



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

पुर्नस्थापना सेवा रजिष्टर  
REHABILITATION SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

रजिष्टर भर्ने तरिका:

महल नं	महलको शीर्षक	निर्देशन				
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नु पर्दछ ।				
२	मूल दर्ता नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा मूल दर्ता रजिष्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर सेवाग्राहीसँग भएको पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनु पर्दछ र यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राहीले अस्पतालको बहिरंग वा अन्तरंग वा अन्य कुन सेवाबाट प्रेषण भएको हो सो को संक्षिप्त नाम लेखि त्यो सेवाको दर्ता न. उल्लेख गर्नु पर्दछ । जस्तै: अन्तरंग सेवाबाट प्रेषण भएको ०९ सेवा दर्ता नं. भएको बिरामीको सेवाको दर्ता न. IPD ०९ लेख्नु पर्दछ ।				
	अन्य सेवाको दर्ता न.					
३	मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएको मितिलाई गते, महिना र साल गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।				
४	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीको पुनर्स्थापना सेवाको दर्ता न. उल्लेख गर्नु पर्दछ । सेवाग्राहीको दर्ता गर्दा प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँदर्ता नम्बर दिई सुरु गर्नु पर्दछ । एउटा स्वास्थ्य समस्या लिएर उपचार गराउन आएको सेवाग्राही सोही समस्या लिइ उपचारका लागि दोहोर्न्याई (फलोअप) आएमा यो महलमा पहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ । यदि एक पटकको रोग निको भइसकेको सेवाग्राही सोही समस्या वा अन्य समस्या लिएर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नु पर्दछ । यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राही नयाँ वा पुरानो कुन हो उल्लेख गर्नु पर्दछ । नयाँ भन्नाले पहिलो पटक उपचार लिन आएको व्यक्ति र पुरानो भन्नाले दोस्रो वा त्यो भन्दा बढि पटक उपचार लिन आएको व्यक्ति भन्ने बुझ्नुपर्दछ ।				
	नयाँ/पुरानो					
५	सेवाग्राहीको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।				
	अभिभावकको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको अभिभावकको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।				
६	जाति	सेवाग्राही जुन जाति समूहमा पर्दछ त्यही समूह यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुपर्दछ । ०१—दलित, ०२—जनजाति, ०३—मधेशी, ०४—मुस्लिम, ०५—ब्राह्मण/क्षेत्री, ०६—अन्य				
७	उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।				
८	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला भए '१÷, पुरुष भए '२÷ र यौन अल्पसंख्यक भए '३÷ लेखि गोलो लगाउनु पर्दछ ।				
९	विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड	सेवाग्राही कुन किसिमको विकार (impairment)/अपाङ्गताको समस्याका कारण पुनर्स्थापना सेवालिन आएको हो सोही अनुरूप तल उल्लेख भए अनुसारको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नु पर्दछ । ०१—शारीरिक सम्बन्धी, ०२—दृष्टि सम्बन्धी, ०३—सुनाइ सम्बन्धी, ०४—श्रवण दृष्टिविहीन सम्बन्धी, ०५—स्वर र बोलाई सम्बन्धी, ०६—मानसिक वा मनोसामाजिक सम्बन्धी, ०७—बौद्धिक सम्बन्धी, ०८—अनुवंशीय रक्तश्राव सम्बन्धी, ०९—अटिज्म सम्बन्धी, १०—बहुअपाङ्गता सम्बन्धी				
१०	अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार	सेवाग्राहीसँग अपाङ्गता परिचयपत्र छ भने परिचयपत्रको प्रकार अनुसार तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुपर्दछ र छैन भने छैन भनी जनाउनु पर्दछ । <table><tr><td>क—रातो रंग (पूर्ण अशक्त अपाङ्गता)</td><td>ख—नीलो रंग (अति अशक्त अपाङ्गता)</td><td>ग—पहेँलो रंग (मध्यम अपाङ्गता)</td><td>घ—सेतो रंग (सामान्य अपाङ्गता)</td></tr></table>	क—रातो रंग (पूर्ण अशक्त अपाङ्गता)	ख—नीलो रंग (अति अशक्त अपाङ्गता)	ग—पहेँलो रंग (मध्यम अपाङ्गता)	घ—सेतो रंग (सामान्य अपाङ्गता)
क—रातो रंग (पूर्ण अशक्त अपाङ्गता)	ख—नीलो रंग (अति अशक्त अपाङ्गता)	ग—पहेँलो रंग (मध्यम अपाङ्गता)	घ—सेतो रंग (सामान्य अपाङ्गता)			
११-१२	ठेगाना/सम्पर्क नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राही प्रायः बसोबास गर्ने जिल्ला, बीचको भागमा महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका, वडा नं., टोलको नाम र अन्तिमको भागमा सम्पर्क फोन नं. लेख्नुपर्दछ ।				
१३	अन्य (विदेशी)	यस महलमा सेवाग्राही विदेशी नागरिक हो भने देशको नाम लेख्नु पर्दछ ।				
१४	अनुसन्धान मूलक परीक्षण	सेवाग्राहीले रोग निदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोगशाला वा अन्य जाँच गरेको व्यहोरा यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।				

