

## पंजीकृत चिकित्सक के लिए निर्देश

कृपया प्राथमिकता के आधार पर डाक्टरी परामर्श का प्रकार चुने



**A.** रोगी को परामर्श



**B.** रोगी के बिना परामर्श

पंजीकृत चिकित्सक परामर्श के लिए सूचना:

- कृपया फॉर्म में सबसे उपर दाहिने कोने में दिए परामर्श का प्रकार चुने।
- रोगी का पंजीकरण करने के लिए प्रोफॉर्मा को पूरी तरह भरने के बाद इसे विधिवत हस्ताक्षर करके टेली – औषधि केंद्र के संपर्क संख्या पर भेजे।
- टेली-परामर्श के माध्यम से केवल A प्रकार के परामर्श के लिए टेली-चिकित्सक के विवेकानुसार उपचार पर्ची जारी की जाएगी।
- B प्रकार के लिए टेली-परामर्श के माध्यम से कोई उपचार पर्ची जारी नहीं की जाएगी।
- सभी A प्रकार के परामर्श के लिए रोगी से स्पष्ट सहमति अनिवार्य है।
- प्रोफॉर्मा प्राप्त हो जाने पर आपको अगले दिन की अपॉयंटमेंट दी जाएगी।
- अपॉयंटमेंट के समय आपको एक व्हाट्सएप्प संदेश भेजा जाएगा। संदेश में दिए गए लिंक पर क्लिक करना है और दिए गए निर्देशों का पालन करना है। संदेश का एक नमूना इस प्रकार है:



**Click the Link and Follow the instructions**



पंजीकृत चिकित्सक को दिखाने का प्रोफॉर्म

परामर्श का प्रकार चुने

A

B

चिकित्सक का नाम :	रोगी का नाम
पंजीकरण सं. आयु:	आयु: लिंग:
सामान्य चिकित्सक/ विशेषज्ञ (जो लागू है उस पर निशान लगाए)	पहचान चिन्ह:
कार्यस्थल:	पिता का नाम:
विशेषज्ञता:	अभिवावक का नाम:
मनश्चिकित्सा में औपचारिक प्रशिक्षण हाँ / नहीं	रोगी के साथ संबंध:
यदि हाँ, कृपया अवधि, माध्यम एवं स्थान	पता:
दूरभाष सं.	दूरभाष सं.
ईमेल:	ईमेल:
अवधि के साथ मुख्य समस्या:  पिछला चिकित्सा एवं शल्य चिकित्सा संबंधी इतिहास  बीएमआई धड़कन रक्तचाप महत्वपूर्ण कायिक जांच परिणाम	संक्षिप्त इतिहास:  नशीले पदार्थ सेवन का इतिहास  जारी उपचार (यदि है)

मैं \_\_\_\_\_ एतद् द्वारा डॉ. \_\_\_\_\_ को मुझे / मेरे पाल्य को मानसिक चिकित्सा में टेली-परामर्श के लिए सूचित सहमति देता हूँ। मैं यह जनता हूँ कि मेरे पास भविष्य में इलाज पाने के अधिकार को प्रभावित किए बिना टेली औषधि का प्रयोग करने की सहमति को किसी भी समय रोकने या उससे अलग हो जाने का अधिकार है।

पंजीकृत चिकित्सक का हस्ताक्षर  
(दिनांक सहित)

रोगी/अभिवावक का हस्ताक्षर  
(दिनांक सहित)