



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

उम्मीदवार का वक्तव्य एवं घोषणा

CANDIDATE'S STATEMENT AND DECLARATION

फैकल्टी/एसआर/जेआर / Faculty/SR/JR

उम्मीदवार को अपनी चिकित्सीय परीक्षण से पहले नीचे दिए गए आवश्यक विवरण देने होंगे और घोषणा पर हस्ताक्षर करना होगा / The candidate must make the Statements required below prior to his/her Medical Examination and must sign the Declaration.

पूरा नाम / Full Name (In BLOCK LETTERS) -

विभाग/Department		पदनाम/Designation-			
1. पुरुष/Male <input type="checkbox"/>		2. जन्मतिथि:(दिन/माह/वर्ष) DOB:(DD/MM/YYYY)-			
महिला/Female <input type="checkbox"/>					
3. उस गंभीर बीमारी का नाम बताएं जिससे आप पीड़ित थे? Name any major disease you have suffered from?					
4. क्या आप वर्तमान में किसी बीमारी का इलाज करा रहे हैं? Are you being treated for any disease at present?	हाँ YES <input type="checkbox"/>	नहीं NO <input type="checkbox"/>			
यदि हाँ तो बीमारी का नाम बताएं / If, YES- name the disease-					
5. क्या आपका कोई निकटतम संबंधी निम्नलिखित बीमारियों से ग्रसित हैं- Have any of your near relations been afflicted with-					
पागलपन Insanity	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>	तपेदिक Tuberculosis	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>	गाउट Gout	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>
एलर्जिक विकार Allergic disorders	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>	डॉयबिटिज़ मेलिटस Diabetes mellitus	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>	अत्यधिक रक्तस्राव Excessive bleeding	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>
संबंध / Relation-					
6. क्या आप किसी पदार्थ/दवा से एलर्जिक हैं ? Are you allergic to any substance/drug?					
7. क्या आपने निम्नलिखित बीमारियों के खिलाफ टीकाकरण कराया है? Have you been immunized against the mentioned diseases ?-					
हेपेटाइटिस बी Hepatitis B	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>	पोलियो Polio	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>	डिप्थेरिया Diphtheria	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>
टिटनेस /Tetanus	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>	ट्यूबरकुलोसिस (बीसीजी) Tuberculosis (BCG)	हाँ/YES <input type="checkbox"/> नहीं/NO <input type="checkbox"/>	कोई अन्य वैक्सीनेशन Any Other Vaccination	
दो पहचान चिह्न लिखें/ Two Identification marks					
1.					
2.					
उपरोक्त सभी उत्तर मेरे सर्वोत्तम विश्वास के अनुसार सत्य एवं सही हैं। All the above answers are true and correct to the best of my belief.					

दिनांक / Date:

उम्मीदवार के हस्ताक्षर / Candidate's signature

नोट: उम्मीदवार ऊपर दिए गए विवरण की सटीकता के लिए जिम्मेदार होगा। किसी भी जानकारी को जानबूझकर छिपाने पर प्रवेश रद्द करने का जोखिम होगा।

Note: The candidate will be held responsible for the accuracy of the above statement. By willfully suppressing any information will incur the risk of cancellation of admission.

क्लिनिकल परीक्षण / CLINICAL EXAMINATION

उम्मीदवार का नाम / Name of the Candidate: _____

मेडिसिन / MEDICINE

सामान्य शारीरिक परीक्षण (जहाँ भी उपयुक्त हो टिक करें)

General Physical Examination (Tick wherever appropriate)

जनरल अपियरेंस (बिल्ट) General Appearance (Built)	अच्छा Good		ठीक Fair		खराब Poor	
ऊंचाई (जूतों के बिना) (सेमी में) Height (without shoes) (in cm)						
वजन (जूतों के बिना) (किग्रा में) Weight (without shoes) (in kg)						
नाड़ी (दर/मिनट) Pulse (rate/minute)						
रक्तचाप (मिमी / एचजी) Blood Pressure (mm/Hg)						
मौखिक स्वच्छता Oral Hygiene	अच्छा Good		ठीक Fair		खराब Poor	
त्वचा (कोई स्पष्ट बीमारी) Skin (Any obvious disease)	हाँ / Yes				नहीं / No	
साइनोसिस / Cyanosis	उपस्थित / Present				अनुपस्थित / Absent	
पैलोर / Pallor	उपस्थित / Present				अनुपस्थित / Absent	
इक्टेरस / Icterus	उपस्थित / Present				अनुपस्थित / Absent	
पेडल एडीमा / Pedal Edema	उपस्थित / Present				अनुपस्थित / Absent	
क्लबिंग / Clubbing	उपस्थित / Present				अनुपस्थित / Absent	
लोकोमोटर सिस्टम की कोई स्पष्ट असामान्यता Any obvious abnormality of the locomotor system	हाँ / Yes				नहीं / No	

प्रचलित परीक्षण / Systemic Examination:

टिप्पणी / Remark- फिट (Fit) / अनफिट (Unfit)

अन्य / Other-

कंसल्टेंट के हस्ताक्षर (मोहर सहित) / Consultant Signature (Stamp)

उम्मीदवार का नाम / Name of the Candidate:

सर्जरी / SURGERY

सामान्य परीक्षण / General examination-

अन्य मास/लंप
Any Mass/ Lump-

टिप्पणी / Remark- फिट (Fit) / अनफिट (Unfit)

अन्य / Other-

कंसल्टेंट के हस्ताक्षर (मोहर सहित) / Consultant Signature (Stamp)

ऑपथेलमोलॉजी / OPHTHALMOLOGY

विजन / Vision

	दृश्य गतिविधि Visual activity		रंग दृष्टि / Color vision	
	दायां Right	बायाँ Left	सामान्य Normal	असामान्य Abnormal
बिना चश्मे के Without glass				
चश्मे के साथ With glass				

नजदीकी दृष्टि / Near Vision:

फण्डस (अनडायलेटेड) / Fundus (Undilated)-

टिप्पणी / Remark- फिट (Fit) / अनफिट (Unfit)

अन्य / Other-

कंसल्टेंट के हस्ताक्षर (मोहर सहित) / Consultant Signature (Stamp)

उम्मीदवार का नाम / Name of the Candidate:

ई.एन.टी. (ओटोरिनोलैरिंगोलॉजी) / E.N.T.(Otorhinolaryngology)

कान / Ear:

नाक / Nose:

गला / Throat:

गर्दन / Neck:

सुनना / Hearing

	सामान्य /Normal	असामान्य / Abnormal
बायां / Left		
दायां / Right		

टिप्पणी / Remark- फिट (Fit) / अनफिट (Unfit)

अन्य / Other-

कंसल्टेंट के हस्ताक्षर (मोहर सहित) / Consultant Signature (Stamp)

ऑब्स्टेट्रिक्स & गायनेकोलॉजी / OBSTETRICS & GYNAECOLOGY

(महिला उम्मीदवारों हेतु लागू) / (Applicable to women candidates only)

कोई गायनेकोलॉजिकल शिकायत Any Gynecological Complaint	
---	--

चक्र /Cycle-

एलएमपी /LMP-

टिप्पणी /Remark- फिट)Fit) / अनफिट)Unfit)

अन्य /Other-

कंसल्टेंट के हस्ताक्षर (मोहर सहित) / Consultant Signature (Stamp)

उम्मीदवार का नाम / Name of the Candidate:

हेपेटाइटिस बी टीकाकरण विवरण के लिए
For Hepatitis B Vaccination Details

एचआईसी नं. / HIC No.....

हेपेटाइटिस बी के लिए टीकाकृत- हाँ/नहीं
Vaccinated for Hepatitis B Yes/No

यदि हाँ- ली गई खुराकों की संख्या (सभी तीन खुराकें ली जानी चाहिए)
If Yes: Number of doses taken (All three doses to be taken).....

एंटी एचबीएस एंटीबॉडी टाइट्र / Anti HBs Antibody titer.....

यदि नहीं: हेपेटाइटिस बी वैक्सीन शुरू करने की सलाह दी गई -
If No: Advised to start Hepatitis B vaccine -

यदि हेपेटाइटिस बी टीका नहीं ले रहे हैं (इनकार का कारण):
If not taking Hepatitis B (Reason for refusal)

यदि इंकार किया: "मैं श्री/सुश्री टीकाकरण न लेने/हेपेटाइटिस बी के लिए
टीकाकरण कार्यक्रम पूरा न करने के परिणामों के लिए जिम्मेदार हूँ।"

If refused declaration that I Mr./Ms.is responsible for
consequences of not taking vaccination/ not completing vaccination schedule
for Hepatitis B.

