

D र C समुहको स्वास्थ्य प्रयोगशाला दर्ताको लागि निवेदन फाराम

१. निवेदनको उद्देश्य :

नयाँ संचालन स्वीकृती (अस्थायी)

स्थायी

नविकरण

समुह वर्गिकरण

समुह परिवर्तन

२. निवेदन गरेको समुह :

D समुह

C समुह

३. 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 :

४. स्वामित्वको प्रकार :

एकल

साभेदारी

अन्य

५. संस्थाको कानूनी परिचय (अनिवार्य हुनुपर्नेछ)

संस्था संचालकको नाम :

संस्थाकहाँ दर्ता भएको छ, खुलाउनुहोस् :

महानगरपालिका

नगरपालिका

गाउँपालिका

घरेलु तथा साना उद्योग

वाणिज्य कार्यालय

दर्तागर्ने निकायको ठेगाना :

संस्थाको भ्याट नं.

संस्थाको स्थायी लेखा नं. (प्यान नं.)

घर भाडामा भए सोको सम्भौतापत्रको प्रतिलिपी अनिवार्य छ ।

आफ्नो घर भएमा लालपुर्जाको प्रतिलिपी अनिवार्य छ ।

नोट : कानूनी परिचय नभएको प्रयोगशालाको निवेदन स्वीकृत हुनेछैन।

६. प्रयोगशालाको प्रकार

- स्ट्याण्ड एलोन क्लिनिकमा आधारित पोलिक्लिनिकमा आधारित वैदेशिक रोजगार
- अस्पतालमा आधारित बेड संख्या
- मुख्य प्रयोगशालाको नमुना संकलन केन्द्र (मुख्य प्रयोगशालाको नाम र ठेगाना)

७. पहिला अनुमति प्राप्त गरिसकेको भएमा :

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

८. प्रयोगशालाबाट दिइने सेवाको प्रकारहरु :

- हेमाटोलोजी केमेस्ट्री माइक्रोबायोलोजी
सेरोलोजी हिस्टोसाइटोप्याथोलोजी अन्य

९. प्रयोगशाला संचालन रहने दिन र समय

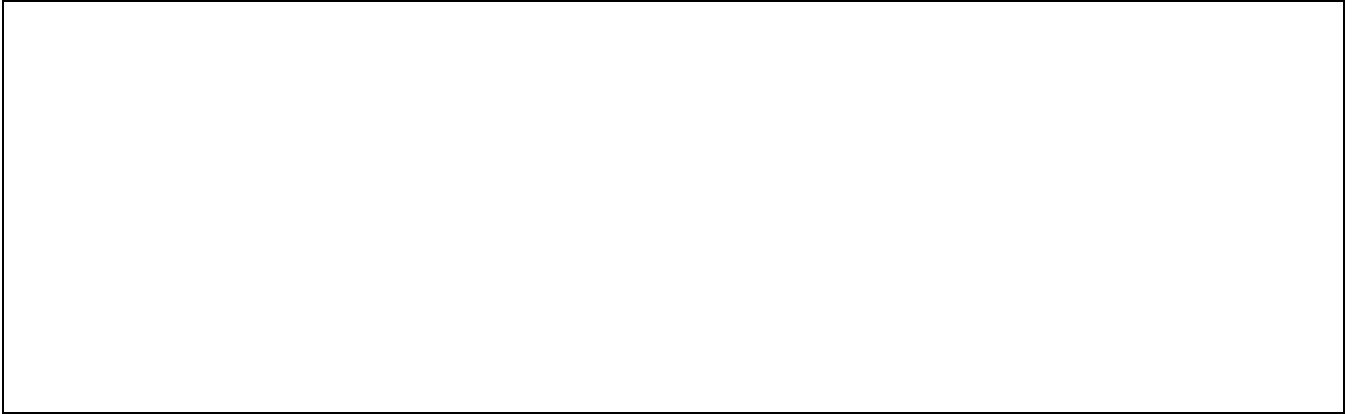
| समय | आइत | सोम | मंगल | बुध | बिहि | शुक्र | शनि |
|--------------|-----|-----|------|-----|------|-------|-----|
| देखि | | | | | | | |
| सम्म | | | | | | | |
| चौबिसै घण्टा | | | | | | | |

१०. प्रयोगशालाको क्षेत्रफल :

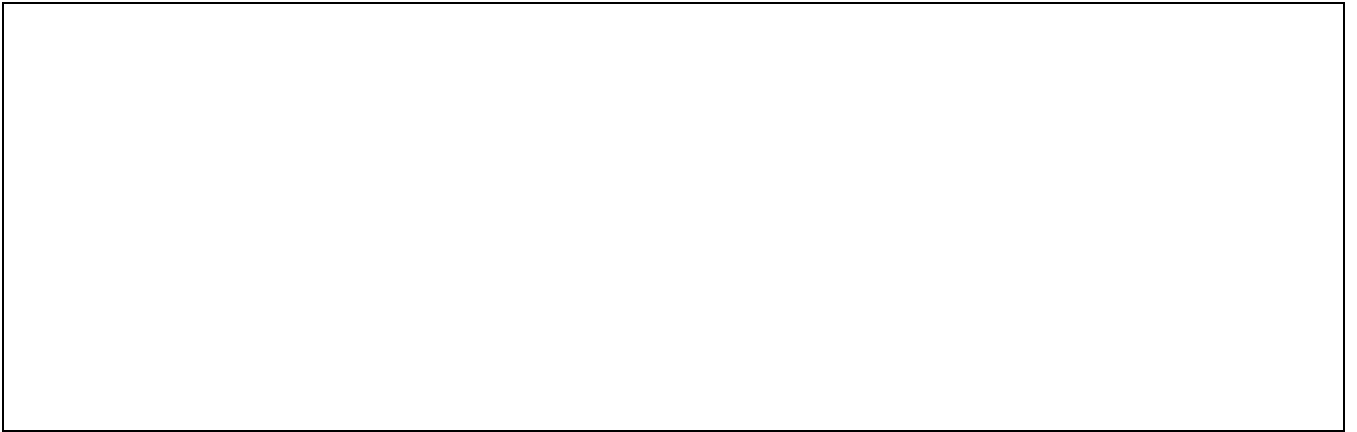
| जम्मा कोठा संख्या | प्रयोगशाला परिक्षण गरिने क्षेत्रफल | नमूना संकलन क्षेत्रफल | अन्य | कुल क्षेत्रफल |
|-------------------|------------------------------------|-----------------------|------|---------------|
| | | | | |

(D समुहको लागि न्यूनतम २५० र C समुहको लागि ४०० स्क्वायर फिट)

११. प्रयोगशालाको भित्री नक्सा बनाई क्षेत्रफल र कार्य प्रयोजन खुलाउनुहोस् :



१२. मुख्य बाटो देखि प्रयोगशाला सम्म पुग्ने नक्सा बनाउनुहोस् :



१३. प्रयोगशालाले अन्य कुनै प्रयोगशालालाई नमुना रिफर गरिरहेको भए रिफरल प्रयोगशालाको विवरण भर्नुहोस् ।

| क्र.सं. | रिफरल प्रयोगशालाको नाम | ठेगाना | सम्पर्क नं. | सम्झौता भएको मिति | समुह |
|---------|------------------------|--------|-------------|-------------------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

रिफरल प्रयोगशाला न्यूनतम B समुहको हुनुपर्नेछ ।

१४. जनशक्तिको विवरण

कुल प्राविधिक जनशक्ति स्नातक गरेको स्नातकोत्तर गरेको

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

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

१६. परिक्षण सेवाको विवरण

| क्र.सं. | टेष्टको नाम | C | D | प्रयोग गरिने मुख्य उपकरणको/विधि नाम | वैकल्पिकविधिअथवा वैकल्पिकउपकरण | वार्षिक भार (संचालनमा रहेको प्रयोगशालाको लागिमात्र) | कैफियत |
|-------------------|--|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|---|--------|
| Hematology | | | | | | | |
| १ | Hb | | | | | | |
| २ | Total Lymphocyte Count | | | | | | |
| ३ | Differential Count | | | | | | |
| ४ | ESR | | | | | | |
| ५ | Blood Group | | | | | | |
| ६ | Bleeding Time | | | | | | |
| ७ | Clotting Time | | | | | | |
| ८ | RBC count | | | | | | |
| ९ | PT | | | | | | |
| १० | APTT | | | | | | |
| ११ | Platelet count | | | | | | |
| १२ | Red cell indices | | | | | | |
| १३ | Hematocrit | | | | | | |
| १४ | Absolute count (eosinophil, neutrophil, etc.) | | X | | | | |
| १५ | Retic count | | X | | | | |
| १६ | Peripheral smear | | X | | | | |
| १७ | Cross match | | X | | | | |
| १८ | Bone marrow examination | | X | | | | |
| | | | | | | | |

| BIOCHEMISTRY | | | | | | | |
|---------------------|--|--|---|--|--|--|--|
| ୧୯ | Blood Sugar | | | | | | |
| ୨୦ | Urea | | | | | | |
| ୨୧ | Serum Bilirubin | | | | | | |
| ୨୨ | Serum Uric Acid | | | | | | |
| ୨୩ | Serum Total Protein | | | | | | |
| ୨୪ | Serum Albumin | | | | | | |
| ୨୫ | SGPT, SGOT, ALP | | | | | | |
| ୨୬ | Lipid profile (TG, Cholesterol, HDL, LDL) | | | | | | |
| ୨୭ | LDL (if other than calculation) | | | | | | |
| ୨୮ | Creatinine | | | | | | |
| ୨୯ | Sodium, potassium | | | | | | |
| ୩୦ | TFT | | X | | | | |
| ୩୧ | Cardiac enzymes (CK, CKMB) | | X | | | | |
| ୩୨ | other enzymes (provide name as well) | | X | | | | |
| MICROBIOLOGY | | | | | | | |
| ୩୩ | Sputum AFB | | | | | | |
| ୩୪ | Gram Stain | | | | | | |
| ୩୫ | KOH mount | | | | | | |
| ୩୬ | Culture (bacteriology) | | X | | | | |
| SEROLOGY | | | | | | | |
| ୩୭ | RPR | | | | | | |
| ୩୮ | Widal | | | | | | |
| ୩୯ | ASO | | | | | | |
| ୪୦ | RA factor | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--|--|---|--|--|--|
| ४१ | CRP | | | | | |
| ४२ | infectious disease marker by ELISA or other method (except by RDT kit) | | X | | | |
| MISCELLANEOUS | | | | | | |
| ४३ | Urine Biochemical Test (sugar, protein, pH) | | | | | |
| ४४ | Urine Routine Microscopy | | | | | |
| ४५ | Urine ketone, urobilinogen , bile salt, bile pigment | | | | | |
| ४६ | Urine Bence Jones protein | | | | | |
| ४७ | Stool Routine | | | | | |
| ४८ | Stool for Reducing Substance | | | | | |
| ४९ | Stool for Occult blood | | | | | |
| ५० | Urine Pregnancy Test (RDT) | | | | | |
| ५१ | HIV, HbSAg, HCV (RDT) | | | | | |
| ५२ | Body fluid analysis | | X | | | |
| ५३ | Semen analysis | | X | | | |
| HISTO-CYTOPATHOLOGY | | | | | | |
| ५४ | Gynae cytology | | X | | | |
| ५५ | Non gynae cytology | | X | | | |
| ५६ | FNAC | | X | | | |
| ५७ | Histopathology | | X | | | |

प्रयोगशालाले जारी गरेको परिक्षण सूची पनि यसै साथ संलग्न गरी पठाउनु पर्नेछ । D समुहले न्यूनतम ३३ वटा र C समुहले न्यूनतम ४६ वटा परिक्षण सेवा दिएको हुनुपर्नेछ । जस मध्ये हेमाटोलोजी, बायाकेमेस्ट्री, माइक्रोवायोलोजी र हिस्टोसाइटो मध्ये तिन विधाको सेवा अनिवार्य छन् ।

१७. 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 विद्युतिय व्याक अपको व्यवस्था छ ? | छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> |
| छ भए के छ ? | जेनेरेटर <input type="checkbox"/> इन्भर्टर <input type="checkbox"/> यू.पि.एस. <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 सेवाअनुसार उपकरण तथा रिजेन्ट 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"/> |
| रिजेन्ट 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"/> |
| प्रयोगशालाबाट 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 गर्नु होस् | |
| प्रयोगशालामा Biological hazard सम्बन्धी signs/symbol राखिएको छ ? | छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> |
| प्राविधिक सुपरभाइजर र नतिजा प्रमाणित गर्ने प्राविधिकको अनुभव ३ वर्षको | छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> |

संचालन भइरहेको प्रयोगशालाहरुको हकमा थप भर्नुपर्ने विवरण

१८. 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) NEQASमा 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"/> |

१९. निवेदकको विवरण :

नाम :

संस्थामा भएको पद :

ईमेल ठेगाना : सम्पर्क नं.:

निवेदकको सही :

मिति :

कार्यालय प्रयोजनको लागिमात्र

निवेदन दर्ता नं. : निवेदन दर्ता गरेको संस्था :.....

निवेदन दर्ता मिति :

संलग्नकागजपत्रहरु :

| 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 भएमात्र) | |
| ६ | करचुक्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपी | |
| ७ | प्रवाह गरिने सेवाको सूची | |
| ८ | उपलब्ध उपकरणहरुको सूची | |
| ९ | मानव संशाधनको सूची | |
| १० | NEQAS को पछिल्लो नतिजाको सूची (संचालन भइरहेको संस्थाको हकमा) | |
| 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) भएपुग्छ ।

निवेदन बुझ्नेको दस्तखत र नाम:

अनुसूची

१. निरिक्षण गर्दा निर्धारित चेकलिष्ट अनुसार गरिने छ । नम्बर दिनुपर्ने प्रश्नहरुको 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 प्रश्नहरुको 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 रुपमा 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 वार्षिक रुपमा 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 सर्तहरु तोक्न सक्नेछ ।
१२. C र D समुहको प्रयोगशालाले आफू कहाँ नहुने कुनै परिक्षणको लागि नमूना संकलन गरी रिफरल प्रयोगशालाको मान्यता प्राप्त B समुहको प्रयोगशालामा पठाउन सक्नेछ । तर सो परिक्षण B समुहको प्रयोगशालाले देश भित्रकै आफ्नो मुख्य प्रयोगशाला वा आफ्नो कुनै शाखामा गर्न सक्ने हुनुपर्दछ ।
१३. निवेदन र निरिक्षण फाराम आवश्यकता अनुसार राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले परिवर्तन गर्न सक्ने छ ।
१४. निवेदन र निरिक्षण फाराम रा.ज.स्वा.प्र को आधिकारीक वेबसाइट www.nphl.gov.np बाट डाउनलोड गर्न सकिनेछ ।