

## E समुहको स्वास्थ्य प्रयोगशाला निरिक्षणको लागि 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 : ..... वेबसाइट ठेगाना : .....

संस्था संचालकको नाम : .....

निरिक्षणको लागि निवेदन दर्ता मिति : ..... निवेदन दर्ता नं. : .....

### २. निरिक्षणको उद्देश्य

नयाँ संचालन स्वीकृती (अस्थायी)  स्थायी  नविकरण

समुह वर्गिकरण  समुह परिवर्तन  अन्य

### ३. स्वामित्वको प्रकार :

एकल  साभेदारी  अन्य

### ४. प्रयोगशालाको प्रकार

स्ट्याण्ड एलोन  मुख्य प्रयोगशालाको नमुना संकलन केन्द्र

### ५. पहिला अनुमति प्राप्त गरिसकेको भएमा :

अनुमति नं. .... जारी गर्ने निकाय : .....

जारी गरेको मिति : ..... म्याद समाप्त हुने मिति : .....

### ६. प्रयोगशालाबाट दिइने सेवाको प्रकारहरु :

हेमाटोलोजी  केमेस्ट्री  माइक्रोबायोलोजी  अन्य

७. अनिवार्य मापदण्डहरू :

७.१ संस्थाको कानूनी परिचय :

संस्था संचालकको नाम : .....

संस्था दर्ता गर्ने निकाय :

घरेलु तथा साना उद्योग

वाणिज्य कार्यालय

महानगरपालिका

नगरपालिका

गाउँपालिका

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 ।)

७.२ प्रयोगशालाको क्षेत्रफल ..... स्क्वायर फिट (नमूना कलेक्सन, अफिस र अन्य प्रयोजन बाहेक प्रयोगशाला परिक्षणमा उपयोग हुने क्षेत्रफल न्यूनतम १५० स्क्वायर फिट हुनुपर्नेछ ।)

७.३ प्राविधिक जनशक्तिको संख्या ..... जना (न्यूनतम २ जना हुनुपर्नेछ ।)

७.४ NEQAS मा सहभागि छ  छैन

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

७.५ प्रयोगशाला फोहोर व्यवस्थापनको व्यवस्था

Hypochlorite मा डुबाउने

Autoclave गर्ने

अन्य : .....

७.६ तोकिएको मध्ये न्यूनतम १५ वटा परिक्षण गर्ने व्यवस्था छ  छैन

७.७ तोकिएको परिक्षणहरू भन्दा अन्य परिक्षण गर्ने गरेको छ  छैन

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
१	<b>भौतिकपुर्वाधार</b>						
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 कम्प्यूटर छ ?						
१.११	प्रयोगशालाको भित्ता, भुँइ र छतको अवस्था कस्तो छ ?						
१.१२	कामगर्ने ठाउँको सर-सफाई कस्तो छ ?						
१.१३	नमूना 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 विभिन्न कार्यहरूको लागि कार्यक्षेत्र छुट्याइएको छ ?						

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
२	<b>नमूना संकलन र व्यवस्थापन सम्बन्धी</b>						
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	नमूना संकलन पछि कुनै फाइल, घड्ढा, कम्प्यूटर अथवा अन्य तरिकाले नमूनाको रेकर्ड राख्ने गरिएको छ ?*	✓					
२.४	रेकर्ड राख्ने गरिएको भए निम्न विवरणहरु राखिन्छन् ?*	✓					
	यूनिक आई.डि. नं.						
	नमूना प्राप्त मिति						
	नमूना प्राप्त समय						
३	<b>गुणस्तर नियन्त्रण</b>						
३.१	QC material/standard उपलब्ध छ ?						
३.२	QC प्रयोग गरेको भए रेकर्ड राख्ने गरिएको छ ?*	✓					
३.३	NEQAS मा नियमित सहभागी भएको छ ?*	✓					
३.४	प्रयोगशालाले बेला बेलामा इन्टर लेबोरेटोरी कम्प्यारिजन द्वारा आफ्नो नतिजाहरु चेक गर्ने गरेको छ ?*	✓					

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
४	<b>डाटा र सूचना सम्बन्धी व्यवस्थापन</b>						
४.१	रिपोर्ट फाराममा निम्न जानकारी छन् ?	✓					
	प्रयोगशालाको नाम						
	विरामीको परिचय (नाम, उमेर, लिंग)						
	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.						
४.२	रिपोर्ट दिनु भन्दा अगाडि आधिकारीक प्राविधिकले रिपोर्ट हेर्ने गरेको छ ?*						
४.३	सबै रिपोर्टहरु फाइल, धड्डा अथवा कम्प्युटरमा रेकर्ड गरि निश्चित अवधि सम्म सुरक्षित राख्ने गरिएको छ ?*	✓					
४.४	कम्प्युटराइज्ड रिपोर्ट वितरणको व्यवस्था छ ?						
४.५	परिक्षण सम्बन्धी लिखित SOP को व्यवस्था छ ?	✓					

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
५	<b>रिएजेन्ट, किट्स र केमिकल्स</b>						
५.१	खरिदको अभिलेख राखिएको छ ?*	✓					
५.२	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 ?* (रिएजेन्टको बट्टा, कम्प्युटर अथवा फाइलमा)						
५.३	रिएजेन्ट र किट्सहरूमा प्रस्ट सँग देखिने गरि लेबल छ ?						
५.४	फ्रिजमा भण्डारण गरिएका केमिकलहरूको लागि पर्याप्त ठाउँ छ ? (कोचिएर राखिएको भए अंक ० र खाना र खाने पानी सँगै राखिए भए अंक ०)						
६	<b>मानव संशाधन</b>						
६.१	कर्मचारीहरूको योग्यता, तालिम र अनुभव सम्बन्धी विवरण राखिएको छ ?	✓					
६.२	कर्मचारीहरूसँग गरेको सम्झौता पत्र छ ?	✓					
६.३	कर्मचारीहरूको हाजिरीको रेकर्ड छ ?	✓					
६.४	कर्मचारीहरूको मासिक पारिश्रमिक बैंक भौचर छ ?	✓					

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
७	<b>उपकरण</b>						
७.१	उपकरणहरूको सर-सफाईको अवस्था कस्तो छ ?						
७.२	उपकरणहरूको सूची राखिएको छ ?	✓					
७.३	गरिने परीक्षण अनुसार उचित र पर्याप्त उपकरणहरूको व्यवस्था छ ?						
७.४	उपकरणहरू उत्पादकले तोके बमोजिम प्रिभेन्टीभ मेन्टेनेन्स गर्ने गरिएको छ * (नयाँ प्रयोगशालाले पुराना उपकरण खरिद गरेको भए, सो लाई पनि लागु हुनेछ ?)	✓					
७.५	पिपेटहरू क्यालिब्रेसन गरिएको छ ?	✓					
७.६	उपकरणहरूको युजर म्यानुअल उपलब्ध छ ?	✓					
७.७	तापक्रम जाँचनुपर्ने उपकरणहरूमा थर्मोमिटर छ ?						
७.८	तापक्रम जाँचनुपर्ने उपकरणहरूको दैनिक अभिलेख राखिएको छ ?*	✓					

क्र.सं.	विवरण	(✓) संकेत भएकोमा लिखित दस्तावेज हेर्नुपर्ने	अंक				कैफियत
			०	१	२	लागु हुँदैन	
८	प्रयोगशाला फोहोर व्यवस्थापन र सुरक्षा						
८.१	प्रयोगशाला कर्मचारीहरूलाई बायोसेफ्टी सम्बन्धी जानकारी छ ?						
८.२	प्रयोगशालामा Biohazard सम्बन्धी sign/symbol राखिएको छ ?						
८.३	प्रत्येक प्रयोगशाला कर्मचारीको लागि एप्रोन, ग्लोब्स र मास्कको प्रयोग गरेको छ ?						
८.४	जोखिमयुक्त फोहोरलाई अरु फोहोर सँग छट्याइएको छ ?						
८.५	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)						
८.६	प्रयोगशाला प्रयोजनको लागि मात्र छुट्टै अटोक्लेभको व्यवस्था गरिएको छ ?						
८.७	First aid box को व्यवस्था छ ?						
८.८	प्रयोगशालामा हुनसक्ने घटना (जस्तै : सिरिन्जले घोच्ने, रगत पोखिने, आदि) भएमा के गर्ने त्यो सम्बन्धी लिखित जानकारी कर्मचारीलाई छ ?*	✓					





९. गर्न सकिने परिक्षणहरूको सुची (तल उल्लेखित १९ परिक्षणहरू मध्ये न्यूनतम १५ वटा परिक्षण गर्नसक्ने अनिवार्य व्यवस्था हुनुपर्दछ ।)

क्र.सं.	टेष्टको नाम विधा अनुसार छुट्याउनुहोस)	आवश्यक उपकरण भएको वा नभएको	आवश्यक रिजेन्ट, किट्स र केमिकल्स भएको नभएको	वार्षिक भार (संचालनमा रहेको प्रयोगशालाको लागिमात्र)	कैफियत
१	Hb				
२	Total Lymphocyte Count				
३	Differential Count				
४	ESR				
५	Blood Group				
६	Bleeding Time				
७	Clotting Time				
८	Blood Sugar				
९	Urea				
१०	Serum Bilirubin				
११	Serum Uric Acid				
१२	Serum Total Protein				
१३	Serum Albumin				
१४	Sputum AFB				
१५	Urine Biochemical Test (sugar, protein, pH)				
१६	Urine Microscopy				
१७	Stool Routine				
१८	Stool for Reducing Substance				
१९	Urine Pregnancy Test (RDT)				

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

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

११. निरिक्षणको समयमा उपस्थित संस्थाको प्रतिनिधिको विवरण

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

१२. प्राप्ताङ्क

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

१३. प्रमुख निरिक्षकको मन्तव्य :

--

१४. निरिक्षण गर्ने व्यक्ति/व्यक्तिहरुको विवरण

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

## अनुसूची

१. चेकलिष्टमा सोधिएका 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 जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयले दिने छ, र सोको जानकारी मासिक रूपमा राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालालाई उपलब्ध गराउनुपर्नेछ । 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 जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयमा अनिवार्य बुझाउनुपर्नेछ ।
६. अनुमति पत्रको म्याद सकिने ६० दिन अगावै नयाँ अनुमति पत्रको लागि जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयमा नयाँ निवेदन दर्ता गराउनुपर्नेछ ।
७. जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालयले 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. जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय अथवा राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले संचालन अनुमति दिँदा सर्तहरू तोक्न सक्नेछ ।
१२. E समुहको प्रयोगशालाले आफूकहाँ नहुने परिक्षणको लागि नमूना संकलन गरी कतै पठाउन पाउने छैन ।