



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

परिवार कल्याण महाशाखा

मातृ मृत्यु निगरानी तथा प्रतिकार्य सम्बन्धी

१२ देखि ५५ वर्ष सम्मका महिलाको मृत्यु सूचना फारम

MPDSR Tool 1

गोप्य

यो सूचना मातृ मृत्युको निगरानी र प्रतिकार्य तथा सामुहिक रुपमा तथ्यांकीय प्रयोजनका लागि नेपाल सरकारका स्वास्थ्य निकायहरूले मात्र प्रयोग गर्नेछन् .

[महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले मृत्यु भएको / भएको थाहा भएको थाहा पाएको २४ घण्टा भित्र सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा सुचित गर्ने प्रयोजनका लागि]

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 हाल बसोवासको ठेगाना:

प्रदेश: _____ जिल्ला: _____ स्थानीय तह: _____

वडा नम्बर: गाउँ / टोल: _____

यो सूचना फारम भर्ने स्वयं सेविकाको

नाम: _____ पद: _____

ठेगाना: (स्थानीय तह, वडा नं.) _____

फारम भरेको मिति:

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

स्वास्थ्य संस्थामा यो सूचना फारम बुझिलिने व्यक्तिको

नाम: _____ पद: _____

ठेगाना: _____

फारम बुझिलिएको मिति: