

अनुसूची-३

नेपाल सरकारबाट प्रयोगमा ल्याइएको डिफल्टर ट्रेसिङ्ग अनुगमन पुर्जाको नमूना

HMIS-1.5

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
डिफल्टर अनुगमन पुर्जा
DEFAULTER FOLLOW-UP SLIP

श्री(अभिभावक, म.स्वा.स्व.सेविका,) ज्यू
निम्न व्यक्तिको खोप छुट भएकोले खोप लिन उत्प्रेरित गर्नुभई सेवा लिन यो पुर्जा सहित पठाई सहयोग गरिदिनु होला ।

१. नाम, थर : उमेर (महिना) : लिङ्ग :
२. ठेगाना : /गाउँपालिका, न.पा. : वार्ड नं. : गाउँ/टोल :
३. घरमूलीको नाम, थर :
४. लिइरहेको सेवा : नियमित खोप
५. लिनुपर्ने छुट खोप सेवा : १..... २..... ३.....
५. सेवा लिन आउनुपर्ने मिति :साल महिनाको..... गते.....

अनुगमन गरि सेवा लिन पठाउने व्यक्तिको नाम :
पद :
अनुगमन गरि सल्लाह दिएको मिति :

(सेवा दिने व्यक्तिले भर्ने)

सम्पर्क गरेको मिति :
डिफल्टर हुनुको कारण :
आज दिएको सेवा :

सेवा दिने व्यक्तिको

नाम :
पद :
सही :
मिति :

नोट: सबै प्रकारको नियमित सेवा लिन आउनुपर्ने विरामीहरू/सेवाग्राहीहरू तोकिएको समयमा सेवा लिन नआएमा अनुगमन गर्न यो फाराम प्रयोग गर्नु पर्दछ । पूर्णखोपको सन्दर्भमा सर्वेक्षणमा खोप लगाउन छुट तथा नियमित खोपमा छुट बच्चा लाई खोप लगाउन म.स्वा.स्व.से. वा समुदायका अन्य व्यक्ति माफत यो पुर्जामा लगाउन बाँकी खोप उल्लेख गरि सम्बन्धित अभिभावकलाई पठाउनुपर्दछ र सेवा दिए पछि यो पुर्जा स्वास्थ्य सस्थामा राख्नु पर्दछ ।

अनुसूची ५

हाल खोप पाईरहेका ०-१५ महिना सम्मका बालबालिकाको Line Listing को समायोजन प्रतिवेदन फारम

वडाले खोपकेन्द्र वाईज र पालिकाले वडा वाईज विवरण पठाउने

जिल्ला :

पालिकाको नाम :

वडा नं. :

सर्वेक्षण गरिएको मिति :

पूर्णखोप सुनिश्चित गरिएको मिति :

वडा नं/ खोप केन्द्र	० - १५ महिना का कुल जम्मा बच्चा	हाल खोप पाई रहेका बालबालिकाको जातजाति अनुसार संख्या								सर्वेक्षणमा भेटेर खोप पुरा गरेका बच्चा संख्या	
		खोप कार्ड भएका बच्चा	खोपकार्ड नभएका बच्चा	१	२	३	४	५	६	शून्य डोज	डुप आउट
१											
२											
३											
४											
५											
६											
७											
८											
९											
जम्मा											

नोट : सर्वेक्षण गरि अनुसूची १ को फारम बाट यो फारममा समायोजन गरि प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ । साथै यो फारम अनुसारका बच्चाहरूलाई हालको खोप रजिष्टरमा समेत अध्यावधिक गर्नुपर्दछ । यो प्रतिवेदन फारम पूर्णखोप घोषणाको लागि लेखिने पत्रसाथ संलग्नगरि पालिका तथा जिल्लामा पठाउनुपर्दछ ।

स्वास्थ्य संस्था प्रमुख / सदस्य सचिव

नाम :

हस्ताक्षर :

मिति :

वडा/ नगर/गाउँपालिका प्रमुख

नाम :

हस्ताक्षर :

मिति :

अनुसूचि ६

पूर्ण खोप वडा/गाउँपालिका/नगरपालिका सुनिश्चित कार्यक्रम
१६ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बालबालिकाको पूर्णखोपको समायोजन प्रतिवेदन फारम

वडाले खोपकेन्द्र वाईज र पालिकाले वडावाईजको विवरण पठाउने

जिल्ला :

पालिकाको नाम :

वडा नं. :

सर्वेक्षण गरिएको मिति :

पूर्णखोप सुनिश्चित गरिएको मिति :

वडा नं. / खोपकेन्द्रको नाम	१६ - ५९ महिना का कुलजम्मा बच्चा	पूर्णखोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्या	सर्वेक्षणमा खोजेर खोप पुरा गरेको बालबालिकाको जातजाति अनुसार संख्या								सर्वेक्षणमा भेटेर खोप पुरा गरेका बच्चा संख्या	
			खोप कार्ड भएका बच्चा	खोपकार्ड नभएका बच्चा	१	२	३	४	५	६	शून्य डोज	डुप आउट
१												
२												
३												
४												
५												
६												
७												
८												
९												
जम्मा												

