# स्थानिय राजपत्र

## भानु नगरपालिकाद्धारा प्रकाशित

खण्डः ७ | संख्याः १४ | मितिः२०८१/११/२९


**भाग-०२**

**भानु नगरपालिका**

भानु नगरपालिकाको नगर कार्यपालिकाले पारित गरेको निम्नानुसार कार्यबिधि स्थानीय सरकार संचालन ऐन २०७४ को दफा १०२ को उपदफा ३ अनुरुप सार्बजनिक जानकारीका लागि प्रकाशन गरिएको छ ।

## सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८१

**प्रमाणिकरण मितिः२०८१/११ /२५**

नेपालको संबिधान द्वारा मौलिक हकको रुपमा प्रदत सुरक्षित मातृत्व तथा स्वास्थ्य अधिकारको सुनिश्चितता गर्न वाञ्छनीय भएकोले स्थानीय सरकार संचालन ऐन, २०७४ को दफा १०२ तथा प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित गर्ने ) ऐन २०७६ को दफा २ को उपदफा (१) वमोजिम नगर कार्यपालिकाले यो कार्यविधि निर्माण गरेको छ ।

## परिच्छेद-१
## प्रारम्भिक

१. **<u>संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ</u> :** (१) यस कार्यविधिको नाम "सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८१" रहेको छ ।

(२) यो कार्यविधि नगर कार्यपालिकाबाट स्वीकृत भएको मिति देखि भानु नगरपालिका भित्र लागु हुनेछ ।

२. **<u>परिभाषा</u>** : बिषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कर्यविधिमा:

(क) "आधारभुत स्वास्थ्य सेवा" भन्नाले आम नागरिकको स्वास्थ्य आवश्यकता पूर्तिका लागि राज्यबाट सुलभ रुपमा निःशुल्क उपलब्ध हुने प्रबर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्मक निदानात्मक, उपचारात्मक र पुनर्स्थापनात्मक सेवा सम्झनु पर्दछ ।

(ख) "गर्भपतन" भन्नाले गर्भमा रहेको भ्रुण स्वभाविक रुपमा जन्मन सक्ने हुनुभन्दा अगावै गर्भाशयबाट भ्रुण बाहिर निस्कने वा निकाल्ने कार्य सम्झनुपदर्छ ।

(ग) "गर्भपतन सेवा" भन्नाले गर्भपतन गर्नका लागि इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य संस्थामा इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीले प्रक्रिया पुरा गरि गरिने गर्भपतन सेवा सम्झनु पदर्छ ।

(घ) "जिम्मेवार शाखा" भन्नाले नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखालाई सम्झनु पर्दछ ।

(ङ) "नगरपालिका" भन्नाले भानु नगरपालिकालाई सम्झनु पर्दछ ।

(च) "प्रजनन स्वास्थ्य" भन्नाले प्रजनन पद्धति प्रक्रिया र कार्यसंग सम्बन्धित शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक स्वास्थ्यको स्थिति सम्झनु पर्दछ ।

(छ) "सरकारी स्वास्थ्य संस्था" भन्नाले यस पलिकबाट संचालित स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्दछ ।

## परिच्छेद-२
## <u>उद्देश्य</u>

३. **<u>उद्देश्य</u> :** यस कार्यक्रमको उदेश्य देहाय बमोजिम हुनेछ ।

सरकारी तथा निजि स्वास्थ्य सस्थाहरुमा सुरक्षित, गुणस्तरीय, सुलभ र पहुँचयुक्त गर्भपतन सेवाको बिस्तार, व्यवस्थापन तथा कार्यान्वयन गर्ने,

(क) स्थानीय तहका सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा दिइने निःशुल्क गर्भपतन सेवा सञ्चालनका लागि स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मीहरु सूचीकरण गर्ने,

(ख) आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धि तालिम प्रदान गर्ने,

(ग) नियमित रुपमा सूरक्षित गर्भपतन सेवाहरुको अनुगमन, अभिलेखिकरण तथा प्रतिबेदन तयार गर्ने,

(घ) सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न आवश्यक औषधि, सामग्री तथा उपकरणहरुको आपूर्ति व्यवस्थापन गर्ने।

## परिच्छेद-३
## अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण समिति

४. **अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण समिति** : कार्यक्रमको नीति, योजना तथा कार्यक्रम तयार साथै कार्यक्रम संचालन, व्यवस्थापन, अनुगमन र सुपरिवेक्षण गर्नका लागि देहाय बमोजिम एक समिति गठन हुनेछ|

(क) नगर प्रमुख - अध्यक्ष

(ख) उप-प्रमुख - सदस्य

(ग) प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत - सदस्य

(घ) आर्थिक प्रशासन शाखा प्रमुख - सदस्य

(ङ) शिक्षा शाखा प्रमुख - सदस्य

(च) स्वास्थ्य शाखाका प. हे.न - सदस्य

(छ) स्वास्थ्य शाखा प्रमुख - सदस्य सचिव

५. **समितिको कार्य तथा कर्तब्य** : दफा (४) बमोजिम गठन भएको समितिको काम, कर्तब्य देहाय बमोजिम हुनेछ।

