NATIONAL SKILLS
QUALIFICATION FRAMEWORK

HEALTHCARE

Job Role: General Duty Assistant

Based on CBSE Sllybus

Class: 12th

NSQF LEVEL 4

Healthcare Sector Skill Council

Sushil Bisla

Healthcare

Job Role:- General duty Assistant

&

EMPLOYABILITY SKILLS

Class - 12th

NSQF Level :- 4

SUSHIL BISLA

SHIVAM PUBLICATIONS
NARWANA, JIND

SHIVAM PUBLICATION
SAMPLE

Preface

यह पुस्तक छात्रों की सुविधा व गहन अध्ययन हेतु **NSQF** व **Psscive Bhopal** के नवीनतम पाठ्यक्रम पर आधारित कक्षा–12th या NSQF Level - 4 के लिए लिखी गई है। छात्रों को असुविधा न हो, इसके लिए इसे **Bilingual** में लिखा गया है।

पुस्तक की भाषा को बहुत सरल रखा गया हैं ताकि छात्रों को परेशानी न हो। पुस्तक में कोई त्रुटी न हो इसके लिए काफी प्रयास किए गए हैं। फिर भी यदि कोई त्रुटि रह जाती है तो उन्हें आने वाले संस्करण में ठीक कर दिया जाएेगा। पुस्तक लेखन में स्किल विशेषज्ञों के सुझावों को भी शामिल किया गया है।

लेखक एवं प्रकाशक

Sushil Bisla

Shivam Publications

SHIVAM PUBLICATION
SAMPLE

Edition: 2027

Copyright : All right reserved

ISBN No. 978-93-5890-386-7

Mrp. Rs. 250/-

Written and Editing : Sushil Bisla (M. Com)

Publisher : Shivam Publications,

Narwana, Jind, Haryana

Email : shivam.publications299@gmail.com

Mob.No. : 9468417776

Healthcare

Job Role:- General duty Assistant

Contents: Part-A

Unit-1	Medical Record/documentation	1-31
Unit-2	Role Of General Duty Assistant In Elderly And Childcare	32-68
Unit-3	Bio-medical Waste Management	69-93
Unit-4	Operation Theatre	94-118
Unit-5	Role Of General Duty Assistant In Disaster Management And Emergency Response	119-142
Unit-6	Self Management And Career Scope	143-161

EMPLOYABILITY SKILLS

Content Part - B

Unit-1	Communication Skills	1-7
Unit-2	Self Management Skills	8-13
Unit-3	Entrepreneurship Skills	14-20
Unit-4	Green Skills	21-23
Unit-5	Information & Communication Technology Skills	24-43
	Model Test Paper	44-51

Skill India
कौशल भारत-कुशल भारत
SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

Healthcare

Job Role:- General duty Assistant

Contents: Part-A

Month	Topic	Sub-topic	Pages
UNIT 1: MEDICAL RECORD/DOCUMENTATION			
April	Session -1: preparing medical record	**Documentation,** purpose of documentation,patient documentation,	2-5
	Session -2 principles of documentaton:	Patient's medical record,medical record documentation,	6-11
May	Session -3: Content of medical documentation	Content of documentation, type of entries, patient demographic information, history of present illness, physical exam, labs, diagnostics, symptoms and complaints ,lama etc	12-20
	Session -4: maintaining record	Medical record, source oriented medical record, problem oriented medical records (pomr), documentation formats,maintenance of records,types of records, treatment record, role of gda in maintaining the records	21-31
UNIT 2 : ROLE OF GENERAL DUTY ASSISTANT IN ELDERLY AND CHILDCARE			
July	Session-1: introduction to care of elderly	Elderly care, think about elderly,age groups,myths and fact about aging	33-36
July	Session -2: age related changes in people	Skin, hair and nails, muscles and bones, respiratory system, cardiovascular system, gastrointestinal system, urinary system, nervous system,eyes,ear, thinking and emotional changes and needs, social changes and needs, legal needs,	37-44
August	Session -3: basic needs of elderly	Some tasks for the elderly, thinking and learning abilities, gda is communicating with an elderly patient, safety and security needs, food and fluid needs etc	45-49
August	Session -4: taking care of common problems of elderly	Taking care of skin and nails, taking care of bones, taking care of muscle problems, taking care of respiratory system, taking care of heart problems, taking care of digestion problems, urine system, nervous system,eyes, ear etc	50-58
	Session -5: caring for infants and children	Age groups, growth and development of children, keeping children safe, taking care of nutrition of infants and children, taking care of teens, common disorders in adolescence	59-68

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

UNIT 3: BIO-MEDICAL WASTE MANAGEMENT			
August	Session -1 introduction to bio-medical waste management	Bio- medical waste, types of wastes, hospital waste management, storage of biomedical waste, routes of transmission etc.	**70-76**
	Session -2 sources and disposal of bio-medical waste	Sources of biomedical waste, disposal of wastes,	**77-81**
Septmber Half year exam	Session -3 segregation and transportation of bio medical Waste	Segregating, packaging, transportation and Storage of biomedical wastes, transportation of biomedical wastes	**82-86**
October	Session -4 role of hospital staff in bio-medical waste Management	Role of medical superintendent/director, functions of hospital waste management committee, officer incharge of waste management, heads /incharge of labs/ units/ departments, matron / nursing superintendent, sanitation inspector, training on hospital waste management etc.	**87-93**
UNIT 4: OPERATION THEATRE			
November	Session -1 :zones and areas in operation theatre complex	Operation theatre (ot), aims of planning, zones in ot complex, sub areas (excluding ot place) for various ot related activities,	**95-102**
	Session -2 :origanization of operation theatre (ot)	Operation theatres, ot staffing, equipment in o.t. Complex, training of staff etc.	**103-106**
December	Session -3: preparation of patient for operation	Task of gda/pca in ot, pre-operative preparations, local preparation for surgery, preparation before sending the patient to o.t,	**107-111**
	Session -4: post-operative care	Tasks or activities in the post operative phase etc.	**112-118**

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

Unit 5 : ROLE OF GENERAL DUTY ASSISTANT IN DISASTER MANAGEMENT AND EMERGENCY RESPONSE			
December	Session 1: disaster management and emergency response	Cycle and phases of disaster management, goals of disaster management, national disaster management act, 2005 etc.	**120-125**
	Session 2: role and responsibility of emergency response Team	Emergency response team (ert), structure, roles and responsibilities of an ert, equipment used by ert, search and rescue operations, rescue and evacuation drills	**126-132**
January	Session 3: response team fighting fire	Classification and causes of fire. Heat, oxygen and fuel, classification of fires, common causes of fire, dealing with fire emergencies, fire fighting equipment and installations, prevention and procedures, role of people in fire detection and control etc.	**133-142**
UNIT 6: SELF MANAGEMENT AND CAREER SCOPE			
	Session 1: goal setting strategies	Goals.types of goals, setting smart goals	**144-145**
	Session 2: self management	Self-management, personal development, self-management as an employee,	**146-149**
	Session 3: time management	Time-management, changing attitudes, using time wisely, basic strategies, scheduling tools and tips, to do list etc.	**150-153**
	Session 4: critical thinking	Critical thinking, critical thinking involves- interpretation, analysis, nference, evaluation, explanation, self-regulation etc	**154-156**
	Session 5: stress management	Stress, stressors, stress is a killer, illness due to stress, social problems due to stress, management of stressstress management skills etc.	**157-161**

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

EMPLOYABILITY SKILLS

Content Part - B

MONTHS	TOPIC	SUB-TOPIC	Pages
May – July	Unit–1 Communication Skills	Active Listening, steps, parts of speech, capital word, punctuation, communication and communication process	1–7
August	Unit–2 Self Management Skills	Motivation, types, positive attitude, neat orientation, self-awareness, stress, goal setting, personality traits	8–13
September	Unit–3 Entrepreneurship Skills	Entrepreneur and Entrepreneurship, Qualities, barriers, attitude, competencies	14–20
October	Unit–4 Green Skills	Green jobs, benefits of green jobs, green job in various sectors	21–23
November, December & Revision; January, February	Unit–5 Information and Communication Technology Skills	Spreadsheet components, data formatting, formula, advance features, LibreOffice presentation software, advance features, slides	24–43
March		— Final Examination	44–51

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

CBSE | DEPARTMENT OF SKILL EDUCATION CURRICULUM FOR SESSION 2026-2027

HEALTH CARE (SUBJECT CODE - 813)
Total Marks: 100 (Theory-60 + Practical-40)

	UNITS	NO. OF HOURS for Theory and Practical	MAX. MARKS for Theory and Practical
Part A	**Employability Skills**		
	Unit 1 : Communication Skills-IV	13	2
	Unit 2 : Self-Management Skills-IV	07	2
	Unit 3 : ICT Skills-IV	13	2
	Unit 4 : Entrepreneurial Skills-IV	10	2
	Unit 5 : Green Skills-IV	07	2
	Total	**50**	**10**
Part B	**Subject Specific Skills**		
	Unit 1: Medical record/ Documentation	10	05
	Unit 2: Role of General Duty Assistant in Elderly Care and Child Care	30	10
	Unit 3: Bio waste Management	20	10
	Unit 4: Operation Theatre	20	05
	Unit 5: Role of General Duty Assistant in Disaster Management and Emergency response	20	10
	Unit 6: Self-Management and Career Scope	20	10
	Total	**120**	**50**
Part C	**Practical Work**		
	Project	90	10
	Viva		05
	Practical File		15
	Demonstration of skill competency via Lab Activities		10
	Total	**90**	**40**
	GRAND TOTAL	**260**	**100**

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

Unit 1

Medical Record/documentation

Session 1 Preparing Medical Record | 2-5

Session 2 Principles Of Documentaton | 6-11

Session 3 Content Of Medical Documentation | 12-20

Session 4 Maintaining Record | 21-31

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

Session 1 Preparing Medical Record

डॉक्यूमेंटेशन (Documentation)

डॉक्यूमेंटेशन का मतलब होता है किसी काम, प्रक्रिया, जानकारी या गतिविधि का लिखित रिकॉर्ड तैयार करना और उसे सुरक्षित रखना। जब किसी संस्था, कार्यालय, कंपनी, अस्पतालों में कोई काम किया जाता है, तो उससे जुड़ी सभी जरूरी जानकारी को कागजों या डिजिटल रूप में लिखकर रखा जाता है। इसी प्रक्रिया को डॉक्यूमेंटेशन कहा जाता है।

डॉक्यूमेंटेशन में विभिन्न प्रकार के दस्तावेज शामिल हो सकते हैं, जैसे उपस्थिति रजिस्टर, जांच रिपोर्ट, मेडिकल रिकॉर्ड ,बिल, अनुमति पत्र, सुरक्षा रिकॉर्ड, मीटिंग नोट्स, पहचान पत्र से जुड़ी जानकारी आदि। यह रिकॉर्ड भविष्य में जानकारी देखने, जांच करने और काम को सही तरीके से समझने में मदद करता है।

(Documentation)

किसी भी संगठन में डॉक्यूमेंटेशन बहुत महत्वपूर्ण होता है क्योंकि इससे काम में पारदर्शिता बनी रहती है।

Purpose of Documentation (डॉक्यूमेंटेशन का उद्देश्य)

1.**बेहतर और प्रमाण आधारित देखभाल (Better and Evidence Based Care)**-मेडिकल रिकॉर्ड रखने से मरीज की पूरी जानकारी सुरक्षित रहती है। डॉक्टर पुराने इलाज, रिपोर्ट और दवाइयों को देखकर सही निर्णय ले सकते हैं। इससे मरीज को बेहतर और भरोसेमंद इलाज मिलता है।

2.**सही और जल्दी बीमारी की पहचान (Accurate and Fast Diagnosis)**-जब मरीज का पूरा रिकॉर्ड पहले से मौजूद होता है, तो डॉक्टर बीमारी को जल्दी समझ पाते हैं। इससे सही समय पर सही इलाज शुरू हो जाता है और इलाज का खर्च भी कम हो सकता है।

3.**बार-बार जांच कराने से बचाव (Avoid Repeating Investigations)**-यदि पहले की जांच रिपोर्ट सुरक्षित रहती है, तो मरीज को वही टेस्ट दोबारा नहीं कराने पड़ते। इससे समय, पैसा और मेहनत तीनों की बचत होती है।

4.**व्यक्तिगत देखभाल (Personalized Care)**-हर मरीज की बीमारी, एलर्जी और स्वास्थ्य स्थिति अलग होती है। रिकॉर्ड की मदद से डॉक्टर मरीज की जरूरत के अनुसार विशेष और सही इलाज दे सकते हैं।

5.**स्वास्थ्य नीतियों को बेहतर बनाना (Better Health Policy Decisions)**-अस्पतालों और सरकार को मेडिकल रिकॉर्ड से यह समझने में मदद मिलती है कि कौन-सी बीमारियां ज्यादा फैल रही हैं और लोगों को किस तरह की स्वास्थ्य सेवाओं की जरूरत है। इससे अच्छी स्वास्थ्य नीतियां बनाई जा सकती हैं।

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

6.कानूनी मामलों में प्रमाण Evidence for Medico-Legal Cases)-मेडिकल रिकॉर्ड कानूनी मामलों में महत्वपूर्ण सबूत का काम करते हैं। यदि इलाज से जुड़ा कोई विवाद होता है, तो रिकॉर्ड सही जानकारी देने में मदद करते हैं।

7.स्वास्थ्य कर्मचारियों के बीच सही जानकारी का आदान-प्रदान(Effective Communication Among Health Professionals)-मरीज का रिकॉर्ड डॉक्टर, नर्स और अन्य स्वास्थ्य कर्मचारियों को मरीज की स्थिति समझने में मदद करता है। इससे सभी लोग मिलकर सही तरीके से इलाज कर पाते हैं।

Patient Documentation (रोगी दस्तावेज़ीकरण)

Patient Documentation का मतलब है मरीज से जुड़ी हर जरूरी जानकारी को लिखित रूप में सुरक्षित रखना। इसमें मरीज की जांच, बीमारी की पहचान, इलाज की योजना, दी गई देखभाल और मरीज की स्थिति में हुए बदलाव की पूरी जानकारी लिखी जाती है। यह एक कानूनी रिकॉर्ड होता है, जिसे भविष्य में जरूरत पड़ने पर दोबारा देखा जा सकता है। अस्पताल, क्लिनिक और स्वास्थ्य केंद्रों में यह प्रक्रिया बहुत महत्वपूर्ण मानी जाती है क्योंकि इससे मरीज की देखभाल सही तरीके से हो पाती है

(A) Importance of Documentation of Patient Care (मरीज की देखभाल के दस्तावेज़ीकरण का महत्व)-Patient care का सही रिकॉर्ड रखना बहुत जरूरी होता है। अस्पताल में अलग-अलग समय पर कई स्वास्थ्य कर्मचारी मरीज की देखभाल करते हैं। जब सभी बातें लिखित रूप में दर्ज होती हैं, तो हर कर्मचारी को मरीज की पूरी स्थिति समझने में आसानी होती है। अगर किसी नर्स, डॉक्टर या अन्य स्वास्थ्य कर्मचारी ने मरीज में कोई बदलाव देखा है या कोई उपचार किया है, तो उसे रिकॉर्ड में लिखना जरूरी होता है। इससे बाकी टीम को भी जानकारी मिलती रहती है और मरीज की देखभाल लगातार सही तरीके से चलती रहती है। Documentation से यह पता चलता है कि मरीज की बीमारी कैसी थी, उसका इलाज कैसे किया गया और इलाज का क्या असर हुआ। इससे गलतफहमी कम होती है और इलाज में बेहतर तालमेल बना रहता है।

B) Documentation and Quality Improvement (दस्तावेज़ीकरण और गुणवत्ता में सुधार)-अच्छा Documentation अस्पताल में दी जा रही सेवाओं की गुणवत्ता सुधारने में मदद करता है। मरीज के रिकॉर्ड की जांच करके यह देखा जाता है कि मरीज को सही देखभाल मिली या नहीं। इस प्रक्रिया को Audit कहा जाता है। Audit के दौरान मरीज की फाइलों को ध्यान से देखा जाता है ताकि यह पता चल सके कि अस्पताल के नियमों और मानकों के अनुसार इलाज किया गया या नहीं। अगर रिकॉर्ड में कोई कमी मिलती है, तो कर्मचारियों को दोबारा प्रशिक्षण दिया जाता है ताकि भविष्य में बेहतर सेवा दी जा सके। इस तरह Documentation अस्पताल की सेवाओं को और अधिक सुरक्षित और प्रभावी बनाने में मदद करता है। अच्छा मेडिकल रिकॉर्ड भविष्य में होने वाले मेडिकल रिसर्च के लिए भी उपयोगी होता है। इससे नई बीमारियों और इलाज के तरीकों को समझने में सहायता मिलती है।

(C) Legal and Reimbursement Purpose of Documentation (दस्तावेज़ीकरण का कानूनी और भुगतान संबंधी महत्व)-मरीज का रिकॉर्ड केवल इलाज के लिए ही नहीं बल्कि कानूनी कामों के लिए भी बहुत महत्वपूर्ण होता है। यह साबित करता है कि मरीज को कौन-कौन सी चिकित्सा सेवाएं दी गईं और उसकी स्वास्थ्य स्थिति क्या थी। कई बार बीमा कंपनियों या सरकारी योजनाओं के तहत इलाज का भुगतान करने के लिए मरीज के रिकॉर्ड की जरूरत पड़ती है। इसलिए सही और पूरा Documentation जरूरी होता है। मरीज की देखभाल करने वाली मेडिकल टीम की जिम्मेदारी होती है कि सभी जांच और इलाज से जुड़े आदेश मरीज की फाइल में सही तरीके से लिखे जाएं। सामान्यतः डॉक्टर द्वारा दिए गए आदेश लिखित रूप में होते हैं और उन पर डॉक्टर के हस्ताक्षर भी

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

होते हैं। उसके बाद ही मेडिकल टीम उन आदेशों का पालन करती है। इससे इलाज की प्रक्रिया सुरक्षित रहती है और किसी भी प्रकार की गलती की संभावना कम हो जाती है।

(D) Patient Medical Record (मरीज का मेडिकल रिकॉर्ड)-Patient Medical Record मरीज की पूरी स्वास्थ्य जानकारी का संग्रह होता है। इसमें मरीज का नाम, उम्र, बीमारी, जांच रिपोर्ट, दवाइयां, इलाज, डॉक्टर के निर्देश और देखभाल से जुड़ी सभी जानकारी शामिल होती है। यह रिकॉर्ड अस्पताल में मरीज की सही देखभाल करने में मदद करता है। भविष्य में अगर मरीज दोबारा इलाज के लिए आता है, तो पुराने रिकॉर्ड देखकर डॉक्टर आसानी से मरीज की स्थिति समझ सकते हैं और बेहतर इलाज दे सकते हैं।

Self Assessment
(NCERT Based)

A. Multiple Choice Questions.

1. रोगी देखभाल (Patient Care) का लिखित और कानूनी रिकॉर्ड क्या कहलाता है?

A. रिपोर्ट कार्ड B. रोगी दस्तावेज़ीकरण

C. पहचान पत्र D. दवा सूची

2. रोगी दस्तावेज़ीकरण का मुख्य उद्देश्य क्या है?

A. मनोरंजन करना B. केवल बिल बनाना

C. रोगी की देखभाल का सही रिकॉर्ड रखना D. छुट्टी देना

3. Documentation का कौन-सा महत्व कानूनी कार्यों में सहायता करता है?

A. खेल उद्देश्य B. कानूनी उद्देश्य

C. यात्रा उद्देश्य D. विज्ञापन उद्देश्य

4. Reimbursement Purpose of Documentation का संबंध किससे होता है?

A. वेतन बढ़ाने से B. रोगी की छुट्टी से

C. उपचार के भुगतान और बीमा दावे से D. सफाई कार्य से

5. Patient Documentation में क्या शामिल होता है?

A. रोगी की देखभाल, जांच और उपचार की जानकारी B. केवल रोगी का नाम

C. अस्पताल का नक्शा D. डॉक्टर की छुट्टी सूची

Ans.1.b 2.c 3.b 4.c 5.a

B. Short Answer Questions.

Q1. प्रश्न: डॉक्यूमेंटेशन (Documentation) क्या है?

SHIVAM PUBLICATION
SAMPLE

उत्तर: डॉक्यूमेंटेशन वह प्रक्रिया है जिसमें रोगी से जुड़ी सभी महत्वपूर्ण जानकारी लिखित रूप में सुरक्षित रखी जाती है। इसमें जांच, उपचार, दवाइयाँ और देखभाल का रिकॉर्ड शामिल होता है।

Q2. प्रश्न: पेशेंट डॉक्यूमेंटेशन (Patient Documentation) क्या है?

उत्तर: पेशेंट डॉक्यूमेंटेशन रोगी की स्वास्थ्य स्थिति और उपचार से संबंधित पूरा लिखित रिकॉर्ड होता है। यह भविष्य में उपचार और कानूनी कार्यों में सहायता करता है।

Q3. प्रश्न: डॉक्यूमेंटेशन का मुख्य उद्देश्य क्या है?

उत्तर: डॉक्यूमेंटेशन का मुख्य उद्देश्य रोगी की सही जानकारी सुरक्षित रखना और उपचार प्रक्रिया को आसान बनाना है। इससे डॉक्टर और नर्स सही निर्णय ले पाते हैं।

Q4. प्रश्न: रोगी के रिकॉर्ड को सुरक्षित रखना क्यों आवश्यक है?

उत्तर: रोगी का रिकॉर्ड सुरक्षित रखने से भविष्य में बीमारी, उपचार और दवाइयों की जानकारी आसानी से मिल जाती है। यह कानूनी प्रमाण के रूप में भी काम करता है।

Q5. प्रश्न: डॉक्यूमेंटेशन स्वास्थ्य सेवाओं में कैसे मदद करता है?

उत्तर: यह डॉक्टर, नर्स और अन्य स्वास्थ्य कर्मचारियों के बीच सही जानकारी साझा करने में मदद करता है। इससे रोगी को बेहतर और सुरक्षित उपचार मिलता है।

Q6. प्रश्न: पेशेंट डॉक्यूमेंटेशन में कौन-कौन सी जानकारी होती है?

उत्तर: इसमें रोगी का नाम, आयु, बीमारी, जांच रिपोर्ट, दवाइयाँ, उपचार और देखभाल से जुड़ी जानकारी लिखी जाती है।

Q7. प्रश्न: डॉक्यूमेंटेशन को कानूनी रिकॉर्ड क्यों कहा जाता है?

उत्तर: क्योंकि यह रोगी के उपचार का स्थायी लिखित प्रमाण होता है। किसी विवाद या जांच के समय इसे साक्ष्य के रूप में उपयोग किया जा सकता है।

Q8. प्रश्न: सही डॉक्यूमेंटेशन की क्या विशेषताएँ हैं?

उत्तर: सही डॉक्यूमेंटेशन स्पष्ट, सटीक, पूरा और समय पर लिखा हुआ होना चाहिए। इसमें गलत जानकारी या कटिंग नहीं होनी चाहिए।

C. Long Answer Questions

प्रश्न 1. अस्पताल में Documentation (दस्तावेज़ीकरण) का उद्देश्य क्या होता है? विस्तार से समझाइए।

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

Session 2: Principles Of Documentaton

Medical Record (मेडिकल रिकॉर्ड)

मेडिकल रिकॉर्ड एक लिखित दस्तावेज होता है जिसमें किसी रोगी की पूरी चिकित्सा जानकारी दर्ज होती है, जैसे कि उसकी बीमारी, किए गए परीक्षण, इलाज, दवाइयाँ और डॉक्टर की सलाह आदि। यह रिकॉर्ड डॉक्टर, नर्स और अन्य स्वास्थ्य कर्मचारियों के लिए एक महत्वपूर्ण साधन होता है जिससे वे रोगी की स्थिति को समझ सकें और इलाज में निरंतरता बनाए रख सकें। मेडिकल रिकॉर्ड न केवल मरीज की देखभाल में मदद करता है, बल्कि यह एक कानूनी दस्तावेज भी होता है, जो अदालत में सबूत के रूप में काम आ सकता है। इसके अलावा, यह बीमा दावे, गुणवत्ता मूल्यांकन और चिकित्सा अनुसंधान के लिए भी उपयोग किया जाता है।

Medical Record Documentation (मेडिकल रिकॉर्ड डॉक्यूमेंटेशन)

1. स्थायी कानूनी रिकॉर्ड(Permanent Legal Record)-रोगी का मेडिकल रिकॉर्ड एक स्थायी कानूनी दस्तावेज होता है। अस्पताल में जो भी जानकारी मरीज के बारे में लिखी जाती है, वह हमेशा के लिए रिकॉर्ड में रहती है। जरूरत पड़ने पर इसे कानूनी सबूत के रूप में भी इस्तेमाल किया जा सकता है। इसलिए रिकॉर्ड लिखते समय पूरी सावधानी और जिम्मेदारी रखनी चाहिए।

2. आसान और मान्यता प्राप्त शब्दों का उपयोग(Use of Simple and Standard Terms)-मेडिकल रिकॉर्ड में ऐसे शब्द और संक्षिप्त रूप (abbreviations) लिखने चाहिए जो सभी स्वास्थ्य कर्मचारियों को आसानी से समझ आएं। केवल मान्यता प्राप्त मेडिकल और नर्सिंग शब्दों का ही प्रयोग करना चाहिए। इससे डॉक्टर, नर्स और अन्य स्वास्थ्य कर्मचारी मरीज की स्थिति को जल्दी और सही तरीके से समझ पाते हैं।

3. तारीख और समय लिखना(Mention Date and Time)-हर रिकॉर्ड के साथ तारीख और समय जरूर लिखना चाहिए। इससे यह पता चलता है कि कौन-सी जानकारी कब लिखी गई थी। यह मरीज की देखभाल को सही क्रम में समझने में मदद करता है।

4. सही शब्दों की वर्तनी(Correct Spelling)-रिकॉर्ड लिखते समय शब्दों की स्पेलिंग सही होनी चाहिए। गलत स्पेलिंग से जानकारी का अर्थ बदल सकता है और भ्रम पैदा हो सकता है। जरूरत पड़ने पर शब्दकोश देखकर सही स्पेलिंग लिखनी चाहिए।

5. केवल जरूरी जानकारी लिखना(Write Only Relevant Information)-रिकॉर्ड में वही जानकारी लिखनी चाहिए जो मरीज की बीमारी, जांच, इलाज और देखभाल से संबंधित हो। अनावश्यक बातें लिखने से

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

रिकॉर्ड लंबा और भ्रमित करने वाला बन जाता है।

6. कानूनी सुरक्षा(Legal Protection)-सही और पूरा डॉक्यूमेंटेशन स्वास्थ्य कर्मचारियों जैसे GDA, नर्स और डॉक्टर को कानूनी सुरक्षा प्रदान करता है। यदि कोई समस्या या शिकायत होती है, तो रिकॉर्ड यह साबित करता है कि मरीज की सही देखभाल की गई थी।

7. हर पेज पर मरीज की पहचान(Patient Identification on Every Page)-मरीज का नाम और पहचान संबंधी जानकारी रिकॉर्ड के हर पेज पर लिखी जानी चाहिए। इससे रिकॉर्ड बदलने या गलत मरीज के साथ मिल जाने की संभावना कम हो जाती है।

8. सभी घटनाओं की पूरी जानकारी(Complete Information of Events)-ड्यूटी के दौरान मरीज के साथ क्या-क्या हुआ, इसकी पूरी जानकारी रिकॉर्ड में लिखनी चाहिए। जैसे मरीज की शिकायत, दवाइयां, जांच, इलाज, तापमान, ब्लड प्रेशर आदि। इससे अगली शिफ्ट के कर्मचारी को मरीज की स्थिति आसानी से समझ आती है।

9. संक्षिप्त और स्पष्ट रिकॉर्ड लिखना(Concise and Brief Charting)-अच्छा डॉक्यूमेंटेशन छोटा लेकिन स्पष्ट होना चाहिए। कम शब्दों में सही जानकारी लिखना जरूरी है। केवल मान्यता प्राप्त छोटे रूप और मेडिकल शब्दों का प्रयोग करना चाहिए।

10. साफ और पढ़ने योग्य लिखावट(Clear Handwriting)-रिकॉर्ड की लिखावट साफ और आसानी से पढ़ी जाने वाली होनी चाहिए। खासकर मेडिकल शब्द और संख्या स्पष्ट लिखनी चाहिए ताकि गलतफहमी न हो।

11. सही समय क्रम में रिकॉर्ड(Chronological Order)-जानकारी हमेशा समय के क्रम में लिखनी चाहिए। पहले हुई घटना पहले और बाद की घटना बाद में लिखनी चाहिए। इससे रिकॉर्ड व्यवस्थित रहता है और कोई महत्वपूर्ण जानकारी छूटती नहीं है।

12. समय पर रिकॉर्ड लिखना(Timely Documentation)-दवा देने, इलाज करने या जांच पूरी होने के तुरंत बाद रिकॉर्ड लिखना चाहिए। देर से लिखने पर महत्वपूर्ण बातें भूलने की संभावना बढ़ जाती है। समय पर रिकॉर्ड लिखने से गलतियों से बचाव होता है।

13. गलती सुधारने का सही तरीका(Correction of Errors)-यदि रिकॉर्ड लिखते समय कोई गलती हो जाए तो उसे मिटाना नहीं चाहिए। गलत शब्द पर एक सीधी लाइन लगाकर उसके ऊपर “error” या “void” लिखना चाहिए और अपने हस्ताक्षर करने चाहिए। इससे पुरानी जानकारी भी दिखाई देती रहती है।

14. खाली जगह न छोड़ना(Avoid Blank Spaces)-चार्ट या रिकॉर्ड में खाली जगह नहीं छोड़नी चाहिए। खाली जगह में बाद में कोई गलत जानकारी जोड़ी जा सकती है। इसलिए खाली स्थान पर सीधी लाइन खींच देनी चाहिए।

15. हर एंट्री के बाद हस्ताक्षर(Signature After Every Entry)-मरीज के रिकॉर्ड में कुछ भी लिखने के बाद हस्ताक्षर करना जरूरी होता है। हस्ताक्षर के साथ कर्मचारी का नाम और पद भी लिखा जाता है। इससे पता

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

चलता है कि जानकारी किसने लिखी है।

16. रिकॉर्ड की गोपनीयता(Confidentiality of Records)-मरीज का रिकॉर्ड गोपनीय होता है। इसे बिना मरीज की लिखित अनुमति के किसी अन्य व्यक्ति या संस्था को नहीं दिखाया जा सकता। मरीज की निजी जानकारी को सुरक्षित रखना स्वास्थ्य कर्मचारियों की जिम्मेदारी होती है।

Self Assessment (NCERT Based)

A. Fill in the Blanks .

1. एक _______________ एक लिखित, कानूनी दस्तावेज होता है जिसमें रोगी के मूल्यांकन, निदान, योजना, कार्यान्वयन और प्रदान की गई चिकित्सा देखभाल के मूल्यांकन से संबंधित सभी महत्वपूर्ण बातचीत दर्ज होती है।
2. एक चिकित्सा रिकॉर्ड रोगी को प्रदान की जा रही देखभाल की ____________ और ____________ सुनिश्चित करता है।
3. एक चिकित्सा रिकॉर्ड अदालत में एक _______________ के रूप में कार्य करता है।
4. एक ____________ केवल रोगी के चिकित्सा रिकॉर्ड का अध्ययन करने के बाद ही किया जाता है।

Ans:1. मेडिकल रिकॉर्ड 2. निरंतरता और समन्वय 3. कानूनी साक्ष्य (legal evidence) 4. अनुसंधान (research)

B. Short Answer Questions.

Q1. मेडिकल रिकॉर्ड पर एक संक्षिप्त टिप्पणी लिखिए।

उत्तर:-मेडिकल रिकॉर्ड एक लिखित दस्तावेज होता है जिसमें रोगी की बीमारी, जाँच, इलाज, दवाइयाँ और डॉक्टर की सलाह से संबंधित सभी जानकारियाँ दर्ज होती हैं। यह डॉक्टरों और स्वास्थ्य कर्मचारियों को रोगी की स्थिति को समझने और इलाज की निरंतरता बनाए रखने में मदद करता है। इसके अलावा, यह रिकॉर्ड कानूनी दस्तावेज के रूप में, बीमा दावा करने में और चिकित्सा अनुसंधान में भी उपयोग होता है।

Q2. चिकित्सा दस्तावेजीकरण के किसी भी तीन उद्देश्य सूचीबद्ध कीजिए।

उत्तर:-मेडिकल दस्तावेजीकरण के तीन मुख्य उद्देश्य निम्नलिखित हैं:

(1) रोगी की निरंतर और प्रभावी देखभाल सुनिश्चित करना।

(2) डॉक्टरों और स्वास्थ्यकर्मियों के बीच प्रभावी संचार बनाए रखना।

(3) बीमा दावे, कानूनी मामलों और चिकित्सा अनुसंधान में प्रमाण के रूप में कार्य करना।

Q3. रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड की गोपनीयता (Confidentiality) बनाए रखना क्यों महत्वपूर्ण है?

उत्तर:-

1. रोगी की निजी जानकारी सुरक्षित रहती है। रोगी की बीमारी, उपचार, जांच रिपोर्ट और व्यक्तिगत

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

जानकारी को गोपनीय रखना आवश्यक होता है ताकि उसकी निजी जानकारी किसी गलत व्यक्ति तक न पहुँचे।

2. रोगी और अस्पताल के बीच विश्वास बना रहता है। जब रोगी को भरोसा होता है कि उसकी जानकारी सुरक्षित है, तब वह डॉक्टर और नर्स को सही जानकारी देता है जिससे बेहतर इलाज संभव होता है।
3. कानूनी नियमों का पालन होता है।मेडिकल रिकॉर्ड की गोपनीयता बनाए रखना अस्पताल और स्वास्थ्य कर्मचारियों की कानूनी जिम्मेदारी होती है। नियमों का पालन न करने पर कानूनी कार्रवाई हो सकती है।
4. रोगी के सम्मान और अधिकारों की रक्षा होती है। हर रोगी को अपनी व्यक्तिगत जानकारी सुरक्षित रखने का अधिकार होता है। गोपनीयता बनाए रखना रोगी के सम्मान को बनाए रखता है।
5. जानकारी के गलत उपयोग को रोका जा सकता है। यदि मेडिकल रिकॉर्ड सुरक्षित न हो तो कोई व्यक्ति जानकारी का गलत उपयोग कर सकता है, जिससे रोगी को नुकसान हो सकता है।

Q4. स्वास्थ्य देखभाल दस्तावेज़ों में सुधार (Correction) और छूटी हुई जानकारी (Omission) को ठीक करने की प्रक्रिया का वर्णन करें।

उत्तर:-

1. गलती मिलने पर उसे पूरी तरह मिटाना नहीं चाहिए।-मेडिकल रिकॉर्ड में की गई गलती को व्हाइटनर या रबर से नहीं मिटाना चाहिए क्योंकि यह कानूनी दस्तावेज होता है।
2. गलत शब्द पर एक सीधी लाइन लगानी चाहिए। गलत जानकारी पर केवल एक लाइन खींची जाती है ताकि पुरानी जानकारी पढ़ी जा सके।
3. सही जानकारी उसके पास लिखनी चाहिए। गलती सुधारने के बाद सही जानकारी स्पष्ट रूप से लिखी जाती है।
4. सुधार करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर और तारीख लिखनी चाहिए। Correction करने के बाद हस्ताक्षर, समय और तारीख लिखना आवश्यक होता है।
5. खाली स्थान नहीं छोड़ना चाहिए। रिकॉर्ड में खाली जगह छोड़ने से कोई बाद में गलत जानकारी जोड़ सकता है, इसलिए खाली स्थान को बंद कर देना चाहिए।
6. छूटी हुई जानकारी (Omission) को स्पष्ट रूप से जोड़ना चाहिए। यदि कोई जानकारी लिखना भूल गए हों, तो बाद में "Late Entry" लिखकर सही समय और तारीख के साथ जानकारी दर्ज करनी चाहिए।

Q5. रोगी के रिकॉर्ड/दस्तावेज़ों की गोपनीयता कैसे बनाए रखें?

उत्तर:

1. रिकॉर्ड केवल अधिकृत व्यक्ति को ही दिखाना चाहिए।
2. मरीज की जानकारी केवल डॉक्टर, नर्स या संबंधित स्वास्थ्य कर्मचारी को ही दी जानी चाहिए।
3. दस्तावेज़ सुरक्षित स्थान पर रखने चाहिए।
4. फाइलों और रिकॉर्ड को लॉक अलमारी या सुरक्षित कंप्यूटर सिस्टम में रखना चाहिए।
5. पासवर्ड और सुरक्षा प्रणाली का उपयोग करना चाहिए।
6. डिजिटल रिकॉर्ड को सुरक्षित रखने के लिए मजबूत पासवर्ड और सुरक्षा प्रणाली का उपयोग करना चाहिए।

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

7. सार्वजनिक स्थान पर मरीज की जानकारी साझा नहीं करनी चाहिए।
8. वार्ड, गलियारे या अन्य लोगों के सामने रोगी की बीमारी या रिपोर्ट के बारे में चर्चा नहीं करनी चाहिए।
9. रिकॉर्ड की कॉपी बिना अनुमति के नहीं देनी चाहिए।
10. रोगी या अधिकृत व्यक्ति की अनुमति के बिना मेडिकल रिकॉर्ड किसी को नहीं देना चाहिए।
11. उपयोग के बाद दस्तावेज़ सही स्थान पर वापस रखने चाहिए।
12. रिकॉर्ड का उपयोग करने के बाद उसे तुरंत सुरक्षित स्थान पर रखना चाहिए ताकि जानकारी लीक न हो।
13. स्वास्थ्य कर्मचारियों को गोपनीयता के नियमों की जानकारी होनी चाहिए।
14. सभी कर्मचारियों को confidentiality के नियमों का प्रशिक्षण दिया जाना चाहिए ताकि वे रिकॉर्ड को सुरक्षित

Q6. रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड की शुद्धता (Accuracy) और पूर्णता (Completeness) के बीच अंतर बताइए।

आधार	Accuracy of Patient's Medical Record (रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड की शुद्धता)	Completeness of Patient's Medical Record (रोगी के मेडिकल रिकॉर्ड की पूर्णता)
अर्थ	रिकॉर्ड में लिखी गई जानकारी सही और वास्तविक होनी चाहिए।	रिकॉर्ड में रोगी से जुड़ी सभी आवश्यक जानकारी पूरी होनी चाहिए।
मुख्य उद्देश्य	गलत जानकारी से बचना और सही उपचार देना।	किसी भी जरूरी जानकारी को छूटने से बचाना।
ध्यान किस पर होता है	सही तथ्य, सही दवा, सही समय और सही रिपोर्ट पर।	सभी विवरण जैसे जांच, दवा, उपचार और डॉक्टर की सलाह शामिल करने पर।
उदाहरण	रोगी का ब्लड प्रेशर सही लिखना।	रोगी की पूरी जांच रिपोर्ट और उपचार विवरण लिखना।
गलती होने पर प्रभाव	गलत उपचार या दवा दी जा सकती है।	अधूरी जानकारी के कारण इलाज में परेशानी हो सकती है।
महत्व	रोगी की सुरक्षा और सही चिकित्सा के लिए जरूरी।	बेहतर देखभाल और कानूनी रिकॉर्ड के लिए जरूरी।
उपयोग	डॉक्टर और नर्स सही निर्णय ले सकते हैं।	स्वास्थ्य टीम को रोगी की पूरी स्थिति समझने में मदद मिलती है।

Q1. दस्तावेज़ीकरण के सिद्धांतों को परिभाषित कीजिए।

Q2. रोगी के रिकॉर्ड की गोपनीयता कैसे बनाए रखें?

Q3. मेडिकल रिकॉर्ड में दिनांक और समय दर्ज करने का महत्व बताइए।

D. Important One Liner Questions.

1. प्रश्न: चिकित्सा अभिलेख क्या होते हैं?

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

2. उत्तर: यह मरीज के इलाज से जुड़ी जानकारी होती है।
3. प्रश्न: चिकित्सा अभिलेखों को क्यों सुरक्षित रखा जाता है?
4. उत्तर: मरीज के भविष्य के इलाज के लिए।
5. प्रश्न: चिकित्सा अभिलेख कौन बनाता है?
6. उत्तर: डॉक्टर और स्वास्थ्यकर्मी।
7. प्रश्न: चिकित्सा अभिलेख में क्या-क्या होता है?
8. उत्तर: रोग, इलाज, दवाइयाँ और रिपोर्ट्स।
9. प्रश्न: क्या चिकित्सा अभिलेख कानूनी दस्तावेज होते हैं?
10. उत्तर: हाँ।
11. प्रश्न: क्या मरीज अपने रिकॉर्ड देख सकता है?
12. उत्तर: हाँ, मरीज को अधिकार है।
13. प्रश्न: रिकॉर्ड कितने साल तक रखे जाते हैं?
14. उत्तर: आमतौर पर 3 से 10 साल तक।
15. प्रश्न: अभिलेखों को कहाँ रखा जाता है?
16. उत्तर: रिकॉर्ड रूम या कंप्यूटर सिस्टम में।
17. प्रश्न: इलेक्ट्रॉनिक रिकॉर्ड किसमें रखे जाते हैं?
18. उत्तर: EMR या EHR सिस्टम में।
19. प्रश्न: रिकॉर्ड में गोपनीयता क्यों जरूरी है?
20. उत्तर: मरीज की निजता की रक्षा के लिए।

E. Full Forms

1. **EMR** – Electronic Medical Record
2. **ईएमआर** – इलेक्ट्रॉनिक चिकित्सा अभिलेख
3. **EHR** – Electronic Health Record
4. **ईएचआर** – इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य अभिलेख
5. **MRD** – Medical Records Department

एमआरडी – चिकित्सा अभिलेख विभाग

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

SHIVAM PUBLICATION

PART -B
EMPLOYABILITY SKILLS

Class - 12th

NSQF
LEVEL - 4

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

Unit 1 Communication Skill

- **Active Listing**
- **Part of speech**

Communication (संचार)

संचार किसी भी तरीके से सूचना को एक स्थान से दूसरे स्थान पर पहुँचाने की प्रक्रिया होती है तथा यह एक दो तरफा प्रक्रिया होती है जिसमें भाषा प्रतीक संकेतों आदि का प्रयोग करके विचारों या जानकारी को व्यक्तियों के बीच आदान-प्रदान किया जाता है। बोलना, सुनना, पढ़ना तथा लिखना संचार के मुख्य अंग हैं। भाषा को सीखने के लिए एक व्यक्ति को चार मुख्य कौशलों को विकसित करने की जरूरत होती हैरू-

(1) Listing (सुनना) : सुनना संचार का मुख्य कौशल है जिसमें हम दूसरों के विचारों, भावनाओं व जानकारी को अपने कानों का इस्तेमाल करके ध्यान से सुनते व समझते हैं।

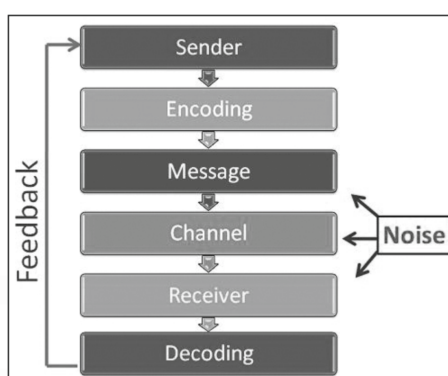
(2) Reading (पढ़ना) : इस कौशल में हम लिखित व छुपी हुई जानकारी को शब्दों में पढ़ते है व समझते है इसके किताबें, पत्रिकाएं लेख व ब्लॉग आदि को पढ़ते है व समझते है।

(3) Speaking (बोलना) :- बोलना भाषा का प्रमुख अंग है जिसमें व्यक्ति अपने विचारों भावनाओं व जानकारी को शब्दों के माध्यम से व्यक्त करता है।

(4) Writing (लिखना) : लिखना संचार का भाग है जिसमें विचारों को शब्दों, अक्षरों व वाक्यों के रूप लिखते है लिखित संचार में विचारों व जानकारी को लिखकर जैसे पत्र, ई-मेल आदि द्वारा एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति के पास भेजा जाता है।

Communication Process (संचार प्रक्रिया)

विचारों के आदान प्रदान की प्रक्रिया होती है जो निम्नलिखित है:-



1. Sender (प्रेषक) : प्रेषक वह व्यक्ति है जो संदेश को एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति तक भेजता है।
2. Encoding (इंकॉडिंग) : इंकोडिग में संदेश को एक फॉर्मेट से दूसरे फॉर्मेट में परिवर्तित करके उसको सुरक्षित किया जाता है और फिर उसे भेजा जाता है।
3. Message (संदेश) : प्रेषक संदेश के रूप में कोई सूचना, विचार प्राप्तकर्ता को भेजता है, वह संदेश है।
4. Channel (माध्यम) : जब हम संदेश को विभिन्न माध्यमों जैसे

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

ईमेल, टेलीफोन या पोस्टकार्ड आदि द्वारा प्राप्तकर्ता को भेजते है। ये संचार के साधन ही माध्यम कहलाते है।

5. Receiver (प्राप्तकर्ता) : प्राप्तकर्ता वह व्यक्ति है जो प्रेषक से संदेश के रूप में सूचना प्राप्त करता है।
6. Decoding (डि-कॉडिंग) : डि-कॉडिंग प्रेषक से प्राप्त संदेश को समझने और व्याख्या करने की प्रक्रिया है।
7. Feedback (प्रतिपुष्टि) : जब संचार प्रक्रिया में प्राप्तकर्ता प्रेषक से संदेश प्राप्त करता है तो प्रेषक उसे संदेश पर प्रतिक्रिया देता है, वही प्रतिक्रिया प्रतिपुष्टि है।

Listening Skill (सुनना कौशल)

एक प्रभावशाली संचार की शुरूवात हमेशा सुनने की स्किल से होती है। यह संचार का सबसे मुख्य अंग होता है। इस कौशल में व्यक्ति वक्ता की बातों को ध्यानपूर्वक सुनता है। सुनना इतना महत्वपूर्ण क्यों है इसके पीछे कुछ कारण है जो निम्नलिखित है:

1. हम जानकारी हासिल करने के लिए सुनते हैं।
2. हम समझने के लिए सुनते है।
3. हम आनन्द प्राप्ति के लिए सुनते है।
4. हम समस्या के समाधान के लिए ध्यानपूर्वक सुनते है।
5. हम कुछ नया सीखने के लिए सुनते है।

Active Listening (सक्रिय श्रवण)

सक्रिय श्रवण का तात्पर्य एक तरह से ध्यानपूर्वक सुनना व समझना होता है। यह एक कौशल है जिसमें सुनने वाला व्यक्ति स्पष्टता से पूरी तरह समझने का प्रयास करता है। सक्रिय श्रवण के दौरान, व्यक्ति न केवल शब्दों कोसुनता है, बल्कि उनकी भावनाओं, आवाज शरीर की भाषा का भी ध्यान रखता है वह संवाद को समझता है तथा प्रश्न पूछता है। सक्रिय श्रवण को प्रभावित करने वाले कारक निम्नलिखित है:-

1. Eye Contact (आँख से संपर्क) : जिस भी व्यक्ति से आप बात करे, उसके साथ आँख से आँख मिलाकर बात

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

करे, इससे आपका आत्म विश्वास प्रकट होता है और यह संचार का हिस्सा होने के नाते संचार भी प्रभावी होता है।

2. Gestures: (इशारे) : इससे वक्ता को यह पता लगता है कि आप विषय को ध्यान से सुन रहे है या नहीं। सुनने वाले को अपने हाथ पैर स्थिर रखने चाहिए।

3. Avoid Distractions: (ध्यान न भटकाए) : आप पहले ही यह ध्यान कर ले कि आप का ध्यान किन-किन चीजों से भटक सकता है जैसे फोन की रिंगटोन आदि अंत अवरोधक पहले ही दूर कर दें।

4. Give Feedback: (प्रतिपुष्टि दें) : बडे ही विनम्र तरीके के वक्ता को अपनी फीडबैंक प्रदान करे चाहे प्रतिक्रिया सकारात्मक हो या नकारात्मक प्रतिक्रिया किसी व्यक्ति को आहत करने वाली नहीं होनी चाहिए।

Stages of Active Listing: (सक्रिय श्रवण के चरण) :-

1. Receiving (ग्रहण करना) : इसमें ध्यानपूर्वक सुनना शामिल है।
2. Understanding (समझ) : इसके तहत विषय को अच्छी तरह सुनकर समझना होता है।
3. Remembering (याद रखना) : इसका अर्थ जानकारी व बातों को याद रखने से है।
4. Evaluating (मूल्यांकन करना) : इसमें किसी वस्तु या व्यक्ति के महत्व का मूल्यांकन करना होता है।
5. Responding (प्रतिक्रिया देना) : जब आप किसी व्यक्ति से बात करते उसे ध्यानपूर्वक सुनते है तो अपनी प्रतिक्रिया भी देनी जरूरी है।

How to Ensure Active Listing (आप कैसे सुनिश्चित करेंगे की सक्रिय श्रवण है?)

सक्रिय श्रवण को सुनिश्चित करने के लिए आप संक्षिप्त नाम RESPECT याद रख सकते है। जैसे

R-Remove (हटाना)

वार्तालाप के दौरान कोई अवरोध उत्पन्न हो तो उन्हे हटा देना चाहिए जैसे मोबाईल फोन आदि ।

E-Eye Contact (आँखों का संपर्क) वक्ता को सुनते वक्त उसके साथ आखों को संपर्क बनाए रखना चाहिए इससे आप का आत्मविश्वास प्रकट होगा।

S-Show (दिखाए) : आप यह दिखाएं की वक्ता की बातें आप ध्यान से सुन रहे हैं।

P-Pay (ध्यान दें) : वक्ता क्या संदेश दे रहा है वह क्या बोल रहा है उस पर अपना ध्यान दें।

E-Empathise (सहानुभूति) : वक्ता की भावना को समझना चाहिए व उसके प्रति सहानुभूति प्रकट करनी चाहिए।

C-Clarify Doubts (संदेह स्पष्ट करें) : यदि आपको वक्ता की बातों की जानकारी से सम्बंधि संदेह है तो आप प्रश्न पूछ कर उन्हें दूर करें।

T-Tune (लय) : वक्ता के समय के अनुसार स्वयं को समायोजित करे वक्ता के समाप्त करने पर ही प्रश्न करें।

सक्रिय श्रवण के सामने आने वाली बाधाँए:-

1. सक्रिय श्रवण के दौरान अवरोधकों का अवरोध पैदा करना जैसे मोबाईल की रिंगटोन बरतना आदि।
2. शोर व अशांति के माहौल में सक्रिय श्रवण असफल हो जाता है।

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

3. उचित प्रतिक्रिया न देना सक्रिय श्रवण की एक कमी है।

4. अपने हाथों व पैरों की स्थिर न रखना।

Self Assessment
(NCERT Based)

A. Multiple Choice Questions

1. निम्नलिखित में से सक्रिय श्रवण में बाधा कौन सी है ?

   A. शोर युक्त वातावरण B. वक्ता से आँखों का सम्पर्क न होना

   C. ध्यान न देना D. उपरोक्त सभी

2. निम्नलिखित में से सक्रिय श्रवण का चरण नहीं है ?

   A. ग्रहण करना B. समझना

   C. जवाब न देना D. समझना

3. एक आदर्श संदेश की क्या विशेषताए है ?

   A. स्पष्ट B. सटीक

   C. सक्षिप्त D. उपरोक्त सभी

Answer: 1. D 2. C 3.D

B. Short Answer Questions

1. सक्रिय श्रवण क्या है इसको प्रभावशाली बनाने वाले घटक कौन से है।
2. सक्रिय श्रवण के चरण लिखों।
3. सक्रिय श्रवण की बाधाएँ कौन सी है।
4. आप कैसे सुनिश्चित करोगे कि सक्रिय श्रवण है ?

Part of Speech:

जब हम बोलते है या लिखते है तो वाक्यों का प्रयोग करते है इसलिए महत्वपूर्ण वाक्य ही होते है। वाक्य शब्दों का एक समूह होता हैजो संचार करने में अहम भूमिका निभाता है।

Using Capitals:

सभी वाक्य बड़े अक्षर से शुरू होते है किस चीज को बड़े अक्षरों में लिखना है

MINTS सरल नियमों का एक समूह है।

M&Months : महीनों के नाम कैप्टिल लेटर में लिखे जाते है जैसे June, July etc.

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

I& I ward use capital in sentanse: एकेला I हमेशा केप्टिल में लिखा जाता है।

N&Names: व्यक्ति, स्थान, नदी, समुद्र, पहाड़ व दिनों के नाम कैप्टिल में लिखे।

T&Titles: नाम के आगे पद सम्बधि हमेशा कैप्टिल होते है जैसे Dr, Mr etc.

S&Starting Letter: वाक्य के शुरू होते समय पहला शब्द कैप्टिल लेटर में होता है।

Examples:

1. I will go to school in April.
2. I play tennis daily.
3. Gangel is in Ragasthan.
4. Dr- Shab, Mr- Kapil.
5. The dog ran out of the home.

Punctuation:

अग्रेजी में 15 मुख्य Punctuation व चिहनों का प्रयोग किया जाता जो निम्नलिखित हैरू–

1. Full Stop
   It show end of the sentence like Ram is my son.
2. Comma
   Comma Indicate pause in sentence
   Like, I bought, pen, Notebook, apple and orange.
3. Question Mark?
   It is used end of the sentence
   Like: & Are you late?
4. Exclamation Sentence to indicate
   Mark ! Strong feeling, surprise shock or Anger
   Like Hurra! You are late!
5. Apostrophe (') indicat e shortened form of same word
   Like Let's go
   He is n't- I don't etc.
   Basic Part of speech:-
1. Noun (संज्ञा) Wards that represant a person] place] thing or idea
   Like..... Ram, स्कूल, मेज etc.
2. Pronoun (सर्वनाम) word used in place of
   Noun to avoid repetition

SHIVAM PUBLICATION
SAMPLE

Like He/She, it

3. Adgective (विशेषण) words the describe noun or pronoun like, beautiful, big, red
4. Verb (क्रिया) words that express action Like, play- go, like etc.
5. Adverb (क्रिया-विशेषण) words that modify verb adjectives or other adverb
   Like Reena Quickly wrote a Letter

Supporting part of Speech

1. Articles: & The word a and the are known as articles
   Like A book, An apple The Earth etc.
2. Conjections:
   Conjections are wards that Join two nouns Like and, or, but Ram and Ravi are playing football.
3. Prepositions:
   It connect one ward with another to show relationship between them
   Like I live in Delhi
   The dog is on the roof-
4. Interjections:
   These wards express Strong emotions such as Happiness anger or pain Like wow! Oh! Oh No!
   Thanks! Help!

A. Multiple Choice Questions

Self Assessment (NCERT Based)

1. वाक्य क्या है ?
   A. विचारों का समूह B. शब्दों का समूह
   C. नियमों का समूह D. शब्दों का समूह जिसमें विराम चिहन शामिल है
2. इनमें कौनसा वाक्य सही ढंग से बड़े अक्षरों में लिखा गया है।
   A. I am Hungary B. Divy and Sunil are reading
   C. The bucket is full of water D. She lives in Delhi
3. किस वाक्य में विराम चिहन सही लगाए गए हैं ?

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

A. Where are you going B. I have a pen a notebook and a pencil
C. I am so Happy to see you! D. This is my House

Answer: 1. b 2.d 3. d

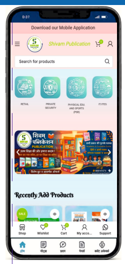
B. Multiple choice questions:

1. Identify the subject in the sentence, "The children played football".
   A. The Children B. Children Played
   C. Played D. Football
2. Identify the object in the sentence, "The children played football".
   A. The children B. Children played
   C. played D. football
3. Which of these sentences has/have both indirect and direct objects\
   A. I am working on a presentation- B. She bought a blue pen-
   C. The girls played cricket- D. He wrote a letter to his sister-
4. Which of these sentences is are in passive voice\
   A. They are watcing a movie- B. The clock was repaired by Raju.
   C. He is sleeping in the mom- D. My pet dog bit the postman-

Answer: 1. A , 2. D , 3. D, 4. B

SHIVAM PUBLICATION SAMPLE

NSQF BOOK AVAILABLE



Shivam Publications की पुस्तकों व सैम्पल की जानकारी व बुक खरीदने के लिए Google Play Store व स्कैनर से APP Download करें और आर्डर करें।

स्टेप 1: अपने मोबाइल के कैमरा या QR Scanner से नीचे दिए गए QR को स्कैन करें।

स्टेप 2: दिए गये लिंक पर क्लिक करके सर्च करें।

स्टेप 3: APP Download करें और पुस्तकों का आर्डर करें।

QR कोड स्कैन करें या लिंक पर जाएँ
www.shivampublications.in

Shivam Publications

SHIVAM PUBLICATION

Vishwakarma Chowk, Narwana (Jind) 126116 (HR) M. 9991415776

Follow us on

ISNB No. 978-93-342-4472-4
MRP: 250/-