सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम
कार्यविधि निर्देशिका २०७३

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार स्वास्थ्य महाशाखा

सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०७३

("सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०७३"
नेपाल सरकार (सचिव स्तर) बाट मिति २०७३/७/२ गते
स्वीकृत भई जारी भएको)

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य मन्त्रालय

(.....शाखा)

फोन नं. ४२६२५४०
४२६२८०२
४२६२७०६
४२६२५३५
४२६२८६२
४२२३५८०

रामशाहपथ,
काठमाडौं, नेपाल ।

प्राप्त पत्र संख्या :-
पत्र संख्या :-
चलानी नं. :-

मिति : २०७३।०७।२६

विषय :- शुभ-कामना

नेपाल हालका दशकमा मातृ मृत्युदरमा उल्लेखनीय रुपमा कमी ल्याउन सफल भएको छ । नेपालमा मातृमृत्यु अति उच्च हुनाका कारणहरु मध्ये असुरक्षित गर्भपतन एउटा प्रमुख कारणको रुपमा रहेको छ । गर्भपतन सम्बन्धी कानुनी व्यवस्थाले गर्भपतन सेवालाई सुरक्षित तथा सुलभ बनाएर विद्यमान उच्च मातृ मृत्युदर घटाउने नेपाल सरकारको नीति रहेको छ ।

गर्भपतन सेवालाई सुरक्षित किसिमले सबैको पहुँच योग्य, सुलभ र सुरक्षित बनाउनु नेपाल सरकारको कर्तव्य हो । तसर्थ सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी जनचेतनामा अभिवृद्धि ल्याउन यस सम्बन्धी कानुनमा सेवाको उपलब्धता, असुरक्षित गर्भपतनबाट उत्पन्न हुनसक्ने जटिलताहरु, परिवार नियोजनका साधनको प्रयोग एवं सुरक्षित गर्भपतनका सकारात्मक पक्षहरुबारे व्यापक जनचेतना बढाउनु पर्ने हुन्छ ।

तसर्थ, असुरक्षित गर्भपतन गराउने प्रचलनलाई निरुत्साहित गर्दै सुरक्षित गर्भपतन सेवाको विकास तथा विस्तार गरी आर्थिक अवस्था कमजोर भएका महिलाले यस सेवाबाट बञ्चित हुनु नपरोस भनि नेपाल सरकारले सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट निःशुल्क प्रदान गर्ने निर्णय लिएको छ । विगतका नीति, निर्देशिकाले निर्देश गरे अनुसार र निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन नीति अनुरुप तयार गरिएको यस निर्देशिकाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाको पहुँच सँगसँगै सेवाको गुणस्तरमा पनि उत्तिकै महत्वपूर्ण भुमिका खेल्ने छ भन्ने विश्वास लिएको छु ।

.....
(डा. सेनेन्द्र राज उप्रेती)
सचिव

फोन नं. ४२६२१५५, ४२६२२७३
फ्याक्स ४२५६१८१

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
टेकु, काठमाडौं

प.सं.२०७३/७४
च.नं.

दुई शब्द

मातृ मृत्युका विभिन्न कारकहरु मध्येको एक असुरक्षित गर्भपतनको कारणले हुने मातृ मृत्युमा कमी ल्याउने उद्देश्यले "सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति, २०६०" मार्फत नेपालमा सुरक्षित गर्भपतन सेवाको सुरुवात गरिएको गरिएको थियो । जसबाट धेरै महिलाहरुले यस सेवाको उपभोग गरिरहेको विभिन्न तथ्याकंहरुले देखाएका छन् ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई विस्तार गरी सेवा ग्राहीको पहुँच वढाउने साथै गुणस्तरमा अभिवृद्धि ल्याउने उद्देश्यले स्वास्थ्य सेवा विभागले "औषधीको प्रयोगद्वारा गरीने सुरक्षित गर्भपतन सेवा विस्तार रणनीति तथा कार्य सञ्चालन निर्देशिका, २०६६" र "सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम कार्य सञ्चालन निर्देशिका २०६८" लागु गरिसकेको छ ।

गर्भपतन सेवालाई सुरक्षित तवरले सवैको पहुँच योग्य, सुलभ र सुरक्षित वनाउन सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी जनचेतनामा अभिवृद्धि ल्याई परिवार नियोजनका साधनको प्रयोग एवं सुरक्षित गर्भपतनका सकारात्मक पक्षहरु वारे व्यापक जनचेतना वढाई सेवाको पहुँचलाई अझ वढी विस्तार गर्नु आजको आवश्यकता हो । गरीब तथा असहाय सेवाग्राहीले सुरक्षित गर्भपतन सेवाबाट वञ्चित हुनु नपरोस भनी नेपाल सरकारले सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा शुल्क नलाग्ने व्यवस्था मिलाएको छ । यस निर्देशिकाले कार्यक्रमको सफल कार्यान्वयनमा सहयोग पुऱ्याउने साथै यसको गुणस्तरमा अभिवृद्धि ल्याउने छ भन्ने विश्वास लिएको छु ।

अन्त्यमा, यो निर्देशिका तयार गर्ने परिवार स्वास्थ्य महाशाखा र यस कार्यमा प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रुपमा सहयोग पुऱ्याउने संम्पूर्ण संघ संस्था तथा व्यक्तिहरुलाई समेत धन्यवाद दिन चाहन्छु ।

डा. पुष्पा चौधरी
नि.महानिर्देशक

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार स्वास्थ्य महाशाखा

फोन नं. ४२६२१५५, ४२६२२७३
फ्याक्स ४२५६१८१

प.सं.२०७३/७४
च.नं.

कृतज्ञता

गर्भपतन सम्बन्धी कानुनी प्रावधान तथा उपलब्ध सेवा सम्बन्धी सूचनाहरुलाई जनसमक्ष पुऱ्याई महिलाको जीवन र प्रजनन् स्वास्थ्य प्रतिको अधिकार सुरक्षित गर्नु हामी सबैको दायित्व हो

गर्भपतन गर्न पाउने कानुनी व्यवस्था भएर मात्र पुग्दैन । गुणस्तरीय गर्भपतन सेवा सबै महिलाहरुको लागि सुलभ रुपमा उपलब्ध हुनुपर्छ । यसका लागि निरन्तर अनुगमन तथा सुपरीवेक्षणद्वारा सेवाको गुणस्तर सुनिश्चित गर्न समेत उत्तिकै जरुरी हुन्छ । तसर्थ, सुरक्षित गर्भपतन सेवाको विकास तथा विस्तार एवम् सेवा सञ्चालन गर्ने कार्यलाई व्यवस्थित र सरल बनाउनका लागि सम्बन्धित निकायहरुलाई आवश्यक रणनैतिक मार्गदर्शन प्रदान गर्ने तथा हालै नेपाल सरकारले व्यवस्था गरेको निशुल्क गर्भपतन सेवालाई व्यवथित गर्ने प्रस्तुत निर्देशिकाको मूल उद्देश्य रहेको छ ।

प्रस्तुत निर्देशिकामा गर्भपतन सम्बन्धी कानुनी र नीतिगत व्यवस्थाका अतिरिक्त सेवा सञ्चालन गर्नका लागि आवश्यक तालिम, सुचीकृत गर्ने प्रक्रिया, जन चेतना बृद्धि तथा अनुगमन सम्बन्धि अवलम्बन गर्नुपर्ने रणनैतिक मार्गदर्शन समावेश गरिएको छ । अन्त्यमा यो निर्देशिका तयार गर्ने कार्यमा आवश्यक सल्लाह तथा परामर्श दिनु हुने सबै संस्था तथा व्यक्तिहरुको क्रियाशील योगदानको निमित्त धन्यबाद दिन चाहन्छु । सुरक्षित गर्भपतन सेवा विस्तार तथा सुदृढीकरण कार्यमा सहयोग पुऱ्याउने आइपास(नेपाल लगायत अन्य सघं संस्था एवं राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय परामर्शदाताहरुबाट प्राप्त सहयोगको सन्हाना गर्दै वहाँहरु सबैलाई धन्यबाद दिन चाहन्छु ।

डा. आर.पी. विच्छा
निर्देशक

निर्देशिका तयारीमा संलग्न महानुभावहरुको नामावली

१) डा. आर. पि. विच्छा, निर्देशक, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा ।

२) घनश्याम पोखेल, वरिष्ठ जन स्वास्थ्य प्रशासक, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा ।

३) डा. पुण्या पौडेल, कन्सल्टेण्ट अब्स गाइने, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा ।

४) डा. झलक शर्मा गौतम, वरिष्ठ एकिकृत चिकित्सा अधिकृत, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा ।

५) हेमराज पाण्डे, जनस्वास्थ्य अधिकृत, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा ।

६) केशु काफ्ले, कम्युनिटी नर्सिङ अधिकृत, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा ।

७) धन वस्नेत, प.हे.न. अधिकृत, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा ।

सहयोगी संघ संस्थाहरु

१) Ipas Nepal

२) CREPHA

३) PSI Nepal

४) MSI International

५) FPAN

विषयसूची

१. परिचय १
२. सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी विद्यमान कानुनी व्यवस्था २
३. सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति ३
४. निर्देशिकाको उद्देश्य ३
५. निर्देशिकाको प्रयोग ४
६. सुरक्षित गर्भपतन सेवा ५
७. सुचीकरण ७
८. गर्भपतन पश्चातको जटिलताको व्यवस्थापन ९
९. महिला अधिकारको प्रत्याभूति ९
१०. गोपनियता १०
११. जनचेतना अभिबृद्धि १०
१२. जनशक्तिको विकास ११
१३. आपूर्ति व्यवस्था १६
१४. सुरक्षित गर्भपतन सेवाको अभिलेख १७
१५. निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा सुविधा सम्बन्धि व्यवस्था १७
१६. अनुगमन तथा सुपरीवेक्षण २०
अनुसूची १ ..... २२
अनुसूची २ ..... २५
अनुसूची ३ ..... २६
अनुसूची ४ ..... २७
अनुसूची ५ ..... २८
अनुसूची ६ ..... ३०
अनुसूची ७ ..... ३५
अनुसूची ८ ..... ३७

अनुसूची ९ ..... ४३
अनुसूची १० ..... ४७
अनुसूची ११ ..... ४८
अनुसूची ११(क) ४९
अनुसूची १२ ..... ५०
अनुसूची १३ ..... ५१
अनुसूची १४ ..... ५३
अनुसूची १५ ..... ५४
अनुसूची १६ ..... ५५
अनुसूची १७ ..... ५७
अनुसूची १८ ..... ६०
अनुसूची १९ ..... ६६
अनुसूची २० ..... ६७

Acronyms

CEONC	Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care
D & E	Dilatation and Evacuation
EOC	Emergency Obstetric Care
HP	Health Post
IUCD	Intra Uterine Contraceptive Device
MA	Medical Abortion
MI	Medical Induction
MVA	Manual Vacuum Aspiration
OJT	On the Job Training
PAC	Post Abortion Care
PHCC	Primary Health Care Center
RTI	Reproductive Tract Infection

१. परिचय

महिलाको प्रजनन् अधिकार सम्बन्धी विश्वव्यापी मान्यता अनुसार गर्भधारण गर्ने अथवा नगर्ने र गर्भधारण गरीसकेपछि पनि सन्तान जन्माउने वा नजन्माउने भन्ने सम्बन्धमा निर्णय गर्ने सम्पूर्ण अधिकार महिला स्वयंको हुन्छ। अतः मुलुकको कानुनले निर्दिष्ट गरेको परिधि भित्र रहेर गर्भपतन गर्न पाउनु पनि महिलाको प्रजनन अधिकार भित्रै पर्दछ। यस अधिकारलाई सुनिश्चित गर्न"सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०६०" को दफा २.३ मा महिला अधिकारको व्यवस्था अन्तर्गत "प्रचलित कानुनको अधिनमा रही अनिच्छित गर्भलाई निरन्तरता दिने वा नदिने भन्ने महिलाको अधिकारलाई प्रत्याभूत गरीनेछ" भनी उल्लेख गरिएको छ। नेपालको संविधान, २०७२ ले प्रत्येक महिलाको प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धि हकलाई मौलिक अधिकारको रुपमा सुनिश्चित गरेको छ।

नेपाली महिलाको प्रजनन् स्वास्थ्य अधिकारलाई सुनिश्चित गर्ने क्रममा मुलुकी ऐनको एघारौं संशोधनबाट तोकिएको दायरा भित्र रहेर गर्भपतन गर्न पाउने कानुनी ब्यवस्था गरिएको हुंदा स्वास्थ्य मन्त्रालयले सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई क्रमशः विकास तथा विस्तार गर्ने नीति लिएको छ। "सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया २०६०" तथा "सुरक्षित गर्भपतनसम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०६०" लागु भई सकेपछि यस सेवालाई क्रमशः विस्तार गर्दै मुलुकका ७५ वटै जिल्लामा उपलब्ध गराएको छ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको पहुँच ग्रामीण तथा सुदुर क्षेत्रका महिलाहरु सम्म पुऱ्याउन अझै पनि बाँकी रहेको हुनाले"औषधीको प्रयोगद्वारा गरीने सुरक्षित गर्भपतन सेवा विस्तार रणनीति तथा कार्य सञ्चालन निर्देशिका, २०६६" लाई तात्कालिन स्वास्थ्य मन्त्रीज्यूबाट मिति २०६५।२।२२ मा स्वीकृती प्रदान गरिएको थियो। सो निर्देशिकाको उपदफा ६.१.५ मा "समुदायस्तरमा विभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई औषधीको प्रयोगद्वारा गर्भपतन सम्बन्धी तालिम प्रदान गरी सुचीकृत गर्ने" भनी उल्लेख गरिएको छ। सो निर्देशिका अनुसार आगामी बर्षहरुमा विशेष गरेर ग्रामीण क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई विस्तार गरीनेछ। "Nepal Health Sector Strategy, 2015-2020" मा सबै मानिसहरुलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बढाउनको लागि Universal Health Coverage लाई बढाउने रणनीति लिएको छ साथै दिगो विकास लक्ष्य (Sustainable Goal) ले मातृ मृत्यु अनुपातलाई ७० (प्रति १००,००० जिवित जन्म) भन्दा कम गर्ने लक्ष्य राखेको छ।

यस्तै नागरीकको मौलिक अधिकारको रुपमा रहेको आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ को उद्देश्य अनुरुप नेपाल सरकारबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा निःशुल्क गर्ने व्यवस्था मिलाईएको छ ।

राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१ को नीतिमा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनलाई बढी प्रभावकारी साथै विश्वसनीय बनाउन प्रयोगमा रहेका नियम कानुनको पूनरावलोकन गरी आवश्यकता अनुसार परिमार्जन गरीने भन्ने उल्लेख भए अनुसार यो निर्देशिकालाई पनि समय सापेक्ष परिमार्जन गरिएको छ ।

२. सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी विद्यमान कानुनी ब्यवस्था

मुलुकी ऐन ज्यान सम्बन्धि महलको २८ ख अनुसार देहायका अवस्थामा नेपाल सरकारले तोके बमोजिमको प्रक्रिया अपनाई निर्धारित योग्यता पूरा गरेका सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट सुचीकृत स्वास्थ्यकर्मीले देहायको अवस्थाहरुमा मात्र सुरक्षित गर्भपतन गराउन पाउने व्यवस्था गरेको छ ।

१) गर्भपतन गर्ने महिलाको मञ्जुरीमा

क) १२ हप्ता सम्मको गर्भ ।

ख) जबरजस्ती करणी वा बलत्कारबाट रहन गएको १८ हप्तासम्मको गर्भ (महिलाको वयानको आधारमा) हाडनाता करणीबाट रहन गएको १८ हप्ता सम्मको गर्भ ।

ग) गर्भपतन नगराएमा गर्भवती महिलाको ज्यानमा खतरा पर्ने भएमा वा शारीरिक वा मानसिक रुपले स्वास्थ्यमा असर पर्ने अवस्थामा वा बिकलाङ्ग बच्चा जन्मन सक्ने अवस्था भएमा योग्यता प्राप्त चिकित्सकको रायमा जुन सुकै अवधिको गर्भ गर्भपतन गर्न सकिन्छ ।

२) गर्भपतन गर्न नपाईने अवस्थाहरुः

क) गर्भवती महिलाको मञ्जुरी बिना (करकाप, धम्की, ललाईफकाई, झुक्याई वा प्रलोभन देखाई)

ख) लिङ्गको पहिचान गरी लिङ्गको आधारमा (भ्रुणको लिङ्ग पहिचान गर्ने गराउनेलाई तीन महिना देखि छ महिनासम्म कैद र लिङ्गको आधारपमा गर्भपतन गर्ने गराउनेलाई थप एक वर्ष कैद हुन्छ ।)

नोटः सुचीकृत नभएका स्वास्थ्यकर्मी र स्वास्थ्य संस्थाले दिएको गर्भपतन सेवा गैरकानुनी हो र यस्तो भएमा सेवा प्रदायक सजांयको भागिदार हुनेछ ।

३. सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति

गर्भपतन सम्बन्धमा मुलुकी ऐनमा भएको कानुनी प्रावधान तथा सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६० को अधिनमा रही नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयले गर्भपतन सेवालाई सुरक्षित तथा सर्वसुलभ गराउन "सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०६०" तयार गरिएको थियो । सो नीतिले निर्देश गरे अनुसार नै यो "सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम कार्य सञ्चालन निर्देशिका २०६८" तयार गरिएको थियो । हाल निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम लागु हुने परिप्रेक्ष्यमा सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०७३ जारी गरिएको छ ।

४. निर्देशिकाको उद्देश्य

१) मुख्य उद्देश्य

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको विकास तथा विस्तार एवम् सेवा सञ्चालन गर्ने कार्यलाई व्यवस्थित र सरल बनाउनका लागि सम्बन्धित निकायहरुलाई आवश्यक रणनैतिक मार्गदर्शन प्रदान गर्नका साथै सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको व्यवस्थापन तथा सुनिश्चिता गर्ने यस निर्देशिकाको मुख्य उद्देश्य रहेको छ ।

२) विशिष्ट उद्देश्यहरु

- सुरक्षित गर्भपतन सेवा सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति, विद्यमान कानुनी प्रावधान तथा तथा नीतिगत मार्गदर्शन बारे स्पष्ट जानकारी प्रदान गर्ने ।
- सुरक्षित गर्भपतन सेवा विस्तार तथा सञ्चालन गर्दा अपनाउनु पर्ने व्यवस्थापकीय प्रक्रियाहरु बोध गराउने ।
- सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सुरक्षित गर्भपतन सेवा निशुल्क रुपमा व्यवस्थापन गर्न आवश्यक प्रक्रियाहरुको बारेमा जानकारी गराउने ।

५. निर्देशिकाको प्रयोग

गर्भपतन अत्यन्त संवेदनशील विषय भएकाले प्रचलित कानुनी दायराको अधिनमा रहेर तथा सुरक्षित गर्भपतन सेवा राष्ट्रिय नीति अनुसार मात्र यो सेवा प्रदान गर्नुपर्ने हुन्छ । अतः सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाका सम्बद्ध पदाधिकारी तथा सेवा प्रदायकलाई गर्भपतन सम्बन्धी कानुनी व्यवस्था र राष्ट्रिय नीतिको समुचित ज्ञान हुन जरुरी हुन्छ । यस निर्देशिकामा गर्भपतन सम्बन्धी कानुनी र नीतिगत व्यवस्थाका अतिरिक्त सेवा सञ्चालन गर्दा अवलम्बन गर्नुपर्ने रणनीति तथा सुरक्षित गर्भपतन सेवा लाई निशुल्क रुपमा व्यवस्थापन गर्ने र प्रक्रियाहरु सम्बन्धी जानकारीहरु समावेश गरिएको छ । सुरक्षित गर्भपतन सेवाको विकास, विस्तार र सेवा प्रदान गर्ने कार्यमा संलग्न हुने केन्द्र देखि जिल्ला एवम् सो भन्दा तलका स्वास्थ्य संस्थाहरुले आ-आफ्नो भूमिका तथा जिम्मेवारी निर्वाह गर्दा यस निर्देशिकालाई मार्गदर्शकको रुपमा प्रयोग गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्य सेवा विभाग अन्तर्गत परिवार स्वास्थ्य महाशाखा, राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र लगायत सम्बद्ध अन्य महाशाखा तथा केन्द्रहरु र क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय, जिल्ला जनस्वास्थ्य/स्वास्थ्य कार्यालय, सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्था तथा स्वास्थ्यकर्मीहरु र गैरसरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाका सम्बद्ध पदाधिकारी एवम् स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई समेत लक्षित गरेर यो निर्देशिका तयार गरिएको छ ।

६. सुरक्षित गर्भपतन सेवा

१) सुरक्षित गर्भपतन भनेको के हो ?

गर्भवती महिलाको लिखित मञ्जुरीमा सुचीकृत स्वास्थ्यकर्मीद्वारा सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थामा प्रचलित कानुनले तोकेको परिधि भित्र रहेर प्रदान गरीने गर्भपतन सेवालाई मात्र सुरक्षित गर्भपतन सेवा भनिन्छ । अतः सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थामा सुचीकृत स्वास्थ्यकर्मीले बाहेक अन्य सुचीकृत नभएका स्वास्थ्य संस्था अथवा स्वास्थ्यकर्मीले प्रदान गरेको गर्भपतन सेवा गैर कानुनी मानिनेछ र यसो भएमा सेवा प्रदायक र सेवाग्राही दुबै कानुन बमोजिम कारवाहीको भागिदार हुनेछ । सुरक्षित गर्भपतन सेवा अन्तर्गत गर्भपतनका अतिरिक्त गर्भ निरोध बारे परामर्श सेवा, महिलाको आवश्यकता र चाहना अनुसार गर्भ निरोध सेवा, गर्भपतनका संभावित जटिलताहरुको व्यवस्थापन तथा उपचार समेत पर्दछन् । अतः सुरक्षित गर्भपतन सेवालाई सम्पूर्ण गर्भपतन सेवा (Comprehensive Abortion Care) (CAC) पनि भनिन्छ र सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा यी सबै सेवाहरु उपलब्ध हुनुपर्छ, साथै आवश्यक परेको खण्डमा प्रेषणको उचित व्यवस्था हुनुपर्दछ ।

२) सुरक्षित गर्भपतनका विधिहरु (Methods of Safe Abortion) के के हुन ?

हाल नेपालमा "National RH Protocol 2066" अनुसार सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि निम्न विधिहरु निर्धारण गरिएको छ ।

- **औषधीको प्रयोगद्वारा (Medical Abortion):** गर्भको अवधि ६३ दिन (९ हप्ता) सम्मको भएमा महिलाको इच्छा अनुसार औषधीको प्रयोग गरेर गर्भपतन गराउन सकिन्छ ।
- **उपकरणको प्रयोगद्वारा (Manual Vacuum Aspiration):** गर्भको अवधि १२ हप्ता सम्म भएमा महिलाको इच्छा अनुसार MVA प्रविधिद्वारा गर्भपतन गराउन सकिन्छ ।
- **D&E वा Medical Induction को प्रयोगद्वारा:** गर्भको अवधि १२ हप्ता भन्दा बढी भएमा सम्बन्धित कम्तीमा २ जना विषय विशेषज्ञ चिकित्सकको राय

(हाडनाता करणी र बलात्कारबाट रहेको गर्भको हकमा कम्तीमा १ जना विषय विशेषज्ञको राय) अनुसार महिलाको अनुमतिमा कानुनले तोकेको अवस्थामा मात्र यी दुई मध्ये कुनै एक प्रविधिद्वारा गर्भपतन गराउन सकिन्छ ।

३) सुरक्षित गर्भपतन सेवा कस्तो हुनु पर्छ ?

सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति, २०६० को दफा २ को उपदफा २.१.१ ले गर्भपतन सम्बन्धी सम्पूर्ण सेवाहरु सुरक्षित, सुलभ र समान रुपमा तथा न्यायसँगत रुपमा पहुँच योग्य बनाउन निर्देश गरेको छ । अतः गर्भपतन सेवाको विस्तार गर्दा मुख्यतया निम्नलिखित कुराहरुलाई ध्यान दिनु पर्दछ ।

- **पहुँच योग्य (Accesible):** सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिन चाहने महिलाले आफूलाई पायक पर्ने र नजिकैको स्वास्थ्य संस्थाबाट सजिलैसँग यो सेवा पाउनु पर्दछ । यसका लागि ग्रामीण क्षेत्रका समुदायस्तरमा राष्ट्रिय मापदण्ड पुगेका स्वास्थ्य संस्थाहरु मार्फत तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरुद्धारा सेवाको प्रदान गरी यो सेवाको पहुँच बढाउनु पर्दछ ।

- **स्वीकार योग्य (Acceptable)**: सुरक्षित गर्भपतन परामर्श तथा सेवाहरु महिलाको चाहना, आवश्यकता तथा तोकिएको राष्ट्रिय मापदण्ड अनुसार हुनुपर्छ । महिलाले रोजेको र राष्ट्रिय मापदण्डले तोकेको विधिद्वारा गर्भपतन गराईनु पर्छ । साथै गर्भपतन पश्चात गर्भ निरोधको साधन सम्बन्धी परामर्श तथा सेवाहरु महिलाको प्रजनन स्वास्थ्य आवश्यकताको पहिचान गरी महिलाले आफ्नो इच्छा अनुसार रोजेको गर्भ निरोधको साधन प्रदान गर्नुपर्दछ ।

- **आर्थिक क्षमताले धान्न सक्ने (Affordable):** सुरक्षित गर्भपतन सेवा सबै सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा निशुल्क उपलब्ध गराइएकोछ ।

- **न्याय सँगत (Equitable)**: महिलाको सामाजिक, आर्थिक, जातिय, धार्मिक परिवेश तथा उमेर जेसुकै भएता पनि सबै महिलाले समान रुपमा सेवा प्राप्त गर्न सक्ने व्यवस्था हुनुपर्छ ।

४) सेवाको गुणस्तर (Quality of Care)

सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति, २०६० को उपदफा २.६.८ मा सम्पूर्ण गर्भपतन सेवाको नियमित अनुगमन, मूल्याङ्कन र निर्धारित गुणस्तर (Quality Assurance) सुनिश्चित गर्न उपयुक्त संयन्त्रको विकासगर्ने निर्देश भएको हुनाले गर्भपतन सेवालाई प्रभावकारी तथा सुरक्षित बनाउनका लागि सेवाको गुणस्तर सुनिश्चित गर्न जरुरी हुन्छ। तोकिएको मापदण्ड र प्रोटोकलको पूर्णरुपमा अनुशरण गरेर सेवा प्रदान गर्न सकेमा मात्र गर्भपतन सेवा सुरक्षित तथा प्रभावकारी हुन्छ।

७. सुचीकरण

१) सुचीकरण गर्ने उद्देश्यः

सुरक्षित गर्भपन सेवा (MA, MVA, D&E तथा MI) राष्ट्रिय मापदण्ड अनुसार र कानुनको परिधि भित्र रही सेवा दिएको सुनिश्चित गर्ने।

२) सेवा प्रदायक सुचीकृत गर्ने प्रक्रिया

"सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६०" अनुसार गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउन चाहने चिकित्सक वा स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम सुचीकृत गराउनु पर्दछ भनी उल्लेख भएको छ। तसर्थ सरकारी, गैर सरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत सेवा प्रदायकले राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट स्वीकृत प्राप्त तालिम केन्द्रले सञ्चालन गरेको निश्चित अवधिको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी तालिम प्राप्त गरे पश्चात् अनूसुची २ बमोजिमको कागजात सहित अनूसुची ३ बमोजिमको निवेदन परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा बुझाउनु पर्दछ। निवेदन प्राप्त भएपछि परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले सेवा प्रदायकलाई सुचीकरण गरी प्रमाणपत्र प्रदान गर्दछ।

१२ हप्ता पछिको गर्भपतन सेवाको लागि सुचीकृत गर्ने सन्दर्भमा यस सम्बन्धि तालिम (१२ हप्ता पछिको सुरक्षित गर्भपतन सेवा तालिम) लिईसकेपछि तालिम प्राप्त गरेको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि र पहिला प्राप्त गरेको १२ हप्तासम्मको सक्कल सुचीकृत प्रमाणपत्र

परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा बुझाउनु पर्दछ । त्यसपछि परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले १२ हप्ता पछिको गर्भपतन सेवा दिनका लागि सुचीकृत प्रमाणपत्र प्रदान गर्दछ ।

३) स्वास्थ्य संस्था सुचीकृत गर्ने प्रक्रिया

"सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६०" अनुसार प्रचलित कानुन बमोजिम स्थापना भएको स्वास्थ्य संस्थाले गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउन चाहेमा सूचीमा आफ्नो नाम सुचीकृत गराउनु पर्नेछ भनी उल्लेख भएको छ । तसर्थ सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न चाहने कुनै पनि स्वास्थ्य संस्थाले (सरकारी, निजी अस्पताल, नर्सिङ्ग होम, क्लिनिक, पोलिक्लिनिक वा गैर सरकारी संस्था) स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखाबाट सुचीकृत प्रमाणपत्र लिनु आवश्यक हुन्छ । स्वास्थ्य संस्था सुचीकरण गर्ने प्रक्रिया र आवश्यक कागजात अनुसूची १ बमोजिमको हुनुपर्दछ ।

१२ हप्ता पछिको सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्था सुचीकृत गर्न अनूसुचि ८ बमोजिमको Site Assessment Checklist, १२ हप्तापछिको तालिम लिएको सेवा प्रदायकको प्रमाणपत्र र सो संस्थाले पहिले प्राप्त गरेको सुचीकृत प्रमाणपत्रको सक्कल परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा बुझाउनु पर्दछ । त्यसपछि परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले १२ हप्ता पछिको गर्भपतन सेवा दिनको लागि स्वीकृती प्रदान गर्दछ ।

नोटः सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाबाट सेवा प्रदान गर्नको लागि दिइएको स्वास्थ्य संस्था र सेवा प्रदायकको सुचीकृत सक्कल प्रमाणपत्र देखिने गरी राख्नु पर्दछ ।

४) स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण

"सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६०" अनुसार गैर सरकारी तथा नीजि सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थाले प्रत्येक पाँच बर्षमा जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयको सिफारिसमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखाबाट नवीकरण गर्नु पर्दछ । सुचीकृत स्वास्थ्य संस्था नवीकरण गर्न विभागले तोकेको नवीकरण शुल्क सहित अनुसूची ५ बमोजिमको निवेदन भरी सुचीकृत प्रमाणपत्रको सक्कल सहित परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा बुझाउनु पर्दछ । तर सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको हकमा संस्था एकपटक सुचीकृत भै सकेपछि नवीकरण गर्नु पदैन ।

५) सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थाको सुची प्रकाशन

"सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६०" अनुसार सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थाको अद्यावधिक सुची प्रत्येक वर्ष सार्वजनिक जानकारीको लागि प्रकाशन गर्नु पर्दछ भनी उल्लेख भएको हुनाले सम्बन्धित जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयले प्रत्येक वर्ष आफ्नो जिल्लामा सुचीकृत भएका स्वास्थ्य संस्थाहरुको नामावली प्रकाशन गर्नु पर्दछ ।

८. गर्भपतन पश्चातको जटिलताको व्यवस्थापन

सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दा जटिलता हुन सक्ने (२% सम्म जटिलता हुन सक्ने WHO को अध्ययनले देखाएको छ) भएको हुनाले सामान्य जटिलता व्यवस्थापनको लागि आवश्यक सबै व्यवस्था र खर्च समेत संस्था आफैले व्यहोर्नु पर्दछ र सेवा ग्राहीबाट पुनः सेवा शुल्क लिन पाइने छैन । यसको लागि लाग्ने खर्च निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको इकाइ मुल्यमा नै समावेश गरिएको छ । जटिलता भइ प्रेषण गर्नु परेमा प्रेषण गरीने स्वास्थ्य संस्थासँग राम्रो समन्वय राखी प्रेषण गर्नु अगावै तयारीको लागि सो संस्थालाई पूर्व जानकारी दिनु पर्दछ र प्रेषण गरिएको सेवाग्राही सँगै प्रेषण पुर्जा पनि साथै पठाउनु पर्दछ ।

नोटः गर्भपतन पश्चातको हुन सक्ने जटिलता व्यवस्थापन गर्न आवश्यक Misoprostol औषधी अनुसूची १४ बमोजिमको specification प्रयोग गरी खरीद गर्नु पर्दछ ।

९. महिला अधिकारको प्रत्याभूति

नेपालको संविधान २०७२ ले प्रत्येक महिलालाई प्रजनन स्वास्थ्य हक मौलिक हकको रुपमा सुनिश्चित गरेकोछ । यसको साथै सर्वसुलभ र पहुँच योग्य सुरक्षित गर्भपतन सेवाको अधिकार महिलाको प्रजनन् अधिकार हो भनि नेपालको सम्मानित सर्वोच्च अदालतले स्पष्ट पारेको छ । त्यस्तै सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०६० को दफा २.३ मा गर्भपतनसँग सम्बन्धित महिलाको अधिकारका बारेमा उल्लेख भए अनुसार अनिच्छित गर्भलाई निरन्तरता दिने वा नदिने भन्ने निर्णय गर्ने सम्पूर्ण अधिकार महिलाको हुने भएकोले १६ वर्ष उमेर पुगेका महिलाले आफु स्वयंको मञ्जुरी र १६ वर्ष उमेर नपुगेका

अथवा मानसिक अवस्था ठीक नभएका महिलाले उनको नजिकको नातेदारको मञ्जुरीले गर्भपतन सेवा लिन सक्ने उल्लेख गरिएको छ। गर्भपतनको प्रविधि र गर्भ निरोधको साधन बारे संम्पुर्ण जानकारी पाउनु र महिलाले रोजे अनुसारको सेवा पाउनु महिलाको अधिकार भित्र पर्दछ। अतः सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी सेवा प्रदान गर्ने सबै स्वास्थ्य संस्था तथा सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीले महिलाको उपरोक्त अधिकारलाई सुनिश्चित गर्ने तर्फ विशेष ध्यान दिनुपर्दछ।

१०. गोपनियता

"सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६०" मा गोपनियता सम्बन्धि निम्न कुराहरु उल्लेख भएको हुनाले सो अनुसार महिलाको अभिलेखहरु गोप्य राख्नु पर्दछ।

गर्भवती महिलाले सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थालाई उपलब्ध गराएको चिकित्सकको राय तथा मञ्जुरीनामा लगायत गर्भवती महिलाले प्राप्त गरेको परामर्श र सेवा सम्बन्धी सबै प्रकारका कागजात तथा अभिलेख सुरक्षित रुपमा राख्नु पर्दछ। त्यस्ता अभिलेख तथा सो मा उल्लेखित व्यहोरा कसैलाई जानकारी नदिई गोप्य राख्नु पर्नेछ। यदि अभिलेख दिनु परेमा देहायको अवस्थामा त्यस्ता सूचना तथा कागजात उपलब्ध गराउन वा सो मा उल्लेखित व्यहोरा जानकारी दिन बाधा पुऱ्याएको मानिने छैनः-

१) कुनै मुद्दा मामिलाको अनुसन्धान वा सुनुवाईको सिलसिलामा अनुसंधान अधिकारी वा अदालतबाट जानकारी माग भएमा,

२) सुरक्षित गर्भपतन सेवा सम्बन्धी अध्ययन अनुसन्धानको उद्देश्यले सम्बद्ध महिलाको परिचय नहुने गरी उद्धरण गर्न।

३) सम्बन्धित महिला स्वयमले यस सम्बन्धि अभिलेख लिखित रुपमा माग गरेमा।

११. जनचेतना अभिबृद्धि

सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति २०६० को दफा २.५ मा गर्भपतनसँग सम्बन्धित सूचना, शिक्षा, संचार र वकालतका बारेमा उल्लेख भए अनुसार अनिच्छित गर्भलाई

रोकथाम गर्न र असुरक्षित गर्भपतनबाट हुने जटिलताहरुका बारेमा व्यापक रुपमा जनचेतना जगाउन सूचना, शिक्षा, संचार एवं वकालतका (advocacy) कार्यक्रमलाई बढावा दिने कुरा उल्लेख भएको छ । तसर्थ ग्रामीण भेगका समुदायस्तर सम्मका महिलाहरुलाई यस सम्बन्धि जनचेतना बृद्धि गर्न स्वास्थ्य निकायबाट मात्र सम्भव नहुने भएको हुनाले महिला, बालबालिका तथा समाज कल्याण मन्त्रालय अर्न्तगत महिला विकास अधिकृत मार्फतको सन्जालद्वारा पनि व्यापक प्रचार प्रसार गरीनु पर्दछ । यसका लागि सम्बन्धित जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयले आफ्नो जिल्ला अन्तर्गत रहेको प्रजनन् स्वास्थ्य समन्वय समिति (RHCC) का सदस्यहरु स्थानीय विकास अधिकारी, जिल्ला शिक्षा अधिकारी, महिला विकास अधिकृत र अन्य संघ संस्थासँग समन्वय गरी यस सम्बन्धि सूचना प्रवाह गर्नु पर्दछ ।

प्राय: ग्रामीण भेगका महिलाहरुलाई आफु गर्भवती भएको या नभएको समय मै थाहा नहुने भएको हुनाले प्रजनन् स्वास्थ्यमा धरै समस्या देखिएको छ । यस समस्या समाधान गर्न र प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी महिलालाई समयमै प्रेषण गरी सही सेवा उपभोग गर्न महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुलाई परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले सम्बन्धित जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयसँग समन्वय गरी अभिमुखिकरण कार्यक्रम सञ्चालन गर्दछ ।

१२. जनशक्तिको विकास

१) सेवा पूर्व तालिम (Pre-service training)

सुर्राक्षत गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति, २०६० को उपदफा २.२.९ मा बिभिन्न तहका स्वास्थ्य सेवा प्रदायकका लागि सञ्चालन गरीने सेवा प्रवेश र सेवाकालीन तालीमका पाठ्यक्रममा सम्पूर्ण गर्भपतन सेवा सम्बन्धी विषयलाई क्रमश: समावेश गरीने कुरा उल्लेख भए अनुरुप स्त्री रोग विशेषज्ञ (Obs/Gyn) हरुको MD residential course मा MVA/MA विषय समावेश गरी OJT तालिम दिने व्यवस्था गरेको छ । यस तालिमको अवधि १ महिनाको छ ।

साथै परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रसँग समन्वय गरी MBBS, midwifery र nursing पाठयक्रममा सुर्राक्षत गर्भपतन सम्बन्धि विषयवस्तुको

ज्ञान र सीप समावेश गर्नको लागि आवश्यक पहल गर्नेछ । त्यस्तै HA, ANM हरुको पाठयक्रममा पनि सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धि विषयवस्तु समावेश गरीनेछ । साथै माथि उल्लेखित सबै विषय पढाउने प्रशिक्षकहरुलाई पनि यस सम्बन्धि क्षमता विकास गरीनेछ ।

तर सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदायकको सुचीकृत प्रमाणपत्र विना सेवा प्रदान गर्न पाइने छैन । यस्तो सुचीकृत प्रमाणपत्र यो निर्देशिकामा सेवा प्रदायक सुचीकृत हुने प्रक्रियामा उल्लेख भए बमोजिमको प्रक्रिया पूरा गरे पछि मात्र पाइने छ ।

२) सेवा कालीन तालिम (In-service training)

सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्नका लागि दक्ष सेवा प्रदायक तयार गर्ने उद्देश्यले सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति तथा कार्यक्रम अन्तर्गत चिकित्सक तथा विभिन्न तहका स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई सेवा कालिन तालिम प्रदान गर्ने व्यवस्था गरिएको छ । स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखाबाट सिफारिस गरिएका चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट यो तालिम प्रदान गर्ने गरिनेछ । तालिमका सहभागी छनौटका आधारहरु, छनौट प्रक्रिया, कुन स्वास्थ्यकर्मीलाई के कस्तो तालिम दिईन्छ भन्ने बारे परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले शर्त तथा आधारहरु निर्धारण गरेको छ ।

क) सहभागी छनौटका शर्त तथा आधारहरु

सुरक्षित गर्भपतन सेवा सम्बन्धि तालिम लिन चाहने चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीको शैक्षिक योग्यता, तालिम र कार्यरत स्वास्थ्य संस्थाको स्तरका आधारमा तालिम प्रदान गर्ने व्यवस्था गरिएको छ । हालसम्म प्रसूति तथा स्त्री रोग विशेषज्ञ, एम.डि.जि.पी., एम.वि.वि.एस. र तोकिएको मापदण्ड पूरा गरेको स्टाफनर्स, सि. अ.न.मी तथा अ.न.मी.हरुलाई मात्र यो तालिम प्रदान गर्ने व्यवस्था रहेको छ। सहभागी छनौटका आधार तथा शर्तहरु निम्नानुसार छन्:

शर्तहरु

क) तालिम लिन चाहने चिकित्सकहरुको नाम नेपाल चिकित्सा परिषद्मा दर्ता भएको हुनुपर्नेछ ।

ख) अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरु (स्टाफ नर्स/सि.अ.न.मी. तथा अ.न.मी.) हरुको नाम नेपाल नर्सिङ्ग परिषदमा दर्ता भएको हुनुपर्नेछ।

छनौटका आधारहरु

क) सरकारी, गैरसरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत प्रसूति तथा स्त्रीरोग विशेषज्ञ (MD-Obs/Gyne र DGO) र एम.डि.जि.पी. उत्तीर्ण गरेका चिकित्सकहरुलाई कुनै पनि प्रविधिद्वारा (एम.भी.ए. प्रविधीद्वारा १२ हप्ता सम्मको तथा औषधीको प्रयोगद्वारा ९ हप्ता सम्मको) गर्भपतन गर्न पाउने तालिम एकीकृत रुपमा प्रदान गरिनेछ। यो तालिमको अवधी ३ दिनको हुनेछ।

ख) अस्पताल तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा अन्य गैरसरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत चिकित्सकहरुलाई एम.भी.ए. प्रविधीद्वारा १२ हप्तासम्मको तथा औषधीको प्रयोगद्वारा ९ हप्ता सम्मको गर्भपतन गर्न पाउने तालिम एकीकृत रुपमा प्रदान गरीन्छ। यस तालिमको अवधी १० दिनको हुनेछ।

ग) सरकारी, गैरसरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्टाफ नर्स उतीर्ण भई दक्ष प्रसूति सेवा प्रदायक (Skilled Birth Attendant) तालिम हासिल गरेकालाई मात्र एम.भी.ए. प्रविधिद्वारा ८ (आठ) हप्ता सम्म र औषधीको प्रयोगद्वारा ९ हप्ता सम्मको गर्भपतन गर्ने एकीकृत रुपमा तालिम प्रदान गरिन्छ। यस तालिमको अवधि १४ दिनको हुनेछ।

घ) सरकारी स्वास्थ्य संस्था (अस्पताल/प्रा.स्वा.के./ स्वास्थ्य चौकी/birthing center)तथा अन्य गैरसरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत दक्ष प्रसूतीकर्मी (SBA) तालिम हासिल गरेका सि. अ.न.मी र अ.न.मी. हरुलाई औषधीको प्रयोगद्वारा (एम.ए.मात्र) ६३ दिन (९ हप्ता) सम्मको गर्भपतन गर्ने तालिम प्रदान गरीन्छ। यो तालिम ५ दिनको हुनेछ।

१२ हप्ता भन्दा माथिको गर्भपतन सेवा तालिमको सहभागी छनौटका आधारहरुः

क) सरकारी, गैरसरकारी तथा नीजि आकस्मिक प्रसूति सेवा (CEONC) सञ्चालित स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत प्रसूति तथा स्त्रीरोग विशेषज्ञ (MD Gyne/Obs) र

MDGP उत्तीर्ण गरेका चिकित्सकहरुलाई मात्र १२ हप्ता भन्दा माथि (2nd trimester) कुनै पनि प्रविधिद्धारा (D&E / Medical Induction) गर्भपतन गर्न पाउने तालिम एकीकृत रुपमा प्रदान गरीन्छ । यो तालिमको अवधी १२ दिनको हुनेछ ।

त्यस्तै सरकारी, गैरसरकारी तथा नीजि आकस्मिक प्रसूति सेवा (CEONC) उपलब्ध स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत प्रसूति तथा स्त्रीरोग विशेषज्ञ (MD Gyne/Obs) र MDGP लाई Medical Induction प्रविधिबाट मात्र पनि तालिम प्रदान गरीनेछ । यस तालिमको अवधि ७ दिनको हुनेछ ।

माथि उल्लेखित सबै चिकित्सकहरुको (१२ हप्ता भन्दा माथिको गर्भपतन गर्ने तालिमका लागि) छनौट निम्न अनुसार गरिनेछ ।

- १२ हप्ता सम्मको (1st trimester abortion) गर्भपतन सेवा सुचारु रुपमा दिइरहेको ।
- विषेश गरी १० देखि १२ हप्तासम्मको गर्भपतन सेवामा निपुणता हासिल गरेको ।

१२ हप्ता भन्दा माथिको गर्भपतन सेवालाई परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले निर्धारण गरेको Comprehensive 2nd trimester service guideline अनुसार क्रमशः विस्तार गरीदै लगिनेछ । माथि उल्लेखित सबै तालिमको लागि सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा निवेदन पठाउनु पर्दछ ।

तालिम सञ्चालन प्रक्रिया

सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धि तालिम सञ्चालन प्रक्रिया निम्नानुसार हुनेछः

जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयले आफ्नो जिल्ला भित्र सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न सुचीकृत भैसकेका र थप सुचीकृत गर्नुपर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरुको स्तर र संख्याका आधारमा कुन तहका के कति स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिमको आवश्यकता छ भन्ने एकिन गर्नुपर्दछ ।

तालिम दिनुपर्ने सहभागीको संख्या एकिन गरीसकेपछि सर्वप्रथम पूर्व सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थामा पहिले तालिम लिई सेवा प्रदान गरीरहेका स्वास्थ्यकर्मीको सरुवा भई वा अन्य कुनै पनि कारणबाट सेवा प्रदायकको अनुपस्थितिका कारणले सुरक्षित गर्भपतन सेवा अवरुद्ध भएको छ भने त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत अन्य स्वास्थ्यकर्मीलाई पहिलो प्राथमिकता दिएर तालिमको लागि परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा सिफारिश गर्नु पर्छ ।

त्यसपछि नयाँ सुचीकृत गर्नुपर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरुमा कार्यरत उपयुक्त स्वास्थ्यकर्मीलाई दोस्रो प्राथमिकता दिदै तालिमका लागि परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा सिफारिस गर्नुपर्दछ ।

पहिले सुचीकृत भई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गरीरहेका स्वास्थ्य संस्थाका अन्य अथवा थप स्वास्थ्यकर्मीहरुलाई तालिम दिनुपर्ने भएमा त्यस्ता सहभागीहरुलाई तेस्रो प्राथमिकतामा राख्नु पर्दछ ।

परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले सम्बन्धित जिल्लाको माग अनुसार गर्भपतन सम्बन्धि तालिम प्रदान गर्नुपर्ने चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुको संख्या एकिन गरी बार्षिक कार्ययोजना तयार गर्दछ । सोही कार्य योजना अनुसार प्राथमिकताका आधारमा छनौट गरिएका सहभागीहरुलाई तालिम प्रदान गर्नका लागि परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रसँग समन्वय गर्दछ । राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले कार्ययोजना अनुसारका जिल्लाहरुलाई निर्धारित मापदण्ड तथा शर्तहरु पुरा गरेका स्वास्थ्यकर्मीलाई तालिममा सहभागी गराउन जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयमा पत्र पठाउँछ र सम्बन्धित तालिम केन्द्रसँग समन्वय गरी राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले तालिम प्रदान गर्दछ ।

गैर सरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत चिकित्सक वा स्वास्थ्यकर्मीहरुको तालिमको हकमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा तालिमको लागि माग गर्नु पर्दछ र परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले तालिम सञ्चालन गर्नका लागि राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रसँग समन्वय गर्दछ । त्यसपछि राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले आवश्यकता पहिचान गरी तालिम प्रदान गर्दछ ।

३. सुरक्षित गर्भपतन सेवा तालिमको अभिलेख तथा मूल्यांकन

सुरक्षित गर्भपतन सेवा तालिम सञ्चालन गर्ने केन्द्रहरुले सुरक्षित गर्भपतन सेवा तालिम सफलतापूर्वक हासिल गरेका चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुको विस्तृत विवरण सहितको अभिलेख तयार पारी राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रमा पठाउनु पर्दछ र सोको जानकारी राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा पठाउनु पर्दछ । जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयले पनि आफ्नो जिल्ला भित्र कार्यरत सुरक्षित गर्भपतन सेवा तालिम प्राप्त गरेका चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मीहरुको अद्यावधिक अभिलेख राख्नुपर्दछ । साथै तालिमको गुणस्तर सुधार गर्न समय समयमा राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट सञ्चालन गरिएको तालिमको समेत मूल्यांकन गर्दछ ।

१३. आपूर्ति व्यवस्था

सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न आवश्यक पर्ने औषधी तथा उपकरण र अन्य सरसामानको नियमित आपूर्ति सुनिश्चित गर्न महत्वपूर्ण हुन्छ किनभने कुनै पनि स्वास्थ्य संस्थाले औषधीको, उपकरणको अभाव देखाएर महिलालाई सेवा लिनबाट बन्चित गर्नहुदैन । अत: विशेष गरेर गर्भपतन गराउदा प्रयोग हुने उपकरण (एम.भी.ए. सेट) र औषधीहरु (मिफ्रेप्रिष्टोन र मिजोप्रोष्टोल) को आपूर्ति व्यवस्था निम्नानुसार गर्नुपर्दछ ।

क) सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुका लागि:

हरेक आर्थिक वर्षमा आवश्यक पर्ने १२ हप्ता भन्दा माथिको गर्भपतन सेवाका लागि आवश्यक पर्ने औषधि तथा उपकरणहरु स्वास्थ्य संस्था आफैले खरीद गर्नु पर्दछ । औषधि तथा उपकरणहरु निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको ईकाइ मुल्य बापत प्राप्त हुने रकमबाट खरीद गर्नु पर्नेछ ।

औषधीको प्रयोगद्धारा गरीने गर्भपतनका लागि चाहिने औषधीहरु स्वास्थ्य संस्थाहरुले औषधी व्यवस्था विभागमा गर्भपतन सेवाका लागि भनी सूची गरिएको औषधी, औषधी विक्रेतासँग अनुसूची १० अनुसारको प्रेस्कीप्सन प्रयोग गरी अनुसूची १५ अनुसारको specification बमोजिमको औषधी आफैले खरीद गर्नु पर्दछ । औषधी खरीद गर्न चाहिने आवश्यक रकम सुरक्षित गर्भपतन सेवा इकाई मूल्यमा नै समावेश गरिएको छ ।

गर्भनिरोधका सम्पूर्ण साधन लगायत अन्य उपकरण अथवा सरसामानहरु स्वास्थ्य संस्थाको नियमित आपूर्ति व्यवस्था अन्तर्गत नै सुरक्षित गर्भपतन सेवा केन्द्रहरुलाई उपलब्ध गराउने व्यवस्था गर्नुपर्दछ ।

ख) गैरसरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थाहरुका लागि:

सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न सुचीकृत भएका स्वास्थ्य संस्थाहरुले आफूलाई आवश्यक पर्ने D&E सेट, एम.भी.ए. सेट तथा मिफेप्रिष्टोन तथा मिजोप्रोष्टल औषधीहरु आफैले खरीद गर्नुपर्दछ । मिफेप्रिष्टोन तथा मिजोप्रोष्टल औषधीको हकमा सुचीकृत विक्रेता मार्फत मात्र अनुसूची १० अनुसारको प्रेस्कीप्सन प्रयोग गरी आफैले खरीद गर्नुपर्दछ ।

नोटः औषधी व्यवस्था विभागबाट सुचीकृत गरिएका औषधी विक्रेता मार्फत दुवै प्रकारका औषधीहरु एउटै प्याकेटमा भएको (Copackaged: mifepristone 200 mg one tablet and misoprostol 200 mcg four tablets) बिक्री वितरण गर्ने व्यवस्था मिलाइएको छ ।

१४. सुरक्षित गर्भपतन सेवाको अभिलेख

सुचीकृत सरकारी, गैरसरकारी तथा निजि स्वास्थ्य संस्थाहरुले सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धि अभिलेख HMIS 3.7 मा राम्ररी राख्नु पर्दछ र प्रत्येक महिना HMIS को प्रक्रिया अनुसार HMIS 9.3 (PHCC/HP/SHP), 9.4 (public hospital), 9.5 (private hospital) भरी सम्बन्धित जिल्ला/जन स्वास्थ्य कार्यालयमा पठाउनु पर्दछ ।

परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले हरेक बर्ष सुरक्षित गर्भपतन सेवाको गुणस्तरलाई सुदृधिकरण गर्न HMIS 9.3 मा उल्लेखित निम्न चारवटा सूचांकहरुलाई विश्लेषण गर्दछः

- सुरक्षित गर्भपतन सेवा संख्या
- PAC सेवा संख्या
- गर्भपतन पश्चात परिवार नियोजन साधन प्रयोगकर्ता
- सुरक्षित गर्भपतन पश्चातको जटिलता संख्या

सुचीकृत सरकारी, गैरसरकारी तथा निजि स्वास्थ्य संस्थाहरुले सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिन आएका महिलाको विस्तृत जानकारी Client Personal Profile पूर्णरुपमा भरी सुरक्षित ठाँउमा गोप्यताका साथ राख्नु पर्दछ । MA सेवाको लागि अनुसूची १६, MVA सेवाको लागि अनुसूची १७ र 2nd trimester सेवाको लागि अनुसूची १८ अनुसारको Client Personal Profile भर्नुपर्दछ । त्यस्तै गरी निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको प्रयोजनको लागि अनुसूची ११ अनुसारको फारम पनि भर्नु पर्दछ ।

१५. निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा सुविधा सम्बन्धि व्यवस्था

नेपाल सरकारले आर्थिक बर्ष २०७२।७३ को बजेट बक्तव्य मार्फत सुरक्षित गर्भपतन सेवाको सबै "सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुमा शुल्क नलाग्ने व्यवस्था" गरिएको थियो । यसै बमोजिम नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयले आर्थिक बर्ष २०७३।७४ को बार्षिक स्वीकृत

कार्यक्रममा सबै सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट निशुल्क गर्भपतन सेवाको लागि बजेट विनियोजन गरी आवश्यक कार्यान्वयन गर्नका लागि यो निर्देशिका तयार गरेको छ ।

१) **निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको व्यवस्थाः** निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा अन्तर्गत सेवाग्राहीलाई निम्नानुसारको सेवा सुविधा प्राप्त हुनेछ ।

- सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थामा प्रदान गरीने सबै प्रकारका (१२ हप्ता सम्मको र १२ हप्ता पछिको) सुरक्षित गर्भपतन सेवा निशुल्क प्राप्त हुनेछ ।

- सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षित गर्भपतन सेवा पश्चात सोही संस्थामा नै सामान्य जटिलता (Incomplete or continued pregnancy) व्यवस्थापनका लागि औजार वा औषधिको प्रयोग गरी पुनः उपचार गर्नु परेमा पनि निशुल्क सेवा प्राप्त हुनेछ

- गर्भपतन पछिको जटिलता (Post Abortion Complication) व्यवस्थापन सम्बन्धमा अत्याधिक रक्तश्राव भई रक्तसंचार गर्नु पर्ने भएमा, Perforation भई Laparotomy गर्नु पर्ने भएमा र Sepsis भई २४ घण्टा भन्दा वढी भर्ना भई IV Antibiotic दिनु पर्ने भएमा "आमा तथा नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०६५ तेस्रो संसोधन २०७३" अनुसार इकाई मुल्य र यातायात खर्च सोही कार्यक्रम मार्फत उपलब्ध गराईने ।

२) **निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि बजेट व्यवस्थाः** निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रयोजनको लागि निम्न बमोजिमको इकाई मुल्य अनुसार बजेटको व्यवस्था गरिएको छ ।

- १२ हप्तासम्मको (MA/MVA) सेवाको लागी प्रति केश रु ८००। (रु. आठ सय मात्र)

- १२ हप्ता पछिको (D&E / MI) सेवाको लागी प्रति केश रु २०००। (रु दुई हजार मात्र)

इकाई मुल्य बापत स्वास्थ्य संस्थालाई प्राप्त रकम निम्नानुसार खर्च गर्नुपर्ने छ :

- सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि आवश्यक औषधि (Combipack), उपकरण खरीद (MVA Cannula लगायत), मर्मत र संक्रमण रोकथाम, सामान्य जटिलता तथा अन्य व्यवस्थापनका लागि ७० प्रतिशत

- सेवा प्रदायकको उत्प्रेरणा वापत २० प्रतिशत

- सहयोगी कर्मचारीलाई उत्प्रेरणा वापत १० प्रतिशत

माथि उल्लेखित उत्प्रेरणा वापतको रकम स्वास्थ्य संस्थाको व्यवस्थापन समितको निर्णय अनुसार बाँडफाँड गर्नु पर्नेछ ।

नोटः औषधिद्धारा गरीने सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि आवश्यक औषधी (MA) खरीद गर्दा अनुसूची १५ बमोजिमको specification अनुसार हुनु पर्दछ ।

३) वजेट व्यवस्थापन तथा वितरण

- सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रमको लागी आवश्यक वजेट रकम र श्रोतको व्यवस्थापन नेपाल सरकारले गर्नेछ ।

- विगतमा प्रदान गरेको सुरक्षित गर्भपतन सेवा संख्याको आधारमा स्वास्थ्य सेवा विभागले प्रत्येक जिल्ला/ जनस्वास्थ्य कार्यालय तथा अस्पतालहरुलाई आवश्यक पर्ने अनुमानित वजेटको वाँडफाँड गर्नेछ ।

- निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउने सम्वन्धित स्वास्थ्य संस्थाले प्रत्येक महिना सेवा प्रदान गरेका सेवाको संख्याहरुको प्रतिवेदन सोध भर्नाको लागी सम्बन्धित जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयमा अनुसूची ११ र ११(क) बमोजिमको प्रतिवेदन पेश गरी सोधभर्नाको लागि अनुसूची १३ बमोजिमको निवेदन पेश गर्नुपर्ने छ। सिधै अख्तियारी जाने अस्पतालहरुले पनि अनुसूची ११ र ११(क) अनुसारको फारम भरी हिसाब मिलान गर्नु पर्दछ । प्रतिवेदनको आधारमा प्राप्त हुने सोध भर्नाको रकम सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको खातामा जम्मा गर्नु पर्दछ ।

१६. अनुगमन तथा सुपरीवेक्षण

१) सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रमको व्यवस्थापन, अनुगमन, समिक्षा, प्रचार प्रसार र मुल्यांकन स्वास्थ्य सेवा विभाग तथा क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय र जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयवाट हुनेछ ।

२) जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालय र सिधै अख्तियारी जाने अस्पतालको अनुगमन तथा सुपरीवेक्षण अस्पताल विकाश समिति, क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय र स्वास्थ्य सेवा विभागले निरन्तर रुपमा अनुसूची ६, ७, ८ बमोजिमका Check List प्रयोग गरी अनुगमन गर्नु पर्नेछ ।

३) निशुल्क गर्भपतन सेवाको प्रगती विवरण जिल्ला मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्रत्येक महिनाको ७ गते भित्र अनुसूची ११ र ११(क) वमोजिम जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयमा पठाउनु पर्नेछ। जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयले स्वास्थ्य संस्थाहरुवाट प्राप्त विवरणलाई अनुसूची ११ (क) मा एकमुष्ठ (Compile) गरी परिवार स्वास्थ्य महाशाखा तथा क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालयमा समेत पठाउनु पर्नेछ । यसैगरी सिधै अख्तियारी जाने स्वास्थ्य संस्थाहरुले समेत एक प्रति प्रगती विवरण परिवार स्वास्थ्य महाशाखा तथा क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालयमा पठाउनु पर्नेछ ।

४) स्वास्थ्य संस्थाले प्रदान गरेको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको विवरण पारदर्शिताको लागि अनुसूची १२ अनुसार सेवा लिने महिलाको नाम, ठेगाना तथा अन्य कुनै परिचय नखुल्ने गरी सेवाग्राहीको संख्या र सेवाको प्रकारमात्र प्रत्येक महिना स्वास्थ्य संस्थाको सूचना पाटीमा अनिवार्य रुपमा सार्वजनिक गर्नु पर्नेछ ।

५) नियमित प्रतिवेदन प्राप्त भए नभएको अनुगमन क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय र परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले गर्नेछ ।

६) नियमित प्रतिवेदन लगातार ४ महिनासम्म प्राप्त नभएमा सम्वन्धित स्वास्थ्य संस्थालाई निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रममा विनियोजित रकम रोक्का गर्न सकिनेछ। यसको जिम्मेवारी संम्वन्धित स्वास्थ्य संस्थाले नै लिनु पर्नेछ ।

७) निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रमको वारेमा राष्ट्रिय स्तरका पत्र पत्रिका तथा केन्द्रीय संचार माध्यमवाट प्रचार प्रसार गर्ने कार्य राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार केन्द्रवाट हुनेछ ।

८) निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रमवारे सर्वसाधारणलाई स्थानीय स्तरवाट जानकारी गराउने तथा प्रचार प्रसार गर्ने जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयको हुनेछ ।

९) सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाले नागरिक वडापत्रमा र संस्थाको परिसर भित्र देखिने ठाउंमा निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा सम्बन्धि जानकारी अनुसूची २० अनुसार राख्नु पर्नेछ ।

१०) स्वास्थ्य सेवा विभाग र क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालयले नियमित रुपमा निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रमको प्रगती समिक्षा गरी जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयलाई पृष्ठपोषण दिनेछ ।

११) अनुगमन र सुपरीवेक्षण कार्यमा सम्बन्धित दातृसंस्था र गैरसरकारी संस्थाको समेत सहयोग लिन सकिनेछ ।

१२) सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रमको समीक्षा अन्य कार्यक्रमको समिक्षा सँग एकीकृत रुपमा गर्नु पर्नेछ ।

१३) **यो निर्देशिका तत्काल लागु हुनेछ । यस भन्दा पहिले लागु गरिएको "सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्य सञ्चालन निर्देशिका २०६८" खारेज गरिएको छ ।**

१४) **यस निर्देशिकामा उल्लेख गरिएका मुख्य बुंदाहरुको संसोधन गर्नु परेमा स्वास्थ्य मन्त्रालयले र अनुसूची हरुको संसोधन गर्नु परेमा स्वास्थ्य सेवा विभागले गर्न सक्नेछ ।**

अनुसूची १

सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि स्वास्थ्य संस्था सुचीकृत गर्ने प्रक्रिया

सरकारी संस्था

१) सरकारी स्वास्थ्य संस्था सुचीकृत गर्नका सम्बन्धित संस्थाले लागि जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयमा संस्था सुचीकरणको लागि अनुसूची ३ बमोजिमको निवेदन पेश गर्नुपर्नेछ ।

२) निवेदन प्राप्त भएपछि सम्बन्धित जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयले पहुँच र न्याय (Accesible and Equitable) को आधारमा आवश्यकताको पहिचान गर्नु पर्दछ । सो को लागि सम्बन्धित जिल्लाको पब्लिक हेल्थ नर्स सहितको टोलीले अनुसूची ६/७/८ अनुसार सबै उपकरण र पूर्वाधारहरु भए नभएको एकिन गर्न संस्थाको अवलोकन (Site Assessment) गरी राय सहितको प्रतिवेदन पेश गर्नु पर्दछ ।

३) संस्था सुचीकृत गर्नु मनासिव देखिएमा जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयले परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा संस्था सुचीकृत गर्न सिफारिस गर्नुपर्दछ ।

४) जिल्लाको सिफारिस प्राप्त भए पश्चात परिवार स्वास्थ्य महाशाखा, स्वास्थ्य सेवा विभागले संस्था सुचीकृत गरी जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयलाई जानकारी गराउने छ र सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थालाई प्रमाणपत्र प्रदान गर्नेछ ।

गैर सरकारी संस्थाः

१) सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न चाहने कुनै पनि स्वास्थ्य संस्थाले (निजी अस्पताल, नर्सिङ्ग होम, क्लिनिक, पोलिक्लिनिक वा गैर सरकारी संस्था) स्वास्थ्य सेवा बिभागबाट सुचीकृत प्रमाणपत्र लिनु आवश्यक हुन्छ ।

२) स्वास्थ्य संस्था सुचीकृत गर्न सम्बन्धित जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालयमा संस्था सुचीकृत गराई पाउँ भन्ने निवेदन (अनुसूची ३ बमोजिम) पेश गर्नुपर्छ । उक्त निवेदनका साथमा निम्न कागजातहरु पनि संलग्न हुनुपर्नेछः

(क) स्वास्थ्य संस्था दर्ता प्रमाणपत्र (प्राइभेट संस्थाको हकमा कम्पनी रजिष्ट्रारको कार्यालय, उद्योग वाणिज्य, घरेलु, जिल्ला प्रशासन कार्यालय आदिमा दर्ता

भएको प्रमाणपत्र । NGO को हकमा समाज कल्याण परिषदमा दर्ता भएको प्रमाणपत्र)

(ख) स्वास्थ्य मन्त्रालय वा यस अन्तर्गत निकायबाट स्वास्थ्य संस्था खोल्नका लागि स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा स्तरोन्नति मापदण्ड निर्देशिका २०७० बमोजिम लिएको स्वीकृती पत्र (बेड नभएको किल्निकहरु, २५ बेडसम्मको अस्पताललाई जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयबाट लिएको स्विकृती, २६ देखि ५० बेडसम्मको अस्पताललाई क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालयबाट लिएको स्विकृती पत्र, ५१ देखि २०० बेडसम्मको अस्पताललाई स्वास्थ्य सेवा विभाग व्यवस्थापन महाशाखाबाट लिएको स्विकृती पत्र, २०० बेड भन्दा माथिको अस्पताललाई स्वास्थ्य मन्त्रालयबाट लिएको स्विकृती पत्र) ।

(ग) सेवा प्रदायकको सुचीकृत प्रमाणपत्र,

(घ) सुचीकृत सेवा प्रदायकले कम से कम एक बर्ष सम्म उक्त संस्थामा सेवा प्रदान गर्नेछु भनि गरेको करारनामा

(ङ) गर्भपतन पछि हुन सक्ने जटिलताको व्यवस्थापन गर्न प्रेषणको लागि २४ सै घण्टा प्रसूति/स्त्री रोग सम्बन्धि शल्यक्रिया गर्ने सुविधा भएको अस्पतालको नाम ।

३) निवेदन प्राप्त भएपछि सम्बन्धित जिल्ला/जन स्वास्थ्य कार्यालयले पहुँच र न्याय (accesibility and equity) को आधारमा आवश्यकताको पहिचान गर्नु पर्दछ । सो को लागि सम्बन्धित जिल्लाको पब्लिक हेल्थ नर्स सहितको टोलीले अनुसूची ६/७/८ अनुसार सबै उपकरण र पूर्वाधारहरु भए नभएको एकिन गर्न संस्थाको अवलोकन (Site Assessment) गरी राय सहितको प्रतिवेदन पेश गर्नु पर्दछ ।

४) संस्था सुचीकृत गर्नु मनासिव देखिएमा जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयले परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा संस्था सुचीकृत गर्न सिफारिस गर्नुपर्दछ ।

५) जिल्लाको सिफारिस र आवश्यक दस्तावेज सँगै सुचीकृत गर्न लाग्ने राजस्व रु ५,०००/- (पाँच हजार) स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा बुझाउनु पर्नेछ ।

६) जिल्लाको सिफारिस र आवश्यक दस्तावेज र राजश्व जम्मा गरेको भौजर प्राप्त भए पश्चात परिवार स्वास्थ्य महाशाखा, स्वास्थ्य सेवा विभागले संस्था सुचीकृत गर्न सक्ने छ। संस्था सुचीकृत भएमा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थालाई प्रमाणपत्र प्रदान गरी सो को जानकारी जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयलाई गराउनु पर्दछ।

७) सुचीकृत भैसकेका स्वास्थ्य संस्थाहरुको गुणस्तर कायम गर्नको लागि परिवार स्वास्थ्य महाशाखाबाट खटाईएको टोलीले कुनै पनि बेला उक्त स्वास्थ्य संस्थाको निरीक्षण गरी उक्त संस्थामा सेवा प्रदान गर्नका लागि आवश्यक उपकरण, पूर्वाधार र वातावरण भए नभएको अनुगमन तथा मूल्याङ्कन गर्न सक्नेछ।

८) सुचीकृत संस्थाहरुले सुरक्षित गर्भपतन सेवा चिनाउने लोगो र सरकारी स्वास्थ्य संथाको सम्बन्धमा सो सेवा निशुल्क उपलब्ध भएको जानकारी सबैले देख्ने गरी टाँस्नु पर्नेछ। साथै, सुचीकृत प्रमाणपत्र, सेवा शुल्क विवरण तथा सेवा प्रदायकको सुचीकृत प्रमाणपत्र पनि सबैले देख्ने गरी राख्नुपर्नेछ। हरेक सुचीकृत स्वास्थ्य संस्थाले निर्दिष्ट मासिक प्रगति विवरण नियमित रुपमा सम्बन्धित जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयमा पठाउनु पर्नेछ।

९) संस्था सुचीकृत भैसके पछि सम्बन्धित जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयबाट अनुसूची ६/७/८ को अनुगमन तथा सुपरीवेक्षण चेकलिष्ट प्रयोग गरी नियमित अनुगमन गर्नुपर्दछ। अनुगमनको क्रममा केही सेवाको गुणस्तरमा कमी देखिएमा सुधारको लागि सुझाव दिनु पर्दछ र तीन पटक सम्म पनि अनुगमन गर्दा केही सुधार गरिएको नदेखिएमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखालाई सूचीबाट हटाउन (delisting) सूचना गर्नु पर्दछ।

१०) कुनै पनि सुचीकृत संस्थाले विना इजाजत सोही वा अन्य जिल्लामा कुनै पनि शाखा खोल्न पाईने छैन। कुनै संस्थाले शाखा खोल्नु परेमा माथि उल्लेखित सुचीकरण प्रक्रिया अवलम्बन गर्नुपर्ने छ।

११) सुचीकृत संस्थाहरुले सेवा बन्द गरेमा सो को जानकारी अविलम्ब रुपमा परिवार स्वास्थ्य महाशाखालाई दिनु पर्नेछ।

अनुसूची २

सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि सेवा प्रदायक सुचीकृत गर्ने प्रक्रिया

१) सरकारी तथा गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत सेवा प्रदायकले राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट स्वीकृत प्राप्त तालिम केन्द्रले सञ्चालन गरेको निश्चित अवधिको सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी तालिम प्राप्त गरेको हुनु पर्दछ ।

२) राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट जारी भएको प्रमाण पत्र सहित निम्न उल्लेखित दस्तावेजहरु र अनुसूची ४ बमोजिमको निवेदन परिवार स्वास्थ्य महाशाखामा पेश गर्नु पर्ने छ ।

तालिम प्राप्त गरि सकेपछि सुचीकृत हुन आवश्यक पर्ने कागजातहरु

- सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी तालिम लिएको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी
- शैक्षिक योग्यताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
- सम्बन्धित काउन्सिलमा दर्ता भएको म्याद भित्रको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
- नेपाली नागरिकताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
- पासपोर्ट साइजको एउटा फोटो
- सुचीकृत हुन रजिष्ट्रेशन शुल्क रु. १०००।- (गैर सरकारी संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीका लागि मात्र)

अनुसूची ३

स्वास्थ्य संस्था सुचीकृत गर्न दिने निवेदन

श्रीमान् प्रमुखज्यू,
जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालय,

विषय: स्वास्थ्य संस्थाको नाम सुचीकृत गराईपाउँ

सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउनको लागि यस संस्थाको नाम सुचीकृत गराई पाउन देहायको विवरण खुलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६० को दफा ५ को उपदफा (२) बमोजिम यो निवेदन दिएको छु र छौं ।

१. स्वास्थ्य संस्थाको नाम ठेगाना:-
२. स्वास्थ्य संस्था दर्ता भएको कार्यालय:-
३. स्वास्थ्य संस्थाको दर्ता नं. र मिति:-
४. स्वास्थ्य संस्थाले सञ्चालन गर्ने गरेको अन्य सेवा:-
५. स्वास्थ्य संस्थाको प्रमुख पदाधिकारीको नाम र थर:-
६. स्वास्थ्य संस्थाबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा सञ्चालन गर्दा मुलुकी ऐन ज्यान सम्बन्धीको महलको २८ ख. नं. तथा यस प्रक्रियामा उल्लेख भए बमोजिमको व्यवस्थाको पालना गर्नेछु/छौं ।
७. स्वास्थ्य संस्थाबाट अन्य सेवा सञ्चालन गर्न दिएको पत्र संख्या र मिति:-
८. स्वास्थ्य संस्थाबाट पछिल्लो पल्ट त्यस संस्थाको अनुगमन भएको मिति:-

मिति:
स्वास्थ्य संस्थाको छाप
निवेदकको,-

सही
नाम
दर्जा

अनुसूची ४

सेवा प्रदायक सुचीकृत हुन दिने निवेदन

श्रीमान् महानिर्देशकज्यु/श्रीमान् प्रमुखज्यु
स्वास्थ्य सेवा विभाग/जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय ।

विषयः नाम सुचीकृत गरी पाउँ ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने प्रयोजनको लागि खडा गरिएको सूचीमा मेरो नाम समावेश गर्न देहायको विवरण खुलाई सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६० को दफा ३ को उपदफा (२) बमोजिम यो निवेदन दिएको छु ।

विवरण

१. निवेदन दिनेको नाम र ठेगानाः-
२. आफ्नो नाम दर्ता भएको व्यावसायिक परिषद्को नामः-
३. व्यावसायिक परिषदको दर्ता नं र दर्ता मितिः-
४. शैक्षिक योग्यताः-
   (क)
   (ख)
५. तालिमः-
   (क)
   (ख)
६. सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दा मुलुकी ऐन ज्यान सम्बन्धीको महल, यो प्रक्रियामा उल्लेख भए बमोजिमको व्यवस्था र पेशागत आचरणको पालना गर्नेछु ।
७. सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६० बमोजिम सुचीकृत स्वास्थ्य संस्था मार्फत सेवा प्रदान गर्नेछु।

मिति

आवेदकको,-
हस्ताक्षर
नाम

अनुसूची ५

सुरक्षित गर्भपतन सेवा (Safe Abortion Services) दिने सुचीकृत संस्थाको नवीकरण गर्न भर्नुपर्ने फारम

श्रीमान् प्रमुखज्यू
जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालय
.....

यस संस्थाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्दै आइरहेकोमा यसको प्रमाणपत्र नवीकरण गर्नको लागि निम्न विवरण खोली निवेदन दिएको छु ।

सुचीकृत संस्थाको नामः .....।

सुचीकृत संस्थाको ठेगानाः .....

फोन नं.....फ्याक्स..... ईमेलः.....वेव साइट.....

संस्था प्रमुखको नामः .....

सुचीकृत प्रमाणपत्र नं. : ..... सुचीकृत गरिएको मिति.....

प्रमाणपत्रको म्याद सकिने मितिः .....

सुचीकृत सेवा प्रदायकको नामः .....सुचीकृत प्रमाणपत्र नं. : .....

विगतमा दिइएको सेवा संख्या (विगत पाँच बर्षको)

आर्थिक बर्ष	सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिने सेवाग्राही जम्मा संख्या	कुनै गम्भरी जटिलता भएको भए संख्या	सुरक्षित गर्भपतन सेवा पछि दिइएका परिवार नियोजन सेवा संख्या				अन्य विवरण
			VSC	IUCD	Implant	जम्मा	
२०.../...							
२०.../...							
२०.../...							
२०.../...							

यस संस्थामा सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि चाहिने आवश्यक न्युनतम स्थान, औजार, उपकरण तथा औषधि र उपयुक्त प्रेषण प्रणाली रहेको तथा HMIS-3.7 अनुसार सेवाग्राहीको रिपोर्ट जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालयमा नियमित रुपमा पठाइ रहेको व्यहोरा प्रमाणित गर्दछु। साथै भविष्यमा पनि नियमित रुपमा गुणस्तरीय सेवा प्रदान गर्ने कटिबद्धता जाहेर गर्दछु।

संस्था प्रमुखको नामः .....

सहीः..... कार्यालयको छापः

पदः..... मितिः.....

यस संस्थालाई नवीकरण गर्न उपयुक्त भएको प्रमाणित गर्दछु। बैंक भौचर नं.....
.....मिति.....

सिफारिस गर्नेको नाम..... सही.....
पद.....

मिति.....

अनुसूची ६

MVA Service Delivery Site Assessment/Monitoring Checklist

यो checklist सम्बन्धित जिल्ला जनस्वास्थ्यरस्वास्थ्य कार्यालयका पब्लिक हेल्थ नर्स सहितको टोलीले सुचीकृत गरीनु पर्ने स्वास्थ्य संस्थामा स्थलगत निरीक्षण गरी भर्नु पर्दछ।

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: .....

ठेगाना: .....

जिल्ला : .....

Site Assessment गर्ने व्यक्तिको

नाम:

पद:

मिति:

Minimum Requirements for MVA Service Delivery Site (For 3 cases/day)

Requirements	Yes	No	Remarks
1.Registration Area • Space for nursing station • Table and chairs for the nursing station • Space and seats for waiting clients • IEC Materials about Abortion and Family Planning • Toilet			
2. Counseling Room or Area, • Partition screen if necessary • Table and 2 chairs • B.P instruments (1) • Thermometer (1) • Stethoscope (1) • Flip chart for counseling			

Requirements	Yes	No	Remarks
3.Client Assessment/Examination Room • Reliable source of running water • Examination table (1) • Goose' neck Light/ Emergency light /torch (1) • Table and 2 chairs • Stainless steel tray/ drum with cover for storing the instruments (2) • Surgical gloves (5 pairs) • Bivalve speculum (3) • Cheattel's forceps with jar (1) • Bowe/LBucket with clean Water (1) • Bowe/LBucket with chlorine water (1)			
4.Procedure Room 4.1 Equipment • Procedure table (1) • Instrument Trolley (1) • Stool for Procedure (1) • Goose' neck light (1) • I.V. Stand and IV sets (1) • B.P instrument (1) • Thermometer (1) • Stethoscope (1) • Stainless steel drum with cover for storing the instruments (2) • One stainless tray with cover for storing the MVA cannula (2) • Cheattel's forceps with jar-1 • MVA Aspirator-3 • MVA cannula set No. 4-12 (3 set) • 10 ml syringe for para cervical block (4) • Surgical gloves (5 pairs) • Hand towels (3) • Bivalve speculum (3) • Dilators (1 set) • Sponge holders (3) • Tenaculum or Volsellum (3) • Grasping Forceps/ Long Artery Forceps (2)			

Requirements	Yes	No	Remarks
• Bowl for keeping Betadine solution (3) • Kidney tray (3) • Steel container for POC collection (1) • Gauge piece/cotton 4.2 POC Checking • Sieve (1) • Magnifying glass/light box (1) 4.3 Life support instruments • Oxygen cylinder with oxygen and flow meter (1) • Ambu bag (1) 4.4 Essential drugs • Ibuprofen (10 tab) • Diclofenac (10 tab) • Paracetamol (10 tab) • Lignocaine 1% (2 bottle) • Diazepam- Oral (10 tab) and Injectable (2 vial) • Doxycycline (10 tab) • Metronidazole/Tinidazole (10 tab) • Ciprofloxacin (10 tab) • Oxytocine (4 vial) • Ergometrine (4 vial) • Betadine solution (2 bottle) • 5% Dextrose • Normal Saline (4 bottle) • Ringer lactate (4 bottle) • Water for injection (2 vial) • IV Cannula (2) 4.5 Life-saving drugs • Atropine (2 vial) • Hydrocortisone (2 vial) • Dexamethsone (2 vial) • Inj. Adrenaline (2 vial) • Inj. Aminiphylline/Inj. Deriphylline (2 vial) • Plasma expanders-2			

Requirements	Yes	No	Remarks
4.6 Contraceptives available • Implant (3) • IUCD (3) • Permanent sterilization service/ referral 4.7 Infection prevention • Utility Gloves (1 pair) • Leak proof waste containers for sharp needles (1) • Bucket for waste collection (1) • Plastic apron (2) • Bowe/LBucket with clean Water (1) • Bowe/LBucket with chlorine water (1)			
5.Recovery Room • B.P instrument (1) • Thermometer (1) • Stethoscope (1) • Low bed (2) • Mattress and pillow wrap by regzin (2) • I.V. Stand (1) • FP methods available (Condom, OCP-3 Pkts, Depo-3 vial) • Emesis Pan (1) • Bucket for waste collection (1) • Sink and reliable source of running water • Toilet			
6. Space for Instrument Processing • Reliable source of running water • Storage space for supplies and instruments • Autoclave drum (3) • Plastic aprons (2) • Utility Gloves (1 pairs) • Detergent powder (2 pkt) • Soft brush for cleaning instruments (1) • Plastic Bowe/LBucket for cleaning (2)			
7. Waste Management system • Pit/Incinerator			

Requirements	Yes	No	Remarks
8. Personnel • CAC Provider (1) • Assistant Nurse (1) • Support Staff (1)			
9. Comprehensive Reproductive Health Service • BEONC/ CEONC site (please mention the site type under the remarks column) • Counseling / treatment/ referral for HIV +ve cases • Treatment for RTI • Service for Adolescent			
10. Emergency Services available 24 hour OR referral • Name of the referral hospital (please mention the name of the hospital under the remarks column) • Available transport/Fund in case of emergency			

यस स्वास्थ्य संस्थामा माथि उल्लेखित मापदण्ड अनुसारको औषधी, उपकरण र पूर्वाधार पाइएको हुनाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि सिफारिस गर्दछु ।

नाम:

पद: जिल्ला जनस्वास्थ्य/स्वास्थ्य अधिकृत

सही:

मिति:

नाम:

पद: पब्लिक हेल्थ नर्स

सही:

मिति:

स्वास्थ्य संस्थाको छाप

अनुसूची ७

Medical Abortion (MA) Service Delivery Site Assessment Checklist

यो Checklist सम्बन्धित जिल्ला जनस्वास्थ्यरस्वास्थ्य कार्यालयका पब्लिक हेल्थ नर्सले सुचीकृत गरीनु पर्ने स्वास्थ्य संस्थामा स्थलगत निरिक्षण गरी भर्नु पर्दछ ।

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: .....

ठेगाना: .....

जिल्ला: .....

Site Assessment गर्ने व्यक्तिको

नाम:

पद:पब्लिक हेल्थ नर्स

मिति:

	क. दर्ता तथा परामर्श कोठा	छ	छैन	कैफियत
१	सेवाग्राहीको दर्ता गराउने ठाउँ			
२	सेवाग्राही लाइ परामर्श गर्ने ठाउँ (गोपनीय)			
३	गर्भपतन सेवा रजिष्टर (HMIS-3.7)			
४	Client Personal Profile			
	ख. सेवाग्राहीको जाँच गर्ने कोठा	**छ**	**छैन**	
१	हात धुनकोलागि सावुन पानीको व्यवस्था			
२	कम्तीमा एकसेट चालु अवस्थाको BP Instrument			
३	कम्तीमा एकसेट चालु अवस्थाको Stethoscope			
४	कम्तीमा एउटा चालु अवस्थाको Thermometer			
५	सेवाग्राहीको जाँचको लागि टेवुल			
६	उज्यालोको लागि विजुली वा अन्य व्यवस्था			

७	हातमा लगाउने पन्जा छ वटा			
८	वाइभल्भ स्पेकुलम दुई सहितको ट्रे			
९	भाइरेक्स पाउडर अथवा क्लोरिन सोलुसन 0.5%			
१०	क्लोरीन तथा सावुन पानी राख्ने वाँटा र वाल्टीन			
११	प्रयोग भएका तीखा औजारहरु फाल्ने पङचर प्रुफ कन्टेनर			
१२	सावुन तथा पानीको व्यवस्था भएको ट्वाइलेट (सेवाग्राहीको लागि)			
१३	फोहरमैलाको व्यवस्थापन गर्ने उपलब्धता			
१४	कम्तीमा एक जना मेडिकल एवोर्सन (MA) सेवा प्रदायक			
१५	मेडिकल एवोर्सन (MA) सेवा प्रदायकको नाम र दर्ता नं.			
१६	परिवार नियोजनका साधनको उपलब्धता (कम्तीमा ३ प्रकारका (कन्डम, पिल्स, डिपो)			
	ग. जटिलता ब्यवस्थापन	**छ**	**छैन**	
१	२४ सै घन्टा आकस्मीक सेवाको उपलब्धता वा प्रेषण ब्यवस्थापन			
२	प्रेषण गर्ने अस्पताल र प्रा.स्वा.के. को नाम			
३	प्रेषण गर्ने अस्पतालको आकस्मिक सम्पर्क तथा फोन नं. समेत भएको सेवाग्राहीले प्रयोग गर्ने सम्पर्क कार्ड			
विविध (यदि अन्य कुनै उल्लेखनीय सूचना भए यहाँ लेख्नुहोस)				

यस स्वास्थ्य संस्थामा माथि उल्लेखित मापदण्ड अनुसारको औषधी, उपकरण र पूर्वाधार पाइएको हुनाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि सिफारिस गर्दछु ।

नाम:

पद: जिल्ला जनस्वास्थ्य/स्वास्थ्य अधिकृत

सही:

मिति:

नाम:

पद: पब्लिक हेल्थ नर्स

सही:

मिति:

स्वास्थ्य संस्थाको छाप

अनुसूची ८

Second Trimester Service Delivery Site Assessment Checklist

(यो checklist गर्भपतन सेवा प्रदान गर्ने सुचीकृत स्टाफ नर्स र सम्बन्धित जिल्ला जनस्वास्थ्य/स्वास्थ्य कार्यालयका पब्लिक हेल्थ नर्सले सुचीकृत गरीनु पर्ने स्वास्थ्य संस्थामा स्थलगत निरिक्षण गरी भर्नु पर्दछ ।)

स्वास्थ्य संस्थाको नामः .....

ठेगानाः .....

जिल्ला : .....

Site Assessment गर्ने व्यक्तिको

नामः

पदः पब्लिक हेल्थ नर्स

मितिः

नामः

पदः

मितिः

Minimum Requirements for 2nd trimester Service Delivery Site (For 3 cases/day)

Requirements	Yes	No	Remarks
1. Registration Area • Space for nursing station • Table and chairs for the nursing station • Space and seats for waiting clients • IEC Materials about Abortion and Family Planning • Toilet • HMIS-3.7 log book			

Requirements	Yes	No	Remarks
2. Counseling Room or Area, • Partition screen if necessary • Table and 2 chairs • B.P instruments (1) • Thermometer (1) • Stethoscope (1) • Flip chart for counselling			
3. Client Assessment/Examination Room • Reliable source of running water • Examination table (1) • Goose' neck Light/ Emergency light /torch (1) • Table and 2 chairs • Stainless steel tray/ drum with cover for storing the instruments (2) • Surgical gloves (5 pairs) • Bivalve speculum (3) • Cheattel's forceps with jar (1) • Bowe/LBucket with clean Water (1) • Bowe/LBucket with chlorine water (1)			
4. Procedure Room 4.1 Equipment • Procedure table (1) • Instrument Trolley (1) • Stool for Procedure (1) • Goose' neck light (1) • I.V. Stand and IV sets (1) • B.P instrument (1) • Thermometer (1) • Stethoscope (1) • Stainless steel drum with cover for storing the instruments (2) • One stainless tray with cover for storing the MVA cannula (2) • Cheattel's forceps with jar-1 • MVA Aspirator-3			

Requirements	Yes	No	Remarks
• MVA cannula set No. 4-12 (3 set) • 10 ml syringe for para cervical block (4) • Surgical gloves (5 pairs) • Hand towels (3) • Bivalve speculum (3) • Dilators (1 set) • Sponge holders (3) • Tenaculum or Volsellum (3) • Grasping Forceps/ Long Artery Forceps (2) • Bowl for keeping Betadine solution (3) • Kidney tray (3) • Steel container for POC collection (1) • Gauge piece/cotton 4.2 POC Checking • Sieve (1) • Magnifying glass/light box (1) 4.3 Life support instruments • Oxygen cylinder with oxygen and flow meter (1) • Ambu bag (1) 4.4 Essential drugs • Ibuprofen (10 tab) • Diclofenac (10 tab) • Paracetamol (10 tab) • Lignocaine 1% (2 bottle) • Diazepam- Oral (10 tab) and Injectable (2 vial) • Doxycycline (10 tab) • Metronidazole/Tinidazole (10 tab) • Ciprofloxacin (10 tab) • Oxytocine (4 vial) • Ergometrine (4 vial) • Betadine solution (2 bottle) • 5% Dextrose • Normal Saline (4 bottle) • Ringer lactate (4 bottle)			

Requirements	Yes	No	Remarks
• Water for injection (2 vial) • IV Cannula (2) 4.5 Life-saving drugs • Atropine (2 vial) • Hydrocortisone (2 vial) • Dexamethsone (2 vial) • Inj. Adrenaline (2 vial) • Inj. Aminiphylline/Inj. Deriphylline (2 vial) • Plasma expanders-2 4.6 Contraceptives available • Implant (3) • IUCD (3) • Permanent sterilization service/ referral 4.7 Infection prevention • Utility Gloves (1 pair) • Leak proof waste containers for sharp needles (1) • Bucket for waste collection (1) • Plastic apron (2) • Bowe/LBucket with clean Water (1) • Bowe/LBucket with chlorine water (1)			
5. Recovery Room • B.P instrument (1) • Thermometer (1) • Stethoscope (1) • Low bed (2) • Mattress and pillow wrap by regzin (2) • I.V. Stand (1) • FP methods available (Condom, OCP-3 Pkts, Depo-3 vial) • Emesis Pan (1) • Bucket for waste collection (1) • Sink and reliable source of running water • Toilet			

Requirements	Yes	No	Remarks
6.Space for Instrument Processing • Reliable source of running water • Storage space for supplies and instruments • Autoclave drum (3) • Plastic aprons (2) • Utility Gloves (1 pairs) • Detergent powder (2 pkt) • Soft brush for cleaning instruments (1) • Plastic Bowel/Bucket for cleaning (2)			
7. Waste Management system • Pit/Incinerator			
8. Personnel • CAC Provider -Ob & Gyn/ MDGP (1) • Assistant Nurse (1) • Support Staff (1)			
9. Comprehensive Reproductive Health Service • BEONC/ CEONC site (please mention the site type under the remarks column) • MVA services for 1st trimester available 6 days • Counseling / treatment/ referral for HIV +ve cases • Treatment for RTI • Service for Adolescent			
10 . Comprehensive Emergency Obstetric Care available 24 hour/7 days • 24 hour functioning OT • 24 hour available anesthetic assistant • 24 hour access to blood transfusion services • 24 hour available ob/gyn or MDGP skilled in CemOC • Provision/ access to Ultra Sonography (USG)			

यस स्वास्थ्य संस्थामा माथि उल्लेखित मापदण्ड अनुसारको औषधी, उपकरण र पूर्वाधार पाइएको हुनाले सुरक्षित गर्भपतन सेवाका लागि सिफारिस गर्दछु ।

नाम:	नाम:
पद: मेडिकल सूपेरिनटेन्डेन्ट जनस्वास्थ्य/स्वास्थ्य अधिकृत	पद: जिल्ला
सही:	सही
मिति:	मिति

स्वास्थ्य संस्थाको छाप

अनुसूची ९

MVA/MAService Delivery Supervision Checklist

(यो checklist सेवाको अनुगमन गर्न जाने व्यक्तिले प्रयोग गरीनेछ । सेवा मापदण्ड अनुसार भए नभएको एकिन गरी सुधारका लागि आवश्यक सल्लाह दिनु पर्दछ ।)

जिल्ला : ....

स्वास्थ्य संस्थाको नाम : ....

क्रस	विवरण	प्राप्ति	
सेवा प्रदायकहरुको विवरण			
१.	MVA+MA Provider को संख्या र नाम: १. ..... २.		
२.	MA Only Provider को संख्या र नाम: १. ..... २.		
३.	CAC Focal Person को नाम र पद नाम :... ... ... पद:		
४.	मापदण्ड (Criteria) पुगेका तालिम लिन इच्छुक चिकित्सक वा नर्सिङ्ग स्टाफको नाम: १. ..... २.		
५.	सेवाको उपलब्धता र समय (प्रत्येक दिन (विदाको दिन वाहेक) समय .....छ/ छैन		

क्रस	विवरण	प्राप्ति	
६.	**सेवा दिने ठाउँ** क) परामर्श दिने ठाउँ छ /छैन ख) सेवा प्रदान गर्ने कोठाछ/छैन ग) Recovery ठाउँ छ/छैन		
७.	प्रयोग गरीने औजार क)Functioning MVA Set को संख्या ख) आवश्यक Cannula हरु (नं.४-१२ सम्म) को संख्या ग) EVA घ) अन्य		
८.	एनेस्थेसिया प्रयोग गरेको भए विधिः क) Para Cervical ख) General Anesthesia ग) अन्य		
९.	MA Drug (Combi-Pack) को संख्या		
१०.	Light box प्रयोग गरी POC Check गर्ने गरेको छ/छैन		
११.	Long Term Contraceptivesको उपलब्धता क) IUCD छ/छैन ख) Implant छ/ छैन ग) Depo-Provera छ / छैन		
१२.	सबैले देख्ने गरी CAC Logo टाँसेको छ / छैन		
१३.	सबैले देखिने गरी सेवा प्रदायकको प्रमाण पत्र झुण्ड्याएको छ/छैन		

क्रस	विवरण	प्राप्ति	
१४.	सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको हकमा सबैले देखिने गरी सेवा निशुल्क रहेको जानकारी टांसेको छ /छैन		
१५.	सबैले देख्ने गरी संस्थाको सुचीकृत प्रमाण पत्र झुण्ड्याएको छ/छैन		
१६.	सुरक्षित गर्भपतन सेवा सम्वन्धि जानकारी (समय र शुल्क) सबैले देख्ने गरी नागरीक वडापत्रमा लेखिएको छ/छैन		
१७.	सेवा लिन भन्दा अगाडी र सेवा प्रदान गरी सकेपछि CAC Flip Chart प्रयोग गरेर परामर्श गर्ने गरेको छ / छैन		
१८.	HMIS-3.7 Logbook completely/ correctly/ consistently भरेको छ/छैन		
१९.	Client Personal profile छ/छैन		
२०.	अनुगमन गरेको मितिमा निम्न indicators को मुल्याङ्कन गर्नुहोस र सो Indicators हरुलाई सुधार गर्न सुझावहरु लेख्नुहोस । (विगत ३ महिनाको डाटाको आधारमा)		
२१।	Total Number of CAC (MVA+MA)		
२२।	Total Number of PAC (Incomplete Abortion)		
२३।	% of complication Post CAC		
२४।	% of Contraception methods (post CAC and Post PAC)		

माथि उल्लेखित बुँदाहरुलाई सुधार गर्नको लागि तपाईले समुहमा छलफल गरी निम्न तालिकामा योजना बनाउने :-

कार्यान्वयन गर्नु पर्ने बुँदाहरु	योजना गरिएका क्रियाकलापहरु	जिम्मेवार व्यक्ति

<u>अनुगमन कर्ताको तर्फबाट</u>

सही : .... अनुगमन कर्ताको नाम : ....

मिति.....

अनुसूची १०

MA औषधी खरीद गर्न प्रयोग गरीने प्रेस्कीपसन

श्री औषधी थोक बिक्रेता,

.....

यस.....स्वास्थ्य संस्थारअस्पताललाई स्वास्थ्य सेवा विभाग परिवार स्वास्थ्य महाशाखाले सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्नको लागि स्वीकृती दिइ सकेको हुनाले यस सेवा प्रदान गर्न आवश्यक औषधी मिफेप्रिष्टोन र मिजोप्रोष्टल (copackged: mifepristone 200mg one tablet and misoprostol 200 mcg four tablets) .....प्याकेट उपलब्ध गराई दिनु हुन अनुरोध गर्दछु ।

स्वास्थ्य संस्थाको सुचीकृत नं.....

सुचीकृत मितिः

सेवा प्रदायकको नामः.....

सेवा प्रदायकको सुचीकृत नं.....

सुचीकृत मितिः.....

सही.....

अनुसूची ११

सेवा ग्राहीको विवरण भर्ने फारम

जिल्ला..... गा.वि.स/न.पा.....

स्वास्थ्य संस्थाको नामं..... संस्थाको सुचीकृत न.....

क्र.स.	मुल दर्ता रजिष्टर नं.	HMIS 3.7 रजिष्टरनं.	सेवाको प्रकार MA/ MVA/ 2nd tri PAC)	कैफियत

तयार गर्नेको

नाम

पद

मितिः

प्रमाणित गर्नेको

नामः

पदः

मितिः

स्वास्थ्य संस्थाको छाप

यो फारम हरेक महिना जिल्ला/जनस्वास्थ्य कार्यालयमा पठाउनु पर्दछ

अनुसूची ११(क)

सुरक्षित गर्भपतन सेवा मासिक प्रतिवेदन

जिल्ला:..... स्वास्थ्य संस्थाको नाम.....

स्वास्थ्य संस्थाको ठेगाना:..... संस्था सुचीकृत नं.....

प्रतिवेदन गरेको आर्थिक वर्ष: ..... महिना.....

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको विवरण	निशुल्क सेवा दिइएका सेवाग्राहीको संख्या	स्वास्थ्य संस्थालाई प्रदान गरिएको जम्मा रकम रु.	जम्मा रकम रु.
बाह्र हप्ता भन्दा बढिको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको			
बाह्र हप्ता भन्दा कमको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको (सर्जिकल)			
बाह्र हप्ता भन्दा कमको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको (मेडिकल)			
गर्भपतन पश्चात जटिलता भई उपचार गरेको संख्या			
जम्मा			

जिल्ला भित्रका नि:शुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवम लागु भएका स्वास्थ्य संस्था संख्या:

अस्पताल संख्या ☐ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र संख्या: ☐ स्वास्थ्य चौकी ☐

प्रतिवेदन तयार गर्नेको: लेखा प्रमुखको:

प्रमाणित गर्ने:

दस्तखत:	दस्तखत	दस्तखत:
नाम:	नाम:	नाम:
पद:	पद:	पद:
मिति	मिति:	मिति

(नि:शुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा लागु गर्ने प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले यो प्रतिवेदन मासिक रुपमा भरी जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयमा पठाउनु पर्छ र जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयले संकलन गरी मासिक रुपमा स्वा.से.वि., व्यवस्थापन सूचना शाखामा तथा परिवार स्वास्थ्य महशाखामा पठाउनु पर्नेछ ।)

नोट: यो प्रतिवेदनको आधारमा लेखापरिक्षण हुने हुँदा सुरक्षितसँग राख्नु पर्छ ।

अनुसूची १२

स्वास्थ्य संस्थामा सेवाको बारेमा प्रकाशन गर्नु पर्ने सूचना

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: स्वास्थ्य संस्थाको ठेगाना:

प्रतिवेदन गरेको आर्थिक वर्ष: ..... महिना .....

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको विवरण	निशुल्क सेवा दिइएका सेवाग्राहीको संख्या	स्वास्थ्य संस्थालाई प्रदान गरिएको जम्मा रकम रु.	जम्मा रकम रु.
बाह्र हप्ता भन्दा बढिको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको			
बाह्र हप्ता भन्दा कमको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको (सर्जिकल)			
बाह्र हप्ता भन्दा कमको सुरक्षित गर्भपतन सेवाको (मेडिकल)			
गर्भपतन पश्चात जटिलता भई उपचार गरेको संख्या			
जम्मा			

अनुसूची १३

निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा दिए वापत स्वास्थ्य संस्थाले पाउने सोधभर्ना रकम माग तथा भुक्तानी फारम

(यो फारम स्वास्थ्य संस्थाले मासिक रुपमा भरी रकम माग गर्नु पर्दछ)

श्री जिल्ला स्वास्थ्य /जनस्वास्थ्य कार्यालय

.....

विषय: सोधभर्ना रकम भुक्तानी सम्वन्धमा

चालु आ.व. ..... को ..... महिनामा यस स्वास्थ्य संस्थावाट निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम मार्फत सेवा प्रदान गरिएको संलग्न अनुसची ..... वमोजिम निम्न अनुसारको रकम सोधभर्नाको लागी अनुरोध छ ।

१) 1st Trimester को गर्भपतन संख्या ..... जनाको जम्मा रु. .....

२) 2nd Trimester को गर्भपतन संख्या ..... जनाको जम्मा रु. .....

कुल जम्मा रु. .....

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

तयार गर्ने:	स्वास्थ्य संस्था प्रमुख:
दस्तखत:	दस्तखत:
नाम:	नाम:
पद:	पद:
मिति:	मिति:

स्वास्थ्य संस्थाले पाउने सोधभर्ना स्वरुपको रकम बुझेको भरपाई

सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०६८, पहिलो संसोधन २०७३ अनुसार आ.व.....को .....महिनामा यस स्वास्थ्य संस्थामा जम्मा.....जनालाई सेवा दिए बापत जम्मा रु..... (अक्षेरुपी.....) नगदै/चेक नं..... बाट बुझिलिई यो भरपाई गरिदिएँ।

रकम बुझिलिने कर्मचारीको	**स्वास्थ्य संस्थाको**
दस्तखत:	नाम:
नाम:	ठेगाना:
पद:	
मिति:	

पेश गर्ने	**सिफारिस गर्ने**	**प्रमाणित गर्ने**
दस्तखत:	दस्तखत:	दस्तखत:
नाम:	नाम:	नाम:
पद:	पद:	पद:
मिति:	मिति:	मिति:

अनुसूची १४

Specification of Misoprostol

Strength:	Misoprostol 200mcg tablet
Packing size:	2 tabs in alu/alu pack.
Standard	The product should conform to the Indian Pharmacopoeia, the British Pharmacopoeia, EuropeanPharmacopia, the United States Pharmacopoeia, as recognized by the Drug standard regulation 2043
Shelf life	Minimum 24 months. The remaining shelf life should not be less than three quarters (3/4) of the stipulated shelf life of the product at the point of destination
Minimum Require-ments	1. The manufacturer should have valid WHO-GMP Certificate issued by the competent authority. 2. Valid manufacturing license of the site and the product. 3. Valid Certificate of Pharmaceutical Product (CPP) in the format as recommended by WHO. 4. Real Time Stability Data of the product (commercial batch) of at least three batches at the storage condition of 30°±2° C and 75%±5% RH (data of 2 years for the products having Shelf life of more than 2 years and of the whole period for the product having less than 2 years of shelf life). The data should be notarized or certified by the concerned authority. 5. Certificate of Analysis of the product by own laboratory.

Note: All documents should be notarized or attested by the concerned authority.

अनुसूची १५

Specification of MA Drug (Combipack)

1. Combi pack of Mifepristone & Misoprostol tablets.

2. Each Blister pack containing light yellow uncoated one tablet Mifepristone 200 mg & four white uncoated tabs of Misoprostol 200 Mcg in each tablet - packed in Aluminum Blister made up of 136mm peelable lidding foil and 138mm PVC forming foil, further packed in Aluminum laminated pouch with 3g silica gel desiccant.

3. The product should be manufactured in USFDA, UKMHRA approved plant & having WHO GMP.

4. The product should be registered & approved by Department of Drug Administration, Nepal

5. Outer box of Combipack of Mifepristone & Misoprostol tablets must mention:

    - 200 mg of Mifepristone (1 x 200 mg tablet)
    - 800 mcg of misoprostol (4x200 mcg tablets)

अनुसूची १६

Client Personal Profile for MA services

Client Personal Profile Medical Abortion	
HMIS 3.7 no……	Facility Name:……
District…….	Date of Visit……
History of the Client	
First Name: …… Last Name: ……..…. Age: ……..……	
District: …… VDC /Municipality: …… Ward no: ……..……	
Contact No: …… LMP Date:…… Gestation Week: ……	
Gravida: ……. Para: ……..	
Menstrual cycle: ☐ Regular ☐ Irregular	
Drug Allergy: ☐ Yes ☐ No if yes, name of drugs …….....	
Client using steroid : ☐ Yes ☐ No	
Previous history of Ectopic Pregnancy: ☐ Yes ☐ No	
Examination/ Investigation	
Previous surgical History ☐ Yes ☐ No if yes, types of surgery .....…	
Any contraceptive used for last 6 month :	
If yes, mention the type …….....……..	
Temp: …… Pulse:…… Blood pressure:…….....……..	
Anemia: ☐Yes ☐ No if yes, treatment/suggestion ……..….	
Jandice ☐ Yes ☐ No Heart: ☐ Normal ☐ Abnormal	
Lungs: ☐ Normal ☐ Abnormal	
Abdominal examination: Uterus palpable: ☐ Yes ☐ No Any mass	
palpable: ☐ Yes ☐ No Abdominal tenderness ☐ Yes ☐No	
P/S examination (only if there is indication): Cervical erosion: ☐ Yes ☐ No	
Foul smelling/dirty discharge: ☐ Yes ☐ No	
P/V examination: Uterine size: Weeks…… Fornices: Clear ☐ Yes ☐ No	

Client Record
Drug Provided: Mifepristone (200mg): Date ……..… Time ……
Misoprostol (200mcg × 4 tab): ☐ clinic ☐ Non clinic
Date: ……..…… Time:…..…….
Pain management given (400mg ibuprofen × 4 tabs): ☐ Yes ☐ No
Contraceptive provided (day of Mifepristone): ☐ Condom ☐ Pills
☐ Depo Provera ☐ Implant ☐ None
Follow up: ☐ In-person ☐ Telephone ☐ Not done Date of
Follow up If done……..
Status on follow up: ☐ Complete ☐ Incomplete
☐ Ongoing pregnancy
Contraceptive provided(day of follow up) : ☐ Condom ☐ Pills
☐ Depo Provera ☐ Implant ☐ IUCD ☐ Minilap ☐ NA

Name of Service Provider: Signature: Listed Number:

Name of Assistant: Signature:

अनुसूची १७

Client Personal Profile for MVA Services

Client Personal Profile Comprehensive Abortion Services
HMIS 3.7:……. Date of Visit:……
Facility Name: …… District: ……
Personal History
First Name: …… Last Name: ……. Age: .....
District: …… VDC /Municipality: …… Ward no: …… Contact No: …
LMP Date: …… Gestation Week: ..…… Gravida: ……. Para….....
Menstrual cycle: ☐ Regular ☐ Irregular
Drug Allergy: ☐ Yes ☐ No if yes, name of drugs ……
Client using steroid : ☐ Yes ☐ No
Previous history of Ectopic Pregnancy: ☐ Yes ☐ No
Previous surgical history: ☐ Yes ☐ No, if yes, type of surgery…….
Any contraceptives used for last six months (If yes mention the type):
Examination/Investigation
Temp:……Pulse:……Blood pressure:…
Pallor: ☐ Yes ☐ No Jaundice: ☐ Yes ☐ No
Heart: ☐ Normal ☐ Abnormal
Lungs: ☐ Normal ☐ Abnormal
Abdominal: Mass palpable: ☐ Yes ☐ No
Abdominal tenderness : ☐ Yes ☐ No
Uterus palpable: ☐ Yes ☐ No
P/S examination: Cervix: ☐ Normal ☐ Abnormal
Cervical Erosion: ☐ Yes
Foul smelling discharge ☐ Yes ☐ No

P/V examination: Uterine size (Weeks)…….. Position:…….
Adnexa:…….
Investigation (if relevant): Pregnancy test……..
Utrasonography……..
Hemoglobin……Blood group and RH type……

Assessement

She is fit to undergo safe abortion service: ☐Yes ☐ No
Procedure chosen by the client: <63 days ☐MA
☐MVA 63 days- 12 week ☐ MVA

Client Record (Medical Abortion)

Drug Provided: Mifepristone (200mg): Date ……
Time ……
Misoprostol (200mcg × 4 tab): ☐ clinic ☐ Non clinic Date: …….
Time:……

Pain management given (400mg ibuprofen × 4 tabs):
☐ Yes ☐ No

Contraceptive provided (day of Mifepristone): ☐ Condom
☐ Pills ☐ Depo Provera ☐ Implant ☐ None ☐ NA

Follow up: ☐ In-person ☐ Telephone ☐ Not done
Date of Follow up If done……..

Status on follow up: ☐ Complete ☐ Incomplete
☐ Ongoing pregnancy

Contraceptive provided(day of follow up) : ☐ Condom ☐ Pills
☐ Depo Provera ☐ Implant ☐ IUCD ☐ Minilap ☐ NSV ☐ NA

Any Complications: ☐No ☐Yes (if yes, mention the type)	☐Heavy bleeding requiring blood transfusion ☐Infection requiring hospitalization with IV Antibiotics ☐Ongoing Pregnancy ☐Incomplete Abotion

Name of the referral site (If referred)……

Name of Service Provider:…… Signature:……..
Listed Number:…….

Client Record (MVA)			
Date of procedure:___/___/___			Time of procedure:
Medication given:	☐ Ibuprofen	☐ Diazepam 10 mg	
	☐ Doxycycline(100mg)		
	☐ Para cervical block (1% Xylocaine)		
Number of cannula used:		Amount of blood loss (ml.):	
POC findings:	Villi seen:	☐Yes	☐ No
	Scanty POC Seen:	☐Yes	☐No
	Fetal parts seen:	☐ Yes	☐ No
	POC consists with…… weeks		
Post procedural findings:			
Temp:	Pulse:		Blood pressure:
Abdomen	☐ Non tender		☐ Tender
	☐ Non guarding		☐ Gaurding
Vaginal bleeding:	☐ Scanty	☐ Moderate	☐ Heavy
Contraceptive Received:			
☐Condom	☐Pills	☐Depo Provera	☐Implant
☐IUCD	☐Minilap	☐NSV	☐None
Any Complication:	☐No	☐Yes	
(If yes, mention the type)	☐Heavy bleeding requiring Blood transfusion		
	☐Infection requiring hospitalization with Antibiotics		
	☐Uterine/abnormal injury requiring laparotomy		
	☐Ongoing pregnancy		
	☐Incomplete abortion		
Outcome of Complication:	☐Treated and discharged		
	☐Referred out		
	☐(Name of the referred facility)……..		
Time of discharge after the service:			
Name of Service Provider:		Signature:	Listed Number:
Name of Assstant:		Signature:	

अनुसूची १८

Client Personal Profile for 2nd trimester services

Client Personal Profile Second Trimester Abortion Services		
HMIS 3.7…….	Date of Visit:…….....……	
Facility Name: ……	District: ……	
1. Personal History		
Name:	Marital Status:	
Age:_____	Ethnicity:_____	Education:_____
District VDC/Municipality:	Medical History/Previous health problems ☐ Asthma ☐ Porphyria ☐ TB ☐Diabetes ☐Others _____	
Ward number:	Surgical History	
Contact number:	Contraceptive used in last 6 months	
Are you taking medicines ☐No ☐Yes ☐Steroids ☐Other_____ Drug allergy_____		
2. Gynecological/Obstetrical Information		
LMP Dates		Gestation by history____ weeks
Menstrual Cycle ☐Regular ☐ Irregular		Obstetric history: G__P__A__L__
Signs & symptoms of pregnancy ☐No ☐Yes _____		
3. General Physical Examination/Laboratory		
Temperature_____ Blood Pressure_____ Pulse_____		
Physical …….. Jaundice ☐No ☐Yes Pallor ☐ No ☐ Yes Lungs ☐ Normal ☐Abnormal _____ Heart ☐Normal ☐ Abnormal _____ Abdomen ☐Normal ☐ Abnormal _____		
Any other abnormal findings:		

Other (If done): Pregnancy test_____ Ultrasound_____
Hemoglobin_____ Rh_____

4. Pelvic Examination (Speculation and Bimanual examination findings)

Vulva □Normal □Abnormal □Vaginal discharge (RTI/STI) □Normal □Abnormal

Speculum exam: □Normal □Abnormal _____

Uterus: Size_____ (weeks) Position_____ Adenexa_____

5. Assessment

She is fit/is not fit to undergo Safe Abortion services □MA □MVA □2nd trimester (Please complete 2nd trimester form)

Procedure chosen:

Less than 63 days	**63 days-12 weeks**	**more than 12 weeks**
□MA □MVA	□MVA □Medical induction	□D & E

6. Screening for Second Trimester Abortion Induction

A. Maternal Condition

I. Physical Health
Please write diagnosis_____

II. Mental Health (Please mark if the symptoms are due to current pregnancy at least 3 needed for mental indication)

• के तपाईलाई निन्द्रा पर्न साह्रै गाह्रो हुन्छ ?	□ हुन्छ □ हुदैन
• के तपाईलाई जतिखेर पनि निन्द्रा लागिरहन्छ वा साह्रै धेरै सुत्नुहुन्छ ?	□ हुन्छ □ हुदैन
• के तपाई ज्यादै थकित महशुश गर्नुहुन्छ र तागत कम भएको जस्तो लाग्छ ?	□ लाग्छ □ लाग्दैन
• के तपाई आफैलाई सधैँ हिंनताबोध भएको महशुश गर्नुहुन्छ वा आफु काम नलाग्ने वा जहिले पनि आफु गलत भएको जस्तो अनुभव गर्नु हुन्छ ?	□ हुन्छ □ हुदैन
• के तपाईलाई ध्यान केन्द्रित गर्न, स्पष्टसँग विचार गर्न अथवा निर्णय लिन गाह्रो हुन्छ ?	□ हुन्छ □ हुदैन

• के तपाईलाई उत्तेजित हुने, मन स्थिर नहुने अथवा झर्को लाग्ने हुन्छ ?	□ हुन्छ □ हुदैन
• के तपाईलाई रमाईलो लाग्ने वा मनोरञ्जन दिने अवसरहरुमा सरिक हुन मन लाग्दैन ?	□ लाग्छ □ लाग्दैन
• के तपाईलाई आफ्नो जीवन अर्थहीन वा बेसहरा भएको जस्तो लाग्दछ ?	□ छ □ छैन
• के तपाईलाई आफ्नो अर्को बच्चालाई आर्थिक, मानसिक वा शारिरीक रुपले धान्न सक्दिन जस्तो लाग्छ ?	□ लाग्छ □ लाग्दैन
• के तपाईलाई यो गर्भले आफ्नो शिक्षा अथवा विकासका अवसरहरुलाई अप्ठारो पार्छ जस्तो लाग्छ ?	□ हुन्छ □ हुदैन
• के यो गर्भ पर पुरुषबाट रहन गएको जस्तो लाग्छ ?	□ हुन्छ □ हुदैन

Signature of Client_____ Signature of history taker_____

Maternal Rape/Incest
यदि महिलाले आफुलाई जर्वजस्ती करणी वा हाडानाता करणी गरेको विवरण दिएमा सो विवरण ठिक हो भनि दस्तखत गर्ने

Signature of Client_____

B. Fetal Conditions
Please check the condition that applies:
□IUFD □Fetal malformations

C. Indication
□Fetal Anolaly □Maternal Health (Physical or Mental)
□Rape/Incest

Procedure Recore

A. D&E

a. Cervical Preparation

1) Drug Name----------

Dose----------

Route----------

Time----------

2) Assessment Time----------

Findings----------

3) If not ready Drug repeated----------

Switched to Induction----------

Other specify----------

b. Pain Management given half an hour before the procedure:

Tab Brufen 400 mg ☐Yes ☐ No Pethidine ☐Yes ☐ No

Tab Diazepam ☐Yes ☐ No Other specify----------

c. Procedure notes for D/E

Date/Time of service provided----------

Paracervical block given with 20 mL 1% xyclocaine ☐Yes ☐ No

Antibiotic used----------

Size of cannula used----------

Blood loss approximately----------

Any complications ☐Yes ☐ No

If yes state ----------

Duration of the procedure ----------

Name of the CAC service provider----------

B. Medical Induction

a) Mifepristone 200mg given ☐Yes ☐ No Time----------

b) Misoprostol 800mcg given (loading dose) ☐Yes ☐ No Time-------

c) Pain Management given ☐Yes ☐ No

d) Misoprostol repeated (400 mcg)

1st dose------ 2nd dose------ 3rd dose-------- 4th dose------

Time Time Time Time

e) High dose of Oxytocin ----------units

f) Retained Placenta □Yes □ No

Managed by □ MVA □ Misoprostol

Name of the CAC service provider----------

C. POC Examination

Placenta checked □Yes □ No

Fetal parts seen □ Calvarium □ Spine

□ Upper limbs □ Lower limbs

Fetal Foot Length----------

It is consistent with ----------weeks

D. Post procedure recovery care just before discharge

Temperature----------Pulse----------Respiration----------

Blood Pressure----------

Abdomen □ Not tender □ Tender

Guarding □ Not present □ Present

P/V bleeding more than 500 ml □ Yes □ No

No of pad soakage----------

Contraceptives provided : Condom/OCP/Depo Provera/Implant/IUCD/ vasectomy/Minilap

Reason for referral to other reproductive health services----------

Date/Time of discharge----------

Signature of the assistant----------

Recommended follow up after 2 weeks or earlier (if needed)----------

राजपत्र

अनुसूची-७

(दफा ९ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले लेखिदिने रायको ढाँचा

१ सुरक्षित गर्भपतन गर्नु पर्ने महिलाको विवरण

(क) नाम, थरः-

(ख) उमेरः-

(ग) ठेगानाः-

(घ) नजिकको नातेदारको नाम, थरः- नाताः-

उपरोक्त विरामीको जाँच गर्दा गर्भवति महिलाको ज्यानमा खतरा पुग्न सक्ने / गर्भवति महिलाको स्वास्थ्य शारीरिक वा मानसिक रुपले खराव हुन सक्ने / विकलाङ्ग बच्चा जन्मन सक्ने देखिएकोले सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६० को दफा ९ को उपदफा (१) बमोजिम सुरक्षित गर्भपतन गर्ने गराउने राय दिईएको छ ।

.....

चिकित्सकको हस्ताक्षर

मितिः

चिकित्सकको नामः

नेपाल मेडिकल काउन्सिलको दर्ता नं.

हाल कार्यरत संस्थाको नामः

अनुसूची १९

Client consent Form

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको लागि स्वयं वा नजिकको नातेदारले दिने मञ्जुरीनामा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रविधि गर्भपतन सेवामा अर्न्तनिहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरु र यसबाट हुने फाइदा बेफाइदा लगायतका प्राविधिक एंव व्यावहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया, २०६० को दफा १० को उपदफा (१) म स्वयंले वा (२) बमोजिम निज गर्भवती महिलाको नजिकको नातेदारको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाई चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मी ..... लाई दिएको छु ।

ल्याप्चे

(हस्ताक्षर गर्न नजान्नेको हकमा)

दायाँ

बायाँ

मञ्जुरीनामा दिनेको :–

हस्ताक्षर :–

नाम थर :–

क) सेवा लिने व्यक्तिको :–

ख) नजिकको नातेदारको :–

उमेर :–

क) सेवा लिने व्यक्तिको :–

ख) नजिकको नातेदारको :–

ठेगाना :–

जिल्ला :–

गाउँ/नगर :–

वडा नं. :–

टोल :–

मिति :(

अनुसूची २०

Wall Painting को नमुना

निशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा यहाँ उपलब्ध छ ।

सुरक्षित गर्भपतन सेवा	यहाँ .....हप्ता सम्मको गर्भलाई पुर्ण गोपनीयताका साथ निःशुल्क सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गरिन्छ ।

जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालय .....

.....अस्पताल/प्रा.स्वा.के/स्वास्थ्य चौकी

.....

सन्दर्भ सामग्रीः

१. नेपालको संविधान २०७२

२. मुलुकी ऐन १२ औं संशोधन समेत.

३. सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रक्रिया २०६०

४. सुरक्षित गर्भपतन सम्बन्धी राष्ट्रिय नीति, २०६०

५. सुरक्षित गर्भपतन सेवा कार्यक्रम कार्य सञ्चालन निर्देशिका २०६८

६. औषधीको प्रयोगद्वारा गरीने सुरक्षित गर्भपतन सेवा विस्तार रणनीति तथा कार्य सञ्चालन निर्देशिका, २०६६

७. Comprehensive 2nd Trimester Service Guideline (2011) 2068

८. आमा सुरक्षा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका २०६५ दोस्रो शंसोधन २०६९