**अनुसूची-१०**

**हेमोडायलाइसिस सेवाको अनुमति, सेवा विस्तार, शाखा विस्तार, स्थानान्तरण, नवीकरणसम्बन्धी मापदण्ड**

(दफा ३ सँग सम्बन्धित)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **सि.नं** | **मापदण्डहरु** | | **शय्या सङ्ख्या र छ/छैन** | | **कैफियत** |
| **२५ भन्दा कम** | **२५** |
| १ | **पूर्वाधार** | | | | |
|  | क. कम्तिमा दुई हेमोडायलाइसिस बेड र मेसिनको लागि काम गर्ने स्थानको उपलब्धता सहित हेमोडायलाइसिसको लागि छुट्टै ब्लक/कोठाको उपलब्धता | |  |  |  |
| ख. डायलाइसिस स्टेशन आपतकालीन समयमा सजिलै पहुँच पुग्ने स्थानमा भएको र रिसस्सिटेसन गर्नको लागि पर्याप्त ठाउँको उपलब्धता | |  |  |  |
| ग. डायलाइजर पुन: प्रशोधन र पुन: प्रयोगको लागि डायलाइजरहरूको उचित सफाई र तयारीको लागि उचित ठाउँ तोकिएको र प्रोटोकलको आधारमा गर्ने गरिएको | |  |  |  |
| घ. औषधीहरुको तयारीको लागि र औषधी, उपकरणहरूको भण्डारणको लागि छुट्टै सुक्खा र भिजेको भण्डारण शेल्फहरू सहितको भण्डारणको लागि निर्दिष्ट ठाउँको उपलब्धता | |  |  |  |
| ङ. डायलाइसिस पछि बिरामीलाई आराम गर्न वा ओपीडीमा एरिथ्रोपोइटिन, साइक्लोफोस्फामाइड र अन्य सुई दिनको लागि छुट्टै ओछ्यानको उपलब्धता | |  |  |  |
|  | च. आवश्यक अन्य न्यूनतम पूर्वाधार | |  |  |  |
| 1. दर्ता गर्ने स्थान | |  |  |  |
| 1. रिसेप्सन एरिया | | (30 sq. m) | |  |
| 1. प्रतीक्षालय | |  |
| 1. पब्लिक युटिलिटिज | |  |
| 1. उपचार कक्ष | | 80 sq. m | |  |
| 1. शय्याको लागि स्थान | |  |
| 1. स्टाफ चेन्जिङ कक्ष | |  |
| 1. भण्डार र फार्मेसी | | 20 sq. m |  |  |
| 1. मेडिकल रेकर्ड | |  |  |  |
| 1. पानी प्रशोधन क्षेत्र | | 20 sq. m | |  |
| 1. RO प्लान्ट | |  |
| 1. पावर सप्लाई ब्याक अप एरिया | | 5 sq. m |  |  |
| २ | **बिरामीहरूको लागि समय** | | | | |
|  | क. हेमोडायलाइसिस सेवा तालिका र समय निर्धारण गरी उपलब्ध गराएको | |  |  |  |
| ख. आपतकालीन हेमोडायलाइसिस सुविधा चौबीसै घण्टा उपलब्ध भएको | |  |  |  |
| ग. लक्षित वर्गका लागि नेपाल सरकारको मापदण्ड अनुसार सुविधाहरु उपलब्ध भएको | |  |  |  |
|  | घ. डायालासिस शुरुवात गर्दा र सकेपछि बिरामीको face reading गर्ने व्यवस्था मिलाएको | |  |  |  |
| ३ | **जनशक्ति व्यवस्थापन** | | | | |
|  | क. कम्तिमा एकजना हेमोडायलाइसिस प्रशिक्षित मेडिकल अफिसर सहित अनकल एमडी इन्टरनल मेडिसिन वा नेफ्रोलोजिस्ट र प्रति सिफ्टमा दुईवटा डायलाइसिस मेसिन बराबर एक नर्स भएको | |  |  |  |
| ख. सबै हेमोडायलिसिस कर्मचारीहरूलाई BLS, ACLS र हेमोडायलिसिस मेसिनको आधारभूत मर्मत सम्भारमा तालिम दिइएको | |  |  |  |
| ग. बायोमेडिकल उपकरण प्रशिक्षित प्राविधिकको कुनै पनि समय र आपतकालीन अवस्थामा उपलब्धता | |  |  |  |
| ४ | **बिरामीको लागि परामर्श** | | | | |
| क. बिरामीको उपचार थेरापीमा संलग्नता बढाउन बिरामी र बिरामीलाई सेवा गर्ने व्यक्तिलाई आहार परामर्श र फलोअप सहित बहु-विधाको टोलीद्वारा परामर्श गर्ने व्यवस्था भएको | |  |  |  |
| ख. उपचारको क्रममा भास्कुलर पहुँचको उचित हेरचाह र निगरानी गरिएको र बिरामीलाई यसको र उचित हेरचाहको बारेमा सल्लाह दिइएको | |  |  |  |
| ५ | **उपकरण, औषधी र उपभोग्य वस्तुहरूको उपलब्धता** | | | | |
| क. सुरक्षित डायलासिस सुनिश्चित गर्न डायलाइसिस मेसिनहरूमा मोनिटरहरू र अडियो-भिजुअल अलार्महरूको व्यवस्था भएको | |  |  |  |
| ख. हेपाटाइटिस बी, हेपाटाइटिस सी र PLHA भएका बिरामीहरूका लागि समर्पित हेमोडायलाइसिस क्षेत्र र समर्पित डायलासिस मेसिनहरूको उपलब्धता | |  |  |  |
| ग. पर्याप्त मेडिकल उपकरण, औषधी र उपभोग्य वस्तुहरूको उपलब्धता (यस मापदण्डको नं. ११, १२ र १३ बमोजिम) | |  |  |  |
| ६ | **पानी प्रशोधनको** **सुविधा** | | | | |
| क. (Product water) उत्पादन पानी हानिकारक रसायन र ब्याक्टेरिया दूषित बाट मुक्त भएको र रिभर्स ओस्मोसिस गरिएको | |  |  |  |
| ख. डायलाइसेट तयार गर्न प्रयोग गरिने पानीमा कोलोनी गणना 100 CFU/ml भन्दा कम भएको (AAMI Standard) | |  |  |  |
| ग. ब्याक्टेरियाको लागि कम्तिमा मासिक र रासायनिक कम्तिमा छ महिनामा पानीको विश्लेषणको प्रावधानद्वारा पानीको गुणस्तर सिफारिस गरिएको | |  |  |  |
| घ. आरओ पानी र डायलाइसेटको इन्डोटक्सिन परीक्षण वार्षिक रूपमा गरिएको | |  |  |  |
| ङ. कम्तिमा रिभर्स ओस्मोसिस र डायलाइसिस मेसिनको लागि हेमोडायलाइसिस युनिटमा पावर ब्याकअप आपूर्ति सुनिश्चित गरिएको | |  |  |  |
| च. डायलाइसेट ड्रेनेजको ब्याकफ्लो (Backflow) रोक्नको लागि प्लम्बिङ जडान गरिएको | |  |  |  |
| छ. पर्याप्त प्रकाश, राम्रो भेन्टिलेसन र उपयुक्त तापक्रम राखिएको | |  |  |  |
| ज. कम्तिमा एउटा सार्वभौमिक शौचालय सहित पुरुष र महिला कर्मचारीका लागि छुट्टाछुट्टै शौचालय भएको | |  |  |  |
| ७ | **सूची राखिएको**  बायोमेडिकल उपकरण लग बुक सहित निवारक मर्मत रेकर्ड राखिएको | |  |  |  |
| ८ | **गम्भीर बिरामीहरूको ह्यान्डओभर र टेकओभर**  स्थानान्तरण/रेफरलको लागि कम्तिमा एक मध्यम स्तरको स्वास्थ्यकर्मी र आवश्यक परेमा मेडिकल अफिसरको साथमा सुरक्षित रुपमा ओसार्ने व्यवस्था | |  |  |  |
| ९ | **रेकर्डिङ र रिपोर्टिङ**  क. मेडिकल रेकर्ड दर्ता र डिजिटल ढाँचामा कायम गरिएको | |  |  |  |
| ख. बिरामीको डायलाइसिस तालिका समयमै बोर्डमा राख्ने गरेको | |  |  |  |
