[2019] 3 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ.. 281

ਅਰਿਨ ਕੁਮਾਰ ਮੰਗਲੀਕ

ਬਨਾਮ

ਚਿਰਾਯੂ ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਲਿਮਟਿਡ ਅਤੇ ਹੋਰ

(2019 ਦੀ ਸਿਵਲ ਅਪੀਲ ਨੰਬਰ 227-228)

ਜਨਵਰੀ 09, 2019

[ਡਾ. ਧਨੰਜਯ ਵਾਈ. ਚੰਦਰਚੂੜ ਅਤੇ ਹੇਮੰਤ ਗੁਪਤਾ, ਜੇ.ਜੇ.)

ਲਾਪਰਵਾਹੀ:

ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਪਰਵਾਹੀ - ਮੈਡੀਕਲ ਕੌਂਸਲ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ - ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹੋਏ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੀ ਪਤਨੀ ਦੀ ਮੌਤ - ਮੈਡੀਕਲ ਕੌਂਸਲ ਨੇ ਪਾਇਆ ਕਿ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਇਲਾਜ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਨਹੀਂ ਸੀ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਅਤੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ, ਦੋਵੇਂ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੁਰਵਿਵਹਾਰ ਦੇ ਦੋਸ਼ੀ ਸਨ - ਕੌਂਸਲ ਨੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਚੇਤਾਵਨੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ - ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹਿਣ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਕੀਤੀ - ਰਾਜ ਖਪਤਕਾਰ ਵਿਵਾਦ ਨਿਵਾਰਣ ਕਮਿਸ਼ਨ (ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ.) ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਰਕੇ 48 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ ਗਈ - ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ. ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਸਥਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ @ 9% ਵਿਆਜ ਸਮੇਤ 6 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ - ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਖਪਤਕਾਰ ਵਿਵਾਦ ਨਿਵਾਰਣ ਕਮਿਸ਼ਨ (ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ.) ਨੇ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ. ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਪਲਟਦਿਆਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ - ਅਪੀਲ 'ਤੇ, ਕਿਹਾ: ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਡਾਇਰੈਕਟੋਰੇਟ ਆਫ ਨੈਸ਼ਨਲ ਵੈਕਟਰ ਬੋਰਨ ਡਿਸੀਜ਼ ਕੰਟਰੋਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਦਿਸ਼ਾ

ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਨਹੀਂ ਸੀ - ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਉੱਤਰਦਾਤਾ-ਹਸਪਤਾਲ *ਬੋਲਮ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਤ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਿਹਾ - ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਨੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਠੋਸ ਕਾਰਨ ਦੇ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਤੱਥਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਪਲਟ ਦਿੱਤਾ - ਹਾਲਾਂਕਿ, ਕਿਉਂਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ ਨਹੀਂ ਸੀ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ ਸੀ, ਇਸ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ - ਉੱਤਰਦਾਤਾ-ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ - ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਵੀ ਨਾਕਾਫੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਹੈ @ 9% ਵਿਆਜ ਸਮੇਤ 15 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਤੱਕ ਵਧਾਇਆ - ਖਪਤਕਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਐਕਟ, 1986.

281

XXXXXX

ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ - ਪਤਾ ਲਗਾਉਣਾ - ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਇੱਕ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਸਿਰਫ ਉਦੋਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਵਿਵਹਾਰ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਸਮਰੱਥ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੇ ਮਿਆਰਾਂ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ - ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਅਪਣਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ, ਭਾਰਤੀ ਅਦਾਲਤਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤੱਥ ਤੋਂ ਸੁਚੇਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਯੂਨਿਟਾਂ ਕੋਲ ਨਵੀਨਤਮ ਤਕਨਾਲੋਜੀ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਣਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨਹੀਂ ਹੈ - ਗੈਰ-ਵਾਜਬਤਾ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸੀਮਾ ਉਚਿਤ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ - ਜਿੱਥੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਵਹਾਰ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਵਾਜਬਤਾ

ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਹੈ, ਇੱਕ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸਿਰਫ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਚਾਰ ਦੇ ਸਰੀਰ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਕੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਤੋਂ ਬਚ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ।

ਮੁਆਵਜ਼ਾ:

ਘਰ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੀ ਮੌਤ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਜੋ ਨੌਕਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ -ਕਿਹਾ ਗਿਆ: ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਭਲਾਈ ਲਈ ਗੈਰ-ਕੰਮਕਾਜੀ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਯੋਗਦਾਨ ਦੀ ਆਰਥਿਕ ਸਮਾਨਤਾ ਹੈ। - ਇਸ ਲਈ, ਘਰੇਲੂ ਔਰਤ ਦੀ ਮੌਤ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਗਣਨਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਅਦਾਲਤ ਨੂੰ ਇਹ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਯੋਗਦਾਨ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮਾਪਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ।

ਅਪੀਲਾਂ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋਏ, ਅਦਾਲਤ ਦੁਆਰਾ

ਕਿਹਾ ਗਿਆ:. 1.1 ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਮਿਆਰ ਜੋ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਤੋਂ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਉਹ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਕੋਲ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਗਿਆਨ ਦੀ ਵਾਜਬ ਡਿਗਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ. ਇੱਕ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਕੇਵਲ ਉੱਥੇ ਹੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿੱਥੇ ਵਿਵਹਾਰ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਸਮਰੱਥ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੇ ਮਿਆਰਾਂ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। [ਪੈਰਾ 29] [296-G]

ਕੁਸੁਮ ਸ਼ਰਮਾ ਬਨਾਮ ਬੱਤਰਾ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ **(2010) 3 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 480: [2010] 2 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 685 - 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ।**

XXXXXX

1.2 ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਿਆਂ ਸ਼ਾਸਤਰ ਨੂੰ *'ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ' 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ। *'ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ' ਭਾਰਤ ਅਤੇ ਹੋਰ ਅਧਿਕਾਰ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਅਕਾਦਮਿਕ ਬਹਿਸ ਅਤੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਵਿਦਵਾਨਾਂ ਵਿੱਚ, *'ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ' ਦੀ ਇਸ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਆਲੋਚਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਆਮ ਹੁਨਰਮੰਦ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਵਾਜਬ ਸਮਰੱਥ ਡਾਕਟਰ ਵਿਚਕਾਰ ਅੰਤਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਪਹਿਲਾ ਪੇਸ਼ੇ ਦੁਆਰਾ ਅਪਣਾਏ ਗਏ ਮਾਪਦੰਡਾਂ 'ਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਬਾਅਦ ਵਾਲਾ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੋਣ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਕਲਪਨਾਤਮਕ "ਵਾਜਬ ਡਾਕਟਰ" ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ ਮਾਪਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਦਾਲਤ ਨੂੰ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਾਜਬ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਕੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇਗਾ ਨਾ ਕਿ ਪੇਸ਼ੇ ਨੇ । ਕਾਨੂੰਨ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਵਿਗਿਆਨ ਵਿੱਚ ਤਰੱਕੀ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼-ਕੇਂਦਰਿਤ ਪਹੁੰਚ ਅਪਣਾਈ ਜਾਵੇ। *ਬੋਲਮ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਅਤੇ ਭਾਰਤੀ ਅਦਾਲਤਾਂ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਦੀ ਬਾਅਦ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿਕਸਤ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਜੈਕਬ ਮੈਥਿਊ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਤਿੰਨ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਦੁਆਰਾ ਅਪਣਾਏ ਗਏ ਮਿਆਰ ਵਿੱਚ ਇਹ ਲੋੜ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੁਆਰਾ ਅਪਣਾਇਆ ਗਿਆ ਕੋਰਸ "ਆਮ ਅਤੇ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਅਭਿਆਸ" ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਅਦਾਲਤ ਇਸ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਪਾਬੰਦ ਹੈ। (ਪਾਰਸ 30, 36 ਅਤੇ 41) [296-H; 302-D-E; 306-C-D]

ਡਾ ਲਕਸ਼ਮਣ ਬਾਲਕ੍ਰਿਸ਼ਨ ਜੋਸ਼ੀ ਬਨਾਮ ਡਾ ਤ੍ਰਿੰਬਕ ਬਾਪੂ ਗੋਡਬੋਲੇ **ਏ.ਆਈ.ਆਰ. 1969 ਐਸ.ਸੀ. 128: [1969] 1 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 206**; ** ਜੈਕਬ ਮੈਥਿਊ ਬਨਾਮ ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ (2005) 6 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ.1 : **[2005] 2 ਸਪਲ. ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 307**; ਇੰਡੀਅਨ ਮੈਡੀਕਲ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਬਨਾਮ ਵੀ. ਪੀ. ਸ਼ਾਂਤਾ **(1995) 6 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 651: [1995] 5 ਸਪਲ. ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 110**; ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ ਬਨਾਮ ਸ਼ਿਵ ਰਾਮ **(2005) 7 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 1: [2005] 2 ਸਪਲ. ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 991;** ਨਿਜ਼ਾਮ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਆਫ ਮੈਡੀਕਲ ਸਾਇੰਸਜ਼ ਬਨਾਮ ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਐਸ. ਧਨਾਨਕਾ **(2009) 6 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 1: [2009] 9 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 313** - 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ।

ਵੀ. ਕਿਸ਼ਨ ਰਾਓ ਬਨਾਮ ਨਿਖਿਲ ਸੁਪਰ ਸਪੈਸ਼ਲਿਟੀ ਹਸਪਤਾਲ **(2010) 5 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 513: [2010] 5 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 1 - ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ।**

*ਬੋਲਮ ਬਨਾਮ ਫ੍ਰੀਰਨ ਹਸਪਤਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਮੇਟੀ **[1957] 1 ਡਬਲਯੂ.ਐਲ.ਆਰ. 582** –ਮੇਨਾਰਡ ਬਨਾਮ ਵੈਸਟ ਮਿਡਲੈਂਡਜ਼ ਖੇਤਰੀ ਸਿਹਤ ਅਥਾਰਟੀ **[1985] 1 ਏ.ਆਈ.ਆਈ. ਈ.ਆਰ. 635;** ਹਕਸ ਬਨਾਮ ਕੋਲ **(1968) 118 ਨਿਊ ਐਲ.ਜੇ. 469;** ਬੋਲੀਥੋ ਬਨਾਮ ਸਿਟੀ ਅਤੇ ਹੈਕਨੀ ਹੈਲਥ ਅਥਾਰਟੀ **(1996) 4 ਏ.ਆਈ.ਆਈ. ਈ.ਆਰ. 771 - ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ**।

ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਪਰਵਾਹੀ, ਸਵੀਟ ਅਤੇ ਮੈਕਸਵੈਲ, ਮਾਈਕਲ ਜੋਨਸ ਦੁਆਰਾ **ਪੰਜਵਾਂ ਐਡੀਸ਼ਨ (2017) - ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ**।

1.3 ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਅਪਣਾਉਣ ਵਿੱਚ, ਭਾਰਤੀ ਅਦਾਲਤਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤੱਥ ਤੋਂ ਸੁਚੇਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਯੂਨਿਟਾਂ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਪੇਂਡੂ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ, ਨਵੀਨਤਮ ਤਕਨਾਲੋਜੀ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਣਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨਹੀਂ ਹੈ। [ਪੈਰਾ 42] [306-E]

ਮਾਰਟਿਨ ਐਫ ਡਿਸੂਜ਼ਾ ਬਨਾਮ ਮੁਹੰਮਦ ਇਸ਼ਫਾਕ **(2009) 3 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 1: [2009] 3 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 273 - ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ।**

1.4 ਦਵਾਈ ਦੇ ਅਭਿਆਸ ਵਿੱਚ, ਇਲਾਜ ਲਈ ਵੱਖੋ ਵੱਖਰੇ ਤਰੀਕੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਵਿਚਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸੱਚਾ ਮਤਭੇਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਲਾਜ ਦੇ ਕੋਰਸ ਨੂੰ ਅਪਣਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ, ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਨੂੰ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਗੈਰ-ਵਾਜਬ ਨਹੀਂ ਹੈ. ਗੈਰ-ਵਾਜਬਤਾ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸੀਮਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਹਾਲਾਤਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਡਾਕਟਰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ 'ਰੱਖਿਆਤਮਕ ਦਵਾਈ' ਦਾ ਸਹਾਰਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ, ਅਕਸਰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦੇ ਹਨ. ਇਸ ਲਈ, ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਉਸ ਕੇਸ ਦੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਵਹਾਰ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਵਾਜਬਤਾ ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਹੈ, ਇੱਕ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸਿਰਫ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਚਾਰ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਕੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਤੋਂ ਬਚ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ। [ਪੈਰਾ 43] [306-G-H; 307-A]

1.5 ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ, ਜੋ ਰਿਕਾਰਡ ਨਿਰਣਾਇਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਵੇਖਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਸਥਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਵੇਰੇ 7.30 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 7 ਵਜੇ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਜ਼ੁਕ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ. ਖੂਨ ਦੇ

ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਦਾ ਸਧਾਰਨ ਉਪਾਅ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਹ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਡਾਇਰੈਕਟੋਰੇਟ ਆਫ ਨੈਸ਼ਨਲ ਵੈਕਟਰ ਬੋਰਨ ਡਿਸੀਜ਼ ਕੰਟਰੋਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਸੀ। ਡਾਕਟਰੀ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ, ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਬੋਲਮ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਤ ਅਤੇ ਭਾਰਤੀ ਅਦਾਲਤਾਂ ਦੁਆਰਾ ਅਪਣਾਏ ਗਏ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹੇ। ਇਹ ਕਹਿਣਾ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਦਾ ਵਿਰੋਧ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇਗਾ, ਸਿਰਫ ਇੱਕ ਅਨੁਮਾਨ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਇਸ ਲਈ ਅਜਿਹੀ ਵਿਆਖਿਆ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ. [ਪੈਰਾ 44] [307-B-D]

1.6 ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਕੋਲ ਰਿਕਾਰਡ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਸਬੂਤਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦਾ ਇੱਕ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੋਚਿਆ-ਸਮਝਿਆ ਫੈਸਲਾ ਸੀ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਪਹਿਲੀ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਨਿਰਣਾਇਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਖੇਤਰ ਮੂਲ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਖੇਤਰ ਨਾਲ ਸਹਿ-ਵਿਆਪਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਨੇ ਤੱਥਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਉਜਾੜ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜੋ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਠੋਸ ਤਰਕ ਦੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ। ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਪਹੁੰਚੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੀ ਖੋਜ ਨੂੰ ਉਲਟਾਉਣ ਦਾ ਕੋਈ ਅਧਾਰ ਜਾਂ ਜਾਇਜ਼ਤਾ ਨਹੀਂ ਸੀ। [ਪੈਰਾ 45 ਅਤੇ 47] [307-E, G]

284

XXXXXX

ਅਰੁਣ ਕੁਮਾਰ ਮੰਗਲੀਕ ਬਨਾਮ ਚਿਰਾਯੂ ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਲਿਮਟਿਡ

285

2. ਹਾਲਾਂਕਿ, ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਦਾ ਕੋਈ ਆਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਇਸ ਲਈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਹੋਵੇਗੀ, ਦੂਜਾ ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ। [ਪੈਰਾ 48] [308- ਏ]

3.1 ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਉਂਦਿਆਂ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ. ਨੇ 9 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਵਿਆਜ ਸਮੇਤ 6 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦੇਣ ਦੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤੇ। ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ, ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ. ਇਹ ਕਹਿਣ ਵਿੱਚ ਗਲਤੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ ਕਿ ਕਿਉਂਕਿ ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਦਾ ਬੇਟਾ ਅਤੇ ਧੀ "ਉੱਚ ਸਿੱਖਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਅਤੇ ਕੰਮ ਕਾਜ" ਹਨ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਵਜੋਂ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋਏ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਖੁਦ ਸਿਰਫ 6 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋਵੇਗਾ। ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਆਪਣੀ ਪਤਨੀ ਨੂੰ ਗੁਆ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੀ ਉਮਰ 56 ਸਾਲ ਸੀ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਉਹ ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਪਰ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਭਲਾਈ ਲਈ ਇੱਕ ਗੈਰ-ਕੰਮਕਾਜੀ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਯੋਗਦਾਨ ਆਰਥਿਕ ਸਮਾਨਤਾ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਘਰ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੀ ਮੌਤ 'ਤੇ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਗਣਨਾ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ, ਜੋ ਨੌਕਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਦਾਲਤ ਨੂੰ ਇਹ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਯੋਗਦਾਨ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮਾਪਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ. (ਪਾਰਸ 49, 50, 51 ਅਤੇ 53) [308- ਬੀ-ਡੀ; 309-ਬੀ]

3.2 ਜੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਨਿਆਂ ਦੇ ਹਿੱਤ ਪੂਰੇ ਹੋਣਗੇ। ਇਸ ਅਨੁਸਾਰ, ਇਹ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਪਹਿਲੇ ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ 15 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਪ੍ਰਾਪਤ

ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋਵੇਗਾ। ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮੁਆਵਜ਼ੇ, ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ. ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਸਥਾਪਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਤੱਕ 9 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ ਦੀ ਦਰ ਨਾਲ ਵਿਆਜ ਦੇਣਗੇ। [ਪਾਰਸ 55 ਅਤੇ 56] [309- C, D]

ਲਤਾ ਵਧਵਾ ਬਨਾਮ ਬਿਹਾਰ ਰਾਜ **(2001) 8 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 197: [2001] 1 ਸਪਲ. ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 578;** ਮਲਯ ਕੁਮਾਰ ਗਾਂਗੁਲੀ ਬਨਾਮ ਸੁਕੁਮਾਰ ਮੁਖਰਜੀ **(2009) 3 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 663;** ਨੈਸ਼ਨਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਬਨਾਮ ਪ੍ਰਣਯ ਸੇਠੀ **2017 (13) ਸਕੇਲ 12 - 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ।**

285

XXXXXX

ਕਨੂੰਨੀ ਕੇਸ ਹਵਾਲਾ		
[2010] 2 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 685	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ**	**ਪੈਰਾ 17**
[1957] 1 ਡਬਲਯੂ.ਐਲ.ਆਰ.582	**ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿਤਾ ਗਿਆ**	**ਪੈਰਾ 30**
[1969] 1 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 206	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ**	**ਪੈਰਾ 31**
[2005] 2 ਸਪਲ. ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 307	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ**	**ਪੈਰਾ 32**
[1995] 5 ਸਪਲ. ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 110	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ**	**ਪੈਰਾ 33**
[2005] 2 ਸਪਲ. ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 991	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ**	**ਪੈਰਾ 34**
[2009] 9 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 313	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ**	**ਪੈਰਾ 34**
[1985] 1 ਏ.ਆਈ.ਆਈ. ਈ.ਆਰ. 635	**ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿਤਾ ਗਿਆ**	**ਪੈਰਾ 37**
(1968) 118 New LJ 469	**ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿਤਾ ਗਿਆ**	**ਪੈਰਾ 38**

(1996) 4 ਏ.ਆਈ.ਆਈ. ਈ.ਆਰ. 771	ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿਤਾ ਗਿਆ	ਪੈਰਾ 39
[2010] 5 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 1	ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿਤਾ ਗਿਆ	ਪੈਰਾ 40
[2009] 3 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 273	'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ	ਪੈਰਾ 42
[2001] 1 ਸਪਲ. ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 578	'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ	ਪੈਰਾ 52
(2009) 3 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 663	'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ	ਪੈਰਾ 53
2017 (13) ਸਕੇਲ 12	'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ	ਪੈਰਾ 54

ਸਿਵਲ ਅਪੀਲ ਅਧਿਕਾਰ ਖੇਤਰ: 2019 ਦੀ ਸਿਵਲ ਅਪੀਲ ਨੰਬਰ 227-228.

ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਸਰਕਟ ਬੈਂਚ, ਭੋਪਾਲ ਦੇ 25.02.2016 ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਅਤੇ ਆਦੇਸ਼ ਤੋਂ 2015 ਦੇ ਐਫ.ਏ. ਨੰਬਰ 438 ਅਤੇ 2016 ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਰਜ਼ੀ ਨੰਬਰ 78 ਵਿੱਚ ਮਿਤੀ 05.04.2016 ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਤੋਂ

ਨਾਲ

2019 ਦੀ ਸਿਵਲ ਅਪੀਲ ਨੰਬਰ 229.

ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਦੇ ਐਡਵੋਕੇਟ ਬ੍ਰਿਜੇਂਦਰ ਚਾਹਰ, ਸੀਨੀਅਰ ਐਡਵੋਕੇਟ, ਬੀਰੇਂਦਰ ਕੁਮਾਰ ਮਿਸ਼ਰਾ, ਸ਼ਸ਼ੀ ਭੂਸ਼ਣ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਪੂਨਮ ਅਟੇ।

ਉੱਤਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੇ ਐਡਵੋਕੇਟ ਅੰਕੁਰ ਮਿੱਤਲ, ਯੂ.ਸੀ. ਮਿੱਤਲ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਨਿਧੀ ਮਿੱਤਲ।

XXXXXX

ਅਰੁਣ ਕੁਮਾਰ ਮੰਗਲੀਕ ਬਨਾਮ ਚਿਰਾਯੂ ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਲਿਮਟਿਡ

287

ਅਦਾਲਤ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਹੇਠ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਾਇਆ ਗਿਆ

ਡਾ. ਧਨੰਜਯ ਵਾਈ. ਚੰਦਰਚੂੜ, ਜੇ.

1. ਦੇਰੀ ਨੂੰ ਮਾਫ਼ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ।

2. ਆਗਿਆ ਪ੍ਰਦਾਨ [Leave granted] ।

3. ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਖਪਤਕਾਰ ਵਿਵਾਦ ਨਿਵਾਰਣ ਕਮਿਸ਼ਨ (ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ.][1] ਨੇ ਮੱਧ ਪ੍ਰਦੇਸ਼ ਰਾਜ ਖਪਤਕਾਰ ਵਿਵਾਦ ਨਿਵਾਰਣ ਕਮਿਸ਼ਨ[2] ਦੇ ਉਸ ਆਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉੱਤਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਦੀ ਪਤਨੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਆਖਰਕਾਰ 15 ਨਵੰਬਰ 2009 ਨੂੰ ਉਸਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ। ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ, ਵਿਆਜ ਸਮੇਤ ਦਿੱਤੇ ਗਏ 6,00,000 ਰੁਪਏ ਦੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

4. ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਮਧੂ ਮੰਗਲਿਕ ਦੀ ਪਤਨੀ ਦੀ ਉਮਰ ਲਗਭਗ 56 ਸਾਲ ਸੀ, ਜਦੋਂ 14 ਨਵੰਬਰ 2009 ਨੂੰ ਉਸ ਨੂੰ ਡੇਂਗੂ ਬੁਖਾਰ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਸੀ। ਪੈਥੋਲੋਜੀਕਲ ਲੈਬਾਰਟਰੀ, ਗਲੇਜ਼ ਪੈਥੋਲੋਜੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨੇ ਸਿਹਤ ਦੀ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ:

"RBC- 4.21 ਮਿਲੀਅਨ / cmm

Hb-12,1 gm/d/ TLC-1900/Cmm

ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ 1.79 ਲੱਖ ਪ੍ਰਤੀ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਹੈ।

ਡੇਂਗੂ ਐਨਐਸ 1 ਐਂਟੀਜਨ - ਪਾਜ਼ੇਟਿਵ"

ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ 15 ਨਵੰਬਰ 2009 ਨੂੰ ਸਵੇਰੇ 7 ਵਜੇ ਭੋਪਾਲ ਦੇ ਚਿਰਾਯੂ ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਉਸ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਇੰਟੈਂਸਿਵ ਕੇਅਰ ਯੂਨਿਟ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਸੀ, ਪਰ ਉਸਨੇ ਸਿਰ ਦਰਦ, ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਬੇਚੈਨੀ ਦੀ ਆਮ ਭਾਵਨਾ ਸਮੇਤ ਡੇਂਗੂ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ। ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਹਿਲਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੈਥੀਟਰ ਅਬਲੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਪੈਰੋਕਸਿਮਲ ਸੁਪਰਾ ਵੈਂਟ੍ਰੀਕੁਲਰ ਟੈਕੀਕਾਰਡੀਆ ਸ਼ਾਮਲ ਸਨ ਜੋ ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਦਿੰਦੇ ਸਨ।

5. ਸਵੇਰੇ 7.30 ਵਜੇ ਦਾਖਲ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਮੁੱਢਲੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਖੂਨ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ, ਨਾਲ ਦਿੱਤੀ ਕਲੀਨਿਕੀ ਜਾਂਚ ਦੇ ਨਾਲ, ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ:

"Hb 13.4
TLC 3000/Cumm,
ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ 97000/ਕਮ,
ਐਮਪੀ ਲਈ ਪੀਐਸ ਕੋਈ ਮਲੇਰੀਆ ਪਰਜੀਵੀ ਨਹੀਂ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ
ਬਲੱਡ ਯੂਰੀਆ 21 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ٪
ਸੀਰਮ ਬਿਲੀਰੂਬਿਨ mg٪

SGPT 521 U/ L,

SGOT 105Mg/dl

ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਲਾਈਟ ਸੋਡੀਅਮ 140 ਮੀਕ / ਐਲ

ਪੋਟਾਸੀਅਮ 4.0 meq/ L Ex R4

ਪਿਸ਼ਾਬ ਟੈਸਟ ਆਮ Ex R6

ਸਵੇਰੇ 10.00 ਵਜੇ - ਪਲਸ-88/ਮਿੰਟ,

Bp. 130/88 mm Hg

ਤਾਪਮਾਨ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ ਪੇਟ ਦਰਦ

ਦੁਪਹਿਰ 2.00 ਵਜੇ - ਪੀ -128 / ਮਿੰਟ, ਹਲਕੀ ਬੁਖਾਰ

BP - 110/70 mm Hg"

[1] ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ.

[2] ਐੱਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ.

