नेपाल सरकार

प्रधानमन्त्री तथा मन्त्रिपरिषद्को कार्यालय

(........मं.प.समिति तथा सं.निकाय शाखा)

सिंहदरबार, काठमाडौं
नेपाल ।

पत्र संख्या : ४२/ ०७३
च.नं. : ३११०

मिति : २०७३।०८।१६

श्री सचिवज्यू,
स्वास्थ्य मन्त्रालय।

मिति २०७३।०८।१६ मा बसेको मन्त्रिपरिषद्, विधेयक समितिको बैठकबाट देहायबमोजिम निर्णय भएको व्यहोरा अनुरोध गर्दछु -

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) नियमावली, २०७३ स्वीकृत गर्ने विषयको स्वास्थ्य मन्त्रालयको प्रस्ताव नं ३१/४३-०७३/८/७ मं.प.वै.सं ४२-०७३ मिति २०७३/८/१४ को मन्त्रिपरिषद्को बैठकमा पेश हुँदा "मन्त्रिपरिषद्, विधेयक समितिमा छलफल गरी समितिको निर्णय बमोजिम गर्ने" निर्णय भएअनुसार आजको बैठकमा पेश हुँदा प्रस्तुत नियमावलीको सट्टा छलफलका क्रममा उठेका विषयहरूसमेत समावेश गरी परिमार्जन गरिएको यसैसाथ संलग्न "मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध)गर्ने नियमावली, २०७३" स्वीकृत गर्ने। साथै सो नियमावली नेपाल राजपत्रमा मिति २०७३।०८।१६ को अतिरिक्ताङ्क गरी प्रकाशन गर्ने।

(कमलशाली घिमिरे)
सचिव

टेलिफोन : ४२११०२५, ४२११०४०, ४२११०३५, ४२११०८०, ४२११०७३, ४२११०३८
फ्याक्स : ४२११०६५, ४२११०८६, ४२११०२६, ४२११०२०, ४२११०४२, ४२१११०७ पो.ब.नं. : २३३१२, काठमाडौं, नेपाल
ई-मेल : info@nepal.gov.np
वेब साइट : http://www.opmcm.gov.np

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) नियमावली, २०७३

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा ३४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी नेपाल सरकारले देहायका नियमहरू बनाएको छ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ : (१) यी नियमहरूको नाम "मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) नियमावली, २०७३" रहेको छ।

(२) यो नियमावली तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. परिभाषा : विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस नियमावलीमा,-

(क) "ऐन" भन्नाले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ सम्झनु पर्छ।

(ख) "जाँचबुझ समिति" भन्नाले नियम ९ बमोजिमको जाँचबुझ समिति सम्झनु पर्छ।

(ग) "प्रत्यारोपण स्वीकृति समिति" भन्नाले नियम १२ बमोजिमको प्रत्यारोपण स्वीकृति समिति सम्झनु पर्छ।

(घ) "समन्वय इकाई" भन्नाले ऐनको दफा १७ख. बमोजिमको समन्वय इकाई सम्झनु पर्छ।

परिच्छेद-२

अनुमति तथा इजाजतपत्र सम्बन्धी

३. अनुमतिपत्र सम्बन्धी : (१) ऐनको दफा ४ बमोजिम मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गराउन चाहने स्वास्थ्य संस्थाले अनुमतिपत्रको लागि अनुसूची-१ बमोजिमको दस्तुर सहित अनुसूची-२ बमोजिमको ढाँचामा समिति समक्ष दरखास्त दिनु पर्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम दरखास्त दिने स्वास्थ्य संस्थामा देहायको बमोजिमको सुविधा तथा जनशक्ति हुनु पर्नेछ :-

(क) अनुसूची-३ बमोजिमको भौतिक साधन, जनशक्ति तथा अन्य आवश्यक सेवा तथा सुविधा,

(ख) अनुसूची-४ बमोजिमका योग्यता पुगेको जनशक्ति।

(३) उपनियम (१) बमोजिम दरखास्त प्राप्त भएमा समितिले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप गराउन चाहने स्वास्थ्य संस्थामा उपनियम (२) मा उल्लिखित सुविधा तथा जनशक्ति भए नभएको सम्बन्धमा आवश्यक जाँचबुझ गर्नेछ र त्यसरी जाँचबुझ गर्दा सो बमोजिम भएको देखिएमा त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थालाई

अनुसूची-५ बमोजिमको ढाँचामा मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्र प्रदान गर्नेछ।

(४) उपनियम (३) बमोजिम अनुमतिपत्र दिँदा एक वा एक भन्दा बढी अङ्ग वा कुनै एक अङ्ग मात्र प्रत्यारोपण गर्ने गरी अनुमतिपत्र दिन सकिनेछ।

४. व्यक्तिगत इजाजतपत्र सम्बन्धी : (१) ऐनको दफा ७ बमोजिम व्यक्तिगत रूपमा कुनै चिकित्सकले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप गराउन चाहेमा इजाजतपत्रको लागि अनुसूची-१ बमोजिमको दस्तुर तथा अनुसूची-६ बमोजिमको योग्यताको प्रमाणपत्र संलग्न गरी अनुसूची-७ बमोजिमको ढाँचामा समिति समक्ष दरखास्त दिनु पर्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम परेको दरखास्त जाँचबुझ गर्दा त्यस्तो चिकित्सकले अनुसूची-६ बमोजिमको योग्यता प्राप्त गरेको देखिएमा समितिले निजलाई मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गराउन अनुसूची-८ बमोजिमको ढाँचामा व्यक्तिगत इजाजतपत्र प्रदान गर्नेछ।

(३) उपनियम (२) बमोजिम व्यक्तिगत इजाजतपत्र दिँदा एक वा एक भन्दा बढी अङ्ग प्रत्यारोपण गर्ने गरी इजाजतपत्र दिन सकिनेछ।

५. अनुमतिपत्रको नवीकरण र दस्तुर : (१) अनुमतिपत्र प्राप्त स्वास्थ्य संस्थाले ऐनको दफा ९ को उपदफा (१) बमोजिम प्रत्येक दुई वर्षमा अनुमतिपत्र नवीकरण गराउनु पर्नेछ।

(२) अनुमतिपत्र प्राप्त स्वास्थ्य संस्थाले अनुमतिपत्रको अवधि समाप्त हुनुभन्दा कम्तीमा पैंतीस दिन अगावै अनुमतिपत्र नवीकरणको लागि नियम ३ को उपनियम (१) बमोजिम तोकिएको दस्तुरको पचास प्रतिशतले हुने रकम संलग्न गरी अनुसूची-९ बमोजिमको ढाँचामा समिति समक्ष दरखास्त दिनु पर्नेछ।

(३) उपनियम (२) बमोजिम प्राप्त दरखास्त जाँचबुझ गर्दा दरखास्त दिने स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची-३ र अनुसूची-४ मा उल्लेख भए बमोजिमको भौतिक साधन, जनशक्ति तथा अन्य आवश्यक सेवा तथा सुविधाहरू नियमित रूपमा व्यवस्था गर्दै आएको र ऐनको दफा २९ बमोजिम दिइएको आदेश तथा निर्देशनहरू पालना गरेको पाइएमा समितिले त्यस्तो स्वास्थ्य संस्थाले पाएको अनुमतिपत्र अनुसूची-१० बमोजिमको ढाँचामा नवीकरण गरी दिनु पर्नेछ।

परिच्छेद-३

मस्तिष्क मृत्यु घोषणा सम्बन्धी

६. प्रारम्भिक स्वास्थ्य परीक्षण गर्नु पर्ने : (१) ऐनको दफा १२ख. बमोजिम कुनै बिरामीको मस्तिष्कको पूर्ण क्षति भए वा नभएको यकिन गर्ने प्रयोजनका लागि चिकित्सकले अनुसूची-११ बमोजिम त्यस्तो बिरामीको प्रारम्भिक स्वास्थ्य परीक्षण गर्नु पर्नेछ ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम प्रारम्भिक स्वास्थ्य परीक्षण गर्दा चिकित्सकले ऐनको दफा १२ख. मा उल्लिखित प्रावधानका अतिरिक्त अनुसूची-१२ बमोजिमका विधि र तरिका अवलम्बन गर्नु पर्नेछ ।

७. मस्तिष्क मृत्युको घोषणा गर्ने : (१) नियम ६ बमोजिम कुनै बिरामीको स्वास्थ्य परीक्षण गर्दा बिरामीको मस्तिष्क मृत्यु भएको यकिन भएमा चिकित्सकले ऐनको दफा १२घ. बमोजिम अनुसुची-१३ बमोजिमको ढाँचामा बिरामीको मस्तिष्क मृत्युको घोषणा गर्नु पर्नेछ ।

८. स्वास्थ्य संस्थामा हुनु पर्ने पूर्वाधार : मस्तिष्क मृत्युको घोषणा गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा देहाय बमोजिमको पूर्वाधार हुनु पर्नेछ :-

(क) कम्तीमा एकजना एनेस्थेसियोलोजिष्ट वा ईन्टेन्सीभिष्ट र कन्सल्टेन्ट विशेषज्ञ चिकित्सक,

(ख) कम्तीमा दुईवटा भेन्टिलेटर,

(ग) कम्तीमा दुईवटा मोनिटर सहितको आई.सी.यू.,

(घ) कम्तीमा एउटा एनेस्थेसिया मेसिन, मोनिटर, भेन्टिलेटर, इलेक्ट्रोसर्जिकल यूनिट (डायथर्मी) सहितको अप्रेशन थिएटर,

(ङ) स्वास्थ्य संस्था वा स्थानीय स्तरको अन्य अस्पतालमा आर्टरियल ब्लड ग्याँस, सिटी स्क्यानको सुविधा ।

९. जाँचबुझ समिति : (१) कुनै अस्पताल वा स्वास्थ्य केन्द्रबाट ऐनको दफा १७ख.को उपदफा (३) बमोजिम कुनै व्यक्तिको मस्तिष्क मृत्युको घोषणा भएको जानकारी प्राप्त भएमा समन्वय इकाईले ऐनको दफा १६क. बमोजिम मृतकको दुर्घटनाबाट मस्तिष्क मृत्यु भएको कुरामा विश्वस्त हुन पोष्टमार्टम गर्नु पहिले अङ्ग झिक्ने स्वीकृति दिने प्रयोजनका लागि एक जाँचबुझ समिति गठन गर्नेछ :-

(क) सम्बन्धित अस्पतालको प्रमुखले तोकेको अधिकृतस्तरको कर्मचारी - संयोजक

(ख) समन्वय इकाईले तोकेको पोष्ट मार्टम सम्बन्धी विशेषज्ञ चिकित्सक - सदस्य

(ग) जिल्ला प्रहरी कार्यालयले तोकेको अधिकृतस्तरको प्रहरी -सदस्य

(२) जाँचबुझ समितिले आफ्नो कार्यविधि आफै व्यवस्थित गर्नेछ ।

१०. विवरण राख्नु पर्ने : (१) स्वास्थ्य संस्थाले मस्तिष्क मृत्युको घोषणा सम्बन्धी कामको विवरण छुट्टै रजिष्टर खडा गरी राख्नु पर्नेछ र त्यस्तो विवरण विद्युतीय प्रणालीमा समेत राख्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ ।

(२) उपनियम (१) बमोजिमको विवरण सम्बन्धित निकायबाट माग भएका बखत तत्काल उपलब्ध गराउनु स्वास्थ्य संस्थाको कर्तव्य हुनेछ ।

११. प्रतिवेदन पठाउनु पर्ने : स्वास्थ्य संस्थाले मस्तिष्क मृत्यु घोषणाको विवरण सहितको प्रतिवेदन प्रत्येक तीन महिना व्यतीत भएको सात दिनभित्र समिति र समन्वय इकाई समक्ष पठाउनु पर्नेछ ।

परिच्छेद-४

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी

१२. प्रत्यारोपण स्वीकृति समिति : (१) ऐनको दफा १४क. बमोजिम अङ्ग दान दिन वा अङ्ग ग्रहण गर्न चाहने व्यक्तिलाई अङ्ग प्रत्यारोपण गर्ने स्वीकृति दिने प्रयोजनको लागि सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा देहाय बमोजिमको एक प्रत्यारोपण स्वीकृति समिति रहनेछ :-

(क) स्वास्थ्य संस्थाले तोकेको चिकित्सक - संयोजक
(ख) अधिकृत प्रतिनिधि, जिल्ला प्रशासन कार्यालय - सदस्य
(ग) स्वास्थ्य संस्थाका प्रशासन शाखा प्रमुख - सदस्य
(घ) स्वास्थ्य संस्थाको कानूनी सल्लाहकार - सदस्य

(२) प्रत्यारोपण स्वीकृति समितिले आफ्नो कार्यविधि आफै व्यवस्थित गर्नेछ ।

१३. निवेदन दिनु पर्ने : (१) अङ्ग दान दिन वा अङ्ग ग्रहण गर्न चाहने व्यक्तिले सो को स्वीकृतिको लागि क्रमशः अनुसूची-१४ र अनुसूची-१५ बमोजिमको मञ्जुरीनामा संलग्न गरी प्रत्यारोपण स्वीकृति समिति समक्ष निवेदन दिनु पर्नेछ ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम निवेदन प्राप्त भएमा प्रत्यारोपण स्वीकृति समितिले सो सम्बन्धमा आवश्यक जाँचबुझ गरी अङ्ग दान वा अङ्ग ग्रहण गर्ने सम्बन्धमा स्वीकृति प्रदान गर्न सक्नेछ ।

१४. प्राथमिकताको सूची : स्वास्थ्य संस्थाले अनुसूची-१६ बमोजिम प्राथमिकताक्रमको आधारमा ऐनको दफा १७क. बमोजिम अङ्ग ग्रहण गर्ने व्यक्तिको सूची बनाई अद्यावधिक गरी राख्नु पर्नेछ ।

१५. समन्वय इकाईको अन्य काम, कर्तव्य र अधिकार : ऐनमा उल्लेख भएको काम, कर्तव्य र अधिकारको अतिरिक्त समन्वय इकाईको अन्य काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ :-

(क) अङ्ग दिने र अङ्ग ग्रहण गर्ने कार्यलाई सहज बनाउन मन्त्रालयलाई सल्लाह दिने,

(ख) अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप विस्तार गर्न सम्बन्धित निकायलाई सहयोग गर्ने,

(ग) स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त विवरणको केन्द्रीय अभिलेख तयार गरी राख्ने र त्यस्तो विवरण विद्युतीय प्रणालीमा समेत राख्ने व्यवस्था मिलाउने ।

१६. अभिलेख राख्नु पर्ने : (१) स्वास्थ्य संस्थाले देहायका विवरणको अभिलेख राख्नु पर्नेछ र त्यस्तो विवरण विद्युतीय प्रणालीमा समेत राख्ने व्यवस्था मिलाउनु पर्नेछ :-

(क) स्वास्थ्य संस्थामा रहेका अङ्ग फेल भएका बिरामीको अवस्था र उपचारको विवरण,

(ख) स्वास्थ्य संस्थाले प्राप्त गरेको अङ्गको विवरण,

(ग) स्वास्थ्य संस्थाले प्रत्यारोपण गरेको अङ्गको विवरण,

(घ) अङ्ग प्रत्यारोपणको सफलता तथा असफलताको विवरण,

(ङ) अङ्ग दिने र अङ्ग ग्रहण गर्ने व्यक्तिको विवरण,

(च) अन्य आवश्यक विवरण ।

(२) स्वास्थ्य संस्थाले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने क्रममा सम्पन्न गरेको कार्यसँग सम्बन्धित कागजात र उपनियम (१) बमोजिमको विवरण प्रत्येक तीन महिनामा समिति र समन्वय इकाईलाई उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।

परिच्छेद-५

विविध

१७. चिकित्सकले प्रमाणित गर्ने कागजातको ढाँचा : देहायको प्रयोजनको लागि सम्बन्धित चिकित्सकले प्रमाणित गरिदिने कागजातको ढाँचा देहाय बमोजिमको हुनेछ :-

(क) ऐनको दफा १५ को उपदफा (१) को खण्ड (क) को प्रयोजनको लागि अनुसूची- १७ बमोजिमको,

(ख) ऐनको दफा १५ को उपदफा (१) को खण्ड (घ) को प्रयोजनको लागि अनुसूची- १८ बमोजिमको ।

१८. मञ्जुरीनामाको ढाँचा : देहायको प्रयोजनको लागि मञ्जुरीनामाको ढाँचा देहाय बमोजिमको हुनेछ :-

(क) ऐनको दफा १५ को उपदफा (१) को खण्ड (ख) को प्रयोजनको लागि अनुसूची- १४ बमोजिमको,

(ख) ऐनको दफा १६ को उपदफा (१) को खण्ड (ख) को प्रयोजनको लागि अनुसूची- १९ बमोजिमको,

(ग) ऐनको दफा १६ को उपदफा (१) को खण्ड (ख) बमोजिम मञ्जुरी नभएको अवस्थामा सोही उपदफाको खण्ड (ग) बमोजिम मृतकको शरीरबाट अङ्ग झिक्न निजको नजिकको नातेदारले दिने मञ्जुरीनामा अनुसूची-२० बमोजिमको,

(घ) ऐनको दफा १९ को प्रयोजनको लागि अनुसूची-१५ बमोजिमको ।

१९. स्वास्थ्य संस्था बाहेक अन्यत्र अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी कार्य गर्न नहुने : कुनै चिकित्सकले ऐन तथा यस नियमावली बमोजिम नेपाल सरकारले अङ्ग प्रत्यारोपण गर्न स्थापना गरेको वा तोकेको अनुमतिपत्र प्राप्त स्वास्थ्य संस्था बाहेक अन्यत्र अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप गर्न हुँदैन ।

२०. अधिकारी तोकिएको : ऐनको दफा २७ को उपदफा (२) को प्रयोजनको लागि समितिलाई अधिकारी तोकिएको छ ।

२१. बैठक भत्ता : समितिको बैठकमा भाग लिए बापत समितिका अध्यक्ष तथा सदस्यले अर्थ मन्त्रालयले तोके बमोजिमको बैठक भत्ता पाउने छन् ।

२२. निर्देशिका बनाउन सक्ने : ऐनको दफा २९ को प्रयोजनको लागि समितिले आवश्यक निर्देशिका बनाउन सक्नेछ ।

२३. अनुसूची संशोधन गर्ने अधिकार : मन्त्रालयले नेपाल राजपत्रमा सूचना प्रकाशन गरी यस नियमावलीको अनुसूचीमा आवश्यकता अनुसार थपघट वा हेरफेर गर्न सक्नेछ ।

२४. खारेजी र बचाउ : (१) मृगौला प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) नियमावली, २०५८ खारेज गरिएको छ ।

(२) मृगौला प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) नियमावली, २०५८ बमोजिम भए गरेका कामहरू यसै नियमावली बमोजिम भए गरेको मानिने छ ।

अनुसूची-१
(नियम ३ को उपनियम (१) र नियम ४ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

अनुमतिपत्र र व्यक्तिगत इजाजतपत्र बापत लाग्ने दस्तुर

(क) मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्रको लागि दश हजार रूपैयाँ,

(ख) व्यक्तिगत इजाजतपत्रको लागि एक हजार रूपैयाँ ।

अनुसूची-२
(नियम ३ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्रको लागि दिइने दरखास्त

श्री अङ्ग प्रत्यारोपण समन्वय समिति,
काठमाडौं ।

विषय :- अनुमतिपत्र उपलब्ध गराउने बारे ।

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्नको लागि अनुमतिपत्र आवश्यक परेकोले आवश्यक दस्तुर सहित देहायको विवरण खोली मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा ४ र मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) नियमावली, २०७३ को नियम ३ को उपनियम (१) बमोजिम यो दरखास्त दिइएको छ ।

दरखास्त दिने स्वास्थ्य संस्थाको,-
नाम : ....
ठेगाना : ....
स्वास्थ्य संस्था दर्ता प्रमाणपत्र जारी गर्ने कार्यालय : ....
दर्ता नं. : ....
दर्ता मिति : ....
स्वास्थ्य संस्थाको नवीकरण गराउनु पर्ने भए म्याद समाप्त हुने मिति : ....

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलापको लागि यस स्वास्थ्य संस्थासँग विद्यमान रहेका भौतिक साधन, जनशक्ति तथा अन्य आवश्यक सेवा तथा सुविधाको विवरण यसैसाथ संलग्न गरिएको छ ।

माथि उल्लिखित व्यहोरा र यसैसाथ संलग्न विवरण ठीक साँचो छ, झुट्टा ठहरे कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

स्वास्थ्य संस्थाको छाप

स्वास्थ्य संस्थाको तर्फबाट दरखास्त दिने व्यक्तिको,-
नाम : ....
दस्तखत : ....
पद : ....
मिति : ....

अनुसूची-३

(नियम ३ को उपनियम (२) को खण्ड (क) सँग सम्बन्धित)

स्वास्थ्य संस्थामा हुनु पर्ने भौतिक साधन, जनशक्ति तथा अन्य आवश्यक सेवा तथा सुविधा

मृगौला प्रत्यारोपणको लागि

(क) भौतिक साधन

(१) रिभर्स अस्मोसीस लगायत चालू अवस्थाको हेमोडायलाइसीस मेसिन कम्तीमा दुईवटा,

(२) एनेस्थेसियासँग सम्बन्धित आवश्यक औजार तथा उपकरण,

(३) मृगौला प्रत्यारोपणको लागि दाता र ग्रहण गर्ने दुवै व्यक्तिको एकै समयमा अप्रेशन गर्न आवश्यक औजार तथा उपकरण,

(४) भेन्टिलेटर कम्तीमा दुईवटा,

(५) मनिटर कम्तीमा दुईवटा,

(६) अत्यधिक सङ्क्रमणशील बिरामीको लागि चालू अवस्थाको हेमोडायलाइसीस मेसिन, र

(७) कलरडप्लर ।

(ख) जनशक्ति

	जनशक्ति	सङ्ख्या
(१)	नेफ्रोलोजिष्ट	कम्तीमा एकजना
(२)	मृगौला प्रत्यारोपण शल्य चिकित्सक	कम्तीमा एकजना
(३)	एनेस्थेसियोलोजिष्ट	कम्तीमा दुईजना
(४)	रेडियोलोजिष्ट	कम्तीमा एकजना
(५)	प्याथोलोजिष्ट	कम्तीमा एकजना

(६) कार्डियोलोजिष्ट, यूरोलोजिष्ट, कार्डियो भास्कुलर सर्जन, साईकियाट्रिष्ट र डेण्टल शल्य सेवा ।

(ग) अन्य आवश्यक सेवा तथा सुविधा

(१) सुविधा सम्पन्न हेमोडायलाइसीस युनिट,

(२) सुविधा सम्पन्न सर्जिकल इन्टेन्सीभ केयर युनिट,

(३) सुविधा सम्पन्न प्याथोलोजी ल्याब, (यूरिया, क्रियाटिनिन, इलेक्ट्रोलाईटको व्यवस्था सहितको चौबीसै घण्टा सेवा,

(४) सुविधा सम्पन्न अप्रेशन थिएटर,

(५) सुविधा सम्पन्न पोष्ट अपरेटिभ वार्ड,

(६) सुविधा सम्पन्न एच.एल.ए. (हयूमन ल्यूकोसाइट एन्टिजेन) ल्याब, र

(७) ब्लड ग्यास एनालाइसिस सेवा

(घ) ऐनको दफा १४क.को खण्ड (ख) बमोजिमको अङ्ग प्रत्यारोपण गर्दा माथि उल्लिखित भौतिक पूर्वाधार दोब्बर र मृगौला प्रत्यारोपण शल्यचिकित्सक कम्तीमा दुईजना हुनु पर्नेछ ।

द्रष्टव्य :

खण्ड (क) को उपखण्ड (६) र (७) बमोजिमको भौतिक साधन, खण्ड (ख) को उपखण्ड (६) बमोजिमको जनशक्ति र खण्ड (ग) को उपखण्ड (६) र (७) बमोजिमका सेवा तथा सुविधा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा नरहे तापनि आवश्यक परेमा जुनसुकै समयमा पनि त्यस्ता भौतिक साधन, जनशक्ति र सेवा तथा सुविधा अन्य कुनै स्वास्थ्य संस्था वा

विशेषज्ञ मार्फत उपलब्ध हुन सक्ने गरी त्यस्तो स्वास्थ्य संस्था वा विशेषज्ञसँग सम्झौता गरेको सम्झौतापत्र पेश गरे पनि हुनेछ ।

कलेजो प्रत्योरोपणका लागि

(क) भौतिक साधन

(१) एनेस्थेसियासँग सम्बन्धित आवश्यक औजार तथा उपकरण,

(२) कलेजो प्रत्यारोपणको लागि दाता र ग्रहण गर्ने दुवै व्यक्तिको एकै समयमा अप्रेशन गर्न आवश्यक औजार तथा उपकरण,

(३) भेन्टीलेटर कम्तीमा दुईवटा,

(४) मनीटर कम्तीमा दुईवटा,

(५) कलरडप्लर,

(६) कुशा (CUSA) मेसिन वा सो सरह कार्य गर्ने उपकरण,

(७) अटोलगस ब्लड सेलभेज सिष्टम (Autologous Blood Salvage System) जस्तै सेल सेभर (Cell-Saver) मेसिन वा सो सरहको मसिन,

(८) थ्रोम्बो इलास्ट्रोग्राफी (TEG) मेसिन,

(९) आरगन विम कोगुलेटर (APC) मेसिन ।

(ख) जनशक्ति सङ्ख्या

(१) ग्याँस्ट्रोइन्टरोलोजिष्ट अथवा हेपाटोलोजिष्ट कम्तीमा एकजना,

(२) कलेजो प्रत्यारोपण शल्य चिकित्सक कम्तीमा एकजना,

(३) एनेस्थेसियोलोजिष्ट कम्तीमा दुईजना,

(४) रेडियोलोजिष्ट कम्तीमा एकजना,

(५) प्याथोलोजिष्ट कम्तीमा एकजना,

(६) कार्डियोलोजिष्ट, कार्डियोथोरासिक तथा भास्कुलर सर्जन, साईकियाट्रिष्ट र डेण्टल शल्य सेवा ।

(ग) अन्य आवश्यक सेवा तथा सुविधा

(१) सुविधा सम्पन्न सर्जिकल इन्टेन्सीभ केयर यूनिट,

(२) सुविधा सम्पन्न प्याथोलोजी ल्याब,

(३) सुविधा सम्पन्न अप्रेशन थिएटर,

(४) सुविधा सम्पन्न पोष्ट अपरेटिभ वार्ड,

(५) ब्लड ग्यास एनालाइसिस सेवा ।

द्रष्टव्य :

खण्ड (ख) को उपखण्ड (६) बमोजिमको जनशक्ति सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा नरहे तापनि आवश्यक परेमा जुनसुकै समयमा पनि त्यस्ता जनशक्ति अन्य कुनै स्वास्थ्य संस्था वा विशेषज्ञ मार्फत उपलब्ध हुन सक्ने गरी त्यस्तो स्वास्थ्य संस्था वा विशेषज्ञसँग सम्झौता गरेको सम्झौतापत्र पेश गरे पनि हुनेछ ।

अनुसची-४
(नियम ३ को उपनियम (२) को खण्ड (ख) सँग सम्बन्धित)

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गराउने स्वास्थ्य संस्थाको चिकित्सकको योग्यता

मृगौला प्रत्यारोपणको लागि

(क) एनेस्थेसियोलोजिष्ट : मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट एनेस्थेसिया विषयमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी एनेस्थेसिया सम्बन्धी कार्यमा केन्द्रीयस्तरको अस्पताल वा प्रचलित कानून बमोजिम संस्थापित स्वास्थ्य संस्था, प्रतिष्ठान वा त्यस्तै प्रकृतिको अन्य स्वास्थ्य संस्थामा कम्तीमा निरन्तर ६ महिनाको अनुभव हासिल गरेको ।

(ख) रेडियोलोजिष्ट : मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट रेडियोलोजी विषयमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी रेडियोलोजी सम्बन्धी कार्यमा केन्द्रीयस्तरको अस्पताल वा प्रचलित कानून बमोजिम संस्थापित स्वास्थ्य संस्था, प्रतिष्ठान वा त्यस्तै प्रकृतिको अन्य स्वास्थ्य संस्थामा कम्तीमा निरन्तर ६ महिनाको अनुभव हासिल गरेको ।

(ग) प्याथोलोजिष्ट : मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट प्याथोलोजी विषयमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी प्याथोलोजी सम्बन्धी कार्यमा केन्द्रीयस्तरको अस्पताल वा प्रचलित कानून बमोजिम संस्थापित स्वास्थ्य संस्था, प्रतिष्ठान वा त्यस्तै प्रकृतिको अन्य स्वास्थ्य संस्थामा कम्तीमा निरन्तर ६ महिनाको अनुभव हासिल गरेको ।

कलेजो प्रत्यारोपणको लागि

(क) एनेस्थेसियोलोजिष्ट : मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट एनेस्थेसिया विषयमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी एनेस्थेसिया सम्बन्धी कार्यमा केन्द्रीयस्तरको अस्पताल वा प्रचलित कानून बमोजिम संस्थापित स्वास्थ्य संस्था प्रतिष्ठान वा त्यस्तै प्रकृतिको अन्य स्वास्थ्य संस्थामा २ वर्ष कार्य गरी कलेजो प्रत्यारोपण तथा क्रिटिकल केयर विषयमा कम्तीमा निरन्तर ६ महिनाको अनुभव प्राप्त गरेको ।

(ख) रेडियोलोजिष्ट : रेडियोलोजी विषयमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी रेडियोलोजी सम्बन्धी कार्यमा केन्द्रीयस्तरको अस्पताल वा प्रचलित कानून बमोजिम संस्थापित स्वास्थ्य संस्था, प्रतिष्ठान वा त्यस्तै प्रकृतिको अन्य स्वास्थ्य संस्थामा कम्तीमा निरन्तर २ वर्ष अनुभव प्राप्त गरी कलेजो प्रत्यारोपण सम्बन्धी विषयमा ३ महिनाको अनुभव प्राप्त गरेको ।

(ग) प्याथोलोजिष्ट : मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट प्याथोलोजी विषयमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी प्याथोलोजि सम्बन्धी कार्यमा केन्द्रीयस्तरको अस्पताल वा प्रचलित कानून बमोजिम संस्थापित स्वास्थ्य संस्था, प्रतिष्ठान वा त्यस्तै प्रकृतिको अन्य स्वास्थ्य संस्थामा कम्तीमा निरन्तर २ वर्ष अनुभव प्राप्त गरी कलेजो प्रत्यारोपण विषयमा ३ महिनाको अनुभव प्राप्त गरेको ।

अनुसूची-५
(नियम ३ को उपनियम (३) सँग सम्बन्धित)

मानव अङ्ग प्रत्यारोपण समन्वय समिति

विषय : मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्र

श्री ....
....

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्रको लागि मिति .... मा त्यस संस्थाबाट दिइएको दरखास्त उपर आवश्यक जाँचबुझ गर्दा त्यस संस्थालाई मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्र दिने गरी मिति .... मा निर्णय भएकोले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा ५ को उपदफा (१) बमोजिम यो अनुमतिपत्र दिइएको छ ।
यो अनुमतिपत्र दुई वर्षसम्म बहाल रहनेछ ।

अनुमतिपत्र दिने अधिकारीको,-
नाम : ....
दस्तखत : ....
पद : सदस्य-सचिव
मिति : ....

अनुसूची-६
(नियम ४ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गराउन व्यक्तिगत इजाजत प्राप्त गर्न चिकित्सकको योग्यता

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्न चाहने चिकित्सकले व्यक्तिगत इजाजतपत्र लिनको लागि देहाय बमोजिमको योग्यता हासिल गरेको हुनु पर्नेछ :-

मृगौला प्रत्यारोपणको लागि

(क) सर्जन : मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट मृगौला प्रत्यारोपण सम्बन्धी विषयमा कम्तीमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरेको वा यूरोलोजी वा जनरल सर्जरीमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी सम्बन्धित विषयमा निरन्तर २ वर्षको कार्य अनुभव प्राप्त गरी मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट मृगौला प्रत्यारोपण सम्बन्धी विषयमा कम्तीमा ६ महिनाको तालीम प्राप्त गरेको ।

(ख) नेफ्रोलोजिष्ट : मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट नेफ्रोलोजीमा कम्तीमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरेको वा इन्टरनल मेडिसिनमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी नेफ्रोलोजीमा स्नातक (डिप्लोमा) को उपाधि हासिल गरेको वा इन्टरनल मेडिसिनमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी नेफ्रोलोजीमा कम्तीमा निरन्तर २ वर्षको कार्य अनुभव हासिल गरी मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट मृगौला प्रत्यारोपण सम्बन्धी विषयमा कम्तीमा ६ महिनाको तालीम प्राप्त गरेको ।

कलेजो प्रत्यारोपणको लागि

(क) सर्जन : मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट ग्यास्ट्रोइन्टरोलोजि वा हेपाटोप्याङ्क्रियाटोविलियरी एच.पि.बि (HPB) सर्जरी सम्बन्धी विषयमा एम.सि.एच. वा सो सरह उपाधि हासिल गरी कलेजो प्रत्यारोपण विषयमा १ वर्षको अनुभव प्राप्त गरेको वा जनरल सर्जरीमा स्नातकोत्तर उपाधि हासिल गरी ५ वर्ष जनरल सर्जरीमा कार्य गरी कलेजो प्रत्यारोपण विषयमा २ वर्षको अनुभव प्राप्त गरेको ।

ख) ग्यास्ट्रोइन्टरोलोजिष्ट अथवा हेपाटोलोजिष्ट : मान्यता प्राप्त शिक्षण संस्थाबाट ग्यास्ट्रोइन्टरोलोजि अथवा हेपाटोलोजि विषयमा कम्तीमा डि.एम. अथवा एम.आर.सि.पी. गरी सि.सि.टी. गरेको वा सो सरह उपाधि हासिल गरेको, वा ग्यास्ट्रोइन्टरोलोजि अथवा हेपाटोलोजि विषयमा एम. डि. उतीर्ण गरी कलेजो प्रत्यारोपण विषयमा ६ महिना अनुभव हासिल गरेको वा इन्टरनल मेडिसिनमा स्नाकोत्तर उपाधि हासिल गरी सम्बन्धित विषयमा ५ वर्ष कार्य गरी कम्तीमा १ वर्ष कलेजो प्रत्यारोपण विषयमा अनुभव प्राप्त गरेको ।

अनुसूची-७
(नियम ४ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने व्यक्तिगत इजाजतपत्रको लागि दिइने दरखास्त

श्री अङ्ग प्रत्यारोपण समन्वय समिति,
काठमाडौं ।

हालसालै खिचेको दुवै कान देखिने फोटो

विषय :- व्यक्तिगत इजाजतपत्र पाउँ ।

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप गर्नको लागि व्यक्तिगत इजाजतपत्र आवश्यक परेकोले आवश्यक दस्तुर सहित मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा ७ र मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) नियमावली, २०७३ को नियम ४ को उपनियम (१) बमोजिम यो दरखास्त पेश गरेको छु ।

मैले प्राप्त गरेको देहाय बमोजिमको शैक्षिक उपाधिको प्रमाणित प्रतिलिपि र अनुभवको प्रमाण यसैसाथ संलग्न गरेको छु ।

क्र.सं.	प्राप्त शैक्षिक उपाधि वा तालीम	अध्ययन अवधि	उपाधि प्रदान गर्ने संस्थाको नाम र ठेगाना	श्रेणी	उपाधि प्राप्त गरेको साल	कैफियत
१						
२						
३						

माथि उल्लिखित व्यहोरा ठीक साँचो छ, झुट्टा ठहरे कानून बमोजिम सहुँला, बुझाउँला ।

औंठा छाप

दायाँ	बायाँ

दरखास्त दिने चिकित्सकको,-
नाम : ....
दस्तखत : ....
मिति : ....
नेपाल मेडिकल काउन्सिलको दर्ता नं. .
दर्ता मिति : ....
ठेगाना :

अनुभव प्रमाणित गर्ने ढाँचा

(क) केन्द्रीयस्तरको अस्पतालमा काम गरेको हकमा

.... को छोरा/छोरी/पत्नी .... (ठेगाना) मा बस्ने .... वर्ष ..... को श्री/श्रीमती/सुश्री .... ले यस अस्पतालको निम्न पदमा निम्न अवधिसम्म काम गरेको व्यहोरा प्रमाणित गर्दछु ।

अस्पतालको नाम	बहाल रहेको पदको नाम	श्रेणी वा तह	स्थायी, अस्थायी वा करार	नियुक्ति भएको वा काम गरेको मिति	कुन मितिसम्म उक्त पदमा रही काम गरेको हो	हालसम्म उक्त पदमा रही कार्यरत रहे नरहेको	सो पदमा रही गरेको कामको मुख्य मुख्य विवरण	कैफियत

उपरोक्त विवरण ठीक छ भनी प्रमाणित गरिदिने अस्पताल प्रमुखको,-
नाम :
दस्तखत :
मिति :
पद :
अस्पतालको नाम :
अस्पतालको छाप :

सम्बन्धित चिकित्सकको,-
दस्तखत :
मिति :

(ख) विदेशी अस्पतालमा काम गरेको अनुभव सम्बन्धित निवेदकले पेश गरेको कागजातको आधारमा समितिले प्रमाणित गरी दिनेछ ।

अनुसूची-८
(नियम ४ को उपनियम (२) सँग सम्बन्धित)

अङ्ग प्रत्यारोपण समन्वय समिति

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन उपलब्ध गराउने व्यक्तिगत इजाजतपत्र

श्री ....
....

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गराउने व्यक्तिगत इजाजतपत्रको लागि मिति .... मा तपाईंले दिनु भएको दरखास्त उपर आवश्यक जाँचबुझ गर्दा तपाईंलाई मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने व्यक्तिगत इजाजतपत्र दिने गरी मिति .... मा निर्णय भएकोले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा ८ बमोजिम यो व्यक्तिगत इजाजतपत्र दिइएको छ ।

व्यक्तिगत इजाजतपत्र दिने अधिकारीको,-
नाम : ....
दस्तखत : ....
दर्जा : सदस्य-सचिव
मिति : ....

अनुसूची-९
(नियम ५ को उपनियम (२) सँग सम्बन्धित)

<u>अनुमतिपत्र नवीकरणको लागि दिइने दरखास्त</u>

श्री अङ्ग प्रत्यारोपण समन्वय समिति,
काठमाडौँ ।

विषय :- अनुमतिपत्र नवीकरण गरी पाउँ ।

त्यस समितिबाट प्रदान गरिएको मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्र नवीकरण गर्नको लागि आवश्यक दस्तुर सहित मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा ९ को उपदफा (२) र मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) नियमावली, २०७३ को नियम ५ को उपनियम (२) बमोजिम यो दरखास्त दिएको छु ।

स्वास्थ्य संस्थाको छाप

स्वास्थ्य संस्थाको तर्फबाट दरखास्त दिनेको,-
नाम : ....
दस्तखत : ....
पद :..........................
मिति : ....

अनुसूची-१०
(नियम ५ को उपनियम (३) सँग सम्बन्धित)

अङ्ग प्रत्यारोपण समन्वय समिति

अनुमतिपत्र नवीकरण सम्बन्धी

श्री ....
....

मानव शरीरको अङ्ग .... प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्र नवीकरणको लागि मिति .... मा त्यस संस्थाले दिएको दरखास्त जाँचबुझ गर्दा त्यस संस्थाको नाउँमा जारी भएको मानव शरीरको अङ्ग .... प्रत्यारोपण सम्बन्धी क्रियाकलाप सञ्चालन गर्ने अनुमतिपत्र मिति .... देखि मिति .... सम्मको लागि नवीकरण गर्ने निर्णय भएकोले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) नियमावली, २०७३ को नियम ५ को उपनियम (३) बमोजिम यो प्रमाणपत्र दिइएको छ ।

अनुमतिपत्र नवीकरण गर्ने अधिकारीको,-
नाम : ....
दस्तखत : ....
पद : सदस्य-सचिव
मिति : ....

अनुसुची- ११
(नियम ६ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

मस्तिष्क मृत्युको यकिन गर्ने प्रारम्भिक स्वास्थ्य परीक्षण

उपचारमा संलग्न विरामीको रोगसँग सम्बन्धित वरिष्ठ चिकित्सक र एनेस्थेसियोलोजिष्ट वा इन्टेन्सिभिष्टले विरामीको परीक्षण दुई पटक गर्नु पर्नेछ ।

१. मस्तिष्क मृत्यु निर्क्यौल गर्ने प्रयोजनको लागि प्रारम्भिक स्वास्थ्य परीक्षण (सबै प्रकारका परीक्षण अनिवार्य रूपमा गर्नु पर्ने)
देहायका सबै परीक्षणमा सबैको जवाफ "छ" हुनु पर्नेछ । यदि कुनैको जवाफ "छैन" भन्ने भएमा परीक्षण रोक्नु पर्नेछ । कुनै एक परीक्षणको जवाफ "लागू हुन नसक्ने" भन्ने भएमा पनि परीक्षण गरिनेछ ।

	परीक्षण १ मिति .... समय............	परीक्षण २ मिति .... समय.........
अप्रत्यावर्तनीय र कारण थाहा भएको वेहोसको अवस्था	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
स्नायू अनुसन्धान (Neuro imaging) बाट बेहोसको अवस्था प्रमाणित भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
विरामी लट्ठ पर्ने औषधिको असर नभएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
मांशपेशी लट्ठ पर्ने औषधिको असरको कुनै प्रमाण नभएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
अम्ल क्षार, इलेक्ट्रोलाइट, इन्डोक्राइनको अति समस्या नभएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
शरीरको न्यूनतम् तापक्रम ३५°से. भन्दा कम नभएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
बिरामीको रक्त सञ्चार स्थिर (सिस्टोलिक ९० मिलिमिटर मर्करी भन्दा माथि) भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
प्राकृतिक रूपमा श्वासप्रश्वास नभएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने

२. मस्तिष्क मृत्यु निर्क्यौल गर्ने प्रयोजनको लागि मस्तिष्क स्टेमको प्रतिक्रियाको परीक्षण (सबै प्रकारका परीक्षण अनिवार्य रूपमा गर्नु पर्ने)
देहायका सबै परीक्षणमध्ये कम्तीमा सातवटा परीक्षणको जवाफ "छैन" हुनु पर्नेछ । त्यसो भएमा मात्र श्वासप्रश्वास बन्द भएको परीक्षण (Apnoea Test) गरिने छ । कुनै एक परीक्षणको मात्र जवाफ "लागू हुन नसक्ने" भन्ने भएमा पनि Apnoea Test गरिनेछ । तर यदि कुनै पनि परीक्षणको जवाफ "छ" भन्ने भएमा परीक्षण रोक्नु पर्नेछ ।

	परीक्षण १ मिति .... समय..........	परीक्षण २ मिति .... समय..........
चम्किलो उज्यालोमा आँखाको नानीको प्रतिकृया भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
आँखाको कोर्नियाको प्रतिकृया (Corneal Reflex) भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
ओकुलो सेफालिक प्रतिकृया (Occulocephalic Reflex) भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
ओकुलो भेस्टिबुलर प्रतिकृया (Occulovestibular Reflex) भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
पीडापूर्ण अनुहारको प्रतिकृया भएको (आँखाको मध्यभाग माथि तथा बङ्गाराको जोर्नीमा पीडादायक उत्प्रेरणा दिँदा)	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
ग्याग प्रतिक्रिया (Gag Reflex) भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
श्वास नलीमा सक्सन (Suction) गर्दा खोकीको प्रतिकृया (Cough Reflex) भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
चारै हातगोडामा पिडा दायक	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने

उत्प्रेरणा दिँदा प्रतिकृया भएको		

चिकित्सकले माथिका सबै परीक्षण गर्नु पर्नेछ । प्रारम्भिक स्वास्थ्य र मस्तिष्क स्टेमको प्रतिक्रियाको परीक्षण भैसके पछि मात्र श्वासप्रश्वास बन्द भएको परीक्षण (Apnoea Test) गर्नु पर्नेछ ।

३. मस्तिष्क मृत्यु निर्क्यौल गर्ने प्रयोजनको लागि श्वासप्रश्वास बन्द भएको परीक्षण (Apnoea Test) (सबै प्रकारका परीक्षण अनिवार्य रूपमा गर्नु पर्ने) :
देहायका परीक्षणमा सबैको जवाफ "छ" हुनु पर्नेछ । अन्यथा श्वासप्रश्वास बन्द भएको परीक्षण (Apnoea Test) गर्न बन्द गर्नु पर्नेछ ।

	परीक्षण १ मिति .... समय..........	परीक्षण २ मिति .... समय..........
बिरामीको रक्त सञ्चार स्थिर भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/छैन/ लागू हुन नसक्ने
नर्मोकार्बिया (Normocarbia, PC_{O2}:34–45 mm Hg) राख्नको लागि भेन्टिलेटरको संयोजन भएको (पहिलो आर्टेरियल ब्लड ग्यास (ABG) परीक्षणमा)	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/छैन/ लागू हुन नसक्ने
बिरामीलाई १००% अक्सिजन (FiO_2 100%) १० मिनेट सम्म दिई PaO_2 बढाउने यथेष्ट प्रयास गरेको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
बिरामीको भेन्टीलेटरको PEEP 5cm H_2O भन्दा माथी राखी उपयुक्त मात्रामा अक्सिजन बढाउने प्रयास गरेको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
बिरामीलाई ६ लिटर प्रति मिनेटको दरले सक्सन कयाथेटरद्वारा श्वास नलीमा अक्सिजन पुऱ्याइएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
भेन्टिलेटर छुटाइएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
प्राकृतिक रूपमा श्वासप्रश्वास नभएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
भेन्टिलेटर छुटाइएको ८–१० मिनेट पछि आर्टेरियल ब्लड ग्यास (ABG) परीक्षण भएको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने

भेन्टिलेटर (Ventilator) पुनः जोड्ने :

	परीक्षण १ मिति ……… समय……….	परीक्षण २ मिति ……… समय……….
आर्टेरियल ब्लड ग्यासमा पि.ए.सि.ओ.टु ६० एम.एम.एच.जि. (PaCO2 60 mm Hg) वा बढी भएको अथवा आधार तह भन्दा २० एम.एम.एच.जि. (20 mm Hg) बढेको	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने
यदि आर्टेरियल ब्लड ग्याँसमा पि.ए.सि.ओ.टु ६० एम.एम.एच.जि. (PaCO2 60 mm Hg) भन्दा कम भएमा अथवा आधार तह भन्दा २० एम.एम.एच.जि. (20 mm Hg) भन्दा कम बढेमा श्वासप्रश्वास बन्द भएको परीक्षण त्याग गर्ने ।	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने	छ/ छैन/ लागू हुन नसक्ने

मस्तिष्क मृत्यु घोषणाका आधार थप्ने :

प्रारम्भिक Brain Stem तथा Apnoea Test

सहयोगी परीक्षण

विरामीको कारणले चिकित्सकीय परीक्षण पूर्ण रुपले गर्न नसकिएमा वा परीक्षणबाट श्वासप्रश्वास बन्द भएको नतिजा निस्कन नसकेमा वा पूरा नभएमा तलकामध्ये कुनै एकमात्र परीक्षण गर्नु पर्नेछ । स्थानीयतहमा उपलब्ध परीक्षणका आधारमा यो परीक्षण गर्नु पर्नेछ र तल उल्लिखित नतिजा देखिएमा "मस्तिष्क मृत्यु" घोषणा गरिनेछ ।

- इ.इ.जी. (EEG) :
  विद्युतीय सञ्चार नभई कम्पनको प्रकृया नभएको प्रमाणित र विद्युतीय सञ्चार नभई मस्तिष्क क्रिया नभएको प्रमाणित (No electrical signal suggestive of seizure activity, and No electrical signal suggestive of brain functioning)
- मष्तिष्क रक्त सञ्चार परीक्षण (Cerebral Angiogram) :
  मिडिल सेरेब्रल आर्टरी (Middle Cerebral Artery) मा अथवा त्यस भन्दा तल रक्त सञ्चार नभएको (No Blood Flow detected on Cerebral Angiogram at or distal to Middle Cerebral Artery) अथवा रेडियोलोजिष्टले निदान गरेको (Or as diagnosed by Radiologist)
- टी.सी.डी. - Transcranial Doppler (TCD) :
  मिडिल सेरेब्रल आर्टरी र एन्टेरियरसेरेब्रल आर्टरीमा रक्त सञ्चार नभएको (No blood flow detected on Middle Cerebral Artery and Anterior Cerebral Artery) - २ वर्ष भन्दा बढी टी.सी.डी. मा अनुभव प्राप्त रेडियोलोजिष्ट वा न्यूरो सर्जन वा इन्टेन्सिभिष्टले परीक्षण गरेको हुनु पर्नेछ ।
- न्यूक्लियर स्क्यान (Nuclear Scan)

अनुसुची-१२
(नियम ६ को उपनियम (२) सँग सम्बन्धित)
परीक्षण सम्बन्धी विधि र तरिका

विधि (Procedure)

शरीरको रक्तचापलाई सिस्टोलिक मापनमा (९०) एम.एम.एच.जी. भन्दा बढी राख्ने ।

पि.ए.ओ.टु (Pao2) बढाउन यथेष्ठ प्रयास गर्नका लागि दश मिनेट सम्म शत प्रतिशत अक्सिजन दिने । भेन्टीलेसनलाई घटाई स्वास प्रस्वासको गतिलाई १० सम्म पुऱ्याई इयुकेप्नीया (Eucapnia) मा राख्ने । पि.इ.इ.पी. (PEEP) घटाई ५ सेन्टी मीटर पानी (H_2O) को चापमा झार्ने । यदि पल्स अक्सिमिटर (Pulse Oximeter) मा अक्सिजन स्याचुरेसन (O_2 Saturation) ९५ प्रतिशत छ भने आरटेरियल ब्लड ग्यास एनालाईसिस (Arterial Blood Gas Analysis) गरी पि.ए.ओ.टु, पि.ए.सि.ओ.टु, पि.एच., वाईकार्बोनेट वेस एक्सिस (PAO2 PCO2 PH Bicarbonate base excess) को परीक्षण गर्ने र बिरामीलाई भेन्टिलेटरबाट छुटाउने । बिरामीलाई १०० प्रतिशत अक्सिजन इन्डोट्रयाकियल ट्यूब (Endotracheal tube) मार्फत सक्सन क्याथेटर (suction catheter) द्वारा ट्रकिया (Trachea) को कारिना (Carina) तहसम्म राखी ६ लिटर प्रति मिनटका दरले दिने । ८ देखि १० मिनेटसम्म श्वासप्रश्वास प्रक्रिया हेर्ने । श्वासप्रश्वासमा छातीको चाल र पेटको चाल समावेश गर्ने । सिस्टोलिक रक्तचापलाई ९० एम.एम.एच.जी. (mmHg) भन्दा कम भएमा यो परीक्षणलाई त्याग्ने । त्यस्तै ३० सेकेण्डसम्म पनि अक्सिजन स्याचुरेसन (O_2 Saturation) ८५ प्रतिशतभन्दा कम भएमा यो परीक्षण प्रक्रिया बन्द गर्ने । १० मिनेट सम्म १०० प्रतिशत अक्सिजन दिने । यदि श्वासप्रश्वासमा कुनै चाल देखिएन भने करिब ८ मिनेट पछि रक्त ग्यास परीक्षण ए.बि.जी. (ABG) दोहोऱ्याउने । यदि श्वासप्रश्वास प्रक्रिया बन्द छ तथा आर्टरियल पि.ए.सि.ओ.टु (Arterial PaCO2) ६० एम.एम.एच.जी. वा सो भन्दा बढी अथवा आर्टरियल पि.ए.सि.ओ.टु (Arterial paCO2) आधार स्तरभन्दा २० एम.एम.एच.जी. वा सो भन्दा बढी भएर पनि प्राकृतिक श्वासप्रश्वास शुरु नभएमा श्वासप्रश्वास प्रक्रिया बन्द भएको (Apnoea Test Positive) प्रमाणित हुन्छ ।

यदि परीक्षणहरू अनिर्णित भएमा र रक्त सञ्चार स्थिर रहेको अवस्थामा बिरामीलाई पुनः भेन्टीलेटरमा राखी पूरा अक्सिजन दिई यी परीक्षणहरू १० देखि १५ मिनेटसम्म दोहोऱ्याउनु पर्नेछ ।

सहयोगी परीक्षण :

चिकित्सकहरूले प्रारम्भिक स्वास्थ्य परीक्षण मस्तिष्क स्टेम (Brain Stem) प्रतिकृयाको परीक्षण तथा श्वासप्रश्वास प्रक्रिया बन्द भएको परीक्षण (Apnea Test) का आधारमा मस्तिष्क मृत्यु घोषणा गर्न सक्नेछन् । स्नायुको चिकित्सकीय परीक्षण अथवा श्वासप्रश्वास बन्द भएको परीक्षण यकिनका साथ गर्न नसकिने अवस्थामा चिकित्सा अभ्यासमा इ.इ.जी. (EEG), सेरेब्रेरल एन्जीयोग्राफी (Cerebral Angiography) न्यूक्लियर स्क्यान (Nuclear Scan), टि.सि.डि. (TCD), सि.टि. एन्जीयोग्राफी, (CT Angiography) सहयोगी परीक्षणहरू हुन । चिकित्सकहरूले चिकित्सकीय परीक्षण अनिर्णित रहेको अवस्थामा सहयोगी परीक्षणहरू गराउनको सट्टा मष्तिष्क मृत्युको घोषणा गर्ने कार्य रोक्न सक्ने छन् ।

अनुसूची-१३
(नियम ७ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

मस्तिष्क मृत्यु घोषणा सम्बन्धी फारम

.... अस्पतालको सङ्केत नं. .... को श्री .... नामको बिरामीको मिति .... मा मस्तिष्क मृत्यु भए नभएको परीक्षण गरियो र मस्तिष्क मृत्यु भएको घोषणाका लागि आवश्यक प्रकृया पूरा गरियो / गरिएन । बिरामीको मस्तिष्क मृत्यु भएको घोषणा गरियो / गरिएन ।

मृत्यु भएको भए मृत्यु भएको मिति : .... समय :.........
परीक्षण गर्ने पहिलो चिकित्सकको नाम : .... सही :............
पद :.......................... योग्यता :.............
नेपाल मेडिकल काउन्सिल दर्ता नं. :........................ विभाग :.........
परीक्षण गर्ने दोस्रो चिकित्सकको नाम : .... सही :...............
पद :.......................... योग्यता :..............
नेपाल मेडिकल काउन्सिल दर्ता नं. :........................ विभाग :................
नोट : मस्तिष्क मृत्यु भएको प्रमाणित भएमा पहिलो परीक्षणको मिति र समयलाई मान्यता दिइने छ ।

अनुसूची-१४

(नियम १३ को उपनियम (१) र नियम १८ को खण्ड (क) सँग सम्बन्धित)

जीवित व्यक्तिले मानव अङ्ग दान गर्दा दिइने मञ्जुरीनामा

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा १५ को प्रयोजनको लागि मेरो शरीरबाट मानव शरीरको अङ्ग .... झिकी तपसिलमा लेखिएका मेरो नजिकको .... नाताको नातेदारको शरीरमा प्रत्यारोपण गर्न म मेरो नजिकको .... नाताको नातेदारको समेत मञ्जुरी तथा सहमति भएकोले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा १५ को उपदफा (१) को खण्ड (ख) बमोजिम यो मञ्जुरीनामा गरी दिएको छु ।

तपसिल

अङ्ग .... दान दिने व्यक्तिको,-
नाम :
दस्तखत :
उमेर :
बाबुको नाम :
बाजेको नाम :
विवाहित भए पति वा पत्नीको नाम :

ठेगाना :
मितिः

हालसालै खिचेको दुबै कान देखिने फोटो

औँठा छाप :

दायाँ	बायाँ

अङ्ग .... ग्रहण गर्ने व्यक्तिको,-
नाम :
दस्तखत :
उमेर :
बाबुको नाम :
बाजेको नाम :
विवाहित भए पति वा पत्नीको नाम :

ठेगाना :
मिति :

हालसालै खिचेको दुवै कान देखिने फोटो

दायाँ	बायाँ

अङ्ग........... दान दिने व्यक्तिको नजिकको नातेदारको,-

(क) नाम :
उमेर :
ठेगाना :
नाता :
दस्तखत :
मितिः
औँठा छाप :

(ख) नाम :
उमेर :
ठेगाना :
नाता :
दस्तखत :
मिति :
औँठा छाप :

Class 2	नेगेटिभ Negative	३	

* अयोग्यलाई प्रतिक्षा सूचीबाट हटाइने ।

(ग) सि.डि.सि. (CDC)

क्लास Class	परिणाम	अङ्क	प्राप्ताङ्क
क्लास १ Class 1	पोजेटिभ Positive*	०	
	नेगेटिभ Negative	५	
क्लास २ Class 2	पोजेटिभ Positive	१	
	नेगेटिभ Negative	३	

*अयोग्यलाई प्रतिक्षा सूचीबाट हटाइने ।

प्राप्ताङ्क :	अङ्कमा	अक्षरमा
दोस्रो मूल्याङ्कनको प्राप्ताङ्क		

अधिकतम अङ्क : २३
न्यूनतम अङ्क : ०२

अन्तिम प्राप्ताङ्क विवरण	अङ्कमा	अक्षरमा
पहिलो मूल्याङ्कनको प्राप्ताङ्क		
दोस्रो मूल्याङ्कनको प्राप्ताङ्क		
जम्मा प्राप्ताङ्क		

अधिकतम प्राप्ताङ्क : ४२
न्यूनतम प्राप्ताङ्क : ०५

प्राथमिकताक्रम मध्ये कसलाई बोलाउने र कसले अङ्ग पाउने (अङ्ग ग्रहणकर्ता)?

१. पहिलो बोलावट (पि.आर.ए., डि.एस.ए. र सि.डि.सि. क्रस म्याच बाहेकको) स्कोरिङ सिष्टमको आधारमा हुनेछ ।
२. बोलावट समयमा प्रत्यारोपण गर्नका निम्ति कुनै पनि किसिमको समस्या नभएका तथा लिष्टमा सक्रिय धेरै स्कोरिङ भएका प्रत्यारोपण गर्नु पर्ने व्यक्तिहरू मध्येबाट उपलब्ध प्रत्येक एक अङ्गको लागि न्यूनतम दुई जना व्यक्ति बोलाइनेछ ।
३. अङ्ग ग्रहण गर्न चाहने प्रत्येक बिरामीले एच.एल.ए परीक्षणको रिपोर्ट सहित प्रतिक्षाको सूचीमा सूचीकृत हुन पर्नेछ ।
४. प्रतिक्षाको सूचीबाट प्रत्यारोपणको लागि खण्ड १ अनुसार बोलाइएका सम्भावित बिरामीहरूको मात्रै पि.आर.ए, डि.एस.ए. र सि.डि.सि. क्रस म्याच गराइनेछ ।

५. पि.आर.ए, डि.एस.ए. र सि.डि.सि. क्रस म्याचको प्राप्ताङ्क र बुँदा नं. १ को प्राप्ताङ्कको कूल जम्मा प्राप्ताङ्क जसको बढी हुन आउँछ सोही व्यक्तिको प्रत्यारोपणको लागि पहिलो प्राथमिकता दिइनेछ।

६. पहिलो प्राथमिकताको सूचीमा पर्ने अङ्ग ग्रहणकर्ता कुनै कारणवश प्रत्यारोपणको लागि योग्य नभएमा बुँदा नं. २ मा बोलाइएको दोस्रो अङ्ग ग्रहणकर्तालाई बोलाइनेछ।

७. अङ्ग प्रत्यारोपण गर्न बोलाइएका बिरामीहरूको अङ्ग समान हुन गएमा तत्काल ड्युटीमा भएका सम्बन्धित कन्सल्टेन्ट प्रत्यारोपण शल्य चिकित्सक र कन्सल्टेन्ट नेफ्रोलोजिष्टको टोलीले चिकित्सकीय अवस्थाको आधारमा अङ्ग ग्रहणकर्ता निर्धारण गर्नेछ।

८. प्रत्यारोपणको लागि प्रतिक्षाको सूचीमा रहेका प्रत्येक अङ्ग ग्रहणकर्ताहरूले कम्तीमा ६/६ महिनामा साधारण स्वास्थ्य परीक्षणको रिपोर्ट पेश गर्नु पर्नेछ।

९. मस्तिष्क मृत्यु भएका व्यक्तिबाट प्राप्त हुने अङ्गहरू मध्ये मृगौला प्रत्यारोपणको लागि बोलाइने ग्रहणकर्ताहरूसँग मृगौला प्रत्यारोपणको लागि बोलाइएको समयमा प्रत्यारोपण गर्नका लागि तत्काल आवश्यक रकम साथमा वा बैङ्कमा हुन पर्नेछ।

१०. अङ्ग ग्रहण गर्ने प्रतिक्षा सूचीमा भएको बिरामीको शरीरमा गम्भीर प्रकारको रोग भएको अवस्था जस्तै मृगौला बाहेक मुटु, फोक्सो, कलेजो लगायतका विभिन्न अङ्गहरूको गम्भीर समस्या भएमा, क्यान्सर, विभिन्न किसिमको सरूवा रोग जस्तै क्षयरोग, एच.आई.भी., हेपाटाइटिस बी, सी आदि, गम्भीर खालको सङ्क्रमण, सेप्सीस, गम्भीर खालको मानसिक समस्या, लागू पदार्थको दुर्व्यसनी, शीघ्र बारम्बार फर्किने खालको मृगौला रोग (Aggressive Recurrent Native Kidney Disease) भएको बिरामी, पुनर्स्थापना गर्न कठिन व्यक्ति तथा प्राइमरी अक्जालोसीस (Primary Oxalosis) भएका बिरामीहरू प्रतिक्षा सूचीमा रहने छैनन्। यस्तै मोटोपन भएको (Obese), धुम्रपान गरिरहेका, गर्भवती महिला, अनियन्त्रित मधुमेह वा उच्च रक्तचाप भएका बिरामीहरू पनि अङ्ग ग्रहण गर्ने प्राथमिकतामा पर्ने छैनन।

११. बहु अङ्ग प्रत्यारोपण गर्नु पर्ने बिरामीको हकमा समन्वय इकाई रहेको केन्द्रमा तत्काल ड्युटीमा भएका सम्बन्धित कन्सल्टेन्ट प्रत्यारोपण विशेषज्ञ टोलीले ती अङ्ग प्रत्यारोपण गर्न पहिलो प्राथमिकता दिन सक्नेछ।

१२. नेपालमा मृगौला प्रत्यारोपण गरी एक महिनाभित्र असफल भएका बिरामीलाई एक पटक मात्र मृगौला प्रत्यारोपणको लागि तत्काल ड्युटीमा भएका सम्बन्धित कन्सल्टेन्ट प्रत्यारोपण विशेषज्ञ टोलीले प्राथमिकताक्रममा राख्न सक्नेछ।

<u>कलेजो प्रत्यारोपणका लागि</u>

१. मृत दाताको कलेजो प्रत्यारोपणको लागि योग्य बिरामी सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भएको र समन्वय इकाईको प्रतिक्षा सूचीमा सूचीकृत भएको हुनु पर्नेछ।

२. समन्वय इकाईको प्राविधिक समितिबाट कलेजो सल्लाहकार समितिले दर्ता तथा अत्यावश्यक मापदण्ड अनुमोदन गर्नेछ। सो समितिका सदस्यहरू वार्षिक रूपमा नियुक्त हुनेछन् र तिनीहरूले निर्देशिकालाई समय समयमा समीक्षा गर्नेछन्।

३. सूची तथा दर्ताको समयमा बिरामीको उमेर ६५ वर्ष भन्दा कम हुनु पर्नेछ।

४. डिकम्पेनसेटेड सिरोसीस (Decompensated Cirrhosis) भएका बिरामीहरूले कलेजो प्रत्यारोपणका लागि चाहिने मापदण्ड श्रेणी मोडल फर इन्ड स्टेज लिभर डिजिज (Model for End Stage Liver Disease-MELD) तालिका-१ (Table-1) प्राप्ताङ्क १५ भन्दा माथि हुनु पर्नेछ। कलेजोको क्यान्सर (Hepato-Cellular Carcinoma) भएका बिरामीहरू यु.सी.एस.एफ. (University of California at San Francisco-UCSF) तालिका-२ (Table-2) मापदण्ड भित्र पर्नु पर्नेछ।

५. निम्न अवस्थामा अत्यन्त जरुरी (Super Urgent) सूची दर्ता गर्न सकिनेछ ।
   (क) प्राइमरी नन् फङ्सन अफ लिभर एलोग्राफ्ट (Primary–Non Function of Liver Allograft)
   (ख) जीवित कलेजो दाता जसमा अत्यन्त जोखिमपूर्ण रूपमा कलेजो फेल (Live Liver donor with Life Threatening Liver Failure) विकसित भएमा
   (ग) प्रारम्भिक हेपाटिक आर्टरी थ्रम्बोसिस (Primary Hepatic Artery Thrombosis-HAT) भएर पुनः प्रत्यारोपण गर्नु परेमा
   (घ) फल्मीनेन्ट हेपाटिक फेलियर (Fulminant Hepatic Failure-FHF) भएर किङ्स कलेज अस्पताल (Kings College Hospital Criteria) तालिका-३ (Table-3) को मापदण्ड भित्र परेमा

६. कलेजो प्रत्यारोपणको सूचीमा राख्न नमिल्ने (Contraindicated) अवस्थाहरू
   (क) मोडल फर इन्ड स्टेज लिभर डिजिज स्कोर <१५ (MELD Score <15)
   (ख) गम्भीर हृदय तथा फोक्सो सम्बन्धी रोगका कारणले सामान्य एनेस्थेसिया (General Anesthesia) को लागि अयोग्य भएमा ।
   (ग) एच.आई.भी. /एड्स (HIV/AIDS)
   (घ) यु.सी.एस.एफ. (UCSF) मापदण्ड भन्दा बाहिर परेका कलेजोको क्यान्सर (Hepato-Cellular Carcinoma)
   (ङ) अनियन्त्रित सेप्सीस (Uncontrolled Sepsis)
   (च) इन्ट्राहेपाटिक कोल्यान्जियो कार्सिनोमा (Intrahepatic Cholangio Carcinoma)
   (छ) कलेजो भन्दा बाहिरको क्यान्सर भएमा (Extra Hepatic Malignancy)

७. अङ्ग प्रत्यारोपण समन्वय समिति अन्तर्गत दर्ता भएका अस्पतालहरूमा मात्र बिरामीको दर्ता गर्न सकिनेछ ।

८. जीवित दाता कलेजो प्रत्यारोपण (Living Donor Liver Transplant) का लागि पर्खाइमा रहेका बिरामीहरूले पनि मृतदाता कलेजो प्रत्यारोपणको लागि दर्ता गर्न सक्नेछन् ।

९. सूचीकृत रोगीहरूको अवस्था सम्बन्धित अस्पतालले मासिक रूपमा अद्यावधिक गर्नु पर्नेछ । सो सूचना अङ्ग प्रत्यारोपण समन्वय समितिको प्राविधिक समूहलाई पठाउनु पर्नेछ ।

निर्धारण सिद्धान्तहरू (Principles of allocation)

१. नाबालक (Paediatric) दाता उमेर १६ वर्ष भन्दा मुनीबाट प्राप्त भएको कलेजो पहिलो चरणमा नाबालक (Paediatric) बिरामीले पाउनेछ । कुनै नाबालक (Paediatric) बिरामी योग्य नपाइएमा सो कलेजो बयस्क बिरामीलाई दिइनेछ ।

२. रक्त समूह ओ (Blood Group 'O') बाट प्राप्त भएको कलेजो रक्त समूह 'O' भएकै ग्रहणकर्तामा जानेछ त्यसपछि मात्र अन्य कुनै रक्त समूह भएकालाई दिइनेछ ।

३. रक्त समूह ओ (Blood Group 'O') भन्दा बाहिरका समूह ए (A) , बी (B) र एबी (AB) भएका समूहहरू उस्तै खालको रक्त समूह भएकालाई दिइनेछ । सो नभएमा एबी (AB) समूहलाई दिइनेछ ।

निर्धारण प्रणाली (Allocation Algorithm)

चरण १ :

मृत दाताको रक्त समूह र रगत जाँच भएपछि माथिको रक्त समूहमा आधारित निर्धारण सिद्धान्तको पालना गर्ने ।

चरण २ :

यदि ग्रहणकर्ता अत्यन्त जरुरी सूचीमा परेमा प्राप्त कलेजो सो ग्रहणकर्तामा जानेछ । यदि सो सूचीमा धेरै ग्रहणकर्ता पर्न आएको खण्डमा जो सूचीमा पहिलो दर्ता भएको छ सो ग्रहणकर्ताले पाउनेछ ।

चरण ३ :

अति आवश्यक सूचीमा कुनै पनि बिरामी नरहेमा प्राप्त कलेजो एकै पटक बहुअङ्ग प्रत्यारोपण अर्थात प्रत्यारोपण गर्नु पर्ने ग्रहणकर्तालाई दिइनेछ ।

चरण ४ :

यदि अत्यावश्यक तथा बहुअङ्ग प्रत्यारोपण ग्रहणकर्ता नभएमा प्राप्त कलेजो डिकम्पेनसेटेड सिरोसीस (Decompensated Cirrhosis) को पर्खने सूचीको आधारमा दिइनेछ ।

चरण ५ :

कलेजो पुनः प्राप्ति (Retrieval) अस्पताल कुनै सरकारी वा निजी अस्पताल हुन सक्नेछ ।

Appendix: (परिशिष्ट)

तालिका १ (Table 1) : Calculation of MELD Score

MELD score =0.957 x Loge (creatinine mg/dL) + 0.378 x Loge (bilirubin mg/dL) + 1.120 xLoge (INR) + 0.643

Multiply the score by 10 and round to the nearest whole number

Notes : Laboratory values of <1.0 are set to 1.0 for the purpose of the MELD calculation; the maximum serum creatinine is 4.0mg/dL, this includes those patients on dialysis

तालिका २ (Table 2) : UCSF Criteria

- Solitary tumor not >6.5 cm in diameter, OR
- Upto 3 or fewer nodules with the largest lesion not >4.5 cm in diameter and total diameter of all tumors not >8cm), and without evidence of vascular invasion.
- Then a score of 22 will be allocated to the patient. An additional 2 points will be allocated for every 3 months on the waiting list. If the maximum tumor diameter is <=2cm there will be no HCC MELD points allocated to the patient. This patient's score will be the standard MELD score only.

तालिका ३ (Table 3) : King's College Hospital criteria for liver transplantation in acute liver failure

1. Paracetamol (acetaminophen)-induced liver failure :
   pH of arterial blood (after rehydration) of <7.3 , OR
   All three of the following criteria on the same day :
   - International normalized ratio (INR) >6.5
   - Serum creatinine >300 micromole/L
   - Grade III or IV encephalopathy.
2. Non-paracetamol-induced acute liver failure :

INR >6.5, OR

Three of the following five criteria :

- Age <11 or >40
- Serum bilirubin >300 micromole/L; jaundice-to-encephalopathy time of >7 days; INR >3.5
- Drug induced liver disease or viral hepatitis as etiology.

अनुसूची-१७
(नियम १७ को खण्ड (क) सँग सम्बन्धित)

मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण गर्न आवश्यक भएको भनी सम्बन्धित चिकित्सकले प्रमाणित गरिदिने व्यहोरा

.... बस्ने वर्ष ..... को श्री .... (बिरामीको नाम) को स्वास्थ्य परीक्षण गर्दा निजको शरीरमा रहेका अङ्ग .... काम नलाग्ने गरी नासिएका छन् र निजको जीवन रक्षाको लागि निजको शरीरमा रहेका नासिएका अङ्ग .... सट्टा .... प्रत्यारोपण गर्न आवश्यक छ भनी मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा १५ को उपदफा (१) को खण्ड (क) बमोजिम प्रमाणित गर्दछौं ।

प्रमाणित गर्ने सम्बन्धित विशेषज्ञ चिकित्सक,-

१. पूरा नाम र थर :
   दस्तखत :
   मिति :
   नेपाल मेडिकल काउन्सिलको दर्ता नं. :
   कार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम :
   कार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थाको छाप :

२. पूरा नाम र थर :

दस्तखत :
मिति :
नेपाल मेडिकल काउन्सिलको दर्ता नं. :
कार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम :
कार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थाको छाप :

अनुसूची-१८
(नियम १७ को खण्ड (ख) सँग सम्बन्धित)

अङ्गदातालाई शारीरिक असर नपर्ने भनी सम्बन्धित चिकित्सकले प्रमाणित गरिदिने व्यहोरा

.... बस्ने वर्ष ..... को श्री .... (बिरामीको नाम) को स्वास्थ्य परीक्षण गर्दा निजको शरीरमा रहेका अङ्ग .... काम नलाग्ने गरी नासिएका छन् र निजको जीवन रक्षाको लागि निजको शरीरमा रहेका नासिएका अङ्ग .... सट्टा ....प्रत्यारोपण गर्न आवश्यक छ भनी सम्बन्धित विशेषज्ञ चिकित्सक श्री .... र श्री .... ले मिति .... मा प्रमाणित गरिदिनु भए अनुसार निज बिरामीको शरीरमा .... प्रत्यारोपण गर्नको लागि .... बस्ने वर्ष ..... को श्री .... (दाताको नाम) ले आफ्नो शरीरमा रहेको.................................. झिकी निज बिरामीको शरीरमा प्रत्यारोपण गर्न मिति .... मा मञ्जुरीनामा दिनु भएको र त्यसरी दिनु भएको मञ्जुरीनामा अनुसार निज दाताको शरीरको .... झिकेको कारणले मात्र निज दाताको तत्काल‍ै मृत्यु नहुने र निज स्थायी रूपबाट अशक्त वा अपाङ्ग नहुने भनी मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा १५ को उपदफा (१) को खण्ड (घ) बमोजिम प्रमाणित गर्दछौं ।

१. प्रमाणित गर्ने सम्बन्धित विशेषज्ञ चिकित्सक,-
पूरा नाम र थर :
दस्तखत :
मिति :
नेपाल मेडिकल काउन्सिलको दर्ता नं. :
कार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम :
कार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थाको छाप :

२. प्रमाणित गर्ने शल्य चिकित्सकको,-
पूरा नाम र थर :
दस्तखत :
मिति :
नेपाल मेडिकल काउन्सिलको दर्ता नं. :
कार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम :
कार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थाको छाप :

अनुसूची-१९
(नियम १८ को खण्ड (ख) सँग सम्बन्धित)

मृत्यु पश्चात अङ्ग दान दिन चाहने व्यक्तिले लेखिदिने मञ्जुरीनामा

हालसालै खिचेको दुवै कान देखिने फोटो

मेरो मृत्यु पश्चात् मेरो शरीरबाट .... अङ्ग झिकी .... आवश्यक भएको जुनसुकै बिरामी व्यक्तिको शरीरमा प्रत्यारोपण गर्न मेरो मञ्जुरी भएकोले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण (नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा १६ को उपदफा (१) को खण्ड (ख) बमोजिम जानी बुझी स्वेच्छाले यो मञ्जुरीनामा लेखी दिएको छु।

मृत्यु पश्चात .... अङ्ग दान दिने व्यक्तिको,-

नाम :
दस्तखत :
बाबुको नाम :
बाजेको नाम :
विवाहित भए
पति वा पत्नीको नाम :
उमेर :
ठेगाना :
मिति :
औंठा छाप :

दायाँ	बायाँ

अनुसूची-२०

(नियम १८ को खण्ड (ग) सँग सम्बन्धित)

मृतकको नजिकको नातेदारले अङ्ग झिक्ने सम्बन्धमा दिएको मन्जुरीनामा

श्री ....

....

मेरो/हाम्रो नजिकको नातेदार ....को मस्तिष्क मृत्यु भएको र निजले आफ्नो शरीरको अङ्ग दान नगर्ने लिखित रुपमा इच्छा समेत व्यक्त नगरेकोले निज मृतकको शरीरबाट .... अङ्ग झिकी प्रत्यारोपण गर्न म/हामी तपसिलका नजिकको नातेदारको सहमति भएकोले मानव शरीरको अङ्ग प्रत्यारोपण(नियमित तथा निषेध) ऐन, २०५५ को दफा १६ को उपदफा (१) को खण्ड (ग) बमोजिम यो मन्जुरीनामा लेखिदिएको छु/छौं ।

तपसिल

मृतकको .... दान गर्न मन्जुरी दिने नजिकको नातेदारको,-

(क)

नाम :

दस्तखत :

बाबुको नाम :

बाजेको नाम :

विवाहित भए पति वा

पत्नीको नाम :

उमेर :

मृतकसँगको नाता :

ठेगाना :

मिति :

औँठा छाप :

दायाँ	बायाँ

(ख)

नाम :

दस्तखत :

बाबुको नाम :

बाजेको नाम :

विवाहित भए पति वा

पत्नीको नाम :

उमेर :

मृतकसँगको नाता :

ठेगाना :

मिति :

औँठा छाप :

दायाँ	बायाँ