(क) सुचिकृत स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्रदान गर्ने सुरक्षित मातृत्व सेवाहरुको गुणस्तर तथा नियमितता सुनिश्चित गर्न समितिले आवश्यक सहयोग तथा अनुगमन गर्नुपर्ने। साथै गुणस्तरीय सेवा प्रवाहको लागि नियमित निरीक्षण तथा भ्रमण गर्ने।

(ख) स्वास्थ्य संस्थाहरु तथा सेवा प्रदायकहरुको अनुगमन गर्ने।

(ग) अनुगमनका क्रममा समितिले स्वास्थ्य संस्थाका कमजोरीहरु पहिचान गरी विश्लेषण गर्ने। साथै कानुनी व्यवस्था अनुसार आवश्यक सुधारका लागि चेकलिस्टको प्रयोग गर्ने।

(घ) अनुगमन तथा निरीक्षणका लागि समितिले स्वास्थ्य शाखासंग समन्वय गर्दै नगरपालिका भित्रका सरकारी, गैरसरकारी, तथा निजि सस्थाहरुको भ्रमण गर्ने।

(ङ) सम्बन्धित दाता निकायहरु तथा गैरसरकारी सस्थाहरु समेतको सहयोगमा अनुगमन तथा निरीक्षण कार्यलाई प्रभावकारी तुल्याउने।

## परिच्छेद-४
## स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वास्थ्य सस्थाको सूचीकारण

६. **सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि स्वास्थ्यकर्मीको सूचीकरण** : सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न इच्छुक स्वास्थ्यकर्मीहरु अनिवार्य रुपमा सुचिबद्ध हुनुपर्छ | यसका लागि भानु नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाबाट इजाजतपत्र प्राप्त गर्नुपर्छ | सरकारी, गैरसरकारी वा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत योग्य र आवश्यक तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरुले अनिवार्य रुपमा नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा दर्ता गर्नुपर्छ |

७. **सुरक्षित गर्भपतनको लागि स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरण:** सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गर्न इच्छुक स्वास्थ्य सस्थाहरु नगरपालिकाको आधिकारिक सुचीमा दर्ता हुनुपर्छ | यसका लागि, भानु नगरपालिका द्वारा संचालित वा अन्य स्वास्थ्य सस्थाहरुले नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाबाट इजाजत प्राप्त गर्न छ | इजाजतपत्र प्राप्त गरेपछि ती सस्थाहरु नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा आधिकारिक रुपमा सुचिकृत गरिनुपर्छ |

## परिच्छेद-५
## सूचीकरण तथा नविकारण प्रक्रिया

८. **स्वास्थ्यकर्मिको सूचीकरण प्रक्रिया** : (१) सूचीकृत हुन चाहेका स्वास्थ्यकर्मीहरुले अनुसूची १ बमोजिम कागजातहरु सहित भानु नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा अनुसूची २ मा तोकिएको ढाँचामा आवेदन दिनुपर्नेछ |

(२) सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरु बाहेक अन्य स्वास्थ्यकर्मीले अनुसूची १ अनुसारको आवेदन शुल्क बुझाउनु पर्नेछ ।

(३) निर्धारित मापदण्ड पुरा गरी स्वास्थ्यकर्मीले पेश गरेको निवेदन नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाले आवश्यक छानविन गरी आवेदनको अभिलेख राख्नुपर्नेछ |

(४) सबै मापदण्ड पुरा भएको निवेदनलाई अनुसूची ३ मा तोकिएको ढाँचा अनुसार सूचीकरण गरिएको प्रमाणपत्र प्रदान गर्नुपर्नेछ |

९. **स्वास्थ्य संस्थाहरुको सुचीकारण प्रक्रिया** : (१) सूचीकृत हुन चाहेका स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची १ बमोजिम कागजातहरु सहित भानु नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा अनुसूची ४ को ढाँचामा आवेदन दिनुपर्नेछ |

(२) सरकारी स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाले बाहेक अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरुले अनुसूची १ अनुसारको आवेदन शुल्क बुझाउनु पर्नेछ ।

(३) निर्धारित मापदण्ड पुरा गरी स्वास्थ्य संस्थाले पेश गरेको निवेदन स्वास्थ्य शाखाको सम्बन्धित व्यक्तिले अनुसूची ५ बमोजिमको चेकलिस्ट प्रयोग गरी उक्त स्वास्थ्य संस्थामा मूल्याङ्कन र छानबिन गर्न जानुपर्नेछ ।

(४) चेकलिस्ट बमोजिमको मापदण्ड पुरा गरेको छ भने स्वास्थ्य शाखाले अनुसूची ६ मा तोकियाको ढाँचा अनुसार आबेदनको अभिलेख राख्नुपर्नेछ|

(५) सबै मापदण्ड पुरा भएको निवेदनलाई अनुसूची ७ मा तोकिएको ढाँचा अनुसार सूचीकरण गरिएको प्रमाणपत्र प्रदान गर्नुपर्नेछ|

(६) स्वास्थ्य संस्थाले प्राप्त गरेको उक्त प्रमाणपत्र स्वास्थ्य संस्थामा सबैले देख्ने ठाँउमा राख्नुपर्नेछ र सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची ८ अनुसार  संस्थामा सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध भएको जानकारी भित्तामा पेन्ट गरेर वा होर्डिङ वोर्डमा राखी सबैले देख्ने ठाउँमा राख्नुपर्नेछ ।

**१०. <u>सुचिकृत स्वास्थ्य संस्थाहरुको सुची प्रकाशन</u>** : (१) भानु नगरपालिकाको सूचीकृत गर्ने निकाय स्वास्थ्य शाखाले सार्वजनिक जानकारीका लागि प्रत्येक वर्ष सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरुको अद्यावधिक सूची निर्धारित ढाँचामा आफ्नो सूचना पाटीमा प्रकाशन गर्नुपर्नेछ ।

(२)  भानु नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाबाट इजाजतपत्र लिनुपर्ने र नवीकरण गराउनुपर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरु यस कार्यविधिको अनुसूची ९ मा उल्लेख गरिए बमोजिम हुनेछ ।

**१२.<u>स्वास्थ्य संस्थाहरुको नवीकारण</u> :** (१) सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु बाहेक सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्रत्येक ५ बर्षमा आफ्नो सूचीकरण गरिएको प्रमाणपत्र नवीकरण गर्नुपर्नेछ ।

(२) निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाले नवीकरणका लागि अनुसूची १ मा उल्लेख गरिएको निश्चित रकम तिर्नुपर्नेछ र प्रमाणपत्रको म्याद सकिने मितिभन्दा तीन महिनाअघि नै सम्बन्धित निकायमा नवीकरणका लागि आवेदन दिनुपर्नेछ ।

(३) नवीकरणका लागि स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची १० बमोजिमको ढाँचामा निवेदनका साथै अनुसूची १ मा उल्लिखित कागजात सहित भानु नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा आवेदन दिनुपर्नेछ ।

(४) नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाबाट सम्बन्धित व्यक्तिले निर्धारित अनुगमन चेकलिष्ट प्रयोग गरी आफ्नो मातहतका स्वास्थ्य संस्थाको मूल्याङ्कन गर्नुपर्नेछ ।

(५) स्वास्थ्य शाखाले आवेदक स्वास्थ्य संस्थाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि तोकिएको मापदण्ड पुरा गरेको सुनिश्चित गरेपछि उक्त शाखाले आवेदक स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरण प्रमाणपत्र नवीकरण गर्नुपर्नेछ र प्रमाणपत्र नवीकरण मिति पनि उल्लेख गर्नुपर्नेछ ।

(६) अनलाइन डाटावेसरसफ्टवेर तयार नभएसम्म स्वास्थ्य शाखाले रजिष्टरमा कानून बमोजिम निर्धारित ढाँचा अनुसार नवीकरण आभिलेख राख्नुपर्नेछ ।

(७) उल्लेखित अवधिभित्र नवीकरणका लागि आवेदन दिन असमर्थ भएमा स्वास्थ्य संस्थाले ढिलाइको कारण खुलाई प्रथम समयसिमा कटेपछि तीन महिनाभित्र आवेदन पेश गरिसक्नुपर्नेछ । उक्त स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची १ मा उल्लेख गरिएको नियमित नवीकरण शुल्कको दोब्बर रकम तिर्नुपर्नेछ ।

(८) सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ पारित हुन अघि परिवार कल्याण महाशाखामा सुचीकृत भएका गैर सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा गरिनेछ ।

## परिच्छेद-६
## स्वास्थ्यकर्मीको तालिम

**१३.सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालिम:** सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ मा उल्लेख गरिए अनुसार सरकारले अनुमोदन गरेको तालिम केन्द्रमा स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले जारी गरेको मापदण्ड अनुसार तालिम दिनुपर्नेछ ।

**१४.तालिमको आवश्यकताको पहिचन गर्ने प्रक्रिया:** भानु नगरपालिकामा देहाय अनुसार तालिमको आवश्यकता पहिचान गर्नुपर्नेछ:

(क) भानु नगरपालिकाले सूचीकृत स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकको संख्याको आधारमा तालिमको आवश्यकताको मापन गर्नुपर्नेछ र स्वास्थ्यकर्मीहरुको लागि आवश्यक भएको आफ्नो मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई पहिचान गर्नुपर्नेछ । इच्छुक स्वास्थ्य संस्था आफैले पनि पालिकाको स्वास्थ्य शाखामा तालिमको लागि आवेदन दिन सक्नेछन् ।

