



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर
MATERNAL AND NEWBORN HEALTH SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश :

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

रजिष्टर भर्ने तरिका:

शीर्षक	निर्देशन
मुल दर्ता नं.	मुल दर्ता रजिष्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर मातृसेवा कार्डबाट यस महलमा चढाउनु पर्दछ । गाउँघर क्लिनिकबाट यस रजिष्टरमा अद्यावधिक गर्दा यस महलमा ORC लेख्नु पर्दछ ।
सेवा दर्ता नं	सेवाग्राही महिला गर्भवती, प्रसूति वा सुत्केरी सेवा लिन आएमा नयाँ दर्ता नम्बर दिई दर्ता गर्नुपर्दछ । सेवा दर्ता नं. नयाँ सेवाग्राहीको लागी प्रत्येक आ.व. को श्रावणदेखि १ देखि सुरु गरिन्छ ।
महिलाको नाम थर:	गर्भवती, प्रसूति वा सुत्केरी सेवा लिन आएका महिलाको नाम थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
जाति कोड	सेवा लिन आएका महिलाको जातजाति समूह अनुसारको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । (जस्तै ०१, ०२,, ०६) नम्बर यसै महलको सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
सेवाग्राहीको उमेर र	सेवाग्राही महिलाले पुरा गरेको उमेर यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
सम्पर्क नं	सेवाग्राही महिला वा परिवारका सदस्यको सम्पर्क नं यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
पतिको नाम थर	सेवाग्राही महिलाको पतिको नाम थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ । सेवाग्राही महिलाले पतिको नाम खुलाउन ईच्छुक नभएमा लेखि रहन पर्दैन ।
ठेगाना	सेवाग्राही महिलाको जिल्ला, गाउँ/ नगर पालिका वडा नं र गाउँटोल सहितको ठेगाना यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
Gravida	सेवाग्राही महिला हालसम्म जम्मा गर्भवती भएको पटक सोधि यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । Gravida गणना गर्दा गर्भपतन भएको गर्भलाई समेत गणना गर्नुपर्दछ ।
Parity	सेवाग्राही महिलाले हालसम्म जन्माएका जम्मा बच्चा (जीवित र मृत) को संख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । Parity को गणना गर्दा २२ हप्ता अबधि पूरा गरेका सबै गर्भ (२२ हप्ता पछि गर्भ खेर गएको समेत) लाई गणना गर्नुपर्दछ । यदि हालको गर्भ पहिलो गर्भ हो वा यसभन्दा पहिले कुनै जन्म दिएको छैन भने Parity महलमा शून्य लेख्नुपर्दछ ।
LMP	सेवाग्राही महिलाको आखिरी रजस्वला भएको मिति (LMP) गते, महिना, साल छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
EDD	आखिरी रजस्वला भएको मितिको आधार निजको प्रसव हुने अनुमानित मिति (EDD) पत्ता लगाई गते, महिना, साल छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ । प्रसवको अनुमानित मिति निकाल्दा अन्तिम रजस्वला भएको मितिमा ९ महिना ७ दिन जोड्नुपर्दछ । (कुनै महिलाको अन्तिम रजस्वला भएको मिति २०८१।०७।१७ छ भने सो मा ९ महिना ७ दिन जोड्दा प्रसव हुने अनुमानित मिति २०८२।०४।२४ हुन्छ ।)

<p>गर्भवती जाँचको विवरण (नोट: गर्भवती लाई TD खोप लगाएको अभिलेख मातृ सेवा कार्ड मा उल्लेख गर्नु पर्दछ /)</p>	<p>गर्भवती महिलाले लिएको गर्भवती सेवाको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । नेपाल सरकारको सुरक्षित मातृत्व रोडम्याप अनुसार आमा र शिशुको स्वास्थ्यका लागि गर्भवती महिलाले प्रत्येक गर्भावस्थामा ८ पटक गर्भवती जाँच सेवा लिनु पर्दछ । रोडम्याप अनुसार १२ हप्तासम्म पहिलो पटक, १३ देखि १६ हप्तासम्म दोस्रो पटक, २० देखि २४ हप्तामा तेस्रो पटक, २८ औं हप्तामा चौथो पटक, ३२ औं हप्तामा पाँचौं पटक, ३४ औं हप्तामा छैठौं पटक, ३६ औं हप्तामा सातौं पटक र ३८ देखि ४० हप्तामा आठौं पटक गर्भ जाँच सेवा दिनु पर्दछ ।</p> <p>प्रथम पटक (कुनै पनि समय) गर्भवती महिला प्रथम पटक गर्भवती जाँचका लागि आएको मिति (गते, महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । यदि प्रथम पटक आउँदा रोडम्यापले निर्दिष्ट गरेको मितिमा आएको भए सोही अनुसारको हप्ताको महलमा समेत सेवा दिएको गते, महिना र साल लेख्नु पर्दछ । यसपटक सेवा लिन आएको अवधि प्रोटोकल अनुसार नभएमा यस महलमा मात्रै सेवा दिएको मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ । तर यस्ता सेवाग्राहीलाई दिइएको आइरन फोलिक एसिड र क्याल्सियम चक्की दिई गर्भको हप्ता अनुसारको नजिक पर्ने हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ ।</p> <div><div><p><i>गर्भवती महिला तथा वच्चाको स्वास्थ्यका लागि ८ पटक अनिवार्य गर्भजाँच हुन पर्ने भएकोले तोकिएको हप्ता अनुसार ८ पटक अनिवार्य जाँच गर्न आउन महिला तथा परिवारका सदस्यलाई अनुरोध गर्नु पर्दछ। गर्भको अवधि (हप्तामा) भन्नाले पूरा गरेको अवधि सम्झनुपर्दछ। जस्तै १६ हप्ता भन्नाले १६ हप्ता ६ दिन सम्मलाई सम्झनु पर्दछ । यदि एउटा स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिई अर्को महिना अर्को स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएमा निजलाई पहिलो पटकको गर्भ जाँचको महलमा राख्नु हुँदैन । त्यसैगरी एउटा संस्थामा जाँच गरिरहेको गर्भवती महिलाहरु अल्ट्रासाउण्ड वा एच आई भी जस्ता परिक्षणको प्रयोजनको लागि मात्र अर्को संस्थामा जाँच गर्न गएमा जाँच गर्न पठाएको स्वास्थ्य संस्थाले प्राप्त रिपोर्ट रजिष्टरमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ र जाँच गरेको स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षित मातृत्व अभिलेख रजिष्टरमा उल्लेख</i></p></div><div><p>१२ हप्तासम्मको जाँच: गर्भवती महिला गर्भजाँचका लागि गर्भ रहेको १२ हप्तासम्म आएमा सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेख्नु पर्दछ । यसै गरी १३-१६ हप्तासम्म, २० देखि २४ हप्ता, २८ औं हप्ता, ३२ औं हप्ता, ३४ औं हप्ता, ३६ औं हप्ता र ३८ देखि ४० हप्तामा गरिएको जाँचको मिति सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेख्नु पर्दछ ।</p><p>४ पटक (१३-१६ हप्तासम्म, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता) जाँच विवरण: गर्भवती महिला १३-१६ हप्तासम्म, २० देखि २४ हप्ता, ३२ हप्ता र ३६ हप्तामा गर्भ जाँच गराउन आएको भए ३६ हप्तामा आउँदाको अन्तिम जाँच भेटको मिति (गते, महिना, साल) यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।</p><p>पहिलो पटक ROUSG गरेको: यस महलमा गर्भवती महिलाको ग्रामिण Obstetric Ultrasound गरेको भए ग/म/सा महलमा सोको विवरण लेख्नु पर्दछ। एक पटकको गर्भमा जति पटक Ultrasound गरिएको भए पनि पहिलो पटक गरेको मिति मात्रै उल्लेख गर्नु पर्दछ । उक्त सेवा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थबाट दिएको भएको सुनिश्चितता गरि मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p><p>प्रोटोकल अनुसार ८ पटक: गर्भवती महिला १२ औं हप्ताभित्र पहिलो पटक, १३-१६ हप्तासम्ममा दोस्रो पटक, २० देखि २४ हप्तामा तेस्रो पटक २८ औं हप्तामा चौथो पटक, ३२ औं हप्तामा पाँचौं पटक, ३४ औं हप्तामा छैठौं पटक, ३६ औं सातौं पटक र ३८ देखि ४० हप्तामा आठौं पटक गर्भ जाँचका लागि आएको भए ४० औं हप्तामा आउँदाको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।</p><p>आइरन फोलिक एसिड: शरीरमा रगतको कमी हुन नदिन गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० चक्की आइरन सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागि आएका गर्भवती महिलालाई दिएको आइरन फोलिक एसिडको संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै गर्भवती महिलाले अन्य संस्थाबाट वा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयमसेविकाबाट आइरन फोलिक एसिड लिएको भए मातृ सेवा रेकर्ड हेरी/सोधपुछ गरी सम्बन्धित हप्ताको महलमा आइरन फोलिक एसिड र चक्कीको सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।</p><p>क्याल्सियम चक्की: गर्भमा रहेको शिशुको वृद्धि विकासकालागि गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० दिनसम्म तोकिए अनुसारको क्याल्सियमको मात्रा सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागि आएका गर्भवती महिलालाई दिएको क्याल्सियमको मात्रा संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नुपर्दछ । गर्भवती महिलाको लागि फरक फरक मात्रामा चक्की दिईने भए पनि कति दिन सम्मको लागि दिईएको हो सोही बमोजिम उल्लेख गर्नु पर्दछ ।</p><p>यदि कुनै गर्भवति महिलाले अन्य कुनै स्वास्थ्य संस्थामा नियमित जाँच भेट गरिरहेको साथै आईरन फोलिक एसिड तथा क्याल्सियम चक्की खाईरहेको र ३८-४० हप्ताको भेटमा आउदा अन्य स्वास्थ्य संस्थाको</p></div></div>
---	--

