



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



आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
Logistics Management Information System (LMIS)

त्रैमासिक प्रतिवेदन फाराम

स्टोर मौज्दात तथा निकास विवरण (खर्च भएर जाने सामान)

प्रदेश: जिल्ला:

स्थानीय तहको नाम:

संस्थाको नाम:

आ.ब.

कुन त्रैमासिक प्रतिवेदन हो गोलो (○) चिन्ह लगाउनुहोस् ।

- मौज्दात विवरण :
- (१) पहिलो त्रैमासिक (श्रावण देखि आश्विन)
 - (२) दोस्रो त्रैमासिक (कार्तिक देखि पौष)
 - (३) तेस्रो त्रैमासिक (माघ देखि चैत्र)
 - (४) चौथो त्रैमासिक (वैशाख देखि असार)

प्रतिवेदन पठाएको मिति : साल २०, महिना गते

स्थानीय/स्वास्थ्य कार्यालयले मात्र प्रयोग गर्ने

प्राप्त मिति : साल २०, महिना गते

परिमार्जित २०७५/७६

एकीकृत मौज्दात तथा निकासा विवरण प्रतिवेदन फाराम सम्बन्धी सामान्य निर्देशन

१. यो प्रतिवेदन फाराम त्रैमासिक वा वर्षमा चार पटक (श्रावण, भाद्र, आश्विनको कार्तिक ७ गतेभित्र, कार्तिक, मंसीर, पुषको माघ ७ गतेभित्र माघ, फागुन, चैत्रको वैशाख ७ गते भित्र र वैशाख, जेठ, असारको श्रावण ७ गतेभित्र) तयार गरी सबै स्वास्थ्य, संस्थाहरुबाट प्राप्त त्रैमासिक फाराम सहित स्वास्थ्य कार्यालय र स्थानीय तहमा पठाउनुपर्छ ।
२. सबै स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त एल.एम.आई.एस. फाराम स्वास्थ्य कार्यालय वा स्थानीय तहले कम्प्यूटरमा १५ गते भित्र प्रविष्ट (Data Entry) गरी पठाई सक्नु पर्नेछ ।
३. प्रतिवेदन फाराममा प्रत्येक पानाको तीन तीन प्रति छ तसर्थ सबै स्वास्थ्य स्टोरहरुले यो प्रतिवेदन तयार गर्न कार्वन पेपर राखी प्रत्येक पानाको ३/३ प्रति तयार गर्नुपर्छ ।
४. सबै स्वास्थ्य संस्थाहरुले प्रतिवेदन तयार गरी पठाउनु अघि प्रतिवेदनमा भर्नुपर्ने विवरण स्पष्टसँग भरिएको छ छैन, सबै सामानहरुको मौज्दात तथा निकाशा 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 संस्थाहरुबाट प्रतिवेदन फारामहरु प्राप्त भएपछि प्रतिवेदन फारामको महल नं. ९ माग गर्नुपर्ने परिमाणमा उल्लेख गरिएको परिमाण स्वास्थ्य कार्यालय/स्थानीय तहले सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाहरुमा उपलब्ध गराउनु पर्दछ ।
८. कैफियतको “६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण” महलमा आफ्नो स्वास्थ्य संस्थामा भएका औषधि/साधनहरुमध्ये त्यस त्रैमासिकबाट ६ महिना भित्र म्याद गुज्जने छ भने उक्त औषधि/साधनको परिमाण उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

स्वास्थ्य कार्यालयमा फारामहरू पठाउनुअघि प्रतिवेदन फारामहरू पठाएको संख्या सम्बन्धी भर्नुपर्ने विवरण :

स्वास्थ्य संस्था	जम्मा संख्या	प्रतिवेदन फारामहरू पठाएको जम्मा संख्या	प्राप्त जम्मा संख्या	कैफियत
१. स्थानीय तह				
२. अस्पताल				
३. अस्पताल/स्वास्थ्य कार्यालयको क्लिनिक				
४. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र				
५. स्वास्थ्य चौकी				
६. शहरी स्वास्थ्य क्लिनिक				
६. सामुदायिक स्वास्थ्य ईकाइ				
७. राष्ट्रिय/अन्तराष्ट्रिय गैर सरकारी संस्था				
जम्मा				

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा

उदाहरण

उदाहरण

स्वास्थ्य संस्थाहरूको स्टोर मौज्जात तथा निकाशा सम्बन्धी त्रैमासिक प्रतिवेदन
(खर्च भएर जाने)

बिवरण पठाउने : स्वास्थ्य संस्थाको नाम : धुलिखेल प्रदेश: ३, जिल्ला : काभ्रे स्थानीय तहको नाम..... धुलिखेल नगरपालिका
चलानी नं. : ०२०/०७५-७६ प्रतिवेदन पठाएको/चलान गरेको मिति : २०.७६.१०७१.०५.....

१. श्री स्वास्थ्य कार्यालय
मार्फत स्थानीय तह धुलिखेल न.पा.
२. स्थानीय तह धुलिखेल न.पा.

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्जात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नभिल्ले मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मिक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र म्याद गुज्रने 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	५०००	३०००	४०००	-	४०००	५०००	१०००	१०००	-
10050000	2	Depo (DMPA-Injectable) डिपो (डिएमपिए-इन्जेक्टेबल)	Vial भायल	२०००	१०००	२०००	-	१०००	१५००	५००	५००	-
10020000	3	Pills पिल्स	Cycle साइकल	६०००	-	३०००	-	३०००	३०००	६००	-	-
10031000	4	IUD CuT 380A आई.यू.डी. कपर टी ३८० ए	Set सेट	५०	२०	४०	-	३०	५०	१०	२०	-
10040000	5	Implant (5 years effectiveness) इम्प्लान्ट (५ इयर इफेक्टिभनेस)	Set सेट	३०	२०	१०	-	४०	३०	६	-	-

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा

स्वास्थ्य संस्थाहरूको स्टोर मौज्जात तथा निकाशा सम्बन्धी त्रैमासिक प्रतिवेदन
(खर्च भएर जाने)

बिवरण पठाउने : स्वास्थ्य संस्थाको नाम : प्रदेश:, जिल्ला : स्थानीय तहको नाम.....

चलानी नं. :

प्रतिवेदन पठाएको/चलान गरेको मिति : २०.....।.....।.....

