



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

मातृ तथा नवजात शिशु 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	EDD	गते	महिना	साल														
गर्भवती जाँच विवरण					प्रसूति सेवा (आमा र नव शिशु)										सुत्केरी पाँछको सेवा										
गर्भवती जाँच	गते	महिना	साल	आइरन	क्याल्सियम	प्रसूति सेवाका लागि भर्ना गर्दाको मिति समय					प्रसूति मिति, समय					डिस्चार्ज मिति र आमाको अवस्था									
प्रथम पटक (जुनसुकै समयको)	गते	महिना	साल			गते	महिना	साल	AM	PM	गते	महिना	साल	AM	PM	गते	महिना	साल	AM	PM	जन्मको २४ घण्टामा	गते	महिना	साल	१
१२ हप्तासम्म	गते	महिना	साल			Foetal Presentation			प्रसव व्यथाको स्थिती			प्रसूतिको प्रकार				Recovered		1	सुत्केरीको ३		संस्था	गते	महिना	साल	१
१६ हप्ता	गते	महिना	साल			Cephalic	1	Spontaneous	1	Spontaneous	1	Vacuum	2	Stable		2	दिनमा		घरमा	गते	महिना	साल			
२०-२४ हप्ता	गते	महिना	साल			Breech	2	Augmentation	2	Forceps	3	C-Section	4	Referred out		3	सुत्केरीको ७ -		संस्था	गते	महिना	साल	१		
२८ हप्ता	गते	महिना	साल			Shoulder	3	Induced Labour	3					१४ दिन भित्र		घरमा	गते	महिना	साल						
३२ हप्ता	गते	महिना	साल			नवजात शिशुको अवस्था	Normal	१	जीवित	अवधि नपुगेको	१	प्रसूति भएको स्थान		Referred Health Institution			सुत्केरीको ४२ दिनमा		गते	महिना	साल	१			
३४ हप्ता	गते	महिना	साल				Infection	२		अवधि पुगेको	२	यसै संस्था	१	LAMA		4	३ पटक (२४ घण्टा, ३ दिन र ७-१४ दिन)		गते	महिना	साल				
३६ हप्ता	गते	महिना	साल				Asphyxia	३	मृत	Fresh	१	संस्थाको नाम		Absconded		5	प्रोटोकल अनुसार ४ पटक		गते	महिना	साल				
३८-४० हप्ता	गते	महिना	साल				Hypothermia	४		Macerated	२	घरमा	३	Died		6	भिटाभिन ए दिएको मिति		गते	महिना	साल				
४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता)	गते	महिना	साल				Jaundice	५		अन्य सेवा				आइरन चक्की (ट्याब्लेट)			रगत दिएको मात्रा		पिन्ट	उपचार/सल्लाह					
प्रोटोकल अनुसार ८ पटक	गते	महिना	साल			जीवित शिशुको लिंग, सख्या, तौल			विकलांग			सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी		रगत दिएको मात्रा		पिन्ट	उपचार/सल्लाह								
टिडी खोप १ मात्रा	गते	महिना	साल	रगत दिएको	पिन्ट	शिशु	संख्या	शिशुको तौल(ग्राममा)	Major	Minor	Others	नाम		अक्सिटोसिन सूइ दिएको		१	उपचार/सल्लाह								
टिडी खोप २ मात्रा	गते	महिना	साल	उपचार/सल्लाह		छोरी						दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBA)		१	KMC सेवा दिएको		२	उपचार/सल्लाह							
टिडी खोप २+ मात्रा	गते	महिना	साल	उपचार/सल्लाह		छोरा						दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट (SHP)		२	जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको		३	उपचार/सल्लाह							
जुकाको औषधी वितरण	गते	महिना	साल	उपचार/सल्लाह								अन्य स्वास्थ्यकर्मी		३	नाभी मलमको प्रयोग		४	उपचार/सल्लाह							
गर्भवती अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन					उपचार/सल्लाह										सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन										
जटिलता		महिना	उपचार	प्रेषण	एच आइ भी /सिफलिस परीक्षण र उपचार					प्रसूति अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन					सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन										
Ectopic pregnancy	महिना	१	२	एच आइ भी परीक्षण मिति					गते	महिना	साल	जटिलता		महिना	उपचार	प्रेषण	जटिलता		महिना	उपचार	प्रेषण				
Abortion complication	महिना	१	२	एच आइ भी नतिजा					Non Reactive		Reactive		Pre-eclampsia		महिना	१	२	Pre-eclampsia		महिना	१	२			
Pre-eclampsia	महिना	१	२	ए आर टी उपचार/प्रेषण					गते	महिना	साल	Eclampsia		महिना	१	२	Eclampsia		महिना	१	२				
Eclampsia	महिना	१	२	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था					Prolonged labour		महिना	१	२	PPH		महिना	१	२	PPH		महिना	१	२		
Hyp. gravidarum	महिना	१	२	सिफलिस परीक्षण मिति					गते	महिना	साल	Obstructed labor		महिना	१	२	Retained placenta		महिना	१	२				
APH	महिना	१	२	सिफलिस नतिजा					नेगेटिभ		पोजेटिभ		Ruptured uterus		महिना	१	२	Pueperal sepsis		महिना	१	२			
Gestational Hypertension	महिना	१	२	सिफलिस उपचार					गते	महिना	साल	Other		महिना	१	२	C/S Wound Infection		महिना	१	२				
Other	महिना	१	२	प्रेषण गरेको संस्था					Other		महिना	१	२	Other		महिना	१	२	Other		महिना	१	२		
मातृ मृत्यु	मिति	गते	महिना	साल	अवस्था	गर्भवती/प्रसव/सुत्केरी	स्थान	घरमा/संस्थामा/अन्य	कारण		नवजात शिशु मृत्यु	मिति	ग.	म.	सा.	कारण									
यातायात खर्च वितरण रकम	रु.	वितरण नगर्नुको कारण		गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च वितरण		रु.	वितरण नगर्नुको कारण		न्यानो झोला	पाएको	१	नपाएको	२	नपाउनुको कारण											

आमा सूरक्षा कार्यक्रम

महिना	प्रसूति यातायात खर्च		गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च		स्वास्थ्य संस्था													कैफियत
	यातायात खर्च पाउनु पर्ने महिलाहरू	यातायात खर्च पाएका महिलाहरू	उत्प्रेरणा खर्च पाउनु पर्ने महिला	उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिला	सुत्केरीका किसिम					Breech Presentation	Multiple Pregnancy	रेफेर भई		प्रसव जटिलता भएकाहरूको व्यवस्थापन गरिएको संख्या	Anti D Vaccine पाएका महिला हरुको संख्या	रक्तसंचार गरिएको जम्मा संख्या (Units)	क्याबिनमा बसेका महिलाहरूको संख्या	
					सामान्य	भ्याकुम	फोरसेप	C/S	जम्मा			आएका	गएका					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
श्रावण																		
भाद्र																		
आश्विन																		
कार्तिक																		
मंसिर																		
पौष																		
माघ																		
फाल्गुण																		
चैत																		
बैशाख																		
जेष्ठ																		
असार																		
जम्मा																		

जात/जाती अनुसार स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति सेवा समायोजन फारम

जात/जाती	महिना												जम्मा
	श्रावन	भाद्र	अस्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुन	चैत	बैसाख	जेष्ठ	असार	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४
दलित													
जनजाति													
मधेसी													
मुस्लिम													
ब्राह्मण/क्षेत्री													
अन्य													
जम्मा													