

२०७८



मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य कार्यक्रम संचालन निर्देशिका २०७८



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा

मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य कार्यक्रम संचालन निर्देशिका २०७८



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

(.....शाखा)



४२६२५५०
४२६२८०२
४२६२७०६
४२६२५३५
४२६२८६२
४२२३५८०

फोन नं.

रामशाहपथ,

काठमाडौं, नेपाल ।

प्राप्त पत्र संख्या :-

पत्र संख्या :-

चलानी नं. :-

मिति :

विषय :-

मन्तव्य



मातृ मृत्यु महिलाको बाँच्न पाउने अधिकारको गम्भिर हनन् मात्र नभएर व्यक्ति, परिवार र समाजमा ब्याप्त गम्भिर खालका मनोसामाजिक तथा आर्थिक र पारिवारीक समस्याहरूसँग जोडिएको हुन्छ । त्यसैले नेपाल सरकारले सन् २००० मा भएको सहश्राव्दी विकास सम्मेलनमा प्रतिवद्धता जनाए अनुसार मातृ तथा बाल मृत्यु घटाउन गरेको विभिन्न प्रवर्दनात्मक, प्रतिकारात्मक र उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाहरूको सफल कार्यान्वयनको कारणले उच्च मातृ तथा बाल मृत्यु दरलाई उल्लेख्य रूपमा घटाई अन्तराष्ट्रिय तहमा पुरस्कार समेत प्राप्त गरेको थियो ।

स्वस्थ गर्भावस्था सहित सुरक्षित रूपमा प्रसुती हुन र स्वस्थ बच्चा जन्माउन पाउँने महिलाको संवैधानिक हक हो । हरेक नेपालीलाई स्वस्थ जिवन यापन गर्न नेपालको संविधान २०७२ ले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालालाई मौलिक हकको रूपमा स्थापित गरेको छ ।

मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य (एम.पि.डी.एस.आर) कार्यक्रम नेपालको लागि तुलनात्मक रूपमा नयाँ अवधारणा हो । यस कार्यक्रमले मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु सम्बन्धि महत्वपूर्ण सुचना र जानकारीहरू प्रदान गर्दछ । यसका साथै हाल संचालन भइरहेका सेवाहरूलाई थप गुणस्तरिय बनाई आवश्यकता अनुसार थप कृयाकलाप संचालन गर्न र ती कार्यक्रमहरूको प्रभावकारीता मुल्याङ्कन गर्न समेत महत्वपूर्ण भुमिका निर्वाह गर्दछ ।

यस कार्यक्रमले मुलुकमा हुने मातृ तथा नवजात शिशुको मृत्युलाई घटाएर दिगो लक्ष्य हासिल गर्न मद्दत पुर्याउछ भन्ने आशा गर्दै कार्यक्रम संचालन भएका सबै स्थानिय तह तथा स्वास्थ्य कार्यालयलाई यस निर्देशिका वमोजिम एम.पि.डी.एस.आर कार्यक्रम संचालन गरी नेपाल सरकारको प्रतिवद्धतामा सहयोग गर्नहुन हार्दिक अनुरोध गर्दछु ।

०६८७१२/८

श्री विरोध खतिवडा
माननीय मन्त्री

श्री विरोध खतिवडा
मन्त्री



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

(.....शाखा)



फोन नं.

४२६२५५०
४२६२८०२
४२६२७०६
४२६२५३५
४२६२८६२
४२२३५८०

प्राप्त पत्र संख्या :-

पत्र संख्या :-

चलानी नं. :-

रामशाहपथ,

काठमाडौं, नेपाल ।

मिति :

विषय :-

मन्तव्य



विभिन्न राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय तहमा नेपाल सरकारले मातृ तथा बाल मृत्यु घटाउन गरेको प्रतिवद्धता र स्वास्थ्य सम्बन्धि विभिन्न दिर्घकालिन, मध्यकालिन तथा अल्पकालिन स्वास्थ्य योजनाहरूमा लक्षित गरे अनुसार विगत दुई दशकमा नेपालले विभिन्न प्रवर्धनात्मक, प्रतिकारात्मक तथा उपचारत्मक स्वास्थ्य सेवाहरू मार्फत उच्च रहेको मातृ मृत्यु तथा बाल मृत्यु घटाउने कार्यमा उल्लेख्य प्रगति हाँसिल गरेता पनि अन्य देशहरूको तुलनामा नेपालमा मातृ मृत्यु तथा नवजात शिशु मृत्यु अझै पनि एक प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ । त्यसैले हरेक तहमा प्रत्येक मातृ मृत्यु प्रति सम्बेदनशील भइ मृत्युको समिक्षा गर्न र त्यस्तै कारणले अन्य मृत्युहरू हुन नदिन नेपाल सरकारले एम.पि.डी.एस.आर कार्यक्रम संचालनमा ल्याएको छ ।

यस कार्यक्रममा समुदाय तहमा १२ देखि ५५ वर्ष भित्रको उमेरमा मृत्यु हुने हरेक महिला र अस्पतालमा हुने हरेक मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युको समिक्षा गरी त्यस्तै प्रकृतीको कारणले आगामी दिनमा मृत्यु हुन नदिन र सेवालाई थप गुणस्तरिय बनाउन कार्ययोजना बनाई प्रतिकार्यका कृयाकलापहरू संचालन गरिन्छ ।

निगरानी सम्बन्धि जनस्वास्थ्यको अवधारणालाई मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु कम गर्न प्रयोगमा ल्याईएको यस कार्यक्रमलाई सफल रूपमा कार्यान्वयन गर्न कार्यक्रम संचालन निर्देशिका लागायत कार्यक्रम सम्बन्धि सबै तयारी गर्नको लागि खटिने परिवार कल्याण महाशाखाको सम्पूर्ण टोलिलाई विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छु । साथै यस निर्देशिका परिमार्जनमा खटिनुहुने र प्राविधिक सहयोग गर्नुहुने सम्पूर्ण सहयोगि संस्थाहरू प्रति आभार प्रकट गर्न चाहन्छु ।

Heavenly Sign
2071/07/21/2

श्री भवानी प्रसाद खापुङ.

माननीय राज्यमन्त्री



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

(.....शाखा)



फोन नं.

४२६२५५०

४२६२८०२

४२६२७०६

४२६२५३५

४२६२८६२

४२२३५८०

प्राप्त पत्र संख्या :-

पत्र संख्या :-

चलानी नं. :-

रामशाहपथ,

काठमाडौं, नेपाल ।

मिति :

विषय :-

शुभकामना



नेपालले विभिन्न राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय स्तरमा मातृ मृत्यु दरलाई घटाउने प्रतिबद्धता जाहिर गर्दै आएको छ । नेपाल सरकारले सन् २००० मा भएको सहश्राव्दी विकास सम्मेलनमा प्रतिवद्धता जनाए अनुसार मातृ तथा बाल मृत्यु घटाउन गरेको विभिन्न प्रवर्दनात्मक, प्रतिकारात्मक र उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाहरूको सफल कार्यान्वयनको कारणले उच्च मातृ तथा बाल मृत्यु दरलाई उल्लेख्य रूपमा घटाई अन्तराष्ट्रिय तहमा पुरस्कार समेत प्राप्त गरेको थियो । त्यसै गरि मातृ मृत्यु दरलाई सन् २०३० सम्म ७० प्रति १००,००० जीवित जन्म पु-याउने नेपालले दिगो विकास लक्ष्य प्राप्त गर्ने प्रतिबद्धता गरेको छ ।

सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ तथा जनस्वास्थ्य ऐन २०७५ ले प्रजनन स्वास्थ्य तथा सुरक्षित मातृत्व र नवजात शिशु स्वास्थ्यलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको रूपमा लिइ हरेक नागरिकलाई निःशुल्क रूपमा सेवा पुर्याउने लक्ष्य लिएको छ । त्यस लक्ष्य हासिल गर्न हाल संचालनमा रहेका आमा सुरक्षा लगायत विभिन्न प्रजनन तथा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धि सेवाहरूमा सामाजिक, आर्थिक तथा भौगोलिक रूपमा पछाडी रहेको समुदायको पहुँच सुनिश्चित गरी स्थानिय आवश्यकता अनुसार थप कार्यक्रमहरू संचालन गर्न आवश्यक देखिन्छ ।

मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य कार्यक्रमले समुदाय र स्वास्थ्य संस्थाहरूमा हुने हरेक मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु सम्बन्धि महत्वपूर्ण सुचना र जानकारीहरू प्रदान गर्दछ । यसका साथै हाल संचालन भइरहेका सेवाहरूलाई थप गुणस्तारिय बनाई आवश्यकता अनुसार थप कृयाकलाप संचालन गर्न र ती कार्यक्रमहरूको प्रभावकारीता मुल्याङ्कन गर्न समेत महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गर्दछ । त्यसैले यो कार्यक्रम संचालन भएका हरेक स्थानिय तह, स्वास्थ्य कार्यालय तथा प्रदेशलाई यस निर्देशिका वमोजिम एम.पि.डी.एस.आर कार्यक्रम संचालन गर्नुहुन र मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु कम गर्न सहयोग गर्नुहुन हार्दिक अनुरोध गर्दछु ।


डा. रोशन पोखरेल
सचिव



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
टेकु, काठमाडौं, नेपाल



स्वास्थ्य सेवा विभाग: ५३६१७१२



प्राक्कथन

महिला गर्भवती हुनु र स्वस्थ बच्चा पाउनु हरेक महिला, दम्पती, परिवार, समाज र देशकै लागि एक सुखद क्षण हो। तर यहि प्राकृतिक प्रकृत्याको दौरान अधिकांश कम विकसित र विकासोन्मुख मुलुकहरूमा गर्भवती तथा सुत्केरी अवस्थामा महिलाहरूमा देखिने स्वास्थ्य समस्या र मृत्यु तथा बच्चामा देखिने विभिन्न स्वास्थ्य समस्याले दुःखद क्षण पनि निम्त्याउन सक्दछ। मातृ मृत्यु व्यक्ति, परिवार र समाजमा ब्याप्त गम्भिर खालका मनोसामाजिक तथा आर्थिक र पारिवारीक समस्याहरूसँग जोडिएको हुन्छ।

हरेक नेपालीलाई स्वस्थ जीवन यापन गर्न नेपालको संविधान २०७२ ले आधारभूत स्वास्थ्य सेवालाई मौलिक हकको रूपमा स्थापित गरेको छ। सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५ तथा जनस्वास्थ्य ऐन २०७५ ले प्रजनन स्वास्थ्य तथा सुरक्षित मातृत्व र नवजात शिशु स्वास्थ्यलाई आधारभूत स्वास्थ्य सेवाको रूपमा लिइ हरेक नागरिकलाई निःशुल्क रूपमा सेवा पुर्याउने लक्ष्य लिएको छ।

मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य कार्यक्रम नेपालको लागि तुलनात्मक रूपमा नयाँ अवधारणा हो। समुदाय र स्वास्थ्य संस्थाहरूमा हुने हरेक मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युलाई पहिचान गरी उक्त मृत्युको समिक्षा गर्ने र आगामी दिनमा ती कारणहरूबाट मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु हुन नदिन केन्द्र देखि स्थानिय तहमा प्रतिकार्यका कार्यक्रम संचालन गरी मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु कम गर्न सहयोग गर्ने यस कार्यक्रमको प्रमुख उद्देश्य हो। त्यसैले यो कार्यक्रम संचालन भएका हरेक स्थानिय तह, स्वास्थ्य कार्यालय तथा प्रदेशलाई यस निर्देशिका वमोजिम एम. पि. डी. एस. आर कार्यक्रम संचालन गर्नहुन र मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु कम गर्ने नेपाल सरकारको प्रतिवद्धतामा सहयोग हुनेछ भन्ने विश्वास लिएको छु। अन्त्यमा परिवार कल्याण महाशाखाका टिम तथा विश्व स्वास्थ्य संगठनका टिम लगायत अन्य साझेदार संस्थाहरूलाई पनि धन्यवाद दिन चाहन्छु।

डा. दीपेन्द्र रमण सिंह

डा. दीपेन्द्र रमण सिंह
महामिर्देशक



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण र रक्षा विभाग
टेकु, काठमाडौं, नेपाल
जनस्वास्थ्य सेवा विभाग
टेकु, काठमाडौं



बाल स्वास्थ्य तथा खोप सेवा शाखा: ०१-४२६२२६३
पोषण शाखा: ०१-४२२५५५८
परिवार योजना शाखा: ०१-५३६२२७३
मातृ तथा नवशिशु शाखा: ०१-५३६२२७३

कृतज्ञता



विभिन्न राष्ट्रिय तथा अन्तराष्ट्रिय मञ्चमा नेपाल सरकारले मातृ तथा बाल मृत्यु घटाउन गरेको प्रतिबद्धता र स्वास्थ्य सम्बन्धि विभिन्न दिर्घकालीन, मध्यकालीन तथा अल्पकालीन स्वास्थ्य योजनाहरूमा लक्षित गरे अनुसार विगत दुई दशकमा नेपालले विभिन्न प्रवर्धनात्मक, प्रतिकारात्मक तथा उपचारात्मक स्वास्थ्य सेवाहरू मार्फत उच्च रहेको मातृ मृत्यु तथा बाल मृत्यु घटाउने कार्यमा उल्लेख्य प्रगति हाँसिल गरेको छ। अन्य देशहरूका तुलनामा नेपालमा मातृ मृत्यु तथा नवजात शिशु मृत्यु अझै पनि एक प्रमुख जनस्वास्थ्य समस्याको रूपमा रहेको छ। हाल नेपालमा बर्षेनि करिव ११०० जना महिलाको गर्भ वा गर्भ संग सम्बन्धित जटिलताको कारणले मृत्यु हुने गरेकोमा अधिकांश मृत्यु ग्रामीण भेगमा हुने गरेको र धेरै जसो मृत्युहरू रोकथाम गर्न सकिने कारणहरूले हुने गरेको पाईएको छ। त्यसैले हरेक तहमा प्रत्येक मातृ मृत्यु प्रति संवेदनशील भई मृत्युको समिक्षा गर्न र त्यस्तै कारणले अन्य मृत्युहरू हुन नदिन नेपाल सरकारले मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य (एम. पि. डी. एस. आर) कार्यक्रम संचालनमा ल्याएको छ।

निगरानी सम्बन्धि जनस्वास्थ्यको अवधारणालाई मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु कम गर्न प्रयोगमा ल्याईएको यस कार्यक्रमलाई सफल रूपमा कार्यान्वयन गर्न तथा कार्यक्रम संचालन निर्देशिका लगायत कार्यक्रम सम्बन्धि सबै तयारी गर्नका लागि खटिने परिवार कल्याण महाशाखाको सम्पूर्ण टोलिलाई विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छु। साथै यस निर्देशिका परिमार्जनमा खटिनुहुने र प्राविधिक सहयोग गर्नुहुने विश्व स्वास्थ्य संगठन सहित सम्पूर्ण सहयोगी संस्थाहरू प्रति आभार प्रकट गर्न चाहन्छु।

अन्तमा मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु कम गर्न र मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य सुधारका लागि संचालन गरीएको एम. पि. डी. एस. आर कार्यक्रम निर्देशिका अनुसार सफल रूपमा कार्यान्वयन हुनेछ र मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्यका क्षेत्रमा उल्लेख्य सुधार आउनेछ भन्ने अपेक्षा गर्दछु।


डा. विवेक कुमार लाल
निर्देशक
निर्देशक

विषयसूची

परिच्छेद १: प्रारम्भिक	१
१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ	१
२. परिभाषा:	१
परिच्छेद २: उद्देश्यहरु	२
३. उद्देश्यहरु	२
परिच्छेद ३: सूचितिकरण, प्रारम्भिक पहिचान, परीक्षण सम्बन्धी व्यवस्था	४
४. सूचितिकरण	४
५. प्रारम्भिक पहिचान (स्क्रनिंग)	४
६. मौखिक परीक्षण	४
परिच्छेद-४: समिक्षा, विप्लेषण र योजना तथा अनुगमन सम्बन्धी व्यवस्था	५
७. मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु समिक्षा	५
८. नतिजाहरुको विप्लेषण	५
९. प्रतिकार्य, योजना कार्यान्वयन र अनुगमन	५
परिच्छेद-५: समिति सम्बन्धी व्यवस्था	६
१०. स्थानीय तहमा समिति गठन र समितिको काम कर्तव्य र अधिकार	६
११. जिल्ला स्थायमा (स्वास्थ्य कार्यालय) समिति गठन र काम, कर्तव्य तथा अधिकार	८
१२. अस्पतालमा समिति गठन र काम, कर्तव्य तथा अधिकार	९
१३. प्रदेशमा समिति गठन र काम, कर्तव्य तथा अधिकार	११
१४. संघीय समिति र काम, कर्तव्य तथा अधिकार	१२
परिच्छेद-६: खारेजी र बचाउ	१३
१५. खारेजी र बचाउ	१३
अनुसूचीहरु	१५-५४
अनुसूची १: मातृ मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य सम्बन्धी १२ देखि ५५ वर्ष सम्मका महिलाको मृत्यु सूचना फारम	१५
अनुसूची २: मातृ मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य प्रयोजनका लागि मातृ मृत्युको प्रारम्भिक पहिचान फारम	१६
अनुसूची ३: मातृ मृत्यु मौखिक परीक्षण प्रश्नावली (VA Form)	१८
अनुसूची ४: मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु समिक्षा सम्बन्धि प्रश्नावलीको फारम	३५
अनुसूची ५: अस्पतालको सुपरिवेक्षण चेक लिस्ट	५१
अनुसूची ६: स्थानीय तहको अनुगमन चेक लिस्ट	५३

मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य कार्यक्रम संचालन निर्देशिका, २०७८

प्रस्तावना:

नेपालको संविधानले आधारभूत स्वास्थ्य सेवा उपभोग गर्न पाउने जनताको अधिकारलाई प्रत्याभूत गरेको छ। यसका साथै संविधानले प्रजनन स्वास्थ्यको हकको पनि सुनिश्चितता प्रदान गरेको छ। संविधानद्वारा प्रदत्त महिलाको सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धि हकको सम्मान, संरक्षण र परिपूर्ति गर्नको लागि नेपाल सरकारबाट जारी गरिएको “सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार ऐन २०७५” को दफा ५, ६, ७ ले व्यवस्था गरेको सुरक्षित मातृत्व तथा नवजात शिशु सम्बन्धि सेवा प्रवाह गर्न सोही ऐनको दफा ४० ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी मन्त्रालयले यो निर्देशिका जारी गरेको छ।

परिच्छेद-१

प्रारम्भिक

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यस निर्देशिकाको नाम “मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य कार्यक्रम सञ्चालन निर्देशिका”, २०७८ रहेको छ।

(२) यो निर्देशिका तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस निर्देशिकामा

- (क) “अस्पताल” भन्नाले सरकारी वा नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार तथा स्थानिय सरकारको स्वामित्वमा रहेको अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा नवजात शिशु निःशुल्क उपचार कार्यक्रम सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य चौकी, नेपाल सरकारबाट मान्यता प्राप्त निःशुल्क नवजात शिशु उपचार सेवा प्रदान गर्ने सामुदायिक अस्पताल समेत सम्झनु पर्छ।
- (ख) “अप्रत्यक्ष (प्रसूतिजन्य) मातृ मृत्यु” (Indirect Maternal Death) भन्नाले गर्भवती हुनु भन्दा पहिले देखि रहेको रोग वा गर्भावस्थामा उत्पन्न भएको तर प्रत्यक्षरूपमा गर्भ वा प्रसूतिसँग सम्बन्धित नरहेको रोग, गर्भ वा प्रसूतिको कारण थप जटिल भई हुने महिलाको मृत्यु सम्झनु पर्छ।
- (ग) “गर्भावस्थसँग सम्बन्धित मृत्यु” (Pregnancy related Deaths) भन्नाले गर्भावस्था वा गर्भावस्था अन्त भएको ४२ दिन भित्रमा कुनै पनि कारणले भएको महिलाको मृत्यु सम्झनु पर्छ। सो शब्दले दुर्घटना वा नियतवस भएको मृत्युलाई सम्झनु पर्छ।

- (घ) “घटनाजन्य मृत्यु” भन्नाले गर्भावस्था वा प्रसूतिजन्य कारणहरू बाहेक अन्य कुनै घटनाको कारण हुने मृत्युलाई सम्झनु पर्छ ।
- (ङ) “प्रत्यक्ष (प्रसूतिजन्य) मातृ मृत्यु” (Direct Maternal Death) भन्नाले गर्भावस्था वा प्रसूति हुने समयमा वा गर्भावस्था अन्त भएको ४२ दिन भित्रमा गर्भजन्य वा प्रसूतिजन्य वा उत्तर प्रसूतिजन्य जटिलता वा गलत उपचारको कारण वा सोको कारण उत्पन्न अवस्थाहरूबाट भएको महिलाको मृत्यु सम्झनु पर्छ ।
- (च) “पेरिनेटल मृत्यु” भन्नाले गर्भमा रहेको २८ हप्ता वा सो भन्दा पछि वा १००० ग्राम भन्दा बढी तौल भएको भ्रुण वा जन्मिएको सात दिन भित्रको नवजात शिशुको मृत्यु सम्झनु पर्छ । सो शब्दले जन्मदैं मरेको वा जन्मेको सात दिन भित्रमा मृत्यु भएको नवजात शिशुको मृत्यु समेत जनाउँछ ।
- (छ) “मन्त्रालय” मन्त्रालय भन्नाले नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय सम्झनु पर्दछ ।
- (ज) “मातृ मृत्यु” (Maternal Death) भन्नाले कुनै पनि दुर्घटना वा नियतवस भएको घटना बाहेक गर्भावस्थामा वा गर्भावस्था अन्त भएको ४२ दिन भित्रमा गर्भसँग सम्बन्धित कारण वा गर्भको कारण बनेको थप जटिल अवस्था वा यस अवस्थाको व्यवस्थापनको कारणले हुने महिलाको मृत्यु सम्झनु पर्छ । सो शब्दले जुनसुकै अवधिको गर्भ र गर्भाशय भित्र वा अन्य कतै भएको गर्भलाई समेत जनाउँछ । मातृ मृत्युलाई प्रत्यक्ष प्रसूतिजन्य मृत्यु र अप्रत्यक्ष प्रसूतिजन्य मृत्यु गरी वर्गीकरण गर्न सकिन्छ ।
- (झ) “मृत जन्म” (Stillbirth) भन्नाले गर्भ रहेको २८ हप्ता वा सो भन्दा पछि वा गर्भको अवधि थाहा हुन नसकेको अवस्थामा १००० ग्राम भन्दा बढी तौल रहेको भ्रुण नजन्मदैं वा ननिकालिदैं भएको मृत्यु सम्झनु पर्छ । सो शब्दले सास नफेर्नु, वा अन्य चिन्हहरू जस्तै मुटुको धड्कन, बच्चाको नाल (umbilical cord) को पल्सेसन, मांशपेशीको चाल आदि नभएको अवस्थामा भएको मृत्युलाई बुझ्नु पर्दछ ।
- (ञ) “शीघ्र नवजात शिशु मृत्यु” (Early neonatal deaths) भन्नाले नवजात शिशुको जन्मेको ७ दिन भित्रमा भएको मृत्यु सम्झनु पर्छ ।
- (ट) “स्थानीय तह” भन्नाले गाउँपालिका, नगरपालिका, उपमहानगरपालिका वा महानगरपालिकालाई सम्झनु पर्छ ।
- (ठ) “स्वास्थ्य संस्था” भन्नाले स्वास्थ्य संस्था भन्नाले सरकारी वा नेपाल सरकारको स्वामित्वमा रहेको अस्पताल, शिक्षण अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा सुरक्षित प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य चौकी, नेपाल सरकारबाट मान्यता प्राप्त सुरक्षित प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने सामुदायिक अस्पताल, शिक्षण अस्पताल, मिसन अस्पताल तथा नीजि तथा गैर सरकारी संस्था तथा प्रसूति केन्द्र सम्झनु पर्छ । सो शब्दले नवजात शिशु सुरक्षा कार्यक्रमको लागि सरकारी अस्पतालहरू तथा कार्यक्रम लागु भएका सामुदायिक अस्पतालबाट प्रदान गरिने नवजात शिशु निःशुल्क उपचार सेवा समेतलाई जनाउँदछ ।

- (ड) “समिति” भन्नाले नेपाल सरकार अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरूको हकमा नेपाल सरकारको कानून अनुरूप गठन भएको स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समिति वा अस्पताल व्यवस्थापन समितिलाई सम्झनु पर्दछ। सो शब्दले निजी तथा गैर सरकारी संस्थाको हकमा उक्त संस्थाहरूको बैधानिक प्रक्रियाद्वारा गठित संचालक समिति समेतलाई जनाउँदछ।

परिच्छेद-२

उद्देश्य

३. उद्देश्यहरू: हरेक मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युका आवश्यक सूचनाहरू समुदाय तथा अस्पताल स्तरबाट प्राप्त गरि ति सूचनाहरूको प्रयोगले रोकन सकिने मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युलाई निवारण गर्न र मातृ तथा नवजात शिशू सम्बन्धि स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तर अभिवृद्धि गर्न सकिन्छ। यस निर्देशिकाले जनस्वास्थ्य क्रियाकलापलाई निर्देशित गर्नु तथा तीनिहरूको प्रभावलाई अनुगमन गर्न मार्ग दर्शन दिने छ। यस निर्देशिकाको उद्देश्य देहाए अनुसार छन्।

- (क) अस्पताल तथा समुदायमा हुने मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु पहिचान गरि मृत्युका कारण र सेवा सम्बन्धि सही तथ्यांक संकलन गर्ने।
- (ख) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युको अवस्थाको निरन्तर निगरानी गरी मृत्युको जनसांखिक तथा सामाजिक पक्षहरू विप्लेषण गर्ने र जोखिमयुक्त समूह पत्ता लगाउने।
- (ग) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु न्युनिकरण गर्न आवश्यक क्रियाकलापहरू पहिचान गरि कार्यान्वयनका लागि सुझाव दिने।
- (घ) सरोकारवालाहरूलाई मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युका बारेमा जानकारी दिने तथा समुदायमा चेतना अभिवृद्धि गरी उत्तरदायीत्व अभिवृद्धि गर्ने।
- (ड) कार्यक्रमले दिएका सुझावहरूको कार्यान्वयनको अवस्थालाई अनुगमन गरी उपलब्ध श्रोत साधनको समुचित परिचालन गरि कृयाकलाप संचालन भईरहेको सुनिश्चित गर्ने।
- (च) मातृ मृत्यु तथा पेरिनेटल मृत्यु सम्बन्धी तथ्यांकमा सुधार गरि व्यक्तिगत घटना दर्ता प्रणाली तथा पञ्जिकरण (Civil Registration and Vital Statistics, CRVS) मा सहयोग पुऱ्याउने।
- (छ) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु सम्बन्धी अनुसन्धानमुलक कार्यलाई प्राथमिकता दिने तथा सहयोग गर्ने।

परिच्छेद-३

सूचितिकरण, प्रारम्भिक पहिचान, परीक्षण सम्बन्धी व्यवस्था

४. सूचितिकरण: (१) समुदायमा १२ देखि ५५ वर्षको महिलाको कुनै पनि कारणले मृत्यु भएमा सो को पहिचान गरी महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका (म.सा.स्वा.स्व.से.) ले नजिकको स्वास्थ्य संस्थालाई, मृत्यु भएको वा मृत्युको जानकारी भएको २४ घण्टा भित्र सूचितिकरण गर्नु पर्नेछ ।

(२) स्वास्थ्य संस्थामा भएको मातृ मृत्युलाई तत्कालै पहिचान गरी स्वास्थ्य संस्थाको एम.पि.डी.एस.आर. समितीलाई सूचितिकरण गर्नु पर्नेछ ।

(३) मृत्यु भएको २४ घण्टा भित्र अनुसूची १ बमोजिमको ढाँचामा उक्त सूचना स्वास्थ्य संस्थाले सम्बन्धित स्थानिय तहको स्वास्थ्य महा/शाखालाई सूचितिकरण गराउनु पर्नेछ ।

(४) घर वा बाटोमा भएका मातृ मृत्युका बारेमा सम्बन्धित समुदायमा रहेका स्वास्थ्य संस्था मार्फत स्थानिय तहको स्वास्थ्य महा/शाखामा, मृत्युको जानकारी भएको २४ घण्टा भित्र अनुसूची १ बमोजिमको ढाँचामा उक्त सूचना दिनु पर्नेछ ।

५. प्रारम्भिक पहिचान (स्क्रिनिंग): (१) स्वास्थ्य संस्थामा भएको कुनै पनि मातृ मृत्युलाई तत्कालै पहिचान गरी २४ घण्टा भित्र स्वास्थ्य संस्थाले सम्बन्धित स्थानिय तहको स्वास्थ्य महा/शाखालाई सूचितिकरण गराउनु पर्नेछ ।

(२) घर वा बाटोमा भएका मातृ मृत्युका बारेमा सम्बन्धित समुदायमा रहेका स्वास्थ्य संस्था मार्फत स्थानिय तहको स्वास्थ्य महा/शाखामा, मृत्युको जानकारी भएको २४ घण्टा भित्र सूचना दिनु पर्नेछ ।

(३) सूचितिकरण भएको मृत्यु सम्भावित मातृ मृत्यु हो होईन यकिन गर्नको लागि स्वास्थ्य संस्थाबाट नर्सिग कर्मचारी मृतकको घरमा गएर, सूचितिकरण गरीएको मृत्यु मातृ मृत्यु हो वा हैन भनेर छुट्टाउन अनुसूची २ बमोजिमको प्रारम्भिक पहिचान फारम भर्नु पर्नेछ ।

६. मौखिक परीक्षण: (१) दफा ६ बमोजिमको चार प्रश्न मध्ये कुनै एक प्रश्नको उत्तर “हो” भन्ने आएमा जानकारी प्राप्त भएको ३० दिन भित्र स्थानिय तहको स्वास्थ्य महा/शाखाबाट मौखिक परिक्षण गर्नु पर्नेछ ।

(२) अनुसूची ३ बमोजिमको ढाँचामा मौखिक परिक्षण गरे पश्चात स्थानिय तहको स्वास्थ्य महा/शाखाले, स्थानिय तह वा स्वास्थ्य कार्यालयमा उपलब्ध तालिम प्राप्त चिकित्सकको सहयोगमा मृत्युको कारण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

परिच्छेद-४

समिक्षा, विप्लेषण र योजना तथा अनुगमन सम्बन्धी व्यवस्था

७. मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु समिक्षा: (१) समुदाय तहको मातृ मृत्यु समिक्षा समितिले मातृ मृत्युका संभावित चिकित्सकीय (medical) तथा अन्य (non-medical) कारणहरू पत्ता लगाई उक्त कारणहरूको निराकरण वारे लेखाजोखा गरी भविष्यमा मातृ मृत्यु हुन नदिनको लागि आवश्यक सुभावहरू पहिचान गरी समुदायमै कार्यान्वयन गर्न सकिने सुभावहरूलाई तत्काल लागु गराउनु पर्नेछ ।

(२) अस्पताल स्तरिय मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु समिक्षा समितिले अस्पतालमा भएका सबै मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युहरूको तथ्यमा आधारित समिक्षा गर्नु पर्नेछ ।

(३) समिक्षा भए पश्चात समुदायमा भएको मातृ मृत्यु र अस्पतालमा भएको मातृ र पेरिनेटल मृत्युको अन लाइन रिपोर्टिङ गरी स्वास्थ्य कार्यालय, प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालय र परिवार कल्याण महाशाखासँग सुचना आदान प्रदान र मृत्यु न्युनिकरण गर्ने कार्य गर्नु पर्नेछ ।

(४) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु समिक्षा सम्बन्धि प्रश्नावलीको फाराम अनुसूची-४ बमोजिम हुनेछ ।

८. नतिजाहरूको विप्लेषण: (१) मातृ मृत्युको हकमा प्रत्येक मृत्यु र पेरिनेटल मृत्युको हकमा समष्टिगत रुपमा स्थानिय/अस्पताल तहमा समीक्षा गरी प्राप्त तथ्याङ्कको विप्लेषण तथा व्याख्या गरि प्राथमिकताको आधारमा आवश्यक कार्य अगाडी बढाउनु पर्नेछ ।

(२) तत्पश्चात आवश्यक सुभाव सहित एम.पि.डी.एस.आर को अनलाईन वेब प्रणाली (MPDSR web based system) मा इन्ट्री गर्नु पर्नेछ । साथै स्थानिय तह, प्रदेश तथा संघले, प्राप्त तथ्याङ्कहरूको विप्लेषण तथा व्याख्या सँगै सम्भावित कृयाकलापहरू छनौट गरी प्राथमिकताको आधारमा कार्यक्रम योजना तर्जुमा गर्नु पर्नेछ ।

९. प्रतिकार्य, योजना कार्यान्वयन र अनुगमन: (१) समिक्षा समितिले दिएको सुभाव तथा सुचनाको विश्लेषणबाट प्राप्त नतिजाको आधारमा उपयुक्त प्रतिकार्यको पहिचान गरी सो को कार्यान्वयन गर्नु पर्नेछ ।

(२) प्रतिकार्यका कृयाकलापहरू कुनै एक समुदाय वा स्वास्थ्य संस्थाको तहमा लक्षित हुनुको साथै अन्तर क्षेत्रीय तथा बहु-क्षेत्रीय निकायसंग पनि सम्बन्धित हुन सक्छन् ।

(३) योजना अनुसार प्रतिकार्य कार्यान्वयन भए नभएको यकिन गर्नको निमित्त निरन्तर रुपमा अनुगमन गर्नु पर्नेछ ।

(४) यस कार्यक्रमको अनुगमन तथा मुल्याङ्कन प्रत्येक तहमा निरन्तर रुपमा चलिरहने प्रक्रिया भएकोले योजना अनुसारको कार्यान्वयन भएको सुनिश्चित गर्नुको साथै कार्यक्रमको गुणस्तरीयता तथा सुचनाको पूर्णताको लागि पनि अनुगमन तथा मुल्याङ्कन महत्वपूर्ण हुनेछ ।

(५) अनुगमन तथा सुपरिवेक्षण सम्बन्धि चेकलिष्ट अनुसूची ५ र ६ बमोजिम हुनेछ ।

परिच्छेद-५

समिति सम्बन्धी व्यवस्था

१०. स्थानीय तहमा समिति गठन र समितिको काम कर्तव्य र अधिकार:

- (१) स्थानीय तहको स्वास्थ्य संस्थामा समितिको गठन देहाय बमोजिम हुनेछः-
- | | |
|--|-------------|
| (क) स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिका अध्यक्ष | - अध्यक्ष |
| (ख) महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम् सेविका (स्वास्थ्य संस्था रहेको वडा) प्रतिनिधि १ जना | - सदस्य |
| (ग) स्थानीय विद्यालयको प्रधान अध्यापक वा निजले तोकेको प्रतिनिधी (स्वास्थ्य संस्था रहेको वडा) १ जना | - सदस्य |
| (घ) स्वास्थ्य संस्था प्रमुख | - सदस्य |
| (ङ) स्वास्थ्य संस्थाको स्टाफ नर्स, मिड वाईफ वा अ.न.मी. मध्ये १ जना | -सदस्य सचिव |

आमन्त्रित सदस्यहरू

- (च) स्थानिय तह, स्वास्थ्य शाखा/महाशाखा वा निजले तोकेको प्रतिनिधी १ जना
- (छ) समुदाय स्तरीय प्रजनन् स्वास्थ्यमा काम गर्ने संस्थाका प्रतिनिधि १ जना एम.पी.डी.एस.आर समितिले मनोनित गर्ने
- (२) स्थानीय तहको स्वास्थ्य संस्थाको समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछः
- (क) समुदायमा भएका प्रत्येक १२-५५ वर्षको महिलाको मृत्यु सुचित भएको निश्चित गर्ने ।
- (ख) संभावित मातृ मृत्युको समिक्षा गरी मौखिक परिक्षणको लागि स्थानिय तहसंग समन्वय गर्ने ।
- (ग) समिक्षाबाट प्राप्त सुचनाहरूलाई एकतृत गरी स्वास्थ्य संस्था तथा जिल्लाको एम.पी.डी.एस.आर समितिलाई आवश्यक पृष्ठपोषण दिने ।
- (घ) मातृ मृत्यु हुन नदिन प्राप्त सुझावहरूको कार्यान्वयन गर्ने ।
- (ङ) सुझावहरू कार्यान्वयन गर्न साधन स्रोत परिचालन गर्ने ।
- (च) सुझावहरू कार्यान्वयन भए नभएको बारे निरन्तर Follow up गर्ने ।
- (छ) मातृ मृत्युको कारणहरू र रोकथामहरूका उपायहरू बारे समुदायमा जनचेतना फैलाउने ।
- (ज) मातृ मृत्यु समिक्षाका क्रममा देखिएका समस्याहरूलाई स्थानिय तहलाई आवश्यक सल्लाह तथा सुझावहरू दिने ।
- (झ) यदि मातृ मृत्यु नभएको हकमा, स्थानीय तहको स्वास्थ्य संस्थाको एम.पी.डी.एस.आर. समितिले त्रयमासिक रुपमा समितिको बैठक बसेर कार्य योजनाहरूमा छलफल गर्न सकिने छ ।

(३) स्थानीय तहमा समितिको गठन देहाय बमोजिम हुनेछः

(क) नगरपालिका/गाउँपालिकामा समिति	
(१) उपमेयर वा उपाध्यक्ष	- अध्यक्ष
(२) प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत	- सदस्य
(३) सम्बन्धित न.पा. र गा.पा. को वडा अध्यक्ष	- सदस्य
(४) महिला तथा बालबालिका शाखा प्रतिनिधि	- सदस्य
(५) स्वास्थ्य शाखा प्रमुख	- सदस्य
(६) चिकित्सक (Cause Assignment)	- सदस्य
(७) पब्लिक हेल्थ नर्स वा स्थानिय तहमा कार्यरत नर्सिङ स्टाफ	-सदस्य सचिव

आमन्त्रित

(८) प्रतिनिधि स्वास्थ्य कार्यालय	- सदस्य
(९) मातृ मृत्यु भएको स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिनिधि	- सदस्य
(१०) प्रजनन् स्वास्थ्य (RH) क्षेत्रमा काम गर्ने संस्थाको प्रतिनिधि	- सदस्य

(ख) महानगरपालिका/उपमहानगरपालिकामा समिति

(१) उपमेयर	- अध्यक्ष
(२) प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत	- सदस्य
(३) स्वास्थ्य शाखा/महाशाखा प्रमुख	- सदस्य
(४) महिला तथा बालबालिका शाखा प्रतिनिधि	- सदस्य
(५) निजी अस्पतालका प्रतिनिधि	- सदस्य
(६) चिकित्सक Cause Assignment	- सदस्य
(७) पब्लीक हेल्थ नर्स जनरल नर्सिङ	-सदस्य सचिव

आमन्त्रित

(८) प्रतिनिधि स्वास्थ्य कार्यालय	- सदस्य
(९) मातृ मृत्यु भएको स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिनिधि	- सदस्य
(१०) प्रजनन् स्वास्थ्य (RH) क्षेत्रमा काम गर्ने संस्थाको प्रतिनिधि	- सदस्य

(ग) स्थानीय तहमा समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछः

- (१) स्थानीय स्तरमा एम.पि.डी.एस.आर. कार्यक्रम संचालन गर्ने ।
- (२) स्थानिय स्तरमा मातृ मृत्यु बारे समिक्षा गर्ने ।
- (३) स्थानिय स्तरमा के - के गरेको भएमा उक्त मातृ मृत्युलाई रोक्न सकिन्थ्यो छलफल गर्ने ।
- (४) आगामी दिनमा मातृ मृत्यु हुन नदिन स्थानिय स्तरमा के के गर्नु पर्छ, त्यस बारे कार्य योजनामा स्थानिय स्तरका स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई निर्देशन दिने ।

- (५) मातृ मृत्यु भए पश्चात एम.पि.डी.एस.आर. कार्यक्रमको र स्थानिय स्तरबाट थप श्रोत जुटाई प्रतिकार्यका कार्यक्रमहरू के - के संचालन गर्ने हो निर्णय गर्ने ।
- (६) विगतमा तय गरिएका प्रतिकार्यका कामहरू संचालन भए नभएको फलो अप गर्ने र आवश्यक निर्देशन दिने ।
- (७) मातृ मृत्यु हुन नदिन स्वास्थ्य संस्था स्तरीय समितिलाई आवश्यक कार्यक्रम गर्न निर्देशित गर्ने र श्रोत परिचालन गर्ने ।
- (८) गुणस्तरिय स्वास्थ्य सेवाको व्यवस्था गर्न सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थालाई पृष्ठपोषण दिने ।
- (९) शिक्षा, महिला तथा बालबालिका, यातायात, पुर्वाधार विकास, संचार, पुलिस आर्मी आदि संग बहु क्षेत्रीय मातृ मृत्यु प्रतिकार्यको लागि समन्वय गर्ने ।
- (१०) स्थानिय स्तरमा हुने समिक्षा र योजना तर्जुमा कार्यक्रमहरूमा मातृ मृत्यु निगरानी र प्रतिकार्यका कृयाकलापहरूलाई समावेश गर्न वकालत गर्ने ।
- (११) एम.पि.डी.एस.आर.समितिको प्रत्येक बैठकमा अधिल्लो बैठकका सुभावरु कार्यान्वयन भए नभएको बारे समिक्षा गर्ने ।
- (१२) स्थानीय स्तर र अस्पतालहरूबाट मातृ मृत्यु रिपोर्ट भएको निश्चित गर्ने ।
- (१३) स्थानीय स्तर र अस्पताल स्तरमा एम.पि.डी.एस.आर. को लागि छुट्टाइएको बजेट उपयोगमा सहजिकरण गर्ने ।
- (१४) यदि मातृ मृत्यु नभएको हकमा, स्थानीय तहको एम.पि.डी.एस.आर. समितिले त्रयमासिक रुपमा समितिको बैठक बसेर कार्य योजनाहरूमा छलफल गर्न सकिने छ ।

११. जिल्ला स्थायमा (स्वास्थ्य कार्यालय) समिति गठन र काम, कर्तव्य तथा अधिकार:

- (१) जिल्ला स्तरिया (स्वास्थ्य कार्यालय) समितिको गठन देहाय बमोजिम हुनेछ:-

(क) जिल्ला समन्वय समिति प्रमुख	- अध्यक्ष
(ख) जिल्ला समन्वय समितिको सम्बन्धित व्यक्ति	- सदस्य
(ग) प.हे.न. वा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम हेर्ने व्यक्ति	- सदस्य
(घ) समितिबाट छनौट हुने सरकारी वा निजी अस्पतालमा कार्यरत चिकित्सक	- सदस्य
(ङ) स्वास्थ्य/सेवा कार्यालय प्रमुख	-सदस्य सचिव

आमन्त्रित सदस्यहरू:

- क. समितिबाट छनौट हुने प्रजनन् स्वास्थ्य समन्वय समितीका सदस्यहरू मध्ये १ जना - सदस्य
- (२) जिल्ला स्तरिया (स्वास्थ्य कार्यालय) समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ:-
 - (क) जिल्लामा रहेका स्थानिय तहहरूमा मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युको मौखिक परिक्षण गरि समिक्षा गर्ने सहजिकरण गर्ने ।
 - (ख) क्षमता अभिवृद्धि क्रियाकलाप संचालन गर्न सहजिकरण गर्ने
 - (ग) तथ्याङ्क व्यवस्थापन गर्न सहजिकरण गर्ने
 - (घ) एम.पि.डी.एस.आर.को योजना बनाउन सहजिकरण गर्ने ।

- (ड) साधन स्रोतको व्यवस्था गर्ने र अनुगमन गर्ने ।
- (च) गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवाको व्यवस्था गर्न सम्बन्धित स्थानिय तहलाई पृष्ठपोषण दिने ।
- (छ) सरोकारवालाहरूसँग समन्वय गर्ने ।
- (ज) स्थानिय स्तरबाट समाधान हुने नसक्ने र जिल्ला स्तरबाट सहजिकरण गर्नु पर्ने विषयहरू (जस्तै Referral Mechanism अन्तर निकाय समन्वय, Onsite Coaching) कार्यान्वयन गर्ने ।
- (झ) अस्पतालहरूलाई मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युको समिक्षामा सहयोग गर्ने, सुभावाहरू प्राप्त गर्ने र सुभावाहरू कार्यान्वयन गर्न सहयोग गर्ने ।
- (ञ) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु कम गर्न वकालत गर्ने ।

१२. अस्पतालमा समिति गठन र काम, कर्तव्य तथा अधिकार:

- (१) अस्पतालमा समितिको गठन देहाय बमोजिम हुनेछ:- स्त्री रोग तथा प्रसुति विभाग, बाल रोग विभाग आदि **भएका** अस्पतालको हकमा
- | | |
|---|--------------|
| (क) अस्पताल व्यवस्थापन समितिको अध्यक्ष | -संरक्षक |
| (ख) अस्पताल प्रमुख (मे.सु.) | - अध्यक्ष |
| (ग) स्त्री रोग तथा प्रसुति विभाग प्रमुख | - सदस्य |
| (घ) बाल रोग विभाग प्रमुख | - सदस्य |
| (ङ) बाल वार्ड/एन. आइ.सि.यु.नर्सिङ ईन्चार्ज | - सदस्य |
| (च) नर्सिङ प्रमुख (मेट्रो) | - सदस्य |
| (छ) अस्पताल रहेको स्थानिय तहको स्वास्थ्य शाखा प्रमुख
(निजि अस्पताल/मेडिकल कलेजको हकमा) | - सदस्य |
| (ज) स्वास्थ्य कार्यालयबाट प.हे.न/सुरक्षित मातृत्वको फोकल व्यक्ति | - सदस्य |
| (झ) मेडिकल रेकर्डर | - सदस्य |
| (ञ) प्रसुती वार्ड/लेवर रुम नर्सिङ ईन्चार्ज | - सदस्य सचिव |
| (ट) आमन्त्रित सदस्यहरू* | |

- स्त्री रोग तथा प्रसुति विभाग, बाल रोग विभाग **नभएका** अस्पतालको हकमा
- | | |
|---|-----------|
| (क) अस्पताल व्यवस्थापन समितिको अध्यक्ष | - संरक्षक |
| (ख) अस्पताल प्रमुख (मे.सु.) | - अध्यक्ष |
| (ग) स्त्री रोग तथा प्रसुति सम्बन्धि/एम.डी.जि.पी. चिकित्सक | - सदस्य |
| (घ) बाल रोग सम्बन्धि चिकित्सक | - सदस्य |
| (ङ) अस्पताल रहेको स्थानिय तहको स्वास्थ्य शाखा प्रमुख
(निजि अस्पतालको हकमा) | - सदस्य |
| (च) स्वास्थ्य कार्यालयबाट प.हे.न/सुरक्षित मातृत्वको फोकल व्यक्ति | - सदस्य |
| (छ) मेडिकल रेकर्डर | - सदस्य |

(ज) नर्सिङ प्रमुख (मेट्रोन)
(झ) आमन्त्रित सदस्यहरू*

- सदस्य सचिव

* समितिले तोके अनुसार (प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालयबाट एम.पि.डी.एस.आर फोकल व्यक्ति, मृतक आमाको चिकित्सकीय व्यवस्थापनमा संलग्न वा सरोकारवाला व्यक्तिहरू, मातृ मृत्यु भएको महिलाको उपचारमा संलग्न चिकित्सक वा नर्सहरूलाई आवश्यकता अनुसार) समितिको बैठकमा आमन्त्रित सदस्यको रूपमा बोलाउन सकिने छ ।

(२) अस्पताल समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछः-

- (क) अस्पतालमा हुने मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युको समिक्षा गर्ने ।
- (ख) सबै मातृ मृत्यु सुचितिकरण भएको र सही तरिकाबाट समिक्षा भएको यकिन गर्ने ।
- (ग) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु सम्बन्धी तथ्याङ्कको उचित व्यवस्थापन भएको यकिन गर्ने ।
- (घ) प्राप्त नतिजाहरूलाई एकमुष्ट गरी अस्पतालको टीमलाई आवश्यक पृष्ठपोषण दिने ।
- (ङ) समिक्षा अनुसार प्रदेश, स्वास्थ्य कार्यालय र स्थानिय तहको एम.पि.डी.एस.आर समितिसंग आवश्यक समन्वय गर्ने ।
- (च) प्राप्त सुझावहरू कार्यान्वयन गर्न कार्य योजना बनाई साधन स्रोतको परिचालन गर्ने ।
- (छ) कार्य योजना कार्यान्वयन भएको यकिन गर्न निरन्तर फलो अप गर्ने ।
- (ज) समिक्षाबाट प्राप्त तथ्य तथा सुझावहरूलाई स्वास्थ्य कार्यालय, प्रदेश र संघमा प्रस्तुत गर्ने ।
- (झ) अस्पतालमा सेवाको गुणस्तर अभिवृद्धि गर्नको निमित्त विभिन्न सरोकारवालाहरूसंग सहकार्य तथा समन्वय गर्ने ।
- (ञ) वार्षिक समिक्षाहरूमा एम.पि.डी.एस.आर. को तथ्यांक प्रस्तुत गर्ने ।
- (ट) वार्षिक तथा अन्य समिक्षाका कार्यक्रमहरूमा एम.पि.डी.एस.आर कार्यक्रमको पनि समिक्षा गर्ने ।
- (ठ) समिक्षा पश्चात कार्ययोजना बनाउने, कार्यन्वयन गर्ने तथा नियमित फलो अप गर्ने ।
- (ड) मातृ मृत्यु भएको महिलाको जानकारी सम्बन्धित निकायमा गराउने ।
- (ढ) एम.पि.डी.एस.आर. समितिको प्रत्येक बैठकमा अधिल्लो बैठकका सुझावहरू कार्यान्वयन भए नभएको बारे समिक्षा गर्ने ।
- (ण) कम्प्युटर र ल्यापटप उपलब्ध गराई सुचना अन लाइन प्रविष्ट गरी प्रतिकार्य योजना बनाउने र गुणस्तरमा सुधार ल्याउन जिम्मेवारी दिने ।