१. श्री स्वास्थ्य कार्यालय

मार्फत स्थानीय तह

२. स्थानीय तह

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकासा	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मीक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र म्याद गुज्रने 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.यू.डी. कपर टी ३८० ए	Set सेट									
10040000	5	Implant (5 years effectiveness) इम्प्लान्ट (५ इयर इफेक्टिभनेस्)	Set सेट									
राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम (National Immuniazation Program0												
20010000	1	B.C.G. 20 Dose बी.सी.जी. २० डोज	Vial भायल									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मीक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुञ्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
20020000	2	DPT - Hep B - Hib (Pentavalent) 10 Dose डी.पी.टी.(हेप बी - हिब (पेन्टाभ्यालेन्ट) १० डोज	Vial भायल									
20070000	3	Japanese Encephelitis 5 Dose जापानीज इन्सेफलाइटिस ५ डोज	Vial भायल									
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									
20060007	6	Bivalent Oral Polio Vaccine type 1 & 3 (BOPV) 20 Dose बाइभालेन्ट ओरल पोलियो भ्याक्सीन टाइप १ र ३ २० डोज	Vial भायल									
88123526	7	PCV 10-4 Dose पिसिभि १० - ४ डोज	Vial भायल									
88123487	8	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	9	Td Vaccine. 10 Dose टिडी भ्याक्सीन १० डोज	Vial भायल									
88899950	10	Rota Virus Vaccine रोटा भाइरस भ्याक्सीन	Vial भायल									
खोपका लागि सिरिञ्ज तथा अन्य सामग्री (Syringe for Vaccination & Accessories)												
50031600	1	Reconstitution Syringe 2 ml घोलक सिरिञ्ज : २ मि.ली.	Piece गोटा									
50031000	2	Reconstitution Syringe 5 ml शेलक 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									
50050101	6	Safety Box 5 Ltr. सेफ्टी बक्स ५ लिटर	Piece गोटा									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मीक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र म्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
अन्य खोपहरु (Other Vaccines)												
20190000	1	Polyvalent Anti-Snake Venom पोलिभ्यालेन्ट एन्टि-स्नेक भेनम	Vial भायल									
20140000	2	Anti-Rabies Vaccine (Tissue Culture) एन्टि रेबिज भ्याक्सिन (टिस्यु कल्चर)	Vial भायल									
औलो । कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रम (Malaria/Kalaazar Control Program)												
35270000	1	RDT Pv-Pf Test Kit आर डि टि पिभि पिएफ टेस्ट 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 एमपुल									
35261101	6	Artemether 20mg + Lumefantrine 120mg, 6dt Per blister अर्टिमिथर २०मिग्रा.+ लुमिफ्याट्रिन १२०मिग्रा., टडिटी प्रति ब्रिस्टर	Strip स्ट्रीप									
35261102	7	Artemether 20mg + Lumefantrine 120mg, 12dt Per blister अर्टिमिथर २०मिग्रा.+ लुमिफ्याट्रिन १२०मिग्रा., १२डिटी प्रति ब्रिस्टर	Strip स्ट्रीप									
35261103	8	Artemether 20mg + Lumefantrine 120mg, 18 tab. Per blister अर्टिमिथर २० मिग्रा + लुमिफ्याट्रिन १२०मिग्रा., १८ डिटी प्रति ब्रिस्टर	Strip स्ट्रीप									
35261104	9	Artemether 20mg + Lumefantrine 120mg, 24 tab. Per blister अर्टिमिथर २० मिग्रा.+ लुमिफ्याट्रिन १२०मिग्रा, २४ डिटी प्रति ब्रिस्टर	Strip स्ट्रीप									
35261105	10	Artemether 80mg/ml, Injection अर्टिमिथर ८० मिग्रा./मि.लि. इन्जेक्सन	Ampule एमपुल									
35261106	11	Artesunate 60mg, Injection अर्टिमिथर ६० मिग्रा./मि.लि. इन्जेक्सन	Vial भायल									
30010000	12	Miltefosine 50 MG मिल्टेफोसिन ५० एम जी	Capsule क्याप्सूल									
88123608	13	Lyposomal Amphotericin B 50 mg Inj. लाइपोजोमल एम्फोटेरिसिन बी ५० एम जी इन्जेक्सन	Vial भायल									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मिक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुञ्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
35061098	14	G6PD Test Kit जी ६ पी डी टेष्ट किट	Piece गोटा									
35066234	15	Diethyl Carbamzipine Citrate 100 mg (DEC) Tablet डाइइथाइल कार्बामाइजीपिन सिट्रेट १०० मि. ग्रा (डि.ई.सि)	Tablet ट्याबलेट									
80044058	16	Dengue test Kit डेङ्गु टेष्ट किट	Kit set किट									
35061141	17	Scrub, typhus test kit स्क्रब, टाइपस टेष्ट किट	Kit set									
समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकिकृत व्यवस्थापन (IMNCI Program)												
35090135	1	Oral Rehydration Salts Powder # पूनर्जलीय भोल	Packet प्याकेट									
80050007	2	Zinc Sulphate 20 mg जिङ्क सल्फेट २० मि.ग्रा. ट्याब.	Tablet ट्याबलेट									
32686001	3	Chlorohexidine Gel 4% क्लोरेक्साइडिन जेल ४% (नाभिमा लगाउने मलम)	Tube ट्यूब									
33061062	4	Gentamycine Inj. 80mg/2ml # जेन्टामाइसिन इन्जे. ८० मि.ग्रा. / २ मि.ली.	Vial भायल									
80050050	5	Amoxicillin drop 100 mg/1 ml # एमोक्सिसिलिन ड्रप १०० एमजी/मि.लि	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 (भिटामिन ए) २००,००० आइ.यू. क्याप्सूल	Capsule क्याप्सूल									
35066237	4	Fortified Flour 3 kg फोर्टिफाइड फोलोर ३ के जी	Packet प्याकेट									
35066233	5	RUTF आर यू टि एफ	Packet प्याकेट									
35066235	6	MNP (Bal Vita) एम एन पी (बाल भीटा)	Sachet स्याचेट									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मिक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुञ्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
35066601	7	F-75 एफ ७५	Sachet स्याचेट									
35066602	8	F-100 एफ १००	Sachet स्याचेट									
35066603	9	Resomal 42 gm रेसोमल ४२ ग्राम	Sachet स्याचेट									
कूष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Leprosy Control Program)												
35100064	1	M B Combi Adult एम बि कम्बि एडल्ट	Strip स्ट्रिप									
35110064	2	M B Combi Child एम बि कम्बि चाइल्ड	Strip स्ट्रिप									
35120064	3	P B Combi Adult पि बि कम्बि एडल्ट	Strip स्ट्रिप									
35130064	4	P B Combi Child पि बि कम्बि चाइल्ड	Strip स्ट्रिप									
क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control Program)												
