

## वडा/स्वास्थ्य संस्थाको लक्षित समुहको विवरण अध्यावधिक गर्ने फारम (प्राथमिकता १ (क) को लागि)

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :

वडा नं : पालिकाको नाम :

जिल्ला :

क्र.सं	खोप पाउने व्यक्तिको नाम थर	ठेगाना	उमेर (बर्षमा)	लिंग		समूह* (१ देखि १६ सम्म)	पहिचान खुल्ने कागजात (नेपाल सरकारले जारी गरेको)
				महिला	पुरुष		

समूह\* : १) स्वास्थ्यकर्मी, २) स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत अन्य कर्मचारी, ३) महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविका, ४) सरसफाईकर्मी, ५) एम्बुलेन्स तथा शव वाहान चालक, ६) शव व्यवस्थापनमा खटिने तथा अन्य सुरक्षाकर्मी, ७) वृद्ध आश्रममा रहेका व्यक्ति तथा हेरचाहा गर्ने व्यक्ति ८) जेलमा रहेका कैदी तथा कर्मचारीहरू ९) अन्तराष्ट्रिय प्रवेश विन्दुमा कार्यरत कर्मचारीहरू १०) ७५ बर्ष भन्दा माथिका ज्येष्ठ नागरिक, ११) ५५ देखि ७४ बर्षका नागरिक, १२) ४० देखि ५४ बर्ष सम्मका दिर्घ रोगी, (तोकिएका दिर्घ रोग भएका अन्य व्यक्ति) १३) बैदेशिक रोजगारबाट नेपाल फर्केका र नेपालमा रहेका शरणार्थी १४) ४० देखि ५४ बर्ष सम्मका नागरिक, १५) १५ बर्ष देखि ३९ बर्ष सम्मका नागरिक, १६) अन्य

नोट : यो फारममा अनिवार्य रूपमा स्थानिय तह, जनप्रतिनिधि, स्वयं सेविका र स्थानिय प्रशासनको सहयोग र समन्वयमा खोप पाउने व्यक्तिको नामावली तयार गर्नुपर्दछ । एक प्रति विवरण पालिकामा समेत उपलब्ध गराउनु पर्दछ ।

तयार गर्नेको नाम र दस्तखत :

वडा प्रमुखको नाम र दस्तखत :

## वडा/स्वास्थ्य संस्थाको आधारभूत जानकारी तथा खोप सामग्रीको योजना तर्जुमा फारम

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

वडा नं:

पालिकाको नाम:

जिल्ला:

क्र.स	खोप केन्द्रको नाम/स्थान	खोप पाउने तोकिएको लक्षित संख्या (प्राथमिकरण समूह अनुसार)													खोप भायल, सिरिञ्ज, सेफटी बक्स, मास्क				खोप गर्न संचालन	खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीको नाम	स्वयंसेवकको नाम																			
		०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६																						

**नोट :** यो फारममा विवरण भर्दा यस अघि तयार गरिएको खोपको तोकिएको लक्षित समूहको नामावलीको आधारमा अध्यावधिक गर्ने। जिल्लाको सुक्ष्म योजना गोष्ठी संचालन भन्दा कम्तिमा १५ दिन अगावै स्वास्थ्य संस्थामा पठाई विवरण अनिवार्य ल्याउन जानकारी र समन्वय गर्ने र वडाले आफ्नो कार्य क्षेत्रको आधारमा तयार गरी ल्याउने। कोभिड-१९ खोप र यसको सामग्री अनुमान गर्दा माथि उल्लेख भएको लक्षित संख्याबाट खोप र सामग्री यकिन गर्ने।

**समूह\* :** १) स्वास्थ्यकर्मी, २) स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत अन्य कर्मचारी, ३) महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविका, ४) सरसफाईकर्मी, ५) एम्बुलेन्स तथा शव वाहान चालक, ६) शव व्यवस्थापनमा खटिने तथा अन्य सुरक्षाकर्मी, ७) वृद्ध आश्रममा रहेका व्यक्ति तथा हेरचाहा गर्ने व्यक्ति ८) जेलमा रहेका कैदी तथा कर्मचारीहरू ९) अन्तराष्ट्रिय प्रवेश बिन्दुमा कार्यरत कर्मचारीहरू १०) ७५ वर्ष भन्दा माथिका ज्येष्ठ नागरिक, ११) ५५ देखि ७४ वर्षका नागरिक, १२) ४० देखि ५४ वर्ष सम्मका दिर्घ रोगी, (तोकिएका दिर्घ रोग भएका अन्य व्यक्ति) १३) बैदेशिक रोजगारबाट नेपाल फर्केका र नेपालमा रहेका शरणार्थी १४) ४० देखि ५४ वर्ष सम्मका नागरिक, १५) १५ वर्ष देखि ३९ वर्ष सम्मका नागरिक, १६) अन्य

