

## निरीक्षण प्रतिवेदन

|     |  |               |  |                      |                                   |                                  |
|-----|--|---------------|--|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1.  | हॉस्पिटल / क्लीनिक / डिस्पेंसरी,<br>पैथॉलाजिकल प्रयोगशाला / रक्त बैंक का नाम | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 2.  | निरीक्षण दिनांक  | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 3.  | निरीक्षणकर्ता का नाम   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 4.  | निरीक्षण के समय उपस्थित संस्था के प्रतिनिधि                                  | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 5.  | संचालक / पार्टनर का नाम पता  | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 6.  | संस्थापक के पत्राचार का पूरा पता   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 7.  | दूरभाष, फ़ैक्स, ई-मेल अन्य   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 8.  | संस्थान / पार्टनर का स्थाई पता   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 9.  | संस्थान प्रारम्भ तिथि  | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 10. | शासकीय / अर्ध शासकीय / प्राइवेट / अन्य                                       | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 11. | अस्पताल / संस्थान की लागत  | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 12. | स्थापना वर्ष   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 13. | प्राधिकार हेतु आवेदन की स्थिति<br><b>आवेदित</b> / अनावेदित वैधता तिथि        | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 14. | प्राधिकार / प्राधिकार नवीनीकरण की वैधता तिथि                                 | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 15. | प्राधिकार / प्राधिकार नवीनीकरण की शुल्क<br>(राजपत्र के अनुसार)               | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 16. | सशुल्क विवरण   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 17. | स्थापित उपचार विधि   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 18. | उपचार किये जाने वाले मरीजों की संख्या<br>प्रतिदिन / प्रतिमाह                 | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 19. | अस्पताल की बिस्तर संख्या   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 20. | जल उपभोग / उपयोग प्रतिदिन / प्रतिमाह   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 21. | जल प्राप्ति का स्रोत   | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 22. | दूषित जल उपचार व्यवस्था  | :             |  |                      |                                   |                                  |
| 23. | जीव चिकित्सा अपशिष्ट का विवरण  | :             |  |                      |                                   |                                  |
|     | 1. अपशिष्ट के जनन के स्रोत<br>(वार्ड विवरण सहित)                             |               |  |                      |                                   |                                  |
|     | 2. अपशिष्ट की श्रेणी   |               | पीला, लाल, सफेद, नीला  |                      |                                   |                                  |
|     | 3. कुल जीव चिकित्सा अपशिष्ट की मात्रा  |               | पीला श्रेणी  |                      |                                   |                                  |
|     |  |               | लाल श्रेणी   |                      |                                   |                                  |
|     |  |               | सफेद श्रेणी  |                      |                                   |                                  |
|     |  |               | नीला श्रेणी  |                      |                                   |                                  |
|     | <b>अपशिष्ट के प्रकार</b>   |               |  |                      |                                   |                                  |
|     | <b>क्र.</b>  | <b>श्रेणी</b> | <b>विवरण</b>   | <b>निशान<br/>(√)</b> | <b>जनित<br/>मात्रा<br/>(लगभग)</b> | <b>उपचार एवं निपटान व्यवस्था</b> |
|     | 1.   | Yellow        | <b>(a) Human Anatomical waste :</b><br>Human Tissues, organs, body parts |                      |                                   |                                  |

|    |     |  |  |  |  |
|----|-----|--|--|--|--|
|    |     | and fetus below the viability period (as per the Medical Termination of Pregnancy Act 1971, amended from time to time) Body oart, Organs   |  |  |  |
|    |     | <b>(b) Animal Anatomical Waste:</b> Experimental animal carcasses, body parts, organs, tissues, including the waste generated from animals used in experiments or testing in veterinary hospitals or colleges or animal houses.  |  |  |  |
|    |     | <b>(c) Soiled Waste :</b> Items contaminated with blood, body fluids like dressings, plaster casts, cotton swabs and bags containing residual or discarded blood and blood components.   |  |  |  |
|    |     | <b>(d) Expired or Discarded Medicines :</b> Pharmaceutical antibiotics, cytotoxic drugs including all items contaminated with cytotoxic drugs along with glass or plastic ampoules, vials etc.   |  |  |  |
|    |     | <b>(e) Chemical Waste :</b> Chemicals used in production of biological and used or discarded disinfectants.  |  |  |  |
|    |     | <b>(f) Chemical Liquid Waste :</b> Liquid waste generated due to use of chemicals in production of biological and used or discarded disinfectants, Silver X-ray film developing liquid, discarded Formalin, infected secretions, aspirated body fluids, liquid from alboratories and floor washings, cleaning, house keeeping and disinfecting activities etc. |  |  |  |
|    |     | (g) Discarded linen, mattresses, beddings contaminated with blood or body fluid.   |  |  |  |
|    |     | <b>(h) Microbiology, Biotechnology and other clinical laboratory waste :</b> Blood bags, Laboratory cultures, stocks or specimens of micro organisms, live or attenuated vaccines, human and animal cell cultures used in research industrial laboratories, production of biological, residual toxins, dishes and devices used for cultures.                   |  |  |  |
| 2. | Red | <b>Contaminated Waste (Recyclable) :</b> Wastes generated from disposable items such as tubing, bottles, intravenous tubes and sets, catheters, urine bags, syringes (without needles and fixed needle syringes) and vaccutainers with their needles cut)and gloves.   |  |  |  |

|     |  |                        |   |  |  |   |
|-----|--|------------------------|---|--|--|---|
|     | 3.   | White<br>(Translucent) | <b>Waste sharps including metals :</b><br>Needles, syringes with fixed needles, needles from needle tip cutter or urner, scalpels, blades, or any other contaminated sharp object that may cause puncture and cuts. this includes oth used, discarded and contaminated metal sharps |  |  |   |
|     | 4.   | Blue                   | <b>(a) Glassware :</b> Broken or discarded and contaminated glass including medicine vials and ampoules except those contaminated with cytotoxic wastes.<br><br><b>(b) Metallic Body implants</b>   |  |  |   |
| 24  | अपशिष्टों का पृथक्कीकरण (अनुसूची 2, नियम के तहत)(कम्पोजीसन ऑफ वेस्ट) |                        | :   |  |  |   |
| 25. | क्या वेस्ट मेनेजमेंट व्यवस्था की व्यवहारिकता उपलब्ध है               |                        | :   |  |  |   |
|     | 1. संग्रहण   |                        |   |  |  |   |
|     | 2. पृथक्कीकरण  |                        |   |  |  |   |
|     | 3. भंडारण  |                        |   |  |  |   |
|     | 4. परिवहन  |                        |   |  |  |   |
|     | 5. उपचार   |                        |   |  |  |   |
|     | 6. निपटान  |                        |   |  |  |   |
| 26  | अन्य गतिविधियों की जानकारी   |                        | :   |  |  | — |

उक्त तथ्यों के परिपेक्ष्य में संस्था को सशर्त **प्राधिकार/नवीनीकरण** किये जाने की अनुशंसा की जाती है।

निरीक्षणकर्ता का हस्ताक्षर