

प्राचार्य का कार्यालय  
श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय  
मुजफ्फरपुर

कार्यालय आदेश

डॉ० आर० डी० रंजन, निदेशक प्रमुख (रोग नियंत्रण), स्वास्थ्य सेवायें, बिहार, पटना के पत्रांक - 63 दिनांक - 23.05.18 के निदेशानुसार AES/JE से होने वाली मृत्यु का Verbal Autopsy करने हेतु प्राचार्य की अध्यक्षता में एक समिति का गठन किया जाता है, जिसमें निम्नलिखित पदाधिकारियों को नामित किया जाता है, जो निर्धारित समय के अन्दर Verbal Autopsy कर प्रतिवेदन सरकार/प्राचार्य को समर्पित करेंगे:-

- |  |         |
|--|---------|
| 1) प्राचार्य -                           | अध्यक्ष |
| 2) विभागाध्यक्ष, शिशु रोग विभाग -        | सदस्य   |
| 3) विभागाध्यक्ष, मेडिसीन विभाग -         | सदस्य   |
| 4) विभागाध्यक्ष, माईक्रोबायोलौजी विभाग - | सदस्य   |

ह०/-

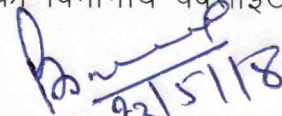
प्राचार्य

श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय  
मुजफ्फरपुर

ज्ञापांक:- 1305/18  
प्रतिलिपि:-

दिनांक:- 23.05.18

- 1) प्रधान सचिव, स्वास्थ्य विभाग, बिहार सरकार, पटना को सादर सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।
- 2) डॉ० आर० डी० रंजन, निदेशक प्रमुख (रोग नियंत्रण), स्वास्थ्य सेवायें, बिहार, पटना को उनके पत्रांक - 63 दिनांक - 23.05.18 के आलोक में सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।
- 3) अधीक्षक, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल, मुजफ्फरपुर को विभागीय पत्र/विहित प्रपत्र के साथ सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।
- 4) उपरोक्त नामित पदाधिकारी, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर विभागीय पत्र/विहित प्रपत्र के साथ सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।
- 5) संबंधित विभागाध्यक्ष, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर को विभागीय पत्र/विहित प्रपत्र के साथ सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।
- 6) प्रभारी प्राध्यापक (प्र०)/Estate Officer, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्रवाई हेतु प्रेषित ।
- 7) आई०टी० सेक्शन, श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय, मुजफ्फरपुर को विभागीय वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु सूचनार्थ प्रेषित ।

  
प्राचार्य

श्री कृष्ण चिकित्सा महाविद्यालय  
मुजफ्फरपुर



*Depth: 5/11/18*  
*25/5/18*

पत्रांक- 63/नि0प्र0(रो0नि0)को0

निदेशालय,  
स्वास्थ्य सेवायें, बिहार, पटना।

प्रेषक,

डा0 आर0डी0 रंजन,  
निदेशक प्रमुख (रोग नियंत्रण),  
स्वास्थ्य सेवायें, बिहार, पटना।

सेवा में,

सभी सिविल सर्जन, बिहार।  
सभी अपर मुख्य चिकित्सा पदाधिकारी, बिहार।  
सभी जिला प्रतिरक्षण पदाधिकारी, बिहार।  
सभी VBDC पदाधिकारी, बिहार।  
सभी प्राचार्य मेडिकल कॉलेज, बिहार।

पटना, दिनांक- 23.05.18

विषय :- AES/JES से होने वाली मृत्यु का Verbal Autopsy करने हेतु एक प्रारूप के प्रेषण के संबंध में।

महाशय,

उपर्युक्त विषय के संबंध में निदेशानुसार कहना है कि राज्य में AES/JES से होने वाली मृत्यु का Verbal Autopsy करना आवश्यक है, इसके लिये जिला स्तर पर सिविल सर्जन की अध्यक्षता में एक समिति कार्य करेगी, जिसमें ACMO, DLO एवं VBDC सदस्य रहेंगे तथा मेडिकल कॉलेज स्तर पर संबंधित मेडिकल कॉलेज के प्राचार्य की अध्यक्षता में एक समिति कार्य करेगी, जिसमें रोग प्रतिवेदित करने वाले विभाग के विभागाध्यक्ष के अलावे दो वरीय चिकित्सा पदाधिकारी सदस्य के रूप में कार्य करेंगे।

ये समितियाँ निर्धारित समय के अन्दर Verbal Autopsy कर प्रतिवेदन समर्पित करेगी।

इसमें प्रधान सचिव, स्वास्थ्य का अनुमोदन प्राप्त है।

अनुलग्नक :- यथोक्त।

विश्वासभाजन

*23/5/18*

(डा0 आर0डी0 रंजन)

निदेशक प्रमुख (रोग नियंत्रण),  
स्वास्थ्य सेवायें, बिहार, पटना।

ज्ञापांक - 63/नि0प्र0(रो0नि0)को0

पटना, दिनांक- 23.05.18

प्रतिलिपि :- प्रधान सचिव, स्वास्थ्य विभाग के निजी सहायक को सूचनार्थ प्रेषित।

*23/5/18*  
निदेशक प्रमुख (रोग नियंत्रण),  
स्वास्थ्य सेवायें बिहार पटना।



# VERBAL AUTOPSY SAMPLE QUESTIONNAIRE

FOR AES/JE (AES Unknown & JE Confirm) DEATH CASE

(To be used at all government health facilities)

To be filled up by team member at the time of Verbal Autopsy

## Reporting Information

Date of Case Reported:

Notified by :

Date of Case Investigated:

Investigated by:

## Patient Information:

Patient's Name:

Sex:

Date of Birth:

Age: Years Months

Father's Name:

Religion: Muslim/Hindu/ Other:

Address:

Village/Mohallah:

Landmark:

Block/Urban Area:

District:

State:

Setting Urban / Rural

Mob.No.

## Travel History over Two weeks from Onset of First Symptoms

Date from:

Date to:

1

2

3

Address

Block

District and State

Immunization History

JE Immunization Yes/No/Partial/Unknown

Date of last JE Immunization

## Signs and Symptoms

Date of onset of first symptoms

Headache Yes/No/Unknown

Change in mental status Yes/No/ Unknown

Paralysis Yes/No/Unknown

Fever Yes/No/ Unknown

Unconsciousness Yes/No/Unknown

Seizure Yes/No/Unknown

Neck rigidity Yes/No/ Unknown

Date of death

❖ Probable cause of death.

❖ Were the drugs and equipments as per Standard Operating Module available in health facility at the time of visit of team? Please elaborate.

❖ Was the patient treated at the health facility as per Standard Operating Procedure guidelines ?If yes please give details.(Use extra sheet if need be)

❖ Final opinion of Verbal Autopsy Team:

(Name, Signature & Designation of team members with date)

Note- The audit team will carry a copy of Standard Operating Procedure for reference on spot.