

"ഭരണഭാഷ- മാതൃഭാഷ"



**കേരള സർക്കാർ**

**സംഗ്രഹം**

ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ വകുപ്പ് - കാരുണ്യ ആരോഗ്യ സുരക്ഷാ പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി 'ശ്രുതി തരംഗം പദ്ധതി' സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി വഴി നടപ്പാക്കാൻ - വിശദമായ പ്രവർത്തന മാർഗ്ഗ രേഖ അംഗീകരിച്ചു ഉത്തരവ് പുറപ്പെടുവിക്കുന്നു

ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ (എം) വകുപ്പ്

സ.ഉ.(സാധാ) നം.1803/2023/H&FWD തീയതി, തിരുവനന്തപുരം, 23-07-2023

- പരാമർശം:-
- 1) 15.05.2023 തീയതിയിലെ കേരള സംസ്ഥാന ആസൂത്രണ ബോർഡ് മെമ്പർ സെക്രട്ടറിയുടെ കത്ത് നമ്പർ.264/2022/എസ് പി ഡി
  - 2) താലോലം, കുട്ടികൾക്കുള്ള കാൻസർ സുരക്ഷ, ശ്രുതി തരംഗം എന്നീ പദ്ധതികൾ കാരുണ്യ ആരോഗ്യ സുരക്ഷാ പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി നടപ്പിലാക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ബഹു ആരോഗ്യ വകുപ്പ് മന്ത്രിയുടെ അധ്യക്ഷതയിൽ 07.06.2023-ന് ചേർന്ന യോഗത്തിന്റെ നടപടി കുറിപ്പ്
  - 3) 27.06.2023 തീയതിയിലെ സർക്കാർ ഉത്തരവ് (സാധാ) നമ്പർ 1530/2023/ആ.ക.വ
  - 4) 11.07.2023 തീയതിയിലെ സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടറുടെ കത്ത് നമ്പർ എസ്.എച്ച്.എ /157/2023- എം.ജി.ആർ (ഒപിഎൻ)

**ഉത്തരവ്**

പരാമർശം 1 -ലെ കത്ത് പ്രകാരം പതിനാലാം പഞ്ചവത്സര പദ്ധതിക്കാലത്ത് മെഡിക്കൽ അപ്പറൻസ് വിപുലീകരിക്കുന്നതിനുള്ള ലക്ഷ്യം മുൻനിർത്തി സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പും സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷനും നടപ്പിലാക്കി വന്നിരുന്ന മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ്/അപ്പറൻസ് പദ്ധതികൾ 2023 24 ബജറ്റ് അംഗീകരിച്ചത് പ്രകാരം സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി വഴി നടപ്പിലാക്കുന്നത് സംസ്ഥാന ആസൂത്രണ ബോർഡ് അംഗീകാരം നൽകിയിരുന്നതിനായി അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്.

2) പരാമർശം 2 -ലെ യോഗനടപടിക്കുറിപ്പ് പ്രകാരം കാരുണ്യ ആരോഗ്യ സുരക്ഷാ പദ്ധതിയുടെ ഭാഗമായി 'ശ്രുതി തരംഗം പദ്ധതി' നടപ്പിലാക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിശദമായ പ്രവർത്തന മാർഗ്ഗരേഖ തയ്യാറാക്കാൻ സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസിയെ ചുമതലപ്പെടുത്തുകയും അതിന്റെ ഭാഗമായി പരാമർശം 3 ലെ സർക്കാർ ഉത്തരവ് പ്രകാരം ഒരു ടെക്നിക്കൽ കമ്മിറ്റി രൂപീകരിക്കുകയും ചെയ്തിട്ടുണ്ട്.

3) പരാമർശം 4 -ലെ കത്ത് പ്രകാരം സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ ലഭ്യമാക്കിയ 'ശ്രുതി തരംഗം പദ്ധതി' നടപ്പിലാക്കുന്നതുമായി ബന്ധപ്പെട്ട വിശദമായ

പ്രവർത്തന മാർഗ്ഗരേഖ സർക്കാർ വിശദമായി പരിശോധിക്കുകയും, ഇതോടൊപ്പം ഉൾക്കൊള്ളിച്ചിട്ടുള്ള അനുബന്ധം പ്രകാരം അംഗീകരിച്ചു ഉത്തരവ് പുറപ്പെടുവിക്കുന്നു.

(ഗവർണ്ണറുടെ ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം)

എ പി എം മുഹമ്മദ് ഹനീഷ്  
പ്രിൻസിപ്പൽ സെക്രട്ടറി

- മെമ്പർ സെക്രട്ടറി, സംസ്ഥാന ആസൂത്രണ ബോർഡ്, തിരുവനന്തപുരം
- സാമൂഹ്യ നീതി വകുപ്പ്, തിരുവനന്തപുരം
- വനിതാ - ശിശു വികസന വകുപ്പ്, തിരുവനന്തപുരം.
- ധനകാര്യ വകുപ്പ്, തിരുവനന്തപുരം.
- ആരോഗ്യ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർ, തിരുവനന്തപുരം.
- മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസ വകുപ്പ് ഡയറക്ടർ, തിരുവനന്തപുരം.
- സ്റ്റേറ്റ് മിഷൻ ഡയറക്ടർ, നാഷണൽ ഹെൽത്ത് മിഷൻ, തിരുവനന്തപുരം.
- എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ, സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി, തിരുവനന്തപുരം.
- എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ, കേരള സ്റ്റേറ്റ് സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി മിഷൻ, തിരുവനന്തപുരം.
- പ്രിൻസിപ്പൽ അക്കൗണ്ടന്റ് ജനറൽ (ഓഡിറ്റ്) കേരള, തിരുവനന്തപുരം
- കരുതൽ ഫയൽ/ ഓഫീസ് കോപ്പി

ഉത്തരവിൻ പ്രകാരം

Signed by  
Muraleedharan Chettiyar  
സെക്ഷൻ ഓഫീസർ  
Date: 23-07-2023 14:25:27

പകർപ്പ് :  
ബഹു. മുഖ്യമന്ത്രിയുടെ പ്രൈവറ്റ് സെക്രട്ടറിക്ക്  
ബഹു. ആരോഗ്യവും വനിതാ- ശിശു വികസനവും വകുപ്പ് മന്ത്രിയുടെ പ്രൈവറ്റ് സെക്രട്ടറിക്ക്  
ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ വകുപ്പ് പ്രിൻസിപ്പൽ സെക്രട്ടറിയുടെ പി എ -ക്ക്

അനുബന്ധം

Guideline for Implementation of  
**Sruthitharangam**  
**Scheme**

ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ വകുപ്പ്  
കേരള സർക്കാർ

# Contents

1. Background.....	2
2. About the Document.....	2
3. State Level Technical Committee (SLTC).....	3
4. Benefit Package.....	4
5. Eligibility Criteria:.....	5
5.1 General Criteria.....	5
5.2 Specific Criteria.....	5
5.2.1 Audiological Criteria.....	6
5.2.2 Radiological Criteria.....	7
6. Health Facilities Covered:.....	7
7. Service Delivery Process.....	8
7.1 Pre-Treatment.....	8
7.1.1 Beneficiary Level.....	8
7.1.2 Hospital Level.....	9
8.1.3 SHA Level.....	9
8.2 Treatment and After.....	10
8.3 Settlement of expenses to Hospital.....	11
9. Grievance Redressal.....	11
10. Fund Flow & Scheme Monitoring.....	11
11. Fund utilization by Public Hospitals:.....	12
Annexures.....	13
<i>Annexure 1: Specifications for implant</i> .....	13
<i>Annexure 2: Pre-implant Evaluation for Sruthitharangam</i> .....	15
<i>Annexure 3: Empanelment Criteria</i> .....	16
<i>Annexure 4: Documents to be submitted to State Level Technical Committee,</i> .....	16
സത്യവാങ്മൂലം.....	24

# 1. Background

**Sruthitharangam** (Cochlear Implantation Scheme) which was implemented by Kerala Social Security Mission (KSSM) provides free cochlear implantation surgery as well as auditory verbal habilitation (AVH) for children in the age group of 0-5 years, who are hearing impaired. The service is offered through empanelled public and private hospitals.

