



सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन निर्देशिका २०७८



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा



सुरक्षित गर्भपतन सेवा
कार्यक्रम व्यवस्थापन निर्देशिका २०७८



विरोध खतिवडा
Birodh Khatiwada

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्री
Hon. Minister for
Health and Population



स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय
Ministry of Health and Population

☎ : ०१-४-२६२५३४
☎ : ०१-४-२६२५३४
फ्याक्स : ०१-४-२६२५६५
Fax : ०१-४-२६२५६५
Website : www.moHP.gov.np
रामशाहपथ, काठमाडौं, नेपाल
Ramshahpath, Kathmandu, Nepal

पत्र संख्या(Ref. No.):

चलानी नं.(Dispatch No.):

मिति(Date):.....



मन्तव्य

नेपालमा मातृ मृत्यु दरलाई घटाउनका साथै महिलाको प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारलाई सुनिश्चन गर्न नेपाल सरकारले वि.स.२०५९ देखि सुरक्षित गर्भपतन सेवालालाई कानुनी मान्यता दिएको छ । त्यसैगरी यसलाई कार्यान्वयन गर्नका लागि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०६० तर्जुमा गरि लागु गरिसकेको छ । त्यसबेला देखि नेपालले यस सेवाको विस्तारका लागि विभिन्न तहका स्वास्थ्यकर्मीहरूकोलागि तालिम दिनुका साथै यस सेवालालाई सर्वसुलभ तथा पहुँच योग्य बनाउन वि.स.२०७३ देखि सबै सुचिकृत सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षित गर्भपतन सेवालालाई निशुल्क रुपमा उपलब्ध गराउदै आएको छ ।

नेपाल संविधानद्वारा प्रदत्त महिलाको सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी हकको सम्मान, संरक्षण र परिपूर्ति गर्नको लागि नेपाल सरकारले सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ र नियमावली २०७७ जारी गरेको छ । यस ऐनले पनि सुरक्षित गर्भपतन सेवालालाई महिलाको अधिकारको रुपमा सुनिश्चित गरेको छ भने यस ऐन तथा नियमावली अनुसार सुरक्षित गर्भपतन सेवा सबै महिलाहरूको पहुँचमा ल्याउने दायित्व नेपालको संघीय संरचनाको संघ, प्रदेश र स्थानीय तीनै तहका सरकारको रहेको छ ।

यस निर्देशिकाले सुरक्षित गर्भपतन सेवालालाई सबै महिलाहरूमा गृणस्तरीय तथा सुरक्षित गर्भपतन सेवाबारे चेतना अभिवृद्धि गर्नुका साथै सुलभ सेवाको विस्तार गर्न तीनै तहका सरकार साथै गैरसरकारी संघसंस्थालाई मार्गनिर्देशन दिन मद्दत गर्नुका साथै दिगो विकास लक्ष्य प्राप्त गर्न सहयोग गर्ने विश्वास लिएको छ ।

बिरोध खतिवडा


(मन्त्री)

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय

बि. खतिवडा
काठमाडौं



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

फोन : ४

२६२९८७
२६२५९०
२६२८०२
२६२७०६
२६२९३५
२६२८६२

रामशाहपथ, काठमाडौं,
नेपाल

मिति:

च.नं



मन्तव्य

नेपाल सरकारले सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य लगायत सुरक्षित गर्भपतन सेबालाई सबै महिला तथा किशोरीहरुको पहुँच बढाउनका साथै स्वास्थ्य अधिकारलाई सुनिश्चित गर्न राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय स्तरमा प्रतिबद्धता जाहेर गरेको छ। नेपालले सुरक्षित गर्भपतन सेबालाई वि.स.२०५९ मा कानुनी मान्यता दिएको हामी सबैमा विदितै छ। यस सेबालाई गुणस्तरीय, सर्वसुलभ, तथा पहुँचयोग्य बनाउन विभिन्न प्रयासहरु भैरहेका छन्। नेपाल सरकारले २०७३ देखि सुरक्षित गर्भपतन सेवा सरकारी सुचिकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट निशुल्क प्रदान गर्दै आएको छ। सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ र नियामावली २०७७ ले सुरक्षित गर्भपतन सेबालाई महिलाको स्वास्थ्य अधिकारको रुपमा लिएको छ।

त्यसैगरी, नेपालको संघीय संरचनामा तीनै तहका सरकारले सुरक्षित गर्भपतन सेवाको पहुँचकालागि सेवाको विस्तार गर्ने जिम्मेवारी रहेको वर्तमान परिप्रेक्ष्यमा स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार कल्याण महाशाखाले आफ्नो सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०७४ लाई संसोधन गरी सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन निर्देशिका २०७८ निर्माण भएकोमा खुसी व्यक्त गर्दै यस निर्देशिकाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाको सर्वव्यापी पहुँच बढाइ नेपाल संविधानद्वारा प्रदत्त महिलाको सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धीहकको सम्मान, संरक्षण र परिपूर्ति गर्नेछ भन्ने विश्वास गरेको छ। साथै परिवार कल्याण महाशाखा लाई आगामी दिनहरुमा पनि सुरक्षित गर्भपतन सेवाको क्षेत्रमा उल्लेख सफलता मिलोस भन्ने शुभकामना व्यक्त गर्दछु।

श्री भवानी प्रसाद खापुङ

माननीय राज्यमन्त्री



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय



फोन : ४

२६२९८७
२६२५९०
२६२८०२
२६२७०६
२६२९३५

रामशाहपथ, काठमाडौं,
नेपाल

च.नं

मिति :



शुभकामना

नेपालले सुरक्षित गर्भपतन सेवाको सर्वव्यापी पहुँचका लागि उल्लेखनिय प्रयासहरु गर्दै आएको छ । नेपालको संविधानले दिएको महिलाको मौलिक हकलाई सुनिश्चित गर्न, मातृ मृत्युदरलाई कम गर्न तथा असुरक्षित गर्भपतनबाट उत्पन्न हुन सक्ने जटिलताहरुलाई कम गर्न सुरक्षित गर्भपतन सेवाको पहुँच बढाउने नेपाल सरकारको दायित्व हो ।

नेपालको संघीय संरचनामा गुणस्तरीय र सर्वसुलभ सुरक्षित गर्भपतन सेवाको विस्तार गरी हरेक महिलाको पहुँचमा ल्याउन स्थानीय, प्रदेश र संघीय सरकारको जिम्मेवारी रहेको छ । असुरक्षित गर्भपतनलाई कम गर्न महिलाहरुमा सेवाको पहुँचका साथै सुरक्षित गर्भपतन सेवा तथा यस बारे कानुनी सेवाको उपलब्धता बारे व्यापक जनचेतनाको अभिवृद्धि गराउन जरुरी छ ।

तसर्थ, सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ र नियामावली २०७७ तथा जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ र नियामावली २०७७ का अनुरूप तयार गरिएको यस निर्देशिकाले नेपालको तिनै तहका सरकारी निकायहरुबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयन गर्न मद्दत पुऱ्याउने छ भन्ने विश्वास लिएको छु ।


डा. रोशन पोखरेल
सचिव



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
टेकु, काठमाडौं, नेपाल ।



स्वास्थ्य सेवा विभाग : ०१४२६१७१२




प्राक्कथन

असुरक्षित गर्भपतनबाट हुने मातृ मृत्यु दरलाई घटाउन नेपालले वि. सं. २०५९ साल देखि सुरक्षित गर्भपतन सेवालार्ई कानूनी मान्यता दिएको हो । त्यसैगरी सुरक्षित गर्भपतन सेवाको कार्यान्वयनका लागि “सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०६०” लागू गरेको थियो । यसै क्रममा नेपालले सुरक्षित गर्भपतन सेवाको सर्वसुलभ र सर्वव्यापि पहुँच बढाउनका लागि निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रमलाई वि. सं. २०७३ साल देखि लागू गरिसकेको छ । सुरक्षित गर्भपतन सेवालार्ई नेपालको संविधानले पनि महिलाको मौलिक हकको रूपमा सुनिश्चित गरेको छ साथै सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा र अधिकार ऐन २०७५ ले पनि सुरक्षित गर्भपतन सेवालार्ई महिलाको अधिकारको रूपमा सम्बोधन गरेको छ । त्यसैगरी जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ र नियामावली २०७७ ले यस सेवालार्ई आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको रूपमा परिभाषित गरेको छ ।

नेपालको संविधान अनुसारको स्थानीय, प्रदेश र संघीय संरचनामा ऐनलाई कार्यान्वयन गर्न तीन वटै सरकारी तहको दायित्व रहेको छ । यस निर्देशिकाले स्थानीय, प्रदेश र संघ तहका तोकिएका निकायहरूलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवालार्ई सबैको पहुँचयोग्य, सर्वसुलभ, गुणस्तरीय सेवाका लागि सहयोग पुऱ्याउने छ भन्ने विश्वास लिएको छु ।

अन्त्यमा, यो निर्देशिका तयार पार्न परिवार कल्याण महाशाखाका निर्देशक लगायत वहाँको टिम तथा सल्लाहकार र संघसंस्था लार्ई धन्यवाद दिन चाहन्छु ।


प्रा. डा. वार. पि. विच्छा
महानिर्देशक



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा
टेकु, काठमाडौं, नेपाल ।



बाल स्वास्थ्य तथा खोप सेवा शाखा : ०१४२६२२६३
पोषण शाखा : ०१४२२५५५८
परिवार योजना तथा प्रजनन स्वास्थ्य शाखा : ०१५३६२२७
मातृ तथा नवशिशु शाखा : ०१५३६२२७३

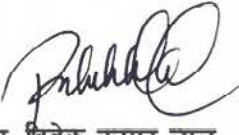


कृतज्ञता

नेपाल सरकारले सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवालाई सुरक्षित, गुणस्तरीय, सर्वसुलभ तथा पहुँच योग्य बनाउने प्रतिबद्धता जाहेर गर्दै आएको छ भने नेपालको संविधानमा पनि महिलाको यस सेवा र अधिकार सम्बन्धी हकको सम्मान, संरक्षण र परिपूर्ति बारे सम्बोधन भएको छ । नेपालमा सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई २०५९ साल देखि कानूनी मान्यता दिइएको हो । यस सेवाको विस्तार र पहुँचका लागि सबै सुचिकृत सरकारी स्वास्थ्य संस्था बाट निशुल्क सेवा उपलब्ध गरिनुका साथै विभिन्न प्रयासहरू हुँदै आएका छन् । सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ ले पनि महिलाको यस अधिकारलाई सुनिश्चित गरेको छ । त्यसैगरी जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ र नियामावली २०७७ ले सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको रूपमा पहिचान पनि गरेको छ ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको कानूनी सुनिश्चितताका साथसाथै यस कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्न पनि अति आवश्यक रहेको छ । नेपालमा हाल रहेको संघीय संरचनामा सबै महिलाहरू माझ गुणस्तरीय सुरक्षित गर्भपतन सेवाको पहुँच र सुलभ सेवाको विस्तार गर्नुका साथै चेतना अभिवृद्धि गराउन संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका निकायहरूलाई आवश्यक मार्गनिर्देशन प्रदान गर्न र यस कार्यक्रमलाई व्यवस्थित रूपमा कार्यान्वयनमा ल्याउने यो निर्देशिकाको मूल उद्देश्य रहेको छ ।

अन्त्यमा, यो निर्देशिका तयार पार्न आवश्यक सल्लाह सुभाब तथा प्राविधिक सहयोग दिने सल्लाहकार तथा संघसंस्थाको योगदानका लागि धन्यवाद दिन चाहन्छु ।


डा. बिबेक कुमार लाल
निर्देशक

निर्देशक

निर्देशिका तयार गर्न संलग्न भएका व्यक्ति तथा संस्थाहरु

१. डा विवेक कुमार लाल, निर्देशक, परिवार कल्याण महाशाखा
२. डा भिम सिंह तिंकरी, निर्देशक, व्यवस्थापन महाशाखा
३. डा तारानाथ पोखरेल, निर्देशक, सार्क क्षयरोग अनुशन्धान केन्द्र
४. डा पुण्य पौडेल, वरिष्ठ स्त्री तथा प्रसूति रोग विशेषज्ञ, परिवार कल्याण महाशाखा
५. कविता अर्याल, वरिष्ठ कम्युनिटी नर्सिङ्ग प्रशासक, परिवार कल्याण महाशाखा
६. कुञ्ज जोशी, वरिष्ठ स्वास्थ्य शिक्षा प्रशासक, राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र
७. मान बहादुर बस्नेत, कानुन उपसचिव
८. निशा जोशी, वरिष्ठ जनस्वास्थ्य अधिकृत, परिवार कल्याण महाशाखा
९. कुमारी भट्टराई, वरिष्ठ कम्युनिटी नर्सिङ्ग अधिकृत, परिवार कल्याण महाशाखा
१०. नुजन शर्मा भा, वरिष्ठ कम्युनिटी नर्सिङ्ग अधिकृत, परिवार कल्याण महाशाखा
११. सिता पोखरेल, वरिष्ठ नर्सिङ्ग अधिकृत, राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र
१२. ओम खनाल, जनस्वास्थ्य अधिकृत, परिवार कल्याण महाशाखा
१३. विष्णु बासकोटा, जनस्वास्थ्य निरीक्षक, परिवार कल्याण महाशाखा
१४. WHO Nepal
१५. UNFPA
१६. NESOG
१७. Ipas
१८. Center for Reproductive Rights
१९. FPAN
२०. MSI Nepal
२१. FWLD
२२. PSI Nepal
२३. Blind Youth Association Nepal

विषयसूची

परिच्छेद-१ प्रारम्भिक.....	१
१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ	१
२ परिभाषा	१
परिच्छेद-२ उद्देश्यहरू	२
३. निर्देशिकाको उद्देश्य.....	२
परिच्छेद-३ गर्भपतन सम्बन्धी कानुनी व्यवस्था	३
४. गर्भपतनका कानुनी व्यवस्था	३
परिच्छेद-४ सुरक्षित गर्भपतन सेवा	३
५. सुरक्षित गर्भपतन सेवाका विधिहरू	३
६. गर्भपतन पश्चात् प्रयोग गर्न सकिने गर्भ निरोधकका साधन	४
७. गर्भपतन पश्चात्को जटिलताको व्यवस्थापन	५
८. प्रेषण	६
९. किशोरी तथा अपाङ्गता भएका व्यक्तिलाई सेवा प्रवाह गर्दा प्राथमिता.....	६
१०. सुसुचित परामर्श सेवा	६
११. जनचेतनाको अभिवृद्धि	६
परिच्छेद-५ सुरक्षित गर्भपतन सेवा सञ्चालनका लागि सेवाको मापदण्ड	७
१२ सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि स्वास्थ्यकर्मीको को सूचीकरण	७
१३. स्वास्थ्यकर्मीको सूचीकरण प्रक्रिया	७
१४. सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि स्वास्थ्य संस्थाहरूको सूचीकरण	७
१५. स्वास्थ्य संस्थाहरूको सूचीकरण प्रक्रिया	८
१६. सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूको सूची प्रकाशन	८
१७. स्वास्थ्य संस्थाहरूको नवीकरण	९
१८. औषधी तथा सामग्री	९
परिच्छेद-६ स्वास्थ्यकर्मीको तालीम	१२
१९. सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालीम	१२
२०. तालीमको आवश्यकताको पहिचान गर्ने प्रक्रिया	१२
परिच्छेद ७ सुरक्षित गर्भपतन सेवाको अभिलेख तथा प्रतिवेदन	१४
२१. सुरक्षित गर्भपतन सेवाको अभिलेख तथा प्रतिवेदन	१४
२२. सेवा प्रदायक र स्वास्थ्य संस्थाको अभिलेख	१४
२३. अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण	१५
परिच्छेद-८ विविध.....	१५
२४. खारेज र बचाउ.....	१५

अनुसूची-१ सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी प्रविधि, प्रक्रिया र सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मी	१६
अनुसूची-२ सूचीकरण र नवीकरण सम्बन्धी शुल्क र कागजात	१७
अनुसूची-३ स्वास्थ्य सेवा प्रदायक सूचिकृत हुनका लागि दिइने निवेदनको ढाँचा	१९
अनुसूची-४ सूचिकरणको अभिलेख	२०
अनुसूची-५ स्वास्थ्यकर्मी सूचिकृत प्रमाणपत्रको ढाँचा	२३
अनुसूची-६ स्वास्थ्य संस्था सूचिकृत हुनका लागि दिइने निवेदनको ढाँचा	२४
अनुसूची-७ स्वास्थ्य संस्था निरिक्षण चेकलिष्ट	२५
अनुसूची-८ स्वास्थ्य संस्था सूचिकृत प्रमाणपत्रको ढाँचा	३८
अनुसूची-९ वाल पेन्टिङ अथवा होर्डिङ बोर्डको ढाँचा	३९
अनुसूची-१० सूचिकृत स्वास्थ्य संस्थाको वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन	४२
अनुसूची-११ स्वास्थ्य संस्थालाई इजाजतपत्र दिने निकाय	४३
अनुसूची-१२ सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागी सूचिकृत स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण फाराम	४५
अनुसूची-१३ अनुगमन चेकलिष्ट	४७
अनुसूची-१४ स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरणको अभिलेख ढाँचा	५१
अनुसूची-१५ एम.ए. औषधिको स्पेसिफिकेसन	५२
अनुसूची-१६ निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको सोधभर्ना	५४
अनुसूची-१७ सुरक्षित गर्भपतन सेवाको मासिक प्रतिवेदन	५६
अनुसूची-१८ गर्भपतन सेवासम्बन्धी तालीमको प्रकार	५७
अनुसूची-१९ सेवाग्राहीको क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल विवरण (CPP) औषधिबाट गरिने गर्भपतन (एम.ए) सेवाको लागि	५९
अनुसूची-२० एम.भी.ए. सेवाको लागि क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल (CPP)	६२
अनुसूची-२१ १३ देखि २८ हप्ताको सुरक्षित गर्भपतन सेवा लागि क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल (CPP)	६६
अनुसूची-२२ गर्भपतन पश्चात् जटिलता (PAC) का लागि क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल	७२
अनुसूची-२३ कार्य योजना	७६

सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन निर्देशिका, २०७८

प्रस्तावना

नेपालको संविधानद्वारा मौलिक हकको रूपमा प्रदत्त सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारको सुनिश्चतता गर्न र यसका साथै संविधानले प्रजनन स्वास्थ्यको हकको पनि सुनिश्चतता प्रदत्त महिलाको सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ को परिच्छेद ४ को दफा १५, १६, १७, १८ र १९ लाई कार्यान्वयन गर्न वाञ्छनिय भएको ले सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ ऐनको दफा ४० ले दिएको अधिकार प्रयोग गरि नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले यो निर्देशिका जारी गरेको छ ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ** : (१) यस निर्देशिकाको नाम “सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन निर्देशिका, २०७८” रहेको छ ।

(२) यो तुरन्त प्रारम्भ हुनेछ ।

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

- (क) “आधारभूत स्वास्थ्य सेवा” भन्नाले जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ को दफा ३ को उपदफा (४) बमोजिम आम नागरिकको स्वास्थ्य आवश्यकता पूर्तिका लागि राज्यबाट सुलभ रूपमा निःशुल्क उपलब्ध हुने प्रबर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्मक, निदानात्मक, उपचारात्मक र पुनर्स्थापनात्मक सेवा सम्भन्नु पर्छ ।
- (ख) “गर्भपतन” भन्नाले गर्भमा रहेको भ्रुण स्वाभाविक रूपमा जन्मन सक्ने हुनुभन्दा अगावै गर्भाशयबाट भ्रुण बाहिर निस्कने वा निकाल्ने कार्य सम्भन्नुपर्छ ।
- (ग) “गर्भपतन सेवा” भन्नाले गर्भपतन गर्नका लागि इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य संस्थामा इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीले सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ बमोजिमको प्रक्रिया पूरा गरी गरिने गर्भपतन सेवा सम्भन्नु पर्छ ।
- (घ) “गर्भनिरोध (कन्ट्रासेप्सन)” भन्नाले डिम्ब निष्काशन, शुक्रकिट र डिम्ब निषेचन वा डिम्बरोपणका सामान्य प्रक्रियामा अवरोध उत्पन्न गरी गर्भ रहन नदिने उपाय सम्भन्नु पर्छ ।
- (ङ) “गर्भनिरोधका साधन” भन्नाले गर्भनिरोध गर्ने कार्यमा सहयोग गर्ने हर्मोनयुक्त वा अन्य साधन सम्भन्नु पर्छ ।
- (च) “गैरसरकारी वा निजी स्वास्थ्य संस्था” भन्नाले प्रचलित कानून बमोजिम स्विकृति लिई गैरसरकारी वा निजी क्षेत्रको लगानी तथा स्वामित्वमा संचालन भएका स्वास्थ्य संस्था सम्भन्नु पर्छ ।
- (छ) “प्रजनन स्वास्थ्य” भन्नाले प्रजनन पद्धति, प्रक्रिया र कार्यसँग सम्बन्धित शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक स्वास्थ्यको स्थिति सम्भन्नु पर्छ ।

- (ज) “परिवार नियोजन” भन्नाले कुनै गर्भनिरोधको साधन प्रयोग गरी वा नगरी आफूले चाहे अनुसारको सन्तानको सङ्ख्या वा गर्भान्तर निर्धारण गर्ने योजना सम्भन्नु पर्छ ।
- (झ) “बृहत आकस्मिक प्रसूति सेवा (कम्प्रहेन्सिभ इमर्जेन्सी अक्स्टेट्रिक केयर)” भन्नाले सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७८ को खण्ड (ख) मा उल्लिखित आधारभूत आकस्मिक प्रसूति सेवाको अतिरिक्त रक्त सञ्चार र शल्य चिकित्सा सेवा समेत सम्भन्नु पर्छ ।
- (ञ) “सरकारी स्वास्थ्य संस्था” भन्नाले संघ, प्रदेश र स्थानीय तहबाट संचालित स्वास्थ्य संस्था सम्भन्नुपर्छ ।
- (ट) “सुरक्षित मातृत्व” भन्नाले महिलालाई गर्भवती, प्रसव र सुत्केरी अवस्थामा यस ऐन बमोजिम उपलब्ध गराइने मातृत्व सेवा सम्भन्नु पर्छ ।

परिच्छेद-२

उद्देश्यहरू

३. **निर्देशिकाको उद्देश्य** : सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ र नियमावली, २०७७ ले निर्दिष्ट गरे बमोजिमको सुरक्षित, गुणस्तरीय, सुलभ र पहुँचयोग्य गर्भपतन सेवाको व्यवस्थाको लागि कार्यक्रम व्यवस्थापन तथा कार्यान्वयन पक्षहरूलाई सम्बोधन गर्नु हो । यस निर्देशिकामा स्वास्थ्य क्षेत्रको हरेक तहमा सुरक्षित गर्भपतन सेवालार्ई एकीकृत रूपमा प्रदान गर्ने सुनिश्चितताका लागि सरकारका विभिन्न तहको भूमिका र जिम्मेवारीलाई पनि उल्लेख गरिएको छ । यस निर्देशिकाको उद्देश्य देहाय अनुसारका छन् :-

- (क) सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरूको विस्तार, व्यवस्थापन र कार्यान्वयन गर्ने
- (ख) संघीय/प्रादेशिक/स्थानीय तहका सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा दिइने निःशुल्क गर्भपतन सेवा सञ्चालनका लागि आवश्यक जानकारी प्रदान गर्ने
- (ग) गैर-सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरूको विस्तार, व्यवस्थापन र कार्यान्वयनमा सहयोग पुऱ्याउने
- (घ) सुरक्षित गर्भपतन सेवा सम्बन्धी नविनतम तथा बैज्ञानिक प्रविधि र प्रक्रिया जस्तै टेलिमेडिसिन, सेल्फ कियर लगायत व्यवसायिक रूपमा उपयुक्त ठहरिएका अन्य प्रविधि र प्रक्रियाहरू अनुरूपको सेवाहरू विस्तार गर्ने
- (ङ) आवधिक रूपमा सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरूको अनुगमन, अभिलेखीकरण र रिपोर्टिङ गर्ने

परिच्छेद-३

गर्भपतन सम्बन्धी कानूनी व्यवस्था

४. **गर्भपतनका कानूनी व्यवस्था** : सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ को भाग ४ को दफा १५ ले देहायको अवस्थामा गर्भवती महिलालाई सुरक्षित गर्भपतन गर्न पाउने अधिकार हुनेछ भनि व्यवस्था गरिदिएको छ । जस अनुसार,

- (क) गर्भवती महिलाको मञ्जुरीले बाह्र हप्तासम्मको गर्भ,
- (ख) गर्भपतन नगराएमा गर्भवती महिलाको ज्यानमा खतरा पुग्न सक्छ वा निजको शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य खराब हुन सक्छ वा विकलाङ्ग बच्चा जन्मन्छ भनी इजाजतपत्र प्राप्त चिकित्सकको राय भई त्यस्ता महिलाको मञ्जुरी बमोजिम अट्टाईस हप्तासम्मको गर्भ,
- (ग) जवर्जस्ती करणी वा हाडनाता करणीबाट रहन गएको गर्भ, गर्भवति महिलाको मञ्जुरीले अट्टाईस हप्तासम्मको गर्भ,
- (घ) रोग प्रतिरोधक क्षमता उन्मुक्ति गर्ने जीवाणु (एच.आई.भी) वा त्यस्तै प्रकृतिको अन्य निको नहुने रोग लागेको महिलाको मञ्जुरीमा अट्टाईस हप्तासम्मको गर्भ,
- (ङ) भ्रूणमा कमीकमजोरी भएको कारणले गर्भमै नष्ट हुन सक्ने वा जन्मेर पनि बाँच्न नसक्ने गरी गर्भको भ्रूणमा खराबी रहेको वंशाणुगत (जेनेटिक) खराबी वा अन्य कुनै कारणले भ्रूणमा अशक्तता हुने अवस्था रहेको भन्ने उपचारमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीको राय बमोजिम महिलाको मञ्जुरीमा अट्टाईस हप्तासम्मको गर्भ,

स्पष्टिकरण : गर्भपतन सम्बन्धी अन्य थप कानूनी व्यवस्थाहरू सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ को परिच्छेद ४ को दफा १५ देखि १९ र मुलुकी अपराध (संहिता) ऐन, २०७४ को दफा १८८ हेर्नुहोला । यस्तै सुरक्षित गर्भपतन सेवा संचालन गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको मापदण्ड, स्वास्थ्यकर्मीको योग्यता, स्वास्थ्य संस्था र स्वास्थ्यकर्मीको सूचीकरण गर्ने मापदण्ड, सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी प्रविधि र प्रक्रिया, मञ्जुरीनामा सम्बन्धी व्यवस्था सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम ११ देखि १८ नम्बर सम्म हेर्नुहोला ।

परिच्छेद-४

सुरक्षित गर्भपतन सेवा

५. **सुरक्षित गर्भपतन सेवाका विधिहरू** : अनुसूची-१ बमोजिम सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थामा सूचीकृत स्वास्थ्यकर्मीले देहाय बमोजिम उपयुक्त प्रविधि र प्रक्रिया प्रयोग गरी सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न सकिनेछ :-

- (क) **औषधीको प्रयोगद्वारा गरिने सुरक्षित गर्भपतन (एम ए)** : नेपालमा औषधीको प्रयोगद्वारा गरिने गर्भपतनमा मिफेप्रिस्टीन र मिसोप्रोस्टोल नामक औषधीहरू प्रयोग गरिन्छन् । यो १० हप्ता भित्रको गर्भको लागि औषधीको प्रयोगद्वारा (एम ए) गरिने सुरक्षित गर्भपतन विधि हो ।
- (ख) **म्यानुअल भ्याकुम एस्पिरेशन (एम भि ए)** : म्यानुअल भ्याकुम एस्पिरेशन औजारको प्रयोग गरि गरिने सुरक्षित गर्भपतनको प्रक्रिया हो र यसलाई १२ हप्तासम्मको गर्भपतन गर्नका लागि

प्रयोग गर्न सकिन्छ ।

(ग) **डाइलेटेशन एण्ड इभ्याकुएशन (डि एण्ड ई) :** डाइलेटेशन एण्ड इभ्याकुएशन औजारको प्रयोग गरि गरिने सुरक्षित गर्भपतनको प्रक्रिया हो । १३-१८ हप्तासम्मको गर्भको लागि कम्प्रीहेन्सीव एर्मजेन्सी अब्सटेटीक नियोनेटल कियर (CEmONC) सुविधा भएको सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थामा तालीम प्राप्त सूचीकृत स्वास्थ्यकर्मीले यो सेवा प्रदान गर्न सक्छन् ।

(घ) **मेडिकल इन्डक्शन (एम आई) :** १३ देखि २८ हप्तासम्मका गर्भका लागि सूचीकृत विशेषज्ञ, विशिष्टिकृत, स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान अन्तर्गतका शिक्षण अस्पताल तथा अन्य शिक्षण, टर्सरी अस्पतालमा सूचीकृत स्वास्थ्यकर्मीले मेडिकल इन्डक्शन विधि मार्फत गर्भपतन सेवा दिन सक्छन् ।

स्पष्टिकरण : औषधीको प्रयोगद्वारा गरिने सुरक्षित गर्भपतन (एम ए) सरल र प्रभावकारी विधि हो । यो विधिलाई नविनतम तथा बैज्ञानिक प्रविधि र प्रक्रिया जस्तै टेलिमेडिसिन, सेल्फ कियर लगायत व्यवसायिक रूपमा उपयुक्त ठहरिएका अन्य प्रविधि र प्रक्रियाहरू विश्व स्वास्थ्य संगठनले निर्माण गरेको प्रोटोकल अनुसार विस्तार गर्ने रणनीति रहेको छ । कोभिड-१९ जस्ता विश्व महामारीको र मानवीय विपत्ती भएको बेलामा पनि पनि सुरक्षित गर्भपतन सेवा सुचारु गर्न महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंम सेविका समेत परिचालन गरी एम ए सेल्फ कियर, टेलिमेडिशन सेवा र घर दैलो सेवा मार्फत सेवाको निरन्तरता दिन संघ/प्रदेश/स्थानिय तहको समन्वयमा सञ्चालन गर्न सक्नेछ ।

६. **गर्भपतन पश्चात् प्रयोग गर्न सकिने गर्भ निरोधकका साधन :** (१) विश्व स्वास्थ्य संगठनले गर्भपतन पश्चात् पुनः गर्भधारण गर्नुअघि कम्तीमा ६ महिनाको अन्तराल राख्ने सिफारिस गरेको छ । गर्भपतन पश्चात् गर्भनिरोधक सेवा प्रदान गरेमा महिलाहरूले गर्भनिरोधक साधनहरू प्रयोग गर्ने सम्भावना बढी हुने र अनिच्छित तथा अवाञ्छित गर्भधारण रोक्न सकिने छ ।

(२) सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने संस्थाले टेबलमा लेखिएका सबै प्रकारका अस्थायी र स्थायी विधिहरूको उपलब्धता सुनिश्चित गर्नुपर्नेछ । सेवाग्राहीले छनौट गरेको कुनै पनि गर्भनिरोधक साधनहरू (छोटो अवधि सम्म काम गर्ने, लामो अवधि काम गर्ने प्रतिवर्ती गर्भनिरोधक साधन र स्थायी विधि) को सेवा उपलब्ध नभएमा त्यस संस्थाले उक्त सेवा उपलब्ध भएको अर्को संस्थामा सही जानकारीका साथ प्रेषण गर्नुपर्छ । अनिच्छित गर्भधारण रोक्न ब्याक-अप विधि पनि प्रदान गर्नुपर्छ । गर्भपतन पश्चात् प्रयोग गर्न सकिने गर्भनिरोधक साधनहरूलाई प्रभावकारिताको आधारमा देहायबमोजिम वर्गीकरण गर्न सकिनेछ :-

गर्भपतन पश्चात् प्रयोग गर्न सकिने गर्भनिरोधका साधनहरू र यसको प्रभावकारिता	
लामो अवधि काम गर्ने प्रतिवर्ती गर्भनिरोधकका साधन	प्रभावकारिता
१. इम्प्लान्ट	प्रयोगको पहिलो वर्षमा ०.०५ गर्भ प्रति १०० महिला प्रयोगकर्ता तौल बढिभएको महिलामा इम्प्लान्टको प्रभावकारिता उपयोगको अवधि अन्त्यतिर घटन सक्दछ । त्यसकारणले ८० के.जि भन्दा बढि तौल भएको महिलाहरूले इम्प्लान्ट ४ वर्ष पछि हटाउनुपर्दछ ।
२. आइ.यू.सी.डी	प्रयोगको पहिलो वर्षमा उत्तम प्रयोगकर्ताको (परफेक्ट युजर) का लागि ०.६ गर्भ प्रति १०० महिला साधारण प्रयोगकर्ताका (कमन युजर) लागि ०.८ गर्भ प्रति १०० महिला
स्थायी विधी	प्रभावकारिता
१. महिला बन्ध्याकरण (मिनिल्याप),	टिपिकल प्रयोगमा ९९.८ % र उत्तम प्रयोगमा (परफेक्ट युजर) ९९.९%, २% सर्जिकल जटिलताका साथ
२. पुरुष बन्ध्याकरण (भ्यासेक्टोमी)	भ्यासेक्टोमी गरेको पुरुष पार्टनरमा भ्यासेक्टोमी गरेको पहिलो वर्ष गर्भको दर १०० मा १ भन्दा कम हुन्छ । यस प्रक्रियाको ३ महिना पछि गरिएको जाँचमा यदि विर्यमा कुनै स्पर्म नभेटिएमा, १०० यस्ता पुरुषमा १ महिला गर्भवति हुन सक्नेछन् । विर्यमा जाँच नगरेका पुरुषको पार्टनरमा अझै गर्भको दर १०० मा २ भन्दा कम हुन्छ ।
छोटो अवधि काम गर्ने प्रतिवर्ती गर्भनिरोधकका साधन	प्रभावकारिता
१. डिपो मेड्रोक्साइप्रोजेस्टेरोन एसिटेट (डिपो प्रोभेरा),	प्रयोगको पहिलो वर्षमा लगातार तथा सहि प्रयोगकर्ताको लागि ०.२ गर्भ प्रति १०० महिला साधारण प्रयोगकर्ताका (कमन युजर) लागि ४ गर्भ प्रति १०० महिला
२. पिल्स चक्की	प्रयोगको पहिलो वर्षमा लगातार तथा सहि प्रयोगकर्ताको लागि ०.३ गर्भ प्रति १०० महिला पहिलो वर्षमा साधारण प्रयोगकर्ताका (कमन युजर) लागि ७ गर्भ प्रति १०० महिला
अस्थायी साधन	प्रभावकारिता
कण्डम	प्रयोगको पहिलो वर्षमा लगातार तथा सहि प्रयोगकर्ताको लागि २ गर्भ प्रति १०० महिला साधारण प्रयोगकर्ताका (कमन युजर) लागि १३ गर्भ प्रति १०० महिला

७. गर्भपतन पश्चात्को जटिलताको व्यवस्थापन : (१) कुनै पनि महिलामा गर्भपतन पश्चात् सामान्य जटिलता (इन्कम्प्लिट अथवा कन्टिन्यू भएको गर्भ) देखिएमा स्वास्थ्य संस्थाले ती जटिलताको व्यवस्थापन गर्नुपर्नेछ ।

(२) सरकारी स्वास्थ्य संस्थाले त्यस्ता सेवाहरू निःशुल्क प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

(३) सरकारी स्वास्थ्य संस्थाले गर्भपतन पश्चात्को अन्य जटिलताको व्यवस्थापनमा अत्यधिक रक्तश्राव भई रक्तसञ्चार गर्नु पर्ने भएमा, परफोरेसन (perforation) भई ल्यापरोटोमि (Laparotomy) गर्न परेमा र सेप्सिस (sepsis) भई २४ घण्टा भन्दा बढी भर्ना भई IV एंटीबायोटिक दिनु पर्ने भएमा अन्य सुविधा सम्पन्न स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु पर्छ । उक्त स्वास्थ्य संस्थाले अर्को स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु परेमा आमा कार्यक्रम अर्न्तगतको “आमा

तथा नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका - संशोधन २०७३” को अनुसूची-२ अनुसार इकाई मुल्य र यातायात खर्च सेवाग्राहीलाई प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

द. प्रेषण : (१) सुरक्षित विधि प्रयोग गरी गर्भपतन गरेपश्चात् जटिलता आउने सम्भावना अत्यन्तै न्यून भए तापनि कहिलेकाहीँ अप्रत्याशित जटिलताहरु आउन सक्छन । स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई त्यस्ता जटिलताहरुको व्यवस्थापन गर्नका लागि आवश्यक तालीम प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

(२) यदि स्वास्थ्यकर्मीहरुले अप्रत्याशित जटिलताहरुको व्यवस्थापन गर्न नसकेमा महिलालाई जटिलताको व्यवस्थापन गर्न अन्य सुविधा सम्पन्न स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नुपर्नेछ ।

(३) स्वास्थ्य संस्थाले सेवाग्राहीले रोजेको वा आवश्यकता अनुसारको सुरक्षित गर्भपतन सेवा वा गर्भपतनपश्चात् प्रयोग गर्नुपर्ने साधन प्रदान गर्न नसकेको परिस्थितिमा उक्त संस्थाले सेवाग्राहीलाई अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नुपर्नेछ ।

(४) स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मीले विभिन्न जटिलताको व्यवस्थापन, सेवाग्राहीले रोजेका वा आवश्यकता अनुसारको गर्भपतन सेवाका लागि शुरूमै प्रेषण गरिने स्वास्थ्य संस्थाको पहिचान गरी ती संस्थाको सम्बन्धित व्यक्ति सँग समन्वय गर्नुपर्नेछ ।

(५) प्रेषण गरिएका सेवाग्राहीलाई ‘प्रेषण पुर्जा’ पनि दिएर पठाउनुपर्नेछ ।

९. किशोरी तथा अपाङ्गता भएका व्यक्तिलाई सेवा प्रवाह गर्दा प्राथमिकता : सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुले सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रवाह गर्दा किशोरी तथा अपाङ्गता भएका व्यक्तिलाई प्राथमिकता दिएर सेवा प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

१०. सुसूचित परामर्श सेवा : स्वास्थ्य संस्थाले महिलालाई सुरक्षित गर्भपतन र राष्ट्रिय मापदण्डले तोकेका विधीहरु तथा गर्भपतन पश्चात् प्रयोग गरिने गर्भनिरोधका साधनहरु सम्बन्धी परामर्श प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

११. जनचेतनाको अभिवृद्धि : (१) सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ अनुसार स्वास्थ्य संस्थाले चेतनामूलक कार्यक्रम सञ्चालन गरी महिला र किशोरीहरुलाई प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी जनचेतनाको अभिवृद्धि गराउन सक्नेछन् ।

(२) सम्बन्धित संघ/प्रदेश/स्थानीय सरकारले अनिच्छित गर्भधारणलाई रोकथाम गर्न, असुरक्षित गर्भपतन र यसबाट हुने जटिलतालाई रोकन तथा सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी लाञ्छनालाई घटाउन व्यापक रुपमा जनचेतना जगाउने सूचना, शिक्षा, संचार एवं पैरवी कार्यक्रमहरु सञ्चालन गर्नुपर्नेछ ।

(३) जनचेतनाको अभिवृद्धि कार्यक्रमहरु सञ्चालनका लागि सम्बन्धित संघ/प्रदेश/स्थानीय तहका प्रजनन स्वस्थ्य सम्बन्धि प्राविधिक समिति वा समन्वय समितिका साथै विभिन्न अन्य निकायहरु जस्तै महिला तथा ज्येष्ठ नागरिक मन्त्रालय र साभेदार संस्थाहरुसंग समन्वय गरी सूचना प्रवाह गर्ने कार्यक्रम गर्न सकिनेछ ।

(४) समुदायका महिलाहरुलाई सहि जानकारी प्रदान गर्न र समयमै प्रेषण गरी सेवा उपभोग गर्न महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुलाई परिचालन गर्न सकिनेछ र यसका लागि सम्बन्धित संघ/प्रदेश/स्थानीय सरकारले अभिमुखीकरण कार्यक्रम सञ्चालन गर्नुपर्नेछ ।

परिच्छेद-५

सुरक्षित गर्भपतन सेवा सञ्चालनका लागि सेवाको मापदण्ड

१२. **सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि स्वास्थ्यकर्मीको को सूचीकरण :** स्वास्थ्यकर्मीको सूचीकरणका लागि जिम्मेवार निकाय : सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ अनुसार सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न चाहने सरकारी, गैर-सरकारी र निजी स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत योग्य र तालीम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीलाई निम्न निकायमा सूचीकृत हुनुपर्नेछ :

- (क) स्थानीय तह अन्तर्गत सम्बन्धित स्थानीय तह वा स्थानीय तहले तोकेको निकाय वा स्थानिय तह अन्तर्गतको स्वास्थ्य महाशाखा वा शाखा
- (ख) प्रादेशिक तह अन्तर्गत सामाजिक विकास/स्वास्थ्य मन्त्रालयले तोकेको निकाय वा प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालय
- (ग) संघीय तह अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार कल्याण महाशाखामा

