



बागमती प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
हेटौंडा, नेपाल

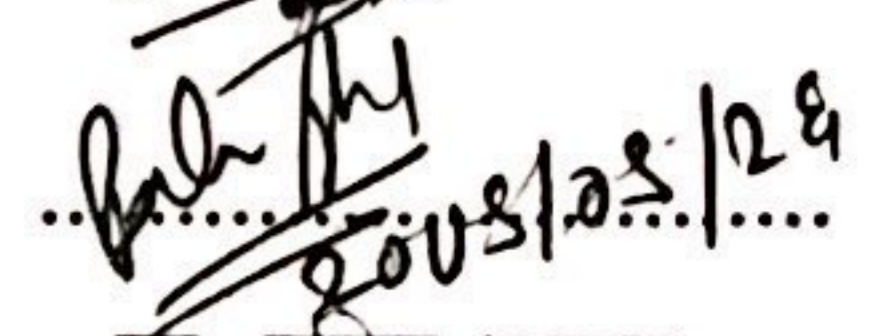
पत्र सङ्ख्या:- २०७९/०८०  
चलानी नम्बर :- १०९३

हेटौंडा, नेपाल  
मिति:- २०७९/०९/२६

विषय: कार्यक्रम संचालनका लागि सन्दर्भ सामग्री पठाइएको बारे।

श्री अस्पतालहरु (१३ वटै),  
बागमती प्रदेश।

प्रस्तुत विषयमा आ.व. २०७९/०८० को स्वीकृत वार्षिक कार्यक्रम अन्तर्गत यस मन्त्रालय र मातहतका निकायहरुमा रहेको "मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम" (PLMBIS Code No. २.७.२२.१९६/२.७.२२.१७७) तथा यो संग सम्बन्धित अन्य नसर्ने रोगलाई समेटने गरी यसै पत्र साथ संलग्न सन्दर्भ सामग्रीको प्रयोग गरि "मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम (परिक्षण, निदान, परामर्श, र उपचार) व्यवस्थापन कार्यविधि-२०७९" अनुसार कार्यक्रम संचालन गर्न गराउनुहुन निर्देशानुसार अनुरोध छ।

  
डा. रविन भुपाल  
आयुर्वेद चिकित्सक

सन्दर्भ सामग्री:-

१. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रमको लागि आवश्यक power point presentation.

बोधार्थ :-

- श्री स्वास्थ्य निर्देशनालय बागमती प्रदेश।
- श्री स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र, बागमती प्रदेश।
- श्री स्वास्थ्य तालिम केन्द्र, बागमती प्रदेश।
- श्री जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला, बागमती प्रदेश।



# मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम (परिक्षण, निदान, परामर्श र उपचार) व्यवस्थापन (२०७९) अभिमुखीकरण



बागमती प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
हेटौंडा, मकवानपुर



# कार्यक्रम सूची



- कार्यक्रमको उद्देश्य तथा नसर्ने रोगको अवस्था
- मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यविधि
- कार्यक्रम सारांश
- अनुसूची



# कार्यक्रमको उद्देश्य

- मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम सँग सम्बन्धित (परिक्षण, निदान, परामर्श र उपचार व्यवस्थापन) कार्यविधि तथा मार्गदर्शनका बारे जानकारी गराउने
- कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्वान्यनका लागि छलफल गर्ने
- नसर्ने रोगको बारेमा अन्तराष्ट्रिय, राष्ट्रिय तथा प्रदेशको विद्यमान समस्या बारेमा छलफल गर्ने
- नसर्ने रोगको रोकथामका लागि जोखिम न्यूनिकरण गर्ने उपायहरू बारे छलफल गर्ने



# बागमती प्रदेश संक्षिप्त परिचय



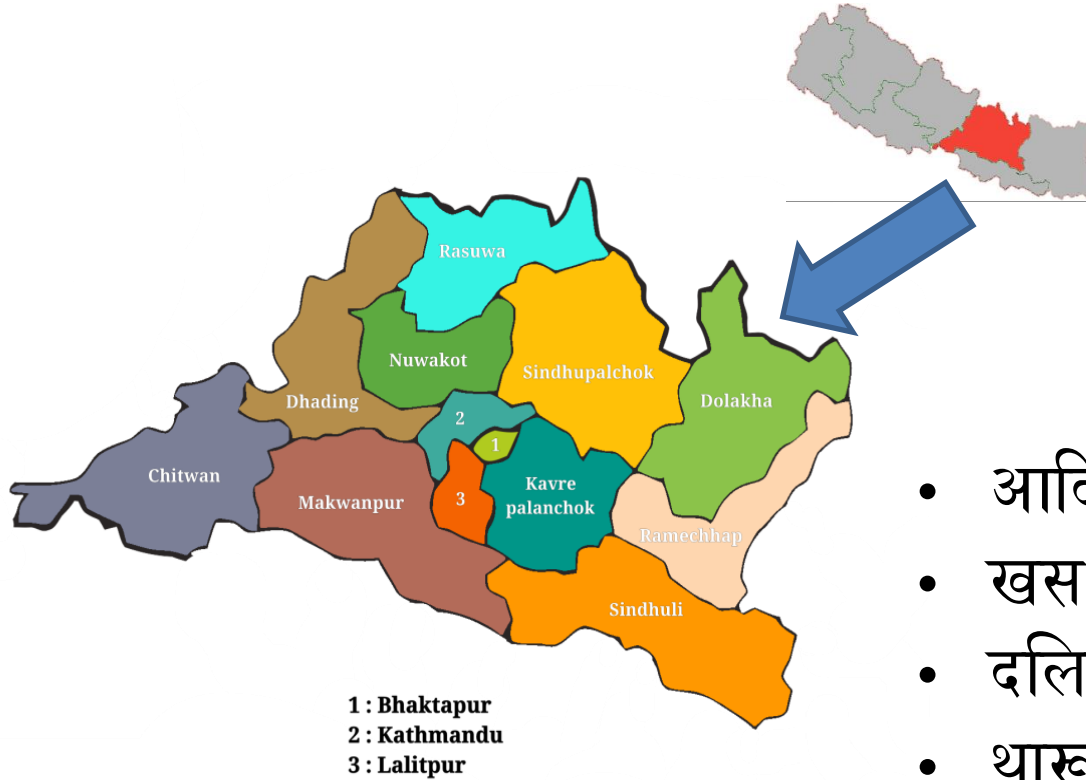
- संघीय निर्वाचन क्षेत्र: ३३
- प्रादेशिक निर्वाचन क्षेत्र: ६६
- स्थानीय तह: ११९
  - ✓ महानगरपालिका: ३
  - ✓ उपमहानगरपालिका: १
  - ✓ नगरपालिका: ४१
  - ✓ गाउँपालिका: ७४



७०% जनता  
नगरपालिका/शहरी  
क्षेत्रमा बसोबास  
गर्छन् ।



# बागमती प्रदेशको जनसाङ्ख्यिक अवस्था



## प्रमुख जातजाति

- आदिवासी जनजाति - ५३.१७%
- खस आर्य - ३७.०९%
- दलित ५.८४ %
- थारू १.६६ %
- मधेसी १.५७ %
- मुस्लिम ०.६७

• जनसंख्या: ६०८४०४२ (Ref- CBS Nepal -2021)

(Nepal Census – 2011)

मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रमको  
पृष्ठभूमि तथा औचित्यता

पहिले

सडक सञ्जालसंगै

अहिले







# हाम्रो शारीरिक सक्रियता



पहिले

अहिले



# पेशाको प्रक्रिया

पहिले



अहिले





# पृष्ठभूमि



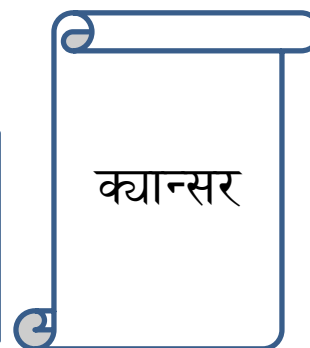
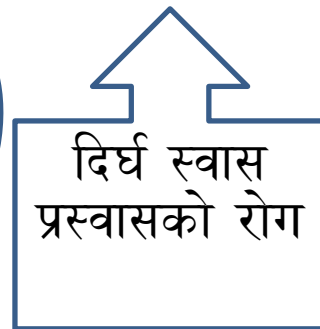
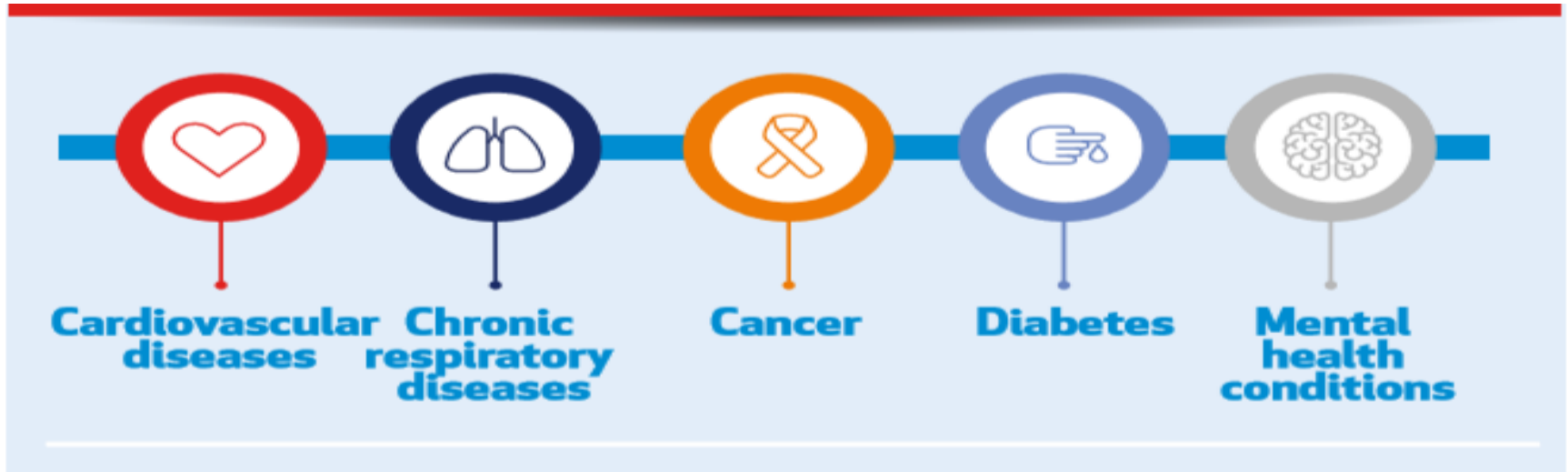
## हाम्रा प्रमुख स्वास्थ्य समस्याहरू

- संक्रामक (सर्ने) रोगको साथ साथै महामारीको अवस्था
- नसर्ने रोगको अत्याधिक बृद्धि / चाप
- विपद , दुर्घटना, मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरू तथा आत्महत्या आदि
- कीटजन्य रोगहरू तथा पशुपन्धीजन्य रोगहरू

नसर्ने रोगको प्रकोप तिब्र बेगले बढिरहेको र हालसम्म यसको रोकथाममा राज्यको लगानी न्यून रहेको छ



# प्रमुख नसर्ने रोगहरु





# NONCOMMUNICABLE DISEASES (NCDs) AND MENTAL HEALTH



## THE THREAT



Global

### Key Facts

NCDs are responsible for

**71%** of all deaths worldwide (41 million people)



Each year... the lives of

**15 million people** are cut short due to NCDs

Nearly **800,000 people die from suicide**

Every **2 seconds** someone aged 30 to 70 years dies prematurely from NCDs



Poorer people are disproportionately affected by NCDs and mental health conditions



### 5 main NCD risks



Unhealthy diet



Tobacco use



Air pollution



Harmful use of alcohol



Physical inactivity

### Call to action



Progress on NCDs is **too slow**

Greater action is needed to:

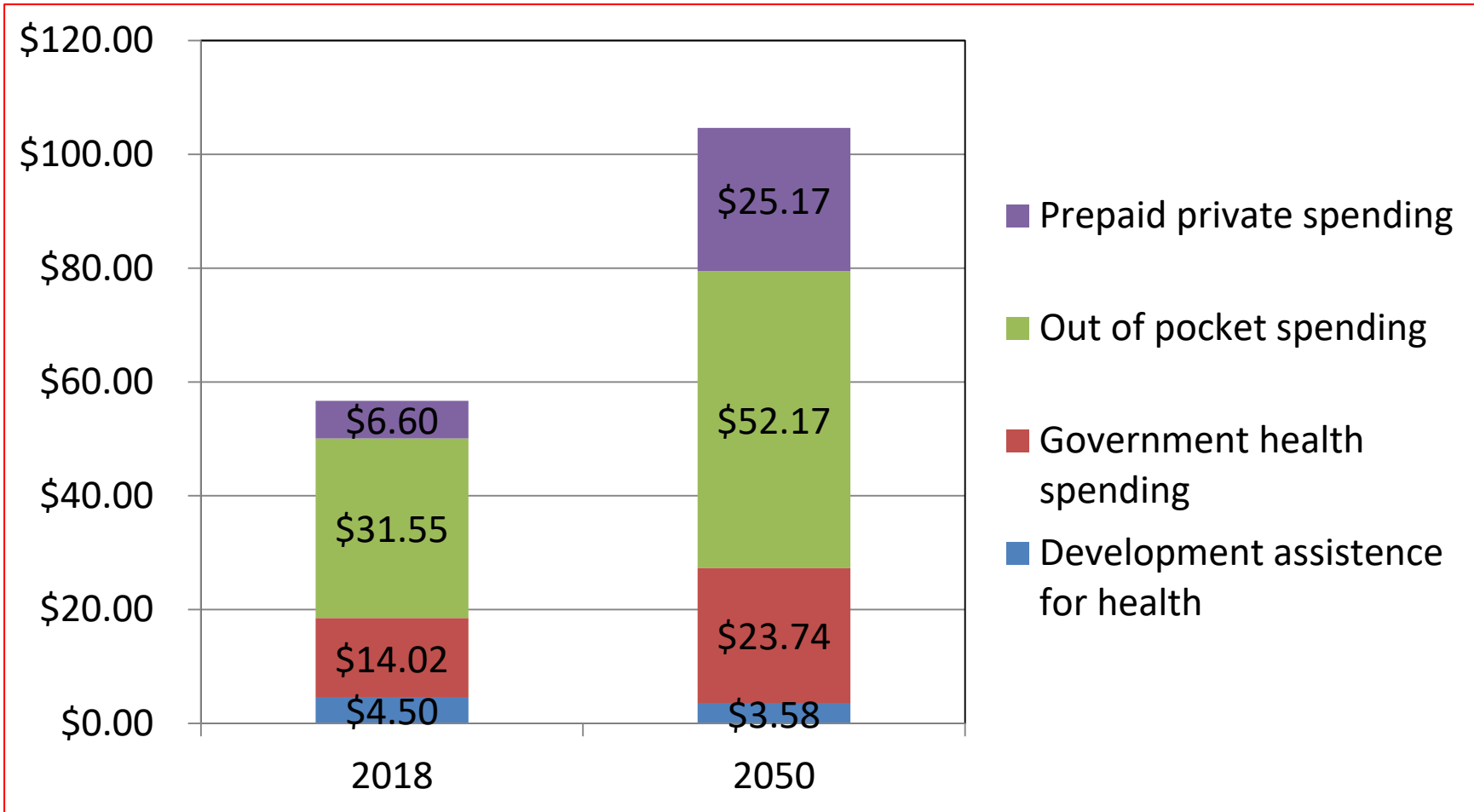
- ✓ Protect people from NCDs
- ✓ Achieve SDGs
- ✓ Promote human rights

Meet **SDG3-4** to, by 2030, reduce by 1/3 premature mortality from NCDs and promote mental health and well-being





# स्वास्थ्यमा अहिले र भविष्यमा हुनसक्ने खर्च र स्रोतहरू



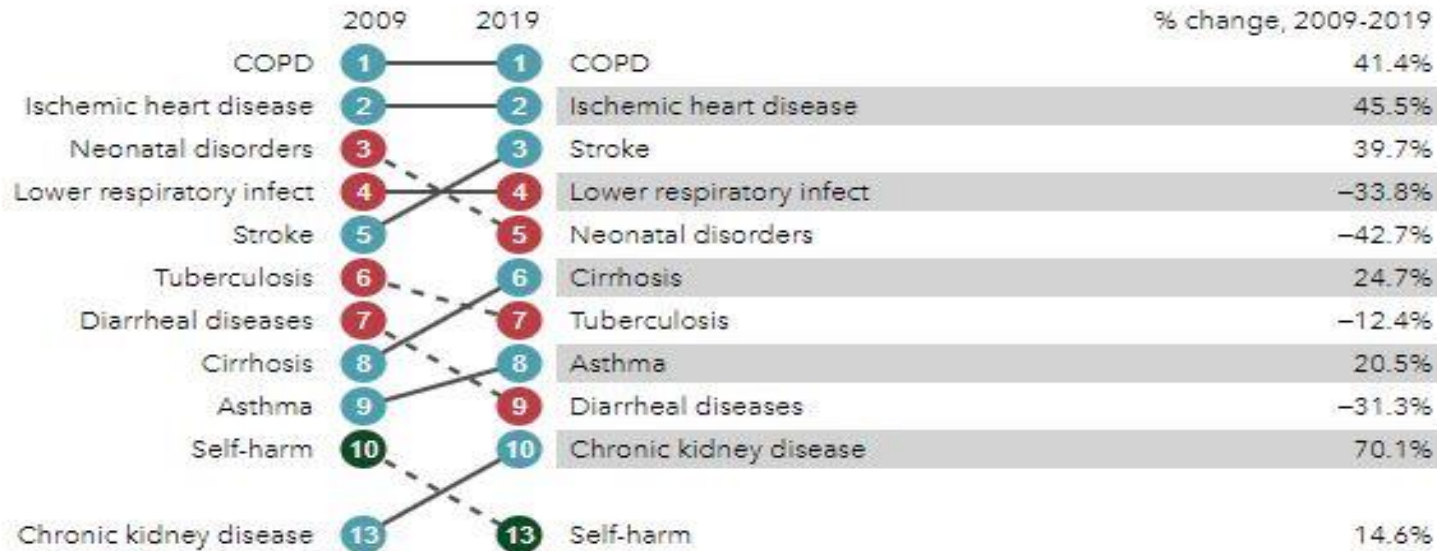
Ref- NCD steps survey 2019



# विश्वमा उच्च मृत्युदरका मुख्य कारणहरू

## What causes the most deaths?

- Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases
- Non-communicable diseases
- Injuries



Top 10 causes of total number of deaths in 2019 and percent change 2009-2019, all ages combined

See related publication: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

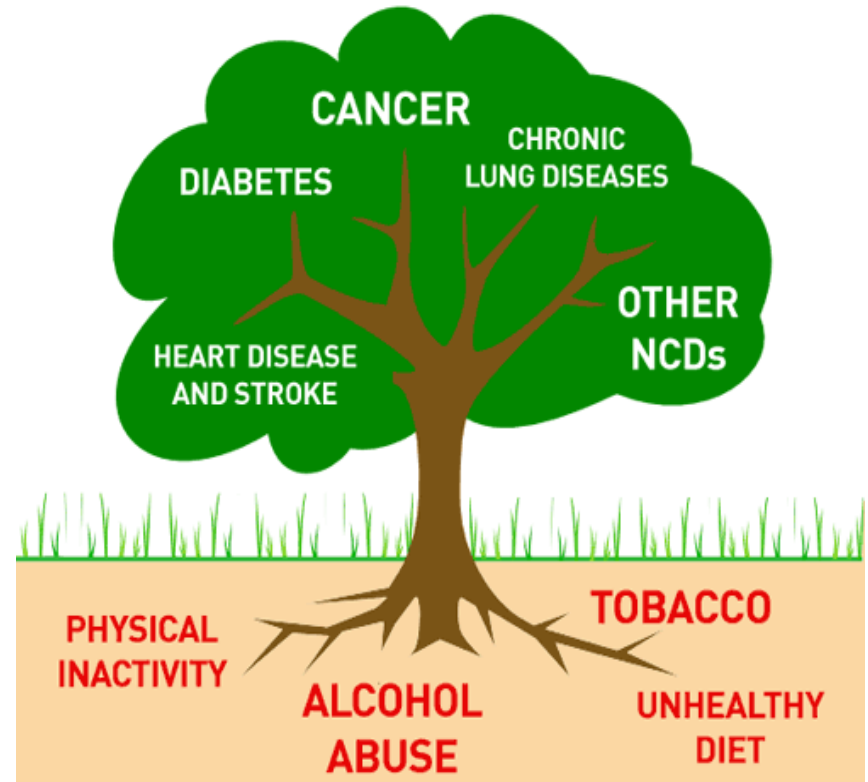


# नसर्ने रोगको मुख्य जोखिमहरू (Major Risk Factors)



- परिवर्तन गर्न नसकिने
  - ✓ उमेर
  - ✓ लिंग
  - ✓ पारिवारिक इतिहास
  - ✓ वंशाणुगत

- परिवर्तन गर्न सकिने







# मुख्य ४ जोखिम तत्वहरू

## Risk Status (Major 4 Risk Factors)



**सूर्तिजन्य पदार्थको प्रयोग- Grading of Risk : 1<sup>st</sup>**

About 28.9 % of the population are using tobacco products



**अस्वस्थ आहार Grading of Risk : 2<sup>nd</sup>**

About 97 % do not meet the recommendations



**शारिरिक निष्कृयता Grading of Risk : 3<sup>rd</sup>**

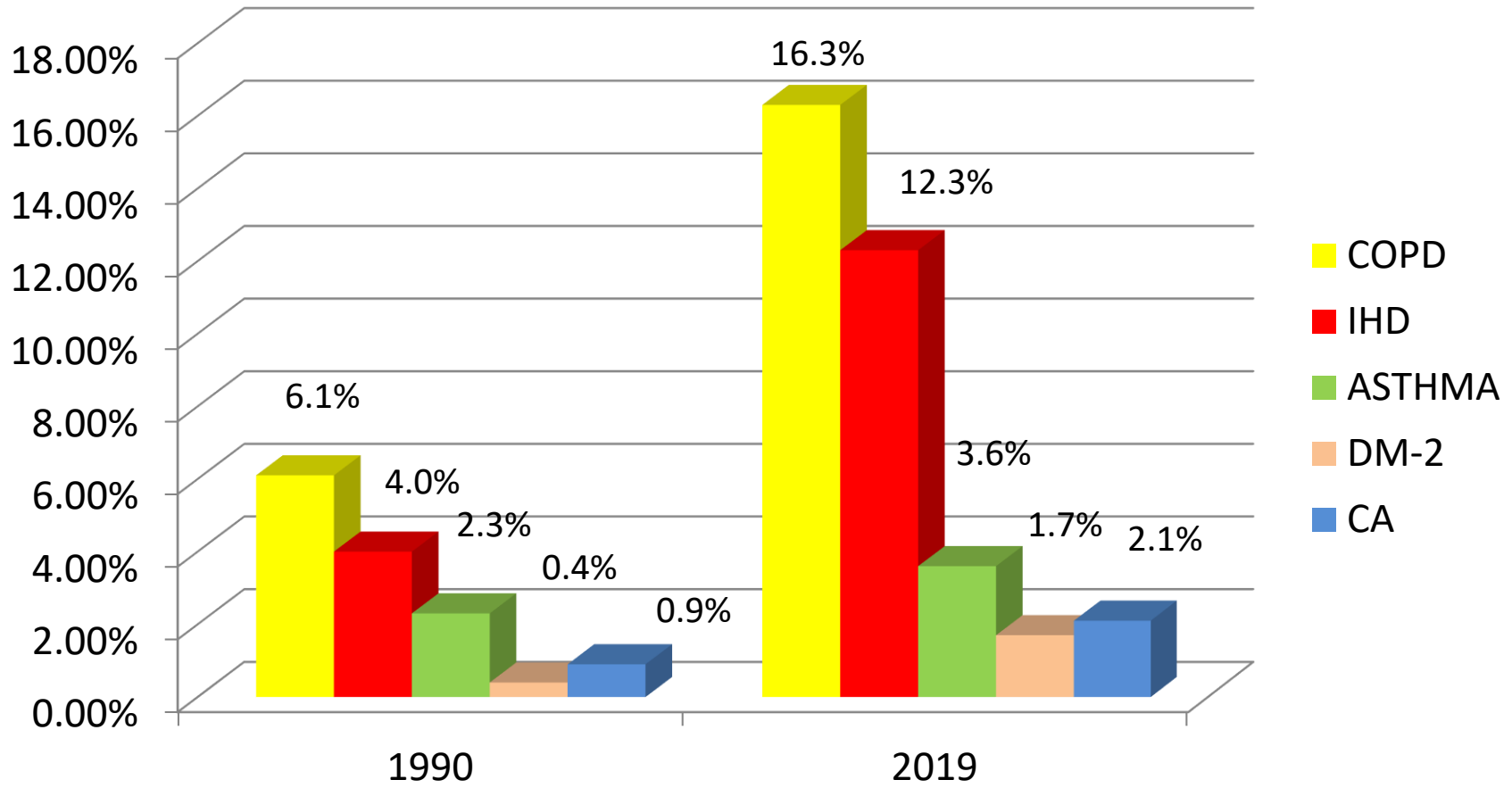
About 53.6 % of population do not meet the daily recommendation



