

AR B समुहको स्वास्थ्य प्रयोगशाला निरिक्षण चेकलिष्ट

निरिक्षण गरेको मिति :

निरिक्षण गर्ने निकाय :

१. निरिक्षण गरिएको प्रयोगशालाको विवरण

प्रयोगशालाको नाम :

(प्रयोगशालाको नाममा नेशनल वा रेफरेन्स शब्दको प्रयोग हुनुहुँदैन ।)

प्रयोगशालाको ठेगाना :

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

इमेल ठेगाना : वेभसाइट ठेगाना :

संस्था संचालकको नाम :

निरिक्षणको लागि निवेदन दर्ता मिति : निवेदन दर्ता नं. :

२. निवेदन गरेको समुह

B समुह

A समुह

३. निरिक्षणको उद्देश्य

नयाँ संचालन स्वीकृती (अस्थायी)

स्थायी

नविकरण

समुह वर्गिकरण

समुह परिवर्तन

अन्य

४. स्वामित्वको प्रकार :

एकल

साभेदारी

कर्पोरेट

अन्य

५. प्रयोगशालाको प्रकार (आवश्यक भएमा एक भन्दा बढिमा टिक (√) लगाउनुहोस् ।)

● स्ट्याण्ड एलोन (जनरल विशेषज्ञता उल्लेख गर्नुहोस्

● क्लिनिकमा आधारित पोलिक्लिनिकमा आधारित बैदेशिक रोजगार

● अस्पतालमा आधारित (जनरल अस्पताल विशेषज्ञता अस्पताल बेड संख्या)

● मुख्य प्रयोगशालाको शाखा (मुख्य प्रयोगशालाको नाम र ठेगाना)

● प्रेषण (Referral) प्रयोगशाला रिसर्च प्रयोगशाला

६. पहिला अनुमति प्राप्त गरिसकेको भएमा :

अनुमति नं. जारी गर्ने निकाय :

जारी गरेको मिति : म्याद समाप्त हुने मिति :

७. प्रयोगशालाको मासिक विरामीको संख्या कति छ ? (संचालन भइरहेको प्रयोगशालाको हकमा)

- १०० जना सम्म (सानो प्रयोगशाला)
- १०१ देखि २०० जना सम्म (मध्यम आकारको प्रयोगशाला)
- २०१ देखि ४०० जना सम्म (ठुलो आकारको प्रयोगशाला)
- ४०० भन्दा बढि (धेरै ठुलो प्रयोगशाला)

८. प्रयोगशालाबाट दिइने सेवाको प्रकारहरु :

- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| हेमाटोलोजी <input type="checkbox"/> | केमेस्ट्री <input type="checkbox"/> | माइक्रोबायोलोजी <input type="checkbox"/> | सेरोलोजी <input type="checkbox"/> |
| हिस्टोसाइटोप्याथोलोजी <input type="checkbox"/> | इम्युनोहिस्टोकेमेस्ट्री <input type="checkbox"/> | मोलिकुलर <input type="checkbox"/> | जेनेटिक <input type="checkbox"/> |
| फ्लोसाइटोमेट्रि <input type="checkbox"/> | अन्य <input type="checkbox"/> | | |

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
१	भौतिकपुर्वाधार						
१.१	प्रयोगशाला सम्म सजिलो पहुँच छ ?						
१.२	वातावरण तथा सर-सफाई कस्तो छ ?						
१.३	प्रयोगशालामा पर्याप्त प्रकाशको व्यवस्था छ ?						
१.४	प्रयोगशाला भित्र पर्याप्त भेन्टिलेसनको व्यवस्था छ ?						
१.५	रिसेप्सनको व्यवस्था छ ?						
१.६	विश्रामस्थलको व्यवस्था छ ?						
१.७	प्रतिक्षास्थलको व्यवस्था छ ?						
१.८	पर्याप्त फर्निचरको व्यवस्था छ ?						
१.९	सफा शौचालयको व्यवस्था छ ?						
१.१०	इन्टरनेट र प्रिन्टर सहितको कम्प्युटर छ ?						
१.११	प्रयोगशालाको भित्ता, भुँइ र छतको अवस्था कस्तो छ ?						
१.१२	काम गर्ने ठाउँको सर-सफाई कस्तो छ ?						
१.१३	नमुना संकलन गर्न छुट्टै कोठाको व्यवस्था छ ?						
१.१४	फर्निचर र उपकरणको लागि आवश्यक क्षेत्रफल छ ?						
१.१५	प्रयोगशाला भित्र निरन्तर पानी आउने धारा र सिन्क छ ?						
१.१६	प्रयोगशालामा जरुरी उपकरणहरूको लागि विद्युत व्याकअप छ ?						
१.१७	प्रयोगशाला प्रयोजनको लागि टेलिफोन छ ?						
१.१८	प्रयोगशालाको विभिन्नकार्यहरूको लागि कार्यक्षेत्र छुट्याइएको छ ?						
१.१९	सोधपुछ काउण्टरको व्यवस्था छ ?						
१.२०	रिपोर्ट वितरणको लागि छुट्टै काउण्टरको व्यवस्था छ ?						
१.२१	पुस्तकालयको व्यवस्था छ ?						
१.२२	सभाकक्षको व्यवस्था छ ?						
१.२३	प्रयोगशाला प्रमुखको लागि छुट्टै कोठाको व्यवस्था छ ?						
१.२४	प्रयोगशाला कर्मचारीलाई इन्टरनेटमा पहुँच छ ?						
१.२५	कामगर्न प्रयोग गरिने बेन्च/टेबलको अवस्था कस्तो छ ?						
१.२६	पर्याप्त भण्डारण क्षमता (रिएजेन्ट, कागजपत्र र अन्य प्रयोगशाला सामग्रीहरूको लागि) छ ?						
१.२७	आवश्यकता अनुरूप एयर कण्डिसनर छ ?						

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
२	नमूना संकलन र व्यवस्थापन सम्बन्धी						
२.१	नमूना परिक्षणको लागि रिक्वेष्ट फर्म उपलब्ध छ ?	✓					
२.२	रिक्वेष्ट फर्म भए के त्यसमा निम्न जानकारीहरु उपलब्ध छन् ?	✓					
	विरामीको नाम						
	लिङ्ग						
	उमेर						
	परिक्षणको लागि पठाउने व्यक्तिको परिचय						
	नमूना संकलनको मिति						
	नमूना संकलनको समय						
	नमूनाको प्रकार						
	अनुरोध गरिएको परिक्षणको नाम						
विरामीको क्लिनिकल हिस्ट्री							
२.३	तुरुन्तै नजाँचिने परिक्षणको लागि नमूना भण्डारणको उचित व्यवस्था छ ?*						
२.४	नमूना संकलन पछि कुनै फाइल, घड्डा, कम्प्युटर अथवाअन्य तरिकाले नमूनाको रेकर्ड राख्ने गरिएको छ ?*	✓					
	रेकर्ड राख्ने गरिएको भए निम्न विवरणहरु राखिन्छन् ?*						
	यूनिक आइ.डि. नं.						
	नमूना प्राप्त मिति						
	नमूना प्राप्त समय						
२.५	नमूना संकलनको लागि लिखित निर्देशन संकलनकर्ता लाई उपलब्ध छ ?	✓					
२.६	नमूनाहरुको लागि acceptance and rejection criteria छ ?*	✓					
२.७	संकलन केन्द्रहरुबाट सुरक्षित नमूना सुरक्षित रूपले प्रयोगशाला सम्म पुऱ्याउने व्यवस्था छ ?						

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
३	डाटा र सूचना सम्बन्धी व्यवस्थापन						
३.१	रिपोर्ट फाराममा निम्न जानकारी छन् ?						
	प्रयोगशालाको नाम	✓					
	विरामीको परिचय (नाम, उमेर, लिङ्ग)						
	परिक्षण अनुरोध गर्ने व्यक्तिको परिचय						
	नमूना संकलन मिति						
	नमूना संकलन समय						
	नमूनाको प्रकार						
	नमूना परिक्षण विधि						
	नतिजाको अन्तर्राष्ट्रिय इकाई (जहाँ लागु हुन्छ)						
	नतिजाको व्याख्या (जहाँ लागु हुन्छ)						
	नतिजा रिलिज गर्ने प्राविधिकको हस्ताक्षर						
	प्राविधिकको नाम, योग्यता र काउन्सील नं.						
३.२	रिपोर्ट दिनु भन्दा अगाडि आधिकारीक प्राविधिकले रिपोर्ट हेर्ने गरेको छ ?*						
३.३	सबै रिपोर्टहरु फाइल, धड्का अथवा कम्प्युटरमा रेकर्ड गरि निश्चित अवधि सम्म सुरक्षित राख्ने व्यवस्था छ ?*	✓					
३.४	कम्प्युटराइज्ड रिपोर्ट वितरणको व्यवस्था छ ?	✓					
३.६	SOP हरु छन् ?*	✓					
३.७	विरामीहरु बाट सुझाव तथा गुनासोहरु संकलन गर्ने व्यवस्था छ ?						
३.८	रिपोर्ट सम्बन्धी जिज्ञासा सामाधानको लागि कन्सल्टेण्ट उपलब्ध छ ?						
३.९	Critical Value तुरुन्त प्रवाहित गर्ने विधि छ ?						
३.१०	बाहिरबाट संकलित नमूनाको नतिजा कम्प्युटराइज्ड माध्यमबाट संकलन गरेको प्रयोगशालाबाट वितरण गर्ने व्यवस्था छ ?						
३.११	ल्याबोरेटोरी इन्फोर्मेशन सिस्टम (LIS) छ ?						

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमालि खत दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
४	रिएजेन्ट, किट्स र केमिकल्स						
४.१	रिएजेन्ट, किट्स र केमिकल्सको आपूर्तिको रेखदेख गर्ने आधिकारीक व्यक्ति तोकिएको छ ?						
४.२	खरिदको अभिलेख राखिएको छ ?*	✓					
४.३	अभिलेख राख्ने गरेको भए निम्न विवरणहरु उपलब्ध छन् ?*						
	सामानको मात्रा वा इकाई						
	सप्लायर						
	लट नं.						
	सामान प्राप्त भएको मिति	✓					
	म्याद समाप्त हुने मिति						
	भण्डारण विधि						
४.४	रिएजेन्ट खोलिएको मितिको विवरण छ?*	✓					
	(रिएजेन्टको बट्टा, कम्प्युटर अथवा फाइलमा)						
४.५	रिएजेन्ट र किट्सहरु खपतको विवरण छ?*	✓					
४.६	रिएजेन्ट र किट्सहरुमा प्रस्त सँग देखिने गरि लेबल टाँसिएको छ ?						
४.७	फ्रिजमा भण्डारण गरिएका केमिकलहरुको लागि पर्याप्त ठाउँ छ ?						
	(कोचिएर राखिएको भए अंक ० र खाना र खाने पानी सँगै राखिए भए अंक ०)						
४.८	प्रयोगशालामा बनाएको रिएजेन्टहरुमा रिएजेन्टको नाम, बनाउनेको नाम र म्याद समाप्ति हुने मिति छ ?*						
४.९	सप्लायर्सको सूची उपलब्ध छ ?						

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
५	उपकरण						
५.१	उपकरणहरूको सर-सफाईको अवस्था कस्तो छ ?						
५.२	उपकरणहरूको सूची राखिएको छ ?	✓					
५.३	गरिने परीक्षण अनुसार उचित र पर्याप्त उपकरणहरूको व्यवस्था छ ?						
५.४	उपकरणहरूमा कार्य गर्ने सम्बन्धीत कर्मचारीले उक्त उपकरणहरूको तालिम प्राप्त गरेको छ ?	✓					
५.५	उपकरणहरू उत्पादकले तोके बमोजिम प्रिभेन्टिभ मेन्टेनेन्स गर्ने गरिएको छ ?*	✓					
५.६	पिपेटहरू क्यालिब्रेसन गरिएको छ ?	✓					
५.७	उपकरणहरूको युजर म्यानुअल उपलब्ध छ ?	✓					
५.८	तापक्रम जाँचुपर्ने उपकरणहरूमा थर्मोमिटर छ ?	✓					
५.९	तापक्रम जाँचुपर्ने उपकरणहरूको दैनिक अभिलेख राखिएको छ ?*	✓					
५.१०	उपकरणहरू सुरक्षित वातावरणमा राखिएको छ ?						
६	मानवसंसाधन						
६.१	कर्मचारीहरूको योग्यता, तालिम र अनुभव सम्बन्धी विवरण राखिएको छ ?	✓					
६.२	कर्मचारीहरूको कार्य विभाजन गरिएको छ ?	✓					
६.३	कर्मचारीहरूसँग गरिएको करारको प्रतिलिपी छ ?						
६.४	कर्मचारीहरूको हाजिरी गर्ने गरिएको छ ?*	✓					
६.५	कर्मचारीहरूलाई भुक्तान गरिएको मासिक पारिश्रमिकको बैंक भौचर छ ?*	✓					
६.६	प्रयोगशाला सहयोगी (non-testing staff) हरूले गर्ने कार्यको लागि आवश्यक तालिम प्रदान गरिएको छ ?*	✓					
६.७	प्राविधिक कर्मचारीहरूलाई समय समयमा रिफ्रेसर तालिम र अन्य तालिम उपलब्ध गराइएको छ ?*						
६.८	प्रयोगशाला सहयोगी (non-testing staff) हरूले गर्ने कार्यको लागि आवश्यक तालिम प्रदान गरिएको छ ?*						

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
७	प्रयोगशाला फोहोर व्यवस्थापन र सुरक्षा						
७.१	प्रयोगशाला कर्मचारीहरूलाई वायोसेफ्टी सम्बन्धी जानकारी छ ?						
७.२	प्रयोगशालामा Biohazard सम्बन्धी sign/symbol राखिएको छ ?						
७.३	प्रयोगशाला कार्यक्षेत्रमा अनाधिकृत आवत जावतमा प्रतिबन्धित गरिएको छ ?						
७.४	प्रत्येक प्रयोगशाला कर्मचारीको लागि एप्रोनको व्यवस्था गरिएको छ ?						
७.५	ग्लोब्स र मास्कको प्रयोग गरिएको छ ?*						
७.६	जोखिमयुक्त फोहोरलाई अरु फोहोर सँग छुट्याइएको छ ?						
७.७	फोहोर व्यवस्थापनको अवस्था कस्तो छ ? (autoclave वा सो भन्दा भरपर्दो विधि अपनाएमा अंक २, hypochlorite प्रयोग गरेको भए अंक १, अन्य विधि भए अंक १)						
७.८	प्रयोगशाला प्रयोजनको लागि मात्र छुट्टै अटोक्लेभको व्यवस्था गरिएको छ ?						
७.९	First aid box को व्यवस्थाछ ?						
७.१०	प्रयोगशालामा हुनसक्ने घटना (जस्तै : सिरिन्जले घोच्ने, रगत पोखिने, आदि) भएमा के गर्ने त्यो सम्बन्धी लिखित जानकारी कर्मचारीलाई छ ?*	✓					
८	गुणस्तर नियन्त्रण						
८.१	3 level को QC material उपलब्ध छ ?	✓					
८.२	QC प्रयोग गरेको रेकर्ड राख्ने गरिएको छ ?*	✓					
८.३	NEQAS मा नियमित सहभागी भएको छ ?*	✓					
८.४	प्रयोगशालाले बेला बेलामा इन्टर लेबोरेटोरी कम्प्यारिजन द्वारा आफ्नो नतिजाहरु चेक गर्ने गरेको छ ?*	✓					
८.५	EQAS मा सहभागी भएको छ ?*	✓					
८.६	प्रयोगशालाले इन्टरनल अडिट गर्ने गरेको छ ?*	✓					
८.७	प्रयोगशाला accreditation भएको छ ?*	✓					

१०. गर्न सकिने परिक्षणहरूको सूची (तल उल्लेखितपरिक्षणहरू मध्ये न्यूनतम वटा परिक्षण गर्नसक्ने व्यवस्था हुनुपर्दछ ।)

क्र.सं.	टेष्टको नाम	आवश्यक उपकरण भएको वा नभएको	आवश्यक रिएजेन्ट, किट्स र केमिकल्स भएको नभएको	कैफियत
१	Hematology: TC, DC, hemoglobin, ESR, blood grouping for non-transfusion purpose, BT, CT, RBC count, PT, APTT, Platelet count, Hematocrit, Red cell Indices,			
२	Absolute counts, Blood grouping, Cross matching, reticulocyte count, peripheral blood smear examination			
३	Biochemistry: Sugar, Urea, Bilirubin T & D, S. Uric Acid, Total protein, serum Albumin, SGOT, SGPT, ALP, Lipid profile, creatinine, sodium, potassium			
४	Cardiac Enzymes, other enzymes, Thyroid Function Test (T3, T4, TSH)			
५	Microbiology: Sputum AFB stain (Z-N stain), Gram stain and KOH mount for fungi			
६	Routine bacteriology culture			
७	Miscellaneous: Routine urine analysis, routine stool analysis, urine pregnancy test, Stool for reducing substances, Stool for occult blood, Urine ketone bodies			
८	CSF and body fluid analysis, Semen analysis			
९	Serological tests: RPR, Widal test, ASO Titre, RA Factor, CRP.			
	ELISA or higher method for infectious disease			
१०	Tests by RDTs: All			
११	Bone Marrow Examination			
१२	Cytology Service (gynae and non-gynae), FNAC			
१३	Histopathology			
१४	माथि उल्लेख नभएका तर प्रयोगशालाको परिक्षण सूचीमा रहेको अन्य परिक्षणहरू			

११. A र B समुह सँग मात्र सम्बन्धीत अन्य परिक्षणहरु

क्र.सं.	परिक्षण समुह	टेष्टको नाम	आवश्यक उपकरण भएको वा नभएको	आवश्यक रिजेन्ट, किट्स र केमिकल्स भएको नभएको	कैफियत
	<i>Coagulation profile</i>				
	<i>Hormones (except TFT)</i>				
	<i>Tumor marker</i>				
	<i>IHC</i>				
	<i>Molecular test</i>				
	<i>Other specialized tests/super-specialized tests</i>				

१२. अनिवार्य मापदण्डहरू :

१२.१ संस्थाको कानूनी परिचय :

संस्था संचालकको नाम :

संस्था दर्ता गर्ने निकाय :

महानगरपालिका

नगरपालिका

गाउँपालिका

घरेलुतथा साना उद्योग

वाणिज्य कार्यालय

दर्तागर्ने निकायको ठेगाना :

भ्याट नं. स्थायी लेखा नं. (प्यान नं.)

संस्था दर्ताको प्रमाण पत्र छ छैन

कर चुक्ताको प्रमाण पत्र छ छैन

घर भाडाको सम्झौता पत्र (घरभाडामा भएमा) छ छैन

प्रयोगशाला रहेको घरको लालपुर्जाको प्रतिलिपी छ छैन

(माथि उल्लेखित कागजपत्र निरिक्षणको समय अनिवार्य प्रस्तुत गर्नुपर्नेछ ।)

१२.२ प्रयोगशालाको क्षेत्रफल स्क्वायर फिट (१००० B समुह र २००० A समुह)

१२.३ प्राविधिक जनशक्तिको कुल संख्या जना

(four per discipline in B Category and six per discipline in A Category)

१२.४ प्राविधिक सुपरभाइजर र रिपोर्ट प्रमाणित गर्ने व्यक्ति ३ वर्ष (B समुह) र ५ वर्ष (A समुह) अनुभव भएको

छ छैन

१२.५ प्रयोगशाला इन्चार्ज फुलटाइम

छ छैन

१२.६ NEQAS मा सहभागि

छ छैन

(पहिले देखि संचालनमा रहेको प्रयोगशालाको लागि NEQAS मा सहभागी भएको प्रमाण अनिवार्य प्रस्तुत गर्नुपर्नेछ ।)

१२.७ प्रयोगशाला फोहोर व्यवस्थापनको व्यवस्था

Hypochlorite मा डुबाउने

Autoclave गर्ने

अन्य :

१२.८ घ र ष समुहलाई तोकिएको मध्ये ८०% परिक्षण गर्ने व्यवस्था छ छैन

१२.९ क) फुल्ली अटोमेटेड बायोकेमेस्ट्री एनालाइजर छ छैन

ख) अटोमेटेड हेमाटोलोजी एनालाइजर छ छैन

ग) इलेक्ट्रोलाइट एनालाइजर छ छैन

घ) कोआगुलोमिटर (coagulometer) छ छैन

ड) क्लिया मेशिन (CLIA) छ छैन

च) मलिक्यूलोर/जेनेटिक परिक्षण/IHC/अन्य विषेश परिक्षणको सुविधा छ छैन

छ) अस्पतालमा आधारित प्रयोगशालाको हकमा

- ICU भए माइक्रोबायोलोजी परिक्षणको सुविधा र माइक्रोबायोलोजिष्ट

छ छैन

- १०० वटा भन्दा बढि मासिक biopsy भएको खण्ड प्रयोगशालाको आफ्नै हिस्टोप्याथोलोजिको सुविधा र प्याथोलोजिष्ट

छ छैन

१३. प्राप्ताङ्क

क्र.सं.	विवरण	लागु हुने पुर्णाङ्क	प्राप्ताङ्क	प्रतिशत
१	भौतिकपुर्वाधार			
२	नमूना संकलन र व्यवस्थापन सम्बन्धी			
३	डाटा र सूचना सम्बन्धी व्यवस्थापन			
४	रिएजेन्ट, किट्स र केमिकल्स			
५	उपकरण			
६	मानवसंसाधन			
७	प्रयोगशाला फोहोर व्यवस्थापन र सुरक्षा			
८	गुणस्तर नियन्त्रण			
	जम्मा			

१४. निरिक्षणको समयमा प्रयोगशाला सम्बन्धी जानकारी दिने मुख्य व्यक्ति/व्यक्तिहरुको विवरण

नाम :		
संस्थामा रहेको पद :		
सम्पर्क नं. :		
हस्ताक्षर :		

१५. निरिक्षणको समयमा उपस्थित संस्थाको प्रतिनिधिको विवरण

नाम :	
संस्थामा रहेको पद :	
सम्पर्क नं. :	
हस्ताक्षर :	
संस्थाको छाप :	

१६. प्रमुख निरिक्षकको मन्तव्य :

--

१७. निरिक्षण गर्ने व्यक्ति/व्यक्तिहरुको विवरण

नाम :		
पद :		
शैक्षिक योग्यता :		
आवद्ध रहेको संस्था :		
हस्ताक्षर :		

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 सम्बन्धीत निकायले दिने छ र सोको जानकारी मासिक रूपमा राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालालाई उपलब्ध गराउनेछ। अस्थायी स्वीकृती प्राप्त पश्चात अस्थायी प्रयोगशाला संचालन गर्न सकिनेछ।
५. अस्थायी अनुमति पाएका प्रयोगशालाले ६ - ६ महिनामा र स्थायी अनुमति पाएका प्रयोगशालाले बार्षिक रूपमा आफ्नो कार्य विवरण सम्बन्धीत निकायमा अनिवार्य बुझाउनुपर्नेछ।
६. अनुमति पत्रको म्याद सकिने ६० दिन अगावै नयाँ अनुमति पत्रको लागि सम्बन्धीत निकायमा नयाँ निवेदन दर्ता गराउनुपर्नेछ।
७. सम्बन्धीत निकायले 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. सम्बन्धीत निकाय अथवा राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले संचालन अनुमति दिँदा सर्तहरू तोक्न सक्नेछ।
१२. C र D समुहको प्रयोगशालाले आफू कहाँ नहुने कुनै परिक्षणको लागि नमूना संकलन गरी रिफरल प्रयोगशालाको मान्यता प्राप्त B/A समुहको प्रयोगशालामा पठाउन सक्नेछ। तर सो परिक्षण B/A समुहको प्रयोगशालाले देश भित्रकै आफ्नो मुख्य प्रयोगशाला वा आफ्नो कुनै शाखामा गर्न सक्ने हुनुपर्दछ।
१३. विदेशी प्रयोगशालामा पठाइने परिक्षण न्यूनतम अर्को B समुहको प्रयोगशाला वा आफ्नो कुनै शाखा वा आफैले संचालन गरेको नमूना संकलन केन्द्रबाट मात्र संकलन गर्न सकिनेछ।
१४. निवेदन र निरीक्षण फाराम आवश्यकता अनुसार राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले परिवर्तन गर्न सक्ने छ।
१५. निवेदन, निरीक्षण फाराम र अन्य जानकारीको लागि रा.ज.स्वा.प्र को आधिकारीक वेबसाइट www.nphl.gov.np बाट पाउन सकिनेछ।