



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा
टेकु, काठमाण्डौ ।



आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
Logistics Management Information System (LMIS)

मासिक प्रतिवेदन फाराम

स्टोर मौज्दात तथा निकास विवरण (खर्च भएर जाने सामान)

प्रदेश: जिल्ला:.....

स्थानीय तहको नाम:

संस्थाको नाम:

आ.ब.

कृन महिनाको प्रतिवेदन हो गोलो (O) चिन्ह लगाउनुहोस् ।

१. बैशाख
३. असार
५. भदौ
७. कात्तिक
९. पुष
११. फागुन

२. जेठ
४. साउन
६. असोज
८. मंसिर
१०. माघ
१२. चैत्र

प्रतिवेदन पठाएको मिति : साल २०, महिना गते

स्थानीय तहले मात्र प्रयोग गर्ने

प्राप्त मिति : साल २०, महिना गते

परिमार्जन २०७८/७९

एकीकृत मौज्दात तथा निकास विवरण प्रतिवेदन फाराम सम्बन्धी सामान्य निर्देशन

१. यो प्रतिवेदन फाराम सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट मासिक वा वर्षमा बाह्र पटक (महिना समाप्त भएको ७ गतेभित्र) तयार गरी स्थानीय तहमा पठाउनुपर्छ ।
२. सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त एल.एम.आई.एस. फाराम स्थानीय तहले कम्प्यूटरमा १५ गते भित्र प्रविष्ट (Data Entry) गरी सक्नु पर्नेछ ।
३. प्रतिवेदन फाराममा प्रत्येक पानाको दुई/दुई प्रति छ तसर्थ सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूले यो प्रतिवेदन तयार गर्न कार्वन पेपर राखी प्रत्येक पानाको २/२ प्रति तयार गर्नुपर्छ ।
४. सबै स्वास्थ्य संस्थाहरूले प्रतिवेदन तयार गरी पठाउनु अघि प्रतिवेदनमा भर्नुपर्ने विवरण स्पष्टसँग भरिएको छ छैन, सबै सामानहरूको मौज्दात तथा निकास विवरण स्पष्ट, तथ्य छ छैन रुजु गरी पठाउनु पर्छ ।
५. महल ७ मा स्वीकृत मौज्दात (Authorized Stock Level) भन्नेमा आफ्नो स्वास्थ्य संस्थाको अधिकतम मौज्दातको परिमाण लेख्नु पर्छ । यो परिमाण पनि तपाईंको जिन्सी खातापानाको शिरमा उल्लेख गरिएको हुन्छ ।
६. महल ८ मा आकस्मिक माग परिमाण (Emergency Order Point) भन्नेमा आफ्नो स्वास्थ्य संस्थाको निर्धारित न्यूनतम मौज्दात परिमाण लेख्नु पर्छ । यो महलमा लेखिने परिमाण तपाईंको जिन्सी खातापानाको शिरमा उल्लेख गरिएको हुन्छ ।
७. स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रतिवेदन फारामहरू प्राप्त भएपछि प्रतिवेदन फारामको महल नं. ९ माग गर्नुपर्ने परिमाणमा उल्लेख गरिएको परिमाण स्वास्थ्य कार्यालय/स्थानिय तहले सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाहरूमा उपलब्ध गराउनु पर्दछ ।
८. कैफियतको “६ महिना भित्र म्याद गुज्रने परिमाण” महलमा आफ्नो स्वास्थ्य संस्थामा भएका औषधि/साधनहरूमध्ये त्यस महिनामा ६ महिना भित्र म्याद गुज्रने सामग्री छ भने उक्त औषधि/साधनको परिमाण उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
९. आफ्नो संस्थामा प्रयोग नहुने (आवश्यक नभएका) सामग्रीहरूमा N/A लेख्नु पर्दछ भने प्रयोग हुने तर परिमाण नभएको सामग्रीहरूमा शून्य (0) अंक राख्नु पर्दछ ।
१०. ASL भन्दा बढी भएका औषधिहरू समयमा नै माथिल्लो निकायमा जानकारी गराउने ।

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा

स्वास्थ्य संस्थाहरूको स्टोर मौज्जात तथा निकास सम्बन्धी मासिक प्रतिवेदन
(खर्च भएर जाने)

बिवरण पठाउने : स्वास्थ्य संस्थाको नाम : प्रदेश:, जिल्ला : स्थानीय तहको नाम.....
चलानी नं. : प्रतिवेदन पठाएको/चलान गरेको मिति : २०.....।.....।.....

आ.व. साल को महिनाको यस कार्यालय स्टोरको एकीकृत मासिक सप्लाई प्रतिवेदन निम्नबमोजिम भएको व्यहोरा अनुरोध छ ।