नोट: स्वास्थ्यकर्महरूले सवै घरघुरी सर्वेक्षण गरिसकेपछि स्वास्थ्य संस्थामा समिक्षा बैठक गरेर छुट भएका बच्चालाई खोप पुरा गरेपछि पूर्णखोप घोषणाको लागि अनुमति माग गर्दा अनुसूचि ३ समेत संलग्न राखि यो समायोजन फारम वडा खोप समन्वय समिति/वडा समिति/स्वास्थ्य व्यवस्थापन समितिबाट प्रमाणित गराई पत्र साथ पठाउनु पर्दछ ।

स्वास्थ्य संस्था प्रमुख/सदस्य सचिब

नाम :

हस्ताक्षर :

मिति :

वडा/नगर/गाउँपालिका प्रमुख

नाम :

हस्ताक्षर :

मिति :

अनुसूचि- ७

स्थानीय तह/जिल्ला/प्रदेश/राष्ट्रिय खोप समन्वय समितिमा घोषणा अनुमतिको लागि पठाउने पत्रको नमूना

प.सं.:

श्री प्रमुख/अध्यक्षज्यू

गा.पा / न.पा./ जिल्ला/प्रदेश/राष्ट्रिय खोप समन्वय समिति

.....।

बिषय : पूर्णखोप वडा/स्थानीय तह/पालिका/जिल्ला/प्रदेश घोषणाका लागि सिफारिस गरिएको सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा यस वडा/स्थानीय तह/जिल्ला/प्रदेश मा मिति २० / / सम्ममा पूर्णखोप वडा, स्थानीय तह /जिल्ला/प्रदेश सुनिश्चितताका लागि गर्नुपर्ने सम्पूर्ण प्रक्रिया पुरा गरि बालबालिकाले १५ महिनाको उमेर भित्र पाउनु पर्ने सम्पूर्ण खोपहरू प्राप्त गरेको सुनिश्चित गरिएको छ । यसै सम्बन्धमा मिति २० / / मा बसेको वडा /स्थानीय तह/जिल्ला/ प्रदेश खोप समन्वय समितिको बैठकले यस वडा/स्थानीयतह /जिल्ला/प्रदेशलाई पूर्णखोप सुनिश्चितता भएको घोषणा/दिगोपना प्रमाणिकरण गर्नका लागि गा.पा/ न पा / जिल्ला/ प्रदेश खोप समन्वय समिति/राष्ट्रिय खोप समन्वय समितिमा सिफारिस गर्ने निर्णय गरिएको हुँदा पूर्णखोप घोषणाको लागि निर्देशिका बमोजिम भेरिफिकेसन गरी घोषणा/प्रमाणिकरण गरि दिनुहुन हार्दिक अनुरोध गर्दछौं । वडा/स्थानीय तह/जिल्ला अनुसारको आवश्यक विवरण यसै पत्रसाथ संलग्न राखी पठाइएको व्यहोरा अनुरोध गर्दछु ।

अन्त्यमा, आगामी दिनमा पनि यस वडा/ स्थानीय तह /जिल्ला/ प्रदेशलाई पूर्णखोपको अवस्था कायम राख्न प्रतिवद्ध रहेको व्यहोरा समेत अनुरोध गर्दछु ।

सदस्य सचिव

.....खोप समन्वय समिति

अध्यक्ष

.....खोप समन्वय समिति

बोधार्थ :

राष्ट्रिय खोप समन्वय समितिको सचिवालय ।

सामाजिक विकास मन्त्रालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय ।

जिल्ला समन्वय समिति/जिल्ला खोप समन्वय समिति ।

जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय

अनुसूची ९

पूर्णखोप सुनिश्चितता पालिका घोषणाको लागि जिल्लाबाट गरिने भेरिफिकेसन/ अनुगमन चेकलिष्टको नमुना

स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा, बाल स्वास्थ्य महाशाखा
टेकु, काठमाण्डौ

प्रदेशको नाम :

जिल्ला :

(पूर्णखोप सुनिश्चितता पालिका घोषणाको लागि जिल्लाबाट गरिने भेरिफिकेसन/ अनुगमन फारम)

क.सामान्य विवरण

१	पालिकाको नाम :
२	अनुगमन गरिएको मिति :
३	जम्मा वडा : जम्मा स्वास्थ्य संस्था : (प्रा.सा.के.,स्वा.चौ.,, आधारभुत स्वा.के.,, सा.स्वा.ई.,,.....)
४	जम्मा जनसंख्या
५	०-१ वर्षको बच्चाको लक्ष
६	१२-२३ महिनाको बच्चाको लक्ष
७	गत वर्षको ० - १५ महिना को HMIS को प्रगति : बिसिजी = दादुरा/रुबेला - १.....जना दादुरा /रुबेला २.....जना
८	Line listing बाट प्राप्त ० - १५ महिनाको बच्चाको संख्या :
९	खोप सर्वेक्षणबाट प्राप्त १६ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बच्चा संख्या :
१०	घरधुरी सर्वेक्षणमा भेटि खोप पुरा गराएको बच्चा : शून्य डोज संख्या - ड्रपआउट संख्या -
११	पूर्णखोप घोषणा/प्रमाणीकरण भएको वडा नं. मिति..... अन्तिम वडा नं..... मिति-
१४	पालिका घोषणाको प्रस्तावित मिति :

