

एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व- अस्पताल सेवा सञ्चालन निर्देशिका, २०७७

**प्रस्तावना:** देशभरि छरिएर रहेका एम्बुलेन्सलाई एकद्वार प्रणालीबाट छिटो, छरितो रूपमा सञ्चालन गरी विरामी वा घाइतेलाई अस्पताल पुर्याउनु अगावै आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन र स्रोत साधन सम्पन्न व्यवस्थित एम्बुलेन्स सेवा, संचार प्रणाली र प्रेषण केन्द्रको स्थापना गरी नेपालको जुनसुकै स्थानबाट तीन अंकको टेलिफोन नम्बरबाट नागरिकले सहज र सरलरूपमा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा सहितको एम्बुलेन्स सेवा सुनिश्चितता गर्नु राज्यको दायित्व भएकोले जन स्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ४८ र सोही ऐनको दफा ६४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी नेपाल सरकारले यो निर्देशिका जारी गरेको छ।

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:** (१) यस निर्देशिकाको नाम "एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल सेवा सञ्चालन निर्देशिका, २०७७" रहेको छ।

(२) यो निर्देशिका स्वीकृत भएको मिति देखि लागु हुनेछ।

२. **परिभाषा:** विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस निर्देशिकामा;

(क) "आकस्मिक चिकित्सकिय प्राविधिक (इ.एम.टी)" भन्नाले आकस्मिक चिकित्सकीय प्राविधिक सम्बन्धी तालिम सम्झनु पर्छ।

(ख) "एम्बुलेन्स" भन्नाले विरामी ओसार पसार गर्न स्वीकृती प्राप्त गरेको वाहन सम्झनु पर्छ र सो शब्दले एम्बुलेन्समा जडित उपकरण, चालक र आकस्मिक चिकित्सकिय प्राविधिक(इ.एम.टी) समेतलाई जनाउँछ।

(ग) "कार्य समिति" भन्नाले दफा ७ बगोजिग गठित राष्ट्रिय एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन कार्य समिति सम्झनुपर्दछ।

(घ) "चालक" भन्नाले एम्बुलेन्स चलाउन तालिम लिएको लाइसेन्स प्राप्त नेपाली नागरिक सम्झनु पर्दछ।

(ङ) "निर्देशक समिति" भन्नाले दफा ६ बमोजिमको राष्ट्रिय एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन निर्देशक समिति सम्झनु पर्दछ।

(च) "पूर्व-अस्पताल सेवा" भन्नाले विरामीलाई घटनास्थल देखि अस्पतालमा पुर्याउनु भन्दा अघिसम्म गरिने आकस्मिक प्राथमिक उपचार र चिकित्सकिय सेवा सम्झनु पर्छ।

(छ) "प्रेषक" भन्नाले प्रेषण सम्बन्धी तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी सम्झनु पर्छ।

(ज) "प्रेषण केन्द्र" भन्नाले संचारको माध्यमबाट उपयुक्त एम्बुलेन्समा उद्धार गरिएको विरामीलाई समयमै सम्बन्धित अस्पताल पुर्याउनका लागि समन्वय गर्ने केन्द्र सम्झनु पर्छ।

(झ) "मन्त्रालय" भन्नाले नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय सम्झनु पर्छ।



स्वीकृत मिति २०७७/०५/१२

५. एम्बुलेन्स सञ्चालन अनुमति: (१) एम्बुलेन्स सञ्चालन गर्न चाहने संस्थाले स्थानिय र प्रादेशिक एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन समितिको सिफारिश सहित दफा ७ बमोजिमको समितिमा अनुसूची-३ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनु पर्नेछ ।
- (२) एम्बुलेन्स खरिद तथा संचालन गर्नुपर्दा कुन बर्गको खरिद गर्ने हो सो स्पष्ट उल्लेख गरी निवेदन दिनु पर्नेछ ।
- (३) एम्बुलेन्सको वर्गीकरण अनुसूची-४ मा उल्लेख भए बमोजिम हुनेछ ।
- (४) एम्बुलेन्स संचालन अनुमति दुई वर्षका लागि दिनुपर्नेछ ।
- (५) म्याद समाप्त हुनु भन्दा तिस दिन अघि नै उपदफा (१) बमोजिमको निकायको सिफारिश सहित नवीकरणका लागि सम्बन्धित प्रादेशिक एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन समितिमा निवेदन दिनु पर्नेछ ।
- (६) यस निर्देशिका प्रारम्भ हुनु पूर्व सञ्चालित एम्बुलेन्सहरूको सञ्चालन नवीकरण उपदफा (५) बमोजिम नै हुनेछ ।
- (७) हाल "ग" वर्गमा संचालित एम्बुलेन्सहरू निर्देशिका लागू भएको दुई वर्ष भित्र स्तरोन्नती गर्नु पर्नेछ ।
- (८) प्रेषण केन्द्रको निर्देशन बमोजिम जुनसुकै बेला सेवामा खटिनु पर्ने भएकोले एम्बुलेन्स सेवा चौविसै घण्टा सञ्चालन गर्ने गरी तयारी अवस्थामा राख्नु पर्नेछ ।
- (९) ग्रामिण भेगमा एम्बुलेन्स सञ्चालन गर्दा अनिवार्य रुपमा फोर व्हील ड्राइभ, पावर स्टेरिड, सर्पेसन चेन सिस्टमको एम्बुलेन्स मात्र प्रयोग गर्नु पर्नेछ ।

६. राष्ट्रिय एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन निर्देशक समिति गठन:

(१) एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन सम्बन्धी आवश्यक नीतिगत एवम् भैपरी आउने समस्याहरूको व्यवस्थापन गर्नको लागि आवश्यक निर्णय गरी सिफारिस गर्न गठित मन्त्रालयमा देहायबमोजिमको एक उच्चस्तरीय राष्ट्रिय एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन निर्देशक समिति रहनेछ:-

(क) प्रमुख विशेषज्ञ, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय	-संयोजक
(ख) महाशाखा प्रमुख, नीति, योजना तथा अनुगमन महाशाखा	-सदस्य
(ग) महाशाखा प्रमुख, स्वास्थ्य समन्वय महाशाखा	-सदस्य
(घ) सह-सचिव, गृह मन्त्रालय	-सदस्य
(ङ) कार्यकारी निर्देशक, नेपाल रेडक्रस सोसाइटी	-सदस्य
(च) अध्यक्ष, नेपाल एम्बुलेन्स सेवा	-सदस्य
(छ) प्रमुख, स्वास्थ्य आपतकालीन तथा विपद् व्यवस्थापन इकाई	-सदस्य

*[Handwritten signature]*

३

*[Handwritten signature]*



- (घ) निर्देशिका अनुरूप एम्बुलेन्स तथा प्रेषण केन्द्र सञ्चालन भए नभएको नियमित रूपमा अनुगमन गर्ने । सुधार गर्नुपर्ने भएमा सम्बन्धित प्रदेशलाई सुधारका लागि पत्राचार गर्ने,
- (ङ) एम्बुलेन्सको वर्गीकरण, विरामी बोक्नु पर्ने दुरी र भौगोलिक विकटताको आधारमा सेवा शुल्क निर्धारण गर्ने र सो भए, नभएको नियमन गर्ने ।
- (च) प्रदेश स्तरीय एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व अस्पताल सेवाका गतिविधिहरूको वार्षिक रूपमा समिक्षा गर्नुपर्नेछ । विशेष परिस्थितिमा आवश्यकता अनुसार बैठक बस्न सक्नेछ ।
- (छ) संस्थाले एम्बुलेन्स अयात वा खरिदका लागि प्रकृया पुरागरी राजस्व छुट माग गरेमा एम्बुलेन्सको आवश्यकता एकिन गरी प्रचलित कानूनको परिधिभित्र रही राजस्व छुटको लागि मन्त्रालय वा सम्बन्धित निकायमा सिफारिश गर्नुपर्नेछ,
- (ज) उपदफा (१) बमोजिम दर्ता हुन आएका एम्बुलेन्स तथा प्रेषण केन्द्रहरूको केन्द्रिय अभिलेखिकरण दुरूस्त राख्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ,
- (झ) सबै तहबाट गर्नुपर्ने अभिलेख प्रतिवेदन अनलाइन प्रविधिबाट गर्नका लागि सफ्टवेयरको विकास तथा संचालन गर्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ,
- (ञ) समितिले सेवाको प्रभावकारिता र अवस्थाको प्रतिवेदन समयसमयमा निर्देशक समितिका संयोजक समक्ष पेश गर्नुपर्ने छ,
- (ट) पूर्व-अस्पताल स्वास्थ्य सेवासँग सम्बन्धित आवश्यकतानुसार तालिम, अध्ययन, खोज, अनुसन्धान गर्न व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ,
- (ठ) सेवा प्रवाहलाई चुस्त, दुरूस्त, छिटो, छरितो एवम् पारदर्शी बनाउन समितिका प्रमुखले प्रकृया पुरागरी आएका एम्बुलेन्स संचालन अनुमति माग भएका निवेदन उपर छानविन गरी संचालन अनुमति तथा भन्सार छुट सिफारिस प्रदान गर्न सक्नेछन् । यसरी गरिएका अनुमति तथा सिफारिसहरूको उपदफा (१) बमोजिमको समिति बैठकबाट पछि अनुमोदन गराउनु पर्नेछ ।

- (३) समितिको कुल सदस्य संख्यामध्ये एकाउन्न प्रतिशत सदस्य उपस्थित भएमा बैठक बस्नको लागी गणपुरक संख्या पुगेको मानिनेछ ।
- (४) समितिको बैठक मासिक रूपमा बस्नेछ ।

द. राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्र: (१) दफा ७ उपदफा (१) बमोजिम समितिको मातहतमा रहने गरी स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य आपतकालीन तथा विपद् व्यवस्थापन इकाई अन्तरगत राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्र स्थापना हुनेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको केन्द्रको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ:

- (क) प्रेषण केन्द्र चौबीसै घण्टा संचार सम्पर्कमा रही सन्चालन हुनुपर्ने छ ।
- (ख) प्रादेशिक प्रेषण केन्द्रको अनुगमन, समन्वय र सहायता गर्ने ।



५





- (च) एम्बुलेन्स खरिद तथा संचालन अनुमतिका लागि स्थानीय निकाएको सिफारिसको आधारमा अनुसूची -६ बमोजिमको ढाँचामा अनुमति सिफारिस गर्ने,
- (छ) स्थानीय निकायको सिफारिसको आधारमा मापदण्ड पूरा भएका एम्बुलेन्सहरूको नवीकरण अनुसूची -७ बमोजिमको ढाँचामा गर्ने,
- (ज) मापदण्ड बमोजिम संचालनमा नआएका एम्बुलेन्सहरूलाई मापदण्ड बमोजिम संचालनका लागि २ महिनाको समयावधि दिई संचालन गर्न अनुरोध गर्ने
- (झ) उक्त अवधिमा पनि सुधार नगरेमा संचालन अनुमति खारेजी प्रक्रिया अगाडी बढाउने।
- (ञ) सेवा प्रवाहलाई चुस्त, दुरूस्त, छिटो, छरितो एवम् पारदर्शि बनाउन समितिका सदस्य सचिवले प्रकृया पुरागरी आएका एम्बुलेन्स संचालन अनुमति सिफारिश माग तथा नवीकरणका लागि आएका निवेदन उपर छानविन गरी संचालन र भन्सार छुटकालागि सिफारिस तथा एम्बुलेन्स संचालन नवीकरण प्रदान गर्न सक्नेछन् । यसरी गरिएका सिफारिस तथा नवीकरणको दफा उपदफा (१) बमोजिमको समिति बैठकबाट अनुमोदन गराउनु पर्नेछ ।
- (ट) एम्बुलेन्स तथा प्रेषण केन्द्रको बारेमा गुनासो तथा उजुरी आएमा सो को सुनुवाइ तथा व्यवस्थापन गर्ने,

१०. प्रादेशिक प्रेषण केन्द्र: (१) प्रदेश अन्तर्गत रहेका एम्बुलेन्सहरूलाई एकीकृत रूपमा सेवा संचालन गर्ने व्यवस्था मिलाउन र राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्रसँग सामन्जस्यता गर्न प्रदेशस्तरमा प्रादेशिक प्रेषण केन्द्र स्थापन गर्ने ।

- (२) उपदफा (१) बमोजिमको प्रेषण केन्द्रको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ,
- (क) प्रेषण केन्द्र चौविसै घण्टा संचार सम्पर्कमा रही संचालन हुनुपर्ने छ,
- (ख) प्रदेश अन्तर्गत रहेका एम्बुलेन्सहरूलाई एकीकृतरूपमा संचालन गर्ने,
- (ग) स्थानीय प्रेषण केन्द्रहरूको अनुगमन, समन्वय र सहजिकरण गर्ने गराउने,
- (घ) प्रदेश अन्तर्गत भएका गतिविधिको प्रतिवेदन तयार गरी प्रादेशिक एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन समितिमा प्रस्तुत गर्ने,
- (ङ) प्रेषण केन्द्रबाट प्रेषण गर्ने एम्बुलेन्स र प्रेषण हुने अस्पतालसँग समन्वय गर्ने,
- (च) एम्बुलेन्स घटनास्थलमा नपुगुञ्जेलसम्म बिरामी वा घाइतेलाई प्राथमिक उपचारका बारेमा निर्देशन गरिरहने,
- (छ) प्रादेशिक प्रेषण केन्द्रमा अनिवार्यरूपमा "क" र "ख" वर्गको एक, एक वटा गरी न्यूनतम दुई वटा व्यवस्थित किसिमको एम्बुलेन्स हुनुपर्ने छ ।
- (ज) एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन सेवाको अभिलेख प्रतिवेदन दुरूस्त राख्नुपर्नेछ ।
- (झ) मासिक रूपमा प्रादेशिक एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन समिति समक्ष प्रतिवेदन पेश गर्नुपर्नेछ ।



७





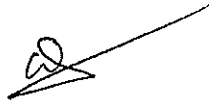
- (९) एम्बुलेन्सले २४ सैं घण्टा सेवा प्रदान गर्नुपर्ने,
- (१०) बिरामी लिइ विदेश जानुपर्ने एम्बुलेन्सले प्रचलित कानून बमोजिम स्वीकृति लिनु पर्ने,
- (११) एम्बुलेन्स चालक र इ.एम.टी.को पोशाक राष्ट्रिय एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन कार्य समितिले तोके बमोजिम हुनुपर्ने,
- (१२) समितिले समय, समयमा दिएका निर्देशन पालना गर्ने गराउने,
- (१३) एम्बुलेन्सलाइ शव बाहनको रूपमा प्रयोग गर्न पाइने छैन् ।
- (१४) एम्बुलेन्सलालाई बिरामी ओसारपसार गर्न बाहेकको प्रयोजनमा दुरुपयोग गर्न पाइने छैन् ।

१३. एम्बुलेन्समा राजश्व छुट सिफारिश माग गर्ने प्रकृया: (१) कुनै संस्थाले प्रचलित कानून बमोजिम एम्बुलेन्स आयात तथा खरिदका लागि राजश्व छुट प्राप्त गर्नु परेमा सम्बन्धित स्थानीय तह र प्रदेशबाट सिफारिश लिई राष्ट्रिय एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन कार्य समितिमा देहायबमोजिमका कागजातहरू संलग्न गरी अनुसूची -८ बमोजिमको ढाँचामा निवेदन दिनुपर्नेछ:-

- (क) संस्थाको दर्ताको प्रमाण-पत्र,
- (ख) संस्थाको विधानको प्रतिलिपि,
- (ग) गत आर्थिक वर्षको लेखापरीक्षण प्रतिवेदन,
- (घ) स्थायी लेखा नम्बर प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- (ङ) एम्बुलेन्सको मूल्य खुलेको इन्भोइस (कम्पनीबाट एम्बुलेन्सको रूपमा निर्मित मोडेललाइ मात्र सिफारिस गर्ने),
- (च) गैर सरकारी संस्थाको हकमा समाज कल्याण परिषदमा आबद्धताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि,
- (छ) अस्पताल लगायत स्वास्थ्य संस्थाको हकमा स्वास्थ्य संस्था स्थापना, संचालन तथा स्तरोन्नती सम्बन्धी मापदण्ड बमोजिम लिएको अनुमतिपत्र,
- (ज) स्थानीय र प्रदेशको सिफारिस पत्र ।

(२) उपदफा(१) बमोजिम निवेदन प्राप्त भए पछि राष्ट्रिय एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल सेवा व्यवस्थापन समितिले राजश्व छुटका लागि मन्त्रालयमा सिफारिस गर्नुपर्नेछ ।

१४. एम्बुलेन्सको नवीकरण: (१) सेवा सञ्चालन अनुमतिको नवीकरणको लागि देहायका कागजातहरू सहित स्थानीय तहको सिफारिशमा सम्बन्धित प्रदेशमा म्याद समाप्त हुनु भन्दा ३० दिन अगावै देहायबमोजिमका कागजातहरू संलग्न गरी प्रादेशिक एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व अस्पताल सेवा व्यवस्थापन समितिमा निवेदन दिनु पर्नेछ:-



९





(ज) "क" वर्गको एम्बुलेन्समा निर्देशिकाले तोकेको ढाँचामा बाहिर देखिने भागको कम्तिमा दुइ तिहाइ भाग रातो, त्यसबाहेक दायाँ, बायाँको भाग हरियो र पहेँलो रङको ब्याटन बर्ग शैली (६००मिमिX३००मिमि) भएको र पछाडी भागमा ६ इन्च चौडाइ भएको उल्टो CHEVRON शैली न्युनतम तीन धर्का भएको हुनुपर्नेछ ।

(ट) "ख" वर्गको एम्बुलेन्समा निर्देशिकाले तोकेको ढाँचामा बाहिर देखिने भागको कम्तिमा दुइ तिहाइ भाग पहेँलो, त्यसबाहेक दायाँ, बायाँको भाग हरियो र पहेँलो रङको ब्याटन बर्ग शैली (६००मिमिX३००मिमि) भएको र पछाडी भागमा ६ इन्च चौडाइ भएको उल्टो CHEVRON शैली न्युनतम तीन धर्का भएको हुनुपर्नेछ ।

(ठ) "ग" वर्गको एम्बुलेन्समा निर्देशिकाले तोकेको ढाँचामा बाहिर देखिने भागको कम्तिमा दुइ तिहाइ भाग हरियो, त्यस बाहेक दायाँ, बायाँको भाग हरियो र पहेँलो रङको ब्याटन बर्ग शैली (६००मिमिX३००मिमि) भएको र पछाडी भागमा ६ इन्च चौडाइ भएको उल्टो CHEVRON शैली न्युनतम तीन धर्का भएको हुनुपर्नेछ ।

(ड) खण्ड (ज), (ट) र (ठ) मा उल्लेख भएबमोजिम एम्बुलेन्सको रङ र स्वरूप अनुसूची-१० बमोजिम हुनुपर्नेछ ।

१६. जनशक्ति व्यवस्थापन: (१) प्रेषण केन्द्र तथा एम्बुलेन्समा आवश्यक पर्ने जनशक्तिको विवरण अनुसूची - ११ मा उल्लेख भए बमोजिम हुनेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्रलाइ आवश्यक पर्ने जनशक्ति व्यवस्थापन मन्त्रालयले, प्रादेशिक प्रेषण केन्द्रलाइ आवश्यक पर्ने जनशक्ति व्यवस्थापन सम्बन्धित प्रदेश अन्तरगतको सामाजिक विकास मन्त्रालयले गर्नुपर्नेछ ।

(३) उपदफा (१) बमोजिम एम्बुलेन्सलाइ आवश्यक पर्ने जनशक्ति सम्बन्धित संस्थाले गर्नुपर्नेछ ।

१७. अनुगमन तथा मूल्यांकन: प्रदेश अन्तरगत संचालन भएका एम्बुलेन्सको अनुगमन सम्बन्धित संघ तथा प्रदेशले नियमित अनुगमन गर्नुपर्नेछ । एम्बुलेन्स सेवाको अनुगमन तथा मूल्यांकन गर्दा अनुसूची -१२ बमोजिमको फाराम प्रयोगमा ल्याउनु पर्नेछ ।

१८. एम्बुलेन्स चालक तथा अन्य व्यवस्था: (१) संस्थाले एम्बुलेन्समा देहाय बमोजिमको योग्यता पुगेको चालक राख्नु पर्नेछ:-

(क) सवारी चालक प्रमाणपत्र लिएको,

(ख) सवारी चालकको रूपमा न्युनतम पाँच वर्षको अनुभव प्राप्त गरेको

(ग) प्राथमिक उपचारको तालिम प्राप्त गरेको,

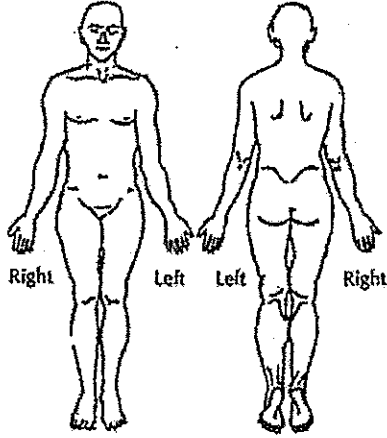
(घ) पच्चीस वर्ष उमेर पूरा भएको,

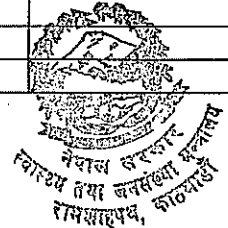


अनुसूची - १

(दफा ३ उपदफा ७ सँग सम्बन्धित)

बिरामीको विस्तृत विवरण खुल्ने अभिलेखको ढाँचा

Call Time: Pick up Point: Pick up Time:		Date: Ambulance No.:	Driver's Name: EMT's Name & Signature:				
Patient's Name: ..... Age: ..... Sex: ..... Contact No.: ..... Next of Kin: ..... Relationship: Mother/Father/Other ..... Contact No.:			Province: ..... District: ..... Palika: ..... Ward No.: .....				
Chief Complaint: History of presenting complaint: Medical History: ..... Cardiac Arrest   ..... Hypertension   ..... COPO ..... Seizure ..... Diabetes   ..... Asthma ..... Renal Disease   ..... Others: .....			Current Medications: 1. 2. 3. 4. Allergies ..., .....NKDA(No, known DBarung Allergies) Last Meal: .....		Last Tetanus: <5 Years..... 5-10 Years..... > 10 Years..... Tetanus Given? Yes... / No...		
C-Spine: Yes / No	Oxygen Given: Yes / No	Rate of Flow: .....	Mask		Cannula		
GCS Total: ..... Eye Opening Verbal Response Motor Response 4. Spontaneous 5. Oriented 6. Obeys command 3. To voice 4. Disoriented 5. Localize to pain 2. To pain 3. Incomprehensible words 4. Withdraws to pain 1. None 2. Inappropriate sounds 3. Flexion to pain to pain 1. No response 2. Extension 1. None							
<b>PHYSICAL EXAMINATION</b> General and Systemic Examination: General: ..... Respiratory: ..... Cardiovascular: Gastro intestinal Urinary Muscul skeletal Neurological							
Time	BP (mm/Hg)	Pulse (per min)	RR (per min)	SPO2 (% per 02 ltr)	GRBS(Gener al Radam Blood Sugar)	ECG	GCS Total
On Arrival							



