

রেজিস্টার্ড নং ডি এ-১

বাংলাদেশ



গেজেট

অতিরিক্ত সংখ্যা
কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রকাশিত

মঙ্গলবার, অক্টোবর ২, ২০১৮

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ

প্রজ্ঞাপন

তারিখ : ১১ আশ্বিন ১৪২৫ বঙ্গাব্দ/২৬ সেপ্টেম্বর ২০১৮ খ্রিস্টাব্দ

এস. আর. ও. নং ২৮২-আইন/২০১৮।—মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন আইন, ১৯৯৯ এর ধারা ১১ এ প্রদত্ত ক্ষমতাবলে সরকার এতদ্বারা নিম্নরূপ বিধিমালা প্রণয়ন করিল, যথা :—

১। শিরোনাম ও প্রবর্তন।—(১) এই বিধিমালা মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন বিধিমালা, ২০১৮ নামে অভিহিত হইবে।

(২) ইহা অবিলম্বে কার্যকর হইবে।

২। সংজ্ঞা।—(১) বিষয় বা প্রসঙ্গের পরিপন্থী কোনো কিছু না থাকিলে, এই বিধিমালায়—

(ক) “আইন” অর্থ মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন আইন, ১৯৯৯ (১৯৯৯ সনের ৫ নং আইন); এবং

(খ) “ফরম” অর্থ এই বিধিমালার কোনো ফরম।

(২) এই বিধিমালায় ব্যবহৃত যে সকল শব্দ বা অভিব্যক্তির সংজ্ঞা প্রদান করা হয় নাই সেই সকল শব্দ বা অভিব্যক্তি আইনে যেই অর্থে ব্যবহৃত হইয়াছে সেই অর্থে প্রযোজ্য হইবে।

(১২১৪৭)

মূল্য : টাকা ২০.০০

৩। মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের অনুমতি প্রাপ্তির শর্তসমূহ।—মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের অনুমতি লাভের জন্য আবেদনকারী হাসপাতালে নিম্নবর্ণিত সুবিধাদি থাকিতে হইবে, যথা:—

- (ক) সংশ্লিষ্ট বিষয়ে অনূ্যন ১৫ (পনের) শয্যাবিশিষ্ট ২ (দুই) টি ইউনিট;
- (খ) অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের জন্য সুনির্দিষ্টকৃত অনূ্যন ২ (দুই) টি অপারেশন থিয়েটার;
- (গ) অনূ্যন ১০ (দশ) শয্যাবিশিষ্ট একটি ইনটেনসিভ কেয়ার ইউনিট, যাহার মধ্যে ২ (দুই) টি শয্যা ট্রান্সপ্লান্ট সংশ্লিষ্ট রোগীর জন্য সংরক্ষিত থাকিবে;
- (ঘ) কিডনী সংযোজনের ক্ষেত্রে অনূ্যন ৬ (ছয়) শয্যাবিশিষ্ট একটি ডায়ালাইসিস ইউনিট;
- (ঙ) সংশ্লিষ্ট বিষয়ে পূর্ণকালীন ১ (এক) জন অধ্যাপক এবং ২ (দুই) জন সহযোগী অধ্যাপক বা সহকারী অধ্যাপক বা সমপর্যায়ের চিকিৎসক;
- (চ) আধুনিক মেডিকেল যন্ত্রপাতি ও সরঞ্জামাদি সংবলিত প্যাথলজি, হেমাটোলজি, বায়োকেমিস্ট্রি, মাইক্রোবায়োলজী ল্যাবরেটরি, রেডিওলজি এবং ইমেজিং ব্যবস্থা; এবং
- (ছ) অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনকৃত রোগীর ক্ষেত্রে অপারেশন পরবর্তী নিয়মিত ফলোআপ করিবার জন্য সিনিয়র বা জুনিয়র কনসালটেন্ট দ্বারা পরিচালিত আউটডোর ব্যবস্থা।

৪। মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের অনুমতি প্রদানের পদ্ধতি, ইত্যাদি।—(১) মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের অনুমতি লাভের জন্য বিধি ৩ এ উল্লিখিত শর্তসমূহ প্রতিপালন সাপেক্ষে ফরম-১ পূরণপূর্বক সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল কর্তৃপক্ষ সুনির্দিষ্ট অঙ্গের নাম উল্লেখপূর্বক আইনের ধারা ২ক এর উপ-ধারা (২) অনুযায়ী আবেদন করিতে পারিবে।

(২) উপ-বিধি (১) এর অধীন আবেদন প্রাপ্তির পর সরকার নিম্নবর্ণিত সদস্য সমন্বয়ে কমিটি গঠন করিবে, যথা:—

- (ক) যুগ্মসচিব পদমর্যাদার ১ (এক)জন কর্মকর্তা;
- (খ) পরিচালক (হাসপাতাল ও ক্লিনিকসমূহ), স্বাস্থ্য অধিদপ্তর; এবং
- (গ) সংশ্লিষ্ট বিষয়ের ১ (এক) জন বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক।