(ख) स्वास्थ्य संस्थाले तालिमको मापदण्ड पूरा गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरुको पहिचान गर्नुपर्नेछ र तिनका नाम पालिकाको सम्बन्धित स्वास्थ्य शाखामा सिफारिस गर्नुपर्नेछ ।

(ग) सिफारिस गरिएको स्वास्थ्यकर्मीको तालिमका लागि नगरपालिकाले प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्र वा राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र सँग समन्वय गर्नुपर्नेछ । नगरपालिकाले तालिमको लागि आवश्यक बजेट पालिका स्तरमा पनि व्यवस्था गर्नुपर्नेछ ।

(घ) नगरपालिकाको मागको आधारमा नगरपालिकाले नै आर्थिक व्ययभार व्यहोर्ने गरी तालिम गर्नु परेमा प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्र वा राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र र नगरपालिका बीच सम्झौता गरी तालिम गराउन सकिने छ ।

# परिच्छेद-७
## विविध

**१५. सेवा प्रदायक र स्वास्थ्य संस्थाको अभिलेख :** सुचिकृत सरकारी सस्था, गैर सरकारी सस्था र निजि स्वास्थ्य सस्थाहरुले स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) को निर्देशिका अनुसार सुरक्षित गर्भपतन सेवा रेकर्डिङ ई-फारम (HMIS ३.७) मा गर्नुपर्दछ ।

**१६. प्रतिबेदन :** सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले प्रत्येक वर्षको साउन मसान्त भित्र आफूले तयार गरेको अद्यावधिक विवरण सहितको प्रतिवेदन नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा पेश गर्नुपर्नेछ ।

**१७. व्याख्या, संशोधन र खारेजी :** यो कार्यविधिको व्याख्या, संशोधन तथा खारेजी गर्ने सम्पूर्ण अधिकार नगर कार्यपालिकामा निहित रहने छ ।

**१८. प्रचलित कानून बमोजिम हुने** : यस कार्यविधिमा लेखिएमा सम्पूर्ण कुरा यसै कार्यविधि बमोजिम र यस कार्यविधिमा नलेखिएको विषयको हकमा प्रचलित कानून बमोजिम हुनेछ ।

## अनुसूची १
**(दफा ८ को उपदफा (१) र (२), दफा ९ को उपदफा (१) र (२) र दफा ११ को उपदफा (२), (३) र (७) सँग संबन्धित )**

## सूचीकरण र नवीकारण सम्बन्धि शुल्क र कागजात

### १. १२ हप्ता सम्मको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धि सूचीकरणका लागि चाहिने कागजात

**(अ) स्वास्थ्य संस्था:**

(अ) स्वास्थ्य संस्थाको इजाजतपत्रको प्रतिलिपि
(आ) स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरणको प्रतिलिपि
(इ) गर्भपतन सेवा प्रदायको सूचीकरणको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
(ई) मापदण्ड पुरा भएको स्वप्रमिणित चेकलिस्ट

**(आ) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक:**

(अ) सम्बन्धित निकायमा दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
(आ) नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
(इ) सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालिमको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
(ई) पासपोर्ट साइजको फोटो – २

### २. सूचीकरण शुल्क

(क) स्वास्थ्य सस्था : रु ५०००|- ( सरकारी स्वास्थ्य सस्था बाहेकका लागि)
(ख) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक : रु १०००|-(सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक बाहेकका लागि)

### ३. सुरक्षित गर्भपतन सेवा स्वास्थ्य सस्थाको नवीकारणका लागि चाहिने कागजात र शुल्क

(क) सुचिकृत गरिएको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
(ख) नवीकारणका लागि निबेदन
(ग) नविकरण शुल्क: रु५००|-

**अनुसूची २**
**( दफा ८ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित )**
**स्वास्थ्य सेवा प्रदायक सुचिकृत हुनका लागि दिइने निबेदनको ढाँचा**

श्री..........................................................................................ज्यु

...............................................................................................

**बिषय: सूचिकृत गरी पाऊँ |**

सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने प्रयोजनको लागि खडा गरिएको सूचीमा मेरो नाम समावेश गर्न देहायको विवरण खुलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८१ को दफा ८ उपदफा १ बमोजिम यो निवेदन दिएको छु ।

निबेदन दिने स्वास्थ्यकर्मीको:

१. नाम:
२. ठेगाना:
३. आफ्नो नाम दर्ता भएको व्यावसायिक परिषद्को नाम:
४. व्यवसायिक परिषद्को दर्ता नं रदर्ता मिति:
५. हाल कार्यरत स्वास्थ्य संस्थाको नाम:
६. शैक्षिक योग्यता :
    (क)
    (ख)
    (ग)

सुरक्षित गर्भपतन सेवा सञ्चालन गर्न नियम कानूनमा उल्लेख भए बमोजिमको मापदण्ड तथा व्यवस्थाको पालना गर्नेछु ।

यस निवेदनका साथ आवश्यक कागजात यसै साथ संलग्न गरिएको छ ।

माथि लेखिएको व्यहोरा र यसै साथ संलग्न विवरण ठीक साँचो हो । झुठ्ठा ठहरे कानून बमोजिम सहुला बुझाँउला ।

निवेदन दिने स्वास्थ्यकर्मी:
दस्तखत:
नाम:
सम्पर्क नं:
मिति:

**अनुसूची ३**
**(दफा ८ को उपदफा (४) सँग सम्बन्धित**
**स्वास्थ्यकर्मी सूचीकृत प्रमाणपत्रको ढाँचा**
**भानु नगर कार्यपालिकाको कार्यालय**

सूचीकरण नं....................................................

श्री.............................................................................

.......................................................................................

## स्वास्थ्यकर्मी सूचिकृत गरिएको प्रमाणपत्र |

सुरक्षित गर्भपतन सेवा संचालन गर्नको लागि प्रमाणपत्र पाऊँ भनी तपाईले मिति.....................................मा दिनुभएको निबेदन उपर आवश्यक जाचबुझ गर्दा तपाइलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यबिधि, २०८१ को दफा ८ को उपदफा ४ बमोजिम मिति.................... को निर्णयनुसार यो प्रणामपत्र दिइएको छ |

१. सेवा उपलब्ध गराउदा नियम बमोजिम उल्लेखित व्यवस्था तथा पेशागत आचरणको पालना गर्नु पर्नेछ |
२. सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउने क्रममा देहाय बमोजिमको सेवा मात्र उपलब्ध गराउन पाइनेछ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| (अ) | १० हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा | एम.ए | एम.भि.ए |
| (आ) | १२ हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा | एम.भि.ए | |
| (इ) | १३ हप्ता देखि १८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | एम.आई | डी एण्ड ई |
| (ई) | १९ हप्ता देखि २२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | एम.आई | |
| (उ) | २३ हप्ता देखि २८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | एम.आई | |

**प्रमाणपत्र दिने अधिकारीको:**
दस्तखत:
नाम:
दर्जा:
मिति:
(कार्यालयको छाप)

**अनुसूची ४**
**(दफा ९ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)**
**स्वास्थ्य संस्था सूचिकृत हुनका लागि दिईने निबेदनको ढाँचा**

श्री..............................................................................ज्यू

.......................................................................................

**बिषय: सूचिकृत गरिदिने सम्बन्धमा**

सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउनको लागि यस स्वास्थ्य संस्थालाई सूचिकृत गरी पाउन विवरण खुलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८१ को दफा ९ को उपदफा १ बमोजिम यो निबेदन दिएको छु |

१. निदेबन दिने स्वास्थ्य संस्थाको:
नाम:
ठेगाना:
प्रमुख पदाधिकारीको नाम र थर :
स्वास्थ्य संस्था संचालन गर्न इजाजतपत्र प्रदान गर्ने कार्यालय :
इजाजत पत्र नं :
इजाजतपत्र जारी मिति:
इजाजतपत्रको अबधि समाप्त हुने मिति :

२. सुरक्षित गर्भपतन सेवा संचालन गर्दा उल्लेख भए बमोजिमको मापदण्ड तथा अन्य व्यवस्थाको पालना गर्नेछु |
३. माथि लेखिएको व्यहोरा र साथै संग्लन विवरण ठिक साचो हो | झुठा ठहरे कानून बमोजिम सहुँला बुझाउला |

स्वास्थ्य संस्थाको तर्फबाट निबेदन दिने व्यक्तिको :
दस्तखत :
नाम:
दर्जा:
स्वास्थ्य संस्थाको छाप:
सम्पर्क नं:
मिति:

**अनुसूची ५**
**(दफा ९ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)**
**स्वास्थ्य संस्था निरिक्षण चेकलिस्ट**
**स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार तथा अवलोकनको उद्देश्य अनुसार उपयुक्त कोठामा ठिक चिन्ह (√) लगाउनुहोस् |**

| | | |
|---|---|---|
| स्वास्थ्य सस्थाको नाम | | |
| सम्बन्धित सरकारी तह | | |
| स्वास्थ्य संस्थाको ठेगाना | वडा नं: | स्थानीय तहको नाम: |
| | स्वास्थ्य संस्थाको कोड/ दर्ता नं: | |
| | जिल्ला: | प्रदेश: |
| | स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार | अवलोकनको उदेश्य |
| सरकारी | ▪ आधारभूत स्वास्थ्य केन्द्र<br>▪ क्लिनिक | ▪ MA सेवा (१० हप्ता भित्रको गर्भ)<br>▪ MA सेवा (१० हप्ता भित्रको गर्भ) |
| गैरसरकारी | ▪ आधारभूत अस्पताल | ▪ MA सेवा (१२ हप्ता सम्मको गर्भ) |
| निजि | ▪ प्राइभेट क्लिनिक | ▪ MA सेवा (१० हप्ता भित्रको गर्भ) |
| | ▪ CEONC सेवा भएको (१३ हप्ता देखि २८ हप्ता सम्मको लागि) | |

| अवलोकनकर्ताको नाम | अवलोकनकर्ताको पद | अवलोकन मिति | अवलोकनकर्ताको हस्ताक्षर |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**चेकलिस्टको उपयुक्त कोठामा ठिक चिन्ह (√) लगाउनुहोस्**

**(अ) औषधि प्रयोगबाट गर्भपतन सेवा (एम ए) दिने सस्थाको मूल्यांकन चेकलिस्ट**

| (क) | परीक्षण कक्ष र परामर्श कक्ष | छ | छैन | कैफियत |
|---|---|---|---|---|
| १ | एम ए सेवा प्रदायक: १ जना | | | |
| २ | उज्यालोको लागि विजुली तथा अन्य सुविधाहरु | | | |
| ३ | सेवा प्रदायको सूचीकृत प्रमाणपत्र देखिने ठाउँमा झुण्डाइएको | | | |
| ४ | सेवग्राहिलाई परामर्श/जाँच गर्ने कोठा | | | |
| ५ | हात धुनको लागि साबुनपानीको व्यवस्था | | | |
| ६ | परामर्शको लागि साँचो लगाउन मिल्ने घर्रा (Drawer) भएको टेबल - एक वटा | | | |
| ७ | परामर्शको लागि कुर्सी - दुई वटा | | | |
| ८ | परिवार नियोजनका परामर्श सामग्रीहरू | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ९ | सुरक्षित गर्भपतन सेवा परामर्शको लागि फ्लिप चार्ट -एक वटा | | | |
| १० | परिवार नियोजनको साधनको उपलब्धता (कम्तीमा पाँच प्रकारका) : इम्प्लान्त, डिपा, पिल्स, आई.यू.सी.डी, कण्डम र स्थायी बन्ध्याकरणको लागि आवश्यक प्रेषण | | | |
| ११ | चालू अवस्थाको Sphygmomanometer (रक्तचाप नाप्ने उपकरण ) - एक वटा | | | |
| १२ | चालू अवस्थाको Stethoscope - एक वटा | | | |
| १३ | चालू अवस्थाको थर्मोमिटर – एक वटा | | | |
| १४ | सेवाग्राहीको जाँचको लागि खिया नलागेको बेड - एक वटा | | | |
| १५ | सेवाग्राहीको जाँचको लागि Rexin भएको म्याट्रेस - एक वटा | | | |
| १६ | फुटस्टेप (foot step) - एक वटा | | | |
| १७ | Cheatle forceps र Jar - एक वटा | | | |
| १८ | सेवाग्राहीको परीक्षणको समयमा गोपनीयता कायम राख्न पेट ढाक्ने कपडा (Abdominal Drape) - एक वटा | | | |
| १९ | हातमा लगाउने पन्जाहरू -३ जोडी | | | |
| २० | बाइभल्भ स्पेकुलम (Bivalve Speculum) (विभिन्न आकारमा : ठूलो देखि सानो सम्म २ वटा) | | | |
| २१ | एम ए औषधिको उपलब्धता (कोम्बी प्याक) - ३ प्याकेट | | | |
| २२ | दुखाइ कम गर्ने औषधि (NSAID): १० वटा | | | |
| २३ | प्रयोग भएका तीखा औजारहरू फाल्ने पङ्चर प्रुफ कन्टेनर | | | |
| २४ | सफा पानीभएको बाल्टी - १ वटा | | | |
| २५ | साबुन पानी राख्ने बाटा - एक वटा | | | |
| २६ | सानो सर्जिकल ड्रम - एक वटा | | | |
| २७ | अटोक्लेभ Autoclave HLD) को उपलब्धता | | | |
| २८ | फोहर साम्रग्रीहरूको सङ्कलन र व्यवस्थापनको लागि एउटा खाल्डो वा इन्सिनेटर - | | | |
| २९ | स्वास्थ्य संस्था परिसर भित्र साबुनपानीको व्यवस्था भएको शौचालय एक वटा | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (ख). अभिलेख तथा रिपोर्टहरु | | | | |
| १. | एम ए लिने सेवाग्राही पर्सनल प्रोफाइल (MA CPP) | | | |
| २. | स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) अभिलेख | | | |
| ३. | स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) प्रतिबेदन | | | |
| (घ) | जटिलताहरुको व्यवस्थापन | | | |
| १ | २४ औ घण्टा आकस्मिक सेवाको उपलब्धता वा प्रेषणको व्यवस्था | | | |
| २ | प्रेषण गर्ने स्वास्थ्य सस्थाको नाम र सम्पर्क नं | | | |
| ३ | प्रेषण गर्ने सम्पर्क कार्ड | | | |

