रजिस्ट्री सं० डी० एल०-33004/99 REGD. NO. D. L.-33004/99

भारत का राजपत्र
The Gazette of India

सत्यमेव जयते

असाधारण
EXTRAORDINARY
भाग I—खण्ड 1
PART I—Section 1
प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 82] नई दिल्ली, सोमवार, मार्च 19, 2018/फाल्गुन 28, 1939
No. 82] NEW DELHI, MONDAY, MARCH 19, 2018/PHALGUNA 28, 1939

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
(स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग)

अधिसूचना

नई दिल्ली, 16 मार्च, 2018

फा. सं. जेड-28015/2/2012-टी.बी.—जबकि, केंद्रीय सरकार का यह समाधान हो गया है कि क्षयरोग एक खतरनाक महामारी, जीवन के लिए घातक है और यह जनस्वास्थ्य की सबसे बड़ी समस्या है जो देश में अत्यधिक रूग्णता और मौतों के लिए उत्तरदायी है। क्षय रोग का शीघ्र निदान और पूर्ण उपचार करना क्षय रोग निवारण और नियंत्रण

कार्यनीति का प्रमुख आधार है। इसके अतिरिक्त क्षय रोग रोधी का अनुप्रयुक्त निदान और अनियमित अथवा अपूर्ण उपचार से जटिलताएं हो सकती है, रोग फैल सकता है और औषध प्रतिरोधि क्षय रोग विकसित हो सकता है।

2. जबकि रोगियों और उनके जानकारों में उपर्युक्त क्षय रोग निदान और इसका प्रबंधन सुनिश्चित करने तथा क्षय रोग संचरण की रोकथाम करने एवं औषध प्रतिरोधी क्षय रोग के फैलाव और विकास की समस्या पर ध्यान देने के लिए यह अनिवार्य है कि सभी क्षय रोगियों के बारे में सारी सूचना एकत्र की जाए।

3. अत: अब क्षय रोग को नियंत्रण करने और इसकी रोकथाम के लिए जन स्वास्थ्य के हित में केंद्र सरकार निम्नलिखित उपाय विनिर्दिष्ट करती है, अर्थात :-

(1) स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायक, जो अब से नैदानिक प्रतिष्ठान कहलाएंगे, प्रत्येक क्षय रोगी के बारे में स्थानीय लोक स्वास्थ्य प्राधिकारी अर्थात जिला स्वास्थ्य अधिकारी अथवा जिले के मुख्य चिकित्सा अधिकारी और शहरी स्थानीय निकायों के नगर स्वास्थ्य अधिकारी, चाहे उन्हें किसी भी नाम से जाना जाए; अथवा अपने नामोद्दिष्ट जिला क्षय रोग अधिकारियों को निम्न में यथाविनिर्दिष्ट प्रपत्र में सूचना प्रदान करेंगे :

(i) चिकित्सा प्रयोगशालाओं द्वारा **अनुलग्नक-I;**

(ii) चिकित्सकों द्वारा **अनुलग्नक-II**

(2) क्षयरोग रोधी दवाइयां देने वाले सभी फार्मेसी, केमिस्ट और औषध विक्रेता **अनुलग्नक- III** के अनुसार संबद्ध क्षय रोगियों और दवाइयों के ब्यौरे के बारे में सूचना देंगे, तथा नुस्खापर्ची की एक प्रति रखें, **अनुलग्नक–IV**, औषधि एवं प्रसाधन सामग्री नियमावली, 1945 की अनुसूची एच1 के अनुसार उपचार करने वाले प्रैक्टिशनर और उसे या तो इलेक्ट्रोनिक रूप में अथवा हार्ड प्रति में जिले के नोडल अधिकारी अथवा नोडल अधिकारी द्वारा अधिकृत किसी अधिकारी को प्रस्तुत करेगा।

(3) मरीज के महत्व पर विचार करते हुए क्षय रोग के सभी मरीजों के पूर्ण एवं समुचित उपचार हेतु उनके द्वारा स्वयं के तथा उपचार करने वाले मेडिकल प्रैक्टिशनरों के ब्यौरे के साथ स्वयं को अधिसूचित करने के लिए आवश्यक सहायता को प्रोत्साहन किया जाता है।

