



हेटौंडा राजपत्र

हेटौंडा उपमहानगरपालिकाद्वारा प्रकाशित

खण्ड: ४

सङ्ख्या: २

मिति: २०७७/११/१४

हेटौंडा उपमहानगरपालिका सुरक्षित मातृत्वका लागि गर्भवती महिलाको भिडियो एक्सरे सम्बन्धी मापदण्ड, २०७७

यस उपमहानगरपालिका क्षेत्र भित्र रहेका सम्पूर्ण गर्भवती महिलाको निशुल्क भिडियो एक्सरे सेवा प्रदान गरी सुरक्षित मातृत्व सेवा कार्यक्रमलाई प्रभावकारी रूपमा संचालन गर्न बान्छनीय भएकोले भिडियो एक्सरे सेवाबाट सबै गर्भवती महिलालाई सेवा दिन भनि चालु आर्थिक वर्षको बार्षिक बजेट तथा कार्यक्रमको शिर्षक (उप-शिर्षक स्वास्थ्य, सि. नं. ७, हेटौंडा उपमहानगरपालिका (८०३३२३०११०१) मा विनियोजन गरीएको बजेट कार्यान्वयन गर्न स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ को दफा १०२ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरि हेटौंडा उपमहानगरपालिका नगरकार्यपालिकाले यो मापदण्ड बनाई जारी गरेको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:

- (१) यस मापदण्डको नाम “हेटौंडा उपमहानगरपालिका सुरक्षित मातृत्वका लागि गर्भवती महिलाको भिडियो एक्सरे सम्बन्धी मापदण्ड, २०७७” रहेको छ ।
- (२) यो मापदण्ड राजपत्रमा प्रकाशन भएको मिति देखि लागु हुनेछ ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस मापदण्डमा,

- (क) “उपमहानगरपालिका” भन्नाले हेटौंडा उपमहानगरपालिकालाई सम्झनु पर्दछ ।
- (ख) “कार्यालय” भन्नाले हेटौंडा उपमहानगरपालिका नगरकार्यपालिकाको कार्यालय सम्झनु पर्दछ ।
- (ग) “कार्यपालिका” भन्नाले हेटौंडा उपमहानगरपालिका नगर कार्यपालिका सम्झनु पर्दछ ।

- (घ) "मापदण्ड" भन्नाले हेटौँडा उपमहानगरपालिका सुरक्षित मातृत्वका लागि गर्भवती महिलाको भिडियो एक्सरे सम्बन्धी मापदण्ड, २०७७ सम्झनु पर्दछ ।
- (ङ) "स्वास्थ्य संस्था" भन्नाले हेटौँडा उपमहानगरपालिका क्षेत्र भित्र संचालित सरकारी तथा सामुदायिक स्वास्थ्य संस्था सम्झनु पर्दछ ।

३. मापदण्डको उद्देश्य:

- (१) उपमहानगरपालिका क्षेत्र भित्रका सम्पूर्ण गर्भवती महिलाहरूलाई प्रजनन स्वास्थ्य सुरक्षित गर्न भिडियो एक्सरे सेवा प्रदान गर्ने ।
- (२) आमा र नवजात शिशुको स्वास्थ्यमा हुन सक्ने जोखिमलाई न्यूनीकरण गर्ने ।

४. **भिडियो एक्सरे सेवा प्राप्त गर्ने विधि:-** यस कार्यक्रम हेटौँडा उपमहानगरपालिका क्षेत्र भित्र सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थासंग साझेदारिमा सञ्चालन गरिनेछ । हेटौँडा उपमहानगरपालिकाले सिफारिस गरीएका सेवाग्राहीहरूलाई स्वास्थ्य संस्थाले भिडियो एक्सरे सेवा दिनेछ । सिफारिस अनुसुची १ बमोजिमको ढाँचामा हुनेछ । सिफारिस अनुसारको सेवा सञ्चालनका लागि आवश्यक पर्ने पूर्वाधार, उपकरण, औजार, जनशक्ती, केमिकल लगायतको प्रबन्ध स्वास्थ्य संस्था स्वयंले गर्नेछ । सेवा सञ्चालन बापत स्वास्थ्य संस्था र उपमहानगरपालिका बिचको छलफल र सहमतीले तोकिए बमोजिम सेवा शुल्क बापतको रकम स्वास्थ्य संस्थालाई उपमहानगरपालिकाले भुक्तानी गर्नेछ । उपमहानगरपालिका र स्वास्थ्य संस्थाले अनुसुचि २ बमोजिमको ढाँचामा सेवा प्राप्त गरेका सेवाग्राहीको विवरण तयार गर्नु पर्ने छ ।

५. **भिडियो एक्सरे सञ्चालन विधि:** (१) भिडियो एक्सरे सेवा प्रदान गर्दा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरूले गर्भ अवस्थाको अन्य सेवाहरू नियमित गर्न लगाउने छ । सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थासंग मापदण्ड बमोजिम कार्यालयले छुट्टै सम्झौता गरी कार्यान्वयनमा ल्याउने छ ।

(२) महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको सम्पर्क र समन्वयमा सम्बन्धित वडा स्वास्थ्य संस्थाको सिफारिस पत्र लिएर स्वास्थ्य संस्थामा गई सेवा लिन सकिनेछ । उपमहानगरपालिका क्षेत्रभित्र स्थायी बसोबास गर्ने गर्भवती महिलाले गर्भ अवधि भित्र सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको पारमर्श अनुसार उपयुक्त समयमा एकपटक मात्र यो सुविधा प्राप्त गर्न सक्नेछ । उपलब्ध गराइएको सेवा सम्बन्धी सूचना गोप्य रहनेछ ।

(३) लिङ्ग पहिचानको उद्देश्यले यो सेवा उपलब्ध गराइने छैन । लिङ्ग पहिचान गरे गराए प्रचलित कानून बमोजिम सजाय गर्न बाधा पर्ने छैन ।

(४) यस सेवा प्राप्त गर्ने सेवाग्राहीले उपमहानगरपालिका क्षेत्र भित्रका स्वास्थ्य संस्थामा एक पटक कम्तिमा गर्भ जाँच लिएको हुनुपर्नेछ । तर वढि अवधी पुरा भएको गर्भ भएमा गर्भवती महिलाले गर्भवती सेवा हुनुपूर्व लिनु पर्ने फोलिक एसिड चक्री कम्तिमा ३ महिना

खाएको हुनुपर्ने। सो गर्भको अबधीभर गर्भ, प्रशव र सुत्केरी अबधीभर सेवा लिने प्रतिवद्धता पेश गर्नु पर्ने।

(५) यो सेवा गर्भ रहेको पहिलो पटक ४ महिना भित्र र दोश्रो पटक आठौं महिना लागे पछि गर्न सिफारिस गरेको हुनुपर्नेछ यद्यपी आकस्मिक कुनै स्वास्थ्य समस्या देखा परेमा २ पटक ननाघ्ने गरि जुनसुकै समयमा सेवाको लागि सिफारिस गर्नु पर्नेछ।

६. **भुक्तानी विधी:** चौमासिक रूपमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाबाट स्वास्थ्य जाँचका लागि भएको सिफारिस पत्र संलग्न राखी सेवा प्राप्त गरेका व्यक्तीहरुको नामावली, ठेगाना, सम्पर्क नम्बर खुलेको विवरण भरि स्वास्थ्य संस्थाबाट कार्यालयमा पत्र प्राप्त भएपछि रकम भुक्तानी गरिनेछ।

७. **प्रतिबद्धता:-** गर्भवति महिलाले भिडियो एक्सरे सेवा प्राप्त गरे बापत सेवाग्राहीले अनुसुचि ३ बमोजिम उल्लेख गरिएका प्रतिबद्धता गर्नु पर्दछ।

८. **मापदण्डको व्याख्या:-** यो मापदण्डको अन्तिम व्याख्या गर्ने अधिकार कार्यपालिकामा निहित रहनेछ।

९. **थपघट तथा हेरफेर:** मुलुकको आवश्यकता, प्राथमिकता एवं सन्दर्भलाई समेत मध्यनजर गरी कार्यपालिकाले प्रचलित कानूनसँग नबाझिने गरी यस मापदण्डमा आवश्यक थपघट तथा हेरफेर गर्न सक्नेछ।

अनुसुची १

दफा ४ संग सम्बन्धित

हेटौडा उपमहानगरपालिकाले दिने सिफारिसको ढाँचा



श्री हेटौडा उपमहानगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
स्वास्थ्य चौकी/शहरी स्वास्थ्य केन्द्र/शहरी स्वास्थ्य प्रवर्द्धन केन्द्र
हेटौडा मकवानपुर
बागमती प्रदेश नेपाल

च.नं.:-

मिति :-

प.सं.:- २०७७/०७८

विषय:- सिफारिस सम्बन्धमा ।

श्री अस्पताल
हेटौडा, मकवानपुर

प्रस्तुत विषयमा हेटौडा उपमहानगरपालिकाको चालु आ.व.२०७७/०७८ को सामाजिक विकास क्षेत्र, स्वास्थ्य उपक्षेत्रको वार्षिक स्वीकृत कार्यक्रम अनुसार गर्भावस्थामा अल्ट्रा साउण्ड विधिबाट गर्भमा रहेको भ्रुण र आमाको पाठेघर सम्बन्धि स्वास्थ्य अवस्था थाहा पाउन गर्भवतीको भिडियो एक्सरे (अल्ट्रा साउण्ड) सेवा प्रदान गर्ने कार्यक्रम अनुसार त्यस अस्पतालसंग सहकार्य कार्य प्रारम्भ भएकोले यस स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गत देहायको ठेगाना भएको गर्भवती महिलालाई एक पटकको लागि उक्त सेवा प्रदान गरि दिन हुन सिफारिस गरि पठाईएको व्यहोरा व्यहोरा अनुरोध छ । तपसिल

१. आफ्नो क्षेत्रको महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाको नाम, थर :-
२. सम्बन्धित क्षेत्रको महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका कार्यक्षेत्र नं. :-
३. टोलको नाम:- वार्ड नं.:-
४. टोल विकास संस्थाको नाम :-
५. गर्भवतीको नाम, थर :- उमेर :- वर्ष सम्पर्क नं.:-
६. श्रीमानको नाम:- सम्पर्क नं.:-
७. गर्भवती सम्बन्धि विवरण :-
गर्भको पटक :- यस पटकको गर्भ जांच पटक :-
स्वास्थ्य संस्थाको मूलदर्ता नं. :- गर्भ जांच सेवा दर्ता नं. :-
गर्भ रहेको महिना :- प्रसव मिति:-
८. हालसम्म लिएको सेवा :-
क. आईरन तथा फोलिक एसिड चक्री खाएको :-
ख. टि.डी.खोप लगाएको :-
ग. जुकाको औषधि खाएको :-
घ. स्वास्थ्यकर्मी सल्लाह अनुसार स्वास्थ्य सेवा र पोषण सेवा लिएको :-
९. गर्भावस्थामा लिनु पर्ने बाँकि स्वास्थ्य सेवा लिने प्रतिबद्धता पुरा गरेको :-
१०. यस अघि सेवा लिएको/ नलिएको :-

नाम:-

अ.न.मी./सि.अ.न.मी.

सम्पर्क नं. :-

नाम:-

स्वास्थ्य संस्था प्रमुख

सम्पर्क नं.:-

अनुसुची २

दफा ४ संग सम्बन्धित

हेटौडा उपमहानगरपालिका र स्वास्थ्य संस्थाले सेवा प्राप्त गरेका सेवाग्राहीको विवरण राख्ने फारम

प्रदेश सरकार

सामाजिक विकास मन्त्रालय वा मदन भण्डारी स्वास्थ्य बिज्ञान प्रतिष्ठान मध्ये कुनै एक

हेटौडा अस्पताल

हेटौडा -०१ मकवानपुर

यस अस्पतालबाट हेटौडा उपमहानगरपालिकाको सहकार्यमा USG सेवा प्राप्त गरेका सेवाग्राहीको विवरण

| सि. नं. | सिफारिस मिति | गर्भवतीको नाम, थर | उमेर | सेवा कोपटक | सम्पर्क नं. | गर्भको पटक | गर्भ रहेको महिना | वार्ड नं. | टोलको नाम | सिफारिस गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम | सेवा दिएको मिति | स्वास्थ्य अवस्था | कैफियत |
|---------|--------------|-------------------|------|------------|-------------|------------|------------------|-----------|-----------|--------------------------------------|-----------------|------------------|--------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

विवरणतयार गर्नेको :-

दस्तखत:-

नाम:-

पद:-

मिती:-

जाँच गर्ने चिकित्सकको :-

दस्तखत:-

नाम:-

पद:-

मिति :-

जाँच गर्ने चिकित्सकको :-

दस्तखत:-

नाम:-

पद:-

मिति :-



अनुसुची ३

दफा ७ संग सम्बन्धित

श्री हेटौडा उपमहानगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

गर्भवती महिलालाई भिडियो एक्सरे अर्थात् अल्ट्रा साउण्ड सेवा प्रदान गर्ने मापदण्ड अनुसार सेवाग्राहिले गर्ने प्रतिबद्धता पत्र
हेटौडा मकवानपुर

प्रस्तुत विषयमा म तपसिलमा उल्लेखित व्यहोरा भएको जिम्मेवार सेवाग्राहिले नाताले आफ्नो स्वास्थ्य साथै आफूबाट जन्म हुन गई रहेको बालकको स्वास्थ्य सुरक्षाका लागि देहाय बमोजिम स्वास्थ्य गतिविधि एवं सेवा लिन तयार रहेको प्रतिबद्धता व्यक्त गर्दछु ।

तपसिल

- १ सम्बन्धित क्षेत्रको महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविकाको नाम, थर ठेगाना थाहा पाउने छु ।
- २ सम्बन्धित क्षेत्रको टोल विकास संस्थाको नाम थाहा पाउने छु ।
- ३ सम्बन्धित क्षेत्रको स्वास्थ्य आमा समुहको बैठक हुने स्थान र मिति थाहा पाई नियमित भाग लिनेछु ।
- ४ गर्भवास्थामा अनिवार्य निम्न सेवा यस स्वास्थ्य संस्थाबाट लिनेछु ।

- क. ८ पटक गर्भ जाँच सेवा लिनेछु ।
- ख. एक पटक जुकाको औषधि सेवन गर्नेछु ।
- ग. सुत्केरी भएको ४५ दिनसम्म नियमित आईरन तथा फोलिक एसिड चक्री सेवन गर्नेछु ।
- घ. नियमित स्थानीय स्तरमा उपलब्ध पोषण युक्त खानाको प्रयोग गर्नेछु ।
- ङ. टि.डी.खोप नलिएको भए आवश्यकता अनुसार २ पटक खोप लिनेछु ।
- च. स्वास्थ्यकर्मीसंग पर्याप्त गर्भ बारेमा परामर्श गर्नेछु ।
- छ. स्वास्थ्य संस्थामा नै प्रसूती हुनेछु ।
- ज. बच्चाको जन्म पश्चात समयमा जन्म दर्ता गर्ने र पुर्ण खोप दिलाउनेछु ।
- झ. बच्चाको जन्म पश्चात समय/समयमा बालभिट्टा र भिटामिन ए खुवाउनेछु ।
- ञ. ६ महिनासम्म पूर्ण स्तनपान र २ वर्षसम्म स्तनपान गराउनेछु ।
- ट. बालबालिकाको नियमित वृद्धि अनुगमन (जोख तौल) गराउनेछु ।
- ठ. आवश्यकता भन्दा बढी अल्ट्रासाउण्ड सेवा लिने छैन ।

५ माथी लेखिएका वा उल्लेख नभएका प्रचलित स्वास्थ्य सेवा र ब्यवहार अपनाउँदै यो प्रतिबद्धता पूर्ण पालना गर्नेछु

प्रतिबद्धता जाहेर गर्ने :-

गर्भवतीको नाम, थर :-

श्रीमान/ अभिभावकको नाम:-

टोलको नाम:-

उमेर :- वर्ष सम्पर्क नं.:-

सम्पर्क नं.:-

वार्ड नं.:-

दस्तखत :-

६ हालसम्म लिएको सेवाको विवरण :-

आईरन तथा फोलिक एसिड चक्की खाएको :-

टि.डी.खोप लगाएको :-

जुकाको औषधि खाएको :-

स्वास्थ्यकर्मी सल्लाह अनुसार स्वास्थ्य सेवा र पोषण सेवा लिएको :-

प्रतिबद्धता गराउनेको :-

प्रतिबद्धता जाहेर गरेको प्रमाणित

गर्नेको :-

नाम:-

नाम:-

अ.न.मी./सि.अ.न.मी.

स्वास्थ्य संस्था प्रमुख

सम्पर्क नं. :-

सम्पर्क नं.:-

प्रमाणीकरण गर्नेको

नाम थर: नमराज घिमिरे

पद: प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

पृष्ठ संख्या: ७

मिति: २०७७।११।१४