तयार गर्नेको नाम र दस्तखत :

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम र दस्तखत :

पालिकास्तरिय आधारभुत जानकारी तथा खोप सामग्रीको योजना तर्जुमा समायोजन फारम

पालिकाको नाम :

जिल्ला :

प्रदेश:

वडा नं	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	खोप पाउने तोकिएको लक्षित संख्या (प्राथमिकरण समूह अनुसार)										खोप भाग्य				खोप संचालन			खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीको संख्या	स्वयंसेवकको संख्या					
		जम्मा										सिरीज	सेफटी बक्स	मार्क	स्थानीय/डिजलर	दिने	सम्म								
		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०														

नोट : यो फारम स्वास्थ्य संस्था तथा वडा स्तरको योजना फारमबाट जिल्लाको सुक्ष्म योजना गोष्ठिमा अद्यावधिक गरी पालिका भित्र कार्यक्रम संचालन व्यवस्थापन गर्ने ।

समूह\* : १) स्वास्थ्यकर्मी, २) स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत अन्य कर्मचारी, ३) महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, ४) सरसफाईकर्मी, ५) एम्बुलेन्स तथा शव वाहन चालक, ६) शव व्यवस्थापनमा खटिने तथा अन्य सुरक्षाकर्मी, ७) बृद्ध आश्रममा रहेका व्यक्ति तथा हेरचाहा गर्ने व्यक्ति ८) जेलमा रहेका कैदी तथा कर्मचारीहरू ९) अन्तर्राष्ट्रिय प्रवेश बिन्दुमा कार्यरत कर्मचारीहरू १०) ७५ वर्ष भन्दा माथिका ज्येष्ठ नागरिक, ११) ५५ देखि ७४ वर्षका नागरिक, १२) ४० देखि ५४ वर्ष सम्मका दिर्घ रोगी, (तोकिएका दिर्घ रोग भएका अन्य व्यक्ति) १३) बैदेशिक रोजगारबाट नेपाल फर्केका र नेपालमा रहेका शरणार्थी १४) ४० देखि ५४ वर्ष सम्मका नागरिक, १५) १५ वर्ष देखि ३९ वर्ष सम्मका नागरिक, १६) अन्य

तयार गर्नेको नाम र दस्तखत :

स्वास्थ्य संयोजकको नाम र दस्तखत :



## शैक्षिक सामग्री तथा अभिलेख प्रतिवेदन फारम वितरण सम्बन्धी पालिकास्तरिय योजना (जिल्लाको योजना गोष्ठिमा तयार गर्ने)

पालिकाको नाम :

जिल्ला :

वडा नं	स्वास्थ्य संस्था	कुल लक्षित संख्या	खोप केन्द्र संख्या	आवश्यक सामग्री र परिमाण								
				कार्यक्रम निर्देशिका	अभियान खोप कार्ड	पोस्टर	FAQ प्रश्नोत्तर	सुपरिवेक्षण फारम	टयाली सिट	प्रतिवेदन फारम		
जम्मा												

नोट : यो फाराममा जिल्लाले अग्रिम स्वास्थ्य संस्था स्तरको लागी योजना गरी सुक्ष्म योजना गरी सुक्ष्म योजना गोष्ठिमा सामग्री परिमाण, प्रयोग र वितरणको बारेमा जानकारी गराई सोही गोष्ठिमा नै प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थालाई वितरण गर्ने व्यवस्था गर्नुपर्दछ ।

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम र दस्तखत :

स्वास्थ्य संयोजकको नाम र दस्तखत :

## खोप र कोल्ड चैन व्यवस्थापन सम्बन्धी पालिकास्तरिय योजना तर्जुमा फारम (जिल्ला योजना गोष्ठीमा तयार गर्ने)

पालिकाको नाम :

जिल्ला :

क्र. स.	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	हाल उपलब्ध कोल्ड चैन सामग्री संख्या				थप आवश्यक कोल्ड चैन सामग्री र संख्या			थप प्राप्त गर्ने स्थान			खोप र कोल्डचैन प्राप्त गर्ने स्थान र मिति			
		भ्याक्सिन क्यारियर (०.४ र ०.६ लि)	कोल्ड बक्स	आइस प्याक	रेफ्रिजेरेटर र प्रकार	डिफ्रिजर / डोमेस्टिक	भ्याक्सिन क्यारियर	कोल्ड बक्स	आइस प्याक	भ्याक्सिन क्यारियर	कोल्ड बक्स	आइस प्याक	स्थान	पहिलो मिति	दोस्रो मिति

नोट : यो फारम जिल्लाको सुक्ष्म योजना गोष्ठी संचालन गर्दा स्वास्थ्य संस्था र पालिकासँग छलफल गर्दै अद्यावधिक गरी पालिका तथा स्वास्थ्य संस्था भित्र रहेको सामग्रीहरू आवश्यकताको आधारमा व्यवस्थापन गर्न जानकारी एवम निर्णय गर्ने ।

तयार गर्नेको नाम र दस्तखत :

स्वास्थ्य संयोजकको नाम र दस्तखत :

प्रचार-प्रसार तथा सामाजिक परिचालन सम्बन्धी पालिकास्तरिय जिल्लाको कार्ययोजना फारम (जिल्ला गोष्ठिमा तयार गर्ने)

क्र. सं.	गा.पा./न.पा.को नाम	पालिका खोप समन्वय समितिको बैठक (मिति)	स्वास्थ्यकर्मी, स्वयंसेवकहरूको अभिमुखिकरण ..... सम्म	बडा खोप समन्वय समिति र सरोकारवालाहरूको पैरवी बैठक ..... सम्म देखि

तयार गर्नेको नाम र दस्तखत :

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम र दस्तखत :

## खोप सेवाको पहुँच नभएको/कम भएको/उच्च जोखिम बस्ति र स्थानको गा.पा./न.पा./उ.मा.न.पा./मा.न.पास्तरिय योजना तर्जुमा फारम (जिल्ला गोष्ठिमा तयार गर्ने)

(यो फारमसँगै पालिका र वडाको नक्शा तयार गरेर सबै विवरण समावेश गरी स्वास्थ्य संस्था र पालिकामा राख्ने)

पालिकाको नाम	खोप सेवाको पहुँच नभएको/कम भएको/उच्च जोखिम बस्ति र स्थान*		अनुमानित घरघुरी संख्या	अनुमानित लक्षित समुह र संख्या	खोप केन्द्र रहने स्थान	खोप पहुँच नहुने कारण	खोप कभरेज गर्न गरिने कृयाकलापहरू
	वडा नं.	गाउँ/टोल/बस्तिको नाम					

\*कोभिड खोप अभियान संचालन गर्दा स्वास्थ्य संस्थामा रहेको सुची अनुसार दुर्गम स्थानमा रहेको बस्ती, शहरी क्षेत्रमा बस्ने सामाजिक/आर्थिक रूपले निम्न वर्ग/समुदाय, खोलाको किनारमा बस्ने, गिद्धी कुट्टने, इष्टा भट्टामा काम गर्ने, अस्थायी बसोबास गर्ने तथा दिर्घ रोमी, बृद्धबद्ध, अशक्त आदि छुट हुन सक्ने स्थान, समुदायहरूको पहिचान गरी खोप दिनको लागि योजना गर्ने ।

तयार गर्नेको नाम र दस्तखत :

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम र दस्तखत :



## वडा/पालिकाको सामाजिक नक्शा

(पालिका तथा वडाले आफ्नो कार्य क्षेत्रको आधारभुत जानकारी सहित नक्शा तयार गरी कार्यालयमा टाँस्ने)

--

नोट : कम्तिमा निम्न विवरणको संकेत हुनुपर्ने

विवरण	संकेत
सिमाना (पालिकाले वडा र वडाले खोपकेन्द्रको पकडक्षेत्र)	.....
लक्षित जनसंख्या	(संख्या .....
पहुँच नभएको स्थान	®
स्वास्थ्य संस्था	H
अभियानको खोप केन्द्र	V
विद्यालय	S

अभियानको पूर्वतयारी एवम् अभियान संचालन अवस्थाको सुपरिवेक्षण/अनुगमन चेकलिष्ट  
(जिल्ला तथा पालिका/वडास्तरमा)

जिल्ला: पालिका : वडा/स्वास्थ्य संस्था:

अभियान सञ्चालन: देखि सम्म

जम्मा लक्षित जनसंख्या: सुपरिवेक्षण / अनुगमनको मिति :

सुपरीवेक्षक/अनुगमनकर्ताको नाम: पद र कार्यालय:

क्र. सं.	क्रियाकलापहरू	कार्य सम्पन्न		सम्पन्न भएको छैन भने कारण	कहिलेसम्म गर्ने ?	जिम्मेवार व्यक्ति
		भएको	नभएको			
(क)	योजना, समन्वय र वित्तीय व्यवस्था					
१.	भ्याक्सिन, सिरिञ्ज, सेफ्टी बक्स र अन्य सामग्रीको विस्तृत योजना					
२.	ए.ई.एफ.आई. व्यवस्थापनको योजना					
३.	बहस-पैरबी, सामाजिक परिचालन र सूचना प्रवाहको योजना					
४.	खोप समन्वय तथा अनुगमन समितिको अभिमुखिकरण र माईन्यूट					
५.	खोप केन्द्र अनुसार लक्षित जनसंख्या निर्धारण सहितको सूक्ष्मयोजना					
६.	पहुँच नभएको/कम भएको वर्ग/स्थानको योजना (अनुसूचि ८)					
७.	कार्यक्रम अनुसार बजेट उपलब्ध र खर्च बाँडफाँड					
८.	परिचयात्मक तालिम योजना गोष्ठी					
९.	खोपदिने स्वास्थ्यकर्मीहरूको अभिमुखिकरण					
१०.	गा.पा./न.पा./उ.मा.न.पा./मा.न.पा. खोप स.समिति, वडा खो.स.समिति र स्वयंसेवकको तालिम/अभिमुखिकरण					
११.	सुपरिवेक्षणको योजना (व्यक्ति, स्थान र अवधि सहित) पूर्व तयारी र खोप अभियान संचालन भएको अवधिको लागि					
१२.	आईस प्याक फ्रिजर, रेफ्रिजेरेटर, कोल्ड बक्स, भ्याक्सिन क्यारियर, आईस प्याक प्रयाप्त भए नभएको र कोल्ड चेन व्यवस्थापनको आकस्मिक योजना छु छैन अवस्थाको उल्लेख गर्ने					
१३.	कार्यक्रम निर्देशिका, फारम, चेकलिष्ट, खोप कार्ड तथा प्रचार-प्रसारका सामग्री प्राप्त र वितरण भए नभएको					
१४.	बहस-पैरबी, सामाजिक परिचालन तथा सूचना प्रवाह योजना र योजना अनुसार कार्य भए नभएको					
१५.	अभियान सञ्चालन हुने मिति र खोप केन्द्र स्थल, खोप कार्यकर्ता र स्वयंसेवकको प्रयाप्त व्यवस्था भए नभएको					
सुपरीवेक्षकको टिप्पणी र दस्तखत :						

