

काठमाण्डौ इन्स्टिच्युट अफ चाइल्ड हेल्थ (किओच)

हेपाली हाइट, बुढानिलकण्ठ — ७, काठमाण्डौ

फोन: ०१ ४३७०३७३, इमेल: info@kioch.org.np, वेब: kioch.org.np

ल्याव परीक्षण आउटसोर्सिङका लागि प्रस्तावको कार्य विवरण

प्रस्तावदाताले पूरा गर्नुपर्ने विशेष शर्तहरू

१. प्रस्तावदाता प्रयोगशाला राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशाला द्वारा “A Grade” मा सूचकृत गरिएको हुनुपर्नेछ । प्रस्तावदाताले यस इन्स्टिच्युटद्वारा सञ्चालित अस्पतालबाट परीक्षणको लागि लिएका नमुनाहरू नेपालभित्र आफ्नै प्रयोगशालामा परीक्षण गर्नुपर्नेछ र अन्य कुनै प्रयोगशालामा पठाउन पाइने छैन । प्रस्तावदाता प्रयोगशालाले यी उल्लेखित परीक्षण गर्ने मेशिनहरूको ब्राण्ड नाम तथा मोडेल नम्बर समेत उल्लेख गर्नुपर्नेछ ।
२. प्रस्तावदाताले उल्लिखित परीक्षणहरूको Sample Collection का लागी आवश्यक सामग्रीहरू इन्स्टिच्युटद्वारा सञ्चालित अस्पताललाई उपलब्ध गराउनुपर्नेछ ।
३. प्रस्तावदाताले परीक्षणको लागि इन्स्टिच्युटद्वारा सञ्चालित अस्पतालबाट संकलन गरिएका नमुनाहरू अस्पतालबाट आफै लानुपर्ने र सोको रिपोर्ट अस्पतालको प्रयोगशालाको इमेल वा डिजिटल फर्ममा उपलब्ध गराउनुपर्नेछ ।
४. रिपोर्टमा भएको त्रुटिको जिम्मेवारी प्रस्तावदाता प्रयोगशालाको हुनेछ ।
५. प्रस्तावदाताले आ.व. २०८१/०८२ को लागि मान्य भएको राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाद्वारा प्रदान गरिएको प्रमाणपत्र अनिवार्य पेश गर्नुपर्नेछ ।
६. यो प्रस्ताव प्याकेजको रूपमा स्वीकृत गरिनेछ ।

७. यस प्रस्तावमा उल्लिखित परीक्षणहरू मध्ये कुनै परीक्षण इन्स्टिच्युटद्वारा सञ्चालित अस्पतालको आफ्नै प्रयोगशालामा हुने भएको खण्डमा उक्त परीक्षण सम्झौताबाट स्वतः हटाइने छ ।
८. यस प्रस्तावमा उल्लेखित परीक्षणहरू बाहेक इन्स्टिच्युटद्वारा सञ्चालित अस्पताललाई थप कुनै परीक्षण आवश्यक परेमा वा कुनै परीक्षण आवश्यक नभएमा दुबै पक्षको सहमतिमा थप / घट गर्न सकिनेछ । यसरी थप गरिएका परीक्षणको दर प्रस्तावदाताको प्रकाशित दरमा कति प्रतिशत छुट उपलब्ध गराउने सो यसै प्रस्तावमा उल्लेख गर्नुपर्नेछ ।

प्रस्ताव पेश गर्ने प्रकृया र समयवधि

१. प्रस्ताव दाता प्रयोगशालाले यो सूचना प्रथम पटक प्रकाशित भएको मिति: २०८३/०१/१२ बाट १५ औं दिनको कार्यालय समयभित्र प्रस्ताव उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।
२. प्रस्ताव पेश गर्दा खाममा प्रस्तावको विषय र प्रस्तावदाताको नाम स्पष्ट उल्लेख गरी शिलबन्दी गरी पेश गर्नु पर्नेछ ।
३. प्रस्तावका साथमा संस्था दर्ता प्रमाणपत्र, प्यान/भ्याट दर्ता प्रमाणपत्र, आ.ब. २०८१/८२ को करचुक्ता प्रमाणपत्र, राष्ट्रिय जनस्वास्थ्य प्रयोगशालाको अनुमति पत्र पेश गर्नु पर्नेछ ।

इन्स्टिच्युटले आउटसोर्सिङ्ग गर्न चाहेका परीक्षण र परिमाणहरू

SN	DEPARTMENT NAME	TEST NAME	QTY PER YEAR	RATE		Amount	Remarks
				In figure	In Words		
1	Cytogenetics	BCR-ABL Fish (Philadelphia Translocation 9;22)	50				
2		Chromosome Analysis (Karyotype), Blood	1000				
3		Fish For PML::RARA	100				
4		Fish For All Panel (ETV6::RUNX1,KMT2A,BCR::ABL1,TCF3::PBX1,IKZF1 GENE Deletion)	100				
5		Fish For Inv16	25				
6		Fish For RUNX1::RUNX1T1(8;21)	25				
7		Chromosome Analysis For Hematologic Malignancy	150				
8	Flow Cytometry	Leukemia / Lymphoma Diagnostic Panel-Chronic Lymphoproliferative Disorders, T & B Cell	50				
9		Leukemia Panel; Acute Leukemia, T, B Or Myeloid	100				
10		Lymphocyte Subset Assay (CD3, CD4, CD8, CD16/56, CD19)	25				
11		Natural Killer Cells	25				

SN	DEPARTMENT NAME	TEST NAME	QTY PER YEAR	RATE		Amount	Remarks
				In figure	In Words		
12	Histopathology	Histopathology Skin Biopsy Panel With DIF	100				
13		Immunohistochemistry, Customized Panel	100				
14		Biopsy Small	700				
15		Biopsy Medium	400				
16		Biopsy Large	100				
17	Molecular Biology	BCR-ABL PCR, Quantitative	50				
18		Cytomegalovirus (CMV) DNA, Quantitative PCR	100				
19		Cytomegalovirus (CMV) Qualitative Real Time PCR	100				
20		Gastrointestinal Multiplex PCR	250				
21		Gastrointestinal Stromal Tumor (Gist)- Check Panel; 19 Gene	20				
22		Herpes Simplex Virus (HSV) Type 1 & 2, PCR, Qualitative	100				
23		HLA-B27, Real Time PCR	100				
24		JAK 2 Mutation Detection V617f Blood	50				
25		Japanese Encephalitis Virus (JEV) Detection PCR	25				
26		Meningitis And Encephalitis Multiplex PCR (Bacteria- H. <i>Influenza</i> , <i>Listeria</i>)	100				

SN	DEPARTMENT NAME	TEST NAME	QTY PER YEAR	RATE		Amount	Remarks
				In figure	In Words		
		<i>Monocytogenes, N. Meningitidis, Strepto. Agalataiae, S. Pneumoniae, M. Pneumoniae, S. Pyogens. Viruses- Enterovirus, HSV-1,2 & 6, Parechovirus, VZV. Fungus- Cryptococcuss)</i>					
27		Mycobacterium TB PCR	500				
28		Neuro-Tropic Multiplex PCR (Bacteria- <i>H. Influenza, Listeria Monocytogenes, N. Meningitidis, Strepto. Agalataiae, S. Pneumoniae, M. Pneumoniae, S. Pyogens. Viruses- Enterovirus, HSV-1,2 & 6, Parechovirus, VZV, JEV. Fungus- Cryptococcuss)</i>	100				
29		Respiratory Multiplex PCR; Viral & Bacterial	1000				
30		Whole Exome Sequencing	300				
31	Immunology	Anti Beta 2 Glycoprotein 1, IGG	100				
32		Anti Beta 2 Glycoprotein 1, IGM	100				
33		Anti Cardiolipin Antibody IGG	100				
34		Anti Cardiolipin Antibody IGM	100				

SN	DEPARTMENT NAME	TEST NAME	QTY PER YEAR	RATE		Amount	Remarks
				In figure	In Words		
35		Anti Ds Dna;Crithidia Ifa	100				
36		Anti DS DNA;EIA	500				
37		Anti Nuclear Antibody; ANA; IFA, END POIN TITRE	500				
38		Anti Phospholipid IGG	100				
39		Anti Phospholipid IGM	100				
40		Anti Soluble Liver Antigen; SLA, EIA	100				
41		Aspergillus Antibody, IGG, Serum	100				
42		C- ANCA (Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies), PR3; EIA	500				
43		Centromere Antibody	500				
44		Echinococcus (Hydatid Serology) IGG, Serum	50				
45		Endomysial Antibody, IGA, IFA	100				
46		Epstein-Barr Virus Antibody To Early Antigen (D), IGM	100				
47		Epstein-Barr Virus Antibody To Nuclear Antigen (EBNA), IGG	100				
48		Gad-65 (Glutamic Acid Decarboxylase- 65)	100				
49		Galactomannan (<i>Aspergillus</i> Antigen), Bal Fluid	100				

SN	DEPARTMENT NAME	TEST NAME	QTY PER YEAR	RATE		Amount	Remarks
				In figure	In Words		
50		Galactomannan (<i>Aspergillus</i> Antigen), Serum	100				
51		Glomerular Basement Membrane (GBM) Antibody, IFA	500				
52		Glomerular Basement Membrane (GBM) Antibody, IFA	500				
53		HSV 1+2 IGG & IGM, Serum	100				
54		HSV 1+2 IGG, Serum	100				
55		HSV 1+2 IGM, Serum	100				
56		Liver Kidney Microsomal (LKM) Antibody, IFA	100				
57		Mitochondrial Antibody (AMA), IFA	100				
58		P- ANCA (Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies), MPO ; EIA	500				
59		Parietal Cell Antibody, IFA	250				
60		Rubella(German Measles) Antibodies IGG	200				
61		Rubella(German Measles) Antibodies IGM	200				
62		SCL-70 (Scleroderma) Antibody	200				
63		Scleroderma Panel (SCL-70, Centromere AB)	200				

SN	DEPARTMENT NAME	TEST NAME	QTY PER YEAR	RATE		Amount	Remarks
				In figure	In Words		
64		Sjogren's Syndrome Antibodies(SSA-RO, SSB-LA)	200				
65		Sm (Smith) Antibody, IGG	200				
66		Smooth Muscle Antibody (ASMA), IFA	200				
67		SS-B/LA Antibody	200				
68		Tissue Transglutaminase (TTG) Antibody, IGA	200				
69		U1rnp Antibodies	200				
70		Biochemistry	Serum Paracetamol Level	300			
71	Serum Vancomycin Level		300				
72	Serum Methotrexate Level		200				
73	Serum Tacrolimus Level		200				
74	Endocrinology	Growth Hormone	500				
75	Serology	Torch Panel	500				
76	Hematology	Bone Marrow Aspirate Reporting	700				
77		Bone Marrow Biopsy Reporting	700				