## (आ) एम भि ए प्रबिधिहरु सुरक्षित गर्भपतन संस्थाको मूल्यांकन चेकलिस्ट

| क्र.सं. | (क) सेवाग्राही प्रतिक्षालय | | | |
|---|---|---|---|---|
| १ | सेवाग्राहीको लागि बेन्च/ कुर्ची सहितको ठाउँ | | | |
| २ | गर्भपतन तथा परिवार नियोजन सम्बन्धि जानकारीमुलक सामग्री | | | |
| ३ | सेवाग्राहीको लागि साबुन पानी सहित शौचालय | | | |
| | **(ख) परामर्श कक्ष** | | | |
| १ | चाबी लगाउन मिल्ने घर्रा भएको टेबल-१ | | | |
| २ | कुर्ची-२ | | | |
| ३ | चालू अवस्थाको sphygmomanometer-१ | | | |
| ४ | चालू अवस्थाको Stethoscope -१ | | | |
| ५ | चालू अवस्थाको Thermometer-१ | | | |
| ६ | सुरक्षित गर्भपतन सेवा परामर्श फ्लिप चार्ट-१ | | | |
| ७ | गर्भनिरोध साधनका परामर्श सामग्रीहरु | | | |
| ८ | परिवार निजोजन साधनको उपलब्धता (कम्तिमा ५ प्रकारका: इम्प्लान्ट,डिपो,पिल्स,आई.यू.सी.डी, कन्डम) र स्थायी बन्ध्याकारणको लागि आवश्यक प्रेषण | | | |
| | **(ग) सेवाग्राही परिक्षण कक्ष** | | | |
| १ | धाराको पानीको स्रोत र साबुन | | | |
| २ | सेवाग्राहीको जाँच को लागि खिया नालागेको बेड-१ | | | |
| ३ | सेवाग्राहीको जाँच को लागि Rexin भएको म्याट्रेश-१ | | | |
| ४ | गुजनेक लाइट/ इमर्जेन्सी लाइट/ टर्च-१ | | | |

**अनुसूची ६**
**(दफा ९ को उपदफा (४) सँग सम्बन्धित)**
**सूचीकरणको अभिलेख**

**(क) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक**

सम्बन्धित तहगत सरकार...................................................................................

सम्बन्धित तहगत सरकारको नाम.........................................................................

<table>
<tr><td colspan="3">क्र.स</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="14">स्वास्थ्य सेवा प्रदायक</td><td colspan="2">सुचिकृत नं</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">(सुचिकृत नं निम्न लेखिएको तरिका अनुसार दिने)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">१. सँघ: सँघ, क्र.स</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">२. प्रदेश : प्रदेश नाम कोड, जिल्ला, क्र.सं.</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">३. स्थानीय : प्रदेश नामको कोड. पालिका,क्र.सं.</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">सूचिकृत भएको मिति</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">पुरा नाम</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ठेगाना</td><td>प्रदेश</td><td></td></tr>
<tr><td>जिल्ला</td><td></td></tr>
<tr><td>पालिका</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">शैक्षिक योग्यता</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">सम्पर्क नं</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">तालिमको प्रकार</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">तालिम लिएको ठाउँ</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">आवद्द भएको स्वास्थ्य सस्था</td><td colspan="2">स्वास्थ्य सस्थाको नाम</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">ठेगाना</td><td>प्रदेश</td><td></td></tr>
<tr><td>जिल्ला</td><td></td></tr>
<tr><td>पालिका</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">तयार गरेको</td><td colspan="2">पुरा नाम</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">पद</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">सहि</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">रुजु गरेको</td><td colspan="2">पुरा नाम</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">पद</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">सहि</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">स्वीकृत गरेको</td><td colspan="2">पुरा नाम</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">पद</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">सहि</td><td></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| सरुवा भएर गएको | स्वास्थ्य संस्था | स्वास्थ्य सस्थाको नाम | |
| | | आवद्द भएको तहगत सरकार | |
| | | प्रदेश | |
| | | जिल्ला | |
| | | पालिका | |
| सरुवा भएर आएको | स्वास्थ्य संस्था | स्वास्थ्य सस्थाको नाम | |
| | | आवद्द भएको तहगत सरकार | |
| | | प्रदेश | |
| | | जिल्ला | |
| | | पालिका | |

२.**स्वास्थ्य संस्था**

सम्बन्धित तहगत सरकार...........................................................

सम्बन्धित तहगत सरकारको नाम.................................................................................