| १० | **हेमोडायलाइसिस सेवामा अपनाइएका सङ्क्रमण नियन्त्रण र फोहोरमैला व्यवस्थापनका उपायहरू**  **(स्वास्थ्यजन्य फोहोरमैला व्यवस्थापन सम्बन्धी प्रचलित मापदण्ड वा निर्देशिका बमोजिम हुनुपर्ने)** | | | | |
| क. व्यक्तिगत सुरक्षाका उपकरणहरू आवश्यकता अनुसार गाउन, मास्क, फेस शिल्डको व्यवस्था | |  |  |  |
| ख. PLHA, हेपाटाइटिस बी र हेपाटाइटिस सी पोजिटिभको डायलाइजर र एभी ब्लड लाइनहरू प्रत्येक प्रयोग पछि फालिएको | |  |  |  |
| ग. प्रत्येक शिफ्ट पछि मेसिन पखालिएको र प्रोटोकल अनुसार कीटाणुशोधन गरिएको | |  |  |  |
| घ. समर्पित जुत्ता र गाउनको डायलासिस इकाईको प्रवेश द्वारमा उपलब्धता | |  |  |  |
| ङ. डिस्पोजल गर्नु अघि संक्रमित फोहोरको अटोक्लेभ गरिएको | |  |  |  |
| च. फोहोर विभाजन र डिस्पोजलको लागि रंगीन डिब्बाहरू राखिएको | |  |  |  |
| छ. अभ्यासकर्ताहरूका लागि बगिरहेको पानी र तरल साबुनले हात धुने सुविधाको उपलब्धता | |  |  |  |
| ज. सुई कटर प्रयोग गरिएको | |  |  |  |
| ११ | **हेमोडायलाइसिसको लागि मेडिकल उपकरणहरु** | **आवश्यकता** |  |  |  |
|  | 1. हेमोडायलाइसिस मेसिन | कम्तिमा २ |  |  |  |
| 1. रक्तचाप यन्त्र | २ |  |  |  |
| 1. स्टेथोस्कोप | २ |  |  |  |
| 1. थर्मोमिटर | २ (बिरामी र फ्रीज) |  |  |  |
| 1. ग्लुकोमिटर | २ |  |  |  |
| 1. हेमोडायलाइसिस डायलाइजर\* |  |  |  |  |
| 1. पर्दा सेट\* |  |  |  |  |
| 1. ह्वील चेयर | कम्तिमा २ |  |  |  |
| 1. स्ट्रेचर | कम्तिमा १ |  |  |  |
| 1. ओछ्यान | कम्तिमा २ |  |  |  |
| 1. बेड साइड ट्रे | १ वटा प्रत्येक ओछ्यानमा |  |  |  |
| 1. स्ट्यान्डबाइ रिचार्जेबल लाइट | १ |  |  |  |
| 1. हाइग्रोमिटर | १ |  |  |  |
| 1. पुनरुत्थान (Resuscitation) सेट | कम्तिमा १ |  |  |  |
| 1. सक्शन उपकरण | कम्तिमा १ |  |  |  |
| 1. अक्सिजन सिलिन्डर प्रवाह मिटर, नाक प्रोन्ग र मास्क वा केन्द्रीय अक्सिजन | कम्तिमा १/  उपलब्ध |  |  |  |
| 1. डिफिब्रिलेटर | कम्तिमा १ |  |  |  |
| 1. ECG मेसिन | कम्तिमा १ |  |  |  |
| 1. पल्स ओक्सिमिटर | कम्तिमा १ |  |  |  |
| 1. नेबुलाइजर | कम्तिमा १ |  |  |  |
| 1. कार्डियक मोनिटर | कम्तिमा १ |  |  |  |
| 1. टर्च बत्ती | कम्तिमा १ |  |  |  |
| १२ | **हेमोडायलिसिसका लागि आवश्यक औषधी** |  |  |  |  |
|  | 1. डायजेपाम इन्जेक्शन | ५ |  |  |  |
