

सङ्कलन ईकाइ (Collection Unit)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

३. निवेदन गरेको सङ्कलन ईकाइ रहेको मुख्य प्रयोगशालाको विवरण:

A समूह

B समूह

प्रयोगशालाको नाम

प्रयोगशालाको ठेगाना

गा.पा /न.पा./ उ.म.न.पा./म.न.पा :

मोवाइल नं

पत्राचार गरिने इमेल ठेगाना :

वेबसाइट ठेगाना :

संस्था संचालकको नाम :

४. प्रयोगशाला (Collection Unit) बाट दिइने सेवाको प्रकारहरु :

हेमाटोलोजी

केमेस्ट्री

माइक्रोबायोलोजी

सेरोलोजी

अन्य

५. सङ्कलन ईकाइ प्रयोगशाला सम्बन्धी बिबरणहरु :

सि.नं	प्रयोगशालाको विवरण	आवश्यक न्यूनतम मापदण्ड	छ	छैन	कैफियत
१	प्रयोगशालाको कुल क्षेत्रफल	१५० वर्ग फिट			
२	कुल प्राविधिक जनशक्ति	२ जना			
३	मानव संसाधन * (प्राविधिक)	BMLT			
		CMLT			
		LA			

* कैफियतमा फुल टाइम हो वा पार्ट टाइम हो जनाउने।

६. अभिलेख सम्बन्धमा

सि.नं	अभिलेख सम्बन्धी	छ	छैन	कैफियत
१	संस्थाको कानूनी मान्यता दर्ता सम्बन्धी सम्पूर्ण कागजात			
२	कर्मचारीको व्यक्तिगत विवरण			
३	प्रेषण गरिएका परीक्षणको अभिलेख			
४	SOP			
५	मासिक परीक्षणहरूको विवरण (स्थापना भएको १ वर्ष सम्मका लागि)			

७. उपकरण सम्बन्धी

सि.नं	उपकरण सम्बन्धी विवरण	छ	छैन	कैफियत
१	Refrigerator			
२	Centrifuse			
३	Phlebotomy Chair			
४	Computer with LIS			
५	Others (Tubes, Vials, Pipets, Cold box, Ice pack etc)			

८. विविध

सि.नं	सङ्कलन ईकाइ सम्बन्धी थप विवरणहरु	छ	छैन	कैफियत
१	सङ्कलन ईकाइ सम्म सजिलो पहुँच छ ?			
२	वातावरण तथा सर-सफाईको व्यवस्था राम्रो छ ?			
३	सङ्कलन ईकाइमा पर्याप्त प्रकाशको व्यवस्था छ ?			
४	सङ्कलन ईकाइ भित्र पर्याप्त भेन्टिलेसनको व्यवस्था छ ?			
५	सफा शौचालयको व्यवस्था छ?			
६	सङ्कलन ईकाइभित्र निरन्तर पानी आउने धारा र सिन्क छ?			
७	फर्निचर र उपकरणको लागि आवश्यक क्षेत्रफल छ?			
८	प्रयोगशालामा जरुरी उपकरणहरुको लागि विद्युत व्याकअप छ?			
९	पर्याप्त भण्डारण क्षमता छ ?			
१०	नमूना परीक्षणको लागि रिक्वेष्ट फर्म उपलब्ध छ ? (निम्न जानकारीहरु उपलब्ध गरिएको - विरामीको नाम, लिङ्ग, उमेर, नमूनाको प्रकार, अनुरोध गरिएको परिक्षणको नाम)			

९. निरीक्षणको समयमा उपस्थित संस्थाको प्रतिनिधिको विवरण

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

१०. प्रमुख निरीक्षकको मन्तव्य:

--

११. निरीक्षण गर्ने व्यक्तिहरुको विवरण

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