पूर्वखोला राजपत्र

पूर्वखोला गाउँपालिकाद्वारा प्रकाशित

खण्डः ६, पूर्वखोला, मितिः २०७९/०७/१५, संख्याः ६

भाग–२

पूर्वखोला गाउँपालिका

कार्यविधिको नाम : पूर्वखोला गाउँपालिकामा ४० वर्ष माथिको उमेर समूहमा मधुमेह तथा उच्च रक्तचापको स्क्रिनिङ कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि, २०७९

गाउँ कार्यपालिकाबाट पारित मितिः २०७९/०७/०१

प्रस्तावनाः हाल नेपालमा बढ्दो क्रममा रहेको मधुमेह तथा उच्च रक्तचाप र ती समस्याले स्वास्थ्यमा पार्ने थप जटिलता, रुग्णता तथा मृत्यू समेतलाई रोकथाम, नियन्त्रण र व्यवस्थापन गर्न ४० बर्ष माथिको उमेर समुहमा मधुमेह तथा उच्च रक्तचाप रोगको व्यापकता पत्ता लगाउन सो रोगको स्क्रिनिङ तथा निदान गर्न वाञ्छनिय भएकोले

पूर्वखोला गाउँपालिका ,सामाजिक विकास समितिले यो कार्यविधि बनाएको छ ।

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भः** (१) यो कार्यविधिको नाम ४० बर्ष माथिको उमेर समुहमा मधुमेह तथा उच्च रक्तचापको स्क्रिनिङ कार्यक्रम सञ्चालन कार्यविधि,२०७९रहेको छ ।

(२) यो कार्यविधि गाउँ कार्यपालिकाबाट स्वीकृत भएको मिति देखि लागु हुनेछ ।

२. **परिभाषाः** बिषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमाः-

(क) “सेवाग्राही” अनुसूची-४ बमोजिम यस पूर्वखोला गाउँपालिकामा बसोबास गर्ने ४० बर्ष भन्दा माथिका उमेर समुहलाई सम्झनु पर्छ ।

(ख) “स्क्रिनिङ” भन्नाले यस कार्यविधिमा तोकिए बमोजिमको विधि तथा प्रविधि मार्फत मधुमेह तथा उच्च रक्तचापको जाँच गरी प्रचलित मापदण्ड अनुसार मधुमेह तथा उच्च रक्तचाप भएका सम्भावित व्यक्तिहरुको पहिचान गर्ने कार्यलाई सम्झनु पर्छ।

(ग) “गाउँपालिका” भन्नाले स्थानिय सरकार पूर्वखोला गाउँपालिका सम्झनु पर्दछ ।

(घ) “सामाजिक विकास समिति” भन्नाले यसा गाउँकार्यपालिका अन्तर्गतको विषयगत समिति सम्झनु पर्छ।

(ङ) “सरकारी स्वास्थ्य संस्था” भन्नाले स्थानिय तह अन्तर्गत पालिकास्तरीय अस्पताल, स्वास्थ्य चौकी, सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ समेतलाई सम्झनु पर्छ ।

(च) “चिकित्सक” भन्नाले प्रचलित कानून बमोजिम चिकित्सकको रुपमा सम्बन्धित परिषदमा दर्ता भई सरकारी

स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत रही तोके बमोजिमको तालीम प्राप्त व्यक्तिलाई सम्झनु पर्छ ।

(छ) "स्वास्थ्यकर्मी" भन्नाले प्रचलित कानुन बमोजिम स्वास्थ्यकर्मीको रुपमा सम्बन्धित परिषदमा दर्ता भई सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत रही तोके बमोजिमको तालीम प्राप्त व्यक्तिलाई सम्झनु पर्छ ।

(ज) "स्वास्थ्य सेवा" भन्नाले यस निर्देशिका बमोजिम ४० बर्ष माथिका नागरिकलाई तालीम प्राप्त चिकित्सक वा स्वास्थ्यकर्मी द्धारा प्रदान गरिने प्रबर्धनात्मक, प्रतिकारात्मक तथा उपचारात्मक सेवा अन्तर्गत स्वास्थ्य सेवा सम्झनु पर्छ।

