



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

औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर  
MALARIA AND KALA-AZAR TREATMENT REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश :

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

रजिष्टर भर्ने तरिका:

महल नं.		महलशीर्षक		निर्देशन
१	क्र.सं.			हरेक महिनामा क्र.स. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	सेवा दर्ता नं.			यस महलमा सेवा दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । सेवा दर्ता नं. प्रत्येक आ.व. को श्रावण देखि पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३-५	मिति			बिरामी स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भएको मिति गते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	नाम			यस महलमा सेवाग्राहीको नाम लेख्नुपर्दछ ।
७	थर			यस महलमा सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ ।
८	जाति कोड			सेवा लिन आएको व्यक्तिको जाति कोड यस निर्देशिकाको पछाडि उल्लेख गरिए अनुसार लेख्नु पर्दछ ।
९-१०	उमेर (महिला, पुरुष)			सेवाग्राही महिला भए महल ९ मा र पुरुष भए महल १० मा पूरा भएको उमेर वर्षमा जनाउनु पर्दछ । एक वर्षभन्दा कम भएमा महिनामा जनाउनुपर्दछ । जस्तै: ०/१२, १/१२, २/१२ । ०/१२ भन्नाले १ महिना भन्दा कम उमेर भएको नवशिशुलाई बुझाउँदछ ।
११-१४	ठेगाना (जिल्ला, गा.पा/ नगरपालिका, वडा नं., गाउँ/टोल)			सेवाग्राही हाल बसोबास गर्ने जिल्ला महल ११ मा, नगर/गाउँपालिका महल १२ मा, वडा नम्बर महल १३ मा र गाउँ/टोल महल १४ मा लेख्नुपर्दछ ।
१५	सम्पर्क नं.			सेवाग्राहीको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६	घरमूलीको नाम			बिरामीको परिवारमूली वा अभिभावकको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।
१७	स्रोत	ACD		Active Case Detection अर्थात समुदायमा नै रक्त संकलन गरेको भएमा १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१८		PCD		Passive Case Detection अर्थात स्वास्थ्य संस्थामा रक्त नमूना परीक्षण गरेको भएमा २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१९	गर्भवती			औलो तथा कालाजार रोग लागेको बिरामी महिला भए गर्भवती भए/ नभएको यकिन गरेर, यदि गर्भवती भएमा मात्र यस महलको कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
२०	निदान विधि	माइक्रोस्को पी विवरण	स्पेसिज/BM	औलो रोगको हकमा रक्त नमूना परीक्षण गरी औलो पेजेटिभ भएमा औलोको जात (Pv/Pf/P-mix, Relapse, Other) उल्लेख गर्नु पर्दछ । कालाजार बिरामीका हकमा Bone marrow smear (BM) बाट निदान गरिएको हो भने BM लेख्नुपर्दछ ।
२१			स्टेज/SP	औलो रोगीको हकमा औलो परजिवीको जीवन चक्रको अवस्था उल्लेख गर्नु पर्दछ । कालाजार रोगीको हकमा Serum Protein Electrophoresis test (SP) बाट निदान गरिएको हो भने SP उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
२२			डेन्सिटी/Others	औलो रोगीको हकमा औलोको परजिविको घनत्व उल्लेख गर्नु पर्दछ । कालाजारको हकमा अन्य विधिबाट निदान गरिएको हो भने सो विधि लेख्नुपर्दछ ।
२३		RDT/rK३९		औलो रोग RDT बाट निदान गरिएको हो भने RDT उल्लेख गर्नु पर्दछ । कालाजार रोगको निदान rK-३९ बाट गरिएको हो भने rK-३९ उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
२४-२६	निदान मिति			परीक्षण गरि रोगको निदान गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२७	HIV status			कालाजार बिरामीको HIV अवस्था परीक्षण गरी प्रमाणित भएमा कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
२८-३०	उपचारको सुरु मिति			उपचार सुरु गरेको गते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
३१	औलोका किसिम			यस महलमा औलोको जात <i>Plasmodium vivax</i> (PV) भए कोड नं. १, <i>Plasmodium falciparum</i> (PF) भए कोड नं. २, PV र PF (P-MIX) दुवै भएमा कोड नं. ३, Relapse case भएमा कोड नं. ४ र अन्य जात ( <i>P. ovale</i> , <i>P. malariae</i> , <i>P.knowlesi</i> ) भएमा कोड नं. ५ लेख्नु पर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक			निर्देशन
				<b>Relapse:</b> औलो प्रभावित क्षेत्रमा रात बिताएको, औलोको हाल जोखिम नभएको तर सम्भावना रहि रहेको क्षेत्रमा बसोवास गरेको, औलो बिरामीको रगत वा अङ्ग लिएका कुनै इतिहास नभएका व्यक्तिहरूमा उपचार पुरा गरेको ३ हप्तादेखि १ वर्षमा पुन औलोको देखिएमा त्यस्ता बिरामीलाई Relapse लेख्नुपर्दछ ।
३२	वर्गीकरण			औलोको स्थान अनुसारको वर्गीकरण कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ । कोड: नेपाल राज्यभित्रका सबै बिरामी स्थानीय (Indigenous) मा लेखि अन्य जिल्लाबाट आएको भए कैफियतमा जिल्ला खुलाउनु पर्दछ। स्थानीयलाई कोड नं. १ र नेपाल बाहिरका औलो प्रभावित मूलुकबाट आएको एकमहिना भित्रमा औलो रोग निदान भएमा आयातित (Imported) मानी कोड नं. २ उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
३३-३७	उपचार मा प्रयोग भएका	औलो	Chloroquine	औलो रोगीलाई उपचारका लागि कुन औषधी कति मात्रामा दिइएको छ, सो औषधीको सम्बन्धित महलमा परिमाण समेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ । यदि अन्य औषधीबाट उपचार गरिएको भए उक्त औषधीको नाम र परिमाण महल नं. ३७ मा खुलाउनु पर्दछ । (New Treatment Protocol for Malaria २०१९ मा उल्लेख भए अनुसार गर्ने)
			Primaquine	
			Coartem	
			Artesunate	
		Other (Specify)		
३८		कालाजार	Liposomal Amphotericin B/ Miltefocine	कालाजार रोगीलाई उपचारको लागि दिइएको औषधीको मात्रा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
३९			Other (Specify)	यदि अन्य औषधीबाट उपचार गरिएको छ भने उक्त औषधीको नाम र मात्रा खुलाउनुपर्दछ ।
४०-४२	औलो बिरामीको फलोअप		मिति	औलो बिरामीको उपचार सुरु गरेको ३, ७ तथा १४ औ दिनमा फलोअप गरी औषधी खाएको सुनिश्चित गर्ने तथा औषधीले असर गरे वा नगरेको जानकारी लिइ फलोअपको मिति लेख्नु पर्दछ।
४३			नतिजा	उपचार पश्चातको वा १४ दिनमा स्लाइड लिएको भए परीक्षणको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
४४-४७	कालाजार बिरामीको पहिलो फलोअप		मिति	कालाजार बिरामीको पहिलो फलोअप गरेको गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
			नतिजा	उपचार पश्चातको वा स्लाइड लिएको भए परीक्षणको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
४८-५१	कालाजार बिरामीको ६ महिनाको फलोअप		मिति	कालाजार बिरामीको ६ महिनामा गरेको फलोअपको गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
			नतिजा	६ महिनामा बिरामीमा रोगको कुनै चिन्ह तथा लक्षण भए/नभएको यकिन गरी नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
५२	प्रमाणित सिकिस्त औलो बिरामी			औलो रोगबाट यदि बिरामी सिकिस्त भएमा महल नं. ५२ मा ठिक (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ। प्रमाणित सिकिस्त औलो बिरामीभन्नाले <i>Microscopic/RDT/PCR</i> परीक्षण गर्दा रगतमा औलोको परजीवी देखिएको र बिरामीको अवस्था जटिल (बस्न नसक्ने, बेहोस, रगतको कमी, जन्डिस, पिसाबबाट रगत गएको, खान नसक्ने जस्ता) भएको बिरामी बुझ्नु पर्दछ।
५३-५४	मृत्यु भएको मिति		स्वदेशी	औलो तथा कालाजार रोगको बिरामी उक्त रोगको कारणले उपचारमा रहेको अवधिमा वा उपचार अघि मृत्यु भएमा स्वदेशी वा विदेशी कुन हो छुट्टाई सम्बन्धित महलमा मृत्यु भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
			विदेशी	
५५	कैफियत			माथि उल्लेख गरिएको बाहेक बिरामीको विषयमा अन्य कुनै विवरण आवश्यक भए सो लेख्नुपर्दछ । बिरामी स्थानान्तरण भई आएको भए आएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भए कुन संस्थामा पठाएको हो, सो कुरा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ ।
पेजको जम्मा				प्रत्येक पेजको अन्तिम लहरमा दिइए अनुसारको जम्मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । यी तालिकाहरूले प्रतिवेदन तयार गर्न सहजता प्रदान गर्दछन् ।

HMIS-5

औलो तथा कालाजोर																									
क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	मिति			बिरामीको										स्रोत		गर्भवती	निदान बिधि				निदान मिति			
					नाम	थर	जाति कोड*	उमेर		ठेगाना*			सम्पर्क फोन नं.	घरमूलीको नाम				ACD	PCD	माइक्रोस्कोपी विवरण					RDT / RK39
		महिला	पुरुष	जिल्ला				नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	गाउँ/टोल	स्पेसिज /BM	स्टेज /SP			डेन्सिटी /Other										
																ग				म	सा	ग	म	सा	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१			
																		१				१	</		

रोगको उपचार रजिष्टर	HMIS 5.3 साल: ... ..
---------------------	-------------------------

साल: ... ..

HIV Status	उपचार शुरु गरेको मिति			औलोका किसिम (पि.भि/ पि.एफ/ मिक्स/ Relapse/Oth er	वर्गिकरण *	उपचारमा प्रयोग भएका							औलो बिरामीको				कालाजार बिरामीको								प्रमाणित सिक्किस्त औलो बिरामी	मृत्यु भएको		कैफियत
						औलो					कालाजार		फलोअप				पहिलो फलोअप				6 months फलोअप					मिति		
	Chloro- quine	Prima- quine	Coartem			Arte- sunate	Other (specify)	Lipsomal amphotericin B/Miltefosin	Other (Specify) *	मिति लेख्ने			नतिजा	मिति			नतिजा	मिति			नतिजा							
										तिन दिनमा	सात दिनमा	चौध दिनमा		ग	म	सा		नतिजा	ग	म		सा	नतिजा					
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																												
१																		</										