4. **परिभाषाएं** : इस अधिसूचना के प्रयोजन से जब तक कि संदर्भ अपेक्षित न हो, अभिव्यक्तियां—

(i) 'क्षयरोग मरीज' का अभिप्रेत एसिड फास्ट बेसिलि हेतु कम से कम एक नैदानिक नमूने, अथवा माईकोबैक्टीरियम क्षयरोग हेतु कल्चर पॉजिटिव अथवा क्षयरोग हेतु रेपिड डायग्लोस्टिक मोलिक्यूलर टेस्ट पॉजिटिव, अथवा स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, में नैदानिक मरीज अथवा सूक्ष्म जीव विज्ञानीय पुष्टि के बिना किसी मरीज में क्षयरोग के निदान और उसकी क्षयरोग रोधी औषधियों पर रखने से है।

(ii) 'नैदानिक स्थापना' का अभिप्राय इसमें निर्दिष्ट नैदानिक स्थापना पंजीकरण एवं विनियम अधिनियम, 2010 की धारा 2 के खंड (ग) (2010 का 23) से है।

5. संबंधित राज्य क्षयरोग अधिकारियों और जिला क्षयरोग अधिकारियों की सूची एवं संपर्क विवरण केन्द्रीय क्षयरोग प्रभाग द्वारा नियमित रूप से स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार में अद्यतन किया जाएगा तथा उसे www.tbcindia.gov.in **एवं** https://nikshav.gov.in पर उपलब्ध कराया जाएगा; जो अपने कार्य क्षेत्र के संबंधित क्षेत्रों में क्षयरोग अधिसूचना के कार्यान्वयन के लिए उत्तरदायी है तथा यह सुनिश्चित करेंगे कि हार्ड प्रति के माध्यम से अथवा निक्षय नामक ऑनलाइन आवेदन के माध्यम से क्षयरोग रोगी अधिसूचना के संबंध में जानकारी प्राप्त होने पर ग्रामीण अथवा शहरी स्थानीय निकायों की सामान्य स्वास्थ्य प्रणाली के स्थानीय जन स्वास्थ्य स्टाफ द्वारा निम्नलिखित कार्रवाई की जाती है:

(1) रोगी की सुविधा के अनुसार मरीज के घर का दौरा;

(2) क्षयरोग से पीडित व्यक्तियों और परिवार के सदस्यों की काउंसलिंग;

(3) उपचार प्रक्रिया का पालन तथा बाद में पूरा उपचार सुनिश्चित करने के लिए सहायता देना;

(4) रोग फैलाने वाले व्यक्ति का पता लगाना, रोग लक्षणों की जांच, क्षय रोग सूचक लक्षणों का मूल्यांकन तथा उपयुक्त रोग फैलाने वाले व्यक्तियों का आईसोनाइजिड केमोप्रोफिलेक्सिस औषधि देना।

(5) एचआईवी काउंसलिंग और जांच कराने, औषध अतिसंवेदनशीलता जांच कराने के लिए कहना;

(6) उपलब्ध समाज कल्याण और सहायता स्कीमों से संबद्ध करना।

6. ऑनलाईन सूचना प्रस्तुत करने के लिए सभी प्रैक्टशिनरों, नैदानिक स्थापनाओं, फार्मेसियों, केमिस्टों, दवा विक्रेताओं और रोगियों को केंद्रीय क्षयरोग प्रभाग द्वारा https://nikshay.gov.in सुरक्षित वेबपोर्टल उपलब्ध कराया जाए।

7. जन स्वास्थ्य स्टॉफ द्वारा प्राप्त क्षयरोग अधिसूचना संबंधी जानकारी का उपयोग केवल परिचर्या और सहायता देने, उक्त पैराग्राफ 5 में उल्लिखित उपयुक्त जन स्वास्थ्य कार्रवाई करने; जिनमें रोगियों को मुक्त औषधियों और नैदानिक जांचे, सह-रुग्णताओं की जांच, औषध अतिसंवेदनशीलता जांच, गुणवत्ता परिचर्या में सुधार करने के लिए

उपचार प्रक्रिया का पालन करने हेतु सूचना प्रौद्योगिकी आधारित सहायता प्रणाली इत्यादि जैसे वित्तीय और गैर-वित्तीय प्रोत्साहन प्रदान करना शामिल है; तथा उपचार करने वाले संबंधित चिकित्सा प्रेक्टशिनर को फीडबैक प्रदान करने के लिए ही किया जाएगा: बशर्ते कि क्षयरोग से पीडित की निजी पहचान को गुप्त रखा जाए।

8. फार्मेसी, केमिस्टों और दवा विक्रेताओं द्वारा सूचित क्षय रोगियों, स्वयं द्वारा सूचित रोगियों से संपर्क किया जाए तथा जन स्वास्थ्य प्राधिकरण अथवा उनके प्राधिकृत प्रतिनिधि द्वारा जांच की जाए।

9. चिकित्सा प्रयोगशाला, केमिस्टों, सूचित क्षय रोगियों और स्वयं द्वारा सूचित क्षय रोगियों के संबंध के, जन स्वास्थ्य प्रणाली का स्टॉफ सूचना पूरी करने के लिए सूचना एकत्रित करेगा जिसमें निदान का आधार, रोग-स्थल, क्षय-रोधी उपचार की पृष्ठ भूमि तथा क्षयरोग के प्रकार का वर्गीकरण शामिल है।

10. ये उपाय दिनांक 7 मई, 2012 के आदेश फा.सं. जेड-28015/2/2012-टीबी द्वारा जारी पिछले उपायों तथा इसके दिनांक 23 जुलाई, 2015 के संशोधनों से अभिभावी होंगे।

11. यदि क्लिनिकल संस्था, फार्मेसी, कैमिस्ट और दवा-विक्रेता किसी क्षय रोगी को ऊपर पैरा में बताए अनुसार नोडल के पास अधिसूचित नहीं करता है और ग्रामीण या शहरी स्थानिक निकायों के सामान्य स्वास्थ्य तंत्र के स्थानीय जन-स्वास्थ्य कर्मचारी ऊपर पैरा 5 के अनुसार क्षय रोगी की अधिसूचना मिलने पर उपयुक्त जन-स्वास्थ्य संबंधी कार्रवाई नहीं करता है, तो उस पर भारतीय दंड संहिता (1860 का 45) को धाराओं 269 और 270 के उपबंधों के तहत कार्रवाई हो सकती है, ये धाराएं निम्नानुसार हैं:

> **"269. लापरवाहीपूर्ण कार्य जिससे जीवन के लिए खतरनाक रोग के संक्रमण की संभावना हो—**जो भी गैर-कानूनी रूप से या लापरवाही पूर्ण ढंग से ऐसा कोई कार्य करता है जिससे और, जिसे वह जानता है या उसके पास यह मानने का कारण है कि इससे जीवन के लिए किसी खतरनाक रोग का संक्रमण फैलने की संभावना है, तो उसे या तो एक कथित अवधि, जिसे छह महीने तक बढ़ाया जा सकता है, के लिए कारावास की सजा या जुर्माना या दोनों की सजा हो सकती है।"
>
> **270. परिद्वेषपूर्ण कार्य जिससे जीवन के लिए खतरनाक रोग के संक्रमण की संभावना हो—**जो भी द्वेषपूर्ण ढंग से ऐसा कोई कार्य करता है जिससे, और जिसे वह जानता है या उसके पास यह मानने का कारण है कि इससे जीवन के लिए किसी खतरनाक रोग का संक्रमण फैलने की संभावना है, तो उसे या तो एक कथित अवधि जिसे दो वर्ष तक बढ़ाया जा सकता है, के लिए कारावास या जुर्माना या दोनों की सजा हो सकती है।"

अरूण कुमार झा, आर्थिक सलाहकार

चिकित्सा प्रयोगशाला के लिए टीबी अधिसूचना रिपोर्टिंग प्रारूप

रिपोर्टिंग की अवधि: … ../……./…… से… ../……./……तक

अनुलग्रक-I

प्रयोगशाला का नाम: ....

