थबाङ गाउँपालिका एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८०

कार्यपालिकाबाट स्वीकृत मितिः२०८०/०९/२२

प्रस्तावनाः

थबाङ गाउँपालिकावासीहरुलाई स्वास्थ्य सेवामा सर्वसुलभ पहुँच पुर्‍याउँनका लागि एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालनलाई पारदर्शी, सरल, भरपर्दो र व्यवस्थित गर्न तथा एम्बुलेन्स सेवामा जनताको पहुँच बढाई सेवा आकस्मिक र आधारभूत स्वास्थ्य सेवामा गुणस्तर बृद्धि गर्न स्थानीय सरकार सञ्चालन ऐन-२०७४ को दफा ११ को उपदफा २ बमोजिम बाञ्छनीय रहेकोले थबाङ गाउँ कार्यपालिकाको मिति २०८०/०९/२६ गतेको बैठकको निर्णयबाट स्वीकृत भई सम्बन्धित अस्पताल/ स्वास्थ्य संस्थाबाट पूर्ण रुपमा लागू हुनेगरी यस थबाङ गाउँपालिकाले देहायको कार्यविधि बनाई जारी गरेको छ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भः

(क) यो कार्यविधिको नाम "थबाङ गाउँपालिका एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन कार्यविधि,२०८०" रहने छ।

(ख) यो कार्यविधि थबाङ गाउँ कार्यपालिकाबाट स्वीकृत गरेको मितिबाट प्रारम्भ हुनेछ।

२. **परिभाषाः** विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा

(क) "एम्बुलेन्स" भन्नाले बिरामी ओसार्ने स्वीकृत प्राप्त गरेको वाहन र एम्बुलेन्समा जडित उपकरण, चालक , चिकित्सक, स्वास्थ्यकर्मी र परिचारिका समेतलाई जानाउँदछ।

(ख) "एम्बुलेन्स जनशक्ति " भन्नाले एम्बुलेन्समा उपस्थित रहने चिकित्सक, स्वास्थ्यकर्मी, परिचारिका र चालक सम्झनुपर्छ।

(ग) " चालक" भन्नाले एम्बुलेन्स चलाउने चालकलाई सम्झनुपर्छ।

(घ) "गाउँपालिका" भन्नाले थबाङ गाउँपालिकालाई सम्झनुपर्छ।

(ङ) "सेवाशुल्क" भन्नाले एम्बुलेन्स प्रयोग गरेवापत सेवाग्राहीले बुझाउनु पर्ने समितिले तोकेको शुल्क सम्झनुपर्छ।

(च) "समिति" भन्नाले दफा ३ बमोजिम गठित एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापन तथा अनुगमन समिति सम्झनुपर्छ।

(छ) "सेवा" भन्नाले एम्बुलेन्सले बिरामीलाई दिने सम्पुर्ण सेवा सम्झनुपर्छ।

परिच्छेद-२

एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन सम्बन्धी व्यवस्था

३.एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन एवं अनुगमन समितिको गठनः (१) एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालनको व्यवस्थापन, अनुगमन तथा रेखदेख गर्नको लागि तपशिलमा उल्लेखित देहायको पदाधिकारीहरु रहेको एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति रहनेछ।

(क) अस्पताल सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति वा स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति अध्यक्ष -संयोजक

(ख) स्वास्थ्य शाखा प्रमुख वा प्रतिनिधि -सदस्य

(ग) स्थानीय समाजसेवि मध्येबाट १ जना -सदस्य

(घ) सम्बन्धित अस्पताल /स्वास्थ्य संस्था प्रशासन हेर्ने कर्मचारी -सदस्य

(ङ) वडाका सदस्यहरुमध्ये १ जना महिला सहित संयोजकबाट मनोनित २ जना -सदस्य

(च) सम्बन्धित अस्पताल / स्वास्थ्य संस्था प्रमुख -सदस्य सचिव

(२) समितिको कुल सदस्य सङ्ख्या मध्ये एकाउन्न प्रतिशत सदस्य उपस्थित भएमा बैठक बस्नको लागि गणपुरक सङ्ख्या पुगेको मानिनेछ।

(३) समितिको बैठक आवश्यकता अनुसार बस्नेछ। समितिको बैठक भत्ता एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समितिले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ।

(४) समितिको बैठक सम्बन्धी अन्य व्यवस्था र कार्यविधि समितिले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ।