१३. प्रदेशमा समिति गठन र काम, कर्तव्य तथा अधिकार:

- (१) प्रदेश स्तरिय समितिको गठन देहाय बमोजिम हुनेछः
- | | |
|--|-------------|
| (क) प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशक | - अध्यक्ष |
| (ख) स्वास्थ्य महाशाखा प्रमुख, सामाजिक विकास मन्त्रालय | - सदस्य |
| (ग) तथ्याङ्क अधिकृत | - सदस्य |
| (घ) प्रदेश अस्पताल प्रमुख वा प्रतिनिधि | - सदस्य |
| (ङ) जनस्वास्थ्य अधिकृत/बरिष्ठ जनस्वास्थ्य अधिकृत | - सदस्य |
| (च) स्त्रीरोग विशेषज्ञ/एम.डि.जि.पी.* | - सदस्य |
| (छ) बालरोग विशेषज्ञ* | - सदस्य |
| (ज) कम्युनिटी नर्सिङ्ग अधिकृत/प्रशासक | -सदस्य सचिव |
| (झ) आमन्त्रित सदस्यहरु आवश्यकतानुसार समितिको अध्यक्षले थप गर्न सक्ने छन् । | |

* स्त्रीरोग तथा बाल रोग विशेषज्ञ/एम.डि.जि.पी. छनोट गर्दा सम्भव भएसम्म सरकारी अस्पतालको र सम्भव नभएमा निजी अस्पतालमा कार्यरत चिकित्सकलाई तोक्न सकिने छ ।

- (२) प्रदेश स्तरिय समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछः
- (क) प्रदेश भित्रका स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानिय तह तथा अस्पतालमा हुने मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युको समिक्षामा एकरूपता कायम गर्न निम्नानुसार गर्नु पर्दछ ।
- (ख) प्रदेश स्तरमा एम.पि.डी.एस.आर. कार्यक्रम विस्तार र निरन्तर सन्चालनका लागि कार्यक्रम तथा बजेट तय गर्ने ।
- (ग) अस्पताल तथा स्वास्थ्य संस्थाको गुणस्तरमा अभिवृद्धि गर्नको लागि आवश्यक साधन स्रोत उपलब्ध गराउने र आवश्यक सुधारको निम्ति समन्वय गर्ने ।
- (घ) विभिन्न तहका अस्पतालहरुमा मातृ तथा पेरिनेटल मृत्युको समिक्षा प्रक्रिया कार्यान्वयन भएको यकिन गर्ने ।
- (ङ) एम.पि.डी.एस.आर प्रणाली तथा मौखिक परिक्षण बारेमा आवश्यकता अनुसार स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानिय तह तथा अस्पताललाई तालिम प्रदान गर्ने र मृत्युको कारण उल्लेख गर्न सहजीकरण गर्ने ।
- (च) स्वास्थ्य कार्यालय, अस्पताल तथा स्थानिय तहको कार्यको निरन्तर अनुगमन र पृष्ठपोषण गर्ने ।
- (छ) स्थानिय तह तथा अस्पतालहरुले अनलाइन इन्ट्री गरेको तथ्याङ्कको नियमित अनुगमन, मुल्यांकन गर्ने, प्रमाणिकरण, स्वीकृती र समिक्षा गर्ने ।
- (ज) स्थानिय तह, अस्पताल तथा स्वास्थ्य कार्यालयसँग समन्वय गरी मौखिक परिक्षण तथा सुभावरुबारे समिक्षा गर्ने ।
- (झ) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु कम गर्न स्थानिय तह तथा अस्पतालहरुले दिएका सुभावरु कार्यान्वयन गर्न सहजीकरण तथा समन्वय गर्ने ।
- (ञ) नितीगत सुधार लगायत आवश्यक सहयोगका लागि स्थानिय तह तथा स्वास्थ्य कार्यालयबाट प्राप्त सुभावरुलाई केन्द्रीय तहमा अगाडि बढाउने ।
- (ट) एम.पि.डी.एस.आर तथ्यांकमा आधारित वार्षिक कार्ययोजना तथा प्रतिवेदन तयार गर्ने ।

१४. संघीय समिति र काम, कर्तव्य तथा अधिकार:

- (१) संघीय समितिको गठन देहाय बमोजिम हुनेछः
- | | |
|--|--------------|
| (क) महानिर्देशक, स्वास्थ्य सेवा विभाग | - अध्यक्ष |
| (ख) निर्देशक, परिवार कल्याण महाशाखा | - सदस्य |
| (ग) स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली, शाखा प्रमुख, व्यवस्थापन महाशाखा | - सदस्य |
| (घ) बाल स्वास्थ्य तथा खोप शाखा प्रमुख | - सदस्य |
| (ङ) नेसोग प्रतिनिधि | - सदस्य |
| (च) पेसोन वा नेपास प्रतिनिधि | - सदस्य |
| (छ) गुणस्तर, मापदण्ड तथा नियमन महाशाखा, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय प्रतिनिधि | - सदस्य |
| (ज) निजी स्वास्थ्य संस्था संगठनको प्रतिनिधि | - सदस्य |
| (झ) मातृ तथा नवजात शिशु शाखा प्रमुख | - सदस्य सचिव |
| (ञ) आमन्त्रित सदस्य: आवश्यकता अनुसार समितिले तोकेअनुसार हुनेछ । | |
- (२) संघीय समितिको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछः
- (क) एम.पि.डी.एस.आर प्रणालीलाई विस्तार गर्दै लैजाने र सो को लागि योजना तथा कार्यक्रम तयार गर्ने ।
 - (ख) देशमा मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य सम्बन्धी गतिविधिहरू संचालन गर्ने ।
 - (ग) एम.पि.डी.एस.आर प्रणालीको कार्यान्वयन बारे निरन्तर अनुगमन, सुपरीवेक्षण तथा फलो अप गर्ने ।
 - (घ) एम.पि.डी.एस.आर प्रणालीका प्रतिफल तथा प्रगति विभिन्न निकायहरू समक्ष प्रस्तुत गर्ने ।
 - (ङ) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु भएका अस्पतालहरू, स्वास्थ्य संस्था तथा भौगोलिक क्षेत्रहरू पत्ता लगाई प्राप्त सुभावहरूको विश्लेषण गर्ने ।
 - (च) स्वास्थ्यकर्मीहरूको आधारभुत तालिममा मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु सम्बन्धी विषयवस्तु समेट्न आवश्यक प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराउने ।
 - (छ) एम.पि.डी.एस.आर लागु तथा कार्यान्वयन गर्ने क्षमता अभिवृद्धिमा आवश्यक सहयोग गर्ने ।
 - (ज) स्वास्थ्य सेवा विभागको वार्षिक प्रतिवेदनमा एम.पि.डी.एस.आर सम्बन्धी तथ्यांकहरू समावेश गर्ने ।
 - (झ) स्थानिय तह, अस्पताल, प्रदेश तथा स्वास्थ्य कार्यालयमा एम.पि.डी.एस.आर कार्यक्रम संचालन भए नभएको नियमित रूपमा अनुगमन तथा फलो अप गर्ने ।
 - (ञ) स्थानिय तह, जिल्ला, प्रदेश र अस्पतालबाट प्राप्त तथ्याङ्कहरू पूर्ण र सहि भए नभएको नियमित रूपमा प्रमाणीकरण गर्ने, पृष्ठपोषण दिने ।
 - (ट) एम.पि.डी.एस.आर कार्यक्रमबाट आएका तथ्यांकहरूको विप्लेषण गरी वार्षिक प्रतिवेदन तथा कार्य योजना बनाउने र नीति योजनामा समावेश गर्ने ।
 - (ठ) राष्ट्रिय एम.पि.डी.एस.आर समितिको बैठक संभव भएसम्म ६ महिनामा एक पटक र कम्तीमा वर्षको १ पटक अनिवार्य रूपमा बस्नु पर्नेछ ।

- (३) सघिय तहमा प्राविधिक कार्य समुहका सदस्यहरु : परिवार कल्याण महाशाखाका निर्देशकको नेतृत्वमा एक प्राविधिक कार्य समुह रहने छ । प्राविधिक कार्य समुहमा निम्नानुसार पदाधिकारीहरु रहने छन् ।
- | | |
|--|-----------|
| (क) महानिर्देशक, स्वास्थ्य सेवा विभाग | - अभिभावक |
| (ख) निर्देशक, परिवार कल्याण महाशाखा | - अध्यक्ष |
| (ग) स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली, शाखा प्रमुख, व्यवस्थापन महाशाखा | - सदस्य |
| (घ) मातृ तथा नवजात शिशु शाखा, शाखा प्रमुख | - सदस्य |
| (ङ) बाल स्वास्थ्य तथा खोप शाखा, शाखा प्रमुख | - सदस्य |
| (च) परोपकार स्त्री रोग तथा प्रशुती अस्पताल, स्त्री रोग विशेषज्ञ | - सदस्य |
| (छ) परोपकार स्त्री रोग तथा प्रशुती अस्पताल, बाल रोग विशेषज्ञ | - सदस्य |
| (ज) नेसोग प्रतिनिधि | - सदस्य |
| (झ) पेसोन वा नेपास प्रतिनिधि | - सदस्य |
| (ञ) गुणस्तर, मापदण्ड तथा नियमन महाशाखा, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको प्रतिनिधि | - सदस्य |
| (ट) निजी स्वास्थ्य संस्था संगठनको प्रतिनिधि | - सदस्य |
| (ठ) आमन्त्रित सदस्य समितिले तोके अनुसार | |
- (४) सघिय तहमा प्राविधिक कार्य समुहको काम, कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछः
- (क) देशमा मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य सम्बन्धी गतिविधिहरु संचालन तथा विस्तार गर्नका लागि सुझाव दिने ।
- (ख) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु कम गर्नको निम्ति स्थानिय तह देखि प्रदान गरीएका सुझावहरु र ती सुझावहरुको कार्यान्वयनको स्थितिबारे छलफल गर्ने ।
- (ग) समिक्षाहरुबाट प्राप्त सुझावहरु अनुरूप आवश्यकता अनुसार नितीगत परिमार्जन गर्ने ।
- (घ) स्तानिय तह तथा अस्पतालबाट एम.पि.डी.एस.आर.को तथ्यांक विप्लेषण गरी वार्षिक कार्ययोजना र नीति निर्माण कार्यमा सिफारिस गर्ने ।
- (ङ) एम.पि.डी.एस.आर प्रतिबेदनको समिक्षा गर्ने ।

परिच्छेद-६

१५. खारेजी र बचाउ:

- (१) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य संचालन निर्देशिका, २०७२ खारेज गरिएको छ ।
- (२) मातृ तथा पेरिनेटल मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य संचालन निर्देशिका २०७२ बमोजिम भए गरेका सम्पूर्ण काम कार्यवाहीहरु यसै निर्देशिका बमोजिम भए गरेको मानिनेछ ।

अनुसूचीहरु



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग

अनुसूची २
(दफा ५ संग सम्बन्धित)

MPDSR Tool 2

गोप्य

यो सूचना मातृ मृत्युको निगरानी र प्रतिकार्य तथा सामुहिक रूपमा तथ्याङ्गीय प्रयोजनका लागि नेपाल सरकारका स्वास्थ्य निकायहरूले मात्र प्रयोग गर्नेछन्।

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: _____

मातृ मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य प्रयोजनका लागि मातृ मृत्युको प्रारम्भिक पहिचान फारम

(स्वास्थ्यकर्मीको प्रयोगको लागि)

(महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविका वा अन्य सूचक मार्फत १२ वर्ष देखि ५५ वर्ष सम्मका महिलाको मृत्यु भएको सूचना प्राप्त भएपछि सो मातृ मृत्यु हो वा होइन भनी प्रारम्भिक यकीन गर्न स्वास्थ्य कर्मिले यो फारम भर्नु पर्दछ।)

१) मृतक महिलाको पूरा नाम र थर: _____

२) मृत्यु भएको मिति:
गते महिना साल

३) मृत्यु हुँदाको उमेर: (पूरा गरेको वर्ष)

४) मृतकको श्रीमान वा अभिभावकको पूरा नाम र थर: _____

५) फोन/मोबाइल नं. : _____

मृतकको हालको बसोबासको ठेगाना:

प्रदेश: _____ जिल्ला: _____ स्थानीय तह: _____

वडा नम्बर: गाउँ/टोल: _____

मातृ मृत्यु छुट्टयाउने प्रश्नहरू (Maternal Death Screening Questions)

१.	के उहाँ (मृतक) को मृत्यु गर्भवती अवस्थामा भएको हो ?	हो.....१ होइन२ थाहा छैन.....९६
२.	के उहाँ (मृतक) को मृत्यु बच्चा जन्माउने बेलामा (प्रसूती अवस्था) भएको हो ?	हो.....१ होइन२ थाहा छैन.....९६
३.	के उहाँ (मृतक) को मृत्यु गर्भवती बच्चा जन्माएको (सुत्केरी भएको) ४२ दिनभित्र भएको हो ?	हो.....१ होइन२ थाहा छैन.....९६

४.	के उहाँ (मृतक) को मृत्यु गर्भ खेर गएको वा गर्भपतन गराउँदा वा गराएको ४२ दिन भित्र भएको हो ?	हो.....१ होइन२ थाहा छैन.....९६
माथिका चार प्रश्नहरू मध्य कुनै एक प्रश्नको जवाफ “हो” भन्ने आएमा मातृ मृत्यु भएको हुन सक्छ । स्थानीय तहमा मौखिक परिक्षण (verbal autopsy) का लागि तुरुन्त खबर गर्नुहोस् ।		माथिका सबै चार प्रश्नहरूको जवाफ “होइन” भन्ने आएमा: स्थानीय तहमा अभिलेख गर्नुहोस् ।

फारम भर्ने कर्मचारी तथा आगामी कार्यवाही सम्बन्धि विवरण

यो मातृ मृत्युको प्रारम्भिक पहिचान (Screening) फारम भर्ने स्वास्थ्यकर्मीको

नाम: _____ पद: _____

कार्यरत संस्थाको ठेगाना: _____

फारम भरेको मिति:

गते महिना साल

यो फारम, सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा पठाएको वा खबर गरेको मिति:

गते महिना साल

मातृ मृत्यु भएको हुन सक्ने देखिएकोमा मौखिक परिक्षाका लागि स्थानीय तहमा मौखिक परिक्षाका लागि विवरण पठाउने स्वास्थ्य कर्मिको

नाम: _____ पद: _____

कार्यरत संस्थाको ठेगाना: _____

फारम पठाएको वा खबर गरेको मिति:

गते महिना साल

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



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
परिवार कल्याण महाशाखा
टेकु, काठमाडौं

अनुसूची ३
(दफा ६ संग सम्बन्धित)
मौखिक परिक्षण फारम

MPDSR Tool 3

यो फारम चिकित्सकितय कानूनी
(Medicolegal) प्रयोजनको
लागि हैन ।

मातृ मृत्यु मौखिक परिक्षण प्रश्नावली (VA Form)

१२ देखि ५५ वर्षका महिलाको कुनै पनि दुर्घटना वा नियतवस भएको घटना बाहेक गर्भावस्थामा वा गर्भावस्था अन्त भएको ४२ दिन भित्रमा गर्भसँग सम्बन्धित कारण वा गर्भको कारण बनेको थप जटिल अवस्था वा यस अवस्थाको व्यवस्थापनको कारणले हुने मृत्युलाई मातृ मृत्यु भनिन्छ। यसले जुनसुकै अवधिको गर्भ र गर्भाशय भित्र वा अन्य कतै भएको गर्भलाई पनि समावेश गर्छ।

यदि समुदायमा सम्भावित मातृ मृत्यु भएमा सो मृत्युको कारण “मौखिक परीक्षण” (Verbal Autopsy) द्वारा पत्ता लगाउनु पर्दछ।

मौखिक परिक्षण भनेको विरामीको मृत्यु हुनका लागि शृंखलाबद्धरूपमा घटेका घटना, परिस्थिति, संकेत तथा लक्षणहरु केलाई मृत्युको प्रमुख कारण पत्ता लगाउन मृतकका नातेदार तथा आफन्तहरूसंग गरिने प्रश्नावलीमा आधारित अन्तर्वार्ता हो। समुदाय तहको स्वास्थ्य संस्थाबाट सम्भावित मातृ मृत्यु भएको जानकारी प्राप्त भएको ३० दिन भित्र स्थानीय तहको स्वास्थ्य महा/शाखाबाट भर्बल अटोप्सी गर्नु पर्दछ। मौखिक परिक्षण (VA) गरे पश्चात स्थानीय तहको स्वास्थ्य महा/शाखाले, स्थानिय तह वा स्वास्थ्य कार्यालयमा उपलब्ध तालिम प्राप्त चिकित्सकको सहयोगमा मृत्युको कारण (Cause of death assign) उल्लेख गर्नु पर्दछ।

यस प्रश्नावलीमा १-११ खण्डहरु छन्। अन्तर्वार्ता लिने ब्यक्तिले सबै खण्ड पुरा गर्नु पर्दछ र सो फारमको online इन्ट्री स्थानीय तहमा गर्नु पर्दछ।

१. परिचयात्मक विवरण

क्र.सं. मृत्यु भएको महिलाको विवरण

१०१ महिलाको पूरा नाम र थर:

१०२ श्रीमान / अभिभावकको पूरा नाम र थर:

मृतक महिलाको हाल बसोबासको ठेगाना

१०३ प्रदेश:

१०४ जिल्ला:

१०५ स्थानिय तह:

१०६ वडा नं.:

१०७ गाउँ/टोल

भौगोलिक अवस्थिति (सम्भव भए भने)	
१०८	Latitude -अक्षांस (डिग्री,दशमलब)- उत्तर
१०९	Longitude -देशान्तर (डिग्री, दशमलब)- पूर्व
११०	Accuracy - शुद्धता
१११	Altitude - उचाई
<p>नोट: उत्तरदाता छनौट गर्नका लागि धेरै व्यक्तिहरूसंग जानकारी लिनुहोस् । तर मुख्य उत्तरदाता छनौट गर्दा निम्न बुँदाहरूमा ध्यान दिनु पर्दछ ।</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ महिलाको मृत्यु भएको परिस्थिति, मृत्यु हुँदाको अवस्था र उपचार सम्बन्धमा बताउन सक्ने व्यक्ति ■ मृत्यु हुँदा संगै भएको व्यक्ति ■ मृतक महिलासंग नजिकको सम्बन्ध भएको व्यक्ति ■ अन्तर्वार्ताको लागि उपलब्ध भएको व्यक्ति 	

२. उत्तरदाता सम्बन्धी विवरण

प्र.नं.	प्रश्न तथा फिल्टर	प्रत्युत्तर
२०१	उत्तरदाताको पूरा नाम र थर:	
२०२	उत्तरदाताको सम्पर्क नं. वा ईमेल ठेगाना: (यदि उत्तरदाताको सम्पर्क नं. नभए परिवारको अन्य सदस्यको सम्पर्क नं.)	सम्पर्क नं. ईमेल ठेगाना:
२०३	उहाँ (मृतक) को तपाईं (उत्तरदाता) संग के नाता, सम्बन्ध छ?	श्रीमान.....१ आमा/बुवा/सासु/ससुरा२ छोरा/छोरी.....३ परिवारको अन्य सदस्य४ सेवा प्रदायक५ अन्य (खुलाउने)९६
२०४	तपाईं उहाँ (मृतक) को मृत्यु भएको समयमा उहाँ (मृतक) संगै हुनुहुन्थ्यो?	थिए.....१ थिइन.....२

सूचित मञ्जुरी

नमस्ते, मेरो नाम हो । हामी..... बाट आएका हौं । यस परिवारमा भएको निधनको दुखद घटनाले हामीलाई दुःखी बनाएको छ । यस घटनाबाट पाठ सिकेर आगामी दिनमा यस्ता घटना दोहोरिन नदिन के गर्नुपर्ला भन्ने सुझाव लिन आएका छौं । तपाइले दिनु भएको जानकारीहरूले नेपाल सरकारलाई सुरक्षित मातृत्व सेवामा सुधार ल्याइ महिलाहरूलाई अकालमा हुने मृत्युबाट जोगाउन मद्दत पुग्नेछ । यस सोधपूछका लागि करिब एक घण्टा समय लाग्नेछ । तपाइले दिनु भएका सम्पूर्ण जानकारीहरू गोप्य राखिने छन् र स्वास्थ्य सेवा सुधारका लागि मात्र प्रयोग गरिनेछ । यस छलफलमा सहभागी हुने वा नहुने तपाइको स्वेच्छाको कुरा हो । यदि तपाईं कुनै प्रश्नको जवाफ दिन चाहनु हुन्छ भने नदिन पनि सक्नु हुन्छ र तपाइले चाहनु भयो भने कुनै पनि बेला यो अन्तर्वार्ता टुङ्ग्याउन सक्नु हुन्छ । तथापी, सम्पूर्ण प्रश्नहरूको सही जवाफ दिई स्वास्थ्य सेवा सुधार सम्बन्धी यस कार्यमा साथ दिनुहुन म आग्रह गर्दछु । तपाईंले यस विषयमा थप जानकारी लिन चाहनुभएमा सम्बन्धित स्थानीय तहमा सम्पर्क गर्न सक्नुहुनेछ ।

के तपाईं यस विषयमा कुनै कुरा सोध्न चाहनु हुन्छ ?

के तपाईं यस अन्तर्वार्तामा सहभागी हुन सहमत हुनुहुन्छ ?

उत्तरदाताले अन्तर्वार्ता दिन मानेको१

उत्तरदाताले अन्तर्वार्ता दिन नमानेको२

(अन्तर्वार्ता समाप्त गर्ने)

३. महिलाको मृत्यु सम्बन्धी विस्तृत विवरण

कृपया, उहाँ (मृतक) को मृत्यु सम्बन्धमा शुरु देखीका थाहा भएका कुराहरु विस्तार पूर्वक बताइ दिनुहोस् ।

नोट: उत्तरदातालाई आफूखुसी भन्न दिनुहोस् र तल उल्लेखित महत्वपूर्ण जानकारीहरु नछुट्ने गरि टिपोट गर्नुहोस् । आवश्यक परे थप स्पष्ट पार्न अनुरोध गर्नुहोस् । यो पानामा विवरण नअटेमा पाना थप गर्नुहोस् र फारामसँग संलग्न (नथ्थी) गर्नुहोस् ।

<ul style="list-style-type: none"> ■ उहाँ (मृतक) विरामी हुनुभएको थियो, थियो भने कहिलेदेखि र कसरी थाहा भयो ? ■ के कस्ता लक्षणहरु देखिएका थिए ? ■ घरमा के के गरियो, कसले गरे ? ■ उपचार गराउनुपर्छ भन्ने निर्णय गरेको भए कसले गर्यो, किन गरियो ? ■ यदि उपचार नगराएको भए किन उपचार गराउनु भएन ? ■ विरामी भए देखि मृत्यु हुने अवस्था सम्म के-के- स्वास्थ्य समस्या भए ? ■ उपचार गराउने निर्णय गरेको भए, निर्णय गर्न कति समय खर्च भयो ? ■ उपचार कहाँ गराउने निर्णय भयो, किन ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ उपचार गराउनका के- के तयारीहरु गरियो (जस्तै: यातायात, पैसा, साथी आदी) ? ■ स्वास्थ्य संस्था पुग्न कति समय लाग्यो ? ■ स्वास्थ्य संस्थामा पुगिसकेपछि के भयो? प्रेषण सम्बन्धि जानकारी ■ स्वास्थ्यकर्मीले जाँच्नुभन्दा अगाडी कति समय लाग्यो? ■ कसले जाँच्यो, के के गरियो? ■ कति खर्च लाग्यो? ■ अन्य के के समस्याहरु भए?
--	---


मृत्यु सम्बन्धी विस्तृत विवरण

--

४. मृतक महिलाको व्यक्तिगत विवरण

प्र.नं	प्रश्न	उत्तर			निर्देशन तथा कैफियत
(नोट: उहाँ (मृतक) को मृत्यु गर्भसँग सम्बन्धित कुन अवस्थामा भएको थियो सोध्नुहोस् र उपयुक्त जवाफमा गोलो लगाउनुहोस्)					
४०१	उहाँ (मृतक) को मृत्यु	हो	होइन	थाहा छैन	
क	गर्भवती अवस्थामा भएको हो ?	१ (४०२ मा जाने)	२	९८	
ख	बच्चा जन्माउने बेलामा (प्रसूती अवस्था) भएको हो?	१ (४०२ मा जाने)	२	९८	
ग	बच्चा जन्माएको (सुत्केरी भएको) ४२ दिनभित्र भएको हो?	१ (४०२ मा जाने)	२	९८	
घ	गर्भ खेर गएको वा गर्भपतन गराउँदा वा गराएको ४२ दिन भित्र भएको हो?	१ (४०२ मा जाने)	२	९८	
४०२	उहाँको मृत्यु कहिले भएको थियो?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		गते	महिना	साल	
		थाहा छैन ९८			
४०३	मृत्यु हुँदा उहाँ (मृतक) कति वर्षको हुनुहुन्थ्यो? (पूरा गरेको वर्ष)	<input type="text"/>	वर्ष		

प्र.नं	प्रश्न	उत्तर	निर्देशन तथा कैफियत
४०४	मृत्यु हुँदा उहाँ (मृतक) को वैवाहीक स्थिति के थियो?	अविवाहित १ विवाहित २ विधवा ३ पारपाचुके छुट्टिएको ४ विवाह नगरी संगै बसेको (लिविंग टुगेदर) ६ थाहा छैन ९८	
४०५	उहाँ (मृतक) ले कति कक्षा सम्म अध्ययन गर्नु भएको थियो? (पुरा गरेको कक्षा सोध्नुहोस ।)	लेखपढ गर्न नसक्ने १ लेखपढ गर्न सक्ने २ पूरा गरेको कक्षा: थाहा छैन ९८	
४०६	मृत्यु हुनु भन्दा पहिले १२ महिना भित्रको समयमा उहाँ (मृतक) को रोजगारीको वा आर्थिक अवस्था के थियो ?	प्राय आर्थिक रूपले सक्रिय/रोजगार १ बेरोजगार/आर्थिक रूपले निष्क्रिय २ थाहा छैन ९८	
४०७	उहाँ (मृतक) को जातजाती के थियो ? (जातजाती कोडको लागि अनुसूची हेर्नुहोस)	दलित १ पहुँच नभएका जनजाति २ तराई जाति ३ मुस्लिम ४ तुलनात्मक रूपले पहुँच भएका जनजाति ५ उपल्लो जाति वा समूह ५ अन्य (खुलाउने) ९६ थाहा छैन ९८	
४०८	उहाँ (मृतक) को मृत्यु कुन ठाउँमा भएको थियो? (नोट: यदि स्वास्थ्य संस्थामा मृत्यु भएको भए स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गर्नुहोस् ।)	स्वास्थ्य चकककी १ प्रा.स्वा.के. २ सरकारी अस्पताल ३ नीजि अस्पताल ४ गै.स.स./मिशन अस्पताल ५ शिक्षण अस्पताल ६ घरमा ७ घरबाट स्वास्थ्य संस्था जाँदा बाटोमा ८ एउटा स्वास्थ्य संस्थाबाट अर्को स्वा.सं. जाँदा बाटोमा ९ अन्य (खुलाउने) ९६ थाहा छैन ९८	
अब म तपाईंसँग उहाँ (मृतक) गर्भवती हुनु भन्दा अगाडीको उहाँको स्वास्थ्य अवस्था बारे केही प्रश्न सोध्न चाहन्छु ।			
(नोट: उहाँ (मृतक) गर्भवती हुनु भन्दा अगाडी उहाँलाई निम्न लिखित स्वास्थ्य समस्याहरु थिए की थिएनन् एक एक गरी सोध्नुहोस् र उपयुक्त जवाफमा गोलो लगाउनुहोस ।)			
४०९	उहाँ गर्भवती हुनु भन्दा अगाडी उहाँलाई	थियो	थिएन थाहा भएन जवाफ दिन नमानेको
क	मधुमेह (चिनी रोग) थियो ?	१	२ ९८ ९९

प्र.नं	प्रश्न	उत्तर			निर्देशन तथा कैफियत
		१	२	९८	
ख	उच्च रक्तचाप थियो ?	१	२	९८	९९
ग	मुटु सम्बन्धि समस्या थियो ?	१	२	९८	९९
घ	थार्डराईड सम्बन्धि समस्या थियो ?	१	२	९८	९९
ङ	अन्य कुनै दिर्घरोग थियो ? थियो भने "१" मा गोलो लगाएर खुलाउनुहोस् (खुलाउनुहोस्)	१	२	९८	९९
च	बिगत १२ महिनामा मृतकको कुनै अपरेसन (बेहोस बनाएर वा शरीरको कुनै अंग लड्याएर गरिने) भएको थियो ?	१	२	९८	९९
(नोट: प्र. नं. ४०१ रुजु गर्नुहोस् । गर्भवती अवस्थामा मृत्यु भएको (प्र. नं. ४०१.क को १ मा गोलो लगाएको भए) 		अन्य अवस्थामा मृत्यु भएको (प्र. नं. ४०१.ख, ४०१.ग वा ४०१.घ को १ मा गोलो लगाएको भए)			(खण्ड ५ मा जाने)
४१०	यदि मृत्यु गर्भवती अवस्थामा भएको भए, मृत्युको समयमा उहाँ (मृतक) कति महिनाको गर्भवती हुनुहुन्थ्यो? (पुरा भएको महिनामा उल्लेख गर्नुहोस्)	<input type="text"/> <input type="text"/> महिना थाहा छैन			९८

५. गर्भ अवस्थासंग सम्बन्धित संकेत चिन्ह तथा लक्षणहरू

प्र.नं.	प्रश्न तथा फिल्टर	प्रत्युत्तर				निर्देशन तथा कैफियत
		थियो/ हो	थिएन/ होइन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको	
५०१	उहाँको यो कति औ पटकको गर्भ थियो ? (यदि पहिलो गर्भ भए ०१ लेख्नुहोस्)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	९८	९९	
५०२	उहाँको कहिल्यै गर्भपतन गरेको वा गर्भ खेर गएको थियो ? (यदि थियो भने कति पटक हो सो नम्बर लेख्नुहोस् र यदि थिएन भने "००" लेख्नुहोस्)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	९८	९९	
५०३	उहाँ (मृतक) ले कति जना जीवित बच्चा जन्माउनु भएको थियो? (यदि थिएन भने "००" लेख्नुहोस्)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	९८	९९	
५०४	उहाँ (मृतक) ले कति जना मरेको बच्चा जन्माउनु भएको थियो ? (यदि थिएन भने "००" लेख्नुहोस्)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	९८	९९	
५०५	उहाँ (मृतक) ले पहिले शल्यकृया गरि बच्चा जन्माउनु भएको थियो?	१	२	९८	९९	

प्र.नं.	प्रश्न तथा फिल्टर	प्रत्युत्तर				निर्देशन तथा कैफियत		
		थियो/ हो	थिएन/ होइन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको			
५०६	यो गर्भ उहाँ (मृतक) को इच्छा अनुसार भएको थियो ?	१	२	९८	९९			
५०७	उहाँ (मृतक) ले डाक्टर, नर्स वा अन्य स्वास्थ्यकर्मीबाट गर्भवती जाँच सेवा लिनु भएको थियो ?	१ (५१० मा जाने)	२	९८ (५१० मा जाने)	९९ (५१० मा जाने)			
५०८	(उहाँ) ले गर्भवती जाँच सेवा लिएको भए कति पटक जाँच गराउनु भएको थियो?	<input type="text"/>		९८	९९			
५०९	उहाँले निम्न अनुसार गर्भवती जाँच गर्नुभएको थियो ?							
क	उहाँले चौथो (४) महिनाको गर्भवती जाँच गर्नुभएको थियो ?	१	२	९८	९९			
ख	उहाँले छैटौं (६) महिनाको गर्भवती जाँच गर्नुभएको थियो ?	१	२	९८	९९			
ग	उहाँले आठौं (८) महिनाको गर्भवती जाँच गर्नुभएको थियो ?	१	२	९८	९९			
घ	उहाँले नवौं (९) महिनाको गर्भवती जाँच गर्नुभएको थियो ?	१	२	९८	९९			
५१०	(नोट: गर्भवती अवस्थामा हुन सक्ने निम्न समस्याहरूलाई एक एक गरी सोध्नुहोस र उपयुक्त जवाफमा गोलो लगाउनुहोस । यदि कुनै समस्याको जवाफ “थियो” भन्ने आएमा, कति दिन वा महिनाको लागि उक्त समस्या भएको थियो सो “अवधी: दिन” मा खुलाउनुहो) यस (पछिल्लो) पटक गर्भवती हुँदा उहाँ (मृतक) लाई	थियो	थिएन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको	अवधी (दिनमा लेख्ने)		
क	गर्भावस्थामा योनिबाट मैलो गन्हाउने पानी बगेको थियो ?	१	२	९८	९९			
ख	गर्भावस्थामा ज्वरो आएको थियो ?	१	२	९८	९९			
ग	गर्भावस्थामा उच्च रक्तचाप सम्बन्धि समस्या थियो ?	१	२	९८	९९			
घ	गर्भावस्थामा कम्पन्न हुने समस्या थियो ?	१	२	९८	९९			
ङ	गर्भावस्थामा आँखा धमिलो देख्ने, टाउको दुख्ने, रिंगटा लाग्ने, माथिल्लो पेट दुख्ने समस्या थियो ?	१	२	९८	९९			