टीबी अधिसूचना के लिए स्वास्थ्य संस्था का कोड

.... / ....

पंजीकरण संख्या : .... टेलीफोन (एसटीडी के साथ) : ....

मोबाइल नंबर : ....

पूरा पता: ……………………………………………………………………………………………………।……….................................। ....। ....।

क्र.सं.	टीबी रोगी का नाम (उपनाम पहले)	पिता / पति का नाम	आयु (वर्ष)	लिंग (पुरूष / महिला/ अन्य)	भारत सरकार द्वारा जारी पहचान संख्या*	पूरा आवासीय पता	पिन न.	रोगी का फ़ोन नंबर	टीबी निदान की तिथि *	बलगम संग्रह की तिथि	परिणाम की तिथि	टेस्ट परिणाम के प्रकार (धब्बा माइक्रोस्कोपी पोजीटिव/ कल्चरपोजीटिव/ एमटीबी एलपीए पर/ एफएनएसी में टीबी / एम टीबी एक्सपर्टपर/ टीबी हिस्टोपैथ पर/ डीएसटी	प्रत्येक परीक्षित दवा के लिए डीएसटी परिणाम (आर = प्रतिरोधी / एस = संवेदनशील / एनए = उपलब्ध नहीं है) रीफ, आईएनएच, एसएम, ईएमबी, ओएफएक्स, के एम, ईटो, सिप्रो, कैपर आदि $							
													रीफ	आईएनएच	एस.एम.	ईएमबी	ओएफएक्स	केएम	—	—

*** अनिवार्य**

प्रयोगशालाओं में आरएनटीसीपी समर्थित टीबी डायग्नोस्टिक्स वाली कोई भी स्वास्थ्य संस्था शामिल है।

हस्ताक्षर : .... दिनांक: … .. /……./……

चिकित्सा पेशेवर/क्लिनिक/अस्पताल/नर्सिंग होम के लिए टीबी अधिसूचना रिपोर्टिंग प्रारूप

रिपोर्टिंग की अवधि: ... ../......./...... से... ../......./......तक

अनुलग्नक- II

प्रयोगशाला का नाम: ....

टीबी अधिसूचना के लिए स्वास्थ्य संस्था का कोड

.... / ....

पंजीकरण संख्या : .... टेलीफोन (एसटीडी के साथ) : ....

मोबाइल नंबर : ....

पूरा पता: ....।..।

क्र.सं.	टीबी रोगी का नाम (उपनाम पहले)	पिता/ पति का नाम	आयु (वर्ष)	लिंग (पुरूष/ महिला/ अन्य)	भारत सरकार द्वारा जारी पहचान संख्या**	पूरा आवासीय पता	पिन न.	रोगी का फ़ोन नंबर	टीबी निदान की तिथि *	टीबी उपचार प्रारंभ करने की तारीख*	रोग की साइट(पी/ ईपी) *	रोगी प्रकार (नया टीबी केस / आवर्ती टीबी का मामला / उपचार परिवर्तन) *	निदान के आधार (स्मीयर माइक्रोस्कोपी / कल्चर/ पीसीआर / एलपीए/ एफएनएसी/ हिस्टोपैथोलोजी / रोगलक्षण जांच / एक्स-रे)	कि.ग्रा. में वजन	ड्रग्स और खुराक (मिलीग्राम में)एच / आर / जेड / ई / एस /ओ / के / सीएस/ इतो /लेवो / एमएक्स / सीपीआर /अन्य (निर्दिष्ट करें)

*** अनिवार्य**

निजी पेशेवर/ क्लिनिक (सिंगल) में वे सभी स्वास्थ्य संस्थाएं शामिल होंगी, जहां टीबी रोगियों का उपचार किया जाता है या रोग लक्षण आधार पर / (रेडियोलोजी आधार पर निदान किया जाता है और चिकित्सा सेवाएं सिंगल चिकित्सा पेशेवर द्वारा प्रदान की जाती हैं)।

अस्पताल / क्लिनिक / नर्सिंग होम (मल्टी-प्रैक्टिशनर) में वे सभी स्वास्थ्य संस्थाएं शामिल होंगी, जहां टीबी रोगियों का उपचार किया जाता है या रोग लक्षण आधार पर / रेडियोलोजी आधार पर निदान किया जाता है और चिकित्सा सेवाएं एक से अधिक प्रैक्टिश्नर द्वारा प्रदान की जाती हैं।

हस्ताक्षर : .... दिनांक: ....../......./......

