



फोन नं ०१-४१००२२३
टोल फ्री १६६००१११२२४
त्रिभुवनमहल, काठमाडौं

पत्र संख्या: ०८९/८२
च.नं ६६५

मिति:- २०८१-१०-२०

श्री, सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरु, सबै ।

बिषय: Standard Discharge Summary सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा स्वास्थ्य विमा बोर्ड संग सम्झौता गरि सो अनुरूपका सेवा प्रदान गर्नुपर्ने सम्बन्धमा अवगत नै छ । विमा दावी समीक्षा तथा मूल्यांकन कार्यविधि २०७८ (पहिलो संशोधन २०८१) को उपदफा ३ को (ग) बमोजिम तयार भएको Standard discharge summary बोर्डको मिति २०८१-१०-०२ को बैठक बाट स्वीकृत भएको हुनाले उक्त Standard discharge summary को format अनुसार मिति २०८१-११-०१ देखि लागु हुनेगरी कार्यन्वयन गर्नु गराउनु हुन अनुरोध छ । साथै Standard discharge summary format यसै साथ संगलन गरिएको व्यहोरा जानकारी गर्दछु ।

बोधार्थ

श्री दावी व्यवस्थापन शाखा, स्वास्थ्य विमा बोर्ड- यसै अनुसार दावी समीक्षा गर्नुहुन ।
श्री सूचना प्रविधि शाखा, स्वास्थ्य विमा बोर्ड- सूचना Website मा प्रकाशित गर्नुहुन ।
श्री सबै प्रदेश शाखा कार्यालयहरु, स्वास्थ्य विमा बोर्ड — माथि उल्लेख भएअनुसार आवश्यक समन्वय गर्नुहुन ।
श्री सबै (७७) जिल्ला सम्पर्क शाखा कार्यालयहरु, स्वास्थ्य विमा बोर्ड — माथि उल्लेख भएअनुसार आवश्यक समन्वय गर्नुहुन ।

डा. सरोज शर्मा
नि. कार्यकारी निर्देशक

DISCHARGE SUMMARY

DEPARTMENT OF

NSHI:

Patient Name:

Address:

Date of Admission:

Contact No:

ICU with Ventilator Stay.....Days (From.....to.....)

ICU Stay:Days (From..... to.....)

General Ward Stay:Days (From to.....)

CLAIM CODE:

Age/Sex:

Blood Group :

Date of Discharge:

Bed No.:

HDU Stay:Days (From.....to.....)

Post OP Ward Stay:Days (From.....to.....)

Total Stay :

DISCHARGE STATUS:

PROVISIONAL DIAGNOSIS:

FINAL DIAGNOSIS:

PACKAGE:

S.N.	Code	Package	Remarks

CHIEF COMPLAINTS:

CLINICAL DETAILS WITH HISTORY:

CO-MORBIDITY DISEASE NOTE:

DRUG ALLERGY:



Handwritten signature

DISCHARGE SUMMARY

DEPARTMENT OF

INVESTIGATION:

Test	Result	Date

MEDICATION AT HOSPITAL:

Date	Medication	Frequency (times a day)	Duration (Days)	Advice

MRI NOTE:

CT NOTE:

ICU NOTE:

VENTILATOR NOTE:

BIPAP/CPAP NOTE:

OPERATION DESCRIPTION:

S.N	Date	Name of Operation	Operative Procedure Note/Anesthesia	Operative Findings

PROCEDURES NOTE:



Handwritten signature

DISCHARGE SUMMARY
DEPARTMENT OF

CONDITION AT THE TIME OF DISCHARGE:

MEDICATION AT DISCHARGE:

Medication	Time (times a day)	Duration (Days)	Advice

FOLLOWUP ADVICE:

Date	Time	Advice/Note
------	------	-------------

PREPARED BY:
Dr. Name:
NMC NO.:
Signature:

CHECKED BY:
Dr. Name:
NMC No.:
Signature:

CONSULTANT:

1. Dr. Name:
NMC No.:
Signature:
2. Dr. Name:
NMC No.:
Signature:
3. Dr. Name:
NMC No.:
Signature:



Dr. [Signature]