१५-१६	ICD Code, Chapter - र निदानको विवरण	<p>१५ नं. महलको माथिल्लो भागमा स्वास्थ्यकर्मीले निदान गरे अनुसार सेवाग्राहीलाई लागेको सम्भावित मुख्य स्वास्थ्य समस्याको Numeric (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE (ICD-११) कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ र १६ नं महलको माथिको भागमा मुख्य स्वास्थ्य समस्याको ICD-११ कोडको मुख्य Chapter (१-२६) को नाम लेख्नु पर्दछ। त्यसैगरी महलहरूको तल्लो भागमा मुख्य स्वस्थ्य समस्याको नाम लेख्नु पर्दछ।</p> <p>०१ Certain infectious or parasitic diseases (१A००-१H०Z)</p> <p>०२ Neoplasms (२A००-२F९Z)</p> <p>०३ Diseases of the blood or blood-forming organs (३A००-३COZ)</p> <p>०४ Diseases of the immune system (४A००-४B४Z)</p> <p>०५ Endocrine, nutritional or metabolic diseases (५A००-५D४६)</p> <p>०६ Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (६A००-६E८Z)</p> <p>०७ Sleep-wake disorders (७A००-७B२Z)</p> <p>०८ Diseases of the nervous system (८A००-८E७Z)</p> <p>०९ Diseases of the visual system (९A००-९E१Z)</p> <p>१० Diseases of the ear or mastoid process (AA००-ACOZ)</p> <p>११ Diseases of the circulatory system (BA००-BE२Z)</p> <p>१२ Diseases of the respiratory system (CA००-CB७Z)</p> <p>१३ Diseases of the digestive system (DA००-DE२Z)</p> <p>१४ Diseases of the skin (EA००-EM०Z)</p> <p>१५ Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue (FA००-FC०Z)</p> <p>१६ Diseases of the genitourinary system (GA००-GC८Z)</p> <p>१७ Conditions related to sexual health (HA००-HA८Z)</p> <p>१८ Pregnancy, childbirth or the puerperium (JA००-JB६Z)</p> <p>१९ Certain conditions originating in the perinatal period (KA००-KD५Z)</p> <p>२० Developmental anomalies (LA००-LD९Z)</p> <p>२१ Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified (MA००-MH२Y)</p> <p>२२ Injury, poisoning or certain other consequences of external causes (NA००-NF२Z)</p> <p>२३ External causes of morbidity or mortality (PA००-PL२Z)</p> <p>२४ Factors influencing health status or contact with health services (QA००-QF४Z)</p> <p>२५ Codes for special purposes (RA००-RA२६)</p> <p>२६ Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I (SA००-SJ३Z)</p>
१७-२२	कार्य क्षमता (Functioning) को विवरण	<p>१७—२२ महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीलाई उमेर अनुसारको कार्य क्षमता (Functioning) को कुन—कुन क्षेत्रमा समस्या छ उक्त क्षेत्रको बक्समा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।</p> <p>०१-बुझ्ने र बुझाउने क्षमता, ०२-गमनशिलता (हिँडाइ र चहलपहल), ०३-स्व—हेरचाह (आफ्नो स्वच्छता, लवाइ, खुवाइ र एकलै गर्न सक्ने), ०४-मेलमिलाप (अरु</p>

		मानिस सँगको अन्तक्रिया), ०५-जीवन क्रियाकलाप (घरायसी तथा विद्यालय कार्य), ०६-सहभागिता (सामाजिक क्रियाकलाप तथा सहभागिता) त्यसैगरी महलहरूको तल्लो भागमा उक्त (✓) चिन्ह लगाएको कार्य क्षमतामा देखिएको समस्याको थप विवरण लेख्नु पर्दछ।										
२३	समस्याको कारणको कोड	यस महलमा सेवाग्राहीलाई भएको मुख्य स्वास्थ्य समस्याको कारणको कोड नम्बर लेख्नु पर्दछ। ०१—जन्मजात, ०२—दुर्घटना/चोटपटक, ०३—हिंसा, ०४—नसर्ने रोग, ०५—सर्ने रोग, ०६— हड्डी खिइनु, ०७— अन्य, ०८—थाहा नभएको										
२४-३१	सेवाको प्रकार (उपचार र सल्लाहको विस्तृत जानकारी)	<p>यस महलको माथिल्लो भागमा तल उल्लेख गरिएको मध्ये सेवाग्राहीलाई दिएको सेवाहरूको बक्समा (✓) चिन्ह लगाएर उक्त उपचार र सल्लाहको बारेमा तल्लो महलमा छोटकरीमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।</p> <p>एकजना सेवाग्राहीलाई एक भन्दा बढि सेवामा उपचार र सल्लाह दिइन्छ भने एकभन्दा बढि सेवाको बक्समा चिन्ह (✓) लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। यदि सेवाग्राहीलाई अन्य कुनै संस्थामा वा स्वास्थ्य संस्थाकै अन्य कुनै सेवामा प्रेषण गरियो भने अन्यको महलमा (✓) लगाइ के-का लागि प्रेषण गरियो भनि उल्लेख गर्नु पर्दछ।</p> <table><tr><td>०१.फिजियोथेरापी सेवा</td><td>०२. वाक तथा श्रवण सेवा</td><td>०३. अकुपेशन थेरापी सेवा</td><td>०४. सहायक सामग्री सेवा</td></tr><tr><td colspan="2">०५. चिकित्सकीय सेवा</td><td rowspan="2">०६.मनोपरामर्श सेवा</td><td rowspan="2">०७. अन्य सेवा</td></tr><tr><td>०५.१ पि.एम.एण्ड.आर.</td><td>०५.२ अन्य चिकित्सक</td></tr></table> <p>०५.१ पि.एम.एण्ड.आरको महलमा पि.एम.एण्ड.आर (Physical Medicine and Rehabilitation) विशेषज्ञ चिकित्सद्वारा प्रदान गरिएको सेवा हो भने यो बक्समा चिन्ह (✓) लगाई सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>०५.२ अन्य सेवाको महलमा विशेषज्ञ चिकित्सक जस्तै हार्डजोर्नी विशेषज्ञ, मुटुरोग विशेषज्ञ, आँखा रोग विशेषज्ञ, आदिद्वारा प्रदान गरिएको सेवा हो भने यो बक्समा चिन्ह (✓) लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>०७. अन्य सेवाको महलमा माथि उल्लेखित सेवा बाहेक अन्य सेवाहरू प्रदान गरिएको भए (✓) चिन्ह लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । साथै अन्य स्वास्थ्यकर्मी (नर्स, हे.अ, अ.हे.व) द्वारा प्रदान गरिएका पुनर्स्थापना सम्बन्धी सेवा हो भने पनि यस महलमा चिन्ह (✓) लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p>	०१.फिजियोथेरापी सेवा	०२. वाक तथा श्रवण सेवा	०३. अकुपेशन थेरापी सेवा	०४. सहायक सामग्री सेवा	०५. चिकित्सकीय सेवा		०६.मनोपरामर्श सेवा	०७. अन्य सेवा	०५.१ पि.एम.एण्ड.आर.	०५.२ अन्य चिकित्सक
०१.फिजियोथेरापी सेवा	०२. वाक तथा श्रवण सेवा	०३. अकुपेशन थेरापी सेवा	०४. सहायक सामग्री सेवा									
०५. चिकित्सकीय सेवा		०६.मनोपरामर्श सेवा	०७. अन्य सेवा									
०५.१ पि.एम.एण्ड.आर.	०५.२ अन्य चिकित्सक											
३२	सहायक सामग्री (आवश्यक, कोड)	यस महलको माथिल्लो भागमा आवश्यक सहायक सामग्रीको नाम र तल्लो महलमा उक्त सहायक सामग्रीको कोड लेख्नुपर्दछ । १. गमनशिलता सम्बन्धी, जस्तै: Crutches, Walking sticks and canes, Walkers, wheel chain orthoses, prostheses,आदि । २. दृष्टि सम्बन्धी, जस्तै: Magnifying devices, Spectacles,Tactile sticks आदि । ३. सुनाई सम्बन्धी, जस्तै: Hearing aids, communication products, Signaling products,आदि । ४. संचार सम्बन्धी, जस्तै: Communication products, Signalling products,आदि । ५. बुझ्ने र बुझाउने सम्बन्धी, जस्तै: Memory Aids, Alarms, आदि । ६. वातावरण सम्बन्धी, जस्तै: Chairs, Beds, Wheelchair accessories:-cushion, belt आदि ।										
३३	सहायक सामग्री (प्राप्त र स्रोतको कोड)	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीले सहायक सामग्री पाएको भए (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ र तल्लो महलमा सहायक सामग्री पाएको श्रोतको कोड उल्लेख गर्नु पर्दछ।										

