



भारत का राजपत्र
The Gazette of India

असाधारण

EXTRAORDINARY

भाग II—खण्ड 3—उप-खण्ड (i)

PART II—Section 3—Sub-section (i)

प्राधिकार से प्रकाशित

PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 54]

No. 54]

नई दिल्ली, मंगलवार, फरवरी 4, 2014/माघ 15, 1935
NEW DELHI, TUESDAY, FEBRUARY 4, 2014/MAGHA 15, 1935

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय
अधिसूचना

नई दिल्ली, 31 जनवरी, 2014

सा. का. नि. 77. (अ).—केन्द्रीय सरकार, गर्भधारणपूर्व और प्रसवपूर्व निदान-तकनीक (लिंग चयन प्रतिषेध) अधिनियम, 1994 (1994 का 57), की धारा 32 द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, गर्भधारणपूर्व और प्रसवपूर्व निदान-तकनीक (लिंग चयन प्रतिषेध) नियम, 1996 का और संशोधन करने के लिए निम्नलिखित नियम बनाती है, अर्थात्:—

1. (1) इन नियमों का संक्षिप्त नाम गर्भधारणपूर्व और प्रसवपूर्व निदान-तकनीक (लिंग चयन प्रतिषेध) नियम, 2014 है।

(2) ये राजपत्र में उनके प्रकाशन की तारीख को प्रवृत्त होंगे।

2. गर्भधारणपूर्व और प्रसवपूर्व निदान-तकनीक (लिंग चयन प्रतिषेध) नियम के प्ररूप च के स्थान पर निम्नलिखित प्ररूप रखा जाएगा, अर्थात्:—

[धारा 4 (3) का परंतुक, नियम 9 (4) और नियम 10 (1क) देखें]

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

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

1. आनुवंशिक क्लिनिक/अल्ट्रासाउंड क्लिनिक/इमेजिंग केन्द्र का नाम और पूरा 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 पूरा पता, दूरभाष संख्या सहित, यदि कोई हो,
7. (क) चिकित्सक (चिकित्सक का पूरा नाम और पता/ आनुवंशिक परामर्शदाता केन्द्र) द्वारा निर्दिष्ट (निर्देश स्लीपों को प्रारूप च के साथ सावधानी-पूर्वक परिरक्षित रखना है)
- (ख) स्त्री रोग विशेषज्ञ/ विकिरणविज्ञानी/ रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी जो नैदानिक प्रक्रियाएं कर रहे हैं, द्वारा स्व-निर्देश (रोगी के निर्देश टिप्पण को मामले के कागज-पत्रों को प्रारूप च के साथ सावधानीपूर्वक परिरक्षित किया जाना है)
- (स्व-निर्देश से किसी ग्राहक द्वारा क्लिनिक में आना और जांच के लिए अनुरोध करना या गर्भवती महिला के नातेदारों) द्वारा जांच के लिए अनुरोध करना अभिप्रेत नहीं है)
8. पिछले रजोधर्म की अवधि या गर्भधारण के सप्ताह

भाग ख : केवल गैर-आक्रामक नैदानिक 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 गर्भधारण और व्यवहार्यता का पता लगाने के लिए
- ii. गर्भधारण आयु का आकलन (तिथिकरण)
- iii. भ्रूणों की संख्या का पता लगाना और उनकी क्रमबद्धता
- iv. इनसीटू आई.यू.सी.डी. के साथ संभावित गर्भावस्था या गर्भनिरोधों की असफलता के परिणामस्वरूप संभावित गर्भधारण/ असफल गर्भ के चिकित्सीय समापन
- v. योनि रक्तस्राव/ रिसाव
- vi. गर्भपात के मामलों में अनुवर्ती प्रक्रिया
- vii. ग्रीवा नालिका का आकलन और आंतरिक ऑस 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 अनियमितताओं का पता लगाना, भ्रूण संरचना त्रुटियां और अन्य अनियमितताएं तथा उनका अनुवर्ती प्रक्रिया
- xi. भ्रूण और उसकी स्थिति का मूल्यांकन
- xii. लिकर अमनी का निर्धारण
- xiii. समयपूर्व प्रसव पीड़ा/ समयपूर्व झिल्ली का टूटना
- xiv. प्लेसेंटल प्रास्थिति, मोटाई ग्रेडिंग और अनियमितताओं (प्लेसेंटा प्रिविया, रेट्रोप्लेसेंटल रक्तस्राव, अनियमित अवलंबन, आदि) का मूल्यांकन
- xv. नाभि-रज्जु का मूल्यांकन - प्रस्तुतीकरण, सन्निवेश, नुक्कल एनसर्कलमेंट, बाहिकाओं 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 नमूनाकरण (सीवीएस) उल्लेखन, भ्रूण रक्त नमूनाकरण, भ्रूण चर्म वायोप्सी, अमनीयो इन्फ्यूजन, इंट्रायूटेराइन इन्फ्यूजन, संटों आदि का अवस्थिकरण जैसे डायग्नोस्टिक और उपचारात्मक इन्वेसिव मध्यक्षेपों से अनुलग्नक
- xxi. इन्द्रापाटम 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 सूचित किया गया