As part of converging various publicly funded health financing programmes, Government of Kerala has decided to implement 'Thalolam', 'Cancer Suraksha for Child Patients' and Cochlear Implantation for Children (Sruthi Tharangam) by State Health Agency, Kerala which is implementing Karunya Arogya Suraksha Padhathi (KASP) from fiscal year 2023-24.

## 2. About the Document

This document will provide detailed process and guidelines to be followed for providing treatment benefits under **Sruthitharangam** Scheme that provides free treatment service that includes cochlear implant surgery and habilitation therapies followed by State Health Agency (SHA), Kerala from the financial year 2023-24. This includes the beneficiary eligibility criteria for Sruthitharangam scheme, facilities that can provides the mentioned scheme benefits under the scheme including empanelment criteria, application procedure for beneficiaries to avail the services, technical review of applications received, standard operating procedures at hospitals, payment to providers, clinical & administrative documentation, quality assurance, monitoring and grievance redressal.

### 3. State Level Technical Committee (SLTC)

As per GO (Rt).No.1530/2023/H&FWD Dated 27.06.2023 a technical committee has been constituted for implementation of Sruthitharangam Scheme under the leadership of State Health Agency (SHA) with the following members

Sl No.	Role	Official
1	Convenor	Joint Director (Ops), State Health Agency, Kerala
2	Member	State Nodal Officer, Child Health, National Health Mission, Kerala
3	Expert Member	HoD, Dept. of ENT, Govt. Medical College, Trivandrum
4	Expert Member	HoD, Dept. of ENT, Govt. Medical College, Kottayam
5	Expert Member	HoD, Dept. of ENT, Govt. Medical College, Kozhikkode
6	Expert Member	Dr. C John Panicker, Good Health ENT Centre, Thiruvananthapuram.
7	Expert Member	Dr. Manoj, Managing Director, Dr. Manoj's ENT Super Specialty Institute & Research Center, Kozhikkode

The State Level Technical Committee (SLTC) is responsible for scrutiny of the applications received under Sruthitharangam scheme and provide necessary guidance for the scheme implementation.

The committee should convene its meeting once in three months or within 10 working days of receiving an application under Sruthitharangam.

The committee will be responsible for the following.

- Monitoring of the scheme implementation
- Evaluation of the application received for scheme benefits
- Take decision on the application received and inform the providers on the decision with specific remarks
- Fixing the cost of treatment packages covered under the scheme.
- Evaluate and take decisions on the applications received from hospitals for getting empaneled under the scheme and providing treatment benefits.
- Provide guidance on audit of the past claims and prevent leakages.
- Periodic monitoring of the scheme implementation
- Outcome of the treatment
  - a. Morbidity, Mortality and One year follow-up of the treatment to be evaluated by the State Level Technical Committee of Sruthitharangam.

- b. The institutions who have performed the procedure should inform the details regarding the follow up of the patients up to one year to the State Level Technical Committee.
- c. The State Level Technical Committee will evaluate these outcome indicators up to one year and further decisions will be taken based on the report.

## 4. Benefit Package

The expenditure for **Sruthitharangam** will have a cap of **Rs.5,20,000/-** per patient. The rate for implant, procedure and therapies are specified below and the same will be integrated with online portal for claim processing.

The scheme will only support unilateral procedures.

The cost of implant will be based on the rate contract identified by Kerala Medical Services Corporation Ltd. (KMSCL) through a competitive tendering process following the existing procurement guidelines. The same will be notified by SHA after completing the tendering process in coordination with KMSCL. The specifications for the implant, and warranty conditions are specified in **Annexure 1**.

This procedure cost will be inclusive of post operative visit for two (02) years and supervisory responsibility for any possible complication within one (01) year of surgery.

Habilitation will need to be undertaken from the centre from where the surgery is performed. The frequency of the sessions will be decided by the therapist which is not less than one session per week. After six (06) months, the parent/guardian will have the option of changing the therapy centre to another approved centre with the consent of both parties, with written communication to the State Health Agency (SHA).

The package rate recommended by the State Level Technical Committee (SLTC) is furnished below.

SI No.	Item	Unit Rate	No of Units	Total
1	Implant*	Rs.3,90,000/-	1	Rs.3,90,000/-
2	Procedure <sup>#</sup>	Rs.70,000/	1	Rs.70,000/-
3	Mapping & Programming	Rs.18,000/-	1	Rs.18,000/-
4	Habilitation	Rs.300 / Session	140	Rs.42,000/-
Total				Rs.5,20,000/-

*\*Rate for implant is mentioned based on the current market rates and actual rate will be determined through a competitive tendering process through KMSCL.*

*# The procedure cost and the cost for mapping and programming of implant will be reimbursed at the rate of Rs.70,000/- and Rs.18,000/- respectively. The final rates will be determined based on the price discovery through KMSCL tendering process. STLC will have the authority to modify these rates to ensure that the total cost of surgery & habilitation including all 4 components specified above does not exceed the available amount of Rs.5,20,000/- per beneficiary.*

The SLTC will have the authority to review this rate from time to time subject to approval of the Government.

## **5. Eligibility Criteria:**

Children between 0-5 years of age are eligible for this scheme. However, special approval of the State Level Technical Committee (SLTC) of the Scheme should be obtained for treatment of children between the age group of 3-5 years. Further, SLTC after thorough verification can also approve intervention for children above the age group of 5 for cases similar to post meningitis injury since it improves the quality of life of the children above 5 years.

There are general criteria as well as specific criteria for Sruthitharangam. The same are furnished below.

### **5.1 General Criteria**

Children at the time of treatment should fall under the age group specified above or conditions listed. The parents should be Keralites and should not be Government servants and Income Tax payees.

The parent / legal guardian of the children should be willing to undertake the cochlear implant surgery as per the guidelines issued as part of the scheme and a self-declaration duly signed by the Nodal officer of the treating hospital in this regard should be filed.

### **5.2 Specific Criteria**

In addition to the above general criteria, the beneficiary should complete a pre-implant evaluation before applying for the benefits under the scheme and also fulfil the following criteria for availing benefits under Sruthitharangam.

#### **5.2.1 Audiological Criteria**

- **Children less than 2 years of age**
  - a. Bilateral severe to profound hearing loss
  - b. Use of appropriately fitted hearing aids and speech therapy at a recognized centre for at least 2 months, OR evidence of inadequate benefit with hearing aids on aided conditioned audiometry.



- c. Aided audiogram/ Visual response audiometry
- **Children 2- 3 years of age**
  - a. Bilateral moderately severe to profound hearing loss
  - b. Poor speech perception scores with appropriately fitted hearing aids and speech therapy for at least 2 months.
  - c. Aided audiogram and/or Visual response audiometry below the level necessary for adequate development of age-appropriate speech and language
- **Children 3-5 years of age (Subject to special approval by SLTC)**
  - a. Bilateral moderately severe to profound hearing loss
  - b. Poor speech perception scores with appropriately fitted hearing aids and speech therapy for at least 2 months.
  - c. Aided audiogram and/or Visual response audiometry below the level necessary for adequate development of age-appropriate speech and language
  - d. Children with significant, but not age appropriated speech development and who are communicating verbally
- **Children >5 years of age (Subject to special approval by SLTC)**
  - a. Children with post meningitis injury as per the recommendation of the SLTC

### 5.2.2 Radiological Criteria

- Normal dimensions of Cochlea
- Presence of a clearly demonstrated cochlear nerve with a thickness of at least 1mm.
- Except for Incomplete partition II, enlarged vestibular aqueduct other anomalies are exempted from the scheme.
- Absence of major brain abnormalities that may preclude normal functioning and intelligence.

### 5.2.3 Medical Criteria

- Reasonably normal mental functioning
- Approval by a pediatric psychologist as regards mental functioning, if required.
- Absence of significant other congenital anomalies that may affect the quality of life and expectancy.
- Completion of all government-approved vaccinations especially Pneumococcal and H Influenza vaccinations.
- Absence of middle ear disease at the time of surgery- if present, must be adequately and completely treated.

