

மரபு மருத்துவ செயல்பாட்டாளர் தன்னார்வ
சான்றிதழ் திட்டம் (VCSTCHPs)

1) பெயர்:

1.1) பாலினம்: ஆண் / பெண்

1.2) பிறந்த தேதி:

1.3) முகவரி:

1.4) வட்டம்:

1.5) மாவட்டம்:

1.6) அ.கு.எண்:

1.7) தொலைபேசிஎண்:

1.8) அலைபேசிஎண்:

2) குடும்ப / குரு பாரம்பரியத்தில் விண்ணப்பதாரரை பயிற்று வித்தவர்:

2.1) பெயர்:

2.2) உறவுமுறை:

2.3) தொடர்பு முகவரி:

2.4) வட்டம்:

2.5) மாவட்டம்:

2.6) அ.கு.எண்:

2.7) தொலைபேசிஎண்:

2.8) அலைபேசிஎண்:

3) விண்ணப்பதாரரின் அபவம் (TCHP): ஆண்டுகள்

4) சான்றிதழ் பெற எந்த துறைகளில் மதிப்பீடு செய்ய விரும்புகிறீர்கள்?

சாதாரண நோய்கள்

பாரம்பரிய மகப்பேறு

மசள் காமாலை

பாரம்பரிய எலும்பு முறிவு வைத்தியம்

விஷக்கடி

வாதம்

5) வேறு தேம் துறைகளில் தாங்கள் வைத்தியம் செய்கிறீர்களா:

i)

ii)

iii)

6) மதிப்பீடு செய்யும் மொழி:

7) ற்கனவே சான்றிதழ் பெற்றவரா (PrCB)? ஆம்

இல்லை

8) தங்களது விண்ணப்பம் ற்கனவே நிராகரிக்கப்பட்டதா? ஆம் இல்லை

9) ற்கனவே இந்த திட்டத்தின் கீழ் சான்றிதழ்பெற்றிருந்தாலோ, மதிப்பீடுபெற பஸ்துறை காதார
வானம் மற்றும் தொழில் நுட்ப பல்கலைக்கழகத்திடம் விண்ணப்பம்

கொடுக்கப்பட்டிருந்தாலோ, தங்களது சான்றிதழ் எண், விண்ணப்ப எண் குறிப்பிடவும்?

உறுதிமொழி: மேலே குறிப்பிட்டுள்ள எனது குடும்ப முன்னோர்கள் அல்லது குருவிடம் பெற்றுக் கொண்ட
பயிற்சியின்படி, ஆரம்ப காதாரம் குறித்த எனது அறிவுக்கும் திறமைக்கும் ற்பபடி பாரம்பரிய மூலிகை
மருந்துகளை மட்டுமே உபயோகிக்கிறேன். ஆங்கிலவழி மற்றும் ஹோமியோபதி முறைகளை கையாள
மாட்டேன் என்றும் உறுதி நுகிறேன் . மூன்று பாஸ்போர்ட் அளவு புகைப்படங்கள் (ய கையொப்பமிட்டு
இத்துடன் இணைத்துள்ளேன்)

தேதி:

விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம் / விரல் ரேகை

இடம்:

கிராம ராட்சி / பேராட்சி / நகராட்சி-தலைவர் / செயலாளர் / வார்டு
உறுப்பினர்/,செயல் அலுவலர்/ ஆணையாளர் அவர்தம் சான்றொப்பம்

(1. அடையாள அட்டை 2. இருப்பிட முகவரி 3. வைத்திய அபவ ஆண்டுகள் 4. எந்த துறையில்
வைத்தியம் செய்கிறார்கள் 5. உமது கிராம)

நான் இதன் மூலம் தெரிவிப்பது என்ன வென்றல் திரு/திருமதி

தந்தை, தாய், கணவன், மனைவியின் திரு/திருமதி _____
பாரம்பரிய வைத்தியம் கிராமம், _____ அசல் _____
மாவட்டம், _____ மாநிலத்தில் கடந்த _____ ஆண்டுகளாக
செய்து வருகிறார்.

மேற்கண்ட வைத்தியர் கீழ்க் கண்ட துறைகளில் பாரம்பரிய வைத்தியம்
செய்து வருகிறார். என சான்றளிக்கிறேன்:

சாதாரண நோய்கள்

பாரம்பரிய மகப்பேறு

மசள் காமாலை

பாரம்பரிய எலும்பு முறிவு வைத்தி

விஷக்கடி

வாதம்

நான் இதன் மூலம் திரு/திருமதி. _____ செய்துவரும் பாரம்பரிய
வைத்தியம் எங்கள் கிராம மக்களுக்கு மிகவும் பயன்ள்ளதாக
அமைந்துள்ளது என சான்றளிக்கிறேன்.