४. समितिको काम कर्तव्य र अधिकार :-

(१) दफा (३) बमोजिम गठन भएको समितिको काम कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ :-

(क) एम्बुलेन्स सेवा पारदर्शी, सरल, भरपर्दो र व्यवस्थित रुपमा सञ्चालन गरे, नगरेको अनुगमन गर्ने।

(ख) चालकले पालना गर्नुपर्ने आचारसंहिता लागू गराउने तथा यस निर्देशिका अनुसारको आचारसंहिता पालन नगर्ने चालकलाई चेतावनी दिने र आचारसंहिता पालना गर्न लगाउने।

(ग) एम्बुलेन्स सेवाको बारेमा कुनै गुनासो तथा उजुरी आएमा सोको सुनुवाई तथा व्यवस्थापन गर्ने,

(घ) सरोकारवाला तथा अन्य संघसंस्थाहरु बीच आवश्यकता अनुसार एम्बुलेन्स सेवा बारे समिक्षा बैठक गर्ने,

(ङ) थबाङ गाउँपालिकाको विशिष्टतालाई ध्यानमा राखि एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालनको लागि आवश्यक थप मापदण्ड बनाउने।

(च) एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समितिले निर्धारण गरेको सेवा शुल्कलाई प्रत्येक दुई वर्षमा बजार भाउ, महंगीको अवस्था, इन्धनको दररेट लगायत निश्चित मापदण्डको आधारमा पुनरावलोकन गर्न सो समिति हुँदै जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले निर्धारण गरेको दररेटमा नबढने गरी थबाङ गाउँ कार्यपालिको बैठक समक्ष सिफारिस गर्ने,

(छ) चालक/आर्थिक प्रशासन शाखा/ कार्यालय प्रमुख लगायतले सेवा शुल्क लिई सम्बन्धित अस्पताल/ स्वास्थ्य सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति कोषमा दाखिला गरे नगरेको निरिक्षण गर्ने।

(ज) अन्य काम, कर्तव्य र अधिकार आवश्यक ठानेमा थबाङ गाउँ कार्यपालिकाले तोकेबमोजिम हुने।

(२) समितिको सदस्य-सचिवले सेवा प्रवाहको सेवा विवरण स्थिति अनुसूचि-५ बमोजिम मासिक, चौमासिक, अर्धवार्षिक र अद्यावधिक विवरण प्रत्येक वर्षको आषाढ मसान्तमा अस्पताल सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति / स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति हुँदै थबाङ गाउँपालिकामा पेश गर्नुपर्नेछ।

परिच्छेद-३

कर्मचारी व्यवस्थापन तथा नियुक्ति सम्बन्धी व्यवस्था

५. एम्बुलेन्स चालकको नियुक्तीः

(१) एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालनका लागि एक जना चालक करार सेवामा भर्ना गरिनेछ। गाउँपालिका प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत वा प्रशासन, योजना तथा अनुगमन शाखाको प्रमुखको संयोजकत्वमा स्वास्थ्य संस्था र वडाबाट रहने कम्तिमा ५ (पाँच) सदस्यीय भर्ना समितिको गठन गरी सो समितिबाट चालक भर्नाका लागि आवश्यक शैक्षिक योग्यता, अनुभव तथा अन्य आधार तयार गर्न तथा चालक नियुक्ती सम्बन्धी सबै कार्य प्रचलित कानुन बमोजिम हुनेछ।

६. पारिश्रमिक तथा सेवा शर्तहरुः

(१) एम्बुलेन्स चालकको पारिश्रमिक तथा सेवा शर्तहरु देहाय बमोजिम हुनेछः-

(क) चालकको तलव भत्ता नेपाल सरकाले सम्बन्धित पदको लागि निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ। अन्य सेवा सुविधाको सम्बन्धमा सेवा शुल्क वापत उठेको रकम पर्याप्त भएमा आवश्यकताको आधारमा दफा-३ बमोजिमको समितिले निर्धारण गरे बमोजिम हुनेछ।

(ख) चालकको दुर्घटना बीमा प्रचलित नियमानुसार गरिनेछ। बिमाको प्रिमियम वापतको रकम यस कार्यविधि बमोजिमको कोषबाट बेहोरिनेछ।

(ग) चालकले अस्पताल र स्वास्थ्य संस्थासँग गरिएका शर्तहरुको पालना गर्नुपर्ने आचारसंहिता अनुसूचि (१) बमोजिम हुनेछ।

(घ) सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले ६/६ महिनामा एम्बुलेन्स चालकको स्वास्थ्य परिक्षण गराउनेछ र सोको प्रतिवेदन गाउँपालिकामा पेश गर्नेछ।

(ङ) चालकले एम्बुलेन्स प्रयोगको लगबुक अनुसूचि-२ बमोजिमको ढाँचामा राख्नुपर्नेछ।

(च) चालकको करार नविकरण निजको कार्यसम्मपादनको मूल्यांकन गरी प्रत्येक आर्थिक वर्षको शुरुवातमा गरिनेछ। स्वास्थ्य परीक्षण गर्दा समस्या हुने, आचारसंहिता पालना नगर्ने र कमजोर कार्यसम्पादन गर्ने चालकको करार नविकरण हुने छैन।

(छ) कुनै सेवाग्राहिलाई एम्बुलेन्स सेवा उपलब्ध गराउनु पूर्व आफु जान लाग्ने समय स्थान र सेवाग्राहिको विवरण अस्पताल / स्वास्थ्य संस्थाको प्रशासनमा जानकारी गराई पूर्व स्वीकृति लिनुपर्नेछ।

(ज) चालकको सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था / अस्पतालबबाट पूर्व अनुमति लिई एम्बुलेन्सको नियमित मर्मत सम्भार र रेखदेख गर्नुपर्नेछ।

(झ) चालकको तलव भत्ता लगायत अन्य सुविधा यसै कार्यविधि बमोजिमको कोषबाट व्यहोरिनेछ। तर उक्त कोषमा रकम अपुग भएमा गाउँपालिकाको स्वीकृत वार्षिक बजेटबाट भुक्तानी गर्न कुनै बाधा पर्नेछैन।

परिच्छेद-४

सेवा शुल्क तथा मर्मत सम्भार सम्बन्धी व्यवस्था

७. सेवा शुल्क सम्बन्धी व्यवस्थाः (१)एम्बुलेन्स सेवा प्रयोग गरेवापत सम्बन्धित सेवाग्राहीले सम्बन्धित एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समितिले/कार्यपालिका / जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले निर्धारण गरे बमोजिमको रकम सेवा शुल्कको रुपमा बुझाउनु पर्नेछ। सेवा शुल्क वापत लिइने रकम नगदी रसिद काटी दफा (८) बमोजिमको कोष बैंक खातामा

प्रत्येक हप्तामा जम्मा गर्ने जिम्मेवारी चालक/आर्थिक प्रशासन हेर्ने कर्मचारी तथा कार्यालय प्रमुखको हुनेछ । साथै विशेष परिस्थितिमा अनुसूचि-३, बमोजिम हुनेछ ।

८. एम्बुलेन्स सञ्चालन कोषको व्यवस्थाः(१) एम्बुलेन्स सेवा वापत उठेको रकम जम्मा गर्न, कर्मचारी तलव भत्ताको व्यवस्था गर्न तथा एम्बुलेन्स मर्मत सम्भार गरी नियमित सञ्चालन गर्न अस्पताल / स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति कोषमा व्यवस्था गरिनेछ । कोषको स्रोतहरु देहाय बमोजिम हुनेछः-

(क) सेवाग्राहीबाट प्राप्त सेवा रकम,

(ख) नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार, गाउँपालिका र कुनै संघ संस्था वा व्यक्तिबाट सञ्चालनका लागि प्राप्त रकम,

(ग) अन्य स्रोत पहिचानबाट प्राप्त गरेको रकम ।

(२) कोषमा प्राप्त हुने सबै रकम सम्बन्धित अस्पताल/स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति कोषमा जम्मा गर्नुपर्नेछ ।

(३) कोषमा जम्मा गरेको रकमबाट देहाय बमोजिमको खर्च मात्र व्यहोरिनेछ ।

(क) चालकको तलव, भत्ता तथा अन्य सेवा सुविधा,

(ख) एम्बुलेन्स मर्मत सम्भार तथा इन्धन र मोविल खर्च,

(ग) समितिको बैठक भत्ता,

(घ) एम्बुलेन्समा आउने अन्य भैपरी खर्चहरु ।

(४) कोषको खाता सञ्चालन अस्पताल/स्वास्थ्य संस्था सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समिति अध्यक्ष र सदस्य सचिवको संयुक्त दस्तखतबाट सञ्चालन हुनेछ ।

(५) कोष सञ्चालन सम्बन्धी अन्य व्यवस्था एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन समितिले गरे बमोजिम हुनेछ ।

परिच्छेद-५

विविध

९. लेखा र लेखा परीक्षण

(१) एम्बुलेन्स सञ्चालन कोषको आय व्ययको लेखा आर्थिक प्रशासन ऐन नियम बमोजिम सम्बन्धित अस्पताल/स्वास्थ्य संस्थाको आर्थिक प्रशासन शाखाले राख्नेछ ।

(२) उक्त कोषको आन्तरिक लेखा परीक्षण गाउँपालिकाको आन्तरिक लेखा परीक्षण शाखाले गर्नेछ भने अन्तिम लेखा परीक्षण महालेखा परीक्षकको कार्यालयबाट वार्षिक रुपमा गर्नुपर्नेछ ।

१०. एम्बुलेन्सको वर्गीकरण, आवश्यक उपकरण र औषधी अनुसूचि-४ "राष्ट्रिय एम्बुलेन्सको निर्देशिका, २०७८" बमोजिम हुनेछ ।

११. एम्बुलेन्स रहने स्थानः पालिका स्थित वडा नं. १,२ र ३ स्थित स्वास्थ्य संस्थालाई मध्यनजर गरी एम्बुलेन्स थबाङ आधारभूत अस्पताल, झकेबाङ, रोल्पा र वडा नं. ४ र ५ का वडा स्थित स्वास्थ्य संस्थालाई मध्यनजर गरी आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र घोराबाङ, रोल्पाको स्थानमा रहनेछन वा भौगोलिक अवस्था र वर्षायामलाई मध्यनजर गरी थबाङ गाउँपालिका १

देखि ५ वडा स्थित रहेका अस्पताल / स्वास्थ्य संस्था मार्फत सञ्चालित एम्बुलेन्स विशेष गरी थबाङ आधारभूत अस्पताल, झकेबाङ, रोल्पामा रहन सक्नेछन ।

१२. **एम्बुलेन्स मर्मत सम्भार**ः एम्बुलेन्सको नियमित मर्मत सम्भार गर्ने जिम्मेवारी चालकको हुनेछ र मर्मत गर्नुपर्ने भएमा स्टिमेट गराई दफा (३) बमोजिमको समितिको निर्णयानुसार हुनेछ ।

१३. **कार्यविधिको व्याख्या**ः यो कार्यविधिको अन्तिम व्याख्या गाउँपालिकाले गर्नेछ । यस कार्यविधि बाहेकको अवस्थामा "राष्ट्रिय एम्बुलेन्सको निर्देशिका,२०७८" बमोजिम हुनेछ ।

१४. **कार्यविधि संशोधन**ः यो कार्यविधि कार्यपालिकाबाट आवश्यक संशोधन गर्न सकिनेछ ।

१५. वाधा अड्काउ फुकाउनेः यस कार्यविधिमा उल्लेखित व्यवस्था कार्यान्वयन गर्दा कुनै वाधा अड्काउ आईपरेमा कार्यपालिकाको निर्णय गरी त्यस्तो वाधा अड्काउ फुकाउन सक्नेछ ।

अनुसूची-१

(कार्यविधिको दफा ६ को उपदफा (ग) सँग सम्बन्धित)

एम्बुलेन्स चालकले पालना गर्नुपर्ने आचार संहिता

१. थबाङ गाउँपालिका एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन तथा व्यवस्थापन कार्यविधि, २०८० लाई पूर्णतः पालना गर्नुपर्ने,

२. आफ्नो पेशागत भूमिका निर्वाह गर्ने क्रममा ईमानदारिता र विश्वसनीयता कायम गर्दै आफ्नो पेशाको मान मर्यादामा खलल पुग्ने कुनै काम गर्न नहुने,

३. मादक पदार्थ, सुर्तिजन्य पदार्थ सेवन गरी एम्बुलेन्स चलाउन नहुने,

४. बिरामी, कुरुवा तथा बिरामीसँग सम्बन्धित सामान बाहेक अन्य सरसामान तथा व्यक्ति (यात्रु) हरुलाई ओसारपसार गर्न नहुने,

५. बिरामीको ओसारपसार तथा उपचार गर्ने क्रममा बिरामी तथा बिरामीको परिवारलाई सधैं सम्मान पूर्वक व्यवहार गरी उच्चस्तरीय सेवा प्रदान गर्नुपर्ने,

६. आफुले लिएको निर्णयहरुमा आफ्नै व्यक्तिगत रुपमा जिम्मेवार र जवाफदेही हुनुपर्ने,

७. आफ्नो पेशागत दक्षता सुधार गर्दै लैजानुका साथै आफुमा भएका पेशागत दक्षता आफ्नो क्षेत्रका अरुलाई पनि सिकाउनु पर्ने,

८. कुनै पनि बिरामीलाई ओसारपसार गर्नु अघि उसको बारेमा पर्याप्त जानकारी लिई उपचारमा सहयोग गर्नु पर्ने,

९. बिरामीलाई बीच बाटोमा छाड्न नहुने,

१०. एम्बुलेन्स सेवा पुऱ्याउने क्रममा पाएका कुनै पनि सूचना गोप्य राख्नुपर्ने तथा बिरामीहरुबाट पाएको जानकारी कुनै तेर्सो पक्षलाई खोल्न नहुने तर कानुनी र पेशागत दायित्व निर्वाह गर्न वा बिरामीको सेवा आवश्यक परेमा त्यस्तो सूचनाको बारेमा सम्बन्धित निकायलाई जानकारी दिन सक्ने ,

११. एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापनमा सहयोग गर्नुपर्ने,

१२. आफुले उचित देखेको बिरामीको गुणस्तरिय सेवामा प्रभाव पार्ने राम्रो पक्षहरुको जानकारी आफ्नो सुपरिवेक्षक तथा अस्पताल/ स्वास्थ्य संस्थालाई जानकारी दिनु पर्ने,

१३. नेपाल सरकारको प्रतिवन्ध लगाएतका वस्तुहरु ओसारपसार नगर्ने । प्रचलित कानूनको पालना गर्नु पर्ने ।

म.......................................स्थायी ठेगाना.................. जिल्ला..................गाउँ/ नगर/पालिका वडा नं.: .... ना.प्र.प.नं: ....चालक लाइसेन्स नं.: .... ले माथि उल्लेखित १ देखि १४ सम्को आचार संहिता अध्ययन गरी स्वीकारी आफ्नो सहमति जनाई सहि छाप गरेको छु, अन्यथा भए कानुन अनुसार सहुँला भोगुला ।

चालकको दस्तखतः.........	**रोहवरको दस्तखतः.........**	**प्रमाणित गर्नेको दस्तखतः.........**
नामथरः	नामथरः	नामथरः
पदः	पदः	पदः
मितिः	मितिः	मितिः

अनुसूचि-२

कार्यविधिको दफा ६ को उपदफा (ङ) सँग सम्बन्धित

एम्बुलेन्स चालकको लगबुक

म.ले.प.फारम नं: ९०५

थबाङ गाउँपालिका
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
झकबाङ, रोल्पा
कार्यालय कोड नं.:८०१०५५४०३
सवारी साधन र मेसिन प्रयोगको लगबुक

सवारी नं.:
सवारी साधन/मेसिनरीको नाम:

सवारी चालक/अपरेटरको नाम

मिति	ठाउँ		किलोमिटर		जम्मा	माग फारम नं	पेट्रोलियम पदार्थ					सवारी /मेसिनरी प्रयोगको उद्देश्य	सवारी प्रयोग वा सञ्चालन गर्ने कर्मचारी/पदाधिकारीको		कैफियत
	बाट	सम्म	बाट	सम्म			पेट्रोल/डिजेल/अन्य (लिटर)	लुब्रिकेन्ट	ग्रिज	गेयर आयल	अन्य		नाम	दस्तखत	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६

सवारी चालक/अपरेटरको नामः
दस्तखतः ....
मिति

उद्देश्य
सवारीको प्रयोग, इन्धन तथा अन्य उपभोग्य वस्तुको खपत र सोको नियन्त्रण गर्ने ।