ख. पूर्णखोप घोषणा प्रक्रिया विवरण

क्र.सं.	मूल्यांकन गर्ने क्षेत्रहरू	स्थिति
१	पालिका स्तरीय पूर्णखोप घोषणा र दिगोपनाको योजना	मुख्य नियर्णहरू
२	वडा स्तरको प्रतिवेदनहरूको समिक्षा तथा विश्लेषण भएको	१ वडा वाइज प्रतिवेदनहरू व्यवस्थित भए/नभएको
३	पालिका स्तरीय पूर्णखोप सम्बन्धि बैठक तथा योजना	१. निर्णय तथा योजनाहरूको अभिलेख भए/नभएको
४	वडा घोषणा कार्यक्रममा पालिका को भूमिका	उल्लेख गर्ने :
५	पूर्णखोप भेरिफिकेसन सर्वेक्षणमा संलग्न व्यक्तिहरू र संस्था	उल्लेख गर्ने :
६	वडा बाट प्राप्त पत्र साथ संलग्न विवरण	१. सर्वेक्षण समायोजन विवरण २. दिगोपनाको कार्ययोजना ३. अनुगमन तथा घोषणा सभाको माग पत्र
७	अनुगमनको लागि पालिका खोप समितिको बैठक बस्ने र टीम गठन प्रकृया	१. गत एक वर्षमा बसेको बैठक संख्या :
८	अनुगमनको लागि पालिका , जिल्ला खोप समन्वय समिति बाट सहभागि व्यक्ति तथा संस्था	उल्लेख गर्ने :
९.	जिल्ला खोप समिति बाट पालिका घोषणाको लागि अनुमति तथा जानकारी पत्र	
१०.	पालिकाको वार्षिक कार्यक्रममा पूर्णखोप समावेश भएको / नभएको	उल्लेख गर्ने :
११.	खोप सेवाको सुदृढीकरण र पूर्णखोप दिगोपनाको लागि कार्ययोजना भए/नभएको	अवलोकन गरि उल्लेख गर्ने :
१२.	पूर्णखोप घोषणाको व्यवस्थापन र साम्फेदारी वारे भएको निर्णय	
१३.	जिल्ला तथा अन्य निकाय बाट अनुगमण, सुपरिवेक्षण र सहभागिता	उल्लेख गर्ने:
१४.	अनुगमन टोली बाट थप व्यवस्थापनको लागि गरिएको प्रयास र सुझाव	
१५.	जम्मा खोप सेसन सञ्चालन संख्या (गत १ वर्षमा)	लक्ष : संचालन संख्या :
१६.	पालिका स्तरको खोप सुक्ष्मयोजना तयारी र अध्यावधिक भए/नभएको	अवलोकन गरि उल्लेख गर्ने :
१७	अन्य	

अनुगमनमा पाइएका कुरामा थप सुफावः

१.
२.
३.
४.
५.

नोटः अनुगमन गर्दा खोप समन्वय समितिका पदाधिकारी, स्वास्थ्य शाखा प्रमुख, कार्यक्रम फोकल पर्सन, संग प्रत्यक्ष संलग्न भई अभिलेख तथा प्रतिवेदन समेत हेरि विवरण लिने साथै सम्बन्धित खोप समन्वय समितिका अध्यक्षसंग भेट छलफल गरेर विवरणको बारे जानकारी एवं छलफल गर्ने। थप सुधारको लागि छलफल गरि सुफाव दिने। आवश्यक भए खो.स. समितिको बैठक राखि घोषणा सभाको तयारी, दिगोपना, साम्फेदारी आदिको वारेमा छलफल एवं जानकारी गराउने।। निर्देशिका बमोजिम कुनै कुरा अप्रयाप्त वा पूर्ण नभएको भए सम्बन्धित पदाधिकारी संग छलफल गरी कारण उल्लेख गर्ने। आधारभुत कुरामानै कमि देखिएमा खो.स.समितिको बैठक राखि छलफल एवं जानकारी गराई सुधारको लागि निर्णय एवं योजना बनाउन सहयोग गर्ने।

अनुगमन प्रतिवेदन १ प्रति सम्बन्धित पालिकामा समेत बुझाउने।

अनुगमनमा संलग्न व्यक्ति	संस्था	पद	दस्तखत
१.			
२.			
३.			
४.			