இடம்:

கையொப்பம்: _____

தேதி:

பெயர்: _____

சீல்:

(மேற்கண்ட சான்றொப்பம் விண்ணப்பதாரர் வசித்துவரும் பகுதியிலுள்ள கிராம
ராட்சி / பேராட்சி / நகராட்சி தலைவர் / செயலாளர்/
வார்டு/உறுப்பினர்/செயல் அலுவலர்/ ஆணையாளரிடம் பெறுதல் வேண்டும்)

பாரம்பரிய சமூக சுகாதாரம் பேணுவோர்களின் நன்னடத்தை விதிமுறைகள்

இந்த சான்றிதழ் திட்டமானது ஆரம்ப காதார சேவையில் பாரம்பரிய சமூக காதாரம் பேவோர்களின் பங்களிப்பின் முக்கியத்துவத்தை அங்கீகரிக்கிறது. எனவே, இந்த பாரம்பரிய சமூக காதாரம் பேவோர் , தம்மை நாடிவரும் நோயாளிகளுக்கு பாதுகாப்பான முறையில் வைத்தியம் செய்ய கடமைப்பட்டவர் ஆவார்..

(<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php>)

பாரம்பரிய சமூகம் சார்ந்த காதாரம் பேவோர்கள் உயர்தர நிலைப்பாடுகளுக்கு, ற்றபடி கீழே குறிப்பிட்டுள்ள அடிப்படை கோட்பாடுகளை நான் ற்றுக் கொள்கிறேன்]

1. என்னிடம் வைத்தியம் செய்ய நாடி வரும் எவருக்கும் வைத்தியம் செய்ய மறுக்கவோ, அல்லது இனம், பாலினம், மதம், தேசம், ஆகிய வேறுபாடுகளை மனதில் கொண்டு தவிர்க்கவோ மாட்டேன்.
2. கல்வி பயிலரங்குகள், மற்றும் ட்டங்கள் மூலம் நான் எனது துறையில் அறிவையும் திறமைகளையும் பெருகச் செய்து கொள்வேன்.
3. எனக்கு சான்றிதழ் வழங்கப்பட்டுள்ள துறையின் நெறி முறைகள் தவறாமல் பார்த்துக் கொள்வேன். என்டைய சான்றிதழை தவறாக பயன்படுத்தமாட்டேன்.
4. நான் ஒரு ஆரோக்கியமான வாழ்க்கை முறையை கடைபிடிப்பேன்.
5. என்டைய வைத்திய சாலையை காதாரமான முறையில் பேணிகாப்பேன். என்னிடம் வைத்தியம் செய்யநாடி வருபவர்களை நல்ல முறையில் பராமரிப்பேன்.
6. என்டைய வைத்திய சேவையில் மனித நேயத்துடன் சமூக காதார முறைகளை பயன்படுத்துவேன்.
7. என் துறை சார்ந்த நோயாளிகளுக்கு மட்டுமே வைத்திய சேவை புரிவேன். மேலும், தேம் அவசரம் இருப்பின், அருகில் உள்ள மருத்துவ மனைக்கு அப்பி விடுவேன்.
8. எந்த ஒரு பாரம்பரிய வைத்தியம் சம்மந்தப்பட்ட காரியங்களிலும் முறையான தகுந்த வழிமுறைகளைக் கடைபிடிப்பேன். எனது அறிவையும் திறமையையும் பெருக்குவதில் தொடர்ந்து செயல்படுவேன்.
9. எனது அறிவு, சேவை, பணி தொடர்புடைய செயல்பாடுகள் வெளிப்படையாக இருக்கும்படி பார்த்துக் கொள்வேன்.
10. என்னிடம் வைத்தியம் செய்ய வரும் நோயாளிகளைப் பற்றிய தகவல்களை பாதுகாப்புடன் பராமரிக்க கடமைப்பட்டவன் என்பதை அறிவேன்.

11. என்டைய செயல்பாடுகள் குறித்து, விளம்பரங்களோ, அறிவிப்போ, தகவல் பலகைகளோ, துண்டு பிரரங்களோ , நானாகவோ, மற்றும் எனக்காகவோ செய்யமாட்டேன்.
12. தவறான மாற்றும் முறையில் கருத்துக்களை விளம்பரம் செய்ய மாட்டேன்.
13. எனது வைத்திய சாலையில், என்டைய சான்றிதழின் [இருபக்கங்கள்] அனைவரும் பார்க்கும் படி வைத்துக் கொள்வேன்.

விண்ணப்பதாரர் பெயர்

தேதி

கையொப்பம்

இடம்

சுய உறுதிமொழி:

நான், [விண்ணப்பதாராரின் பெயர்] _____ எனது குடும்ப முன்னோர்கள் அல்லது குருவிடம் பெற்றுக்கொண்ட அறிவு மற்றும் திறமைக்கும் ற்றபடி _____ நோய்களுக்கு மட்டுமே பாரம்பரிய வைத்திய முறையில் என் பகுதி மக்களுக்கு வைத்திய சேவை செய்து வருகிறேன் என்று உறுதி றுகிறேன் . எனது சான்றிதழை தவறாக உபயோகித்தாலோ அல்லது அயல் மருத்துவ முறைகள் மூலம் வைத்தியம் செய்தாலோ என்டைய சான்றிதழை நிலுவை செய்ய அல்லது திரும்பப் பெற முடியும் என்று அறிந்திருக்கிறேன்.

