

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा खाद्य स्वच्छता मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
नर्सिङ तथा सामाजिक सुरक्षा महाशाखा
सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा शाखा
टेकु, काठमाडौं,

विपन्न नागरिक औषधि उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत औषधी उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत अल्जाईमर्स तथा पार्किन्सन्स रोगको सेवा संचालन गर्न अस्पतालको अनुगमन चेकलिष्ट (पहिलो खण्ड)

१. अस्पतालको सामान्य विवरण:

अनुगमन गरेको मिति:		
अस्पतालको नाम :		
ठेगाना र सम्पर्क नं.:		
अस्पताल प्रमुखको नाम :		
अस्पताल प्रमुखको सम्पर्क नं.:		
अस्पताल प्रमुखको ईमेल:		
फोकल पर्सनको नाम र सम्पर्क नं.:		
फोकल पर्सनको ईमेल :		
अस्पतालको किसिम:		
संचालन स्वीकृत मिति (निजी, गैह्रसरकारी अस्पतालका लागी मात्र)		
नविकरण मिति (निजी, गैह्रसरकारी अस्पतालका लागी मात्र)		
गत आ.व.को कर चुक्ता प्रमाण पत्र	छ	छैन
स्वीकृत शैया संख्या तथा सञ्चालित शैया संख्या		

२. अस्पतालमा नागरिक वडा पत्र,

(क) छ (ख) छैन

यदि छ भने, सुचिकृत भएको रोगको उपचार सुविधाका बारेमा बोर्डमा उल्लेख गरेको

(क) छ (ख) छैन

३. विपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत उपचार सेवाका लागि सुचिकृत भएको रोग
(क) मुटु (ख) मृगौला (ग) हेमोडायलाइसिस/पेरिटोनियल डायलाइसिस (घ) मृगौला प्रत्यारोपण
(ङ) क्यान्सर (च) पार्किन्सस (छ) अल्जाइमर्स (ज) हेड इन्जुरी (झ) स्पाइनल इन्जुरी
(ञ) सिकलसेल एनिमिया

४. अस्पतालमा छुट्टै विपन्न नागरिक औषधी उपचार सम्पर्क केन्द्र/सामाजिक सुरक्षा इकाई,
(क) छ (ख) छैन

५. अस्पतालको आफ्नै फार्मसी,

(क) छ (ख) छैन

६. विपन्न नागरिकहरूको उपचार अभिलेख स्वीकृत रजिष्टर बमोजिम गर्ने गरेको

(क) छ (ख) छैन

यदि छ भने कसरी राख्ने गरेको छ?

७. प्रत्येक विरामीको अलग,अलग फायल खडा गर्ने गरेको,

(क) छ (ख) छैन

८. विरामीको उपचारमा खर्च भएको बिलको पछाडि विरामी वा विरामीको कुरवाको दस्तखत र
ड्युटी चिकित्सक/नर्सिङ्ग कर्मचारीको दस्तखत गराउने गरेको,

(क) छ (ख) छैन

९. प्रेषण गरिएको विरामीहरूको अभिलेख गर्ने गरेको,

(क) छ (ख) छैन

१०. विरामीको अभिलेखप्रतिवेदन अनलाईन पद्धतीबाट गरेको/

(क) छ (ख) छैन

११. स्वीकृत अनुसूचि फाराम बमोजिम नियमित प्रतिवेदन गर्ने गरेको,

(क) छ (ख) छैन

१२. मन्त्रालयले तोके बमोजिम सेवा शुल्क लागु गरिएको (दररेटसँग भिडाउने)

(क) छ

(ख) छैन

यदि छैन भने कारण समेत उल्लेख गर्ने

१३. अस्पतालले विपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रमको लेखा अलगगै राख्ने गरेको,

(क) छ

(ख) छैन

१४. अस्पतालले विपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत सेवा लिएका बिरामीहरूको फोटो सहितको विवरण अस्पतालको सुचनापार्टि तथा वेभसाइटमा देखिने गरी टाँसिएको,

(क) छ

(ख) छैन

१५. अस्पतालले नियमित रूपमा यस कार्यक्रमको लेखा परिक्षण गराउने गरेको।

(क) छ

(ख) छैन

१६. सूचिकृत रोगसँग सम्बन्धित जनशक्तिको विवरण

सेवाको प्रकार	जनशक्तिको विवरण	सङ्ख्या	कैफियत
मृगौला रोग	चिकित्सक		
	नर्स		
	पारामेडिक्स		
	अन्य		
क्यान्सर	चिकित्सक		
	नर्स		
	पारामेडिक्स		
	अन्य		
मुटु	चिकित्सक		
	नर्स		
	पारामेडिक्स		
	अन्य		
हेड ईन्जुरी	चिकित्सक		
	नर्स		
	पारामेडिक्स		
	अन्य		
स्पाईनल ईन्जुरी	चिकित्सक		
	नर्स		
	पारामेडिक्स		
	अन्य		
पार्किन्सन्स	चिकित्सक		
	नर्स		
	पारामेडिक्स		

	अन्य		
अल्जाइमर्स	चिकित्सक		
	नर्स		
	पारामेडिक्स		
	अन्य		
सिकलसेल एनिमिया	चिकित्सक		
	नर्स		
	पारामेडिक्स		
	अन्य		

१७ स्वास्थ्य संस्था सूचकृत गर्ने प्रयोजनको हकमा सम्बन्धित चेकलिष्ट फाराम भर्ने (सम्बन्धित विषय विज्ञले भर्ने)

अनुगमन टोलीहरुको नामावली :

[illegible]

विज्ञ चिकित्सकको रायः

**बिपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत अल्जाईमर्स तथा पार्किन्सन्स रोग
सुचिकृत गर्न प्रयोग गरिने चेकलिष्ट (दोस्रो खण्ड)**

S.N	Criteria	Minimum requirement	Yes	No	Remarks
1	Physical Infrastructure	As per general hospital			
1.1	Disable and geriatric friendly structure • Lift/ramp • Wheel chair accessible toilets • Side rails in corridor • Bed with side bar • Adequate light and ventilation facilities • Preferable ward and OPD in the ground floor				
2	Services				
2.1	Emergency services	As per general hospital			
2.2	Regular OPD services	(at least 2 days OPD for Alzheimer's and Parkinson's)			
2.3	Inpatient department				
2.3.1	Separate ward for Alzheimer's and Parkinson's (patients of Alzheimer and Parkinson's' can be admitted in geriatric ward)	At least 5 beds			
2.3.2	ICU with dedicated neuro bed				
2.3.3	Internal medicine				
3	Equipment				
3.1	EEG Machine	Optional			

3.2	NCT/EMG Machine (including evoked potential)	Optional			
3.3	CT Scan	Optional			
3.4	MRI Scan	Optional			
3.5	Doppler Ultrasound	Optional			
3.6	ECG	1			
3.7	Echo	1			
3.8	Isi Hara Chart	1			
3.9	X - ray	1			
3.10	Neuro Examination Kit (Refer annex 1)	1 set (In every geriatric, neuro and psychiatric OPD and ward)			
4	Human resource				
4.1	<u>Alzheimer's</u> Consultant geriatrician/neurologist/neuropsychiatrist or neurologist or MD internal medicine/MDGP having at least 6 months experience of working with neuropsychiatrist	At least 1			
4.2	<u>Parkinson's</u> Consultant geriatrician/neurologist or MD internal medicine/MDGP having at least 6 months experience of working with neurologist	At least 1			
4.3	Medical officer	As per general hospital			
4.4	Clinical psychologist	Optional			
4.5	Nursing staff(psychiatric /geriatric trained/ involved in orientation program)	At least one in each shift and other as per MSS standards			

4.6	EEG/EMG Technician (trained)	Optional			
4.7	Physiotherapist	1			
4.8	Rehabilitation expert	Optional			
4.9	Occupational therapist	Optional			
4.10	Speech therapist	Optional			
5	Following medicines should be available in hospital pharmacy • Tab. Donepezil • Memantine • Rivastigmine • Quetiapine • levodopa carbidopa • Trihexiphenidyl/benzohexol • Amantadine • Pramipexole • Haloperidol				“
6	Counseling services				
6.1	Separate room for counseling	1			
6.2	Log book (Annex 2)				
6.3	IEC materials				

Annex 1: Neuro- examination kit

S.N	Equipment	Required number	Yes	No	Remarks
1	Percussion hammer	1			
2	Tunning forks (128 Hz & 512 Hz)	1			
3	Ophthalmoscope	1			
4	Torch light	1			
5	Otoscope	1			
6	Measuring Tape	1			

Annex 2: Sample of log book for counseling

S.N	Patients/ attendants name	Age	Sex	Counseled for	Date	Sign. of counselor	Sign. of patient/attendant