अनुगमन गरेको मिति :देखिसम्म

खोप समन्वय समिति अध्यक्ष

सदस्य सचिव

नाम :

नाम :

दस्तखत :

दस्तखत :

अनुसूची १०

पूर्णखोप सुनिश्चितता जिल्ला/प्रदेश घोषणाको लागि भेरिफिकेसन/ अनुगमन चेकलिष्टको नमुना

स्वास्थ्य सेवा विभाग

परिवार कल्याण महाशाखा, बाल स्वास्थ्य महाशाखा

टेकु, काठमाण्डौ

(पूर्णखोप सुनिश्चितता प्रदेश/जिल्ला घोषणाको लागि प्रदेश र संघ बाट गरिने भेरिफिकेसन/ अनुगमन फारम)

क. सामान्य विवरण

१	जिल्ला / प्रदेशको नाम :
२	अनुगमन गरिएको मिति :
३	जम्मा जिल्ला : जम्मा न.पा. जम्मा गाउँपालिका :
४	जम्मा जनसंख्या
५	०-१ वर्षको बच्चाको लक्ष :
६	१२-२३ महिनाको बच्चाको लक्ष :
७	गत वर्षको ० - १५ महिना को HMIS को प्रगति : बिसिजी - दादुरा/रुबेला - १.....जना दादुरा /रुबेला २.....जना
८	Line listing बाट प्राप्त ० - १५ महिनाको बच्चाको संख्या :
९	खोप सर्वेक्षण बाट प्राप्त १६ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बच्चा संख्या :
१०	घरघुरी सर्वेक्षणमा भेटि खोप पुरा गराएको बच्चा : शुन्य डोज संख्या - ड्रपआउट संख्या -
११	पहिलो पूर्णखोप घोषणा भएको जिल्ला / न.पा / गाउँपालिका मिति-
१२	अन्तिम पूर्णखोप घोषणा जिल्ला / न.पा / गाउँपालिका मिति-
१४	जिल्ला/प्रदेश घोषणाको प्रस्तावित मिति :

ख. पूर्णखोप घोषणा प्रक्रिया विवरण

क्र.सं.	मूल्यांकन गर्ने क्षेत्रहरू	स्थिति
१	जिल्ला/प्रदेश स्तरीय पूर्णखोप घोषणा र दिगोपनाको योजना	मूख्य नियणहरू उल्लेख गर्ने :
२	पालिका तथा जिल्ला स्तरको प्रतिवेदनहरूको समिक्षा तथा विश्लेषण भएको	१ पालिका ,जिल्लावाइज को प्रतिवेदनहरू व्यवस्थित भए / नभएको
३	प्रदेश तथा जिल्ला स्तरिय पूर्णखोप सम्बन्धि बैठक तथा योजना	१. निर्णय तथा योजनाहरूको अभिलेख भए/नभएको
४	घोषणा कार्यक्रममा जिल्ला / न.पा. र गाउँपालिका को भूमिका	
५	पूर्णखोप भेरिफिकेसन सर्वेक्षणमा संलग्न व्यक्तिहरू र संस्था	
६	जिल्ला/पालिका बाट प्राप्त पत्र साथ संलग्न विवरण	१. सर्वेक्षण समायोजन विवरण २. दिगोपनाको कार्ययोजना ३. अनुगमन तथा घोषणा सभाको माग पत्र
७	अनुगमनको लागि प्रदेश /जिल्ला खोप समितिको बैठक बस्ने र टीम गठन प्रकृया	१. गत एक वर्षमा बसेको बैठक संख्या :

८	खोप कार्यक्रममा अनुगमनको लागि जिल्ला / प्रदेश खोप समन्वय समिति वाट सहभागि व्यक्ति तथा संस्था	
९.	जिल्ला / प्रदेश खोप समिति वाट पालिका / जिल्ला घोषणाको लागि अनुमति तथा जानकारी पत्र	अवलोकन गरेर उल्लेख गर्ने :
१०.	पालिका/जिल्ला घोषणा सभामा जिल्ला/प्रदेश स्तरको सहभागिता	खो.स. समिति, राजनीतिक दल, सरकारी कार्यालय र अन्य
११.	पालिका/जिल्ला र प्रदेशको वार्षिक कार्यक्रममा पूर्णखोप समावेश भएको / नभएको	जि.स.स, गा.पा., न.पा.
१२.	पूर्णखोप घोषणाको व्यवस्थापन र सामेदारी वारे भएको निर्णय	
१३.	खोप कार्यक्रममा केन्द्र/प्रदेशवाट अनुगमण, सुपरिवेक्षण र सहभागिता	
१५	केन्द्रको अनुगमन टोली वाट थप व्यवस्थापनको लागि गरिएको प्रयास र सुझाव	
१६	जिल्ला स्तरको सुक्ष्मयोजना तयारी र अध्यावधिक भए/नभएको	अवलोकन गरेर उल्लेख गर्ने :
१७	अन्य	

अनुगमनमा पाइएका कुरामा थप सुझाव:

१.
२.
३.
४.
५.

नोट: अनुगमन गर्दा खोप समन्वय समितिका पदाधिकारी, प्रदेश निर्देशनालय, जिल्ला स्वा.पमुख, खोप कार्यक्रम फोकल पर्सन संग प्रत्यक्ष संलग्न भई अभिलेख तथा प्रतिवेदन समेत हेरि विवरण लिने साथै सम्बन्धित खोप समन्वय समितिका अध्यक्षसंग भेट छलफल गरेर विवरणको बारे जानकारी एवं छलफल गर्ने। थप सुधारको लागि छलफल गरि सुझाव दिने। आवश्यक भए खोप स. समितिको बैठक राखि घोषणा सभाको तयारी, दिगोपना, सामेदारी आदिको वारेमा छलफल एवं जानकारी गराउने। निर्देशिका बमोजिम कुनै कुरा अप्र्याप्त वा पूर्ण नभएको भए सम्बन्धित पदाधिकारी संग छलफल गरी कारण उल्लेख गर्ने। आधारभुत कुरामानै कमि देखिएमा खो.स.समितिको बैठक राखि छलफल एवं जानकारी गराई सुधारको लागि निर्णय एवं योजना बनाउन सहयोग गर्ने।

अनुगमन प्रतिवेदन १ प्रति सम्बन्धित प्रदेश / जिल्लामा बुझाउने।

अनुगमनमा संलग्न व्यक्ति	संस्था	पद	दस्तखत
१.			
२.			
३.			
४.			

अनुगमन गरेको मिति : देखि सम्म

खोप समन्वय समिति अध्यक्ष

नाम :

दस्तखत :

सदस्य सचिव

नाम :

दस्तखत :

अनुसूचि-११

स्थानीयतह/जिल्ला/प्रदेश/राष्ट्रिय खोप समन्वय समितिले सम्बन्धित वडा/स्थानीय तह/जिल्ला/प्रदेशका लागि पठाउने घोषणा अनुमतिपत्रको नमूना

प.सं. मिति :

श्री अध्यक्षज्यू

वडा/स्थानीय तह/जिल्ला/प्रदेश खोप समन्वय समिति

.....।

बिषय : पूर्णखोप घोषणाका तथा दिगोपना प्रमाणिकरण सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा तहां खोप समन्वय समितिको मिति २०...../...../..... मा बसेको बैठकले वडा/स्थानीय तह/जिल्ला /प्रदेशलाई पूर्णखोप घोषणा गर्नका लागि पठाएको तहांको मिति २०...../...../..... च.न.....को सिफारिस पत्र प्राप्त भएको र यहा बाट गरेको भेरीफिकेसन तथा संलग्न बालबालिकाको विवरण, समायोजन विवरण अनुसार यस समितिको मिति २०...../...../.....को निर्णय बमोजिम पूर्णखोप वडा/पालिका/जिल्ला घोषणा गर्न स्वीकृत प्रदान गर्दै पूर्णखोप घोषणा/प्रमाणिकरण सभाको आयोजना गर्न अनुरोध गरिएको छ ।

अन्त्यमा, आगामी दिनमा पनि तहां लाई पूर्णखोपको अवस्था कायम राख्न निरन्तर प्रतिवद्ध रहने विश्वास लिदै तहां बाट गरिएको अथक प्रयासको लागि बधाई समेत दिन चाहान्छौ ।

.....
सदस्य सचिव

खोप समन्वय समिति

.....
संयोजक/अध्यक्षखोप समन्वय

समिति

बोधार्थ :

राष्ट्रिय खोप समन्वय समितिको सचिवालय ।

सामाजिक विकास मन्त्रालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय ।

जिल्ला समन्वय समिति / जिल्ला खोप समन्वय समिति ।

प्रदेश/जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय

प्रमुख /अध्यक्ष, पालिकाको कार्यालय



अनुसूचि-१२

पूर्णखोप सुरक्षित भविष्य



पूर्णखोप वडा/नगर/गाउँपालिका प्रमाणित गरिएको प्रमाणपत्रको नमूना

नेपाल सरकार

खोप समन्वय समितिको सचिवालय

.....जिल्ला/पालिका

मिति : २० / /

पूर्णखोप सुनिश्चितता वडा/गाउँपालिका/नगरपालिका प्रमाणपत्र

पूर्णखोप वडा/ न.पा/गाउँपालिका सुनिश्चित गर्ने राष्ट्रिय पूर्णखोप निर्देशिका बमोजिम तहांबाट सम्पूर्ण प्रक्रियाहरू पूरा गरी प्रदेश जिल्ला..... नगरपालिका/गाउँपालिका/वडा नं.ले २० / / मा १६ देखि ५९ महिनासम्मका सबै बालबालिकाहरूलाई १५ महिनाको उमेरभित्र पाउनु पर्ने सबै खोप दिलाई पूर्णखोप पाएको सुनिश्चित गरिएको हुंदा सधन्यवाद यो प्रमाणपत्र प्रदान गरिएको छ ।

तहांबाट गरिएको अथक प्रयासको प्रशंसा गर्दै पूर्णखोपको अवस्था निरन्तर कायम राख्नुहुनेछ भन्ने अपेक्षा गरिएको छ ।

(.....)

सदस्य सचिव

खोप समन्वय समिति

(.....)

अध्यक्ष

खोप समन्वय समिति



अनुसुची १३

पूर्णखोप जिल्ला/प्रदेश प्रमाणित गरिएको प्रमाणपत्रको नमूना



नेपाल सरकार

जिल्ला/प्रदेश पूर्णखोप समन्वय समितिको सचिवालय

.....

मिति : २० / /

पूर्णखोप सुनिश्चितता जिल्ला/प्रदेश प्रमाणपत्र

पूर्णखोप जिल्ला/प्रदेश सुनिश्चित गर्ने कार्यविधि राष्ट्रिय निर्देशिका बमोजिम मातहतका पालिका /जिल्लाहरूमा सम्पूर्ण प्रक्रियाहरू पूरा गरीजिल्ला/प्रदेशले २० / / मा १६ देखि ५९ महिनासम्मका सबै बालबालिकाहरूलाई १५ महिनाको उमेरभित्र पूर्णखोप पाएको सुनिश्चित गरिएको हुँदा सधन्यवाद यो प्रमाणपत्र प्रदान गरिएको छ ।

तहांबाट गरिएको अथक प्रयासको प्रशंसा गर्दै पूर्णखोपको अवस्था निरन्तर कायम राख्नुहुनेछ भन्ने अपेक्षा गरिएको छ ।

(.....)

सदस्य सचिव
खोप समन्वय समिति

(.....)

अध्यक्ष
खोप समन्वय समिति

नोट: जिल्ला पूर्णखोप प्रमाणपत्र प्रदेशबाट र प्रदेश पूर्णखोप प्रमाणपत्र संघिय खोप समितिबाट प्रदान गरिने छ ।

अनुसूची १४

नियमित खोप सेवा सुदृढीकरण र पूर्णखोप सुनिश्चितता दिगोपनाको योजनाको नमुना

(वडा,स्वास्थ्य संस्था,पालिका,जिल्ला ले तयार गरि अनुसूचि ७ संगै सम्बन्धित निकायमा पठाउने)

सि.नं	कृयाकलापहरू	सम्पन्न गर्ने अवधि	श्रोत उपलब्ध हुने निकाय	रकम रु.	जिममेवारी
१	सुक्ष्मयोजना अध्यावधिक र पूर्णखोप सुनिश्चितताको योजना	वडाप्रत्येक वर्ष श्रावण पहिलो हप्ता र पालिका श्रावण १५ भित्र र जिल्ला श्रावण मसान्त			स्वास्थ्य संस्था, स्वास्थ्यकर्मि /र खोप समन्वय समिति
२	पूर्णखोप कार्यक्रम स्थानीय तहको योजनामा पेस गर्ने	प्रत्येक वर्ष जेष्ठमा	स्वास्थ्य व्यवस्थापन समिति/स्वास्थ्य संस्था/खोप समन्वय समिति		जि.खो.स.स/स्वास्थ्य व्यवस्थापन समिति/स्वास्थ्य संस्था
३	पूर्णखोप सम्बन्धि बैठक, परिचयात्मक गोष्ठी	प्रथम र तेस्रो चोमासिक	स्वास्थ्य संस्था र खोप समन्वय समिति		जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय/स्वास्थ्य संस्था
४	पूर्णखोपको घरधुरी सर्वेक्षण र समिक्षा तथा योजना	प्रत्येक वर्ष देखि माघ चैत्र भित्र	वडा/पालिका		स्वास्थ्य संस्था, स्वास्थ्यकर्मि र सरोकारवालाहरू
५	पूर्णखोपको लागि छुट वच्चालाई खोप प्रदानको लागि कार्यक्रम सञ्चालन	प्रत्येक वर्ष माघ देखि चैत्र महिना	पालिका/ स्वास्थ्य व्यवस्थापन समिति/खोप समन्वय समिति		स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्यकर्मि
६	पूर्णखोप सुनिश्चितता सार्वजनिककरण तथा स्वीकृत	प्रत्येक वर्ष बैशाख महिना र वडा,न.पा, गा.पा सभाबाट	वडा/पालिका/ खोप समन्वय समिति		न.पा./गाउपालिका/ स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समिति
७	पूर्णखोप बच्चा प्रोत्साहन र पूर्णखोप कार्ड प्रमाण पत्र वितरण समारोह	प्रत्येक वर्ष बैशाख .. गते	वडा/पालिका/ खोप समन्वय समिति		स्वा.संस्था, पालिका र खोप समिति

नोट: यो कार्ययोजना तयार गरेर अनुसूची ४, ५ र ६ संगै अनुसूची ७ को पत्र साथ पठाउनु पर्दछ । कार्ययोजना व्यवस्थापन समिति, पालिका प्रतिनिधि र सरोकारवालाहरूको समेत सहभागितामा तयार गर्नुपर्दछ र निरन्तर कार्यान्वयनको अनुगमन गर्नुपर्दछ ।

