

Patient Name: _____

Patient UHID No: _____

Age/Gender:- _____

Consultant Name: _____

Contact no:- _____



શ્રીવાણી
HomeCare

**અમે તમારા
પ્રિયજનોની સંભાળ
લઈએ છીએ**



ઘરે રહો. સુરક્ષિત રહો. સંભાળ મેળવતા રહો .
હોસ્પિટલ અનુભવો દ્વારા સમર્થિત વિશ્વસનીય હોમ કેર .



શા માટે શ્રવણ હોમ કેર ?



અનુભવી ટીમ (Experienced Team)



પેડલા દર્દી (Patient First)



પ્રમાણિત સ્ટાફ (Certified Staff)



ખર્ચમાં સસ્તું (Affordable Care)



24*7 સપોર્ટ સેન્ટર (24*7 Support Center)





શ્રવણ
HomeCare

શ્રવણ હોમકેર

શહીદ મેજર રૂષિકેશ રામાણી ગાર્ડન ની સામે , નિકોલ, અમદાવાદ, ગુજરાત - 382350
મો.+૯૧ ૮૧૪૦૧૭૮૯૨૯, +૯૧ ૯૦૧૬૧૭૮૭૧૫, +૯૧ ૯૯૨૫૨૩૨૩૭૮

"હોમ કેર સર્વિસીસ - કામનું નિવેદન"

તારીખ:

દર્દીનું નામ:

વિગતવાર માહિતી:

સેવા:

દર્દી નંબર:

કાર્યક્ષેત્રની વિગતવાર માહિતી:

1. નિર્ધારિત કાર્યક્ષેત્રથી વધુ કોઈપણ નર્સિંગ પ્રક્રિયાઓ માટે શ્રવણ હોમકેર ટેરિફ કાર્ડ મુજબ શુલ્ક લેવામાં આવશે.
2. મેડિકલ નર્સ વ્યાવસાયિક વ્યક્તિગત સંભાળ, કેથેટર સંભાળ, મૌખિક/ટ્રેકિયોસ્ટોમી સક્શન, એનજી ટ્યુબ દ્વારા ખોરાક, સક્રિય/નિષ્ક્રિય કસરત, મહત્વપૂર્ણ દેખરેખ, એન્ટિબાયોટિક વહીવટ, ઓક્સિજન/બાયપેપ વહીવટ વગેરે જેવી નર્સિંગ પ્રવૃત્તિઓ માટે જવાબદાર રહેશે.
3. તબીબી સંભાળ રાખનાર વ્યાવસાયિક વ્યક્તિગત સંભાળ, સ્નાન/સ્પોન્જિંગ, શૌચાલય, પેશાબ, ખોરાક, ગતિશીલતા, બહારની મુલાકાતો દરમિયાન સાથી બનવું, સેવા આપવામાં સહાય પરિવારના સભ્યોની માર્ગદર્શિકા અનુસાર આહાર અને દવાઓ, ફિઝિયોથેરાપિસ્ટ માર્ગદર્શિકા, જો કોઈ હોય તો તેનું પુનરાવર્તન જેવી તબીબી સહાય પ્રવૃત્તિઓ માટે જવાબદાર રહેશે.
4. પરિવારના પ્રતિનિધિના પ્રતિસાદના આધારે, સ્ટાફ સુપરવાઇઝર મહત્તમ 2 બદલીઓ સ્વીકારી શકે છે.
5. પરિવારના પ્રતિનિધિએ તેમના પરિસરમાં તૈનાત સ્ટાફ માટે દિવસમાં બે વાર ચા અને નાસ્તાની વ્યવસ્થા, ભોજનની વ્યવસ્થા અને ઓછામાં ઓછા 6 કલાકનો આરામદાયક આરામ અને ઊંઘનો સમયગાળો ગોઠવવાની જરૂર છે (24 કલાક રહેણાંક સેવાઓના કિસ્સામાં)
6. સેવાઓનો વ્યાપ ક્યાંય પણ ઘરેલું સહાય અથવા રસોઈ સેવાઓ સાથે જોડાયેલો ન હોવો જોઈએ.
7. સ્ટાફ ભરતી અને વ્યવસ્થાપન પ્રક્રિયાના ભાગ રૂપે શ્રવણ હોમકેર દ્વારા તૈનાત કરાયેલા સ્ટાફની ઓળખ, પૃષ્ઠભૂમિ સંદર્ભ સંબંધિત દસ્તાવેજો એકત્રિત કરે છે અને ચકાસે છે.
8. ભારે હવામાન પરિસ્થિતિઓ અથવા કરા, ભારે વરસાદ, ભૂકંપ, તોફાન જેવી કુદરતી આફતો અથવા કફરુ, રમખાણો જેવી સામાજિક-રાજકીય પરિસ્થિતિઓમાં; દર્દીના સગાને વિનંતી કરવામાં આવે છે કે તેઓ નિયુક્ત સ્ટાફના કોઈપણ વિલંબ/ગેરહાજરીના કિસ્સામાં ઓપરેશન્સ મેનેજરને સંપૂર્ણ સહકાર આપે.
9. મતદાન કરવું એ ભારતના દરેક નાગરિકનો અધિકાર છે. તમારા સ્થાને નિયુક્ત કરાયેલા કોઈપણ સ્ટાફને તેમના મતદાન અધિકારની ખાતરી કરવા માટે આખો દિવસ અથવા થોડા કલાકોની રજા આપી શકાય છે.
10. વધુ સારી સંભાળ સુનિશ્ચિત કરવા માટે, શ્રવણ હોમકેર ટીમ ઓડિઓ / વિડિઓ કોલ દ્વારા અથવા દર્દીની મુલાકાત લઈને નિયમિત દર્દીનું મૂલ્યાંકન કરી શકે છે. આવા કોલ્સ અને મુલાકાતો માટે તમે તેમને જરૂરી પરવાનગી અને જરૂરી સહાય આપશો.
11. સમાપ્તિ- દર્દીના સગાએ શ્રવણ હોમકેરને લેખિત નોટિસમાં 48 કલાક પહેલાં આ સેવા અથવા તેના હેઠળ કોઈપણ SOW સમાપ્ત કરી શકે છે.
12. દર્દીના સગા સાથેના તમામ નાણાકીય વ્યવહારો શ્રવણ હોમકેર દ્વારા હાથ ધરવામાં આવશે, પછી ભલે તે સેવા ચુકવણી સંબંધિત હોય કે સ્ટાફના પગાર સંબંધિત. (ફૂપા કરીને સ્ટાફને કોઈ ભેટ, કિંમતી વસ્તુઓ કે પૈસા આપશો નહીં, જો તમે આપી રહ્યા છો તો કંપની કોઈ જવાબદારી લેશે નહીં)

