

मानक संचालन प्रक्रिया—  
स्वास्थ्य सुविधाएं—उत्तर प्रदेश  
प्रयोगशाला विभाग

**Laboratory Department**

**Standard Operating Procedures**

**Health Facilities- Uttar Pradesh**

क्वालिटी एंजोरेन्स विभाग एस०पी०एम०यू०,

एन०एच०एम० उ०प्र०

## प्रयोग"ाला सेवाएं

01. उद्देश्य: रोगियों को सभी प्रकार की उपलब्ध निदान सेवाएं प्रदान करना।
02. क्षेत्र: इसमें अस्पताल के सभी रोगी देखभाल क्षेत्र शामिल है।
03. जिम्मेदारी: पैथोलॉजिस्ट/लैब टैक्नीशियन/उपचार चिकित्सक रिपोर्ट के आधार पर निर्धारित, निदान और आगे के उपचार के लिए जिम्मेदार हैं।
04. प्रक्रियाएं:

क्रम0स0	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/रिकार्ड
4.1	<p><b>प्रयोग"ाला सेवाएं:</b> नमूना संग्रह और रसीद</p> <p><b>वाह्य रोगी सेवाएं:</b> फिजि"ियन इन्वेस्टिगे"ियन रिक्वेस्ट स्लिप पर विभिन्न जाचों को निर्धारित करता है। लैब टैक्नीशियन (एल0टी0) अपेक्षित फार्म प्राप्त करता है। और विवरणों को सत्यापित करता है। इसके उपरान्त लैब टैक्नीशियन प्राप्त की गयी requisition की इन्ट्री अपने रजिस्टर में करता है। एल0टी0 संग्रह रजिस्टर पर लैब अस्पताल पंजीकरण संख्या आंशिक करता है।</p> <p>लैब टैक्नीशियन रोगी की पहचान की पुष्टि करने के बाद नमूना एकत्र करता है, एक लेबल डालता है और इसे प्रयोग"ाला के परीक्षण क्षेत्र में स्थानान्तरित करता है। मरीजों को रिपोर्ट के संग्रह के समय के बारे में सूचित किया जाता है।</p> <p>लैब टैक्नीशियन वह विभिन्न परीक्षण क्षेत्रों के अनुसार नमूनों को अलग करता है और नमूनों का परीक्षण शुरू करता है। लैब टैक्नीशियन संबंधित रजिस्ट्रों में प्राप्त नमूनों का विवरण दर्ज करता है।</p> <p><b>रोगी सेवाओं में:</b> लैब टैक्नीशियन/नर्स, मरीजों के नमूने एकत्र करते हैं वार्ड में भर्ती कराया गया और इसे अनुरोध फार्म के साथ प्रयोग"ाला में भेज दिया और रोगी के विवरण को नमूना परीक्षण ट्यूब/कंटेनर। लैब टैक्नीशियन संबंधित रजिस्ट्रों में प्राप्त नमूनों का विवरणों को दर्ज करता है।</p>		

द्वारा तैयार: विभाग	द्वारा अनुमोदित: नाम	जरी करने की तिथि	संस्करण सं0: 1.0
---------------------	----------------------	------------------	------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है और CMS/SIC/MS/MOIC की अनुमति के बिना अस्पताल परिसर से बाहर प्रकट नहीं किया जा सकता है।

सुविधा का नाम:	मानक संचालन प्रक्रिया
प्रयोग"ाला	एसओपी/एनक्यूएस/लैब –1.11

क्रम0स0	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
	<p><b>नमूनों की लेबलिंग और पहचान की प्रक्रिया:</b> नमूने की पहचान नाम, आई0डी0 नम्बर, आयु, लिंग द्वारा की जाती है और वार्डों के पास खाली कंटेनर उपलब्ध रहते हैं। इसके उपरान्त नमूने नर्सिंग स्टाफ द्वारा एकत्र किये जाते हैं, जिस पर आई0डी0 नम्बर, मरीज का नाम, उम्र, स्थान और जो जाँच होनी है उसकी जानकारी संग्रहित होती है।</p> <p>नमूना संग्रह कक्ष में तकनीकी टैक्नीयन द्वारा ओपी0डी0 नमूने एकत्र किये जाते हैं। पहले से ज्ञात प्रयोग गाला प्रोटोकाल के अनुसार रोगी का नमूना लिया गया। रोगी को उस समय तक सूचित किया जाता है जब रिपोर्ट एकत्र की जा सकती है। सभी नमूनों को तुरंत लेबल किया जाता है, जिसमें रोगी का नाम और आई0डी0 नम्बर, नमूना प्रकार और फिर संबंधित प्रयोग गाला रिपोर्टि (ट्रे) में रखा जाता है।</p> <p>अन्य प्रयोग गालाओं के लिए आउटसोर्स किये गये परीक्षणों के नमूने भेजे जाते हैं और विनिर्देशित लैब <b>original vials</b> की स्थिरता के आधार पर एकत्र नमूने का उपयुक्त तापमान बनाया जाता है जब तक सन्दर्भित लैब उस नमूने को प्राप्त न कर लें।</p> <p><b>प्राथमिक नमूनों को संभालने और परिवहन की प्रक्रिया:</b> सभी नमूनों को रोगी के नाम, नमूना पहचान संख्या, नमूना प्रकार और रोगी प्रकार यानी ओपी या आईपी के साथ लेबल किया जाता है। आईपी के मामले में विनिर्देशित वार्ड जहां से मरीज का नमूना एकत्र किया गया है, को भी लेबल में इंगित किया जाता है।</p> <p>बिना लेबल नमूना उस विनिर्देशित क्षेत्र में वापस आ जाता है जहाँ से इसे एकत्र किया गया है।</p> <p>ग्लास ट्यूब/Vacutainers नमूनों के हस्तान्तरण के लिए उपयोग किया जाता है। संग्रह के विनिर्देशित बिंदु से मुख्य प्रयोग गाला तक क्षेत्र, बंद कंटेनर में और नमूने परिवहन के अनुसार संग्रह बिंदु से आधे घंटे के भीतर परीक्षण की आवश्यकता परीक्षण प्रयोग गाला के लिए। रोगी के नमूनों को संभालने के लिए जिम्मेदार कर्मचारी डालता है।</p>	<p>प्रयोग गाला टैक्नीयन</p>	

द्वारा तैयार: विभाग	द्वारा अनुमोदित: नाम	जरी करने की तिथि	संस्करण सं0: 1.0
---------------------	----------------------	------------------	------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है और CMS/SIC/MS/MOIC की अनुमति के बिना अस्पताल परिसर से बाहर प्रकट नहीं किया जा सकता है।

क्रम 0स0	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकाड
8	अनुचित रूप से या अपूर्ण लेबल नमूना	यदि प्राथमिक नमूना है। Irreplaceable या critical है। Sample की प्रक्रिया भुरु कर दी जाती है किन्तु रिपोर्ट तब तक नहीं भेजी जाती है जब तक कि फिजिर्न आयन या काई अन्य व्यक्ति सैंपल इकटठा करने की जिम्मेदारी नहीं ले लेता है साथ ही में सैंपल से संबंधित और सूचनाओं की जानकारी।	
9	एकत्रित रक्त का जैव रसायन परीक्षण के लिए सादे भीर्न आयों में एकत्रित हुआ सीरम	खराब संकेत देने के लिए मैदानी भीर्न आयों के नमूने संरक्षण , Haemolysed नमूने, जिसका रक्त clot नहीं है। नमूना EDTA में एकत्रित साइट्रेट या ग्लूकोज की भीर्न ि।	
10	ग्लूकोज के लिए प्लाज्मा	रक्त भीर्न ि में एकत्र फ्लोराइड के अलावा अन्य	
11	Citrated Blood का एकत्रण Coagulation test के लिए	खून में हिमोलिसिस या थक्का गठन 20% से अधिक	
12	EDTA Blood	मात्रा में खून दिखना खून में हिमोलिसिस या थक्का गठन 20% से अधिक या कम मात्रा में खून दिखना	
	<p><b>प्राथमिक नमूने के प्रसंस्करण की प्रक्रिया:</b> नमूने 'प्रयोग' ाला में दि' ानिर्दे' ाों के अनुसार संसाधित किये जाते हैं संचालन मैनुअल' प्रयोग' ाला के लिए मौजूद है।</p> <p>कर्मचारी हर समय दस्ताने और प्रयोग' ाला कोट (एप्रन) पहनते हैं रोगी को संभलने और संसाधित करने के दौरान, उकरणों और सफाई decontaminating ।</p> <p><b>मूत्र:</b> यूरिन का नमूना फ्रे' ा होना चाहिए । खासतौर पर जब टेस्टिंग/परिवहन में अधिक समय लग रहा हो एवं सैंपल को फ्रीज में बैक्टीरिया से बचाव के लिए नमूना प्र' ातित होता है।</p> <p>नमूनों के लिए यूरिस्टिक्स/ मल्टीस्टिक्स स्ट्रिप्स का उपयोग करना। पायी गयी किसी भी असामानता की पुश्ठि पारंपरिक तरीकों से की जानी है यानी-ए।</p>		

<p>प्रोटीन-हीट एसिड टेस्ट आदि।</p> <p>24 घन्टे मूत्र के प्रोटीन के लिए वि" लेश निर्दे" रोगियों को दिये जाने चाहिए। एक कंटेनर है आव" यक निर्दे" ाँ के साथ रोगी को दिया गया। मरीज को यूरिन कलेव" न हेतु वि" लेश निर्दे" ानुसार बताया जाता है कि वह कंटेनर का प्रयोग सही तरीके से करें।</p> <p><b>मल:</b> ताजा नमूना बेहतर है।</p> <p>नियमित वि" लेशन में भौतिक, रासायनिक और सूक्ष्मद" ि परीक्षण भामिल है यानी रंग, संगति, रक्त या भलेश्म। यदि खून में पी0एच0 की उपस्थिति है तो सूक्ष्मद" ि परीक्षण द्वारा ओवा और सिस्ट की जॉच करनी चाहिए।</p> <p>वि" िष्ट मामलों में ova और अल्सर के लिए सूक्ष्म परीक्षण एकाग्रता तकनीकों द्वारा किया जाता है।</p>	
--	--

द्वारा तैयार: विभाग	द्वारा अनुमोदित: नाम	जरी करने की तिथि	संस्करण सं0: 1.0
---------------------	----------------------	------------------	------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है और CMS/SIC/MS/MOIC की अनुमति के बिना अस्पताल परिसर से बाहर प्रकट नहीं किया जा सकता है।

क्रम सं0	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
	<p>अनुपस्थिति की स्थिति में 3 दिन की अवधि की सिफारि"ा की जाती है:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>दिये गये निर्दे" ाँ के अनुसार नमूना प्राप्त करने के लिए एक बिन्दु सं0 1</li> <li>भारीरिक परीक्षण के लिए रंग, पी0एच0 फैक्टर, द्रवीकरण समय, विस्कोसिटी, भुक्काणु की मात्रा, गणना गति" िलता और आकारिकी का परीक्षण किया जाता है।</li> <li>बांझपन के मामले में फ़क्टोज का अनुमान लगाना।</li> </ul> <p><b>भारीर के तरल पदार्थ:-</b> फुफ़ुस, पेरिटोनियल, पेरिकार्डियल, सेरेब्रोस्पाइनल एफ0एल0यू0आई0डी0। यके कड़े संलिप्तता वाले सावधानियों के तहत, PLAIN में और साथ ही EDTA TUBES में ड्यूटी पर सलाहकार/चिकित्सा अधिकारी द्वारा एकत्र किया जाता है और तुरन्त लैब में भेज दिया जाता है</p>	प्रयोग" ाला तकनी" ियन	