### 5.2.4 Social Criteria

- Parents or guardians who are willing to cooperate in therapy sessions for at least 2 years following switch on or until age-appropriate performance is reached.
- Parents or guardians who understand the risks, limitations and expected outcomes of cochlear implantation.
- Parents or guardians must sign their consent to an agreement with the government regarding the terms and conditions of the scheme and penalty clauses for deviation from the guidelines.

The components covered under pre-implant evaluation are outlined in [Annexure 2](#)

## 6. Health Facilities Covered:

The treatment facility will be provided only through selected empanelled hospital in a cashless manner by State Health Agency for each specific scheme. There will not be any provision for re-imburement of treatment expenses to the beneficiary.

All public and private hospitals which were engaged by KSSM for Sruthithrangam scheme with functional audiology department are eligible to provide services as per the new guidelines, subject to signing of MoU with SHA. Further empanelment as per requirement will be done based on the criteria as listed in [Annexure 3](#). The list of hospitals providing the scheme benefits will be published by SHA in its website (<https://sha.kerala.gov.in>).

All new hospitals added to the programme will need to register themselves for Health Facility Registry (HFR <https://facility.abdm.gov.in>) and in Hospital Empanelment Module (HEM - <https://hospitals.pmjay.gov.in>) and the same will be approved by State Empanelment Committee (SEC) constituted for PMJAY/KASP after due verification.

PMJAY/KASP kiosks will be the point of contact for beneficiaries at the empanelled hospitals. A nodal person will be identified and nominated by the Superintendent / Head of the hospitals empanelled under the scheme. PMJAY/KASP nodal person may preferably be nominated for this role. The nodal person will be responsible for coordinating with the beneficiaries as well as SHAs for operational aspects.

## 7. Service Delivery Process

Eligible beneficiaries can avail cashless services from the empanelled hospitals. This overall process includes,

Pre-  
Treatment

Checks eligibility of the beneficiary  
Submit the applicaiton for SLTC approval  
Provide Treatment

Submit treatment information for claim review  
Verifies document authenticiv and compliance

Detailed steps in this process are furnished in the following sections.

## 7.1 Pre-Treatment

Before initiating the treatment, the eligibility of the beneficiary needs to be verified on both medical and non-medical sides components. The responsibilities of beneficiary, SHA and hospital in this process are described below.

### 7.1.1 Beneficiary Level

The beneficiary can initiate the application process through any of the empanelled hospitals under the scheme. The treatment services will be provided to those beneficiaries who fulfils the eligibility criteria as specified in section 5 of this document.

The following documents to be produced by the parents of the beneficiary to initiate the process,

1. Ration Card issued by Government of Kerala having the name of the child or the parent.
2. Birth certificate, if the child is not added to the ration card (for <2years of age)
3. The self-declaration of the child's guardian countersigned by the concerned Nodal Officer of the treating hospital.
4. AADHAR of the child and parent.
5. Phone number linked with the AADHAR used for authentication (for OTP verification in case biometric authentication fails).

The beneficiary can coordinate with the treating facility through the treatment process and may reach out to SHA in case of any grievances only.

### 7.1.2 Hospital Level

The hospital should be coordinating with SHA/SLTC for all matters related to the scheme benefits on behalf of the beneficiary and beneficiary should not be directed to process any applications directly. The specific responsibilities are listed below.

- a) **Document Verification:** The designated personnel at the hospital counter (preferably Pradhan Mantri Arogya Mitra – PMAM) should verify the documents submitted by the beneficiary parents. The PMAM should inspect that, a) The documents submitted are authentic b) Self-declaration submitted in the prescribed format c) Submit necessary documents specified for Sruthitharangam

- b) **Obtain approval of SLTC:** After verification of the documents, the same may be forwarded to the State Level Technical Committee (SLTC) from a registered e-mail id of the hospital to SHA. Details of the documents to be submitted are furnished as [Annexure 4](#). A dedicated e-mail address in this regard will be shared by SHA. Clarifications if any should be provided as per requirement. Status of approval should be informed to the parent and post approval, treatment may begin.
- c) Before initiating the treatment, the hospital should ensure that
- I. The parent/caregiver/ guardian is informed fully about the condition of the child, the surgical process, and the possible complications in detail and in writing.
  - II. Counsel the parent/ caregiver/ guardian about the various parts of the implant, with a physical demonstration of a dummy implant and processor
  - III. Inform the parents/care givers about the maintenance and care of the device and about the warranty period and costs of spares.
- d) **Initiation of treatment:** The hospital should start the treatment process as soon as the approval is received from the SLTC.

### 8.1.3 SHA Level

Decision on acceptance or rejection of the application relies with SLTC. The supporting documents submitted by the hospital over e-mail will be verified and upon successful matching of eligibility criteria, the beneficiary application will be approved.

Mismatches if any will result in rejection of the application. The reason for rejection will be informed to the hospital in writing. The hospital can re-initiate the application if the rejection is due to clerical errors.

The beneficiary can approach District Project Coordinator (DPC) appointed by State Health Agency and file a grievance if any related to the process.

## 8.2 Treatment and After

The treatment services to eligible beneficiaries will be provided on cashless basis through empanelled hospitals. Hospitals can raise the claim through the OPD online module of the Arogyakiranam Scheme being implemented by SHA. The software manual for the processes will be shared with hospitals separately along with a training session.

The hospitals can purchase the implants directly from the vendors identified by Kerala Medical Services Corporation (KMSCL) and communicated by SHA.

The hospital can claim the cost of implant and procedure combined, immediately after the surgery as per the rates specified in section 4 or as decided by the Government from time to time.

The center providing mapping and programming services will be reimbursed on providing the data of the process.

The center providing habilitation services will be reimbursed after ten (10) sessions on providing proof of the same in prescribed format.

*After the surgery the hospital should;*

1. Provide in writing, the timing of postoperative follow-up, mapping sessions and habilitation sessions planned for the child.
2. Provide contact numbers in case of any emergency related to the child or the implant.
3. Liaison with the company to ensure an adequate and quick supply of spares, troubleshoot the implant and provide lifelong support to the child.
4. Inform each parent/guardian about the possible expectations of the child, monitor this progress and initiate a review if the performance falls short of expectations.

The claim submitted by the hospital through the online platform will be processed within 30 working days.

### **8.3 Settlement of expenses to Hospital**

The adjudication team appointed by SHA will verify the post treatment documents submitted by the hospital to ensure that the process as specified by SLTC is followed. The adjudication team may raise queries that requires further clarification or additional supporting document to support the decision making.

Upon successful verification of the claims the same will be approved and processed for payment by State Health Agency. The amount will be dispersed to the hospital account electronically.

In case of rejection, the reasons for the same will be furnished in the remarks section and hospital can demand re-verification through District Grievance Redressal Committee (DGRC) of the AB PM-JAY/KASP Scheme (Refer Section 9 for details on grievance redressal process).

## **9. Grievance Redressal**

The existing grievance redressal system at District & State level for PMJAY/KASP implementation will be responsible for handling the grievances related to Sruthitharangam scheme.

The grievances can be filed either by the beneficiary or the hospital to the District Grievance Redressal Committee (DGRC) through letter, e-mail, through call centre (DISHA 14555) and online portal (<https://cgrms.pmjay.gov.in>). Decision on the grievances, depending on the urgency of the matter, should be handled as per the Turn Around Time (TAT) defined under PMJAY/KASP. If the parties involved are not satisfied with the decision of the DGRC, appeal may be filed with State Grievance Redressal Committee (SGRC). Decision of the SGRC will be final.

Details of the Grievance Redressal Nodal Officers (DGNO) for filing the grievances including postal and e-mail address with phone number are furnished in **Annexure 5**.

## **10. Fund Flow & Scheme Monitoring**

State Health Agency (SHA) will be responsible for overall management and monitoring of the scheme. SHA will submit financial statement related to Sruthitharangam scheme service uptake to NHM and NHM should reimburse the amount within next 10 days.

District Project Coordinators (DPCs) of SHA will monitor the activities at the District Level under the supervision of Manager (Policy & Field Operations). A monthly programme update will be furnished by Manager (PFO) to Joint Director (Operations). After due vetting, the same will be presented in upcoming State Level Technical Committee (SLTC) meeting.

After the completion of surgery and related procedures, SHA will forward the necessary information about the beneficiaries to KSSM for follow-up activities.

## **11. Fund utilization by Public Hospitals:**

The public hospitals can meet the expense related to hiring therapist and other resources directly benefiting scheme beneficiaries from the reimbursed amount received. The existing bank account being used for receiving reimbursement amount from AB PM-JAY/KASP may be used for this purpose.

## Annexures

### Annexure 1: Specifications for implant

The specifications for the implant, sound processor and other technical elements are listed below.

SI No	Component	Minimum requirement
<b>1</b>	<b>Implant</b>	
1.1	Casing	Hermetically sealed titanium casing
1.2	Impact resistance	Withstand 2.5joules or higher impact
1.3	MRI compatibility	1.5 Tesla (with or without magnet removal)
1.4	Removeable magnet	Required
1.5	Warranty	10 years
1.6	Reliability	At least 95% (at least 3yrs data)
1.7	Channels	Multichannel - 12 or higher number of channels
1.8	Impedance measurement	Monopolar mode with values across all channels and the ability to identify short & open circuits
1.9	Electrophysiological measurements	ECAP (Electrical Compound Action Potential)
1.10	Integrity Test system	Required. Company support in execution when performance decrement is noted. (With a response time of under 7 days)
1.11	Electrode arrays	2 active length options: 1. 12-17mm 2. Longer than 17mm
<b>2</b>	<b>Sound Processor</b>	
2.1	Type	Ear worn or Head worn
2.2	Sound coding strategy	1. Temporal/Spectral coding strategy &/Or Combination of the two. 2. Option of 2 coding strategies to choose
2.3	Signal processing	Digital signal processing
2.4	Sound input dynamic range (IDR)	45db or higher input dynamic range
2.5	Telecoil and audio streaming	Direct audio streaming or else the accessory should be part of the kit.
2.6	Noise cancellation / preprocessing algorithm/ dual or multi microphones	Minimum 2 types /options (Example: dual Microphones and /or, noise cancellation/pre-processing algorithms... etc)
2.7	Processor warranty	5 Years or higher
2.8	Accessories warranty	1 Year or higher (for all accessories)
2.9	Battery type	Rechargeable with charger
2.10	Remote controller /monitor	Optional

	system	
2.11	Programs/multi memory	3 Programs or higher
2.12	Maximum stimulation rate	30,000 PPS or higher
<b>3</b>	<b>OTHERS</b>	
3.1	Accessories	<p>Should include:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rechargeable battery x 3nos <b>OR</b> 2- time replacement post processor warranty, in case of moulded/embedded battery.</li> <li>2. 3 different external magnet strengths to suit different skin thicknesses.</li> <li>3. Organizer bag to hold all the items provided.</li> <li>4. Water/moisture protective case or pack x 3 numbers</li> <li>5. Electrical dehumidifying system</li> <li>6. Coil cables x 6nos (for ear worn)</li> <li>7. Coil x 3 numbers (for ear worn)</li> <li>8. Processor Retention/safety accessory x 6 numbers</li> <li>9. User manual in English</li> </ol>
3.2	Regulatory Approval	<p><b>a)</b> MDR or FDA regulated must be approved by Drug Controller General of India (DCGI)</p> <p><b>b)</b> The tenderer should submit an undertaking that tenderer shall provide valid Import License issued under the provisions of the Drug and Cosmetic Act, 1940 and Rules 1945 issued by Central Drug Standard Control Organization (DGCI) Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare in the name of tenderer valid for at-least 90 days from date of opening of TC bid</p>
3.3	Processor repair service and Accessory availability	10 years after discontinuation of manufacturing.
3.4	Infrastructure support	<p><b>a)</b> All necessary hardware and software required for preoperative, intraoperative, and post-operative testing and programming for the implanted should be provided at hospital /centre empanelled under ADIP scheme.</p> <p><b>b)</b> To impart training of audiology and habilitation professionals at Hospital centre identified by Ministry of Health and Social Welfare prior to Cochlear Implant surgery at least 2 times in a year.</p> <p><b>c)</b> Provide orientation to parents in coordination with the treating facility</p>
3.5	Technical support	On-site technical support for hardware/software programming related problem should be provided as and when required within three working days.
3.6	Service Support	<p>Provision of spares/ loaners for equipment defects/Troubleshooting kit/ malfunctions within five working days.</p> <p>(Stand-by/Loaner processors are to be made available within 3 working days for tier 1 cities in India.)</p>



3.7	Device recall	Yes / No  If Yes, Furnish the details and reasons for recall & Corrective Action taken thereafter.
3.8	Implant shelf life	2 yrs.
3.9	Product support	Externals/new Generation processors to be made compatible to the implants system for lifetime.

## **Annexure 2: Pre-implant Evaluation for Sruthitharangam**

The pre-implant evaluation should be conducted by the beneficiary family to confirm the feasibility of cochlear implant surgery before applying for the benefits under Sruthitharangam scheme. The cost of this pre-implant evaluation will not be covered under the scheme. The evaluation should include:

### **1. ENT examination**

- a. The patient must undergo a full ENT examination to assess the ear nose and throat areas to ensure that there is nothing therein to hamper the surgical process.
- b. The ENT Surgeon would also confirm that there are no red flags that point to possible bad outcomes.

### **2. Audiological evaluation**

- a. Middle ear evaluation to rule out middle ear fluid, perforation of the Tympanic membrane or other issues.
- b. DPOAE (distortion product otoacoustic emissions)
- c. Frequency-specific audiological assessment using BERA (both click and tone burst/chirp)
- d. Frequency-specific audiological assessment using ASSR.
- e. Pure tone audiometry /behavioral observation audiometry/ conditioned audiometry
- f. Aided audiogram in cases where it is deemed necessary.
- g. Speech and language assessment

### **3. Radiological investigations**

- a. HRCT of the temporal bone with a multi-slice scanner.
- b. 3D MRI with at least a 1.5T MRI with internal auditory meatus assessment in parasagittal planes to assess cochlear nerve thickness.
- c. Cochlear duct length measurements according to established protocols (see Appendix)

- d. Brain MRI to rule out CNS issues that may preclude cochlear implantation.
  - e. CD of the DICOM images to be given to the patient without fail.
- 4. Psychological assessment wherever it is deemed necessary,**
- a. Social maturity scale.
  - b. Temperament and Atypical Behavior scale.
  - c. Baby and infant scale for children with autism traits.

### ***Annexure 3: Empanelment Criteria***

Hospitals that are already empanelled by Kerala Social Security Mission for providing services in respect of 'Sruthitharangam Scheme' may be continued. Further empanelment of hospitals shall be done by the State Level Technical Committee

### ***Annexure 4: Documents to be submitted to State Level Technical Committee,***

#### **Before approval from SLTC**

- Application form with details of the family duly signed by the Parent / Guardian of the child (Annexure 4.1).
- Self declaration (Annexure 4.2).
- Certificate issued by Audiologist & Speech Language Pathologist (Annexure 4.3).
- Certificate by ENT Surgeon (Annexure (4.4).
- Checklist jointly signed & sealed by Audiologist & Speech Language Pathologist and ENT Surgeon that contains the following (Annexure 4.5).

#### **After approval from SLTC**

- Affidavit on Stamp paper (value of Rs.250/-) duly signed by both the parents (Annexure 4.6)

#### **After surgery**

- Surgery notes
- Description of any complications noted during the procedure and methods taken for correction and the outcome.
- Information about post-operative impedance measurement and ECAP details

(Annexure 4.1)



ആരോഗ്യ കുടുംബക്ഷേമ വകുപ്പ്  
കേരള സർക്കാർ



### സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി, കേരളം

5 & 8-ാം നില, ആർടെക് മീനാക്ഷി പ്ലാസ  
സ്ത്രീകളുടെയും കുട്ടികളുടെയും, ആശുപത്രിക്ക് എതിർവശം,  
തൈക്കാട്, തിരുവനന്തപുരം-695014  
ഫോൺ:0471-4063121,2960221  
ഇ-മെയിൽ:statehealthagencykerala@gmail.com

### കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി പദ്ധതി

ക്രമനമ്പർ

രോഗിയുടെ പാസ്പോർട്ട്  
വിലിപ്പത്തിലുള്ള ഫോട്ടോ (ഇ-  
എൻ. ടി സർജൻ അറ്റസ്റ്റ്  
ചെയ്യൽ

#### അപേക്ഷാഫോറം

1. സർജറി ആവശ്യമുള്ള രോഗിയുടെ പേര് :  
.....
2. വയസ്സും ജനനതിയതിയും : .....
3. ലിംഗം : ആൺകുട്ടി / പെൺകുട്ടി
4. രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ വിവരങ്ങൾ :  
 പേര് : .....  
 വീടുപേര് : .....  
 വാർഡ് : .....  
 പഞ്ചായത്ത് / മുനിസിപ്പാലിറ്റി : .....  
 കോർപ്പറേഷൻ : .....  
 താലൂക്ക് : .....

ജില്ല : .....

പിൻകോഡ് : .....

5. ടെലഫോൺ നമ്പരുക

1. ലാൻറ് ഫോൺ(എസ്. ടി. ഡി കോഡ് സഹിതം) : .....

2. മൊബൈൽ ഫോൺ : .....

6. കുടുംബത്തിന്റെ മൊത്ത വാർഷിക വരുമാനം : ..... രൂപ  
(റേഷൻ കാർഡ് പ്രകാരം)

7. കുടുംബാംഗങ്ങളെ സംബന്ധിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ:

ക്രമ നമ്പർ	കുടുംബാംഗങ്ങൾ	വയസ്സ്	വിദ്യാഭ്യാസ യോഗ്യത	തൊഴിൽ	പ്രതിമാസ വരുമാനം	ഏതെങ്കിലും ശാരീരിക വൈകല്യം ബാധിച്ചിട്ടുണ്ടോ (ഉണ്ട്/ഇല്ല)	മറ്റ് പ്രത്യേകിച്ച് ഉള്ള വിവരങ്ങൾ എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടെങ്കിൽ എഴുതുക
1.	രോഗിയുടെ അച്ഛൻ						
2.	രോഗിയുടെ അമ്മ						
3.	രോഗിയുടെ സഹോദരൻ 1						
4.	രോഗിയുടെ സഹോദരൻ 2						
5.	രോഗിയുടെ സഹോദരി 1						
6.	രോഗിയുടെ സഹോദരി 2						
7.	മറ്റ് കുടുംബാംഗങ്ങൾ (ആരെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക)						

8. രോഗിക്ക് ശ്രവണവൈകല്യം ഉള്ളതായി കണ്ടുപിടിച്ചത് ഏത് പ്രായത്തിലാണ് : .....വയസ്സ്.....മാസം

9. ശ്രവണവൈകല്യം ഏതു തരത്തിൽപ്പെട്ടതാണ് : .....

10. ശ്രവണവൈകല്യത്തിന്റെ അളവ് എത്ര ഡിഗ്രി : .....

11. രോഗിക്ക് ചുവടെപ്പറയുന്നവയിൽ ബാധകമായത് (✓) അടയാളം രേഖപ്പെടുത്തുക.

(എ). പതിവായി സ്ലീപ്പ് തെറാപ്പി നൽകുന്നു. { }

(ബി). പ്രീസ്കൂൾ പരിശീലനം നൽകുന്നു. { }

(സി). സ്പെഷ്യൽ സ്കൂളിൽ പോകുന്നു. { }

(ഡി). സാധാരണ സ്കൂളിൽ പോകുന്നു. { }

(ഇ). മേൽപ്പറഞ്ഞവ കൂടാതെ മറ്റെന്തെങ്കിലും ചെയ്യുന്നുണ്ടോ? : .....

12. സർക്കാർ ധനസഹായമുപയോഗിച്ച് രോഗിക്ക് കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തുന്നതിന് : (1) .....

ഏത് ആശുപത്രിയാണ് തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്നത്. (2) .....

(ആശുപത്രിയുടെ പേര് മുൻഗണനാക്രമത്തിൽ എഴുതുക) (3) .....

13. സർജിക്കുശേഷം ഓഡിറ്ററി വെർബൽ തെറാപ്പി തുടർന്നു നടത്തുന്നതിന് തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ : (1) .....

ഉദ്ദേശിക്കുന്ന കേന്ദ്രം. (2) .....

(ആശുപത്രിയുടെ/ സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര് മുൻഗണനാക്രമത്തിൽ എഴുതുക) (3) .....

**പ്രസ്താവന**

ഞാൻ .....പേര്) മേൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും ശരിയും സത്യവുമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

സ്ഥലം: രോഗിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ  
 തിയതി: പേരും .....  
 ഒപ്പം .....

(Annexure 4.2)

### സത്യപ്രസ്താവന

എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമായതിൻ പ്രകാരം ഞാനോ അല്ലെങ്കിൽ എന്റെ ഭാര്യ ഭർത്താവ് കേന്ദ്ര/സംസ്ഥാന സർക്കാർ ജോലിയുള്ളവരോ, ആദായനികുതി ദായകരോ അല്ലായെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. എന്റെ മകൻ/മകൾ..... 18 വയസ്സിൽ താഴെ പ്രായമുള്ളയാളും ആരോഗ്യകിരണം പദ്ധതി പ്രകാരം ചികിത്സ സഹായത്തിനു അർഹതയുള്ളവരാണ്. എന്തെങ്കിലും കാരണവശാൽ ഈ വിവരങ്ങൾ തെറ്റാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടാൽ പദ്ധതി വഴി ചികിത്സക്കായി ചെലവാക്കിയ മുഴുവൻ തുകയും തിരിച്ചടച്ചുകൊള്ളാമെന്ന് ഇതിനാൽ ബോധിപ്പിക്കുന്നു.

പേര് :

സ്ഥലം:

ഒപ്പ്:

തീയതി:

രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:

### For hospital Use

This is to certify that the above-mentioned patient does not belong to any of the Government sponsored health care schemes such as ABPMJAY/KASP/RBSK/JSSK or any other similar schemes. It is found that he/she is eligible for Arogyakiranam Scheme benefits as per the prescribed Arogyakiranam guidelines.

Name of Institution:

Date:

Signature of Nodal person/Coordinator

Designation with seal

Office Seal

(Annexure 4.3)

**ഓഡിയോളജിസ്റ്റ് ആൻ്റ് സ്പീച്ച് ലാംഗ്വേജ് പാത്തോളജിസ്റ്റും  
ചേർന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്.**

**1. Details on Hearing Aid usage of Patient.**

Sl. No.	Name of the Hearing Aid	Body level/ Behind the Ear	Analog / Digital	Duration of Use
1.				
2.				
3.				
4.				

**2. Recommendation by Audiologist and Speech - Language Pathologist (SLP)**

I hereby recommended that the patient.....  
 .....S/o.....  
 .....  
 .....has been diagnosed as .....  
 ..... and has limited benefit from suitable hearing aids. He has been advised to undergo Cochlear Implantation and therapy as early as possible. The necessary documents have been provided as mentioned at the end of this application.

Date: (Office Seal) Name and signature of the Audiologist and Speech –Language Pathologist:  
RCI Reg. No.  
Name of the hospital / centre:

(Annexure 4.4)

**ഇ.എൻ.ടി സർജൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്**

**1. Health issues of the Patient.**

Sl. No.	Issues	Status (put <input type="checkbox"/> if present)
1.	History of Meningitis	
2.	Any congenital anomaly	
3.	Jaundice requiring exchange transfusion	
4.	Vision Problems	
5.	Mental sub normality	

**2. Recommendation by ENT Surgeon**

I hereby certify that I have personally examined the patient  
..... S/o  
..... OP No  
..... and his/her test results. He/she has been advised to undergo Cochlear Implantation at the earliest to improve hearing and communication ability. The necessary documents have been provided as required at the end of this application.

Date: (Office Seal) Name of the ENT Surgeon:  
Place: MCI Reg. No.



Name of the hospital / centre:

(Annexure 4.5)

ഇ.എൻ.റ്റി സർജനും ആഡിയോളജിസ്റ്റ് ആൻറ് സ്പീച്ച് ലാംഗ്വേജ് പാത്തോളജിസ്റ്റും ചേർന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തി നൽകേണ്ടത്.

ചെക്ക് ലിസ്റ്റ്

(എല്ലാറ്റിന്റെയും ഓരോ കോപ്പി വീതം വയ്ക്കേണ്ടതാണ്)

Sl. No.	Tests	Status (Yes/No)	Date of Evaluation
1.	BERA / Audiogram		
2.	ASSR		
3.	OAE		
4.	Tympanogram		
5.	Aided thresholds (BOA / Audiogram) with Rt..... aid Lt..... aid		
6.	Speech - Language test		
7.	HRCT of the temporal bones		
8.	MRI of head and inner ear		
9.	Audiological test report		

Seal and Signature of Audiologist

Signature

and Speech Language Pathologist  
surgeon

Seal and

of ENT

(Annexure 4.6)

## സത്യവാങ്മൂലം

കേരളാ ഗവൺമെന്റിന്റെ സൗജന്യ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ പദ്ധതിയായ ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതിയിലൂടെ സൗജന്യ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറിക്ക് തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട .....എന്ന കുട്ടിയുടെ അച്ഛൻ/രക്ഷകർത്താവ് ശ്രീ.....അമ്മ/ രക്ഷകർത്താവ് ശ്രീമതി..... മേൽവിലാസം.....

ചേർന്ന് സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടർ മുമ്പാകെ സമർപ്പിക്കുന്ന സത്യവാങ്മൂലം.

- എന്റെ\*/ഞങ്ങളുടെ കുട്ടിയ്ക്ക് കേൾവിക്കുറവുണ്ടെന്നും കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ പദ്ധതി മുഖേന കുട്ടിയ്ക്ക് കേൾവി ശക്തിയും തദ്ദാര സംസാരശേഷിയും തിരിച്ച് കിട്ടാൻ സാധ്യത ഉണ്ടെന്നും ഞാൻ \*/ ഞങ്ങൾ \* മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷന്റെ വിജയസാധ്യത പല ഘടകങ്ങളെയും ആശ്രയിച്ചാണ് നിലകൊള്ളുന്നത് എന്ന് എനിയ്ക്ക്\*/ഞങ്ങൾക്ക്\* ബോദ്ധ്യമുണ്ട്. കേൾവി കുറവിന്റെ കാരണം, കാലയളവ്, കേൾവി കുറവിന്റെ തോത്, ഇംപ്ലാന്റ് ചെയ്യുന്ന പ്രായം, ആന്തരിക ഘടകങ്ങൾ ഇതുവരെ നൽകിയിട്ടുള്ള ചികിത്സയുടെ ഗുണമേന്മ, സംസാരപ്രേരകങ്ങളെ തിരിച്ചറിയാനുള്ള കഴിവ്, കുട്ടിയുടെ പൊതുവായ ആരോഗ്യശേഷി, കുടുംബത്തിന്റെ അർപ്പണബോധം, ഇംപ്ലാന്റ് ടീമിന്റെ ഉപദേശ നിർദ്ദേശങ്ങൾ അനുസരിച്ചുള്ള മുടങ്ങാതെയുള്ള ആഡിയോ വെർബൽ ഹാബിലിറ്റേഷനുള്ള സന്നദ്ധത എന്നിവ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷന്റെ വിജയസാധ്യതയെ സ്വാധീനിക്കുന്ന പ്രധാന ഘടകങ്ങൾ ആണെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറിക്ക് മുമ്പ് നടക്കേണ്ട പ്രീ കൗൺസലിംഗ് ഞങ്ങൾക്ക് റഫർ ചെയ്ത ഡോക്ടർ നൽകിയിട്ടുണ്ട്.
- ഹിയറിംഗ് എയ്ഡ് വച്ച് തുടർച്ചയായി 3 മാസമെങ്കിലും സ്ലീച്ച് തെറാപ്പി നൽകിയ കുഞ്ഞുങ്ങളെയാണ് കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറിക്ക് വിധേയനാക്കേണ്ടത് എന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. എന്റെ\*/ഞങ്ങളുടെ\* കുട്ടിയെ അത്തരം ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയനാക്കിയിട്ടുണ്ട് എന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

- കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തിയതുകൊണ്ടു മാത്രം സംസാരശേഷി തിരിച്ചുകിട്ടില്ലെന്നും സർജറിക്കുശേഷം സംസാരശേഷി കിട്ടാൻ ചുരുങ്ങിയത് രണ്ട് വർഷക്കാലത്തേക്കെങ്കിലും ആഡിറ്ററി വെർബൽ ഹാബിലിറ്റേഷൻ കുട്ടിയെ വിധേയമാക്കേണ്ടതുണ്ട് എന്നും ഞങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. അങ്ങനെ ചെയ്തില്ലെങ്കിൽ ഞങ്ങളുടെ കുട്ടിയെ അനാവശ്യമായി ഒരു മേജർ സർജറിക്ക് വിധേയനാക്കുകയാണെന്നും സർജറികൊണ്ട് മാത്രം സംസാരശേഷി തിരിച്ച് കിട്ടില്ലെന്നും ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർ ഞങ്ങളെ ബോധ്യപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്.
- ആഡിറ്ററി വെർബൽ ഹാബിലിറ്റേഷൻ വിധേയമായില്ലെങ്കിൽ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി കൊണ്ട് പ്രയോജനമില്ലെന്നും അങ്ങനെ സംഭവിച്ചാൽ ഉപകരണത്തിന്റെ വില പലിശ സഹിതം ഈടാക്കാൻ സർക്കാരിന് പൂർണ്ണ അധികാരമുണ്ടായിരിക്കുന്നതാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- ഗവൺമെന്റ് നിർദ്ദേശിക്കുന്ന അംഗീകൃത സെന്ററുകളിൽ ആഡിറ്ററി വെർബൽ ഹാബിലിറ്റേഷൻ മുടങ്ങാതെ കൊണ്ടു വരേണ്ട ബാധ്യത രക്ഷിതാക്കൾക്കാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയുണ്ട്.
- .....എന്ന കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റാണ് ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതിയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നത് എന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- സ്പീച്ച് പ്രോസസർ അതത് കമ്പനികളുടെ മാർഗനിർദ്ദേശങ്ങളനുസരിച്ച് ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം കൈകാര്യം ചെയ്യണമെന്നും അശ്രദ്ധ കൊണ്ടോ, വീഴ്ച, അപകടങ്ങൾ മുതലായ ആഘാതങ്ങൾ കൊണ്ടോ ഉണ്ടാകുന്ന കേടുപാടുകൾ വാറണ്ടിയിൽ ഉൾപ്പെടാത്തതിനാൽ അത് റിപ്പയർ ചെയ്യേണ്ടതും ആവശ്യമാണെങ്കിൽ മാറ്റി വയ്ക്കാനുള്ള ചുമതല രക്ഷിതാക്കൾക്ക് ആണെന്നും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റിന്റെയും/സ്പീച്ച് പ്രോസസറിന്റെയും വാറണ്ടിയിൽ ഉൾപ്പെടാത്ത സ്പെയർ പാർട്ടുകളുടെ വിലയും, കൺസ്യൂമബിൾ ഐറ്റംസിന്റെ വിലയും, വാറണ്ടി കണ്ടീഷനിൽ ഉൾപ്പെടാത്ത കാര്യങ്ങൾ മൂലമുണ്ടാകുന്ന നാശനഷ്ടങ്ങളുടെ വിലയും, റിപ്പയർ ചാർജ്ജുകളും ആവശ്യമായി വരുമ്പോൾ രക്ഷിതാക്കൾ വഹിക്കേണ്ടതാണെന്നും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റിന്റെ ബാറ്ററി റീ ചാർജ്ജിംഗ് ബാറ്ററിയാണെന്നും കമ്പനികളുടെ മാർഗനിർദ്ദേശങ്ങളനുസരിച്ച് റീ ചാർജ്ജ് ചെയ്താൽ മാത്രമെ ബാറ്ററി കൂടുതൽ കാലം നിലനിൽക്കുകയുള്ളുവെന്നും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ബാറ്ററിയുടെ വാറണ്ടി നാല് വർഷം ആണെന്നും വാറണ്ടി കാലാവധിക്കു ശേഷം ബാറ്ററി മാറ്റാനുള്ള ചെലവ് രക്ഷിതാക്കൾ വഹിക്കേണ്ടതാണെന്നും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- സ്പീച്ച് പ്രോസസറിന് 4 വർഷവും ഇംപ്ലാന്റിന് 10 വർഷവുമാണ് വാറണ്ടിയുള്ളത് എന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. വാറണ്ടി പീരീഡിനു ശേഷം അവയ്ക്ക് സംഭവിക്കാവുന്ന കേടുപാടുകൾ റിപ്പയർ ചെയ്യേണ്ടതും സ്പെയർ പാർട്ടുകളുടെ കാലാവധി കഴിയുമ്പോൾ അവ മാറ്റേണ്ടതും അപൂർവ്വമായി പൂർണ്ണമായും പ്രവർത്തനരഹിതമാകുകയുമാണെങ്കിൽ പൂർണ്ണമായും മാറ്റി വയ്ക്കേണ്ടതും രക്ഷിതാക്കളുടെ ചുമതലയാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

പത്തു വർഷ വാറണ്ടിക്കുശേഷം, വളരെ അപൂർവ്വമായി സംഭവിക്കാവുന്ന ഇംപ്ലാന്റ് മാറ്റി വയ്ക്കൽ, ആവശ്യമായി വരുന്ന പക്ഷം രക്ഷിതാക്കൾ തന്നെ സ്വന്തം ചെലവിൽ ചെയ്യേണ്ടതാണെന്നും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഇംപ്ലാന്റും സ്പീച്ച് പ്രോസസറുമല്ലാത്ത കൺസ്യൂമബിൾസും അക്സസറീസും കമ്പനി നൽകുന്ന സ്റ്റാൻഡേർഡ് വാറണ്ടിക്കു ശേഷം കേടുവരികയാണെങ്കിൽ അവ രക്ഷിതാക്കളുടെ ചെലവിലാണ് മാറ്റേണ്ടത് എന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

- ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതി വഴി ..... രൂപ വിലയുള്ള കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റിനുള്ള തുക കമ്പനികൾക്കും, മാപ്പിംഗിനും ആഡിറ്ററി വെർബൽ ഹാബിലിറ്റേഷനുമുള്ള ..... രൂപ എംപാനൽ ചെയ്യപ്പെട്ട അതത് ആശുപത്രികൾ/സെന്ററുകൾക്കും സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി (SHA) നേരിട്ട് നൽകുകയാണ് ചെയ്യുക എന്നും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഈ പദ്ധതി വഴി രോഗ നിർണ്ണയത്തിനും ചികിത്സകൾക്കും രോഗിയ്ക്ക്/രക്ഷിതാക്കൾക്ക് ചെലവായ യാതൊരു തുകയും റീഇംപ്ലൈമെന്റ് ആയി ലഭിക്കുകയില്ലായെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- സ്വകാര്യ ആശുപത്രികളിൽ സർജറി നിർവഹിക്കപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ അതത് ആശുപത്രികളുമായി സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി (SHA) ഉണ്ടാക്കിയ ധാരണാപത്രം പ്രകാരമുള്ള തുക രക്ഷിതാക്കൾ വഹിക്കേണ്ടതാണെന്നും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ധാരണാപത്രം അനുസരിച്ചുള്ള തുകയല്ലാതെ മറ്റൊരു തുകയും ആശുപത്രികൾക്ക് സർജറിക്കോ, മാപ്പിംഗിനോ, ആഡിറ്ററി വെർബൽ ഹാബിലിറ്റേഷനോ നൽകേണ്ടതില്ലെന്നും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- സ്പീച്ച് പ്രോസസർ അപ്ഗ്രേഡ് ചെയ്യുവാനുള്ള സൗകര്യം ഉള്ളതാണെങ്കിലും സർക്കാർ പദ്ധതി വഴി ലഭ്യമാക്കുന്ന സ്പീച്ച് പ്രോസസറുകൾ സർജറി കഴിഞ്ഞ് 4 വർഷത്തെ വാറണ്ടി പീരിയഡ് കഴിയുന്നതുവരെ പ്രസ്തുത ഉപകരണം അപ്ഗ്രേഡ് ചെയ്യുകയില്ലായെന്ന് ഉറപ്പു നൽകുന്നു. ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതിയുടെ ഏകീകൃത സ്വാഭാവത്തിനും, വിജയത്തിനും ഇത് അത്യാവശ്യമാണ് എന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.
- ഓപ്പറേഷൻ സംബന്ധമായോ, ചികിത്സ സംബന്ധമായോ ഉണ്ടാകുന്ന പാർശ്വഫലങ്ങളെപ്പറ്റി ഡോക്ടർമാർ ഞങ്ങൾക്ക് പറഞ്ഞ് മനസ്സിലാക്കി തന്നിട്ടുണ്ട്. അപൂർവ്വമായി സംഭവിക്കാവുന്ന അത്തരം പാർശ്വഫലങ്ങൾക്ക് കുട്ടിയെ ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടറോ, ആശുപത്രിയോ, അവിടത്തെ ജീവനക്കാരോ, സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസിയോ ഉത്തരവാദിയല്ല എന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. അപ്രതീക്ഷിതമായ എന്തെങ്കിലും കാരണവശാൽ ഒരു പുനർ സർജറിക്ക് കുട്ടിയെ വിധേയമാക്കേണ്ടി വന്നാൽ അതിന് ഞങ്ങൾ തയ്യാറാകുമെന്ന് സമ്മതിക്കുന്നു.
- സർക്കാർ സർക്കാരേതര പദ്ധതികൾ വഴിയോ, ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതികൾ വഴിയോ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറിയ്ക്കായി യാതൊരാൻകൂല്യവും നാളിതുവരെ കൈപ്പറ്റിയിട്ടില്ലായെന്നും ഇക്കാര്യത്തിൽ ഗവൺമെന്റിന്റെ മാർഗ്ഗ നിർദ്ദേശങ്ങൾ അനുസരിച്ചു മാത്രമേ പ്രവർത്തിക്കുകയുള്ളൂവെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

- ഈ സത്യവാങ്മൂലം സമർപ്പിക്കുന്നത് കൊണ്ട് മാത്രം എന്റെ കുട്ടി ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതിയിലെ സൗജന്യ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെടും എന്ന് ഞാൻ കണക്കാക്കുന്നില്ലയെന്നും സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസി എക്സിക്യൂട്ടീവ് ഡയറക്ടറിൽ നിന്നും രേഖാമൂലമുള്ള നിർദ്ദേശം ലഭിച്ചാൽ മാത്രമേ ഈ പദ്ധതിയുടെ സൗജന്യ ആനുകൂല്യം ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുകയുള്ളുവെന്നും മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

കേരള ഗവൺമെന്റിന്റെ ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതി വഴി നടത്തപ്പെടുന്ന കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റ് സർജറിയുടെ വിജയം ഇ.എൻ.റ്റി സ്പെഷ്യലിസ്റ്റ്, ഓഡിയോളജിസ്റ്റ്, സ്പീച്ച് തെറാപ്പിസ്റ്റ് സർവ്വോപരി കുട്ടിയുടെ രക്ഷിതാക്കൾ എന്നിവരുടെ കൂട്ടായ പ്രവർത്തനത്തിലൂടെ മാത്രമേ കരഗതമാകൂ എന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട് സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസിയുടെ ഉത്തരവാദിത്വം ഈ കൂട്ടായ്മയെ പിന്തുണക്കുകയും നേതൃത്വപരമായ പങ്ക് വഹിക്കുകയും ചെയ്യുക മാത്രമാണ്. മേൽ കൂട്ടായ്മയിൽ രക്ഷിതാക്കൾ എന്ന നിലയിൽ ഞങ്ങളുടെ പങ്ക് യഥാവിധി നിർവഹിച്ചെങ്കിൽ മാത്രമേ ഞങ്ങളുടെ കുട്ടിയ്ക്ക് കേഴ്സി ശക്തിയോടൊപ്പം സംസാരശേഷിയും തിരിച്ച് കിട്ടുകയുള്ളൂ എന്ന് ഉത്തമമായി ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

വിജയകരമായ സർജറി, തൃപ്തികരമായ ആഡിറ്ററി വെർബൽ ഹാബിലിറ്റേഷൻ എന്നിവയ്ക്ക് ശേഷവും അത്യപൂർവ്വമായ സാഹചര്യങ്ങളിൽ ഉദ്ദേശിച്ച പുരോഗതി വരാതിരിക്കാനുള്ള സാഹചര്യം ഉണ്ടാകാം എന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്. ഇത് വൈദ്യ ശാസ്ത്രപരമായ വസ്തുതയാണെന്നും അതിന് ഗവൺമെന്റോ, ആശുപത്രി അധികൃതരോ, സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസിയോ ഒന്നും തന്നെ ഉത്തരവാദിയല്ല എന്ന് എനിക്ക് ബോധ്യമുണ്ട്.