| | | | |
|---|---|---|---|
| क्र.स | | | |
| स्वास्थ्य संस्था | सूचिकृत नं | | |
| | (सूचिकृत नं निम्न लेखिएको तरिका अनुसार दिने) | | |
| | १.सँघ: सँघ, क्र.सं. | | |
| | २.प्रदेश : प्रदेश नाम कोड, जिल्ला, क्र.सं. | | |
| | ३.स्थानीय : प्रदेश नामको कोड. पालिका,क्र.सं. | | |
| | सूचिकृत भएको मिति | | |
| | सूचिकृत गरिएको सेवा | एम.ए/एम.भि.ए/डी एण्ड इ/एम आई | |
| | | कति हप्ता सम्मको सेवा | |
| | स्वास्थ्य संस्थाको नाम | | |
| | ठेगाना | प्रदेश | |
| | | जिल्ला | |
| | | पालिका | |
| | CEmONC site हो/होइन | | |
| | सम्पर्क नं | | |

| | | |
|---|---|---|
| स्वास्थ्य सेवा प्रदायक | पुरा नाम | |
| | सुचिकृत नं | |
| | तालिमको प्रकार | |
| | सम्पर्क नं | |
| तयार गरेको | पुरा नाम | |
| | पद | |
| | सहि | |
| रुजु गरेको | पुरा नाम | |
| | पद | |
| | सहि | |
| स्वीकृत गरेको | पुरा नाम | |
| | पद | |
| | सहि | |
| Functional status (Yes/No) | | |
| कैफियत | | |

**अनुसूची ७**
**(दफा ९ को उपदफा ५ सँग सम्बन्धित)**
**स्वास्थ्य सस्था सुचिकृत प्रमाणपत्रको दाचा**
**भानु नगर कार्यपालिकाको कार्यालय**

**सूचीकरण नं**....................................................

**श्री** ..........................................................................................

**स्वास्थ्य संस्था सुचिकृत गरिएको प्रमाणपत्र**

सुरक्षित गर्भपतन सेवा सञ्चालन गर्नको लागि प्रमाणपत्र पाउँ भनी त्यस संस्थाले दिएको निवेदन उपर आवश्यक जाँचबुझ गर्दा त्यस संस्थालाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८१ को दफा ९ को उपदफा ५ बमोजिम मिति.....................................को निर्णयनुसार यो प्रमाणपत्र दिइएको छ ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउने क्रममा देहाय बमोजिमको सेवा मात्र उपलब्ध गराउन सक्नेछः

| | | | |
|---|---|---|---|
| (अ) | १० हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा | एम ए | एम भि ए |
| (आ) | १२ हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा | एम भि ए | |
| (इ) | १३ हप्ता देखि १८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | एम. आई | डी. एण्ड ई |
| (ई) | १९ हप्ता देखि २२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | एम. आई | |
| (उ) | १९ हप्ता देखि २२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | एम. आई | |

**प्रमाणपत्र दिने अधिकारीको :**
दस्तखत:
नाम:
पद:
कार्यालय:
मिति:

**अनुसूची ८**
**(दफा ९ को उपदफा (६) सँग सम्बन्धित**
**वाल पेन्टिङ अथवा होर्डिङ्ग बोर्डको ढाँचा**

**वाल पेन्टिङ अथवा होर्डिङ्ग बोर्डको ढाँचाको नमुना (१० हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवाको लागि)**

**निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा यहाँ उपलब्ध छ**

**यहाँ १० हप्ता भित्रको**
**गर्भलाई पूर्ण गोपनीयताका**
**साथ सुरक्षित गर्भपतन सेवा**
**निःशुल्क प्रदान गरिन्छ ।**

**........................स्वास्थ्य संस्थाको नाम**
**बिहान १० बजे देखि दिउंसो ३ बजे सम्म**
**आइतबार देखि शुक्रबार सम्म**

## अनुसूची ९

**(दफा १० को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)**

**स्वास्थ्य संस्थालाई इजाजतपत्र दिने निकाय**

**भानु नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाले इजाजत दिने र नबिकरण गर्ने स्वास्थ्य सस्थाहरु:**

(क) स्वास्थ्य क्लिनिक, आयूर्वेदिक क्लिनिक, होमियोप्याथी क्लिनिक र यस्तै प्रकारका अन्य क्लिनिकहरु ।

(ख) जेरियाट्रिक परामर्श केन्द्र ।

(ग) "डि" र "इ" वर्गको प्रयोगशाला ।

(घ) १५ शैया सम्मको अस्पताल ।

**अनुसूची १०**
**(दफा ११ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)**
**सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि सुचिकृत स्वास्थ्य संस्थाको नबिकरण फारम**

श्री.........................................................................................................

............................................................................................................

निम्न उल्लिखित संस्थाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दै आइरहेको सम्बन्धी प्रमाणपत्र नवीकरणका लागि निम्न विवरण खोली यो निवेदन पेश गरेको छु ।

सुचिकृत स्वास्थ्य संस्थाको नाम :

सुचिकृत स्वास्थ्य संस्थाको ठेगाना (प्रदेश, जिल्ला, पालिका) :

फोन नं:

इमेल:

फ्याक्स:

वेबसाइट :

स्वास्थ्य प्रमुखको नाम :

सुचिकृत प्रमाण पत्र नं (स्वास्थ्य संस्थाको):

सुचिकृत मिति:

प्रमाणपत्र म्याद सकिने मिति :

सुचिकृत सेवा प्रदायकको नाम :

सुचिकृत प्रमाण पत्र नं (सेवाप्रदायकको):

**आज्ञाले**
गौतम भण्डारी
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत