

अनुसूची २

(दफा ४ तथा अनुसूची-१ को भाग-२ सँग सम्बन्धित)



गण्डकी गाउँपालिका निशुल्क प्रसुती एम्बुलेन्स/सवारीसाधन सेवा कार्यविधि ,२०८०

स्थानीय राजपत्र

खण्ड: ५

संख्या: ३४

मिति: २०८०/०४/१०

भाग-२

गण्डकी गाउँपालिका

ग्रामीण क्षेत्रको भुगोल भएका क्षेत्रका गर्भवति महिलाहरूलाई सर्वसुलभ रूपमा स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने हेतुले गण्डकी गाउँपालिका गाउँ कार्यपालिका द्वारा निर्माण निशुल्क प्रसुती एम्बुलेन्स सेवा कार्यविधि, २०८० कार्यविधि

आज्ञाले,

रिजेश उपरकोटी

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

निशुल्क प्रसुती एम्बुलेन्स / सवारीसाधन सेवा कार्यविधि .२०८०

यस गण्डकी गाउँपालिकाको सुरक्षित मातृत्व सेवा कार्यक्रमलाई ब्यबस्थित एवम प्रभावकारी रुपमा संचालन गर्न गण्डकी गाउँकार्यपालिकाले यो कार्यविधि बनाई लागु गरेको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ :

१.१ यो कार्यविधिको नाम " निशुल्क प्रसुती एम्बुलेन्स/सवारीसाधन सेवा सम्बन्धी कार्यविधि , २०८० " रहेको छ ।

१. २ यो कार्यविधि तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ ।

२. परिभाषा : विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा :

२.१ " गाउँपालिका " भन्नाले गण्डकी गाउँपालिका सम्झनु पर्दछ ।

२.२ " बर्थिङ्ग सेन्टर " भन्नाले गण्डकी गाउँपालिका भित्र रहेका प्रसुती सेवा दिने सुचिकृत स्वास्थ्य चौकीलाई सम्झनु पर्दछ ।

२.३ " व्यवस्थापन समिति " भन्नाले स्वास्थ्य संस्थाको व्यवस्थापन समितिलाई सम्झनु पर्दछ ।

२.४ "कार्यविधि" भन्नाले निशुल्क प्रसुती एम्बुलेन्स/सवारीसाधन सेवा सम्बन्धी कार्यविधि २०८० लाई सम्झनु पर्दछ ।

२.५ " स्वास्थ्य संस्था " भन्नाले गण्डकी गाउँपालिका भित्र संचालित सरकारी स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्दछ ।

२.६ " कार्यक्रम " भन्नाले स्वास्थ्य कार्यक्रमलाई सम्झनु पर्दछ ।

२.७ " गर्भवती महिला " भन्नाले गण्डकी गाउँपालिकामा बसोबास गर्ने सुत्केरी ब्यथा लागेका महिलालाई सम्झनु पर्दछ ।

२.८ " एम्बुलेन्स/सवारीसाधन सेवा " भन्नाले सुरक्षित प्रसुती सेवाको लागि आवश्यकता अनुसार प्रयोग गर्न सकिने सवारी साधनलाई सम्झनु पर्दछ ।

२.९" वडा कार्यालय भन्नाले सम्बन्धित वडाको वडा कार्यालयलाई सम्झनु पर्दछ ।

३. कार्यविधिका उद्देश्य :

३.१ प्रसुतीको समयमा आमा तथा नवजात शिशुको स्वास्थ्यमा हुन सक्ने जोखिमलाई न्यूनीकरण गर्ने ।

३.२ घरमानै सुत्केरी हुने अवस्थाको अन्त्य गर्न ।

४. कार्यक्रम संचालन विधिहरू :

४.१ सुरक्षित प्रसुती सेवा प्रदान गर्न प्रयोग गरिने एम्बुलेन्स / सवारी साधन सम्बन्धित

गाउँपालिकाले तोके बमोजिम हुनेछ ।

४.२ प्रसव व्यथा लागेपछि नजिकको महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविका/स्वास्थ्यकर्मीलाई जानकारी गराई वडा कार्यालयको र स्वास्थ्य सस्थाको सिफारिसमा निशुल्क एम्बुलेन्स सेवा घरबाट स्वास्थ्य सस्थामा जान /प्रसुती पश्चात घरसम्म ल्याउन उपलब्ध हुने छ ।

४.३ एम्बुलेन्सले आफ्नो सेवा प्रदान गर्न तपशिल बमोजिमको मापदण्ड हुनुपर्नेछ

-नेपाल सरकारको प्रोटोकल अनुसार नियमित चेकजाँच गरेको हुनुपर्नेछ (८ पटक) ।

- यस गा.पा. भित्र ६ महिना देखि बसोबास गर्दै आएको हुनुपर्नेछ ।

-प्रसुती जटिलता भइ स्वास्थ्य सस्थाको र वार्ड कार्यालयको सिफारिसमा प्रेषण भएका महिलालाई पनि निशुल्क एम्बुलेन्स सेवा लान र ल्याउन प्रदान गरिनेछ ।

नोट : जटिलता भइ अन्य अस्पतालमा प्रेषण गर्नुपर्ने महिलालाई पहिलो प्राथमिकता दिइनेछ ।

आवश्यक कागजातहरू :

-प्रोटोकल अनुसार जाच भयको आमा सुरक्षया कार्ड

-निशुल्क एम्बुलेन्स सेवा अनुरोध फाराम

-बर्थ सर्टिफिकेट

-वार्डको सिफारीस

प्रेषणको हकमा

-प्रोटोकल अनुसार जाच भयको आमा सुरक्षया कार्ड

-निशुल्क एम्बुलेन्स सेवा अनुरोध फाराम

-बर्थ सर्टिफिकेट

-वार्डको सिफारीस



गण्डकी गाउँपालिका
गाउँकार्यपालिकाको कार्यालय /स्वास्थ्य शाखा

.....

गर्भवती महिलाले निशुल्क एम्बुलेन्स सेवाको लागि आबेदन

श्री प्रमुख ज्यु ,

स्वास्थ्य सस्था

महोदय ,

मैले यस सस्थामा सहित अन्य सस्थामा आयर नेपाल सरकारको प्रोटोकल अनुसार गर्भवती जाच द पटक गरेको हुदा प्रसुती सेवा लिनको निमित्त यस सस्थामा आउन र प्रसुती पश्चात घरसम्म जान गण्डकी गाउँपालिकाले प्रदान गरेको निशुल्क यातायात सेवा पाऊ भनि बिनम्र अनुरोधका साथ यो निवेदन पेश गरेको छु ।

निवेदकको

सुत्केरी महिलाको नाम, थर :

जाती:

प्रसुती मिति :

उमेर :

ठेगाना :

वडा नं.

दस्तखत :

स्वास्थ्य सस्थामा

प्रसूतिको लागि एम्बुलेन्स सेवा लियको:

फोन नं. :

प्रसूति पश्चात घरसम्म

जानको लागी एम्बुलेन्स सेवा लियको मिति :

कार्यालय प्रयोजनको लागि सम्बन्धित कर्मचारीले भर्ने

गर्भवती जाचै गरायको पटक :

स्वास्थ्य सस्थाको

नाम :

दर्ता नं. :

नेपाल सरकारको अनुसार सेवा लिएको छ / छैन ।

मूल दर्ता नं. :

प्रसुती दर्ता नं.

:

भर्ना मिति :

प्रसूति गरायको मिति :

डिस्चार्ज मिति :

प्रसूति सेवा दिएको विवरण

- सामान्य प्रसुती गरायको
- जटिलता युक्त प्रसुती गरायको
- जटिलता भइ प्रेषण गरेको
- सेवा प्रदायकको नाम ,थर पद
:.....
- निजले प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भवती जाचँ सेवा लिएको प्रमाणित गर्दछु
(चिन्ह लगाउने)
- निजले यश स्वास्थ्य सस्थामा निशुल्क प्रसुती सेवा लिएको प्रमाणित गर्दछु ।
(चिन्ह लगाउने)

स्वास्थ्य सस्था प्रमुख को सिफारिश

निज आবেदन दिने दरखास्त वाला महिलाले गाउँपालिकाको निशुल्क एम्बुलेन्स सेवा प्राप्त गर्ने आधारहरु पुरा गरेकोले नियमानुसार निशुल्क एम्बुलेन्स सेवा दिन सिफारिस गर्दछु ।

दस्तखत :

नाम ,थर :

पद :

मिति :

स्वास्थ्य सस्थाको प्रकार : ☐ सरकारी ☐ ☐ र सरकारी निज ☐ निजी ☐

मेडीकल कलेज अन्य

कार्यालय छाप :

प्रसुतीको किसिम :

सामान्य/CS

निशुल्क एम्बुलेन्स सेवा लियको भरपाई

मलेस्वास्थ्य चौकी /अस्पताल/प्रा.सवा.के.
आमा सुरक्षा कार्यक्रम अन्तर्गत प्रोटोकल अनुसार ८ पटक गर्भवती जाचँ सेवा लिई
गण्डकी गाउँ पालिकाले प्रदान गर्ने निशुल्क एम्बुलेन्स सेवा उपभोग गरेको भनी हस्ताक्षर
गर्दछु

मिति	एम्बुलेन्स सेवा लियको		
	बाट	सम्म	

सुत्केरी महिलाको नाम थर :

सुत्केरी भयको

स्वास्थ्य सस्था :

सुत्केरी भयको मिति:

हस्ताक्षर :

मिति

: