



स्थानीय राजपत्र

पालुडटार नगरपालिकाद्वारा प्रकाशित

खण्ड ६

संख्या ६

मिति २०७९/०६/०६

पालुडटार नगरपालिकाको नगर कार्यपालिकाले पारित गरेको तल लेखिए बमोजिमको कार्यविधि स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ को दफा १०२ को उपदफा (३) बमोजिम आम नागरिकको जानकारीको लागि प्रकाशन गरिएको छ ।

भाग २

सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यविधि, २०७९

कार्यपालिकाबाट पारित मिति : २०७९।०६।०६

प्रस्तावना: नेपालको संविधानद्वारा प्रदत्त महिलाको सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धि हकको सम्मान, संरक्षण तथा परिपूर्ति गर्नका लागि मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवालार्ई सुरक्षित, गुणस्तरीय, सर्वसुलभ तथा पहुँच योग्य बनाउन तथा पालुडटार नगरपालिका अन्तर्गत सञ्चालित स्वास्थ्य संस्था वा पालुडटार नगरपालिकाबाट इजाजतपत्र प्राप्त गरेको स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीले सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउन चाहेमा त्यसको उचित व्यवस्थापनको लागि स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन, २०७४ को दफा १०२ को उपदफा (२) र पालुडटार नगरपालिकाको प्रशासकीय कार्यविधि (नियमित गर्ने) ऐन, २०७५ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी पालुडटार नगरपालिका नगर कार्यपालिकाले यो कार्यविधि बनाएको छ ।

परिच्छेद १
प्रारम्भिक

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ** : (१) यस कार्यविधिको नाम “सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यविधि, २०७९” रहेको छ ।

(२) यो कार्यविधि नगर कार्यपालिकाबाट स्वीकृत भएको मितिदेखि पालुडटार नगरपालिका भित्र लागू हुनेछ ।

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

- (क) “आधारभूत स्वास्थ्य सेवा” भन्नाले आम नागरिकको स्वास्थ्य आवश्यकता पूर्तिका लागि राज्यबाट सुलभ रूपमा निःशुल्क उपलब्ध हुने प्रबर्द्धनात्मक, प्रतिकारात्मक, निदानात्मक, उपचारात्मक र पुनर्स्थापनात्मक सेवा सम्भन्तु पर्दछ ।
- (ख) “गर्भपतन” भन्नाले गर्भमा रहेको भ्रुण स्वभाविक रूपमा जन्मन सक्ने हुनुभन्दा अगावै गर्भाशयबाट भ्रुण बाहिर निस्कने वा निकाल्ने कार्य सम्भन्तु पर्दछ ।
- (ग) “गर्भपतन सेवा” भन्नाले गर्भपतन गर्नका लागि इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य संस्थामा इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीले प्रक्रिया पूरा गरी गरिने गर्भपतन सेवा सम्भन्तु पर्दछ ।
- (घ) “जिम्मेवार शाखा” भन्नाले नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखालाई सम्भन्तु पर्दछ ।
- (ङ) “नगरपालिका” भन्नाले पालुडटार नगरपालिकालाई सम्भन्तु पर्दछ ।
- (च) “प्रजनन स्वास्थ्य” भन्नाले प्रजनन पद्धति, प्रक्रिया र कार्यसँग सम्बन्धित शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक स्वास्थ्यको स्थिति सम्भन्तु पर्दछ ।
- (छ) “सरकारी स्वास्थ्य संस्था” भन्नाले यस पालिकाबाट सञ्चालित स्वास्थ्य संस्था सम्भन्तु पर्दछ ।

परिच्छेद २

उद्देश्य

३. उद्देश्य : यस कार्यक्रमको उद्देश्य देहाय बमोजिम हुनेछ ।

- (क) सरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थाहरुमा गुणस्तरीय, सुलभ र पहुँच योग्य सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरुको विस्तार, व्यवस्थापन र कार्यान्वयन गर्ने,
- (ख) स्थानीय तहका सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा दिइने निःशुल्क गर्भपतन सेवा सञ्चालनका लागि स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मी सूचीकरण गर्ने,
- (ग) आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्यकर्मीलाई सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धि तालिम प्रदान गर्ने,
- (घ) आवधिक रुपमा सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरुको अनुगमन, अभिलेखीकरण र प्रतिवेदन गर्ने ।
- (ङ) सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न आवश्यक पर्ने सामग्री, औषधी तथा उपकरणहरुको आवश्यकता अनुसार व्यवस्थापन गर्ने ।

परिच्छेद ३

अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण समिति

४. अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण समिति : कार्यक्रमको नीति, योजना तथा कार्यक्रम तयार साथै कार्यक्रम सञ्चालन, व्यवस्थापन, अनुगमन र सुपरिवेक्षण गर्नका लागि देहाय बमोजिम एक समिति गठन हुनेछ ।

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| (क) प्रमुख | - अध्यक्ष |
| (ख) उप-प्रमुख | - सदस्य |
| (ग) प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत | - सदस्य |
| (घ) आर्थिक प्रशासन शाखा प्रमुख | - सदस्य |

(ड) महिला, बालबालिका तथा ज्येष्ठ नागरिक शाखा प्रमुख	- सदस्य
(च) स्वास्थ्य शाखाका नर्सिङ अधिकृत	- सदस्य
(छ) स्वास्थ्य शाखाका अधिकृत	- सदस्य
(ज) आयूर्वेद शाखा प्रमुख	- सदस्य
(झ) स्वास्थ्य शाखा प्रमुख	- सदस्य सचिव

५. समितिको काम कर्तव्य : दफा (४) बमोजिम गठन भएको समितिको काम, कर्तव्य देहाय बमोजिम हुनेछ ।

- (क) सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूले प्रदान गर्ने सुरक्षित गर्भपतन सेवाहरूको गुणस्तर र नियमितता निर्धारण गर्न र गुणस्तरीय सेवाहरू प्रदान गर्न सहयोग पुर्याउनका लागि समितिले नियमित रूपमा सहयोगात्मक सुपरिवेक्षण भ्रमणहरू गर्नु पर्नेछ ।
- (ख) स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकहरूको अनुगमन गर्नु पर्नेछ ।
- (ग) अनुगमनको क्रममा समितिले स्वास्थ्य संस्थाको अभिलेखहरूको विश्लेषण गर्नुपर्नेछ, र अनुगमन कानून बमोजिमको चेकलिष्ट प्रयोग गरी गर्नु पर्नेछ ।
- (घ) अनुगमन र सुपरिवेक्षणको लागि समिति/स्वास्थ्य शाखाले नगरपालिका भित्रका सरकारी, गैरसरकारी वा निजी संस्थाहरूको भ्रमण गर्नु पर्नेछ ।
- (ङ) अनुगमन तथा सुपरिवेक्षणका लागि सम्बन्धित दाता निकायहरू र गैरसरकारी संस्थाहरूको सहयोग लिन सक्नेछन् ।

परिच्छेद ४

स्वास्थ्यकर्मी तथा स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरण

६. सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि स्वास्थ्यकर्मीको सूचीकरण : सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउन सूचीकृत हुन चाहने पालुडटार नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाबाट इजाजतपत्र प्राप्त गरेका सरकारी, गैरसरकारी र निजी स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत योग्य र तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरूले पालुडटार नगरपालिका अन्तर्गत स्वास्थ्य शाखामा सूचीकृत हुनु पर्नेछ ।

७. सुरक्षित गर्भपतनको लागि स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरण : सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउन सूचीकृत हुन चाहने नगरपालिका हातभित्र सञ्चालित स्वास्थ्य संस्था वा पालुडटार नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाबाट इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य संस्थाले पालुडटार नगरपालिका अन्तर्गत स्वास्थ्य शाखामा सूचीकृत हुनु पर्नेछ ।

परिच्छेद ५

सूचीकरण तथा नवीकरण प्रक्रिया

८. स्वास्थ्यकर्मीको सूचीकरण प्रक्रिया : (१) सूचीकृत हुन चाहेका स्वास्थ्यकर्मीहरूले अनुसूची १ बमोजिम कागजातहरू सहित पालुडटार नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा अनुसूची २ मा तोकिएको ढाँचामा आवेदन दिनुपर्नेछ ।

(२) सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरू बाहेक अन्य स्वास्थ्यकर्मीले अनुसूची १ अनुसारको आवेदन शुल्क बुझाउनु पर्नेछ ।

(३) निर्धारित मापदण्ड पुरा गरी स्वास्थ्यकर्मीले पेश गरेको निवेदन नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाले आवश्यक छानविन गरी आवेदनको अभिलेख राख्नुपर्नेछ ।

(४) सबै मापदण्ड पुरा भएको निवेदनलाई अनुसूची ३ मा तोकिएको ढाँचा अनुसार सूचीकरण गरिएको प्रमाणपत्र प्रदान गर्नुपर्नेछ ।

९. स्वास्थ्य संस्थाहरूको सूचीकरण प्रक्रिया : (१) सूचीकृत हुन चाहेका स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची १ बमोजिम कागजातहरू सहित पालुडटार नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा अनुसूची ४ को ढाँचामा आवेदन दिनुपर्नेछ ।

(२) सरकारी स्वास्थ्य सेवा अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाले बाहेक अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरूले अनुसूची १ अनुसारको आवेदन शुल्क बुझाउनु पर्नेछ ।

(३) निर्धारित मापदण्ड पुरा गरी स्वास्थ्य संस्थाले पेश गरेको निवेदन स्वास्थ्य शाखाको सम्बन्धित व्यक्तिले निर्धारित चेकलिस्ट प्रयोग गरी उक्त स्वास्थ्य संस्थामा मूल्याङ्कन र छानविन गर्न जानुपर्नेछ ।

(४) चेकलिस्ट बमोजिमको मापदण्ड पुरा गरेको छ भने स्वास्थ्य शाखाले आवेदनको अभिलेख राख्नुपर्नेछ ।

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

(६) स्वास्थ्य संस्थाले प्राप्त गरेको उक्त प्रमाणपत्र स्वास्थ्य संस्थामा सबैले देख्ने ठाँउमा राख्नुपर्नेछ र सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाले कानूनमा तोकिए अनुसार संस्थामा सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध भएको जानकारी भित्तामा पेन्ट गरेर वा होर्डिङ बोर्डमा राखी सबैले देख्ने ठाँउमा राख्नुपर्नेछ ।

१०. सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूको सूची प्रकाशन : (१) पालुडटार नगरपालिकाको सूचीकृत गर्ने निकाय स्वास्थ्य शाखाले सार्वजनिक जानकारीका लागि प्रत्येक वर्ष सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाहरूको अद्यावधिक सूची निर्धारित ढाँचामा आफ्नो सूचना पाटीमा प्रकाशन गर्नुपर्नेछ ।

(२) पालुडटार नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाबाट इजाजतपत्र लिनुपर्ने र नवीकरण गराउनुपर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरू यर कायूविधिको अनुसूची ६ मा उल्लेख गरिए बमोजिम हुनेछ ।

११. 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 १ 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 ७ बमोजिमको ढाँचामा निवेदनका साथै अनुसूची १ मा उल्लिखित कागजात सहित पालुडटार नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा आवेदन दिनुपर्नेछ ।

(४) नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाबाट सम्बन्धित व्यक्तिले निर्धारित अनुगमन चेकलिष्ट प्रयोग गरी आफ्नो मातहतका स्वास्थ्य संस्थाको मूल्याङ्कन गर्नुपर्नेछ ।

(५) स्वास्थ्य शाखाले आवेदक स्वास्थ्य संस्थाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि तोकिएको मापदण्ड पुरा गरेको सुनिश्चित गरेपछि, उक्त शाखाले आवेदक स्वास्थ्य संस्थाको सूचीकरण प्रमाणपत्र नवीकरण गर्नुपर्नेछ, र प्रमाणपत्र नवीकरण मिति पनि उल्लेख गर्नुपर्नेछ ।

(६) अनलाइन डाटावेस/सफ्टवेर तयार नभएसम्म स्वास्थ्य शाखाले रजिष्टरमा कानून बमोजिम निर्धारित ढाँचा अनुसार नवीकरण अभिलेख राख्नुपर्नेछ ।

(७) उल्लिखित अवधिभित्र नवीकरणका लागि आवेदन दिन असमर्थ भएमा स्वास्थ्य संस्थाले ढिलाइको कारण खुलाई प्रथम समयसिमा कटेपछि, तीन महिनाभित्र आवेदन पेश गरिसक्नुपर्नेछ । उक्त स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची १ मा उल्लेख गरिएको नियमित नवीकरण शुल्कको दोब्बर रकम तिर्नुपर्नेछ ।

(८) सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ पारित हुन अघि परिवार कल्याण महाशाखामा सूचीकृत भएका गैर सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा गरिनेछ ।