अनुसूची १५

कार्यक्रमको निरन्तरता, दिगोपना र अपनत्व सिर्जना गर्न क्रियाकलापलाई एकीकृत रूपमा सञ्चालन गर्नु पर्ने कृयाकलापहरू

क्र.सं.	क्रियाकलापहरू	जिम्मेवारी निकाय/व्यक्ति	अनुगमन
१	पूर्णखोप पालिका अभियानलाई स्थानीय सहभागितामूलक योजना तर्जुमा पद्धति अनुरूप विकास योजनामा आ-आफ्नो कार्यपालिका /सभा बाट निर्णय गर्ने गराउने	स्थानीय तहहरू, जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय/खोप समितिहरू	संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन.मन्त्रालय, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वा.से.विभाग, प्रदेश मन्त्रालय प्रदेश स्वा.निर्देशनालय लगायत
२	नियमित रूपमा खोप, खोप सामाग्री, खोप कार्यकर्ता लगायत साधन स्रोतको व्यवस्था गर्ने,	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग तथा प्रदेश मन्त्रालय र निर्देशनालय	स्वा.से.विभाग, प्रदेश मन्त्रालय, स्वा.निर्देशनालय लगायत
३.	पूर्णखोप वडा , पालिका.लाई स्थानीय तहबाट प्रोत्साहन स्वरूप प्रदान गर्ने पुरस्कारको व्यवस्था गर्ने,	स्थानीय तहहरू (न.पा तथा गाउँपालिका हरू)	संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
४.	स्थानीय रेडियो, एफ.एम.मार्फत नियमित जनचेतनामूलक तथा पैरवी कार्यक्रमको सञ्चालन गर्ने	स्वास्थ्य कार्यालय तथा स्थानीय तहहरू	जिल्ला ,प्रदेश खोप समन्वय समिति,प्रदेश तथा संघिय मन्त्रालय र विभाग
५.	पूर्णखोप कार्यक्रमलाई जनस्वास्थ्यका अन्य कार्यक्रमसँग एकीकृत गर्ने: <ul style="list-style-type: none"> परिवार स्वास्थ्य रजिष्टरको खडा गरी वडा/गाउँपालिका/न.पा. स्तरमा अद्यावधिक गर्ने, गाउँपालिका/न.पा. तहमा घटना दर्ता (Vital Registration) को गतिविधिलाई व्यवस्थित गर्दै लैजाने र समन्वय गर्ने 	स्थानीयतहहरूहरू (जिल्ला समन्वय समिति, न.पा तथा गाउँपालिकाहरू) जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय र त्यस अर्न्तगतको संस्था	जिल्ला ,प्रदेश खोप समन्वय समिति,प्रदेश तथा संघिय मन्त्रालय र विभाग
६.	खोप ऐन अनुसार पूर्णखोप कार्ड लाई पहिलो विधालय भर्ना संग जोड्न नीतिगत निर्णय गर्ने	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय,शिक्षा,विज्ञान तथा प्रविधि मन्त्रालय	स्वास्थ्य कार्यालय, पालिका,जिल्ला शिक्षा समन्वय ईकाई
७.	चुस्तदुरुस्त अभिलेख तथा प्रतिवेदन प्रणालीको सुदृढीकरण: <ul style="list-style-type: none"> HMIS सुदृढीकरण गर्ने, स्थानीय तह र स्वास्थ्य संस्थाबीच नियमित सूचना आदान प्रदान गर्ने व्यवस्था गर्ने 	स्थानीय निकायहरू, जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालय/स्वास्थ्य संस्थाहरू	जिल्ला ,प्रदेश खोप समन्वय समिति,प्रदेश तथा संघिय मन्त्रालय र विभाग

क्र.सं.	क्रियाकलापहरू	जिम्मेवारी निकाय/व्यक्ति	अनुगमन
८.	गाउँपालिका/न.पा. स्वास्थ्य संस्था र जिल्लामा (जि.स्वा.का, विषयगत योजना तर्जुमा समिति, एकीकृत योजना तर्जुमा समिति, जिल्ला समन्वय समिति र जिल्ला सभा) हुने चौमासिक वा वार्षिक समीक्षामा पूर्णखोप घोषणा पालिका / वडा को प्रगति सुचक समावेश गर्ने	स्थानीय निकायहरू, स्वास्थ्य कार्यालय	जिल्ला ,प्रदेश खोप समन्वय समिति,प्रदेश तथा संघीय मन्त्रालय र विभाग
९.	जनस्वास्थ्य विकास तथा आपतकालिन स्वास्थ्य व्यवस्थापनको लागि स्थानीय तहमा श्रोत साधन सहितको संयन्त्र निर्माण र बजेट विनियोजन गर्ने	स्वास्थ्य मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग ,प्रदेश मन्त्रालय र निर्देशनालय र स्थानीय तहहरू	संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वा.से.विभाग, स्वा.से.निर्देशनालय लगायत

नोट: स्थानीय पालिका अन्तर्गत संचालन गरिने नि यमित खोप तथा पूर्णखोप घोषणा कार्यक्रमको लागि स्थानिय स्तरको योजनाको समयमा नै वडास्तर देखिनै कार्य योजना तयार गरि पेश गर्ने तथा स्वीकृत गराउनुपर्दछ ।

अनुसूचि १६

नियमित खोप तालिका र नियमित खोप छुट भएको ५९ महिना सम्मका (Missed opportunity vaccination) बालबालिकालाई खोप दिने तालिका

खोप	मात्रा, सुई लगाउने स्थान र माध्यम	नियमित खोप तालिका	नियमित खोप छुट भएको तर १२ महिनासम्ममा आएमा	नियमित खोप छुट भएको बच्चा १२ महिना देखि २३ महिनासम्ममा आएमा	नियमित खोप छुट भएको बच्चा २४ महिना देखि ५९ महिना सम्ममा आएमा
बि.सि.जी.	०.०५ मि. लि. दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला भित्र (intra-dermal)	१ मात्रा: जन्मने वित्तिकै	१ मात्रा: जन्मने वित्तिकै	१ मात्रा: जन्मने वित्तिकै	१ मात्रा: जन्मने वित्तिकै
रोटा	१ टियुब (गालाको भित्री भागमा)	२ मात्रा: ६ र १० हप्तामा	२ मात्रा: ६ र १० हप्तामा	एक महिनाको फरकमा २ मात्रा दिने	२ वर्ष माथिका उमेर समूहको बच्चाहरूलाई रोटा खोप दिनु हुँदैन
पोलियो	मुखमा दुई थोपा	३ मात्रा: ६, १० र १४ हप्तामा	३ मात्रा: ६, १० र १४ हप्तामा	एक महिनाको फरकमा ३ मात्रा दिने	एक महिनाको फरकमा ३ मात्रा दिने
एफ.आई.पि.भी.	०.१ मि. लि. दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला भित्र (ID)	१४ हप्ता र ९ महिनामा	१४ हप्ता र ९ महिनामा	१५ हप्ताको फरकमा २ मात्रा दुई महिनाको फरकमा २ मात्रा दिने	१५ हप्ताको फरकमा २ मात्रा दुई महिनाको फरकमा २ मात्रा दिने
पि.सि.भी	०.५ मि. लि. दाँया तिराको बिच बाहिरी भाग मासुमा (IM)	३ मात्रा: ६ हप्तामा, १० हप्तामा र ९ महिनामा	३ मात्रा: ६ हप्तामा, १० हप्तामा र ९ महिनामा	७ महिना मुनिको बच्चा भएमा पहिलो भेटमा पहिलो मात्रा, एक महिनाको फरकमा दोस्रो मात्रा र ९ महिनामा तेस्रो मात्रा दिने ७ देखि १२ महिनासम्मका बच्चाहरूलाई एक महिनाको फरकमा ३ मात्रा दिने	दुई महिना (८ हप्ता) को फरकमा २ मात्रा दिने
डि.पि.टी. - हेप.बी-हिब (पेन्टाभ्यालेन्ट)	०.५ मि. लि. बाँया तिराको बिच बाहिरी भाग मासुमा (IM)	३ मात्रा: ६, १० र १४ हप्तामा	३ मात्रा: ६, १० र १४ हप्तामा	एक महिनाको फरकमा ३ मात्रा दिने	३ मात्रा दिने: पहिलो र दोस्रो मात्रा १ महिनाको फरकमा दिने र दोस्रो र तेस्रो मात्रा ६ महिनाको फरकमा दिने
दादुरा स्वेला	०.५ मि. लि. बाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला र मासु बिच (subcutaneous)	२ मात्रा: ९ र १५ महिनामा	२ मात्रा: ९ र १५ महिनामा	९ महिना देखि १५ महिना मुनिको बच्चा भएमा पहिलो भेटमा पहिलो मात्रा र एक महिनाको फरकमा १५ महिनामा दोस्रो मात्रा दिने	१५ महिना देखि ५९ महिना सम्म एक महिनाको फरकमा २ मात्रा दिने
जापानिज इन्सोफ्लेजाइटिस	०.५ मि. लि. दाँया तिराको माथिल्लो बाहिरी भाग छाला र मासु बिच (subcutaneous)	१ मात्रा: १२ महिनामा	१ मात्रा: १२ महिनामा	१ मात्रा	
टाइफाइड	०.५ एम.एल. बाँया तिराको माथिल्लो बाहिरी भागमा (intramuscular)	१ मात्रा १५ महिनामा	१ मात्रा १५ महिनामा	१ मात्रा	

नोट: छुट भएका खोपहरू दिँदा, पहिले दिएका खोपका मात्रा दोहोर्‍याउनु हुँदैन