		१. आफैं किनेको २. अस्पतालबाट ३. अन्य सरकारी कार्यलयबाट ४. पुनर्स्थापना केन्द्रबाट ५. अन्य संस्थाबाट
३४	प्रेषण भई आएको/ गरिएको संस्थाको अन्य सेवाको कोड	यदि सेवाग्राही स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवाबाट प्रेषण भई आएको भए माथिल्लो भागमा प्रेषण गर्ने सेवाको कोड लेख्नुपर्दछ र यदि सेवाग्राहीलाई स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवामा प्रेषण गरिएको छ भने उक्त सेवाको कोड तल्लो भागमा लेख्नु पर्दछ । ०१.OPD, ०२.IPD, ०३.CBIMNCI, ०४. Nutrition, ०५. Immunization, ०६. Safe Motherhood, ०७. PEN, ०८. PHC/ORC, ०९. Other
३५-३६	प्रेषण भई आएको र / गरिएको अन्य संस्था/व्यक्तिको नाम र कोड	३५ नं. महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राही यदि अन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण भई आएको भए संस्था/व्यक्तिको नाम लेख्नुपर्दछ र उक्त संस्था/व्यक्तिको कोड तल्लो भागमा लेख्नु पर्दछ । ३६ नं. महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा प्रेषण गरिएको छ भने प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ र उक्त संस्थाको कोड तल्लो भागमा लेख्नु पर्दछ । ०१. केन्द्रीय/प्रादेशिक अस्पताल, ०२.द्वितीय अस्पताल, ०३.प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/आधारभूत अस्पताल, ०४.स्वास्थ्य चौकी, ०५.शहरी स्वास्थ्य क्लिनिक, ०६.सामुदायिक स्वास्थ्य क्लिनिक, ०७.महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, ०८.पुनर्स्थापना केन्द्र, ०९.अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको संस्था, १०.अन्य सेवाग्राही, ११.अन्य
३७	भर्ना भएको मिति	पुनर्स्थापना सेवा लिन आउने उद्देश्यले भर्ना हुने सेवाग्राहीलाई मात्र यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । सेवाग्राही सेवा लिन भर्ना भएको मितिलाई गते, महिना र साल गरी क्रमशः लेख्नु पर्दछ ।
	डिस्चार्ज भएको मिति	पुनर्स्थापना सेवा लिन आउने उद्देश्यले भर्ना भइ डिस्चार्ज भएका सेवाग्राहीलाई मात्र यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्नेछ । सेवाग्राही डिस्चार्ज भएको मितिलाई गते, महिना र साल गरी क्रमशः लेख्नु पर्दछ ।
३८	कुल भर्ना भएको दिन	यस महलमा सेवाग्राही भर्ना भएको मिति देखि डिस्चार्ज भएको मितिसम्म जम्मा दिन गनेर दिनको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
३९	सेसन नं./ एक दिनमा पाएको सेसन संख्या	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीले उक्त समस्याका लागि एक दिनमा कति सेसनहरू पाएको छ उक्त सेसनहरूको नं र तल्लो भागमा सेवाग्राहीले एक दिनमा पाएको जम्मा सेसन संख्या लेख्नु पर्दछ ।
४०	सेवा पाएको दिन	सेवाग्राहीले उक्त समस्याका लागि कति दिन सेवा पाएको छ यो महलमा लेख्नुपर्दछ ।

