



**वैदेशिक रोजगारमा जाने कामदारको स्वास्थ्य परीक्षण गर्ने स्वास्थ्य संस्था सूचीकरण,
नविकरण तथा अनुगमन सम्बन्धी कार्यविधि, २०७२ मा
संशोधन भएको सूचना:**

वैदेशिक रोजगार नियमावली, २०६४ को नियम ४६ बमोजिम गठित विशेषज्ञ समितिको मिति २०८२।०२।२३ मा विशेषज्ञ समूहसहित बसेको बैठकबाट भएको निर्णय बमोजिम माननिय मन्त्रीस्तरको मिति २०८२।०२।२३ को निर्णयानुसार वैदेशिक रोजगारमा जाने कामदारको स्वास्थ्य परीक्षण गर्ने संस्था सूचीकरण, नविकरण तथा अनुगमन सम्बन्धी कार्यविधि, २०७२ को दफा ११छ. र अनुसूची-१ मा देहाय बमोजिम संशोधन भएको व्यहोरा सबैको जानकारीका लागि यो सूचना प्रकाशन गरिएको छ:-

देहाय:

(क) **दफा ११छ. स्वास्थ्य परीक्षणमा गरिने परीक्षणहरूको सूची सम्बन्धी व्यवस्था:-**

वैदेशिक रोजगारमा जाने कामदारको स्वीकृत प्राप्त स्वास्थ्य संस्थाबाट देहाय बमोजिमको परीक्षणहरू गर्नुपर्नेछ:-

1. Detailed history and physical examination with self-disclosure/disclaimer as per the doctor's recommendation according to the requirement by destination country.
 - a. Past medical history:
 - i. Diabetes mellitus
 - ii. Hypertension
 - iii. Pulmonary Tuberculosis
 - iv. Heart Diseases
 - v. Kidney Diseases
 - vi. Respiratory Diseases
 - vii. Peptic Ulcer Diseases
 - viii. Epilepsy
 - ix. Cancer/ Malignancy
 - b. Surgical History:
 - c. Drug History:
 - d. Socio-cultural History:
 - e. Family history:
2. Compulsory Laboratory Tests for all Destination Countries:
 - a. HB %, TLC, DLC, Platelets, ESR
(If chest x-ray and Mantoux test positive, conduct Sputum AFB & Gene Expert ,
and then refer to the National TB program)
 - b. Tuberculosis Work Up:
 - i. Chest X-ray PA View

- ii. Mantoux Test
 - c. Renal Function Test:
 - i. Serum Urea
 - ii. Serum Creatinine
 - d. Serum Electrolytes:
 - i. Sodium
 - ii. Potassium
 - e. Liver Function Test:
 - i. AST/ SGOT
 - ii. ALT/ SGPT
 - iii. Total Serum Bilirubin
 - iv. Direct Bilirubin
 - f. HIV I and II:
 - g. Anti-HCV:
 - h. HbSAg:
 - i. TPHA/ VDRL:
 - j. Random Blood Sugar:
 - k. HbA1C:
 - l. ECG:
 - m. USG of Abdomen and Pelvis:
 - n. Blood Grouping: ABO/ Rh
 - o. Urinalysis/ Urine RE/ME:
 - p. Malarial Parasite:
 - q. Filariasis:
 - r. Lipid Profile Test for candidates above age 35 years or if clinically observed.
 - s. Thyroid Function Test: T3, T4, TSH
- 3. Destination Country wise Required Tests:
 Medical tests for GCC, Saudi Arabia, Malaysia, UAE and European countries will be conducted as per the specific requirements of each destination countries. The accredited medical centers will carry out all the required tests and procedures. Charges will be applicable as per the rates fixed by the only the Government of Nepal.
 (Urine for cannabis, Opiates, Metamphetamine and Cocaine for Malaysia only however mandatory for the Pilot for all the countries)
- 4. Occupational Diseases and Respective Tests for those diseases: As per the recommendation of physician/doctor only.
 - a. Respiratory Diseases:
 - i. Occupational Asthma
 - ii. Emphysema
 - b. Skin Diseases:
 - i. Occupational Dermatitis
 - ii. Contact Dermatitis
 - c. Musculoskeletal Disorders:



- i. Carpal Tunnel Syndrome
 - ii. Tendonitis or Tenosynovitis
 - d. Infectious Diseases:
 - i. Hepatitis B and C
 - ii. Tuberculosis
 - iii. HIV/ AIDS
 - e. Other Occupational Diseases:
- 5. Risk Age Group Wise Diseases: As per the recommendation of physician/doctor only.
 - a. Arthritis
 - b. Diabetes
 - c. Heart Diseases
 - d. Cancer
- 6. Pregnancy Tests for Reproductive Age Group- Female:
- 7. As per the occupational risk or based on the recommendation of physician/doctor.
 - a. PFT
 - b. Audiogram
 - c. EEG
 - d. Urine for cannabis, Opiates, Metamphetamine and Cocaine as per doctor's recommendation.
- 8. Apart from those listed above based on the history, clinical findings and recommendations of the examining physician, further tests may be required which can be done on basis of the need and outsourcing as applicable).



(ख) अनुसूची-१

अनुसूची-१

दफा ३ को उपदफा (४) को खण्ड (ट), उपदफा (५) र दफा ६ को उपदफा (२)

सँग सम्बन्धित

नेपाल सरकार

श्रम, रोजगार तथा सामाजिक सुरक्षा मन्त्रालय

विशेषज्ञ समितिको सचिवालय

वैदेशिक रोजगारमा जाने कामदारको स्वास्थ्य परीक्षण गर्न सूचिकृत स्वास्थ्य संस्थाको अनुगमन निरीक्षण फाराम
अनुगमन गरिने संस्थाको नाम र ठेगाना:

अनुगमन मिति:

संस्थाको सञ्चालक/प्रमुखको नाम:

संस्थाको रजिष्ट्रेशन नं. :

फोन नम्बर र मोबाइल नं. :

मन्त्रालयमा दर्ता गराएको निवेदन दर्ता नं. :

मिति:

क्र. सं.	विवरण	परिणाम	भए/नभएको	सञ्चालनमा रहे/नरहेको	कैफियत
A.	Radiology Department				
1.	X-ray Machine (500 MA with computerized Radiography/ Digital Radiography	1			
2.	safety Management for x-ray radiation	1			
3.	X-ray reporting room, sufficient waiting room				
4.	Ultrasound Machine With color Doppler For USG Abdomen/Pelvis	1			
B.	Pathology Department				
	Name list of Pathology Equipment				
1.	Microscope	1 set			
2.	Fully Automatic Elisa/ Chemiluminescence immunoassay (CLIA)	1 Set			
3.	Biochemistry Analyzer: Fully Automatic	1 Set			
4.	Hematology Analyzer: Fully Automatic	1 Set			
5.	Na+/K+ Machine	1 Set			
6.	Urine Analyzer/ other methods	1 Set			
7.	Incubator	1 Set			

8.	Digital Balance	1 Set			
9.	Centrifuge	1 Set			
10.	Hot Air Oven	1 Set			
11.	Autoclave	1 Set			
12.	Refrigerator	1 Set			
13.	Water Bath	1 Set			
14.	Computer with Printer	1 Set			
15.	Micropipettes (Variable)	6 Piece			
16.	Micropipettes (Fixed)	6 Piece			
17.	HPLC Analyzer	1 Set			
18.	VDRL Shaker				
C. Chemicals and Reagents					
Name list of test and chemicals and reagents for					
1.	HBsAg ELISA/CLIA				
2.	HIV ELISA/ CLIA				
3.	HCV ELISA/CLIA				
4.	Malaria (PBS/ Kit)				
5.	Pregnancy Test Kit				
6.	Blood grouping				
7.	Blood Glucose				
8.	Kidney Function Test (KFT)				
9.	Liver Function Test (LFT)				
10.	TPHA				
11.	CBC				
12.	HbA1C				
13.	Other necessary chemicals, reagents, calibrator, control and other consumables.				
14.				
D. Human Resource Management					
Name list of Staffs					
1.	Radiologist (Full Time/ Part Time)	1			
2.	Pathologist (Full Time/ Part Time)	1			
3.	Medical Lab Technician (Full Time)	1			
4.	Medical Lab Technologist (Full Time)	1			
5.	MBBS (Full Time)	1			
6.	MDGP (Full Time/ Part Time)/ MD Internal Medicine (Full Time/ Part Time)	1			
7.	Radiographer	1			
8.	Administrator	1			
9.	Accountant	1			
10.	Receptionist	1			
11.	Computer Operator/ biometric Operator	1			



	12.	Medical Record Keeper	1			
	13.	Office Assistant	1			
	14.	Helper/Cleaner	1			
E.	Infrastructure and Physical Facility					
	1.	Lobby and sufficient waiting place				
	2.	Documentation and Record Keeping				
	3.	Service Desk				
	4.	Doctors examination room with necessary equipment				
	5.	Separate room for collecting blood sample				
	6.	Administrative room with appropriate furniture				
	7.	Generator 15 kva / Online UPS				
	8.	Personal identification Technology				
F.	Physical Examination Room					
	1.	ECG	1			
	2.	Snell Test Chart	1			
	3.	BP Set	1			
	4.	Tongue Depressor	1			
	5.	Stethoscope	1			
	6.	Diagnostic Set Including Otoscope/ Ophthalmoscope	1			
	7.	Thermometer	1			
	8.	Height/Weight Measurement	1			
	9.	X-ray View Box	1			
	10.	Measuring Tape	1			
	11.	Medical Hammer	1			
	12.				
	13.				

- PFT, EEG, Audiogram or other applicable tests outsourcing as per the requirement.

प्रयोगशालामा अनिवार्यरूपमा देहाय बमोजिमको अद्यावधिक अभिलेख दुरुस्त राख्नुपर्नेछः-

- परीक्षण सम्बन्धी SOP,
- Internal Quality Control Assessment (IQA) को अभिलेख,
- External Quality Control Assessment (EQA) को अभिलेख,
- Reagent खरिद गरेको अभिलेख,
- रेफ्रिजरेटरको दैनिक तापक्रम मापन गरेको अभिलेख,
- मेसिनरी औजार मर्मत सम्भार गरेको अभिलेख,
- मेसिनरी औजार खरिद गरेको अभिलेख,
- मेसिनरी औजार संस्थाको स्वामित्वमा रहेको प्रमाण,



- वैदेशिक रोजगारीमा जाने कामदारको स्वास्थ्य परीक्षण गरिएको अभिलेख रिपोर्ट ।

(G) सरसफाई, लेआउट, अभिलेखको व्यवस्थापन र अनिवार्य कानूनी प्रक्रियाको अवलम्बन सम्बन्धमा:

१. वैदेशिक रोजगारमा गएको कामदारको स्वास्थ्य परीक्षण गरेको विवरणको अभिलेख,
२. लेखा सम्बन्धी अभिलेख दुरुस्त भए/नभएको,
३. स्वास्थ्य संस्थाको ठाउँसारी सम्बन्धित निकायबाट स्वीकृति लिई ठाउँसारी गरेकोमा ।

(H) स्वास्थ्य परीक्षण अभिलेख सम्बन्धमा:

(क) महिला श्रमिकको पाठेघरको मुखको क्यान्सर रोकथाम सम्बन्धी निर्देशिका, २०७९ अनुसार Screening गरेको विवरणको अभिलेख प्रतिवेदन अनिवार्य रुपमा राख्नुपर्नेछ ।

अनुगमन निरीक्षण टोलीको विवरण:

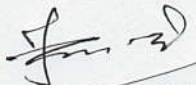
क्र. सं.	नाम:	हस्ताक्षर:
१.		
२.		
३.		
४.		
५.		
६.		

सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिनिधि:

नाम:

दस्तखत:

मिति:


२०८२/०२/२५