अनुसूची -२  
 दफा ३ को उपदफा (९) संग सम्बन्धित  
 पूर्व-अस्पताल सेवा प्रकृत्या

**आकरिक सेवा**  
 प्रणालीको ढाँचा

• रोगीको स्वास्थ्यको सुधार गर्न  
 • रोगीको जीवनको गुणवत्ता बढाउन  
 • रोगीको स्वास्थ्यको सुरक्षा गर्न

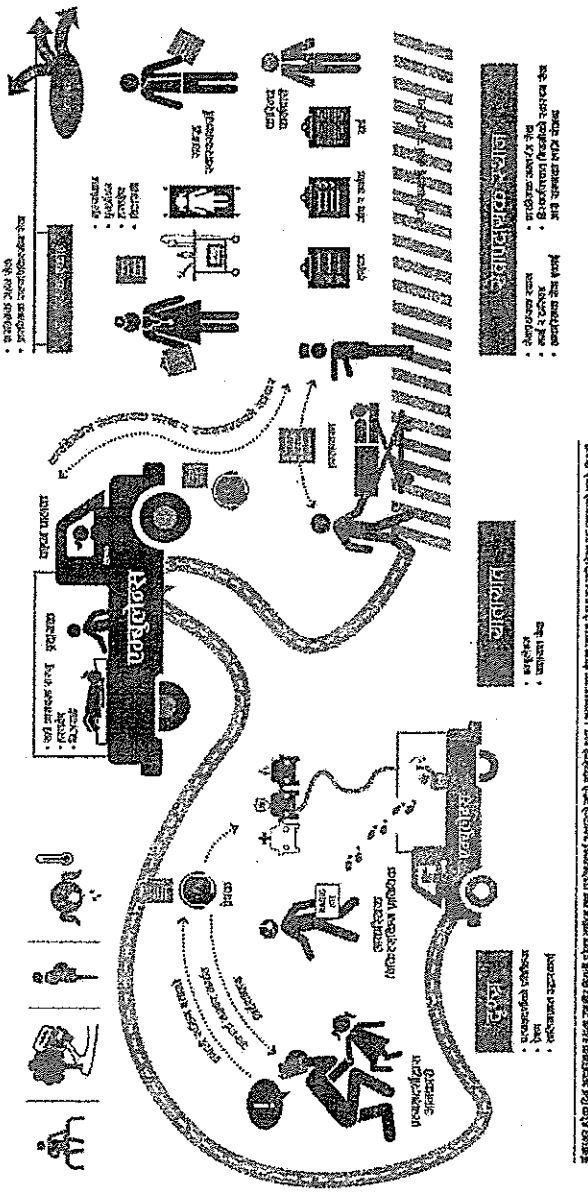
• रोगीको स्वास्थ्यको सुधार गर्न  
 • रोगीको जीवनको गुणवत्ता बढाउन  
 • रोगीको स्वास्थ्यको सुरक्षा गर्न

• रोगीको स्वास्थ्यको सुधार गर्न  
 • रोगीको जीवनको गुणवत्ता बढाउन  
 • रोगीको स्वास्थ्यको सुरक्षा गर्न

• रोगीको स्वास्थ्यको सुधार गर्न  
 • रोगीको जीवनको गुणवत्ता बढाउन  
 • रोगीको स्वास्थ्यको सुरक्षा गर्न

• रोगीको स्वास्थ्यको सुधार गर्न  
 • रोगीको जीवनको गुणवत्ता बढाउन  
 • रोगीको स्वास्थ्यको सुरक्षा गर्न

• रोगीको स्वास्थ्यको सुधार गर्न  
 • रोगीको जीवनको गुणवत्ता बढाउन  
 • रोगीको स्वास्थ्यको सुरक्षा गर्न



• रोगीको स्वास्थ्यको सुधार गर्न  
 • रोगीको जीवनको गुणवत्ता बढाउन  
 • रोगीको स्वास्थ्यको सुरक्षा गर्न

• रोगीको स्वास्थ्यको सुधार गर्न  
 • रोगीको जीवनको गुणवत्ता बढाउन  
 • रोगीको स्वास्थ्यको सुरक्षा गर्न

[www.who.int/termsandconditions](http://www.who.int/termsandconditions) - contactus@who.int





संलग्न:

१. संस्था दर्ता प्रमाण पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि
२. संस्थाको विधानको प्रतिलिपि
३. गत वर्षको लेखा परिक्षण प्रतिवेदनको प्रतिलिपि
४. अस्पताल सन्चालन स्वीकृति पत्र तथा नबिकरण गरिएको पत्रको प्रतिलिपि
५. संस्था नवीकरण भएको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि
६. नवीकरण गर्ने आ.व. भन्दा अगाडिको आ.व. को कर चुक्ता प्रमाण पत्र

अनुसूची -४

(दफा ५ उपदफा (३) सम्बन्धित)

एम्बुलेन्सको वर्गीकरण

एम्बुलेन्सलाई निम्न उल्लिखित मापदण्ड तथा उपलब्ध सुविधाका आधारमा देहाय बमोजिम वर्गीकरण गरिएको छ ।

१. क वर्ग को एम्बुलेन्समा हुनु पर्ने औषधि, उपकरण र जनशक्तिको विवरण

- All Emergency Equipment
  - Stethoscope
  - B.P set
  - Torch Light
  - Tongue Depressure
- IV Drips
- Cannula and Syringes
- ECG monitor and oxygen monitor
- Intubation set
- Various intubation tubes and laryngeal tubes
- Ambu bag
- Travelling Ventilator
- Nebulizer set
- Manual suction set
- Cervical collars
- CPR board
- Oxygen supply
- Automated external defibrillator (AED)
- Delivery sets
- Dressing Sets
- Splints
- Catheterizations sets
- Chest drainage tubes
- Haemostatic sets
- Emergency medicines.
- Others**
  - Washing equipment
  - Wheel chair and trolley
  - Radio communication
  - Mobile device with 4 G connectivity, Walkie Talkie and Camera
  - GPS (Geographical Positioning System)



*(Signature)*

*(Signature)*

- One Community EMT (CMA or ANM with two weeks of Community EMT course)

अन्य


- Air ambulance
  - Can be helicopter/fixed wings/jet planes
  - Use the national dispatch three toll free number to call
  - Will contain all the equipment as the 'Ka' ambulance
  - Will have a Advanced EMT/doctor and a nurse as necessary
  - The price will be fixed by the working committee after checking with the airline for their charter price and approved by the steering committee
- Motor cycle/with or without side car/ambulance
  - Run by EMT with basic training
  - Carry a 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
- Drone
  - Should be able to:
    - Travel at least 20 km
    - Carry at least 2 kg of weight
  - Operator should be trained
  - Carry:
    - Blood
    - AED
    - Medication
    - Monitoring equipment
    - Lab investigation

For those 'ambulances' which cannot be run 24 hours and have only a driver and oxygen:

- Patient transport vehicle (PTV)
  - Any other vehicle with just oxygen and driver
  - To transport the patients between home and hospital for dialysis, dressing, etc.

To assist in Pre-hospital care, especially in disaster, national and provincial dispatch center will have a vehicle with Emergency equipment to be transported to the on-site area for assisting in case of disaster.

- Emergency Logistic Vehicle (EVL)
  - It will have:
    - 10 stretchers
    - 10 Emergency medical bags
    - 10 Dressing sets
    - Splints
    - Bandages
    - Triage tags
    - Cordon ribbons





अनुसूची - ६

दफा ९ को उपदफा(२) खण्ड (च) सँग सम्बन्धित)  
एम्बुलेन्स खरिद तथा सेवा सन्चालन गर्ने सिफारिसपत्र

प.सं.

च.नं.

मिति:

श्री .....

एम्बुलेन्स खरिद तथा सेवा सन्चालन गर्न सिफारिश पत्रको लागि मिति ..... मा त्यस संस्थाबाट दिइएको निवेदन उपर आवश्यक जांचबुझ गरि पालिका। प्रादेशिक एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व अस्पताल स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापन समितीको बैठकमा पेस हुँदा त्यस संस्थालाई एम्बुलेन्स सेवा सन्चालन गर्ने सिफारिश पत्र दिने मिति ..... मा निर्णय भएकोले एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल संचालन निर्देशिका, २०७७ को दफा .... (...) बमोजिम सक्कलै कागजात सहित यो सिफारिश पत्र दिइएको छ ।

यो अनुमति पत्र दुई बर्षसम्म बहाल रहने छ।

अनुमति दिने अधिकारीको:

नाम:

दस्तखत:

मिति:

दर्जा:



*(Handwritten signature)*

*(Handwritten signature)*

अनुसूची-८

दफा १३ को उपदफा(१) संग सम्बन्धित

एम्बुलेन्स आयात/खरिद गर्दा पाउने राजस्व छुटको लागि अनुरोध फाराम

श्रीमान् संयोजकज्यू

एकीकृत एम्बुलेन्स तथा पूर्व अस्पताल स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापन कार्य समिती, स्वास्थ्य अपतकालीन तथा विपद व्यवस्थापन इकाइ, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, रामशाहपथ, काठमाडौं ।

विषय: एम्बुलेन्स सेवाको लागि राजस्व छुट पाउँ ।

उपरोक्त सम्बन्धमा एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन गर्न खरिदका लागि .....पालिका .....प्रादेशिक एम्बुलेन्स तथा पूर्व अस्पताल स्वास्थ्य सेवा व्यवस्थापन कार्य समितीको मिति .....को निर्णयानुसार सिफारिस भएको हुँदा प्रचलित कानून बमोजिम नेपाल सरकारबाट राजस्व छुट पाउन देहायका विवरण खोली यो निवेदन दिइएको ब्यहोरा अनुरोध छ ।

आवेदन गर्ने संस्थाको नाम:

संस्थाको ठेगाना: प्रदेश:..... जिल्ला..... पालिका.....वडा नं..... सम्पर्क फोन नं. फ्याक्स नं.

इमेल: दर्ता मिति: पान नं. भ्याट नं.

समाज कल्याण परिषद्को दर्ता नं. अध्यक्षको नाम:नागरिकता नं.

संस्थाको मुख्य उद्देश्यहरू:

- १.
- २.
- ३.

एम्बुलेन्स(बाहन) को विवरण	
एम्बुलेन्स बनाउने कम्पनीको नाम र मोडल नं.	एम्बुलेन्स बनेको मिति:
एम्बुलेन्सको मूल्य:	एम्बुलेन्स पैठारी हुने भन्सार विन्दु:
इन्भवाइस नं. र मिति:	एम्बुलेन्सको बर्गिकरण: क /ख / अन्य:
एम्बुलेन्सको क्षमता: .....सि.सि	

उल्लेखित विवरण सहि छ । गलत ठहरेमा कानून अनुसार सहुँला, बुझाउँला ।

संस्थाबाट अधिकार प्राप्त व्यक्तिको नाम, थर:

पद:

हस्ताक्षर:

मिति:

संस्थाको छाप

संलग्न कागजातहरू

- संस्था दर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि,
- संस्थाको विधान,
- संस्थाको निर्णय
- सामाजिक विकास मन्त्रालय वा पालिकाबाट अर्को एम्बुलेन्स भए नभएको विवरण





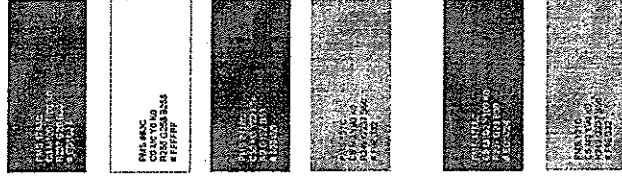
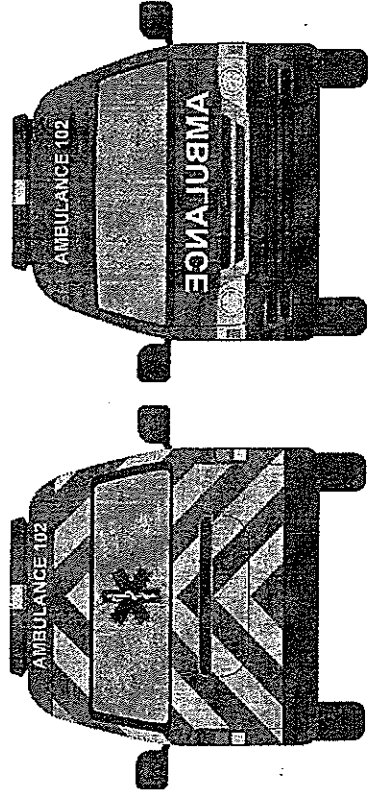
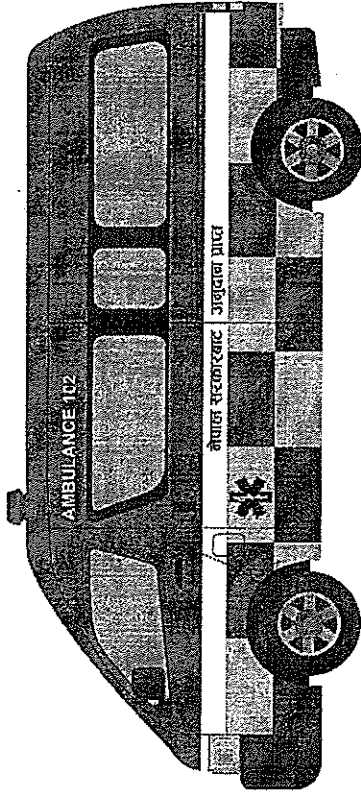


अनुसूची - १०

(दफा १५ उप दफा(१) संग सम्बन्धित)

एम्बुलेन्सको स्वरूप

हायस मोडेल "क" बर्गको एम्बुलेन्स

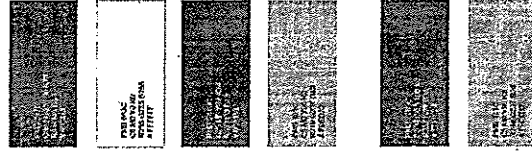
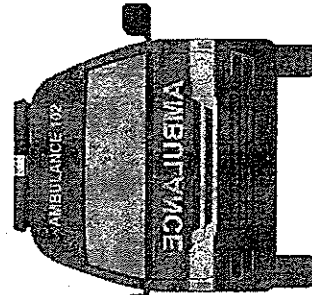
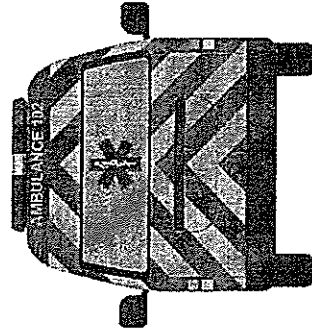
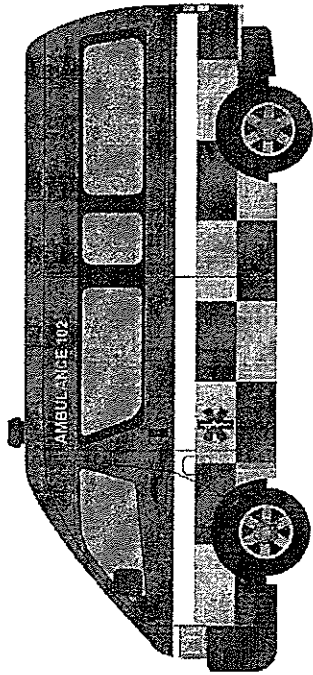


A handwritten signature or mark in black ink, consisting of a stylized, cursive shape.

A handwritten signature or mark in black ink, consisting of a stylized, cursive shape.

एम्बुलेन्सको स्वरूप

हायस मोडेल "पा" बर्गको एम्बुलेन्स

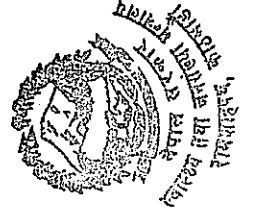
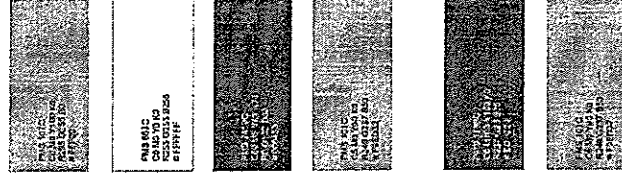
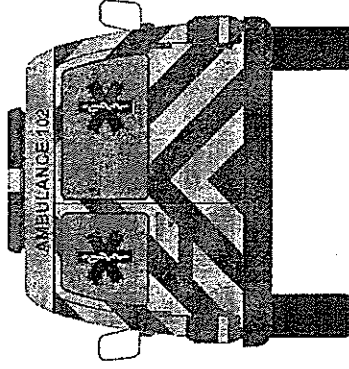
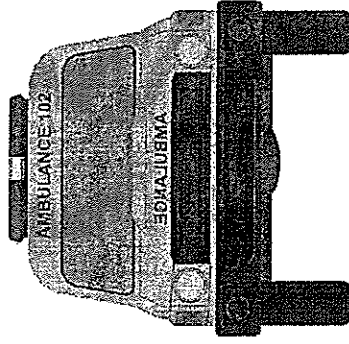
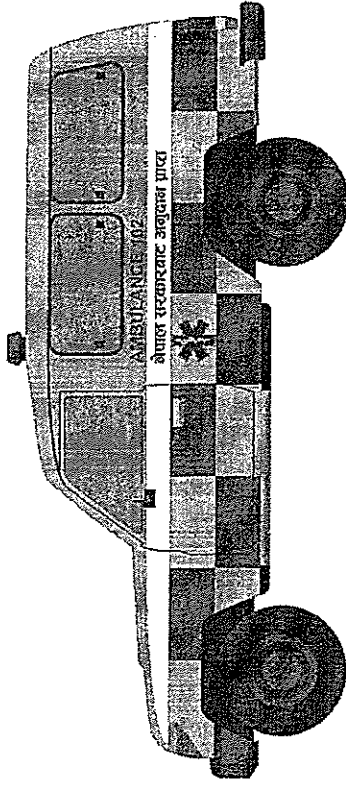


*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

एम्बुलेन्सको स्वरूप

ल्याण्ड क्रुजर मोडेल "ख" बर्गको एम्बुलेन्स



A handwritten signature or mark, possibly a name or initials, written in black ink.

A handwritten signature or mark, possibly a name or initials, written in black ink.

अनुसूची- ११

(दफा १६ उपदफा (१) संग सम्बन्धित)

जनशक्ति व्यवस्थापन

१. प्रेषण केन्द्रमा आवश्यक जनशक्ति

(१) राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्रकालागि आवश्यक प्राविधिक जनशक्ति देहायबमोजिम हुनुपर्नेछ;

(क) हे.अ वा स्टाफ नर्स १६ जना

योग्यता: सामान्य चिकित्सा वा नर्सिङ विषयमा प्रविणता प्रमाणपत्र तह उत्तिर्ण गरेको ।

तालिम: दुई हप्ते प्रेषण सम्बन्धी तालिम प्राप्त हुनुपर्नेछ ।

(ख) अन्य प्रशासनिक कर्मचारी आवश्यकता अनुसार राख्न सकिनेछ ।

(२) प्रादेशिक प्रेषण केन्द्रका लागी: प्रत्येक प्रदेशमा देहाय बमोजिम जनशक्ति हुनेछन् ।

(क) हे.अ वा स्टाफ नर्स ८ जना

योग्यता: सामान्य चिकित्सा वा नर्सिङ विषयमा प्रविणता प्रमाणपत्र तह उत्तिर्ण गरेको ।

तालिम: २ हप्ते प्रेषण सम्बन्धी तालिम प्राप्त हुनुपर्नेछ ।

(ख) अन्य प्रशासनिक कर्मचारी आवश्यकता अनुसार राख्न सकिनेछ ।

२. एम्बुलेन्स सेवाका लागि

क वर्गका लागि

(क) हे.अ वा स्टाफ नर्स (विरामीको अवस्था अनुसार मे.अ पनि परिचालन गर्न सकिने) ; चार जना । (एक सिफ्टमा एकजना, भविष्यमा कार्यबोझका हिसावमा जनशक्ति थप गर्न सक्ने )

योग्यता: सम्बन्धित विषयमा प्रविणता प्रमाण पत्र तह उत्तिर्ण र आकस्मिक चिकित्सा प्राविधिक ( इमर्जेन्सी मेडिकल प्राविधिक,इ.एम.टी) सम्बन्धी आधारभुत तथा २ हप्ते पुनर्ताजकी तालिम प्राप्त गरी कम्तिमा १८ महिना ख वर्गको एम्बुलेन्समा काम गरेको अनुभव हुनुपर्ने । )

(ख) सवारी चालक: चार जना (एक सिफ्टमा एक जना)

योग्यता: (ग) पच्चीस वर्ष उमेर पूरा भएको, ५ वर्षको सवारी चलाएको अनुभव भएको, प्राथमिक उपचार सम्बन्धी तालिम प्राप्त ।





अनुसूची- १२

(दफा १७ सँग सम्बन्धित)

एम्बुलेन्स सेवा अनुगमन फारम

१. संस्थागत परिचय:

एम्बुलेन्स संचालकवा संस्थाको नाम:.....  
ठेगाना:.....  
सम्पर्क नं:.....  
संस्थादर्ता नं. र मिति:.....  
एम्बुलेन्स बर्ग: .....“क” ..... “ख”, .....“ग”.....अन्य.....  
एम्बुलेन्स गाडीको मोडल: ..... सि.सि.....  
एम्बुलेन्सको अवस्था: .....  
एम्बुलेन्सको विमा भएको .....वा नभएको.....  
एम्बुलेन्स चालकहरूको नाम:.....उमेर .....  
ठेगाना:.....  
लाईसेन्स नम्बर र जारी मिति:.....  
एम्बुलेन्स गाडीको विमा भएको  नभएको

२. एम्बुलेन्स संचालक वा संस्था वा कार्यालयका संस्थागत कागजातहरू भएको भए भएको बाकसमा ठिक चिन्ह (✓) वा नभएको भए नभएको बाकसमा (✓) ठिक चिन्ह लगाउनुहोस ।

- संस्थादर्ता प्रमाण पत्रतथा संस्था नवीकरण भएको प्रमाण पत्र भएको  नभएको
- संस्थाको विधान प्रतिलिपिभएको  नभएको
- गत बर्षको लेखापरिक्षण प्रतिवेदन भएको  नभएको
- अस्पताल सञ्चालन स्वीकृति पत्र तथा नवीकरण गरिएको पत्र (प्राइभेट वा संस्थाको लागिमात्र)

३. एम्बुलेन्स चालक तथा अन्य व्यवस्था:

(१) संस्थाले एम्बुलेन्समा देहायबमोजिमको योग्यता पुगेको चालक राख्नु पर्नेछ :

- सवारी चालक प्रमाण पत्र भएको  नभएको
- सवारी चालकको रूपमा न्यूनतम पाँच बर्षको अनुभव प्राप्त गरेको  नगरेको
- २५ बर्ष उमेर पूरा भएको  नभएको

