**महत्वपूर्ण**

# संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
## मध्यप्रदेश

क्रमांक/कोविड–19 नियंत्रण/आई.डी.एस.पी/2020/566 भोपाल, दिनांक 29/04/2020

प्रति,

1. समस्त कलेक्टर, म.प्र।
2. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र।
3. समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, म.प्र।
4. अध्यक्ष, नर्सिंग होम ऐसोसिएशन, म.प्र।

विषयः– Pre-Symptomatic/अति मंद लक्षण वाले COVID-19 पुष्ट केसेस हेतु होम आईसोलेशन संबंधी दिशा निर्देश।

संदर्भः– 1. भारत सरकार, स्वास्थ्य मंत्रालय के Guidelines for Home Isolation of Very mild/Pre Symptomatic COVID-19 cases, नई–दिल्ली, दिनांक 27/04/2020

2. भारत सरकार, स्वास्थ्य मंत्रालय के Guidelines for Appropriate Management of Suspect/Confirmed cases of COVID-19, नई–दिल्ली, दिनांक 07/04/2020

विषयातंर्गत लेख है कि कोविड–19 के पुष्ट रोगियों के प्रबंधन हेतु प्रदेश के जिलों में कोविड केयर सेन्टर (CCC), डेडिकेटेड कोविड हेल्थ सेन्टर (DCHC) तथा डेडिकेटेड कोविड हॉस्पिटल (DCH) क्रियाशील किये गये हैं। भारत सरकार, स्वास्थ्य मंत्रालय के दिनांक 27/04/2020 को जारी नवीन निर्देश के तारतम्य में Very Mild/Pre-Symptomatic COVID-19 केसेस के होम आईसोलेशन हेतु निम्नानुसार निर्देश दिए जाते है:–

1. <u>Very Mild/Pre-Symptomatic कोविड–19 केस का होम आईसोलेशन</u>
   - पुष्ट केस के पास घर पर Self-Isolation की समुचित व्यवस्था (पृथक कक्ष शौचालय सहित की उपलब्धता) होने पर उसे Home Isolation का विकल्प दिया जा सकता है।
   - इस हेतु लक्षणों की जाँच कोविड केयर सेन्टर (CCC) में चिकित्सकों/पूर्व से होम क्वॉरनटाईन व्यक्ति की जाँच MMU Medical Officer द्वारा सुनिश्चित की जावे।

2. <u>होम आईसोलेशन हेतु पात्रता</u>
   - पुष्ट केस की स्थिति Mild/Pre-Symptomatic है कि नहीं यह उपचार करने वाले चिकित्सक (न्यूनतम एम.बी.बी.एस योग्यता धारी) द्वारा तय किया जाए।
   - ऐसे संक्रमित व्यक्तियों के घर Self-Isolation व परिजनों के Quarantine की पूर्ण सुविधा उपलब्ध होनी चाहिए।
   - होम आईसोलेशन के दौरान कोविड–19 के संक्रमित व्यक्ति रोगी की 24x7 देखभाल हेतु 1 देखभालकर्ता उपलब्ध रहे व यह देखभालकर्ता MMU Medical Officer के साथ संपूर्ण Home-Isolation अवधि के दौरान संपर्क में रहे, यह अनिवार्यतः सुनिश्चित की जाए। <u>इस हेतु MMU Medical Officer का संपर्क नम्बर कोविड केस को अनिवार्यतः उपलब्ध कराई जावे।</u>
   - देखभालकर्ता द्वारा Arogya Setu एप (<u>https://mygov.in/aarogya-setu-app</u> पर उपलब्ध) तथा सार्थक एप मोबाईल पर डाउनलोड किया जाए व उक्त एप 24x7 ब्लू टूथ अथवा WiFi से संपर्क में रहे।
   - ऐसे संक्रमित व्यक्ति द्वारा लक्षणों की स्व–निगरानी की जाना होगी एवं दैनिक स्वास्थ्य स्थिति से District Surveillance Officer-DSO/नियत Surveillance Medical Officer – SMO (MMU MBBS Medical Officer) 104 को अवगत कराया जावे।

Scanned by CamScanner

- इस विकल्प को चुनने हेतु **परिशिष्ट–1** पर संलग्न **कोविड–19 केस हेतु होम आईसोलेशन संबंधी वचन पत्र** (Undertaking on Home Isolation) संक्रमित व्यक्ति से भरवाया जाए तथा मैपड/निकटस्थ डेडिकेटेड कोविड हेल्थ सेन्टर (DCHC) की जानकारी दी जाये।
- देखभालकर्ता तथा अन्य निकट संपर्को द्वारा चिकित्सकीय परामर्श अनुरूप Hydroxychloroquin का सेवन किया जाये।
- संक्रमित व्यक्ति व देखभालकर्ता द्वारा होम क्वॉरनटाईन तथा होम आईसोलेशन संबंधी निर्देशों का पालन किया जाए।

**3. Home-Isolation के दौरान चिकित्सीय परामर्श की आवश्यकता**

- निम्न लक्षण उत्पन्न होने पर Home-Isolation में रहने वाले कोविड–19 केस द्वारा तत्काल DSO/SMO/MMU MO/104 को सूचित किया जाये:–
  - i) साँस लेने में कठिनाई
  - ii) निरन्तर दर्द/छाती में दबाव/भारीपन
  - iii) मानसिक भ्रम या सचेत होने में कठिनाई
  - iv) होंठ/चेहरे का नीला पड़ना
  - v) अन्य कोई लक्षण होने पर चिकित्सीय परामर्श अनुरूप

**4. Home-Isolation अवधि की समाप्ति**

- होम आईसोलेशन में रहने वाले कोविड–19 केस द्वारा आईसोलेशन अवधि की समाप्ति हेतु 2 आर.टी.पी.सी.आर जॉचें, प्रथम कोविड पॉजीटिव जॉच के सैम्पल एकत्रिकरण दिनांक के 14वे दिन कराई जाये।
- इस हेतु कोविड–19 संक्रमित व्यक्ति, चिन्हांकित शासकीय लैब में निःशुल्क जॉच अथवा स्वयं के व्यय पर आई.सी.एम.आर. द्वारा अभिप्रमाणित निजी पैथोलॉजी लैब में द्वितीय व तृतीय कोविड जॉच कराने हेतु स्वतंत्र होंगे। द्वितीय कोविड जॉच के नेगेटिव होने पर 24 घंटे के अंतराल पर तृतीय जॉच कराई जाये।
- कोविड संक्रमित व्यक्ति की जॉच में संक्रमण से मुक्ति पुष्ट होने पर एवं लक्षण रहित स्थिति को आंकलित कर, सर्वेलेन्स चिकित्सा अधिकारी (MMU MBBS Medical Officer) द्वारा होम आईसालेशन समाप्ति का लिखित प्रमाण–पत्र **(परिशिष्ट–2)** दिया जाये व 14 दिन हेतु होम क्वॉरनटाईन की सलाह दी जाये।