परिच्छेद ६

स्वास्थ्यकर्मीको तालिम

१२. सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालिम : सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन, २०७५ मा उल्लेख गरिए अनुसार सरकारले अनुमोदन गरेको तालिम केन्द्रमा स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले जारी गरेको मापदण्ड अनुसार तालिम दिनुपर्नेछ ।

१३. तालिमको आवश्यकताको पहिचान गर्ने प्रक्रिया : पालुडटार नगरपालिकामा देहाय अनुसार तालिमको आवश्यकता पहिचान गर्नुपर्नेछ :-

(क) पालुडटार नगरपालिकाले सूचीकृत स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकको संख्याको आधारमा तालिमको आवश्यकताको मापन गर्नुपर्नेछ, र स्वास्थ्यकर्मीहरूको लागि आवश्यक भएको आफ्नो मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई पहिचान गर्नुपर्नेछ । इच्छुक स्वास्थ्य संस्था आफैले पनि पालिकाको स्वास्थ्य शाखामा तालिमको लागि आवेदन दिन सक्नेछन् ।

- (ख) स्वास्थ्य संस्थाले तालिमको मापदण्ड पूरा गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरुको पहिचान गर्नुपर्नेछ र तिनका नाम पालिकाको सम्बन्धित स्वास्थ्य शाखामा सिफारिस गर्नुपर्नेछ ।
- (ग) सिफारिस गरिएको स्वास्थ्यकर्मीको तालिमका लागि नगरपालिकाले प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्रसँग समन्वय गर्नुपर्नेछ । नगरपालिकाले तालिमको लागि आवश्यक बजेट पालिका स्तरमा पनि व्यवस्था गर्नुपर्नेछ ।
- (घ) नगरपालिकाको मागको आधारमा नगरपालिकाले नै आर्थिक व्ययभार व्यहोर्ने गरी तालिम गर्नु परेमा प्रदेश स्वास्थ्य तालिम केन्द्र वा राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र र नगरपालिका बीच सम्झौता गरी तालिम गराउन सकिने छ ।

परिच्छेद ७

विविध

१४. **सेवा प्रदायक र स्वास्थ्य संस्थाको अभिलेख** : आवश्यक डाटाबेस/ सफ्टवेयर तयार नभएसम्म नगरपालिकाको स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकको अभिलेखीकरण तथा प्रतिवेदनका लागि निर्धारित ढाँचा अनुसार रजिष्टर कायम गर्नुपर्नेछ ।
१५. **प्रतिवेदन** : सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले प्रत्येक वर्षको साउन मसान्त भित्र आफूले तयार गरेको अद्यावधिक विवरण सहितको प्रतिवेदन नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखामा पेश गर्नुपर्नेछ ।
१६. **व्याख्या, संशोधन र खारेजी** : यो कार्यविधिको व्याख्या, संशोधन तथा खारेजी गर्ने सम्पूर्ण अधिकार नगर कार्यपालिकामा निहित रहने छ ।
१७. **प्रचलित कानून बमोजिम हुने** : यस कार्यविधिमा लेखिएमा सम्पूर्ण कुरा यसै कार्यविधि बमोजिम र यस कार्यविधिमा नलेखिएको विषयको हकमा प्रचलित कानून बमोजिम हुनेछ ।

अनुसूची १

(दफा ८ को उपदफा (१) र (२), दफा ९ को उपदफा (१) र (२) र दफा ११ को उपदफा (२), (३) र (७) सँग 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 प्रदायको सूचीकरणको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- (ई) मापदण्ड पुरा भएका स्वप्रमाणित चेकलिस्ट

(ख) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक :

- (अ) सम्बन्धित निकायमा दर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- (आ) नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- (इ) सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालिमको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
- (ई) पासपोर्ट साइज फोटो - २

२) १३ देखि २८ हप्ता सम्मको 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 सूचीकरणको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि

(इ) १३ देखि २८ हप्ता सम्मको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धि सेवा प्रदायकको सूचीकरणको प्रमाणापत्रको प्रतिलिपि

ख) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक :

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

(आ) स्वास्थ्य संस्था सँग आबद्ध पत्र

(इ) १२ हप्ता सम्म सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गरिएको स्वास्थ्य सेवा प्रदायक सूचीकृत गरिएको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि

(ई) १३ देखि २८ हप्ता सम्मको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको तालिमको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि

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) सूचीकृत गरिएको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि

(ख) स्वास्थ्य संस्था नवीकरण गरिएको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि

(ग) नवीकरणका लागि निवेदन

(घ) नवीकरणको शुल्क : रु ५००।-

अनुसूची २

(दफा ८ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य सेवा प्रदायक सूचीकृत 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 गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यविधि, २०७९ को दफा ८ उपदफा 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 गर्न नियम कानूनमा 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 । भ्रुष्टा ठहरे कानून बमोजिम सहुंला बुभाँउला ।

निवेदन दिने स्वास्थ्यकर्मी :-

दस्तखत :

नाम :

सम्पर्क नं. :

मिति :

अनुसूची ३

(दफा ८ को उपदफा (४) सँग सम्बन्धित)

स्वास्थ्यकर्मी सूचीकृत प्रमाणपत्रको ढाँचा

..... कार्यालय

सूचीकरण नं.....

श्री.....

.....

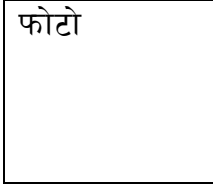
स्वास्थ्यकर्मी सूचीकृत गरिएको प्रमाणपत्र ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवा सञ्चालन गर्नको लागि प्रमाणपत्र पाउँ भनी तपाईंले मिति..... मा दिनुभएको निवेदन उपर आवश्यक जाँचबुझ गर्दा तपाईंलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यविधि, २०७९ को दफा ८ को उपदफा ४ बमोजिम मिति..... को निर्णयानुसार यो प्रमाणपत्र दिइएको छ ।

१. सेवा उपलब्ध गराउँदा नियम बमोजिम 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	एम.ए	एम.भि.ए
(ख) १२ हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा	एम.भि.ए	
(ग) १३ हप्ता देखि १८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा	एम.आई	डि एण्ड ई
(घ) १९ हप्ता देखि २२ हप्ता सम्मको गर्भपतन सेवा	एम.आई	
(ङ) २३ हप्ता देखि २८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा	एम.आई	



प्रमाणपत्र दिने अधिकारीको :-

दस्तखत :

नाम :

दर्जा :

मिति :

(कार्यालयको छाप)

अनुसूची ४

(दफा ९ को उपदफा (१) सँग 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 विवरण खुलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा व्यपस्थापन कार्यविधि, २०७९ को दफा ९ को उपदफा 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 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 बुभाँउला ।

स्वास्थ्य संस्थाको तर्फबाट निवेदन दिने व्यक्तिको :-

दस्तखत :

नाम :

दर्जा :

स्वास्थ्य संस्थाको छाप :

सम्पर्क नं. :

मिति :

अनुसूची ५

(दफा ९ को उपदफा ५ सँग 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 गर्भपतन सेवा कार्यक्रम व्यवस्थापन कार्यविधि, २०७९ को दफा ९ को उपदफा ५ बमोजिम मिति.....को निर्णयानुसार यो प्रमाणपत्र दिइएको छ ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउने क्रममा देहाय बमोजिमको सेवा मात्र उपलब्ध गराउन सक्नेछः

(क) १० हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा	एम.ए	एम.भि.ए
(ख) १२ हप्ताभित्रको गर्भपतन सेवा	एम.भि.ए	
(ग) १३ हप्ता देखि १८ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा	एम.आई	डि.एण्ड.ई
(घ) १९ हप्ता देखि २२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवा	एम.आई	
(ङ) २३ हप्ता देखि २८ हप्ता सम्मको गर्भपतन सेवा	एम.आई	

प्रमाणपत्र दिने अधिकारीको :

दस्तखत :

नाम :

पद :

कार्यालय :

मिति :

अनुसूची ६

(दफा १० को उपदफा (२) सँग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य संस्थालाई इजाजतपत्र दिने निकाय

पालुङटार नगरपालिकाको स्वास्थ्य शाखाले इजाजतपत्र दिने र नवीकरण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरु :

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

अनुसूची ७

(दफा ११ को उपदफा (३) सँग सम्बन्धित)

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि सूचीकृत स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण फारम

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 सेवाग्राही जम्मा संख्या	कुनै गम्भीर जटिलता-यदी छ भने) संख्या	सुरक्षित गर्भपतन सेवा पछि दिइएका परिवार नियोजन सेवा संख्या				अन्य विवरण
			भी.एस.सी	आई.यु.सी.डी.	इम्प्लान्ट	जम्मा	

आज्ञाले,
गौतम भण्डारी
प्रमुख प्रशासकीय आधिकृत