Technical Specification				
Printing materials for hospital use				
Sl.No	DESCRIPTION		Vendor to confirm	Vendor's Reply (To be filled)
1	**Pre- qualification criteria**			
1.1	*The vendor shall enclose a purchase order copy against their experience (PO date shall be on or after 01.01.2022) in the supply of similar group of products/ materials.*		*Attached / Not Attched*	
2	**Delivery Period**			
2.1	*Delivery Schedule:* *1. 100% Quantity shall be delivered within 60 days from the date of PO*		*Accepted / Not Accepted*	
3	**Specification**			
3.1	AMBULANCE SLIP pad	Pad size 10cm x 6cm, 100 sheets per pad,70 gsm paper quality.Name of the pad should be lebeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	
3.2	CERTIFICATE OF BLOOD DONATION (LAB)	Printing of Cerifticate of honor for blood donor (471-124) 23cmx18cm Quality 300GSM Card Board Paper White & Red Colour Contain and asper Sample Proof Verification is must before bulk printing	*Accepted / Not Accepted*	
3.3	DEATH REGISTRATION FORM	Death registration Form: Paper quality: Yellow color paper, 80 GSM 100 sheets with serial number per pad. Paper Size:A3 size as per sample. Tear-out sheet, One sided printing as per Sample Proof Verification is must before bulk printing	*Accepted / Not Accepted*	
3.4	DIET SHEET PAD	Diet sheet pad: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad back to back printing.Name of the pad should be labeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	
3.5	ECG CARD	ECG Card (471:013) To print and supply paper quality 10kg board paper Dimention Length 23cm-Breath 14 cm Folded in between Front page of folded page contain Sample Proof Verification is must before bulk printing	*Accepted / Not Accepted*	
3.6	OP BOOK COVER EMPLOYEES	Op Book Plastic cover for employees with inner pouch for keeping medical ID card. Size: end to end:23.5cm x 21.5cm	*Accepted / Not Accepted*	
3.7	OP BOOK COVER-RETD-EMPLOYEES	OP book plastic cover with inner pouch for keeping ID card. Size:End to end 30cm x 21.5cm	*Accepted / Not Accepted*	
3.8	PRESCRIPTION PAD-OUT SIDE -BIG	paper quality 70 gsm, size of pad;14cm x 20cm, 100 sheets per pad.Name of the pad should be lebeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	

C. HEMALATHA
Sr. Deputy General Manager
ADMIN / STORE
BHEL MAIN HOSPITAL
TRICHY - 620 014.

Technical Specification				
Printing materials for hospital use				
Sl.No	DESCRIPTION		Vendor to confirm	Vendor's Reply (To be filled)
3.9	PRESCRIPTION PAD-OUT SIDE -SMALL	paper quality 70 gsm, size of pad;10cm x 12cm, 100 sheets per pad.Name of the pad should be labeled in cover page	Accepted / Not Accepted	
3.10	STICKER "EXTERNAL USE ONLY"	Sticker for "Externsl use only": To print and supply Sicker having good adhesive quality for use in medicine bottles.proof varification is must before bulk printing	Accepted / Not Accepted	
3.11	HOUSE KEEPING SHIFT CHART	HouseKeeping Chart: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad back to back printing.Name of the pad should be labeled in cover page, font colour as per sample.	Accepted / Not Accepted	
3.12	SHIFT CHART	Shift Chart: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad back to back printing.Name of the pad should be labeled in cover page, font colour as per sample.	Accepted / Not Accepted	
3.13	SHIFT SHEET	Shift Sheet: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad back to back printing.Name of the pad should be labeled in cover page, font colour as per sample.	Accepted / Not Accepted	
3.14	SPECTACLE REFER FORM	Spectacle form pad. Pad size A5 Size 21cm x 17 cm .100 sheets per pad. one sided printing, 70 gsm paper quality. White color.Name of the pad should be lebeled in cover page.	Accepted / Not Accepted	
3.15	REQUISITION FOR CT/MRI/ULTRASOUND FORM PAD	Requisition for CT/MRI/ULTRASOUND form pad. Pad size 21cm x 17 cm . 100 sheets per pad. cne sided printing, 70 gsm paper quality. **Light Green color paper**. Name of the pad should be lebeled in cover page.	Accepted / Not Accepted	
3.16	ANTINATAL CHECK UP CARD	Antinatal check up card(471-014):to print and supply. Card size: 10cm x 15cm, 300 gsm paper quality.back to back printing.	Accepted / Not Accepted	
3.17	CVC CONSENT - TAMIL AND ENGLISH	CVC Tamil and English: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad back to back printing.Name of the pad should be labeled in cover page	Accepted / Not Accepted	

C. HEMALATHA
Sr. Deputy General Manager
ADMIN / STORE
BHEL MAIN HOSPITAL
TRICHY - 620 014.

Technical Specification				
Printing materials for hospital use				
Sl.No	DESCRIPTION		Vendor to confirm	Vendor's Reply (To be filled)
3.18	INTUBATION CONSENT - TAMIL AND ENGLISH	Intubation Tamil and English: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad .Name of the pad should be labeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	
3.19	ORTHO CONSENT	Ortho Consent: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad back to back printing as per sample.Name of the pad should be labeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	
3.20	AROKIAMANAKULANTHAI - BOOKLET	Arokiamana Kulanthai(471-614): To print and supply, with coloured cover page and middle page with figures as per sample. Inside pages are of 70 gsm papers numbered from 1 to 28. Contains are as per sample. Proof must be send to the hospital for approval before bulk printing.	*Accepted / Not Accepted*	
3.21	POSITION CHART	Position Chart: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A5 size, 100sheets per pad.Name of the pad should be labeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	
3.22	OP - CENSUS SLIP	OP CENSUS SLIP(10cm x 7cm): To print and supply of pad. Each pad contains 100 sheets of papers. 2 slip per sheet. Tear-out sheet, Paper quality: 45GSM paper.Printing is as per sample. Proof varification is must before bulk printing.	*Accepted / Not Accepted*	
3.23	MTP FORM Booklet	MTP Form: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 7pages per Booklet back to back printingas per sample.Name of the pad should be labeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	
3.24	RITUXIMAB CONSENT	RITUXIMAB Consent: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad as per sample.Name of the pad should be labeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	
3.25	PRINTING OF NURSES DAILY REPORT	Nurses daily report pad(471-006): To print and supply Paper quality:70gsm paper Pad size: A4, 100 sheets per pad Red color font, back to back printing as per sample.Name of the pad should be labeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	

C. Hemalatha

C. HEMALATHA
Sr Deputy General Manager
ADMIN / STORE
BHEL MAIN HOSPITAL
TRICHY - 620 014.

Technical Specification				
Printing materials for hospital use				
Sl.No	**DESCRIPTION**		**Vendor to confirm**	**Vendor's Reply (To be filled)**
3.26	CONSENT NOT WILLING MLC - PAD	Consent not willing MLC pad. Pad size A5 Size 21cm x 17 cm .one sided printing, 70 gsm paper quality. 100sheets per pad. White color.Name of the pad should be lebeled in cover page.	*Accepted / Not Accepted*	
3.27	DEATH FORM 4A	Death form 4A: To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad back to back printing as per sample. Name of the pad should be labeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	
3.28	DEATH FORM	Death form : To print and supply, 70gsm paper quality. Pad size:A4 size, 100sheets per pad. Name of the pad should be labeled in cover page	*Accepted / Not Accepted*	
3.29	CONSENT FORM EYE ENGLISH	Consent form EYE English pad. Pad size A5 Size. one sided printing, 70 gsm paper quality. White color.100sheets per pad. Name of the pad should be lebeled in cover page.	*Accepted / Not Accepted*	
3.30	CONSENT FORM EYE TAMIL	Consent form EYE Tamil pad. Pad size A5 Size. one sided printing, 70 gsm paper quality. White color. 100sheets per pad. Name of the pad should be lebeled in cover page.	*Accepted / Not Accepted*	
The Bidder should submit the above documents along with the offer. Offer without the above documents will be rejected. After PO Proof varification is must before bulk printing for all items.				

C. HEMALATHA
Sr. Deputy General Manager
ADMIN / STORE
BHEL MAIN HOSPITAL
TRICHY - 620 014.

471-014

பாரத மிகு மின் தொழிலகம்

திருச்சி-14. மருத்துவத்துறை

தாய்மை கால பரிசோதனை அட்டை

O.P எண் : வரிசை எண்:

பெயர் :

விலாசம் :

வயது : LMP : E.D.D.:

1. இந்த அட்டையை ஒவ்வொரு முறை பரிசோதனைக்கு வரும்பொழுதும் உங்களது புத்தகத்துடன் கொண்டுவரவும்.
2. ஒவ்வொரு வருகையையும் மறுவருகையின் தேதியையும் குறித்து வாங்கிகொள்ளவும்.
3. * 32 ம் வாரம் வரைமாதம் ஒரு முறையும். 32 முதல் 36 வாரம் வரை மாதம் இரு முறையும் வரவேண்டும்.
   * 36 ம் வாரம் முதல் பிரசவ காலம் வரை வாரம் ஒரு முறை வரவேண்டும்.
4. ERNE அட்டையுடன் வருபவர்கள் ஒவ்வொரு முறையும் ERNE கவுண்டரில் பதிவு செய்யவேண்டும்.
5. சரியான பிறப்பு சான்றிதழ் பெற குழந்தை பிறந்தவுடன் தாய், தந்தை பெயர்கள் மற்றும் விலாசத்தை இன்சியலோடு சரியாக கொடுக்கவும். BIRTH FORM ல் கையொப்பம் போடும் பொழுது சரியாக உள்ளதா என்று பார்த்து கையெழுத்து போடவும். இது மிக முக்கியம்

வருகை எண்	வருகை தேதி	அடுத்த வருகை தேதி	குறிப்பு

BHEL MAIN HOSPITAL / TRICHY 620014

மைய சிரை வடிகுழாய் செருகல் செய்வதற்கான ஒப்புதல் படிவம்

நோயாளியின் விவரங்கள்:

பெயர்: _____________வயது: _____ பாலினம் :☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ மூன்றாம் பாலினம்

மருத்துவமனை எண்:_________________ தேதி: ________ நேரம்: _________

ஒப்புதல் படிவம்:

- எனது/ நோயாளியின் மருத்துவநிலை காரணமாக மைய சிரை வடிகுழாயைச் செருகுவது மருத்துவரீதியாக அவசியம் என்பதை மருத்துவர் எங்களுக்குத் தெளிவாக விளக்கியுள்ளார்.
- இந்த செயல்முறையின் நோக்கம், பயன் ,நன்மைகள் மற்றும், அதன்போதோ அல்லது பிறகோ, ஏற்படக்கூடிய இரத்தப்போக்கு , கிருமித்தொற்று , இரத்தம் உறைந்து போகுதல் , நுரையீரல் சவ்விடை வளிமத் தேக்கம் , தமனி காயம் , நரம்பு காயம் , இதயம் சீரின்றித் துடித்தல் , அல்லது , அரிதாக , உயிருக்கு ஆபத்தான விளைவுகள் போன்ற அபாயங்கள் குறித்தும் எங்களுக்கு விளக்கப்பட்டது .
- கீழே கையொப்பமிட்டுள்ள நான் , எனக்கு / எனது உறவினருக்கு மைய சிரை வடிகுழாய் செருகல் செய்ய சம்மதிக்கிறேன் .

நோயாளியின் கையொப்பம்/ பெருவிரல் ரேகை: ____________

நோயாளியின் உறவினரின் பெயர்: ______________

நோயாளியுடனான உறவுமுறை: ______________

நோயாளியின் உறவினரின் கையொப்பம்/ பெருவிரல் ரேகை: _____________

சாட்சியாளரின் பெயர்: __________________

சாட்சியாளரின் கையொப்பம்/ பெருவிரல் ரேகை: _________________

BHEL MAIN HOSPITAL / TRICHY 620014

CONSENT FORM FOR CENTRAL LINE INSERTION

Patient Details:

Name: ______________________ Age: ____ Gender: ☐ Male ☐ Female ☐Other

Hospital no.: _________________ Date: ___________ Time: ________

Consent Statement:

- We have been clearly explained by the doctor that due to the patient's condition, insertion of **Central line (central venous catheter)** is medically necessary.
- We have been explained the nature, purpose, benefits and potential risks of the procedure which may include bleeding, infection, blood clot formation, pneumothorax, arterial puncture, nerve injury, cardiac arrhythmia, or in rare cases, life-threatening complications.
- I, the undersigned, hereby give my consent for the central line insertion on me/my relative

Patient's signature/ Thumb impression: _______________________________

Name of the patient's relative: _________________ Name of the witness: ________________

Relationship with the patient: __________________ Sign/thumb impression of witness: ________

Signature/ thumb impression: __________________

BHEL MAIN HOSPITAL / TRICHY 620014

<u>மூச்சுக்குழாயில் செயற்கை குழாயைச் செலுத்தி , செயற்கை சுவாச இயந்திரத்தின் மூலம் சுவாசம் தருதலுக்கான ஒப்புதல் படிவம்</u>

நோயாளியின் விவரங்கள்:

பெயர்: _____________வயது: _____ பாலினம் : ☐ ஆண் ☐ பெண் ☐ மூன்றாம் பாலினம்

மருத்துவமனை எண்:_________________

________________________ (நோயாளியின் பெயர்) ஆகிய நான், இதன் மூலம், எனது மூச்சுக்குழாயில் செயற்கை குழாயைச் செலுத்தி, செயற்கை சுவாச இயந்திரத்தின் மூலம் சுவாசம் தருவதற்கு சம்மதம் தெரிவிக்கிறேன். இதனால் ஏற்படும் நன்மைகள், ஆபத்துகள் மற்றும் மாற்று சிகிச்சை முறைகளை ,எனக்கு சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவர் முறையாக விளக்கினார். எனது உடல்நிலை மிக மோசமான நிலையில் உள்ளது என்பதையும் தீவிர சிகிச்சை மற்றும் செயற்கை சுவாச இயந்திரம் தேவைப்படும் என்பதையும் நான் முழுமையாக அறிவேன். செயல்முறையின்போது எனக்கு மயக்க மருந்து வழங்கப்படும் என்பதையும் முழுமையாக அறிவேன் . தீவிர சிகிச்சைப் பிரிவின் கீழுள்ள ஒவ்வொரு சிகிச்சையிலும் எனது உயிருக்கும் ஆரோக்கியத்திற்கும் ஒரு குறிப்பிட்ட அளவிலான ஆபத்தான விளைவுகள் ஏற்படலாம் என்பதை விளக்கியுள்ளதையும் நான் புரிந்து கொள்கிறேன். தீவிர சிகிச்சை அளிக்கும் ஊழியர்கள் தங்கள் தொழில்முறை திறன்களை எனது பாதுகாப்பிற்காக சிறந்த முறையில் பயன்படுத்துவார்கள் என்பதையும் , இருப்பினும் சிகிச்சையின் விளைவுகள் குறித்து எந்த உத்தரவாதமும் அளிக்க இயலாது எனவும் நான் புரிந்து கொள்கிறேன். தகுந்த தரநிலைகளைப் பின்பற்றியபோதிலும் இறப்பு அல்லது ஏதேனும் விளைவுகள் ஏற்பட்டால் மருத்துவர்களோ ,மருத்துவமனை ஊழியர்களோ ,மருத்துவமனையோ பொறுப்பல்ல என்பதையும் அறிவேன் .

நோயாளியின் பெயர் : ________________ கையொப்பம் /பெருவிரல் ரேகை:
தேதி/நேரம்:

<u>நோயாளி சுயநினைவின்றியோ அல்லது முடிவெடுக்கும் திறன் இல்லாத பட்சத்தில்</u>

__________________________ (நோயாளியின் பெயர்) இன் __________________ (உறவுமுறை) ஆன , _______________________________ (நோயாளியின் உறவினரின் பெயர்) ஆகிய நான் , அவர் சார்பாக, மேற்கூறிய செயல்முறை / சிகிச்சைக்கு சம்மதம் தெரிவிக்கிறேன்.

நோயாளியின் உறவினரின் பெயர்:
கையொப்பம் /பெருவிரல் ரேகை: தேதி/நேரம்:

<u>சாட்சியாளர்</u>

1. பெயர் : ___________________ கையொப்பம் /பெருவிரல் ரேகை:
   தேதி:

2. பெயர் : ________________ கையொப்பம் /பெருவிரல் ரேகை:
   தேதி:

BHEL MAIN HOSPITAL / TRICHY 620014

CONSENT FORM FOR INTUBATION AND VENTILATION

Patient Details:

Name: ______________________ Age: ____ Gender: ☐Male ☐ Female ☐Other

Hospital no.: _________________

I, ___________________ (name of patient) do hereby give my consent for intubation and mechanical ventilation. The treating physician/ doctor has duly explained to me all the risks, benefits involved and alternative treatment options. I am fully aware that my health condition is in critical stage and requires intensive care and ventilator support. I am also fully aware that I will be given medication/drug during the procedure for sedation purpose. I understand that each of the procedures under intensive care is linked to certain level of risk to my life and health and I have been explained about the risks. I understand that while the staff providing the intensive care will use their professional judgment and skill to the best of my safety, no guarantee can be made about the outcome of the care. In case of any event of mortality and injury, the treating team including physicians and nursing staff and the hospital will not be held responsible so long as appropriate standards of care are followed

Patient's Full Name: signature/thumb impression:

Date & time:

If the patient is unconscious otherwise lacking decision making capacity

I, _________________ (name of the relative), _____________ (relationship to the patient) of ______________________ (name of the patient), hereby give consent on his/ her behalf.

