

A र B समुहको स्वास्थ्य प्रयोगशाला दर्ताको लागि निवेदन फाराम

१. निवेदनको उद्देश्य :

नयाँ संचालन स्वीकृती (अस्थायी)

स्थायी

नविकरण

समुह वर्गिकरण

समुह परिवर्तन

२. निवेदन गरेको समुह :

B समुह

A 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

कर्पोरेट

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 सम्झौता पत्रको प्रतिलिपी अनिवार्य छ ।

आफ्नो घर भएमा लालपुर्जाको प्रतिलिपी अनिवार्य छ ।

नोट : कानूनी परिचय नभएको प्रयोगशालाको निवेदन स्वीकृत हुनेछैन।

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

- स्ट्याण्ड एलोन (जनरल विशेषज्ञता उल्लेख गर्नुहोस्
- क्लिनिकमा आधारित पोलिक्लिनिकमा आधारित वैदेशिक रोजगार
- अस्पतालमा आधारित (जनरल अस्पताल विशेषज्ञता अस्पताल बेड संख्या)
- मुख्य प्रयोगशालाको शाखा (मुख्य प्रयोगशालाको नाम र ठेगाना)
- प्रेषण (Referral) प्रयोगशाला रिसर्च प्रयोगशाला

७. पहिला अनुमति प्राप्त गरिसकेको भएमा :

अनुमति नं. जारी गर्ने निकाय :

जारी गरेको मिति : म्याद समाप्त हुने मिति :

८. 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)

९. प्रयोगशालाबाट दिइने सेवाको प्रकारहरु :

- हेमाटोलोजी केमेस्ट्री माइक्रोबायोलोजी सेरोलोजी
- हिस्टोसाइटोप्याथोलोजी इम्युनोहिस्टोकेमेस्ट्री मोलिकुलर जेनेटिक
- फ्लोसाइटोमेट्री अन्य

१०. प्रयोगशाला संचालन रहने दिन र समय

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

११. प्रयोगशालाको क्षेत्रफल :

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

(B समुहको लागि न्यूनतम १००० स्क्वायर फिट र A समुहको लागि २००० स्क्वायर फिट)

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

१३. मुख्य बाटो देखि प्रयोगशाला सम्म पुग्ने नक्सा बनाउनुहोस् :

१४. प्रयोगशालाले अन्य कुनै प्रयोगशालाबाट नमुना संकलन गरिरहेको भए रिफर गर्ने प्रयोगशालाको विवरण भर्नुहोस् ।

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

C देखि D समुहको प्रयोगशालाबाट रिफर भई आएको नमूना नेपाल भित्रै परिक्षण गर्नुपर्नेछ । E समुहको प्रयोगशालाबाट नमुना संकलन गर्न पाइनेछैन ।

१५. मुख्य प्रयोगशालाको शाखा र नमुना संकलन केन्द्र (Collection Center) को विवरण

क्र.सं.	प्रयोगशालाको नाम	ठेगाना	सम्पर्क नं.	संचालन स्वीकृती पाएको मिति	समुह

प्रयोगशालाले कुनै विदेशी प्रयोगशालामा नमूना पठाइरहेको भए सो को विवरण :

विदेशी प्रयोगशालाको नाम :

ठेगाना :

रा.ज.स्वा.प्रयोगशाला (NPHL) दर्ता नं. :

दर्ता मिति :

म्याद समाप्त हुने मिति :

(B अथवा A समुहबाट रिफर भइ आएको नमूना मात्र अनुमति लिइ विदेश पठाउन सकिनेछ ।)

१८. परिक्षण सेवाको विवरण

क्र.सं.	टेष्टको नाम	प्रयोग गरिने मुख्यउपकरणको/विधिनाम	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.)				
१५	Retic count				
१६	Peripheral smear				
१७	Cross match				
१८	Bone marrow examination				

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			
୩୧	Cardiac enzymes (CK, CKMB)			
୩୨	other enzymes (provide name as well)			
MICROBIOLOGY				
୩୩	Sputum AFB			
୩୪	Gram Stain			
୩୫	KOH mount			
୩୬	Culture (bacteriology)			
SEROLOGY				
୩୭	RPR			
୩୮	Widal			
୩୯	ASO			
୪୦	RA factor			
୪୧	CRP			

४२	infectious disease marker by ELISA or other method (except by RDT kit)				
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				
५३	Semen analysis				
HISTO-CYTOPATHOLOGY					
५४	Gynae cytology				
५५	Non gynae cytology				
५६	FNAC				
५७	Histopathology				

प्रयोगशालाले जारी गरेको परिक्षण सूची पनि यसै साथ संलग्न गरी पठाउनु पर्नेछ ।

१९. A R B समुह सग मात्र सम्बन्धीत अन्य परिक्षणहरु

	<i>Name tests</i>	<i>Method</i>	<i>Comment</i>
<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>			

२०. प्रयोगशाला सम्बन्धी अन्य विवरणहरू

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"/> वत्ति <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"/> 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 उपकरणहरूको लागि आवश्यक क्षेत्रफलको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
उपलब्ध गराउने सेवाअनुसार उपकरण तथा रिएजेन्ट छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
सेवाहरूको मुल्य सुची र उपलब्ध सेवाहरूको 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 कम्प्युटरको व्यवस्था छ ?	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
प्रयोगशालाबाट निस्कने फोहोरहरूको 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 प्राविधिकहरू को अनुभव ३ वर्ष (B समुह) र ५ वर्ष (A समुह)	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
अस्पतालमा आधारित प्रयोगशालाको हकमा	
● ICU भए माइक्रोबायोलोजी परिक्षणको सुविधा र माइक्रोबायोलोजिष्ट	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>
● १०० वटा भन्दा बढि मासिक biopsy भएको खण्ड प्रयोगशालाको आफ्नै हिस्टोप्याथोलोजिको सुविधा र प्याथोलोजिष्ट	छ <input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/>

संचालन भइरहेको प्रयोगशालाहरुको हकमा थप भर्नुपर्ने विवरण

२१. 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"/> |

२२. 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/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 निरिक्षण फाराम आवश्यकता अनुसार राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले परिवर्तन गर्न सक्ने छ ।
१५. निवेदन, निरिक्षण फाराम र अन्य जानकारीको लागि रा.ज.स्वा.प्र को आधिकारीक वेबसाइट www.nphl.gov.np बाट पाउन सकिनेछ ।