XXXXXX

ਕਿਉਂਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਪੇਟ ਦੀ ਬੇਆਰਾਮੀ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ, ਇਸ ਲਈ ਪੇਟ ਦੀ ਅਲਟਰਾਸੋਨੋਗ੍ਰਾਫੀ ਕੀਤੀ ਗਈ।

6. ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਕੰਬ ਰਿਹਾ ਸੀ, ਉਸਦਾ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਰਿਕਾਰਡ ਕਰਨ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਹੱਥ-ਪੈਰ ਠੰਡੇ ਸਨ, ਅਤੇ ਨਬਜ਼ ਸਪੱਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਸੀ. ਇਸ ਦੌਰਾਨ, ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਦੇਣ ਦੀ

ਪ੍ਰਣਾਲੀ 'ਤੇ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ. 24 ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ 2500 ਮਿਲੀਲੀਟਰ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਈ ਗਈ ਸੀ। ਸਵੇਰੇ 7 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਉਸ ਨੂੰ ਲਗਭਗ 1200 ਮਿਲੀਲੀਟਰ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ। ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਬ੍ਰੈਡੀਕਾਰਡੀਆ ਅਤੇ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਪਿਆ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਦਿਆਂ, ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੇ ਲਗਭਗ 1.5 ਲੀਟਰ ਵਾਧੂ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਦਿੱਤੇ। ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਅਤੇ ਕੋਲਾਇਡ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਨ।

7. ਕਿਉਂਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਇਸ ਲਈ ਉਸਨੂੰ ਆਈਓਨੋਟ੍ਰੋਪਸ (ਡੋਪਾਮਾਈਨ ਅਤੇ ਨਾਨ ਐਡਰੇਨਾਲੀਨ) ਦਿੱਤੇ ਗਏ। ਸ਼ਾਮ 6.45 ਵਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਪਿਆ। ਉਸ ਦੇ ਦਿਲ ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਸ਼ਾਮ 6.55 ਵਜੇ ਡਾਕਟਰ ਸੀ. ਸੀ. ਚੌਬੇ ਨੇ ਉਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ।

8. ਦੇਰ ਨਾਲ, ਸ਼ਾਮ 7.15 ਵਜੇ, ਇੱਕ ਹੋਰ ਖੂਨ ਦਾ ਨਮੂਨਾ ਲਿਆ ਗਿਆ, ਜਿਸ ਨੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਦਿੱਤਾ: -

"Hb – 8.1/d/
TLC-7,400/Cumm
ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ 19000/cmm Ex R 10
ਕੁੱਲ ਪ੍ਰੋਟੀਨ- 3.9 ਗ੍ਰਾਮ
A/G ਅਨੁਪਾਤ - 2
SGOT 169 IU/L"

9. ਰਾਤ 8 ਵਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਪਿਆ। ਉਸ ਨੂੰ ਰਾਤ 8.50 ਵਜੇ ਮ੍ਰਿਤਕ ਐਲਾਨ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ।

XXXXXX

10. ਮੈਡੀਕਲ ਕੌਂਸਲ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ।

11. ਮੈਡੀਕਲ ਕੌਂਸਲ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਦੀ ਨੈਤਿਕਤਾ ਕਮੇਟੀ 20 ਫਰਵਰੀ 2015 ਨੂੰ ਇਸ ਸਿੱਟੇ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚੀ ਕਿ ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੇ ਸਥਾਪਤ ਡਾਕਟਰੀ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਪਰ ਇਲਾਜ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਨੈਤਿਕਤਾ ਕਮੇਟੀ ਨੇ ਪਹਿਲੀ ਨਜ਼ਰ 'ਚ ਪਾਇਆ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਡਾ. ਅਜੈ ਗੋਇਨਕਾ (ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਨੰਬਰ 2) ਅਤੇ ਡਾ. ਅਭੈ ਤਿਆਗੀ ਦੋਵਾਂ ਵੱਲੋਂ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੁਰਵਿਵਹਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਨੈਤਿਕਤਾ ਕਮੇਟੀ ਨੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇਖਿਆ: "

> "..... ਦੋਵਾਂ ਧਿਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਬਿਆਨਾਂ ਅਤੇ ਰਿਕਾਰਡ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦਾ ਅਧਿਐਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਨੈਤਿਕਤਾ ਕਮੇਟੀ ਨੇ ਇਸ ਮਾਮਲੇ 'ਤੇ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਵਿਚਾਰ ਵਟਾਂਦਰਾ ਕੀਤਾ ਅਤੇ **ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਏ. ਗੋਇਨਕਾ ਦੀ ਸਲਾਹ 'ਤੇ ਚਿਰਾਯੂ ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਲਿਮਟਿਡ, ਮਾਲੀਪੁਰਾ, ਭੋਪਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਪਰ ਉਹ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਲਈ ਕਦੇ ਹਸਪਤਾਲ ਨਹੀਂ ਗਿਆ। ਕਮੇਟੀ ਨੇ ਅੱਗੇ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਮ੍ਰਿਤਕ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਇਲਾਜ ਡਾਕਟਰੀ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਸੀ ਪਰ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ।** ਹਾਲਾਂਕਿ, ਡਾ. ਗੋਇਨਕਾ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਨਹੀਂ ਗਏ ਕਿਉਂਕਿ ਮਰੀਜ਼

ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਭਰੋਸੇ ਅਤੇ ਸਲਾਹ ਅਨੁਸਾਰ ਉੱਥੇ ਦਾਖਲ ਸੀ, ਇਸ ਲਈ ਨੈਤਿਕਤਾ ਕਮੇਟੀ ਨੇ ਪਹਿਲੀ ਨਜ਼ਰ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਕਿ ਦੋਵਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੁਰਵਿਵਹਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ / ਕੇਸਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਸਾਵਧਾਨੀ ਵਰਤਣ ਦੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲ ਡਾ. ਏ. ਗੋਇਨਕਾ ਅਤੇ ਡਾ. ਅਭੈ ਤਿਆਗੀ ਨੂੰ ਚੇਤਾਵਨੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

(ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ)

12. ਇਸ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਕੌਂਸਲ ਦੀ ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਕਮੇਟੀ ਨੇ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਲਿਆ। ਮੈਡੀਕਲ ਕੌਂਸਲ ਦੇ ਅਪੀਲ ਆਦੇਸ਼ ਬਾਰੇ 15 ਜੁਲਾਈ 2015 ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

13. ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਨੇ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਵਾਈ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਕਾਰਨ ਉਸਦੀ ਪਤਨੀ ਦੀ ਬੇਵਕਤੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ।

14. 27 ਅਪ੍ਰੈਲ 2015 ਦੇ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਦੁਆਰਾ, ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਇਸ ਸਿੱਟੇ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚਿਆ ਕਿ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਕੇਸ ਸਥਾਪਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ 6 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ 9 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਸਾਲਾਨਾ ਦੀ ਦਰ ਨਾਲ ਵਿਆਜ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ।

15. ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ, ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਪਲਟ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ, ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਖਾਰਜ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

16. ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਪੇਸ਼ ਹੋਏ ਵਿਦਵਾਨ ਵਕੀਲ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ:

(i) ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ 15 ਨਵੰਬਰ 2009 ਨੂੰ ਡੇਂਗੂ ਦੇ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੇ ਕੇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਉਸਦੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਸੀ;

(ii) ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਡੇਂਗੂ ਦੇ ਕੇਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਸਥਾਪਤ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹੇ;

(iii) ਇਲਾਜ ਦੀ ਲਾਈਨ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਥਾਪਤ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਉਲਟ ਸੀ, ਜਿਸ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ "ਨਿਦਾਨ, ਇਲਾਜ, ਰੋਕਥਾਮ ਅਤੇ ਨਿਯੰਤਰਣ ਲਈ ਡੇਂਗੂ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼" ਸੀ;

(iv) ਸਵੇਰੇ 7.30 ਵਜੇ ਲਏ ਗਏ ਖੂਨ ਦੇ ਨਮੂਨੇ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਦਿਨ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਹੇਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ ਪੱਧਰਾਂ (ਐਚਸੀਟੀ) ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਇਹ ਉਦੋਂ ਹੋਇਆ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਪਿਆ ਤਾਂ ਸ਼ਾਮ 7.15 ਵਜੇ ਖੂਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਗਈ;

(v) ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਰਾਹ ਤੋਂ ਸੰਕੇਤ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦਾ ਪੱਧਰ ਜੋ 14 ਨਵੰਬਰ 2009 ਨੂੰ 1,79,000 ਸੀ, ਵਿੱਚ ਭਾਰੀ ਗਿਰਾਵਟ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ 15 ਜਨਵਰੀ 2009 ਨੂੰ ਜਦੋਂ ਉਸਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਤਾਂ ਇਹ 97,000 ਸੀ;

(vi) ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਨ;

(vii) ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਖੂਨ ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਦੀ ਨਿਯਮਤ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਸੀ ਜਿਸ ਤੋਂ ਇਹ ਸੰਕੇਤ ਮਿਲਦਾ ਕਿ ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਅਤੇ ਐਚਸੀਟੀ ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਵਿੱਚ ਭਾਰੀ ਗਿਰਾਵਟ ਆਈ ਹੈ;

(viii) ਪਲਾਜ਼ਮਾ ਲੀਕੇਜ, ਹੈਮੋਰੇਜਿਕ ਬੁਖਾਰ ਜਾਂ ਡੇਂਗੂ ਸਦਮਾ ਸਿੰਡਰੋਮ ਅਜਿਹੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਸਹਿ-ਸਬੰਧ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ;

(ix) ਨਿਯਮਤ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੀ ਅਣਹੋਂਦ ਵਿੱਚ, ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਦੋਸ਼ੀ ਸਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ, ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਤਰੱਕੀ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਰੋਕ ਲਿਆ;

(x) ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਆਧਾਰ ਜਾਂ ਜਾਇਜ਼ਤਾ ਦੇ ਪਲਟ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

XXXXXX

(xi) ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਨੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਐਸਪਰੀਨ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਗਲਤੀ ਪਾਈ ਹੈ;

(xii) ਇਹ ਤੱਥ ਕਿ ਉਸਨੂੰ ਐਸਪਰੀਨ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਜੋ ਕੇਸ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੁਆਰਾ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀਜਨਕ ਤੌਰ ਤੇ ਸਥਾਪਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ;

(xiii) ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਨੇ ਪਹਿਲੀ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੱਥਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਉਜਾੜ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜੋ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਰਿਕਾਰਡ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਸਬੂਤਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਅਧਾਰ ਦੇ ਪਹੁੰਚੇ ਹਨ; ਅਤੇ

(xiv) ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੇ ਸਵਾਲ 'ਤੇ, ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਨੇ ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਪਹਿਲੀ ਅਪੀਲ ਵੀ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਸੀ ਕਿਉਂਕਿ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦੇਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਨਾਕਾਫੀ ਸੀ। ਅਸਲ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਰਿਕਾਰਡ 'ਤੇ ਰੱਖੀ ਗਈ ਸਮੱਗਰੀ 'ਤੇ, ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਲਈ ਅਪੀਲ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣਾ ਅਤੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਉਚਿਤ ਵਾਧਾ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

17. ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ, ਉੱਤਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਪੇਸ਼ ਹੋਏ ਵਿਦਵਾਨ ਵਕੀਲ ਨੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਕਿ:

(i) ਮਰੀਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਈ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਬੁਖਾਰ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਸੀ। 15 ਨਵੰਬਰ 2009 ਨੂੰ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਉਹ ਸਥਿਰ ਸੀ;

(ii) ਮਰੀਜ਼ ਦਿਨ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਡੇਂਗੂ ਸਦਮਾ ਸਿੰਡਰੋਮ ਜਾਂ ਹੈਮੋਰੇਜਿਕ ਬੁਖਾਰ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਜਦੋਂ ਉਸਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ;

(iii) ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਵੈਕਟਰ ਬੋਰਨ ਡਿਸੀਜ਼ ਕੰਟਰੋਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਡਾਇਰੈਕਟੋਰੇਟ (ਡੀ.ਐਨ.ਵੀ.ਬੀ.ਡੀ.ਸੀ.ਪੀ.) ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਐਚਸੀਟੀ ਦੀ ਨਿਯਮਤ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੀ ਕੋਈ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਸੀ;

(iv) ਉਪਰੋਕਤ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼, ਜੋ ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੇਂਡੂ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ ਤਹਿਤ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ, ਇਹ ਸੰਕੇਤ ਦੇਣਗੇ ਕਿ ਡੇਂਗੂ ਹੈਮੋਰੇਜਿਕ ਬੁਖਾਰ ਜਾਂ ਡੇਂਗੂ ਸਦਮਾ ਸਿੰਡਰੋਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਹੀ ਅਗਲੇ ਕਦਮ ਚੁੱਕਣੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਣਗੇ;

(v) ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਨੂੰ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖੂਨ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਸੀ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿਰਫ ਸ਼ਾਮ ਨੂੰ ਸੀ ਕਿ ਐਚਸੀਟੀ ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਸੀ;

291

XXXXXX

(vi) ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਸਨ ਜਿਸ ਲਈ ਉਹ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਐਸਪਰੀਨ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਹੀ ਸੀ। ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਚਾਰ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਟੀਮ ਨੇ ਉਸ ਦੀ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ;

(vii) ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਜਿਸ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਉਹ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸੀ ਜੋ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਅਤੇ ਨੈਸ਼ਨਲ ਵੈਕਟਰ ਬੋਰਨ ਡਿਸੀਜ਼ ਕੰਟਰੋਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੋਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ;

(viii) ਜਿਵੇਂ ਕਿ **ਕੁਸੁਮ ਸ਼ਰਮਾ ਬਨਾਮ ਬੱਤਰਾ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ3** ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ ਕਿਹਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਫਰਜ਼ ਉਹ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਗਿਆਨ ਦੀ ਵਾਜਬ ਡਿਗਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ; ਅਤੇ

(ix) ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਸਨ ਅਤੇ ਜੋ ਇਲਾਜ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਉਹ ਇੱਕ ਸਥਾਪਤ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਸੀ।

18. ਵਿਰੋਧੀ ਦਲੀਲਾਂ ਹੁਣ ਵਿਚਾਰਨ ਯੋਗ ਹਨ।

19. ਅਸੀਂ ਤੱਥਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਅੱਗੇ ਵਧਾਂਗੇ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਅਤੇ ਉੱਤਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਦਾਇਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਜਵਾਬੀ ਹਲਫਨਾਮੇ ਵਿੱਚ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ।

20. 14 ਜਨਵਰੀ 2009 ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਜਦੋਂ ਗਲੇਜ਼ ਪੈਥੋਲੋਜੀ ਲੈਬ ਤੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਦਿਨ ਦੀ ਸਵੇਰ ਜਿਸ ਦਿਨ ਉਸਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ 1,79,000 ਤੋਂ 97,000 ਤੱਕ ਡਿੱਗ ਗਈ ਸੀ। ਇਹ ਬਿਨਾਂ ਸ਼ੱਕ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਤਾਕੀਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਡੇਂਗੂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਡੇਂਗੂ ਐਂਟੀਜਨ ਟੈਸਟ ਵਿੱਚ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਟੈਸਟ ਕੀਤਾ ਸੀ। 15 ਜਨਵਰੀ 2009 ਨੂੰ ਸਵੇਰੇ 7.30 ਵਜੇ ਉਸ ਦਾ ਹੀਮੋਗਲੋਬਿਨ 13.4 ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ। ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇੱਕ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ 'ਤੇ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸ਼ਾਮਲ ਸੀ।

21. ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਾਲਤ ਇੰਨੀ ਗੰਭੀਰ ਸੀ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਇੰਟੈਂਸਿਵ ਕੇਅਰ ਯੂਨਿਟ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ। ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ ਸਵੇਰੇ 7 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਲਗਭਗ 1200 ਮਿਲੀਲੀਟਰ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਨੂੰ ਜਾਇਜ਼ ਠਹਿਰਾਇਆ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉਸਨੂੰ ਬ੍ਰੈਡੀਕਾਰਡੀਆ ਅਤੇ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਪਿਆ।

XXXXXX

22. ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਵਿਵਾਦ ਦੀ ਅਸਲ ਹੱਡੀ ਉਹ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ 'ਤੇ ਰੱਖਣ ਲਈ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਜੋ ਮੌਜੂਦਾ ਅਪੀਲਾਂ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਅਦਾਲਤ ਨੂੰ ਸਥਾਪਤ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਅੱਗੇ ਵਧਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

[3] (2010) 3 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 480

23. ਕੇਸ ਦਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਪਹਿਲੂ, ਜੋ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸਵੇਰੇ 7.30 ਵਜੇ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਜਦੋਂ ਉਸਨੂੰ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਪਿਆ ਸੀ, ਇਲਾਜ ਦਾ ਕੋਰਸ ਜੋ ਜਵਾਬੀ ਹਲਫਨਾਮੇ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਜ਼ਰੂਰੀ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਦੀ ਹੋਰ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਹ ਜੋ ਖੂਨ ਦੇ ਨਮੂਨਿਆਂ ਦੇ ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਦੁਆਰਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

24. ਉਸ ਦੇ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਤੇ ਦਿਨ ਭਰ, ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਨ. ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਪੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਵਿੱਚ 1.5 ਲੀਟਰ ਦਾ ਵਾਧਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸ਼ਾਮ 7.15 ਵਜੇ ਹੀ ਉਸ ਦੇ ਖੂਨ ਦੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਲੈਬ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿਚ ਹੀਮੋਗਲੋਬਿਨ ਦਾ ਪੱਧਰ 8.1 ਅਤੇ ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ 19,000 ਦੱਸੀ ਗਈ ਹੈ। ਉਦੋਂ ਤੱਕ, ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਦਿਲ ਦੀ ਤਕਲੀਫ ਦੇ ਗੰਭੀਰ ਸੰਕੇਤ ਵਿਕਸਿਤ ਕੀਤੇ ਸਨ ਅਤੇ ਆਖਰਕਾਰ ਕੁਝ ਘੰਟਿਆਂ ਬਾਅਦ ਉਸਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ।

25. ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਧਿਆਨ ਪੂਰਵਕ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਿਸ 'ਤੇ ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਨੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਰੱਖੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ 2008 ਵਿੱਚ ਨੈਸ਼ਨਲ ਵੈਕਟਰ ਬੋਰਨ ਡਿਸੀਜ਼ ਕੰਟਰੋਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਡਾਇਰੈਕਟੋਰੇਟ ਦੁਆਰਾ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੇ ਗਏ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੁਆਰਾ ਵੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

XXXXXX

26. ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਡੇਂਗੂ ਇੱਕ 'ਪ੍ਰਣਾਲੀਗਤ ਅਤੇ ਗਤੀਸ਼ੀਲ ਬਿਮਾਰੀ' ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤਿੰਨ ਪੜਾਅ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੁਖਾਰ, ਨਾਜ਼ੁਕ ਅਤੇ ਰਿਕਵਰੀ। ਜਿਸ ਦਿਨ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਉਸ ਦਿਨ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਭਾਰੀ ਗਿਰਾਵਟ ਆਈ ਸੀ। ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋਰਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹਨ:

"2.1.2 ਨਾਜ਼ੁਕ ਪੜਾਅ

.....

ਪ੍ਰਗਤੀਸ਼ੀਲ ਲਿਊਕੋਪੇਨੀਆ (3) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਕਮੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਲਾਜ਼ਮਾ ਲੀਕ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਬਿੰਦੂ 'ਤੇ ਕੇਸ਼ਿਕਾ ਪਾਰਗਮਤਾ ਵਿੱਚ ਵਾਧੇ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋਵੇਗਾ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਵਧੀ ਹੋਈ ਕੇਸ਼ਿਕਾ ਪਾਰਗਮਤਾ ਵਾਲੇ ਪਲਾਜ਼ਮਾ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਗੁੰਮ ਹੋਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਬਦਤਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ. ਪਲਾਜ਼ਮਾ ਲੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਡਿਗਰੀ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪਲਾਜ਼ਮਾ ਲੀਕੇਜ ਦੀ ਡਿਗਰੀ ਅਤੇ ਤਰਲ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਪਲੂਰਲ ਫਿਊਜ਼ਨ ਅਤੇ ਜਲੋਦਰ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ. ਇਸ ਲਈ ਛਾਤੀ ਦਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਪੇਟ ਦਾ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਨਿਦਾਨ ਲਈ ਲਾਭਦਾਇਕ ਸਾਧਨ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਬੇਸਲਾਈਨ ਹੇਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵਾਧੇ ਦੀ ਡਿਗਰੀ ਅਕਸਰ ਪਲਾਜ਼ਮਾ ਲੀਕੇਜ ਦੀ ਤੀਬਰਤਾ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਧਾਰਾ 2.3.2.2 ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਬੰਧਨ (ਗਰੁੱਪ ਬੀ) ਲਈ ਭੇਜਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

"ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਲਈ ਸੈਕੰਡਰੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਖ਼ਾਸਕਰ ਜਦੋਂ ਉਹ ਨਾਜ਼ੁਕ ਪੜਾਅ ਦੇ ਨੇੜੇ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਚੇਤਾਵਨੀ ਦੇ ਚਿੰਨ੍ਹਾਂ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼, ਸਹਿ-ਮੌਜੂਦ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਜੋ ਡੇਂਗੂ ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਬਣਾ ਸਕਦੇ ਹਨ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਗਰਭਅਵਸਥਾ, ਬਚਪਨ, ਬੁਢਾਪਾ, ਮੋਟਾਪਾ, ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼ ਮੈਲੀਟਸ, ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ, ਚਿਰਕਾਲੀਨ ਹੀਮੋਲਿਟਿਕ ਬਿਮਾਰੀਆਂ), ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਮਾਜਿਕ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਾਲੇ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇਕੱਲੇ ਰਹਿਣਾ ਜਾਂ ਆਵਾਜਾਈ ਦੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸਾਧਨਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤ ਤੋਂ ਦੂਰ ਰਹਿਣਾ)।

ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਚੇਤਾਵਨੀ ਦੇ ਚਿੰਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਡੇਂਗੂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਰਜ ਯੋਜਨਾ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ:

• ਤਰਲ ਥੈਰੇਪੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਹਵਾਲਾ ਹੇਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ। ਸਿਰਫ ਆਈਸੋਟੋਨਿਕ ਘੋਲ ਦਿਓ ਜਿਵੇਂ ਕਿ 0.9٪ ਖਾਰਾ, ਰਿੰਗਰ ਦਾ ਲੈਕਟੇਟ, ਜਾਂ ਹਾਰਟਮੈਨ ਦਾ ਘੋਲ। 1-2 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ 5-7 ਮਿਲੀਲੀਟਰ / ਕਿਲੋਗ੍ਰਾਮ / ਘੰਟਾ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਫਿਰ 2-4 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ 3-5 ਮਿਲੀਲੀਟਰ / ਕਿਲੋਗ੍ਰਾਮ / ਘੰਟਾ ਤੱਕ ਘਟਾਓ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ (ਟੈਕਸਟਬਾਕਸ ਐਚ, ਜੇ ਅਤੇ ਕੇ) ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ 2-3 ਮਿਲੀਲੀਟਰ / ਕਿਲੋ / ਘੰਟਾ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਘਟਾਓ.

• ਕਲੀਨਿਕੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਮੁੜ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੇਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਓ। ਜੇ ਹੇਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸਿਰਫ ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ 2-4 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਉਸੇ ਦਰ (2-3 ਮਿਲੀਲੀਟਰ / ਕਿਲੋਗ੍ਰਾਮ / ਘੰਟਾ) ਨਾਲ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ. ਜੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਚਿੰਨ੍ਹ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ ਅਤੇ ਹੇਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵੱਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ 1-2 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਦਰ ਨੂੰ 5-10 ਮਿਲੀਲੀਟਰ / ਕਿਲੋ / ਘੰਟਾ ਤੱਕ ਵਧਾਓ. ਕਲੀਨਿਕੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਮੁੜ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰੋ, ਹੇਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਓ ਅਤੇ ਉਸ ਅਨੁਸਾਰ ਤਰਲ ਇਨਫਿਊਜ਼ਨ ਦਰਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।

XXXXXX

• ਲਗਭਗ 0.5 ਮਿ.ਲੀ./ਕਿਲੋ/ਘੰਟਾ ਦੇ ਚੰਗੇ ਪਰਫਿਊਜ਼ਨ ਅਤੇ ਪਿਸ਼ਾਬ ਦੇ ਆਉਟਪੁੱਟ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਤਰਲ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਦਿਓ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਰਫ 24-48 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਨਾਜ਼ੁਕ ਪੜਾਅ ਦੇ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਪਲਾਜ਼ਮਾ ਲੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਹੌਲੀ ਹੌਲੀ ਨਸਾਂ ਦੇ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਓ। ਇਹ ਪਿਸ਼ਾਬ ਦੇ ਆਉਟਪੁੱਟ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮੌਖਿਕ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਖਪਤ ਦੁਆਰਾ ਦਰਸਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ/ਹਨ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਸਥਿਰ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਬੇਸਲਾਈਨ ਮੁੱਲ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਹੀਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ ਘੱਟ ਰਿਹਾ ਹੈ।

• ਚੇਤਾਵਨੀ ਦੇ ਚਿੰਨ੍ਹਾਂ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਕਾਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਜੋਖਮ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ। ਇੱਕ ਵਿਸਥਾਰਤ ਤਰਲ ਸੰਤੁਲਨ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ. ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਚਿੰਨ੍ਹ ਅਤੇ ਪੈਰੀਫਿਰਲ ਪਰਫਿਊਜ਼ਨ (ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਜ਼ੁਕ ਪੜਾਅ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਣ ਤੱਕ 1-4 ਘੰਟਾ), ਪਿਸ਼ਾਬ ਦਾ ਆਉਟਪੁੱਟ (4-6 ਘੰਟਾ), ਹੇਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ (ਤਰਲ ਬਦਲਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਬਾਅਦ, ਫਿਰ 6-12 ਘੰਟਾ), ਬਲੱਡ ਗਲੂਕੋਜ਼, ਅਤੇ ਹੋਰ ਅੰਗ ਫੰਕਸ਼ਨ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਪ੍ਰੋਫਾਈਲ, ਜਿਗਰ ਪ੍ਰੋਫਾਈਲ, ਜੰਮਣ ਪ੍ਰੋਫਾਈਲ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ.

• ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਤਾਪਮਾਨ ਦੇ ਪੈਟਰਨ, ਤਰਲ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਅਤੇ ਘਾਟੇ, ਪਿਸ਼ਾਬ ਦੇ ਆਉਟਪੁੱਟ (ਮਾਤਰਾ ਅਤੇ ਬਾਰੰਬਾਰਤਾ), ਚੇਤਾਵਨੀ ਦੇ ਚਿੰਨ੍ਹ, ਹੇਮਾਟੋਕ੍ਰਿਟ, ਅਤੇ ਚਿੱਟੇ ਖੂਨ ਦੇ ਸੈੱਲਾਂ ਅਤੇ ਪਲੇਟਲੈਟਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ (ਟੈਕਸਟਬਾਕਸ ਐਲ) ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨਕਾਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ. ਹੋਰ ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਟੈਸਟ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਿਗਰ ਅਤੇ ਗੁਰਦੇ ਦੇ ਫੰਕਸ਼ਨ ਟੈਸਟ) ਕਲੀਨਿਕਲ ਤਸਵੀਰ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰ ਦੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਨੈਸ਼ਨਲ ਵੈਕਟਰ ਬੋਰਨ ਡਿਸੀਜ਼ ਕੰਟਰੋਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (2008) ਦੇ ਡਾਇਰੈਕਟੋਰੇਟ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਧਾਰਾ 7.1 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਡੇਂਗੂ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਬੁਨਿਆਦੀ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

"- ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਮੱਛਰ ਮੁਕਤ ਵਾਤਾਵਰਣ

- ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਤੱਤਾਂ, ਇਨਪੁਟ ਅਤੇ ਆਉਟਪੁੱਟ, ਆਕਸੀਜਨ ਸੈਚੁਰੇਸ਼ਨ, ਸੈਂਸਰੀਅਮ ਦੀ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ

- ਚੇਤਾਵਨੀ ਦੇ ਚਿੰਨ੍ਹਾਂ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣ

- ਐਨ.ਐਸ.ਏ.ਆਈ.ਡੀ. ਅਤੇ ਇੰਟਰਾਮਸਕੁਲਰ ਟੀਕਿਆਂ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ

- ਮਰੀਜ਼ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਮਨੋਵਿਗਿਆਨਕ ਸਹਾਇਤਾ.

ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਚਿੰਨ੍ਹਾਂ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਲਈ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ (ਧਾਰਾ 7.2):

"- ਸਾਹ ਦੀ ਤਕਲੀਫ

- ਆਕਸੀਜਨ ਡੀਸੈਚੁਰੇਸ਼ਨ

- **ਪੇਟ ਵਿੱਚ ਤੀਬਰ ਦਰਦ**

- ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਲਟੀਆਂ ਆਉਣਾ

- ਬਦਲਿਆ ਹੋਇਆ ਸੈਂਸਰੀਅਮ, ਉਲਝਣ

- ਖਿੱਚ

- ਤੇਜ਼ ਅਤੇ ਪਤਲੀ ਨਬਜ਼

- ਨਬਜ਼ ਦੇ ਦਬਾਅ ਨੂੰ 20 mmHg ਤੋਂ ਘੱਟ ਕਰਨਾ

- ਪਿਸ਼ਾਬ ਦਾ ਉਤਪਾਦਨ 0.5 ਮਿਲੀਲੀਟਰ / ਕਿਲੋਗ੍ਰਾਮ / ਘੰਟਾ ਤੋਂ ਘੱਟ

- ਥ੍ਰੋਮਬੋਸਾਈਟੋਪੇਨੀਆ / ਕੋਗੁਲੋਪੈਥੀ, ਵਧਰਹੇ ਐਚਸੀਟੀ, ਪਾਚਕ ਦੇ ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਸਬੂਤ

- ਐਸਿਡੋਸਿਸ, ਜਿਗਰ / ਗੁਰਦੇ ਦੇ ਫੰਕਸ਼ਨ ਟੈਸਟਾਂ ਦਾ ਵਿਗਾੜ.

295

XXXXXX

27. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਹਿਲਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੈਥੀਟਰ ਅਬਲੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਪੈਰੋਕਸਿਮਲ ਸੁਪਰਾ ਵੈਂਟ੍ਰੀਕੁਲਰ ਟੈਕੀਕਾਰਡੀਆ ਸ਼ਾਮਲ ਸਨ ਜੋ ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਦਿੰਦੇ ਸਨ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਆ ਗਏ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਤਹਿਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਬੰਧਨ (ਗਰੁੱਪ ਬੀ) ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੇਟ ਦੀ ਬੇਆਰਾਮੀ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਸੀ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਸੀ। ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ, ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਸਨ।

28. ਮੁੱਦਾ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਹੈਮੋਰੇਜਿਕ ਬੁਖਾਰ ਜਾਂ ਡੇਂਗੂ ਸਦਮਾ ਸਿੰਡਰੋਮ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ ਜਦੋਂ ਉਸਨੂੰ 15 ਨਵੰਬਰ 2009 ਦੀ ਸਵੇਰ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਅਸਲ ਦੋਸ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਦਿਨ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਖੂਨ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਦੀ ਨਿਯਮਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ ਤੋਂ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਇਸ ਵਿਚ ਕੋਈ ਸ਼ੱਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਸੀ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿਚ ਹੌਲੀ ਹੌਲੀ ਗਿਰਾਵਟ ਆਈ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਆਖਰਕਾਰ ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਪਿਆ।

29. ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਿਰੰਤਰ ਕਿਹਾ ਹੈ (ਕੁਸੁਮ ਸ਼ਰਮਾ (ਸੁਪਰਾ) ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਉਸ ਸਿਧਾਂਤ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਉਂਦਾ ਹੈ) ਕਿ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਤੋਂ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਮਿਆਰ ਉਹ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਉਚਿਤ ਪੱਧਰ ਦੇ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਗਿਆਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਤੋਂ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਕੇਵਲ ਉੱਥੇ ਹੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿੱਥੇ ਵਿਵਹਾਰ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਸਮਰੱਥ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੇ ਮਿਆਰਾਂ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ।

30. ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਬਾਰੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰਾਂ ਤੋਂ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਿਆਂ ਸ਼ਾਸਤਰ ਨੂੰ 'ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ' 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ।

XXXXXX

ਬੋਲਮ ਬਨਾਮ ਫ੍ਰੀਰਨ ਹਸਪਤਾਲ ਮੈਨੇਜਮੈਂਟ ਕਮੇਟੀ[4] ਵਿੱਚ, ਮਾਨਸਿਕ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦੋਸ਼ੀ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕੁਈਨਜ਼ ਬੈਂਚ ਦੁਆਰਾ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ-ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿਣ ਅਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋ-ਕੰਵਲਸਿਵ ਥੈਰੇਪੀ ਦੌਰਾਨ ਸਰੀਰਕ ਸੰਜਮ ਵਰਤਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਜਸਟਿਸ ਮੈਕਨਾਇਰ ਨੇ ਜਿਊਰੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਆਪਣੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਮਾਪਦੰਡ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੇ:

> "... ਮੈਂ ਖੁਦ ਇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਰੱਖਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰਾਂਗਾ, ਕਿ ਉਹ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੇ ਉਸਨੇ ਉਸ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਲਾ ਵਿੱਚ ਹੁਨਰਮੰਦ ਡਾਕਟਰੀ ਆਦਮੀਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਸੰਸਥਾ ਦੁਆਰਾ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਭਿਆਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ. ਮੈਨੂੰ ਨਹੀਂ ਲਗਦਾ ਕਿ ਸਮਝ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਅੰਤਰ ਹੈ। ਇਹ ਉਸੇ ਵਿਚਾਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ ਦਾ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਤਰੀਕਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਦੂਜੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕਹੀਏ ਤਾਂ ਆਦਮੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਜੇ ਉਹ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਥਾ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਸਿਰਫ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਵਿਚਾਰਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਹੈ ਜੋ ਉਲਟ ਨਜ਼ਰੀਆ ਅਪਣਾਏਗਾ ..."

ਬੋਲਮ ਕੇਸ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨ ਤੋਂ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ "ਵਾਜਬਤਾ" ਦਾ ਮਿਆਰ ਟੈਸਟ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ. ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਅਦਾਲਤ ਮੰਨਦੀ ਹੈ:

> "... ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹੁਨਰ ਜਾਂ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਟੈਸਟ ਕਿ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਹੋਈ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਕਲੈਫਮ ਓਮਨੀਬਸ ਦੇ ਸਿਖਰ 'ਤੇ ਬੈਠੇ ਆਦਮੀ ਦੀ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਇਹ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹੁਨਰ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ ਹੈ. ਇਹ ਟੈਸਟ ਆਮ ਹੁਨਰਮੰਦ ਆਦਮੀ ਦਾ ਮਿਆਰ ਹੈ ਜੋ ਕਸਰਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹੁਨਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ

ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਆਦਮੀ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਚੇ ਮਾਹਰ ਹੁਨਰ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਇਹ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਥਾਪਤ ਕਾਨੂੰਨ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ ਜੇ ਉਹ ਉਸ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਲਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਇੱਕ ਆਮ ਸਮਰੱਥ ਆਦਮੀ ਦੇ ਸਾਧਾਰਨ ਹੁਨਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ. ਮੈਨੂੰ ਨਹੀਂ ਲਗਦਾ ਕਿ ਮੈਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਲੀਲਾਂ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਝਗੜਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਹਮਣੇ ਵਕੀਲ ਦੁਆਰਾ ਰੱਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ। **ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ ਫਾਕਸ-ਅਤੇਰਿਊਜ਼ ਨੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ, ਕਿ ਇੱਕ ਮੈਡੀਕਲ ਆਦਮੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਉਸ ਸਮੇਂ ਵਾਜਬ ਸਮਰੱਥ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੇ ਮਿਆਰਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ. ਇਹ ਇੱਕ ਬਿਲਕੁਲ ਸਹੀ ਬਿਆਨ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਯਾਦ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹੀ ਮਾਪਦੰਡ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ; ਅਤੇ ਜੇ ਉਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉਚਿਤ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ. ਮਿਸਟਰ ਫਾਕਸ-ਅਤੇਰਿਊਜ਼ ਨੇ ਵੀ ਮੇਰੇ ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਕਹਿਣਾ ਬਿਲਕੁਲ ਸਹੀ ਸੀ ਕਿ ਸਿਰਫ ਇੱਕ ਨਿੱਜੀ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਕਿ ਕੋਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤਕਨੀਕ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਹੈ, ਕੋਈ ਬਚਾਅ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਉਹ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਵਾਜਬ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਨਾ ਹੋਵੇ।**

(ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ)

---

[4][1957] 1 ਡਬਲਯੂ.ਐਲ.ਆਰ. 582

ਬੋਲਮ ਨੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕੀਤਾ ਕਿ ਮਿਆਰ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ 'ਤੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਫਰਜ਼ ਲਗਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪੁਰਾਣੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨੂੰ ਵਰਤਿਆ ਨਾ ਜਾਵੇ:

"... ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ, ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਕਿਸੇ ਪੁਰਾਣੀ ਤਕਨੀਕ ਨੂੰ ਅੜਿੱਕੇ ਨਾਲ ਜਾਰੀ ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਇਹ **ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਸੂਚਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਵਿਚਾਰ ਦੇ ਉਲਟ ਸਾਬਤ ਹੋਇਆ ਹੈ।**

31. **ਡਾ. ਲਕਸ਼ਮਣ ਬਾਲਕ੍ਰਿਸ਼ਨ ਜੋਸ਼ੀ** ਬਨਾਮ **ਡਾ. ਤ੍ਰਿਬਕ ਬਾਪੂ ਗੋਡਬੋਲੇ**[5] ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਤਿੰਨ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਨੇ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਕਿ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੁਆਰਾ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਮਿਆਰ "ਵਾਜਬ ਡਿਗਰੀ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ" ਦਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

> 11. ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਪ੍ਰਤੀ ਕਰਤੱਵ ਸਪਸ਼ਟ ਹਨ। ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੇਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਵਾਅਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਕੋਲ ਇਸ ਮਕਸਦ ਲਈ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਗਿਆਨ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੁਆਰਾ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਕੁਝ ਕਰਤੱਵ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੇਸ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਜਾਂ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਫਰਜ਼, ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸੰਭਾਲ ਦਾ ਫਰਜ਼ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਇਲਾਜ ਦੇਣਾ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਇਲਾਜ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਵਿੱਚ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਫਰਜ਼। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫਰਜ਼ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। **ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕੰਮ ਲਈ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਗਿਆਨ ਦੀ ਵਾਜਬ ਡਿਗਰੀ ਲਿਆਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਵਾਜਬ ਡਿਗਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ. ਹਰੇਕ ਕੇਸ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੀ ਰੌਸ਼ਨੀ ਵਿੱਚ ਨਾ ਤਾਂ ਬਹੁਤ ਉੱਚੀ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਣਾ**

ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ (ਸੀਐਫ. ਹੈਲਸਬਰੀ ਜ਼ ਲਾਅ ਆਫ ਇੰਗਲੈਂਡ ਤੀਜਾ ਐਡੀਸ਼ਨ, ਭਾਗ 26, ਪੰਨਾ 17).

298

XXXXXX

ਅਰੁਣ ਕੁਮਾਰ ਮੰਗਲੀਕ ਬਨਾਮ ਚਿਰਾਯੂ ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਲਿਮਟਿਡ
[ਡਾ. ਡੀ. ਵਾਈ. ਚੰਦਰਚੂੜ, ਜੇ.] 299

32. **ਜੈਕਬ ਮੈਥਿਊ** ਬਨਾਮ **ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ**[6] ਕੇਸ ਵਿੱਚ, ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਤਿੰਨ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਨੇ ਆਮ ਸਮਰੱਥ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਿਆ ਜੋ ਆਮ ਡਿਗਰੀ ਦੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਮੁਹਾਰਤ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ **ਬੋਲਮ** (ਸੁਪਰਾ) ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਮਿਆਰ "ਆਮ ਅਤੇ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਅਭਿਆਸ" ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

> "24. ਬੋਲਮ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਕਲਾਸੀਕਲ ਬਿਆਨ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਮਰਦਾਂ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰਾਂ ਦੋਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਦੇ ਨਿਰਣਾਇਕ ਵਜੋਂ ਵਿਆਪਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਹਮੇਸ਼ਾਂ ਭਾਰਤ ਦੀਆਂ ਅਦਾਲਤਾਂ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਨਾਲ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੀਆਂ ਪਟੀਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਮਾਪਦੰਡ ਵਜੋਂ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਟੋਰਟ ਵਿੱਚ, ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਲਈ ਇਹ ਦਰਸਾਉਣਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ ਕਿ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਮਿਆਰ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁਨਰ ਆਮ ਸਮਰੱਥ ਡਾਕਟਰ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦਾ ਸੀ ਜੋ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਹੁਨਰ ਦੀ ਇੱਕ ਆਮ ਡਿਗਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਸੀ. **ਇਹ ਤੱਥ ਕਿ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲੇ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਨੇ ਆਮ ਅਤੇ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਅਭਿਆਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕੀਤਾ, ਉਸ ਨੂੰ ਦੋਸ਼ ਤੋਂ ਮੁਕਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ।** ਦੋ ਗੱਲਾਂ

ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਯੋਗ ਹਨ। ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਪਣਾਏ ਗਏ ਅਭਿਆਸ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ, ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਦਾ ਨਿਰਣਾ (ਘਟਨਾ ਦੇ) ਸਮੇਂ ਉਪਲਬਧ ਗਿਆਨ ਦੀ ਰੌਸ਼ਨੀ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੇ। ਦੂਜਾ, ਜਦੋਂ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਉਪਕਰਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ ਕਾਰਨ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਚਾਰਜ ਅਸਫਲ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ ਜੇ ਉਪਕਰਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਸਮੇਂ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਜਿਸ 'ਤੇ ਇਹ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਸੀ।

---

[5]ਏ.ਆਈ.ਆਰ. 1969 ਐਸ.ਸੀ.128

[6] (2005) 6 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 1

33. **ਇੰਡੀਅਨ ਮੈਡੀਕਲ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਬਨਾਮ ਵੀ.ਪੀ. ਸ਼ਾਂਤਾ**[7] ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਤਿੰਨ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਨੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ:

> "ਉਨ੍ਹਾਂ ਕਿਹਾ ਕਿ ਕੁਝ ਪੇਸ਼ਿਆਂ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਹਿੱਤਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਮੁਕੱਦਮੇ ਤੋਂ ਛੋਟ ਮਿਲੀ ਹੋਈ ਸੀ। ਰੁਝਾਨ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਤਾ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵੱਲ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਹੁਣ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਾਲ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟਾਂ ਅਤੇ ਆਪਸੀ ਮੁੱਲਵਾਨਾਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਆਰਕੀਟੈਕਟਾਂ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ, ਬੈਰਿਸਟਰਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਛੋਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸੀ ਪਰ ਹੁਣ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਵੀ ਇਹ ਖੇਤਰ ਅਦਾਲਤ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕੰਮ ਅਤੇ ਮੁਕੱਦਮੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਕੰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਜਿਹੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਹੈ ਜੋ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਦਾਲਤ ਵਿੱਚ ਵਾਪਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੈ... **ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਛੋਟ ਦਾ ਆਨੰਦ ਨਹੀਂ ਮਾਣਦੇ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ 'ਤੇ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ 'ਤੇ ਮੁਕੱਦਮਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤਸ਼ੱਦਦ ਕੀਤਾ ਜਾ**

ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਵਾਜਬ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹੇ ਹਨ।

(ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ)

34. **ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ ਬਨਾਮ ਸ਼ਿਵ ਰਾਮ**[8] ਅਤੇ **ਨਿਜ਼ਾਮ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਆਫ ਮੈਡੀਕਲ ਸਾਇੰਸਜ਼ ਬਨਾਮ ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਐਸ. ਧਨਾਨਕਾ**[9] ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਤਿੰਨ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਨੇ ਜੈਕਬ ਮੈਥਿਊ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ।

XXXXXX

35. **ਕੁਸੁਮ ਸ਼ਰਮਾ** (ਸੁਪਰਾ) ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਦੋ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਨੇ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੇ। ਅਦਾਲਤ ਵੱਲੋਂ ਬੋਲਦਿਆਂ ਜਸਟਿਸ ਦਲਵੀਰ ਭੰਡਾਰੀ ਨੇ ਕਿਹਾ:

> 89. ਸਾਡੇ ਦੇਸ਼ ਅਤੇ ਹੋਰ ਦੇਸ਼ਾਂ ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਯੂਨਾਈਟਿਡ ਕਿੰਗਡਮ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੀ ਪੜਤਾਲ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਬੁਨਿਆਦੀ ਸਿਧਾਂਤ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਕਿ ਕੀ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਹੈ, ਜਾਣੇ-ਪਛਾਣੇ ਸਿਧਾਂਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ:

---

[7] (1995) 6 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 651

[8] (2005) 7 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 1

[9] (2009) 6 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 1

I. ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਉਸ ਫਰਜ਼ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਕੰਮ ਨੂੰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਣਗਹਿਲੀ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਇੱਕ ਤਰਕਸ਼ੀਲ ਆਦਮੀ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚਾਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੇ ਸੰਚਾਲਨ ਨੂੰ ਨਿਯਮਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਕੁਝ ਅਜਿਹਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਇੱਕ ਸਮਝਦਾਰ ਅਤੇ ਤਰਕਸ਼ੀਲ ਆਦਮੀ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ.

II. ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਜੁਰਮ ਦਾ ਇੱਕ ਜ਼ਰੂਰੀ ਅੰਗ ਹੈ। ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੁਆਰਾ ਸਥਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੋਸ਼ੀ ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਸਿਰਫ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਗਲਤੀ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

III. ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਤੋਂ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਗਿਆਨ ਦੀ ਵਾਜਬ ਡਿਗਰੀ ਲਿਆਵੇ ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਵਾਜਬ ਡਿਗਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ. ਹਰੇਕ ਕੇਸ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੀ ਰੌਸ਼ਨੀ ਵਿੱਚ ਨਾ ਤਾਂ ਬਹੁਤ ਉੱਚੀ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

IV. ਇੱਕ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਕੇਵਲ ਉੱਥੇ ਹੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿੱਥੇ ਉਸਦਾ ਵਿਵਹਾਰ ਉਸਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਸਮਰੱਥ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੇ ਮਿਆਰਾਂ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ।

V. ਤਸ਼ਖੀਸ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਵਿਚਾਰਾਂ ਦੇ ਸੱਚੇ ਮਤਭੇਦ ਦੀ ਗੁੰਜਾਇਸ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਡਾਕਟਰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ

ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਉਸਦਾ ਸਿੱਟਾ ਦੂਜੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

VI. ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਪਣਾਉਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋਖਮ ਦੇ ਉੱਚ ਤੱਤ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਜਿਸ ਨੂੰ ਉਹ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਸਫਲਤਾ ਦੀਆਂ ਵੱਧ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਜੋਂ ਮੰਨਦਾ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਘੱਟ ਜੋਖਮ ਪਰ ਅਸਫਲਤਾ ਦੀਆਂ ਉੱਚ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਬਜਾਏ। ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨੂੰ ਦੇਖ ਰਹੇ ਇੱਕ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਉਸ ਦੇ ਦੁੱਖਾਂ ਤੋਂ ਛੁਟਕਾਰਾ ਪਾਉਣ ਲਈ ਜੋਖਮ ਦੇ ਉੱਚ ਤੱਤ ਲਏ ਹਨ, ਜਿਸਦਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਨਤੀਜਾ ਨਹੀਂ ਨਿਕਲਿਆ, ਸ਼ਾਇਦ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਨਹੀਂ ਹੈ।

300

XXXXXX

ਅਰੁਣ ਕੁਮਾਰ ਮੰਗਲੀਕ ਬਨਾਮ ਚਿਰਾਯੂ ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਲਿਮਟਿਡ
[ਡਾ. ਡੀ. ਵਾਈ. ਚੰਦਰਚੂੜ, ਜੇ.] 301

VII. ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਹ ਵਾਜਬ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਕਰਤੱਵਾਂ ਨੂੰ ਨਿਭਾਉਂਦਾ ਹੈ। **ਸਿਰਫ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਉਪਲਬਧ ਦੂਜੇ ਦੀ ਤਰਜੀਹ ਵਿੱਚ ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਇੱਕ ਕੋਰਸ ਚੁਣਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ ਜੇ ਉਸ ਦੁਆਰਾ ਚੁਣੀ ਗਈ ਕਾਰਵਾਈ ਦਾ ਕੋਰਸ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇ ਲਈ ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ ਸੀ.**

VIII. ਇਹ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇ ਦੀ ਕੁਸ਼ਲਤਾ ਲਈ ਅਨੁਕੂਲ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ ਜੇ ਕੋਈ ਵੀ ਡਾਕਟਰ ਆਪਣੇ ਗਲੇ ਵਿੱਚ ਲਗਾਮ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਦਵਾਈ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦਾ।

IX. ਸਿਵਲ ਸੁਸਾਇਟੀ ਦਾ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਸਾਡਾ ਫਰਜ਼ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ ਕਿ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਨੂੰ ਬੇਲੋੜਾ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਜਾਂ ਅਪਮਾਨਿਤ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਡਰ ਅਤੇ ਖਦਸੇ ਆਪਣੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਫਰਜ਼ ਨਿਭਾ ਸਕਣ।

X. ਕਈ ਵਾਰ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾਵਾਂ ਦੀ ਅਜਿਹੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਤੋਂ ਵੀ ਬਚਾਉਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ/ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਨਿੱਜੀ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਜਾਂ ਕਲੀਨਿਕਾਂ 'ਤੇ ਬੇਲੋੜਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਲੈਣ ਲਈ ਦਬਾਅ ਪਾਉਣ ਲਈ ਅਪਰਾਧਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਾਧਨ ਵਜੋਂ ਵਰਤਦੇ ਹਨ। ਅਜਿਹੀਆਂ ਦੁਸ਼ਟ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰਾਂ ਵਿਰੁੱਧ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

XI. ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਹ ਵਾਜਬ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਹਿੱਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਫਰਜ਼ ਨਿਭਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਦਿਲਚਸਪੀ ਅਤੇ ਭਲਾਈ ਸਰਵਉੱਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

90. ਸਾਡੇ ਵਿਚਾਰੇ ਹੋਏ ਵਿਚਾਰ ਵਿੱਚ, ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਉਪਰੋਕਤ ਸਿਧਾਂਤਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਨਹੀਂ ਸਮਝਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਕਿ ਡਾਕਟਰਾਂ 'ਤੇ ਕਦੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਮੁਕੱਦਮਾ ਨਹੀਂ ਚਲਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੇ ਆਪਣੇ ਫਰਜ਼ ਨਿਭਾਏ ਹਨ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਹੁਨਰ ਅਤੇ

ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਇੱਕ ਆਮ ਡਿਗਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਫਰਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸੁਤੰਤਰ ਮਨ ਨਾਲ ਨਿਭਾਉਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

(ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ)

ਉਸਨੇ **ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ** ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਿਹਾ:

"72. ਬੋਲਮ ਕੇਸ ਦਾ ਅਨੁਪਾਤ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਲਈ ਇਹ ਦਰਸਾਉਣਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ ਕਿ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਮਿਆਰ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੁਨਰ ਆਮ ਸਮਰੱਥ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਸੀ ਜੋ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਹੁਨਰ ਦੀ ਇੱਕ ਆਮ ਡਿਗਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਸੀ । **ਇਹ ਤੱਥ ਕਿ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲੇ ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਨੇ ਆਮ ਅਤੇ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਅਭਿਆਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕੀਤਾ, ਉਸ ਨੂੰ ਦੋਸ਼ ਤੋਂ ਮੁਕਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ।** ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਯੋਗ ਹਨ। ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਪਣਾਏ ਗਏ ਅਭਿਆਸ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ, ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਦਾ ਨਿਰਣਾ (ਘਟਨਾ ਦੇ) ਸਮੇਂ ਉਪਲਬਧ ਗਿਆਨ ਦੀ ਰੌਸ਼ਨੀ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੇ। ਦੂਜਾ, ਜਦੋਂ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਉਪਕਰਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ ਕਾਰਨ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਚਾਰਜ ਅਸਫਲ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ ਜੇ ਉਪਕਰਣ ਆਮ

ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਸਮੇਂ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਜਿਸ 'ਤੇ ਇਹ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਸੀ।

(ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ)

36. **"ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ"** ਭਾਰਤ ਅਤੇ ਹੋਰ ਅਧਿਕਾਰ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਅਕਾਦਮਿਕ ਬਹਿਸ ਅਤੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਵਿਦਵਾਨਾਂ ਵਿੱਚ, **ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ** ਦੀ ਇਸ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਆਲੋਚਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਆਮ ਹੁਨਰਮੰਦ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਵਾਜਬ ਸਮਰੱਥ ਡਾਕਟਰ ਵਿਚਕਾਰ ਅੰਤਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ[10]। ਪਹਿਲੇ ਵਿਚ ਪੇਸ਼ੇ ਦੁਆਰਾ ਅਪਣਾਏ ਗਏ ਮਿਆਰਾਂ 'ਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਬਾਅਦ ਵਿਚ ਇਹ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਸੰਬੰਧ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿਚ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੋਣ ਨਾਲ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਲਪਨਾਤਮਕ "ਵਾਜਬ ਡਾਕਟਰ" ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ ਮਾਪਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਦਾਲਤ ਨੂੰ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਾਜਬ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਕੀ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇਗਾ ਨਾ ਕਿ ਪੇਸ਼ੇ ਨੇ।

37. ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਿਰਮਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਅਦਾਲਤਾਂ ਨੇ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਸੂਖਮ ਸਿਧਾਂਤ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਹੈ. **ਮੈਨਾਰਡ ਬਨਾਮ ਵੈਸਟ ਮਿਡਲੈਂਡਜ਼ ਰੀਜਨਲ ਹੈਲਥ ਅਥਾਰਟੀ**[11] ਵਿੱਚ, ਲਾਰਡ ਸਕਾਰਮੈਨ ਨੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਿਹਾ:

> “ਬੈਂਚ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਇਕ ਅਜਿਹਾ ਮਾਮਲਾ ਜੋ ਇਸ ਦੋਸ਼ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ ਕਿ ਦੋ ਸਲਾਹਕਾਰਾਂ ਨੇ ਆਪਣੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹੁਨਰ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿਚ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੋਚਿਆ-ਸਮਝਿਆ ਫੈਸਲਾ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਾਲ ਲਿਆ ਸੀ, ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਬੂਤ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਸਮਰੱਥ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਚਾਰ ਦੀ ਇੱਕ ਸੰਸਥਾ ਹੈ ਜੋ ਮੰਨਦੀ ਹੈ ਕਿ

ਇੱਕ ਗਲਤ ਫੈਸਲਾ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਜੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਚਾਰ ਦੀ ਇੱਕ ਸੰਸਥਾ ਵੀ ਮੌਜੂਦ ਹੈ, ਬਰਾਬਰ ਸਮਰੱਥ, ਜੋ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿੱਚ ਫੈਸਲੇ ਨੂੰ ਵਾਜਬ ਮੰਨਦੀ ਹੈ।

---

[10]ਮਾਈਕਲ ਜੋਨਸ, ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ, ਸਵੀਟ ਅਤੇ ਮੈਕਸਵੈਲ, ਪੰਜਵਾਂ ਐਡੀਸ਼ਨ (2017)

[11]1985] 1 ਏ.ਆਈ.ਆਈ. ਈ.ਆਰ. 635

XXXXXX

38. **ਹਕਸ ਬਨਾਮ ਕੋਲ**,[12] ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਅਪੀਲ ਦੀ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਇਆ। ਸਾਕਸ ਐਲ.ਜੇ. ਨੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰੱਖਿਆ:

> "ਜਿੱਥੇ ਸਬੂਤ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਅਭਿਆਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਕਮੀ ਮੌਜੂਦ ਹੈ ਜਿਸ ਦੁਆਰਾ ਗੰਭੀਰ ਖਤਰੇ ਦੇ ਜੋਖਮਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋਖਮ ਭਾਵੇਂ ਕਿੰਨਾ ਵੀ ਛੋਟਾ ਕਿਉਂ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਅਦਾਲਤਾਂ ਨੂੰ ਉਤਸੁਕਤਾ ਨਾਲ ਉਸ ਕਮੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਖ਼ਾਸਕਰ ਜੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਅਤੇ ਸਸਤੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਟਾਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਅਦਾਲਤ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਨੂੰ ਨਾ ਵਰਤਣ ਲਈ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕਾਰਨਾਂ ਦੇ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ 'ਤੇ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਮੌਜੂਦਾ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਗਿਆਨ ਦੀ ਰੌਸ਼ਨੀ ਵਿੱਚ ਕਮੀਆਂ ਦਾ ਕੋਈ ਉਚਿਤ ਅਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਨਿਸ਼ਚਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਾਜਬ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਜੋਖਮ ਲਏ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਸਨ, ਤਾਂ ਇਸਦਾ

ਕੰਮ ਉਸ ਤੱਥ ਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਹੈ।

39. **ਬੋਲੀਥੋ ਬਨਾਮ ਸਿਟੀ ਅਤੇ ਹੈਕਨੀ ਹੈਲਥ ਅਥਾਰਟੀ**,[13] ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਹਾਊਸ ਆਫ ਲਾਰਡਜ਼ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ ਦੁਆਰਾ ਅਪਣਾਇਆ ਗਿਆ ਕੋਰਸ ਤਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਟੈਸਟ ਵਿੱਚ ਖਰਾ ਉਤਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

> "... ਮੇਰੇ ਵਿਚਾਰ ਵਿੱਚ, ਅਦਾਲਤ ਇਹ ਮੰਨਣ ਲਈ ਪਾਬੰਦ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਡਾਕਟਰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਤਸ਼ਖੀਸ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਤੋਂ ਬਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਮਾਹਰਾਂ ਤੋਂ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸੱਚਮੁੱਚ ਵਿਚਾਰ ਰੱਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਤਸ਼ਖੀਸ ਸਹੀ ਡਾਕਟਰੀ ਅਭਿਆਸ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ. ਬੋਲਮ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਹੀ, ਮੈਕਨਾਇਰ ਜੇ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਨੂੰ "ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਸੰਸਥਾ" ਦੁਆਰਾ ਸਹੀ ਵਜੋਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਭਿਆਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਸੀ. ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ, ਪੰਨਾ 588 ਵਿੱਚ, ਉਸਨੇ "ਅਭਿਆਸ ਦੇ ਇੱਕ ਮਿਆਰ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਜਿਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਮਰੱਥ ਵਾਜਬ ਵਿਚਾਰ ਸੰਸਥਾ ਦੁਆਰਾ ਉਚਿਤ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦੁਬਾਰਾ, ਮੇਨਾਰਡ ਦੇ ਕੇਸ ਤੋਂ ਮੈਂ ਜੋ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਲਾਰਡ ਸਕਾਰਮੈਨ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਚਾਰ ਦੀ "ਸਨਮਾਨਜਨਕ" ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ. **ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਣਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ - ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ, ਵਾਜਬ ਅਤੇ ਸਤਿਕਾਰਯੋਗ - ਇਹ ਸਾਰੇ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਅਦਾਲਤ ਨੂੰ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਿਚਾਰਾਂ ਦੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਇਹ ਦਿਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਅਜਿਹੀ ਵਿਚਾਰ ਦਾ ਤਰਕਸ਼ੀਲ ਅਧਾਰ ਹੈ.** ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਹ ਅਕਸਰ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਜੋਖਮਾਂ ਦਾ ਭਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਜੱਜ ਨੂੰ

ਕਿਸੇ ਵਿਚਾਰ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ, ਵਾਜਬ ਜਾਂ ਸਤਿਕਾਰਯੋਗ ਵਜੋਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ, ਆਪਣੇ ਵਿਚਾਰ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ, ਮਾਹਰਾਂ ਨੇ ਤੁਲਨਾਤਮਕ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਸਵਾਲ ਵੱਲ ਆਪਣੇ ਮਨ ਨੂੰ ਨਿਰਦੇਸ਼ਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਮਾਮਲੇ 'ਤੇ ਇੱਕ ਬਚਾਅ ਸਿੱਟੇ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚੇ ਹਨ।

(ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ)

---

[12] (1968) 118 ਨਿਊ ਐਲ.ਜੇ. 469

[13] (1996) 4 ਏ.ਆਈ.ਆਈ. ਈ.ਆਰ. 771

ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰਾਂ ਦੇ ਪੇਸ਼ੇ ਦਾ ਉਚਿਤ ਸਤਿਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਲਾਰਡ ਬ੍ਰਾਊਨ-ਵਿਲਕਿਨਸਨ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਇਹ ਸਿਰਫ ਇੱਕ 'ਦੁਰਲੱਭ ਕੇਸ' ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਚਾਰ 'ਤਰਕਸ਼ੀਲ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣਾਂ ਨੂੰ ਸਹਿਣ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਤਾਂ ਜੱਜ ਇਹ ਮੰਨ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਵਾਜਬ ਜਾਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ:

"ਇਹ ਫੈਸਲੇ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿੱਥੇ, ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਚਾਰ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਦੁਆਰਾ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਦੇ ਵਿਵਹਾਰ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ (ਮੈਂ ਇੱਥੇ ਜੋਖਮ ਦੇ ਖੁਲਾਸੇ ਦੇ ਸਵਾਲਾਂ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ)। ਮੇਰੇ ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਇਸ ਲਈ ਹੈ

ਕਿਉਂਕਿ, ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਜੱਜ ਦੀ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿ ਜਿਸ ਵਿਚਾਰ 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਉਹ ਵਾਜਬ ਜਾਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ. ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਤੱਥ ਕਿ ਖੇਤਰ ਦੇ ਉੱਘੇ ਮਾਹਰ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਵਿਚਾਰ ਦੇ ਹਨ, ਉਸ ਵਿਚਾਰ ਦੀ ਵਾਜਬਤਾ ਨੂੰ ਦਰਸਾਏਗਾ. ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਜਿੱਥੇ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਡਾਕਟਰੀ ਅਭਿਆਸ ਨੂੰ ਅਪਣਾਉਣ ਦੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੇ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਮੰਨਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਾਹਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਆਪਣੇ ਵਿਚਾਰ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਤੋਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ. **ਪਰ ਜੇ, ਕਿਸੇ ਦੁਰਲੱਭ ਕੇਸ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਦਿਖਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਚਾਰ ਤਰਕਸ਼ੀਲ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਨੂੰ ਸਹਿਣ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੱਜ ਇਹ ਮੰਨਣ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੈ ਕਿ ਵਿਚਾਰ ਦਾ ਹੋਂਦ ਵਾਜਬ ਜਾਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ.**

“ **ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵਿਚਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਜੱਜ ਲਈ ਇਸ ਸਿੱਟੇ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚਣਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਸਹੀ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿ ਕਿਸੇ ਸਮਰੱਥ ਡਾਕਟਰੀ ਮਾਹਰ ਦੁਆਰਾ ਸੱਚਮੁੱਚ ਰੱਖੇ ਗਏ ਵਿਚਾਰ ਗੈਰ-ਵਾਜਬ ਹਨ।** ਡਾਕਟਰੀ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਲੀਨਿਕੀ ਫੈਸਲੇ ਦਾ ਮਾਮਲਾ ਹੈ ਜੋ ਇੱਕ ਜੱਜ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਹਰ ਸਬੂਤਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ। ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਲਾਰਡ ਸਕਾਰਮੈਨ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਜਿਹੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨੂੰ ਵਿਗੜਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣਾ ਗਲਤ ਹੋਵੇਗਾ ਤਾਂ ਜੋ ਜੱਜ ਨੂੰ ਦੋ ਵਿਚਾਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦੇਣ ਲਈ ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ, ਜੋ ਦੋਵੇਂ ਤਰਕਨਾਲ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ. ਇਹ ਸਿਰਫ ਉਥੇ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਕੋਈ ਜੱਜ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਾਹਰਾਂ ਦੀ ਵਿਚਾਰ ਦੇ ਸਰੀਰ ਨੂੰ ਤਰਕਸੰਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਮਰਥਨ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿ ਅਜਿਹੀ ਵਿਚਾਰ ਉਹ ਮਾਪਦੰਡ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ ਜਿਸ ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਦੇ ਵਿਵਹਾਰ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਹੈ।“

(ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ)

40. ਘਰ ਦੇ ਨੇੜੇ, ਵੀ. ਕਿਸ਼ਨ ਰਾਓ ਬਨਾਮ ਨਿਖਿਲ ਸੁਪਰ ਸਪੈਸ਼ਲਿਟੀ ਹਸਪਤਾਲ,[14] ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਦੋ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਨੇ **ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ** ਦੀਆਂ ਕਮੀਆਂ ਨੂੰ ਉਜਾਗਰ ਕੀਤਾ:

> "19. ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਿਆਰੀ ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਜੋਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਲਿਆ ਸੀ, ਪਰ ਇਸਦੇ ਮੂਲ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ, ਇਸ 'ਤੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਆਧਾਰਾਂ 'ਤੇ ਸਵਾਲ ਉਠਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ ਵਿੱਚ ਅੰਦਰੂਨੀ ਖਤਰਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਅਦਾਲਤਾਂ ਮਾਹਰ ਸਬੂਤਾਂ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਮੁਲਤਵੀ ਕਰ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ ਤਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਮਿਆਰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘਟ ਜਾਣਗੇ। ਮਾਈਕਲ ਜੋਨਸ ਨੇ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ (ਸਵੀਟ ਅਤੇ ਮੈਕਸਵੈਲ) ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਗ੍ਰੰਥ, 4 ਐਡੀਸ਼ਨ, 2008 ਵਿੱਚ ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ ਦੀ ਆਲੋਚਨਾ ਕੀਤੀ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਆਮ ਭਾਜਕ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਵਿਦਵਾਨ ਲੇਖਕ ਨੇ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਕਿ ਇੰਗਲੈਂਡ ਵਿੱਚ ਵਿਚਾਰ ਜ਼ੋਰ ਫੜ ਰਹੀ ਸੀ ਕਿ ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇੱਕ ਮਾੜਾ ਨਤੀਜਾ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕੋਰਸ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲਾਭ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਲਈ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ

ਹੈ. ਇਸ ਨੂੰ ਕੁਝ ਕਿਸਮਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਹਾਦਸਿਆਂ ਤੱਕ ਸਿਰਫ ਇਸ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਵਧਾਇਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਕਿ ਉਹ ਕਿੰਨੇ ਆਮ ਹਨ। ਇਹ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ "ਅਜਿਹਾ ਕਰਨਾ ਸਾਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨ ਦੀ ਫਿਸਲਣ ਵਾਲੀ ਢਲਾਨ 'ਤੇ ਪਾ ਦੇਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਇਹ ਅਕਸਰ ਕਾਫ਼ੀ ਵਾਪਰਦਾ ਹੈ।" (ਦੇਖੋ ਮਾਈਕਲ ਜੋਨਸ ਆਨ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਪਰਵਾਹੀ, ਪੈਰਾ 3-039 ਪੰਨਾ 246 ਤੇ).

24. ਇੰਗਲੈਂਡ ਵਿੱਚ 2-10-2000 ਤੱਕ ਮਨੁੱਖੀ ਅਧਿਕਾਰ ਐਕਟ, 1998 ਦੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਨਾਲ, ਮਨੁੱਖੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਯੂਰਪੀਅਨ ਕਨਵੈਨਸ਼ਨ (ਈਸੀਐਚਆਰ) ਦੇ ਤਹਿਤ ਰਾਜ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਇੰਗਲੈਂਡ ਦੀਆਂ ਘਰੇਲੂ ਅਦਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਨਿਆਂਯੋਗ ਹਨ। ਮਨੁੱਖੀ ਅਧਿਕਾਰ ਐਕਟ, 1998 ਦੀ ਧਾਰਾ 2 ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੈ:

“ਉਨ੍ਹਾਂ ਕਿਹਾ ਕਿ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਹਰ ਕਿਸੇ ਦੇ ਜੀਵਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਉਸ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਤੋਂ ਵਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਸਿਵਾਏ ਕਿਸੇ ਅਪਰਾਧ ਦੇ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਦਾਲਤ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਵਿਚ, ਜਿਸ ਲਈ ਇਹ ਸਜ਼ਾ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।

XXXXXX

25. ਹਾਲਾਂਕਿ ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ ਨੂੰ "ਉਖਾੜ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ" ਪਰ ਇਸ ਦੀ ਕੁਝ ਆਲੋਚਨਾ ਹੋਈ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜੈਕਸਨ ਅਤੇ ਪਾਵੇਲ ਆਨ ਪ੍ਰੋਫੈਸ਼ਨਲ ਲਾਪਰਵਾਹੀ (ਸਵੀਟ ਅਤੇ ਮੈਕਸਵੈਲ), 5 ਵਾਂ ਐਡੀਸ਼ਨ, 2002 ਵਿੱਚ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ.

