

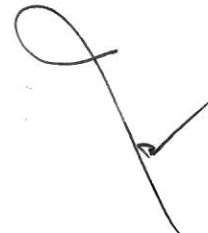
विपन्न नागरिकको लागि दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग उपचार आर्थिक  
सहुलियत निर्देशिका, २०७६



प्रदेश सरकार  
प्रदेश नं. ५  
सामाजिक विकास मन्त्रालय  
बुटवल, नेपाल







विपन्न नागरिकको लागि दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग उपचार आर्थिक सहूलियत निर्देशिका, २०७६

प्रस्तावना: प्रदेश सरकारको नीति तथा कार्यक्रम अन्तर्गत विभिन्न नसर्ने रोगहरुको प्रकोपबाट नागरिकहरुलाई पर्ने व्यक्तिगत व्ययभार कम गरी उपचार बापत आर्थिक सहूलियत प्रदान गर्न दम तथा ब्रॉन्काइटिस (Asthma and Bronchitis) का बिरामीहरुलाई पचास हजार रुपैया सम्मको निःशुल्क उपचारको व्यवस्थापनको लागि उपचार सेवा उपलब्ध गराउने अस्पतालहरुलाई शोधभर्ना उपलब्ध गराउन आवश्यक भएकोले,

प्रदेश नं. ५, सामाजिक विकास मन्त्रालयले यो निर्देशिका तयार गरेको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यस निर्देशिकाको नाम "विपन्न नागरिकको लागि दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग उपचार आर्थिक सहूलियत निर्देशिका, २०७६" रहेको छ ।

(२) यो निर्देशिका स्वीकृत भएको मितिदेखि लागू हुनेछ ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस निर्देशिकामा,

(क) "प्रदेश" भन्नाले प्रदेश नं. ५ लाई सम्झनुपर्छ ।

(ख) "मन्त्रालय" भन्नाले सामाजिक विकास मन्त्रालय सम्झनुपर्छ ।

(ग) "व्यवस्थापन समिति" भन्नाले दफा ६ (१) मा गठित समितिलाई सम्झनुपर्छ ।

(घ) "निर्देशनालय" भन्नाले स्वास्थ्य निर्देशनालयलाई सम्झनुपर्छ ।

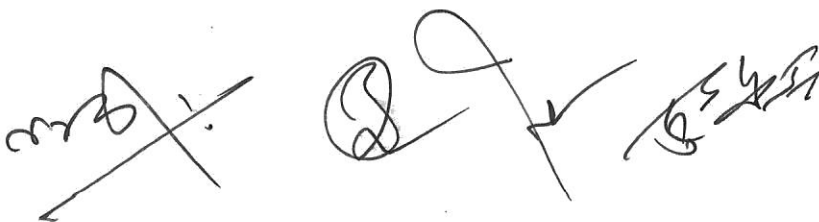
(ङ) "अस्पताल" भन्नाले यस मन्त्रालय मातहतमा रहेका अनुसूचि १ बमोजिमका अस्पतालहरु सम्झनुपर्छ ।

(च) "सम्पर्क केन्द्र" भन्नाले अस्पतालहरुमा दम तथा ब्रॉन्काइटिसरोग लागेका बिरामीहरुले सम्पर्क गर्ने केन्द्रलाई सम्झनुपर्छ ।

(छ) "निर्देशिका" भन्नाले "दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग औषधि उपचार आर्थिक सहूलियत निर्देशिका, २०७६"लाई सम्झनुपर्छ ।

(ज) "दम तथा ब्रॉन्काइटिस" भन्नाले Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Occupational Lung Diseases, Pulmonary Hypertension रोगहरुलाई सम्झनुपर्छ ।

(झ) "शोधभर्ना रकम" भन्नाले अस्पतालहरुले उपचार सेवा प्रदान गर्दा लागेको रकम स्वास्थ्य निर्देशनालय समक्ष शोधभर्नाको लागि मागेको रकम सम्झनुपर्छ ।