(झ) "सेवा प्रदायक संस्था" भन्नाले यस निर्देशिका बमोजिम ज्येष्ठ नागरिक र अपाङ्ग भएका रातो र निलो कार्ड पाएका नागरिकहरुलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थानिय तहका सम्बन्धित सरकारी स्वास्थ्य संस्थालाई सम्झनु पर्छ ।

(ञ) "सेवा प्रदायक" भन्नाले यस निर्देशिका बमोजिम ज्येष्ठ नागरिक र अपाङ्ग भएका रातो र निलो कार्ड पाएका नागरिकहरुलाई स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्थानिय तहका सम्बन्धित सरकारी स्वास्थ्य संस्थाका चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मी सम्झनु पर्छ ।

(ट) सम्भावित मधुमेह भन्नाले अनुसुची-१ मा उल्लेख गरिएको मापदण्ड बमोजिम निर्दिष्ट मापन भन्दा बढी भएको अवस्थालाई सम्झनु पर्छ ।

(ठ) सम्भावित उच्च रक्तचाप भन्नाले दफा ६ को उपदफा २ बमोजिमको अवस्थालाई सम्झनु पर्दछ ।

३. **मधुमेह तथा उच्च रक्तचापको स्क्रिनिङ कार्यक्रम सम्बन्धि व्यवस्थाः** (१) मधुमेह तथा उच्च रक्तचापको स्क्रिनिङ कार्यक्रम सञ्चालन गर्नु पूर्व पालिका स्तरमा सरोकारवालाहरुको लागि अभिमुखिकरण कार्यक्रम संचालन गरिनेछ।

(२) मधुमेह तथा उच्च रक्तचापको स्क्रिनिङ कार्यक्रम सम्बनधि जानकारी विभिन्न माध्यमबाट सेवाग्राहीको परिवार,महिला सामुदायिका स्वास्थ्य स्वयं सेविका, स्थानीय युवा क्लब तथा आमा समुहलाई दिनुपर्नेछ ।

(३) मधुमेह तथा उच्च रक्तचाप भनेर पहिले नै निदान भैसकेका वा उपचारमा रहेका व्यक्तिहरुलाई यस कार्यक्रममा समावेश गरिने छैन ।

४. **स्वास्थ्यकर्मी परिचालन तथा तथा सेवा सुविधा सम्बन्धि व्यवस्थाः** (१) यस कार्यक्रम सञ्चालनको लागि देहाय बमोजिमका स्वास्थकर्मीहरु परिचालन गरी प्रचलित नियमानुसार सेवा सुविधाको व्यवस्था मिलाईने छ ।

क. ज.स्वा.नि./ सि.अ.हे.व./हेल्थ असिस्टेन्ट/अ.हे.व.

ख. सि.अ.न.मी./ स्टाफ नर्स / अ.न.मी.

ग. ल्याब टेक्निसियन /असिस्टेन्ट

(२) उपदफा १ बमोजिम स्वास्थ्यकर्मी छनौट तथा परिचालन गर्दा सम्बन्धि वडामा रहेको स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई परिचालन गरिनेछ ।

(३) स्क्रिनिङमा भेटिएका जटिल स्वास्थ्य समस्याको हकमा थप उपचार सेवा लिन पर्ने भएमा र सुविधा युक्त अस्पताल जानुपर्ने भएमा निजलाई थप सेवा थप सेवा लिने अस्पताल सम्म जानको लागि निजको अभिलेख प्रतिवेदन राखी परामर्श गरी स्थानिय तहलाई जानकारी गराउनु पर्नेछ ।

५. **मधुमेहको स्क्रिनिङ गर्नेः** (१) अनुसूची-१ बमोजिमको विधि अपनाई ग्लुकोमिटरको प्रयोग गरी रगतमा ग्लुकोजको मात्रा जाँच गर्नुपर्नेछ।

(२) ग्लुकोमिटरबाट रगतको जाँच गर्दा अनुसूची-१ मा उल्लेखित मापनका आधारमा सम्भावित मधुमेह रोग भएको मानिनेछ ।

(२) उपदफा (२) बमोजिम मधुमेह देखिएका सेवा ग्राहीहरुको थप परिक्षण र उपचारको लागि परामर्श तथा व्यक्तिको अवस्था अनुसार प्रेषण गर्नुपर्नेछ ।

६. **उच्च रक्तचापको स्क्रिनिङ गर्नेः** (१) अनुसूची-२ बमोजिमको विधि अपनाई स्टेथोस्कोप र स्फाईग्मोमानोमिटर प्रयोग गरी उच्च रक्तचापको परीक्षण गर्नुपर्नेछ ।

(२) उपदफा १ बमोजिम जाँच गर्दा सिस्टोलिक रक्तचाप १४० mm of Hg वा सो भन्दा बढी र डायस्टोलिक रक्तचाप ९० mm of Hg भन्दा बढी वा दुबै भएमा उच्च रक्तचाप भएको मानिनेछ। (स्रोतः अमेरिकन हार्ट एसोसियसनको उच्च रक्चाप निर्देशिका, २०२०)

(३) उपदफा (२) बमोजिम उच्च रक्तचाप देखिएका सेवाग्राहीहरुलाई थप परिक्षण र उपचारको लागि परामर्श वा व्यक्तिको अवस्था अनुसार प्रेषण गर्नुपर्नेछ ।

७. **तौल र उचाई लिनेः** मधुमेह र उच्च रक्तचापको स्क्रिनिङ कार्यक्रममा सहभागी भएका प्रत्येक सेवाग्राहीहरुको अनुसूची-३ मा उल्लेख भए अनुसार शरीरको तौल र उचाई मापन गर्नुपर्नेछ ।

८. **अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धि व्वयस्थाः** (१) मधुमेह तथा उच्च रक्तचाप स्क्रिनिङ कार्यक्रममा सहभागी सेवाग्राहीहरुलाई अनुसुची-४ अनुसार मुल दर्ता रजिष्टरमा विवरण अध्यावधिक गर्नुपर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम दर्ता भएका सेवाग्राहीको मधुमेह तथा उच्च रक्तचाप स्क्रिनिङ गरि अनुसूची-५ बमोजिमको ढाँचामा विवरण प्रविष्ट गर्नुपर्नेछ।

(३) स्क्रिनिङ कार्यक्रम सम्पन्न भएको १ हप्ता भित्र अनुसूची-६ अनुसारको फारम भरी सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले पालिकामा पेश गर्नुपर्नेछ ।

(४) पालिकाले अनुसूची-७ बमोजिम फारम भरी रेकर्ड राख्नु पर्नेछ ।

९. **कार्यक्रम खर्चका क्षेत्रः** यस कार्यक्रमकाखर्चका क्षेत्रहरु देहाय बमोजिमका शिर्षकमा मात्र हुनेछन।

(क) दफा ४ को उपदफा १ कमोजिमका सेवा प्रदायकहरुको दैनिक भ्रमण भत्ता

(ख) अत्यावश्यक औषधी र उपकरण खरिद (ग्लुकोमिटर मेसिन, ग्लुकोमिटर टेस्टिङ स्ट्रिप, ल्यान्सेट, स्प्रिट, कटन, स्टेथोस्कोप र स्फाईग्मोमानोमिटर लगायत अति आवश्यक सामग्रीहरु)

(ग) यस कार्यक्रम सम्बन्धि पालिकास्तरीय अभिमुखिकरण, अनुगमन, अभिलेख तथा प्रतिवेदन।

१२. **अनुगमन तथा सुपरिवेक्षणः** (१) यस कार्यविधि बमोजिमको गुणस्तरियता,औचित्यता तथा प्रभावकारीताका लागि आवश्यकता अनुसार पालिका बाट र स्वास्थ्य संस्था तथा वडा बाट अनुगमन सुपरिवेक्षण गर्न सकिनेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण गर्दा अनुसुची-८ बमोजिमको चेकलिष्ट प्रयोग गर्नु पर्नेछ ।

१३. **कार्यक्रमको फरफारक प्रतिवेदनः**(१) कार्यक्रम सम्पन्न भएपछि यसको फरफारक गाउँपालिकाले गर्नु पर्नेछ ।

१४. **दोहोरो भुक्तानी गर्न नहुनेः** यस पालिकाले यस कार्यविधि बमोजिम प्रदान गरिने सेवा र अन्य निकाय एवं प्रचलित कानुन बमोजिम प्रदान गरिने सेवासँग दोहोरो नपर्ने गरि भुक्तानी गरिनेछ ।