**मदिराजन्य पदार्थको प्रयोग Grading of Risk : 4<sup>th</sup>**  
About 20.8% are current drinkers (Last 30 days)



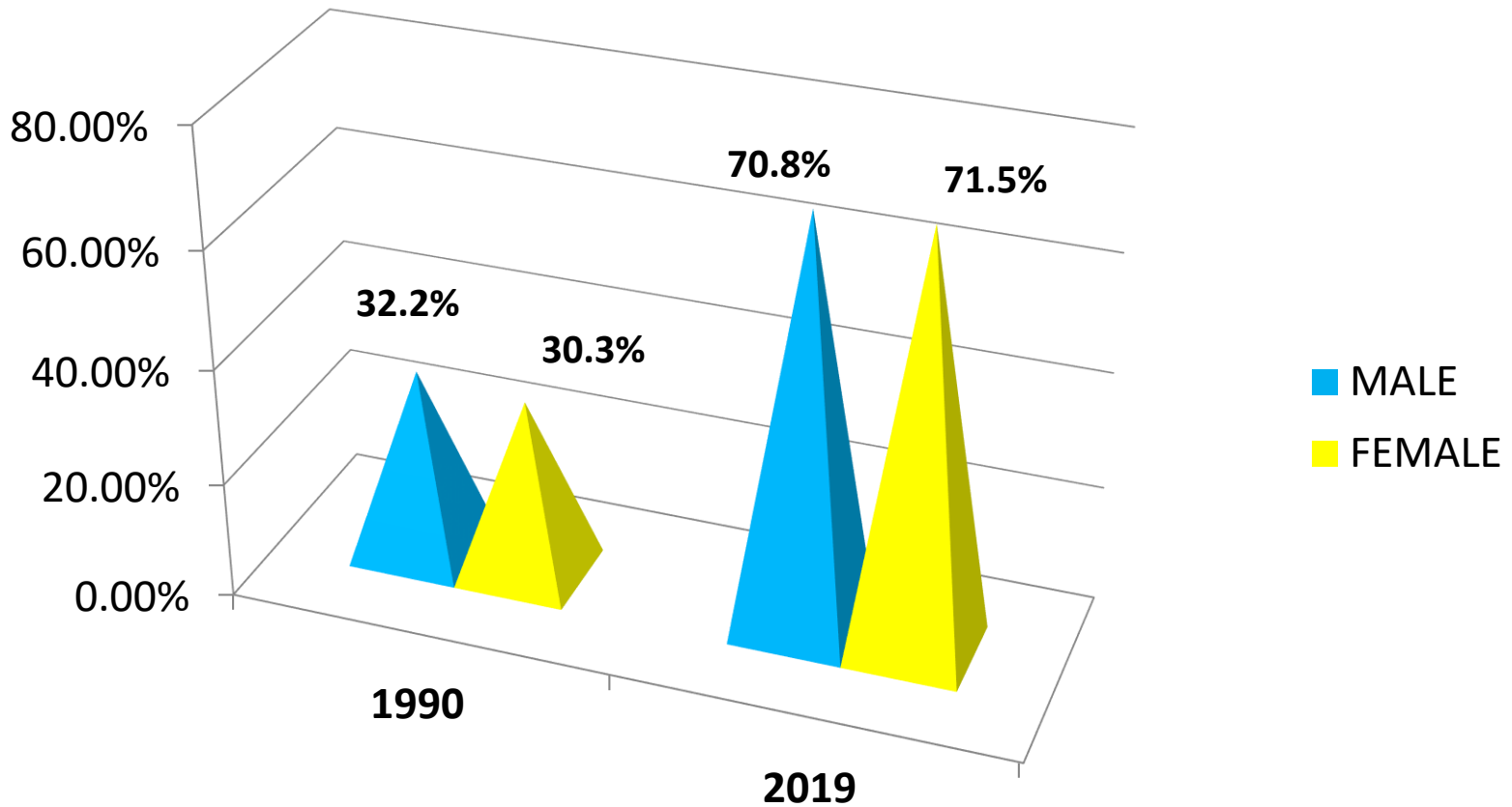
# NCD को कारण मृत्युदर र कुल मृत्युको अनुपातको तुलना



Ref- NBD 2018



# महिला पुरुषमा नसर्ने रोगको अवस्था



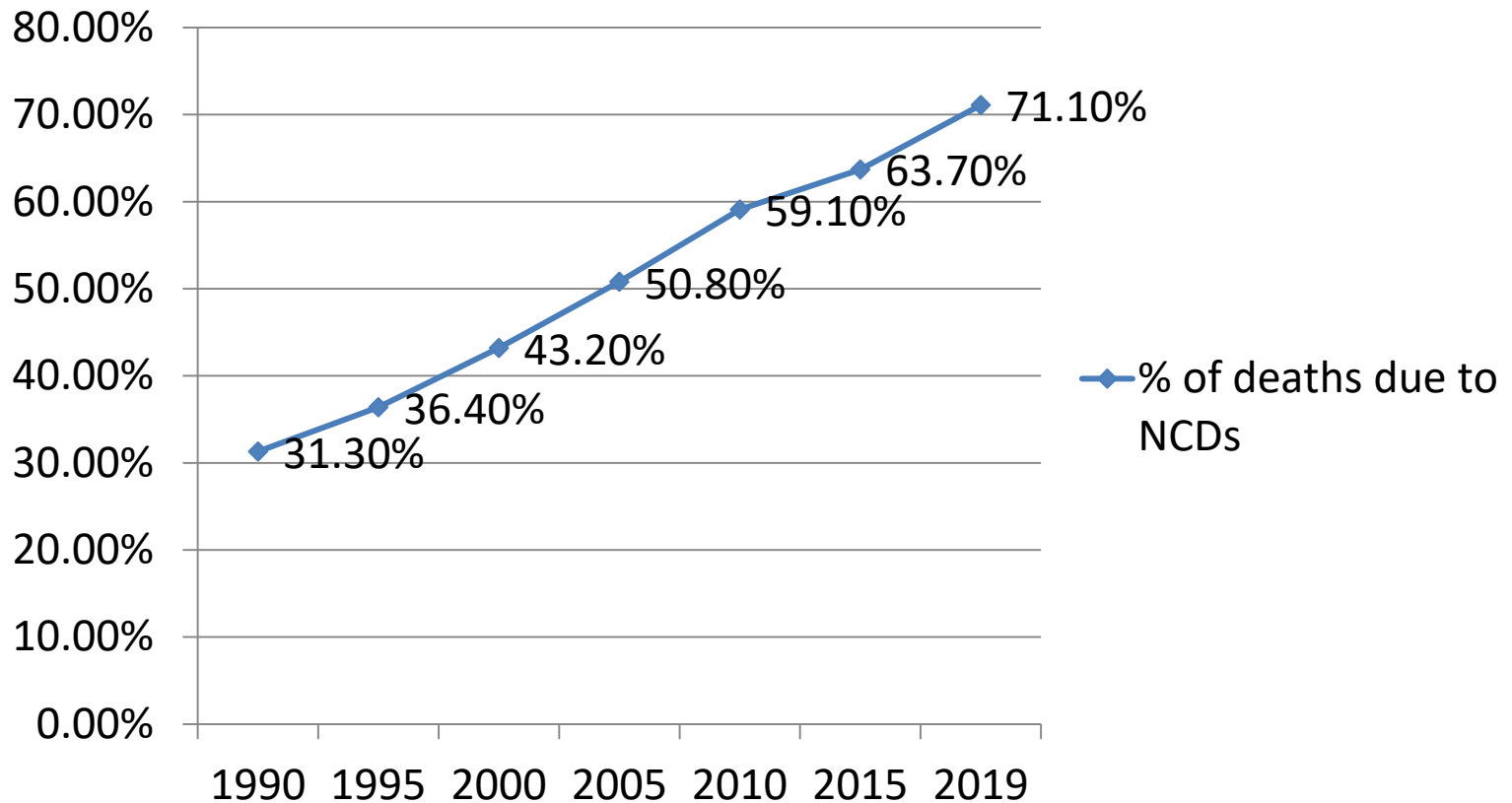
( Ref- Nepal burden of disease 2019 , Page 30 )



# नेपालमा नसर्नेरोग बाट हुने मृत्युदर (प्रतिशतमा) (1990- 2019)

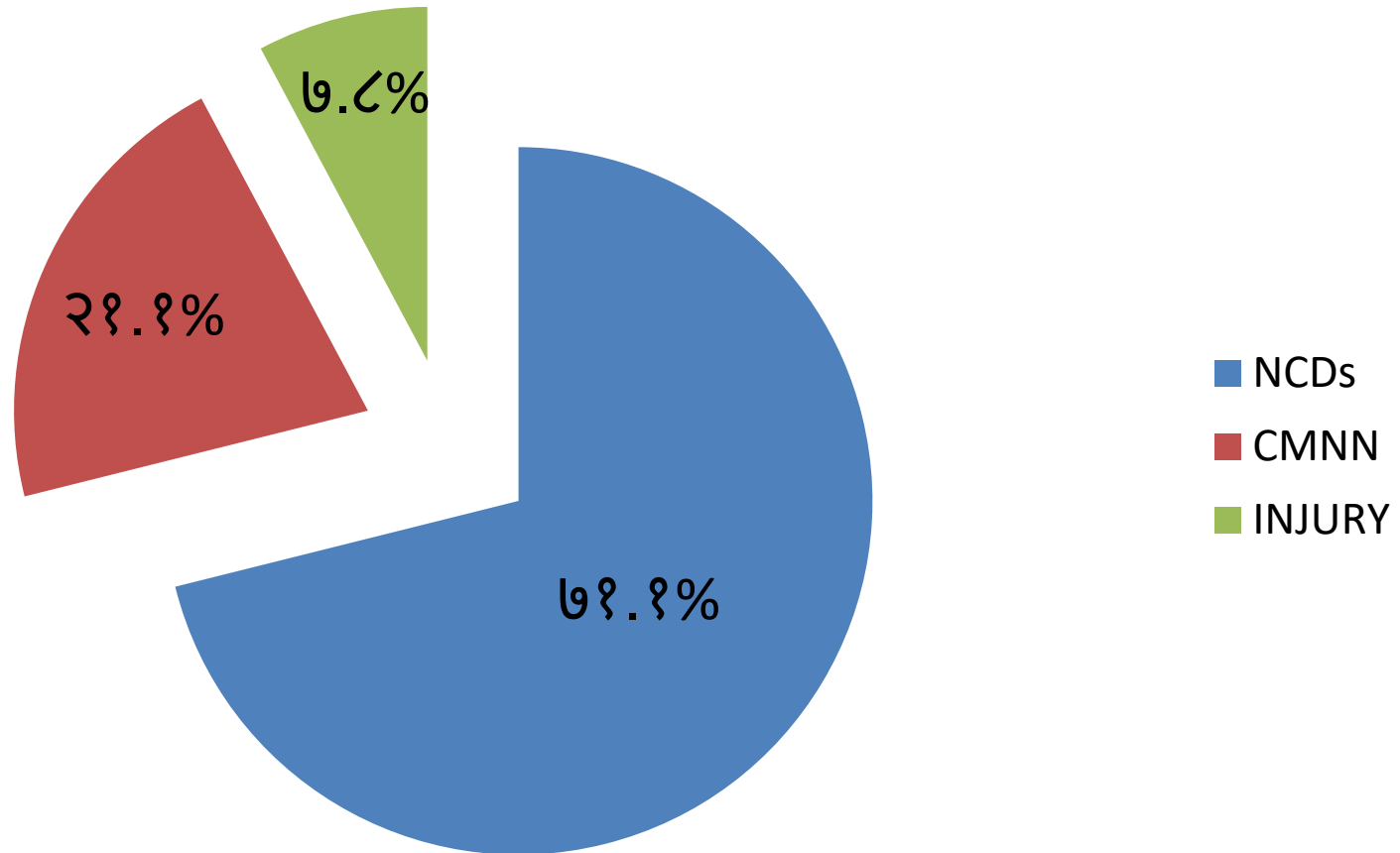


**% of deaths due to NCDs**





# २०१९ मा NCDs, CMNN र चोटपटकका कारण मृत्यु हुनेको अनुपात



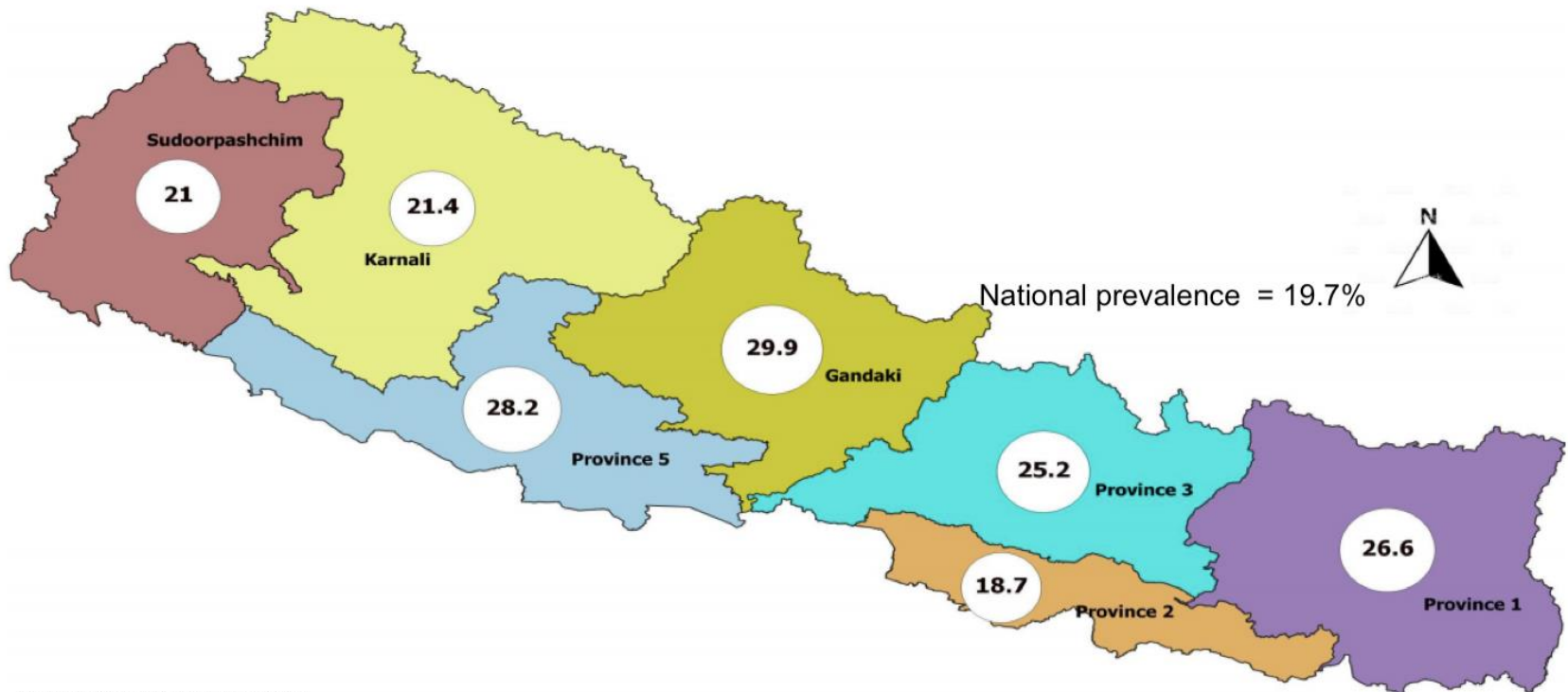
(Ref- NBD 2019)



# नेपालमा उच्च रक्तचापको अवस्था



## Prevalence of Raised Blood Pressure



Source: STEPS Survey 2019

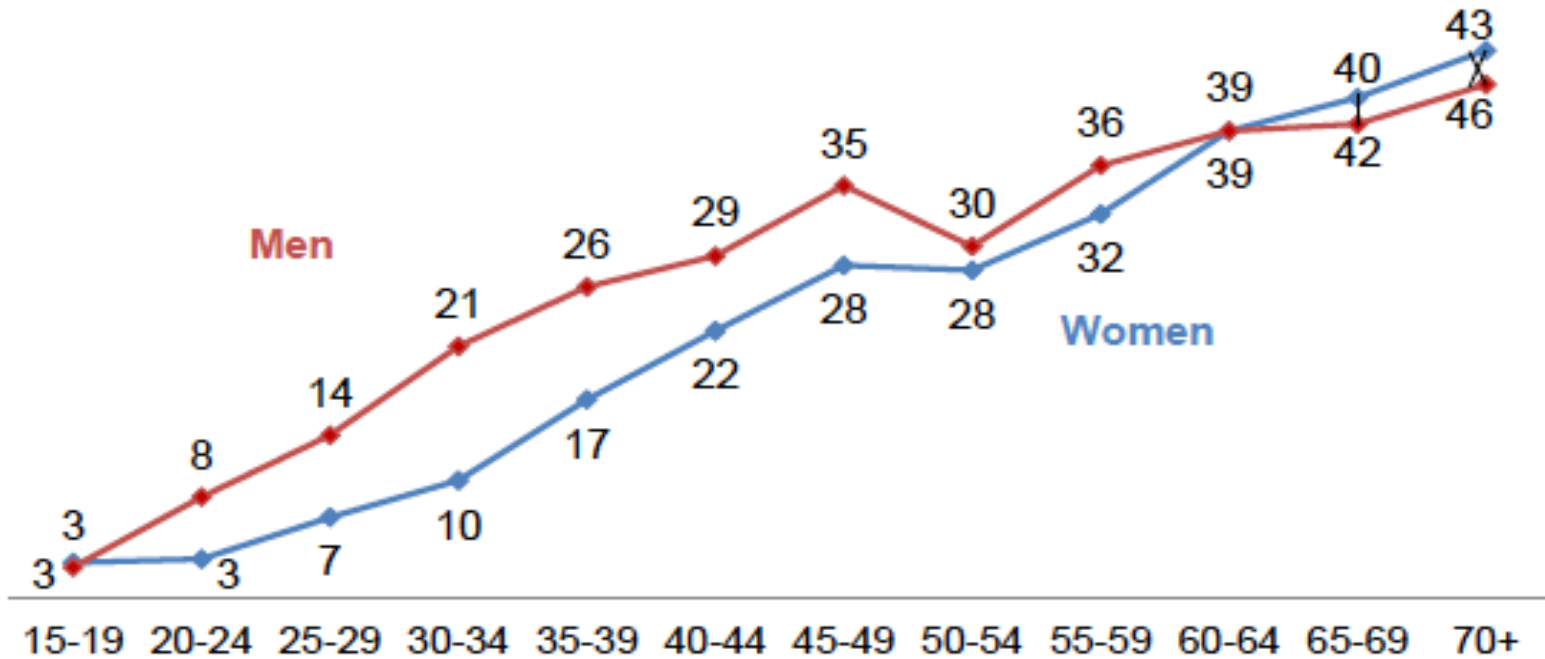


# १५-वर्ष माथि उमेर समुहमा उच्च रक्तचापको अवस्था



**Figure 14.1 Hypertension prevalence by age**

*Percentage of women and men age 15 and above*



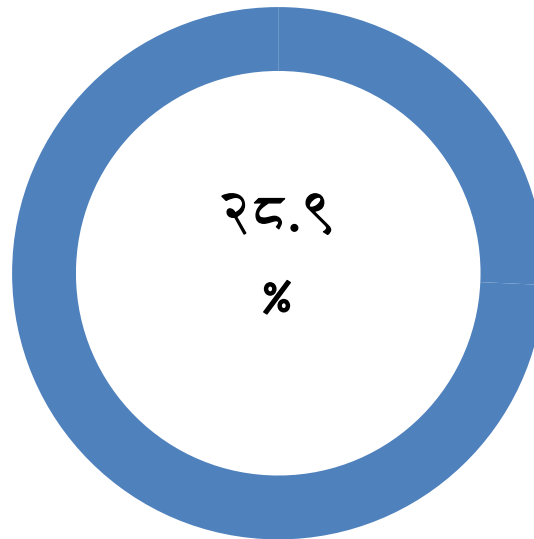
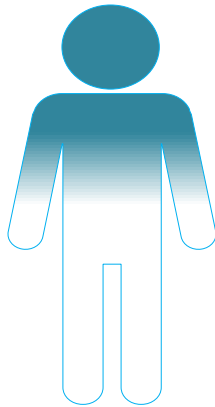


# नेपालमा सुर्तीजन्य पदार्थ सेवन गर्ने को प्रतिशत

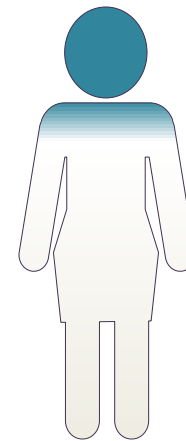


२८.९% बयस्क (१५-६९)

४८.३%



११.६%





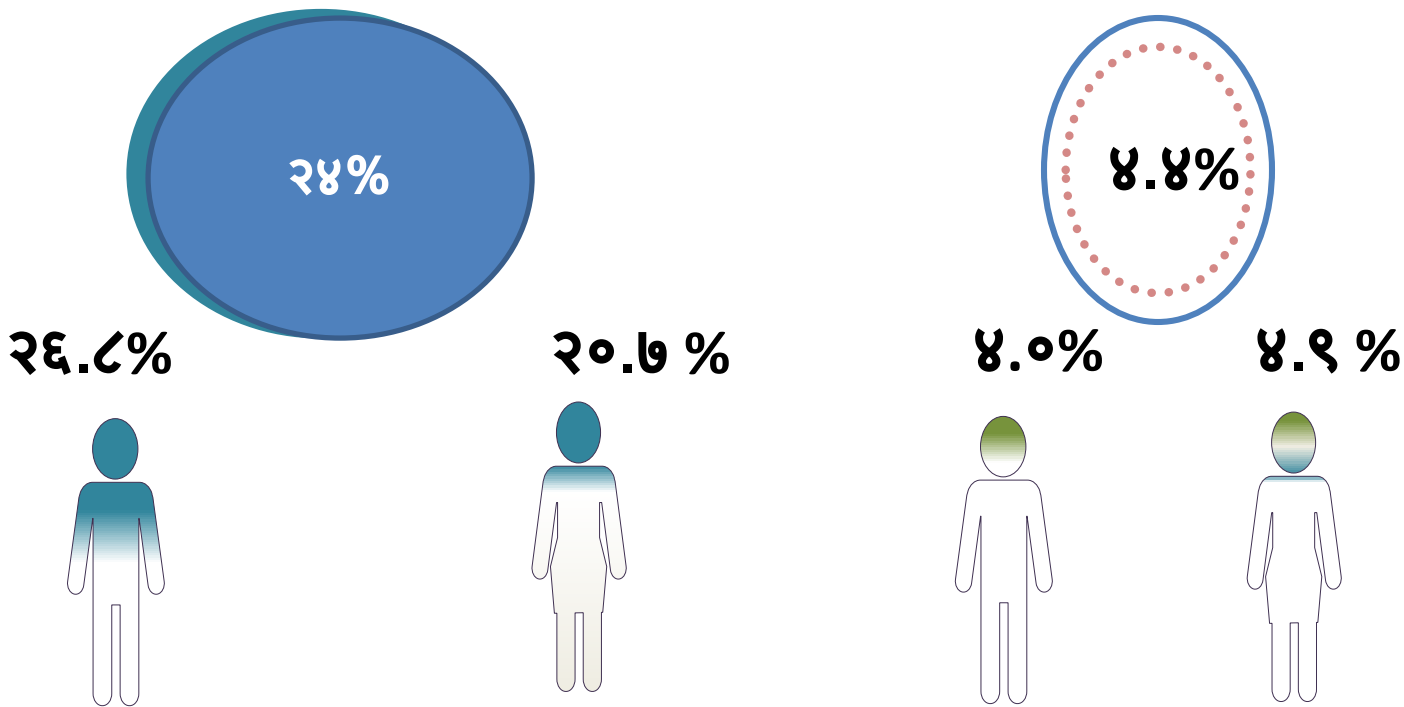


# नेपालमा नसने रोगको अवस्था



मुटु तथा रक्तनलीको रोग  
(Cardio Vascular  
Disease)

मधुमेह  
(Diabetes Mellitus)



(Source: STEP Survey 2019, Nepal burden of disease-2019.)



