

# CLAIM PROFORMA

## दावे का प्रपत्र



**CENTRAL COUNCIL FOR RESEARCH IN AYURVEDIC SCIENCES**  
**MINISTRY OF AYUSH**  
**(Government of India)**

केन्द्रीय आयुर्वेदीय विज्ञान अनुसंधान परिषद्  
आयुष मंत्रालय, भारत सरकार  
जवाहर लाल नेहरू भारतीय चिकित्सा एवं होम्योपैथी अनुसंधान भवन  
नं 61-65 इन्स्टिट्यूशनल एरिया, सम्मुख 'डी' ब्लॉक, जनकपुरी, नई दिल्ली -११००५८  
**Central Council for Research in Ayurvedic Sciences**  
**Ministry of AYUSH, Government of India**  
**Jawahar Lal Nehru Bhartiya Chikitsa Evam Homoeopathy Anusandhan Bhawan**  
**No.61-65, Institutional Area, Opp. 'D' Block, Janakpuri, New Delhi -110058**

**'A'**

1.
  - (a) Name and address  
नाम व पूरा पता
  - (b) Age  
आयु
  - (c) Whether any medical facility available in your local area      हाँ/Yes      नहीं/No  
क्या आपके स्थानिक क्षेत्र में चिकित्सा सुविधा उपलब्ध है ?
  - (d) If yes the distance from your place of work / village  
यदि हाँ तो आपके कार्य स्थान से कितनी दूरी पर है |
  - (e) The detail information to be submitted regarding medical qualification  
चिकित्सीय योग्यता के संबंध में विस्तृत जानकारी प्रदान करें |

**'B'**

2. Medical Qualification  
चिकित्सीय योग्यता

**'C'**

3. Experience in the field of treatment of  
diseases/or in any specific branch of medicine  
रोग चिकित्सा के विशेष क्षेत्र में विशेष योग्यता व अनुभव
4. Full details of cases treated (name & complete address  
of at least 25 patients/subjects  
चिकित्सा किए गये कम से कम 25 ऐसे आतुरों / रोगियों का नाम,  
पता, विकृति विज्ञानीय, बायोकेमिकल, बायोप्सी व एक्सरे इत्यादि  
का विवरण दे |
5. The medicine requirements for the entire screening/trial  
Programme are to be met by the claimant free  
समस्त परीक्षण/वधि में परीक्षण के लिए आवश्यक औषधियों की  
पूर्ति दावेदार को निःशुल्क करनी होगी |

6. If any adverse effect other than what is claimed is observed on the patients/ subjects during the screening of the receipt, the claimant will be responsible.  
दावेदार द्वारा पहले ही स्पष्ट किए गए विपरीत परिणामों के अतिरिक्त यदि अन्य कोई भी दुष्प्रभाव परीक्षण - अवधि में रोगियों पर पाए गए तो उसका पूर्ण उत्तरदायित्व मात्र दावेदार पर होगा |

An agreement to the above 3 & 4 may  
Please be furnished hereunder:-

उपरोक्त पैरा 3 व 4 के सम्बन्ध में सहमति – पत्र निम्न प्रकार से दिया जाए :

I hereby declare that I will be responsible for making available the drug/medicines free of cost as and when required in quantity requisition. In the event of failure in making drug supply, the trial can be considered to be dropped without intimating me. I will also be held responsible for any side or adverse effects met with during the trial of the drug medicine claimed.

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि परीक्षणार्थ द्रव्य व औषधि यथावश्यक यथा-समय निःशुल्क भेजने का उत्तरदायी रहूँगा | उपर्युक्त औषधि, साधन, उपलब्ध कराने में असफलता की स्थिति में परीक्षण मुझे बिना कोई सूचना दिए भी रोकने पर विचार किया जा सकता है | यदि औषधि का कोई दुष्प्रभाव परीक्षण काल में होगा तो उसके लिए भी मैं उत्तरदायी रहूँगा |

Dated: - तिथि

**Signature of the Claimant**  
दावेदार के हस्ताक्षर

केन्द्रीय आयुर्वेदीय विज्ञान अनुसंधान परिषद्  
आयुष मंत्रालय, भारत सरकार  
जवाहर लाल नेहरू भारतीय चिकित्सा एवं होम्योपैथी अनुसंधान भवन  
नं 61-65 इन्स्टिट्यूशनल एरिया, सम्मुख 'डी' ब्लॉक, जनकपुरी, नई दिल्ली -११००५८  
**Central Council for Research in Ayurvedic Sciences**  
**Ministry of AYUSH, Government of India**  
**Jawahar Lal Nehru Bhartiya Chikitsa Evam Homoeopathy Anusandhan Bhawan**  
**No.61-65, Institutional Area, Opp. 'D' Block, Janakpuri, New Delhi -110058**

**PROFORMA**

प्रपत्र

*(To be submitted in triplicate)*

*(तीन प्रतियाँ भेजे)*

Particulars asked for: - प्राप्तव्य जानकारी

1. In case of a single drug please furnish its  
यदि यह एकाकी औषध है, तो लिखिए इसका  
a) Sanskrit Name संस्कृत नाम  
b) Botanical Name वनस्पति शास्त्रीय नाम  
c) Hindi Name हिन्दी नाम  
d) Regional Name स्थानीय नाम
2. In case of the drug is of vegetable origin,  
four specimens of flowering/and/or fruiting  
wings of about one foot along pressed  
either in blotting paper or in newspaper  
sheets and well dried be sent.  
यदि यह कोई जड़ी बूटी है तो उसकी एक फुट लम्बी  
( फूल या फल सहित) आदर्श शाखाएँ (4 नमूने) पृथक पृथक  
स्याही चूसों / अखबारों में दबाकर एवं शुष्क करके भेजें ।
3. In case of compound preparation (yoga) the following details are to be furnished  
यदि यह कोई योग/ एकाधिक औषधि का मिश्रण है तो लिखें इसका  
(a) Name of the yoga  
योग नाम  
(b) Whether it is Shastriya ?  
If so, its Shastriya name may be given.  
क्या यह शास्त्रीय योग है, यदि है तो इसका शास्त्रीय नाम लिखें ?  
(c) Original text मूल पाठ

- (d) Full reference of the text i.e name of the book, volume of place, chapter and shloka number:-  
पुस्तक का नाम, खंड/स्थान, अध्याय एवं श्लोक संख्या के उद्धरण
- (e) In case it is not a Shastriya Yoga Please give the names of ingredients, quantities, and parts used thereof :  
यदि यह शास्त्रीय योग नहीं है तो घटकों के नाम, मात्रा एवं प्रयुज्यमान अंगों को लिखें ।
- (f) Is it a traditional yoga ?  
क्या यह परंपरागत योग है ?
- (g) How many years it is in use ?  
कितने वर्षों से प्रयोग/उपयोग में है ?
- (h) Whether this claim was submitted or is under consideration somewhere else ?  
क्या इस दावे को कहीं और प्रस्तुत किया गया था या वर्तमान में कहीं और विचाराधीन है ?
- (i) Details of standardization  
मानकीकरण का विस्तृत विवरण
- (j) Details of safety/toxicity studies  
सुरक्षा/विषाक्तता अध्ययन का विस्तृत विवरण
4. Method of preparation (the information hitherto is to be given for both single drugs and compound formulations (full details are to be provided)  
निर्माण विधि ( इससे आगे की प्राप्तव्य जानकारीयाँ एकाकी औषध व योग दोनों के बारे में देनी है )
- 5.
- (a) Diseases and symptoms in which it is indicated  
उन रोगों व लक्षणों को बताए जिसमें इसका प्रयोग किया जाता है ।
- (b) Various other actions of the drug:  
औषध के अन्य कर्म व प्रभाव :
- (c) Dose (various stages)  
मात्रा ( विभिन्न परिस्थितियों में)
- (d) Anupana (various stages)  
अनुपान ( विभिन्न परिस्थितियों में)

- (e) Duration of treatment  
चिकित्सा की अवधि :
- (f) Administration  
प्रयोग विधि
6. Any side effects / complications  
अन्य कोई दुष्प्रभाव
7. Pathyapathya (Diet, restrictions, special measures etc.)  
पथ्यापथ्य :
8. Number of cases treated and since when ?  
कितने रोगियों की चिकित्सा की गई व कब से ?
9. Details of the patients/ subjects  
Administered the drugs.  
(Please enclose statement giving the name  
age, sex and full addresses of at least 20  
treated cases alongwith the diagnosis of their diseases)  
कम से कम बीस ठीक किए गए रोगियों के नाम, आयु, लिंग,  
रोगनिदान, पते आदि का विवरण अलग प्रपत्र में प्रस्तुत करें ।
10. Whether modern, scientific investigations  
were carried out, if so, please give full details  
(for all the cases indicated at column 8)  
यदि आधुनिक वैज्ञानिक उपकरणों विधियों का आश्रय  
लिया गया है तो उसका विस्तारपूर्ण विवरण दें ।
11. Instructions for the use of medicine  
औषध प्रयोग के लिए विशेष सूचना

Date :- तिथि

**Signature of the claimant**  
दावेदार के हस्ताक्षर

### **NOTES (टिप्पणी)**

1. Sending the proforma by the Council does not mean acceptance of the claim or approval of the claim.  
परिषद् द्वारा प्रपत्र भेजे जाने का अर्थ यह न समझा जाये कि दावा स्वीकृत हो गया है ।
2. The Council does not award a Certificate / Prize for the claims submitted.  
परिषद् किसी प्रकार का प्रमाण पत्र/ पारितोषक/ पुरस्कार भेजे गये दावों के लिए नहीं देती है ।
3. The Council may however consider furnishing report of the study made on the claim which is approved and taken up for the trial under its discretionary powers.  
परिषद् यह अधिकार सुरक्षित रखती है कि भेजे गये दावों पर किए गए परीक्षण का प्रतिवेदन (रिपोर्ट) दावेदार को भेजा जाए या नहीं ।