80050019	1	(HR) (Child) Isoniazid 50mg + Rifampicin 75 mg (एचआर)(चाइल्ड) आईसोनीयाजिड ५०+ रिफाम्पिसिन ७५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35302065	2	(HR) Isoniazid 75mg+ Rifampicin 150 mg (एचआर) आईसोनीयाजिड ७५ + रिफाम्पिसिन १५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050026	3	(HRE) Isoniazid75mg+Rifampicin 150mg+Ethambutol 275mg (एचआरई) आईसोनीयाजिड ७५ + रिफाम्पिसिन १५० + इथाम्बुटल २७५	Tablet ट्याबलेट									
80050029	4	(HRZ)(Child) Isoniazid 30mg + Rifampicin60mg+Pyrazinamide150mg (एचआरजेड)(चाइल्ड) आईसोनीयाजिड ३०+ रिफाम्पिसिन ६०+ पाइराजीनामाईड +१५०	Tablet ट्याबलेट									
80050025	5	(HRZE)Isoniazid75+Rifampicin150+Pyrazinamide400+Ethambutol275 (एचआरजेडई)आईसोनीयाजिड ७५+ रिफाम्पिसिन १५०+ पाइराजीनामाईड ४००+ इथाम्बुटल २७५	Tablet ट्याबलेट									
30060101	6	Ethambutol 100mg इथाम्बुटल १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
30060102	7	Ethambutol 400mg इथाम्बुटल ४०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35161065	8	Isoniazid 100mg आईसोनीयाजिड १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गर्त त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मीक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुग्नने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
35161066	9	Isoniazid 300mg आइसोनीयाजीड ३०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
30060108	10	Pyrazinamide 400mg पाइराजीनामाईड ४०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
30070101	11	Rifampicin 150 mg रिफाम्पिसिन १५० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सूल									
30070102	12	Rifampicin 450 mg रिफाम्पिसिन ४५० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सूल									
33301065	13	Streptomycin 1gm स्ट्रेप्टोमाइसिन १ ग्राम	Vial भायल									
मल्लम, क्रिम र ड्रप (Ointment, Cream and Drop)												
32666001	1	Benzoic Acid+Salicylic Acid Ointment (6%+3%) 30gm # बेन्जोइक एसिड+सालिसाइलिक एसिड(६%+३%)३० ग्राम	Tube ट्यूब									
32676001	2	Acyclovir Ointment, 5gm असाइक्लोभिर मलम, ५ ग्राम	Tube ट्यूब									
32031161	3	Chloramphenicol Eye Applicap 1% # क्लोराम्फेनिकल आई एप्लीक्याप १%	Applicap एप्लीक्याप									
80050009	4	Clotrimazole cream 1% क्लोट्रिमाजोल क्रिम १%	Tube ट्यूब									
32716001	5	Oxymetazoline Nasal Drop 0.1%, 5ml अक्सिमिताजोलिन नजल ड्रप ०.१%, ५ मि.लि.	Phial फाइल									
88123672	6	Permethrin Cream 5% w/w, 30gm परमिथ्रिन क्रिम ५% डब्लु/डब्लु, ३० ग्राम	Bottle बोटल									
इन्जेक्सन्स (Injections)												
33020101	1	Adrenaline Inj. 1:1000 एड्रिनालिन १:१००० इन्जेक्सन	Ampule एम्पूल									
33030201	2	Ampicillin Injection 500mg/2ml एम्पिसिलिन इन्जेक्सन ५०० मि.ग्रा./२ मि.लि	Vial भायल									
33023133	3	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 एम्पूल									
33050201	4	Ceftriaxone Inj. 1gm सेफ्ट्रायाजोन १ ग्राम इन्जेक्सन	Vial भायल									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम	इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्जात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुज्रने परिमाण
		१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
33050301	5 Ciprofloxacin Infusion 200mg/100ml सिप्रोफ्लोक्सासिन इन्फ्युजन २०० मि.ग्रा./१०० मि.लि.	Bottle बोतल									
33013141	6 Dexamethasone Inj. 4mg/ml, 2ml # डेक्सामेथाजोन इन्जेक्सन ४ मि.ग्रा./मि.ली, २ एमएल	Ampule एम्पूल									
33023190	7 Diazepam 2ml, 5mg/ml Inj. डाईजिपाम २ मि.ली., ५ मि.ग्रा./मि.ली इन्जे.	Ampule एमपूल									
33060101	8 Diclofenac Inj. 25mg/ml, 3ml डिक्लोफेनाक २५ मि.ग्रा./मि.लि., ३ मि.लि.	Ampule एम्पूल									
33012120	9 Frusemide 2ml, 10 mg/ml फ्रुसेमाइड २ मि.ली., १० मि.ग्रा./मि.ली.	Ampule एम्पूल									
33070201	10 Hydrocortisone Power for Injection 100mg/vial with wfi हाइड्रोकोर्टिसन पाउडर फर इन्जेक्सन १०० मि.ग्रा./भायल वीथ डब्लुएफआइ	Vial भायल									
33080101	11 Hyoscine butylbromide 20mg/ml Inj. हायोसिन व्युटायलब्रोमाइड २०मि.ग्रा./मि.लि. इन्जेक्सन	Ampule एम्पूल									
80050056	12 Lignocaine 1% ml Inj. With adrenaline लिंग्नाकेन १% मि.ली. इन्जेक्सन वीथ एड्रीनलिन	Vial भायल									
31071013	13 Lignocaine 2% ml Inj. (hydrochloride in vial) # लिंग्नाकेन २% मि.ली. इन्जेक्सन	Vial भायल									
80050015	14 Magnesium Sulphate Inj. 1gm/2ml (50% w/v) # म्याग्नेसियम सल्फेट इनजेक्सन १ ग्राम/२ मि.ली	Ampule एम्पूल									
33082132	15 Metoclopramide 5mg/ml Inj. (2ml) # मेटोक्लोप्रोपामाइड ५ मि.ग्रा./मि.ली. इन्जे. (२ मि.ली.)	Ampule एम्पूल									
33090301	16 Metronidazole Infusion 500mg/100ml मेट्रोनिडाजेल इन्फ्युजन ५०० मि.ग्रा./१०० मि.लि.	Bottle बोतल									
33025874	17 Oxytocin 10 IU/ml # अक्सीटोसीन १ मि.ली. १० आईयू/मि.ली.	Ampule एम्पूल									
80050016	18 Paracetamol Inj. 150 mg/ml # पारासिटामोल इन्जे. १५० मि.ग्रा./मि.ली.	Ampule एम्पूल									
33040030	19 Pheniramine Maleate 2 ml. (22.75 mg/ml Inj.) # फेनीरामाइन मिलिएट २ मि.ली., (२२.७५ मि.ग्रा./मि.ली.इन्जे.)	Ampule एम्पूल									
33100101	20 Pralidoxime Sodium Inj. 500mg प्रालिडोक्साइम सोडियम ५०० मि.ग्रा. इनजेक्सन	Ampule एम्पूल									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मीक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुगुन्ने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
33104132	21	Promethazine HCL 25 mg (2ml) Inj. प्रोमेथाजिन एचसिएल २५ मि.ग्रा.(२ मि.ली.) इन्जेक्सन	Ampule एम्पूल									
33120101	22	Ranitidine 25mg/ml Injection 2ml र्यानिटिडिन २५ मि.ग्रा./मि.लि. इनजेक्सन, २ मि.लि.	Ampule एम्पूल									
33013200	23	Aminophylline 25mg/ml एमिनोफाइलिन २५मि.ग्रा. मि.लि	Ampule एम्पूल									
80150021	24	Vitamin K 1 ml Injection भिटामिन के १	Ampule एम्पूल									
33012180	25	Ergometrine 200 mcg 1ml Injection ईर्गेमेट्रिन २०० एमसिजि १ एमएल इन्जेक्सन	Ampule एम्पूल									
33040101	26	Calcium Gluconate 10 ml Injection क्याल्सियम ग्लूकोनेट १० एमएल	Ampule एम्पूल									
आई. भि. सोलूशन (I.V. Solutions)												