	<p><b>परीक्षण दोहराएँ:-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● यदि डाक्टर को लगता है कि लैब रिपोर्ट मरीज द्वारा बताये गये लक्षणों, <b>clinical diagnosis</b> से मैच नहीं करती है तो वह का सैम्पल पुनः परीक्षण करेंगे।</li> <li>● यदि एच0आई0वी0 या अन्य संक्रामक बीमारियों के नमूने/सैपल पॉजिटिव हैं तो NACO के मानकोनुसार पुनः परीक्षण होगा।</li> </ul>	<p>प्रयोग” ाला तकनी” ायन</p>	
	<p><b>महत्वपूर्ण परिणामों की रिपोर्टिंग:-</b> यदि लैब टेस्ट में किसी परीक्षण की वैल्यू निर्धारित मानको से या तो बहुत अधिक या तो बहुत कम होती हे तो ऐसी स्थिति में सत्यापन की आव” यकता होती है।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● जब एक महत्वपूर्ण/critical परिणाम की पहचान की जाती है तो प्रयोग” ाला टेक्नोलॉजिस्ट फोन/इंटरकॉम के माध्यम से परीक्षण के 15 मिनट के भीतर/यथासंभव भीघ्नता से आदे” ा देने वाले चिकित्सक या उनके सहायक से संपर्क करता है।</li> <li>● उस मरीज के लिए जो अब अस्पताल या क्लिनिक में नहीं है तो प्रयोग” ाला तकनी” ायन आदे” ा देने वाले चिकित्सक या उनके सहायक से संपर्क करता है।</li> <li>● यदि आदे” ा देने वाला चिकित्सक या उनका सहायक 15 मिनट के भीतर नहीं पहुँचता है तो प्रयोग” ाला टेक्नोलॉजिस्ट अधिसूचना के आदे” ा का पालन करता है।</li> </ul> <p><b>अधिसूचना का क्रम:-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ऑन ड्यूटी पर चिकित्सक/स्टॉफ नर्स</li> <li>● जब कोई भर्ती मरीज द्वारा अपनी रिपोर्ट के बारे में स्टाफनर्स से बात की जाती हे तो “रीड बैक” विधि का पालन किया जाता है। व्यक्ति, महत्वपूर्ण परीक्षा परिणाम को स्वीकार करता है, रिकॉर्ड करता है और फिर महत्वपूर्ण परीक्षा परिणाम को वापस पढ़ता है, रिपोर्टर को उस समय परिणाम दिया जाता है।</li> <li>● एक आउट पे” ंट के मामले में परिणाम को उपलब्ध टेलीफोन या मोबाइल के माध्यम से सीधे रोगी के नम्बर पर सूचित किया जा सकता है।</li> <li>● किसी भी लागू संचार प्रणाली की विफलता के साथ क्रिटिकल परिणाम की हार्ड कापी ऑर्डर करने वाले चिकित्सक या उनके सहायक को दे दी जाती है। लैब टेक्नी” ायन उस व्यक्ति का नाम और अन्य दस्तावेज अपने पास लिखित में रखता है जिसे वह रिपोर्ट सौंप रहा होता है।</li> </ul>	<p>प्रयोग” ाला तकनी” ायन</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● परीक्षण के परिणाम</li> <li>● रिपोर्ट टाइप की जाती है।</li> <li>● रिपोर्ट की जाँच और हस्ताक्षर किये जाते हैं।</li> <li>● परिणाम प्रयोग" ाला रजिस्टर में दर्ज किये जाते हैं।</li> <li>● लैब टेक्नी" ायन मरीज के रिपोर्ट को रिकार्ड करता है और इसकी सहमति लैब से लेता है। उसके प" चात् प्रभारी/लैब टेक्नी" ायन निर्गित करता है वह रिपोर्ट उस मरीज को या उसके संबंधी चिकित्सक को-</li> <li>● रोगी/उपचार करने वाला चिकित्सक</li> </ul> <p><b>रिपोर्ट वितरण और संग्रह-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ओपीडी, आईपीडी और बाहरी नमूनों के अनुसार रिपोर्ट को अलग किया गया।</li> <li>● आईपीडी रिपोर्ट वार्डों को भेज दी गयी।</li> <li>● वार्ड में " रिपोर्ट प्राप्त" रजिस्टर में प्रविष्टि की जाती है।</li> <li>● रिपोर्ट की इन्ट्री वार्ड के उपस्थित रजिस्टर में की जाती है। रिपोर्ट के परिणाम जाँच रजिस्टर में मरीज के नाम के आगे अंकित कर दी जाती है।</li> </ul>	प्रयोग" ाला तकनी" ायन	
	<p><b>अभिकर्मकों की मान्यता:-</b> सभी दाग, अभिकर्मक, मीडिया, किट आदि जिनके लए उपयोग किया जाता है।</p>		

द्वारा तैयार: विभाग	द्वारा अनुमोदित: नाम	जरी करने की तिथि	संस्करण सं०: 1.0
---------------------	----------------------	------------------	------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है और CMS/SIC/MS/MOIC की अनुमति के बिना अस्पताल परिसर से बाहर प्रकट नहीं किया जा सकता है।

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
	<p>सैंपल के परीक्षण का मूल्यांकन तय की गयी वैल्यू के अनुसार वास्तविक परीक्षण से पूर्व करना चाहिए साथ ही प्रयोग हो रहे रिएजेंट्स का सत्यापन भी करना चाहिए।</p> <p>यदि मूल परिणामों से कोई विचलन सुधारात्मक पाया जाता है और सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है।</p>		
	<p><b>परीक्षा प्रक्रिया की मान्यता:-</b> तकनीकी रूप से परीक्षा प्रक्रिया की मान्यता और चिकित्सकीय रूप से योग्य, अच्छी तरह से प्र" ाक्षित पैथोलॉजिस्ट द्वारा किया जाता है।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● नमूनों के जाँच के लिए मरीजों के नमूने मैट्रिक्स के समान नियंत्रण सामग्री का उपयोग किया जाता है।</li> <li>● गुणवत्ता नियंत्रण तकनीकी का प्रयोग व्यवस्थित एवं आकस्मिक त्रुटियों को पहचानने के लिए किया जाता है। प्रतिदिन QC सामग्री के 2 स्तरों के साथ रोगियों के नमूने के प्रत्येक बैच का विभिन्न मापदण्डों के लिए वि" लेशन किया जाता है। QC मूल्यों को दैनिक रूप से प्रलेखित किया जाता है। नियंत्रण चार्ट को प्रतिदिन बनाये रखा जाता है ताकि वि" लेशणात्मक मापन प्रणालियों की स्थिरता की जाँच की जा सकें।</li> <li>● उनके वैकल्पिक तरीकों का उपयोग सटीकता को सत्यापित करने के लिए भी किया जाता है। (परीक्षणों के परिणाम जिनके लिए नियंत्रण और अ" ाकन सामग्री उपलब्ध नहीं है)।</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● लैब में जो जॉब परिणाम आ रहे हैं उनका सत्यापन लैब कर्मचारी करते हैं।</li> </ul>		
	<p><b>परीक्षण के परिणामों के सत्यापन के लिए प्रक्रिया:-</b> परीक्षण निम्नलिखित के आधार पर किया जाता है-</p> <p><b>क-</b> किसी भी नयी किट का सत्यापन आन्तरिक गुणवत्ता नियंत्रण द्वारा किया जाता है।</p> <p><b>ख-</b> दैनिक आंतरिक QC</p> <p><b>ग-</b> बाहरी गुणवत्ता नियंत्रण भागीदारी कार्यक्रम।</p> <p><b>घ-</b> प्रयोग” ाला की सभी प्रक्रियाएं और पैथोलॉजिस्ट/माइक्रोबायोलॉजिस्ट द्वारा सहमति एवं निगरानी होनी चाहिए।</p> <p>परीक्षण के परिणामों की नैदानिक उपयोगिता पर इनपुट सलाहकारों से प्राप्त किये जाते हैं और उनका वि” लेशन किया जाता है।</p>		
	<p><b>परिणामों की गुणवत्ता को सत्यापित करने के लिए आंतरिक गुणवत्ता नियंत्रण प्रणाली की प्रक्रिया:-</b> <b>आंतरिक गुणवत्ता नियंत्रण:-</b> एक पर्याप्त परीक्षण मेनू रोगियों की आव” यकता के अनुसार गुणवत्ता के संचालन के लिए तैयार किया जाता है। उपयुक्त निर्दे” ा और प्री” ाक्षण दिया जाता है।</p>		

द्वारा तैयार: विभाग	द्वारा अनुमोदित: नाम	जरी करने की तिथि	संस्करण सं०: 1.0
---------------------	----------------------	------------------	------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है और CMS/SIC/MS/MOIC की अनुमति के बिना अस्पताल परिसर से बाहर प्रकट नहीं किया जा सकता है।

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
----------	---------	------------	---------------------------



तकनीकी कर्मचारी द्वारा रोगी के नमूने संग्रह और परख प्रणाली के लिए:-

- Phlebotomy कु" लता से किया जाता है बिना रोगी की असुविधा के।
- वि" लेशणात्मक प्रक्रियाओं को उचित माध्यम के साथ अपनाया जाता है।
- मानक प्रोटोकॉल के अनुसार सभी जैव रासायनिक परीक्षण नियमानुसार आयोजित किये जाते हैं।
- लैब प्रभारी परीक्षण के परिणाम को त्रैमासिक मूल्यांकन करता है।
- समग्र गुणवत्ता नियंत्रण परीक्षण प्रयोग" ाला का एक नामित व्यक्ति इसके लिए जिम्मेदार है।
- समग्र गुणवत्ता नियंत्रण हेतु वह स्वयं कार्य करेगा और उसके पास आव" यक उपाय करने के लिए पर्याप्त अधिकार है। समग्र गुणवत्ता नियंत्रण परीक्षण के दौरान खोजे गये किसी भी दोष को सही किया जाता है।
- प्रत्येक परीक्षण नमूने के साथ नियंत्रण रखना एक हिस्सा है जैसे ग्रपिंग और आर0एच0 करना। अभिकर्मक नियंत्रण परीक्षण प्रत्येक प्लेट में लगाये जाते हैं।
- Sterility of blood या उसके तत्व भी गुणवत्ता नियंत्रण का भाग है।

निर्माण एजेन्सी द्वारा तय किये गये मानकों के अनुसार गुणवत्ता नियंत्रण मानकों के दृष्टिकोण से व्यवहारिकता में जो गलतियाँ आ रही हैं वो संकेत करती हैं उपकरण, प्लास्टिक बैग, एण्टी कोगोलुएन्टस, ब्रीडिंग सेट और सूर्यो की जीवाणुना" न प्रक्रिया के साथ। प्रयोग" ाला में सख्त सावधानी बरतनी चाहिए जिस समय रक्तदाता और (फेब्लोटॉमी क्षेत्र की सफाई के समय)।

**सेल काउंटर्स के नियंत्रण के लिए आंतरिक गुणवत्ता द्वारा**

**Replicate टेस्ट:** द्वारा निर्धारित की जायेगी जिससे जो टेस्ट किये जा रहे हैं (रेप्लीकेट) वो उसी समान रहें जैसे स्वचालित सेल काउन्टर में रहते हैं।

**प्रक्रिया में मामूली अंतर नीचे दिये गये हैं:-**

वि" लेशक के लिए नियंत्रण स्थिर है और वही श्रृंखला एक वर्ष के लिए उपलब्ध है। लक्ष्य का निर्धारण कंट्रोल लगाने के भुरुआत के 20 दिन बाद किया जाता है।

1. वि" लेशण पर लक्ष्य मूल्य निर्धारित किया जाता है।
2. वर्तमान बैच के समाप्त होने से पहले अगले लॉट के लिए लक्ष्य मूल्य 20 दिन पहले निर्धारित किया जाता है।
3. निर्धारित मूल्य निर्माता द्वारा प्रदान किया जाता है। अनुभव से पता चला है कि निर्माता और वास्तविक लक्ष्य द्वारा निर्दिष्ट मूल्य प्रोथ्रोम्बिन बीच का अंतर समय (पीटी) और सक्रिय आं" ाक के लिए मूल्य थ्रोम्बोप्लस्टिन समय (APTT) प्रत्येक से 5% से अधिक भिन्न नहीं होता है। यदि निर्दिष्ट निर्माता के बीच कोई अंतर मूल्य और वास्तविक लक्ष्य मूल्य द्वारा निर्धारित प्रयोग" ाला में 5% से अधिक भिन्नता पायी गयी तो उस उपकरण का recalibration होगा।

**हेमटोलॉजी काउंटर्स पर मरीजों के नमूने पर परीक्षण को दोहराये:-**

	<p>एक रैण्डम नमूना प्रतिदिन सुबह की पाली में लिया जाता है और भाम की पाली में एक और एक प्रत्येक वि" लेशक पर चलाया जाता है। टी0एल0सी0, एच0बी0, एफआईसीटी0सी, एमसीवी और प्लेटलेट्स के मानों और मूल्यों में अंतर तालिका में दर्ज किये गये हैं।</p> <p>यदि प्रतिकृति के बीच का अंतर +2SD/-2SD है तो यह सुझाव देता है कि मूल्यों में से एक नियंत्रण से बाहर है तथा एक और नमूने के परीक्षण को दोहराया जाता है। यदि अंतर सही है तो यह 2SD से नीचे ही रहता है और तब आगे की कार्यवाही की आव" यकता नहीं है। यदि अंतर अंतर +2SD/-2SD से अधिक है तो इसकी पैथोलॉजिस्ट से चर्चा की जाती है।</p> <p>प्रत्येक दिन परिणाम तकनीक" ायन प्रभारी द्वारा हस्ताक्षरित होते हैं। यदि कोई त्रुटि बनी रहती है तो उसे पैथोलॉजिस्ट के ध्यान में लाया जाता है।</p>		
	<p><b>बाहरी गुणवत्ता आ"वासन कार्यक्रम के लिए प्रक्रिया:-</b>  <b>बाहरी गुणवत्ता नियंत्रण:-</b> इसका अर्थ है कि एक प्रणाली जहाँ प्रयोग" ाला अभिकर्मकों द्वारा और तकनीकों का एक सेट तैयार करती है। जिसके परिणाम एक अनुमोदित संदर्भ प्रयोग" ाला द्वारा उत्पादित तुलना हेतु किये जाते हैं। आंतरिक गुणवत्ता नियंत्रण और बाहरी गुणवत्ता नियंत्रण दोनों ही नियमित प्रयोग" ाला के कार्य पर यथोचित नियंत्रण रखते हैं जिसमें उपकरणों, तकनीकों, अभिकर्मकों और कर्मचारियों को सम्मिलित किया जाता है।</p> <p>लैब सुधारात्मक और निवारक कार्यवाही के लिए नियंत्रण परीक्षणों की रिपोर्ट और Z स्कोर भेजता है और प्राप्त रिपोर्ट का वि" लेशन करता है।</p>		

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
	<p><b>जाँच किए गये नमूनों के भण्डारण के लिए प्रणाली हेतु एक प्रक्रिया को स्थापित करना और बनाये रखना है (जाँच पूरी होने के बाद नमूनों को संरक्षित करना।) यदि रोगी/परिचारक द्वारा अनुरोध किया गया हो तो पुनरावृत्ति परीक्षण पूरा करने के लिए। यह प्रक्रिया उन सभी नमूनों पर लागू होती है जो प्रयोग" ाला में प्राप्त होते हैं।</b></p> <p><b>A. नमूनों की संग्रहण अवधि की जाँच:-</b> नमूना कमरे के तापमान पर रखा जा सकता है यदि उसका परीक्षण 02 घण्टे के भीतर होता है। यदि परीक्षण का अपेक्षित समय इससे परे है तो इसे 2-8 डिग्री सेन्टीग्रेट पर संरक्षित किया जाता है और लागू होने वाले वि" ाश्ट परीक्षणों की आव" यकता का अनुपालन करता है।</p> <p><b>B. परीक्षण किये गये नमूने की संग्रहण अवधि की परीक्षा:-</b>  पुनः परीक्षण के लिए संग्रहीत नमूनों की जाँच की जाती है</p>		

	<p>और/या निर्दिष्ट के रूप में एक न्यूनतम अवधि के लिए अतिरिक्त परीक्षण की जाती है जो नीचे दिये गये हैं—</p> <p><b>क्लिनिकल बायोकेमिस्ट्री:</b>— न्यूनतम 2-8 डिग्री सेन्टीग्रेट पर एक दिन तक के लिए।</p> <p><b>रक्तविज्ञान: पूर्ण रक्त गणना:</b>— न्यूनतम एक दिन में 2-8 डिग्री सेन्टीग्रेट पर।</p> <p><b>क्लिनिकल पैथोलॉजी:</b>— “जब तक परिणाम मान्य न हो”</p> <p><b>C. जो टेस्ट पुनः किये जाते हैं वह यह सत्यापित करते हैं कि संग्रहण की स्थिति, नम्बर प्रणाली, एवं भण्डारण की खराब होने की स्थिति।</b></p> <p><b>पुनः परीक्षा के लिए आवृत्ति निम्नानुसार है:</b></p> <p><b>बायोकेमिस्ट्री:</b>— महीने में एक बार पॉच एनालिटिक्स के सैंपल</p> <p><b>हेमटोलॉजी:</b>— पुनः परीक्षण को संग्रहीत के लिए मासिक रूप से किया जाता है।</p> <p><b>नमूना स्वीकार्यता मानदण्ड:</b>— दो परिणामों के बीच का अंतर 15% तक मान्य है।</p>		
	<p><b>D. रेफरल प्रयोग”गालाओं द्वारा जॉच की प्रक्रिया:</b>— नमूनों की प्राप्ति, उन्हें आउटसोर्स किये जाने वाले चाप अलग किया गया और एक आम संग्रह क्षेत्र में भेजा गया और रेफरल लैब में प्रवे” किया गया। रजिस्टर के आधार पर नमूने अलग किये गये जॉच। परीक्षणों के लिए नमूने दूसरे को आउटसोर्स किये गये प्रयोग” गालाओं को मूल भी”ियों के आधार पर भेजा जाता है। निर्धारित करने के लिए वि”लेशन की स्थिरता और नमूना है जब तक उपयुक्त तापमान पर बनाये रखा जाये रेफरल प्रयोग” गाला। यदि नमूने बाहर भेजे जाते हैं तो लैब तकनी”ियन उपलब्ध होने पर रिपोर्ट दर्ज करता है। रोगी के विवरण से संबंधित रेफरल प्रयोग” गालाओं में पैथालॉजिस्ट या लैब तकनी”ियन द्वारा किया जाता है।</p>		
	<p><b>E. स्टॉक बनाये रखना और निगरानी करना:</b>— वस्तुओं के लिए स्टॉक रजिस्टर रखा जायेगा ओर स्टॉक में जहाँ भी आव”यक होगा वहाँ पर पुनः आदे” बनाया जायेगा और आव”यक वस्तुओं की सूची इंडेन्ट के माध्यम से प्र”ासनिक विभाग को बताई जाती है।</p>		
	<p><b>टूटने के रखरखाव के लिए प्रक्रिया: उपकरण रखरखाव के लिए नीति:</b>— निवारक रखरखाव कार्यक्रम निर्माताओं की सिफारिसों/इतिहास कार्ड की समीक्षा के आधार पर तैयार किया जाता है। निवारक रखरखाव रिकार्ड के अनुसार किया जाता है। संबंधित इंजीनियर रखरखाव गतिविधियों का नियमित रूप से जॉचता है। रखरखाव के पूरा होने के बाद (चाहे निवारक या टूटना) उपयोगकर्ता विभाग से ठीक रिपोर्ट ली गयी है। किये गये सभी निवारक रखरखाव कार्य प्रत्येक <a href="#">उपकरण/डिवाइस</a> के लिए बनाये गये इतिहास कार्ड में दर्ज किये जाते हैं।</p> <p><b>ब्रेकडाउन रखरखाव:</b>— किसी उपकरण या उपकरण के टूटने की सूचना लैब को दी जाती है। एचओडी/प्रभारी रखरखाव/मरम्मत की आव”यकता रखरखाव रिकार्ड में दर्ज किये जाते हैं। किये गये सभी निवारक रखरखाव कार्य प्रत्येक <a href="#">उपकरण/डिवाइस</a> के लिए बनाये गये इतिहास कार्ड में दर्ज किये जाते हैं। एएमसी में दिये गये <a href="#">उपकरण/उपकरण</a> (वार्षिक रखरखाव अनुबंध) रखरखाव के लिए ए0एम0सी0 कंपनी को दिये जाते हैं। निगरानी उददे”यों के लिए कंपनी से विफलता/ब्रेकडाउन की रिपोर्ट ली जाती है।</p>		<p>निवारक रखरखाव अनुसूची/अभिलेख टूट-फूट रजिस्टर/रखरखाव रिकार्ड कायत रजिस्टर</p>
	<p><b>उपकरणों के अ”ाकन के लिए प्रक्रिया:</b>— सभी मेडिकल</p>		<p>ब्रेकडाउन</p>

इलेक्ट्रॉनिक्स उपकरण/उपकरण की एक सूची अ" ांकन की आव" यकता वाले उपकरणों का उपयोग प्रदान किये गये प्रारूप में आव" यकता अनुसार किया जाना है।	रिलिफ/रजिस्टर का इतिहास कार्ड सूची
---	------------------------------------

द्वारा तैयार: विभाग	द्वारा अनुमोदित: नाम	जरी करने की तिथि	संस्करण सं०: 1.0
---------------------	----------------------	------------------	------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है और CMS/SIC/MS/MOIC की अनुमति के बिना अस्पताल परिसर से बाहर प्रकट नहीं किया जा सकता है।

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज/रिकार्ड
	<p>नाम, प्रकार, क्रम संख्या, स्थान, लागू अ" ांकन आव" यकताओं, किये गये अ" ांकन की तारीख और अ" ांकन के कारण माप उपकरणों को सूचीबद्ध करें। अ" ांकन की स्थिति लगातार अपडेट की जाती है।</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>फाइल में अ" ांन रिकार्ड बनाकर रखा जाता है।</li> <li>उपकरण में वर्तमान और अगले अ" ांकन की तारीखों को प्रदर्शित किया जाता है।</li> <li>त्रिस्तरीय नियंत्रण द्वारा अ" ांकन की जाँच की जाती है। यदि नियंत्रण फेल हो जाता है तो निर्धारित मूल्यों एवं स्थितियों से और ये फर्म के प्रतिनिधि, परामर्शदाता, हिमेटोलॉजी के जानकारों में लाया जाता है जिसे रिकार्ड में लिखित रूप में रखा जाता है।</li> <li>कैलिब्रेशन वरिष्ठ तकनीकी कर्मचारियों और सलाहकार द्वारा हस्ताक्षरित है।</li> </ul> <p>जहाँ अस्पताल परिसर में अ" ांकन करने के लिए आव" यक सुविधाओं और सहायता के साथ कैलिब्रेशन एजेंसी की आव" यकता होती है। ऐसे उपकरण जिन्हें किसी बाहरी स्थान पर कैलिब्रेट किया जाना है, उन्हें एकत्र कर चिन्हित अ" ांकन एजेंसी को भेज दिया जाता है। जब भी अ" ांकन किया जाता है तो निम्नलिखित की जाँच की जाती है—</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>साधन/परीक्षण उपकरण की भौतिक स्थिति।</li> <li>अ" ांकन रिपोर्ट सत्यापन</li> <li>अ" ांकन से प्राप्त किया जाने वाला अ" ांकन प्रमाणपत्र एजेंसी और सत्यापन के बाद OK/Not OK.</li> </ol> <p>अ" ांकन स्टिकर का चिपकाना।</p> <p>कैलिब्रेशन का इतिहास प्रारूपित और कैलिब्रेशन प्रमाणपत्रों का उपयोग करके बनाये रखा जाता है। उपकरण का उपयोग करने के लिए उनकी सटीकता और फिटनेस को बनाए रखने के लिए अच्छी तरह से बनाये रखा गया है।</p> <p>यदि उपकरण प्रयोग हेतु अ" ांकन (calibration) होने लायक नहीं है या फिट नहीं है तो उसे बाहर ले लिया जाता है। तब उस उपकरण की मरम्मत हेतु आव" यकताओं को चिन्हित कर calibration प्रक्रिया पूरी की जाती है।</p> <p>ममले में एक उपकरण त्रुटि के साथ पाया जाता है। इस उपकरण द्वारा पहले से ही जाँच की गयी सामग्री को संगरोधित किया जाता है। इस उपकरण को अन्य उपकरणों के साथ फिर से जाँचा जाता है जो इसके पुनः अ" ांन के बाद क्रम में है।</p> <p>उपकरणों का उपयोग करने वाले व्यक्तियों को Do's जैसे पहलुओं पर प्रशिक्षित किया जाता है, Don'ts, हैंडलिंग, भण्डारण, सुरक्षा, निवारक रखरखाव आव" यकता पड़ने पर मामूली मरम्मत। प्रशिक्षण के</p>		साधन की आव" यकता होती है अ" ांकन कैलिब्रेशन कॅटिया अ" ांकन रिपोर्ट

	<p>रिकॉर्ड बनाये जाते हैं। मरम्मत के बाद प्राप्त होने पर दोषपूर्ण उपकरणों को पुनः कैलिब्रेट किया जाता है।</p>		
	<p><b>दस्तावेज नियंत्रण की प्रक्रिया:</b> गुणवत्ता नियंत्रण, अंश, गणना, मंजूरी रखरखाव, कर्मचारियों के प्रशिक्षण और प्रवीणता से संबंधित दस्तावेजों को विभाग द्वारा अच्छी तरह से बनाये रखा जाता है और गुणवत्ता सुधार समिति द्वारा समय-समय पर समीक्षा की जाती है।</p> <p><b>अभिकर्मकों, दागों, मीडिया और किट आदि के परिणामों के सत्यापन की प्रक्रिया:</b>— गुणवत्ता नियंत्रण सुनिश्चित करने और विनियमित करने के लिए साधन प्रदान करता है। प्रक्रियाओं, अभिकर्मकों, उपकरणों और उत्पादों की गुणवत्ता और यह निर्धारित करने के लिए कि क्या वे निर्दिष्ट सीमा के भीतर आते हैं। संदर्भ सामग्री, उपभोज्य, अभिकर्मकों और विशेषण-आत्मक प्रणालियों को समायोजन या छेड़छाड़ से सुरक्षित किया जाता है जो परीक्षण के परिणामों को अमान्य कर सकते हैं।</p>		
	<p><b>हितधारकों से प्राप्त शिकायतों और अन्य प्रतिक्रिया के समाधान के लिए प्रक्रिया:</b>— उद्देश्य के लिए एक प्रक्रिया को स्थापित करना और बनाये रखना है। मरीजों की शिकायत और उनकी प्रतिक्रिया को संभालना। प्रक्रिया प्रयोगशाला में प्राप्त सभी शिकायतों पर लागू होती है। मरीज लैब कामकाज के बारे में प्रतिक्रिया फार्म के माध्यम से या सीधे शिकायत कर सकता है। ये संबंधित हो सकते हैं—</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● परीक्षण के परिणाम</li> <li>● कर्मचारियों का व्यवहार</li> <li>● रिपोर्ट में देरी</li> <li>● परिणाम अन्य प्रयोगशालाओं के साथ नहीं मिलते हैं।</li> <li>● <b>Clinical.</b> नतीजे उपचार एवं मरीज के अनुसार नहीं हैं।</li> <li>● लैब की सफाई।</li> <li>● कोई अन्य मुद्दा सभी शिकायतों को गंभीरता से लिया जाता है और ग्राहक को तुरन्त संतुष्ट करने के लिए कार्यवाही की जाती है। इसके बाद यह सुनिश्चित करने के लिए कार्यवाही की जाती है कि ऐसी शिकायत दोहराई न जायें।</li> </ul> <p>भिन्नता के केस में जिस दिन परीक्षण लिया गया है उसी दिन उसी सुधारात्मक प्रक्रिया सत्यापन कर पूरी की जायें।</p>		
	<p>यदि यह ठीक है तो रोगी को इसके बारे में बताया जाता है। हालांकि, उसका/उसकी संतुष्टि के लिए परीक्षण दोहराया जाता है, यदि आवश्यक हो।</p> <p>कुछ मामलों में नमूना परिणाम की तुलना में क्रॉस संदर्भ के लिए भेजा जाता है। रेफरल लैब (NABL से मान्यता प्राप्त)।</p> <p>व्यवहार संबंधी शिकायतों के मामले में संबंधित कर्मचारियों के साथ समस्या पर चर्चा की जाती है। (उन्हें प्रशिक्षित किया जाता है) भविष्य में विनम्र और भालीनता के बारे में।</p> <p><b>देरी के लिए:</b>— समय पर सभी रिपोर्ट देने का प्रयास किया जाता है, हालांकि हमारे नियंत्रण से परे कारणों के कारण देरी हो सकती है। ऐसे मामलों में यदि रोगी पूछता है और यदि सम्भव हो तो रिपोर्ट रोगी या उनके चिकित्सक को दी जाती है। इस प्रकार रोगी की रिपोर्ट के संग्रह के लिए फिर से आने की आवश्यकता नहीं है। रोगी की प्रतिक्रिया का विशेषण किया जाता है और वह बिंदु जिसके लिए रेटिंग कम है, इसे सुधारने के लिए कार्यवाही शुरू की गयी है।</p>		

द्वारा तैयार: विभाग	द्वारा अनुमोदित: नाम	जरी करने की तिथि	संस्करण सं०: 1.0
---------------------	----------------------	------------------	------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है और CMS/SIC/MS/MOIC की अनुमति के बिना अस्पताल परिसर से बाहर प्रकट नहीं किया जा सकता है।

क्रम सं०	गतिविधि	जिम्मेदारी	संदर्भ दस्तावेज / रिकार्ड
4.2	<b>संक्रमण नियंत्रण:</b> — अस्पताल में संक्रमण नियंत्रण उपायों का पालन किया जायेगा।		
A	<b>कर्मचारी स्वास्थ्य योजना:</b> — कर्मचारियों से रोगी में संक्रमण के प्रसार को नियंत्रित करने या कर्मचारियों को व्यवसायिक खतरों से बचाने के लिए कर्मचारियों की वार्षिक चिकित्सा जाँच की जानी चाहिए और सभी सदस्यों को आव” यक टीकाकरण प्रदान किया जाता है।	अस्पताल संक्रमण नियंत्रण समिति	
B	<b>हाथ की स्वच्छता:</b> — सभी रोगी देखभाल क्षेत्रों में पर्याप्त हाथ धोने की सुविधा उपलब्ध होनी चाहिए। कोहनी संचालित नल और वॉ” बेसिन और साबुन सेवा प्रदाता के कमरे और रोगी देखभाल क्षेत्रों में उपलब्ध हैं। यदि पानी की सुविधा उपलब्ध नहीं है तो एल्कोहल रब की व्यवस्था की जाती है। स्कब एरिया में एल्बो/फुट ऑपरेटेड वॉटर टैप होना चाहिए।	ड्यूटी डाक्टर पर स्टाफनर्स और सभी पैरामेडिक साथ ही घर स्टाफ रखना में शामिल रोगी की देखभाल।	
C	<b>एसेप्टिक तकनीक:</b> — एसेप्टिक तकनीकों का सख्ती से पालन किया जाता है।	एल०ए० ओ०टी०१ / सी०	
D	<b>दूषित पदार्थों और उपकरणों का अलगाव:</b> — मिश्रण से बचने के लिए लिनन, थूक कप, बैडपैन, उपकरण और बायोमेडिकल कचरे के दूषित टुकड़ें अलग से रखे जाते हैं।	प्रयोग” ाला	
E	<b>कीटाणु”ोधन:</b> — उपकरण और फर्नीचर ब्लिचिंग पाउडर का घोल के साथ किया जाता है। दिन में कम से कम एक बार या आव” यकतानुसार।	गृह व्यवस्था कर्मचारी या सामान्य ड्यूटी अटेन्डेन्ट	
F	<b>इन्फेक्”ान प्रिवेन्”ान अभ्यास:</b> — कु” ाल CSSD अस्पताल के सभी उपयोगकर्ताओं के लिए ठीक से निष्फल लेखों की आपूर्ति सुनिश्चित करता है। Unsterile आइटम अलग से संग्रहीत किये जाते हैं।	वार्ड 1 / सी या सीएमएसडी 1 एन-प्रभारी	
G	<b>गुड हाउसकीपिंग:</b> — ओटी, दीवारों, फ” र्, टेबल और फिक्स्चर की सफाई बतायी गयी मानकों के अनुसार की जाती है। पूर्व निर्धारित अंतराल पर एक कार्यक्रम के अनुसार और उपयुक्त कीटाणुना” ाक के उपयोग की जोरदार वकालत की जाती है। (प्रक्रिया 20, अस्पताल के हाउसकीपिंग और सामान्य प्र” ासन प्रबन्धन) बीएमडब्ल्यू प्रबंधन और हैंडलिंग नियम के अनुसार , बायोमेडिकल कचरा एकत्र, अलग, परिवहन, संग्रहीत और निपटान किया जाता है। 1989. ( प्रक्रिया 24, अस्पताल अपर्” ाश्ट प्रबन्धन )	गृह व्यवस्था कर्मचारी	गृह व्यवस्था सूची की जाँच करें। बायोमेडिकल वेस्ट मैनेजमेन्ट हैंडलिंग रूल्स 2016

प्रलेखन और इसकी पहुँच निम्नानुसार है:—

क्रम सं०	रिकार्ड का नाम	रिकार्ड का रूप	कार्मिक को बनाए रखना / नियंत्रण	एक्सेस मोड	जिसकी पहुँच है

			करने वाला प्राधिकारी		
1.	मरीजों के रिकार्ड की रिपोर्ट	कम्प्यूटरीकृत/हार्डकापी	आईटी हेड	Password	IT Personal in computerized Lab
2.	प्रक्रिया गुणवत्ता मैनुअल	हार्डकापी और साफ्टकापी	मैनेजर और पर्यवेक्षक	निः" जुल्क	All technician
3.	मानक संचालन प्रक्रिया	हार्डकापी और साफ्टकापी	मैनेजर और पर्यवेक्षक	निः" जुल्क	All technician
4.	QC डेटा	हार्डकापी और साफ्टकापी	मैनेजर और पर्यवेक्षक	वर्जित पहुँच	Quality Manager, Sr. Lab technician and pathologist
5.	गुणवत्ता लेखा परीक्षा और रिपोर्ट	हार्डकापी और साफ्टकापी	मैनेजर और पर्यवेक्षक	वर्जित पहुँच	Quality Manager, Sr. Lab technician and pathologist
6.	हिस्टोपैथोलॉजी और साइटोलॉजी रिपोर्ट	हार्डकापी और साफ्टकापी	तकनीकी" टायन	निः" जुल्क	All lab technologists and IT Executive who work in the lab
7.	मरीजों का परीक्षण अपेक्षित है।	हार्डकापी और साफ्टकापी	आईटी कार्यकारी	निः" जुल्क	All technician and pathologist
8.	आउटसोर्स परीक्षण रिपोर्ट प्रतियाँ	हार्डकापी	टैक्नोलॉजिस्ट	निः" जुल्क	All technician and pathologist
9.	मरीजों के मूल्य का अवलोकन रिकार्ड परीक्षण	हार्डकापी और साफ्टकापी	All technician	निः" जुल्क	All technician
10.	अ" गैकन रिपोर्ट	हार्डकापी	All technician	निः" जुल्क	All technician
11.	साधन मैनुअल	हार्डकापी	All technician	निः" जुल्क	All technician
12.	आउटसोर्सिंग के लिए लैब के साथ समझौता ज्ञापन टेस्ट	हार्डकापी		वर्जित	SIC/CMS

### 5.रिकार्ड:

क्रम सं०	रिकार्ड
1.	संग्रह रजिस्टर (आईपी/ओपी)
2.	जैव रसायन रजिस्टर
3.	हेमटोलॉजी रजिस्टर
4.	वि" श टेस्ट रजिस्टर

### 6.प्रक्रिया दक्षता मानदण्ड:-

क्रम सं०	गतिविधि	प्रक्रिया दक्षता मानदण्ड	बे" चमार्क / मानक / लक्ष्य
1.	नियमित परीक्षण	बदलाव का समय	
2.	उपयोग	प्रति इनडोर में किया गया लैब टेस्ट मरीज	
3.	आपातकालीन परीक्षण	बदलाव का समय	
4.	प्रवीणता	बाहरी सत्यापन में जेड स्कोर	

### 7. सन्दर्भ दस्तावेज:-जैव चिकित्सा अपा" श्ट (प्रबन्धन और हैण्डलिंग) नियम, 1998

**ISO 15189:2007**— मेडिकल लैबोरेट्रीज की वि" श आव" यकताएं और अच्छे नैदानिक प्रयोग" ाला अभ्यास के लिए गुणवत्ता दि" ानिर्दे" ां के लिए— आईसीएमआर।

मलेरिया की प्रयोग" ाला निदान के लिए गुणवत्ता आ" वासन पर मैनुअल—हेमटोलॉजी के लिए मानक संचालन प्रक्रियाओं के लिए NVBDCP

Guidelines for Standard Operating Procedures for Haematology- WHO

द्वारा तैयार: विभाग	द्वारा अनुमोदित: नाम	जरी करने की तिथि	संस्करण सं0: 1.0
---------------------	----------------------	------------------	------------------

यह दस्तावेज गोपनीय है और CMS/SIC/MS/MOIC की अनुमति के बिना अस्पताल परिसर से बाहर प्रकट नहीं किया जा सकता है।