# नेपालमा नसर्ने रोगको अवस्था

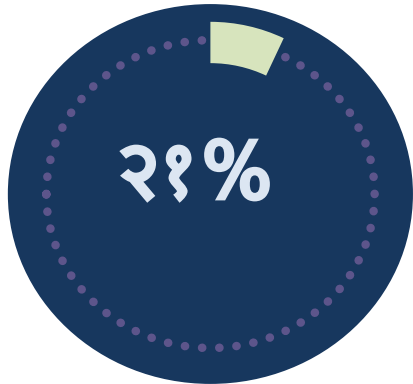


दीर्घ श्वासप्रश्वास रोग

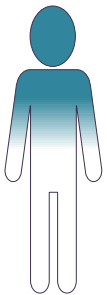
**Chronic Respiratory Disease**

क्यान्सर

**Cancer (All type of cancer)**



१८.९%



२३.८%



१०.८%

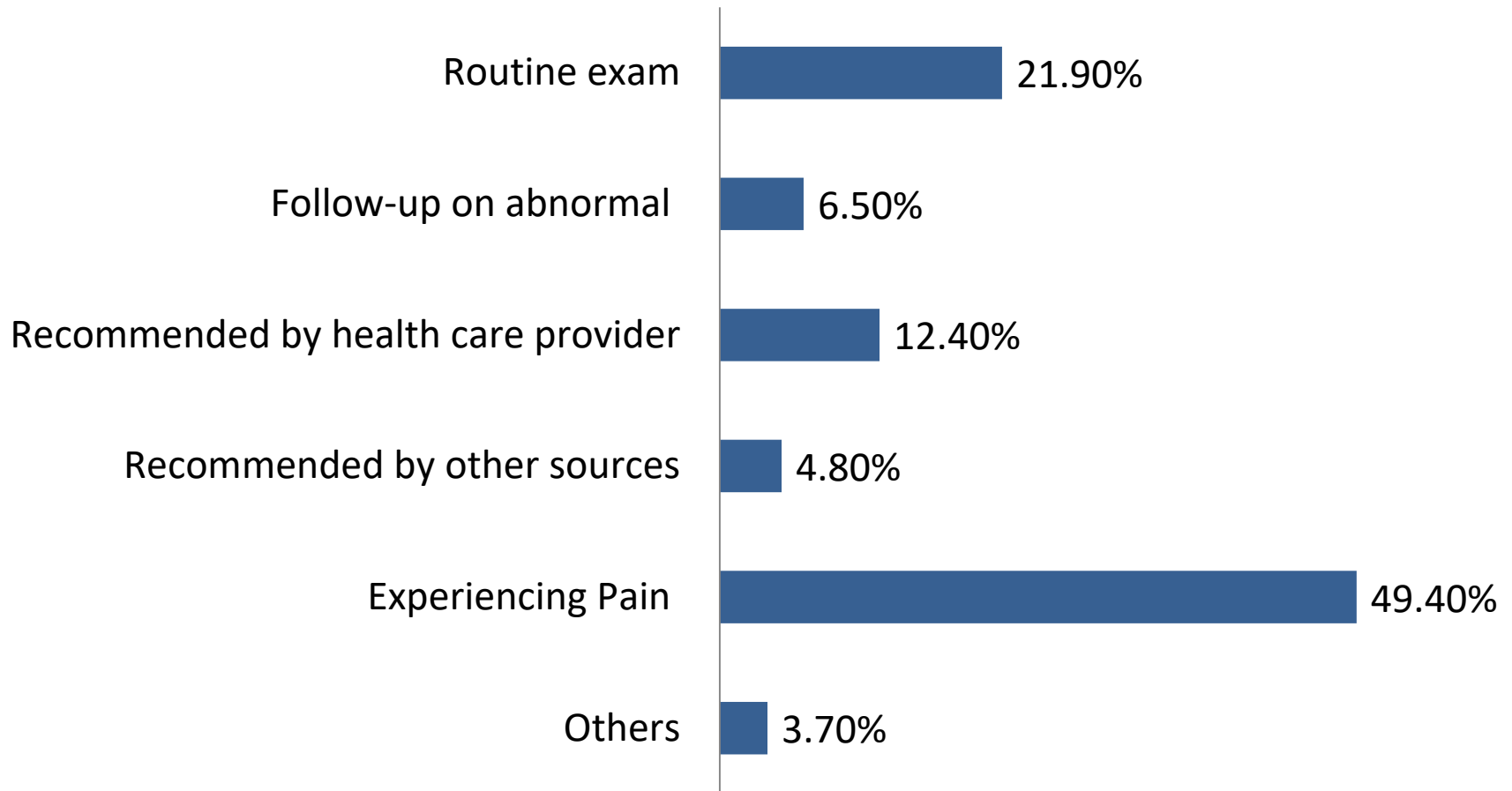


१९.५%



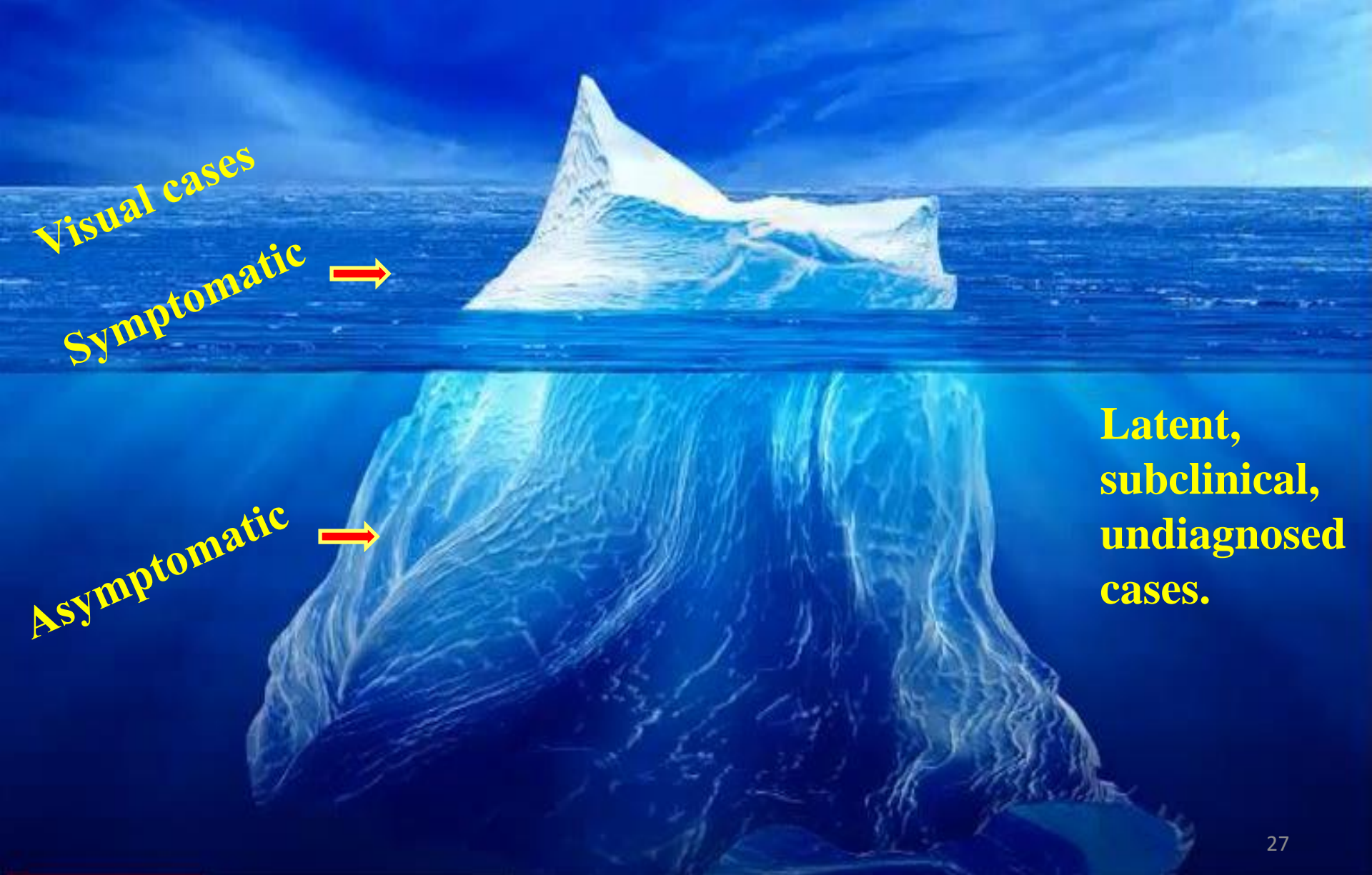


# १५-६९ वर्ष उमेरका महिलाहरूमा पाठेघरको मुखको क्यान्सर परिक्षणका लागी जानुका कारणहरू





# नसर्ने रोगको वास्तविक रूप



**Visual cases**  
**Symptomatic** →

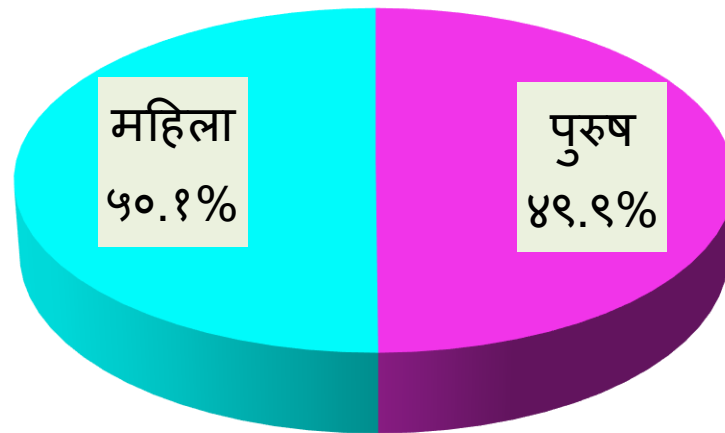
**Asymptomatic** →

**Latent,  
subclinical,  
undiagnosed  
cases.**

# बागमती प्रदेशमा स्वास्थ्यको अवस्था



# बागमती प्रदेशमा महिला र पुरुष को अनुपात

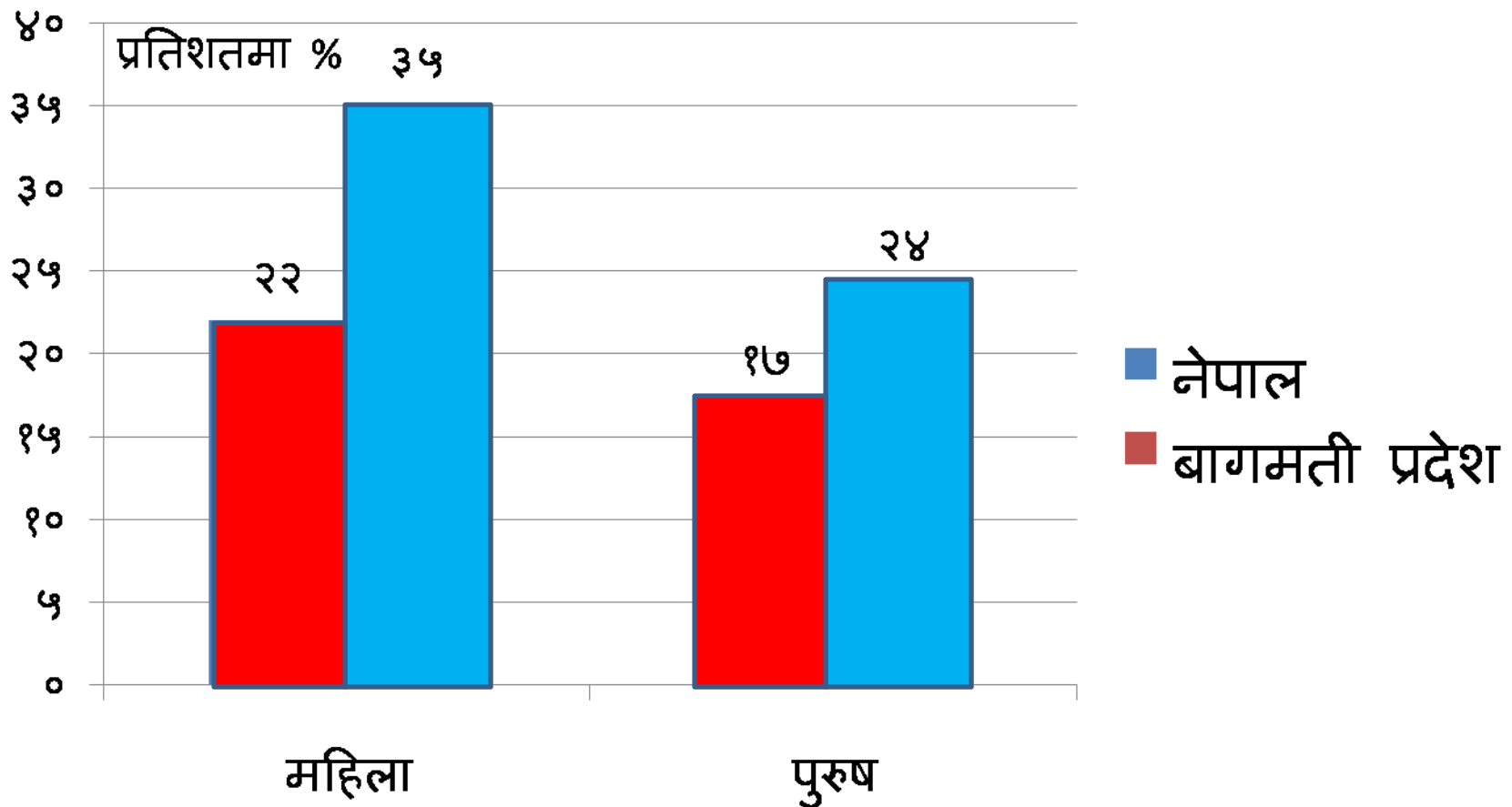


महिला-३०५०४६८

पुरुष -३०३३५७४

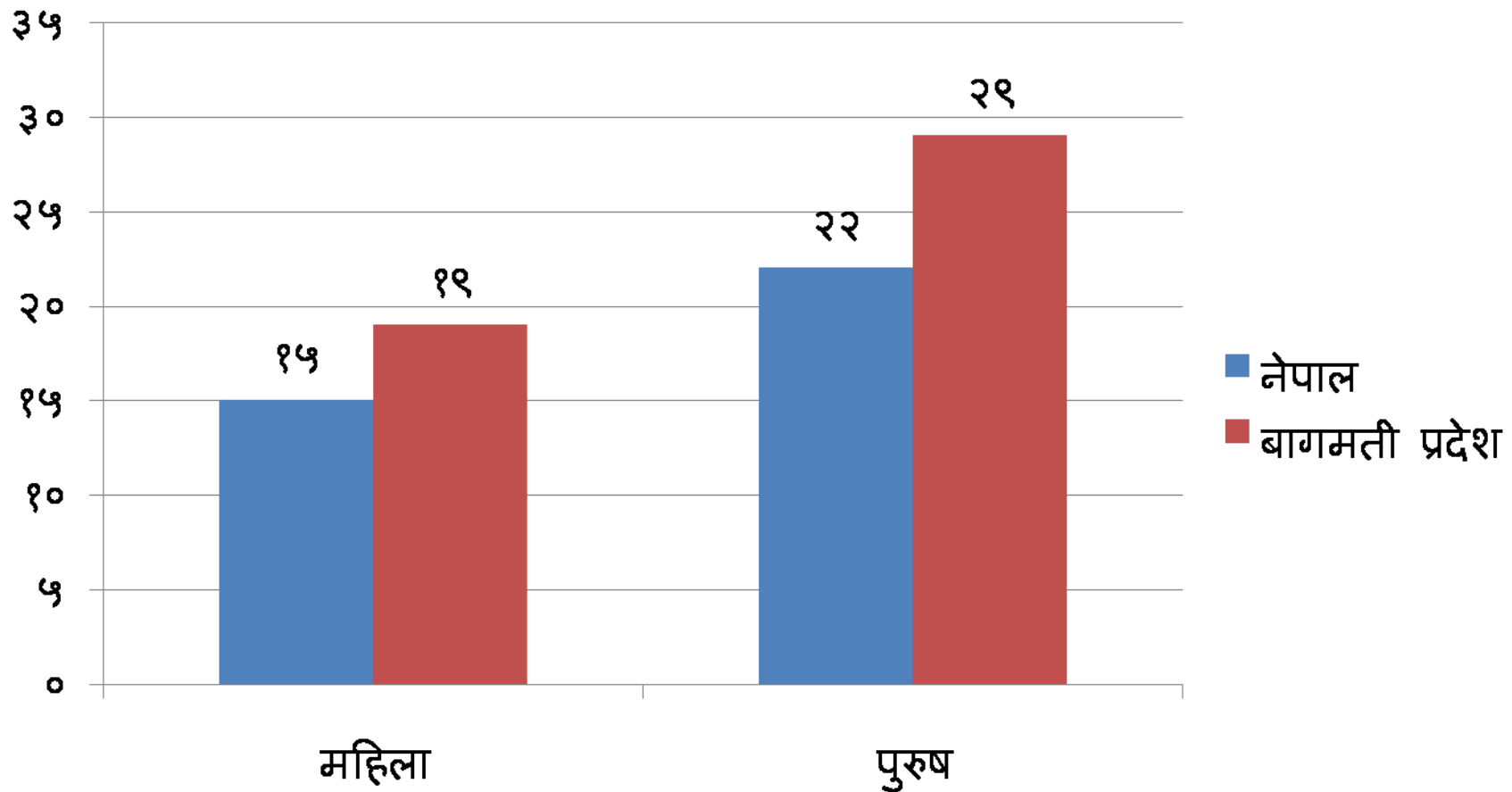


# १५-४९ वर्षका धेरै तौल भएको वा धेरै मोटोपना भएका (प्रतिशतमा)





# १५ वर्ष माथिका उमेरका मानिसमा उच्च रक्तचापको दर(%)



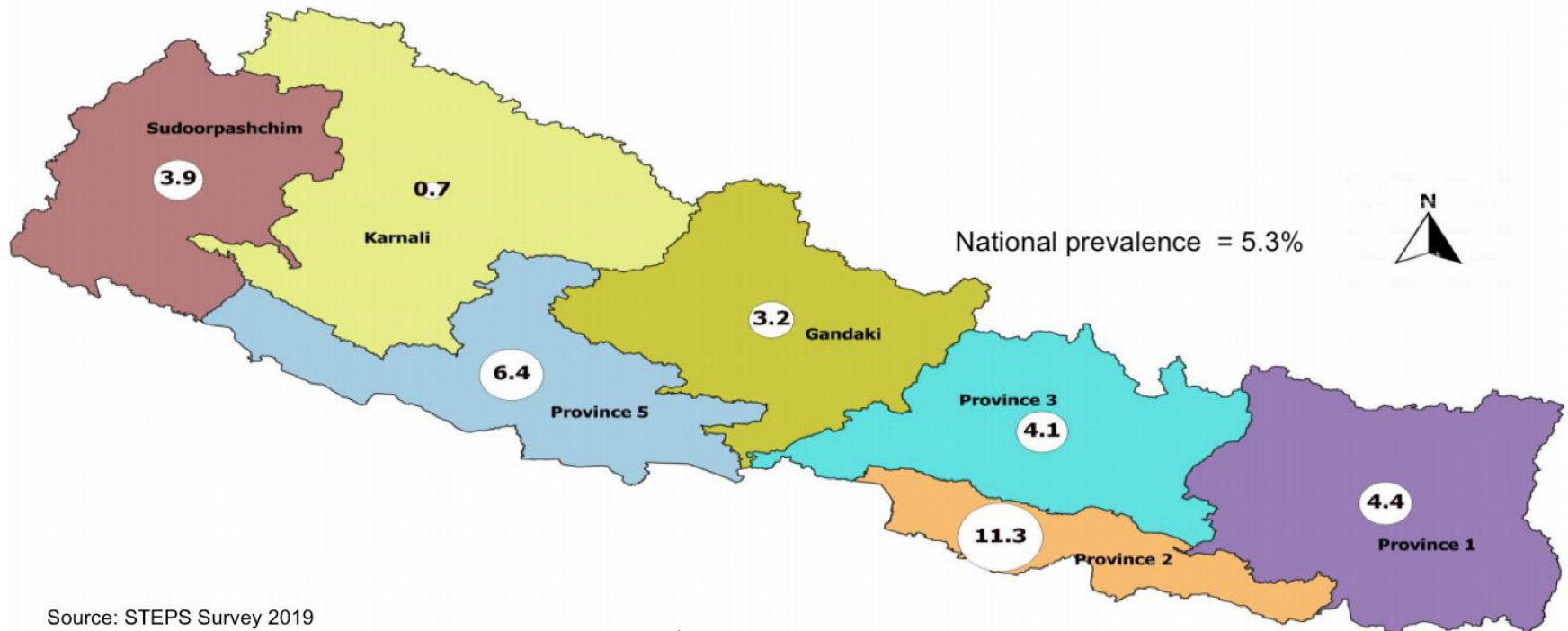




# मधुमेह रोगको ब्यापकता

स्वास्थ्यकर्मीबाट रगतमा चिनीको मात्रा नाप्नेको प्रतिशत (४०-६९ बर्ष भित्रको)	नेपाल	बागमती प्रदेश
	२१.२ %	२४.८ %

## Prevalence of Raised Blood Glucose





- नेपालमा नसर्ने रोगहरू प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा देखा परिरहेका छन्।
  - बहिरंग सेवाको ८२%, भर्ना हुने बिरामीको ८९%
- अधिकांश दीर्घरोगी स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर छन्
- निरन्तर औषधि सेवन गर्नपर्ने अवस्था छ भने त्यसमा पनि भ्रम छ

त्यसकारण,

- समयमा नै शारिरीक अवस्थाको वारेमा थाहा पाउन सके र आवश्यक सजकता अपनाउन सके मानवीय तथा आर्थिक क्षति कम हुनेछ ।
- सस्तो र प्रभावकारी परीक्षणका माध्यमबाट प्रारम्भिक चरणमा रहेका ठूला रोगहरूको निदान हुने र जीवनशैली परिवर्तन वा सामान्य उपचारबाट स्वास्थ्य जोगाउन सकिन्छ ।



# धन्यवाद



# मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम (परिक्षण, निदान, परामर्श र उपचार) व्यवस्थापन कार्यविधि - २०७९



# मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रमको उद्देश्य

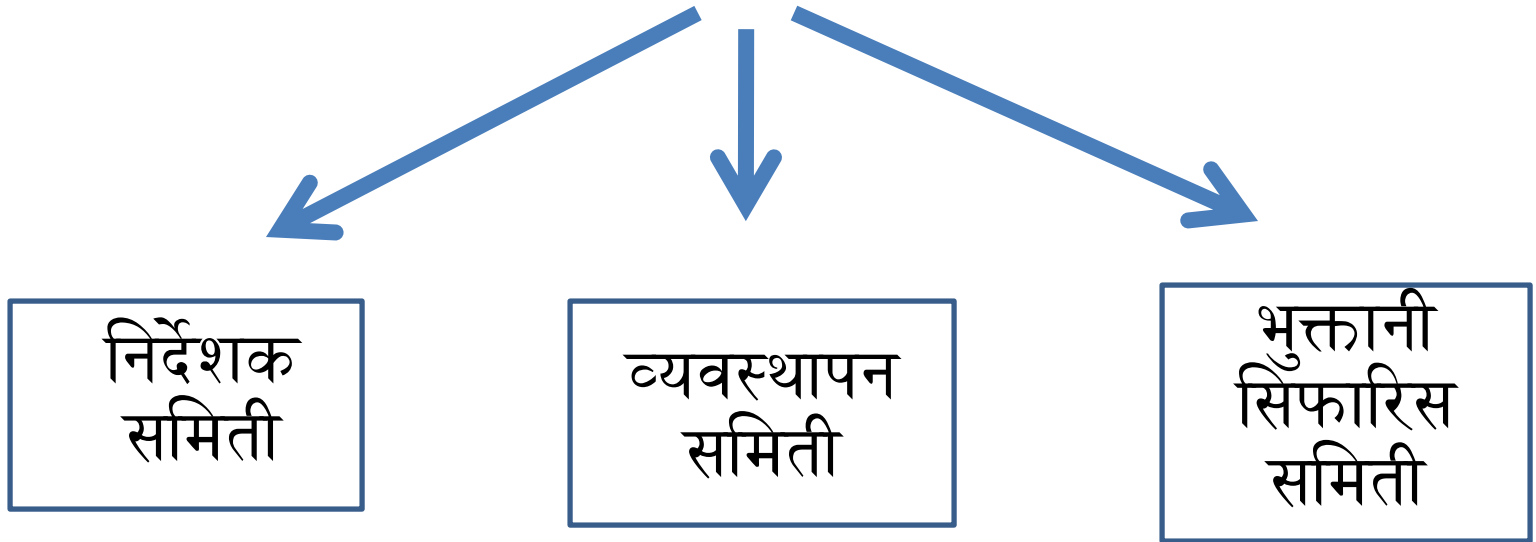


- नसर्ने रोग खासगरी मुटु तथा रक्तनली, दम, मधुमेह क्यान्सर र सोबाट हुने मृत्युदर घटाउने
- बागमती प्रदेशका स्वस्थ व्यक्तिमा नसर्ने रोगहरु र तिनका जोखिमहरु समयमा नै पहिचान गरी उचित परामर्श, स्वस्थ व्यवहार, परिक्षण,निदान र उपचार गरी नसर्ने रोग जटिल हुन नदिने
- अब्सटेट्रिक फिस्टुला, हृदयघात रोग,मस्तिष्कघात लगायत नसर्ने रोगको रोकथाम, नियन्त्रण, न्यूनीकरण, निदान र उपचारमा आर्थिक सहायता तथा सहूलियत दिने र सहजीकरण कार्यलाई व्यवस्थित गर्ने



# मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रम

कार्यक्रम कार्यान्वयन तथा व्यवस्थापन संयन्त्र





# निर्देशक समिति

(क) मन्त्री, मन्त्रालय	-अध्यक्ष
(ख) राज्यमन्त्री, मन्त्रालय	-उपाध्यक्ष
(ग) सदस्य (स्वास्थ्य हेर्ने), प्रदेश नीति तथा योजना आयोग	-सदस्य
(घ) सचिव, मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय	-सदस्य
(ङ) सचिव, मन्त्रालय	-सदस्य
(च) सचिव, आर्थिक मामिला तथा योजना मन्त्रालय	-सदस्य
(छ) सचिव, आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय	-सदस्य
(ज) सचिव, वन तथा वातावरण मन्त्रालय	-सदस्य
(झ) सचिव, उद्योग, वाणिज्य तथा आपूर्ति मन्त्रालय	-सदस्य
(ञ) सचिव, कृषि तथा पशुपन्छी विकास मन्त्रालय	-सदस्य
(ट) सचिव, खानेपानी, ऊर्जा तथा सिंचाई मन्त्रालय	-सदस्य
(ठ) सचिव, सामाजिक विकास मन्त्रालय	-सदस्य
(ड) प्रमुख, योजना, अनुगमन तथा जनस्वास्थ्य महाशाखा, मन्त्रालय	-सदस्य
(ढ) मन्त्रालयले तोकेको विषय विज्ञ एक जना	-सदस्य
(ण) प्रमुख, अस्पताल विकास तथा चिकित्सा महाशाखा, मन्त्रालय	-सदस्य-सचिव



निर्देशक समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार: निर्देशक समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछः-

- (क) मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रमसँग सम्बन्धित क्यान्सर, हृदयघात, मस्तिष्कघात, अवसटेट्रिक फिस्टुला लगायत सबै कार्यक्रम (र प्याकेज योजना), कार्यान्वयन, अनुगमन र मूल्याङ्कनको निर्देशक समितिको रूपमा काम गर्ने,
- (ख) कार्यक्रमको नीति, योजना र कार्यक्रम कार्यान्वयन सम्बन्धी आवश्यक निर्देशन दिने,
- (ग) कार्यक्रम र प्याकेज योजना, कार्यान्वयन, अनुगमन र मूल्याङ्कनमा सहजीकरण गर्ने,
- (घ) कार्यक्रम कार्यान्वयनमा आईपर्ने नीतिगत जटिलता र कठिनाईहरूलाई समाधान गर्न आवश्यक व्यवस्था मिलाउने,
- (ङ) संघ, प्रदेश र स्थानीय तह बीच उच्चस्तरीय परामर्श र समन्वय गर्ने,
- (च) कार्यक्रमको अनुगमन गर्ने गराउने,
- (छ) कार्यक्रम सम्बन्धी आवधिक समीक्षा गरी आवश्यक निर्देशन दिने।





# व्यवस्थापन समिति

(क)	सचिव, मन्त्रालय	—अध्यक्ष
(ख)	निर्देशक, स्वास्थ्य निर्देशनालय	—सदस्य
(ग)	उपसचिव, मुख्यमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय	—सदस्य
(घ)	उपसचिव, आर्थिक मामिला तथा योजना मन्त्रालय	—सदस्य
(ङ)	उपसचिव (कानून), आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय	—सदस्य
(च)	प्रमुख, अस्पताल विकास तथा चिकित्सा सेवा महाशाखा, मन्त्रालय	—सदस्य
(छ)	वरिष्ठ/अस्पताल नर्सिंग प्रशासक, स्वास्थ्य निर्देशनालय	—सदस्य
(ज)	वरिष्ठ/कन्सल्टेन्ट आयुर्वेद विज्ञ, स्वास्थ्य निर्देशनालय	—सदस्य
(झ)	प्रमुख, योजना, अनुगमन तथा जनस्वास्थ्य महाशाखा, मन्त्रालय	—सदस्य सचिव



व्यवस्थापन समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार: व्यवस्थापन समितिको काम कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछः-

- (क) कार्यक्रमसँग सम्बन्धित क्यान्सर, हृदयघात, मस्तिष्कघात, अव्सटेट्रिक फिस्टुला लगायत सबै कार्यक्रम र प्याकेज योजना, कार्यान्वयन, अनुगमन र मूल्याङ्कनको व्यवस्थापन समितिको रूपमा काम गर्ने,
- (ख) कार्यक्रमलाई विस्तार गर्नका साथै प्रभावकारी एवम् गुणस्तरीय सेवाका लागि आवश्यक अनुगमन, सिफारिस तथा निर्देशन दिने,
- (ग) कार्यक्रमलाई आवश्यक पर्ने बजेटको व्यवस्थाको लागि सिफारिस गर्ने,
- (घ) कार्यविधि बमोजिम कार्यक्रमको कार्यान्वयनमा कुनै बाधा अड्चन आई परेमा आवश्यक व्यवस्था मिलाउन सिफारिस गर्ने,



# भुक्तानी सिफारिस समिति

- |     |  |             |
|-----|--|-------------|
| (क) | प्रमुख, योजना, अनुगमन तथा जनस्वास्थ्य महाशाखा, मन्त्रालय   | —संयोजक     |
| (ख) | प्रमुख, अस्पताल विकास तथा चिकित्सा सेवा महाशाखा, मन्त्रालय | —सदस्य      |
| (ग) | अधिकृत प्रतिनिधि, प्रदेश लेखा नियन्त्रक कार्यालय           | —सदस्य      |
| (घ) | प्रमुख, आर्थिक प्रशासन शाखा, मन्त्रालय                     | —सदस्य      |
| (ङ) | कानून अधिकृत, मन्त्रालय                                    | —सदस्य      |
| (च) | अधिकृत, योजना, अनुगमन तथा जनस्वास्थ्य महाशाखा              | —सदस्य सचिव |



भुक्तानी सिफारिस समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार: भुक्तानी सिफारिस समितिको काम कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछः-

- (क) कार्यक्रमसँग सम्बन्धित क्यान्सर, हृदयघात, मस्तिष्कघात, अक्सटेट्रिक फिस्टुला लगायत सबै कार्यक्रम र प्याकेजको भुक्तानी सिफारिस समितिको रूपमा काम गर्ने,
- (ख) भुक्तानी सिफारिस समितिले अस्पतालबाट पेश भएका खर्चको बिल, भर्पाइ र प्रतिवेदन अध्ययन, विश्लेषण तथा रुजु गरी सोधभर्ना रकम भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्ने,
- (ग) कार्यविधि अनुरूप कार्यक्रम कार्यन्वयनका क्रममा कुनै बाधा अड्चन आइपरेमा व्यवस्थापन समितिमा समाधानका लागि सिफारिस गर्ने,
- (घ) आवश्यकता अनुसार सेवा प्रदायक सुचिकृत स्वास्थ्य संस्था र अस्पतालहरुमा अनुगमन गर्ने,
- (ङ) सोधभर्ना भुक्तानी समयमा गर्नका लागि आवश्यक अन्य कार्य गर्ने ।



# बागमती प्रदेश - ३० वर्ष माथि को अनुमानित जनसंख्या



क्र.स.	जिल्ला	जनसंख्या	३० वर्षमाथि	प्रतिशत
१.	भक्तपुर	४३०४०८	१७७३२८	२.९१
२.	चितवन	७२२१६८	२९७५३३	४.८९
३.	धादिङ	३२२७५१	१३२९७३	२.१८
४.	दोलखा	१७२७२६	७११६३	१.१६
५.	काठमाडौं	२०१७५३२	८३१२२३	१३.६६
६.	काभ्रेपलाञ्चोक	३६३८७९	१५११५४	२.४८
७.	ललितपुर	५४८४०१	२२५९४१	३.७१
८.	मकवानपुर	४६१०५३	१८९९५३	३.१२
९.	नुवाकोट	२६२९८१	१०४३४८	१.७१
१०.	रामेछाप	१७०६२०	७०२९५	१.१५
११.	रसुवा	४५५५४	१८७६८	०.३०
१२.	सिन्धुली	३००११७	१२३६४८	२.०३
१३.	सिन्धुपाल्चोक	२६२८५२	१०८२९५	१.७७



## कार्यक्रम अन्तर्गत निम्न रोगहरुमा विपन्न नागरिकले सहलियत र सहजीकरण पाउने छन् ।

- अब्स्टेट्रीक फिस्टुला Obstetric fistula
- हृदयघात Heart attack
- मस्तिष्कघात Brain stroke
- क्यान्सर Cancer



# अब्सेट्रिक फिस्टुला



रोगको पहिचान, उपचार, सहूलियत र  
सहजीकरण सम्बन्धि व्यवस्था



## अब्सेट्रिक फिस्टुला रोगको पहिचान

- बिरामीको स्क्रिनिङ गर्दा अब्सेट्रिक फिस्टुला रोग भएको शंका लागेमा स्थानीय तहको स्वास्थ्य सस्थाले बिरामीलाई नजिकको संघिय वा प्रदेश मातहतको अस्पतालमा रोगको पहिचान गर्न सिफारिस गर्नु पर्नेछ ।
- रोगको पहिचान भएपछि सो स्वास्थ्य सस्थाको सिफारिस पत्रमा तोकिएको अस्पतालमा चिकित्सकको सिफारिसमा रोगको उपचार गराउनु पर्नेछ ।
- अब्सेट्रिक फिस्टुला रोगको उपचार प्रयोजनका लागि सूचिकृत अस्पतालमा मन्त्रालयले कार्यक्रम लागु गर्नेछ ।





# औषधि उपचार बापत आर्थिक सहायता तथा सहूलियत प्रदान गर्ने



- अस्पतालले आर्थिक रूपले विपिन्न महिलालाई अब्सटेट्रिक फिस्टुला रोगको औषधि उपचार लगायत शल्यक्रिया गराउदा सिफारिस पत्र र आर्थिक विपन्नता भएको स्वघोषणा निवेदनको आधारमा औषधि बापत सहूलियत प्रदान गरिनेछ। साथै सो निवेदन अस्पतालमा पेश गर्नुपर्नेछ।
- चालु आ.व. २०७८/०७९ को हकमा मात्र अब्सटेट्रिक फिस्टुला भएका महिलाको यातायात खर्च उपचार गर्ने विशेषज्ञ अस्पताललेनै व्यवस्था गर्नु पर्नेछ।
- मन्त्रालयले तोकेको रकमको सीमा ननाघने गरि चिकित्सकको सिफारिसमा एक पटक वा आवश्यकतानुसार पटक पटक प्रदान गरिनेछ।



# अस्पतालको जिम्मेवारी

- संघीय स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट स्वीकृत स्तरीय उपचार प्रोटोकल (Standard Treatment Protocol) बमोजिम सेवा प्रदान गर्ने ।
- मन्त्रालयले तोकेको सहूलियत रकमको परिधिमा रही बिरामीलाई चिकित्सकको सल्लाह बमोजिम आवश्यक पर्ने औषधि, औषधि जन्य सामग्री, निदानात्मक सेवा, शल्यक्रिया, शैया आदि समेत उपलब्ध गराउनु पर्ने ।
- विशेषज्ञ अस्पतालले अस्पताल फार्मसी सेवा सञ्चालन गरेको हुनुपर्ने र अब्सटेट्रिक फिस्टुला रोगको लागि स्तरीय उपचार प्रोटोकल अनुसार आवश्यक औषधीहरू अस्पताल फार्मसीमा उपलब्ध गराउनु पर्ने ।



- निवेदन दिएका विपन्न महिलाको अभिलेख अनलाइन विद्युतिय प्रविधिमा अनिवार्य रूपमा राखी अलग-अलग फाइल खडा गरी राख्ने ।
- अस्पतालको सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा इकाईमा आवश्यक जनशक्ति र प्रविधिको व्यवस्था गर्ने गराउने जिम्मेवारी अस्पतालको हुनेछ ।
- बिरामीको लागि तोकिएको सिमा भन्दा बढी खर्च नहुने गरी स्पष्ट अभिलेखको व्यवस्था मिलाउने ।



# अब्सेट्रिक फिस्टुला रोगको औषधि उपचार खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धि व्यवस्था



- सूचिकृत अस्पतालले अब्सेट्रिक फिस्टुला रोगको औषधि उपचार निशुल्क रूपमा गर्नु पर्नेछ ।
- उपचार गराए बापतको रकम मन्त्रालयसंग सोधभर्ना माग गर्नु पर्नेछ । बिरामी लाई तोकेको सीमा भन्दा बढी रकम सोधभर्ना पाउने छैन ।
- अस्पतालले चौमासिक रूपमा अब्सेट्रिक फिस्टुला रोगको औषधि उपचार सेवाको विवरण र खर्च भएको रकम अस्पतालको सूचना पाटीमा सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ ।
- विपन्न महिला वा निजको कुरुवा, ड्युटी चिकित्सक वा नर्सलाई प्रत्येक विलमा दस्तखत गराई अस्पतालको बिरामी अभिलेख फाइलमा दुरुस्त राख्नुपर्नेछ ।



- बिरामीको उपचारका क्रममा मृत्यु भई आवश्यक कागजातहरू नल्याएमा अस्पतालका निर्देशक, उपचारमा संलग्न प्रमुख चिकित्सक र सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा इकाई प्रमुखले सिफारिस गरेमा तोकिएको सिमा भित्रको बिरामीको खर्च भएको रकम सम्बन्धित अस्पतालले सोधभर्ना माग गर्न सक्नेछ ।
- कुनै कारणवस सोधभर्ना रकम प्राप्त हुन ढिला भएमा पनि सेवा अवरुद्ध गर्न पाइने छैन ।
- विपन्न महिलालाई सूचित अस्पतालबाट सेवा उपलब्ध गराइ सकेपछि अब्सटेटिक फिस्टुला रोगको तोकिएको औषधि उपचारमा तोकिएको सोधभर्ना हुने रकम सकिए पनि उसलाई थप उपचार गर्नुपर्ने भएमा साविककै सहूलियत दररेटमा सेवा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।
- दोहोरो सुविधा लिन पाइने छैन ।



# हृदयघात रोग



रोकथाम, नियन्त्रण, निदान र उपचारमा सहूलियत  
तथा सहजीकरण कार्यक्रम



# हृदयघात रोगको परीक्षण, निदान, शल्यक्रिया र उपचार गर्ने



- नागरिकले अस्पतालमा परीक्षण, निदान, शल्यक्रिया र औषधि उपचार सेवा निःशुल्क रूपमा प्राप्त गर्नेछन् ।
- सेवा प्राप्त गर्नको लागि निवेदन, प्रेषण पुर्जा र प्रदेश भित्रको स्थायी बासिन्दा भएको प्रमाण खुल्ने कागजात अस्पतालमा पेश गर्नु पर्नेछ ।
- सेवाका लागि अस्पतालले आवश्यक ठानेमा शहिद गंगालाल राष्ट्रिय हृदय केन्द्रमा प्रेषण गर्न सक्नेछन् ।
- प्रेषण मार्फत आएका हृदयघातका बिरामीहरूको शहिद गंगालाल राष्ट्रिय हृदय केन्द्र र मन्त्रालयले तोकेको अस्पतालले परीक्षण, निदान, शल्यक्रिया र उपचार गर्नु पर्नेछ ।



# हृदयघात को उपचार सेवा शुल्क सहूलियत प्रदान गर्ने



- अस्पतालले हृदयघात रोगको उपचार बापत लिने सेवा शुल्कका सम्बन्धमा शहिद गंगालाल राष्ट्रिय हृदय केन्द्रले लिईरहेको प्रतिव्यक्ति दररेट रु.१,१०,०००/- (अक्षरूपी एक लाख दस हजार मात्र) बराबर मात्र सहूलियत शुल्क प्रदान गर्न सकिनेछ ।
- हृदयघात रोगको उपचारमा थ्रोम्बोलाइटिक (TNK) गर्नु पर्ने बिरामीको प्रतिव्यक्ति दररेट रु.७५,०००/- (अक्षरूपी पचहत्तर हजार मात्र) सम्म उपलब्ध गराईनेछ ।





# हृदयघात रोगको उपचार सेवा शुल्क सहुलियत प्रदान गर्ने

- विद्यतीय प्रविधि मार्फत प्रादेशिक अस्पतालसँग विशिष्टीकृत अस्पतालले चौबिसै घण्टा विशेषज्ञ सेवा वा राय उपलब्ध गराए बापत प्रति केसको रु ५००/- (अक्षरूपी पाँच सय मात्र) को दरले प्रोत्साहन रकम उपलब्ध गराइनेछ।
- प्रोत्साहन रकम उपलब्ध गराउन विशिष्टीकृत अस्पतालले अनकल डियुटिमा हुने विशेषज्ञ चिकित्सकको नाम, डियुटि रौस्टर, सम्पर्क नं. समेत प्रादेशिक अस्पतालहरूलाई सञ्चार गर्नु पर्नेछ।



# अस्पताल को जिम्मेवारी

- बिरामीलाई चिकित्सकको सल्लाह बमोजिम आवश्यक पर्ने परीक्षण, निदान, शल्यक्रिया सेवा र औषधि तथा औषधिजन्य सामग्री आदि उपलब्ध गराउने,
- निवेदन दिएका बिरामीको अभिलेख विद्युतीय प्रविधिमा अनिवार्य रूपमा अलग-अलग फाइल खडा गरी राख्ने,
- सूचीकृत हुने अस्पतालले अस्पताल फार्मसी सेवा सञ्चालन गरेको हुनुपर्ने र हृदयघातको लागि स्तरीय उपचार प्रोटोकल अनुसार आवश्यक पर्ने औषधीहरू अस्पताल फार्मसीमा उपलब्ध हुनुपर्ने,
- अस्पतालको सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा इकाईमा आवश्यक जनशक्ति र प्रविधिको व्यवस्था गर्ने,



- अस्पतालको सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा इकाईमा आवश्यक जनशक्ति र प्रविधिको व्यवस्था गर्ने।
- बागमती प्रदेशका अस्पतालका चिकित्सक, नर्स, प्यारामेडीक्सलाई प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्रको समन्वयमा हृदयघात सम्बन्धी आवश्यक तालिमको व्यवस्था गर्ने।
- बागमती प्रदेशका अस्पतालबाट प्रेषण भएका बिरामीको उपचारमा प्राथमिकता दिने।
- बिरामीको उपचारको लागि ECG गरी शहिद गंगालाल राष्ट्रिय हृदय केन्द्रमा विधुतिय प्रविधि मार्फत संचार गरी Consultant को राय लिई उपचार वा प्रेषणका लागि सल्लाह दिने व्यवस्था मिलाउनु पर्ने।



# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धी व्यवस्था

- अस्पतालले हृदयघातका बिरामीहरूको परीक्षण, निदान, शल्यक्रिया सेवा र औषधि तथा औषधिजन्य सामग्री आदि निःशुल्क उपलब्ध गराउनु पर्नेछ, यस बापतको शुल्क रकम मन्त्रालयले अस्पताललाई उपलब्ध गराउनेछ ।
- सहलियत रकमभन्दा बढी रकम बिरामीको लागि खर्च नहुने गरी स्पष्ट अभिलेखको व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ ।
- अस्पतालले उपचार खर्चको सोधभर्ना माग गर्दा मासिक रूपमा अनुसूची-१९ बमोजिमको विवरण फाराम भरी मन्त्रालयमा प्रत्येक महिनाको सात गतेभित्र अनिवार्य रूपमा पठाउनु पर्नेछ ।



# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धी व्यवस्था ..



- बिरामी डिस्चार्ज हुँदा तोकिएको रकम मध्ये के कति रकम बराबर उपचार सेवा प्रदान गरिएको हो सो बारे बिरामीलाई जानकारी दिई अभिलेख रजिष्टर तथा विद्युतीय प्रविधिमा अनिवार्य रूपमा अद्यावधिक गर्नु पर्नेछ ।
- विपन्न बिरामी नागरिक वा निजको कुरुवा, ड्युटी चिकित्सक वा नर्सलाई प्रत्येक विलमा दस्तखत गराई अस्पतालको बिरामी अभिलेख फाइलमा दुरुस्त राख्नु पर्नेछ ।
- कुनै बिरामीको उपचार गर्दा निज बिरामीको उपचारका क्रममा मृत्यु भई आवश्यक कागजातहरू नल्याएमा अस्पतालका निर्देशक, उपचारमा संलग्न प्रमुख चिकित्सक र सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा इकाई प्रमुखले सिफारिस गरेमा तोकिएको सिमा भित्रको बिरामीको खर्च भएको रकम सम्बन्धित अस्पतालले सोधभर्ना माग गर्न सक्नेछ ।



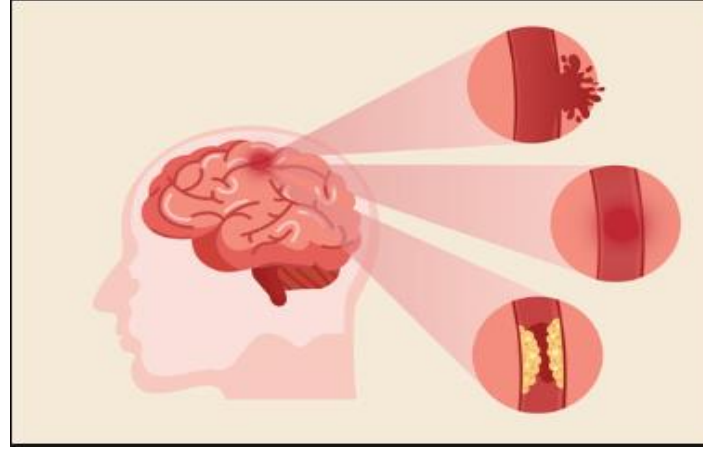
# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धी व्यवस्था ..



- कुनै कारणवस सोधभर्ना रकम प्राप्त हुन ढिला भएमा पनि अस्पतालले सेवा अवरुद्ध गर्न पाइने छैन ।
- शहिद गंगालाल राष्ट्रिय हृदय केन्द्रले खरिद गरेको बोलपत्र मूल्यमा प्रदेशका अस्पतालले हृदयघात उपचारका लागि TNK/Streptokinase औषधि बिरामीका लागि वर्ष भरी उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।
- हृदयघातका बिरामीहरूलाई Angioplasty गर्नु पर्ने भएमा सो बापत सम्बन्धित अस्पतालले निर्धारण गरेको रकम सोधभर्ना पाउनेछ ।
- बिरामीलाई सुचिकृत अस्पतालबाट सेवा उपलब्ध गराइ सकेपछि हृदयघात रोगको तोकिएको औषधि उपचारमा तोकिएको सोधभर्ना हुने रकम सकिए पनि निजलाई थप उपचार गर्नुपर्ने भएमा साविककै सहूलियत दररेटमा सेवा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।



# मस्तिष्कघात



रोग उपचारमा  
सहूलियत तथा सहजीकरण प्रदान गर्ने



# मस्तिष्कघात रोग उपचारमा सहूलियत प्रदान गर्ने



- ❖ आर्थिक सहूलियत प्राप्त गर्न देहाय बमोजिम कागजात पेश गर्नु पर्नेछः-
- संघीय निर्देशिकाको गठित सिफारिस समितिको सिफारिस पत्र,
- प्रदेश भित्र स्थायी बसोबास भएको नेपाल सरकारले जारी गरेको गरिब वा विपन्नको परिचयपत्रको कपि ।
- आर्थिक सहूलियत प्राप्त गर्न प्रदेशका अस्पतालबाट प्रेषण गरी विशेषज्ञ अस्पतालबाट औषधि/शल्यक्रिया गरिएको कागजात राख्नुपर्नेछ ।
- उपचार सेवामा सहूलियत प्राप्त गर्न बागमती प्रदेशमा स्थायी बसोबास गरेको प्रमाण खुल्ने लगायत का अन्य कागजातहरू पेश गर्नु पर्नेछ ।





# विशेषज्ञ अस्पतालको जिम्मेवारी



- अस्पताल फार्मसी सेवा सञ्चालन गरेको हुनुपर्ने र मस्तिष्कघात रोगको लागि स्तरीय उपचार प्रोटोकल अनुसार आवश्यक बहुसंख्यक औषधीहरू अस्पताल फार्मसीमा यथासम्भव उपलब्ध गराउने।
- मस्तिष्कघातका बिरामीका लागि सी. टि. स्क्यान सुविधा महत्वपूर्ण रहेको हुँदा कम्तिमा ४ घण्टाको दुरीमा पहुँच हुने गरी व्यवस्थापन गर्न पहल गर्ने।
- औषधि उपचार उपलब्ध गराएको अभिलेख रजिष्टर तथा विद्युतीय प्रविधि अनलाइन रेकर्ड अनिवार्य राख्नु पर्ने।



# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धी व्यवस्था



- बिरामीको अवस्था अनुसार तोकिएको विशेषज्ञ अस्पतालमा बढी रकम लागेता पनि यस कार्यविधिमा तोकिए बमोजिम मात्र रकम सोधभर्ना उपलब्ध गराइनेछ ।
- अस्पतालले चौमासिक रूपमा सेवाको विवरण र खर्च भएको रकम अस्पतालको सूचना पाटीमा सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ ।
- अस्पतालले उपचार खर्चको सोधभर्ना माग गर्दा मासिक रूपमा प्रतिवेदन फाराममा तयार गर्नु पर्नेछ र स्वास्थ्य मन्त्रालयबाट आउने कर्मचारीलाई मासिक रूपमा सो अभिलेख उपलब्ध गराउन सहयोग गर्नु पर्नेछ ।



# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धी व्यवस्था ..



- बिरामी डिस्चार्ज हुँदा तोकिएको रकम मध्ये कुन कुन शिर्षकमा खर्च भएको हो देखिने गरी अभिलेख रजिष्टर तथा विद्युतीय प्रविधिमा अनिवार्य रूपमा अद्यावधिक गर्नु पर्नेछ।
- विपन्न बिरामी नागरिक वा निजको कुरुवा, ड्युटी चिकित्सक वा नर्सलाई प्रत्येक विलमा दस्तखत गराई अस्पतालको बिरामी अभिलेख फाइल खडा गरी दुरुस्त राख्नुपर्नेछ।
- बिरामीको उपचारका क्रममा मृत्यु भई आवश्यक कागजातहरू नल्याएमा अस्पतालका निर्देशक, उपचारमा सम्लग्न प्रमुख चिकित्सकले सिफारिस गरेमा तोकिएको सिमा भित्रको बिरामीको खर्च भएको रकम सम्बन्धित अस्पतालले सोधभर्ना माग गर्न सक्नेछ।



# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धी व्यवस्था ..