മേൽ വിവരിച്ചിട്ടുള്ള വസ്തുതകൾ എന്റെ /ഞങ്ങളുടെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും പൂർണ്ണമായും ബോധ്യപ്പെട്ടിട്ടുള്ളതാണെന്നും മുകളിൽ പ്രസ്താവിച്ച വസ്തുതകൾ പൂർണ്ണമായി പാലിക്കേണ്ടത് എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ ബാധ്യതയാണെന്നും അവ പൂർണ്ണമായി പാലിക്കുന്നതിന് പൂർണ്ണ മനസ്സോടെ സന്നദ്ധരാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. മേൽ വിവരിച്ച കാര്യങ്ങൾ പാലിക്കാത്തതു കൊണ്ട് സർക്കാരിനോടൊന്നും നഷ്ടം \*ഞാൻ/ഞങ്ങൾ വഹിക്കേണ്ടതാണെന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ടെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

എന്റെ കുട്ടിയ്ക്ക് ഇന്നേ തീയതിവരെ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തിയിട്ടില്ലെന്നും മേൽ പ്രസ്താവിച്ച വ്യവസ്ഥകൾക്ക് വിധേയമായി എന്റെ\*/ഞങ്ങളുടെ\*മകൻ/മകൾ..... എന്ന കുട്ടിയെ ശ്രുതിതരംഗം പദ്ധതിയിലൂടെ ഗവൺമെന്റ് നിർദ്ദേശിക്കുന്ന ആശുപത്രിയിൽ കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറിക്ക് വിധേയമാക്കാൻ എനിക്ക്

സമ്മതമാണ്. എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ കുട്ടിയുടെ ജനനതീയതി..... ആണ് എന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

എന്റെ/ഞങ്ങളുടെ കുട്ടിയെ.....  
.....ആശുപത്രിയിൽ സർജറി ചെയ്യാനാണ് എനിക്ക് താൽപര്യമെങ്കിലും ഈ കാര്യത്തിൽ അന്തിമ തീരുമാനം എടുക്കേണ്ടത് സ്റ്റേറ്റ് ഹെൽത്ത് ഏജൻസിയാണ് എന്ന് എനിക്ക്/ഞങ്ങൾക്ക് ബോധ്യമുണ്ട്.

ഞങ്ങളുടെ താൽപര്യ പ്രകാരം സ്വകാര്യ ആശുപത്രിയിൽ തെരഞ്ഞെടുക്കപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ സ്വാകാര്യ ആശുപത്രികളിൽ നിർണ്ണയിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ള സർജറി ചാർജായ 60,000/- രൂപ അടയ്ക്കാൻ ഞാൻ \*/ഞങ്ങൾ\* സന്നദ്ധനാണ്.

കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി ചെയ്ത ഡോക്ടറോ/ഇംപ്ലാന്റേഷൻ ടീമോ നിർദ്ദേശിക്കുന്ന ചികിത്സകളല്ലാതെ ചെയ്യുന്ന ചികിത്സകൾ മൂലമുണ്ടാകുന്ന കുഴപ്പങ്ങൾക്ക് ഞാൻ/ ഞങ്ങൾ ഉത്തരവാദികളായിരിക്കുമെന്ന് ബോധ്യമുണ്ട്.

എന്റെ കുട്ടിയുടെ ചികിത്സാ സംബന്ധമായ വിവരങ്ങളെല്ലാം പഠനങ്ങൾക്കും ഗവേഷണങ്ങൾക്കും ഉപയോഗപ്പെടുത്തുന്നതിന് എനിക്ക് സമ്മതമാണ്.

ഭാവിയിൽ ഇതു സംബന്ധിച്ച് വല്ല നിയമപ്രശ്നങ്ങളും ഉണ്ടായാൽ അവ പരിഹരിക്കേണ്ടത് തിരുവനന്തപുരം കോർപ്പറേഷൻ പരിധിയിലുള്ള കോടതികൾ വഴിയാണ് എന്ന് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്.

\*.....ന്റെ പിതാവായ ഞാനും മാതാവായ എന്റെ ഭാര്യ .....ഉം ജീവിച്ചിരിപ്പുണ്ടെന്നും ..... ന് കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തുന്നതിന് ഞങ്ങൾക്കിരുവർക്കും പൂർണ്ണ സമ്മതമാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

\*..... ന്റെ പിതാവ്/ മാതാവ് ശ്രീ/ ശ്രീമതി..... മരണപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെന്നും പിതാവായ/മാതാവായ ഞാൻ ..... മാത്രമേ ജീവിച്ചിരിപ്പുള്ളവെന്നും കുട്ടിയുടെ പൂർണ്ണമായ ഉത്തരവാദിത്വം എനിക്കാണെന്നും കുട്ടിയ്ക്ക് കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തുന്നതിന് എനിക്ക് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

\*..... എന്ന ഞാനും എന്റെ ഭാര്യ/ഭർത്താവ് ..... മായി നിയമപരമായി വിവാഹബന്ധം

വേർപെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ..... എന്ന കുട്ടിയുടെ നിയമപരമായ ചുമതല മാതാവായ/പിതാവായ എനിക്കാണെന്ന് സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. . ..... എന്ന കുട്ടിയുടെ മാതാവും പിതാവും ജീവിച്ചിരിപ്പില്ലെന്നും കുട്ടിയുടെ രക്ഷകർത്താവ് ..... (ബന്ധം) ആയ.....(പേര്) ആണെന്നും കുട്ടിയുടെ പൂർണ്ണമായ ഉത്തരവാദിത്വം എനിക്കാണെന്നും കുട്ടിയ്ക്ക് കോക്ലിയാർ ഇംപ്ലാന്റേഷൻ സർജറി നടത്തുന്നതിന് എനിക്ക് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

201..... (മാസം) .....) തീയതി താഴെ പറയുന്ന സാക്ഷികളുടെ മുമ്പാകെ ഉത്തമബോധ്യത്തോടുകൂടി ഈ സത്യവാങ്മൂലത്തിൽ സാക്ഷ്യം വഹിക്കുന്നു.

\*കുട്ടിയുടെ അച്ഛന്റെ പേരും, മേൽവിലാസവും ഒപ്പ്

\*കുട്ടിയുടെ അമ്മയുടെ പേരും, മേൽവിലാസവും ഒപ്പ്

\* കുട്ടിയുടെ രക്ഷകർത്താവിന്റെ പേരും, മേൽവിലാസവും ഒപ്പ്

സാക്ഷികളുടെ പേരും , മേൽവിലാസവും ഒപ്പ്

1.

2.



NB : ഈ ഭാഗം സ്റ്റാമ്പ് പേപ്പറിൽ ചേർക്കേണ്ടതില്ല.

\* (ആവശ്യമില്ലാത്തത് വെട്ടിക്കളയുക)

\* (200/- രൂപ മുദ്രപത്രത്തിലാണ് സത്യവാങ്മൂലം നൽകേണ്ടത്. അല്ലാതെയുള്ളവ സ്വീകാര്യമല്ല. കുട്ടിയുടെ അച്ഛനും അമ്മയും സത്യവാങ്മൂലത്തിൽ എല്ലാ പേജിലും ഒപ്പിട്ടിരിക്കണം. രണ്ടിലൊരാൾ മാത്രമേ ജീവിച്ചിരിപ്പുള്ളവെങ്കിൽ അവർ ഒപ്പിട്ടാൽ മതി. രണ്ടു പേരും ജീവിച്ചിരിപ്പില്ലെങ്കിൽ രക്ഷകർത്താവിന് ഒപ്പിടാവുന്നതാണ്.)