



राजस्थान सरकार
आर्थिक एवं सांख्यिकी निदेशालय
योजना भवन तिलक मार्ग, जयपुर



19/3/20

क्रमांक:—एफ13/1/3/डी-3/वीएस/डीईएस/एनआरसी/2016/Sp-1

दिनांक:

1. निदेशक (जनस्वास्थ्य)
निदेशालय चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें,
स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग, सी-स्कीम, जयपुर।
2. निदेशक
चिकित्सा शिक्षा विभाग
जयपुर

विषय:— मृत्यु की चिकित्सीय कारणों की रिपोर्ट (MCCD) ऑनलाईन करने के संबंध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि जन्म और मृत्यु रजिस्ट्रीकरण अधिनियम 1969 के प्रावधानों के अन्तर्गत राज्य के चिकित्सा संस्थानों समस्त राजकीय चिकित्सालय/सीएचसी/पीएचसी में घटित मृत्यु की घटना का इन्द्राज मृत्यु प्रतिवेदन में करते हुए मृत्यु के कारण का चिकित्सकीय प्रमाण पत्र को पूर्ण रूप से भरकर जिले के सीएमएचओ कार्यालयों में संकलित कर निदेशक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग को कोडिंग हेतु भिजवाये जाते हैं। यह प्रपत्र कोडिंग पश्चात सारणीयन एवं रिपोर्ट हेतु मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु) कार्यालय को भिजवाये जाते हैं तत्पश्चात एमसीसीडी की रिपोर्ट तैयार की जाती है।

वर्तमान में उक्त प्रक्रिया में समस्त कार्य हस्तलिखित किया जाता है। और एमसीसीडी की रिपोर्ट जारी होने में काफी विलम्ब होता है। एमसीसीडी के कार्य में गति आ सके और समय पर रिपोर्ट तैयार की जा सके इस हेतु उक्त कार्य वेबपोर्टल पहचान के माध्यम से ऑनलाईन सम्पादित किये जाने का निर्णय राज्य स्तरीय अन्तर्विभागीय समन्वय समिति (IDCC) की बैठक में निर्णय लिया गया था।

उपरोक्त परिप्रक्ष्य में दिनांक 06.03.2020 को निदेशालय आर्थिक एवं सांख्यिकी विभाग में आपके प्रतिनिधियों के साथ आयोजित संयुक्त बैठक में एमसीसीडी कार्य को ऑनलाईन किये जाने की प्रक्रिया आदि के बारे में चर्चा एवं सहमति उपरान्त उक्त कार्य को निर्धारित प्रक्रिया (संलग्न) अनुसार प्रारम्भ किये जाने का निर्णय लिया गया है।

अतः अनुरोध है कि एमसीसीडी कार्य को ऑनलाईन किये जाने के संबंध पाबन्द करने हेतु चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएँ एवं चिकित्सा शिक्षा विभाग के अधीनस्थ समस्त चिकित्सालय/सीएचसी/पीएचसी की सक्षम स्तर से निर्देशित करावे एवं जिले के समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारियों को उपरोक्त कार्य की नियमित मोनिटरिंग किये जाने के संबंध में पाबन्द करने का श्रम करावे।

संलग्न:- उपरोक्तानुसार

भवदीय,

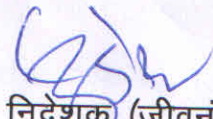

(डॉ.ओम प्रकाश बैरवा)

मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु) एवं
निदेशक एवं संयुक्त शासन सचिव

क्रमांक:-एफ13/1/3/डी-3/वीएस/डीईएस/एनआरसी/2016/

दिनांक:

प्रतिलिपि:- तकनीकी निदेशक, एनआईसी, योजना भवन, जयपुर को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है।


संयुक्त निदेशक (जीवनांक)

एमसीसीडी को राज्य में पहचान पोर्टल के माध्यम से ऑनलाईन करवाने के लिये निम्न प्रक्रिया

- एनआईसी द्वारा एमसीसीडी कार्य को वेबपोर्टल पहचान के माध्यम से ऑनलाईन सम्पादित किये जाने के संबंध में सुविधा एवं सरलता हेतु मृत्यु प्रतिवेदन संख्या 2 में कॉलम संख्या 15 में ही एक अतिरिक्त कॉलम का समावेश किया गया है। कॉलम संख्या 15 में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा तैयार किया गया मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाणीकरण के अन्तर्राष्ट्रीय स्वरूप को शामिल किया गया है।
- चिकित्सक द्वारा पूर्व में ही दर्ज मृत्यु की बीमारी के आधार पर मृत्यु के कारण का चयन कर कोडिंग करने के पश्चात पहचान पोर्टल पर फॉर्म संख्या 2 के कॉलम 15 में पूर्व में ही दर्ज कोड सलेक्ट कर Submit करना होगा। मृत्यु के कारण का कोड Submit करने के पश्चात संबंधित जिला रजिस्ट्रार/सीएमएचओ/निदेशालय चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग एवं मुख्य रजिस्ट्रार की लॉगिन आई.डी. पर ऑनलाईन एमसीसीडी रिपोर्ट प्रदर्शित (Display) होगी। इन रिपोर्ट के आधार पर एमसीसीडी की वार्षिक रिपोर्ट तैयार कर भारत के महारजिस्ट्रार कार्यालय को प्रेषित की जावेगी।

एमसीसीडी नोट

- मृत्यु प्रमाण पत्र और एमसीसीडी फॉर्म सीआरवीएस सिस्टम के महत्वपूर्ण भाग हैं क्योंकि मृत्यु प्रमाण पत्र एवं मृत्यु के कारणों के चिकित्सीय प्रमाणीकरण (एमसीसीडी) के द्वारा राज्य में हो रही मृत्युओं की घटनाओं की जानकारी प्राप्त होती है।
- राज्य में एमसीसीडी का कार्य **ICD 10** वे संस्करण का उपयोग किया जाता है जिसमें बीमारियों को 20 मेजर ग्रुप में बांटा गया है एवं इन 20 ग्रुप को बीमारियों के अनुरूप सब ग्रुप में बांटा गया है।
- वर्तमान में एमसीसीडी का कार्य जिला स्तर पर चिकित्सालयों द्वारा फॉर्म संख्या 4 पूर्ण रूप से भरकर जिले के सीएमएचओ कार्यालयों में संकलित कर निदेशक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग को कॉडिंग हेतु भिजवाये जाते हैं तथा कॉडिंग पश्चात सारणी एवं रिपोर्ट हेतु मुख्य रजिस्ट्रार (जन्म-मृत्यु) कार्यालय को भिजवाये जाते हैं इन कॉडिंग हुए फॉर्मों को एक्सल फॉर्मेट में फीडिंग के पश्चात एमसीसीडी की रिपोर्ट तैयार महा रजिस्ट्रार कार्यालय को भिजवाये जाती है।
- एमसीसीडी को राज्य में पहचान पोर्टल के माध्यम से ऑनलाईन करवाने के लिये निम्न प्रक्रिया की जा रही है।
- एनआईसी द्वारा एमसीसीडी कार्य को वेबपोर्टल पहचान के माध्यम से ऑनलाईन सम्पादित किये जाने के संबंध में सुविधा एवं सरलता हेतु मृत्यु प्रतिवेदन संख्या 2 में कॉलम संख्या 15 में ही एक अतिरिक्त कॉलम का समावेश किया गया है। कॉलम संख्या 15 में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा तैयार किया गया मृत्यु के कारणों का चिकित्सीय प्रमाणीकरण के अन्तर्राष्ट्रीय स्वरूप को शामिल किया गया है।
- चिकित्सक द्वारा पूर्व में ही दर्ज मृत्यु की बीमारी के आधार पर मृत्यु के कारण का चयन कर कोडिंग करने के पश्चात पहचान पोर्टल पर फॉर्म संख्या 2 के कॉलम 15 में पूर्व में ही दर्ज कोड सलेक्ट कर Submit करना होगा। मृत्यु के कारण का कोड Submit करने के पश्चात संबंधित जिला

रजिस्ट्रार/सीएमएचओ/निदेशालय चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग एवं मुख्य रजिस्ट्रार की लॉगिन आई.डी. पर ऑनलाईन एमसीसीडी रिपोर्ट प्रदर्शित (Display) होगी। इन रिपोर्ट के आधार पर एमसीसीडी की वार्षिक रिपोर्ट तैयार कर भारत के महारजिस्ट्रार कार्यालय को प्रेषित की जावेगी।

- एमसीसीडी ऑनलाईन राज्य में हो रही विशिष्ट रोगों की निगरानी, कहां किस उम्र में मृत्यु सार्वजनिक स्वास्थ्य मुद्दें जैसे कि शिशु रोग, मातृ मृत्यु दर, संक्रामक रोग, दुर्घटनाओं आदि की दैनिक जांच द्वारा प्रत्येक जिले की किसी भी समय की जा सकती है। जिससे की नीति निर्माताओं को मृत्यु की रोकथान के लिए प्राथमिकताएं निर्धारित करने में मदद मिलेगी।
- ऑनलाईन द्वारा नियमित आधार पर विशिष्ट मृत्यु दर के विश्वसीन आंकड़े प्राप्त करने में सहायता मिलेगी एवं राज्य के समस्त राजकीय चिकित्सालय/सीएचसी /पीएचसी जोकि वर्तमान में पहचान पोर्टल से जुड़े हुए हैं, उनको पहचान पोर्टल द्वारा एमसीसीडी से जोड़ना एवं जिससे की मृत्युओं के अधिक आंकड़े प्राप्त हो सके।
- चिकित्सा विभाग तथा चिकित्सा शिक्षा विभाग द्वारा उनसे संबंधित सभी चिकित्सालय/सीएचसी/पीएचसी को ऑनलाईन करने के संबंध में पाबंद किया जाना है। जिससे की एमसीसीडी की रिपोर्ट का कार्य सही तरिके से किया जा सके।

FORM NO. 4
(See Rule 7)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH
(Hospital In-patients. Not to be used for still births)
To be sent to Registrar along with Form No. 2 (Death Report)

Name of the Hospital
I hereby certify that the person whose particulars are given below died in the hospital in Ward No..... On AtAM/PM

NAME OF DECEASED					For use of Statistical Office
Sex	Age at Death				
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in month	If less than one month, age in days	If less than one day, age in hours	
1. Male 2. Female					
CAUSE OF DEATH (a) due to (or as a consequences of) I Immediate cause State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc. Antecedent cause Morbidity conditions, if any, giving rise to the above cause, stating underlying conditions last II Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing it (b) due to (or as a consequences of) (c)					Interval between onset and death approx.

Manner of Death

How did the injury occur?

1. Natural 2. Accident 3. Suicide 4. Homicide
5. Pending investigation

If deceased was a female, was pregnancy the death associated with? 1. Yes 2. No

If yes, was there a delivery? 1. Yes 2. No

Name and signature of the Medical Attendant certifying the cause of death

Date of verification

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri/Smt/Kum..... S/W/D of Shri
R/O was admitted to this hospital on
and expired on

Doctor.....
(Medical Superinten & Name of Hospital)

FORM NO. 4A

(See Rule 7)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

(Hospital In-patients. Not to be used for still births)

To be sent to Registrar along with Form No. 2 (Death Report)

I hereby certify that the deceased Shri/Smt/Km..... son/wife/daughter of resident of was under my treatment from to and he/she died on at A.M./P.M.

NAME OF DECEASED					For use of Statistical Office
Sex	Age at Death				
	If 1 year or more, age in years	If less than 1 year, age in month	If less than one month, age in days	If less than one day, age in hours	
1. Male 2. Female					
CAUSE OF DEATH Interval between onset and death approx. (a) due to (or as a consequences of) I Immediate cause State the disease, injury or complication which caused death, not the mode of dying such as heart failure, asthenia, etc. (b) due to (or as a consequences of) Antecedent cause Morbidity conditions, if any, giving rise to the above cause, stating underlying conditions last II (c) Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing it					

If deceased was a female, was pregnancy the death associated with? 1. Yes 2. No

If yes, was there a delivery? 1. Yes 2. No

Name and signature of the Medical Practitioner certifying the cause of death

Date of verification

(To be detached and handed over to the relative of the deceased)

Certified that Shri/Smt/Kum..... S/W/D of Shri R/O was under my treatment from to and he/she expired on at A.M./P.M.

Doctor

Signature and address of Medical Practitioner/
Medical attendant with Registration No.