

राजस्थान सरकार

निदेशालय, स्थानीय निकाय, राज0 जयपुर

जी-3, राजमहल रेजीडेन्सी एरिया, सिविल लाईन फाटक के पास, जयपुर

(Phone & Fax-2222403/2223239

Web-www.lsgraj.org

Email ID-dlbrajasthan@gmail.com)

क्रमांक:एफ.55()पीए/सीई/डीएलबी/डब्ल्यूएस(सामान्य)/2021/ 17072-284

दिनांक: 18/03/2021

आयुक्त/अधिकाधिकारी,
नगर निगम/परिषद्/पालिका,
समस्त, राजस्थान

विषय:-शहरी क्षेत्रों में कोरोना टीकाकरण की दिशा-निर्देशिका के अनुसार टीकाकरण हेतु योग्य व्यक्तियों को चिन्हित कर शीघ्रातिशीघ्र टीकाकरण किये जाने में सहयोग करने हेतु।

जैसा कि विदित है कि चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा जारी दिशा-निर्देशिका के अनुसार कोरोना टीकाकरण के तृतीय चरण में निम्नानुसार निर्धारित व्यक्तियों का शीघ्रातिशीघ्र टीकाकरण किया जा रहा है:-

- 01 जनवरी, 2022 को 60 वर्ष अथवा अधिककी आयु के सभी नागरिक।
- 01 जनवरी, 2022 को 45 वर्ष से 59 वर्ष की आयु के ऐसे नागरिक जो किसी अन्य बीमारी से ग्रसित है (चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा निर्धारित 20 बीमारियां संलग्न अनुलग्नक-1 के अनुसार) जो कि पंजीकृत मेडिकल प्रेक्टीशनर के अधीन मान्य होगा (अनुलग्नक-1B के अनुसार)।

उक्त के क्रम में लेख है कि कुछ राज्यों में कोरोना के मरीजों की संख्या तेजी से बढ़ रही है। अतः भारत सरकार एवं राज्य सरकार के दिशा-निर्देशों के अनुसार टीकाकरण की गति को अधिक बढ़ाया जाना है जिससे उक्त महामारी के कारण किसी भी प्रकार की जनहानि से बचा जा सके।

उक्त को दृष्टिगत रखते हुए, नगरीय निकाय क्षेत्र में उक्त दोनों श्रेणी के नागरिकों का टीकाकरण शीघ्रातिशीघ्र सुनिश्चित किया जाना है। इस हेतु समस्त नगरीय निकायों को निर्देशित किया जाता है कि वे प्राथमिकता से जिला कलक्टर के निर्देशन में सफाई कर्मचारियों और एनयूएलएम कार्यकर्ताओं के सहयोग से चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग द्वारा निर्धारित टीकाकरण केन्द्रों पर नियमित रूप से योग्य नागरिकों का मॉबिलाइजेशन सुनिश्चित करें, जिससे की टीकाकरण की गति को बढ़ाया जाकर, उक्त श्रेणी के नागरिकों का शीघ्रातिशीघ्र टीकाकरण किया जा सके और कोरोना महामारी के कारण संभावित किसी भी प्रकार की जनहानि से बचा जा सके।

कृपया इसे सर्वोच्च प्राथमिकता प्रदान करें।

संलग्न:-अनुलग्नक-1 एवं 1B

(दीपक नदी)

निदेशक एवं विशिष्ट सचिव

क्रमांक:एफ.55()पीए/सीई/डीएलबी/डब्ल्यूएस(सामान्य)/2021/ 17285-327

दिनांक: 18/03/2021

प्रतिलिपी निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु:

1. विशिष्ट सहायक, माननीय मंत्री महोदय, नगरीय विकास, आवासन एवं स्वायत्त शासन विभाग, राजस्थान सरकार।
2. जिला कलक्टर (समस्त), राजस्थान।
3. उपनिदेशक (क्षेत्रीय), स्थानीय निकाय विभाग, अजमेर/बीकानेर/जयपुर/कोटा/जोधपुर/उदयपुर/भरतपुर।
4. प्रोग्रामर (आई. टी. प्रकोष्ठ), निदेशालय, स्वायत्त शासन विभाग, जयपुर को विभागीय वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु।
5. सुरक्षित पत्रावली।

अतिरिक्त मुख्य अभियंता

Annexure 1(A): List of specified Comorbidities for determination of eligibility of citizens in age group 45 to 59 years

SN	Criterion
1	Heart Failure with hospital admission in past one year
2	Post Cardiac Transplant/Left Ventricular Assist Device (LVAD)
3	Significant Left ventricular systolic dysfunction (LVEF <40%)
4	Moderate or Severe Valvular Heart Disease
5	Congenital heart disease with severe PAH or Idiopathic PAH
6	Coronary Artery Disease with past CABG/PTCA/MI AND Hypertension/Diabetes on treatment
7	Angina AND Hypertension/Diabetes on treatment
8	CT/MRI documented stroke AND Hypertension/Diabetes on treatment
9	Pulmonary artery hypertension AND Hypertension/Diabetes on treatment
10	Diabetes (> 10 years OR with complications) AND Hypertension on treatment
11	Kidney/ Liver/ Hematopoietic stem cell transplant: Recipient/On wait-list
12	End Stage Kidney Disease on haemodialysis/ CAPD
13	Current prolonged use of oral corticosteroids/ immunosuppressant medications
14	Decompensated cirrhosis
15	Severe respiratory disease with hospitalizations in last two years/ FEV1 <50%
16	Lymphoma/ Leukaemia/ Myeloma
17	Diagnosis of any solid cancer on or after 1st July 2020 OR currently on any cancer therapy
18	Sickle Cell Disease/ Bone marrow failure/ Aplastic Anemia/ Thalassemia Major
19	Primary Immunodeficiency Diseases/ HIV infection
20	Persons with disabilities due to Intellectual disabilities/ Muscular Dystrophy/ Acid attack with involvement of respiratory system/ Persons with disabilities having high support needs/ Multiple disabilities including deaf-blindness

**Annexure 1(B): Certificate to identify individuals with co-morbidities that enhance the risk of mortality in COVID-19 disease for priority vaccination
(To be filled by a Registered Medical Practitioner)**

Name of beneficiary: _____
Age: _____ Gender: _____
Address: _____
Mobile phone number: _____
Identification document: _____

I, Dr. _____, working as _____, have reviewed the above named individual and certify that he/she has the below mentioned conditions based on the records presented to me. A copy of the records on which this certificate is based is attached.

Presence of ANY ONE of the following criteria will prioritize the individual for vaccination

Criterion	Yes/No
Heart Failure with hospital admission in past one year	
Post Cardiac Transplant/Left Ventricular Assist Device (L.VAD)	
Significant Left ventricular systolic dysfunction (LVEF <40%)	
Moderate or Severe Valvular Heart Disease	
Congenital heart disease with severe PAH or Idiopathic PAH	
Coronary Artery Disease with past CABG/PTCA/MI	
AND Hypertension/Diabetes on treatment	
Angina AND Hypertension/Diabetes on treatment	
CT/MRI documented stroke AND Hypertension/Diabetes on treatment	
Pulmonary artery hypertension AND Hypertension/Diabetes on treatment	
Diabetes (> 10 years OR with complications) AND Hypertension on treatment	
Kidney/ Liver/ Hematopoietic stem cell transplant. Recipient/On wait-list	
End Stage Kidney Disease on haemodialysis/ CAPD	
Current prolonged use of oral corticosteroids/ immunosuppressant medications	
Decompensated cirrhosis	
Severe respiratory disease with hospitalizations in last two years/FEV1 <50%	
Lymphoma/ Leukaemia/ Myeloma	
Diagnosis of any solid cancer on or after 1st July 2020 Currently on any cancer therapy	
Sickle Cell Disease/ Bone marrow failure/ Aplastic Anemia/ Thalassemia Major	
Primary Immunodeficiency Diseases/ HIV infection	
Persons with disabilities due to Intellectual disabilities/ Muscular Dystrophy/ Acid attack with involvement of respiratory system/ Persons with disabilities having high support needs/ Multiple disabilities including deaf-blindness	

I am aware that providing false information is an offence.

Name of RMP: _____
Medical Council registration number of RMP: _____
Date of issuing the certificate: _____
Place of issue: _____
(Signature of RMP)