

গনপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
হাসপাতাল ও ক্লিনিক শাখা
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২।

স্মারকনং-স্বাঃ অধিঃ/হাসঃ/প্রাঃ ক্লিনিক/২০১৯/ ৫৫৪৭

তারিখঃ-২৫/০২/২০২০

বরাবর,
সচিব,
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ, স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়,
বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা।

দৃঃ আকষনঃ- অতিরিক্ত সচিব (হাসপাতাল)।

বিষয়ঃ- কার্ডিয়াক এ্যাম্বুলেন্স ব্যবহারের খসড়া নীতিমালা প্রেরণ প্রসংগে।

সূত্রঃ- রামেকহা/প্রশা/১৯/৫৬৬৪ তারিখঃ-৮-১২-২০১৯খ্রিঃ।

উপর্যুক্ত বিষয় ও সূত্রের প্রেক্ষিতে জানানো যাচ্ছে যে, কার্ডিয়াক এ্যাম্বুলেন্স ব্যবহারের খসড়া নীতিমালা টি এতদ সংগে মন্ত্রণালয়ে প্রেরণ করা হল।

সংযুক্তঃ- ০২(দুই) পাতা।

(ডাঃ মোঃ আমিনুল হাসান)

পরিচালক (হাসপাতাল ও ক্লিনিকসমূহ)
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা -১২১২

Email:directorhospital@ld.dghs.gov.bd

ফোন নং-৫৫০৬৭১৫০/৫৫০৬৭১৫১

স্মারকনং-স্বাঃ অধিঃ/হাসঃ/প্রাঃ ক্লিনিক/২০১৯/

অনুলিপি সদয় অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য প্রেরিত হল।

- ১। মহাপরিচালক, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা। দৃঃ আকষনঃ-সহকারী পরিচালক(সমন্বয়)।
- ২। পরিচালক, রাজশাহী মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল রাজশাহী।
- ৩। অফিস কপি -----।

তারিখঃ-

(ডাঃ মোঃ আমিনুল হাসান)

পরিচালক (হাসপাতাল ও ক্লিনিকসমূহ)
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা -১২১২

Email:directorhospital@ld.dghs.gov.bd

ফোন নং-৫৫০৬৭১৫০/৫৫০৬৭১৫১

Cardiac/ICU Ambulance (Advance life Support) ব্যবহারের নীতিমালা
Cardiac/ICU ambulance ব্যবহারের ক্ষেত্রে নিম্নে লিখিত নীতিমালা অনুসরণ করতে হবে :

- Cardiac এ্যাম্বুলেন্স শুধুমাত্র হাসপাতালে ভর্তি রোগীদের স্থানান্তরের জন্য ব্যবহার করা হবে। অর্থাৎ এক হাসপাতাল থেকে আরেক হাসপাতাল অথবা হাসপাতাল থেকে এয়ারপোর্ট বা এয়ারপোর্ট থেকে হাসপাতাল।
- Cardiac/ICU Ambulance ব্যবহারের জন্য কমপক্ষে দুইজন বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের সুপারিশ নিতে হবে। (Treating physician any one from Medicine/surgical/Anesthesiology/ICU)/Critical care Medicine.
- Cardiac/ICU Ambulance ব্যবহারের ক্ষেত্রে প্রতি কিলোমিটার ২০ টাকা হারে (যাওয়া-আসার) ভাড়া প্রদান করতে হবে।
- ভাড়ার সঙ্গে টোলসহ সার্ভিস চার্জ সেবা গ্রহণ কারীকে প্রদান করতে হবে।
- দূরত্বের ভাড়া ও টোল চার্জ সরকারী কোষাগারে জমা হবে।
- Ambulance এর সঙ্গে গমনকারী ডাক্তার/নার্স/ড্রাইভারকে সার্ভিস চার্জ (নিম্ন বর্ণিত) হিসাবে প্রদান করতে হবে।

পদবী	১০০ কিগমিঃএর কম	১০১-২০০ কিগমিঃ	২০১-৩০০ কিগমিঃ	৩০১-৪০০কিগমিঃ	৪০১-৫০০ কিগমিঃবাএর উর্দে
ডাক্তার (চাহিদার প্রেক্ষিতে)	২৫০০/-	৩০০০/-	৩৫০০/-	৪৫০০/-	৬০০০/-
নার্স (বাধ্যতামূলক) (প্রতিজন)	১৪০০/-	১৬০০/-	২০০০/-	২৪০০/-	৩৫০০/-
ড্রাইভার (বাধ্যতামূলক) (প্রতিজন)	৮০০/-	১০০০/-	১২০০/-	১৪০০/-	২০০০/-

- Ambulance ভাড়া সহ সকল এ্যাম্বুলেন্স গ্রহণের পূর্বে প্রদান করতে হবে।
- সরকারী কর্মকর্তা/কর্মচারীদের ক্ষেত্রে প্রতি কিলোমিটারের জন্য ১০ টাকা ভাড়া প্রদান করতে হবে। তবে সার্ভিস চার্জ ক্রমিক নং-৬ অনুযায়ী প্রদান করতে হবে। অথবা
- বীরমুক্তিযোদ্ধাদের ক্ষেত্রে শুধুমাত্র সার্ভিস চার্জ প্রদান করতে হবে, তবে পরবর্তীতে তিনি/ তার পরিবার সার্ভিস চার্জের জন্য প্রদত্ত টাকা মুক্তিযোদ্ধাদের চিকিৎসার জন্য প্রদানকৃত ফান্ড হতে উক্ত টাকা দাবী করতে পারবেন। তবে যেই হাসপাতাল থেকে এ্যাম্বুলেন্স গ্রহণ করবেন শুধুমাত্র সেই হাসপাতালে টাকার জন্য আবেদন করতে পারবেন।
- মুক্তিযোদ্ধাদের পরিবার (স্ত্রী, ছেলে ও মেয়ে) এর ক্ষেত্রে শুধুমাত্র সার্ভিস চার্জ কিলোমিটার হিসাবে প্রদান করতে হবে।
- Cardiac/ICU ব্যবহারের ক্ষেত্রে Ambulance Specialized Nurse Accompany করা বাধ্যতামূলক। ডাক্তার বাধ্যতামূলক নয়।
- Cardiac/ICU কোন অবস্থাতেই রোগী বহন/ অন্য কোন কাজে ব্যবহার করা যাবে না। তবে প্রয়োজনে গাড়ীর Maintenance এর জন্য মাসে সর্বোচ্চ ৫০ কিলোমিটার ব্যবহার করা যাবে।
- লাশ পরিবহনের ক্ষেত্রে এই এ্যাম্বুলেন্স ব্যবহার করা যাবেনা।
- রোগীর একজন এ্যাটেন্ডেন্ট সঙ্গে যেতে পারবেন।
- হাসপাতালের পরিচালক/তত্ত্বাবধায়ক নিজ বিবেচনায় বিশেষ পরিস্থিতিতে উপরে উল্লেখিত নিয়মের বাহিরে এ্যাম্বুলেন্স ব্যবহারের অনুমতি প্রদান করতে পারেন। যেমন প্রাকৃতিক দুর্যোগ, Accident, গুরুত্বপূর্ণ ব্যক্তি VVIP/VIP ব্যক্তি বর্গের Medical Cover ইত্যাদি।

Cardiac/ICU ambulance গ্রহণের আবেদন ফর্ম

১। রোগীর নামঃ.....বয়সঃ.....
Disease.....
২। আবেদনকারীর নামঃ.....মোবাইল নম্বর.....
রোগীর সাথে সম্পর্কঃ....., আবেদনকারীর ঠিকানা, গ্রামঃ.....
পোঃ..... থানাঃ..... জেলাঃ.....
৩। রোগী সরকারী চাকুরীজীবী হলে তার নাম.....
অফিসের ঠিকানাঃ..... পদবী.....
রোগী পরিবারের সদস্য (স্ত্রী/ ছেলে- মেয়ের নাম).....
৪। রোগী মুক্তিযোদ্ধা হলে তার নামঃ.....
রোগী মুক্তিযোদ্ধা পরিবারের সদস্য হলে (স্ত্রী/ ছেলে- মেয়ের নাম)..... মুক্তিযুদ্ধ সনদ/ লালবার্তা নম্বর.....
মুক্তিযোদ্ধার সম্মানীভাতা উত্তোলনের একাউন্ট নম্বর.....
৫। গন্তব্য স্থলঃ.....
হইতে..... পর্যন্ত..... আনুমানিক কিলোমিটার.....
যেহেতু..... মোট কিলোমিটার.....

তারিখঃ.....

আবেদনকারীসাক্ষর

৬। (ক) রোগীর সঙ্গে গমনকারী ড্রাইভার এর নামঃ..... মোবাইল নং.....
(খ) রোগীর সঙ্গে গমনকারী নার্স/ ICA এর নাম..... মোবাইল নং.....
(গ) ডাক্তারের নামঃ..... মোবাইল নং.....

বিশেষজ্ঞ ডাক্তার কর্তৃক সুপারিশ :

(ক) নামঃ..... পদবী..... সুপারিশ করা হলো/হলো না।
(খ) নামঃ..... পদবী..... সুপারিশ করা হলো/হলো না।
(গ) নামঃ..... পদবী..... সুপারিশ করা হলো/হলো না।

Advance Payment:

(ক) দূরত্বে জন্য প্রদান..... সরকারী কোষাগারে জমাহবে এর স্লিপ দেওয়া হবে।
(খ) টোল চার্জ..... সরকারী কোষাগারে জমাহবে এর স্লিপ দেওয়া হবে।
(গ) ড্রাইভারের জন্য.....
(ঘ) নার্সের জন্য.....
(ঙ) ডাক্তারের জন্য.....
মোট প্রদান.....

৯। অনুমোদনকারী কর্তৃক পরিচালক/ পরিচালক কর্তৃক মনোনীত কর্মকর্তা (উপপরিচালক/ সহকারী পরিচালক (প্রশাসন/ ইমার্জেন্সী মেডিকেল অফিসার)।