

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

**विपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम अर्न्तगत मृगौला रोगको लागी सेरोपोजेटीभ सेवा
संचालन गर्ने 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 इमेल:		
फोकल पर्सनको नाम र सम्पर्क नं:		
फोकल पर्सनको इमेल :		
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 सैया 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) हेमोडायलाईसिस/पेरिटोनियल डायलाईसिस (घ) मृगौला प्रत्यारोपण
(ङ) क्यान्सर (च) पार्किन्सस (छ) अल्जाइमर्स (ज) हेड इन्जुरी (झ) स्पाइनल
इन्जुरी (ञ) सिकलसेल एनिमिया

४. अस्पतालमा छुट्टे 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 छः

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

(क) छ (ख) छैन

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

(क) छ (ख) छैन

९. प्रेषण गरिएको बिरामीहरूको अभिलेख गर्ने गरेको,

(क) छ (ख) छैन

१० बिरामीको अभिलेख/प्रतिवेदन 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 राखे गरेको,

(क) छ

(ख) छैन

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

(क) छ

(ख) छैन

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

(क) छ

(ख) छैन

१६. सुचिकृत रोगसँग सम्बन्धित जनशक्तिको विवरण

सेवाको प्रकार	जनशक्ति विवरण	संख्या	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 सूचिकृत गर्ने प्रयोजनको हकमा सम्बन्धीत चेकलिष्ट फाराम भर्ने,(सम्बन्धित विषयको विज्ञले भर्ने)

**बिपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत हेमोडायलाइसिस सेरो
पोजिटिव सेवा सुचिकृत गर्न प्रयोग गरिने चेकलिष्ट (दोस्रो खण्ड)**

S.N	Criteria	Yes	No	Remarks
1	Physical infrastructure, HR, equipment and medicine , counseling services as per the standard mention for 5 beds hemodialysis service			
2	Dedicated hemodialysis area and dedicated dialysis machines for patient with Hepatitis B, Hepatitis C and HIV/ AIDS			
3	If the center has ≥ 10 machines, the center may have machines dedicated for the seropositive cases. If possible, keep separate hemodialysis machine for HIV /AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C.			
4	Separate dedicated washroom for seropositive patients			
5	Separate drain system			
6	Availability of PPE as per standard			
7	Vaccination for Staff working in sero-positive dialysis			
8	Availability of Post exposure prophylaxis in the institution			
9	Dialyzer single use			

अनुगमन टोलीहरुको नामावली :

[illegible]

हेमोडायलाईसिस नर्सको रायः

विज्ञ चिकित्सकको रायः