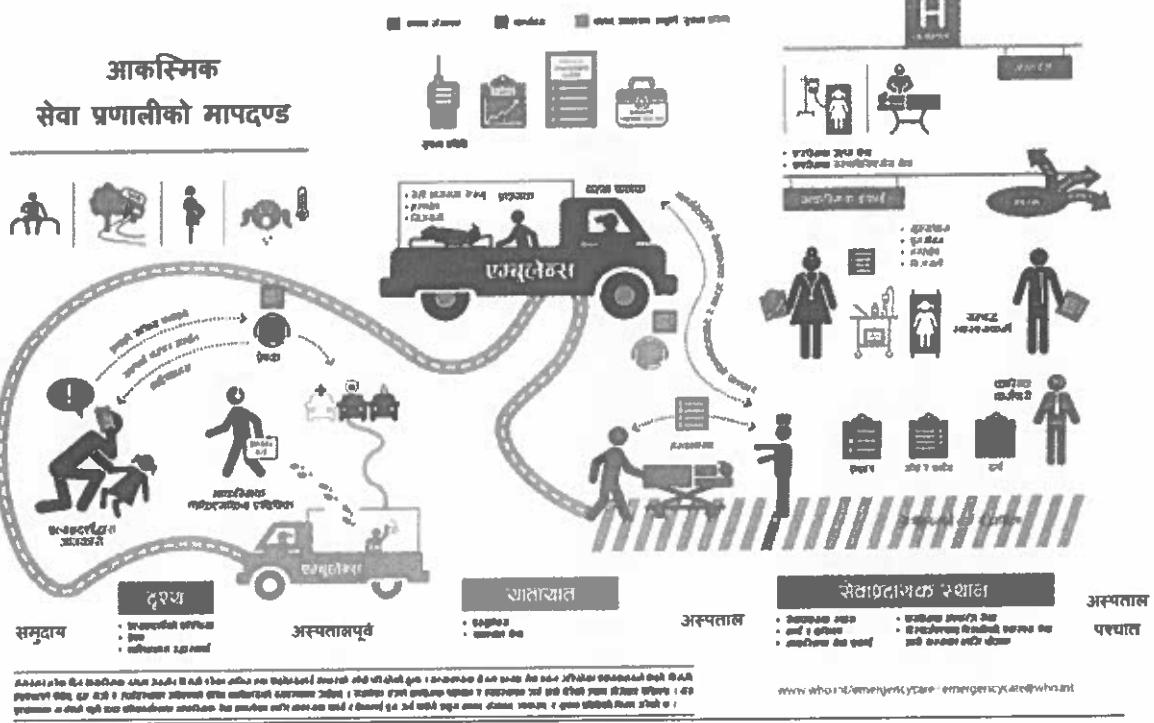


मिति २०८२ भाद्र ३ गते का दिन माननीय स्वास्थ्यमन्त्री ज्यूबाट स्वीकृत

एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२



आकस्मिक सेवा प्रणालीको मापदण्ड



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य आपतकालिन तथा विपद व्यवस्थापन इकाई

स्वास्थ्य आपतकालिन कार्यसंचालन केन्द्र

रामशाहपथ, काठमाडौं

२०८२



एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२

प्रस्तावना

आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाका लागि परिचालन हुने एम्बुलेन्स सेवाको संचालनलाई प्रभावकारी, व्यवस्थित, मितव्ययी तथा सेवाग्राहीमैत्री बनाउन वान्छनीय भएकोले, जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को दफा ६४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले यो निर्देशिका जारी गरेको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यस निर्देशिकाको नाम "एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२"

रहेको छ ।

(२) यो निर्देशिका तुरन्त प्रारम्भ हुनेछ ।

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

- (क) "अस्पतालपूर्व सेवा" भन्नाले विरामी वा घाईतेलाई घटनास्थलदेखि अस्पताल पुर्याउँदासम्म गरिने आकस्मिक उपचार र चिकित्सकीय सेवा सम्झनुपर्छ ।
- (ख) "एम्बुलेन्स आकस्मिक चिकित्सकीय प्राविधिक" (Ambulance Emergency Medical Technician) भन्नाले राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र वा प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट मान्यता प्राप्त आकस्मिक चिकित्सकीय प्राविधिक सम्बन्धी तालिम लिएको स्वास्थ्यकर्मीलाई सम्झनुपर्छ ।
- (ग) "एम्बुलेन्स" भन्नाले विरामी वा घाईतेलाई घटनास्थलदेखि अस्पताल पुर्याउँदासम्म अस्पतालपूर्व सेवा संचालन अनुमति प्राप्त गरेको जैविक, विधुतीय लगायत उर्जाका अन्य श्रोतबाट चल्ने वाहन सम्झनुपर्छ ।
- (घ) "एम्बुलेन्स १०२" भन्नाले विरामी वा घाईतेलाई एम्बुलेन्स सेवा दिन संचारको लागि प्रयोग हुने तीन अंकको टोल फ्री "१०२" नम्बर सम्झनुपर्छ ।
- (ड) "एम्बुलेन्स सेवा" भन्नाले विरामी वा घाईते ओसार पसार गर्न संचालन अनुमति प्राप्त गरेको वाहन सम्झनुपर्छ ।
- (च) "केन्द्र" भन्नाले स्वास्थ्य आपतकालीन कार्यसञ्चालन केन्द्र सम्झनुपर्छ ।
- (छ) "चालक" भन्नाले निर्देशिका बमोजिमको एम्बुलेन्स चालक सम्झनुपर्छ ।
- (ज) "निर्देशक समिति" भन्नाले दफा ३ बमोजिमको गठित राष्ट्रिय एम्बुलेन्स निर्देशक समिति सम्झनुपर्छ ।
- (झ) "प्रदेश मन्त्रालय" भन्नाले सम्बन्धित प्रदेशको स्वास्थ्य विषय हेर्ने मन्त्रालय सम्झनुपर्छ ।
- (ज) "प्रादेशिक केन्द्र" भन्नाले प्रादेशिक स्वास्थ्य अस्पतालकालीन कार्यसञ्चालन केन्द्र सम्झनुपर्छ ।



- (ट) "प्रेषक" भन्नाले आपतकालीन मेडिकल प्रेषक (Emergency Medical Dispatcher) सम्बन्धी तालिम लिई प्रेषण केन्द्रमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मी सम्झनुपर्छ ।
- (ठ) "प्रेषण केन्द्र" भन्नाले स्वास्थ्य सेवा आवश्यक हुँदा एम्बुलेन्स प्रेषण गर्ने केन्द्र सम्झनुपर्छ ।
- (ड) "मन्त्रालय" भन्नाले नेपाल सरकार, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय सम्झनुपर्छ ।
- (ढ) "विधुतीय प्रणाली" भन्नाले सफ्टवेयर प्रणालीबाट एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापन गर्ने केन्द्रको आधिकारिक प्रणाली सम्झनुपर्छ ।
- (ण) "विरामी ओसारपसार गर्ने गाडी" भन्नाले जिल्ला व्यवस्थापन समितिले दीर्घरोगीहरूलाई घरदेखि अस्पताल वा अस्पतालदेखि घरसम्म वा तोकिएको स्थानसम्म ओसारपसार गर्ने गाडी सम्झनुपर्छ ।
- (त) "सामुदायिक प्रथम स्वास्थ्य प्रतिकार्यकर्ता" भन्नाले स्वास्थ्य आपतकालीन र विपदको बेलामा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी वा एम्बुलेन्स नआइपुगदासम्म विरामी वा घाइतेलाई हेरचाह गरी व्यवस्था गर्ने व्यक्तिलाई सम्झनुपर्छ ।
- (थ) "स्वास्थ्य संस्था" भन्नाले सरकारी, सामुदायिक तथा निजी अस्पताल, जनस्वास्थ्य सेवा ऐनमा तोकिएका स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित संस्था सम्झनुपर्छ र सो शब्दले अस्पतालपूर्व सेवा प्रदान गर्ने अन्य संस्था समेतलाई जनाउँछ ।

३. राष्ट्रिय एम्बुलेन्स निर्देशक समिति सम्बन्धी व्यवस्था: (१) एम्बुलेन्स तथा पूर्व-अस्पताल व्यवस्थापन सम्बन्धि आवश्यक नीतिगत एवम् भैपरी आउने समस्याहरूको व्यवस्थापन गर्नको लागि आवश्यक निर्णय गरी सिफारिस गर्न मन्त्रालयमा देहाय बमोजिमको राष्ट्रिय एम्बुलेन्स निर्देशक समिति रहनेछः-

- | | |
|---|----------|
| (क) अतिरिक्त स्वास्थ्य सचिव, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय | - संयोजक |
| (ख) महाशाखा प्रमुख, स्वास्थ्य समन्वय महाशाखा | - सदस्य |
| (ग) महाशाखा प्रमुख, गुणस्तर मापन तथा नियमन महाशाखा | - सदस्य |
| (घ) महाशाखा प्रमुख, नीति, योजना तथा अनुगमन महाशाखा | - सदस्य |
| (ङ) सहसचिव, गृह मन्त्रालय | - सदस्य |
| (च) सहसचिव, संघीय मामिला तथा सामान्य प्रशासन मन्त्रालय | - सदस्य |
| (छ) प्रमुख, कानुन शाखा, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय | - सदस्य |
| (ज) गाउँपालिका राष्ट्रिय महासंघको एक जना पदाधिकारी | - सदस्य |
| (झ) नेपाल नगरपालिका संघको एक जना पदाधिकारी | - सदस्य |
| (ञ) प्रमुख, स्वास्थ्य आपतकालीन तथा विपद व्यवस्थापन इकाई- सदस्य सचिव | |

(२) समितिले आवश्यकता अनुसार सम्बन्धित सरोकारबाला तथा विज्ञलाई आमन्त्रण गर्न सक्नेछ ।

(३) उपदफा (१) बमोजिमको निर्देशक समितिको निर्माणकार्य र अधिकार देहाय अनुसार हुनेछः-



- (क) एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन सम्बन्धमा निर्देशिकामा उल्लेख भएको कुनै विषयमा दुविधा भएको भनी राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले पेश गरेका विषयमा उचित निकासा दिने ।
- (ख) यस निर्देशिकामा उल्लेख नभएको कुनै विषयले एम्बुलेन्स सेवा संचालनमा कुनै समस्या भएको भनी राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिबाट पेश हुन आएमा सो को अध्ययन गरी उचित निकासा दिने ।
- (ग) खण्ड (क) र (ख) का विषय गम्भीर र दीर्घकालीन प्रभाव पर्ने प्रकृतिको भई माथिल्लो तहबाट निर्णय हुनुपर्ने भएमा राय साथ मन्त्रालयमा पेश गर्ने ।
- (घ) एम्बुलेन्स तथा अस्पतालपूर्व सेवालाई प्रभावकारी बनाउन सरोकारवालाको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने, भौतिक पूर्वाधारको व्यवस्था गर्ने र अन्तर मन्त्रालयगत समन्वय गर्ने सम्बन्धमा मन्त्रालयलाई सिफारिस गर्ने ।
- (ङ) राष्ट्रिय, प्रादेशिक र जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको काम कारवाहीको नियमित निरीक्षण तथा अनुगमन गरी आवश्यक सल्लाह, सुझाव र निर्देशन दिने ।
- (च) देशभरमा रहेका एम्बुलेन्सहरूको तथ्यांक अध्यावधिक गर्ने/गराउने र सोको विवरण मन्त्रालय र गृह मन्त्रालयलाई उपलब्ध गराउने ।
- (४) निर्देशक समितिको बैठक कम्तीमा वर्षको दुई पटक वस्नेछ र आवश्यकता अनुसार थप बैठक बस्न सक्नेछ ।

४. राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति सम्बन्धी व्यवस्था: (१) एम्बुलेन्स तथा अस्पतालपूर्व सेवाको नियमन, सञ्चालन, व्यवस्थापन र अनुगमन गर्न मन्त्रालयमा देहाय बमोजिमको राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति रहनेछ;

- (क) प्रमुख, स्वास्थ्य आपतकालीन तथा विपद् व्यवस्थापन इकाई - संयोजक
- (ख) उपसचिव, गृह मन्त्रालय - सदस्य
- (ग) प्रतिनिधि (नवौ/दशौ), उपचारात्मक सेवा महाशाखा - सदस्य
- (घ) प्रमुख, कानून शाखा, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय - सदस्य
- (ङ) अधिकृत, स्वास्थ्य आपतकालीन तथा विपद् व्यवस्थापन इकाई -सदस्य सचिव

(२) उपदफा (१) बमोजिमको व्यवस्थापन समितिले आवश्यकता अनुसार सम्बन्धित सरोकारवालाहरूलाई आमन्त्रण गर्न सक्नेछ ।

(३) उपदफा (१) बमोजिमको राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ:

- (क) राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्र तथा एम्बुलेन्स सेवाको सञ्चालन, व्यवस्थापन, नियमन र अनुगमन गर्ने ।



- (ख) एम्बुलेन्स सेवा संचालन सम्बन्धमा कुनै दुविधा/जटिलता उत्पन्न भएमा राय साथ निर्देशक समितिमा पेश गर्ने ।
- (ग) एम्बुलेन्स पैठारीमा कानुन बमोजिम राजधानी छुट दिन मन्त्रालयमा सिफारिस गर्ने ।
- (घ) स्वास्थ्य सम्बन्धी विषय हेर्ने प्रदेश मन्त्रालय, राष्ट्रिय तथा प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्र लगायतका सरोकारवाला निकायसंग समन्वय गरी एम्बुलेन्स र प्रेषण केन्द्रसँग सम्बन्धित जनशक्तिलाई तालिमको व्यवस्था गर्ने ।
- (ड) यस निर्देशिकामा व्यवस्था भए बमोजिम एम्बुलेन्स सञ्चालन भए/नभएको सम्बन्धमा यातायात व्यवस्था विभाग र ट्राफिक प्रहरी समेतको संलग्नतामा अनुगमन तथा निरीक्षण गर्ने ।
- (च) एम्बुलेन्स सेवालाई थप प्रभावकारी बनाउन एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिकामा समयसापेक्ष संशोधन गर्नुपर्ने देखिएमा रायसाथ निर्देशक समितिमा पेश गर्ने ।
- (छ) राजधानी छुट नलिई एम्बुलेन्स पैठारीका लागि अनुमति माग भएमा आवश्यक निर्णयको लागि निर्देशक समितिमा पेश गर्ने ।
- (ज) सेवा प्रवाहलाई चुस्त, दुरुस्त, छिटो, छरितो एवम् पारदर्शी बनाउन समितिका सदस्य सचिवले प्रकृया पुरागरी आएका एम्बुलेन्स पैठारीको लागि भन्सार छुटको माग भएका निवेदन उपर छानविन गरी भन्सार छुटको प्रक्रिया अगाडि बढाउन सक्नेछन् । यसरी गरिएका सिफारिसहरूको उपदफा (१) बमोजिमको समिति बैठकबाट पछि अनुमोदन गराउनु पर्नेछ ।
- (४) राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको बैठक मासिक रूपमा बस्नेछ र आवश्यकता अनुसार थप बैठक बस्न सक्नेछ ।

५. प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति: (१) प्रदेशमा स्वास्थ्य सम्बन्धी विषय हेर्ने मन्त्रालयको मातहतमा देहाय बमोजिमको प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति रहनेछ:-

- | | |
|--|---------|
| (क) प्रदेश स्वास्थ्य सम्बन्धी विषय हेर्ने मन्त्रालयको सचिव | -संयोजक |
| (ख) प्रमुख जिल्ला अधिकारी, प्रादेशिक राजधानी रहेको जिल्ला | -सदस्य |
| (ग) निर्देशक, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय | -सदस्य |
| (घ) उपसचिव, आन्तरिक मामिला तथा कानून मन्त्रालय | -सदस्य |
| (ङ) अधिकृत (नवौ/दशौ), चिकित्सा सेवा/अस्पताल सेवा महाशाखा | -सदस्य |
| सचिव | |

(२) समितिको बैठकमा आवश्यकता अनुसार सम्बन्धित सरोकारवालाहरूलाई आमन्त्रण गर्न सकिनेछ ।

(३) उपदफा (१) बमोजिम प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ-



- (क) स्वास्थ्य संस्थाहरुले गर्ने एम्बुलेन्स पैठारीमा प्रचलित कानुन बमोजिम राजश्व छुटका लागि केन्द्र समक्ष सिफारिस गर्ने। यसरी सिफारिस गर्दा यस अघि उक्त संस्थाले एम्बुलेन्स पैठारीमा राजश्व छुटको सिफारिस लिए/नलिएको विषय अनिवार्यरूपमा खुलाउनुपर्नेछ ।
- (ख) प्रदेशभित्रका एम्बुलेन्सहरूको सेवालाई गुणस्तरीय बनाउन एम्बुलेन्सहरूको नियमित रूपमा निरीक्षण तथा अनुगमन गर्ने ।
- (ग) प्रदेशभित्र एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन र प्रेषण केन्द्र व्यवस्थापनमा कुनै दुविधा वा समस्या भएमा यस निर्देशिकाको विपरित नहुने गरी उचित निकासा दिने,
- (घ) दफा (९) बमोजिम मापदण्ड पूरा गरेका एम्बुलेन्सलाई सञ्चालन अनुमति दिने ।
- (ङ) एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन गर्न संचालन अनुमति प्रमाणपत्र जारी गर्ने र सो को जानकारी राष्ट्रिय र जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिलाई दिने ।
- (ज) एम्बुलेन्सका चालक, त्यसमा रहने स्वास्थ्यकर्मी तथा प्रेषण केन्द्रका कर्मचारीलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र वा प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट मान्यता प्राप्त हुने गरी तालिमको संयोजन गर्ने/गराउने ।
- (ट) एम्बुलेन्स सेवालाई थप प्रभावकारी बनाउन प्रदेश मन्त्रालयको समन्वयमा अन्य आवश्यक कार्य गर्ने ।
- (ठ) प्रदेश तथा जिल्लामा हुने बैठक, अनुगमन, कार्यशाला र प्रेषण केन्द्रसँग सम्बन्धित बजेटका लागि प्रदेशको सम्बन्धित मन्त्रालयसँग समन्वय गर्ने ।
- (४) प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको बैठक मासिक रूपमा बस्नेछ र आवश्यकता अनुसार थप बैठक बस्न सक्नेछ ।

६. जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति (१) एम्बुलेन्स सेवाको प्रभावकारी व्यवस्थापन तथा अनुगमन गर्ने प्रयोजनकोलागि देहाय बमोजिमको जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति रहनेछ:

- | | |
|---|-------------|
| (क) प्रमुख जिल्ला अधिकारी | -संयोजक |
| (ख) जिल्ला सदरमुकामस्थित सरकारी अस्पतालको अस्पताल प्रमुख | -सदस्य |
| (ग) जिल्ला ट्राफिक प्रहरी कार्यालयको प्रमुख | -सदस्य |
| (घ) जिल्ला सदरमुकाम रहेको स्थानीयतहको प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत-सदस्य | |
| (ङ) जन/स्वास्थ्य सेवा कार्यालयको प्रमुख | -सदस्य सचिव |
- (२) उपदफा (१) बमोजिमको जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले आवश्यकता अनुसार सम्बन्धित सरोकारबालाहरूलाई आमन्त्रण गर्न सक्नेछ ।
- (३) उपदफा (१) बमोजिमको समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ:



- (क) प्रत्येक दुई-दुई वर्षमा एम्बुलेन्सको संचालन अनुमति नवीकरण गर्ने ।

(ख) एम्बुलेन्स सेवा शुल्क निर्धारण गरी बार्षिक रूपमा सार्वजनिक गर्ने ।

(ग) जिल्लाभित्र संचालित एम्बुलेन्सहरू यस निर्देशिकाको मापदण्ड भित्र रहेर सञ्चालन भए/नभएको नियमित निरीक्षण र अनुगमन गर्ने ।

(घ) एम्बुलेन्सले निर्देशिकाको मापदण्ड पूरा नगरेको भए पहिलो पटकलाई मापदण्ड अनुसार सञ्चालनका लागि निर्देशन दिने, त्यसरी निर्देशन दिंदा समेत मापदण्ड पालना नगर्ने एम्बुलेन्सको संचालन अनुमति खारेजका लागि प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिमा लेखी पठाउने ।

(ङ) एम्बुलेन्स तथा प्रेषण केन्द्रको सम्बन्धमा पर्न आएका उजुरी तथा गुनासोको सुनुवाई गर्ने ।

(च) स्वास्थ्य संस्थाले पैठारी गर्ने एम्बुलेन्समा कानुन बमोजिम राजश्व छुटका लागि प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिमा सिफारिस गर्ने ।

(छ) राजश्व छुटको सिफारिस गर्दा उक्त संस्थाका नाममा हाल संचालनमा रहेका एम्बुलेन्सको संख्या र पैठारी तथा संचालन गर्ने श्रोत खुलाउनुपर्ने ।

(ज) संस्थाले चौविसै घण्टा एम्बुलेन्स तयारी अवस्थामा राख्ने लिखित प्रतिवद्धता र जीपीएस प्रणालीमा आबद्ध भएका संस्थाको सञ्चालन नवीकरण पत्र प्रदान गर्ने ।

(४) जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको बैठक मासिक रूपमा बस्नेछ र आवश्यकता अनुसार थप बैठक बस्न सक्नेछ ।

७. प्रेषण केन्द्र सञ्चालन र व्यवस्थापन सम्बन्धमा: (१) अस्पतालपूर्व सेवा सञ्चालन र व्यवस्थापनका लागि मन्त्रालय र प्रदेश मन्त्रालयले प्रेषण केन्द्र संचालन गर्नु पर्नेछ । आवश्यकता अनुसार जिल्ला र स्थानीयतहमा प्रेषण केन्द्र संचालन गर्न सक्नेछ ।

(२) जिल्ला प्रेषण केन्द्र स्वास्थ्य हेर्ने प्रदेश मन्त्रालयले व्यवस्थापन र संचालन गर्न सक्नेछ ।

(३) महानगरपालिका र उपमहानगरपालिकामा रहेका प्रेषण केन्द्र सम्बन्धित स्थानीयतहले व्यवस्थापन र संचालन गर्न सक्नेछ ।

(४) प्रेषण केन्द्रले केन्द्र, एम्बुलेन्स, अस्पताल, सामुदायिक प्रथम स्वास्थ्य प्रतिकार्यकर्ता, विरामी तथा घाईतेका आफन्तसंग निरन्तर सम्पर्क र समन्वयमा रही विरामी वा घाईतेलाई छिटो, छरितो, भरपर्दो, प्रभावकारी र सुरक्षित अस्पतालपर्व सेवा उपलब्ध गराउन सक्नेछ ।

(५) विरामी वा घाईते रहेको स्थानसम्म एम्बुलेन्स पुग्न सक्ने अवस्था नभएमा स्टेचर, हुँगा, मोटरसाईकल, डोको, हेलिकप्टर वा अन्य उपयुक्त साधनबाट विरामी वा घाईतेलाई एम्बुलेन्स सम्म पुर्याउन सक्नेछ ।

(६) प्रेषण केन्द्रले स्वास्थ्य संस्थाहरुसंगको समन्वयमा वित्तमा^{१५} वट्ठा एम्बुलेन्स तयारी अवस्थामा राख सक्नेछ ।



(७) प्रेषण केन्द्रले आफ्नो क्षेत्र भित्रका सबै एम्बुलेन्सहरूलाई समन्वय गरी सेवा सञ्चालन गर्ने सक्नेछ ।

(८) अस्पतालपूर्व सेवा प्रणाली उपलब्ध गराउने प्रकृया अनुसूची -१ बमोजिम गर्न सक्नेछ ।

(९) देशभर सञ्चालनमा रहेका एम्बुलेन्सहरूलाई प्रेषण केन्द्रको जीपीएस प्रणाली मार्फत एकिकृत रूपमा सञ्चालन गर्न सक्नेछ ।

(१०) राष्ट्रिय, प्रादेशिक, जिल्ला र स्थानीय तहमा स्थापना भएका प्रेषण केन्द्रहरूले तीन अंकको टेलिफोन नम्बर १०२ बाट एम्बुलेन्स सेवा उपलब्ध गराउने व्यवस्था गर्न सक्नेछ ।

(११) सामुदायिक स्वास्थ्य प्रतिकार्यकर्ताको लागि राष्ट्रिय वा प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले मान्यता प्राप्त तालिमको व्यवस्था गर्ने र प्रेषण केन्द्रमा आबद्ध गराउन सक्नेछ ।

(१२) अभिलेख, प्रतिवेदन तथा अध्यावधिक अनलाइन-प्रविधिबाट गर्नका लागि सफ्टवेयरको विकास गरी एम्बुलेन्स संचालन अनुमति, राजश्व छुट र नवीकरण सम्बन्धि सबै काम विधुतीय प्रणाली मार्फत संचालनमा ल्याउन सक्नेछ ।

८. एम्बुलेन्सको संख्या सम्बन्धी व्यवस्था: सरकारी, निजी, संघसंस्था, सामुदायिक अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थाले न्यूनतम् देहायको आधारमा एम्बुलेन्स संचालन गर्न सक्नेछन्:

(क) आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, आधारभूत अस्पताल, आधारभूत आयुर्वेद सेवा केन्द्र, आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र, विशेषज्ञ आयुर्वेद अस्पताल, होमियोप्थाथी अस्पताल, वा ५ देखि ५० शैयासम्मको अस्पताल: 'क' वा 'ख' बर्ग १ वटा

(ख) ५० देखि १०० शैयासम्मको अस्पताल: - 'क' वा 'ख' बर्ग १ वटा

(ग) १०० शैयादेखि माथिको अस्पताल: 'क' बर्ग १ वटा र 'ख' बर्ग १ वटा

(घ) नेपाल सरकारका मन्त्रालयद्वारा एम्बुलेन्स संचालन गर्न माग भएमा आवश्यकता र परिस्थिति अनुसार निर्देशक समितिको निर्णयानुसार हुनेछ ।

९. एम्बुलेन्सको मापदण्ड सम्बन्धी व्यवस्था: (१) एम्बुलेन्सको न्यूनतम मापदण्ड देहाय अनुसार हुनुपर्नेछ:

(क) इन्धन एम्बुलेन्सको मापदण्ड अनुसूची २(क) अनुसार हुनुपर्नेछ ।

(ख) विधुतीय एम्बुलेन्सको मापदण्ड अनुसूची २(ख) अनुसार हुनुपर्नेछ ।

(ग) एम्बुलेन्स "क" वा "ख" बर्गको रङ्ग लगायत अनुसूची ३ बमोजिम हुनुपर्नेछ ।

(घ) स्टार अफ लाइफको लोगो अनुसूची ४ बमोजिम हुनुपर्नेछ ।

(ङ) उपकरणहरू अनुसूची ५ बमोजिम हुनुपर्नेछ ।



१०. एम्बुलेन्स सञ्चालन गर्ने संस्था सम्बन्धी व्यवस्था: (१) स्वास्थ्य संस्थाले मात्र एम्बुलेन्स राजस्व छुट, सञ्चालन अनुमति र नवीकरण गर्न पाउनेछन्।

(२) एम्बुलेन्स सञ्चालन गर्ने संस्थाले यस निर्देशिकाको अधिनमा रही एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन गर्नुपर्नेछ।

(३) संस्थासंग रहेका एम्बुलेन्सहरु संघ तथा सम्बन्धित प्रदेश, जिल्ला र स्थानीय तहका प्रेषण केन्द्र मार्फत सेवा दिने गरी सम्बन्धित प्रेषण केन्द्रमा आबद्ध हुनुपर्नेछ।

(४) एम्बुलेन्स गाडी, चालक, एम्बुलेन्समा रहने एम्बुलेन्स आकस्मिक चिकित्सकीय प्राविधिक, एम्बुलेन्समा सवार हुने विरामी र विरामीका सहयोगीको सम्बन्धित संस्थाले विमा गर्नुपर्नेछ।

(५) उपदफा (४) बमोजिम विमा गरेको प्रमाण पेश गरेपछि मात्र एम्बुलेन्स सञ्चालनको अनुमति पत्र प्रदान र नवीकरण गर्नुपर्नेछ।

(६) गरिब तथा असहाय विरामी र सडक दुर्घटना, जनस्वास्थ्य आपतकाल वा विपदका विरामी वा घाइतेहरूलाई निःशुल्क रूपमा एम्बुलेन्स सेवा प्रदान गर्नुपर्नेछ।

(७) एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन गर्दा प्राप्त आम्दानी र खर्चको अभिलेख दुरुस्त राखी वार्षिक रूपमा लेखा परीक्षण गराउने र उक्त प्रतिवेदन जिल्ला, प्रदेश र केन्द्रमा पठाउनुपर्नेछ।

(८) एम्बुलेन्सलाई विरामी वा घाइतेको ओसारपसार गर्ने सेवा प्रयोजन बाहेक अन्यत्र प्रयोग गरेको पाइएमा प्रचलित कानुन अनुसार कारबाही गरिनेछ।

(९) प्रेषण केन्द्रमा अनिवार्य रूपमा आबद्ध भई एम्बुलेन्समा जीपीएस प्रत्येक पाँच-पाँच बर्षको लागि जडान गर्नुपर्नेछ।

(१०) प्रेषण केन्द्रको समन्वयमा एम्बुलेन्स सेवा चौविसै घण्टा सञ्चालन गर्ने गरी तयारी अवस्थामा राख्नु पर्नेछ।

(११) एम्बुलेन्स सेवाआवश्यकता भएका बेला कसैलाई पनि एम्बुलेन्स सेवा उपलब्ध गराउन ईन्कार गर्न पाईनेछैन।

(१२) घटना संख्याको आधारमा “धेरै, थोरै र कहिलेकाही” घटना घट्ने स्थानमा रहने गरी उपयुक्त संख्यामा एम्बुलेन्स राख्नु / संचालन गर्नुपर्ने छ।

(१३) हेलि इमर्जेन्सी मेडिकल सेवा तथा एयर एम्बुलेन्स सेवाको छुटै व्यवस्था गरिनेछ।

(१४) विपद्को समयमा एम्बुलेन्स परिचालन गर्नुपर्ने अवस्थामा सम्बन्धित जिल्ला विपद्व्यवस्थापन समितिले जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिसँग समन्वय गरी आवश्यकतानुसार परिचालन गर्न सक्ने।

(१५) विधुतीय एम्बुलेन्सको लागि स्वास्थ्य संस्थाले जिल्ला र स्थानीयतहको औचित्यको आधारमा सम्बन्धित जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिबाट राजस्व छुटको सिफारिस लिनुपर्नेछ।



(१६) एम्बुलेन्स सेवा उपलब्ध गराउने स्वास्थ्य संस्था र चालकको नाम, ठेगाना र फोन नम्बर जिल्ला स्थित जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले दिई सम्बन्धित जिल्ला प्रहरी कार्यालय समेतलाई दिने ।

(१७) सबै एम्बुलेन्स सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले प्रयास मात्रामा इन्धन स्टक राखु पर्ने ।

(१८) आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाको प्रवाह गर्दा ड्रोन जस्ता आधुनिक प्रविधिको पनि प्रयोग गर्न सकिने छ ।

(१९) एम्बुलेन्स प्रचलित कानून अनुसार पत्र गर्नुपर्नेछ ।

११. एम्बुलेन्स पैठारीमा राजश्व छुट सम्बन्धी व्यवस्था: (१) एम्बुलेन्स पैठारीमा प्रचलित कानुन बमोजिम राजश्व छुट लिन चाहने स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची ६ बमोजिमको ढाँचामा जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिलाई निवेदन दिनुपर्नेछ, र जिल्लाले अनुसूची ७ बमोजिम प्रदेशलाई र प्रदेशले अनुसूची ८ बमोजिम मन्त्रालयलाई सिफारिस गर्नुपर्नेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम प्राप्त निवेदनमा आवश्यक कागजातहरू संलग्न भए/नभएको रुजु गरी केन्द्रले उक्त निवेदन राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिमा पेश गर्नेछ ।

(३) उपदफा (२) बमोजिम पेश भएका निवेदनमा आवश्यक कागजातहरू पुरा भइ एम्बुलेन्स पैठारीमा प्रचलित कानुन बमोजिम राजश्व छुट गर्न मनासिब देखिएमा समितिले राजश्व छुटका लागि मन्त्रालय समक्ष सिफारिस गर्नेछ ।

(४) उपदफा (३) बमोजिम समितिले राजश्व छुटका लागि पेश गरेका विषयमा मन्त्रालयको सचिवस्तरबाट निर्णय गरी केन्द्रबाट सम्बन्धित भन्सार कार्यालय र निकायमा अनुसूची ९ बमोजिमको ढाँचामा पत्र पठाउनुपर्नेछ । उक्त राजश्व छुट सिफारिस पत्रको मान्यता सोही आर्थिक बर्षको दुई महिनासम्म रहनेछ ।

१२. एम्बुलेन्स सेवा संचालन अनुमति: (१) राजस्व छुट लिएका तथा अनुदानबाट एम्बुलेन्स प्राप्त गरेका संस्थाले सम्बन्धित प्रदेशको स्वास्थ्य हेर्ने मन्त्रालय समक्ष निवेदन दिई एम्बुलेन्स संचालन अनुमति लिनुपर्नेछ ।

(२) प्रादेशिक केन्द्रले अनुसूची २ र अनुसूची ३ क्रमशः इन्धनबाट चल्ने एम्बुलेन्स र विधुतीय एम्बुलेन्सको मापदण्डको चेकलिस्ट बमोजिम मापदण्ड पूरा गरेको अवस्थामा संचालन अनुमति दिनुपर्नेछ ।

(३) एम्बुलेन्स सेवा संचालन अनुमतिको प्रमाणपत्र अनुसूची १० र १२ को ढाँचामा प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिबाट सिफारिस भए बमोजिम सचिवस्तरबाट निर्णय गरी स्वास्थ्य हेर्ने प्रदेश मन्त्रालयले सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थालाई प्रदान गर्नुपर्नेछ ।



(४) एम्बुलेन्स राजश्व छुट नलिई पैठारी गर्न चाहने स्वास्थ्य संस्थाले पूर्व स्वीकृतिका लागि निवेदन दिनुपर्ने छ । यसरी प्राप्त हुनआएका निवेदनहरू निर्देशक समितिमा पेश गर्नुपर्नेछ ।

(५) विदेशी सरकार वा दातृ निकायले प्रदान गर्ने एम्बुलेन्स सम्बन्धमा दफा १९ बमोजिम हुनेछ ।

१३. एम्बुलेन्स सेवा नवीकरण सम्बन्धी व्यवस्था: (१) जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले तोकेको तीन सदस्यीय एम्बुलेन्स मुल्यांकन प्राविधिक समिति (प्राविधिक-१, स्वास्थ्य-१ र प्रशासन-१ जना) ले अनुसूची ११ बमोजिमको मापदण्ड अनुसार प्राविधिक मुल्यांकन गरी देहायका कागजातहरूको आधारमा नवीकरणका लागि सिफारिस गर्नुपर्नेछ:

(क) एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन अनुमतिपत्रको प्रतिलिपि ।

(ख) एम्बुलेन्सको अवस्था बारे यातायात कार्यालयको प्राविधिक मूल्यांकन सम्बन्धि कागजात ।

(ग) यातायात व्यवस्था कार्यालयमा सवारी नवीकरण गरेको प्रमाण ।

(घ) वीमा गरेको कागजातको छाँयाप्रति ।

(ङ) गत आर्थिक वर्षको लेखापरीक्षण प्रतिवेदनको छाँयाप्रति ।

(च) GPS जडान र आबद्ध भएको प्रेषण केन्द्रको सिफारिस (अनुसूची १३) ।

(छ) गत आर्थिक वर्षमा प्रदान गरेको लगबुकमा उल्लेखित सेवाको विवरण (अनुसूची १४) ॥

(ज) एम्बुलेन्स चालकको तालिम प्रमाणपत्र छाँयाप्रति ।

(झ) एम्बुलेन्स आकस्मिक चिकित्सकीय प्राविधिकराईय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र वा प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट इमर्जेन्सी सेवा सम्बन्धित मान्यता प्राप्त तालिमको प्रमाणपत्रको छाँयाप्रति ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम एम्बुलेन्सको नवीकरण म्याद समाप्त हुनुभन्दा तीस दिन अगावै नवीकरणका लागि निवेदन दिनुपर्नेछ, सो अवधिभित्र निवेदन दिन नसकेको मुनासिब कारण खुलाई संस्थाले म्याद समाप्त भएको तीस दिनसम्ममा निवेदन दिएमा जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले एम्बुलेन्स नवीकरण गर्न सक्नेछ । उक्त अवधिमा समेत नवीकरणको लागि निवेदन पेश नगर्ने एम्बुलेन्सको सेवा सञ्चालन अनुमति खारेजको लागि प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिलाई सिफारिस गर्ने ।

(३) प्रत्येक दुई-दुई वर्षमा जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिबाट नवीकरण गर्नुपर्नेछ ।

(४) सञ्चालन अनुमतिपत्र प्रचलित कानुनले तोकेको अवधिका परा भएका एम्बुलेन्स नवीकरणका लागि योग्य हुनेछैन ।



१४. एम्बुलेन्स संचालन अनुमतिको खारेजी र पत्र सम्बन्धि व्यवस्था: (१) कुनै एम्बुलेन्सले दफा २० बमोजिम जिल्ला वा प्रदेशले तोकिए भन्दा बढी सेवा शुल्क असुल गरेको भेटिएमा वा मापदण्ड विपरित संचालन गरेमा जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले पहिलो पटकलाई त्यस्तो एम्बुलेन्सको सञ्चालन अनुमति एक महिनाका लागि निलम्बन गर्ने र दोश्रो पटक समेत बढी सेवा शुल्क बढी लिएको पाईएमा जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको सिफारिसमा प्रदेशले उक्त एम्बुलेन्सको सञ्चालन अनुमति खारेज गर्नेछ।

(२) एम्बुलेन्स प्रचलित कानुनले तोकेको अवधिपूरा पूरा भएका वा अन्य कुनै कारणले प्रयोग गर्न नसकिने भएमा सम्बन्धित यातायात व्यवस्था कार्यालयबाट त्यसलाई पत्र (स्त्रयाप) गरी दर्ता खारेज गराई सोको प्रमाण जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिमा पेश गरी नयाँ एम्बुलेन्सको राजस्व छुटको लागि प्रक्रियाबाट आउनुपर्ने छ।

(३) नवीकरण नभएका वा मापदण्ड पुरा नगरेका एम्बुलेन्सलाई दर्ता खारेजीको लागि प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले यातायात व्यवस्था विभागलाई सिफारिस गर्ने र सो को जानकारी राष्ट्रिय र जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिलाई दिने।

(४) जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति वा सरोकारवालाबाट एम्बुलेन्सको संचालन अनुमति खारेजीका लागि लेखी आएमा आवश्यकतानुसार जाँचबुझ गरी प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले संचालन अनुमति खारेज गर्ने र सो को जानकारी केन्द्र र जिल्लालाई दिने।

१५. राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्र सम्बन्धी व्यवस्था: (१) केन्द्रको मातहतमा रहने गरी मन्त्रालयमा राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्र रहनेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको प्रेषण केन्द्रले देहाय बमोजिमका कार्य गर्नेछ:

(क) राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्र चौविसै घण्टा सञ्चार सम्पर्कमा रहने गरी सञ्चालन हुनेछ।

(ख) प्रादेशिक र जिल्ला प्रेषण केन्द्रको निरीक्षण, अनुगमन गरी सोको प्रगति राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिमा पेश गर्ने।

(ग) स्वास्थ्य विपद एवं अन्य प्रकारका आकस्मिक अवस्थामा प्रादेशिक र जिल्लाको प्रेषण केन्द्र एवं अन्य सरोकारवालासंग आवश्यक समन्वय गरी परिचालित गर्ने।

(घ) विरामी वा घाइते भएको स्थान वा घटना घटेको स्थानमा एम्बुलेन्स नपुगुञ्जेलसम्म विरामी वा घाइतेको आकस्मिक प्राथामिक उपचारको व्यवस्था मिलाउने।

(ङ) प्रेषण केन्द्रबाट पठाईएको एम्बुलेन्स र प्रेषित अस्पतालबीच समन्वय गरी विरामी/घाइतेको उचित उपचारको लागि समन्वय र व्यवस्था मिलाउने।



- (च) एम्बुलेन्स परिचालनका सम्बन्धमा संचालन र परिचालन हुने एम्बुलेन्स सम्बन्धी विवरण मन्त्रालय मार्फत नेपाल सरकार गृह मन्त्रालयको विपद् हेर्ने निकायमा पठाउने ।
- (छ) प्रेषण केन्द्रले मासिकरूपमा गरेका कामका सम्बन्धमा केन्द्रमा प्रतिवेदन पेश गर्नुपर्नेछ, त्यसरी पेशा हुन आएका प्रतिवेदनलाई केन्द्रले राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको बैठकमा पेश गर्नुपर्नेछ ।

१६. प्रादेशिक प्रेषण केन्द्र सम्बन्धी व्यवस्था: (१) स्वास्थ्य विषय हेर्ने मन्त्रालयले प्रादेशिक प्रेषण केन्द्र स्थापना गरी संचालन गर्नुपर्ने छ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम प्रादेशिक प्रेषण केन्द्रको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछन्:

- (क) प्रादेशिक प्रेषण केन्द्रहरू चौविसै घण्टा सञ्चालनमा रहनेछन् ।
- (ख) प्रदेशभित्र रहेका एम्बुलेन्सहरूलाई प्रेषण केन्द्र मार्फत एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन गर्ने व्यवस्था मिलाउने ।
- (ग) राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्र, अन्तरप्रदेश, जिल्ला तथा अन्य प्रेषण केन्द्रहरूसंग समन्वय गरी एम्बुलेन्स सेवालाई प्रभावकारी बनाउने ।
- (घ) प्रेषण केन्द्रबाट प्रेषण भएका एम्बुलेन्स र प्रेषण गरिएका अस्पतालबिच सम्पर्क र समन्वय गर्ने ।
- (ड) विरामी वा घाइते भएको स्थान वा घटना घटेको स्थानमा एम्बुलेन्स नपुगुञ्जेलसम्म आकस्मिक प्राथामिक उपचारको व्यवस्था मिलाउने ।
- (च) विपद् एवं आपतकालीन अवस्थामा प्रदेश सरकारले सम्बन्धित निकायसंग समन्वय गरी सक्रियरूपमा परिचालन गर्ने ।
- (छ) विरामी वा घाइतेलाई अर्को प्रदेशको अस्पतालमा प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरिएको प्रदेश प्रेषण केन्द्रले राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्रसंग सम्पर्क र समन्वय गर्ने ।
- (ज) चालक र एम्बुलेन्समा रहने स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता विकासका लागि तालिम विवरणको अध्यावधिक गरी सम्बन्धित निकायलाई जानकारी गराउने ।
- (झ) मापदण्ड पूरा भए/नभएका एम्बुलेन्सहरूको अध्यावधिक गर्ने ।

१७. जिल्ला प्रेषण केन्द्र: (१) स्वास्थ्य विषय हेर्ने प्रदेश मन्त्रालयले आवश्यकतानुसार जिल्ला प्रेषण केन्द्र स्थापना गरी संचालन गर्नुपर्ने छ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम जिल्ला प्रेषण केन्द्रले देहाय बमोजिमका कार्य गर्नेछ:

- (क) जिल्ला प्रेषण केन्द्र चौविसै घण्टा सञ्चालनमा रहनेछन् ।
- (ख) जिल्लाभित्र रहेका एम्बुलेन्सहरूलाई प्रेषण केन्द्रसंकाय सञ्चालन गर्ने ।



- (ग) प्रदेश र राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्रसंग समन्वय गरी एम्बुलेन्स सेवालाई प्रभावकारी बनाउने ।
- (घ) प्रेषण केन्द्रबाट प्रेषण भएका एम्बुलेन्स र प्रेषण गरिएका अस्पताल वीच सम्पर्क र समन्वय गर्ने ।
- (ड) विरामी वा घाइते भएको स्थान वा घटना घटेको स्थानमा एम्बुलेन्स नपुगुञ्जेलसम्म प्राथामिक उपचारको व्यवस्था मिलाउने ।
- (च) विपद् एवं आपतकालीन अवस्थामा सम्बन्धित निकायसंग समन्वय गरी सक्रियरूपमा परिचालन गर्ने ।
- (छ) विरामी वा घाइतेलाई अर्को जिल्ला वा प्रदेशको अस्पतालमा प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरिएको जिल्ला वा प्रदेश प्रेषण केन्द्रसंग सम्पर्क र समन्वय गर्ने ।
- (ज) चालक र एम्बुलेन्समा रहने स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता विकासका लागि तालिम विवरणको अध्यावधिक गरी सम्बन्धित निकायलाई जानकारी गराउने ।
- (झ) १०२ मा आएका फोनहरूको मापदण्ड अनुसार संचार गर्ने, प्रेषण गर्ने, रेकर्ड गर्ने, र रिपोर्टिङ गर्ने ।
- (ञ) जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिलाई अध्यावधिक गर्ने ।
- (ट) स्थानीयतहले मापदण्ड अनुसारको प्रेषण केन्द्र संचालन गर्न चाहेमा राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्र, प्रादेशिक र जिल्ला प्रेषण केन्द्रसंग समन्वय गरी सिफारिस गर्ने ।

१८. एम्बुलेन्स चालक सम्बन्धी व्यवस्था: (१) देहायको व्यक्ति एम्बुलेन्स चालक हुन योग्य हुनेछ-

- (क) वीस वर्ष उमेर पुरा भएको, ६० वर्ष ननाघेको, (गाडीको लाईसेन्स लिएको चार वर्ष पछि)
- (ख) सवारी चालक अनुमतिपत्र प्राप्त गरेको ।
- (ग) सवारी चालक अनुमति पत्र प्राप्त गरी कम्तीमा चार वर्ष चार पाइँग्रे सवारी चलाएको अनुभव भएको ।
- (घ) राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र वा प्रादेशिक राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट एम्बुलेन्स चालकले एक वर्षभित्र तालिम लिईसक्नुपर्नेछ ।
- (२) कुनै पनि एम्बुलेन्स चालकले मादक पदार्थ, लागू पदार्थ तथा त्यस्तै प्रकारको कुनै पनि पदार्थ सेवन वा प्रयोग गरेर एम्बुलेन्स चलाएको फेला परेमा सो पश्चात एम्बुलेन्स चालकको रूपमा कार्य गर्न पाउने छैन ।
- (३) एम्बुलेन्समा सवार विरामी/घाइते, स्वास्थ्यकर्मी/स्वास्थ्यमिका आफन्तलाई सम्मानपूर्वक व्यवहार गर्नुपर्छ ।



- (४) विरामी वा घाइतेलाई उद्वार गर्न गएको वा घाइते वा विरामी सवार रहेको अवस्थामा बाहेक साइरनको प्रयोग गर्न हुँदैन ।
- (५) अस्वस्थ र तनावमा चालकले एम्बुलेन्स चलाउन हुँदैन ।
- (६) सवारी दुर्घटना नियमावली वा सवारी चालक अनुमति पत्र वा निर्देशिका वा संचालन अनुमति पत्र लगायतका कागजातहरू साथमा राख्नु पर्नेछ ।
- (७) घाइते वा विरामीलाई तोकिएको अस्पताल नपु च्याई वीच बाटैमा छोड्नु हुँदैन ।
- (८) एम्बुलेन्स चालकले पालन गर्नुपर्ने आचारसंहिता अनुसूची १५ अनुसार हुनुपर्ने छ ।
- (९) चालकका लागि तोकिएको पोशाक (अनुसूची १६) लगाएर मात्र एम्बुलेन्स चलाउनुपर्छ, तोकिएको पीपीई प्रयोग गर्ने ।
- (१०) सुरक्षा निकायका एम्बुलेन्स चालकको पोशाक सुरक्षा निकायले तोके बमोजिम हुनुपर्ने छ ।

- १९. विदेशी सरकार वा दातृ निकायले प्रदान गर्ने एम्बुलेन्स सम्बन्धी व्यवस्था:** (१) मन्त्रालयको पूर्वस्वीकृति नलिई विदेशी सरकार वा दातृ निकायबाट एम्बुलेन्ससँग सम्बन्धित सहयोग लिनु हुँदैन । दातृ निकायले एकमुष्ठ रूपमा उपलब्ध गराउने सहयोगको हकमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट स्वीकृति लिनुपर्नेछ । एम्बुलेन्सको संख्या र “क” र “ख” वर्गको एम्बुलेन्स, कुन संस्थालाई दिने भन्ने विवरण खुलेको हुनुपर्नेछ ।
- (२) उपदफा (१) बमोजिम विदेशी सरकार वा दातृ निकायले प्रदान गर्ने एम्बुलेन्स पूर्वस्वीकृति नलिई प्राप्त गरेका एम्बुलेन्सले सञ्चालन अनुमति प्राप्त गर्ने छैनन् ।
- (३) यस निर्देशिकाले तोकेको मापदण्ड पुरा नगरेका एम्बुलेन्स सम्बन्धि सहयोग स्वीकार गर्नु हुँदैन ।
- (४) यस अधि कुनै रूपमा प्रयोग भएका सवारीसाधन एम्बुलेन्सको रूपमा सहयोग लिनु हुँदैन ।
- (५) एम्बुलेन्सहरू “क” वा “ख” वर्गको हुनुपर्नेछ । निम्न आधारहरूमा यस्ता एम्बुलेन्सहरूको स्वीकृति प्रदान गरिनेछः
- (क) प्रदान गर्ने एम्बुलेन्स नयाँ हुनुपर्नेछ ।
 - (ख) एम्बुलेन्समा उपलब्ध रहेका थप प्रविधि र सुविधा चलाउन आवश्यक प्राविधिक ज्ञान सम्बन्धित चालक र संचालकलाई भएको हुनुपर्नेछ ।
 - (ग) निर्देशिकाले तोकेको आकार र रङ्गको हुनुपर्नेछ ।
 - (घ) एम्बुलेन्स सेवा संचालन गर्ने स्वास्थ्य संस्थाले उक्त एम्बुलेन्स यस निर्देशिका अनुसार संचालन गर्न सक्ने हुनुपर्नेछ । कुनै कारणबाश संचालन गर्न नसक्ने भएमा उक्त स्वास्थ्य संस्था रहेको सम्मिलित रूपले एम्बुलेन्स संचालनको जिम्मेवारी लिनुपर्नेछ ।



२०. एम्बुलेन्स सेवा शुल्क सम्बन्धी व्यवस्था: (१) प्रत्येक जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले वार्षिक रूपमा एम्बुलेन्स सेवा शुल्क सार्वजनिक गर्नुपर्नेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम एम्बुलेन्स सेवा शुल्क तोकदा देहायका आधारमा तोकनुपर्नेछः

(क) जिल्लाको भूगोल / एम्बुलेन्सको स्तर ।

(ख) सडकको स्तर (कच्ची/ग्रामेल/कालो पत्रे) ।

(ग) ईन्धनको मूल्य, जैविक वा विधुतीय लगायत उर्जाका श्रोतको रिचार्जको मूल्य ।

(घ) विरामी वा घाइते प्रेषण गर्नुपर्ने अस्पतालको दूरी ।

(ङ) एम्बुलेन्स शुल्क तिर्न नसकनेको हकमा (असहाय, गरिब, बेवारिसे, विपन्न विरामी वा घाइते निशुल्क) र शुल्क तिर्नु पर्ने भएमा सम्बन्धित स्थानीयतहले व्यवस्था गर्ने ।

(३) जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले एम्बुलेन्स सेवा शुल्क सरोकारवालासंग छलफल गरी निर्धारण गर्नुपर्नेछ ।

(४) एम्बुलेन्स सेवा उपलब्ध गराए वापत लिएको सेवा शुल्कको सम्बन्धित विरामी वा घाइतेका नाममा भरपाई गरी दिनुपर्नेछ ।

(५) राष्ट्रिय, प्रादेशिक र जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले तोकिए बमोजिम एम्बुलेन्स सेवा शुल्कमा सेवा सञ्चालन गरे/नगरेको सम्बन्धमा नियमित अनुगमन गर्नुपर्नेछ ।

(६) संस्थाले एम्बुलेन्स संचालन गर्दा अनिमियतापूर्वक कार्य गरेको पाइएमा वा संलग्न भएमा एम्बुलेन्स संचालन अनुमति खारेजीको सिफारिस गर्ने र चालक दोषी भएमा प्रचलित कानुन बमोजिम कारवाही गर्नुपर्नेछ ।

२१. जनशक्ति सम्बन्धी व्यवस्था: (१) राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्रलाई आवश्यक पर्ने जनशक्ति मन्त्रालयले खटाउनेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम जनशक्ति सम्बन्धी प्रादेशिक प्रेषण केन्द्रलाई आवश्यक पर्ने जनशक्ति सम्बन्धित प्रदेशको स्वास्थ्य बिषय हेर्ने मन्त्रालयले व्यवस्था गर्नु पर्नेछ ।

(३) जिल्ला प्रेषण केन्द्रसँग सम्बन्धित खर्चको व्यवस्था प्रदेशले गर्ने ।

(४) स्थानीय प्रेषण केन्द्रलाई आवश्यक पर्ने जनशक्ति, संचालन लगायत सबै सम्बन्धित स्थानीयतहले व्यवस्था गर्नुपर्नेछ ।

(५) एम्बुलेन्सका लागि आवश्यक पर्ने जनशक्ति र सेवा सुविधा एम्बुलेन्स सञ्चालन गर्ने संस्थाले व्यवस्थापन गर्नुपर्नेछ ।

(६) आवश्यकता अनुसार प्रेषण केन्द्रले आइटी प्राविधिकको व्यवस्था गर्ने ।

(७) एम्बुलेन्समा खटिएका कर्मचारी वा स्वास्थ्यकर्मीले विरामीको विवरण अनुसूची १७ बमोजिमको फारम भरेर तोकिएको अस्पताललाई विरामी/घाइतेसंगै यो फारम पनि हस्तान्तरण गर्नुपर्दछ ।



(द) प्रेषण केन्द्र, एम्बुलेन्स चालक, र विरामी ओसारपसार गर्ने गाडीको लागि आवश्यक जनशक्ति अनुसूची १८ अनुसार सम्बन्धित संस्थाले व्यवस्था गर्ने ।

२२. विरामी ओसारपसार गर्ने गाडी: (१) विरामी ओसारपसार गर्ने गाडीको मापदण्ड देहाय अनुसार हुनुपर्नेछः

- (क) यस निर्देशिका बमोजिम मापदण्ड नपुगेका एम्बुलेन्सहरूलाई जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले पाँच वर्षसम्मको लागि विरामी ओसारपसार गर्ने गाडी (Patient Transfer Vehicle) को रूपमा संचालन गर्ने निर्णयको जानकारी केन्द्र तथा प्रदेशलाई गर्नुपर्नेछ ।
- (ख) विरामी ओसारपसार गर्ने गाडी अनुसूची १९ बमोजिमको हुनुपर्नेछ ।

२३. अनुगमन, मुल्यांकन र नियमन सम्बन्धी व्यवस्था: (१) राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले देशभर संचालनमा रहेका एम्बुलेन्स र प्रेषण केन्द्रहरूको अनुगमन र नियमन गर्नेछ ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम अनुगमन, मुल्यांकन र नियमन प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले सम्बन्धित प्रदेशभित्रका प्रेषण केन्द्र र एम्बुलेन्सको अनुगमन गर्नेछ ।

(३) जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले सम्बन्धित जिल्लाभित्रका प्रेषण केन्द्र र एम्बुलेन्सको अनुगमन गर्नेछ ।

(४) उपदफा (१) वा उपदफा (२) वा उपदफा (३) बमोजिम अनुगमन गर्दा एम्बुलेन्स मापदण्ड विपरित सञ्चालन गरेको पाईएमा जनस्वास्थ्य सेवा ऐन, २०७५ को परिच्छेद ८, दफा ५३(ख) अनुसार कारबाही हुनेछ ।

(५) उपदफा (४) बमोजिम एकपटक सचेत गराइसकिएका एम्बुलेन्सले पुनःमापदण्ड विपरित सञ्चालन गरेमा त्यस्ता एम्बुलेन्सको दर्ता खारेजीका लागि प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले यातायात कार्यालयमा लेखी पठाउनु पर्नेछ ।

(६) उपदफा (५) बमोजिमको जानकारी राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिमा पठाउनु पर्नेछ ।

(७) अनुगमन समितिका सदस्यहरू र अनुगमन समितिले तीन महिनामा एकपटक अनुगमन गर्नेछ ।

(८) अनुगमन र बैठक संचालनको खर्च सम्बन्धित समिति रहेको निकायबाट व्यवस्था गर्नुपर्नेछ ।

(९) एम्बुलेन्सको दुरुपयोग गरेको पाईएमा प्रचलित कानुन बमोजिम सजाय हुनेछ ।

(१०) अनुगमन टोलीले अनुसूची २० बमोजिम एम्बुलेन्स अनुगमन चेकलिस्ट प्रयोग गरी अनुगमनको प्रतिवेदन तत्कालै सम्बन्धित निकायलाई बुझाउनुपर्नेछ ।



- २४. निर्देशिका खारेजी र बचाउँ:** (१) राष्ट्रिय एम्बुलेन्स निर्देशिका, २०७८ खारेज गरिएको छ ।
(२) राष्ट्रिय एम्बुलेन्स निर्देशिका, २०७८ बमोजिम भएगरेका काम कारवाही यसै निर्देशिका बमोजिम भएगरेको मानिनेछ ।



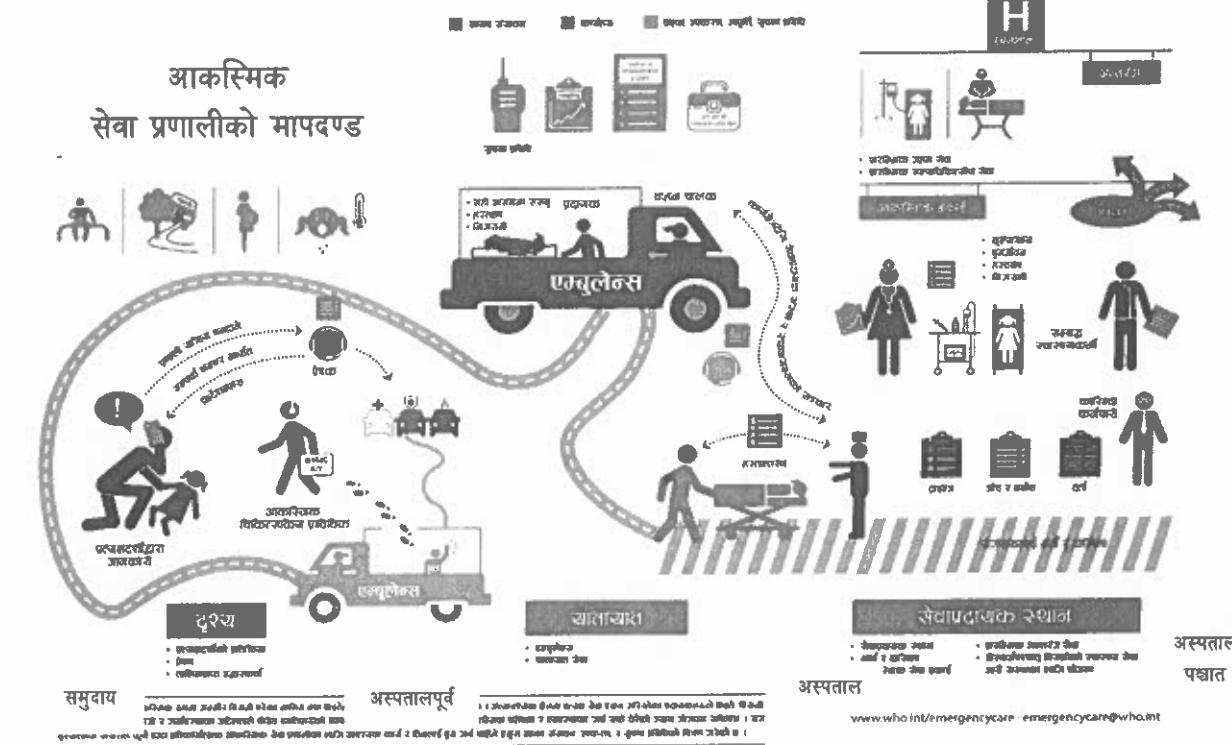
अनुसूची १

(दफा ७ संग सम्बन्धित)

अस्पतालपूर्व सेवा प्रणाली



आकस्मिक सेवा प्रणालीको मापदण्ड



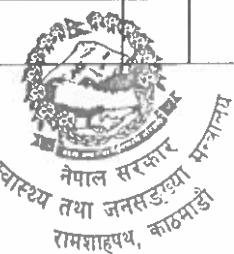
अनुसूची २ (क)
(दफा ९ को उपदफा (१) को खण्ड क सँग सम्बन्धित)
इन्धनबाट चल्ने एम्बुलेन्सको मापदण्ड चेकलिस्ट

क्र.सं.	मापदण्ड	छ	चैन	कैफियत
१	फोर व्हील ड्राइव (4 Wheel Drive) भएको,			
२	एम्बुलेन्सको ईन्जिनको टर्क (Torque) — १९० Nm वा बढी र क्षमता (power output) — ६० bhp वा बढी भएको,			
३	राइट्रिय प्रदुषण मापदण्डको पालना गरेको,			
४	एम्बुलेन्सको मापदण्डको लागि अनुसूची २ अनुसार र वर्गिकरण "क" वा "ख" वर्गको भएको (अनुसूची ३ अनुसार भएको),			
५	निलो रडको कम्तिमा तीस सेन्टिमिटर लम्बाईको अनुसूची ४ बमोजिमको स्टार अफ लाईन संकेत दायाँ बायाँ र पछाडी गरी तीन तर्फ राखिएको,			
६	एम्बुलेन्समा अगाडिबाट उल्टो अक्षरमा AMBULANCE लेखिएको, नेपाली र अंग्रेजीमा तीन अंकको १०२ टेलिफोन नम्बर उल्लेख भएको, एम्बुलेन्सको वर्ग उल्लेख भएको,			
७	वर्गिकरण बमोजिमका, उपकरण (अनुसूची ५ अनुसार), सामान तथा सुविधा भएको,			
८	एम्बुलेन्समा साइरन जडित भएको, रातो लामो रडको संकेत बत्ती जडान भएको,			
९	एम्बुलेन्सको चालकको पछाडिपटी कुनै सिट नभएको,			
१०	नेपाल सरकारबाट राजश्व छुट प्राप्त गरेको एम्बुलेन्सले "नेपाल सरकारबाट राजश्व छुट प्राप्त एम्बुलेन्स" भनि स्पष्ट बुझिने गरी लेखिएको,			
११	"क" वर्गको एम्बुलेन्सको बाहिरी भागमा कम्तिमा दुई तिहाई भाग रातो, त्यसबाहेक दायाँ बायाँ भाग ६०० मिमि × ३०० मिमि आकारका हरियो र पहेलो ब्याटन वर्ग शैली भएको र पछाडी भागमा छ ईन्च चौडाइ भएको उल्टो CHEVRON शैली न्यूनतम तीन धर्का भएको,			
१२	"ख" वर्गको एम्बुलेन्सको बाहिरी भागमा कम्तिमा दुई तिहाई भाग पहेलो, त्यसबाहेक दायाँ बायाँ भाग ६०० मिमि × ३०० मिमि आकारका हरियो र पहेलो ब्याटन वर्ग शैली भएको र पछाडी भागमा छ ईन्च चौडाइ भएको उल्टो CHEVRON शैली न्यूनतम तीन धर्का भएको,			
१३	पैठारिकै अवस्थामा एम्बुलेन्स बनिवनाउ हुनुपर्ने छ।			
१४	सुरक्षा निकायले संचालन गर्ने एम्बुलेन्सको रङ्ग सम्बन्धित सुरक्षा निकायको मापदण्ड बमोजिम हुनसक्ने छ। अन्य मापदण्ड सबै निर्देशिकामा व्यवस्था बमोजिम हुनुपर्ने छ।			



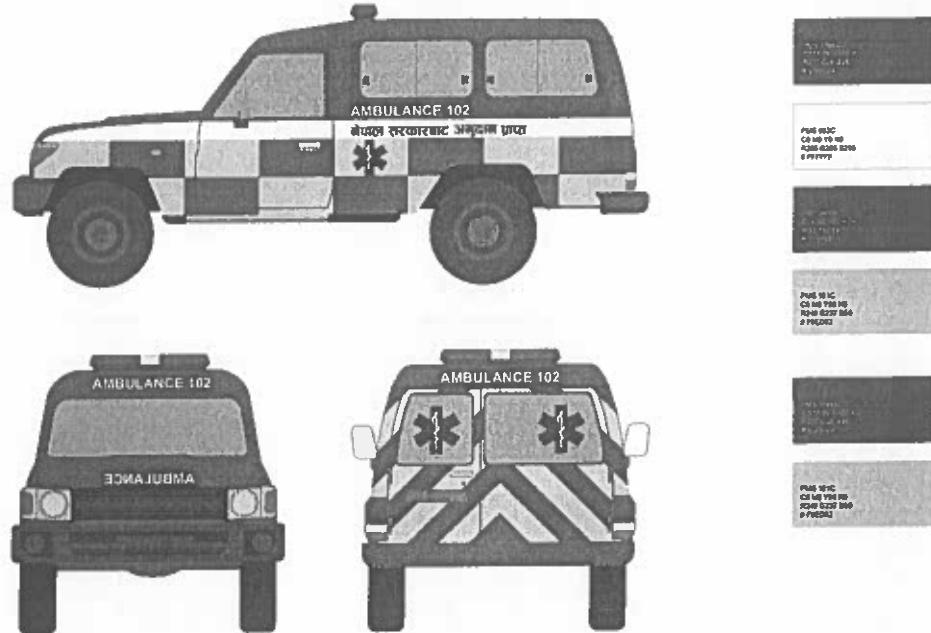
अनुसूची २ (ख)
 (दफा ९ को उपदफा (१) को खण्ड ख सँग सम्बन्धित)
विधुतीय एम्बुलेन्सको मापदण्ड चेकलिस्ट

संकेतहरू	क्र.सं.	मापदण्डहरू	छ	छैन	कैफियत
कागजात	१	जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको भूगोल र सडक सुहाउँदो भएको ब्याख्या सहित राजधानी छुटको लागि सिफारिस			
	२	प्रादेशिक एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापन समितिको भूगोल सुहाउँदो भएको ब्याख्या सहित राजधानी छुटको लागि सिफारिस			
	३	एम्बुलेन्स माग गरेको स्वास्थ्य संस्थाको स्थानीयतहमा कम्तिमा एउटा फास्ट चार्जर सेन्टर भएको प्रमाणको कागजात			
	४	एम्बुलेन्स सेवा दिने संस्थाले जिल्ला एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापन समितिले सिफारिस गरेको स्थान भित्र संचालन गर्ने प्रतिवेद्धता पत्र			
	५	विधुतीय एम्बुलेन्स सेवा संचालन गर्ने जिल्ला वा स्थानमा फास्ट चार्जर सेन्टर उपलब्ध भएको प्रमाणको कागजात			
सडकको प्रकार	६	कालोपत्रे वा ढलान बाटो भएको स्थानमा चलाउन मन्जुरी (Nepal Urban Road Standards, २०७६)			
व्याटरीको क्षमता	७	कम्तिमा total continuous power of battery including auxiliary system capacity -70 kWh. भएको,			
	८	सहायक (Auxiliary) व्याटरी क्षमता उपकरणको वर्गीकरण अनुसार भएको,			
	९	मेडिकल उपकरणलाई ३ घण्टासम्म व्याकाअप (backup) दिने सक्ने व्याटरी क्षमता ७० kWh भन्दा माथि भएको,			
मोटरको क्षमता	१०	सिंगल/द्विवेल मोटरमा क्षमता कम्तिमा ७० kW भएको,			
रेन्ज	११	WLTP रिएल रेन्ज कम्तिमा २५० कि.मि. भएको,			
क्याविन volume	१२	Independent of volume of Equipment and power system,			
भोल्टेज चार्जर	१३	Direct Current (DC) र Alternating Current (AC) दुइटै चार्जिंग विकल्प भएको हुनुपर्ने, (DC Fast Charging ८० kW सम्म सपोर्ट गर्ने हुनुपर्ने, must support the charging up to 80Kw) भएको,			
भित्री/बाहिरी डाएमेन्सन	१४	पैठारिकै अवस्थामा एम्बुलेन्स बनिबनाउ भएको,			
गराउण्ड विलरेन्स	१५	१७५ mm वा माथि भएको,			
मर्मत	१६	Declaration of after sale service (स्वघोषणा), पार्ट्सहरू पौच्चर्वसम्मको लागि उपलब्ध,			
वारेन्टी	१७	Battery, motor, overall EV			

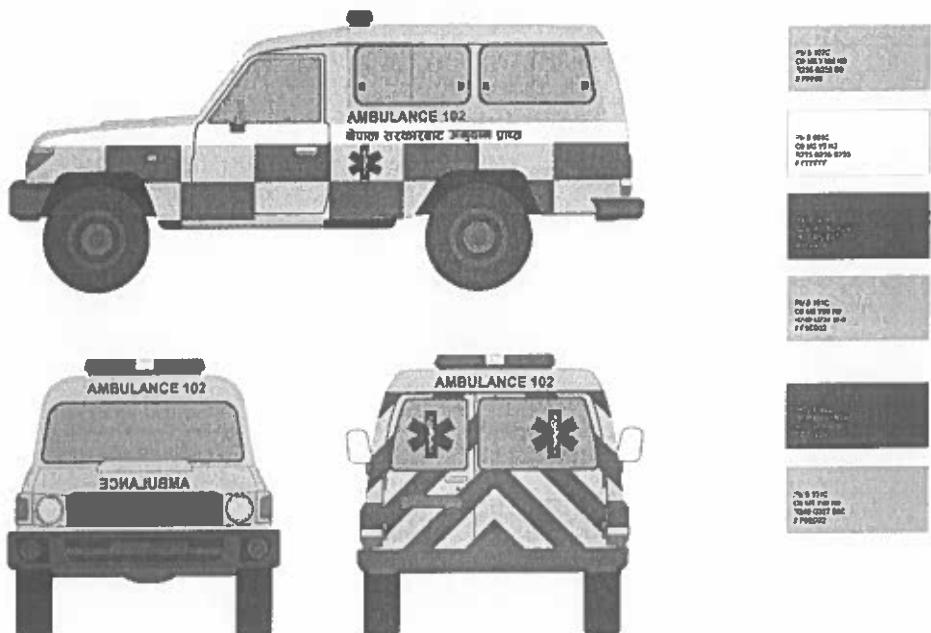


अनुसूची ३
 (दफा ९ को उपदफा १ को उपखण्ड (ग) संग सम्बन्धित)
 “क” र “ख” वर्गको एम्बुलेन्सको नमुना

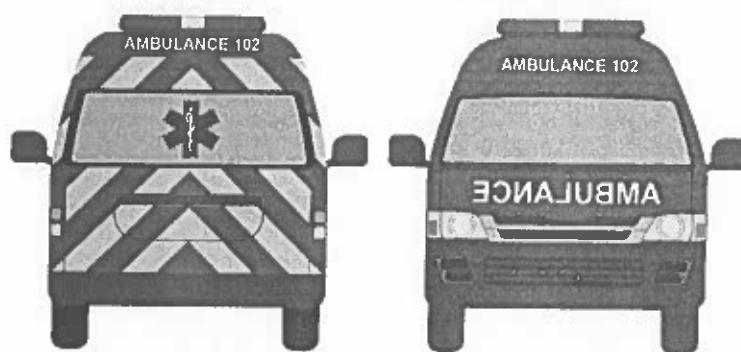
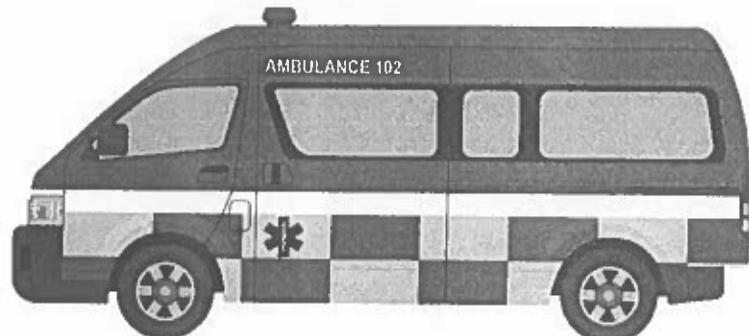
बहुउद्देशीय गाडी (वागेन आकारको) “क” वर्ग एम्बुलेन्सको रङ्ग



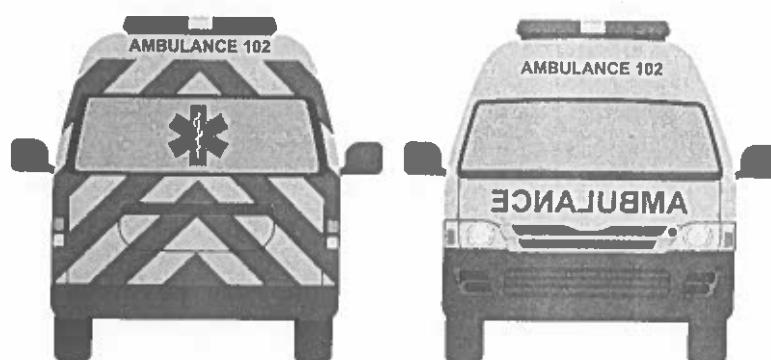
बहुउद्देशीय गाडी (वागेन आकारको) “ख” वर्ग एम्बुलेन्सको रङ्ग



भ्यान आकारको “क” बर्गको एम्बुलेन्सको रङ्ग



भ्यान आकारको “ख” बर्गको एम्बुलेन्सको रङ्ग



अनुसूची ४
(दफा ९ को उपदफा (९) को खण्ड घ सँग सम्बन्धित)
एम्बुलेन्समा प्रयोग गरिने स्टार अफ लाइफको लोगो



अनुसूची ५
 (दफा ९ को उपदफा (१) को खण्ड ड सँग सम्बन्धित)
 एम्बुलेन्सको वर्गीकरण, आवश्यक उपकरण र औषधी

SN	(1) Equipment for Category A Ambulance	SN	(2) Equipment for Category B Ambulance
1	Stethoscope	1	Stethoscope
2	B.P set	2	B.P set
3	Torch Light	3	Torch Light
4	Tongue Depressor	4	Tongue Depressor
5	IV Drips	5	IV Drips
6	Cannula and Syringes	6	Cannula and Syringes
7	ECG monitor and oxygen monitor	7	ECG monitor and oxygen monitor
8	Intubation set	8	Intubation set
9	Various intubation tubes and laryngeal tubes	9	Various intubation tubes and laryngeal tubes
10	Nebulizer set	10	Nebulizer set
11	Ambu bag	11	Ambu bag
12	Manual suction set	12	Manual suction set
13	Cervical collars	13	Cervical collars
14	CPR board	14	CPR board
15	Oxygen supply	15	Oxygen supply
16	Automated external defibrillator (AED)	16	Automated external defibrillator (AED)
17	Delivery sets	17	Delivery sets
18	Dressing Sets	18	Dressing Sets
19	Splints	19	Splints
20	Catheterizations sets	20	Catheterizations sets
21	Hemostatic sets	21	Hemostatic sets
22	Emergency medicines	22	Others
23	Travelling Ventilator		Washing equipment
24	Chest drainage tubes		Wheelchair and trolley
25	Others		Touch screen mobile with 4G connectivity,
	Washing equipment		GPS (Geographical Positioning System)
	Wheelchair and trolley		
	Touch screen mobile with 4G connectivity,		
	GPS (Geographical Positioning System)		



अनुसूची ६

(दफा ११ उपदफा (१) संग सम्बन्धित)

राजस्व छुटको लागि निवेदन

एम्बुलेन्स सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाले जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिलाई दिने निवेदनको ढाँचा

श्रीमान् प्रमुखज्यू

मिति:

जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति
.....जिल्ला

बिषय: एम्बुलेन्स पैठारीको लागि राजस्व छुट सिफारिस संबन्धमा ।

यस जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले तोकेको स्थानमा रही एम्बुलेन्स सेवा संचालन गर्नकालागि एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२ को दफा ११ बमोजिम एम्बुलेन्स पैठारी गर्न राजस्व छुटका लागि सिफारिस उपलब्ध गराइदिन आवश्यक कागजात संलग्न गरी यो निवेदन पेश गरेको व्यहोरा अनुरोध छ ।

पैठारी गर्न चाहेको एम्बुलेन्सको आवश्यक विवरणः

इन्ड्रियाइसमा भएको संस्थाको नामः	इन्ड्रियाइस नं. मिति:
एम्बुलेन्सको वर्ग क ____ ख ____ अन्य: _____	एम्बुलेन्स संख्या:
एम्बुलेन्स बनाउने कम्पनीको नाम र मोडल नं.	एम्बुलेन्सको मूल्य:
एम्बुलेन्स पैठारी हुने भन्सार विन्दुः	एम्बुलेन्स बनेको मिति:
एम्बुलेन्सको क्षमता/सि.सि.:	अन्य:

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

संस्थाको नाम/ठेगाना: _____ संस्थाको सम्पर्क नम्बर: _____

अधिकारिक व्यक्तिको नाम/थर: _____ पद: _____ सम्पर्क नम्बर: _____

हस्ताक्षर: _____ मिति: _____ संस्थाको छाप: _____

संलग्नः

सामाजिक वा निजी संघसंस्थाको हकमा

१. संस्था दर्ता प्रमाण पत्रको प्रमाणित प्रतिलिपि (सामाजिक वा निजी स्वास्थ्य संस्थाको हकमा)

२. संस्थाको विधानको प्रतिलिपि (एम्बुलेन्स संचालन गर्ने सम्बन्धि स्पष्ट खुलेको हुनुपर्ने)

३. गत वर्षको लेखा परिक्षण प्रतिबेदनको प्रतिलिपि

४. अस्पताल सञ्चालन स्वीकृति पत्र (अस्पतालको हकमा)

५. अस्पताल/ स्वास्थ्य संस्था नवीकरण भएको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि

६. नवीकरण गर्ने आ.व. भन्दा अगाडिको आ.व. को कर चुक्ता प्रमाण पत्र

७. अस्पताल/स्वास्थ्य संस्थाको एम्बुलेन्स पैठारी तथा संचालन सम्बन्धि निर्णय



अनुसूची ७
(दफा ११ को उपदफा १ सँग सम्बन्धित)
राजश्व छुटको सिफारिस

जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिलाई दिने सिफारिसको ढाँचा

श्री प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति

मिति:

.....प्रदेश

बिषय: राजस्व छुटको अनुमतिको लागि सिफारिस गरी पठाएको सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत बिषयमा ले एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२ मापदण्ड अनुसार एम्बुलेन्स सेवा संचालन गर्ने उद्देश्यका साथ “.....” वर्गको “.....” थान एम्बुलेन्स पैठारी गर्न अनुमतिको लागि सिफारिस पत्र उपलब्ध गराई पाउ भनि निवेदन सहित आवश्यक कागजात प्राप्त भएकोले जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको मिति: गते बसेको बैठकबाट एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२ को दफा ११ बमोजिम प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिमा आवश्यक कार्यान्वयनका लागि राजश्व छुट अनुमतिको लागि सिफारिस गरी पठाउने निर्णय भए अनुसार सकलै निवेदन सहितको फाइल थान (१) एक यसै पत्रसाथ संलग्न राखि पठाएको व्यहोरा अनुरोध छ ।

बोधार्थः

राजश्व छुट अनुमति सिफारिसको लागि निवेदन दिने संस्थाको नामः



अनुसूची द

(दफा ५ को उपदफा (३) को खण्ड क संग सम्बन्धित)

राजश्व छुटको सिफारिस

प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिलाई दिने सिफारिसको ढाँचा

मिति:

श्रीमान् प्रमुखज्यू

राष्ट्रिय एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति,
रामशाहपथ, काठमाडौं ।

विषय: एम्बुलेन्स पैठारीको लागि राजश्व छुट सिफारिस पत्र ।

“....” वर्गको थान एम्बुलेन्स पैठारी गर्न सिफारिस पत्रको लागि जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिको सिफारिस पत्र र संलग्न आवश्यक कागजात जाँचबुझ गरी महानगरपालिका/उपमहानगरपालिका/गाउँपालिको वडा नम्बर _____ मा रहेको ले एम्बुलेन्स पैठारीको लागि एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२ को दफा ११को उपदफा १ बमोजिम बाट एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन गर्ने गरी यो सिफारिस पत्र दिइएको छ ।

साथै, यस संस्थाले यस भन्दा पहिला एम्बुलेन्स पैठारीको लागि राजश्व छुटको सिफारिस पत्र लिए/नलिएको यस मन्त्रालयको अभिलेखमा देखिएको/नदेखिएको व्यहोरा समेत अनुरोध छ ।

तपशिल:

१. स्वास्थ्य कार्यालय, (जिल्ला) को च.न..... मिति: को राजश्व छुटको सिफारिस पत्र ।
२. जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति, (जिल्ला) को च.न..... मिति: को बैठकको निर्णयको प्रतिलिपि ।
३. स्वास्थ्य संस्था को निवेदन च.न....., मिति: को पत्र ।

संयोजक

प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति

प्रदेश

बोधार्थः

श्री स्वास्थ्य कार्यालय, (जिल्ला) ।

श्री (स्थानीयतह) ।



अनुसूची ९

(दफा ११ को उपदफा ३ सँग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले दिने राजश्व छुटको पत्र

मिति:

श्री भन्सार कार्यालय,
..... जिल्ला ।

विषय: एम्बुलेन्स पैठारीको लागि भन्सार महशुल तथा मुल्य अभिवृद्धि कर छुट सम्बन्धमा ।

श्री ले पैठारी गर्ने को मिति: को प्रोफर्मा इन्वार्ड्स अनुसार रु. मूल्य वरावरको (...) थान वर्गको एम्बुलेन्स पैठारीमा प्रचलित आर्थिक ऐन तथा भन्सार महशुल सम्बन्धी कानुनलाई संशोधन र एकिकरण गर्न बनेको ऐन, २०८१ को दफा ७, को उपदफा (४) सँग सम्बन्धित अनुसूची-४ को दफा ६, को उपदफा (२) खण्ड (क) को देहाय (अ) बमोजिम १ (एक) प्रतिशत भन्सार महशुल असुल गरी बोकी भन्सार महशुल तथा मुल्य अभिवृद्धि कर छुट गरीदिनुहन यस मन्त्रालय (सचिवस्तर) को मिति गतेको निर्णयानुसार अनुरोध छ । इन्वार्ड्सको प्रति यसैसाथ संलग्न छ ।

भन्सार महशुल ऐन, २०८१ को दफा ७, को उपदफा (४) सँग सम्बन्धित अनुसूची-४ को दफा ६, को उपदफा (२) खण्ड (क) को देहाय (अ) बमोजिम १) बमोजिमका शर्तहरु:

(१) एम्बुलेन्स पैठारी गर्दा पैठारीकै अवस्थामा त्यस्तो एम्बुलेन्सको अगाडी पछाडी टाढैबाट देखिने गरी ठुला ठुला अक्षरमा “एम्बुलेन्स” भनी लेखिएको हुनु पर्नेछ ।

(२) एम्बुलेन्समा साइरन, जीपीएस जडान, इमर्जेन्सी बत्ती, स्टेचरका साथै अन्य आवश्यक औजारहरु फिट गरिएको हुनु पर्नेछ ।

(३) एम्बुलेन्समा चालकको पछाडिपटि कुनै पनि सिट राखिएको हुनु हुन्दैन ।

(४) एम्बुलेन्स विरामीको सेवा बाहेक अन्यत्र प्रयोग गर्न पाइने छैन ।

(५) एम्बुलेन्स नेपाल सरकारको सवारी प्रदुषण मापदण्ड भित्र रहेर सञ्चालन गर्नु पर्नेछ ।

(६) एम्बुलेन्सको सवारी दर्ता गर्दा एम्बुलेन्स भनी सवारी दर्ता प्रमाणपत्रमा स्पष्ट उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

(७) एम्बुलेन्समा टाढैबाट देखिने गरी ठुला ठुला अक्षरमा “नेपाल सरकारबाट राजश्व छुट सुविधाप्राप्त” लेखिएको हुनुपर्नेछ ।

(८) एम्बुलेन्स पैठारी गरिसकेपछि संचालन अनुमति पत्रको लागि सम्बन्धित प्रदेश एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिबाट लिनुपर्नेछ ।

उल्लेखित शर्तहरु पालना गरी एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२ मा उल्लेखित तपशील बमोजिमको शर्तहरु समेत अनिवार्य रूपमा पालना गरी एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन गर्नुहुन ।

(१) दफा ९ बमोजिम एम्बुलेन्स मापदण्ड तथा वर्गीकरण अनुसारको व्यवस्था गर्नुपर्नेछ ।

(२) दफा १० बमोजिम एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालक संस्थाको कर्तव्य पुरा गर्नु पर्ने छ ।

(३) दफा १२ बमोजिम सेवा सञ्चालन अनुमति. जिल्लामा संचालन गर्ने गरी दिईएको छ ।

(४) दफा १६ बमोजिम एम्बुलेन्स प्रेषण केन्द्रमा आवद्ध भएको हुनुपर्नेछ ।

(५) दफा १८ बमोजिम एम्बुलेन्स चालकको योग्यता पुरोको चालकको व्यवस्था गर्नुपर्नेछ ।

(६) उक्त एम्बुलेन्स जनस्वास्थ्य निमालीको नियम २३ अनुसार स्वास्थ्य संस्थाको नाममा दर्ता गरी सञ्चालन गर्नुपर्नेछ ।

(७) माथि उल्लेखित सबै सर्तहरु पुरा गरीसकेपछि, दफा १२ बमोजिम एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन अनुमति पत्र लिएको हुनुपर्नेछ ।

(८) राजश्व छुट सुविधामा पैठारी गरेको एम्बुलेन्समा विरामी वा घाउतेलाई ओसारपोसार लगायत सेवा प्रदान गरे वापत सेवा शुल्क जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले तोके बमोजिम हुनेछ ।

यस राजश्व छुट सिफारिस पत्रको मान्यता यही आर्थिक वर्षको दुई महिनाराम्म रहनेछ ।

बोधार्थ:

श्री मन्त्रालय, प्रदेश : उपरोक्तानुसार एम्बुलेन्सको अभिलेख राखी समन्वय तथा अनुगमनको व्यवस्था हुन ।

श्री स्वास्थ्य सेवा विभाग, उपचायात्मक महाशाखा, टेकु ।

श्री राष्ट्रिय प्रेषण केन्द्र, काठमाडौं ।

श्री प्रादेशिक प्रेषण केन्द्र, प्रदेश ।

श्री स्वास्थ्य कार्यालय, ।

श्री यातायात व्यवस्था कार्यालय, जिल्ला: नाममा एम्बुलेन्स दर्ता गरीदिनुहन ।

श्री

नोट: एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका २०८२ अनुसार मापदण्ड पुरा गरेपछी मात्र एम्बुलेन्स सञ्चालन अनुमति प्रमाण पत्र प्रदान गरीनेछ र उक्त एम्बुलेन्स प्रेषण केन्द्रले उक्त संस्थाको यस शब्द एम्बुलेन्स भनी प्रदेश मन्त्रालयबाट लेखी आएको ।



अनुसूची १०
 (दफा १२ सँग सम्बन्धित)
 (प्रदेशमा स्वास्थ्य हेर्ने मन्त्रालयको नाम)
 एम्बुलेन्स सेवा संचालन अनुमति प्रमाणपत्र

दर्ता नं.:

मिति:

एम्बुलेन्स सेवा संचालन गर्न अनुमतिको लागि मिति मा मन्त्रालयको च./नं./प.सं.:
 अनुसार संस्थालाई वर्ग “.....”को एम्बुलेन्स पैठारीको लागि भन्सार महशुल तथा मुल्य अभिवृद्धि कर छुटको लागि दिएको सिफारिस र आवश्यक जांचबुझ गर्दा प्रक्रिया, कागजात र मापदण्ड पुगेको हुँदा मिति मा सचिवस्तरीय निर्णयानुसार जिल्लाको पालिकाको वार्ड नम्बर मा रही सेवा दिनको लागि नम्बरको एम्बुलेन्सलाई एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२ को दफा १२ अनुसार एम्बुलेन्स सेवा संचालन गर्न अनुमति दिइएको व्यहोरा अनुरोध छ ।

एम्बुलेन्स सेवा प्रेषण केन्द्रको निर्देशानुसार संचालनको व्यवस्था गर्नु गराउनुपर्नेछ ।

एम्बुलेन्स संचालन अवधि	संचालन अनुमति दिएको मिति	प्रमाणित गर्ने अधिकारीको नाम र पद	दस्तखत	कार्यालयको छाप
पहिलो दुई वर्ष (०-२ वर्ष) को लागि				

प्रेषण केन्द्रको सम्पर्क नं.:

नोट: यो संचालन अनुमति पत्र दुई वर्षसम्म बहाल रहने छ र प्रत्येक दुई-दुई वर्षमा जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिबाट अनुसूची १२ अनुसार संचालन अनुमति नवीकरण गर्नुपर्नेछ र संचालन अनुमति नवीकरण प्रमाणपत्र एम्बुलेन्समै राख्नु पर्नेछ ।



अनुसूची ११
 (दफा १३ को उपदफा (१) सँग सम्बन्धित)
 नवीकरणको प्राविधिक मुल्यांकनको सिफारिस

श्री जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समिति,

..... जिल्ला, प्रदेश

बिषय: नवीकरणको लागि एम्बुलेन्सको मापदण्डको प्राविधिक मुल्यांकन

यस संस्थाले एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन अनुमति पाएको मिति: देखि आजको मिति: सम्म प्रेषण केन्द्रको जीपीएस प्रणाली मार्फत अनुसूची १४ अनुसार यस जिल्लामा र अन्य जिल्लामा गरी जम्मा जनालाई एम्बुलेन्स सेवा प्रदान गरेको पाइएको छ ।

मुल्यांकन गर्नुपर्ने क्षेत्र:

क्र.सं.	मापदण्ड	मुल्यांकन टिप्पणी
१	अनुसूची २ एम्बुलेन्सको मापदण्ड चेकलिस्ट	
२	अनुसूची ३ एम्बुलेन्सको रङ्ग	
३	अनुसूची ४ एम्बुलेन्समा प्रयोग गरीने स्टार अफ लाइफ संकेत चिन्हको ढाँचा	
४	अनुसूची ५ एम्बुलेन्सको वर्गीकरण, आवश्यक उपकरण र औषधि	
५	अनुसूची ९ राजध छुटको पत्र	
६	अनुसूची १० एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन अनुमति प्रमाणपत्र	
७	अनुसूची १४ एम्बुलेन्स सेवाको लगबुक र विवरण मुल्यांकन	
८	प्रेषण केन्द्रको प्रणालीमार्फत एम्बुलेन्स सेवाको तथ्यांक	
९	एम्बुलेन्स सेवामा खटिने कर्मचारीको तालिम र क्षमता विकास	
१०	यातायात व्यवस्था कार्यालयमा दर्ता भएको कागजातको छायाँप्रति (ब्लुबुक)	
११	एम्बुलेन्सको बीमा गरेको प्रमाणको कागजात छायाँप्रति	
१२	विविध	

एम्बुलेन्स अवस्था मूल्यांकन प्राविधिक टिम

प्राविधिक

नाम:

पद:

स्वास्थ्य

नाम:

पद:

प्रशासन

नाम:

पद:

हस्ताक्षर

मिति:

हस्ताक्षर

मिति:

हस्ताक्षर

मिति:



अनुसूची १२

(दफा १३ को उपदफा (३) संग सम्बन्धित)

(जिल्लामा स्वास्थ्य हेने कार्यालयको नाम)

एम्बुलेन्स नवीकरण प्रमाणपत्र

यस प्रदेशको (स्वास्थ्य हेने) मन्त्रालयले संस्थालाई दिएको “एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन अनुमति प्रमाणपत्र” च./नं./प.सं.:..... अनुसार आवश्यक मापदण्ड पुगेको हुँदा जिल्लामा रही सेवा दिनको लागि नम्बरको एम्बुलेन्सलाई एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका २०८२ को दफा १३ अनुसार यस प्रदेशको प्रेषण केन्द्र अन्तर्गत रही एम्बुलेन्स सेवा सञ्चालन गर्न तपशिल अनुसार नवीकरण गरिएको छ।

नवीकरण विवरण

एम्बुलेन्स सञ्चालन अवधि	सञ्चालन अनुमति/ नवीकरण मिति	प्रमाणित गर्ने अधिकारीको नाम र पद	दस्तखत	कार्यालयको छाप
दोश्रो दुई वर्ष (३-४ वर्ष) को लागि				
तेश्रो दुई वर्ष (५-६ वर्ष) को लागि				
चौथो दुई वर्ष (७-८ वर्ष) को लागि				
पाचौ दुई वर्ष (९-१० वर्ष) को लागि				



अनुसूची १३

(दफा ७ को उपदफा (६) सँग सम्बन्धित)

जीपीएस जडान र संचालन चेकलिस्ट

१. जीपीएस जडान — अस्पताल/स्वास्थ्य संस्थाको प्रोफाइल चेकलिस्ट

क. Basic Information

Name	Provide all information	Ownership Type	Provide all information
Organization Type	Health Services	Email	
Service Type	Emergency Medical Services		
Primary Contact		Secondary Contact	
Primary Mobile No		Secondary Mobile No.	
Contact Person Name		Contact Person Phone	
Contact Person Designation		Contact Person Email	
Website		Social Link	https://www.ptv.org.in
Number of Bed			
PTV Ambulance	PTV Ambulance	Standard Ambulance (Total Number of A and B Category Ambulances including this one)	1000

ख. Address Details

Province		District	
Local Government		Ward	
Local Address		Street Name	ផ្ទះលក់លើខ្លួន
Area Name		Details	
Latitude	40.7128° N	Longitude	-74.0060° E
Location Map			

ग. Device Management

Name		Phone Number	
Organization		Vendor	
IMEI		Device Status	
Dependency Info	Ambulance: Driver:	Device Info	Manufacturer: Brand: Model: Protocol
Status	Active or Not active		

२. जीपीएस जडान — चालकको प्रोफाइल चेकलिस्ट

क. API User Information

Name		Email	
User Type	Admin	Image	
Password	*****	Confirm Password	*****
Join Date	2023-09-15	Work Experience	
Primary Contact	9841234567	Secondary Contact	9841234567

Organization	गोपनीय नाम	
--------------	------------	--

ख. Address Details

Province		District	
Local Government		Ward	
Local Address		Street Name	
Area Name	जग्गाका नाम		
Latitude	उत्तरांश का वृत्ति	Longitude	देशांश का वृत्ति
Location Map	लोकेशन मैप		

ग. Document Details

Citizenship Number		Citizenship Issue District	
Citizenship Issue Date (AD)		Citizenship Issue Date (BS)	
Citizenship Front Image	संचयिता चित्र	Citizenship Back Image	संचयिता चित्र
License Number	वाहन संख्या	License Category	
License Front Image	वाहन चित्र	License Back Image	वाहन चित्र
License Issue Date (AD)		License Issue Date (BS)	
License Expiry Date (AD)		License Expiry Date (BS)	
Training Certificate	शिक्षण प्रमाणिक	Operating Certificate	
Insurance Document	प्रतिशुल्क प्रमाणिक		
EMT Certificate	एमटीएम प्रमाणिक		
Status			

३. जीपीएस जडान – एम्बुलेन्सको प्रोफाइल चेकलिस्ट

क. Basic Information

Organization		Dispatch Join Date	दाखिला तिथि
Vehicle Number		Vehicle Name	
Image	वाहन का चित्र	Ambulance Contact Number	
Model		Select Drivers	दाखिला ड्राइवर
Active Driver	दाखिला ड्राइवर		

ख. GPS Device Information

GPS Device	गोपनीय नाम
------------	------------

ग. Ambulance Owner Information

Ambulance Owner Type	गोपनीय नाम
----------------------	------------

घ. Ambulance Information

Date of Purchases	दाखिला तिथि	Ambulance Supplier	वाहन का विक्रेता
-------------------	-------------	--------------------	------------------



Ambulance Category	4x4	Vehicle Company Name	
Patient Transfer Vehicle		Vehicle CC	
Vehicle Type	4WD	Vehicle Purchase for Ambulance	
Vehicle Class		Received Tax Exemption Viewable	
Received Tax Exemption		Ambulance Purchase/Grant	
Ambulance Purchase/Grant Price		Operating Permit Document	
Category of reason for not currently in operation	Not Currently in Operation	Reason for not currently in operation details	Not Currently in Operation or other as noted
Is Tax Exemption Taken Before?		Tax Exemption Amount	

5. Document Information

Revenue exemption file		Bill Book File	
Vehicle Insurance File			

च. Contact Information

Contact Person Name		Contact Person Phone Number	
Contact Person Email		Contact Person Designation	
Contact Person Website		Contact person /other Info	
Status			

४. जीपीएस जडान र संचालन चेकलिस्ट

क्र.सं.	मापदण्ड	छ	छैन	कैफियत
१	जीपीएस प्रणालीमा स्वास्थ्य संस्थाको प्रोफाइल तयार भएको			
२	जीपीएस प्रणालीमा चालकको प्रोफाइल तयार भएको			
३	जीपीएस प्रणालीमा एम्बुलेन्सको प्रोफाइल तयार भएको			
४	जीपीएस एम्बुलेन्स सेवा प्रदाय स्वयमले जडान गरेको			
५	जीपीएस जडान नेपालमै उपलब्ध सप्लायर्सबाट भएको,			
६	जीपीएस सप्लायर्सको विवरण उपलब्ध भएको: नाम: ठेगाना: सम्पर्क नं.: हेमेल:			
७	जीपीएस यदि अन्य श्रोतवाट जडान भएको भए आवश्यक राखे जानकारीहरू विनासर्त प्रेषण केन्द्रलाई हस्तान्तरण गरेको			
८	प्रेषण केन्द्रको प्रणालीमा जीपीएस सक्रिय वा संचालन भएको अनलाइन रूपमा देखिएको (activate)			
९	जीपीएस पहिलो/दोश्रो पाँच वर्षकोलागि जडान गरेको			
१०	जीपीएस प्राविधिक कारण बाहेक अन्य कारणले बन्द भए, बन्द भएको २४ घण्टा भित्र प्रेषण केन्द्रलाई संचार माध्यमबाट वा लिखितरूपमा जानकारी गर्ने तगारी भएको			
११	एम्बुलेन्स गाडीको इन्वोइस नं.: राजस्थ छूट निर्णय भिति:			

१३. जीपीएस प्रेषण केन्द्रको प्रणालीमा सक्रिय भएको प्रमाणित गर्ने कर्मचारी



निर्देशिकाको अनुसूची १३ अनुसार स्वास्थ्य संस्था, चालक र एम्बुलेन्सको प्रोफाइल तयार भई _____ अस्पताल/स्वास्थ्य संस्थाको नाममा रहेको गाडी नं. _____ केन्द्रको जीपीएस प्रणालीमा क्रियाशील भएकोले संचालन अनुमतिको लागि मन्त्रालयलाई सिफारिस गरिन्छ ।

संचालन अनुमतिको लागि सिफारिस गर्ने कर्मचारीको:

नाम:
सम्पर्क नम्बर:

पद:
अफिसको नम्बर:

हस्ताक्षर:

मिति:



अनुसूची १४
(दफा १३ से १५ सम्बन्धित)
प्रमुखतान्स सेवाको दैनिक विवरण

प्रतिवेदन बुझाउनेकोः नामः

दस्ताखतः

५८६

۱۵

163



अनुसूची १५
 (दफा १८ को उपदफा (८) सँग सम्बन्धित)
 एम्बुलेन्स चालकले पालन गर्नुपर्ने आचार संहिता

एम्बुलेन्स चालकले पालना गर्नुपर्ने आचार संहिता

१. एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२ लाई पूर्णतः पालना गर्ने छु ।
२. आफ्नो पेशागत भूमिका निर्वाह गर्ने क्रममा इमान्दारिता र विधरणीयता कायम गर्दै आफ्नो पेशाको मान मर्यादामा खलल पुग्ने कुनै काम गर्ने छैन ।
३. मादक पदार्थ, लागू पदार्थ तथा त्यस्तै प्रकारको कुनै पनि पदार्थ सेवन वा प्रयोग गरेर एम्बुलेन्स चलाउने छैन ।
४. बिरामी वा घाइतेको ओसारपसार तथा उपचार गर्ने क्रममा बिरामी तथा घाइतेको परिवारलाई सधै सम्मान पूर्वक व्यवहार गरी उच्च स्तरीय सेवा प्रदान गर्नेछु ।
५. आफुले लिएको निर्णयहरूमा आफ्नै व्यक्तिगत रूपमा जिम्मेवार र जवाफदेही हुनेछु ।
६. राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्र वा प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले दिएको तालिम अनुसार काम गर्ने छु ।
७. बिरामी वा घाइतेलाई बीच बाटोमा छाइने छैन ।
८. इमर्जेन्सीको अवस्थामा पनि ट्राफिक नियम पालन गरी सवारी चलाउने छु ।
९. दिवामा ८ घण्टा, रात्रीकालिनमा १२ घण्टा र लामो दुरीकोलागि दुई जना चालक अनिवार्य व्यवस्थापन अनुसार गर्ने छु ।
१०. एम्बुलेन्स सेवा पुर्याउनेक्रममा पाएका कुनै पनि सूचना गोप्य राखेछु ।
११. आवश्यक परेमा सुचनाको बारेमा सम्बन्धित निकायलाई मात्र जानकारी दिनेछु ।
१२. अस्पतालपूर्व सेवा, एम्बुलेन्स सेवा व्यवस्थापनमा सहयोग पुग्ने तथा अनुसन्धानमा मद्दत पुर्याउने छु ।
१३. आफुले उचित देखेको, राम्रा पक्षहरूको जानकारी प्रेषण केन्द्रलाई समयमै जानकारी गराउने छु ।
१४. दैनिक/मासिक/बार्षिक सेवा विवरण अनुसूची-१४ अनुसार राखेछु ।
१५. निर्देशिकाले तोके अनुसारको पोशाक लगाएर सेवा दिने छु ।
१६. बिरामीलाई ओसारपसार गर्नु अघि उसको बारेमा जानकारी राखेछु ।
१७. प्रचलित कानूनको पालना गर्नेछु ।

म स्थायी ठेगाना जिल्ला,
 गाउँ/नगर/पालिका वार्ड नं., चालक लाइसेन्स नं.ले माथि उल्लेखित सबै
 आचार संहिता अध्ययन गरी स्वीकारी आफ्नो सहमति जगाई राहि छाप गरेको छु, अन्यथा भए कानुन अनुसार
 सहल भोगुला ।

चालकको	रोहवरको	प्रमाणित गर्ने व्यक्तिको
नाम:	नाम:	नाम:
दस्तखत:	दस्तखत:	दस्तखत:
मिति:	मिति:	मिति:



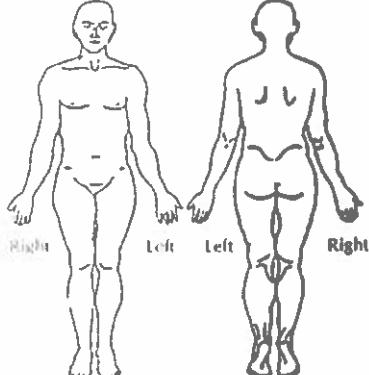
अनुसूची १६
 (दफा १६ को उपदफा (९) संग सम्बन्धित
 एम्बुलेन्स चालक र इमर्टी (एम्बुलेन्स, मोटरराइक्स एम्बुलेन्स) को पोशाक

किसिम	रक्त	बिस्तृत	नमुनाको लागि मात्र
सर्ट/सेफटी भेस्ट/फुल/हाफ जकेट/रेनकोटको लागि टोपी जोडिएको जकेट	गाढा सुन्तला	३ एमको २ इन्च चौडाई भएको प्रतिविमित टेप नमुनामा देखाएँझै वरिपरि दुवै छातीतिर बटनबाला एक-एक खल्ती, बायाँ खल्तीमा परिचयपत्र हुण्डयाउन र एउटा कलम राख्न मिल्ने भाग, फुल सर्ट भए बाउला बटनबाला नभई इलास्टिक हालेको हुनुपर्छ, पोशाकको पछाडीको भागमा चालक भए "एम्बुलेन्स चालक" वा स्वास्थ्यकर्मीको लागि "ए.इ.एम.टी." लेखिएको हुनुपर्ने, गर्मी-जाडोमा लगाउन मिल्ने, बारम्बार धुन मिल्ने, बजारमा सजिलै पाउन सकिने कपडा	
ज्याकेट	गाढा सुन्तला	निकालन मिल्ने हडी टोपी, भित्रभागमा जाली भएको, टाढैबाट देखिने २ इन्च चौडाइको ३एम ब्राण्डको परावर्तक टेप, एकतर्फी जिप, कार्गो स्टाइलका खल्तीहरू, पानी प्रतिरोधी कपडा, पछाडिको भागमा चालकको लागि "एम्बुलेन्स चालक" लेखिएको हुनुपर्नेछ र AEMT को लागि "ए.इ.एम.टी." लेखिएको हुनुपर्नेछ, गर्मी र जाडो दुबै मौसममा लगाउन मिल्ने ज्याकेट	
पाइन्ट	गाढा निलो	चाहीराखे सामानहरू राख्न मिल्ने जम्मा ६ वटा खल्ती (२वटा पछाडी - कार्गो स्टाइलका खल्तीहरू २ वटा अगाडी र २ वटा धुडाभन्दा माथि दायाँ-बायाँ राङ्गडमा जसमा कैची/अन्य चित राख्न मिल्ने जिपर भएका कार्गो स्टाइलका खल्तीहरू), गर्मी-जाडोमा लगाउन मिल्ने, बारम्बार धुन मिल्ने, बजारमा सजिलै पाउन सकिने कपडा	
बेल्ट	कालो	छालाको, साढे एक इन्च चौडाई भएको, बलियो बकलेट भएको बेल्ट	
बुट	कालो वा अन्य	घास, पानी, गर्मी र जाडोमा लगाउन मिल्ने, आरामदायी हुनुपर्दछ, सफा गर्न मिल्ने, निश्चकमित गर्न सजिलो हुने, सजिलैसंग सुकाउन मिल्ने, बाटरप्रूफ, बिरामीलाई बोकेर उकालो चढावा बाओरालो हार्नी सजिलै हिँडन मिल्ने, नेपाली बजारमा राजिलै पाउन सकिने बुट	नेपाली बजारमा पाउन सकिने बुट

अनुसूची १७
(दफा २९ को उपदफा (७) रांग सम्बन्धित)
जनशक्ति व्यवस्थापन

बिवरण	पद	संख्या	योग्यता	तालिम
प्रेषण केन्द्रहरू	स्वास्थ्य सम्बन्धित अधिकृततहको	१ जना	जन/स्वास्थ्य	Emergency Medical Dispatcher को तालिम प्राप्त
	आइटी प्राविधिक	१ जना	आइटी	आइटी कर्मचारी – एम्बुलेन्स एप प्रेषण केन्द्रको सफ्टवेयर संचालन
	कार्यालय सहयोगी	१ जना	हाई स्कूल	आवश्यक अनुभव / तालिम
	केन्द्रः प्रेषक (Dispatcher) हे.आ. वा स्टाफ नर्स	४ जना	रामान्य चिकित्सा वा नर्सिंड विषयमा प्रविणता प्रमाणपत्र तह उत्तिर्ण गरेको	Emergency Medical Dispatcher को तालिम प्राप्त
	प्रदेशः प्रेषक (Dispatcher) हे.आ. वा स्टाफ नर्स	६ जना	रामान्य निकित्तरा वा नर्सिंड विषयमा प्रविणता प्रमाणपत्र तह उत्तिर्ण गरेको	Emergency Medical Dispatcher को तालिम प्राप्त
	जिल्ला/स्थानीयतहः प्रेषक (Dispatcher) हे.आ. वा स्टाफ नर्स	४ जना	यामान्य चिकित्सा वा नर्सिंड विषयमा प्रविणता प्रमाणपत्र तह उत्तिर्ण गरेको	Emergency Medical Dispatcher को तालिम
क बर्गको एम्बुलेन्स	मेडिकल अफिसर वा एच.ए. वा स्टाफ नर्स	१ जना विरामीको अवस्था अनुसार जनशक्ति थप गर्न सक्ने	राम्यन्धित विषयमा प्रविणता प्रमाण पत्र तह उत्तिर्ण र १ वर्ष एम्बुलेन्समा काम गरेको अनुभव हुनुपर्ने	मेडिकल अफिसर: Basic Emergency Care / Primary Emergency Care / Emergency Care related trainings एच.ए. वा स्टाफ नर्स: एम्बुलेन्स आपतकालीन चिकित्सकीय प्राविधिक
ख बर्गको एम्बुलेन्स	एच.ए. वा स्टाफ नर्स	एच.ए. वा नर्स वा सि.आ.हे.ब्र. वा सि.एम.ए. वा ए.एन.एम. – १ जना, विरामीको अवस्था अनुसार मे.आ. पनि परिचालन गर्न सकिने	राम्यन्धित विषयमा प्रविणता प्रमाण पत्र तह उत्तिर्ण र १ वर्ष बार्गको एम्बुलेन्समा काम गरेको अनुभव हुनुपर्ने	एम्बुलेन्स आपतकालीन चिकित्सकीय प्राविधिक
एम्बुलेन्स चालक (सबै बर्गको एम्बुलेन्स)	चालक (Driver)	एक सिफटमा एक जना	सब्वारी चालक अनुमतिपत्र प्राप्त गरेको लागायत दफा १६ अनुसार हुनुपर्ने	एम्बुलेन्स चालक तालिम प्राप्त
विरामी ओसारपसार गर्ने गाडी (Patient Transport Vehicle)	चालक (Driver)	चालक – १ जना	पञ्चीय वर्ष उमेर पूरा भएको, ५ वर्ष दा रामार्गी चलाएको अनुभव भएको, पान्थता प्राप्त लाइसेन्स भएको, आधारभूत शिक्षा प्राप्त भएको	एम्बुलेन्स चालक तालिम प्राप्त
मोटरसाइकल एम्बुलेन्स	सामुदायिक प्रथम स्वास्थ्य प्रतिक्रियाकारी	सि.आ.हे.ब्र. वा सि.एम.ए. वा ए.एन.एम. – १ जना (गोटा साइकल चालक)	मान्यता प्राप्त लाइसेन्स भएको, दुई पाँय सब्वारी चलाएको अनुभव भएको	सामुदायिक प्रथम स्वास्थ्य प्रतिक्रियाकारी वा एम्बुलेन्स चिकित्सकीय प्राविधिक तालिम प्राप्त
सामुदायिक उद्धारकर्ता	सामुदायिक प्रथम स्वास्थ्य प्रतिक्रियाकारी	स्थानीयतह	मिहारी वा धारोलाई हेरचाह गरी व्यवस्था गर्ने शर्देन आधारभूत शिक्षा प्राप्त भएको व्यक्ति	सामुदायिक प्रथम स्वास्थ्य प्रतिक्रियाकर्ताको तालिम प्राप्त
ड्रोन सेवा	तालिम प्राप्त अपरेटर	तालिम प्राप्त अपरेटर १ जना	तालिम प्राप्त अपरेटर	सामुदायिक प्रथम स्वास्थ्य प्रतिक्रियाकर्ताको तालिम प्राप्त
Emergency Logistics Vehicle (ELV)	ELV चालक	चालक – १ जना	उच्ची वर्ष उमेर पूरा भएको, ५ वर्षको वार्गी नलाए दो अनुभव मे.आ. पनि एप उपर्याप्त अनुभव भएको	एम्बुलेन्स चालक तालिम प्राप्त

अनुसूची १८
 (दफा २१ को उपदफा (द) रैंग राम्बन्धित)
 एम्बुलेन्सको विरामी वा घाइते हस्तान्तरण फारम

1. Patient Information Date: _____ Patient Name: _____ Age: _____ (if unavailable, circle: Infant/Child/Adult) Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other Address/Location: _____ Phone: _____ Ambulance No.: _____																																								
2. Response Information Call Time: _____ AM _____ PM from <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Dispatch Center <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/> Pick up Point: _____ <input type="checkbox"/> Pick up Time: _____ AM _____ PM		Date: _____ Ambulance No.: _____	Driver's Name/signature: AEMT's Name & Signature:																																					
3. Mechanism/Chief Complaints:																																								
4. Vitals at: at _____ : _____ (24h) Temperature: _____ °F BP: _____ / _____ mmHg Pulse: _____ bpm RR: _____ brpm SpO ₂ : _____																																								
5. Primary Survey: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Approach</th> <th>Assessment</th> <th colspan="4">Interventions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Airway with c-spine <input type="checkbox"/> Normal</td> <td>Concerning exam findings Obstructed by <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Burns <input type="checkbox"/> Tongue <input type="checkbox"/> Vomit <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Voice changes <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Foreign body <input type="checkbox"/> Secretion</td> <td><input type="checkbox"/> Cervical collar</td> <td><input type="checkbox"/> Repositioning</td> <td><input type="checkbox"/> NPA</td> <td><input type="checkbox"/> ETT</td> </tr> <tr> <td>Breathing <input type="checkbox"/> Normal</td> <td>Spontaneous Respiratory Rate: Chest Rise: <input type="checkbox"/> Shallow <input type="checkbox"/> Retractions <input type="checkbox"/> Paradoxical Trachea: <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> Deviated to R <input type="checkbox"/> L Breath Sounds: <input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> L _____ Cyanosis: <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absence</td> <td><input type="checkbox"/> Suct'</td> <td><input type="checkbox"/> LMA</td> <td><input type="checkbox"/> OPA</td> <td><input type="checkbox"/> BMV</td> </tr> <tr> <td>Circulation <input type="checkbox"/> Normal</td> <td>Skin: <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Cool <input type="checkbox"/> Most <input type="checkbox"/> Pale Capillary refill: <input type="checkbox"/> <3 sec, or _____ sec Pulse: <input type="checkbox"/> Weak (feeble) <input type="checkbox"/> Asymmetric <input type="checkbox"/> Irregular Jugular Vein Distension: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Heart sounds: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> External bleeding</td> <td><input type="checkbox"/> Oxygen: _____ L/m <input type="checkbox"/> Nasal</td> <td><input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> Needle thoracostomy <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Intubation Size: _____ Depth: _____ cm <input type="checkbox"/> Surgical Airway <input type="checkbox"/> Facemask <input type="checkbox"/> CPAP/BIPAP <input type="checkbox"/> NRB <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Bronchodilator <input type="checkbox"/> Salbutamol <input type="checkbox"/> Others _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Disability <input type="checkbox"/> Normal</td> <td>Alert <input type="checkbox"/> Voice <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Unresponsive <input type="checkbox"/> Moves all extremities or <input type="checkbox"/> Deficit: _____ Pupils: Size: <input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> L _____ Reactivity: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Round: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> General Random Blood Sugar</td> <td><input type="checkbox"/> Access JIV <input type="checkbox"/> Central line <input type="checkbox"/> Intraosseous Line 1: Location _____ Size _____ Line 2: Location _____ Size _____ Fluids: <input type="checkbox"/> IVF _____ mLs <input type="checkbox"/> DNS <input type="checkbox"/> RL <input type="checkbox"/> Other _____ food: <input type="checkbox"/> Given Type / Amount _____ Con: ssion of external bleeding <input type="checkbox"/> Tourniquet application edication: <input type="checkbox"/> Adrenaline <input type="checkbox"/> Other _____ Position: <input type="checkbox"/> Left lateral tilt in pregnant <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Head end elevation <input type="checkbox"/> Immobilization <input type="checkbox"/> Others _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Exposure <input type="checkbox"/> Normal</td> <td><input type="checkbox"/> Rashes <input type="checkbox"/> Bruises <input type="checkbox"/> Bite marks <input type="checkbox"/> Masses <input type="checkbox"/> Others _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Approach	Assessment	Interventions				Airway with c-spine <input type="checkbox"/> Normal	Concerning exam findings Obstructed by <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Burns <input type="checkbox"/> Tongue <input type="checkbox"/> Vomit <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Voice changes <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Foreign body <input type="checkbox"/> Secretion	<input type="checkbox"/> Cervical collar	<input type="checkbox"/> Repositioning	<input type="checkbox"/> NPA	<input type="checkbox"/> ETT	Breathing <input type="checkbox"/> Normal	Spontaneous Respiratory Rate: Chest Rise: <input type="checkbox"/> Shallow <input type="checkbox"/> Retractions <input type="checkbox"/> Paradoxical Trachea: <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> Deviated to R <input type="checkbox"/> L Breath Sounds: <input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> L _____ Cyanosis: <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Suct'	<input type="checkbox"/> LMA	<input type="checkbox"/> OPA	<input type="checkbox"/> BMV	Circulation <input type="checkbox"/> Normal	Skin: <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Cool <input type="checkbox"/> Most <input type="checkbox"/> Pale Capillary refill: <input type="checkbox"/> <3 sec, or _____ sec Pulse: <input type="checkbox"/> Weak (feeble) <input type="checkbox"/> Asymmetric <input type="checkbox"/> Irregular Jugular Vein Distension: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Heart sounds: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> External bleeding	<input type="checkbox"/> Oxygen: _____ L/m <input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> Needle thoracostomy <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Intubation Size: _____ Depth: _____ cm <input type="checkbox"/> Surgical Airway <input type="checkbox"/> Facemask <input type="checkbox"/> CPAP/BIPAP <input type="checkbox"/> NRB <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Bronchodilator <input type="checkbox"/> Salbutamol <input type="checkbox"/> Others _____			Disability <input type="checkbox"/> Normal	Alert <input type="checkbox"/> Voice <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Unresponsive <input type="checkbox"/> Moves all extremities or <input type="checkbox"/> Deficit: _____ Pupils: Size: <input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> L _____ Reactivity: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Round: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> General Random Blood Sugar	<input type="checkbox"/> Access JIV <input type="checkbox"/> Central line <input type="checkbox"/> Intraosseous Line 1: Location _____ Size _____ Line 2: Location _____ Size _____ Fluids: <input type="checkbox"/> IVF _____ mLs <input type="checkbox"/> DNS <input type="checkbox"/> RL <input type="checkbox"/> Other _____ food: <input type="checkbox"/> Given Type / Amount _____ Con: ssion of external bleeding <input type="checkbox"/> Tourniquet application edication: <input type="checkbox"/> Adrenaline <input type="checkbox"/> Other _____ Position: <input type="checkbox"/> Left lateral tilt in pregnant <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Head end elevation <input type="checkbox"/> Immobilization <input type="checkbox"/> Others _____				Exposure <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Rashes <input type="checkbox"/> Bruises <input type="checkbox"/> Bite marks <input type="checkbox"/> Masses <input type="checkbox"/> Others _____				
Approach	Assessment	Interventions																																						
Airway with c-spine <input type="checkbox"/> Normal	Concerning exam findings Obstructed by <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Burns <input type="checkbox"/> Tongue <input type="checkbox"/> Vomit <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Voice changes <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Foreign body <input type="checkbox"/> Secretion	<input type="checkbox"/> Cervical collar	<input type="checkbox"/> Repositioning	<input type="checkbox"/> NPA	<input type="checkbox"/> ETT																																			
Breathing <input type="checkbox"/> Normal	Spontaneous Respiratory Rate: Chest Rise: <input type="checkbox"/> Shallow <input type="checkbox"/> Retractions <input type="checkbox"/> Paradoxical Trachea: <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> Deviated to R <input type="checkbox"/> L Breath Sounds: <input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> L _____ Cyanosis: <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Suct'	<input type="checkbox"/> LMA	<input type="checkbox"/> OPA	<input type="checkbox"/> BMV																																			
Circulation <input type="checkbox"/> Normal	Skin: <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Cool <input type="checkbox"/> Most <input type="checkbox"/> Pale Capillary refill: <input type="checkbox"/> <3 sec, or _____ sec Pulse: <input type="checkbox"/> Weak (feeble) <input type="checkbox"/> Asymmetric <input type="checkbox"/> Irregular Jugular Vein Distension: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Heart sounds: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> External bleeding	<input type="checkbox"/> Oxygen: _____ L/m <input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> Needle thoracostomy <input type="checkbox"/> R or L <input type="checkbox"/> Intubation Size: _____ Depth: _____ cm <input type="checkbox"/> Surgical Airway <input type="checkbox"/> Facemask <input type="checkbox"/> CPAP/BIPAP <input type="checkbox"/> NRB <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Bronchodilator <input type="checkbox"/> Salbutamol <input type="checkbox"/> Others _____																																					
Disability <input type="checkbox"/> Normal	Alert <input type="checkbox"/> Voice <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Unresponsive <input type="checkbox"/> Moves all extremities or <input type="checkbox"/> Deficit: _____ Pupils: Size: <input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> L _____ Reactivity: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L Round: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> General Random Blood Sugar	<input type="checkbox"/> Access JIV <input type="checkbox"/> Central line <input type="checkbox"/> Intraosseous Line 1: Location _____ Size _____ Line 2: Location _____ Size _____ Fluids: <input type="checkbox"/> IVF _____ mLs <input type="checkbox"/> DNS <input type="checkbox"/> RL <input type="checkbox"/> Other _____ food: <input type="checkbox"/> Given Type / Amount _____ Con: ssion of external bleeding <input type="checkbox"/> Tourniquet application edication: <input type="checkbox"/> Adrenaline <input type="checkbox"/> Other _____ Position: <input type="checkbox"/> Left lateral tilt in pregnant <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Head end elevation <input type="checkbox"/> Immobilization <input type="checkbox"/> Others _____																																						
Exposure <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Rashes <input type="checkbox"/> Bruises <input type="checkbox"/> Bite marks <input type="checkbox"/> Masses <input type="checkbox"/> Others _____																																							
6. SAMPLE / Secondary Survey: <input type="checkbox"/> Allergies: _____ <input type="checkbox"/> Medical History: _____ <input type="checkbox"/> System involved: _____ <input type="checkbox"/> Infectious risk: _____ <input type="checkbox"/> Events: _____ <input type="checkbox"/> Advance directive: DNR <input type="checkbox"/> Positive																																								
7. Provisional Diagnosis: _____																																								
8. Treatment given: _____																																								
9. Reassessment: <input type="checkbox"/> Temp: _____ <input type="checkbox"/> Pulse: _____ <input type="checkbox"/> BP: _____ / _____ <input type="checkbox"/> RR: _____ <input type="checkbox"/> SpO ₂ : _____ % Time: _____ (AM/PM) Condition: <input type="checkbox"/> Same <input type="checkbox"/> Changes: _____																																								
10. Ambulance patient handover by: Name: _____ Facility: _____ Position: _____ Date: _____ Time: _____ Signature: _____																																								
11. Ambulance patient received by: Name: _____ Facility: _____ Position: _____ Date: _____ Time: _____ Signature: _____																																								

अनुसूची १९
 (दफा २२ सँग सम्बन्धित)
 विरामी ओसारपसार गर्ने गाडीको नेकलिस्ट

(क) गाडीको अवस्था	टिप्पणी	
१. स्वास्थ्य संस्थाको नाम/ठेगाना:		
२. ब्लु बुकको छायाप्रति:		
३. गाडीको नम्बर:		
४. हालसम्मको माइलयज रिकिंग:		
५. एम्बुलेन्स सेवा संचालनमा रहेको स्थान:		
६. वातवरण प्रदूषण चेक गरेको मिति:		
७. हालसम्म प्रेषण केन्द्र मार्फत एम्बुलेन्स रोबा दिएयो गाडी:		
८. विरामी ओसारपसार गर्ने गाडीको रूपमा संचालन गर्ने संस्थाको नियम र वेदन (संलग्न २ दिएयो):		
९. जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिबाट विरामी ओसारपसार गर्ने संचालन अनुमति पत्र (संलग्न २ दिएयो):		
१०. यातायात व्यवस्था कार्यालयले दिएको सिफारिस पत्र (संलग्न २ दिएयो):		
११. जीपीएस जडान गरी संचालनमा रहेको प्रेषण केन्द्रहरू नियमित (संलग्न २ दिएयो):		
१२. चालकको लाइसेन्सको छायाप्रति (संलग्न २ दिएयो):		
१३. एम्बुलेन्स चालकको तालिमको प्रमाणपत्रको छायाप्रति (संलग्न २ दिएयो):		
(ख) उपकरणहरू / सेवा	छ छैन कैफियत	
१. बाहिरी भाग	१. विरामी ओसारपसार गर्ने गाडीको रूपमा प्रयोग गर्ने मिल्ने २. सबै इमर्जेन्सी बत्तीहरू चालु अवस्थामा रहेको ३. साइरन झिकी सकेको ४. साइडको ऐनाहरू चालु अवस्थामा रहेको	
२. उपकरणहरू	५. आवश्यक उपकरणहरू रहेको ६. स्ट्रेचर ७. व्हीलचेयर	
३. सेफ्टी प्रणाली	१०. जीपीएस चालु अवस्थामा रहेको	
४. सिट	११. चालक सिट र सिट बेल्ट चालु अवस्थामा रहेको १२. विरामीको आफन्तको लागि घस्ने ठाउँ प्रयोग गर्ने मिल्ने अवस्थामा रहेको	
५. नवीकरण	१३. गाडी दर्ता, नवीकरण, विग्रा र चालानको लाइसेन्स नवीकरण भएको	
६. सेवा	१४. दीर्घरोगीलाई लक्षित गरी रोबा दिन तयार रहेको दीर्घरोगीलाई धर देखि अस्पताल वा अस्पताल रेखि एकत्र ओसारपसार गर्न तयार रहेको १५. जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिले निर्धारण गरेको रोबा शुल्क र तोकेको स्थानमा संचालन गर्न तयार रहेको,	

अनुसूची- २०
 (दफा २३ संग सांकेतिक)
 एम्बुलेन्स अनुगमन ने प्रति

क्रम	क्र.सं.	आवश्यक विवरण	अनुगमन टोलीमा रप जानकारी	छ भने ("१" अंक दिने)	छैन भने ("०" अंक दिने)	टिप्पणी
राजश्व छुट, अनुमति र नवीकरण	१	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट प्राप्त एम्बुलेन्सको राजश्व छुटको पत्र हुनुपर्ने	राजश्व ह प्राप्त अनिवार्य एम्बुलेन्स अनुमति लिएको			
	२	प्रादेशिक एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिबाट प्राप्त एम्बुलेन्स सेवा संचालन अनुमतिको प्रमाणपत्र हुनुपर्ने	प्रत्येक दुई पर्यामा बुलेन्स संचालन नप्राप्त गरिएको हुनुपर्छ			
	३	जिल्ला एम्बुलेन्स व्यवस्थापन समितिबाट प्राप्त नवीकरणको प्रमाणपत्र हुनुपर्ने (दुई बर्षभन्दा पुरानोको हकमा)				
मापदण्ड	४	“नेपाल सरकारबाट राजस्व छुट प्राप्त” प्रस्त देखिने गरी लेखिएको र मापदण्ड अनुसार रंगाईएको	प्रस्त अवर क भाग देखिए			
	५	एम्बुलेन्सको वर्ग अनुसार उपकरणहरू भएको	मापद			
	६	एम्बुलेन्समा “१०२” हुलो अक्षरमा लेखिएको	नैलो			
	७	“एम्बुलेन्स” उल्टो अक्षरबाट एम्बुलेन्सको अगाडी लेखिएको				
	८	GPS जडान भई संचालनमा रहेको				
	९	एम्बुलेन्समा साइरन भएको				
	१०	एम्बुलेन्सको वर्ग क वा ख खुलेको	र्ग			
	११	एम्बुलेन्सको सेवा शुल्क देखिने ठाउँमा टासेको				
	१२	एम्बुलेन्सको चालकको पछाडि पट्टी कुनै पनि सिट नराखिएको				
	१३	अस्पताल वा स्वास्थ्यसंग सम्बन्धित संस्था बीचको सम्झौता	चालन नवीकरण			
	१४	“ग” वर्गको भए “ख” वा “क” वर्गमा स्तरोन्नति गरेको				
	१५	स्टार अब लाइफ दौया बाया र पछाडी				



क्षेत्र	क्र.सं.	आवश्यक विवरण	प्रयोगकारी टोली नाम वा अधिकारी	छ भने ("१" अंक दिने)	चैन भने ("०" अंक दिने)	टिप्पणी
		गरी तीनैतर्फ राखिएको हुनुपर्ने				
विमा	१६	एम्बुलेन्स गाडीको विमा भएको हुनुपर्छ	जाँच			
	१७	एम्बुलेन्स चालक र BEMTको विमा भएको हुनुपर्ने	जाँच			
	१८	एम्बुलेन्समा सवार विरामी तथा विरामीको सहयोगीको विमा हुनुपर्छ	जाँच			
ब्लुबुक	१९	स्वास्थ्य संस्थाको नाममा दर्ता	री एवि			
	२०	गाडी 4WD भएको	री एवि			
	२१	राष्ट्रिय प्रदूषण मापदण्ड जांच गरेको हुनुपर्ने	नकाय न अन हुनुपर्छ	जाँच	कर	
स्वास्थ्यकर्मी	२२	एम्बुलेन्सको इन्जिनको क्षमता दुई हजार सि.सि. वा सो भन्दा बढी सि.सि. भएको / नभएको		गर्नु		
	२३	तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरू भएको / नभएको		गर्नुपर्ने		
	२४	चालकको उमेर २५ वर्ष पुगेको / नपुगेको		जाँच ग		
चालक	२५	चालक अनुमतिपत्र मान्यता अवधिराम्भ भएको / नभएको				
	२६	सवारी चालकको रूपमा निम्नतम पाँच वर्षको अनुभव भएको / नभएको				
	२७	चालकले स्वास्थ्य तालिम केन्द्रबाट तालिम लिएको / नलिएको				
एम्बुलेन्स संचालन गर्ने संस्था	२८	ब्लुबुकमा एम्बुलेन्स सेवा संचालन गर्ने संस्थाको नाम हुनुपर्ने		रुग्नें		
	२९	चालकको वैधानिक लाइसेन्स हुनुपर्ने				
	३०	एम्बुलेन्स चालकको सम्पर्क नम्बर हुनुपर्ने				
	३१	संस्थाको नाम: ठेगाना: फोन:				
	३२	एम्बुलेन्सको स्थायी फोन नम्बर हनुपर्ने		आ राय धिक		
	३३	जुन जिल्लामा दर्ता भएको हो त्यही जिल्लामा सेवा दिईरहेको हुनुपर्ने				
	३४	एम्बुलेन्स प्रयोग गर्दा विरामी पक्षी गर्ने				



क्षेत्र	क.सं.	आवश्यक विवरण	अनुगमन टोलीकोथप जानकारी	छ भने ("१" अंक दिने)	छैन भने ("०" अंक दिने)	टिप्पणी
		हुने र नहुने कुराहरुको जानकारीमूलक सूचना गाडीको भित्री भागमा देखिने गरी राखेको हुनुपर्ने	जाम्बा प्राप्त अंक			

निष्कर्ष लेखे:

अनुगमनको
निष्कर्ष

मिति, स्थान, र प्रमाणीकरण	एम्बुलेन्स अनुगमन गरिएको मिति:	स्थान:	समय:
	अनुगमन गर्ने ट्राफिक प्रहरीको नाम:	दर्जा:	हस्ताक्षर:
	प्रशासनबाट खटिएको व्यक्तिको नाम:	दर्जा:	हस्ताक्षर:
	मन्त्रालयबाट खटिएको व्यक्तिको नाम:	दर्जा:	सम्पर्क:



एम्बुलेन्स सेवासँग सम्बन्धित श्रोत सामाग्रीको लागि तत्को लिंकमा क्लिक गर्नुहोस्

<https://tinyurl.com/j6c6n9ad>

- एम्बुलेन्स सेवा निर्देशिका, २०८२
- एम्बुलेन्स स्पेसिफिकेसन
- एम्बुलेन्सको कलर कोड
- एम्बुलेन्स र एम्बुलेन्समा हुनुपर्ने उपकरणहरूको स्पेसिफिकेसन
- अस्पतालपूर्व आपतकालीन सेवा प्रणालीको ढाँचा
- एम्बुलेन्सको विरामी/घाइते हस्तान्तरण फारम
- एम्बुलेन्स सेवाको लगबुक
- यो निर्देशिका तयार पार्न सहयोग गर्नुहुनेहरूको नामावली
- अन्य

