

B समूहको स्वास्थ्य प्रयोगशाला निरीक्षण चेकलिस्ट

निरीक्षण गरेको मिति :.....निरीक्षण गर्ने निकाय

१. निरीक्षण गरेको प्रयोगशालाको नाम र ठेगाना :

.....

२. निरीक्षणको उद्देश्य

नयाँ संचालन स्वीकृती

नविकरण

समूह बर्गिकरण

समूह परिवर्तन

३. निवेदन गरेको समूह

B समूह

४. प्रयोगशालाबाट दिइने सेवाको प्रकारहरू :

हेमाटोलोजी

केमेस्ट्री

माइक्रोबायोलोजी

सेरोलोजी

हिस्टोसाइटोप्याथोलोजी

इम्युनोहिस्टोकेमिस्ट्री

मोलिकुलर

जेनेटिक

फ्लोसाइटोमेट्रि

इम्युनोफ्लोरोसेन्स

अन्य

५. प्रयोगशाला सम्बन्धी बिबरणहरू :

सि.नं	प्रयोगशालाको विवरण	आवश्यक न्यूनतम मापदण्ड	छ	छैन	कैफियत
१	प्रयोगशालाको कुल क्षेत्रफल	१५०० वर्ग फिट			
२	प्रयोगशालाको परीक्षण कार्यको क्षेत्रफल	१०५० वर्ग फिट			
३	मानव संसाधन * (प्राविधिक)	स्नाकोत्तर (तीन जना)			
		BMLT			
		CMLT			
		LA			
४	कुल प्राविधिक जनशक्ति	१२ जना			
५	प्रयोगशाला सुपरभाइजर	सम्बन्धित विषयमा स्नातकोत्तर पश्चात अधिकृत स्तरमा १ वर्षको कार्यानुभव			
		फुलटाइम			

* कैफियतमा फुल टाइम हो वा पार्ट टाइम हो जनाउने।

६. अभिलेख सम्बन्धमा

सि.नं	अभिलेख सम्बन्धी	छ	छैन	कैफियत
१	SOP			
२	Equipment User Manual			
३	Equipment Maintenance Record			
४	IQC/EQA Record*			
५	कर्मचारीको व्यक्तिगत विवरण			
६	प्रेषण गरिएका परीक्षणको अभिलेख			
७	प्रेषक र प्रापक प्रयोगशाला बीचमा भएको MOU			
८	संस्थाको कानूनी मान्यता दर्ता सम्बन्धी सम्पूर्ण कागजात			
९	वार्षिक स्वमूल्याङ्कन प्रतिवेदन*			
१०	मासिक परीक्षणहरूको विवरण (स्थापना भएको १ वर्ष सम्मका लागि)			

*Not applicable for new labs

७. उपकरण सम्बन्धी

सि.नं	उपकरण सम्बन्धी विवरण	छ	छैन	कैफियत
१	Automated Hematology analyzer			
२	Electrolyte analyzer			
३	Coagulometer			
४	Fully Automated ELISA/CLIA			
५	Fully Automated biochemistry analyzer			
६	Others Basic Equipments			
७				
८				
९				
१०				

द. परीक्षण सम्बन्धी विवरण

सि.नं	परीक्षणहरू	छ	छैन	कैफियत
१	CBC			
२	Blood Grouping			
३	Cross Matching			
४	Reticulocyte Count			
५	Tests Performed by ELISA/CLIA			
६	Tumor Marker			
७	Cardiac Enzymes			
८	Hormone Analysis			
९	TFT(T3,T4,TSH)			
१०	Routine Bacteriology Culture			
११	ELISA for Infectious diseases			
१२	PBS			
१३	Body Fluid/Semen analysis			
१४	Coagulation Profile			
१५	Cytology Service			
१६	Histology Service			
१७	IHC			
१८	Bone Marrow Aspiration and Biopsy			
१९	Anaerobic/Fungus Culture			
२०	Hemolytic Profile			
२१	Molecular Tests			
२२	Super specialized Tests			
२३	Others			

नोट: उल्लेखित बाहेकका अरु परीक्षणहरू भएमा समावेश गर्नुहोला

९. विविध

सि.नं	प्रयोगशाला सम्बन्धी थप विवरणहरु	छ	छैन	कैफियत
१	प्रयोगशाला सम्म सजिलो पहुँच छ ?			
२	वातावरण तथा सर-सफाईको व्यवस्था राम्रो छ ?			
३	प्रयोगशालामा पर्याप्त प्रकाशको व्यवस्था छ ?			
४	प्रयोगशाला भित्र पर्याप्त भेन्टिलेसनको व्यवस्था छ ?			
५	रिसेप्सनको व्यवस्था छ ?			
६	प्रतिक्षा स्थलको व्यवस्था छ ?			
७	काउन्सिलिङको व्यवस्था			
८	पुस्तकालयको व्यवस्था छ ?			
९	सभा कक्षको व्यवस्था छ?			
१०	सफा शौचालयको व्यवस्था छ?			
११	प्रयोगशालाभित्र निरन्तर पानी आउने धारा र सिन्क छ?			
१२	काम गर्ने ठाउँको सर-सफाई राम्रो छ ?			
१३	नमुना संकलन गर्न छुट्टै कोठाको व्यवस्था छ ?			
१४	फर्निचर र उपकरणको लागि आवश्यक क्षेत्रफल छ?			
१५	प्रयोगशालामा जरुरी उपकरणहरुको लागि विद्युत व्याकअप छ?			
१६	रिपोर्ट वितरणको लागि छुट्टै काउण्टरको व्यवस्था छ ?			
१७	प्रयोगशाला प्रयोजनको लागि टेलिफोन छ?			

१८	प्रयोगशालाको विभिन्न कार्यहरूको लागि कार्य क्षेत्र छुट्याइएको छ ?			
१९	इन्टरनेट र प्रिन्टर सहितको कम्प्युटर छ?			
२०	प्रयोगशाला कर्मचारीलाई इन्टरनेटमा पहुँच छ ?			
२१	प्रयोगशाला प्रमुखको लागि छुट्टै कोठाको व्यवस्था छ ?			
२२	नियमित तालिमको व्यवस्था			
२३	पर्याप्त भण्डारण क्षमता (रिएजेन्ट, कागजपत्र र अन्य प्रयोगशाला सामग्रीहरूको लागि) छ ?			
२४	आवश्यकता अनुसार एयर कण्डिसनर छ ?			
२५	नमूना संकलन र व्यवस्थापन सम्बन्धी			
	नमूना परीक्षणको लागि रिक्वेष्ट फर्म उपलब्ध छ ?			
	रिक्वेष्ट फर्म भए न त्यसमा निम्न जानकारीहरू उपलब्ध छन्?			
	विरामीको नाम			
	लिङ्ग			
	उमेर			
	परीक्षणको लागि पठाउने व्यक्तिको परिचय			
	नमूना संकलनको			
	नमूनाको प्रकार			
	अनुरोध गरिएको परीक्षणको नाम			
	विरामीको क्लिनिकल हिस्ट्री			
२६	तुरुन्तै नजाँचिने परीक्षणको लागि नमूना भण्डारको उचित			

	व्यवस्था छ?			
२७	नमूना संकलनको लागि कुनै फाइल, ढड्डा, कम्प्युटर अथवा अन्य तरिकाले नमूनाको रकर्ड राख्ने गरिएको छ?			
२८	रेकर्ड राख्ने गरिएको भए निम्न विवरणहरू राखिन्छन् ?			
	यूनिक आई डि.नं.			
	नमूना प्राप्त मिति			
	नमूना प्राप्त समय			
२९	नमूनाहरूको लागि acceptance and rejection criteria छ?			
३०	संकलन केन्द्रहरूबाट सुरक्षित नमूना सुरक्षित नमूना सुरक्षित रूपले प्रयोगशाला सम्म पुऱ्याउने व्यवस्था छ ?			
३१	रिएजेन्ट, किट्स र केमिकल्स			
	रिएजेन्ट, किट्स र केमिकल्सको आपुर्तिको रेखदेख गर्ने आधिकारीक व्यक्ति तोकिएको छ ?			
	खरिदको अभिलेख राखिएको छ?			
	अभिलेख राख्ने गरेको भए निम्न विवरणहरू उपलब्ध छन्?			
	सामानको मात्रा वा इकाई			
	सप्लायर			
	लट नं.			
	सामान प्राप्त भएको मिति			
	म्याद समाप्त हुने मिति			
	भण्डारण विधि			
	रिएजेन्ट खोलिएको मितिको विवरण छ? (रिएजेन्ट बड्डा, कम्प्युटर अथवा फाइलमा)			

	रिएजेन्ट र किट्सहरू खपतको विवरण छ?			
	रिएजेन्ट र किट्सहरूमा प्रष्ट सँग देखिने गरी लेबल टाँसिएको छ?			
३३	फ्रिजमा भण्डारण गरिएका केमिकलहरूको लागि पर्याप्त ठाउँ छ ?			
३४	उपकरणहरू			
	उपकरणहरूको सर-सफाईको अवस्था कस्तो छ ?			
	उपकरणहरूको सूची राखिएको छ ?			
	गरीने परीक्षण अनुसार उचित र पर्याप्त उपकरणहरूको व्यवस्था छ।			

NPHE DRAFT

१० प्रयोगशाला परीक्षण रेफरल गर्ने सम्बन्धमा

सि.नं	रेफरल सम्बन्धी विवरण	छ	छैन	कैफियत	
१	परीक्षण रिफरल गर्ने खण्डमा	प्रापक प्रयोगशालासँग (MOU)			
		रिफरल गर्ने परीक्षणको सुची (शुल्क सहित)			
		रिफरल गरिएका परीक्षणको record*			
		देश बाहिर परीक्षण पठाउने खण्डमा लिखित सहमति राखेको*			
		नमुना ढुवानी विधि/ नतीजा प्रवाह विधि स्पष्ट रहेको			
२	विदेशबाट नेपालमा परीक्षणको लागि नमूना प्रेषण सम्बन्धमा	स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट पूर्व स्वीकृती			
		विदेशी प्रयोगशाला दर्तावाल रहेको			

*Not applicable for new labs

११. निरीक्षणको समयमा उपस्थित संस्थाको प्रतिनिधिको विवरण

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

१२. प्रमुख निरीक्षकको मन्तव्य:

--

१३. निरीक्षण गर्ने व्यक्तिहरुको विवरण

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