



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

सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर

SAFE ABORTION SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:	जिल्ला:	नगर/गाउँपालिका:	वडा नं.:
प्रयोग मिति:	आर्थिक वर्ष:	देखि	सम्म

रजिष्टर भर्ने तरिका:

महल नं	शीर्षक		निर्देशन
	All client		
१	S.N		हरेक महिना क्र.सं. १ देखि सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	Service Regd. No.		सेवाग्राही महिलाको सेवा दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ । हरेक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३-५	Date (DD/MM/YY)		सेवा प्रदान गरेको मिति (गते, महिना र साल) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६-९	Address (Province, District Rural Municipality/ Municipality /Ward No)		सेवाग्राही महिलाको ठेगाना अन्तर्गत प्रदेश, जिल्ला, नगर/गाउँ पालिका र वडा नम्बर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०	Family Name (थर)		सेवाग्राही महिलाको थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
११	जाति कोड		सेवाग्राही महिलाको जात/जाति रजिष्टरमा उल्लेख भएको जात/जाति जुन समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तै: ०१ दलित, ०२ जनजाती, ०३ मधेसी, ०४ मुस्लिम, ०५ ब्राह्मण क्षेत्री, ०६ अन्य)
१२	Age		सेवाग्राही महिलाको पूरा भएको उमेर (वर्ष) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	Education		सेवाग्राही महिलाले पूरा गरेको शैक्षिक योग्यता यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१४	Gravida		सेवाग्राही महिलाको कुल गर्भ भएको संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१५	No. of living children		सेवाग्राही महिलाबाट जन्मेका मध्ये हाल जीवित बच्चाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१६	Gestation on Weeks	By LMP	सेवाग्राही महिलाको गर्भको अवधि पछिल्लो पटक महिनावारि भएको दिनका आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१७		On Examination	सेवाग्राही महिलाको गर्भको अवधि पाठेघरको उचाइ जाँचको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१८	Procedure Code	१-६	कोड नं. १. MVA (Manual Vacuum Aspiration)
			कोड नं. २. EVA (Electric Vacuum Aspiration)
			कोड नं. ३. MA (Medical Abortion)
			कोड नं. ४. MI (Medical Induction)
			कोड नं. ५. D&E (Dilatation & Evacuation)
			कोड नं. ६. Other (Use of Misoprostol for incomplete abortion)

१९	दुखाई कम गर्न औषधी दिएको र नदिएको -Pain Management Given	कोड नं.१ - Protocol अनुसार दुखाइ कम गर्ने औषधी दिएको कोड नं.२ - Protocol अनुसार दुखाइ कम गर्ने औषधी दिएको
२०-२३	Safe Abortion Complication (Surgical and Medical)	
२०	Incomplete abortion requiring repeat procedure	MVA बाट व्यवस्थापन भएको भए कोड नं.१ उल्लेख गर्ने Misoprostol बाट व्यवस्थापन भएको भए कोड नं.६ उल्लेख गर्ने
२१	Heavy bleeding requiring > १ pint of IV fluid or blood transfusion	सेवाग्राहीलाई blood transfusion दिनुपर्ने अवस्था आउने गरी bleeding भएमा यस महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । यस्तो अवस्था बिशेषगरी २ घण्टा भित्रमा ४ वटा pad (१ घण्टामा २ वटा pad) भिज्ने गरी bleeding भएमा अत्याधिक रक्तश्राव (Heavy bleeding) भएको मान्न सकिन्छ ।
२२	Uterine/ Intraabdominal injury requiring Laparotomy	गर्भपतन सेवाको बेला योनीमा चोटपटक लागी अन्य भित्री अंगमा पनि असर परेर Laparotomy गर्नुपर्ने भएमा यस महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
२३	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	गर्भपतन सेवा पश्चात पाठेघरमा संक्रमण भई अस्पतालमा भर्ना गरी IV antibiotics दिनु पर्ने भए यस महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
२४	Other Effects (Ongoing pregnancy)	गर्भपतन प्रक्रिया पश्चात पनि गर्भ निरन्तर (ongoing) भई राखेमा यस महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
२५	Other Effects (Ectopic pregnancy)	गर्भपतन प्रक्रियाको दौरानमा पाठेघर बाहिर गर्भ रहन गएको पत्ता लागेमा यस महलमा (✓) चिन्ह लगाउन पर्दछ ।
२६-३०	PAC (Abortion not from your own facility)	
२६	Incomplete abortion (Induced)	Incomplete abortion (Induced) -भएमा यस महलको कोड नं.१ मा गोलो (O) लगाउनुपर्दछ ।
२७	Incomplete abortion (Spontaneous)	Incomplete abortion (Spontaneous) - भएमा यस महलको कोड नं.२ मा गोलो (O) लगाउनुपर्दछ ।
२८	Heavy bleeding requiring blood transfusion	सेवाग्राहीलाई blood transfusion दिनुपर्ने अवस्था आउने गरी bleeding भएमा यस महलको कोड नं.३ मा गोलो (O) लगाउनुपर्दछ ।
२९	Uterine/Intra-abdominal injury requiring laparotomy	गर्भपतन सेवाको बेला योनीमा चोटपटक लागी अन्य भित्री अंगमा पनि असर परेर Laparotomy गर्नुपर्ने भएमा यस महलको कोड नं.४ मा गोलो (O) लगाउनु पर्दछ ।
३०	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	गर्भपतन सेवा पश्चात पाठेघरमा संक्रमण भई अस्पतालमा भर्ना गरी IV antibiotics दिनु पर्ने भए यस महलको कोड नं.५ मा गोलो (O) लगाउनुपर्दछ ।

३१	Accepted FP Methods (१-९)	<p>सुरक्षित गर्भपतन सेवा पश्चात दिइएको परिवार नियोजन सेवा सम्बन्धित प.नि. सेवा रजिष्टरमा अनिवार्य अद्यावधिक गर्नु पर्दछ र प्रदान गरिएको परिवार नियोजन सेवाको निम्नानुसारको कोड यस महलमा चढाउनु पर्दछ।</p> <p>कोड नं. १: Female Sterilization</p> <p>कोड नं. २: Male Sterilization</p> <p>कोड नं. ३: Implant</p> <p>कोड नं. ४: IUCD</p> <p>कोड नं. ५: Depo-Provera</p> <p>कोड नं. ६: Sayana Press</p> <p>कोड नं. ७: Pills</p> <p>कोड नं. ८: Condom</p> <p>कोड नं. ९: Others (e.g. emergency contraceptive pills)</p>
३२	Referred from (१-६)	<p>सेवाग्राही कहाँबाट प्रेषण भएर आएको हो, सो को कोड नं. यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>कोड नं. १: FCHV बाट प्रेषण भएमा</p> <p>कोड नं. २: Health Care Provider बाट प्रेषण भएमा</p> <p>कोड नं. ३: Friend / Family बाट प्रेषण भएमा</p> <p>कोड नं. ४: Pharmacy बाट प्रेषण भएमा</p> <p>कोड नं. ५: Hotline बाट प्रेषण भएमा</p> <p>कोड नं. ६: Other (Mothers group, Clubs etc.) बाट प्रेषण भएमा</p>
३३- ३६	Outcome of SAS/PAC (Referred Out/Normal/LAMA/Death)	<p>सेवाग्राहीलाई अन्यत्र प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा महल ३३ मा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । प्रेषण गर्नुपर्ने कारण Remarks मा प्रष्ट पार्नु पर्दछ ।</p> <p>सेवाको नतिजा सामान्य भएको अवस्था भए महल ३४ मा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।</p> <p>सेवाग्राही महिलाले सेवा प्रदायकको सल्लाह नलिई गएको भए महल ३५ मा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।</p> <p>सेवाग्राही महिलाको मृत्यु भएमा महल ३६ मा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।</p>
३७- ३९	Details of service provider (Name/ Signature/ Listed No.)	<p>सेवा प्रदायकको नाम र दस्तखत सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । सेवा प्रदायकलाई गर्भपतन सेवाप्रदान गर्न नेपाल सरकारले प्रदान गरेको सेवा प्रदायक सूचीकृत नं. महल नं. ३९ मा लेख्नुपर्दछ ।</p>
४०	Remarks	<p>माथिका विवरण बाहेक अन्य केही कुरा खुलाउनु परेमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ । जस्तै, प्रेषण गर्नुको कारण।</p>

नोट: Induced Abortion वा PAC लिन आएका सेवाग्राहीका लागि यस रजिष्टरको प्रयोग गर्नु पर्नेछ । सबै सेवाग्राहीका लागि लागू हुने खण्डहरू अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्दछ । अरू खण्डहरू सेवाग्राहीले लिएको सेवाको आधारमा पूरा गर्नुपर्दछ ।

SAFE ABORTION

SN	All Clients																	
	Service Regd. No	Date			Address				Family Name	Ethnicity Code	Age	Education	Gravida	No of living children	Gestation (weeks)		Procedure code	Pain management given
		DD	MM	YY	Province	District	(Rural) Municipality	Ward No							By LMP	On examination		
																	1-6	1-2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Column 18 (Procedure Code): 1 MVA, 2 EVA, 3 MA, 4 MI, 5 D&E, 6 Others (misoprostal for incomplete abortion)

Column 19 (Pain Management Code): 1 Medicine given, 2 Medicine not given for pain management

Column 20 (Incomplete abortion requiring repeat procedure): 1 MVA, 6 Misoprostal Only

SERVICE REGISTER

Safe Abortion Complications (Surgical and Medical)				Other Effects		PAC (Abortion not from your own facility)					All Clients								Remarks	
Incomplete abortion requiring repeat procedure (1/ 6)	Heavy bleeding requiring blood transfusion	Uterine/ Intra-abdominal injury requiring laprotomy	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	Ongoing pregnancy	Ectopic pregnancy	Incomplete abortion (Induced)	Incomplete abortion (Spontaneous)	Heavy bleeding requiring blood transfusion	Uterine/ Intra-abdominal injury requiring laprotomy	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	Accepted FP Methods	Referred from	Outcome of SAS/PAC				Details of Service Provider			
													Referred out	Normal	LAMA	Death	Name	Signature		Listed no
											1-9	1-6								
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										

Column 31 (Accepted FP Methods): 1 Female Sterilization, 2 Male Sterilization, 3 Implant, 4 IUCD, 5 Depo Provera, 6 Sayana Press, 7 Pills, 8 Condom, 9 Others (e.g. ECP)

Column 32 (Referred From): 1 FCHV, 2 Health Care Provider, 3 Friend/Family, 4 Pharmacy, 5 Hotline, 6 Others (mother group, club, etc.)