कार्यालयः जिला एंव सेशन न्यायाधीश, जयपुर जिला, जयपुर (राज0)

क्रमांकः—120——— / स्था0 दिनांकः 04 मार्च, 2021

:: सूचना ::

न्यायिक अधिकारीगण (सेवानिवृत्त अधिकारियों सहित) एवं उनके परिवारजन के कोविड–19 के टीकाकरण हेतु जिला न्यायालय परिसर, बनीपार्क स्थित बार एसोसिएशन के भवन में दिनांक 08.03.2021 से टीकाकरण का कार्यक्रम निर्धारित किया गया है। टीकाकरण का समय प्रातः 10:00 बजे से सांय 05:00 बजे तक रहेगा।

आपसे अनुरोध है कि आप एवं आपके परिवारजन जो 60 वर्ष की आयु प्राप्त कर चुके हैं अथवा दिनांक 01.01.2022 को या उससे पहले 60 वर्ष की आयु प्राप्त कर लेगें अथवा जिनकी आयु 45 वर्ष से अधिक एवं 59 वर्ष से कम है तथा जो विनिर्दिष्ट रोग से ग्रस्त है, के टीकाकरण हेतु पूर्व में आरोग्य सेतु ऐप अथवा Cowin Portel पर ऑनलाईन पंजीकरण कराकर उक्त दिनांकों को निर्धारित टीकाकरण केन्द्र पर उपस्थित होने का श्रम करें तथा पंजीकरण के समय दर्ज किये गये पहचान का दस्तावेज, आधार कार्ड (यदि उपलब्ध हो) एवं मोबाईल फोन जिससे पंजीकरण कराया गया है भी आवश्यक रूप से साथ लेकर आवें।

यह भी अनुरोध है कि आपके परिवार के ऐसे सदस्य जिनकी आयु 45 वर्ष से अधिक है व 59 से कम है तथा जो विनिर्दिष्ट रोग (Specified Combordities) से ग्रसित हैं, उनके सम्बन्ध में पंजीकृत चिकित्सा अधिकारी से प्रमाणित एनेक्जर 1ए साथ लेकर केन्द्र पर आवें जिसकी प्रति आपको संलग्न भिजवायी जा रही है।

यह भी अनुरोध है कि टीकाकरण की सुविधा राज्य सरकार द्वारा अन्य केन्द्रों पर भी उपलब्ध है जिसकी सूचना आपको संलग्न भिजवायी जा रही है। आप नजदीकी सुविधाजनक केन्द्र पर भी टीकाकरण करवा सकते हैं।

उक्त टीकाकरण कार्यक्रम के सम्बन्ध में निम्न व्यक्तियों से सम्पर्क कर सकते हैं:—

1. श्री आकाश शर्मा, कोर्ट मैनेजर— 9829159935
2. श्री अरविन्द पाराशर, नाजिर — 9414820885

संलग्न उपरोक्तानुसार।

जिला एवं सेशन न्यायाधीश
जयपुर जिला, जयपुर (राज0)

List of Specified Comorbidities

Annexure 1(A): List of specified Comorbidities for determination of eligibility of citizens in age group 45 to 59 years

SN	Criterion
1	Heart Failure with hospital admission in past one year
2	Post Cardiac Transplant/Left Ventricular Assist Device (LVAD)
3	Significant Left ventricular systolic dysfunction (LVEF <40%)
4	Moderate or Severe Valvular Heart Disease
5	Congenital heart disease with severe PAH or Idiopathic PAH
6	Coronary Artery Disease with past CABG/PTCA/MI AND Hypertension/Diabetes on treatment
7	AnginaAND Hypertension/Diabetes on treatment
8	CT/MRI documented stroke AND Hypertension/Diabetes on treatment
9	Pulmonary artery hypertension AND Hypertension/Diabetes on treatment
10	Diabetes (> 10 yearsORwith complications) AND Hypertension on treatment
11	Kidney/ Liver/ Hematopoietic stem cell transplant: Recipient/On wait-list
12	End Stage Kidney Disease on haemodialysis/ CAPD
13	Current prolonged use of oral corticosteroids/ immunosuppressant medications
14	Decompensated cirrhosis
15	Severe respiratory disease with hospitalizations in last two years/FEV1 <50%
16	Lymphoma/ Leukaemia/ Myeloma
17	Diagnosis of any solid cancer on or after 1st July 2020 ORcurrently on any cancer therapy
18	Sickle Cell Disease/ Bone marrow failure/ Aplastic Anemia/ Thalassemia Major
19	Primary Immunodeficiency Diseases/ HIV infection
20	Persons with disabilities due to Intellectual disabilities/ Muscular Dystrophy/ Acid attack with involvement of respiratory system/ Persons with disabilities having high support needs/ Multiple disabilities including deaf-blindness

Format of Certificate

Annexure 1(B): Certificate to identify individuals with co-morbidities that enhance the risk of mortality in COVID-19 disease for priority vaccination

(To be filled by a Registered Medical Practitioner)

Name of beneficiary: ____________________

Age: __________ Gender: __________

Address: ____________________

Mobile phone number: ____________________

Identification document: ____________________

I, Dr. ____________________, working as ____________________. have reviewed the above named individual and certify that he/she has the below mentioned conditions based on the records presented to me. A copy of the records on which this certificate is based is attached.

Presence of ANY ONE of the following criteria will prioritize the individual for vaccination

SN	Criterion	Yes/No
1.	Heart Failure with hospital admission in past one year	
2.	Post Cardiac Transplant/Left Ventricular Assist Device (LVAD)	
3.	Significant Left ventricular systolic dysfunction (LVEF <40%)	
4.	Moderate or Severe Valvular Heart Disease	
5.	Congenital heart disease with severe PAH or Idiopathic PAH	
6.	Coronary Artery Disease with past CABG/PTCA/MI AND Hypertension/Diabetes on treatment	
7.	AnginaAND Hypertension/Diabetes on treatment	
8.	CT/MRI documented stroke AND Hypertension/Diabetes on treatment	
9.	Pulmonary artery hypertension AND Hypertension/Diabetes on treatment	
10.	Diabetes (> 10 yearsORwith complications) AND Hypertension on treatment	
11.	Kidney/ Liver/ Hematopoietic stem cell transplant: Recipient/On wait-list	
12.	End Stage Kidney Disease on haemodialysis/ CAPD	
13.	Current prolonged use of oral corticosteroids/ immunosuppressant medications	
14.	Decompensated cirrhosis	
15.	Severe respiratory disease with hospitalizations in last two years/FEV1 <50%	
16.	Lymphoma/ Leukaemia/ Myeloma	
17.	Diagnosis of any solid cancer on or after 1st July 2020 Orcurrently on any cancer therapy	
18.	Sickle Cell Disease/ Bone marrow failure/ Aplastic Anemia/ Thalassemia Major	
19.	Primary Immunodeficiency Diseases/ HIV infection	
20.	Persons with disabilities due to Intellectual disabilities/ Muscular Dystrophy/ Acid attack with involvement of respiratory system/ Persons with disabilities having high support needs/ Multiple disabilities including deaf-blindness	

I am aware that providing false information is an offence.

Name of RMP: ____________________

Medical Council registration number of RMP: ____________

Date of issuing the certificate: ____________

Place of issue: ____________________.

(Signature of RMP)