स्पष्टिकरण : प्रदेश र स्थानीय तहले आफ्नै कानून नियम तथा निर्देशिका बनाइ सुचिकरण गर्ने निकायले उल्लेख गरेमा सोहि बमोजिम हुनेछ ।

१३. **स्वास्थ्यकर्मीको सूचीकरण प्रक्रिया :** (१) सूचीकृत हुन चाहेका स्वास्थ्यकर्मीहरूले अनुसूची-२ बमोजिम कागजातहरू सहित आफ्नो मातहतका निकायहरूमा अनुसूची-३ मा तोकिएको ढाँचामा आवेदन दिनुपर्नेछ :-

(२) सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरू बाहेक अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरूले अनुसूची-२ अनुसारको आवेदन शुल्क बुझाउनुपर्नेछ ।

(३) निर्धारित मापदण्ड पुरा गरि स्वास्थ्यकर्मीले पेश गरेको निवेदन सम्बन्धित निकायले आवश्यक छानबिन गरि अनुसूची-४ मा तोकिएको ढाँचाअनुसार आवेदनको अभिलेख राख्नुपर्नेछ ।

(४) सबै मापदण्ड पुरा भएको निवेदनलाई अनुसूची-५ मा तोकिएको ढाँचा अनुसार सूचीकरण गरिएको प्रमाणपत्र प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

स्पष्टिकरण : यस प्रक्रिया अन्तर्गत स्वास्थ्यकर्मीलाई प्रदान गरिएको प्रमाणपत्र देशभर लागु हुनेछ र स्वास्थ्यकर्मीले उक्त प्रमाणपत्र आफू कार्यरत स्वास्थ्य संस्थामा सबैले देख्ने ठाउँमा राख्नुपर्नेछ । त्यसैगरि सूचीकृत भएको स्वास्थ्यकर्मीले सूचीकृत हुँदा पेश गरेको विवरण परिवर्तन भएमा परिवर्तन भएको विवरण पन्ध्र दिनभित्र आफू सूचीकृत भएको सम्बन्धित निकायमा भएको विवरण अद्यावधिक गराउनु पर्नेछ ।

१४. **सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि स्वास्थ्य संस्थाहरूको सूचीकरण :** सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ बमोजिम सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरू प्रदान गर्न चाहने संस्थाले देहाय बमोजिमका निकायमा सूचीकृत हुनुपर्नेछ :

- (क) स्थानीय तह अन्तर्गत सम्बन्धित स्थानीय तह वा स्थानीय तहले तोकेको निकाय वा स्थानिय तह अन्तर्गतको स्वास्थ्य महाशाखा वा शाखा

(ख) प्रादेशिक तह अन्तर्गत सामाजिक विकास/स्वास्थ्य मन्त्रालयले तोकेको निकाय वा प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालय

(ग) संघीय तह अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्था, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार कल्याण महाशाखामा

स्पष्टिकरण : प्रदेश र स्थानीय तहले आफ्नै कानून नियम तथा निर्देशिका बनाइ सुचिकरण गर्ने निकायले उल्लेख गरेमा सोहि बमोजिम हुनेछ ।

१५. स्वास्थ्य संस्थाहरूको सूचीकरण प्रक्रिया : (१) सूचीकृत हुन चाहेका स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची-२ बमोजिम कागजातहरु सहित आफ्नो मातहतका निकायहरूमा अनुसूची-६ को ढाँचामा आवेदन दिनुपर्नेछ ।

(२) सरकारी स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाले बाहेक अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरूले अनुसूची-२ अनुसारको आवेदन शुल्क बुझाउनुपर्नेछ ।

(३) निर्धारित मापदण्ड पूरा गरि स्वास्थ्य संस्थाले पेश गरेको निवेदन सम्बन्धित निकायको सम्बन्धित व्यक्तिले अनुसूची-७ बमोजिमको चेकलिस्ट प्रयोग गरी उक्त स्वास्थ्य संस्थामा मूल्याङ्कन र छानबिन गर्न जानुपर्नेछ ।

(४) संघ तहका सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा औषधी प्रयोग गरी गरिने गर्भपतन (एम ए) र म्यानुवल भ्याकुम एस्पिरेसन (एम भि ए) सेवाहरूको सूचीकरणका लागि अनुसूची-७ अनुसार स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो मूल्याङ्कन आफैले गरेको चेकलिस्ट का साथ अनुसूची-२ मा उल्लिखित कागजातसहित परिवार कल्याण महाशाखामा अनुसूची-६ को ढाँचामा आवेदन दिनुपर्नेछ । १३ देखि २८ हप्तासम्मको सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न चाहने संघीय तह अन्तर्गतका सबै स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरणका लागि भने परिवार कल्याण महाशाखाले उक्त स्वास्थ्य संस्थामा गएर चेकलिस्ट प्रयोग गरी मूल्याङ्कन गर्नुपर्नेछ ।

(५) चेकलिस्ट बमोजिमको मापदण्ड पूरा गरेको छ भने सम्बन्धित निकायले अनुसूची- ४ मा तोकिएको ढाँचाअनुसार आवेदनको अभिलेख राख्नुपर्नेछ ।

(६) सबै मापदण्ड पूरा भएको निवेदनलाई अनुसूची-८ मा तोकिएको ढाँचाअनुसार सूचीकरण गरिएको प्रमाणपत्र प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

(७) स्वास्थ्य संस्थाले प्राप्त गरेको उक्त प्रमाणपत्र स्वास्थ्य संस्थामा सबैले देख्ने ठाउँमा राख्नुपर्नेछ र सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची-९ अनुसार संस्थामा सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध भएको जानकारी भित्तामा पेन्ट गरेर वा होर्डिड बोर्डमा राखी सबैले देख्ने ठाउँमा राख्नुपर्नेछ ।

स्पष्टिकरण : सूचीकृत भएको स्वास्थ्य संस्थाले सूचीकृत हुँदा पेश गरेको विवरण परिवर्तन भएमा परिवर्तन भएको विवरण पन्ध्र दिनभित्र आफू सूचीकृत भएको सम्बन्धित निकायमा भएको विवरण अद्यावधिक गराउनु पर्नेछ ।

१६. सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूको सूची प्रकाशन : (१) सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ अनुसार संघ/प्रदेश/स्थानीय तहका सूचीकृत गर्ने सम्बन्धित निकायहरूले सार्वजनिक जानकारीका लागि प्रत्येक वर्ष सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूको अद्यावधिक सूची अनुसूची-१० मा तोकिएको ढाँचामा आफ्नो सूचना पाटीमा प्रकाशन गर्नुपर्नेछ ।

(२) जनस्वास्थ्य सेवा नियमावली, २०७७ को बमोजिम संघ/प्रदेश/स्थानीय तहमा सम्बन्धित निकायबाट इजाजतपत्र लिनुपर्ने र नवीकरण गराउनु पर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरू यस निर्देशिकाको अनुसूची-११ मा उल्लेख गरिएको छ ।

१७. स्वास्थ्य संस्थाहरूको नवीकरण : (१) सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरू बाहेक सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूले प्रत्येक ५ वर्षमा आफ्नो सूचीकरण गरिएको प्रमाणपत्र नवीकरण गर्नुपर्नेछ ।

(२) निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाले नवीकरणका लागि अनुसूची-२ मा उल्लेख गरिएको निश्चित रकम तिर्नुपर्नेछ र प्रमाणपत्रको म्याद सकिने मितिभन्दा तीन महिनाअघि नै सम्बन्धित निकायमा नवीकरणका लागि आवेदन दिनुपर्नेछ ।

(३) नवीकरणका लागि स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची -१२ को ढाँचामा निवेदनका साथै अनुसूची-२ मा उल्लिखित कागजातसहित संघ/प्रदेश/स्थानीय तहमा तोकिएको सम्बन्धीत निकायमा आवेदन दिनुपर्नेछ ।

(४) निकायबाट तोकिएको व्यक्तिले अनुसूची-१३ मा दिइएको अनुगमन चेकलिष्ट प्रयोग गरी आफ्नो मातहतका स्वास्थ्य संस्थाको मूल्याङ्कन गर्नुपर्नेछ ।

(५) सम्बन्धित निकायले आवेदक स्वास्थ्य संस्थाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि तोकिएका मापदण्ड पूरा गरेको सुनिश्चित गरेपछि उक्त निकायले आवेदक स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरणको प्रमाणपत्र नवीकरण गर्नुपर्नेछ र प्रमाणपत्रमा नवीकरण मिति पनि उल्लेख गर्नुपर्नेछ ।

(६) अनलाइन डाटाबेस/सोफ्टवेर तयार नभएसम्म तोकिएको निकायले रजिष्टरमा अनुसूची-१४ मा दिइएको ढाँचाअनुसार नवीकरणको रेकर्ड राख्नुपर्नेछ ।

(७) उल्लिखित अवधिभित्र नवीकरणका लागि आवेदन दिन असमर्थ भएमा स्वास्थ्य संस्थाले ढिलाइको कारण खुलाई प्रथम समयसीमा कटेपछिको तीन महिनाभित्र आवेदन पेश गरिसक्नुपर्नेछ । उक्त स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची-२ मा उल्लेख गरिएको नियमित नवीकरण शुल्कको दोब्बर रकम तिर्नुपर्नेछ ।

(८) सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियामावली, २०७७ पारित हुन अघि परिवार कल्याण महाशाखामा सूचीकृत भएका गैर-सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण सम्बन्धीत संघ/प्रदेश/स्थानीय सरकारले गर्नुपर्नेछ ।

१८. औषधी तथा सामग्री : (१) **आवश्यक औषधी तथा सामग्रीको पूर्वानुमान :** गत आर्थिक वर्षमा गर्भपतन सेवा प्रदान गरिएको संख्यालाई आधार बनाएर संघ/प्रदेश/स्थानीय तहको सरकारले सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरूको लागि आवश्यक औषधी तथा सामग्रीको अनुमान गरी विनियोजन गर्नुपर्नेछ ।

(२) निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि बजेटको प्रावधान, विनियोजन, व्यवस्थापन र वितरण निम्नानुसार गर्नुपर्नेछ ।

(क) **निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको व्यवस्था :** वि.सं २०७३ देखि नेपाल सरकारले सबै सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरू निःशुल्क रूपमा प्राप्त गर्न सकिने व्यवस्था गराएको छ ।

(ख) सूचीकृत सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूले सबै प्रकारका सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरू निःशुल्क प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

- (आ) सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिइसकेपछि, यदि सेवाग्राहीहरूमा सामान्य जटिलता (इन्कम्प्लिट अथवा कन्टिन्यू भएको गर्भ) देखिएमा उक्त स्वास्थ्य संस्थाले ती जटिलतालाई निःशुल्क व्यवस्थापन गर्नुपर्नेछ। यदि उक्त स्वास्थ्य संस्थाले जटिलता व्यवस्थापन गर्न नसकेमा, सेवाग्राहीलाई अन्य सुविधा सम्पन्न स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नुपर्नेछ।
- (इ) सरकारी स्वास्थ्य संस्थाले गर्भपतन पश्चात्को अन्य जटिलताको व्यवस्थापनमा अत्यधिक रक्तश्राव भई रक्तसञ्चार गर्नु पर्ने भएमा, परफोरेसन (perforation) भई ल्यापरोटोमि (Laparotomy) गर्न परेमा र सेप्सिस (sepsis) भई २४ घण्टा भन्दा बढी भर्ना भई IV एंटीबायोटिक दिनु पर्ने भएमा अन्य सुविधा सम्पन्न स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु पर्छ।
- (ई) उक्त स्वास्थ्य संस्थाले अर्को स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्नु परेमा आमा कार्यक्रम अर्न्तगतको “आमा तथा नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका-संशोधन २०७३” को अनुसूची-२ अनुसार इकाई मुल्य र यातायात खर्च क्रमशः स्वास्थ्य संस्था र सेवाग्राहीलाई प्रदान गर्नुपर्नेछ।
- (उ) एन्टी-डी (Anti-D) इम्युनोग्लोबिनको लागि लाग्ने (प्रति इकाई) लागत आमा कार्यक्रम अर्न्तगतको “आमा तथा नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका- संशोधन २०७३” को अनुसूची-२ अनुसार सेवाग्राहीलाई प्रदान गर्नुपर्नेछ।
- (ख) **निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि बजेट विनियोजन** : गर्भपतनपश्चात् आउन सक्ने जटिलता, यससम्बन्धी परामर्श र परिवार नियोजन सेवा लगायतका निःशुल्क सेवाहरूका लागि सरकारले बजेट विनियोजन गर्ने व्यवस्था गरेको छ। सरकारले सम्बन्धित सरकारी स्वास्थ्य संस्थालाई निम्न अनुसार प्रति-इकाई लागतमा बजेट विनियोजन गर्नुपर्नेछ :-
- (अ) १२ हप्तासम्मको गर्भका लागि गर्भपतन सेवा प्रदान गरे बापत प्रति केस रु.८०० (एम ए/एम भि ए)
- (आ) १३ देखि २८ हप्तासम्मको गर्भको लागि गर्भपतन सेवा प्रदान गरे बापत प्रति केस रु. २००० (डि एण्ड ई/एम आई)
- (इ) गर्भपतनपश्चात् आउन सक्ने जटिलताको व्यवस्थापनका लागि गर्भपतन पश्चात्को स्याहार (PAC) प्रदान गरे बापत प्रति केस रु.३०००।

प्रति-इकाई प्राप्त रकम भएको स्वास्थ्य संस्थाले निम्न रूपमा खर्च गर्नुपर्नेछ :

- (अ) बजेटको ७०% : औषधीबाट गरिने गर्भपतन (एम ए) को लागि आवश्यक औषधी, उपकरण (म्यानुयुवल भ्याकुम एस्पिरेसन (एम भि ए सेट) को लागि आवश्यक क्यान्युला आदि) को खरिद, मर्मतसम्भार, संक्रमण रोकथाम, सामान्य जटिलताको व्यवस्थापन र अन्य व्यवस्थापकीय पक्षहरूका लागि

- (आ) बजेटको २०% : सेवा प्रदायकहरूका लागि प्रोत्साहन रकम
- (इ) बजेटको १०% : चिकित्सकीय सेवाहरूमा सहायता पुऱ्याउने सहायक कर्मचारीहरूका लागि प्रोत्साहन रकम

माथि उल्लिखित प्रोत्साहन रकमहरू स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको निर्णय अनुसार मात्र वितरण गर्नुपर्नेछ ।

- (ग) निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई निम्नानुसार बजेट व्यवस्थापन तथा वितरण गर्नुपर्नेछ :-
- (अ) नेपाल सरकार (संघ/प्रदेश/स्थानीय) तहले सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रमका लागि आवश्यक बजेट र श्रोत विनियोजन गर्नेछ ।
- (आ) स्वास्थ्य संस्थाले गत आर्थिक वर्षमा प्रदान गरेको सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरूको संख्याको आधारमा सम्बन्धित तहले बजेट विनियोजन गर्नुपर्नेछ ।
- (इ) निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूले आफूले पाउनुपर्ने सोधभर्नाका लागि अनुसूची-१६ मा दिइएको ढाँचामा सम्बन्धित संघ/प्रदेश/स्थानीय तहमा निवेदन दिनुपर्नेछ र अनुसूची-१७ मा दिइएको ढाँचामा प्रतिवेदन बुझाउनुपर्नेछ ।

(३) सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि औषधी तथा सामग्रीको खरिद प्रक्रिया निम्नानुसार हुनेछ :-

- (क) हरेक आर्थिक वर्षमा स्वास्थ्य संस्थाहरूले गर्भपतनका लागि आवश्यक औषधी तथा सामग्री आफैले खरिद गर्नुपर्नेछ ।
- (ख) स्वास्थ्य संस्थाहरूले सरकारबाट प्राप्त भएको रकम, इकाई मूल्यको आधारमा सुरक्षित गर्भपतनका सेवाका लागि आवश्यक सामग्री खरिद गर्नुपर्नेछ । गर्भनिरोधक साधन लगायतका अन्य सबै सामग्री स्वास्थ्य संस्थाको नियमित आपूर्तिबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई उपलब्ध गराउनुपर्नेछ ।
- (ग) संघ/प्रदेश/स्थानीय सरकारका साथै साभेदार संस्थाहरूले पनि सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि औषधी तथा सामग्री खरिद गरी स्वास्थ्य संस्थालाई उपलब्ध गराउन सक्नेछन् ।
- (घ) गैर-सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूका लागि सूचीकृत गैर-सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूले सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि आवश्यक D&E सेट, म्यानुअल भ्याकुम एस्पिरेशन सेट, मिफेप्रिस्टोन र मिसोप्रोस्टोल तथा अन्य औषधीहरू (NSAID, डायजेपाम आदि) र सामग्री आफ्नै कोषबाट खरिद गर्नुपर्नेछ ।

(४) औषधीको भण्डारण : सुरक्षित गर्भपतनका लागि औषधीको भण्डारण देहाय अनुसार गर्नुपर्नेछ :-

- (क) मिफेप्रिस्टोन र मिसोप्रोस्टोलको कम्बिप्याकलाई कोठाको तापक्रममा (२५ डिग्री सेल्सियस) वा सोभन्दा कम तापक्रम कायम रहने भण्डारणमा राख्नुपर्नेछ ।
- (ख) मिफेप्रिस्टोन र मिसोप्रोस्टोलको कम्बिप्याकलाई उचित रूपमा भण्डारण नगरिएमा यी औषधीहरू प्रभावकारी नहुन सक्छन् ।

- (ग) साथै औषधीहरूको बाहिरी खोल एल्युमिनियम फोइल चर्किएको वा प्वाल परेको भएमा औषधी प्रभावकारी नहुन सक्छ । त्यसकारण, यी औषधीहरूलाई उचित रूपमा भण्डारण गर्नुपर्नेछ ।
- (५) औषधीबाट गरिने गर्भपतन (एम ए) का लागि आवश्यक औषधीहरू अनुसूची-१५ मा उल्लिखित स्पेसिफिकेसनको आधारमा खरिद गर्नुपर्नेछ ।

स्पष्टिकरण : सरकारी स्वास्थ्य संस्था बाहेकका स्वास्थ्य संस्थाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अर्न्तगतको शुल्क निर्धारण समितिले निर्धारण गरेको सेवा शुल्क भन्दा बढी सेवा शुल्क लिन पाइने छैन । संघ/प्रदेश/स्थानीय सरकार र साभेदारहरूको निर्णयअनुसार सुरक्षित गर्भपतन सेवा विस्तारका लागि साभेदार संस्थाले थप सहयोग प्रदान गर्न सकिनेछ । गैरसरकारी वा निजी क्षेत्रले निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न चाहेमा सम्बन्धित स्थानीय तहका निकायसँग सम्झौता ज्ञापन पत्रमा हस्ताक्षर गरी सम्झौतामा उल्लिखित दरमा सोधभर्ना दावी गर्न सक्नेछन् ।

परिच्छेद-६

स्वास्थ्यकर्मीको तालीम

१९. सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालीम : (१) सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ र नियमावली, २०७७ मा उल्लेख गरिए अनुसार सरकारले अनुमोदन गरेका ट्रेनिङ साइटमा स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालीम केन्द्रले जारी गरेका नयाँ मापदण्डअनुसार तालीम दिनुपर्नेछ ।

(२) नेपालमा स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवासम्बन्धी अनुसूची-१८ बमोजिमका विभिन्न तालीम प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

(३) सरकारी स्वास्थ्य संस्था, चिकित्सा शिक्षण अस्पताल र गैरसरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरूले अनुसूची-१८ अनुसारको मापदण्ड पूरा गरेमा सुरक्षित गर्भपतनको तालीम लिन सक्नेछन् ।

२०. तालीमको आवश्यकताको पहिचान गर्ने प्रक्रिया : (१) स्थानीय तहमा देहाय अनुसार तालीमको आवश्यकता पहिचान गर्नुपर्नेछ :-

- (क) स्थानीय तहले सूचीकृत स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकको संख्याको आधारमा तालीमको आवश्यकताको मापन गर्नुपर्नेछ र स्वास्थ्यकर्मीहरूको लागि तालीम आवश्यक भएका आफ्नो मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई पहिचान गर्नुपर्नेछ । इच्छुक स्वास्थ्य संस्था आफैले पनि सम्बन्धित स्थानीय तहमा तालीमको लागि आवेदन दिन सक्नेछ ।
- (ख) स्वास्थ्य संस्थाले तालीमको मापदण्ड पूरा गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूको पहिचान गर्नुपर्नेछ र तिनका नाम स्थानीय तहको सम्बन्धित विभागमा सिफारिस गर्नुपर्नेछ ।
- (ग) सिफारिस गरिएको स्वास्थ्यकर्मीको तालीमका लागि स्थानीय तहले प्रादेशिक स्वास्थ्य तालीम केन्द्रसँग समन्वय गर्नुपर्नेछ । स्थानीय तहले तालिमको लागि आवश्यक बजेट स्थानीय स्तरमा पनि व्यवस्था गर्नुपर्नेछ ।

