[2021] 10 ਐਸ.ਸੀ.ਆਰ. 1118

ਬੰਬਈ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖੋਜ ਕੇਂਦਰ

ਬਨਾਮ

ਆਸ਼ਾ ਜੈਸਵਾਲ ਅਤੇ ਹੋਰ

(2010 ਦੀ ਸਿਵਲ ਅਪੀਲ ਨੰ. 1658)

30 ਨਵੰਬਰ, 2021

[ਹੇਮੰਤ ਗੁਪਤਾ ਅਤੇ ਵੀ. ਰਾਮਾਸੁਬਰਾਮਣੀਅਨ, ਜੇ.ਜੇ.]

ਖਪਤਕਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ - ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ - ਕਦੋਂ ਨਹੀਂ - ਅਪੀਲਕਰਤਾਵਾਂ-ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਵਿਰੁੱਧ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼-ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ - ਐਨਸੀਡੀਆਰਸੀ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਮੁਆਵਜ਼ਾ - ਅਪੀਲ 'ਤੇ: ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਰੀਜ਼ ਗੰਭੀਰ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਸੀ ਅਤੇ ਗੈਂਗਰੀਨ ਸੀ - ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਸਰਜਰੀ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ, ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਬਚਦਾ, ਤਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਜੋਂ ਡਾਕਟਰਾਂ 'ਤੇ ਗਲਤੀ ਨਹੀਂ ਪਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ - ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਜਿਸ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਘਾਟ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਈ ਹੈ - ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਆਪਣੇ ਹਲਫਨਾਮਿਆਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਥਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮਾਹਰਾਂ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ - ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਕਮੀ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਈ ਗਈ - ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀਆਂ ਸੁਪਰ-ਸਪੈਸ਼ਲਿਟੀਜ਼ ਦੇ ਮਾਹਰ ਉਪਲਬਧ ਸਨ - ਅਪੀਲਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲੱਭਣ ਦਾ ਇਕੋ ਇਕ ਅਧਾਰ ਰਿਜ਼ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਸੀ ਜੋ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਦੇਖੋ - ਕਦੇ ਵੀ ਅਜਿਹਾ ਪੜਾਅ ਨਹੀਂ ਸੀ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਣਗੌਲਿਆ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ - ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਡਿਜੀਟਲ ਸਬ-ਟ੍ਰੈਕਸ਼ਨ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ (ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ) ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਅਸਫਲ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ, ਇੱਕ ਵਿਕਲਪਕ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਟੈਸਟ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਈ ਗਈ ਸੀ - ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰਾਂ 'ਤੇ ਕਬਜ਼ਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਹੈ - ਐਨਸੀਡੀਆਰਸੀ ਦੁਆਰਾ ਪਾਸ ਕੀਤੇ ਗਏ ਆਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ - ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਖਾਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ।

ਟੋਰਟ - ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ - ਉਪਯੋਗਤਾ - ਵਿਚਾਰ ਵਟਾਂਦਰੇ ਕੀਤੇ

ਅਪੀਲਾਂ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਦਿਆਂ,

ਆਯੋਜਿਤ: 1.1 ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਦੇਖਿਆ ਕਿ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਸਬੂਤ ਹਲਫਨਾਮੇ ਦਾਇਰ ਕੀਤੇ ਸਨ ਪਰ

ਹਾਲਾਂਕਿ, ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਆਪਣੇ ਲਿਖਤੀ ਬਿਆਨ ਦਾਇਰ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਪਰ ਡਾ. 'ਕੇ' ਦੇ ਹਲਫਨਾਮੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹਲਫਨਾਮੇ ਰਾਹੀਂ ਸਬੂਤ ਦਾਇਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਹਨ। ਅਜਿਹਾ ਮੁੱਢਲਾ ਨਿਰੀਖਣ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਗਲਤ ਹੈ। ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ 7.1.2000 ਨੂੰ ਹਲਫਨਾਮੇ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣਾ ਲਿਖਤੀ ਬਿਆਨ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਯਾਨੀ ਉਸੇ ਤਾਰੀਖ ਨੂੰ ਜਿਸ ਦਿਨ ਡਾ. 'ਕੇ' ਨੇ ਹਲਫਨਾਮਾ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੇ ਇਸ ਤੱਥ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਕਿ ਲਿਖਤੀ ਸੰਸਕਰਣ ਹਲਫਨਾਮੇ ਰਾਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ, ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ 13.07.2009 ਨੂੰ ਸਬੂਤ ਹਲਫਨਾਮਾ ਵੀ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਨੇ 30.8.2009 ਨੂੰ ਇੱਕ ਸੰਖੇਪ ਹਲਫਨਾਮਾ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ 7.1.2000 ਨੂੰ ਦਾਇਰ ਕੀਤੇ ਲਿਖਤੀ ਸੰਸਕਰਣ ਵਿੱਚ ਉਠਾਏ ਗਏ ਬਿਆਨਾਂ, ਬਿਆਨਾਂ ਅਤੇ ਦਲੀਲਾਂ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਤੱਥਾਂ ਦੀ ਗਲਤੀ ਹੈ। ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲੱਭਣ ਦਾ ਅਧਾਰ ਟਿਕਾਊ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਦਰਜ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਖੋਜਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਤੇ ਤੱਥਾਂ ਦੀਆਂ ਦੋਵੇਂ ਗਲਤੀਆਂ ਹਨ। ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ ਪਰ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਗੈਂਗਰੀਨ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਨਹੀਂ ਪਾਈ ਗਈ। ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਾਲਤ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸੀ ਜਦੋਂ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ 21.4.1998 ਨੂੰ ਸਲਾਹ ਲਈ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। [ਪੈਰਾ 13, 17 ਅਤੇ 18] [1131-ਬੀ-ਡੀ; 1132-ਜੀ-ਐਚ; 1133-ਬੀ]

1.2 ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨ ਦਾ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨ ਇੱਕ ਵੱਡੀ, ਮਹਿੰਗੀ ਅਤੇ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਮਸ਼ੀਨ ਹੈ ਜਿਸ ਨੇ ਬਦਕਿਸਮਤੀ ਨਾਲ ਉਸ ਸਮੇਂ ਕੁਝ ਤਕਨੀਕੀ ਸਮੱਸਿਆ ਵਿਕਸਿਤ ਕੀਤੀ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਟੈਸਟ ਕਰਨਾ ਪਿਆ ਸੀ. ਕੋਈ ਵੀ ਮਸ਼ੀਨ ਮਨੁੱਖੀ ਨਿਯੰਤਰਣ ਤੋਂ ਪਰੇ ਅਣਗਿਣਤ ਕਾਰਕਾਂ ਕਰਕੇ ਗੈਰ-ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਮਕੈਨੀਕਲ, ਇਲੈਕਟ੍ਰੀਕਲ ਅਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਭਾਗ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ 22.4.1998 ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨ ਨੂੰ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਖਰਾਬ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਖੂਨ ਦੇ ਪ੍ਰਵਾਹ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਕਲਪਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਦੁਪਹਿਰ 12.30 ਵਜੇ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਹਸਪਤਾਲ ਨਾਲ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਨਹੀਂ ਜੋੜੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਲਿਜਾਣ ਵੇਲੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰਾਂ 'ਤੇ ਕਬਜ਼ਾ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰਾਂ ਨੂੰ ਹਰ ਸਮੇਂ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਇਸ ਲਈ, ਜਦੋਂ ਹੋਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਸੀ, ਉਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਨਾ ਹੋਣਾ ਇਸ ਨੂੰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਜਾਇਜ਼ ਆਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਹਸਪਤਾਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਲਾਪਰਵਾਹੀ। ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ 23.4.1998 ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਕਰਨ ਜਾਂ 24.4.1998 ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਕਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਹੋਈ ਸੀ। ਇਹ ਦੋਸ਼ 23.4.1998 ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿਣ, 24.4.1998 ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲੱਤ ਕੱਟਣ ਦੇ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਫੈਸਲੇ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਕਥਿਤ ਬੇਲੋੜੀ ਵਿਦੇਸ਼ ਫੇਰੀ ਦਾ ਹੈ। ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਵਿਦੇਸ਼ ਦੌਰੇ 'ਤੇ ਹੋਣ ਦੀ ਅਜਿਹੀ ਦਲੀਲ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਵੀਨਤਮ ਵਿਕਾਸ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਅਪਗ੍ਰੇਡ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਉਸਨੂੰ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਦੋਵਾਂ ਕਾਨਫਰੰਸਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਿਰਫ ਇਹ ਤੱਥ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਵਿਦੇਸ਼ ਗਿਆ ਸੀ, ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਨਹੀਂ ਲਗਾ ਸਕਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਬਹੁ-ਫੈਕਲਟੀਆਂ ਦੇ ਮਾਹਰਾਂ ਵਾਲੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਹ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਕੇਸ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਗੰਭੀਰ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਸੀ ਪਰ ਸਰਜਰੀ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ, ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਬਚਦਾ, ਤਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਜੋਂ ਡਾਕਟਰਾਂ 'ਤੇ ਗਲਤੀ ਨਹੀਂ ਪਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ। ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਇਹ ਉਮੀਦ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੌਰਾਨ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਬਿਸਤਰੇ ਦੇ ਪਾਸੇ ਰਹੇਗਾ ਜਿਸ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਸੀ। ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਘਾਟ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਈ ਹੈ। [ਪੈਰਾ 19, 23, 24 ਅਤੇ 26] [1133- ਸੀ-ਐੱਫ; 1134- ਜੀ-ਐੱਚ; 1135- ਏ-ਬੀ, ਜੀ-ਐੱਚ; 1136- ਏ-ਬੀ]

1.3 ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲੱਭਣ ਦਾ ਇਕੋ ਇਕ ਅਧਾਰ ਰੈਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਦਾ ਹੈ. ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਸਬੂਤ ਦਾ ਇੱਕ ਨਿਯਮ ਹੈ. ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਆਪਣੇ ਹਲਫਨਾਮਿਆਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਥਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮਾਹਰਾਂ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਸੀ। ਮਾਹਰ ਇਹ ਸਾਬਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਸਨ ਕਿ ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਸੇਵਾ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਜਾਂ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਵਰਤੀ ਸੀ। ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਦਾ ਅਧਿਐਨ ਇਲਾਜ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਕਮੀ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਉਂਦਾ। ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕੋਰਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਮਾਰਗ ਦਰਸ਼ਨ ਲਈ ਦਵਾਈ ਦੀਆਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੁਪਰ-ਸਪੈਸ਼ਲਿਟੀਜ਼ ਦੇ ਮਾਹਰ ਉਪਲਬਧ ਸਨ। ਡਾਕਟਰਾਂ ਤੋਂ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਪਰ ਕੋਈ ਵੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਇਹ ਭਰੋਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦਾ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਸਰਜੀਕਲ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ 'ਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾ ਲਵੇਗਾ। 'ਕੇ' ਨੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਲੱਤਾਂ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਸਨ ਪਰ ਡਾ. 'ਕੇ' ਨੇ ਹਲਫਨਾਮਾ ਦਾਇਰ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ। ਅਪੀਲਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲੱਭਣ ਦਾ ਇਕੋ ਇਕ ਅਧਾਰ ਸੀ ਜੋ ਕਿ

ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਇੱਥੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ। ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਪੜਾਅ ਨਹੀਂ ਸੀ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਣਗੌਲਿਆ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ। ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਾਲਤ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸੀ ਅਤੇ ਜੇ ਉਹ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਬਚ ਨਹੀਂ ਸਕਿਆ, ਤਾਂ ਇਸ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਜਿਸ ਨੇ ਆਪਣੇ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਸਮਰੱਥਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹਰ ਸੰਭਵ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ। ਡੀ.ਐਸ.ਏ. ਟੈਸਟ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਹੀ 22.4.1998 ਨੂੰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ 24.4.1998 ਨੂੰ ਅਸਫਲ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ, ਇੱਕ ਵਿਕਲਪਕ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਟੈਸਟ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਈ ਗਈ ਸੀ। ਇਹ ਸਿਰਫ ਮੌਕਾ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋਣੀ ਸੀ ਤਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਾਰੇ ਚਾਰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਭਰੇ ਹੋਏ ਸਨ। ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਹੋਣ ਦੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਉਮੀਦ ਵਾਜਬ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਸਿਰਫ ਓਨੇ ਹੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਲੋਡ ਵਾਰੰਟ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰਾਂ 'ਤੇ ਕਬਜ਼ਾ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਹੈ। ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਉਣ ਲਈ ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨਤੀਜੇ ਕਾਨੂੰਨ ਵਿੱਚ ਟਿਕਾਊ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਪਾਸ ਕੀਤੇ ਗਏ ਆਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਖਾਰਜ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। (ਪੈਰਾ 27, 35-37) [1136-ਬੀ; 1144-ਏ-ਐਚ; 1145-ਏ]

ਸਿਆਦ ਅਕਬਰ ਬਨਾਮ ਕਰਨਾਟਕ ਰਾਜ **(1980) 1 ਐਸਸੀਸੀ 30 : [1980] 1 ਐਸਸੀਆਰ 95;** *ਇਫਕੋ ਟੋਕਿਓ ਜਨਰਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਬਨਾਮ ਪਰਲ ਬੇਵਰੇਜਜ਼ ਲਿਮਟਿਡ* **(2021) 7 ਐਸਸੀਸੀ 704: 2021 (4) ਜੇਟੀ 345;** *ਮਾਰਟਿਨ ਐਫ ਡਿਸੂਜ਼ਾ ਬਨਾਮ ਮੁਹੰਮਦ ਇਸ਼ਫਾਕ* **(2009) 3 ਐਸਸੀਸੀ 1 : [2009] 3 ਐਸਸੀਆਰ 273;** *ਜੈਕਬ ਮੈਥਿਊ ਬਨਾਮ ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ ਅਤੇ ਹੋਰ* **(2005) 6 ਐਸਸੀਸੀ 1 : [2005] 2 ਬੇਨਤੀ ਐਸਸੀਆਰ 307;** *ਅਰੁਣ ਕੁਮਾਰ ਮੰਗਲਿਕ ਬਨਾਮ ਚਿਰਾਯੂ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਲਿਮਟਿਡ ਅਤੇ ਏ.ਐਨ.ਆਰ.* **(2019) 7 ਐਸਸੀਸੀ 401: [2019] 3 ਐਸਸੀਆਰ 281;** *ਸੀ.ਪੀ. ਸ਼੍ਰੀਕੁਮਾਰ (ਡਾ.), ਐਮਐਸ (ਆਰਥੋ) ਬਨਾਮ ਐਸ ਰਾਮਾਨੁਜਮ* **(2009) 7 ਐਸਸੀਸੀ 130: [2009] 7 ਐਸਸੀਆਰ 272;** *ਕੁਸੁਮ ਸ਼ਰਮਾ ਅਤੇ ਹੋਰ ਬਨਾਮ ਬੱਤਰਾ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ ਅਤੇ ਹੋਰ* **(2010) 3 ਐਸਸੀਸੀ 480: [2010] 2 ਐਸਸੀਆਰ 685;** *ਹਰੀਸ਼ ਕੁਮਾਰ ਖੁਰਾਣਾ ਬਨਾਮ ਜੋਗਿੰਦਰ ਸਿੰਘ ਅਤੇ* **ਹੋਰ (2021), ਐਸਸੀਸੀ ਆਨਲਾਈਨ ਐਸਸੀ 673 - 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ**

ਵ੍ਹਾਈਟਹਾਊਸ ਬਨਾਮ ਵ੍ਹਾਈਟਹਾਊਸ ਬਨਾਮ ਜਾਰਡਨ ਅਤੇ ਹੋਰ **[1981] 1 ਹਫਤਾਵਾਰੀ ਕਾਨੂੰਨ ਰਿਪੋਰਟਾਂ 246 - ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ**

ਕੇਸ ਕਾਨੂੰਨ ਦਾ ਹਵਾਲਾ

[1980] 1 ਐਸਸੀਆਰ 95	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ**	**ਪੈਰਾ 27**
[2009] 3 ਐਸਸੀਆਰ 273	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ**	**ਪੈਰਾ 29**
[2005] 2 ਸਪਲ. ਐਸ ਸੀ ਆਰ 307	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ**	**ਪੈਰਾ 30**
[2019] 3 ਐੱਸ ਸੀ ਆਰ 281	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ**	**ਪੈਰਾ 31**
[2009] 7 ਐਸ ਸੀ ਆਰ 272	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ**	**ਪੈਰਾ 32**
[2010] 2 ਐਸਸੀਆਰ 685	**'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ**	**ਪੈਰਾ 33**

ਸਿਵਲ ਅਪੀਲੀ ਅਧਿਕਾਰ ਖੇਤਰ : 2010 ਦੀ ਸਿਵਲ ਅਪੀਲ ਨੰਬਰ 1658

1999 ਦੀ ਮੂਲ ਪਟੀਸ਼ਨ ਨੰਬਰ 251 ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਖਪਤਕਾਰ ਵਿਵਾਦ ਨਿਵਾਰਣ ਕਮਿਸ਼ਨ, ਨਵੀਂ ਦਿੱਲੀ ਦੇ ਮਿਤੀ 06.01.2010 ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਅਤੇ ਆਦੇਸ਼ ਤੋਂ।

ਨਾਲ

2010 ਦੀ ਸਿਵਲ ਅਪੀਲ ਨੰਬਰ 2322 ।

ਸਿਧਾਰਥ ਭਟਨਾਗਰ, ਸਰ ਏਡੀਵੀ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਸੋਨੀਆ ਨਿਗਮ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਨੇਹਾ ਖਨੇਲਵਾਲ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਨਦੀਮ ਅਫਰੋਜ਼, ਆਦਿੱਤਿਆ ਸਿਧਰਾ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਪ੍ਰਚੇਤਾ ਕਾਰ, ਮੈਸਰਜ਼ ਕਰੰਜਾਵਾਲਾ ਐਂਡ ਕੰਪਨੀ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਬੀਨਾ ਮਾਧਵਨ, ਐਸ ਉਦੈ ਕੁਮਾਰ ਸਾਗਰ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਵਿਸ਼ਵਾਇਆ ਰਾਓ, ਮੈਸਰਜ਼ ਲੋਅਰ ਐਸ ਨੀਤ ਐਂਡ ਕੰਪਨੀ, ਵਿਸ਼ਾਲ ਭਟਨਾਗਰ, ਅਸ਼ਵਨੀ ਕੁਮਾਰ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਇਤੀ ਸ਼ਰਮਾ, ਅੰਸ਼ੁਲ ਧਤਵਾਲੀਆ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਈਸ਼ੂ ਮਾਨਕਸੀਆ, ਅਨਿਲ ਕੁਮਾਰ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਈਸ਼ੂ ਮਾਨਕਸੀਆ, ਅਨਿਲ ਕੁਮਾਰ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਇਸ਼ੂ ਮਾਨਕਸੀਆ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਈਸ਼ੂ ਮਾਨਕਸੀਆ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਅਨਿਲ ਕੁਮਾਰ, ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਇਸ਼ੂ ਮਾਨਕਸੀਆ। ਪੇਸ਼ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਧਿਰਾਂ ਲਈ।

ਵੱਲੋਂ ਅਦਾਲਤ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਸੁਣਾਇਆ ਗਿਆ

ਹੇਮੰਤ ਗੁਪਤਾ, ਜੇ.

1. ਮੌਜੂਦਾ ਅਪੀਲਾਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਖਪਤਕਾਰ ਵਿਵਾਦ ਨਿਵਾਰਣ ਕਮਿਸ਼ਨ[1] ਦੁਆਰਾ 06.01.2010 ਨੂੰ ਅਪੀਲਕਰਤਾਵਾਂ, ਭਾਵ ਬੰਬੇ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ 2 ਅਤੇ ਡਾ. ਸੀ. ਆਨੰਦ ਸੋਮਾਇਆ[3] ਵਿਰੁੱਧ ਪਾਸ ਕੀਤੇ ਗਏ ਆਦੇਸ਼ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੱਕ ਵਿਆਜ @ 9% ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ ਦੇ ਨਾਲ 14,18,491/- ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਅਦਾ ਕਰਨ ਦਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

2. ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਾਰਸਾਂ - ਮਰੀਜ਼ ਦਿਨੇਸ਼ ਜੈਸਵਾਲ 5 ਦੁਆਰਾ ਕਮਿਸ਼ਨ ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ 'ਤੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਲਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ।

---

[1] ਸੰਖੇਪ ਵਿੱਚ, 'ਕਮਿਸ਼ਨ'

[2] ਸੰਖੇਪ ਵਿੱਚ, 'ਹਸਪਤਾਲ'

[3] ਸੰਖੇਪ ਵਿੱਚ, 'ਡਾਕਟਰ'

[4] ਸੰਖੇਪ ਵਿੱਚ, 'ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ'

[5] ਸੰਖੇਪ ਵਿੱਚ, 'ਮਰੀਜ਼

ਮਰੀਜ਼। ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ 22.04.1998 ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ 12.06.1998 ਨੂੰ ਉਸਨੇ ਆਖਰੀ ਸਾਹ ਲਿਆ। ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੌਰਾਨ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ 4,08,800/- ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਵਸੂਲੀ। ਇਹ ਰਕਮ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਅਪੀਲਕਰਤਾਵਾਂ ਵਿਰੁੱਧ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਰਕਮ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

3. ਲੱਤਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਬੇਆਰਾਮੀ ਕਾਰਨ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਤੁਰਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋਣ ਕਾਰਨ 1990 ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾ ਰਿਹਾ ਸੀ। ਤੁਰਨ-ਫਿਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ ਦੀ ਉਸਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਲਈ, 13.04.1998 ਨੂੰ ਖੇਮੂਕਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਕਲੀਨਿਕ, ਨਾਗਪੁਰ ਵਿਖੇ ਇੱਕ ਕਲਰ ਡੋਪਲਰ ਟੈਸਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ:

> "ਵੰਡ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਪਰ ਪੇਟ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਐਓਰਟਾ ਦਾ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮਲ ਫੈਲਾਅ ਵੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ. ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਇਸਦੇ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਆਯਾਮਾਂ ਵਿੱਚ 5.4 x 2.6 ਮਾਪਦਾ ਹੈ
>
> ਰੰਗ ਪ੍ਰਵਾਹ ਅਧਿਐਨਾਂ 'ਤੇ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਨਿਯਮਿਤ ਥ੍ਰੋਮਬਸ ਵੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
> ਪ੍ਰੌਸਟੇਟ ਈਕੋ - ਪੈਟਰਨ ਵਿੱਚ ਆਮ ਹੈ ਅਤੇ 4 x 3 x 3 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਮਾਪਦਾ ਹੈ. ਪ੍ਰੌਸਟੈਟਿਕ ਕੈਪਸੂਲ ਬਰਕਰਾਰ ਹੈ। ਪਿਸ਼ਾਬ ਬਲੈਡਰ ਸਮਰੱਥਾ ਅਤੇ ਰੂਪ ਰੇਖਾ ਵਿੱਚ ਆਮ ਹੈ। ਖਾਲੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਚਿਆ ਪਿਸ਼ਾਬ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨਹੀਂ ਹੈ
>
> ਪ੍ਰਭਾਵ: ਵੰਡ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਪਰ ਪੇਟ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਐਓਰਟਾ ਦੇ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਦੇ ਨਾਲ ਹਲਕੇ ਹੈਪੇਟੋਮੈਗਲੀ

4. ਡਾ. ਕੇ.ਜੀ. ਦੇਸ਼ਪਾਂਡੇ ਮੈਮੋਰੀਅਲ ਸੈਂਟਰ, ਨਾਗਪੁਰ ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਦੁਆਰਾ 15.04.1998 ਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਡਾ. ਦੇਸ਼ਪਾਂਡੇ ਨੇ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਸੀ:

> "ਅਬਦ ਐਓਰਟਿਕ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਦਾ ਕੇਸ
> ਖੱਬੇ ਪਾਸੇ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ
> ਖੱਬੇ ਪੀਵੀਬੀ (ਐਮਬੋਲਿਜ਼ਮ) ਦੇ ਨਾਲ
> ਐੱਚ/ ਓ ਟਰਾਮਾ 1983,
> ਦਰਦ ਖੱਬੇ ਐਲਐਲ 1990 ਐਸ / ਓ ਐਮਬੋਲਿਜ਼ਮ
> ਵੈਸਕੁਲਰ ਡੁਪਲੈਕਸ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਏ. ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਨੂੰ ਵੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ
>
> 6*3*5.1ਸੈ.ਮੀ
> ਐਡਵੋਕੇਟ- ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਸਰਜੀਕਲ ਮੁਰੰਮਤ"

5. ਤਸ਼ਖੀਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਡਾ. ਦੇਸ਼ਪਾਂਡੇ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਪੀਲਕਰਤਾ-ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਭੇਜਿਆ ਜੋ ਇੱਕ ਵੈਸਕੁਲਰ ਸਰਜਨ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ ਨੇ 21.4.1998 ਨੂੰ ਅਪੀਲਕਰਤਾ-ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕੀਤਾ। ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦਾ ਆਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ

ਮਰੀਜ਼ ਐਓਰਟਾ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਦੇ ਇੱਕ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕੇਸ ਵਜੋਂ. 22.4.1998 ਨੂੰ, ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸਰੀਰਕ ਸਥਿਤੀਆਂ ਨੂੰ ਵੇਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਰੰਤ ਡੀਐਸਏ/ਸੀਏਟੀ ਸਕੈਨ [ਡਿਜੀਟਲ ਸਬ-ਟ੍ਰੈਕਸ਼ਨ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਅਤੇ ਕੰਪਿਊਟਰਾਈਜ਼ਡ ਐਕਸੀਅਲ ਟੋਮੋਗ੍ਰਾਫੀ] ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ:

> ਉਨ੍ਹਾਂ ਕਿਹਾ ਕਿ ਐਓਰਟਾ ਦਰਦ ਨਾਲ ਪੀੜਤ 42 ਸਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਖੱਬੇ ਹੇਠਲੇ ਅੰਗ ਅਤੇ ਸੱਜੀ ਲੱਤ ਗੋਡੇ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਹੈ। ਹੌਲੀ ਹੌਲੀ ਕਲੋਡੀਕੇਸ਼ਨ
> ਬੀਪੀ - 100/80
> ਇਸਕੇਮਿਕ ਦੋਵੇਂ ਹੇਠਲੇ ਅੰਗਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲਦਾ ਹੈ. ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਗੈਂਗਰੀਨ ਨਾਲ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ
> ਦੋਵੇਂ ਲੱਤਾਂ ਦੀਆਂ ਖੱਬੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
> .....

6. ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਕਿ ਦੋਵੇਂ ਹੇਠਲੇ ਅੰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸਕੇਮਿਕ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਨ ਅਤੇ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਗੈਂਗਰੀਨ ਨੂੰ ਵੀ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ. ਪ੍ਰੀ-ਓਪਰੇਟਿਵ ਤਿਆਰੀਆਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਅਪੀਲਕਰਤਾ-ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਵਿੱਚ ਡਾ. ਪਾਰਥ ਅਤੇ ਡਾ. ਬਿੰਦਰਾ ਸਮੇਤ ਸਰਜਨਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਟੀਮ ਦੁਆਰਾ 23.04.1998 ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਨੋਟਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੜ੍ਹਿਆ ਗਿਆ ਹੈ:

> ਜਾਂਚ ਕਰਨ 'ਤੇ ਖੱਬੇ ਪਾਸੇ ਲੇਟਰਲ ਪਹਿਲੂ 'ਤੇ ਇਕ ਵੱਡਾ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਪਾਇਆ ਗਿਆ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਨਫਰਾ ਗੁਰਦੇ ਪੈਦਾ ਹੋਏ।
>
> ਇਹ ਆਲੇ ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਢਾਂਚੇ ਦਾ ਸੰਘਣਾ ਪਾਲਣ ਕਰਦਾ ਸੀ। ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਟੇਪ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਲਈ ਖੱਬੇ ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਧਮਣੀ/ਨਸ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਪਾਸ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਧਮਣੀ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਾਂ ਅਤੇ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਦੇ ਉੱਪਰ ਐਓਰਟਾ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਇੱਕ ਟੇਪ ਪਾਸ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਦੋਵੇਂ ਆਮ ਇਲੀਆਕ ਧਮਣੀਆਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆਈਆਂ ਸਨ। ਟੇਪਾਂ ਨੂੰ ਦੋਵਾਂ ਇਲੀਆਕ ਧਮਣੀਆਂ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਪਾਸ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ.
>
> ਸਾਰੇ ਵਹਿਣਿਆਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਉਚਿਤ ਐਕਸਪੋਜ਼ਰ / ਸਲੰਗਿੰਗ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ. ਐਓਰਟਾ ਨੂੰ ਸਿਰਫ ਇਨਫਰਾ-ਰੀਨਲ ਤੰਦ 'ਤੇ ਲੋਹੇ ਨਾਲ ਬੰਨ੍ਹਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਖੁੱਲ੍ਹ ਗਿਆ. ਐਓਰਟਾ ਨੂੰ ਪਾਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਦੋਵੇਂ ਇਲੀਆਕਸ ਨੂੰ ਪਾਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ। (ਇੱਕ ਪੀਟੀਐਫਈ 'ਵਾਈ' ਅੰਗ ਗ੍ਰਾਫਟ) ਨੂੰ ਜਗ੍ਹਾ 'ਤੇ ਸੀਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ. ਐਓਰਟਾ ਦੇ ਛੋਟੇ ਮੁੱਖ ਅੰਗ ਨੂੰ ਨਿਰੰਤਰ ਪ੍ਰੋਲੂਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੇ ਦੋਵੇਂ ਅੰਗਾਂ ਨੂੰ ਸੱਜੇ ਪਾਸੇ ਆਮ ਇਲੀਆਕਸ ਦੇ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਅੰਤ ਤੱਕ ਸੀਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ. ਉੱਪਰਲੇ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਟੁਕੜੇ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗ੍ਰਾਫਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਵਾਹ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੇਠਲੇ ਐਨਸਟੋਮੋਸਿਸ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਨ
>
> ਖੱਬੇ ਪਾਸੇ, ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੇ ਪਾਸੇ ਨੂੰ ਆਮ ਇਲੀਆਕ ਦੇ ਅੰਤ 'ਤੇ ਟੁਕਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ. ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੇ ਅੰਗ ਨੂੰ ਹੋਰ ਹੇਠਾਂ ਲਿਆਂਦਾ ਗਿਆ