| 1. फ्रुसेमाइड इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. Ondansetron इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. Ranitidine इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. Noradrenaline इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. फेनिटोइन इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. डिक्लोफेनेक सोडियम इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. Deriphylline इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. हाइड्रोकोर्टिसोन इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. Atropine इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. एड्रेनालाईन इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. पोटासियम क्लोराइड (KCL) इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. फेनिरामाइन इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. बाँझ पानी (Sterile Water) | ५ |  |  |  |
| 1. सोडा बाइकार्बोनेट इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. डोपामाइन इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. क्याल्सियम ग्लुकोनेट इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. डेक्सट्रोज 25%/50% इन्जेक्सन | ५ प्रत्येक |  |  |  |
| 1. Tranxemic Acetate इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. प्रोटामाइन सल्फेट इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. भिटामिन के इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. ट्रामाडोल इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. Hyoscine Butylbromide इन्जेक्सन | ५ |  |  |  |
| 1. एस्पिरिन ट्याब्लेट | १ स्ट्रिप |  |  |  |
| 1. Clopilet ट्याब्लेट | १ पट्टी |  |  |  |
| 1. Isodril ट्याब्लेट | १ स्ट्रिप |  |  |  |
| 1. नेफेडिपिन ५ मिलीग्राम/१० मिलीग्राम क्याप | १ स्ट्रिप प्रत्येक |  |  |  |
| 1. इन्जेक्शन हेपरिन\* |  |  |  |  |
| १३ | **डायलिसिस उपभोग्य (Usable) वस्तुहरू** |  |  |  |  |
|  | 1. एधेसिभ (चिपकने) टेप\* |  |  |  |  |
| 1. Leukoband\* |  |  |  |  |
| 1. कागज टेप\* |  |  |  |  |
| 1. Betadine\* |  |  |  |  |
| 1. स्प्रिट\* |  |  |  |  |
| 1. डायलाइजर\* |  |  |  |  |
| 1. A/V ट्युबिङ\* |  |  |  |  |
| 1. फिस्टुला सुई \* |  |  |  |  |
| 1. I/V सेट \* |  |  |  |  |
| 1. I/V क्यानुला फरक आकार\* |  |  |  |  |
| 1. ट्रान्सड्यूसर | कम्तिमा २ |  |  |  |
| 1. सब क्लेभियन क्याथेटर | कम्तिमा २ |  |  |  |
| 1. फेमोरल क्याथेटर | कम्तिमा २ |  |  |  |
| 1. गाइड तार | कम्तिमा २ |  |  |  |
| 1. सामान्य सलाइन 1000ml \* |  |  |  |  |
| 1. सामान्य सलाइन ५०० एमएल | कम्तिमा ५ |  |  |  |
| 1. डिस्पोजेबल सिरिन्ज २० एमएल | कम्तिमा ५ |  |  |  |
| 1. डिस्पोजेबल सिरिन्ज 10ml | कम्तिमा ५ |  |  |  |
| 1. डिस्पोजेबल सिरिन्ज 5ml | कम्तिमा ५ |  |  |  |
| 1. रबर सिट\* |  |  |  |  |

नोट \*= आवश्यकता अनुसार।