Name of the relative: signature/thumb impression:

Date & time:

Witness

1) Full name: signature:
Date & time:

2) Full name: signature:
Date & time:

BHEL MAIN HOSPITAL / TRICHY 620014

INFORMED CONSENT FOR ORTHOPAEDIC SURGERY-BHEL MAIN HOSPITAL, TRICHY / அறுவை சிகிச்சைக்கான ஒப்புதல் படிவம் - எலும்புமுறிவு அறுவை சிகிச்சை மற்றும் முட நீக்கியல் பிரிவு, பி. ஹெச்.ஈ.எல். முதன்மை மருத்துவமனை, திருச்சிராப்பள்ளி

DATE / தேதி: _________TIME / நேரம்: ________ HOSP NO / ம. எண்.:___________

NAME/பெயர்: _______________ AGE / வயது: ___ SEX/ பாலினம்: ___

I / My relative.................. aged ....years has now been admitted in BHEL hospital, Trichy and I have been explained by the treating doctor that I have been diagnosed with .... involving ....
I have been advised by the treating doctor to undergo the surgical procedure... under anaesthesia. I am fully aware that this surgical procedure may/may not involve implantation of metal rods/plates/screws/prosthesis.
_________________ஆகிய நான் / எனது உறவினர் மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டு, மருத்துவர்களால் பரிசோதிக்கப்பட்டு வலது/இடது கை/கால் / இடுப்பு / முதுகெலும்பு -ல் உள்ள எலும்பு உடைந்துள்ளது/மூட்டு எலும்பு தேய்மானம் உள்ளது என தெரிவித்தனர். அதற்கு மயக்க மருந்து செலுத்தி அறுவை சிகிச்சை செய்து தேவைப்பட்டால் கம்பி (Rod) / தட்டு (Plate) / திருகாணி (Screw) பொறுத்த நேரிடும்/ மூட்டு மாற்று செய்ய வேண்டும் என மருத்துவர்கள் தெரிவித்தனர்.

Necessity of surgery / அறுவை சிகிச்சை தேவைக்கான காரணங்கள்:

- Long bone fractures/pelviacetabular fractures (எலும்பு முறிவு)
- Tumours (benign/malignant) {எலும்பு கட்டி (வீரியம் குறைந்த / புற்றுநோய்)}
- Degenerative joint disease (osteoarthritis) (மூட்டு எலும்பு தேய்மானம்)

Complications of surgery / அறுவை சிகிச்சையின் பின் விளைவுகள்:

- Infection (சீழ் பிடித்தல்)
- Implant failure (உள் வைத்த கம்பி தோல்வி)
- Non-union /mal union (எலும்பு கூடாதிருத்தல் / மாறி கூடியிருப்பது)
- Deep vein thrombosis/pulmonary embolism (இரத்தக்குழாய் உறைபடுதல் / நுரையீரல் இரத்தக் குழாய் அடைப்பு)
- Bone cement allergy & its related complications (எலும்பு சிமென்ட் ஒவ்வாமை மற்றும் அதன் தொடர்புடைய சிக்கல்கள்)

- Need for secondary procedures (தேவைப்பட்டால் மறு அறுவை சிகிச்சைகள்)

I am fully aware of the complication arising out of the surgery as explained by the treating doctor. I hereby consent to the surgery /procedure to be performed on me in my full consciousness. The treating doctor and the hospital are not responsible for the intraoperative and postoperative consequences arising out of the procedure. தெரிவித்த அறுவை சிகிச்சையின் தேவைகளையும் மற்றும் பின்விளைவுகளையும் என் முழு சுயநினைவுடன் தெரிந்து கொண்டேன். அறுவை சிகிச்சையின் போதும் மற்றும் அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகும் ஏற்படும் பின்விளைவுகளுக்கு மருத்துவரோ மருத்துவமனையோ பொறுப்பல்ல என அறிந்து அறுவை சிகிச்சைக்கு முழு சம்மதம் தெரிவிக்கிறேன்.

	NAME/பெயர்	Signature/thumb impression கையொப்பம் /கைரேகைப் பதிவு	Date and time தேதி/ நேரம்
Patient /நோயாளி			
Patient's relative (mention relation)/ நோயாளியின் உறவினர் (உறவுமுறை)			
Witness / சாட்சி			

KIDS SAFETY

ஆரோக்கியமான குழந்தை

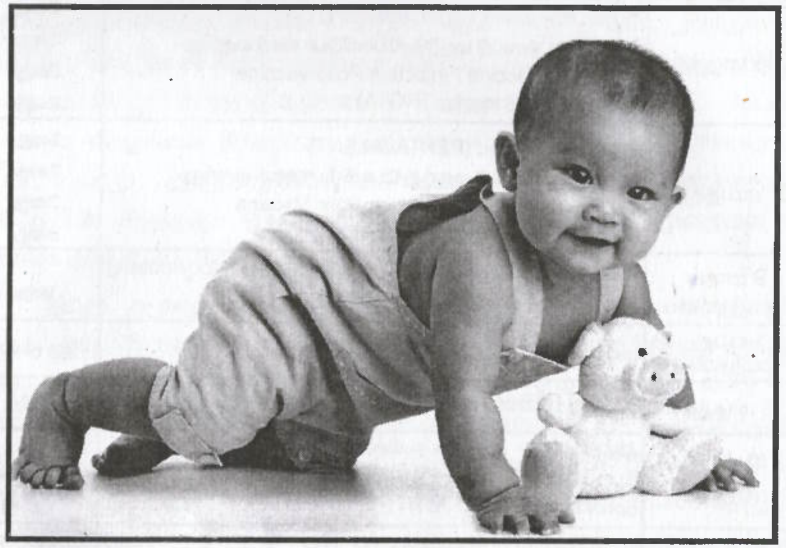
பெற்றோரின் பெருமை

மருத்துவத்துறை
பாரத மிகுமின் தொழிலகம்
திருச்சிராப்பள்ளி - 620 014.
471 - 614

DPT Camp

Pulse Polio Programme

மழலைச் செல்வம்



மருத்துவத்துறை

பாரத மிகுமின் தொழிலகம்

திருச்சிராப்பள்ளி - 620 014.

குழந்தைகளுக்கான தடுப்பு ஊசி அட்டவணை

வயது	மருந்து	எத்தனை முறை
பிறந்தவுடன்	பிசிஜி (BCG) போலியோ சொட்டு மருந்து - 1 வது ஹெப்-B-1 (மஞ்சள் காமாலை)	
1½ மாதத்தில்	பெண்டாவேலண்ட் (PENTAVALENT) போலியோ சொட்டு மருந்து/போலியோ ஊசி மருந்து Oral Polio Vaccine / Injection Polio Vaccine ரோட்டா சொட்டு மருந்து (ROTA)	1வது 1வது 1வது 1வது
2½ மாதத்தில்	பெண்டாவேலண்ட் (PENTAVALENT) போலியோ சொட்டு மருந்து/போலியோ ஊசி மருந்து Oral Polio Vaccine / Injection Polio Vaccine ரோட்டா சொட்டு மருந்து (ROTA)	2வது 2வது 2வது 2வது
3½ மாதத்தில்	பெண்டாவேலண்ட் (PENTAVALENT) போலியோ சொட்டு மருந்து/போலியோ ஊசி மருந்து Oral Polio Vaccine / Injection Polio Vaccine ரோட்டா சொட்டு மருந்து (ROTA)	3வது 3வது 3வது 3வது
9 மாதம் முழுந்தபின்	பொன்னுக்குவீங்கி, மணல்வாரி, ரூபெல்லாநோய் தடுப்பூசி(MMR) போலியோ சொட்டு மருந்து (OPV)	1வது
1 வயது முழுந்தபின்	மஞ்சள் காமாலை - Live (HAV)	ஒரு முறை
15 மாதத்தில்	பொன்னுக்குவீங்கி, மணல்வாரி, ரூபெல்லாநோய் தடுப்பூசி (MMR)	2வது
16-18வது மாதத்தில்	முத்தடுப்பூசி - மூளைக் காய்ச்சல் (DPT) போலியோ சொட்டு மருந்து (OPV) மூளைக் காய்ச்சல் (HIBTITRE)	1வது பூஸ்டர்
2 வயதில்	டைபாய்டு தடுப்பூசி (TYPHOID)	
4 - 6 வயதில்	முத்தடுப்பூசி (DPT) போலியோ சொட்டு மருந்து (OPV)	2வது பூஸ்டர்
	டைபாய்டு தடுப்பூசி (TYPHOID)	
மற்ற விருப்ப தடுப்பூசி	ஜப்பானிய மூளைக் காய்ச்சல் (J.E)	

BCG - காசநோய் தடுப்பு ஊசி
PENTAVALENT - முத்தடுப்பூசி, மஞ்சள் காமாலை, மூளைக்காய்ச்சல் தடுப்பூசி
OPV - போலியோ சொட்டு மருந்து
IPV - போலியோ ஊசி மருந்து
MMR - பொன்னுக்குவீங்கி, மணல்வாரி, ரூபெல்லா நோய் தடுப்பூசி
JE - ஜப்பானிய மூளைக்காய்ச்சல்

குழந்தை நலம்

இன்றைய குழந்தைகள் நம் நாட்டின் நாளைய செல்வங்கள். குழந்தை வளர்ப்பு என்பது ஒரு தனிக்கலை. பெண் கருவுற்றவுடனேயே தன் வயிற்றில் வளரும் குழந்தையைப் பற்றி இன்பக் கனவுகள் காண ஆரம்பிக்கிறாள். ஒவ்வொரு இல்லத்திலும் பெற்றோர்களுக்கும், பெரியவர்களுக்கும் குழந்தை பிறப்பு ஒரு முக்கியமான மகிழ்ச்சி தரக்கூடிய விஷயமாகும். குழந்தையை நல்லமுறையில் பெற்று, பாலூட்டி, சீராட்டி, முறையாக தடுப்பூசிகள் போட்டு நோயினின்று பாதுகாத்து சிறப்பாக வளர்ப்பது ஒவ்வொரு தாயின் பொறுப்பாகும். அது தாய்க்கு இறைவன் கொடுத்த பெருமையாகும். குடும்பநலத்திட்ட முறைகளை அனுசரித்து ஒன்று அல்லது 2 குழந்தைகளைப் பெற்று உணவு, உடை, படிப்பு, வளமான வாழ்க்கை இவற்றை அளிப்பது பெற்றோர்களின் தலையாய கடமையாகும். குழந்தையை வளர்ப்பது தாய் தான் என்றாலும் தந்தையின் ஆதரவும் ஒத்துழைப்பும் குழந்தையை நல்லமுறைகளில் வளர்க்க அவசியமாகிறது.

நமது சமூகத்தில் பாதுகாப்பான குடிநீர் வசதி, சுகாதாரமான சுற்றுப்புறம், சிறப்பான மருத்துவச் சேவை இவையனைத்திலும் இங்கு மக்களுக்கு நல்லமுறையில் கிடைப்பதாலும், பொருளாதார மேம்பாட்டினால் குழந்தைகளுக்கு நல்ல சத்தான உணவளிப்பதாலும் நமது மருத்துவமனையில் முறையாகக் கொடுக்கப்படும் தடுப்பூசிகளாலும் தாய்மார்களுக்கு பல்வேறு நிலைகளிலும் அளிக்கப்படும். சுகாதார கல்வி மற்றும் ஆலோசனைகளாலும் குழந்தைப்பருவ நோயினால் இறக்கும் குழந்தைகளின் எண்ணிக்கை மிகக் குறைவாக உள்ளது.

இருந்தபோதிலும், நமது சமூகத்தில் குடிப்பழக்கத்தினாலும், போதை மருந்துப் பழக்கத்தாலும் பாதிக்கப்பட்ட பெற்றோரிடையே சுமூகமான சூழ்நிலை இல்லாதிருப்பதால் தங்களது குழந்தைகளை சரியான முறையில் அவர்களால் கவனிக்க முடிவதில்லை. ஆனால் தற்பொழுது நமது மருத்துவத்துறையின் முறையான ஆலோசனைகள், மற்றும் மருத்துவ சிகிச்சையாலும் இந்நிலை மாறிவருகிறது. நமது சமூகத்திலுள்ள அனைவருக்கும் சிறப்பான மருத்துவ வசதியை இலவசமாக அளிப்பதே நமது கொள்கையாகும்.

தாயின் கடமை

வயிற்றில் கரு உருவானதும் தாயின் கடமைதுவங்கி விடுகிறது. கர்ப்ப காலத்தில் தாய்க்கு முறையாக டெட்டனஸ் தடுப்பு ஊசி, சத்தான சரிவிகித உணவு, மருத்துவரிடம் மார்பக, வயிறு பரிசோதனை, தேவையான உடற்பயிற்சி, போதுமான உடல் மற்றும் மன ஓய்வு முதலியவைகள் தேவைப்படுகிறது. இதற்கு தாய் கருவுற்றிருக்கும் போது மருத்துவரிடமும், சுகாதார பணியாளர்களிடமும் முறையாக பரிசோதனைக்கு செல்ல வேண்டும்.

குழந்தை பிறப்பு குடும்பத்தில் ஒரு முக்கியமான நிகழ்ச்சியாகும். குழந்தை பிறந்தவுடன் என்னென்ன செய்ய வேண்டும் என்பதை ஒரு தாய் தெரிந்து வைத்தல் அவசியம். குழந்தை தாயின் வயிற்றில் இருக்கும்பொழுது குழந்தைக்கு தேவையானவை எல்லாம் தாயின் இரத்தத்தில் இருந்து கிடைத்து விடுகிறது. தாயின் வயிற்றில் குழந்தை பாதுகாப்பான சூழ்நிலையில் இருக்கிறது. அது பிறந்தவுடன் வெளி சூழ்நிலை முற்றிலும் மாறிவிடுகிறது. இப்பொழுது குழந்தை வெளி சூழ்நிலைக்கேற்ப தானே மூச்சு விடவும், உடல் சீதோஷ்ண நிலையை சரிசெய்து கொள்ளவும் வேண்டியுள்ளது. குழந்தை பிறந்தவுடன் தாய்ப்பால் கொடுக்க ஆரம்பிக்க வேண்டும். இது குழந்தைக்கு வேண்டிய பாதுகாப்பையும் அரவணைப்பையும் கொடுக்கிறது.

குழந்தைப்பேறு தகுதி வாய்ந்த மருத்துவரைக் கொண்டு அரசு மருத்துவமனையில் நடைபெற வேண்டும்.

சத்துணவு

கருப்பையில் சிசுவின் வளர்ச்சிக்கு தேவையான எல்லாச் சத்துக்களும் தாயின் உணவிலிருந்தே செல்லுவதால் தாய் எல்லாவித ஊட்டச்சத்துக்களும் அடங்கிய சரிவிகித உணவை உண்ண வேண்டியது மிகவும் அவசியமாகிறது. அதிகமாக சுண்ணாம்புச் சத்து, இரும்புச்சத்து அடங்கிய பச்சைக்காய்கறிகள், கீரை வகைகள், பால், முட்டை, மாமிசம் போன்றவைகளை சற்றுக் கூடுதலாக உணவில் சேர்த்துக் கொள்ள வேண்டும். பழவகைகளையும் அதிக அளவில் சேர்த்துக் கொள்ள வேண்டும். கர்ப்ப காலத்தில் போதுமான அளவு ஓய்வும், சத்துணவும் அவசியமாகிறது. இதனால் சிசுவின் எலும்பு வளர்ச்சியும், இரத்தமும் நன்கு விருத்தியாகிறது.

சில தாய்மார்கள் சத்தான உணவை கர்ப்ப காலத்தின் பின்பகுதியில் உண்டால் குழந்தை பெரிதாக வளர்ந்து பிரசவம் கஷ்டமாக அமையுமென எண்ணி சத்தான உணவைத் தவிர்க்கிறார்கள். இது மிகவும் தவறான செயலாகும். சத்தான உணவை வேண்டிய அளவில் உண்டால்தான் தாய்க்கு பேறு காலத்திற்கு வேண்டிய சக்தியும், குழந்தை நன்றாக வளர்வதற்கான சக்தியும், ஊட்டச்சத்தும் கிடைக்கும்.

தாய்மைக்கால பரிசோதனை

கர்ப்பம் தரித்தவுடன் ஒவ்வொரு பெண்மணியும் மருத்துவமனைக்குச் சென்று ஆலோசனைப் பெற்று முறையாக பதிவு செய்து கொள்ள வேண்டும். இச்சமயம் மேற்கொள்ளும் பரிசோதனைகளால் இரத்த சோகை, இரத்தக் கொதிப்பு, இரத்த பிரிவு, HIV, VDRL சிறுநீரில் உப்பு முதலியவைகளை தக்க சமயத்தில் கண்டுபிடித்து சிகிச்சை அளிக்க முடியும். 6 மாதம் முதல் 8 மாதம் வரை ஒருமுறையும், 9 மாதம் முதல் குழந்தை பிறக்கும்வரை வாரம் ஒரு முறையும் மருத்துவர் குறிப்பிடும் தேதிகளில் முறையான பரிசோதனைக்கு செல்ல வேண்டும். இரணஜன்னி தடுப்பு ஊசி முறையாகப் போட்டுக் கொள்ள வேண்டும்.

இரணஜன்னி தடுப்பூசி அட்டவணை

(1) தலைப்பிரசவம் மற்றும் அடுத்த பேறு காலம் 3 வருடங்களுக்கு மேல் இருந்தால் :

6வது மாதம் – முதல் தடுப்பு ஊசியும்

6வது வார இடைவெளிக்குப் பின்னர் இரண்டாவது தடுப்பூசியும் போட வேண்டும்.

(2) மூன்று வருடங்களுக்குள் பேறு காலம் இருந்தால்

6 மாதத்திற்கு மேல் ஒரு தடுப்பு ஊசி மட்டும் போதுமானது. கர்ப்ப காலத்தில் எந்த மருந்தையும் மருத்துவரது ஆலோசனை இல்லாமல் சாப்பிடக் கூடாது.

அவ்வாறு சாப்பிட்டால் அது தாய்க்கும், குழந்தைக்கும் ஊறு விளைவிக்கலாம். மருத்துவரிடம் முந்தைய பிரசவ காலத்தில் ஏதேனும் தொந்தரவுகள் இருந்தால் தவறாது அதனை தெரிவிக்க வேண்டும். பிரசவம் எளிதாக அமைய சத்தான உணவுடன் எளிய உடற்பயிற்சிகளையும் மேற்கொள்ளலாம். இதற்கு சமூக நலப்பிரிவில் தனியாக வெளியிட்டுள்ள புத்தகத்தில் எல்லாவிதமான ஆலோசனைகளையும் கூறியுள்ளோம்.

தாய்ப்பால் :

தாய் தன் குழந்தைக்கு பாலூட்டுவது மிக மிக முக்கியமான கடமையாகும். தாய் அன்பிற்கு எப்படி ஈடு இணை இல்லையோ அதுபோலவே தாய்ப்பாலுக்கும் ஈடு இணை ஏதுமில்லை. குழந்தை பிறந்தவுடன் தாய்ப்பால் கொடுக்க ஆரம்பிக்க வேண்டும்.

பிறந்த குழந்தைக்கு தாய்ப்பாலைத் தவிர வேறு பாலோ, தண்ணீரோ, குளுக்கோஸ் கலந்த நீரோ தேவையில்லை. குழந்தை பிறந்தவுடன் சுரக்கும் மஞ்சள் நிற சீம்பால் (கொலாஸ்ட்ரம்) குழந்தைக்கு நோய் எதிர்ப்பு சக்தியை தருவதால் இதை கட்டாயம் குழந்தைக்கு அளித்திட வேண்டும். வீட்டில் உள்ள சில பெரியவர்கள் சீம்பாலில் கொழுப்பு சத்து அதிகம் உள்ளது. ஜீரணமாகாது என்று சீம்பாலை கொடுக்கக் கூடாது என்று எண்ணுகின்றனர். இது மிகவும் தவறு.

தாய்ப்பாலை குழந்தைக்கு நினைத்தபோது ஊட்டலாம். குழந்தைக்கு வேண்டிய வெப்பநிலையில் தயாராக உள்ளது. தாய்ப்பால் சுத்தமானது. எளிதில் கிடைக்கிறது. மிகச் சிறப்பானது.

தாய்ப்பால் அருந்தும் குழந்தைக்கு பேதி, வயிற்றுவலி, அஜீரணம், மலச்சிக்கல், சருமநோய், ஒவ்வாமை முதலிய நோய்கள் வருவது குறைவு. நோய் எதிர்ப்பு சக்தி தாய்ப்பாலில் உள்ளது. தாய்ப்பால் அருந்தும் குழந்தைகள் மற்ற குழந்தைகளை விட குறைவான நோயினால் பாதிக்கப்படுகிறார்கள்.

குழந்தைக்கு வேண்டிய புரதம், மாவு, கொழுப்பு, வைட்டமின், தாது உப்புக்கள் தேவையான அளவு இருப்பதால் குறைந்தது 6 மாத காலத்திற்காவது தாய்ப்பால் கொடுக்க வேண்டும். எக்காரணம் கொண்டும் அதைத் தவிர்த்தல் கூடாது. எவ்வளவு காலம் தாய்ப்பால் கொடுக்க முடியுமோ அவ்வளவு காலம் கொடுக்கலாம். காலநேர கணக்கு இல்லாமல் குழந்தைக்கு எப்பொழுதெல்லாம் பசிக்கிறதோ அப்பொழுதெல்லாம் தாய்ப்பால் கொடுக்கலாம்.

தாய் நோய்வாய்பட்டிருந்தாலும் மருந்து சாப்பிட்டுக் கொண்டிருந்தாலும் தாய்ப்பால் தருவதை நிறுத்த வேண்டிய அவசியமில்லை.

1. தாய்ப்பால் கொடுப்பதால், தாய்க்கு கர்ப்பப்பை நன்கு சுருங்கி சீக்கிரம் சாதாரண நிலைக்கு வந்துவிடும்.
2. மார்பில் புற்றுநோய் மற்றும் கட்டிகள் வரும் வாய்ப்புகளும் குறைகின்றது.
3. தாய்ப்பால் கொடுப்பதால் அழகு குறைவதில்லை.
4. தாய்ப்பால் கொடுப்பது பற்றிய எந்தவிதமான சந்தேகமோ, பயமோ இருப்பின் அது முக்கியமாக களையப்பட வேண்டும்.
5. தாய் தன் குழந்தைக்கு தாய்ப்பாலை நம்பிக்கையுடனும், பொறுமையுடனும் அளித்திட வேண்டும்.
6. குழந்தை பிறந்தவுடன் தாய்ப்பால் கொடுப்பதால் தாய்க்கும் சேய்க்கும் அது பாசப்பிணைப்பை ஏற்படுத்தும்.
7. மேலும் உடல் வளர்ச்சிக்கும், மனவளர்ச்சிக்கும், அறிவு வளர்ச்சிக்கும் தாய்ப்பால் மிகுந்த அளவில் உதவுகிறது. எனவே எவ்வளவு நாட்கள் தாய்ப்பால் கொடுக்க முடியுமோ அவ்வளவு நாட்கள் தாய்ப்பால் கொடுக்கலாம்.

தாய்ப்பால் கொடுக்கும் முறை :

ஒவ்வொரு முறையும் தாய்ப்பால் கொடுக்கும்போது இரண்டு பக்க மார்பகங்களிலும் மாறி மாறி கொடுக்க வேண்டும். ஒரு குழந்தை சாதாரணமாக சுமார் 10 முதல் 15 நிமிடங்கள் வரை பால் குடிக்கும். குறை பிரசவத்தில் பிறந்த குழந்தைகள் ஒவ்வொரு முறையும் மெதுவாக உறிஞ்சிக் குடிக்கும். சிலசமயம் சாதாரண எடை உள்ள குழந்தைகளை விட அதிக நேரம் எடுத்துக் கொள்ளலாம்.

சில தவிர்க்க முடியாத காரணங்களினால் குழந்தைக்கு தொடர்ந்து சில மணி நேரங்கள் தாய்ப்பால் கொடுக்க முடியாத நிலையில், பாலை கிண்ணத்தில் எடுத்து வைத்துக் கொடுக்கலாம்.

குழந்தையை மடியில் படுக்க வைத்துக் கொண்டு முழங்கையில் தலை இருக்கும்படியாக வைத்துக் கொண்டு பால் கொடுப்பது முறையானதாகும். இது குழந்தையின் காதில் சீழ் வராமல் தடுக்கும். உட்கொண்ட காற்று வெளியேற பால் கொடுத்து முடித்தவுடன் குழந்தையை தோளில் சாய்த்துக் கொண்டு மெல்ல முதுகில் தட்ட வேண்டும். இது மிகவும் முக்கியமானதாகும். இல்லையென்றால் குழந்தை பாலை கக்கிவிடும்.

குழந்தைகளுக்கு வேண்டிய மற்ற தேவைகள்

குழந்தையும் தாயும் ஒன்றாக இருத்தல் மிக அவசியம். பிறந்த குழந்தைக்கு தனியாக தொட்டிலோ வேறு கட்டிலோ தூளியோ தேவையில்லை. எப்பொழுதும் தாயினுடனேயே இருக்க வேண்டும்.

கொசு, ஈ, பூச்சிகள் குழந்தையை நெருங்காத வகையில் கொசுவலை அல்லது வேறு சாதனம் ஒன்றை ஏற்பாடு செய்தல் நல்லது. குளிர்காலத்தில் கம்பளி ஆடைகள், போர்வை தேவை.

ஆடைகள்

ஆடைகள் இறுக்கமாக இருக்கக் கூடாது. இடுப்பில் அணியும் துணிகள் பருத்தியில் ஆனதாக இருக்க வேண்டும். சட்டை தொளதொளவென்று இருப்பது நல்லது. பித்தான்களுக்கு பதிலாக கயிறு போன்ற டேப்புகள் இருப்பது நல்லது. வெள்ளைநிற நாப்கினை முக்கோணமாக மடித்து உபயோகப்படுத்தலாம். ஒரு வயதிற்கு உட்பட்ட குழந்தைகளுக்கு எலாஸ்டிக் உள்ள ஜட்டிகளை உபயோகப்படுத்த வேண்டாம்.

சிறுநீர் மற்றும் மலம் பட்ட துணிகளை தனியாக வைத்திருந்து சுத்தமாக துவைக்க வேண்டும்.

குழந்தைக்கு கொடுக்க வேண்டிய உணவுகள்

(பிறந்தது முதல் ஒரு வயது வரை)

குழந்தை பிறந்தவுடன்

தாய்ப்பால் குழந்தையின் பிறப்புரிமை. குழந்தை பிறந்த 1/2 மணி நேரத்திற்குள் தாய்ப்பால் கொடுக்க ஆரம்பிக்க வேண்டும். பிறந்தது முதல் 6 மாதம் வரை கண்டிப்பாக குழந்தைக்கு தாய்ப்பால் மட்டுமேகொடுக்க வேண்டும். குழந்தைக்கு இரண்டு வயது வரை தாய்ப்பால் கொடுக்கலாம். குழந்தை எப்பொழுதெல்லாம் அழுகிறதோ அப்பொழுதெல்லாம் தாய்ப்பால் கொடுக்கலாம். முதல் 6 மாதத்திற்கு தண்ணீரோ, வேறு எந்த ஆகாரமோ கொடுக்கக் கூடாது.

6 மாதத்திற்கு பிறகு

அரை தேக்கரண்டியில் ஆரம்பித்து கொஞ்சம் கொஞ்சமாக அளவை கூட்டி ஒரு அவுன்ஸ் வரை புதிய சாத்துக்குடி, ஆரஞ்சு பழச்சாற்றை சமஅளவு வெதுவெதுப்பான நீருடன் சிறிது சர்க்கரை கலந்து கொடுக்கலாம்.

அரிசி, கோதுமைமற்றும் ராகி இவற்றைக் கலந்து கஞ்சி தயார் செய்து குழந்தைகளுக்கு கொடுக்கலாம்.

கஞ்சியுடன் நன்றாக வேக வைக்கப்பட்ட காய்கறிகளை (உருளைக்கிழங்கு, கேரட், கீரை வகைகள், பீன்ஸ் போன்றவைகளை) கலந்து ஊட்டலாம். இட்லி, வாழைப்பழம் இவற்றை கூழ் போல் பிசைந்தும் ஊட்டலாம். இப்பருவத்தில் குழந்தை திட உணவினை சாப்பிட ஆரம்பிக்கும்.

குழந்தை 6 மாதங்கள் வரை தன் உடலில் உள்ள இரும்புச்சத்தை உபயோகப்படுத்திக் கொள்கிறது. தாய்ப்பாலில் வேண்டிய அளவு இரும்புச் சத்து இல்லாததால் இணை உணவை ஆரம்பிக்க இதுவே சரியான காலம். குழந்தை உணவுகளுடன் எல்லாவித வைட்டமின்கள் அடங்கிய சொட்டு மருந்தை 6 மாதத்தில் இருந்து 1 வயது வரை கொடுக்கலாம். குறை மாதத்தில் பிறந்த குழந்தைக்கு வைட்டமின் சொட்டு மருந்துடன் இரும்புச்சத்து சொட்டு மருந்தும் கொடுக்க வேண்டும்.

6 - 7 மாதங்கள்

அரை வேக்காட்டில் உள்ள மஞ்சள் கருவை அரைத் தேக்கரண்டியில் இருந்து ஒரு தேக்கரண்டி வரை கொடுக்கலாம். கொஞ்சம் கொஞ்சமாக அளவைக் கூட்டி ஒரு வயது ஆகும்போது ஒரு நாளைக்கு ஒரு முட்டை வீதம் கொடுக்கலாம். மென்மையான உணவுகளை பொங்கல், இட்லி முதலியவைகளை கொடுக்க ஆரம்பிக்கலாம்.

8- 9 மாதங்கள்

நன்கு சமைக்கப்பட்ட அரிசி உணவுடன் நெய், பருப்பு, காய்கறிகள் கலந்து கொடுக்கலாம். இட்லி, தோசை அல்லது வெண்ணெய் தடவிய ரொட்டித் துண்டுகளை கொடுக்கலாம்.

10- 11 மாதங்கள்

சுத்தமாக சமைக்கப்பட்ட பருப்பு சாதம், தயிர் சாதத்தினை, காய்கறிகள், முட்டை மற்றும் மீன் மாமிச வகைகளுடன் கலந்து ஊட்டலாம்.

12 வது மாதம்

குழந்தைக்குப் பெரியவர்கள் உண்ணும் உணவையே கொடுக்கலாம். ஆனால் மசாலா மற்றும் இதர வாசனைப் பொருட்களைக் குறைவாக உபயோகப்படுத்தவும்.

குறிப்பு :

1. பல் முளைக்கும் வரை திட உணவை கொடுக்க காத்திருக்க வேண்டியதில்லை.
2. குழந்தைகளின் உணவுப் பழக்கம் குழந்தைக்கு குழந்தை மாறுபடும். ஆகையால் மேலே குறிப்பிட்ட உணவு முறைகளை அப்படியே கடைபிடிக்க இயலாது. சந்தேகமிருப்பின் மருத்துவரைக் கலந்து ஆலோசிக்கவும்.
3. புதிய உணவை முதல்முறையாக கொடுக்கும் போது கொஞ்சம் கொஞ்சமாக கொடுக்கவும். சில சமயங்களில் குழந்தை அதை விரும்பி சாப்பிடாவிட்டால் 2 முதல் 3 தினங்களுக்கு பிறகு திரும்ப கொடுக்க முயற்சி செய்யவும். இம்முயற்சியில் தாய்மார்களுக்கு பொறுமை அதிகம் தேவை.
4. குழந்தைக்கு உணவு தயார் செய்ய உபயோகிக்கும் பாத்திரங்களை நன்கு கழுவி ஐந்து நிமிடமாவது கொதிக்கும் நீரில் வைத்திருக்க வேண்டும்.
5. பால் புட்டியை குழந்தைக்கு உபயோகிப்பதால் நோய்க்கிருமிகள் தொற்றிக் கொள்ளும். குழந்தைக்கு வயிற்றுப்போக்கு பிரச்சினைகள் ஏற்படுவதால் பால்புட்டியை உபயோகப்படுத்த வேண்டாம்.

குழந்தையின் எடை

குழந்தையின் வளர்ச்சியை அறிய எடையே ஒரு முக்கியமான அளவுகோலாகும். பிறந்த குழந்தை சுமாராக 2.5 - 3 கிலோ எடை இருக்கும். இதற்கு சற்று குறைவாக இருந்தால் அதற்காக கவலைப்பட வேண்டியதில்லை. பெற்றோர்கள் உடல்வாகை பொறுத்தும் குழந்தையின் எடை அமையும். எடை குறைந்து இருந்தாலும் நல்ல சுறுசுறுப்புடன் இருந்தால் அக்குழந்தை ஆரோக்கியமான குழந்தை எனலாம்.

குழந்தையின் எடை படிப்படியாக அதிகரித்துக் கொண்டு வருவதை வைத்து குழந்தையின் வளர்ச்சியை கணக்கிடுகிறோம். பெற்றோர்கள் குழந்தையின் எடை வயதிற்கேற்றபடி உள்ளதா என்பதை அறிய, மருத்துவரிடம் காட்டி ஆலோசனை பெற வேண்டும்.

குழந்தையின் எடை

5 மாதம்	பிறந்த எடையைப் போல் இருமடங்கு
12 மாதம்	பிறந்த எடையைப் போல் 3 மடங்கு
24 மாதம்	பிறந்த எடையைப் போல் 4 மடங்கு

11 வயது வரை எடையைக் கண்டறிய கீழ்க்கண்ட கணக்குப்படி அறியலாம்.

$$\text{எடை (கிலோவில்)} = \frac{(\text{வயது} + 3) \times 5}{2.2}$$

உயரம்

வருடம்	உயரம்
பிறந்தவுடன்	48-50 செ.மீ.
1 வருடத்தில்	73-75 செ.மீ.
2 வருடத்தில்	83-85 செ.மீ.
3 வருடத்தில்	92 செ.மீ.

4 முதல் 11 வயது வரை உயரத்தைக் கண்டறிய

உயரம் சென்டிமீட்டரில் = (வயது x6) + 77 செ.மீ.

தலை சுற்றளவு

மூளையின் வளர்ச்சியை அறிய இது ஒரு முக்கியமான அளவுகோலாகும்.

வருடம்	தலைச்சுற்றளவு
பிறந்தவுடன்	33-35 செ.மீ.
1 வருடத்தில்	45-47 செ.மீ.
5 வருடத்தில்	49-50 செ.மீ.
12 வருடத்தில்	51-52 செ.மீ.

முதல் வருடத்தில் தலையின் வளர்ச்சி குறிப்பிடத்தக்க அளவு விரைவாக இருக்கும்.

பிறகு 5 வயது வரை படிப்படியாக வளர்ச்சியின் அளவு குறைந்து வந்து, 5வது வருடத்தில் பெரியவர்களுக்கு உள்ள வளர்ச்சியை அடையும்.

ஆகையால் குழந்தைக்கு முதல் 5 வருடங்களில் சரியான சத்துணவு கொடுக்காவிட்டாலும் அல்லது கடுமையான நோய்வாய்ப்பட்டிருந்தாலும் அது குழந்தையின் உடல் வளர்ச்சியை மட்டுமல்லாமல் மூளை வளர்ச்சியையும் பெருமளவு பாதித்துவிடும்.

6 மாதம் வரை குழந்தையின் தலை சுற்றளவு மார்பு சுற்றளவை விட அதிகமாக இருக்கும். 6வது மாதத்திற்கு மேல் இரண்டும் ஒன்றாக இருக்கும். அதற்கு பிறகு மார்புச் சுற்றளவு தலைச் சுற்றளவை விட எப்பொழுதும் அதிகமாகும்.

பிறந்த குழந்தைகளைப் பற்றிய கீழ்க்கண்ட விபரங்களை மனதில் கொள்ள வேண்டும். குழந்தைகளுக்கு முதல் மாதத்தில் ஏற்படும் நோய்களைப் பற்றிய விவரங்கள் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளது.

1. மஞ்சள் காமாலை

சில குழந்தைகளுக்குப் பிறந்த 48 முதல் 72 மணி நேரத்திற்குப் பிறகு இரத்தத்தில் சில மாறுதல்கள் ஏற்படுவதால் உடலின் நிறத்தில் மாறுதல்கள் ஏற்படும். இது ஒரு வாரத்திலிருந்து பத்து தினங்களுக்குள் தானாகவே மறைந்து விடுகிறது. சிலசமயம் தாய்க்கும் குழந்தைக்கும் இடையே இரத்த முரண்பாடுகளால் 24 மணிநேரத்திற்குள் மஞ்சள் காமாலை ஏற்படலாம். இதற்கு உடனடியாக மருத்துவ சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

2. வயிற்றுப் போக்கு

இது குழந்தைகளுக்கு 3வது, 4வது நாட்களில் ஏற்படலாம். இந்த நேரத்தில் வழக்கமாகப் பால் சுரப்பது அதிகமாக இருக்கும். இதற்கு மருத்துவம் செய்யவேண்டியது இல்லை. மலத்தின் கெட்டித்தன்மைதான் முக்கியமேதவிர எத்தனை தடவை மலம் போகிறது என்பது முக்கியமில்லை. தாய்ப்பால் குடிக்கும் குழந்தை 24 மணி நேரத்தில் பலதடவை மலஜலம் சாதாரணமாக கழிக்கலாம். பால் குடிக்கும் குழந்தையின் மலம் பொன்மஞ்சள் நிறம் கொண்ட திரவ திட நிலையில் இருக்கும். குழந்தைக்கு ஒவ்வொரு நாளும் மலஜலம் போக வேண்டும் என்ற நியதியில்லை. குழந்தை பிறந்த 2 அல்லது 3 நாட்களுக்குள் மெக்கோனியம் என்ற பசுமஞ்சள் நிற மலம் கழிக்கும்.

3. மலச்சிக்கல்

சாதாரணமாக தாய்ப்பால் குடிக்கும் குழந்தைக்கு மலச்சிக்கல் ஏற்படாது. மலம் மெதுவாக பொன்னிறமாக இருந்தால் 2 அல்லது 3 நாட்கள் போகவில்லை என்றாலும் கவலைப்படத் தேவையில்லை.

4. வாந்தி :

முதல் 1 அல்லது 2 நாட்களில் குழந்தை பாலை கக்கியோ அல்லது வாந்தியோ எடுக்கும். சில சமயங்கள் குழந்தை பிறப்பின் போது அமினியாடிக் திரவம் அல்லது மெக்கோனியத்தை உட்கொண்டு விடுவதால் இது ஏற்படுகிறது. தொடர்ந்து வேகமாக (Projectile) வாந்தி எடுத்தால் உடன் மருத்துவரை அணுகவும். குழந்தை தாயிடம் பால் குடிக்கும்போது காற்றும் உள்செல்வதால் ஏப்பம் விடும் போது சிறிது பாலுமகக்கும்.

5. காய்ச்சல்

கடுமையான கோடைக் காலத்தில் குழந்தையின் உடல் உஷ்ணம் சற்று கூடுதலாக இருக்கும். இது மூளையில் உள்ள வெப்பக் கட்டுப்பாடு மையம் போதுமான அளவு வேலை செய்யாததால் ஏற்டலாம். இதற்கு வேறு தனியாக மருத்துவம் செய்ய வேண்டியதில்லை. தொடர்ந்து காய்ச்சல் அடித்தால் மருத்துவ ஆலோசனை பெறவும்.

6. பெண் உறுப்பில் இரத்தகசிவு

இது சில பெண் குழந்தைகளுக்கு பிறந்த 3 - 4 நாட்களில் ஏற்படுகிறது. இது குழந்தை பிறப்பதற்கு முன்பாக தாயிடமிருந்து ஹார்மோன்கள் குழந்தையை அடைவதினால் இருக்கலாம். இதற்கு தனிப்பட்ட மருத்துவம் தேவையில்லை.

7. தொப்புள் புண்

தொப்புள் புண் வராமல் தடுக்க சுத்தமான துணியால் துடைத்து ஈரமில்லாமல் வைத்துக் கொள்ள வேண்டும். இது சரியாக கவனிக்கப்படவில்லை என்றால் நோய்க்கிருமிகள் இரத்தம் வழியாகச் சென்று மூளையை பாதிக்கலாம். வழக்கமாக தொப்புள் கொடி 5 முதல் 8 நாட்களுக்குள் விழுந்துவிடும். தொப்புள் பகுதியை சுத்தமாகவும் ஈரம் இல்லாமலும் வைத்திருக்க வேண்டும். மருந்து அல்லது பவுடர் அதன் மேல் போடுவதைத் தவிர்க்கவும்.

தொப்புள் மூலமாக ஏற்படும் ஹெர்னியா (Hernia) பிறப்பிலேயே காணப்படலாம். சாதாரணமாக ஒன்று அல்லது இரண்டு வருடங்களில் இது மறைந்து விடும்.

8. மாலையில் ஏற்படும் வயிற்றுவலி (Evening Colle) முதல் 3 - 4 மாதங்களில்

சில குழந்தைகள் காரணமின்றி திடீரென்று அழ ஆரம்பிக்கும். சாதாரணமாக மாலை நேரங்களில் இது ஏற்படும். இதனால் பெற்றோர்கள் அதிகமாக கவலைப்பட நேரிடும். இதற்கு சரியான காரணங்கள் ஏதுமில்லை. சில குழந்தைகளுக்கு காற்றுவெளியேறுவதாலும் குப்புறப்படுக்க வைத்து தட்டுவதாலும் அழுகை குறைந்து தூங்கும்.

மேலே கூறிய அறிகுறிகள் ஏதாவது தொடர்ந்து ஒன்று அல்லது இரண்டு நாட்களுக்கு மேல் இருக்குமேயானால் டாக்டரை கலந்து ஆலோசிக்க வேண்டும்.

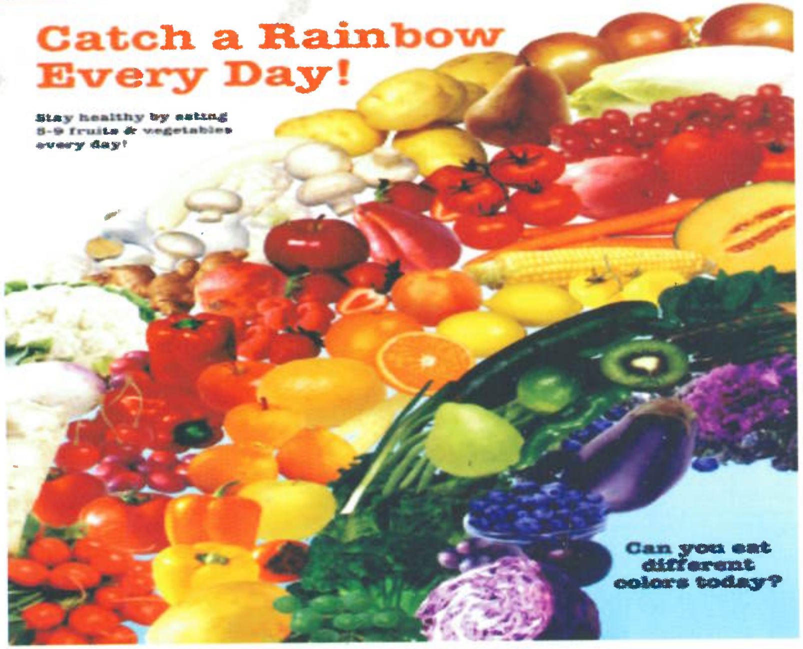
நன்கு வளரும் குழந்தையின் வாழ்க்கையில் நிகழும் முக்கிய முன்னேற்றங்கள்

பிறந்த குழந்தை :	நன்றாக சத்தத்தோடு அழும். தாயிடம் நன்றாக பால் குடிக்கும். உதட்டைத் தொட்டவுடன் வாயைத் திறக்கும்.
	கன்னத்தைத் தொட்டால் அந்தப் பக்கம் திரும்பும். விரலை கெட்டியாகப் பிடித்துக் கொள்ளும்.
2ம் மாதம்	தாயின் முகம் பார்த்து சிரிக்கும். குப்புறப் படுக்க வைத்தால் தலையைத் தூக்கி அக்கம் பக்கம் பார்க்கும். ஆ.. உ... போன்ற சத்தங்கள் செய்யும்.
3-4 ம் மாதம்	தலை நன்றாக நிற்கும். பொருளைக் காட்டினால் தலையை திருப்பி பொருளைப் பிடிக்க முயற்சி செய்யும். சத்தமாக சிரிக்கும்.
5ம் மாதம்	குப்புறப்படுத்துக் கொண்டு தலையை நன்றாக நிமிர்த்திப் பார்க்கும்.

Cancer Awareness Rally

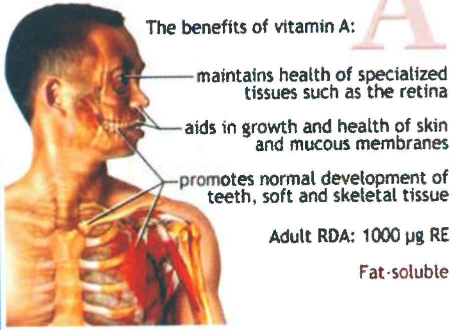
Catch a Rainbow Every Day!

Stay healthy by eating 5-9 fruits & vegetables every day!



Vitamin A

The benefits of vitamin A:



Adult RDA: 1000 µg RE

Fat-soluble

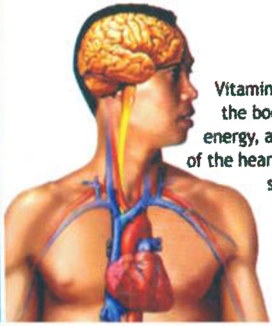
Vitamin A

Sources of vitamin A and beta-carotene:

Vitamin A comes from animal sources such as eggs, meat and dairy products

Beta-carotene, a precursor of vitamin A, comes from green, leafy vegetables and intensely colored fruits and vegetables

Vitamin B1



Vitamin B1(Thiamine) helps the body convert food into energy, and aids the function of the heart and cardiovascular system and the brain and nervous system

RDA: 1.5 mg

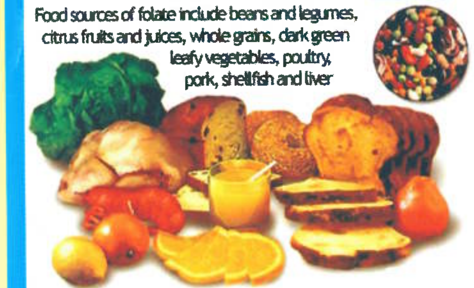
Water-soluble

Vitamin B1

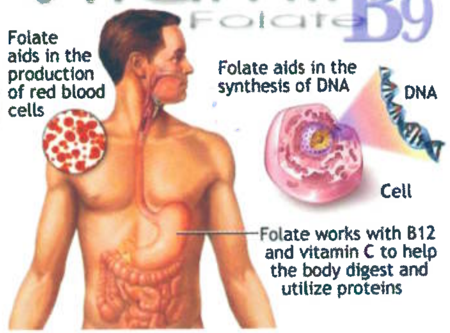
Vitamin B1 (Thiamine) is found in fortified breads and cereals, fish, lean meats and milk

Vitamin B9 Folate

Food sources of folate include beans and legumes, citrus fruits and juices, whole grains, dark green leafy vegetables, poultry, pork, shellfish and liver



Vitamin B9 Folate

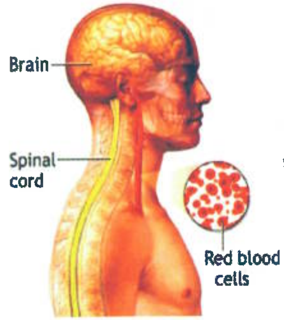


Vitamin B12

Food sources of vitamin B12:

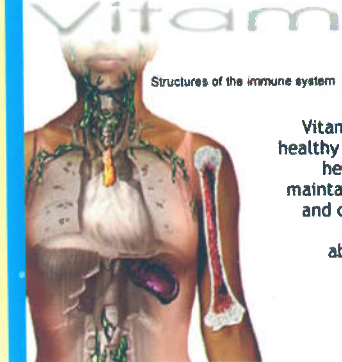
Eggs, meat, poultry, shellfish, milk and milk products

Vitamin B12



Vitamin B12 is important for metabolism, the formation of red blood cells, and the maintenance of the central nervous system, which includes the brain and spinal cord

Vitamin C



Vitamin C promotes a healthy immune system, helps wounds heal, maintains blood vessels and connective tissue and aids in the absorption of iron

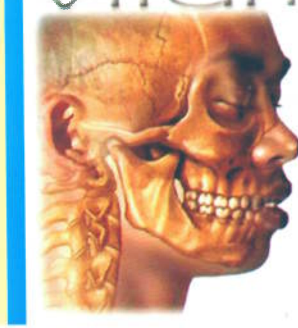
RDA: 60 mg

Water-soluble

Vitamin C

Citrus fruits, green peppers, strawberries, tomatoes, broccoli and sweet and white potatoes are all excellent food sources of vitamin C (ascorbic acid)

Vitamin D



Vitamin D promotes the body's absorption of calcium, essential to development of healthy bones and teeth

DRI: 5 µg

Fat-soluble

Vitamin D

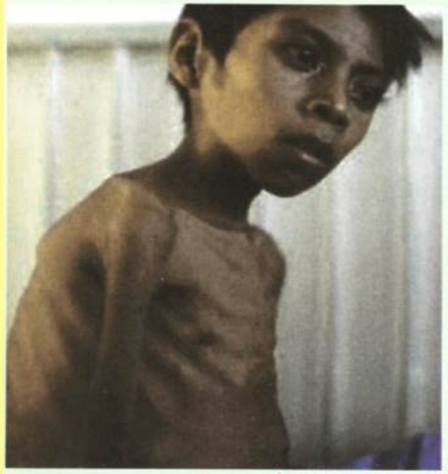
The body itself makes vitamin D when it is exposed to the sun

Cheese, butter, margarine, fortified milk, fish and fortified cereals are food sources of vitamin D

தொண்டை அடைப்பு நோய்
DIPTHERIA

தட்டம்மை
MEASLES

இளம்பிள்ளை வாதம்
POLIO



காசநோய்
PRIMARY COMPLEX

கக்குவான் இருமல்
WHOOPING COUGH

6ம் மாதம்	கையை நன்றாக நீட்டி விளையாட்டு சாமான்களை எடுத்து பிடித்து கண் எதிரில் வைத்து விளையாடும். பிடித்துக் கொண்டால் உட்காரும்.
7-8ம் மாதம்	குழந்தை தவழ ஆரம்பிக்கும். உதவியின்றி நிமிர்ந்து உட்காரும். சிறிய விளையாட்டுப் பொருட்களை ஒரு கையிலிருந்து மற்ற கைக்கு மாற்றிக் கொள்ளத் தெரியும்.
9 - 10ம் மாதம்	பிடித்துக் கொண்டு நிற்கும். மா, பா என்று சில வார்த்தைகளை கூறும். பிறர் உதவியின்றி அதிக நேரம் உட்கார முடியும்.
11ம் மாதம்	தனியாக நிற்கும். பிடித்துக் கொண்டு நன்றாக நடக்கும். பெற்றோர்களுடனும் மற்ற நெருங்கிய உறவினர்களுடனும் விளையாடும். அம்மா, அப்பா, தாத்தா போன்ற வார்த்தைகள் பேச ஆரம்பிக்கும்.
12ம் மாதம்	தனியாக நடக்கும். பொருட்களை அடையாளம் காட்டத் தெரியும். தானே எடுத்து சாப்பிட முடியும்.
11/2 வயது	மலம், சிறுநீர் கழிப்பதைக் கட்டுப்படுத்தி வார்த்தையின் மூலம் தெரிவிக்கும். உதவியில்லாமல் நன்றாக நடக்க முடியும். 10 - 15 வார்த்தைகள் பேச முடியும். மூன்று சதுர கட்டைகளை ஒன்றன்மேல் ஒன்றாக அடுக்கத் தெரியும்.
2 வயது	நன்றாக ஓட முடியும். பிடித்துக் கொண்டு மாடிப் படியில் ஏறி இறங்க முடியும். மூன்று வார்த்தைகள் கொண்ட வாக்கியங்களை பேச ஆரம்பிக்கும்.
2 1/2 வயது	குதிக்க முடியும். ஆறு சதுர கட்டைகளை அடுக்க முடியும்.
3 வயது	மூன்று கால் சைக்கிள் ஓட்ட முடியும். 4 5 வார்த்தைகள் கோர்வையாகவும், நன்றாகவும் பேச வரும். நாம் சொல்லும் சின்ன சின்ன வேலைகளை செய்ய முடியும். 9 சதுர கட்டைகளை அடுக்க முடியும். தன்னுடைய பெயர் தெரியும்.

குழந்தையின் உணவு முறைகள்

குழந்தைகளுக்கு அளிக்கப்படும் உணவு முதலில் அளவில் போதுமானதாக இருக்க வேண்டும். போதுமான உணவு அளிக்காமல் என்னதான் சத்து நிறைந்த உணவை அளித்தாலும் அது அதிகப்பலன் அளிக்காது.

இரண்டாவதாக கொடுக்கப்படும் உணவு எல்லாவிதச் சத்துக்களும் வைட்டமின் சத்துக்களும் மற்றும் கனிமச்சத்தும் உரிய அளவில் அளிக்கக் கூடிய சரிவிகித உணவாக இருக்க வேண்டும்.

உடலுக்கு வேண்டிய சக்தியை பெரும்பாலும் சர்க்கரைச் சத்தும் கொழுப்புச்சத்தும் அளிக்கின்றன. போதுமான அளவு அரிசி, சர்க்கரை, பால், நெய், எண்ணெய் வகைகளை குழந்தைகளுக்கு அளிப்பதன் மூலம் குழந்தை நன்கு வளர இயல்கிறது.

உடல் உறுப்புகள் நன்கு வளர்ச்சி அடையவும், அன்றாட உடலில் ஏற்படும் தேய்மானங்களை ஈடு செய்யவும், உடலின் நோய் எதிர்ப்புச் சக்தியை வளர்ப்பதற்கும் புரதச் சத்து தேவைப்படுகிறது. பால், பருப்பு, கொண்டைக்கடலை, வேர்க்கடலை, முட்டை, இறைச்சிமீன் முதலியவைகளை குழந்தைகளின் உணவில்சேர்த்துக் கொள்வதன் மூலம் இச்சத்தை ஊட்டலாம். பாலிலும் முட்டையிலும் முதல் தரமான புரதச்சத்து அடங்கியுள்ளது.

வைட்டமின்கள்

வைட்டமின்கள் என்று அழைக்கப்படும் உயிர்ச்சத்துக்கள் உடலை நோய்களினின்றும் பாதுகாக்கின்றன.

பற்கள், எலும்புகள், தோல் முதலியன நன்கு வளர்ச்சியடைந்து உறுதியாக இருக்கவும், இரத்தம் தனது வேலையை சிறப்பாகச் செய்யவும், கனிமச்சத்துக்கள் தேவைப்படுகின்றன. நிறைய காய்கறிகள், கீரை வகைகள், பழவகைகள் ஆகியவற்றை அளிப்பதன் மூலம் அவர்களுக்குத் தேவையான கனிமச்சத்து மற்றும் வைட்டமின் சத்துக்களை அளிக்கலாம்.

ஊட்டச்சத்து குறைவினால் வரும் நோய்கள்

தேரை நோய் (சவலை நோய், ஊதுகாமாலை நோய்)

தொடர்ந்து வயிற்றுப் போக்கு போவதாலும், ஜீரணசக்தி குறைவதனாலும், குடற் புழுக்களாலும் இந்த நோய் பெரும்பாலும் ஏற்படுகிறது.

குழந்தைக்கு போதுமான அளவு சத்தான உணவு அளிக்காவிட்டால் குழந்தை எலும்பும் தோலுமாய் இளைத்துப் போய் இருக்கும்.

சில குழந்தைகள் புரதச்சத்து குறைவினால் கை, கால், கன்னம் முதலியவை வீங்கி வயிறு பெறுத்து, தலைமுடி செம்பட்டையாய் தோன்றும்.

வைட்டமின் 'ஏ' குறைவினால் ஏற்படும் கண் நோய்

வைட்டமின் 'ஏ' குறைவினால் சிறு குழந்தைக்கு கண் விழியின் வெள்ளைப் பகுதியில் முக்கோண வடிவில் புள்ளிகள் ஏற்பட்டு இரவில் கண் பார்வையற்று போகும். தொடர்ந்து அதிக அளவில் வைட்டமின் 'ஏ' சத்து உடலில் குறைந்து போனால் குழந்தை கண் பார்வையையே இழக்க நேரிடும். குழந்தைக்கு போதுமான அளவு பால், முட்டை, தக்காளிப்பழம், கொய்யாப்பழம், முருங்கைக் கீரை, கேரட், பூசணிக்காய், மாம்பழம் கொடுப்பதால் இந்நோயினை தடுக்கலாம்.

வைட்டமின் 'ஏ' பற்றாக்குறையை போக்குவதற்கு நமது சுகாதாரப் பிரிவில் ஒரு வயது முதல் 5 வயது வரை உள்ள குழந்தைகளுக்கு வைட்டமின் பு மருந்து 6 மாதத்திற்கு ஒருமுறை தரப்படுகிறது.

இரத்தசோகை

குழந்தைகள் உண்ணும் உணவில் இரும்புச்சத்து குறைவாக இருப்பின் இரத்தசோகை ஏற்படுகிறது. இதை தடுக்க மீன், பச்சைக் கீரை, காய்கறிகள், வெல்லம், நாட்டுசர்க்கரை, பேரீச்சம்பழம், கேழ்வரகு இவைகளைத் தரலாம். குழந்தைக்கு வயிற்றில் கொக்கிப்பூச்சி இருந்தாலும் இரத்தசோகை ஏற்படலாம்.

சுகாதாரம்

சுகாதாரம் என்பது சுத்தமான சூழ்நிலை பாதுகாப்பான உணவு. குடிநீர், சுத்தமான ஆடைகள், சுத்தமான பாத்திரங்களை உபயோகித்தல், நகங்களை முறையாக வெட்டுதல், கை, கால்களை சோப்பு போட்டு சாப்பிடும் முன்பும், கழிப்பிடம் சென்ற பின்னரும் கழுவுதல், சாலையோர தின்பண்டங்களை தவிர்த்து, வீட்டில் புதிதாக சமைக்கப்பட்ட உணவினை உண்பதும் ஆகும். இந்த சுதாகார முறைகளை முக்கியமாக குழந்தைகள் அனுசரித்தால் நோயின்றி குழந்தைகள் வளரும்.

வயிற்றுப்புழுக்கள்

புழுக்களினால் வரும் நோய்கள் உடல் நலத்திற்கு கேடு விளைவிக்கும். குழந்தைகள் சத்தான உணவுகளை அதிகமாக உட்கொண்டபோதிலும் உடல் ஆரோக்கியத்தில் முன்னேற்றம் இருப்பதில்லை. குழந்தைகளை மிக முக்கியமாக தாக்குபவை நாக்குப்பூச்சி, கொக்கிப்புழு முதலியன ஆகும்.

அசுத்தமான உணவு பொருட்களாலும், சுகாதாரமற்ற பழக்கங்களாலும் இவ்வியாதி பரவ ஆரம்பிக்கிறது. இதனால் வயிற்றுவலி, ஜீரணக்கோளாறு, குடல் அடைப்பு, தோலில் தடிப்புகள் வரலாம்.

இதனால் இரத்தசோகை உண்டாகும். நமது சமூக நலப் பிரிவில் ஒரு வயதுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகளுக்கு 6 மாதத்திற்கு ஒருமுறை பூச்சி மருந்தினை கொடுக்கிறார்கள். இந்த பூச்சி மருந்தினை மேலும் தேவையிருந்தால் டாக்டரின் ஆலோசனைப்படி குழந்தைகளுக்கு கொடுக்கலாம். சுகாதாரமற்ற சூழ்நிலை, சுத்தமற்ற நீர், உணவு மூலமாக வயிற்றுப் போக்கு, சீதபேதி முதலிய நோய்களை உண்டாக்குகிறது.

சுவாச உறுப்புகள் நோய்

குழந்தைகளிடையே ஏற்படும் அதிகமான இறப்பிற்கும், நோய்வாய்ப்படுதலுக்கும் சுவாச உறுப்புகள் நோய்களே காரணமாகும். தாய்மார்கள் குழந்தைகளுக்கு வாயிலோ அல்லது மூக்கிலோ எண்ணெய் விட்டு குளிப்பாட்டுவதால் நிமோனியா போன்ற ஆபத்தான நோய் உண்டாகி குழந்தை இறக்கவும் நேரிடலாம். எண்ணெய் நுரையீரலில் உள்ள சிறு அறைகளில் சென்று மூச்சுத்திணறலையும் மற்றும் இருமலையும் உண்டாக்குகிறது.

குழந்தை மண்ணெண்ணையை தெரியாமல் உட்கொண்டு விட்டால் கடுமையான நிமோனியா, வலிப்பு, சுரம் உண்டாகலாம். அதேபோல் அமிலங்களை குழந்தைகள் தெரியாமல் உட்கொண்டு விட்டால் நிறைய தண்ணீர், பால், முட்டை வெள்ளைக்கரு இவற்றைக் கொடுக்கலாம். குழந்தைகளை வாந்தி எடுக்க வைக்க முயலுவது ஆபத்தை விளைவிக்கும்.

காசு, கொட்டை முதலியவற்றை தற்செயலாக விழுங்கி விட்டால் அவை மலத்தில் வந்து விடும். மாறாக சுவாச உறுப்புக்குள் சென்றால் மூச்சுத்திணறலை ஏற்படுத்தி பேராபத்தை விளைவிக்கும். உடனே தாமதமின்றி மருத்துவரை அணுகி சிகிச்சை பெற வேண்டும்.

குழந்தை பருவ காசநோய் (Primary Complex)

இந்நோய் கிருமிகள் சளி, எச்சில் மூலம் நோயாளிகளிடமிருந்து வெளியேறி காற்று, தூசி, உணவு, பாத்திரங்கள், படுக்கைத் துணிகள் மூலம் பரவி நுரையீரலை பாதிக்கின்றது. இதனால் பாதிக்கப்பட்ட குழந்தைகளுக்கு நல்ல உணவுடன் சரியான கால அளவு வரை மருத்துவ சிகிச்சை அளிப்பதன் மூலம், இந்நோயிலிருந்து குழந்தையை காப்பாற்றலாம். இந்நோயினால் அவதியுறும் குழந்தைகள் பசியின்றி சோர்ந்து, எடை குறைந்து, சுரம், சளி இவற்றினால் அவதியுறுகிறார்கள். சில சமயங்களில் நோயின் அறிகுறிகள் சரியாக கவனிக்காமல் தவறாக குழந்தை பருவ காசநோய் என்று முடிவு செய்து விடுவதால் குழந்தை தேவையற்ற மருந்துகளை எடுத்துக் கொண்டு பாதிக்கப்பட வாய்ப்புள்ளது. இதனால் பெற்றோர்கள் மனக்கஷ்டம் அடைகிறார்கள். சத்துணவு பற்றாக்குறையால் பாதிக்கப்பட்ட குழந்தைகளுக்கும், தட்டம்மைவந்த குழந்தைகளுக்கும் இந்நோய் எளிதில் தொற்றி விடுகிறது. வீட்டில் பெரியவர்களுக்கு இந்நோய் இருந்தாலும், குழந்தைகளுக்கு எளிதாகப் பரவும். 6 அல்லது 9 மாதம் முறையாக இந்நோய்க்கு மருந்து சாப்பிடுவதால் இதை முறையாக குணப்படுத்த முடியும். B.C.G. தடுப்பு ஊசி போடுவதன் மூலம் மூளை காசநோயை ஓரளவிற்கு தடுக்கலாம்.

சருமநோய்கள்

சொறி, சிரங்கு, கட்டி, கொப்பளம், பரு முதலிய தோல் வியாதிகள் குழந்தைக்கு சாதாரணமாக வரும். குழந்தைகளை குளிப்பாட்டி சுத்தம் செய்த ஆடைகளை உபயோகிப்பதால் தோல் வியாதிகள் வராமல் தடுக்கலாம். குடும்பத்தில் சொறி, சிரங்கு ஒருவருக்கு வந்தால் வீட்டில் உள்ள அனைவரும் ஒரே சமயத்தில் சிகிச்சை செய்து கொள்ள வேண்டும். சரியான முறையில் தோல் வியாதிக்கு சிகிச்சை அளிக்காவிட்டால் பின்னால் சிறுநீரகம் பாதிக்கப்படலாம். சுரம் வந்து இதயம் கூட பாதிக்கப்படலாம்.

கண்நோய்கள்

கண் நோய்க்கு உடனடியாக மருத்துவரிடம் சிகிச்சைப் பெற வேண்டும். கண்நோய் விரைவில் மற்ற குழந்தைகளுக்கு பரவும். இதற்கு கண்ணை அடிக்கடி சுத்தமான நீரினால் கழுவ வேண்டும்.

காய்ச்சல்

காய்ச்சல் என்பது நோயின் அறிகுறியாகும். அதுவே நோயல்ல. ஜலதோஷம் முதல் டைபாய்டு, மூளைக்காய்ச்சல், முதலிய நோய்கள் குழந்தைகளுக்கு வந்தால் காய்ச்சல் அடிக்கும். ஓய்வு எடுப்பது, எளிதாக ஜீரணிக்க கூடிய ஆகாரம் கொடுப்பது, அதிகமாக நீர் அருந்துவது, இவை மருத்துவ சிகிச்சையைப் போல் மிகவும் முக்கியமானதாகும்.

சில தாய்மார்கள் தவறான எண்ணத்தில் தண்ணீர் மற்றும் உணவு கொடுப்பதைத் தவிர்ப்பதால் நோய் தீவிரமடைகிறது. குழந்தை நோயினால் அவதியுறுவதை விட பட்டினியாலேயே அதிகம் அவதியுறுகிறது. புதிதாக சமைக்கப்பட்ட உணவை நோயற்ற குழந்தைகளுக்குக் கொடுக்கலாம்.

முக்கால்வாசி நோய்கள், சுத்தமற்ற நீர், சுகாதாரமற்ற உணவு இவற்றின் மூலமாகவும் கொசு, ஈ முதலியவற்றாலும் பரவுகிறது. எனவே சுத்தமான நீர், பாதுகாப்பான உணவு, சுகாதாரமான இருப்பிடம், இவற்றுடன் முறையான தடுப்பு ஊசி போடுவதனால் நோயற்ற சுகாதாரமான வாழ்க்கை வாழலாம். தாய்மார்கள் சுத்தம், சுகாதாரத்தினைப் பற்றி நன்கு அறிந்து குழந்தைகளை முறையாக வளர்ப்பதால் நோயற்ற சிறப்பான நாளைய குடிமகனை உருவாக்கலாம்.

மூளைக்காய்ச்சல் நோய்

இந்த சொல்லைக் கேட்டவுடனேயே மக்களிடம் பயம் ஏற்படுகிறது. இது கொசு மற்றும் பன்றியால் பரவுகிறது. காய்ச்சல், வாந்தி, உடல்வலி, தலைவலி, வலிப்பு, நினைவின்மைபோன்றவைகள் இந்நோயின் அறிகுறிகள். கொசு, பன்றிகளை ஒழிப்பதன் மூலமும் குழந்தையை கொசு கடிக்காமல் கொசுவலை இவற்றை உபயோகப்படுத்துவதன் மூலமும் மூளைக்காய்ச்சல், மலேரியா நோய்கள் வராமல் தடுக்கலாம்.

குழந்தைகளின் வயிற்றுப்போக்கும், சீதபேதியும் :

வயிற்றுப் போக்கு, சீதபேதி, வாந்தி முதலியவை குழந்தைகளுக்கு வரக்கூடிய சாதாரண வியாதிகளாகும். சிலசமயம் இந்நோய் 5 வயதிற்குட்பட்ட குழந்தைகளைத் தாக்கும் பொழுது அபாயகரமாகி விடுகிறது. வயிற்றுப் போக்கு என்பது வெறும் தண்ணீராக மலம் கழிப்பது.

சிலசமயம் இரத்தம், சீதம் கலந்து ஏற்பட்டால் இதனை சீதபேதி என்பார்கள். சீதபேதியால் அவதியுறும் குழந்தைகளுக்கு காய்ச்சல், வாந்தி, வலிப்பு நோய் உண்டாகலாம். சுகாதாரமின்மையே இதற்கு காரணம். சுத்தமில்லாத பாத்திரம், பால் கொடுக்க புட்டிகளை உபயோகப்படுத்துதல், வீதியோரம் விற்கும் பண்டங்களை உண்ணுதல், பாதுகாப்பற்ற நீரினை அருந்துதல், இவற்றால் வயிற்றுப் போக்கும், சீதபேதியும் உண்டாகிறது. சிலசமயம் அஜீரணத்தாலும், விளக்கெண்ணெய் கொடுப்பதாலும் வயிற்றுப் போக்கு ஏற்படலாம். குழந்தை உடலிலுள்ள நீரையும், உப்பு சத்தையும் இழந்து சோர்வாகக் காணப்படும். இதனை அறியாத மக்கள் குடலேற்றம், மாந்தம், தொக்கு, உடம்பு சூட்டினால் ஏற்படுகிறது என்று எண்ணுகிறார்கள். இது மிகவும் தவறு.

வயிற்றுப் போக்கு வந்தவுடன் உடனே மருந்தினைக் கொடுக்காமல் முதலுதவியாக உப்பு, சர்க்கரை நீர் கரைசல் வீட்டில் தயாரித்துக் கொடுக்கலாம்.

ஒரு சிட்டிகை உப்பும், 4 சிட்டிகை சர்க்கரையும் ஒரு கிளாஸ் (200 மில்லி) சுத்தமான கொதிக்க வைத்த நீருடன் சேர்த்து சிறிது சிறிதாக கொடுக்கலாம்.

சிலசமயம் பால் ஒவ்வாமையினாலும் வயிற்றுப் போக்கு உண்டாகலாம். இந்த சமயத்தில் மலப்பரிசோதனை செய்து நோய் தன்மையைக் கண்டறிய வேண்டும். அவர்களுக்கு அரிசி கஞ்சி, இட்லி, தயிர், இளநீர் முதலியன கொடுக்கலாம். சத்து நிறைந்த பொட்டுக்கடலை அரிசி கஞ்சியினை உடனடியாக தயாரித்துக் கொடுக்க வேண்டும்.

குழந்தை இரத்தம், சீதம் கலந்து மலம் கழித்தாலோ, ஜுரம் அடித்தாலோ உடலிலுள்ள நீர் இழந்து கண்கள் சொருகி, நீர் கழிக்காமல் அதிகப்படியான மூச்சுவாங்கி ஆபத்தான நிலையில் இருந்தால் உடனே நேரத்தை வீணாக்காமல் மருத்துவரை அணுகி மருத்துவ சிகிச்சை பெற வேண்டும். ஊட்டச்சத்து குறைந்த குழந்தைகள் இந்நோயினால் அதிகம் அவதியுறுகிறார்கள்.

கக்குவான் இருமல் :

கக்குவான் இருமல் நுண்கிருமிகள் மூலம் பரவுகிறது. நோயின் ஆரம்பத்தில் காய்ச்சல், தும்மல், சளி இருக்கும். ஒரு வாரத்திற்கு பின் இருமல் அதிகமாகித் தொடர்ச்சியாக பலமாக இருமி கடைசியாக கேவல் இருக்கும்.

இதனைத் தொடர்ந்து குழந்தை வாந்தி எடுக்கும். வாந்தி எடுப்பதால் உணவு சாப்பிட முடியாமல் ஊட்டச்சத்து குறைவு நோய்கள் உண்டாகி விளைவு கடுமையாகிறது. இந்நோயினை தடுப்பூசி போடுவதன் மூலம் வராமல் தடுக்கலாம்.

டிப்தீரியா அல்லது தொண்டை அடைப்பான்

இது கொடிய தொற்றுநோய். இது குரல்வளையில் பரவும்பொழுது மூச்சு திணறல் ஏற்படுகிறது. இந்நோய் சோர்வு, காய்ச்சல், தொண்டையில் வலி இவைகளோடு ஆரம்பிக்கும். இந்த நோயினால் இருதயம் மற்றும் நரம்பு மண்டலம் பாதிக்கப்படும். இதனால் குழந்தைகள் இறக்க நேரிடலாம்.

இரணசன்னி

இதனை தோற்றுவிக்கும் கிருமிகள், பிராணிகள் மற்றும் மனிதர்கள் மலத்திலிருந்து மண்ணில் கலந்து பரவுகின்றது. உடலில் பரவி நோயை உண்டாக்குகிறது. இது நரம்புகளைத் தாக்கி வலிப்பு வந்து தசைகள் விரைத்து விடுகின்றன. இந்த நேரங்களில் வாய் திறக்க இயலாது. பல் கட்டி கொள்ளும். கழுத்தை அசைக்க முடியாது. வெளிச்சமும் சத்தமும் அதிர்ச்சியை உண்டாக்கி வலிப்பை அதிகப்படுத்தும். இந்நோய் வந்த பின்பு குழந்தை உயிர் பிழைப்பது அரிது. தடுப்பு ஊசி போடாவிட்டால் இந்நோய் குழந்தைகளையும் பெரியவர்களையும் பாதிக்கும்.

இளம்பிள்ளை வாதம்

வைரஸ் என்னும் நுண்கிருமிகள் உணவுப் பொருட்களின் மூலம் உட்சென்று நரம்புகளை பாதிக்கின்றன. உடலிலிருந்து இக்கிருமிகள் மலம், சளி மூலமாக மற்றவர்களுக்கு பரவுகின்றன. நோய் ஆரம்பத்தில் இருமல், காய்ச்சலோடு கண் சிவந்து தொண்டை வலியும் அத்துடன் தாங்க முடியாத தலைவலி. முதுகுவலி கைகால்களில் வலியும் உண்டாகும். சிலநாள் காய்ச்சலுக்கு பிறகு உடலில் பல பாகங்கள் செயலற்று போகும். அதிகமாக கால்களும், கைகளும் பாதிக்கப்படுகிறது. இந்நோயினால் பாதிக்கப்பட்ட குழந்தைகள் வாழ்நாள் முழுவதும் முடமாக ஆகிவிடுகிறார்கள். இந்நோய் சுவாச உறுப்புகளை தாக்கும்பொழுது குழந்தைக்கு இறப்பு ஏற்படுகிறது. இந்நோய்க்கு சரியான மருந்துகள் ஏதுமில்லை. ஆகையால் தடுப்பு முறையே சிறந்த வழியாகும்.

மணல்வாரி அம்மை

இதுவும் ஒரு தொற்றுநோயாகும். இதை தட்டம்மைஎன்றும் விளையாட்டம்மைஎன்றும் சொல்வார்கள். இதுவும் வைரஸ் என்னும் நோய்கிருமிகளினால் ஒருவரிடமிருந்து மற்றவருக்கு பரவுகிறது. இந்நோய் காய்ச்சல், இருமல், சளி வடிதல், கண்கள் சிவந்து நீர் வடிதல் இவைகளோடு ஆரம்பமாகும். காய்ச்சல் அதிகமாகி சில நாட்களுக்குள் சிவப்பாக வேர்க்குரு போல் அம்மைவெளிப்படும். ஒருவாரத்தில் அம்மைமறைந்து தோலும் உரிந்து விடும்.

இந்த வைரஸ் நுண்கிருமிகள் தோலை மட்டுமின்றி உடலில் மூளை குடல், நுரையீரல், காது போன்ற உறுப்புகளையும் பாதிக்கிறது. காதில் சீழ் வடிதல், நிமோனியா பேதி போன்ற நோய்களும் சேர்ந்து குழந்தையின் உயிரை பலி கொள்கின்றன. இதை தடுப்பு ஊசி மூலம் முற்றிலுமாக தடுக்கலாம்.

டைபாய்டு காய்ச்சல்

இது மிகவும் கொடிய வியாதியாகும். இந்நோய் டைபாய்டு பாக்டீரியாவினால் ஏற்படுகிறது. சுத்தமற்ற நீர் சுகாதாரமற்ற உணவுப் பொருட்கள் மூலம் இந்நோய் பரவுகிறது. மூன்று வயதுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகளை இந்நோய் தாக்கும். இந்நோயினை டைபாய்டு தடுப்பூசி போடுவதன் மூலம் ஓரளவுக்கு தடுக்கலாம். இந்நோய் வந்தவர்களுக்கு காய்ச்சல், தலைவலி, வாந்தி, வயிற்றுவலி, வயிற்றுப்போக்கும் ஏற்படுகின்றது.

ஆன்டிபயாடிக் மருந்துகள் மிகவும் பரவலாக இப்பொழுது உபயோகப்படுத்துவதால் சாதாரணமாக டைபாய்டு சுரத்திற்கு கேட்கும் மருந்துகள் பயனற்றதாக உள்ளது. இந்நோய்க்கு முறையாக மருத்துவம் அளிக்காவிட்டால் இரத்தகசிவு, இரத்த வாந்தி, குடலில் ஓட்டை விழுதல், மூளை பாதிப்பு முதலியவை ஏற்பட்டு உயிருக்கு ஆபத்தை விளைவிக்கலாம். சுத்தமான குடிநீர், பாதுகாப்பான உணவு உண்பதால் இந்நோய் வராமல் தடுக்கலாம். இந்நோய் அதிக அளவில் பரவும்போது தடுப்பூசி போடப்படுகிறது.

நோய்த்தடுப்பு முறைகள்

தடுப்பு ஊசி போடுவதன் முக்கிய நோக்கம் குழந்தைக்கு வரும் நோய் கொல்லி வியாதியினின்று குழந்தையை காப்பதே முறையாக தடுப்பு ஊசி போடாவிட்டால் குழந்தை நோய்வாய்ப்பட்டு இறக்கவும் நேரிடலாம்.

குறிப்பு:

1. தடுப்பு ஊசி போடும்போது எந்தவிதமான கடுமையான நோயினாலும் குழந்தை பாதிக்கப்படாமல் இருக்க வேண்டும்.
2. சாதாரண ஜலதோசத்திற்காக குழந்தைக்கு தடுப்பு ஊசியோ, தடுப்பு மருந்தோ கொடுப்பதைத் தள்ளிப் போட வேண்டியதில்லை. மருத்துவரின் ஆலோசனைப்படி தடுப்பு மருந்து கொடுக்கலாம்.

பெற்றோர்க்கான அறிவுரைகள்:

1. காய்ச்சல் உள்ள குழந்தையை போர்த்தி வைக்க கூடாது. குழந்தையை காற்றோட்டம் உள்ள இடத்தில் படுக்க வைக்க வேண்டும். ஜுரத்தை குறைக்க ஐஸ் குளிர்ந்த நீர் ஒத்தடம் நெற்றியில் கொடுக்கலாம்.
2. குழந்தைக்கு கிரைப்வாட்டர், போனிஸான் போன்ற மருந்துகள் தேவையில்லை.
3. குழந்தையை பலர் தூக்கி முத்தமிடுவதால் தோலில் சிறு கொப்பளங்கள் தோன்றலாம். எனவே அவற்றை தடுக்க கைகளை நன்கு சுத்தம் செய்த பிறகே குழந்தையை தூக்க வேண்டும். சிறு குழந்தைகளை முத்தமிடுவதை தவிர்த்தல் நலம்.
4. தலைக்கு எண்ணெய் தேய்த்து குளிப்பாட்டுவதால் எந்தவித உபயோகமும் இல்லை. மாறாக அடிக்கடி இருமல், சளி தொந்தரவினால் குழந்தை அவதியுறலாம்.
5. வயிற்றில் பூச்சி இருப்பதால் தான் குழந்தை மண்ணைத் தின்கிறது என்று எண்ணுவது தவறு. ஆனால் மண்ணைத் தின்னுவதால் கட்டாயம் வயிற்றில் பூச்சி உண்டாகும்.
6. குழந்தைக்கு பல் முளைக்கும்போது பேதியாகும் என்று நினைப்பது தவறு.
7. குழந்தை டம்ளர் அல்லது கப்பிலோ தண்ணீர், பால் அருந்துவதற்கு சீக்கிரமாக பழக்குங்கள்.
8. காய்ச்சல், பேதியால் அவதியுறும் குழந்தைகளுக்கு கொதித்து ஆறவைக்கப்பட்ட தண்ணீர் நிறைய கொடுக்க வேண்டும். தண்ணீர் கொடுக்காவிட்டால் தான் ஆபத்து.
9. சாதாரணமாக குழந்தையை தினமும் குளிப்பாட்டலாம். குளிர் காலத்திலோ அல்லது குழந்தையின் உடல்நலம் சரியாக இல்லாத போது மட்டும் குளிப்பதை தவிர்க்கலாம்.

10. உணவு உட்கொள்ளும் முன்பும் கழிப்பிடம் சென்று வந்த பின்பும் சோப்புக் கொண்டு கை கழுவ பழக்க வேண்டும்.
11. தினமும் இருமுறை பல்துலக்கும் முறையை பழக்கப்படுத்தவும். பிரஷ்ஷை உபயோகப்படுத்தவும். மேல் வரிசை பற்களை ஈறுகளிலிருந்து கீழ்நோக்கியும் கீழ்வரிசைப் பற்களை ஈறுகளிலிருந்தும் மேல்நோக்கியும் மெல்லும் பற்களை முன்னும் பின்னுமாகவும் துலக்க வேண்டும்.
12. அடிக்கடி நகங்களை வெட்டி சுத்தமாக வைத்துக் கொள்ள பழக்கவும்.
13. உண்ண மறுக்கும் குழந்தைக்கு சோற்றை அள்ளி திணிக்கக் கூடாது.
14. தடுப்பு ஊசியும், சொட்டு மருந்தும் முறைப்படி தவறாமல் போட வேண்டும்.

கீழ்க்கண்ட மூடப் பழக்கவழக்கங்களும் நம்பிக்கையும் குழந்தைக்கு ஆபத்தை விளைவிக்கும்

1. எக்காரணத்தைக் கொண்டும் மருத்துவரின் ஆலோசனையைப் பெறாமல் எந்த மருந்தையும் குழந்தைக்கு கொடுக்கக் கூடாது.
2. சில பெற்றோர்கள் குழந்தைக்கு சூடு போடுவதால் வலிப்பு, மஞ்சள் காமாலை போன்ற சில நோய்கள் குணமாகும் என்ற மூட நம்பிக்கை கொண்டுள்ளார்கள். எக்காரணத்தைக் கொண்டும் குழந்தைக்கு சூடு போடக்கூடாது.
3. சின்னம்மை, மணல்வாரியம்மைமுதலிய நோய் கண்ட குழந்தைகளை மருத்துவரிடம் உடனே காட்ட வேண்டும். அவர்கள் கொடுக்கும் மருந்துகளை தவறாமல் கொடுக்க வேண்டும். அம்மைகண்ட குழந்தைகளை அவசரப்பட்டு குளிப்பாட்டக் கூடாது. சிகிச்சை அளிக்காமல் குளிப்பாட்டினால் நிமோனியா முதலியன வருவதற்கு வாய்ப்புண்டு.
4. குழந்தைக்கு 1 வயது ஆகும் வரை தலையை மொட்டை அடிக்க வேண்டாம். ஒரு வயது வரை குழந்தையின் தலையில் உள்ள தோல் மிக மிருதுவாக இருப்பதால் மொட்டையடிப்பதைத் தவிர்க்க வேண்டும்.
5. குழந்தையை உயர தூக்கிப் போட்டு பிடிக்கக் கூடாது. இது குழந்தையின் மூளை வளர்ச்சியை பாதிக்கலாம்.
6. கண், காது, மூக்கு முதலியவைகளில் விளக்கெண்ணெய், வேப்பெண்ணெய் முதலிய எண்ணெய்களை விடுவதால் கடும் பேதி வலிப்பு, நிமோனியா போன்ற நோய்களால் உயிருக்கே ஆபத்து நேரிடலாம்.

7. குழந்தைகளை எப்போதும் நோயுற்றவர்கள் இருக்கும் இடத்திற்கும், நெரிசலான இடத்திற்கும் அழைத்துச் செல்ல வேண்டாம்.

8. ஊசி, பிளேடுகள், கொட்டை, பென்சில், சிலேட்டுக்குச்சி, கோலி குண்டுகள் குழந்தைகளின் விளையாட்டுப் பொருட்கள் அல்ல. அவைகளை குழந்தைளுக்கு எட்டாத இடத்தில் வைக்கப்பட வேண்டும்.

மருத்துவமனையின் தாய்ப்பால் கொள்கை

1. தாய்ப்பாலின் சிறப்பையும் முக்கியத்துவத்தையும் தாய்மார்களுக்கு வேண்டிய சத்துணவு பற்றியும் கருவுற்றிருக்கும்போது கூறி அவர்களை ஊக்குவிக்கிறோம்.

2. குழந்தை பிறந்தவுடன் முதல் ஒரு மணி நேரத்திற்குள்ளாக தாய்ப்பால் கொடுக்க வேண்டும் என்று வலியுறுத்துகிறோம்.

3. ஆரோக்கியமான குழந்தைக்கும் நோயற்ற குறைமாத குழந்தைக்கும் தாய்ப்பால் கொடுக்கும் முறைகளைப் பற்றி போதிக்கிறோம்.

4. குழந்தைக்கு முதல் 6 மாதங்களுக்கு தாய்ப்பாலைத் தவிர வேறு எந்தவித திரவ உணவையுமேகொடுக்கக் கூடாது.

5. தாயையும் குழந்தையையும் எக்காரணத்தைக் கொண்டும் பிரிக்கக் கூடாது.

6. குழந்தை எப்பொழுதெல்லாம் அழுகிறதோ அப்பொழுதெல்லாம் தாய்ப்பால் கொடுக்க வேண்டும்.

7. புட்டிப்பால், சூப்பான் மற்றும் பால் புகட்டும் பாட்டில்கள் முதலியவைகளை இங்கு அறவே தடை செய்துள்ளோம்.

8. இங்கு புட்டிப்பால் அல்லது மற்ற பால் உணவுகளைப் பற்றிய எந்தவிதமான புத்தகமோ மற்ற எந்த வெளியீடோ தடை செய்யப்பட்டுள்ளது.

9. மருத்துவப் பணியாளர்கள் அனைவருக்கும் தாய்ப்பாலைப் பற்றிய பயிற்சி அடிக்கடி கொடுக்கப்படுகிறது.

10. தாய்மார்களுக்கான வகுப்பு வாரம் ஒரு முறை இங்கு நடத்தப்படுகிறது. தாய்மார்கள் ஒரு குழுவாக இணைந்து தங்களின் அனுபவங்களை பகிர்ந்து கொள்ள ஏற்பாடு செய்யப்படுகிறது.

**குழந்தைகள் வளர்க்கப்படுவது போல்
வாழ கற்றுக் கொள்வார்கள்.**

1. கண்டனத்துடன் வளர்க்கப்படும் குழந்தை குறை கூற கற்றுக் கொள்ளும்.

2. பரிகசித்து வளர்க்கப்படும் குழந்தை கூச்சப்பட கற்றுக் கொள்ளும்.

3. அவமானத்துடன் வளர்க்கப்படும் குழந்தை குற்ற உணர்வுடன் இருக்க கற்றுக் கொள்ளும்.

4. சகிப்புத் தன்மையுடன் வளர்க்கப்படும் குழந்தை பொறுமையாயிருக்க கற்றுக் கொள்ளும்.

5. ஊக்கப்படுத்தி வளர்க்கப்படும் குழந்தை நம்பிக்கையோடு வாழ கற்றுக் கொள்ளும்.

6. புகழப்படும் குழந்தை பாராட்டுவதற்கு கற்றுக் கொள்ளும்.

7. நேர்மையுடன் வளர்க்கப்படும் குழந்தை நீதியை கற்றுக் கொள்ளும்.

8. பாதுகாப்புடன் வளர்க்கப்படும் குழந்தை நம்புவதை கற்றுக் கொள்ளும்.

9. அங்கீகாரத்துடன் வளர்க்கப்படும் குழந்தை தம்மையே நேசிக்கக் கற்றுக் கொள்ளும்.

10. சம்மதத்துடனும் நட்புடனும் வளர்க்கப்படும் குழந்தை உலகில் அன்பை பெற கற்றுக் கொள்ளும்.

ஐ.நா. சபையின் குழந்தைகள் உரிமை
பற்றிய பிரகடனம்

அன்புக்கும் அரவணைப்புக்கும்
உணர்ந்தறியும் உறவுக்கும் - உரிமை

ஊட்டமிக்க உணவுக்கும் உடல்நோய்
மருத்துவ காப்புகளுக்கும் - உரிமை

இலவச கல்விக்கு - உரிமை
இனிது விளையாட இன்பம் தரும்

ஆக்கங்களில் ஈடுபட வாய்ப்பு பெறும் - உரிமை

தனக்கென ஒரு பெயரும் நாட்டின்

உரிமையும் கொள்வதற்கு - உரிமை

உடல் ஊனமுற்றபோது சிறப்புப் பாதுகாப்பு பெற - உரிமை

பேரழிவுகள் விளையும் காலத்து உதவியும்
ஆறுதலும் பெறுவதில் முதன்மைபெறும் - உரிமை

பயனுள்ள சமுதாய அங்கமாக வாழப்பயிலவும்
பல்வேறு தனித்திறன்களை மிகை பெற வளர்க்கவும் - உரிமை

அமைதியான உணர்வுச் சூழலில்
அனைத்துலக உடன்பிறப்புணர்வோடு வளர்க்கப்பட - உரிமை

இவ்வுரிமைகளனைத்தையும் இனம்,நிறம்,
பால் தோன்றிய நாடு, சமயம், சமுதாயம்
ஆகிய வேற்றுமைகளின் இடையூறின்றிப்
பெற்று பயன்துய்க்கும் - உரிமை

Benefits of Breast Milk

B est way of feeding a baby

R eadily available

E nvironmentally friendly

A ntibodies

S afe

T emperature perfect

F inancial saving

E asily digestible

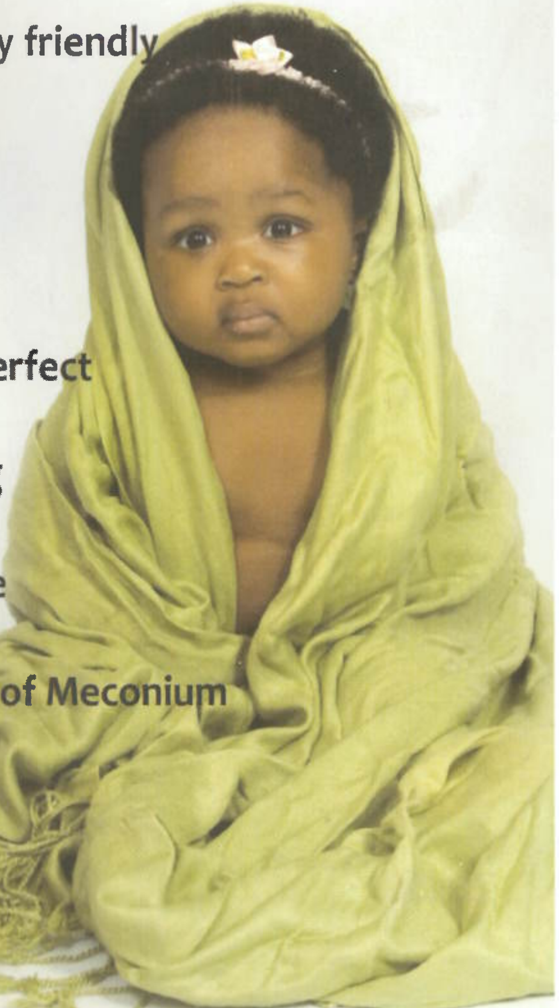
E arlier passage of Meconium

D eaths reduced

I mmunity

N utrient rich

G rowth



POSITION CHART

DATE	TIME	ORAL CARE	BACK CARE	POSITION	SIGN	REMARK

Date:	
OP:	
EMP	
ER	
RA	
RB	
Others	
Total	

Date:	
OP:	
EMP	
ER	
RA	
RB	
Others	
Total	

Date:	
OP:	
E	
ER	
RA	
RB	
Others	
Total	

Date:	
OP:	
E	
ER	
RA	
RB	
Others	
Total	

BHEL
SIMBLE

BHEL MAIN HOSPITAL
TRICHY-14
Consent Form

MTP FROM

HUSBAND

NAME :
AGE :
QUALIFICATION :
DESIGNATION :
NATIONALITY :
RELIGION :
INCOME :
STAFF NO :

WIFE

NAME :
AGE :
QUALIFICATION :
DESIGNATION :
INCOME :
NATIONALITY :
RELIGION :
DATE OF ADMISSION :
DATE OF DISCHARGE :
LMP :
NO OF CHILDREN ALLIVE : MALE FEMALE LCB NO OF ALIVE CHILD

DATE OF MTP :
DATE OF EXPULSION OF PRODUCTS OF CONCEPTION :

ADDRESS :

Form C

(See rule 9)

I……………………………………………………daughter/wife of……………………………………………………………………………………

aged about…………………………years of ……………………………………………………………………………………………

(here state the permanent address) at present residing at………………………………………………………………………

do hereby give my consent to the termination of my pregnancy at ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………(state the name of place where the pregnancy is to be terminated)

Place:

Date: Signature

(To be filled in by guardian where the woman is a mentally ill person or minor)

I…………………………………………………………son/ daughter/ wife of ……………………………………………………………

aged about……………………………………years of……………………………………………………………………………………

(permanent address)

at present residing at …… do

hereby give my consent to the termination of the pregnancy of my ward …………………………………………………

……………………………………………………………… who is a minor/ mentally ill person at ……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………(place of termination of pregnancy)

Place:

Date: Signature

MTP Form

consent form for MTP BY MMA.

I have been explained about the process of Medical Method of abortion, which is a method to terminate a pregnancy using a combination of two Medicines. I understand that I will be required to take the prescribed doses of Mifepristone on day I, followed by Misoprostol on Day 3. I also understand that I will be required to come to the clinic for a follow up visit on Day 15 to confirm the completion of the procedure.

I understand that Many women experience some side effects with Medical Methods of abortion such as Nausea, Vomiting, Diarrhoea, Abdominal pain, cramping and bleeding. The bleeding may be heavier than I usually experience during my Menstruation.

My Doctor/ counsellor has also explained that there are chances that the Method may fail to terminate the pregnancy. In such a situation, it will be necessary for me to undergo a surgical abortion to complete the process. If I experience any symptomes identified by my Doctor as danger signs, or if I have any concerns about the procedure during the course of the 15 days, I may call my Doctor.

FORM I

RMP Opinion Form

(For gestation age upto twenty weeks)

[See Regulation 3]

I ____

(Name and qualifications of the Registered Medical Practitioner in block letters)

____

(Full address of the Registered Medical Practitioner)

hereby certify that I am of opinion, formed in good faith, that it is necessary to terminate the pregnancy of ____

(Full name of pregnant woman in block letters)

resident of ____

(Full address of pregnant woman in block letters)

for the reasons given below*.

I hereby give intimation that I terminated the pregnancy of the woman referred to above who bears the Serial No. ____________________ in the Admission Register of the hospital/approved place.

Place:

Date:

Signature of the Registered Medical Practitioner

*of the reasons specified items (a) to (e) write the one which is appropriate:

a. in order to save the life of the pregnant women,
b. in order to prevent grave injury to the physical and mental health of the pregnant woman,
c. in view of the substantial risk that if the child was born it would suffer from such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped,
d. as the pregnancy is alleged by pregnant woman to have been caused by rape,
e. as the pregnancy has occurred as a result of failure of any contraceptive device or methods used by a woman or her partner for the purpose of limiting the number of children or preventing pregnancy.

Note: Account may be taken of the pregnant woman's actual or reasonably foreseeable environment in determining whether the continuance of her pregnancy would involve a grave injury to her physical or mental health.

Place:

Date:

Signature of the Registered Medical Practitioner

BHEL TRICHY-14 MEDICAL DEPARTMENT

BHEL:M:C:V:2FP (D) **SL.NO:**

DATE :

FORM-L

INTIMATION TO THE CHIEF MEDICAL OFFICER

1. GOVERNMENTAL / NON – GOVERNMENT
2. RESIDENCE OF PATIENT (a) URBAN
   (b) RURAL
3. AGE OF THE PATIENT
4. TOTAL MONTHLLY INCOME OF THE FAMILLY OF THE PATIENT
5. EDUCATION OF THE PATIENT : 0 1-5 6-8 9-11 UNIVERSITY
6. EDUCATION OF HUSBAND OF THE PATIENT: 0 1-5 7-8 9-11 UNIVERSITY
7. OCCUPATION OF (a) PATIENT
   (b) HER HUSBAND
8. RELIGION (a) HINDU
   (b) MUSLIM
   (c) CHRISTIAN
   (d) OTHERS (specify)
9. MARITAL STATUS (1) SINGLE
   (2) MARRIED
   (3) WIDOWED
   (4) DIVORCED OR SEPARATED
10. DATE OF LAST MENSTURAL PERIOD :
11. PREVIOUS PREGNANCIES : LIVER BIRTHS : MALE FEMALE
    STILL BIRTHS : MALE FEMALE
    ABORTIONS : INDUCED
12. DATE OF LAST TERMINATION OF PREGNANCY UNDER THE ACT :
13. NUMBER OF EXISTING CHILDREN : MALE : FEMALE :
14. LAST CONTRACEPTIVE METHOD USED : (IN CASE OF TERMINATION DUE TO FAILURE OR ANY DEVICE FOF METHOD)
    (a) TUBAL LIGATION (b) VASECTOMY (c) IUDC
    (d) CONVENTIONAL CONTRACEPTIVES (e) OTHERS
15. DATE OF ADMISSION TO PLACE OF TERMINATION :
16. DATE OF DISCHARGE FROM PLACE OF TERMINATION :
17. ESTIMATYED DURATION OF PREGNANCY (IN WEEKS) :
18. GROUNDS ON WHICH PREGNANCY HAS BEEN TERMINATED :
    SELECT THE GROUNDS SPECIFIED IN ITEMS (i) TO (vii) BELOW. TICK THE ONE WIHICH IS APPLICAABLE TO THE CASE.
    I. Danger to the life of the pregnant woman
    II. Grave injury to the physical health of the pregnant woman.
    III. Grave injury to the mental health of the pregnant woman
    IV. Pregnancy caused by rape

V. Substantial risk that if the child were born it would suffer from such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped.

VI. Failure of any device or method used by the married woman or her Husband for the purpose of limiting the number of the children

VII. Risk to the health of the pregnant woman due to her actual or foreseeable environment.

19. TYPE OF TERMINATION:

1. Dilatation & evacuation
2. Vacuum aspiration
3. Hysterotomy
4. Hysterectomy
5. Other (Specify)

20. TIME TAKEN FOR OPERATION :

21. ANESTHETIC : None General Local Regional

Analgesia Others

22. COMPLICATIONS:

1. SHOCK
2. HEAM
3. CARDIAC ARREST
4. ANESTHETIC COMPLICATIONS
5. UTERINE PERFORATION
6. CEVICAL TEAR
7. RETAINED PROCUCTS
8. DEATAH
9. OTHERS (Specify)

23. IN CASE OF DEATH SPECIFY THAT CAUSE OF DEATH AND THE TIME OF OPERATION AND THE DEATH:

24. CONTRACEPTIVE :

1. Tubal ligation 2. Vasectomy 3. IUCD
4. Conventional contraceptives 5. None
6. Others

SIGNATURE/SIGNATURE OF
REGISTERED MEDICAL PARCTITIONER /
PRACTITIONERS

N.B : For ready reference the relevant rule in reproduced below. 18(i) Every registered medical Practitioner , who terminates any pregnancy shall , within SEVEN days from such termination , give on intimation , in FROM-K to the CMO as to such or termination indicating therein the code No. Of the hospital or the approved place and the Serial No. assigned to the pregnant woman in the Admission Register.

MMA CLIENT CARD

In case of emergency, please contact :

Doctor : ____________________

Phone Number : ____________________

Hospital Address :

____

____

____

Details of the patient :

Name : ____________________

Phone Number : ____________________

Residential Address :

____

____

____

Date of First visit : ____________________

Date of Second visit : ____________________

Date of Third visit : ____________________

This chart will help you to assess your health during the 15 days of the medical method of abortion procedure. Put a (x) against any symptom that you experience each day during those 15 days

During the procedure →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Spotting															
Routine Menstrual Bleeding															
Excessive Bleeding															
Nausea / Vomiting															
Pain / Cramps															
Fever / Chills / Rigors															

CONSENT FOR INJ. RITUXIMAB IV THERAPY

எனது , ,

அவர்களுக்கு , முடக்கு வாதம் (Rheumatoid Arthritis) நோய் உள்ளது. மேலும் அதற்கு Inj. Rituximab 1gm IV வழியாக மருந்து செலுத்த வேண்டும் என்று மருத்துவர் அறிவுறுத்தினார்.

மேலும் (நரம்பு) IV வழியாக மருந்து செலுத்தும் போதோ அல்லது அதற்கு பின்னரோ சில விளைவுகள் ஏற்பட வாய்ப்புகள் உள்ளது. அவைகள்;

=> தலைவலி (Headache)
=> இருதய கோளாறு (Cardiac arrhythmia)
=> பலவீனம் (Weakness)
=> நீர்க்கட்டு வீக்கம் (Edema swelling)
=> நோய் தொற்று (Infection)
=> முடி கொட்டுதல் (Hair loss)
=> அரிப்பு (Itching)
=> குளிர் (Chills)
=> வெள்ளை அணுக்கள் எண்ணிக்கை குறைவு (↓sed WBC)

இவையாவும் அறிந்த நிலையில் எனது IV வழியாக மருந்து செலுத்த சம்மதிக்கிறேன்.

இப்படிக்கு,

நாள் :

இடம் :

471-006

Bharat Heavy Electricals Limited

Tiruchirappalli - 620 014

NURSES DAILY RECORD

Name of Patient :

O.P.No.: IP No.: Ward: Bed No.:

(all injections to be initiated by persons administering)

Date & Time	Temp.	Pulse	Resp.	B.P.	SPO2 / F.H.R	Treatment - Remarks

CONSENT FOR AR & MLC - NOT WILLING

தகவல் அறிக்கை/மருத்துவ சட்ட வழக்கு சம்மதம் இல்லாதவர்களுக்கான ஒப்புதல் படிவம்

எனது .... ஆகிய .... வயது .... ஆண் / பெண், சாலை விபத்து ஏற்பட்டு பெல் மருத்துவமனைக்கு அழைத்து வரப்பட்டார். அங்கு அவரை பரிசோதித்த மருத்துவர், நோயாளியின் உடல்நிலைப் பற்றி தெளிவாக எடுத்துரைத்தார். மேலும் சாலை விபத்து காரணமாக நோயாளிக்கு காவல் நிலையத்தில் முதல் தகவல் அறிக்கை (AR) மற்றும் மருத்துவ சட்ட வழக்கு (MLC) ஆகியவை பதிவு செய்ய வேண்டும் என்று அறிவுறுத்தியுளார். மேற்கூறிய பதிவுகளால் ஏற்படும் நன்மை மற்றும் பின் விளைவுகளை தெளிவாக எடுத்து கூறிய நிலையிலும், சுய விருப்பத்தின் அடிப்படையில் தகவல் அறிக்கைகளை தருவதில் சம்மதம் இல்லை என்பதை தெரிவிக்கிறோம். இதனால் ஏற்படும் பின்விளைவுகளுக்கு மருத்துவரோ, மருத்துவமனை ஊழியர்களோ, மருத்துவமனையோ பொறுப்பல்ல என்பதை அறிந்து சுயநினைவுடன் கையொப்பம் இடுகின்றோம்.

தேதி:

இப்படிக்கு,

இடம்:

FORM NO.4A
(See Rule 7)
MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH
(For Non-Institutional deaths. Not to be used for stillbirths)
To be sent to Registrar along with From No.2 (Death Report)

I hereby certify that the deceased Shri/Smt/Kum.............................. son of/wife of/daughter of ....resident of ....was under my treatment from .... to .... and he/she died on ....at.............A.M./P.M.

<table>
<tr><td colspan="5">NAME OF DECEASED</td><td rowspan="3">For use of Statistical Office</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Sex</td><td colspan="4">Age at Death</td></tr>
<tr><td>Age in completed years</td><td>If less than 1 year, age in Months</td><td>If less than one month, age in days</td><td>If less than one day, age in Hours</td></tr>
<tr><td>3. Male
4. Female</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">CAUSE OF DEATH

I. Immediate cause
State the disease, injury or complication which Caused death, not the mode of dying such as Heart failure, asthenia, etc.

Antecedent cause
Morbid conditions, if any, giving rise to the above Cause, stating underlying conditions last

II.

Other Significant conditions contributing to the Death but not related to the diseases or conditions causing it.</td><td>(a) ....
due to (or as consequences of)

(b).....................
due to (or as consequences of)

(c).......................

....
..........................</td><td>Interval between onset & death Approx

....

....

....

....

.........................</td><td>................

....
....

....

................</td></tr>
<tr><td colspan="3">If deceased was a female, was pregnancy the death associated with?
If yes, was there a delivery? 1. Yes 2. No</td><td>1. Yes</td><td colspan="2">2. No</td></tr>
</table>

Name and Signature of the Medical Practitioner certifying the Cause of Death.
Date of Verification:...

SEE REVERSE FOR INSTRUCTIONS

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri/Smt/Kum... S/W/D of Shri.......................... R/O................................. was under my treatment from...............to...............and he/she expired on ....at .................A.M./P.M.

Doctor:.......................................
(Signature and address of Medical Practitioner/Medical attendant with Registration No.)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH
Directions for completing the form

Name of deceased: To be give in full. Do not use initials. If deceased is an infant, not yet named at time of death, write 'Son of (S/o)' or 'Daughter of (D/o)', followed by names of mother and father.

Age: If the deceased was over 1 year of age, give age in completed years. If the deceased was below 1 year of age, give age in months and if below 1 month give age in completed number of days, and if below one day, in hours.

Cause of Deaths: This part of the form should always be completed by the attending physician personally.

The certificate of cause of death is divided into two parts, I and II. Part I is again divided into three parts, lines (a) (b) (c). If a single morbid condition completely explains the deaths, then this will be written on line (a) of Part I, and nothing more need be written in the rest of Part I or in Part II, for example, smallpox, lobar pneumonia, cardiac beriberi, are sufficient cause of death and usually nothing more is needed.

Often, however, a number of morbid conditions will have been present at death, and the doctor must then complete the certificate in the proper manner so that the correct underlying cause will be tabulated. First, enter in Part I(a) the immediate cause of death. This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, respiratory failure, etc. These terms should not be appear on the certificate at all since they are modes of dying and not causes of death. Next consider whether the immediate cause is a complication or delayed result of some other cause. If so, enter the antecedent cause in Part I, line(b). Sometimes there will be three stages in the course of events leading to death. If so, line (c) will be completed. The underlying cause to be tabulated is always written in last in Part I.

Morbid conditions or injuries may be present which were not directly related to the train of events causing death but which contributed in some way to the fatal outcome. Sometimes the doctor finds it difficult to decide, especially for infant deaths, which of several independent conditions was the primary cause of death; but only one cause can be tabulated, so the doctor must decide. If the other diseases are not effects of the underlying cause, they are entered in Part II.

Do not write two or more conditions on a single line. Please write the names of the diseases (in full) in the certificates as legibly as possible to avoid the rise of their being misread.

Onset: Complete the column for interval between onset and death whenever possible, even if very approximately, e.g., "from birth" "several years".

Accidental or violent deaths: Both the external cause and the nature of the injury are needed and should be stated. The doctor or hospital should always be able to describe the injury, stating the part of the body injured, and should give the external cause in full when this is shown. Example: (a) Hypostatic pneumonia; (b) Fracture of neck of femur; (c) Fall from ladder at home.

Maternal deaths: Be sure to answer the question on pregnancy and delivery. This information is needed for all women of child-bearing age, even though the pregnancy may have had nothing to do with the death.

Old age or senility: Old age (or senility) should not be given as a cause of death if a more specific cause is known. If old age was a contributory factor, it should be entered in Part II. Example: (a) Chronic bronchitis, II old age.

Completeness of information: A complete case history is not wanted, but, if the information is available, enough details should be given to enable the underlying cause to be properly classified.

Example: Anaemia – Give type of anaemia, if known. Neoplasm – Indicate whether benign or malignant, and site, with site of primary neoplasm, whenever possible, Hear disease – Describe the condition specifically; if congestive heart failure, chronic on pulmonale, etc., are mentioned, give the antecedent conditions. Tetanus – Describe the antecedent injury, if known. Operation – State the condition for which the operation was performed. Dysentery – Specify whether bacillary, amoebic, etc., if known. Complications of pregnancy or delivery – Describe the complication specifically, Tuberculosis – Give organs affected.

Symptomatic statement: Convulsions, diarrhea, fever, ascites, jaundice, debility, etc., are symptoms which may be due to any one of a number of different conditions. Sometimes nothing more is known, but whenever possible, give the disease which caused the symptom.

Manner of Death: Deaths not due to external cause should be identified as 'Natural'. If the cause of death is known, but it is not known whether it was the result of an accident, suicide or homicide and is subject to further investigation, the cause of death should invariably be filled in and the manner of death should be shown as 'Pending investigation.

BHARAT HEAVY ELECTRICALS LIMITED
TIRUCHIRAPPALLI – 620 014
DEATH REPORT

(TO BE FILLED UP LEGIBLY IN BLOCK CAPITALS)

Date Of Admission & Time:

Annual No :	Monthly No :	OP.NO. / ERNE No :
Deceased Aadhaar No :		
Deceased Husband / Wife **Aadhaar No** :		
Name of the **deceased** :		
Date of Death :	**Age :**	**Sex :**
Deceased - Father Name :		
Mother Name :		
Husband / Wife Name :		
Nationality & Religion of the deceased :		
Occupation of the deceased :		
Residence at the time of death :		

Address	**Temporary**	**Permanent**
Door No :		
Street :		
Post Office :		
Village :		
Taluk :		
Dist. & Pincode :		
State :		

Cause of Death :	
Name of Informant :	
Address of the Informant :	
Signature of the Informant :	

DECLARATION OF THE RELATIVE / PERSON GIVING PERSONAL

Certified that the above particulars of the deceased as given in columns by me are correct.

Name :

Signature :

Date :

To be filled in by Public Health Office

Relationship to deceased

Report received on	**Registered on**	**Death Register on**	**Entered by**

BHEL MAIN HOSPITAL TRICHY

Giving Consent for Eye Surgery

I __________________________ Staff No.: ____________ have been advised by my treating doctor to undergo Right eye / Left eye cataract surgery at our hospital. Since I have other co morbid conditions like Diabetes / Hypertension / hypothyroidism / Cancer / lung / Liver disease / Cardiac diseases, post-operative visual outcome could not be guaranteed. Doctors / hospital staff / management are not liable to such consequences.

I willingly acknowledge and sign this consent form.

Date: Signature:

BHEL MAIN HOSPITAL TRICHY

கண் அறுவை சிகிச்சைக்கான ஒப்புதல் அளித்தல் – Consent

எனக்கு ________________________ Staff No.: ________________ எனது வலது / இடது கண்ணில் புரை இருப்பதாக மருத்துவர் மூலம் அறிந்து கொண்டேன். மேலும் எனக்கு இணை நோய்களான சர்க்கரை நோய் / இரத்த அழுத்த உபாதை / வலிப்பு நோய் / நரம்பியல் சார்ந்த உபாதைகள் / புற்று நோய் / கல்லீரல் உபாதைகள் / முடக்கு வாதம் / கண் நீர் அழுத்த நோய் / கண் நரம்பு சம்பந்தப்பட்ட நோய்கள் இருப்பதால், அறுவை சிகிச்சைக்கு பிறகு எந்த அளவிற்கு பார்வை வரும் என்பதற்கு எந்த உத்திரவாதமும் இல்லை என்பதையும் மருத்துவர் மூலம் தெளிவாக அறிந்து கொண்டேன். இதனால் ஏற்படும் பின்விளைவுகளுக்கு மருத்துவரோ , மருத்துவமனையோ , மருத்துவமனை ஊழியர்களோ பொறுப்பல்ல .

இந்த கண் புரை அறுவை சிகிச்சைக்கு நான் என் சொந்த விருப்பத்தின் பேரில் கையொப்பமிடுகிறேன்

இப்படிக்கு

தேதி:

	AMBULANCE SLIP FOR SICK PATIENT ONLY		NO
Date	Time	AM/PM	
Patient Name			
OP.No		Free	To Pay
Drop at			
Signature of Doctor			

बी एच ई एल
BHEL
471-124

BHEL MAIN HOSPITAL BLOOD CENTRE

LIC. No. 74/28C -1997
TIRUCHIRAPPALLI - 620 014.

CERTIFICATE OF HONOUR

This Certificate of Honour as awarded to

Sri / Smt. *for his/ her voluntary*

Blood donation in the service to the suffering humanity

He / She has rendered an excellent humanitarian service and thereby motivating many people towards this noble cause.

We heartily congratulate him / her and appreciate good gesture at the hour of need.

Blood Group : **Rh :** **Donated on :**

படிவம் எண். **2** ....அலுவலகம்

இறப்பு அறிக்கை / இறப்பு பதிவேடு

(சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள்)

இந்தப் பகுதி இறப்பு பதிவேடாகப் பராமரிக்கப்பட வேண்டும்

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை :

1. இறந்த தேதி : நேரம் :
(சரியான இறந்த நேரம், தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டு குறிப்பிடப்பட வேண்டும். உதாரணம் 01-01-2019)

2. இறந்தவரின் பெயர் :
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர் – தமிழ் மற்றும் ஆங்கிலத்தில் எழுதவும்)
ஆதார் எண் இருப்பின் :

3. இறந்தவரின் பாலினம் :
(ஆண் / பெண் / திருநங்கை என்று முழுமையாக எழுதவும் – சுருக்கங்களைப் பயன்படுத்தக்கூடாது)

4. இறந்தவரின் தாயின் பெயர் :
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின் :

5. இறந்தவரின் தந்தையின் பெயர் :
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின் :

அ) இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி பெயர் :
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
கணவர் / மனைவியின் ஆதார் எண் இருப்பின்

ஆ) இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி வயது :

இ) இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி தொடர்பு விவரங்கள் :

6. இறந்தவரின் வயது : (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்)
இறந்தவரின் வயது ஓராண்டிற்கு மேற்பட்டிருந்தால் முடிவடைந்த ஆண்டுகளில் வயதினை எழுதவும். இறந்தவரின் வயது ஒரு வயதுக்குக் குறைவாக இருந்தால், வயதை மாதங்களில் எழுதவும், ஒரு மாதத்திற்கும் குறைவாக இருந்தால், முடிவடைந்த நாட்களை எழுதவும் ஒரு நாளுக்குக் குறைவாக இருந்தால் மணிகளில் எழுதவும்)

7. இறப்பின் போது முகவரி ____________________

8. இறந்தவரின் நிலையான வீட்டு முகவரி ____________________

9. இறந்த இடம் : (குறியீட்டு எண் 1, 2 அல்லது 3 ஐ (டிக்) குறியிட்டு மருத்துவமனை / நிலையத்தின் பெயர் அல்லது வீட்டின் முகவரியினை எழுதவும். மற்ற இடம் என்றால் 3ல் இடத்தின் பெயரை குறிக்கவும்)
   1) மருத்துவமனை / நிலையம் பெயர் : ____________________
   2) வீடு - முகவரி : ____________________
   3) மற்ற இடம் - இடத்தின் பெயர் : ____________________

10. தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் ____________________
முகவரி ____________________
(1 முதல் 21 வரை உள்ள அனைத்து கலங்களையும் நிரப்பியபின், தகவல் தெரிவிப்பவர் கையொப்பமிட்டு தேதியை குறிப்பிடவும்)

தேதி:

தகவல் தெரிவிப்பவரது கையொப்பம்
(அல்லது) இடது கை பெருவிரல் ரேகையின் பதிவு

பதிவாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை :

பதிவு எண்.	
பதிவுப் பகுதி	**வார்டு எண்.**
நகரம் / கிராமம்	
குறிப்புகள் (ஏதுவும் இருந்தால்)	

பதிவு செய்த தேதி	
மாவட்டம்	

பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம், முகவரி.

படிவம் எண். **2** ....அலுவலகம்

(விதி 5(1)ஐ பார்க்கவும்)

இப்பகுதியை பிரித்து புள்ளி விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்.

இறப்பு அறிக்கை

(புள்ளி விவரத் தகவல்கள்)

தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை :

11. இறந்தவர் குடியிருந்த வீடு அமைந்துள்ள நகரம் / கிராமம் :
(இறந்தவர் வழக்கமாக வசித்த இடம்)
(இது இறப்பு நடந்த இடத்திலிருந்து வேறுபட்டதாக இருக்கலாம்)
(வீட்டு முகவரியைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவையில்லை)

(அ) நகரம் / கிராமத்தின் பெயர் : ____________________

(ஆ) நகரம் அல்லது கிராமம் : (சரியான தகவலை டிக் [✓] குறியிடவும்)
1) நகரம் [ ] 2) கிராமம் [ ]

(இ) மாவட்டத்தின் பெயர்: ____________________

(ஈ) மாநிலத்தின் பெயர் : ____________________

12. மதம் :
(சரியான தகவலை டிக் [✓] குறியிடவும்)
1) இந்து [ ] 2) இஸ்லாம் [ ] 3) கிறிஸ்துவர் [ ]
4) பிற மதம் (பெயரினை எழுதவும்) : ____________________

13. இறந்தவரின் தொழில் : ____________________
(இல்லையெனில் "இல்லை" என்று குறிப்பிடவும்)

14. இறப்பதற்கு முன் மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை :
(சரியான விவரத்தை டிக் [✓] குறியிடவும்)
1) மருத்துவ நிலையம் : [ ]
2) மருத்துவ நிலையம் அல்லாத மருத்துவ கவனிப்பு : [ ]
3) மருத்துவ கவனிப்பு ஏதுமில்லை : [ ]

15. இறப்பின் காரணத்திற்கு மருத்துவச்சான்று அளிக்கப்பட்டுள்ளதா ?
(சரியான விவரத்தை டிக் [✓] குறியிடவும்)
1) ஆம் [ ] 2) இல்லை [ ]

16. நோயின் பெயர் அல்லது இறப்பின் காரணம் :
(மருத்துவச் சான்று கொடுத்திருந்தாலும், இல்லையென்றாலும்)

17. இறந்தவர் பெண் என்றால் இறப்பு ஏற்பட்டது கர்ப்பமாக இருந்தபோதா அல்லது குழந்தை பிறப்பின் போதா அல்லது குழந்தை பிறந்து ஆறு வாரங்களுக்குள்ளா ?
(சரியான விவரத்தை டிக் [✓] குறியிடவும்) 1) ஆம் [ ] 2) இல்லை [ ]

18. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகைப்பிடிக்கும் பழக்கம் உள்ளவரா ?
(அப்படியெனில் எத்தனை ஆண்டுகள் புகை பிடித்தார்) [ ]

19. இறந்தவர் வழக்கமாகப் புகையிலை உபயோகப்படுத்துபவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ? [ ]

20. இறந்தவர் பான்மசாலா போன்றவற்றை வழக்கமாக உபயோகப்படுத்துபவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ? [ ]

21. இறந்தவர் குடிப்பழக்கம் உள்ளவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ? [ ]

(நிரப்பப்பட வேண்டிய கலங்கள் முடிவடைந்தன. இடது பக்கம் கையொப்பமிடவும்)

பதிவாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை :

	பெயர்	குறியீட்டு எண்.
மாவட்டம் :		
வட்டம் :		
நகரம் :		
பதிவுப் பகுதி :	**வார்டு எண்**	

பதிவு எண். :	
பதிவு செய்த தேதி :	
இறந்த தேதி :	
வயது (ஆண்டுகள் / மாதம் / நாட்கள் / மணி) :	

இறந்த இடம்	1) மருத்துவமனை / நிலையம்	2) வீடு	3) மற்ற இடம்

பாலினம் :	ஆண்	பெண்	திருநங்கை

பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம், முகவரி.

COP Estd:1981 Ptg by : **சந்திரோதயம்,** திருச்சி.
0431 - 2714071 Cell : 92452 09494, 92454 79954

471-022

MEDICAL DEPARTMENT
HOSPITAL DIET SHEET

EMPLOYEE DETAILS		PATIENT DETAILS			
Name of the Employee		Name of the Patient			
Staff No.		Attendant			
Designation		Bed No.		Ward	
Department		Age		Sex	
Basic Pay	Rs.	Relationship			

I Shall be liable to pay the diet charges incurred that may be recovered from my salary

Date : Signature of the employee Ph. No.

Diet may be given to the Patient's Attendant also

Date : Attending Doctor

DIET DETAILS

Diet issued from			Diet issued upto		
Date	Time	AM/PM	Date	Time	AM/PM
Signature of Staff Nurse			Signature of Staff Nurse		

25	26	27	28	29	30	31
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24				

SUMMARY FOR OFFICE USE

Staff No.	EDP Diet Code	Diet Supplied		Total No. of Days	Rate per day	Total Amount
		From	To			

Prepared by Checked by Supervisor

बी एच ई एल

BHEL

471-013

BHARAT HEAVY ELECTRICALS LIMITED

Tiruchirappalli - 620 014.

MEDICAL DEPARTMENT

ELECTRO CARDIOGRAM

ECG. NO. : **DATE :**

NAME :

AGE : **STAFF No. :**

DEPARTMENT

HISTORY / SALIENT CLINICAL FEATURES

AN ISO 9001 COMPANY

बी एच ई एल
BHEL
471-002

Bharat Heavy Electricals Limited
(A Govt. of India Undertaking)
Medical Department, Tiruchirappalli - 620 014, India.

Phone : 2571922 / 2571307 / 2571401

e-mail : medpa@bhel.in

बी एच ई एल
BHEL
471-012

MEDICAL PRESCRIPTION	Date	
OP.No./ STAFF No.		
MEDICINES / INJECTIONS	DOSAGE	TOTAL

Control Number		
	Signature of Pharmacist	Signature of Doctor

बी एच ई एल
BHEL
ISO Company

வெளிப்பூச்சுக்கு மட்டும்

For External use only

बी एच ई एल
BHEL
ISO Company

வெளிப்பூச்சுக்கு மட்டும்

For External use only

HOUSE KEEPING EMPLOYEE.

SANITARY WORKERS

DATE:

I SHIFT		II SHIFT	
CASUALTY		CASUALTY	
GYNAEC		GYNAEC	
MALE SURGICAL		FEMALE	
ISOLATION		MW & SPL	
FEMALE		MSW & ISW	
SPECIAL		ICU & POW	
MALE SURGICAL			
ICU & POW			
CANTEEN		CANTEEN	
RSK		RSK	
IV SHIFT		III SHIFT	
MOP		CASUALTY/LABOUR	
FOP		MALE/SPL/MSW/ISOW	
LAB			
X-RAY/PHYSIO		ICU/POW/FMW	
OT		MSW/ISO	
DISPENSARY			
HORTICULTURE			
		PATIENT CARE	
I		II	

TOTAL		
I	II	III

BHARAT HEAVY ELECTRICALS LIMITED
TIRUCHIRAPALLI 620 014
MEDICAL DEPARTMENT
SHIFT SHEET

DATE:	SUPERVISOR		SHIFT:
WARDS	STAFF NAMES	DRESSER/MA/MW	S.WORKAS
CASUALITY			
EYE WARD			
PAEDIATRIC			
MATERNITY			
NEW SPL WARD			
SCN			
MSW			
ISOLATION			
FEMALE			
SPL WARD			
MALE			
ICU			
POW			
MIR		MDR	
FIR		FDR	
ECG		KATTUR M/A	
EYE OP		SCAN	
DENTEL OP		MATRON OFFICE	
KATTUR		ERNE	
CHS		STORES	
CMO OFFICE			

SL NO	OT	OP	
1	NIRANJANA	SURGICAL OP	
2	PRABHARANI	DR.P.C.PANDA	
3	SHEELA	DR.KAMALKUMAR	
4	ELANGOVAN	DR.NARENDRA PRASAD	
5	MANIKANDAN	ORTHO OP	
6	RAJANGAM	PAEDIATRIC OP	
7	M.MUTHU LAXMI	DIABETIC OP	
8	SEGAMALLY	ENT OP	
9	P.DEEPA	SKIN OP	
10	RAJA	PSYCHIADRIC OP	
11	DHAYALU	EYE OP	
12	PRITHIVERAJ	GYN OP	
13	RAJESWARI	MOP FOP	
14	SUMATHI	FOP OP	
15		OPC	

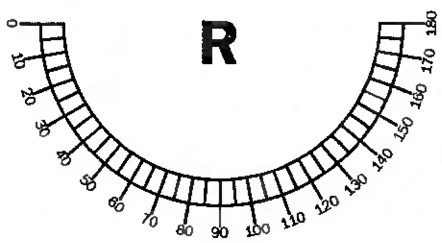
BHARAT HEAVY ELECTRICALS LIMITED
TIRUCHIRAPALLI 620 014
MEDICAL DEPARTMENT
SHIFT SHEET

DATE:	SUPERVISOR		SHIFT:
WARDS	STAFF NAMES	DRESSER/MA/MW	S.WORKAS
CASUALITY			
EYE WARD			
PAEDIATRIC			
MATERNITY			
NEW SPL WARD			
SCN			
MSW			
ISOLATION			
FEMALE			
SPL WARD			
MALE			
ICU			
POW			
MIR		MDR	
FIR		FDR	

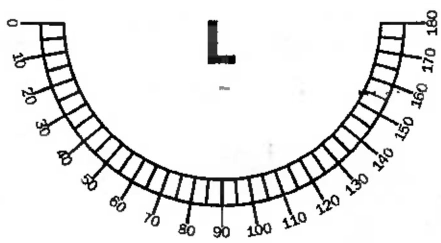
471-042

Bharat Heavy Electricals Limited, Trichy - 14.
HOSPITAL
SPECTACLE PRESCRIPTION

Name :______________________________ Age :__________



RIGHT



LEFT

	R			L		
	SPH	CYL	AXIS	SPH	CYL	AXIS
D.V.						
N.V.						

FUSED KRYPTOK
EXECUTIVE BIFOCAL
CONSTANT WEAR

Date :................ OPTHALMOLOGIST

Bharat Heavy Electricals Limited
(A Govt. of India Undertaking)
High Pressure Boiler Plant, Tiruchirappalli 620 014, India
MEDICAL DEPARTMENT
PHONE : 0431 - 257 1922 / 1401 / 1307
E-mail : medpa@bhel.in

बी एच ई एल
BHEL
AN ISO 9001 COMPANY

BHEL: C.No.:

Date :

REQUISITION FOR CT / MRI / ULTRASOUND

Name of the Patient :

Our BHEL OP. No. :

Age : Yrs. : MALE / FEMALE

Clinical Findings & Provisional Diagnosis :

Investigation required :

Medical Superintendent

To