



स्थानीय राजपत्र

घोराही उपमहानगरपालिका

लुम्बिनी प्रदेश, घोराही दाङ

नगरप्रमुख रक्त अनुदान कार्यविधि, २०७९

प्रस्तावना:

रगतदान जीवनदान भन्ने नाराका साथ रगत मानवजीवनको लागि अतिआबस्यक पर्ने प्राणरक्षकनै हो घोराही उपमहागरपालिकाका बिरामीहरुलाई रगतको अभावमा मृत्यु बाट जोगाउन सदैब रगतको कमिहुन नदिन निशुल्क रगतको अनुदानको ब्यबस्था मिलाएको छ । मृगौलाका डायलासिस गर्ने बिरामीहरु क्यान्सरका बिरामीहरु सिकलसेल थालसेमियाका बिरामीहरु प्रसुतिजन्य अवस्था तथा आकस्मिक सेवामा चाहिने रगत नगर प्रमुख रक्तअनुदान कार्यक्रम मार्फत रगतको ब्यबस्था मिलाउन वाञ्छनीय भएकोले यो कार्यविधि ल्याईएको हो ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ (१) यो कार्यविधिको नाम "नगरप्रमुख रक्तअनुदान कार्यविधि, २०७९" रहेको छ ।

(२) यो कार्यविधि तुरुन्त लागू हुनेछ ।

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

- (१) नेपाल रेडक्रस सोसाईटी: भन्नाले घोराही शाखामा रहेको नेपाल रेडक्रस सोसाईटी रक्त संचार शाखालाई सम्झनु पर्ने छ ।
- (२) राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान: भन्नाले घोराही उपमहानगरपालिकामा अवस्थित विशेषज्ञ सेवा प्रदान गर्ने शिक्षण अस्पताललाई सम्झनु पर्नेछ ।
- (३) रगत अनुदान: भन्नाले नेपाल रेडक्रस सोसाईटीले प्रोटोकल अनुसार मृगौलाका डायलासिस गर्ने बिरामीहरू, क्यान्सरका बिरामीहरू, सिकलसेल थालसेमियाका बिरामीहरू, प्रसूतिजन्य अवस्था तथा आकस्मिक सेवामा चाहिने रगत चिकित्सकको प्रिस्क्रिप्सन अनुसार नेपाल रेडक्रस सोसाईटीले निःशुल्क उपलब्ध गराउने सम्झनु पर्नेछ ।
- (४) सेवाग्राही: भन्नाले घोराही उपमहानगरपालिका अन्तरगत स्थायी बसोबास गरि रगतको सेवा लिने नागरिकलाई बुझनु पर्नेछ ।
- (५) जनस्वास्थ्य प्रबर्धन शाखा: भन्नाले घोराही उपमहानगरपालिकाको जनस्वास्थ्य प्रबर्धन कार्यक्रमको ब्यवस्थापन गर्ने बुझनु पर्नेछ ।
- (६) अनुसूचि फाराम: भन्नाले घोराही उपमहानगरपालिकाबाट नगरप्रमुख रक्तअनुदान कार्यक्रममा प्रयोग हुने फारामलाई बुझनु पर्नेछ ।

परिच्छेद-२

३. उद्देश्य: आर्थिक अभावको कारणले रगतको कमि हुन नदिई सेवाग्राहीलाई सहज रगत उपलब्ध गराउने ।

४. लक्ष्य: मृगौलाका डायलासिस गर्ने बिरामीहरू क्यान्सरका बिरामीहरू सिकलसेल थालसेमियाका बिरामीहरू गर्भवती आमाहरू तथा आकस्मिक सेवामा अनुदानमा रगत प्रदान गरि बिरामीको रोगदर तथा मृत्युदरमा कमि ल्याउने ।

परिच्छेद-३

५. कार्यक्रम संचालन: (१) नगरप्रमुख रक्तअनुदान कार्यक्रम घोराही उपमहानगरपालिकामा स्थायी बसोबास गरि राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानमा सेवा लिन आएका ३.२ अनुसारका सेवाग्राहीलाई चिकित्सकको प्रिस्क्रिप्सनको आधारमा नेपाल रेडक्रस सोसाईटीको शाखामा रहेको BLOOD BANK ले घोराही

उपमहानगरपालिकामा स्थायी बसोबास गरेको प्रमाण खुलेको कागजात र अनुसूचि १ बमोजिम आवेदन पत्र पेश गरेको आधारमा अनुदानमा रगत उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।

(२) नगरप्रमुख रक्तअनुदान कार्यक्रम तपसिल बमोजिमको बिपन्न परिवारका सेवाग्राहीलाई उपलब्ध गराईने छ ।

- मृगौलाका डायलासिसगर्ने बिरामीहरु
- क्यान्सरका बिरामीहरु
- सिकलसेलका बिरामीहरु
- थालसेमियाका बिरामीहरु
- प्रसूतिजन्य प्रयोजनमा
- आकस्मिक सेवामा भर्ना भएका बिरामीहरु

(३) नगरप्रमुख रक्तअनुदान कार्यक्रम नेपाल रेडक्रस सोसाईटीको शाखामा रहेको BLOOD BANK ले अनुदानमा प्रदान गरिएको रगतको श्रोत भर्ना प्रतिवेदन तथा माग दाबिको आधारमा प्रत्येक महिना घोराही उपमहानगरपालिकाले भुक्तानी गर्ने छ ।

(४) नेपाल रेडक्रस सोसाईटीको शाखामा रहेको BLOOD BANK ले अनुदानमा प्रदान गरिएको रगतको श्रोत भर्नाको रकम प्रचलित दर रेट प्रति युनिटको आधारमा भुक्तानी गरिनेछ ।

परिच्छेद-४

६. प्रतिवेदन: नगरप्रमुख रक्तअनुदान कार्यक्रम नेपाल रेडक्रस सोसाईटीको शाखामा रहेको BLOOD BANK ले अनुदानमा प्रदान गरिएको रगतको श्रोत भर्ना प्रतिवेदन तथा माग दाबिको आधारमा प्रत्येक महिना घोराही उपमहानगरपालिकामा अनुसूची बमोजिम प्रतिवेदन पेश गर्नु पर्नेछ ।

परिच्छेद-५

७. नगरप्रमुख रक्त अनुदान कार्यक्रम संचालन समिति: नगरप्रमुख रक्तअनुदान कार्यक्रम संचालन गर्न नगरप्रमुखज्यूको संयोजकत्वमा तपसिल बमोजिमको समिति गठन गरिने छ ।

नगरप्रमुख	- संयोजक
सामाजिक विकास समिति संयोजक	- सदस्य
स्वास्थ्य उपसमितिको संयोजक	-सदस्य
स्वास्थ्य शाखा	-सदस्य सचिव
आमन्त्रित प्रतिनिधि	थप्न सकिने छ

८. अनुगमन समिति: नगरप्रमुख रक्तअनुदान कार्यक्रम अनुगमन गर्न नगरप्रमुखज्यूको संयोजकत्वमा तपसिल बमोजिमको अनुगमन समिति गठन गरिने छ ।

नगर प्रमुख	-संयोजक
नगरउपप्रमुख	-सदस्य
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत	-सदस्य
स्वास्थ्य उपसमितिको सदस्य	-सदस्य
स्वास्थ्य कार्यालयको प्रतिनिधि	-सदस्य
स्वास्थ्य शाखा प्रमुख	-सदस्य सचिव

अनुसूची १

(दफा ५सँग सम्बन्धित)

घोराही उपमहानगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
जन स्वास्थ्य प्रबर्धन शाखा

नेपाल रेडक्रस Blood Bank मार्फत रक्त अनुदान माग फाराम

जिल्ला:- दाङ

मिति:.....

बिषय: रगत अनुदानमा पाउँ भन्ने सम्बन्धमा ।

श्री प्रमुख ज्यू,

नेपाल रेडक्रस सोसाईटी बलड बैंक

घोराही शाखा,दाङ

महोदय,

उपरोक्त सम्बन्धमाघोराही उपमहानगरपालिका.....नं.वडा बस्ने मेरो.....
नाता पर्ने वर्षको श्री.....लाई.....रोग भएको र
बिरामीको आर्थिक अवस्था कमजोर भएकोले चिकित्सकको प्रिकिप्सन अनुसार
.....प्वार्इन्ट रगत अनुदानमा पाउँभनि अनुरोध गर्दछु ।

निवेदकको:

नाम,थर:-

ठेगाना:

फोन नं.:

उमेर:

नागरिकता नं.

दस्तखत:

अनुसुची २

(दफा ५सँग सम्बन्धित)

घोराही उपमहानगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

नेपाल रेडक्रस Blood Bank मार्फत रगत अनुदान रजिष्टर

जिल्ला:- दाङ

सि.नं.	दर्ता नं.	मिति	बिरामीको नाम	ठेगाना	उमेर	लिङ्ग	Blood Group	रोगको प्रकार	अस्पताल	supply Bag no.	फोन नं.

रगतदान जीवन दान

अनुसुची ३

(दफा ५सँग सम्बन्धित)

घोराही उपमहानगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

नेपाल रेडक्रस Blood Bank घोराही शाखा

घोराही उपमहानगरपालिका अन्तरगत रगत अनुदानको मासिक प्रगति प्रतिवेदन

आ.ब.:

चलानी नं.:.....

प्रतिवेदन पठाएको मिति:.....साल.....महिनाकोरगत अनुदानको मासिक प्रगति प्रतिवेदन

उमेर समुह	महिला	पुरुष	जम्मा	रोगको प्रकार	महिला	पुरुष	जम्मा संख्या	रगत अनुदान गरेको प्वाइन्ट	दर	भुक्तानी पाउनु पर्ने रकम	कै
०-९बर्ष				क्यान्सर							
१०-१४बर्ष				सिकलसेल एनिमिया							
१५-१९बर्ष				थालसेमिया							
२०-५९बर्ष				प्रसुतिजन्य							
६०-६९बर्ष माथि				मृगौला डायलासिस							
७०बर्ष माथि				अन्य बिरामी							
				जम्मा बिरामि संख्या							

रेकर्ड उतार गर्नेको

प्रमाणित गर्नेको नाम:

नाम:

पद :पद:

दस्तखत:

दस्तखत:

मिति:

मिति:

अनुसुची ४

(दफा ६सँग सम्बन्धित)

घोराही उपमहानगरपालिका

खण्ड ६ संख्या ८४ स्थानीय राजपत्र भाग २ मिति २०७९/०५/२६

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

नेपाल रेडक्रस Blood Bank घोराही शाखा

घोराही उपमहानगरपालिका अन्तरगत रगत अनुदानको बार्षिक प्रगति प्रतिबेदन

आ.ब.:

चलानी नं.:.....

पठाएको मिति:.....

आ.ब.....को रगत अनुदानको बार्षिक प्रगति प्रतिबेदन

उमेर समुह	महिला	पुरुष	जम्मा	रोगको प्रकार	महिला	पुरुष	जम्मा संख्या	रगत अनुदान गरेको प्वाइन्ट	दर	भुक्तानी पाउनु पर्ने रकम	कै
०-९बर्ष				क्यान्सर							
१०-१४बर्ष				सिकलसेल एनिमिया							
१५-१९बर्ष				थालसेमिया							
२०-५९बर्ष				प्रसुतिजन्य							
६०-६९बर्ष माथि				मृगौला डायलासिस							
७०बर्ष माथि				अन्य बिरामी							
				जम्मा बिरामि संख्या							

रेकर्ड उतार गर्नेको

नाम :पद :

दस्तखत:

मिति:

प्रमाणित गर्नेको नाम :

पद :

दस्तखत:

मिति:

अनुसुची ५

(दफा ५सँग सम्बन्धित)

घोराही उपमहानगरपालिका

नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

नेपाल रेडक्रस Blood Bank घोराही शाखा

घोराही उपमहानगरपालिकाद्वारा निःशुल्क रगत अनुदान रसिद

रसिद नं.:

आ.ब.:

मिति:.....

बिरामीको नाम:.....लिङ्ग.....उमेर.....

ठेगाना: घोराही उपमहानगरपालिका.....नं. वडा

सि.नं.	बिबरण	शुल्क	कैफियत
१	गुपिङ्ग		
२	गुप म्याचीङ्ग		
३	एचआईभि परिक्षण		
४	एस एजी परिक्षण		
५	एच सिभि परिक्षण		
६	भिडिआरएल परिक्षण		
७	ब्याग चार्ज		
८	सट चार्ज		
९	सेवा शुल्क		
	जम्मा लागत शुल्क रु		

घोराही

उपमहानगरपालिका बाट अक्षरूपीबराबरको निःशुल्क रक्तदान गरियो

दस्तखत

आज्ञाले

लक्ष्मी प्रसाद भट्टराई

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत