

**बिपन्न नागरिक औषधी उपचार कार्यक्रम अन्तर्गत सिकल सेल एनिमिया रोग सम्बन्धी स्ट्याण्डर्ड चेकलिष्ट
र मापदण्ड**

क्र.सं.	बिबरण	न्युनतम आवश्यकता	छ	छैन	कैफियत
१	भौतिक पुर्वाधार				
क	सिकल सेल क्लिनिक वा हेमाटोलोजि ओ.पि.डी. सेवा				
ख	ICU र High Care को सुबिधा				
ग	प्रस्तुतीसेवा, शल्यक्रिया सेवा, र बाल सेवा सहित अन्य सेवाको उपलब्धता				भएमा राम्रो
घ	Morphine लगायतका pain killer औषधिसहजैपाउने				
ङ	CT-Scan र MRI को सुबिधा				भएमा बिशेष ग्राह्यता
२	उपकरण तथा प्रयोगशाला सम्बन्धि मापदण्ड				
क	General pathology Lab level B				
ख	Hemoglobin Electrophoresis को सुबिधा भएको				
ग	Blood Bank र Cross matching को सुबिधा भएको				
घ	Red Cell Exchange मेसिन	१			
३	जनशक्ति				
क	MD medicine / MD paediatric गरेर सिकल सेल रोगको उपचार र व्यवस्थापन को तालिम प्राप्त	१			
ख	एमडी हेमाटोलोजी (MD Hematology) वा डि एम हेमाटोलोजी योग्यता हासिल गरेका चिकित्सक	१			भएमा बिशेष ग्राह्यता
ग	सिकल सेल रोगको उपचार र व्यवस्थापन सम्बन्धि तालिम प्राप्त नर्स	२			
घ	पैथोलोजी बिषयमा एम डी (MD Pathology) गरेका चिकित्सक	१			
ङ	MD Pathology गरि प्रयोगशाला हेमाटोलोजी (Hemato-pathology) बिषयमा मान्यता प्राप्त बिश्वबिद्यालयबाट कम्तिमा एक वर्ष फेलोशिप (fellowship) गरेका चिकित्सक	१			
च	Blood bank मा Difficult Cross match गर्नसक्ने जनशक्ति भएको				