



कार्यालय संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक

स्व. श्री लखीराम अग्रवाल स्मृति, शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, सम्बद्ध
किरोड़ीमल शासकीय चिकित्सालय, रायगढ़ (छ.ग.)
दूरभाष 07762-222979, ई.मेल- gmrcraigarhhospital@gmail.com

क्रमांक/कि.शा.चि./क्रय/2020/ 1950L

रायगढ़, दिनांक 22/12/2020

// रूचि की अभिव्यक्ति //

स्व. श्री लखीराम अग्रवाल स्मृति शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय सम्बद्ध किरोड़ीमल शासकीय चिकित्सालय, रायगढ़ में आने वाले मरीजों के लिए विभिन्न रेडियोलॉजिकल investigation आउटसोर्सिंग के माध्यम से अन्य संस्थाओं से कराने हेतु प्रस्ताव आमंत्रित है, इच्छुक डायग्नोस्टिक सेन्टर/हॉस्पिटल/क्लीनिकल सेन्टर से "रूचि के अभिव्यक्ति" अन्तर्गत निर्धारित प्रपत्र में दर दिनांक-30.12.2020 समय 05:00 PM तक आमंत्रित किया जाता है।

रेडियोलॉजी investigation के प्रकार-

01- ULTRASONOGRAPHY

S.NO	TYPE	GRAY SCALE	RATE	COLOUR	RATE	
1.	CURVILINEAR PROBE (Low Frequency)	USG ABDOMEN		RENAL DOPPLER		
2.		USG PELVIS		PORTAL DOPPLER		
3.		USG ABDOMEN + PELVIS		OBSTETRIC DOPPLER		
4.		USG OBSTETRICS		-		
5.		FOLLICULAR STUDY		-		
6.		USG KUB		-		
7.		USG THORAX		-		
8.	LINEAR PROBE (High Frequency)	USG BREAST		ARTERIAL DOPPLER		
9.		USG INGUINOSCROTAL REGION		VENOUS DOPPLER		
10.		USG CRANIUM		TESTICULAR DOPPLER		
11.		USG JOINTS		PENILE DOPPLER		
12.		USG LOCAL SWELLINGS		CAROTID DOPPLER		
13.		USG MUSCULO SKELETAL		CRANIAL DOPPLER		
14.		USG NECK		-		
15.		TRANS VAGINAL PROBE (High Frequency)	USG PELVIS		-	
16.			FOLLICULAR STUDY		-	
17.			EARLY OBS		-	

Sub.

kg

[Signature]

[Signature]

[Signature]

02- CT SCAN

CT-SCAN				
S.No.	TYPE			
	PLAIN	RATE	CONTRAST	RATE
1	HEAD		HEAD	
2	NECK		NECK	
3	PNS		PNS	
4	CHEST		CHEST	
5	ABDOMEN		ABDOMEN	
6	LIMBS		LIMBS	
7	ORBIT		ORBIT	
8	TMJ		TMJ	
9	LUMBER SPINE		LUMBER SPINE	
10	ABD & PELVIS		ABD & PELVIS	
11	PELVIS		PELVIS	
12	HIP JOINT		HIP JOINT	
13	KNEE JOINT		KNEE JOINT	
14	LOWER PART		LOWER PART	
15	SHOULDER		SHOULDER	
16	TEMPORAL BONE		TEMPORAL BONE	
17	ANGIOGRAPHY LOWER LIMB		ANGIOGRAPHY LOWER LIMB	
18	ANGIOGRAPHY UPPER LIMB		ANGIOGRAPHY UPPER LIMB	

03- MRI

MRI				
S.No.	TYPE			
	PLAIN	RATE	CONTRAST	RATE
1	HEAD		HEAD	
2	NECK		NECK	
3	PNS		PNS	
4	CHEST		CHEST	
5	ABDOMEN		ABDOMEN	
6	MR angiography		MR angiography	
7	MR venography		MR venography	
8	CERVICAL SPINE		CERVICAL SPINE	
10	DORSAL SPINE		DORSAL SPINE	
9	LUMBER SPINE		LUMBER SPINE	
11	DORSAL WITH SCREENING OF LUMBER SPINE		DORSAL WITH SCREENING OF LUMBER SPINE	
12	Whole spine		Whole spine	
13	KNEE ONE SIDE		KNEE ONE SIDE	
14	SHOULDER ONE SIDE		SHOULDER ONE SIDE	
15	ELBOW ONE SIDE		ELBOW ONE SIDE	
16	PELVIS		PELVIS	
17	THIGH		THIGH	
18	WRIST		WRIST	
19	ANKLE		ANKLE	
20	HIP JOINT		HIP JOINT	
21	BREAST		BREAST	

04. X-RAY		
S.No.	TYPE	RATE
1	X-RAY - SKULL AP. LATERAL	
2	X-RAY - SKULL PA.	
3	X-RAY - P.N.S.	
4	X-RAY - NOSAL BONE AP. LATERAL	
5	X-RAY - ORBIT AP. LATERAL	
6	X-RAY - MANDIBLE AP. LATERAL	
7	X-RAY - BOTH MOSTORIED LATERAL	
8	X-RAY - NEEK AP. LATERAL	
9	X-RAY - SOULDER AP. LATERAL	
10	X-RAY - CLAVICAL AP.	
11	X-RAY - SCAPULA AP.	
12	X-RAY - ARM AP. LATERAL	
13	X-RAY - ELBOW AP. LATERAL	
14	X-RAY - FORARM AP. LATERAL	
15	X-RAY - WRIST AP. LATERAL	
16	X-RAY - HAND (FINGERS) AP. LATERAL	
17	X-RAY - PEVIS AP.	
18	X-RAY - PEVIS WITH HIP AP.	
19	X-RAY - HIPBONE AP. LATERAL	
20	X-RAY - THIGH (FEMER) AP. LATERAL	
21	X-RAY - KNEE AP. LATERAL	
22	X-RAY - LAG (TIBIA&FIBULA BONE) AP. LATERAL	
23	X-RAY - ANKLE AP. LATERAL	
24	X-RAY - HEEL (CALCANIUM) AP. LATERAL	
25	X-RAY - FOOT AP. LATERAL	
26	X-RAY - CHEST AP.	
27	X-RAY - CHEST PA.	
28	X-RAY - CHEST LATERAL	
29	X-RAY - PLAIN ABDOMEN	
30	X-RAY - ABDOMEN (SCOUT FILM)	
31	X-RAY - CERVICAL SPINE AP. LATERAL	
32	X-RAY - DORSAL SPINE (THORACIC SPINE) AP. LAT	
33	X-RAY - L.S. SPINE (LUMBOSACRAL) AP. LAT	
34	X-RAY - SACRO COCCYXGEL SPINE AP. LATERAL	
35	X-RAY - BARIUM MEAL S/D AP. LATERAL	
36	X-RAY - BARIUM SWALLOW AP. LATERAL	
37	X-RAY - BARIUM FOLLOW THROUGHT	
38	X-RAY - BERIUM ENEMA	
39	X-RAY - O.P.G. ORTHO PANTOMOGRAM	
40	X-RAY - T.M.J. TEMPOROMANDIBULAR JOINT	
41	X-RAY - H.S.G. HISTERO SALPINGO GRAPHY	
42	X-RAY - R.U.G. RETROGRADE URETHROGRAM	
43	X-RAY - M.C.U. MICTURATING CYSTO- URETHROGRAM	
44	X-RAY - I.V.P. INTRAVENOUS PYELOGRAM	
45	X-RAY - K.U.B. KIDNEY URETER BLADDER	
46	X-RAY - SINOGRAM	
47	X-RAY - FISTULAGRAM	

Sub

Wg

[Handwritten signature]

Wg

05- MAMMOGRAPHY

MAMMOGRAPHY				
	INVESTIGATION	RATE	TYPE	RATE
1	MAMMOGRAPHY		Single Side	
2	MAMMOGRAPHY		Double Side	

रूचि की अभिव्यक्ति द्वारा दर प्रस्तुत करने हेतु आवश्यक शर्तें—

01. सेवा प्रदायकर्ता आवेदक का संस्थान रायगढ़ शहर के अन्दर स्थित हो।
02. स्व श्री ल. अ. स्मृ. शा. चि. महाविद्यालय संबद्ध किरोड़ीमल शासकीय चिकित्सालय परिसर रायगढ़ से न्यूनतम दूरी पर स्थित डायग्नोस्टिक सेन्टर/हॉस्पिटल/क्लीनिकल सेन्टर को प्राथमिकता दी जावेगी।
03. सेवा प्रदायकर्ता संस्थान राज्य शासन के स्वास्थ्य विभाग/CMHO से नर्सिंग होम एक्ट में नियमानुसार पंजीकृत हो।
04. सेवा प्रदायकर्ता संस्थान के पास P.C.P.N.D.T. Act. के अन्तर्गत नियमानुसार (Ultra Sound) पंजीयन होना अनिवार्य है।
05. सेवा प्रदायकर्ता संस्थान के पास X-Ray से संबंधित जांच हेतु भारत सरकार परमाणु ऊर्जा नियामक परिषद् विकिरण संरक्षा प्रभार से जीवित रजिस्ट्रेशन होना अनिवार्य है।
06. सेवा प्रदायकर्ता संस्थान के पास MCI के मापदण्डानुसार पंजीकृत योग्यताधारी Radiologist होना अनिवार्य है।
07. यथा संभव रिपोर्टिंग 24 घण्टे के अन्दर उपलब्ध कराना होगा।
08. ये सेवायें आपात स्थिति में नियमानुसार किसी भी समय सेवायें प्रदान करने के लिए बाध्य होंगे।
09. सेवा प्रदायकर्ता आवेदक द्वारा प्रस्तुत दर शासन द्वारा निर्धारित दर से अधिक नहीं होनी चाहिए।
10. ये सुविधा आउटडोर/इनडोर दोनों मरीजों के लिए देय होगा।
11. उपरोक्त रेडियोलॉजिकल जांच संस्था (स्व श्री ल. अ. स्मृ. शा. चि. महाविद्यालय संबद्ध कि.शा. चिकित्सालय रायगढ़ छ.ग.) के सक्षम अधिकारी से हस्ताक्षरीत पर्ची प्रदान करने के बाद ही किया जावेगा।
12. सभी इमेजिंग की गुणवत्ता उच्च स्तर की होनी चाहिए।
13. सेवा प्रदायकर्ता संस्थान द्वारा प्रयोग में ली जाने वाली मशीनों की माडल नम्बर तथा स्थापना की तिथि की जानकारी देनी होगी।
14. सेवा प्रदायकर्ता संस्थान की मशीन खराब होने की दशा में L-2 से भी, उसी दर पर investigation कराने के लिए संस्था स्वतन्त्र होगी।
15. किसी प्रकार की विवाद की स्थिति उत्पन्न होने पर चिकित्सा अधीक्षक सह संयुक्त संचालक का अभिमत अंतिम होगा।
16. भुगतान हेतु संबंधित फर्म को देयक मासिक इकजाई कर प्रदान करना होगा, तभी शासन के नियमानुसार भुगतान किया जायेगा।

संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक
स्व. श्री ल.अ.स्मृ.शा.चि.महाविद्या.सम्बद्ध
कि.शा.चिकित्सालय रायगढ़ (छ.ग.)

49
Sub.