



नेपाल सरकार  
गृह मन्त्रालय  
नेपाल सरकार  
(लागू औषध विधन्तन शाखा)

फोन: ०१-४२११२२२  
०१-४२११२८४  
फ्याक्स: ०१-४२११२८३  
drug@moha.gov.np

सिंहदरबार, काठमाडौं

प.सं. २०७८/७९

च.नं. ५०१६

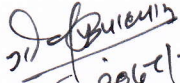
मिति: २०७८।०८।१३ गते

श्री जिल्ला प्रशासन कार्यालय,

सबै ।

विषय: पुनर्स्थापना केन्द्रको अनुगमन सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा तहाँ जिल्लामा लागू औषध प्रयोगकर्ताहरूको उपचारको लागि सञ्चालित उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रको यस मन्त्रालयमा आवद्धताको लागि पठाउँदा गरिने अनुगमन वा नियमित अनुगमनको क्रममा यस शाखाबाट तयार पारिएको यसै पत्रसाथ संलग्न अनुगमन तथा निरीक्षण फाराम (सफ्टकपी समेत संलग्न भएको) भरी यस शाखाको च.नं. ६६३, मिति २०७७।१२।१० गतेको पत्रानुसार हुने गरी पठाउनु हुन अनुरोध छ ।

  
२०७८/१३

गोकर्ण प्रसाद उपाध्याय  
उपसचिव



नेपाल सरकार

# गृह मन्त्रालय

(लागू औषध नियन्त्रण शाखा)

फोन नं. ०१-४२११२२२

०१-४२११२८४

ईमेल: drug@moha.gov.np

moha.drugportal@gmail.com

फ्याक्स ०१-४२११२८३

Website: www.drugportal.gov.np

सिंहदरवार,

काठमाडौं, नेपाल ।

मिति: २०७७/१२/१०

पत्र संख्या:- ०७७/७८

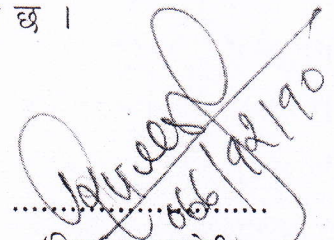
प्राप्त पत्र संख्या र मिति:-

च.नं.:- ६६३

विषय: उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रको आवद्धता सिफारिस सम्बन्धमा ।

श्री जिल्ला प्रशासन कार्यालय,  
सबै ।

प्रस्तुत विषयमा लागू औषध प्रयोगकर्ताको लागि संचालित उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रको आवद्धताको सिफारिस गर्दा जिल्लाभर रहेका लागू औषध पुनर्स्थापना केन्द्रको संख्या, उक्त केन्द्रहरूमा उपचाररत व्यक्तिहरूको संख्या, नयाँ पुनर्स्थापना केन्द्रको आवश्यकता र प्रस्तावित पुनर्स्थापना केन्द्रले तोकिएका मापदण्ड पूरा गरेको/नगरेको स्पष्ट किटानी खुलाई, कम्तीमा अधिकृत स्तरको कर्मचारीबाट गरेको स्थलगत अनुगमन प्रतिवेदन संलग्न राखी प्रमुख जिल्ला अधिकारीबाट मन्त्रालयमा पत्राचार गर्नुहुन निर्णयानुसार अनुरोध छ। साथै श्रीमान् सचिवज्यू र प्रमुख जिल्ला अधिकारी बीचको कार्यसम्पादन सम्झौतामा लागू औषध निषेध र व्यवस्थापन शिर्षकमा उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्र भएका जिल्लाले वर्षमा कम्तीमा एक पटक अनुगमन गरी मन्त्रालयमा प्रतिवेदन पठाउने भनी उल्लेख भएको हुदा ताहाँ जिल्ला स्थित उपचार तथा पुनर्स्थापना केन्द्रहरूको विद्यमान अवस्थाका बारेमा जिल्ला अनुगमन तथा समन्वय समितिको बैठक बसी आकास्मिक/नियमित स्थलगत अनुगमन गरी प्रतिवेदन पठाउनुहुन समेत अनुरोध छ ।

  
.....  
(किरणचन्द्र सुवेदी)  
शाखा अधिकृत



गृह मन्त्रालय, लागू औषध नियन्त्रण शाखाबाट तयार पारिएको  
लागू औषध प्रयोगकर्ताहरूको लागि सञ्चालित पुनर्स्थापना केन्द्रको अनुगमन तथा निरीक्षण फाराम

**क) संस्था (केन्द्र) को विवरण**

संस्थाको नाम: ..... ठेगाना: .....  
सम्पर्क नं. .... इमेल: .....  
जिल्ला: ..... रजिष्ट्रेशन नं. ....  
दर्ता मिति: .....

