

**सी.एस.आई.आर. मद्रास कॉम्प्लेक्स**  
**C S I R MADRAS COMPLEX**  
**चेन्नै / CHENNAI**

\_\_\_\_\_ में नियुक्त श्रीमती/श्री/कुमारी \_\_\_\_\_ की/के  
पत्नी/पुत्र/माता/पिता श्री \_\_\_\_\_ को दिया गया प्रमाण-पत्र।  
Certificate granted to Mrs./Mr./Miss \_\_\_\_\_  
wife / son / daughter / Mother / Father of Mr. \_\_\_\_\_  
employed in the \_\_\_\_\_

प्रमाण-पत्र 'क'  
CERTIFICATE 'A'

(उन रोगियों के विषय में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो।)  
(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

मैं डॉ. \_\_\_\_\_ प्रमाणित करता हूँ कि—  
I, Dr. \_\_\_\_\_ hereby certify that—

(क) मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाएँ) \_\_\_\_\_ को  
\_\_\_\_\_ परामर्शों के लिए \_\_\_\_\_ रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए।

(a) I charged and received Rs. \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_  
consultation on \_\_\_\_\_ at my consulting room/at the residence of the patient  
(dates to be given)

(ख) मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाएँ) \_\_\_\_\_ को  
अन्तः पेशी/अवत्यक इंजेक्शन देने लिए \_\_\_\_\_ रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए।

(b) I charged and received Rs. \_\_\_\_\_ for  
administering \_\_\_\_\_ intra muscular/sub cutaneous Injections on \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ at consulting room/at the residence of the patient.  
(Dates to be given)

(ग) दिए गए इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग निरोध के लिए थे/नहीं थे।  
(c) the injections administered were not for immunising or prophylactic purpose.

(घ) रोगों का इलाज \_\_\_\_\_ अस्पताल में / मेरे परामर्श कक्ष में हुआ है और इस संबंध में मेरे  
द्वारा नुस्खे में दी गई निम्नलिखित औषधियाँ रोगी की हालत ठीक करने / गंभीर रूप से रोकने के लिए अनिवार्य थीं। ये  
औषधियाँ \_\_\_\_\_ अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती  
(अस्पताल का नाम)

और उनमें वे पेटेन्ट (एकायत) योग शामिल नहीं है जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध है न ही वे  
योग शामिल हैं जो मूलतः खाद्य, प्रसाधन अथवा रोगाणुनाशक है।

(d) the patient has been under treatment at \_\_\_\_\_ hospital / my  
consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were  
essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines  
are not stocked in the (name of hospital) \_\_\_\_\_  
for the supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substance  
of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

क्र.सं. Sl. No.	औषधियों के नाम Name of Medicines	कीमत Price		क्र.सं. Sl. No.	औषधियों के नाम Name of Medicines	कीमत Price	
		Rs.	P.			Rs.	P.
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

- (ड) रोगी \_\_\_\_\_ रोग से पीड़ित है/था और \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक मेरे इलाज में है/था।  
 (e) the patient is/was suffering from \_\_\_\_\_ is/was under my treatment from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_
- (च) रोगी की जन्मपूर्व अथवा जन्मोत्तर निकित्सा नहीं की गयी है/थी।  
 (f) the patient is/was not given pre natal or post natal treatment.
- (छ) जिन एक्स रे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए \_\_\_\_\_ रुपये खर्च किए गये वे आवश्यक थे और मेरी सलाह से \_\_\_\_\_ में किये गये थे।  
 (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)
- (g) the X-ray, laboratory test, etc. for which an expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ was incurred was necessary and was undertaken on my advice at \_\_\_\_\_  
 (Name of the hospital or laboratory)
- (ज) मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ. \_\_\_\_\_ के पास भेजा था और \_\_\_\_\_ का (राज्य के प्रमुख प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था।
- (h) I referred the patient to Dr. \_\_\_\_\_ for specialist consultation and that the necessary approval of the \_\_\_\_\_  
 (name of the Chief Administrative Medical Officer) as required under the rules, was obtained.
- (झ) रोगी को अस्पताल में रखना आवश्यक था/नहीं था।  
 (i) the patient did not require/required hospitalisation.

तारीख \_\_\_\_\_  
 Date

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा उस अस्पताल/  
 चिकित्सालय का नाम जिससे वह संबद्ध है।  
 Signature & Designation of the Medical Officer and the Hospital /  
 Dispensary to which attached

विशेष ध्यान दें:— जो प्रमाण-पत्र लागू न हो वे काट दिये जाने चाहिये। प्रमाण-पत्र (ड) अनिवार्य है और चिकित्सा अधिकारी द्वारा सभी मामलों में भरा जाना चाहिये।

E.B.:— Certificate not applicable should be struck off, Certificate (e) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.