

# PC-PNDT

## THE PRE -CONCEPTION & PRE-NATAL DIAGNOSTIC TECHNIQUES

**Group: 3**

- ▶ **Dr.Suganthy**
- ▶ **Dr.Jeevitha K.J.**
- ▶ **Dr.R.Somaskandan**
- ▶ **Mrs.Deva sena**
- ▶ **Mr.Rajan**
- ▶ **Mr.Pandiyaraj**



**Reviewed By:**

**Dr. Lallu Joseph**

**Dr. Joseph Fidelis**

**Dr. Babu Narayan**

# EVALUTION OF PC-PNDT Act

- ▶ PNDT was formed in 1994
- ▶ In 1996 – it was called as
  - ▶ THE PRE-CONCEPTION AND PRE- NATAL DIAGNOSTIC TECHNIQUES (PC-PNDT )



# Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques

AN ACT TO PROVIDE FOR THE PROHIBITION OF SEX SELECTION,  
BEFORE OR AFTER CONCEPTION,

AND

FOR REGULATION OF PRE-NATAL DIAGNOSTIC TECHNIQUES FOR THE  
PURPOSE OF DETECTING ABNORMALITIES OR METABOLIC  
DISORDERS OR CHROMOSOMAL ABNORMALITIES OR CERTAIN  
CONGENITAL MALFORMATION OF SEX-LINKED DISORDERS

AND

FOR THE PREVENTION OF THEIR MISUSE FOR SEX DETERMINATION  
LEADING TO FEMALE FETICIDE.

# GENETIC COUSSELLING CENTRE

- INSTITUTE
- HOSPITAL
- NURSING HOME



# QUALIFIED PERSONS

- ▶ Radiologist
- ▶ Gynaecologist
- ▶ Paediatrician
- ▶ Cardiologist
- ▶ Medical geneticist – degree or diploma in genetic science in the field of sex selection and prenatal diagnostic techniques

# OFFENCES AND PENALTIES

- ▶ A.A can inspect any time and can seize the machine and records in case of omission of rules .
- ▶ Offences by persons :
  - ▶ First offence 3 yrs imprisonment and fine rs.10000/-
  - ▶ Subsequent offences 5 yrs imprisonment & fine up to 50,000/-
- ▶ Suspension by S M council and removal of name from the register of MCI
  - ▶ First offence for 5 yrs
  - ▶ Subsequent offence – permanently
- ▶ Patient or attendants – 3 months imprisonment & 1000/- or both



# Registration

- ▶ Registration must where ever Ultrasound scan ,MRI ,CT ,ECHO performed and Hospitals where pre natal Diagnostic centre.
- ▶ No separate registration for number of machine in the same Hospital/centre

# REGISTRATION/RENEWAL

- ▶ We need to made online payment Rs.200 and submit in Rural & Health services department to get application for PNDT registration/renewal.
- ▶ The following document and DD need to attached along with filled application.



# REGISTRATION/RENEWAL

S.No	RENEWAL	NEW
1.	Old PNA Scan Registration Certificates	
2.	Application (Filling)	Application (Filling)
3.	Doctors Degree Certificate Xerox (UG, PG, TNMC Registration, Ultrasound Scan Training)	Doctors Degree Certificate Xerox (UG, PG, TNMC Registration, Ultrasound Scan Training)
4.	Doctor (Scan) Photos Passport size – 2 Stamp size - 2	Doctor (Scan) Photos Passport size – 2 Stamp size - 2
5.	Plan approved, Plan Map, Residential tax receipt Xerox.	Plan approved, Plan Map, Residential tax receipt Xerox.
6.	Scan Board Photo Copy Size 3x2 total Board 3+3 = 6 1. Scan Room – 3 Board 2. Waiting Hall – 3 Board	Scan Board Photo Copy Size 3x2 total Board 3+3 = 6 1. Scan Room – 3 Board 2. Waiting Hall – 3 Board
7.	D.D – Rs.17,500/- Penalty – Rs. 87,500/- DD Address: The Director of Medical and Rural Health Services, Chennai-6.	New Registration Rs. 35,000/- DD Address: The Director of Medical and Rural Health Services, Chennai-6.
8.	Enclosure: Data Sheet	Enclosure: Data Sheet
9.	Scan Machine Invoice	Scan Machine Invoice

# REGISTRATION/RENEWAL

- ▶ Validity of Registration Certificate is 5 Years from the date of issue.
- ▶ We need submit the renewal application 90 days before the date of expiry.

# OPERATION PROCEDURE

- ▶ Signage board bilingual must be displayed prominently, Indicating the fetal sex is not disclosed in the hospital/center
- ▶ A copy of registration certificate shall be displayed in the scan room.
- ▶ A copy of PC-PNDT act shall be available in the Scan room.
- ▶ Form “F “ filled before every OBS examination. And Form “G” filled and signed by patient and the doctor for ANC patient.

# SIGNAGE BOARDS



## ஸ்கேன் மைய உரிமையாளர்/ ஸ்கேன்பரிசோதனை மருத்துவர் கவனத்திற்கு

கருவின் பாலினம் அறிவித்தல், பாலின தேர்வை தடை செய்தல் சட்டம் 1994 (PC PNDT Act 1994)  
பிரிவு 6-ன்படி தடை செய்யப்பட்டுள்ளது.

கருவின் பாலினத்தை கம்பிளி பெண்ணிடமோ, அல்லது உறவினர்களிடமோ, தேரிடையாகவோ,  
மறைமுகமாகவோ அல்லது வேறு ஏதேனும் முறையிலோ அறிவித்தல் (பாலினத் தேர்வை தடை செய்தல்)  
(PC PNDT Act 1994 Sec 23) சட்டத்தின் பிரிவு 23-ன் படி கீழ்க்காணும் தண்டனைகள் விதிக்கப்படும் என்று தெரிவிக்கப்படுகிறது.

- ① நீதமன்றத்தால் குற்றப்பத்திரிக்கை தாக்கல் செய்யப்பட்டுவழக்கு முடியும் வரை மருத்துவக்கவுன்சிலில் மருத்துவரின் பெயர் பதிவு தற்காலிகமாக ரத்து செய்யப்படும்.
- ② நீதமன்றத்தில் குற்றம் முதன்முறை நீரூபிக்கப்பட்டால் 5 வருடத்திற்கு மருத்துவ கவுன்சிலில் மருத்துவரின் பெயர் நீக்கப்படும்.
- ③ மீண்டும் அதே மருத்துவர் மீது தீர்ப்பளிப்பு முறை குற்றம் நீரூபிக்கப்பட்டால் மருத்துவரின் பெயர் மருத்துவ கவுன்சிலில் நிரந்தரமாக நீக்கம் செய்யப்படும்.
- ④ மேலும், இத்துடன் 3 ஆண்டு சிறை தண்டனையும் ரூ.50,000 வரை அபராதம் விதிக்கப்படும்.

புகார் அளிக்கவேண்டிய முகவரி: **மாவட்ட ஆட்சியர், விருதுநகர் மாவட்டம்.**

மாவட்ட இணை இயக்குனர் நலப்பணிகள், விருதுநகர் மாவட்டம்.

இயக்குனர் மருத்துவம் மற்றும் ஊரக நலப்பணிகள், சென்னை-600006.

**வெளியீடு: மருத்துவம் மற்றும் ஊரக நலப்பணிகள்துறை.**



## கம்பிளி பெண்கள் மற்றும் அவர்களின் உடனாளர்களின் கவனத்திற்கு

கருவின் பாலினம் அறிவித்தல், பாலின தேர்வை தடை செய்தல் சட்டம் 1994 (PC PNDT Act 1994)  
பிரிவு 6-ன்படி தடை செய்யப்பட்டுள்ளது.

கம்பிளி பெண்கள் ஸ்கேன் பரிசோதனை செய்யும் பொழுது ஸ்கேன் பரிசோதனை மருத்துவரிடமோ அல்லது அங்கு  
பணி புரியும் உழியரிடமோ கருவின் பாலினம் அறிவது (பாலினத் தேர்வை தடை செய்தல்) (PC PNDT Act 1994 Sec 23)

சட்டத்தின் பிரிவு 23-ன் படி கீழ்க்காணும் தண்டனைக்கு உள்னாக்கப்படுவீர்கள்.

கருவின் பாலினம் ஆணா, பெண்ணா என அறிய வலியுறுத்தும் கணவர் (ம) உறவினருக்கும் PC PNDT Act 94  
(பாலினத் தேர்வை தடை செய்தல் சட்டம்) சட்டத்தின் 94 பிரிவு 4 (5) ன்படி (ம) பிரிவு 23 (3) படி 3 ஆண்டு  
சிறை தண்டனையுடன் ரூ.50,000 அபராதம் விதிக்கப்படும். அடுத்தடுத்த குற்றங்களுக்கு 5 ஆண்டு  
சிறை தண்டனையுடன் ரூ.1,00,000 அபராதம் விதிக்கப்படும்.

புகார் அளிக்கவேண்டிய முகவரி:

**மாவட்ட ஆட்சியர், விருதுநகர் மாவட்டம்.**

மாவட்ட இணை இயக்குனர் நலப்பணிகள், விருதுநகர் மாவட்டம்.

இயக்குனர் மருத்துவம் மற்றும் ஊரக நலப்பணிகள், சென்னை-600006.

**வெளியீடு: மருத்துவம் மற்றும் ஊரக நலப்பணிகள்துறை.**

# OPERATION PROCEDURE

## Register Containing

- ▶ Patient Name/age/LMP Date
- ▶ Patient address/Mother address/in law address
- ▶ Referral Doctor Name/ Scan Doctor Name
- ▶ Scan Finding
- ▶ Scan performed doctor sign

# OPERATION PROCEDURE

- ▶ Form “F” and Ref. Doctor Requisition to be preserved.
- ▶ Monthly report should be submitted to the Medical & Rural Services dept. regularly on or before the 5<sup>th</sup> of every month.
- ▶ If we are using Scan machine out of campus in Camp we need to intimate and get approval from the Medical & Rural Service dept. in prior.
- ▶ Intimation about every change of doctor, address, equipment installed shall be sent within 30 days.



# PRESERVATION OF RECORDS

- ▶ Preservation Of Records : 2 Yrs
- ▶ In case of legal disputes : till the final disposal of legal proceedings

# FORM G

படிவம் - ஜி  
(வித. எண் 1-ஜி பாய்க்க.)  
ஒப்பந்தல் படிவம்

..... என்கிற முகவரியில் வசிக்கும் வயதான  
..... என்பவரின் மனைவி / மகன்  
ஆகிய நான் அறிவிப்பது, "பிறப்புக்கு முந்திய மருத்துவ சிகிச்சை நுட்ப முறைகளை  
"பயன்படுத்துவதால் எனக்கு ஏற்படும் பக்க விளைவுகள் மற்றும் பின் விளைவுகள் குறித்து  
விளக்கப்பட்டது. நான் பெறப்போகும் குழந்தைக்கு உடல் ஊனம் அல்லது உடற்செயற்பாடின்மை  
போன்ற அசாதாரண தன்மைகள் ஏதும் இருக்க வாய்ப்புண்டா என்பது குறித்து அறிய எனது  
சம்பந்தத்தின் பேரில் பிறப்புக்கு முந்திய மருத்துவ சிகிச்சை நெழில்நுட்ப ஆய்வு நிலைக்கு  
என்னை உட்படுத்திக் கொள்கிறேன்.

பிறப்புக்கு முந்திய சிகிச்சை நுட்ப முறைகளின் மற்றும் ஆய்வு முடிவுகளில் நான்  
பெறப்போகும் குழந்தைக்கு உடல் ஊனம் அல்லது உடற்செயற்பாடின்மை போன்றவை  
இல்லாதிருந்தால் இக்கருவை கலைக்க மாட்டேன் என உறுதி கூறுகிறேன். கருவின் பரிணம்  
(அதாவது குழந்தை ஆணா பெண்ணா என்று) எனக்கு தெரிவிக்கப்பட மாட்டாது என நான்  
அறிவேன்.

மேற்காணும் உறுதி மொழிகளை மீறினால் பிறப்புக்கு முந்தைய சிகிச்சை நுட்ப  
முறைகளை (வயன்முறை மற்றும் தவறான பயன்பாட்டினை தடுத்தல்) சட்டம் 1994-ல்  
விறிதிக்ப்பட்டுள்ள தண்டனைகளுக்கு உள்ளாவேன் என்பதையும் நான் அறிவேன்.

நான்: நோயாளியின் ஒப்பம்  
இடம்:

நோயாளிக்கும் அவரின் உடனானருக்கும் மேற்காணும் ஒப்பநலின்  
உள்ளடக்கிய விவரங்களை அவர்கள் புரிந்து கொள்ளும் மொழியில் விளக்கியுள்ளேன்.  
(பெயர்.....  
..... உறவு முறை

மகப்பேறு மருத்துவரின் பெயர்  
கையொப்பம் மற்றும் பதிவு எண்

நான்: மகப்பேறு ஆய்வு மையத்தின் பெயர்  
முகவரி மற்றும் பதிவு எண்



# FORM F

14. Result of the non-invasive procedure carried out (report in brief of the test including ultrasound carried out) \_\_\_\_\_ /3/
15. The result of pre-natal diagnostic procedures was conveyed to \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_
16. Any indication for MTP as per the abnormality detected in the diagnostic procedures/tests \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name, Signature and Registration Number with Seal of  
Gynaecologist/Radiologist/Registered Medical Practitioner  
Place: \_\_\_\_\_ Performing Diagnostic Procedure/s

SECTION C: To be filled for performing invasive procedure/ Tests only

17. Name of the doctor/s performing the procedure/s: \_\_\_\_\_
18. History of genetic/medical disease in the family (specify): \_\_\_\_\_ Basis of diagnosis ("Tick" on appropriate basis of diagnosis):
- |                 |  |
|-----------------|--|
| (a) Clinical    | (b) Bio-chemical   |
| (b) Cytogenetic | (d) Other (e.g. radiological, ultrasonography etc-specify) |
19. Indication/s for the diagnosis procedure ("Tick" on appropriate indication/s):
- A. Previous child/children with:
- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| (i) Chromosomal disorders  | (ii) Metabolic disorders   |
| (iii) Congenital anomaly   | (iv) Mental Disability     |
| (v) Haemoglobinopathy      | (vi) Sex linked disorders  |
| (vii) Single gene disorder | (viii) Any other (specify) |

B. Advanced maternal age (35 years)

C. Mother/father /sibling has genetic disease (specify)

D. Other (specify) \_\_\_\_\_

20. Date on which consent of pregnant woman/person was obtained in Form G prescribed in PC&PNDT

Act, 1994: \_\_\_\_\_

21. Invasive procedure carried out ("Tick" on appropriate indication/s)
- |                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| i. Amniocentesis       | ii. Chorionic Villi aspiration |
| ii. Fetal biopsy       | iv. Cordocentesis              |
| v. Any other (specify) |                                |

22. Any complication/s of invasive procedure (specify) \_\_\_\_\_

23. Additional tests recommended (Please mention if applicable)

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| (i) Chromosomal studies | (ii) Bio-chemical studies              |
| (iii) Molecular studies | (iv) Pre-implantation gender diagnosis |
| (v) Any other (specify) |  |

24. Result of the procedures/Tests carried out (report in brief of the invasive tests/procedures carried out) \_\_\_\_\_

4.

25. Date on which procedures carried out: \_\_\_\_\_ /4/
26. The result of pre-natal diagnostic procedures was conveyed to \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_
27. Any indication for MTP as per the abnormality detected in the diagnostic procedures / tests \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name, Signature and Registration Number with Seal of  
Gynaecologist/Radiologist/Registered Medical Practitioner  
Place: \_\_\_\_\_ Performing Diagnostic Procedure/s

SECTION D: Declaration

### DECLARATION OF PERSON UNDERGOING PRENATAL DIAGNOSTIC TEST/PROCEDURE

I, Mrs./Mr. \_\_\_\_\_ declare that by undergoing  
\_\_\_\_\_ Prenatal diagnostic Test / Procedure, I do not want to know the sex  
of my fetus.

Date: \_\_\_\_\_ Signature / Thumb Impression of the person undergoing  
the Prenatal Diagnostic Test / Procedure

In Case of thumb impression:

Identify by (Name) \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

Relation (if any) \_\_\_\_\_ Address & Contact No: \_\_\_\_\_

Signature of a person attesting thumb impression: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### DECLARATION OF DOCTOR / PERSON CONDUCTING PRE NATAL DIAGNOSTIC PROCEDURE/TEST

I, \_\_\_\_\_ (Name of the person conducting ultra sonography /  
image scanning) declare that while conducting ultrasonography / image scanning on  
Ms./Mr. \_\_\_\_\_ (name of the pregnant woman or the person undergoing pre natal diagnostic  
procedure/test), I have neither detected nor disclosed the sex of her fetus to any body in any manner.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Name in Capitals, Registration Number with seal of the  
Gynaecologist/Radiologist/Registered Medical Practitioner  
conducting Diagnostic procedure

## FORMAT – A

Pre-Natal Diagnostic Techniques (regulation and Prevention of Misuse) Act, 1994

Monthly Report to be submitted to the Appropriate Authority          District

For the Month of \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Name and Address of the Genetic Counselling Centre /  
Ultrasound Clinic / Imaging Centre

Registration No. \_\_\_\_\_

No. of Form – F obtained: \_\_\_\_\_

No. of Form – G obtained: \_\_\_\_\_

<b>ULTRA SOUND PROCEDURE</b>							
	Male		Female				
	Abdomen	Cardiac	General Abdomen	Ante-Natal	Pre-Conceptive, Follicular Studies, Uterus	Trans – Vaginal Studies	Other Ultrasound Studies
No. of Cases							

<b>OTHER PROCEDURE ADVISED</b>								
Amniocentesis	Chorionic villi biopsy	Foetal skin biopsy	Cordocentesis	Any other	Chromosomal Studies	Biochemical Studies	Molecular Studies	No. of MTP advised

Date and Seal of Genetic Clinic \_\_\_\_\_

Signature and Regn No. of Gynaecologist / Radiologist /  
Sonologist / Registered Medical Practitioner \_\_\_\_\_

Note: Report should be submitted within 5<sup>th</sup> day of the following month to the concerned Appropriate Authority

# THANKS