संकेत नम्बर		सामानको नाम	इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नभिल्ले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग बिन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
परिवार योजना कार्यक्रम (Family Planning Program)												
10010000	1	Condom कण्डम	Piece गोटा									
10050000	2	Depo (DMPA-Injectable) डिपो (डिएमपिए/इन्जेक्टेबल)	Vial भायल									
10020000	3	Pills पिल्स	Cycle साइकल									
10031000	4	IUD CuT 380A आई.यु.डी. कपर टी ३८० ए	Set सेट									
10040000	5	Implant (5 years effectiveness) इम्प्लान्ट (५ इयर इफेक्टिभनेस)	Set सेट									
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immunization Program)												
20010000	1	B.C.G. 20 Dose बी.सी.जी. २० डोज	Vial भायल									
20020000	2	DPT - Hep B - Hib (Pentavalent) 10 Dose डी.पी.टी. (हेप बी - हिब (पेन्टाभ्यालेन्ट) १० डोज	Vial भायल									
20070000	3	Japanese Encephalitis 5 Dose जापानीज इन्सेफलाइटिस ५ डोज	Vial भायल									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग विन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्रने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
20040000	4	Measles Rubella 10 Dose मिजल्स रुबेला १० डोज	Vial भायल									
20060006	5	Bivalent Oral Polio Vaccine type 1 & 3 (bOPV) 10 Dose बाइभालेन्ट ओरल पोलियो भ्याक्सीन टाइप १ र ३ १० डोज	Vial भायल									
88123526	6	PCV 10 - 4 Dose पिसिभि १०-४ डोज	Vial भायल									
88123487	7	Fractional Inactivated Polio Vaccine (fIPV) 5 Dose (0.1ml) फ्र्याक्सनल इनएक्टिभेटेड पोलियो भ्याक्सीन (एफ.आइ.पि.भि). ५ डोज (०.१ मि.ली.)	Vial भायल									
20060001	8	Td Vaccine 10 Dose टिडी भ्याक्सीन १० डोज	Vial भायल									
88899950	9	Rota Virus Vaccine रोटा भाइरस भ्याक्सीन	Vial भायल									
89201776	10	Typhoid Conjugate Vaccine (TCV) 5 dose टाइफाइड कन्जुगेट भ्याक्सीन ५ डोज	Vial भायल									
20060030	11	HPV -2 Dose एचपिभी २ डोज	Vial भायल									
सिरिञ्ज तथा अन्य सामग्री (Syringe & Accessories)												
50031600	1	Reconstitution Syringe 2 ml घोलक सिरिञ्ज : २ मि.ली.	Piece गोटा									
50031000	2	Reconstitution Syringe 5 ml घोलक सिरिञ्ज : ५ मि.ली.	Piece गोटा									
88899942	3	AD Syringe: 0.1 ml सिरिञ्ज : ०.१ मि.ली.	Piece गोटा									
50031200	4	AD Syringe: 0.05 ml सिरिञ्ज : ०.०५ मि.ली.	Piece गोटा									
50031300	5	AD Syringe: 0.5 ml सिरिञ्ज : ०.५ मि.ली.	Piece गोटा									
89201571	6	AD Syringe: 0.3 ml सिरिञ्ज : ०.३ मि.ली.	Piece गोटा									
50040101	7	Disposable Syringe 1ml डिस्पोजेबल सिरिञ्ज १ मि.ली.	Piece गोटा									
55666005	8	Disposable Syringe 3 ml डिस्पोजेबल सिरिञ्ज ३ मि.ली.	Piece गोटा									
81111116	9	Insulin Syringe 1ml इन्सुलिन सिरिञ्ज १ मि.ली.	Piece गोटा									
50050101	10	Safety Box 5 Ltr. सेफ्टी बक्स ५ लिटर	Piece गोटा									
अन्य खोपहरु (Other Vaccines)												
20190000	1	Polyvalent Anti-Snake Venom पोलिभ्यालेन्ट एन्टिस्नेक भेनम	Vial भायल									
20140000	2	Anti-Rabies Vaccine (Tissue Culture) एन्टि रेबिज भ्याक्सिन (टिस्यु कल्चर)	Vial भायल									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम	इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग बिन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
		१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
बौलो । कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रम (Malaria/Kalaazar Control Program)											
35270000	1	RDT Pv-Pf Test Kit आर डि टि पिभि पिफ टिस्ट किट	Kit किट								
35061069	2	Chloroquine 150 mg Tab क्लोरोक्वीन १५० मि.ग्रा. ट्याब.	Tablet ट्याबलेट								
35251069	3	Primaquine 7.5 mg Tab प्रिमाक्विन ७.५ मि.ग्रा. ट्याब.	Tablet ट्याबलेट								
80050005	4	Quinine Dihydrochloride 300 mg क्वीनिन डाइहाइड्रोक्लोराइड ३०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट								
80050004	5	Quinine Dihydrochloride 300 mg/ml (2 ml) क्वीनिन डाइहाइड्रोक्लोराइड ३०० मि.ग्रा./मि.लि.(२ मि.लि.)	Ampule एम्पुल								
35261101	6	Artemether 20 mg + Lumefantrine 120 mg, 6 DT Per blister अर्टिमिथर २० मि.ग्रा.+ लूमिफ्यान्ट्रिन १२० मि.ग्रा., ६ डिटी प्रति ब्रिस्टर	Strip स्ट्रिप								
35261102	7	Artemether 20 mg + Lumefantrine 120 mg, 12 DT Per blister अर्टिमिथर २० मि.ग्रा.+ लूमिफ्यान्ट्रिन १२० मि.ग्रा., १२ डिटी प्रति ब्रिस्टर	Strip स्ट्रिप								
35261103	8	Artemether 20 mg + Lumefantrine 120 mg, 18 Tab. Per blister अर्टिमिथर २० मि.ग्रा.+ लूमिफ्यान्ट्रिन १२० मि.ग्रा., १८ डिटी प्रति ब्रिस्टर	Strip स्ट्रिप								
35261104	9	Artemether 20mg + Lumefantrine 120mg, 24 tab. Per blister अर्टिमिथर २० मि.ग्रा.+ लूमिफ्यान्ट्रिन १२० मि.ग्रा., २४ डिटी प्रति ब्रिस्टर	Strip स्ट्रिप								
35261105	10	Artemether 80mg/ml, Injection अर्टिमिथर ८० मि.ग्रा./मि.लि. इन्जेक्सन	Ampule एम्पुल								
35261106	11	Artesunate 60mg, Injection अर्टिमिथर ६० मि.ग्रा./मि.लि. इन्जेक्सन	Vial भायल								
30010000	12	Miltefosine 50 mg मिल्टेफोसिन ५० एम जी	Capsule क्याप्सुल								
88123608	13	Liposomal Amphotericin B 50 mg Inj. लाइपोजोमल एम्फोटेरिसिन बी ५० एम जी इन्जेक्सन	Vial भायल								
35061098	14	G6PD Test Kit जी६पीडी टेस्ट किट	Piece गोटा								
35066234	15	Diethylcarbamazine Citrate 100 mg (DEC) Tablet डाइइथाइलकार्बामाजीन सिट्रेट	Tablet ट्याबलेट								
80044058	16	Dengue Test Kit डेङ्गु टेस्ट किट	Kit set किट सेट								
80051001	17	rk 39 Test Kit (Kalaazar) आरके ३९ टेस्ट किट (कालाज्वर)	Kit set किट सेट								
35061141	18	Scrub Typhus Test Kit स्क्रब टाइपस टेस्ट किट	Kit set किट सेट								
समूदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकिकृत व्यवस्थापन (IMNCI Program)											
35090135	1	Oral Rehydration Salts Powder पुनर्जलीय भोल	Packet प्याकेट								
88774412	2	Zinc Sulphate 10 mg जिंक सल्फेट १० मि.ग्रा. ट्याब.	Tablet ट्याबलेट								

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग बिन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
80050007	3	Zinc Sulphate 20 mg जिंक सल्फेट २० मि.ग्रा. ट्याब.	Tablet ट्याबलेट									
32686001	4	Chlorhexidine Gel 4% क्लोरहेक्साडिन जेल ४% (नाभिमा लगाउने मलम)	Tube ट्युब									
33061062	5	Gentamicin Inj. 80 mg/2ml जेन्टासाइसिन इन्जे. ८० मि.ग्रा. /२ मि.ली.	Vial भायल									
80050050	6	Amoxicillin drop 100 mg/1ml एमोक्सिसिलिन ड्रप १०० मि.ग्रा. /मि.ली.	Bottle बोतल									
पोषण कार्यक्रम (Nutrition Program)												
80050008	1	Albendazole 400 mg, Chewable अल्बेण्डाजोल ४०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35011071	2	Ferrous Sulphate 60mg + Folic Acid Tab 0.4 mg फेरस सल्फेट ६० मि.ग्रा. फोलिक एसिड ०.४ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35066230	3	Retinol (Vitamin A) 200,000 I.U. Cap. रेटिनल (भिटाविन ए) २००,००० आइ.यु. क्याप्सुल	Capsule क्याप्सुल									
89202305	4	Retinol (Vitamin A) 50,000 I.U. Cap. रेटिनल (भिटाविन ए) ५०,००० आइ.यु. क्याप्सुल	Capsule क्याप्सुल									
305066237	5	Fortified Flour 3 kg फोर्टिफाइड फोलांर ३ के जी	Packet प्याकेट									
35066233	6	RUTF आर यु टि एफ	Packet प्याकेट									
35066235	7	MNP (Baal Vita) एम एन पी (बाल भीटा)	Sachet स्याचेट									
35066601	8	F-75 एफ ७५	Sachet स्याचेट									
35066602	9	F-100 एफ १००	Sachet स्याचेट									
35066603	10	ReSoMal 42 gm रेसोमल ४२ ग्राम	Sachet स्याचेट									
कृच्छरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Leprosy Control Program)												
35100064	1	MB Combi Adult एमबि कम्बि एडल्ट	Strip स्ट्रिप									
35110064	2	MB Combi Child एमबि कम्बि चाइल्ड	Strip स्ट्रिप									
35120064	3	PB Combi Adult पिबि कम्बि एडल्ट	Strip स्ट्रिप									
35130064	4	PB Combi Child पिबि कम्बि चाइल्ड	Strip स्ट्रिप									
क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control Program)												
80050019	1	(HR) (Child) Isoniazid 50 mg + Rifampicin 75 mg (एचआर)(चाइल्ड) आईसोनीयाजिड ५०+रिफाम्पिसिन ७५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागबिन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम	इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मिक माग बिन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
		१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
35302065	2	(HR) Isoniazid 75 mg+ Rifampicin 150 mg (एचआर) आईसोनीयाजिड ७५+ रिफाम्पिसिन १५० मि.ग्रा.	Tablet								
80050026	3	(HRE) Isoniazid 75 mg+Rifampicin 150 mg+Ethambutol 275 mg (एचआरई)आईसोनीयाजिड ७५+ रिफाम्पिसिन १५०+इथामब्युटोल २७५	Tablet								
80050029	4	(HRZ)(Child)Isoniazid30mg+Rifampicin60mg+Pyrazinamide150mg (एचआरजेड)आईसोनीयाजिड ३०+ रिफाम्पिसिन ६०+ पाइराजीनामाईड १५०	Tablet								
80050025	5	(HRZE)Isoniazid75+Rifampicin150+Pyrazinamide400+Ethambutol275 (एचआरजेड)आईसोनीयाजिड ७५+ रिफाम्पिसिन १५०+पाइराजीनामाईड ४००+इथामब्युटोल २७५	Tablet								
30060101	6	Ethambutol 100 mg इथामब्युटोल १०० मि.ग्रा.	Tablet								
30060102	7	Ethambutol 400 mg इथामब्युटोल ४०० मि.ग्रा.	Tablet								
35161065	8	Isoniazid 100 mg आईसोनीयाजिड १०० मि.ग्रा.	Tablet								
35161066	9	Isoniazid 300 mg आईसोनीयाजिड ३०० मि.ग्रा.	Tablet								
30060108	10	Pyrazinamide 400 mg पाइराजीनामाईड ४०० मि.ग्रा.	Tablet								
30070101	11	Rifampicin 150 mg रिफाम्पिसिन १५० मि.ग्रा.	Capsule								
30070102	12	Rifampicin 450 mg रिफाम्पिसिन ४५० मि.ग्रा.	Capsule								
33301065	13	Streptomycin 1 gm स्ट्रेप्टोमाइसिन १ ग्राम	Vial								
मल्लम, किम र ड्रप (Ointment, Cream and Drop)											
32666001	1	Benzoic Acid+Salicylic Acid Ointment (6%+3%) 30gm बेन्जोईक एसिड+सालिसाइलिक एसिड(६%+३%)३०ग्राम	Tube								
32676001	2	Acyclovir Ointment, 5 gm असाइक्लोभिर मल्लम, ५ ग्राम	Tube								
32031161	3	Chloramphenicol Eye Applicap 1% क्लोराम्फेनिकल आई एप्लीक्याप १%	Applicap								
80050009	4	Clotrimazole Cream 1% क्लोट्रिमाजोल क्रिम १%	Tube								
89200622	5	Oxymetazoline Nasal Drop 0.025%, 10ml अक्सिमेटाजोलिन नजल ड्रप ०.०२५%, १० मि.लि.	Phial								
80050125	6	Oxymetazoline Nasal Drop 0.05%, 10ml अक्सिमेटाजोलिन नजल ड्रप ०.०५, १० मि.लि.	Phial								
32716001	7	Oxymetazoline Nasal Drop 0.1%, 5ml अक्सिमेटाजोलिन नजल ड्रप ०.१%, ५ मि.लि.	Phial								
881225556	8	Permethrin Lotion 1% परमिथ्रिन लोसन १%	Bottle								
88123672	9	Permethrin Cream 5% w/v परमिथ्रिन क्रिम ५% डब्लू/भी	Bottle								

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मिक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम	इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग बिन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
		१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
इन्जेक्सन्स (Injections)											
33020101	1 Adrenaline Inj. 1:1000 एड्रिनालिन १:१००० इन्जेक्सन	Ampule एम्पुल									
33013404	2 Ampicillin Injection 250mg एम्पिसिलिन इन्जेक्सन २५० मि.ग्रा.	Vial भायल									
33030201	3 Ampicillin Injection 500mg एम्पिसिलिन इन्जेक्सन ५०० मि.ग्रा.	Vial भायल									
33023133	4 Atropine Sulphate 1mg/ml (Atropine 0.6 mg/1ml) एट्रोपिन सल्फेट १ मि.ग्रा./मि.ली (एट्रोपिन ०.६ मि.ग्रा./१ मि.ली.)	Ampule एम्पुल									
80050100	5 Ceftriaxone Injection 250mg सेफ्ट्रीयाजोन इन्जेक्सन २५० मि.ग्रा.	Vial भायल									
80050101	6 Ceftriaxone Injection 500mg सेफ्ट्रीयाजोन इन्जेक्सन ५०० मि.ग्रा.	Vial भायल									
33050201	7 Ceftriaxone Injection 1gm सेफ्ट्रीयाजोन इन्जेक्सन १ ग्राम	Vial भायल									
33050301	8 Ciprofloxacin Infusion 200mg/100ml सिप्रोफ्लोक्सासिन इन्फ्युजन २०० मि.ग्रा./१०० मि.लि.	Bottle बोतल									
33013141	9 Dexamethasone Inj. 4mg/ml, 2ml डेक्सामेथाजोन इन्जेक्सन ४ मि.ग्रा./मि.ली, २ एमएल	Ampule एम्पुल									
33023190	10 Diazepam 2ml, 5mg/ml Inj. डाईजिपाम २ मि.ली., ५ मि.ग्रा./मि.ली इन्जे.	Ampule एम्पुल									
33060101	11 Diclofenace Inj. 25mg/ml, 3ml डिक्लोफेनाक २५मि.ग्रा./मि.लि., ३ मि.लि.	Ampule एम्पुल									
33012120	12 Furosemide 2ml, 10 mg/ml फुरोसेमाइड २ मि.ली., १० मि.ग्रा./मि.ली.	Ampule एम्पुल									
33070201	13 Hydrocortisone Powder for Injection 100mg/Vial with WFI हाइड्रोकोर्टिसन पाउडर फर इन्जेक्सन १०० मि.ग्रा./भायल वीथ डब्ल्यूएफआइ	Vial भायल									
33080101	14 Hyoscine butylbromide 20mg/ml Inj. हायोसिन व्युटायलब्रोमाइड २० मि.ग्रा./मि.लि. इन्जेक्सन	Ampule एम्पुल									
80050056	15 Lignocaine 1% ml Inj. with Adrenaline लिग्नोकेन १% मि.ली. इन्जेक्सन वीथ एड्रिनालिन	Vial भायल									
88556633	16 Lignocaine 2% ml Inj. With Adrenaline लिग्नोकेन २% मि.ली. इन्जेक्सन वीथ एड्रिनालिन	Vial भायल									
31071012	17 Lignocaine 2% ml Inj. लिग्नोकेन २% मि.ली. इन्जेक्सन	Vial भायल									
80050015	18 Magnesium Sulphate Inj. 1gm/2ml (50% w/v) म्याग्नेसियम सल्फेट इनजेक्सन १ ग्राम/२ मि.ली	Ampule एम्पुल									
33082132	19 Metoclopramide 5mg/ml Inj. (2ml) मेटोक्लोप्रोपामाइड ५ मि.ग्रा./मि.ली. इन्जे. (२ मि.ली.)	Ampule एम्पुल									
33090301	20 Metronidazole Infusion 500mg/100ml मेट्रोनिडाजोल इन्फ्युजन ५०० मि.ग्रा./१०० मि.लि.	Bottle बोतल									
33021180	21 Oxytocin 10 IU/ml अक्सीटोसीन १० आईयू/मि.ली.	Ampule एम्पुल									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नभिल्ले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग विन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
33025874	22	Oxytocin 5 IU/ml अक्सीटोसीन ५ आईयू /मि.ली.	Ampule एम्पुल									
80050016	23	Paracetamol Inj. 150 mg/ml पारासिटामोल इन्जे. १५० मि.ग्रा./मि.ली.	Ampule एम्पुल									
33040030	24	Pheniramine Maleate 2 ml. (22.75 mg/ml Inj.) फेनीरामाइन मिलिएट २ मि.ली.,(२२.७५ मि.ग्रा./मि.ली.इन्जे.)	Ampule एम्पुल									
33100101	25	Pralidoxime Sodium Inj. 500 mg प्रालिडोक्साइम सोडियम ५०० मि.ग्रा. इनजेक्सन	Ampule एम्पुल									
33104132	26	Promethazine HCL 25 mg (2ml) Inj. प्रोमेथाजिन एचसिएल २५ मि.ग्रा.(२ मि.ली.) इन्जेक्सन	Ampule एम्पुल									
33120101	27	Ranitidine 25mg/ml Inj. 2ml र्यानिटिडिन २५ मि.ग्रा./मि.लि. इनजेक्सन, २ मि.लि.	Ampule एम्पुल									
33013200	28	Aminophylline 25mg/ml एमिनोफाइलिन २५ मि.ग्रा. मि.लि	Ampule एम्पुल									
80150021	29	Vitamin K 1 ml Inj. भिटाविन के १ मि.लि. इनजेक्सन	Ampule एम्पुल									
33012180	30	Ergometrine 200 mcg 1ml Inj. ईर्गोमेट्रिन २०० एर्मासिज १ एमएल इन्जेक्सन	Ampule एम्पुल									
33040101	31	Calcium Gluconate 10 ml Inj. क्याल्सियम ग्लूकोनेट १० एमएल	Ampule एम्पुल									
आई. भि. सोलुशन (I.V. Solutions)												
34051210	1	Compound Sodium Lactate Solution 500 ml (Ringer's Lactate) कम्पाउण्ड सोडियम ल्याक्टेट, ५०० मि.ली.(रिडगंस ल्याक्टेट)	Vial भायल									
34011210	2	Dextrose 5% 500 ml डेक्सट्रोस ५% ५०० मि.ली.	Bottle शिशी									
88124041	3	Dextrose 25% 50 ml Amp डेक्सट्रोस २५% ५० मि.ली. एम्पुल	Ampule एम्पुल									
37011210	4	Sodium Chloride Solution 0.9% , 500 ml (Normal Saline) सोडियम क्लोराइड सोलुशन ०.९% ५०० मि.ली.	Bottle शिशी									
ट्याबलेट र क्याप्सुल (Tablets and Capsules)												
33130101	1	Acetazolamide 250 mg एसिटजोलामाइड २५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050057	2	Acetyl Salicylic Acid 150 mg (Aspirin) एसिटार्सिलिक एसिड १५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050058	3	Acetyl Salicylic Acid 75 mg (Aspirin) एसिटार्सिलिक एसिड ७५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33160101	4	Allopurinol 100 mg एलोप्युरिनोल १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33160102	5	Allopurinol 300 mg एलोप्युरिनोल ३०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35011131	6	Aluminium Hydroxide 250mg+Mg. Trisilicate 250 mg आलुमिनियम हाइड्रोअक्साइड २५०मि.ग्रा.+म्या. ट्राइसिलिकेट २५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर		सामानको नाम	इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग बिन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्रने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
33170116	7	Amitriptyline 10 mg एमिट्रीप्टाइलिन १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33170115	8	Amitriptyline 25 mg एमिट्रीप्टाइलिन २५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33180101	9	Amlodipine 5 mg एम्लोडिपिन ५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050013	10	Amoxicillin 125 mg, Dispersible tablet एमोक्सिसिलीन १२५ मि.ग्रा., डिस्पर्सिबल ट्याबलेट	Tablet ट्याबलेट									
80050018	11	Amoxicillin 250 mg, Dispersible tablet एमोक्सिसिलीन २५० मि.ग्रा. डिस्पर्सिबल ट्याबलेट	Tablet ट्याबलेट									
35012062	12	Amoxicillin 500 mg एमोक्सिसिलीन ५०० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सुल									
35351062	13	Atenolol 50 mg एटेनोलोल ५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
22112212	14	Atorvastatin 10 mg एटोरभास्टाटिन १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33190101	15	Azithromycin 250 mg एजिथ्रोमाइसिन २५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
90010137	16	Azithromycin 500 mg एजिथ्रोमाइसिन ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33200103	17	Carbamazepine 100 mg कार्बामाजेपाइन १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33200101	18	Carbamazepine 200 mg कार्बामाजेपाइन २०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33200102	19	Carbamazepine 400 mg कार्बामाजेपाइन ४०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
90010140	20	Cefixime 200 mg सेफेक्सीम २०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33210101	21	Cetirizine HCL 10 mg Tab सेटिरीजिन एचसिएल १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33220101	22	Chlorpromazine 100 mg क्लोप्रोमाजिन १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
90010148	23	Clotrimazole Pessary Tab 100 mg क्लोट्रिमाजोल पेसरी १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050020	24	Ciprofloxacin 250 mg सिप्रोफ्लोक्सासिन २५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35666002	25	Ciprofloxacin 500 mg सिप्रोफ्लोक्सासिन ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35071062	26	Cloxacillin 250 mg क्लोक्सिसिलिन २५० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सुल									
35072062	27	Cloxacillin 500 mg क्लोक्सिसिलिन ५०० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सुल									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग विन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
35011141	28	Dexamethasone 500 mcg डेक्सामेथासोन ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35022190	29	Diazepam 5 mg डाइजेपाम ५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80000018	30	Diclofenac Sodium 50mg Tablet डिक्लोफेनाक सोडिएम ५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35011094	31	Digoxin 0.25 mg डिजोक्सिन ०.२५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33250301	32	Doxycycline 100 mg डोक्सिसाइक्लिन १०० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सुल									
30000012	33	Enalapril 2.5 mg इनालाप्रिल २.५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
30000011	34	Enalapril 5 mg इनालाप्रिल ५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33270101	35	Folic Acid 5 mg फोलिक एसिड	Tablet ट्याबलेट									
33280101	36	Fluconazole 150 mg फ्लुकोनाजोल १५० मि.ग्रा.	Tab/Cap ट्याबलेट									
80070016	37	Fluoxetine 10 mg फ्लुजेटीन १० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सुल									
88669900	38	Fluoxetine 20 mg फ्लुजेटीन २० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सुल									
35011120	39	Furosemide 40 mg फ्रुसेमाइड ४० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
88124237	40	Glimepiride 1mg ग्लिमेपिराइड १ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
88123641	41	Glimepiride 2mg ग्लिमेपिराइड २ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33290100	42	Hydrochlorothiazide 12.5 mg हाइड्रोक्लोरोथाइजाइड १२.५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33290101	43	Hydrochlorothiazide 25 mg हाइड्रोक्लोरोथाइजाइड २५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35666004	44	Hyoscine butylbromide 10 mg हायोसिन ब्यूटाईलब्रोमाईड १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050021	45	Hyoscine butylbromide 20 mg हायोसिन ब्यूटाईलब्रोमाईड २० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35021021	46	Ibuprofen 200 mg आइब्रुप्रोफिन २०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33300101	47	Ibuprofen 400 mg आइब्रुप्रोफिन ४०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
88123663	48	Losartan 25mg लोसारटन २५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मिक माग बिन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
88123664	49	Losartan 50mg लोसारटन ५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33320101	50	Levothyroxine 25 mcg लेभोथाइरोक्सीन २५ एमसिजि	Tablet ट्याबलेट									
88123854	51	Levothyroxine 50 mcg लेभोथाइरोक्सीन ५० एमसिजि	Tablet ट्याबलेट									
33330101	52	Metformin 500 mg मेटफोर्मिन ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35061144	53	Metformin 850 mg मेटफोर्मिन ८५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33330102	54	Metformin 1000 mg मेटफोर्मिन १००० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35081132	55	Metoclopramide 10 mg मेटोक्लोप्राइड १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35182062	56	Metronidazole 200 mg मेट्रोनिडाजोल २०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35182061	57	Metronidazole 400 mg मेट्रोनिडाजोल ४०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33350101	58	Misoprostol 200 µg मिजोप्रिस्टोल २०० माइक्रोग्राम	Tablet ट्याबलेट									
33360501	59	Combi kit of Mifepristone 200 mg 1 Tab and Misoprostol 0.2 mg 4 vaginal Tab कम्बि किट मिफेप्रिस्टोन २००मि.ग्रा. र मिजोप्रिस्टोल ०.२ मिग्रा.	Combi Pack कम्बिप्याक									
10020001	60	Emergency Contraceptive Pills इमरजेन्सी कन्ट्रासेप्टिभ पिल्स	Tablet ट्याबलेट									
35051021	61	Paracetamol 500 mg पारासिटामोल ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
89200450	62	Phenobarbitone 30 mg फेनोबार्बिटोन ३० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35071141	63	Prednisolone 5 mg प्रेडीनसोलोन ५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33390101	64	Prednisolone 10 mg प्रेडीनसोलोन १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
88124394	65	Prednisolone 20 mg प्रेडीनसोलोन २० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35102132	66	Promethazine 25 mg प्रोमेथाजीन २५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
87744125	67	Pyridoxine 10 mg पाइरीडोक्सीन १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35051230	68	Pyridoxine 25 mg पाइरीडोक्सीन २५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35111131	69	Ranitidine 150 mg र्यानिटिडीन १५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मिक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मिक माग बिन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
80808080	70	Risperidone 1 mg रेस्पेरिडोन १ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
88559999	71	Risperidone 2 mg रेस्पेरिडोन २ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35032200	72	Salbutamol 4 mg साल्बुटामोल ४ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
89201611	73	Sodium Valporate 200mg सोडियम भ्याल्पोरेट २०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35191063	74	Sulphamethoxazole 200 mg & Trimethoprim 40 mg, Disp. Tab सल्फामेथोक्साजोल २०० मि.ग्रा. र ट्राईमोथेप्रिम ४० मि.ग्रा., डिस्पर्सियवल	Tablet ट्याबलेट									
35666005	75	Sulphamethoxazole 400 mg & Trimethoprim 80 mg (Cotrim) सल्फामेथोक्साजोल ४०० मि.ग्रा. र ट्राईमोथेप्रिम ८० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050022	76	Sulphamethoxazole 800 mg & Trimethoprim 160 mg (Cotrim) सल्फामेथोक्साजोल ८०० मि.ग्रा. र ट्राईमोथेप्रिम १६० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33400101	77	Tinidazole 500 mg टिनिडाजोल ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33170106	78	Thiamine 100 mg थियामिन १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
88774455	79	Trihexyphenidyl (Benzhexol) 2 mg ट्राइहेक्सीफेनिडिल (बेन्जेक्स) २ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80070010	80	Valproic Acid 200 mg भालप्रोइक एसिड २०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80070012	81	Valproic Acid 300 mg भालप्रोइक एसिड ३०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33370101	82	Nifedipine निफेडिपिन	Tablet ट्याबलेट									
88124778	83	Nitrofurantoin 100mg नाइट्रोफ्युराटोइन १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33410101	84	Vitamin B Complex Tablet भिटामिन बि कम्प्लेक्स ट्याबलेट	Tablet ट्याबलेट									

ओरल लिक्विड : सिरपस र सस्पेन्सन (Oral Liquids: Syrup and Suspensions)

89202306	1	Albendazole 200mg/5ml Suspension एलबेन्डाजोल २०० एमजी / ५ मि.ली.	Bottle शिंशि									
36013062	2	Amoxicillin 125mg/5ml Dry Suspension एमोक्सीसिलिन १२५ मि.ग्रा. / ५ मि.ली.	Bottle शिंशि									
89202307	3	Carbamazepine 100 mg/5ml Suspension कार्बामाजेपाइन १०० मि.ग्रा. / ५ मि.ली.	Bottle शिंशि									
33420301	4	Cetirizine HCL, 5mg/5ml, Suspension सेटिजिन एचसिएल ५ मि.ग्रा. / ५ मि.ली.	Bottle शिंशि									
881225911	5	Cloxacillin 125mg/5ml Syrup क्लोक्सासिलिन १२५मि.ग्रा. / ५मि.ली सिरप	Bottle शिंशि									
35191063	6	Sulphamethoxazole 200 mg & Trimethoprim 40 mg 5ml Suspension सल्फामेथोक्साजोल २०० मि.ग्रा. र ट्राईमोथेप्रिम ४० मि.ग्रा. सस्पेन्सन	Bottle शिंशि									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मिक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम	इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मिक माग विन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्रने परिमाण
		१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
80044031	7	Ibuprofen 100mg/5ml Syrup आइब्रुफिन १०० मि.ग्रा./५ मि.ली. सिरप	Bottle शिशी								
36900001	8	Salbutamol 2mg/ml Syrup सालबुटामोल २ मि.ग्रा./मि.लि. सिरप	Bottle शिशी								
89202308	9	Metoclopramide 5mg/5ml Solution मेटोक्लोप्रोपामाइड ५मि.ग्रा./५ मि.ली. सोलुसन	Bottle शिशी								
36184062	10	Metronidazole 200mg/5ml, 60 ml Suspension मेट्रोनिडाजोल २०० मि.ग्रा./५मि.ली.,६० मि.लि. सस्पेन्सन	Bottle शिशी								
36052021	11	Paracetamol 125mg/5ml 60ml Syrup पारासिटामोल १२५ मि.ग्रा./५ मि.ली. ६० मि.लि. सिरप	Bottle शिशी								
फ्लो, सोलुशन, पाउडर र स्प्रे (Liquid, Solution, Powder and Spray)											
37061103	1	Calamine Lotion 15% w/v 30ml क्यालामाइन लोशन १५% ३० एम एल	Bottle बोतल								
80050023	2	Charcoal Activated Powder 10 gm चारकोल ऐक्टिभेटेड पाउडर १० ग्राम	Sachet स्याचेट								
88123646	3	Chlorhexidine 0.2% 50 ml Oral Solution क्लोरेक्झाइडिन ०.२%, ५० एमएल ओरल सोलुसन	Bottle बोतल								
80050024	4	Ciprofloxacin Eye and Ear Drops 0.3% w/v सिप्रोफ्लोक्सासिन आई र इयर ड्रप्स ०.३%	Phial फायल								
80050014	5	Ciprofloxacin Eye Ointment 0.3% सिप्रोफ्लोक्सासिन आई ओइन्टमेन्ट ०.३%	Tube ट्युब								
90010146	6	Clotrimazole Mouth Paint 1% W/V क्लोट्रिमाजोल माउथ पेन्ट १% डब्लु भी	Bottle बोतल								
32050170	7	Clove Oil 5ml Drops क्लोभ अईल ५ मि.ली. ड्रप्स	Phial फायल								
38072102	8	Gentian Violet 1% Solution 10 ml जेन्थान भायोलेट १% सोलुसन १० मि.लि.	Phial फायल								
32706001	9	Neomycin Skin Ointment 15gm नियोमाइसिन स्किन ओइन्टमेन्ट १५ ग्राम	Tube ट्युब								
37082110	10	Povidone Iodine Solution 5% 500 ml पोभिडोन आयोडिन सोलुसन ५% ५०० मि.ली.	Bottle बोतल								
37171102	11	Silver Sulfadiazine 0.2% W/W Ointment, 25 gm सिल्भर सल्फाडायजिन ०.२% डब्लु/डब्लु ओइन्टमेन्ट, २५ ग्राम	Tube ट्युब								
800440029	12	Salbutamol Nebuliser Solution सालबुटामोल नेबुलाइजर सोलुसन	Ampule एम्पुल								
88123674	13	Salbutamol MDI सालबुटामोल एमडिआइ	Piece गोटा								
32151161	14	Tetracycline Eye Ointment 1% 5g टेट्रासाइक्लिन आई ओइन्टमेन्ट १% ५ ग्राम	Tube ट्युब								
सर्जिकल र विविध (Surgical and Miscellaneous.)											
55666001	1	Absorbent Cotton 400 gm अब्जोर्बेन्ट कटन ४०० ग्राम	Roll रोल								

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मिक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मिक माग विन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
55666002	2	Adhesive Tape 10 cm x 5 m एडिसीभ टेप १० सेमी × ५ मि	Piece गोटा									
55666003	3	Bandage 90cm x 18 m ब्याण्डेज ९० सेमी × १८ मि.	Piece गोटा									
88123523	4	Catgut 1.0 क्याटगट १.०	Piece गोटा									
88123524	5	Catgut 2.0 क्याटगट २.०	Piece गोटा									
80070053	6	Silk Thread सिल्क थ्रेड	Piece गोटा									
80070256	7	Chlorine Powder क्लोरीन पाउडर	Packet प्याकेट									
55666004	8	Gauze 90cm x 18 m गज ९० सेमी × १८ मि.	Piece गोटा									
55100001	9	IV Canula आई भी क्यानुला	Piece गोटा									
55666006	10	IV infusion Set आई भी इन्फुजन सेट	Piece गोटा									
80150007	11	Phenol 500 ml फिनेल ५०० मि.ली.	Bottle बोतल									
37061110	12	Rectified Spirit 500 ml रेक्टीफाईड स्पिरिट ५०० मि.ली.	Bottle बोतल									
80080000	13	Rubber Catheter रबर क्याथेटर	Piece गोटा									
80050124	14	Surgical Blade सर्जिकल ब्लेड	Piece गोटा									
80050012	15	Surgical Gloves सर्जिकल ग्लोव्स	Pair पियर									
88123527	16	Suture सुचर	Set सेट									
एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण (HIV AIDS)												
98550011	1	Determine HIV test Kit डिटरमाइन्ड एचआइभी टेस्ट किट	Kit किट									
90010194	2	Determine Chase Buffer डिटरमाइन्ड चेस बफर	Bottle बोतल									
90022333	3	EDTA Capillary Tube ईडिटिए क्यापिलरी ट्युब	Tube ट्युब									
90012222	4	Blood lancet ब्लड ल्याण्डसेट	Pcs पिस									
90010195	5	Unigold युनिगोल्ड	Kit किट									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मिक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नभिल्ले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग बिन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्रने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
90010196	6	Stat Pak स्ट्याट प्याक	Kit किट									
90010322	7	Protein Saver Card (EQAS) प्रोटेन सेभर कार्ड (इक्यूएस)	Card कार्ड									
90010203	8	Silica Gel सिलिका जेल	Pcs पिस									
90010204	9	Zip-lock bag (small) जिप लक ब्याग (सानो)	Pcs पिस									
90010205	10	Zip-lock bag (Large) जिप लक ब्याग (ठूलो)	Pcs पिस									
90010101	11	Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz 300/300/600 mg टेनोफोभिर/ल्यामिभुडिन/इफाभिरिञ्ज ३००/३००/६०० एमजी	Tab पिस									
90010123	12	Nevirapine 10 mg/ml Oral Suspension नेभिरापिन १०एमजि/एमएल ओरल सस्पेन्सन	Bottle पिस									
81111111	13	Zidovudine 10 mg/ml Oral Solution जिडोभुडिन १०एमजि/एमएल ओरल सस्पेन्सन	Bottle पिस									
कोभिड सम्बन्धी सामग्रीहरू (Covid Commodity)												
88124074	1	Gown गाउन	Pcs पिस									
55666020C	2	Mask (Surgical) मास्क (सर्जिकल)	Pcs पिस									
35061378C	3	N95 Mask एन ९५ मास्क	Pcs पिस									
55666019C	4	Examination Gloves इकजांमिनेसन ग्लोव्स	Pair जोडा									
88124082	5	Face Shield फेस शिल्ड	Pcs पिस									
88124081	6	Shoe cover सु कभर	Pcs पिस									
88124084	7	Surgical Cap सर्जिकल क्याप	Pcs पिस									
88899103C	8	Safety Goggles सेफ्टी चश्मा	Pcs पिस									
88124141	9	Dead Body Bag डेड बडी ब्याग	Pcs पिस									
881225120	10	Antigen Kit एन्टीजेन किट	Pcs पिस									
88124290	11	RT-PCR Kits आरटी पिसिआर किट	Pcs पिस									
35061122C	12	Viral Transport Medium (VTM) भाइरल ट्रान्पोर्ट मिडियम (भिटीएम)	Pcs पिस									
89200660	13	RNA Extraction Kit (Automated) आरएनए एक्स्ट्रयाक्सन किट (अटोमेटेड)	Pcs पिस									

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

स्थानीय तहमा (पहेंलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत महिनाको बाँकी मौज्जात	यस महिनामा जम्मा प्राप्त	यस महिनामा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नभिल्ले, मिति नाघेको तथा अन्य	यस महिनाको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक माग विन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत र ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
88124115	14	RNA Extraction Kit (Manual) आरएनए एक्स्ट्र्याक्सन किट (म्यानुअल)	Pcs पिस									
89201659	15	Moderna 10 dose मोडर्ना १० डोज	Vial भायल									
89201397	16	Astrazeneca 8 dose एस्ट्राजेनिका ८ डोज	Vial भायल									
89201343	17	Astrazeneca 10 dose एस्ट्राजेनिका १० डोज	Vial भायल									
881225904	18	Covishield 10 dose कोभिसिल्ड १० डोज	Vial भायल									
89200489	19	Verocell 1 dose भेरोसेल १ डोज	Vial भायल									
89201197	20	Verocell 2 dose भेरोसेल २ डोज	Vial भायल									
89201482	21	Verocell 5 dose भेरोसेल ५ डोज	Vial भायल									
89201225	22	Janssen COVID-19 Vaccine 5 Dose जेन्सन कोभिड १९ भ्याक्सीन ५ डोज	Vial भायल									
89201567	23	Pfizer 6 Dose फाइजर ६ डोज	Vial भायल									
89201569	24	Pfizer Diulent फाइजर डायलुएन्ट	Vial भायल									

प्रतिबेदन तयार गर्ने तथा रुजु गर्नेको

नाम :

पद :

दस्तखत :

प्रमूखको नाम :

दस्तखत :

स्वीकृत मौज्जात परिमाण=५ महिनाको खर्च, आकस्मीक मागविन्दु=१ महिनाको खर्च ।

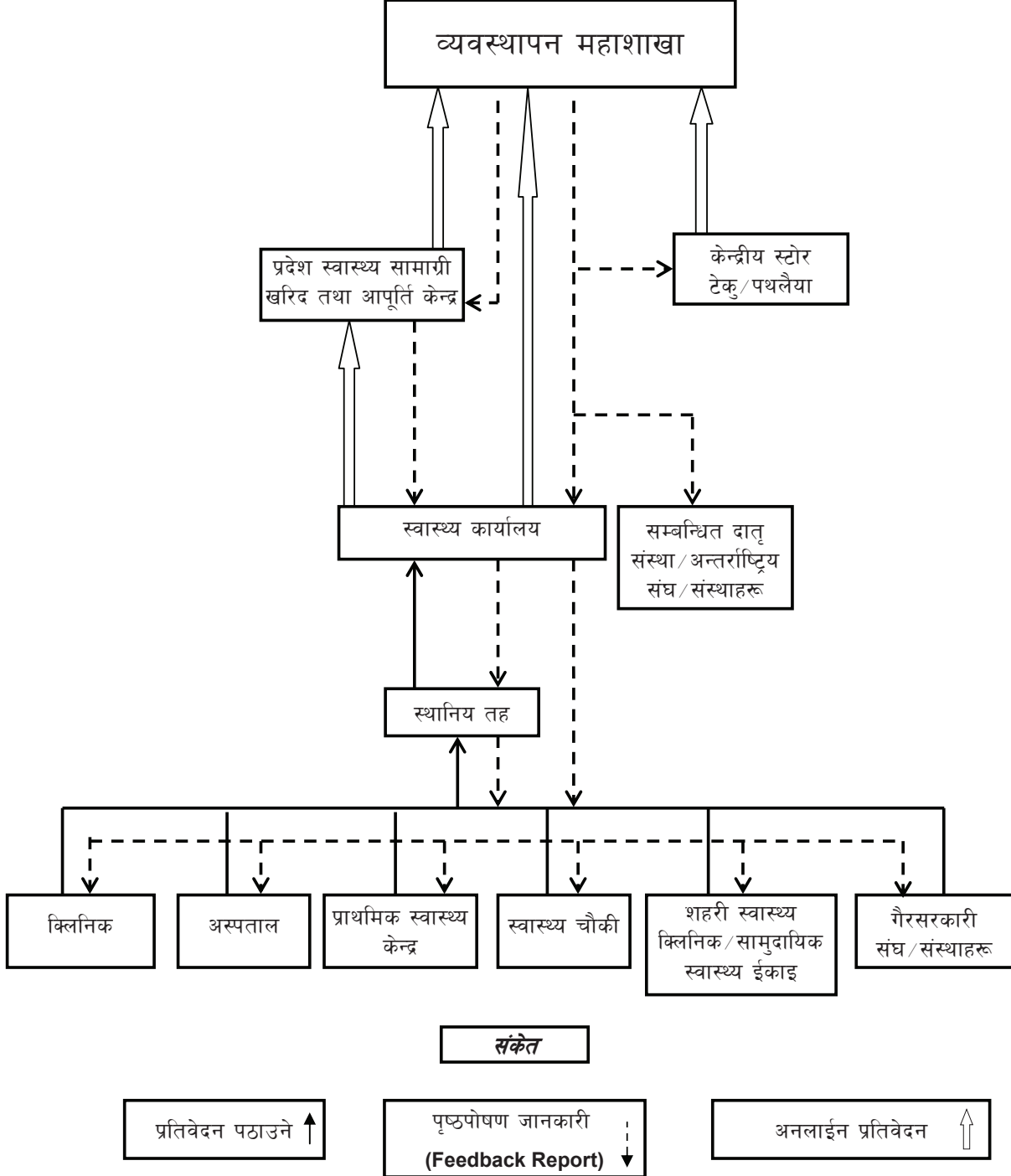
आ.ब. २०७६।७७ देखि प्रयोगमा रहेको LMIS प्रतिवेदन फाराम सम्बन्धी जानकारी :

- १) आ.ब. २०७५।७६ सम्म LMIS प्रतिवेदन फाराम स्वास्थ्य संस्थाहरुमा विभिन्न तह अनुसारको प्रयोग भै आएको व्यहोरा विदितै छ ।
- २) आ.ब. २०७६।७७ देखि सबै तहका सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुको लागि एकै प्रकारको LMIS प्रतिवेदन फाराम प्रयोगमा ल्याउने निर्णय भए अनुसार तयार गरिएको छ ।
- ३) आ.ब. २०७६।७७ देखि नेपाल सरकारबाट निःशुल्क वितरण गरिने, कार्यक्रममा प्रयोग हुने सम्पूर्ण औषधिहरुको विवरण यस LMIS प्रतिवेदन फाराममा समावेश गरिएको छ ।
- ४) आ.ब. २०७६।७७ देखि आफ्नो संस्थामा प्रयोग हुने सम्पूर्ण औषधिहरुको विवरण LMIS प्रतिवेदन फाराममा भरी पठाउनु हुन जानकारी गराइन्छ ।
- ५) स्थानिय तहहरुमा प्राप्त LMIS प्रतिवेदन फाराम निर्देशन अनुसार भरे नभरेको रुजु गरी Feedback दिने तथा स्वास्थ्य संस्थाको नियमित अनुगमन गर्ने व्यवस्था मिलाउने ।
- ६) आफ्नो संस्थामा भएका औषधि तथा सामग्रीहरुको अनिवार्य ASL/EOP निर्धारण गरि नियमित रुपमा माग फाराम भरी औषधि माग गर्ने ।
- ७) औषधिहरु EOP भन्दा कम भएमा जुनसुकै समयमा आकस्मिक माग गर्ने ।
- ८) ASL भन्दा बढी र Near Expiry औषधिहरु समयमा नै माथिल्लो निकायमा जानकारी गराउने ।
- ९) LMIS प्रतिवेदन फाराम भर्दा कुनै समस्या भएमा यस महाशाखाको वेवसाइट www.dohslmd.gov.np भित्र रहेको LMIS सम्बन्धी श्रव्य दृष्य सामग्री निर्देशिका अनुसार भरी पठाउन सकिने छ ।
- १०) LMIS प्रतिवेदन फाराम सम्बन्धी कुनै समस्या आएमा व्यवस्थापन महाशाखाको फोन नं. ०१-४२५०२९३ मा सम्पर्क राख्नु हुन अनुरोध छ ।

आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

Logistics Management Information System (LMIS)

प्रतिवेदन र पृष्ठपोषण जानकारी (Reporting/Feedback Report)



मासिक प्रतिवेदन फाराम बुभाउने अन्तिम दिनहरू

बैशाख	-	जेठ ७ गते भित्र
जेठ	-	असार ७ गते भित्र
असार	-	साउन ७ गते भित्र
साउन	-	भदौ ७ गते भित्र
भदौ	-	असोज ७ गते भित्र
असोज	-	कात्तिक ७ गते भित्र
कात्तिक	-	मंसिर ७ गते भित्र
मंसिर	-	पुष ७ गते भित्र
पुष	-	माघ ७ गते भित्र
माघ	-	फागुन ७ गते भित्र
फागुन	-	चैत्र ७ गते भित्र
चैत्र	-	बैशाख ७ गते भित्र

कृपया माथि उल्लेखित दिनहरू भित्र मासिक प्रतिवेदन फारामहरू सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाहरूले स्थानिय तहमा पठाईदिनु हुन अनुरोध छ ।