



નોંધણી ક્રમાંક:ઈ/૧૨૦૫/સુ૨૧
તા.૩૧/૮/૧૯૮૮

કર્મચારી કલ્યાણ મંડળ

નવસારી કૃષિ યુનિવર્સિટી

મંત્રી: ડૉ. સી.કે.ટી.અડીયા, મંત્રીશ્રી મો.૯૭૨૫૦૦૬૦૧૨

જા.નં. ક.ક.મ.નવસારી/૧૦/૨૦૨૧

નવસારી તા. ૨૧/૦૩/૨૦૨૧

Covid-19 રસીકરણ કામગીરી બાબત..

:: પરિપત્ર ::

કર્મચારી કલ્યાણ મંડળ, નવસારી કૃષિ યુનિવર્સિટી, નવસારી તથા નિયામકશ્રી, વિદ્યાર્થી કલ્યાણ, ન.કૃ.યુ., નવસારીના સચુંકત ઉપક્રમે તથા જિલ્લા આરોગ્ય તંત્ર, નવસારીના સહયોગથી યુનિવર્સિટીના પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર ખાતે **Covid-19 રસીકરણનો કાર્યક્રમ રાખેલ છે, જેમાં યુનિવર્સિટીના તમામ અધિકારી, કર્મચારીઓના ઘરના ૬૦ કે તેથી વધુ ઉંમરના વ્યક્તિઓને(કુટુંબીજનો) Covishield નો ડોઝ લેવા નીચે જણાવેલ રચને અવશ્ય પધારવા વિનંતી છે તેમજ આપના સંપર્કમાં હોય તેવા ૬૦ વર્ષની ઉપરના અન્ય ભાઈ, બહેનોને પણ આ જાણકારી આપી કેમ્પમાં આવવા જણાવવા વિનંતી છે.**

વધુમાં ૪૫ થી ૫૯ની ઉંમર ધરાવતા વ્યક્તિઓને આ સાથે સામેલ Annexure-1(B)

મુજબની બિમારી ધરાવતા હોય તો તેમને Covid-19 રસીકરણ કરાવવા પધારવા વિનંતી છે.

નોંધ : વેક્સીનેશન માટે આવો ત્યારે આઘાર્ડાઈની ઝેરોક્ષ નકલ તથા મોબાઇલ નંબરની માહિતી સાથે લાવવી.

સ્થળ : પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર, નવસારી કૃષિ યુનિવર્સિટી, કેમ્પસ, નવસારી
તારીખ : ૨૨/૦૩/૨૦૨૧
સમય : સવારે ૧૦.૦૦ થી ૪.૦૦ કલાક

"યાદ રાખો કોરોનાથી બચવા માટે એક માત્ર જડનેસલાક અને સચોટ ઉપાય રસીકરણ છે....."

નવસારી
તા.૨૧/૩/૨૦૨૧

(સહી)
મંત્રી

કર્મચારી કલ્યાણ મંડળ
નવસારી કૃષિ યુનિવર્સિટી
નવસારી

નકલ સવિનય રવાના :

યુનિવર્સિટી વેબસાઇટ મારફત તમામને જાણ સારું.

**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.	Angina AND 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 years OR with 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 Or currently 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)