



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

स्वास्थ्य संस्थाको नाम.....

मातृ मृत्यु निगरानी तथा पतिकार्य प्रयोजनका लागि

मातृ मृत्युको प्रारम्भिक पहिचान फारम

MPDSR Tool 2

गोप्य

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

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

१. मृतक महिलाको पूरा नाम र थर: \_\_\_\_\_

२. मृत्यु भएको मिति:        
गते महिना साल

३. मृत्यु हुँदाको उमेर :   (पुरा गएको वर्ष)

४. मृतकका श्रीमान वा अभिभावकको पूरा नाम र थर: \_\_\_\_\_

५. फोन / मोबाइल नम्बर: \_\_\_\_\_

**मृतकका हालको बसोबासको ठेगाना:**

प्रदेश: \_\_\_\_\_ जिल्ला: \_\_\_\_\_

स्थानीय तह: \_\_\_\_\_

वडा नम्बर:   गाउँ / टोल: \_\_\_\_\_

**मातृ मृत्यु छुट्याउने प्रश्नहरू (Maternal Death Screening Questions)**

१	के उहाँ (मृतक)को मृत्यु गर्भवती अवस्थामा भएको हो ?	हो.....१ <b>होइन</b> .....२ थाहा छैन .....९६
२	के उहाँ (मृतक)को मृत्यु बच्चा जन्माउने बेलामा (प्रसुती अवस्थामा) भएको हो ?	हो.....१ <b>होइन</b> .....२ थाहा छैन .....९६
३	के उहाँ (मृतक)को मृत्यु बच्चा जन्माएको (सुत्केरी भएको) ४२ दिन भित्र भएको हो ?	हो.....१ <b>होइन</b> .....२ थाहा छैन .....९६

४	के उहाँ (मृतक) को मृत्यु गर्भ खेर गएको वा गर्भपतन गराउँदा वा गराएको ४२ दिन भित्र भएको हो ?	हो.....१ होइन.....२ थाहा छैन .....९६
<u>माथिका चार प्रश्नहरू मध्ये कुनै एक प्रश्नको जवाफ “हो” भन्ने आएमा मातृ मृत्यु भएको हुन सक्छ</u>		<u>माथिका सबै चार प्रश्नको जवाफ “होइन” भन्ने आएमा :</u>
<u>स्थानीय तहमा मौखिक परिक्षण (Verbal Autopsy) का लागि तुरुन्ता खबर गर्नुहोस</u>		<u>स्थानीय तहमा अभिलेख गर्नुहोस</u>

### फारम भर्ने कर्मचारी तथा आगामी कार्यवाही सम्बन्धि विवरण

<b>यो मातृ मृत्युको प्रारम्भिक पहिचान (Screening) फारम भर्ने स्वास्थ्यकर्मीको:</b>		
नाम: _____	पद: _____	
कार्यरत संस्थाको ठेगाना: _____		
फारम भरेको मिति:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>मातृ मृत्यु भएको हुन सक्ने देखिएकोमा मौखिक परिक्षणका लागि स्थानीय तहमा मौखिक परिक्षणका लागि विवरण पठाउने स्वास्थ्यकर्मीको</b>		
नाम: _____	पद: _____	
ठेगाना: _____		
फारम पठाएको वा खबर गरेको मिति	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	गते	महिना
		साल
फारम पठाएको वा खबर गरेको माध्यम (जस्तै: हुलाक, हाते सन्देश, फोन, इमेल, मेसेज, आदि)		
_____		