

E समुहको स्वास्थ्य प्रयोगशाला दर्ताको लागि निवेदन फाराम

१. निवेदनको उद्देश्य

नयाँ संचालन स्वीकृती (अस्थायी)

स्थायी

नविकरण

समुह वर्गिकरण

समुह परिवर्तन

२. प्रयोगशालाको विवरण

प्रयोगशालाको नाम :

प्रयोगशालाको ठेगाना :

गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा. : मोबाइल नं.

फ्याक्स नं.: इमेल ठेगाना :

वेबसाइट ठेगाना :

संस्था संचालकको नाम :

३. स्वामित्वको प्रकार :

एकल

साभेदारी

अन्य

४. संस्थाको कानूनी परिचय (अनिवार्य हुनुपर्नेछ)

संस्था संचालकको नाम :

संस्था कहाँ दर्ता भएको छ, खुलाउनुहोस

घरेलु तथा साना उद्योग

वाणिज्य कार्यालय

महानगरपालिका

नगरपालिका

गाउँपालिका

दर्तागर्ने निकायको ठेगाना :

संस्थाको भ्याट नं.

संस्थाको स्थायी लेखा नं. (प्यान नं.)

घर भाडामा भए सोको सम्भौता पत्रको प्रतिलिपी अनिवार्य छ ।

आफ्नो घर भएमा लालपुर्जाको प्रतिलिपी अनिवार्य छ ।

नोट: कानूनी परिचय नभएको प्रयोगशालाको निवेदन स्वीकृत हुनेछैन।

५. प्रयोगशालाको प्रकार

- स्ट्याण्ड एलोन
- मुख्य प्रयोगशालाको नमुना संकलन केन्द्र

६. पहिला अनुमति प्राप्त गरिसकेको भएमा :

अनुमति नं. जारी गर्ने निकाय :
जारी गरेको मिति : म्याद समाप्त हुने मिति :

७. प्रयोगशाला बाट दिइने सेवाको प्रकारहरु :

हेमाटोलोजी केमेस्ट्री माइक्रोबायोलोजी अन्य

८. प्रयोगशाला संचालन रहने दिन र समय

समय	आइत	सोम	मंगल	बुध	बिहि	शुक्र	शनि
देखि							
सम्म							
चौबिसै घण्टा							

९. प्रयोगशालाको क्षेत्रफल :

जम्मा कोठा संख्या	प्रयोगशाला परिक्षण गरिने क्षेत्रफल	नमुना संकलन क्षेत्रफल	अन्य	कुल क्षेत्रफल

प्रयोगशालाको भित्री नक्सा, क्षेत्रफल र कार्य प्रयोजन खुल्ने गरि बनाउनुहोस् :

१०. मुख्य बाटो देखि प्रयोगशाला सम्म पुग्ने नक्सा बनाउनुहोस् :

--

११. जनशक्तिको विवरण

कर्मचारीको नाम	पद	योग्यता	पार्ट टाइम/ फुल टाइम	NMC/ NHPC दर्ता नं.	सम्पर्क नं.	संस्थासंग आवद्ध भएको मिति	कर्मचारीको अनुभव	उपलब्ध रहने दिन र समय	कैफियत

जनशक्ति विवरण भर्ने फारामको थप आवश्यकता भएमा यसै पेजको प्रतिलिपी निकाल्नुहोस् ।

१३. परिक्षण सेवा सूची

क्र.सं.	टेष्टको नाम	प्रयोग गरिने मुख्य उपकरणको/विधि नाम	वैकल्पिक विधिअथवा वैकल्पिक उपकरण	वार्षिक भार (संचालनमा रहेको प्रयोगशालाको लागि मात्र)	कैफियत
१	Hb				
२	Total Lymphocyte Count				
३	Differential Count				
४	ESR				
५	Blood Group				
६	Bleeding Time				
७	Clotting Time				
८	Blood Sugar				
९	Urea				
१०	Serum Bilirubin				
११	Serum Uric Acid				
१२	Serum Total Protein				
१३	Serum Albumin				
१४	Sputum AFB				
१५	Urine Biochemical Test (sugar, protein, pH)				
१६	Urine Routine Microscopy				
१७	Stool Routine				
१८	Stool for Reducing Substance				
१९	Urine Pregnancy Test (RDT)				

E समुहका प्रयोगशालामा माथि उल्लेखित परिक्षणहरू बाहेक अन्य परिक्षण गर्न पाइने छैन । माथि उल्लेखित मध्ये १५ परिक्षण अनिवार्य हुनुपर्नेछ ।

१४. प्रयोगशाला सम्बन्धी अन्य विवरणहरु

प्रयोगशाला कति तल्ला माथि छ ?.....	
माथि भए लिफ्टको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
भ्याङ्गमा पर्याप्त प्रकाशको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
प्रयोगशालामा पर्याप्त प्रकाशको कस्तो व्यवस्था छ ?	भ्याल <input type="checkbox"/> बत्ति <input type="checkbox"/> दुवै <input type="checkbox"/>
प्रयोगशाला भित्र (ढोका बाहेक) भेन्टिलेसनको लागि के छ ?	भ्याल <input type="checkbox"/> एग्जस्ट फ्यान <input type="checkbox"/>
अन्य भए उल्लेख गर्नुहोस्	
एयर कण्डिसनरको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
प्रयोगशाला भित्र निरन्तर पानी आउने धारा र सिन्कको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
प्रयोगशालाको लागि विद्युत व्याकअपको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
छ भए के छ ?	जेनेरेटर <input type="checkbox"/> इन्भर्टर <input type="checkbox"/> यूपियस <input type="checkbox"/> अन्य
कर्मचारी तथा विरामीको लागि नजिकै सफा शौचालयको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
पर्याप्त फर्निचरको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
रिसेप्सनको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
विश्रामस्थलको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
नमुना संकलनगर्ने छुट्टै कोठाको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
फर्निचर र उपकरणहरुको लागि आवश्यक क्षेत्रफलको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
उपलब्ध गराउने सेवा अनुसार उपकरण तथा रिएजेन्ट छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
सेवाहरुको मुख्य सुची र उपलब्ध सेवाहरुको विवरण छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
रिएजेन्ट र किट्स उत्पादकले तोकिए बमोजिम उचित भण्डारणको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
प्रयोगशाला प्रयोजनको लागि टेलिफोनको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
प्रयोगशालामा इन्टरनेट सहितको कम्प्यूटरको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
प्रयोगशाला बाट निस्कने फोहोरहरुको उचित व्यवस्थापनको व्यवस्था कस्तो छ ?	
अपनाइएको विधि: 1 Hypochlorite मा राखी Dispose गर्ने <input type="checkbox"/>	
2 Autoclaving द्वारा sterilizing गर्ने <input type="checkbox"/>	
3 जलाउने र गाड्ने <input type="checkbox"/>	
4 अन्य <input type="checkbox"/> विधि उल्लेख गर्नुहोस्	
प्रयोगशालामा Biological hazard सम्बन्धी signs/symbol राखिएको छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>

संचालन भइरहेको प्रयोगशालाहरुको हकमा थप भर्नुपर्ने

१५. अन्य :

- | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|
| (क) उपकरण तथा औजारको अभिलेख | भएको <input type="checkbox"/> | नभएको <input type="checkbox"/> |
| (ख) Internal QC को रेकर्ड राख्ने | गरेको <input type="checkbox"/> | नगरेको <input type="checkbox"/> |
| (ग) Standard Operating Procedure प्रयोग गर्ने | गरेको <input type="checkbox"/> | नगरेको <input type="checkbox"/> |
| (घ) कम्प्युटराईज्ड अभिलेख गुणस्तर नियन्त्रणको अभिलेख | भएको <input type="checkbox"/> | नभएको <input type="checkbox"/> |
| (ङ) उपकरणहरुको Temperature Control Log | भएको <input type="checkbox"/> | नभएको <input type="checkbox"/> |
| (च) NEQAS मा सहभागी | भएको <input type="checkbox"/> | नभएको <input type="checkbox"/> |
| भएको भए वर्षमा कति पटक सहभागी भएको : | | |
| (छ) कर्मचारीको विस्तृत विवरणको रेकर्ड | भएको <input type="checkbox"/> | नभएको <input type="checkbox"/> |
| (ज) प्रयोगशालामा गरिएका परिक्षण सेवाको विस्तृत विवरण सम्बन्धी जि.ज.स्वा.का/जि.स्वा.का/रा.ज.स्वा.प्र. मा आवधिक रुपमा पठाउने | गरेको <input type="checkbox"/> | नगरेको <input type="checkbox"/> |
| (झ) कर्मचारीहरुको हाजिरीको अभिलेख | भएको <input type="checkbox"/> | नभएको <input type="checkbox"/> |
| (ञ) कर्मचारीहरुलाई दिइने मासिक पारिश्रमिकको अभिलेख | भएको <input type="checkbox"/> | नभएको <input type="checkbox"/> |

४. निवेदकको विवरण :

नाम :

संस्थामा भएको पद :

ईमेल ठेगाना : सम्पर्क नं.:

निवेदकको सही :

मिति :

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

निवेदन दर्ता नं. : निवेदन दर्ता गरेको संस्था :

निवेदन दर्ता मिति :

संलग्न कागजपत्रहरु :

क्र.सं.	विवरण	डकुमेन्ट नं.
१	संस्था दर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी	
२	भ्याट दर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी	
३	प्यान दर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी	
४	प्रयोगशाला रहेको घरको लालपुर्जाको प्रतिलिपी	
५	घरभाडा सम्झौताको प्रतिलिपी (भाडामा भए मात्र)	
६	कर चुक्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी	
७	प्रवाह गरिने सेवाको सूची	
८	उपलब्ध उपकरणहरुको सूची	
९	मानव संशाधनको सूची	
१०	NEQAS को पछिल्लो नतिजाको सूची	
११	कर्मचारी संग गरिएको सम्झौताको प्रतिलिपी	
१२	प्राविधिक जनशक्तिको सर्टिफिकेटको प्रतिलिपी (सम्बन्धीत काउन्सीलमा दर्ताको प्रमाण पत्र*, कार्यरत पदको आवश्यक योग्यताको प्रमाण पत्र**, नागरिकताको प्रमाण पत्र)	

* जुन पदमा संस्थामा कार्यरत हो, सोही पद अनुसार काउन्सील दर्ता भएको हुनुपर्नेछ ।

** जुन पदमा संस्थामा कार्यरत हो, सोको लागि क्षमता खुल्ने कुनै एक मात्र प्रमाण पत्र (मार्कसिट, डिग्री अथवा ट्रान्सक्रिप्ट) भए पुग्छ ।

निवेदन बुझ्नेको दस्तखत र नाम :

अनुसूची

१. निरीक्षण गर्दा निर्धारित चेकलिष्ट अनुसार गरिने छ । नम्बर दिनुपर्ने प्रश्नहरूको उत्तर ०, १ र २ मध्ये एक हुनुपर्नेछ ।
(० भन्नाले छैन/सन्तोषजनक छैन ; १ भन्नाले छ तर अधुरो छ/छ तर अपुरो छ/छ तर अनियमित छ ; २ भन्नाले राम्रो छ/सन्तोषजनक छ/नियमित छ)
२. सबै प्रश्न नयाँ संचालन स्वीकृती (अस्थायी स्वीकृती) लाई लागु नहुन सक्छ । यस्ता प्रश्नहरूको अन्तमा (*) संकेत प्रयोग गरिएका छन् ।
३. संचालन अनुमति पाउनलाई अनिवार्य भनिएका बाहेक प्रत्येक खण्डमा न्यूनतम ६० र जम्मा ७० अंक प्राप्त गर्नुपर्ने छ ।
४. अस्थायी स्वीकृती बढिमा १ वर्षको लागि एक पटकको लागि जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयले दिने छ र सोको जानकारी मासिक रूपमा राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालालाई उपलब्ध गराउनुपर्नेछ । अस्थायी स्वीकृती प्राप्त पश्चात अस्थायी प्रयोगशाला संचालन गर्न सकिनेछ ।
५. अस्थायी अनुमति पाएका प्रयोगशालाले ६ - ६ महिनामा र स्थायी अनुमति पाएका प्रयोगशालाले वार्षिक रूपमा आफ्नो कार्य विवरण जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयमा अनिवार्य बुझाउनुपर्नेछ ।
६. अनुमति पत्रको म्याद सकिने ६० दिन अगावै नयाँ अनुमति पत्रको लागि जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयमा नयाँ निवेदन दर्ता गराउनुपर्नेछ ।
७. जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयले स्थायी अनुमतिको लागि निरीक्षण गरे पश्चात राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालामा सिफारीस पत्र, फाराम र चेक लिष्ट र प्रयोगशालाको कार्य विवरणको प्रतिलिपी बुझाएपछि राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले स्थायी संचालन अनुमति दिनेछ ।
८. प्रयोगशालाको नाममा राष्ट्रिय र रिफरेन्स शब्द प्रयोग गरेको प्रयोगशालालाई अनुमति दिइनेछैन ।
९. समुह परिवर्तनका लागि स्थायी अनुमति प्राप्त गरेको न्यूनतम ६ महिना पछि मात्र सम्बन्धीत निकायमा निवेदन दिनसकिने छ ।
१०. राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले अनुमति प्राप्त प्रयोगशालाको कुनैपनि समयमा अनुगमन गर्न सक्नेछ र आवश्यक दस्तावेज माग्न सक्नेछ ।
११. जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय अथवा राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले संचालन अनुमति दिँदा सर्तहरू तोक्न सक्नेछ ।
१२. E समुहको प्रयोगशालाले आफूकहाँ नहुने परिक्षणको लागि नमूना संकलन गरी कतै पठाउन पाउने छैन ।