पेजको अन्तमा रहेको लिंग अनुसारको उमेर समूहको विवरण, विकार/अपांगताको प्रकारको विवरण र अपांगता परिचय पत्रको आधारमा सेवाग्राहीको विवरण अनिवार्य रुपमा भर्नु पर्दछ, जसले प्रतिवेदन तयार गर्न सहज गराउँछ ।

पुर्नस्था

पुर्नस्था

सेवा सम्बन्धि जानकारी				सेवाग्राहीको व्यक्तिगत जानकारी						ठेगाना/सम्पर्क नं.			परीक्षण र निदान (Diagnosis)			
क्र.स.	मूल दर्ता नम्बर	मिति	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम, थर	जाति (०१-०६)	लिंग (०७)	लिङ्ग (म,पु,यौन अल्पसंख्यक)	विकार/ (Impairment) अपाङ्गता प्रकार (०१-१०)	अपाङ्गता परिचय पत्र (क, ख, ग, घ, छैन)	जिल्ला		अन्य (विदेशी)	अनुसन्धानमूलक परीक्षण	ICD Code		
	अन्य सेवा दर्ता नम्बर	(ग/म/सा)	नयाँ/पुरानो	अभिभावकको नाम, थर						गा.पा./न.पा	वडा नं.			निदानको		
										टोल						
										सम्पर्क नम्बर						
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५		

लिङ्ग	उमेर समूह (महल नं ७)					विकार/अपाङ्गताको प्रकारको आधारमा (महल नं. ९)										अपाङ्गता परिचयपत्रको आधारमा सेवाग्राही (महल नं. १०)					
	<१	१-५	६-१७	१८-५९	>५९	०१	०२	०३	०४	०५	०६	०७	०८	०९	१०	जम्मा	क	ख	ग	घ	जम्मा
म																					
पु																					
यौनिक अल्पसंख्यक																					

रिमाजित: आ.ब. २०७८/७९