ਵਿਦਵਾਨ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਹੈ (ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਵਿੱਚ ਪੰਨਾ 200 ਤੇ ਪੈਰਾ 7-047 ਦੇਖੋ) ਕਿ ਇਸ ਪ੍ਰਭਾਵ ਲਈ ਇੱਕ ਦਲੀਲ ਹੈ ਕਿ ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ ਜੀਵਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਨਾਲ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਘਰੇਲੂ ਅਦਾਲਤਾਂ ਇਹ ਨਹੀਂ ਸਮਝਦੀਆਂ ਕਿ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਢੁਕਵੀਂ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਹੈ। **ਇੰਗਲੈਂਡ ਵਿਚ ਅਜਿਹੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸੋਚ ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਵਿਚ, ਹੁਣ ਸਮਾਂ ਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਅਦਾਲਤ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ ਵਜੋਂ ਬੋਲਮ ਟੈਸਟ ਵਿਚ ਨਿਰਧਾਰਤ ਮਾਪਦੰਡਾਂ 'ਤੇ ਮੁੜ ਵਿਚਾਰ ਕਰੇ ਅਤੇ ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਸੰਵਿਧਾਨ ਦੀ ਧਾਰਾ 21 ਦੇ ਮੱਦੇਨਜ਼ਰ ਜਿਸ ਵਿਚ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।**

(ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ)

[14] (2010) 5 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 513

41. ਸਾਡੇ ਕਾਨੂੰਨ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਸਾਇੰਸ ਵਿੱਚ ਤਰੱਕੀ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼-ਕੇਂਦਰਿਤ ਪਹੁੰਚ ਅਪਣਾਈ ਜਾਵੇ। **ਬੋਲਮ** ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਅਤੇ ਭਾਰਤੀ ਅਦਾਲਤਾਂ ਦੁਆਰਾ ਇਸਦੀ ਬਾਅਦ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿਕਸਤ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਜੈਕਬ ਮੈਥਿਊ** ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਤਿੰਨ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਦੁਆਰਾ ਅਪਣਾਏ ਗਏ ਮਿਆਰ ਵਿੱਚ ਇਹ ਲੋੜ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੁਆਰਾ ਅਪਣਾਇਆ ਗਿਆ ਕੋਰਸ "ਆਮ ਅਤੇ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਅਭਿਆਸ" ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਇਸ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਬੰਨ੍ਹੇ ਹੋਏ ਹਾਂ।

42. ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਅਪਣਾਉਣ ਵਿੱਚ, ਭਾਰਤੀ ਅਦਾਲਤਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤੱਥ ਤੋਂ ਸੁਚੇਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਾਡੇ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਵੱਡੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਯੂਨਿਟਾਂ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਪੇਂਡੂ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ, ਨਵੀਨਤਮ ਤਕਨਾਲੋਜੀ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਣਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨਹੀਂ ਹੈ। **ਮਾਰਟਿਨ ਐਫ ਡਿਸੂਜ਼ਾ ਬਨਾਮ ਮੁਹੰਮਦ ਇਸ਼ਫਾਕ**[15] ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਦੋ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਨੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ:

> "37. ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਘਟਨਾ ਦੇ ਸਮੇਂ ਉਪਲਬਧ ਗਿਆਨ ਦੀ ਰੌਸ਼ਨੀ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੇ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਜਿੱਥੇ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਉਪਕਰਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿਣ ਦਾ ਹੈ, ਚਾਰਜ ਅਸਫਲ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ ਜੇ ਉਸ ਸਮੇਂ ਉਪਕਰਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਸਨ।

XXXXXX

43. ਦਵਾਈ ਦੇ ਅਭਿਆਸ ਵਿੱਚ, ਇਲਾਜ ਲਈ ਵੱਖੋ ਵੱਖਰੇ ਤਰੀਕੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ. ਵਿਚਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸੱਚਾ ਮਤਭੇਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਲਾਜ ਦੇ ਕੋਰਸ ਨੂੰ ਅਪਣਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ, ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਨੂੰ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਗੈਰ-ਵਾਜਬ ਨਹੀਂ ਹੈ. ਗੈਰ-ਵਾਜਬਤਾ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸੀਮਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਡਾਕਟਰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ 'ਰੱਖਿਆਤਮਕ ਦਵਾਈ' ਦਾ ਸਹਾਰਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ, ਅਕਸਰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦੇ

ਹਨ. ਇਸ ਲਈ, ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਉਸ ਕੇਸ ਦੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਵਹਾਰ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਵਾਜਬਤਾ ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਹੈ, ਇੱਕ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸਿਰਫ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿਚਾਰ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਕੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਤੋਂ ਬਚ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ।

---

[15](2009) 3 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 1

44. ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ, ਜੋ ਰਿਕਾਰਡ ਨਿਰਣਾਇਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਵੇਖਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਸਥਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਵੇਰੇ 7.30 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 7 ਵਜੇ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਜ਼ੁਕ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਖੂਨ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਦਾ ਸਧਾਰਨ ਉਪਾਅ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਹ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਡਾਇਰੈਕਟੋਰੇਟ ਆਫ ਨੈਸ਼ਨਲ ਵੈਕਟਰ ਬੋਰਨ ਡਿਸੀਜ਼ ਕੰਟਰੋਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਸੀ। ਮੈਡੀਕਲ ਕੌਂਸਲ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਦੀ ਇਹ ਖੋਜ ਸੀ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਪਰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ। ਇਸ ਅਨੁਸਾਰ ਇਸ ਨੇ ਉੱਤਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹਿਣ ਦੀ ਚੇਤਾਵਨੀ ਦਿੱਤੀ ਸੀ। ਡਾਕਟਰੀ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ, ਉੱਤਰਦਾਤਾ **ਬੋਲਮ ਕੇਸ** ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਤ ਅਤੇ ਭਾਰਤੀ ਅਦਾਲਤਾਂ ਦੁਆਰਾ ਅਪਣਾਏ ਗਏ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਮਿਆਰ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹੇ। ਇਹ ਕਹਿਣਾ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਦਾ ਵਿਰੋਧ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇਗਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉੱਤਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਅਪੀਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਸਿਰਫ ਇੱਕ ਅਨੁਮਾਨ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਇਸ ਲਈ ਅਜਿਹੀ ਵਿਆਖਿਆ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ।

45. ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਕੋਲ ਰਿਕਾਰਡ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਸਬੂਤਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦਾ ਇੱਕ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੋਚਿਆ-ਸਮਝਿਆ ਫੈਸਲਾ ਸੀ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਪਹਿਲੀ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਨਿਰਣਾਇਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਖੇਤਰ ਮੂਲ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਨਾਲ ਸਹਿ-ਵਿਆਪਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਨੇ ਤੱਥਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਉਜਾੜ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜੋ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਠੋਸ ਤਰਕ ਦੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ।

46. ਅਪੀਲ ਅਥਾਰਟੀ ਨੇ ਇਸ ਤੱਥ 'ਤੇ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਨਿਰਭਰਤਾ ਰੱਖੀ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਐਸਪਰੀਨ 'ਤੇ ਸੀ। ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਦਾਖਲੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੇ ਧਿਆਨ ਵੱਲ ਖਿੱਚੀ ਗਈ ਸੀ। ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਨੇ ਸਿਰਫ ਇਹ ਦੇਖਿਆ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਉਸਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਵਾਈਆਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ। ਇਹ, ਸਾਡੇ ਵਿਚਾਰ ਵਿੱਚ, ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤੇ ਤੱਥਾਂ ਅਤੇ ਸਿੱਟਿਆਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਨਾਕਾਫੀ ਅਧਾਰ ਹੈ।

47. ਉਪਰੋਕਤ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ, ਸਾਡਾ ਵਿਚਾਰ ਹੈ ਕਿ ਐਨ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਟਿਕਾਊ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੁਆਰਾ ਪਹੁੰਚੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੀ ਖੋਜ ਨੂੰ ਉਲਟਾਉਣ ਦਾ ਕੋਈ ਅਧਾਰ ਜਾਂ ਜਾਇਜ਼ਤਾ ਨਹੀਂ ਸੀ।

XXXXXX

48. ਹਾਲਾਂਕਿ, ਸਾਡੇ ਵਿਚਾਰ ਵਿੱਚ, ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਵਿਰੁੱਧ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੀ ਖੋਜ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦਾ ਕੋਈ ਆਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਹਸਪਤਾਲ

ਦਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਇਸ ਲਈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਹੋਵੇਗੀ, ਦੂਜਾ ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।

49. ਇਹ ਅਦਾਲਤ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਦੇ ਸਵਾਲ ਵੱਲ ਲੈ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਪਾਉਂਦਿਆਂ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਨੇ 6 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ 9 ਫੀਸਦੀ ਵਿਆਜ ਸਮੇਤ ਦੇਣ ਦੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤੇ।

50. ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ, ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਇਹ ਕਹਿਣ ਵਿੱਚ ਗਲਤੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ ਕਿ ਕਿਉਂਕਿ ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਦਾ ਪੁੱਤਰ ਅਤੇ ਧੀ "ਉੱਚ ਸਿੱਖਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਅਤੇ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ" ਹਨ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਵਜੋਂ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋਏ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਖੁਦ ਸਿਰਫ 6 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋਵੇਗਾ।

51. ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਆਪਣੀ ਪਤਨੀ ਨੂੰ ਗੁਆ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੀ ਉਮਰ 56 ਸਾਲ ਸੀ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਉਹ ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਪਰ ਹੁਣ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਦੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਦੁਆਰਾ ਇਹ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਭਲਾਈ ਲਈ ਗੈਰ-ਕੰਮਕਾਜੀ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਯੋਗਦਾਨ ਆਰਥਿਕ ਬਰਾਬਰ ਹੈ।

52. **ਲਤਾ ਵਾਧਵਾ ਬਨਾਮ ਬਿਹਾਰ ਰਾਜ,**[16] ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਤਿੰਨ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਨੇ ਫੈਕਟਰੀ ਕੰਪਲੈਕਸ ਵਿੱਚ ਅੱਗ ਲੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮ੍ਰਿਤਕ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਆਸ਼ਰਿਤਾਂ ਅਤੇ ਸੜਨ ਵਾਲੇ ਪੀੜਤਾਂ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਨੁਕਸਾਨ ਦੀ ਗਣਨਾ ਕੀਤੀ। ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਘਰ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵੱਲੋਂ ਘਰ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ

ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਅਨੁਮਾਨ 12,000 ਰੁਪਏ ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਮੰਨਿਆ। 34 ਤੋਂ 59 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਵਰਗ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾ ਕੇ 36,000 ਰੁਪਏ ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

53. **ਮਲਯ ਕੁਮਾਰ ਗਾਂਗੁਲੀ ਬਨਾਮ ਸੁਕੁਮਾਰ ਮੁਖਰਜੀ**[17] ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਜਸਟਿਸ ਐਸ. ਬੀ. ਸਿਨਹਾ ਨੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਿਹਾ:

> "(172) ਪਤੀ ਨੂੰ ਪਤਨੀ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ ਦੀ ਭਰਪਾਈ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੋਈ ਇਹ ਕਿਵੇਂ ਕਰੇਗਾ ਇਹ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਅਦਾਲਤ ਨੂੰ ਹੈਰਾਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ, ਪਤਨੀ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ ਲਈ ਪਤੀ ਨੂੰ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਦੇਣ ਲਈ, ਅਦਾਲਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਆਮਦਨ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ. ਜਦੋਂ ਉਹ ਕਮਾਈ ਕਰ ਰਹੀ ਸੀ ਤਾਂ ਇਹ ਕਰਨਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਸੀ। ਫਿਰ ਵੀ ਪੈਸੇ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਪਤਨੀ ਦੇ ਯੋਗਦਾਨ ਨੂੰ ਹਮੇਸ਼ਾਂ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹਰ ਘਰੇਲੂ ਔਰਤ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਮੁਦਰਾ ਦੇ ਸ਼ਬਦਾਂ 'ਤੇ ਮਾਪਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਸ ਦਾ ਭਾਵਨਾਤਮਕ ਪਹਿਲੂ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ। ਇਹ ਉਸ ਦੀ ਵਿਦਿਅਕ ਯੋਗਤਾ, ਉਸ ਦੀ ਆਪਣੀ ਪਰਵਰਿਸ਼, ਰੁਤਬੇ, ਪਤੀ ਦੀ ਆਮਦਨ ਆਦਿ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

[17] (2009) 3 ਐਸ.ਸੀ.ਸੀ. 663

ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਕਿਸੇ ਘਰੇਲੂ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੀ ਮੌਤ 'ਤੇ ਭੁਗਤਾਨਯੋਗ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਗਣਨਾ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ, ਜੋ ਨੌਕਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਅਦਾਲਤ ਨੂੰ ਇਹ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਯੋਗਦਾਨ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮਾਪਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ।

54. ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਰਕਮ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ ਵਿੱਚ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਸਿਧਾਂਤ ਦੁਆਰਾ ਸੇਧ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜੋ **ਲਤਾ ਵਾਧਵਾ** ਅਤੇ **ਨੈਸ਼ਨਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਬਨਾਮ ਪ੍ਰਣਯ ਸੇਠੀ**[18] ਵਿੱਚ ਸੰਵਿਧਾਨਕ ਬੈਂਚ ਦੁਆਰਾ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਇੱਕ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਢੁਕਵੇਂ ਸੋਧਾਂ ਨਾਲ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

55. ਸਾਡੇ ਵਿਚਾਰ ਵਿੱਚ, ਜੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਰਕਮ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਨਿਆਂ ਦੇ ਹਿੱਤ ਪੂਰੇ ਹੋਣਗੇ। ਇਸ ਅਨੁਸਾਰ, ਅਸੀਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਅਪੀਲਕਰਤਾ ਪਹਿਲੇ ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ 15 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋਵੇਗਾ।

56. ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਵਿੱਚ ਐਸ.ਸੀ.ਡੀ.ਆਰ.ਸੀ. ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਤੱਕ 9 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਸਾਲਾਨਾ ਦੀ ਦਰ ਨਾਲ ਵਿਆਜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਭੁਗਤਾਨ ਦੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

57. ਇਨ੍ਹਾਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਅਪੀਲਾਂ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੈ। ਲਾਗਤਾਂ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਆਦੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।

ਕਲਪਨਾ ਕੇ. ਤ੍ਰਿਪਾਠੀ

ਅਪੀਲਾਂ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੈ।

[18] (2017) 13 ਸਕੇਲ 12

ਡਿਸਕਲੇਮਰ: - ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਨਿਆ ਨਿਰਣਾਂ ਕੇਵਲ ਮੁਕਦਮੇਬਾਜ਼ਾਂ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮਝਣ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਇਸਤੇਮਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ । ਸਾਰੇ ਵਿਹਾਰਕ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਮੰਤਵਾਂ ਲਈ ਨਿਆ ਨਿਰਣੇ ਦਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਨ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਅਮਲ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ।



Prabhat Kiran, Advocate
D/923/2000
Bar Council of Delhi