எனது நடத்தைக்கு எதிராக நீதிமன்றம் மற்றும் ஒழுங்குமுறை ஆணையங்களில் எந்தவித வழக்கும் நிலுவையில் இல்லை. கடந்த இரு ஆண்டுகளுக்குள் எனது நோயாளிகள் எந்த வித அசம்பாவிதம் அல்லது இயலாத நிலைக்கு ஆளாக்கப்படவில்லை என்று உறுதிபட றுகிறேன் .

நான் தற்பொழுது நல்ல உடல்நலத்துடம் தெளிந்த சிந்தையுடம் எனது நோயாளிகளுக்கு வைத்தியம் செய்யும் நிலையில் இருக்கிறேன். எனக்கு வைத்தியம் செய்ய இயலாத நிலை ற்படுமாயின் தங்களுக்கு தகவல் தெரிவிப்பேன் என்று உறுதி றுகிறேன். உடல்நலக்குறைவினால் எனது கடமைகளை செய்ய இயலாத நிலை வருமாயின் எனது சான்றிதழை நிலுவை செய்யவோ அல்லது திரும்பப் பெறவோ முடியும் என்று அறிந்திருக்கிறேன்.

என்னிடம் தரமான வைத்தியத்தை நாடிவரும் யாவருக்கும் எனது வைத்திய சாலையில் காதாரமான ழ்நிலையில் சேவை அளிப்பேன்.

இந்த உறுதிமொழி படிவத்தினை நான் வாசித்து புரிந்துகொண்டேன் என்று உறுதி அளிக்கிறேன்.

விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்

விண்ணப்ப படிவ எண்

தேதி

முன் விபரமறிந் தெரிவிகம் கட்டற்ற ப்த

பகுது 1: தகவல் தாள்

இந்த அறிவு மற்ற திறன் சார்ந்தமதிப்பீடு, குவாலிடி கவுன்சில் ஆப் இந்திய QCI - பவுண்டேஷன் பார் ரீவைடலைசேஷன் ஆப் லோகல் ஹெல்த் த்ரெஷஷன்ஸ் (FRLHT) சமூகம் சார்ந்த மரபு மருத்துவ செயல்பாட்டாளர்கள் தன்னார்வ தர சான்றிதழ் திட்டம் (VCSTCHIP)இதன் கீழ் மேற்கொள்ளப்படுகிறது

<http://www.qcin.org/Traditional-Community-Healthcare-Providers.php> .

இந்த மதிப்பீடு வாய் மொழி தேர்வு, நோய் முன்னிலை படுத்தல், செயல்முறை விளக்கம் மற்றும் செயற்களத்தில் மேய்யுருதிபடுத்துவதன் மூலம் செய்யப்படுகிறது. இந்த மதிப்பீட்டின் போது, உங்கள் மருத்துவ பயிற்சி, உபயோகிக்கும் மருந்துகள், செயல்முறைகள் மற்றும் தொழில் நுட்பங்களை வெளிப்படுத்த வேண்டும்.

தேசிய சட்டங்களுக்கேற்ப, இவ்வனைத்து தகவல்களும் ரகசியமாகக் கருதப்படும். அறிவு மதிப்பீடு மற்றும் சான்றிதழ் அளிக்கும் நோக்கத்துடன் மட்டுமே தகவல் சேகரிப்பு செய்யப்படுகிறது. இதில் தன்னார்வத்துடன் நீங்கள் பங்கேற்கிறீர்கள். எந்த காரணமும் தெரிவிக்காமல் இதிலிருந்து பின் வாங்குவதற்கான முழு அதிகாரம் தங்களுக்கு உள்ளது.

அறிவு/திறன் மதிப்பீடு வெற்றிகரமாக முடிந்த பின், குறிப்பிட்ட அந்த தனித்துரைபாடு சம்பந்தமாக சான்றிதழ் வழங்கப்படும். இந்த சான்றிதழ் 5 ஆண்டுகள் வரை மட்டுமே செல்லுபடியாகும். இந்த சான்றிதழ் மூலம் நீங்கள் பயனடைந்திருந்தால் மருமுறை மதிப்பீடு செய்துகொள்ளலாம்.

பதிவு செய்துகொண்ட மருத்துவ செயலாளராகவோ அல்லது பிரதான மருத்துவ முறையில் செர்க்கப்பட்டதாகவோ, இந்த சான்றிதழ் மூலம் உரிமை கோரமுடியாது.

பகுதி 2: சமூகம் சார்ந்த மரபு மருத்துவ செயல்பாட்டாளரின் *TCHP* தன்னார்வ ஒப்புதல்

_____ என்கிற நான், மேலே குறிப்பிட்டுள்ள அனைத்து விவரங்களையும் சந்தேகமின்றி தெளிவாக படித்து / கேட்டு அறிந்துள்ளேன். மதிப்பீடு சம்பந்தமான அனைத்து தகவல்களையும் பகிர்ந்துகொள்ள ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

TCHP பெயர் _____

TCHP விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம் / பெருவிரல் பதிவு

தேதி (dd/mm/yyyy):

இடம் _____