प्र.नं.	प्रश्न तथा फिल्टर	प्रत्युत्तर				निर्देशन तथा कैफियत
		थियो/ हो	थिएन/ होइन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको	
च	गर्भावस्थामा योनीबाट रक्ताश्राव भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
छ	गर्भावस्थामा तल्लो पेट दुख्ने समस्या थियो ?	१	२	९८	९९	
ज	गर्भ पाठेघर बाहिर बसेको थियो?	१	२	९८	९९	
झ	भ्रूण (पेट भित्रको बच्चा) धेरै चल्ने वा चल्दैन चल्ने समस्या थियो ?	१	२	९८	९९	
ञ	गर्भावस्थामा कमलपित्त (जन्डिस) भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
ट	गर्भावस्थामा औलो भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
ठ	गर्भावस्थामा क्षयरोग भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
ड	गर्भावस्थामा मधुमेह (चिनी रोग) भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
ढ	गर्भावस्थामा मुटुजन्य रोग भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
ण	गर्भावस्थामा थाईरोईडको समस्या भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
त	गर्भावस्थामा कुनै माहामारी जन्य रोगको संक्रमण भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
थ	गर्भावस्थामा रक्तअल्पता भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
द	अन्य (खुलाउने)	१	२	९८	९९	

६. गर्भपतन सम्बन्धि विवरण

<p>नोट: प्र. नं. ४०१ रुजु गर्नुहोस् । गर्भ खेर गएको वा गर्भपतन गराउँदा वा गराएको ४२ दिन भित्र मृत्यु भएको (प्र. नं. ४०१.घ को १ मा गोलो लगाएको भए)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>अन्य अवस्थामा मृत्यु भएका (प्र. नं. ४०१.क, ४०१.ख वा ४०१.ग को १ मा गोलो लगाएको भए)</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>(खण्ड ७ मा जाने)</p>
---	---	-------------------------

प्र.नं.	प्रश्न	जवाफ	... मा जाने
६०१	<p>यदि उहाँ (मृतक) को मृत्यु गर्भपतन गराउदै गर्दा वा गराए पछि भएको भए, गर्भपतन गराउन कहाँ जानु भएको थियो ?</p> <p>(यदि स्वास्थ्य संस्थामा गर्भपतन गराएको भए स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गर्नुहोस्)</p>	स्वास्थ्य चौकी	१
		प्रा.स्वा.के.	२
		सरकारी अस्पताल	३
		नीजि अस्पताल/क्लिनिक	४
		गै.स.स./मिशन अस्पताल	५
		शिक्षण अस्पताल	६
		घरैमा गरेको	७
		धामी भक्त्री कहाँ	८
		औषधि पसलमा	९
		अन्य (खुलाउने).....	१६
थाहा छैन	१८		

प्र.नं.	प्रश्न	जवाफ			... मा जाने
६०२	उहाँ (मृतक) को गर्भपतन कुन तरिकाबाट गरिएको थियो ?	गर्भपतन गराउने औषधिको प्रयोगबाट.....१ सर्जिकल विधि (एम.भि.ए, डि.एण्ड सि, एम. आइ. हिस्टेरोटोमी) २ जडिवृटी प्रयोग.....३ गर्भ आफै खेर गएको४ अन्य (खुलाउने)९६ थाहा छैन.....९८			
		थियो	थिएन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको
६०३	उहाँ (मृतक) को मृत्यु गर्भपतन गराउँदा भएको थियो ?	१	२	९८	९९
६०४	उहाँ (मृतक) को मृत्यु गर्भ आफै खेर गएको वा गर्भपतन गराएको ४२ दिन भित्र भएको थियो ?	१	२	९८	९९
६०५	उहाँ (मृतक) को गर्भपतन सफल भएको थियो ?	१	२	९८	९९
६०६	उहाँ (मृतक) को गर्भपतन गरि सकेपछि अत्यधिक रक्तश्राव भएको थियो ?	१	२	९८	९९
६०७	उहाँ (मृतक) को गर्भपतन गरेपछि ४२ दिन भित्र ज्वरो आएको थियो ?	१	२	९८	९९
६०८	उहाँ (मृतक) को गर्भपतन गरेपछि ४२ दिन भित्र योनिबाट गन्हाउने पानी बगेको थियो ?	१	२	९८	९९
६०९	उहाँ (मृतक) को गर्भपतन गरेपछि अत्यधिक पेट दुखेको थियो ?	१	२	९८	९९
६१०	उहाँको गर्भपतन गराउँदा पाठेघरमा कुनै चोटपटक लागेको वा प्वाल परेको वा पाठेघर फुटेको थियो ?	१	२	९८	९९

७. प्रसूति सम्बन्धि विवरण

प्र.नं.	प्रश्न	जवाफ	... मा जाने
	<p>नोट: प्र. नं. ४०१ रुजु गर्नुहोस् । प्रसूति अवस्थामा मृत्यु भएको (प्र. नं. ४०१.ख वा ४०१. ग को १ मा गोलो लगाएको भए)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>अन्य अवस्थामा मृत्यु भएको (प्र. नं. ४०१.क वा ४०१. ग वा ४०१.घ को १ मा गोलो लगाएको भए)</p> <p style="text-align: center;">→</p>	(खण्ड ९ मा जाने)
७०१	उहाँ (मृतक) को प्रसूती व्यथा सुरु भएको कति समय पछि बच्चा जन्मिएको थियो ?	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> </div> घण्टा </div> <p>थाहा छैन ९८</p>	
७०२	उहाँ (मृतक) को प्रसूती कहाँ भएको थियो? (नोट: यदि स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूती (सुत्केरी) भएको भए स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गर्नुहोस् !)	<p>स्वास्थ्य चौकी १</p> <p>प्रा.स्वा.के. २</p> <p>सरकारी अस्पताल ३</p> <p>नीजि अस्पताल ४</p> <p>गै.स.स./मिशन अस्पताल ५</p> <p>शिक्षण अस्पताल ६</p> <p>घरमा ७</p> <p>घरवाट स्वास्थ्य संस्था जाँदा बाटोमा ८</p> <p>एउटा स्वास्थ्य संस्थावाट अर्को स्वास्थ्य संस्था जाँदा बाटोमा ९</p> <p>अन्य (खुलाउने) ९६</p> <p>थाहा छैन ९८</p>	
७०३	उहाँ (मृतक) लाई प्रसूती गराउने मुख्य व्यक्तिको हुनुहुन्थ्यो ? (एउटा जवाफमा मात्र गोलो लगाउनुहोस्)	<p>डाक्टर १</p> <p>स्टाफनर्स/ मिडवाईफ २</p> <p>अनमी ३</p> <p>अन्य स्वास्थ्यकर्मी ४</p> <p>महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम् सेविका ५</p> <p>साथीभाई/ सुडेनी ६</p> <p>अन्य (खुलाउने)..... ९६</p> <p>थाहा छैन ९८</p>	
७०४	उहाँ (मृतक) को कुन विधिवाट प्रसूती गराइएको थियो ? (एउटा जवाफमा मात्र गोलो लगाउनुहोस्)	<p>सामान्य १</p> <p>इन्स्ट्रुमेन्टल (भ्याकुम वा फोरसेप प्रयोग गरि) २</p> <p>उल्लटो वा जुम्ल्याहा बच्चा सहयोगमा जन्मिएको ३</p> <p>अप्रसन गरेर (सी. एस) ४</p> <p>अन्य (खुलाउने)..... ९६</p> <p>थाहा छैन ९८</p>	

७०५	(नोट: प्रसूति गराउँदा हुन सक्ने निम्न समस्याहरू एक एक गरी सोध्नुहोस् र उपयुक्त जवाफमा गोलो लगाउँनुहोस । यदि कुनै समस्याको जवाफ “थियो” भन्ने आएमा, कति घण्टाको लागि उक्त समस्या भएको थियो सो “अवधी: घण्टा” मा खुलाउनुहोस् । उहाँ (मृतक) लाई प्रसूती गराउदा	थियो/ हो	थिएन/ होइन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको	अवधी घण्टामा
क	ज्वरो आएको थियो ?	१	२	९८	९९	
ख	योनीबाट गन्हाउने पानी बगेको थियो ?	१	२	९८	९९	
ग	शरीर पूरै काम्ने (फिट्स / सिजर / कन्वल्जन) भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
घ	२४ घण्टा भन्दा लामो प्रसूती व्यथा लागेको थियो ?	१	२	९८	९९	
ङ	साल अड्किएको थियो ?	१	२	९८	९९	
च	योनिबाट अत्यधिक रगत बगेको थियो ?	१	२	९८	९९	
छ	बच्चा असामान्य अवस्था (उल्टो, छड्के आदि) मा बसेको थियो ?	१	२	९८	९९	
ज	बच्चा ज्यादै ठूलो थियो?	१	२	९८	९९	
झ	बच्चाको टाउको भन्दा पहिले हात खुट्टा वा अन्य अंग बाहिर आएको थियो ?	१	२	९८	९९	
ञ	बेहोस हुनु भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
ट	अपरेसनको लागि बेहोस गराउदा / शरीरको कुनै भाग लट्याउंदा समस्या भएको थियो ?	१	२	९८	९९	
ठ	अन्य (खुलाउने)	१	२	९८	९९	

८. सुत्केरी सम्बन्धि विवरण

<p>(नोट: प्र. नं. ४०१ रुजु गर्नुहोस् ।) बच्चा जन्माएको (सुत्केरी भएको) ४२ दिनभित्र मृत्यु भएको (प्र. नं. ४०१.ग को १ मा गोलो लगाएको भए)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>अन्य अवस्थामा मृत्यु भएको (प्र. नं. ४०१.क, ४०१.ख वा ४०१.घ को १ मा गोलो लगाएको भए)</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>(खण्ड ९ मा जाने)</p>
---	---	-----------------------------

प्र.नं.	प्रश्न	जवाफ				... मा जाने		
८०१	यदि उहाँ (मृतक) को मृत्यु सुत्केरी पछि भएको भए सुत्केरी भएको कति दिन पछि मृत्यु भएको भएको थियो ?	<input type="text"/> <input type="text"/> दिन		थाहा छैन	९८			
८०२	नोट: सुत्केरी पश्चात हुन सक्ने निम्न समस्याहरूलाई एक एक गरी सोध्नुहोस् र उपयुक्त जवाफमा गोलो लगाउनुहोस् । यदि कुनै समस्याको जवाफ “थियो” भन्ने आएमा, कति दिन वा महिनाको लागि उक्त समस्या भएको थियो सो “अवधी: दिन” मा खुलाउनुहोस् उहाँ (मृतक) लाई सुत्केरी भए पछि	थियो	थिएन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको	अवधी (दिनमा लेख्ने)		
क	योनी बाट धेरै रगत बगेको थियो ?	१	२	९८	९९			
ख	योनी बाट गन्हाउने पानि बगेको थियो ?	१	२	९८	९९			
ग	नङ्गा, आँखाको डिल, गिंजा फुस्रो देखिएको थियो ?	१	२	९८	९९			
घ	पेट धेरै दुख्ने भएको थियो ?	१	२	९८	९९			
ङ	रिंगटा लाग्ने, मुर्छा पर्ने भएको थियो ?	१	२	९८	९९			
च	शरीर पूरै कम्पन हुने गरेको थियो ?	१	२	९८	९९			
छ	ज्वरो आउने गरेको थियो ?	१	२	९८	९९			
ज	योनी बाट दिशा पिसाब चुहिने गरेको थियो ?	१	२	९८	९९			
झ	पाठेघर खस्ने / पाठेघर उल्टिएको थियो ?	१	२	९८	९९			
ञ	अन्य (खुलाउने).....	१	२	९८	९९			
८०३	(नोट: प्रोटोकलअनुसार तीन पटक सुत्केरी जाँच गराउनु भएको थियो कि थिएन सोध्नका लागि तलका प्रश्नहरू एकएक गरी सोध्नुहोस् र उपयुक्त जवाफमा गोलो लगाउनुहोस् ।) उहाँ (मृतक) ले सुत्केरी पश्चात.....	थियो	थिएन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको			
क	२४ घण्टामा सुत्केरी जाँच गराउनु भएको थियो ?	१	२	९८	९९			
ख	तेस्रो (३) दिनमा सुत्केरी जाँच गराउनु भएको थियो ?	१	२	९८	९९			
ग	सातौँ (७) दिनमा सुत्केरी जाँच गराउनु भएको थियो ?	१	२	९८	९९			

९. स्वास्थ्य सेवा उपयोग सम्बन्धि विवरण

महिलाको मृत्यु जुनै कारणले भएको भए पनि सबैलाई यो खण्ड सोध्नुहोस् ।

प्र.नं.	प्रश्न	जवाफ	... मा जाने
९०१	उहाँ (मृतक) ले मृत्यु हुनु अघि बिरामी हुँदा स्वास्थ्य संस्था वा अन्य ठाउँमा उपचार गराउनु भएको थियो ?	थियो १ थिएन..... २ थाहा छैन..... ९८	९०४ खण्ड १०
९०२	यदि उहाँ (मृतक) ले मृत्यु हुनु अघि बिरामी हुँदा स्वास्थ्य संस्था वा अन्य ठाउँमा उपचार गराएको भए उपचार कहाँ गराउनु भयो ? (यदि स्वास्थ्य संस्थामा उपचार गराएको भए स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गर्नुहोस् ?)	स्वास्थ्य चकककी १ प्रा.स्वा.के. २ सरकारी अस्पताल ३ नीजि अस्पताल/क्लिनिक ४ गै.स.स./मिशन अस्पताल ५ घरमा ६ धामी भक्त्री कहाँ ७ औषधि पसलमा ८ अन्य (खुलाउने)..... ९६ थाहा छैन ९८	
९०३	यदि उहाँ (मृतक) ले मृत्यु हुनु अघि बिरामी हुँदा स्वास्थ्य संस्था वा अन्य ठाउँमा उपचार गराएको भए को संग उपचार गराउनु भयो ?	डाक्टर १ स्टाफनर्स . २ अनमी ३ अन्य स्वास्थ्यकर्मी ४ सुडेनी / साथीभाई ५ महिला सामुदायिक स्वास्थ्य ६ स्वयं सेविका ६ अन्य (खुलाउने) ९६ थाहा छैन ९८	
९०४	यदि उहाँ (मृतक) ले मृत्यु हुनु अघि बिरामी हुँदा स्वास्थ्य संस्था वा अन्य ठाउँमा उपचार नगराएको भए उपचार किन गराउनु भएन ? (बहुउत्तर सम्भव छ)	आवश्यक नठानेर १ उपचार गराउनु पर्छ २ भन्ने थाहा नभएर ३ स्वास्थ्य संस्था टाढा भएर ४ खर्चको जोहो गर्न नसकेर ५ यातायातको सुविधा नभएर ५ अन्य (खुलाउने) ९६ थाहा छैन ९८	

खण्ड १०. मृत्युका कारणहरू सम्बन्धी विवरण

महिलाको मृत्यु जुनै कारणले भएको भए पनि सबैलाई यो खण्ड सोध्नुहोस् ।

१००१	(नोट: तीन ढिलाईहरूसँग सम्बन्धीत विभिन्न कारणहरूले मृत्यु भएको हुन सक्ने हुनाले निम्न कारणहरू एक एक गरी सोध्नुहोस् र उपयुक्त जवाफमा गोली लगाउनुहोस् ।)	हो/थियो	होईन/थिएन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको
	तपाईंको विचारमा उहाँ (मृतक) को उपचार गर्ने सन्दर्भमा				
क	स्वास्थ्य सबन्धि समस्या छ भन्ने पहिचान गर्न ढिलाई भएको थियो ?	१	२	९८	९९
ख	उपचार गर्ने निर्णय गर्न ढिलाई भएको थियो ?	१	२	९८	९९
ग	दक्ष वा तालिम प्राप्त स्वास्थ्य कर्मी बाहेक अन्य बाट उपचार गराएकोले ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
घ	पैसा नभएर / पैसाको व्यवस्था गर्न ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
ङ	यातायातको साधन नभएर / व्यवस्था गर्न ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
च	परम्परागत रिति रिवाजले गर्दा ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
छ	स्वास्थ्य संस्था एकलै जान नसक्ने भएको ले ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
ज	उपचारको लागि घरबाट अनुमति लिन ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
झ	धेरै रात परेको ले स्वास्थ्य संस्था जान नसकेको ले ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
ञ	अन्य (खुलाउने)				
१००२	अब म बिरामिको उपचार गर्ने सन्दर्भमा स्वास्थ्य संस्थसँग सम्बन्धीत कारणहरूका बारेमा केही प्रश्नहरू सोध्न चाहन्छु । तपाईंको विचारमा उहाँ (मृतक) को उपचार गर्ने सन्दर्भमा	हो/थियो	होईन/थिएन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको
क	यातायातको सुविधा नभएको कारण प्रेषण (रेफर) गरेको स्वास्थ्य संस्थामा जान ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
ख	स्वास्थ्य संस्था बीच सूचना आदान प्रदान गर्न ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
ग	स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना हुने बित्तिकै उपचार हुन ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
घ	अधिल्लो स्वास्थ्य संस्थाको उपचार गर्ने क्षमता नभएकोले ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९