• કોમર્શિઅલ

સેવાના પ્રકાર	ખર્ચ	સેવાની પ્રારંભ તારીખ

કૃપા કરીને આ પત્રમાં દર્શાવેલ શરતોની પ્રાપ્તિ અને સ્વીકૃતિનો સ્વીકાર કરો, આપેલી જગ્યામાં સહી કરો અને તમારી સુવિધા મુજબ તે અમને વહેલી તકે પરત કરો. (વિગતવાર પત્ર અમે તમને તમારા વોટ્સેપ પર મોકલ્યો છે. તો કૃપા કરીને તેને વાંચો)

શ્રવણ હોમકેર

શહીદ મેજર રૂષિકેશ રામાણી ગાર્ડન ની સામે,
નિકોલ, અમદાવાદ, ગુજરાત - 382350

ડૉ. બાદલ શાહ

દર્દી ના સગા નામ અને સહી :



શ્રવણ
HomeCare

SHRAVAN HOMECARE

NR. SHAHEED MAJOR RUSHIKESH RAMANI GARDEN
NIKOL, AHMEDABAD-382350
M.+91 8140178929, +91 9016178715, +91 9925232378

“Home Care Services-Statement of Work”

Dated:

Name of the Patient :

Description:

Service:

Patient No:

Scope Details:

1. Any nursing procedures over and above the defined scope will be charged as per Ananta tariff card.
2. Medical Nurse will be responsible for nursing activities like professional personal care, catheter care, oral/tracheostomy suction, feeding via NG tube, active/ passive exercise, vital monitoring, antibiotic administration, oxygen/bipap administration etc.
3. Medical Caregiver will be responsible for medical assistance activities like professional personal care, bathing/ Sponging, toileting, urinating, feeding, mobilizing, Being a companion during outdoor visits, Assistance in serving diets and medicines as per guidelines of family members, Repeat the physiotherapist guidelines, if any
4. Based on feedback of family representative, staff supervisor can entertain maximum 2 replacements.
5. Family representative need to arrange for tea and snacks - twice a day, food arrangements and comfortable resting and sleep period of min 6 hours for staff deployed in their premises. (in the case of 24 hours residential services)
6. Scope of services should no where be linked to Domestic help or cookery services.
7. As a part of staff hiring and management process; Ananta collects and verifies documents related to identification, background reference of the staff being deployed.
8. In the extreme weather conditions or natural calamities like hailstorm, heavy downpour, earthquake, storm or social - political situations like curfew, riots; clients are requested to fully cooperate with operations manager for any delays/ absenteeism of deputed staff.
9. Casting vote is a right of every citizen of India. Any staff deputed @your place may be given either a full day or few hours of off from work to ensure their casting rights.
10. To ensure better care Shravan homecare team may do regular patient assessments over audio / video call or by visiting the patient. you will allow them needed permission and necessary support for such calls and visits.
11. Termination-Client may terminate this service or any SOW thereunder with a prior before 48 hours in written notice to the SHRAVAN HOMECARE.
12. All financial transactions with client should be handle by SHRAVAN HOMECARE whether its regarding service payment or staff salary. (Please don't give any gifts, valuable items or money to the staff, if you are giving company will not take any responsibility)

- Commercial

Type Of Services	Charges	Service Start Date

Please acknowledge your receipt and acceptance of the terms set out in this Letter by signing in the space provided and returning it to us at your earliest convenience. (Detailed letter we sent it to you on your Whatsapp No. please go through it)

For Shravan Homecare

Nr. Shaheed Major Rushikesh Ramani Garden, Nikol,
Ahmedabad, Gujarat-382350

Dr. Badal Shah
(Medical Administrator)

Ms. Vibhuti Patel
(Nursing Superintendent)

Mr. Akshay Prajapati
(Assistant Nursing Superintendent)

For Family Representative

Yours sincerely,

Name:

Relation With Patient:

Date:

Mobile No:

હોમ કેર માટે દર્દીના ઘરે જતાં સ્ટાફ નું સંમતિ ફોર્મ

STAFF DETAILS / સ્ટાફ વિગતો

Name of Staff / સ્ટાફનું નામ: _____

Staff ID / સ્ટાફ આઈ.ડી.: _____

Designation / હોદ્દો: _____

Mobile Number / મોબાઇલ નંબર: _____

Date of Visit / મુલાકાતની તારીખ: _____

Shift Timing / શિફ્ટનો સમય: _____

Patient Name / દર્દીનું નામ: _____

Patient Address / દર્દીનું સરનામું: _____

Doctor in Charge / નિષ્ણાત ડોક્ટરનું નામ: _____

Purpose of Home Visit / મુલાકાતનો હેતુ :

- ☐ Wound Dressing / ધા સોફ સફાઈ
- ☐ Medication Administration / દવાઓ આપવી
- ☐ IV Therapy / Injection / ઇન્જેક્શન / IV થેરાપી
- ☐ Vital Monitoring / વાઈટલ ચકાસવું
- ☐ Physiotherapy / ફિઝિયોથેરાપી
- ☐ Other / અન્ય: _____

Staff Declaration / સ્ટાફ ઘોષણા :

I, the undersigned staff, hereby declare that:

I have been deputed by Shravan Homecare for home care services at the patient's residence. I will maintain hygiene, discipline, and professionalism during the visit. I will carry my hospital identity card at all times. I will not accept any money, gifts or valuables from the patient or relatives. Transportation is at my own risk and responsibility. I will keep all patient information confidential. I will report back to the hospital regarding the care provided. I agree to follow all the hospital's rules and safety protocols.

Staff Signature / સ્ટાફ હસ્તાક્ષર: _____

Date / તારીખ: _____

Supervisor Name & Signature / સુપરવાઇઝર નામ અને હસ્તાક્ષર: _____

Hospital Seal / હોસ્પિટલ સ્ટેમ્પ: _____

હું આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરનાર સ્ટાફ, નીચેની ઘોષણા કરું છું:

શ્રવણ હોમકેર તરફથી મને દર્દીના ઘરે હોમકેર સેવા આપવા માટે નિમવામાં આવેલ છે. હું મુલાકાત દરમિયાન સ્વછતા, શિસ્ત અને વ્યવસાયિક વર્તન રાખીશ. હું હોસ્પિટલ નું ઓળખપત્ર સતત સાથે રાખીશ. હું દર્દી કે તેના સબંધીઓ પાસેથી કોઈપણ પૈસા, ભેટ કે કિંમતી વસ્તુઓ સ્વીકારીશ નહીં. મુલાકાત માટેનો પ્રવાસ મારા પોતાના જોખમે અને જવાબદારી પર રહેશે. હું દર્દીની તમામ માહિતીને ગોપનીય રાખીશ. હું આપવામાં આવેલી સારવાર અંગે હોસ્પિટલને વિગતો આપીશ. હું હોસ્પિટલ ના તમામ નિયમો અને સલામતીના ધોરણોનું પાલન કરવાનું સ્વીકારું છું.

સ્ટાફ હસ્તાક્ષર: _____

તારીખ: _____

સુપરવાઇઝર નામ અને હસ્તાક્ષર: _____

હોસ્પિટલ સ્ટેમ્પ: _____



Medication Chart

Patient Details

Patient Name	
Age / Gender	
UHID / Hospital ID	
Address	
Contact Number	
Diagnosis	

Medication Chart

[illegible]

Patient Details

Patient Name	
Age / Gender	
UHID / Hospital ID	
Address	
Contact Number	
Diagnosis	

Wound Dressing & Suture Removal Chart

Sr. No.	Date	Time	Type of Wound	Dressing Material Used	Procedure Done	Wound Condition	Nurse Name & Signature	Relative name & Signature
1.								
2.								
3.								
4.								

Physiotherapy Chart

Sr. No.	Date	Time	Type of Therapy	Area Treated / Focus	Duration (min)	Patient Response	Physiotherapist Name & Signature	Relative name & Signature
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

Sr. No.	Date	Time	Type of Therapy	Area Treated / Focus	Duration (min)	Patient Response	Physiotherapist Name & Signature	Relative name & Signature
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								

Remarks by Nurse / Physiotherapist

Signature of Caregiver/Relative: _____

Date: _____

Patient Name: _____

Age: _____ Gender: _____

UHID /Hospital ID: _____

Date: __/__/__ Time: _____

Attending Nurse Name: _____

Vitals Record Table

Date	Time	Temperature (°F/°C)	Pulse (bpm)	Respiration (rpm)	BP (mmHg)	SpO ₂ (%)	Blood Sugar (mg/dL)	Remarks

Additional notes:

Visit Sheet

[illegible]

Patient Name / દર્દીનું નામ: _____

Date of Service / સેવા તારીખ: ____ / ____ / ____

Feedback Given By (Name & Relation)

અભિપ્રાય આપનાર (નામ અને સંબંધ): _____

 Please rate the following aspects of our Home Care Service:

કૃપા કરીને નીચે આપેલા હોમ કેર સેવાના પાસાઓનું મૂલ્યાંકન કરો:

NO.	Criteria / માપદંડ	Excellent ઉત્તમ	Good સારો	Average સરેરાશ	Poor નબળો
1	Punctuality of staff / સ્ટાફની સમયપાલન				
2	Courtesy and behavior / વ્યવહાર અને શિષ્ટતા				
3	Skill and professionalism / કુશળતા અને વ્યવસાયિકતા				
4	Cleanliness & hygiene / સ્વચ્છતા અને આરોગ્ય				
5	Communication with family / સંવાદ ક્ષમતા				
6	Pain and symptom management / દુઃખાવા અને લક્ષણોનું સંચાલન				
7	Overall satisfaction / એકંદરે સંતોષ				

 Comments / Suggestions (Optional):

ટિપ્પણીઓ / સૂચનો (ઇચ્છાને આધારે):

☒ Would you recommend Shravan Homecare service to others?

શું તમે અન્ય લોકોને શ્રવણ હોમેકેર સેવાની ભલામણ કરશો?

☐ Yes / હા ☐ No / ના ☐ Maybe / શક્ય છે

Signature of Relative / સંબંધીની સહી: _____

Date / તારીખ: ____ / ____ / ____

Hospital services:

- Anaesthesiology
- Cardiology
- CVTS Surgery
- Critical Care
- Dental Department
- Dermatology & Venereology
- Emergency Medicine
- ENT Department
- General Medicine
- General Surgery
- Infectious Disease
- Interventional Radiology
- Laproscopic Surgery
- Medical Gastroenterology
- Medical Oncology
- Neurology
- Neuro Surgery

- Nephrology (Including Dialysis)
- Paediatric Services
- Orthopaedic Surgery
- Plastic & Reconstructive Surgery
- Psychiatry (OPD)
- Respiratory Medicine
- Rheumatology
- Spine Surgery
- Surgical Oncology
- Urology

ALLIED/ SUPPORT SERVICES

- Ambulance ACLS & BLS
- Blood storage (PCV only)
- Dietary services
- Mortuary
- Pharmacy

Mediclaim / Cashless Facility :

 THE ORIENTAL INSURANCE COMPANY LTD.	 THE NEW INDIA ASSURANCE COMPANY LTD.	 THE NATIONAL INSURANCE COMPANY LTD.	 THE UNITED INSURANCE COMPANY LTD.	 HDFC ERGO
 IFFCO TOKIO GENERAL INSURANCE COMPANY LTD.	 BAJAJ ALLIANZ GENERAL INSURANCE COMPANY	 NAVI GENERAL INSURANCE	 TATA AIG INSURANCE	 CARE HEALTH INSURANCE
 SBI GENERAL INSURANCE	 DIGIT	 RELIANCE GENERAL INSURANCE	 ACKO	 ADITYA BIRLA CAPITAL HEALTH INSURANCE COMPANY LIMITED
 Universal Sampo General Insurance Company LTD.				

TPA Facility :

 MDINDIA HEALTH INSURANCE TPA PRIVATE LIMITED	 PARAMOUNT HEALTH SERVICES & INSURANCE TPA PRIVATE LIMITED	 HERITAGE HEALTH INSURANCE TPA PRIVATE LIMITED	 THE UNITED INSURANCE COMPANY LTD.	 Volo Health Insurance TPA Private Limited
 RAKSHA HEALTH INSURANCE TPA PRIVATE LIMITED	 VIDAL HEALTH INSURANCE TPA PRIVATE LIMITED	 MEDSAVE HEALTH INSURANCE TPA LIMITED	 GENINS INDIA INSURANCE TPA LIMITED	 SAFEWAY INSURANCE TPA PRIVATE LIMITED
 HEALTH INDIA INSURANCE TPA SERVICES PRIVATE LIMITED	 ERICSON INSURANCE TPA PRIVATE LIMITED	 HEALTH INSURANCE TPA OF INDIA LIMITED	 MEDI ASSIST INSURANCE TPA PRIVATE LIMITED	

હવે ઘરે જ આરામથી સ્વસ્થ થાઓ



ઘરમાં ICU સેટઅપ
હોસ્પિટલ પછી સ્ટેપ ડાઉન ICU
કાળજી



ડૉક્ટરની મુલાકાત
ઘર ભેગું નિદાન



મેડિકલ ઇક્વિપમેન્ટ
ભાડે અને ખરીદી માટે ઉપલબ્ધ



નર્સ મુલાકાત અને દર્દી
સંભાળ સહાયક



કેન્સર સંભાળ



ડાયાબિટીસ સંભાળ
CGMS- સતત ગ્લુકોઝ મોનીટરીંગ
સિસ્ટમ



ઘૂંટણ / હિપ બદલાવ
પછીની કાળજી પેકેજ



વડીલોની સંભાળ



ફિઝિયોથેરાપી



મનોવિજ્ઞાન કાઉન્સેલિંગ



અમે આપનું હાર્દિક સ્વાગત કરીએ છીએ

શ્રવણ હોમ કેર સોલ્યુશનના

ઉદ્ઘાટન પ્રસંગે એક એવી કંપની જે કરુણામય અને ઉચ્ચ-ગુણવત્તાની હોમ કેર સેવાઓ આપવા માટે સમર્પિત છે. આજે એ નવી શરૂઆત છે જે આપણાં સેવા ધરાવનારાઓના જીવનમાં સુધારો લાવશે.

અમારું મિશન

આપણા સમુદાયના સ્વાસ્થ્ય અને સ્વતંત્રતા સુનિશ્ચિત કરવા માટે વ્યક્તિગત અને વ્યાવસાયિક હોમ કેર સેવા આપવી .

શ્રવણ હોમ કેરનું સરનામું :

શહીદ મેજર રુષિકેશ રામાણી ગાર્ડન ની સામે, રાજદંસ સિનેમા પાસે, ન્યુ ઇન્ડિયા કોલોની, નિકોલ, અમદાવાદ,
ગુજરાત 382350