- कुनै कारणवस सोधभर्ना रकम प्राप्त हुन ढिला भएमा पनि सेवा अवरुद्ध गर्न पाइने छैन ।
- प्रादेशिक अस्पतालमा आवश्यक पर्ने औषधि वर्ष भरि अटुट रहने र म्याद नसकिने व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ ।
- शल्यक्रियाको किसिम र शुल्क नियमित रूपमा अभिलेखीकरण गर्नुपर्नेछ ।



# अस्पताललाई प्रदान गरिने मस्तिष्कघात रोग उपचार सेवा शुल्क



- निशुल्क उपचार सेवा प्रदान गरे वापत अस्पताललाई मन्त्रालयले देहाय बमोजिम शुल्क सोधभर्ना उपलब्ध गराउनेछः-
- शल्यक्रियाका बिरामीका लागि प्रतिव्यक्ति बढीमा रु.२,००,०००/- (अक्षरूपी दुई लाख मात्र)
- प्रादेशिक अस्पतालमा उपचार गरी प्रेषण गरिएका र अपरेशन गर्न नपर्ने बिरामीलाई प्रतिव्यक्ति रु.७५,०००/- (अक्षरूपि पचहत्तर हजार मात्र)
- प्रादेशिक अस्पतालमा थ्रोमबोलैटिक गर्नु परेमा प्रतिव्यक्ति रु.७५,०००/-
- सामान्य व्यवस्थापन गर्नुपर्ने बिरामीको लागि प्रतिव्यक्ति रु.२५,०००/- (पच्चीस हजार मात्र)



# उपचार सेवा शुल्क ..



- विशेषज्ञ अस्पतालमा चौबिसै घण्टा अनकल डिउटीमा बसी विद्युतीय माध्यम मार्फत विशेषज्ञ सेवा/राय प्रादेशिक अस्पताललाई विशेषज्ञ सेवा/राय दिने विशेषज्ञ चिकित्सकलाई निजको तलब स्केलको हिसाबले हुन आउने प्रति घण्टाको दरले वा थप सेवा प्रदान गरे बापत प्रतिदिन रु २०००/- दरले प्रोत्साहन रकम मन्त्रालयले उपलब्ध गराउनेछ।
- प्रादेशिक अस्पतालमा मौजुदा दरबन्दीबाट नै सो सेवा प्रदान गर्नु पर्नेछ र विशेषज्ञ अस्पतालसँग विद्युतीय मध्यममा निरन्तर आबद्ध भइ बिरामी केन्द्रित सेवा पुर्याउनु पर्नेछ।



# उपचार सेवा शुल्क ..



- अस्पतालले मस्तिष्कघात रोगको उपचार वापत प्रादेशिक अस्पतालमा विशेषज्ञ अस्पतालबाट पठाएको औषधि र निर्देशन अनुसार दिइएको सेवाको अभिलेख राख्नु पर्नेछ ।
- औषधि खरिद रकमको सोधभर्नाका लागि दाखिला रिपोर्ट सहित निवेदन पेश गर्नुपर्नेछ ।
- शल्यक्रियाको दर सम्झौता गरिएको अस्पतालले लिने दर भन्दा बढी हुने छैन ।



# क्यान्सर रोग



लागेका विपन्न नागरिकलाई औषधी उपचारमा सहूलियत प्रदान गर्ने सम्बन्धी व्यवस्था





# क्यान्सर रोग लागेका विपन्न नागरिकलाई औषधि उपचार वापत आर्थिक सहायता दिने

- आर्थिक रूपले विपन्न प्रदेश भित्रका स्थायी बासिन्दा बिरामीले क्यान्सर रोगको उपचार गराउँदा आर्थिक सहायता प्राप्त गर्नेछन् ।
- बिरामीले विल बमोजिमको बढीमा रु. ५०,०००/- (अक्षेरूपी पचास हजार) सम्मको क्यान्सर रोगको उपचार वापत आर्थिक सहायता प्राप्त गर्नेछ ।



## आर्थिक सहायता प्राप्त गर्न देहाय बमोजिमको कागजात पेश गर्नु पर्नेछः-

- संघीय निर्देशिकाको गठित सिफारिस समितिको सिफारिस वा प्रदेश भित्र स्थायी बसोबास भएको नेपाल सरकारले जारी गरेको गरिब परिचयपत्र ।
- प्रदेश भित्रका स्थायी बासिन्दा विपन्न नागरिकले क्यान्सर रोगको उपचार वापत आर्थिक सहायता प्राप्त गर्न संघीय निर्देशिका बमोजिम क्यान्सर रोगको उपचारका लागि तोकिएको सिमा भित्रको रकम बराबरको उपचार सहूलियत प्राप्त गरिसकेको हुनुपर्नेछ ।
- उपचार सहूलियत प्राप्त गर्न संघीय निर्देशिका बमोजिम सो रोगको लागि पेश गरिएको स्थायी बसोबास गरेको प्रमाण खुल्ने लगायतका कागजातहरू समेत पेश गर्न सकिनेछ ।



- उपचार सहूलियत प्राप्त गर्न संघीय निर्देशिका बमोजिम सो रोगको लागि पेश गरिएको स्थायी बसोबास गरेको प्रमाण खुल्ने लगायतका कागजातहरू समेत पेश गर्न सकिनेछ ।
- दोहोरो सुविधा लिना पाइने छैन ।



# अस्पतालको जिम्मेवारी



- विपन्न बिरामीलाई चिकित्सकको सल्लाह बमोजिम आवश्यक पर्ने औषधि, औषधिजन्य सामग्री, निदानात्मक सेवा, शल्यक्रिया, शैया आदि समेत अस्पतालले उपलब्ध गराउनु पर्ने,
- संघीय स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट स्वीकृत स्तरीय उपचार प्रोटोकल (Standard Treatment Protocol) बमोजिम सेवा प्रदान गर्ने,
- अस्पताल फार्मेसी सेवा सञ्चालन गरेको हुनुपर्ने र क्यान्सर रोगको लागि स्तरीय उपचार प्रोटोकल अनुसार आवश्यक औषधीहरू अस्पताल फार्मेसीमा उपलब्ध हुनुपर्ने ।



# अस्पतालको जिम्मेवारी



- निवेदन दिएका विपन्न बिरामीको अभिलेख अनलाइन विद्युतीय प्रविधिमा अनिवार्य रूपमा राखि अलग-अलग फाइल खडा गरी राख्ने ।
- विपन्न बिरामीको विवरण अनलाइन प्रविधिबाट अनिवार्य अभिलेख गरी प्रेषण गर्नुपर्ने,
- औषधि उपचार उपलब्ध गराएको अभिलेख रजिष्टर तथा विद्युतीय प्रविधि अनलाइन रेकर्ड तथा अनलाइन रिपोर्टिङ अनिवार्य राख्नु पर्ने,
- अस्पतालले विपन्न बिरामी नागरिकको उपचारको सम्बन्धमा समय समयमा मन्त्रालयले दिएको निर्देशन पालना गर्नु पर्ने ।



# अस्पतालको जिम्मेवारी



- अस्पतालको सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा इकाईमा आवश्यक जनशक्ति र प्रविधिको व्यवस्था गर्ने गराउने जिम्मेवारी अस्पताल प्रमुखको हुने
- अस्पताल दर्ता एवम नविकरण प्रचलित कानून बमोजिम भएको हुनु पर्ने,
- बिरामीको उपचार गर्ने अस्पतालमा उपचार हुन नसकी थप उपचारको लागि अर्को अस्पतालमा प्रेषण गर्नु पूर्व त्यस अस्पतालमा बिरामीको उपचार हुने सम्बन्धमा यकीन गर्नुपर्ने।



# अस्पतालको जिम्मेवारी ..



- बिरामी थप उपचारका लागि अन्य सूचिकृत अस्पतालमा प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा सम्बन्धित अस्पतालले सोझै गर्न सक्ने र प्रेषण गरेको जानकारी शाखालाई सम्बन्धित अस्पतालले गर्नुपर्ने,
- विशेष कारण बाहेक विद्युतीय प्रविधि (अनलाइन) बाट अभिलेख नराखी गरिएको प्रेषण मान्य नहुने व्यवस्था गर्ने ।



# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धि व्यवस्था

- विपन्न बिरामी नागरिकले औषधि उपचार सेवा लिइरहेको अस्पतालबाट अन्य विपन्न सेवा उपलब्ध हुने अस्पतालमा थप उपचारको लागि प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा बिरामीले पाउनु पर्ने बाँकी आर्थिक सहायता रकम बराबरको उपचार सुविधा त्यो प्रेषण गरिएको अस्पतालमा पाउन सक्नेछन्।
- तोकिएको आर्थिक सहायता रकम भन्दा बढी रकम बिरामीको लागि खर्च नहुने गरी स्पष्ट अभिलेखको व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ।





# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धि व्यवस्था ..



- अस्पतालले चौमासिक रूपमा सेवाको विवरण र खर्च भएको रकम अस्पतालको सूचना पाटीमा सार्वजनिक गर्नु पर्नेछ ।
- बिरामी डिस्चार्ज हुँदा तोकिएको रकम मध्ये के कति रकम बराबर उपचार सेवा प्रदान गरिएको हो सो बारे बिरामीलाई जानकारी दिई सोही अनुसार अनुसूची – २९ बमोजिमको अभिलेख रजिष्टर तथा विद्युतीय प्रविधिमा अनिवार्य रूपमा अद्यावधिक गर्नु पर्नेछ ।
- अस्पतालले उपचार खर्चको सोधभर्ना माग गर्दा मासिक रूपमा अनुसूची – ३० बमोजिमको प्रतिवेदन फाराममा भरी मन्त्रालयमा प्रत्येक महिनाको सात गतेभित्र अनिवार्य रूपमा पठाउनु पर्नेछ ।



# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धि व्यवस्था ..



- विपन्न बिरामी नागरिक वा निजको कुरुवा, ड्युटी चिकित्सक वा नर्सलाई प्रत्येक विलमा दस्तखत गराई अस्पतालको बिरामी अभिलेख फाइलमा दुरुस्त राख्नु पर्नेछ ।
- यस कार्यविधि बमोजिम आवश्यक पर्ने कागजातहरू प्राप्त गर्न ढिला भएको अवस्थामा डिस्चार्ज हुने दिनसम्म कागजातहरू ल्याएमा सम्बन्धित अस्पतालले सम्बन्धित बिरामीलाई तोकिएको आर्थिक सहायता रकम बराबरको उपचार सेवा दिनु पर्ने र बिरामीले दफा ५० को उपदफा (४) बमोजिमको निवेदन दिनु पर्नेछ र अस्पतालले तोकिए भन्दा बढी रकमको सोधभर्ना माग गर्न पाउनेछैन ।



# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धि व्यवस्था ..



- बिरामीको उपचारका क्रममा मृत्यु भई आवश्यक कागजातहरू नल्याएमा अस्पतालका निर्देशक, उपचारमा संलग्न प्रमुख चिकित्सक र सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा इकाई प्रमुखले सिफारिस गरेमा तोकिएको सिमा भित्रको बिरामीको खर्च भएको रकम सम्बन्धित अस्पतालले सोधभर्ना माग गर्न सक्नेछ ।
- कुनै कारणवस सोधभर्ना रकम प्राप्त हुन ढिला भएमा पनि सेवा अवरुद्ध गर्न पाइने छैन ।



# खर्च र सोधभर्ना सम्बन्धि व्यवस्था ..



- विपन्न नागरिकलाई सुचिकृत अस्पतालबाट सेवा उपलब्ध गराइ सकेपछि क्यान्सर रोगको तोकिएको औषधि उपचारमा तोकिएको सोधभर्ना हुने रकम सकिए पनि उसलाई थप उपचार गर्नुपर्ने भएमा साविककै सहूलियत दररेटमा सेवा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।
- यस दफा बमोजिम खर्च सोधभर्ना लिन अनलाइन अभिलेख र रिपोर्टिङ अनिवार्य हुनेछ, अनलाइन अभिलेख र रिपोर्टिङ नगर्ने अस्पतालहरूको सम्झौता मन्त्रालयले रद्द गर्न सक्नेछ ।



# विविध

- यस कार्यविधि बमोजिम अस्पतालले सेवा प्रदान गरे बापतको खर्च सोही आर्थिक वर्षमा सोधभर्ना लिन नसकेको अवस्थामा सो अवधिमा खर्च भएको सोधभर्ना हुनु पर्ने रकम मन्त्रालयले अर्को आर्थिक वर्षको बजेटबाट सोधभर्ना भुक्तानी दिन कुनै बाधा पर्नेछैन ।
- स्थानीय तहका स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, प्राथमिक अस्पतालहरू, नगर अस्पतालहरूलाई कार्यविधिले तोके अनुसार screening सेवा दिए बापत प्रति सेवाग्राही पाचँ रुपैयाका (५) दरले शोधभर्ना रकम स्वास्थ्य कार्यालयले उपलब्ध गराउनेछ ।



# निरीक्षण, अनुगमन तथा मूल्याङ्कन सम्बन्धी व्यवस्था



- यस कार्यविधि बमोजिम कार्यक्रम सञ्चालन तथा सेवा प्रदान गर्ने कार्यको अनुगमन मन्त्रालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय तथा जिल्लास्थित स्वास्थ्य कार्यालयबाट विज्ञको सहभागितामा नियमित रूपमा गर्नुपर्नेछ ।



# समन्वय, सहकार्य र सम्पर्क

- मन्त्रालयले यस कार्यविधि बमोजिमका काम कारबाही गर्दा आवश्यकता अनुसार संघीय स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र मातहतको सम्बन्धित विभाग र महाशाखा तथा अन्य सम्बन्धित निकायहरूसँग समन्वय र सहकार्य गर्न सक्नेछ।
- स्थानीय र प्रदेश तहका निकायबाट सञ्चालन गरिने यस किसिमका रोगको शिविरबाट बिरामी संकलन गर्न तथा रोग रोकथाम विधिबारे स्वास्थ्यकर्मी, स्वयंसेवक, परिचालन गर्न स्थानीय तहका जनप्रतिनिधिसँग सहकार्य गर्नु पर्नेछ।



- यस कार्यविधि बमोजिमको कार्य छिटो छरितो र प्रभावकारी व्यवस्थापनको लागि अस्पतालले मन्त्रालय मार्फत गर्नु पर्ने कामहरूको सम्बन्धमा मन्त्रालयको अस्पताल विकास तथा चिकित्सा सेवा महाशाखा मार्फत समन्वय तथा सम्पर्क गर्नु पर्नेछ ।
- यस कार्यविधि बमोजिमको कार्यलाई सहज बनाउन अस्पताल र अन्य सम्बद्ध निकायसँग आवश्यक समन्वय स्वास्थ्य निर्देशनालयले समन्वय र सहजीकरण गर्नेछ ।
- यस कार्यविधि बमोजिमको कार्यक्रमको विस्तार र निरन्तरताको लागि स्थानीय तहसँग आवश्यकता अनुसार समन्वय गरिनेछ ।





# लेखा परीक्षण गराउनु पर्ने



- प्रत्येक वर्ष सम्झौता गर्दा लेखापरीक्षण प्रतिवेदन र सरकारी अस्पताल बाहेक अन्यको हकमा कर चुक्ता प्रमाण पत्र अनिवार्य रूपमा संलग्न गर्नु पर्नेछ ।
- लेखापरीक्षणको प्रतिवेदन निजी, गैह्रसरकारी अस्पतालले मडिसर मसान्तसम्म तथा सरकारी अस्पतालले चैत्र मसान्तसम्म मन्त्रालयमा बुझाउनु पर्नेछ । यस्तो प्रतिवेदन यथासमयमा प्राप्त नभए प्रदान गरिएको उपचार सेवा बापतको रकम सोधभर्ना रोक्का गर्न सकिनेछ ।
- लेखापरीक्षण प्रतिवेदनमा विपन्न महिलालाई औषधि उपचार बापत मन्त्रालयबाट प्राप्त भएको रकमको आम्दानी र खर्चको विवरण छुट्टाछुट्टै देखिएको हुनुपर्नेछ ।



# अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धि विशेष व्यवस्था



- प्रचलित कानून बमोजिम लेखा परीक्षण गराउनु सम्बन्धित अस्पतालको कर्तव्य हुनेछ ।



अभिलेख

- प्रत्येक वर्ष सम्झौता गर्दा लेखापरीक्षण प्रतिवेदन र सरकारी अस्पताल बाहेक अन्यको हकमा कर चुक्ता प्रमाण पत्र अनिवार्य रूपमा संलग्न गर्नु पर्नेछ ।

- लेखापरीक्षणको प्रतिवेदन निजी, गैह्रसरकारी अस्पतालले मडिसर मसान्तसम्म तथा सरकारी अस्पतालले चैत्र मसान्तसम्म मन्त्रालयमा बुझाउनु पर्नेछ । यस्तो प्रतिवेदन यथासमयमा प्राप्त नभए प्रदान गरिएको उपचार सेवा बापतको रकम सोधभर्ना रोक्का गर्न सकिनेछ ।



लेखापरीक्षण प्रतिवेदनमा विपन्न महिलालाई औषधि उपचार बापत मन्त्रालयबाट प्राप्त भएको रकमको आम्दानी र खर्चको विवरण छुट्टाछुट्टै देखिएको हुनुपर्नेछ ।

मन्त्रालयको वेबसाइटमा यो कार्यक्रम सम्बन्धि छुट्टै पेज राखिने छ र सो पेज मार्फत व्यक्तिको गोपनीयता नखुल्ने गरी कार्यक्रमको गतिविधि र तथ्यांक सार्वजनिक गरिने छ ।



तथ्यांक

कार्यक्रम कार्यन्वयनलाई सहज र प्रभावकारी बनाउनकोलागि मन्त्रालयले आवश्यकतानुसार अनुसूचीमा थप, घट वा संशोधन गर्न सक्नेछ ।



# धन्यवाद



# मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम

## सारांश



नसर्ने रोग परिक्षण,निदान,परामर्श र उपचार सेवा



नसर्ने रोग परिक्षण,निदान परामर्श र उपचारका लागि लक्षित् समुह ।

स्वास्थ्य परिक्षण सेवाको प्याकेज ।

(क) आधारभूत स्वास्थ्य परिक्षण सेवा ।

(ख) प्रादेशिक तथा मन्त्रालयबाट तोकिएका अन्य अस्पतालहरुबाट तपसिल अनुसारको विशेषज्ञ/विशिष्टीकृत स्वास्थ्य परिक्षण सेवा उपलब्ध गराइनेछ ।

बागमती प्रदेश सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय



# कार्यक्रम संचालन ढाँचा (Modality)

- (क) कार्यक्रम लागू भएका स्वास्थ्य संस्थाले हफ्ताको १ दिन/महिना (तोकने) नियमित रूपमा स्वस्थ व्यक्तिहरूको स्वास्थ्य जांच र परिक्षणसेवा संचालन गर्नु पर्नेछ।
- (ख) स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण गरिएका व्यक्तिहरूको प्रादेशिक अस्पतालले आवश्यक व्यवस्थापन गर्नेछ।
- (ग) स्वास्थ्य कार्यालयले यस कार्यक्रमको अनुगमन गर्नुपर्नेछ र प्रतिवेदन नियमित गर्नको लागि स्थानीयतह लाई अभिप्रेरित गर्नुपर्नेछ।



# सेवा प्रदान गर्ने प्रणाली (अनुसूची ७ बमोजिम)



स्वास्थ्य संस्थामा आधारभूत स्वास्थ्य जांच र परिक्षण



स्वा. संस्थाबाट विशेषज्ञ स्व. जांच र परिक्षणकालागि प्रेषण



दर्ता, तौल, उँचाई, रक्तचापको नाप



आवश्यक प्रयोगशाला परिक्षण



उपचार र परामर्श



अस्पतालबाट विशिष्टीकृत स्वास्थ्य जांच र परिक्षणका लागि प्रेषण





# आधारभूत स्वास्थ्य परिक्षण सेवा



क्र.स स्वास्थ्य संस्थाको किसिम स्वास्थ्य जाँच	स्वास्थ्य जाँच तथा प्रयोगशाला परिक्षण सेवा	शुल्क (रु)
१. स्वास्थ्य चौकी/ वडा स्तर को स्वास्थ्यसंस्था, PHC, आधारभूत अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य अस्पताल प्रदेश मातहत का अस्पताल	इतिहास विवरण, उचाई, तौल, BP र PEAK flow मीटर बाट जाँच, ग्लुकोमीटर, urine strip बाट रगत पिसाब को परिक्षण, परामर्स र रेफरल	निःशुल्क



# स्वास्थ्य सेवा दिने संस्थाहरू



- प्रदेश भित्रका-स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, आधारभूत अस्पताल
- प्रादेशिक अस्पताल
- जिल्ला आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र
- सेवाका लागि सम्झौता गरिएका विशेषज्ञ अस्पताल



# प्रादेशिक अस्पताल तथा मन्त्रालयबाट तोकिएको अन्य अस्पताल बाट उपलब्ध विशिष्टीकृत स्वास्थ्य परिक्षण सेवा



क्र.स	परीक्षणहरू	मूल्य (नेरुमा)
क.	चिकित्सकद्वारा नसर्ने रोग सम्बन्धी इतिहास र शरीरीक जाँच	निशुल्क
ख.	दमखोकीको लागि क्याट टेस्ट(CAT Test)	निशुल्क
ग.	तौल, उचाइ, पेटको मोटाइ	निशुल्क
घ.	रक्तचाप	निशुल्क
ङ.	पिसाबको जाँच	३०/-
च.	दिसामा सुक्ष्म रगतको जाँच (Faecal Occult Blood Test)	६०/-
छ.	रगतको परीक्षण (CBC Test)	१८०/-
ज.	रगतमा चिनीको जाँच (FBS,OGTTGTT-75 gm)	१३०/-
झ.	मृगौलाको जाँच (Urea, <u>Creatinine</u> )	२५०/-
ञ.	कलेजोको जाँच(Bilirubin,ALP, SGPT)	३५०/-
ट.	लिपिड प्रोफाइल (Cholestrol, TG, LDL, HDL)	३५०/-
ठ.	फोक्सोको जाँच( <u>Spirometry</u> )	१००/-
ड.	छातीको एक्स-रे	२००/-
ढ.	इसिजी जाँच	१५०/-
ण.	यु. एस.जी	४००/-
त.	भि.आइ.ए जाँच(महिलाको लागि)	नि:शुल्क
	बागमती प्रदेश सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय	९९
	जम्मा	२,२००/-



# सेवा संचालन सम्बन्धी प्रचार प्रसार



१. स्वास्थ्य मन्त्रालय र स्वास्थ्य निर्देशनालय मार्फत
२. स्वास्थ्य संस्था मार्फत
३. स्थानीय तह मार्फत
४. विद्यालय नर्स, जनप्रतिनिधि, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका मार्फत
५. सूचना, संचार, प्रचार-प्रसार साथ साथै शैक्षिक सामग्री निर्माण

बागमती प्रदेश सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय



# बजेट तथा आर्थिक व्यवस्थापन



१. कार्यक्रमका लागि अस्पताललाई आवश्यक पर्ने बजेट व्यवस्था मन्त्रालयले गर्नेछ ।
२. विनियोजित बजेट अपुग भएमा व्यवस्थापन समितीको सिफारिसमा मन्त्रालयले थप बजेटको व्यवस्था मिलाउनेछ ।
२. तोकिएको स-शुल्क जाँच र परिक्षण शुल्क सम्बन्धित व्यक्तिसँग नलिई स्वास्थ्य जाँच परिक्षण निःशुल्क गर्नुपर्नेछ ।
३. निःशुल्क जाँच र परिक्षणको रकम हिसाब गरि अस्पताललाई प्राप्त हुनु पर्ने र अस्पतालमा भएको जाँच र परिक्षण जाँच र परिक्षणको रकम मात्र कार्यक्रमको बजेटबाट सोधभर्ना माग गर्नुपर्नेछ ।



# जनशक्ति



१. स्वास्थ्य संस्था वा अस्पतालमा उपलब्ध विज्ञ सेवा सम्बन्धी जानकारी प्रवाह गर्नु पर्नेछ ।
२. स्वास्थ्य संस्था र अस्पतालमा रहेका जनशक्ति बाट नै सेवा प्रवाह गर्नु पर्नेछ ।
३. मानसिक स्वास्थ्य समस्या देखिएमा उपयुक्त अस्पतालमा प्रेषण गरि उपचार व्यवस्थापन गर्नु पर्नेछ ।



# तालिम तथा अभिमुखीकरण



- ❖ स्वास्थ्य तालिमकेन्द्र र मन्त्रालयले तोकेको निकायबाट व्यवस्था हुनेछ ।
- तालिम तथा अभिमुखीकरण नपाउने स्वास्थ्यकर्मीलाई – **WHO PEN** तालिमको व्यवस्था

## अभिमुखीकरण कार्यक्रम

- अस्पताल व्यवस्थापन समितीका सदस्य, पदाधिकारी र अस्पताल प्रमुखहरु
- स्थानीय तहका जनप्रतिनिधि, स्वास्थ्यकर्मी तथा कर्मचारी



# स्वास्थ्य कार्यालयको जिम्मेवारी



१. स्वास्थ्य कार्यालयले सम्बन्धित स्थानीयतह, स्वास्थ्य संस्था संग समन्वय तथा अभिमुखिकरण गर्ने ।
२. स्वास्थ्य शिविरबाट पहिचान भएका नसर्ने रोगको बिरामीहरुको उचित प्रेषण तथा सहजीकरण गर्ने , शल्यक्रिया गर्नुपर्ने साथै बिरामीको विवरण तयार गरी मन्त्रालयले सुचिकृत गरेको अस्पतालमा निःशुल्क शल्यक्रियाको लागि प्रेषण गर्नुपर्नेछ ।
३. कार्यक्रमको अनुगमन गर्ने तथा प्रतिवेदन नियमित गर्नको लागि स्थानीय तहलाई अभिप्रेरित गर्नु पर्नेछ ।
४. कार्यक्रमको प्रचार-प्रसार गर्ने ।





# आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्रको जिम्मेवारी

१. स्वास्थ्य परिक्षणका सहभागी नागरिकहरुको स्वास्थ्य परिक्षण गरी निजहरुको स्वास्थ्य अवस्था पहिचान गर्ने ।
२. Life Style Modification का लागि उपयुक्त विधिहरु जस्तै मनोसामाजिक परामर्श, योग , ध्यान, तनाव व्यवस्थापन , पूर्वकर्म लगायतका अन्य उपलब्ध सेवाहरु प्रदान गर्ने ।
३. नसर्ने रोगको शंका भएका बिरामी लाई, रोगको पहिचान का लागि, प्रादेशिक अस्पतालमा प्रेषण गर्ने ।
४. कार्यक्रमको लागी भौतिक पूर्वाधार को व्यवस्था स्वास्थ्य संस्था स्वयंले नै गर्नुपर्नेछ ।
५. स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नै मौजुदा जनशक्तिबाट नै कार्यक्रम संचालन गर्नुपर्नेछ ।