16. नैदानिक प्रक्रियाओं/जांच में पता लगाई गई अनियमितता के आधार पर गर्भ के चिकित्सीय 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 रजिस्ट्रीकरण संख्या सहित मुहर

स्थान :

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 आनुवंशिकी

(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) गुणसूत्री 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 छ में गर्भवती महिला/व्यक्ति की सहमति अभिप्राप्त की गई है

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

i. एम्नियोसेंटेसिस

ii. कोरियोनिक विल्ली एसपिरेशन

iii. झूण 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. गुणसूत्रीय अध्ययन

ii. जैव रसायनिक 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..... सूचित 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 रजिस्ट्रीकरण संख्या सहित मुहर

स्थान:

469 26/14-2

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/ अंगूठा निशान

अंगूठा निशान की दशा में:

नाम..... द्वारा पहचान आयु लिंग ...

संबंध (यदि कोई हो) पता दूरभाष 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

[फा.सं. वी.11011/6/2013-पीएनडीटी]

डा. राकेश कुमार, संयुक्त सचिव

टिप्पण : मूल अधिसूचना भारत के राजपत्र में सा.का.नि. 1(अ), तारीख 1 जनवरी, 1996 को प्रकाशित की गई थी और अधिसूचना सं. सा.का.नि. 109(अ) तारीख 14 फरवरी, 2003; सा.का.नि. 426(अ) तारीख 31 मई, 2011; सा.का.नि. 80(अ) तारीख 7 फरवरी, 2012; सा.का.नि. 418(अ) तारीख 4 जून, 2012 और सा.का.नि. 13 (अ) तारीख 9 जनवरी, 2014 द्वारा संशोधित की गई थी।

MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE
NOTIFICATION

New Delhi, the 31st January, 2014

G.S.R. 77 (E).—In exercise of the powers conferred by Section 32 of the Pre-conception and Pre-natal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex Selection) Act, 1994 (57 of 1994), the Central Government hereby makes the following rules further to amend the Pre-conception and Pre-natal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex Selection) Rules, 1996, namely :—

1. (1) These rules may be called the Pre-conception and Pre-natal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex Selection) Amendment Rules, 2014.

(2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.

2. In the Pre-conception and Pre-natal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex Selection) Rules, 1996, for Form F, the following Form shall be substituted:

[See Proviso to Section 4(3), rule 9(4) and rule 10(1A)]

**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 Counseling 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 : _____

469 50/14-3

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 adnexal 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 labor / 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, number 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 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&PNDT Act,
1994 : _____
21. Invasive procedures carried out ("Tick" on appropriate 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-implantation 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 MTP as per the abnormality detected in the diagnostic procedures/ tests _____

Date :
Place

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

SECTION D: Declaration

**DECLARATION OF THE PERSON UNDERGOING
PRENATAL DIAGNOSTIC TEST/ PROCEDURE**

I, Mrs./Mr. _____ declare that by undergoing
_____ Prenatal Diagnostic Test/ Procedure. I do not want to know the sex of my foetus.

Date:

Signature/Thumb impression of the person undergoing
the Prenatal Diagnostic Test/ Procedure

In Case of thumb Impression:

Identified by (Name) _____ Age: _____ Sex: _____
Relation (if any): _____ Address & Contact No.: _____

Signature of a person attesting thumb impression: _____ Date: _____

**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

[F No. V.11011/6/2013-PNDT]

Dr RAKESH KUMAR, Jt. Secy.

Note : The principal notification was published in the Gazette of India, *vide* G.S.R 1 (E), dated the 1st January, 1996 and amended *vide* notification numbers G.S.R 109 (E), dated the 14th February, 2003; G.S.R 426 (E), dated the 31st May, 2011; G.S.R 80 (E), dated the 7th February, 2012; G.S.R 418 (E), dated the 4th June, 2012 and G.S.R 13(E), dated the 9th January, 2014.