**5. कोविड–19 रोगी के घर पर देखभाल करने वाले देखभालकर्ता हेतु निर्देश**

- कोविड–19 केस के देखभालकर्ता द्वारा सदैव संक्रमित व्यक्ति के कक्ष में उपस्थिति के दौरान Triple Layer Mask का उपयोग किया जाये। मास्क, मुँह व चेहरे को छूने से बचा जाये तथा मास्क के भीगने या गंदा हो जाने पर तत्काल बदला जाये।
- संक्रमित व्यक्ति के संपर्क में आने अथवा उपयोग की हुई सतहों के संपर्क में आने पर साबुन पानी से हाथ धोया जाये। भोजन पकाते समय, खाने के पूर्व व शौचालय के उपयोग के बाद साबुन पानी से न्यूनतम 40 सेकेन्ड तक हाथ धोया जाये अथवा उनको अल्कोहोल युक्त सेनेटाईजर से साफ किया जाये।
- संक्रमित व्यक्ति से संपर्क के दौरान दस्ताने (Gloves) का उपयोग किया जाये।
- संक्रमित वस्तुओं जैसे बर्तन, तौलिया, चादर आदि को सीधे छूने से बचा जाये एवं इस दौरान Gloves एवं Triple Layer Medical Mask का उपयोग किया जाये। Gloves उतारने के बाद हाथ अच्छे से धोकर साफ टीशू/तौलिये से पोंछा जाये।
- कोविड–19 संक्रमित व्यक्ति को भोजन उसके कक्ष में ही परोसा जाये व उपयोग किये गये बर्तनों को Gloves पहनकर साबुन पानी से अच्छे से साफ किया जाये।

Scanned by CamScanner

- संक्रमित व्यक्ति को समस्त निर्देशित औषधियाँ सेवन कराने का दायित्व देखभालकर्ता का होगा।
- देखभालकर्ता एवं अन्य सभी निकट संपर्कों द्वारा अपना दैनिक तापमान तथा अन्य कोविड लक्षण (बुखार, खाँसी, साँस लेने में कठिनाई) की निगरानी की जाना अनिवार्य है एवं दैनिक रूप से इसका प्रतिवेदन सार्थक एप पर किया जाये। कोई भी लक्षण उत्पन्न होने पर नियत सर्वेलेन्स चिकित्सा अधिकारी को सूचित किया जाये।

6. **Home-Isolation में रहने वाले कोविड–19 केस हेतु निर्देश**

- कोविड–19 संक्रमित व्यक्ति द्वारा सदैव Triple Layer Medical Mask का उपयोग किया जाये एवं मास्क के भीगने/गंदा होने पर मास्क बदला जाये।
- मास्क को 1% Sodium Hypochlorite से विषाणुमुक्त करके ही निपटान किया जाये।
- कोविड–19 संक्रमित व्यक्ति, घर के अन्य वृद्ध जन, उच्च रक्तचाप, दिल/गुर्दे के रोग से ग्रस्त सदस्यों से दूर, अपने कक्ष में ही रहे।
- होम–आईसोलेशन के दौरान संक्रमित व्यक्ति द्वारा समुचित आराम किया जाये एवं पर्याप्त पेय पदार्थो व संतुलित आहार का सेवन किया जाये।
- खांसते–छीकते समय मुँह को टीशू/रूमाल/तौलिया/दुपट्टा/गमछा आदि से ढांका जाये तथा हाथों को साबुन पानी से बार–बार धोया जाये। किसी भी परिस्थिति में व्यक्तिगत वस्तुओं को अन्य सदस्यों के उपयोग हेतु सांझा न किया जाये।
- औषधियों के सेवन हेतु चिकित्सीय परामर्श का अनुपालन किया जाये।
- कोविड–19 के लक्षणों के संबंध में स्वयं निगरानी की जाये व लक्षण उत्पन्न होने पर सार्थक एप पर प्रतिवेदन एवं नियत सर्वेलेन्स चिकित्सा अधिकारी को तत्काल सूचित किया जाये।
- संपर्क में आने वाले सतहों (टेबल/दरवाजे के हैन्डल/लाईट बटन/मोबाईल आदि) की विषाणुमुक्ति 1% Sodium Hypochlorite से नियमित रूप से साफ किया जाये।

7. **कोविड केयर सेन्टर से होम आईसोलेशन में स्थानांतरण**

- कोविड केयर सेन्टर (CCC) में रोगियों की पूर्ण चिकित्सीय जॉच होने के पश्चात अति मंद लक्षण अथवा लक्षण रहित व्यक्तियों को घर पर Home-Isolation की उपरोक्त अनुसार वर्णित पैरामीटर/सुविधा होने की दशा में डॉक्टर के परामर्श पर, वचन पत्र भरवाने के पश्चात, होम आईसोलेशन में स्थानांतरण की अनुमति दी जा सकती है।
- पूर्व से होम क्वॉरनटाईन में रहने वाले व्यक्ति की जॉच पॉजीटिव होने पर, घर पर ही लक्षणों की जॉच हेतु समिति गठित की जाये। उक्त समिति की अध्यक्षता एस.डी.एम द्वारा Incident Commander के रूप में MMU MBBS Medical Officer/दल के साथ सुनिश्चित की जाये तथा होम आईसोलेशन के संबंध में निर्णय लिया जाये। होम आईसोलेशन की अनुमति दी जाने की स्थिति में कोविड–19 केस द्वारा होम आईसोलेशन संबंधी वचन पत्र भरवाया जाये

8. **होम आईसोलेटेड संक्रमित व्यक्ति में लक्षण उत्पन्न होने पर (DCHC) में स्थानांतरण**

- यदि होम आईसोलेशन में रहते हुए संक्रमित व्यक्ति को बुखार, खांसी, सांस लेने में कठिनाई जैसे लक्षण उत्पन्न होते हैं तो, उसके द्वारा तत्काल DSO/MMU MO/104 पर सूचित किया जाये एवं सार्थक एप पर लक्षण प्रतिवेदित किया जाये।
- **होम आईसोलेशन की अनुमति देते समय CCC चिकित्सक अथवा MMU MO द्वारा संक्रमित व्यक्ति को समस्त आवश्यक संपर्क नम्बर तथा मैपड् निकटस्थ डेडिकेटेड कोविड हेल्थ सेन्टर (DCHC) की जानकारी अनिवार्यतः दी जाये।**

Scanned by CamScanner

- होम आईसोलेशन से लक्षणयुक्त रोगी को DCHC में स्थानांतरित करने के पूर्व मैपड DCHC को सूचित किया जाये।

संलग्न– 1. कोविड–19 केस हेतु होम आईसोलेशन संबंधी वचन पत्र
2. कोविड–19 केस के होम आईसोलेशन समाप्ति का प्रमाण–पत्र

(फैज अहमद किदवई)
आयुक्त स्वास्थ्य,
मध्यप्रदेश

क्रमांक / कोविड–19 नियंत्रण / आई.डी.एस.पी / 2020 / 567 भोपाल, दिनांक 29 / 04 / 2020

प्रतिलिपि:– सूचनार्थ।

1. अतिरिक्त मुख्य सचिव, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, वल्लभ भवन, म.प्र।
2. प्रमुख सचिव, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, वल्लभ भवन, म.प्र।
3. प्रमुख सचिव, चिकित्सा शिक्षा विभाग, मध्यप्रदेश शासन वल्लभ भवन, म.प्र।
4. आयुक्त, चिकित्सा शिक्षा,म.प्र।
5. मिशन संचालक, एन.एच.एम., म.प्र।
6. समस्त संभागीय आयुक्त, म.प्र।
7. समस्त अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, म.प्र।
8. प्रभारी, कोविड–19 नियंत्रण कक्ष, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र।

आयुक्त स्वास्थ्य,
मध्यप्रदेश

Scanned by CamScanner

परिशिष्ट–1

## कोविड–19 केस हेतु होम आईसोलेशन संबंधी वचन पत्र

मैं, श्री/श्रीमती/कु.............................................. पुत्र/पुत्री/पत्नी.............................................. .उम्र................ निवासी.......................................... का कोविड–19 जॉच में कोरोना संक्रमण की पुष्टि दिनांक................. पर होने से होम आईसोलेशन के निर्दिष्ट अवधि का कड़ाई से पालन करने का वचन देता/देती हूँ। इस दौरान मेरे द्वारा स्वयं/संपर्क में आने वाले देखभालकर्ताओं में कोविड–19 के लक्षण हेतु दैनिक निगरानी की जाएगी एवं लक्षण उत्पन्न होने अथवा सेहत में खराबी आने पर तत्काल मेरे द्वारा सूचना नियत सर्वेलेन्स चिकित्सा अधिकारी/MMU Medical Officer के मोबाईल नम्बर............................./104 पर दी जाएगी।

मुझे होम आईसोलेशन के संबंध में बरती जाने वाली समस्त सतर्कताओं के संबंध में समझाईश दी गई है।

यदि मेरे द्वारा होम आईसोलेशन के तय मानकों का उल्लंघन किया जाता है तो मेरे विरूद्ध मध्यप्रदेश पब्लिक हेल्थ एक्ट 1949, महामारी रोग अधिनियम–1984 एवं राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन अधिनियम–2005 की धारा 51 के तहत वैधानिक कार्यवाही की जा सकेगी।

नाम–...........................................

हस्ताक्षर–...................................

दिनांक–.......................................

संपर्क नम्बर–.............................

Scanned by CamScanner

परिशिष्ट–2

## कोविड–19 केस हेतु होम आईसोलेशन समाप्ति का प्रमाण–पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती / कु.......................................................
पुत्र / पुत्री / पत्नी..........................................................................................................
उम्र............................. निवासी..................................................................................
का दिनांक .......................... एवं दिनांक................................ को कोविड–19 की RTPCR की 2 परस्पर जॉचे नेगेटिव पाये जाने से इन्हें होम आईसोलेशन से विमुक्त किया जाता है। तृतीय जॉच दिनांक से 14 दिवस दिनांक .............................. तक होम क्वॉरनटाईन में रह कर लक्षणों की स्वयं निगरानी की सलाह दी जाती है।

चिकित्सक का नाम..................................

पदस्थापना स्थल......................................

दिनांक.......................................................

मोबाईल नम्बर...........................................

Scanned by CamScanner

**Government of India**
**Ministry of Health & Family Welfare**

**Guidelines for Home Isolation of very mild/pre-symptomatic COVID-19 cases**

**1. Scope**

The present guidelines are in addition to guidelines on appropriate management of suspect/confirmed case of COVID-19 issued by MoHFW on 7th April, 2020. All suspected (awaiting test results) and confirmed cases of COVID-19 disease are currently being isolated and managed in a hospital setting with the intent to break the chain of transmission.

As per existing guidelines, during the containment phase the patients should be clinically assigned as very mild/mild, moderate or severe and accordingly admitted to (i) COVID Care Center, (ii) Dedicated COVID Health Center or (iii) Dedicated COVID Hospital respectively. However, very mild/pre-symptomatic patients having the requisite facility at his/her residence for self-isolation will have the option for home isolation.

**2. Eligibility for home isolation**

i. The person should be clinically assigned as a very mild case/ pre-symptomatic case by the treating medical officer.
ii. Such cases should have the requisite facility at their residence for self-isolation and also for quarantining the family contacts.
iii. A care giver should be available to provide care on 24 x7 basis. A communication link between the caregiver and hospital is a prerequisite for the entire duration of home isolation.
iv. The care giver and all close contacts of such cases should take Hydroxychloroquine prophylaxis as per protocol and as prescribed by the treating medical officer.
v. Download Arogya Setu App on mobile (available at: https://www.mygov.in/aarogya-setu-app/) and it should remain active at all times (through Bluetooth and Wi-Fi)
vi. The patient shall agree to monitor his health and regularly inform his health status to the District Surveillance Officer for further follow up by the surveillance teams.
vii. The patient will fill in an undertaking on self-isolation (**Annexure I**) and shall follow home quarantine guidelines. Such individual shall be eligible for home isolation.
viii. In addition to the guidelines on home-quarantine available at: https://www.mohfw.gov.in/pdf/Guidelinesforhomequarantine.pdf, the required instructions for the care giver and the patient as in Annexure II shall be also followed.