क्र.सं.	अभियानको समयमा खोप केन्द्र संचालन र व्यवस्थापनको अनुगमन	अवस्था		कैफियत
		छ	छैन	
१.	खोप केन्द्रमा सबैले देख्ने गरी खोप केन्द्र ब्यानर भुण्ड्याएको छ/छैन ?			
२.	सेवाग्राही आउने जाने छुट्टै मार्ग छ/छैन ?			
३.	खोपदिने स्वास्थ्यकर्मीलाई लक्षित संख्याको अनुमान छ/छैन ?			
४.	खोपदिने स्वास्थ्यकर्मी र स्वयम सेवकको संख्या योजना अनुसार छ/छैन ?			
५.	स्वयम सेवकको जिम्मेवारी छुट्टयाएको छ/छैन ?			
६.	भ्याक्सिन, सिरिञ्ज सेफ्टी बक्स, खोप कार्ड, मास्क, स्यानिटाइजर पर्याप्त छ/छैन ?			
७.	कोल्ड चेन कायम गर्न ४ वटा आइस प्याक छ/छैन ?			
८.	भ्याक्सिन, भ्याक्सिन क्यारियर भित्र छ/छैन ?			
९.	खोलेको भ्याक्सिनलाई भ्याक्सिन क्यारियर माथि फोम प्याडमा राखेका छ/छैन?			
१०.	एक पटकमा एउटा मात्र भ्याक्सिन भायल खोल्ने गरेको छ/छैन ?			
११.	भायलमा भ्याक्सिन खोलेको समय र मिति लेखेको छ/छैन ?			
१२.	प्रत्येक व्यक्तिलाई प्रत्येक पटक खोप तानेर दिने गरेको छ/छैन ?			
१३.	खोप उपयुक्त तरिका, माध्यम र तोकिएको स्थानमा दिने गरेको छ/छैन ?			
१४.	खोप दिदाँ उचित तथा पर्याप्त परामर्श दिने गरेको छ/छैन ?			
१५.	प्रयोग गरको सिरिञ्ज र निडिलहरू सेफ्टी बक्समा राखेको छ/छैन ?			
१६.	खाली भ्याक्सिन भायल र अन्य फोहर छुट्टा छुट्टै भोलामा जम्मा गरेको छ/छैन ?			
१७.	सबै व्यक्तिको कार्ड पूर्णरूपमा भरेर दिएको साथै मञ्जुरिमा लिएको छ/छैन ?			
१८.	ट्याली सिटमा सबै विवरण पूर्ण रूपमा लेखेको छ/छैन ?			
१९.	ट्याली सिटमा लक्षित समुह अनुसार अभिलेख राखेको छ/छैन ?			
२०.	भ्याक्सिनको खर्च अनुसार खोप लगाएका व्यक्तिको संख्या मिलेको छ/छैन ?			
२१.	खोप लगाएपछि आधाघण्टा समयसम्म पखिनुपर्छ भनी बताउने गरेको छ/छैन?			
२२.	ए.ई.एफ.आई. किटमा तोकिएको औषधि, प्रयोग निर्देशिका, प्रतिवेदन फारमहरू छन/छैन ?			
२३.	ए.ई.एफ.आई. व्यवस्थापन केन्द्र वा टोली र सम्पर्क नम्बरको बारेमा जानकारी छ/छैन ?			
२४.	Anaphylaxis भएमा adrenalline दिने तरिका र मात्राको बारेमा जानकारी छ/छैन?			
२५.	खोप सेसनमा कोभिड-१९ महामारको सम्बन्धमा संक्रमण, रोकथाम र नियन्त्रण (आई.पि.सि) का उपायहरू अवलम्बन गरेको/नगरेको (कम्तीमा २ मिटरको भौतिक दूरी, मास्कको प्रयोग, साबुनपानीले हात धुने वा स्यानिटाइजरको प्रयोग गर्ने)			

सुपरीवेक्षकको टिप्पणी र दस्तखत:

## कोभिड-१९ विरुद्ध खोप अभियान २०७७/७८

## कोभिड-१९ खोप दिँदा खोप केन्द्रमा प्रयोग गरिने ट्याली सिट (अनुसूची १ मा उल्लेख भए अनुसार लक्षित समुह उल्लेख गरी ट्याली गर्ने)

(क) जिल्ला: (ख) पालिका:

(ग) वडा नं.:

(घ) खोप केन्द्रको नाम र स्थान:

(ङ) लक्षित समुह:

(ड) खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

(च) स्वयंसेवकको नाम:

(छ) अभियान सञ्चालन मिति:

(ज) चरण:

कोभिड-१९ खोप लिएका पुरुष (V)												
												२०
												४०
												६०
												८०
												१००
												१२०
												१४०
												१६०
												१८०
												२००
जम्मा												

कोभिड-१९ खोप लिएका महिला (V)												
												२०
												४०
												६०
												८०
												१००
												१२०
												१४०
												१६०
												१८०
												२००
जम्मा												

भ्याक्सिन, सिरिञ्ज र सेप्टी बक्सको प्राप्त-खर्चको विवरण						
क्र.सं	विवरण	खोपको नाम	व्याच नं	प्राप्त	खर्च	फिर्ता
१.	भ्याक्सिन (१० मात्रा भायल)					
२.	ए.डि. सिरिञ्ज (गोटा)					
३.	सेप्टी बक्स (गोटा)					

खोप लगाएपछि हुनसक्ने अवाञ्छित घटनाहरूको विवरण							
क्र.सं	AEFI भएको बिरामीको नाम	पु/म.	उमेर	लक्षण	सामाज्य/गम्भिर	उपचार	नतिजा
जम्मा							

समूह\* : १) स्वास्थ्यकर्मी, २) स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत अन्य कर्मचारी, ३) महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविका, ४) सरसफाईकर्मी, ५) एम्बुलेन्स तथा शव वाहान चालक, ६) शव व्यवस्थापनमा खटिने तथा अन्य सुरक्षाकर्मी, ७) बृद्ध आश्रममा रहेका व्यक्ति तथा हेरचाहा गर्ने व्यक्ति ८) जेलमा रहेका कैदी तथा कर्मचारीहरू ९) अन्तराष्ट्रिय प्रवेश बिन्दुमा कार्यरत कर्मचारीहरू १०) ७५ बर्ष भन्दा माथिका ज्येष्ठ नागरिक, ११) ५५ देखि ७४ बर्षका नागरिक, १२) ४० देखि ५४ बर्ष सम्मका दिर्घ रोगी, (तोकिएका दिर्घ रोग भएका अन्य व्यक्ति) १३) बैदेशिक रोजगारबाट नेपाल फर्केका र नेपालमा रहेका शरणार्थी १४) ४० देखि ५४ बर्ष सम्मका नागरिक, १५) १५ बर्ष देखि ३९ बर्ष सम्मका नागरिक, १६) अन्य

तयार गर्नेको नाम र दस्तखत :

प्रमाणित गर्नेको नाम र दस्तखत





## ए.ई.एफ.आई. उपचार तथा प्रेषणको व्यवस्थापन सम्बन्धी जिल्लास्तरीय योजना तर्जुमा फारम

क्र.सं	पालिका/स्वास्थ्य संस्थाको नाम	प्रेषण गरिने ए.ई.एफ.आई. व्यवस्थापन केन्द्र रहेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना	ए.ई.एफ.आई. व्यवस्थापन केन्द्रको संयोजकको नाम	फोन नम्बर
१.				
२.				
३.				
४.				
५.				
६				
७				
८.				
९.				
१०.				

खोप सुपरभाइजर/कार्यक्रम फोकल पर्सनको नाम र दस्तखत :

स्वास्थ्य प्रमुखको नाम र दस्तखत :र दस्तखत :

ए.ई.एफ.आई.को प्रतिवेदन फारम  
तत्काल गरीने प्रतिवेदन फारम

(अनुसूचि १५)  
ए.ई.एफ.आई. फारम अनुसूची १

मिति : समय :

(क) साधारण विवरण		
स्वास्थ्य संस्थाको नाम:	जिल्लाको नाम:	
बिरामीको नाम थर:		
जन्म मिति:	पुरुष / महिला	
अभिभावकको नाम/ नाता :		
बिरामीको पुरा ठेगाना: गा.पा./नगरपालिका/उप महानगरपालिका/महानगरपालिका वडा नं. .... टोल/गाँउ : ..... घर नं. .... फोन नं.....		
(ख) प्राविधिक विवरण		
खोप दिएको मिति : / / / समय :	लक्षण शुरु भएको मिति : / / / समय :	
भ्याक्सिन दिएको स्थान/स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना		
भ्याक्सिन दिने स्वास्थ्यकर्मीको नाम		पद:
खोपको नाम:	भ्याक्सिनमा भएको उत्पादनकर्ता व्याच नं.	भ्याक्सिन को म्याद सकिने मिति:
१)	१)	१)
२)	२)	२)
३)	३)	३)
तत्काल अनुसन्धान चाहिने (कारण) .....		
अस्पतालमा भर्ना	छ/छैन	मिति/समय
मृत्युभएको	छ/छैन	मिति/समय
प्रेषण भएको संस्थाको नाम	सोहि समय र केन्द्र मा त्यस प्रकारका घटना घटेको छ (सख्या)/छैन	

नोट: फारम पूर्णरूपमा भरिसकेपछि यथासक्य छिटो स्वास्थ्य कार्यालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखामा पठाउने

प्रतिवेदन गर्ने व्यक्तिको नाम:

पद:

दस्ताखत:

फोन नं:

मिति/समय:



## खोप लगाएपछि हुने अवाञ्छित घटना (ए.ई.एफ.आई.) को अनुसन्धान फारम

(अनुसन्धान गर्दा सबै विवरणहरू स्पष्टसँग भर्नुहोस् । नपुग भएमा अर्को पानामा लेखी यसैसाथ राख्नुहोस् । यसलाई फिल्ड रिपोर्ट र ए.ई.एफ.आई. रिपोर्टसँगै फाईल गर्नुहोस् । ए.ई.एफ.आई. रिपोर्ट भएको २४ घण्टाभित्र अनुसन्धान गर्नुपर्नेछ ।)

