

भारत सरकार  
GOVERNMENT OF INDIA

सत्यमेव जयते

दिल्ली राजपत्र  
Delhi Gazetteएस.जी.-डी.एल.-अ.-20012024-251544  
SG-DL-E-20012024-251544असाधारण  
EXTRAORDINARYप्राधिकार से प्रकाशित  
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 29]	दिल्ली, बृहस्पतिवार, जनवरी 18, 2024/पौष 28, 1945	[रा.रा.क्षे.दि. सं. 398
No. 29]	DELHI, THURSDAY, JANUARY 18, 2024/PAUSHA 28, 1945	[N. C. T. D. No. 398

भाग IV  
PART IVराष्ट्रीय राजधानी राज्य क्षेत्र दिल्ली सरकार  
GOVERNMENT OF THE NATIONAL CAPITAL TERRITORY OF DELHIपरिवार कल्याण निदेशालय  
(स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग)

अधिसूचना

दिल्ली, 18 जनवरी, 2024

फा. 6(1012)/एमएच/डीएफडब्ल्यू/2021-22/581-608.—स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार की दिनांक 20 दिसंबर, 2021 के पत्र के साथ पठित गर्भावस्था का चिकित्सीय समापन (संशोधन) अधिनियम, 2021 के प्रावधानों के अनुसरण में, राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली के उपराज्यपाल एतद् द्वारा कानून के आदेश के अनुसार एमटीपी के प्रलेखीकरण हेतु अद्यतन प्रारूप अर्थात् प्रपत्र-I, प्रपत्र-II तथा प्रपत्र-III (संलग्न प्रतियां) को अधिसूचित करते हैं।

यह अधिसूचना आधिकारिक राजपत्र में अपने प्रकाशन की तिथि से लागू होगी।

राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली के उपराज्यपाल  
के आदेश से तथा उनके नाम पर,

एस सुनिल, उप सचिव

## प्ररूप 1

## रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी की राय का प्ररूप

(बीस सप्ताह तक गर्भावस्था की अवधि के लिए)

[विनियम 3 देखिए]

मैं .....  
(रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी का नाम और अर्हताएं स्पष्ट अक्षरों में)

.....  
(रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी का पूरा पता)

प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरी राय में, जो सद्भावपूर्वक बनाई गयी है।

.....  
(गर्भवती स्त्री का पूरा नाम स्पष्ट अक्षरों में)

निवासी .....  
(स्त्री का पूरा पता स्पष्ट अक्षरों में)

के गर्भ का समापन करना निम्नलिखित कारणों से आवश्यक है\*।

मैं यह सूचना देता/देती हूँ कि मैंने निर्दिष्ट स्त्री के, जिसकी अस्पताल/अनुमोदित स्थान के दाखिला रजिस्टर में क्रम संख्यांक ..... है, गर्भ का समापन किया है।

स्थान:

तारीख: रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी के हस्ताक्षर

\*मद (a) से (e) तक की मदों में विनिर्दिष्ट कारणों में से वह एक लिखिए जो समुचित हो:

- गर्भवती स्त्री के जीवन की रक्षा के लिए।
- गर्भवती स्त्री के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को होने वाली गंभीर क्षति के निवारण के लिए।
- इस दृष्टि से कि इस बात के पर्याप्त जोखिम है कि यदि बच्चा पैदा हुआ तो वह ऐसी शारीरिक या मानसिक अपसामान्यताओं से पीड़ित होगा कि वह गंभीर रूप से विकलांग हो।
- इसलिए कि गर्भवती स्त्री का यह अभिकथन है कि गर्भ बलात्संग द्वारा हुआ है।
- इसलिए कि यह गर्भ, बच्चों की संख्या सीमित रखने या गर्भ को ठहरने से रोकने के प्रयोजन के लिए, स्त्री अथवा उसके साथी/सहभागी द्वारा प्रयोग में लाई गई किसी गर्भ निरोधक युक्ति या तरीके की विफलता के फलस्वरूप हुआ है।

टिप्पण— यह अवधारण करने के लिए कि क्या उसके गर्भ के बने रहने से गर्भवती स्त्री के शारीरिक अथवा मानसिक स्वास्थ्य को गंभीर क्षति पहुंचेगी, उस स्त्री कि वास्तविक या युक्तियुक्त पूर्व परिस्थितियों को ध्यान में रखा जाए।

स्थान:

तारीख: रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी के हस्ताक्षर

**प्ररूप 2**  
**[विनियम 4(5) देखिए]**

माह एवं वर्ष: .....

**1. राज्य का नाम:**

**2. अस्पताल/अनुमोदित स्थान का नाम:**

**3. गर्भ की अस्तित्वावधि:** (प्रत्येक उप-शीर्ष के अंतर्गत कुल संख्या दीजिए)

(क) 9 सप्ताहों तक (केवल औषधीय गर्भसमापन में):

(ख) 12 सप्ताहों तक (केवल सर्जिकल विधि द्वारा गर्भ समापन में):

(ग) 12-20 सप्ताहों के बीच:

(घ) 20-24 सप्ताहों के बीच:

(ड.) 24 सप्ताहों के बाद:

**4. स्त्री का धर्म:** (प्रत्येक उप-शीर्ष के अंतर्गत कुल संख्या दीजिए)

(क) हिन्दू:

(ख) मुसलमान:

(ग) ईसाई:

(घ) अन्य:

**5. गर्भ निरोधन की स्वीकृति देते हुए समापन:** (प्रत्येक उप-शीर्ष की अंतर्गत कुल संख्या दीजिए)

(क) नसबंदी:

(ख) आईयूसीडी:

(ग) गर्भनिरोधक गोली/गर्भनिरोधक सुई:

(घ) अन्य:

**6. समापन के कारण:** (प्रत्येक उप-शीर्ष के अंतर्गत कुल संख्या दीजिए)

**क. 20 सप्ताहों तक के गर्भ की अवधि में**

(क) गर्भवती स्त्री के जीवन को खतरा:

(ख) गर्भवती स्त्री के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को गंभीर क्षति:

(ग) बलात्संग द्वारा हुआ गर्भ:

(घ) इस बात का पर्याप्त जोखिम है कि यदि बच्चा पैदा हुआ तो वह ऐसी शारीरिक या मानसिक असामान्यताओं से पीड़ित होगा कि वह गंभीर रूप से विकलांग हो:

(ड.) किसी गर्भ निरोधक युक्ति अथवा तरीके कि विफलता:

**ख. 20-24 सप्ताहों के बीच के गर्भ की अवधि में**

(क) यौन हमले या बलात्संग या कौटुम्बिक व्यभिचार के उत्तरजीवी:

(ख) अल्पवय:

(ग) गर्भावस्था के दौरान वैवाहिक प्रास्थिति में परिवर्तन (वैधव्य या विवाह-विच्छेद):

(घ) शारीरिक अक्षमताओं वाली स्त्रियां (दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016 (2016 का 49) के अधीन अभिकथित मानदंडों के अनुसार प्रमुख निःशक्तता):

(ड.) मानसिक रूप से रूग्ण स्त्री जिसके अंतर्गत मानसिक मन्दता भी है:

(च) भ्रूणीय विकृति का इसके जीवन के साथ असंगत होने का सारवान् जोखिम है या यदि शिशु उत्पन्न होता है तो वह ऐसी शारीरिक या मानसिक असामान्यताओं से पीड़ित हो सकता है जिससे वह गंभीर रूप से अक्षम हो:

(छ) मानवीय स्थितियों या आपदा या आकस्मिकता की परिस्थितियों में गर्भावस्था वाली स्त्री, जैसा कि सरकार द्वारा घोषित किया जाए:

**ग. 24 सप्ताहों के बाद के गर्भ की अवधि में**

(क) भ्रूणीय विकृति का इसके जीवन के साथ असंगत होने का सारवान् जोखिम है या यदि शिशु उत्पन्न होता है तो वह ऐसी शारीरिक या मानसिक असामान्यताओं से पीड़ित हो सकता है जिससे वह गंभीर रूप से अक्षम हो:

प्रभारी अधिकारी के हस्ताक्षर और तारीख



**DIRECTORATE OF FAMILY WELFARE**  
(Department of Health and Family Welfare)  
**NOTIFICATION**

Delhi, the 18th January, 2024

**F. 6(1012)/MH/DFW/2021-22/581-608**.—Pursuant to the provisions of the Medical Termination of pregnancy (Amendment) Act, 2021, read with the letter, dated 20<sup>th</sup> December, 2021 of the Ministry of Health and family Welfare, Government of India. The Lieutenant Governor of the National Capital Territory of Delhi is pleased to notify the updated formats, i.e. Form-I, Form -II and Form- III (Copies Enclosed) for the documentation of MTP as per the mandate of the Law.

This notification shall come into force from the date of its publication in the official Gazette.

By Order and in the Name of the Lt. Governor of National  
Capital Territory of Delhi,

S. SUNIL, Dy. Secy.

**FORM I**

**RMP Opinion Form**

*(For gestation age upto twenty weeks)*

**[See Regulation 3]**

I \_\_\_\_\_  
(Name and qualifications of the Registered Medical Practitioner in block letters)

\_\_\_\_\_  
(Full address of the Registered Medical Practitioner)

hereby certify that I am of opinion, formed in good faith, that it is necessary to terminate the pregnancy of \_\_\_\_\_

(Full name of pregnant woman in block letters)

resident of \_\_\_\_\_  
(Full address of pregnant woman in block letters)

for the reasons given below\*.

I hereby give intimation that I terminated the pregnancy of the woman referred to above who bears the Serial No. \_\_\_\_\_ in the Admission Register of the hospital/approved place.

Place:

Date:

Signature of the Registered Medical Practitioner

\*of the reasons specified items (a) to (e) write the one which is appropriate:

- a. in order to save the life of the pregnant women,
- b. in order to prevent grave injury to the physical and mental health of the pregnant woman,
- c. in view of the substantial risk that if the child was born it would suffer from such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped,
- d. as the pregnancy is alleged by pregnant woman to have been caused by rape,
- e. as the pregnancy has occurred as a result of failure of any contraceptive device or methods used by a woman or her partner for the purpose of limiting the number of children or preventing pregnancy.

**Note:** Account may be taken of the pregnant woman's actual or reasonably foreseeable environment in determining whether the continuance of her pregnancy would involve a grave injury to her physical or mental health.

Place:

Date:

Signature of the Registered Medical Practitioner

**FORM II****[ Refer Regulation 4(5) ]****Month & Year: .....****1. Name of the State:****2. Name of Hospital/approved place:****3. Duration of pregnancy: (Give total number only under each sub-head)**

- (a) Upto 9 weeks (Medical Methods of Abortion Only):
- (b) Upto 12 weeks (Surgical Methods of Abortion Only):
- (c) Between 12-20 weeks:
- (d) Between 20 -24 weeks:
- (e) Beyond 24 weeks:

**4. Religion of woman: (Give total number under each sub-head)**

- (a) Hindu:
- (b) Muslim:
- (c) Christian:
- (d) Others:

**5. Termination with acceptance of contraception: (Give total number under each sub-head)**

- (a) Sterilization:
- (b) IUCD:
- (c) OCP/Injectable Contraceptive:
- (d) Others:

**6. Reasons for termination: (Give total number under each sub-head)****A. Up to 20 weeks of gestation**

- (a) Danger to the life of the pregnant woman:
- (b) Grave injury to the physical and mental health of the pregnant woman:
- (c) Pregnancy caused by rape:
- (d) Substantial risk that if the child was born, it would suffer from such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped:
- (e) Failure of any contraceptive device or method:

**B. Between 20-24 weeks of gestation**

- (a) Survivors of Sexual Assault/Rape/Incest:
- (b) Minors:
- (c) Change of marital status during the ongoing pregnancy (widowhood and divorce):
- (d) Women with physical disabilities [major disability as per criteria laid down under the Rights of Persons with Disabilities Act, 2016 (49 of 2016)]:
- (e) Mentally ill women including mental retardation:
- (f) The foetal malformation that has substantial risk of being incompatible with life or if the child is born it may suffer from such physical or mental abnormalities to be seriously handicapped:
- (g) Women with pregnancy in humanitarian settings or disasters or emergency situations as declared by Government:

**C. Beyond 24 weeks of gestation**

- (a) The foetal malformation that has substantial risk of being incompatible with life or if the child is born it may suffer from such physical or mental abnormalities to be seriously handicapped:

**FORM III**  
[ Refer Regulation 5 ]  
**Admission Register**

(To be destroyed on the expiry of five years from the date of the last entry in the Register)

Name of Facility: \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

S. No.	Date of Admission	Name of the Patient	Wife / Daughter of	Age	Religion	Address	Duration of Pregnancy	Reasons on which Pregnancy is terminated	Date of termination of Pregnancy	Date of discharge of patient	Result & Remarks	Name of Registered Medical Practitioner(s) by whom the opinion is formed <i>(For pregnancy beyond 24 weeks mention the names of Medical Board members)</i>	Name of Registered Medical Practitioner(s) by whom Pregnancy is terminated	Method of MTP (MVA/ EVA/ MMA/ D&C/ Others)	Post Abortion Contraception (Tubal Ligation/ (TL)/IUCD/ OCP/ Injunctables/ Others/ None)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16