फाराम भर्ने तरिकाः

१ प्रत्येक सवारीको बेग्लाबेग्लै लगबुक हुने भएकोले फारमको शीर बेहोरामा सवारीको नम्बर, सवारी साधनको नाम ड्राइभको नाम पनि लेख्नुपर्छ ।
२ महल १ मा सवारी चलाएको दैनिक मिति भर्नुपर्छ ।
३ खण्ड ठाउँको महलहरूमा प्रत्येक मितिमा प्रत्येक पटक एक ठाउँबाट अर्को ठाउँमा चलाएको आते जाते दुबैको स्पष्ट हुने गरी स्थान लेख्नुपर्छ ।
४ महल ४ र ५ मा प्रत्येक पटकको एक ठाउँबाट अर्को ठाउँ सम्म चढाउँदाको सुरुको र अन्तको मिटरबाट देखाइएको किलोमिटरको अङ्क भर्नुपर्छ ।
५ यो अङ्कदेखि यो अङ्कसम्मको किलोमिटर भन्ने उल्लेख भएअनुसार त्यसबाट जम्मा किलोमिटर कति प्रयोग भएको थियो सो जम्मा महल ६ मा लेख्नुपर्छ ।
६ महल ७ मा माग फारम नं. उल्लेख गर्नुपर्छ ।
७ पेट्रोल, डिजेल, मोबिल, ग्रिज महलमा खरिद बिलअनुसार उक्त सवारीमा राखिएको पेट्रोल,डिजेल, मोबिल, ग्रिज आदिको परिमाण महल ८, ९, १०, ११ र १२ मा उल्लेख गर्नुपर्छ ।
८ यसरी चढाउदा जुन मितिमा सो पेट्रोल , डिजेल, मोबिल, ग्रिज सवारी साधनमा राखिएको हो सोको मिति पनि मिति महलमा लेख्नुपर्छ ।
९ उल्लिखित स्थानमा प्रयोग गर्नु परेको काम र स्पष्ट विवरण सवारीको उद्देश्य विवरणमा अनिवार्य रुपमा महल १३ मा लेख्नुपर्छ ।
१० सवारी चढेको वा प्रयोग गर्ने पदाधिकारीको पूरा नाम तथा दर्जा स्पष्ट हुने गरी दस्तखत महल १४ मा गर्नुपर्छ । महल नं. १५मा दस्तखत गराउनुपर्दछ ।
११ दोस्रो पटक इन्धन माग गर्दा अघिल्लो पटक लिइएको इन्धनको लग बुक पेस गर्नुपर्ने छ

अनुसूचि-३

कार्यविधिको दफा ८ सँग सम्बन्धित सेवा शुल्क सम्बन्धी दररेट

जिल्ला सदरमुकाम सम्म निःशुल्क सिफारिस गर्ने अवस्थाहरुः

१. बिरामी भर्ना भएको अस्पताल/स्वास्थ्य चौकी/आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र/ सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई केन्द्र उपचार गरी सो ठाउँमा उपचार सम्भव नहुने स्वास्थ्यकर्मीको लिखित सिफारिस भएमा।

२. दुर्घटनामा परेर ठूला चोटपटक लागि अस्पताल सम्म नपुऱ्याउँदा घाइतेको मृत्यु समेत हुन सक्ने अवस्था भएको स्वास्थ्यकर्मीको लिखित सिफारिस भएमा।

३. स्थानीय बर्थिङ्ग सेन्टरमा प्रसुति जटिलताका स्वास्थ्यकर्मीको लिखित सिफारिस भएमा।

माथि उल्लेखित अवस्था बाहेक सामान्य प्रकृतिका बिरामीहरुको जवरजस्ती वा स्वच्छिक रुपमा अन्य अस्पताल जान चाहेमा पालिका भित्र र जिल्ला सदरमुकाम सम्म रु. .... /-(अक्षरेपी रु........राजश्व शुल्क भुक्तानी गराई स्वास्थ्यकर्मीबाट लिखित सिफारिस गराउने।

अनुसूची-४

कार्यविधिको दफा १० सँग सम्बन्धित एम्बुलेन्सको वर्गीकरण, आवश्यक उपकरण र औषधी

एम्बुलेन्सलाई निम्न उल्लेखित मापदण्ड तथा उपलब्ध सुविधाका आधारमा देहाय बमोजिम वर्गिकरण गरिएको छ।

१. 'ख' वर्गको एम्बुलेन्समा हुनु पर्ने उपकरण र औषधीको विवरण

Emergency Equipment		Medicines	Others
1. Stethoscope 2. B.P set 3. Torch Light 4. Tongue Depressure 5. IV Drips 6. Cannula and Syringes 7. ECG monitor and oxygen monitor 8. Intubation set 9. Various intubation tubes and laryngeal tubes	10. Nebulizer set 11. Ambu bag 12. Manual suction set 13. Cervical collars 14. CPR board 15. Oxygen supply 16. Automated external defibrillator (AED) 17. Delivery sets 18. Dressing Sets 19. Splints 20. Catheterizations sets 21. Haemostatic sets 22. Others		• Washing equipment • Wheelchair and trolley • Radio communication • Two-way video consultation device • Mobile device with 4G connectivity, • Walkie Talkie • Camera • GPS (Geographical Positioning System)

