

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 पेरिटोनियल
डायलाईसिस 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, सूचिकृत 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 अलगगै 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,(सम्बन्धित विषयको विज्ञले भर्ने)

**Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) सुचीकृत गर्न प्रयोग गरिने
चेकलिष्ट (दोस्रो खण्ड)**

S.N	Criteria	Yes	No	Remarks
1	Infrastructure			
1.1	Major/Minor OT and recovery room (only mandatory for center that performs catheter insertion procedure)			
1.2	Separate fluid exchange room/demonstration/training room with counseling corner.(refer ANNEX 1 for the standards)			
1.3	Waiting space and reception			
1.4	Hand hygiene facilities with running water and liquid soap in exchange room.			
2	Human resources			
2.1	Nephrologist or trained surgeons for CAPD catheter insertion (If CAPD catheter insertion is not available in the unit then it should be done in multispecialty health facilities)			
2.2	Center /unit should have at least 1 nephrologist. In areas where nephrologist is not available, MD (Internal medicine) , MDGP ,trained in CAPD treatment can provide the service.			
2.3	Two nurses trained in CAPD			
3	Medicines and supplies			
3.1	The center should have adequate consumable available (refer ANNEX 2)			
3.2	Availability of few PD fluids			
4	Counseling services			
4.1	Counseling to the patient and family members should be done by either Nephrologist or trained Nurse (CKD and Peritoneal Dialysis Counselor) or combined where possible for the adherence with the treatment, renal transplantation, dietary counseling and follow up and record in the counseling log book(refer Annex 3)			
4.2	Counseling on infection prevention and control measures– hand hygiene, use of mask			
4.3	Counseling on self-care			
5	Teaching /Demonstration facilities			
5.1	Training for the patient and family members at least 2 weeks			First time patient
5.2	Retraining and demonstration if patient develops complications (Peritonitis)			
6	Documentation			
6.1	Updated contact number of the dedicated family member of the patient for regular follow up.			

6.2	Provide contact number of care provider to the patient and family members			
6.3	Record keeping (refer Annex 4)			
7	Waste management			
7.1	Waste management according to national HCWM SOP, 2020			
7.2	Collection of the used fluid bag and disposal according to Standard SOP			

Annex -1 Demonstration / Training Room Set up

S.N	Criteria	Yes	No	Remakrs
1	Facility for hand hygiene			
2	Adequate light			
3	Adequate storage space for supplies			
4	Closed underground system			
5	Washable floor and wall			
6	1 table			
7	2 chairs			
8	IV stand-2			
9	IEC materials			
10	Patient's bed			

Annex- 2 Supplies and Consumables (As per the patient flow)

S.N	List of supplies and consumables	Yes	No	Remarks
1	Solution bags			
2	Clamps			
3	Mini Cap			
4	Vital sign set			
5	Hand sanitizer			
6	Weighing scale- 2 (For fluid and patient)			
7	Liquid soap			
8	Wheel chair			
9	Syringes, medication if needed			
10	PPE as required			

Annex 3 Counseling log book

Log book should be maintained regarding counselling. Sample for log book of counseling:

S.No	Counseled for	Date	Sign. of patient/attendant
1	Compliance with the treatment		
2	Renal transplantation		
3	Diet		
4	IPC- hand hygiene, mask		
5	Self-Care		

Annex-4 Documentation

A dialysis centre shall maintain a record system to provide readily available information on:

1. Patient care

- a. Prescription charts with necessity for peritoneal dialysis by nephrologist
- b. informed consent form
- c. Patient's monitoring sheet at the time of training and on follow up
- d. Laboratory results
- e. History and physical examination
- f. Complication list
- g. Transfer/referral slip (for patients that will be transferred or referred to another health facility)
- h. All documents listed in the guidelines for underprivileged citizens treatment (when applicable)

2. Incident record book

- a. Complications related to procedure
- b. Complications related to catheter access
- c. Complications related to disease process

अनुगमन टोलीहरुको नामावली :

[illegible]

विज्ञ चिकित्सकको रायः