	<p>समेत गणना गर्दा यदि ४ पटक अथवा ८ पटक जाँच भेट गरेको सुनिश्चितता भएमा यस भन्दा अघि भेट गरिएको महलमा उक्त स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गरी ४ पटक वा ८ पटक जाँच भेट गरेको महलमा मिति उल्लेख गरी सोही बमोजिम प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ । आईरन फोलिक एसिड तथा क्याल्सियम चक्री को महलमा समेत निजले अन्य स्वास्थ्य संस्था तथा म.स्वा.स्व.से. मार्फत पाएको चक्री समेतलाई गणना गरी १८० दिन सम्म खाएको भएमा सोही बमोजिम प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।</p> <p>टी डी खोप: गर्भवती महिला र नवजात शिशुलाई धनुष्टंकार र डिप्थेरियाबाट बचाउन २ मात्रा टी डी खोप गर्भ रहेको थाहा पाउने वित्तिकै पहिलो मात्रा र त्यसको १ महिना पछि दोस्रो मात्रा दिनु पर्दछ । गर्भवती महिलाले यस अघिका गर्भमा २ वा सोभन्दा बढी पटक टि.डी लिइसकेको भएमा यसपटकको गर्भमा १ मात्रा मात्र दिए पुग्छ ।</p> <p>टी डी खोप १ मात्रा: यदि पहिलो पटक टी. डी. खोप दिएको भए सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>टी डी खोप २ मात्रा: दोस्रो मात्रा टी डी खोप पाएको भए सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>टी डी खोप २+ मात्रा: गर्भवति महिलाले यस अघिको गर्भमा २ वटा टि.डी लिइसकेको भएमा यसपटकको गर्भमा १ मात्रा मात्र टी डी खोप दिइ सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ । गर्भवती अवस्थामा लिएको टी डी खोपको विवरण खोप सेवा रजिष्टरमा भएको टी डी खोप सेवा रजिष्टर (HMIS २.२.४) मा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।</p> <p>जुकाको आौषधी वितरण: गर्भवती महिलालाई प्रत्येक गर्भमा जुकाको औषधी १ मात्रा सेवन गर्नुपर्ने भएकाले सेवाग्राहीलाई जुकाको औषधी वितरण गरेको भए वितरण गरिएको मिति (गते, महिना र साल) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>रगत दिएको: गर्भवति महिलालाई गर्भवति अवस्थामा रगत दिएको भए दिएको रगतको मात्रा (पिन्ट) यस महलमा लेख्न पर्दछ ।</p> <p>उपचार /सल्लाह: गर्भावस्थामा दिएको उपचार र सल्लाह यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।</p>
गर्भावस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन	गर्भवती महिलाको जाँचका क्रममा कुनै जटिलताको देखिएका सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भएका कोड नं १ मा गोलो घेरा (○) अथवा उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ मा गोलो घेरा (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । जस्तै: भाद्र महिनामा गर्भ जाँचकालागी आउनु भएको महिलालाई Pre-eclampsia का लक्षण देखिएको र उपचार गरेको भए Pre-eclampsia संगैको महिना महलमा भाद्र लेखि कोड १ मा गोलो घेरा (○) । माथि उल्लेखित जटिलता भन्दा अन्य जटिलता भएमा अन्य (others) महलमा जटिलता उल्लेख गरि उपचार गरेकोमा गोलो घेरा (○) र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ मा गोलो घेरा (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
प्रसूति सेवा	
प्रसूति सेवाका लागी भर्ना भएको मिति	गर्भवती महिला प्रशव सेवाको लागी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
प्रसूति मिति, समय	सेवाग्राही महिला प्रसूति भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
(Fetal Presentation)	गर्भमा रहेको बच्चा (भ्रुण) को अवस्थिति Cephalic, Shoulder, Breech के हो सोही अनुसारको महलको कोडमा गोलो (O) लगाउनु पर्दछ । यदि जुम्ल्याहा बच्चा जन्म भई बच्चाको fetal presentation फरक भएमा अभिलेखमा दुबैमा गोलो (O) लगाउनु पर्दछ तर प्रतिवेदनमा जुन जटिलता हो सोही अनुसार आमाको संख्या मात्र उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
प्रसव व्यथाको स्थिती	प्रसव व्यथा Spontaneous भए कोड नं. १, Augmentation भए कोड नं २ र Induced Labour भए कोड नं ३ मा गोलो (O) लगाउनु पर्दछ ।
प्रसूतिको स्थान र प्रकार	गर्भवती वा प्रसूति सेवा लिन आएको गर्भवती महिला यसै संस्थामा प्रसूति भएको भए कोड १ गोलो (O) लगाउनु पर्दछ । गर्भवती सेवाका लागि यस संस्थामा दर्ता भएका तर अन्यत्र प्रसूति भएको भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाई संस्था को नाम समेत लेख्नु पर्दछ र गर्भवती सेवाका लागि यस संस्थामा दर्ता भएको महिला घरैमा प्रसूति भएको भए यकिन गरी कोड ३ मा गोलो (O) लगाउनु पर्दछ । साथै Spontaneous delivery भए कोड नं.१, Forceps delivery भए कोड नं २, Vacuum delivery भए कोड नं ३ र Cesarean section बाट delivery भएको भए कोड नं ४ मा गोलो (O) लगाउनु पर्दछ । प्रसुति भएको स्थान यदि उक्त महिलाको प्रसुती यहि स्वास्थ्य संस्थामा भएको भए कोड नं १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ तर प्रसुती अन्य स्वास्थ्य संस्थामा भई प्रसुती पछिको सेवा लिन यस स्वास्थ्य संस्थामा आएको भए अन्य संस्थामा कोड नं २ मा गोलो लगाई उक्त संस्थाको नाम उल्लेख गर्नु पर्दछ साथै यदि प्रसुती घरमा भएको भए कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ । नोट: यस संस्थामा दर्ता नभएता पनि सुत्केरी पश्चातका जटिलता तथा उत्तर प्रसूति सेवा लिन आएमा सो को विवरण समेत यस रजिष्टरको सम्बन्धित महलमा (घरमा प्रसूति भएका समेत) अद्यावधिक गर्नु पर्दछ ।

नवजात शिशुको अवस्था	<p>नवजात शिशु जन्मदाको अवस्थामा Normal भए कोड नं १, Infection भएको भए कोड नं. २, Asphyxia भए कोड नं ३ Hypothermia भए कोड नं ४, Jaundice भएको भएमा कोड नं ५ र Congenital Syphilis भएको भएमा कोड नं. ६ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ।</p> <p>जीवित जन्मेको शिशु अवधि पुगेर जन्मेको भए कोड नं १ र अवधि नपुगी जन्मेको भए कोड नं २ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ।</p> <p>मृत जन्मेको भए शिशु Intrapartum भए कोड नं १ र Antepartum भए कोड नं २ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ ।</p>
जीवित शिशुको लिंग, सख्या, तौल र विकलाङ्गता	<p>जीवित जन्म भएका नवजात शिशुको जम्मा संख्या र छोरा/छोरी/अन्यको संख्या र नवजात शिशुको तौल (ग्राम) सम्बन्धित छोरा/छोरी/अन्य अनुसारका महलमा लेख्नु पर्दछ । र सोही बमोजिम जिवित बच्चाको जन्म तौल (ग्राम)मा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । जीवित नवजात शिशु विकलांग (Congenital Anomalies) भए विकलांगको अवस्था Major, Minor र अन्य छुट्याई सम्बन्धित महलमा संख्या लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>Structural congenital anomalies can be classified as one of two types: major anomalies or minor anomalies. Major and minor anomalies may sometimes be present in one individual.</p> <ul style="list-style-type: none">● Major anomalies are structural changes that have significant medical, surgical, social or cosmetic consequences for the affected individual, and typically require medical intervention. Examples include spina bifida, anencephaly, heart defects and orofacial clefts. Major anomalies account for most of the mortality, morbidity, and disability related to congenital anomalies.● Minor anomalies are structural changes that pose little or no significant health problem and tend to have limited social or cosmetic consequences for the affected individual. Minor anomalies are more common than major anomalies and can be a useful tool for clinicians to identify syndromes. Examples of minor anomalies include single palmar crease and clinodactyly (mild curvature of a finger). CDC
सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी	सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मीको नाम लेखि स्वास्थ्यकर्मी दक्ष प्रसूतिकर्मी (SBA ANM) भए कोड नं १, दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) भए कोड नं २ र अन्य स्वास्थ्यकर्मी भए कोड नं ३ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ ।
डिस्चार्ज भएको मिति	सुत्केरीको लागि भर्ना भएको महिला डिस्चार्ज भई घर पठाएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै महिला घर पठाउदा आमाको अवस्था Recovered भएको भए कोड नं. १, Stable भए कोड नं २, Referred Out भएको भए कोड नं. ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ साथै सो भन्दा मुनिको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी यदि सुत्केरी महिला LAMA भएमा कोड नं ४, Absconded भएमा कोड नं ५ र आमाको मृत्यु भएमा कोड नं ६ मा गोलो लगाउनु पर्दछ, साथै मातृ मुत्यु महलका सम्बन्धित महलमा समेत भर्नु पर्दछ ।
अन्य सेवा	सुत्केरी गराउदा रगत दिएको भए रगतको मात्रा (पिन्ट) खुलाउने, अक्सिटोसिन सुइ दिएको भए कोड नं. १ मा, KMC सेवा दिएको भए २ मा, जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको भए ३ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ। जन्मजात कम तौल भएका बच्चाहरू वा hypothermia भएका बच्चाहरूका लागि KMC सेवा विधिबाट स्याहार गरिएको भए यसमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
टि.वी./एच.आई.बी./सिफलिस र Hep B परीक्षण र उपचार	<p>टि.वी. परीक्षण: प्रत्येक गर्भवती महिलाको अनिवार्य रूपमा टि.वी. परीक्षण (Sptum) गर्नु पर्दछ । यदि गर्भवती महिलालाई टि.वी. सम्बन्धी परामर्श दिइ परीक्षण गरिएको भए वा परीक्षण गर्न प्रयोगशालामा पठाएको भए टि.वी. परीक्षणसंगैको महलमा टि.वी. परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>एच.आई.बी. परीक्षण र उपचार: प्रत्येक गर्भवती महिलाको अनिवार्य रूपमा एच.आई.बी. परीक्षण गर्नु पर्दछ । यदि गर्भवती महिलालाई एच.आई.बी. सम्बन्धी परामर्श दिइ परीक्षण गरिएको भए वा परीक्षण गर्न प्रयोगशालामा पठाएको भए एच.आई.बी. परीक्षणसंगैको महलमा सो मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । एच.आई.बी. परीक्षणको नतिजाबाट एच.आई.बी. नभएको प्रमाणित भएमा Non Reactive र एच.आई.बी. भएको प्रमाणित भएमा Reactive (३ वटै विधिबाट परीक्षण गरी पोजेटिभ यकीन भएको) लेख्नु पर्दछ । साथै पोजेटिभ भएका महिलालाई सम्बन्धित ए.आर.टी. उपचार सेवा उपलब्ध भए उपचार शुरू गर्ने र सो सेवा उपलब्ध नभए सेवा उपलब्ध भएको संस्थामा प्रेषण गर्ने र सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेखि सो भन्दा मुनीको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ ।</p>

	<p>सिफलिस परीक्षण, नतिजा र उपचार: यदि गर्भवती महिलालाई सिफलिस परीक्षण गरिएको भए “ सिफलिस परीक्षण मिति” संगै को महलमा सो मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । सिफलिस परीक्षणको नतिजा Negative भएमा सम्बन्धित महलमा Negative र Positive भएमा सम्बन्धित महलमा Positive लेख्नु पर्दछ ।</p> <p>परीक्षण गर्दा आएको निम्न अवस्थालाई पोजिटिभ मान्नुपर्दछ। १) Treponemal टेष्ट (RST) पोजिटिभ आएको खण्डमा; वा २) Non-Treponemal (RPR/VDRL) टेष्टमा पोजिटिभ आएको खण्डमा TPPA/TPHA टेष्ट पनि पोजिटिभ देखिएमा यसरी सिफलिस पोजिटिभ भएका महिलालाई सम्बन्धित संस्थामा उपचार शुरू गरेमा संगैको महलमा मिति (गते, महिना र साल) र उपचारका लागि अन्य संस्थामा प्रेषण गर्नु परेमा सिफलिस उपचार मुनीको “प्रेषण गरेको संस्था ” महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना स्पष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>Hepatitis B परीक्षण, नतिजा र उपचार: यदि गर्भवती महिलाको Hepatitis B (HBsAg) परीक्षण गरिएको भए “Hepatitis B परीक्षण मिति” महलमा परीक्षण मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । परीक्षणको नतिजा Negative भएमा सम्बन्धित महलमा HBsAg Negative र Positive भएमा HBsAg Positive लेख्नुपर्दछ। HBsAg पोजिटिभ देखिएका गर्भवती महिलामा आवश्यक (भाइरल लोड) परीक्षण गरी आमाबाट बच्चामा Hep B सर्नबाट रोक्न एन्टीभाइरल प्रोफाइल्यक्सिस (उपचार) आवश्यक छ या छैन निर्धारण गर्नुपर्छ। एन्टीभाइरल प्रोफाइल्यक्सिस आवश्यक भएका गर्भवती महिलालाई सम्बन्धित संस्थाबाट सेवा प्रदान गरिएको भए “Hep B उपचार” महलमा उपचार सुरु गरिएको मिति (गते, महिना र साल) उल्लेख गर्नुपर्दछ । थप परीक्षण तथा उपचारका लागि अन्य संस्थामा प्रेषण गर्नुपरेमा Hep B उपचार मुनीको “प्रेषण गरेको संस्था” महलमा प्रेषण गरिएको संस्थाको नाम र ठेगाना स्पष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p>
प्रसूति अवस्थाका जटिलता	<p>प्रसूतिका क्रममा महिलामा कुनै जटिलता देखिएमा सम्बन्धित जटिलताहरु संगैको महलमा महिना लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भए कोड नं १ र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ मा गोलो (O) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । जस्तै: २०८२ माघ महिनामा सुत्केरीका लागी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएकी महिलामा Prolonged labour का लक्षण देखिएको र तत्काल उपचार गरेको भए Prolonged labour संगैको महिनाको महलमा माघ लेखि कोड १ मा गोलो (O) लगाउनु पर्दछ ।</p>

सुत्केरी पछिको सेवा	
सुत्केरी पछि जाँच: प्रोटोकल अनुसार सुत्केरी तथा नवजात शिशुको सुत्केरी भएको २४ घण्टा, ३ दिन, ७ दिन देखि १४ दिन र ४२ दिनमा गरी ४ पटक जाँच गर्नु पर्दछ । यसरी गरिने जाँच मध्ये ३ दिन र ७ दिन देखि १४ दिनमा गरिने जाँच सुत्केरी महिलाको घरमा गएर गर्नु पर्दछ । सुत्केरी जाँचको समयमा शिशुको समेत जाँच गर्नु पर्दछ ।	
सुत्केरी भएको २४ घण्टामा	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको २४ घण्टामा गरेको जाँचको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ३ दिनमा	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ३ दिनमा स्वास्थ्य संस्थामा वा घरमा जाँच भेट गरेको भए सम्बन्धित महल संगै रहेको मिति (गते महिना र साल) लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ७ देखि १४ दिन भित्र	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ७ देखि १४ दिनमा स्वास्थ्य संस्थामा वा घरमा जाँच भेट गरेको भए सम्बन्धित महल संगै रहेको मिति (गते महिना र साल) लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ४२ दिनमा	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ४२ दिनमा गरेको जाँचको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
प्रोटोकल अनुसार ४ पटक	सुत्केरी महिलालाई प्रोटोकल अनुसार २४ घण्टामा, ३ दिनमा, ७ देखि १४ दिनमा र ४२ दिनमा जाँच गरेको भएमा अन्तिम पटक (४२ दिन) जाँच गरेको मिति (गते, महिना र साल) यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यदि ३ दिन र ७ देखि १४ दिनमा स्वास्थ्यकर्मीबाट घर भेट गरिएका सुत्केरी महिलाहरुको समेत सम्बन्धित महलमा विवरण अद्यावधिक गरि प्रोटोकल अनुसार ४ पटक भेटमा गणना गर्नु पर्दछ।
बच्चालाई भिटामिन K१ दिएको	नवशिशुलाई भिटामिन K१ दिएको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्न पर्दछ ।
आइरन फोलिक एसिड (ट्याब्लेट)	सुत्केरी पछिको अवस्थामा सुत्केरी महिलालाई दिएको आइरन फोलिक एसिडको मात्रा (ट्याब्लेट) यस महलमा लेख्न पर्दछ ।
रगत दिएको	सुत्केरी पछिको अवस्थामा महिलालाई रगत दिएको भए दिएको रगतको मात्रा (पिन्ट) यस महलमा लेख्न पर्दछ ।
उपचार सल्लाह	सुत्केरी पछिको अवस्थामा आमालाई दिएको उपचार तथा सल्लाह यस महलमा लेख्न पर्दछ ।
सुत्केरी अवस्थामा गर्भ निरोधका साधन प्रयोग: सुत्केरी पश्चात लामो तथा छोटो अवधिको परिवार नियोजनका साधनहरु सुत्केरी महिलालाई दिएको विवरण परिवार नियोजन रजिष्टर ३.२/३.३/३.४ मा अनिवार्यरुपले अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।	
सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र	सुत्केरी महिलाले सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र गर्भ निरोधका साधन आइ यू सि डी, इम्प्लान्ट र Bilateral Tubal Ligation (BTL) मध्ये जुन साधन प्रयोग गरेको हो सो साधनको नाम गर्भ निरोध साधन महलमा लेख्नु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ४९ घण्टा देखि ४२ दिन भित्र	सुत्केरी महिलाले सुत्केरी को ४९ घण्टा देखि ४२ दिन भित्र गर्भ निरोधका साधन आइ यू सि डी, इम्प्लान्ट र BTL मध्ये जुन साधन प्रयोग गरेको हो सो साधनको नाम गर्भ निरोध साधन महलमा लेख्नु पर्दछ । पुनश्च: सुत्केरी महिलाले शिशुलाई स्तनपान नगराएको भएमा डिपो सुई पनि दिन सकिन्छ ।
सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन	सुत्केरी अवस्थामा कुनै जटिलताहरु देखिएमा सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भएमा कोड नं १ मा गोलो (O) र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड नं. २ मा गोलो (O) लगाउनु पर्दछ । जस्तै: २०८२ भाद्र महिनामा सुत्केरी जाँचका लागि आएको महिलालाई Pre-eclampsia का लक्षण देखिएको र संस्थामै उपचार गरेको भए Pre-eclampsia संगैको महिना महलमा (भाद्र) लेखि कोड १ मा गोलो (O) लगाउनु पर्दछ ।
मातृ मृत्यु मिति, स्थान, अवस्था र कारण	गर्भवती प्रसव वा सुत्केरी अवस्था (प्रसूतिको ४२ दिन भित्र) मा महिलाको मृत्यु भएको भए मृत्युको मिति (गते, महिना र साल), मृत्यु भएको स्थान, अवस्था (गर्भवती, प्रसूति वा सुत्केरी) र मृत्युको कारण सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । मृत्यु भएको स्थान घरमा स्वास्थ्य संस्थामा र अन्य स्थान कहाँ भएको उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

शिशु मृत्यु मिति र कारण	नवजात शिशुको मृत्यु भएको भए मृत्यु भएको मिति (गते, महिना र साल) र मृत्युको कारण सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
यातायात खर्च	नेपाल सरकारले संस्थागत सुत्केरी सेवालाई प्रोत्साहन गर्न स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुन आएका महिलालाई यातायात खर्च वापत हिमालमा रु ३०००, पहाडमा रु २००० र तराईमा रु १००० उपलब्ध गराउने नीति लिएको छ । सेवाग्राही महिलालाई उपलब्ध गराएको रकम सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । यदि उक्त रकम उपलब्ध गराउन नसकिएको भए कारण सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च	गर्भ जाँचलाई प्रोत्साहन गर्न नेपाल सरकारले गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च वापत रु ८००/- उपलब्ध गराउने गरेको छ । सेवाग्राही महिलालाई उपलब्ध गराएको रकम सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । यदि उक्त रकम उपलब्ध गराउन नसकिएको भए कारण सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
न्यानो झोला वितरण	नवजात शिशुलाई न्यानो झोला वितरण गरेको भए कोड नं. १ र नगरेको भए कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ । साथै वितरण गर्न नसकिएको भए कारण सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।

नोट : गर्भवती वा सुत्केरी महिला तथा नवशिशुको मृत्यु स्वास्थ्य संस्था भन्दा बाहिर भएको अवस्थामा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टरमा अभिलेख राखी सोहि बमोजिम महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको प्रतिवेदन महलबाट प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।

आमा सुरक्षा कार्यक्रम (Aama Programme)

नेपाल सरकारले गर्भवती जाँचको Protocol अनुसार चार पटक गर्भ जाँच पूरा गरी सुरक्षित प्रसूति केन्द्र (Birthing Center) मा प्रसूति हुने महिलालाई गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च र सुरक्षित प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने सूचीकृत (आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका) स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका महिलाहरूलाई यातायात खर्च वापत रकम प्रदान गर्ने व्यवस्था गरेको छ । यसका अतिरिक्त सुरक्षित प्रसूति सेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई त्यस संस्थामा भएको सुत्केरीको किसिम र Obstetric Complication व्यवस्थापन गरे अनुसार अनुदान रकम समेत उपलब्ध गराउने गरिन्छ । स्वास्थ्य संस्थाबाट गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च, प्रसूति यातायात खर्च उपलब्ध गराइएका सेवाग्राहीहरूको संख्या र प्रसूतिको प्रकार तथा जटिलता व्यवस्थापन गरिएकाहरूको विवरण मासिक रूपमा निर्देशिकाको अनुसूची अनुसारको निर्दिष्ट ढाँचामा तयार गरी सो को एकमुष्ट विवरण यस फाराममा लेख्नुपर्दछ ।

भर्ने तरिका:

मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको अन्तिम पेजमा यस फारामको व्यवस्था गरिएको छ । स्वास्थ्य संस्थाबाट सुत्केरी यातायात खर्च तथा गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा स्वरूप रकम पाएका सेवाग्राही महिलाहरूको विवरण प्रत्येक महिना समाप्त भएपछि स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्यसेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट उतार गरी यस फाराममा विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