२. Patient Transport Vehicle (PTV) बिरामी ओसारपसार गरने गाडीमा हुनुपर्ने औषधी र उपकरणको विवरण (स्तरोन्नति नभएको 'ग' वर्ग ।

Emergency Equipment	Services	Others
• Oxygen Cylinder, Flow Meter and Mask जडित वा जरुरी परेमा राख्न सक्ने सवारी साधन • IV injections • Stretcher • Stethoscope, BP set Torch light • Ambu and Mask • Others	दिर्घ रोगी, डाईलेसिस गर्न, ड्रेसिङ्ग गर्नको लागि घर देखि अस्पताल र अस्पताल देखि घरसम्म पुऱ्याउन र विपदको समयमा पूर्व-अस्पताल सेवालाई सुचारु गर्न वा प्रेषण केन्द्रले स्वास्थ्य सामाग्रीहरु विपद परेको ठाँउसम्म ओसारपसार गर्न PIV को प्रयोग गर्न सकिने ।	• Washing equipment • Wheelchair and trolley • Radio communication • Mobile device with 4 G connectivity, Walkie Talkie and Camera • GPS (Geographical Positioning System)

३. मोटरसाइकल एम्बुलेन्स / with or without side care ambulance

First Aid	Medicines	Others
▪ Carry an Emergency medical bag	Reach the victim and start treatment till the ambulance arrives or where ambulance cannot reach due to narrow street	▪ If with side car, can transfer patient if possible

अनुसूची-५

कार्यविधिको दफा ४ को उपदफा-२ सँग सम्बन्धित

दैनिक/मासिक/वार्षिक सेवा विवरण अभिलेख फाराम

अस्पताल/ स्वास्थ्य संस्थाको नामः ठेगानाः पालिका/न.पा.: एम्बुलेन्सको वर्गः गाडी नं.:

सम्पर्क नं.

एम्बुलेन्स चालकको नामः

सेवा विवरण अभिलेख बुझाएको मितिः

एम्बुलेन्स सेवा पाएका बिरामीको जम्मा संख्या मासिक/वार्षिक

मितिः देखि मिति सम्म जम्माः .... जना पुरुष .... जना र ... जना महिला लाई यस एम्बुलेन्सले सेवा प्रदान गर्‍यो ।

एम्बुलेन्स सेवा पाएका विरामीहरुको वर्गिकरण र संख्याः

		महिला	पुरुष	जम्मा
(क)	प्रेषणः			
(ङ)	आत्महत्या प्रयास			
(झ)	दिर्घरोगी			

		महिला	पुरुष	जम्मा
(ख)	दुर्घटनाः			
(च)	चट्याङ लागेर			
(ञ)	झै-झगडा			

		महिला	पुरुष	जम्मा
(ग)	लडेर/खसेरः			
(छ)	पशुपंछीको आक्रमण			
(ट)	अन्य			

		महिला	पुरुष	जम्मा
(घ)	आगोले पोलेर			
(ज)	पानीमा डुबेर			

मिति	क्र.सं.	विरामीको विवरण								बिरामीको आफन्तको विवरण			बिरामी एम्बुलेन्समा चढाएको		बिरामी एम्बुलेन्सबाट ओरालेको /बुझाएको		बिरामी बुझाउनेको			बिरामी बुझिलिने			कैफियत
		नामथर	प्रदेश	जिल्ला	पालिका	वडा	टोल	उमेर	लिङ्ग	नामथर	नाता	सम्पर्क नं.	स्थान	समय	स्वास्थ्य संस्था	समय	नामथर	सम्पर्क नं.	हस्ताक्षर	नामथर	सम्पर्क नं.	हस्ताक्षर	

प्रतिवेदन बुझाउनेकोः

नामथरः

दस्तखतः

मितिः

दर्जाः

छापः

प्रमाणिकरण मितिः २०८०/०९/२६

आज्ञाले

हेमराज घर्तीमगर

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

हेमराज घर्तीमगर

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत