

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 मृगौला प्रत्यारोपण 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 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 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) हेमोडायलाईसिस/पेरिटोनियल डायलाईसिस (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 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 अलग्गै राख्ने 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 सुचिकृत गर्ने प्रयोजनको हकमा सम्बन्धीत चेकलिष्ट फाराम भर्ने,१सम्बन्धित विषयको विज्ञले भर्ने)

अनुगमन टोलीहरुको नामावली :

[illegible]

चिकित्सक विज्ञको राय

**विपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत मृगौला प्रत्यारोपण सुचीकृत गर्न प्रयोग गरिने
चेकलिष्ट (दोस्रो खण्ड)**

S.N	Details	Criteria	Yes	No	Remarks
1	Infrastructure				
1.1	Hemodialysis unit according to standard	HD machine at least 5			
1.2	Indoor services for urology and nephrology				
2	Services				
2.1	Major OT	At least 2			
2.2	Dedicated ICU	At least 2			
2.3	Post-operative ward				
2.4	Lab services (CBC, RFT, LFT)	24 hours functioning			
2.5	HLA lab with Tacrolimus level- TO level or MOU with other center having HLA lab				
2.6	CT scan service				
2.7	Ultrasound service				
2.8	Own pharmacy	Immunosuppressant should be available			
2.9	Plasma exchange service				
2.10	Accessible blood bank				
3	Machine and equipment				
3.1	List of equipment for OT				Refer Annex 1 for the list of equipment
3.2	Equipment related to anesthesia • Patient warmer • Fluid warmer • Pressure pump				
3.3	Ventilator with monitor	At least 2			
3.4	Color Doppler ultrasound	At least 1			
3.5	ABG analyzer	At least 1			
3.6	Infusion pump	At least 4			
3.7	Monitor				For post-operative ward
4	Human resources				
4.1	Transplant nephrologist	1			
4.2	Nephrologist	1			
4.3	Transplant surgeon	1			
4.4	Urologist	3			
4.5	Anesthesiologist	At least 2			
4.6	Radiologist	At least 1			

4.7	Pathologist	At least 1			
4.8	Cardiologist	At least 1			
4.9	Cardiothoracic and vascular surgeon	At least 1			
4.10	Psychiatrist, Dental , gynecologists, pulmonologist				Part time available or should be available on call
4.11	Nurse experienced in regular renal transplant OT center	At least 4			
4.12	Nursing In-charge in OT and nurses in ratio to OT bed	1 in-charge 1 bed: 2nurse			
4.13	Number of nursing staffs in ICU	1 nursing in charge 1 bed : 1 nurse			At least one nurse should have work experience in the area of renal transplant in each shift
4.14	Plasma exchange experience nurse	1			
4.15	Transplant coordinator	1			
5	Committee				
5.1	Transplant/Legal committee	Should be formed according to the Human body organ transplant regulation, 2073			

Annex 1: Equipment for OT

S.N	Equipment	Number	Yes	No
1	General Laparotomy set	At least 2		
2	Self-retaining retractor	2		
3	Diverse retractor	2		
4	Bench set/perfusion set	2		
5	Micro-instrument set (Including following instruments) • Potts scissors • Jeweller's forceps • Bulldog • Vascular clamp • Tenatomy scissors • Needle holder- fine • Castro needle holder • Arterial dilator • Aortic punch	2		
6	Refrigerator (should maintain minus 60 degree)	1		
7	Cystoscopy set	1		