१५. **सरकारी बाँकी सरह असुल उपर हुनेः** यस कार्यक्रमको रकम दुरुपयोग भएमा दुरुपपयोग गर्ने व्यक्ति सँगबाट सरकारी बाकी सरह असुल उपर गरिनेछ ।

१६. **लागत साझेदारी गर्न सक्नेः** कुनै स्थानिय तहले यस निर्देशिका बमोजिमको कार्यक्रम सञ्चालन गर्न लागत साझेदारी गर्न सक्नेछन् ।

१७. **प्रचलित कानून बमोजिम** हुनेः यस कार्यविधिमा उल्लेख भएको विषयको हकमा यसै बमोजिम र अन्य विषयको हकमा प्रचलित कानुन बमोजिम हुनेछ ।

१८. **संशोधन गर्न सकिनेः** आवश्यक ठानेमा यो कार्यविधि संशोधन गर्न सकिनेछ ।

अनुसूची-१
ग्लुकोमिटर प्रयोग गरि मधुमेह जाँच गर्ने विधि

- उपकरणहरुको जाँचपड्ताल गरी आवश्यक तयारी गर्ने ।
- ल्यानसेटलाई आवश्यक प्राईमिङ गरी तयारी अवस्थामा राख्ने ।
- सेवा ग्राहीलाई आरामदायी/सहज आनमा बसाल्ने ।
- सेवा ग्राहीलाई के गर्न लागेको भनी जानकारी गराई मौखिक सहमति लिने ।
- ग्लुकोज टेस्टिङ स्ट्रिपलाई सेन्सर टिपमा नछोई कन्टेनरबाट झिकी ग्लुकोमिटरमा राख्ने ।
- रगत निकाल्ने औंलालाई कटन स्वाब र स्प्रिटले राम्रोसँग सफा गर्ने।
- औंलाको साईडको भागबाट ल्यानसेटको प्रयोग गरी रगत निकाल्ने।
- शूरुमा निस्केको रगतलाई पुछेर त्यसपछिको रगतलाई ग्लुकोज टेस्टिङ स्ट्रिपमा राख्ने ।
- ग्लुकोमिटरमा देखिएको मापनलाई नोट गर्ने ।
- ल्यानसेटको निडललाई निकाली सेफ्टी बक्समा बिसर्जन गर्ने ।
- ग्लुकोज टेस्टिङ स्ट्रिपलाई संक्रामक फोहोर जन्य विधि अपनाई सुरक्षित तरिकाले बिसर्जन गर्ने ।

ब्लड ग्लुकोज मापन तथा बर्गीकरण

रगत नमुना संकलन गर्दाको अवस्था	औषत मापन	सम्भावित मधुमेह
फास्टिङ (Fasting)	>११० देखि १२६mg/dl	१२६ mg/dl भन्दा माथि
पी.पी. (PP)		२०० mg/dl भन्दा माथि
रेण्डम (Random)		

अनुसूची-२
स्टेथोस्कोप र स्फाईग्मोमानोमिटर प्रयोग गरी उच्च रक्तचाप जाँच गर्ने विधि

- उच्च रक्तचाप परिक्षण गर्न लागेको सेवा ग्राहीहरुले कम्तिमा १५ मिनेट आराम गरेको र कम्तिमा १५मिनेट अगाडि चुरोट नखाएको, चिया/ कफी जस्ता पेय पदार्थ सेवन नगरेको र कुनै पनि मादक पदार्थ सेवन नगरेको सुनिश्चित गर्ने ।
- सेवा ग्राहीलाई आरामदायी/ सहज आसनमा राख्ने ।
- सेवा ग्राहीलाई के गर्न लागेको भनी जानकारी गराइ मौखिक सहमति लिने ।
- सेवा ग्राहीलाई रक्तचाप नाप्न नहुने अवस्थाको पहिचान गर्ने स
- सेवा ग्राहीको बाँया हातको Brachial Artery भन्दा २ सेन्टिमिटर माथि पाखुरामा उचित साईजको स्फाईग्मोमानोमिटरको कफ बाँध्ने। बाँया पाखुरामा कफ बाँध्न नहुने अवस्था भएमा दायाँ पाखुरा पनि प्रयोग गर्न सकिनेछ ।
- स्टेथोस्कोपको डायफ्राम Brachial Artery माथि राखेर बल्वको प्रयोगले कफलाई आवश्यकता अनुसार फूलाउने र २-३ mm Hg/ second को दरमा कफलाई खुकुलो बनाउदै जाने । सो क्रममा सुनिने अधिकतम र न्यूनतम Korotkoff sound लाई मापन गरी नोट गर्ने ।

अनुसूची-३

पोर्टेबल मेशिनको प्रयोग गरी शरीरको तौल लिने विधि

- शरिरको तौल लिने मेसिनको अवस्था जाँच गरी तयारी अवस्थामा राख्ने ।
- तौल लिने मेशिनलाई समतल ठाउँमा राखी मेसिनको तौल देखाउने सुई शुन्यमा भएको निश्चित गर्ने ।
- सेवा ग्राहीलाई शरीरको तौल लिन लागिएको बारेमा जानकारी गराउने ।
- सेवा ग्राहीहरुको शरिरमा भएको बाक्लो बाहिरी लुगा, चप्पलआदि खोल्न लगाउने (यदि मिल्ने भएमा मात्र) ।
- सेवा ग्राहीलाई दुवै खुट्टा तौल मेसिनको बिचमा पर्ने गरी टेक्न लगाई, दुबै हात दायाँ बायाँ सिधा तल झारी आरामले उभिन लगाई सिधा अगाडि हेर्न लगाउने ।
- तौल मेसिनमा देखिन आएको तौलको अंक रेकर्ड गर्ने । यसरी रेकर्ड गर्दा किलोग्राममा गर्ने ।

पोर्टेबल उचाई नाप्ने उपकरणद्धारा शरीरको उचाई लिने विधि

- प्रयोग गर्नु पूर्व शरीरको उचाई लिने उपकरण (stadiometer) लाई सफा गरी तयारी अवस्थामा राख्ने ।
- सेवा ग्राहीलाई शरीरको उचाई नाप्न खोजिएको बारेमा जानकारी गराउने ।
- सेवा ग्राहीलाई जुत्ता, चप्पल तथा टोपी /ह्याट आदि फुकाल्न लगाउने ।
- सेवा ग्राहीलाई उचाई नाप्ने उपकरणको अगाडि खुट्टा जोडेर घुँडा सिधा हुने गरी उभिन लगाउने ।
- सेवा ग्राहीलाई सिधा अगाडि हेर्न लगाउने ।
- सेवा ग्राहीको उचाईलाई सेन्टिमिटरमा मापन गरी रेकर्ड गर्ने ।

अनुसूची-४
नाम दर्ता रजिष्टर

जिल्लाः............................स्थानीय तहः..................................वडा................मितिः
स्वास्थ्य संस्थाको नामः..
कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नामः
कार्यक्रम सञ्चालन गरेको मिति...........

दर्ता नं.	नामथर	वडा नं./टोल	सम्पर्क नं.	जाती कोड	लिङ्गः महिला/पुरुष	उमेर	पेशा	तौल (Kg)	उचाई (Centimeter)	रगतमा ग्लुकोजको मात्रा तथा रक्तचापजाँच गर्न मन्जुर छु

अनुसूची-५

रगतमा ग्लुकोजको मात्रा तथा रक्तचाप जाँच गर्दा लगत राख्ने रजिष्टर

जिल्लाः.....................स्थानीय तहको

नामः.......................................वडा नं..................

स्वास्थ्य संस्थाको नामः..................................

कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने स्वास्थ्यकर्मिको नामः

कार्यक्रम सञ्चालन गरेको मितिः...............................

दर्ता नं	सूर्तिजन्य पदार्थ सेवन	मद्यपान सेवन	कम्तिमा ३० मिनेट प्रतिदिन व्यायाम शारीरिक परिश्रम हुने काम	रगतको नमूना संकलन गर्दाको अवस्था	मधुमेह		रक्तचाप		परामर्श	प्रेषण गरिएको	कैफियत
	नगर्नेः० कहिलेकाहीं गर्नेः१ नियमित गर्नेः२	नगर्नेः० कहिलेकाहीं गर्नेः१ नियमित गर्नेः२	नगर्नेः० कहिलेकाहीं गर्नेः१ नियमित गर्नेः२	Fasting:F Post Prandial:PP Random: R	रगतमा ग्लुकोजको मात्रा (mm/dl)	सम्भावित छः० छैनः १	रक्तचाप (mm Hg)	सम्भावित छः० छैनः १	दिइएकोः० नदिइएकोः १	गरिएकोः० नगरिएकोः १	

अनुसूची-६

स्वास्थ्य चौकीले पालिकालाई प्रतिवेदन गर्ने फारम

जिल्लाको नामः...............................

स्थानीय तहको नामः..................................... वडा नं.

स्वास्थ्य चौकीको नामः...

मितिः.............................

वडा नं	स्क्रिनिङ कार्यक्रमको संचालन मिति	जम्मा परिक्षण गरिएका						११० देखि १२६ mg/dl वा सो भन्दा बढी भएका						१४०/९० वा सो भन्दा उच्च रक्तचाप भएका					
		२०-४० वर्ष		४०-६० वर्ष		६० वर्ष माथि		२०-४० वर्ष		४०-६० वर्ष		६० वर्ष माथि		२०-४० वर्ष		४०-६० वर्ष		६० वर्ष माथि	
		म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु

विवरण तयार गर्नेको

दस्तखतः

नामः

पदः

मितिः

प्रमाणित गर्नेको

दस्तखतः

नामः

पदः

मितिः

अनुसूची-७
पालिकाले अभिलेख राख्ने फारम

जिल्लाको नामः...............................

स्थानीय तहको नामः.....................................

वडा/स्वास्थ्य संस्थाको नाम	जम्मा परिक्षण गरिएका						११० देखि १२६ mg/dl वा सो भन्दा बढी भएका						१४०/९० वा सो भन्दा उच्च रक्तचाप भएका					
	२०-४० वर्ष		४०-६० वर्ष		६० वर्ष माथि		२०-४० वर्ष		४०-६० वर्ष		६० वर्ष माथि		२०-४० वर्ष		४०-६० वर्ष		६० वर्ष माथि	
	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु	म	पु

विवरण तयार गर्नेको
दस्तखतः
नामः
पदः
मितिः

प्रमाणित गर्नेको
दस्तखतः
नामः
पदः
मितिः

अनुसूची-८
अनुगमन चेकलिष्टको नमुना

अनुगमनकर्ताको नामः

अनुगमनकर्ताको हस्ताक्षरः

पदः

अनुगमन गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नामः

अनुगमन गरेको मितिः

क. सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्था

क्र.सं.	विवरण	गरेको/भएको	नगरेको/नभएको
१	सेवाको व्यवस्थापन राम्रो		
२	सेवा ग्राही सेवाबाट सन्तुष्ट		
३	स्थानीय तहका अनुगमनकर्ताले अनुगमन		
४	स्वास्थ्य संस्था,स्वास्थ्य चौकी संचालन तथा व्यवस्थापन समिति र स्वास्थ्यकर्मी र सरोकार निकाय सँग समन्वय गरी कार्यक्रम सञ्चालन		
५	कार्यक्रम संचालन पूर्व प्रचार/सार		
६	निर्दिष्ट अभिलेख तथा प्रतिवेदन पालना		
७	निर्देशिका अनुसारको विधि पालना		

ख. अनुगमनको क्रममा देखापरेका समस्याहरु

१..
२...
३...
४..

ग. समाधानका लागि सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुद्धारा गरिएका प्रयासहरु

१...
२...
३...
४...

घ. सेवाप्रदायक स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त सुझाव/सल्लाह

१..
२...
३...
४..

ङ. अनुगमनकर्ताद्धारा सुझाव/सल्लाह

१..
२...
३...
४...

च. सेवा ग्राही सँगको अन्तर्वार्ता

क्र.सं.	विवरण	गरेको/भएको	नगरेको/नभएको
१	वा ग्राही सेवाबाट सन्तुष्ट भएको		
२	गुणस्तरीय सेवा प्रदान गरेको		
३	परामर्श गर्ने गरेको		
४	आवश्यकता अनुसार रेफर गरेको		
५	आवश्यकता अनुसार रेफर गरेको		
६			
७			
८			

प्रमाणिकरण मितिः २०७९/०७/१५

आज्ञाले
मान बहादुर सारू
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत