

C समुहको स्वास्थ्य प्रयोगशाला दर्ताको लागि निवेदन फाराम

१. निवेदनको उद्देश्य :

नयाँ संचालन स्वीकृति (अस्थायी)

स्थायी

नविकरण

समुह वर्गीकरण

समुह परिवर्तन

अन्य

२. प्रयोगशालाको विवरण :

प्रयोगशालाको नाम :

प्रयोगशालाको ठेगाना :

गा.पा. / न.पा. / उ.म.न.पा. / म.न.पा. : मोबाइल नं :

फ्याक्स नं : ईमेल ठेगाना :

वेबसाइट ठेगाना :

संस्था संचालकको नाम :

३. स्वामित्वको प्रकार :

एकल

साझेदारी

अन्य

४. संस्थाको कानूनी परिचय (अनिवार्य हुनुपर्नेछ):

संस्था संचालकको नाम :

संस्था कहाँ दर्ता भएको छ खुलाउनुहोस्:

महानगरपालिका

नगरपालिका

गाउँपालिका

घरेलु तथा साना उद्योग

वाणिज्य कार्यालय

दर्ता गर्ने निकायको ठेगाना :

संस्थाको भ्याट नं :

संस्थाको स्थायी लेखा नं (प्यान नं.)

घरभाडामा भए सो को सम्झौता पत्रको प्रतिलिपि अनिवार्य छ ।

आफ्नो घर भएमा लालपुर्जाको प्रतिलिपि अनिवार्य छ ।

नोट : कानूनी परिचय नभएको प्रयोगशालाको निवेदन स्वीकृत हुनेछैन ।

५. प्रयोगशालाको प्रकार :

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

६. पहिला अनुमति प्राप्त गरिसकेको भएमा :

अनुमति नं :
जारी गरेको मिति :

जारी गर्ने निकाय :
म्याद समाप्त हुने मिति :

७. प्रयोगशालाबाट दिइने सेवाको प्रकारहरु :

हेमाटोलोजी
हिस्टोप्याथोलोजी

बायोकेमेस्ट्री
सेरोलोजी

माइक्रोबायोलोजी
अन्य

८. प्रयोगशाला संचालन रहने दिन र समय :

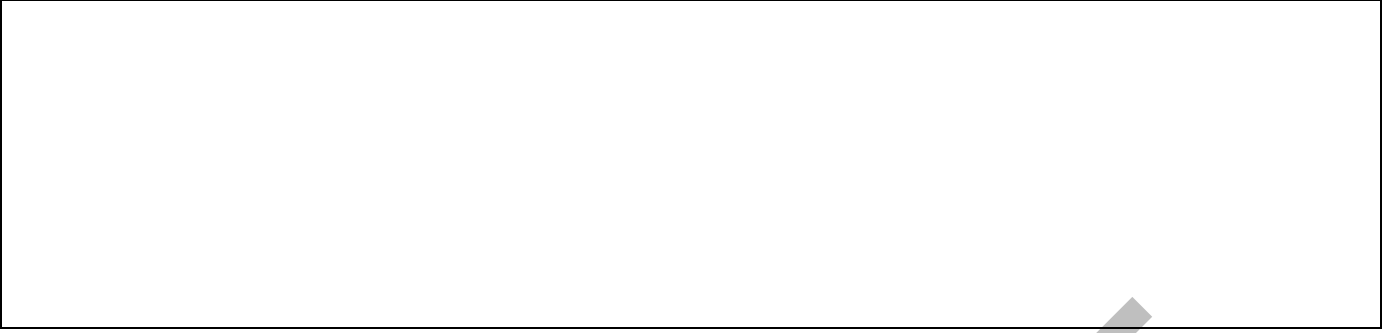
समय	आइत	सोम	मंगल	बुध	बिहि	शुक्र	शनि
देखि							
सम्म							
चौबिसै घण्टा							

९. प्रयोगशालाको क्षेत्रफल :

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

[C समुहको लागि ४०० स्क्वायर फिट]

१०. प्रयोगशालाको भित्रि नक्सा बनाई क्षेत्रफल र कार्य प्रयोजन खुलाउनुहोस् :



११. मुख्य बाटो देखि प्रयोगशाला सम्म पुग्ने नक्सा बनाउनुहोस् :



PCDCGANDAKI DRAFT

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

क्र.स.	रिफरल प्रयोगशालाको नाम	ठेगाना	सम्पर्क नं.	सम्झौता भएको मिति	समुह

रिफरल प्रयोगशाला न्यूनतम C समुहको हुनुपर्नेछ ।

१३. जनशक्तिको विवरण :

कुल प्राविधिक जनशक्ति स्नातक गरेको स्नाकोत्तर 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 प्रतिलिपि निकाल्नुहोस् ।

१५. परिक्षण सेवाको विवरण :

क्र.स.	टेष्टको नाम	C	प्रयोग गरिने मुख्य उपकरणको / विधि नाम	वैकल्पिक विधि अथवा वैकल्पिक उपकरण	वार्षिक भार (संचालनमा रहेको प्रयोगशालाको लागि मात्र)	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					

क्र.स.	टेष्टको नाम	C	प्रयोग गरिने मुख्य उपकरणको / विधि नाम	बैकल्पिक विधि अथवा वैकल्पिक उपकरण	वार्षिक भार (संचालनमा रहेको प्रयोगशालाको लागि मात्र)	कैफियत
BIOCHEMISTRY						
१९	Blood Sugar					
२०	Urea					
२१	Serum Bilirubin					
२२	Serum Uric Acid					
२३	Serum Total Protein					
२४	Serum Albumin					
२५	SGPT, SGOT, ALP					
२६	Lipid profile (TG, Cholesterol, HDL, LDL)					
२७	LDL (if other than calculation)					
२८	Creatinine					
२९	Sodium, potassium					
३०	TFT					
३१	Cardiac enzymes (CK, CKMB)					
३२	other enzymes (provide name as well)					
MICROBIOLOGY						
३३	Sputum AFB					
३४	Gram Stain					
३५	KOH mount					
३६	Culture (bacteriology)					
SEROLOGY						
३७	RPR					
३८	Widal					
३९	ASO					
४०	RA factor					

क्र.स.	टेष्टको नाम	C	प्रयोग गरिने मुख्य उपकरणको / विधि नाम	बैकल्पिक विधि अथवा वैकल्पिक उपकरण	वार्षिक भार (संचालनमा रहेको प्रयोगशालाको लागि मात्र)	कैफियत
४१	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 । C समुहले न्यूनतम ४६ वटा परिक्षण सेवा दिएको हुनुपर्नेछ । जस मध्ये हेमाटोलोजी, बायोकेमेस्ट्री, माइक्रोबायोलोजी र हिस्टोसाइटो मध्ये तिन विधिको सेवा अनिवार्य छन् ।

१६. प्रयोगशाला सम्बन्धी अन्य विवरणहरु :

प्रयोगशाला कति तल्ला माथि छ ?

माथि भए लिफ्टको व्यवस्था छ ?

छ छैन

भन्याडमा पर्याप्त प्रकाशको व्यवस्था छ ?

छ छैन

प्रयोगशालामा पर्याप्त प्रकाशको कस्तो व्यवस्था छ ?

इयाल

बत्ति दुवै

प्रयोगशालामा भित्र (ढोका बाहेक) भेन्टिलेसनको लागि के छ ?

इयाल

एडजस्ट प्यान

अन्य भए उल्लेख गर्नुहोस्

एअर कण्डिसनरको व्यवस्था छ ?

छ छैन

प्रयोगशाला भित्र निरन्तर पानी आउने धारा र सिन्कको व्यवस्था छ ?

छ छैन

प्रयोगशालाको लागि विद्युतीय व्याक अपको व्यवस्था छ ?

छ छैन

छ भने के छ ?

कर्मचारी तथा विरामीको लागि नजिकै सफा शौचालयको व्यवस्था छ ?

छ छैन

पर्याप्त फर्निचरको व्यवस्था छ ?

छ छैन

रिसेप्सनको व्यवस्था छ ?

छ छैन

बिश्रामस्थलको व्यवस्था छ ?

छ छैन

नमूना संकलन गर्ने छुट्टै कोठाको व्यवस्था छ ?

छ छैन

फर्निचर र उपकरणको लागि आवश्यक क्षेत्रफलको व्यवस्था छ ?

छ छैन

उपलब्ध गराउने सेवा अनुसार उपकरण तथा रिएजेन्ट छ ?

छ छैन

सेवाहरुको मुल्य सुची र उपलब्ध सेवाहरुको विवरण छ ?

छ छैन

रिएजेन्ट र किट्स उत्पादकले तोकिए बमोजिम उचित भण्डारणको व्यवस्था छ ?

छ छैन

प्रयोगशाला प्रयोजनको लागि टेलिफोनको व्यवस्था छ ?

छ छैन

प्रयोगशालामा इन्टरनेट सहितको कम्प्युटरको व्यवस्था छ ?

छ छैन

प्रयोगशालाबाट निस्कने फोहोरहरुको उचित व्यवस्थापनको व्यवस्था कस्तो छ :

अपनईएको विधि : १. Hypochlorite मा राखी Dispose गर्ने

२. Autoclaving द्वारा sterilizing गर्ने

३. जलाउने र गाड्ने

४. अन्य विधि उल्लेख गर्नुहोस्

प्रयोगशालामा Biological hazard सम्बन्धी signs / symbol राखिएको छ ?

छ छैन

प्राविधिक सुपरभाइजर र नतिजा प्रमाणित गर्ने प्राविधिकको अनुभव ३ वर्षको

छ छैन

संचालन भइरहेको प्रयोगशालाहरुको हकमा थप भर्नुपर्ने विवरण

१७. 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	NEQAS मा 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 रूपमा 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"/>

१८. निवेदकको विवरण :

नाम :

संस्थामा भएको पद :

इमेल :

सम्पर्क नं :

निवेदकको सहि :

मिति :

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

निवेदन दर्ता नं :

निवेदन दर्ता मिति :

निवेदन दर्ता गरेको संस्था :

संलग्न कागजपत्रहरु :

क्र.स.	विवरण	डकुमेन्ट नं
१	निवेदन फाराम	
२	कम्पनी दर्ता/संस्था दर्ताको प्रमाणित प्रतिलिपि	
३	संस्था/कम्पनीको बिधान/प्रबन्ध पत्र, नियमावलीको प्रतिलिपि	
४	स्थायी लेखा दर्ता प्रमाण-पत्रको प्रतिलिपि	
५	संस्थामा काम गर्ने जनशक्ति सम्बन्धि विवरण	
	क. वायोडाटा	
	ख. शैक्षिक योग्यता, तालिमका प्रमाणित प्रतिलिपि	
	ग. प्राविधिक कर्मचारीहरुको सम्बन्धित काउन्सिलको दर्ता प्रमाण-पत्रको प्रतिलिपि	
	घ. नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि	
	ङ. जनशक्तिहरुको काम गर्ने समय (पार्ट टाइम / फुल टाइम किटान गर्नुपर्ने)	
	च. मन्जुरीनामा/कबुलियतनामा	
६	औजार उपकरणको विवरण तथा श्रोत	
७	सम्पूर्ण सेवा शुल्क विवरण	
८	भौतिक सामग्रीको विवरण	
९	संस्थाले लिने सेवा शुल्क विवरण र गरीब तथा असहायलाई छुट दिने नीति	
१०	प्रदान गरिने सेवाको विवरण	
११	जग्गा/घरको स्वामित्व/घर भाडा	
१२	घर/कोठा लिई संचालन गर्ने भए घर बहाल सम्झौता पत्र र भवन स्वास्थ्य संस्था संचालन गर्न राष्ट्रिय भवन संहिता बमोजिम उपयुक्त छ भन्ने सम्बन्धि सिफारिस पत्र	
१३	PAN दर्ता नम्बर	
१४	कर चुक्ता प्रमाण पत्र (लागु हुने अवस्थामा मात्रै)	
१५	लेखापरीक्षण प्रतिवेदन (लागु हुने अवस्थामा मात्रै)	
१६	बिरामी बडापत्रको नमुना	
१७	फोहर व्यवस्थापन सम्झौता पत्र	

* जुन पदमा संस्थामा कार्यरत हो, सोहि पद अनुसार काउन्सिल दर्ता भएको हुनुपर्नेछ ।

** जुन पदमा संस्थामा कार्यरत हो, सो को लागि क्षमता खुल्ने कुनै एक मात्र प्रमाण पत्र (मार्कसिट, डिग्री अथवा ट्रान्सक्रिप्ट) भए पुग्छ ।

निवेदन बुझ्नेको दस्तखत र नाम :

अनुसूची

१. निरिक्षण गर्दा निर्धारित चेकलिष्ट अनुसार गरिने छ । 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 स्वीकृति (अस्थायी स्वीकृति) 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 अङ्क प्राप्त गर्नुपर्ने छ ।
४. अस्थायी स्वीकृति बढीमा १ वर्षको लागि एक पटकको लागि सम्बन्धित निकायले दिने छ र सोको जानकारी मासिक रूपमा प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालालाई उपलब्ध गराउनेछ । अस्थायी स्वीकृति 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 सम्बन्धीत निकायमा अनिवार्य बुझाउनुपर्ने छ ।
६. अनुमति पत्रको म्याद सकिने ६० दिन अगावै नयाँ अनुमति पत्रको लागि सम्बन्धित निकायमा नयाँ निवेदन दर्ता गराउनु पर्नेछ ।
७. सम्बन्धीत निकायले स्थायी अनुमतिको लागि निरीक्षण गरे पश्चात प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालामा सिफारिस पत्र, फाराम र चेक लिष्ट र प्रयोगशालाको कार्य विवरणको प्रतिलिपि बुझाएपछि प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले स्थायी संचालन अनुमति दिनेछ ।
८. प्रयोगशालाको नाममा राष्ट्रिय र रिफरेन्स शब्द प्रयोग गरेको प्रयोगशालालाई अनुमति दिइने छैन ।
९. समुह परिवर्तनका लागि स्थायी अनुमति प्राप्त गरेको न्यूनतम ६ महिना पछि मात्र सम्बन्धित निकायमा निवेदन दिन सकिने छ ।
१०. प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले अनुमति प्राप्त प्रयोगशालाको कुनै पनि समयमा अनुगमन गर्न सक्नेछ र आवश्यक दस्तावेज माग्न सक्नेछ ।
११. सम्बन्धीत निकाय अथवा प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले संचालन अनुमति दिँदा शर्तहरू तोक्न सक्नेछन् ।
१२. C समुहको प्रयोगशालाले आँफु कहाँ नहुने कुनै परिक्षणको लागि नमुना संकलन गरी रिफरल प्रयोगशालाको मान्यता प्राप्त C / B / A समुहको प्रयोगशालामा पठाउन सक्नेछ । तर सो परिक्षण C / B / A समुहको प्रयोगशालाले देश भित्रकै आफ्नो मुख्य प्रयोगशाला वा आफ्नो कुनै शाखामा गर्न सक्ने हुनुपर्दछ ।
१३. निवेदन र निरीक्षण फाराम आवश्यकता अनुसार प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले परिवर्तन गर्न सक्नेछ ।
१४. निवेदन र निरीक्षण फाराम प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाको आधिकारीक वेबसाइट <http://pphl.gandaki.gov.np/> बाट डाउनलोड गर्न सकिनेछ ।