महल नं	शीर्षक		निर्देशन
१	महिना		यस महल अन्तर्गत आ. व. को सुरुवात देखि श्रावण, भाद्र ज्येष्ठ, आषाढ गरी १२ महिनाको नाम उल्लेख गरिएको छ ।
२	प्रसूति यातायात	यातायात खर्च पाउनुपर्ने महिलाहरू	आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका स्वास्थ्य संस्थामा आएर प्रसूति सेवा लिएका मध्ये आमा सुरक्षा कार्यक्रमको निर्देशिकाले तोके अनुसार सुत्केरी यातायात खर्च पाउन योग्य महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ । उक्त संख्या स्वास्थ्य संस्थामा दक्ष स्वास्थ्य कर्मी (SBA and SHP) बाट प्रसुती गराईएको संख्या संग एकरूपता भएको हुनु पर्नेछ ।
३	खर्च	यातायात खर्च पाएका महिलाहरू	सुत्केरी यातायात खर्च बापतको रकम उपलब्ध गराइएका सेवाग्राही महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४	गर्भवती जाँच	उत्प्रेरणा खर्च पाउनुपर्ने महिला	आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका स्वास्थ्य संस्थामा आएर प्रसूति सेवा लिएका गर्भवती जाँचको Protocol अनुसार गर्भ जाँच पूरा गरेका गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च पाउन योग्य महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं	शीर्षक		निर्देशन
५	उत्प्रेरणा खर्च	उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिला	गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च उपलब्ध गराइएका सेवाग्राही महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	सुत्केरीको किसिम	सामान्य	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति भएका सेवाग्राहीहरू मध्ये सामान्य तरिकाले प्रसूति (Spontaneous Delivery) भएका सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य रजिष्टरबाट गणना गरी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
७		भ्याकुम	भ्याकुम उपकरणको प्रयोग गरेर सुत्केरी गराइएका सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
८		Forceps	Forcepsको प्रयोग गरी स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
९		C/S	स्वास्थ्य संस्थामा अप्रेसन (Cesarean Section) गरी प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०		जम्मा	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या (महल ६ देखि ९ सम्मको जम्मा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यो संख्या दक्ष प्रसूतिकर्मी (SBA), दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHN) र अन्य स्वास्थ्यकर्मी मार्फत प्रसूति गराइएको संख्यासंग एकरूपता कायम हुनु पर्दछ ।
११	Breech Presentation		प्रसूति सेवा लिन आएका महिलाहरूमध्ये शिशुको अवस्थितिको आधारमा Breech प्रिजेन्टेशन भएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१२	Shoulder Presentation		प्रसूति सेवा लिन आएका महिलाहरूमध्ये शिशुको अवस्थितिको आधारमा Shoulder प्रिजेन्टेशन भएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	Multiple Pregnancy		प्रसूति सेवालिन आएका महिलाहरू मध्ये दुई वा दुईभन्दा बढी (जुम्ल्याहा, तिम्ल्याहा) शिशु जन्माउने महिलाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१४	रेफर	आएका	प्रसूति सेवाका लागि अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट रेफर भई आएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस रजिष्टरको कैफियत महलबाट गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
१५	भई	गएका	
१६	प्रसव जटिलता भएकाहरूको व्यवस्थापन गरिएको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी क्रममा तथा अन्य स्थानमा सुत्केरी भए पश्चात् देखिएका Antepartum Haemorrhage, Postpartum Haemorrhage, Severe Pre-Eclampsia, Eclampsia, Retained Placenta, Puerperal Sepsis जस्ता जटिलताहरू (Direct Obstetric complications) को व्यवस्थापन गरिएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७	Anti D vaccine पाएका महिलाहरूको संख्या		आमाको रगत RH Negative देखिएका सुत्केरी महिलालाई Anti D Vaccine दिनुपर्दछ । यसरी Anti D Vaccine दिइएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१८	रक्त संचार गरिएको जम्मा संख्या		यस महलमा स्वास्थ्य संस्थामा Blood transfusion को क्रममा प्रयोग गरिएको रगतको परिमाण blood unit (Pint) लेख्नुपर्दछ । यो संख्या गर्भवती, प्रसूति र सुत्केरी अवस्थमा दिएको संख्या जोडेर लेख्नु पर्दछ ।
१९	क्याबिनमा बसेका महिलाहरूको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति सेवा लिने क्रममा क्याबिन (Cabin) प्रयोग गर्ने सुत्केरी महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२०	कैफियत		अन्य केही कुरा उल्लेख गर्नुपर्ने भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