ड	यो स्वास्थ्य संस्था उपचार गर्न असक्षम भएकोले ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
च	स्वास्थ्य संस्थामा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको अभाव भएकोले ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
छ	स्वास्थ्य संस्थामा रगतको व्यवस्थापन हुन नसकेर ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
ज	स्वास्थ्य संस्थामा आवश्यक औषधिको कमि भएर ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
झ	स्वास्थ्य संस्थामा अत्यावश्यक उपकरणको अभाव भएकोले ढिलाई भएको थियो?	१	२	९८	९९
ञ	अन्य (खुलाउने)	१	२	९८	९९
१००३	के उहाँको मृत्यु कुनै तल दिईएका प्रकारहरुबाट भएको थियो ?	हो/थियो	होईन/थिएन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको
क	के उहाँ आगोले वा अन्य रसायनले जल्नु वा पोलिनु भएको थियो ?	१	२	९८	९९
ख	तपाईंको विचारमा के उहाँले आत्महत्या गर्नु भएको थियो ?	१	२	९८	९९
ग	के उहाँको मृत्यु सडक दुर्घटनामा भएको थियो ?	१	२	९८	९९
घ	के उहाँ लडेर घाईते हुनु भएको थियो ?	१	२	९८	९९
ड	के उहाँको मृत्यु पानीमा डुबेर भएको थियो ?	१	२	९८	९९
च	के उहाँको मृत्यु कुनै प्रकारको जनावर वा किराले टोकेको कारणले भएको थियो ?	१	२	९८	९९
छ	के उहाँ कुनै हिंसा वा आक्रमणको शिकार हुनु भएको थियो ?	१	२	९८	९९
ज	उहाँको मृत्यु अन्य प्रकारको दुर्घटनाबाट भएको भए खुलाउनुहोस ?			
१००४	स्वास्थ्य कर्मीले उहाँको मृत्यु के कारणले भएको हो भनेर भन्नु भयोको थियो ?	१	२	९८	९९
१००५	उहाँको मृत्यु अस्पतालमा भएको भए मृत्यु प्रमाण पत्र दिईएको छ ?	१	२	९८	९९
१००६	नोट: यदि मृत्यु प्रमाण पत्र उपलब्ध भए प्रमाण पत्रमा लेखिए अनुसार मृत्युको कारण लेख्नुहोस:			

खण्ड ११. जोखिमयुक्त व्यवहार

११०१	के वहाले तल दिईएका कुनै स्वास्थ्य सम्बन्धि व्यवहारहरु गर्नुहुन्थ्यो ?	हो/थियो	होईन/थिएन	थाहा छैन	जवाफ दिन नमानेको
क	के उहाँले मध्यपान (रक्स, छ्यांग, जाँड, आदि) गर्नुहुन्थ्यो ?	१	२	९८	९९
ख	के उहाँले सुर्ति जन्य पदार्थ (चुरोट, सिगार, पाईप, खैनी आदि) पिउनुहुन्थ्यो / सेवन गर्नुहुन्थ्यो ?	१	२	९८	९९
११०२	के उहाँले लागु औषध सेवन गर्नुहुन्थ्यो ?	१	२	९८	९९

प्रश्नावली भर्ने व्यक्तिको विवरण	प्रश्नावली समिक्षा गर्ने व्यक्तिको विवरण
१. नाम र थर: _____	१. नाम र थर: _____
२. पद: _____	२. पद: _____
३. कार्यालयको नाम: _____	३. कार्यालयको नाम: _____
४. प्रश्नावली भरेको मिति: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	४. प्रश्नावली समिक्षा गरेको मिति: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
गते महिना साल	गते महिना साल
५. दस्तखत: _____	५. दस्तखत: _____

SN	Ethnicity	Code
1	Dalit	01
2	Disadvantaged Janajati	02
3	Terai Madhesi Caste group	03
4	Muslim/Churoute	04
5	Relatively Advantaged Janajati	05
6	Upper Caste Group (Brahmin/Chhetri)	06

MATERNAL DEATH CAUSE OF DEATH ASSIGNMENT FORM

(Use ICD-MM to classify Maternal Deaths)

A. Case Summary:			
District		Case Number	
Name of the deceased		Age (Completed years)	
Case narrative: <i>[Gravida, Parity, ANC/Intra/PNC history, sequence of events, treatment, time line of events]</i>			
History of illness before death			
Positive symptoms			
<ul style="list-style-type: none"> • • 			
Contributing factors (delays)			
First delay	Second delay	Third delay	
<ul style="list-style-type: none"> • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • 	
Cause of Death Assignment			
Part I		Approximate Interval Between Onset & Death	ICD-MM Code
Disease or condition directly leading to the death*	a) _____ (due to or as a consequence of)		
Antecedent causes (Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, <i>stating underlying condition last</i>)	b) _____ (due to or as a consequence of)		
	c) _____ (due to or as a consequence of)		
	d) _____ (due to or as a consequence of)		

Part II				
Other significant conditions (morbid conditions contributing to death, but not related to the disease or conditions causing it)				
* This does NOT mean the mode of dying, e.g., heart failure, respiratory failure; it means the disease, injury or complication that caused death.				
Information about cause of death assignment (√)				
Certainty of Diagnosis	1. [High]	2. [Medium]	3. [Low]	4. [Insufficient to Code]
Insufficient information: What other information should have been gathered?				
Name of Reviewer who assigned the cause of death			Contact No:	
Date of review		Start time		Finish time

The woman was: √

- Pregnant at the time of death
 In labour at the time of death
 Had delivered within 42 days, at the time of death
 Had an abortion within 42 days, at the time of death

ICD MM Classification (Groups 1-9):

ACTION PLAN

Avoidable factors identified during review	Action to be taken for the avoidable factors	Responsible person/Dept/Org	Timeline for the action to be completed	To be monitored by	Remarks
			DD/MM/YYYY		
			DD/MM/YYYY		
			DD/MM/YYYY		

Committee members:

SN	Name	Designation	Institution/ Dept	Phone	Signature

104	Ethnicity: _____ <input type="checkbox"/> (Write '98' if 'Don't know')	Code: <input type="text"/> <input type="text"/> (Refer to Annex for Ethnicity code)	
105	Gravida	<input type="text"/> <input type="text"/>	
106	Parity	<input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Date of death (Nepali date)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year	
108	Time of death (12 hour form)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hour Minute AM / PM	
109	Period of death	Antenatal period (<i>Skip section 4</i>)	1
		Intrapartum period (during labor)	2
		Postpartum period upto 24 hours after delivery	3
		Postpartum period 24 to 48 hours after delivery	4
		Postpartum period after 48 hours of delivery	5
		Abortion related (< 28 weeks of pregnancy)	6
110	Was the patient BROUGHT DEAD to this facility	Yes	1
		No	2

SECTION 2: ADMISSION RELATED INFORMATION (AT INSTITUTION WHERE DEATH OCCURRED)

201	Date of admission to this facility (Nepali date)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year										
202	Time of admission (12 hour format)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hour Minute AM / PM										
203	Period on admission	Antepartum period	1									
		Intrapartum period (during labor)	2									
		Postpartum period upto 24 hours after delivery	3									
		Postpartum period 24 to 48 hours after delivery	4									
		Postpartum period after 48 hours of delivery	5									
		Abortion related (< 28 weeks of pregnancy)	6									
203a	If the patient was referred, where was she referred from?	Name of facility (Specify): _____										
203b	Date of referral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year										
203c	What time was she referred? (12 hour format)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hour Minute AM / PM										
204	Condition / Vital signs at admission	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pulse/min</th> <th>Temp 0 F</th> <th>BP (Syst)</th> <th>BP (Dias)</th> <th>Respiration/min</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Pulse/min	Temp 0 F	BP (Syst)	BP (Dias)	Respiration/min	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulse/min	Temp 0 F	BP (Syst)	BP (Dias)	Respiration/min								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
205	Provisional diagnosis at the time of admission (Specify in BLOCK LETTERS)	_____										

SECTION 3: CURRENT PREGNANCY

301	Antenatal care visits during this pregnancy?	8 visits as per National protocol	8+	6-7	4-5	3	2	1	No visits	Don't know
302	If she had ANC visits, when did she have her first ANC? (Specify weeks OR completed month of pregnancy)	Weeks							<input type="text"/>	
		Months							<input type="text"/>	
		Don't know							98	
302a	When did she have her last ANC? (Specify weeks OR completed month of pregnancy)	Weeks							<input type="text"/>	
		Months							<input type="text"/>	
		Don't know							98	
303	Any complications DURING this pregnancy? (Specify in BLOCK LETTERS)									

SECTION 4: DELIVERY AND PUERPERIUM

201	Date of admission to this facility (Nepali date)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Day	Month	Year						
402	Time of delivery (12 hour format)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AM / PM						
		Hour	Minute							
402a	Gestational age at delivery									
403	Where did she deliver ? (Select only ONE response)	This health facility								1
		Other health facility								2
		In transit from one health facility to another health facility								3
		In transit from home to health facility								4
		Home								5
403a	Type of facility (Select only ONE response)	Public Hospital								1
		Private / NGO / Missionary Hospital								2
		Medical college / Teaching Hospital								3
		Others (Specify) _____								96
		Don't know								98
404	Is this facility BC/BEONC/CEONC? (Select only ONE response)	Birthing Centre	BEONC		CEONC					
		1	2		3					
405	Who was the main delivery attendant?	Doctor								1
		Nurse / Midwife / ANM								2
		Other health workers (Specify) _____								3
		Others (specify) _____								96
406	Was partograph used during delivery?	Yes								1
		No								2
		Don't know								98

407	Was the pregnancy Single or Multiple?	Single				1			
		Multiple				2			
408	What was the TOTAL duration of labor?	Not in labor	<12 hrs	12-23 hrs	≥24 hrs	Don't know			
		1	2	3	4	98			
409	Presentation of fetus	Cephalic				1			
		Breech				2			
		Shoulder				3			
		Others (Specify) _____				96			
410	What was the mode of delivery?	Vaginal Delivery (Go to 413)				1			
		Assisted Vaginal Delivery (Breech, Multiple)				2			
		Instrumental Delivery (Vacuum, Forceps)				3			
		Caesarean Section				4			
		Others (Specify) _____				96			
411	What was the reason for Assisted/Instrumental delivery / LSCS ?	Maternal		Fetal	Don't Know				
		1		2	98				
412	Was the Caesarean Section emergency or elective? (ask only if Q410=4)	Emergency		Elective	Don't Know				
		1		2	98				
413	Any apparent complications DURING LABOR or DELIVERY? (Specify in BLOCK LETTERS)	_____							
414	Outcome of this pregnancy	Alive	Induced/ spontaneous abortion	Macerated Still Birth	Fresh Still Birth	Early NND (upto 7 days)	Late NND (7-28 days)	Infant death (28-42 days)	Don't Know
		1	2	3	4	5	6	7	98
415	Any apparent complications AFTER delivery? (Specify in BLOCK LETTERS)	_____							

SECTION 5: INTERVENTIONS

501	Were any of the following emergency interventions administered? (Select all that is appropriate)									
		Antenatal			Intrapartum			Postpartum		
		Yes	No	DK	Yes	No	DK	Yes	No	DK
a	Blood transfusion	1	2	98	1	2	98	1	2	98
b	Hysterectomy / operative intervention	1	2	98	1	2	98	1	2	98
c	Exploration of uterus / MRP	1	2	98	1	2	98	1	2	98
d	Laparotomy	1	2	98	1	2	98	1	2	98
e	ICU/Advanced life support	1	2	98	1	2	98	1	2	98
F	MgSO ₄	1	2	98	1	2	98	1	2	98
G	Uterotonics (Specify) _____	1	2	98	1	2	98	1	2	98
H	Antibiotics	1	2	98	1	2	98	1	2	98
I	Treatment of thrombosis	1	2	98	1	2	98	1	2	98
J	Others (Specify) _____	1	2	98	1	2	98	1	2	98

SECTION 6: Medical Cause of Death Assignment

PART I: Case narrative: [Gravida, Parity, ANC/Intra/PNC history, sequence of events, treatment, time line of events] (WRITE IN BLOCK LETTERS)		
Please write a short history of what happened prior to admission <i>Any complications/significant findings during pregnancy:</i>		
<i>Reason for hospital admission:</i>		
PART II: History of illness prior to death		
<i>Findings during admission:</i>		
<i>Events during hospital stay</i>		
<i>Events that occurred before death:</i>		
Contributing factors (Delays)		
First delay		
Second delay		
Third delay		
Cause of Death Assignment		
Part I		Approximate Interval Between Onset & Death
Disease or condition directly leading to the death* (Final / Immediate Cause of Death)	a) _____ (due to or as a consequence of)	
Antecedent causes (Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating underlying condition last) Note: State the underlying condition in the last space and state the sequence of events as you move up, stating the final cause of death in the top-most space (a)	b) _____ (due to or as a consequence of)	
	c) _____ (due to or as a consequence of)	
	d) _____ (due to or as a consequence of)	
Part II		
Other significant conditions (morbid conditions contributing to death, but not related to the disease or conditions causing it) (Contributing factors)		
* This does NOT mean the mode of dying, e.g., heart failure, respiratory failure; it means the disease, injury or complication that caused death.		
The woman was: ✓		
<input type="checkbox"/> Pregnant at the time of death		
<input type="checkbox"/> In labour at the time of death		
<input type="checkbox"/> Had delivered within 42 days, at the time of death		
<input type="checkbox"/> Had an abortion within 42 days, at the time of death		

Section 7: ICD-MM Classification (To be done by the Hospital MPDSR Committee)

a	Pregnancy with abortive complications (Direct Maternal Death)	ICD-MM 1
b	Hypertensive disorders of pregnancy (Direct Maternal Death)	ICD-MM 2
c	Obstetric Hemorrhage (Direct Maternal Death)	ICD-MM 3
d	Pregnancy related infections (Direct Maternal Death)	ICD-MM 4
e	Other obstetric complications (Direct Maternal Death)	ICD-MM 5
f	Unanticipated complications of management (Direct Maternal Death)	ICD-MM 6
g	Non-Obstetric complications (Indirect Maternal Death)	ICD-MM 7
h	Unknown, Undetermined cause (Indirect Maternal Death)	ICD-MM 8
i	Coincidental cause	ICD-MM9

SECTION 8: RESPONSE PLAN IN THE HOSPITAL (To be done by the Hospital MPDSR Committee)

Avoidable factors identified during review	Action to be taken for the avoidable factors	Responsible person/ Dept/ Org	Timeline for the action to be completed	To be monitored by	Remarks
			DD / MM / YYYY		
			DD / MM / YYYY		

Note: The request for necessary action at the community level has to be sent formally through Local level.

Attendance in MPDSR Committee Meeting

SN	Name	Designation	Institution/ Dept	Phone	Signature	
Date of form filled by case attending staff (Nepali date)		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Day	Month	Year
Date of review by facility MPDSR committee (Nepali date)		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Day	Month	Year

Staff who completed this review form:

Name: _____ **Designation:** _____
Phone Number: _____ **Signature:** _____

S.N	Ethnicity	Code	S.N	Ethnicity	Code
1	Dalit	01	4	Muslim/Churoute	04
2	Disadvantaged Janajati	02	5	Relatively Advantaged Janajati	05
3	Terai Madhesi Caste Group	03	6	Upper Caste Group (Brahmin/Chhetri)	06



MPDSR Tool 5

CONFIDENTIAL

This form will be kept confidential and used only for quality of care improvement and collective statistical purposes and not for medicolegal purposes

PERINATAL DEATH REVIEW FORM

Perinatal deaths include death of a baby from 28 weeks of gestation (or baby weighing at least 1000 grams) to first 7 days of life (early neonatal period).

The perinatal death review process is an in-depth investigation of the causes of and circumstances surrounding late fetal and early neonatal deaths occurring at health facilities with the objective of identifying avoidable factors and utilizing the information for improving quality of care at the facility, and policy and program reform across the country.

Personal identifiable information in this form will be kept confidential and will be grouped and non-identifiable. Information and discussion arising from this review form cannot be used in legal proceedings.

Sections 1-4 should be completed within 72 hours of the perinatal death by the attending doctors / nursing staff in consultation with other staff who had contact with the mother/infant. All available records related to the deceased should be reviewed.

PDR Summary form should be filled for monthly death review and action plan developed by the hospital MPDSR Committee. The completed PDR summary forms should be made accessible to Family Welfare Division through web-based data entry.

SECTION 1: DETAILS OF MOTHER OF THE DECEASED

101	Name of the mother:	101 a. Hospital ID: <input type="text"/> <i>(Enter mother's ID, but if baby was admitted in this hospital, enter baby's ID)</i>
102	Current address: District: <input type="text"/> <input type="text"/> Local level: <input type="text"/> Ward number: <input type="text"/> Contact number: <input type="text"/>	
103	Date of admission (Nepali date) (If baby was delivered in this hospital)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year
104	Time of admission (12 hour format) (If baby was delivered in this hospital)	<input type="text"/> <input type="text"/> AM / PM Hour Minute
105	Ethnicity (Specify) _____	Code: <input type="text"/> (Refer to Annex for ethnicity codes)
106	Maternal age in completed years (Write '98' if Don't Know)	Years: <input type="text"/>

107	Gravida: <input type="text"/> <input type="text"/> (Write '98' if Don't Know)	108	Parity: <input type="text"/> <input type="text"/> (Write '98' if Don't Know)
109	Did she receive any Antenatal care during this pregnancy?	Yes	1
		No (Go to 111)	2
		Don't Know (Go to 111)	3
110	If yes, did she have her ANC as per National protocol	Yes	1
		No	2
		Don't Know	98
110	If yes, did she have her ANC as per National protocol	Yes	1
		No	2
		Don't Know	98
111	Did she have any perinatal deaths during her previous pregnancies?	Yes	1
		No	2
		Don't Know	98
112	If yes, specify the number of previous perinatal deaths	<input type="text"/> <input type="text"/>	
113	Any co-existing maternal conditions	Diabetes	1
		Hypertension	2
		Hypo/Hyperthyroidism	3
		Severe anemia	4
		Other Chronic illness	5
		Others (Specify) _____	96
114	Obstetric condition of mother at admission	Not in labor	1
		Latent phase of labor	2
		Active phase of labor	3
		Third stage of labor	4
		Post-partum	5
115	Provisional diagnosis of mother at the time of admission (Specify in BLOCK LETTERS)	_____	
116	Place of delivery (Specify in BLOCK LETTERS)	_____	
117	Mode of delivery	Vaginal delivery (Go to 119)	1
		Vacuum	2
		Forceps	3
		Breech	4
		Caesarean Section	5
		Destructive operation	6
		Others (Specify) _____	96
118	If other than vaginal delivery, specify the main reason (Specify in BLOCK LETTERS)	_____	
119	Condition of baby at birth	Normal	1
		Asphyxiated	2
		Stillborn	3
		Others (Specify) _____	96

SECTION 2: DETAILS OF THE BABY

201	Gestational age	Weeks: <input type="text"/> <input type="text"/> Days: <input type="text"/> <input type="text"/>		
202	Birth weight (in grams)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Grams		
203	Sex of the baby	Male	Female	Ambiguous
		1	2	3
204	Singleton or multiple birth	Singleton		1
		Multiple		2
		Baby number: _____		
205	Date of delivery (Nepali date)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year		
206	Time of delivery (12 hour format)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AM / PM Hour Minute		
207	Type of death	Fetal Death (Go to 210)	1	
		Early Neonatal Death (within first 7 days of birth)	2	
208	If Early Neonatal Death (ENND), Date of death (Nepali date)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Day Month Year		
209	If Early Neonatal Death (ENND), Time of death (12 hour format) (Go to 301)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AM / PM Hour Minute		
210	If Fetal death, type of death	Antepartum fetal death (Macerated)	Intrapartum fetal death (Fresh Still birth)	
		1	2	
211	If Fetal death, was Fetal Heart Sound (FHS) present when mother was admitted	Yes	1	
		No	2	

SECTION 3: CLINICAL INFORMATION OF DECEASED BABY

301	Relevant events summary for fresh still birth and neonatal deaths <i>[please write about the complication, diagnosis, investigations, procedures, IV therapy and drugs]</i> (If delivered at this hospital, labor and newborn management; if new admission, condition and management on and after admission)			
	Date	Time	Gestational / Postnatal age	Events
	Type of Delays		Avoidable factors	
302	Delay 1: Delay in deciding to seek care (Multiple Response)	Unaware of the warning signs		1
		Lack of decision to go to health facility		2
		Did not know where to go to seek health care		3
		Reliant on traditional practice / medicine		4
		Had no one to take care of other children		5
		Financial constraints		6
		Others (Specify) _____		96

303	Delay 2: Delay in reaching health care facility (Multiple Response)	Unavailability of transport	1
		Transport too expensive	2
		No facility within reasonable distance	3
		Lack of road access	4
		Others (Specify) _____	96
304	Delay 3: Delay in receiving appropriate treatment / management (Multiple Response)	Delayed arrival from referring facility	1
		Delay in providing appropriate intervention	2
		Lack of appropriate intervention	3
		Lack of medicine, equipment and supplies	4
		Absence of trained human resource	5
		Lack of inter- department communication	6
		Poor documentation	7
		Others (Specify) _____	96
305	Factors relating to referral system (Multiple Response)	Lack of effective communication from referring facility	1
		Delayed transfer of patients to appropriate treatment centre	2
		Unable to refer due to:	
		- Financial constraints	3
		- Lack of transportation	4
		- Patient party's denial for referral	5
		- Others (Specify) _____	96

SECTION 4: CAUSE OF DEATH

403		ICD-PM Classification of death	
403a	Fetal death main cause – Antepartum Death (A- Antepartum Deaths)	Congenital malformations, Deformation, Chromosomal abnormalities	A1
		Infection	A2
		Antepartum Hypoxia	A3
		Other specified Antepartum disorders	A4
		Disorders related to fetal growth	A5
		Antepartum death of unspecified cause	A6
403b	Fetal death main cause – Intrapartum Deaths (I- Intrapartum Deaths)	Congenital malformations, Deformation, Chromosomal abnormalities	I1
		Birth trauma	I2
		Acute Intrapartum event	I3
		Infections	I4
		Other specified Intrapartum disorders	I5
		Disorder related to Fetal growth	I6
		Intrapartum death of unspecified cause	I7
403c	Fetal death main cause – Neonatal Deaths (N- Neonatal Deaths)	Congenital malformations, Deformation, Chromosomal abnormalities	N1
		Disorder related to fetal growth	N2
		Birth trauma	N3
		Complications of intrapartum events	N4
		Convulsions and disorders of cerebral status	N5
		Infections	N6
		Respiratory and cardiovascular disorders	N7
		Other neonatal conditions	N8
		Low birth weight and prematurity	N9
		Miscellaneous	N10
		Neonatal death of unspecified cause	N11
403d	Maternal Conditions associated with fetal death (M- Maternal Conditions)	Complications of placenta, cord and membrane	M1
		Maternal complications of pregnancy	M2
		Other complications of labor and delivery	M3
		Maternal medical and surgical conditions; Noxious influences	M4
		No maternal condition identified (Healthy mother)	M5
404 ICD-PM Classification of death			
Date of form filled by case attending staff (Nepali date)		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Day	Month
			Year

Staff who completed this review form:

Name: _____ Designation: _____

Phone Number: _____

18. ICD-PM classification of death

Maternal condition	Complications of placenta, cord and membranes (M1)	Maternal complications of pregnancy (M2)	Other complications of labor and delivery (M3)	Maternal medical and surgical conditions; Noxious influences (M4)	No maternal condition identified (Healthy mother) (M5)	Other	Total
Antepartum Death (A)							
Congenital malformations, Deformations and Chromosomal abnormalities (A1)							
Infection (A2)							
Antepartum Hypoxia (A3)							
Other specified Antepartum disorder (A4)							
Disorders related to fetal growth (A5)							
Antepartum death of unspecified cause (A6)							
Intrapartum death (I)							
Congenital malformations, Deformations and Chromosomal abnormalities (I1)							
Birth trauma (I2)							
Acute Intrapartum event (I3)							
Infections (I4)							
Other specified Intrapartum disorder (I5)							
Disorders related to Fetal growth (I6)							
Intrapartum death of unspecified cause (I7)							
Neonatal death (N)							
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (N1)							
Disorders related to fetal growth (N2)							
Birth trauma (N3)							
Complications of intrapartum events (N4)							
Convulsions and disorders of cerebral status (N5)							
Infections (N6)							
Respiratory and cardiovascular disorders (N7)							
Other neonatal conditions (N8)							
Low birth weight and prematurity (N9)							
Miscellaneous (N10)							
Neonatal death of unspecified cause (N11)							

19. Avoidable factors according to three delay model

Delay 1: Delay in deciding to seek care (Multiple Response)	Unaware of the warning signs	
	Lack of decision to go to health facility	
	Did not know where to go to seek health care	
	Reliant on traditional practice / medicine	
	Had no one to take care of other children	
	Financial constraints	
	Others (Specify) _____	
Delay 2: Delay in reaching health care facility (Multiple Response)	Unavailability of transport	
	Transport too expensive	
	No facility within reasonable distance	
	Lack of road access	
	Others (Specify) _____	
Delay 3: Delay in receiving appropriate treatment / management (Multiple Response)	Delayed arrival from referring facility	
	Delay in providing appropriate intervention	
	Lack of appropriate intervention	
	Lack of medicine, equipment and supplies	
	Absence of trained human resource	
	Lack of inter- department communication	
	Poor documentation	
	Others (Specify) _____	
Factors relating to referral system (Multiple Response)	Lack of effective communication from referring facility	
	Delayed transfer of patients to appropriate treatment centre	
	Unable to refer due to:	
	Financial constraints	
	Lack of transportation	
	Patient party's denial for referral	
	Others (Specify) _____	

20. Action plan for reducing perinatal deaths:

Avoidable factors identified during review	Action to be taken	Responsible person/dept/org	Timeline (Date)	To be monitored by	Remarks
			__/__/____ DD MM YYYY		
			__/__/____ DD MM YYYY		
			__/__/____ DD MM YYYY		
			__/__/____ DD MM YYYY		
			__/__/____ DD MM YYYY		

HMIS जातिकोड

कोड	समूह		
१	दलित	पहाड	१. विश्वकर्मा (कामि, सुनार, ओड, चुनैरा, पार्की, टमटा), २. परियार (दमाई, दर्जी, सुचिकार, नगर्ची, ढोली, हुडरके), ३. सार्की, (मिजार, चर्मकार, भुल), ४. गन्धर्व, ५. बादी.
		तराई	६. कलर, ७. ककैहिया, ८. कोरी, ९. खटिक, १०. खत्वे (मण्डल, खड्गा), ११. चमार (राम, मोची, हरिजन, रविदास), १२. चिडिमर, १३. डोम (मरिक), १४. तत्मा (ताती, दास), १५. दुसाध (पासवान, हजरा), १६. धोबी (रजक, हिन्दु), १७. पत्थरकट्टा, १८. पासी, १९. बाँतर, २०. मुसहर, २१. मेस्तर (हलखोर), २२. सरभङ्ग (सरवरिया), २३. सोनार, २४. लोहार, २५. नटवा
२	पहुँच नभएका जनजाति	पहाड	१. शेर्पा, २. भोटे, ४. व्याँसी, ५. बालुङ, ६. छैरोतन, ७. डोल्पो, ८. टाङवे, ९. तिन्नाउँले थकाली, १०. तोप्लेगेल, ११. बाह्रगाउँले थकाली, १२. माफाली थकाली, १३. मुगाली, १४. ल्होपा, १५. ल्होमी (शिङसावा), १६. सियार (चुम्बा), १७. थुदाम, १८. मगर, १९. तामाङ, २१. राई, २२. गुरुङ, २३. लिम्बु, २४. भुजेल, २५. सुनुवार, २६. चेपाङ्ग, २७. थामी, २८. याख्खा, २९. पहरी, ३०. छन्त्याल, ३१. जिरेल, ३२. दुरा, ३३. लेप्चा, ३४. हायु, ३५. ह्योल्मो, ३६. कुशबाडिया, ३७. कुशुण्डा, ३८. फ्री, ३९. वनकरिया, ४०. वारामो/वारामु, ४१. लार्के, ४२. सुरेल, ४३. कुमाल, ४४. माभी, ४५. दनुवार, ४६. दराई, ४७. बोटे, ४८. राजी, ४९. राउटे
		तराई	५०. थारु, ५१. धानुक, ५२. राजवंशी (कोच), ५३. सतार (सन्थाल), ५४. भाँगड, ५५. गनगाई, ५६. धिमाल, ५७. ताजपुरिया, ५८. मेछे (बोडो), ५९. किसान
३	तराई मधेशी		१. यादव, २. तेली, ३. कलियार, ४. सुढी, ५. कोइरी, ६. कुर्मी, ७. कानु, ८. हलुवाई, ९. हजाम/ठाकुर, १०. बढही, ११. राजभर, १२. केयट, १३. मल्लाह, १४. नुनिया, १५. कुम्हार, १६. कहर, १७. लोध, १८. विड/ विण्डा, १९. गडेरी/ भेडीहयार, २०. माली, २१. कामर, २२. धुनिया, २३. वराय, २४. मुण्डा, २५. बडाइ, २६. पन्जावी, २६. अमात, ३६. कथावानीया, ३७. राजधोब, ३८. कुशवाहा
४	मुस्लिम		१. मुस्लिम, २. चुरौटे
५	तुलनात्मक रूपले पहुँच भएका जनजाति		नेवार, थकाली, गुरुङ
६	उपल्लो जाति ब्राह्मण/क्षेत्री		ब्राह्मण, क्षेत्री (पहाड), ठकुरी, सन्यासी/दशनामी, तराई ब्राह्मण, राजपूत, कायस्थ, मारवाडी, जैन, वानिया, नुराङ, बंगाली

अनुसूची ५
(दफा ९ संग सम्बन्धित)

अस्पतालको सुपरिवेक्षण चेक लिस्ट

Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Activities at Hospitals

अस्पतालको नाम: _____

ठेगाना: _____

सुपरिवेक्षण मिति/अवधि: MM/YYYY to MM/YYYY

SN	Requirements	Yes	No	Remarks
1.	MPDSR Committee			Number of meetings conducted:
2.	Data			
	Total deliveries			Number:
	Total live births			Number:
	Total maternal deaths			Number:
	Total still births			Number:
	Total early neonatal deaths (upto 7 days after birth)			Number:
3.	Maternal Death Review			
	MDR Form filled within 24 hours of all maternal deaths			Number:
	MPDSR Review committee meeting within 72 hours of each maternal death			Number:
	Action Plans developed after each maternal death review			Number:
	Action Plans implemented after each maternal death review			Number:
	Action plan followed up in next MPDSR review meeting			Number:
4.	Perinatal Death Review			
	PDR Form filled within 72 hours of all stillbirths and early neonatal deaths			Number:
	Monthly MPDSR Review committee meeting to review perinatal deaths			Number:
	Action Plans developed after each monthly perinatal death review			Number:
	Action Plans implemented after monthly perinatal death review			Number:
	Action plans followed up in next Monthly meeting			Number:
5.	Reporting			
	MDR forms entered in web-based system			Number:
	PDR Summary forms entered in web-based system			Number:
6.	Logistics			
	MPDSR Guideline			
	MDR form			
	PDR form			
	PDR summary form			

Indicators required:

- _____
- _____
- _____
- _____

Issues identified:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Actions advised:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Lessons learned:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

सुपरिवेक्षकको

नाम थर : _____ पद : _____

स्वास्थ्य संस्था : _____

अनुसूची ६
(दफा ९ संग सम्बन्धित)

स्थानीय तहको अनुगमन चेक लिस्ट

Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response Activities at Local level

संस्थाको नाम: _____

ठेगाना: _____

Issues identified: _____

SN	Requirements	Yes	No	Remarks
1.	MPDSR Committees at Health Facility			
2.	FCHV orientation on MPDSR			
Data (FY / ... Shrawan to Asar)				
1.	Total deaths notified			Number:
2.	Total deaths screened			Number:
3.	Total pregnancy-related deaths identified			Number:
4.	Total VA conducted			Number:
5.	Cause of death identified from VA			Number:
6.	Cause of deaths			a.
				b.
				c.
				d.
				e.
7.	Local level MPDSR Committee meeting conducted			Number:
8.	Action plans developed after review meeting			Number:
9.	Action Plans implemented			Number:
10.	Action plans implemented:			
a				
b				
c				
d				
e				
Reporting				
1	Notification forms entered in MPDSR web-based system			Number:
2.	Screening forms entered in MPDSR web-based system			Number:
3.	VA forms entered in MPDSR web-based system			Number:
Logistics				
1.	MPDSR Guideline			
2.	Notification form			
3.	Screening form			
4.	VA form			

Issues identified:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

Lessons learned:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

Impact of implementing action plans:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

सुपरिवेक्षकको

नाम थर : _____ पद : _____

स्वास्थ्य संस्था : _____

TECHNICAL SUPPORT BY:



**World Health
Organization**

Nepal