# स्थानीय तहको जिम्मेवारी

१. हप्ता/महिनाको एक दिन **NCD DAY** तोक्ने र लक्षित समुहलाई स्वास्थ्य परिक्षण तथा परामर्श सेवा प्रदान गर्ने ।
२. आफ्नो वडामा रहेका विपन्न नागरिकलाई कार्यविधि बमोजिम सेवाका लागि सिफारिस गर्ने ।
३. सप्ताहिक रूपमा संचालित हुने स्वस्थ व्यक्तिको निःशुल्क परिक्षण क्लिनिकको जानकारीको लागि स्थानीयतहले महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविका लाई परिचालन गर्नुपर्नेछ ।
४. विद्यालय नर्स, जनप्रतिनिधि, महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविका मार्फत प्रचारप्रसार गर्ने ।



# स्थानीय तहको जिम्मेवारी



५. कार्यक्रमको लागी भौतिक पूर्वाधारको व्यवस्था स्वास्थ्य-संस्था/स्थानीयतह स्वयंले नै गर्नु पर्नेछ ।
६. स्थानीय तह र प्रदेश तह बाट संचालित प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता कार्यक्रमबाट समस्या देखिएका व्यक्तिहरुको अभिलेखीकरण र मासिक प्रतिवेदन गर्ने ।



# सोधभर्ना

- स्थानीय तहका स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, प्राथमिक अस्पतालहरू, नगर अस्पतालहरूलाई कार्यविधिले तोके अनुसार स्क्रीनिंग सेवाको तोकिएको फारममा मासिक रूपमा प्रतिवेदन गर्नुपर्नेछ ।
- सेवा प्रदान गरे वापत प्रति सेवाग्राही पाचँ रुपैयाका (रु. ५) दरले सोधभर्ना रकम स्वास्थ्य कार्यालयले चौमासिक रूपमा उपलब्ध गराउनेछ ।



# बागमती प्रदेशको आ.व. २०७९-८० का कार्यक्रमहरू



## स्वास्थ्य मन्त्रालय अन्तर्गत

१. नसर्ने रोगका लागि परिक्षण र परामर्श
२. क्यान्सर रोग लागेका विपन्न बिरामीलाई उपचारमा सहूलियत
३. HPV खोप तथा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको अभिमुखिकरण तथा योजना तर्जुमा
४. सरकारी अस्पतालहरू लाई हृदयघात रोग उपचारमा सहजीकरणका लागि सहूलियत कार्यक्रम
५. सरकारी अस्पतालहरूलाई मस्तिष्कघात रोग उपचारमा सहजीकरण तथा सहूलियत कार्यक्रम

## ६. Health in All Policy Advocacy workshops सञ्चालन अस्पताल अन्तर्गत

१. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम

## आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र तर्फ

१. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम



# स्वास्थ्य निर्देशनालय तर्फका कार्यक्रमहरू



१. पाठेघरको स्क्रिनिंग शिविर
२. पाठेघरको स्क्रिनिंग पश्चात पाठेघर खस्ने समस्याको शल्यक्रिया
३. अब्स्टेट्रिक फिस्टुलाको शल्यक्रिया
४. स्तन क्यान्सरको स्क्रिनिंग
५. अनुगमन तथा सुपरिबेक्षण



# स्वास्थ्य तालिम केन्द्र तर्फका कार्यक्रमहरू



- ❖ VIA तालिम – स्थानीय तहका उपयुक्त स्वास्थ्यकर्मीलाई
- ❖ मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी तालिम
- ❖ अस्पतालमा कार्यरत नर्सहरूको लागि मनोसामाजिक परामर्श तालिम
- ❖ विद्यालय नर्सहरूको क्षमता अभिवृद्धि



# स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्रतर्फका कार्यक्रमहरू



- स्तन क्यान्सर स्क्रीनिंगको लागि Mammography मेसिन खरिद
- स्वास्थ्य संस्थाहरूको लागि निःशुल्क सेवाको लागि औषधि
- स्वास्थ्य संस्थाहरूको लागि औजार-उपकरण खरिद





# जन स्वास्थ्य प्रयोगशाला तर्फका कार्यक्रमहरू



- प्रयोगशालाहरूको नियमित अनुगमन तथा प्राविधिक सुपेरिवेक्षण
- प्रयोगशालाहरूको सुदृढीकरणको लागि प्राविधिक सहयोग



# आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र तर्फका कार्यक्रमहरू



१. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम कार्यान्वयन
२. स्वास्थ्य जीवन प्रवर्धन कार्यक्रम
३. प्रदुषणबाट उत्पन्न स्वास्थ्य समस्या न्यूनिकरण (नश्यकर्म) कार्यक्रम
४. प्रयोगशाला सबलिकरण कार्यक्रम
५. प्रयोगशालाको लागि रिएजेन्ट तथा केमिकल खरिद



# स्वास्थ्य कार्यालय तर्फका कार्यक्रमहरू



१. महिलाहरूमा हुन सक्ने अब्स्टेट्रिक फिस्टुला , पाठेघर खस्ने समस्या लगायत प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णताको जांच शिविर तथा व्यवस्थापन ।
२. मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धि अभिमुखीकरण तालिम ।
३. VIA Positive महिलाहरूलाई उपचार गर्ने स्वास्थ्य संस्थासम्म जानको लागि लाग्ने यातायात खर्च (ललितपुर) ।
४. May Measurement Month अभियान सञ्चालन
५. नसर्ने, मानसिक रोग तथा निःशुल्क वितरण सूचिका औषधि खरिद
६. नसर्ने रोगको रोकथाम तथा नियन्त्रण कार्यक्रम
७. प्रयोगशाला सबलिकरण कार्यक्रम



# स्वास्थ्य कार्यालय तर्फ (प्रस्तावित)



१. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रम सम्बन्धी स्थानीय तहका जनप्रतिनिधि र स्वास्थ्य शाखा प्रमुखहरुलाई अभिमुखीकरण
२. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रम सम्बन्धी स्थानीय तहका स्वास्थ्यकर्मीलाई अभिमुखीकरण
३. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रम सम्बन्धी फर्म फर्मेट छपाई/फोटोकपी
४. स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रमको अनुगमन



# स्वास्थ्य कार्यालय तर्फ (प्रस्तावित)



५. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य परिक्षण सेवा प्रदान गरे बापत स्वास्थ्य संस्था (स्वास्थ्य चौकी, प्रा.स्वा.के) लाई सोधभर्ना

६. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रम सम्बन्धी औषधीजन्य सामग्री, रिएजेन्ट, टेस्ट किट आदि खरिद

७. मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रमको अनुगमन



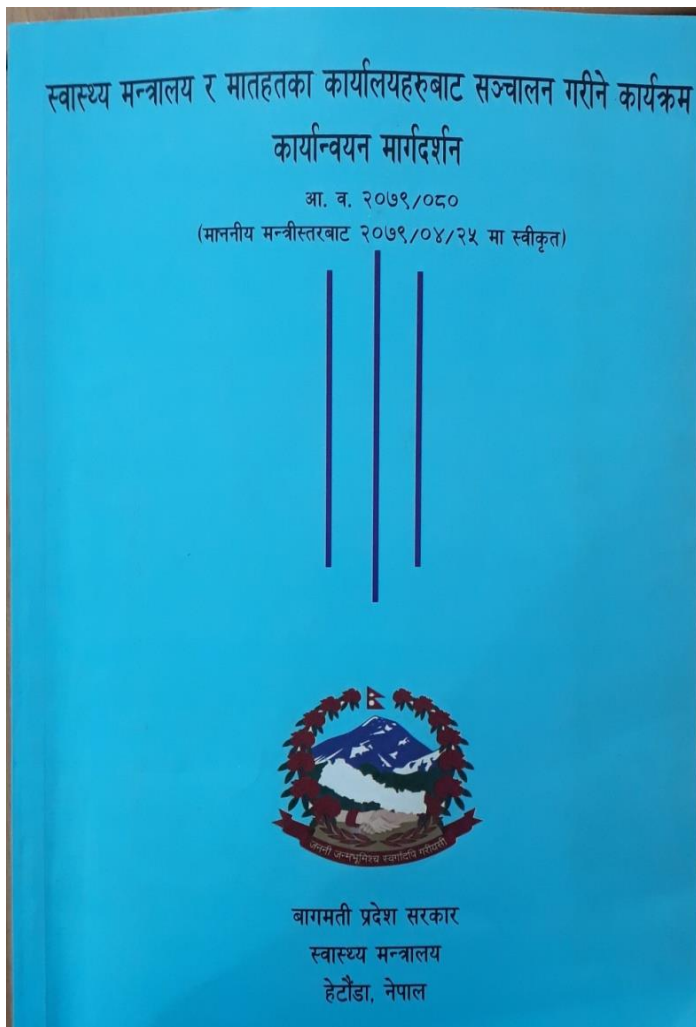
# धन्यवाद



# Thank you



## मार्गदर्शन पुस्तिका

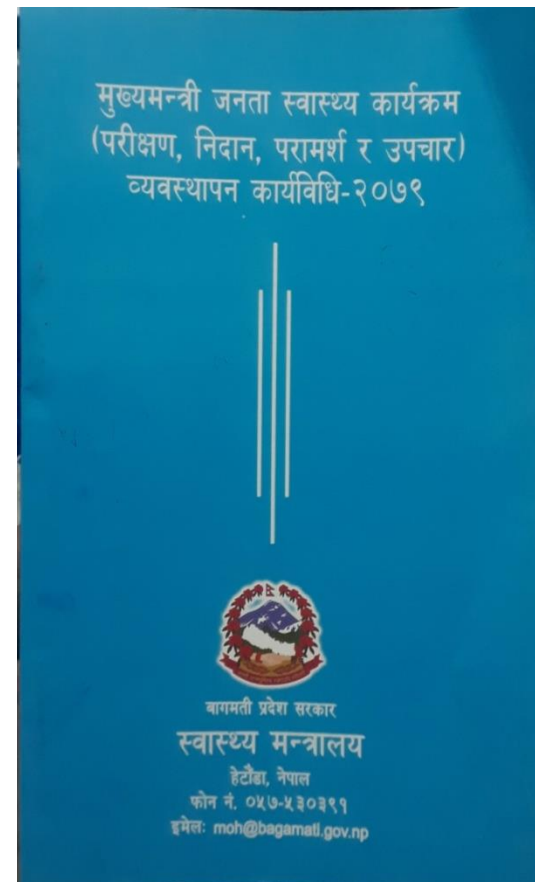


01/17/2023

बागमती प्रदेश सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय



## कार्यविधि पुस्तिका



119

# अनुसूची



**खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२**

**अनुसूची-१**

(दफा २ को खण्ड (ख) को उपखण्ड (१) र १२ को उपदफा (१)  
सँग सम्बन्धित)

**नसर्ने रोगको परीक्षण, निदान, परामर्श र उपचारका लागि  
सूचीकृत स्वास्थ्य संस्था र अस्पताल**

<b>क्र.स.</b>	<b>स्वास्थ्य संस्था र अस्पतालको नाम</b>	<b>कार्यक्रम लागु हुने मा.व.</b>
१.	प्रदेशका जिल्ला स्थित प्रादेशिक अस्पताल	आ व २०७८/७९
२.	प्रदेशका जिल्ला स्थित आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र	आ व २०७८/७९
३.	सेवाको लागि सम्झौता गरिएका प्रदेशभित्रका विशेषज्ञ अस्पताल	आ व २०७८/७९
४.	प्रदेशका स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, आधारभूत अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य अस्पताल	मन्त्रालयले निर्णय गरी तोके बमोजिम

**खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२**

---

**अनुसूची-२**

(दफा २ को खण्ड (ख) को उपखण्ड (२) र दफा २१ को उपदफा (३) र  
दफा २८ सँग सम्बन्धित)

**फिट्टुला उपचारका लागि सूचिकृत गरिएका अस्पताल**

क्र.सं.	अस्पतालको नाम
१.	प्रदेशका जिल्ला स्थित प्रादेशिक अस्पताल
२.	विशेषज्ञ अस्पताल (सेवाको लागि सम्झौता गरिएको)

**खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२**

**अनुसूची-३**

(दफा २ को खण्ड (ख) को उपखण्ड (३) र दफा ३१ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

**हृदयघात रोग लागेका नागरिकहरूलाई औषधि उपचारका लागि सूचीकृत गरिएका अस्पताल**

क्र.सं.	संस्था/अस्पतालको नाम
१.	प्रदेशका प्रादेशिक अस्पतालहरू
२.	सहिद गंगालाल राष्ट्रिय हृदयरोग केन्द्र

**खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२**

**अनुसूची-४**

(दफा २ को खण्ड (ख) को उपखण्ड (४) र दफा ४० को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

**मस्तिष्कघात रोग लागेका विपन्न नागरिकहरूलाई औषधि उपचारका लागि सूचीकृत गरिएका अस्पतालहरू**

क्र.सं.	संस्थाको नाम	कैफियत
१.	प्रादेशिक अस्पताल, बागमती प्रदेश	
२.	मस्तिष्कघातको उपचार गर्ने छनोट भएको विशेषज्ञ अस्पताल	
३.	मुख्य सहकार्य गर्ने विशेषज्ञ अस्पतालबाट छनोट गरिएका विशेषज्ञ अस्पताल	

**अनुसूची-५**

(दफा २ को खण्ड (ख) को उपखण्ड (५) र दफा ४९ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

**क्यान्सर रोग लागेका विपन्न नागरिकहरूलाई औषधि उपचारका लागि सूचिकृत गरिएका अस्पतालहरू**

क्र.सं.	संस्थाको नाम	कैफियत
१.	त्रि.वि.रा.प्र.वीर अस्पताल, महाबौद्ध, काठमाडौं	
२.	त्रि.वि.शिक्षण अस्पताल, महाराजगंज, काठमाडौं	
३.	पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, पाटन, ललितपुर	
४.	परोपकार प्रसूति तथा स्त्रीरोग अस्पताल, थापाथली, काठमाडौं	
५.	कान्तिबाल अस्पताल, महाराजगंज, काठमाडौं	
६.	निजामती कर्मचारी अस्पताल, मिनभवन, काठमाडौं	
७.	मनमोहन कार्डियो थोरासिक, भास्कुलर तथा ट्रान्सप्लान्ट सेन्टर, महाराजगंज, काठमाडौं	
८.	वि.पी कोइराला मेमोरीयल क्यान्सर अस्पताल, भरतपुर, चितवन	
९.	चितवन मेडिकल कलेज, शिक्षण अस्पताल, चितवन	
१०.	भक्तपुर क्यान्सर अस्पताल, भक्तपुर	
११.	वि.एण्ड.वि.अस्पताल, ग्वाखो, ललितपुर	
१२.	क्यान्सर केयर नेपाल, जावलाखेल, ललितपुर	
१३.	काठमाडौं क्यान्सर सेन्टर, थापली, भक्तपुर	
१४.	नेपाल क्यान्सर हस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर प्रा.लि.ललितपुर	
१५.	धुलीखेल अस्पताल, काभ्रेपलाञ्चोक	
१६.	नेशनल सिटी हस्पिटल, भरतपुर, चितवन	
१७.	भरतपुर सेन्ट्रल हस्पिटल, चितवन	
१८.	आधुनिक मेडिकल कलेज एण्ड हस्पिटल प्रा.लि. (नेपाल मेडिसिटी)	

**अनुसूची-६**

(दफा ११ को खण्ड (घ) सँग सम्बन्धित)

**निशुल्क उपलब्ध गराउने औषधिहरू**

**(क) नसर्ने रोगको निशुल्क उपलब्ध गराउने औषधि**

S.N.	Name of the medicine
1.	Metformin 500mg
2.	Glimepride 1 mg
3.	Enalapril 5mg
4.	Amolodipine 5mg
5.	Hydrochlorothiazide 25 mg
6.	Atorvastatin 10 mg
7.	DPI Device
8.	Salbutamol (MDI) 100 mcg
9.	Salbutamol (DPI) 200 mcg

**(ख) मानसिक रोग सम्बन्धी निशुल्क उपलब्ध गराउने औषधि**

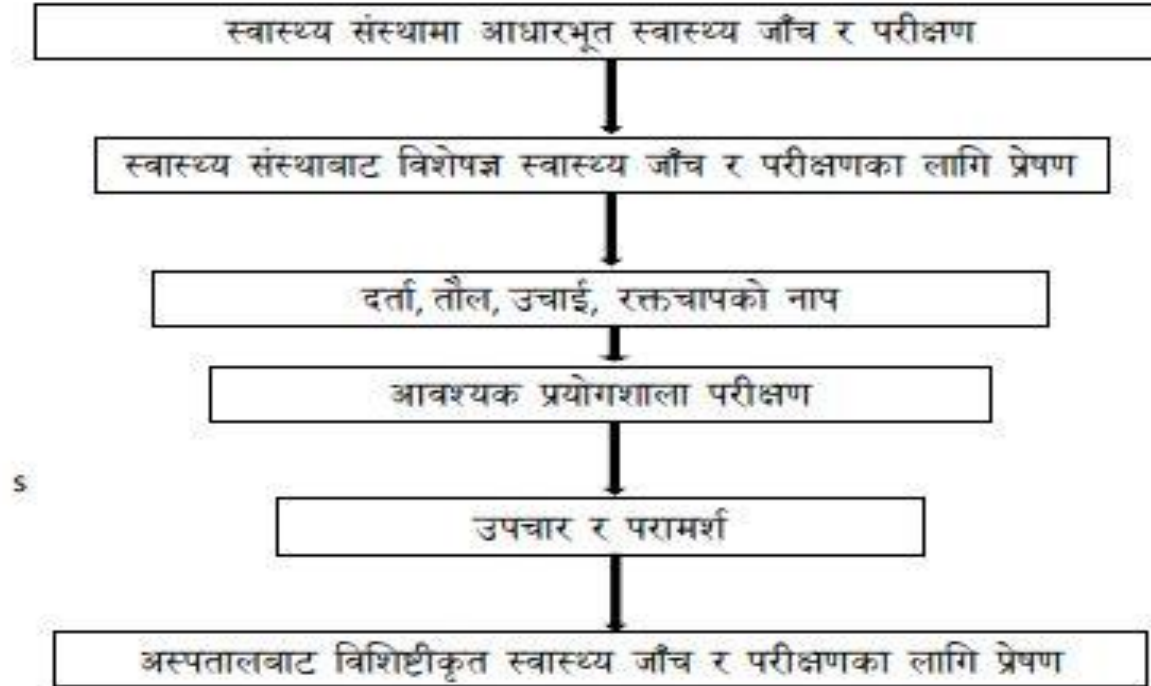
S.N.	Name of medicine
1.	Amitriptyline 10 mg
2.	Amitriptyline 25 mg
3.	Risperidone 1 mg
4.	Risperidone 20 mg
5.	Fluoxetine 10 mg
6.	Fluoxetine 20 mg
7.	Trihexiphenidyl 2 mg
8.	Diazepam 2 mg
9.	Diazepam 5 mg
10.	Sodium Valproate 200 mg
11.	Sodium Valproate 300 mg
12.	Thiamine 100 mg
13.	Phenobarbitone 30 mg
14.	Phenobarbitone 60 mg
15.	Carbamazepine 100 mg
16.	Carbamazepine 200 mg
17.	Carbamazepine 400mg

खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२

**अनुसूची-७**

(दफा १४ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

**मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य सेवा प्रदान प्रणाली**



**अनुसूची-८**

(दफा १५ को उपदफा (४) सँग सम्बन्धित)

मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम

बागमती प्रदेश

**स्वास्थ्य जाँच, परीक्षण र निदान फारमको ढाँचा**

Registration Number:

यो फार्म कम्प्युटर सफ्टवेयरमा राखिने छ र तय्याक सित सजिलो हुनेगरी डिजाइन गरिनेछ।

1. Introduction

1.1 Name: ..... 1.2 Age: .....

1.3 Sex: M /F /O.....

1.4 Ethnicity .....

2. Address

2.1 District ..... 2.2. Nagarpalika/gaunpalika .....

2.3 Ward .....

3. Education

1. Illiterate
2. Literate
3. Primary
4. Secondary
5. 10+2
6. Bachelor and above

4. Status: Recommended by Ward Chair as 1. Poor, 2.Ethnic Minority 3. Martyr's or abductees' family or injured person during arm conflict 4. FCHV 3

5. Physical Measurement : 5.1 Wt (in KG) 5.2. Height (in CM)

5.3. BP Systolic 5.4. Diastolic

6. Medical History :

6.1 Do you have any health problems right now? 1. Yes 2. No

6.2 If yes, please specify the problem \_\_\_\_\_ and treatment taken \_\_\_\_\_

7. Are you taking any medicines regularly? 1. Yes. 2. No

7.1 If yes please specify medicine \_\_\_\_\_ and the diseases \_\_\_\_\_

8. Family History of:

8.1 Hypertension \_\_\_\_\_yes \_\_\_\_\_no 8.2. Cardiovascular

disease \_\_\_\_\_yes \_\_\_\_\_no 8.3 Diabetes mellitus \_\_\_\_\_yes \_\_\_\_\_



खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२

no 8.4 Asthma \_\_\_\_\_yes \_\_\_\_\_no 8.5 Cancer  
\_\_\_\_\_yes \_\_\_\_\_no

9 History of  
Cigarette/Tobacco smoking : 1. Never smoked 2. Passive smoker3. Current  
smoker  
if yes No. of cigarettes per day: \_\_\_\_\_  
Use of smokeless Tobacco:  
If yes, type and amount of use per day

10. History of  
Alcohol Drinking 1. Never 2. Alcohol Drinker:  
If yes, In the past month, how many times did you have 5 drinks in one  
occasion? \_\_\_\_\_  
  
Type of Alcohol: \_\_\_\_\_  
Frequency of Intake: Beer \_\_\_\_\_/day wine  
\_\_\_\_\_/day distilled spirits (घरेलु) \_\_\_\_\_/day jaand/chhyang/tungba  
- /day

11. Physical Activity  
Type of work/occupation: \_\_\_\_\_ Means of travel to work:  
\_\_\_\_\_ Activities other than work: \_\_\_\_\_  
1. Sedentary 2. Active

12. Dietary Fiber Intake:  
Servings of fruits per day: \_\_\_\_\_ adequate  
\_\_\_\_\_inadequate Servings of vegetables per day: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_adequate \_\_\_\_\_inadequate

13. Stress:  
Do you often feel stressed? 1. Yes 2. No12.1 if yes what are the  
sources of your stress? \_\_\_\_\_

14. CAT Test for COPD Screening



**How is your COPD? Take the COPD Assessment Test (CAT)**

This questionnaire will help you and your healthcare professional measure the impact COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is having on your everyday life. Your doctor's diagnosis, risk factors and your healthcare professional's help improve the management of your COPD and get the greatest benefit from treatment.

Example: I am very happy  0  1  2  3  4  5 I am sad

I never cough	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	I cough all the time	SCORE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I have no phlegm (mucus) in my chest at all	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	My chest is full of phlegm (mucus)	
My chest does not feel tight at all	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	My chest feels very tight	
When I walk up a hill or one flight of stairs I am not breathless	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	When I walk up a hill or one flight of stairs I am very breathless	
I am not limited doing any activities at home	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	I am very limited doing activities at home	
I am confident leaving my house despite my lung condition	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	I am not at all confident leaving my house because of my lung condition	
I sleep soundly	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	I don't sleep soundly because of my lung condition	
I have lots of energy	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	I have no energy at all	

COPD Assessment Test and CAT logo is a trade mark of the Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) group of companies. ©2011 GOLD. All rights reserved.

[CLICK TO GET YOUR TOTAL SCORE!](#)

15. FOR FEMALES • Clinical breast exam: findings \_\_\_\_\_  
 • Acetic Acid Wash(VIA) : findings \_\_\_\_\_

16. General and systemic Examination findings : \_\_\_\_\_

17. ECG Done/Not Done Findings \_\_\_\_\_

18. Spirometry Done/Not Done Findings \_\_\_\_\_

19. Lab Investigation (Detail fields to enter the results will be created in computer program)

**URINE REPORT**

Physical Examination		Chemical Examination		Microscopic Examination		
Colour	L. Yellow	Reaction	Acidic	R. B. C.	Nil	/HPF
Transparency	Clear	Albumin	Nil	Pus Cells	Nil	/HPF
Specific gravity	-	Glucose	Nil	Epithelial Cells	Nil	/HPF
Others		Others		Crystals	Nil	/HPF
				Others		/HPF

**STOOL REPORT**

Chemical Examination	
Occult Blood	Positive Negative

**HAEMATOLOGY REPORT**

Test	Results	Normal Range
Hemoglobin		M 13 - 17 gm % F 12 - 15 gm %
PCV		38 - 48 %
Total WBC Count		4000 - 11000 Cells/cumm
<b>Differential Count</b>		
Neutrophils		40 - 70 %
Lymphocytes		20 - 40 %
Eosinophils		1 - 6 %
Monocyte		2 - 8 %
Basophils		0 - 1%
Total RBC Count		4.5 - 5.5 Million /cumm
Platelets Count		1.5 - 4 lakh / cumm
ESR (Wintrobe method)		M 00 - 10 mm/ 1st. hr. F 00 - 20 mm/ 1st. hr.

Note: All the haematological assays except ESR, has been done by automated blood cell counter.

**BIO-CHEMICAL REPORT**

Test	Results	Normal Range
Blood Glucose Fasting		60-110 mg %
<b>2 hour after intake of 75 gms. Glucose</b>		
Blood Sugar		
Urine Sugar	Negative Positive	
<b>Renal Function Test</b>		
Blood Urea		10 - 45 mg %
Serum Creatinine		Male 0.7-1.4 mg % Female 0.6-1.1 mg %
<b>Liver Function Tests</b>		
Serum Bilirubin (Total)		0.4-1.2 mg %
Serum Bilirubin (Conjugated)		0.4 mg %

**खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२**

Test	Results	NormalRange
Alkaline Phosphatase		64-306 U/L Children: upto 644 U/L
<b>Lipid profile</b>		
Serum Cholesterol		139-250 mg %
Serum Triglycerides		Up to 150 mg %
HDL		30-70 mg %
LDL		Less than 150 mg %
VLDL		Up to 40 mg %
Total Cholesterol HDL Ratio		0-5
LDL HDL Ratio		0-3.5

Note: The result of LDL is calculated by the formula  $LDL (mg/dl) =$

$$\text{Total cholesterol} - \left[ \text{HDL cholesterol} + \frac{\text{Triglycerides}}{5} \right]$$

20. Chest X-ray –done/not done .Findings \_\_\_\_\_

21. USG – Done/not Done. Findings \_\_\_\_\_

22. Overall impression \_\_\_\_\_

Screening Test done by:

.....  
Medical Doctor

.....  
Nurse

.....  
Lab. Technician


.....  
Data Assistant

खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रवेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२

**अनुसूची ९**

(दफा २० को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

**नसने रोग बहिरङ्ग विरामी दर्ता कार्ड र परीक्षण र  
परामर्श सेवा अभिलेख फारम**

<p>नसने रोगबाट बच्ने उपायहरू</p> <p>स्वस्थ हुनु भनेको ABCDE जस्तै सजिलो छ त्यसैले</p> <p>Avoid alcohol</p> <p>मदिरापान नगर्ने</p> <p>Be physically active</p> <p>शारीरिक रूपमा सक्रिय रहने</p> <p>Cut down on salt and sugar</p>	मूल दर्ता नं (Master ID) .....									
	संवाहरी नं (Patient ID).....									
										
	<b>बागमती प्रदेश सरकार</b> <b>स्वास्थ्य मन्त्रालय</b>									
	जिल्ला.....									
	<b>नसने रोग बहिरङ्ग विरामी दर्ता कार्ड</b>									
स्वास्थ्य संस्थाको नाम.....										
<table border="1"><thead><tr><th>नाम</th><th>पसलिका</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>गाउँपसलिका</td></tr><tr><td></td><td>नगरपसलिका</td></tr><tr><td></td><td>उपमहानगरपसलिका</td></tr><tr><td></td><td>महानगरपसलिका</td></tr></tbody></table>	नाम	पसलिका		गाउँपसलिका		नगरपसलिका		उपमहानगरपसलिका		महानगरपसलिका
नाम	पसलिका									
	गाउँपसलिका									
	नगरपसलिका									
	उपमहानगरपसलिका									
	महानगरपसलिका									
विरामीका नाम.....										
टेमना.....										

६७

निर्देशन/ Instruction

1. **Master ID:** Write the unique code number of patients in the master register (OPD)
2. **Patient ID:** Write the unique identification number of the patient enrolled in PEN
3. Ask with patients and fill up all information during **First Visit** (Like: name, Age, sex, ethnicity, sex, caste, address and contact no preferably mobilic no)
4. **Write down the measured value** of pulse rate, respiratory rate, BMI, Height weight, Central adiposity, blood glucose level, blood pressure, cholesterol level, urine ketone and protein in given box/area.
5. **Calculated value of CVD risk percentage** by using WHO/ISH risk chart and code value in given box/area.
6. Ask about the **risk factors: smoking, alcohol, diet and physical inactivity** and tick mark with explanation as necessary.
7. List out the **examination findings** and write down the major diagnosis.
8. Put a tick mark on the **counseling provided**.
9. **List out the medication** given to the patient with Name, dose, frequency and duration of the medication clearly.
10. Write down the time of **next follow-up visit**. E.g. after 2 weeks or 1 month clearly
11. List out the **reason for referral** (in or out) and the **institution referred** in or referred from clearly

Patient General Information

Master ID (मूल दर्ता किताब नं).....

Patient ID (पेनमा दर्ता भएको नं).....Date:.....

Name (नाम):.....

Age (उमेर):..... Sex (लिङ्ग):.....

Religion(धर्म):..... Caste (जात):.....

Address (ठेगाना):.....

Contact no. (सम्पर्क नं):.....

**खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२**

Patient VISIT health facility		VISIT No. 1			
Date of Visit:	Blood pressure:				
Pulse rate :..... Respiratory rate:.....	Systolic.....mmHg				
BMI:kg/m <sup>2</sup> ..... Weight(in kg):..... Height (in mt):.....	Diastolic.....mmHg				
Central Adiposity:.....cm CVD risk %:.....	(Note:Take 2 readings at the interval of 5 minutes and note the highest reading)				
Blood Glucose(Fasting).....Random:.....(PP).....	Cholestrol:.....(if available)				
Urine Protein:..... Urine Ketone:.....					
Examination findings:	Risk factor	Status(yes/no)....explain if necessary			
	Alcohol				
	Smoking				
Major Diagnosis:	Physical Inactivity				
	Unhealthy diet				
<b>Management</b>					
Counseling on:	Drug/Dosage/Frequency				Further Clinical Advice
	Drug	Dosage	Frequency	Duration	
<input type="checkbox"/> Smoking cessation <input type="checkbox"/> Healthy diet <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Weight control <input type="checkbox"/> Alcohol intake <input type="checkbox"/> Foot care <input type="checkbox"/> Others/specify.....					
Follow up on:					Remarks (if any)

**खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२**

Patient VISIT health facility		VISIT No. 1		
Date of Visit:		Blood pressure:		
Pulse rate :..... Respiratory rate:.....		Systolic.....mmHg		
BMI:kg/m2..... Weight(in kg):..... Height (in mt):.....		Diastolic.....mmHg		
Central Adiposity:.....cm CVD risk %:.....		(Note:Take 2 readings at the interval of 5 minutes and note the highest reading)		
Blood Glucose(Fasting).....Random:.....(PP).....		Cholestrol:.....(if available)		
Urine Protein:..... Urine Ketone:.....				
Examination findings:		Risk factor	Status(yes/no)....explain if necessary	
		Alcohol		
		Smoking		
Major Diagnosis:		Physical Inactivity		
		Unhealthy diet		
Management				
Counseling on:	Drug/Dosage/Frequency			Further Clinical Advice
	Drug	Dosage	Frequency	
<input type="checkbox"/> Smoking cessation <input type="checkbox"/> Healthy diet <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Weight control <input type="checkbox"/> Alcohol intake <input type="checkbox"/> Foot care <input type="checkbox"/> Others/specify.....				
Follow up on:				Remarks (if any)

६९

**खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रदेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२**

Refer(reason)	भागमती प्रदेश सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय
Referral Institution	



खण्ड ६) सङ्ख्या ६ प्रवेश राजपत्र भाग ३ मिति २०७९।०३।०२

**बनुसूची-१०**

(दफा २० को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

**बिपन्न नागरिकलाई नसर्ने रोग परीक्षण र परामर्श सेवा गरिएको मासिक प्रतिवेदन फारम**

**Bagamati Province Government  
Ministry of Health**

Non Communicable Disease Record Register																					
Master registration number:.....										PEN registration date:.....											
Patient ID number :.....										Contact No. :.....											
Name:.....					Age :.....			Sex:.....			Ethnicity:.....										
Municipality/Rural Municipality/Submetropolitan/Metropolitan:.....													Ward No.:.....								
Medication starting date:.....					Family History (yes/no):.....					If yes what type:.....											
Previous CVD event: Yes:..... No :..... If yes (date of event):..... Type of CVD event:.....																					
S. No.	Date	Risk Factor (✓)				Investigations								Major Diagnosis	Other Clinical Findings	Medications	Improvement status (control of disease)	Follow up-un	Referral in	Referral out	Reason of refer
		(A) Alcohol use	(S) Smoking	(P) Physical Inactivity	(D) Unhealthy Diet	Blood pressure (mmHg)		Blood Glucose			Waist circumference (in CM)	BMI Value	10 year CVD risk %								
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					

**अनुसूची - ११**

(दफा २० को उपदफा (२) संग सम्बन्धित)

**नर्सने रोग परीक्षण र परामर्श सेवा प्रदान**

**मासिक प्रतिवेदन फाराम**

Fiscal Year.....
Reporting Month.....

HMIS HF Code number : .....
Submission Date:.....
Received Date :



Cases	New case		Follow up case		Total	
Sex of Patients	M	F	M	F	New	Follow up case
Diseases	Number of Cases					
Hypertension						
CVD (other than Hypertension)						
Diabetes						
Hypertension and Diabetes						
Suspected Cervical Cancer						
Suspected Breast Cancer						
COPD						
Asthma						

CVD Risk			
Risk Percent	New Case	Follow Case	Total

Disease Management	M	F	Total
Hypertension with BP Controlled			
Hypertension with BP Not Controlled			
Diabetes with Blood Sugar Controlled			
Diabetes with Blood Sugar Not Controlled			
COPD condition Stable			
COPD condition not stable			

NCD Mortality	M	F	Total
No. of death due to NCD			

Total new case control in year	M	F	Total

Asthma						
--------	--	--	--	--	--	--

CVD Risk					
Risk Percent	New Case		Follow Case		Total
	M	F	M	F	
<10% risk					
10-20% risk					
20-30% risk					
>30% risk					

Name	Position	Signature
Prepared by		
Approved by		

No. of death due to NCD			
-------------------------	--	--	--

Total new case enrol in pen (monthly wise of current FY)	M	F	Total
Total new case of current FY			
Loss to follow up	M	F	Total
Loss to follow up			
Referral and Refilling	M	F	Total
Referred in			
Referred out			
Refilling			

## अनुसूची १२

(दफा २२ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

### फिट्टला रोगको औषधि उपचारका लागि आर्थिक सहायता तथा सहूलित



क्र. सं.	आर्थिक सहायता तथा सहूलितको विवरण	जम्मा रकम	कैफियत
१	औषधि उपचार, प्रयोगशाला परीक्षण, कोभिड १९ परीक्षण लगायत शल्यक्रिया खर्च	मन्त्रालयसँगको छलफल वमोजिम अस्पतालको निर्धारित सेवा शुल्क कायम हुने	आ व २०७८/७९ लागु हुने
२	विरामी र कुरुवाको यातायात खर्च	प्रदेश भाडा निर्धारण/समायोजन तथा विद्युतीय माध्यमबाट भाडा भुक्तानी नियमावली २०७८ वमोजिम	आ व २०७८/७९ को लागि मात्र लागु हुने
३	विरामी कुरुवा एकजनालाई बढीमा २१ दिनसम्मका लागि मात्र निर्वाह खर्च	दैनिक रु. १०००/- (एक हजार मात्र)	आ व २०७८/७९ को लागि मात्र लागु हुने

## अनुसूची १३

(दफा २२ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

### फिस्टुला उपचारका लागि विपन्नता स्वघोषणा निवेदन

श्रीमान प्रमुखज्यू

..... अस्पताल।

म..... ले ..... अक्सटेट्रिक फिस्टुला रोगको उपचार हाल..... अस्पतालमा गराईरहेको र यहाँ रहदा कुरुवाको वस्न,खान र यातायात खर्च एवम् अन्य निदानात्मक प्रक्रियाको लागि आवश्यक रकम उपलब्ध गराइ उपचार सहूलियतको लागि व्यवस्था मिलाई दिनुहुन अनुरोध गर्दछु।

#### १. विरामीको विवरण

(क) नाम थर .....

(ख) लिङ्ग.....

(ग) उमेर..... वर्ष

(घ) जातिगत विवरण.....

#### २. स्थायी बसोबास विवरण

(क) जिल्ला .....

(ख) स्थानीय तह.....

(ग) वडा.....

(घ) टोल.....

(ङ) सम्पर्क फोन नं.....

(च) नागरिकता नं...../जारी भएको जिल्ला.....

### ३. अस्थाई बसोवास विवरण

(क) जिल्ला .....

(ख) स्थानीय तह.....

(ग) वडा.....

(घ) टोल.....

(ङ) सम्पर्क फोन नं.....

४. कुरुवाको विवरण: नाम/ठेगाना..... वसेको जम्मा दिन..... दावी गरिएको जम्मा रकम.....

५. अब उपचार गराउन चाहेको/प्रेषण भएको प्रदेश भित्रको अस्पताल.....

म....., बागमती प्रदेशभित्र स्थायी बसोवास गर्ने प्रदेशको विपन्न नागरिक भएको स्वयम घोषणा गर्दछु, साथै माथिको विवरण सचिो हो, झुटो ठहरिएमा प्रचलित कानून बमोजिम सहुँला।

.....

कुरुवाको हस्ताक्षर

नाम:

मिति:

.....

निवेदकको हस्ताक्षर

नाम

मिति:

## अनुसूची १४

(दफा २९ सँग सम्बन्धित)

### फिष्टुला उपचार सम्बन्धी सम्झौतापत्र

बागमती प्रदेश सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय, हेटौडा (यस पछि प्रथम पक्ष भनिएको) र .....अस्पताल, ..... (यसपछि द्वितीय पक्ष भनिएको) बीच "मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम (परीक्षण, निदान, परामर्श र उपचार) व्यवस्थापन कार्यविधि, २०७८" अन्तर्गत अक्सटेट्रिक फिस्टुला रोगका विरामीहरूलाई बागमती प्रदेश सरकारले प्रदान गरेको सहूलियत र सेवा उपलब्ध गराउन देहाय बमोजिमका शर्तहरूको अधिनमा रही दुवै पक्षको अधिकार प्राप्त अधिकारीहरूको तर्फबाट संयुक्त दस्तखत गरी यो सम्झौता गरी लियो दियो।

### शर्तनामाहरू

१. अस्पतालबाट अक्सटेट्रिक फिस्टुला रोगको पहिचान भएको कागजात र स्थानीय तहबाट विपन्नताको सिफारिस पत्रको आधारमा द्वितीय पक्षले विरामीलाई निःशुल्क शल्यक्रिया, औषधि र उपचार सेवा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।
२. आ.व. २०७८/७९ मा मात्र अक्सटेट्रिक फिस्टुला रोगको विरामीको यातायात खर्च र उपचार अवधिभर खाना खर्च द्वितीय पक्षले व्यवस्था गर्नुपर्नेछ।
३. आ.व. २०७८/७९ मा मात्र कुरुवाको प्रचलित भाडा दर बमोजिम यातायात खर्च र दैनिक रु १०००/- (एक हजार मात्र) वढीमा २१ दिनसम्मको लागि मात्र निर्वाह खर्च तथा आवश्यकता अनुसार कोभिड-१९ परीक्षण सेवाको समेत प्रथम पक्षले अस्पताललाई सोधभर्ना गर्नेछ।
४. अक्सटेट्रिक फिस्टुला रोगको उपचार गरे बापत रु.... बराबरको विरामीहरूलाई उपचार सहूलियत द्वितीय पक्षले उपलब्ध गराउनु पर्नेछ। विरामीहरूलाई उपलब्ध गराएको सोही उपचार सहूलियत रकम रु. .... प्रथम पक्ष समक्ष अस्पतालले सोधभर्ना भुक्तानी माग गर्नुपर्नेछ।
५. उपचार सहूलियत खर्च विवरण द्वितीय पक्षले तोकिएको ढाँचामा प्रत्येक महिनाको ७ गतेभित्र प्रथम पक्ष समक्ष आइ पुर्याने गरी पठाउनु पर्नेछ।

६. द्वितीय पक्षले उपचार सहूलियत विवरणको अभिलेख र प्रतिवेदन अनलाइनमा अनिवार्य प्रविष्टि गरी दुरुस्त राख्नु र पेश गर्नु पर्नेछ र अनलाइन अभिलेख र प्रतिवेदन नगरेमा प्रथम पक्ष सोधभर्ना भुक्तानी दिन बाध्य हुनेछैन।
७. विरामीको प्रेषण गर्दा उपचार विवरण सहितको अनलाइन प्रेषण अनिवार्य गर्नुपर्नेछ।
८. कार्यविधि अनुरूप तोकिएको प्रकृया पूरा नगरी आएका विरामीको उपचार द्वितीय पक्षले गरेमा सो बापतको सोधभर्ना भुक्तानी गर्न प्रथम पक्ष बाध्य हुनेछैन।
९. प्रथम पक्षले उपचार खर्चको सोधभर्ना रकम कुनै कारणवश भुक्तानी गर्न ढिलाइ भएमा द्वितीय पक्षले उपचार सेवा रोक्न पाइने छैन।
१०. यस सम्झौता कार्यान्वयनमा कुनै समस्या आईपरेमा दुवै पक्ष बसी कार्यविधि बमोजिम समाधान गरिनेछ।
११. यो सम्झौताको म्याद .....गते देखी .....सम्मका लागि मात्र हुनेछ।

### सम्झौताका पक्षधरहरू

**द्वितीय पक्षका तर्फबाट अख्तियार प्राप्त अधिकारीको**

दस्तखतः

नामः

दर्जाः

मितिः

छाप

**प्रथम पक्षका तर्फबाट अख्तियार प्राप्त अधिकारीको**

दस्तखतः

नामः

दर्जाः

मितिः

छाप



## अनुसूची-१५

(दफा ३० को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

### फिट्टुला औषधि उपचार सेवा अभिलेख विवरण

**अस्पतालको नाम:**

**फोटो**

विरामीको नाम: उमेर:

लिङ्ग:म/पु, लैंगिक अ.

नागरिकता नं:

बुवाको नाम:

आमाको नाम:

अक्सटेट्रिक फिट्टुला रोगको किसिम:

स्थायी ठेगाना:

जिल्ला:

स्थानीय तह:

वडा नं.:

टोलको नाम:

सम्पर्क फोन नं.:

उपचारमा आएको मिति:

विपन्न दर्ता नं (भएमा):

क्र.स	विरामी उपचार तथा फलोअपमा आएको मिति	उपचार सेवा तथा उपचार खर्च सम्बन्धी विवरण							सोधभर्ना दिनुपर्ने जम्मा रकम	कैफियत	
		ओ.पि.डी	निदान (अक्सटेट्रिक फिट्टुलाको प्रकार)	शैया	शल्यक्रिया	औषधि	निदानात्मक सेवा	कुरुवाको यातायात वास, खाना खर्च			उपचारमा खर्च भएको जम्मा रकम

नोट: विपन्नको सिफारिस पत्र तथा प्रदेश भित्रको स्थायी बसोवास रहेको खुल्ने कागजात, चिकित्सकको पुर्जा, खर्चको बिल, भरपाई आदि सम्लग्न गरी अनिवार्य रूपमा छुट्टाछुट्टै फाइलिङ गर्नु पर्नेछ र कैफियत महलमा मृत्यु, प्रेषण भएमा सो उल्लेख गर्ने।

**बनुसूची-१६**

(दफा ३० को उपदफा (४) सँग सम्बन्धित)

**फिट्टला मासिक प्रतिवेदन फाराम**

सम्बन्धित अस्पताल:

मिति:

वार्षिक वर्ष:

२०७७.. साल .....महिनाको मासिक प्रतिवेदन।

क्र. स	जिल्ला	स्थानीय तहको नाम	बिरामी संख्या	१कैफिय त
जम्मा नयाँ बिरामी संख्या				
यस महिनामा उपचार गरिएका पुराना बिरामीको संख्या				
प्रेषण गरिएका बिरामी संख्या				
उपचार गराउँदा गराउँदै मृत्यु भएका बिरामीको संख्या				

तयार गर्ने

सदर गर्ने

नाम:

नाम:

पद:

पद:

दस्तखत:

दस्तखत:

## बनुसूची -१७

(दफा ३० को उपदफा (५) सँग सम्बन्धित)

### फिट्टुला उपचार सेवा प्रदानगरिएको अभिलेख फाराम

अस्पताल:

मिति:

प्रार्थिक वर्ष: २०७७.. साल .....महिनाको प्रतिवेदन।

सि. नं.	स्थायी बसोबास जिल्ला	दर्ता नं.		बिरामी को नाम	सम्पर्क नं.	उमेर	नागरिकता नं.	अक्सटेट्रिक फिट्टुला रोगको किसिम	खर्च रकम	कैफियत
		नया	पुराना							

तयार गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

सदर गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

## बनुसूची-१८

(दफा ३१ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

### हृदयघात रोग उपचार सहूलियत प्राप्त गर्न निवेदन

श्रीमान अस्पताल प्रमुखज्यू,

..... अस्पताल।

म..... ले ..... हृदयघात रोगको उपचार हाल..... अस्पतालमा गराईरहेको र हाल सम्म संघीय सरकारबाट उपलब्ध गराउने सिमा भित्रको सम्पूर्ण रकम बराबरको उपचार सहूलियत प्राप्त गरिसकेकोले देहाय बमोजिमको विवरण भरि प्रदेश सरकारबाट प्रदान गर्ने थप उपचार सहूलियतको लागि व्यवस्था मिलाईदिनुहुन अनुरोध गर्दछु।

१. बिरामीको विवरण

(क) नाम धर ..... (ख) लिंग..... (ग) उमेर..... वर्ष

(घ) जातिगत विवरण.....

२. स्थायी बसोबास विवरण

(क) जिल्ला ..... (ख) स्थानीय तह ..... (ग) वडा.....

(घ) टोल..... (ङ) सम्पर्क फोन नं.....

(च) नागरिकता नं...../जारी भएको जिल्ला.....

३. अस्थायी बसोबास विवरण

(क) जिल्ला ..... (ख) स्थानीय तह..... (ग) वडा.....

(घ) टोल..... (ङ) सम्पर्क फोन नं.....

४. हाल उपचार गराईरहेको अस्पतालको नाम/ठेगाना..... बिरामी दर्ता नं.

५. अब उपचार गराउन चाहेको/प्रेषण भएको प्रदेश भित्रको अस्पताल.....

म..... बागमती प्रदेशभित्र स्थायी बसोबास गर्ने प्रदेशको स्थायी बासिन्दा रहेको स्वयम घोषणा गर्दछु साथै माथिको विवरण साँचो हो, झुटो ठहरिएमा प्रचलित कानून बमोजिम सहूला बुझाउला।

.....

|

निवेदकको हस्ताक्षर

**बनुसूची-१९**

(दफा ३४ को उपदफा (६) र दफा ३९ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

**हृदयघात रोग उपचार सेवा अभिलेख विवरण फाराम**

**बस्पतालको नाम:**

**फोटो**

विरामीको नाम: उमेर: लिङ्ग:म/पु/ लैंगिक अ.

नागरिकता नं./जन्म दर्ता नं.(बालकको लागि):

बुवाको नाम: आमाको नाम:

हृदयघात रोगको किसिम:

स्थायी ठेगाना:

जिल्ला: स्थानीय तह: वडा नं. टोलको नाम:

सम्पर्क फोन नं.:

उपचारमा आएको मिति: विपन्नदर्ता नं (भएमा):

क्र. स.	विरामी उपचार तथा फलोअपमा आएको मिति	ओ.पि.डी	निदान (हृदयघातको प्रकार)	उपचार सेवा तथा उपचार खर्च सम्बन्धी विवरण					विरामीले निःशुल्क उपचारसुविधा पाउने अधिकतम रकम	कैफियत
				शैया	शल्य क्रिया	औषधि	निदानात्मक सेवा	उपचारमा खर्च भएको जम्मा रकम		

नोट: सिफारिस पत्र तथा प्रदेश भित्रको स्थायी बसोबास रहेको खुल्ने कागजात, चिकित्सकको पुर्जा, खर्चको बिल, भरपाई आदि संलग्न गरी अनिवार्य रुपमा छुट्टाछुट्टै फाइलिड गर्नु पर्नेछ र कैफियत महलमा मृत्यु, प्रेषण भएमा सो उल्लेख गर्ने

## बनुसूची २०

(दफा ३८ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

### सम्झौतापत्र

बागमती प्रदेश सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालय, हेटौडा (यस पछि प्रथम पक्ष भनिएको) र .....अस्पताल, ..... (यसपछि द्वितीय पक्ष भनिएको) बीच "मुख्यमन्त्री जन्ता स्वास्थ्य कार्यक्रम (परीक्षण, निदान, परामर्श र उपचार) व्यवस्थापन कार्यविधि २०७८" अन्तर्गत हृदयघात रोगका बिरामीहरूलाई बागमती प्रदेश सरकारले प्रदान गरेको सहूलियत र सेवा उपलब्ध गराउन देहाय बमोजिमका शर्तहरूको अधिनमा रही दुवै पक्षको अधिकार प्राप्त अधिकारीहरूको तर्फबाट संयुक्त दस्तखत गरी यो सम्झौता गरी लियौं दियौं।

### शर्तनामाहरू

१. अस्पतालबाट हृदयघात रोगको पहिचान भएको कागजात र स्थानीय तहबाट विपन्नताको सिफारिस पत्रको आधारमा द्वितीय पक्षले बिरामीलाई निःशुल्क औषधि र उपचार सेवा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ।
२. हृदयघात रोगका बिरामीको सहूलियत रकम सकिए पछि समेत बिरामीको थप उपचार आवश्यक परेमा निजि तवरले रकम तिरेर गर्नु परेमा सम्झौता बमोजिमको शुल्क नै लगाउनु पर्नेछ।
३. हृदयघात रोगको उपचार गरे बापत रु.... बराबरको बिरामीहरूलाई उपचार सहूलियत द्वितीय पक्षले उपलब्ध गराउनु पर्नेछ। बिरामीहरूलाई उपलब्ध गराएको सोही उपचार सहूलियत रकम रु. .... प्रथम पक्ष समक्ष अस्पतालले सोधभर्ना भुक्तानी माग गर्नुपर्नेछ।
४. हृदयघात रोगको उपचार सहूलियत खर्च विवरण द्वितीय पक्षले तोकिएको ढाँचामा प्रत्येक महिनाको ७ गतेभित्र प्रथम पक्ष समक्ष आइ पुग्ने गरी पठाउनु पर्नेछ।
५. द्वितीय पक्षले उपचार सहूलियत विवरणको अभिलेख र प्रतिवेदन अनलाइनमा अनिवार्य प्रविष्टि गरी दुरुस्त राख्नु र पेश गर्नु पर्नेछ र अनलाइन अभिलेख र प्रतिवेदन नगरेमा प्रथम पक्ष सोधभर्ना भुक्तानी दिन बाध्य हुनेछैन।

६. हृदयघात रोगको बिरामीको प्रेषण गर्दा उपचार विवरण सहितको अनलाइन प्रेषण अनिवार्य गर्नुपर्नेछ।
७. कार्यविधि अनुरूप तोकिएको प्रकृया पूरा नगरी आएका बिरामीको उपचार द्वितीय पक्षले गरेमा सो बापतको सोधभर्ना भुक्तानी गर्न प्रथम पक्ष बाध्य हुनेछैन।
८. प्रथम पक्षले उपचार खर्चको सोधभर्ना रकम कुनै कारणवश भुक्तानी गर्न ढिलाइ भएमा द्वितीय पक्षले उपचार सेवा रोक्न पाइने छैन।
९. यस सम्झौता कार्यन्वयनमा कुनै समस्या आईपरेमा दुवै पक्ष बसी कार्यविधि बमोजिम समाधान गरिनेछ।
१०. यो सम्झौताको म्याद .....गते देखी .....सम्मका लागि मात्र हुनेछ।

### सम्झौताका पक्षधरहरू

**द्वितीय पक्षका तर्फबाट बख्तियार प्राप्त अधिकारीको  
अधिकारीको**

दस्तखतः

नामः

दर्जाः

मितिः

छाप

**प्रथम पक्षका तर्फबाट बख्तियार प्राप्त**

दस्तखतः

नामः

दर्जाः

मितिः

छाप

**बिनुसूची-२१**  
(दफा ३९ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)  
**हृदयघात रोग उपचार सेवा गरिएको**  
**मासिक प्रतिवेदन फाराम**

सम्बन्धित अस्पताल:

मिति:

वार्षिक वर्ष:

२०७० साल .....महिनाको मासिक प्रतिवेदन।

क्र.स	जिल्ला	स्थानीय तहको नाम	महिला	पुरुष	कैफियत
जम्मा नयाँ बिरामी संख्या					
यस महिनामा उपचार गरिएका पुराना बिरामीको संख्या					
प्रेषण गरिएका बिरामी संख्या					
उपचार गराउदा गराउदै मृत्यु भएका बिरामीको संख्या					

तयार गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

सदर गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:



**अनुसूची-२२**

(दफा ३९ को उपदफा (२) संग सम्बन्धित)

**हृदयघात रोग सम्बन्धी उपचार सेवा गरिएको प्रतिवेदन फाराम**

**बस्पताल:**

**मिति:**

आर्थिक वर्ष: २०.... साल .....महिनाको प्रतिवेदन।

सि. नं.	स्थायी बसोवास जिल्ला	दर्ता नं.		विरामको नाम	उमेर			नागरिकता नं.	हृदयघात रोगको किसिम	खर्च रकम	कैफियत
		नयाँ	पुराना		महिला	पुरुष	लैंगिक अ.				

तयार गर्ने

नाम, थर:

पद:

दस्तखत:

सदर गर्ने

नाम, थर:

पद:

दस्तखत:

**अनुसूची- २३**  
**(दफा ४० को उपदफा (४) संग सम्बन्धित**  
**मलिन्यकघात रोग उपचार सहूलियत प्राप्त गर्ने**  
**निवेदन**

श्रीमान अस्पताल प्रमुखज्यू

..... अस्पताल।

म..... ले ..... मलिन्यकघात रोगको उपचार प्राप्त..... अस्पतालमा  
गराईरहेकोले उपचार सहूलियतको लागि कृपया मिलाई दिनुहुन अनुरोध गर्दछु।

१. विरामीको विवरण

(क) नाम वर ..... (ख) लिङ्ग..... (ग) उमेर..... वर्ष

(घ) जातिगत विवरण.....

२. स्तामी बसोबास विवरण

(क) जिल्ला ..... (ख) स्थानीय तह..... (ग) वडा.....

(घ) टोल..... (ङ) सम्पर्क फोन नं.....

(च) नगरपालिका नं...../जारी भएको जिल्ला.....

३. अत्साई बसोबास विवरण

(क) जिल्ला ..... (ख) स्थानीय तह..... (ग) वडा.....

(घ) टोल..... (ङ) सम्पर्क फोन नं.....

४. हाल उपचार गराईरहेको अस्पतालको नाम/ठेगाना..... विरामी दर्ता नं.

म..... बागमती प्रदेशमात्र स्तामी बसोबास गर्ने प्रदेशको स्तामी बासिन्दा रहेको  
स्वयम् घोषणा गर्दछु साथै नाबिको विवरण साथै हे. शुटी ठहरिएमा प्रचलित कानून बमोजिम सहुलता  
पुऱ्याउला।

.....  
निवेदकको हस्ताक्षर

नाम:

मिति:

अनुसूची-२४  
(दफा ४२ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)  
**विपन्न नागरिकलाई मस्तिष्कघात रोग उपचार सेवा गरिएको**  
**मासिक प्रतिवेदन फाराम**

सम्बन्धित अस्पताल:

मिति:

वार्षिक वर्ष:

२०७० साल .....महिनाको मासिक प्रतिवेदन।

क्र.स	जिल्ला	स्थानीय तहको नाम	महिला	पुरुष	कैफियत
जम्मा नयाँ बिरामी संख्या					
यस महिनामा उपचार गरिएका पुराना बिरामीको संख्या					
प्रेषण गरिएका बिरामी संख्या					
उपचार गराउदा गराउदै मृत्यु भएका बिरामीको संख्या					

तयार गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

सदर गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

## बनुसूची-२५

(दफा ४६ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

### सम्झौतापत्र

स्वास्थ्य मन्त्रालय, हेटौँडा (यस पछि प्रथम पक्ष भनिएको) ले "मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम (परिक्षण, निदान, परामर्श र उपचार) व्यवस्थापन कार्यविधि, २०७८" अन्तर्गत मस्तिष्कघात रोगका विरामीहरूलाई प्रदेश सरकारले प्रदान गरेको सहूलियत उपलब्ध गराउन यस.....अस्पताल (यसपछि द्वितीय पक्ष भनिएको) प्रदेश सरकारबाट सूचीकृत भएको हुँदा देहाय बमोजिम शर्तहरूको अधिनमा रही सेवा उपलब्ध गराउन दुवै पक्षको अधिकार प्राप्त अधिकारीहरूको तर्फबाट संयुक्त दस्तखत गरी यो सम्झौता गरिएको छ।

### शर्तनामहरू

१. द्वितीय पक्षले स्थानीय तहमा गठन भएको विपला नागरिक औषधि उपचार सिफारिस समितिबाट सिफारिस भई आएका विरामीहरूको उपचार सेवा मस्तिष्कघात रोग लागेका विपला नागरिकलाई उपचारमा सहूलियत प्रदान गर्ने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ को परिधि भित्र रही विरामीहरूलाई निःशुल्क उपचार सेवा दिनुपर्नेछ।
२. द्वितीय पक्षले चिकित्सकले सिफारिस गरे बमोजिम तोकिएका मस्तिष्कघात रोगको उपचारमा प्रयोग हुने .....सेवा निःशुल्क रूपमा उपलब्ध गराउनुपर्नेछ।
३. विरामीको सहूलियत रकम सकिएपछि पनि विपला विरामीको थप उपचार रकम तिरेर गर्नु परेमा सोही शुल्क नै लगाउनु पर्नेछ।
४. द्वितीय पक्षले मस्तिष्कघात रोगको उपचार गरे बापत सिमा भित्र रहि विरामीहरूलाई उपचार सहूलियत उपलब्ध गराउनु पर्नेछ । सोही बमोजिम प्रथम पक्ष समझ सोधभर्ना भुक्तानी माग गर्नुपर्नेछ ।
५. उपचार सेवा शुल्क दररेट संघीय निर्देशिका बमोजिम लागू गर्नुपर्नेछ ।
६. द्वितीय पक्षले उपचार खर्च विवरण तोकिएको ढाँचामा प्रत्येक महिनाको ७ गते भित्र प्रथम पक्ष समझ आइ पुरने गरी पठाउनु पर्नेछ।

६. द्वितीय पक्षले उपचार खर्च विवरण तोकिएको ढाँचामा प्रत्येक महिनाको ७ गते भित्र प्रथम पक्ष समक्ष आइ पुग्ने गरी पठाउनु पर्नेछ।
७. द्वितीय पक्षले उपचार विवरणको अभिलेख प्रतिवेदन अनलाइनबाट अनिवार्य दुरुस्त राखाउनेछ। अनलाइन अभिलेख प्रतिवेदन नगरेमा प्रथम पक्ष भुक्तानी दिन बाध्य हुने छैन।
८. द्वितीय पक्षले विरामी प्रेषण गर्दा विरामीको उपचार सुनिश्चिता भइसकेपछि सिधै उपचार गर्ने अस्पतालमा गर्नुपर्नेछ। विरामीको उपचार विवरण सहितको अनलाइन प्रेषण अनिवार्य गर्नुपर्नेछ।
९. कार्यविधि अनुरूप तोकिएको प्रकृया पूरा नगरि आएका विरामीको उपचार द्वितीय पक्षले गरेमा सो बापतको सोधभर्ना भुक्तानी गर्न प्रथम पक्ष बाध्य हुनेछैन।
१०. प्रथम पक्षले उपचार खर्चको सोधभर्ना रकम कुनै कारणबस भुक्तानी गर्न ढिलाइ भएमा द्वितीय पक्षले उपचार सेवा रोक्न पाइनेछैन।
११. यस सम्बन्धी कुनै समस्या परेमा दुवैपक्ष बसी कार्यविधि बमोजिम समाधान गरिनेछ।
१२. यो सम्झौताको म्याद ..... गते देखी ..... सम्मका लागि मात्र हुनेछ।
१३. अन्य सम्झौताका बँदाहरू.....

### सम्झौताका पक्षधरहरू

**द्वितीय पक्षका तर्फबाट अधिकार प्राप्त अधिकारीको**

दस्तखतः

नामः

दर्जाः

मितिः

छाप

**प्रथम पक्षका तर्फबाट अधिकार प्राप्त अधिकारीको**

दस्तखतः

नामः

दर्जाः

मितिः

छाप

## बनुसूची-२६

(दफा ४८ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

### मस्तिष्कघात रोगको उपचार सेवा अभिलेख विवरण फारम

बस्पतालको नाम:

फोटो

बिरामीको नाम:

उमेर:

लिंग/पु/लैंगिक अ.

नागरिकता नं.:

बुवाको नाम:

आमाको नाम:

मस्तिष्कघात रोगको किसिम:

स्थायी ठेगाना:

जिल्ला:

स्थानीय तह:

वडा नं.

टोलको नाम:

सम्पर्क फोन नं.:

उपचारमा आएको मिति:

विपन्न दर्ता नं (भएमा):

क्र. स.	बिरामी उपचारमा आएको मिति	ओ.पि. डी	निदान (मस्तिष्कघात को प्रकार)	उपचार सेवा तथा उपचार खर्च सम्बन्धी विवरण					बिरामीले निःशुल्क उपचार सुविधा पाउने अधिकतम रकम	कैफियत
				शैया	शल्य क्रिया	औषधि	निदानात्मक सेवा	उपचारमा खर्च भएको जम्मा रकम		

नोट: विपन्नको सिफारिस पत्र तथा प्रदेश भित्रको स्थायी बसोबास रहेको खुल्ने कागजात, चिकित्सकको पुर्जा, खर्चको बिल, भपाई आदि संलग्न गरी अनिवार्य रूपमा छुट्टाछुट्टै फाइलिङ गर्नु पर्नेछ र कैफियत महलमा मृत्यु प्रेषण भएमा सो उल्लेख गर्ने।

## अनुसूची-२७

(दफा ४८ को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)  
**मस्तिष्कघात रोग सम्बन्धी उपचार सेवा गरिएको  
प्रतिवेदन फाराम**

अस्पताल:

मिति:

आर्थिक वर्ष: २०७७.. साल .....महिनाको प्रतिवेदन।

सि.नं.	स्थायी वसोवास जिल्ला	दर्ता नं.		विरामीको नाम	उमेर			नागरि कता नं.	मस्ति ष्कघात रोगको किसिम	खर्च रकम	कैफिय त
		नयाँ	पुराना		महि ला	पुरुष	लैंगिक अ.				

तयार गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

सदर गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

## बनुसूची-२६

(दफा ४९ को उपदफा (४) सँग सम्बन्धित)

### क्यान्सर रोग उपचार

### सहुलियत प्राप्त गर्नको लागि दिनुपर्ने निवेदन

श्रीमान अस्पताल प्रमुखज्यू

..... अस्पताल।

म..... ले ..... क्यान्सर रोगको उपचार हाल..... अस्पतालमा गराईरहेको र हाल सम्म संघीय सरकारबाट उपलब्ध गराउने सिमा भित्रको सम्पूर्ण रकम बराबरको उपचार सहुलियत प्राप्त गरिसकेकोले देहाय बमोजिमको विवरण भरि प्रदेश सरकारबाट प्रदान गर्ने थप उपचार सहुलियतको लागि व्यवस्था मिलाईदिनु हुन अनुरोध गर्दछु।

१. बिरामीको विवरण

(क) नाम थर .....

(ख) लिङ्ग.....

(ग) उमेर..... वर्ष

(घ) जातिगत विवरण.....

२. स्थायी बसोबास विवरण

(क) जिल्ला .....

(ख) स्थानीय तह.....

(ग) वडा.....

(घ) टोल.....

(ङ) सम्पर्क फोन नं.....

(च) नागरिकता नं...../जारी भएको जिल्ला.....



३. अस्थाई बसोबास विवरण

(क) जिल्ला .....

(ख) स्थानीय तह.....

(ग) वडा.....

(घ) टोल.....

(ङ) सम्पर्क फोन नं.....

४. हाल उपचार गराईरहेको अस्पतालको नाम/ठेगाना..... बिरामी दर्ता नं.

५. अब उपचार गराउन चाहेको/प्रेषण भएको प्रदेश भित्रको अस्पताल.....

म..... बागमती प्रदेशभित्र स्थायी बसोबास गर्ने प्रदेशको स्थायी बासिन्दा रहेको स्वयम घोषणा गर्दछु साथै माथिको विवरण साँचो हो, झुटो ठहरिएमा प्रचलित कानून बमोजिम सहुंला बुझाउला।

.....

निवेदकको हस्ताक्षर

नाम:

मिति:

## विनुसूची-२९

(दफा ५१ को उपदफा (६) सँग सम्बन्धित)

### औषधि उपचार सम्बन्धी अभिलेख विवरण

बस्पतालको नाम:

फोटो

बिरामीको नाम:

उमेर:

लिङ्गःम/पु/ लैंगिक अ.

नागरिकता नं./जन्म दर्ता नं.(बालकको लागि):

बुवाको नाम:

आमाको नाम:

क्यान्सर रोगको किसिम:

स्थायी ठेगाना:

जिल्ला:

स्थानीय तह:

वडा नं.

टोलको नाम:

सम्पर्क फोन नं.:

उपचारमा आएको मिति:

विपन्न दर्ता नं (भएमा):

क्र. स.	बिरामी उपचार तथा फलोअपमा आएको मिति	ओ.पि.डी	निदान (क्यान्सर को प्रकार)	उपचार सेवा तथा उपचार खर्च सम्बन्धी विवरण					बिरामीले निःशुल्क उपचार सुविधा पाउने अधिकतम रकम	बाँकी रकम	कैफियत
				शैया	शल्यक्रिया	औषधि	निदानात्मक सेवा	उपचारमा खर्च भएको जम्मा रकम			

नोट: विपन्नको सिफारिस पत्र तथा प्रदेश भित्रको स्थायी बसोबास रहेको खुल्ने कागजात, चिकित्सकको पुर्जा, खर्चको बिल, भर्पाई आदि सम्लग्न गरी अनिवार्य रूपमा छुट्टाछुट्टै फाइलिङ गर्नु पर्नेछ र कैफियत महलमा मृत्यु, प्रेषण भएमा सो उल्लेख गर्ने।

**बनुसूची-३०**

(दफा ५१ को उपदफा (७) सँग सम्बन्धित)

**विपन्न नागरिकलाई क्यान्सर रोग उपचार सेवा गरिएको मासिक प्रतिवेदन फाराम**

सम्बन्धित अस्पताल:

मिति:

वार्षिक वर्ष:

✚ २०७३ साल .....महिनाको मासिक प्रतिवेदन।

क्र.स	जिल्ला	स्थानीय तहको नाम	महिला	पुरुष	
जम्मा नयाँ बिरामी संख्या					
यस महिनामा उपचार गरिएका पुराना बिरामीको संख्या					
प्रेषण गरिएका बिरामी संख्या					
उपचार गराउदा गराउदै मृत्यु भएका बिरामीको संख्या					

तयार गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

सदर गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

## बनुसूची ३१

(दफा ५५ को उपदफा (१) संग सम्बन्धित)

### सम्झौतापत्र

स्वास्थ्य मन्त्रालय, हेटौडा (यस पछि प्रथम पक्ष भनिएको) ले "मुख्यमन्त्री जनता स्वास्थ्य कार्यक्रम (परीक्षण, निदान, परामर्श र उपचार) व्यवस्थापन कार्यविधि, २०७८" अन्तर्गत क्यान्सर रोगका बिरामीहरूलाई प्रदेश सरकारले प्रदान गरेको सहूलियत उपलब्ध गराउन यस.....अस्पताल (यसपछि द्वितीय पक्ष भनिएको) प्रदेश सरकारबाट सूचिकृत भएको हेडा देहाय बमोजिम शर्तहरूको अधिनमा रहि सेवा उपलब्ध गराउन दुवै पक्षको अधिकार प्राप्त अधिकारीहरूको तर्फबाट संयुक्त दस्तखत गरी यो सम्झौता गरिएकोछ।

### शर्तनामहरू

१. द्वितीय पक्षले स्थानीय तहमा गठन भएको विपन्न नागरिक औषधि उपचार सिफारिस समितिबाट सिफारिस भई आएका बिरामीहरूको उपचार सेवा मस्तिष्कघात रोग लागेका विपन्न नागरिकलाई उपचारमा सहूलियत प्रदान गर्ने सम्बन्धी कार्यविधि, २०७८ को परिधि भित्रै बिरामीहरूलाई निःशुल्क उपचार सेवा दिनुपर्नेछ।
२. द्वितीय पक्षले चिकित्सकले सिफारिस गरे बमोजिम तोकिएका क्यान्सर रोगको उपचारमा प्रयोग हुने .....सेवा निःशुल्क रूपमा उपलब्ध गराउनुपर्नेछ।
३. बिरामीको सहूलियत रकम सकिएपछि पनि विपन्न बिरामीको थप उपचार रकम तिरेर गर्नु परेमा सोही शुल्क नै लगाउनु पर्नेछ।
४. द्वितीय पक्षले क्यान्सर रोगको उपचार गरे बापत सिमा भित्र रही बिरामीहरूलाई उपचार सहूलियत उपलब्ध गराउनु पर्नेछ । सोही बमोजिम प्रथम पक्ष समक्ष सोधभर्ना भुक्तानी माग गर्नुपर्नेछ ।
५. उपचार सेवा शुल्क दररेट संघीय निर्देशिका बमोजिम लागू गर्नुपर्नेछ ।
६. द्वितीय पक्षले उपचार खर्च विवरण तोकिएको ढाँचामा प्रत्येक महिनाको ७ गते भित्र प्रथम पक्ष समक्ष आइ पुग्ने गरी ..... गर्नेछ।

- ७.द्वितीय पक्षले उपचार विवरणको अभिलेख प्रतिवेदन अनलाइनबाट अनिवार्य दुरुस्त राखाउनेछ। अनलाइन अभिलेख प्रतिवेदन नगरेमा प्रथम पक्ष भुक्तानी दिन बाध्य हुने छैन।
- ८.द्वितीय पक्षले विरामि प्रेषण गर्दा विरामीको उपचार सुनिश्चिता भइसकेपछि सिधै उपचार गर्ने अस्पतालमा गर्नुपर्नेछ।विरामीको उपचार विवरण सहितको अनलाइन प्रेषण अनिवार्य गर्नुपर्नेछ।
९. कार्यविधि अनुरूप तोकिएको प्रकृया पूरा नगरी आएका विरामीको उपचार द्वितीय पक्षले गरेमा सो बापतको सोधभर्ना भुक्तानी गर्न प्रथम पक्ष बाध्य हुनेछैन।
- १०.प्रथम पक्षले उपचार खर्चको सोधभर्ना रकम कुनै कारणबस भुक्तानी गर्न ढिलाइ भएमा द्वितीय पक्षले उपचार सेवा रोक्न पाइनेछैन।
- ११.यस सम्बन्धी कुनै समस्या परेमा दुवै पक्ष बसी कार्यविधि बमोजिम समाधान गरिनेछ।
- १२.यो सम्झौताको म्याद ..... गते देखी .....सम्मका लागि मात्र हुनेछ।
१३. अन्य सम्झौताका बुदाहरू.....

### सम्झौताका पक्षधरहरू

**द्वितीय पक्षका तर्फबाट अधिकार प्राप्त अधिकारीको**

दस्तखतः

नामः

दर्जाः

मितिः

छाप

**प्रथम पक्षका तर्फबाट अधिकार प्राप्त अधिकारीको**

दस्तखतः

नामः

दर्जाः

मितिः

छाप

बनुसूची - ३२

(दफा ५६ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

**विपन्न नागरिकलाई क्यान्सर रोग सम्बन्धी  
उपचार सेवा गरिएको प्रतिवेदन फाराम**

अस्पताल:

मिति:

आर्थिक वर्ष: २०७..... साल .....महिनाको प्रतिवेदन।

सि.नं.	स्थायी बसोबास जिल्ला	दर्ता नं.		विरामीकोनाम	उमेर			नागरिक ता नं.	क्यान्सर रोगको किसिम	खर्च रकम	कैफिय त
		नयाँ	पुराना		महिला	पुरुष	लैंगिक अ.				

तयार गर्ने

नाम:

पद:

दस्तखत:

सदर गर्ने

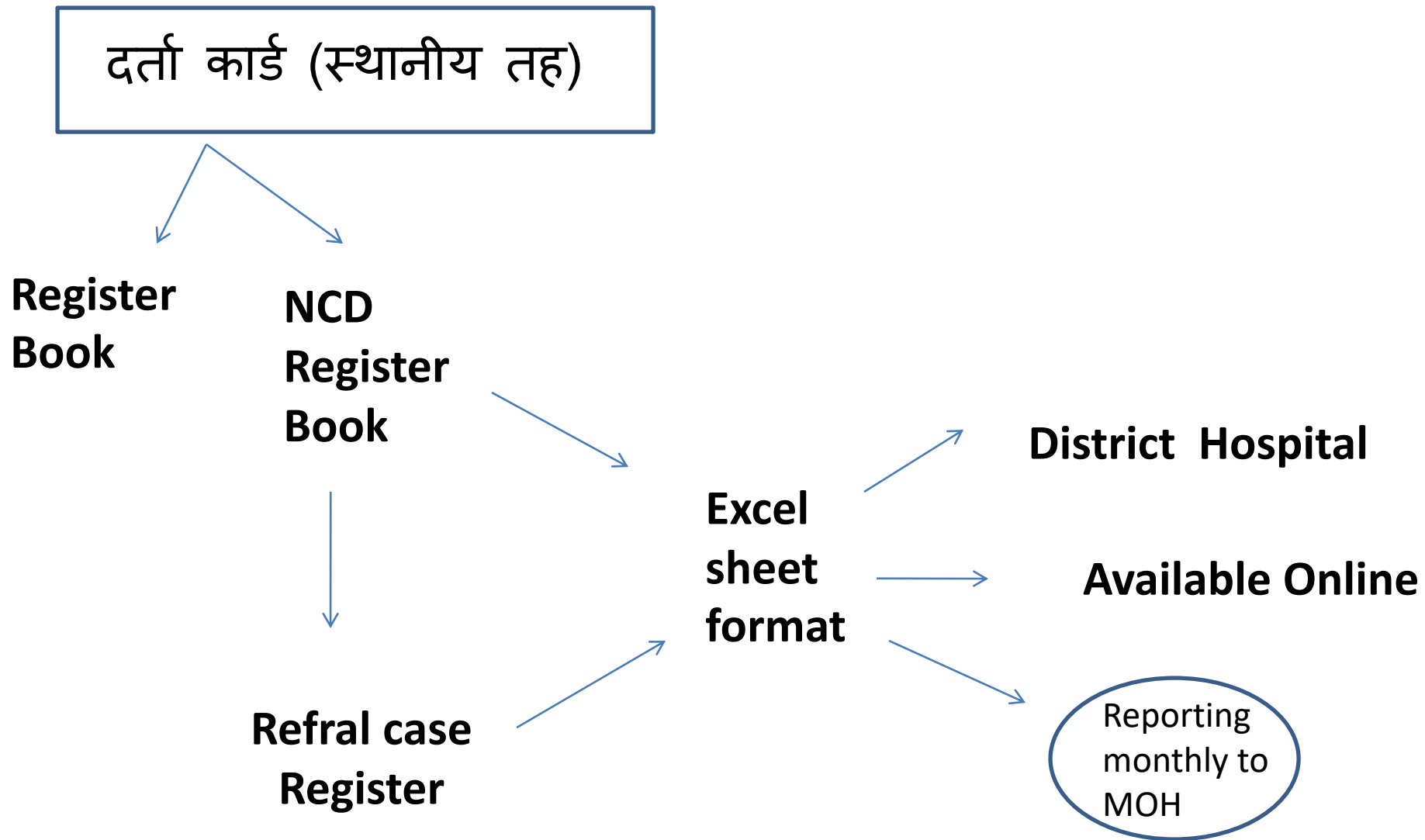
नाम:

पद:

दस्तखत:

बाजाले,  
बद्री बहादुर खड्का  
प्रदेश सरकारको सचिव

# REPORTING AND RECORDING



**THANKYOU**  
**धन्यवाद**