मातृ तथा नव शिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर																																											
मुल दर्ता नं.				महिलाको नाम र थर:				जाति कोड		उमेर		सम्पर्क नम्बर								Gravida		LMP		गते		महिना		साल															
सेवा दर्ता नं.				पतिको नाम, थर:				ठेगाना..... जिल्ला.....		नगर/गाउँपालिका..... वडा नं.....								टोल		Para		ED		गते		महिना		साल															
गर्भवती जाँच विवरण								प्रसूति सेवा (आमा र नव शिशु)																सुत्केरी पछिको सेवा																			
गर्भवती जाँच		गते		महिना		साल		IFA		क्याल्सियम		प्रसूति सेवाका लागी भर्ना गर्दाको मिति समय				प्रसूति मिति, समय				डिस्चार्ज मिति र आमाको अवस्था				जाँच पटक		सुत्केरी जाँच		नवशिशु															
प्रथम पटक (जुनसुकै समयको)		गते		महिना		साल						गते		महिना		साल		AM		PM		गते		महिना		साल		AM		PM													
१२ हप्तासम्म		गते		महिना		साल						Foetal		प्रसव व्याथको स्थिती				प्रसूतिको प्रकार				Recovered		१		सुत्केरीको ३		संस्था		गते		महिना		साल		१							
१३-१६ हप्तासम्म		गते		महिना		साल						Cephalic		१		Spontaneous		१		Spontaneous		१		Vacuum		३		Stable		२		दिनमा		घरमा		गते		महिना		साल		१	
२०-२४ हप्ता		गते		महिना		साल						Breech		२		Augmentation		२		Forceps		२		C-Section		४		Referred out		३		सुत्केरीको ७ -		संस्था		गते		महिना		साल		१	
२८ हप्ता		गते		महिना		साल						Shoulder		३		Induced Labour		३		संस्थाको नाम												सुत्केरीको ७ -		संस्था		गते		महिना		साल		१	
३२ हप्ता		गते		महिना		साल						नवजात शिशुको अवस्था		Normal		१		जीवित		अवधि पुगेको		१		प्रसूति भएको स्थान		यसै संस्था		१		LAMA		४		सुत्केरीको ४२ दिनमा		गते		महिना		साल		१	
३४ हप्ता		गते		महिना		साल						Infection		२		जीवित		अवधि नपुगेको		२		अन्य संस्था		२		Absconded		५		प्रोटोकल अनुसार ४ पटक		गते		महिना		साल							
३६ हप्ता		गते		महिना		साल						Asphyxia		३		मृत		Intrapartum		१		संस्थाको नाम				Died		६		बच्चालाई भिटामिन K१ दिएको मिति		गते		महिना		साल							
३८-४० हप्ता		गते		महिना		साल						Hypothermia		४		Antepartum		२		घरमा		३		अन्य सेवा				आइरन फोलिक एसिड (ट्याब्लेट)				रगत दिएको मात्रा		पिन्ट		उपचार/सल्लाह							
४ पटक (१३-१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता)		गते		महिना		साल						Jaundice		५																													
पहिलो												Congenital Syphilis		६																													
प्रोटोकल अनुसार ८ पटक								गते		महिना		साल		जीवित शिशुको लिंग, सङ्ख्या, ताल				विकलांग				सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी				रगत दिएको मात्रा				पिन्ट		उपचार/सल्लाह											
टिडी खोप १ मात्रा		गते		महिना		साल		रगत दिएको		पिन्ट		शिशु		सङ्ख्या		शिशुको ताल(ग्राममा)		Major		Minor		Other		नाम		अक्सिटोसिन सुइ दिएको		१		सुत्केरी अवस्थामा गर्भ निरोधका साधन प्रयोग													
टिडी खोप २ मात्रा		गते		महिना		साल		उपचार/सल्लाह				छोरी												दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBA)		१		KMC सेवा दिएको		२		अवधि				गर्भ निरोध साधन							
टिडी खोप २+ मात्रा		गते		महिना		साल						छोरा												दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट (SHP)		२		जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान		३		सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र				गर्भ निरोध साधन							
जुकाको औषधी वितरण		गते		महिना		साल						अन्य												अन्य स्वास्थ्यकर्मी		३		गराएको				सुत्केरी भएको ४९ घण्टा देखि ४२ दिन भित्र				गर्भ निरोध साधन							
गर्भवती अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन								उपचार/सल्लाह																सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन																			
जटिलता		महिना		उपचार		प्रेषण		टि.बी/एच आइ बी /सिफलिस / Hep B परीक्षण र उपचार				जटिलता				महिना		उपचार		प्रेषण		जटिलता		महिना		उपचार		प्रेषण		जटिलता		महिना		उपचार		प्रेषण							
Ectopic pregnancy		महिना		१		२		टि.बी परीक्षण				गते		महिना		साल		Pre-eclampsia				महिना		१		२		Pre-eclampsia				महिना		१		२							
								एच आइ बी परीक्षण मिति				गते		महिना		साल		Eclampsia				महिना		१		२		Eclampsia				महिना		१		२							
Abortion complication		महिना		१		२		एच आइ बी नतिजा				Non Reactive		Reactive		Prolonged labour				महिना		१		२		PPH				महिना		१		२									
Pre-eclampsia		महिना		१		२		ए आर टी उपचार/प्रेषण				गते		महिना		साल		Obstructed labor				महिना		१		२		Retained placenta				महिना		१		२							
Eclampsia		महिना		१		२		उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था :								Ruptured uterus				महिना		१		२		Puerperal sepsis				महिना		१		२									
Hyp. gravidarum		महिना		१		२		सिफलिस परीक्षण मिति				गते		महिना		साल		Other				महिना		१		२		Complication related C/S				महिना		१		२							
APH		महिना		१		२		सिफलिस नतिजा				नेगेटिभ		पोजेटिभ																													
Gestational Hypertension		महिना		१		२		सिफलिस उपचार				गते		महिना		साल																											
								प्रेषण गरेको संस्था :																																			
								Hep B परीक्षण मिति				गते		महिना		साल																											
								Hep B नतिजा				नेगेटिभ		पोजेटिभ																													
								Hep B उपचार				गते		महिना		साल																											
Other		महिना		१		२		प्रेषण गरेको संस्था :																																			
मातृ मृत्यु		मिति		गते		महिना		साल		अवस्था		गर्भवती/प्रसूति /सुत्केरी		स्थान		घरमा/संस्थामा/अन्य		कारण		नवजात शिशु मृत्यु		मिति		ग.		म.		सा.		कारण													
यातायात खर्च वितरण रकम		रु.				वितरण नगनुको कारण		गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च वितरण		रु.				वितरण नगनुको कारण		न्याना झोला		पाएको		१		नपाएको		२		नपाउनुको कारण																	

आमा सूरक्षा कार्यक्रम

महिना	प्रसूति यातायात खर्च		गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च		स्वास्थ्य संस्था														कैफियत
					सुत्केरीका किसिम					Breech Presentation	Shoulder Presentation	Multiple Pregnancy	रेफेर भई		प्रसव जटिलता भएकाहरुको ब्यवस्थापन गरिएको संख्या	Anti D Vaccine पाएका महिला हरुको संख्या	रक्तसंचार गरिएको जम्मा संख्या (Units)	क्याबिनमा बसेका महिलाहरुको संख्या	
	सामान्य	भ्याकुम	फोरसेप	C/S	जम्मा	आएका	गएका												
1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
श्रावण																			
भाद्र																			
आश्विन																			
कार्तिक																			
मंसिर																			
पौष																			
माघ																			
फाल्गुण																			
चैत																			
बैशाख																			
जेष्ठ																			
असार																			
जम्मा																			

