

FORM- F

[See Proviso to Section 4(3), rule 9(4) and rule 10(1A)]
(New amended on 4th February, 2014 notified on 31st January, 2014)

FORM FOR MAINTENANCE OF RECORD IN CASE OF PRENATAL DIAGNOSTIC TEST/ PROCEDURE BY GENETIC CLINIC / ULTRASOUND CLINIC / IMAGING CENTRE

Section A : To be filled in for all diagnostic Procedures/Tests

1. Name and complete address of Genetic Clinic / Ultrasound Clinic Imaging centre: _____

2. Registration No. (Under PC & PNDT Act, 1994) _____
3. Patient's Name : _____ Age : _____
4. Total Number of living children : _____
 - (a) Number of living Sons with age of each living son (in years or months) : _____
 - (b) Number of living Daughters with age of each living daughter (in years or months) : _____

5. Husband's / Wife's / Father's / Mother's Name : _____
6. Full postal address of the patient with contact Number, if any : _____

- 7 (a) Referred by (full name and address of Doctor(s) Genetic Counselling Centre) : _____

(Referral slips to be preserved carefully with Form F)

- (b) **Self-Referral** by Gynaecologist/ Radiologist/ Registered Medical Practitioner conducting the diagnostic procedures : _____

(Referral note with indications and case papers of the patient to be preserved with Form F)

(Self-referral does not mean a client coming to a clinic and requesting for the test or the relative/s requesting for the test of a pregnant woman)

8. Last menstrual period or weeks of pregnancy : _____

Section B: To be filled in for performing non-invasive diagnostic procedures/ Tests only

9. Name of the doctor performing the procedure/s : _____
10. Indication/s for diagnosis procedure : _____ *(specify with reference to the request made in the referral slip or in a self-referral note)*
(Ultrasonography prenatal diagnosis during pregnancy should only be performed when indicated. The

following is the representative list of indications for ultrasound during pregnancy. **(Put a “Tick” against the appropriate indication/s for ultrasound)**

- i. To diagnose intra-uterine and/or ectopic pregnancy and confirm viability.
- ii. Estimation of gestational age (dating).
- iii. Detection of number of fetuses and their chorionicity.
- iv. Suspected pregnancy with IUCD in-situ or suspected pregnancy following contraceptive failure/MTP failure.
- v. Vaginal bleeding / leaking.
- vi. Follow-up of cases of abortion.
- vii. Assessment of cervical canal and diameter of internal os.
- viii. Discrepancy between uterine size and period of amenorrhea.
- ix. Any suspected adenexal or uterine pathology/abnormality.
- x. Detection of chromosomal abnormalities, fetal structural defects and other abnormalities and their follow-up.
- xi. To evaluate fetal presentation and position.
- xii. Assessment of liquor amnii.
- xiii. Preterm labour / preterm premature rupture of membranes.
- xiv. Evaluation of placental position, thickness, grading and abnormalities (placenta praevia, retro placental hemorrhage, abnormal adherence etc.).
- xv. Evaluation of umbilical cord -- presentation, insertion, nuchal encirclement, numbers of vessels and presence of true knot.
- xvi. Evaluation of previous Caesarean Section scars.
- xvii. Evaluation of fetal growth parameters, fetal weight and fetal well being.
- xviii. Color flow mapping and duplex Doppler studies.
- xix. Ultrasound guided procedures such as medical termination of pregnancy, external cephalic version etc. and their follow-up.
- xx. Adjunct to diagnostic and therapeutic invasive interventions such as chorionic villus sampling (CVS), amniocenteses, fetal blood sampling, fetal skin, biopsy, amnio-infusion, intrauterine infusion, placement of shunts etc.
- xxi. Observation of intra-partum events.
- xxii. Medical / surgical conditions complicating pregnancy.
- xxiii. Research/scientific studies in recognized institutions.

11. Procedures carried out (Non-Invasive) (Put a “Tick” on the appropriate procedure)

- i. Ultrasound
(Important Note: Ultrasound is not indicated/advised/performed to determine the sex of fetus except for diagnosis of sex linked diseases such as Duchene Muscular Dystrophy, Hemophilia A & B etc.)
- ii. Any other (specify)_____

12. Date on which declaration of pregnant woman/person was obtained : _____
13. Date on which procedures carried out : _____
14. Result of the non-invasive procedure carried out (*report in brief of the test including ultrasound carried out*)

15. The result of pre-natal diagnostic procedures was conveyed to _____ on _____
16. Any indication for MTP as per the abnormality detected in the diagnostic procedures/ tests _____

Date : _____

**Name, Signature and Registration Number with Seal of the
 Gynaecologist/Radiologist/Registered Medical Practitioner
 performing Diagnostic Procedure/s**

Place : _____

SECTION C: To be filled for performing invasive Procedures/Tests only

17. Name of the doctor/s performing the procedure/s : _____
18. History of genetic/medical disease in the family (specify) : _____ Basis of diagnosis (“Tick” on appropriate basis of diagnosis) :
- (a) Clinical
 - (b) Bio-chemical
 - (c) Cytogenetic
 - (d) Other (e.g. radiological, ultrasonography etc. -specify)
19. Indication/s for the diagnosis procedure (“Tick” on appropriate basis of indication/s) :
- A.** Previous child/children with :
 - (i) Chromosomal disorders
 - (ii) Metabolic disorders
 - (iii) Congenital anomaly
 - (iv) Mental Disability
 - (v) Haemoglobinopathy
 - (vi) Sex linked disorders
 - (vii) Single gene disorder
 - (viii) Any other (specify)
 - B.** Advanced maternal age (35 years)
 - C.** Mother/father/sibling has genetic disease (specify)
 - D.** Other (specify) _____
20. Date on which consent of pregnant woman / person was obtained in Form G prescribed in PC & PNDD Act, 1994 : _____
21. Invasive procedures carried out (“Tick” on appropriate basis of indication/s) :
- (i) Amniocentesis
 - (ii) Chorionic Villi aspiration
 - (iii) Fetal biopsy
 - (iv) Cordocentesis
 - (v) Any other (specify)
22. Any complication/s of invasive procedure (specify) : _____

23. Additional tests recommended (Please mention if applicable) :
- (i) Chromosomal studies
 - (ii) Biochemical studies
 - (iii) Molecular studies
 - (iv) Pre-implanation gender diagnosis
 - (v) Any other (specify)
24. Result of the procedures/ Tests carried out (report in brief of the invasive tests/procedures carried out) _____

25. Date on which procedures carried out : _____
26. The result of pre-natal diagnostic procedures was conveyed to _____ on _____

27. Any indication for MPT as per the abnormality detected in the diagnostic procedures/ tests : _____

Date : _____

Name, Signature and Registration Number with Seal of the
Gynaecologist/Radiologist/Registered Medical Practitioner
performing Diagnostic Procedure/s

Place : _____

SECTION D: Declaration

DECLARATION OF THE PERSON UNDERGOING PRE-NATAL DIAGNOSTIC TEST/PROCEDURE

গৰ্ভপূৰ্বক পৰীক্ষা/পদ্ধতি গ্ৰহণকাৰীৰ ঘোষণা

I, Mrs./Mr. _____ declare that by undergoing
_____ Pre-natal diagnostic test/procedure. I do not want to know the sex of my foetus
মই শ্ৰী/শ্ৰীমতী..... ঘোষণা কৰো যে গৰ্ভপূৰ্বক পৰীক্ষা/পদ্ধতি
গ্ৰহণৰ দ্বাৰা মোৰ ভ্ৰূণৰ লিঙ্গ জানিবলৈ বিচৰা নাই।

Date :

Signature/Thumb impression of the person undergoing
the Pre-natal Diagnostic Test/ Procedure

তাং-

পদ্ধতি গ্ৰহণকাৰী মহিলা/ ব্যক্তিৰ স্বাক্ষৰ/ বুঢ়া আঙুলিৰ টিপচহী বা ছাপ

In Case of thumb Impression :

বুঢ়া আঙুলিৰ টিপচহী বা ছাপ দিওঁতাৰ ক্ষেত্ৰত :

Identified by (Name) _____ Age _____ Sex _____

চিনাক্তকাৰীৰ নামঃ _____ বয়স _____ লিঙ্গ _____

Relation (if any): _____ Address & Contact No. _____

সম্বন্ধ (যদি হয়) : _____ ঠিকনা ও যোগাযোগৰ ফোন নং- _____

Signature of a person attesting thumb impression : _____ Date _____

স্বাক্ষৰ : (চিনাক্তকাৰীৰ) _____ তাং- _____

DECLARATION OF DOCTOR/PERSON CONDUCTING PRE-NATAL DIAGNOSTIC PROCEDURE/TEST

I, _____ (name of the person conducting ultrasonography/image scanning) declare
that while conducting ultrasonography/image scanning on Ms./Mr. _____ (name of the pregnant
woman or the person undergoing pre natal diagnostic procedure/test), I have neither detected nor disclosed the sex
of her fetus to anybody in any manner.

Signature : _____

Date : _____

Name in Capitals, Registration Number with Seal of the
Gynaecologist/Radiologist/Registered Medical Practitioner
Conducting Diagnostic Procedure

प्ररुप- च
FORM- F

[धारा 4(3) का परंतुक, नियम 9 (4) और नियम 20 (1 क) देखें]
(New amended on 4th February, 2014 notified on 31st January, 2014)

**आनुवंशिक क्लिनिक/अल्ट्रासाउंड क्लिनिक/इमेजिंग केन्द्र द्वारा प्रसव पूर्व
जांच की दशा में अभिलेख रखे जाने का प्रारुप**

भाग क : सभी नैदानिक प्रक्रियाओं/जांच के लिए भरे जाने के लिए

1. आनुवंशिक क्लिनिक/अल्ट्रासाउंड क्लिनिक/
इमेजिंग केन्द्र का नाम और पुरा पता :.....
2. रजिस्ट्रीकरण संख्या)गर्भधारणपूर्व और प्रसवपूर्व निदान-तकनीक
(लिंग चयन प्रतिषेध) अधिनियम, 1994 के अधीन) :.....
3. रोगी का नाम :..... आयु.....
4. कुल जीवित संतानों की संख्या :.....
(क) जीवित पुत्रों की संख्या, प्रत्येक की आयु (वर्ष या मास में) :.....
(ख) जीवित पुत्रियों की संख्या, प्रत्येक की आयु (वर्ष या मास में) :.....
5. पति/पत्नी/पिता/माता का नाम :.....
6. रोगी का पुरा पता, दुरभाष संख्या सहित, यदि
कोइ हो :.....
7. (क) चिकित्सक (चिकित्सक का पुरा नाम और पता/आनुवंशिक
परामर्शदाता केन्द्र) द्वारा निर्दिष्ट :.....
(निर्देश स्लोपों को प्रारुप च के साथ सावधानीपूर्वक परिरक्षित रखना है)

- (ख) स्त्री रोग विशेषज्ञ/ विकिरणविज्ञानी/रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी
जो नैदानिक प्रक्रियाएं कर रहे हैं, द्वारा **सव-निर्देश** :.....
(रोगी के निर्देश टिप्पण को मामले के कागज-पत्रों को प्रारुप च के साथ सावधानीपूर्वक परिरक्षित किया जाना है)

(सव-निर्देश से किसी ग्राहक द्वारा क्लिनिक में आना और जांच के लिए अनुरोध करना अभिप्रेत नहीं है)

8. पिछले रजोधर्म की अवधि या गर्भधारण के सप्ताह :.....

भाग ख : केवल गैर-आक्रामक नोदानिक प्रक्रिया/जांच के लिए भरा जाना है

9. प्रक्रिया को करने वाले चिकित्सक का नाम :.....
10. नैदानिक प्रक्रिया के लिए उपदर्शन :.....

(निर्देश स्लिप या स्व-निर्देश टिप्पण में किए गए अनुरोध के संदर्भ में विनिर्दिष्ट करें।)

(अल्ट्रासोनोग्राफी प्रसवपूर्व निदान केवल तभी

किया जाना चाहिए जब उपदर्शित किया गया

हो। निम्नलिखित अल्ट्रासाउंड के लिए

गर्भधारण के दौरान उपदर्शकों की

प्रतिनिधित्वकारी सूची है) (अल्ट्रासाउंड के

लिए उपयुक्त उपदर्शक के सामने सही का निशान लगाएं)

- i. अंतः गर्भाशय और/या अस्थानीय सर्भधारण और व्यबहार्यता का पता लगाने के लिए
- ii. गर्भधारण आयु आकलन (तिथिकरण)
- iii. भ्रूणों की संख्या का पता लगाना और उनकी क्रमबद्धता
- iv. इनसीटू आई.यु.सी.डी. के साथ संभावित गर्भावस्था या गर्भनिरोधों की असफलता के परिणामस्वरूप संभावित गर्भधारण/ असफल गर्भ के चिकित्सीय समापन
- v. योनि रक्तास्राव/रिसाव
- vi. गर्भपात के मामलों में अनुवर्ती प्रक्रिया
- vii. ग्रीवा नालिका का आकलन और आंतरिक आँस का व्यास
- viii. गर्भाशय के आकार और मासिक धर्म की अवधि में भिन्नता
- ix. एडनेक्सल या गर्भाशय रोग-निदान की कोई संभावना/अनियमितता
- x. गुणसूत्र अनि.मितताओं का पता लगाना, भ्रूण संरचना संरचना त्रुटियां और अन्य अनियमितताएं तथा उनका अनुवर्ती प्रक्रिया
- xi. भ्रूण और उसकी स्थिति का मूल्यांकन
- xii. लिंकर अमनी का निर्धारण
- xiii. समयपूर्व प्रसव पीड़ा/समयपूर्व झिल्ली का टूटना
- xiv. प्लेसेंटल प्रास्थिति, मोटाई ग्रेडिंग और अनियमितताओं (प्लेसेंटा प्रिविया, रेट्रोप्लेसेंटल रक्तास्राव, अनियमित अवलंबन, आदि) का मूल्यांकन
- xv. नाभि-रज्जु का मूल्यांकन - प्रस्तुतीकरण, सन्निवेश, नुक्कल एनसर्कलमेंट, वाहिकाओं की संख्या और टूनाट की उपस्थिति
- xvi. पूर्व के शल्यजन्य निशानों का मूल्यांकन
- xvii. भ्रूण की वृद्धि, भ्रूण के वजन और भ्रूण की कुशलता के मानकों का मूल्यांकन
- xviii. रंजक प्रवाह मापन और डूप्लेक्स डॉपलर अध्ययन
- xix. गर्भधारण का चिकित्सीय समापन, बाह्य सिफैलिक वर्सन आदि जैसी पराध्वनिनिदेशित प्रक्रियाएं और उनका अनुवर्ती प्रक्रिया
- xx. क्रमबद्ध अंकुर का नमुनाकरण (सीवीएस) उल्लेखन, भ्रूण रक्त नतुनाकरण, भ्रूण चर्म वायोप्सी, अमनीयो इन्फ्युजन, संटों आदि का अवस्थिकरण जैसे डायग्नोस्टिक और उपचारात्मक इन्वेसिव मध्यक्षेपों से अनुलग्नक
- xxi. इन्ट्रापार्टम घटनाओं का अवलोकन
- xxii. गर्भावस्था को जटिल बनाने वाली चिकित्सा/शल्यक्रिया स्थितियां
- xxiii. मान्यताप्राप्त संस्थाओं में अनुसंधान/वैज्ञानिक अध्ययन।

11. की गई प्रक्रियाएं (गैर-आक्रामक) (समुचित प्रक्रिया पर सही का निशान लगाएं) :

i. अल्ट्रासाउंड

(महत्वपूर्ण टिप्पण : अल्ट्रासाउंड का परामर्श भ्रूण का लिंग उपदर्शित करने/परामर्श देने के लिए नहीं दिया जाता है सिवाय डचेन मांसपेशी कूपोषण, अतिरक्तस्त्राव ए एवं बी आदि

ii. कोई अन्य (विनिर्दिष्ट करें)

12. वह तारीख जब गर्भवती महिला/व्यक्ति की घोषणा अभिप्राप्त की गई थी :

13. वह तारीख जब प्रक्रियाएं की गई :

14. की गई गैर-आक्रामक प्रक्रियाओं का परिणाम :

(किए गए अल्ट्रासाउंड सहित जांच की संक्षिप्त रिपोर्ट)

15. प्रसवपूर्व नैदानिक प्रक्रियाओं के परिणाम को सुचित किया गया

16. नैदानिक प्रक्रियाओं/जांच में पता लगाई गई अनियमितता के आधार पर गर्भ के चिकित्सकीय समापन के लिए कोई उपदर्शन

.....

तारीख :

स्त्री रोग विशेषज्ञ/विकिरण विज्ञानी/रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी जो नैदानिक प्रक्रियाओं को कर रहा है, का नाम, हस्ताक्षर और

स्थान :

रजिस्ट्रीकरण संख्या सहित मुहर

भाग ग : केवल आक्रामक प्रक्रियाएं/जांच करने के लिए भरा जाना है

17. प्रक्रियाओं को करने वाले चिकित्सक का नाम :.....

18. कुटुंब में आनुवंशिक/आयुर्विज्ञान रोगों का वृत्तान्त (विनिर्दिष्ट करें) :.....

निदान का आधार (निदान के उचित आधार पर सही का निशान लगाएं)

(क) क्लिनिकल

(ख) जैव रसायनिक

(ग) कोशिका आनुवंशिका

(घ) अन्य (उदाहरणार्थ विकिरण चिकित्सा

विज्ञान, अल्ट्रासोनोग्राफी आदि - विनिर्दिष्ट करें

19. नैदानिक प्रक्रिया के लिए उपदर्शन (उपयुक्त उपदर्शन पर सही का निशान लगाएं) :

(क) निम्नलिखित सहित पूर्ववर्ती संतान :

(i) गुँसूत्री विकार

(ii) उपापचयी विकार

(iii) जन्मजात विषमता

(iv) मानसिक निःशक्तता

(v) हीमोग्लोबिनोपैथी

(vi) यौन संबंधी विकार

(vii) एकल जीन विकार

(viii) कोई अन्य (विनिर्दिष्ट करें)

(ख) अधिक मातृआयु (35 वर्ष) :

(ग) माता/पिता/सहोदर भाई या बहन को आनुवंशिक रोग (विनिर्दिष्ट करें) :

(घ) अन्य (विनिर्दिष्ट करें) :

20. वह तारीख जिसको गर्भधारणपूर्व और प्रसवपूर्व निदान तकनीक (लिंग चयन प्रतिषेध) अधिनियम, 1994 में विहित प्ररूप च में गर्भवती महिला/व्यक्ति की सहमति अभिप्राप्त की गई है :.....

21. की गई आक्रामक प्रक्रियाएं (समुचित पर सही का निशान लगाएं) :

(i) एम्नियोसेंटेसिस

(ii) कोरिओनिक विल्ली एसपिरेशन

(iii) भ्रूण बायोप्सी

(iv) कोरडोसेंटेसिस

(v) कोई अन्य (विनिर्दिष्ट करें)

22. आक्रामक प्रक्रिया की कोई जटिलताएं (विनिर्दिष्ट करें) :.....

.....

23. सिफारिश की गई अन्य जांच (कृपया वर्णन करें, यदि लागू हो) :

- i. गुमसूत्रीय अध्ययन
- ii. जैव तसायनिक अध्ययन
- iii. आणविक अध्ययन
- iv. पूर्व प्रत्यारोपण लिंग निदान
- v. कोई अन्य (विनिर्दिष्ट करें)

24. की गई प्रक्रियाओं/जांचों का परिणाम (की गई आक्रामक जांच/प्रक्रियाओं की संक्षिप्त रिपोर्ट) :.....

25. वह तारीख जब प्रक्रियाएं की गई :.....

26. प्रसवपूर्व नैदानिक प्रक्रियाओं के परिणाम को सुचित किया गया

27. नैदानिक प्रक्रियाओं/जांच में पता लगाई गई किसी अनियमितता के आधार पर गर्भ के चिकित्सीय समापन का कोई उपदर्शन

तारीख :

स्त्री रोग विशेषज्ञ/विकिरण विज्ञानी/रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी
जो नैदानिक प्रक्रियाओं को कर रहा है, का नाम, हस्ताक्षर और

स्थान :

रजिस्ट्रीकरण संख्या सहित मुहर

भाग घ : घोषणा

उस व्यक्ति द्वारा की जाने वाली घोषणा जिसकी प्रसवपूर्व नैदानिक जांच/ प्रक्रिया की जा रही है

मैं श्रीमती/श्री घोषणा करती हूँ/करता हूँ कि
..... नैदानिक जांच/प्रक्रिया करवाने से मैं अपने भ्रूण का लिंग नहीं जानना चाहती/चाहता हूँ

तारीख:

प्रसवपूर्व नैदानिक जांच/ प्रक्रिया करवाने वाले
व्यक्ति का हस्ताक्षर/ अंगुठा निशान

अंगुठा निशान की दशा में :

नाम द्वारा पहचान आयु लिंग.....

संबंध (यदि कोई हो) पता दुरभाष संख्या सहित.....

अभिप्रमाणित करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर तारीख.....

प्रसवपूर्व नैदानिक जांच/प्रक्रिया करने वाले चिकित्सक/व्यक्ति की घोषणा

मैं (अल्ट्रासोनोग्राफी/छायाचित्रण करने वाले व्यक्ति का नाम)

घोषणा करता/करती हूँ कि श्रीमती/श्री (गर्भवती महिला या उस व्यक्ति

जिसका प्रसवपूर्व नैदानिक प्रक्रिया/जांच की जा रही है का नाम), का मैंने भ्रूण के लिंग की ना तो जांच की है ना ही उसका किसी

व्यक्ति को किसी रीति में प्रकटन किया है।

तारीख :

हस्ताक्षर

स्त्री रोग विशेषज्ञ/विकिरण विज्ञानी/रजिस्ट्रीकृत
चिकित्सा व्यवसायी जो नैदानिक प्रक्रियाओं
को कर रहा है, का नाम (बड़े अक्षरों में) और
रजिस्ट्रीकरण संख्या सहित मुहर