चिकित्सा पेशेवर/क्लिनिक/अस्पताल/नर्सिंग होम के लिए टीबी अधिसूचना रिपोर्टिंग प्रारूप

रिपोर्टिंग की अवधि: ... ../......./...... से... ../......./......तक

अनुलग्नक- **II**

स्वास्थ्य सुविधा /प्रैक्टिशनर का नाम: ....

टीबी अधिसूचना के लिए स्वास्थ्य संस्था का कोड

.... / ....

पंजीकरण संख्या : .... टेलीफोन (एसटीडी के साथ) : ....

मोबाइल नंबर : ....

पूरा पता: ....|.....................................| ....|

...................................| ....| ....

रोगी आईडी	क्या रोगी के घर का दौरा किया? (हां/नहीं)	यदि हां, तो किसके द्वारा	रोगी को परामर्श (हां/ नहीं)	उपचार अनुपालन का प्रकार (डीओटी / एसएमएस/ फोन / 99 डीओटी / विदिओ डीओटी/ पिल बोक्स/सैत)	रोगी की स्थिति (नियमित / अनियमित)	महीना जिसमें एफयू परीक्षा की गई	एफयू परीक्षा की स्थिति (एसएम / कल्चर) (पॉजीटिव/ नेगेटिव)	नैदानिक सुधार (हां/नहीं)	संपर्कों की संख्या	लाक्षणिक आधार पर संपर्क	संपर्क में आने से टीबी होने के मामलों की संख्या	टीबी-रोधी उपचार पर शुरू की गई संपर्कों की संख्या	संपर्कों की संख्या जिनमें कीमोप्रोफैल-क्सिस की पेशकश की	एचआईवी परीक्षण की पेशकश (नहीं/नेगेटिव/पोजीटिव)	डीएसटी की पेशकश की (नहीं / आरआईएफ प्रतिरोध/आरआईएफ संवेदनशील/अनिश्चित)	उपचार परिणाम (सी / टीसी/ एफ/ डी/एलटीएफयू/ टीओ / आरसी)

सी = ठीक, टीसी = उपचार पूरा एफ = विफलता डी = मर गया एलटीएफयू = अनुपरीक्षण के लिए गुम टीओ = बाहर स्थानांतरित आर सी = रेजीमेन (विधान) बदला

पृष्ठ 2 पर यह जानकारी उपचार के दौरान और स्थानीय सार्वजनिक स्वास्थ्य कर्मचारियों द्वारा सार्वजनिक स्वास्थ्य क्रिया सहायता के साथ निकशे में एसओएस अद्यतन के साथ उपचार पूरा होने के बाद प्रस्तुत की जानी है।

हस्ताक्षर : .... दिनांक: .... /......./......

अनुलग्नक- **III**

फार्मेसी, कैमिस्ट और दवा-विक्रेता के लिए टीबी अधिसूचना रिपोर्टिंग प्रारूप

रिपोर्टिंग की अवधि: ... ../......./...... से... ../......./......तक

रिपोर्टकर्ता (फार्मेसी) का नाम: ....

टेलीफोन (एसटीडी के साथ) : ....

मोबाइल नंबर : ....पूरा पता..

क्र. सं.	टीबी रोगी का नाम (प्रथम उपनाम) *	पिता / पति का नाम	आयु (साल) *	लिंग (पुरूष/ महिला/ ट्रांसजेंडर) **	भारत सरकार द्वारा जारी पहचान संख्या *	पूरा आवासीय पता	पिन नंबर	रोगी का फ़ोन नंबर	टीबी निदान की तिथि **	टीबी उपचार की शुरुआत की तिथि **	नुस्खे की तिथि *	औषधि देने की तिथि*	दिनों की संख्या जिनके लिए दवाएं दी गई *	चिकित्सा करने वाले चिकित्सक का नाम *	चिकित्सा करने वाले का पता और पंजीकरण संख्या

* अनिवार्य ** अनिवार्य नहीं

हस्ताक्षर: .... दिनांक: .... /........../........

अनुलग्नक -IV

प्रत्येक अधिसूचित रोगी के लिए निर्धारित दवाओं और दी गई दवाओं पर नुस्खे के बारे में पर्चे का विवरण खुराक, संघटन और अवधि के साथ उल्लेख किया जाना चाहिए

MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE

(Department of Health and Family Welfare)

NOTIFICATION

New Delhi, the 16th March, 2018

F.No. Z-28015/2/2012-TB.—Whereas, the Central Government is satisfied, that tuberculosis is a dangerous epidemic disease, threat to life and is a major public health problem accounting for substantial morbidity and mortality in the country. Early diagnosis and complete treatment of tuberculosis is the corner-stone of tuberculosis prevention and control strategy. Further, inappropriate diagnosis and irregular or incomplete treatment with anti-tubercular drugs may contribute to complications, disease spread and emergence of drug resistant tuberculosis.

2. Whereas, to ensure proper tuberculosis diagnosis and its management in patients and their contacts and to reduce tuberculosis transmission and further to address the problems of emergence and spread of Drug Resistant-Tuberculosis, it is essential to collect complete information of all tuberculosis patients.

3. Now, therefore, in the interest of public health to control and prevent the tuberculosis disease, the Central Government, specify the following measures, namely:-

(1) The Healthcare Providers, termed as Clinical Establishment henceforth; shall notify every tuberculosis patient to local Public Health Authority, namely, District Health Officer or Chief Medical Officer of a District and Municipal Health Officer of urban local bodies in whatever way they are known; or their designated District Tuberculosis Officers in a format as specified in, -

(i) **Annexure-I** by the Medical Laboratories;

(ii) **Annexure-II** by the Medical Practitioners.

(2) All Pharmacy, Chemist and Druggist dispensing anti-tubercular medicines, shall notify respective tuberculosis patients along with details of medicines as per **Annexure-III** and maintain a copy of prescription - Annexure IV, the treating Medical Practitioner as per Schedule H1 of the Drugs and Cosmetics Rules, 1945; and shall furnish the same either electronically or in hard copy, to the Nodal Officer of the District or any Officer authorised by Nodal Officer.

(3) Considering the importance of patient support needed for complete and appropriate treatment of all tuberculosis patients are encouraged to self-notify themselves with their own details and that of treating medical practitioners.

4**.** **Definitions**: For the purpose of this notification, unless the context otherwise requires, the expressions -

(i) 'Tuberculosis patient' means a patient diagnosed with at least one clinical specimen positive for acid fast bacilli, or culture-positive for Mycobacterium *tuberculosis* or rapid diagnostic molecular test positive for tuberculosis, or any other tests recommended by Ministry of Health and Family Welfare, Government of India **or** a patient diagnosed clinically as a case of tuberculosis, without microbiologic confirmation, and initiated on anti-tubercular drugs.

(ii) 'clinical establishment' shall have the meaning assigned to it, clause (c) of Section 2 of the Clinical Establishment Registration and Regulation Act, 2010, (23 of 2010).

5. List and contact details of the concerned State Tuberculosis Officers and District Tuberculosis Officers, shall be regularly updated by the Central Tuberculosis Division, in the Ministry of Health and Family Welfare, Government of India and made available on www.tbcindia.gov.in and https://nikshay.gov.in; who are responsible for implementation of tuberculosis notification in their respective areas of jurisdiction and shall ensure that following action is taken by local public health staff of general health system of rural or urban local bodies, on receipt of information on tuberculosis patient notification through hard copy or through online application named Nikshay:

(1) patient home visit as per convenience of patient;

(2) counselling of tuberculosis patient and family members;

(3) treatment adherence and follow up support ensure treatment completion;

(4) contact tracing, symptoms screening, evaluation of tuberculosis symptomatics and offering isoniazid chemoprophylaxis to eligible contacts;

(5) offering HIV counselling and testing, drug susceptibility testing;

(6) linking with available social welfare and support schemes.

6. Secured web portal like https://nikshay.gov.in shall be made available by the Central Tuberculosis Division to all practitioners, clinical establishments, pharmacies, chemists, druggists and patients for online submission of information.

7. The information on tuberculosis notification received by Public Health Staff, shall be used only for extending the care and support, take appropriate public health action as mentioned in paragraph 5 above; including financial and non-financial incentives to patients, like free drugs and diagnostics, screening for co-morbidities, drug susceptibility testing, information technology based treatment adherence support system for improving quality care, etc., and providing feedback to the respective treating medical practitioner: provided that the confidentiality of the individual identity of the tuberculosis patients shall be maintained.

8. Tuberculosis patients notified from Pharmacies, Chemists and Druggists and those patients self-notified, shall be contacted and verified by Public Health Authority or their authorized representative.

9. For tuberculosis patients notified from Medical Laboratory, Chemist and self-notification by tuberculosis patient, staff of public health system will gather information to complete notification which include basis of diagnosis, site of disease, history of anti-tubercular treatment and classify type of tuberculosis patient.

10. These measures shall prevail over the earlier measures issued vide order F.No. Z-28015/2/2012-TB, dated the 7th May 2012 and its amendment dated the 23th July 2015.

11. The Clinical Establishment, Pharmacy, Chemist and Druggist, failing to notify a tuberculosis patient to the nodal officer, as mentioned in paragraph 3 above and local public health staff of general health system of rural or urban local bodies, not taking appropriate public health action on receiving tuberculosis patient notification as per paragraph 5 above, may attract the provisions of sections 269 and 270 of the Indian Penal Code (45 of 1860), as the case may be, which are reproduced below:

> **"269. Negligent act likely to spread infection of disease dangerous to life**. - Whoever unlawfully or negligently does any act which is, and which he knows or has reason to believe to be, likely to spread the infection of any disease dangerous to life, shall be punished with imprisonment of either description for a term which may extend to six months, or with fine, or with both.
>
> **270. Malignant act likely to spread infection of disease dangerous to life.** - Whoever malignantly does any act which is, and which he knows or has reason to believe to be, likely to spread the infection of any disease dangerous to life, shall be punished with imprisonment of either description for a term which may extend to two years, or with fine, or with both."

ARUN KUMAR JHA, Economic Adviser

TB Notification reporting format for Medical Laboratory

Period of reporting: From …../……./…… To …../……./……

Name of the Laboratory :……………………………………………………… **Health Establishment code for TB Notification**

Registration Number:………………………………… Telephone (with STD):…………………… ……………/……………

Mobile number:…………………………

Complete Address: ………

Sr. No.	Name of TB Patient (surname first)	Father / Husband's name	Age (yrs)	Sex (M/ F/O)	GoI issued identification number	Complete residential address	PIN number	Patient Phone number	Date of TB Diagnosis*	Date of sputum collection	Date of result	Type of Test result (smear microscopy positive / culture positive / MTB on LPA / MTB on Xpert / MTB in FNAC / TB on Histopath/ DST	DST results for each drug tested (R=resistant / S=sensitive/NA=not available) Rif, INH, SM, EMB, Ofx, Km, Eto, Cipro, Capr, etc.							
													Rif	INH	SM	EMB	Ofx	Km	—	—

*** Mandatory**

Laboratories include those Health Establishments carrying out any of the RNTCP endorsed TB diagnostics

Signature:……………………………………… **Date: …../……./……**

Annexure II

TB Notification reporting format for Medical practitioners/Clinics/Hospitals/Nursing homes

Period of reporting: From …../……./…… To …../……./……

Name of the health facility / practitioner :…………………………………………(single/Multi) **Health Establishment code for TB Notification** ……………/…………

Registration Number:………………………………… Telephone (with STD):…………………………

Mobile number:…………………………

Complete Address: ………………………………………………………………………………………………………

Sr. No.	Name of TB Patient (surname first)	Father / Husband's name	Age (yrs)	Sex (M/ F/O)	GoI issued identification number *	Complete residential address	PIN no.	Patient Phone number	Date of TB Diagnosis *	Date of TB treatment initiation*	Site of Disease (P /EP)*	Patient Type (New TB case/ Recurrent TB case/ Treatment change) *	Basis of diagnosis (Smear microscopy/ culture / PCR/ LPA/ FNAC/Histopathology/Clinical exam/X-Ray)	Weight in Kg.	Drugs and dosages (in mg) H/R/Z/E/S/ O/K/Cs/Eto/ Levo/Mx/Cpr/ Other (specify)

*** Mandatory**

Private practitioner / Clinic (single) will include any Health Establishments where TB cases are treated or diagnosed clinically / radiologically and the medical services are provided by single medical practitioner.

Hospital / Clinic / Nursing Home (multi-practitioners) will include any Health Establishments where TB cases are treated or diagnosed clinically/radiologically & medical services are provided by more than one practitioner.

Signature:……………………………………… Date: …../……./……

Annexure II

TB Notification reporting format for Medical practitioners / Clinics/Hospitals/Nursing homes

Period of reporting: From …../……./…… To …../……./……

Name of the health facility / practitioner :………………………………………(single/Multi) **Health Establishment code for TB Notification**

Registration Number:………………………………… Telephone (with STD):……………………… ……………/…………

Mobile number:…………………………

Complete Address: ……………………………………………………………………………………………….………

Patient ID	Patient home visit Done (Y/N)	If Yes, done by	Patient counseling Done (Y/N)	Type of treatment adherence (DOT/ SMS/ Phone/99 DOT/Video DOT/Pill box/ SAT)	Status of patient (regular/ Not regular)	Month at which FU examination done	Status at FU examination (SM/Cult) (Pos/Neg)	Clinical improvement (Yes/No)	No. of contacts	No. of contact symptomatic	No. found to have TB among contact	No. of contacts initiated on anti-TB treatment	No. of contacts offered chemoprophylaxis	HIV testing offered (No/Neg/ Pos)	DST offered (No/RIF resistance /RIF sensitive/ Indeterminate)	Treatment Outcome (C/TC/F/D/ LTFU/TO/ RC)

C=Cured, TC=Treatment Completed F=Failure D=Died LTFU=Lost to FollowUp TO=Transferred Out RC =Regimen Change.

This information on page 2 is to be submitted during treatment and after treatment completion with sos updation in Nikshay with public health action support by local public health staff.

Signature:……………………………………… **Date: …../……./……**

Annexure III

TB Notification reporting format for Pharmacy, Chemist & Druggist

Period of reporting: From …../……./…… To …../……./……

Name of the Reporting (pharmacy) :……………………………………………… Telephone (with STD):……………………………………

Mobile number:…………………………Complete Address:…………………………………………………………………………………………

Sr. No.	Name of TB Patient (surname first) *	Father / Husband's name	Age (yrs)*	Sex (Male/Female /Transgender) **	GoI issued identification number *	Complete residential address	PIN no*	Patient Phone number	Date of TB Diagnosis**	Date of TB treatment initiation **	Date of prescription*	Date of Dispensing Medicines*	Number of Days for which Medicines dispensed*	Name of treating medical practitioner (Prescriber) *	Address & Registration no. of treating medical prac-titioner

*** Mandatory** **** Not mandatory**

Signature:……………………………………… Date: …../……./……

Annexure-IV

For each notified patient the prescription details on drugs prescribed and drugs dispensed should be mentioned with dosages, formations and duration

Uploaded by Dte. of Printing at Government of India Press, Ring Road, Mayapuri, New Delhi-110064
and Published by the Controller of Publications, Delhi-110054.

SARVESH KUMAR SRIVASTAVA
Digitally signed by SARVESH KUMAR SRIVASTAVA
Date: 2018.03.20 19:52:12 +05'30'