आईसीएनओ के हस्ताक्षर
Signature of ICNO
एचआईसीटी का स्टैम्प
Stamp of HICT

नाम और हस्ताक्षर / Name & Signature
(चिकित्सीय परीक्षण हेतु स्वास्थ्य देखभाल प्रोफेशनल)
(Health care professional for Medical Examination)

(लेवल-1 बिल्डिंग 3, रूम नंबर: G001) (सोमवार से शुक्रवार - 02:30 - 03:30 अपराह्न)
(level-1 building 3 room no: G001) (Mon to Friday -02:30 - 03:30 PM)

जांचें / INVESTIGATIONS

उम्मीदवार का नाम / Name of the Candidate:.....

क्रम सं. S. No.	जांच Investigation	संदर्भ सं. Reference no.	रिपोर्ट संलग्न (हां/नहीं) Report attached (Y/N)	टिप्पणी Remarks
1.	हिमोग्लोबिन/Haemoglobin			
2.	टोटल ल्यूकोसाइट काउंट Total Leukocyte Count			
3.	डिफ्रेंशियल ल्यूकोसाइट काउंट Differential Leukocyte Count			
4.	ई.एस.आर/ESR			
5.	नियमित मूत्र परीक्षण/एमई Urine routine examination/ ME			
6.	रक्त समूहीकरण/Blood Grouping			
7.	फास्टिंग प्लाज्मा शुगर Fasting Plasma Sugar			
8.	सिरम यूरिया/Serum Urea			
9.	सीरम क्रिएटिनिन Serum Creatinine			
10.	लीवर फंक्शन टेस्ट/Liver Function Test			
11.	लिपिड प्रोफाइल/Lipid Profile			
12.	सीरम सोडियम/Serum Sodium			
13.	सीरम पोटेशियम/Serum Potassium			
14.	जी6पीडी/G6PD			
15.	छाती का एक्सरे/Chest X-ray			
16.	ई.सी.जी/ECG			
17.	एफईवी ₁ /FEV ₁			
18.	एसपीओ ₂ /SPO ₂			
19.	एचआईवी/HIV			
20.	एचबीएसएजी/HBsAg			
21.	एच.सी.वी/HCV			
22.	गर्भावस्था के लिए पेशाब Urine for Pregnancy			

उम्मीदवार का नाम / Name of the Candidate:

टेस्ट/Test	रिपोर्ट/Report	हस्ताक्षर/Signature
एचआईवी/HIV		
एचबीएसएजी/HBsAg		
एच.सी.वी/HCV		
यू.पी.टी./U.P.T		

मेडिकल बोर्ड का अंतिम मूल्यांकन
FINAL ASSESSMENT OF THE MEDICAL BOARD

(बोर्ड को अपने निष्कर्ष निम्नलिखित तीन श्रेणियों में से किसी एक के अंतर्गत दर्ज करना चाहिए)
(The Board should record their findings under one of the following three categories)

1. कोर्स जारी रखने के लिए फिट/Fit for pursuing the course:
फिट/Fit अनफिट/

2. इस कारण से कोर्स जारी रखने के लिए अनफिट

Unfit for pursuing the course on account of:

.....
.....

3. इस कारण से अस्थायी रूप से अनफिट

Temporarily unfit on account of:

.....
.....

दिनांक / Date:

डॉ. मनीषा नैथानी / Dr. Manisha Naithani
उपाध्यक्ष मेडिकल बोर्ड / Vice Chairperson Medical Board
एम्स ऋषिकेश / AIIMS, Rishikesh

अध्यक्ष मेडिकल बोर्ड / Chairperson Medical Board
चिकित्सा अधीक्षक / Medical Superintendent
एम्स ऋषिकेश / AIIMS, Rishikesh

उपरोक्त प्रपत्र में हिन्दी तथा अंग्रेजी भाषा में विसंगति होने पर अंग्रेजी भाषा का प्रपत्र ही मान्य होगा।

In case of discrepancy between Hindi and English language in the above form, only the English language form will be valid.