

"नेत्रदान महादान"

फ्री फोन सेवा नं० 1919

Pledge Your Eyes For Noble Cause,
Call Toll Free Number : 1919

Form No. 154/I.H.D *

DLI No.

LOK NAYAK HOSPITAL, NEW DELHI
FAMILY WELFARE CENTRE

SECRET

FORM I

(See Regulation 3)

.....
(Name and qualifications of the Registered Medical Practitioner in Block Letters)

.....
(Full address of the Registered Medical Practitioner)

.....
(Name and qualifications of the Registered Medical Practitioner in Block Letters)

.....
(Full address of the Registered Medical Practitioner) hereby certify that I/We/am/are of opinion, formed in good faith, that it is necessary to terminate the pregnancy

of (Full name of the pregnant woman in block letters)
resident of

(Full address of woman in block letters) for the reasons given below.

I/We hereby give intimation that I/We terminated the pregnancy of the woman referred to above who bears the serial No. in the Admission Register of the Hospital/approved place.

Place:

Signature of Medical Officer

Date:

Signature of the Registered Med. Practitioners.

Strike out whichever is not applicable.

Of the reasons specified in items (a) to (f) write the one which is appropriate:-

- (a) In order to save the life of the pregnant woman.
- (b) In order to prevent grave injury to the physical health of the pregnant woman.
- (c) In order to prevent grave injury to the mental health of the pregnant woman.
- (d) As the pregnancy is alleged by pregnant woman to have been caused by rape.
- (e) 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.
- (f) As the pregnancy has occurred as a result of failure or any contraceptive device or method used by married woman or her husband for the purpose of limiting the number of children.

Signature of Medical Officer

Signature of Medical Officer

Place:

Date:

डीएलआई संख्या

लोक नायक अस्पताल, नई दिल्ली

(परिवार कल्याण नियोजन केन्द्र)

फार्म-1 (धारा 3 देखें)

मैं
(आर० एम० पी० का बड़े अक्षरों में नाम व योग्यताएँ)

(आर० एम० पी० का पूरा पता)

मैं
(आर० एम० पी० का बड़े अक्षरों में नाम व योग्यताएँ)

(आर० एम० पी० का पूरा पता)

यहां प्रमाणित किया जाता है कि मैं/हम अच्छे विश्वास रुपित राय में हूँ/हैं कि की
निर्वासिन *के

(गर्भवती स्त्री का बड़े अक्षरों में पूरा नाम)

गर्भपात आवश्यक है (बड़े अक्षरों में महिला का पता)

निम्नलिखित कारणों के लिए **मैं/हम यहां पर सूचना देते हैं कि उपरोक्त को भेजी गई महिला, जो कि अस्पताल/अनुमोदित स्थान के भर्ती
रजिस्टर में क्रम सं० धारण करती है, के गर्भपात, मैंने/हमने किया है।

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

स्थान

दिनांक

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

* जो भी लागू न हो काट दें।

** (i) से (v) निर्दिष्ट बातों के कारणों में से एक उपयुक्त लिखें।

(i) गर्भवती महिला के जीवन को बचाने के लिए,

(ii) गर्भवती महिला के शारीरिक या मस्तिष्क स्वास्थ्य पर गहरी चोट को रोकने के लिए,

(iii) अरूपी जोखिम की दृष्टि से कि यदि बच्चा पैदा हुआ होता, तो वह ऐसी शारीरिक या मानसिक असाधारण अवस्था से ग्रस्त हो कि गम्भीर
रूप से लोसुप होगा,

(iv) कि गर्भवती महिला पर, बलात्कार किए जाने के कारण गर्भरोप है।

(v) कि विवाहित महिला या उसके पति द्वारा बच्चों की संख्या को सीमित रखने के उद्देश्य से प्रयोगित रोक उपकरण की असफलता के
परिणामतः, गर्भ हुआ हो।

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

स्थान

दिनांक

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर