कार्यवाही अपेक्षित है:–

1. जिन गॉवों अथवा शहरी क्षेत्रों में प्रवासी अधिक संख्या में आये हैं, चिन्हीकरण के लिये उन क्षेत्रों को प्राथमिकता दी जाय।
2. ऐसे ग्रामीण अथवा शहरी क्षेत्र जिन्हें जिला प्रशासन द्वारा कन्टेनमेन्ट जोन घोषित किया गया है।
3. ऐसे क्षेत्र जहॉ किसी रोगी की कोविड संक्रमण से मृत्यु हुई है।
4. ऐसे क्षेत्र जहॉ पर बुखार व खॉसी (ILI) के रोगियों की संख्या अधिक हो।

2– उपरोक्त क्षेत्रों में चिकित्सा सेवाऍ उपलब्ध कराये जाने से पूर्व संबन्धित मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा एक कार्ययोजना तैयार कर आशाओं व ग्राम प्रधानों को इसकी विस्तृत जानकारी दी जाय ताकि इसका व्यापक प्रचार प्रसार करते हुये जनता को भी इसकी सूचना समय से पूर्व प्राप्त हो सके और अधिक से अधिक संख्या में आगे आकर इसका लाभ ले सकें। समस्त मोबाइल मेडिकल दल प्रातः 8.00 बजे से सायंकाल 5.00 बजे के मध्य तक अपने क्षेत्रों में कम से तीन ग्रामों/स्थानों पर शिविर/कैम्प आयोजित करेगें।

3– मोबाइल मेडिकल यूनिट द्वारा किये जाने वाले कार्य निम्नवत होगें:–

(क)– सभी वाहनों में प्रचार प्रसार हेतु लाउडस्पीकर व माइक की व्यवस्था सुनिश्चित की जाय। इसके माध्यम से कोविड संक्रमण के बचाव/रोकथाम की जानकारी देते हुये ऐसे व्यक्ति जो खॉसी, बुखार व जुखाम से पीड़ित हो,को आगे आकर उपचार हेतु प्रेरित किया जाय।

(ख)– सभी वाहनों में शुगर जॉच हेतु ग्लूकोमीटर एवं स्ट्रिप एवं कोविड–19 नमूना लेने हेतु वी0टी0एम0 प्रर्याप्त मात्रा में उपलब्ध हों। साथ ही पल्स आक्सीमीटर तथा कोल्ड चेन हेतु वैक्सीन बाक्स (जिसमें लाल रंग का स्थायी चिन्ह अंकित हो) उपलब्ध रहे।

(ग)– मोबाइल मेडिकल यूनिट अपने साथ पर्याप्त मात्रा में आवश्यक औषधियों के साथ पैरासीटामॉल आदि रखेगें।

sunil sir go com-3

–2–

4— एम0एम0यू0 के माध्यम से आयोजित होने वाले शिविरों में आने वाले व्यक्ति ऐसे व्यक्ति जिनकी आयु 45 वर्ष से अधिक हो व बुखार, खॉसी जुकाम या सॉस लेने में कठिनाई हो, के ब्ल्ड शुगर/ब्लड प्रेशर की भी जॉच अनिवार्य रूप से की जाय। इसके साथ ही इन रोगियों की पल्स आक्सीमीटर के माध्यम से आक्सीजन की मात्रा भी ज्ञात की जाय एवं जिन मरीजों में आक्सीजन की मात्रा 94 से कम हो उन्हें 108 एम्बुलेन्स के माध्यम तत्काल डेडिकेटेड जिला चिकित्सालय के आइसोलेशन वार्ड में भर्ती कराया जाय।

5— शिविर समाप्त होने के उपरान्त प्रतिदिन सभी उपकरणों व मोबाइल मेडिकल वैन का सैनिटाइजेशन अवश्य कराया जाय।

6— समस्त चिकित्सा कर्मी एवं सहायक कोविड—19 से संबन्धित बचाव/व्यक्तिगत सुरक्षा का विशेष ध्यान रखते हुए उपचार/जॉच के समय आवश्यक संसाधान जैसे फेस मास्क, ग्लव्स, फेसशील्ड आदि को धारित करेगें। यदि किसी व्यक्ति में ILI/सांस लेने में कठिनाई के लक्षण हों तो संबन्धित लैब टेक्नीशियन द्वारा पी0पी0ई0 का प्रयोग करने के उपरान्त ही नमूने लेने की कार्यवाही करेंगें। इस हेतु उन्हें पर्याप्त संख्या में पी0पी0ई0 उपलब्ध कराया जाये तथा प्रशिक्षण भी दिया जाएगा।

7— इसके साथ ही शिविर में आने वाले सभी व्यक्तियों से सोशल डिसेन्सिंग के साथ—साथ फेस मास्क का प्रयोग करने हेतु प्रेरित किया जाय।

8— कृपया उपरोक्त निर्देशों का अनुपालन करते हुये दल का गठन एवं संबन्धित कर्मचारियों को सुचारू रूप से प्रशिक्षित किए जाने की कार्यवाही सुनिश्चित करते हुये अपनी रिपोर्ट संलग्न प्रारूप पर प्रतिदिन सांय 06 बजे तक अवश्य उपलब्ध करायी जाय।

संलग्नकःयथोपरि।

भवदीय,
29.5.20
(अमित मोहन प्रसाद)
प्रमुख सचिव

संख्या—1180/पॉच—5—2020 तद्दिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषितः—

1. समस्त मण्डलायुक्त, उत्तर प्रदेश।
2. समस्त जिलाधिकारी, उत्तर प्रदेश।
3. महानिदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य, उत्तर प्रदेश।
4. महानिदेशक, परिवार कल्याण/निदेशक संचारी, उत्तर प्रदेश।
5. समस्त मण्डलीय अपर निदेशक चिकित्सा,स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ0प्र0।
6. गार्ड फाइल।

आज्ञा से,
(प्राणेश चन्द्र शुक्ल)
उप सचिव।

29.05.2020

FORMAT[illegible] - DAILY REPORT OF MMU /CAMPS FOR COVID SUSPECTS

	Date of Visit				Village Name			Name of block/ward					
	Medical officer				Mobile Number			Number of MMU					
S. No	**Name of Patient**	**Sex**	**Age**	**Father/Hus~~Name~~band Name**	**Pt's Mobile**	**Symptoms(Fever/Cough/Breathlessness/Any other**				**Blood Pressure Level**	**Blood Sugar Readings**	**SPO Level Readings**	**Sample Collected (YES/NO)**
						Fever	Cough	Breathlessness	Any other				