- (घ) स्थानीय तहको मागको आधारमा स्थानीय तहले नै आर्थिक व्ययभार व्यहोर्ने गरी तालिम गर्नु परेमा प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्र वा राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र र स्थानीय तहविच सम्झौता गरी तालिम गराउन सकिने छ ।

(२) प्रादेशिक तहमा देहाय अनुसार तालीमको आवश्यकता पहिचान गर्नुपर्नेछ :-

- (क) प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालयले सूचीकृत स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकको संख्याको आधार मा तालीमको आवश्यकताको मापन गर्नुपर्नेछ, र स्वास्थ्यकर्मीहरूको लागि तालीम आवश्यक भएका प्रदेश मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई पहिचान गर्नुपर्नेछ । इच्छुक स्वास्थ्य संस्था आफैले पनि सम्बन्धित प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालयमा तालीमको लागि आवेदन दिन सक्नेछ ।
- (ख) स्वास्थ्य संस्थाले तालीमको मापदण्ड पूरा गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूको पहिचान गर्नुपर्नेछ, र तिनका नाम प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालयमा सिफारिस गर्नुपर्नेछ ।
- (ग) सिफारिस गरेका स्वास्थ्यकर्मीलाई तालीम दिलाउन प्रादेशिक स्वास्थ्य तालीम केन्द्रलाई प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालयले समन्वय गर्नुपर्नेछ ।

(३) संघीय तहमा देहाय अनुसार तालीमको आवश्यकता पहिचान गर्नुपर्नेछ :-

- (क) परिवार कल्याण महाशाखाले सूचीकृत स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकको संख्याको आधार मा तालीमको आवश्यकताको मापन गर्नुपर्नेछ, र स्वास्थ्यकर्मीहरूको लागि तालीम आवश्यक भएको संघ मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई पहिचान गर्नुपर्नेछ । इच्छुक स्वास्थ्य संस्था आफैले राष्ट्रिय तालीमको केन्द्र लागि आवेदन दिन सक्नेछ ।
- (ख) स्वास्थ्य संस्थाले आफ्ना स्वास्थ्यकर्मीहरूको नाम परिवार कल्याण महाशाखामा सिफारिस गर्नुपर्नेछ ।
- (ग) स्वास्थ्य संस्थाले सिफारिस गरेका स्वास्थ्यकर्मीलाई तालीम दिनका लागि परिवार कल्याण महाशाखाले राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालीम केन्द्रसँग समन्वय गर्नुपर्नेछ ।

स्पष्टिकरण : सम्बन्धित प्रादेशिक र स्थानीय सरकारसँगको सहकार्य तथा समन्वयमा १३ हप्तादेखि २८ हप्तासम्मको गर्भको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालीम राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालीम केन्द्रले प्रदान गर्नुपर्नेछ । त्यस्तै, परिवार कल्याण महाशाखाले प्रादश र स्थानीय सरकारसँगको सहकार्यमा १३ हप्तादेखि २८ हप्तासम्मको गर्भको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको स्वास्थ्यकर्मी र स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरण गर्नुपर्नेछ । सुरक्षित गर्भपतन सेवा तालीम प्राप्त गरेका स्वास्थ्यकर्मीहरूको ज्ञान तथा सिप सुद्विडिकरण गर्न सुरक्षित गर्भपतन सेवाको अनुशिक्षण परिवार कल्याण महाशाखाले प्रदान गर्नसक्नेछ ।

परिच्छेद-७

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको अभिलेख तथा प्रतिवेदन

२१. **सुरक्षित गर्भपतन सेवाको अभिलेख तथा प्रतिवेदन** : (१) सूचीकृत सरकारी संस्था, शैक्षिक संस्था, चिकित्सा शिक्षण अस्पताल वा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था र निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूले स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) को निर्देशिका अनुसार सुरक्षित गर्भपतन सेवा रेकर्डिङ ई-फारम (HMIS ३.७) भर्नुपर्नेछ ।

(२) स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीका तथ्याङ्कको आधारमा संस्थाहरूले HMIS ९.३ (आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र/आधारभूत अस्पताल), ९.४ (सरकारी अस्पताल), ९.५ (निजी अस्पताल) का सुरक्षित गर्भपतन सेवा रिपोर्टिङ फारम भर्नुपर्नेछ र सम्बन्धित स्थानीय तहको स्वास्थ्य महाशाखा वा शाखा वा प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालय वा परिवार कल्याण महाशाखा/स्वास्थ्य सेवा विभाग/स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमा फारामहरू पेश गर्नुपर्नेछ ।

(३) संस्थाहरूले पेश गरेका फारामहरूका आधारमा परिवार कल्याण महाशाखा/स्वास्थ्य सेवा विभाग/स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय वा प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालय अथवा स्थानीय तहले सुरक्षित गर्भपतन सेवाको गुणस्तरमा सुधार गर्नका लागि तयार पारिएका निम्न चार सूचकहरूको विश्लेषण गर्नुपर्नेछ :

(क) सुरक्षित गर्भपतन सेवाको संख्या (< 20 र ≥ 20)

(ख) गर्भपतन गरेपछि गर्भनिरोधका साधन (छोटो अवधि सम्म काम गर्ने, लामो अवधि सम्म काम गर्ने प्रतिवर्ती गर्भनिरोधका साधन वा स्थायी विधी प्रयोग गर्नेहरूको संख्या

(ग) सेवाग्राहीले गर्भपतनपश्चात् लिएका सेवाहरूको (PAC) (अन्य संस्थाबाट) संख्या

(घ) गर्भपतनका दौरान वा गर्भपतनपश्चात् आएका जटिलताको संख्या (सोही संस्थाबाट)

(४) सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गरिने सबै सूचीकृत संस्थाहरूले क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल सही र पूर्ण रूपमा क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल (CPP) फारममा भर्नुपर्नेछ र फारमलाई सुरक्षित राख्नुपर्नेछ ।

(५) औषधीबाट गरिने गर्भपतन (एम ए) का लागि अनुसूची-१९, म्यानुअल भ्याकुम एस्पिरेशन (एम भि ए) का लागि अनुसूची-२०, १३ देखि २८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा प्रदान गर्नका लागि अनुसूची-२१ अनुसार क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल (CPP) फारम भर्नुपर्नेछ ।

(६) सुरक्षित गर्भपतन, असुरक्षित गर्भपतन वा स्वतः भएका गर्भपतनका कारण आउने जटिलताहरूको व्यवस्थापन गर्न र निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्नको लागि अनुसूची-२२ अनुसार क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल भर्नुपर्नेछ ।

२२. **सेवा प्रदायक र स्वास्थ्य संस्थाको अभिलेख** : आवश्यक डाटाबेस/सफ्टवेयर तयार नभएसम्म संघ/प्रदेश/स्थानीय तहका सम्बन्धित सूचीकृत स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकको अभिलेखीकरण तथा प्रतिवेदनका लागि अनुसूची-४ मा उल्लेख गरिए बमोजिम रजिष्टर कायम गर्नुपर्नेछ ।

स्पष्टिकरण : सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ अनुसार सूचीकृत भएका स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मीको अभिलेख सूचीकृत गर्ने निकायले अद्यावधिक राख्नुपर्नेछ ।

२३. अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण : (१) सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूले प्रदान गर्ने सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरूको गुणस्तर र नियमितता निर्धारण गर्न र गुणस्तरीय सेवाहरू प्रदान गर्न सहयोग पुऱ्याउनका लागि तोकिएको निकायले नियमित रूपमा सहयोगात्मक सुपरिवेक्षण भ्रमणहरू गर्नुपर्नेछ ।

(२) संघ/प्रदेश/स्थानीय तहको सम्बन्धित निकायले स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकहरूको अनुगमन गर्नुपर्नेछ ।

(३) त्यस्ता भ्रमणको दौरानमा सुपरिवेक्षकले स्वास्थ्य संस्थाको रेकर्डहरूको विश्लेषण गर्नुपर्नेछ र स्वास्थ्य संस्थासँग गुणस्तरीय सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि अनुसूची-१३ अनुसार अनुगमन चेकलिष्ट प्रयोग गर्नुपर्नेछ ।

(४) सुपरिवेक्षण गरिसकेपछि सुपरिवेक्षकले संस्थामा सुधारिनुपर्ने कुराहरू र भ्रमणबाट निकालिएका निष्कर्षहरूलाई संस्थाका सबै सम्बन्धित कर्मचारीसँग छलफल गर्नुपर्नेछ । छलफलको क्रममा सुपरिवेक्षकले राम्रा अभ्यासको निरन्तरता सुनिश्चित गर्न कर्मचारीहरूलाई प्रोत्साहन गर्नुपर्नेछ र स्वास्थ्य संस्थाले समस्या समाधानका लागि अनुसूची-२३ अनुसारको कार्ययोजना बनाउनुपर्नेछ ।

(५) अनुगमन र सुपरिवेक्षणको लागि स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति, स्वास्थ्य महाशाखा/शाखा, प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालय र परिवार कल्याण महाशाखाले संघ/प्रदेश/स्थानीय तहका सरकारी, गैरसरकारी वा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूको भ्रमण गर्नुपर्नेछ ।

(६) सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो नागरिक वडापत्रमा निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवासम्बन्धी जानकारी समावेश गर्नुपर्नेछ र वडापत्रलाई संस्थाको परिसरभित्र सबैले देख्नेगरी गरी राख्नुपर्नेछ ।

(७) अनुगमन तथा सुपरिवेक्षणका लागि सम्बन्धित दाता निकायहरू र गैरसरकारी संस्थाहरूको सहयोग लिन सक्नेछन् ।

(८) सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रमको समीक्षा अन्य कार्यक्रमहरूसँगको समन्वयमा गर्नुपर्नेछ ।

परिच्छेद-८

विविध

२४. खारेज र बचाउ : (१) “सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०७४” खारेज गरिएको ।

(२) “सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०७४” बमोजिम भए गरेका काम कारवाही यसै निर्देशिका बमोजिम भए गरेको मानिने छ ।

अनुसूची-१

(दफा ५ संग सम्बन्धित)

सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी प्रविधि, प्रक्रिया र सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मी

हप्ता	प्रविधि	सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मी	सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था
१० हप्ता भित्र	एम.ए (MA)	तालीम प्राप्त अ.न.मि. सहित स्टाफ नर्स/मिडवाईफ र तल उल्लिखित सबै चिकित्सक	सूचिकृत स्वास्थ्य संस्था
१० हप्ता भित्र	एम.भि. ए (MVA)	तालीम प्राप्त स्टाफ नर्स /मिडवाईफ र तल उल्लिखित सबै चिकित्सक	सूचिकृत स्वास्थ्य संस्था
१२ हप्ता सम्म	एम.भि. ए (MVA)	तालीम प्राप्त MBBS चिकित्सक तथा तल उल्लिखित सबै चिकित्सक	सूचिकृत स्वास्थ्य संस्था
१३ हप्ता देखि १८ हप्ता सम्म	चिकित्सकले उपयुक्त ठाने को एम.आइ (MI)/ डी एण्ड ई (D &E)	तालीम प्राप्त स्त्री रोग विशेषज्ञ र एम.डि.जि.पि चिकित्सकहरु	CEmONC सेवा उपलब्ध भएको सूचिकृत स्वास्थ्य संस्था
१३ हप्ता देखि २२ हप्ता सम्म	चिकित्सकले उपयुक्त ठानेको एम.आइ (MI)/ डी एण्ड ई (D &E)	तालीम प्राप्त स्त्री रोग विशेषज्ञ र एम.डि.जि.पि चिकित्सकहरु	CEmONC सेवा उपलब्ध भएको सूचिकृत स्वास्थ्य संस्था
१३ हप्ता देखि २८ हप्ता सम्म	चिकित्सकले उपयुक्त ठाने को एम.आइ (MI) / डी एण्ड ई (D &E)	तालीम प्राप्त स्त्री रोग विशेषज्ञ र एम.डि.जि.पि चिकित्सकहरु	सूचिकृत विशेषज्ञ अस्पताल, विशिष्टिकृत अस्पताल, स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान अन्तर्गतका शिक्षण अस्पताल तथा अन्य शिक्षण अस्पताल, टर्सरी अस्पताल

नोट: माथि उल्लिखित प्रविधि र प्रक्रियाका अतिरिक्त पेशागत हिसाबले मन्त्रालयले उपयुक्त ठहऱ्याएको अन्य प्रविधि तथा सेवा पनि समावेश गरिनेछ। २३ हप्ता देखि २८ हप्ता सम्मको गर्भपतन गर्दा उपचारमा संलग्न चिकित्सकले आवश्यकता अनुसार अन्य विशेषज्ञ चिकित्सक सँग राय लिएको हुनु पर्नेछ।

सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १७ को अनुसूचि ११ बमोजिम

अनुसूची-२

(दफा १३ को उपदफा (१) र (२), १५ उपदफा (१) (२) र (४) र १७ उपदफा (२) र (३) संग सम्बन्धित)

सूचीकरण र नवीकरण सम्बन्धी शुल्क र कागजात

(१) १२ हप्ता सम्मको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी सूचीकरणका लागि चाहिने कागजात

(क) स्वास्थ्य संस्था

- (अ) स्वास्थ्य संस्थाको इजाजतपत्रको प्रतिलिपि
- (आ) स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरणको प्रतिलिपि
- (इ) गर्भपतन सेवा प्रदायकको सूचिकरणको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- (ई) मापदण्ड पूरा भएको स्वप्रमाणित चेकलिस्ट (संघय स्तरको सरकारी स्वास्थ्य संस्था)

(ख) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक

- (अ) सम्बन्धितमा दर्ताको प्रमाणपत्रको फोटोकपी
- (आ) नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रमाणपत्र
- (इ) सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालिमको प्रमाणपत्रको फोटोकपी
- (ई) पासपोर्ट साइज फोटो - २

(२) १३ देखि २८ हप्तासम्मको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी सूचीकरणका लागि चाहिने कागजात

(क) स्वास्थ्य संस्था

- (अ) १२ हप्ता सम्मको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी सूचीकरणका लागि चाहिने कागजात
- (आ) १२ हप्ता सम्म सुरक्षित सेवा गर्भपतन प्रदान गरिएको स्वास्थ्य संस्था सूचिकरणको प्रमाणपत्रको फोटोकपी
- (इ) १३ देखि २८ हप्तासम्मको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी सेवा प्रदायकको सूचिकरणको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि

(ख) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक

- (अ) १२ हप्ता सम्मको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी सूचीकरणका लागि चाहिने कागजात
- (आ) स्वास्थ्य संस्था संग आवद्ध पत्र
- (इ) १२ हप्ता सम्म सुरक्षित सेवा गर्भपतन प्रदान गरिएको स्वास्थ्य सेवा प्रदायक सूचिकृत गरिएको प्रमाणपत्रको फोटोकपी
- (ई) १३ देखि २८ हप्तासम्मको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालिमको प्रमाणपत्रको फोटोकपी

(३) सूचीकरण शुल्क

- (क) स्वास्थ्य संस्था : रु ५००० (सरकारी स्वास्थ्य संस्था बाहेकका लागि)
- (ख) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक : रु १००० (सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक बाहेकका लागि)

(४) सुरक्षित गर्भपतन सेवा स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरणका लागि चाहिने कागजात र शुल्क

- (क) सूचिकृत गरिएको प्रमाणपत्र र प्रमाणपत्रको फोटोकपी
- (ख) स्वास्थ्य संस्था नवीकरण गरिएको प्रमाणपत्रको फोटोकपी
- (ग) नवीकरणका लागि निवेदन
- (घ) नवीकरणको शुल्क : रु ५०००

अनुसूची-३

(दफा १३ को उपदफा (३) संग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य सेवा प्रदायक सूचिकृत हुनका लागि दिइने निवेदनको ढाँचा

श्री..... ज्यू
..... ।

हालसालै खिचेको
पासपोर्ट साइजको
फोटो

विषय : सूचीकृत गरी पाउँ ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने प्रयोजनको लागि खडा गरिएको सूचीमा मेरो नाम समावेश गर्न देहायको विवरण खुलाई सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १४ को उपनियम (१) बमोजिम यो निवेदन दिएको छु ।

निवेदन दिने स्वास्थ्यकर्मीको,-

१. नाम :
२. ठेगाना :
३. आफ्नो नाम दर्ता भएको व्यावसायिक परिषद्को नाम :
४. व्यावसायिक परिषद्को दर्ता नं र दर्ता मिति :
५. हाल कार्यरत स्वास्थ्य संस्थाको नाम :
६. शैक्षिक योग्यता :

(क)

(ख)

(ग)

सुरक्षित गर्भपतन सेवा सञ्चालन गर्दा सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५, तथा सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ मा उल्लेख भए बमोजिमको मापदण्ड तथा व्यवस्थाको पालना गर्नेछु ।

यस निवेदनका साथ आवश्यक कागजात यसै साथ संलग्न गरिएको छ ।

माथि लेखिएको व्यहोरा र यसै साथ संलग्न विवरण ठीक साँचो हो । भुट्टा ठहरे कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला ।

निवेदन दिने स्वास्थ्यकर्मी,-

दस्तखत :

नाम :

सम्पर्क नं.

मिति :

अनुसूची-४

(दफा १३ को उपदफा (३) र २२ संग सम्बन्धित)

सूचिकरणको अभिलेख

(क) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक

सम्बन्धित तहगत सरकार

सम्बन्धित तहगत सरकारको नाम

क्र.स			
स्वास्थ्य सेवा प्रदायक	सूचिकृत नं (सूचिकृत नं निम्न लेखिएको तरिका अनुसार दिने) १.संघ : संघ, क्र.स २.प्रदेश : प्रदेश नामको कोड, जिल्ला, क्र.स ३. स्थानीय : प्रदेश नामको कोड, पालिका, क्र.स))		
	सूचिकृत भएको मिति		
	पूरा नाम		
	ठेगाना	प्रदेश	
		जिल्ला	
		पालिका	
	शैक्षिक योग्यता		
	सम्पर्क नं		
	तालिमको प्रकार		
	तालिम लिएको ठाँउ		
आबद्ध भएको स्वास्थ्य संस्था	स्वास्थ्य संस्थाको नाम		
	ठेगाना	प्रदेश	
		जिल्ला	
		पालिका	
तयार गरेको	पूरा नाम		
	पद		
	सहि		
रुजु गरेको	पूरा नाम		
	पद		
	सहि		
स्वीकृत गरेको	पूरा नाम		
	पद		
	सहि		

सरुवा भएर गएको	स्वास्थ्य संस्था	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	
		आबद्ध भएको तहगत सरकार	
		प्रदेश	
		जिल्ला	
		पालिका	
सरुवा भएर आएको	स्वास्थ्य संस्था	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	
		आबद्ध भएको तहगत सरकार	
		प्रदेश	
		जिल्ला	
		पालिका	

२) स्वास्थ्य संस्था

सम्बन्धित तहगत सरकार

सम्बन्धित तहगत सरकारको नाम

क्र.स			
स्वास्थ्य संस्था	सूचिकृत नं (सूचिकृत नं निम्न लेखिएको तरिका अनुसार दिने) १. संघ : संघ, क्र.स २. प्रदेश : प्रदेश नामको कोड, जिल्ला, क्र.स ३. स्थानीय : प्रदेश नामको कोड, पालिका, क्र.स)		
	सूचिकृत भएको मिति		
	सूचिकृत गरिएको सेवा	एम.ए/एम.भि.ए/डि एण्ड इ/एम आई	
		कति हप्ता सम्मको सेवा	
	स्वास्थ्य संस्थाको नाम		
	ठेगाना	प्रदेश	
		जिल्ला	
		पालिका	
	CEmONC site हो / होइन		
	सम्पर्क नं		

स्वास्थ्य सेवा प्रदायक	पूरा नाम	
	सूचिकृत नं	
	तालिमको प्रकार	
	सम्पर्क नं	
तयार गरेको	पूरा नाम	
	पद	
	सहि	
रुजु गरेको	पूरा नाम	
	पद	
	सहि	
स्वीकृत गरेको	पूरा नाम	
	पद	
	सहि	
Functional status (Yes/No)		
कैफियत		

अनुसूची-५

(दफा १३ को उपदफा (४) संग सम्बन्धित)

स्वास्थ्यकर्मी सूचीकृत प्रमाणपत्रको ढाँचा

..... कार्यालय

सूचीकरण नं.

श्री

.....

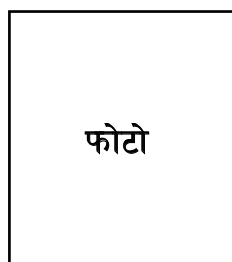
स्वास्थ्यकर्मी सूचीकृत गरिएको प्रमाणपत्र ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवा संचालन गर्नको लागि प्रमाणपत्र पाँउ भनी तपाईंले मिति मा दिनु भएको निवेदन उपर आवश्यक जाँचबुझ गर्दा तपाईंलाई सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियामावली, २०७७ को नियम १४ को उपनियम (२) बमोजिम मितिको निर्णयानुसार यो प्रमाणपत्र दिइएको छ ।

१. सेवा उपलब्ध गराउँदा सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ र सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियामावली, २०७७ उल्लिखित व्यवस्था तथा पेशागत आचरणको पालना गर्नु पर्नेछ ।

२. सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउने क्रममा देहाय बमोजिमको सेवा मात्र उपलब्ध गराउन पाइनेछ :-

- | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| (क) १० हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.ए | <input type="checkbox"/> एम.भि.ए |
| (ख) १२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.भि.ए | |
| (ग) १३ हप्ता देखि १८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.आई | <input type="checkbox"/> डि एण्ड ई |
| (घ) १९ हप्ता देखि २२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.आई | |
| (ङ) २३ हप्ता देखि २८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.आई | |



प्रमाणपत्र दिने अधिकारीको,-

दस्तखत :

नाम:

दर्जा:

मिति:

(कार्यालयको छाप)

सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियामावली, २०७७ को नियम १४ को उपनियम (२) बमोजिम

अनुसूची-६

(दफा १५ को उपदफा (१) र (४) संग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य संस्था सूचीकृत हुनका लागि दिइने निवेदनको ढाँचा

श्री..... ज्यू
.....,

विषय: सूचीकृत गरिदिने सम्बन्धमा

सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउनको लागि यस संस्थालाई सूचीकृत गरी पाउन देहायको विवरण खुलाई सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १४ को उपनियम (१) बमोजिम यो निवेदन दिएको छु ।

१. निवेदन दिने स्वास्थ्य संस्थाको,-

नाम :

ठेगाना :

प्रमुख पदाधिकारीको नाम र थर :

स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन गर्न इजाजतपत्र प्रदान गर्ने कार्यालय :

इजाजत पत्र नं. :

इजाजतपत्र जारी मिति :

इजाजतपत्रको अवधि समाप्त हुने मिति :

२. सुरक्षित गर्भपतन सेवा सञ्चालन गर्दा सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५, तथा सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ मा उल्लेख भए बमोजिमको मापदण्ड तथा अन्य व्यवस्थाको पालना गर्नेछु ।

३. माथि लेखिएको व्यहोरा र यसै साथ संलग्न विवरण ठीक साँचो हो । भुट्टा ठहरे कानून बमोजिम सहुंला बुझाँउला ।

स्वास्थ्य संस्थाको तर्फबाट निवेदन दिने व्यक्तिको,-

दस्तखत :

नाम :

दर्जा :

स्वास्थ्य संस्थाको छाप

सम्पर्क नं.

मिति :

सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १४ उपनियम (१) को अनुसूचि ११ बमोजिम

अनुसूची-७

(दफा १५ को उपदफा (३) संग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य संस्था निरीक्षण चेकलिष्ट

स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार तथा अवलोकनको उद्देश्य अनुसार उपयुक्त कोठामा ठीक चिन्ह (√) लगाउनुहोस् ।

स्वास्थ्य संस्थाको नाम			
सम्बन्धीत सरकारी तह			
स्वास्थ्य संस्थाको ठेगाना	वडा नं.:	स्थानीय तहको नाम:	
	स्वास्थ्य संस्थाको कोड/दर्ता नं. :		
	जिल्ला :	प्रदेश :	
स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार		अवलोकनको उद्देश्य	
<input type="checkbox"/> सरकारी	<input type="checkbox"/> आधारभूत स्वास्थ्य केन्द्र <input type="checkbox"/> क्लिनिक	<input type="checkbox"/> MA सेवा (१० हप्ता भित्र को गर्भ) <input type="checkbox"/> MVA सेवा (१० हप्ता भित्र को गर्भ)	
<input type="checkbox"/> गैरसरकारी	<input type="checkbox"/> आधारभूत अस्पताल <input type="checkbox"/> जनरल अस्पताल	<input type="checkbox"/> MVA सेवा (१२ हप्ता सम्मको गर्भ) <input type="checkbox"/> D&E सेवा (१३ देखि १८ हप्तासम्मको गर्भ)	
<input type="checkbox"/> निजी	<input type="checkbox"/> Tertiary अस्पताल <input type="checkbox"/> विशेषज्ञ अस्पताल <input type="checkbox"/> विशिष्टकृत अस्पताल <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान अनर्तगतका शिक्षण अस्पताल <input type="checkbox"/> अन्य शिक्षण अस्पताल <input type="checkbox"/> CEONC सेवा भएको (१३ हप्ता देखि २८ हप्ता सम्मको लागि)	<input type="checkbox"/> MI सेवा (१९ देखि २२ हप्तासम्मको गर्भ) <input type="checkbox"/> MI सेवा (२३ देखि २८ हप्ता सम्मको गर्भ)	

अवलोकनकर्ताको नाम	अवलोकनकर्ताको पद	अवलोकन मिति	अवलोकनकर्ताको हस्ताक्षर
१.			
२.			
३.			

चेकलिष्टको उपयुक्त कोठामा ठीक चिन्ह (√) लगाउनुहोस् ।

(अ) औषधि प्रयोगबाट गर्भपतन सेवा (एम ए) दिने संस्थाको मूल्याङ्कन चेकलिष्ट

(क) परीक्षण कक्ष र परामर्श कक्ष	छ	छैन	कैफियत
१. एम ए सेवा प्रदायक : एकजना			
२. उज्यालोको लागि विजुली तथा अन्य सुविधाहरू			
३. सेवा प्रदायको सूचीकृत प्रमाणपत्र देखिने ठाँउमा भुण्डाइएको			

४	सेवाग्राहीलाई परामर्श/जाँच गर्ने कोठा			
५	हात धुनको लागि साबुनपानीको व्यवस्था			
६	परामर्शको लागि साँचो लगाउन मिल्ने घर्ना (drawer) भएको टेबल - एक वटा			
७	परामर्शको लागि कुर्सी - दुई वटा			
८	परिवार नियोजनका परामर्श सामग्रीहरू			
९	सुरक्षित गर्भपतन सेवा परामर्शको लागि फ्लिप चार्ट - एक वटा			
१०	परिवार नियोजनको साधनको उपलब्धता (कम्तीमा पाँच प्रकारका) : इम्प्लान्ट, डिपा, पिल्स, आई.यू.सी.डी,कण्डम) र स्थायी बन्ध्याकरणको लागि आवश्यक प्रेषण			
११	चालू अवस्थाको Sphygmomanometer (रक्तचाप नाप्ने उपकरण) - एक वटा			
१२	चालू अवस्थाको Stethoscope - एक वटा			
१३	चालू अवस्थाको थर्मोमिटर - एक वटा			
१४	सेवाग्राहीको जाँचको लागि खिया नलागेको बेड - एक वटा			
१५	सेवाग्राहीको जाँचको लागि Rexin भएको म्याट्रेस - एक वटा			
१६	फुटस्टेप (foot step) - एक वटा			
१७	Cheattel's forcep र Jar - एक वटा			
१८	सेवाग्राहीको परीक्षणको समयमा गोपनीयता कायम राख्न पेट ढाक्ने कपडा (Abdominal Drape) - एक वटा			
१९	हातमा लगाउने पन्जाहरू - ३ जोडी			
२०	बाइभल्भ स्पेकुलम (Bivalve Speculum) (विभिन्न आकारमा : ठूलो देखि सानोसम्म) - दुई वटा			
२१	एम ए औषधिको उपलब्धता (कोम्बी प्याक) - ३ प्याकेट			
२२	दुखाइ कम गर्ने औषधि (NSAID): १० वटा			
२३	प्रयोग भएकम तीखा औजारहरू फाल्ने पडचर प्रुफ कन्टेनर			
२५	सफा पानीभएको बाल्टी - १ वटा			
२४	साबुन पानी राख्ने बाटा - एक वटा			
२५	सानो सर्जिकल ड्रम : एक वटा			
२६	अटोक्लेभ (Autoclave HLD) को उपलब्धता			
२७	फोहर सामग्रीहरूको सङ्कलन र व्यवस्थापनको लागि एउटा खाल्डो वा इन्सिनेटर -			
२८	स्वास्थ्य संस्था परिसर भित्र साबुनपानीको व्यवस्था भएको शौचालय - एक वटा			
(ख) अभिलेख तथा रिपोर्टहरू		छ	छैन	
१.	एम ए लिने क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल (MA CPP)			

२.	स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) अभिलेख			
३.	स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) प्रतिवेदन			
(ग) जटिलताहरूको व्यवस्थापन				
१.	चौबीसै घण्टा आकस्मिक सेवाको उपलब्धता वा प्रेषणको व्यवस्था			
२.	प्रेषण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र सम्पर्क नम्बर			
३.	प्रेषण गर्ने सम्पर्क कार्ड			

(आ) एम भि ए प्रविधिहरू सुरक्षित गर्भ संस्थाको मूल्याङ्कन चेकलिष्ट

क्र.सं.	(क) सेवाग्राही प्रतीक्षालय	छ	छैन	कैफियत
१.	सेवाग्राहीको लागि बेन्च/कुर्सी सहितको ठाउँ			
२.	गर्भपतन तथा परिवार नियोजन सम्बन्धी जानकारीमूलक सामग्रीहरू			
३.	सेवाग्राहीको लागि साबुन पानी सहितको शौचालय (स्वास्थ्य संस्था हाताभित्र)			
(ख) परामर्श कक्ष				
१.	चाबी लगाउन मिल्ने घर्ना भएको टेबल - एक वटा			
२.	कुर्सी - दुई वटा			
३.	चालू अवस्थाको Sphygmomanometer (रक्तचाप नाप्ने उपकरण)- एक वटा			
४.	चालू अवस्थाको Stethoscope - एक वटा			
५.	चालू अवस्थाको थर्मोमिटर - एक वटा			
६.	सुरक्षित गर्भपतन सेवा परामर्शका लागि फ्लिप चार्ट - एक वटा			
७.	गर्भनिरोध साधनका परामर्श सामग्रीहरू			
८.	परिवार नियोजनको साधनको उपलब्धता (कम्तीमा पाँच प्रकारका : इम्प्लान्ट, डिपा, पिल्स, आई.यू.सी.डी,कण्डम) र स्थायी बन्ध्याकरणको लागि आवश्यक प्रेषण			
(ग) सेवाग्राही परीक्षण कक्ष				
१.	धाराको पानीको स्रोत र साबुन			
२.	सेवाग्राहीको जाँचको लागि खिया नलागेको बेड - एक वटा			
३.	सेवाग्राहीको जाँचको लागि Rixin भएको म्याट्रेस - एक वटा			
४.	गुजनेक लाइट/इमर्जेन्सी लाइट/टर्च - एक वटा			

५	सेवाग्राहीको परीक्षणको समयमा गोपनीयता कायम राख्न पेट ढाक्ने कपडा (Abdominal Drape) - एक वटा			
६	सर्जिकल पन्जा - ६ जोडी			
७	जार सहितको Cheattel's फोर्सेप फोर्सेप - १ वटा			
८	बाइभल्भ स्पेकुलम - ३ वटा (विभिन्न आकारमा : ठूलो देखि सानोसम्म)			
९	उपकरणहरू राख्नको लागि बिको सहितको खिया नलाग्ने ट्रे/ड्रम - २ वटा			
१०	सफा पानीभएको बाल्टी - १ वटा			
११	साबुनपानीको लागि बाटा/बाल्टीन - १ वटा			
	(घ) एम भि ए प्रक्रियालागि कक्ष			
	साबुन सहित बहने पानीको धारा			
	(ङ) व्यक्तिगत सुरक्षा सामग्रीहरू			
१.	प्लास्टिकको एप्रोन - १ वटा			
२.	गमबुट - १ वटा			
३.	मास्क र क्याप - २/२ वटा			
४	फेस शिल्ड र गगल्स - २/२ वटा			
५	दोहोरो बेरिएको (Double Wrapping) MVA औजारको सेट - ३ सेट			
६	एम भि ए औजारको प्रत्येक सेटमा तलका लेखिएका सामग्री हुन्छन् :			
	स्पन्ज फोर्सेप - एक वटा			
	टेनाकुलम/भोल्सेलम - (Tenaculum/ Volsellum) - एक वटा			
	एन्टिसेप्टिक घोलको लागि खियारहित स्टिलको कचौरा - एक वटा			
	किड्नी ट्रे - एक वटा			
	ग्रेभ्स स्पेकुलम - एक वटा			
	हात पुछ्ने तौलिया - एक वटा			
	गजका टुक्रा/कटन			
	(च) अन्य उपकरण तथा औजारहरू			
१.	चालू अवस्थाको Sphygmomanometer (रक्तचाप नाप्ने उपकरण) - एक वटा			
२.	चालू अवस्थाको Stethoscope - एक वटा			
३.	चालू अवस्थाको थर्मोमिटर - एक वटा			
४	एम भि ए प्रक्रियाका लागि खिया नलागेको बेड- एक वटा			

५	बेडमा चहने (फुटस्टेप) - १ वटा			
६	अटोक्लेभ (Autoclave HLD) को उपलब्धता			
७	उपकरण तथा औजारको टूली - १ वटा			
८	सर्जिकल पन्जाहरू - ६ जोडी			
९	पारा सर्भिकल ब्लकको लागि 20 ml सिरिन्ज - ४ वटा			
१०	एम भि ए एस्पिरेट (aspirator)- ४ वटा			
११	एम भि ए क्यानुला सेट (४ देखि १२ नम्बरसम्म) - ४ सेट			
१२	डायलेटर (Dilators) एक सेट			
१३	ग्रास्पीङ्ग फोर्सेप लामो आरटरी फोर्सेप (Long Artery Forceps) - दुई वटा			
१४	POC सङ्कलनका लागि स्टीलको भाँडो - एक वटा			
१५	प्रयोग भइसकेका धारिलो र तिखा औजारहरू फ्याल्ट पन्चर पुफ भाँडो - एक वटा			
१६	फोहर सङ्कलन गर्ने बाल्टीन - १ वटा			
१७	I.V. स्ट्याण्ड - १ वटा			
	(छ) POC जाँच			
१.	स्ट्रेनर - १ वटा			
२.	लाइट भ्यू बक्स - १ वटा			
३.	POC जाँचको लागि पारदर्शी (Transparent) भाँडो - १ वटा			
	(ज). औजारहरू सफा गर्न ढुबाउने/भिजाउने भाँडो			
१.	सफा पानीभएको बाल्टी - १ वटा			
२.	साबुनपानीको लागि वाटा/बाल्टीन - १ वटा			
	(झ). एम भि ए का लागि अनिवार्य औषधिहरू			
१.	एम ए औषधि (कोम्बी प्याक) - ५ प्याकेट			
२.	मिसोप्रोटोल- ५ प्याकेट			
३.	NSAID ट्याब्लेट(जस्तै आइब्रुप्रोफिन) - १० वटा			
४	ट्याब्लेट डायजिपाम (म्बशभउक) 5-10 mg - १० वटा			
५	क्यापसुल डोक्सिसाइक्लिन (Doxycycline) - १०० mg/ ट्याब्लेट अजिथ्रोमाइसिन (Azithromycin) ५०० mg/ ट्याब्लेट मेट्रोनिडाजोल(Metronidazole) ४०० टन - १० वटा			
६	१% लिग्नोकेइन (lignocaine) - १ बोतल			
७	इन्जेक्सन अक्सिटोसिन (oxytocin)- ४ भायल			
८	इन्जेक्सन अर्गोमेट्रिन (Inj. Ergometrine) - ४ भायल			

९	एन्टिसेप्टिक भोल (जस्तै : पोभिडोन आयोडिन) - १ बोतल			
१०	ट्याबलेट डाइक्लोफेनाक (Tab Diclofenac) - १० वटा			
११	५% डेक्सट्रोस (Dextrose) - २ बोतल			
१२	नर्मल सलाइन - २ बोतल			
१३	रिनार ल्याक्टेट - २ बोतल			
१४	इन्जेक्सनको लागि पानी - (Water for Injection) २ भायल			
१५	IV क्यानुला सेट (१६ देखि १८ गेज) - प्रत्येक १-१ वटा			
	(ब) एर्मजेन्सीका/जीवन रक्षक औषधि/उपकरणहरू (Life Saving medication instruments)			
१.	इन्जेक्सन अट्रोपाइन (Atropine) - २ भायल			
२.	इन्जेक्सन हाइड्रोकोर्टिसोन/फेनिरामिन मालेइट (Hydrocortisone/Pheniraminemlate)- २ भायल			
३.	इन्जेक्सन डेक्सामेथासोन (Dexamethasone) - २ भायल			
४	इन्जेक्सन अड्रानेलिन (Adrenaline)- २ भायल			
५	इन्जेक्सन एमिनोफिलाइन/इन्जेक्सन डेरिफिलाइन (Inj Aminiphylline/Inj Deriphylline)- २ भायल			
६	इन्जेक्सन नालोक्सोन/फ्लुमाजोलिन (Inj Naloxone/ Flumazoline)- १ भायल			
७	प्लाज्मा एक्सप्यान्डस (Plasma expanders) - २ बोतल			
८	सिरिन्ज २, ५, १० प्रत्येक १ -१ वटा			
९	फ्लो मिटर र अक्सिजन सहितको अक्सिजन सिलिडर-१ वटा			
१०	अक्सिजन सिलिन्डर- १ वटा			
११	एम्बो ब्याग - १ वटा			
	(ट) रिक्भरी कक्ष			
१.	बेड - १ वटा			
२.	रेक्सिन भएको म्याट्रेस र सिरानी - २ वटा			
३.	ब्लान्केट/तन्ना - २ वटा			
४	इमेसिस (Emesis) प्यान/प्लास्टिक बाटा (सानो) - १ वटा			
५	फोहर सङ्कलन गर्ने बाल्टी - १ वटा			
६	संस्थाको हाताभिन्न शौचालय			
	(ठ) अभिलेख राख्ने तथा रिपोर्ट गर्ने साधनहरू			
१.	सेवाग्राहीको एकीकृत व्यक्तिगत (MA CPP)			

२.	सुरक्षित गर्भपतन सेवा अभिलेखको लागि स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली (HMIS)			
३.	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रिपोर्ट गर्नको लागि स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली (HMIS)			
	(ड) औजारहरूको निर्मलीकरण/सरसफाइको लागि ठाउँ			
१.	धाराको पानीको भरपर्दो स्रोत र साबुन			
२.	औजारहरू भण्डारको लागि ठाउँ			
३.	अटोक्लेभ ड्रम - ३			
४	प्लास्टिक एप्रोन - १			
५	गमबुट - १			
६	मास्क र क्याप - प्रत्येक २-२ वटा			
७	युटिलिटी ग्लोभ्स (पन्जाहरू) - १ जोडी			
८	डिटर्जेन्ट (सर्फ) पाउडर - १ प्याकेट			
९	नाप्ने जग (१ लिटर) - १			
१०	औजारहरू सफा गर्नको लागि नरम ब्रस - १			
११	सफा गर्नको लागि प्लास्टिक कचौरा/बाल्टी - २ वटा			
१२	उचित फोहर व्यवस्थापन प्रणाली (जस्तै : खाल्टो)			
	(ढ) रिकभरी कक्ष			
१.	बेड - १ वटा			
२.	रेक्जिन भएको म्याट्रेस र सिरानी - २ वटा			
३.	ब्लान्केट/तन्ना - २ वटा			
४	इमेसिस (Emesis) प्यान/प्लास्टिक बाटा (सानो) - १ वटा			
५	फोहर सङ्कलन गर्ने बाल्टी - १ वटा			
६	संस्थाको हाताभिन्न शौचालय			
	(ण) जनशक्ति			
१.	एम. भि.ए सेवा प्रदायक - कम्तीमा १ जना			
२.	सहयोग गर्नका लागि नर्स - कम्तीमा १ जना			
३.	सहयोगी कर्मचारी - कम्तीमा १ जना			
	(त) वृहत प्रजनन स्वास्थ्य सेवा			
१.	एचआईभी पोजेटिभ केसहरूको लागि परामर्श/उपचार/प्रेषण			
२.	RTI को परामर्श/उपचार/प्रेषण उपचार			

	(ध) २४सै घण्टा उपलब्ध आकस्मिक सेवा वा प्रेषण सेवा			
१.	प्रेषण गरिने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र सम्पर्क नम्बर			
२.	प्रेषण कार्डको उपलब्धता/व्यवस्था			

(इ) मेडिकल इन्डक्शन (MI) र डाइलेटेसन एण्ड इभ्याकुएसन (D&E) मूल्याङ्कन जाँचसूची

क्र.स	(क) सेवाग्राही प्रतीक्षालय	छ	छैन	कैफियत
१.	सेवाग्राहीको लागि बेन्च/कुर्सी सहितको ठाउँ			
२.	गर्भपतन तथा परिवार नियोजन सम्बन्धी जानकारीमूलक सामग्रीहरू			
३.	सेवाग्राहीको लागि साबुन पानी सहितको शौचालय (स्वास्थ्य संस्था हाताभिन्न)			
	(ख) परामर्श कक्ष			
१.	चाबी लगाउन मिल्ने घर्घा भएको टेबल - एक वटा			
२.	कुर्सी - दुई वटा			
३.	चालू अवस्थाको Sphygmomanometer (रक्तचाप नाप्ने उपकरण)- एक वटा			
४	चालू अवस्थाको Stethoscope - एक वटा			
५	चालू अवस्थाको थर्मोमिटर - एक वटा			
६	सुरक्षित गर्भपतन सेवा परामर्शका लागि फ्लिप चार्ट (एम ए, एम भि ए। एम आइ, डि एण्ड ई सहितको) - एक वटा			
७	गर्भनिरोध साधनका परामर्श सामग्रीहरू			
८	उपलब्ध गर्भनिरोधहरू : पाँच प्रकारका इम्प्लान्ट (आईयूसीडी, डिपो, खानेचक्की, कण्डम) र स्थायी बन्ध्याकरण (पुरुष बन्ध्याकरण (भ्यासेक्टोमी), महिला बन्ध्याकरण (मिनिल्याप)			
९	प्रेषण प्रणाली			
	(ग) सेवाग्राही परीक्षण कक्ष			
१.	धाराको पानीको स्रोत र साबुन			

२.	सेवाग्राहीको जाँचको लागि खिया नलागेको बेड - एक वटा			
३.	सेवाग्राहीको जाँचको लागि Rexin भएको म्याट्रेस - एक वटा			
४	गुजनेक लाइट/इमर्जेन्सी लाइट/टर्च - एक वटा			
५	सेवाग्राहीको परीक्षणको समयमा गोपनीयता कायम राख्न पेट ढाक्ने कपडा (Abdominal Drape) - एक वटा			
६	पन्जा - ६ जोडी			
७	जार सहितको Cheattel's फोर्सेप फोर्सेप - १ वटा			
८	बाइभल्भ स्पेकुलम - ३ वटा (विभिन्न आकारमा : ठूलो देखि सानोसम्म)			
९	उपकरणहरू राख्नको लागि बिको सहितको खिया नलाग्ने ट्रे/ड्रम - २ वटा			
१०	सफापानीको लागि बाटा/बाल्टीन - १ वटा			
११	साबुनपानीको लागि बाटा/बाल्टीन - १ वटा			
	(घ) MVA प्रक्रियाका लागि कक्ष			
	साबुन सहित बहने पानीको धारा			
	(ङ) व्यक्तिगत सुरक्षा सामग्रीहरू			
१.	प्लास्टिकको एप्रोन - १ वटा			
२.	गमबुट - १ वटा			
३.	मास्क र क्याप - २/२ वटा			
४	फेस शिल्ड र गगल्स - २/२ वटा			
५	दोहोरो बेरिएको (Double Wrapping) MVA औजारको सेट - ३ सेट			
६	MVA औजारको प्रत्येक सेटमा तलका लेखिएका सामग्री हुन्छन् :			
	स्पन्ज फोर्सेप - एक वटा			
	टेनाकुलम/भोल्सेलम - (Tenaculum/ Volsellum) - एक वटा			
	एन्टिसेप्टिक घोलको लागि खियारहित स्टिलको कचौरा - एक वटा			
	किङ्नी ट्रे - एक वटा			

	ग्रेभ्स स्पेकुलम - एक वटा			
	हात पुछ्ने तौलिया - एक वटा			
	गजका टुक्रा/कटन			
	(च) डाइलेटेसन एण्ड इभ्याकुएसन(डि एण्ड ई) गर्न चाहिने औजारहरू			
१.	एम भि ए क्यानुला (१४ देखि १६ नम्बरसम्म) - प्रत्येक २- २ वटा			
२.	डि एण्ड इ उपकरण सेटहरू - २ (प्रत्येक सेटमा तलका कुरा हुन्छन्)			
	Pratt tapered dilators (२१ एमएम देखि ५५ एमएम सम्म) -			
	सक्सन क्यानुला (१४ र देखि १६ एमएम सम्म)			
	एम भि ए एसपिरेटर			
	विएरर युटेराइन इभ्याकुएसन फोर्सेप (Bierer uterine evacuation forceps) (सानो १६ एमएम)			
	सोफर युटेराइन इभ्याकुएसन फोर्सेप (Sopher uterine evacuation forceps) (सानो ९ एमएम र ठूलो १२ एमएम)			
३.	चालू अवस्थाको Sphygmomanometer (रक्तचाप नाप्ने उपकरण)- एक वटा			
४	चालू अवस्थाको Stethoscope - एक वटा			
५	चालू अवस्थाको थर्मोमिटर - एक वटा			
६	एम भि ए प्रक्रियाका लागि खिया नलागेको बेड- एक वटा			
७	बेडमा चढ्ने (फुटस्टेप) - १ वटा			
८	अटोक्लेभ (Autoclave HLD) को उपलब्धता			
९	उपकरण तथा औजारको टूली - १ वटा			
१०	सर्जिकल पन्जाहरू - ६ जोडी			
११	पारा सर्भिकल ब्लकको लागि 20 ml सिरिन्ज - ४ वटा			
१२	एम भि ए एसपिरेट (aspirator)- ४ वटा			
१३	एम भि ए क्यानुला सेट (४ देखि १२ नम्बरसम्म) - ४ सेट			
१४	डायलेटर (Dialotors) एक सेट			
१५	ग्रास्पीङ्ग फोर्सेप लामो आरटरी फोरसेप (Long Artery Forceps)- दुई वटा			
१६	POC सङ्कलनका लागि स्टीलको भाँडो - एक वटा			

१७	प्रयोग भइसकेका धारिलो र तिखा औजारहरू फ्याल्न पन्चर प्रुफ भाँडो - एक वटा			
१८	फोहर सङ्कलन गर्ने बाल्टीन - १ वटा			
१९	I.V. स्ट्याण्ड - १ वटा			
	(छ) POC जाँच			
१.	स्ट्रेनर - १ वटा			
२.	लाइट भ्यू बक्स - १ वटा			
३.	POC जाँचको लागि पारदर्शी (Transparent) भाँडो - १ वटा			
४	फिटल फुट लेन्थ चार्ट - १ वटा			
५	मापन (नाप्ने) स्केल - १ वटा			
६	औजारहरू सफा गर्न ढुवाउने/भिजाउने भाँडो			
७	साबुनपानीको लागि बाटा/बाल्टीन - १ वटा			
	(ज) अनिवार्य औषधिहरू			
१.	एम ए औषधि (कोम्बी प्याक) - ५ प्याकेट			
२.	मिजोप्रस्टोल - ५ प्याकेट			
३.	NSAID ट्याब्लेट(जस्तै आइबुप्रोफिन) - १० वटा			
४	ट्याब्लेट डायजिपाम (Diazepam) 5-10 mg - १० वटा			
५	क्यापसुल डोक्सिसाइक्लिन (Doxycycline) - १०० mg/ ट्याब्लेट अजिथ्रोमाइसिन (Azithromycine) ५०० mg/ट्याब्लेट मेट्रोनिडाजोल (Metronidazole) ४००mg - १० वटा			
६	१% लिग्नोकेइन (lignocaine) - १ बोतल			
७	इन्जेक्सन अक्सिटोसिन (oxytocin) - ४ भायल			
८	इन्जेक्सन अर्गोमेट्रिन (Inj. Ergometrine) - ४ भायल			
९	एन्टिसेप्टिक भोल (जस्तै : पोभिडोन आयोडिन) - १ बोतल			
१०	ट्याब्लेट डाइक्लोफेनाक (Tab Diclofenac) - १० वटा			
११	५% डेक्सट्रोस (Dextrose) - २ बोतल			
१२	नर्मल सलाइन - २ बोतल			
१३	रिन्नार ल्याक्टेट - २ बोतल			
१४	इन्जेक्सनको लागि पानी - (Water for Injection) २ भायल			
१५	IV क्यानुला सेट (१६ देखि १८ गेज) - प्रत्येक १-१ वटा			
	(झ) एमर्जेन्सी/जीवन रक्षक औषधि/उपकरणहरू (Life Saving medication instruments)			

१.	इन्जेक्सन अट्रोपाइन (Atropine) - २ भायल			
२.	इन्जेक्सन हाइड्रोकोर्टिसोन/फेनिरामिन मालेइट (Hydrocortisone/Pheniraminemlate) - २ भायल			
३.	इन्जेक्सन डेक्सामेथासोन (Dexamethasone) - २ भायल			
४	इन्जेक्सन अड्रानेल्डिन (Adrenaline)- २ भायल			
५	इन्जेक्सन एमिनोफिलाइन/इन्जेक्सन डेरिफिलाइन (Inj Aminophylline/Inj Deriphylline) - २ भायल			
६	इन्जेक्सन नालोक्सोन/फ्लुमाजोलिन (Inj Naloxone/Flumazoline) - १ भायल			
७	प्लाज्मा एक्सप्यान्डर्स (Plasma expanders) - २ बोतल			
८	सिरिन्ज २, ५, १० प्रत्येक १ -१ वटा			
९	फ्लो मिटर र अक्सिजन सहितको अक्सिजन सिलिडर-१ वटा			
१०	अक्सिजन सिलिन्डर- १ वटा			
११	एम्ब्रो ब्याग - १ वटा			
	(ब) रिकभरी कक्ष			
१.	बेड - १ वटा			
२.	रेक्सिन भएको म्याट्रेस र सिरानी - २ वटा			
३.	ब्लान्केट/तन्ना - २ वटा			
४	इमेसिस (Emesis) प्यान/प्लास्टिक बाटा (सानो) - १ वटा			
५	फोहर सङ्कलन गर्ने बाल्टी - १ वटा			
६	संस्थाको हाताभित्र शौचालय			
	ट. अभिलेख राख्ने तथा रिपोर्ट गर्ने साधनहरू			
१.	सेवाग्राहीको एकीकृत व्यक्तिगत (CPP)			
२.	सुरक्षित गर्भपतन सेवा अभिलेखको लागि स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली (HMIS)			
३.	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रिपोर्ट गर्नको लागि स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली (HMIS)			
	(ठ) औजारहरूको निर्मलीकरण/सरसफाइको लागि ठाउँ			
१.	धाराको पानीको भरपर्दो स्रोत र साबुन			
२.	औजारहरू भण्डारको लागि ठाउँ			
३.	अटोक्लेभ ड्रम - ३			
४	प्लास्टिक एप्रोन - १			
५	गमबुट - १			

६	मास्क र क्याप - प्रत्येक २-२ वटा			
७	युटिलिटी ग्लोभ्स (पन्जाहरू) - १ जोडी			
८	डिटर्जेन्ट (सर्फ) पाउडर - १ प्याकेट			
९	नाप्ने जग (१ लिटर) - १			
१०	औजारहरू सफा गर्नको लागि नरम ब्रस - १			
११	सफा गर्नको लागि प्लास्टिक बाटा/बाल्टी - २ वटा			
१२	उचित फोहर व्यवस्थापन प्रणाली (जस्तै : पि ओ सि पिट, इन्सिनेटर)			
	(ड) जनशक्ति			
१.	१३ हप्ता माथिको तालिम प्राप्त सेवा प्रदायक - कम्तीमा १ जना			
२.	सहयोग गर्नका लागि नर्स - कम्तीमा १ जना			
३.	सहयोगी कर्मचारी - कम्तीमा १ जना			
	(ढ) वृहत प्रजनन स्वास्थ्य सेवा			
१.	कम्प्रिहेन्सिभ एमरजेन्सी अब्स्टेट्रीक नियोनेटल कियर सेवा दिने स्वास्थ्य संस्था			
२.	एचआईभी पोजेटिभ केसहरूको लागि परामर्श/उपचार/प्रेषण			
३.	RTI को उपचार			
	(ण) २४सै घण्टा उपलब्ध आकस्मिक सेवा वा प्रेषण सेवा			
१.	प्रेषण गरिने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र सम्पर्क नम्बर			
२.	प्रेषण कार्डको उपलब्धता/व्यवस्था			
	नोट : सेवा ग्राहीलाई भर्ना गर्नुपर्ने स्थिती भएमा एम आई को लागि छुट्टै बेडको व्यवस्था गर्नुपर्ने छ			

सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली २०७७ अन्तर्गत अनुसूची ६ मा उल्लेखित मापदण्ड वमोजिम यो चेकलिष्ट बनाइएको हो ।

अनुसूची-८

(दफा १५ को उपदफा (६) संग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य संस्था सूचीकृत प्रमाणपत्रको ढाँचा

..... कार्यालय

सूचीकरण नं.....

श्री

.....

स्वास्थ्य संस्था सूचीकृत गरिएको प्रमाणपत्र

सुरक्षित गर्भपतन सेवा सञ्चालन गर्नको लागि प्रमाणपत्र पाउँ भनी त्यस संस्थाले दिएको निवेदन उपर आवश्यक जाँचबुझ गर्दा त्यस संस्थालाई सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली २०७७ को नियम १४ को उपनियम (२) बमोजिम मिति..... को निर्णय अनुसार यो प्रमाणपत्र दिइएको छ ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउने क्रममा देहाय बमोजिको सेवा मात्र उपलब्ध गराउन सक्नेछ :

- | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| (क) १० हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.ए | <input type="checkbox"/> एम.भी.ए. |
| (ख) १२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.भी.ए. | |
| (ग) १३ हप्तादेखि १८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.आई | <input type="checkbox"/> डि एण्ड ई |
| (घ) १९ हप्तादेखि २२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.आई | |
| (ङ) २३ हप्तादेखि २८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा | <input type="checkbox"/> एम.आई | |

प्रमाणपत्र जारी गर्ने अधिकारीको,—

दस्तखत :

नाम :

पद :

कार्यालय :

मिति :

अनुसूची-९

(दफा १५ को उपदफा (९) संग सम्बन्धित)

वाल पेन्टिड अथवा होर्डिङ्ग बोर्डको ढाँचा

(१) वाल पेन्टिड अथवा होर्डिङ्ग बोर्डको ढाँचाको नमुना (१० हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवाको लागि)

निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा यहाँ उपलब्ध छ



यहाँ १० हप्ता भित्रको
गर्भलाई पूर्ण गोपनीयताका
साथ सुरक्षित गर्भपतन सेवा
निःशुल्क प्रदान गरिन्छ ।



.....स्वास्थ्य संस्थाको नाम
बिहान ९ बजे देखि दिउंसो ३ बजे सम्म
आइतबार देखि शुक्रबार सम्म

(२) बाल पेन्टिड अथावा होर्डिङ्ग बोर्डको ढाँचाको नमुना (१२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवाको लागि)

निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा यहाँ उपलब्ध छ



यहाँ १२ हप्ता भित्रको
गर्भलाई पूर्ण गोपनीयताका
साथ सुरक्षित गर्भपतन सेवा
निःशुल्क प्रदान गरिन्छ ।



.....स्वास्थ्य संस्थाको नाम
बिहान ९ बजे देखि दिउँसो ३ बजे सम्म
आइतबार देखि शुक्रबार सम्म

(३) बाल पेन्टिड अथवा होर्डिङ्ग बोर्डको ढाँचाको नमुना (२८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवाको लागि)

निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा यहाँ उपलब्ध छ

महिलाको मञ्जुरीमा निम्न गर्भपतन सेवाहरू यहाँ उपलब्ध रहेका छन् :

- (क) गर्भवती महिलाको मञ्जुरीले बाह्र हप्तासम्मको गर्भ,
- (ख) गर्भपतन नगराएमा गर्भवती महिलाको ज्यानमा खतरा पुग्न सक्छ वा निजको शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य खराब हुन सक्छ वा विकलाङ्ग बच्चा जन्मन्छ भनी इजाजतपत्र प्राप्त चिकित्सकको राय भई त्यस्ता महिलाको मञ्जुरी बजोजिम अट्टाईस हप्तासम्मको गर्भ,
- (ग) जवर्जस्ती करणी वा हाडनाता करणीबाट रहन गएको गर्भ, गर्भवति महिलाको मञ्जुरीले अट्टाईस हप्तासम्मको गर्भ,
- (घ) रोग प्रतिरोधक क्षमता उन्मुक्ति गर्ने जीवाणु (एच.आई.भी) वा त्यस्तै प्रकृतिको अन्य निको नहुने रोग लागेको महिलाको मञ्जुरीमा अट्टाईस हप्तासम्मको गर्भ,
- (ङ) भ्रूणमा कमीकमजोरी भएको कारणले गर्भमै नष्ट हुन सक्ने वा जन्मेर पनि बाँच्न नसक्ने गरी गर्भको भ्रूणमा खराबी रहेको वंशाणुगत (जेनेटिक) खराबी वा अन्य कुनै कारणले भ्रूणमा अशक्तता हुने अवस्था रहेको भन्ने उपचारमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीको राय बमोजिम महिलाको मञ्जुरीमा अट्टाईस हप्तासम्मको गर्भ,



भ्रूणको लिङ्ग पहिचान गरी गर्भपतन गराएमा कानून बमोजिम सजाय हुनेछ ।

.....स्वास्थ्य संस्थाको नाम

दिन :

समय :

अनुसूची-१०

(दफा १६ को उपदफा (१) संग सम्बन्धित)

सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाको वार्षिक प्रतिवेदन प्रकाशन

क्र.सं.	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	ठेगाना (प्रदेश, नगरपालिका)	सुरक्षित गर्भपतन सेवाका प्रकार		सूचीकृत मिति
			विधि (एम.ए/ एम.भी.ए/ डी एण्ड ई/ एम.आई.)	कति हप्ता सम्म को सेवा	

अनुसूची-११

(दफा १६ को उपदफा (२) संग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य संस्थालाई इजाजतपत्र दिने निकाय

(क) स्वास्थ्य मन्त्रालय वा मन्त्रालयले तोकेका निकायबाट इजाजतपत्र लिनुपर्ने र नवीकरण गराउनुपर्ने स्वास्थ्य संस्था :

- (क) २०० शैया माथिका जनरल अस्पताल
- (ख) विशेषज्ञ अस्पताल
- (ग) विशिष्टिकृत अस्पताल
- (घ) बाल अस्पताल
- (ङ) ५० शैया माथिका आयुर्वेद अस्पताल/विशेषज्ञ आयुर्वेद अस्पताल
- (च) निजी, गैरसरकारी, सहकारी वा गैर नाफामूलक सामुदायिक शिक्षण कलेजले सञ्चालन गर्ने शिक्षण अस्पताल
- (छ) होमियोप्याथी अस्पताल
- (ज) जेरियाट्रिक केयर सेन्टर
- (झ) क श्रेणीको रेडियो इमेजिङ सेन्टर
- (ञ) रक्तसञ्चार केन्द्र
- (ट) “ए” र “बी” वर्गको प्रयोगशालाहरू
- (ठ) टेस्ट्युब बेबी सेन्टर (IVF)
- (ड) डायलाइसिस केन्द्र (२५ शैयाभन्दा माथि)
- (ढ) पुनर्स्थापना केन्द्र (२५ शैयाभन्दा माथि)
- (ण) अन्य कुनै पनि तहको सूचीमा नपरेको र स्पष्ट नभएको स्वास्थ्य सेवा ।

(ख) प्रदेश सरकार वा प्रदेश सरकारले तोकेको निकायबाट इजाजतपत्र लिनुपर्ने र नवीकरण गराउनुपर्ने संस्थाहरू :

- (क) २५ देखि २०० शैया सम्मका जनरल तथा विशेषज्ञ अस्पताल
- (ख) २५ देखि ५० शैया सम्मका आयुर्वेद अस्पताल
- (ग) डेन्टल क्लिनिक, विशेषज्ञ क्लिनिक, पोलिक्लिनिक
- (घ) आँखा उपचार केन्द्र
- (ङ) “सी” वर्गको प्रयोगशाला
- (च) ख श्रेणीको रेडियो इमेजिङ सेन्टर
- (छ) डायलाइसिस केन्द्र (२५ शैया सम्म)
- (ज) पुनर्स्थापना केन्द्र (२५ शैया सम्म)
- (झ) हस्पिस सेन्टर (Hospice center) ।

(ग) स्थानीय तह वा स्थानीय तहले तोकेको निकायले इजाजतपत्र दिने र नवीकरण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरू :

- (क) स्वास्थ्य क्लिनिक, आयुर्वेदिक क्लिनिक, सोवारिगपा (आम्ची) क्लिनिक, होमियोप्याथी क्लिनिक र यस्तै प्रकारका अन्य क्लिनिकहरू ।
- (ख) फिजियोथेरापी केन्द्र, पुनर्स्थापन केन्द्र (मनोसामाजिक), प्राकृतिक उपचार केन्द्र, अकुपन्चर, अकुप्रेसर केन्द्र, युनानी उपचार केन्द्र, योगा ध्यान तथा शारीरिक व्यायाम केन्द्र, परम्परागत सेवा क्लिनिक र यस्तै प्रकारका अन्य क्लिनिक तथा सेवा केन्द्रहरू
- (ग) जेरियाट्रिक परामर्श केन्द्र
- (घ) “डि” र “इ” वर्गको प्रयोगशाला
- (ङ) १५ शैया सम्मको अस्पताल ।

जनस्वास्थ्य सेवा नियमावली २०७७ को नियम १२, उपनियम (२) अन्तर्गतको अनुसूची ९ बमोजिम ।

अनुसूची-१२

(दफा १७ को उपदफा (३) संग सम्बन्धित)

सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण फाराम

श्री

.....
.....
.....