(क) साधारण विवरण

ए.ई.एफ.आई. केश आई.डि. नम्बर:

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :	जिल्लाको नाम:		
बिरामीको नाम थर :			
जन्म मिति :	पुरुष / महिला		
अभिभावकको नाम र नाता :			
बिरामीको पुरा ठेगाना: गा.वि. स./न.पा.को नाम :			
वडा नं.:	टोल/गाँउ :	घर नं. :	सम्पर्क फोन नं.:

(ख) भ्याक्सिनको विवरण:

खोपको नाम	शरिरको कुन भागमा खोप दिएको	खोप दिएको तरिका	भ्याक्सिन व्याच नं.	भ्याक्सिन उत्पादन गर्ने कम्पनि	भ्याक्सिनको म्याद नाघ्ने मिति

खोप दिएको मिति र समय	ए.ई.एफ.आई.शुरु भएको मिति र समय	ए.ई.एफ.आई.सूचना प्राप्त गरेको मिति र समय

(ग) प्राविधिक विवरण:

<b>बिरामीको बारेमा थप जानकारी :</b> विगतमा खोप दिँदा कुनै प्रतिक्रिया देखा परेको थियो ? थियो / थिएन / थाहा भएन थियो भने उल्लेख गर्नुहोस्..... के अन्य कुनै एलर्जि छ ? छ / छैन / थाहा भएन । छ भने उल्लेख गर्नुहोस्..... बिरामीको अवस्था : निको भएको / केहि सुधार भएको/अवस्था बिग्रिदै गएको मृत्यु भएको (मिति, समय र स्थान ) .....
<b>घटनाको विस्तृतिकरण :</b>  उपचारको विवरण:
प्रयोगशालामा कुनै अनुसन्धान गरीएको छ? (रगत, दिसा, आदिको जाँच):छ/छैन यदि छ भने के पत्ता लागेको छ?पोष्टमार्टम गरीएको छ/छैन यदि छ भने के पत्ता लागेको छ ?

के समुदायमै गई अनुसन्धान थालिएको छ? छ/छैन  
सोही खोप सेसनमा देखिएका मिल्दा जुल्दा घटनाहरू (सख्या).....  
खोप नलिएकामा देखिएका मिल्दा जुल्दा घटनाहरू(सख्या).....  
के खोप सेसन/खोप केन्द्रमा खोप दिने तरिका अवलोकन गरी अनुसन्धान थालिएको छ ?छ/छैन  
सोही भायलबाट कति जनालाई खोप सेवा दिएको थियो.....  
कुन अवस्थामा नीजलाई खोप दिइएको थियो?  
पहिले/ अन्तिमको केहिमात्रा बाँकि भएको बेलामा?  
पहिले/ सेसनको अन्त्यतिर केहि व्यक्ति बाँकि रहेको अवस्थामा?

कुन सिरिञ्ज प्रयोग गरीएको थियो? ..... पूनः प्रयोग गर्न मिल्ने (प्लाष्टिक/ग्लास), ..... एक पटक प्रयोग गरेपछि फ्याक्ने  
..... ए.डि. सिरिञ्ज, ..... अन्य  
यदि पूनः प्रयोग गर्न मिल्ने सिरिञ्ज प्रयोग गरेको भएमा : निर्मलिकृत प्रक्रिया हेर्नुहोस् :  
उपयुक्त/अनुपयुक्त/अवलोकन नगरीएको  
अनुपयुक्त भएमा उल्लेख गर्नुहोस्: च्यातिएको/म्याद गुजेको/निर्मलिकृत नभएको

स्वास्थ्य कार्यकर्ताले भ्याक्सिन दिएको तरिका:उपयुक्त/अनुपयुक्त  
अनुपयुक्त भएमा उल्लेख गर्नुहोस्:..... अवलोकन नगरीएको

कोल्डचेनको व्यवस्थापन (कोल्डस्टोर देखि प्रयोग गरीने स्थान सम्मको): उपयुक्त/अनुपयुक्त  
अनुपयुक्त भएमा उल्लेख गर्नुहोस्: ..... अवलोकन नगरीएको

के भ्याक्सिन दिनु भन्दा अगाडी नीजको स्वास्थ्यको मुल्याङ्कन गरीएको थियो? थियो/थिएन/थाहा भएन  
यो स्वास्थ्य संस्थाबाट विगत ३० दिनमा अन्य कुनै ए.ई.एफ.आई प्रतिवेदन भएको थियो कि?थियो/थिएन/थाहा भएन । यदि  
प्रतिवेदन भएको भए कति जनामा ? .....

(घ) लेखाजोखा:

ए.ई.एफ.आई हुनाको कारणहरूको सारांस: यदि एक भन्दा बढी कारणहरू देखिएमा बक्समा चिन्ह लगाउनुहोस् ।			
कार्यक्रमको त्रुटी	भ्याक्सिनको प्रतिकूल असर	संयोगवस घटेका मिल्दोजुल्दो समस्या	स्पष्ट नभएको
<input type="checkbox"/> असुरक्षित सुई <input type="checkbox"/> सही तरिकाले खोप तयार नगरेको <input type="checkbox"/> ठिक ठाउँमा खोप नदिएको <input type="checkbox"/> खोप भण्डारण र ढुवानी सही तरिकाले नगरेको <input type="checkbox"/> गलत घोलक प्रयोग गरीएको <input type="checkbox"/> गलत तरिकाले घोलक प्रयोग गरीएको <input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> ४८ घण्टा भित्र उच्च ज्वरो (१०२°से. भन्दा बढी) आउनु <input type="checkbox"/> अचेतन अवस्था हुनु, स्नायु प्रणाली संग सम्बन्धित गम्भिर असरहरू देखिनु <input type="checkbox"/> अतिसिघ्र लुलो पक्षघात (नगन्य मात्रामा ओ.पि.भि.को प्रयोग पछि देखिन्छ) <input type="checkbox"/> २४ घण्टा भित्र Anaphylaxis देखिनु <input type="checkbox"/> १४ दिन भित्र इन्सेफलाइटिस/इन्सेफ् यालोप्याथी देखा पर्नु	<input type="checkbox"/> खोप नलगाएका अन्य बालबालिकामा देखिएका उस्तै उस्तै असरहरू <input type="checkbox"/> अन्य	
<b>अनुसन्धानको निष्कर्ष :</b> कार्यक्रमको त्रुटी: <input type="checkbox"/> पक्कै हो <input type="checkbox"/> सम्भावित हो <input type="checkbox"/> हुनसक्ने हो <input type="checkbox"/> हुन नसक्ने <input type="checkbox"/> असम्बन्धित <input type="checkbox"/> अवर्गीकृत भ्याक्सिनको प्रतिकूल असर: <input type="checkbox"/> पक्कै हो <input type="checkbox"/> सम्भावित हो <input type="checkbox"/> हुनसक्ने <input type="checkbox"/> हुन नसक्ने <input type="checkbox"/> असम्बन्धित <input type="checkbox"/> अवर्गीकृत संयोगवस घटेका मिल्दोजुल्दो समस्या: <input type="checkbox"/> पक्कै हो <input type="checkbox"/> सम्भावित हो <input type="checkbox"/> हुनसक्ने हो <input type="checkbox"/> हुन नसक्ने <input type="checkbox"/> असम्बन्धित <input type="checkbox"/> अवर्गीकृत निष्कर्षका आधारहरू .....			
बिरामीको अनुगमन गरीएको छ/छैन, यदि छ भने उल्लेख गर्नुहोस्:..... थपउपचारको लागि सिफारिस: छ / छैन यदि छ भने उल्लेख गर्नुहोस्: ..... ए.ई.एफ.आई. भएपछि सुधारात्मक प्रयासहरू: छ / छैन, यदि छ भने उल्लेख गर्नुहोस्: .....			
अनुसन्धानबाट कार्यक्रम सुधार गर्नकालागि गरीएका सिफारिसहरू :			

(ङ) अनुसन्धान कर्ताको विवरण:

अनुसन्धान कर्ताको नाम:	पद:	सहि:
१)		
२)		
३)		
अनुसन्धान शुरू भएको मिति र समय: .....		
अनुसन्धान समाप्त भएको मिति र समय:.....		

यो फाराम भरिसकेपछि अनुसन्धान कर्ताले स्वास्थ्य कार्यालयमा र अर्को प्रति स्वास्थ्य निर्देशनालय तथा परिवार कल्याण महाशाखामा यथासक्य छिटो माध्यमबाट पठाउनु पर्दछ । प्रतिवेदनको आधारमा सम्बन्धित निकायले तत्काल आवश्यक कार्य गर्नु पर्दछ ।