(৩) উপ-বিধি (২) এর অধীন গঠিত কমিটি ৩০ (ত্রিশ) কার্যদিবসের মধ্যে সংশ্লিষ্ট হাসপাতাল সরেজমিনে পরিদর্শনপূর্বক সুস্পষ্ট মতামতসহ প্রতিবেদন দাখিল করিবে।

(৪) উপ-বিধি (৩) এর অধীন প্রতিবেদন প্রাপ্তির পর মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের অনুমতি প্রদানের শর্তপূরণ সাপেক্ষে সরকার ফরম-২ অনুযায়ী বৎসরভিত্তিক অনুমতি প্রদান করিবে।

(৫) কোন সুনির্দিষ্ট অভিযোগ ব্যতীত অনুমতি প্রদানের শর্ত পূরণ সাপেক্ষে স্বয়ংক্রিয়ভাবে বৎসরভিত্তিক অনুমতিপত্র বহাল থাকিবে :

তবে শর্ত থাকে যে, সুনির্দিষ্ট শর্ত ভঙ্গের অভিযোগ প্রাপ্তির পর সরকারের প্রাথমিক তদন্তে অভিযোগের সত্যতা পাওয়া গেলে উক্ত অনুমতিপত্র স্থগিত করা যাইবে এবং চূড়ান্ত তদন্তে অভিযোগ প্রমাণিত হইলে অনুমতিপত্র বাতিল হইবে।

(৬) উপ-বিধি (৫) এর অধীন কোনো অনুমতিপত্র বাতিল হইলে এই বিধিমালার অধীন নূতনভাবে অনুমতি লাভের জন্য আইনের ধারা ২ক এর উপ-ধারা (২) অনুযায়ী পুনরায় আবেদন করিবার ক্ষেত্রে উহা কোনো প্রতিবন্ধকতা হিসাবে গণ্য হইবে না।

৫। মেডিকেল বোর্ড গঠন ও অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন সমন্বয়কারী নিয়োগ।—আইনের ধারা ৭ এর উপ-ধারা (১) ও (৪) এর অধীন যথাক্রমে মেডিকেল বোর্ড গঠন ও অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন সমন্বয়কারী নিয়োগ করিবে।

৬। অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দান ও গ্রহণ পদ্ধতি।—(১) অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দান ও গ্রহণের ক্ষেত্রে এই বিধিমালার ফরম-৩ এর—

- (ক) অংশ-ক অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দান করিতে ইচ্ছুক জীবিত ব্যক্তি যথাযথভাবে পূরণ করিবেন;
- (খ) অংশ-খ অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ গ্রহণকারী ব্যক্তি যথাযথভাবে পূরণ করিবেন; এবং
- (গ) অংশ-গ এ বর্ণিত দলিলাদি সংযুক্তপূর্বক দাতা ও গ্রহীতা উভয়ই উহাতে স্বাক্ষর বা টিপসহি প্রদান করিবেন।

(২) আবেদনপত্র প্রাপ্তির পর মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের অনুমতিপ্রাপ্ত হাসপাতাল আইনানুগ উত্তরাধিকারীর সম্পর্ক নির্ধারণ করিবার জন্য মেডিকেল বোর্ডের নিকট প্রেরণ করিবে।

(৩) মেডিকেল বোর্ড অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দাতা ও গ্রহীতার আইনানুগ উত্তরাধিকারী নির্ধারণ করিবার লক্ষ্যে ফরম-৩ এর অংশ-গ তে উল্লিখিত দলিলাদি পরীক্ষা করিবে।

(৪) সমন্বয়কারী আইন বা এই বিধিমালার সংশ্লিষ্ট বিধানসমূহ প্রতিপালন সাপেক্ষে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের ব্যবস্থা গ্রহণ করিবেন।

(৫) আত্মীয়তা নির্ধারণে নিয়োজিত কেহ অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন কার্যক্রমে জড়িত থাকিবেন না।

(৬) আত্মীয়তা নিশ্চিত হইবার পর মেডিকেল বোর্ড ফরম-৪ অনুযায়ী একটি সনদ সমন্বয়কারীর নিকট প্রেরণ করিবে।

৭। অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ বিযুক্তকরণ পদ্ধতি।—(১) আইনের ধারা ৪ এর উপ-ধারা (১) এর দফা (ক) অনুযায়ী অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ বিযুক্তকরণের ক্ষেত্রে ক্যাডাভেরিক অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দানে আগ্রহী জীবিত ব্যক্তি ফরম-৫ এর অংশ-ক পূরণপূর্বক অনুমতি প্রদান করিবেন।

(২) অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দানে আগ্রহী ব্যক্তি ২ (দুই) জন সাক্ষীর উপস্থিতিতে ফরম-৫ এর অংশ-খ পূরণপূর্বক অনুমতি বাস্তবায়নকারী নির্ধারণ করিয়া সমন্বয়কারীকে অনুলিপি প্রদান করিবেন।

