

কুর্মিটোলা জেনারেল হাসপাতালে পরীক্ষা নিরীক্ষার তালিকা ও পরীক্ষার সরকারী হার :

Pathological Test

S/N	Test Name	Rate	Remarks
1.	HDL	100.00	
2.	Albumin	100.00	
3.	ALT	70.00	
4.	ALP	70.00	
5.	Amylase	300.00	
6.	Lipase	300.00	
7.	AST	70.00	
8.	Calcium	80.00	
9.	Lipid Profile	300.00	
10.	Cholesterol	50.00	
11.	HDL- Cholesterol	100.00	
12.	LDL- Cholesterol	250.00	
13.	CK-MB	250.00	
14.	Creatinine	50.00	
15.	Glucose	60.00	
16.	HbA1c	300.00	
17.	Iron	250.00	
18.	TIBC	150.00	
19.	Mg ⁺⁺	150.00	
20.	PO ₄ ⁻⁻	100.00	
21.	Bilirubin	60.00	
22.	Triglyceride	50.00	
23.	Total Protein	100.00	
24.	Uric Acid	100.00	
25.	CPK	150.00	
26.	Urea	50.00	
27.	Direct Bilirubin	60.00	
28.	LDH	150.00	
29.	Toral T3	200.00	
30.	Toral T4	200.00	
31.	TSH	200.00	
32.	FT3	250.00	
33.	FT4	250.00	
34.	FSH	250.00	
35.	LH	250.00	
36.	Prolactin	250.00	
37.	Troponin I	250.00	
38.	Ferritin	250.00	
39.	HBsAg (ELISA)	200.00	
40.	Cortisol	250.00	
41.	Testosterone	250.00	
42.	Hb electrophoresis	500.00	
43.	Protein electrophoresis	500.00	

S/N	Test Name	Rate	Remarks
44.	CBC	150.00	
45.	Pregnancy test	80.00	
46.	HBsAg (Screening)	50.00	
47.	ASO titre	100.00	
48.	RA test	60.00	
49.	CRP	150.00	
50.	Widal Test	80.00	
51.	Urine R/E	20.00	
52.	Urine R/E(Automated)	100.00	
53.	Total IgE	300.00	
54.	CEA	350.00	
55.	CA-19.9	300.00	
56.	CA-125	300.00	
57.	PSA	350.00	
58.	BNCG	300.00	
59.	AFP (α - Fer protein)	350.00	
60.	CA-15.3	300.00	

Radiological Test Rate:

S/N	Test Name	Rate	Remarks
61.	USG Whole Abdomen	220.00	
62.	USG lower Abdomen	110.00	
63.	X-ray Digital	200.00	
64.	OPG	80.00	
65.	Momography	800.00	Now Stop
66.	CT Scan	2000.00-3000.00	
67.	MRI	3000.00	

Others Test Rate:

S/N	Test Name	Rate	Remarks
68.	ECG	80.00	
69.	ECHO 4D Colour Doplar	500.00	
70.	ECHO 2D	200.00	
71.	ETT	1000.00	
72.	Holter	500.00	
73.	Endoscopy	500.00	
74.	Colonoscopy	1200.00	
75.	Dialysis (For Six month) (48 setting, weekly 2 setting)	20000.00	
76.	Dialysis (Single time)	417.00	

কুর্মিটোলা জেনারেল হাসপাতালের বিছানা ভাড়ার হারের তালিকা

ক্রমিক	বিবরণ	সরকার নির্ধারিত মূল্য	মন্তব্য
০১	নন পেয়িং বেড	ভাড়া দিতে হয়না।	খালী থাকা সাপেক্ষে বরাদ্দ প্রদান করা হয়।
০২	পেয়িং বেড	প্রতিদিন ২৭৫.০০	
০৩	কেবিন (নন এসি)	প্রতিদিন ৮৭৫.০০	
০৪	কেবিন (এসি)	প্রতিদিন ১৮৭৫.০০	
০৫	কেবিন (ভিআইপি)	প্রতিদিন ১৮২৫.০০	

নিরাপদ রক্ত পরিসঞ্চালন কেন্দ্রে নিম্নলিখিতপরীক্ষা-নিরীক্ষাসমূহ

রি-এজেন্ট ও আনুষঙ্গিক সুবিধা বিদ্যমান থাকা সাপেক্ষে সম্পন্ন করা হয়

রক্ত পরিসঞ্চালন কেন্দ্রে রোগীর পরীক্ষা-নিরীক্ষার ফিসঃ

ক্রমিক নং	পরীক্ষা সমূহেরনাম		নির্ধারিত মূল্য
১.	Apheresis, Single Donor Platelet (Procedure Charge)		2000
২.	TPE/Stem Cell(Procedure Charge)		5000
৩.	Grouping-ABO & Rhesus D Factor (Automated Method)		350
৪.	Coomb's Test (Automated, Direct)		350
৫.	Coomb's Test (Automated, Indirect)		450
৬.	Bombay Blood Group		1000
৭.	MNSs Typing		4000
৮.	HBsAg Clia		400
৯.	HCV-Clia		700
১০.	Syphilis-Clia		400
১১.	Antibody Screening		400
১২.	Antibody Identification		1500
১৩.	Weak-D		5000
১৪.	Anti-D		1000
১৫.	Anti-A1		200
১৬.	Anti H		800
১৭.	Syphilis/TPHA Rapid		100
১৮.	Malaria ICT Rapid		200
১৯.	Kell Typing	Kell (K)	700
		Cellanoo (k)	1800
২০.	Duffy Typing	Duffy ^a (Fy ^a)	1600
		Duffy ^b (Fy ^b)	1800
২১.	Kidd Typing	Kidd a (JK ^a)	1800
		Kidd b (JK ^b)	1800
২২.	Lewis Typing	Lewis a (Le ^a)	4000
		Lewis b (Le ^b)	4000
২৩.	ABO Blood Group Discrepancy Solved		500

রক্ত পরিসঞ্চালন কেন্দ্রে রোগীরপরীক্ষা-নিরীক্ষারফিস (পুনঃনির্ধারণ)ঃ

ক্রমিক নং	রোগীরখরন	পরীক্ষা-নিরীক্ষারনাম	নির্ধারিত মূল্য
1.	General Bed/Free Bed	Blood grouping & cross-matching (Manual)	Free
		Blood screening (Manual)	350
2.	Paying Bed	Blood grouping, screening & cross-matching (Manual)	450
3.	Cabin/OPD	Blood grouping, screening & cross-matching (Manual)	600
4.	Day care Unit	Blood grouping, screening & cross-matching (Manual)	450
5.	Coomb's Test (Manual)	Direc	200
		Indirect	400
6.	HBsAg Rapid		150
7.	Hemolysin test		200
8.	Rhesus D test		300
9.	Rh-D Antibody Detection		400
10.	Rh-D Antibody Titration		500
11.	Rhesus C factor		800
12.	Rhesus e factor		700
13.	Rhesus E factor		400
14.	Rhesus e factor		1000
15.	Rhesus Genotype & Phenotype		3000