**3. When to seek medical attention**

Patient / Care giver will keep monitoring their health. Immediate medical attention must be sought if serious signs or symptoms develop. These could include

(i) Difficulty in breathing,
(ii) Persistent pain/pressure in the chest,
(iii) Mental confusion or inability to arouse,
(iv) Developing bluish discolorations of lips/face and
(v) As advised by treating medical officer

**4. When to discontinue home isolation**

Patients under home isolation will end home isolation if symptoms are clinically resolved and the surveillance medical officer certifies him to be free of infection after laboratory testing

Scanned by CamScanner

**Undertaking on self-isolation**

I ............................. S/W of ........................, resident of ..................................... being diagnosed as a confirmed/suspect case of COVID-19, do hereby voluntarily undertake to maintain strict self-isolation at all times for the prescribed period. During this period I shall monitor my health and those around me and interact with the assigned surveillance team/with the call center (1075), in case I suffer from any deteriorating symptoms or any of my close family contacts develops any symptoms consistent with COVID-19.

I have been explained in detail about the precautions that I need to follow while I am under self-isolation.

I am liable to be acted on under the prescribed law for any non-adherence to self-isolation protocol.

Signature____________________

Date_________________________

Contact Number ______________



Scanned by CamScanner

**Instructions for care-givers** **Annexure II**

- **Mask:** The caregiver should wear a triple layer medical mask appropriately when in the same room with the ill person. Front portion of the mask should not be touched or handled during use. If the mask gets wet or dirty with secretions, it must be changed immediately. Discard the mask after use and perform hand hygiene after disposal of the mask.
- He/she should avoid touching own face, nose or mouth.
- **Hand hygiene** must be ensured following contact with ill person or his immediate environment.
- Hand hygiene should also be practiced before and after preparing food, before eating, after using the toilet, and whenever hands look dirty. Use soap and water for hand washing at least for 40 seconds. Alcohol-based hand rub can be used, if hands are not visibly soiled.
- After using soap and water, use of disposable paper towels to dry hands is desirable. If not available, use dedicated clean cloth towels and replace them when they become wet.
- **Exposure to patient:** Avoid direct contact with body fluids of the patient, particularly oral or respiratory secretions. Use disposable gloves while handling the patient. Perform hand hygiene before and after removing gloves.
- Avoid exposure to potentially contaminated items in his immediate environment (e.g. avoid sharing cigarettes, eating utensils, dishes, drinks, used towels or bed linen).
- Food must be provided to the patient in his room
- Utensils and dishes used by the patient should be cleaned with soap/detergent and water wearing gloves. The utensils and dishes may be re-used. Clean hands after taking off gloves or handling used items.
- **Use triple layer medical mask and disposable gloves** while cleaning or handling surfaces, clothing or linen used by the patient. Perform hand hygiene before and after removing gloves.
- The care giver will make sure that the patient follows the prescribed treatment.
- The care giver and all close contact will self-monitor their health with daily temperature monitoring and report promptly if they develop any symptom suggestive of COVID-19 (fever/cough/difficulty in breathing)

**Instructions for the patient**

- Patient should at all times use triple layer medical mask. Discard mask after 8 hours of use or earlier if they become wet or visibly soiled.
- Mask should be discarded only after disinfecting it with 1% Sodium Hypo-chlorite.
- Patient must stay in the identified room and away from other people in home, especially elderlies and those with co-morbid conditions like hypertension, cardiovascular disease, renal disease etc.
- Patient must take rest and drink lot of fluids to maintain adequate hydration
- Follow respiratory etiquettes all the time.
- Hands must be washed often with soap and water for at least 40 seconds or clean with alcohol based sanitizer.
- Don't share personal items with other people.
- Clean surfaces in the room that are touched often (tabletops, door knobs, handles, etc) with 1% hypochlorite solution.
- The patient must strictly follow the physician's instructions and medication advice.
- The patient will self-monitor his/her health with daily temperature monitoring and report promptly if develops any deterioration of symptom as detailed below.



Scanned by CamScanner