**संस्थाको प्रकार**

- क) पूर्ण सरकारी स्वामित्वमा सञ्चालित                      ख) सरकार र गैससको साझेदारीमा सञ्चालित  
ग) गैरनाफामूलक संस्थाको रूपमा सञ्चालित              घ) व्यावसायिक रूपमा सञ्चालित

क्र.सं.	विवरण	छ	छैन	कैफियत
१.	गृह मन्त्रालय, लागू औषध नियन्त्रण शाखामा आवद्धता			भए मिति.....
२.	पान नं. ....			
३.	कर छुट प्रमाण पत्र			
४.	संस्थाको लेखापरीक्षण प्रतिवेदन			

**ख) केन्द्रको भौतिक अवस्था:**

क्र.सं.	विवरण	छ	छैन	कैफियत
१.	केन्द्रले ओगटेको क्षेत्रफल (काठमाडौंमा १ रोपनी अन्यत्र ३ रोपनी)			
२.	स्वच्छ र शान्त वातावरण			
३.	योग, साधना र व्यायाम कक्ष			
४.	कक्षा कोठा			
५.	मनोरञ्जन तथा खेलकुद सामग्रीको व्यवस्था			
६.	पर्याप्त सुत्ने कोठा (छट्टाछुट्टै ओछ्यान)			
७.	भान्सा र खाना खाने कोठा			
८.	कार्यालय कोठा			
९.	पुस्तकालय			
१०.	पर्याप्त शौचालय र स्नान गृह			
११.	चौबिसै घण्टा पानी र बत्ती			
१२.	पौष्टिक आहारको व्यवस्था सहितको खाना			
१३.	स्वास्थ्य परीक्षण कोठा			
१४.	३०-३५ जना बस्न मिल्ने पक्की कम्पाउन्डयुक्त भवन			
१५.	भेटघाट कक्ष			
१६.	कम्प्युटर कोठा, आयमूलक तथा सिपमूलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने स्थान			
१७.	आगन्तुक पुस्तिका			
१८.	नागरिक बडापत्र			
१९.	दैनिक क्रियाकलाप सूचना पाटीमा टाँसेको			
२०.	उपचाररत व्यक्तिको बेगला बेगलै व्यक्तिगत फाईल			

ग) सुरक्षा जनशक्ति, प्रशासन र उपचार सेवाको विवरण

क्र.सं.	विवरण	छ	छैन	कैफियत
१.	बिरामी बस्ने भवन परिसरको भरपर्दो सुरक्षा व्यवस्था			
२.	प्रशासन/लेखा चुस्त दुरुस्त			
३.	सामाजिक कार्यकर्ता र पूर्व लागू औषध प्रयोगकर्तालाई प्राथमिकता			
४.	केन्द्रमा कार्यरत कर्मचारी संख्या (..... जना)			
५.	मुख्य सञ्चालकको विवरण	नाम: ..... पद: ..... योग्यता: ..... विषयगत अनुभव: .....		
६.	प्रशासन वा लेखा सहायक (१ जना)	नाम: ..... पद: ..... योग्यता: .....		
७.	सुरक्षाकर्मी (२ जना) भए नभएको			
८.	भान्छे (२ जना) भए नभएको			
९.	कार्यालय सहयोगी वा बगैचे (१ जना)			
१०.	चिकित्सकको व्यवस्था	नाम: ..... योग्यता: ..... ने.मे.का.द.नं. ....		
११.	मान्यता प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको व्यवस्था	नाम: ..... योग्यता: ..... ने.मे.का.द.नं. ....		
१२.	मनोचिसित्सकको व्यवस्था	नाम: ..... योग्यता: ..... ने.मे.का.द.नं. ....		
१३.	तालिम प्राप्त परामर्शदाता	परामर्शदाताको नाम: ..... संस्थाको नाम: ..... तालिम मिति .....		
१४.	परिवारका ज्येष्ठ सदस्य वा अभिभावक वा संरक्षकको सहमति लिने गरेको छ वा छैन ?			
१५.	उपचार तथा परामर्श गर्दा बिरामी र निजको परिवारबीच निरन्तर सम्पर्क भेटघाटको व्यवस्था गराउने र सेवालाई परिवारमैत्री बनाइने प्रवन्ध			
१६.	उपचारको लागि सिफारिसको व्यवस्था भएको अस्पताल वा स्वास्थ्य चौकीको विवरण			

घ) उपचाररत सदस्य संख्या र सेवाको विवरण:

क्र.सं.	विवरण	छ	छैन	कैफियत
१.	महिला, पुरुष वा दुवै ? कसका लागि सेवा दिइन्छ ?			
२.	कार्यक्रम दुवैका लागि लक्षित भए छुट्टाछुट्टै भवन			
३.	केन्द्रको उपचाररत सदस्यको क्षमता संख्या (..... जना)			
४.	हाल उपचाररत संख्या (..... जना)			
५.	उपचाररत सदस्यहरूको दैनिक क्रियाकलापको अभिलेख			
६.	सेवा शुल्कको विवरण (मासिक)			
७.	केन्द्रमा कार्यरत कर्मचारी संख्या (..... जना)			

ड) संस्थाले सामना गर्नुपर्नेका चुनौतीहरू:

- १)
- २)
- ३)
- ४)
- ५)

च) सुझावहरू:

- १)
- २)
- ३)
- ४)
- ५)

अनुगमनकर्ता:

क्र.सं.	नाम, थर	पद	संस्था	हस्ताक्षर
१.				
२.				
३.				
४.				
५.				
६.				

केन्द्रको तर्फबाट

नाम, थर:

पद:

हस्ताक्षर:

मिति:

कार्यालयको छाप:

नोट: चेकलिष्ट अनुसारका विषयसँगै प्रमाणित कागजात समेत संलग्न गर्नुपर्नेछ ।