निम्न उल्लिखित संस्थाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दै आइरहेको सम्बन्धी प्रमाणपत्र नवीकरणका लागि निम्न विवरण खोली यो निवेदन पेश गरेको छु ।

सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाको नाम :

सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाको ठेगाना (प्रदेश, जिल्ला, पालिका) :

.....

फोन नम्बर: फ्याक्स.....

इमेल.....

वेबसाइट.....

संस्था प्रमुखको नाम :

सूचीकृत प्रमाण पत्र नं. : सूचीकृत मिति.....

प्रमाणपत्रको म्याद सकिने मिति :

सूचीकृत सेवा प्रदायकको नाम.....

सूचीकृत प्रमाण पत्र नं.....

विगतमा दिइएको सेवाको संख्या (विगत पाँच वर्षको)

आर्थिक वर्ष	सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिने से वाग्राही जम्मा संख्या	कुनै गम्भरी जटिलता (यदि छ भने) संख्या	सुरक्षित गर्भपतन सेवा पछि दिइएका परिवार नियोजन सेवा संख्या)				अन्य विवरण
			भी.एस.सी.	आई.यु.सी.डी.	इम्प्लान्ट	जम्मा	

२०.../...							
२०.../...							
२०.../...							
२०.../...							
२०.../...							

यस संस्थामा सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि चाहिने आवश्यक न्यूनतम स्थान, औजार, उपकरण तथा औषधि र उपयुक्त प्रेषण प्रणाली रहेको तथा HMIS-3.7 अनुसार सेवाग्राहीको प्रतिवेदन लाई नियमित रूपमा पठाइ रहेको व्यहोरा प्रमाणित गर्दछु। साथै भविष्यमा पनि नियमित रूपमा गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्ने प्रतिबद्धता जाहेर गर्दछु।

संस्थाको प्रमुखको नाम :

हस्ताक्षर :

पद.....

कार्यालयको छाप :

मिति.....

यो संस्थालाई नवीकरण गर्न उपयुक्त भएको प्रमाणित गर्दछु।

बैंक भौचर नं.....

मिति.....

सिफारिस गर्नेको नाम.....

हस्ताक्षर.....

पद.....

मिति.....

अनुसूची-१३

(दफा १७ को उपदफा (४) र २३ को उपदफा (३) सम्बन्धित)

अनुगमन चेकलिष्ट

.....कार्यलाय

.....

मिति :

१. स्वास्थ्य संस्थाको नाम :
२. स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार :
३. ठेगाना :
४. स्वास्थ्य संस्थाको प्रमुखको नाम :
५. सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदायकको नाम :

६. तल दिएको तालिकामा सहि उत्तरमा (√) चिन्ह लगाउनुहोस् वा रिमार्कस्मा उल्लेख गरिएअनुसार भर्नुहोस् ।

क्र.सं	प्रश्नहरु	छ	छैन	रिमार्कस्
१	सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदायक			
क	सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदायकको संख्या			संख्या.....
ख	सेवा प्रदायकको हाजिर			पछिल्लो ३ महिनाको हाजिर हेर्नुहोला
ग	स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको तालिमको सुचीकरण पत्र सबैले देख्ने ठाँउमा राखिएको			
२	सुरक्षित गर्भपतन सेवा			
क	स्वास्थ्य संस्थाको सुचीकरण को इजाजतपत्र सबैले देख्ने ठाँउमा राखिएको			
ख	कति हप्ता सम्मको सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गरिन्छ			हप्ता

ग	कुन प्रकारको सेवा प्रदान गर्दै आएको			
	१. एम ए			
	२. एम भि ए			
	३ डि एण्ड ई			
	४. एम. आई			
घ	गर्भपतन पश्चात्को जटिलताको व्यवस्थापन भएको			
ङ	प्रेषणका लागि संस्था पहिचान गरि समन्वय गरिएको			
च	प्रेषण रसिद			
३	सुरक्षित गर्भपतन सेवाको संख्या			पछिल्लो ३ महिनाको सेवाको संख्या हेर्नुहोला
	१. एम ए			
	२. एम भि ए			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
	३ डि एण्ड ई			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
	४. एम. आई			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
४	गर्भपतन पश्चात्को प्रयोग गरेको गर्भनिरोधको साधनको संख्या			पछिल्लो ३ महिनामा
	१. इम्प्लान्ट			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
	२. आइ.यू.सी.डी			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
	३. महिला बन्ध्याकरण (मिनिल्याप),			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
	४. पुरुष बन्ध्याकरण (भ्यासेक्टोमी)			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला

	५. डिपो मेड्रोक्साइप्रोजेस्टेरोन एसिटेट (डिपो प्रोभेरा),			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
	६. पिल्स चक्की			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
	७. कण्डम			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
५	सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि प्रेषण गरिएको संख्या			संख्या..... पछिल्लो ३ महिनामा
६	गर्भपतन पश्चात्को प्रयोग गरेको गर्भनिरोधको साधनका लागि प्रेषण गरिएको संख्या			संख्या..... पछिल्लो ३ महिनामा
७	गर्भपतन पश्चात्को जटिलताको व्यवस्थापनको संख्या			संख्या..... पछिल्लो ३ महिनामा
क	सोहि संस्थाबाट			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
ख	अन्य संस्थाबाट			संख्या..... यो सेवा नभएमा NA लेख्नुहोला
८	सुरक्षित गर्भपतन सेवाको प्रतिवेदन बुझाएको			पछिल्लो ३ महिनामा
९	सुरक्षित गर्भपतनको औषधी वा उपकरणको पछिल्लो ३ महिनामा स्टक आउट भएको			पछिल्लो ३ महिनामा
	१. एम ए औषधी			
	२. एम भि ए सेट			
	३. डि एण्ड ई			
	४. एम आई			
१०	सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि पर्याप्त बजेट प्राप्त भएको			

७. सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न स्वास्थ्य संस्थाबाट के कस्ता प्रयास भएका छन्?

- क)
ख)
ग)
घ)

८. सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न के कस्ता समस्या आएका छन् ?

- क)
ख)
ग)
घ)

९. अनुगमन गरिएको स्वास्थ्य संस्थामा सुधार गरिनूपर्ने कुराहरु के के छन् ?

- क)
ख)
ग)
घ)

१०. स्वास्थ्य संस्थालाई दिइएको सल्लाह के के छन् ?

- क)
ख)
ग)
घ)

११. सिकिएको पाठहरु

- क)
ख)
ग)
घ)

अनुगमन गर्ने व्यक्तिको

नाम, थर :

पद :

सहि :

अनुसूची-१४

(दफा १७ को उपदफा (६) संग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरणको अभिलेख ढाँचा

सम्बन्धित तहगत सरकार

सम्बन्धित तहगत सरकारको नाम :.....

क्र.सं.		
स्वास्थ्य संस्था	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	
	गर्भपतन सेवाको प्रकार (MA/MVA/MI/D & E)	
	कति हप्ता सम्मको सेवा	
	ठेगाना	प्रदेश
		जिल्ला
		पालिका
	सूचीकृत नम्बर	
सूचीकृत मिति		
सेवा प्रदायक	नाम	
	सेवा प्रदायकको सूचीकृत नम्बर	
	सम्पर्क नम्बर	
नवीकरण मिति		
म्याद समाप्त हुने मिति		
नवीकरण गर्ने	नाम	
	पद	
	हस्ताक्षर	
कैफियत		

अनुसूची-१५

(दफा १८ को उपदफा (५) संग सम्बन्धित)

एम.ए. औषधिको स्पेसिफिकेसन

(क) मिसोप्रोस्टोलको स्पेसिफिकेसन

स्ट्रेन्थ	मिसोप्रोस्टोल २०० mcg ट्याब्लेट
प्याकिङ साइज	alu/alu प्याकमा ४ ट्याब्लेट
मापदण्ड	औषधि मापदण्ड नियमावली २०४३ मा उल्लेख भएअनुसार यो औषधि इन्डियन फर्माकोपिया (Indian Pharmacopoeia), ब्रिटिश फर्माकोपिया (British Pharmacopoeia), युरोपियन फर्माकोपिया (European Pharmacopoeia) र अमेरिकी फर्माकोपिया (United States Pharmacopoeia) अनुरूप हुनुपर्नेछ ।
शेल्फ लाइफ	कम्तीमा २४ महिना । बाँकीको शेल्फ लाइफ गन्तव्यको बिन्दुमा रहेको उत्पादनबेला रहेको शेल्फ लाइफमा उल्लेख गरिएको तीन चौथाइ (३/४) भन्दा कम हुनुहुन्दैन ।
न्यूनतम आवश्यकता	<ol style="list-style-type: none"> उत्पादनकर्तासँग सम्बन्धित विज्ञ निकायबाट जारी गरिएको मान्य WHO-GMP सर्टिफिकेट हुनुपर्छ । साइट र उत्पादनको भ्यालिड उत्पादन इजाजतपत्र । विश्व स्वास्थ्य संगठनले सिफारिस गरेअनुरूपको ढाँचामा म्याद नगुज्रिएको फर्मास्युटिकल उत्पादनको प्रमाणपत्र (Certificate of Pharmaceutical Product) । 30°±2° C / 75%±5% RH को स्टोरेज कन्डिसनमा कम्तीमा ३ वटा ब्याचहरूको ब्याच (२ वर्षभन्दा बढी शेल्फ लाइफ भएको उत्पादनको लागि २ वर्षको डाटा र २ वर्षभन्दा कम शेल्फ लाइफ भएको उत्पादनको लागि सम्पूर्ण अवधिको डाटा) । यो तथ्यांकलाई सम्बन्धित निकायबाट प्रमाणित भएको हुनुपर्नेछ । आफ्नै प्रयोगशालाबाट उत्पादनको विश्लेषणको प्रमाणपत्र (Certificate of Analysis) ।

(ख) एम.ए. औषधिको स्पेसिफिकेसन (कोम्बीप्याक)

- मिफेप्रिस्टोन र मिसोप्रोस्टोल ट्याब्लेटहरूको कोम्बीप्याक ।
- प्रत्येक ब्लिस्टर प्याकमा हल्का पहेंलो कोटेड नगरिएको एउटा ट्याब्लेट मिफेप्रिस्टोन २०० mg र चारवटा से तो कोटेड नगरिएको मिसोप्रोस्टोल २०० mcg क्षमताका ट्याब्लेटहरू रहने - माथि १३६mm को उप्काउन मिल्ने ढकनी पत्र (peelable lidding foil) भएको र तल १३८ mm को पीभीसीबाट बनेको पत्र (PVC forming foil) भएको आल्युमिनिमियम ब्लिस्टरमा प्याक गरिएको ।
- यो उत्पादन USFDA वा UKMHRA वा स्वीकृति प्राप्त प्लान्ट वा WHO GMP भएको प्लान्टमा उत्पादित हुनुपर्नेछ ।

४. यो उत्पादन नेपालको औषधि व्यवस्था विभागमा दर्ता भएको र सो विभागबाट स्वीकृति पाएको हुनुपर्नेछ ।
५. मिफेप्रिस्टोन र मिसोप्रोस्टोल ट्याब्लेटहरू भएको कोम्बीप्याकको बाहिरी बक्समा तलको कुरा अनिवार्य उल्लेख गरिएको हुनुपर्नेछ :

मिफेप्रिस्टोन २०० mg - (१ x २०० mg tablets)

मिसोप्रोस्टोल ८०० mcg (४ x २०० mcg tablets)

अनुसूची-१६

(दफा १८ को उपदफा (२) संग सम्बन्धित)

निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको सोधभर्ना

(क) निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गरेमा स्वास्थ्य संस्थाले पाउने सोधभर्ना रकम माग तथा भुक्तानी फाराम

श्री.....कार्यालय

.....

.....

विषय : सोधभर्ना रकम भुक्तानी सम्बन्धमा

चालू आ.व..... को महिनामा यस स्वास्थ्य संस्थाबाट निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम मार्फत् सेवा प्रदान गरिएको संलग्न सूची बमोजिम निम्न अनुसारको रकम सोधभर्नाको लागि अनुरोध छ ।

१) पहिलो trimester गर्भपतन संख्या जनाको जम्मा रु.

२) १३ हप्ता देखि २८ हप्ता सम्मका गर्भपतन संख्या जनाको जम्मा रु.

कूल जम्मा रु.

स्वास्थ्य संस्थाको नाम

तयार गर्ने

स्वास्थ्य संस्था प्रमुख

हस्ताक्षर :

हस्ताक्षर :

नाम

नाम :

पद

पद :

मिति

मिति :

(ख) स्वास्थ्य संस्थाले पाउने सोधभर्ना स्वरूपको रकम बुझेको भरपाई

सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०७४ अनुसार आ.व.

को महिनामा यस स्वास्थ्य संस्थामा जम्मा जनालाई

सेवा दिएवापत जम्मा रु..... (अक्षेरूपी.....) नगद/चेक नं.....बाट बुझिलिई यो भरपाई

गरिदिउँ ।

रकम बुझिलिने कर्मचारीको

स्वास्थ्य संस्थाको

हस्ताक्षर :

नाम

नाम :

ठेगाना :

पद :

मिति :

पेश गर्ने

प्रमाणित गर्ने

स्वीकृत गर्ने

हस्ताक्षर :

हस्ताक्षर :

हस्ताक्षर :

नाम :

नाम :

नाम :

पद :

पद :

पद :

मिति :

मिति :

मिति :

अनुसूची-१७

(दफा १८ को उपदफा (२) संग सम्बन्धित)

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको मासिक प्रतिवेदन

प्रदेश..... जिल्ला

पालिका.....

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :.....

स्वास्थ्य संस्थाको ठेगाना:

संस्थाको सूचीकृत नम्बर

आर्थिक वर्ष : महिना:

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको विवरण	निशुल्क सेवा दिइएका सेवाग्राहीको संख्या	स्वास्थ्य संस्थालाई प्रदान गरिएको जम्मा रकम रु
१० हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा (एम ए)		
१० हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा (एम भि ए)		
१२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा (एम भि ए)		
१३ हप्तादेखि १८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा (एम आइ)		
१३ हप्तादेखि १८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा (डि एण्ड ई)		
१९ हप्तादेखि २२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा (एम आइ)		
२३ हप्तादेखि २८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा (एम आइ)		
सेवाग्राहीले गर्भपतनपश्चात् लिएका सेवाहरूको (PAC) (अन्य संस्थाबाट) संख्या		
गर्भपतनका दौरान वा गर्भपतनपश्चात् आएका जटिलताको संख्या (सोही संस्थाबाट)		
कूल		
प्रतिवेदन तयार गर्नेको :	लेखा प्रमुखको :	स्वीकृत गर्ने
हस्ताक्षर :	हस्ताक्षर :	हस्ताक्षर :
नाम :	नाम :	नाम :
पद :	पद :	पद :
मिति :	मिति :	मिति :

निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा लागु गर्ने प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले यो प्रतिवेदन फाराम मासिक रूपमा भरी सम्बन्धित स्थानीय/प्रदेश/ संघीय सरकारमा पठाउनु पर्छ ।

नोट : यो प्रतिवेदनको आधारमा लेखापरिक्षण हुने हुँदा यसलाई कम्तीमा ५ वर्षसम्म सुरक्षित राख्नु पर्छ ।

अनुसूची-१८

(दफा १९ को उपदफा (२) संग सम्बन्धित)

गर्भपतन सेवासम्बन्धी तालीमको प्रकार

तालीमको प्रकार	स्वास्थ्यकर्मीको योग्यता	स्वास्थ्यकर्मी पूरा गर्नुपर्ने मापदण्ड	गर्भको अवधि	तालीमको अवधि
एम.ए. तालीम	अ.न.मि	१. नेपाल नर्सिङ परिषद्मा दर्ता भएको २. प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने संस्थासँग आवद्ध भएको ।	१० हप्ता भित्रको गर्भ	५ काम गर्ने दिन
एम.ए. र एम.भी.ए. को एकीकृत तालीम	PCL वा सो तहभन्दा माथि	१. नेपाल नर्सिङ परिषद्मा दर्ता भएको २. प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने संस्थासँग आवद्ध भएको ।	१० हप्ता भित्रको गर्भको	१४ कामगर्ने दिन
एम.ए. र एम.भी.ए. को एकीकृत तालीम	मिडवाइफ	१. नेपाल नर्सिङ परिषद्मा दर्ता भएको	१० हप्ता भित्रको गर्भ	१४ कामगर्ने दिन
	एम.बी.बी.एस	१. नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको २. प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने संस्थासँग आवद्ध भएको ।	१० हप्ता भित्रको गर्भको एम.ए र १२ हप्ता सम्मको गर्भको एम.भि. ए	१० कामगर्ने दिन
	एम.डी.जी.पी.	१. नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको २. प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने संस्थासँग आवद्ध भएको ।	१० हप्ता भित्रको गर्भको एम.ए र १२ हप्ता सम्मको गर्भको एम.भि. ए	३ कामगर्ने दिन
	स्त्रीरोग विशेषज्ञ	१. नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको २. प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने संस्थासँग आवद्ध भएको ।	१० हप्ता भित्रको गर्भको एम. ए र १२ हप्ता सम्मको गर्भको एम.भि. ए	३ कामगर्ने दिन
	Ob/ Gyn MD resident)	१. नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको । २. Ob/Gyn resident	१० हप्ता भित्रको गर्भको एम. ए र १२ हप्ता सम्मको गर्भको एम.भि. ए	सेवापूर्वको तालीमको रूपमा एक महिना (प्रतिदिन २ घण्टा)

<p>दोस्रो ट्राइमेस्टर (trimester) तालीम (D&E and MI)</p>	<p>स्त्रीरोग विशेषज्ञ तथा एम.डी.जी.पी.</p>	<p>१. नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भएको । २. १२ हप्ता सम्मको गर्भको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि सूचिकृत सेवा प्रदायक । ३. पहिलो ट्राइमेस्टरको गर्भको सुरक्षित गर्भपतन सेवा कुशलतापूर्वक प्रदान गरिरहेको । ४. CEmONC साइट भएको संस्था सँग आवद्ध भएको</p>	<p>१३ देखि १८ हप्ता सम्मको गर्भको लागि डि एण्ड ई र १३ हप्ता भन्दा माथिको गर्भको लागि एम.आई</p>	<p>१) एम.आई को लागि मात्र ७ कामगर्ने दिन । २) एकीकृत तालीमको लागि १२ कामगर्ने दिन (एम.आई र डि एण्ड ई) ३) एकीकृत मिश्रित सिकाइ तालीम (एक महिना को distant learning त्यसपछि क्लिनिकल सीप/तालीम ट्रेनिङ साइटमा ७ कामगर्ने दिनसम्म दक्षता/सीप तालीम</p>
--	--	--	--	---

अनुसूची-१९

(दफा २१ को उपदफा (५) संग सम्बन्धित)

क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल (CPP) औषधिबाट गरिने गर्भपतन (एम.ए) सेवाको लागि



Government of Nepal
Ministry of Health and Population
Department of Health Service

Client Personal Profile: Medical Abortion Service

HMIS 3.7 Reg. Number : Date of Visit:
Facility Name:..... Province/District:

1. Personal history

Name and caste..... Age:
Education..... Contact No:
Palika:..... Rural Municipality Municipality Metropolitan City Ward no:.....

2. Medical/Surgical history

Medical history/serious health problems: Asthma Porphyria TB Diabetes Other.....
Are you taking any medicine? No Yes If yes, mention the name of medicine.....
Do you have allergy to any medicine? No Yes If yes, mention the name of medicine
Previous history of Ectopic Pregnancy: No Yes
Previous history of Surgery: No Yes If yes, types of surgery and year of surgery.....
Any contraceptive used within this one to six months: No Yes If yes, mention the method of FP used

3. Gynecological/Obstetrical Information

LMP Date: Gestation weeks by LMP: Obstetric History: G..... P..... A..... L.....
Last 6 months menstrual cycle: Regular Irregular Signs and symptoms of pregnancy: Yes No

4. General /Physical examination and investigation

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:.....
Jaundice: Yes No Pallor: Yes No
Lungs sound: Clear Abnormal sound Heart sound: Normal Abnormal
Abdominal tenderness: Yes No Abdominal mass palpable: Yes No
Uterus palpable: Yes No If palpable, size of the uterus
Investigations (If required): Urine Pregnancy test Hb and Blood group (If anemic on inspection)

5. Pelvic examination (Speculum and Bimanual examination)

Vulva: Normal Abnormal Vaginal discharge: Normal Abnormal If abnormal, foul smelling: Yes No
P/S examination: Cervix: Normal Abnormal Unhealthy Cervix: Yes No
P/V examination: Uterine size (weeks)..... Position: A/V R/V Fornix clear: Yes No

6. Medical Abortion drugs and Contraceptive Service

Drugs Provided: **Mifepristone**(200mg): Date /..... /..... Time
Misoprostol (200mcg × 4 tablets): Home Clinic Date: /..... /..... Time
Pain management drugs (400mg ibuprofen × 4 tabs) to take home: Yes No
Contraceptive provided (on the day of Mifepristone): Implant Depo Provera Pills
 Condom None Others.....
Name of Service Provider:..... Signature:..... Provider Listed No.

7. Follow up (to be filled if follow up is done)

Follow up: in-person telephone Date of follow up: /..... /..... MA success Checklist used: Yes No
Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:
PA tenderness: Yes No
P/S Examination: Vaginal discharge: Normal Foul smelling Bleeding: Yes No Hanging POC: Yes No
P/V Examination: Uterine size (weeks)..... Fornix clear: Yes No
OS Closed: Yes No Other relevant finding (if any):
Status on Follow up: Complete Incomplete Ongoing pregnancy Ectopic pregnancy
Any complication (SAE): No Yes (if yes, mention the type) Heavy bleeding requiring Blood transfusion
 Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics
 Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy

Mention the management or referral conducted (with name of the referral facility)
.....
.....

Contraceptive provided on follow up:

Minilap NSV Implant IUCD
 Depo Provera Pills Condom None Others.....

8. Client consent Form

अनुसूची-१२

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रविधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरु र यसबाट हुने फाइदा, बेफाइदा लगायतका प्राविधिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माथवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाईं स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छु ।

मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको :-	औठा छाप		संरक्षक वा माथवरको :- (आवश्यक भएमा मात्र)	औठा छाप	
नाम, थर :			नाम, थर :		
ठेगाना			ठेगाना :		
उमेर :			उमेर :		
मिति :			मिति :		
दस्तखत :			दस्तखत :		

अनुसूची-२०

(दफा २१ को उपदफा (५) संग सम्बन्धीत)

एम.भी.ए. सेवाको लागि क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल (CPP)



Government of Nepal
Ministry of Health and Population
Department of Health Service

Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration Service

HMIS 3.7 Reg. Number : Date of Visit:
Facility Name:..... Province/District:

1. Personal history

Name and caste..... Age:
Education..... Contact No:
Palika:..... Rural Municipality Municipality Metropolitan City Ward no:.....

2. Medical/Surgical history

Medical history/serious health problems: Asthma Porphyria TB Diabetes Other.....
Are you taking any medicine? No
 Yes If yes, mention the name of medicine.....
Do you have allergy to any medicine? No
 Yes If yes, mention the name of medicine
Previous history of Ectopic Pregnancy: No Yes
Previous history of Surgery: No
 Yes If yes, types of surgery and year of surgery.....
Any contraceptive used within this one to six months: No
 Yes If yes, mention the method of FP used

3. Gynecological/Obstetrical Information

LMP Date: Gestation weeks by LMP: Obstetric History: G..... P..... A..... L.....
Last 6 months menstrual cycle: Regular Irregular Signs and symptoms of pregnancy: Yes No

4. General /Physical examination and investigation

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:.....
Jaundice: Yes No Pallor: Yes No
Lungs sound: Clear Abnormal sound Heart sound: Normal Abnormal
Abdominal tenderness: Yes No Abdominal mass palpable: Yes No
Uterus palpable: Yes No If palpable, size of the uterus
Investigations (If required): Urine Pregnancy test Hb and Blood group (If anemic on inspection)
Ultrasound(report to be attached if USG conducted).....

5. Pelvic examination (Speculum and Bimanual examination)

Vulva: Normal Abnormal Vaginal discharge: Normal Abnormal If abnormal, foul smelling: Yes No
P/S examination: Cervix: Normal Abnormal Unhealthy Cervix: Yes No
P/V examination: Uterine size (weeks)..... Position: A/V R/V Fornix clear: Yes No

6. Manual Vacuum Aspiration and Contraceptive Service

Medication given: Ibuprofen 400 mg Diazepam 5-10 mg
 Antibiotic--Doxycycline/ Azithromycin/ Metronidazole Para cervical block (1 % Lidocaine)
Size of cannulas used: Amount of blood loss (ml.):

POC findings: Villi seen: Yes No Scanty Sac Seen: Yes No Fetal parts seen: Yes No

Post procedural findings:

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:.....
Abdomen: Non-tender Tender
 Non-guarding Guarding Vaginal bleeding: Scanty Moderate Heavy

Any Complication : No Yes (If yes, mention the type) Heavy bleeding requiring Blood transfusion
 Infection requiring hospitalization with IV Antibiotics
 Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy

Outcome of Complication: Treated and discharged.
 Referred out (Name of the referred facility)

Contraceptive provided: Minilap NSV Implant IUCD
 Depo Provera Pills Condom None Others.....

Name of Service Provider: **Signature:** **Provider listed No:**

Name of Assistant: **Signature:**

7. Follow up (to be filled if follow up is done)

Follow up: in-person telephone

Date of follow up: /..... /.....

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:

PA tenderness: Yes No

P/S Examination: Vaginal discharge: Normal Foul smelling Hanging POC: Yes No
 Bleeding: Yes No Fornix clear: Yes No

P/V Examination: Uterine size (weeks)..... OS Closed: Yes No
 Other relevant finding (If any):

Status on Follow up: Complete Incomplete Ongoing pregnancy Ectopic pregnancy

Any complication: No Yes (If yes, mention the type) Heavy bleeding requiring Blood transfusion
 Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics
 Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy

Mention the **management or referral** conducted (with name of the referral facility) **Please write in the note section at the end of the form**

Contraceptive provided on follow up: Minilap NSV Implant IUCD Depo Provera
 Pills Condom None Others.....

8. Client Consent Form

अनुसूची-१२

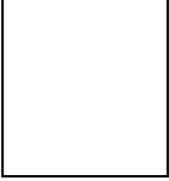
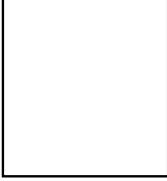
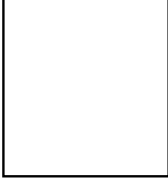

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रविधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरू र यसबाट हुने फाइदा, बेफाइदा लगायतका प्राविधिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले से वा प्राप्त गर्न सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमो जिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माथवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाईं.....
 स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।

मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको :-	संरक्षक वा माथवरको :- (आवश्यक भएमा मात्र)
नाम, थर :	नाम, थर :
ठेगाना	ठेगाना :
उमेर :	उमेर :
मिति :	मिति :
दस्तखत :	दस्तखत :
औठा छाप	औठा छाप

 दायाँ	 बायाँ	 दायाँ	 बायाँ
--	--	---	--

NOTE:

अनुसूची-२१

(दफा २१ को उपदफा (५) संग सम्बन्धीत)

१३ देखि २८ हप्ताको सुरक्षित गर्भपतन सेवा लागि क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल (CPP)



Government of Nepal
Ministry of Health and Population
Department of Health Service

Client Personal Profile: 13 to 28 weeks abortion service

HMIS 3.7 Reg. Number : Date of Visit:
Facility Name:..... Province/District:

1. Personal history

Name and caste..... Age:
Education..... Contact No:
Palika:..... Rural Municipality Municipality Metropolitan City Ward no:.....

2. Medical/Surgical history

Medical history/serious health problems: Asthma Hypertension Porphyria TB Diabetes
 Other.....
Are you taking any medicine? No
 Yes If yes, mention the name of medicine.....
Do you have allergy to any medicine? No
 Yes If yes, mention the name of medicine

Previous history of Ectopic Pregnancy: No Yes
Previous history of C/S No Yes If yes, year of C/S.....
Other Surgery (Specify): No Yes If yes, types of surgery and year of surgery.....

Any contraceptive used within last one to six months: No Yes If Yes, mention the method of FP used

3. Gynecological/Obstetrical Information

LMP Date: Gestation weeks by LMP : Obstetric History : G..... P..... A..... L.....
Last 6 months menstrual cycle: Regular Irregular Signs and symptoms of pregnancy : Yes No

4. General /Physical examination and investigation

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:

Physical Examination: Jaundice: Yes No Pallor: Yes No

Lungs sound: Clear Abnormal sound Heart sound: Normal Abnormal

Abdominal tenderness: Yes No Abdominal mass palpable: Yes No

Uterus palpable: Yes No If palpable, size of the uterus

..

Investigations (If required): Urine Pregnancy test..... Hb and Blood group (If anemic on inspection)

Ultrasound (report to be attached if USG conducted)

5. Pelvic examination (speculum and bimanual examination)

Vulva: Normal Abnormal Vaginal discharge: Normal Abnormal If abnormal, foul smelling: Yes No

P/S examination: Cervix: Normal Unhealthy

P/V examination: Uterine size (weeks)..... Position: A/V R/V Adnexa clear: Yes No

6. Screening for the indication to provide second trimester abortion service

A. Maternal condition

i. Physical health

Please write diagnosis:

ii. Mental health (please mark if the symptoms are present in current pregnancy)

- के तपाईलाई निन्द्रा पर्न सार्ने गाह्रो पर्दछ ? छ छैन
- के तपाईलाई जतिखेर पनि निन्द्रा लागिरहन्छ, वा धेरै सुत्नुहुन्छ ? लाग्छ लाग्दैन
- के तपाई ज्यादै थकित महशुस गर्नुहुन्छ र तागत कम भएको जस्तो लाग्छ ? लाग्छ लाग्दैन
- के तपाई आफैलाई सधैं हिनताबोध भएको महशुस गर्नुहुन्छ वा आफु काम नलाग्ने वा जहिले पनि आफु गलत भएको जस्तो अनुभव गर्नुहुन्छ ? हुन्छ हुदैन
- के तपाईलाई ध्यान केन्द्रित गर्न, स्पष्टसंग विचार गर्न अथवा निर्णय लिन गाह्रो हुन्छ ? हुन्छ हुदैन
- के तपाईलाई उत्तेजित हुने, मन स्थिर नहुने अथवा भर्कोलाग्ने हुन्छ ? हुन्छ हुदैन
- के तपाईलाई रमाईलो लाग्ने वा मनोरन्जन दिने अवसरहरूमा सरिक हुन मन लाग्दैन ? लाग्छ लाग्दैन
- के तपाईलाई आफ्नो जीवन अर्थहिन वा बेसहारा भएको जस्तो लागेको छ ? छ छैन
- के तपाईलाई आफ्नो अर्को बच्चालाई आर्थिक, मानसिक वा शारिरीक रूपले धान्न सकिदैन जस्तो लाग्छ ? लाग्छ लाग्दैन
- के तपाईलाई यो गर्भले आफ्नो शिक्षा अथवा विकासका अवसरहरूलाई अष्टेरो पार्छ जस्तो लाग्छ ? लाग्छ लाग्दैन
- के यो गर्भ पर पुरुषबाट रहन गएको जस्तो लाग्छ ? लाग्छ लाग्दैन

iii. Rape / incest

यदि महिलाले आफुलाई जबरजस्ती करणी वा हाडनाता करणी गरेको विवरण दिएमा सो विवरण ठिक हो भनि दस्तखत गर्ने ।

Signature of Client:

iv. Infected with virus that deteriorates immune system (e.g., HIV) or suffering from any similar incurable disease.

B. Fetal indication (USG report need to be attached mandatory to the CPP)

Please check the condition that applies:

- IUFD Fetal malformation/ Anomaly Other condition (e.g., Genetic disorder):

7. D&E procedure record section

a. Cervical preparation

- 1) Misoprostol 400 mcg Route: S/L Buccal Vaginal
1st dose date/ Time: Repeat dose (if needed) Date Time:
Assessment finding: Assessment finding:
- 2) Switched to medical Induction (If applicable): No Yes
If Yes, reason for switch to Medical Induction.....

b. Pain management and antibiotic (half an hour before the D&E procedure):

- 1) Tab Ibuprofen 400mg: Yes No: Pethidine: Yes No
2) Tab Diazepam 10 mg: Yes No
3) Antibiotic (Doxycycline/Azithromycin/ Metronidazole): Yes No
4) Other pain management or antibiotic provided (Specify if provided):

c. Procedure notes for D & E procedure:

Date / Time of service provided:

Paracervical block given with 20 ml (1% Lignocaine): Yes No

Size of Canula Used: Amount of blood Loss (ML): Duration of Procedure:

Placenta Checked Yes No Complete Yes No If No Specify

Fetal Parts Seen: Calvarium Spine Upper Limb Lower Limb

Fetal Foot Length: mm Consistent with weeks

8. Medical Induction procedure record section

a. Digoxin provided before proceeding for Medical Induction. Yes No

Regime of Digoxin (Dose, Date and Time)

.....

b. Mifepristone 200 mg Oral Date & Time:.....

c. Misoprostol 400 mcg Route: S/L Buccal Vaginal

Dose	Date: DD/MM/YY	Time:	Bimanual assessment findings
1			
2			
3			
4			
5			
Additional dose required:			

Total Dose Misoprostol Given:.....

Switched to D&E from MI: No Yes If yes, mention the reason:

d. Pain Management (Tab Ibuprofen 400 mg) given: Yes No Repeat Tab Ibuprofen: Yes No

e. **Expulsion Of: Fetus:** Date & Time:

Placenta: Date & Time:Placenta complete: Yes No

f. **Retained Placenta:** No Yes If Yes, Managed by MVA Misoprostol 400 mcg

g. Total blood loss approximately (ml).....

h. Fetal Foot Length:mm Consistent with weeks

9. Post procedure recovery care finding

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:.....

Abdominal tenderness: Yes No Guarding: Not Present Present

Vaginal bleeding more than 500 ml: Yes No No. of pad soakage:

Contraceptive provided: Minilap NSV Implant IUCD Depo Provera
 Pills Condom None Others.....

Reason of Not Providing Contraceptive Service:

Reason for referral to other Reproductive health service (If referred):

Date and time of Discharge:

Recommended follow up after 2 weeks or earlier (if needed) Date & Time:

Name of Service Provider:Signature: Provider listed No:

Name of Assistant: Signature:

10. Severe complication on MI + D & E (to be filled if complication occurs)
Date and time...../...../.....

- Type of severe complications:**
- Heavy bleeding requiring Blood transfusion.
 - Infection requiring hospitalization with IV Antibiotics.
 - Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy.
 - Other complication (specify)
- Outcome of complication:**
- Treated and discharged
 - Referred out (Name of the referred facility & provider):

11. Follow up recording section (to be filled if f/up is done) : Date of follow up: /..... /.....

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:

PA tenderness: Yes No

P/S Examination: Vaginal discharge: Normal Foul smelling Hanging POC: Yes No

Bleeding: Yes No Fornix clear: Yes No

P/V Examination: Uterine size (weeks)..... OS Closed: Yes No

Other relevant finding (If any):

Status on F/ up: Complete Incomplete

If any sever complication No Yes If yes filled section 10:

Contraceptive provided on follow up: Minilap NSV Implant IUCD Depo Provera

Pills Condom None Others.....

Name of Service Provider:

Signature:

12. Client consent form

अनुसूची-१२

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामाको ढाँचा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रविधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरु र यसबाट हुने फाइदा बेफाइदा लगायतका प्राविधिक एवं व्यावहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माथवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखि तपाईं
..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छु।

मञ्जुरीनामा दिने

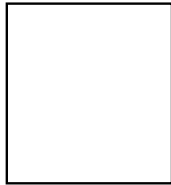

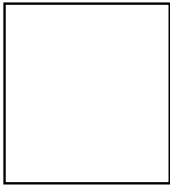
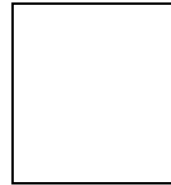
सेवाग्राहीको :-	संरक्षक वा माथवरको :-
नाम, थर :	नाम, थर :
ठेगाना	ठेगाना :.....
उमेर :	उमेर :
मिति :	मिति :
दस्तखत :.....	दस्तखत :.....

हस्ताक्षर :

औठा छाप :

हस्ताक्षर :

औठा छाप :

 दायाँ	 बायाँ	 दायाँ	 बायाँ
--	--	---	--

NOTE :

अनुसूची-२२

(दफा २१ को उपदफा (६) संग सम्बन्धीत)

गर्भपतन पश्चात् जटिलता का (PAC) लागि क्लाइन्ट परसनल प्रोफाइल



Government of Nepal
Ministry of Health and Population
Department of Health Service

Client Personal Profile: Post Abortion Care (PAC) Service

HMIS 3.7 Reg. Number : Date of Visit:
Facility Name:..... Province/District:

1. Personal history

Name and caste..... Age:
Education..... Contact No:
Palika:..... Rural Municipality Municipality Metropolitan City Ward no:.....
.....

2. Medical/ Gynecological & Obstetrical history

LMP Date: Obstetric History: G..... P..... A..... L

Medical /surgery history:

Current medication or drug allergy:

Current complaint for seeking service:

3. General /Physical examination

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:
Jaundice: Yes No Pallor: Yes No
Lungs sound: Clear Abnormal sound Heart sound: Normal Abnormal
Abdominal tenderness: Yes No Abdominal mass palpable: Yes No
Uterus palpable: Yes No If palpable, size of the uterus

4. Pelvic examination (Speculum and Bimanual examination)

Vulva: Normal Abnormal Vaginal discharge: Normal Abnormal If abnormal, foul smelling: Yes No
P/S examination: Cervix: Normal Abnormal Unhealthy Cervix: Yes No
P/V examination: Uterine size (weeks)..... Position: A/V R/V Fornix clear: Yes No

5. Diagnosis and treatment plan

Diagnosis:

Treatment Plan:

5.1 Manual Vacuum Aspiration

Medication given: Ibuprofen 400 mg Para cervical block (1 % Lidocaine)
 Antibiotic(State).....
Size of cannulas used: Amount of blood loss (ml.):
POC findings: Villi seen: Yes No Scanty Sac Seen: Yes No Fetal parts seen: Yes No

5.2 Management with misoprostol

1. Pain management (NSAID) regimen:

2. Misoprostol regimen

5. 3 Post procedural findings and contraceptive Service:

Blood pressure: Pulse: Temperature: Res-
piration Rate: Abdomen: Non-tender Tender
Vaginal bleeding: Scanty Moderate Heavy
Contraceptive provided: Minilap NSV Implant IUCD
 Depo Provera Pills Condom None
 Others.....

Name of Service Provider: **Signature:**

Name of Assistant: **Signature:**

6. Discharge and Follow up

Discharge Date:

Discharge Instruction:

Date of follow up:

7. Client Consent

अनुसूची-१२

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामाको ढाँचा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रविधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरु र यसबाट हुने फाइदा, बेफाइदा लगायतका प्राविधिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माथवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाईं.....
..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।

मञ्जुरीनामा दिने

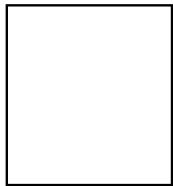



सेवाग्राहीको :-	औठा छाप	संरक्षक वा माथवरको :- (आवश्यक भएमा मात्र)	औठा छाप
नाम, थर : ठेगाना उमेर : मिति : दस्तखत :		नाम, थर : ठेगाना : उमेर : मिति : दस्तखत :	

हस्ताक्षर :

औठा छाप :

हस्ताक्षर :

औठा छाप :

			
दायाँ	बायाँ	दायाँ	बायाँ

NOTE :

अनुसूची-२३

(दफा २३ को उपदफा (४) संग सम्बन्धित)

कार्य योजना

क्र.सं.	पहिचान गरिएका समस्या	समस्याको कारण	समस्याको समाधान	जिम्मेवार व्यक्ति (नाम तथा पद)	समयसीमा (मिति उल्लेख गर्नुहोस्)	कैफियत

