

:: राजस्थान सरकार ::

कार्यालय प्रधानाचार्य एवं नियन्त्रक राजमाता विजयाराजे सिंधिया आयुर्विज्ञान महाविद्यालय, भीलवाडा  
देह दान सम्बंधी दिशा निर्देश

1. देहदान की सूचना 24 घण्टे में कभी भी सम्पर्क सूत्र को दी जा सकती है। देह समर्पित करने का सम्मानजनक व सुविधाजनक समय सूर्योदय के बाद एवं सूर्यास्त से पहले होता है (सुबह 8 बजे से सांय 4 बजे तक)
2. मृत्युपरांत देह को सुरक्षित रखना आवश्यक है। 5 से 6 घण्टे से अधिक समय बीत जाने पर देह को कूलिंग चैम्बर में रखना अनिवार्य होता है अन्यथा देह खराब होने की संभावना रहती है। कूलिंग चैम्बर की व्यवस्था के लिए सम्बंधित अस्पताल/मेडिकल कॉलेज के मोर्चरी, कूलिंग चैम्बर में रखने के लिए सम्पर्क किया जा सकता है।  
देहदान का प्रपत्र निःशुल्क सम्बंधित मेडिकल कॉलेज की सामान्य शाखा/एनाटॉमी विभाग कार्यालय से प्राप्त किया जा सकता है। देहदान के प्रपत्र में साक्षी नजदीकी रक्त सम्बंधी पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री/भाई/बहन की सहमति होना आवश्यक है। यदि कोई नजदीकी रक्त सम्बंधी ना हो तो निकटतम सम्बंधी की सहमति होना आवश्यक है। मूल प्रपत्र शरीर रचना विभाग (एनाटॉमी विभाग) के कार्यालय में जमा करवाकर देह दान कार्ड प्राप्त करें।
3. देहदान में आने वाली देह मेडिकल छात्रों के अध्ययन (डिस्सेक्शन) के काम में ली जाती है। इसके लिए देह की उचित Embalming नहीं होने के कारण अध्ययन (डिस्सेक्शन) के काम में लिया जा सकता है, इसलिए निम्न कारणों में देहदान स्वीकार्य नहीं किया जा सकेगा:-
  - ❖ क्षतविक्षत एवं गली (डिकम्पोस्ट) देह
  - ❖ जली हुई देह
  - ❖ अत्यधिक संक्रमित देह
  - ❖ अत्यधिक मोटी (Obese) कृष्काय (Emaciated) देह
  - ❖ कीमाथैरेपी व रेडियोथैरेपी लिए हुए कैंसर की देह
  - ❖ मेडिकोलीगल कैंसेज
  - ❖ देहदान करने से पहले यह सुनिश्चित करें की देह उपरोक्त श्रेणी में नहीं आती है एवं देहदान के लिए उपयुक्त है। इस सम्बंध में अंतिम निर्णय एनाटॉमी विभागाध्यक्ष का रहेगा।  
देहदान के पश्चात्, मृत देह पर उनके सम्बंधियों एवं अन्य किसी का अधिकार नहीं होगा।

देहदान करने हेतु सम्पर्क सूत्र:-

राजमाता विजयाराजे सिंधिया आयुर्विज्ञान महाविद्यालय, भीलवाडा देहदान समिति, (एनाटॉमी) विभाग, भीलवाडा डॉ० पूजा गंगराडे डॉ० दशरथ हरिभाउ पिम्पलै डॉ० आशीष शर्मा फोन नं. 01438-258023	डॉ० ..... प्रधानाचार्य एवं नियन्त्रक, मेडिकल कॉलेज, भीलवाडा फोन नं. 01482-297337 डॉ० अरुण गोड अधीक्षक महात्मा गांधी चिकित्सालय, भीलवाडा श्री .....पुलिस अधीक्षक, भीलवाडा
--	---

निकटतम सम्बंधित अस्पताल अधीक्षक एवं प्राचार्य मेडिकल कॉलेज से भी सम्पर्क किया जा सकता है

शरीर रचना विज्ञान विभाग  
(एनाटॉमी विभाग)  
राजमाता विजयाराजे सिंधिया मेडिकल कॉलेज,  
भीलवाड़ा (राजस्थान)

फोटो

मृत्योपारांत देह दान घोषणा पत्र (वसीयतनामा)

RVRS/ANAT./देह दान/20...../

दिनांक:-

में

पुत्र/पुत्री/पत्नी/श्री

यह घोषित करता हूँ कि मैं अपना शरीर, शरीर रचना विज्ञान विभाग (एनाटॉमी विभाग) चिकित्सा महाविद्यालय, भीलवाड़ा को दान करता हूँ जिसका उपयोग अध्ययन अध्यापन में किया जायेगा। किसी भी व्यक्ति को चाहे वह मेरा उत्तराधिकारी या रिश्तेदार हो, मेरी मृत्यु के पश्चात मेरा मृत शरीर एनाटॉमी विभाग को दिये जाने पर आपत्ति करने का कोई अधिकार नहीं होगा।

मेरी मृत्यु के पश्चात श्री/श्रीमती/कु./ रिश्ता: जिनके हस्ताक्षर नीचे दिये गये हैं, उनकी जिम्मेदारी होगी कि चिकित्सा महाविद्यालय एनाटॉमी विभाग के अधिकारियों को मृत्यु की सूचना 5 घण्टे के भीतर दें ताकि मृत शरीर में किसी प्रकार का कोई विकार उत्पन्न ना हो।

दानदाता के हस्ताक्षर

दिनांक

नाम -

पहचान चिह्न -

पूरा पता -

मो. नं.

मृत्यु संबंधी सूचना देने

वाले रिश्तेदार के हस्ताक्षर

नाम -

पूरा पता -

मो. नं.

घोषणा के साक्षी -

1 हस्ताक्षर

नाम व पूरा पता -

मो. नं.

2 हस्ताक्षर

नाम व पूरा पता -

मो. नं.

कृपया इस घोषणा-पत्र की तीन प्रतियां भरे। एक अपने पास रखें दूसरी अपने उत्तराधिकारी अथवा रिश्तेदार को दें तथा तीसरी एनाटॉमी विभाग के अधिकारियों को प्रत्यक्ष अथवा फोन पर सूचित करें।

प्रधानाचार्य कार्यालय दूरभाष क्रमांक 0148 - 2297337.

शरीर दान करने की घोषणा के लिये धन्यवाद।

विभागाध्यक्ष  
एनाटॉमी विभाग  
चिकित्सा महाविद्यालय, भीलवाड़ा

आवश्यक दस्तावेज जो देह दान के समय संलग्न किये जायें :-

1. मृतक का अधोहस्ताक्षरीत घोषणा पत्र
2. मृतक का आधार कार्ड/परिचय पत्र/ड्राइविंग लाइसेंस/राशन कार्ड की छाया प्रति
3. मृतक का एक पासपोर्ट साइज फोटो
4. मृतक का मृत्यु प्रमाण पत्र (मान्यता प्राप्त हॉस्पिटल या ग्राम पंचायत से पंजियत)
5. मृतक के परिजन का आधार कार्ड/परिचय पत्र/ड्राइविंग लाइसेंस/राशन कार्ड की छाया प्रति

## अन्डरटेकिंग

मैं ..... पुत्र .....

उम्र ..... निवासी .....

..... दूरभाष नं. .... यह वचन देता हूँ कि श्री/श्रीमती .....

..... पुत्र /पुत्री ..... उम्र ..... निवासी .....

..... का प्राकृतिक निधन दिनांक ..... को हो गया है जो कि सम्बन्ध में मेरे  
/मेरी ..... लगते थे।

यदि उक्त सूचना गलत पायी जाती है अथवा कोई मेडिको लीगल केस बनता है या कोई वाद विवाद होता है तो इस संबंध में समस्त जिम्मेदारी मेरी स्वयं की होगी, इस सम्बन्ध में कॉलेज प्रशासन अथवा एनाटोमी विभाग की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी।

हस्ताक्षर गवाह

हस्ताक्षर

पुरा नाम  
स्थायी पता  
दिनांक

पुरा नाम  
स्थायी पता  
दूरभाष नं.