



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

MPDSR Tool 2

गोप्य

यो सुचना मातृ मृत्युको निगरानी र प्रतिकार्य तथा सामुहिक रूपमा तथ्यांकीय प्रयोजनका लागि नेपाल सरकारका स्वास्थ्य निकायहरूले मात्र प्रयोग गर्नेछन्

स्वास्थ्य संस्थाको नाम _____

मातृ मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य प्रयोजनका लागि

मातृ मृत्युको प्रारम्भिक पहिचान फारम

[महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम् सेविका वा अन्य सूचक मार्फत १२ देखी ५५ वर्ष सम्मका महिलाको मृत्यु भएको सुचना प्राप्त भए पछि सो मातृ मृत्यु हो वा होइन भनि प्रारम्भिक यकीन गर्न स्वास्थ्य कर्मकर्मिले यो फारम भर्नु पर्दछ]

१. मृतक महिलाको पूरा नाम र थर: _____

२. मृत्यु भयेक मिति:

गते महिना साल

३. मृत्यु हुँदाको उमेर : (पुरा गएको वर्ष)

४. मृतकका श्रीमान वा अभिभावकको पूरा नाम र थर: _____

५. फोन / मोबाइल नम्बर: _____

मृतकका हालको बसोबासको ठेगाना:

प्रदेश: _____ जिल्ला: _____ स्थानीय तह: _____

वडा नम्बर: गाउँ / टोल: _____

मातृ मृत्यु छुट्याउने प्रश्नहरू (Maternal Death Screening Questions)

१	के उहाँ (मृतक)को मृत्यु गर्भवती अवस्थामा भएको हो ?	हो.....१ होइन.....२ थाहा छैन.....९ ६
२	के उहाँ (मृतक)को मृत्यु बच्चा जन्माउने बेलामा (प्रसुती अवस्थामा) भएको हो ?	हो.....१ होइन.....२ थाहा छैन.....९ ६
३	के उहाँ (मृतक)को मृत्यु बच्चा जन्माएको (सुत्केरी भएको) ४२ दिन भित्र भएको हो ?	हो.....१ होइन.....२ थाहा छैन.....९ ६

४	के उहाँ (मृतक) को मृत्यु गर्भ खेर गएको वा गर्भपतन गराउँदा वा गराएको ४२ दिन भित्र भएको हो ?	हो—.....-१ होइन—.....-२ थाहा छैन—.....-९६
---	--	---

<u>माथिका चार प्रश्नहरू मध्ये कुनै एक प्रश्नको जवाफ “हो” भन्ने आएमा मातृ मृत्यु भएको हुन सक्छ</u> <u>स्थानीय तहमा मौखिक परिक्षण (Verbal Autopsy) का लागि तुरुन्ता खबर गर्नुहोस</u>	<u>माथिका सबै चार प्रश्नको जवाफ “होइन” भन्ने आएमा :</u> <u>स्थानीय तहमा अभिलेख गर्नुहोस</u>
---	--

फारम भर्ने कर्मचारी तथा आगामी कार्यवाही सम्बन्धि विवरण

यो मातृ मृत्युको प्रारम्भिक पहिचान (Screening) फारम भर्ने स्वास्थ्यकर्मीको:

नाम: _____ पद: _____

कार्यरत संस्थाको ठेगाना: _____

फारम भाटको मिति:

मातृ मृत्यु भएको हुन सक्ने देखिएकोमा मौखिक परिक्षणका लागि स्थानीय तहमा मौखिक परिक्षणका लागि विवरण पठाउने स्वास्थ्यकर्मीको

नाम: _____ पद: _____

ठेगाना: _____

फारम पठाएको वा खबर गरेको मिति

गते महिना साल

फारम पठाएको वा खबर गरेको माध्यम (जस्तै: हुलाक, हाते सन्देश, फोन, इमेल, मेसेज, आदि)