ਫੇਮੋਰਲ ਆਰਟਰੀ ਲਈ ਇੱਕ ਸੁਰੰਗ ਅਤੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੇ ਅੰਤ ਨੂੰ ਫੇਮੋਰਲ ਆਰਟਰੀ ਦੇ ਪਾਸੇ ਟੁਕਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਸਹੀ ਹੀਮੋਸਟੈਸਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਧੜਕਣ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਅੰਦਰੂਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਪੇਟ ਡਰੇਨੇਜ ਟਿਊਬਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਬਾਅਦ ਵਿਚ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ 'ਤੇ ਰਿਕਵਰੀ ਰੂਮ ਵਿਚ ਤਬਦੀਲ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ।

7. ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦਾ ਮਾਮਲਾ ਹੈ ਕਿ 24.4.1998 ਨੂੰ ਸਵੇਰੇ 4 ਵਜੇ ਦੇ ਕਰੀਬ, ਯਾਨੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਰਾਤ ਨੂੰ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰ ਰਹੀ ਨਰਸ ਨੇ ਦੇਖਿਆ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਧੜਕਣ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਸਰੀਰ ਦਾ ਤਾਪਮਾਨ ਘੱਟ ਸੀ ਅਤੇ ਹੇਠਲੇ ਅੰਗ ਠੰਡੇ ਹੋ ਗਏ ਸਨ। ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸਵੇਰੇ 7 ਵਜੇ ਦੇ ਕਰੀਬ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਬੇਹੋਸ਼ ਹੈ, ਲੱਤਾਂ ਠੰਡੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਧੜਕਣ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਅੱਗੇ ਦੋਸ਼ ਲਾਇਆ ਕਿ ਨਰਸ ਨੇ ਸਵੇਰੇ ੪ ਵਜੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਸੀ ਪਰ ਉਹ ਸਵੇਰੇ 9.30 ਵਜੇ ਹੀ ਆਇਆ ਸੀ। ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ 'ਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦੂਜਾ ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਪਰ ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨ ਖਰਾਬ ਸੀ। ਇਸ ਲਈ, ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਪਰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ ਅਤੇ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਦੋਵਾਂ ਲਈ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਪਈ। ਗੋਇਲ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਦੱਸਿਆ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਇਦ ਪੇਟ ਦੀ ਐਓਰਟਾ ਦਾ ਬਲਾਕ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ।

8. 24.4.1998 ਨੂੰ ਦੁਪਹਿਰ 12.30 ਵਜੇ ਕੀਤੀ ਗਈ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਵਿੱਚ ਗ੍ਰਾਫਟ 'ਤੇ ਇੱਕ ਬਲਾਕ (ਗਤਲਾ) ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਹੇਠਲੇ ਅੰਗਾਂ ਨੂੰ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬੰਦ ਹੋ ਗਈ ਸੀ। ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਦਲੀਲ ਦਿੱਤੀ ਕਿ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਸੀ। ਪਹਿਲਾਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਪੜਤਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਦੁਪਹਿਰ 3:30 ਵਜੇ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਪਰ ਕਿਉਂਕਿ ਚਾਰੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਭਰੇ ਹੋਏ ਸਨ, ਇਸ ਲਈ ਉਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮ 5.30 ਵਜੇ ਦੁਬਾਰਾ ਗ੍ਰਾਫਟਿੰਗ ਲਈ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾ ਸਕਿਆ। ਕਿਉਂਕਿ ਗ੍ਰਾਫਟ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਧੜਕਣ ਨਹੀਂ ਸੀ ਅਤੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੇ ਦੋਵੇਂ ਅੰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਫੈਲਿਆ ਗ੍ਰਾਫਟ ਵਿੱਚ ਗਤਲਾ ਸੀ, ਇਸ ਲਈ ਇੱਕ ਤਾਜ਼ਾ ਗ੍ਰਾਫਟ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਰਿਕਵਰੀ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ 'ਤੇ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ।

9. ਹਸਪਤਾਲ ਵੱਲੋਂ ਇਹ ਦਲੀਲ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦਾਖਲੇ ਦੌਰਾਨ ਡਾ. ਨੇਮਿਸ਼ ਸ਼ਾਹ, ਡਾ. ਜੇ. ਏ. ਪਚੋਰੇ, ਡਾ. ਏ. ਐਲ. ਕ੍ਰਿਪਾਲਾਨੀ, ਡਾ. ਪਾਰਥ, ਡਾ. ਐਚ. ਐਸ. ਬਿੰਦਰਾ ਅਤੇ ਹੋਰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਯੋਗ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿਚ ਸੀ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਕਸਰ ਬਾਕੀ ਨਹੀਂ ਛੱਡੀ ਗਈ। ਵੱਖ-ਵੱਖ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹੇ ਸਨ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ/ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਨਿਯਮਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਸੀ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਬਦਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਸੀ। ਨਿਯਮਿਤ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਡਾਇਲਾਸਿਸ,

ਜ਼ਖ਼ਮਾਂ ਆਦਿ ਦੇ ਕੱਪੜੇ ਵੀ ਪਾਏ ਗਏ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਬਦਕਿਸਮਤੀ ਨਾਲ, ਯੋਗ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀਆਂ ਵਧੀਆ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਅਤੇ 12.06.1998 ਨੂੰ ਉਸਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ।

10. ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਅਪੀਲਕਰਤਾਵਾਂ ਵੱਲੋਂ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਤੱਥਾਂ ਨੂੰ ਗਿਣਾਇਆ। ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਵਾਬ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ:

34. ਗ੍ਰਾਫਟਿੰਗ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਖੂਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਵਹਾਅ ਦੀ ਕਮੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਖੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਨਾਲ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਫਟਣਾ ਅਤੇ ਮਰਨਾ ਯਕੀਨੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਟਿਸ਼ੂ ਖੂਨ ਦੇ ਵਹਾਅ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਜੀ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ। ਪਰ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਰਿਕਵਰੀ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਉਸਦੀ ਜਾਂਚ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਹਾਜ਼ਰ ਨਰਸ ਨੇ 24.4.98 ਨੂੰ ਸਵੇਰੇ 4.30 ਵਜੇ ਦੇਖਿਆ ਕਿ ਹੇਠਲੇ ਅੰਗ ਠੰਡੇ ਹੋ ਗਏ ਸਨ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ। ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬੁਲਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਪਰ ਡਾਕਟਰ ਸੋਮਾਇਆ ਸਵੇਰੇ 9.30 ਵਜੇ ਆਏ ਸਨ, ਇਸ ਸਮੇਂ ਦਾ ਅੰਤਰ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਫਟਣ ਲਈ ਕਾਫੀ ਸੀ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੀ ਜਾਨ ਬਚ ਸਕਦੀ ਸੀ।	16. ਉਪਰੋਕਤ ਪ੍ਰਤੀ ਪੱਖਪਾਤ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਅਧੀਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਪੈਰਾ 34 ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਗਏ ਦੋਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਝੂਠਾ ਮੰਨਦਾ ਹਾਂ। ਅੱਗੇ ਕਿਹਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਗ੍ਰਾਫਟਿੰਗ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਖੂਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਖੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਨਾਲ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਫਟਣਾ ਅਤੇ ਮਰਨਾ ਯਕੀਨੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਵੀ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰ ਵੱਲੋਂ ਪੂਰਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਪੋਸਟ ਆਪਰੇਟਿਵ ਪੀਰੀਅਡ ਵਿੱਚ ਪਾਰਟੀ. ਇਸ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕਾਰਡੀਓ ਵੈਸਕੁਲਰ ਇਨਸੈਂਟਿਵ ਕੇਅਰ ਯੂਨਿਟ ਸੀਵੀਆਈਸੀਯੂ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜੋ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੁਸ਼ਲ ਅਤੇ ਸਿਖਿਅਤ ਨਰਸਿੰਗ ਸਟਾਫ ਦੁਆਰਾ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਨਿਰੰਤਰ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਰੈਜ਼ੀਡੈਂਟ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ 24 ਘੰਟੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਉਕਤ ਪੈਰੇ ਦੇ ਹੋਰ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ 24-4-1998 ਨੂੰ ਸਵੇਰੇ 4.30 ਵਜੇ ਦੇ ਕਰੀਬ ਹਾਜ਼ਰ ਨਰਸ ਨੇ ਦੇਖਿਆ ਕਿ ਹੇਠਲੇ ਅੰਗ ਕਥਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਠੰਡੇ ਹੋ ਗਏ ਸਨ। ਮੈਂ ਇਸ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਬੁਲਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਮੈਂ ਕਥਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਸਵੇਰੇ 9.30 ਵਜੇ ਉਕਤ ਯੂਨਿਟ ਵਿਚ ਆਇਆ ਸੀ। ਮੈਂ ਇਸ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਹੋਰ ਦੇਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ

35. ਕਿ 24.4.98 ਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੀ ਨਾਜ਼ੁਕ ਹਾਲਤ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਉਸਨੂੰ ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ ਲਈ 3 ਘੰਟਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਲਈ ਕਤਾਰ ਵਿੱਚ ਖੜ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਸ ਦੇਰੀ ਨੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਵਿਗਾੜ ਦਿੱਤਾ, ਇਹ ਪ੍ਰਤੀਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬੰਬੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰੀ ਨੈਤਿਕਤਾ ਨਹੀਂ ਸੀ। 36. ਸਥਿਤੀ ਹੋਰ ਗੁੜ੍ਹੀ ਹੋ ਗਈ ਕਿਉਂਕਿ 3 ਘੰਟੇ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਮਸ਼ੀਨ ਬੰਦ ਹੈ।	17. ਜਵਾਬ ਅਧੀਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਪੈਰਾ 35 ਅਤੇ 36 ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ, ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ 24.4.1998 ਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੀ ਗੰਭੀਰ ਹਾਲਤ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਉਸਨੂੰ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ 3 ਘੰਟਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਲਈ ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ ਲਈ ਕਤਾਰ ਵਿੱਚ ਖੜ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਕਤ ਦੇਰੀ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਉਕਤ ਦੇਰੀ ਕਾਰਨ ਉਕਤ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਾਲਤ ਕਥਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਵਿਗੜ ਗਈ ਹੈ। ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜੋ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਤਮ ਹੈ, ਉਸ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਮੈਂ 24.4.1998 ਨੂੰ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰ ਦੇ ਸਟਾਫ ਨੂੰ DSA ਟੈਸਟ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਸੀ। ਪਾਰਟੀ ਨੰ.1 ਨੇ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਨੂੰ ਡੀ.ਐਸ.ਏ ਟੈਸਟ ਲਈ ਲਿਆ ਪਰ ਬਦਕਿਸਮਤੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਉਪਕਰਨ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ ਹੀ ਨੁਕਸ ਪਾਇਆ ਗਿਆ। ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰਾਂ ਨੂੰ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦਾ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਦਰਜ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਰਿਕਾਰਡ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਕੇਸ ਪੇਪਰਾਂ ਦੀ ਪੜਚੋਲ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਇਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ ਕਿ ਉਕਤ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿੱਚ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਚੁੱਕਵੀਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਮੈਂ ਇਹ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਬੰਧਤ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੀ ਹਾਲਤ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਉਕਤ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ DSA ਸਮੇਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਟੈਸਟ ਲਈ ਨੇੜੇ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਕਰਨਾ ਸੰਭਵ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਇੱਥੇ ਇਹ ਵੀ ਨੋਟ ਕਰਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਸਬੰਧਤ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਕੇਵਲ ਜਸਲੋਕ ਹਸਪਤਾਲ, ਹਿੰਦੂਜਾ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਬ੍ਰੀਚ ਕੈਂਡੀ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਸਨ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋਏ ਉਕਤ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਉਕਤ ਟੈਸਟ ਲਈ ਸ਼ਿਫਟ ਕਰਨਾ ਸੰਭਵ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਮੈਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੁਆਰਾ ਲਗਾਏ ਗਏ ਦੋਸ਼ਾਂ ਦਾ ਵਿਵਾਦ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿਉਂਕਿ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਉਸ ਤਰਫੋਂ ਕੋਈ ਸੁਤੰਤਰ ਸਮੱਗਰੀ ਪੇਸ਼ ਕਰਕੇ ਉਕਤ ਦੋਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਇਹ ਦੋਸ਼ ਸੁਤੰਤਰ ਮਾਹਰ ਦੀ ਰਾਏ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਜਾਂ ਸਮਰਥਤ ਨਹੀਂ ਹਨ।
37. ਉਸੇ ਦਿਨ ਦੁਪਹਿਰ 12.30 ਵਜੇ (8 ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਬੰਦ ਹੋ ਗਈ ਹੈ) ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਪਰ ਦੁਬਾਰਾ 3.30 ਵਜੇ ਰਿਪੋਰਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ। 3 ਘੰਟੇ ਦੀ ਹੋਰ ਦੇਰੀ ਜੋ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੇ ਜੀਵਨ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੀ।	18. ਜਵਾਬ ਅਧੀਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਪੈਰਾ 37 ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ, ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਸਹੀ ਹੈ ਕਿ ਉਸੇ ਦਿਨ ਦੁਪਹਿਰ 12.30 ਵਜੇ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਰਿਪੋਰਟ ਦੁਪਹਿਰ 3.30 ਵਜੇ ਹੀ ਉਪਲਬਧ ਕਰਵਾਈ ਗਈ ਸੀ। ਕਥਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ. ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ 3 ਘੰਟੇ ਦੀ ਹੋਰ ਦੇਰੀ ਜੋ ਕਿ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੇ ਜੀਵਨ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੀ, ਨੇ ਕਥਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਹੋਰ ਉਲਝਣਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਇਆ।

38. ਕਿ ਰਿਪੋਰਟ ਮਿਲਣ 'ਤੇ ਸਰਜਨ ਨੇ ਠੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਪੇਟ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਲ੍ਹਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕੀਤਾ। ਦੁਬਾਰਾ ਫਿਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੁਰੰਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਿਆ ਕਿਉਂਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਖਾਲੀ ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਬਾਹਰਲੇ ਆਪ੍ਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਵੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ। ਇਸ ਕਾਰਨ 3 ਘੰਟੇ ਦੀ ਹੋਰ ਦੇਰੀ ਹੋਈ। 39. ਘਟਨਾ ਦਾ ਸਿਲਸਿਲਾ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਜੋ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬੰਬੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹਨ ਕਿ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ 12 ਘੰਟੇ ਦੀ ਦੇਰੀ ਹੋਈ ਸੀ ਜਦੋਂ ਕਿ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਘੰਟਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਦੀ ਘਾਟ ਤੋਂ ਬਚ ਨਹੀਂ ਸਕਦੀਆਂ।	19. ਜਵਾਬ ਅਧੀਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਪੈਰਾ 38 ਅਤੇ 39 ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ, ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਸਹੀ ਹੈ ਕਿ ਸਰਜਨ ਨੇ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਹੀ ਕਰਨ ਲਈ ਪੇਟ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਲ੍ਹਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕੀਤਾ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਥੀਏਟਰ ਉਪਲਬਧ ਨਾ ਹੋਣ ਕਾਰਨ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਮੁਲਤਵੀ ਜਾਂ ਦੇਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਕਤ ਦੇਰੀ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਸਬੰਧਤ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰਾਂ ਦੇ ਐਨ. ਪਾਰਟੀ ਨੰ.1 'ਤੇ ਕਬਜ਼ਾ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਕਿਉਂਕਿ ਹੋਰ ਮਰੀਜ਼ ਇਲਾਜ ਅਧੀਨ ਸਨ। 20. ਉਕਤ ਪੈਰੇ ਦੇ ਹੋਰ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ ਇਸ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਗਏ ਦੋਸ਼ ਨਾ ਸਿਰਫ਼ ਬੇਬੁਨਿਆਦ ਹਨ, ਸਗੋਂ ਇਹੋ ਜਿਹੇ ਮਨਘੜਤ ਇਰਾਦੇ ਅਤੇ ਗਲਤ ਇਰਾਦੇ ਨਾਲ ਲਗਾਏ ਗਏ ਹਨ। ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਰੋਧ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਪਾਰਟੀ ਨੰਬਰ 1 ਏਸ਼ੀਆ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ। ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਸਿਰਫ ਸੀਯੂ ਸਰਜਰੀ ਲਈ 4 ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਜੋ ਕਿ ਮੁੰਬਈ ਸ਼ਹਿਰ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪਿਛਲਾ ਵਰਤਾਰਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾਵਾਂ ਵੱਲੋਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾ ਹੋਣ ਦੇ ਲਾਏ ਗਏ ਦੋਸ਼ ਬਿਲਕੁਲ ਬੇਬੁਨਿਆਦ ਹਨ।
40. ਡਾ. ਸੋਮਯਾ ਦੁਆਰਾ 22.4.98 ਦੀ ਡੀਐਸਏ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਗੈਂਗਰੀਨ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਪਰ ਇਸ ਵੱਲ ਕੋਈ ਧਿਆਨ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। 41. ਡਾਕਟਰ ਸੋਮਾਇਆ ਟੀਮ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਸੀਨੀਅਰ ਸਰਜਨ ਹੋਣ ਦੇ ਨਾਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨਿਰੰਤਰ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਲਈ ਪਾਬੰਦ ਸਨ, ਪਰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਰਿਕਵਰੀ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਉਹ ਲਗਭਗ 16 ਘੰਟਿਆਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਆਏ। ਜੇ ਉਸਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਿਫਟ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ ਦੇਖਿਆ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਉਹ ਦੇਖ ਸਕਦਾ ਸੀ ਕਿ ਗ੍ਰਾਫਟ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਖੂਨ ਨਹੀਂ ਵਗ ਰਿਹਾ ਸੀ। ਸਰਜਨਾਂ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਕਾਰਨ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਨ ਚਲੀ ਗਈ।	21. ਜਵਾਬ ਅਧੀਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਪੈਰਾ 40 ਅਤੇ 41 ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ, ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਗਏ ਦੋਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਝੂਠਾ ਮੰਨਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਹ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰ ਦੁਆਰਾ ਰੱਖੇ ਗਏ ਕੇਸ ਪੇਪਰਾਂ ਦੀ ਪੜਚੋਲ ਕਰਨ 'ਤੇ। ਪਾਰਟੀ ਨੰਬਰ 1 ਇਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੀ ਲਗਾਤਾਰ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਦੋਸ਼ ਕਿ ਮੈਂ ਉਕਤ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਲਗਭਗ 16 ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ, ਬਿਲਕੁਲ ਝੂਠਾ, ਬੇਤੁਕਾ ਅਤੇ ਬੇਤੁਕਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਦੋਸ਼ ਕਿਸੇ ਅਣਗਹਿਲੀ ਨਾਲ ਲਗਾਏ ਗਏ ਜਾਪਦੇ ਹਨ। ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਬਦਨਾਮ ਇਰਾਦੇ ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਵਿਰੁੱਧ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਮਾਮਲਾ ਕਿਵੇਂ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਅਤੇ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰ ਤੋਂ ਫਿਰੌਤੀ ਦੀ ਰਕਮ ਖੋਹਣ ਦੇ ਇਰਾਦੇ ਨਾਲ. ਪਾਰਟੀ ਨੰ.1. ਮੈਂ ਇਹ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਉਕਤ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਆਪਣੀ ਸਮਰੱਥਾ ਅਨੁਸਾਰ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਲਗਨ ਅਤੇ ਤਨਦੇਹੀ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਉਕਤ ਇਲਾਜ ਤੋਂ 18 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਅਜਿਹੇ ਦੋਸ਼ ਸੁਣ ਕੇ ਮੈਨੂੰ ਦੁੱਖ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਇਹ ਨੋਟ ਕਰਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਜੇਕਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰ ਦੀ ਅਖੌਤੀ ਅਣਗਹਿਲੀ ਬਾਰੇ ਸੱਚਮੁੱਚ ਯਕੀਨ ਸੀ। ਧਿਰਾਂ, ਯਕੀਨਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਜਾਂ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੇ ਹੋਰ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਨੇ ਸਥਾਨਕ ਪੁਲਿਸ ਸਟੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਵਾਈ ਹੋਵੇਗੀ ਜਾਂ ਪੋਸਟਮਾਰਟਮ ਲਈ ਜ਼ੋਰ ਪਾਇਆ ਹੋਵੇਗਾ।

	ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਵਿਅਕਤੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਮੇਰੇ ਵਿਰੁੱਧ ਅਦਾਲਤ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਅਸਲੀਅਤ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਮੌਜੂਦਾ ਸ਼ਿਕਾਇਤ 10.7.1999 ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਉਚਿਤ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜੇ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰ 'ਤੇ ਰੇਲਿੰਗ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਅਖੌਤੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਧਿਰਾਂ ਮੇਰੇ ਕੇਸ ਦੀ ਵੀ ਹਮਾਇਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਮੌਜੂਦਾ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰਾਂ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੀ ਰਕਮ ਦੀ ਫਿਰੌਤੀ ਖੜਕਾਉਣ ਦੇ ਇਰਾਦੇ ਨਾਲ ਗਲਤ ਇਰਾਦੇ ਨਾਲ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।
42. ਇਹ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਲੜਾਈ ਭੋਲੇ-ਭਾਲੇ ਜੂਨੀਅਰ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਛੱਡਣਾ ਜਿਵੇਂ ਕਿ. ਡਾ: ਪਾਰਥਾ ਅਤੇ ਬਿੰਦਰਾ, ਡਾ: ਸੋਮਯਾ ਛੁੱਟੀਆਂ ਮਨਾਉਣ ਵਿਦੇਸ਼ ਗਏ ਸਨ। ਉਹ 30 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਸਲਾਹ ਲਈ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਸੀ।	22. ਜਵਾਬ ਅਧੀਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਪੈਰਾ 42 ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ, ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਮੈਂ ਛੁੱਟੀਆਂ ਮਨਾਉਣ ਲਈ ਵਿਦੇਸ਼ ਗਿਆ ਸੀ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਜੂਨੀਅਰ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਲੜਾਈ ਲੜਨਾ ਪਿਆ ਸੀ। ਪਾਰਥਾ ਅਤੇ ਡਾ: ਬਿੰਦਰਾ ਕਥਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ। ਮੈਂ ਇਹ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਦੋਸ਼ ਨਾ ਸਿਰਫ ਝੂਠੇ ਹਨ ਬਲਕਿ ਇਹ ਦੋਸ਼ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਮਾਨਯੋਗ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਮਨ ਵਿੱਚ ਪੱਖਪਾਤ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਦੇ ਇਰਾਦੇ ਨਾਲ ਲਗਾਏ ਗਏ ਹਨ। ਇਸ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ, ਮੈਂ ਇਹ ਦੱਸਦਾ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਬੰਧਤ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਭਾਵ 9 ਮਈ 1998 ਤੋਂ 7.6.1998 ਤੱਕ, ਮੈਂ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਨਫਰੰਸਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਲਈ ਚੀਨ, ਇੰਗਲੈਂਡ ਅਤੇ ਅਮਰੀਕਾ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਉਕਤ ਦੋਵੇਂ ਕਾਨਫਰੰਸਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਤੈਅ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ। ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾਵਾਂ ਦੇ ਇਹ ਦੋਸ਼ ਕਿ ਡਾ: ਪਾਰਥ ਅਤੇ ਡਾ: ਬਿੰਦਰਾ ਭੋਲੇ-ਭਾਲੇ ਜੂਨੀਅਰ ਡਾਕਟਰ ਹਨ, ਵੀ ਬੇਬੁਨਿਆਦ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਦੋਵੇਂ ਡਾਕਟਰ ਪੋਸਟ-ਗ੍ਰੈਜੂਏਟ ਅਤੇ ਆਪੋ-ਆਪਣੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਹਨ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਉਪਰੋਕਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਲੋੜੀਂਦਾ ਤਜ਼ਰਬਾ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦਾ ਇਲਾਜ ਸੀਨੀਅਰ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਵੱਲੋਂ ਸਾਹਮਣੇ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਸੀ। ਪਾਰਟੀ ਨੰ. 1 ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਓਪ. ਪਾਰਟੀ ਨੰਬਰ 1 ਸੀਨੀਅਰ ਮਾਹਿਰਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦਾ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਂ ਭਾਰਤ ਤੋਂ ਦੂਰ ਸੀ, ਉਹ ਵੀ ਆਪਣੀਆਂ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ, ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ ਪੂੰਜੀ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ।
43. ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਕ੍ਰਿਪਲਾਨੀ ਇੱਕ ਨਿਊਰੋਲੋਜਿਸਟ ਨੂੰ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਬੁਲਾਇਆ ਗਿਆ ਤਾਂ ਟਿੱਪਣੀ ਕੀਤੀ ਕਿ "ਦੋਵੇਂ ਲੱਤਾਂ ਚਲੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਕੇਸ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਸਭ ਕੁਝ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ"। ਪਰ ਡਾ: ਸੋਮਯਾ ਨੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇ ਪੂਰਵ-ਅਨੁਮਾਨ ਨੂੰ ਛੁਪਾਉਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਕੀਤੀ। ਜੇਕਰ ਉਹ ਸਹੀ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਲੱਤਾਂ ਕੱਟਣ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਲੈਂਦਾ ਤਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੀ ਜਾਨ ਬਚ ਸਕਦੀ ਸੀ।	23. ਜਵਾਬ ਅਧੀਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਪੈਰਾ 43 ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ, ਮੈਂ ਇਹ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਲਾਨੀ ਇੱਕ ਨੈਫਰੋਲੋਜਿਸਟ ਹਨ। ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਲਾਨੀ ਨੇ ਟਿੱਪਣੀ ਕੀਤੀ ਸੀ ਕਿ ਦੋਵੇਂ ਲੱਤਾਂ ਚਲੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਕੇਸ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਲਾਨੀ ਨੇ ਅੱਗੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੇ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਕਥਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਥਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਇਸ ਤੱਥ ਨੂੰ ਦਬਾਇਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਭਾਵੇਂ ਉਕਤ ਦੋਸ਼ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਵੱਲੋਂ ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਲਾਨੀ ਦੇ ਨਾਂ 'ਤੇ ਲਗਾਏ ਗਏ ਹਨ, ਪਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਇਸ ਵਿੱਚ ਬੁਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅਸਫਲ ਰਹੇ ਹਨ।

	ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਲਾਨੀ ਦਾ ਹਲਫ਼ਨਾਮਾ ਦਾਇਰ ਕਰਕੇ ਉਕਤ ਦੋਸ਼ਾਂ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ। ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਇਲਜ਼ਾਮਾਂ ਦੀ ਪੜਚੋਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੈਂ ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਲਾਨੀ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਕੀਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਲਾਨੀ ਨੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਉਕਤ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਨੂੰ ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਟਿੱਪਣੀ ਕਰਨ ਦਾ ਕੋਈ ਮੌਕਾ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਦਲੀਲ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਲਈ ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਲਾਨੀ ਦਾ ਹਲਫ਼ਨਾਮਾ ਦਾਇਰ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ।
44. ਇਹ ਇੱਕ ਨਵੀਨਤਮ ਮੈਡੀਕਲ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲਈ ਵੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਸੈਪਟੀਸੀਮੀਆ ਅਤੇ ਗੈਂਗਰੀਨ ਨੂੰ ਸੱਦਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਲਈ ਹੋਰ ਨੁਕਸਾਨ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਸੀ। ਪਰ ਡਾ: ਸੋਮਯਾ ਨੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਵਿਧੀ ਅਪਣਾਉਣ ਤੋਂ ਗੁਰੇਜ਼ ਕੀਤਾ। ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਲੱਤਾਂ ਉਦੋਂ ਹੀ ਕੱਟੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ ਜਦੋਂ ਸਾਰੇ ਸਲਾਹਕਾਰਾਂ ਨੇ ਰਾਏ ਦਿੱਤੀ ਸੀ ਕਿ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਇਹ ਇੱਕੋ ਇੱਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ। ਫਿਰ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਉਸਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਕੋਲ ਇੱਕੋ ਇੱਕ ਮੌਕਾ ਖਤਮ ਕਰ ਦਿੱਤਾ। ਘਟਨਾਵਾਂ ਦੀ ਲੜੀ ਤੋਂ ਇਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰ ਦੀ ਅਣਗਹਿਲੀ ਅਤੇ ਅਣਗਹਿਲੀ ਦਾ ਇੱਕ ਸਥਾਪਿਤ ਮਾਮਲਾ ਸਾਹਮਣੇ ਆਇਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੀ 12.6.1998 ਨੂੰ ਰਾਤ 9.30 ਵਜੇ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਸੀ।	24. ਜਵਾਬ ਅਧੀਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਪੈਰਾ 44 ਅਤੇ 45 ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ, ਮੈਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਗਏ ਦੋਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਝੂਠੇ ਬਚਾਅ ਵਜੋਂ ਰੱਦ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਤੱਥਾਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ ਕਿ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੀ ਮੌਤ 12.6.1998 ਨੂੰ ਰਾਤ 9.30 ਵਜੇ ਹੋਈ ਸੀ। ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਮੰਦਭਾਗਾ ਹੈ ਕਿ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੀ 43 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਸੀ, ਫਿਰ ਵੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰ 'ਤੇ ਦੋਸ਼ ਲਗਾਉਣ ਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਾਰਟੀਆਂ ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਹਮਦਰਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਅਤੇ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੇ ਹੋਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਅਤੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਨਾਲ ਹੈ। ਮੈਂ ਕਹਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਕਤ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦੀ ਮੌਤ ਮੈਡੀਕਲ, ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਾਰਨ ਹੋਈ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਮੇਰੀ ਜਾਂ ਵਿਰੋਧੀ ਧਿਰ ਨੰਬਰ 1 ਦੇ ਸਟਾਫ ਦੀ ਕਿਸੇ ਅਣਗਹਿਲੀ ਕਾਰਨ ਹੋਈ ਹੈ।

11. ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦਾ ਹਲਫਨਾਮਾ ਉਸੇ ਤਰਜ਼ 'ਤੇ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਗੱਲਾਂ ਹਨ।

12. ਅਪੀਲਕਰਤਾਵਾਂ ਵਿਰੁੱਧ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਸੰਖੇਪ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਿਰਲੇਖਾਂ ਅਧੀਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ:

(ਏ) ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਸੀ;

(ਬੀ) ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਉਸਦੀ ਨਾਜ਼ੁਕ ਹਾਲਤ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ ਲਈ ਕਤਾਰ ਵਿੱਚ ਖੜ੍ਹਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਸ਼ੀਨ ਖਰਾਬ ਪਾਈ ਗਈ ਸੀ;

(ਸੀ) ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਬੰਦ ਹੋਣ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਣ ਦੇ 8 ਘੰਟਿਆਂ ਬਾਅਦ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਕੀਤੀ ਗਈ;

(ਡੀ) ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ 12 ਘੰਟੇ ਦੀ ਦੇਰੀ ਕੀਤੀ ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਸੀ

(ਈ) ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ;

(ਐੱਫ) ਡਾਕਟਰ ਗੈਂਗਰੀਨ ਕਾਰਨ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਲੱਤਾਂ ਕੱਟਣ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਿਹਾ ਅਤੇ ਗੈਂਗਰੀਨ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ; ਅਤੇ

(ਜੀ) ਇਸ ਖੋਜ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਲਈ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਦੇ ਸਿਧਾਂਤ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਕਿ ਇਹ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਮਾਮਲਾ ਹੈ

13. ਵਿਦਵਾਨ ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਦੇਖਿਆ ਕਿ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਸਬੂਤ ਹਲਫਨਾਮੇ ਦਾਇਰ ਕੀਤੇ ਸਨ ਪਰ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਹਾਲਾਂਕਿ ਆਪਣੇ ਲਿਖਤੀ ਬਿਆਨ ਦਾਇਰ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਪਰ ਡਾ ਕ੍ਰਿਪਾਲਾਨੀ ਦੇ ਹਲਫਨਾਮੇ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ ਹਲਫਨਾਮੇ ਰਾਹੀਂ ਸਬੂਤ ਦਾਇਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਹਨ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਅਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਵੇਖਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਮੁੱਢਲਾ ਨਿਰੀਖਣ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਗਲਤ ਹੈ। ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ 7.1.2000 ਨੂੰ ਹਲਫਨਾਮੇ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣਾ ਲਿਖਤੀ ਬਿਆਨ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਯਾਨੀ ਉਸੇ ਤਾਰੀਖ ਨੂੰ ਜਿਸ ਦਿਨ ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਾਲਾਨੀ ਨੇ ਹਲਫਨਾਮਾ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੇ ਇਸ ਤੱਥ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਕਿ ਲਿਖਤੀ ਸੰਸਕਰਣ ਹਲਫਨਾਮੇ ਰਾਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ, ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ 13.07.2009 ਨੂੰ ਸਬੂਤ ਹਲਫਨਾਮਾ ਵੀ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਨੇ 30.8.2009 ਨੂੰ ਇੱਕ ਸੰਖੇਪ ਹਲਫਨਾਮਾ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ 7.1.2000 ਨੂੰ ਦਾਇਰ ਕੀਤੇ ਲਿਖਤੀ ਸੰਸਕਰਣ ਵਿੱਚ ਉਠਾਏ ਗਏ ਬਿਆਨਾਂ, ਬਿਆਨਾਂ ਅਤੇ ਦਲੀਲਾਂ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਤੱਥਾਂ ਦੀ ਗਲਤੀ ਹੈ ।

14. ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੇ ਡਾਕਟਰ ਵਿਰੁੱਧ ਉਲਟ ਟਿੱਪਣੀ ਕੀਤੀ ਸੀ ਕਿ ਉਸਨੇ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਅਮਰੀਕਾ ਅਤੇ ਯੂਕੇ ਦੇ ਦੌਰੇ ਲਈ ਰਵਾਨਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਈ ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦੇਖਿਆ ਸੀ ਜਾਂ ਉਸ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਸੀ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੁਪਰ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਦੇ ਨਾਮ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਵੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਸੀ ਜੋ ਉਸਦੀ ਗੈਰ ਹਾਜ਼ਰੀ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰੇ। ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੀ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਦੇਖਿਆ ਕਿ ਗੈਂਗਰੀਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਹੈ ਅਤੇ ਡਾ ਪਾਰਥ ਅਤੇ ਡਾ ਬਿੰਦਰਾ ਨੇ ਲੱਤਾਂ ਕੱਟਣ ਦਾ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਡਾ ਪਚੋਰ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਬਹੁਤ ਦੇਰ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਸੀ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਇਹ ਵੀ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਡਾ. ਪਚੋਰੇ ਨੇ ਡਾ. ਪਾਰਥ ਨੂੰ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਲਈ ਡਾਂਟਿਆ ਸੀ ਕਿਉਂਕਿ ਜੇ ਇੰਨੀ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਅੰਗ ਕੱਟੇ ਗਏ ਸਨ, ਤਾਂ ਵੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਬਚਣ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਸੀ

15. ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਭਾਰਤ ਦੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ, ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਹਲਫਨਾਮਾ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਹ ਰਿਜ਼ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਦਾ ਮਾਮਲਾ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਹ ਜ਼ਿਕਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਹਾਲਾਂਕਿ ਡਾਕਟਰ 29.4.1998 ਤੋਂ 9.5.1998 ਤੱਕ ਮੁੰਬਈ ਵਿਖੇ ਮੌਜੂਦ ਸੀ, ਪਰ ਉਸਨੇ ਅੰਗ ਕੱਟਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ

ਲੱਤਾਂ ਦੇ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 9.5.1998 ਤੋਂ 7.6.1998 ਤੱਕ, ਉਹ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਨਫਰੰਸਾਂ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਯੂ.ਐਸ.ਏ. ਅਤੇ ਯੂ.ਕੇ. ਗਏ। ਉਹ ਕਈ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਗ ਕੱਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 8.6.1998 ਨੂੰ ਹੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਆਇਆ ਸੀ। ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੇ ***ਵ੍ਹਾਈਟ ਹਾਊਸ ਬਨਾਮ ਜਾਰਡਨ ਅਤੇ ਹੋਰ ਧਿਰਾਂ***[6] ਦੇ ਫੈਸਲੇ 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਤਾਂ ਜੋ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਦੇ ਸਿਧਾਂਤ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਇੱਕ ਲੇਖ "ਇਨਫਰਾਨੇਰਲ ਪੇਟ ਐਓਰਟਿਕ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ (ਏਏਏ): ਜਾਣ-ਪਛਾਣ" ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਵੀ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਏਏਏ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਮੌਤ ਦਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰੀ-ਓਪਰੇਟਿਵ ਮੁਲਾਂਕਣ ਅਤੇ ਪੇਰੀਓਪਰੇਟਿਵ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਦੁਆਰਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ. ਰਾਬਰਟ ਬੀ ਰਦਰਫੋਰਡ ਦੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਪਾਠ ਪੁਸਤਕ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਪੈਰਾਪਲੇਜੀਆ ਇੱਕ ਦੁਰਲੱਭ ਉਲਝਣ ਸੀ ਜਦੋਂ ਕਿ ਮੌਜੂਦਾ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਪੈਰਾਪਲੇਜੀਆ ਤੁਰੰਤ ਵਾਪਰਿਆ ਸੀ।

16. ਅਪੀਲਕਰਤਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਦਵਾਨ ਵਕੀਲ ਨੇ ਦਲੀਲ ਦਿੱਤੀ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਇੱਕ ਪ੍ਰਸਿੱਧ ਹਸਪਤਾਲ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡੀਐਸਏ ਸਮੇਤ ਚਾਰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਅਤੇ ਐਡਵਾਂਸ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਹਨ। ਮੁੰਬਈ ਦੇ ਤਿੰਨ ਹੋਰ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਸਲੋਕ ਹਸਪਤਾਲ, ਹਿੰਦੂਜਾ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਬ੍ਰੀਚ ਕੈਂਡੀ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਚ ਇਕੱਲੇ ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਸਨ। ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ ਆਪਣੇ ਹਲਫਨਾਮੇ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਗੱਲਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਜ਼ਿਕਰ ਕੀਤਾ ਸੀ ਕਿ ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ ਬੈੱਡ ਸਾਈਡ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਕਾਰਡੀਐਕ ਕਾਊਟਰਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨ ਸਥਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਇਸ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡੀਐਸਏ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਥਿਰ ਕਰਨਾ ਪਿਆ। ਕਿਉਂਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ 'ਤੇ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਕਈ ਸਹਾਇਤਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਉਣਾ ਸੰਭਵ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਪਰ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ ਲਈ ਲਿਜਾਇਆ ਗਿਆ, ਤਾਂ ਮਸ਼ੀਨ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਤਕਨੀਕੀ ਸਮੱਸਿਆ ਪੈਦਾ ਹੋ ਗਈ। ਕਿਉਂਕਿ ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੀ ਸੀ, ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸੰਭਵ ਟੈਸਟ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ. ਹਸਪਤਾਲ ਕੋਲ ਦਵਾਈ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸ਼ਾਖਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਟਾਫ ਸੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨੇਫਰੋਲੋਜੀ, ਆਰਥੋਪੈਡਿਕਸ ਆਦਿ ਸਮੇਤ ਸਮੇਂ-ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਸੀ। ਇਹ ਦਲੀਲ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ ਕਿ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਵੀ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਸ਼ੱਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਪਰ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਦੋ ਕਾਰਕ ਲਏ ਗਏ ਹਨ; ਪਹਿਲਾ, ਉਹ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਅਗਲੇ ਦਿਨ ਸਵੇਰੇ 9/9.30 ਵਜੇ ਤੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਅਤੇ ਦੂਜਾ, ਉਹ 29.4.1998 ਤੋਂ 9.5.1998 ਤੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਜਦੋਂ ਉਹ ਮੁੰਬਈ ਵਿੱਚ ਸੀ ਅਤੇ 9.5.1998 ਤੋਂ 7.6.1998 ਤੱਕ ਜਦੋਂ ਉਹ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਨਫਰੰਸਾਂ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਵਿਦੇਸ਼ ਗਿਆ ਸੀ।

17. ਅਸੀਂ ਇਹ ਨਹੀਂ ਵੇਖਦੇ ਕਿ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਵਰਤਣ ਦਾ ਅਧਾਰ ਟਿਕਾਊ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਦਰਜ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਖੋਜਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਤੇ ਤੱਥਾਂ ਦੀਆਂ ਗਲਤੀਆਂ ਦੋਵੇਂ ਹਨ।

---

[6] [1981] 1 ਹਫਤਾਵਾਰੀ ਕਾਨੂੰਨ ਰਿਪੋਰਟਾਂ 246

18. ਡਾ. ਕੇ.ਜੀ. ਦੇਸ਼ਪਾਂਡੇ ਨੇ 15.4.1998 ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਸਰਜੀਕਲ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਸਲਾਹ ਨਾਲ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਮੁੰਬਈ ਵਿਖੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਕਰਨ ਲਈ ਛੇ ਦਿਨ ਹੋਰ ਲੱਗ ਗਏ ਸਨ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿਰਫ 21.4.1998 ਨੂੰ ਸੀ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਗੈਂਗਰੀਨ ਦੇ ਮੱਦੇਨਜ਼ਰ ਤੁਰੰਤ ਐਨਿਊਰਿਜ਼ਮ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਇਸ ਲਈ, ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਦੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ ਪਰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਗੈਂਗਰੀਨ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਨਹੀਂ ਪਾਈ ਗਈ। ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਾਲਤ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸੀ ਜਦੋਂ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ 21.4.1998 ਨੂੰ ਸਲਾਹ ਲਈ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ।

19. ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨ ਦਾ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨ ਇੱਕ ਵੱਡੀ, ਮਹਿੰਗੀ ਅਤੇ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਮਸ਼ੀਨ ਹੈ ਜਿਸ ਨੇ ਬਦਕਿਸਮਤੀ ਨਾਲ ਉਸ ਸਮੇਂ ਕੁਝ ਤਕਨੀਕੀ ਸਮੱਸਿਆ ਵਿਕਸਿਤ ਕੀਤੀ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਟੈਸਟ ਕਰਨਾ ਪਿਆ ਸੀ. ਕੋਈ ਵੀ ਮਸ਼ੀਨ ਮਨੁੱਖੀ ਨਿਯੰਤਰਣ ਤੋਂ ਪਰੇ ਅਣਗਿਣਤ ਕਾਰਕਾਂ ਕਰਕੇ ਗੈਰ-ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਮਸ਼ੀਨਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਮਕੈਨੀਕਲ, ਇਲੈਕਟ੍ਰੀਕਲ ਅਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਭਾਗ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਡੀਐਸਏ ਟੈਸਟ 22.4.1998 ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਡੀਐਸਏ ਮਸ਼ੀਨ ਨੂੰ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਖਰਾਬ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਖੂਨ ਦੇ ਪ੍ਰਵਾਹ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਕਲਪਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਦੁਪਹਿਰ 12.30 ਵਜੇ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਹਸਪਤਾਲ ਨਾਲ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਨਹੀਂ ਜੋੜੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਲਿਜਾਣ ਵੇਲੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰਾਂ 'ਤੇ ਕਬਜ਼ਾ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰਾਂ ਨੂੰ ਹਰ ਸਮੇਂ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਇਸ ਲਈ, ਜਦੋਂ ਹੋਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਸੀ, ਉਸ ਸਮੇਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਨਾ ਹੋਣਾ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਕਰਨ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ ਆਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੈ

20. 24.4.1998 ਦੇ ਓਪਰੇਟਿਵ ਨੋਟਾਂ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਤੋਂ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰਵਾਹ ਸਥਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਗ੍ਰਾਫਟ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ 'ਤੇ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਅਤੇ ਰਿਕਵਰੀ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ। 25.4.1998 ਨੂੰ, ਡਾ. ਬਿੰਦਰਾ ਦੇ ਇੱਕ ਨੋਟ ਨੇ ਸੰਕੇਤ ਦਿੱਤਾ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡਾ. ਸ਼ਰੂਤੀ ਨੇ ਦੇਖਿਆ ਸੀ। ਇਹ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਦੋਵਾਂ ਲੱਤਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹਰਕਤ ਨਹੀਂ ਸੀ ਪਰ ਪਿੰਨ ਚੁੰਘ ਦੀ ਸੰਵੇਦਨਾ ਸੀ ਅਤੇ ਮੱਧ ਜੰਘ ਦੇ ਹੇਠਾਂ, ਹੇਠਲੇ ਅੰਗਾਂ 'ਤੇ ਸੰਵੇਦਨਾ ਮੌਜੂਦ ਸੀ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਲੱਤਾਂ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਗਰਮ ਸਨ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਗੋਡੇ ਅਤੇ ਪੈਰ ਠੰਡੇ ਨਹੀਂ ਸਨ. 27.4.1998 ਨੂੰ, ਡਾ. ਐਚ.ਐਸ. ਬਿੰਦਰਾ ਨੇ ਡਾ. ਖਾਡਿਲਕਰ ਤੋਂ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਮੰਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਅੰਗ ਗਰਮ ਹਨ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਲੱਕੜ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੈ ਅਤੇ ਦੋਵੇਂ ਹੇਠਲੇ ਅੰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਜਕੜਨ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ। ਡਾ. ਖਾਡਿਲਕਰ ਨੇ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਕਿ ਇਹ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਰੀੜ੍ਹ ਦੀ ਹੱਡੀ / ਕੋਨਸ ਸਿੰਡਰੋਮ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੇਠਲੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਰੀੜ੍ਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਐਮਆਰਆਈ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਅਤੇ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਦਵਾਈ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ

ਪੈਂਟੋਸਿਫਲਿਨ ਅਤੇ ਲੋਮੋਡੇਕਸ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਇਸ਼ਕੀਮੀਆ ਲਈ - ਉੱਚ ਸੀਕੇ ਅਤੇ ਮਾਇਓਗਲੋਬੁਲਿਨ. ਡਾ. ਖਾਡਿਲਕਰ ਨੇ 28.4.98 ਨੂੰ ਵੀ ਇਸੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ। 29.4.1998 ਨੂੰ, ਡਾ. ਖਾਡਿਲਕਰ ਨੇ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਸੀ ਕਿ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਪੱਧਰ ਜੰਘ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ 1/3 ਹਿੱਸੇ ਤੱਕ ਡਿੱਗ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਅੰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸ਼ਕਤੀ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਐਮਆਰਆਈ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਨਹੀਂ ਵੇਖੀ ਗਈ। ਇਹ ਵੀ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਸ਼ਾਇਦ ਮਾਇਓਨੇਕਰੋਸਿਸ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾ ਰਿਹਾ ਸੀ। ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡਾਇਲਸਿਸ 'ਤੇ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ।

21. ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਡਾ. ਕ੍ਰਿਪਾਲਾਨੀ ਜਾਂ ਉਸ ਦੀ ਯੂਨਿਟ ਦੁਆਰਾ 1.5.1998 ਤੱਕ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 23.5.1998 ਤੱਕ ਕਈ ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਇਸ ਦੌਰਾਨ ਡਾਇਲਸਿਸ ਵੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਸੀ। ਬਿੰਦਰਾ ਵੱਲੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਸੀ। ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ 12.5.1998 ਨੂੰ ਡਾ. ਅਮਰਾਪੁਰਕਰੋਨ ਕੋਲ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਜਦੋਂ ਇਹ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਕਿ ਜਿਗਰ ਦੀ ਇਸਕੇਮਿਕ ਸੱਟ ਨੂੰ 13.5.1998 ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਫਿਰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ 16.5.1998 ਨੂੰ ਐਂਟਰਨਲ ਨਿਊਰਿਸਿਮ ਲਈ ਡਾ. ਅਮੀਨ ਕੋਲ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ

22. ਅੰਗ ਧਮਣੀਆਂ ਦੇ ਕਲਰ ਫਲੋ ਇਮੇਜਿੰਗ ਤੋਂ 18.05.1998 ਨੂੰ ਇਹ ਵੀ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਆਮ ਫੇਮੋਰਲ, ਸਤਹੀ ਫੇਮੋਰਲ ਅਤੇ ਪੋਪਲਾਈਟਲ ਧਮਣੀਆਂ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਪੇਟੈਂਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ. ਦੋਵੇਂ ਪਿਛਲੀਆਂ ਟਿਬੀਅਲ ਧਮਣੀਆਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਵਾਹ ਘੱਟ ਗਤੀ ਅਤੇ ਨਸ ਦੀ ਕਿਸਮ ਦਾ ਸੀ, ਜੋ ਮੁੜ ਭਰੇ ਹੋਏ ਪ੍ਰਵਾਹ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਡਾ. ਪਚੋਰੇ ਨੇ 27.5.1998 ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਵੀ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਦੇਖਿਆ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਗੋਡੇ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਗਿੱਲਾ ਗੈਂਗਰੀਨ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਉਸ ਨੂੰ ਅੰਗ ਕੱਟਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ। 29.5.1998 ਨੂੰ, ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਗਿੱਲੇ ਗੈਂਗਰੀਨ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਟਿਬੀਅਲ ਟਿਊਬਰੋਸਿਟੀ ਦੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਗੋਡੇ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਕੱਟਣ ਲਈ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਦੁਵੱਲੀ ਗਿਲੇਟਿਨ ਅੰਗ ਕੱਟਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। 30.05.1998 ਨੂੰ, ਇਹ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਤੀਬਰ ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਰਿਹਾ ਸੀ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ 30.05.1998 ਨੂੰ ਸੈਪਟੀਸੀਮੀਆ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ, 12.06.1998 ਨੂੰ, ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਵੈਂਟੀਲੇਟਰ 'ਤੇ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਸੈਪਟੀਸੀਮਿਕ ਸਦਮੇ ਕਾਰਨ ਰਾਤ 9.30 ਵਜੇ ਉਸਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ।

23. ਇਹ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦਾ ਇਹ ਮਾਮਲਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੁਨਰ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਦਰਅਸਲ, ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਦੇਸ਼ਪਾਂਡੇ ਨੇ ਨਾੜੀ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਮੁਹਾਰਤ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਉਸ ਕੋਲ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ 23.4.1998 ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਕਰਨ ਜਾਂ 24.4.1998 ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਕਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਹੋਈ ਸੀ। ਇਹ ਦੋਸ਼ 23.4.1998 ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿਣ, 24.4.1998 ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲੱਤ ਕੱਟਣ ਦੇ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਫੈਸਲੇ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਕਥਿਤ ਬੇਲੋੜੀ ਵਿਦੇਸ਼ ਫੇਰੀ ਦਾ ਹੈ।

24. ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਵਿਦੇਸ਼ ਦੌਰੇ 'ਤੇ ਹੋਣ ਦੀ ਅਜਿਹੀ ਦਲੀਲ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਅਪਗ੍ਰੇਡ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ

ਉਸਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਵੀਨਤਮ ਵਿਕਾਸ ਜਿਸ ਲਈ ਉਸਨੂੰ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਦੋਵਾਂ ਕਾਨਫਰੰਸਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਿਰਫ ਇਹ ਤੱਥ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਵਿਦੇਸ਼ ਗਿਆ ਸੀ, ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਨਹੀਂ ਲਗਾ ਸਕਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਮਲਟੀਫੈਕਲਟੀਆਂ ਦੇ ਮਾਹਰਾਂ ਵਾਲੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਦੋ ਡਾਕਟਰ ਡਾ. ਬਿੰਦਰਾ ਅਤੇ ਡਾ. ਪਾਰਥ, ਦੋਵੇਂ ਪੋਸਟ ਗ੍ਰੈਜੂਏਟ ਹਨ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਮੌਜੂਦ ਸਨ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਸਟੈਂਡ ਅਨੁਸਾਰ, ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਾਰਡੀਓ ਵੈਸਕੁਲਰ ਇੰਟੈਂਸਿਵ ਕੇਅਰ ਯੂਨਿਟ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਕਾਰਡੀਓ ਵੈਸਕੁਲਰ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਮੁਖੀ ਡਾ ਨੇਮਿਸ਼ ਸ਼ਾਹ ਸਮੇਤ ਯੋਗ ਪੋਸਟ-ਗ੍ਰੈਜੂਏਟ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰੰਤਰ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਸੀ। ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਹੋਰ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਵੀ ਵੇਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸੰਖੇਪ ਸੰਖੇਪ ਤੋਂ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ। ਹੋਰ ਖੇਤਰਾਂ ਦੇ ਮਾਹਰਾਂ ਨਾਲ ਸਮੇਂ-ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਉਸ ਅਨੁਸਾਰ ਸੋਧਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਬਚਿਆ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਤਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਦੋਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਆਪਣੀਆਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਯੋਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਵੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਨੂੰ ਰੋਕ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ

25. ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਖੂਨ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵਹਿ ਰਿਹਾ ਸੀ ਪਰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਦੁਪਹਿਰ 12.30 ਵਜੇ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਥੱਕੇ ਬਣਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਹੋਈ। ਦੁਪਹਿਰ 3.30 ਵਜੇ ਮੁੜ ਖੋਜ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਫੈਸਲਾ ਲਿਆ ਗਿਆ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਬੇਬੁਨਿਆਦ ਜਾਪਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਮੈਟਰੋਗਿਲ 400 ਅਤੇ ਪਾਈਪਰਾਸਿਲਿਨ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਵਰਗੀਆਂ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕ ਦਵਾਈਆਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਸਨ ਜੋ ਗੈਂਗਰੀਨ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਕ੍ਰਿਪਾਲਾਨੀ ਨੇ ਆਪਣੇ ਹਲਫਨਾਮੇ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਵੱਲੋਂ ਲਗਾਏ ਗਏ ਦੋਸ਼ਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਕ੍ਰਿਪਾਲਾਨੀ ਨੇ ਡਾਇਲਸਿਸ ਕਰਨ ਸਮੇਤ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਿਰੰਤਰ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਡਾਕਟਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਲੱਤਾਂ ਕੱਟਣ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿਣ ਦੇ ਦੋਸ਼ਾਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ, ਅੰਗਾਂ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਦੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਅੰਗ ਕੱਟਣਾ ਆਖਰੀ ਉਪਾਅ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡਾ. ਪਚੋਰੇ ਦੀ ਸਲਾਹ ਅਨੁਸਾਰ ਅੰਗ ਕੱਟੇ ਗਏ। ਸੁਪਰ-ਸਪੈਸ਼ਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਯੁੱਗ ਵਿੱਚ, ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੈ. ਹਰੇਕ ਸਮੱਸਿਆ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਖੇਤਰ ਦੇ ਮਾਹਰ ਦੁਆਰਾ ਨਜਿੱਠਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹੀ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਤੋਂ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ। ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦਾ ਸਟੈਂਡ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕਿਉਂਕਿ ਸਰਜਰੀ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਉਹ ਇਕੱਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪਹਿਲੂਆਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵੇਗਾ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਹ ਇੱਕ ਗਲਤ ਧਾਰਨਾ ਹੈ

26. ਇਹ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਕੇਸ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਮਰੀਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਗੰਭੀਰ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਸੀ ਪਰ ਸਰਜਰੀ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ, ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਬਚ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ, ਤਾਂ ਗਲਤੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ

ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਜੋਂ ਡਾਕਟਰਾਂ 'ਤੇ ਹਮਲਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਇਹ ਉਮੀਦ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੌਰਾਨ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਬਿਸਤਰੇ ਦੇ ਪਾਸੇ ਰਹੇਗਾ ਜਿਸ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਸੀ। ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਘਾਟ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਈ ਹੈ।

27. ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਰੁੱਧ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲੱਭਣ ਦਾ ਇਕੋ-ਇਕ ਅਧਾਰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਸਬੂਤ ਦਾ ਨਿਯਮ ਹੈ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਇੱਕ ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ ਸਿਆਦ **ਅਕਬਰ ਬਨਾਮ ਕਰਨਾਟਕ ਰਾਜ**[7] ਕੇਸ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਇੱਕ ਅਪਰਾਧਿਕ ਨੇ ਮੁਕੱਦਮੇ ਵਿੱਚ ਸਿਧਾਂਤ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਮਝਾਇਆ:

> "19. ਇੱਕ ਨਿਯਮ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ, ਸਿਰਫ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਬੂਤ ਕਿ ਕੋਈ ਘਟਨਾ ਵਾਪਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹਾਦਸਾ ਵਾਪਰਿਆ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਕਾਰਨ ਅਣਜਾਣ ਹੈ, ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਰ ਕਿਸੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਘਟਨਾ ਜਾਂ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਗਠਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਅਜੀਬ ਹਾਲਾਤ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਘਟਨਾ ਜਾਂ ਹਾਦਸੇ ਦੇ ਕਾਰਨ ਵਜੋਂ ਕਿਸੇ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨੂੰ ਸਹਿਜ, ਸਪੱਸ਼ਟ ਅਤੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਆਵਾਜ਼ ਾਂ ਵਿੱਚ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੈ ਕਿ ਮੈਕਸਿਮ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕਿਟਰ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਹਾਦਸੇ ਦਾ ਕਾਰਨ ਅਣਜਾਣ ਹੈ ਅਤੇ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਨ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵਾਜਬ ਸਪੱਸ਼ਟੀਕਰਨ ਸਾਹਮਣੇ ਨਹੀਂ ਆ ਰਿਹਾ ਹੈ. ਇਸ ਨੁਕਤੇ 'ਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦੇਣ ਲਈ, ਇਹ ਦੁਹਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਘਟਨਾ ਜਾਂ ਦੁਰਘਟਨਾ ਅਜਿਹੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜੋ ਆਮ ਚੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਵਾਪਰਦੀ ਜੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਨਿਯੰਤਰਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਉਚਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਨ. ਪਰ, ਕੁਝ ਫੈਸਲਿਆਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਸਿਰਫ ਇਸ ਸ਼ਰਤ ਦੀ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਨੂੰ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਹੋਰ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹਾਦਸੇ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਨ ਵਾਲੀ ਘਟਨਾ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਦੇ ਨਿਯੰਤਰਣ ਵਿੱਚ ਸੀ. ਇਸ ਦੂਜੀ ਲੋੜ ਦਾ ਕਾਰਨ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜਿੱਥੇ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਕੋਲ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਵਾਲੀ ਚੀਜ਼ ਦਾ ਨਿਯੰਤਰਣ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹਾਦਸਾ ਕਿਵੇਂ ਵਾਪਰਿਆ। ਅਜਿਹੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਿਸਮ ਦੇ ਹਾਦਸਿਆਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਜੋ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਬੱਚੇ ਹੋਣ ਦੀ "ਆਪਣੀ ਕਹਾਣੀ ਦੱਸਦੀਆਂ ਹਨ", ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਿੱਥੇ ਕੋਈ ਮੋਟਰ ਵਾਹਨ ਫੁੱਟਪਾਥ 'ਤੇ ਚੜ੍ਹਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਜੈਕਟ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਥੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਵਾਹਨ ਵਿੱਚ ਯਾਤਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ; ਇਕ ਕਾਰ ਨੇ ਦੂਜੀ ਕਾਰ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਤੋਂ ਟੱਕਰ ਮਾਰ ਦਿੱਤੀ, ਜਾਂ ਸੜਕ ਦੇ ਗਲਤ ਪਾਸੇ ਆਹਮੋ-ਸਾਹਮਣੇ ਟੱਕਰ ਵੀ ਹੋ ਗਈ। (ਬਾਰਕਵੇ ਬਨਾਮ ਸਾਊਥ ਵੇਲਜ਼ ਟਰਾਂਸਪੋਰਟ ਕੰਪਨੀ [(1950) 1 ਆਲ ਈਆਰ 392, 399 ਵਿੱਚ ਲਾਰਡ ਨੋਰਮੰਡ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਦੇਖੋ; ਕਰੀਮ ਬਨਾਮ ਸਮਿਥ [(1961) 8 ਏਈਆਰ 349]; ਰਿਚਲੇ ਬਨਾਮ ਰਿਚਲੇ ਵੀ. ਫਾਲ [(1965) 1 ਡਬਲਯੂਐਲਆਰ 1454 : (1965) 3 ਆਲ ਈਆਰ 109])

[7] (1980) 1 ਐਸਸੀਸੀ 30

20. ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਮੈਕਸਿਮ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ "ਘੱਟ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜ਼ਰੂਰਤ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਰੈਸ ਨੂੰ ਨਾ ਸਿਰਫ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਬਲਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ 'ਤੇ ਵੀ ਪਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ"

XXX XXX XXX

26. ਉਪਰੋਕਤ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਤੋਂ, ਮੈਕਸਿਮ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕਿਟੂਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚ ਦੀਆਂ ਦੋ ਲਾਈਨਾਂ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹਨ. ਪਹਿਲੇ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਜਿੱਥੇ ਮੈਕਸਿਮ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਆਮ ਨਿਯਮ ਦੇ ਅਪਵਾਦ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਥਿਤ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਦਾ ਬੋਝ, ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ, ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ 'ਤੇ ਹੈ. ਇਸ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਵਿੱਚ, ਜੇ ਕਿਸੇ ਹਾਦਸੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ ਅਜਿਹੀ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਵਾਪਰਨਾ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ, ਜਿੱਥੇ ਕੋਈ ਮੋਟਰ ਵਾਹਨ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕਾਰਨ ਦੇ ਹਾਈਵੇਅ ਛੱਡ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਪਲਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਿਰਪੱਖ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਲਟਕਰਹੇ ਰੁੱਖ ਦੀਆਂ ਟਹਿਣੀਆਂ ਨੂੰ ਬਰਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਸੱਟ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਿੱਥੇ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖਣਾ ਫਰਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ ਹਾਲਾਤ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਅਜਿਹੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਜੋਖਮ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਬੋਝ ਘੱਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਲਈ ਹੁੰਦਾ ਹੈ. ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ 'ਤੇ ਬੋਝ ਪਾਉਣਾ ਜਾਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਦਲਣਾ ਹਾਦਸੇ ਦੇ ਸੰਵਿਧਾਨਕ ਹਾਲਾਤਾਂ ਤੋਂ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕਾਨੂੰਨ ਅਤੇ ਤੱਥਾਂ ਦੀ ਧਾਰਨਾ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਅਦਾਲਤਾਂ ਦੇ ਕਈ ਫੈਸਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵਿਚਾਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। [ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਦੇਖੋ ਬਰਕ ਬਨਾਮ ਮੈਨਚੈਸਟਰ, ਸ਼ੇਫੀਲਡ ਐਂਡ ਲਿੰਕਨਸ਼ਾਇਰ ਰੇਲ ਕੰਪਨੀ[(1870) 22 ਐਲਜੇ 442]; ਮੂਰ ਬਨਾਮ ਆਰ ਫਾਕਸ ਐਂਡ ਸੰਨਜ਼ [(1956) 1 ਕਿਊਬੀ 596 : (1956) 1 ਆਲ ਈਆਰ 182] । ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੈਲਸਬਰੀ ਦੇ ਇੰਗਲੈਂਡ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਪੈਰਾ 70, 79 ਅਤੇ 80, ਤੀਜਾ ਸੰਸਕਰਣ, ਭਾਗ 28, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਫੁਟਨੋਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਕਰ ਕੀਤੇ ਫੈਸਲੇ ਵੀ ਦੇਖੋ।

27. ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਦੂਜੀ ਲਾਈਨ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕਿਟੂਰ ਅਸਲ ਕਾਨੂੰਨ ਦਾ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਨਿਯਮ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਕਿ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਇਹ ਸਿਰਫ ਸਬੂਤਾਂ ਦੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਹੈ, "ਸਬੂਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸਾਬਤ ਹੋਏ ਹਾਲਾਤਾਂ ਤੋਂ ਮੁੱਦੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਤੱਥਾਂ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਆਮ ਵਿਧੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ". ਇਸ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਵਿੱਚ, ਮੈਕਸਿਮ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਧਾਰਨਾ ਨੂੰ ਉਭਾਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ 'ਤੇ ਤਬਦੀਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ. ਇਹ, ਜਦੋਂ ਉਚਿਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੇਸ ਦੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ਦੀ ਸਮੁੱਚਤਾ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ, ਤੱਥ ਦੇ ਇੱਕ ਆਗਿਆਕਾਰੀ ਅਨੁਮਾਨ ਨੂੰ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਅਖੌਤੀ ਅਨੁਮਾਨ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ. ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਹਾਦਸੇ ਦੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਤੋਂ ਤਰਕਸ਼ੀਲ ਸੰਭਾਵਨਾ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਗਾਉਣ ਦਾ ਸਿਰਫ ਇੱਕ ਸਾਧਨ ਹੈ. ਇਸ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਤੋਂ ਦੇਖਿਆ ਜਾਵੇ, ਵਾਕ (ਲਾਰਡ ਜਸਟਿਸ ਕੈਨੇਡੀ ਵਜੋਂ)

ਇਸ ਨੂੰ (ਰਸੇਲ ਬਨਾਮ ਲੰਡਨ ਐਂਡ ਸਾਊਥ ਵੈਸਟਰਨ ਰੇਲਵੇ ਕੰਪਨੀ, (1908) 24 ਟੀਐਲਆਰ 548) ਦਾ ਮਤਲਬ ਸਿਰਫ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕੇਸ ਦੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਕੁਝ ਸਬੂਤ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅਨੁਮਾਨਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ, ਬਲਕਿ ਵਾਜਬ ਦਲੀਲ ਵਜੋਂ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਸੰਭਾਵਨਾ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਅਤੇ ਨਿਰਵਿਵਾਦ ਤੱਥਾਂ 'ਤੇ ਕੁਝ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਹੋਈ ਸੀ, ਇਸ ਨਾਲੋਂ ਕਿ ਘਟਨਾ ਬਿਨਾਂ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਵਾਪਰੀ ਸੀ... ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਹਾਲਾਤ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨੇ ਉਸ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਲਿਆਂਦਾ ਜਿਸ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

28. ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ, ਤਿੰਨ ਜੱਜਾਂ ਦੇ ਬੈਂਚ ਨੇ ਇਫਕੋ ***ਟੋਕਿਓ ਜਨਰਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਲਿਮਟਿਡ ਬਨਾਮ ਪਰਲ ਬੇਵਰੇਜਜ਼ ਲਿਮਟਿਡ***[8] ਵਜੋਂ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੇ ਗਏ ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ ਖਪਤਕਾਰ ਫੋਰਮ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਉਪਰੋਕਤ ਫੈਸਲੇ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਦਿੱਤੀ। ਇਹ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਆਯੋਜਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ:

> "86. ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਟੋਰਟ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਦੇ ਤੱਥ ਵਧੇਰੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਗਲਤੀ ਦੇ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ. ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਦਾ ਸਿਧਾਂਤ, ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਅਸਪਸ਼ਟ ਜਾਪਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ, ਜੋ ਸਵਾਲ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਡਰਾਈਵਰ ਸ਼ਰਾਬ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਹੇਠ ਸੀ. ਇਹ ਵੱਖਰੀ ਗੱਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਸਿਧਾਂਤ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਪਰ ਜਿਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਹਾਦਸਾ ਵਾਪਰਿਆ, ਉਹ ਹੋਰ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਡਰਾਈਵਰ ਦੇ ਸ਼ਰਾਬ ਦੇ ਨਸ਼ੇ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

29. **ਮਾਰਟਿਨ ਐਫ. ਡਿਸੂਜ਼ਾ ਬਨਾਮ ਮੁਹੰਮਦ ਇਸ਼ਫਾਕ**[9] ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਦੇਖਿਆ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਇਲਾਜ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੁੰਗਾਰਾ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਅਸਫਲ ਹੋ ਗਈ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਦੁਰਘਟਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਉਣ ਦਾ ਰੁਝਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਨਾ ਕਰਨਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦਾ ਅਸਹਿਣਸ਼ੀਲ ਵਿਵਹਾਰ ਹੈ। ਇਸ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਵਿੱਚ ਦਿਨ-ਰਾਤ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਨਾਲ ਛੇੜਛਾੜ ਦੇ ਵਧੇ ਹੋਏ ਮਾਮਲੇ ਇਸ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇਖੇ ਗਏ ਹਨ। ਇਹ ਅਦਾਲਤ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੈ:-

> "40. ਸਿਰਫ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਇਲਾਜ ਦਾ ਅਨੁਕੂਲ ਹੁੰਗਾਰਾ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸਰਜਰੀ ਅਸਫਲ ਹੋ ਗਈ ਹੈ, ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਕੋਈ ਵੀ ਸਮਝਦਾਰ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਕੰਮ ਜਾਂ ਭੁੱਲ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ ਜਿਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਜਾਂ ਸੱਟ ਲੱਗੇਗੀ ਕਿਉਂਕਿ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵੱਕਾਰ

---

[8] (2021) 7 ਐਸਸੀਸੀ 704

[9] (2009) 3 ਐਸਸੀਸੀ 1

ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦਾਅ 'ਤੇ ਹੋਵੇਗਾ। ਇੱਕ ਅਸਫਲਤਾ ਉਸਨੂੰ ਆਪਣੀ ਗਲਤੀ ਵਿੱਚ ਮਹਿੰਗੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

XXX XXX XXX

42. ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਦੁਰਘਟਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਲਈ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਉਣ ਦਾ ਰੁਝਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਚੀਜ਼ਾਂ ਗਲਤ ਹੋ ਗਈਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਮਿਲਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਹ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਪੇਸ਼ੇਵਰ, ਔਸਤ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਹਿਣਾ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਅਸਫਲਤਾਵਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ. ਇੱਕ ਵਕੀਲ ਆਪਣੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਕੈਰੀਅਰ ਵਿੱਚ ਹਰ ਕੇਸ ਨਹੀਂ ਜਿੱਤ ਸਕਦਾ ਪਰ ਨਿਸ਼ਚਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸਨੂੰ ਕੇਸ ਹਾਰਨ ਲਈ ਸਜ਼ਾ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਬਸ਼ਰਤੇ ਕਿ ਉਹ ਇਸ ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਦਲੀਲਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ।

30. ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਇੱਕ ਪ੍ਰਸਿੱਧ ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ **ਜੈਕਬ ਮੈਥਿਊ ਬਨਾਮ ਪੰਜਾਬ ਰਾਜ ਅਤੇ ਹੋਰ ਧਿਰਾਂ**[10] ਕੇਸ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ। ਦਾ ਮੰਨਣਾ ਸੀ ਕਿ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਸਧਾਰਨ ਕਮੀ, ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਗਲਤੀ ਜਾਂ ਹਾਦਸਾ, ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕਿਹਾ:

"48. ਅਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਿੱਟਿਆਂ ਦਾ ਸੰਖੇਪ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ:

(1) ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਉਸ ਕਰਤੱਵ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਹੈ ਜੋ ਕੁਝ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਣਗਹਿਲੀ ਕਰਕੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਮਨੁੱਖੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੇ ਸੰਚਾਲਨ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਚਾਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਇੱਕ ਤਰਕਸ਼ੀਲ ਆਦਮੀ ਕਰੇਗਾ, ਜਾਂ ਕੁਝ ਅਜਿਹਾ ਕਰੇਗਾ ਜੋ ਇੱਕ ਸਮਝਦਾਰ ਅਤੇ ਤਰਕਸ਼ੀਲ ਆਦਮੀ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ. ਰਤਨ ਲਾਲ ਅਤੇ ਧੀਰਜਲਾਲ (ਜਸਟਿਸ ਜੀ.ਪੀ. ਸਿੰਘ ਦੁਆਰਾ ਸੰਪਾਦਿਤ) ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੀ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾ, ਜਿਸ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਉੱਪਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਚੰਗੀ ਹੈ। ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਕਾਰਵਾਈ ਯੋਗ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਗਈ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਕੰਮ ਜਾਂ ਅਣਗਹਿਲੀ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਹੋਈ ਹੈ। ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਭਾਗ ਤਿੰਨ ਹਨ: "ਡਿਊਟੀ", "ਉਲੰਘਣਾ" ਅਤੇ "ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਨੁਕਸਾਨ"

(2) ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇ ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੀ ਹੈ. ਕਿਸੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਜਾਂ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ, ਵਾਧੂ ਵਿਚਾਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ. ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਮਾਮਲਾ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ। ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਇੱਕ ਸਧਾਰਣ ਘਾਟ, ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਗਲਤੀ ਜਾਂ ਦੁਰਘਟਨਾ, ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ. ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ

[10] (2005) 6 ਐਸਸੀਸੀ 1

ਉਸ ਸਮੇਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇ ਲਈ ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ ਅਭਿਆਸ, ਉਸ ਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਸਿਰਫ ਇਸ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਇਲਾਜ ਦਾ ਇੱਕ ਬਿਹਤਰ ਵਿਕਲਪਕ ਕੋਰਸ ਜਾਂ ਤਰੀਕਾ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਸੀ ਜਾਂ ਸਿਰਫ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਇੱਕ ਵਧੇਰੇ ਹੁਨਰਮੰਦ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਉਸ ਅਭਿਆਸ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਹਾਰਾ ਲੈਣ ਦੀ ਚੋਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇਗੀ ਜਿਸ ਦੀ ਦੋਸ਼ੀ ਨੇ ਪਾਲਣਾ ਕੀਤੀ ਸੀ। ਜਦੋਂ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਵਰਤਣ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਦੀ ਗੱਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਵੇਖਣਾ ਪਏਗਾ ਕਿ ਕੀ ਉਹ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਵਰਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ ਜੋ ਮਰਦਾਂ ਦੇ ਆਮ ਤਜਰਬੇ ਨੇ ਕਾਫ਼ੀ ਪਾਈਆਂ ਹਨ; ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜਾਂ ਅਸਧਾਰਨ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ ਜੋ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਘਟਨਾ ਨੂੰ ਰੋਕ ਸਕਦੀ ਸੀ, ਕਥਿਤ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ। ਇਸ ਲਈ, 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. ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ, 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 ਖਾਸ ਸਮੇਂ (ਭਾਵ, ਘਟਨਾ ਦੇ ਸਮੇਂ) 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਸੀ ਜਿਸ 'ਤੇ ਇਹ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਸੀ

XXX XXX XXX

(4) ਬੋਲਮ ਕੇਸ [(1957) 1 ਡਬਲਯੂਐਲਆਰ 582: (1957) 2 ਆਲ ਈਆਰ 118 (ਕਿਊਬੀਡੀ)] ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਟੈਸਟ, ਡਬਲਯੂਐਲਆਰ ਪੰਨਾ 586 ਤੇ ਹੈ[ਸੋਧੋ] [ਸੋਧੋ] ਈਆਰ ਪੀ 121 ਡੀ-ਐਫ ਤੇ ਵੀ ਅਤੇ ਪੈਰਾ 19, ਪੰਨਾ 19 ਵਿੱਚ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

XXX XXX XXX

(8) ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਸਿਰਫ ਸਬੂਤ ਦਾ ਨਿਯਮ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਵਲ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਟੋਰਟਸ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਵਿੱਚ ਸਬੂਤ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਦਾ ਹੈ. ਅਪਰਾਧਕ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਸੇਵਾ ਵਿੱਚ ਦਬਾਇਆ ਨਹੀਂ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਅਪਰਾਧਿਕ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦੇ ਦੋਸ਼ 'ਚ ਮੁਕੱਦਮੇ ਦੀ ਸੁਣਵਾਈ 'ਚ ਸੀਮਤ ਅਰਜ਼ੀ ਹੈ।

31. ਇੱਕ ਹੋਰ ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ **ਅਰੁਣ ਕੁਮਾਰ ਮੰਗਲੀਕ ਬਨਾਮ ਚਿਰਾਯੂ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਲਿਮਟਿਡ ਅਤੇ ਏਐਨਆਰ**[11], ਵਜੋਂ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ 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। ਗੈਰ-ਵਾਜਬਤਾ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸੀਮਾ ਉਚਿਤ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ

[11] (2019) 7 ਐਸਸੀਸੀ 401

ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਜੋਖਮਾਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕਿਹਾ:

> "45. 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 ਪੇਸ਼ੇਵਰ 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 ਰਾਏ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਕੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਤੋਂ ਬਚ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ।

32. ***ਸੀ.ਪੀ. ਸ਼੍ਰੀਕੁਮਾਰ (ਡਾ.), ਐਮ.ਐਸ.(ਆਰਥੋ) ਬਨਾਮ ਐਸ. ਰਾਮਾਨੁਜਮ***[12] ਵਿੱਚ, ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੂੰ ਇਹ ਨਹੀਂ ਮੰਨਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਕਿ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਗਏ ਦੋਸ਼ ਅਣਉਲੰਘਣਯੋਗ ਸੱਚ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਬੂਤ ਦੁਆਰਾ ਸਮਰਥਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਫੈਸਲਾ ਦਿੱਤਾ:

> "37. ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਆਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਤੋਂ ਸਾਨੂੰ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਇਸ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਅੱਗੇ ਵਧਿਆ ਕਿ ਉੱਤਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਜੋ ਕੁਝ ਵੀ ਦੋਸ਼ ਲਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਉਹ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਅਣਉਲੰਘਣਯੋਗ ਸੱਚ ਸੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਬੂਤ ਦੁਆਰਾ ਸਮਰਥਿਤ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜੈਕਬ ਮੈਥਿਊ ਕੇਸ [(2005) 6 ਐਸਸੀਸੀ 1: 2005 ਐਸਸੀਸੀ (ਸੀਆਰਆਈ) 1369 ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਵੱਡੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ 'ਤੇ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਠੋਸ ਸਬੂਤਾਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਭਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਕੇਵਲ ਇੱਕ ਬਿਆਨ ਜਿਸ ਨੂੰ ਦੂਜੇ ਪੱਖ ਦੁਆਰਾ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਜਿਸ ਦੁਆਰਾ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੇ ਕੇਸ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਤੱਥ ਪ੍ਰੋਬਾਂਡਾ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਤੱਥ ਪ੍ਰੋਬੈਂਟੀਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇ।

33. ***ਕੁਸੁਮ ਸ਼ਰਮਾ ਅਤੇ ਹੋਰ ਬਨਾਮ ਬੱਤਰਾ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ ਅਤੇ ਹੋਰ***[13] ਵਜੋਂ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੇ ਗਏ ਇੱਕ ਹੋਰ ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ, ਇੱਕ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਪਰ ਸਰਜਰੀ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਟਿਊਮਰ ਸੀ।

---

[12] (2009) 7 ਐਸਸੀਸੀ 130

[13] (2010) 3 ਐਸਸੀਸੀ 480

ਘਾਤਕ ਪਾਇਆ ਗਿਆ। ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਲੰਬੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ। ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਫੈਸਲਾ ਦਿੱਤਾ:

> 47. ਮੈਡੀਕਲ ਸਾਇੰਸ ਨੇ ਮਨੁੱਖਜਾਤੀ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਲਾਭ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਲਾਭਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਜੋਖਮ ਹਨ. ਹਰ ਸਰਜੀਕਲ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਜੋਖਮਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਜੋਖਮ ਲਏ ਬਿਨਾਂ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ। ਤਕਨੀਕ ਵਿੱਚ ਹਰ ਤਰੱਕੀ ਜੋਖਮਾਂ ਦੁਆਰਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
>
> XXX XXX XXX
>
> 72. ਬੋਲਮ ਕੇਸ [(1957) 1 ਡਬਲਯੂਐਲਆਰ 582 : (1957) 2 ਆਲ ਈਆਰ 118] ਦਾ ਅਨੁਪਾਤ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਬਚਾਓ ਕਰਤਾ ਲਈ ਇਹ ਦਰਸਾਉਣਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ ਕਿ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਮਿਆਰ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁਨਰ ਆਮ ਸਮਰੱਥ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ 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
>
> XXX XXX XXX
>
> 78. ਇਹ ਆਮ ਗਿਆਨ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਮੰਦਭਾਗੀ ਘਟਨਾ ਦੇ ਵਾਪਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਕਿਸੇ ਅਣਸੁਖਾਵੀਂ ਘਟਨਾ ਲਈ ਮਨੁੱਖੀ ਕਾਰਕ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਠਹਿਰਾਉਣ ਦੀ ਪ੍ਰਵਿਰਤੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਪ੍ਰਵਿਰਤੀ ਜੋ ਸਜ਼ਾ ਦੇਣ ਦੀ ਇੱਛਾ ਨਾਲ ਨੇੜਿਓਂ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ. ਚੀਜ਼ਾਂ ਗਲਤ ਹੋ ਗਈਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ, ਇਸ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਲੱਭਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਪੂਰੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੈ। ਪੀਨਲ ਕੋਡ, 1860 ਨੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖਿਆ ਹੈ ਕਿ ਚੰਗੇ ਇਰਾਦੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਜ਼ਾ ਨਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ। ਦੰਡਾਵਲੀ ਦੀ ਧਾਰਾ 88, 92 ਅਤੇ 370 ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਅਤੇ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰਾਂ ਨੂੰ ਉਚਿਤ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ।

34. ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ, ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਨੇ **ਡਾ. ਹਰੀਸ਼ ਕੁਮਾਰ ਖੁਰਾਣਾ ਬਨਾਮ ਜੋਗਿੰਦਰ ਸਿੰਘ ਅਤੇ ਹੋਰਾਂ**[14] ਵਜੋਂ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੇ ਇੱਕ ਫੈਸਲੇ ਵਿੱਚ ਕਿਹਾ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ

14 (2021) ਐਸਸੀਸੀ ਲਾਈਨ ਐਸਸੀ 673

ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਹਰ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਕਿਸੇ ਮੰਦਭਾਗੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਮੌਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਨਿਰਣਾਇਕ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸਮੱਗਰੀ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸ ਸਿੱਟੇ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚਿਆ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਮੌਤ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਕਾਰਨ ਹੋਈ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਰ ਮੌਤ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਅਦਾਲਤ ਨੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕਿਹਾ:

> “11. ..... ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਇੱਕ ਅਣਚਾਹੀ ਅਤੇ ਅਣਕਿਆਸੀ ਹਾਨੀਕਾਰਕ ਘਟਨਾ, ਕੁਝ ਅਜਿਹਾ ਜੋ ਘਟਨਾਵਾਂ ਦੇ ਆਮ ਕੋਰਸ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਵਾਪਰਦਾ ਜਾਂ ਜਿਸਦਾ ਵਾਜਬ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਨਹੀਂ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਵਿਦਵਾਨ ਵਕੀਲ ਨੇ ਮਾਰਟਿਨ ਐਫ.ਡੀਸੂਜ਼ਾ ਬਨਾਮ ਮੁਹੰਮਦ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦਾ ਵੀ ਹਵਾਲਾ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਇਸ਼ਫਾਕ, (2009) 3 ਐਸਸੀਸੀ 1 ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਕਿਹਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਸਿਰਫ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਇਲਾਜ ਦਾ ਅਨੁਕੂਲ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਅਸਫਲ ਹੋ ਗਈ ਹੈ, ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਦੇ ਸਿਧਾਂਤ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਕੇ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲਈ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ. ਇਸ ਵਿੱਚ ਅੱਗੇ ਇਹ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਕਈ ਵਾਰ ਵਧੀਆ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਅਸਫਲ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਇਹ ਸੁਝਾਅ ਦੇਣ ਲਈ ਕੁਝ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸਬੂਤ ਨਾ ਹੋਣ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।
>
> XXX XXX XXX
>
> 14. ਧਿਰਾਂ ਦੇ ਵਿਦਵਾਨ ਵਕੀਲ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਫੈਸਲਿਆਂ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਇਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ ਕਿ ਹਰ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਇਲਾਜ ਸਫਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਵਰਤ ਰਿਹਾ ਸੀ. ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਰਿਕਾਰਡ 'ਤੇ ਸਮੱਗਰੀ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਉਚਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਕਥਿਤ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਇੰਨੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਰੇਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕਿਟਰ ਦੇ ਸਿਧਾਂਤ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਧਾਰਨਾ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ. ਇਸ ਮਾਮਲੇ 'ਚ ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ 'ਚ ਅਤੇ ਕਾਰਵਾਈ 'ਚ ਦਾਇਰ ਹਲਫਨਾਮੇ 'ਚ ਐਨਸੀਡੀਆਰਸੀ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਲਗਾਏ ਗਏ ਦੋਸ਼ਾਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਵੱਲੋਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਮੈਡੀਕਲ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਮਿਲਦਾ ਹੋਵੇ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਆਪਣੀ ਤਰਫੋਂ ਆਪਣੇ ਹਲਫਨਾਮੇ 'ਚ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਆਪਣੀ ਸਥਿਤੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕੀਤੀ ਸੀ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਕੋਈ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨਹੀਂ ਸੀ। .....”

35. ਇੱਥੇ ਇਹ ਜ਼ਿਕਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੇ ਆਪਣੇ ਹਲਫਨਾਮਿਆਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਥਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮਾਹਰਾਂ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਸੀ। ਮਾਹਰ ਇਹ ਸਾਬਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਸਨ ਕਿ ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਸੇਵਾ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਜਾਂ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਵਰਤੀ ਸੀ। ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਦਾ ਅਧਿਐਨ ਇਲਾਜ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਕਮੀ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਉਂਦਾ। ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕੋਰਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਮਾਰਗ ਦਰਸ਼ਨ ਲਈ ਦਵਾਈ ਦੀਆਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੁਪਰ-ਸਪੈਸ਼ਲਿਟੀਜ਼ ਦੇ ਮਾਹਰ ਉਪਲਬਧ ਸਨ। ਡਾਕਟਰਾਂ ਤੋਂ ਵਾਜਬ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਪਰ ਕੋਈ ਵੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਇਹ ਭਰੋਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦਾ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਸਰਜੀਕਲ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ 'ਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾ ਲਵੇਗਾ। ਕ੍ਰਿਪਾਲਾਨੀ ਨੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਲੱਤਾਂ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਸਨ ਪਰ ਡਾਕਟਰ ਕ੍ਰਿਪਾਲਾਨੀ ਨੇ ਹਲਫਨਾਮਾ ਦਾਇਰ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ।

36. ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਚਰਚਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਅਪੀਲਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਲੱਭਣ ਦਾ ਇਕੋ-ਇਕ ਅਧਾਰ ਰਿਸ ਇਪਸਾ ਲੋਕੁਇਟਰ ਸੀ ਜੋ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ। ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਪੜਾਅ ਨਹੀਂ ਸੀ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਣਗੌਲਿਆ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ। ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਹਾਲਤ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸੀ ਅਤੇ ਜੇ ਉਹ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਬਚ ਨਹੀਂ ਸਕਿਆ, ਤਾਂ ਇਸ ਦਾ ਦੋਸ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਜਿਸ ਨੇ ਆਪਣੇ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਸਮਰੱਥਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹਰ ਸੰਭਵ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ। ਡੀ.ਐਸ.ਏ. ਟੈਸਟ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਹੀ 22.4.1998 ਨੂੰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ 24.4.1998 ਨੂੰ ਅਸਫਲ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ, ਇੱਕ ਵਿਕਲਪਕ ਐਂਜੀਓਗ੍ਰਾਫੀ ਟੈਸਟ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਖੋਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਈ ਗਈ ਸੀ। ਇਹ ਸਿਰਫ ਮੌਕਾ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋਣੀ ਸੀ ਤਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਾਰੇ ਚਾਰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਭਰੇ ਹੋਏ ਸਨ। ਸਾਨੂੰ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਵਾਜਬ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਸਿਰਫ ਓਨੇ ਹੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਲੋਡ ਵਾਰੰਟ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰਾਂ 'ਤੇ ਕਬਜ਼ਾ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਹੈ। ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਟੀਮ ਉਪਲਬਧ ਸੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵੀ ਕੀਤੀ ਸੀ ਪਰ ਬਦਕਿਸਮਤੀ ਨਾਲ ਕੁਦਰਤ ਕੋਲ ਆਖਰੀ ਸ਼ਬਦ ਸੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਆਖਰੀ ਸਾਹ ਲਿਆ। ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਆਪਣੇ ਪਿਆਰੇ ਨੂੰ ਗੁਆਉਣ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ, ਪਰ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੋਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਠਹਿਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਹਰ ਸਮੇਂ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ। ਕੋਈ ਵੀ ਡਾਕਟਰ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਜੀਵਨ ਦਾ ਭਰੋਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦਾ ਪਰ ਸਿਰਫ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਉਸਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਯੋਗਤਾ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਮੌਜੂਦਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਵੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਸੀ।

37. ਇਸ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਵੇਖਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਦਾ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ

ਲਾਪਰਵਾਹੀ ਕਾਨੂੰਨ ਵਿੱਚ ਟਿਕਾਊ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਸਿੱਟੇ ਵਜੋਂ, ਮੌਜੂਦਾ ਅਪੀਲਾਂ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ. ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਪਾਸ ਕੀਤੇ ਗਏ ਆਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਖਾਰਜ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

38. ਇਸ ਅਦਾਲਤ ਵੱਲੋਂ 8.3.2010 ਨੂੰ ਪਾਸ ਕੀਤੇ ਅੰਤਰਿਮ ਆਦੇਸ਼ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੂੰ 5 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਦੀ ਰਾਸ਼ੀ ਵੰਡੀ ਗਈ ਸੀ। ਉਕਤ ਰਕਮ ਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤਕਰਤਾ ਨੂੰ ਐਕਸਗ੍ਰੇਸ਼ੀਆ ਭੁਗਤਾਨ ਵਜੋਂ ਸਮਝਣ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਵਾਪਸ ਨਾ ਲੈਣ ਦਾ ਆਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਦਿਵਿਆ ਪਾਂਡੇ ਦੀ ਅਪੀਲ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋ ਗਈ ਹੈ।

ਬੇਦਾਅਵਾ :- ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਨਿਰਣਾ/ਨਿਆਂ ਕੇਵਲ ਮੁਕੱਦਮੇਬਾਜ਼ਾਂ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚਸਮਝਣ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਇਸਤੇਮਾਲ ਨਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ । ਸਾਰੇ ਵਿਹਾਰਕ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਮੰਤਵਾਂ ਲਈ ਨਿਆਂ/ ਨਰਣੇ ਦਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਣ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਅਮਲ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ।

MANJEET SINGH
E. No. P/1882/2007 Advocate
Chamber No. 417 2nd Floor
Civil Courts, Rajpura
Mobile: 98726-56669