(৩) উক্ত ব্যক্তির ব্রেইন ডেথ ঘোষণার পর উপ-বিধি (১) এর অধীন অনুমতি বাস্তবায়নের লক্ষ্যে ফরম-৫ এর অংশ-গ পূরণ করিয়া সংশ্লিষ্ট অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ বিযুক্তকরণের লক্ষ্যে সমন্বয়কারীর নিকট প্রেরণ করিবেন।

(৪) আইনের ধারা ৪ এর উপ-ধারা (১) এর দফা (গ) এর ক্ষেত্রে হাসপাতালের প্রশাসনিক দায়িত্ব পালনকারী ব্যক্তি ফরম-৭ এর অংশ-খ পূরণপূর্বক সমন্বয়কারীর নিকট প্রেরণ করিবেন।

(৫) আইনের ধারা ৪ এর উপ-ধারা (১) এর দফা (ঘ) অনুযায়ী কার্যক্রম গ্রহণের ক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট জেলা প্রশাসক বা এতদুদ্দেশ্যে ক্ষমতাপ্রাপ্ত ব্যক্তি ফরম-৭ এর অংশ-গ পূরণপূর্বক চক্ষু, চর্ম, টিস্যু ও অস্থিমজ্জা বিযুক্তকরণের অনুমতি প্রদান করিয়া সমন্বয়কারীর নিকট প্রেরণ করিবেন।

৮। ব্রেইন ডেথ ঘোষিত ব্যক্তির অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংগ্রহ।—(১) কোনো ব্যক্তির ব্রেইন ডেথ ঘোষণা করা হইলে ঘোষণাকারী কমিটি অবিলম্বে সংশ্লিষ্ট অনুমতিপ্রাপ্ত হাসপাতালের সমন্বয়কারীকে উহা অবহিত করিবে এবং উক্ত সমন্বয়কারী মেডিকেল বোর্ডের মাধ্যমে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংগ্রহ ও সংযোজনের প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণ করিবেন।

(২) ব্রেইন ডেথ ঘোষিত ব্যক্তি সুস্থ ও স্বাভাবিক জীবন-যাপনকালে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দানে কোনোরূপ লিখিত আপত্তি জ্ঞাপন না করিলে উক্ত ব্যক্তির ব্রেইন ডেথ ঘোষণার পর তাহার কোনো আইনানুগ উত্তরাধিকারী উক্ত ব্যক্তির দেহ হইতে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ বিযুক্ত করিবার জন্য ফরম-৭ এর অংশ-ক পূরণ করিয়া অনুমতি প্রদান করিতে পারিবেন।

(৩) চক্ষু, চর্ম, টিস্যু ও অস্থিমজ্জা ব্যতীত সংগৃহীত যে কোনো অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ কোনো ব্যক্তির দেহে সংযোজনের পূর্বে সংশ্লিষ্ট মেডিকেল বোর্ডের অনুমোদন গ্রহণ করিতে হইবে।

৯। ক্যাডাভেরিক জাতীয় কমিটি সভা, ইত্যাদি।—(১) সরকার আইনের ধারা ৭খ এর উপ-ধারা (১) এর উদ্দেশ্য পূরণকল্পে, প্রশাসনিক আদেশ দ্বারা, একটি ২ (দুই) বছর মেয়াদে ক্যাডাভেরিক জাতীয় কমিটি গঠন করিবে।

(২) জাতীয় কমিটির সভাপতির অনুমতিক্রমে উহার সভার তারিখ, সময় ও স্থান নির্ধারিত হইবে:

তবে শর্ত থাকে যে, বৎসরে অনূন্য ৪ (চার) বার সভা আহ্বান করিতে হইবে।

(৩) অনূন্য ৭ (সাত) জন সদস্যদের উপস্থিতিতে কমিটির কোরাম পূর্ণ হইবে।

(৪) কমিটি, প্রয়োজনে, স্বল্প সময়ের নোটিশ জারির মাধ্যমে জরুরি সভা আহ্বান করিতে পারিবে।

(৫) কমিটির সদস্য-সচিব সভা আহ্বানের প্রাক্কালে আইনের ধারা ৭খ এর উপ-ধারা (১) এর দফা (খ), (গ) এবং (চ) অনুযায়ী সংশ্লিষ্ট বিষয়ের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ প্রতিনিধি মনোনয়নের জন্য অনুরোধ করিবেন।

(৬) কমিটি উহার প্রথম সভায় সদস্যদের মধ্য হইতে চিকিৎসা কর্মে জ্যেষ্ঠতম সদস্যকে সহ-সভাপতি মনোনীত করিবে।

(৭) সভাপতির অনুপস্থিতিতে সহ-সভাপতি সভায় সভাপতিত্ব করিবেন।

(১০) অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন সম্পর্কিত রেজিস্টার সংরক্ষণ।—(১) অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের অনুমতিপ্রাপ্ত প্রত্যেক হাসপাতালের সমন্বয়ক অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন সংশ্লিষ্ট ফরম-৮ এ উল্লিখিত তথ্যসহ নিম্নবর্ণিত তথ্যসংবলিত রেজিস্টার সংরক্ষণ করিবেন, যথা:—

(ক) প্রত্যেক ব্যক্তির পরিচয় ও চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্যাদি; এবং

(খ) অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দাতা ও তাহার নিকট আত্মীয়ের সকল প্রয়োজনীয় তথ্যাদি।

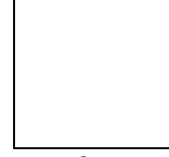
(২) অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের অনুমতিপ্রাপ্ত প্রত্যেক হাসপাতালের সমন্বয়ক কর্তৃক সংরক্ষিত অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনে আত্মহী সকল রোগীর হালনাগাদ তথ্যসংবলিত প্রতিবেদন প্রতিমাসে মহাপরিচালক, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, বরাবর প্রেরণ করিতে হইবে।

(৩) প্রতিবেদনে উল্লিখিত সকল তথ্য ব্যক্তিগত ও গোপনীয় তথ্য হিসাবে বিবেচিত হইবে এবং মনোনীত ব্যক্তি ব্যতীত অন্য কাহারও নিকট উহা ইলেকট্রনিক, মুদ্রিত বা অন্য কোনো প্রকাশযোগ্য উপায়ে বিতরণ করা যাইবে না।

ফরম-১

{বিধি-৪(১) দ্রষ্টব্য}

অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনে অনুমতি প্রাপ্তির আবেদন

আবেদনকারীর পাসপোর্ট
সাইজের ছবি

- ১। হাসপাতালের নাম :.....
- ২। হাসপাতালের ঠিকানা :.....
- ৩। অনুমোদন সংক্রান্ত তথ্য : (ক) নম্বর :.....
: (খ) প্রদানের তারিখ :.....
: (গ) মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ:.....
- ৪। সংযোজনের অনুমতি :.....
সংশ্লিষ্ট অঙ্গের নাম
- ৫। সংশ্লিষ্ট বিষয়ে অনূ্যন ১৫ (পনের) শয্যাবিশিষ্ট দুইটি ইউনিট আছে কিনা? হ্যাঁ না
- ৬। অপারেশন থিয়েটারের :.....
সংখ্যা (লে আউট
সংযুক্ত করিতে হইবে)
- ৭। আইসিইউ এর শয্যা :.....
সংখ্যা (লে আউট
সংযুক্ত করিতে হইবে)
- ৮। অঙ্গ সংযোজনের লক্ষ্যে :.....
সংরক্ষিত শয্যা সংখ্যা
- ৯। ডায়ালাইসিস ইউনিটের :.....
শয্যা সংখ্যা (প্রয়োজ্য
ক্ষেত্রে লে আইট সংযুক্ত
করিতে হইবে)
- ১০। ল্যাবরেটরি সুবিধার বিবরণ :
(ক) হেমাটোলজি :.....
(খ) বায়োকেমিস্ট্রি :.....
(গ) মাইক্রোবায়োলজি:.....
(ঘ) প্যাথলজি :.....
(ঙ) ইমেজিং সুবিধাদি :.....
- ১১। আউটডোর সুবিধার :.....

বিবরণ

- ১২। প্রস্তাবিত অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন কমিটির গঠন (অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনকারী চিকিৎসকের জীবন বৃত্তান্ত সংযুক্ত করিতে হইবে) :
- (ক) নাম.....পদবি.....বিএমএন্ডডিসি রেজিস্ট্রেশন নম্বর.....কোড.....
 খন্ডকালীন পূর্ণকালীন
- (খ) নাম.....পদবি.....বিএমএন্ডডিসি রেজিস্ট্রেশন নম্বর.....কোড.....
 খন্ডকালীন পূর্ণকালীন
- (গ) নাম.....পদবি.....বিএমএন্ডডিসি রেজিস্ট্রেশন নম্বর.....কোড.....
 খন্ডকালীন পূর্ণকালীন
- ১৩। মেডিকেল বোর্ডে প্রস্তাবিত চিকিৎসকগণের নাম-(ক).....
 (চক্ষু, চর্ম ও অস্থিমজ্জা প্রতিস্থাপনের (খ).....
 অনুমতি প্রদানের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হইবে না) (গ).....
- ১৪। প্রস্তাবিত সমন্বয়কারীর নাম ও পদবি :.....
- ১৫। হাসপাতালের পক্ষে আবেদনকারীর নাম :.....
- ১৬। আবেদনকারীর পদবি :.....

আবেদনকারীর স্বাক্ষর
তারিখ :.....

ফরম-২

{বিধি ৪(৪) দ্রষ্টব্য}

অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজনের অনুমতিপত্র

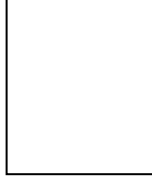
- ১। হাসপাতালের নাম :.....
- ২। ঠিকানা :.....
- ৩। অনুমোদন সংক্রান্ত তথ্য (ক) নম্বর :.....
 (খ) প্রদানের তারিখ :.....
- ৪। সংযোজনের অনুমতি সংশ্লিষ্ট অঙ্গের নাম :.....
- ৫। অনুমতি নম্বর :.....
- ৬। অনুমতি প্রদানের তারিখ :.....

দ্রষ্টব্য : এই অনুমতিপত্র প্রতি বৎসর নবায়ন করিতে হইবে।

সচিব, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

তারিখ :.....

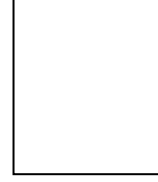


দাতার পাসপোর্ট সাইজের ছবি

ফরম-৩

{বিধি ৬(১) দ্রষ্টব্য}

অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দান ও গ্রহণের আবেদন



গ্রহীতার পাসপোর্ট সাইজের ছবি

অংশ-ক

(অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দাতা কর্তৃক পূরণীয়)

- ১। অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দাতার নাম :.....
- ২। জাতীয়তা :.....
- ৩। লিঙ্গ : পুরুষ মহিলা
- ৪। জন্ম তারিখ
(দিন) (মাস) (বৎসর)
- ৫। বৈবাহিক অবস্থা : বিবাহিত অবিবাহিত
- ৬। ফোন নম্বর (যদি থাকে) :.....
- ৭। জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর/জন্ম নিবন্ধন নম্বর :.....
- ৮। পাসপোর্ট নম্বর (যদি থাকে) :.....
- ৯। পিতার নাম :.....
(ক) জাতীয়তা :.....
(খ) জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর/জন্ম নিবন্ধন নম্বর :.....
(গ) পাসপোর্ট নম্বর (যদি থাকে) :.....
(ঘ) ফোন নম্বর (যদি থাকে) :.....
- ১০। মাতার নাম :.....
(ক) জাতীয়তা :.....
(খ) জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর/জন্ম নিবন্ধন নম্বর :.....
(গ) পাসপোর্ট নম্বর (যদি থাকে) :.....
(ঘ) ফোন নম্বর (যদি থাকে) :.....
- ১১। স্থায়ী ঠিকানা :.....
- ১২। বর্তমান ঠিকানা :.....
- ১৩। অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ গ্রহীতার সহিত সম্পর্ক : পিতা/মাতা/পুত্র/কন্যা/ভাই/ বোন/স্বামী/স্ত্রী ও রক্ত সম্পর্কিত আপন চাচা/ফুফু/মামা/খালা/নানা/নানি/ প্রয়োজ্য সম্পর্ক ব্যতীত অন্যান্য

সম্পর্কগুলো কাটিয়া দিন)

দাদা/দাদি/নাতি/নাতনি/ আপন চাচাতো/মামাতো/
ফুপাতো/খালাতো ভাই বা বোন।

- ১৪। ডিএনএ পরীক্ষার প্রতিবেদন আছে : হ্যাঁ না
কিনা (প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে সংযুক্ত করুন)

আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করিতেছি যে, উপরি-উক্ত সকল বিবরণ সঠিক এবং কোনো ভুল প্রমাণিত হইলে মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন আইন, ১৯৯৯ এর ধারা ১০ এর উপ-ধারা (১) অনুযায়ী আমি দায়ী থাকিব।

.....
অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দাতার স্বাক্ষর/টিপসহি

তারিখ :

অংশ-খ

(অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ গ্রহীতা কর্তৃক পূরণীয়)

- ১৫। অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ গ্রহীতার নাম :
- ১৬। জাতীয়তা :
- ১৭। লিঙ্গ : পুরুষ মহিলা
- ১৮। জন্ম তারিখ
(দিন) (মাস) (বৎসর)
- ১৯। বৈবাহিক অবস্থা : বিবাহিত অবিবাহিত
- ২০। ফোন নম্বর (যদি থাকে) :
- ২১। জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর/জন্ম নিবন্ধন নম্বর :
- ২২। পাসপোর্ট নম্বর (যদি থাকে) :
- ২৩। পিতার নাম :
- (ক) জাতীয়তা :
- (খ) জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর/জন্ম নিবন্ধন নম্বর :
- (গ) পাসপোর্ট নম্বর (যদি থাকে) :
- (ঘ) ফোন নম্বর (যদি থাকে) :
- ২৪। মাতার নাম :
- (ক) জাতীয়তা :
- (খ) জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর/জন্ম নিবন্ধন নম্বর :

- (গ) পাসপোর্ট নম্বর (যদি থাকে) :.....
- (ঘ) ফোন নম্বর (যদি থাকে) :.....
- ২৫। স্থায়ী ঠিকানা :.....
- ২৬। বর্তমান ঠিকানা :.....
- ২৭। অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ গ্রহীতার সহিত সম্পর্ক (প্রযোজ্য সম্পর্ক ব্যতীত অন্যান্য সম্পর্কগুলো কেটে দিন) : পিতা/মাতা/পুত্র/কন্যা/ভাই/ বোন/স্বামী/স্ত্রী ও রক্ত সম্পর্কিত আপন চাচা/ফুফু/মামা/খালা/নানা/নানি/ দাদা/দাদি/নাতি/নাতনি/ আপন চাচাতো/মামাতো/ ফুপাতো/খালাতো ভাই বা বোন।
- ২৮। ডিএনএ পরীক্ষার প্রতিবেদন আছে কিনা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে সংযুক্ত করুন) : হ্যাঁ না

আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করিতেছি যে, উপরি-বর্ণিত সকল বিবরণ সঠিক এবং কোনো তথ্য ভুল প্রমাণিত হইলে মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন আইন, ১৯৯৯ এর ধারা ১০ এর উপ-ধারা (১) অনুযায়ী আমি দায়ী থাকিব।

অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ গ্রহীতার স্বাক্ষর/টিপসহি
তারিখ :.....

অংশ-গ

(দাতা ও গ্রহীতা কর্তৃক পূরণীয় শর্তাবলি)

২৯। চক্ষু, চর্ম, টিস্যু, অস্থিমজ্জা ও হৃদযন্ত্র সংযোজনের ক্ষেত্র ব্যতীত অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দান বা গ্রহণে আত্মহী ব্যক্তিদ্বয় নিম্নবর্ণিত কাগজাদি সংযুক্ত করিবেন, যথা :

- (ক) সংশ্লিষ্ট ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান বা পৌরসভার মেয়র বা সিটি কর্পোরেশনের মেয়র বা তদকর্তৃক ক্ষমতাপ্রাপ্ত কাউন্সিলর কর্তৃক প্রদত্ত দাতা ও গ্রহীতার আইনানুগ নিকট আত্মীয়ের সহিত সম্পর্ক সংক্রান্ত প্রত্যয়নপত্র ও উভয়ের সত্যায়িত ছবি;
- (খ) উভয়ের জাতীয় পরিচয়পত্রের অনুলিপি (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে);
- (গ) উভয়ের আইনানুগ নিকট আত্মীয়ের সহিত সম্পর্ক সম্পর্কিত এফিডেভিটের মূলকপি;
- (ঘ) উভয়ের (স্বামী-স্ত্রীর ক্ষেত্রে) বিবাহের সনদপত্রের অনুলিপি;
- (ঙ) উভয়ের ডিএনএ পরীক্ষার ফলাফল (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে); এবং
- (চ) উভয়ের জন্ম নিবন্ধন সনদের অনুলিপি।

আমরা উভয়ে স্বেচ্ছায় স্বজ্ঞানে বর্ণিত কাগজাদি/তথ্যাদি এতদসঙ্গে সংযুক্ত করিয়া স্বাক্ষর/টিপসহি প্রদান করিলাম।

অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দাতার স্বাক্ষর/টিপসহি

অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ গ্রহীতার স্বাক্ষর/টিপসহি

তারিখ :

তারিখ :

ফরম-৪
{বিধি-৬(৬) দ্রষ্টব্য}
মেডিক্যাল বোর্ডের সনদ

- ১। মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন আইন, ১৯৯৯ এর ধারা ৭ এর উপ-ধারা (১) অনুযায়ী গঠিত মেডিকেল বোর্ড কর্তৃক.....হাসপাতালে চিকিৎসাধীন জনাব/বেগম.....(দাতা)পিতা :..... মাতা :..... জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন নম্বর:..... ঠিকানা : কেঅঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দানের জন্য জনাব/বেগম (গ্রহীতা) পিতা :..... মাতা :..... জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন সনদ নং :..... ঠিকানা : এর প্রস্তাবের পরিপ্রেক্ষিতে দাতা ও গ্রহীতার ডাক্তারী পরীক্ষা সম্পন্ন করা হইয়াছে।
- ২। ক্রমিক নং ১ এ বর্ণিত অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ গ্রহীতাকে তাহার পিতা/মাতা/পুত্র/কন্যা/ভাই/বোন/স্বামী/স্ত্রী ও রক্ত সম্পর্কিত আপন চাচা/ফুফু/মামা/খালা/নানা/নানি/দাদা/দাদি/নাতি/নাতনি/আপন চাচাতো/মামাতো/ফুপাতো/খালাতো ভাই বা বোন অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ প্রদানের অঙ্গীকার করিয়াছেন।
- ৩। আত্মীয়তার পরিচয় নিশ্চিত করা হইয়াছে এবং এই মর্মে ঘোষণা করা যাইতেছে যে, তাহারা উভয়ে অস্ত্রোপচারের জন্য উপযোগী।
- ৪। আত্মীয়তার পরিচয় নিশ্চিত করা সম্ভব হয় নাই/নিকট আত্মীয়তার সম্পর্ক নিশ্চিত হওয়া যায় নাই। প্রাপ্ত আবেদনপত্র প্রত্যয়ন বোর্ডের নিকট প্রেরণের সুপারিশ করা হইল।
- ৫। ক্রমিক নং ৩ অথবা ৪ অনুযায়ী কার্যক্রম গ্রহণের জন্য সমন্বয়কারীর নিকট প্রেরণ করা হইল (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে ঠিক চিহ্ন দিন)।

স্বাক্ষর (সীলসহ) ও তারিখ :.....	স্বাক্ষর (সীলসহ) ও তারিখ :.....
নাম :	নাম :
কোড নং (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :	কোড নং (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :
পদবি :	পদবি :
রেজিস্ট্রেশন নং :	রেজিস্ট্রেশন নং :

স্বাক্ষর (সীলসহ) ও তারিখ :.....
নাম :
কোড নং (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :
পদবি :
রেজিস্ট্রেশন নং :

ফরম-৫

{বিধি-৭(১) দ্রষ্টব্য}

ক্যাডাভেরিক অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দান বা বিযুক্তকরণের অনুমতিপত্র

অংশ-ক

১। আমি পিতা : মাতা :

জাতীয় পরিচয় পত্র/জন্ম নিবন্ধন নম্বর : বয়স

ঠিকানা.....

টেলিফোন নম্বর (যদি থাকে) :

শ্বেচ্ছায়, স্বজ্ঞানে অঙ্গীকার করিতেছি যে, আমার ব্রেইন ডেথ ঘোষিত হইলে আমার শরীরের কিডনী/হৃৎপিণ্ড/ফুসফুস/অন্ত্র/যকৃত/ভগ্নাশয়/অস্থি/অস্থিমজ্জা/চক্ষু/চর্ম ও টিস্যু/মানবদেহে সংযোজনযোগ্য যেকোনো অঙ্গ বা প্রত্যঙ্গ (টিক দিতে হইবে) অন্য কাহারো দেহে সংযোজনের জন্য দান করিতে ইচ্ছুক। আমার মৃত্যুর পর অন্য কেহ এই অঙ্গীকারে কোনো আপত্তি উত্থাপন করিতে পারিবে না।

স্বাক্ষর (টিপসহি) :.....

তারিখ :

পূর্ণ নাম :

অংশ-খ

২। আমার ব্রেইন ডেথ ঘোষণার পর এই অঙ্গীকারনামা আমার নিকট আত্মীয় জনাব/
বেগম..... পিতা : মাতা :

বয়স : বাস্তবায়ন করিবেন।

অঙ্গীকারকারীর স্বাক্ষর :.....

অঙ্গীকার বাস্তবায়নকারীর স্বাক্ষর :.....

তারিখ :

তারিখ :

পূর্ণ নাম :

পূর্ণ নাম :

পূর্ণ ঠিকানা :

পূর্ণ ঠিকানা :

ফোন নম্বর (যদি থাকে) :

ফোন নম্বর (যদি থাকে) :

প্রত্যয়ন করা যাইতেছে যে, অঙ্গীকারকারী ব্যক্তি আমার সম্মুখে স্বজ্ঞানে, শ্বেচ্ছায়, কোনো প্ররোচনা ব্যতীত এই অঙ্গীকারনামা সম্পাদন করিয়াছেন।

স্বাক্ষর :.....

স্বাক্ষর :.....

তারিখ :

তারিখ :

স্বাক্ষীর নাম :

স্বাক্ষীর নাম :

পিতার নাম :

পিতার নাম :

মাতার নাম :

মাতার নাম :

জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর :

জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর :

পূর্ণ ঠিকানা :

পূর্ণ ঠিকানা :

অংশ-গ

প্রত্যয়ন করা যাইতেছে যে,.....হাসপাতালে চিকিৎসাধীন জনাব/বেগম.....
 আনুমানিক বয়স : এর চিকিৎসাধীন অবস্থায়.....
 তারিখ : সময় : কারণে ব্রেইন ডেথ ঘোষণা করা হইয়াছে। তিনি
 জীবিত অবস্থায় উপরি-উক্ত অংশ-ক পূরণপূর্বক অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দানের
 অঙ্গীকার করিয়া নিম্নস্বাক্ষরকারীকে উক্ত অঙ্গীকার বাস্তবায়নের ক্ষমতা অর্পণ করিয়াছেন। উক্ত
 অঙ্গীকার বাস্তবায়নের লক্ষ্যে প্রয়োজনীয় কার্যক্রম গ্রহণের জন্য অনুরোধ করা হইল।

অঙ্গীকার বাস্তবায়নকারীর স্বাক্ষর :
 তারিখ :
 পূর্ণ নাম :
 পূর্ণ ঠিকানা :
 ফোন নম্বর (যদি থাকে) :

প্রাপক :

সমন্বয়কারী

.....হাসপাতাল।

ফরম-৬
{বিধি-৮(১) দ্রষ্টব্য}

প্রত্যয়ন করা যাইতেছে যে, হাসপাতালে চিকিৎসাধীন
জনাব/বেগম..... আনুমানিক বয়স :
এর চিকিৎসাধীন অবস্থায়..... তারিখ :
সময় : কারণে ব্রেইন ডেথ হইয়াছে বলিয়া ঘোষণা করা হইল।

স্বাক্ষর ও তারিখ
নাম :
কোড (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :
পদবি :
মেডিসিন/ক্রিটিক্যাল কেয়ার মেডিসিন
..... হাসপাতাল

স্বাক্ষর ও তারিখ
নাম :
কোড (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :
পদবি : নিউরোলজী
..... হাসপাতাল

স্বাক্ষর ও তারিখ
নাম :
কোড (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :
পদবি : অ্যানেসথেসিওলজী
..... হাসপাতাল

ফরম-৭
ক্যাডাভারিক অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ বিযুক্তকরণ
(অংশ-ক)
{বিধি-৮(২) দ্রষ্টব্য}

- ১। ব্রেইন ডেথ ঘোষিত :
ব্যক্তির নাম
- ২। পিতার নাম :
- ৩। মাতার নাম :
- ৪। জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর :
- ৫। জাতীয়তা :
- ৬। ব্রেইন ডেথ ঘোষিত
ব্যক্তির কোনো দাবিদার আছে কি না : হ্যাঁ না
- ৭। ব্রেইন ডেথ ঘোষিত
ব্যক্তির অঙ্গীকারনামা আছে কি না : হ্যাঁ না
- ৮। নিকট আত্মীয় অনুমতি দিয়াছেন কি না : হ্যাঁ না

আমি স্বেচ্ছায় স্বজ্ঞানে আমার ব্রেইন ডেথ ঘোষিত (নিকট আত্মীয়) জনাব/বেগম..... এর (অঙ্গ) বিযুক্ত করণের অনুমতি প্রদান করিয়া সমন্বয়কারীর নিকট প্রেরণ করিলাম।

অনুমতি প্রদানকারী নিকট আত্মীয়ের স্বাক্ষর :
তারিখ :
নাম :
সম্পর্ক :

অংশ-খ
(ব্রেইন ডেথ ঘোষিত ব্যক্তির দেহের দাবিদার না থাকিলে)
{বিধি-৭(৪) দ্রষ্টব্য}

প্রত্যয়ন করা যাইতেছে যে, হাসপাতালে চিকিৎসাধীন একজন পুরুষ/মহিলা রোগী যার আনুমানিক বয়স..... বৎসর..... রোগের চিকিৎসা চলাকালে..... কারণে তারিখে তাহার ব্রেইন ডেথ ঘোষণা করা হইয়াছে। ব্রেইন ডেথ ঘোষণার ২৪ ঘন্টা অতিক্রান্ত হওয়া সত্ত্বেও তাহার কোনো দাবিদার না থাকায় মানবদেহে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ সংযোজন আইন, ১৯৯৯ এর ধারা ৪ এর উপ-ধারা (১) এর দফা (গ) এর ক্ষমতাবলে উক্ত ব্যক্তির অঙ্গ বিযুক্তকরণের অনুমতি প্রদান করিয়া সমন্বয়কারীকে অবহিত করিলাম।

হাসপাতাল প্রধানের স্বাক্ষর (সীলসহ)
(প্রশাসনিক কর্তৃত্ব পালনকারী ব্যক্তি)
তারিখ :
নাম :
পদবি :

ফরম-৮
{বিধি-১০ দ্রষ্টব্য}
রেজিস্ট্রার সংরক্ষণের চেকলিস্ট

অংশ-ক

১। অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ গ্রহীতার তথ্য

- (ক) রোগীর নাম :
- (খ) বয়স :
- (গ) লিঙ্গ :
- (ঘ) ঠিকানা :
- (ঙ) রক্তের গ্রুপ :
- (চ) টিস্যু টাইপসহ অন্যান্য তথ্য :
- (ছ) সংযোজনের জন্য প্রয়োজনীয় অঙ্গের নাম :
- (জ) চিকিৎসক কর্তৃক অঙ্গ সংযোজনের সুপারিশের তারিখ :
- (ঝ) অঙ্গ সংগ্রহের প্রকার : ক্যাডাভেরিক/জীবিত ব্যক্তি কর্তৃক দান :
- (ঞ) অঙ্গ সংযোজনের অগ্রাধিকার প্রদানের ভিত্তি :

অংশ-খ

জীবিত ব্যক্তি কর্তৃক অঙ্গ দানের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য

১। অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ দাতার তথ্য

- (ক) রোগীর নাম :
- (খ) বয়স :
- (গ) লিঙ্গ :
- (ঘ) ঠিকানা :
- (ঙ) রক্তের গ্রুপ :
- (চ) টিস্যু টাইপসহ অন্যান্য তথ্য :
- (ছ) দানের জন্য নির্ধারিত অঙ্গ-প্রত্যঙ্গের নাম :
- (জ) গ্রহীতার সহিত সম্পর্ক :
- (ঝ) অঙ্গ দানের প্রকার : ক্যাডাভেরিক/জীবিত ব্যক্তি কর্তৃক দান :
- (ঞ) অঙ্গ দানের তারিখ :

রাষ্ট্রপতির আদেশক্রমে

রেহানা ইয়াছমিন
উপসচিব।

মোঃ লাল হোসেন, উপপরিচালক, বাংলাদেশ সরকারী মুদ্রণালয়, তেজগাঁও, ঢাকা কর্তৃক মুদ্রিত।
মোঃ আব্দুল মালেক, উপপরিচালক, বাংলাদেশ ফরম ও প্রকাশনা অফিস, তেজগাঁও,
ঢাকা কর্তৃক প্রকাশিত। website: www.bgpress.gov.bd