

प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला
कोशी प्रदेश, नेपाल
स्वास्थ्य प्रयोगशाला दर्ताको लागि निवेदन फारम

१. निवेदनको उद्देश्य :

नयाँ संचालन स्वीकृती (अस्थायी) ☐ स्थायी ☐ नविकरण ☐
समुह वर्गिकरण ☐ समुह परिवर्तन ☐

२. निवेदन गरेको समुह :

D समुह ☐ C 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 ☐ साझेदारी ☐ अन्य ☐

५. संस्थाको कानूनी परिचय (अनिवार्य हुनुपर्नेछ)

संस्था संचालकको नाम:

संस्था कहाँ 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 सम्झौतापत्रको प्रतिलिपी अनिवार्य छ ।

आफ्नो घर भएमा लालपुर्जाको प्रतिलिपी अनिवार्य छ ।

नोट: कानुनी परिचय नभएको प्रयोगशालाको निवेदन स्वीकृत हुनेछैन।

६. प्रयोगशालाको प्रकार

स्ट्याण्ड एलोन ☐ क्लिनिकमा आधारित ☐ पोलिक्लिनिकमा आधारित ☐

वैदेशिक रोजगार ☐ अस्पतालमा आधारित ☐ बेड संख्या ☐

मुख्य प्रयोगशालाको नमूना संकलन केन्द्र (मुख्य प्रयोगशालाको नाम र ठेगाना)।

७. पहिला अनुमति प्राप्त गरिसकेको भएमा :

अनुमति न जारी गर्ने निकाय :.....

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

८. प्रयोगशालाबाट दिइने सेवाको प्रकारहरु:

हेमाटोलोजी ☐ केमेस्ट्री ☐ माइक्रोबायोलोजी ☐

सेरोलोजी ☐ हिस्टोसाइटोप्याथोलोजी ☐ अन्य ☐

९. प्रयोगशाला संचालन रहने दिन र समय

समय	आइत	सोम	मंगल	बुध	विहि	शुक्र	शनि
देखि							
सम्म							
चौविसे घण्टा							

१०. प्रयोगशालाको क्षेत्रफल :

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

(C समुहको लागि न्यूनतम ४०० स्क्वायर फिट)

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



१२. मुख्य बाटो देखि प्रयोगशाला सम्म पुग्ने नक्सा बनाउनुहोस् :



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

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

रिफरल प्रयोगशाला न्यूनतम B समुहको हुनुपर्नेछ ।

१४. जनशक्तिको विवरण

कुल प्राविधिक जनशक्ति..... स्नातक गरेको..... स्नातकोत्तर गरेको.....

कर्मचारीको नाम	पद	योग्यता	पार्ट टाइम/ फुल टाइम	NMC/ NHPC दर्ता नं.	सम्पर्क नं.	संस्थासँग आवद्ध भएको मिति	कर्मचारी को अनुभव	उपलब्ध रहने दिन र समय	कैफियत

जनशक्ति विवरण भर्ने फारामको थप आवश्यकता भएमा यसै पेजको प्रतिलिपी निकाल्नुहोस् ।

१५. औजार उपकरणको अभिलेख :

C समुह		
सेमी अटोमेटेड/ अटोमेटेड बायोकेमेन्ट्री एनालाइजर (१०० बेड वा सो भन्दा माथिको अस्पतालका हकमा अटोमेटेड बायोकेमेन्ट्री एनालाइजर)	छ ☐	छैन ☐
अटोमेटेड हेमाटोलोजी एनालाइजर	छ ☐	छैन ☐
इलेक्ट्रोलाइट एनालाइजर	छ ☐	छैन ☐
कोआगुलोमिटर (coagulometer)	छ ☐	छैन ☐
अटोमेटेड/सेमी अटोमेटेड एलाइजा/क्लिया (ELISA/CLIA) सेटअप (१०० बेड वा सो भन्दा माथिको अस्पतालका हकमा अटोमेटेड एलाइजा/क्लिया (ELISA/CLIA) सेटअप)	छ ☐	छैन ☐

नोट: १०० बेड वा सो भन्दा बढी बेड संख्याको अस्पताल बाहेक अन्यमा बायोकेमेन्ट्री/ एलाइजा वा क्लिया एनालाइजर मध्ये एक अटोमेटेड सिस्टमको हुनु पर्ने छ

सि.नं	मेशिनरी औजारको नाम (माथि उल्लेखित र अन्य मेशिनहरूको विवरण दिनुहोस् ।	इकाइ	कम्पनीको नाम र मोडल नं.	खरिद गरेको मिति	सिरियल नं.	खरिद गरेको संस्था	हालको अवस्था

१६. परिक्षण सेवाको विवरण

क्र.सं.	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					
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)					

29	LDL (if other than calculation)					
29	Creatinine					
29	Sodium, potassium					
30	TFT					
31	Cardiac enzymes (CK, CKMB)					
32	other enzymes (provide names as well)					
MICROBIOLOGY						
33	Sputum AFB					
34	Gram Stain					
35	KOH mount					
36	Culture (bacteriology)					
SEROLOGY						
37	RPR					
38	Widal					
39	ASO					
40	RA factor					
41	CRP					
42	infectious disease marker by ELISA or other method (except by RDT kit)					
MISCELLANEOUS						
43	Urine Biochemical Test (sugar, protein, pH)					
44	Urine Routine Microscopy					
45	Urine ketone, urobilinogen, bile salt, bile pigment					
46	Urine Bence Jones protein					
47	Stool Routine					
48	Stool for Reducing Substance					
49	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, बायाकेमेस्ट्री, माइक्रोवायोलोजी र हिस्टोसाइटो मध्ये तिन विधाको सेवा अनिवार्य छन् ।

१७. प्रयोगशाला सम्बन्धी अन्य विवरणहरू

प्रयोगशाला कति तल्ला माथि छ ?.....			
मथि भए लिफ्टको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
भ्याङ्गमा पर्याप्त प्रकाशको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
प्रयोगशालामा पर्याप्त प्रकाशको कस्तो व्यवस्था छ।	भ्याल ☐	बत्ति ☐	दुवै ☐
प्रयोगशाला भित्र (ढोका बाहेक) भेन्टिलेसनको लागि के छ?	भ्याल ☐	एग्जस्ट फ्यान ☐	अन्य ☐
भए उल्लेख गर्नुहोस्			
एयर कण्डिसनरको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
प्रयोगशाला भित्र निरन्तर पानी आउने धारा र सिन्कको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
प्रयोगशालाको लागि विद्युतिय व्याकअपको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
भए के छ?	☐ जेनरेटर	☐ इन्भर्टर	☐ यू.पि.एस. ☐ अन्य ☐
कर्मचारी तथा विरामीको लागि छुट्टा छुट्टै नजिकै सफा शौचालयको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
पर्याप्त फर्निचरको व्यवस्था छ?	छ ☐	छैन ☐	
रिसेप्सनको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
विश्रामस्थलको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
नमुना संकलन गर्ने छुट्टै कोठाको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
फर्निचर र उपकरणहरूको लागि आवश्यक क्षेत्रफलको व्यवस्था छ ?	छ ☐	छैन ☐	
उपलब्ध गराउने सेवा अनुसार उपकरण तथा रिजेन्टको व्यवस्था छ?	छ ☐	छैन ☐	

सेवाहरूको मुल्य सुची र उपलब्ध सेवाहरूको 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 फोहोरहरूको उचित व्यवस्थापनको व्यवस्था कस्तो छ ?		
अपनाइएको विधि:		
1. Hypochlorite मा राखी Dispose गर्ने	छ ☐	छैन ☐
2. Autoclaving द्वारा sterilization गर्ने	छ ☐	छैन ☐
3. जलाउने र गाड्ने	छ ☐	छैन ☐
4. अन्य.....विधि उल्लेख गर्नु होस्		
प्रयोगशालामा Biological hazard सम्बन्धी signs/symbol राखिएको छ ?	छ ☐	छैन ☐
प्राविधिक सुपरभाइजर र नतिजा प्रमाणित गर्ने प्राविधिकको अनुभव ३ वर्षको छ ?	छ ☐	छैन ☐

संचालन भइरहेको प्रयोगशालाहरूको हकमा थप भर्नुपर्ने विवरण

१८. अन्य :

(क) उपकरण तथा औजारको अभिलेख	भएको ☐	नभएको ☐
(ख) Internal QC को रेकर्ड राख्ने	गरेको ☐	नगरेको ☐
(ग) Standard Operating Procedure प्रयोग गर्ने	गरेको ☐	नगरेको ☐
(घ) कम्प्युटराइज्ड अभिलेख गुणस्तर नियन्त्रणको अभिलेख	भएको ☐	नभएको ☐
(ङ) उपकरणहरूको Temperature Control Log	भएको ☐	नभएको ☐
(च) NEQASमा सहभागी	भएको ☐	नभएको ☐
भएको भए वर्षमा कति पटक सहभागी भएको :		
(छ) कर्मचारीको विस्तृत विवरणको रेकर्ड	भएको ☐	नभएको ☐
(ज) प्रयोगशालामा गरिएका परिक्षण सेवाको विस्तृत विवरण सम्बन्धी जि.ज.स्वा.का/जि.स्वा.का., रा.ज.स्वा.प्र. प्र.ज.स्वा.प्र.मा आवधिक रुपमा पठाउने	☐	गरेको ☐ नगरेको ☐
(झ) कर्मचारीहरूको हाजिरीको अभिलेख	भएको ☐	नभएको ☐
(ञ) कर्मचारीहरूलाई दिइने मासिक पारिश्रमिकको अभिलेख	भएको ☐	नभएको ☐

१९. 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 :

संलग्न कागजपत्रहरु :

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 संसाधनको सूची	
१०	NEQAS को पछिल्लो नतिजाको सूची (संचालन भइरहेको संस्थाको हकमा।	
११	कर्मचारी सँग गरिएको सम्झौताको प्रतिलिपी	
१२	प्राविधिक जनशक्तिको सर्टिफिकेटको प्रतिलिपी (सम्बन्धीत काउन्सिलमा दर्ताको प्रमाण पत्र, कार्यरत पदको आवश्यक योग्यताको प्रमाण पत्र**, नागरिकताको प्रमाण पत्र)	

* जुन पदमा संस्थामा कार्यरत हो, सोही पद अनुसार काउन्सिल 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. निरीक्षण 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 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 सम्बन्धीत निकायले दिने छ र सोको जानकारी मासिक रुपमा प्रदेश 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 प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालामा सिफारीस पत्र, फाराम र चेक लिष्ट र प्रयोगशालाको कार्य विवरणको प्रतिलिपी बुझाएपछि प्रदेश जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाले स्थायी संचालन अनुमति दिनेछ ।
८. प्रयोगशालाको नाममा राष्ट्रिय, रिफरेन्स, रेफरल, रेफर्ड वा यस्तै अर्थ आउने शब्दको प्रयोग गरेको प्रयोगशालालाई अनुमति दिइने छैन ।
९. समुह परिवर्तनका लागि स्थायी अनुमति प्राप्त गरेको न्यूनतम ६ महिना पछि मात्र सम्बन्धीत 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 सर्तहरू तोक्न सक्नेछ ।
१२. C र D समुहको प्रयोगशालाले आफू कहाँ नहुने कुनै परिक्षणको लागि नमूना संकलन गरी रिफरल प्रयोगशालाको मान्यता प्राप्त समुहको प्रयोगशालामा पठाउन सक्नेछ। तर सो परिक्षण B 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 सक्ने छ ।
१४. निवेदन र निरीक्षण फाराम प्र.ज.स्वा.प्र को आधिकारीक वेबसाइट www.pphl.koshi.gov.np बाट डाउनलोड गर्न सकिनेछ ।