34051210	1	Compound Sodium Lactate Solution 500ml (Ringer's Lactate) # कम्पाउण्ड सोडियम ल्याक्टेट, छण्णमि.ली.(रिङ्गर्स ल्याक्टेट)	Vial भायल									
34011210	2	Dextrose 5% 500ml # डेक्सट्रोस ५% ५०० मि.ली.	Bottle शिशी									
37011210	3	Sodium Chloride Solution 0.9% , 500 ml (Normal Saline) # सोडियम क्लोराइड सोलूशन ०.९% ५०० मि.ली.	Bottle शिशी									
ट्याबलेट र क्याप्सूल (Tablets and Capsules)												
33130101	1	Acetazolamide 250 mg एसिटजोलामाइड २५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050057	2	Acetyl Salicylic Acid 150 mg (Aspirin) # एसिटसाईलिक एसिड १५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050058	3	Acetyl Salicylic Acid 75 mg (Aspirin) # एसिटसाईलिक एसिड ७५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33160101	4	Allopurinol 100mg एलोप्युरिनोल १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33160102	5	Allopurinol 300mg एलोप्युरिनोल ३०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33170116	6	Amitryptiline 10mg एमिट्रिपट्राइलिन १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्जात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्जातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्जात	स्वीकृत मौज्जात परिमाण (ASL)	आकस्मीक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
33170102	7	Amitryptiline 25mg एमिट्रिप्टाइलिन २५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33180101	8	Amlodipine 5mg एम्लोडिपिन ५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35011131	9	Alumunium Hydroxide 250mg+Mg. Trisilicate 250mg # आलुमिनियम हाइड्रोअक्साइड २५०मि.ग्रा.+म्या. ट्राइसिलिकेट २५०मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050013	10	Amoxicillin 125 mg, Dispersible tablet # एमोक्सिसीलीन १२५ मि.ग्रा., डिस्पर्सिबल ट्याबलेट	Tablet ट्याबलेट									
80050018	11	Amoxicillin 250mg, Dispersible tablet # एमोक्सिसीलीन २५० मि.ग्रा. डिस्पर्सिबल ट्याबलेट	Tablet ट्याबलेट									
35012062	12	Amoxicillin 500mg # एमोक्सिसीलीन ५०० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सूल									
35351062	13	Atenolol 50 mg # एटेनोलोल ५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
22112212	16	Atorvastatin 10 mg एटोरभास्टाटिन १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33190101	17	Azithromycin 250mg एजिथ्रोमाइसिन २५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
90010137	18	Azithromycin 500mg एजिथ्रोमाइसिन ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33200101	19	Carbamazepine 200 mg कार्बामाजेपाइन २०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33200102	20	Carbamazepine 400 mg कार्बामाजेपाइन ४०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33210101	21	Cetirizine HCL 10mg Tab सेट्रिजिन एचसिएल १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33220101	22	Chlorpromazine 100 mg क्लोप्रोमाजिन १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
90010148	23	Clotrimazole Pessary Tab 100mg क्लोट्रिमाजोल पेसरी १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050020	24	Ciprofloxacin Hydrochloride 250 mg # सिप्रोफ्लोक्सासिन हाइड्रोक्लोराईड २५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35666002	25	Ciprofloxacin Hydrochloride 500 mg सिप्रोफ्लोक्सासिन हाइड्रोक्लोराईड ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मिक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
35071062	26	Cloxacillin 250 mg क्लोक्सासिलिन २५० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सूल									
35072062	27	Cloxacillin 500 mg क्लोक्सासिलिन ५०० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सूल									
35011141	28	Dexamethasone 500 mcg डेक्सामेथासोन ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35022190	29	Diazepam 5 mg डाइजेपाम ५ मि.ग्रा.	Tablets ट्याबलेट									
35011094	30	Digoxin 0.25 mg डिजोक्सीन ०.२५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33250301	31	Doxycycline 100mg डक्सिसाइक्लिन १०० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सूल									
30000012	32	Enalapril 2.5 mg इनालाप्रिल २.५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
30000011	33	Enalapril 5 mg इनालाप्रिल ५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33270101	34	Folic Acid 5mg फोलिक एसिड	Tablet ट्याबलेट									
33280101	35	Fluconazole 150mg फ्लुकोनाजोल १५० मि.ग्रा.	Tab/Cap ट्याबलेट									
80070016	36	Fluoxetine 10 mg फ्लुजेटिन १० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सूल									
88669900	37	Fluoxetine 20 mg फ्लुजेटिन २० मि.ग्रा.	Capsule क्याप्सूल									
35011120	38	Frusemide 40mg # फ्रूसेमाइड ४० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33290100	39	Hydrochlorothiazide 12.5 mg हाइड्रोक्लोरोथाइजाइड १२.५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33290101	40	Hydrochlorothiazide 25mg हाइड्रोक्लोरोथाइजाइड २५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35666004	41	Hyoscine butylebromide 10 mg # हायोसिन ब्यूटाईलब्रोमाईड १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050021	42	Hyoscine butylebromide 20 mg # हायोसिन ब्यूटाईलब्रोमाईड २० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मिक मार्गविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुञ्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
33300101	43	Ibuprofen 400 mg आइब्रूप्रोफिन ४०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33320101	44	Levothyroxin 25 mcg लेभोथाइरोक्सीन २५ एमसिजि	Tablet ट्याबलेट									
88222233	45	Levothyroxin 50 mcg लेभोथाइरोक्सीन ५० एमसिजि	Tablet ट्याबलेट									
33330101	46	Metformin 500mg मेटफोर्मिन ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35061144	47	Metformin 850mg मेटफोर्मिन ८५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35081132	48	Metoclopramide 10mg मेटोक्लोप्रामाइड १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35182061	49	Metronidazole 400mg # मेट्रोनिडाजोल ४०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33350101	50	Misoprostol 200µg मिजोप्रिस्टोल २०० माइक्रोग्राम	Tablet ट्याबलेट									
33360501	51	Combi kit of Mifepristone 200mg 1 Tab. Misoprostol 0.2mg 4 vaginal कम्बीकिट मिफेप्रिस्टोन २००मि.ग्रा. र मिजोप्रिस्टोल ०.२ मिग्रा.	Combi Pack कम्बीप्याक									
35051021	52	Paracetamol 500mg # पारासिटामोल ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35022050	53	Phenobarbitone 30mg फेनोबार्बिटोन ३० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35071141	54	Prednisolone 5mg प्रेडनिसोलोन ५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80050059	55	Prednisolone 10mg प्रेडनिसोलोन १० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35102132	56	Promethazine 25mg # प्रोमेथाजीन २५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35051230	57	Pyridoxine 25mg पाइरीडोक्सीन २५ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35111131	58	Ranitidine 150mg र्यानिटिडीन १५० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मीक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुज्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
80808080	59	Risperidone 1 mg रेस्पेरिडोन १ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
88559999	60	Risperidone 2 mg रेस्पेरिडोन २ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35032200	61	Salbutamol 4 mg. # साल्बुटामोल ४ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
35191063	62	Sulphamethoxazole 200mg & Trimethoprim 40 mg, Disp. Tab. # सल्फामेथोक्साजोल २०० मि.ग्रा. र ट्राईमोथेप्रिम ४०मि.ग्रा.,डिस्पर्सिबल	Tablet ट्याबलेट									
35666005	63	Sulphamethoxazole 400mg & Trimethoprim 80 mg (Cotrim) # सल्फामेथोक्साजोल ४०० मि.ग्रा. र ट्राईमोथेप्रिम ८० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33400101	64	Tinidazole 500mg टिनिडाजोल ५०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33170106	65	Thiamine 100 mg थियामिन १०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80070013	66	Trihexyphenidyl (Benzhexol) 2 mg टाराइहेक्जीफेनिडिल (बेन्जेक्स) २ मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80070010	67	Valproic Acid 200 mg भालप्रोइक एसिड २०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
80070012	68	Valproic Acid 300 mg भालप्रोइक एसिड ३०० मि.ग्रा.	Tablet ट्याबलेट									
33370101	69	Nifedipine 5mg निफेडिपिन	Tablet ट्याबलेट									
ओरल लिक्विड : सिरप्स र सस्पेन्सन (Oral Liquids: Syrup and Suspensions)												
36013062	1	Amoxicillin 125mg/5ml Dry Suspension एमोक्सिसिलिन १२५ मि.ग्रा./छ मि.ली.	Bottle शिशि									
33420301	2	Cetirizine HCL, 5mg/5ml, Suspension सेट्रिजिन एचसिएल ५ मि.ग्रा./५ मि.ली.	Bottle शिशि									
36014162	3	Cloxacillin 125mg/5ml Syrup क्लोक्सासिलिन १२५मि.ग्रा./५मि.ली सिरप	Bottle शिशि									
36184062	4	Metronidazole 200mg/5ml, 60 ml Suspension मेट्रोनिडाजोल २०० मि.ग्रा./छमि.ली.,६० मि.लि. सस्पेन्सन	Bottle शिशि									
36052021	5	Paracetamol 125mg/5ml 60ml Syrup # पारासिटामोल १२५ मि.ग्रा./छ मि.ली. ६० मि.लि- सिरप	Bottle शिशि									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर		सामानको नाम	इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिल्ने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मीक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुञ्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
फ़ोल, सोलूशन, 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									
80050024	3	Ciprofloxacin Eye and Ear Drops 0.3% w/v # सिप्रोफ़्लोक्सासिन आई र इयर ड्रप्स ०.३%	Phial फायल									
32050170	4	Clove Oil 5ml Drops # क्लोभ अईल ५ मि.ली. ड्रप्स	Phial फायल									
38072102	5	Gention Violet 1% Solution 10 ml जेन्थान भायोलेट १% सोलूसन १० मि.लि.	Phial फायल									
37082110	6	Povidone Iodine Solution 5% 500 ml # पोभिडोन आयोडिन सोलूसन ५% ५०० मि.ली.	Bottle बोतल									
37171102	7	Silver Sulfadiazine 0.2% W/W Ointment, 25 gm सिल्भर सल्फाडायजिन ०.२% डब्लु/डब्लु ओइण्टमेन्ट, २५ ग्राम	Tube टयुब									
सर्जिकल र विविध (Surgical and Miscellaneous.)												
50040101	1	Disposable Syringe 1ml डिस्पोजेबल सिरिन्ज १ मि.ली.	Piece गोटा									
81111116	2	Insulin Syringe 1ml इन्सुलिन सिरिन्ज १ मि.ली.	Piece गोटा									
50031601	3	Disposable Syringe 2ml डिस्पोजेबल सिरिन्ज २ मि.ली.	Piece गोटा									
55666005	4	Disposable Syringe 3ml डिस्पोजेबल सिरिन्ज ३ मि.ली.	Piece गोटा									
55666001	5	Absorbent Cotton 400 gm अब्जोवेन्ट कटन ४०० ग्राम	Roll रोल									
55666002	6	Adhesive Tape 10 cm x 5 m एडिसीभ टेप १० सेमी x ५ मि	Piece गोटा									
55666003	7	Bandage 90cm x 18 m ब्याण्डेज ९० सेमी x १८ मि.	Piece गोटा									
88123523	8	Catgut 1.0 क्याटगट १.०	Piece गोटा									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिलने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मिक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुञ्जने परिमाण
			१	२	३	४	५	६=२+३-४-५	७	८	९=७-६	१०
88123524	9	Catgut 2.0 क्याटगट २.०	Piece गोटा									
80070256	10	Chlorine Powder क्लोरीन पाउडर	Packet प्याकेट									
55666004	11	Gauze 90cm x 18 m गज ९० सेमी x १८ मि.	Piece गोटा									
55100001	12	IV Canula आई भी क्यानुला	Piece गोटा									
55666006	13	IV infusion Set आई भी इन्फुजन सेट	Piece गोटा									
80150007	14	Phenol 500 ml फिनेल ५०० मि.ली.	Bottle बोटल									
37061110	15	Rectified Spirit 500 ml रेक्टीफाईड स्पिरिट ५०० मि.ली.	Bottle बोटल									
80080000	16	Rubber Catheter रबर क्याथेटर	Piece गोटा									
80050124	17	Surgical Blade सर्जिकल ब्लेड	Piece गोटा									
80050012	18	Surgical Gloves सर्जिकल ग्लोव्स	Pair पियर									
10002084	19	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 बोटल									
90022333	3	EDTA Capillary Tube ईडिटिए क्यापिलरी ट्युब	Tube ट्युब									
90012222	4	Blood lancet ब्लड ल्याण्डसेट	Pcs पिस									
90010195	5	Unigold युनिगोल्ड	Kit किट									

स्थानीय तह मार्फत स्वास्थ्य कार्यालय (नीलो), स्थानीय तहमा (पहेँलो) पठाउने र कार्यालय प्रति (सेतो) राख्ने ।

संकेत नम्बर	सामानको नाम		इकाई	गत त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	यस त्रैमासिकमा जम्मा प्राप्त	यस त्रैमासिकमा जम्मा निकास	मौज्दातमध्ये प्रयोगमा ल्याउन नमिलने मिति नाघेको तथा अन्य	यस त्रैमासिकको बाँकी मौज्दात	स्वीकृत मौज्दात परिमाण (ASL)	आकस्मिक मागविन्दु (EOP)	माग गर्नुपर्ने परिमाण	कैफियत/६ महिना भित्र स्याद गुञ्जने 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 (इक्युएस)	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 (ठुलो)	Pcs पिस									
90010101	11	Tenofovir/Lamivudine/Efavirizine 300/300/600mg टेनोफोभिर/ल्यामिभुडिन/इफाभिरिज ३००/३००/६०० एमजी	Tabs पिस									
90010123	12	Nevirapine 10mg/ml Oral Suspension नेभिरापिन १०एमजि/एमएल ओरल सस्पेन्सन	Bottle पिस									
81111111	13	Zidovudine 10mg/ml Oral Solution जिडोभुडिन १०एमजि/एमएल ओरल सस्पेन्सन	Bottle पिस									

प्रतिबेदन तयार गर्ने तथा रुजु गर्नेको

नाम :

पद :

दस्तखत :

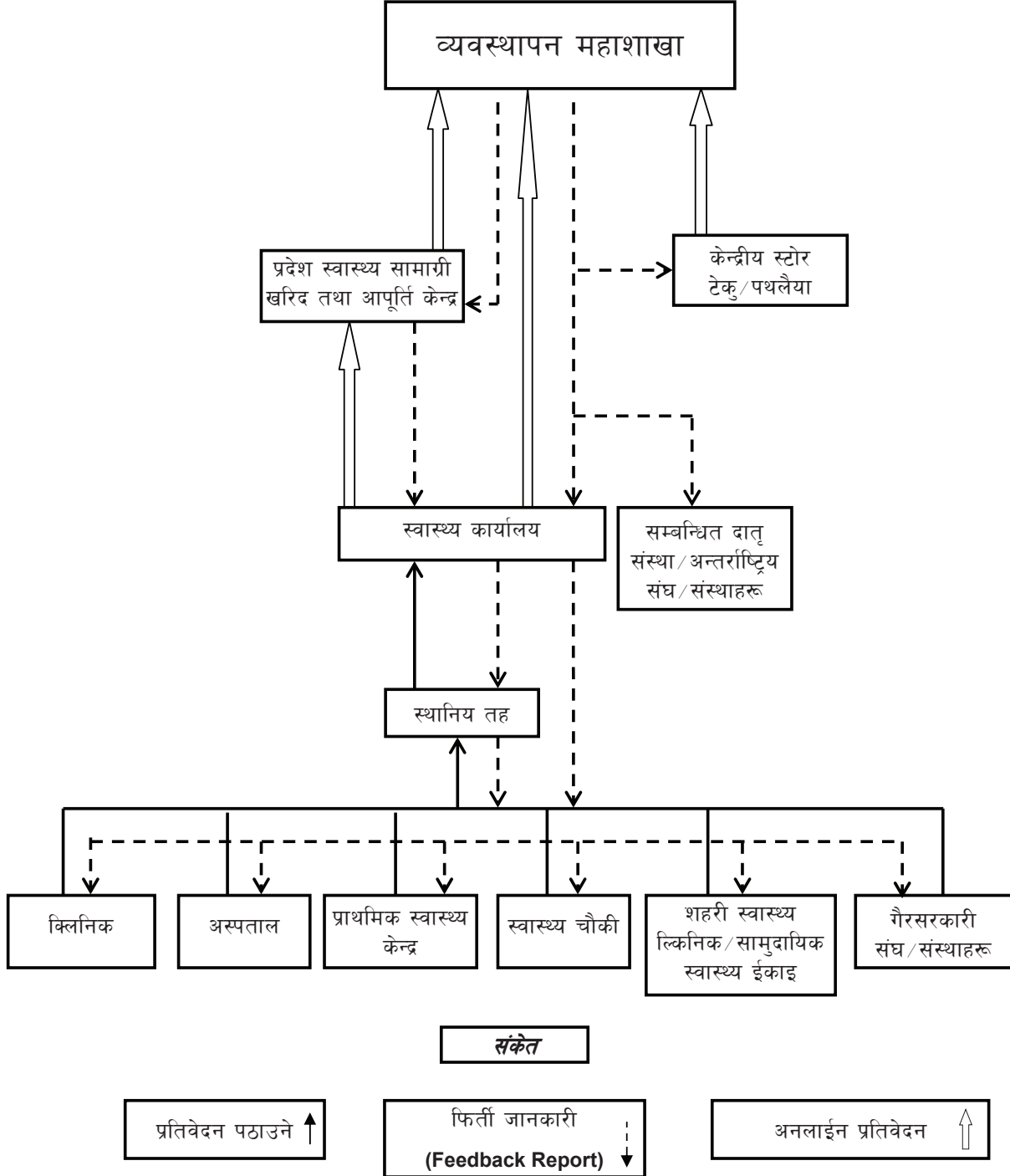
प्रमुखको नाम :

दस्तखत :

आपूर्ति व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

Logistics Management Information System (LMIS)

प्रतिवेदन र फिर्ती जानकारी (Reporting/Feedback Report)



तुरैमासक प्रतलवेदन फाराम बुभ्काउने अन्तलम दलनहरू

पहललो तुरैमासक (श्रावण, भाद्र, अशोज) - कार्तलक ७ गते भलत्र

दोस्रो तुरैमासक (कार्तलक, मंसलर, पुस) - माघ ७ गते भलत्र

तेस्रो तुरैमासक (माघ, फागुन, चैत्र) - बैशाख ७ गते भलत्र

चौथो तुरैमासक (बैशाख, जेठ, असार) - श्रावण ७ गते भलत्र

कृपया माथल उल्लेखलत दलनहरू भलत्र पहललो, दोस्रो, तेस्रो र चौथो तुरैमासक प्रतलवेदन फारामहरू सन्वन्धलत स्वास्थ्य संस्थाहरूले स्वास्थ्य कार्यालय तथा स्थानलय तहमा पठाईदलनु हुन अनुरोध छ ।