३. उपचार आर्थिक सहूलियतको व्यवस्था: दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोगहरुको औषधि उपचार आर्थिक सहूलियतको व्यवस्था देहाय बमोजिम हुनेछ ।

(१) प्रदेश नं. ५ मा बसोवास गर्ने विपन्न नागरिकलाई दफा २ (ज) मा उल्लेख गरीएका रोगका लागि अस्पतालहरुमा उपचार गराउँदा दफा ३ (३) बमोजिमको सिफारिसका आधारमा रु.५०,०००। – (पचास हजार रुपैयाँ) सम्मको औषधि उपचार सहूलियत पाउनेछन्।

(२) उपदफा (१) बमोजिमकोरकम अस्पतालहरुलाई शोधभर्ना स्वरुप उपलब्ध गराइनेछ।

(३) (क) दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग लागेका नागरिकहरुले औषधि उपचार सहूलियत प्राप्त गर्न अनुसूचि २ बमोजिम स्थायी बसोवास रहेको स्थानीय तहमा फाराम भरी विपन्नताको सिफारिस लिनुपर्ने छ।

(ख) सिफारिस गर्दा अनुसूची ३ मा उल्लेख भए बमोजिमका कागजात संकलन गरी सिफारिस गर्नु पर्नेछ । स्थानीय तहबाट सिफारिस प्राप्त नभएमा यो सुविधा उपलब्ध गराइने छैन।

(४) दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग लागेका विपन्न नागरिकलाई औषधि उपचार खर्च शोधभर्ना गराउने प्रयोजनका लागि बिरामी बसोवास गरेको स्थानीय तहमा रहेको स्वास्थ्य शाखाको सिफारिसमा प्रमुख प्रशासकीय अधिकृतले सिफारिस गर्नेछन्। यसको अभिलेख सम्बन्धित स्थानीय तहले अद्यावधिक गरी राख्नुपर्नेछ।

(५) सिफारिस गर्दा पुरानो विवरण केलाई रु. ५०,००० (पचास हजार)नबढ्ने गरी मात्र सिफारिस गर्नुपर्नेछ।

(६) सिफारिसगरिएका मध्ये के कति बिरामीले उपचार सहूलियत प्राप्त गरेको हो सोको विवरण स्थानीय तहले मासिक रुपमा प्राप्त गर्नु पर्नेछ।

(७) स्थानीय तहले सिफारिस गर्दा यस प्रयोजनका लागि तोकिएका अस्पतालहरु मध्ये बिरामीको माग बमोजिमसम्बन्धित अस्पतालमा सिधै सिफारिस गरी पठाउनु पर्नेछ र यस्तो सिफारिसलाई सम्बन्धित अस्पतालले अनिवार्य रुपमा ग्रहण गर्नुपर्नेछ । कुनै कारणवस सिफारिस गरीएको अस्पताल परिवर्तन गर्नुपर्ने भएमा सम्बन्धित स्थानीय तहबाट मात्रै परिवर्तन गर्नुपर्नेछ।

(८) यस कार्यक्रमको लागि विनियोजित रकम देहायको शीर्षकमा मात्र खर्च गर्न पाइनेछ,

(क) कार्यक्रम लागू भएका अस्पतालका मेडिकल सुपरिन्टेन्डेन्ट, सामाजिक सुरक्षा ईकाइ वा सम्पर्क केन्द्रका सम्पर्क व्यक्ति, सामाजिक विकास मन्त्रालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय, प्रदेश स्वास्थ्य आपूर्ति केन्द्र, प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्र र अन्य सरोकारवालाहरु संलग्न गरी कार्यक्रम लागू हुनुभन्दा अघि १ दिनको प्रदेशस्तरीय अभिमुखिकरण आर्थिक वर्ष समाप्त भएपछि वर्षको एक पटक कार्यक्रमको प्रगति समीक्षा

(ख) कार्यक्रमको अनुगमन

(ग) बिरामीको जाँच, रोगको निदान, भर्ना शुल्क, शैय्या, औषधि तथा उपकरण



Handwritten signatures and a date '३' are present at the bottom of the page.

४. अस्पतालको काम, कर्तव्य र जिम्मेवारी: (१) यस निर्देशिका बमोजिम दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग लागेका नागरिकलाई दफा २ (ज) मा तोकिएका रोगहरूको उपचार सेवा प्रदान गर्ने सम्बन्धमा प्रभावकारी व्यवस्थापनको लागि अस्पतालले छुट्टै सम्पर्क केन्द्र खडा गर्नु पर्नेछ वा सम्पर्क व्यक्ति तोकि र सो सम्बन्धी साइनबोर्ड सबैले देखिनेगरी सम्बन्धित अस्पतालमा अनिवार्य रूपमा राख्नु पर्नेछ । सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका अस्पतालहरूका हकमा सामाजिक सुरक्षा इकाइसँग समन्वय गरी एउटै केन्द्रबाट सेवा प्रवाह गर्नु पर्नेछ । सेवाको अभिलेख अलग, अलग राख्नुपर्नेछ र सेवा शुल्क दोहोरिने गरी प्रदान गर्न पाइनेछैन । सम्पर्क केन्द्रमा प्रयास जनशक्ति र प्रविधिको व्यवस्था गर्ने गराउने जिम्मेवारी अस्पतालकोरहनेछ ।

(२) सिफारिस भई आएका दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग लागेका बिरामीको अभिलेख अलगअलग फाइल खडा गरीसम्बन्धितचिकित्सक समक्ष प्रेषण गर्नुपर्नेछ । यस सम्बन्धित अभिलेख विद्युतीय प्रविधिबाट समेत राख्नुपर्नेछ ।

(३) तोकिएको रकम सम्मको परिधिमा रही बिरामीलाई चिकित्सकको सल्लाह बमोजिम आवश्यक पर्ने औषधि, औषधिजन्य सामग्री,निदानात्मक सेवा, शैय्या आदि अस्पतालले उपलब्ध गराउनु पर्नेछ । बिरामीलाई खरिद गर्न लगाउन पाइनेछैन । र यस्तो सेवा लिनका लागि अनुसूची - ३ बमोजिमको कागजात संलग्न गर्नुपर्नेछ ।

(४) दफा ३ को उपदफा (१) बमोजिमको रकमको सीमाभित्र रही एकजना बिरामीलाई आवश्यकता र सिफारिसको आधारमा एक भन्दा बढी पटक उपचार सेवा प्रदान गर्न सकिनेछ र एक अस्पतालबाट उपचार सेवा पाइसकेका सोही रोगका लागि अर्को अस्पतालबाट समेत सेवा प्रदान गर्न सकिनेछ ।




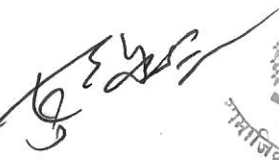

(५) दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग लागेका बिरामीलाई प्राप्त हुने सुविधाबापतको रकमको सर्वाधिक सदुपयोग हुने वातावरण अस्पताल आफैले निर्माण गर्नुपर्नेछ ।

(६) दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग लागेका बिरामीलाई उपचारको क्रममा प्राथमिकता दिनुपर्नेछ ।

(७) दफा २ को खण्ड (ज) बमोजिमका रोग लागेका बिरामीले औषधि उपचार सेवा लिइरहेको अस्पतालबाट प्रदेश अन्तर्गतका अन्य अस्पतालहरूमा सोही रोगको थप उपचारको लागि प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा बिरामीले पाउनुपर्ने बाँकी रकम बराबरको उपचार सुविधा पाउन सक्नेछन् । यसको लागि सम्बन्धित अस्पतालबाट उपचार सुविधा पाएको रकम, प्रेषण पुर्जा र दफा ३ को उपदफा (३) बमोजिमको सिफारिसको प्रतिलिपी समेत संलग्न गरी सम्बन्धित अस्पतालमा पठाउनु पर्नेछ ।

(८) खण्ड (३) बमोजिम औषधि उपलब्ध गराएको अभिलेख अनुसूची ५ बमोजिमको अभिलेख रजिष्टर तथा विद्युतीय रेकर्डिङ प्रविधिमा समेत अद्यावधिक गरी राख्नुपर्नेछ ।

(९) अस्पतालले चौमासिक रूपमा सेवाको विवरण र खर्च भएको रकम अस्पतालको सूचना पाटीमा सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ ।

(१०) अस्पतालले उपचार खर्चको शोधभर्ना माग गर्दा मासिक रूपमा अनुसूची-६ बमोजिमको प्रतिवेदन फाराम भरी स्वास्थ्य निर्देशनालयमा त्रैमासिक रूपमा अनिवार्य रूपमा पठाउनु पर्नेछ ।

(११) बिरामी डिस्चार्ज हुँदा तोकिएको रकममध्ये के कति रकम बराबर उपचार सेवा प्रदान गरीएको हो सो बारे बिरामीलाई जानकारी दिइ सोही अनुसार अनुसूची ५ बमोजिमको अभिलेख रजिष्टर तथा विद्युतिय रेकर्डिङ प्रविधिमा समेत अद्यावधिक राख्नु पर्नेछ ।

(१२) बिरामी वा बिरामीको कुरुवालाई प्रत्येक विल / भरपाईमा दस्तखत गराई अस्पतालको बिरामी अभिलेख फाईलमा दुरुस्त राख्नुपर्नेछ ।

(१३) बिरामी अस्पतालमा भर्ना भएकै अवस्थामा सिफारिस माग गरेको र सिफारिस प्राप्त गर्न ढिला भएको अवस्थामा डिस्चार्ज हुने दिनसम्म सिफारिस ल्याएमा सम्बन्धित अस्पतालले सम्बन्धितबिरामीलाई तोकिएको रकम बराबर उपचार सेवा दिनुपर्नेछ । तोकिए भन्दा वढी रकमको शोधभर्ना हुनेछैन । बिरामीले सिफारिस माग गरेको बिषय अस्पताल सम्पर्क केन्द्रलाई पूर्व जानकारी दिनु पर्नेछ ।

(१४) उपदफा (१३) बमोजिमका बिरामीको उपचारका क्रममा मृत्यु भई दफा ३ (३) बमोजिमको सिफारिस नल्याएमा अस्पतालका प्रमुख, उपचारमा संलग्न प्रमुख चिकित्सक र उपचार सम्पर्क केन्द्रका प्रमुखले निर्णय गरीबिरामीको उपचारमा खर्च भएको रकम सम्बन्धित अस्पतालले शोधभर्नाको लागि माग गर्न सक्नेछ ।

(१५) सरकारी अस्पतालहरुले दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोगको उपचारमा आवश्यक पर्ने औषधि तथा औषधिजन्य सामग्रीहरुको सम्बन्धित विशेषज्ञ चिकित्सकको राय बमोजिम आवश्यकता अनुसार व्यवस्था गरी सहूलियत दरमा उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।

(१६) शोधभर्ना माग रकम झुठा ठहर भएको प्रमाणित हुन आएमा कानून अनुसार असुल उपर गरिनेछ ।

(१७) निर्देशनालयबाट शोधभर्ना रकम प्राप्त हुन ढिला भएमा पनि सेवा अवरुद्ध गर्न पाइनेछैन ।

(१८) शोधभर्ना रकम नेपाल/प्रदेश सरकारको दोहोरो श्रेष्ठा प्रणाली अनुसार महालेखा परिक्षकको निर्धारित ढाँचाका म.ले.प फारामहरु प्रयोग गरी तयार गर्नुपर्नेछ ।

(१९) एक्युट धासप्रधास रोग भई छोटो अवधिको उपचार गराउनुपर्ने बिरामीको हकमासिफारिसको आवश्यक पर्नेछैन । अस्पताल प्रमुख वा निजले तोकेका व्यक्तिको स्वीकृतिमा निःशुल्क सेवा प्रदान गर्नुपर्नेछ । यसरी उपचार गराएका बिरामीहरुको अभिलेख तथा प्रतिवेदन दुरुस्त हुनुपर्नेछ ।

५. काम, कर्तव्य र अधिकार: स्वास्थ्य निर्देशनालयको काम, कर्तव्य र अधिकार देहायबमोजिम तोकिएको छ ।

(क) वार्षिक बजेट योजना तयार गरी सम्बन्धित निकायमा पेश गर्ने ।

(ख) अस्पतालबाट प्राप्त शोधभर्ना सम्बन्धी मागको रकम यकिन गरी सम्बन्धित अस्पताललाई शोधभर्ना गर्ने ।



- (ग) मन्त्रालयबाट सम्बन्धित आर्थिक वर्षको लागि विनियोजित रकम अपुग भएमा थप रकम माग गर्ने वा आगामी वर्षको विनियोजित बजेटबाट शोधभर्ना गर्ने व्यवस्था मिलाउने।
- (घ) अस्पतालहरूको उपचार सेवालाई गुणस्तरीय बनाउन नियमित अनुगमनको व्यवस्था समेत गरी प्रतिवेदनलाई पारदर्शी तुल्याउने।
- (ङ) दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोगहरूका औषधि उपचार सम्बन्धी कुनै विषयमा निर्णय गर्न कठिनाई भएमा दफा ५ को उपदफा (१) बमोजिमको समितिमा यथाशीघ्र पेश गरी निर्णय गराउने।
- (च) अस्पतालहरूबाट प्राप्त प्रतिवेदनहरूको विश्लेषण गरी शोधभर्ना माग रकम र बिरामी संख्या स्पष्ट देखिने गरी विवरण राख्ने।
- (छ) यस निर्देशिका बमोजिमका रोगहरूको औषधि उपचारको प्रतिवेदन स्वास्थ्य व्यवस्थापन सुचना प्रणालीमा समावेश गर्ने व्यवस्था मिलाउने।
- (ज) यस निर्देशिका अनुसारका सम्पूर्ण काम कारवाही स्वास्थ्य निर्देशनालयले गर्नुपर्नेछ।

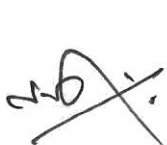
६. व्यवस्थापन समिति: (१) दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोगको औषधि उपचार सेवा गुणस्तरीय, व्यवस्थित एवं पारदर्शी बनाउनका निमित्त आवश्यक निर्देशन दिन, आवश्यकता अनुसारको बजेटको व्यवस्था गर्न तथा आवश्यक अन्य निर्णय गर्न मन्त्रालयमा देहाय बमोजिम एक उच्चस्तरीय व्यवस्थापन समिति रहनेछ।

(क) सचिव, सामाजिक विकास मन्त्रालय	संयोजक
(ख) प्रतिनिधी, आर्थिक मामिला तथा योजना मन्त्रालय	सदस्य
(ग) मन्त्रालयले तोकेका छाती रोग विशेषज्ञ	सदस्य
(घ) प्रमुख, अस्पताल विकास तथा चिकित्सा सेवा महाशाखा, सामाजिक विकास मन्त्रालय	सदस्य
(ङ) निर्देशक, स्वास्थ्य निर्देशनालय	सदस्य सचिव

(२) यस समितिको बैठक आवश्यकता अनुसार बस्नेछ।

७. सेवा शुल्कको व्यवस्था: यो कार्यक्रम अन्तर्गत औषधि उपचार सेवा प्राप्त गर्ने बिरामीहरूले निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा, स्वास्थ्य बीमा र सामाजिक सुरक्षा इकाईबाट पनि सुविधा प्राप्त गर्ने अवस्था रहेमा वास्तविक उपचार खर्चमा निःशुल्क स्वास्थ्य कार्यक्रम, स्वास्थ्य बीमा र सामाजिक सुरक्षाबाट प्राप्त हुने रकम घटाई बाँकी खर्चको बिल मात्र यस निर्देशिका बमोजिम प्राप्त गर्ने औषधि उपचार खर्चको लागि गणना गर्नुपर्नेछ।

८. निरीक्षण / अनुगमन / मूल्यांकन: (१) दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोग लागेका नागरिकलाई औषधि उपचार सेवा प्रदान गर्ने कार्य तथा अस्पतालहरूले शोधभर्ना माग गरेको रकमको अनुगमन गर्न स्वास्थ्य





६







निर्देशनालयको नेतृत्वमा सामाजिक विकास मन्त्रालय अन्तर्गतका अस्पताल विकास तथा चिकित्सा सेवा महाशाखा, नीति, कानून, मापदण्ड, योजना तथा जनस्वास्थ्य महाशाखा, प्रशासन, योजना तथा अनुगमन महाशाखा, आर्थिक प्रशासन शाखाका प्रतिनिधिहरूको एक संयुक्त संयन्त्र रहनेछ। उक्त संयन्त्रले आवश्यकता अनुसार अनुगमन गर्नेछ।

- (२) दम तथा ब्रॉन्काइटिस रोगको औषधि उपचार कार्यक्रममा सूचिकृत हुनका लागि निवेदन पेश गर्ने सामुदायिक अस्पतालहरूको अनुगमन सम्बन्धित रोगको विशेषज्ञ चिकित्शक सहित दफा ८ को उपदफा (१) मा उल्लिखित महाशाखा/शाखामा कार्यरत प्रतिनिधिहरू सम्मिलित संयुक्त अनुगमन टोलीको सिफारिसका आधारमा उच्चस्तरीय व्यवस्थापन समितिको निर्णयबाट सूचिकृत गर्न सकिनेछ।
९. अभिलेख तथा प्रतिवेदन: (१) बिरामीको औषधि उपचार सम्बन्धी विवरण अनुसूची ६ बमोजिमको अभिलेख रजिष्टर र सोही बमोजिमको विद्युतीय प्रविधि (software) मा समेत राख्नुपर्नेछ।


(२) अस्पतालहरूले सेवा दिएका बिरामीहरूको विवरण अभिलेख रजिष्टरबाट उतार गरी त्रैमासिक रूपमा अनुसूची-७ बमोजिमको मासिक प्रतिवेदनमा उतार गरी स्वास्थ्य निर्देशनालयमा पठाउनु पर्नेछ।

(३) उपचार गर्ने अस्पतालले प्रेषण गरिएको संस्थामा बिरामीको उपचार सम्भव भएको यकिन भएपछि मात्र बिरामीहरूलाई प्रेषण गर्नुपर्नेछ। बिरामीहरूको स्पष्ट अभिलेख प्रेषण गर्ने अस्पतालले राख्नुपर्नेछ।

१०. लेखापरीक्षण: सम्बन्धित अस्पतालले प्रचलित कानून बमोजिम लेखापरीक्षण गराई सोको प्रतिवेदन स्वास्थ्य निर्देशनालयमा बुझाउनु पर्दछ। यस्तो प्रतिवेदन यथासमयमा प्राप्त नभएमा प्रदान गरिएको उपचार सेवा वापतको शोधभर्ना रकम रोक्का गर्न सकिनेछ।

११. प्रचलित कानून बमोजिम हुने: यस निर्देशिकामा उल्लेख भएको विषयको हकमा यसै बमोजिम र अन्य कुराको हकमा प्रचलित कानून बमोजिम हुनेछ।

१२. संशोधन: प्रदेश सरकारले आवश्यक ठानेमा यो निर्देशिका संशोधन गर्न सक्नेछ।





अनुसूची - १

दफा २ (ड) सँग सम्बन्धित

प्रदेश सरकार, सामाजिक विकास मन्त्रालय, प्रदेश नं. ५ अन्तर्गतका अस्पतालहरू

क्र. सं.	अस्पतालहरूको नाम	ठेगाना	फोन नं.
१	लुम्बिनी प्रादेशिक अस्पताल	बुटवल, रुपन्देही	०७१ ५४०२४८
२	राप्ती प्रादेशिक अस्पताल	तुलसीपुर, दाङ	०८२ ५६०११९
३	पाल्पा अस्पताल	तानसेन, पाल्पा	०७५ ५२०१५४
४	पाल्पा अस्पताल, रामपुर	रामपुर, पाल्पा	०७५ ५२०१५४
५	अर्घाखाँची अस्पताल	सन्धिखर्क, अर्घाखाँची	०७७ ४२०४४५
६	पृथ्वीचन्द्र अस्पताल	रामग्राम, नवलपरासी	०७८ ५२०५०३
७	कपिलवस्तु अस्पताल	तौलिहवा, कपिलवस्तु	०७६ ५६०२००
८	भीम अस्पताल	भैरहवा, रुपन्देही	०७१ ५२०१९३
९	प्युठान अस्पताल	बिजुवार, प्युठान	०६६४२९०५६
१०	रोल्पा अस्पताल	रेउघा, रोल्पा	०८६ ४४०१५७
११	गुल्मी अस्पताल	तम्घास, गुल्मी	०७९ ५२९१८८
१२	बर्दिया अस्पताल	गुलरिया, बर्दिया	०८४ ४२०१८८
१३	रुकुमपूर्व अस्पताल	रुकुमपूर्व	

*(Handwritten signatures and initials)*





अनुसूची - २

स्थानीय निकायमा आवेदन गर्ने र स्थानीय निकायले सिफारिस गर्ने फाराम

१	बिरामीको नाम थर .....उमेर:..... लिंग:.....
	नागरिकता प्र.प.न/जन्म दर्ता नं. ....
	स्थायी ठेगाना: जिल्ला ..... गाउँपालिका/उप-महा
	अस्थायी ठेगाना: जिल्ला ..... गाउँपालिका/उप-महानगरपालिका/नगरप
	जाति:.....
	परिवार सँख्या:
२	आय श्रोत:..... पेशा वा व्यवसाय:.....
	परम्परागत कृषि:
	रोजगारी (स्वदेशी/विदेशी)
	उद्यम/व्यवसाय:
	अनुमानित मासिक आय:
३	जग्गा जमिन (क्षेत्रफल र स्थान समेत:)
४	बिरामीको प्रकार: १.दम(Asthma)
	२.Chronic Oobstructive Pulmonary Disease (COPD)
	३. Occupational Lung Diseases
	४. Pulmonary Hypertension
५	संलग्न कागजातहरू:
	क) बिरामीको नागरिकताको प्रतिलिपी (१६ वर्ष मुनिको हकमा जन्म दर्ताको प्रतिलिपी) ख) रोग निदान भएको प्रेस्कीप्सन
६	उपर्युक्त बमोजिम ठिकसाचो हो, झूठा ठहरे सहूला बूझँउला ।
	निवेदकको नाम थर:
	ठेगाना:
	दस्तखत: मिति: सम्पर्क नं.
७	सिफारिस गर्ने स्वास्थ्य संयोजकको नाम:
	पद मिति: कार्यालयको छाप:
८	सिफारिस गर्ने प्रमुख प्रशासकिय अधिकृतको नाम:
	पद दर्जा: मिति: कार्यालयको छाप:

नेट: सिफारिस गर्ने फाराम दुई प्रति बनाई एक प्रति स्थानीय तहमा राखि एक प्रति बिरामीलाई दिई पठाउने व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ ।

Handwritten signatures and initials.



अनुसूची - ३

दफा ४ (३) सँग सम्बन्धित

१. पूर्ण रुपमा भरिएको अनुसूची २ फाराम
२. बिरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि (१६ बर्षमुनिको हकमा जन्म दर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि)
३. रोग निदानको कागजात (Prescription) को प्रतिलिपि
४. सिफारिस हुन चाहेको अस्पतालको विवरण





अनुसूची - ४

दम र ब्रॉन्काइटिस रोगहरुको उपचार सहलियत विवरण

रोग	सहलियत विवरण	सहलियत रकम रु
दम	साधारण जाँचपडताल, निदान, औषधि उपचार इनह्यालर, नेबुलाइजर र औषधि अस्पताल भर्ना हुँदाको नर्मल शैय्याको शुल्क, नर्सिङ केयर आदि (OPD, Indoor and Emergency)	५०,०००।- (पचास हजार रुपैयाँ)
Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	साधारण जाँचपडताल, निदान, औषधि उपचार इनह्यालर, नेबुलाइजर र औषधि अस्पताल भर्ना हुँदाको नर्मल शैय्याको शुल्क, नर्सिङ केयर आदि (OPD, Indoor and Emergency)	५०,०००।- (पचास हजार रुपैयाँ)
Occupational Lung Diseases	साधारण जाँचपडताल, निदान, औषधि उपचार अस्पताल भर्ना हुँदाको नर्मल शैय्याको शुल्क, नर्सिङ केयर आदि (OPD, Indoor and Emergency)	५०,०००। -(पचास हजार रुपैयाँ)
Pulmonary hypertension	साधारण जाँचपडताल, निदान, औषधि उपचार अस्पताल भर्ना हुँदाको नर्मल शैय्याको शुल्क, नर्सिङ केयर आदि (OPD, Indoor and Emergency)	५०,०००।- (पचास हजार रुपैयाँ)

Handwritten signatures and initials.



अनुसूची - ५

दम र ब्रॉन्काइटिस रोगको उपचार सेवाको रेकर्डिङ फारम

क. सं.	दार्ता नं.	नयाँ पुरानो	बिरामीको नाम थर	जति को ड	नागरी कता प्र.प.न /जन्म दर्ता नं.	ठेगाना	लिङ्ग तथा उमेर		बिरामी उपचार तथाफलोअप मा आएको मिति	उपचार सेवा तथाउपचार खर्च सम्बन्धि विवरण(रु.मा)							बिरामीले निःशुल्करूप मा उपचार सेवा पाउने अधिकतम रकम	बौकि रकम	कैफियत		
							म	पु		तेस्रो लिङ्गी	ओ.पी .डी.	भर्ना शुल्क	निदान	शैया शुल्क	अक्जीजन इनहालर, नेबुलाइजर प्रोसीड्युर आदि	औषधि तथाउपकरण				खर्च भएको रकम	

तयार गर्ने: नाम: पद: हस्ताक्षर:

सदर गर्ने: नाम: पद: हस्ताक्षर:



*(Handwritten signatures and marks)*

अनुसूची - ६

दम र ब्रॉन्काइटिस रोगको उपचार सेवाको प्रतिवेदन फाराम

अस्पतालको नाम:

मिति:

मासिक/चौमासिक/वार्षिक आ.व. २०७...साल.....महिनाको प्रतिवेदन

क्र.सं.	सिफारिस भई आएकोस्थानीय तह/जिल्ला	दर्ता नं.		बिरामीको नाम थर	जाती कोड	ठेगाना	उमेर (वर्षमा)			नागरिकता प्र.प.न./जन्म दर्ता नं.	रोगको किसिम	उपचारमा खर्च भएकोरकम	कैफियत
		नयां	पुरानो				महिला	पुरुष	तेओलि डी				

तयार गर्ने:

सदर गर्ने:

नाम:

नाम:

पद:

पद:

हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर:

मिति

मिति



*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*

अनुसूची - ७

दम र ब्रॉन्काइटिस रोगको सिफारिस प्रतिवेदन फाराम

सिफारिस गर्ने निकाय:

मिति:

मासिक/चौमासिक/वार्षिक आ.व. २०७.....साल.....महिनाको प्रतिवेदन

क्र.स.	बिरमीको नाम थर	जाती कोड	उमेर (वर्षमा)			नागरिकता प्र.प.न/ज नम दर्ता नं.	ठेगाना	सिफारिस गरीएको अस्पताल	रोगको किसिम	अन्य
			महिला	पुरुष	तेश्रो लिङ्गी					

तयार गर्ने:

सदर गर्ने:

नाम:

नाम:

पद:

पद:

हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर:



