Email : nrip-cheruthuruthy@gov.in
nrip.cheruthuruthy@gmail.com

Phone Office : 04884 - 262543, 261700
Hospital : 04884 - 262544

राष्ट्रीय आयुर्वेद पंचकर्म अनुसंधान संस्थान
केन्द्रीय आयुर्वेदीय विज्ञान अनुसंधान परिषद, आयुष मंत्रालय, भारत सरकार, चेरुतुरुत्ति, त्रिशूर, केरल – 679 531
NATIONAL AYURVEDA RESEARCH INSTITUTE FOR PANCHAKARMA
Central Council for Research in Ayurvedic Sciences, Ministry of AYUSH, Govt. of India, Cheruthuruthy, Thrissur, Kerala – 679 531

फा.सं.1/6/2024/एनएआरआईपी/रसा/परि 1713 - दिनांक: 06 OCT 2025

उद्धरण सूचना

विषय: आईएमआर परियोजना 'होस्ट-पैथोजन अंतःक्रियाओं में प्रकृति की भूमिका की खोज' हेतु प्रयोगशाला सेवाओं की प्राप्ति।
Hiring of laboratory service for IMR Project 'Exploring the role of Prakriti in Host-Pathogen Interactions'

IMR परियोजना 'होस्ट-पैथोजन अंतःक्रियाओं में प्रकृति की भूमिका की खोज' हेतु प्रयोगशाला सेवाओं के लिए NABL मान्यता प्राप्त प्रयोगशालाओं से मुहरबंद उद्धरण आमंत्रित किए जाते हैं।

Sealed quotations are invited from NABL Accredited Laboratories for IMR Project "Exploring the role of Prakriti in Host-Pathogen Interactions"

1. सामान्य जानकारी/ General Information:

अ. उद्धरण जमा करने की अंतिम तिथि/Last date for submission of quotations: 18|10|2025

ब. उद्धरण खोलने की तिथि और समय/Date and time of opening of quotations: 18|10|2025

2. नियम और शर्तें /Terms and conditions:

क. प्रयोगशाला के पास एनएबीएल प्रत्यायन होना चाहिए/Lab should have NABL Accreditated.

ख. कार्यप्रणाली और संदर्भ सीमा का आवश्यकतानुसार सख्त अनुपालन से पालन किया जाना होगा। Methodology & reference range should be strictly adhered as per enclosed requisites.

ग. नमूना संग्रह के बाद रिपोर्टिंग समय 48 घंटों तक हो सकता है।
The reporting time may be within 48 hours after sample collection.

घ. रिपोर्ट को एनएबीएल मानदंडों के अनुसार प्रयोगशाला के लेटर हेड में प्रस्तुत किया जाना होगा।
Report should be submitted in the letter head of the Lab as per the NABL norms

ड. चूंकि प्रयोगशाला जांच भारत सरकार की अनुसंधान परियोजनाओं का हिस्सा हैं इसलिए आवश्यक प्राथमिकता दी जाएगी/As the lab investigations are part of research projects of Govt.of.India necessary care and priority shall be given.

च. अध्ययन अवधि: 01 वर्ष और 5 माह, स्क्रीनिंग/बेसलाइन के लिए- लगभग 60 रोगी
Study Duration: 01 year and 5 month, for screening/baseline- approximately 60 patients.

छ. सभी परीक्षणों के लिए नमूना वायल फर्म द्वारा संस्थान को पूर्व में प्रदान करनी होगी।
Sample vials for all tests should be provided by the firm to the institute priorily.

ज. परीक्षण नमूने संस्थान से एकत्र किया जाना होगा/Samples to be tested should be collected from our institute within the stipulated time period of tests

झ. उद्धृत दरें सभी शुल्कों सहित होनी चाहिए/Rates quoted should be inclusive of all charges.

ञ. उद्धरण को अंतिम रूप दिए जाने के बाद शुल्कों में कोई वृद्धि नहीं होगी।
There will be no enhancement of charges once the quotations are finalized.

ट. मुहरबंद उद्धरण के ऊपर आईएमएस परियोजना 'होस्ट-पैथोजन अंतःक्रियाओं में प्रकृति की भूमिका की खोज' की प्रयोगशाला जांच हेतु उद्धरण लिखा होना चाहिए।/ The sealed quotations super scribed "Quotations for laboratory investigations for IMR Project "Exploring the role of Prakriti in Host-Pathogen Interactions".

Assistant Director in Charge

Copy to:-

1. Purchase Committee Chairman
2. All Notice boards of the Institute
3. PI of the Project

Assistant Director in Charge

NATIONAL AYURVEDA RESEARCH INSTITUTE FOR PANCHAKARMA, CHERUTHURUTHY

Sl.No	Test	Method to be adopted	Reference range	Amount
1	Hematological a. TLC b. DLC-(N%, L%E%, M%, B %) c. Hb% d. Total RBC count e. Platelet count f. ESR	Flow cytometry / Electrical impedance	**a.** TLC-4000-1100/mm^3 **b.** DLC-N-40-80% L-20-40% E-1.0-6.0% M-2.0-10% B-0.0-2.0% **c.** Hb%-14-17.5 gm/dl **d.** Total RBC count-4.7-6.1 million cells/mcL **e.** Platelet count-150-450µl **f.** 0-15mm/hr	
2	Glycosylated Hb% HbA1C	HPLC	Non diabetic<=5.6 Pre diabetic 5.7-6.4 Diabetic>=6.5	
3	Liver Function Tests a. Bilirubin Total b. Bilirubin Conjugated c. Bilirubin Unconjugated d. Alanine Transaminase(ALT) e. Aspartase Transaminase(AST) f. AST/ALT Ratio g. Alkaline Phosphaatase(ALP) h. Gamma Glutamyl Transpeptidase (GGT) i. Total Protein j. Albumin k. Globulin l. A:G Ratio m. HBS Ag	a) Colorimetric Diazo b) –do- c) –do- d) IFCC without P5P-UV Kinetic e) –do- f) –do- g) PNPP with AMP buffer colorimetric h) IFCC-Enzymatic Colorimetric i) Biuret endpoint j) BCG Dyee Binding Endpoint k) Calculated l) calculated m) Elisa method	**a.** Bilirubin Total-0.3-1.2 mg/dl **b.** Bilirubin Direct0-0.3 mg/dl **c.** Bilirubin Indirect-0.1-1.0 mg/dl **d.** ALT-7-56 U/L **e.** AST-5-40 U/L **f.** AST/ALT Ratio<1 **g.** Alkaline phosphatase-44-147 U/L **h.** 8-16 U/L **i.** Total protein-6.0-8.3 gm/dl **j.** Albumin-3.5-5.3 gm/dl **k.** Globulin-2.0-3.5 gm/dl **l.** A:G Ratio-1.1-2.50 **m.** Non reactive	
4	Kidney Function test a) Serum Urea b) Serum BUN c) Serum	a. Urease GLDH b. Urease GLDH	(a)5-20 mg/dl (b)7.0-20 mg/dl (c)0.74-1.35 mg/dl (d)4-8.5 mg/dl	

	Creatinine d) Serum uric acid e) Serum sodium f) Serum Potassium g) Serum Calcium	c. Jaffe's Kinetic d. Uricase-Enzymatic e. ISE-Direct f. ISE-Direct g. Arsenazo	(e)sodium-136-145 mEq/L (f) Potassium-3.5-5.1 mEq/L (g)8.6-10.0 mg/dl	
5	Lipid Profile a. Triglycerides b. Total cholesterol c. HDL-cholesterol d. LDL-cholesterol e. VLDL-cholesterol	a) GPO-PAP Enzymatic b) CHOD/PAP Enzymatic c) Homogenous enzymatic colorimetric d) –do- e) calculated	(a)Triglycerides<150 mg/dl (b)Total Cholesterol<200 mg/dl (c)HDL>40.0mg/dl (d)LDL<100 mg/dl (e)VLDL<30mg/dl	
6	TFT	CLIA	a) T3-0.60-1.61ng/ml b) T4-5.3-12.45µg/Dl c) TSH-0.3-5.5 IU/ml	
7	Urine R.E/M.E	Automated strip test,light microscopy		
8	Stool R.E/M.E & Occult blood	Light microscopy&card test		
9	VDRL	Automated strip test	Non reactive	
10	ELISA for HIV Test	Rapid Test	Non reactive	

SIGNATURE WITH DATE AND
SEAL OF THE AUTHORIZED SIGNATORY

To

Assistant Director in Charge
National Ayurveda Research Institute for Panchakarma,
Cheruthuruthy-P.O.
Thrissur (Dist.) Kerala – Pin - 679531.

Sir,

I/we .....who are established and reputed Laboratory /Hospital services, hereby offer your quotation against the quotation ref. No.....and accept the terms& conditions of the quotation and enclose a copy of the quotation document duly signed by the authorized signatory.

Yours faithfully,

(Name) for and on behalf of M/s.
.....
(Name of firm)

Note: - This letter of authority should be on the letter head of the concern and should be signed by an authorized signatory.

TECHNICAL REQUIREMENTS

Sl.No	Particulars	Details (Proof should Enclose)
1	Name of the Firm	
2	Registration Number:	
3	ISO/NABL Certificate	
4	Scope of Accreditation	
5	Complete Postal Address with Phone number details and E-mail id	
6	PAN	
7	GST Number	
8	Account Details	

Note: - The firm abides by the all terms and conditions as per Quotation Notice.

SIGNATURE WITH DATE AND
SEAL OF THE AUTHORIZED
SIGNAT