



पत्र संख्या: ०८१/८२

च.नं. ४२०



मिति: २०८१/१२/२७

विषय: विपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम, भुक्तानी व्यवस्थापन समितिको निर्णय कार्यान्वयन गर्ने सम्बन्धमा।

श्री सम्पूर्ण सूचीकृत सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरू,

प्रस्तुत विषयमा विपन्न नागरिक औषधि उपचार कार्यक्रम सञ्चालन निर्देशिका, २०८० बमोजिमका सेवाहरू सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रदान गरिए पश्चात आवश्यक कागजातहरू अनिवार्य रूपमा संलग्न गर्नुपर्ने व्यवस्था रहेको छ। हालसम्मको मूल्याङ्कनका क्रममा कतिपय निर्देशिका अनुसारका आवश्यक कागजातहरू विपन्न नागरिक औषधि उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत सञ्चालित सफ्टवेयरमा अपलोड गरेको नपाईएकोले तपशिल बमोजिमका कागजातहरू अनिवार्य रूपमा उक्त सफ्टवेयरमा अपलोड गरेमा मात्र नियमानुसार सोधभर्ना भुक्तानी प्रक्रिया अगाडि बढाइने व्यहोरा मिति २०८१/१२/२० गते स्वास्थ्य सेवा विभागका श्रीमान् महानिर्देशकज्यूको अध्यक्षतामा बसेको भुक्तानी व्यवस्थापन समितिको बैठकको निर्णयानुसार अनुरोध छ।

तपशिल:

१. विरामीको नागरिकताको प्रतिलिपि, स्थानीय तहको सिफारिस पत्र, तथा तीन सदस्यीय समितिको निर्णयको प्रतिलिपि अनिवार्य रूपमा संलग्न गर्नुपर्ने छ।

२. निर्देशिकाको अनुसूची ४ बमोजिम "रोग निदान भएको संक्षिप्त व्यहोरा सहितको प्रमाणित कागजात" अनिवार्य रूपमा संलग्न गर्नुपर्ने छ। (स्ट्यान्डर्ड ढाँचा पत्रसाथ संलग्न गरिएको)

३. हेमोडायलाइसिस सेवाको हकमा:

- निर्देशिकाको अनुसूची २ बमोजिम, हेमोडायलाइसिस बढीमा हप्ताको दुई सेसन मात्र गर्न सकिनेछ र सो भन्दा बढी गर्नुपर्ने अवस्थामा स्पष्ट कारण खुल्ने गरी चिकित्सकको प्रिस्क्रिप्सन अनिवार्य रूपमा विपन्न नागरिक औषधि उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत संचालित सफ्टवेयरमा अपलोड हुनुपर्नेछ। यदि निर्देशिका बमोजिम सबै विरामीको रोग निदान भएको संक्षिप्त व्यहोरा सहितको चिकित्सकको प्रिस्क्रिप्सन साथै हप्ताको दुई सेसन भन्दा बढी हेमोडायलाइसिस गर्नुपर्ने भएमा यसैसाथ संलग्न रहेको प्रिस्क्रिप्सन ढाँचामा स्पष्ट कारण खुल्ने गरी चिकित्सकको प्रिस्क्रिप्सन नभएमा सोधभर्ना भुक्तानी गरिने छैन। (प्रिस्क्रिप्सनको स्ट्यान्डर्ड ढाँचा पत्रसाथ संलग्न गरिएको)
- मासिक प्रतिवेदनमा हेमोडायलाइसिस मेसिनको संख्या, दैनिक सिफ्ट अनुसार सेसनको विवरण, डायलाइसिस सञ्चालन भएको जम्मा दिन समेत स्पष्ट रूपमा समावेश गर्नुपर्ने छ। (प्रतिवेदनको ढाँचा पत्रसाथ संलग्न गरिएको)

(Signature)

"स्वास्थ्यका मापदण्डहरूको कडा रूपमा पालना गरौं, गराऔं र कोभिडको संक्रमणबाट बचौं बचाऔं"





नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

नर्सिङ तथा सामाजिक सुरक्षा महाशाखा



फोन नं. ०१-५३५११७३, ५३६२२६१,

५३६६८३७६,

E-mail: nursing2075@gmail.com

Website: <https://nssd.dohs.gov.np>

पत्र संख्या: ०८१/८२

च.नं. ४२०

मिति: २०८१/१२/२७

४. निर्देशिकाको दफा १३ (१) बमोजिम, अस्पतालले कडा रोगको उपचार वापत लिने सेवा शुल्क स्वास्थ्य बीमा बोर्डले निर्धारण गरेको दर रेट बमोजिम हुने व्यवस्था रहेकोले सेवा प्रदायक अस्पतालहरुको सेवा शुल्क स्वास्थ्य विमा बोर्डको दर रेट वा सोभन्दा कम हुनुपर्नेछ । सेवा शुल्क स्वास्थ्य विमा बोर्डको दर रेट भन्दा बढी दावी गरेमा कटौती गरेर मात्र नियमानुसार सोधभर्ना भुक्तानी गरिनेछ ।
५. निर्देशिकाको दफा १५ (१) बमोजिम विरामीको औषधी उपचार वापतको वील भर्पाई सफ्टवेयरमा अनिवार्य अपलोड गर्नुपर्नेछ र उक्त विलहरुमा सबै विवरण स्पष्ट रूपमा उल्लेख गरिएको हुनुपर्नेछ । (जस्तै: वेड चार्जमा साधारण वेड वा आईसीयू वेड वा एच.डी.यू वेड, आदि स्पष्ट रूपमा उल्लेख गरिएको हुनुपर्नेछ) । वील भर्पाईहरु अनिवार्य अपलोड नभएमा शोधभर्ना भुक्तानी गरिने छैन ।
६. निर्देशिकाको दफा १५ (२) बमोजिम अस्पतालले सेवा दिएका विरामीहरुको विवरण सहितको मासिक प्रतिवेदन तयार गरी प्रत्येक महिनाको सात (७) गते भित्र यस महाशाखामा अनिवार्य रूपमा पठाउनु पर्नेछ ।
७. निर्देशिकाको दफा ७ (ड) बमोजिम अस्पतालले सेवा दिएका सेवाग्राहीहरुको फोटो सहितको विवरण, सेवाको विवरण र खर्च भएको रकम अस्पतालको सुचना पाटी र वेवसाईटमा अनिवार्य सार्वजनिक गर्नुपर्नेमा अनुगमनका क्रममा धेरैजसो अस्पतालले नगरेको पाइएकोले अनिवार्य अस्पतालको सुचना पाटी र वेवसाईटमा सार्वजनिक गर्नुपर्ने छ ।

नोट: माथि उल्लिखित कागजातहरु पेश (अनलाइन अपलोड) नगरेको पाइएमा सोधभर्ना भुक्तानी गरिने छैन ।

सादर अवगतार्थ:

श्रीमान् सचिवज्यू, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, रामशाहपथ, काठमाण्डौ ।

श्रीमान् महानिर्देशकज्यू, स्वास्थ्य सेवा विभाग, टेकु, काठमाण्डौ ।

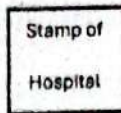
.....

डा. सुरेन्द्र चौरसिया

वरिष्ठ स्वास्थ्य प्रशासक



“स्वास्थ्यका मापदण्डहरुको कडा रूपमा पालना गरौं, गराऔं
र कोभिडको संक्रमणबाट बचौं बचाऔं”



Hospital Name

General PRESCRIPTION SAMPLE

Date:.....

Details:

ID No:

Patient Name:

Age:

Gender:

Address:

Contact Number:

Chief Complaints and Relevant History:

Examination:

Investigation findings:

Provisional/ Final Diagnosis:

Rx:

Advice and Follow-up Plan:

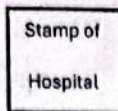
Signature

Full Name:

Designation:

NMC no:





Hospital Name

Dialysis PRESCRIPTION SAMPLE

Date:

Patient Details

Name: _____ Age: _____ Sex: _____ ID No.: _____

HD Initiation Date: _____ HD Schedule (Session/week): _____

Diagnosis: _____

Comorbid Conditions: _____

Chief Complaints and Relevant History/ Examination:

Indications for Hemodialysis:

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Rx:

Advice and Follow-up Plan:

Review Schedule: Every 3 months,
with adjustments as per the patient's condition.

Signature

Full Name:

Designation:

NMC no:



Stamp of
Hospital

Hospital Name

PRESCRIPTION SAMPLE

(For more than two times hemodialysis in a week)

Date:

Patient Details

Name: _____ Age: _____ Sex: _____ ID No.: _____

HD Initiation Date: _____ HD Schedule: _____

Diagnosis: _____

Comorbid Conditions: _____

Chief Complaints and Relevant History/ Examination:

Indications for thrice-a-week Hemodialysis:

- ☐ High pulmonary artery systolic pressure (PASP) with severe tricuspid regurgitation (TR).
- ☐ Enrolled for a renal transplant, planned within three months.
- ☐ Recurrent pulmonary edema.
- ☐ Severe hyperkalemia despite medications.
- ☐ Uncontrolled or refractory hypertension.
- ☐ Uremic symptoms, including:
 - o Gastrointestinal issues
 - o Drowsiness
 - o Persistent hyperphosphatemia despite medication and dietary restrictions.
- ☐ Massive bilateral or unilateral pleural effusion leading to shortness of breath (SOB).
- ☐ Gross refractory ascites without a plausible diagnosis.
- ☐ Large pericardial effusion with or without tamponade.
- ☐ Weighing more than 80 kg.
- ☐ Others: _____

Rx:

-
-

Advice and Follow-up Plan:

Review Schedule: Every 3 months,
with adjustments as per patient condition.

Signature

Full Name:

Designation:

NMC no:



मासिक प्रतिवेदनको ढाँचा (मृगौला रोगको लागि)

श्रीमान निर्देशक ज्यू,
नर्सिङ तथा सामाजिक सुरक्षा महाशाखा,
टेकु, काठमाण्डौ ।

मिति:.....

विषय: _____ महिनाको मासिक प्रतिवेदन पठाइएको सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा विपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम सञ्चालन निर्देशिका, २०८० बमोजिम विभिन्न स्थानिय तहहरुबाट सिफारिस भइ आएका विपन्न विरामीहरुका आवश्यक कागजातहरु रुजु गरी यस अस्पतालले आ.व. _____ को _____ साल _____ महिनामा उपलब्ध गराएका तपशिल बमोजिमको प्रतिवेदन (_____ पाना) यसै पत्रासाथ संलग्न गरी पठाइएको र सो बराबरको जम्मा रकम (_____) यस अस्पताललाई सोधभर्ना भुक्तानी गरिदिनुहुन अनुरोध छ ।

मृगौला रोगको हकमा

क्र.सं.	रोगको नाम	नयाँ विरामी संख्या	पुरानो विरामी संख्या	डायलाइसिस सेसन/ CAPD प्याकेट संख्या	खर्च रकम	कैफियत
	जम्मा					

नोट:

- चालू अवस्थामा रहेका मेसिनहरुको संख्या:
- डायलाइसिस सिफ्टको संख्या (प्रति दिन):
- महिनामा जम्मा डायलाइसिस सेवा सञ्चालन रहेका दिनहरुको संख्या

सम्पर्क व्यक्ति/ कार्यक्रम फोकल पर्सन

नाम:

मोबाईल नं.



अस्पताल प्रमुख

मासिक प्रतिवेदनको ढाँचा
(मृगौला रोग बाहेक अन्य ७ वटा कडा रोगको हकमा)

श्रीमान निर्देशक ज्यू,
नर्सिङ तथा सामाजिक सुरक्षा महाशाखा,
टेकु, काठमाण्डौ ।

मिति:.....

विषय: _____ महिनाको प्रतिवेदन पठाइएको सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा विपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम सञ्चालन निर्देशिका, २०८० बमोजिम विभिन्न स्थानिय तहहरुबाट सिफारिस भइ आएका विपन्न विरामीहरुका आवश्यक कागजातहरु रुजु गरी यस अस्पतालले आ.व. _____ को _____ साल _____ महिनामा उपलब्ध गराएका तपशिल बमोजिमको प्रतिवेदन (_____ पाना) यसै पत्रासाथ संलग्न गरी पठाइएको र सो बराबरको जम्मा रकम (रु _____) यस अस्पताललाई सोधभर्ना भुक्तानी गरिदिनुन अनुरोध छ ।

(मृगौला रोग बाहेक अन्य ७ वटा कडा रोगको हकमा)

क्र.सं.	रोगको नाम	नयाँ विरामी संख्या	पुरानो विरामी संख्या	खर्च रकम	कैफियत
	जम्मा				

सम्पर्क व्यक्ति/ कार्यक्रम फोकल पर्सन

नाम:

मोबाईल नं



अस्पताल प्रमुख