

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदनसम्बन्धी निर्देशिका



नेपाल सरकार
स्वास्थ्यतथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा बिभाग
व्यवस्थापन महाशाखा

टेकु, काठमाडौं

२०७८

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
अभिलेख तथा प्रतिवेदनसम्बन्धी
निर्देशिका

नेपाल सरकार
स्वास्थ्यतथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा

टेकु, काठमाडौं

२०७८

प्रथम संस्करण:

चैत्र, २०७०

दोस्रो संस्करण (परिमार्जन सहित):

जेष्ठ, २०७५

तेस्रो संस्करण (परिमार्जनसहित):

चैत्र, २०७८

© एकिकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन शाखा (IHIMS)

व्यवस्थापन महाशाखा,

स्वास्थ्य सेवा विभाग, टेकु, काठमाण्डौ, नेपाल



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

टेकु, काठमाडौं

मिति: २०७९/१/२३

बिषय:

मन्तव्य

दोस्रो दीघकालीन स्वास्थ्य योजना (सन् १९९७-२०१७) ले स्वास्थ्य सूचना प्रणाली लाई एकिकृत तथा बिस्तृत रुपमा विकाश गर्ने अवाधराना लिएको छ । यसै अवाधराना लाई मध्यनजर गरी सरकारी गैरसरकारी नीजि तथा सहयोगी संस्थाहरुबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवा हरुलाई समेट्ने गरी सन् २००२ मा स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीति (Health Sector Reform Strategy) लागु गरी स्वास्थ्य क्षेत्र लाई बढी परिणाममुखी बनाउने अवाधराना को विकास भयो । यसै रणनीति लाई कार्यान्वयन गर्न नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (Nepal Health Sector Program-Implementation Plan) सन् २००४-२००९ को विकाश गरी कार्यान्वयन गरिएको थियो । स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाको अन्तिम आठौं बुंदाको परिणाममा सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्र को सूचना प्रणाली लाई बिस्तृत तथा एकिकृत रुपमा मूर्तरूप दिने कार्य माथि विशेष जोड दिइएको छ । अतः स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना प्रणाली लाई एकिकृत तथा बिस्तृत बनाउने र पूर्णता दिने क्रममा सबै प्रदेश, जिल्ला तथा स्थनीयतहमा तालिम संचालन गर्नको लागि २०७० सालमा बनाइएको यो निर्देशिका २०७५ सालमा केहि संसोधन पश्चात हाल पूर्ण रुपमा परिमार्जित गरी “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिबेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” तयार गरिएको हो ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा एकिकृत सूचना प्रणाली कार्यान्वयन गर्ने सिलशिलामा सबै प्रदेश, जिल्ला तथा स्थनीय तहमा कार्यरत कर्मचारीहरुलाई तालिम संचालन गर्नको लागि “स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०७०” लाई परिमार्जन गरी तयार गरिएको छ । स्वास्थ्य क्षेत्र एकिकृत सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली बढी ब्यबस्थित एवं परिणाममुखी बनाउनको साथैसेवा दिने सम्बन्धित स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरु लाई स्वास्थ्य सेवा सूचना को अभिलेख राख्, प्रतिवेदन तयार गर्न, ज्ञान तथा शीप अभिवृद्धि यस “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिबेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” ले आवश्यक सहयोग पुर्याउने छ भन्ने आशा लिएका छौं ।

यस पुस्तिकालाई आधार मानी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सम्पूर्ण आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरु, अस्पतालहरु, नीजि तथा गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु ले नेपाल सरकारले निर्धारण गरेको निर्धारित ढाचामा तोकिएको समय भित्र प्रतिवेदन तयार गरी प्राप्त सूचना को आधारमा स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न योजना निर्माण, कार्यान्वयन, अनुगमन, मुल्याकन कार्यका लागि समेत यो निर्देशिका अवस्य धेरै लाभकारी हुनेछ ।

अन्तमा, यस यस “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिबेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” तयार पार्ने क्रममा प्रमुख भूमिका निर्वाह गर्ने एकिकृत स्वास्थ्य सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली (IHIMS) शाखाका प्रमुख अनिल थापा तथा उक्त शाखाका सम्पूर्ण कर्मचारीहरु, विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाका प्रतिनिधि हरु लाई धन्यवाद दिन चाहन्छौं ।

डा.रुद्र प्रसाद मरासनी
निर्देशक
ब्यबस्थापन महाशाखा
स्वास्थ्य सेवा विभाग

डा.दिपेन्द्र रमण सिंह
महा निर्देशक
स्वास्थ्य सेवा विभाग



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग

व्यवस्थापन महाशाखा

टेकु, काठमाडौं

मिति: २०७९/१/२३

बिषय:

दुई शब्द

एकिकृत स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत सरकारी, गैर सरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थाहरु बाट प्रदान भैरहेको स्वास्थ्य सेवाको सूचना एकिकृत रूपमा राष्ट्रिय स्तरसम्म हाल अनलाइन मार्फत संकलन हुदै आइरहेको छ । स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको कुशल ब्यबस्थापनको लागि गुणस्तरीय र भरपर्दो सूचना संकलन गरि प्रयोगमा ल्याउनु समयको माग हुन्छ । यहि उदेश्य अनुरूप आ.व. २०५१/५२ देखि एकिकृत स्वास्थ्य ब्यबस्थापन प्रणालीको शुरुआत भएको हो । यसप्रणालीले स्वास्थ्य कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मुल्यांकनका हरेक चरणमा सुचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको हुन्छ । स्वास्थ्य सेवालाई अझ बढी परिणाममुखी बनाउन र यस क्षेत्रमा आइपर्ने चुनौतीहरुलाई समाधान गर्न आवश्यक पर्ने सूचना संकलन गरी कार्यक्रम ब्यबस्थापनमा सहयोग पुर्याउन एकिकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणाली अन्तर्गत प्रयोगमा रहेका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारमहरुमा समयसापेक्ष परिमार्जन तथा थपघट गर्नुपर्ने हुन्छ सोहि अनुसार आ.व. २०५१/५२ पछी आ.व.२०७०/७१ र आ.व.२०७५/७६ मा केहि परिमार्जन पश्चात हाल २०७८/७९ मा पूर्ण रूपमा सबै रजिस्टर तथा फारमहरुमा परिमार्जन गर्नुका साथै १५ वटा नया रजिस्टर तथा फारम हरु थप गरिएको छ ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा एकिकृत सूचना प्रणाली कार्यान्वयन गर्ने सिलशिलामा सबै प्रदेश, जिल्ला तथा स्थानीय तहमा कार्यरत कर्मचारीहरुलाई तालिम संचालन गर्नको लागि “स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०७०” लाई परिमार्जन गरी तयार गरिएको छ । स्वास्थ्य क्षेत्र एकिकृत सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली बढी ब्यबस्थित र परिणाममुखी बनाउनको साथै सेवा दिने सम्बन्धित स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरु लाई स्वास्थ्य सेवा सूचनाको अभिलेख राख्नु, प्रतिवेदन तयार गर्न, ज्ञान तथा शीप अभिवृद्धि गर्न यस “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” ले आवश्यक सहयोग पुर्याउने छ भन्ने आशा लिएका छु ।

यस पुस्तिकालाई आधार मानी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सम्पूर्ण आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरु, अस्पतालहरु, नीजि तथा गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुले नेपाल सरकारले निर्धारण गरेको निर्धारित ढाचामा तोकिएको समयअवधि भित्र प्रतिवेदन तयार गरी अनलाइन मार्फत प्राप्त सूचना को आधारमा स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न योजना निर्माण, कार्यान्वयन, अनुगमन, मुल्यांकन कार्यका लागि समेत यो निर्देशिका अवस्य धेरै लाभकारी हुनेछ भन्ने आशा लिएको छु ।

अन्तमा, यस “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” तयार पार्ने क्रममा अभिभावकत्व प्रदान गर्नुहुने स्वास्थ्य सेवा विभागका श्रीमान महानिर्देशक डा.श्री दिपेन्द्रमण सिंह ज्यू, ब्यबस्थापन महाशाखाका श्रीमान निर्देशक डा. श्री रुद्र प्रसाद मरासिनी ज्यू तथा विभिन्न महाशाखा/केन्द्र का निर्देशक/प्रमुख ज्यू हरु, विभिन्न शाखा पमुख ज्यू हरु र सम्बन्धित सम्पूर्ण कर्मचारीहरु प्रति आभारी छु । त्यस्तै यो निर्देशिका लगायत सम्पूर्ण ७३ वटा HMIS Tools हरु परिमार्जन तथा थप गर्ने कार्यमा अहोरात्र खट्नु हुने र यस कार्यको जिम्मेवारी लिई भूमिका निर्वाह गर्ने एकिकृत स्वास्थ्य सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली (IHIMS) शाखाका तथ्यांक अधिकृत दिवाकर सापकोटा लगायतको सम्पूर्ण IHIMS टीम, यस कार्यमा आर्थिक तथा प्राविधिक सहयोग गर्ने NHSSP को टिम, विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाका प्रतिनिधि हरु लाई धन्यवाद दिन चाहन्छु ।

अनिल थापा

शाखा प्रमुख

एकिकृत स्वास्थ्य सूचना ब्यबस्थापन शाखा (०००००)

ब्यबस्थापन महाशाखा, स्वास्थ्य सेवा विभाग

बिषय सूची

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको परिचय	1
अभिलेख (रजिष्टर, कार्ड) तथा प्रतिवेदन फारामहरु	3
HMIS 1.1: मूलदर्ता रजिष्टर (Master Register)	8
HMIS 1.2: स्वास्थ्य सेवाकार्ड (Health Service Card)	10
HMIS 1.3: बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर (Out Patient Register)	12
HMIS 1.4: स्थानान्तरण / प्रेषणपुर्जा (Referral/Transfer Slip)	14
HMIS 1.5: डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (Defaulter/Discontinuation Tracing Slip)	16
HMIS 1.6: समायोजन फाराम (Tally Sheet)	18
HMIS 1.7: मासिक अनुगमन पुस्तिका -आधारभूत स्वास्थ्य संस्था (Monthly Monitoring Worksheet- Basic Health Facility)	19
HMIS 1.8: मासिक अनुगमन पुस्तिका-अस्पताल (Monthly Monitoring Worksheet- Hospital)	22
HMIS 2.1: बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card)	25
HMIS 2.2: खोप रजिष्टर (Immunization Register)	30
HMIS 2.3: पोषण रजिष्टर (Nutrition Register)	40
HMIS 2.4: नवशिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMNCI Register)	45
HMIS 2.5: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड (IMAM Child Health Card)	56
HMIS 2.6: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMAM Register)	58
HMIS 2.7: मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्रकुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर-अस्पताल (IMAM Register – Hospital)	61
HMIS 2.8: पोषण पुनर्स्थापनागृह रजिष्टर (NRH Register)	65
HMIS 3.1 :परिवार नियोजन सेवा कार्ड (Face Sheet)	69
HMIS 3.2: परिवार नियोजनको अस्थायी साधन) पिल्स, तथा गर्भनिरोधक सुइ सेवा रजिष्टर (Pills and Injectable Service Register)	71
HMIS 3.3: परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (आइ.यु.सी.डी/इम्प्लाण्ट) सेवा रजिष्टर (IUCD/Implant Service Registe)	75
HMIS 3.4: परिवार नियोजन स्थायी बन्ध्याकरण सेवा रजिष्टर (Sterilization Service Register)	78
HMIS 3.5: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (Maternal and Newborn Health Card)	80
HMIS 3.6: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Maternal and Newborn Health Service Register)	86
HMIS 3.7: सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर (Safe Abortion Service Register)	95
HMIS 3.7a: औषधिद्वारा गरिने गर्भपतन सेवाको सेवाग्राही कार्ड (Client Personal Profile: Medical Abortion Service)	98
HMIS 3.7b: MVA द्वारा गरिने गर्भपतन सेवाको सेवाग्राही कार्ड (Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration)	99

HMIS 3.7c: दोस्रो त्रैमासिकको गर्भपतनको सेवाग्राही कार्ड (Client Personal Profile: Second Trimester Abortion)	100
HMIS 3.7d: PAC सेवाको सेवाग्राही कार्ड (Client Personal Profile: Post Abortion Care)	103
HMIS 3.8: प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता सेवा रजिष्टर (Reproductive Health Morbidity Service Register)	104
HMIS 4.1: गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर (ORC Register)	107
HMIS 4.2: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (FCHV Register)	116
HMIS 4.3: राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (Vitamin A Register)	125
HMIS 4.4: स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर (Health Promotion and Health Education Register)	127
HMIS 5.1: औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमुना सङ्कलन फाराम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form)	129
HMIS 5.2: औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (Malaria, Leprosy and Kalazar Laboratory Register)	132
HMIS 5.3: औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (Malaria and Kalazar Treatment Register)	134
HMIS 5.4: कुष्ठरोग परिक्षण तथा उपचार कार्ड (Leprosy Examination and Treatment Card)	137
HMIS-5.5: कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (Leprosy Treatment Register)	142
HMIS-5.6: पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर (Rehabilitation Service Register)	145
HMIS-5.7 : पुनर्स्थापना सेवा कार्ड (Rehabilitation Service Card)	150
HMIS-5.8: कुष्ठरोग बिरामीको सम्पर्क जांच रजिष्टर (Leprosy Contact Investigation Register)	152
HMIS-5.9 : नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Non-Communicable Diseases and Mental Health Register)	154
HMIS-5.10 : ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Senior Citizens Health Service Register)	157
HMIS 6.1: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register)	161
HMIS 6.2: खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम (Laboratory Request and Reporting Form)	163
HMIS 6.3 A: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर- माइक्रोस्कोपी) TB Laboratory Register - Microscopy)	166
HMIS 6.3 B: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्सपर्ट) Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)	168
HMIS 6.4 A: क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड डी.एस.टी.बि (Tuberculosis Treatment Mnagement card (DSTB)	170
HMIS 6.4 B: क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि (TB Treatment card-Patient)	177
HMIS 6.4C: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (DR TB Treatment Management Card)	178
HMIS 6.4D: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड (DR TB Treatment Card-Patient)	183
HMIS 6.5 A: क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर (Tuberculosis Treatment Master Register)	185
HMIS 6.5B: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर (DR Tuberculosis Treatment Register)	190
HMIS 6.6: क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम (Tuberculosis Screening and Contact Examination)	193
HMIS 6.7: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर (Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)	195
HMIS 6.8: क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड (Tuberculosis Preventive Therapy Card)	197

HMIS 6.9: क्षयरोग प्रेषण पुर्जा) समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था (TB Referral Form- Community, Private Sector)	198
HMIS 6.10: aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form	199
HMIS 7.1: एच.आई.भी .परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HIV Testing and Counselling Register)	203
HMIS 7.2: यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिष्टर (Sexually Transmitted Infections Treatment Register)	207
HMIS 7.4: एच.आई.भी .उपचार सेवा रजिष्टर (HIV Treatment Care Register)	210
HMIS 7.5: एच.आई.भी.उपचार सेवा कार्ड (HIV Treatment Care Record)	219
HMIS 7.6: ओ.एस.टी .रजिष्टर (Opioid Substitution Therapy Register)	226
HMIS 8.1: बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)	231
HMIS 8.2: बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)	234
HMIS 8.3: आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)	237
HMIS 8.4 Special Newborn Care Unit/ Neonatal Intensive Care Unit/ Kangaroo Mother Care Unit Register	240
HMIS 8.5 :अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिष्टर (One-StopCrisisManagementCenter -OCMC)	244
HMIS 8.6 :सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर (SocialServiceUnit-SSU)	247
HMIS 9.1: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)	250
HMIS 9.2: समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC)	251
HMIS 9.3 : आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (Basic Health Facilities Monthly Reporting Form)	260
HMIS 9.4 : सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form)	318
HMIS 9.5 : निजी तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form)	328

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको परिचय

परिचय:

कुनै पनि संस्था जीवन्त रहन व्यवस्थापन सूचना प्रणाली आवश्यक पर्दछ। सूचना प्रणालीबाट प्राप्त सूचनाले संस्थाको कुशल व्यवस्थापन गर्न मद्दत गर्दछ। गुणस्तरीय सूचना प्राप्त गरि स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापन प्रभावकारी बनाउन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले आ.ब. २०५१/५२ देखि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (Health Management Information System-HMIS) लागू गरेको हो। यस अघि विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको छुट्टाछुट्टै तवरले झन्डै ११० अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूको प्रयोग गरि सूचना संकलन गर्ने गरिन्थ्यो जुन खर्चिलो, अव्यावहारिक तथा झन्झटिलो थियो। आ.ब २०४३/४४ मा एकीकृत परियोजना शुरु भए पश्चात स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू एकीकरण गरिए र स्वास्थ्य क्षेत्र एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको आवश्यकता महसुस गरियो। सोही अनुरूप आ.बा. २०५१/५२ देखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले बिगतका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरूलाई परिमार्जन गरी ३८ वटा अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरू तय गरी एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली लागू गरिएको हो।

एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तर्गत प्रयोग भएका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरू आवश्यकता अनुसार समय समयमा परिमार्जन गरी अद्यावधिक हुँदै आइरहेका छन्। तदनुरूप आ.बा २०७०/७१ मा एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीले तात्कालिक समयमा नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम (NHSSP) ले निर्धारण गरेका नियमित स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धि कतिपय सूचकहरूको अनुगमन गर्न आवश्यक पर्ने सूचनाहरूको अनुपलब्धता र कतिपय कार्यक्रमहरू सूचना प्रणालीमा समावेश नभई छुट्टै अभिलेख प्रतिवेदन हुने गरको अवस्थालाई समेत मध्यनजर गरि व्यापक परिमार्जन गरिएको थियो। मुलुक संघीय संरचनामा गएपश्चात आ.बा २०७४/७५ माथप केहि परिमार्जन सहित लागू हुँदै आएको भएता पनि यस बिचमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा भएका थुप्रै परिवर्तनहरूलाई समेट्न नसकिएको महसुस गरिएको थियो। यसबीचमा जनस्वास्थ्यका विभिन्न नयाँ कार्यक्रमहरू लागू भइ संचालनमा आएको भएपनि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीभित्र समाहित हुन सकेकोथिएन। यसका अलावा नियमित संचालनमा रहेका कार्यक्रम तथा तिनका रणनीतिहरूमा समेत थुप्रै परिमार्जन भएको भएतापनि परिमार्जित कार्यक्रमका कतिपय महत्वपूर्णपक्ष तथा सूचनाहरूलाई यस प्रणालीमा समावेश गर्न सकिएको थिएन। साथै जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ र नियमावली २०७७ ले प्रत्याभूत गरेका आधारभूत स्वास्थ्य सेवा तथा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाको अनुगमन गर्नका लागि थप तथ्यांक तथा सूचनाहरूको आवश्यकता समेत महसुस गरिएको थियो। यी सबै आवश्यकताहरूलाई दृष्टिगत गरि चालु आर्थिक बर्ष २०७८/७९मा बिद्यमान स्वास्थ्यका सूचकहरू तथा अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूमा पुनः व्यापक परिमार्जन गरी स्वास्थ्यका विभिन्न क्षेत्र तथा कार्यक्रमहरूलाई बिस्तृत (comprehensive) रूपमा समेट्ने प्रयास गरिएको छ।

विभिन्न सरकारी तथा गैर-सरकारी संस्थाहरू, जन- स्वास्थ्य तथा तथ्यांकका बिषय बिज्ञ, स्वास्थ्यकर्मीहरूसंगको छलफल, परामर्श तथा कार्यशालाहरूबाट प्राप्त सुझावहरूका आधारमा अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरू तथा सूचकहरू थप तथा परिमार्जन गरिएका छन्। यसलाई लागू गर्नुपूर्व काठमाण्डौ जिल्लाको केहि स्वास्थ्य संस्थाहरूमा परिक्षण गरिएको थियो। यस फिल्ड परिक्षणबाट प्राप्त भएका सुझावहरूलाई समेत समावेश गरी वर्तमान स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तर्गतका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूलाई देशभरि विस्तार गर्ने गरि अन्तिम रूप दिईएको हो। हालको अभिलेख फारामहरूलाई आठ वटा खण्डहरूमा र प्रतिवेदन फारामहरूलाई १ छुट्टै खण्डमा विभक्त गरी जम्मा ६८ किसिमका अभिलेख फारामहरू (कार्ड, रजिष्टर) तथा ५ किसिमका प्रतिवेदन फारामहरू गरी जम्मा ७३ किसिमका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरूको व्यवस्था गरिएको छ।

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली स्वास्थ्य प्रणालीका विभिन्न संस्थाहरू, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका, गाउँघर क्लिनिक, खोप क्लिनिक, आधारभूत स्वास्थ्य संस्था, विभिन्न तहका अस्पताल तथा निजी तथा गैर-सरकारी संस्थाबाट प्रदान

गरिएको सेवाहरूको अभिलेख राख्ने, सूचना संकलन गर्ने, प्रशोधन गर्ने, विश्लेषण गर्ने तथा सूचनाको आधारमा निर्णयमा पुग्ने प्रकृत्याहो । स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीले कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यन्वयन तथा अनुगमन एवं मुल्यांकनका प्रत्येक चरणमा सूचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको छ । स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीबाट प्राप्त सूचनाले स्वास्थ्यकर्मीहरू, कार्यक्रम व्यवस्थापक, नीति निर्माताहरूलाई तथ्यपरक निर्णय लिई कार्यक्रम व्यवस्थापन गर्न मासिक रूपमा सूचना उपलब्ध गराउँछ ।

तथ्यपरक कार्यक्रम व्यवस्थापन तथा योजना तर्जुमा

तथ्य भन्नाले अनुसन्धान, अभ्यास, अनुभव र जानकारीहरू हुन् । कुनै पनि अनुसन्धान, अभ्यास वा अनुभवबाट प्राप्त भएका जानकारी र नतिजाहरूमा आधारित भइ कार्यक्रम तथा नीतिका बारेमा निर्णय गर्ने प्रक्रियालाई तथ्यपरक निर्णय पद्धति भनिन्छ । यस्ता तथ्यांकहरूलाई आधार मानेर अशि तथा आवश्यक निर्णय लिन सकिन्छ जुन यथार्थप्रक एवं प्रभावकारी हुन्छन् । यस्ता निर्णयहरू जनस्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यक्रम व्यवस्थापन, अनुगमन तथा मुल्यांकनका लागि आवश्यक पर्दछन् ।

जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा HMIS त्यस्तो सूचना प्रणाली हो जसको संजाल स्थानीय स्तरका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका देखि संघीय स्तरसम्म बिकास भएको छ । यसले स्वास्थ्यकर्मी, कार्यक्रम व्यवस्थापक, नीति निर्माताहरूलाई तथ्यपरक निर्णय लिई कार्यक्रम व्यवस्थापन गर्न मासिक रूपमा सूचना उपलब्ध गराउँछ । यद्धपी स्वास्थ्य व्यवस्थापनका विभिन्न तहहरूमा HMIS बाट उपलब्ध सूचनाहरूको पूरा उपयोग हुन सकेको छैन । स्थानीय तथा प्रदेश स्तरमा त झनै यसको प्रयोग मासिक प्रतिवेदन गर्नमा मात्र सिमित भएको पाइन्छ ।

HMIS को उपयोगिता

कार्यक्रम व्यवस्थापनमा HMIS बाट प्राप्त तथ्यांकको उपयोग निम्न किसिमले गर्न सकिन्छ:

- कार्यक्रमको वर्तमान अवस्था बारे थाहा दिन ।
- लक्ष्य अनुसारको उपलब्धिको अवस्था थाहा पाउन ।
- सेवाको पहुँच थाहा पाउन ।
- सेवाबाट बन्चित समूहहरूको पहिचान गर्न ।
- समस्याहरूको पहिचान गर्न ।
- लगानी अनुसारको उपलब्धिको अवस्था थाहा पाउन ।
- स्वास्थ्य योजना तर्जुमा गर्न ।
- कार्यक्रमको अनुगमन गर्न ।
- कार्यक्रमको मुल्यांकन गर्न ।
- कार्ययोजना बनाएर समस्या समाधान गर्न ।

यस निर्देशिकाको प्रयोगबाट व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अनुरूप प्रयोग भएका विभिन्न सेवा रजिष्टरहरूमा सही किसिमले अभिलेख राख्न तथा प्रतिवेदन गर्न निर्देशन उपलब्ध हुन्छ । यसले तथ्यांकको अभिलेखमा एकरूपता कायम गर्न मद्दत गर्दछ । सही तरिकाबाट राखिएको अभिलेखका आधारमा मात्र तथ्यांकको सही विश्लेषण र विवेचना गरी निर्णय प्रक्रियामा प्रयोग गर्न सहयोग पुर्याउँदछ । सही तरिकाबाट राखिएको अभिलेखका आधारमा प्रतिवेदन बनाउन सहज हुन्छ । हरेको स्वास्थ्य संस्थामा यस निर्देशिकाको एक प्रति हुनु आवश्यक छ । स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई सेवाको अभिलेख राख्न तथा प्रतिवेदन गर्नमा कुनै बुँदामा दुविधा भएमा यस निर्देशिकाको सहयोग लिनुपर्दछ ।

अभिलेख (रजिष्टर, कार्ड) तथा प्रतिवेदन फारामहरू

हालसम्म प्रयोगमा रहेका फारामहरू			परिमार्जित फारामहरू		
क्र. स.	फाराम नं.	फारामको नाम	क्र. स.	फाराम नं.	फारामको नाम
अभिलेख फारामहरू(RECORDING TOOLS)					
१. साझा अभिलेख फारामहरू (Common Forms)			१. साझा अभिलेख फारामहरू (Common Forms)		
१	१.१.	मूल दर्ता रजिष्टर (Master Register)	१	१.१.	मूल दर्ता रजिष्टर (Master Register)
२	१.२	स्वास्थ्य सेवा कार्ड	२	१.२	स्वास्थ्य सेवा कार्ड
३	१.३.	बहिरङ्ग सेवारजिष्टर (Outpatient Service Register)	३	१.३.	बहिरङ्ग सेवारजिष्टर (Outpatient Service Register)
४	१.४	स्थानान्तरण/प्रेषण पुर्जा	४	१.४	स्थानान्तरण/प्रेषण पुर्जा
५	१.५	डिफ्ल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा	५	१.५	डिफ्ल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा
६	१.६	समायोजन फाराम (Tally Sheet)	६	१.६	समायोजन फाराम (Tally Sheet)
			७	१.७	मासिकअनुगमन पुस्तिका(आधारभूत स्वास्थ्य संस्था)
			८	१.८	मासिक अनुगमन पुस्तिका (अस्पताल)
नवशिशु तथा बाल स्वास्थ्य (Infant and Child Health)			२. नवशिशु तथा बाल स्वास्थ्य (Infant and Child Health)		
७	२.१	बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card)	९	२.१	बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card)
८	२.२	खोप रजिष्टर (Immunization Register)	१०	२.२	खोप रजिष्टर (Immunization Register)
९	२.३	पोषण रजिष्टर (Child Nutrition Register)	११	२.३	पोषण रजिष्टर (Child Nutrition Register)
१०	२.४	नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMNCI Register)	१२	२.४	नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMNCI Register)
११	२.५	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड (IMAM Child Health Card)	१३	२.५	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड (IMAM Child Health Card)
१२	२.६	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMAM Register)	१४	२.६	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMAM Register)
१३	२.७	मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणकोएकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर- अस्पताल (IMAM Register- Hospital)	१५	२.७	मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणकोएकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर- अस्पताल (IMAM Register- Hospital)
			१६	२.८	पोषण पुनर्स्थापना गृह रजिष्टर (NRH Register)
परिवार स्वास्थ्य (Family Health)			३. परिवार कल्याण (Family Welfare)		
१४	३.१	परिवार नियोजन सेवा कार्ड (Face Sheet)	१७	३.१	परिवार नियोजन सेवा कार्ड (Face Sheet)
१५	३.२	पिल्सडिपो सेवा रजिष्टर (Pills, Depo Service Register)	१८	३.२	परिवार नियोजनको अस्थायी साधन(पिल्स तथा गर्भ निरोधक सुई) सेवा रजिष्टर (Pills and Injectable Service Register)
१६	३.३	आइ.यु.सी.डी/ इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टर (IUCD/Implant Service Register)	१९	३.३	परिवार नियोजनको अस्थायी साधन(आइ.यु.सी.डी/ इम्प्लान्ट) सेवा रजिष्टर (IUCD/Implant Service Register)

१७	३.४	परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर (Sterilization Service Register)	२०	३.४	परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर (Sterilization Service Register)
१८	३.५	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (Maternal and Newborn Health Card)	२१	३.५	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (Maternal and Newborn Health Card)
१९	३.६	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Maternal and Newborn Health Service Register)	२२	३.६	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Maternal and Newborn Health Service Register)
२०	३.७	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर (Safe Abortion Service Register)	२३	३.७	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर (Safe Abortion Service Register)
			२४	३.७a	औषधिद्वारा गरिने गर्भपतनको सेवाग्राही कार्ड
			२५	३.७b	MVA द्वारा गरिने गर्भपतनको सेवाग्राही कार्ड
			२६	३.७c	दोस्रो त्रैमासिकको गर्भपतनको सेवाग्राही कार्ड
			२७	३.७d	PAC सेवाको सेवाग्राही कार्ड
			२८	३.८	प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर (Reproductive Health Morbidity Register)
सामुदायिक सेवा (Community Services)			४. सामुदायिक सेवा (Community Services)		
२१	४.१	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर	२९	४.१	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर
२२	४.२	महिलासामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (FCHV Register)	३०	४.२	महिलासामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (FCHV Register)
२३	४.३	राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (Vitamin A Register)	३१	४.३	राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (Vitamin A Register)
			३२	४.४	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर (Health Promotion and Health Education Register)
औलो, कुष्ठरोग र कालाजार (Malaria, Leprosy and Kalazar)			५. कीटजन्य रोग, नसर्ने रोग तथा ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा (Vector Borne, Non-Communicable Diseases & Senior Citizens' Health Service)		
२४	५.१	औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमुना सङ्कलन फारम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form)	३३	५.१	औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमुना सङ्कलन फारम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form)
२५	५.२	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (Malaria, Leprosy and Kalazar Laboratory Register)	३४	५.२	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर - Malaria, Leprosy and Kalazar Laboratory Register
२६	५.३	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (Malaria and Kalazar Treatment Register)	३५	५.३	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (Malaria and Kalazar Treatment Register)
२७	५.४	कुष्ठरोग परिक्षण तथा उपचार कार्ड (Leprosy Examination and Treatment Card)	३६	५.४	कुष्ठरोग परिक्षण तथा उपचार कार्ड (Leprosy Examination and Treatment Card)
२८	५.५	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (Leprosy Treatment Register)	३७	५.५	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (Leprosy Treatment Register)
			३८	५.६	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर (Rehabilitation Service Register)
			३९	५.७	पुनर्स्थापना सेवा कार्ड (Rehabilitation Service Card)
			४०	५.८	कुष्ठरोग बिरामीको सम्पर्क जाँच रजिष्टर (Leprosy Contact Investigation Register)
			४१	५.९	नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Non-Communicable Diseases and Mental Health Register)
			४२	५.१०	ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Senior Citizens Health Service Register)

क्षयरोग (Tuberculosis)			६. क्षयरोग (Tuberculosis)		
२९	६.१	HMIS 6.1: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register)	४३	६.१	HMIS 6.1: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register)
३०	६.२	खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम (Laboratory Request and Reporting Form)	४४	६.२	खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम (Laboratory Request and Reporting Form)
३१	६.३A	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी) (TB Laboratory Register - Microscopy)	४५	६.३A	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी) (TB Laboratory Register - Microscopy)
३२	६.३B	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्सपर्ट) Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)	४६	६.३B	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्सपर्ट) Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)
३३	६.४A	क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस. टि.बि) (Tuberculosis Treatment Mngement card (DSTB)	४७	६.४A	क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस. टि.बि) (Tuberculosis Treatment Mngement card (DSTB)
३४	६.४B	क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि (TB Treatment card-Patient)	४८	६.४B	क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि (TB Treatment card-Patient)
३५	६.४C	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (DR TB Treatment Management Card)	४९	६.४C	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (DR TB Treatment Management Card)
३६	६.४D	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड (DR TB Treatment Card-Patient)	५०	६.४D	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड (DR TB Treatment Card-Patient)
३७	६.५A	क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर (Tuberculosis Treatment Master Register)	५१	६.५A	क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर (Tuberculosis Treatment Master Register)
३८	६.५B	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर (DR Tuberculosis Treatment Register)	५२	६.५B	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर (DR Tuberculosis Treatment Register)
३९	६.६	क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम (Tuberculosis Screening and Contact Examination)	५३	६.६	क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम (Tuberculosis Screening and Contact Examination)
४०	६.७	सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर (Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)	५४	६.७	सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर (Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)
४१	६.८	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड (Tuberculosis Preventive Therapy Card)	५५	६.८	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड (Tuberculosis Preventive Therapy Card)
४२	६.९	क्षयरोग प्ेरषण पुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था) TB Referral Form- Community, Private Sector)	५६	६.९	क्षयरोग प्ेरषण पुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था) TB Referral Form- Community, Private Sector)
४३	६.१०	aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form	५७	६.१०	aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form
एच.आइ.भी. एड्स तथा यौनरोग			७. एच.आइ.भी. एड्स तथा यौनरोग		
४४	७.१	एच.आइ.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HIV Testing and Counselling Register)	५८	७.१	एच.आइ.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HIV Testing and Counselling Register)
४५	७.२	यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिष्टर (Sexually Transmitted Infections Treatment Register)	५९	७.२	यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिष्टर (Sexually Transmitted Infections Treatment Register)
४६	७.३	आमाबाट बच्चामा सर्ने एच.आइ.भी रोकथाम सेवा रजिष्टर(PMTCT Service Register)			
४७	७.४	एच.आइ.भी. उपचार सेवा रजिष्टर (HIV Treatment Care Register)	६०	७.४	एच.आइ.भी. उपचार सेवा रजिष्टर (HIV Treatment Care Register)
४८	७.५	एच.आइ.भी.उपचार सेवा कार्ड (HIV Treatment Care Record)	६१	७.५	एच.आइ.भी.उपचार सेवा कार्ड (HIV Treatment Care Record)

४९	७.६	ओ.एस.टी. रजिष्टर (Opioid Substitution Therapy Register)	६२	७.६	ओ.एस.टी. रजिष्टर (Opioid Substitution Therapy Register)
अस्पताल (Hospital)			८. अस्पताल (Hospital)		
५०	८.१	बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)	६३	८.१	बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)
५१	८.२	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)	६४	८.२	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)
५२	८.३	आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)	६५	८.३	आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)
			६६	८.४	Special Newborn Care Unit/ Neonatal Intensive Care Unit/ Kangaroo Mother Care Unit Register
			६७	८.५	अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिष्टर (OCMC Register)
			६८	८.६	सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर (SSU Register)
प्रतिवेदन फारामहरु(REPORTING TOOLS)					
५३	९.१	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)	६९	९.१	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)
५४	९.२	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC)	७०	९.२	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC)
५५	९.३	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्यक्लिनिक/केन्द्र र सामुदायिक स्वास्थ्य एकाईको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (PHCC, HP, Urban Health Clinic/ Center and Community Health Unit Monthly Reporting Form)	७१	९.३	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र को मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम(Basic Health Facilities Monthly Reporting Form)
५६	९.४	सरकारी अस्पताल प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form)	७२	९.४	सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form)
५७	९.५	गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Reporting Form)	७३	९.५	निजि तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form)

१. साझा अभिलेख फारामहरू

1. COMMON FORMS

HMIS १.१: मूल दर्ता रजिष्टर

HMIS १.२ स्वास्थ्य सेवा कार्ड

HMIS १.३: बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर

HMIS १.४: स्थानान्तरण/ प्रेषण पुर्जा

HMIS १.५: डिफल्टर अनियमितता अनुगमन पुर्जा

HMIS १.६: समायोजन फाराम

HMIS १.७: मासिक अनुगमन पुस्तिका (आधारभूत स्वास्थ्य संस्था)

HMIS १.८: मासिक अनुगमन पुस्तिका (अस्पताल)

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
७/८	उमेर (महिला/पुरुष)	सेवाग्राही महिला भएमाहल ७ मा र पुरुष भए महल ८ मा पूरा भएको उमेर (वर्षमा) जनाउनुपर्दछ । सेवाग्राही एक वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा पनि वर्षमा जनाउनुपर्दछ (जस्तै: ०/१२, १/१२, २/१२..... ।) ०/१२ भन्नाले १ महिना भन्दाकम उमेर भएको शिशुलाई बुझाउँदछ ।
९ देखि ११	ठेगाना: जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नम्बर	सेवाग्राही हाल धेरैजसो बसोबास गरेको जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१२	सम्पर्क नम्बर	सेवाग्राहीको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	सेवाको किसिम	सेवाको किसिम सेवाग्राही कुन सेवा लिन आएको हो, सो सेवा समूहको कोड लेख्नुपर्दछ । जस्तै : सामान्य उपचार=१, आई.एम.एन.सी.आई=२, पोषण=३, सुरक्षित मातृत्व=४, परिवार नियोजन= ५, क्षयरोग=६, कुष्ठरोग=७, कीटजन्य रोग= ८, यौनरोग =९, नसर्ने रोग=१० अन्य (खुलाउने) = ११
१४	निशुल्क/शुल्क रु.	सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा दर्ता शुल्क बापत शुल्क लिइएको भएमाशुल्क रुपैयाँमा र नि:शुल्क गरिएको भए नि:शुल्क लेख्नुपर्दछ ।
१५	प्रेषण भई आएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम	यदि सेवाग्राही अर्को स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भएमा यस महलमा कुन संस्थाबाट प्रेषण भई आएको हो, सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा सेवाग्राही/नयाँ सेवाग्राही/जातीगत आधारमा सेवाग्राही		प्रत्येक पेजको अन्तमा रहेका सङ्क्षिप्त तालिकामा दिइएअनुसार लिङ्ग र उमेर समूहअनुसारजम्मा सेवाग्राही/नयाँ सेवाग्राही र लिङ्ग र जातिअनुसार जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्याउल्लेख गर्नुपर्दछ । यी तालिकाहरूले प्रतिवेदन तयार गर्न सहज बनाउँछन् ।

HMIS 1.2: स्वास्थ्य सेवा कार्ड (Health Service Card)

स्वास्थ्य संस्था वा गाउँघर क्लिनिकमा स्वास्थ्य सेवा दिएको विवरण यसमा उल्लेख गरी यो कार्ड सेवाग्राहीलाई प्रदान गरिन्छ। स्वास्थ्य सेवा लिनआउने सेवाग्राहीलाई बहिरङ्ग सेवा, कुष्ठरोग सेवा, परिवार नियोजन सेवा तथा अन्य स्वास्थ्य सेवा दिन र दोहोच्याएर आएमा पहिले दिएको सेवा र उपचार हेरी आगामी सेवा दिनका लागि यस कार्डको प्रयोग गर्नुपर्दछ। यस कार्डको महत्त्व सेवाग्राही र सेवाप्रदायक दुवैका लागि हुने भएकाले स्वास्थ्य सेवाको क्रममा र ठीक भइसकेपछि पनि नमासिने र नहराउने गरी सुरक्षित राख्न सल्लाह दिनुपर्दछ र साथै हरेक पटक स्वास्थ्य सेवालिन आउँदा सेवाग्राहीले यो कार्ड अनिवार्य रूपमालिई आउनुपर्दछ।

कार्डको नमूना :

परिवार नियोजन					दर्ता नं.
मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्केर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही	
प्रजनन स्वास्थ्य रक्षणता सेवा					दर्ता नं.
मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्केर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही	
कुष्ठरोग सेवा					दर्ता नं.
मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्केर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही	

HMIS 1.2: Health Service Card

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

जिल्ला: स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

स्वास्थ्य सेवा कार्ड

मूल दर्ता नं.	नाम, थर	जाती कोड	लिंग	उमेर
ORC दर्ता नं.				

ठेगाना	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	सम्पर्क नं.

मिति (ग.म.सा.)	ओ.पि.डि. दर्ता नं.	शिकायत / निदान	उपचार र सल्लाह

हरेक पटक आउँदा यो पूर्ण अनिवार्य रूपमा लिइ आउनु होला।

अर्नेतरिका :

महलशीर्षक	निर्देशन
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेखनुपर्दछ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेखनुपर्दछ।
मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिस्टरको दर्ता नं. लेखनुपर्दछ।
ORCदर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकमा सेवा लिन आएको सेवाग्राहीको गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको दर्ता खण्ड (HMIS 4.11) बाट दर्ता नं. लेखनुपर्दछ।
नाम, थर, जातिकोड, लिङ्ग, उमेर	सेवालिन सेवाग्राहीको नाम, थर, जातिकोड, लिङ्ग र उमेर सम्बन्धित कोठामा लेखनुपर्दछ। उमेर लेख्दा पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेखनुपर्दछ। ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूलाई यो कार्ड दिइदैन।
ठेगाना	सेवालिन व्यक्तिको ठेगाना जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर र सम्पर्क फोन नं. सम्बन्धित कोठामा लेखनुपर्दछ।
मिति	सेवा लिएको दिनको मिति (गते, महिना, सालमा) लेखनुपर्दछ। यो कार्ड वर्षभरि नै प्रयोग गरिने हुँदाअर्को पटक सेवा लिन आउँदा पुनः मिति लेखनुपर्दछ।

महलशीर्षक	निर्देशन
ओ.पी. डी. दर्ता नं.	यदि सेवाग्राही सामान्य उपचारको लागि आएको भए दैनिक विरामी रजिस्टरको दर्ता नं. चढाउनुपर्दछ। अर्को पटक नयाँ रोग लागेर आएमा नयाँदर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
सिकायत र निदान	विरामीको सिकायत र समस्या सुनी निजलाई के भएको हो, सो निदान गरी लेख्नुपर्दछ।
उपचार र सल्लाह	विरामीको रोगको निदान (diagnosis) गरिसकेपछि निजलाई दिइएको उपचार, सल्लाहवा प्रेषण आदिको विवरण यस महलअन्तर्गत लेख्नुपर्दछ।
परिवार नियोजनदर्ता नं.	सेवा लिने व्यक्ति परिवार नियोजन सेवालिन आएको भए परिवार नियोजन पछिको खाली ठाउँमा सेवाको नाम लेखीदर्ता नं. लेख्नुपर्दछ। जस्तै : डिपो सेवा लिन आएको भए खाली ठाउँमा डिपो लेखी डिपो सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ। यदि गाउँघर क्लिनिकबाट परिवार नियोजनको सेवादिएको भए ORC लेखी गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको परिवार नियोजन सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
जाँच परीक्षण	परिवार नियोजन सेवा लिन आएको व्यक्तिको रक्तचाप आदि जाँच तथा परीक्षण गरिएको व्यहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
उपचार सल्लाह	परिवार नियोजन सेवा लिन आएको व्यक्तिलाई दिएको उपचार सल्लाह लेख्नुपर्दछ। जस्तै : पिल्स दिएको भएपिल्स साइकल, डिपोको डोज, आई.यु.सी.डी. लगाउँदा दुखाई कम हुने औषधि, आइरन आदि उपचारलगायत अन्य सल्लाह सुझाव दिएको पनि यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
फर्केर आउने मिति	परिवार नियोजन सेवा लिन आउने सेवाग्राही सेवा निरन्तरताको लागि पुनः आउनुपर्ने मिति लेख्नुपर्दछ।
प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा.....दर्ता नं.	सेवालिन व्यक्ति प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा लिन आएको भए प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता पछिको खालीठाउँमा सेवाको नाम लेखी दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ। यदि गाउँघर क्लिनिकबाट प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णताको सेवा दिएको भए ORC लेखी गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
जाँच परीक्षण	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा लिन आएको व्यक्तिको रक्तचाप आदि जाँच तथा परीक्षण गरिएको व्यहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
उपचार सल्लाह	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा लिन आएको व्यक्तिलाई दिएको उपचार सल्लाह लेख्नुपर्दछ।
फर्केर आउने मिति	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा लिन आउने सेवाग्राही सेवा निरन्तरताको लागि पुनः आउनुपर्ने मिति लेख्नुपर्दछ।
सेवाप्रदायकको सही	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता वा परिवार नियोजन सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीले सेवाप्रदान गरेपश्चात् माथि उल्लिखित विवरण कार्डमा भरी सही गर्नुपर्दछ।
कुष्ठरोग सेवादर्ता नं.	यदि सेवाग्राही कुष्ठरोगसम्बन्धी स्वास्थ्य सेवा लिन आएको भए निजको कुष्ठरोग रजिस्टरमा दर्ता भएको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ। अन्य विवरण परिवार नियोजन सेवामा जस्तै भर्नुपर्दछ।

HMIS 1.3: बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर (Out Patient Register)

विभिन्न स्तरका अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, नगर स्वास्थ्य प्रवर्द्धन केन्द्र तथा सामुदायिक स्वास्थ्य इकाईहरूमा प्रत्येक दिन जाँच तथा उपचारका लागि आएका ५ वर्षभन्दा माथिका विरामीहरूको अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ। यसै रजिष्टरबाट स्वास्थ्य संस्थामा आएका विरामीहरूको जात-जाति र लिङ्ग अनुसार प्रतिवेदन तयार गरी विश्लेषण गरिन्छ। स्वास्थ्य संस्थामा उपचारका लागि आएका ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूलाई बहिरङ्ग सेवा प्रदान गर्दा आई.एम्.सी.आई रजिष्टर (HMIS 2.4) मा दर्ता गरी सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ।

रजिष्टरको नमूना :

मिति: ____/____/____ (ग/मा/सा) बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर

क्र.सं.	मूल दर्ता नम्बर	OPD दर्ता नम्बर		सेवाग्राहीको नाम		उमेर	ठेगाना		संभावित क्षयरोगका विरामी हो/ होइन	अनुसन्धान मूलक परीक्षण	सम्भावित निदान (Provisional Diagnosis)	ICD Code	उपचार र सल्लाह	Surgical Procedure (Day Care Surgery)	दि. शुक्र. र. वि. शुक्र. र. से. शुक्र. र. से.	प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम			
		नयाँ	पुरानो	थर	जिल्ला		नगर/गाउँपालिका	वडा नं.									सम्पर्क नम्बर	१०	११
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	
								जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	१	२								
जातिगत आधारमा सेवाग्राही (नयाँ मात्र, महल नं. ६)						पुरानो सेवाग्राहीको जन्म संख्या (महल नं. ४)		संभावित क्षयरोगका विरामी संख्या (महल नं. ११)											
लिङ्ग	दत्त	जनजाती	मधेशी	मुस्लिम	ब्राह्मण/क्षेत्री	अन्य	जम्मा												
महिला																			
पुरुष																			
नि.शुक्र. सेवाको लक्षित समूह कोड (महल नं. १८)																			
		अति गरिव/ गरिव = १		असहाय = २		अपाङ्ग = ३		जेष्ठ नागरिक = ४		म.स्वा.स्व.से = ५		अन्य = ६		जम्मा					
		महिला		पुरुष															

अर्गे तरिका :

मिति : प्रत्येक दिन सुरुमा मिति (गते, महिना र सालमा) लेखी सेवा प्रदान गरेको विवरण भर्नुपर्दछ। सो पानामा विवरण लेख्ने ठाउँ बाँकी भएमा अर्को दिनको मिति लेखी क्रमशः बाँकी ठाउँ नछोडी प्रयोग गर्नुपर्दछ।

महल नं	महल शीर्षक	अर्गे तरिका
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका विरामीको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२	मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिष्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर विरामी पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
३ र ४	O. P. D दर्ता नं. (नयाँ/पुरानो)	विरामी दर्ता गर्दा प्रत्येक आ.व. मा नयाँ दर्ता नम्बर दिई सुरु गर्नुपर्दछ। एउटा रोग लागेर उपचार गराउन आएको विरामी सोही रोगको उपचारका लागि दोहोर्थाई (फलोअप) आएमा पुरानो महलमा पहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ। यदि एक पटकको रोग निको भइसकेको विरामी सोही रोग वा अन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ। रेफर भई आएका सेवाग्राहीहरूका हकमा सोही सेवा भएमा दर्ता नं. नयाँ दिई पुरानाको महलमा Refer in लेख्नुपर्दछ र पुरानो विरामीको रूपमा लिनुपर्दछ।
५	विरामीको नाम, थर	यस महलको माथिल्लो भागमा विरामीको नाम र तल्लो भागमा थर लेख्नुपर्दछ।
६	जाति कोड	सेवालिनने व्यक्तिको जाति यकिन गरी जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ। (जस्तै: ०१,०२,..... ०६)
७ र ८	उमेर	विरामी महिला भए महिलाको महलमा र पुरुष भए पुरुषको महलमा पूरा भएको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ।
९	ठेगाना	विरामी प्रायः बसोबास गरेको जिल्ला, नगर पालिका/गाउँपालिका र वडा नं. र सम्पर्क फोन नं. यस महलका सम्बन्धितमा लेख्नुपर्दछ।
१० – ११	संभावित क्षयरोगका विरामी	उपचार लिनआएको विरामी सम्भावित क्षयरोगको विरामी भए महल १० को कोड नं १ मा र सम्भावित क्षयरोगको विरामी नभएमा महल न ११ को कोड नं २ मा गोलो संकेत गर्नु पर्दछ।

महल नं	महल शीर्षक	अर्ने तरिका
१२	अनुसन्धानमूलक परीक्षण	विरामीको रोगनिदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोगशाला वा अन्य जाँच गरेको व्यहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१३	सम्भावित निदान	यस महलमा स्वास्थ्यकर्मीले निदान गरे अनुसार विरामीलाई लागेको सम्भावित रोगहरूको साथै मुख्य रोगको नाम लेख्नुपर्दछ। (०००००००० ०००००००००००० गर्नुपर्ने)
१४	ICD Code	यस महलमा रोगको Alpha Numeric (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE (ICD-11) कोड) नम्बर लेख्नुपर्दछ।
१५	उपचार र सल्लाह	निदान भएको रोगको उपचारका लागि विरामीलाई दिइएको औषधीको नाम (मात्रा खुल्ने गरी) र विरामीलाई दिएको सल्लाह यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१६	Surgical Procedure (Day Care Surgery)	उपचारको क्रममा गरिएको सानोतिनो सर्जिकल प्रक्रिया यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१७	लैङ्गिक हिंसा	उपचारका लागि आएका सेवाग्राही लैङ्गिक हिंसाबाट पीडित भई आएको भएमा यस महलको कोड १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
१८	निःशुल्क सेवा कोड	अस्पतालहरूमा विरामीले निःशुल्क सेवा पाएको भएमा राष्ट्रिय निःशुल्क स्वास्थ्य सेवा निर्देशिका बमोजिम कुन वर्गमा पर्दछन्, सो हेरी निःशुल्क जनाई कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : १=अतिगरिब र गरिब, २=असहाय, ३=अपाङ्ग, ४=ज्येष्ठ नागरिक (६० वर्षमाथिका), ५=महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, ६=अन्य (खुलाउने)। प्रत्येक पानाको समूह कोडको जम्मा सङ्ख्या त्यस पानाको अन्तिममा वनाएको सङ्क्षिप्त तालिकामा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१९	प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम, गएको संस्थाको नाम	दर्ता गरिएको विरामी यदि प्रेषण भई आएको भए यस महलको माथिल्लो भागमा प्रेषण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ र विरामीलाई प्रेषण गरिएको छ भने तल्लो भागमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ।

प्रत्येक पेजको पुछारमा रहेको जातिगत आधारमा नयाँ सेवाग्राहीहरूको महिला/पुरुष समूह कोड अनुसारको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ। पुरानो सेवाग्राहीको पनि महिला /पुरुष समुह कोडअनुसारको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ। साथै संभावित क्षयरोगका विरामीको महिला पुरुष अनुसारको संख्या र निःशुल्क सेवाको लक्षित समूह कोड अनुसारको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ।

HMIS 1.4: स्थानान्तरण / प्रेषण पुर्जा (Referral/Transfer Slip)

सेवा लिन आउने बिरामी वा सेवाग्राहीहरूलाई तोकिएको सेवा लिन अनुकूल पर्ने गरी अर्को स्वास्थ्य संस्थामा स्थानान्तरण/प्रेषण गर्नुपर्दा यस फारामको प्रयोग गर्नुपर्दछ। सेवा लिन आउने प्रेषण गरिएको संस्थाले आएको व्यक्तिलाई सेवा प्रदान गरी प्रेषण गरी पठाउने संस्थालाई अनिवार्य रूपले फिर्ती जानकारी दिनुपर्नेछ।

पुर्जाको नमुना :

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा								
१. संस्थाको नाम, ठेगाना:		२. सम्पर्क नं.		मिति: ... / ... / २० ...				
३. सेवाग्राहीको नाम, थर:		४. लिङ्ग:		५. उमेर:				
६. ठेगाना: जिल्ला:		नगर/गाउँपालिका:		वडा नं.				
७. लिइरहेको सेवा:		८. सम्पर्क गर्नुपर्ने मिति:		/ / (ग.म.सा.)				
९. अवस्था:	BP	Pulse	Temp	Respiration	Weight (kg)	Height (cm)	MUAC (mm)	Edema on both Feet
१०. उपचार विधि वा रेजिमेन:								
११. प्रयोग भएको औषधी:								
१२. अन्य परिक्षण गर्नपर्ने भए उल्लेख गर्ने:								
१३. स्थानान्तरण/प्रेषण गरिएको कारण:								
१४. अन्य केही भए उल्लेख गर्ने:								
श्री ...								
यस संस्थामा सेवा लिन आएका उपरोक्त विवरण भएका व्यक्तिलाई आवश्यक सेवाका लागि त्यहाँ पठाइएको छ। सम्पर्क गर्न आएपछि फिर्ती जानकारी पठाई दिन हुन अनुरोध छ।								
प्रेषण / स्थानान्तरण गर्नेको नाम:			पद:			सही:		
नोट: सेवा लिन आउने बिरामीहरूसेवाग्राहीहरू तोकिएको सेवा लिन अनुकूल पर्ने गरी स्थानान्तरण प्रेषण गर्नु पर्दा यो फाराम प्रयोग गर्नु पर्दछ।								

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा			
(सेवा दिएको विवरण तथा फिर्ती जानकारी)			
मिति: ... / ... / २० ...			
फिर्ती जानकारी पठाइएको संस्था श्री			
सेवाग्राहीको नाम, थर:			
लिङ्ग:	उमेर:	ठेगाना:	जिल्ला:
नगर/गाउँपालिका:		वडा नं.	
सम्पर्क गर्न आएको मिति: ... / ... / २० ...			
दिइएको सेवा:			
फिर्ती जानकारी दिनेको नाम:			
पद:	सही:	मिति: ... / ... / २० ...	
फिर्ती जानकारी दिने संस्थाको नाम:			
ठेगाना:	जिल्ला:	नगर/गाउँपालिका:	वडा नं.

अर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	अर्ने तरिका
	मिति :	स्थानान्तरण/प्रेषण गरेको मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ।
१	संस्थाको नाम, ठेगाना	हालसम्म सेवा लिइरहेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना स्पष्ट लेख्नुपर्दछ।
२	सम्पर्क नं	स्थानान्तरण/प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ।
३	सेवाग्राहीको नाम, थर	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिने व्यक्तिको नाम, थर लेख्नुपर्दछ।
४	लिङ्ग	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिने व्यक्तिको लिङ्ग लेख्नुपर्दछ।
५	उमेर	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिने व्यक्तिको उमेर पूरा भएको वर्षमा लेख्नुपर्दछ।
६	ठेगाना	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिने व्यक्तिको जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर, गाउँ र टोलसमेत लेख्नुपर्दछ।
७	लिइरहेको सेवा	व्यक्तिलाई स्थानान्तरण/प्रेषण गरी पठाउनुभन्दा अगाडि देखिएका समस्याका सन्दर्भमा के-के सेवा प्रदान गरिएका थिए, सो लेख्नुपर्दछ।
८	सम्पर्क गर्नुपर्ने मिति	स्थानान्तरण गरिने व्यक्तिलाई प्रदान गरिने सेवालाई नियमितता दिन प्रेषण/स्थानान्तरण गरिएको स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्नुपर्ने मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ।

९	विरामीको अवस्था	स्थानान्तरण/प्रेषण गरी पठाइने विरामीको BP, Pulse, Temperature, Respiration, Weight, Height, MUAC, Odema on both feet आदिको विवरण आवश्यकता अनुसार लेख्नुपर्दछ ।
१०	उपचार विधि	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिएको व्यक्तिलाई प्रेषण गर्नुभन्दा अघि कुन विधिबाट उपचार दिइराखिएको थियो, सोबारे लेख्नुपर्दछ ।
११	प्रयोग भएका औषधिहरू	प्रयोग भएको औषधिहरूको नाम तथा परिमाण लेख्नुपर्दछ ।
१२	अन्य परीक्षण गर्नुपर्ने भए उल्लेख गर्ने	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिने व्यक्तिलाई अन्यकुनै परीक्षण समेत गर्नुपर्ने भए परीक्षणको विधि वा प्रकार लेख्नुपर्दछ ।
१३	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिनुको कारण	सेवाग्राहीलाई के कारणले वाकुन सेवाका लागि स्थानान्तरण/प्रेषण गरिएको हो, सो कारण विस्तृत रूपमा यस महलमा खुलाउनुपर्दछ ।
१४	अन्य केही भए उल्लेख गर्ने	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिने व्यक्तिका बारेमा माथि उल्लेख गरिएका विवरणबाहेक अन्य केही उल्लेख गर्नुपर्ने भए यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । श्री को पछाडि खाली रहेको भाग मा स्थानान्तरण/प्रेषण गरिने स्वास्थ्य संस्थाको पूर्ण विवरण भरी तल स्थानान्तरण र प्रेषण गर्नेको नाम, पद र सहीसमेत उल्लेख गर्नुपर्दछ । <i>पुर्जाको अर्धकट्टीभाग (सेवा दिएको विवरण तथा फिर्ती जानकारी)</i>
	फिर्ती जानकारी पठाइएको संस्था	स्थानान्तरण/प्रेषण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना (जिल्ला, महानगर/ उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर) लेख्नुपर्दछ ।
	सेवाग्राहीको नाम थर, लिङ्ग, उमेर, ठेगाना	सेवालिनै व्यक्तिको नाम, थर, उमेर, लिङ्ग र पूरा ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
	सम्पर्क गर्न आएको मिति	स्थानान्तरण/प्रेषण भई स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्न आएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	दिइएको सेवा	स्थानान्तरण/प्रेषण भई आएको स्वास्थ्य संस्थाले दिएको सेवाको विवरण लेख्नुपर्दछ ।
	फिर्ती जानकारी दिनेको विवरण	फिर्ती जानकारी दिने व्यक्तिले नाम, पद र मिति खुलाई सहीसमेत गर्नुपर्दछ ।
	फिर्ती जानकारी दिने संस्थाको नाम र ठेगाना	फिर्ती जानकारी दिने संस्थाको नाम, ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 1.5: डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (Defaulter/Discontinuation Tracing Slip)

नियमितरूपमा स्वास्थ्य सेवा वा उपचार लिइरहेका बिरामीहरूले बीचमा नै सेवा वा उपचार छोडी सेवालिन नआएमा (डिफल्टर/अनियमित भएमा) अनुगमन गर्न यस पुर्जाको प्रयोग गरिन्छ। लगातार सेवा लिनुपर्ने व्यक्ति आउनुपर्ने मितिमा नआएमा सोको कारण पत्तालगाई नियमित सेवालिनउत्प्रेरित गर्न स्वास्थ्य संस्थाहरूले सेवाको नियमितताको लागि आफूअन्तर्गतका स्वास्थ्यकर्मी वा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई यो पुर्जा भरी पठाउनु पर्दछ।

पुर्जाको नमुना :

HMIS 1.5: Loss to Follow Up/ Discontinuation Tracing Slip

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली				
... स्वास्थ्य संस्था ... नगर/गाउँपालिका, ... जिल्ला				
डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा				
श्री				
मिम्न व्यक्तिको अनुगमन गरी नियमित सेवा लिन उत्प्रेरित गर्नुभई प्रतिवेदन दिनुहोस्।				
१. नाम, थर		लिंग	उमेर	
२. ठेगाना	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	गाउँ/टोल
३. सम्पर्क नं.	४. घरमूलीको नाम			
५. लिइरहेको सेवा	६. सेवा लिन आउनुपर्ने मिति			
७. अनुगमन गर्ने समाउने व्यक्तिको	नाम, थर	पद	सही र मिति	
(डिफल्टर/अनियमितता खोज गर्ने व्यक्तिले भर्ने)				
श्री				
सम्पर्क गरेको मिति	डिफल्टर/अनियमित हुनुको कारण			
अनुगमन गर्नेको	नाम, थर	पद	सही र मिति	
नोट: सबै प्रकारको नियमित सेवा लिन आउनुपर्ने बिरामीहरू/सेवाग्राहीहरू तोकिएको समयमा सेवा लिन नआएमा अनुगमन गर्ने यो फारम प्रयोग गर्न पर्दछ।				

भर्ने तरिका :

महल शीर्षक	भर्ने तरिका
स्वास्थ्य संस्थाको नाम:	सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ।
नगर/गाउँपालिका	सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था रहेको पालिकाको नाम लेख्नुपर्दछ।
जिल्ला:	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ। श्री को पछ्याडि खाली रहेको भाग मा अनुगमन गर्ने व्यक्तिको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ।
नाम, थर, लिङ्ग र उमेर:	डिफल्टर/अनियमित भएको व्यक्तिको नाम, थर, उमेर र लिङ्ग सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ।
ठेगाना:	डिफल्टर/अनियमित भएको व्यक्तिको पूरा ठेगाना जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर, गाउँ र टोलसमेत लेख्नुपर्दछ।
सम्पर्क नं.:	अनुगमन गरिनुपर्ने व्यक्तिको सम्पर्क फोन नं. लेख्नुपर्दछ।
घरमूलीको नाम, थर:	डिफल्टर भएको व्यक्तिको घरमूली/अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ।
लिइरहेको सेवा:	डिफल्टर भएको बिरामी/सेवाग्राहीले लिइरहेको सेवाको नाम लेख्नुपर्दछ।
सेवा लिन आउनुपर्ने मिति:	डिफल्टर भएको व्यक्ति नियमित सेवा लिनको लागि कहिले आउनुपर्ने थियो, सो मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ।

अनुगमन गर्न लगाउने व्यक्तिको नाम, पद र मिति:	अनुगमन गर्न लगाउने व्यक्तिले आफ्नो नाम, पद र मिति लेखि सही गर्नुपर्दछ ।
अनुगमन गर्न गएको व्यक्तिले भर्ने	श्रीको पछाडि खाली रहेको भागमा अनुगमन गर्न लगाउने संस्था वा व्यक्तिको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क गरेको मिति:	डिफल्टर अनुगमन गर्ने व्यक्तिले डिफल्टर भएको व्यक्तिसँग सम्पर्क गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
डिफल्टर हुनुको कारण:	सेवा लिन नआउनुको कारण पत्तालगाई सोको व्यहोरा लेख्नुपर्दछ ।
अनुगमन गर्नेको नाम थर, पद, मिति र सही:	अनुगमन गर्ने व्यक्तिको नाम, थर, पद, मिति लेखी सही गर्नुपर्दछ । नोट: यदि सेवा लिन आउनुपर्ने व्यक्तिपुनः सेवाको लागि नआउने यकिन भएमा सम्बन्धित अभिलेखमा नआउनुको कारण जनाउनुपर्दछ ।

HMIS 1.6: समायोजन फाराम (Tally Sheet)

स्वास्थ्य संस्थाबाट दिइएका सेवाहरूको विवरण समायोजन गर्न (एकमुष्ट निकाल्न) यस फारामको प्रयोग गरिन्छ । विभिन्नसेवा रजिस्टर, कार्ड, फारामहरूमा छरिएर रहेका अभिलेखहरूलाई सरल तथा व्यवस्थित तरिकाले समायोजन गरी प्रतिवेदन तयार पार्न यस फारामको आवश्यकता परेको हो ।

फारामको नमूना:

HMIS 1.6: Tally Sheet

समायोजन फाराम

सि.नं.	सूचक/ कार्यक्रम											

गर्नेतरिका:

समायोजन फारामको बायाँतिर स्वास्थ्य संस्था क्लिनिकको नाम र दायाँतिर सञ्चालित कार्यक्रमहरू लेखनुपर्दछ । समायोजन गर्दा जुन संस्थाका सेवाहरूको समायोजन गर्न लागिएको हो, तिनको क्रमसङ्ख्या र नाम लेखी दायाँतिर समायोजन गर्न लागिएका सेवाको नाम लेखी सो मुनि दिइएको सेवा सङ्ख्या अङ्कमा वा (I) धर्सो तानी जनाउनुपर्दछ ।

HMIS 1.7: मासिक अनुगमन पुस्तिका- आधारभूत स्वास्थ्य संस्था (Monthly Monitoring Worksheet- Basic Health Facility)

यस मासिक अनुगमन पुस्तिका आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरूले आफ्नो संस्थाको सामान्य जानकारीहरूको अभिलेख राख्नका साथै मुख्य स्वास्थ्य सूचकहरूको मासिक प्रगति अनुगमन गर्न प्रयोग गर्नुपर्दछ । यो पुस्तिका प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा राख्नुपर्छ र मासिक रूपमा अद्यावधिक गरिनुपर्दछ । यद्यपि अपरिवर्तनीय सुचना वा जानकारी जस्तै लक्षित जनसंख्या वर्षमा एक पटक अद्यावधिक हुनुपर्दछ र मानव संसाधन र अन्य कर्मचारी विवरणहरू त्रैमासिक रूपमा अद्यावधिक हुनुपर्दछ ।

पुस्तिकाको नमूना:

आगन्तुक तथा सुपरिवेक्षकहरूको मन्तव्य

मिति	सुपरिवेक्षकको नाम, पद, कार्यालय	सुपरिवेक्षण वाट देखिएका मुख्य वृद्धाहरू	सुझाव	दस्तखत

कार्यक्षेत्रको (Catchment Area) को नक्सा

लक्षित जनसंख्या

लक्षित जनसंख्या २०७९/८०														
जम्मा जनसंख्या	१ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	२ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	३ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	६ देखि ५९ महिलाको बच्चा संख्या	१२ देखि ५९ महिलाको बच्चा संख्या	५ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको महिलाहरूको संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको विवाहित महिलाहरू	अनुमानित गर्भपति संख्या	अनुमानित जौपित जन्म	१० देखि १९ वर्षका किशोर किशोरी संख्या	अनुमानित क्षयरोगका PBC बिरामी	औलो प्रभावित जनसंख्या	

मानव संसाधन

स्वीकृत दरबन्दीमा कार्यरत कर्मचारीहरूको स्थिति

पद	श्रेणी/तह	स्वीकृत दरबन्दी संख्या	प्रथम चौमासिक		दोस्रो चौमासिक		तेस्रो चौमासिक		कैफियत
			पदपूर्ति	रिक्त	पदपूर्ति	रिक्त	पदपूर्ति	रिक्त	
मे.अ.									
हे.अ./सि.अ.हे.ब.									
स्टाफ नर्स									
अ.हे.ब.									
अ.न.मी.									
ल्या.अ.									
का.स.									
स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत अन्य कर्मचारीहरूको स्थिति (करार, स्थानिय श्रोत, अन्य श्रोत)									
१									
२									
३									
४									
५									

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

स्वास्थ्य संस्था को नाम:

स्वास्थ्य कार्यक्रम र सेवाहरूको मासिक अनुगमन पुस्तिका (Monthly Monitoring Sheet)

क्र.सं.	पुस्तक संख्या	वृत्त	संख्या		सेवा प्राप्तको महिना												प्रति प्रतिशत...			
			वार्षिक	मासिक	जनवरी	फरवरी	मार्च	अप्रिल	मई	जुन	जुल	अगस्त	सेप्टे	अक्टो	नोभे	डिसे				
१	Reporting Status	स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा प्राप्तहरूको जम्मा संख्या (वर्ग, पर पट्टा)																		
२		स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा प्राप्तको जेट मासिक (१० वर्ष भन्दा माथिका) हरूको जम्मा संख्या																		
३	खोप कार्यक्रम:	डि.पि.टि. खोप प्राप्तको वास्तविकता संख्या																		
४		डि.पि.टि.- हेप बी- हेप पहिलो मात्रा खोप प्राप्तको वास्तविकता संख्या																		
५		डि.पि.टि.- हेप बी- हेप तेस्रो मात्रा खोप प्राप्तको वास्तविकता संख्या																		
६		पेरिलियो (OPV) तेस्रो मात्रा खोप प्राप्तको संख्या																		
७		पि.पि.पि. (Pneumonia Conjugate Vaccine) तेस्रो मात्रा खोप प्राप्तको वास्तविकता संख्या																		
८		पेरिलियो (IPV) खोप प्राप्तको वास्तविकता संख्या																		
९		दार्पण- रुकेता पहिलो मात्रा (९ महिना) खोप प्राप्तको वास्तविकता संख्या																		
१०		जे.ई. खोप प्राप्तको संख्या																		
११		HPV खोप प्राप्तको संख्या																		
१२		TCV खोप प्राप्तको संख्या																		
१३	EB-IMNCI कार्यक्रम:	२ महिना सम्मका विरामी निगुहको संख्या (स्वास्थ्य																		

स्वास्थ्य संस्थाको बित्तिय अबस्था

मिति	बिबरण	अम्दानी	खर्च	बाँकी	कैफियत	मिति	बिबरण	अम्दानी	खर्च	बाँकी	कैफियत

कर्मचारी बिबरण

कर्मचारीको नाम	पद	कार्यालयमा हाजिर, काजमा खटिएको तथा बिदा लिएको दिन											
		प्रगम चौमासिक			दोश्रो चौमासिक			तेश्रो चौमासिक			बार्षिक		
		हाजिर	काज	बिदा	हाजिर	काज	बिदा	हाजिर	काज	बिदा	हाजिर	काज	बिदा

मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरूको नामावली	छलफलका विषयहरू	निर्णय
श्रावण				
भाद्र				

HMIS 1.8: मासिक अनुगमन पुस्तिका-अस्पताल (Monthly Monitoring Worksheet- Hospital)

यस मासिक अनुगमन पुस्तिका अस्पतालहरूले आफ्नो संस्थाको सामान्य जानकारीहरूको अभिलेख राख्नका साथै मुख्य स्वास्थ्य सूचकहरूको मासिक प्रगति अनुगमन गर्न प्रयोग गर्नुपर्दछ। यो पुस्तिका प्रत्येक अस्पतालमा राख्नुपर्छ र मासिक रूपमा अद्यावधिक गरिनुपर्दछ। यद्यपि अपरिवर्तनीय सुचना वा जानकारी जस्तै लक्षित जनसंख्या वर्षमा एक पटक अद्यावधिक हुनुपर्दछ र मानव संसाधन र अन्य कर्मचारी विवरणहरू त्रैमासिकरूपमा अद्यावधिक हुनुपर्दछ।

पुस्तिकाको नमूना:

आगन्तुक तथा सुपरिवेक्षकहरूको मन्तव्य

मिति	सुपरिवेक्षकको नाम, पद, कार्यालय	सुपरिवेक्षण वाट देखिएका मुख्य वृदाहरू	सुझाव	दस्तखत

कार्यक्षेत्रको (Catchment Area) को नक्सा

लक्षित जनसंख्या

लक्षित जनसंख्या २०७९/८०														
जन्मा जनसंख्या	१ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	२ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	३ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	६ देखि ५९ महिनाको बच्चा संख्या	१२ देखि ५९ महिनाको बच्चा संख्या	५ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको महिलाहरूको संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको विवाहित महिलाहरू	अनुमानित गर्भवति संख्या	अनुमानित जीवित जन्म	१० देखि १९ वर्षका किशोर किशोरी संख्या	अनुमानित क्षयरोगका PBC बिरामी	औलो प्रमायित जनसंख्या	

स्वास्थ्य संस्थाको वित्तिय अबस्था

मिति	बिबरण	अम्दानी	खर्च	बाँकी	कैफियत	मिति	बिबरण	अम्दानी	खर्च	बाँकी	कैफियत

कर्मचारी बिबरण

कर्मचारीको नाम	पद	कार्यालयमा हाजिर, काजमा खटिएको तथा बिदा लिएको दिन															
		प्रगम चौमासिक			दोश्रो चौमासिक			तेश्रो चौमासिक			बार्षिक						
		हाजिर	काज	बिदा	हाजिर	काज	बिदा	हाजिर	काज	बिदा	हाजिर	काज	बिदा				

मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरुको नामावली	छलफलका बिषयहरु	निर्णय
श्रावण				
भाद्र				



२. नवशिशु तथा बाल स्वास्थ्य

2. Infant and Child Health

HMIS २.१: बाल स्वास्थ्य कार्ड

HMIS २.२: खोप रजिष्टर

HsMIS २.३: पोषण रजिष्टर

HMIS २.४: नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर

HMIS २.५: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड

HMIS २.६: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर

HMIS २.७: मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर

HMIS २.८: पोषण पुनर्स्थापना गृह रजिष्टर

HMIS 2.1: बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card)

पाँच वर्षभन्तिका बच्चाहरूलाई प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवा, जस्तै: खोप, श्वास-प्रश्वास, भाडापखाला, पोषण स्थितिको नियमित अनुगमन, जुकाको औषधि, भिटामिन ए र बालभिट्टा वितरण आदिको नियमितता, समयबद्धता समय-समयमा हुनुपर्ने अनुगमन र बच्चाको स्वास्थ्य अवस्था अभिभावक र स्वास्थ्यकार्यकर्ताले थाहा पाउन यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ। यो कार्ड सम्बन्धित बच्चाका अभिभावकलाई उपलब्ध गराउनुपर्दछ। यो कार्ड हरेक पटक स्वास्थ्य सेवा तथा उपचार लिनआउँदा साथै लिई आउन र पछिसम्म सुरक्षित राख्नका लागि अभिभावकलाई सल्लाह दिनुपर्दछ।

कार्डको नमूना :

खोप पत्रबाट भएका अभावित घटना (ए.ई.एफ.आई.) को विवरण			
खोपको नाम	तिरिएको मिति	मूल्य रक्कम	कैफियत
अभियानमा लगाएको खोपको विवरण			
खोपको नाम	तिरिएको मिति (ग/म/सा)		
अभियानमा वर्षको २ पटक भिटामिन ए क्यापसुल र जुकाको औषधी खुवाएको विवरण			
पटक	खुवाएको मिति	पटक	खुवाएको मिति
पहिलो	दोश्रो	तेस्रो	चौथो
सातौं	आठौं	नवौं	दशौं
नोट: बच्चा ६ महिना पुग्ने बित्तिकै भिटामिन ए खुवाऔं			
बच्चाको स्तनपान बारे जानकारी			
शिशुलाई अन्नको १ घण्टा भित्र दन्नु/पुनः रोक्ने			
बच्चाको उमेर	१ महिना	२ महिना	३ महिना
बच्चाको अन्नको दुध मात्र खुवाएको			
बच्चाको अन्नको दुधको साथै सेपिको कम्म खुवाउनु हुन नरोक्ने			
बालभिट्टा खुवाएको मिति (ग/म/सा)			
पहिलो			
शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण सम्बन्धी विवरण			
बच्चाको उमेर			
महिनामा			

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

मूल दर्ता नं. _____ गाउँघर क्विचनिक दर्ता नं. _____
 खोप सेवा दर्ता नं. _____ पोषण सेवा दर्ता नं. _____
 नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा दर्ता नं. _____

बच्चाको नाम थर: _____ लिंग: महिला / पुरुष
 जन्म मिति: _____ (ग/म/सा) जन्मदाको तौल: _____ ग्राम
 आमाको नाम: _____ बुबाको नाम: _____
 ठेगाना: जिल्ला: _____ न.पा. / गा.पा. _____ वार्ड नं. _____
 गाउँ/टोल: _____ स्वास्थ्य संस्थाको नाम: _____
 स्वास्थ्यकर्मीको नाम: _____ सम्पर्क नं. _____
 कार्ड जारी गरेको मिति: _____ (ग/म/सा)

नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन			
स्वास्थ्य समस्या	मिति	व्यवस्थापन	कैफियत

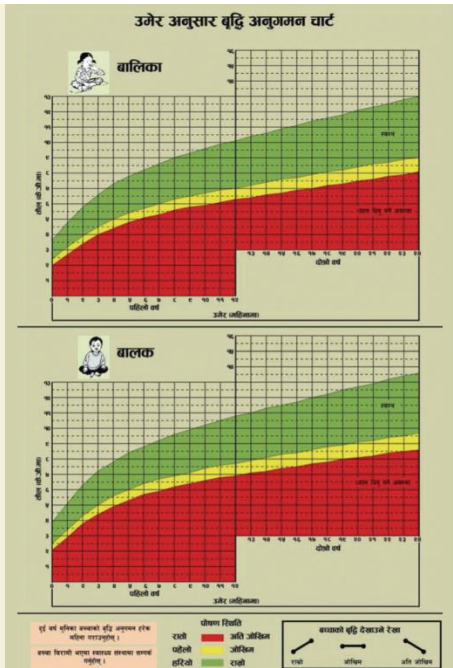
यो कार्ड सुरक्षित राख्नु होला र हरेक पटक बच्चाको स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्न आउँदा यो कार्ड लिन ल्याउनु होला।

खोप लगाएको विवरण	खोप लगाउने मिति (ग/म/सा)					
	१४ महिना	१५ महिना	१६ महिना	१७ महिना	१८ महिना	१९ महिना

अर्को पटक खोप लगाउन आउने मिति (ग/म/सा)

१ _____ २ _____ ३ _____
 ४ _____ ५ _____ ६ _____

खोपको पूरा मात्रा लगाएको प्रमाणित गर्ने
 स्वास्थ्यकर्मीको नाम: _____ रचना/मिति: _____



कार्डभर्ने तरिका:

महल शीर्षक	भर्ने तरिका
मूल दर्ता नं	मूलदर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकमा सेवा प्रदानगर्दा दर्ता गरेको गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
खोप सेवादर्ता नं.	खोप सेवा रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि सेवाग्राही बच्चाले अन्य (सरकारी वा गैह्र सरकारी) संस्थाबाट जारी भएको बाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS2.1) लिइ आएमा पहिले लेखिएको खोप सेवा दर्ता नं. पछाडी धर्को (/) लगाई नयाँ दर्ता नं. (हाल सेवा दिने संस्थाको रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको नं.) लेख्नुपर्दछ । यदि निर्दिष्ट ढाँचाको कार्ड नभएमा सेवाग्राहीलाई नयाँ बाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS2.1) जारी गरी पहिलेको कार्डबाट यसभन्दा पहिले लगाएको खोपको विवरण नयाँ कार्डमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।
पोषण सेवादर्ता नं.	पोषण सेवा रजिस्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकमा पोषण सेवाका लागि दर्ता गरेको भए ORC लेखी गाउँघर क्लिनिकको पोषण सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन सेवादर्ता नं.	नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन (IMNCI) सेवा रजिष्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
बच्चाको नाम, थर	सेवा लिन आएको बच्चाको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।
लिङ्ग	बच्चा महिला भए महिलामा र पुरुष भए पुरुषमा चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
जन्म मिति	बच्चा जन्मेको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ । बच्चा जन्मेको मिति भन्न नसके महत्वपूर्ण घटनासँग जोडी जन्म मिति पत्ता लगाई लेख्नुपर्दछ ।
जन्मदाको तौल (ग्राममा)	बच्चा जन्मदाको तौल ग्राममा लेख्नु पर्दछ । यदि जन्मदाको तौल थाहा नभएमा यस महलमा - चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
आमाको नाम	बच्चाको आमाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
बाबुको नाम	बच्चाको बाबुको नाम लेख्नुपर्दछ ।
ठेगाना	हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको* जिल्ला, नगर वा गाउँपालिका को वडा नम्बर र गाउँ/टोल (यदि घर नं. भएमा सो समेत खुल्ने गरी) लेख्नुपर्दछ । *हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको भन्नाले कम्तीमा ६ महिनादेखि बसिरहेको वा त्यहीँ बसोबास गर्ने मनसायले बसिरहेको भन्ने बुझ्नु पर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	कार्ड जारी गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
स्वास्थ्यकर्मीको नाम	कार्ड जारी गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं	कार्ड जारी गर्ने स्वास्थ्य संस्थावा स्वास्थ्यकर्मीको सम्पर्क नं लेख्नुपर्दछ ।
कार्ड जारी गरेको मिति	कार्ड वितरण गरेको मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ ।
नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन	नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन सम्बन्धी सेवा दिईएको भएमा बच्चाको स्वास्थ्य समस्या, सेवा प्रदान गरेको मिति, उपचार व्यवस्थापन तथा उपचार सल्लाहको विवरण सम्बन्धित उमेरको सम्बन्धित महलमा खुलाउनुपर्दछ ।
खोप लगाएको विवरण	बच्चालाई खोप कार्डमा उल्लेख भएको कमानुसार खोप दिने र प्रत्येक खोप दिए पछि सम्बन्धित खोपको महलमा खोप दिएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । बच्चाले यसभन्दा पहिलेका खोप अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट लिएको भए सोको विवरण यस कार्डबाट खोप रजिस्टरको सम्बन्धित खोपको महलमा खोप सेवाप्रदान गर्ने संस्थाको नाम जनाउनुपर्दछ ।
अर्को पटक खोप लगाउन आउने मिति	यस पटकको खोप सेवाप्रदान गरी सकेपछि खोप सेवा लिन अर्को पटक सेवाग्राही कहिले आउनु पर्ने हो एकीन गरी सो मिति क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।

महल शीर्षक	भर्ने तरिका
खोपको पूरा मात्रा लगाएको प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, दस्तखत र मिति	पूर्णखोप भन्नाले १५ महिना सम्मका बच्चाले लगाउनुपर्ने सम्पूर्ण खोपहरू (बी.सी.जी. १ मात्रा, डी.पी.टी.-हेप.बी.-हिब, पोलियो र पी.सी.भी. ३३ मात्रा, एफ.आई.पि.भिर रोटा खोप २१२ मात्रा, जे.ई. १ मात्रा र दादुरा-रुवेला २ मात्रा) पूरा भएपछिलाई जनाउँछ । यदि कुनै बच्चाले जे.ई र दादुरा रुवेलाको दोश्रो मात्रा १५ महिना पछाडी २३ महिनाभित्र पूरा गरेमा अन्तिम खोप लगाएको मितिलाई नै खोप पूरा गरेको मिति मान्नु पर्दछ । सोही अनुरूप पूर्णखोप लगाएको यकिन गरी प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम र मिति लेखी दस्तखत समेत गर्नुपर्दछ ।
उमेर अनुसार वृद्धि अनुगमन	
	यस कार्डमा समावेश गरिएको रेखाचित्रमा माथिल्लो खण्डमा बालिका र तल्लो खण्डमा बालकको उमेरअनुसारको तौल वृद्धिको अभिलेख राखिन्छ । जन्मेको पहिलो महिना देखि २ वर्ष (२३ महिना) सम्म हरेक महिनामा बच्चाको तौल लिई उमेरअनुसारको तौलको सम्बन्धित कोठामा जनाउनुपर्दछ । बच्चा दोहोरिएर सेवा लिन आउँदाप्रत्येक पटकको उमेरअनुसारको तौल रेखा चित्रमा जनाई अधिल्लो पटकको तौलको विन्दुसँग जोड्नुपर्दछ । बच्चाको पोषण स्थिति कार्डमा देखाएअनुसार सामान्य, जोखिम वा अति जोखिम – कुन अवस्थामा छ, तदनुसार आमालाई सल्लाह दिनुपर्दछ । पोषण रजिस्टरमा यस ब्यहोराको विवरण निम्नअनुसार अभिलेख गर्नुपर्दछ : १, हरियो- सामान्य २, पहेँलो- जोखिम ३, रातो- अति जोखिम
खोपपश्चात् भएका अवाञ्छित घटना ("AEFI")	खोप लगाएपछि बच्चामा कुनै प्रकारको अवाञ्छित घटना हुनगएमा सोको विवरणको महलहरूमा लिएको खोपको नाम, मिति, देखिएका मुख्य लक्षण र गरिएको व्यवस्थापन लेख्नुपर्दछ । अवाञ्छित घटना देखिएका बाल-बालिकाहरूको विस्तृत विवरण छुट्टै फाराममा भरी सम्बन्धित स्थानमा पठाउनुपर्दछ ।
अभियानमा लगाएको खोपको विवरण	खोप अभियानमा लगाइएको खोपको विवरण जुनमहिना र जुनखोप दिएको हो सो को मिति समेत खुल्ने गरी सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
अभियानमा भिटामिन ए क्याप्सुल र जुकाको औषधी खुवाएको विवरण	
भिटामिन ए क्याप्सुल र जुकाको औषधी खुवाएको विवरण	६ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बालबालिकालाई भिटामिन ए र १२ देखि ५९ महिनासम्मका बालबालिकाहरूलाई जुकाको औषधी हरेक ६/६ महिनाको फरकको अभियानमा खुवाएको प्रत्येक पटकको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । (अभियान सञ्चालन भएकै समयमा भिटामिन ए र जुकाको औषधी वितरण गरेको मिति म.स्वा.स्व.से. बाट यस कार्डमा अद्यावधिक गराउनुपर्दछ । स्वास्थ्यकर्मीले सेवाप्रदान गर्ने क्रममा समेत अभिभावकलाई सोधी यो विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।)
स्तनपानबारे जानकारी	
जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान सुरु गरेको	शिशुलाई जन्मेको १ घण्टाभित्र स्तनपान गराए/नगराएको पहिलो भेटमा सोधी गराएको भए (✓) चिन्ह र नगराएको भए (X) चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
बच्चालाई आमाको दूध मात्र खुवाएको	शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको/नगराएको हरेक महिनाको भेटमा सोधी जुन महिनासम्म आमाको दूध मात्र खुवाएको हो, सोही महिनाका महलमा (✓) चिन्ह लगाउनुपर्दछ र बच्चालाई आमाको दूधका साथै अन्य खानेकुरा पनि खुवाएको भए जुन महिनादेखि अन्य खानेकुरा खुवाउन सुरु गरेको हो, सोही महिनादेखिका महिनामा (X) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
बच्चालाई आमाको दूधका साथै पोसिलो खाना खुवाउन सुरु गरेको	शिशुलाई आमाको दूधका साथै पूरक खाना खुवाउन सुरु गरेको छ/छैन सोधी यदि सुरु गरेको छ भने ६ महिनाभन्दा अघि, ६ महिनामा वा ६ महिनाभन्दा पछि कहिले सुरु गरेको हो, सम्बन्धित महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
बालभिटामिन वितरण गरेको मिति:	
पहिलो, दोश्रो, तेस्रो	६ महिनादेखि २३ महिनासम्मको बालबालिकालाई ६-११ महिना उमेर समुहमा पहिलो पटक, १२-१७ महिना उमेर समुहमा दोस्रो पटक, १८-२३ महिना उमेर समुहमा तेस्रो पटक गरी जम्मा ३ पटक प्रत्येक पटकमा ६० दिनलाई पुग्ने गरी बालभिटामिन वितरण गरिन्छ । बालभिटामिन वितरण गरेको प्रत्येक पटकको मिति (गते, महिना, साल) पहिलो भए पहिलो कोठामा, दोस्रो भए दोस्रो कोठामा र तेस्रो भए तेस्रो कोठामा लेख्नुपर्दछ ।

शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण सम्बन्धी विवरण	
बच्चाको उमेर महिनामा (६-८ महिना, ९-११ महिना, १२-२३ महिना)	पोषण सेवाका लागि आएका ६ देखि २३ महिनासम्मका बालबालिका हरूलाई ६ देखि ८ महिना, ९ देखि ११ महिना र १२ देखि २३ महिना उमेर समूहमा प्रत्येक उमेर समूहको पहिलो भेटमा १ पटक सोधी पछिल्लो २४ घण्टामा खुवाइएको खानाको प्रकार र पटक यकिन गरी खानाको प्रकार र उमेर समूहको सम्बन्धित महलमा पटक (१, २, ३) लेख्नुपर्दछ । उमेरअनुसार आवश्यक पर्ने खानाको पटक, प्रकार, मात्रा (परिमाण) खुवाइएको छ/छैन, सो समेत यकिन गरी परामर्श दिनुपर्दछ ।

HMIS 2.2: खोप रजिष्टर (Immunization Register)

खोप सेसन सञ्चालन हुने स्थान, र संचालन अवस्था, सरसफाई प्रवर्द्धन सेसनमा सहभागी संख्या, भ्याक्सिन प्राप्त र खर्च, शत-प्रतिशत बच्चाहरूले पूर्ण खोप लगाएको यकिन गर्न तथा गर्भवती महिलाहरूलाई खोप लगाएको यकिन गर्न, अभियानमा खोप दिएको र खोप लगाएपश्चात् हुने अवाञ्छित घटनाको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। खोप सेवा प्रदान गर्दा पहिलो पटक बच्चा तथा गर्भवती महिलालाई दर्ता गरिसकेपछि, सेवाग्राहीलाई दिइएका सबै खोपको विवरण यस रजिष्टरमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ। सो बच्चा वा गर्भवती महिलाको नाम अर्को आ.व.को रजिष्टरमा सार्नु हुँदैन।

यस रजिष्टरमा खोप सेसन सञ्चालन र सरसफाई सेसनमा सहभागि संख्या, भ्याक्सिन प्राप्त तथा खर्चको विवरण, बाल-बालिकाको खोप लगाएको विवरण, २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण, आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्र बाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण, गर्भवती महिलालाई टी.डी. खोप दिएको विवरण, खोप अभियान प्रगति समायोजन र खोप पश्चात् हुने अवाञ्छित घटनाको अभिलेख गरी जम्मा ८ भाग रहेका छन्।

- २.२१ खोप तथा सरसफाई सेसन संचालनविवरण
- २.२२ भ्याक्सिन प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता भएको विवरण (डोजमा)
- २.२३_१: खोप सेवाको विवरण
- २.२३_२: नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण
- २.२३_३: २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोपशुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण
- २.२४ टि.डी खोप सेवाको अभिलेख विवरण
- २.२५ खोप अभियान तथा महामारी पश्चात संचालन भएको खोप अभियानको प्रगति समायोजन विवरण
- २.२६ खोपपश्चात् हुने अवाञ्छित घटना (Adverse Events Following Immunization)

खोप पाएका व्यक्तिको जम्मा सङ्ख्या निकाल्नका लागि बच्चा वा गर्भवती महिलाको कार्डमा विवरण अद्यावधिक गर्ने बित्तिकै प्रत्येक सेवाग्राहीको सङ्ख्या समायोजन फाराममा ट्याली (tally) जति जना सेवा लिन आएका हुन सोहि संख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ। यसैका आधारमा खोप सेवा HMIS 9.2 र HMIS 9.3/9.4/9.5 को प्रतिवेदन फारामको खोप सेवा पाएकाहरूको जम्मा सङ्ख्याको महलमा सो उतार गर्नुपर्दछ।

नगर/गाउँपालिकाभित्रको स्वास्थ्य संस्थाहरूले आफ्नो कार्यक्षेत्र भित्रको खोप सेवा प्रदानगर्दा वडाको जनसंख्याको आधारमा खोप केन्द्रको लक्ष निर्धारण गरि अभिलेख पनि खोपकेन्द्र अनुसार नै छुट्टाछुट्टै पानामा राख्नुपर्दछ। अस्पताल तथा संस्थागत क्लिनिकले आफ्नो पालिकाभित्रको वडा अनुसार छुट्टै अभिलेख राख्नु पर्दछ।

नोट: २४ महिना देखि ५९ महिना सम्ममा खोप शुरु गर्ने नयां बच्चा (missed opportunity delay schedule) र आफ्नो कार्यक्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट खोप सेवा लिन आएका बालबालिकाको खोप सेवाको विवरण तोकिएको छुट्टै पानामा राख्नु पर्दछ।

रजिस्टरको नमुना :

२.२१ खोप सेसन सञ्चालन

HMIS 2.21

खोप तथा सरसफाई सेसन सञ्चालन विवरण																
खोप केन्द्रको नाम	खोप सेसन सञ्चालन हुने			सेसन सञ्चालन भएको												
	गते/वार	समय		आवण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जम्मा
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७
	सरसफाई सेसनमा सहभागि (संख्या)															

२.२२: भ्याक्सिन प्राप्त तथा खर्च विवरण (भायलमा)

भ्याक्सिन प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता भएको विवरण (भायलमा)

खोप	प्राप्त, खर्च र फिर्ता विवरण			४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	केफियत
	१	२	३													
वि.सि.जी. (BCG)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
रोटा (Rota)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
पोलियो (bOPV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
एफ.आई.पि.भी. (HIV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
पि.सि.भि. (PCV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
डि.पि.टी. / हेप वि/ हिब (DPT-HepB-Hib)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
दादुरा-रुबेला (Measles-Rubella)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
जे.ई. (JE)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
टाईफाइड (TCV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
टी.डी. (TD)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														
एच.पि.भि. (HPV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको														
	फिर्ता भायल	अन्य कारणले बिग्रेको														

२.२३_१ खोप सेवाको विवरण

खोप सेवाको विवरण

वडा नं. खोप केन्द्रको नाम

सेवा दर्ता नं.	बच्चाको		जाति कोड	लिंग	आमा/बुबाको नाम, धर	गाउँ/टोल	सम्पर्कको नं.	जन्म मिति	खोप केन्द्रको नाम																																																																																										
	नाम	धर							रि.सि.जी. (BCG)					पोलियो (bOPV)					एफ.आई.पि.भी. (IPV)					पि.सि.सि. (PCV)					डि.पि.टी./डि.पि.सि/डि.पि.सि. (DPT-HepB-Hib)					दादुर-रबेला (MR)					जे.ई. (JE)					टाईफाइड (TCV)					एच.पि.सि. (HPV)					कैफियत																																													
									१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५																																																			
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०	४१	४२	४३	४४	४५	४६	४७	४८	४९	५०	५१	५२	५३	५४	५५	५६	५७	५८	५९	६०	६१	६२	६३	६४	६५	६६	६७	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७	८८	८९	९०	९१	९२	९३	९४	९५	९६	९७	९८	९९	१००

२.२३_२: नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरुको खोप सेवाको विवरण

नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरुको खोप सेवाको विवरण

वडा नं. खोप केन्द्रको नाम

सेवा दर्ता नं.	बच्चाको		जाति कोड	लिंग	आमा/बुबाको नाम, धर	गाउँ/टोल	सम्पर्कको नं.	जन्म मिति	खोप केन्द्रको नाम																																																																																										
	नाम	धर							रि.सि.जी. (BCG)					पोलियो (bOPV)					एफ.आई.पि.भी. (IPV)					पि.सि.सि. (PCV)					डि.पि.टी./डि.पि.सि/डि.पि.सि. (DPT-HepB-Hib)					दादुर-रबेला (MR)					जे.ई. (JE)					टाईफाइड (TCV)					एच.पि.सि. (HPV)					कैफियत																																													
									१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५																																														
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०	४१	४२	४३	४४	४५	४६	४७	४८	४९	५०	५१	५२	५३	५४	५५	५६	५७	५८	५९	६०	६१	६२	६३	६४	६५	६६	६७	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७	८८	८९	९०	९१	९२	९३	९४	९५	९६	९७	९८	९९	१००

२.२३_३: २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोपशुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण

२४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण

वडा नं. खोप केन्द्रको नाम

सेवा दर्ता नं.	बच्चाको		जाति कोड	लिंग	आमा/बुबाको नाम, धर	गाउँ/टोल	सम्पर्कको नं.	जन्म मिति	खोप केन्द्रको नाम																																																																																										
	नाम	धर							रि.सि.जी. (BCG)					पोलियो (bOPV)					एफ.आई.पि.भी. (IPV)					पि.सि.सि. (PCV)					डि.पि.टी./डि.पि.सि/डि.पि.सि. (DPT-HepB-Hib)					दादुर-रबेला (MR)					जे.ई. (JE)					कैफियत																																																							
									१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५	१	२	३	४	५																																																								
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०	४१	४२	४३	४४	४५	४६	४७	४८	४९	५०	५१	५२	५३	५४	५५	५६	५७	५८	५९	६०	६१	६२	६३	६४	६५	६६	६७	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०	८१	८२	८३	८४	८५	८६	८७	८८	८९	९०	९१	९२	९३	९४	९५	९६	९७	९८	९९	१००

२.२४ टी.डी.खोप अभिलेख (गर्भवती महिला)

टी.डी. खोप सेवाको अभिलेख विवरण

वडा नं. ...

सेवा दर्ता नं.	गाउँ/टोल	गर्भवती महिलाको		जाति कोड	उमेर	सम्पर्क फोन नं.	गर्भको पटक	टी.डी. खोप लिएको पटक	टी.डी. खोप विवरण			कैफियत
		नाम	धर						१	२	३	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३

२.२५ खोप अभियान तथा महामारी पश्चात संचालन भएको खोप अभियानको प्रगति समायोजन विवरण

खोप अभियान (Immunization Campaign) तथा महामारी पश्चात संचालन भएको खोप अभियान (Outbreak Response Immunization) को प्रगती समायोजन विवरण

खोपको प्रकार:

चरण:

क्र.सं.	वडा नं.	मिति			लक्षित जनसंख्या			खोप लगाएको संख्या			प्रगति %	खोप केन्द्रको संख्या	परिचालित स्वा.स्व.स. तथा स्वास्थ्य कर्मीको संख्या	खोप (डोजमा)			कैफियत
		ग	म	सा	उमेर समूह (खुलाउने)			उमेर समूह (खुलाउने)						प्राप्त	खर्च भएको	फिल्टी गरेको	
					म	पु	जम्मा	म	पु	जम्मा							
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८

२.२६ खोपपश्चात् हुने अवाञ्छित घटना (Adverse Events Following Immunization)

खोप पश्चात् हुने अवाञ्छित घटनाको विवरण (Adverse Event Following Immunization)

क्र. सं.	१. बच्चाको नाम २. अभिभावकको नाम सम्पर्क नं.	बच्चाको उमेर		ठेगाना		खोप सेवा दत्ता नं.	AEFI दर्ता भरणको मिति	दिइएको खोपको नाम	खोपको व्याघ्र नं.	घोलकको व्याघ्र नं.	खोप लगाएको मिति, समय तथा स्थान			संज्ञा शुरु भएको मिति तथा समय		देखिएका मुख्य संज्ञाहरू	वर्गीकरण		व्यवस्थापन	
		म	पु	ठेगाना	गाँव/टोल						मिति	समय	स्थान	मिति	समय		सामान्य	कडा		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	
				जिल्ला			न				न			न						
				पालिका			न				न			न						
				वडा नं.			न				न			न						

रजिस्टरभर्नेतरिका :

२.२.१ खोप सेसन सञ्चालन

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	खोप केन्द्रको नाम	यस महलमा खोप सञ्चालन हुने केन्द्र (स्थान) को नाम लेख्नुपर्दछ ।
२-४	खोप सेसन सञ्चालन हुने गते/वार/समय	कुनै खोप केन्द्र निश्चित गते अनुसार र कुनै खोप केन्द्रहरू निश्चित वार अनुसार संचालन हुनेगरी तय गरिएको हुन्छ । सोही अनुरूप यस महलमा खोप सेसन सञ्चालन हुने गते/वार र समय लेख्नुपर्दछ ।
५-१६	सेसन सञ्चालन भएका	श्रावण आषाढ यस महलअन्तर्गतका महिनाहरूमा सम्बन्धित महिनामा खोप सेसन सञ्चालन नभएको भए ठीक (✓) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । यदि खोप सेसन सञ्चालन हुन नसकेको भए (—) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । सोही सेसनमा सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन संचालन हुंदा प्रत्येक महिना सहभागि आमा तथा अभिभावकको संख्या तल्लो महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१७	सेसन जम्मा	यस महलमा श्रावणदेखि आषाढ (महल ५-१६) सम्म को जोड जम्मा खोप सेसन संचालन संख्या र सरसफाई सेसनमा सहभागि अभिभावकको जम्मा संख्या जोडेर लेख्नुपर्दछ ।

२.२.२ भ्याक्सिन प्राप्त तथा खर्च विवरण (भायलमा)

उत्पदानकर्तादेखि व्यक्तिको शरीरभित्र प्रवेश गर्ने अवधिसम्म भ्याक्सिनको गुणस्तर र प्रभावकारिता जोगाइराख्न भ्याक्सिनलाई निश्चित तापक्रममा राख्नु पर्दछ । भ्याक्सिन निश्चित तापक्रमभित्र रहेको यकिन गर्न भी.भी.एम. तथा फ्रिज ट्यागको व्यवस्था गरिएको छ । खोप सेसन सञ्चालन गर्ने क्रममा कति भ्याक्सिन प्रयोग भयो, कति खर्च भयो, सो को लेखाजोखा गर्न खोप रजिस्टरमा भ्याक्सिनको प्राप्त तथा खर्चको अभिलेख गर्ने व्यवस्था गरिएको हो ।

सूचकमहल/	निर्देशन
खोप (BCG, Rota, bOPV, fIPV, PCV, DPT-Hep-B-Hib, Measles-Rubella, JE, TCV, TD र HPV)	प्राप्त भायल खोप खर्च/दिन खोलेको फिर्ता भायल
	खोप सेसन संचालनका लागि कुन खोप कति भायल प्राप्त भएको हो सो संख्या सम्बन्धित खोप अनुसार छुट्टाछुट्टै सम्बन्धित महिनाको प्राप्त महलमा लेख्नुपर्दछ । खर्च: सम्बन्धित महिनाको खोप खर्च भन्ने महलमा प्राप्त गरेको बी.सी.जी., रोटा, ओरल पोलियो, एफ्.आई.पि.भी., पी. सी. भी, डी. पी. टी./हेप बी/हिव, दादुरा/रुबेला, टाइफाइड, जे.ई.र टी.डी. खोप मध्ये खोप लगाउन खोलेको भाएल संख्या र अन्य कारण (भिभिएम ३,४ मागएर, म्यादगुजिएर, भिजेर वा फुटेर वाअन्यआदि कारण) बाट बिग्रिएको खोप भायल खर्चअन्तर्गतको सम्बन्धित महलमा भाएल संख्या उल्लेख गर्ने फिर्ता: प्राप्त खोप मध्ये खर्च खोप भायल घटाएर बाँकी पुनःप्रयोग गर्न मिल्ने (नखोलिएका) बाँकी फिर्ता गरेको भाएल संख्या फिर्ता भन्ने महलमा लेख्नुपर्दछ । नोट: खोप प्राप्त डोज अनुसार खर्च डोज र फिर्ता डोज जोड्दा प्राप्त डोजसंग बराबर हुनु पर्दछ ।

जस्तै: कुनै महिना सेसन सञ्चालनका लागि पिसिभी खोप ४ मात्राको भाएल १० भाएल प्राप्त गरी ६ भायल खोलेर २१ जना बच्चालाई मात्र सो खोप लगाइयो, प्रयोग नभई नखोलिएको बाँकी ४ भाएलमध्ये १ भाएल भुलवस भिजेर दुषित भयो, पुनः प्रयोग गर्न मिल्ने खोप ३ भाएल बाँकी छ। अव भ्याक्सिन खर्च खोप दिन खोलेको महलमा ६ भाएल, अन्य कारणले विग्रिएको महलमा १ भाएल र फिर्ता भन्ने महलमा ३ भाएल भनि उल्लेख गर्नु पर्दछ। बाँकी खोप नखोलिएको पुनः प्रयोग गर्न मिल्ने अवस्थाको खोप भाएल कोल्डचेन कायम गरी जहाँबाट प्राप्त गरेको हो, सोही स्थानमा अनिवार्य रूपमा फिर्ता गर्नुपर्दछ।

२.२३_१ खोप सेवाको विवरण

वडा नम्बर: खोप रजिस्टरको शिर्ष स्थानमा यी पानाहरू कुन खोप केन्द्रको अभिलेख राख्न छुट्ट्याइएका हुन्, सोही खोप केन्द्रको नाम र खोप केन्द्र रहेको सम्बन्धित वडा नं लेख्नुपर्दछ। तर सम्बन्धित नगर/गाउँपालिका/ वडा भन्दा बाहिरका स्थानबाट खोप लगाउन आएमा खोप रजिस्टरको पछाडी रहेका अन्यत्र बाट आएका बच्चाको विवरण (HMIS २.२.३_२) भन्ने पानामा र २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म उमेरका खोप छुट्टै बच्चाहरूलाई खोप शुरु गरेको भए यहि रजिस्टरको पछाडी रहेका छुट्टै पाना (HMIS २.२.३_३) मा लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवालिन आएका व्यक्तिको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२	सेवा दर्ता नं.	एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि नगर/गाउँपालिकाका हकमा वडा अन्तर्गतको खोप केन्द्र अनुसार छुट्टै दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ। तर अस्पतालका हकमा वडाअनुसार अलग-अलग गरी क्रमशः दर्ता नम्बर राख्नुपर्दछ। आर्थिक वर्ष परिवर्तन भएपछि नयाँ बच्चा र आमाको लागि दर्ता नम्बर पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
३	बच्चाको	नाम
४		थर
५	जात/जातिकोड	खोप सेवा लिन आएको बच्चाको नाम, थर छुट्टै महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
६	लिङ्ग	म
		पु
७	आमा/बुबाको नाम थर	बच्चाको आमा/बुबाको नाम, थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
८	गाउँ/टोल	खोप सेवा लिन बच्चा सम्बन्धित वडाको कुन गाउँबाट आएको हो, सोही गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ। संस्थाको कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिरबाट आएका सेवाग्राहीहरूका हकमा सो महलमा जिल्ला, पालिका, वडा र टोल लेख्नुपर्दछ।
९	सम्पर्क फोन नं.	बच्चाको आमा वा बुबाको सम्पर्क फोन नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१०	जन्म मिति	बच्चा जन्मेको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ। बच्चा जन्मेको मिति भन्न नसके महत्वपूर्ण घटनासँग जोडी जन्म मिति पत्तालगाई लेख्नुपर्दछ। उदाहरणका लागि, २०७४ साल पौष ७ गते जन्मेको बच्चाको जन्ममिति लेख्दा यसरी (०७/०९/२०७४) लेख्नुपर्दछ।
११	बी.सी.जी.	बच्चालाई बी.सी.जी. खोप दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
१२-१३	रोटा (पहिलो, दोस्रो)	बच्चालाई रोटा खोपको पहिलो वा दोस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१४-१५-१६	पोलियो (OPV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	बच्चालाई पोलियो खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
१७-१८	एफ.आई.पि.भि.	बच्चालाई एफ.आई.पि.भि खोपको पहिलो र दोस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
१९-२०-२१	पी.सी.भी. (PCV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	बच्चालाई पी.सी.भी. खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२२-२३-२४	डी.पी.टी./हेपबी/हिव (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	बच्चालाई डी.पी.टी./हेप बी/हिव खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२५	दादुरा/रुबेला पहिलो मात्रा	दादुरा/रुबेलाखोप ९ महिना पछि दिएको पहिलो मात्रा खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२६	दादुरा/रुबेला दास्रो मात्रा	१५महिना पछिका बच्चालाई दादुरा/रुबेला दोस्रो मात्रा लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२७	जे.ई.	१२ महिना पछिका बच्चाहरूलाई जापानीज इन्सेफिलाइटिसको खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२८	टाईफाइड (टिसिभि)	१५-२३ महिना बच्चालाई टाईफाइड (टिसिभि) खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२९	पूर्ण खोप (सवै खोप) पुरा गरेको मिति	पूर्णखोप भन्नाले हाललाई १५ महिना सम्ममा बच्चाले लगाउनुपर्ने सम्पूर्ण खोपहरू (बी. सी.जी १ मात्रा, रोटा २ मात्रा, ओरल पोलियो ३ मात्रा, एफ.आई.पि.भि. २ मात्रा, पी. सी. भी ३ मात्रा, डी. पी. टी./हेप बी/हिव ३ मात्रा, दादुरा/रुबेला २ मात्रा, जे.ई. १ मात्रा) पूरा भएपछिको अवस्थालाई जनाउँछ। यो महलमा २३ महिनाभित्रमा खोप शुरु गरि सवै खोप पुरा गरिसकेको अन्तिम मिति (गते, महिना, साल) सोहि बच्चाको महलमा लेख्नुपर्दछ।
३०-३१	एच.पि.भि.	९-१३ वर्षका बालिकालाईएच.पि.भि. खोपलगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
३२	कैफियत	माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य केही लेख्नुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

२.२३_२: नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण

सम्बन्धित नगर/गाउँपालिकाको वडाभन्दा बाहिरका स्थानबाट खोप लगाउन आएमा सो को अभिलेख राख्न यो रजिष्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ। यो रजिष्टर २.२३_१ को खोप सेवाको विवरण भर्ने निर्देशनअनुसार नै भर्नुपर्दछ।

नोट: कुनै खोप यस अघि अन्यत्रबाट लिएर आएको भए सम्बन्धित खोप मात्रा लगाएको मितिका महलहरूमा बच्चाले कहिले कहाँबाट पाएको हो सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ। हाल बच्चालाई दिएको खोप सम्बन्धित महलमा मिति गते र साल सहित उल्लेख गर्नुपर्दछ।

२.२३_३:२४ महिना देखि ५९ महिना सम्मखोपशुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण

यदि २३ महिना भित्रमा नियमित खोपमा खोप सेवा लिन बच्चा दर्ता नभएको र २४ महिना पछि कुनै पनि खोप नलिएको (शुन्य डोज) भए सो बच्चालाई delayed schedule अनुसार खोप शुरु गराई अभिलेख राख्न यो रजिष्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ।

२.२४ टी.डी. खोप अभिलेख (गर्भवती महिला)

नगर/गाउँपालिकाको वडाका अनुमानित गर्भवती महिलाको जनसङ्ख्या अनुसार सेवाप्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले आफूले सेवाप्रदान गर्ने प्रत्येक खोप केन्द्रका लागि आवश्यक पानाहरू छुट्याई सम्बन्धित खोप केन्द्रको वडा नं उल्लेख गर्नुपर्दछ। सम्बन्धित पालिकाभन्दा बाहिरबाट सेवा लिन आउने गर्भवती महिलाहरूको विवरण राख्न अन्य भनी छुट्टै पानामा राख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका व्यक्तिको क्रमसङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२.	दर्ता नं.	एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि वडा अनुसार छुट्टाछुट्टै दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ तर अस्पतालका हकमा वडाअनुसार अलग-अलग गरी क्रमशः दर्ता नम्बर राख्नुपर्दछ । आर्थिक वर्ष परिवर्तन भएपछि दर्ता नम्बर पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३.	गाउँ/टोल	खोप सेवालिनने गर्भवती महिला बस्ने गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ ।
४.	गर्भवती महिलाको	नाम
५.		थर
६.	जाति कोड	टी.डी. खोप लिन आएकी महिलाको थर जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै: ०१, ०२,..... ०६)
७.	उमेर	गर्भवती महिलाको टी.डी. खोप लिँदाको उमेर पूरा गरेको वर्षमा जनाउनुपर्दछ ।
८.	सम्पर्क फोन नं.	टी.डी. खोपलिनआएकीमहिलाको सम्पर्क फोननम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
९.	गर्भको पटक	टी.डी. खोप लिन आएकी महिला यस पटक समेत जम्मा कति पटक गर्भवती भएकी छिन्, सो निश्चित गरी यो गर्भ कतिऔं पटकको हो, सो सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
१०.	यस अघि टि.डी खोपलिएको पटक	गर्भवती महिलाले यस पटकको गर्भावस्थामा भन्दा पहिले यदि २ वा सो भन्दा धेरै टि.डी खोप लिएको भए कति पटक हो सोही पटक उल्लेख गर्ने तर यस अघि कुनै मात्रा खोप नलिएको वा पुरा मात्रा लिएको यकिन नभएमा शून्य (0) लेख्नुपर्दछ ।
११-१२ - १३	टी.डी. खोपविवरण टी.डी १, २, २+	गर्भवती महिलाले हालको गर्भावस्थामा पाएको टी.डी. खोपको विवरण टी. डी १, २ वा २+ मध्ये जुन समूहमा पर्दछ, सोहीअनुसार सम्बन्धित महलमा खोप सेवा पाएको मिति क्रमशः गते, महिना र सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यस भन्दा पहिले जति पटक लगाएको भए पनि टी.डी. खोपको विवरणमा यस गर्भमा लगाएको खोपको मात्रा मात्र लेख्नुपर्दछ । उदाहरणका लागि, पहिलो गर्भमा वा अन्य समयमा जम्मा २ वा सो भन्दा धेरै पटक टी.डी. खोप लगाएकी कुनै महिला यस पटकको गर्भमा टी.डी. खोप लिन आएकी भए यस पटक एक मात्रा टी.डी. खोप दिई सोको अभिलेख टी.डी. २+ को महलमा राख्नुपर्दछ । यदि यसभन्दा पहिले गर्भावस्थामा अथवा अभियानमा खोप लगाएको प्रमाण नभएमा वा जम्मा एक मात्रा मात्र लगाएको भए क्रमशः टी.डी. पहिलो र दास्रो मात्रा १-१ महिनाको फरकमा दिई टि.डी. १ र २ मा अभिलेख गर्नुपर्दछ । नोट : पहिलो पटक गर्भवति भएर आएका सबै महिलालाई १, १ महिनाको फरकमा २ मात्रा टि.डी दिई टि.डी. १ र २ मा अभिलेख गर्नुपर्दछ ।
१४.	कैफियत	माथि उल्लेख गरिएबाहेक अन्य केही भएमा यस महलमा खुलाउनुपर्दछ ।

२.२५ खोप अभियान (Immunization Campaign) तथा महामारी पश्चात् संचालन भएको खोप अभियान (Out Break Response Immunization) को प्रगति समायोजन

राष्ट्रिय खोप अभियान तथा खोप बाट बचाउन सकिने कुनै रोगको महामारी भई सो रोकथा मतथा नियन्त्रणको लागि संचालन गरिएको खोप सेवाको प्रगतिको लेखा जोखा गर्न खोप रजिस्टरमा खोप अभियानको प्रतिवेदन राख्ने व्यवस्था गरिएको हो । अभियान सञ्चालन गर्दा प्रयोग गरिएका सम्बन्धित अभिलेख फारामहरूबाट वडाअनुसारको प्रगति उतार गरी यस रजिस्टरमा चढाउनुपर्दछ । जुन महिना जुन खोप अभियान संचालन भएको हो सोहि समयमा अभियानको प्रतिवेदनसंगै यहां पनि अभिलेख अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।

खोपको प्रकार : कुन खोपको लागि अभियान सञ्चालन गरिएको हो, सो खोपको प्रकार लेख्नुपर्दछ ।

चरण : पहिलो, दोस्रो वाकून चरण (National Immunization Campaign Round) सञ्चालन भएको हो, सो उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै: I, II, III

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या			क्रम सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
२	वडा नं.			वडा नं.१ देखि क्रमशः लेख्नुपर्दछ।
३-५	मिति			National Immunization Campaign सञ्चालन गरेको मिति गते, महिना, सालमा सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
६	लक्षित जनसङ्ख्या	उमेर समूह (खुलाउने)	कार्यक्रम अनुसारको लक्षित समूह जनाई सम्बन्धित वडाको लक्षित जनसङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ। उमेर समूहमा २ वटा महलमा अभियानहरूमा विभाजन भएको उमेर समूह जस्तै ० -११ महिना १२ - ५९ महिना, वा ९ -२३ महिना र २४ -५९ महिना, वा ० -५९ महिना र ५ -१५ वर्ष आदि अभियानमा जुन उमेर समूह छ सोहि अनुसार उल्लेख गर्ने।
७			
८			जम्मा	
९	खोप लगाएको सङ्ख्या	उमेर समूह (खुलाउने)	कार्यक्रमको लक्षित समूहअनुसारको उमेर समूहजनाई अभियानबाट सेवा पाएकाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित उमेर समूहको महलमा वडाको प्रगति लेख्नुपर्दछ।
१०			
११			जम्मा	
१२	प्रगति (%)			लक्षित जनसङ्ख्या र जम्माखोप लगाएको संख्याको आधारमा प्रगति प्रतिशत (%) निकाली यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१३	खोप केन्द्रको सङ्ख्या			कार्यक्रममा कति खोप केन्द्र सञ्चालन गरियो, सोको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१४	परिचालित स्वा.स्व.से. तथा स्वास्थ्यकर्मीको सङ्ख्या			खोप केन्द्रमा परिचालित स्वा.स्व.से. तथा स्वास्थ्यकर्मीको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१५	खोप (डोजमा)	प्राप्त		प्राप्त भएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१६		खर्च भएको- खोप दिन खोलेको		यस महलमा खोप दिन खोलेर खर्च भएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। खोप अभियान संचालनका लागि प्राप्त भएको डोज मध्ये खोप लगाउँदा खर्च भएको जम्मा डोज र अभियानका लागि ल्याएको वा भाइल खोलेको तर प्रयोग नभई खेर गएको डोजको जम्मा संख्यालाई यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१७		खर्च भएको- अन्य कारणले बिग्रेको		यस महलमा खोप दिन खोलेर खर्च भएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। खोप अभियान संचालनका लागि प्राप्त भएको डोज मध्ये खोप संचालनमा खुलेर खर्च नभई अन्य कारण (जस्तै: भि भि एम ३,४ मा गएर, म्याद गुज्रिएर, भिजेर वा फुटेर) बाट प्रयोग गर्न नमिल्ने भएका खोप को डोज संख्यालाई यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१८		फिर्ता गरेको		फिर्ता गरिएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१९	कैफियत			National Immunization Campaign/ Out Break Response Immunization सम्बन्धी थप केही विवरण भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

२.२.६. खोपपश्चात् हुने अवाञ्छित घटना (Adverse Event Following Immunization)

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिनाको क्र.सं. १ बाट सुरु गरी अर्को महिनामा पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२	१.वच्चाको नाम : २. अभिभावकको नाम: सम्पर्क नं.:	यो महलमा शुरुमा AEFI भएको वच्चाको नाम, त्यस पछि सोही महलको तल २नं. मा अभिभावकको नाम र सो मुनिको कोठामा अभिभावकको सम्पर्क न. लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
३	उमेर	म	बच्चा महिला भए महिलाको र पुरुष भए पुरुषको महलमा पूरा गरेको उमेर लेख्नुपर्दछ । गर्भवती महिलाको हकमा उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
४		पु	
५-६	ठेगाना (जिल्ला, पालिका, वडा नं., गाउँ/टोल,		AEFI भएको बच्चाको अभिभावकको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं., गाउँ, टोल समेत खुल्ने गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
७	खोप सेवादर्ता नं.		खोप सेवाको दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
८	AEFI दर्ता भएको मिति		AEFI भएर सो को व्यवस्थापनका लागि दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
९	खोपको नाम		AEFI कुन खोपबाट भएको हो, सो सुनिश्चित गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०	खोपको ब्याच		खोपको ब्याच र लट नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
११	घोलकको ब्याच नं.		यदि कुनै घोल्नु पर्ने खोप घोलेको र दिएको भए सो घोलकको समेत ब्याच नं. यो महलमा लेख्ने ।
१२-१३ -१४	खोप लगाएको मिति, समय तथा स्थान		खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल), समय (बजे, मिनेटमा) र स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५-१६	लक्षण सुरु भएको मिति तथा समय		बच्चाको अभिभावकसँग सोधपुछ गरी लक्षण सुरु भएको मिति (गते/महिना/साल), समय सुनिश्चित गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७	देखिएका मुख्य लक्षणहरू		AEFI भई आएका लक्षणहरूका बारेमा सोधपुछ गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१८	वर्गीकरण	सामान्य	AEFI भई आएका लक्षणहरूका आधारमा सामान्य वा गम्भिर के छ, सो को वर्गीकरण लेख्नुपर्दछ ।
१९		गम्भिर	
२०	व्यवस्थापन		AEFI भए पछि के गरियो जस्तै : स्थानीय स्तरमा उपचार वा प्रेषण, वा अस्पताल भर्ना आदि के व्यवस्थापन गरिएको हो यो महलमा लेख्नुपर्दछ ।

खोपतालिका

खोपको नाम	कुन रोगबाट सुरक्षा गर्छ	खोपदिने उमेर	कति पटक दिने	प्रयोग गर्ने तरिका	सुई लगाउने स्थान
वि.सि.जी.	क्षयरोग	जन्मिने वित्तिकै	१ पटक	छालाभित्र (Intra-dermal)	दायाँ पाखुराको माथिल्लो भाग
रोटा	रोटा भाइरस	जन्मिएको ६ र १० हप्ताको उमेरमा (पेण्टा १ र २ संगै)	२ पटक	मुखबाट (Oral)	मुखबाट खुवाइने
पोलियो (ओ.पि.भि)	पोलियो माईलाइटिस	जन्मिएको ६, १० र १४ हप्ताको उमेरमा	३ पटक	मुखबाट (Oral)	मुखबाट खुवाइने
एफ.आई.पी.भी.	पोलियोमाईलाइटिस	जन्मिएको ६ र १४ हप्ताको उमेरमा (पेण्टा १ र ३ संगै)	२ पटक	छालाभित्र (Intra-dermal)	दायाँ पाखुराको माथिल्लो बाहिरी भाग
पि.सी.भी.	निमोनिया	जन्मिएको पहिलो ६, दोस्रो १० हप्ता र तेस्रो ९ महिनामा	३ पटक	मासुमा (Intra-muscular)	दायाँ तिघ्राको बिच बाहिरी भाग
डि.पि.टी.-हेप बी-हिव	भ्यागुते रोग, लहरे खोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिस बी., हेमाफिलस बी बाट हुने मेनिन्जाइटिस र निमोनिया	जन्मिएको ६, १० र १४ हप्ताको उमेरमा	३ पटक	मासुमा (Intramuscular)	दायाँ तिघ्राको मध्य बाहिरी भाग
दादुरा-रुबेला	दादुरा, रुबेला	जन्मिएको ९ महिनामा पहिलो र १५ महिनामा दोस्रो	२ पटक	छाला र मासु बीच (Sub-cutaneous)	दायाँ पाखुराको माथिल्लो भाग
टाइफाइड	टाइफाइड (म्यादे ज्वरो)	जन्मिएको १५ महिनामा १ मात्रा	१ पटक	मासुमा (Intra-muscular)	दायाँ तिघ्राको मध्य बाहिरी भाग
जे.ई.	जापानिज इन्सेफलाइटिस	१२ महिनामा	१ पटक	छाला र मासु बीच (Sub-cutaneous)	दायाँ तिघ्राको माथिल्लो भाग
टी.डी.	धनुष्टंकार र भ्यागुते रोग	गर्भवतीमहिलाहरु	प्रथम पटक गर्भवती भएको थाह हुने वित्तिकै पहिलो मात्रा, त्यसको १ महिनाको फरकमा दोस्रो मात्रा र त्यसपछिका हरेक गर्भमा १ मात्रा	मासुमा (Intra-muscular)	दायाँ पाखुराको माथिल्लो बाहिरी भाग

HMIS 2.3: पोषण रजिष्टर (Nutrition Register)

दुई-वर्षमुनिका बालबालिकाको पोषण स्थितिको नियमितरूपमा मासिक अनुगमन गरी उपयुक्त पोषणस्तर कायम रहेको यकिन गर्न, पोषण सेवा दिन आवश्यक विवरण र अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ। पोषण सेवाप्रदान गर्ने हरेक स्वास्थ्य संस्थाले यस रजिष्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ। पोषण सेवा प्रदान गर्दा पहिलो पटक बच्चालाई दर्ता गरिसकेपछि, बच्चाको उमेर २ वर्ष नभएसम्म प्रत्येक महिना बच्चाको तौल अनुगमन गर्ने व्यवस्था गरिएको छ। यसै रजिष्टरमा पोषणसँग सम्बन्धित उक्त बच्चालाई दिइएका सबै सेवाको विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ।

यस रजिष्टरमा ४ भाग रहेका छन्। पहिलो भागमा २ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको पोषण रजिष्टर, दोस्रो भागमा भिटामिन ए, जुकाको औषधी वितरण र विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम, तेस्रो भागमा वृद्धि अनुगमनमा आएका २ वर्षमुनिका कम तौल भएका बालबालिकाको जात/जातिगत मासिक विवरण र चौथो भागमा किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश रहेको छ।

गाउँघर क्लिनिकबाट पोषण सेवा लिएका बालबालिकाहरूको विवरण गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन गरिसकेपछि पोषण रजिष्टरमा (HMIS 2.3) अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।

पहिलो भागको पोषण रजिष्टरमा स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो कार्यक्षेत्र रहेको वडा भन्दा बाहिरको अन्य वडा वा अन्य गा.पा./न.पा. का लागि "अन्य" लेखी पाना छुट्याउनु पर्दछ।

रजिष्टरको नमूना :

२.३१ दुई-वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिष्टर

२ वर्ष मुनीका बालबालिका

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	बालबालिकाको नाम, घर	सिद्ध	ठेगाना- जिल्ला	उमेर (वर्षमा)	उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन (तौल किशोरायाममा उल्लेख गर्ने)												विशुद्ध वजनको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्रै नराएको		६ महिनापछि स्तनपान साथै तौल, अर्धतौल र नरम खाना पुर													
						बच्चाको पोषण अवस्था		१ महिना		२ महिना		३ महिना		४ महिना		५ महिना		६ महिना		नरमपानीको		नरमपानीको											
						तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति										
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	

को पोषण रजिष्टर

वार्ड नं.

उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन (तौल किशोरायाममा उल्लेख गर्ने)																							बाल भिटा वितरण (महिनामा)				अतिरिक्त पोषणो आधार लिएको उमेर (महिनामा)																					
९ महिना		१० महिना		११ महिना		१२ महिना		१३ महिना		१४ महिना		१५ महिना		१६ महिना		१७ महिना		१८ महिना		१९ महिना		२० महिना		२१ महिना		२२ महिना		२३ महिना		२४ महिना		२५ महिना		२६ महिना		२७ महिना		२८ महिना		२९ महिना		३० महिना						
तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति					
३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०	४१	४२	४३	४४	४५	४६	४७	४८	४९	५०	५१	५२	५३	५४	५५	५६	५७	५८	५९	६०	६१	६२	६३	६४	६५	६६	६७	६८	६९	७०	७१	७२	७३	७४	७५	७६	७७	७८	७९	८०		

२.३२ भिटामिन ए, जुकाको औषधी वितरण र विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम

भिटामिन ए, जुकाको औषधि र विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम (अभियान)

आर्थिक बर्ष: २०७... / २०७...

कार्यक्रमको नाम	मिति	घरण १				घरण २				कैफियत				
		मिति		संख्या	प्रगति संख्या	मिति		संख्या	प्रगति संख्या					
		गते	महिना			गते	महिना							
भिटामिन ए	६-११ महिनाका बालबालिका	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४
	१२-५९ महिनाका बालबालिका													
जुकाको औषधि	१२-५९ महिनाका बालबालिका													
विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम	जुकाको औषधि दिइएका छात्रा (कक्षा १-१०) संख्या													
	जुकाको औषधि दिइएका छात्र (कक्षा १-१०) संख्या													

२.३३ वृद्धि अनुगमनमा आएका २ वर्षमुनिका कम तौल भएका बाल-बालिकाको जात/जातिगत मासिक विवरण

बृद्धि अनुगमनमा आएका २ वर्ष मुनिका कम तौल (जोखिम र अति जोखिम) भएका बालबालिकाको जात जातीगत मासिक विवरण

महिना	जम्मा	जाती कोड											
		दलित		जनजाती		मधेशी		मुस्लीम		ब्राह्मण/सोनी		अन्य	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
श्रावण													
भाद्र													
आश्वीन													
कार्तिक													
मंसिर													
पौष													
माघ													
फाल्गुण													
चैत्र													
बैशाख													
जेष्ठ													
आषाढ													
जम्मा													

२.३४ किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांशफाराम

किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम													
आर्थिक वर्ष:													
१३ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या (जनामा)													
<small>(विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वसेविकाको प्रयोग गरेका अभिलेख फाराम बाट स्वास्थ्योन्नत गरी प्रत्येक कोठको जम्मा संख्या लेख्ने)</small>													
प्रतिवेदन श्रोत	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	यस आ.व. को जम्मा
१	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७
विद्यालय													
स्वास्थ्य संस्था													
महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वसेविका													
जम्मा													
२६ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या (जनामा)													
<small>(विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वसेविकाको प्रयोग गरेका अभिलेख फाराम बाट स्वास्थ्योन्नत गरी प्रत्येक कोठको जम्मा संख्या लेख्ने)</small>													
प्रतिवेदन श्रोत	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	यस आ.व. को जम्मा
१	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७

रजिस्टर गर्ने तरिका:

२.३१:२ वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर

वडा नम्बर : पोषण रजिस्टरका पानाहरूको माथिल्लो भागमा कुन वडाको अभिलेख राख्न छुट्टयाइएका हुन्, सोही वडाको नम्बर लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्था रहेको पालिका भन्दा बाहिरका लागि अर्को छुट्टै पानामा अन्य जनाउनु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका विरामीको क्रमसङ्ख्या १ बाट सुरु गर्दै जानुपर्दछ । अर्को महिनामा पुनः क्र.सं. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	मूलदर्ता नम्बर	मूलदर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	सेवादता नम्बर	प्रत्येक आ.व. का लागि सेवा दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ। प्रथम पटक पोषण सेवा लिन आउँदा मात्र नयाँ दर्ता नम्बर दिई दर्ता गर्नु पर्दछ र सो सेवा दर्ता नम्बर बाल स्वास्थ्य कार्डमा जनाउनुपर्दछ। पोषण सेवाका लागि दोहोर्चाई आएका बच्चालाई पोषण सेवा प्रदान गर्दा पहिले दर्ता गरेकै महलमा अभिलेख गर्नुपर्दछ, यस रजिस्टरमा पुनः दर्ता गर्नुपर्दैन। यदि गाउँ-घर क्लिनिकबाट पोषण सेवा लिइरहेको सेवाग्राही स्वास्थ्य संस्थामा सोही सेवाको लागि आएको भए मूलदर्ता नम्बरको महलमा ORC लेखी सेवादता नम्बरको महलमा गाउँ-घर क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको सेवादता नम्बर लेख्नुपर्दछ।
३	बाल-बालिकाको नाम थर	महल नं. ३ को माथिल्लो भागमा पोषण सेवा लिन आएको बच्चाको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नु पर्दछ।
	अभिभावकको नाम	महल नं. ३ को बीचको भागमा बच्चाको अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ।
	सम्पर्क फोन नं.	महल नं. ३ को तल्लो भागमा बच्चाको अभिभावकको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ।
४-५	बाल-बालिकाको लिङ्ग	
	महिला, पुरुष	सेवा लिन आउने बच्चा महिला भए कोड १ मा र पुरुष भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
	जात/जाति कोड	महल नं. ४ र ५ को तल्लो खाली भागमा सेवा लिने बच्चाको जात/जाति यकिन गरी रजिस्टरमा उल्लेख भएको जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ। (जस्तै : ०१, ०२,..... ०६)। प्रत्येक पानाको जात/जाति कोडको जम्मा सङ्ख्या पानाको अन्तमा वनाइएको सङ्क्षिप्त तालिकामा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
६	ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं., गाउँ/टोल	सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. र गाउँ/टोलसमेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ। सम्बन्धित पालिकाको कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिरबाट सेवा लिनआएका सेवाग्राहीका हकमा अनिवार्य रूपमा पूरा ठेगाना लेख्नुपर्दछ भने कार्यक्षेत्रभित्रका सेवाग्राहीका हकमा सम्बन्धित वडाको गाउँ/टोल लेख्नु पर्दछ।
७	जन्म मिति	यस महलमा बच्चाको जन्म मिति ग.म.सा.मा लेख्नु पर्दछ।
८	जन्म तौल (ग्राममा)	यस महलमा बाल स्वास्थ्य कार्ड वा मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्डबाट बच्चाको जन्म तौल (ग्राममा) लेख्नुपर्दछ। यदि घरमा प्रसूतिभई बच्चाको तौल लिन नसकेको भए यस महलमा (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
९	बच्चाको पोषण अवस्था	बाल स्वास्थ्य कार्डमा संलग्न बच्चाको वृद्धि अनुगमन रेखाचित्रअनुसार बच्चाको तौलका आधारमा पोषण स्थितिको यकिन गर्नुपर्दछ। बच्चाको उमेरअनुसार तौल स्थिति सामान्य वा जोखिम वा अति जोखिम (हरियो रंगमा भए सामान्य, पहेँलो रंगमा भए जोखिम र रातो रंगमा भए अति जोखिम) के मा पर्दछ त्यसपछिका महलहरूमा सोहीअनुसारको तौल के.जी. मा लेख्नुपर्दछ। यस महलमा कुनै विवरण भर्नु पर्दैन।
१०-११	२८ दिनभित्र	२८ दिनभित्रका नवजात शिशुको वृद्धि अनुगमनका लागि लिइएको तौलका आधारमा बच्चाको पोषण अवस्था (महल ८) अनुसार सामान्य वा जोखिम वा अति जोखिमको ठाडो लहरअनुसार महल १० मा बच्चाको तौल लेखी महल ११ को ठाडो कोठामा तौल लिइएको दिनको गते, महिना र साल लेख्नुपर्दछ।
१२-२३		यसै गरी बच्चाको पूरा भएको उमेर (महिना) अनुसार जुन उमेर समूहको बच्चाको तौल लिएको हो, सोही उमेर समूहको महलमा माथिउल्लेख गरेबमोजिम अभिलेख राख्नुपर्दछ। जस्तै : १ महिना भित्रका बच्चा भएमा ० महिना, १ महिना पूरा भई २ महिना नपुगेको भएमा १ महिना, एवम् प्रकारले ११ महिना पूरा भई १२ महिना (एक वर्ष) नपुगेकालाई ११ महिनाको हिसाब गर्नुपर्दछ।
२४, २५ र २६	शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्रै गराएको	वृद्धि अनुगमनका लागि आएका ६ महिनापछिका (१८० दिन पुरा भएका) शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको/नगराएको यकिन गरी ६ महिना पछिको ११ महिनाभित्रको पहिलो भेटमा सोध्ने र गराएको भएमहल २४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ। बच्चालाई ६ महिना नपुग्दै आमाको दूधका साथै अन्य खानेकुरा पनि खुवाउने गरेको भए महल २५ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ र सोसम्बन्धी सेवा दिएको दिनको मिति महल नं. २६ को गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ। यसको विवरण बाल स्वास्थ्य कार्डबाट अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। (६ देखि ११ महिना सम्म लाइ सोध्ने)

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
२७, २८ र २९	६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध-ठोस तथा नरम खाना सुरु	शिशुलाई ६ महिना पूरा भएपछि आमाको दूधको साथै ठोस, अर्ध-ठोस तथा नरम खाना खुवाउन सुरु गरेको छ/छैन, यकिन गरी त्यसअनुसारको खाना दिइएको भए महल २७ को १ मा र नदिएको भए महल २८ को २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। सो कुरा सुनिश्चित गरेको दिनको मिति (स्वास्थ्य संस्थामा आएको दिन) महल २९ मा ग/म/सा मा लेख्नुपर्दछ। यसको विवरण बाल स्वास्थ्य कार्डबाट अध्याबधिक गर्नु पर्दछ। (६ देखि ११ महिना सम्म लाइ सोध्ने)
३०-६५	उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन	वृद्धि अनुगमनका लागि आएका ७ देखि २३ महिना सम्मका बच्चाहरूको अभिलेख महल ९ देखि २२ सम्म राखिए जस्तै उमेर र तौलका आधारमा बच्चाहरूको पोषण अवस्था सम्बन्धित महलमा सामान्य वा जोखिम वा अति जोखिम जुन हो, सो कोठामा तौल लेखी ठाडो कोठामा तौल लिइएको दिनको गते, महिना र साल लेख्नुपर्दछ। महल नं ६४ र ६५ मा २३ महिना उमेर पुरा हुँदाको मिति तथा उक्त समयमा वृद्धि अनुगमन गरेको पटक दिइएको महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
६६-७१	बाल भिटा वितरण (महिनामा)	६ देखि ११ महिनासम्मका बाल-बालिकालाई बालभिटा पहिलो पटक स्वास्थ्य संस्थाबाट वितरण गरिएको भए महल ६६ को ठाडो महलमा गते, महिना, सालमा वितरण गरिएको दिनको मिति लेख्नुपर्दछ। यदि म. स्वा. स्व. से. बाट वितरण गरिएको भए सुनिश्चित गरी महल ६७ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ। अन्य उमेर समूहको पनि यसै गरी अभिलेख राख्नुपर्दछ। नोट : बालभिटा कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाका स्वास्थ्य संस्थाहरूले मात्र यो अभिलेख राख्नुपर्दछ।
७२	अतिरिक्त पोसिलो आहार लिएको उमेर (महिना)	६ देखि २३ महिनाका बाल-बालिकाले अतिरिक्त पोसिलो आहार प्राप्त गरेको वा नगरेको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ। यदि बच्चाले अतिरिक्त पोसिलो आहार गरेको भएमा कुन उमेरमा लिएको हो, सो यकिन गरी सम्बन्धित उमेर (महिना) मा गोलो लगाउनुपर्दछ। नोट : कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाका स्वास्थ्य संस्थाहरूले मात्र यो अभिलेख राख्नुपर्दछ।

२.३२ भिटामिन ए, जुकाको औषधी वितरण र विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम (अभियान)

प्रत्येक वर्षको कार्तिक र वैशाख महिनामा (२ चरण) ६ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरूलाई भिटामिन ए क्याप्सुल र १२ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरूलाई जुकाको औषधि वितरण गरेको अभिलेख अभियान सञ्चालनका समयमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले वितरणको समयमा प्रयोग गरेका **भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (HMIS - 4.3)** बाट उतार गरी राख्न र विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रमअन्तर्गत विद्यालयका छात्र-छात्राहरूलाई मसिर र जेष्ठ महिनामा जुकाको औषधी वितरण गरेको अभिलेख राख्नको लागि पनि यस रजिष्टरमा व्यवस्था गरिएको छ।

रजिष्टर भर्ने तरिका

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		भिटामिन ए वितरण गरिएको बच्चाको उमेर समूह (६ देखि ११ महिना, १२ देखि ५९ महिना), जुकाको औषधी वितरण गरिएको उमेर समूह (१२ देखि ५९ महिना) को अभिलेख महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले वितरणको समयमा प्रयोग गरेका भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (HMIS - 4.3) बाट उतार गरी चरण अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
		त्यस्तै गरी विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रमअन्तर्गत कक्षा १ देखि १० सम्मका छात्र-छात्राहरूलाई जुकाको औषधी पाएकाको सङ्ख्या सम्बन्धित विद्यालयहरूबाट प्राप्त प्रतिवेदनलाई समायोजन गरी छात्रा/छात्रअनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
२ देखि ४ र	मिति	पहिलो चरणमा सञ्चालन भएको मिति (गते, महिना, साल) २ देखि ४

८ देखि १०		महलमा र दोस्रो चरणमा संचालन भएको मिति (गते, महिना, साल) ८ देखि १० महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५ र ११	लक्ष्य	कार्यक्रमको लक्षित जनसङ्ख्याका आधारमा अभियानको लक्ष्य यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६ र १२	प्रगति सङ्ख्या	अभियान सम्पन्न भइसकेपछि सो अभियानमा भएको प्रगति पहिलो चरणको महल ६ र दोस्रो चरणको महल १२ मा लेख्नुपर्दछ ।
७ र १३	प्रगति प्रतिशत	कार्यक्रमको लक्ष्य र प्रगतिका आधारमा हुन आउने प्रगति प्रतिशत पहिलो चरणको महल ७ र दोस्रो चरणको महल १३ मा लेख्नुपर्दछ ।

२.३३ दुई वर्षमुनिका कम तौल भएका बाल-बालिकाको जात/जातिगत मासिक विवरण

रजिस्टरको अन्तिम पानामा वृद्धि अनुगमनमा आएका २ वर्षमुनिका कम तौल भएका बाल-बालिकाको जात/जातिगत मासिक विवरण फाराम राखिएको छ । प्रत्येक महिनामा खुला समायोजन फाराम प्रयोग गरी वृद्धि अनुगमन गरिएका २ वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूमध्ये कम तौल (पोषण स्थिति जोखिम र अति जोखिम) भएका बाल-बालिकाको सङ्ख्या जात/जाति कोड अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै तयार गरी मासिक रूपमा सम्बन्धित महलमा अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्दछ ।

२.३४ किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम

यो फाराम विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरणको अभिलेखलाई समायोजन गरी स्वास्थ्य संस्था स्तरमा अध्यावधिक तथ्यांक राख्ने उद्देश्यले तयार गरिएको हो । यो फाराममा समावेश गर्नुपर्ने जानकारी विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरणको अभिलेख राख्न प्रयोग गर्ने अभिलेख फाराम बाट उतार गर्नु पर्दछ । महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको हकमा यो विवरण HMIS 4.2 बाट उतार गर्न सकिन्छ ।

जस्तै: स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो कार्यक्षेत्र मातहतका विद्यालयबाट वितरण भएको आइरन फोलिक एसिड चक्कीको विवरण प्रत्येक विद्यालयले भरेको अभिलेख फारामबाट संकलन गरी जम्मा जोडेर सम्बन्धित महिनाको महलमा चढाउनु पर्दछ । त्यसैगरी महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकामार्फत् वितरण भएको हो भने प्रत्येक म.स्वा.स्व.से को मासिक प्रतिवेदनबाट जम्मा संख्या सम्बन्धित महिनाको महलमा चढाउनु पर्दछ । स्वास्थ्य संस्थाले आफै वितरण गरेको भए सो को संख्या स्वास्थ्य संख्या खण्डको सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ । १३ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्यालाई माथिल्लो तालिकामा र २६ हप्तासम्म पाएका किशोरीको संख्यालाई तल्लो तालिकामा चढाउनु पर्दछ । प्रत्येक महिनामा आइरन फोलिक एसिड पाएका जम्मा किशोरीको संख्या जम्मा खण्डको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 2.4: नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMNCI Register)

पाँच वर्षमुनिका बच्चाहरूलाई लाग्ने विभिन्न रोगहरूको एकीकृत पहिचान गरी बच्चाहरूको स्वास्थ्यका लागि उचित सल्लाह तथा सेवाहरू दिइएका छन् कि छैनन् भनी यकिन गर्न यस रजिष्टरको आवश्यकता परेको हो । बच्चाहरूमा सामान्यतया देखिने विभिन्न समस्याहरूको एकीकृत रूपले अनुगमन गरी आवश्यक सेवा दिइएको अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ । ५ वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूको मृत्युका मुख्य कारक रोगहरूको अभिलेख गरी प्रतिवेदन तयार गर्ने कार्यमा प्रयोग गरिने भएकाले बाल स्वास्थ्यको प्रयोजनका लागि यो निकै महत्वपूर्ण रजिष्टर हो ।

नोट : यस रजिष्टरमा २ वटा उमेर समूहका लागि छुट्टाछुट्टै दुई भाग छुट्याइएका छन् । अघिल्लो भाग २ महिनादेखि ५ वर्ष उमेर समूहका लागि हो भने पछाडिको भाग बेतलै रडमा २ महिना मुनिका बच्चाहरूका लागि हो । यो रजिष्टर भर्दा निम्न कुराहरू माथि विचार पुर्याउनु पर्दछ । रजिष्टर भर्दा मूल्याङ्कन (Assessment) गर्दाका चरण अनुसार नै प्रत्येक कोठाहरू क्रमसँग भर्दै जानुपर्दछ । मूल्याङ्कन गर्नुपर्ने कुनै पनि भागलाई छुटाउनु हुँदैन ।

रजिष्टरको नमुना :

IMNCI Register for Children Aged 2 Months to 59 Months

IMNCI REGISTER FOR CHILDREN AGED 2 - 59 MONTHS																												
SN, MRN, SRN	Date, Name, Caste and Ethnicity code, Address				Sex, Age, Weight, Temperature, and Referral	Patients signs and symptoms (Circle all the codes that apply)										Classification & Code		Treatment and counseling				Follow up		Remarks				
						1. General danger signs (GDS)		2. Acute respiratory infection (ARI)		3. Diarrhoea		4. Fever		5. Ear infection		6. Nutrition status		Major classifications	Number	ICD Code	Medicine	Counseling to mother	Treatment Outcome		Referred to	Date (DD/MM/YY)	Result	
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	27	28	29
Date	DD	MM	YY	Female	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Severe wasting	1											
Name					Male	2	Unable to drink	3	Days:	Days	Days	Yes	3	Ear pain	3	Oedema feet	2											
Age in months					Age in months	3	Respiratory rate	4	Blood	5	Stiff neck	6	Yes	4	Ear discharge	4	Very low weight	3										
Weight (kg)					Weight (kg)	4	Irritable	5	Lethargic/ Unconscious	6	Nasal discharge	7	Microscopic	8	Ear discharge	4	Low weight	4										
Temp (C)					Temp (C)	5	Sunken eyes	6	RDT	7	Microscopic	8	Microscopic	9	Days:	5	Normal weight	5										
Ethnicity code					Referred by	6	Chest indrawing	1	Unable to drink	7	Falcaparum	8	Microscopic	9	Days:	6	MUAC	6										
Address					Convulsion	5	Stridor	2	Drinks eagerly	8	Non Falcaparum	12	General rash	13	Tender swelling behind the ear	5	Red	7										
District					FCHV	1	Skin pinch very slowly	9	Hazy Cornea/Oral Ulcer (deep & spread)	14	Oral Ulcer/Thrush	15	Severe pallor	9	Some pallor	10	Yellow	8										
Rural/Municipality, Ward no.					PHC/ORC	2	Lethargic/ Unconscious	6	Wheezing	3	Skin pinch slowly	10	Pus from eye/ Oral Ulcer/Thrush	15	Severe pallor	10	Green	8										
					HF	3											Others	8										

IMNCI Register for Children Aged below 2 Months (0- 59 days)

IMNCI REGISTER FOR CHILDREN AGED BELOW 2 MONTHS																									
SN, MRN, SRN	Date, Name, Caste and Ethnicity code			Sex, Age, Weight, Temperature, and Referral	Patients signs and symptoms (Circle all the codes that apply)										Classification & Code		Treatment and Counselling				Follow up		Remarks		
					1. PSB/LBI/NBI/Pneumonia		2. Diarrhoea		3. Breast feeding problem/Low weight		4. Assess breast feeding		Major classifications	Number	ICD Code	Medicine	Counseling to mother	Treatment Outcome	Referred to	Date (DD/MM/YY)	Result				
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
Date	DD	MM	YY	Female	1	Convulsion	1	Breastfed	1	Difficult feeding	2	Yes	1												
Name of Mother				Male	2	Severe chest indrawing	2	How many times in 24 hours	3	Includes all 4 points of attachment	4	Yes	3												
Name of Child				Age in weeks	3	Granting	4	How many days?	5	Receive other food/ drinks	6	No	2												
Weight (kg)				Weight (kg)	4	Unable to feed	5	How often? Times:	6	Includes all 4 points of Position	7	Yes	3												
Caste				Temp (C)	5	Bulging fontanelle	6	Feed by bottle	7	Very low weight	8	No	4												
Ethnicity code				Temp >37.5 C	6	Umbilicus infection to skin	7	Feed by spoon	8	Low weight	9	Yes	5												
Address				Skin pustules: Severe or >10	8	Umbilicus red or with Pus	9	Sucking: Effectively	10	Normal weight	11	No	6												
District				Skin pustules: < 10	10	Lethargic/ Unconscious	11	Restless/ Irritable	12	Skin pinch slowly	13	Yes	5												
Rural/Municipality, Ward no.				Skin pustules: < 10	12	Less than normal movement	14	Skin pinch very slowly	15	Oral Ulcer/Thrush	16	No	6												
				Lethargic/ Unconscious	13	Jaundice upto hands feet	15	Skin pinch slowly	17																
				PHC/ORC	2	Jaundice	16																		
				HF	3	Pus from Eye	17																		

रजिस्टर भर्ने तरिका

दुई महिनादेखि ५ वर्षसम्मका बाल-बालिकाहरूका लागि

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	SN (Serial number)	सि. नं. प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
	MRN	स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउँदा मूलदर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको मूल दर्ता नं. (Master registration number) बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	SRN	यस रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ र सो सेवा दर्ता नं. बाल स्वास्थ्य कार्डमा समेत सम्बन्धित स्थानमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । प्रत्येक आ.व. मा सेवादर्ता नं. (Service registration number) १ बाट सुरु गरी एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । यदि एक पटकको रोग निको भइसकेको विरामी सोही रोग वा अन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ ।
2	Date	सेवाग्राही दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
	Name	यस कोठामा विरामी बच्चाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
	Caste	यस कोठामा विरामी बच्चाको थर लेख्नुपर्दछ ।
	Ethnicity Code	यस कोठामा विरामी बच्चाको थर अनुसारको जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।
3 and 4	Sex, Age, Weight, Temperature and Referral	महल ३ र ४ मा विरामी बच्चाको Sex, Age, Weight, Temp, Refer को विवरण लेख्नुपर्दछ । Age, Weight, Temp को विवरण लेख्दा अंक मात्र लेखे पुग्छ ।
	Female/ Male	विरामी बच्चा महिला भए कोड १ मा र पुरुष भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Age in Month	महल ४ को यस कोठामा विरामी बच्चाको पूरा भएको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ । यदि विरामी बच्चा ५ महिनाको छ भने ५ मात्र लेख्ने (महिना लेख्नु पर्दैन)
	Weight (kg.)	महल ४ को यस कोठामा विरामी बच्चाको तौल के. जी. मा लेख्नुपर्दछ । यदि विरामी बच्चा ५ KG छ भने ५ मात्र लेख्ने (KG लेख्नु पर्दैन)
	Temp (°C)	महल ४ को यस कोठामा विरामी बच्चाको तापक्रम सेल्सियसमा लेख्नुपर्दछ ।
	Referred by FCHV, PHC/ORC, HF	बच्चा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले रेफर गरेको भए १, गाउँ घर क्लिनिकबाट रेफर गरी पठाएको भए २ र स्वास्थ्य संस्थाले रेफर गरेको भए ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
5 and 6	General danger signs (GDS)	विरामी बच्चामा तल उल्लेखित General danger signs (GDS) भएमा महल ६ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Unable to drink	विरामी बच्चाले पिउन नसकेमा महल ६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Vomiting all	विरामी बच्चाले खाएका जति सबै वान्ता गर्ने गरेको भए महल ६ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Convulsion	विरामी बच्चालाई कम्पन भएको भए वा अहिले आईरहेको भए महल ६ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	Lethargic/Unconscious	विरामी बच्चा सुस्त (Lethargic) वा बेहोस (Unconscious) भए महल ६ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
7 and 8	Acute respiratory infection (ARI)	विरामी बच्चामा Acute respiratory infection (ARI) सम्बन्धी लक्षण भएमा महल ८ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Days	विरामी बच्चालाई खोकी लागेको वा सास फेर्न कठिनाई भएको भए कति दिनदेखि यस्तो भएको हो ? सोधेर महल ७, ८ को खाली ठाउँमा दिन अंकमा (१, २) लेख्नुपर्दछ ।
	Respiratory rate	विरामी बच्चाको सासदर महल ७, ८ को खालीठाउँमा लेख्नुपर्दछ । सास दरको अंक मात्र लेख्ने (यदि सास दर ४० प्रतिमिनेट छ भने ४० मात्र लेख्ने, ४०/m लेख्नु पर्दैन ।
	Chest indrawing	विरामी बच्चाको कोखा हानेको (Chest indrawing) भए महल ८ को यस कोठाको १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Stridor	विरामी बच्चाले सास भित्र लिँदा घ्यारघ्यार आवाज आएको भए महल ८ को यस कोठाको कोड २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Wheezing	विरामी बच्चामा Wheezing छ भने महल ८ को यस कोठाको कोड ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
9 and 10	Diarrhoea	विरामी बच्चामा पखालाको चिन्ह तथा लक्षण भएमा महल १० को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । पखालाको लक्षण भएमा मात्र सोसँग सम्बन्धि तमहल ९ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
	Days	विरामी बच्चालाई कति दिनदेखि पखाला लागेको हो सोधेर महल १० को खाली ठाउँमा दिन अंकमा (१, २) लेख्नुपर्दछ ।
	Blood	विरामी बच्चालाई पखाला र दिसामा रगत देखिएको भए महल १० को ३ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Lethargic/Unconscious	विरामी बच्चा सुस्त वा बेहोस भए महल १० को ४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Irritable	विरामी बच्चा छटपटिने वा भिक्किने भए महल १० को ५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Sunken eyes	विरामी बच्चाको आँखा गढेको भए महल १० को ६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Unable to drink	विरामी बच्चाले पिउन नसक्ने भए महल १० को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Drinks eagerly	विरामी बच्चालाई भोल पदार्थ दिँदा निकै तिर्खा एभै गरी पिउँछ भने महल १० को ८ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Skin pinch very slowly	विरामी बच्चाको पेटको छाला तानेर छोड्दा धेरै विस्तारै फर्किन्छ भने महल १० को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
Skin pinch slowly	विरामी बच्चाको पेटको छाला तानेर छोड्दा विस्तारै फर्किन्छ भने महल १० को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
11 and 12	Fever	विरामी बच्चालाई ज्वरो आएका लक्षणहरू भए १२ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । ज्वरोसम्बन्धी सिकायत भएमा मात्र सोसँग सम्बन्धित महल ११ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
	Days	विरामी बच्चालाई कति दिनदेखि ज्वरो आएको हो, सोधेर महल ११ को Days को खालीठाउँमा दिन संख्यामा लेख्नुपर्दछ ।
	Malaria Risk	Yes विरामी बच्चा बस्ने स्थान औलोको उच्च/मध्यम/कम जोखिममा भए महल १२ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	No	विरामी बच्चा बस्ने स्थान औलोको जोखिममा नभएमा महल १२ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Stiff neck	विरामी बच्चाको गर्धन अररो भएको भए महल १२ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Nasal Discharge	विरामी बच्चाको नाकबाट सिंगान बगेको छ भने महल १२ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Microscopic +Ve	विरामी बच्चामा Malaria Microscopic +Ve भए १२ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Microscopic -Ve	विरामी बच्चाको रक्तनमुना परीक्षणको नतिजा Microscopic -Ve भए महल १२ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	RDT +Ve	विरामी बच्चामा Malaria RDT +Ve भए महल १२ को ९मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । RDT बाट रक्त नमुना परिक्षण गरिएका सबै विरामीहरुको विवरण औलो, कुष्ठ, कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS 5.2) मा रेकर्ड अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
	RDT -Ve	विरामी बच्चामा Malaria RDT -Ve भए महल १२ को १० मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Falciparum	विरामी बच्चामा रगत जाँचबाट Falciparum Malaria पोजिटिभ भएमा महल १२ को ११ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Non-Falciparum	विरामी बच्चामा Falciparum बाहेक मलेरियाका अन्य प्रकार भएमा महल १२ को १२ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	General rash	विरामी बच्चामा General rash भए महल १२ को १३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Hazy Cornea/Oral Ulcer (Deep and Spread)	विरामी बच्चाको कर्निया धमिलो भए वा मुखभित्रका घाउ गहिरा र बढि फैलिएका छन् भने महल १२ को १४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Pus from Eye/Oral Ulcer	विरामी बच्चाको आँखाबाट पिप बगेको भए वा मुखभित्रका घाउ छ भने महल १२ को १५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
13 and 14	Ear infection	विरामी बच्चामा कानको सङ्क्रमण भएमा महल १४ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Ear pain	विरामी बच्चामा कान दुखेको (Ear pain) भए महल १४ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Ear discharge	विरामी बच्चाको कानबाट पिप बगेको भए महल १४ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Days	विरामी बच्चाको कानबाट पीप बगेको छ भने कति दिनदेखि पिप बगेको छ, महल १४ को खाली स्थानमा दिन अंकमा (१,२) लेख्नुपर्दछ ।
	Tender swelling behind the ear	विरामी बच्चाको कानको पछाडिपट्टि दुख्ने गरी सुनिएको भए महल १४ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
15 and 16	Nutrition status	महल १५ र १६ मा विरामी बच्चाको पोषण स्थितिका बारेमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यस रजिस्टरमा दर्ता भएका सम्पूर्ण बच्चाको Nutrition status assessment गर्नुपर्दछ ।
	Severe wasting	विरामी बच्चामा देखिने गरी शरीरको मासु कडा किसिमले सुकेको भए महल १६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Oedema feet	विरामी बच्चाका दुवै खुट्टामा सुन्निएको (औलाले हल्का थिच्दा खाल्डो पर्ने गरी) भएमा महल १६ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन	
	Very Low Weight	विरामी बच्चाको उमेर अनुसार धेरै कम तौल भए महल १६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	Low weight	विरामी बच्चाको उमेर अनुसार कम तौल भए महल १६ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	Normal weight	विरामी बच्चाको तौल सामान्य (Normal weight) भए महल १६ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	MUAC	Red	बच्चाको Middle Upper Arm Circumference (MUAC) को नाप लिई सोको आधारमा बच्चाको पोषण स्थितिको लेखाजोखा गरिन्छ । विरामी बच्चाको पाखुराको नाप फित्ताको रातो भागमा भए, महल १६ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Yellow	विरामी बच्चाको पाखुराको नाप फित्ताको पहेँलो भागमा भए, महल १६ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Green	विरामी बच्चाको पाखुराको नाप फित्ताको हरियो भागमा भए, महल १६ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Severe pallor	विरामी बच्चाको हत्केला र हस्तरेखामा सेतोपन (Severe pallor) भए महल १६ को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	Some pallor	विरामी बच्चाको हत्केलामा केही सेतोपन (Some pallor) तर हस्तरेखा सेतो नभएको भए महल १६ को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
17	Major classifications	माथि उल्लेख भएका Sign and Symptom का आधारमा प्रोटोकल अनुसार विरामीको रोगको वर्गीकरण (Major Classifications) प्राथमिकताका आधारमा मुख्यलाई पहिलो, त्यसपछि दोस्रो गरी क्रमशः महल १७ मा लेख्नुपर्दछ र दर्ता गरिएको बच्चामा उल्लिखित शिकायत कुनै नपाईए तापनि पोषण स्थितिको कम्तिमा दुई वर्गीकरणको उल्लेख गर्नु पर्दछ ।	
	Others	CB-IMNCI Treatment Chart Booklet मा उल्लेखभएका वर्गीकरण बाहेक अन्यकुनै समस्या भएमा यस कोठामा उल्लेख गर्ने ।	
18	Number of classification	विरामी बच्चामा पाइएका लक्षण तथा चिन्हका आधारमा महल १७ (अन्य समेत) मा गरिएका Classification हरूको जम्मा संख्या महल नं १८ मा लेख्नुपर्दछ ।	
19	ICD code	विरामी बच्चाको रोगको वर्गीकरणअनुसार मुख्य वर्गीकरण Major Classification कुनहो, सो रोगको ICD code महल १९ मा लेख्नुपर्दछ । सोही ICD code कोड अनुसार मासिक प्रतिवेदन फाराम (९.३) को Morbidity को सम्बन्धित महलमा समायोजन गरी प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।	
20	Medicine	विरामीको उपचारको लागि प्रयोग गरिएका औषधीहरू परिमाण समेत खुल्ने गरी स्पष्टसँग यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
21 and 22	Counseling to mother	Food	आमालाई खानासम्बन्धी सल्लाह दिइएको भए महल २२ को १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Fluid	आमालाई भोलिलो खानेकुरा सम्बन्धी सल्लाह दिइएको भएमहल २२ को २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Immediate visit	आमालाई यथाशीघ्र थप उपचारका लागि स्वास्थ्य संस्थामा जाने सल्लाह दिइएको भए महल २२ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Regular follow up	आमालाई नियमित फलोअप गर्ने सल्लाह दिइएको भए महल २२ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन	
23 and 24	Treatment Outcome	Improved	विरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजाअनुसार अवस्थामा सुधार आएमा महल २४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
		Referred	विरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजा प्रेषण गरेको खण्डमा महल २४ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
		LAMA/Absconded	विरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजाअनुसार LAMA/Absconded मा महल २४ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
		Death	विरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजाअनुसार शिशुको मृत्यु भएको खण्डमा महल २४ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
25	Referred to		बच्चालाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम महल २५ मा लेख्नुपर्दछ।	
26, 27 and 28	Follow up	Date	बच्चालाई अनुगमनका लागि ल्याएको मिति (गते, महिना, साल) महल २६ लेख्नुपर्दछ।	
		Result	Improved	बच्चालाई अनुगमनका लागि ल्याइएको मितिमा बच्चाको स्थिति सुधार भएको भएमा महल २८ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
			Same	बच्चालाई अनुगमनका लागि ल्याउँदा बच्चाको स्थिति उस्तै रहेको भएमा महल २८ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
Worse	बच्चालाई अनुगमनका लागि ल्याइएको मितिमा बच्चाको स्थिति पहिले भन्दा अझ खराब भएको रहेछ भने महल २८ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ। यस्ता बच्चालाई सोही संस्थाबाट थप उपचार व्यवस्थापन गर्नुपर्ने अवस्थामा पहिलेको Classification परिवर्तन हुने भएकोले पुनः दर्ता गरी बर्गिकरण तथा उपचार गर्नुपर्दछ।			
29	Remarks		माथि उल्लेख गरिएबाहेक अन्य केही लेख्नुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ।	

दुई महिनाभन्दा मुनिका (० देखि ५९ दिन सम्मका) शिशुहरुका लागि

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
1	SN (Serial number)		सि.नं. प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
	MRN		स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउँदा मूलदर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको मूलदर्ता नं. (Master registration number) बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	SRN		यस रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ र सो सेवा दर्ता नं. बाल स्वास्थ्य कार्डमा समेत सम्बन्धित स्थानमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। प्रत्येक आ.व. मा सेवा दर्ता नं. (Service registration number) १ बाट सुरु गरी एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ। यदि एक पटकको रोग निको भइसकेको विरामी सोही रोग वा अन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ।
2	Date, Name of Mother, Name of Child, Caste and Ethnicity Code, Address	Date	सेवाग्राही दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ।
Name of Mother		यस कोठामा विरामी शिशुको आमाको नाम लेख्नुपर्दछ।	
Name of Child		यस कोठामा विरामी शिशुको नाम लेख्नुपर्दछ।	
Caste		यस कोठामा विरामी शिशुको थर लेख्नुपर्दछ।	
Ethnicity Code		यस कोठामा विरामी शिशुको थरअनुसारको जाति कोड लेख्नुपर्दछ।	
Address		यस कोठामा विरामी बच्चाको ठेगाना लेख्नु पर्दछ। District: जिल्लाको नाम; Rural/Municipality, Ward Number: गाउँ/नगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ।	

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन	
3 and 4	Sex, Age, Weight, Temp & Reffer	महल ३ र ४ मा विरामी शिशुको Sex, Age, Weight, Temp, Refer को विवरण लेख्नुपर्दछ ।	
	Female/Male	विरामी शिशु महिला भए कोड १ मा र पुरुष भए कोड २ मा गोलो घेरा लगानुपर्दछ ।	
	Age in Weeks	महल ४ को यस कोठामा विरामी शिशुको पूरा भएको उमेर हप्तामा लेख्नुपर्दछ । यदिशिशु १ हप्ता पुगेको छैन भने पुरा भएको दिन को मुनि ७ लेख्नु पर्दछ जस्तै १ दिन पुरा नभएको शिशु लाई ० /७, १ दिन पुरा भएको शिशु लाई १ /७ लेख्नु पर्दछ,	
	Weight (kg.)	महल ४ को यस कोठामा विरामी शिशुको तौल के. जी. मा लेख्नु पर्दछ । यदि विरामी बच्चा ४KG छ भने ४ मात्र लेख्ने (KG लेख्नु पर्दैन)	
	Temp (°C)	महल ४ को यस कोठामा विरामी शिशुको तापक्रम सेल्सियसमा लेख्नुपर्दछ ।	
	Referred by FCHV, PHC/ORC, HF	बच्चा मा. स्वा.स्वयं से. ले रेफर गरेको भए १, गाउँ घर क्लिनिक बाट रेफर गरी पठाएको भए २ र स्वास्थ्य संस्थाले रेफर गरेको भए ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
5 and 6	PSBI/LBI/NBI	Convulsion	विरामी शिशुलाई कम्पन भएमहल ६ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Respiratory rate (R/R):	विरामी शिशुको सासदर गनेर महल ६ को खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ ।
		Severe chest indrawing	विरामी शिशुको कडासँग कोखा हानेको (Severe chest indrawing) भए महल ६ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Nasal flaring	विरामी शिशुको नाकको पोरा फुल्ने भएको भए महल ६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Grunting	विरामी शिशुले कनेको छ भने महल ६ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Unable to feed	विरामी शिशुले दुध चुस्न तथा निल्न नसकेमा महल ६ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Bulging fontanelle	विरामी शिशुको तालु उक्सेको भए महल ६ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Umbilicus infection to skin	विरामी शिशुको नाइटोको रातोपना छालासम्म फैलिएको भए महल ६ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Umbilicus red or Pus	विरामी शिशुको नाइटो रातो भएको भए वा पिप भएमा महल ६ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Temp >37.5	विरामी शिशुको तापक्रम ३७.५ डिग्री सेल्सियसभन्दा बढी भए महल ६ को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Temp <35.5 C	विरामी शिशुको तापक्रम ३५.५ डिग्री सेल्सियसभन्दा कम भएमहल ६ को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pustules: Severe or>10	विरामी शिशुको छालामा फोकाहरु धेरै (१० वा सो भन्दाबढी) वा एउटा मात्र पनि ठुलो पिलो भए महल ६ को ११ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pustules<10	विरामी शिशुको छालामा साना, साना फोकाहरु (१० भन्दाकम) भए महल ६ को १२ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Lethargic /Unconscious	विरामी शिशु सुस्त वा बेहोस भए महल ६ को १३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन	
	Less than normal movement	विरामी शिशुको चलाइ सामान्यभन्दा कम भए महल ६ को १४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
	Jaundice up to hands and feet	विरामी शिशुको हात र पैतालासम्म कमल पित्त फैलिएको भए महल ६ को १५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
	Jaundice	विरामी शिशुलाई कमलपित्त भएको (शिशुको हात र पैतालासम्म नफैलिएको) भए महल ६ को १६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
	Pus from Eye	विरामी शिशुको आँखाबाट पिप बगेको भए महल ६ को १७ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
7 and 8	Diarrhoea	Yes	विरामी शिशुमा पखालाको चिन्ह तथा लक्षण भएमा महल ८ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । पखालाको लक्षण भएमा मात्र सोसँग सम्बन्धित महल ७ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
		No	विरामी बच्चालाई पखाला नलागेको भए महल ८ को २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । नोट : भाडा पखालाको जाँच गरिसकेपछि प्रत्येक बच्चाको महल ९ मा उल्लेख गरिएका Breast feeding problem/Low weight का बारेमा अनिवार्यरूपमा परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
		How many days:	विरामी शिशुलाई कति दिनदेखि पखाला लागेको हो ? सो सोधी महल ८ को खाली ठाउँमा दिन अंकमा (१,२,) लेख्नुपर्दछ ।
		Blood	विरामी शिशुको दिसामा रगत देखिएको भए महल ८ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Lethargic/ Unconscious	विरामी शिशु सुस्त (Lethargic) वा बेहोस (Unconscious) भए महल ८ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Restless/ Irritable	विरामी शिशु छटपटिने वा भिभिने भए महल ८ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Sunken eyes	विरामी शिशुको आँखा गढेको भए महल ८ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pinch very slowly	विरामी शिशुको पेटको छाला तानेर छोड्दा धेरै बिस्तारै (२ सेकेन्डभन्दा बढी समय) फर्किन्छ भने महल ८ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pinch slowly	विरामी शिशुको पेटको छाला तानेर छोड्दा बिस्तारै (२ सेकेन्डसम्म) फर्किन्छ भने महल ८ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
9 and 10	Low weight/Feeding Problem	Breastfed	विरामी शिशुले स्तनपान गर्ने गरेको भए महल १० को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Difficult feeding	विरामी शिशुलाई स्तनपान/खानासम्बन्धी समस्या भए महल १० को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		How many times in 24 hours: _____	विरामी शिशुलाई अन्तिम २४ घण्टामा कति पटक स्तनपान गराइएको थियो भनी सोधेर महल १० को खालीठाउँमा पटक अंकमा (१, २,) लेख्नुपर्दछ ।
		Receive other food/ drinks	विरामी शिशुलाई अन्य खानेकुरा वा भोल पदार्थ खुवाएको भए महल १० को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		How often: _____ times	यदि महल १० को ३ मा गोलो घेरा लगाइएको भए विरामी शिशुलाई कति पटक अन्य खानेकुरा वा भोल पदार्थ खुवाएको थियो भनी सोधेर महल १० को खालीठाउँमा पटक अंकमा (१,२,) लेख्नुपर्दछ ।
		Feed by bottle	विरामी शिशुलाई बोतलबाट खुवाएको भए महल १० को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Feed by spoon	विरामी शिशुलाई चम्चाबाट खुवाएको भए महल १० को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन	
	Very low weight	विरामी शिशुको उमेरअनुसार धेरै कम तौल भए महल १० को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (वृद्धि अनुगमन चार्टको रातो खण्डमा परेमा)	
	Low weight	विरामी शिशुको उमेरअनुसार कमतौल भए महल १० को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (वृद्धि अनुगमन चार्टको पहेंलो खण्डमा परेमा)	
	Normal weight	विरामी शिशुको उमेरअनुसार तौल सामान्य (Normal weight) भए महल १० को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (वृद्धि अनुगमन चार्टको हरियो खण्डमा परेमा)	
	Oral Ulcer/Thrush	विरामी शिशुको मुखभित्र घाउ वा सेतो दाग भए महल १० को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
<p>यदि विरामी शिशुलाई तुरुन्त उपचार केन्द्रमा प्रेषण गर्नुपर्ने कारण छैन भने र स्तनपान गराउन गाह्रो भएको छ वा स्तनपान २४ घण्टामा ८ पटक भन्दा कम गराइन्छ वा अरु दुध/फोल कुरा खुवाइन्छ वा उमेर अनुसार तौल कम छ भने मात्र Bresat Feeding Assess गर्नुपर्दछ ।</p>			
11 and 12	Includes all 4 points of attachment	Yes	शिशुलाई स्तनपान गराउँदा स्तन सम्पर्कका ४ चिन्हहरू: चिउँडोले स्तन छोएको (१), मुख पूरा खोलेको (२), शिशुको तल्लो ओठ बाहिर फर्केको (३) र स्तनको कालो भाग शिशुको मुखको तलभन्दा माथितिर धेरै देखिएको (४) गरी ४ वटै अवस्था छ भने Yes मानी महल १२ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		No	सही स्तन सम्पर्क (Good Attachment) को माथि उल्लिखित सम्पूर्ण (४ वटै) चिन्ह नभएमा No मानी महल १२ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Includes all 4 points of Position	Yes	शिशुलाई स्तनपान गराउँदाका ४ सही आसनका चिन्हहरू : शिशुको टाउको र जीउ सीधा पारेर समातेको (१), शिशुको मुख स्तनतिर फर्काएर शिशुको नाक स्तनको मुटोको ठीक अगाडि पारेको (२), शिशुको शरीर आफ्नो जीउसँग टाँसेर राखेको (३), र शिशुको गर्धन र काँधमात्र नभई सम्पूर्ण शरीरलाई नै हातले आड दिइराखेको (४) मध्ये यी चारवटै सही आसन अपनाएको भए Yes मानी महल १२ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		No	सही आसन (Good Position) को माथि उल्लिखित सम्पूर्ण (४ वटै) चिन्ह नभएमा No मानी महल १२ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Suckling: Effectively	Yes	शिशुले दूध चुस्दा विस्तारै, गहिरोसित, कहिले-काहीं अडिई, अडिई दूध चुस्छ, शिशुले दूध निलेको घाँटीमा देखिन्छ र दूध निलेको आवाज पनि सुन्न सकिन्छ जस्ता सबै चिन्हहरू देखिएको भए Yes मानी महल १२ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		No	प्रभावकारी चुसाई (Suckling Effectively) को माथि उल्लिखित सम्पूर्ण चिन्ह नभएमा No मानी महल १२ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
13	Major Classifications	माथि उल्लेखभएका Sign and Symptom को आधारमा प्रोटोकल अनुसार विरामीको रोगको वर्गीकरण (Major Classifications) प्राथमिकताको आधारमा मुख्यलाई पहिलो, त्यसपछि दोस्रो गरी क्रमशः महल १३ मा लेख्नुपर्दछ । उल्लिखित शिकायत कुनै नपाइए तापनि कम्तीमा दुई वर्गीकरण (PSBI/LBI/NBI मध्ये कुनै १ र Feeding Problem/No Feeding problem मध्ये कुनै १) खुलाउनुपर्दछ ।	
	Others	CB-IMNCI Treatment Chart Booklet मा उल्लेख भएका वर्गीकरण बाहेक अन्य कुनै समस्या भएमा यस कोठामा उल्लेख गर्ने ।	
14	Number of classifications	विरामी बच्चाकोमा पाइएका लक्षण तथा चिन्हका आधारमा महल १४	

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन		
		मा गरिएका Classification हरूको जम्मा सङ्ख्या (अन्य समेत) लेख्नुपर्दछ ।		
15	ICD code	विरामी बच्चाको रोगको वर्गीकरण अनुसार मुख्य वर्गीकरण (Major Classification) प्राथमिकताको आधारमा मुख्य रोगको ICD code महल १५ मा लेख्नुपर्दछ । सोही ICD code कोड अनुसार मासिक प्रतिवेदन फाराम (९.३) को Morbidity को सम्बन्धित महलमा समायोजन गरी प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।		
16 and 17	Medicine	विरामीको उपचारका लागि प्रयोग गरिएका औषधीहरू (Ampilicilin & Amoxycilin) परिमाणसमेत खुल्ने गरी स्पष्टसँग यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		
	Gentamicin	यदि Gentamicin औषधि (सुई) प्रयोग गरी उपचार गरिएको भए दिइएको डोज अनुसार महल १६ को सम्बन्धित अङ्कमा गोलो लगाउनुपर्दछ ।		
18 and 19	Counselling to mother	Breast feeding	स्तनपान सम्बन्धी सल्लाह आमालाई दिइएको भए महल १९ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
		Keep warm	शिशुलाई न्यानो राख्ने सम्बन्धी सल्लाह आमालाई दिइएको भए महल १९ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
		Immediate visit	शिशुको स्वास्थ्य अवस्थामा सुधार हुन नसेकेमा वा खतराको लक्षण देखिएमा यथाशीघ्र थप उपचारका लागि स्वास्थ्य संस्थामा आउने सल्लाह दिइएको भए महल १९ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
		Regular follow up	आमालाई नियमित फलोअप (अनुगमन) गर्ने सल्लाह दिइएको भए महल १९ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
20 and 21	Treatment Outcome	Improved	विरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजा अनुसार अवस्थामा सुधार आएमा महल २१ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
		Referred	विरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजा प्रेषण गरेको खण्डमा महल २१ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
		LAMA/Absconded	विरामीबच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजा अनुसार LAMA/Absconded मा महल २१ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
		Death	विरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजाअनुसार शिशुको मृत्यु भएको खण्डमा महल २१ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
22	Referred to	शिशुलाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम महल २१ मा लेख्नुपर्दछ ।		
23, 24 and 25	Follow up	Date	शिशुलाई फलोअप (अनुगमनका) लागि ल्याएको भए सोको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।	
		Result	Improved	फलोअप समयमा शिशुको स्थिति पहिलेभन्दा सुध्रेको भएमा महल २५ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Same	फलोअपका समयमा शिशुको स्थिति पहिलेकै जस्तो भएमा महल २५ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
Worse	फलोअपका लागि ल्याइएको मितिमा बच्चाको स्थिति पहिले भन्दा अझ खराब भएको रहेछ भने महल २५ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यस्ता बच्चालाई सोही संस्थाबाट थप उपचार व्यवस्थापन गर्नुपर्ने अवस्थामा पहिलेको Classification परिवर्तन हुने भएकोले पुनःदर्ता गरी बर्गिकरण तथा उपचार गर्नुपर्दछ ।			
26	Remarks	माथि उल्लेख भएबाहेक अन्य केही भए महल २५ मा उल्लेख गर्नुहोस् ।		

जातजातीअनुसार नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) सेवा पाएका सेवाग्राहीको समायोजन फारम

हरेक महिना मासिक प्रतिवेदन तयार गर्दा यस रजिष्टरको अन्तमा राखिएको जातजातीगत विवरण समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । जातजातिगत विवरण तयार गर्दा २ महिनामुनिका विरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्ड र २ महिनादेखि ५९ महिना उमेरसम्मका विरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डमा दर्ता भएका सबै विरामी बच्चाको संख्या लिंगसमेत खुल्ने गरी समायोजन गर्नुपर्दछ ।


HMIS 2.5: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड (IMAM Child Health Card)

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमअन्तर्गत ६ देखि ५९ महिनाका बालबालिकालाई बहिरङ्ग उपचार सेवा (Outpatient Therapeutic Center - OTC) मा भर्ना गरी उपचार गर्दा प्रत्येक बच्चालाई यो दर्ता कार्ड दिइन्छ। यो दर्ता कार्ड बच्चाको परिचयपत्रको रूपमा पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। यो कार्ड स्वास्थ्यकर्मीले भरी आमा वा बच्चा हेरविचार गर्ने व्यक्तिलाई दिएर पठाउनुपर्दछ।

यस दर्ता कार्डमा बहिरङ्ग सेवाको उपचारको तथ्याङ्क भरिएको हुन्छ र बच्चालाई बहिरङ्ग सेवामा ल्याउँदा आमा वा बच्चाको हेरविचार गर्ने व्यक्तिले यो कार्ड लिएर आउनुपर्दछ। यस दर्ता कार्डबाट बच्चाको प्रगति र सुधारको पहिचान गरिन्छ र साथै विरामीका लागि घर लैजाने तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) को मात्राको पनि यसमा उल्लेख गरिएको हुन्छ। प्रत्येक विरामी बच्चाको उपचारको परिणाम/उपलब्धि पनि यस दर्ता कार्डले दिन्छ।

कार्डको नमूना :

HMIS 2.5: IMAM Child Health Card

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>																																																															
स्वास्थ्य संस्थाको नाम: जिल्ला नगर/गाउँपालिका																																																															
शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>मूल दर्ता नं.</td> <td colspan="3"></td> <td>सेवा दर्ता नं.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>बच्चाको नाम, थर</td> <td colspan="3"></td> <td>ठेगाना: जिल्ला</td> <td></td> </tr> <tr> <td>उमेर (महिना)</td> <td colspan="3"></td> <td>नगर/गाउँपालिका, वडा नं.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>लिंग</td> <td>पुरुष: १</td> <td>महिला २</td> <td colspan="3">गाँउ/टोल</td> </tr> <tr> <td>भर्नाको आधार</td> <td>एम.यु.ए.सी. १</td> <td>उ.अ.तौ. (z-score) २</td> <td colspan="3">दुवै खुट्टा सुन्निएको ३</td> </tr> </table>	मूल दर्ता नं.				सेवा दर्ता नं.		बच्चाको नाम, थर				ठेगाना: जिल्ला		उमेर (महिना)				नगर/गाउँपालिका, वडा नं.		लिंग	पुरुष: १	महिला २	गाँउ/टोल			भर्नाको आधार	एम.यु.ए.सी. १	उ.अ.तौ. (z-score) २	दुवै खुट्टा सुन्निएको ३																																			
मूल दर्ता नं.				सेवा दर्ता नं.																																																											
बच्चाको नाम, थर				ठेगाना: जिल्ला																																																											
उमेर (महिना)				नगर/गाउँपालिका, वडा नं.																																																											
लिंग	पुरुष: १	महिला २	गाँउ/टोल																																																												
भर्नाको आधार	एम.यु.ए.सी. १	उ.अ.तौ. (z-score) २	दुवै खुट्टा सुन्निएको ३																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>भेट मिति</th> <th>दुवै खुट्टा सुन्निएको</th> <th>एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)</th> <th>उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)</th> <th>तौल (के.जी.)</th> <th>उ.अ.तौ. (z-score)</th> <th>आज दिएको RUTF पाकेट</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण:</td> <td>गरेको</td> <td>नगरेको</td> <td>खोप दिएको</td> <td>दिइएको मिति ग.म.सा</td> </tr> </tbody> </table>	भेट मिति	दुवै खुट्टा सुन्निएको	एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)	उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)	तौल (के.जी.)	उ.अ.तौ. (z-score)	आज दिएको RUTF पाकेट																													उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण:			गरेको	नगरेको	खोप दिएको	दिइएको मिति ग.म.सा																					
भेट मिति	दुवै खुट्टा सुन्निएको	एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)	उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)	तौल (के.जी.)	उ.अ.तौ. (z-score)	आज दिएको RUTF पाकेट																																																									
उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण:			गरेको	नगरेको	खोप दिएको	दिइएको मिति ग.म.सा																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>मिति (ग.म.सा.)</th> <th>दुवै खुट्टा सुन्निएको</th> <th>एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)</th> <th>उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)</th> <th>तौल (के.जी.)</th> <th>उ.अ.तौ. (z-score)</th> <th>आज दिएको RUTF पाकेट</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	मिति (ग.म.सा.)	दुवै खुट्टा सुन्निएको	एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)	उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)	तौल (के.जी.)	उ.अ.तौ. (z-score)	आज दिएको RUTF पाकेट																																																								
मिति (ग.म.सा.)	दुवै खुट्टा सुन्निएको	एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)	उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)	तौल (के.जी.)	उ.अ.तौ. (z-score)	आज दिएको RUTF पाकेट																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>डिस्चार्ज परिणाम</th> <th>निको भएको</th> <th>निको नभएको</th> <th>डिफल्टर</th> <th>प्रेषण (अस्पताल)</th> <th>अन्य (गल्लि भर्ना)</th> <th>मृत्यु भएको</th> </tr> <tr> <td></td> <td>१</td> <td>२</td> <td>३</td> <td>४</td> <td>५</td> <td>६</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>डिस्चार्ज मिति</td> <td colspan="6">ग.म.सा</td> </tr> </tbody> </table>	डिस्चार्ज परिणाम	निको भएको	निको नभएको	डिफल्टर	प्रेषण (अस्पताल)	अन्य (गल्लि भर्ना)	मृत्यु भएको		१	२	३	४	५	६	डिस्चार्ज मिति	ग.म.सा																																															
डिस्चार्ज परिणाम	निको भएको	निको नभएको	डिफल्टर	प्रेषण (अस्पताल)	अन्य (गल्लि भर्ना)	मृत्यु भएको																																																									
	१	२	३	४	५	६																																																									
डिस्चार्ज मिति	ग.म.सा																																																														

गर्ने तरिका :

महल शीर्षक	निर्देशन
स्वास्थ्य संस्थाको नाम, जिल्ला, नगर/गाउँपालिका	बहिरङ्ग उपचार सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र सो संस्था रहेको जिल्ला र स्थानीयतह (पालिका) को नाम लेख्नुपर्दछ।
मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
सेवा दर्ता नं.	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS 2.6) मा दर्ता गर्दाको नम्बर लेख्नुपर्दछ। यो नम्बर प्रत्येकआ. व. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
बच्चाको नामथर, ठेगाना, उमेर, लिङ्ग	विरामी बच्चाको नाम, थर, लिङ्ग, उमेर (महिनामा) र ठेगाना (जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं., र गाउँ टोल) सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ।
भर्नाको आधार	बच्चाको पोषण अवस्था जाँच गरिसकेपछि बच्चा भर्ना गर्नुको आधार Mid Upper Arm Circumference (MUAC), उचाइ अनुसारको तौल (z-score), वा पोषणजन्य कारणले सुन्निएका कुन-कुनहुन, सम्बन्धित आधारको कोडमा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
भेट मिति	विरामी बच्चा प्रत्ये कभेटमा आउँदा दिइएका महलहरूमा मिति (ग/म/सा) लेख्नुपर्दछ। विरामी बच्चा हरेक भेटमा आउँदा उसको पाखुराको नाप (एम्. यु. ए. सी.), उचाइ र लम्बाइ, तौल, उचाइ अनुसारको तौल (z-score) र RUTF दिएको प्याकेट सङ्ख्या सोही अनुसार सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नु पर्दछ।
उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण	सेवाग्राही बच्चाले निर्दिष्ट खोपहरू लगाएको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ। बहिरङ्ग सेवा प्रदान गर्दाको समयमा बच्चाको उमेर अनुसारको दिनुपर्ने खोप उपलब्ध नभएमा स्वास्थ्यकर्मीले खोप क्लिनिकमा जान सुझाव दिई कार्डमा सोहीअनुसारको महलमा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ। खोप लगाएपछि कार्डमा सो मिति (ग/म/सा) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
डिस्चार्ज परिणाम	अन्तमा बच्चाको डिस्चार्ज परिणाम (निको भएको, त्रुटि वा डिफल्टर, निको नभएको, अस्पताल पठाउने, अन्य (गल्ती भर्ना) मृत्यु) अनुसार सम्बन्धित परिणाममा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ। डिस्चार्जको परिमाण नेपाल शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम निर्देशिका २०७३ अनुसार लेख्नु पर्दछ।
डिस्चार्ज मिति	बच्चाको डिस्चार्ज परिणामसँगै डिस्चार्ज मिति (ग/म/सा) दिइएको महलमा लेख्नुपर्दछ।

HMIS 2.6: शीघ्रकृ पोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMAM Register)

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमअन्तर्गत ६ देखि ५९ महिनाका बाल-बालिकालाई बहिरङ्ग उपचार केन्द्र (Outpatient Therapeutic Center - OTC) मा भर्ना गरी उपचार सेवा प्रदान गर्न र अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। बहिरङ्ग उपचार सेवा प्रदान गर्ने हरेक स्वास्थ्य संस्थाले यस रजिष्टरमा अभिलेख राखी उपचार सेवा दिनुपर्दछ।

रजिष्टरको नमूना :

HMIS 2.6

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत

क्र.सं./दर्ता	विरामीको नाम, धर, विवरण र भर्नाको किसिम				भर्ना, पोषणको अवस्था तथा प्रेषण सम्बन्धी विवरण (गोली चिन्ह लगाउने)				मेडिकल इतिहास, शारीरिक परीक्षण र अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी (गोली चिन्ह लगाउने र सेकु)																
	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	
क्र.सं.	नाम र धर				भर्ना मिति (ग.म.सा.)				झाडापखाला	छ	छैन	मुँछ	सामान्य	घाउ	केडिडा										
	सिद्धा	महिला	पुरुष	उमेर (महिनामा)	पोषणको अवस्था				बन्सा	छ	छैन	औँखा	सामान्य	मिन्न गडेको	डिस्वाँर										
	अभिभावकको नाम				नासा	उचाइ/लम्बाई (से.मी.)	स्तनपान गरेको	छ	छैन	छाँला	सामान्य	सुतो	मध्यम	कडा											
मूल दर्ता नं.	जिल्ला	न.पा./गा.पा.		वडा नं.	उचाइ अ. लीट (Z-Score)	खानको रसी	छ	छैन	प्रति मि.	सामान्य	फिक्का	मिन्न किसिमको सक्षम	भएको	नभएको	बाँकी										
	गौंड/टोल				दुई खुट्टा सुन्निएको	आँखाको कोस	सामान्य	फिक्का	मिन्न किसिमको सक्षम	भएको	नभएको	बाँकी													
सेवा दर्ता नं.	भर्ना किसिम (गोली चिन्ह लगाउने)				आफै/स्वयं प्रेषण	१	कान	सामान्य	डिस्वाँर	भर्ना गर्दा दिएको RUTF पाकेट															
	नयाँ भर्ना			१	विशेष उपचार कक्ष	२	कोखा हानेको	छ	छैन	सोपानाकरण भई अन्यत्र गएको															
	पुनः दर्ता भएको (२ महिना भित्र)			२	गाउँघर क्लिनिक	३	क्षारभास दर	प्रति मि.	सामान्य	सोपानाकरण भई अन्यत्र गएको															
	बहिरङ्गबाट आएको (बहिरङ्ग/विशेष उपचारकक्ष/पोषण पुनःस्थापना गृहबाट)			३	म.स्वा.स्व.से.	४	तापक्रम	सेन्टिग्रेड	सामान्य	सोपानाकरण भई अन्यत्र गएको															
	डिफरन्स र प्रति भर्ना			४	पोषण पुनःस्थापना केन्द्र	५	हान/खुट्टा	सामान्य	फिक्का	मिन्न किसिमको सक्षम	भएको	नभएको	बाँकी												
				५	अन्य स्वास्थ्य संस्था	६																			

परिमाणित आ.ब. २०७८/७९

छपाई आ.ब. २०७८/७९

HMIS 2.6

व्यवस्थापन रजिष्टर

ओषधी	ओषधीबाट व्यवस्थापन/उपचार				फाँट अप/भेट मिति र स्वास्थ्य अवस्था												डिस्वाँर मिति र परिणाम									
	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६		१७	१८	१९						
मिटामिन ए (आइ.पू.)					एम.पू.ए.सि. (मि.मि.)																				डिस्वाँर मिति	
एपिसोसीलीन					उचाइ/लम्बाई (से.मी.)																					डिस्वाँर परिणाम
ओलोको उपचार					लीट (के.जी.)																					निको भएको
अन्वेन्डाजोल					उचाइ अ. लीट (Z-Score)																					Stable
अन्य ओषधी				दुई खुट्टा सुन्निएको																						डिफरन्स
					बन्सा (पटक/दिन)																					प्रेषण (अस्थिता)
					झाडापखाला (पटक/दिन)																					मुँछ
					ज्वरो (पटक/दिन)																					स्नानान्तरण भई अन्यत्र गएको
					खोकी (पटक/दिन)																					केफितः
					जलवियोजन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	
					तापक्रम (से.ग्रे.)																					
					क्षारभास दर (प्रति मि.)																					
					छाँला संक्रमण	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	
					आज दिने RUTF (पाकेट)																					
मिटामिन ए (आइ.पू.)					एम.पू.ए.सि. (मि.मि.)																					डिस्वाँर मिति
एपिसोसीलीन					उचाइ/लम्बाई (से.मी.)																					डिस्वाँर परिणाम
ओलोको उपचार					लीट (के.जी.)																					निको भएको
अन्वेन्डाजोल					उचाइ अ. लीट (Z-Score)																					Stable
अन्य ओषधी				दुई खुट्टा सुन्निएको																						डिफरन्स
					बन्सा (पटक/दिन)																					प्रेषण (अस्थिता)
					झाडापखाला (पटक/दिन)																					मुँछ
					ज्वरो (पटक/दिन)																					स्नानान्तरण भई अन्यत्र गएको
					खोकी (पटक/दिन)																					केफितः
					जलवियोजन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	
					तापक्रम (से.ग्रे.)																					
					क्षारभास दर (प्रति मि.)																					
					छाँला संक्रमण	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	
					आज दिने RUTF (पाकेट)																					

परिमाणित आ.ब. २०७८/७९

छपाई आ.ब. २०७८/७९

रजिस्टर गर्ने तरिका :

महल नं.	शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं. मूलदर्ता नं. सेवादर्ता नं.	प्रत्येक महिना क्र.सं. १ बाट सुरु गरी लेख्नुपर्दछ। मूलदर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्डबाट मूलदर्ता नम्बरको महलमा र यस रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर सेवादर्ता नम्बरको महलमा लेख्नुपर्दछ। सेवादर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२-३	बिरामीको नामथर, विवरण र भर्नाको किसिम	
	नाम, थर	सेवा लिन आएको बच्चाको पूरा नाम, थर यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
	जात/जाति कोड	सेवा लिने बच्चाको थर रजिस्टरमा उल्लेख भएअनुसार जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ, जस्तै : ०१, ०२,....., ०६।
	लिङ्ग	सेवालिन बच्चा "महिला" भए महिलामा र "पुरुष" भए पुरुषमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
	उमेर (महिनामा)	सेवा लिने बच्चाको उमेर पूरा भएको महिनामा लेख्नुपर्दछ।
	अभिभावकको नाम	बच्चाको अभिभावक (जस्तै : आमा, बुवा, हजुरआमा, हजुरबुवा आदि) को नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	नाता	बच्चाको अभिभावकसँगको नाता (जस्तै : आमा, बुवा, हजुरआमा, हजुरबुवा आदि) यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	जिल्ला, न.पा/गा.पा., वडा नं., गाउँ/टोल	हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको जिल्ला, पालिका, वडा नम्बर र गाउँ/टोलसमेत यस महलहरूमा लेख्नुपर्दछ।
भर्नाको किसिम	सेवा लिने बच्चा भर्ना भएको किसिममा नयाँ भर्ना भएको भए कोड नं. १ मा, २ महिनाभित्र पुनःदर्ता भएको भए कोड नं. २ मा, बाहिरबाट प्रेषण भइ आएको (बहिरङ्ग/विशेष/उपचार कक्ष/पोषण पुनःस्थापना गृह) भए कोड नं. ३ र त्रुटि वा डिफल्टर पछि भर्ना भएको भएकोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
४-७	भर्ना, पोषणको अवस्था तथा प्रेषण सम्बन्धी विवरण	
	भर्ना मिति	बच्चाको भर्ना मिति (ग म सा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	पोषण अवस्था (उचाइ/लम्बाइ)	२ वर्षमुनिका बच्चाको हकमा लम्बाइ र २ वर्षमाथिका (८७ से. मि. वा सोभन्दा माथि) बच्चाको हकमा उचाइ नापी यसैसँगको महल ६ मा से. मि. मा लेख्नुपर्दछ।
	तौल	बच्चाको तौललिई महल ६ मा के.जी. मा लेख्नुपर्दछ।
	एम्. यु. ए. सी	बच्चाको पाखुराको नाप एम्.यु.ए.सी टेपले नापी यसैसँगको महल ६ मा मि.मि. मा लेख्नुपर्दछ।
	उचाइ अनुसारको तौल	उचाइअनुसारको तौल (z-score) टेबलको सहायताले बच्चाको उचाइअनुसारको तौल यसैसँगको महल ६ मा लेख्नुपर्दछ।
	दुवै खुट्टा सुन्निएका	पोषणजन्य कारणले बच्चाका दुवै खुट्टा तथा शरिरका अन्य भागहरू सुन्निएका छन्/छैनन् भनी जाँच गरी सुन्निएको भए प्रोटोकलअनुसार +, ++ वा +++ मा लेख्नुपर्दछ।
भर्नाको आधार	बच्चाको पोषण अवस्था जाँच गरिसकेपछि भर्नाको आधारअनुसार (एम्. यु. ए. सी., उ. अ. तौ. (z-score), वा दुवै खुट्टा सुन्निएका) कुनहो महल नं. ७ को सम्बन्धित कोड नं. मागोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ।	
प्रेषणको किसिम	सेवा लिने बच्चा जहाँबाट प्रेषण भएको हो (आफै/स्वयं प्रेषण, विशेष उपचार कक्ष तथा अन्य बहिरङ्ग कक्ष, गाउँ-घर क्लिनिक, म. स्वा. स्वयं से., पोषण पुनःस्थापना केन्द्र, वा अन्य स्वास्थ्य संस्था) महल ७ को सम्बन्धित कोडमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
८-१४	मेडिकल इतिहास, शारीरिक परीक्षण र अन्य स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी	बच्चाको स्वास्थ्य परीक्षण गरी महल नं. ८ मा उल्लेख गरिएका विभिन्न लक्षण, चिन्ह तथा अवस्थाका बारेमा सँगै रहेको महल ९ वा १० को अवस्थामा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। महल ८ कै दिशा, स्वास प्रश्वास दर र तापक्रमको हकमा भने महल ९ को खाली कोठामा क्रमशः विवरणहरू भर्नुपर्दछ।

महल नं.	शीर्षक	निर्देशन
		त्यस्तै गरी महल ११ मा उल्लेख गरिएका शारीरिक अवस्था, दादुरा खोप र पूर्ण खोपको अवस्था, RUFT जाँच, वितरण प्याकेटको संख्याको विवरण महल १२, १३ वा १४ मा गोलो घेरा वा विवरण भर्नु पर्दछ । शीघ्र कुपोषणको किसिम SAM वा MAM के हो महल १४ मा लेख्नुपर्दछ । शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनका लागि दर्ता भएका बच्चाहरूको आवश्यक अतिरिक्त जानकारी भएमा सोहीअनुसारको विवरण पनि यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५-१९	औषधीबाट व्यवस्थापन/उपचार	बच्चालाई उपचारको क्रममा महल १५ मा उल्लेख भएको औषधीहरू (भिटाभिन ए, एमोक्सिसिलिन, औलौका औषधी, अल्बेन्डाजोल वा अन्य औषधीहरू) दिइएको मात्रा महल १६ मा र मिति (गते, महिना, साल) महल १७, १८ र १९ मा लेख्नुपर्दछ ।
२०-२८	फलोअप भेट मिति	विरामी बच्चा प्रत्येक फलोअप भेटमा आउँदा महल नं. २० मा उल्लिखित अवस्थाको जानकारी लिई सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । उक्त फलोअप भेट गरेको मिति (गते/महिना/साल) सम्बन्धित पटकको भेटको महलमा लेख्नुपर्दछ । बच्चाको प्रत्येक फलोअप भेटमा बच्चाको पाखुराको नाप (एम्. यु. ए. सी. मि. मि.), उचाइ/लम्बाइ (से.मि.), तौल (के.जी.) पोषणजन्य कारणले सुन्निएको, उचाइअनुसारको तौल, बान्ता, भाडापखाला, ज्वरो, खोकी, जलवियोजन, तापक्रम, श्वास-प्रश्वास दर, छाला सङ्क्रमण जाँच गरी प्रत्येक भेटमा दिने RUTFको प्याकेट सङ्ख्या सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
२९	डिस्चार्ज मिति र परिणाम	बच्चाको डिस्चार्ज भएको मिति (ग म सा) दिइएको कोठामा लेख्नुपर्दछ । अन्तमा बच्चाको डिस्चार्ज परिणामअनुसार निको भएको कोड १, Stable भए कोड २, डिफल्टर कोड ३, प्रेषण (अस्पताल) कोड ४, मृत्यु कोड ५ र स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएको कोड ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । माथि लेखिएको बाहेक सोसम्बन्धी अन्य विवरण उल्लेख गर्नुपर्ने भएमा कैफियतको महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 2.7: मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर-अस्पताल (IMAM Register – Hospital)

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमअन्तर्गत मेडिकल जटिलता सहितको कडा शीघ्र कुपोषण (Severe Acute Malnutrition-SAM) भएका ६ देखि ५९ महिनाका बाल-बालिका र विशेष अवस्थाभएका (आइमाम प्रोटोकलअनुसार) ६ महिनामुनिका बाल-बालिकालाई विशेषउपचार कक्षमा भर्ना गरी उपचार सेवा प्रदान गर्न र अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। विशेष उपचार कक्ष भएका हरेक स्वास्थ्य संस्थाले यस रजिष्टरमा अभिलेख राखी उपचार सेवा दिनु पर्दछ।

रजिष्टरको नमूना

HMIS 2.71

नाम र थर	जन्म मिति		उमेर (महिनामा)		ठेगाना				सम्पर्क नं.	अभिभावक/हेरचाह गर्नेको नाम र थर	जन्म परिचय सञ्चन																					
	महिना	पुरुष	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	गाँउ/टोल																										
सेवा दर्ता नं.	भर्ना मिति (ग.म.सा.)			भर्नाको फिस्टिम (गोली लगाउने)					शेषण																							
	म	द	स	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९
नाप रौलको पाट	मिति			उचाई/लम्बाइ (से.मी.)		लैला (कि.जी.)		उचाईको आधारमा लैला (z-score)		एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)		दुई खुट्टा सुन्निपर्छ (+ देखि +++)		भएका/नभएका				भुवा/आमा/जुम्ल्याहा		पुनःगोली भनी												
				१		१		१		१		१		१		२		३		४		५										

पार्कले बाबादे १०, शरण टोल, काठमाडौं। बाबा सुन्दरको शरण। वार्षिक/मासिक स्वास्थ्य परीक्षण र अन्तिम परीक्षण र अन्तिम लेख राख्नु र स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न।
 तल्लो पाट

परिमित: आ.ब. २०७८/७९

छपाई: आ.ब. २०७८/७९

HMIS 2.72

मिति	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९						
वजन (kg/100/KG)																																			
मास प्रति दिन (मिति वा पाकेट)																																			
छान्नेको पाकेट प्रति दिन																																			
प्रति छान्नेको मास (दुध मात्र)																																			
मास अद्वयन																																			
उपचारपाक खाना	A- अन्नपिचिस	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान		
	V-वाटर	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान		
	B- नमसलेको	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान		
	M- दुध खानेको	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान		
	W- वा कुकुम	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान		
	मास सिधुरको	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान
	१= ५%	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान
	३/५	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान
	१/२	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान
	१/५	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान
	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	
	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	
	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	
	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	
	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	उत्तर	खान	

परिमित: आ.ब. २०७८/७९

छपाई: आ.ब. २०७८/७९

जम्मा परिवार सङ्ख्या	बच्चाको घरमा रहेको जम्मा परिवार सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
सेवादत्ता नं.	बच्चाको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
भर्ना मिति	बच्चाको भर्ना मिति (ग म सा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
भर्ना किसिम	बच्चाका अभिभावकलाई सोध्दै भर्नाको किसिम (आफै, प्रेषण) अनुसार गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।	
बुबा, आमा, जुम्ल्याहा	बच्चाका बुबा, आमा, जुम्ल्याहा भाइ/बहिनी भए/नभएको यकिन गरी सोहीअनुसार गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।	
पुनः रोगी भर्ना	बच्चापुनः रोगी भई (२ महिनाभित्र) भर्ना भएमा सोहीअनुसार गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।	
नापतौलको चार्ट	मिति	प्रत्येक मितिमा (ग म सा), बच्चाको उचाइ/लम्बाइ (से. मि.) र तौल (के.जी.) नापी सोही अनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । साथै उचाइ अनुसारको तौल (z-score) z-score टेबलको सहायताले यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	उचाइ/लम्बाइ (से.मि.)	
	तौल (के.जी.)	
	उचाइअनुसारको तौल (z-score)	
	एम्.यु.ए.सी. (मि.मि.)	
	दुवै खुट्टा सुन्निएका (० देखि +++)	सेवाग्राही बच्चा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको छ/छैन भनी परीक्षणका लागि बच्चाका दुवै खुट्टा, हात, अनुहार जाँच गरी सुन्निएको नभएमा, ० वा सुन्निएको भए सोहीअनुसार+ , ++वा+++ ; यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
तौल चार्ट	तौल चार्ट प्रत्येक खण्डले २० ग्राम तौल घटेको वा बढेको देखाउँछ । बच्चा सुन्निएको केसमा प्रारम्भिक बेलामा तौल घट्नु स्वभाविक हो । त्यसकारण ग्राफ सुरु गर्दा अन्तिमबाट सुरु गर्नु हुँदैन । बच्चाको माथि लिइएको दैनिक तौलअनुसार ग्राफको X-axis मा तौल उल्लेख गर्दै ग्राफ भर्नुपर्दछ ।	
मिति	बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना सुरु गरेपछिको प्रत्येक दिनको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
खाना(F75/F100/RUTF)	बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना सुरु गरेको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
मात्रा प्रतिदिन (मिलि वा प्याकेट)	बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना दिएको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF), F75/F100 भए मिलिमा र RUTF भए प्याकेटमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
खानाको पटक प्रतिदिन	प्रत्येक दिन खुवाउने खाना (F75/F100/RUTF) को पटक यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
प्रति खानाको मात्रा (दूधमात्र)	बच्चालाई F75/F100 दूध मात्र खान दिएको भएमा प्रति खानाको मात्रा मिलिमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
थप आइरन	बच्चालाई थपआइरन दिएको भएमा सोको मात्रा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
उपचारात्मक खाना	प्रत्येक मितिको महल (Column) मा समय र खानाको महललाई ३ वटा खाली महलहरू (Row) दिइएका छन् । त्यस्ता समय र खानाको महल (Row) प्रत्येक मितिमा जम्मा १० वटा छन् । प्रत्येक पल्ट खाना दिँदा मितिअनुसार खाना दिएको समय (२४ घण्टा अनुसार) र प्रकार (F75/F100/RUTF) उल्लेख गर्दै मात्रा लिएर खाएअनुसार महलहरू (Row) भर्नुपर्दछ । जस्तै : पूरै मात्रा लिएर खाएमा ४ वटा X चिन्ह, ३/४ मात्रा लिएर खाएमा ३ वटा कोठामा X चिन्ह, १/२ मात्रा लिएर खाएमा २ वटा कोठामा X चिन्ह र १/४ मात्रा लिएर खाएमा १ वटा कोठामा X चिन्ह लगाउनुपर्दछ । बच्चालाई खुवाउँदा बच्चा अनुपस्थित /Absent भएमा A, बान्ता / Vomit गरेमा V, खान नमाने /Refuse मा R र ट्युब लगाएको भएमा NG र IV दिएमा IV लेख्दै महलहरू (Row) मा भर्नुपर्दछ । अन्य केही भएमा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ ।	
सर्वेक्षण तालिका	प्रत्येक मितिमा मिति (ग म सा) उल्लेख गर्दै बच्चाको दैनिक दिसाको पटक, बान्ताको पटक, जलवियोजन, खोकी, सेप्टिक सक, श्वास-प्रश्वास दर, Pulse rate, रक्त अल्पता, तापक्रम (बिहान, साँझ), र छाला सम्बन्धि रोग भएमा प्रोटोकलअनुसार सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।	

नियमित औषधि	वच्चालाई भर्ना भएको पहिलो दिन भिटामिन ए र फोलिक एसिड दिइँदैन । वच्चालाई भिटामिन ए (मात्रा) र फोलिक एसिड दिएपछि मिति अनुसार सम्बन्धित महलहरूमा (ठीक) चिन्ह लेख्नुपर्दछ । साथै दिइएका एन्टिबायोटिकहरूको नामउल्लेख गर्दै दिएको समय सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । त्यस्तै गरी जुका नियन्त्रण (पुनःस्थापना काल) का औषधिहरू दिएमा सोको विवरण सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
विशेष औषधि	विशेष औषधि विशेष केही एन्टिबायोटिक दिएमा सोको नाम उल्लेख गर्दै दिएको समय सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । रिसोमोल दिएमा सोको मात्रा मि लि मा सोही अनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । IV र रगत, NG लगाएमा सोको विवरण सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
परीक्षणको नतिजा	Hb र PCV, मलेरिया, ग्लुकोज र क्षयरोग परीक्षणको नतिजा सोही अनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
अवलोकन	अन्य केही अवलोकन भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
खोप	वच्चाको कार्ड भए, नभएको हेरी सोहीअनुसारका महलहरूमा चिन्ह लगाउनुपर्दछ । वच्चालाई खोप लगाएअनुसारको मिति (ग म सा) सोही अनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । अन्य खोप दिएमा सोको विवरण सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
डिस्चार्ज	डिस्चार्जपश्चात् डिस्चार्ज मिति (ग म सा) र हस्ताक्षर सोही अनुसारको महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । साथै स्वास्थ्य शिक्षा दिएको मिति (ग म सा) र हस्ताक्षर, भिटामिन ए दिए, नदिएको, खोपको मात्रा पुगे, नपुगेको र डिस्चार्जको बेलामा स्तनपान गरिरहेको छ, छैन यकिन गरी सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 2.8: पोषण पुनर्स्थापनागृह रजिष्टर (NRH Register)

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम बाहेक पोषण पुनर्स्थापना गृहबाट समेत शीघ्र कुपोषणको उपचार सेवा प्रदान गरिन्छ। यसरी पोषण पुनर्स्थापना गृहबाट प्रदान गरिने सेवाको अभिलेख राख्न पोषण पुनर्स्थापना गृह रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ।

रजिष्टरको नमूना

नाम र थर	जाती कोड	उमेर (महिनामा)		ठेगाना							सम्पर्क नं.	अभिभावक/ हेरचाह गर्नेको नाम र थर				जम्मा परिवार संख्या		
		महिला	पुरुष	प्रदेश	जिल्ला	वडा नं	गाँउ/टोल	अन्तरंग	म.स्वा.स्व.से	स्वास्थ्य संस्था		बहिरङ्ग	भएको नम्बरको	बुवा	आमा		जुन्याहा	
														१	२		३	
सेवा दर्ता नं.	भर्ना मिति (ग.म.सा.)			भर्नाको किसिम (गोली लगाउने)		आफै	प्रेषण							भएको नम्बरको	१	२	३	४
	ग	म	सा	कडा	मध्यम													

परिमार्जित: आ.ब. २०७८/७९

छप्याइ: आ.ब. २०७८/७९

मिति		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	
खाना (F75/F100/RUTF)																														
मात्रा प्राप्त दिन (मिनेट वा पाकेट)																														
खानाको पटक प्राप्त दिन																														
प्राप्त खानाको मात्रा (दुध मात्र)																														
बच खाना																														
उपचारमात्रक खाना	A= अनुपस्थित																													
	V= वान्ता																													
	R= नमानीको																													
	NG= ट्युब लगाएको																													
	IV= IV फ्ल्यूइड																													
	मात्रा सिद्धएको																													
	१०० %	x	x																											
	३/४	x	x																											
	१/२	x																												
	१/४	x																												
मिति																														
दिसा/पटक																														
खाना/पटक																														
बलियो/बलिन																														
खोकी																														
Septic Shock																														
श्वसन/श्वस दर																														
रक्तअल्पता																														
तापक्रम विहनन																														
तापक्रम सञ्च																														
सुत्ता																														
डिस्चार्ज मिति		निको भएर	LAMA				अन्य औषधि दिएको				छ	छैन	डिस्चार्जको बेलामा स्तनपान				छ	छैन	हस्ताक्षर											
		प्रेषण	मृत्यु				खोपको मात्रा पुगेको				छ	छैन																		

परिमार्जित: आ.ब. २०७८/७९

छप्याइ: आ.ब. २०७८/७९

रजिस्टर गर्ने तरिका :

शीर्षक	निर्देशन		
नाम र थर	सेवा लिन आएको बच्चाको पूरा नाम, थर यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।		
जाति कोड	सेवा लिने बच्चाको थर रजिस्टरमा उल्लेख भएअनुसार जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ, जस्तै : ०१, ०२,.....,०६ ।		
उमेर (महिनामा)	सेवा लिने बच्चाको उमेर पूरा भएको महिनामा “महिला” भए महिलामा र “पुरुष” भए पुरुषमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।		
ठेगाना	जिल्ला, नगर/गाउँपालिका : हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. र गाउँ र टोल समेत यी महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको भन्नाले कम्तीमा ६ महिनादेखि बसिरहेको वा त्यहीँबसोबास गर्ने मनसायले बसिरहेको भन्ने बुझ्नुपर्दछ ।		
सम्पर्क नं.	बच्चाका अभिभावकको सम्पर्क नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		
अभिभावक/हेरचाह गर्नेको नाम र थर	बच्चाको अभिभावक (जस्तै : आमा, बुबा, हजुरआमा, हजुरबुबा आदि) को नाम र थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		
जम्मा परिवार सङ्ख्या	बच्चाको घरमा रहेको जम्मा परिवार सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		
सेवादार्ता नं.	बच्चाको सेवादार्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		
भर्ना मिति	बच्चाको भर्ना मिति (ग म सा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		
भर्ना किसिम	बच्चाका अभिभावकलाई सोध्दै भर्नाको किसिम (आफै, प्रेषण) अनुसार गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।		
बुबा, आमा, जुम्ल्याहा	बच्चाका बुबा, आमा, जुम्ल्याहा भाइ/बहिनी भए/नभएको यकिन गरी सोहीअनुसार गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।		
पुनः रोगी भर्ना	बच्चा पुनः रोगी भई (२ महिनाभित्र) भर्ना भएमा सोहीअनुसार गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।		
नापतौलको चार्ट	मिति	प्रत्येक मितिमा (ग म सा), बच्चाको उचाइ/लम्बाइ (से. मि.) र तौल (के.जी.) नापी सोही अनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । साथै उचाइ अनुसारको तौल (z- score) z-score टेबलको सहायताले यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
	उचाइ/लम्बाइ (से.मि.)		
	तौल (के.जी.)		
	उचाइअनुसारको तौल (z-score)		
	एम्.यु.ए.सी. (मि.मि.)		बच्चाको पाखुराको मध्यभागको परिधि को नाप एम्. यु. ए. सी. टेप ले नापी यस महलमा मि.मि. मा लेख्नुपर्दछ ।
	दुवै खुट्टा सुन्निएको (० देखि +++)		सेवाग्राही बच्चा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको छ/छैन भनी परीक्षणका लागि बच्चा काटुवै खुट्टा, हात, अनुहार जाँच गरी सुन्निएको नभएमा, ० वा सुन्निएको भए सोहीअनुसार +, ++ वा+++ ; यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
तौल चार्ट	तौल चार्टको प्रत्येक खण्डले २० ग्रामतौल घटेको वा बढेको देखाउँछ । बच्चा सुन्निएको केसमा प्रारम्भिक बेलामा तौल घट्नु स्वभाविकहो । त्यसकारण ग्राफ सुरु गर्दा अन्तिमबाट सुरु गर्नु हुँदैन । बच्चाको माथि लिइएको दैनिक तौलअनुसार ग्राफको X-axis मा तौल उल्लेख गर्दै ग्राफ भर्नुपर्दछ ।		
मिति	बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना सुरु गरेपछिको प्रत्येक दिनको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		
खाना(F75/F100/RUTF)	बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना सुरु गरेको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		
मात्रा प्रतिदिन (मिलि वा प्याकेट)	बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खानादिएको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF), F75/F100 भए मिलिमा र RUTF भए प्याकेटमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		
खानाको पटक प्रतिदिन	प्रत्येकदिन खुवाउने खाना (F75/F100/RUTF) को पटक यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।		

प्रतिखानाको मात्रा (दूधमात्र)	बच्चालाई F75/F100 दूध मात्र खानदिएको भएमा प्रतिखानाको मात्रा मिलिमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
थपखाना	RUTF/ F75/F100 बाहेकका अन्य खाना खुवाइएमा यस महलमा \sqrt चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
उपचारात्मक खाना	प्रत्येक मितिको महल (Column) मा समय र खानाको महललाई ३ वटा खाली महलहरू (Row) दिइएका छन् । त्यस्ता समय र खानाको महल (Row) प्रत्येक मितिमा जम्मा १० वटा छन् । प्रत्येक पल्ट खाना दिँदा मितिअनुसार खाना दिएको समय (२४ घण्टा अनुसार) र प्रकार (F75/F100/RUTF/ थपखाना) उल्लेख गर्दै मात्रा लिएर खाएअनुसार महलहरू (Row) भर्नुपर्दछ । जस्तै : पूरै मात्रा लिएर खाएमा ४ वटा X चिन्ह, ३/४ मात्रा लिएर खाएमा ३ वटा कोठामा X चिन्ह, १/२ मात्रा लिएर खाएमा २ वटा कोठामा X चिन्ह र १/४ मात्रा लिएर खाएमा १ वटा कोठामा X चिन्ह लगाउनुपर्दछ । बच्चालाई खुवाउँदा बच्चा अनुपस्थित/ Absent भएमा A, बान्ता / Vomit गरेमा V, खान नमाने / Refuse मा R र ट्युब लगाएको भएमा NG र IV दिएमा IV लेख्दै महलहरू (Row) मा भर्नुपर्दछ । अन्य केही भएमा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ ।
सर्वेक्षण तालिका	प्रत्येक मितिमा मिति (ग म सा) उल्लेख गर्दै बच्चाको दैनिक दिसाको पटक, बान्ताको पटक, जलवियोजन, खोकी, सेप्टिक सक, श्वास-प्रश्वास दर, Pulse rate, रक्तअल्पता, तापक्रम (बिहान, साँझ), र छाला सम्बन्धि रोग भएमा प्रोटोकलअनुसार सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
अवलोकन	अन्य केही अवलोकन भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	बच्चाको कार्ड भए, नभएको हेरी सोहीअनुसारका महलहरूमा चिन्ह लगाउनुपर्दछ । डिस्चार्जपश्चात् डिस्चार्ज मिति (ग म सा) र हस्ताक्षर सोहीअनुसारको महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । डिस्चार्जको बेलामा स्तनपान गरिरहेको छ, छैन यकिन गरी सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

३. परिवार कल्याण

3. Family Welfare

- HMIS ३.१: परिवार नियोजन सेवा कार्ड
- HMIS ३.२: परिवारनियोजनकोअस्थायी साधन (पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपो, सायना प्रेस) सेवा रजिष्टर
- HMIS ३.३: परिवारनियोजनकोअस्थायी साधन (आइ.यु.सी.डी/इम्प्लाण्ट) सेवा रजिष्टर
- HMIS ३.४: परिवारनियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर
- HMIS ३.५: मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य कार्ड
- HMIS ३.६: मातृतथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर
- HMIS ३.७: सुरक्षित गर्भपतन रजिष्टर
- HMIS ३.७a: औषधिद्वारा गरिने गर्भपतनको सेवाग्राहीकार्ड
- HMIS ३.७b: MVA द्वारा गरिने गर्भपतनको सेवाग्राहीकार्ड
- HMIS ३.७c: दोस्रो त्रैमासिकको गर्भपतनको सेवाग्राहीकार्ड
- HMIS ३.७d: PAC सेवाको सेवाग्राहीकार्ड
- HMIS ३.८: प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर

HMIS 3.1: परिवार नियोजन सेवा कार्ड (Face Sheet)

परिवार नियोजन सेवा अपनाउने सेवाग्राहीहरूको व्यक्तिगत विवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । परिवार नियोजन सेवा प्रदान गर्दा भरिएको परिवार नियोजन सेवा कार्ड (फेस सिट) को पहिलो प्रति (पहेंलो रङ को) मासिक प्रतिवेदनसँगै सम्बन्धीत स्थानिय तहको स्वास्थ्य शाखामा पठाउनुपर्दछ । कार्डको दोस्रो प्रति (सेतो) सेवा दिने संस्थामा बडा अनुसार फाईलिङ्ग गरी व्यवस्थित गरी राख्नु पर्दछ र प्रत्येक पटक सेवाग्राही अनुगमनका लागि वा सेवाको निरन्तरताका क्रममा आउदा अध्यावधिक गरी राख्नुपर्दछ । यसै कार्डबाट सम्बन्धीत स्थानिय तहको स्वास्थ्य शाखाले परिवार नियोजन साधन प्रयोगकर्ताको व्यक्तिगत विवरणका साथै सेवा प्रदायकको प्रोत्साहन रकम प्रदान गर्न र अन्य विविध पक्षको विश्लेषण गर्न सक्दछ ।

नोट : सेवाग्राहीले परिवार नियोजनका कुनै पनि साधन पहिलो पटक सुरु गर्दा र लिङ्गरेको प. नि. साधनका बीचमा १ वर्षभन्दा बढी समयसम्म छोडी पुनः सोही सेवा लिन आउँदा र सेवाको परिवर्तन गर्दा समेत यो कार्ड अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्दछ । सेवाग्राहीहरूको विस्तृत विवरणको विश्लेषणका लागि सम्बन्धीत स्थानिय तहको स्वास्थ्य शाखालाई यस कार्डको आवश्यकता पर्ने भएकोले प. नि. सेवा प्रदानका क्रममा भरिएका फेस सिटहरूको पहिलो प्रति अनिवार्य रूपमा मासिक प्रतिवेदनसँगै सम्बन्धित स्थानियतहको स्वास्थ्य शाखामा पठाउनु पर्दछ ।

सेवाग्राहीलाई सेवा दिनुभन्दा पहिले निजको चिकित्सा सम्बन्धी विवरण जाँच-परीक्षण गरी अद्यावधिक गरेपछि मात्र सम्बन्धित साधन उपलब्ध गराउन मिल्ने वा नमिल्ने निश्चय गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगत विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना :

HMIS 3.1 Face Sheet

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली										
परिवार नियोजन सेवा कार्ड										
दर्ता नम्बर:		दर्ता मिति		गते	महिना	वर्ष				
स्वास्थ्य संस्थाको नाम		जिल्ला		नगर/गाउँपालिका		वडा नं.				
सेवा दिने व्यक्तिको ठेगाना	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	विवरण		नाम र थर	जाती कोड	उमेर	शिक्षा	पेशा
सेवाग्राहीको पति/पत्नीको (एचिपक)										
हाल सम्मको जन्म सम्बन्धी विवरण										
जीवित जन्म संख्या		हाल जीवित बच्चाहरूको उमेर (कम देखि बढी उमेरसम्म क्रमशः उल्लेख गर्ने)		कैफियत		आखिरी रजस्वला भएको मिति				
छोरीहरू						गते	महिना	वर्ष		
छेराहरू										
विगतमा परिवार नियोजन साधनको प्रयोग (v)										
पिसस	ट्रिपोरोभेरा	आई.यु.सी.डी	इम्प्लान्ट	साधना फेस	अन्य	नगरेको				
पहिले प्रयोग गरेको साधन छोड्नुको कारण (v)										
बच्चा जन्माउन	शारीरिक समस्या भएर	आवश्यक नभएर	अन्य (खुलाउने)							
चिकित्सा सम्बन्धी विवरण (इन्जिन साधन तिने सेवाग्राहीका लागि) गोली घेरा लगाउनुहुँदैन ।										
१. खुट्टा सुनिने र छिटो छिटो सास चल्ने रोग	छ	छैन	६. कमलपित्त रोग लागेको		छ	छैन				
२. गर्भावस्थामा खुट्टा सुनिने र दुखे रोग लागेको	सियो	सिएन	७. चिनीको रोग भएको		छ	छैन				
३. रजस्वला मासिक रूपमा हुन्छ	हुन्छ	हुँदैन	८. बैस्करी टाउको दुखे		छ	छैन				
४. दुई रजस्वला बीच रक्तश्राव हुन्छ	हुन्छ	हुँदैन	९. स्तनमा गाँवा गुठ्ठी		छ	छैन				
५. रजस्वला अवधिमा रक्तश्रावको परिमाण धेरै	धेरै	सामान्य								
चिकित्सा सम्बन्धी विवरण (आई.यु.सी.डी.का लागि) गोली घेरा लगाउनुहुँदैन ।										
१. तल्लो पेट दुखे समस्या:	छ	छैन								
२. मन्दाउने पानी बग्ने समस्या:	छ	छैन								
३. तीन महिना यता पाठेघर सम्बन्धी संक्रमणको उपचार गरेको	छ	छैन								
आकस्मिक गर्भ निरोधको लागि प्रयोग गर्न लागेको भए निम्न विवरण भर्नुहोस्:										
१. असुरक्षित यौन सम्पर्क भएको मिति (गते/महिना/साल)	ग	म	स							
२. अब प्रयोग गर्न चाहेको साधन:										
हाल प्रयोग गर्ने लागेको साधन										
साधनको नाम	सुरु गरेको मिति	सेवा प्रदान गर्नेको नाम र थर	दस्तखत	कैफियत						
ग	ग	ग	ग	ग						
अनुगमन, परीक्षण, उपचार र सल्लाह										
सेवा लिएको मिति	शिकायत/ निदान	उपचार/ सल्लाह/ सुझाव	फर्किए आउने मिति							
ग	ग	ग	ग							

कार्ड भर्ने तरिका :

शीर्षक	निर्देशन
दर्ता नम्बर	परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्दा सेवा रजिस्टरमा दर्ता गरेको सेवा दर्ता नम्बर लेखनुपर्दछ ।
दर्ता मिति	दर्ता गरेको दिनको मिति (ग/म/सा) लेखनुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम:	सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेखनुपर्दछ ।
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था अवस्थित रहेको जिल्लाको नाम लेखनुपर्दछ ।
सेवाग्राहीको ठेगाना	सेवा लिने व्यक्तिको पूरा ठेगाना (जिल्ला, गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा. र वडा नं.) लेखनुपर्दछ ।
सेवाग्राहीको विवरण	सेवा लिने व्यक्तिको नाम, थर, उमेर, शैक्षिक योग्यता र पेसाको विवरण सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ ।
पति पत्नीको विवरण	सेवा लिने व्यक्तिको पति/पत्नीको नाम, थर, उमेर, शैक्षिक योग्यता र पेसाको विवरण सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ । महिलाले पतिको नाम भन्न नचाहेमा- चिन्ह दिनुपर्दछ ।
हालसम्मको जन्म सम्बन्धी विवरण	परिवार नियोजन सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको हालसम्म जीवित जन्मेका छोरी र छोराहरूको सङ्ख्या लेखी हाल जीवित रहेका बच्चाहरूको उमेर (कम उमेरदेखि बढी उमेरसम्म क्रमशः) पूरा गरेको वर्षमा लेखनुपर्दछ । अन्य केही भए कैफियत महलमा लेखनुपर्दछ ।
विगतमा परिवार नियोजन साधनको प्रयोग	विगतमा प. नि. साधन (पिल्स/डिपो/सायना प्रेस/आईयुसीडी/इम्प्लान्ट कुनै साधन) प्रयोग गरेको भए सम्बन्धित कोठामा (√) चिन्ह लगाउने र सोबाहेक अन्य साधन प्रयोग गरेको भए अन्यको महलमा प्रयोग गरेको साधनको नाम लेखनुपर्दछ । विगतमा कुनै पनि साधन प्रयोग नगरेको भए “नगरेको” कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
पहिले प्रयोग गरेको साधन छोड्नुको कारण	अहिले प्रयोग गर्न लागेको साधनभन्दा पहिले यदि सेवाग्राहीले परिवार नियोजनका अन्य साधन प्रयोग गरेको भए के कारणले पहिले लिएको साधन प्रयोग गर्न छाडेको हो, सम्बन्धित कोठामा (√) चिन्ह लगाउने र साथै उल्लिखितभन्दा फरक कारणहरू भए अन्यको महलमा साधन छोड्नुको कारण लेखनुपर्दछ ।
चिकित्सा सम्बन्धी विवरण (हर्मोनल साधनलिने सेवाग्राहीका लागि)	चिकित्सा सम्बन्धी विवरणको प्रत्येक नम्बरको समस्या (रोग) बारे सोधेर, हेरेर वा परीक्षण गरेर सेवाग्राहीलाई उक्त समस्या भए/नभएको निश्चित गरी सोहीअनुसार सम्बन्धित महलमा घेरा लगाउनुपर्दछ ।
चिकित्सा सम्बन्धी विवरण (आईयुसीडी साधनलिने सेवाग्राहीका लागि)	चिकित्सा सम्बन्धी प्रत्येक नम्बरको समस्या (रोग) बारे सोधेर वा परीक्षण गरेर भएको वा नभएको सोहीमा घेरा लगाउनुपर्दछ ।
हाल प्रयोग गर्न लागेको साधन	सेवा ग्राहीले अहिले परिवार नियोजनको कुन साधन लिन लागेको हो (पिल्स/डिपो /आईयुसीडी/इम्प्लान्ट/मिनिल्याप/भ्यासेक्टोमी/आकस्मिक गर्भनिरोध चक्की भए) सो साधनको नाम सम्बन्धित महलमा लेखी सो साधन सुरु गरेको मिति (ग/म /सा) उल्लेख गर्नुपर्दछ । साथै सेवा प्रदान गर्ने सेवा प्रदायकको नाम, थर सम्बन्धित महलमा लेखी अनिवार्य रूपमा सेवा प्रदायकको दस्तखत गर्नुपर्दछ । अन्य केही खुलाउनुपर्ने भएमा कैफियत महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
अनुगमन, परीक्षण, उपचार र सल्लाह	परिवार नियोजनको सेवा लिइरहेका सेवाग्राहीहरू एउटै साधनका लागि पटक-पटक सेवा लिन आउने हुँदा स्वास्थ्य संस्थामा रहने परिवार नियोजन सेवा कार्डको पछाडीको भागमा अनुगमनको विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
मिति	प्रत्येक पटक दोहोर्याएर सोही साधन लिनआएका सेवाग्राहीहरू सम्पर्क गर्न आएको मिति लेखनुपर्दछ ।
सिकायत/निदान	प.नि. सेवा लिएको व्यक्तिको कुनै समस्या वा सिकायत भए सोको विवरण यस महलमा लेखनुपर्दछ । प. नि. सेवाका लागि फेस सिट कार्ड प्रयोग गरिएको अवस्थामा निदान विवरणमा रक्तचाप र तौल अनिवार्य राख्नुपर्दछ ।
उपचार/सल्लाह/सुझाव	सेवा प्रदान गर्दा सेवाग्राहीहरूलाई दिइएको उपचार, परिमाण (पिल्स साइकल, डिपो मात्रा आदि) र दिइएको परामर्श खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ ।
फर्केर आउने मिति	सेवा लिने व्यक्ति पुनः सेवाका लागि कहिले आउनुपर्ने हो, सो मिति स्पष्ट उल्लेख गर्नुपर्दछ र स्वास्थ्य सेवा कार्डमा समेत उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

HMIS 3.2: परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स, तथा गर्भ निरोधक सुइ) सेवा रजिष्टर (Pills and Injectable Service Register)

परिवार नियोजनका अस्थायी साधनको प्रयोगकर्ताले अपनाएको साधन, अपनाएको अवधि, साधन प्रयोग गर्न छोडेको अभिलेख राखी कुनै पनि समयमा नयाँ तथा लगातार प्रयोगकर्ताको संख्या र अन्य विवरणको अभिलेख राख्ने प्रयोजनका लागि यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। सेवाग्राहीलाई एक पटक यस रजिष्टरमा दर्ता गरेपछि ३ वर्षसम्मका लागि उक्त सेवाग्राहीको पनि सेवा सम्बन्धी विवरण अभिलेख गर्न सकिन्छ।

नोट: परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपोवा सायना प्रेस) अपनाउने भए यस रजिष्टरमा अभिलेख राखी सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ। प्रत्येक साधनका लागि सेवाग्राहीको संख्या अनुसार छुट्टाछुट्टै पाना प्रयोग गर्नुपर्दछ। जुन प्रयोजनका लागि ती छुट्ट्याइएका पानाहरु प्रयोग भएका हुन्, त्यो पिल्स, डिपो वा सायना प्रेस कुन हो, पानाको शिरमा दिईएका विकल्पहरुमा ✓ चिन्ह लगाउनुपर्दछ। आकस्मिक चक्की प्रयोग गर्ने सेवाग्राहीहरुका लागि रजिष्टरमा छुट्टै पाना राखिएको छ। अन्य नगर/गाउँपालिका/वडाका सेवाग्राहीहरुका लागि छुट्टै पाना प्रयोग गरी अभिलेख राख्नुपर्दछ। सम्बन्धित संस्थाको कायम रहेको कार्यक्षेत्र भन्दा बाहिरका सेवाग्राहीहरुको संख्या अधिक हुने स्वास्थ्य संस्थाले अन्य स्थानबाट आउने सेवाग्राहीहरुको लागि मात्र छुट्टै रजिष्टर प्रयोग गर्न सक्नेछ। यो रजिष्टर स्वास्थ्य संस्थामा राखिन्छ। गाउँघर क्लिनिकमा दिईएको परिवार नियोजन (पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपो, सायना प्रेस) को सेवाको विवरण गाउँघर क्लिनिक सकिएपछि संस्थामा रहेको यस रजिष्टरमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ। महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले वितरण गरेको पिल्सको विवरण प्रत्येक महिनाको म.स्व.स्व.से को प्रतिवेदन संकलन गर्ने समयमा कस-कसलाई वितरण गरेको हो सो को नामावली सहितको विवरण संकलन गरी यस रजिष्टरको सम्बन्धित महलमा अनिवार्य रूपमा अद्यावधिक गरी सेवाको निरन्तरता जनाउनुपर्दछ।

रजिष्टरको नमुना :

HMIS 3.2

परिवार नियोजनको अस्थायी साधन

पिल्स		डिपो		सायना प्रेस		प्रजनन उमेरका महिला संख्या:										
मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नम्बर	मिति			प्रयोगकर्ता किसिम		सेवाग्राहीको		जाति कोड	गाउँ टोल	सम्पर्क नं.	उमेर (वर्ष)		पतिको नाम धर (ऐच्छिक)	साधन प्रयोग गर्दाको अवस्था	
		ग	म	सा	नयाँ	पुरानो	नाम	थर				< २०	≥ २०		सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष भित्र	अन्य
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
															१	२
जम्मा															नयाँ प्रयोगकर्ता	
															हाल अपनाईरहेका	
															Discontinued	
															साधन खर्च (साइकल/डोज)	

(पिल्स, तथा गर्भनिरोधक सुई) सेवा रजिष्टर

२०.../...		२०.../...		२०.../...																															
आ. ब. २०... /...										आ. ब. २०... /...										आ. ब. २०... /...															
श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पुस	माघ	फागुन	चैत	वैशाख	जेठ	आषाढ	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पुस	माघ	फागुन	चैत	वैशाख	जेठ	आषाढ	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पुस	माघ	फागुन	चैत	वैशाख	जेठ	आषाढ
१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०	४१	४२	४३	४४	४५	४६	४७	४८	४९	५०	५१	५२	५३

आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की											
मूल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	मिति			सेवाग्राहीको		जाति कोड	गाउँ टोल	उमेर (वर्ष)		डोज
		ग	म	सा	नाम	थर			< २०	≥ २०	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२

रजिस्टर गर्ने तरिका :

पिल्स/डिपो/सायना प्रेस: रजिष्टरको शिरमा कुन परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख राख्न छुट्टयाइएको हो, सोहि सेवाको दायाँपट्टिको खालि महलमा ठिक (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।

प्रजनन् उमेरका महिला संख्या: यस महलमा सम्बन्धित वडाको प्रजनन् उमेर (१५-४९ वर्ष) का महिला संख्या लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
१	मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिस्टरमा दर्ता गरि प्रदान गरिएको मूलदर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यदि पहिलो पटक गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा लिएको भए यस रजिस्टरमा अद्यावधिक गर्दा यस महलमा ORC को दर्ता नं.लेखी ORC लेख्नुपर्दछ ।	
२	सेवादर्ता नम्बर	सेवाग्राहीलाई यस पिल्स/गर्भ निरोधक सुई सेवा रजिस्टरमा दर्ता गरिएको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यस संस्थामा पहिलो पटक सेवा लिन आउने सेवाग्राहीलाई क्रमशः दर्ता गरी नयाँ दर्ता नम्बर दिइन्छ । पहिले यसै संस्थाबाट सेवालिको लामो समयसम्म सेवाबाट नियमित नभई पुनः सोही सेवा लिन आएमा उक्त सेवा ग्राहीलाई हाल प्रयोगमा रहेको सेवा रजिस्टरमा दर्ता भएको भए सोही स्थानमा सेवाको विवरण चढाउनुपर्दछ र प्रयोगमा रहेको रजिस्टरमा दर्ता नदेखिएमा क्रमशः दर्ता गरी सेवादर्ता नम्बर प्रदान गर्नुपर्दछ ।	
३-५	मिति	यस महलमा सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दाको दिनको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ।	
६-७	प्रयोगकर्ता किसिम	नयाँ	नयाँ प्रयोगकर्ताहरूको क्रम सङ्ख्या हरेक महिनामा १ वाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
		पुरानो	यदि सेवाग्राहीले पहिले लिएको सेवा वीचमा छोडी सोही सेवाको लागि आएमा वा पहिले लिएको सेवा निरन्तरताका लागि आएमा वा संस्था परिवर्तन गरी सोही सेवाको लागि आएको भए त्यस्ता सेवाग्राहीलाई पुराना सेवाग्राही मानी यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
८, ९	सेवाग्राहीको नाम थर	सेवाग्राहीको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
१०	जाति कोड	यस महलमा सेवालिको व्यक्तिको जातजाति यकिन गरी रजिस्टरमा उल्लेख भएको जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । जस्तै	

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		०१, ०२, ...०६ ।
११	ठेगाना (गाउँ/टोल)	सेवाग्राहीको गाउँ टोलको नाम उल्लेख गर्ने । अन्य गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा. को सेवाग्राहीको हकमा जिल्ला, गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा.समेत उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१२	सम्पर्क नम्बर	यस महलमा सेवाग्राही वा निजको नजिकको व्यक्ति को सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१३, १४	उमेर (<२०वर्ष, ≥२० वर्ष)	सेवाग्राहीको उमेर २० वर्षमुनिवा २० वर्ष वा सोभन्दा माथि जुन उमेर समूहमा पर्दछ, सोही महलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै: कुनै सेवाग्राही १९ वर्ष १० महिनाको भएमा उनको उमेर २० वर्षमुनिको महलमा १९ मात्र उल्लेख गर्ने ।
१५	पतिको नाम थर (ऐच्छिक)	यस महलमा सेवाग्राही महिलाको पतिको नाम लेख्नुपर्दछ । यदि महिलाले भन्नु नचाहेमा—चिन्हदिनुपर्दछ ।
१६-१७	साधनप्रयोग गर्दाको अवस्था	सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म अन्य
		साधन राख्दाको अवस्था सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म भएमा कोड १ र अन्य भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
आ. व. २०.../८..... पिल्स :		सेवाग्राहीपिल्स प्रयोगकर्ता भएमा सेवा लिन आएको महिनाको महलमा सेवाग्राहीलाई दिएको पिल्स साइकल र सेवा लिन आएको गते लेख्नुपर्दछ । लेखा खेरि पिल्सको साइकल सङ्ख्या लेखी त्यसपछि slash (/) गरी सेवा दिएको गते लेख्नुपर्दछ । दिइएको पिल्स साइकल जुन महिनासम्मका लागि पुग्दछ सो महिनासम्ममा √ चिन्ह, सेवा लिन आउनुपर्ने महिनामा डट (.) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । जस्तै: कुनै सेवाग्राहीलाई श्रावण महिनाको १५ गते ३ साइकल पिल्स दिएको भए श्रावण महिनाको सम्बन्धित महलमा ३/१५ लेख्नुपर्दछ । दिइएको ३ साइकल पिल्स कार्तिक महिना १५ गते सम्म पुग्दछ । त्यसैले भाद्र र आश्विन महिनाको महलमा √ चिन्ह लगाउनुपर्दछ र कार्तिक महिनाको महलमा डट (.) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । यदि सेवाग्राही महिला कार्तिक महिनाको अन्तसम्म सेवा लिन नआएमा सेवा नियमित नभएको जनाउन D लेख्नुपर्दछ ।
आ. व. २०.../८..... डिपो/ सायना प्रेस		सेवाग्राही डिपो/सायना प्रेस प्रयोगकर्ता भएमा सेवा लिन आएको महिनाको महलमा सेवा लिन आएको गते लेख्नुपर्दछ । दिइएको डिपो जुन महिनासम्मका लागि प्रभावकारी रहन्छ, सो महिनासम्म √ चिन्ह लगाउनुपर्दछ र सेवा निरन्तरताको लागि पुनःआउनुपर्ने महिनामा डट चिन्ह लगाउनुपर्दछ । कुनै महिला असारको १५ गते डीपो सुई लिन आएमा असार महिनामा १५ लेखी श्रावण र भाद्र महिनाको महलमा √ चिन्हलगाउनु पर्दछ र असोज महिनाको सम्बन्धित कोठामा डट (.) लगाउनु पर्दछ । यदि सेवाग्राही महिला असोज महिनाको अन्तसम्म सेवा लिन नआएमा सेवा नियमित नभएको जनाउन D लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा		पिल्स वा डिपो/सायना प्रेसका नयाँ प्रयोगकर्ता, हाल अपनाइरहेका प्रयोगकर्ता, र सेवामा नियमित नभएकाको सङ्ख्या जम्मा भन्ने हरफमा लेख्नुपर्दछ ।
नयाँ प्रयोगकर्ता		यस महिनामा पहिलो पटक यो साधन सुरु गरेका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या प्रयोगकर्ताको किसिम नयाँ भन्ने महलको क्र. स. अनुसार गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
हाल अपनाइरहेका		सम्बन्धित महिनाको महलमा गते लेखिएको (यस महिनामा दर्ता भएका नयाँ प्रयोगकर्ता) र सम्बन्धित महिनामा √ चिन्ह लागेका (यस महिनामा साधन लिन आएका प्रयोगकर्ताहरू) संख्या जोड गरी यस महलमा जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
	सेवा नियमित नभएका	सम्बन्धित महिनाको अन्तिम दिनसम्म सेवामा निरन्तरता नभई D उल्लेख भएका जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	साधन खर्च (साइकल), (डोज)	सेवाग्राहीहरूलाई यस महिनामा वितरण गरेको पिल्स सङ्ख्या (साइकल) र लगाएको डिपो/ सायना प्रेस (डोज) गणना गरी जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ।
	साधन परिवर्तन अभिलेख	कुनै प्रयोगकर्ताले एउटा साधन प्रयोग गर्न छाडी अर्को साधन प्रयोग गर्न लागेमा प्रयोग गर्न छाडेको साधनका बाँकी कोठाहरूमा कुन साधन प्रयोग गर्न लागेको हो, सो साधनको नाम र निजले प्रयोग गर्न लागेको नयाँ साधनको दर्ता नम्बर जनाउनुका साथै सेवाग्राहीले हाल लिनलागेको साधनको सम्बन्धित पानामा नयाँ साधनको विवरण लेखी सम्बन्धित महिनाभन्दा पहिलेका महलमा प्रयोग गर्न छाडेको साधन र दर्ता नम्बर जनाउनुपर्दछ। प्रयोगकर्ताले हाल प्रयोग गर्न लागेको साधन पहिलो पटक प्रयोग गर्न लागेको भए नयाँ प्रयोगकर्ताको रूपमा अभिलेख राख्नुपर्दछ।
	स्थानान्तरण	यदि कुनै प्रयोगकर्ता अर्को कुनै स्वास्थ्य संस्थाबाट सोही साधन लिन चाहेमा प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा (HMIS-1.4) सहित स्थानान्तरण गरी पठाउनुपर्दछ र रजिस्टरका बाँकी कोठाहरूमा स्थानान्तरण भई गएको संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ। अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रेषित भई आएका सेवाग्राहीलाई पुरानो प्रयोगकर्ता मानी सम्बन्धित सेवाको लागि छुट्टाइएको पानामा दर्ता गरी सेवा उपलब्ध गराउनुपर्दछ र साथै सम्बन्धित महिनाभन्दा पहिलेका महलमा कुन संस्थाबाट स्थानान्तरण भई आएको हो, सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ।
आकस्मिक गर्भ निरोधक चक्की		
	सामान्य विवरण	आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको महल नं १ देखि महल ११ सम्मको विवरण माथी उल्लेख भए अनुसार नै अभिलेख गर्नु पर्दछ।
	डोज	सेवाग्राहीलाई दिएको डोज संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ। सेवाग्राहीलाई एक चक्की वा दुई चक्की जुन पनि दिएमा एक डोज भनेर बुझ्नुपर्दछ।

HMIS 3.3: परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (आइ.यु.सी.डी/इम्प्लान्ट) सेवा रजिष्टर (IUCD/Implant Service Register)

स्वास्थ्य संस्थामा र घुम्ती शिविरमा IUCD/Implant राखेको र झिकेको विवरणको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। स्वास्थ्य संस्था र घुम्ती शिविरबाट परिवार नियोजनका साधन(आइयुसीडी/ इम्प्लान्ट) अपनाएको, उक्त साधन झिकेको र छाडेको अभिलेख राखी कुनै पनि समयमा लगातार प्रयोगकर्ताको संख्या र अन्य विवरणको अभिलेख राख्ने प्रयोजनका लागि यस रजिष्टरको आवश्यकता परेको हो। यसका साथै परिवार नियोजनका अस्थायी प्रयोगकर्ता सम्बन्धी प्रतिवेदन तयार गर्न समेत यसको आवश्यकता पर्दछ। यस रजिष्टरमा दर्ता गरिएका सेवाग्राहीहरूलाई साधन नाझिकेसम्म हाल प्रयोगकर्ताको रूपमा प्रतिवेदन गर्नुपर्ने हुनाले यस रजिष्टरलाई सुरक्षित गरी राख्नुपर्दछ।

नोट: परिवार नियोजनको IUCD र Implant सेवा लिने सेवाग्राहीको अभिलेख यस रजिष्टरमा राख्नुपर्दछ। प्रत्येक साधन (IUCD र Implant) का लागि साधनको प्रयोगकर्ता संख्याअनुसार छुट्टाछुट्टै पाना प्रयोग गर्नुपर्दछ। जुन प्रयोजनका लागि ती छुट्टयाइएका पानाहरू प्रयोग भएका हुन्, त्यो IUCD हो कि Implant हो? पानाको शिरमा दिईएका विकल्पहरूमा \checkmark चिन्ह लगाउनुपर्दछ। अन्य नगर/गाउँपालिका/वडाका सेवाग्राहीहरूलाई सेवा दिएको अभिलेख राख्नका लागि यसै रजिष्टरको अन्ततिरबाट आवश्यक पानाहरू छुट्टयाई ती पानाका महलहरूमा जिल्ला, नगर/गाउँपालिका वा वडाको विवरण राख्नुपर्दछ। सम्बन्धित संस्थाको कायम रहेको कार्यक्षेत्र भन्दा बाहिरका सेवाग्राहीहरूको संख्या अधिक हुने स्वास्थ्य संस्थाले मात्र अन्य स्थानबाट आउने सेवाग्राहीहरूको लागि मात्र छुट्टै रजिष्टर प्रयोग गर्न सक्नेछन।

रजिष्टरको नमूना :

परिवार नियोजनको अस्थायी साधन

आ.यु.सी.डी		इम्प्लान्ट		प्रजनन उमेरका महिला संख्या:									
मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नम्बर	मिति			सेवाग्राहीको	जति कोड	ठेगाना	सम्पर्क नं.	उमेर (वर्ष)		पतिको नाम र थर (ऐच्छिक)		
		ग	म	सा					नाम	थर		गाउँ/टोल	< २०
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४

आ.यु.सी.डी. तथा इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टर

साधन राख्दाको अवस्था (सुकैरी भएको)		प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति	साधन राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको			साधन झिकिएको विवरण (साधन झिके भएमा)										केफियत				
४८ घण्टा भित्र	४८ घण्टा देखि १ वर्ष		अन्य	ग	म	सा	राखिएको मिति			राखेको संस्थाको नाम		झिकेको मिति			झिक्नुको कारण		साधन झिके स्वास्थ्यकर्मीको			
१५	१६	१७	१८	१९	२०	नाम	पद	ग	म	सा	यहि	अन्य (नाम)	ग	म	सा	३१	नाम, पद	सहि	३३	
१	२	३																		
१	२	३																		
१	२	३																		

रजिष्टर गर्ने तरिका :

आइ.यु.सी.डी/इम्प्लान्ट: रजिष्टरको शिरमा कुन परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख राख्न छुट्टयाइएको हो, सोहि सेवाको दायाँपट्टिको खालि महलमा ठिक (\checkmark) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।

प्रजनन उमेरका महिला संख्या: यस महलमा सम्बन्धित वडाको प्रजनन उमेर (१५-४९ वर्ष) का महिला संख्या लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	मूल दर्ता नं.	मूलदर्ता नम्बरमा दर्ता गरिएको नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२	सेवादर्ता नं.	यस IUCD/Implant सेवा रजिस्टरमा दर्ता गरिएको सेवादर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । गा. पा/न.पा/उ.म.न.पा/म.न.पा का हकमा वडा अनुसार छुटाछुटै दर्ता. १ बाट सुरु गर्नु पर्दछ । तर अस्पतालको हकमा वडा अनुसार अलगअलग नगरी क्रमशः दर्ता न. राख्नु पर्दछ ।
३-५	मिति	सेवा प्रदान गरेको दिनको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
६	नयाँ प्रयोगकर्ताको क्र. सं.	हरेक महिना नयाँप्रयोगकर्ताको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गरी क्रमशः राख्दै जानुपर्दछ । यदि सेवाग्राही सोही परिवार नियोजनको साधन (आईयुसीडी वा इम्प्लान्ट) पुनः लिन आएको भए यस महलमा(-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
७, ८	सेवाग्राहीको नाम, थर	सेवाग्राहीको नाम र थर यस कोठाका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
९	जाति कोड	सेवालिन व्यक्तिको जाति यकिन गरी रजिस्टरमा उल्लेख भएको जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै: ०१, ०२,०६) ।
१०	ठेगाना गाउँ/टोल	सेवा लिन आउने सेवाग्राहीको हालको ठेगाना गाउँ/टोलको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ । कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिर अन्य क्षेत्रबाट सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरूका हकमा यस महलमा जिल्ला, गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा.को विवरण लेख्नुपर्दछ ।
११	सम्पर्क नं.	सेवाग्राही वा निजको नजिकको व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१२, १३	उमेर (वर्षमा)	२० वर्षमुनि २० वा सोभन्दा माथि
		सेवाग्राहीको उमेर २० वर्षमुनि वा २० वा सोभन्दा माथि जुन उमेर समूहमा पर्दछ, सोही महलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै : कुनै सेवाग्राही १९ वर्ष १० महिनाको भएमा उनको उमेर २० वर्षमुनिको महलमा १९ मात्र उल्लेख गर्ने ।
१४	पतिको नाम थर (ऐच्छिक)	सेवाग्राहीको पतिको नाम लेख्नुपर्दछ । यदि सेवाग्राहीले पतिको नाम भन्नु नचाहेमा यस महलमा (-) चिन्ह दिनुपर्दछ । महिला अविवाहित भए यो सोध्नु हुदैन ।
१५-१७	साधन राख्दाको अवस्था	सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म अन्य
		साधन राख्दाको अवस्था सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र भए १, सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म २ र अन्य भए ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
१८-१९	साधन प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति (ग/म/सा)	यस महलमा साधन प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
२०	साधन राख्ने	नाम
२१	स्वास्थ्यकर्मीको	पद
		इम्प्लान्ट वा आईयुसीडी राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम लेख्नु पर्दछ । इम्प्लान्ट वा आईयुसीडी राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको पद लेख्नु पर्दछ ।
साधन भिकिएको विवरण (साधन भिकने भएमा) (२२-३२)		
२२-२४	साधन राखिएको मिति	सेवा ग्राहीले अहिले भिकन लागेको साधन कहिले राखेको थियो, Implant वा IUCD राखेको मिति (गते महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
२५	साधन राखिएको स्वास्थ्य	यही
२६	संस्थाको नाम	अन्य (नाम)
		अहिले भिकन लागेको साधन यही संस्थामा राखिएको थियो भने यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । अहिले भिकन लागेको साधन अन्य संस्थामा राखिएको थियो भने सो संस्थाको नाम र ठेगाना यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
२७-२९	भिकेको मिति	सेवाग्राहीले भिक्न लागेको साधन कुन मितिमा भिक्न लागिएको हो, सो मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
३०	भिक्नुको कारण	अहिले के कारणले गर्दा साधन भिक्नु परेको हो, सो कारण लेख्नुपर्दछ।
३१, ३२	साधन भिक्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, पद र सहि	इम्प्लान्ट वा आईयुसीडी भिक्ने स्वास्थ्यकर्मीले नाम र पद लेखी सही गर्नुपर्दछ।
३३	कैफियत	माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य कुरा खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

इम्प्लान्ट:

एकपटक राखिसकेपछि बीचमा नभिकेमा ३ वा ५ वर्षसम्म गर्भ निरोध गर्ने हुँदा राखेको महिनामा मिति (गते, महिना, साल) छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ।

एक पटक इम्प्लान्ट प्रयोग गरी भिकेर पुनः इम्प्लान्ट प्रयोग गर्ने सेवाग्राहीलाई महल ६ को नयाँ प्रयोगकर्ताको क्र.सं. मा (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ। यस्ता प्रयोगकर्ताहरू लगातार प्रयोगकर्ताको रूपमा मात्र गणना गर्नुपर्दछ।

आईयुसीडी :

एक पटक राखिसकेपछि बीचमा नभिकेमा १२ वर्षसम्म गर्भनिरोध गर्ने हुँदा राखेको महिनामा मिति (गते, महिना, साल) छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ।

एक पटक आईयुसीडी प्रयोग गरी भिकेर पुनः आईयुसीडी प्रयोग गर्ने सेवाग्राहीलाई महल ६ को नयाँ प्रयोगकर्ताको क्र.सं. मा (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ। यस्ता प्रयोगकर्ताहरूलाई लगातार प्रयोगकर्ताको रूपमा मात्र गणना गर्नुपर्दछ।

नोट : यदि कुनै एक संस्थामा सेवा लिई अन्य संस्थाबाट साधन भिकेमा साधन भिक्ने संस्थाले साधन राख्ने संस्थालाई साधन भिकेको मिति सहित तुरुन्त जानकारी दिनुपर्दछ। यसरी जानकारी पाउनासाथ सो संस्थाले हाल अपनाइरहेका प्रयोगकर्ताबाट घटाउनुपर्दछ।

कुनै गैरसरकारी निकायहरूले घुम्ती शिविरका रूपमा Implant र IUCD सेवा सञ्चालन गर्दा त्यस गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा मा रहेको सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको समन्वयमा सञ्चालन गरी सेवाग्राहीहरूलाई सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा रहेको सेवा रजिस्टरमा दर्ता गर्नुपर्दछ र सोही सरकारी स्वास्थ्य संस्थाले नै प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ। सेवा सञ्चालन गर्ने गैरसरकारी संस्थाले गरेको प्रतिवेदनमा स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता गरिसकेको भनी जनाउनु पर्दछ। सो प्रतिवेदनमा दोहोरो गणना गर्ने गर्नु हुँदैन।

HMIS 3.4: परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवारजिष्टर- Sterilization Service Register

परिवार नियोजनको स्थायी बन्ध्याकरण सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा र बन्ध्याकरण घुम्ती शिविरमा बन्ध्याकरण सेवा प्रदान गरेको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। बन्ध्याकरण सेवा लिने सेवाग्राहीहरूको विवरण लामो समयसम्म आवश्यक पर्ने हुँदा यो रजिष्टर सुरक्षित गरी राख्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमुना :

परिवार नियोजन स्थायी

क्र.सं.	दर्ता नं.	मिति			सेवा प्रदायक संस्थाको नाम (सरकारी/गैर सरकारी)	सेवा संचालन			सेवाग्राहीको		जाति कोड	उमेर (वर्षमा)		जिवित बच्चा संख्या	
		ग	म	सा		संस्था	शिविर	शिविर संचालन स्थान	नाम	थर		महिला	पुरुष	छोरी	छोरा
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६
						१	२								
						१	२								
						१	२								

(बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर

स्थायी बिधि प्रयोग गर्दाको अवस्था			ठेगाना				रेफर गर्ने को नाम	बन्ध्याकरण गर्ने चिकित्सकको		कैफियत
सुत्केरी भएको घण्टा भित्र	सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष भित्र	अन्य	जिल्ला	नगर/ गाउँपालिका	वडा नं.	गाँउ/टोल		नाम, थर	सहि	
१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								

रजिष्टर गर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन	
१	क्र.सं.	हरेक महिनामा १ वाट सुरु गरी क्रमशः राख्दै जानुपर्दछ ।	
२	दर्ता नं.	बन्ध्याकरण सेवा लिने सेवाग्राहीको दर्ता नम्बर प्रत्येक आ.व. मा १ वाट सुरु गरी त्यस आ.व. को अन्त्यसम्म क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । आ.व. परिवर्तन भएपछि पुनः १ वाट सुरु गर्नुपर्दछ ।	
३-५	मिति	सेवा प्रदान गरेको दिनको मिति (गते, महिना, साल) मा सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
६	सेवाप्रदायक संस्थाको नाम (सरकारी/ गैरसरकारी)	बन्ध्याकरण सेवा प्रदायक संस्थाको नाम, सरकारी वा गैरसरकारी के हो ? सोको महलमा नाम लेखी कोष्ठ भित्र सरकारी वा गैरसरकारी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।	
७-९	सेवा सञ्चालन स्थान	संस्था	बन्ध्याकरण सेवा संस्थागत रूपमा संचालन भएको भए महल ७ को कोड १ मा र शिविरमा सञ्चालन भएको भए महल ८ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		शिविर	यदि घुम्ति/विशेष शिविर (Mobile Camp) को आयोजना गरी सेवा सञ्चालन भएको भए शिविर संचालन भएको स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
		शिविर सञ्चालन स्थान	
१०, ११	सेवाग्राहीको नाम, थर	बन्ध्याकरण सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ।	
१२	जाति कोड	सेवालिन व्यक्तिको जाति यकिन गरी रजिष्टरमा उल्लेख भएको जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ ।	
१३	उमेर (वर्षमा)	महिला	बन्ध्याकरण सेवालिन व्यक्तिको उमेर पूरा गरेको वर्षमा महिला भए महिला र पुरुष भए पुरुषको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
पुरुष			

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१५	जीवित बच्चा	छोरी	बन्ध्याकरण सेवालिनआउने व्यक्तिको हाल जीवित छोरी सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६	सङ्ख्या	छोरा	बन्ध्याकरण सेवा लिन आउने व्यक्तिको हाल जीवित छोरा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७-१९	साधन राख्दाको अवस्था	सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म अन्य	स्थायी बिधि प्रयोग गर्दाको अवस्था सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र भए १, सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म २ र अन्यभए ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
२०-२३	ठेगाना (जिल्ला, गा.पा/न.पा/ उ.म.न.पा/म.न.पा. वडा नं., गाउँ, टोल		सेवालिनने व्यक्तिको ठेगानाको विस्तृत विवरण जिल्ला, नगर/गाउँपालिका र गाउँ, टोलसमेत खुल्ने गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२४	रेफर गर्नेको नाम		सेवाग्राही सेवा लिनको लागि कसरी आएको हो ? म.स्वा.स्व.से., स्वास्थ्यकर्मी वा स्वास्थ्य संस्थाले जसले रेफर गरी पठाएको हो सोको नाम लेख्नुपर्दछ र ग्राहक स्वयं आफै आएको भए “आफै” भनी लेख्नुपर्दछ ।
२५-२६	बन्ध्याकरण गर्ने चिकित्सकको नाम, थर र दस्तखत		बन्ध्याकरण सेवा प्रदान गर्ने चिकित्सकको नाम, थर लेखी सम्बन्धित महलमा दस्तखत समेत गर्नुपर्दछ ।
२७	कैफियत		बन्ध्याकरण सेवा प्रदान गर्ने क्रममा कुनै जटिलता देखिएमा वा रिफर गर्नु पर्ने भएमा वा अन्य कुनै विवरण जनाउनुपर्ने भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।


HMIS 3.5: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (Maternal and Newborn Health Card)

गर्भवती महिलालाई गर्भावस्था, प्रसूति र सुत्केरी अवस्थामा प्रदान गरिएका स्वास्थ्य सेवाको अभिलेख राख्नका लागि यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । साथै नवशिशुलाई प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाका लागि पनि यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ ।

गर्भवती महिलालाई गर्भावस्थादेखि सुत्केरी भएपछि ४५ दिनसम्म समयबद्ध रूपले सेवा प्रदान गरी आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न समस्याहरूको निराकरण गर्नुपर्ने भएकोले सबै सेवाहरूलाई अभिलेखन गरी सेवाग्राही महिलालाई यो कार्ड नहराई सुरक्षित राख्न र अर्को पटक सेवा लिन आउँदा कार्ड अनिवार्य रूपमा साथमा ल्याउन सल्लाह दिनुपर्छ । यसै कार्डका आधारमा गर्भवती जांच प्रोत्साहन रकम उपलब्ध गराइन्छ । हरेक पटकको गर्भवती र सुत्केरी जांचअनुसार यस कार्डसंगै मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) पनि अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना:

HMIS 3.5

प्रयोगशाला परीक्षण										 नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड					
Date (DD/MM/YY)	Hb	Albumin	Urine		Blood Sugar	HBsAg	VDRL	Retro- virus	Other	स्वास्थ्य संस्थाको नाम जिल्ला नगर/गाउँपालिका वडा नं.					
			Protien	Sugar						मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	ORC दर्ता नं.	दर्ता मिति		
स्वास्थ्य संबन्धी मुख्य मुख्य समस्या										गते महिना साल					
सुत्केरी सेवा										गर्भवती महिलाको व्यक्तिगत विवरण					
आमालाई भिटामिन ए दिएको मिति					आमालाई आईरन चक्कि दिएको संख्या					नाम, थर	उमेर	उचाई	वडा नं.		
गते	महिना	साल								जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.			
सुत्केरी जाँचको (PNC) विवरण										अघिल्ला गर्भहरूको विवरण					
जाँच पटक	मिति			आमाको अवस्था	बच्चाको अवस्था	उपचार/सल्लाह	गर्भनिरोध साधन प्रयोग	सेवा प्रदायकको नाम थर र सही	गर्भहरूको संख्या	गर्भको विवरण				गर्भको जटिलता	प्रसूतीको किसिम
	ग	म	सा							जिवित	मृत जन्म	अवधि नपुगेको (<३७ हप्ता)	जुम्ल्याहा		
सुत्केरी भएको २४ घण्टामा	गते	महिना	साल												
सुत्केरी भएको तेस्रो दिन	गते	महिना	साल												
सुत्केरी भएको ७ - १४ दिन	गते	महिना	साल												
सुत्केरी भएको ४२ औं दिन	गते	महिना	साल												
थप जाँच	गते	महिना	साल	आमा तथा बच्चाको अवस्था, उपचार सल्लाह पनि साधन प्रयोग							गर्भको पटक (हालको समेत)	पतिको नाम, थर			
										टि.डी. १ खोप दर्ता नं. टि.डी. १ (ग/म/सा) टि.डी. २ (ग/म/सा) टि.डी. २+ (ग/म/सा)					
										काँडे तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको					
										नाम र थर		पद	दस्तखत	मिति	
										स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं.		एम्बुलेन्स सेवा सम्पर्क (फोन नं.)			

कार्ड भर्ने तरिका:

महलशीर्षक	निर्देशन
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ।
जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं.	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्ला, र नगर/गाउँपालिकाको नाम र वडा नम्बर निर्दिष्ट स्थानमा लेख्नुपर्दछ।
मूलदर्ता नं.	सेवाग्राही महिलालाई यस पटकको गर्भमा पहिलो पटक दर्ता गरी प्रदान गरिएको मूलदर्ता नम्बर मूलदर्ता रजिस्टर (HMIS1.1) बाट लेख्नुपर्दछ। गाउँघर क्लिनिकबाट सेवाग्राहीलाई पहिलो पटक सेवा प्रदान गर्दा मूलदर्ता नम्बर खाली छोड्नु पर्दछ।
सेवादर्ता नं.	सेवाग्राही महिलालाई यस पटकको गर्भमा पहिलो पटक सेवा प्रदान गर्दा मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS3.6) मा दर्ता गरिएको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ। यदि गाउँघर क्लिनिकमा पहिलो पटक सेवा लिन आएको भए ORC लेखी गाउँघर क्लिनिकको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्ड (HMIS 4.15) बाट दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
ORCदर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकबाट पहिलो पटक सेवा प्रदान गर्दा गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको सेवा खण्ड (HMIS 4.15) बाट दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
सेवा दर्ता मिति	सेवाग्राहीलाई पहिलो पटक सेवा प्रदान गर्दा दर्ता गरिएको मिति (गते, महिना र साल) सम्बन्धित महलमा छुट्टाछुट्टै लेख्नुपर्दछ।
गर्भवती महिलाको व्यक्तिगत विवरण	सेवा लिन आएकी महिलाको व्यक्तिगत विवरण नाम, थर, पूरा गरेको उमेर (वर्षमा), उचाइ (फिट/इन्चमा), ठेगाना (जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नम्बर र गाउँ, टोल) स्पष्टसँग भरी सम्पर्क टेलिफोन नम्बर समेत लेख्नुपर्दछ। गर्भवती महिलाको रक्त परीक्षण गर्न लगाई रक्त समूह सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। गर्भको पटक (हालको समेत) लेख्दा यी महिला हालसम्म (गर्भपतन भएको, जन्मभएको र यस पटकको समेत गरी) जम्मा कति पटक गर्भवती भइन् ? सो को जम्मा पटक (Gravida) लेख्नुपर्दछ। सेवाग्राही महिलाको पतिको नाम थर सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
अघिल्ला गर्भहरूको विवरण	यस विवरण अन्तर्गत सेवाग्राही महिलाको यस पटकको भन्दा अघिल्ला प्रत्येक गर्भहरूको परिणाम कमशः उल्लेख गर्नुपर्दछ।
अघिल्ला गर्भहरूको क्रम	सेवाग्राही महिलाको यस पटकको भन्दा अघिल्ला गर्भहरूको क्रम (पहिलो गर्भदेखि क्रमशः.....) यस महलमा लेख्नुपर्दछ। हालको गर्भ पहिलो पटकको भए यस महलमा कुनै पनि विवरण भर्नुपर्दैन। यदि यसअघि गर्भवती भइसकेकी भए प्रत्येक लहरमा प्रथम गर्भ (१), दोस्रो गर्भ (२) गरी हरेक गर्भको विवरण सोधी सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ।
गर्भको विवरण	हरेक पटकको गर्भको परिणाम जीवितजन्म, मृत जन्म, अवधि न पुगेको (३७ हप्ताभन्दा कम अवधि) जन्म, जुम्ल्याहा वा गर्भपतन के हो ? सोही महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
जीवित बच्चाको लिङ्ग, उमेर	महिलाको प्रत्येक गर्भको क्रमअनुसार जीवित बच्चाको लिङ्ग छोरी भए "म" र छोरा भए "पु" (Female-F/Male-M) लेख्नुपर्दछ। हालको उमेरको महलमा बच्चाको उमेर पूरा गरेको वर्ष लेख्नुपर्दछ। यदि बच्चाको उमेर एक वर्षभन्दा कम भएमा पूरा गरेको महिना/१२ लेख्नुपर्दछ। जस्तै: बच्चाको उमेर १० महिनाको भएमा १०/१२ लेख्नुपर्दछ। जीवित जन्मभई हाल बच्चाको मृत्यु भइसकेको वा मृत जन्म भएको भएमा उमेरको महलमा (—) जनाउनु पर्दछ।
गर्भको जटिलता	अघिल्ला गर्भहरूमा गर्भावस्था र सुत्केरी अवस्था सामान्य भए "सामान्य" र कुनै जटिलताहरू देखिएको भएमा निम्नबमोजिम कुन जटिलता भएको थियो ? सोको कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। Ectopic Pregnancy (JA01) Abortion Complication (JA05) Gestational Hypertension (JA23) Severe/Pre-Eclampsia (JA24) Eclampsia (JA25) Hyperemesis. Gravidarum (JA60.0) APH (Antepartum Haemorrhage) (JA41) Prolonged Labor (JB03) Obstructed Labour (JB06) Ruptured Uterus (JB0A.1) Post-partum Haemorrhage (PPH) (JA43) Retained Placenta (JA43.0) Puerperal Sepsis (JB40.0) C-Section Wound Infection (JB40.1) Other Complications (JB0Y)

प्रसूतिको किसिम	अघिल्ला गर्भहरूमा प्रसूति कुन किसिम (1-Normal, 2-Vaccum, 3-Forcep, 4-C/S) बाट भएको थियो, यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
अघिल्ला गर्भमा टी.डी. खोप लगाएको विवरण	यस भन्दा पहिलेको गर्भमा टी. डी. खोप लगाएको/ नलगाएको यकिन गरी टी.डी खोप लगाएको भए कति मात्रा लगाएको हो सोअनुसार सम्बन्धित कोड नं मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको विवरण	गर्भवती महिला पहिलो पटक आएपछि पहिलो पेजको विवरण भरी गर्भवती जाँच गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, थर, पद र कार्ड जारी गरेको मिति लेखी सही गर्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं.	यस कोठामा स्वास्थ्य संस्थाको टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं. नभएमा उक्त संस्थाको सेवाप्रदायकको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
एम्बुलेन्स सेवा सम्पर्क (फोन नं.)	सेवाग्राहीलाई उपयुक्त हुने स्थानीय स्तरमा उपलब्ध एम्बुलेन्स सेवाको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
गर्भवती सेवा	
आखिरी रजस्वलाको भएको मिति (LMP) :	सेवा लिन आएकी महिलाको आखिरी रजस्वला भएको पहिलो दिनको (LMP) मिति (गते, महिना र सालमा) लेख्नुपर्दछ ।
प्रसवको अनुमानित मिति (EDD)	सेवा लिन आएकी महिलाको प्रसव हुने अनुमानित मिति EDD उल्लेख गर्नुपर्दछ । प्रसवको अनुमानित मिति निकाल्दा अन्तिम रजस्वला भएको मिति (LMP) मा ९ महिना ७ दिन जोड्नुपर्दछ । (जस्तै : कुनै महिलाको अन्तिम रजस्वलाभएको मिति (LMP) २०७४।०७।१७ छ भने सोमा ९ महिना ७ दिन जोड्दा प्रसव हुने अनुमानित मिति (EDD) २०७५।०४।२४ हुन्छ ।)
टि.डी. खोप दर्ता नं.	गर्भवतीलाई टी. डी. खोप दिँदा टी .डी. खोप रजिस्टर (HMIS 2.2) मा दर्ता गरी प्रदान गरिएको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
टी .डी. १ (ग/म/सा)	गर्भवतीलाई पहिलो पटक टी. डी. खोप दिएको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
टी. डी. २ (ग/म/सा)	गर्भवतीलाई दोस्रो पटक टी. डी. खोप दिएको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
टी. डी. २+ (ग/म/सा)	यसभन्दा पहिलेको गर्भमा वा अन्य समयमा जम्मा २ पटक टी. डी. खोप लगाएकी कुनै महिला यस पटकको गर्भमा टी. डी. खोप लिन आएकी भए यस पटक टी .डी. खोप को १ मात्रा दिई सोको अभिलेख टी.डी. २ को महलमा राख्नुपर्दछ । यस पटक टी. डी. खोप दिएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
नोट : यसभन्दा पहिलेको गर्भमा टि.डी. खोपको १ मात्रा मात्र लगाएको रहेछ भने यस पटकको गर्भमा निर्धारित समयमा टि.डी.१ र टि.डी २ मात्रा लगाई सोहीअनुसार टि.डी १ र टि.डी २ को महलमा अभिलेख राख्नुपर्दछ ।	
जुकाको औषधी दिएको मिति	गर्भवती महिलालाई जुकाको औषधी दिई मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ ।
गर्भवती परीक्षण विवरण	
आमा र शिशु दुवैको सुरक्षाका लागि गर्भवती महिलाले प्रत्येक गर्भमा कम्तीमा पनि ८ पटक गर्भवती जाँच गराउनु पर्दछ । Antenatal Care अन्तर्गत गर्भवती महिलाले गर्भवती भएको १२ औं हप्ताभित्र पहिलो पटक, १६ औं हप्तामा, दोस्रो पटक, २०देखि २४ औं हप्तामा तेस्रो पटक २८ औं हप्तामा चौथो पटक, ३२ औं हप्तामा पाँचौ पटक, ३४ औं हप्तामा छैठौ पटक, ३६ औं सातौ पटक र २८ देखि ४० औं हप्तामा आठौ पटक गर्भ जाँच सेवा दिनु पर्दछ ।	
गर्भवती जाँच पटक (१, २, ...)	गर्भवती महिलाले स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्न आउँदाको क्रम अनुसारको विवरण उल्लेख गर्न यस महलको प्रयोग गर्नुपर्दछ । जस्तै : यदि कुनै महिला पहिलो पटक गर्भवती सेवा लिन आएकी भए पहिलो (१) हरफमा निजका विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।
मिति	गर्भवती महिलालाई ANC सेवा दिएको दिनको मिति (ग/म/सा) उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
तौल (कि.ग्रा)	यस पटक गर्भवती जाँच गर्दा गर्भवती महिलालाको तौल (कि.ग्रा) लेख्नुपर्दछ ।

रक्त-अल्पता	गर्भवती महिलालाई परीक्षण गर्दा रक्त-अल्पता देखिएमा रक्त-अल्पता भएको महलको १ मा र रक्त-अल्पता नदेखिएमा रक्त-अल्पता नभएको महलको २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
सुन्निएको (हात, मुख)	गर्भवती महिलाको हात सुन्निएको भएमा कोड १ मा र मुख सुन्निएको भएमा कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
रक्तचाप	गर्भवती महिलाको परीक्षण गरेको समयको रक्तचाप यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
गर्भको अवधि (हप्तामा)	रजस्वला भएको अन्तिम मितिबाट गणना गरी गर्भको अवधि (हप्तामा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यसरी गणना गर्दा गर्भवती महिलाले सेवा लिएको दिनबाट उनको अन्तिम पटक महिनावारी भएको मिति घटाउनु पर्दछ र यसबाट आएको समयलाई दिनमा परिवर्तन गरी ७ ले भाग गरी आउने भागफल नै गर्भको अवधि हप्तामा हुन्छ । उदाहरणको लागि महिलाको अन्तिम महिनावारी मिति २०७४ असोज २० गते हो र जाच गराउन आएको मिति २०७४ माघ १७ हो भने, CLINIC visit date बाट LMP घटाउदा : २०७४।१०।१७ २०७४।०६।२० ००।०३।२७ अब महिनालाई दिनमा लैजाने $३ \times ३० = ९०$ दिन र २७ दिन जोड्दा जम्मा ११७ दिन हुन्छ । अतः यसै दिनलाई हप्तामा लिदा ११७/७ अर्थात् १६ हप्ता ५ दिन हुन्छ ।
पाठेघरको उचाइ (से.मि.)	गर्भको विकास सँगसँगै गर्भवती महिलाको पाठेघरको उचाइसमेत बढ्दै जान्छ । गर्भवती महिलाको परीक्षण गरी पाठेघरको उचाइ (से. मि.) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
शिशुको प्रिजेन्टेशन, हृदय गति	गर्भमा रहेको शिशुको अवस्थिति पत्ता लगाई शिशुको प्रिजेन्टेशन (Cephalic, Breech, Shoulder), शिशुको हृदयको गति मापन गरी सो अनुसारको विवरण सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
गर्भावस्थाका जटिलता	गर्भवती जाँचको क्रममा देखिएका जटिलताहरू (जस्तै : Pre-Eclampsia, Mal presentation, Infection, Abortion Complication, Antepartum Hemorrhage, Ectopic Pregnancy आदि) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार र सल्लाह (अर्को पटक सेवा लिन आउने मिति)	गर्भावस्थामा देखिएका जटिलताको निराकरणका लागि गर्भवती महिलालाई दिइएको उपचार र सल्लाह, अर्को पटक सेवा लिन आउने मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ । गर्भवती महिलालाई जटिलता देखिए अन्य संस्थामा रेफर गर्नुपर्नेमा अनिवार्य रूपमा रिफरल पुर्जा मार्फत सम्बन्धित संस्थामा रेफर गरी सोको विवरण (संस्था र मिति) समेत लेख्नुपर्दछ । परिवार नियोजन सम्बन्धि सल्लाह/सुझाव दिएको भए यो महल चढाउनुपर्दछ ।
आइरन चक्की दिएको सङ्ख्या	गर्भवती महिलालाई हरेक पटकको गर्भवती परीक्षणमा आउँदा वितरण गरिएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ । अन्य संस्थाबाट आइरन लिएको भएमा यस महलमा सो संस्थाको नाम र लिएको आइरन सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । सेवाग्राही महिलाले म.स्वा. स्वयंसेविकाबाट आइरन चक्की लिई सेवन गरिरहेको भएमा सो यकिन गरी यस महलमा लिएको आइरनको सङ्ख्या लेखी अद्यावधिक गर्दै जानुपर्दछ ।
क्याल्सियम	गर्भमा रहेको शिशुको बृद्धि विकासका लागि गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० चक्की क्याल्सियम सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागि आएका गर्भवती महिलालाई दिएको क्याल्सियम चक्कीको संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ ।
परीक्षण गर्नेको नाम र सही	गर्भवती परीक्षण सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम, थर लेखी सही गर्नुपर्दछ ।
परीक्षण गरेको संस्था	गर्भवती परीक्षण सेवा प्रदान गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम पटकैपिच्छे लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूति सम्बन्धी विवरण	
भर्ना भएको मिति	गर्भवती महिला प्रशव सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
प्रसूति भएको मिति	प्रसूति भएको मिति (गते, महिना, साल) लेखी प्रसूति हुँदाको समय AM/PM खुलाई सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
प्रशव व्यथाको अवस्था	प्रसव व्यथा Spontaneous भए कोड नं. १, Augmentated भए कोड नं २ र Induced Labour भए कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
फिटल प्रिजेन्टेशन (Presentation)	प्रसूतिका वखत शिशुको अवस्थिति अनुसार शिशुको प्रिजेन्टेशन Cephalic भए कोड १ मा Breech भए कोड २ मा र Shoulder भए कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।

प्रसूति भएको स्थान	प्रसूति भएको स्थान यस महलमा लेखनुपर्दछ । घरमा प्रसूति भएको भएकोड नं. १मा, स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएको भए कोड नं २ लेखी संस्थाको नाम लेखनुपर्दछ । त्यसै गरी स्वास्थ्य संस्थामा जाने क्रममा बाटामा या एम्बुलेन्समा प्रसूति भएको भए सोही अनुसारको विवरण यस महलमा लेखनुपर्दछ ।
प्रसूतिको किसिम	Spontaneous delivery भए कोड नं.१ मा forceps delivery भए कोड नं २ मा, Vacuum delivery भए कोड नं ३ मा र cesarean section बाट delivery भएको भए कोड नं ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
डिस्चार्ज भएको मिति	सुत्केरीका लागि भर्ना भएकी महिला घर पठाएको (डिस्चार्ज) मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
प्रसवको जटिलता	प्रसव अवस्थामा Obstructed labor भएमा कोड नं १ मा Prolonged labour (१२ घण्टा भन्दा बढी अवधि व्यथा लागेमा) कोड नं २ र Ruptured uterus भएमा कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ । यस वाहेक अन्य समस्या भएमा अन्य समस्या महलमा लेख्नु पर्दछ ।
उपचार/सल्लाह	प्रसूतिका समयमा सेवाग्राही महिलालाई गरिएको उपचार तथा दिइएको सल्लाह यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूतिको परिणाम	
मृत जन्म	बच्चाको मृतजन्म (Still Birth) भएमा fresh or macerated को संख्या सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ
जीवित जन्म सङ्ख्या	
अवधि नपुगेको	३७ हप्ता पुरानभई जन्मेको शिशु संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
अवधि पुगेको	३७ हप्ता पूरा भई जन्मेका शिशु संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
जन्मतौल (ग्राम)	जीवित जन्मेका शिशुको तौल छोरी या छोरी अनुसार सम्बन्धित महलमा जन्मदाको तौल (ग्राममा) लेख्नुपर्दछ ।
नवजात शिशुको अवस्था	जीवित जन्मेका नवजात शिशु Normal, Infection, Asphyxia, Hypothermia र Jaundice मध्ये जुन अवस्थामा छ सम्बन्धित महलमा संख्या लेख्नुपर्दछ।
नवशिशुको अवस्था- विकलाङ्ग	नवजात शिशु विकलाङ्ग जन्मेमा अवस्था हेरी Major, Minor वा अन्य कुन हो सम्बन्धित महलमा संख्या लेख्नु पर्दछ ।, विकलाङ्ग (congenital Anomalies) भन्नाले : <ul style="list-style-type: none"> ● ओठरतालु खुँडे हुनु ● मेनिङ्गो माइलोसिस ● बन्दगुदद्वार ● हाइड्रोकेफालस, ● घोडेखुँडे ● एनेनकेफेली
प्रोत्साहन रकम वितरण	गर्भवती महिला लाई दिएको प्रोत्साहन रकम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूति गराउने स्वास्थ्यकर्मीको विवरण	प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य कर्मिले आफ्नो नाम थर, पद लेखी सही गर्नुपर्दछ । साथै प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य कर्मी दक्ष प्रसूति कर्मी भए कोड नं १ दक्ष स्वास्थ्य कर्मी भए कोड नं २ र अन्य स्वास्थ्य कर्मी भए कोड नं ३ मागोलो लगाउनु पर्दछ । यसै गरी प्रसूति भएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेखी सो संस्थाको छाप समेत लगाउनुपर्दछ ।
प्रयोगशाला परीक्षण	गर्भावस्था तथा सुत्केरी अवस्थामा गरिएका प्रयोगशाला परीक्षणबाट आएको नतिजा सम्बन्धित परीक्षणको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
सुत्केरी सेवा	
आमालाई भिटामिन ए दिएको मिति:	सुत्केरी भएपछि ४५ दिनभित्र सुत्केरी महिलालाई १ मात्रा भिटामिन ए दिएको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ । अन्यत्र प्रसूतिभई सुत्केरी जाँचका लागि मात्र आएमा अन्यत्रबाट भिटामिन ए क्याप्सुल पाए/नपाएको यकिन गरी नपाएको भएदिई अभिलेखमा जनाउनु पर्दछ । म. स्वा. स्वयंसेविकाले भिटामिन ए दिएको भएमा सो यकिन गरी यस महलमा दिएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	सुत्केरी भएपछि आमालाई दिएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या अङ्कमा लेख्नुपर्दछ ।

आमालाई आइरन चक्कीदिएको सङ्ख्या	म.स्वा.स्वयंसेविकाले आइरन दिएको भएमा सो यकिन गरी यस महलमा दिएको आइरन चक्की सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ।
सुत्केरी जाँच(PNC) को विवरण	
जाँचको पटक र मिति	आमा र वच्चा दुवैको सुरक्षाका लागि सुत्केरी महिलाले सुत्केरी भएको २४ घण्टामा, जन्मेको ३ दिनमा, जन्मेको ७ दिन देखि १४ दिनमा र जन्मेको ४२ दिनमा गरी ४ पटक जाँच गर्नुपर्दछ। सुत्केरी महिलाको सुत्केरी जाँचको पहिलो र दोस्रो र तेस्रो र चौथो गरी कुन पटक जाँच गरिएको हो ? सो महलमा मिति (ग।म।सा) उल्लेख गर्नुपर्दछ। साथै सुत्केरी भएको ३ दिन र ७ देखि १४ दिनभित्रको जाँच घरमा गएर गर्नु पर्ने भएकोले सुत्केरी जाँच जुन स्थानमा visit गरेको हो सोही स्थानमा(✓)चिन्ह लगाइ मिति (ग।म।सा) लेख्नु पर्दछ।
आमाको अवस्था	हरेक पटकको सुत्केरी जाँचमा आमाको अवस्था सामान्य भए सामान्य र समस्या वा कुनै जटिलता भएमा सो खुलाई लेख्नुपर्दछ। (जस्तै: Post-partum Haemorrhage (PPH), Retention of Placenta, Puerperal Sepsis, Others etc.).
वच्चाको अवस्था	आमाको सुत्केरी जाँच सँगसँगै नवशिशुको स्वास्थ्य परीक्षण गर्नुपर्दछ। नवशिशु जाँच गर्दा सामान्य अवस्था भएमा सामान्य र अन्य समस्या देखिएमा सो समस्या लेख्नुपर्दछ।
उपचार र सल्लाह	स्वास्थ्य परीक्षण गरी आमा वा नव शिशु कसलाई के उपचार वा सल्लाह दिइएको हो, सो खुलाई लेख्नुपर्दछ। प्रेषण गरेको भएमा कहाँ प्रेषण गरेको हो, लेख्नुपर्दछ।
परिवार नियोजन सेवा	PNC visitमा गर्भ निरोधमा अपनाएको भए यस महलमा लिएको सेवा उल्लेख गरिसो विवरण परिवार नियोजनको सम्बन्धित सेवा रजिष्टरमा समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ।
सेवा प्रदायकको नाम, थर र सही	जाँच गर्ने स्वास्थ्य कर्मीको सम्बन्धित महलमा नाम, थर लेखी सही गर्नुपर्दछ।
स्वास्थ्यसम्बन्धी मुख्य-मुख्य समस्या सल्लाह र उपचार	सेवा लिन आएकी महिलालाई स्वास्थ्य सम्बन्धी कुनै समस्या वा रोग (मुटुको रोग, हात-खुट्टा सुन्निने, कमलपित्त आदि) भए सो समस्याको विवरण, उपचारर सल्लाह यस महलमा छोटकरीमा लेख्नुपर्दछ।

HMIS 3.6: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Maternal and Newborn Health Service Register)

गर्भवती, प्रसूति, सुत्केरी महिलालाई दिइएका सेवाहरू र उक्त अवस्थामा देखिएका जटिलता र सोको व्यवस्थापन एवं नवजात शिशुहरूको विवरणको अभिलेख राख्नुका साथै आमा सुरक्षा कार्यक्रमको मासिक प्रगति समायोजन र जात-जाति अनुसारको मासिक समायोजन समेतको अभिलेख राख्न यो रजिष्टर तयार गरिएको हो। मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवाका लागि आएका प्रत्येक महिलाको दर्ता यस रजिष्टरमा गरिन्छ। गर्भवती जाँच, प्रसूति सेवा तथा सुत्केरी जाँचमध्ये कुनै एक किसिमको मात्र सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाहरूमा समेत यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ।

गाउँघर क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको मातृ तथा नवजात शिशु सेवाको विवरण समेत गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भए पश्चात् यस रजिष्टरमा अनिवार्य रूपमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ। महिलाले अन्य संस्था वा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेविकाले वितरण गरेको आइडन चक्कीको सङ्ख्या यकिन गर्न गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।

रजिष्टरको नमूना:

मातृ तथा नवजात शिशु सेवा रजिष्टर																																																	
मूल 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 पोखका सेवा																									
गर्भवती जाँच		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		प्रसूति सेवाका लागि भन्दा गर्दाको मिति समय				प्रसूति मिति, समय				हिस्साजं मिति र आमाको अवस्था				जाँच पटक		सुत्केरी जाँच		नवशिशु																					
प्रथम पटक (अनुसृष्ट संस्कार)		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		गते				महिना				साल				AM		PM		गते		महिना		साल																	
१२ हप्तासम्म		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		Fetal Presentation				प्रसव व्यथाको स्थिति				प्रसूतिको प्रकार				Recovered		१		सुत्केरीको ३		संस्था		गते		महिना		साल													
१६ हप्ता		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		Cephalic				1 Spontaneous				1				Spontaneous		1		Vacuum		2		Stable		2		दिनामा		१											
२०-२४ हप्ता		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		Breech				2 Augmentation				2				Spontaneous		1		C-Vacuum		2		Referred out		3		सुत्केरीको ७ -		संस्था		गते		महिना		साल					
२८ हप्ता		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		Shoulder				3 Induced Labour				3				Forceps		3		C-Section		4		Referred Health Institution		१		१४ दिन भित्र		१		गते		महिना		साल					
३२ हप्ता		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		Normal				१				अवधि नपुगेको				१				प्रसूति भएको स्थान		१		सुत्केरीको ४२		दिनामा		गते		महिना		साल									
३४ हप्ता		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		Infection				२				जीवित				अवधि नपुगेको				२				संस्थाको नाम		Died		६		३ पटक (२४ घण्टा, ३ दिन र ७-१४ दिन)		गते		महिना		साल					
३६ हप्ता		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		Asphyxia				३				अवधि नपुगेको				२				अन्य संस्था		२		Absconded		5		प्रोटोकल अनुसार ४ पटक		गते		महिना		साल							
३८-४० हप्ता		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		Hypothermia				४				मृत				Fresh				१				अन्य सेवा		१		३ पटक (२४ घण्टा, ३ दिन र ७-१४ दिन)		गते		महिना		साल							
४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता)		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		Jaundice				५				Macerated				२				अन्य सेवा		३		आइडन चक्की (टायाब्लेट)		गत दिएको मात्रा		मिटर		उपचार/सल्लाह											
प्रोटोकल अनुसार ८ पटक		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		जीवित शिशुको लिंग, सख्या, नौल				चिकित्सागत				सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी				गत दिएको मात्रा				मिटर		उपचार/सल्लाह																			
टिडी खोप १ मात्रा		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		शिशु संख्या				शिशुको तौल(ग्राममा)				Major				Minor				Others				सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी				गत दिएको मात्रा				मिटर		उपचार/सल्लाह							
टिडी खोप २ मात्रा		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		शिशु संख्या				शिशुको तौल(ग्राममा)				Major				Minor				Others				सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी				गत दिएको मात्रा				मिटर		उपचार/सल्लाह							
टिडी खोप २+ मात्रा		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		शिशु संख्या				शिशुको तौल(ग्राममा)				Major				Minor				Others				सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी				गत दिएको मात्रा				मिटर		उपचार/सल्लाह							
बुकाको औषधी वितरण		गते		महिना		साल		आइडन		क्वालिफिकेशन		शिशु संख्या				शिशुको तौल(ग्राममा)				Major				Minor				Others				सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी				गत दिएको मात्रा				मिटर		उपचार/सल्लाह							
गर्भवती अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन																																																	
जटिलता				महिना		उपचार		प्रेषण		एच आइ बी/सिफलिस परीक्षण र उपचार								प्रसूति अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन								सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन																							
Ectopic pregnancy				महिना		१		२		एच आइ बी परीक्षण मिति								जटिलता								जटिलता																							
Abortion complication				महिना		१		२		एच आइ बी नतिजा								Pre-eclampsia				महिना				१				२				Pre-eclampsia				महिना		१		२							
Pre-eclampsia				महिना		१		२		ए आर टी उपचार/प्रेषण								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							
Hyp. gravidarum				महिना		१		२		सिफलिस परीक्षण मिति								Obstructed labor				महिना				१				२				Retained placenta				महिना		१		२							
APH				महिना		१		२		सिफलिस नतिजा								Ruptured uterus				महिना				१				२				Puerperal sepsis				महिना		१		२							
Gestational Hypertension				महिना		१		२		सिफलिस उपचार								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							
मातृ मृत्यु		मिति		गते		महिना		साल		अवस्था		महिलालाई सुत्केरी		स्थान		धरमा/संस्थामा/अन्य		कारण		नवजात शिशु मृत्यु		मिति		ग.		प्र.		सा.		कारण																			
यातायात खर्च वितरण रकम		रु.								वितरण नगर्नुको कारण		गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च वितरण				रु.														वितरण नगर्नुको कारण		न्यायो ज्ञाला		पाएको		१		नपाएको		२		नपाउनुको कारण							

आमा सुरक्षा कार्यक्रम

महिना	प्रसूति यातयात खर्च				स्वास्थ्य संस्था														कैफियत
	गर्भवती जाँच उद्वेगना खर्च		सुक्तेरीका किसिम		रकत संस्था										रकत संस्था		कैफियत		
	यातयात खर्च पाउनु पर्ने महिलाहरू	यातयात खर्च पाएका महिलाहरू	उद्वेगना खर्च पाउनु पर्ने महिला	उद्वेगना खर्च पाएका महिला	सामान्य	भ्याकुम	फोरसेप	C/S	जम्मा	Breech Presentation	Multiple Pregnancy	आएका	गएका	प्रसव जटिलता भएकाहरूको व्यवस्थापन गरिएको संख्या	Anti D Vaccine पाएका महिला हरूको संख्या	रक्तसंचार गरिएको जम्मा संख्या (Units)		क्याबिनमा बसेका महिलाहरूको संख्या	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
श्रावण																			
भाद्र																			
आश्विन																			
कार्तिक																			
मंसिर																			

जात/जाती अनुसार स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति सेवा समायोजन फारम

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

रजिष्टर भर्ने तरिका:

शीर्षक	निर्देशन
मुल दर्ता नं.	मुल दर्ता रजिष्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर मातृ सेवा 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 जात-जाति 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 लेख्न पर्दछ ।
पतिको नाम थर	सेवाग्राही महिलाले पतिको नाम थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ । सेवाग्राही महिलाले पतिको नाम खुलाउन ईच्छुक नभएमा लेखि रहन पर्दैन ।
ठेगाना	सेवाग्राही महिलाले 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 (जिवित 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 २०७४।०७।१७ छ भने सो मा ९ महिना ७ दिन जोड्दा प्रसव हुने अनुमानित मिति २०७५।०४।२४ हुन्छ ।)
गर्भवती जाँचको विवरण (नोट: गर्भवती लाइ TD खोप लगाएको अभिलेख मातृ सेवा कार्ड मा उल्लेख गर्नु पर्दछ /)	<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 गर्भाअवस्थामा ८ पटक गर्भवती जाँच सेवा लिनु पर्दछ । रोडम्याप अनुसार १२ औं हप्ताभित्र पहिलो पटक, १६ औं हप्तामा, दोस्रो पटक, २० देखि २४ औं 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 औं हप्तामा आठौं पटक गर्भ जाँच सेवा दिनु पर्दछ ।</p> <p>१. 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 आउदा रोडम्यापले निर्दिष्ट गरेको मितिमा आएको भए सोही अनुसार हप्ताका महलमा समेत लेख्नु पर्दछ यदि प्रोटोकल अनुसार नभएमा अन्य महलमा लेखि रहन पर्दैन</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>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।</p> </div> <p>तर आइरन चक्की र क्याल्सियम चक्की दिई गर्भको हप्ता अनुसारको नजिक पर्ने हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ । जस्तै यदि १० मंसिर, २०७८ मा अन्तिम रजश्वला भएको महिला प्रथम पटक सेवा लिन ११ फाल्गुण २०७८ मा आउनु भयो भने प्रथम पटक (जुनसुकै समय) महलको गते महल ११, महिना महलमा ११ र साल महलमा २०७८ लेख्नु पर्दछ । यस मितिमा महिलाको १३ हप्ता ४ दिन भएकोले गर्भवती जाँचको प्रोटोकल अनुसार नभएकोले नजिक पर्ने हप्ता १६ हप्ताको महल अन्तर्गत आइरन चक्की दिएको महलमा आइरन चक्कीको मात्रा र क्याल्सियम चक्की दिएको महलमा क्याल्सियम चक्कीको मात्रा लेख्नु पर्दछ ।</p> <p>१२ हप्ता सम्मको जाँच: गर्भवती महिला गर्भजाँचका लागि गर्भ रहेको १२ हप्तासम्म आएमा सम्बन्धित महलमा मिति (गते महिना र साल) लेख्नु पर्दछ । यसै गरी १६ औं हप्ता, २० देखि २४ औं हप्ता, २८ औं हप्ता, ३२ औं हप्ता, ३४ औं हप्ता, ३६ औं हप्ता र २८ देखि ४० औं हप्तामा गरिएको जाँचको मिति सम्बन्धित महलमा मिति (गते महिना र साल) लेख्नु पर्दछ ।</p> <p>४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता) जाँच विवरण: गर्भवती महिला १६ औं हप्ता, २० देखि २४ हप्ता, ३२ हप्ता र ३६ हप्तामा गर्भ जाँच गराउन आएको भए ३६ हप्तामा आउँदाको मिति (गते, महिना,साल) यस महलमा लेख्न पर्दछ ।</p> <p>प्रोटोकल अनुसार ८ पटक: गर्भवती महिला १२ औं हप्ताभित्र पहिलो पटक, १६ औं हप्तामा दोस्रो पटक, २० देखि २४ औं 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 औं हप्तामा आठौं पटक गर्भ जाँचका लागि आएको भए ४० औं हप्तामा आउँदाको मिति(गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।</p> <p>आइरन चक्की: शरीरमा रगतको कमी हुन नदिन गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० चक्की आइरन सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागि आएका गर्भवती महिलालाई दिएको आइरन चक्कीको संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ ।साथै गर्भवती महिलाले अन्य संस्थाबाट या महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेविकाबाट</p>

	<p>आइरन लिएको भए मातृ सेवा रेकर्ड हेरि/सोधपुछ गरी सम्बन्धित हप्ताको महलमा आइरन चक्की र क्याल्सियम चक्कीको सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>क्याल्सियम चक्की: गर्भमा रहेको शिशुको बृद्धि विकासकालागि गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० चक्की क्याल्सियम सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागी आएका गर्भवती महिलालाई दिएको क्याल्सियम चक्कीको संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>टी डी खोप: गर्भवती महिलालाई आमा र वच्चालाई 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 अधिको गर्भमा २ वटा टि.डी लिइसकेको भएमा यसपटकको गर्भमा १ मात्रा मात्रा दिए पुन्छ ।</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 अधिको गर्भमा २ वटा टि.डी लिइसकेको भएमा यसपटकको गर्भमा १ मात्रा मात्रा टी डी खोप दिइ सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>जुकाको औषधी वितरण: गर्भवती महिलालाई प्रत्येक गर्भमा जुकाको 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>
गर्भावस्था मा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन	<p>गर्भवती महिलाको जाँचका क्रममा कुनै जटिलताको देखिएका सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भएका कोड नं १ उपचार गरेकोमा ○ र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ प्रेषण महलमा ○ चिन्ह लगाउनु पर्दछ । जस्तै: भाद्र महिनामा गर्भ जाँचकालागी आउनु भएकी महिलालाई Pre-eclampsia का लक्षण देखिएको र उपचार गरेको भए Pre-eclampsia संगैको महिना महलमा भाद्र लेखि कोड १ मा ○ लगाउनु पर्दछ</p>
प्रसूति सेवा	
प्रसूति सेवाका लागी भर्ना भएको मिति	<p>गर्भवती महिलाप्रशव सेवाको लागी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।</p>
प्रसूति मिति, समय	<p>सेवाग्राही महिला प्रसूति भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।</p>
(Foeatal	<p>गर्भमा रहेको बच्चा (भ्रूण) Cephalic, Shoulder, Breech के हो सोही अनुसारको महलको कोडमा लगाउनु</p>

Presentation	पर्दछ ।
प्रसव व्यथाको स्थिति	प्रसव व्यथा Spontaneous भए कोड नं. १, Augmentation भए कोड नं २ र Induced Labour भए कोड नं ३ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ ।
प्रसूतिको स्थान र प्रकार	गर्भवती वा प्रसूति सेवा लिन आएका गर्भवती महिला यसै संस्थामा प्रसूति भएको भए कोड १ गोलो ○ 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 भएकी महिला घरैमा प्रसूति भएको भए यकिन गरी कोड ३ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ । साथै spontaneous delivery भए कोड नं.१, forceps delivery भए कोड नं २, Vaccum delivery भए कोड नं ३ र cesarean section बाट delivery भएको भए कोड नं ४ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ । पुनश्च: अन्य संस्थामा प्रसूति भएको भए पनि spontaneous, forceps, Vaccum, caesarean section मध्ये कुन प्रकारले प्रसूति भएको हो यकिन गरी सम्बन्धित कोडमा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ ।
नवजात शिशुको अवस्था	नवजात शिशुजन्मदाको अवस्थामा Normal भए कोड नं १, Infection भएको भए कोड नं. २, Asphyxia भए कोड नं ३ Hypothermia भए कोड नं ४ र Jaundice भएको भएमा कोड नं ५ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ। साथै जीवित जन्मेको शिशु अवधि पुगेर जन्मेको भए कोड नं १ र अवधि नपुगी जन्मेको भए कोड नं २ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ । मृत जन्मेको भए शिशु Fresh भए कोड नं १ र macerated भए कोड नं २ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ ।
जीवित शिशुको लिंग, सख्या, तौल र विकलांगता	जीवित जन्म भएका नवजात शिशुको जम्मा संख्या र छोरा या छोरीको संख्या र नवजात शिशुको तौल (ग्राम) सम्बन्धित छोरा वा छोरी अनुसारका महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै जीवित नवजात शिशु विकलांग (Congenital Anomalies) भए विकलांगको अवस्था Major, Minor र अन्य छुट्याई सम्बन्धित महलमा संख्या लेख्नुपर्दछ ।
सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी	सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी को नाम र स्वास्थ्य कर्मी दक्ष प्रसूतिकर्मी (SBA) भए कोड नं १ दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) भए कोड नं २ र अन्य स्वास्थ्यकर्मी भए कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
डिस्चार्ज भएको मिति	सुत्केरीका लागि भर्ना भएकी महिला घर पठाएको (डिस्चार्ज) मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै महिला महिला घर पठाउदा आमाको अवस्था Recovered भएको भए कोडनं १, Stable भए कोड नं २, Referred Out भएको भए कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ साथै सो भन्दा मुनिको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्न पर्दछ । त्यसै गरी यदि सुत्केरी महिला LAMA भएमा कोड नं ४ Absconded भएमा कोड नं ५ र Died आमाको मृत्यु भएमा कोड नं ६ मा गोलो लगाउनु पर्दछ साथै मातृ मृत्यु महलका सम्बन्धित महलमा समेत भर्नु पर्दछ ।
अन्य सेवा	सुत्केरी गराउदा रगत दिएको, अक्स्टोसिसन सुइ दिएको, नवजातशिशुलाई आमाले छातिमा टँसाएर राखेको, नवजात शिशु जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको नाभी मलम लगाएको भए सम्बन्धित सेवाको कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ । रगत दिएको भए कोड नं १ मा गोलो लगाईकोड नं भन्दा बायाँको खाली महलमा दिएको रगतको मात्रा (पिन्ट) लेख्नुपर्दछ ।
एच आइ भी र सिफलिस परिक्षण र उपचार	१. एच आइ भी परिक्षण र उपचार: प्रत्येक गर्भवती महिलाको अनिवार्य रूपमा एच आइ भी र सिफलिस परीक्षण गर्नु पर्दछ । यदि गर्भवती महिलालाई एच.आई.भी.सम्बन्धी परामर्श दिइ परिक्षण गरिएको भए वा परिक्षण गर्न प्रयोगशालामा पठाएको भए एच. आइ. भी. परीक्षणसंगै को महलमा सो मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । एच आइ भी परीक्षणको नतिजाबाट एच आइ भी नभएको प्रमाणित भएमा Non Reactive र एच आइ भी

	<p>भएको प्रमाणित भएमा Reactive (३ वटै टेष्ट किटवाट परीक्षण गरी पोजेटिभ यकीन भएको) लेख्नु पर्दछ । साथै पोजेटिभ भएका महिलालाई सम्बन्धित संस्था 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) लेखी सो भन्दा मुनीको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ ।</p> <p>२.सिफलिस परिक्षण र उपचार: यदि गर्भवती महिलालाई सिफलिस परिक्षण गरिएको भए वा परिक्षण गर्न प्रयोगशालामा पठाएको भए सिफलिस परीक्षणसंगै 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>साथै पोजेटिभ भएका महिलालाई सम्बन्धित संस्था उपचार शुरू गरेमा संगैको महलहरूमा मिति (गते, महिना र साल) र उपचारका लागिअन्य संस्थामा प्रेषण गर्नु परेमा संगैको महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेखी सो भन्दा मुनीको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ ।</p>
प्रसूति अवस्थाका जटिलता	<p>प्रसूतिका क्रममा महिलामा कुनै जटिलता देखिएका सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भए कोड नं १ र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ । जस्तै: २०७८ फाल्गुण महिनामा सुत्केरीका लागी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएकी महिलामा Prolonged labour का लक्षण देखिएको र तत्काल उपचार गरेको भए Prolonged labour संगैको महिनाको महलमा फाल्गुण लेखि कोड १ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ ।</p>
सुत्केरी पछिको सेवा	
<p>सुत्केरी पछि जाँच: प्रोटोकल अनुसार सुत्केरी तथा नवजात शिशुको सुत्केरी भएको २४ घण्टामा, जन्मेको ३ दिनमा, जन्मेको ७ दिन देखि १४ दिनमा र जन्मको 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 ।</p>	
सुत्केरी भएको २४ घण्टामा	<p>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 ।</p>
सुत्केरी भएको ३ दिनमा	<p>सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ३ दिनमा गरेको जाँचको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।</p>
सुत्केरी भएको ७ देखि १४ दिन मित्र	<p>सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ७ देखि १४ दिनमा गरेको जाँचको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।</p>
सुत्केरी भएको ४२ दिनमा	<p>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 ।</p>
३(२४ घण्टा, ३ दिन र ७ - १४ दिन) पटक जाँच	<p>सुत्केरी महिलाले २४ घण्टा, ३ दिन र ७ देखि १४ दिन गरि जम्मा ३ पटक जाँच गरेको भएमा ७ देखि १४ दिनमा गरिएको जाँचको मिति (गते, महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।</p>
प्रोटोकल अनुसार ४ पटक	<p>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 ।</p>

भिटाभिन ए दिएको	सुत्केरी पछिको अवस्थामा सुत्केरी महिलालाई भिटाभिन ए दिएको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्न पर्दछ ।
आइरन चक्की (ट्याब्लेट)	सुत्केरी पछिको अवस्थामा सुत्केरी महिलालाई दिएको आइरन चक्कीको 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 भएको ४८ घण्टा भित्र	सुत्केरी महिलाले सुत्केरी को ४८ घण्टा भित्र गर्भ निरोधका साधन आइ यू सि डी, इम्प्लान्ट र वी टी एल 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 वी टी एल 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 पछिको अवस्थामा जाँचका क्रममा कुनै जटिलताको देखिएमा सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना(लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भएमा कोड नं १ मा गोलो ○ र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ । जस्तै: २०७८ महिनामा गर्भ जाँचकालागी आउनु भएकी महिलालाई Pre-eclampsia का लक्षण देखिएको र संस्थामै उपचार गरेको भए Pre-eclampsia संगैको महिना महलमा (भाद्र) लेखि कोड १ मा ○ लगाउनु पर्दछ ।
मातृ मृत्यु मिति, स्थान, अवस्था र कारण	गर्भवती प्रसव वा सुत्केरी अवस्था (प्रसूतिको ४२ दिन) भित्र महिलाको मृत्यु भएको भए मृत्युको मिति (गते महिना र साल) मृत्यु भएको स्थान, अवस्था (गर्भवती प्रसव वा सुत्केरी) र मृत्युको कारण सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
शिशु मृत्यु मिति र कारण	नवजात शिशु को मृत्यु भएको भए 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 सुत्केरीहुन आएका महिलालाई यातायात खर्च वापत हिमालमा रू ३००० , पहाडमा रू २००० र तराईमा रू 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 रू ८००। उपलब्ध गराउने गरेको छ । सेवाग्राही महिलालाई उपलब्ध गराएको रकम सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पैदछ । यदि उक्त रकम उपलब्ध गराउन नसकिएको भए कारण सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
न्यानो झोला वितरण	नवजात शिशुलाई न्यानो झोला वितरण गरेको भए कोड १ र नगरेको भए कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ । साथै वितरण गर्न नसकिएको भए कारण सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।

आमा सुरक्षा कार्यक्रम (Aama Programme)

नेपाल सरकारले गर्भवतीजाँचको Protocol अनुसार चार पटक गर्भ जाँच पूरा गरी सुरक्षित प्रसूति केन्द्र (Birthing Center) मा प्रसूतिहुने महिलालाई गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च र सुरक्षित प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने सूचीकृत (आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका) स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका महिलाहरूलाई यातायात खर्च बापत 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।

अर्जे तरिका :

मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको अन्तका 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 रजिस्टर (HMIS 3.6)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	यातायात खर्च पाउनुपर्ने महिलाहरू	आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका स्वास्थ्य संस्थामा आएर प्रसूति सेवा लिएका र सुत्केरी पछिको जटिलताको उपचारका लागि स्वास्थ्य संस्थामा आउने सेवाग्राही महिलाहरू मध्ये आमा सुरक्षा कार्यक्रमको निर्देशिकाले तोके अनुसार सुत्केरी यातायात खर्च पाउन योग्य महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
३		यातायात खर्च पाएका महिलाहरू
४	गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च	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।
५		गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिला
६	सुत्केरीको किसिम	सामान्य
७		भ्याकुम
८		Forceps
९		C/S
१०	जम्मा	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या (महल ६ देखि ९ सम्मको जम्मा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

महल नं	शीर्षक	निर्देशन
११	Breech Presentation	प्रसूति सेवा लिन आएका महिलामा शिशुको अवस्थितिको आधारमा Breech प्रिजेन्टेशन भएकाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१२	Multiple Pregnancy	प्रसूति सेवालिन आएका महिलाहरू मध्ये दुई वादुईभन्दा बढी (जुम्ल्याहा, तिम्ल्याहा) शिशु जन्माउने महिलाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	रेफर	आएका
१४	भई	गएका
१३		प्रसूति सेवाका लागि अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट रेफर भई आएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस रजिस्टरको कैफियत महलबाट गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
१४		प्रसूति सेवाका लागि यस संस्थाबाट अन्य स्वास्थ्य संस्थामा रेफर गरिएका सेवाग्राही महिलाहरूको गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५	प्रसव जटिलता भएकाहरूको व्यवस्थापन गरिएको संख्या	स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी क्रममा तथा अन्य स्थानमा सुत्केरी भए पश्चात् देखिएका APH, PPH, Severe Pre-Eclampsia, Eclampsia, Retained Placenta, Puerperal Sepsis जस्ता जटिलताहरू (Direct Obstetric complications)को व्यवस्थापन गरिएका महिलाहरूको को सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६	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 ।
१७	रक्त संचार गरिएको जम्मा संख्या	यस महलमा स्वास्थ्य संस्थामा Blood transfusion को क्रममा प्रयोग गरिएको रगतको परिमाण blood unit (Pint) लेख्नुपर्दछ ।
१८	क्याबिनमा बसेका महिलाहरूको संख्या	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति सेवालिन क्रममा क्याबिन (Cabin) प्रयोग गर्ने सुत्केरी महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१९	कैफियत	अन्यकेही कुरा उल्लेख गर्नुपर्ने भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

जात/जाति अनुसार सुत्केरी सेवा समायोजन फाराम

स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रवाहभएको प्रसूति सेवा समान रूपले सबै जात/जाति, वर्ग, समूहले उपभोग गरे/नगरेको विश्लेषण गर्न सेवाग्राहीहरूको जात/जाति अनुसारको अभिलेख हुनु आवश्यक हुन्छ । यस प्रकारको सूचनाले सेवाको उपभोग दर कम भएका जाति तथा समूहलाई सेवा उपभोग गर्न उत्प्रेरणा गर्ने क्रियाकलाप सञ्चालन गर्न सहयोग पुग्दछ । मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्यसेवा रजिस्टरको महल नं. १९ अन्तर्गत यस संस्थामा प्रसूति भएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या र सोही रजिस्टरको महल नं. ४ मा उल्लिखित सुत्केरी महिलाको जाति कोड अनुसार जात/जाति समूह समायोजन गरी मातृ तथा नवजातशिशु स्वास्थ्यसेवा रजिस्टरको अन्तमा रहेको जात/जाति अनुसारको सुत्केरी सेवा समायोजन फाराममा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 3.7: सुरक्षित गर्भपतन सेवार जिष्टर

(Safe Abortion Service Register)

अनिच्छित गर्भधारण भएमा महिलाले गर्भपतन गराउन सक्ने कानुनी व्यवस्था राज्यले गरेको छ । गर्भपतन सेवा र गर्भपतन पश्चात्को सेवा पाएका महिलाहरूको अभिलेख राख्न यस रजिस्टरको प्रयोग गरिन्छ । सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न सूचीकृत भएका स्वास्थ्य संस्था र गर्भपतन पश्चात्को सेवा प्रदान गरिने स्वास्थ्य संस्थाहरूमा यस रजिस्टरको प्रयोग हुनेछ।

रजिस्टरको नमुना :

SAFE ABORTION ^{HMIS 3.7}

Name of Health Facility:

SN	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	2	3	4	5	6	7							8	9	10	11	12

SERVICE REGISTER

FY: 207 ... / 207 ... Month:

HMIS 3.7

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 lapotomy	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 lapotomy	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	Accepted FP Methods		Outcome of SAS/PAC				Details of Service Provider			
											1-9	1-6	Referred from	Referred out	Normal	LAMA	Death	Name		Signature
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										

रजिस्टरभर्नेतरिका :

महल नं	महलशीर्षक	निर्देशन
	All client	
1	S.N	हरेक महिना क्र.सं. १ देखि सुरु गर्नुपर्दछ ।
2	Service Regd. No.	सेवाग्राही महिलाको सेवादर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ । हरेकआ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
3-5	Date (DD/MM/YY)	सेवा प्रदान गरेको गते, महिना र साल यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
6-9	Address (Province, District Rural Municipality/ Municipality /Ward No)	सेवाग्राही महिलाको ठेगाना अन्तर्गत प्रदेश,जिल्ला , गाउ./नगरपालिका र वडा नम्बर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
10	Family Name(थर)	सेवाग्राही महिलाको थरसोधी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
11	जाति कोड	सेवाग्राही महिलाको जात/जाति रजिस्टरमा उल्लेख भएको जात/जाति जुन समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोडनम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तै : ०१ दलित, ०२ जनजाती, ०३ मधेसी, ०४ मुस्लिम, ०५ ब्राह्मण क्षेत्री, ०६ अन्य)
12	Age	सेवाग्राही महिलाले पूरा गरेको उमेर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
13	Education	सेवाग्राही महिलाले पूरा गरेको शैक्षिक योग्यता यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

14	Gravida	सेवाग्राही महिलाको कुलगर्भ भएको संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
15	No of living children	सेवाग्राही महिलाबाट जन्मेका मध्ये हाल जीवित बच्चाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
16	Gestation on Weeks	By LMP	
17		On Examination	
16	Gestation on Weeks	सेवाग्राही महिलाको गर्भको अवधि पछिल्लो पटक महिनावारी भएको दिनका आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
17		सेवाग्राही महिलाको गर्भको अवधि पाठेघरको उचाइ जाँचको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
18	Procedure Code	1-6	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)
19	दुखाई कम गर्न औषधिदिएको र नदिएको (Pain Management Given)	कोड नं.१ - Protocol अनुसार दुखाइकम गर्ने औषधिदिएको कोड नं.२ - Protocol अनुसार दुखाइकम गर्ने औषधिनदिएको	
20-23	Safe Abortion Complication (Surgical and Medical)		
20	Incomplete abortion requiring repeat procedure	MVA बाट व्यवस्थापन भएको भएकोड नं.१ उल्लेख गर्ने Misoprostol बाट व्यवस्थापन भएको भएकोड नं.६ उल्लेख गर्ने	
21	Heavy bleeding requiring > 1 pint of IV fluid or blood transfusion	सेवाग्राहीलाई blood transfusion दिनुपर्ने अवस्था आउने गरी bleeding भएमा यस महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । यस्तो अवस्था विशेषगरी २ घण्टा भित्रमा ४ वटा pad (१ घण्टामा २ वटा pad) भिज्ने गरी bleeding भएमा अत्याधिक रक्तश्राव (Heavy bleeding) भएको मान्न सकिन्छ ।	
22	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 ।	
23	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 ।	
24	Other Effects (Ongoing pregnancy)	गर्भपतन प्रक्रिया पश्चात पनि गर्भ निरन्तर (ongoing) भई राखेमा यस महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।	
25	Other Effects (Ectopic pregnancy)	गर्भपतन प्रक्रियाको दौरान पाठेघर बाहिर गर्भ रहनगएको पत्तालागेमा यस महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।	
26-30	PAC (Abortion not from your own facility)		
26	Incomplete abortion (Induced)	Incomplete abortion (Induced)-भएमा यस महलको कोड नं.१ मगोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
27	Incomplete abortion (Spontaneous)	Incomplete abortion (Spontaneous)-भएमा यस महलको कोड नं.२ मगोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	


28	Heavy bleeding requiring blood transfusion	सेवाग्राहीलाई blood transfusion दिनुपर्ने अवस्था आउने गरी bleeding भएमा यसमहलको कोड नं.३ मगोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
29	Uterine/Intra-abdominal injury requiring laparotomy	गर्भपतन सेवाको बेला योनीमा चोटपटक लागी अन्त्यभित्ती अंगमा पनि असर परेर Laparotomy गर्नुपर्ने भएमा यस महलको कोड नं.४ मगोलो घेरालगाउनुपर्दछ ।
30	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	गर्भपतन सेवापश्चात् पाठेघरमा संक्रमण भई अस्पतालमा भर्ना गरी IV antibiotics दिनु पर्ने भए यस महलको कोड नं.५ मगोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
31	Accepted FP Methods (1-9)	सुरक्षित गर्भपतन सेवा पश्चात् दिइएको परिवार नियोजन सेवा सम्बन्धित प. नि.सेवा रजिस्टरमा अनिवार्य अद्यावधिक गर्नुपर्दछ र प्रदान गरिएको परिवार नियोजन सेवाको निम्नानुसारको कोड यस महलमा चढाउनु पर्दछ कोड नं. १:Female Sterilization कोड नं. २:Male Sterilization कोड नं. ३:Implant कोड नं. ४:IUCD कोड नं. ५:Depo-Provera कोड नं. ६:Sayana Press कोड नं. ७:Pills कोड नं. ८:Condom कोड नं. ९:Others (e.g. emergency contraceptive pills)
32	Referred from (1-6)	सेवाग्राही कहाँबाट प्रेषण भएर आएको हो, सो को कोड यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । कोड नं. १:FCHV बाट प्रेषण भएमा कोड नं. २: Health Care Provider बाट प्रेषण भएमा कोड नं. ३: Friend / Family बाट प्रेषण भएमा कोड नं. ४: Pharmacy बाट प्रेषण भएमा कोड नं. ५: Hotline बाट प्रेषण भएमा कोड नं. ६: Other (Mothers group, Clubs etc.)बाट प्रेषण भएमा
33-36	Outcome of SAS/PAC (Referred Out/Normal/ LAMA/Death)	सेवाग्राहीलाई अन्यत्र प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा महल ३३ मा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । प्रेषण गर्नुपर्ने कारण Remarksमा प्रष्ट पार्नुपर्दछ । सेवाको नतिजा सामान्य भएको अवस्था भएमहल ३४ मा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । सेवाग्राहीले महिला सेवा प्रदायकको सल्लाह नलिई गएको भएमहल ३५ मा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । सेवाग्राही महिलाको मृत्यु भएमा महल ३६ मा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
37-39	Details of service provider (Name/ Signature/ Listed No.)	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 ।
40	Remarks	माथिका विवरण बाहेक अन्य केही कुरा खलुाउनु परेमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै प्रेषण गर्नुको कारण

नोट: Induced Abortion वा PAC लिनआएका सेवाग्राहीका लागि यस रजिस्टरको प्रयोग गर्नुपर्नेछ । सबै सेवाग्राहीका लागि लागू हुने खण्डहरू अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्दछ ।अरू खण्डहरू सेवाग्राहीले लिएको सेवाको आधारमा पूरा गर्नुपर्दछ ।

HMIS 3.7a: औषधिद्वारा गरिने गर्भपतन सेवाको सेवाग्राही कार्ड (Client Personal Profile: Medical Abortion Service)

औषधिद्वारा गरिने गर्भपतन सेवालिनै सेवाग्राहीहरूको व्यक्तिगत विवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । सेवाग्राहीलाई सेवा दिनुभन्दा पहिले निजको चिकित्सा सम्बन्धी विवरण जाँच-परीक्षण गरी अद्यावधिक गरेपछि मात्र सम्बन्धित सेवा उपलब्ध गराउनमिल्ने वानमिल्ने निश्चय गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगत विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमूना :

 <p>नेपाल स्वास्थ्य सम्बन्धित रोग अनुसन्धान मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>	
Client Personal Profile: Medical Abortion Service	
HMIS 3.7 Reg. Number:	Date of Visit:
Facility Name:	Province/ District:
1. Personal History	
Name and caste	Age:
Education:	Contact No:
Palika:	Ward no:
2. Medical/Surgical History	
Medical history/serious health problems:	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Porphyria <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Other:
Are you taking any medicine?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the name of medicine
Do you have allergy to any medicine?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the name of medicine
Previous history of Ectopic Pregnancy:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Previous history of Surgery:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, types of surgery and year of surgery
Any contraceptive used within this one to six months:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the method of FP used
3. Gynecological/Obstetrical Information	
LMP date:	Gestation weeks by LMP:
Obstetric History: G..... P..... A..... L.....	
Last 6 months menstrual cycle: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Signs and symptoms of pregnancy: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. General /Physical Examination and Investigation	
Blood pressure:	Pulse:
Temperature:	Respiration Rate:
Jaundice: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pallor: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Lungs sound: <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal sound	Heart sound: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal
Abdominal tenderness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Abdominal mass palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Uterus palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	if palpable size of the uterus:
Investigations (if required): Urine Pregnancy test:	Hb and Blood group (if anemic on inspection)

5. Pelvic Examination (Speculum and Bimanual examination)	
Vulva: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	Vaginal discharge: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal If abnormal, Foul smelling: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
P/S examination: Cervix: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	Unhealthy cervix: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
P/V examination: Uterine size (weeks):	Position: <input type="checkbox"/> A/V <input type="checkbox"/> R/V Fornix clear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
6. Medical Abortion Drugs and Contraceptive Service	
Drugs Provided: Mifepristone (200mg): Date:	Time:
Misoprostol (200mcg x 4 tablets): <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Clinic	Date:
Time:	
Pain management drugs (400mg ibuprofen x 4 tabs) to take home: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Contraceptive provided (on the day of Mifepristone): <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Pills	
<input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Others:	
Name of Service Provider:	Signature:
Provider Listed No:	
7. Follow Up (to be filled if follow up is done)	
Follow up: <input type="checkbox"/> in-person <input type="checkbox"/> telephone	Date of follow up:
MA success Checklist used: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Blood pressure:	Pulse:
Temperature:	Respiration Rate:
PA tenderness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/S Examination: Vaginal discharge: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Foul smelling	Bleeding: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hanging POC: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/V Examination: Uterine size (weeks):	Fornix clear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
OS Closed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other relevant finding (if any):
Status on Follow up: <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Ongoing pregnancy <input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy	
Any complication (SAE): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if yes, mention the type) <input type="checkbox"/> Heavy bleeding requiring Blood transfusion	
<input type="checkbox"/> Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics	
<input type="checkbox"/> Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy	
Mention the management or referral conducted (with name of the referral facility)	
Contraceptive provided on follow up: <input type="checkbox"/> Minilap <input type="checkbox"/> NSV <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> IUCD	
<input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Pills <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Others:	


8. Client Consent Form	
अनुमोदना पत्र	
(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)	
सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामाको ढाँचा	
<p>सूचित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनको विधि र प्रतिफल, गर्भपतन सेवामा अनुमतिहिन जोखिम, न्यसका विकल्पहरू र संरक्षक हुने शब्दहरू, भ्रूणको शरीरको प्राथमिक एवं स्वास्थ्यगत विकास पूर्ण पारदर्शी रूपमा भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सूचित गर्नुपर्ने तथा गर्भपतन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माथवरको हिसावले यो मञ्जुरीनामा लेखी तयार्इ स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।</p>	
मञ्जुरीनामा दिने	
सेवाग्राहीको-	संरक्षक वा माथवरको-
नाम, पद:	नाम, पद:
हेगनामा:	हेगनामा:
उमेर:	उमेर:
मिति:	मिति:
दस्तखत:	दस्तखत:
आँठा छाप:	आँठा छाप:
<input type="checkbox"/> बायाँ <input type="checkbox"/> दायाँ	<input type="checkbox"/> बायाँ <input type="checkbox"/> दायाँ
दस्तखत:	
Notes:	

HMIS 3.7b: MVA द्वारा गरिने गर्भपतन सेवाको सेवाग्राहीकाई

(Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration)

MVA बिधिद्वारा गरिने गर्भपतनको सेवा लिनेसेवा ग्राहीहरूको व्यक्तिगत विवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । सेवाग्राहीलाई सेवादिनुभन्दापहिले निजको चिकित्सा सम्बन्धी विवरण जाँच-परीक्षण गरी अद्यावधिक गरेपछि मात्र सम्बन्धित सेवा उपलब्ध गराउनमिल्ने वानमिल्ने निश्चय गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगत विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमूना :

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>	
<p>Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration Service</p>	
HMIS 3.7 Reg. Number: _____	Date of Visit: _____
Facility Name: _____	Province/ District: _____
1. Personal History	
Name and caste _____	Age: _____
Education: _____	Contact No: _____
Palka: _____	Ward no: _____
2. Medical/Surgical history	
Medical history/serious health problems: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Porphyria <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Other: _____	
Are you taking any medicine? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the name of medicine: _____	
Do you have allergy to any medicine? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the name of medicine: _____	
Previous history of Ectopic Pregnancy: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Previous history of Surgery: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, types of surgery and year of surgery: _____	
Any contraceptive used within this one to six months: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the method of FP used: _____	
3. Gynecological/Obstetrical Information	
LMP date: _____ Gestation weeks by LMP: _____ Obstetric History: G.____ P.____ A.____ L.____	
Last 6 months menstrual cycle: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular Signs and symptoms of pregnancy: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4. General /Physical Examination and Investigation	
Blood pressure: _____ Pulse: _____ Temperature: _____ Respiration Rate: _____	
Jaundice: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Pallor: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Lungs sound: <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal sound Heart sound: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	
Abdominal tenderness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Abdominal mass palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Uterus palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If palpable, size of the uterus: _____	
Investigations (if required): Urine Pregnancy test: _____ Hb and Blood group (if anemic on inspection) _____	
Ultrasound (report to be attached if USG conducted) _____	

5. Pelvic Examination (Speculum and Bimanual Examination)	
Vulva: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Vaginal discharge: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal If abnormal, foul smelling: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/S examination: Cervix: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Unhealthy cervix: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/V examination: Uterine size (weeks): _____ Position: <input type="checkbox"/> A/V <input type="checkbox"/> R/V Fornix clear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6. Manual Vacuum Aspiration and Contraceptive Service	
Medication given: Ibuprofen 400 mg <input type="checkbox"/> Diazepam 5-10 mg	
<input type="checkbox"/> Antibiotic-Doxycycline/ Azithromycin/ Metronidazole <input type="checkbox"/> Para cervical block (1 % Lidocaine)	
Size of cannula used: _____ Amount of blood loss (ml): _____	
POC findings: Villi seen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Scanty Sac Seen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fetal parts seen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Post procedural findings:	
Blood pressure: _____ Pulse: _____ Temperature: _____ Respiration Rate: _____	
Abdomen: <input type="checkbox"/> Non-tender <input type="checkbox"/> Tender	
<input type="checkbox"/> Non-guarding <input type="checkbox"/> Guarding Vaginal bleeding: <input type="checkbox"/> Scanty <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Heavy	
Any Complication: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if yes, mention the type) <input type="checkbox"/> Heavy bleeding requiring Blood transfusion	
<input type="checkbox"/> Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics	
<input type="checkbox"/> Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy	
Outcome of Complication: <input type="checkbox"/> Treated and discharged.	
<input type="checkbox"/> Referred out (Name of the referred facility) _____	
Contraceptive provided: <input type="checkbox"/> Minilap <input type="checkbox"/> NSV <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> IUCD	
<input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Pills <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Others: _____	
Name of Service Provider: _____ Signature: _____ Provider Listed No. _____	
Name of Assistant: _____ Signature: _____	
7. Follow Up (to be filled if follow up is done)	
Follow up: <input type="checkbox"/> In-person <input type="checkbox"/> telephone	
Date of follow up: ____/____/____	
Blood pressure: _____ Pulse: _____ Temperature: _____ Respiration Rate: _____	
PA tenderness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/S Examination: Vaginal discharge: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Foul smelling Hanging POC: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Bleeding: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fornix clear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/V Examination: Uterine size (weeks): _____ OS Closed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Other relevant finding (if any): _____	
Status on Follow up: <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Ongoing pregnancy <input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy	
Any complication: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if yes, mention the type) <input type="checkbox"/> Heavy bleeding requiring Blood transfusion	
<input type="checkbox"/> Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics	
<input type="checkbox"/> Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy	

Mention the management or referral conducted (with name of the referral facility). Please write in the note section at the end of the form	
Contraceptive provided on follow up: <input type="checkbox"/> Minilap <input type="checkbox"/> NSV <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> IUCD	
<input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Pills <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Others: _____	
8. Client Consent Form	
अनुसूची १२ (नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित) सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामाको ढोका	
मुनीपत मानवस्य सेवाको अवसरकाल, मानवस्यका विविध शक्ति, मानवस्य सेवा अन्तर्निहित जोखिम, स्वास्थ्य विकल्पहरू र यसबाट हुने न्युनता, शैक्षण्य स्वास्थ्यका लागिभित्रै एवं स्वास्थ्यसँगै यसमा पूर्ण पारदर्शी ज्ञान अन्तर्गत सेवा प्राप्त गर्ने सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिवार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्मावली महीना वा निजको संरक्षक वा मायवको हितगतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाईं: _____ स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।	
मञ्जुरीनामा दिने	
सेवाग्राहीको: नाम, पर: उमेर: पति: दस्तावेज: आँख छाप:	संरक्षक वा मायवको - नाम, पर: उमेर: पति: दस्तावेज: आँख छाप:
<input type="checkbox"/> बायाँ <input type="checkbox"/> दायाँ	<input type="checkbox"/> बायाँ <input type="checkbox"/> दायाँ
दस्तावेज:	

Notes:

7. D&E Procedure Record Section

A. Cervical preparation

1. Misoprostol 400 mcg Route: S/L Buccal Vaginal

1st Dose date/ Time: _____ Repeat Dose (if needed) Date Time: _____
 Assessment finding: _____ Assessment finding: _____

2. Switched to medical induction (if applicable): No Yes
 If Yes, reason for switch to Medical Induction _____

B. Pain management and antibiotic (half an hour before the D&E procedure):

1. Tab Ibuprofen 400mg: Yes No Pethidine: Yes No

2. Tab Diazepam 10 mg: Yes No

3. Antibiotic (Doxycycline/Azithromycin/ Metronidazole): Yes No

4. Other pain management or antibiotic provided (Specify if provided): _____

C. Procedure notes for D & E procedure

Date / Time of service provided: _____

Paracervical block given with 20 ml (1% Lignocaine): Yes No

Size of Canula Used: _____ Amount of blood Loss (ML): _____ Duration of Procedure: _____

Placenta Checked: Yes No Completed: Yes No If No Specify _____

Fetal Parts Seen: Cervarium: Spine Upper Limb Lower Limb

Fetal Foot Length: _____ mm Consistent with _____ weeks

8. Medical Induction Procedure Record Section

a. Digoxin provided before proceeding for Medical Induction: Yes No

Regime of Digoxin (Dose, Date and Time) _____

b. Mifepristone 200 mg Oral Date & Time: _____

c. Misoprostol 400 mcg Route: S/L Buccal Vaginal

Dose	Date: DD/MM/YY	Time	Bimanual assessment findings
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Additional Dose required			

Total Dose Misoprostol Given: _____

Switched to D&E from MI: No Yes If yes, mention the reason: _____

d. Pain management (Tab Ibuprofen 400mg) given: Yes No Repeat Tab Ibuprofen: Yes No

e. **Expulsion Of Fetus:** Date & Time: _____

Placenta: Date & Time: _____ Placenta complete: Yes No

f. **Retained Placenta:** No: Yes If Yes, Managed by MVA Misoprostol 400 mcg

g. Total blood loss approximately (ml): _____

h. Fetal Foot Length: _____ mm Consistent with _____ weeks

9. Post Procedure Recovery Care Finding

Blood pressure: _____ Pulse: _____ Temperature: _____ Respiration Rate: _____

Abdominal tenderness: Yes No Guarding: Not Present Present

Vaginal bleeding more than 500 ml: Yes No No of Pad soakage: _____

Contraceptive provided: Minilap NSV Implant IUCD
Depo Provera Pills Condom None Others: _____

Reason of Not Providing Contraceptive Service: _____

Reason for referral to other Reproductive health service (if referred): _____

Date and time of Discharge: _____

Recommended follow up after 2 weeks or earlier (if needed) Date & Time: _____

Name of Service Provider: _____ Signature: _____ Provider listed No: _____

Name of Assistant: _____ Signature: _____

10. Severe Complication on MI - D & E (to be filled if complication occurs)

Date and time: ____/____/____

Type of severe complications:

Type of severe complications: Heavy bleeding requiring blood transfusion
 Infection requiring hospitalization with IV antibiotics.
 Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy.
 Other complication (specify) _____

Outcome of complication: Treated and discharged.
 Referred out (name of the referred facility & provider): _____

11. Follow Up Recording Section (to be filled if follow up is done):

Date of follow up: ____/____/____

Blood pressure: _____ Pulse: _____ Temperature: _____ Respiration Rate: _____

PA tenderness: Yes No

P/S Examination: Vaginal discharge: Normal Foul smelling Hanging POC: Yes No

Bleeding: Yes No Fornix clear: Yes No

P/V Examination: Uterine size (weeks): _____ OS Closed: Yes No

Other relevant finding (if any): _____

Status on F/ up: Complete incomplete

If any sever complication No Yes if yes filled section 10:

Contraceptive provided on follow up: Minilap NSV Implant IUCD

Depo Provera Pills Condom None Others _____

Name of Service Provider: _____ Signature: _____

12. Client Consent Form

अनुसूची १२

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

सेवाग्राहीले दिने मञ्जूरीनामाको ढाँचा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रतिधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरू र यसबाट हुने फाइदा, बेफाइदा लगायतका प्राथमिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित मान्नु र यसबाट फलजन स्वास्थ्य अफिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माधवरको हतियतले यो मञ्जूरीनामा सेची लागू _____ स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।

मञ्जूरीनामा दिने


सेवाग्राहीको-	संरक्षक वा माधवरको -
नाम, यर:	नाम, यर:
ठेगाना:	ठेगाना:
उमेर:	उमेर:
मिति:	मिति:
दस्तखत:	दस्तखत:
औँठा छाप:	औँठा छाप:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
दस्तखत:	
दस्तखत:	
Note Section	

HMIS 3.7d: PAC सेवाको सेवाग्राहीकार्ड

(Client Personal Profile: Post Abortion Care)

PAC सेवा लिने सेवाग्राहीहरूको व्यक्तिगत विवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । सेवाग्राहीलाई सेवादिनु भन्दा पहिले निजको चिकित्सा सम्बन्धी विवरण जाँच-परीक्षण गरी अद्यावधिक गरेपछि मात्र सम्बन्धित सेवा उपलब्ध गराउन मिल्ने वा नमिल्ने निकर्ण गरि सेवाग्राहीको व्यक्तिगत विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना :

 <p>नेपाल स्वास्थ्य स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>	
<p>Client Personal Profile: Post Abortion Care (PAC) Services</p> <p>HMIS 3.7 Reg. Number: _____ Date of Visit: _____</p> <p>Facility Name: _____ Province/District: _____</p>	
<p>1. Personal History</p> <p>Name and caste: _____ Age: _____</p> <p>Education: _____ Contact No: _____</p> <p>Palika: _____ (Rural Municipality / Municipality / Metropolitan City) Ward no: _____</p>	
<p>2. Medical/Gynecological & Obstetrical History</p> <p>GMP date: _____ Obstetric History: G.....P.....A.....L.....</p> <p>Medical/surgical history: _____</p> <p>Current medication or drug allergy: _____</p> <p>Current complaint for seeking service: _____</p>	
<p>3. General /Physical Examination</p> <p>Blood pressure: _____ Pulse: _____ Temperature: _____ Respiration Rate: _____</p> <p>Auscultate: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Pallor: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Lungs sound: <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal sound Heart sound: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Abdominal tenderness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Abdominal mass palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Uterus palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If palpable, size of the uterus: _____</p>	
<p>4. PehV: Examination (Speculum and Bimanual Examination)</p> <p>Vulva: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Vaginal discharge: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal If abnormal, foul smelling: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>P/S examination: Cervix: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Unhealthy Cervix: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>P/V examination: Uterine size (weeks): _____ Position: <input type="checkbox"/> A/V <input type="checkbox"/> B/V Fornix clear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	

<p>5. Diagnosis and Treatment Plan</p> <p>Diagnosis: _____</p> <p>Treatment Plan: _____</p>	
<p>5.1 Manual Vacuum Aspiration</p> <p>Medication given: <input type="checkbox"/> Ibuprofen 400 mg <input type="checkbox"/> Para cervical block (1% Lidocaine)</p> <p><input type="checkbox"/> Carbinoxolone (State)</p> <p>Size of cannula used: _____ Amount of blood loss (ml): _____</p> <p>POC findings: Villi seen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Scanty Sac seen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fetal parts seen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>5.2 Management and Misoprostol</p> <p>1. Pain management (NSAID) regimen: _____</p> <p>2. Misoprostol regimen: _____</p>	
<p>5.3 Post Procedural Findings and Contraceptive Service</p> <p>Blood pressure: _____ Pulse: _____ Temperature: _____ Respiration Rate: _____</p> <p>Abdomen: <input type="checkbox"/> Non-tender <input type="checkbox"/> Tender</p> <p>Vaginal bleeding <input type="checkbox"/> Scanty <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Heavy</p> <p>Contraceptive provided: <input type="checkbox"/> Minilap <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> RUDD</p> <p><input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Pills <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Others: _____</p> <p>Name of Service Provider: _____ Signature: _____</p> <p>Name of Assistant: _____ Signature: _____</p>	
<p>6. Discharge and Follow up</p> <p>Discharge Date: _____</p> <p>Discharge Instruction: _____</p> <p>Date of follow up: _____</p>	

<p>अनुमोदी १२</p> <p>(निचम १८ को उपनिचम (१) सँग सम्बन्धित)</p> <p>सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामाको ढोका</p> <p>सुरक्षित गर्भपात सेवाको उपलब्धता, गर्भपातका विविध प्रविधि, गर्भपात सेवाको अनुमतिद्वारा जोडिम, त्यसका विकल्पहरू र स्वास्थ्यको बचावका लागि आवश्यक स्वास्थ्यको क्षतिपूर्ति एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण जानकारी प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित मन्तव्य तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकांश नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनिचम (१) समीक्षित सम्बन्धित महिला महिलालाई निजको स्वास्थ्यको हितमा यो मञ्जुरीनामा लेखी ल्याइ _____ स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।</p>	
<p>मञ्जुरीनामा दिने</p>	
<p>सेवाग्राहीको:</p> <p>नाम, पति: _____</p> <p>उमेर: _____</p> <p>मिति: _____</p> <p>दस्तावेज: _____</p> <p>अर्जित छाप: _____</p>	<p>संरक्षक वा माघबरको:</p> <p>नाम, पति: _____</p> <p>उमेर: _____</p> <p>मिति: _____</p> <p>दस्तावेज: _____</p> <p>अर्जित छाप: _____</p>
<p>दस्तावेज: _____</p> <p>NOTE: _____</p>	

HMIS 3.8: प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर (Reproductive Health Morbidity Service Register)

स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिएको प्रजनन रुग्णता सेवा अन्तर्गत पाठेघरको मुखको क्यान्सर, स्तन क्यान्सर, आड खस्ने समस्या तथा अब्सटेट्रिक फिस्टुलाको स्कीनिङ्ग, उपचार व्यवस्थापन तथा प्रेषण सेवाको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। शिविर मार्फत प्रदान गरिएको प्रजनन रुग्णता सेवाको अभिलेख पनि यसै रजिष्टरमा राख्नु पर्दछ। प्रजनन रुग्णता सम्बन्धी घुम्ती शिविरजुन वडामा सञ्चालन भएको हो सोही वडामा रहेको स्वास्थ्य संस्थामा अभिलेख गर्नु पर्दछ।

रजिष्टरको नमुना :

मूल दर्ता नं.	दर्ता नं.		दर्ता मिति			सेवाग्राहीको नाम थर		जाति कोड	उमेर	सेवाग्राहीको ठेगाना				पाठेघरको मुखको क्यान्सर							
	नयाँ	पुरानो	गते	महिना	साल	नाम	थर			जिल्ला	नगर/गाउँ पालिका	वडा नं.	सम्पर्क नं.	स्कीनिङ विधि			नतिजा			Confirmatory diagnosis Colposcopy/Biopsy	
														VIA	HPV	Pap Smear	Positive	Negative	Suspect Cancer		
	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१
															१	२	३	१	२	३	१
															१	२	३	१	२	३	१
															१	२	३	१	२	३	१

सेवा रजिष्टर

उपचार विधि		स्तन क्यान्सर						बाह्र खस्ने समस्या										फिस्टुला						सेवा प्रदायकको नाम, थर	कैफियत				
Ablative treatment	Referred	स्कीनिङ विधि	पहचानका नतिजा	Referred	पहचान				उपचार / व्यवस्थापन						उपचार, व्यवस्थापन														
LEEP	Other	Clinical breast examination	USG	Mammogram	Normal	Suspicious	Institution/Department	Stage 0	Stage 1 and 2	Stage 3	Stage 4	Vault Prolapse	Kegel Exercise	Ring pessary	VHEPR	Other	Referred for surgery	Normal	Suspected fistula	WF repair	RVF repair	RVF with RVF repair	Urethrovaginal fistula repair	Other	Referred				
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०

रजिष्टर गर्ने तरिका :

महल नं	शिर्षक	निर्देशन
१	मूल दर्ता नं	मूल दर्ता रजिष्टरमा दर्ता गरि प्रदान गरिएको मूल दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
२-३	दर्ता नं (नयाँ/पुरानो)	सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा प्रत्येक आ.व. मा नयाँ दर्ता नं दिई सुरु गर्नुपर्दछ। सेवा दर्ता नं. नयाँ सेवाग्राहीको लागि प्रत्येक आ.व. को श्रावण देखि १ देखि सुरु गरिन्छ। सेवाग्राही उपचारका लागि दोहोर्वाई (फलोअप) आएमा पुरानो महलमा सुरुको दर्ता (नयाँ दर्ता हुदाँको) नम्बर लेख्नुपर्दछ।
४-६	मिति (गते/महिना/साल)	सेवा प्रदान गरेको गते महिना र साल यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
७-८	सेवाग्राही महिलाको नाम, थर	सेवाग्राही महिलाको पुरा नाम, थर सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।

९	जात/जातिको (कोड)	यस महलमा सेवाग्राहीको जातजाती यकिन गरी (रजिस्टरमा उल्लेख भए अनुसार), त्यही समूहको कोड न लेख्नु पर्दछ। जस्तै ०१,०२..
१०	उमेर	सेवाग्राही महिलाले पुरा गरेको उमेर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
११-१३	सेवाग्राहीको ठेगाना	सेवा लिन आउने सेवाग्राहीको हालको ठेगाना (जिल्ला, नगर, गाउँ/पालिका, टोलको नाम) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
१४	सम्पर्क नं	सेवाग्राही वा निजको नजिकको ब्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१५-२४	पाठेघरको मुखको क्यान्सर	स्क्रीनिङ्ग बिधी (महल १५-१७) पाठेघरको मुखको क्यान्सरको पत्ता लगाउन Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) गरिएमा महल १५ कोड १ मा, Human Papilloma Virus DNA , गरिएमा महल १६ कोड २ मा र Papsmear and other गरिएमा महल १७ कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। पहिचानको नतिजा (१८-२०) पाठेघरको मुखको क्यान्सरको पत्ता लगाउन गरिएको स्क्रीनिङ्गबाट Negative भएमा महल १८ कोड १, Positive भएमा महल १९ कोड २ र Suspected cancer भएमा महल २० कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। Confirmatory diagnosis (महल २१) Confirmatory diagnosis का लागि colposcopy± Biopsy गरिएको भए यस महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। उपचार बिधी (महल नं २२-२४) पाठेघरको मुखको क्यान्सर भएका सेवाग्राही महिलाको उपचार Ablative treatment (Cryotherapy, thermal ablation -Thermo-coagulation / cryotherapy) विधिबाट गरिएमा महल २२ कोड १ मा LEEP विधिबाट उपचार गरिएमा महल २३ कोड २मा र कोड १ र कोड २ बाहेक अन्य उपचार भएमा महल २४ कोड ३गोलो लगाउनु पर्दछ।
२५-३०	स्तन क्यान्सर	पहिचान बिधी (महल २५-२७) सेवाग्राही महिलामा स्तन क्यान्सर भए नभएको पत्ता लगाउन Clinical breast examination गरेमा महल २५ कोड १, USG गरेमा महल २६ कोड २ र Mammogram गरेमा महल २७ कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। पहिचानको नतिजा (महल २८-२९) स्तन क्यान्सर पत्ता लगाउन गरिएको जाँच/परीक्षणबाट नजिता Normal भएमा महल २८कोड १ र स्तन क्यान्सरको शंका (Suspicious) भएमा महल २९ कोड २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। Refer (महल ३०) शंकास्पद स्तन क्यान्सरको पहिचान भई उपचारका लागि उपचार सेवा उपलब्ध भएको स्वास्थ्य संस्थामा वा सोही संस्थाको सम्बन्धित विभागमा प्रेषण गरिएमा महल ३० मा प्रेषण गरीएको संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ।
३१-४०	आड खस्ने समस्या	पहिचानको नतिजा (महल ३१-३५) सेवाग्राही महिलामा आड खस्ने समस्या भए नभएको पत्ता लगाउन जाँच / परीक्षण गर्दा Stage 0 भएमा महल ३१ कोड १मा, Stage 1and Stage 2 भएमा महल ३२ कोड २ मा, Stage 3 भएमा महल ३३ कोड ३ मा Stage 4 भएमा महल ३४ कोड ४ र Vault Prolapse भएमा महल ३५कोड ५ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। उपचार/ ब्यबस्थापन (महल ३६-४०) आड खस्ने समस्या भएका सेवाग्राही महिलालाई Kegel Exercise गर्ने सल्लाह दिइएमा महल ३६ कोड १ मा Ring Pessary राखेमा महल ३७ कोड २ मा Vaginal Hysterectomy with Pelvic Floor Repair गरेमा महल ३८ कोड नं ३ मा Vaginal Hysterectomy with Pelvic Floor Repair वाहेक अन्य विधिबाट Surgical management गरेमा महल ३९ कोड ४ र उपचार व्यवस्थापनका लागि प्रेषण गरेमा महल ४० कोड ५ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
४१-४८	फिस्टुला	पहिचानको नतिजा (महल ४१-४२) सेवाग्राही महिलामा फिस्टुला भए नभएको पत्ता लगाउन गरिएको परीक्षणबाट सामान्य भएमा कोड १ र संभावित फिस्टुला (Suspected fistula) भएमा कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। उपचार /ब्यबस्थापन (महल ४३-४८) फिस्टुला भएका महिलाको VVF repair गरिएमा महल ४३ कोड १ मा, RVF repair गरिएमा महल ४४ कोड २ मा, Uretric implantation गरिएमा महल ४५ कोड ३ मा, Urethro vaginal fistula repair गरिएमा महल ४६ कोड ४ मा, VVF with RVF repair गरिएमा महल ४७ कोड ५ मा र शल्यक्रियाका लागि सुविधायुक्त स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेमा महल ४८ कोड ६ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
४९	स्वास्थ्य प्रदायकको नाम	सेवा प्रदायकको नाम यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
५०	कैफियत	केहि कैफियत भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

सामुदायिक सेवा

4. Community Services

HMIS ४.१: गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर

HMIS ४.२: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका सेवा रजिष्टर

HMIS ४.३: राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर

HMIS ४.४: स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर

HMIS 4.1: गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर (ORC Register)

गाउँघर क्लिनिकमा दिइएका सेवाहरू स्वास्थ्यशिक्षा, परिवार नियोजन, मातृ शिशु सेवा, समुदायमा आधारित बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन, पोषण तथा सामान्य उपचारहरूको अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ। यस रजिष्टरमा निम्नानुसार ८ खण्डहरू रहेका छन् :

1. गाउँघर क्लिनिक सेवादर्तारजिष्टर
2. नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा -२ महिना भन्दाकम उमेरका बिरामी शिशुहरूको व्यवस्थापन
3. नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा -२ महिना देखि ५ वर्षमुनिका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन
4. २ वर्ष मुनिका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा
5. सुरक्षितमा तृत्व सेवा
6. परिवार नियोजन सेवा
7. प्राथमिक/सामान्य उपचार सेवा
8. स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

स्वास्थ्य संस्थाले सञ्चालन गर्ने सबै गाउँघर क्लिनिकका लागि एउटै रजिष्टर प्रयोग गर्नुपर्दछ। प्रत्येक महिना गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन गरीसकेपछि यो रजिष्टर स्वास्थ्य संस्थामा नै ल्याएर राख्नुपर्दछ।

गाउँघर क्लिनिकमा आएका सम्पूर्ण सेवाग्राहीहरूलाई सर्वप्रथम गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको दर्ता खण्ड (पहिलो खण्ड) मा दर्ता गरी सम्बन्धित सेवाको किसिम अनुसार छुट्टयाइएको छुट्टै पानामा दिइएको सेवा सहितको विवरण भर्नु पर्दछ। गाउँघर क्लिनिकको कार्यबोझ थाहापाउन रजिष्टरको पहिलो (४.११) खण्डले सहयोग गर्दछ।

गाउँघर क्लिनिकमा दिइएको २ वर्षमुनिका बच्चाको वृद्धि अनुगमन सेवा, मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य सेवा (गर्भवतीजाँच, सुत्केरी जाँच) र परिवार नियोजन सेवा (पिल्स/डिपो) को विवरण गाउँघर क्लिनिक सकिएपछि सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा रहेको २ वर्ष मुनिका बच्चाहरूका लागि पोषण रजिष्टर (HMIS 2.3), मातृ तथा शिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.6) र पिल्स/डिपो सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ। गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको दर्ता खण्डको मिति लेख्नुपर्ने खाली ठाउँमा मिति (गते/महिना/साल) र गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको खाली ठाउँमा स्थानउल्लेख गर्नुपर्दछ।

गाउँघर क्लिनिकमा गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरका साथै निम्नानुसारका फारामहरू पनि अनिवार्य रूपमा लैजानुपर्दछ:

- HMIS 1.2 स्वास्थ्य सेवा कार्ड
- HMIS 1.4 प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा
- HMIS 1.6 समायोजन फाराम
- HMIS 2.1 बाल स्वास्थ्य कार्ड
- HMIS 3.1 परिवार नियोजन सेवा कार्ड
- HMIS 3.5 मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड
- HMIS 5.1 औलौ, कुष्ठ र कालाजार नमुना संकलन फाराम
- HMIS 6.1 क्षयरोग खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा

रजिस्टरको नमूना :

४.११ गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिस्टर

HMIS 4.1

गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिस्टर													
मिति: ... / ... / ... (ग.म./सा)					गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:								
क्र.सं.	दर्ता नम्बर		नाम	थर	जाति/जाति कोड	उमेर		ठेगाना			सर्वाकारिता	संयुक्तिक	
	नयाँ	पुरानो				महिला	पुरुष	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	११			१२
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४

४.१२ दुई महिना भन्दाकम उमेरका बिरामी शिशुहरुको व्यवस्थापन

२ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरुको व्यवस्थापन																					
मिति: ... / ... / ... (ग.म./सा)										गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:											
क्र.सं.	आएको मिति		जाति कोड	उमेर हप्ता	कसरी आएको	कोड	शिशुको जीव गर्दा घट्टाएका विवरहरू				परिष्करण	कोड	उपचार	कोड	शिशुको उपचार बारे अमलाई सरलाह	कोड	अमालाई सरलाह	कोड	फरसोअप नतिजा	कोड	कैफियत
	१	२					३	४	५	६											

४.१३ दुई महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाहरुको व्यवस्थापन

२ देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाहरुको व्यवस्थापन																				
मिति: ... / ... / ... (ग.म./सा)										गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:										
क्र.सं.	आएको मिति		उमेर महिना	कसरी आएको	कोड	रोगको मुख्यद्वय				परिष्करण	कोड	उपचार	कोड	प्रेषण	अमलाई सरलाह	कोड	फरसोअप नतिजा	कोड	कैफियत	
	१	२				३	४	५	६											७

४.१४ दुई वर्षमुनिकाबाल-बालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा

HMIS 4.1

२ वर्ष मुनिका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा															
मिति: ... / ... / ... (ग.म./सा)										गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:					
गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.		बालबालिकाको			तीस (उमेर अनुसारको वृद्धि)			जन्मेको ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र	६ महिनापछि स्तनपान साथै थप खाना शुद्ध	सरलाह/ परामर्श/ रेफर	कैफियत			
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर	उमेर (महिनामा)	ज्ञानान्य	जाखिन	अति जाखिन							
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६

४.१५ सुरक्षितमातृत्व सेवा

सुरक्षित मातृत्व सेवा																									
मिति: ... / ... / २० ... (ग/म/सा)												गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:													
गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	संरक्षितको				Gravida	Parity	आखिरी राजस्वना अणको पढियो टिकको (LMP) मिति			संरक्षितको		सुरक्षित सेवा												
		पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर			जन्ती कोड	उमेर	महिना	पटक	मिति	पटक	जुकाको अन्तिम वितरण	आपुन चक्की वितरण संख्या	संरक्षितको अन्तिम मिति	सुरक्षितको अन्तिम मिति	विनियम गरेको आईएम चक्की संख्या	भिरागिन प वितरण	सुरक्षित महिलाको अन्तिम मिति	मवजात तिथिको जाँच	उपचार/संस्कार/परामर्श/पेन	कैफियत		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	

४.१६ परिवार नियोजन सेवा

HMIS 4.1

परिवार नियोजन सेवा												
मिति: ... / ... / २० ... (ग/म/सा)						गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:						
गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	सेवाग्राहीको			उमेर	परिवार नियोजन साधन वितरण						
		पहिलो पटक	थप पटक	नाम		थर	महिना	पुरुष	कण्डम (रोटा)	पिल्स (साइकल)	रिपो (डोज)	सायना पेस (डोज)
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	

४.१७ प्राथमिक/सामान्य उपचार सेवा

HMIS 4.1

प्राथमिक उपचार सेवा						
मिति: ... / ... / २० ... (ग/म/सा)				गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:		
गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	सेवाग्राहीको			मुख्य समस्या	उपचार/ परामर्श/ रेफर
		नाम	थर	उमेर (बर्षमा)		
१	२	३	४	५	६	७

४.१८ स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

HMIS 4.1

स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा							
मिति: ... / ... / २० ... (ग/म/सा)				गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:			
क्रम संख्या	मिति	स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि संचालन स्थान (विद्यालय/समुदाय/अन्य)		स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि/विषय	सहभागी संख्या	स्वास्थ्य शिक्षा सेवा प्रदायकको पूरा नाम थर	कैफियत
		महिना	साल				
१	२	३	४	५	६	७	८

रजिष्टर भर्नेतरिका

४.१९ गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिष्टर

मिति: गाउँघर क्लिनिक सञ्चाल नभएको मिति लेखनुपर्दछ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चाल नहुने स्थानको नाम लेखनुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी १ महिनामा संचालन हुने सबै गाउँघर क्लिनिकको क्रम संख्या क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ। पहिलो गाउँघर क्लिनिकको अन्तिम क्रमसंख्या १७ भए दोस्रो क्लिनिकको पहिलो सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा क्र.सं १८ लेखी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ।
२	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	प्रत्येक आ.व.का लागि गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
३	नाम	प्रत्येक आ. व. का लागि सेवा लिन आएका व्यक्तिको नाम यस महलमा लेखनुपर्दछ।
४	थर	सेवा लिन आएका व्यक्तिको थर मात्र यस महलमा लेखनुपर्दछ।

५	जात/जाति कोड	सेवा लिन व्यक्तिको जात/जातिको सम्बन्धित कोड यस महलमा लेखनुपर्दछ ।
६, ७	उमेर	सेवा लिन आएका व्यक्ति महिला भए महल ६ र पुरुष भए महल ७ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । १ वर्षमुनिको हकमा महिनाका मुनि १२ लेखनुपर्दछ ।
८, ९	ठेगाना	सेवा लिन आएको व्यक्तिको हाल बसोवास गरेको नगर/गाउँपालिका को नाम महल ८ र वडा नं. महल ९ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०	सेवाको किसिम	सेवा लिन आएका व्यक्तिका लागि रजिस्टरको तल उल्लेख भए बमोजिम कुन-कुन किसिमको सेवा आवश्यक परेको हो, उक्त सेवा/सेवाहरू यकिन गरी सम्बन्धित सेवाको किसिमको कोड/कोडहरू यस महलमा लेखनुपर्दछ । साथै सम्बन्धित सेवाको किसिम अनुसार यस रजिस्टरमा छुट्याइएका अन्य पाना र भागहरूमा सेवाको विस्तृत विवरण समेत लेखनु पर्दछ ।
११	लैङ्गिक हिंसा	सेवाग्राही यदि लैङ्गिक हिंसाबाट पीडित भई सेवा लिन आएको भएमा महल ११ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।

४.१२ दुई महिना भन्दाकम उमेरका बिरामी शिशुहरूको व्यवस्थापन

गाउँघर क्लिनिकमा बिरामी भई आएका २ महिना भन्दा कम उमेरका शिशुहरूलाई दिइएको समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको यस भागमा राखिन्छ ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेखनुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेखनुपर्दछ ।

महलनं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ ।
२-४	आएको मिति	बिरामी शिशु सेवालिन आएको मितिमहल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेखनुपर्दछ ।
	शिशुको नाम	बिरामी शिशुको नाम र थर महल नं. ३ र ४ को सम्बन्धित खाली ठाउँमा लेखनुपर्दछ ।
	शिशुको आमाको नाम	बिरामी शिशुको आमाको नाममहल नं. ३ र ४ को सम्बन्धित खाली ठाउँमा लेखनुपर्दछ ।
	शिशुकोलिङ्ग	बिरामी बच्चाको महल नं ३ अनुसारको लिङ्ग महल नं. ४ मा महिला भए १ र पुरुष भए २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
५, ६	जाति कोड	बिरामी शिशुको जाति कोड महल नं. ६ मा लेखनुपर्दछ ।
	उमेर हप्तामा	बिरामी शिशुको उमेर पूरा भएको हप्तामा महल नं. ६ मा लेखनुपर्दछ । यदि शिशुको उमेर १हप्ता पनि नपुगेको भए शिशुले पूरा गरेको दिन लेखी सो को मुनि ७ लेखनुपर्दछ । जस्तै ५ दिनको शिशुको उमेर लेख्दा ५/७ लेखनुपर्दछ ।
	तौल (के.जी.मा)	बिरामीशिशुको तौल(के.जी.मा)महल नं. ६ मा लेखनुपर्दछ ।
	तापक्रम (सेन्टिग्रेडमा)	बिरामी शिशुको तापक्रम सेन्टिग्रेडमा महल नं. ६ मा लेखनुपर्दछ ।
७, ८	कसरी आएको, कोड	बिरामी शिशु आफैँ आएको भएमहल ८ को कोड नं. १मा, म.स्वा.स्व.से. ले प्रेषण गरी सेवालिन आएको भएमहल ८ कोड नं. २ मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
९, १०	शिशुको जाँचगर्दा पाइएका चिन्हहरू	बिरामी शिशुलाई परीक्षण गर्दा महल ९ मा देखिएका चिन्ह तथा लक्षणहरू अनुसार महल ९ र १० को कोड नं १ देखि १२ सम्म सम्बन्धित चिन्हको कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ । शिशुको सासदर टाइमरको सहायताले गणना गरी सँगैको खाली ठाउँमा प्रतिमिनेटको सास दर लेखनुपर्दछ ।
११, १२	वर्गीकरण, कोड	महल ९ मा देखिएकाचिन्हहरू अनुसार IMNCI प्रोटोकल बमोजिम महल नं. ११ को उपयुक्त वर्गीकरणहरू सुनिश्चित गरी वर्गीकरण अनुसारको सम्बन्धितमहल नं. १२ को कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
१३,१४	उपचार, कोड	महल ११ मागरिएको वर्गीकरण अनुसार महल नं. १३ को उपयुक्तउपचार सुनिश्चित गरी औषधि तथा उपचार अनुसारको सम्बन्धित महल नं. १४ को कोडमा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि जेन्टामाइसिन सुई लगाउनुपर्ने भएमा महल १३ को जेन्टामाइसिन सुईको मात्रा अनुसारको १ देखि ७ मा जुनमात्राहो, सोही अङ्कमा गोलो लगाउनु पर्दछ ।

महलनं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१५, १६	शिशुको उपचार बारे आमालाई सल्लाह, कोड	आमा तथा शिशुलाई दिनुपर्ने महल नं.१५ अनुसारका आवश्यक सल्लाहहरू दिई उक्त सल्लाहको महलनम्बर १६ को कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। उक्त सल्लाह एक भन्दा बढी पनिहुन सक्दछन्।
१७,१८	आमाको स्वास्थ्य सल्लाह, कोड	शिशुको आमालाई महल १७ बमोजिमको स्वास्थ्य सेवादिई, दिएको सेवा/सल्लाह अनुसारको महलनम्बर १८ को कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
१९,२०	फलोअप नतिजा, कोड	शिशु फलो अपमा आएको मिति महल नम्बर १९ र २० को खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ। साथै महलनम्बर १९ अनुसारको नतिजा सुनिश्चित गरी महल २० को उपयुक्त कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२१	कैफियत	अन्यकेही कुरा जनाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

४.१३ दुई महिनादेखि ५ वर्षमुनिका विरामी बच्चाहरूको व्यवस्थापन

गाउँघर क्लिनिकमा विरामी भई आएका २ महिनादेखि ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूलाई दिइएको नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सम्बन्धी सेवाको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको यस भागमा राखिन्छ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नु पर्दछ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.स.	हरेकमहिना सि. नं. १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	प्रत्येकआ. व. का लागि गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ।
२, ३, ४	आएको मिति	विरामी बच्चा आएको मितिमहल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ।
	बच्चाको नाम,थर	विरामी बच्चाको नाम र थर महल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ।
	बच्चाको लिङ्ग	विरामी बच्चाको महल नं ३ अनुसारको लिङ्गमहल नं. ४ मा महिला भए १ र पुरुषभए २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
	जाति कोड	विरामी बच्चाको थरको आधारमा महल नं.४ माजाति कोड लेख्नु पर्दछ।
५, ६	उमेर महिनामा	विरामी बच्चाको पूरा भएको उमेर पूरा भएको महिनामा महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
	तौल के.जी.	विरामी बच्चाको तौल(के.जी.मा)महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
	तापक्रम सेन्टिग्रेड	विरामी बच्चाको तापक्रम(सेन्टिग्रेडमा) महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
७, ८	कसरी आएको, कोड	विरामी बच्चा आफैँ आएको भए महल ८ को १ मागोलो लगाउनु पर्दछ।
		विरामी बच्चाआफैँ आएको भए महल ८ को १मा र म. स्वा. स्व. से. ले प्रेषण गरी सेवा लिन आएको भएमहल ८ को २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
९, १०	कडा रोगका चिन्हहरू	महल९ माउल्लेख भएका कडा रोगकाचिन्हहरू (सुस्त, बेहोस, आमाको दूध र भोल कुरा पिउननसक्ने) मध्ये कुनै भएमा सम्बन्धित चिन्हको महल १० को कोड १ वा २ मागोलो घेरा लगाई महल १० को १ (छ) मागोलो लगाउनु पर्दछ।। यदि कडा रोगका चिन्हहरू फेलान परेमा महल १० को कोड २ मागोलो लगाउनुपर्दछ।
११, १२	श्वासप्रश्वास	श्वासप्रश्वास सम्बन्धी समस्या छ भने महल १२ मा रहेको कोड १ मागोलो लगाई महल ११ मा सास दर प्रतिमिनेटमा लेख्नुपर्दछ। कोखाहानेको भएमा सोको महल १२ मा रहेको कोड १ मागोलो लगाउनुपर्दछ। यदि श्वासप्रश्वास सम्बन्धी समस्या नभएमा महल १२ मा रहेको कोड २ मागोलो लगाई अन्य मूल्याङ्कनका लागि अगाडि बढ्नुपर्दछ।
१३, १४	भाडापखाला	भाडापखाला सम्बन्धी समस्या छ भने महल १४ को कोड १ मागोलो लगाई महल १३ मा कतिदिनदेखि भाडापखाला लागेको हो, सँगैको खाली ठाउँमा भाडापखाला लागेको अवधि (दिन) अंकमा लेख्नुपर्दछ। साथै महल १३ मा रहेका अन्य चिन्हहरूको मूल्याङ्कन गरी सोही अनुसारको महल १४ का कोडहरूमा गोलो लगाउनुपर्दछ। भाडापखाला सम्बन्धी समस्या नभएमा महल १४ को कोड २ मागोलो लगाई अन्य समस्याहरूको मूल्याङ्कनका लागि अगाडि बढ्नुपर्दछ। भाडापखाला सम्बन्धी समस्या भएमात्र सो सँग सम्बन्धित महल १३ का लक्षणहरू सोधी विरामीको परीक्षण गर्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१५, १६	पोषणको स्थिति	महल १५ मा रहेका पोषण सम्बन्धी विभिन्न अवस्था एवं स्थितिको मूल्याङ्कन गरी पाएको अवस्था र अवस्थाहरूको महल १६ मा रहेको सम्बन्धित कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। यस रजिष्टरमा दर्ता भएका सम्पूर्ण बच्चाको पोषणको स्थिति मूल्यांकन गरी सोही अनुसार वर्गीकरण गर्नुपर्दछ।
१७, १८, १९, २०	वर्गीकरण	IMNCI प्रोटोकल बमोजिम महल नं. १७ र १९ को उपयुक्त वर्गीकरण सुनिश्चित गरी महल नं. १८ र २० का सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनुपर्दछ। यदि महल १७ र १९ मा भएका वर्गीकरणहरूमा नपरेको अवस्था भएमा महल २० को कोड १८ मा गोलो लगाउनुपर्दछ र अन्य भए खुलाउने लेखिएको ठाउँमा रोगको वर्गीकरण लेख्नु पर्दछ।
२१, २२	उपचार	महल १७ र १९ मा गरिएको वर्गीकरण अनुसार महल नं. २१ को उपयुक्त उपचार सुनिश्चित गरी प्रदान गरिएको औषधि तथा उपचार महल २२ को सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२१	प्रेषण	बच्चालाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ।
२४, २५	आमालाई सल्लाह	बच्चाको अवस्था अनुसार महल २४ मा भएका सल्लाहहरू दिइएको सल्लाह अनुसारको महल २५ को सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२६, २७	फलोअप नतिजा	बच्चा फलोअपमा आएको मिति महल नम्बर २६ को मिति लेखिएको खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ। साथै महल नम्बर २६ अनुसारको उपयुक्त नतिजा सुनिश्चित गरी महल २७ को सम्बन्धित कोडमा गोलो लगाउनुपर्दछ।
२८	कैफियत	अन्य केही कुरा खुलाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ। बच्चालाई रेफर गर्नुको कारण (जस्तै श्वास प्रश्वास, भ्रूणपखाल वा अन्य) र विरामी बच्चाको मृत्यु भएको पाइएमा मृत्यु हुनुको कारण (श्वास प्रश्वास, भ्रूणपखाल वा अन्य) समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

४.१४ दुई वर्ष मुनिका बाल-बालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा

गाउँघर क्लिनिकमा वृद्धि अनुगमनका लागि आएका २ वर्षभन्दाकम उमेरका बाल-बालिकाहरूको वृद्धि तथा पोषण अवस्थाको लेखाजोखा गरी परामर्श समेत दिएको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको यस खण्डमा राखिन्छ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नु पर्दछ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवादर्ता (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ।
२	पोषण सेवादर्ता नं. पहिलो पटक	वृद्धि अनुगमनका लागि पहिलो पटक आएको बच्चालाई दर्ता गरी नयां दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ। यो दर्ता नं. प्रत्येक आ.व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
३	पोषण सेवादर्ता नं. थप पटक	वृद्धि अनुगमनका लागि दोहोर्‍याएर आएको बच्चालाई बाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS 2.1) बाट पोषण सेवादर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
४, ५	नाम, थर	महल ४ मा बच्चाको नाम र महल ५ मा बच्चाको थर लेख्नुपर्दछ।
६	उमेर	यस महलमा बच्चाको पूरा गरेको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ।
७, ८, ९	तौल (उमेर अनुसारको वृद्धि)	बच्चाको उमेर अनुसारको तौल लिंदातौल अनुगमन चार्टको सहायताले बच्चाको तौल सामान्य, जोखिम वा अति जोखिमजन समूहमा पर्दछ, सोही अनुसार महल नं. ७, ८ वा ९ मध्ये कुनै एक महलमा के.जी. मा लेख्नुपर्दछ।
१०	MUAC	यस महलमा बच्चाको MUAC मा पन गरेर सो को स्कोर उल्लेख गर्नपर्दछ।
११, १२	जन्मेको ६ महिना सम्म	बच्चा ६ महिना पूरा गरेपछि पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गर्न आउँदा आमालाई सोधी यो विवरण भर्नु पर्दछ। आमाले बच्चालाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तन पानमात्र गराएको भएमा महल ११ को

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
	स्तनपानमात्र	कोड १ मा र स्तन पानमात्र नगराई अन्य कुरा पनि खुवाएको भएमहल १२ को कोड २ मागोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । यो विवरण ६ महिना पछिको पहिलो भेटमा १ पटक मात्र भर्नुपर्दछ ।
१३, १४	६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध-ठोस र नरम खाना सुरु	बच्चा ६ महिना पूरा गरेपछि पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गर्न आउँदा आमालाई सोधी यो विवरण भर्नु पर्दछ । यो विवरण ६ महिना पछिको पहिलो भेटमा १ पटक मात्र भर्नुपर्दछ ।
१६	कैफियत	स्वास्थ्य संस्थामा पहिलो पटक पोषण सेवा लिई सोही सेवा गाउँघर क्लिनिकमा लिनआएमा बच्चाको कार्ड (HMIS-2.1) बाट स्वास्थ्य संस्थाको दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ र यसैका आधारमा गाउँघर क्लिनिकको सेवा संस्थाको रजिस्टरको सम्बन्धित महलमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

नोट:गाउँघर क्लिनिकबाट पोषण सेवालिका बालबालिकाहरूको विवरण गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन गरिसकेपछि पोषण सेवा रजिस्टरमा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ ।

४.१५ सुरक्षितमातृत्व सेवा

गाउँघर क्लिनिकमा जाँच गराउन आएका गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाहरूको जाँचएवं अवस्थाको लेखा जोखा गरी परामर्श समेत दिएको विवरणको अभिलेख राख्न यस खण्डको प्रयोग गरिन्छ ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ ।
२	सेवादर्ता नं. पहिलो पटक	सुरक्षितमा तृत्व सेवाका लागि पहिलो पटक आएकी महिलालाई दर्ता गरी दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ । यो दर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३	सेवादर्ता नं. थप पटक	सुरक्षितमा तृत्व सेवाका लागि दोहोर्चाएर आएकी महिलालाई मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा कार्ड (HMIS 3.5)बाट सेवादर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४,५	नाम, थर	महल ४ मा गर्भवती महिलाको नाम र महल ५ मा थर लेख्नुपर्दछ ।
६	जाति कोड	यस महलमा गर्भवती महिलाको जातिको कोड लेख्नुपर्दछ ।
७	उमेर (वर्षमा)	यस महलमा गर्भवती महिलाको उमेर पूरा गरेको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
८	Gravida	गर्भ जाँचका लागि आएकी गर्भवती महिलालाई हालको गर्भ उनको कतिऔं गर्भ हो, सोधी सो गर्भसङ्ख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
९	Parity	गर्भ जाँचको लागि आएकी गर्भवती महिलालाई हालसम्म उनी कति पटक सुत्केरी भएकी छिन्, सो कुरा सोधी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०, ११, १२	आखिरी रजस्वलाभएको पहिलो दिनको (LMP)मिति	गर्भ जाँचको लागि आएकी गर्भवती महिलालाई उनको अन्तिम पटक महिनावारी कहिले भएको सोको मिति महल १०, ११, १२ माक्रमशःगते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१३	गर्भवतीजाँच (हप्ता)	गर्भवती महिलागर्भ जाँच गराउन आएको बेलाउनको गर्भ कतिऔं हप्ताकोहो, उक्त कुरा सुनिश्चित गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१४	गर्भवतीजाँच (पटक)	गर्भवती महिलाले गर्भ जाँच गराएको हालको यो कतिऔं पटक हो, उक्त कुरा यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै : पहिलो पटक भए १, दोस्रो पटक भए २, लेख्नुपर्दछ ।
१५	जुकाको औषधिवितरण (मिति)	गर्भ जाँच गराउन आएकी महिलालाई यो जाँचको बेलाजुकाको औषधि दिएको भएमा मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६, १७	आइरन चक्कीवितरण सङ्ख्या	गर्भवती महिलालाई यस पटक दिइएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या यदि पहिलो पटक भए महल १६ र थप पटक भएमहल १७मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । (यदि गर्भवती महिलाले हालको गर्भमाकुनै स्वास्थ्य संस्थाबाट आइरन चक्की खाइरहेको भए महल १७मा कहाँबाट प्राप्त गरेको हो, संस्थावा म.स्वा. से. लेख्नुपर्दछ ।)
१८	गर्भवती महिलाको अवस्था	गर्भवती महिलालाई जाँचगर्दा कुनै जटिलता पाइएमा यस महलमा उक्त जटिलताको उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१९	सुत्केरी भएका (.....) औंदिन	सुत्केरी जाँच गर्दाको दिन सुत्केरी भएको २४ घण्टा भित्रको छ भने “२४ घण्टाभित्र” र २४ घण्टापछि भए कति औं दिन हो, सो दिन यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : सुत्केरी भएको आज तेस्रो दिनहो भने ३ लेख्नुपर्दछ।
२०	वितरण गरिएको आइरन चक्की सङ्ख्या	सुत्केरी महिलालाई यस पटक दिइएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
२१	भिटाभिन ए वितरण	सुत्केरी महिलालाई यस पटक भिटाभिन ए वितरण गरिएको भए महल २१ मा कोड १ मागोलो लगाउनुपर्दछ।
२२	सुत्केरी महिलाको अवस्था	सुत्केरीपछि महिलालाई जाँचगर्दा कुनै जटिलता पाइएमा यस महलमा उक्त जटिलताको उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२३	नवजातशिशुको जाँच	यस महलमा नवजात शिशुको जाँचभए/नभएको उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२४	उपचार/सल्लाह/परामर्श र प्रेषण	सेवाग्राही महिलालाई दिइएको उपचार र सल्लाह परामर्श र प्रेषणको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
२५	कैफियत	स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षितमा तृत्व सेवाका लागि दर्ता भइसकेका महिलाहरू गाउँघर क्लिनिकमा सोही सेवालिन दोहोर्‍याई आएमा मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (३.५) बाट स्वास्थ्य संस्थाको सेवादर्ता नम्बर यस महलमा चढाउनु पर्दछ। यसैको आधारमा गाउँघर क्लिनिकको सेवा संस्थाको रजिष्टरको सम्बन्धित महलमा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ। कुनै महिला प्रोटोकल अनुसार ४ पटक गर्भ जाँच गराउन आएको भएपनि यस महलमा प्रोटोकल अनुसार ४ पटक भनी जनाउनु पर्दछ।

४.१६ परिवार नियोजन सेवा

गाउँघर क्लिनिकमा परिवार नियोजनको सेवा दिएको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको यस खण्डमा राखिन्छ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता ४.११) बाट चढाउनु पर्दछ।	
२	सेवा दर्ता नं. पहिलो पटक	परिवार नियोजन सेवाका लागि पहिलो पटक आएको सेवाग्राहीलाई दर्ता गरी दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ। योदर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।	
३	सेवा दर्ता नं. थप पटक	परिवार नियोजन सेवाकालागि दोहोर्‍याएर आएको सेवाग्राहीलाई स्वास्थ्य सेवा कार्ड (HMIS 1.2) बाट सेवादर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ।	
४, ५	नाम, थर	महल ४ मा परिवार नियोजनको सेवाको लागिआएको सेवाग्राहीको नाम र महल ५ मा थर लेख्नुपर्दछ।	
६, ७	उमेर (वर्षमा)	सेवाग्राही महिला भएमहल ६ र पुरुष भए महल ७ मा पूरा गरेको वर्षमा उमेर लेख्नुपर्दछ।	
८	परिवार नियोजनको साधनविवरण	कण्डम (गोटा)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको कण्डमको सङ्ख्या (गोटामा) महल ८ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९		पिल्स (साइकल)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको पिल्सको सङ्ख्या (साइकलमा) महल ९ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१०		डिपो (डोज)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको डिपोको सङ्ख्या (डोजमा) महल १० मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
११		सायना प्रेस (डोज)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको सायना प्रेसको सङ्ख्या (डोजमा) महल ११ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१२		आकस्मिक चक्की (डोज)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको आकस्मिक चक्कीको सङ्ख्या (डोजमा) महल १२ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।

४.१७ प्राथमिक/सामान्य उपचार सेवा

गाउँघर क्लिनिकमा दिइएका प्राथमिक तथा साधारण उपचार सेवाहरू, जस्तै : प्राथमिक उपचार तथा अन्य सामान्य उपचारहरूका मुख्य समस्या तथा उपचार, परामर्श र रेफरको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको यस खण्डमा राखिन्छ। साथै गाउँघर क्लिनिकमा सेवा लिन आएका क्षयरोग, कुष्ठरोग, औलौ रोग, कालाजार रोग का सम्भावित सेवाग्राहीहरूको रोग निक्क्यौलका लागि नमुना सङ्कलन गरी प्रयोगशालामा पठाउनुपर्दछ। तर ५ वर्ष मुनिकाबाल-बालिकाहरूकालाई नवशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा दिनुपर्ने भएकाले यस सेवामा समावेश नगरी IMNCI सेवारजिस्टर(HMIS 2.4) को उमेर समूह अनुसारको अभिलेख गर्ने सम्बन्धित खण्डमा समावेश गर्नुपर्छ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ।
२	सेवा दर्ता नम्बर	हरेकआ.व.मा सेवादर्ता नम्बर १ बाट सुरुवात गर्नुपर्दछ।
३	सेवाग्राहीको नाम	सेवालिन आएको व्यक्तिको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
४	सेवाग्राहीको थर	सेवालिन आएको व्यक्तिको थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
५	सेवाग्राहीको उमेर	सेवालिन व्यक्तिको यस महलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ।
६	मुख्य समस्या	प्राथमिकतथा साधारण उपचार सेवालिन आएका सेवाग्राहीको मुख्य समस्या सोधी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ। यदि सेवाग्राहीले एकभन्दा धेरै समस्याहरू बताएमा मुख्य एउटा समस्या स्वास्थ्य कर्मीले छनौट गर्नुपर्दछ।
७	उपचार, परामर्श र रेफर	प्राथमिक तथा साधारण उपचार सेवालिन आएका सेवाग्राहीको मुख्य समस्या अनुसार गरिएको उपचारमा औषधीको प्रयोग गरेको भएमा औषधिको नाम र परिमाण, परामर्श तथा रेफरको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। साथै क्षय, कुष्ठ, औलो तथा कालाजारका लागि नमुना सङ्कलन गरिएको विवरण पनि यसै महलमा लेख्नुपर्दछ।

४.१८ स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको दिनयदि समुदाय वा विद्यालयमा स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरेको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको यस खण्डमा राखिन्छ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.स.	हरेक आर्थिक वर्षका लागि १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२, ३,	मिति	स्वास्थ्य शिक्षा दिएको दिनको मिति गते महिना र सालमा लेख्नुपर्दछ।
५	स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि संचालन स्थान (विद्यालय/समुदाय/अन्य)	गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको दिनदिइएको स्वास्थ्य शिक्षाको स्थानयस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। विद्यालय, समुदाय वा अन्यकुन स्थान हो सोको नाम लेख्नुपर्दछ। जस्तै : विद्यालयमा दिइन्छ भने विद्यालयको नाम, आमा समूहमा भए आमा समूहको नाम र वडा नं., कुनै जाति समुदायमा गरिएको भए सोही कुरा यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
६	स्वास्थ्य प्रवर्द्धनतथा स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि/विषय	स्वास्थ्य प्रवर्द्धनवा स्वास्थ्यशिक्षा को के गतिविधि गरिएको हो वा कुन विषयमा स्वास्थ्य शिक्षा दिईएको हो? यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
७	सहभागी सङ्ख्या	स्वास्थ्य शिक्षा दिँदाको सहभागी सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ।
८	स्वास्थ्य शिक्षा सेवा प्रदायकको पुरा नाम थर	यस महलमा स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गर्ने प्रदायकको पुरा नाम र थर उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९	कैफियत	अन्यकेही कुरा जनाउनुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

HMIS 4.2: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (FCHV Register)

समुदायमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाबाट सञ्चालन भएका सम्पूर्ण गतिविधिहरूको र आफ्नो कार्यक्षेत्रको आधारभूत सूचनाको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। यस रजिष्टरमा म. स्वा. स्व. से. ले गरेका कार्यहरूको १ आर्थिक वर्ष अवधिसम्मको अभिलेख राखिन्छ।

रजिष्टरको नमुना तथा भर्ने तरिका:

कार्यक्षेत्रको आधारभूत सूचना

कार्यक्षेत्रमा पर्ने गाउँहरूको नाम:

१	४
२	५
३	६

विवरण	साल २०....
आमा समूहको बैठक बस्ने गते:	
आमा समूह सदस्य संख्या:	
कार्यक्षेत्रका जन्मा घरपरिवार संख्या:	
कूल जनसंख्या:	
१ बर्ष मुनिका बालबालिका संख्या	
५ बर्ष मुनिका बालबालिका संख्या	
गर्भवती महिलाको अनुमानित संख्या:	
६ देखी २३ महिनाका अनुमानित बालबालिका संख्या	
६ देखी ५९ महिनाका अनुमानित बालबालिका संख्या	
परिवार नियोजन सेवाको लक्षित संख्या:	
गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने गते /स्थान:	
खोप क्लिनिक संचालन हुने गते र स्थान:	

यस भागमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको वडा/कार्यक्षेत्रमा भएका मुख्य-मुख्य गाउँ/टोलहरूको नाम तथा अन्य आधारभूत एवं जनसाङ्ख्यिक विवरण स्वास्थ्य कार्यकर्ताले हरेक आर्थिक वर्षमा पहिलो पटक रजिष्टर उपलब्ध गराउँदा भरी महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकालाई उपलब्ध गराइदिनुपर्दछ।

आमा समूहको बैठक (आ. व. २०७/७.....)

आमा समूहको बैठक (आ.व. २०...../.....)

बैठक मिति:	बैठक मिति:	बैठक मिति:	बैठक मिति:
सहभागी संख्या:	सहभागी संख्या:	सहभागी संख्या:	सहभागी संख्या:
उत्पन्न गरेका विषयहरू:	उत्पन्न गरेका विषयहरू:	उत्पन्न गरेका विषयहरू:	उत्पन्न गरेका विषयहरू:
१.	१.	१.	१.
२.	२.	२.	२.
३.	३.	३.	३.
सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नाम:	सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नाम:	सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नाम:	सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

प्रत्येक महिनामा आमा समूहको एउटा बैठक हुन सक्ने सम्भावनालाई विचार गरेर यस भागमा १ वर्षका लागि पुग्ने गरी १२ वटा कोठा राखिएका छन् । प्रत्येक महिनामा आमा समूहको बैठक वसेको मिति, सहभागी सङ्ख्या र छलफल गरिएका मुख्य ३ वटा विषयमात्र स्वास्थ्य कार्यकर्ता आफैले लेखिदिनुपर्छ । स्वास्थ्य कार्यकर्ता उपस्थित हुन नसकेको बैठकमा लेख्न जान्ने कुनै व्यक्तिद्वारा अभिलेख राख्ने व्यवस्था मिलाउनुपर्दछ ।

मातृतथानवजातशिशुसम्बन्धीविवरण

मातृ तथा नवजात शिशु सम्बन्धि विवरण

क्र.सं.	मिति			गर्भवती महिलाको		अन्तिम रजस्वला भएको (LMP) (ग.म.सा.)			प्रसृतिको अनुमानित मिति (EDD) (ग.म.सा.)			जीवन सुरक्षा परामर्श दिएको		स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको पटक (औं हप्तामा)									
	गते	महिना	साल	नाम, थर	उमेर	गते	महिना	साल	गते	महिना	साल	छ	छैन	१२ हप्ता सम्म	१६ हप्ता सम्म	२०-२४ हप्ता	२८ हप्ता	३२ हप्ता	३४ हप्ता	३६ हप्ता	३८-४० हप्ता	अन्य	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	१
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	१

गर्भावस्थामा १८० चक्की		सुत्केरी पश्चात ४९ चक्की		सुत्केरी पश्चात भिटामिन ए.		प्रसृति भएको स्थान			शिशुको जन्म अवस्था		स्वास्थ्यकर्मीले नवजात शिशु संगी सुत्केरी महिलाई जाँच गरेको					परिवार नियोजन साधन प्रयोग गरेको		कैफियत
पाएको	नपाएको	पाएको	नपाएको	पाएको	नपाएको	घर	संस्था	अन्य	जीवित	मृत	२४ घण्टा भित्र	३ दिनमा	६-१४ दिनमा	१२ दिनमा	अन्य	गरेको	नगरेको	
२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	
१	२	१	२	१	२	१	२	१	१	२	१	२	३	४	१	२		
१	२	१	२	१	२	१	२	१	१	२	१	२	३	४	१	२		

भर्ने तरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक आ.व. मा १ वाट सुरु गरी सेवाग्राही अनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२,३,४	मिति	गर्भवती महिलालाई पहिलो पटक भेट गर्दाको मिति महल २ मागते, महल ३ मामहिना र महल ४ मा साल लेख्नुपर्दछ ।
५,६	गर्भवती महिलाको नाम, थर र उमेर	प्रत्येक आ.व.का लागि गर्भवती महल ५ मागर्भवती महिलाको नाम, थर एवं महल ६ माउनको उमेर पूराभएको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
७,८,९	आखिरी रजस्वलाभएको पहिलो दिनको (LMP)मिति	गर्भवती महिलालाई उनको अन्तिम पटक महिनाबारी कहिले भएको सोको मितिमहल७, ८, ९ मा क्रमशःगते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०,११,१२	प्रसवअनुमानित(EDD)मिति	गर्भवती महिलाको अन्तिम पटक महिनाबारी भएको मिति(LMP) का आधारमा उनको अनुमानित प्रसव मिति (EDD) निकाली वा मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (HMIS 3.5) वाट उतारी महल १०,११,१२ मा क्रमशःगते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१३,१४	जीवन सुरक्षा परामर्श दिएको	गर्भवती महिलालाई जीवन सुरक्षा सम्बन्धी परामर्श दिएको भएमहल १३ को १ मा र नदिएको भएमहल १४ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
१५-२३	स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको पटक (औं महिनामा)	गर्भवती महिलालाई सोधेर वाउनले गर्भ जाँच गराएको कार्ड हेरेर उनले कुन-कुन हप्तामा गर्भ जाँच गराएकी छिन्, सोही अनुसार महल नं. १५ देखी २३ सम्ममा रहेको १ मागोलो लगाउनुपर्दछ । महल १५ देखि २२ सम्म उल्लेख भएका हप्ता बाहेक अन्य महिनामा जाँचाएको पाइएमा महल २३ मा महिना अङ्कमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

२४, २५	आइरन चक्की गर्भावस्थामा १८० चक्की	गर्भवती महिलाले गर्भावस्थामा १८० चक्की आइरन पाएको भएमहल २० को पाएको १ मा र नपाएको भएमहल २१ को नपाएको २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । उक्तविवरण गर्भावस्थाको अन्तिम महिनापछि सोधी भर्नुपर्दछ ।
२६, २७	आइरन चक्की सुत्केरी पछि ४५ चक्की	सुत्केरी महिलाले सुत्केरीपछि ४५ चक्की आइरन पाएको भएमहल २२ को पाएको १ मा र नपाएको भएमहल २३ को नपाएको २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । उक्त विवरण सुत्केरी भएपछि सोधी भर्नुपर्दछ ।
२८, २९	सुत्केरी पश्चात् भिटामिन ए	सुत्केरी महिलाले सुत्केरीपछि भिटामिन ए पाएको भएमहल २४ को पाएको १ मा र नपाएको भएमहल २५ को नपाएको २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । उक्त विवरण सुत्केरी भएपछि सोधी भर्नुपर्दछ ।
३०, ३१, ३२	प्रसूति भएको स्थान	महिला सुत्केरी भएको स्थान घर वा संस्था भए क्रमशः २६ को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए २७ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल २८ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३३, ३४	शिशुको जन्म अवस्था	शिशु जन्मने बेला जीवित भए महल २९ को १ मा र मृत भएमहल ३० को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
३५- ३९	स्वास्थ्यकर्मीले नवजात शिशुसँगै सुत्केरीलाई जाँच गरेको	स्वास्थ्यकर्मीले नवजात शिशुसँगै सुत्केरीलाई कुन-कुन समयमा जाँच गरेको छ सोही अनुसार २४ घण्टाभित्र भए महल ३५ को १ मा, ३ दिनमा भए महल ३६ को २ मा, ७ देखी १४ दिनमा भए महल ३७ को ३ मा, ४२ दिनमा भए महल ३८ को ४ मा र अन्य समयमा भए महल ३९ को ५ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
४०-४१	परिवार नियोजनको साधन प्रयोग	सुत्केरी महिलाले परिवार नियोजनका साधन अपनाएको भएमहल ३५ को १ मा र जगरेको भएमहल ३६ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
३६	कैफियत	अन्यकेही कुरा जनाउनुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

मातृ मृत्यु विवरण

मातृ मृत्यु विवरण

(गर्भवती अवस्था, प्रसव अवस्था तथा सुत्केरी भएको ४२ दिन भित्र मृत्यु भएका महिलाको लागि मात्र)

क्र.सं.	मृतक महिलाको नाम	उमेर (वर्षमा)	मृत्यु हुँदाको अवस्था*			मृत्यु भएको मिति			प्रसूति भएको स्थान*			मृत्यु भएको स्थान*			कैफियत
			गर्भवती	प्रसव	सुत्केरी	गते	महिना	साल	घर	संस्था	अन्य	घर	संस्था	अन्य	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६
१			१	२	३				१	२		१	२		
२			१	२	३				१	२		१	२		
३			१	२	३				१	२		१	२		

भर्ने तरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक आ. व. मा १ वाट सुरु गरी सेवाग्राहीअनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	मृतक महिलाको नाम	मृतक महिलाको गर्भवती अवस्था प्रसव अवस्था तथा सुत्केरी भएको ४२ दिनभित्र मृत्यु भएको भए यस महलमा नाम लेख्नुपर्दछ ।
३	उमेर (वर्षमा)	प्रत्येकआ. व. काला गिदता गरिएको मृतक महिलाको उमेर पूरा भएको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
४, ५, ६	मृत्यु हुँदाको अवस्था	मृतकको मृत्यु हुँदाको अवस्था गर्भवती भए महल ४ को १, प्रसव भए महल ५ को २ र सुत्केरी भएमहल ६ को ३ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
७, ८, ९	मृत्यु भएको मिति	मृतक महिलाको मृत्यु भएको मिति महल ७, ८, ९ मा क्रमशःगते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०, ११, १२	प्रसूति भएको स्थान	मृतक महिला सुत्केरी भएको स्थान घर भए क्रमशः १० को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए ११ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल १२ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१३, १४, १५	मृत्यु भएको स्थान	मृतक महिला मृत्यु भएको स्थान घर भए क्रमशः १३ को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए १४ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल १५ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

नवजातशिशु मृत्यु विवरण

नवजात शिशु मृत्यु विवरण
(जन्मेको २८ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशुको लागि मात्र)

क्र.सं.	मृतक नवजात शिशुको नाम	आमाको		नवजात शिशु जन्मेको मिति			बच्चा जन्मिएको स्थान*		बच्चा जन्मदाको अवस्था*				मृत्यु हुँदा शिशुको उमेर (दिनमा)	मृत्युको सम्भाव्य कारण*				मृत्यु भएको स्थान*			कैफियत	
		नाम, थर	पूरा गरेको उमेर	गते	महिना	साल	घर	संस्था	अन्य	समय नपुगेको (३० घन्टा भन्दा कम)	कम तौल (२५०० ग्राम भन्दा कम)	सामान्य		अन्य	निसारिसिएको	शीताङ्ग	संक्रमण	अन्य	घर	संस्था		अन्य
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३
							१	२		१	२	३			१	२	३		१	२		
							१	२		१	२	३			१	२	३		१	२		
							१	२		१	२	३			१	२	३		१	२		

गर्ने तरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक आ. व.मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राही अनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	मृतक नवजात शिशुको नाम, थर	नवजात शिशुको २८ दिनभित्र मृत्यु भएको भए यस महलमा नाम, थर लेख्नु पर्दछ ।
३, ४	आमाको नाम, थर र उमेर	मृतक नवजातशिशुको आमाको नाम, थर महल ३ र उमेर (पूरा भएको वर्षमा) महल ४ मा लेख्नुपर्दछ ।
५, ६, ७	नवजात शिशुको जन्मेको मिति	मृतक नवजात शिशुको जन्म मिति महल ५, ६, ७ मा क्रमशः गते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
८, ९, १०	बच्चा जन्मेको स्थान	मृतक नवजात शिशु जन्मेको स्थान घर भए महल ८ को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए ९ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल १० मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
११, १२, १३, १४	बच्चा जन्मदाको अवस्था	बच्चा जन्मदाको अवस्था यदि समय नपुगेको भए महल ११ को १, कमतौल भए महल १२ को २ र सामान्य भए महल १३ को ३ मागोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य भए महल १४ मा खुलाउनु पर्दछ ।
१५	मृत्यु हुँदा शिशुको उमेर दिनमा	मृत्यु हुँदा शिशुको उमेर कतिदिन थियो? उक्तदिनको सङ्ख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६, १७, १८, १९	मृतक शिशुको मृत्युका सम्भावित कारण	मृतक शिशुको मृत्युका सम्भावित कारणहरू मध्ये निसारिसिएको भए महल १६ को १ मा, शीताङ्ग भएको भए १७ को २ मा र सङ्क्रमण भएको भए १८ को ३ मागोलो लगाउनुपर्दछ तर यी कारणहरू बाहेक अन्य कारणले मृत्यु भएको भए अन्यको महल १९ मा खुलाउनुपर्दछ ।
२०, २१, २२	मृत्यु भएको स्थान	मृतकशिशु मृत्यु भएको स्थान घर भए क्रमशः २० को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए २१ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल २२ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२३	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

२८ दिनदेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको मृत्यु विवरण

२८ दिन देखि ५९ महिना सम्मको बच्चाहरू मृत्यु विवरण

क्र.सं.	मृतक बच्चाको नाम	मृतक बच्चाको आमा वा बाबुको नाम, थर	बच्चा जन्मेको मिति			मृत्यु हुँदा बच्चाको उमेर (महिनामा)	मृत्युको सम्भाव्य कारण*	कैफियत
			गते	महिना	साल			
१	२	३	४	५	६	७	८	९

अर्गे तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक अ. व. मा १ वाट सुरु गरी सेवाग्राही अनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	मृतक बच्चाको नाम, थर	मृतकबच्चाको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
३	मृतक बच्चाका आमा-बुबाको नाम, थर	मृतकबच्चाको आमाबाबुबा, जसको नामबाट गाउँमा चिनिन्छ, निजको पूरा नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
४, ५, ६	नवजात शिशुको जन्ममिति	बच्चाको जन्ममिति महल क्रमशःगते, महिना, सालमा लेख्नु पर्दछ ।
७	मृत्यु हुँदा बच्चाको उमेर (महिनामा)	मृत्यु हुँदा बच्चाको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ ।
८	मृत्युको सम्भावित कारण	बच्चाको मृत्युका सम्भावित कारणहरूमध्ये जे हो, सो उल्लेख गर्नुपर्दछ जस्तै : निमोनिया, पखाला, आदि ।
९	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनुपर्ने भए कैफियत महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले सेवा पुर्याएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्या: यस प्रयोजनको लागि जम्मा १२ कोठाहरूको व्यवस्था गरिएको छ । १ जना सेवाग्राहीलाई सेवादिना साथ सोही महिनाको कोठामा धर्सौ तानी सम्बन्धित सेवामा पनि धर्सौ तान्नु पर्दछ । महिनाको अन्त्यमा स्वास्थ्य कर्मीको सहयोगले जम्माअंक सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ ।

नवशिशु स्याहार कार्यक्रम: यो खण्ड नवशिशु स्याहार कार्यक्रम लागू भएको जिल्लाका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले मात्र भर्नुपर्दछ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले गरेका कामहरूको मासिक तथा वार्षिक अभिलेख रजिस्टरको नमुना:

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले गरेका कामहरूको मासिक तथा वार्षिक अभिलेख (आवधिक वर्ष: २० - / -)

क्र.सं.	विवरण	बसा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
१	आमा र बच्चाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
२	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
३	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
४	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
५	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
६	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
७	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
८	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
९	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
१०	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
११	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
१२	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														

क्र.सं.	विवरण	बसा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
१	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
२	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
३	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
४	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
५	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
६	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
७	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
८	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
९	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
१०	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
११	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														
१२	आमाको स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्ने अवसर (सा)														

६. '१३ हप्ताखाएको महल' मा यदि किशोरीले पहिलो चरणमा हरेक हप्ता एक मात्रा खाएर पूरा १३ हप्ता खाएको छ भने $\sqrt{}$ मार्क लगाउने । अन्यथा '-'मार्क लगाउने ।
७. '२६ हप्ता खाएको महल' मा यदि किशोरीले पहिलो चरण र दोश्रो चरणमा हरेक हप्ता एक-एक मात्रा खाएर पूरा २६ हप्ता खाएको छ भने $\sqrt{}$ मार्क लगाउने । अन्यथा '-'मार्क लगाउने ।
८. जम्मा महलको लाइनमा निम्न महलहरूको जम्मा संख्या लेख्ने:
- ८.क. उमेर समूहको १०-१४ र १५-१९ वर्षका किशोरीहरूको छुट्टा छुट्टै जम्मा संख्या,
 - ८.ख. १३ हप्ताखाने किशोरीहरूको जम्मा संख्या,
 - ८.ग. २६ हप्ताखाने किशोरीहरूको जम्मा संख्या ।

HMIS 4.3: राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (Vitamin A Register)

(महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले भर्नाका लागि)

हरेकवर्षको दुई पटक (वैशाख र कार्तिकमा) राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम सञ्चालन गरिन्छ। त्यस कार्यक्रममा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू मार्फत ६ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बालिकाहरूलाई भिटामिन ए क्याप्सुल र १२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बालबालिकाहरूलाई जुकाको औषधी खुवाइन्छ। उक्त कार्यक्रममा बालबालिकाहरूलाई भिटामिन ए र जुकाको औषधी वितरण गरिएको अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले रजिष्टर भर्नेबारे निर्देशिका

१. क्याप्सुल खुवाउनुभन्दा १ महिना अगाडि आ-आफ्ना वडाका अध्यक्ष, सदस्य, कृषक, शिक्षक, सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता आदिसँग भेटी क्याप्सुल खुवाउने र क्याप्सुल खुवाइ सकेपछि क-कसले के-के गर्ने भन्नेबारेमा छलफल गरी कामको बाँडफाँड गर्ने। जस्तै :

- क) माथि उल्लेख गरिएको योजना अनुसार आ-आफ्ना वडा अन्तर्गतका घर-घरमा गई क्याप्सुल खुवाउने दिन र ठाउँका बारेमा आमा समूह लगायत सबैलाई जानकारी गराउने।
- ख) ६ महिनादेखि ५ वर्षसम्मका सबै बाल-बालिकाको नाम नछुटाई रजिष्टरमा लेख्ने।
- ग) हरेक पटक क्याप्सुल खुवाउनुभन्दा अगाडि ६ महिनापुगेको बच्चाको नाम रजिष्टरमा लेख्ने र ५ वर्ष नाघेका बच्चाको नाम रजिष्टरबाट हटाउने।
- घ) अन्यत्रबाट बसाइँसराइँ गरी आउने परिवारमा ६ महिनादेखि ५ वर्ष उमेरभित्रको बच्चा रहेछ भने ती बच्चाको नाम पनि रजिष्टरमाथप्ने।
- ड) क्याप्सुल खुवाउने दिनकुनै नयाँ बच्चाआएमा त्यस बच्चाको नाम रजिष्टरमा लेखी भिटामिन “ए” खुवाउने।

२. क्याप्सुल खुवाउने समयमा :

- क) क्याप्सुल खुवाउने ठाउँमा पोषण शिक्षा दिनका लागि पनि ठाउँ बनाउने। पोषण शिक्षा दिने ठाउँमा पोष्टरहरू टाँस्ने, गाउँमा सजिलै उपलब्ध हुने हरिया साग-पातहरू र पहेँला फल-फूलहरू ल्याई प्रदर्शन गर्ने। माथि उल्लेख गरिएका व्यक्तिहरू मध्ये शिक्षक वा अगुवा कृषकको सहयोगमा फ्लप चार्टको प्रयोग गरी पोषण शिक्षा दिने।
- ख) क्याप्सुल खुवाएको महिना र वर्ष सम्बन्धित ठाउँमा उल्लेख गर्ने।
- ग) वैशाख र कार्तिक महिनाको वितरण समयमा आफ्नो केन्द्रमा क्याप्सुल खुवाउन ल्याएको बच्चाको नाम अनुसार क्याप्सुल खुवाएपछि क्र. सं. माठीक चिन्ह(√) लगाउने।
- घ) १ वर्षदेखि ५ वर्षसम्मका सबै बाल-बालिकालाई क्याप्सुल खुवाउने दिनजुकाको औषधि दिई बच्चाको नाम अनुसार क्र.सं. मा गोलो चिन्ह (O) लगाउने।
- ड) अर्को पटक क्याप्सुल कुन महिनामा कति गते खुवाउने हो ? स्पष्टसँग बुझ्ने गरी बताएर पठाउने।

३. क्याप्सुल खुवाइ सकेपछि :

क) क्याप्सुल खुवाएको सात दिनपछि पनि कुनै बच्चा छुटेको पाइयो भने त्यस बच्चाको नाम रजिस्टरमा थप्ने र क्याप्सुल पनि खुवाउने ।

स्वास्थ्य कर्मीहरूका लागि निर्देशिका:

१. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिस्टरबाट हरेक पटक क्याप्सुल खुवाएपछि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताले सोको अभिलेख पोषण रजिस्टरको भिटामिन ए, जुकाको औषधि र आइरन वितरण खण्डमा (HMIS 2.32) चढाउनुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

राष्ट्रिय भिटामिन "ए" कार्यक्रम रजिष्टर

वर्ष:	महिना:	वर्ष:	महिना:
क्र.सं.	अभिभावकको (बोलाउने नाम)	बच्चाको (बोलाउने नाम)	बच्चाको उमेर
१	२	३	४

रजिष्टर अर्नेतरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	भिटामिन ए अभियानमा सहभागी बाल-बालिकाहरूका लागि प्रत्येक अभियानमा १ वाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	अभिभावकको (बोलाउने नाम)	बच्चाको अभिभावकको बोलाउने नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
३	बच्चाको (बोलाउने नाम)	बच्चाको बोलाउने नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
४	बच्चाको उमेर	बच्चाको पूरा भएको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 4.4: स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर (Health Promotion and Health Education Register)

स्वास्थ्य संस्थाले विद्यालय, समुदाय तथा अन्य स्थानमा दिएको स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा तथा अन्य प्रवर्द्धनात्मक गतिविधिहरूको अभिलेख राख्न यो रजिष्टर प्रयोग गर्नुपर्दछ। गाउँघर क्लिनिक मार्फत प्रदान गरिएका स्वास्थ्य शिक्षाको विवरणलाई पनि यस रजिष्टर माउतार गरी अद्यावधिक गर्नुपर्दछ।

रजिष्टरको नमूना :

स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर

क्रम संख्या	मिति			स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि संचालन स्थान (विद्यालय/समुदाय/अन्य)	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि/विषय	सहभागी संख्या			स्वास्थ्य शिक्षा सेवा प्रदायकको पुरा नाम थर
	गते	महिना	साल			विद्यालय	समुदाय	अन्य	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०
	ग	म	सा						
	ग	म	सा						

रजिष्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम/ सेसन को अभिलेख राख्दा प्रत्येक महिना संख्या १ बाट सुरु गरी क्रमस लेख्दै जानुपर्छ।
२-४	मिति	मिति गते महिनार सालमा लेख्नु पर्दछ।
५	स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि संचालन स्थान (विद्यालय/समुदाय/अन्य)	स्वास्थ्य शिक्षा संचालन भएको स्थान विद्यालय, समुदाय वा अन्य स्थान (जस्तै हाटबजार, आमा समूह, कलकारखाना आदि) कहाँ हो? यस महलमा खुलाउनु पर्दछ। सो स्थान को पूर्ण विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ। जस्तै यदि स्वास्थ्य शिक्षा सेसन विद्यालयमा भएको हो भने विद्यालयको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ।
६	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि/विषय	यस महलमा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षाका लागि कस्तो गतिविधि संचालन गरिएको हो र कुन विषयमा संचालन गरिएको हो भन्ने खुलाउनु पर्दछ।
७-९	सहभागी संख्या	स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम वा गतिविधि विद्यालय, समुदाय वा अन्यकुन स्थानमा भएको हो सोही महलमा जम्मा सहभागी संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१०	स्वास्थ्य शिक्षा सेवा प्रदायकको पुरा नाम थर	यस महलमा स्वास्थ्य शिक्षाप्रदान गर्न प्रत्यक्ष संलग्न सेवा प्रदायकको पुरा नाम र थर उल्लेख गर्नुपर्दछ। एक भन्दा बढी प्रदायकले स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरेको भए सबैको नाम र थर उल्लेख गर्नुपर्दछ। यदपी स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमको अन्यत्र व्यवस्थापनमा सहयोग गरेको भएपनि स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गर्न प्रत्यक्ष संलग्न भएको भएउक्त सेवा प्रदायकको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुहुँदैन।



५. कीटजन्य रोग, नसर्ने रोग तथा ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा

5. Vector Borne, Non-Communicable Diseases & Senior Citizens Health Service)

- HMIS ५.१: औलो, कुष्ठरोग र कालाजार नमूना संकलन फाराम
- HMIS ५.२: औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर
- HMIS ५.३: औलोतथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर
- HMIS ५.४: कुष्ठरोग परिक्षण र उपचार कार्ड
- HMIS ५.५: कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर
- HMIS ५.६: पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर
- HMIS ५.७: पुनर्स्थापना सेवा कार्ड
- HMIS ५.८: कुष्ठरोग बिरामीको सम्पर्क जांच रजिष्टर
- HMIS ५.९: नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर
- HMIS ५.१०: ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम रजिष्टर

HMIS 5.1: औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमुना सङ्कलन फाराम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form)

स्वास्थ्य संस्था वा गाउँ-घर क्लिनिकमा प्रयोगशाला परीक्षणका लागि सङ्कलन गरिएका नमुनाहरू एकमुष्ट प्रयोगशालामा परीक्षण गर्न नमुना सङ्कलन गरी पठाउन र प्रयोग शालाजाँच भएपछि नतिजा लेखीफिर्ता पठाउन यस फारामको प्रयोग गरिन्छ।

फारामको नमुना :

औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

ठेगाना: जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका :

भाग १

दर्ता नं.	स्लाइड संकलन मिति			सेवाग्राहीको		उमेर		ठेगाना		सम्पर्क नं.	घरमुलीको नाम	सेवा			श्रोत		औलोको संकल्प/सम्भावित उपचार		
	ग	म	सा	नाम	थर	जाती कोड*	महिना	वर्ष	नगर/गाउँपालिका			वडा नं.	औलो	कुष्ठरोग	कालाजार	स्लाइड नम्बर		ACD	PCD
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	

औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

ठेगाना: जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका :

भाग २

दर्ता नं.	सेवाको प्रकार	स्लाइड संकलन मिति			सेवाग्राहीको		उमेर		स्लाइड नम्बर	श्रोत		प्रयोगशाला परीक्षण						कैफियत																				
		ग	म	सा	नाम	थर	जाती कोड*	महिना		वर्ष	ACD	PCD	पुगेको मिति			जाँच मिति			औलो		कुष्ठ			कालाजार														
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	27	28	29	30									
											1	2																										
											1	2																										

फाराम भर्ने तरिका

भाग एक (Part I)

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेखनुपर्दछ।

ठेगाना:जिल्ला र नगर/गाउँपालिकाको नामलेखनुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	दर्ता नं.	नमुनासङ्कलनगरिएकोदर्ता नं. यस महलमा लेखनुपर्दछ र एक आर्थिक वर्षका लागि १ बाटसुरु गर्नुपर्दछ।
२-४	स्लाइड सङ्कलनमिति	स्लाइड सङ्कलन गरेको मितिगते, महिना र साल सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ।
५, ६	सेवाग्राहीको नाम, थर	सेवालिनआएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेखनुपर्दछ।
७	जाति कोड	सेवालिनआएको व्यक्तिको थरअनुसार जाति कोड लेखनुपर्दछ।
८, ९	उमेर (महिला, पुरुष)	सेवालिन व्यक्तिकोमहिलाभएमहल ८ मा र पुरुष, भएमहल ९ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेखनुपर्दछ।
१०-११	ठेगाना	सेवालिन व्यक्तिको ठेगानामहल १० मा सेवालिनआएको व्यक्ति बस्ने गा.वि.स./न. पा. कोनाम र महल ११ मा वडा नम्बर लेखनुपर्दछ। अन्यजिल्लाकाहाकमाजिल्लासमेत उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१२	सम्पर्क नं	सेवालिन व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेखनुपर्दछ।

१३	घरमूलीको नाम	सेवालिनै व्यक्तिको घरमूली/अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ ।	
१४,१५,१६	सेवा	औलो	औलो रोग परीक्षणको लागि नमुना संकलन गरिएको भएमहल १४ को १ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
		कुष्ठरोग	कुष्ठरोग परीक्षणको लागि नमुना संकलन गरिएको भएमहल १५ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
		कालाजार	कालाजारको रोग परीक्षणको लागि नमुना संकलन गरिएको भएमहल १६ को ३ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
१७	स्लाइड नम्बर	औलो र कालाजारको संकलन गरिएको नमूना स्लाइडको नम्बर हरेक आ.व. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ । कुष्ठरोगको स्लाइड भए स्लाइड नं..... र Specimen {EL(R), EL(L), L1, L2} कुनहो ? सोको उल्लेख गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।	
१८,१९	स्रोत	ACD	Active Case Detection बाट अर्थात् स्वास्थ्यकर्मी विरामीखोज्दै उसको घरदै लोसम्म पुगेर स्लाइड सङ्कलन भएको भए महल १८ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
		PCD	PCD- Passive Case Detection बाट अर्थात् विरामी स्वयम स्वास्थ्य संस्थामा गएको बेला स्लाइड सङ्कलन भएको भए महल १९को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
२०	औलोको संकास्पद/सम्भावित उपचार	औलोको रक्तनमुना लिएपछि शङ्कास्पद विरामीलाई दिइएको उपचार (औषधि र परिमाण) खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ । • WHO तथानयां Treatment Protocol for Malaria -2015 का अनुसार रक्त परीक्षणको नतिजा पश्चात् मात्र औलोको उपचार गर्नुपर्ने भएकोले शंकास्पद औलो रोगीको रुपमाहाल कसैलाई पनि उपचार गरिदैन । त्यसैले यस कोठामा - लेख्नुपर्छ।	

नोट : नेपालवाट औलो निवारणको लागि रणनीति तयार भए वमोजिम सन २०२५ सम्ममा नेपालवाट औलो निवारण गर्ने लक्ष्य लिए वमोजिम औलोको संकास्पद/सम्भावित उपचार नगरी निश्चित उपचार (Confirmed treatment) नै गर्ने निर्णय भएको छ । सो को लागि नेपाल भरी सम्पूर्ण संस्था संस्थाहरुमा द्रुत परीक्षणको लागि (RDT) उपलब्ध गराउने भएकाले सो महलनम्बर २० हटाउनु पर्ने देखिन्छ ।

भागदुई (Part 2)

स्वास्थ्य संस्थानाम : स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ

ठेगाना : जिल्ला र नगर/गाउँपालिका को नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल	महल शीर्षक	निर्देशन	
१	दर्ता नं.	नमुना सङ्कलन गरिएको दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ र एक आर्थिक वर्षका लागि १ बाटसुरु गर्नुपर्दछ ।	
२	सेवाको प्रकार	सङ्कलन गरेको नमुना औलो रोगको भए औलो , कुष्ठ रोग भए कुष्ठ र कालाजार रोगको भएका लाजार यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
३, ४, ५	स्लाइड सङ्कलन मिति	स्लाइड सङ्कलन गरेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
६, ७	सेवाग्राहीको नाम थर	सेवालिन आएको व्यक्तिको नाम महल ६ मा र थर महल ७ मा लेख्नुपर्दछ ।	
८	जाति कोड	सेवालिन आएको व्यक्तिको थर अनुसार जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।	
९, १०	उमेर- (महिला, पुरुष)	सेवालिनै व्यक्ति महिला भए महल ९ मा र पुरुष, भएमहल १० मापूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।	
११	स्लाइड नम्बर	माथि उल्लेखित भाग १ मा उल्लेख भएको वमोजिमको स्लाइड नम्बर लेख्नु पर्छ ।	
१२, १३	स्रोत	ACD	ACD- Active Case Detection, PCD- Passive Case Detection मध्ये जुन स्रोतबाट स्लाइड सङ्कलन भएको हो, सोही उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
		PCD	

	प्रयोगशाला परीक्षण		
१४-१९	प्रयोगशालामा पुगेको मिति	प्रयोगशालामा पुगेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
	प्रयोगशाला जाँचमिति	प्रयोगशालामा जाँच गरेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
२०-२९	परिणाम	महल २० देखि २९ सम्म प्रयोगशाला जाँचको परीक्षणका बारेमा लेख्नुपर्दछ ।	
२०-२२	औलो	जात	औलोको जात Plasmodium Vivax भएमा PV, Plasmodium falciparum भएमा Pf र Plasmodium vivax र falciparum दुवै मिश्रित भएमा P-mix लेख्नुपर्दछ ।
		अवस्था	औलोको परजीवीजीवनचक्रको कुनअवस्थामा छ, सोहीअनुसार अवस्था लेख्नुपर्दछ ।
		घनत्व	औलोको घनत्व कति छ, सोहीअनुसार घनत्व लेख्नुपर्दछ ।
२३-२७	कुष्ठरोग	महल २३ देखि २७ सम्म कुष्ठरोगका बारेमा लेख्नुपर्दछ । परीक्षणपछि, प्रत्येक भागको नतिजा घनत्वसहित सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । Right Earlobe भएमामहल २३ मा, Left Earlobe भएमा महल २४ मा, Lesion 1 भएमा महल २५ मा, Lesion 2 भएमा महल २६ मा र Total Bacterial Index निकाली BI महल २७ मा लेख्नुपर्दछ ।	
२८-२९	कालाजार	परीक्षणको विधि (BM/SP/RDT/rk-39) र जाँचको नतिजा पोजेटिभ भएमहल २८ को कोड १ मा र नेगेटिभ भएमहल २९ को कोड २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
३०	कैफियत	माथि दिइएका बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ र साथै ल्याव नं. समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	

नोट: भाग २ को महल १ देखि १३ सम्म परीक्षणको लागि पठाउने निकायले भर्नुपर्दछ भने महल १४ देखि ३० सम्म प्रयोगशालाले भर्नुपर्दछ ।

HMIS 5.2: औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (Malaria, Leprosy and Kalazar Laboratory Register)

औलो, कुष्ठ र कालाजार रोगको नमुना परीक्षण गरी सो को परिणामको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ ।

नोट: औलो, कुष्ठ र कालाजार रोगका बारेमा अभिलेख राख्दा एउटा पाना औलो, कुष्ठरोग र कालाजार मध्ये कुनै एउटा सेवाको लागि मात्र प्रयोग गर्नुपर्दछ । जुन सेवाको लागि पाना प्रयोग गरिएको हो, सो पानाको सेवाको कोडमा गोलो लगाउनुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

औलो, कुष्ठ र कालाजार रोग

साल र महिना: सेवा: औलो = 1 कुष्ठरोग = 2 कालाजार = 3

क्र.सं.	विरामीको			उमेर		ठेगाना			सम्पर्क नं.	अभिभावकको नाम	स्रोत	
	नाम	थर	जाति कोड*	महिला	पुरुष	जिल्ला*	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.			ACD	PCD
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३
											१	२

एको प्रयोगशाला रजिष्टर

परिक्षण विधि Microscopy/RDT/BM/SP /RK39*	रक्त परिक्षण मिति			नतिजा	परिणाम								प्रमाणित गर्नेको सही	कैफियत	
	ग	म	सा		औलो		कालाजार		कुष्ठरोग						
स्लाइड नं. १४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९
								१	२						

रजिष्टर भर्ने तरिका :

साल र महिना : पानाको शिरमावर्ष र महिना लेख्नुपर्दछ । केहीलहर प्रयोग गर्न बाँकी भए अर्को महिनाको नाम लेखी क्रमशःप्रयोग गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिनामा नयाँक्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२-३	विरामीको नामथर	सेवालिन आएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४	जाति कोड	सेवालिन आएको व्यक्तिको थर अनुसार जाति कोड यस निर्देशिकाको पछाडि उल्लेख गरिए अनुसार लेख्नु पर्छ ।
५	उमेर (महिला, पुरुष)	सेवालिनने व्यक्ति महिला भए महल ५ मा उनले पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
६		सेवालिनने व्यक्ति पुरुष, भए महल ६ मा उनले पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
७-९	ठेगाना	सेवालिनने व्यक्तिको ठेगाना लेख्नुपर्दछ । महल ७ मा सेवा लिन आएको व्यक्ति बस्ने जिल्लाको नाम, महल ८ मानगर/गाउँपालिका को नाम र महल ९ मा सेवा लिन आएको व्यक्ति बस्ने वडा नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि सेवा लिनने व्यक्ति विदेशी भए जिल्लाको महलमा देशको नामउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०	सम्पर्क नं.	सेवालिनने व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ । सेवालिनने व्यक्तिको सम्पर्क नम्बर नभएमा नजिकको आफन्तको नम्बर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
११	अभिभावकको नाम	सेवालिनने व्यक्तिको घरमूली वा अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
१२	स्रोत	Active Case Detection बाट अर्थात स्वास्थ्यकर्मी शंकास्पद विरामी खोज्दै उसको घरदैलोसम्म पुगेर संकलन गरेको स्लाइड वा आर.डी.टि द्वारा परिक्षण भएको भएमहल १२ को १ मागोलो लगउनु पर्दछ ।
१३		PCDH- Passive Case Detection बाट अर्थात शंकास्पद विरामी स्वास्थ्य संस्था मैआएको वउला स्लाइडवाआर.डी.टि द्वारा परिक्षण भएको भए महल १३ को २

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
		मा गोलो लगाउनु पर्छ ।	
१४	परीक्षण विधिर स्लाइड नम्बर	औलो परिक्षण विधि Microscopic/RDT र कालाजारको परीक्षण BM/SP//rk-39 मध्ये कुन विधिवाट परीक्षण गरिएको हो परीक्षण विधिको कोड नम्बर उल्लेख गरि स्लाइड नम्बर हरेक आ.व. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ । कुष्ठरोगको स्लाइड भए Specimen : EL(R), EL(L), L1, L2) कुन हो? सो उल्लेख गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ । औलोको परीक्षण Microscopic मात्र भए कोड १, RDT मात्र भए कोड २ र दुवैवाट गरिएको भएमात्र कोड नं ३ उल्लेख गर्नु पर्ने । कालाजारको परीक्षण B:भए कोड ४, SP भए कोड ५ र rk-39 भए कोड ६ लेख्नुपर्दछ ।	
१५-१७	रक्त परिक्षण मिति	रक्त परिक्षण गरेको मिति (गते, महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
१८	नतिजा	रक्त परिक्षणको नतिजा पोजेटिभ भए पोजेटिभ नभए नेगेटिभ लेख्नुपर्दछ ।	
१९-२१	औलो	जात	औलोको जात Plasmodium vivex भएमा Pv, Plasmodium falciparum भएमा Pf, Plasmodium vivex / falciparum दुवै मिश्रित भएमा Pmix तथा P. ovale and P. malariae, P. knowlesi भएअन्यलेख्नुपर्दछ ।
		अवस्था	औलोको परजीवीजी वनचक्रको कुनअवस्थामा छ सोही अनुसार अवस्था लेख्नुपर्दछ ।
		घनत्व	औलोको परजिविको घनत्व कति छ सोही अनुसार घनत्व लेख्नुपर्दछ ।
२२, २३	कालाजार (पोजेटिभ, नेगेटिभ)	परीक्षणको विधि (BM/SP/rk-39) र जाँचको नतिजा पोजेटिभ भएमहल २२ को १ मा र नेगेटिभ भएमहल २३ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।	
२४-२७	कुष्ठरोग	महल २४ देखि २७ सम्म कुष्ठरोगका बारेमा लेख्नुपर्दछ । परीक्षण पछि प्रत्येक भागको नतिजा घनत्व सहित सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
२८	प्रमाणित गर्नेको सही	प्रमाणित गर्नेव्यक्तिले सही गर्नुपर्दछ ।	
२९	कैफियत	माथि दिइएको बाहेकअन्य केही खुलाउनुपर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ र साथै ल्याब नं. समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै Relapse	

HMIS 5.3: औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (Malaria and Kalazar Treatment Register)

औलो तथा कालाजार रोग निश्चित भएका तथा सम्भावित रोगीहरूको नामदर्ता गरी निदान, उपचार, फलोअप आदिको विस्तृत विवरणको अभिलेख राख्न र स्वास्थ्य सूचना प्रणालीका लागि प्रतिवेदन तयार गर्नका लागि उपचार दिएको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ । अस्पतालको आकस्मिक सेवा रजिष्टर, भर्ना रजिष्टर, गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर,ओपिडी रजिष्टर र CB-IMNCI OPD Register मा “औलो” वा “कालाजार” भनीनिदान भएका बिरामीहरूको पनि यस रजिष्टरमा अनिवार्य दर्ता गरी उपचार गर्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

औलो तथा कालाजार																											
क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	मिति			नाम	थर	उमेर	बिरामीको						सम्पर्क फोन नं.	घरमूलीको नाम	ACD	PCD	ग्राम/गाउँ	निदान विधि				निदान मिति				
		ग	म	सा				महिला	पुरुष	जिन्स	टेमना		मर्मक/गर्भक						नं.	गर्भ/टोल	माइक्रोस्कोपी विवरण				ग	म	सा
											वडा	गाउँ/टोल									स्पेसिज /BM	स्टेज /SP	टेन्सिटी /Other	RDT / BK39			
											नं.	गाउँ/टोल															
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		
																		†				†					
																		†				†					

रोगको उपचार रजिष्टर																						साल:						
HIV Status	उपचार शुरु गरेको मिति	औलोका फ्लिपिन (पि.पि.पि./पि.एफ/मिन्स/रेलाप्स/Other)	उपचारमा प्रयोग भएको	औलो	कालाजार	औलो बिरामीको								कालाजार बिरामीको						मृत्यु भएको		कैफियत						
						फलोअप			मिति लेख्ने		पहिलो फलोअप			6 months फलोअप			मिति											
						ग	म	सा	मिति	सा	मिति	म	सा	मिति	म	सा	मिति	म	सा	मिति	म							
						मिति	सा	मिति	म	सा	मिति	म	सा	मिति	म	सा	मिति	म	सा	मिति	म							
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
†																												
†																												

रजिष्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	हरेक महिनामा क्र.सं. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	सेवादर्ता नं.	यस महलमा सेवादर्ता नं लेख्नुपर्दछ । सेवादर्ता नं प्रत्येक आ.व. को श्रावण देखि पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३-५	मिति	बिरामी स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भएको मितिगते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	नाम	सेवाग्राहीको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ । यस महलमा सेवाग्राहीको नाम लेख्नुपर्दछ ।
७	थर	यस महलमा सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ ।
८	जाति कोड	जुनजात/जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूह कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै : ०१, ०२,..... ०६) । सेवाग्राहीको कार्डमा उक्तजाति कोड समेत स्पष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
९-१०	उमेर (महिला, पुरुष)	सेवाग्राही महिला भएमाहल ९ मा र पुरुष भए महल १० मा पूरा भएको उमेर वर्षमा जनाउनु पर्दछ । एक वर्षभन्दा कमभएमा महिनामा जनाउनुपर्दछ । जस्तै: ०/१२, १/१२, २/१२ । ०/१२ भन्नाले १ महिना भन्दाकम उमेर भएको नवशिशुलाई बुझाउँदछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
११-१४	ठेगाना (जिल्ला, गा.वि.स./नगरपालिका, वडा नं., गाउँ/टोल		हाल बसोबास गरेको सेवाग्राहीको जिल्लामहल ११ मा, नगर/गाउँपालिकामहल 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		विरामीको घरमूली वा अभिभावकको नाम र थर लेख्नुपर्दछ।
१७	स्रोत	ACD	Active Case Detection (ACD) समुदायम नै रक्त परिक्षण गरेको भएमा १ मागोलो लगाउनुपर्दछ।
१८		PCD	Passive Case Detection (PCD) स्वास्थ्य संस्थामा नै रक्त नमुना परिक्षण गरेको भएमा २ मागोलो लगाउनुपर्दछ।
१९	गर्भवती		औलो तथाकालाजार रोगलागेको विरामीमहिलाभएगर्भवतीभए/नभएको यकिन गरेर, यदिगर्भवतीभएमामात्र यस महलमाकोड १मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
२०	निदानविधि	स्पेसिज/BM	रक्त नमुना परीक्षण गरी औलो रोग निदा नहुँदाऔलो (+ve) भएमा औलोको जात (Pv/Pf/P-mix, Relapse, Other), कालाजार विरामीका हकमा BM वाट गरिएको हो भने BM लेख्नुपर्दछ।
२१		स्टेज/SP	औलो रोगीको लागि औलो परजिवीको जिवन चक्रको अवस्था उल्लेख गर्ने र कालाजार रोगीको हकमा SP उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२२		डेन्सिटी/Other	औलो रोगीको हकमा औलोको परजिवीको घनत्व उल्लेख गर्ने र कालाजारको हकमा अन्यवाट निदान गरिएको हो भने विधि लेख्नुपर्दछ।
२३		RDT/rk39	औलो रोग RDT वाट निदान गरिएको हो भने RDT उल्लेख गर्ने र कालाजार रोगीनिदान rk-39 गरिएको हो भने rk-39 उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२४-२६	निदानमिति		रक्त परिक्षणगरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२७	HIV status		कालाजार विरामीको HIV अवस्था निश्चित गरी लेख्नुपर्दछ।
२८-३०	उपचारको सुरु मिति		उपचार सुरु गरेको गते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
३१	औलोको किसिम		औलोको जातको कोड (Pv, Pf, P-mix), Relapse वा other भए उल्लेख गर्नुपर्दछ। Relapse: औलो प्रभावित क्षेत्रमा रात बिताएको, औलोको हाल जोखिम नभएको तर सम्भावना रहि रहेको क्षेत्रमा बसोबास गरेको, औलो विरामीको रगत वा अङ्ग लिएका कुनै इतिहास नभएका ब्यक्तिहरुमा उपचारपुरा गरेको ३ हप्तादेखि १ वर्षमा पुन औलोको देखिएमा त्यस्ता विरामीलाई Relapse लेख्नुपर्दछ।
३२	वर्गीकरण		औलोको जातिको वर्गीकरण कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। कोड : नेपाल राज्यभित्रका सबै विरामी स्थानीय (Indigenous) मा लेखी अन्य जिल्लावाट आएको भए कैफियतमा जिल्ला खुलाउने स्थानीयलाई कोड.1 र नेपाल बाहिरका औलो प्रभावित मूलकवाट आएको एक महिना भित्रमा औलो रोग निदान भएमा आयातित (Imported) मानी कोड नम्बर २ उल्लेख गर्नु पर्छ।
३३-३७	उपचार	औलो	औलो रोगीलाई उपचारका लागि कुन औषधि (Chloroquine, Primaquine, Coartem, Artesunate or others) कति मात्रामा दिइएको छ? सो औषधि सम्बन्धितमहलमा परिमाणसमेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ। यदि अन्य औषधिवाट उपचार गरिएको भए उक्त औषधिको नाम र परिमाण खुलाउनुपर्दछ। (New Treatment Protocol for Malaria 2019 मा उल्लेख भए अनुसार गर्ने)

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
३८	कालाजार	Liposomal Amphotericin B/ Miltefocine	कालाजार रोगीलाई उपचारको लागिदिइएको औषधिको मात्रामा सम्बन्धित महमा उल्लेख गर्नु पर्दछ। सो मा लेख्नुपर्दछ।
३९		Other (Specify)	यदिअन्यऔषधिबाट उपचार गरिएको छ भने उक्तऔषधिको नाम र मात्राखुलाउनुपर्दछ।
४०-४२	औला बिरामीको फलोअप	मिति	औलो बिरामीको उपचार शुरू गरेको ३, ७ तथा १४ औं दिनमाफलोअप गरी औषधीखाएको सुनिश्चित गर्ने तथाऔषधीले असर गरेवानगरेको जानकारी लिनुपर्दछ। १४दिनमास्लाइड लिएको भएपरिक्षणको नतिजालेख्नुपर्दछ।
४३	नतिजा	नतिजा	उपचार पश्चातको वास्लाइड लिएको भएपरिक्षणको नतिजालेख्नुपर्दछ।
४४-४६	कालाजार बिरामीको पहिलो फलोअप	मिति	कालाजार बिरामीको पहिलो फलोअप गरेको गते, महिना र साललेख्नुपर्दछ।
४७	नतिजा	नतिजा	उपचार पश्चातको वास्लाइड लिएको भएपरिक्षणको नतिजालेख्नुपर्दछ।
४८-५०	कालाजार बिरामीको ६ महिनाको फलोअप	मिति	कालाजार बिरामीको ६ महिनामा गरेको फलोअपको गते, महिना र साल लेख्नुपर्दछ।
५१	नतिजा	नतिजा	६ महिनामा बिरामीमाकुनै चिन्ह लक्षण भए नभएको एकिन गरी नतिजा लेख्नुपर्दछ।
५२	औलोको सिक्किस्त प्रमाणित बिरामी		औलोबाट निदानभएका बिरामी मध्ये यदिको हिंसिकिस्त भएमा ५२ मा टिक लगाउनुपर्दछ। <i>सिक्किस्त प्रमाणित औलो रोगी भन्नाले Microscopic RDT/PCR परिक्षण गर्दा रगतमा औलोको परजीवि देखिएको र बिरामीको अवस्था जटिल (बस्न नसक्ने, बेहोस, रगतको कमी, जन्डिस, पिसाबबाट रगतगएको, खान नसक्ने जस्ता) भएको बिरामी</i>
५३ र ५४	मृत्यु भएको मिति	स्वदेशी विदेशी	औलो तथा कालाजार रोगको बिरामीउक्त रोगको कारणले उपचारमा रहेको अवधिमा वा उपचार अघि मृत्यु भएमा स्वदेशी वा विदेशी कुन हो सम्बन्धित महलमा मृत्यु भएको मिति लेख्नुपर्दछ।
५५	कैफियत		बिरामीको विषयमा उल्लेख गर्नुपर्ने कुनै उपचार आवश्यक भए सो लेख्नुपर्दछ। बिरामी स्थानान्तरण भई आएको भएआएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भएकुन संस्थामा पठाएको हो। सो कुरा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ।
पेजको जम्मा			प्रत्येक पेजको पुछारमा रहेको तालिकामा दिइए अनुसारको जम्मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ। यी तालिकाहरूले प्रतिवेदन तयार गर्न सहजता प्रदान गर्दछन्।

रजिस्टर भर्ने तरिका :

भाग १ - विरामीको विवरण

शीर्षक	निर्देशन
मूलदर्तानं.	मूलदर्ता नंयस कोठामा लेख्नु पर्दछ ।
सेवादर्तानं.	विरामीलाई उपचारको शुरुवातमा सेवा रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर यस कोठामा लेख्नु पर्दछ ।
दर्ताभएको मिति	विरामीदर्ता भएको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ ।
नाम, थर	विरामीकोनाम र थर प्रष्ट हुनेगरी लेख्नुपर्दछ ।
लिंग	विरामी महिला भए महिला र पुरुषभए पुरुषको महलमा () चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
उमेर	विरामीलेपुरा गरेकोउमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं.	विरामीकोफोन नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
पेशा	विरामीले पेशा खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ ।
जतिकोड	विरामीको जाति कोड उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
ठेगाना	
जन्मस्थान	जन्मेको जिल्ला, नगरपालिका/गा.पा., वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा-छुट्टैमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
स्थायी	नागरिकता/परिचय खुल्ने प्रमाणपत्र अनुसार जिल्ला, नगरपालिका/गा.पा., वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा-छुट्टैमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
हाल	हालको बसोवास गर्दै आएको जिल्ला, नगरपालिका/गा.पा., वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा-छुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
घरमूलीको नाम	विरामीको अभिभावक वा घरमुलीको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
भाग २-रोगको अवस्था	
इतिहास	<ul style="list-style-type: none"> ● कुष्ठ रोगको प्रारम्भिक लक्षणके देखापऱ्यो,कति समय अगाडी देखापऱ्यो, सो अवधि वर्ष र महिनामा खुलाउनु पर्दछ । ● जचाँउन आउनुको कारण समेत लेख्नु पर्दछ । त्यसै गरी परिवार वानातामा कसैलाई कुष्ठरोग थियो वा थिए नभन्नेकुरा समेत सोधेर(√) लेख्नुपर्दछ । यदि थियो भने विरामीसँगको नाताखुल्ले गरी लेख्नुपर्दछ ।
पहिले कुष्ठरोगको उपचारलिए/ नलिएको	विरामीले पहिले उपचार लिएको छ वा छैन सोधी उपचार लिएको भए (PB MDT / MB MDT) कुन उपचार लिएको थियोर कति महिनामा कति मात्रा खाएको होर अन्तिम मात्रा कति महिना अगनडि खाएको हो? सोजनाउनुपर्दछ ।
नयाँ विरामी (New Patient)	कुष्ठरोग सम्बन्धि उपचारको लागि कहिले पनि दर्ता नभएको वाउपचार नलिएको विरामी भए यस महलमा(√)चिन्हलगाउनु पर्दछ ।

पहिले दर्ता भइसकेको	कुष्ठरोग सम्बन्धित उपचारको लागि पहिले कुनै ठाउँमा दर्ता भएका विरामी सम्झनुपर्छ ।। स्थानान्तरण भई आएको (Transferred in), पुनः रोग बल्झिएका (Relapse), फेरी औषधि शुरु गरेको (Re-starter) र अन्य कुन कारण उल्लेख गरी सम्बन्धित महलमा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
पत्तालागेको तरिका	कुष्ठरोग कुन तरिका (Contact Examination, Voluntarily, Referred, Others) बाट पत्ता लागेको हो सोही महलमा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
छाला / आँखाजाँचको विवरण	<ul style="list-style-type: none"> ● शरिरको छालामा छुँदा थाहा नपाउने दाग छ / छैन उल्लेख गर्ने । ● शरिरमा कति वटा कुष्ठरोगको दाग छ ? सो उल्लेख गर्ने । ● छ महिना भित्रमा शपेशी कमजोर वा छुँदा थाहानहुने छ । छैन चिन्ह (√) लगाउने । ● छाला बाक्लो वा Infiltration छ । छैन चिन्ह (√) लगाउने । ● छालामा सुखापन छ / छैन चिन्ह (√) लगाउने । ● आँखाको ढकनी (Eye lid) बन्द हुन्छ, हुँदैन वा Lagophthalmos छ / छैन मा चिन्ह (√) लगाउने । ● आँखामा रातोपन छ / छैन चिन्ह (√) लगाउने ।
बाहिरी सतह स्नायुको (Nerve) स्थिति	बाहिरी सतहका स्नायुहरु (जस्तै Ulnar, Median, Radial, Lateral Popliteal, Posterior tibial) छाम्दा मोटो (Thickened) दुख्ने छ / छैन ? जाँच गरी यदि छाम्दा मोटो वा दुख्छ भने कुन स्नायु दायाँ, बायाँ कुन हो सो महलमा चिन्ह लगाउने । जस्तै कुनै विरामीको दायाँ Ulnar Nerve छाम्दा मोटो छ र यदि दुख्छ भने Thickened र Tender दुवैमा चिन्ह लगाउनु पर्छ । यदि छाम्दा मोटो छ तर दुख्दैन भने Thickened मा चिन्ह लगाउने ।
निदानको समयमा कुष्ठरोग प्रतिक्रिया (Leprea Reaction)	निदानको समयमा विरामीमा कुष्ठरोग प्रतिक्रिया छ / छैन भनेर परिक्षण गर्नु पर्दछ । यदि निदानको समयमा विरामीमा कुष्ठरोग प्रतिक्रिया देखा परेको छ भने कस्तो प्रकारको प्रतिक्रिया (Type 1 वा Type 2) हो सो छुटाउने र सो कुष्ठरोग प्रतिक्रिया कुन स्थितिमा छ जस्तै Mild तथा Severe कुन अवस्थामा छ सो महलमा चिन्ह (√) लगाउने । यसै गरी परिक्षणको समयमा Neuritis छ / छैन भनेर परिक्षण गर्नु पर्दछ । परिक्षण पश्चात Neuritis भएमा Yes महलमा, छैन भनेर No महलमा चिन्ह (√) लगाउने ।
असमर्थताको श्रेणी	विरामी उपचारमा आउँदा र RFT हुदाँ असमर्थताको श्रेणी (Disability Grade) “दा” भनेको दायाँ, “बा” भनेका बायाँ (आँखा, हात, खुट्टा) मा श्रेणी ०, १ वा २ के हो सो छुट्याउनु पर्दछ र अधिकतम असमर्थताको श्रेणी लेख्नु पर्दछ । नोट: आँखामा श्रेणी ० वा २ मात्र हुन्छ ।
EHF Score	हरेक आर्थिक वर्षको अन्तमा विरामीको Eyes, Hands and Feet (EHF) को Disability Score (EHF Score - Total) कति हो सो उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
स्मेयरको मिति	स्मेयर लिएको गते, महिना, साल लेख्नु पर्दछ ।
स्मियर नतिजा	Sites: (R) Earlobe, (L) Earlobe, lesion 1 or (R) arm, lesion 2 or (R) thigh बाट लिएको Smear को नतिजा Negative भए Neg र Positive भए घनत्व (Density) BI अनुसार चिन्हद्वारा जनाउनु पर्दछ । (जस्तै: 1+, 2+, 3+, 4+.....etc.) लेख्नु पर्दछ ।

कुष्ठरोगको प्रकार	कुष्ठरोगको वर्गिकरण PB वा MB के हो सो कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
हालको उपचार	हाल विरामीले सेवन गरि रहेको उपचारको महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । जस्तै (PB-MDT वा MB- MDT)
जाँच गर्नेको विवरण	जाँचगर्नेको नाम, पद, दस्तखत र मिति उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

भाग ३ - महिना महिनाको उपचार तालिका विवरण :

आर्थिक वर्षको महलमा विरामी उपचार गर्न आएको आ.व. लेख्नुपर्दछ । महिना महिनाको उपचार महलमा विरामी कुन महिनाबाट (श्रावण देखि आषाढसम्ममा) उपचार शुरु गरिएको हो सोही महिना देखि क्रमशः विरामी आएको महिनामा औषधि खाएको मात्राअनुसार (१,२,३ ...) लेख्नुपर्दछ । नखाएको महिनाको कोठा खालि छाड्नु पर्दछ । विरामीतोकिएको समयमानआई अनुगमन गर्नुपर्दा यदि स्वास्थ्य संस्थाबाट घरमा गईभेटेमा Home Visit गरेर अनुगमन गरे पछि (HV) लेख्नु पर्दछ । घटाईएको विवरण र मितिको महलमा उपचारमा रहेको विरामीले उपचार पूरा गरेमा (Released From Treatment-RFT), स्थानान्तरण भएमा (Transfer Out-TO), डिफल्टर भएमा (Loss to Follow Up - LF) वा अन्य (Other Deduction-OD) मरेको वा गलतनिदान के कारणले घटेको हो सो लेखी घटाईएको मिति, गते, महिना र सालमा समेत लेख्नुपर्दछ ।

भाग ४ - कुष्ठरोगको प्रतिक्रिया ब्यवस्थापन /अन्य उपचार:

विरामीको उपचार अवधिमा प्रतिक्रिया आएको छ /छैन नियमित जाँच गर्नु पर्दछ । यदि प्रतिक्रिया देखिएमा यस महलमा प्रतिक्रिया आएको मिति, चिन्ह र लक्षण प्रतिक्रिया निदान Type I / Type II/ Neuritis के हो ? लेख्ने र औषधि र यसको मात्रा, उपचार अवधि निश्चित गरि लेख्नु पर्दछ ।

भाग ५ - Medical and Social Rehabilitation

- यस अन्तर्गत विरामीको जीवनयापन को लागि सहयोग:यदि सहयोग गरेको छ भने के सहयोग गरेको हो ? सो महलमाचिन्ह(√) लगाउने जस्तै शिक्षा, स्वरोजगार आदि ।
- सहयोग गरेको मिति: के मा सहयोग गरेको हो सो महलमा मितिउल्लेख गर्ने ।
- सहयोग गर्ने संस्था : सो सहयोग कुन संस्थाबाट भएको हो सो संस्थाको नाम सहयोग गरेको महलमा उल्लेख गर्ने ।
- स्वयं हेरचाह किट सहयोग,स्वयं हेरचाह सम्बन्धि तालिम, जुत्ता, सहयोगी सामग्री आवश्यक छ/छैन यदि छ भने विरामीलाई माथिको सहयोग उपलब्ध गराएको मिति समेत सोही महलमा लेख्नु पर्दछ ।
- सुधारात्मक शल्यक्रिया आवश्यक छ/छैन, यदि छ भने कुन-कुनअंग (आँखा, हात र गोडा) को हो निश्चित गरी कुनअंगको शल्यक्रिया गर्ने हो सो यकिन गरी मिति समेत लेख्नु पर्दछ ।

भाग ६-विरामीको फलोअप:

उपचार पुरा गरे पछि पनि कुष्ठरोग प्रभावितहरुमा समय-समयमा समस्या देखिने हुंदात्यस्ता विरामीको फलोअपमा आउदा फलोअप मिति फलोअपको विवरण Clinical laboratory को अवस्था र दिईएको उपचार यस महलमा उल्लेख गर्ने ।

भाग ७ - Assessment of Disability and Nerve Function:

स्पर्शजाँच ST (Sensory Test):	कार्डमा दिईएको संकेत (Key) अनुसार बिरामीको दायाँ र बायाँहात र खुट्टाको स्पर्शजाँच (Sensory Test) गरी चार्टमा भर्नुपर्दछ। प्रत्येक हात र खुट्टामा स्पर्श जाँच गर्न ४ वटा बिन्दु हुन्छ। दायाँपट्टीको कोठामा जाँच गर्दा भेटिएका कुराहरु (Comment) जस्तै छुदाँ थाहानहुने भएकहिले देखीभएको हो सो अवधिउल्लेख गर्नुपर्दछ भने कुनै घाउ भएको वाअंगपतन छ भने जनाई दिनु पर्दछ। यसका साथै जाँच गरेको मिति र जाँच गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नु पर्दछ।
--------------------------------------	--

भागदः बिरामीको परिवार सम्पर्क जाँच अभिलेख

क्र.स.	कुष्ठरोगको बिरामीको परिवार सम्पर्क गरेको सदस्यको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ।
नाम थर	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको नाम थर लेख्नु पर्दछ।
उमेर	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको उमेर लेख्नु पर्दछ।
लिङ्ग	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको लिङ्ग लेख्नु पर्दछ।
बिरामीको नाता	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको कुष्ठरोगको बिरामी संगको नाता लेख्नु पर्दछ।
निदान	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यमा कुष्ठरोग देखिएमा एम.वि. वा पि.वि. कुन प्रकारको हो खुलाई ठिक लगाउनु पर्दछ।
कैफियत	माथि उल्लेखित विवरण बाहेक अन्य थप केहि विवरण भए खुलाउनु पर्दछ।

भाग९-मांसपेशीजाँच - Voluntary Muscle Test (VMT):

स्वयं मांसपेशीको जाँच (Voluntary Muscle Test-VMT) प्रत्येक कोठाले एउटा जाँचको मिति जनाउँछ। बिरामीको जाँचगर्दा शरीरको दाँया र बाँया, आँखा, हात र खुट्टाको जाँच गरी जाँचको नतिजा बायाँ कोठा र दायाँ कोठामा भर्नु पर्दछ। प्रत्येक कोठाको शिरमामिति लेख्नुपर्दछ। कार्डमा दिईएको संकेत अनुसार नतिजा भर्नुपर्दछ। S-Strong, W-Weak, P- Paralysed;र आँखाको Lid gapकतिछ सो नापेर mmमा लेख्नु पर्दछ।

अन्तमा VMT र ST पश्चात् अधिकतम Disability Grade मिति सहित अनिवार्य लेख्नु पर्दछ।

माथि उल्लेखित Assessment of Disability and Nerve Function निर्देशन अनुसार उपचार पुरा (निको भएका) बिरामीहरुको जाँच (Release from Treatment - RFT) गर्दा अनिवार्य रुपमा बिरामीहरुको स्पर्शजाँच (ST), स्वेच्छिक माँशपेशीको जाँच (Voluntary Muscle Test- VMT) र Smear जाँच गरी अभिलेख राख्नुपर्दछ। यदि RFT बिरामीहरुको अपांगता हुने सम्भावना बढी छ भने उसलाई आवश्यक स्वास्थ्य शिक्षादिनु पर्दछ। यदि बिरामीलाई जुतातथाकालो चस्माको आवश्यकता छ भने कसरी प्राप्त गर्न सकिन्छ बताई दिनुपर्दछ।

जाँच गर्नेको विवरण : निर्देशन अनुसार उपचार पुरा गरेका बिरामीहरुको Sensory Test-ST र Voluntary MuscleTest-VMTर असमर्थताको परिक्षण र जाँच गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, थर, पद, मिति लेखि सही गर्नुपर्दछ।

HMIS-5.5: कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (Leprosy Treatment Register)

कुष्ठरोगबाट विरामीको उपचार सम्बन्धिविवरण यस रजिष्टरमा राखिन्छ । कुष्ठरोगको प्रकार (एम्.बी. र पी.बी.) अनुसार विरामीको अभिलेख गर्न यस रजिष्टरमा छुट्टाछुट्टै २ भागको व्यवस्थागरिएको छ । कुष्ठरोगको उपचारका लागिआएकाविरामीको दर्ता प्रक्रिया, नियमितता, उपचारको परिणाम तथाअसमर्थताआदिको विवरण यस रजिष्टरमा राखिन्छ ।

यही रजिष्टर अनुसार स्थानीयतहको फोकल व्यक्तिले सम्बन्धि तपालिका अन्तर्गत उपचार केन्द्रहरूका विरामीहरूको माष्टर रजिष्टरखडा गरी विरामी अभिलेख दुरूस्त राख्नुपर्दछ । मास्टर रजिष्टरको आधारमा विरामी उपचारको अनुगमन तथा स्वास्थ्य संस्थाबाट आएका प्रतिवेदनको अनुगमन गर्नुपर्दछ ।

(नोट: एम्.बी. विरामीलाई रजिष्टरको शुरूको भागका एम्.बी. लेखिएका पानाहरु र पी.बी. विरामीहरूको लागि अन्तिम भाग कापी.बी. विरामी लेखिएका पानाहरुको प्रयोग गर्नुपर्दछ ।)

रजिष्टरको नमूना :

कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर														स्वास्थ्य संस्थाको नाम:										एम.वि																								
क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	दर्ता मिति	विरामीको नाम र थर			विरामीको उमेर	जन्मस्थान	डेमना	मोडर्नालिका/पु/म/म.प., वय नं. (विदेशी बासमा देशको नाम खुलाउने)	रोग पचाउ सम्बन्धी तरिका*	रोग (विशेषता वा लक्षणको तरिका)	सोपा विपक्षजन (Type I, Neuritis)		आर्थिक वर्ग	महिना/महिनाको उपचार निवृत्तित										संकेत नतिजा	आयुर्विज्ञान अंक	EAF Score	Ulcers	सम्पर्क परिवर्तन गरेको संख्या	संकेत नतिजा	कैफियत																	
			प्रति	प्रति	१							२	३		४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३								१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२								
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४															
			विरामीको नाम र थर				जन्मस्थान	डेमना	मोडर्नालिका/पु/म/म.प., वय नं.	रोग पचाउ सम्बन्धी तरिका*	रोग (विशेषता वा लक्षणको तरिका)	सोपा	विपक्ष	आर्थिक वर्ग	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४

कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर														स्वास्थ्य संस्थाको नाम:										पि.बि																														
क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	दर्ता मिति	विरामीको नाम र थर			विरामीको उमेर	जन्मस्थान	डेमना	मोडर्नालिका/पु/म/म.प., वय नं. (विदेशी बासमा देशको नाम खुलाउने)	रोग पचाउ सम्बन्धी तरिका*	रोग (विशेषता वा लक्षणको तरिका)	सोपा विपक्षजन (Type I, Neuritis)		आर्थिक वर्ग	महिना/महिनाको उपचार निवृत्तित										संकेत नतिजा	आयुर्विज्ञान अंक	EAF Score	Ulcers	सम्पर्क परिवर्तन गरेको संख्या	संकेत नतिजा	कैफियत																							
			प्रति	प्रति	१							२	३		४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३								१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२														
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०	४१	४२	४३	४४	४५	४६	४७	४८	४९	५०					
			विरामीको नाम र थर				जन्मस्थान	डेमना	मोडर्नालिका/पु/म/म.प., वय नं.	रोग पचाउ सम्बन्धी तरिका*	रोग (विशेषता वा लक्षणको तरिका)	सोपा	विपक्ष	आर्थिक वर्ग	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०

रजिष्टर भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं	प्रत्येक महिनामाक्रम संख्या १ बाट शुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ ।
२	मूलदर्ता नं/ सेवादर्ता नं	महल २ को पहिलो कोठामा विरामीको दर्ता भएको मुलदर्ता नम्बर र दोश्रो कोठामा सेवादर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ । सेवादर्ता नं. प्रत्येक आ.व.मा परिवर्तन नगरी क्रमशःजानु पर्दछ । यदि बदलेमा विरामीको Treatment cohort analysis गर्न कठिन हुन्छ साथै Recycle case हरु बढ्ने सम्भावना हुन्छ ।
३-५	दर्ता मिति	स्वास्थ्य संस्थामा विरामीदर्ता भएको मिति लेख्नु पर्दछ । गते ,महिना र साल छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुहोस् ।
६	विरामीको नाम, थर अभिभावकको नाम, जाति कोड	महल ६ मा ३ वटा कोठा रहेका छन् । पहिलो कोठामा विरामीको नाम, थर, दोश्रो कोठामा विरामीको अभिभावकको नामथर र तेश्रो कोठामा जाती कोड क्रमशःलेख्नुहोस् । जाती कोड निर्देशिका पछाडी पट्टी लेखिएको छ ।

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
७	उमेर, महिला	विरामी महिला भए महल ७ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
८	उमेर, पुरुष	विरामी पुरुष भए महल ८ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
९	वैवाहिक स्थिति पेशा, सर्पक नम्बर	यस महलमा विरामीको वैवाहिक स्थिति कोड लेख्नुपर्दछ । १ अविवाहित, २ विवाहित, ३ पारपाचुके, ४ विधुवा/विधुर, ५ छुट्टिएको, ६ लागु नहुने विरामीको हालको पेशा दोश्रो कोठामा लेख्नुपर्दछ । विरामीको सर्पक फोन नम्बर तेश्रो कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
१०	ठेगाना	सेवालिन व्यक्तिको पुरा ठेगाना लेख्नुहोस । यस महलमा २ वटा कोठा छट्टयाइएको छ । पहिलो कोठामा विरामीको ठेगाना-जिल्ला, पालिका, वडा नं) लेख्नुपर्दछ । विदेशीको हकमा देशको नाम लेख्नु पर्दछ। दोस्रो कोठामा हालवसोवास गर्ने जिल्ला तथा गाउँपालिका/नगरपालिका/उप-महानगरपालिका/महानगरपालिका, वडा नं र गाउँ/टोल लेख्नुपर्दछ । विदेशीको हकमा पनिहाल नेपालमा बसोबास गरिरहेको भए जिल्ला, पालिका, वार्ड नं र गाउँ/टोल सम्बन्धि सम्पूर्ण विवरण लेख्नुपर्दछ ।
११	रोगपत्तालागेको तरिका	रोग पत्तालागेको तरिका कोडमा खुलाउनुहोस । Voluntarily = 1; Referred = 2, Contact Examination =3, Skin camp=4Other (Specify) = 5
१२	यस रजिष्टरमाथपभए को तरिका	विरामी कुन तरिकाले यस रजिष्टरमा दर्ता हुन आएको हो सोही अनुसार कोड खुलाउनुहोस । कोड: नयादर्ता भएका (New Patient) = 1; स्थानान्तरण भई आएको (Transfer in)= 2; फेरी औषधि सुरु गरेको (Restarter) = 3; रोग पुनः बल्भिएको (Relapse) = 4; and Other such as classification change and other (Specify) = 5
१३- १४	लेप्रा रियाक्सन (Type-1, Type-2), Neuritis	यस महलमा ३ वटा कोठा छट्टयाइएको छ । पहिलो कोठा को बायाँ भागमा रियाक्सनको प्रकार Type-1 अथवा Type-2 खुलाउनु पर्दछ । पहिलो कोठाको दायाँ भागमा Neuritis भएमा "छ" र नभएमा "छैन" भनि उल्लेख गर्नुपर्दछ।
	मिति	दोश्रो कोठामा रियाक्सन र Neuritis निदान तथा उपचारको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	उपचार	तेश्रो कोठामा दिइएको उपचार लेख्नुपर्दछ ।
१५	आर्थिक वर्ष	विरामी दर्ता भएको आर्थिक वर्ष लेख्नु पर्दछ, र आउने वर्षहरू क्रमशः त्यस मुनि लेख्नु पर्दछ ।
१६-२७	महिना/महिनाको उपचार नियमितता श्रावण देखि आषाढ	आर्थिक वर्ष श्रावणदेखि आषाढ सम्ममा विरामी आएको महिनामा औषधि खाएको मात्रा अनुसार (१, २, ३ ...) लेख्नुपर्दछ । नखाएको महिनामा खाली छोड्नु होस । यदि स्वास्थ्यकर्मी घरमा गई अनुगमन गरेको भए (Home Visit - HV) लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
२८	स्मेयर नतिजा	विरामीको स्किन स्मेयरको नतिजा नेगेटिभ भए (-Ve) र पोजेटिभ भए घनत्व अनुसार (+Ve) चिन्हद्वारा जनाउनु पर्दछ। जस्तै: पोजेटिभको हकमा ३+Ve, ४+Ve, आदिअंक खुलाई लेख्नुपर्दछ।
२९	असमर्थता को अधिकतम श्रेणी	सबै नयाँ विरामी दर्ता हुँदा र उपचार पूरा गर्दा (RFT) असमर्थताको श्रेणी ०, १ वा २ कुनहो सो लेख्नु पर्दछ। हरेक वर्षको अधिकतम असमर्थताको श्रेणी मुनि लेख्नु पर्दछ।
३०	EHF Score	विरामीको Eyes, Hands and Feetdisability को Total score (EHF Score) कति हो सो यस मदहलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
३१	Ulcers	कुष्ठरोगको विरामीमा निदानको समयमा, उपचारको अवधि वा त्यस पश्चात कुनै पनि भागमा ulcer छ/ छैन लेख्नु पर्दछ।
३२	सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने व्यक्तिहरूको संख्या	कुष्ठरोगको विरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ। सो संख्या LPEP निर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्दछ।
	सम्पर्क परिक्षण गरेको व्यक्तिहरूको संख्या	कुष्ठरोगको विरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परिक्षण गरिएका परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ।
	सम्पर्क परिक्षणबाट नयाँ विरामी पत्ता लागेको संख्या	कुष्ठरोगको विरामीको सम्पर्कमा आई सम्पर्क परिक्षण गरिएका परिवार तथा छिमेकी सदस्य मध्ये नयाँ विरामी पत्ता लागेको संख्या लेख्नु पर्दछ।
३३	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/LF/OD)	उपचारमा रहेको कुष्ठरोगी उपचार पूरा गरेको (ReleasedfromTreatment-RFT), स्थानान्तरण भएको (Transfer Out-TO), फलो अपनभएका (Loss to Follow Up) वा अन्य (Other Deduction-OD) मरेको वागलत निदान के कारणले घटेको हो सो रसो को मिति लेखीत्यसको मुख्य कारण कैफियतमा खुलाउनु पर्दछ।
३४	कैफियत	विरामीको विषयमा उल्लेख गर्नुपर्ने कुनै उपचार आवश्यक भए सो लेख्नु पर्दछ। विरामी स्थानान्तरण भई आएको भएआएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भएकुन संस्थामा पठाएको हो सो कुरा कैफियत लेख्नु पर्दछ।

HMIS-5.6: पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर (Rehabilitation Service Register)

पुनर्स्थापना सेवा प्रदान गर्ने कुनै पनि स्वास्थ्य संस्थाले यो रजिष्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ।

रजिष्टरको नमूना :

पुनर्स्थापना सेवा																					
सेवा प्राप्त गर्ने मानक				सेवाग्राहीको व्यक्तिगत जानकारी						उपचार/बाध्यता नं.		परिणत र निदान (Diagnosis)		कार्य प्रणाली (Functioning)							
क्र.सं.	मूल दर्ता नम्बर	मिति (ग/म/सा)	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम, वर	जन्म (०१-०५)	लिंग (०१-०२)	राष्ट्रियता (०१-०२)	विकास/अपव्यवस्था (०१-१०)	अपव्यवस्था वर्णन (द, क, ग, घ, ङ)	पिच्छा		अनुसन्धानमूलाक परिणत	ICD Code	Chapter	कार्य प्रणाली						
										मूल	द्वितीय				आवृत्ति	आवृत्ति	आवृत्ति	आवृत्ति	आवृत्ति	आवृत्ति	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२

जातिगत बाधरता सेवाग्राही (महल नं. १)						विकार/अपव्यवस्थाको प्रकारको बाधरता (महल नं. १)										उमेर समूह (महल नं. ५)					बाधरता परिपक्व पढको बाधरता सेवाग्राही (महल नं. १०)										
विषय	०१	०२	०३	०४	०५	०६	०७	०८	०९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	
महिला																															
पुरुष																															
कुल																															

वा रजिष्टर																														
सेवाग्राहीको बाध्यता कोड	सेवाको प्रकार										सहायक सामग्री		प्रेषण भई आएको बन्धको अन्य सेवाको कोड	प्रेषण भई आएको अन्य बन्ध/व्यक्तिगत नाम	प्रेषण लाग्नेको अन्य बन्धको नाम	भर्ना भएको मिति (ग/म/सा)	दृष्टिकोण भएको मिति (ग/म/सा)	मुला भर्ना भएको मिति (ग/म/सा)	संस्थान नं.	सेवा लाग्नेको दिन										
	निर्दिष्ट/पेरी	बाध/अपव्यवस्था	अपव्यवस्था	अपव्यवस्था	अपव्यवस्था	अपव्यवस्था	अपव्यवस्था	अपव्यवस्था	अपव्यवस्था	अपव्यवस्था	आवृत्ति	आवृत्ति									कोड	कोड	कोड	कोड	कोड	कोड				
१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०	४१	४२	४३

मिडियन अनुसार सेवाग्राहीको संख्या (महल नं. ११)																														
विषय	०१	०२	०३	०४	०५	०६	०७	०८	०९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०
महिला																														
पुरुष																														
कुल																														

रजिस्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महलको शिर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राही सँगको क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुहोस् ।
२	मूलदर्ता नम्बर अन्य सेवाको दर्ता नं.	यस महलको माथिल्लो भागमा मूलदर्ता रजिस्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर सेवाग्राही सँगभएको पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनुहोस् र यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राहीले अस्पतालको ओ.पि.डी वाआई.पि.डी वा अन्यकुनै सेवाबाट प्रेषण भएको हो भने त्यो सेवाको दर्ता न.उल्लेख गर्नुहोस् ।
३	मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउनुभएको मितिलाई गते, महिना र साल क्रमशः लेख्नुहोस्।
४	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर नयाँ/पुरानो	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीको पुनर्स्थापना सेवाको दर्ता न. उल्लेख गर्नुहोस् । सेवाग्राहीको दर्ता गर्दा प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँदर्ता नम्बर दिई शुरु गर्नुहोस् । एउटा स्वास्थ्य समस्या लिएर उपचार गराउन आएको सेवाग्राही सोही समस्या उपचारका लागि दोहोर्चाई (फलोअप) आएमा यो महलमा पहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नुहोस् । यदि एक पटकको रोगनिको भइसकेको सेवाग्राही सोही समस्या

		वा अन्य समस्या लिएर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँदर्ता गर्नुहोस् । यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राही नयाँ वा पुरानो होउल्लेख गर्नुहोस् । नयाँ भन्नाले पहिलो पटक उपचार लिनआएको व्यक्ति र पुरानो भन्नाले दोस्रो वात्यो भन्दा बढि पटक उपचार लिनआएको व्यक्तिभन्ने बुझ्नुपर्छ ।		
५	सेवाग्राहीको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुहोस् ।		
	अभिभावकको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको अभिभावकको नाम र थर लेख्नुहोस् ।		
६	जाति	सेवाग्राहीको जुनजाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूहएकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । ०१-दलित, ०२-जनजाति, ०३-मधेशी, ०४-मुस्लिम, ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री, ०६-अन्य		
७	उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस् ।		
८	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला भए '१', पुरुषभए '२' र यौन अल्पसंख्यक भए '३' लेखीगोलो लगाउनु ।		
९	विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड	सेवाग्राही कुन किसिमको विकार (impairment)/अपाङ्गताको समस्याका कारण पुनर्स्थापना सेवालिनआएको हो सोही अनुरूप तल उल्लेख भए अनुसारको कोड नम्बरयस महलमा लेख्नुहोस् । ०१-शारीरिक सम्बन्धी, ०२-दृष्टि सम्बन्धी, ०३-सुनाइ सम्बन्धी, ०४-श्रवण दृष्टिविहीन सम्बन्धी, ०५-स्वर र बोलाइ सम्बन्धी, ०६-मानसिकवामनोसामाजिक सम्बन्धी, ०७-बौद्धिक सम्बन्धी, ०८-अनुवंशीय रक्तश्राव सम्बन्धी, ०९-अटिज्म सम्बन्धी, १०-बहुअपाङ्गता सम्बन्धी		
१०	अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार	सेवाग्राहीसँग अपाङ्गता परिचयपत्र छ भने सोही महलमा परिचयपत्रको प्रकार अनुसार तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् र छैन भने छैन भनीजनाउन पर्दछ ।		
		<table border="1"> <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)
क-रातो रंग (पूर्ण अशक्त अपाङ्गता)	ख-नीलो रंग (अति अशक्त अपाङ्गता)	ग-पहेँलो रंग (मध्यम अपाङ्गता)	घ-सेतो रंग (सामान्य अपाङ्गता)	
११-१२	जिल्ला, गा.पा./न.पा, वडा नं., सम्पर्क नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राही प्रायःबसोबास गरेको जिल्ला, वीचको भागमा महानगर/उपमहानगर /नगर/गाउँपालिका, वडा नं., टोलको नाम र अन्तिमको भागमा सम्पर्क फोन नं. लेख्नुहोस् ।		
१३	अन्य (विदेशी)	यस महलमा सेवाग्राही विदेशी नागरिक हुनुहुन्छ भने उहाँको देशको नाम लेख्नुहोस् ।		
१४	अनुसन्धान मूलक परीक्षण	सेवाग्राहीले रोग निदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोगशाला वा अन्यजाँच गरेको व्यहोरा यस महलमा लेख्नुहोस् ।		
१५-१६	ICD Code, Chapter-परीक्षण र निदानको विवरण	१५महलको माथिल्लो भागमा स्वास्थ्य कर्मिले निदान गरे अनुसार सेवाग्राहीलाई लागेको सम्भावित मुख्य स्वास्थ्य समस्याको Numeric (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE (ICD-11) कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ र १६ नं महलका माथिको भागमा मुख्य स्वास्थ्य समस्याको ICD-11 कोडको मुख्यChapter (1-26) को नाम लेख्नुहोस् । त्यसैगरी महलहरुको तल्लो भागमामुख्य स्वास्थ्य समस्याको नाम लेख्नुहोस् । 01 Certain infectious or parasitic diseases (1A00-1H0Z) 02 Neoplasms (2A00-2F9Z) 03 Diseases of the blood or blood-forming organs (3A00-3C0Z) 04 Diseases of the immune system (4A00-4B4Z) 05 Endocrine, nutritional or metabolic diseases (5A00-5D46) 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (6A00-6E8Z) 07 Sleep-wake disorders (7A00-7B2Z) 08 Diseases of the nervous system (8A00-8E7Z) 09 Diseases of the visual system (9A00-9E1Z)		


		<p>10 Diseases of the ear or mastoid process (AA00-AC0Z) 11 Diseases of the circulatory system (BA00-BE2Z) 12 Diseases of the respiratory system (CA00-CB7Z) 13 Diseases of the digestive system (DA00-DE2Z) 14 Diseases of the skin (EA00-EM0Z) 15 Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue (FA00-FC0Z) 16 Diseases of the genitourinary system (GA00-GC8Z) 17 Conditions related to sexual health (HA00-HA8Z) 18 Pregnancy, childbirth or the puerperium (JA00-JB6Z) 19 Certain conditions originating in the perinatal period (KA00-KD5Z) 20 Developmental anomalies (LA00-LD9Z) 21 Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified (MA00-MH2Y) 22 Injury, poisoning or certain other consequences of external causes (NA00-NF2Z) 23 External causes of morbidity or mortality (PA00-PL2Z) 24 Factors influencing health status or contact with health services (QA00-QF4Z) 25 Codes for special purposes (RA00-RA26) 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I (SA00-SJ3Z)</p>										
१७-२२	कार्य क्षमताको विवरण (Functioning)	<p>१७-२२ महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीलाई उमेर अनुसारको कार्य क्षमताको विवरण(Functioning) को कुन-कुन क्षेत्रमा समस्या छ, उक्त क्षेत्रको बक्समा ✓ चिन्ह लगाउनुहोस् । ०१. बुझ्ने र बुझाउने क्षमता, ०२. गमनशिलता (हिँडाइ र चहलपहल), ०३.स्व-हेरचाह (आफ्नो स्वच्छता, लवाइ, खुवाइ र एकलै गर्न सक्ने), ०४.मेलमिलाप (अरु मानिस सँगको अन्तक्रिया), ०५.जीवन क्रियाकलाप (घरायसी तथा विद्यालय कार्य), ०६.सहभागिता (सामाजिक क्रियाकलाप, समाजमा सहभागिता)</p> <p>त्यसैगरी महलहरूको तल्लो भागमा उक्त ✓ चिन्हलगाएको Functioning क्षेत्रलाई व्याख्या गर्नुहोस्।</p>										
२३	स्वास्थ्य समस्याको कारण	<p>यस महलमा सेवाग्राहीलाई लागेको मुख्य रोगको कारणको कोड नम्बर लेख्नुहोस् । ०१-जन्मजात, ०२-दुर्घटना/चोटपटक, ०३-हिंसा, ०४-नसर्ने रोग, ०५-सर्ने रोग, ०६- हड्डीखिइनु, ०७- अन्य, ०८-थाहानभएको</p>										
२४-३१	स्वास्थ्य समस्याको कारण सेवाको प्रकार (उपचार र सल्लाहको विस्तृत जानकारी)	<p>यस महलको माथिल्लो भागमा तल उल्लेख गरिएको मध्ये सेवाग्राहीलाई दिएको विभिन्न सेवाहरूको बक्समा ✓ चिन्हलगाएर उक्त उपचार र सल्लाहको बारेमा तल्लो महलमा छोटकरीमा उल्लेख गर्नुहोस् । एकजना सेवाग्राहीलाई एक भन्दा बढि सेवामा उपचार र सल्लाह दिइन्छ भने एकभन्दा बढि सेवाको बक्समा चिन्ह ✓ लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा उल्लेख गर्नुपर्छ । यदि सेवाग्राहीलाई अन्यकुनै संस्थामा वा स्वास्थ्य संस्थाले अन्यकुनै सेवामा प्रेषण गरियो भने अन्यको महलमा ✓ लगाइ केकालागि प्रेषण गरियो भनि उल्लेख गर्नुहोस् ।</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">०१. फिजियोथेरापी सेवा</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">०२. वाक् तथा श्रवण सेवा</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">०३. अकुपेशनथेरापी सेवा</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">०४. सहायक सामग्री सम्बन्धी सेवा</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">०५. चिकित्सकीय सेवा</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">०६. नोपरामर्श सेवा</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">०७. अन्य सेवा</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">०५.१ पि.एम.एण्ड आर</td> <td style="text-align: center;">०५.२ अन्यचिकित्सक</td> </tr> </table>	०१. फिजियोथेरापी सेवा	०२. वाक् तथा श्रवण सेवा	०३. अकुपेशनथेरापी सेवा	०४. सहायक सामग्री सम्बन्धी सेवा	०५. चिकित्सकीय सेवा		०६. नोपरामर्श सेवा	०७. अन्य सेवा	०५.१ पि.एम.एण्ड आर	०५.२ अन्यचिकित्सक
०१. फिजियोथेरापी सेवा	०२. वाक् तथा श्रवण सेवा	०३. अकुपेशनथेरापी सेवा	०४. सहायक सामग्री सम्बन्धी सेवा									
०५. चिकित्सकीय सेवा		०६. नोपरामर्श सेवा	०७. अन्य सेवा									
०५.१ पि.एम.एण्ड आर	०५.२ अन्यचिकित्सक											

		<p>०५-१ पि.एम.एण्ड.आरको महलमा पि.एम.एण्ड.आर (Physical Medicine and Rehabilitation) विशेषज्ञ चिकित्सद्वारा प्रदान गरिएको सेवाहो भने यो बक्समा चिन्ह ✓ लगाई सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।</p> <p>०५-२ अन्य सेवाको महलमा विशेषज्ञ चिकित्सक जस्तै हार्डजोर्नी विशेषज्ञ, मुटुरोग विशेषज्ञ, आँखा रोग विशेषज्ञ, आदिद्वारा प्रदान गरिएको सेवाहो भने यो बक्समा चिन्ह ✓ लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।</p> <p>०७.अन्य सेवाको महलमा माथि उल्लेखित सेवा बाहेक अन्य सेवाहरु प्रदान गरिएको भए चिन्ह ✓ लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ । साथै अन्य स्वास्थ्यकर्मी (नर्स, हे.अ, अ.हे.व) द्वारा प्रदान गरिएका पुनर्स्थापना सम्बन्धी सेवाहो भने पनि यस महलमा चिन्ह ✓ लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।</p>
३२	सहायक सामग्री (आवश्यक, कोड)	<p>यस महलको माथिल्लो भागमा आवश्यक सहायक सामग्रीको नाम र तल्लो महलमा उक्त सहायक सामग्री कोड लेख्नुहोस् ।</p> <ol style="list-style-type: none"> १. गमन शिलता सम्बन्धि, जस्तै: Crutches, Walking sticks and canes, Walkers, wheel chain orthoses, prostheses, आदि । २. दृष्टि सम्बन्धि, जस्तै: Magnifying devices, Spectacles, Tactile sticks, आदि । ३. सुनाई सम्बन्धि, जस्तै: Hearing aids, communication products, Signaling products, आदि । ४. संचार सम्बन्धि, जस्तै: Communication products, Signalling products, आदि । ५. बुझ्ने र बुझाउने सम्बन्धि, जस्तै: Memory Aids, Alarms, आदि । ६. वातावरण सम्बन्धि, जस्तै: Chairs, Beds, Wheelchair accessories:-cushion, belt आदि ।
३३	सहायक सामग्री (प्राप्त र स्रोतको कोड)	<p>यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीले सहायक सामग्री पाउनुभएको भए ✓ लगाउनुपर्छ र तल्लो महलमा सहायक सामग्री पाएको स्रोतको कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।</p> <ol style="list-style-type: none"> १. आफै किनेको २. अस्पतालबाट ३. अन्य सरकारी कार्यलयबाट ४. पुनर्स्थापना केन्द्रबाट ५. अन्य संस्थाबाट
३४	प्रेषण भई आएको सेवाको कोड	<p>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 उक्तसेवाको कोड तल्लो भागमा लेख्नुहोस् ।</p> <p>01.OPD, 02.IPD, 03.CBIMNCI, 04. Nutrition, 05. Immunization, 06. Safe Motherhood, 07. PEN, 08. PHC/ORC, 09. Other</p>
३५-३६	प्रेषण भई आएको र कोड	<p>३७ नं. महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राही यदि अन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण भई आएको भए संस्था/व्यक्तिको नाम लेख्नुहोस् र उक्त संस्था/व्यक्तिको कोड तल्लो भागमा लेख्नुहोस् ।</p>

		<p>३८ नं. महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा प्रेषण गरिएको छ भने प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ र उक्त संस्थाको कोड तल्लो भागमा लेख्नुहोस् ।</p> <p>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</p>
३७	भर्ना भएको मिति	पुनर्स्थापना सेवालिन आउने उद्देश्यले भर्ना हुने सेवाग्राहीलाई मात्र यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्नेछ । सेवाग्राही सेवालिनभर्ना भएको मितिलाई गते, महिना र साल क्रमशः लेख्नुहोस् ।
	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 क्रमशः लेख्नुहोस् ।
३८	कुलभर्ना भएको दिन	यस महलमा सेवाग्राहीलिनभर्ना भएको मिति देखि गिन्ति गरेरदिनको संख्या लेख्नुहोस् ।
३९	सेसनको संख्या	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीले उक्त समस्याका लागि एक दिनमा कति सेसनहरू पाउनुभएको छ उक्त सेसनको नं र तल्लो भागमा सेवाग्राहीले एक दिनमा पाएको जम्मा सेसन संख्या लेख्नुहोस् ।
४०	सेवापाएको दिन	सेवाग्राहीले उक्त समस्याका लागि कति दिन सेवापाउनु भएको छ यो महलमा लेख्नुहोस् ।

HMIS-5.7: पुनर्स्थापना सेवा कार्ड (Rehabilitation ServiceCard)

कार्डको नमूना :

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग एकिकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>		HMIS 5.7
प्रदेश:	महा/ उप/नगरपालिका/गाउँपालिका:	
जिल्ला:	स्वास्थ्य संस्थाको नाम:	
पुनर्स्थापना सेवा कार्ड		
मूल दर्ता नं.	प्रेषण गर्ने सेवाको नाम	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर
जति कोड	लिङ्ग	उमेर
अभिभावकको नाम थर		विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड
अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रकार		
ठेगाना		
प्रदेश	जिल्ला	महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका
बडा नं.	टोल	सम्पर्क नं.
<p>नोट: अन्तरंग सेवामा समावेश हुने सेवाग्राहीको लागि भर्ना भएको मिति र डिस्चार्ज भएको मिति लेख्नुपर्नेछ।</p>		
भर्ना भएको मिति (ग/म/सा)	डिस्चार्ज भएको मिति (ग/म/सा)	
मिति (ग/म/सा)	परिक्षण, शिवायतकार्य क्षमता	
	उपचार र सल्लाह	
	पुष्प र पुष्पाङ्कुर अक्षता	अपेक्षा- विना केप
	नमनसिधता	मिठाक बान्नी केप
	स्व-संयोजक	रि.प.म. एण्ड.आर.केप
	संवेदनशीलता	अन्य
	सिर्जन क्लिककाप	मनोरामार्थ केप
	सिर्जनशीलता	अन्य केप
	सिर्जनशीलता	अन्य केप

क्र.स.	मिति	सेसन नं.	सेसन संख्या	हस्ताक्षर	क्र.स.	मिति	सेसन नं.	सेसन संख्या	हस्ताक्षर
१					१६				
२					१७				
३					१८				
४					१९				
५					२०				
६					२१				
७					२२				
८					२३				
९					२४				
१०					२५				
११					२६				
१२					२७				
१३					२८				
१४					२९				
१५					३०				

कार्ड भर्ने तरिका :

महलको शिर्षक	निर्देशन
प्रदेश	स्वास्थ्य संस्था रहेको प्रदेशको नाम लेख्नुहोस्।
महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका	स्वास्थ्य संस्था रहेको महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिकाको नाम लेख्नुहोस्।
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुहोस्।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुहोस्।
मूलदर्ता नम्बर	मूलदर्ता रजिस्टरको दर्ता नं. लेख्नुहोस्।
प्रेषण गर्ने सेवाको नाम	प्रेषण गर्ने सेवाको नाम उल्लेख लेख्नुहोस्।
प्रेषण गर्ने सेवाको दर्ता नं.	प्रेषण गर्ने सेवाको दर्ता नं. लेख्नुहोस्।
पुनर्स्थापना सेवादर्ता नम्बर	यस महलमा सेवाग्राहीको पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरमा दर्ता गरिएको नं. उल्लेख गर्नुहोस्।
सेवाग्राहीको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुहोस्।
जाति कोड	सेवाग्राहीको जुनजाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूहएकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस्। ०१-दलित, ०२-जनजाति, ०३-मधेशी, ०४-मुस्लिम, ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री, ०६-अन्य
लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला भए 'म', पुरुष भए 'पु' र अन्य भए 'अ' लेख्नुहोस्।
उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस्।
अभिभावकको नाम थर	यस महलमा सेवाग्राहीको अभिभावकको नाम र थर लेख्नुहोस्।

विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड	सेवाग्राहीमा कस्तो किसिमको विकार/अपाङ्गता छ यस महलमा तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नुहोस् । ०१-शारीरिक सम्बन्धी , ०२-दृष्टि, ०३-सुनाइ , ०४-श्रवण दृष्टिविहीन अपाङ्गता, ०५-स्वर र बोलाइ सम्बन्धी अपाङ्गता, ०६-मानसिकवा मनोसामाजिक अपाङ्गता, ०७-बौद्धिक अपाङ्गता, ०८-अनुवंशीय रक्तश्राव, ०९-अटिजम सम्बन्धी अपाङ्गता, १०-बहुअपाङ्गता			
अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार	सेवाग्राहीसँग अपाङ्गता परिचयपत्र छ भने सोही महलमा र छैन भने परिचयपत्रको प्रकार तल उल्लेख भएअनुसार लेख्नुहोस् ।			
	क-रातो रंग (पूर्ण अशक्त अपाङ्गता)	ख-नीलो रंग (अति अशक्त अपाङ्गता)	ग-पहेँलो रंग (मध्यम अपाङ्गता)	घ-सेतो रंग (सामान्य अपाङ्गता)
प्रदेश	यस महलमा सेवाग्राहीको प्रायःबसोबास गरेका प्रदेशको नाम लेख्नुहोस् ।			
जिल्ला	यस महलमा सेवाग्राही प्रायः बसोबास गरेको जिल्ला उल्लेख गर्नुहोस् ।			
महा/उप/नगरपालिका /गाउँपालिका	यस महलमा सेवाग्राहीप्रायःबसोबास गरेको महा/उप/नगरपालिका /गाउँपालिकाको नाम लेख्नुहोस् ।			
वडा नं.	यस महलमा सेवाग्राहीप्रायः बसोबास गरेको वडा नं.लेख्नुहोस् ।			
टोल	यस महलमा सेवाग्राहीप्रायः बसोबास गरेको टोलको नाम लेख्नुहोस् ।			
सम्पर्क नं	यस महलमा सेवाग्राहीको सम्पर्क नम्बर उल्लेख गर्नुहोस् ।			
भर्ना भएको मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राही अन्तरंग सेवा लिन भर्ना भएको मितिलाई गते, महिना र साल क्रमशः लेख्नुहोस् ।			
डिस्चार्ज भएको मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राही अन्तरंग सेवाबाट डिस्चार्ज भएको मितिलाई गते, महिना र साल क्रमशः लेख्नुहोस् ।			
मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्थामा सेवालिन आउनु भएको मितिलाई गते, महिना र सालक्रमशः लेख्नुहोस्।			
परिक्षण, सिकायत र कार्य क्षमता	यस महलमा सेवाग्राही रोग निदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोग शाला वा अन्य जाँच गरेको व्यहोरा उल्लेख गर्नुहोस् । साथै कार्य क्षमता (Functioning) को कुन क्षेत्रमा समस्या परेको छ उक्तक्षेत्रको बक्समा ✓चिन्ह लगाउनुहोस् । एउटै सेवाग्राहीको एक वा एक भन्दा बढि कार्य क्षमतामा समस्या हुन सक्छ । ०१.बुझ्ने र बुझाउने क्षमता, ०२. गमन शिलता (हिँडाइ र चहलपहल), ०३.स्व-हेरचाह (आफ्नो स्वच्छता, लवाइ, खुवाइ र एकलै गर्न सक्ने), ०४.मेलमिलाप (अरु मानिस सँगको अन्तक्रिया), ०५.जीवन क्रियाकलाप (घरायसी तथा विद्यालय कार्य), ०६.सहभागिता (सामाजिक क्रियाकलाप, समाजमा सहभागिता)			
उपचार र सल्लाह	सेवाग्राहीलाई कुनउपचार पद्धतिबाट उपचार गरिने हो सो उल्लेख गर्नुहोस् र चिन्ह✓लगाउनुहोस् । सेवाग्राहीलाई उपचार गर्दा एक वा एक भन्दा बढी उपचार पद्धति प्रयोग गर्न सकिनेछ । अभै विस्तृत रूपमा के-कस्ता उपचार र सल्लाह दिइयो सो उल्लेख गर्नुहोस् । पछाडिको पृष्ठमा अगाडिको भागमा लेखे जस्तै मिति, परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता, उपचार र सल्लाह उल्लेख गर्नुहोस् ।			
यस कार्डको अन्तिम पृष्ठको तालिकामा सेवाग्राहीको नियमित उपस्थितिलाई उल्लेख गर्नुहोस् । सेवाग्राही आएको दिनअनुसार क्र.सं. मानम्बर र कुन मितिमा उपस्थित भएको दिनको मिति लेख्नुहोस् । सेसनको महलमा त्यस मितिमा आएको कतिऔं पटक हो त्यो संख्या उल्लेख गर्नुहोस् । साथै सेसन संख्याको महलमा त्यस मितिमा जम्मा सेसन कति पाएको हो त्यो उल्लेख गरी हस्ताक्षरमा उपचार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले हस्ताक्षर गर्नुहोस् ।				

HMIS-5.8: कुष्ठरोग बिरामीको सम्पर्क जाँच रजिष्टर (Leprosy Contact Investigation Register)

कुष्ठरोगको संक्रमणको स्थिति तथा कुष्ठरोग विरामी सुरुको नै अवस्थामा पत्तालगाउन हरेक कुष्ठरोगको मूल बिरामीको परिवार तथा छिमेकी ५ घर परिवार सदस्यहरुको सम्पर्क जाँच गरी सबै विवरण यस रजिष्टरमा अभिलेखिकरण गर्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

कुष्ठरोग विरामीको सम्पर्क जाँच रजिष्टर

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :		प्रश्नक:															
गाउँपालिका/नगर/उप/महानगरपालिका :		बिस्वा:															
क्र.सं.	मूल विरामीको							क्र.सं.	सम्पर्क परिक्षण गरेको							कैफियत	
	नाम	ठेगाना	उमेर		रोगको प्रकार		व्यक्तिको नाम		उमेर		मूल विरामी सगको नाता	परिक्षण मिति (स म सा)	कुष्ठरोग निदानको अवस्था				
	सेवा दर्ता नं उपचार सुरु गरेको मिति (स म सा)	सम्पर्क नं	म	पु	एम.वी.	पी.वी.			म	पु			हो	होइन	शक्यस्य		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	

रजिष्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
१-७	मूलविरामीका	कुष्ठरोगको मूल विरामीको तपसिल अनुसारको विवरण भर्ने :
१	क्र.सं	प्रत्येक मूल विरामीको क्रम संख्या १ बाट शुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ ।
२	नाम	महल २ को पहिलो कोठामा मूल विरामीको नामलेख्ने पर्दछ ।
	सेवादर्ता नं	महल २ को दोश्रो कोठामा सो विरामीको कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरमा दर्ता भएको सेवा दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
	उपचार सुरु गरेको मिति	महल २ को तेश्रो कोठामा सो विरामीको कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरमा दर्ता भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
३	ठेगाना	महल ३ को पहिलो कोठामा मूल विरामीको ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
	सम्पर्क नं	महल ३ को दोश्रो कोठामा मूल विरामीको सम्पर्क नंलेख्नुपर्दछ ।
४	उमेर, महिला	विरामी महिला भए यस महलमा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
५	उमेर, पुरुष	विरामी पुरुष भए यस महलमा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
६	रोगको प्रकार,	एम. वी विरामी भए यस महलमा ✓चिन्ह लगाउनुहोस् ।
७	रोगको प्रकार, पी.वी	पी. वी विरामी भए यस महलमा ✓चिन्ह लगाउनुहोस् ।
८-१६	सम्पर्क परिक्षण गरेको	कुष्ठरोगको मूल विरामी परिवार तथा छिमेकीको परिवारको सदस्यहरुको सम्पर्क परिक्षणको विवरणहरु तपसिल अनुसार भर्ने :
८	क्र.सं	प्रत्येक मूल विरामीको सम्पर्क जाँच गरेको व्यक्तिको क्रम संख्या १ बाट शुरु गरी जतिजनालाई गरेको हो क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ । हरेक मूल विरामीको सम्पर्क जाँच गरेको व्यक्तिको क्रम संख्या १ बाट सुरु गर्दै लेख्नु पर्दछ । यस क्रम संख्याबाट प्रत्येक मूल विरामीकोको परिवार तथा छिमेकीको कतिजनामा व्यक्ति/सदस्यमा सम्पर्क जाँच
९	व्यक्तिको नाम	सम्पर्क परिक्षण गरेको व्यक्तिको नाम यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१०	उमेर, महिला	विरामीमहिलाभए यस महलमा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
११	उमेर, पुरुष	विरामीपुरुषभएयस महलमा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।

१२	मुलविरामीसंगको नाता	मुलविरामीको परिवारको सदस्य भएनाता जस्तै: आमा, बुवा, दाजु, भाई, दिदी, बहिनी, आदि खुलाउने र छिमेकी परिवारको सदस्य भए छिमेकी भनी लेख्ने ।
१३	परिक्षण मिति	सम्पर्क परिक्षण गरेको मिति गते । महिना । साल खुलाउनु पर्दछ ।
१४-१५	कुष्ठरोगनिदानको अवस्था	सम्पर्क जाँच गरेको सदस्यलाई परिक्षण पश्चात् कुष्ठरोग हो / होइन यकिन गरी यी महलमा चिन्ह लगाउनुहोस ।
१४	हो	सम्पर्क जाँचगर्दा सो व्यक्तिमा कुष्ठरोग भएको यकिन भएमा यस महलमा ✓ चिन्ह
	MDT दर्ता नं	कुष्ठरोगको निदान पश्चात् कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरमा दर्ता गरी सो विरामीको सेवादर्ता नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।
१५	होइन	सम्पर्क जाँचगर्दा सो व्यक्तिमा कुष्ठरोग नभएको यकिन भएमा यस महलमा ✓ चिन्ह
१६	शंकास्पद	सम्पर्क जाँचगर्दा सो व्यक्तिमा कुष्ठरोग भए/नभएको यकिन गर्न नसकिशंका लागेमा यस महलमा ✓ चिन्ह लगाइ कुष्ठरोग भए/नभएको यकिन गर्न प्रेषण गर्नुपर्दछ ।
१७	कैफियत	यी विवरण बाहेकअन्य केही कुरा खुलाउनु पर्ने भएमा कैफियत महलमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै: प्रेषण गरिएको, आदि ।

HMIS-5.9: नसर्नेरोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Non-Communicable Diseases and Mental Health Register)

नसर्ने तथामानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर बहिरंग तथा आकस्मिक सेवा लिन आउने विरामीको लागि मात्र भर्नु पर्दछ । अन्तरंग सेवा लिएका विरामीको विवरण Inpatient Morbidity को खण्डबाट नै प्राप्तहुने हुँदा यस रजिष्टरमा दोहोर्‍याएर गणना गर्नु हुँदैन ।

रजिष्टरको नमूना :

HMIS 5.9

नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर																						
सेवा सम्बन्धि जानकारी				सेवाग्राहीको व्यक्तिगत जानकारी						ठेगाना/ सम्पर्क नं.		निदान (Diagnosis)		सेवाको प्रकार					पुराना सेवाग्राहीहरूको लागि मात्र		प्रेषण	
क्र.सं.	मूल दर्ता नम्बर	अन्य सेवा दर्ता नम्बर	मिति	NCD/MH/Injury सेवा दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम/थर	जाति/काष्ठ	उमेर	लिंग		गा.पा./न.पा. वडा नं.	टोल सम्यक नम्बर	Investigation	Diagnosis	ICD Code	औषधि	मानसिक/परासर्जिक	परासर्जिक	अन्य	मूल भएको	उपचार नियमितता (Rx compliance)	सुधारको अवस्था	प्रेषण भइ आएको संस्था/ व्यक्तिको नाम
								महिला	पुरुष													
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	

मूल नं ४ को कोड: १- NCD (नसर्ने रोग), २- Mental Health (मानसिक स्वास्थ्य), ३- Injury (चोटपटक)

परिभाषित आ.ब. २०७८/७९

छपाई आ.ब. २०७८/७९

रजिष्टर गर्ने तरिका :

महल नं	महलको शिर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येक दिन सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको क्रम संख्या १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ ।
२	मूलदर्ता नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा मूलदर्ता रजिष्टरमादर्ता हुँदाको नम्बर सेवाग्राहीसँग भएको पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	अन्य सेवादर्ताको डनम्बर	यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राहीले अस्पतालको ओ.पि.डी, आई.पि.डी वा अन्य कुनै सेवाबाट प्रेषण भएको हो भने त्यो सेवाको दर्ता नं.उल्लेख गर्नुपर्दछ । अन्य सेवाको दर्ता नम्बर पछाडी कुन सेवा बाट प्रेषण भएको हो सो को नाम पनि उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै सेवाग्राहीओ.पि.डी. बाट आएको हो र उसको दर्ता नं २१३ हो भने यस महलमा २१३ (OPD) उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३	मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहिले स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउनु भएको मितिलाई गते, महिना र साल क्रमसः लेख्नुपर्दछ ।
४	NCD/MH/Injury	यस महलमा सेवाग्राहीले नसर्ने रोग वा मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धीकुन सेवा लिएको हो, उल्लेख गर्नुपर्दछ । नसर्ने रोग लिएको भए '१', मानसिक स्वास्थ्य सेवा लिएको भए '२'र चोटपटकको उपचारका लागि सेवा लिएको भए "३" उल्लेख गरी गोलो लगाउनु पर्दछ ।

महल नं	महलको शिर्षक	निर्देशन
५	नयाँ/पुरानो	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राही नयाँ वा पुरानो हो उल्लेख गर्नुपर्दछ। नयाँ भन्नाले पहिलो पटक उपचार लिन आएको व्यक्ति र पुरानो भन्नाले दोस्रो वा त्यो भन्दा बढी पटक उपचार लिन आएको व्यक्ति भन्ने बुझ्नुपर्दछ।
	सेवादर्ता नम्बर	त्यसैगरी यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राहीको नसर्ने रोग र मानसिक स्वास्थ्य सेवाको दर्ता नम्बर उल्लेख गर्नुपर्दछ। सेवाग्राहीको दर्ता गर्दा प्रत्येक वर्षमा नयाँ दर्ता नम्बर दिई शुरु गर्नुपर्दछ। एउटा स्वास्थ्य समस्यालिएर उपचार गराउनआएको सेवाग्राही सोहि समस्याउपचारका लागि दोहोर्याएर (फलोअप) आएमा पहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ। यदि एक पटकको रोगनिको भइसकेको सेवाग्राही सोहि समस्या वा अन्य समस्या लिएर फेरी उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ।
६	सेवाग्राहीको नाम	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुपर्दछ।
७	जाति कोड	यस रजिष्टरको ११ औँमहलमा सेवाग्राहीको जाति समूह पहिचान गरि सो जाति समूहलाई जनाउने उपयुक्त कोड लाई अंकमा लेख्नुपर्दछ। जाति समूह अनुसारको कोड रजिष्टरको तल पट्टि पनि उल्लेख गरिएको छ। १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य
८	उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ।
९-१०	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला भए '१', र पुरुष भए '२' मा गोलो घेरा लेख्नुपर्दछ।
११	ठेगाना/ सम्पर्क नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राही प्रायःबसोबास गरेको जिल्ला, दोस्रो भागको दुइ खण्ड मध्ये बायाँ खण्डमा अक्सर बसोबास गर्ने स्थानीय तह (उप/महा/नगर/गाउँपालिका) को नाम र दायाँ खण्डमा सोहि ठाउँको वडा नं उल्लेख गर्नुपर्दछ। त्यसै गरि आफ्नो बसोबास राखेको टोलको विवरण तेस्रो भागमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। यस महलको अन्तिम भागमा सेवाग्राहीको सम्पर्क नम्बर उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१२	निदान (Diagnosis)	यस महलमा स्वास्थ्यकर्मी ले सेवाग्राहीको जाँच गरी निदान गरेको मुख्य स्वास्थ्य समस्याको नाम उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१३	ICD Code	महल १२ मा उल्लेख गरेको स्वास्थ्य समस्याको (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE -ICD-11) कोड नं यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१४-१७	सेवाको प्रकार	यस महलमा दुइवटा खण्डहरु छन्।माथिल्लो खण्डमा ४ वटा सेवा मध्ये कुन कुन सेवाहरु प्रदान गरिएको होभन्ने उल्लेख गर्न प्रयोग गर्नुपर्दछ। सेवा प्रदायकले औषधी सिफारिश गरेमा औषधीको महल (१४), मनोसामाजिक परामर्श प्रदान गरे मनोसामाजिक परामर्शको महल (१५), परामर्श सेवादिनेमा परामर्शको महल (१६) र अन्य सेवाप्रदान गरेमा अन्यको महल (१७) मा १ नं उल्लेख गर्नुपर्दछ। उल्लेखित ४ मध्ये एक भन्दा बढी सेवा प्रदान गरेको भए जुनजुन सेवादिएको हो ति सबै महलमा १ अंकउल्लेख गर्नुपर्दछ। यसरी प्रदान गरिएको औषधि, उपचार र परामर्श सेवाको विस्तृत विवरण तल्लो खण्डमा खुलाउनु पर्दछ।
१८	मृत्यु भएको	नसर्ने वा मानसिक स्वास्थ्य समस्या लिएर आएको विरामीको यदि मृत्यु भएको हो भने यस महलमा उल्लेखित १ नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ।

महल नं	महलको शिर्षक	निर्देशन
१९	उपचार नियमितता (Rx compliance)	यो महल पुराना सेवाग्राहीका लागि मात्र भर्नुपर्छ । यस महलमा सेवाग्राहीहरूले उपचारमा नियमितता अपनाएको छ वा छैन भन्ने दुई वटा विकल्प समावेश गरिएको छ । यदि सेवाग्राहिले सेवा प्रदायकको सिफारिस बमोजिम सेवा लिई रहेको वा नियमित औषधि सेवन गरिरहेको भएमा उपचार 'नियमित छ' भन्ने पहिलो विकल्पलाई छनौट गर्न १ नं कोड मागेलो लगाउनु पर्दछ। उपचार र औषधि सेवन नियमित नभएका सेवाग्राही भएमा 'नियमित छैन' भन्ने दोस्रो विकल्पको २ नं कोड मागेलो लगाउनु पर्दछ ।
२०	सुधारको अवस्था	यो महल पुराना सेवाग्राहीका लागि मात्र भर्नुपर्छ । यस महलमा सेवाग्राहीको स्वास्थ्य अवस्थामा मापन योग्य सुधार छ वा छैन भन्ने दुई वटा विकल्प समावेश गरिएको छ । यदि सेवाग्राहीको स्वास्थ्य अवस्थामा मापन योग्य सुधार देखिएको छ भने '१. सुधार छ' भन्ने विकल्प को १ नं कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। स्वास्थ्य अवस्था सुधारोन्मुख नभएमा वा पहिलेकै जस्तै अवस्थाभएमा '२. सुधार छैन' भन्ने दोस्रो विकल्पको २ नं कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। नोट: मापन योग्य सुधार भन्नाले HTN (BP <140/90 in general and for DM: <130/90) DM (RBS<180 mg/dl), COPD र Asthma को हकमा उपचार प्रोटोकलमा उल्लेख भएका मापदण्ड अनुसार, Epilepsy को समस्या देखानपर्नु, Substance use disorder मा लागु पदार्थ प्रयोग नगर्नु, Mental Health Conditions मा उपचार पूर्वको अवस्थामा कम्तीमा ५०% सुधार भन्ने बुझ्नु पर्दछ ।
२१	प्रेषण	यस महलमा दुईवटा खण्डहरू छन् । सेवाग्राही अन्यत्र बाट प्रेषित भएर आएको भए, सेवाग्राहीलाई यस स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने व्यक्तिका संस्थाको नाम माथिल्लो खण्डमा लेख्नुपर्दछ। प्रेषणगने व्यक्तिको हकमा पेशा पनि खुलाउनु पर्दछ । यदि सेवाग्राहीलाई यस स्वास्थ्य संस्थाबाट अरु स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएको भए कुन स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएको हो भन्ने विवरण तल्लो खण्डमा खुलाउनुपर्दछ ।

रजिस्टर गर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका नयाँ सेवाग्राहीसंगको क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नहोस ।
२	मिति	दर्ता गरेको मितिको नेपालीपात्रो अनुसार साल, महिना र गते उल्लेख गर्नुहोस ।
३	दर्ता नं.	एक आ. व. का लागि १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ र अर्को आ. व. सुरु भएपछि पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ । दर्ता नम्बरले सेवा लिने ज्येष्ठ नागरिकको सेवाग्राहीको अभिलेखन हुन्छ र भविष्यमा सेवाग्राहीलाई पहिचान गरी पहिल्याउन सकिन्छ ।
४	सेवाग्राहीको नाम थर	यस महलको सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुहोस ।
५	उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस ।
६	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला, पुरुष, र लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक भए तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नुहोस ।
		१ महिला २ पुरुष ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक
७	जाति समूह:	सेवाग्राहीको जुन जाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस ।
		०१-दलित ०२-जनजाति ०३-मधेशी ०४-मुस्लिम ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री ०६-अन्य
८-१०	ठेगाना (जिल्ला, गाउँपालिका/नगरपालिका, वडा नं)	पीडितको स्थाइ बसोबास रहेको जिल्ला, गाउँपालिका, नगरपालिका वा महानगरपालिकाको नाम र वडा नं उल्लेख गर्नुहोस ।
११	नयाँ वा पुरानो	सेवाग्राही पहिलोपटक आएको भए नयाँ र फलोअपमा आएको भए पुरानो लेख्नुहोस ।
१२	परिचयपत्र	१.नेपाल सरकारबाट प्राप्त गरेको ज्येष्ठ नागरिक परिचयपत्र,नागरिकता,मतदाता परिचय पत्र, ज्येष्ठ नागरिक परिचयपत्रलगायत उमेर खुल्ने कुनै परिचयपत्र छ भने १ राख्ने छैन भने २ राख्ने ।
१३	रोगको किसिम	रोगको किसिम एकिन गरीतल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस । तल उल्लेखित बर्गिकरण अनुसार रोगको किसिम खुलाउने 1 Stroke, 2 Chronic Respiratory Disease, 3 Coronary Artery Disease, 4 Hypertension, 5 Diabetes mellitus, 6 Cancers, 7 Parkinsonism, 8 Dementia and Alzheimer's, 9 Benign Prostatic Hypertrophy, 10 Depression, 11 Osteoarthritis, 12 Osteoporosis, 13 Sarcopenia, 14.Pneumonia, 15.Urinary Tract infection, 16 Others (Specify)
१४	विभाग	उपचार को क्रममा कुन विभागीय सेवा लियको हो यकिन गरीतल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस ।
		१.आकस्मिक २. वहिरङ्ग ३. अन्तरङ्ग
१५	सेवा	कस्तो किसिमको सेवा लिएको हो यकिन गरी गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस ।
		१. सामान्य परिक्षण २. सामान्य उपचार ३. शल्यक्रिया ४ Palliative ५ Rehabilitative
१६-१९	सेवा शुल्क (रु मा)	ज्येष्ठ नागरिकले उपभोग गरेको औषधि, परिक्षण, शल्यक्रिया वा अन्य सेवा को वास्तविक जम्मा शुल्क रकम सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । सेवा शुल्क भन्नाले तिर्नुपर्ने जम्मा रकममा र छुट पाउने सबै शुल्कको जम्मा रकमलाई बुझनुपर्दछ

महल नं.	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
२०-२१	निःशुल्क वा छुट रकम	यदि ज्येष्ठ नागरिकले निःशुल्क सेवा पाएको भए महल २० मा १ लेखि गोलो लगाउनु पर्दछ तर यदि शुल्क लाग्ने सेवामा ज्येष्ठ नागरिकलाई अस्पताल व्यवस्थापनले तोकेको निश्चित स्वास्थ्य सेवा छुट दिएको भए कति रकम छुट भएको हो महल २१ मा रुपैयामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२२-२५	खर्च बेहोरिएको	खर्च बेहोरिएको भए स्वास्थ्य विमा, ज्येष्ठ नागरिक कार्यक्रम वा अन्य कुन स्रोतबाट कति रकम बेहोरिएको हो भन्ने खुलाउनु पर्दछ । यदि खर्च स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रमबाट बेहोरिएको भए महल २२ मा बेहोरिएको रकम रुपैयामा लेख्नुपर्दछ, यदि ज्येष्ठ नागरिक कार्यक्रमबाट बेहोरिएको भए महल २३ मा र अन्य श्रोत बाट भए महल २४ मा कति रकम बेहोरिएको भन्ने खुलाउनुपर्दछ ।
२६-२८	प्रेषण गरिएको	प्रेषण गरिएको हो भने तल उल्लेखित स्थान मध्ये कहाँ प्रेषण भएको हो? सम्बन्धीत महलमा चिन्ह लगाउनुपर्दछ । यदि माथिल्लो तहको अस्पतालमा प्रेषण गरेको भए महल २५ मा कुन अस्पताल प्रेषण गरिएको हो सो को नाम र स्थान खुलाउनु पर्दछ; तल्लो तहको अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको भए सो को विवरण महल २६ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ । प्रेषण गरिएको स्थान पुन स्थापना केन्द्र भए महल २७ र जेरियाट्रिक केयर सेन्टर भए महल २८ मा चिन्ह लगाउनुपर्दछ।

६. क्षयरोग

6. Tuberculosis

- HMIS ६.१: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर
- HMIS ६.२: खकारपरिक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम
- HMIS ६.३A: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी)
- HMIS ६.३B: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(एक्स्पर्ट)
- HMIS ६.४A: क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस् टी.बि)
- HMIS ६.४B: क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि
- HMIS ६.४C: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड
- HMIS ६.४D: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड
- HMIS ६.५A: क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर
- HMIS ६.५B: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचाररजिष्टर
- HMIS ६.६: क्षयरोगको स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परिक्षण फाराम
- HMIS ६.७: सम्पर्क परिक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर
- HMIS ६.८: क्षयरोग प्रतिरोधात्मक कार्ड
- HMIS ६.९: क्षयरोग प्रेषण पुर्जा
- HMIS ६.१०: aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form

HMIS 6.1: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register)

क्षयरोग श्वासप्रश्वासका माध्यमबाट सर्ने सरूवा रोग हो । क्षयरोगका कीटाणु शरीरमा प्रवेश गरेको अवस्थामा सवैलाई क्षयरोगको सङ्क्रमण हुन्छ भन्ने हुदैन । शरीरको प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर भएका वखत क्षयरोगका चिन्ह तथा लक्षण देखा पर्दछन यस्तो अवस्थालाई सम्भावित क्षयरोग भनिन्छ । क्षयरोगका सम्भावित बिरामीको पहिचान गरी क्षयरोग निदान तथा उपचार सरल होस भन्ने उदेश्यले यो रजिष्टर प्रयोगमा ल्याइएको हो । स्वास्थ्य संस्थामा बहिरंग विभागमा पहिचान भएका तथा सम्पर्क परीक्षणबाट पत्ता लागेका क्षयरोगका सम्भावित बिरामीलाई यस रजिष्टरमा दर्ता गर्नु पर्दछ।

रजिष्टरकोनमुना:

SN	RN	Screened Date	Name of Patient			Age		Address		Screened By		Requested/ Referred for Diagnosis				
		DD/YY	Name	Ethnic Code	Female	Male	District	M/RM	X-ray	Symptom	Tests type					Name of HF / Hospital
		YYYY	Surname				Ward No	Contact no			S	X	C	L	O	Address
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	RN	DD/MM	Name	Ethnic Code	1	2	District	M/RM	1	2	S	X	C	L	O	Name of HF / Hospital
		YYYY	Surname				Ward No	Contact no			Date	Date	Date	Date	Date	Address
Lab result					TB Diagnosis					Treatment Status				Remarks		
S	X	C	L	O	PBC	PCD	EP	HLTB	RR/DR/TB	Enrolled	Died	LFU	Referred		Referred HF Name	
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		32	33
Result	Result	Result	Result	Result	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred Date		
Date	Date	Date	Date	Date	Date					Date				Referred HF Name / Contact no		

रजिष्टरभर्नेतरिका

महलनं.	महलशीर्षक	निर्देशन
1	SN	दैनिक सेवा लिन आएको सङ्ख्या क्रमशः लेख्नु पर्दछ । SN महिनाको १ गते बाट क्र.सं. १ देखि शुरु गरी क्रमशः थप्दै जानु पर्दछ ।
2	RN	ओ पी डी तथा सम्पर्क परीक्षणबाट आएका सम्भावित क्षयरोगका बिरामी यस रजिष्टरमा दर्ता गर्नु पर्दछ । दर्ता गर्दा आर्थिक वर्षको १ बाट शुरु गरी क्रमशः थप्दै जानु पर्दछ।
3	Screened Date	सम्भावित क्षयरोगको बिरामी हो होइन भनी सुनिश्चित हुन गरिएको परीक्षणको मिति यस महलमा लेख्नु पर्दछ, मिति लेख्दा गते र महिना माथिल्लो महलमा र साल तलको महलमा लेख्नु पर्दछ ।
4 & 5	Name of patient	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको नाम, थर र जाति कोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
6 & 7	Age	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल ६ मा र पुरुष भए महल नं. ७ मा लेख्नु पर्दछ ।

8 & 9	Address	सम्भावित क्षयरोगका बिरामी बसोवास गर्ने जिल्ला, न.पा.गा.पा.,वडा नं. तथा बिरामी वा अभिभावकको सम्पर्क फोन नं सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नु पर्दछ। नेपाल बाहेक अन्य देशको बिरामी भए देशको नाम जिल्लाको महलमा लेख्नु पर्दछ।
10 & 11	Screened by	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीमा सक्रिय क्षयरोग छ छैन भनेर जाँच गर्न एक्सरे विधि प्रयोग भए महल १० को कोड नं १ मा र लक्ष्यणका आधारमा जाँच गरेको भए महल ११ को कोड नं २ मा गोलो सङ्केत लगाउनु होस ।
12 to 17	Referred /requested for Diagnosis	क्षयरोगको सम्भावित बिरामीलाई क्षयरोग निदान गर्न खकार तथा अन्य नमूना सङ्कलन गरी Microscopy परीक्षण गर्न पठाएमा S, Xpert MTB/RIF परीक्षण गर्न पठाएमा X, Culture परीक्षण गर्न पठाएमा C, LPA परीक्षण गर्न पठाएमा L र अन्य भएमा O मा गोलो लगाई पठाएको ल्यावको नाम र ठेगाना महल १७ मा लेख्नु पर्दछ।
18 to 22	Lab Result	क्षयरोगको सम्भावित बिरामीको खकार परीक्षणको नतिजा यदि Microscopy परीक्षण गरेको भएमा महल १८ मा नतिजा र मिति लेख्ने] , Xpert MTB/RIF परीक्षण गरेको भएमा महल १९ मा नतिजा र मिति लेख्ने, Culture परीक्षण गरेको भएमा महल २० मा नतिजा र मिति लेख्ने, LPA परीक्षण गरेको भएमा महल २१ मा नतिजा र मिति लेख्ने र अन्य भएमा महल २२ परीक्षण नतिजा र मिति लेख्नु पर्दछ।
23 to 27	TB Diagnosis	सम्भावित क्षयरोगका बिरामी परीक्षणबाट सक्रिय क्षयरोग निदान भएमा PBC भए महल २३ को कोड नं १ मा PCD भए महल २४ को कोड नं २ मा, EP भए महल २५ को कोड नं ३ मा, HrTB भए महल २६ को कोड नं ४ मा र औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग निदान भएमा महल २७ को कोड न.५ मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
28 to 32	Treatment Status	निदान भएका क्षयरोगका बिरामी निदान भएकै संस्थामा दर्ता भएमा महल २८ को कोड नं १ मा, Died भएमा महल २९ को कोड नं २ मा, lost to Followup भएमा महल ३० को कोड नं ३ मा र अन्यत्र प्रेषण गरिएमा महल ३१ को कोड नं ४ मा गोलो लगाई महल ३२ को माथिल्लो महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम ठेगाना र तलको महलमा बिरामीको सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
33	Remarks	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीको अभिभावकको नाम र माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.2: खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम (Laboratory Request and Reporting Form)

क्षयरोग निदान गर्न, उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको अनुगमन, खकार परीक्षण गर्न तथा औषधी प्रतिरोध अवस्था थाहा पाउन, खकार नमूना परीक्षणका लागि प्रयोगशालामा पठाउन तथा परीक्षणको नतिजा थाहा पाउन यस फारामको प्रयोग गरिन्छ। यस फाराम Microscopy, Xpert MTB/RIF, Xpert MTB/XDR, LPA, Culture DST र HIV को लागि एकीकृत रूपमा अनुरोध फारामको प्रयोगहुन्छ र Microscopy एवं HIV को लागि रिपोर्ट फारामको रूपमा पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। Xpert MTB/XDR लाई क्षयरोग निदानको लागि नभई LPA प्रयोजनको लागि मात्र प्रयोग गर्नुपर्दछ।

फारामको नमुना:

The form is titled 'HMIS 6.2 Laboratory Request and Reporting Form' and is issued by the Government of Nepal. It contains the following sections:

- 1. OPD/Presumptive TB Reg No.** and **2. DR / DSTB Reg. No.**
- 3. Name of Patient**, **4. Age**, and **5. Sex**
- 6. Address:** District, M/RM, ward, and **7. Contact no.**
- 8. History of Treatment:** (i) Previously treated, (ii) Previously NOT Treated, (iii) Current on Treatment (A. New, B. Retreatment, C. Others)
- 9. Retrovirus Status:** (i)- Positive, (ii)- Negative, (iii) Unknown
- 10. Specimen Type:** (i)- Sputum, (ii) Other (specify)
- 11. Laboratory test request for:**
 - A. Microscopy:** (i) Diagnosis, (ii) Follow-up (.....month)
 - B. Xpert MTB/RIF:** (i) Diagnosis, (ii) RR detection:
 - C. Xpert MTB/XDR:** (i) Second Line DST, (ii) INH resistance
 - D. LPA:** (i) Second Line DST, (ii) INH resistance
 - E. Culture/DST:** (i) Presumptive DRTB Case, (ii) Second Line DST, (iii) Follow-up Case (.....month)
 - F. HIV test:**
- 12. Requested by** and **Date of Sample Collection**
- 13. Microscopy Test Results:**
 - Name of Laboratory: _____ Lab no.
 - Table with columns: Visual Appearance (circle), Result (Neg, Positive), and Examined by (Name and work no., Signature and date).
- 14. HIV Test Result:**
 - A) Determine Test (A1) i- Reactive, ii- Non-Reactive
 - B) Uni-Gold Test (A2) i- Reactive, ii- Non-Reactive
 - C) Stat pack Test (A3) i- Reactive, ii- Non-Reactive
 - Signature/Name/NHPC No

फारामभर्नेतरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	OPD/ Presumptive TB Reg. No	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीलाई खकार परीक्षणका लागि पठाउँदा बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर (HMIS 1.3) वा सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टर मध्ये कुनै एक्को दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ।
2	DR / DS TB Reg. No	उपचारमा रहेका क्षयरोगका बिरामीलाई अनुगमन (Follow-up), खकार परीक्षण तथा औषधी प्रतिरोधी क्षमता विकास भए नभएको परीक्षणका लागि पठाउँदा क्षयरोग उपचार रजिष्टर वा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टरको क्षयरोग दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ।
3	Name of Patient	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीको नाम र थर लेख्नुपर्दछ।
4	Age	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ।

5	Sex	क्षयरोगका सम्भावित बिरामी महिला भए महिला र पुरुष भए पुरुष लेख्नु पर्दछ।
6	Address:	क्षयरोगका सम्भावित बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, न.पा-गा.पा., वडा नं. र टोलसमेत खुल्ने गरी ठेगाना लेख्नुपर्दछ।
7	Contact no	क्षयरोगका सम्भावित बिरामी र अभिभावकको सम्पर्क लेख्नुपर्दछ।
8	History of Treatment for TB	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीले यदि यस अघि उपचार लिएको भए कोड (i) मा यस अघि उपचार नलिएको भए कोड (ii) मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ। क्षयरोगका बिरामी हाल उपचाररत भए कोड (iii) मा गोलो सङ्केत गरी नयाँ भए A. मा पुनः उपचारमा आएको भए B. मा र नयाँ वा पुनः उपचार बाहेक अन्य भएमा C मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
9	Retrovirus Status:	बिरामीसँग भएको प्रमाणका आधारमा एच. आई. बी. सङ्क्रमणको अवस्था एकिन गरी सङ्क्रमण भएको भए कोड i, संक्रमण नभए कोड ii र थाहा नभए कोड iii गोलो ○ सङ्केत लगाउनु पर्दछ। <i>(एच.आई. बी.सङ्क्रमण अवस्थासम्बन्धी सोधखोज वा अन्य कुनै पनि क्रियाकलाप गर्दा सेवाग्राहीको गोपनीयतालाई ध्यानमा राख्दै राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रले जारी गरेको निर्देशिकाको पालना अनिवार्य रूपमा गर्नुपर्छ।)</i>
10	Specimen Type	परीक्षण गरीने नमूना खकार भए कोड (i) मा र अन्य भए (ii) गोलो सङ्केत गरी नमूना खुलाउनु पर्दछ।
11.	Laboratory test request for	
11.	A. Microscopy	Microscopy विधिबाट क्षयरोग निदान वा अनुगमन गर्न परीक्षण गर्न लिएको भए कोड नं A. Microscopy मा गोलो ○ सङ्केत गर्नु पर्दछ। साथै रोग निदानका लागि खकार परीक्षण गरेको भए कोड (i) मा र अनुगमनका लागि भए कोड नं (ii) मा गोलो लगाई कुन महिना (२, ३, ५ र उपचारको अन्तमा)को अनुगमन हो सो महिना लेख्नु पर्दछ।
11.	B. Xpert MTB/RIF	Xpert MTB/RIF विधिबाट क्षयरोग निदान तथा औषधी प्रतिरोधी अवस्था थाहा पाउन परीक्षण गरिएको भए कोड B. Xpert MTB/RIF मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ। साथै बिरामीको रोग निदानको लागि भए कोड नं (i) मा र औषधी प्रतिरोध क्षमता (RR) विकसित भए नभएको थाहा पाउन भए कोड नं (ii) मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
11.	C. Xpert MTB/XDR	Xpert MTB/XDR विधिबाट औषधी प्रतिरोधी अवस्था थाहा पाउन Second Line DST परीक्षण गरिएको भए कोड (i) र INH resistance थाहा पाउन भए कोड नं (ii) मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
11.	D. LPA	LPA विधिबाट औषधी प्रतिरोधी अवस्था थाहा पाउन Second Line DST परीक्षण गरिएको भए कोड (i) र INH resistance थाहा पाउन भए कोड नं (ii) मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
11.	E. Culture /DST	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको DST परीक्षण अनुरोध गरिएमा कोड नं D Culture/DST मा गोलो सङ्केत लगाउन पर्दछ Presumptive DRTB Case भए (i) , second line DST भए (ii) र Follow-up Case को लागि महिना उल्लेख गर्ने ।

11.	F. HIV Test	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको एच् आइ भी सङ्क्रमण भए नभएको थाहा पाउन परीक्षण गर्न परेमा HIV Test मा गोले सङ्केत गर्नु पर्दछ।
12	Requested by	खकार परीक्षणका लागि अनुरोध गरी पठाउने स्वास्थ्यकर्मीले नाम र थर लेखि हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ।
13	Microscopy Test Result	माइक्रोस्कोपी र HIV परीक्षणको नतिजा यस फाराममानै उपलब्ध गर्नु पर्दछ, तर Xpert MTB/RIF, Xpert MTB/XDR, LPA र Cluture अनिवार्य रूपमा अनलाईन प्रणाली मा इन्ट्री गरी online को आधार मा उपलब्ध गराउनु पर्दछ। विधिबाट गरिएको क्षयरोग निदान वा अनुगमन परीक्षणको नतिजा निम्नानुसार लेख्नु पर्दछ।
13	Name of Laboratory	खकार परीक्षण गर्ने स्वास्थ्य संस्था (प्रयोगशाला) को नाम लेख्नु पर्दछ।
13	Lab no.	प्रयोगशाला रजिष्टरमा दर्ता भएको सम्भावित क्षयरोगको बिरामी वा उपचाररत बिरामीको सेवा दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ। सेवा दर्ता नं. शुरु गर्दा श्रावण १ गते देखि क्र.सं १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ।
13	Sample	परीक्षण गर्न लागिएको खकारको नमूना पहिलो भए A र दोस्रो भए B मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।
13	Visual Appearance	परीक्षणका लागि आएको नमूना हेरी रगत मिसिएको भए B, पहिलो र ढिक्का परेको भए M र र्याल मात्रै भए S मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
13	Result	परीक्षणबाट प्राप्त नतिजा अनुसार Neg, Scanty, 1+, 2+, वा 3+ मा गोलो लगाउने।
13	Examined by	यो महलमा प्रयोगशाला कर्मिको नाम, हस्ताक्षर र मिति लेख्नुपर्दछ।
14	HIV Test Result	परीक्षण र नतिजाको आधारमा A,B,C र i ,ii मा गोलो लगाउने

HMIS 6.3 A: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर-माइक्रोस्कोपी (TB Laboratory Register - Microscopy)

परिचय:

क्षयरोग निदानमा प्रयोगशालाको भूमिका महत्वपूर्ण रहेको छ। सम्भावित क्षयरोगका बिरामी तथा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको खकार परीक्षण तथा क्षयरोगका बिरामीलाई एच आई भी सङ्क्रमण भए नभएको परीक्षण तथा नतिजा अभिलेख यस रजिष्टरमा गरिन्छ।

रजिष्टरको नमूना:

SN	Lab No	Sputum Collection Date		Name of Patient			Age		Address			Requested by (HF)		HIV Infection Status			Treatment History			Purpose of Examination			Examination Result				Examined by		Remarks					
		Day	Month	Name	Ethnic code	F	M	District	M/RM	OPD/Presumptive/TB Regd no	Yes	No	Unknown	Re-treated	New	Diagnosis	Follow up	Month	Slide A	Slide B	Reactive	Non Reactive	Name	Signature /date										
		Year	Surname	Code	ward no	Contact no	Requested by (HF)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		22				
		Day	Month	Name	Ethnic code	F	M	District	M/RM	Contact no	Requested by (HF)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		Year	Surname	Code	ward no	Contact no	Requested by (HF)	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	27

रजिष्टरभर्ने तरिका:

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	SN	प्रत्येक महिनाको १ गते बाट क्र.सं. १ देखि शुरु गर्नुपर्दछ।
2	Lab no	प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँ ल्याव.नं. १ बाट शुरु गरी क्रमशः थपदै जानु पर्दछ
3	Sputum Collection Date	खकारको नमूना सङ्कलन गरेको मिति यस महलमा राख्नु पर्दछ। मिति राख्दा माथिल्लो महलमा गते तथा महिना र तलको महलमा वर्ष लेख्नु पर्दछ।
4	Name of Patient	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको नाम, थर र जाति कोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
5-6	Age/ Sex	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल ५ मा र पुरुष भए महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
7	Address	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामी बसोबास गर्ने जिल्ला, न.पा -गा.पा, वडा नं. तथा सम्भावित बिरामी वा अभिभावकको सम्पर्क फोन नं सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नु पर्दछ। नेपालबाहेक अन्य देशको बिरामी भए देशको नाम जिल्लाको महलमा लेख्नु पर्दछ।
8	Requested by OPD/Presumptive TB Rgd no	खकार परीक्षणका लागि अनुरोध गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना माथिल्लो महलमा र सम्भावित क्षयरोगको बिरामी भए ओ.पि.डि.दर्ता नं.वा सम्भावित क्षयरोग दर्ता नं र उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको फलोअप परीक्षण भए क्षयरोग दर्ता नं तलको महलमा लेख्नु पर्दछ।
9-11	'HIV Infection Status	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीमा एच.आई.भि. सङ्क्रमण भएको एकिन भएमा महल ९ को कोड नं.१ मा र एच.आई.भि.सङ्क्रमण नभएको एकिन भएमा महल १० को कोड नं.२ र एच.आई.भि. सङ्क्रमण भए नभएको एकिन हुन नसकेमा महल ११ को कोड नं.३ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		- एच.आइ.भि सङ्क्रमण अवस्था सम्बन्धी सोधखोज वा अन्य कुनै पनि क्रियाकलाप गर्दा सेवाग्राहीको गोपनीयतालाई मध्यनजर गर्दै राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रले जारी गरेका नीति, नियम तथा निर्देशिकाको पालना गर्नुपर्छ।)
12-13	TB Treatment History	क्षयरोगको निदानका लागि खकार परीक्षण गर्न आएको बिरामीलाई यस अघिको क्षयरोगको उपचार अवस्थाबारे सोधी यस अघि क्षयरोगको उपचार लिइसकेको भए महल १२ को कोड नं १ मा र पहिलो पटक आएको भए महल १३ को कोड नं २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
14-16	Purpose of Examination	रोग निदानका लागि खकार परीक्षण गरिएको भएमा महल १४ को कोड नं. १ मा र उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको अनुगमनका लागि खकार परीक्षण गरिएको भएमा महल १५ को कोड नं. २ मा गोलो लगाई महल १६ मा उपचार पूरागरेको महिना २, ३, ५ वा उपचारको अन्तमामध्ये जुन हो सोही उल्लेख गर्नु पर्दछ।
17-18	Sputum Examination Result	खकार परीक्षणको नतिजा र मिति यी महलहरूमा लेख्नु पर्दछ। खकारको पहिलो नमूना जाँचको परिणाम महल १७ मा र दोस्रो नमूना जाँचको परिणाम महल १८ मा लेख्नु पर्दछ। खकार परीक्षणको नतिजा लेख्दा नेगेटिभ भए नतिजाको महलमा NEG लेख्नु पर्दछ, भने नतिजा पोजेटिभ भएमा निर्दिष्ट ग्रेड (1+, 2+, 3+) सहित POS लेख्नु पर्दछ। साथै परीक्षण गरिएको मिति तलको मलहमा (ग म सा) लेख्नु पर्दछ।
19-20	HIV Test result	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको एच् आई भी सङ्क्रमण परीक्षणको नतिजा Reactive भए महल १९ को कोड नं १ मा र Non Reactive भए महल २० को कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
21-22	Examined by	खकार परीक्षण गर्ने ल्यावकर्मीको नाम, पद र नेपाल स्वास्थ्य प्राविधिक परिषद दर्ता नं महल २१ मा लेखि महल २२ मा हस्ताक्षर गरी मिति लेख्नु पर्दछ।
23	Remarks	सम्भावित क्षयरोगको बिरामी बच्चा भएमा निजको अभिभावकको नाम र माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.3 B: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्सपर्ट)

Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)

परिचय:

सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको द्रुत निदान तथा औषधी प्रतिरोध क्षमता विकास भए नभएको एकिन गर्न Xpert MTB /RIF विधिबाट र Xpert XDR विधिबाट प्राप्त हुने DST को नतिजा अभिलेख यस रजिष्टरमा गरिन्छ । Xpert XDR विधिलाई क्षयरोग पहिचानको लागि नभई LPA को विकल्पको रूपमा INH र 2nd line DST परीक्षणको लागि मात्र प्रयोग गर्नु पर्छ ।

रजिष्टरको नमूना:

Tuberculosis Laboratory Register (X)																																	
SN	OPD/Presumptive Lab no	Sample Collected date		Name of Patient			Address			Requested by (HF)	HIV Infection Status			TB Treatment History				Purpose of test				Specimen Type		Sample received date					Xpert MTB/RIF Test Result				
		DD/MM	YYYY	Surname	Ethnic code	Female	Male	ward no	Contact no		M/RM	OPD/Presumptive/TB Registration no	Positive	Negative	Unknown	Previous	Current on Treatment	Diagnosis	RIF Resistance	2nd Line DST	INH Resistance	Sputum	Other	DD/MM	YYYY	Detected	Not Detected	Invalid/ no result	Error/ code				
		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					
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								
OPD/Presumptive Lab no	DD/MM	YYYY	Surname	Ethnic code	Female	Male	ward no	Contact no	M/RM	Name of health institution requesting for test	Positive	Negative	Unknown	Previous	Current on Treatment	Diagnosis	RIF Resistance	2nd Line DST	INH Resistance	Sputum	Other	DD/MM	YYYY	Detected	Not Detected	Invalid/ no result	Error/ code						
OPD/Presumptive Lab no	DD/MM	YYYY	Surname	Ethnic code	Female	Male	ward no	Contact no	M/RM	Name of health institution requesting for test	Positive	Negative	Unknown	Previous	Current on Treatment	Diagnosis	RIF Resistance	2nd Line DST	INH Resistance	Sputum	Other	DD/MM	YYYY	Detected	Not Detected	Invalid/ no result	Error/ code						

Xpert MTB/RIF & MTB/XDR

Xpert MTB/XDR Test Result																														
RIF Resistance			MTB Result	INH				FLQ				AMK				KANA				CAP				ETH				Tested by		Remarks
Detected	Not Detected	Indeterminate		Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Signature		
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	56	
1	2	3	1. Detected	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Signature		
DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1. Not Detected	DD/MM/YYYY																								Name / Designation		

रजिष्टरभर्ने तरिका:

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	SN	प्रत्येक दिन ल्याव परीक्षणका लागि आएका सङ्ख्या क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ। प्रत्येक महिनाको १ गते बाट क्र.सं. १ देखि शुरु गर्नुपर्दछ ।
2	OPD/Presumptive Lab No.	खकार नमूनाको श्रोत OPD/ presumptive खुलाउन गोलो लगाउने र प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँ ल्याव.नं. सङ्ख्या १ बाट शुरु गरी क्रमशः राख्दै जानु पर्दछ।
3	Sample Collected Date	खकार नमूना वा अन्य नमूना सङ्कलन मिति माथिल्लो महलमा गते र महिना र तल्लो महलमा साल लेख्नु पर्दछ।
4	Name of Patient	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको नाम, थर र जाति कोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
5-6	Age/Sex	सम्भावितवा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको उमेर(पूरागरेको वर्षमा) महिला भए महल ५ मा र पुरुष भए महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
7	Address	बिरामी बसोवास गर्ने जिल्ला, न.पा.गा.पा.,वडा नं.तथा सम्भावित बिरामी वा अभिभावकको सम्पर्क फोन नं सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नु पर्दछ। नेपाल बाहेक अन्य देशको बिरामी भएमा बिरामी कुन देशको हो, सम्बन्धित देशको नाम जिल्लाको महलमा लेख्नु पर्दछ।
8	Requested by and OPD/Presumptive TB/	खकार परीक्षण गर्न अनुरोध गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना माथिल्लो महलमा र तलको महलमा नया सम्भावित क्षयरोगको बिरामी भए ओ.पि.डि.दर्ता नं. वा सम्भावित

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	TB Rgd no	क्षयरोग दर्ता नं र उपचारत क्षयरोगको बिरामीको भए क्षयरोग दर्ता नं लेख्नु पर्दछ।
9-11	'HIV Infection Status	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीमा एच.आई.भि.सङ्क्रमण भएको एकिन भएमा महल ९ को कोड नं. १ मा र एच.आई.भि.सङ्क्रमण नभएको एकिन भएमा महल १० को कोड नं. २ र एच.आई.भि.सङ्क्रमण भए=नभएको थाहा नभएमा महल ११ को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। -एच.आई.भि सङ्क्रमण अवस्था सम्बन्धी सोधखोज वा अन्य कुनै पनि कृयाकलाप गर्दा सेवाग्राहीको गोपनियतालाई मध्यनजर गर्दै राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रले जारी गरेका नीति, नियम तथा निर्देशिकाको पालना गर्नुपर्छ।)
12-15	TB Treatment History	क्षयरोगको निदानका लागि खकार परीक्षणगर्न आएको बिरामीलाई यस अघिको क्षयरोगको उपचार अवस्थाबारे सोधी यस अघि क्षयरोगको उपचार लिइसकेको भए महल १२ को कोड नं १ मा नलिएको भए महल १३ को कोड नं २ मा सङ्केत गर्नु पर्दछ। उपचाररत बिरामी नयाँ भए महल १४ को कोड नं.१ मा र पुन उपचारमा आएको भए महल १५ को कोड न २ गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
16-19	Purpose of Test	सम्भावितक्षयरोगको बिरामीको खकार परीक्षण रोग निदानका लागि गरिएको भएमा महल १६ को कोड नं. १ मा र Rifampicin Resistance परीक्षण भए महल १७ को कोड नं २ मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ। 2nd line DST भए महल १८ को # मा र INH Resistance को लागि भए महल १९को ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
20-21	Specimen Type	परीक्षण गर्ने नमूना खकार भए महल २०को १मा र अन्य नमूना भए नमूनाको नाम महल २१ मा लेख्ने।
22	Sample received date	नमूना प्राप्त भएको मिति DDMM/YYYY गरी लेख्ने।
23-29	Xpert MTB/RIF Test Result	
23-26	MTB	नमूना परीक्षणको नतिजा MTB Detected भए महल २३ को कोड नं १ मा, MTB Not detected भए महल २४ को कोड नं २ मा र Invalid/no result भए महल २५ को कोड नं ३ मा गोलो लगाई मुनिको महलमा मिति लेख्नु पर्दछ। साथै Error code महल २६ मा लेख्नु पर्दछ।
27-29	Rif Resistance	नमूना परीक्षणको नतिजा Rif. Resistance Detected भए महल २७ को कोड नं. १ मा, Rif. Resistance Not Detected भए महल २८ को कोड नं. २ मा र नतिजा Indeterminate भए महल २९ को कोड नं ३ मा गोलो लगाई मुनिको महलमा मिति लेख्नु पर्दछ।
30-54	Xpert MTB/XDR Test Result	MTB Result Detected भए महल ३० को १ मा र Not Detected भए महल ३० को २ मा गोलो लगाउने। त्यसैगरी INH,FLQ,AMK,KANA,CAP,ETH औषधीहरु Hr: High Level Resistance भए सम्बन्धित महलको १ मा Lr: Low LevelResistance भए सम्बन्धित महलको २ मा , RND: Resistance Not Detected भए सम्बन्धित महलको ३ मा र I: Indeterminantभए सम्बन्धित महलको ४ मा गोलो लगाउने र नतिजा आएको मिति DD/MM/YY फर्म्याटमा लेख्ने।
55	Tested by Signature, name/ designation	खकार परीक्षण गर्ने प्रयोगशाला कर्मीको नाम, पद लेखि हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ।
56	Remarks	सम्भावित क्षयरोगको बिरामी बच्चा भएमा निजको अभिभावको नाम र माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		Sample rejection भएको भए त्यसको कारण उल्लेख गर्नुपर्दछ।

HMIS 6.4 A: क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस.टी.बि) (Tuberculosis Treatment Management card (DSTB))

परिचय:

क्षयरोगका बिरामीको व्यक्तिगत तथा रोगसँग सम्बन्धित परीक्षण तथा नतिजा, बिरामीले दैनिक औषधी सेवन गरेको विवरण, उपचारको नतिजा आदि विवरण अभिलेख राख्न यो कार्ड प्रयोग गरिन्छ। यो कार्ड स्वास्थ्य संस्था मा रहन्छ र यो कार्डले नै स्वास्थ्य संस्थामा श्रोत अभिलेख को काम गर्दछ। यही कार्ड का आधारमा स्वास्थ्य संस्थाले HMIS तथा eTB अध्यावधिक गर्नुपर्दछ।

कार्डको नमूना:

TB Reg. No:		Registration Date: DD MM YYYY		Treatment Start Date: DD MM YYYY		Patient under caoor	
Patient Name:		Age:		Referred by:		1. Self 2. Private Sector 3. Community 4. Contact Investigation	
Address: Province		Districts:		Smear Microscopy		Expert MTB/RIF	
M/RM:		Ward No. Tola		Lab no & Name Date Result		Lab no & Name Date Result	
DOT Supervisor/Provider:		Phone no:		LPA		LPA	
Guardian's Name:		Phone no. Guardian/Patient		0		1	
No. of Household Member:		No. of <5 years children :.....		2		3	
No. of HH members screened for TB:.....		No. of children under TPT:.....		3		4	
Treatment Type		Adult Regimen		Child Regimen		Types of TB:	
New TB (Pulmonary and Extrapulmonary)		2 HRZE- 4 HR		1 2(HRZ+ E) - 4 HR		1 PBC 2 PCD 3 EP	
Complicated/Severe New EP TB cases		2 HRZE + 7 HRE		2 2(HRZ +E) + 7 (HR+E)		4 1. Normal 2. Abnormal 3. Not Done	
Rif & INH Sensitive		2 HRZE - 4 HR		3 2(HRZ+E) + 4 HR		5 Chest X-Ray	
Rif & FQ Sensitive INH Resistant		6 HRZE Lfx		4 6(HRZ+E) Lfx		1. Mantoux 2. Biopsy 3. FNAC 4. Other.....	
Rif Sensitive. INH FQ Resistant		6 HRZE		5 6(HRZ+E)		History of Previous treatment	
Rif Sensitive. INH Not known		6 HRZE		6 6(HRZ+E)		Registration no:	
I. INTENSIVE PHASE		Drug HRZE (Tab)		HRZ (Tab)		E (Tab) Lfx (Tab)	
Day		Day		Day		Day	
Month		Month		Month		Month	
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	
II. CONTINUATION PHASE		Drug HRE (Tab)		HR (Tab)		E (Tab) HRZE (Tab) Lfx (Tab)	
Day		Day		Day		Day	
Month		Month		Month		Month	
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32		01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	
Treatment outcome		1. Cured		2. Treatment Completed		3. Treatment Failed	
		4. Lost to Follow-up		5. Died		6. Not Evaluated	
Date:		Date:		Date:		Date:	

DST Status						
Xpert MTB/RIF	Yes	No	Unknown			
LPA	Yes	No	Unknown			
TB HIV				Transfer out		
1. Status of Retro Test result:.....		2. Status of Viral Load test and result:.....		Name & Address of Institution		
3. ART Start: 1.No 2.Yes (Registration No and Start date:.....)						
4. CPT Start: 1.No 2.Yes (Registration No and Start date:.....)				Date		
TB and Smoke (ABC)						
ASK	Do you Smoke? Yes No					
	if yes	0 Month	2 Month	5 Month	End of Tx	Comment
	Have you smoked at all—even a puff—in the last 2 weeks?(months 0, 2, 5, End)	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	Comment
	Comment (SRQLD *)					
	How soon after you wake do you usually have your first cigarette?	1.< 30 minute 2.>30 minute	1.< 30 minute 2.>30 minute	1.< 30 minute 2.>30 minute	1.< 30 minute 2.>30 minute	Comment
	Does anyone smoke inside your home? 1 = yes 2 = no	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	Comment
	Brief advice given to patient (30 seconds-1 minute)	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	Comment
	Cessation support provided to patient (1-3 minutes)	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	Comment
	*Definitions for status of smoking					
	S = current smoker: has smoked in the last 2 weeks before the visit and has not made any quit attempt since the last visit (quit attempt = patient tried to quit and succeeded for at least 24 hours).					
R = relapsed smoker: has smoked in the last 2 weeks before the visit but has made at least one quit attempt of at least 24 hours since the last visit.						
Q = quitter: has not smoked at all in the last 2 weeks before the visit, not even a puff						
D = died. L = lost to follow-up: did not attend their appointment.						
Note: If a patient is registered after month 0, draw a line through the month(s) when patient was not registered.						

कार्ड भर्ने तरिका:

शीर्षक	निर्देशन
TB Registration no.	क्षयरोग उपचार रजिष्टरको दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नु पर्दछ। यो नम्बर प्रत्येक आ.व. मा १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ।
Registration Date	बिरामी दर्ता भएको मिति (गते, महिना र सालमा) यस कोठामा लेख्नु पर्दछ।
Treatment Start date	क्षयरोगका बिरामीले उपचार शुरु गरेको मिति (गते, महिना र सालमा) यस कोठामा लेख्नुपर्दछ । नोट: अन्यत्र संस्थामा उपचार शुरु गरेका बिरामीको उपचार शुरु गरेको मिति र बिरामी दर्ता मिति फरक फरक हुन सक्दछ ।
Patientunder CBDOT	उपचाररत बिरामी यदि समुदायमा पायक पर्ने स्वयंसेवक बाट औषधी लिन चाहेमा निजलाई समुदायमा आधारित प्रत्यक्ष निगरानीको उपचार विधिमा राखी Patient under CBDOT सँगैको खाली कोठामा (✓) सङ्केत लगाउनु पर्दछ ।
Referredby	SELF: बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि आफैं आएमा यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ(सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट निदान भएकार समुदायबाट प्रेषित नभएकाहरु एस् अन्तर्गत पर्दछन) । PRIVATE SECTOR: बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि निजी स्वास्थ्य संस्था (क्लिनिक, नर्सिङ होम, अस्पताल, फार्मसी)बाट प्रेषित भई आएको सुनिश्चित गरी (प्रेषण पूर्जा) यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। COMMUNITY: सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको रोग निदानका लागि समुदाय (महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका, स्वयंसेवक वा स्वास्थ्य संस्थाले तोकेको व्यक्ति)बाट प्रेषित भइ आएको भए क्षयरोग प्रेषण पुर्जाबाट सुनिश्चित गरी यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। CONTACT INVESTIGATION: क्षयरोगका बिरामीको परिवारका सदस्यहरूको सम्पर्क परीक्षण गरी क्षयरोग निदान भएको भए क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम तथा सम्पर्क परीक्षण तथा प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरका आधारमा सुनिश्चित गरी यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।

शीर्षक	निर्देशन
Name of Patient	क्षयरोगका बिरामीको पूरा नाम र थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
Age	बिरामीले पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नु पर्दछ।
Sex	क्षयरोगको बिरामी महिला भए कोड नं १ मा र पुरुष भए कोड नं २ मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।
Address	क्षयरोगको बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, गाउँ पालिका-नगरपालिका, वडा नम्बर र गाउँ-टोल सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ।
Name of DOT'S Supervisor/Provider	बिरामीको उपचार अवधिभर बिरामीलाई औषधी खुवाउने, निगरानी गर्ने र उपचारमा सहयोग गर्ने व्यक्ति (स्वास्थ्यकर्मी, म स्वा स्व से., समुदायका अगुवा आदि)को नाम र थर यस महलमा लेख्नुपर्छ।
Phone no	उपचार सहयोगीको फोन नं. यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ।
Name of Gaurdian	बिरामी नाबालक भए अभिभावकको नाम थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
Contact no	बिरामी वा बिरामीको अभिभावकको सम्पर्क नं. नभएमा निजको नजिकको व्यक्ति वा संस्थाको फोन नं. यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ।
No. of Household Member:	क्षयरोगका बिरामीको परिवार सदस्य सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
No. of <5 years children	क्षयरोगका बिरामीको परिवार सदस्यमध्ये ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
No. of HH members screened for TB	उपचारत क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्य मध्ये सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको परीक्षण गरेको वा गर्न पठाएको सङ्ख्या यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
No. of children under TPT	उपचारत क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यमध्ये सम्भावित क्षयरोग लक्ष्यण देखा नपरेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई TPT दिइएको भए सो सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
Smear Microscopy	क्षयरोगको निदान गर्न तथा उपचारत क्षयरोगका बिरामीहरूको उपचार अवस्था अनुगमन गर्न PBC भए उपचार शुरु गरेको २, ३ र ५ महिनामा र उपचारको अन्तमा र PCD र EP बिरामी भए उपचार शुरु गरेको २ महिनाको खकार परीक्षण अनिवार्य रूपमा गर्नुपर्दछ। प्रत्येक पटक परीक्षण गर्दा खकार जाँच गरेको प्रयोगशालाको नं. प्रयोगशालाको नाम, मिति (ग.म.सा.), खकार परीक्षणका नतिजा (नेगेटिभ भए NEG र पोजेटिभ भएमा POS लेखि निर्दिष्ट (Grading: 1+ 2+ 3+)समेत खुलाउनु पर्दछ।
Xpert MTB/RIF	Xpert MTB/RIF विधिबाट क्षयरोग निदान भएको भए Xpert MTB/RIF जाँच गर्ने ल्याव, नतिजा प्राप्त मिति र नतिजा सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
LPA	LPA विधिबाट क्षयरोग निदान भएको भए LPA जाँच गर्ने ल्याव, नतिजा प्राप्त मिति र नतिजा सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
Treatment Regimen	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामी ६ बटा वर्गीकरण मध्ये जुन वर्गीकरणमा पर्दछ सोही वर्गीकरणको सम्बन्धित महलमा गोलो (○) सङ्केत गर्नुपर्दछ। जस्तै पल्मोनरी क्षयरोग(नयाँ) भई उपचारका लागि आएको ३० वर्षको लोक जोशीको उपचार कार्डमा Adult Regimen 2HRZE+4HR महलको बक्स १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
Types of TB:	उपचारका लागि दर्ता भएको बिरामी PBC भए १ नं कोठामा PCD भए २ नं कोठामा र EP भए ३ नं कोठामा गोलो सङ्केत लगाउनुपर्दछ।

Registration Category	<p>क्षयरोगको बिरामी दर्ता वर्गीकरण अनुसार महल मा (√) लगाउनुपर्दछ</p> <p>New भए: विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल मा (√) लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ मानी दर्ता गर्नु पर्दछ।</p> <p>Relapse भए: विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ।</p> <p>Treatment after Failure भए: EP/PCD को हकमा २ महिना, PBC को हकमा ५ महिना वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म खकार स्मेयर पोजिटिभ भएको बिरामी वा EP/PCD को हकमा उपचार को अन्तमा पनि परीक्षण (PUS, X-ray, अन्य) को नतिजा Positive आएमा यस यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ।</p> <p>Treatment after loss to follow up भए: ६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ।</p> <p>Other previously treated भए: विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ।</p> <p>Previous treatment history unknown भए: राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ।</p>
Chest X-ray	क्षयरोग निदान गर्न गरिएको एक्सरेको नतिजा Normal भएमा कोड नं. १ मा, Abnormal भएमा कोड नं. २ मा र एक्सरे नगरेको भए कोड नं ३ मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
Other Test and Result	क्षयरोगको निदान गर्न खकार परीक्षण Sputum microscopy, Culture, LPA or Xpert MTB/RIF बाहेक अन्य विधिबाट परीक्षण गरेको भए सम्बन्धित महलमा परीक्षणको नाम र नतिजा लेख्नु पर्दछ।
History of Previous Treatment	उपचारका लागि आउने क्षयरोगको बिरामी दर्ता गर्दा यसभन्दा पहिले क्षयरोगको उपचार गरेको छ/छैन, सो एकिन गनुपर्दछ । यसभन्दा अघि क्षयरोगको उपचार पाएको भए पहिलेको क्षयरोग उपचार सेवा, दर्ता नं., उपचार Regimen र उपचार अवधि सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
Name, Designation and Signature	क्षयरोगको उपचार लिन आएका बिरामीको कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम, थर, पद र मिति लेखि हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ।
उपचार विवरण	
Intensive phase	क्षयरोग उपचार अवधिको शुरुका २ महिनाको अवधिलाई Intensive phase भनिन्छ । यो औषधी उपचारको संवेदनशील अवस्था हो । यस अवस्थामा उपचार सहयोगीको प्रत्यक्ष निगरानीमा Treatment Regimen अनुसारका औषधी दैनिक खुवाउनु पर्दछ।
Drug	बिरामीले खानुपर्ने औषधीको मात्रा Treatment Regimen अनुसार बिरामी ५ वर्षमाथि भए Isonizid, Rifampicin, Pyrazinamid / Ethambutol (HRZE) को combined मात्रा र Livofloxacin (Lfx) र बिरामी ५ वर्ष मुनि भए Isonizid, Rifampicin, Pyrazinamid (HRZ) combined मात्रा र Ethambutol र Livofloxacin (Lfx) ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

Month	Intensive phase अवधिभर क्षयरोगका बिरामीले औषधी शुरु गरेको महिनाको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Day	Intensive phase अवधिभर क्षयरोगीले प्रत्यक्ष निगरानीमा औषधी खाएको गते मा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । यदि बिरामीले घरमा औषधी गलेको भए बिरामी फर्केर आएपछि औषधी खाएको सुनिश्चित गरी सो दिनःगतेको बक्समा (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
Continuation phase	Continuation phase भन्नाले उपचार अवधिको ३ महिनादेखि उपचार नसकिएसम्मको अवधिलाई जनाउँछ । यस अवधिमा पनि बिरामीले स्वास्थ्य संस्थामा आई प्रत्येक दिन नियमित रूपमा औषधी खानु पर्दछ।
Drug	बिरामीले खानुपर्ने औषधीको मात्रा Treatment Regimen अनुसार बिरामी ५ वर्ष माथिभए Isonizid, Rifampicin, Ethambutol (HRE) को combined मात्रा र बिरामी ५ वर्ष मुनी भए Isonizid, Rifampicin(HR) combined मात्रा र Ethambutal ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Month/Day	स्वास्थ्य संस्थामा औषधी खाएको दिनमा क्यालेन्डर बक्समा चिह्न (√) लगाउनुपर्दछ । यदि बिरामीले घरमा औषधी गलेको भए बिरामी फर्केर आएपछि औषधी खाएको सुनिश्चित गरी सो दिनःगतेको बक्समा चिह्न (-) लगाउनुपर्दछ । बिरामीले औषधी खान छुटाएको भए () खाली राख्नु पर्दछ।
थप व्याख्या M Complicated/Severe New EP TB cases को उपचार अवधि चिकित्सकको सल्लाहमा, ६ महिना भन्दा बढी भएमा उक्त कार्डको पछाडि पट्टी महलहरू थपेर प्रयोग गर्नुपर्दछ ।	
Treatment Outcome	<p>Cured:पुः अवधिसम्म औषधी खाएका PBC क्षयरोगका बिरामीको उपचार अवधिको अन्तमा वा त्यस अघिको पछिल्लो अवधिको अनुगमन खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा नेगेटिभ भएमा।</p> <p>Treatment Completed: PBC क्षयरोगका बिरामी जसले उपचार अवधि पूरा गरेको छ तर निको भएको (Cured) भन्नको लागि चाहिने आवश्यक मापदण्ड पूरानगरेका तथा PCD र EP क्षयरोगका बिरामीले उपचार अवधि पूरागरेको भएमा।</p> <p>Treatment failed: PBC क्षयरोगका बिरामीको ५ महिना वा उपचारको अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा तथा PCDand EP बिरामीहरूको २ महिनाका अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा।</p> <p>Died: उपचारको क्रममा कुनै पनि कारणले बिरामीको मृत्यु भएमा।</p> <p>Loss to follow up: उपचारमा रहेका क्षयरोगका बिरामीमध्ये लगातार ६० दिन वा सो भन्दा बढी समय सम्म उपचार छुटेका बिरामी भए । Not evaluated: क्षयरोगको उपचारको अन्तमा नतिजा थाहा नभएका वा Transfer out भइ बिरामीको उपचार नतिजा प्राप्त नभएमा।</p> <p>जुन नतिजा आएको छ सो लाई गोलो (○) सङ्केत लगाई नतिजाको मिति (गते, महिना र साल) उल्लेख गर्नु पर्दछ।</p>
DST Status (DrugSusceptibility Test)	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगका बिरामीका/ उपचार शुरु गर्नु भन्दा पहिले अथवा उपचार को अवधी मा DST को अवस्था के छ भन्ने कुरा उल्लेख गर्नु पर्दछ। यस महलमा लेख्दा सम्पूर्ण PBC बिरामीहरू को अनिवार्य रूपमा DST गर्ने कुरालाई ध्यानमा राखी GeneXpert अर्थात् LPA मध्ये कुन तरिकाबाट टेस्ट गरिएको हो जनाउनु पर्दछ। सो महलमा GeneXpert अर्थात् LPA गरेको भए Yes नगरेको भए No र थाहा नभएको भए Unknown मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।

Status of Retro Test	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगका बिरामीको एच आइ भी. सङ्क्रमण परीक्षणको नतिजा हेरि/सोधी यस महलमा Positive भए Positive , Negative भए Negative र थाहा नभए Unknown उल्लेख गर्नु पर्दछ । यदि यस अघि परीक्षण नभएको भए परीक्षण गरी-गर्न लगाई नतिजा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
Status of Viral Load test and result	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगका बिरामीको यसअघि Viral Load परीक्षण भएको भए सो को नतिजा हेरी-सोधी यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ। यदि यसअघि परीक्षण नभएको र उपचाररत संस्थामा परीक्षण हुने भए परीक्षण गरी नतिजा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
ART Start	क्षयरोगउपचारका लागिदर्ता भएको बिरामी एच. आई. भी. सङ्क्रमण भएको तर ART उपचार सुरु नगरेको भए को नं १ मा र उपचार सुरु गरेको भए कोड २ मा गोलो लगाई दर्ता नं र उपचार सुरु गरेको मिति समेत लेख्नु पर्दछ । क्षयरोग उपचारका लागि दर्ता भएको बिरामी एच. आई. भी. सङ्क्रमण भएको तर ART उपचार शुरु नगरेको भए को नं १ मा र उपचार शुरु गरेको भए कोड २ मा गोलो लगाई दर्ता नं र उपचार शुरु गरेको मिति समेत लेख्नु पर्दछ।
CPT Start:	क्षयरोग उपचारका लागि दर्ता भएको बिरामी एच आई भी सङ्क्रमण भएको तर CPTखान शुरु नगरेको भए कोड नं १ मा र उपचार शुरु गरेको भए कोड २ मा गोलो लगाई दर्ता नं र उपचार शुरु गरेको मिति समेत लेख्नु पर्दछ।
Transfer out	बिरामी आफुलाई पायक पर्ने संस्थामा जान चाहेमा निजलाई Transfer out गरी Transfer out भएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम ठेगाना र मिति सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ। यसरी Transfer out गर्दा मिति, औषधी (कति दिनका लागि दिइएको सो खुलाउने), ट्रान्सफर भई जाने संस्थाको नाम तथा सम्पर्क फोन नं., तथा प्रेषित भई जाने उपचारकेन्द्र प्रमुखको नाम (ट्रान्सफर भइजाने संस्था प्रमुखको नाम) यसमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।
TB and Tobacco Smoking	धूम्रपानले क्षयरोग निको हुने अवधि लम्ब्याउने र पुनः सङ्क्रमण हुन सहयोग गर्ने भएकोले क्षयरोग उपचारका लागि दर्ता हुने हरेक बिरामीलाई धूम्रपान गरिरहेको छ छैन तथा परिवारका अन्य कुनै सदस्यले धूम्रपान गर्ने गरेको नगरेको सोधपुछ गर्नु पर्दछ। यदि बिरामी धूम्रपानको लतमा रहेछ भने लत छुटाउन सल्लाह (ABC) दिई लत छुटे नछुटेको समेत अनुगमन गर्नु पर्दछ।
0 month (Current)	उपचार शुरु गर्न संस्थामा आएका क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा कम्तीमा विगत ३ महिनादेखि धूम्रपान गरिरहेका भएमा महलको yes मा र नगरेको भए सोही महलको No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।साथै बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तादेखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R र विगत २ हप्ता देखि एक सर्का पनि नतानेको भनेमा Q संकेत ले comments माजनाउनु पर्दछ।घर भित्र कसैले धूम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धूम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धूम्रपान गर्नेगरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।
2 Month	२ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तादेखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R, विगत २ हप्ता देखि एक सर्का पनि नतानेको भनेमा Q र बिरामी उपचारमाआउन छोडेमा L संकेत ले comments माजनाउनु पर्दछ।घर भित्र कसैले धूम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धूम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धूम्रपान गर्नेगरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।

<p>5 Month</p>	<p>५ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तादेखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R, विगत २ हप्ता देखि एक सक्रो पनि नतानेको भनेमा Q र बिरामी उपचारमा आउन छोडेमा L संकेत ले comments मा जनाउनु पर्दछ । घर भित्र कसैले धूम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धूम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धूम्रपान गर्ने गरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबै कुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।</p>
<p>End of Treatment</p>	<p>उपचारको अन्तिम महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तादेखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R, विगत २ हप्ता देखि एक सक्रो पनि नतानेको भनेमा Q र बिरामी उपचारमा आउन छोडेमा L संकेत ले comments मा जनाउनु पर्दछ। घर भित्र कसैले धूम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धूम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धूम्रपान गर्ने गरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबै कुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।</p>

HMIS 6.4 B: क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि (TB Treatment card-Patient)

परिचय: बिरामीले दैनिक औषधी सेवन गरेको विवरण, ल्याव परीक्षण तथा नतिजा, उपचारको नतिजा, उपचार सहयोगीको सम्पर्क नं आदि विवरण यस कार्डमा राखिन्छ । यस कार्डको प्रयोगले बिरामीले दैनिक औषधी खाए नखाएको अनुगमन आफै गर्न सक्दछ। बिरामीले दैनिक औषधी खान स्वास्थ्य संस्था आउदा यो कार्ड साथमा लिई आउनु अनुरोध गर्नु पर्दछ ।

कार्ड गर्ने तरिका:

यो कार्ड HMIS 6.4A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार नै भर्नु पर्दछ ।

Section on ABC Smoking Cessation
At start of TB treatment then at follow-up examination visit:

Month of Treatment	Date DD/MM/YY	Ask				Brief advice given to patient (30 seconds-1 minute)		Cessation support provided to patient (1-3 minutes)		
		Do you smoke? Yes / No				Does anyone smoke inside your home? Yes / No 1 = yes 2 = no	Yes / No 1 = yes 2 = no	Comments	Yes / No 1 = Yes 2 = No	Comments
		No	If Yes		Have you smoked at all—even a puff—in the last 2 weeks?					
Months			S			1 2	1 2		1 2	
Months			S	R	Q		1 2	1 2		1 2
Months			S	R	Q		1 2	1 2		1 2
Months			S	R	Q		1 2	1 2		1 2
Months			-	-	-		-	-		-

Investigations and Result															
Investigations	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
CBC	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
Blood Glucose	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
ECG	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result

Follow-up of Side Effect															
Side Effect	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month	FU Month
Nausea/Vomiting	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Diarrhoea	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Arthralgia	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Dizziness/ Vertigo	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Hearing Disturbances	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No

Signed at Treatment Center		Signed at Treatment Sub-Center	
<p>Patient commitment</p> <p>I am aware that in order to be cured of this form of tuberculosis, I need to take anti-TB drugs daily till the end of my treatment. If I do not take these drugs daily, I am putting my own health at risk as well as the health of family and community members. I commit to taking these drugs at this health center (sub-center) till the end of my treatment. If I decide to leave this treatment, I understand the risk and consequences of this disease.</p> <p>Name: _____ Address: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Signature: _____</p>		<p>Sub-centre DR-TB focal person commitment</p> <p>I have explained the importance of taking these drugs and potential difficulties during treatment. I will do my best to support him/her in completing a full course of treatment and getting cured. I also commit to ensuring proper documentation and reporting as per NTP guidelines</p> <p>Name: _____ Address: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Signature: _____</p>	
<p>Treatment center DR-TB focal person commitment</p> <p>I have explained the importance of taking these drugs and potential difficulties during treatment. I will do my best to support him/her in completing a full course of treatment and ensuring cure/completion. I also commit to ensuring proper documentation and reporting as per NTP guidelines</p> <p>Name: _____ Address: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Signature: _____</p>		<p>Treatment provider Commitment</p> <p>I commit to supporting his/her in completing a full course of treatment. I will encourage him/her to comply with the treatment and commit to informing the treatment sub-center if I know that s/he has stopped taking drugs.</p> <p>Name: _____ Address: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Signature: _____</p>	

कार्ड भर्ने तरिका:

क्र.सं	शीर्षक	निर्देशन
१	बिरामीको विवरण र रजिष्ट्रेसन	यस महलमा बिरामीको नामथर, उमेर, लिङ्ग, ठेगाना (प्रदेश, जिल्ला, पालिका र वडा नम्बर), जाती कोड, तौल, उचाई, बिरामी र उपचार सहयोगीको सम्पर्क नम्बर सहितको विवरण भर्नुपर्दछ। त्यसै गरी बिरामीको क्षयरोग उपचार रजिष्टरको दर्ता नं. र भर्ना भएको मिति जनाउनुपर्दछ। जस्तै 1-T1-078/79-MDR(SSSTR) जसमा शुरुको अक्षर वा अंकले प्रदेश १ जनाउदछ, त्यसै गरी T1 ले पहिलो Trimester जनाउँदछ, त्यस पछि आर्थिक बर्ष र औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार जनाउँदछ।
२	Patient under CB – DOT	यदि बिरामी समुदायमा आधारित औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचारमा समावेश भएमा यस महलमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
३	TB HIV Status	बिरामीको HIV Test गर्दा HIV Infection को महलमा रहेका positive, negative वा Unknown मध्ये रिजल्ट अनुसार गोलो (○) चिन्ह लगाउने र यदि रिजल्ट पोजिटिभ देखिएमा ART वा CPT मा भए नभएको एकिन गरी सोही अनुरूप यस महलमा Yes or No लेख्नुपर्दछ।
४	DOT Provider	बिरामीलाई सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नुपर्दछ।
५	Guardian's name and Phone	अभिभावकको नाम तथा सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ।
६	Number of Household Member and No. of under 5 yrs Children	बिरामीको परिवार संख्या र परिवारमा रहेका ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूको संख्या लेख्नुपर्दछ।
७	No. of HH members Screened for TB	बिरामीको परिवारमा रहेका सदस्यहरूको स्क्रिनिङ्ग गर्नुपर्ने संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ।
८	Co-morbidity	यस महलमा यदि बिरामीमा क्षयरोग बाहेक अन्य रोगहरू जस्तै मधुमेह, HIV आदि जस्ता रोगहरू भएमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
९	DST Result	बिरामीको औषधी प्रतिरोधको अवस्था (DST Pattern) जाँच गर्दा औषधी शुरु गर्दाको समयमा भए baseline र मिति उल्लेख गर्ने र फलोअपको समयमा भए फलोअप र मिति लेख्नुपर्दछ। त्यसपछि Test Result अनुसार जुन औषधीमा Resistant वा sensitive देखिएको छ सोही अनुसार उक्त महलमा R वा S लेख्नुपर्दछ।
१०	Registration Category:	१. विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ New मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	2. Relapse	२. विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
	3.1 TAF (New_FLD)	३. First Line Drug Failure भएमा कोड नं ३.१ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.2 TAF (Retreatment_FLD)	First Line Drug को Retreatment केशमा Failure देखिएमा कोड नं ३.२ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।

	3.3 TAF (Ret_Hr TB)	Retreatment केशमा Isoniazid Failure देखिएमा कोड नं ३.३ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.4 TAF (2 nd Line)	2 nd Line को औषधीहरु मध्ये कुनै दुई वटा औषधी परिवर्तन गर्नु परेमा, उपचारको ६ महिनाको अन्त्यमा वा injectable औषधी प्रयोग गरेको अवस्थामा Intensive Phase को अन्त्यमा, अन्य थप औषधीहरुको Resistance भएमा र Side effect को कारणले उपचार Terminate गर्नु परेमा कोड नं ३.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	4 TALF (Treatment After Loss to Follow up)	६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलको कोड नं.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	5 OPT(Other previously Treated)	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलको कोड नं.५ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	6 UPTH (Unknown Previous TB Treatment)	राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
११	Type	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार RR/MDR(SSTR), RR/MDR (LTR), Pre-XDR र XDR मध्ये एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
१२	Site of TB	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको site अनुसार Pulmonary भएमा उक्त महलमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु र EP हो भने कुन स्थानमा हो खुलाएर लेख्ने ।
१३	DST Result	उपचार शुरु गर्दा वा फलोअपको प्रत्येक महिनाको ल्याब रिपोर्ट (Sputum Microscopy or Culture report) र मिति सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्ने साथै शुरुको उपचार रेजिमेनबाट अर्को रेजिमेनमा शिफ्ट भएमा सो अनुसारको types मा गोलो (○) चिन्ह लगाइ ल्याबको रिजल्ट Sensitive भए S र Resistant भए R ले जनाउने ।
१४	Sputum Result	उपचार शुरु गर्दा वा फलोअपको प्रत्येक महिनाको Sputum Microscopy र Culture report को Lab no. मिति र नतिजा उक्त महलमा भर्ने ।
१५	Outcome	बिरामीको उपचारको नतिजा अनुसार Cured or Completed or Failed or Died or Loss to follow up or Not evaluated मध्ये कुनै एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाइ मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६	After Treatment Completion follow-up	उपचार पूरा भए पश्चात ६ महिना, १२ महिना, १८ महिनामा र २४ महिनाको फलोअपमा जाँच गरेको ल्याब नं, नतिजा र मिति लेख्नुपर्दछ
१७	DOT Compliance	उपचार शुरु गरेको दिनदेखि प्रत्येक दिन हरेक कोठामा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ । शनिवार र सार्वजनिक विदाको दिनमा बिरामीलाई औषधी दिनुपरेमाड्यास (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
१८	Treatment Regimen	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार Shorter or longer Regimen उल्लेख गरी प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भरी सोही अनुसार बिरामीलाई खुवाउने ।
१९	DOT Compliance	उपचाररेजिमेन Change भएमा Change भएको प्रत्येक रेजिमेन (STR or LTR or Pre-XDR or XDR) Shift गरेको पेजमा गइ उक्त रेजिमेन उल्लेख गरी प्रत्येक दिन हरेक कोठामा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ र प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भर्ने ।
२०	Follow-up Visit Examination	हरेक पटकको फलोअपमा Smoking का बारेमा सोधपुछ गर्दा उक्त महिनाको महलमा मिति उल्लेख गर्ने
	Do you Smoke?	धुम्रपानका बारेमा सोधपुछ गर्ने र धुम्रपान नगरेको भए No र हाल धुम्रपान गरिरहेको भएमा S, पुनः शुरु गरेको भएमा R र हाल छोडेको भएमा Q ले जनाउने ।


		त्यसै गरी विहान उठेपछि आधा घण्टा भित्र धुम्रपान गरेमा सो महलमा १ र आधा घण्टा भन्दा पछि धुम्रपान गरेमा २ ले जनाउनु पर्दछ।
		यदि बिरामीको घरमा कुनै सदस्यले धुम्रपान गरेमा १ र नगरेमा २ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
	Brief advice given to patients	बिरामीलाई धुम्रपानका बारेमा सुझाव दिएको भए १ र नदिएको भए २ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनुपर्दछ। र यदि बिरामीले Yes or No बाहेक कुनै कुरा आएमा र बिरामीलाई दिइएको सुझाव कमेन्टको महलमा उल्लेख गर्ने।
	Cessation support provided to patient	बिरामीलाई धुम्रपानरोक्नका लागि सहयोग गरेको भएमा १ र नदिएको भए २ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनुपर्दछ। र बिरामीलाई धुम्रपान रोक्नका लागि दिइएको सुझाव कमेन्टको महलमा उल्लेख गर्ने।
२१	Investigation and Result	बिरामीको उपचारको शुरु देखि अन्त्य सम्म गरिएको Investigation का नतिजा र मिति प्रत्येक महिनाको महलमा उल्लेख गर्ने।
२२	Follow- up of Side effect	उपचारका क्रममा बिरामीलाई कुनै Side Effect देखिएमा उक्त Side effect प्रत्येक महिनाको महलमा Yes र नदेखिएमा No लेख्नुपर्नेछ र कार्डमा उल्लेख भए बाहेकका Side effect देखिएमा Others मा गइ सोही महलको Column मा उल्लेख गर्नुपर्दछ। Severe Side effect देखिएको खण्डमा aDSM फाराम (HMIS 6.10) भरी रिपोर्टिङ्ग गर्नु पर्दछ।
२३	Commitment Form	बिरामीलाई उपचार शुरु गर्नु अगाडि उपचार केन्द्रका फोकल व्यक्तिले फाराममा भरी बिरामी सही छाप गराइ आफ्नो पनि सही गर्ने। त्यसै गरी सब सेन्टरको फोकल व्यक्तिले सही छाप गर्ने।

HMIS 6.4D: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड (DR TB Treatment Card-Patient)

परिचय:

औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग बिरामीले दैनिक औषधी सेवन गरेको विवरण, ल्याव परीक्षण तथा नतिजा, उपचारको नतिजा, उपचार सहयोगीको सम्पर्क नं आदि विवरण यस कार्डमा राखिन्छ। यस कार्डको प्रयोगले बिरामीले दैनिक औषधी खाए नखाएको अनुगमन आफै गर्न सक्दछ। बिरामीले दैनिक औषधी खान स्वास्थ्य संस्था आउदा यो कार्ड साथमा लिई आउनु अनुरोध गर्नुपर्दछ।

कार्डको नमूना:

<p>HMIS 6.4 D</p>  <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p> <p>.....</p> <p>नगरपालिका/गाउँपालिका</p> <p>औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड</p>	<p>बिरामीको नाम: _____</p> <p>उमेर: _____ लिंग: _____</p> <p>ठेगाना: _____</p> <p>सम्पर्क नं _____</p> <p>उपचार सहयोगीको नाम _____</p> <p>सम्पर्क नं _____</p> <p>क्षयरोग दर्ता नं _____ दर्ता मिति: _____</p> <p>दर्ता समूह _____</p> <p>१ नयाँ (new) २ रोग बन्दैको (Relapse) ३.१ उपचार असफल नयाँ (TAF) ३.२ उपचार असफल पुन उपचार (TAF) ३.३ उपचार असफल Hi TB (TAF) ३.४ उपचार असफल पुन उपचार औषधी प्रतिरोधी ४ उपचार पुरा नभएको (TALF) ५ पहिले उपचार गरेका अन्य (OPT) ६ यस अघिको उपचार अवस्था बाह्य नभएको (UPTM)</p> <p>क्षयरोगको किसिम: _____</p> <p>RR/MDR(SSTR), RR/MDR(LTR) PreXDR XDR</p> <p>क्षयरोग भएको अंग _____</p> <p>१ छाती २ छाती बाहेक अन्य अंग</p> <p>दिइएको उपचार रेजिमन:</p> <table border="1"> <tr> <td>SSTR</td> <td>LR1</td> <td>LR2</td> <td>LR3</td> <td>LR4.1</td> <td>LR4.2</td> <td>Modified LR2</td> <td>CLR1</td> <td>CLR2.1</td> <td>CLR2.2</td> <td>PLR1</td> </tr> </table>	SSTR	LR1	LR2	LR3	LR4.1	LR4.2	Modified LR2	CLR1	CLR2.1	CLR2.2	PLR1
SSTR	LR1	LR2	LR3	LR4.1	LR4.2	Modified LR2	CLR1	CLR2.1	CLR2.2	PLR1		

कार्ड अर्ने तरिका:

यो कार्ड HMIS 6.4C औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (DR TB Treatment Management Card) अनुसार नै भर्नुपर्दछ।

क्र.सं	शीर्षक	निर्देशन
१	बिरामीको विवरण	बिरामीको नाम, उमेर, लिङ्ग, ठेगाना, बिरामी र उपचार सहयोगीको सम्पर्क नम्बर सहित विवरण भर्नु पर्नेछ साथै बिरामीको फोटो समेत टास्नु पर्दछ।
२	दर्ता नम्बर र मिति	बिरामीको क्षयरोग उपचार कार्डमा दर्ता नम्बर र मिति लेख्नुपर्दछ। जस्तै 1-T1-078/79-MDR(SSTR)
३	दर्ता समुह १. नयाँ	१. विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ New मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।

	2. Relapse(रोग बल्लिझएको)	२. विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
	3.1 TAF (उपचार असफल नयाँ)	३ First Line Drug Failure भएमा कोड नं ३.१ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.2 TAF (उपचार असफल पुनः उपचार)	First Line Drug को Retreatment केशमा Failure देखिएमा कोड नं ३.२ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.3 TAF Hr (Hr उपचार असफल)	Retreatment केशमा Isoniazid Failure देखिएमा कोड नं ३.३ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.4 TAF (औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचार असफल)	2 nd Line को औषधीहरू मध्ये कुनै दुई वटा औषधी परिवर्तन गर्नु परेमा, उपचारको ६ महिनाको अन्त्यमा वा injectable औषधी प्रयोग गरेको अवस्थामा Intensive Phase को अन्त्यमा, अन्य थप औषधीहरूको Resistance भएमा र Side effect को कारणले उपचार Terminate गर्नुपरेमा कोड नं ३.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	4 TALF (औषधीपूरा नगरेको)	६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलको कोड नं.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	5 OPT(पहिले उपचार गरेका तथा अन्य)	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलको कोड नं.५ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	6 UPTH (उपचारको अवस्था थाहा नभएको)	राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
४	क्षयरोगको किसिम	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार RR/MDR(SSTR), RR/MDR (LTR), Pre-XDR र XDR मध्ये एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
५	क्षयरोग भएको अंग	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको site अनुसार Pulmonary भएमा उक्त महलमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु र EP हो भने कुन स्थानमा हो खुलाएर लेख्ने ।
६	उपचार रेजिमेन	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार Shorter or longer Regimen उल्लेख गरी प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भरी सोही अनुसार बिरामीलाई खुवाउने ।
७	कल्चर, फलोअप र तौल	उपचार शुरु गर्दा र फलोअपको प्रत्येक महिनाको Sputum Culture report को Lab no. मिति, नतिजा र बिरामीको तौल उक्त महलमा भर्ने ।
८	बिरामीको औषधीको नाम र मात्रा	Shorter or longer Regimen मा बिरामीको तौल अनुसारको औषधीको मात्रा भर्ने ।
९	Drug Compliance	उपचार रेजिमेन Change भएमा Change भएको प्रत्येक रेजिमेन (STR or LTR or Pre-XDR or XDR) Shift गरेको पेजमा गइ उक्त रेजिमेन उल्लेख गरी प्रत्येक दिन हरेक कोठामा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनु पर्दछ र प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भर्ने ।
१०	उपचार नतिजा विवरण	बिरामीको उपचारको नतिजा अनुसार Cured or Completed or Failed or Died or Loss to follow up or Not evaluated मध्ये कुनै एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाइ मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
११	प्रेषण/स्थानान्तरण भएको संस्था	बिरामीलाई अन्य स्थानमा प्रेषण वा स्थानान्तरण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण वा स्थानान्तरण हुने संस्थाको विवरण उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

6	Patient's Address	क्षयरोग बिरामी बसोबास गर्ने जिल्ला नगरपालिका-गाउँ पालिकाको नाम र वडा नम्बर, बिरामी वा अभिभावकको सम्पर्क नम्बर सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
7	Self	बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि आफैं आएमा यस महलको कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ(सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट निदान भएका र समुदायबाट प्रेषित नभएकाहरु यस अन्तर्गत पर्दछन) ।
8	Referred Private Health Facility	बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि निजी स्वास्थ्य संस्था (क्लिनिक, नर्सिङ होम, अस्पताल, फार्मसी) बाट प्रेषित भई आएको सुनिश्चित गरी (प्रेषण पूर्जा) यस महलको कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
9	Referred by Community	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको रोग निदानका लागि समुदाय (महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका, स्वयंसेवक वा स्वास्थ्य संस्थाले तोकेको व्यक्ति)बाट प्रेषित भई आएको भए क्षयरोग प्रेषण पुर्जाबाट सुनिश्चित गरी यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
10	Contact Investigation	क्षयरोगका बिरामीको परिवारका सदस्यहरूको सम्पर्क परीक्षण गरी क्षयरोग निदान भएको भए क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम तथा सम्पर्क परीक्षण तथा प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरका आधारमा सुनिश्चित गरी यस महलको कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
11	Treatment Start Date	क्षयरोगको बिरामीले उपचार शुरु गरेको मिति यस महलमा लेख्नु पर्दछ । मिति लेख्दा माथिल्लो महलमा गते र महिना र तल्लो महलमा साल लेख्नु पर्दछ।
12	PBC	खकार पोजेटिभ फोक्सोको क्षयरोग भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. १ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
13	PCD	खकार नेगेटिभ भएका तर Clinically निदान भएका फोक्सोको क्षयरोग भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. २ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
14	EP	फोक्सो बाहेक अन्य अङ्गको क्षयरोग भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
15	New	विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ मानी दर्ता गर्नु पर्दछ।
16	Relapse	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
17	TAF (Treatment after Failure)	EP/PCD को हकमा २ महिना, PBC को हकमा ५ महिना वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म खकार स्मेयर पोजिटिभ भएको बिरामी वा EP को हकमा उपचार को अन्तमा पनि परीक्षण (PUS) को नतिजा Positive आएमा यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
18	TALF (Treatment after lost to follow -up)	६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलको कोड नं. ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
19	OPT (Others Previously Treated)	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. ५ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।

20	UPTH (Unknown Previous TB Treatment History)	राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
21	Child	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामी १५ वर्ष मुनिको र तौल २५ किलो वा सो भन्दा कम भएको वा Child Dosage को औषधी खाने भए महल २१ को कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
22	Adult	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीका तौल २५ किलो भन्दा बढी भएको वा Adult Dosage को औषधी खाने भए महल २२ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
23	2HRZE+ 4 HR	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले शुरूको अवस्थामा २ महिना HRZE र लगातारको अवस्थामा ४ महिना HR औषधी खानु पर्ने भएमा महल २३ को कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
24	2HRZE + 7HRE	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले शुरूको अवस्थामा २ महिना HRZE र लगातारको अवस्थामा ७ महिना HRE औषधी खानु जटिल तथा सिक्लिस्ट फोक्सो वाहेक अन्य अङ्गका क्षयरोगका बिरामी भए महल २४ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
25	6HRZE	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले उपचारको पूरा अवधि (६ महिना) नै HRZE औषधी खानुपर्ने भए महल २५ को कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
26	6 HRZE +Lfx	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले उपचारको पूरा अवधि (६ महिना) नै HRZE र Lfx औषधी खानुपर्ने भए महल २७ को कोड नं ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
27	Transfer in	कुनै स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भई उपचार लिई रहेको क्षयरोगको बिरामी यस संस्थामा उपचार लिनेगरी स्थानान्तरण भई आएमा महल २७ को कोड नं. १ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
28-30	HIV Test Result	क्षयरोगका बिरामीलाई HIV Infection भए नभएको जानकारी पाउन गरिएको परीक्षणको नतिजा Positive भए महलका २८ को कोड नं. १ मा नतिजा Negative भए महल २९ को कोड नं. २ र HIV Infection को अवस्था थाहा हुन नसकेमा (Unknown) महल ३० को कोड नं. ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। सङ्क्रमणको अवस्था थाहा पाउन क्षयरोगका बिरामी दर्ता हुने संस्थामा नै परीक्षण हुने भए सो नतिजा हेरेर र संस्थामा परीक्षण हुनु नसके भए परीक्षण गरिएको संस्थाको अभिलेखबाट सुनिश्चित गरी नतिजा जनाउनु पर्दछ।
31-32	ART	यदि क्षयरोगका बिरामी Anti-Retroviral Therapy (ART) लिई रहेको भए महल ३१ को कोड नं. १ मा र ART नलिएको भए महल ३२ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
33-34	CPT	यदि क्षयरोगका बिरामी Cotrimoxazole Prophylaxis Therapy (CPT) लिई रहेका भए महल ३३ को कोड नं १ मा र नलिएको भए महल ३४ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
35-37	Sputum Examination At the time of TB diagnosis	
35	Smear	क्षयरोग निदान गर्न Microscopy विधिबाट गरिएको खकार नमूना परीक्षणको नतिजा, ल्याव नं. र परीक्षण मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
36	Xpert MTB/RIF	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा गरिएको Xpert MTB/RIF परीक्षणको नतिजा, ल्याव नं. र परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
37	LPA	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा गरिएको LPA परीक्षणको नतिजा, ल्याव नं. र परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
38	2 month Follow up	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको २ महिनाको अन्तमा Microscopy विधिबाट गरिएको अनुगमन परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति महल ३८ अन्तर्गत महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। साथै Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance

		परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति (गते, महिना, साल) महल ३८ अन्तर्गत X महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ।
39	3 month Follow up	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको ३ महिनाको अन्तमा Microscopy विधिबाट गरिएको अनुगमन परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति महल ३९ अन्तर्गत S महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। साथै Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति (गते, महिना, साल) महल ३९ अन्तर्गत X महलका कोठामा लेख्नु पर्दछ।
40	5 month Follow up	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको ५ महिनाको अन्तमा Microscopy विधिबाट गरिएको अनुगमन परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति महल ४० अन्तर्गत S महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति (गते, महिना, साल) महल ४० अन्तर्गत X महलका कोठामा लेख्नु पर्दछ।
41	End of TB treatment	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको उपचारको अन्तमा Microscopy विधिबाट गरिएको अनुगमन परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं र मिति महल ४१ अन्तर्गत महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं र मिति (गते, महिना, साल) महल ४१ अन्तर्गत X महलका कोठामा लेख्नु पर्दछ।
42-43	Drug Susceptibility Test	उपचाररत बिरामीको उपचार अवधिभर Xpert MTB/RIF विधिबाट Drug Susceptibility Test गरिएको भए महल ४३ को कोडा नं. १ मा र LPA विधिबाट Drug Susceptibility Test गरिएको भए महल ४३ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
44	Cured	पुरै अवधिसम्म औषधी खाएका PBC क्षयरोगका बिरामीको उपचार अवधिको अन्तमा वा त्यस अघिको पछिल्लो अवधिको अनुगमन खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा नेगेटिभ भएमा यस महलको कोड नं. १ मा गोलो लगाई तलको कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
45	Completed (अवधिपूरा गरेको)	PBC क्षयरोगका बिरामी जसले उपचार अवधि पूरा गरेको छ तर निको भएको (Cured) भन्नको लागि चाहिने आवश्यक मापदण्ड पूरानगरेका तथा PCD र EP क्षयरोगका बिरामीले उपचार अवधि पूरागरेको भएमा यस महलको कोड नं. २ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
46	Failed (उपचार फेलियर भएको)	PBC क्षयरोगका बिरामीको ५ महिना वा उपचारको अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा तथा PCD and EP बिरामीहरूको २ महिनाका अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
47	Died (मृत्यु भएका)	उपचारको क्रममा कुनै पनि कारणले बिरामीको मृत्यु भएमा यस महलको कोड नं. ४ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
48	Loss to follow up	उपचारमा रहेका क्षयरोगका बिरामीमध्ये लगातार ६० दिन वा सो भन्दा बढी समय सम्म उपचार छुटेका बिरामी भए यस महलको कोड नं. ५ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
49	Not Evaluated	क्षयरोगको उपचारको अन्तमा नतिजा थाहा नभएका वा Transfer out भइ बिरामीको उपचार नतिजा प्राप्त नभएमा यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
50	Patient under CBDOT	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीलाई निजको पायक पर्ने समुदायमा रहेका स्वयंसेवक कहाँ गई नियमित औषधी खान पठाइएको भए यस महलको कोड नं १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।

51	Move to 2nd Line	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको खकार परीक्षण गर्दा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग भएको प्रमाणित भएमा यस महलको कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
Status of Smoking		
52	0 month (Current)	उपचारको शुरु गर्न संस्थामा आएका क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा कम्तीमा विगत ३ महिनादेखि धूम्रपान गरिरहेका भएमा महल ४९ को yes मा र नगरेको भए सोही महलको No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
53	2 Month	२ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा महल ५३ को कोड S मा, विगत २ हप्ता देखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एकपटक छोडेको भएमा कोड. R मा र विगत २ हप्तादेखि एक सको पनि नतानेको भनेमा कोड Q गोलो लगाउनु पर्दछ।
54	5 Month	५ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा महल ५४ को कोड S मा, विगत २ हप्ता देखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एकपटक छोडेको भएमा कोड. R मा र विगत २ हप्तादेखि एक सको पनि नतानेको भनेमा कोड Q गोलो लगाउनु पर्दछ।
55	End of Treatment	उपचारको अन्तिम महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा महल ५५ को कोड S मा, विगत २ हप्ता देखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एकपटक छोडेको भएमा कोड. R मा र विगत २ हप्तादेखि एक सको पनि नतानेको भनेमा कोड Q गोलो लगाउनु पर्दछ।
Exposure of Smoking Inside home		
56	0 month	क्षयरोग उपचारका लागि आएको बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा घरभित्र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा आएको भए महल ५६ को कोड Yes मा र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा नआएको भए सोही महलको कोड No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
57	2 Month	२ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा घरभित्र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा आएको भए महल ५७ को कोड Yes मा र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा नआएको भए सोही महलको कोड No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
58	5 Month	५ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा घरभित्र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा आएको भए महल ५८ को कोड Yes मा र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा नआएको भए सोही महलको कोड No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
59	End of Treatment	उपचारको अन्तिम महिनाको] अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा घर भित्र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा आएको भए महल ५९ को कोड Yes मा र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा नआएको भए सोही महलको कोड न. No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
60	Remarks	माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य कुरा खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछजस्तै पुरानो टि.बि. नं, औषधी रोकेको मिति, औषधी उपचार गरिरहेको बेला बीचमा औषधी फेरेको भए सो को विवरण अन्य संस्थामा ट्रान्सफर आउट भएको भए सो संस्थाको नाम र ठेगाना आदि।

रजिस्टर गर्ने तरिका:

क्र.सं	शीर्षक	निर्देशन
१	बिरामीको विवरण र रजिष्ट्रेसन	यस महलमा बिरामीको नामथर, उमेर, लिङ्ग, ठेगाना (प्रदेश, जिल्ला, पालिका र वडा नम्बर), जाति कोड, तौल, उचाई, बिरामी र उपचार सहयोगीको सम्पर्क नम्बर सहितको विवरण भर्नु पर्दछ। त्यसै गरी बिरामीको क्षयरोग उपचार रजिष्टरको दर्ता नं. र भर्ना भएको मिति जनाउनुपर्दछ। जस्तै 1-T1-078/79-MDR(SSTR) जसमा शुरूको अक्षर वा अंकले प्रदेश १ जनाउँदछ, त्यसै गरी T1 ले पहिलो Trimester जनाउँदछ, त्यस पछि आर्थिक बर्ष र औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार जनाउँदछ।
२	Patient under CB –DOT	यदि बिरामी समुदायमा आधारित औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचारमा समावेश भएमा यस महलमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
३	Co-morbidity	यस महलमा यदि बिरामीमा क्षयरोग बाहेक अन्य रोगहरु जस्तै मधुमेह, HIV आदि जस्ता रोगहरु भएमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
४	Guardian Name	बिरामीको अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ।
५	Guardian/Patient Phone number	बिरामीको अभिभावक र बिरामीको सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ।
६	DOT Provider	बिरामीलाई सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नुपर्दछ।
७	Number of Household Member and No. of under 5 yrs Children	बिरामीको परिवार संख्या र परिवारमा रहेका ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरुको संख्या लेख्नुपर्दछ।
८	No. of HH members Screened for TB	बिरामीको परिवारमा रहेका सदस्यहरुको स्क्रिनिङ्ग गर्नुपर्ने संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९	DST Result	बिरामीको औषधी प्रतिरोधको अवस्था (DST Pattern) जाँच गर्दा औषधी शुरू गर्दाको समयमा भए baseline र मिति उल्लेख गर्ने र फलोअपको समयमा भए फलोअप र मिति लेख्नुपर्दछ। त्यसपछि Test Result अनुसार जुन औषधीमा Resistant वा sensitive देखिएको छ सोही अनुसार उक्त महलमा R वा S लेख्नुपर्दछ।
१०	TB HIV Status	बिरामीको HIV Test गर्दा HIV Infection को महलमा रहेका positive, negative वा Unknown मध्ये रिजल्ट अनुसार गोलो (○) चिन्ह लगाउने र यदि रिजल्ट पोजिटिभ देखिएमा ART वा CPT मा भए नभएको एकिन गरी सोही अनुरूप यस महलमा Yes or No लेख्नुपर्दछ।
११	Registration Category: 1. New	विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ New मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	2. Relapse	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
	3.1 TAF (New_FLD)	First Line Drug Failure भएमा कोड नं ३.१ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।

	3.2 TAF (Retreatment_FLD)	First Line Drug को Retreatment केशमा Failure देखिएमा कोड नं ३.२ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.3 TAF (Ret_Hr TB)	Retreatment केशमा Isoniazid Failure देखिएमा कोड नं ३.३ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.4 TAF (2nd Line)	2nd Line को औषधीहरु मध्ये कुनै दुईवटा औषधी परिवर्तन गर्नु परेमा, उपचारको ६ महिनाको अन्त्यमा वा injectable औषधी प्रयोग गरेको अवस्थामा Intensive Phase को अन्त्यमा, अन्य थप औषधीहरुको Resistance भएमा र Side effect को कारणले उपचार Terminate गर्नु परेमा कोड नं ३.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	4 TALF (Treatment After Loss to Follow up)	६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलको कोड नं.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	5 OPT(Other previously Treated)	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलको कोड नं.५ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	6 UPTH (Unknown Previous TB Treatment)	राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
१२	Type	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार RR/MDR(SSTR), RR/MDR (LTR), Pre-XDR र XDR मध्ये एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	Month	उपचार शुरु गर्दा वा फलोअपको प्रत्येक महिनाको ल्याव रिपोर्ट (Sputum or Culture report) र मिति सम्बन्धित महिनाको महलमा उल्लेख गर्ने साथै शुरुको उपचार रेजिमेनबाट अर्को रेजिमेनमा सिफ्ट भएमा सो अनुसारको types मा गोलो (○) चिन्ह लगाइ सम्बन्धित महिनाको महलमा ल्यावको रिजल्ट अपडेट गर्ने ।
१३	Outcome	बिरामीको उपचार पूरा भए पछिको नतिजा अनुसार Cured or Completed or Failed or Died or Loss to follow up or Not evaluated मध्ये जुन Outcome आएकोछ त्यसमा गोलो (○) चिन्ह लगाइ मिति उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१४	After Treatment Completion follow-up	उपचार पूरा भए पश्चात ६ महिना, १२ महिना, १८ महिनामा र २४ महिनाको फलोअपमा जाँच गरेको ल्याव नं, नतिजा र मिति लेख्नुपर्दछ

HMIS 6.6: क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम (Tuberculosis Screening and Contact Examination)

परिचय:

खकारमा क्षयरोगका कीटाणु देखिएका क्षयरोगका बिरामीले अन्य स्वस्थ व्यक्तिलाई क्षयरोग सार्न सक्दछ । तसर्थ त्यस्ता बिरामीको सम्पर्कमा रहेको परिवारका सदस्यमा क्षयरोगका लक्षण देखा परे नपरेको परीक्षण गर्ने गरिने कार्य सम्पर्क परीक्षण हो । त्यसरी समय समयमा क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यमा गरिएको सम्पर्क परीक्षणको अभिलेख राख्न यो फाराम प्रयोगमा ल्याइएको हो ।

रजिस्टरको नमूना:

नेपाल सरकार स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली TB स्क्रिनिंग र सम्पर्क परीक्षण फारम												
क्रम संख्या.....						मिति.....						
उद्देश्य उल्लेख गर्नुहोस्: १. जोखिम समूह को स्क्रिनिंग २. सम्पर्क परीक्षण												
सम्पर्क परीक्षणको हकमा यो बक्स भर्नुहोस्												
बिरामीको नाम (Index Case):						उमेर:			लिंग: म पु			
TB को प्रकार: १. DR1B			२. DS TB			दर्ता नम्बर:						
उपचारमा भर्ना भएको मिति:.....						उपचार सुरु मिति:						
परिवारको संख्या:												
थर:		जिल्ला:		नयाँपा का:		वडा नम्बर:		टोल:		सम्पर्क नम्बर:		
क्र. सं.	स्त्री/पुरुष/सम्पर्क परीक्षण गरिएको सदस्यको नाम	उमेर		Index case सँगको सम्बन्ध (परिवारिक सम्पर्क को हकमा)		क्षयरोगका लक्षणहरू **						कैफियत
		म	पु	छा	पु	छा	छा	पु	छा	पु	छा	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३
१						१	२	३	४	५	६	७
२						१	२	३	४	५	६	७
३						१	२	३	४	५	६	७
४						१	२	३	४	५	६	७
५						१	२	३	४	५	६	७
६						१	२	३	४	५	६	७
७						१	२	३	४	५	६	७
८						१	२	३	४	५	६	७
९						१	२	३	४	५	६	७
१०						१	२	३	४	५	६	७
*परिवारिक सम्पर्क: जो क्षयरोग (Index Case) भएको व्यक्ति सँग घट्टै घरमा सुत्ने र खाने गरेको छ												
**नसण (बयस्क)						**नसण - बच्चा (०-१४ वर्ष)						
१.छोकी		२.ज्वरो		३.रातमा पसिना आउने		४.खान मन नलाग्नु		१.छोकी		२.ज्वरो		
३.तौल घट्नु		४.छाती दुख्नु		५.खर र मा रगत देखिनु		३.रातसँग खान नसक्नु		४.तौल घट्नु		५.बुद्धि विकास राम्रो नहुनु		
६.खर र मा रगत देखिनु						६.पसिना आउनु		६.पसिना देखिनु				
साक्षात्कारकर्ताको नाम:						हस्ताक्षर						

रजिस्टरभर्ने तरिका:

महल शीर्षक	निर्देशन
क्रम संख्या.....	परीक्षण गरिएको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ ।
मिति	सम्पर्क परीक्षण गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।
उद्देश्य उल्लेख गर्नुहोस्	क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फारामप्रयोग गर्नु को कारण जनाउन क्षयरोग जोखिम समूह को स्क्रिनिंग भए १ मा र सम्पर्क परीक्षण गर्नका लागि प्रयोग भए २ मा गोलो घेरा लगाउने
सम्पर्क परीक्षणको हकमा यो बक्स भर्नुहोस्	<p>यदि फाराम को प्रयोग सम्पर्क परीक्षण को लागि गरिएको हो भने उक्त box मा निर्देशित गरीयको सूचना भर्ने ।</p> <p>क्षयरोग बिरामीको नाम (Index Case): क्षयरोग उपचाररत बिरामीको नाम थर र उमेर लेखि महिला या पुरुषमा गोलो लगाउनु पर्दछ ।</p> <p>TB को प्रकार: परिवारका सदस्यको सम्पर्क परीक्षण गर्न लागिनेको उपचाररत बिरामी क्षयरोग वा</p>

महल शीर्षक	निर्देशन
	<p>औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग कुन हो गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।</p> <p><u>दर्ता नं:</u> बिरामी क्षयरोग वा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ।</p> <p><u>उपचारमा भर्ना भएको मिति:</u> क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) वा औषधी प्रतीरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार शुरु गर्दा दर्ता भएको मिति लेख्नु पर्दछ।</p> <p><u>परिवार जम्मा संख्या:</u> उपचाररत बिरामीको जम्मा परिवार सदस्य सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ।</p>
ठेगाना	क्षयरोग जोखिम समूह को स्क्रिनिंग गरेको स्थान तथा उपचाररत बिरामी बसोवास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, नगरपालिका/गाउँपालिका वडा नं टोल र सम्पर्क नं सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र सं	क्रम सङ्ख्या लेखिए अनुसार नै हुनेछ ।
२	स्क्रीन /सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यहरूको नाम	स्क्रिनिंग गरिएका अर्थात्सम्पर्क परीक्षण गरिएका क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यहरूको नाम उमेर अनुसार क्रमशः लेख्नु पर्दछ।
३-४	उमेर म/पु	परिवारका सदस्यले पूरा गरेको उमेर महिला भए महल ३ तथा पुरुष भए महल ४ मा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
५	Index case संगकोसम्बन्ध (घरपरिवार सम्पर्क को हकमा)	बिरामीसँगको नाता यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
६- ८	क्षयरोगका लक्षणहरू	स्क्रिनिंग गरिएका व्यक्ति अर्थात परिवारका सदस्यमा क्षयरोगका चिन्ह तथा लक्षण (उक्त फोरम मा दिएको लक्षण का आधारमा) सोधी लक्षण नदेखिएमा महल ६ को कोड नं १ मा र लक्षण देखिएमा महल ७ को कोड नं २ मा गोलो लगाई कार्डमा उल्लेखित लक्षण कोडका आधारमा महल ८ को सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
९	कैफियत	माथि उल्लेखित विषय बाहेक अन्य कुरा यस महलमा उल्लेख गरिन्छ ।
	क्षयरोग स्क्रिनिङ ० गर्ने व्यक्तिको नामनाम र दस्तखत	क्षयरोग स्क्रिनिङ गर्ने व्यक्तिको नाम लेखि दस्तखत गर्ने ।

HMIS 6.7: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर (Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)

परिचय:

खकारमा क्षयरोगका कीटाणु देखिएका क्षयरोगका बिरामीले अन्य स्वस्थ व्यक्तिलाई क्षयरोग सार्न सक्ने भएकोले त्यस्ता बिरामीको सम्पर्कमा रहेका परिवारका सदस्यमा क्षयरोगका लक्षण देखा परे नपरेको परीक्षण गर्ने कार्य सम्पर्क परीक्षण हो । क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यमा गरिएको सम्पर्क परीक्षणको अभिलेख राख्न तथा सम्पर्क परीक्षण गर्दा क्षयरोगका चिन्ह र लक्षण नदेखिएमा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार गरेको अभिलेख राख्न यो रजिष्टरमा प्रयोगमा ल्याइएको हो । सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर ३ भागमा बाडिएको छ । पहिलो भागमा Index TB बिरामीको व्यक्तिगत तथा उपचारसँग सम्बन्धित विवरण दोस्रो भाग सम्पर्क परीक्षण सम्बन्धी विवरण र तेस्रो भाग क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार विवरण अभिलेख गर्नुपर्दछ।

रजिष्टरको नमूना:

HMIS 6.7

Contact Investigation and TBPT Register																											
Details of the Index TB Cases				Name of Family Members (HH Contact)				Presumptive TB		TB Diagnosed		Patient Enrolled		Eligible for TBPT		TBPT provided date, dosage and weight of client						Outcome			Remarks		
S.N:	Date	DS TB		Name		Age		No	Yes	No	Yes	Name of Health Facility		No	Yes	Start date	2 Month F/U		3 Month F/U		Completed	Discontinue	Died	Not Evaluated			
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		
Registration no				Name				1	2	1	2	1	2	1	2	DDMM/YYYY	DDMM/YYYY		DDMM/YYYY		1	2	3	4			
No of Family Members				Surname													Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DDMM/YYYY				
Name				Name													DDMM/YYYY	DDMM/YYYY		DDMM/YYYY		1	2	3	4		
Surname				Surname													Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DDMM/YYYY				
Province /District				Name													DDMM/YYYY	DDMM/YYYY		DDMM/YYYY		1	2	3	4		
M/RM				Surname													Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DDMM/YYYY				
Contact Number				Name													DDMM/YYYY	DDMM/YYYY		DDMM/YYYY		1	2	3	4		
Name of Investigator				Surname													Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DDMM/YYYY				

रजिष्टरभर्ने तरिका:

महल नं / महल शीर्षक	निर्देशन
S N	क्रम सङ्ख्या हरेक महिना १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ।
Types of TB	उपचाररत क्षयरोगका बिरामी DS TB भए कोड नं १ तथा DR TB भए कोड नं २ मा गोली सङ्केत गर्नु पर्दछ ।
TB Registration no	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको क्षयरोग उपचार रजिष्टर=औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग रजिष्टरको दर्ता नं यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
No of Family Member	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको परिवारका बालबालिका तथा वयस्क सदस्यहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
Patient's Name	उपचाररत क्षयरोग बिरामीको नाम थर र जातिकोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
Address	उपचाररत बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, नगरपालिका/गाउँपालिका, वडा नं सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Contact No	बिरामी वा परिवारका अन्य सदस्यको सम्पर्क नं. यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
Name of Investigator	सम्पर्क परीक्षण गर्ने व्यक्तिको नाम र पद यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

1	Name of Family Members	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यहरूमध्ये सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यहरूको नाम, थर र जातिकोड पूरागरेको उमेर अनुसार क्रमशः लेख्नु पर्दछ ।
2-3	Age/Sex	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको परिवारका सदस्यले पूरागरेको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल २ र पुरुष भए महल ३ मा लेख्नु पर्दछ।
4-7	Presumptive TB	सम्पर्क परीक्षण गरिएका परिवारका सदस्य सम्भावित क्षयरोगका बिरामी नभए महल ४ को कोड न.१ मा र सम्भावित क्षयरोगका बिरामी भएमा महल ५ कोड न. २ मा गोलो लगाई खकार संकलन गरी परीक्षण गर्न पठाएमा महल ६ को कोड नं १ मा र बिरामीलाई सिधै परीक्षण गर्न पठाएमा महल ७ को कोड न. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
8-9	TB Diagnosed	खकार परीक्षण तथा अन्य परीक्षणबाट क्षयरोग निदान नभएमा महल ८ को कोड न. १ मा र निदान भएमा महल ९ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
10	Patient Enrolled Name of Health Facility	निदान भएका क्षयरोगका बिरामी मध्ये उपचारका लागि दर्ता भएमा महल १० मा स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गर्नु पर्दछ। यदि बिरामी अन्यत्र उपचार लिन गएमा समेत सोधपुछ गरी संस्थाको नाम उल्लेख गर्नु पर्दछ।
11-12	Eligible for TBPT	सम्पर्क गरिएका क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्य ५ वर्ष मुनिका बालबालिका भएमा क्षयरोगका चिन्ह र लक्षण नभएको सुनिश्चित गरी क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार दिनु पर्दछ। यदि सम्पर्क परीक्षण गरिएको ५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा प्रतिरोधात्मक उपचार अयोग्य भएमा महल ११ को कोड नं १ मा र योग्य भएमा महल १२ को कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
13	TBPT Start Date	प्रतिरोधात्मक क्षयरोग उपचार योग्य ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाले उपचार शुरु गरेमा शुरु गरेको मिति निजको तौल र दिइएको औषधीको मात्रा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
14	2 Month follow up	प्रतिरोधात्मक क्षयरोग उपचार शुरु गरेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई २ महिनामा अनुगमन गरेको मिति, निजको तौल र दिइएको औषधीको मात्रा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
15	3 Month Follow up	प्रतिरोधात्मक क्षयरोग उपचार शुरु गरेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई ३ महिनाको शुरुमा अनुगमन गरेको मिति, निजको तौल र दिइएको औषधीको मात्रा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
16-19	Outcome	प्रतिरोधात्मक क्षयरोग उपचार शुरु गरेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाले उपचार पूरागरे मा महल १६ को कोड नं १ मा, बीचैमा खान छोडेको महल १७ को कोड नं २ मा मृत्यू भएको महल १८ को कोड नं ३ मा र अवस्था थाहा नभएको भए महल १९ को कोड नं ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ र मुनिको महलमा मिति (गते महिना साल) उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
20	Remarks	माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही कुरा भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.8: क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड (Tuberculosis Preventive Therapy Card)

परिचय:

क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार दिइएका ५ वर्षमुनिका बालबालिकाको व्यक्तिगत विवरण तथा उपचार विवरण अभिलेख गर्न यो कार्ड प्रयोगमा ल्याइएको हो । यो कार्ड बिरामीका साथमा रहन्छ । यस कार्डको प्रयोगबाट बिरामीका अभिभावकले उपचार अवस्था, दिइएको औषधी र मात्रा तथा तौल सुधार अवस्था थाहा पाउन सक्दछन् ।

कार्डको नमूना:

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड
.....अस्पताल/स्वा.पो./आ.स्वा.से.के./सा.स्वा.इ/श.स्वा.के

१. दर्ता नं	२. उपचार शुरू मिति		
३. नाम थर	४. उमेर	५. लिंग	
६. ठेगाना	प्रदेश	जिल्ला	
	नगर/गाउँ पालिका	वार्ड नं	
७. उपचार सहयोगीको नाम र सम्पर्क नं			
८. उपचार विवरण			
	विवरण	उपचार शुरू	दोस्रो महिना
८.१. क्षयरोग लक्षण: (१. भएको २. नभएको)		१ २	१ २
८.२. तौल			
८.३. औषधीको नाम र मात्रा			
८.४. औषधी उपलब्ध गराएको मिति			
९. उपचार नतिजा र मिति	१. २. ३. ४. मिति:.....		

१. उपचार पूरा गरेको २. खान छोडेको, ३. मृत्यु भएको, ४. मृत्युका हुन नसकेको

HMIS 6.8

TB Preventive Therapy (TBPT) Card				
.....Hospital/PHC/Health Post				
Contact / TBPT Reg. No.				
TBPT Start Date				
Name:.....		Age:	Sex	F M
Address	Province		District	
	M/RM		Ward No	
Provider's Contact No.				
Treatment and follow up	Month 1	Month 2	Month 3	Remarks
TB Symptoms yes=1, No=2	1 2	1 2	1 2	
Weight				
No. of Tablets (HR)				
Drug Provided Date				
Outcome	1.COMPLETED		2.DISCONTINUED	
Outcome Date	3.DIED		4.NOT EVALUATED	

कार्ड भर्ने तरिका:

महल नं	महल शीर्षक	निर्देशन
१	दर्ता नं:	सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधी उपचार दर्ता नं लेख्नु पर्दछ।
२	प्रतिरोधात्मक उपचार शुरू मिति:	बच्चाले क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार शुरू गरेको मिति लेख्नु पर्दछ
३	नाम थर:	उपचार लिने बच्चाको नाम थर लेख्नु पर्दछ।
४	उमेर:	उपचार लिने बच्चाले पूरागरेको उमेर (वर्षमा) लेख्नु पर्दछ।
५	लिङ्ग:	बच्चाका लिङ्ग (महिला पुरुष) उल्लेख गर्नु पर्दछ।
६	ठेगाना:	बसोबास गर्ने प्रदश, जिल्ला, गाउँ-नगर पालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ।
७	क्षयरोग सहयोगीको नाम:	प्रतिरोधात्मक उपचारमा सहयोग गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम थर र सम्पर्क नं. लेख्नु पर्दछ।
८.१	क्षयरोगका लक्षण:	औषधी खाईरहेको बच्चामा क्षयरोगका लक्षण देखा परेमा कोड नं. १ मा र लक्षण देखा नपरेमा कोड नं २ मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।
नोट औषधी खाईरहेको बच्चामा क्षयरोगका लक्षण देखा परेमा औषधी खान रोकी निदानका लागि स्वास्थ्य संस्थामा पठाउनु पर्दछ।		
८.२	तौल:	बिरामीले उपचार शुरू गर्दा, २ महिनामा तथा ३ महिनामा बच्चाको तौल के जी मा लेख्नु पर्दछ
८.३	औषधीको मात्रा:	बिरामीलाई उपलब्ध गराएको औषधीको मात्रा लेख्नु पर्दछ।
८.४	औषधी उपलब्ध गराएको मिति:	बिरामीलाई औषधीको उपलब्ध गराएको दिनको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	बिरामीलाई औषधीको उपलब्ध गराएको दिनको मिति लेख्नु पर्दछ	प्रतिरोधात्मक उपचार लिएको बिरामीले तोकिएको मात्रा ३ महिनासम्म खाएको भए कोड नं १, बीचैमा खान छोडेको भए कोड न.२ मृत्यु भएको भए कोड नं. ३ र बिरामी सम्पर्कलाई सम्पर्क गर्न नसकेमा कोड न.४ मा गोलो लगाई मिति लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.9: क्षयरोग प्रेषणपुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था) TB Referral Form- Community, Private Sector)

परिचय: सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको खोजपडताल गर्न तथा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीलाई नियमित औषधी खान तथा खकार अनुगमनमा समुदायको भूमिका महत्वपूर्ण हुन्छ । साथै क्षयरोग निदान तथा उपचारमा निजी क्षेत्रको भूमिका समेत महत्वपूर्ण हुन्छ । समुदाय तथा निजी क्षेत्रबाट क्षयरोग निदान तथा उपचार, अनुगमन खकार परीक्षण तथा औषधीका प्रतिकूल असर व्यवस्थापनका लागि पठाइएका क्षयरोगका बिरामीको अभिलेख राख्न यो पुर्जा प्रयोगमा ल्याईएको हो ।

पुर्जाको नमूना:

नेपाल सरकार स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली प्रेषण पुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था)		TB 11 - Referral Form (Community / Private / Contact)	
१. प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्था		Date:/...../.....	
२. प्रेषित व्यक्तिको नाम		1. Name of Health facility referred to:	
प्रेषण गर्ने	लिंग:	2. Name of the person referred:	
३. ठेगाना	उमेर	3. Age 4. Sex	
प्रदेश	जिल्ला	5. Address Province District M / RM Ward Tole	
नगर / गाउँ पालिका	वार्ड नं.	6. Reason of referral	
टोल	सम्पर्क नं	1. For further diagnosis of presumptive TB	
४. प्रेषण गर्ने	कारण	2. TB cases follow up :	
क) क्षयरोग निदान	ख) अनुगमन	3. Others including SAEs:	
ग) अन्य		
हस्ताक्षर र मिति		Referred by:	
नाम	पद	Type of Referral 1. Community 2. Private 3. Contact TB	
संस्था		Name:	
ठेगाना:		Address:	
सम्पर्क नं		Signature	
		Contact number:	
Note: The original copy should be sent with the patient to the referred health facility and the carbon copy should be kept with the referring person			

पुर्जा भर्ने तरिका:

१. प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्था: सम्भावित क्षयरोगको बिरामीलाई क्षयरोग निदान गर्न तथा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको अनुगमन खकार परीक्षण गर्न पठाएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना लेख्नु पर्दछ ।

२. प्रेषित व्यक्तिको नाम: सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको नाम थर लिंग (महिला पुरुष) तथा उमेर सम्बन्धित महलमा राख्नु पर्दछ।

३. ठेगाना: सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, नगर गाउँ पालिका वार्ड नं. गाउँ टोल र सम्पर्क नं सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।

४. प्रेषण गर्नाको कारण: सम्भावित क्षयरोगका बिरामीलाई निदान गर्न पठाएको भए कोड नं १ अनुगमन भए कोड नं २ र औषधीका प्रतिकूल असर व्यवस्थापन वा अन्य समस्या भै प्रेषण गर्नु परेमा कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।

५. प्रेषण गर्ने: सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीलाई स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने व्यक्तिको नाम, पद, ठेगाना र सम्पर्क नं सम्बन्धित महलमा लेखि हस्ताक्षर गर्नु पर्दछ र मिति लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.10: aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form

फारामको नमूना:

Government of Nepal
Health Management Information System
aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form

HMIS 6.10

A. Patient and Health Facility Information

Name/Patient ID number (as DR/TS Register): _____ Treatment Centre: _____
 Date of Birth (or Age): _____ Province: _____
 Sex: Male Female
 HIV status: Non-reactive Reactive
 Pregnancy: No Yes Trimester: _____
 Weight (kg): _____ Height (cm): _____ BMI: _____

B. Adverse events experienced by patient (including abnormal investigations)

Adverse event	Onset date	End date	Severity grade	Seriousness*	Outcome †

* Please select: **D** died **LT** life threatening **NA** caused or prolonged hospital admission **PD** permanent disability
OS other medically serious **CA** congenital abnormality **NS** not serious
 † Please select: **A** recovered **B** recovering **C** recovered with residual effects **D** died **E** not recovered **F** unknown
 Detailed description of adverse event(s): _____

Was treatment of adverse event required? No Yes (please specify): _____

C. Laboratory assessment: Results of tests and procedures

Test performed	Test date	Result	Unit	Reference range

D. Medicines: DR/ TB Regimen and other concomitant medicines, vaccines, traditional / herbal medicines and dietary supplements

Tick if medicine suspected of causing adverse event

Medicine	Dose	Frequency	Route	Start date	Stop date	Reason for use	Action taken †	Response ‡

† Action taken in response to AE: **DW** drug withdrawn **DR** dose reduced **DI** dose increased **DNC** dose not changed **UK** unknown **NA** not applicable
 ‡ Response to action taken: **RA** recovered **NE** no effect on AE **FA** fatal AE **UW** unknown **NA** not applicable

E. Other relevant information

List any medicines that were restarted and indicate effect on adverse event

Medicine	adverse event recurred	adverse event did not recur	unknown
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Other relevant information e.g. medical history, concurrent illnesses, smoking, alcohol use and Hospital Management

1

Government of Nepal
Health Management Information System
aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form

HMIS 6.10

G. Causality Assessment at Treatment Center Level

1. Certain 2. Probable 3. Possible 4. Unlikely 5. Unassessed 6. Un-assessable

Comments: _____

H. Final AE/SAE Summary

Adverse Events Description: _____
 Event Start date: _____
 Event End date: _____
 Severity Grading: _____
 Event classified: 1. Serious 2. Not – Serious (Based on Annex 2)
 Narrative / Additional Information (Final Result): _____

I. Reporter Information

Name: _____ Phone number: _____
 Email: _____
 Occupation: Doctor Nurse Paramedics Other (please specify): _____
 Signature: _____ Date: _____

Submit form to:
 Email to: M&E Unit, NTC: DSMNTC@gmail.com

NTC Use Only:
 Date received by NTC: _____
 Causality assessment: Certain Probable Possible Unlikely Unassessed Un-assessable
 Comment: _____

Reported to DDA: No Yes Date reported to DDA: _____

2

फारामपुर्जा गर्ने तरिका:

क्र.सं	शीर्षक	निर्देशन
१	बिरामी र स्वास्थ्य संस्था सम्बन्धी विवरण	यस महलमा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगका बिरामीको दर्ता नं., उपचार केन्द्रको नाम, बिरामीको नाम, उमेर, लिङ्ग, उचाइ, तौल र BMI निकाली सम्पूर्ण विवरण भर्नु पर्दछ।
	HIV Status	HIV जाँच गरी नेगेटिभ भएमा Non-reactive र पोजिटिभ भएमा Reactive को बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	Pregnancy	बिरामीको गर्भको अवस्था जाँच गरी yes or no को बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ र यदि गर्भवती भएमा गर्भको अवधी (Trimester) उल्लेख गर्नु पर्दछ।
२	Adverse event experienced by patient	बिरामीलाई कुनै किसिमको adverse event देखिएमा यस महलमा जुन adverse event देखिएको हो सो उल्लेख गर्नुपर्दछ। उक्त event शुरु भएको date, अन्त्य भएको date, Severity grading, seriousness र outcome उल्लेख गर्नु पर्दछ।
३	Detail description of adverse event	AE का कारण भएको बिरामीको अवस्थाको वारेमा विस्तृत विवरण उल्लेख गर्नुपर्दछ।
४	Was treatment of adverse event required?	Adverse event देखिए पश्चात उपचार गर्नु परेको खण्डमा Yes र गर्नु नपरेको खण्डमा No को बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
५	Laboratory assessment	Adverse event देखिए पश्चात प्रयोगशाला जाँच गरिएको भएमा यस महलमा उक्त जाँचको नाम, मिति, नतिजा, unit र Reference Range समेत उल्लेख गर्नुपर्दछ।
६	Medicines: DR TB	बिरामीको उपचारका लागि प्रयोग गरिएका सम्पूर्ण औषधीहरू तथा अन्य हर्बल

	Regimens, concomitant medicines, vaccine, traditional herbal medicines	औषधीहरू प्रयोग गरिएको छ भने त्यसको विवरण लेखि औषधीहरूको dose, frequency, route, औषधीशुरु गरेको मिति, औषधीबन्द गरिएको मिति, औषधी प्रयोग गर्नुको कारण, उपचारका क्रममा गरिएका कार्यहरू र उपचार पश्चात बिरामीको प्रतिक्रियाका बारेमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। यदि प्रयोग गरिएका औषधीहरू मध्ये कुनैले गर्दा adverse event भएको शंका लागेमा उक्त औषधीको अगाडिको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
	Action inresponses to AE	यस महलमा उपचारको क्रममा गरिएका कार्यहरूमा (Response) औषधी बन्द गरिएको भए DW (dose withdrawn), डोज घटाइएको भए DR (dose reduction), डोज बढाइएको भए DI (dose increase), डोज परिवर्तन नगरिएको भए DNC(dose not changed), थाहा नभएमा UK (Unknown) र कार्य नगरिएको अवस्थामा NA (Not applicable) ले जनाउनुपर्दछ।
	Response to action taken	यस महलमा AE देखिए पश्चात उपचारबाट बिरामीको अवस्था सुधार भएमा RA(recovered), सुधार नभएमा NE (No effort on AE), मृत्यु भएमा FA (Fatal), थाहा नभएको भए UN (Unknown) र Response apply गर्न नसकिएको अवस्थामा NA ले जनाउनु पर्दछ।
७	Re-challenge Information	यदि AE को उपचार पश्चात उपचार अगाडि प्रयोग भएका कुनै औषधीहरू पुनः शुरु गरिएको छ भने ती औषधीहरूको विवरण उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसरी शुरु गर्दा उक्त औषधीबाट पुनःAE देखिएमा Adverse event recurred को महलमा, AE नदेखिएमा Adverse event did not recur को महलमा र यदि थाहा नभएमा Unknown महलमा रहेको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
८	Other relevant information	यस महलमा बिरामीको Medical history, हालको स्वास्थ्य अवस्था, धूम्रपान तथा मध्यपानको प्रयोग तथा अस्पतालमा गरिएका व्यवस्थापन आदिका बारेमा केही भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९	Casualty assessment at Treatment Center	उपचार केन्द्रमा Casualty assessment form अनुसार बिरामीमा AE को कारणहरू के के हुन सक्छ पत्ता लगाइ कारण निश्चित भएमा १ (Certain), सम्भाव्य भएमा २ (Probable), सम्भावित भएमा ३(Possible), सम्बन्धित नभएमा ४ (unlikely) र जाँच गर्न नगरिएमा ५ (unassessed) र जाँच गर्न नसकिएमा ६ (un assessable) मा गोलो (○) चिन्ह लगाइ Comment मा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१०	Final AE/SAE Summary	यस महलमा AE को सम्पूर्ण विवरण summary को रूपमा उल्लेख गर्नु पर्दछ। बिरामीको उपचारका लागि प्रयोग गरिएका सम्पूर्ण औषधीहरू शुरु गरेको मिति, औषधीबन्द गरिएको मिति उल्लेख गरी बिरामीको अवस्था जाँच गरी गम्भीर भएमा उक्त event लाई १ र बिरामी गम्भीर नभएमा २ मा गोलो (○) चिन्ह लगाइ अन्तिममा बिरामीको वर्तमान अवस्थाको बारेमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
११	Reporter Information	यस महलमा उपचार गर्ने व्यक्तिहरूको नाम, फोन नम्बर, इमेल ठेगाना उल्लेख गरी, उक्त सेवाप्रदायकहरूको विवरणमा doctor, nurse, paramedics र others को अगाडि रहेको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाई हस्ताक्षर गरी मिति समेत उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१२	Submit form to	यस महलमा रहेको इमेल aDSMNTCC@gmail.com मा उपचार केन्द्रले माथिको विवरणहरू पठाउनुपर्दछ।

१३	NTCC use only	यस महलमा उपचार केन्द्रबाट पठाइएको रिपोर्ट NTCC ले प्राप्त गरेपछि प्राप्त गरेको मितिउल्लेख गरी Causalty assessment form जाँच गरी AE को कारण निश्चित भएमा Certain, सम्भाव्य भएमा Probable, सम्भावित भएमा Possible, सम्बन्धित नभएमा unlikely र जाँच गर्न नगरिएमा unassessed र जाँच गर्न नसकिएमा unassessable अगाडि रहेको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	Reported to DDA	यस महलमा प्राप्त AE को जानकारी DDA मा पठाइएको भए yes र नपठाइएको भए no को अगाडि रहेको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ र DDA मा पठाइएको मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ

७. एच.आइ.वी. एड्स तथा यौनरोग

7. HIV/AIDS and STI

HMIS ७.१: एच.आइ.वी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर

HMIS ७.२: यौनजन्य रोग संक्रमण उपचार रजिष्टर

HMIS ७.४: एच.आइ.वी. उपचार सेवा रजिष्टर

HMIS ७.५: एच.आइ.वी. बिरामी कार्ड

HMIS ७.६: ओ.एस्.टी. रजिष्टर

HMIS 7.1: एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HIV Testing and Counselling Register)

यस रजिष्टरको प्रयोग सरकारी र अन्य आधिकारिक संस्था तथा निजी क्लिनिकबाट प्रदान गरिने एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा सम्बन्धी जानकारीको अभिलेख राख्नका लागि गरिन्छ। यो रजिष्टर एच.आई.भी. परीक्षण गर्नुभन्दा पहिले र परीक्षण पश्चात्को परामर्श सकिना साथ एच.आई.भी. सम्बन्धी परीक्षण तथा परामर्श गर्ने एच.आई.भी. काउन्सिलर र स्वास्थ्य कर्मीहरूले भर्नु पर्दछ। यो रजिष्टर एच.आई.भी. सम्बन्धी परीक्षण तथा परामर्श केन्द्रमा गोपनीयता कायम हुनेगरी राख्नुपर्दछ।

यो रजिष्टर सबै प्रकारका एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सम्बन्धी देहायका जानकारीहरू रेकर्ड गर्नको लागि आवश्यक पर्दछ।

- मुख्य सामाजिक तथा व्यक्तिगत विवरण रेकर्ड गर्न।
- सेवाग्राहीलाई प्रदान गरेको एच.आई.भी. परीक्षण पूर्वको परामर्श, परीक्षण र परीक्षण पश्चात् प्रदान गरिएको परामर्श सम्बन्धी विवरण रेकर्ड गर्न।
- एच.आई.भी. सङ्क्रमण हुनसक्ने जोखिम पूर्ण व्यवहार र एच.आई.भी. परीक्षण गर्नुका कारणहरू रेकर्ड गर्न।
- सेवाग्राहीको एच.आई.भी. अवस्था रेकर्ड गर्न।
- एच.आई.भी. पोजेटिभ व्यक्तिलाई उपचार सेवामा प्रेषण गर्न।

रजिष्टरको नमूना :

HMIS 7.1

HIV TESTING AND COU

MONTH: YEAR:

SN	Registration						Demographic Information															
							Client's Name and Caste			Age			Marital Status*	Number of children	Educational Status**	Education Level**	Employment Status***	Average Monthly Income (NPR)	Contact Number:		Address/ Perm	
							First Name (Optional)	Last Name (Compulsory)	Ethnic Code	Sex									District	Municipality		
	DD	MM	YY	MR No	SR No	F				M	TG											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		

*Column 13: Marital Status (1=Unmarried, 2=Married, 3=Divorce, 4=Widow/Widower, 5=Living Together, 6=Separated 7=Not Applicable)
 **Column 15: Educational Status: 1=Illiterate, 2=Literate
 ***Column 16: Education level: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above
 **** Column 17: Employment status: 1=Unemployed, 2=Employed
 §Column 30: Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F, 2= M, 3 = TG)
 SR: Service Registration Number

NSELING REGISTER

anent			Address/Temporary						Pre-test counseling								HIV Test				Post - Test Counseling		
Ward Number	Tole	Others	District	Municipality	Ward Number	Tole	Others	Client Code ^a	Pre-test Counseling	HIV Tested Before	Medical Reason for Testing ^b	Pregnancy Status	Risk Group ^c	Informed Consent	Test 1	Test 2	Test 3	Post - Test Counseling	Result received	HIV Test Result	Partner Counseling	HIV Status of Partner	45. If diagnosed HIV positive, Referred to ART
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	Yes = 1
																							No = 2
																							If Referred to ART Center, Write ART Name

^aColumn 33: Medical reason for testing (1 = STI; 2=TB; 3 = Pregnancy; 4 = Surgery; 5 = HIV/AIDS symptoms; 6 = Child delivered from Positive Mother; 7 = None of above; 8 = Other)
 §Column 35: Risk Group (1 = Female Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID); 3=MSM ; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8=Male Sex Worker (MSW); 9=Transgender (TG); 10= Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12= Other (not specified in above category)

रजिस्टर गर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशिका	
1	S.N.	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शका लागि आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ। हरेक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ।	
2,3, 4	Registration	Date	
5		MR No	
6		SR (Service Register) No	
7		First Name (Optional)	
8	Last Name (Compulsory)	सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ। यो अनिवार्य छ।	
9	Ethnic code	सेवाग्राहीको caste/ethnicity code लेख्नु पर्दछ। caste/ethnicity code यसै रजिस्टरको पछिल्लो पेजमा राखिएको छ।	
10,11,12	Age and Sex	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधी लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।	
13	Demographic Information	Marital Status	
14		Number of Children	
15		Educational Status	
16		Educational Level	
17		Employment Status	
18		Average Monthly Income	
19		Contact Number	
20-29		Address: Permanent/Temporary (District, Municipality, Ward Number, Tole, Others)	
			सेवाग्राहीको जिल्लाको नाम, पालिकाको पूरा नाम, वडा नम्बर, टोलको नामस्थायी र अस्थायी ठेगाना फरक भएमा दुवै खुलाएर सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ। यदि सेवाग्राही नेपाल बाहेक अन्य देशको भएमा Others मा खुलाइ सके सम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशिका
30	Client Code	Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F, 2= M, 3 = TG) + Service registration number Eg. २०३२ सालमाजन्मेको शर्मा थर भएको एक जनापुरुषजसको सेवादर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123 हुन्छ ।
31	Pre-test counseling	परीक्षण पूर्व परामर्श लिएको भए Y लेख्नु पर्दछ नत्र N लेख्नु पर्दछ ।
32	HIV tested before	यस भन्दापहिले सेवाग्राहीले एच.आई.भीको परीक्षण गराएको भए पहिलेको परीक्षणको नतिजा लेख्नु पर्दछ । नगराएको भए N लेख्नु पर्दछ ।
33	Medical reason for testing	सेवाग्राहीले परीक्षण गर्नु पछाडिका कारण के हो मूल्याङ्कन गर्नु पर्दछ । उपयुक्त कारणमा कोड नम्बर लेख्नु पर्दछ : 1 = STI; 2=TB; 3 = Pregnancy; 4 = Surgery; 5 = HIV/AIDS symptoms; 6 = Child delivered from Positive Mother; 7 = None of above (१ देखि ६ सम्मका कोड बाहेकका), 8 = Other
34	Pregnancy Status	यदि महिला सेवाग्राही गर्भवती भएमा Y लेख्नु पर्दछ । यदि महिला सेवाग्राही गर्भवती नभएमा N लेख्नु पर्दछ । यदि महिला सेवाग्राहीलाई आफ्नो गर्भवती अवस्थाका बारेमा थाहा नभएमा DK लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राही बच्चा, पुरुष र तेस्रो लिङ्गी भएमा NA लेख्नु पर्दछ ।
35	Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ: 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs (PWID), 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Male Sex Worker(MSW); 9=Transgender (TG) 10=Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12=Other (not specified in above category) अन्य भए खुलाउन पर्दछ ।
36	Informed Consent	यदि सेवाग्राहीले एच.आई.भी. परीक्षणको लागि सहमति दिएमा Y र नदिएमा N लेख्नु पर्दछ ।
37	Test 1	First Test (Determine) को नतिजा पोजेटिभ भएमा (Reactive) R, नेगेटिभ भएमा (Not Reactive) NR र परीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नु पर्दछ ।
38	Test 2	Second Test (Unigold) को नतिजा पोजेटिभ भएमा R, नेगेटिभ भएमा NR र परीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नु पर्दछ ।
39	Test 3	Third Test (Stat Pak) को नतिजा पोजेटिभ भएमा R, नेगेटिभ भएमा NR र परीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नु पर्दछ ।
40	Post-Test Counseling	परीक्षण पश्चात् परामर्श दिएको भए Y र नदिएको भए N लेख्नु पर्दछ ।
41	Result received	सेवाग्राहीले परीक्षणको नतिजा प्राप्त गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नु पर्दछ ।
42	HIV Test Result	एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजा लेख्नु पर्दछ । यदि तीन वटै नतिजा Reactive भए Positive (P), Test 1/2 नेगेटिभ भए N र यदि टेस्ट १

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशिका
		रियाक्टिभ भएर टेस्ट २ ननरियाक्टिभ आएमा वायदि पहिलो र दोस्रो परिक्षण रियाक्टिभ भई तेस्रो परिक्षणको नतिजा ननरियाक्टिभ आएमा नतिजा (Inconclusive) I लेख्नु पर्दछ । National HIV testing and Treatment Guidelines 2020 अनुसार गर्ने
43	Partner Counseling	संक्रमित सेवाग्राहीको पार्टनरलाई परामर्श दिएको भए Y र नदिएको भए N लेख्नु पर्दछ ।
44	HIV Status of Partner	संक्रमित सेवाग्राहीका पार्टनरको एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ भए P र नेगेटिभ भएN लेख्नु पर्दछ ।
45	Referral	एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजापोजेटिभ आएका व्यक्तिलाई रिफरल / प्रेषण गरेको गरिएको छ भने 1 लेखि रिफरल गरिएको ए.आर.टी. केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ, यदि सेवाग्राहीलाई रिफरल नगरिएको भए 2 लेख्नु पर्दछ ।

HMIS 7.2: यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिष्टर (Sexually Transmitted Infections Treatment Register)

यस रजिष्टरको प्रयोग जोखिममा रहेका समुदाय (Risk group) विशेषलाई सेवाप्रदान गर्ने सरकारी र अन्य आधिकारिक गैर सरकारी तथानिजी संस्थाहरूद्वारा यौनरोग सम्बन्धी परीक्षण, निदान र उपचारको अभिलेख राख्नको लागि गरिन्छ। यस रजिष्टरबाट सेवाग्राहीको सामाजिक तथा व्यक्तिगत जानकारी, सेवाग्राहीको प्रकार (नयाँ वा पुरानो) र यौनरोग सम्बन्धी परामर्श, भिरिङ्गी (Syphilis) को स्क्रिनिङ तथा प्रयोगशाला निदान- RPR+ve, TPPA+ve, GNID+ve, सेवाग्राहीको जोखिम समूह, यौनजन्य सङ्क्रमणको उपचार बारे जानकारी प्राप्त गर्न सकिन्छ। यो रजिष्टर एआरटी काउन्सिलरले सम्बन्धित मेडिकल अफिसरको उपचार र सल्लाह अनुसार भर्नु पर्दछ।

नोट: माथि उल्लेख गरेका बाहेक अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरूले यौन जन्य रोग संक्रमणको उपचारको अभिलेख HMIS 1.3बहिरंग सेवा रजिष्टरमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।

रजिष्टरको नमुना :

SEXUALLY TRANSMITTED IN

MONTH: ----- YEAR: -----

SN	Registration					Demographic Information													
	Date					Client's Name and Caste			Age			Educational Status [†]	Education Level [§]	Employment status [Ⓚ]	Average Monthly Income (NPR)	Contact Number	Marital Status*	Address	
						First Name (Optional)	Last Name (Compulsory)	Ethnic Code	Sex									District	Municipality
	DD	MM	YY	MR No	SR No	7	8	9	F	M	SM	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	3	4	5	6				7	8	9								

[†]Column 13: Educational Status: 1=Illiterate, 2=Literate;

[§]Column 14: Education level: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above;

[Ⓚ]Column 15: Employment status: 1=Unemployed, 2=Employed;

*Column 18: Marital Status: (1=Unmarried, 2=Married, 3=Divorce, 4=Widow/Widower, 5=Living Together, 6=Separated and 7=Not Applicable).

HMIS 7.2

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (STI) REGISTER

Demographic Information				STI Diagnosis			Treatment					Referral	
Address			Client Code*	Type of Case	Type of STI Diagnosis**	Risk Group***	Syndromic	Etiological	Presumptive Treatment	Partner (Asymptomatic)	Condom Use	Referral	
Ward Number	Tole	Others										In = 1	Out = 2
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
				1								1	
				2								2	
				1								1	
				2								2	

*Column 24: Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F, 2= M, 3 = TG) + Service registration number.
*Column 25: Type of Case: (1=Syndromic, 2= Asymptomatic)
**Column26: STI Diagnosis: (1= Urethral Discharge Syndrome (UDS), 2=Scrotal Swelling Syndrome (SSS), 3= Vaginal Discharge Syndrome (VDS), 4= Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS), 5= Genital Ulcer Disease Syndrome (GUDS), 6= Inguinal Bubo Syndrome (IBS), 7= Neonatal Conjunctivitis Syndrome, 8= Cericitis, 9= Vaginitis, 10=
***Column 27: Risk Group (1 = Female Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM ; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8=Male Sex Worker (MSW); 9=Transgender (TG); 10=Pregnant Woman; 11=Vertical Transmission; 12=Prison Inmates; 13=HIV Infected; 14=Other (not specified in above category)
*Column 32:Condom Use: (1= Yes, 2=No, 3= Don't Know, 4= Not Applicable)

रजिस्टर भर्ने निर्देशिका:

Month, Year: रजिष्टरको शिरमा अभिलेख राखिएको महिना र वर्ष लेखनुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशिका
1	S.N.	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शका लागि आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ । हरेक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।
2,3, 4	Registration	Date
5		MR No
6		SR (Service Registered) No
7		First Name (Optional)
8	Demographic Information	Family Name (Compulsory)
9		Ethnic code
10,11,12		Age and Sex
13,14,15,16		Educational Status
		Educational Level
		Employment Status
		Average Monthly Income
17		Contact Number
18		Marital Status

19- 23		Address (District, Municipality, Ward Number, Tole and Others)	जिल्लाको नाम र पालिकाको पूरा नाम सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपालबाहेक अन्य देशको भएमा Others मा खुलाइ सके सम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ ।
24		Client Code	Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F, 2= M, 3 = TG) + Service registration number Eg. २०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको सेवादर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123हुन्छ ।
25, 26	STI Diagnosis	Type of Case	नयाँ सेवाग्राहीको लागि 1 र फलोअपको (पुरानो) लागि 2 मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
		STI Diagnosis	यौनजन्य संक्रमणको उपयुक्त कोड नम्बर लेख्नु पर्दछ, यदि कुनै एक भन्दा बढी संक्रमण भएमा समेत सबै कोड कमादिएर देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1= Urethral Discharge Syndrome (UDS), 2=Scrotal Swelling Syndrome (SSS), 3= Vaginal Discharge Syndrome (VDS), 4= Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS), 5= Genital Ulcer Disease Syndrome (GUDS), 6= Inguinal Bubo Syndrome (IBS), 7= Neonatal Conjunctivitis Syndrome, 8= Cericitis, 9= Vaginitis, 10= Herpes Genitalis, 11= Other
27		Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ: 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Male Sex Worker (MSW); 9=Transgender (TG); 10=Pregnant Woman; 11=Vertical Transmission; 12= Prison Inmates; 13=HIV Infected; 14=Other (not specified in above category)अन्य भए खुलाउनपर्दछ ।
28-31	Treatment	Syndromic	सेवाग्राहीको Syndromic treatment गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नु पर्दछ ।
		Etiological	सेवाग्राहीको Etiological treatment गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नु पर्दछ ।
		Presumptive	यौनकर्मीलाई Presumptive treatment गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नुपर्दछ ।
		Partner (Asymptomatic)	कुनै व्यक्तिमा यौनरोग छ र उसको पार्टनरलाई लक्षण नभएतापनि Asymptomatic treatment गरिएको भए Y र नगरेको भए N लेख्नु पर्दछ ।
32		Condom Use	सेवाग्राहीले कन्डम प्रयोग गर्ने गरेको भए 1, नगर्ने गरेको भए 2 , थाहानभएमा 3 र सोध्न नै उपयुक्त नभएमा 4 लेख्नुपर्दछ ।
33	Referral	In=1 Out=2	अन्य संस्थाबाट यस संस्थामा सेवाग्राही प्रेषण गरेको भए 1 मागोलो घेरा लगाई संगैको कोठामा प्रेषण गर्ने संस्थाको नामलेख्नु पर्दछ र यदि सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा प्रेषण गरेको भए 2 मा गोलो घेरा लगाई संगैको कोठामा सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 7.4: एच.आई.भी. उपचार सेवा रजिष्टर (HIV Treatment Care Register)

यस रजिष्टरको एआरटी केन्द्रमा एच.आई.भी. सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको उपचार सेवा सम्बन्धि जानकारीहरूको अभिलेख राख्नका लागि प्रयोग गरिन्छ। यस रजिष्टर एच.आई.भी. सङ्क्रमित सम्बन्धि जानकारी, एच.आई.भी. परीक्षण तथा ए.आर.भी. सम्बन्धि पहिले दिइएका सेवा, ए.आर.टी. प्रवेश गरेको मार्ग, जोखिम समूह, सुरक्षितमा तृत्व सेवालिनने एच.आई.भी. सङ्क्रमित महिला र बच्चाको जानकारी, CD4 र भाइरल लोडको अवस्था, तौल तथा उचाइ (बच्चाका लागि मात्र), टीबीको जाँच-पडताल तथा उपचार, ए.आर.टी. सुरुवात त्यसको फलोअप, ए.आर.टी. एडहेरेन्स (adherence), रेजिमेनमा भएको परिवर्तन, स्थानान्तरण, मृत्यु लगायतका जानकारीको अभिलेख राख्नका लागि आवश्यक पर्दछ।

के-के जानकारीहरू रेकर्ड गरिन्छन् ?

- एच.आई.भी. सङ्क्रमितको सामाजिक तथा व्यक्तिगत विवरण, जस्तै: registration number, age, sex, address, contact number, client code, ethnicity/caste code, risk group, entry point to ART services, educational status, educational level, employment status, average monthly income, and HCV
- पीएमटीसीटी सेवाग्राहीका लागि ए.आर.भी रेजिमेन र एआरटी शुरु गरेको मिति
- एच.आई.भी.सङ्क्रमित आमाबाट जन्मेको बच्चाको DNA PCR and Antibody test, Early Infant Diagnosis, CPT Prophylaxis शुरु गरेको मिति
- एच.आई.भी.सेवा सम्बन्धी जानकारीहरू: एच.आई.भी. सङ्क्रमित भएको थाहा भएको मिति, एच.आई.भी.सेवामा दर्ता भएको मिति, दर्ताको समयमा CD4 count र WHO staging, CPT and TBPT शुरु गरेको मिति र फलोअप
- सेवामा दर्ता हुँदा र उपचार अवधिभर हरेक महिना गरिने टीबी जाँच-पडताल, टीबीको उपचारको विगत, एआरटी शुरु गरेको मिति, स्थानान्तरण भएको आएको वागएको मिति, Lost to Follow up र मृत्यु भएको मिति
- Treatment Care History: Treatment status, Adherence and Regimen substitution or switched, OI diagnosis and treatment, TB Assessment.
- हरेक ६/१२ महिनामा गरिने CD4 count test र Viral load test.

रजिष्टरको नमूना :

Client's Index												
S.N.	Registration Date DD/MM/YY	Name of Client	Client code	Date DD/MM/YY		Sex	Risk Group	During ART Initiation		Current Treatment Status	Page Number	Remarks
				ART Start	Transfer In			Age	Regimen			
1												
2												
3												

HIV TREATMENT CARE REGISTER																												
SN	Registration				Name, Caste and Caste Code				Permanent Address		Age/Sex	Marital Status ¹	Client code	Contact No				Risk Group ³	Entry point									
	DD		MM		YY		Name		District	Others	Age			Mobile		Code	Code											
	Master No		Service No		Caste		Code		Municipality, Ward		Sex			Month 2 (Expanded)														
												SMS Consent		YES	NO													
Education Status ^{**}		Education Level ^{**}		Employment status ^{***}		Average Monthly Income (NPR)		Only for Chronic HCV diagnosed case (Viral Load HCV detectable)																				
Code		Code		Code		Code		Diagnosed date				Duration of Treatment provided (in Months)						Follow-up HCV RNA Test (Result)				HCV Treatment outcome ⁴						
								DD/MM/YY				1		2		3		4		5		6		DD/MM/YY		DD/MM/YY		Code

Service No	प्रत्येक आ. व. का लागि सेवादर्ता नम्बर (Service Registration Number) १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ ।
Name, caste and caste code	सेवाग्राहीको नाम, थर र जाति कोड लेख्नु पर्दछ । जाति कोड (caste/ethnicity code) यसै रजिस्टरको पछिल्लो पानामा राखिएको छ ।
Permanent Address	सेवाग्राहीका स्थाई जिल्लाको नाम, पालिकाको पूरा नाम र वडा नम्बर सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपाल बाहेक अन्य देशको भएमा Others मा खुलाइ सके सम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ ।
Age and Sex	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधी लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । 1= Female, 2=Male, 3= Third Gender (or Other)
Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1= अविवाहित, 2= विवाहित, 3=सम्बन्ध विच्छेद, 4=विधवा/विदुर, 5= छुट्टिएर बसेको / छुट्ट्याइएको 6= सँगै बस्ने (Living Together), 7= सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
Clients Code	Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (Last 2 digits - YY) + Sex (1= F, 2=M, 3 = TG) + Service Registration Number Eg.: २०३२ सालमा जन्मेको शर्मा (Sharma) थर भएको एक जना पुरुष (Male) जसको दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123 हुन्छ ।
Contact No.	सेवाग्राही र सेवाग्राहीको सहयोगीको फोन नम्बर वाअन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
SMS Consent	सेवाग्राहीलाई सेवा सम्बन्धि जानकारी एवं संदेश पठाउने गरिन्छ तसर्थ सेवाग्राहीलाई संदेश पठाउने वा नपठाउने भनि सेवाग्राहीसंग मन्जुरी लिदाँ राजी भएँ 'Yes'वा राजी नभए 'No' लेखिएको कोठाको दायाँ भागमा रहेको खाली कोठामा ठिक (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) का लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ । 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8=Male Sex Worker (MSW); 9 =Transgender (TG); 10=Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12=Other (not specified in above category)अन्य भए खुलाउनपर्दछ ।
Entry Point	देहायका कोड मध्ये कुन सेवामार्फत सेवाग्राही एच्.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो भन्ने कुरा जनाउनु पर्दछ : 1 = HTC-HIV Testing and Counselling services, 2 = TB-Tuberculosis control programme, 3 = Outpatient services, 4 = Inpatient services, 5 = Pediatric services, 6 = PMTCT-Prevention of mother-to-child transmission services, 7 = STI-Sexually transmitted infections services, 8 = Private health services, 9 = NGO-Non-government organizations, 10 = Self referred, 11 = Outreach/Special services for IDUs/Sex workers etc., 12 = Other (to be specified).
Educational Status	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक अवस्थाको बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Illiterate 2=Literate
Educational Level	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यताको बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above.
Employment Status	यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्थाको बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Unemployed, 2=Employed.
Average Monthly Income	यो महलमा सेवाग्राहीको औसत माषिक आमदानी (नेरु) माउल्लेख गर्नु पर्दछ ।

Only for Chronic HCV Diagnosed Case		यदि सेवाग्राहीमा एच.सी.भी. देखिएको खण्डमा यो महलमा उपचार सम्बन्धि अन्य जानकारी अध्यावधिक गर्नु पर्दछ । एच.सी.भी. उपचार गर्दा उपचार कार्डमा उल्लेख भएको परिणाम हेरी त्यसको Treatment Outcome को कोठामा निम्नानुसारको कोड लेख्नु पर्दछ । Treatment Outcomeका कोडहरु:1=Cured; 2=Completed; 3=Failure; 4=Loss to Follow-up (>3 months); 5=Not evaluated.	
For PMTCTCases	Mother's ART start period	संक्रमित महिलाले एआरटी जुन अवस्थामा शुरु गरेका हो सोही कोठामा √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।	
	Mother's ART start date and Regimen	संक्रमित महिलाले एआरटी शुरु गरेको मिति र ARV Regimen लेख्नु पर्दछ ।	
	Delivery Status	संक्रमित महिलाले बच्चालाई जन्मदिएको भए Yes मा √ र नदिएको भए No मा √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ । यदि महिलाले बच्चालाई जन्मदिएको भए मिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ र संगैको कोठामा बच्चाको जन्म अवस्था मिल्ने गरी √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।	
	Baby Prophylaxis	Started ARV Prophylaxis	संक्रमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिन देखि ARV Prophylaxis दिएको भए Yes मा √ र नदिएको भए No मा √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
		Duration of ARV Prophylaxis given	संक्रमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिनदेखि ६ हप्तासम्मका लागि ए.आर.भी. प्रोफाइल्याक्सिस दिनुपर्दछ । यदि बच्चा उच्च जोखिममा छ भने उक्त बच्चालाई १२ हप्ता सम्म ए.आर.भी.प्रोफाइल्याक्सिस दिनुपर्दछ । हरेक हप्तामा दिइएको भए उक्त हप्ताको मुनि √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ । उच्च जोखिममा भन्नाले महिला प्रसूतीमा एच.आइ.भी. संक्रमित छ भनेर थाहा भएको वा ए.आर.टी. शुरु नगरेको वा संक्रमित महिलाको भाइरल लोड १००० copies भन्दामाथि भएको बुझिन्छ । विस्तृत जानकारीको लागि National HIV Testing and Treatment Guidelines 2020 हेर्नु पर्दछ ।
	Cotrimoxazole Prophylaxis after 6 weeks	संक्रमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई ए.आर.भी प्रोफाइल्याक्सिस ६/१२ हप्ता खुवाएपछि Cotrim prophylaxis शुरु गर्नु पर्दछ । यो शुरु गरेको मिति DD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।	
Early Infant Diagnosis	Total Sample Collected for Testing	HIV exposed बच्चाको PCR नमुना संकलन गरेको भए 'Yes' अन्तर्गतको खाली कोठामा √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।	
	Test Result	HIV exposed बच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि त्यसको नतिजामा गोलो चिह्न लगाउनु पर्दछ । नतिजा पोजेटिभ छ भने P मार नेगेटिभ छ भने N मा गोलो लगाउनु पर्दछ । At Birth: बच्चा जन्मिएको ४८ घण्टा भित्र PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनु पर्दछ . Within 2 months: दुई महिना भित्र बच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनु पर्दछ । 4 - 9 months: ४-९ महिना भित्र बच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि(P/N) नतिजामा गोलो लगाउनु पर्दछ । 11-18 months: ११-१८ महिना भित्रबच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनु पर्दछ । बच्चा १८ महिना पुरा भइ सकेपछि गरिएको एन्टिबडी परीक्षणको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनु पर्दछ ।	

HIV Care History	Date HIV Positive	सेवाग्राही एच.आई.भी.पोजेटिभ भएको थाहा भएको मितिDD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	Date of ART Enrollment	सेवाग्राही एच.आई.भी.उपचार सेवामा दर्ता भएको मिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	WHO Stage	सेवाग्राही एच.आई.भी.उपचार सेवामा दर्ता भएको समयको WHO clinical staging National HIV Testing and Treatment Guidelines अनुसार 1,2,3 वा 4 मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Date of Initial CD4 Count	सेवाग्राही एच.आई.भी. उपचार सेवामा आएपछि पहिलो पटक गरेको CD4 count को मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Initial CD4 Count	सेवाग्राही एच.आई.भी. उपचार सेवामा आएपछि पहिलो पटक गरेको CD4 count को रिपोर्ट अनुसारको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
	CPT Start	यदि सेवाग्राहीको CD4 ३५० भन्दा कम भएको अवस्थामा अवसरवादी संक्रमण नहोस् भनेर Cotrimoxazole Prophylaxis दिनुपर्दछ । सेवाग्राहीले Cotrimoxazole Prophylaxis लिइरहेको छ भने Y र छैन भने N मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Date of CPT started	सेवाग्राहीले CPT शुरु गरेको मिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	TBPT started	सेवाग्राहीलाई टिबी नभएको अवस्थामा ६ महिनासम्म Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT) दिनुपर्दछ । यदिलिइरहेको छ भने Y र छैन भने N मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Date of TBPT started	सेवाग्राहीले Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT) शुरु गरेको मिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	TBPT Continuation	सेवाग्राहीले Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT) लिइरहेको छ भने हरेक महिनाको मुनिY वा छैन भने N लेख्नु पर्दछ ।
TB assessment and test at the time of enrollment in HIV care	सेवाग्राही एच.आई.भी.उपचार सेवामा प्रवेश गर्दा क्षयरोग भए नभएको समेत पहिचान गर्नुपर्दछ र सो कुन विधिबाट जाँच गरिएको हो सम्बन्धित महलमा नतिजा लेख्नु पर्दछ।	
	Smear	खकार जाँच गरेको भएसोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
	Culture	Culture जाँच गरेको भएसोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
	Chest X-ray	Chest X-Ray गरेको भए सोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
Gene Xpert	Gene Xpert विधिबाट खकार जाँच गरेको भए सोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।	
History of TB	Type of TB	सेवाग्राहीलाई विगतमा टीबी भएको निश्चित भएमा त्यसको प्रकार लेख्नु पर्दछ । टीबीका प्रकारहरु: Pulmonary Bacteriologically Confirmed (PBC) TB; Pulmonary Clinically Dianosed (PCD) TB; Extrapulmonary TB (EP TB); RR/MDR TB; Pre-XDR TB; XDR TB.
	Date of TB Treatment Started	सेवाग्राहीले विगतमा टीबीको उपचार गरेको छ भने टीबीको उपचार शुरु भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीले उपचारको लागि लिएको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
	Outcome	विगतमा टीबी उपचार गर्दा उपचार कार्डमाउल्लेख भएको परिणामहेरी त्यसको कोड लेख्नु पर्दछ । 1=Cured; 2=Completed; 3=Failure; 4=Loss to Follow-up (>3 months); 5=Not evaluated

Chronic Disease	Disease	सेवाग्राहीमा कुनै प्रकारको दीर्घ रोग भएमा रोगको नाम लेख्नु पर्दछ ।
	Drugs	सेवाग्राहीले दीर्घ रोगको उपचारका लागि कुनै औषधी खाइरहेको भए सो लेख्नु पर्दछ ।
ART Start Date and Regimen		ए.आर.टी.शुरु गरेको मिति र रेजिमेन सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
Transfer In	From (Site)	सेवाग्राही कुनै अर्को एआरटी केन्द्रबाट उपचारको निरन्तरताको लागि स्थानान्तरण भई आएको भए सो केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ । यसरी स्थानान्तरण भएर आउँदा सेवाग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटो कपीलिएर आउनुपर्दछ । यस रजिस्टरमा २ पटक सम्म स्थानान्तरण भइ आएको सेवाग्राहीको रेकर्ड राख्न सकिन्छ ।
	Date	स्थानान्तरण भएर आएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
Transfer out	To (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्य एआरटी केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको भए सो ए.आर.टी. केन्द्रको नाम लेख्नुपर्दछ । यसरी स्थानान्तरण गरी पठाउँदा सेवा ग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर जानुपर्दछ । यस रजिस्टरमा २ पटक सम्म स्थानान्तरण भइगएको सेवाग्राहीको रेकर्ड राख्न सकिन्छ । यसको जानकारी राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रलाई पनिदिनु पर्दछ ।
	Date	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा पठाउँदा उसले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
Treatment Substituted	Date	सेवाग्राहीले खाई रहेको औषधीमा परिवर्तन भएको भए Regimen substituted भएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Regimen	Regimen substituted भएको भए नयाँ रेजिमेनको नाम लेख्नु पर्दछ ।
	Reason	Regimen substituted हुनाको कारणनिम्न कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ । 1 = Toxicity side effect, 2 = Pregnancy, 3 = Risk of Pregnancy, 4 = Newly Diagnosed TB, 5 = New Drug Available, 6 = Drug Out of Stock; 7 = Others Reason (Specify)
Treatment Switched	Date	यदि सेवाग्राहीको रेजिमेन First line बाट Switched भएर 2 nd line भएको भए सोको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Regimen	Regimen Switched भएपछिको Regimenलेख्नु पर्दछ ।
	Reason	Regimen switched हुनुको कारण निम्न कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ । 1 = Clinical treatment failure, 2 = Immunological failure, 3 = Virological failure
Date of Death		यदि सेवाग्राहीको मृत्यु भएको रिपोर्ट भएमा सोको मिति लेख्नु पर्दछ ।
Cause of Death		यदि सेवाग्राहीको मृत्यु भएको रिपोर्ट भएमा मृत्यु हुनाको कारण निम्न लिखित बमोजिमको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ । सम्बन्धित समूह (A अथवा B अथवा C) छनौट गरी उक्त समूहको सम्बन्धित नम्बर छनौट गर्नु पर्दछ । (जस्तै A समूहको 5 नम्बर भएमा A/5... लेख्नु पर्दछ)

	<p>A. HIV related death:</p> <ol style="list-style-type: none"> Advanced HIV disease: Advanced HIV disease, Late ART initiation, Low CD4 Count (<200), WHO Stage III, WHO Stage IV Tuberculosis: Pulmonary Tuberculosis, extra -pulmonary Tuberculosis (Abdominal Tuberculosis, Gland Tuberculosis etc.) Pneumocystis Pneumonia Anemia, thrombocytopenia, Pancytopenia Meningitis: Meningitis, Cryptococcal meningitis, Chronic meningitis Cryptosporidiosis or Chronic Diarrhea Unspecified opportunistic infection Chest infection - pneumonia Septicemia/Septic shock: Septicemia, Septic shock Severe malnutrition Treatment Failure- Virological failure, Immunological Failure and Clinical failure Toxoplasmosis Splenomegaly Candidiasis- oesophageal Others (if not included above) 	<p>B. Non-HIV related death:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cardiac disease: Cardiac failure, Cardiopulmonary arrest, Chronic heart disease, Heart disease, Hypertension Mental illness: Alcoholism, Drug overdose, Depression, Suicide, and other mental illness Renal disease: Nephropathy, Renal failure Hepatic disease: Acute liver disease, Cirrhosis, Hepatic coma, Hepatitis, Hepatitis B, Hepatitis C, other Liver disease (Jaundice etc.) Cancer: Blood cancer, Brain tumor, Cervical cancer, breast cancer, Leukaemia, Liver cancer, Lung cancer, Penis cancer, Uterus cancer , lymphoma Accident/Injury: Accident, Road traffic accident, Head injury and any other grievous injuries (including murder etc) , , Snakebite Pulmonary disease: Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Pneumothorax, Pulmonary Edema, Pulmonary Embolism, Respiratory Failure Brain and Nervous System disease: Brain Hemorrhage, Central Nervous System Disorder, Hydrocephalus, Neuropathy, Stroke Gastro-Intestinal disease: Abdominal perforation, Acute abdominal pain, Ascites, Gastro-intestinal bleeding, Typhoid Paralysis: Diabetes: Diabetes mellitus, Kalazar Hemorrhage Multiple organ failure Other <p>C. Unspecified HIV death</p>
CD4 Date	CD4 परिक्षण गरेकोमिति लेख्नु पर्दछ ।	
CD4 Count	CD4 परिक्षण गरेको नतिजाको आधारमा CD4 सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ ।	
Weight./Height	प्रत्येक ६ महिनामा सेवाग्राहीको तौल तथा उचाइलिनु पर्दछ । उचाइ बच्चाको (१८ वर्षभन्दा मुनि) मात्र लिनु पर्दछ । तौललाई किलोग्राम र उचाइ सेन्टिमिटरमा लेख्नु पर्दछ ।	
Viral load Reporting Date	Viral load परिक्षण गरेको मिति लेख्नु पर्दछ । उपचार शुरु गरेको १२ महिनाभित्र ६/६ महिनामा गरि दुईपटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमा भाइरल लोड परिक्षण गराउनुपर्दछ ।	
Result of Viral Load	Viral load परिक्षण को नतिजालेख्नु पर्दछ ।	

Treatment Care History	Row 1	सेवाग्राही हरेक महिना फलोअपमा आउँदा एआरभी उपचारको अवस्थालाई देहायका कोडबाट जनाउनु पर्दछ 1= On Treatment, 2= Stopped Treatment, 3= Transferred Out, 4= Missing (३ महिनासम्म बोलाइएको मितिमा औषधीलिन नआएको), 5= Lost to follow-up (३ महिनासम्म Missing भएको सेवाग्राही चौथो महिनादेखि Lost to follow up मा गणना गरिन्छ।), 6 = Death, 7= Restart
	Row 2	सेवाग्राही हरेक महिना फलोअपमा आउँदा गत महिना दिइएको एआरभी औषधि सेवाग्राहीले सेवन गरेको आधारमा एआरटीको Adherence level (A/B/C) लेख्नु पर्दछ। Adherence level जाँचगर्न National HIV Testing and Treatment Guidelines हेर्नु पर्दछ। A=100% , B=80-99%, C=<80% Adherence level (A,B and C) निर्धारण निम्नानुसार गर्नुपर्दछ। त्यस महिनामा सेवाग्राहीले खाएको एआरभीको संख्या/सेवाग्राही लेखा नुपने एआरभीको संख्या × १००
	Row 3	हरेक महिनाको फलोअपमा सेवाग्राहीको OI को अवस्था पहिचान गर्नुपर्दछ र कुनै OI निदान भएको भए देहायको कोड लेख्नु पर्दछ। 1=Bacterial Pneumonia, 2=TB, 3= Candidiasis, 4=Diarrhoea, 5= Crypto. Meningitis, 6= Pneumocystis Carinii Pneumonia, 7=Cytomegato Virus, 8 = Herpes Zoster, 9=Genital Herpes, 10= Toxoplasmosis, 11= Others
	Row 4	OI को उपचार गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नु पर्दछ।
	Row 5	हरेक महिनाको फलोअपमा सेवाग्राहीको Verbal TB Assessment गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नु पर्दछ। TB Assessment भन्नाले टिबी सम्बन्धि लक्षणहरु (Presence of cough, Contact with TB cases (Only for Children), Fever, Night Sweat and Weight Loss) सेवाग्राहीलाई सोधेर गरिने Assessment बुझिन्छ।
	Row 6	TBPT शुरु गरेको मिति लेख्नु पर्दछ।
	Row 7	सेवाग्राहीले CPT लिएको छ भने Yes र छैन भने No लेख्नु पर्दछ।
	Row 8	यदि सेवाग्राहीलाई कुनै साइड इफेक्ट भएको खण्डमा निम्न लिखित बमोजिमको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=No Side Effects, 2= Skin rashes, 3= Nausea, 4=Vomiting, 5= Diarrhoea, 6= Neuropathy, 7= Clinical jaundice, 8= Anemia, 9= Fatigue, 10=Headache, 11=Fever, 12=Hypersensitivity, 13=Depression, 14=Pancreatitis, 16=Lipodystrophy, 17=Drowsiness, 18=Itching, 19=Dizziness, 20=Weight Gain, 21=Insomnia, 21=Dark coloured, urine,22=Abdominal pain, 23=Mouth sores, 24=Others
On time pill pick up	Row 9	Patient's HIV Care and ART Record बाट सेवाग्राही फलोअपमा बोलाइएको मिति र आएको मिति हेर्नु पर्दछ र यदि सेवाग्राही फलोअप मिति कटेको दुई दिन पछि सम्म आएको छ भने र उसले नियमित एवं समयमा नै औषधी लिने गरेको वा नगरेको यकिन गरेर नियमित औषधी लिने गरेको भए Y र नभए N लेख्नु पर्दछ।
Educational Level (Annually)	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यतामा कुनै परिवर्तन भएमा अध्यावधिक गरि उल्लेख गर्नु पर्दछ।	
Employment Status	यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्थामा कुनै परिवर्तन भएमा वार्षिक रुपमा अध्यावधिक गरि उल्लेख गर्नु पर्दछ।	
Average Monthly Income	यो महलमा सेवाग्राहीको मासिक आम्दानीमा कुनै परिवर्तन भएमा वार्षिक रुपमा अध्यावधिक गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ।	
Status of ARV Drugs Stock Out	यो महलमा कुनै पनि एआरभी औषधी स्टक आउट/अभाव भएको खण्डमा सो औषधीको नाम, ARV drug अभाव भएको भए अभाव भएको ARV drug को नाम महिना र साल, अभाव भएको जम्मा दिन गन्नु पर्दछ।	

HMIS 7.5: एच.आई.भी. उपचार सेवा कार्ड (HIV Treatment Care Record)

यस रेकर्ड कार्डको प्रयोग एआरटी क्लिनिकमा एच.आई.भी. सङ्क्रमित व्यक्तिहरूलाई उपचारको क्रममा प्रदान गरिने सेवाहरू तथा अवसरवादी सङ्क्रमणहरूको व्यवस्थापन सम्बन्धि जानकारीहरूको अभिलेख राख्नका लागि गरिन्छ। एच.आई.भी. सङ्क्रमित सम्बन्धि जानकारी, एच.आई.भी. परिक्षण तथा एआरभी सम्बन्धि पहिले दिइएका सेवा, एआरटीमा प्रवेश गरेको मार्ग, जोखिम समुह, CD4 को अवस्था, तौल तथा उचाइ (बच्चाका लागि मात्र), भाइरल लोड सप्रेसन, टीबी जाँच तथा उपचार, एआरटीको शुरुवात त्यसको फलोअप, हरेक पल्टको सेवामा एआरटीको एडहेरेन्स (adherence), side effects, रेजिमेनमा भएको परिवर्तन, स्थानान्तरण लगायतका जानकारीको अभिलेख राख्नका लागि आवश्यक पर्दछ।

यो कार्ड कहिले भर्नु पर्दछ ?

- जब कुनै व्यक्ति एच.आई.भी. सङ्क्रमित भएको पत्तालागे पछि उपचार सेवाको लागि दर्ता हुन्छ र सेवाग्राहीको व्यक्तिगत फाइलमा सेवाग्राहीले हरेक चोटी लिएको सेवाको विवरण राख्न यो रेकर्ड कार्डको प्रयोग हुन्छ। यो रेकर्ड कार्ड एआरटी काउन्सिलरले उक्त केन्द्रमा कार्यरत डाक्टरको सल्लाह अनुसार भर्नु पर्दछ। यो रेकर्ड कार्ड प्रयोग गर्दा HMIS 7.4 को अभिलेखलाई पनि ध्यान राख्नुपर्ने हुन्छ।

के-के जानकारीहरू रेकर्ड गरिन्छन् ?

- एच.आई.भी सङ्क्रमितको सामाजिक तथा व्यक्तिगत विवरण, जस्तै : Registration number, age, sex, address, contact number, client code, ethnicity/caste code, risk group, entry point to ART services, educational status, educational level, employment status and average monthly income
- पीएमटीसीटी सेवाग्राहीका लागि ए.आर.भी रेजिमेन, एआरटी शुरु गरेको मिति
- एच.आई.भी.सङ्क्रमित आमा र जन्मेको बच्चाको जानकारी
- एच.आई.भी.सेवा सम्बन्धी जानकारीहरू: एच.आई.भी. सङ्क्रमित भएको थाहा भएको मिति, एच.आई.भी. सेवामा दर्ता भएको मिति, दर्ताको समयमा CD4 count र WHO staging, TBPT and CPT को सेवा विवरण र follow up
- सेवामा दर्ता हुँदा र उपचार अवधिभर हरेक महिना गरिने टीबी जाँच-पडताल, टीबीको उपचारको विगत जानकारी, एआरटी शुरु गरेको मिति, स्थानान्तरण भई आएको वागएको मिति, Loss to Follow up and Death भएको मिति एवं कारण
- HIV Care History: OI diagnosis and treatment, TB Assessment every month
- ART History: Treatment status, Adherence and every month follow up, Regimen substitution or switched.

10. HIV TREATMENT CARE FOLLOW-UP																		
Date of Visit			Date Next Visit			Weight (Kg)	Height (cm) for Child	WHO Stage	Pregnancy [Y/N]	CI* Code Method	Drugs Prescribed for Prophylaxis	ARV Drugs & Dosage Prescribed	Adherence to ART* - 100% (A), 80-99% (B), <80% (C)	ARV Side effects - code ¹	Lab Results When Available (CD4, Viral Load)	TB Status [Y/N]	TBPT Status ²	CPT Status ³
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
DD	MM	YY	DD	MM	YY													
DD	MM	YY	DD	MM	YY													
DD	MM	YY	DD	MM	YY													

Opportunistic Infections (Enter One or More Codes)										Side Effects (Enter One or More Codes)								
*Column 11: Opportunistic Infections [1 = Bacterial pneumonia, 2 = Tuberculosis, 3 = Candidiasis, 4 = Diarrhea, 5 = Cryptococcal Meningitis, 6 = Pneumocystis Carinii Pneumonia, 7 = Cytomegalovirus Disease, 8 = Herpes zoster, 9 = Genital Herpes, 10 = Toxoplasmosis, 11 = Other-specific]										*Column 15: ARV Side effects: 1=No Side Effects, 2= Skin rashes, 3= Nausea, 4=Vomiting, 5= Diarrhoea, 6= Neuropathy, 7= Clinical jaundice, 8= Anemia, 9= Fatigue, 10=Headache, 11=Fever, 12=Hypersensitivity, 13=Depression, 14=Pancreatitis, 15=Upodystrophy, 17=Drowsiness, 18=Itching, 19=Dizziness, 20=Weight Gain, 21=Insomnia, 22=Dark coloured urine, 23=Abdominal pain, 24=Mouth sores, 25=Others								
*Column 14: Adherence: Check by asking the patient if he/she has missed any doses during last 30 days. Write the Estimated Level of Adherence Taking with Reference to ART Guideline (e.g. 100% = A, 80-99% = B, < 80% = C)										*Column 18: TB Preventive Therapy (TBPT) (If TBPT is initiated to ART client upto six months should update the status) *Column 19: CPT (If CPT is provided to clients should update the status)								

काई भर्ने तरिका :

महल शीर्षक		निर्देशन
Patient Identification Data		
Registration Number	Master No.	मूलदर्ता रजिस्टरबाट सेवाग्राहीको मूलदर्ता नं. लेख्नु पर्दछ। यो नं. र HMIS 7.4 मा लेखेको सेवाग्राहीको मूलदर्ता नं. एउटै हुन्छ।
	Service No.	सेवा दिने रजिस्टरबाट सेवाग्राहीको दर्ता नं. लेख्नु पर्दछ। यो नं. र HMIS 7.4 मा लेखेको सेवाग्राहीको मूलदर्ता नं. एउटै हुन्छ।
	Date	सेवाग्राही दर्ता हुन आएको मिति लेख्नु पर्दछ।
Name of Treatment Unit		उपचार प्रदान गर्ने संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ।
Rural/Municipality		सेवा केन्द्र रहेको गा.पा वा नगरपालिकाको नाम लेख्नु पर्दछ।
District		सेवा केन्द्र रहेको जिल्लाको नाम लेख्नु पर्दछ।
First name and last name		सेवाग्राहीको नाम, थर लेख्नु पर्दछ।
Caste/Ethnicity Code		सेवाग्राहीको caste/ethnicity code लेख्नु पर्दछ।
Gender		सेवाग्राहीको सामाजिक लिंग लेख्नु पर्दछ। 1= Female, 2=Male, 3=Third Gender (or Other)
Clients Code		Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits - YY) + sex (1= F, 2=M, 3 = TG) + Service registration number Eg. २०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123हुन्छ।
Date of Birth		सेवाग्राहीको जन्ममिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ।
Age		सेवाग्राहीलाई पुरा गरेको उमेर सोध्नुहोस र उमेर वर्षमा लेख्नु पर्दछ।
Permanent address	District	सेवाग्राहीको स्थाई जिल्लाको नाम लेख्नु पर्दछ। जिल्लाको कोड नं. पनि लेख्नु पर्दछ।
	Rural/Municipality/Ward No	सेवाग्राहीको स्थाई गा.पा वा नगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ।
	Contact#	सेवाग्राहीको स्थाई ठेगानाको सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ।
Temporary address	District	सेवाग्राही हाल बस्ने जिल्लाको नाम लेख्नु पर्दछ। जिल्लाको कोड नं. पनि लेख्नु पर्दछ।
	Rural/Municipality/Ward No	सेवाग्राहीको हाल बसोबास गर्ने गा.पा वा नगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ।
	Contact#	सेवाग्राहीको सही मोबाइल नम्बर वा अन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ।

SMS Consent	सेवाग्राहीलाई सेवा सम्बन्धि जानकारी एवं संदेश पठाउने गरिन्छ तसर्थ संदेश पठाउनको लागि पठाउने वा नपठाउने भने सेवाग्राही संग मन्जुरी लिदाँ राजी भए Yes नभए No मा टिक लगाउनु पर्दछ ।
Educational Status	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक अवस्थाबारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ 1=Illiterate/ 2= Literate
Educational Level	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यता बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसारलेख्नु पर्दछः 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above
Employment Status	यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्थाबारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः 1=Unemployed, 2=Employed
Average Monthly Income	यो महलमा सेवाग्राहीको औसत मासिक आम्दानी(ने.रु) मा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Treatment supporter's name, address and contact number	सेवाग्राहीलाई उपचारमा सहयोग गर्ने व्यक्तिको नाम, ठेगाना र सम्पर्क नम्बर सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
Date Confirmed HIV Positive test and Place	एच.आई.भी. पोजेटिभ भएको थाहा भएको मिति DD/MM/YY ढाँचामा र स्थानको नाम लेख्नु पर्दछ ।
TB Assessment and test at the time of enrollment in HIV care	
Smear	खकार जाँच गरेको भए त्यसको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
Culture	Culture जाँच गरेको भएसोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
Chest X-ray	Chest X-Ray गरेको भए त्यसको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
Gene Xpert	Gene Xpert विधिबाट खकार जाँच गरेको भए सोको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
History of other Chronic Illness	
Disease	यदि सेवाग्राहीलाई कुनै दिर्घ रोग भए सो लेख्नुपर्दछ ।
Drugs	दिर्घ रोगको लागि सेवाग्राहीले लिइरहेको औषधि लेख्नुपर्दछ ।
HIV Care History	
Date Enrolled in Care	एच्.आई.भी. सेवामा दर्ता भएको मिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नुपर्दछ ।
WHO Stage	दर्ताको समयमा सेवाग्राहीको WHO clinical staging National HIV Testing and Treatment Guidelines अनुसार लेख्नु पर्दछ ।
Date of CD4 Count	पछिल्लो पटक गरेको CD4 count को मिति लेख्नु पर्दछ ।
CD4 Count	सेवाग्राहीसँग पछिल्लो पटक गरेको CD4 count को रिपोर्ट अनुसारको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
Date of CPT started	सेवाग्राहीले CPT शुरु गरेको मितिलेख्नु पर्दछ ।
Date of TBPT started	सेवाग्राहीले Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT) शुरु गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।
ART Start Date and Regimen	एआरटी शुरु गरेको मिति र रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
Entry Point	देहायका मध्ये कुन सेवा मार्फत सेवाग्राही एच्.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो भन्ने कुरा कोड प्रयोग गरी जनाउनु पर्दछ : 1=HTC-HIV Testing and Counselling services, 2= TB-Tuberculosis control programme, 3= Outpatient services, 4= Inpatient services, 5= Pediatric services, 6= PMTCT-Prevention of mother-to-child transmission services, 7=STI-Sexually transmitted infections services, 8= Private health services, 9= NGO-Non-government organizations, 10= Self referred, 11= Outreach/special services for IDUs/Sex workers etc., 12.=Other (to be specified).

Transfer In	
From (Site)	सेवाग्राही कुनै अर्को एआरटी केन्द्रबाट उपचारको निरन्तरताको लागि स्थानान्तरण भई आएको भए सो केन्द्रको नामलेख्नु पर्दछ । यसरी स्थानान्तरण भएर आउँदा सेवाग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर आउनुपर्दछ ।
Date	स्थानान्तरण भएर आएको मितिलेख्नु पर्दछ ।
Regimen	सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
Transfer Out	
To (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्य एआरटी केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको भए सो एआरटी केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ । यसरी स्थानान्तरण गरी पठाउँदा सेवाग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर जानुपर्दछ ।
Date	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
Regimen	सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा पठाउँदा सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
Personal History	
Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह(Risk group)को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ: 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Male Sex Worker (MSW); 9=Transgender (TG) 10=Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12=Other (not specified in above category) अन्य भए खुलाउनु पर्दछ ।
Family History	
Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1= अविवाहित, 2= विवाहित, 3=सम्बन्ध विच्छेद, 4=विधवा/विदुर, 5= छुट्टिएर बसेको / छुट्ट्याइएको 6= सँगै बस्ने (Living Together), 7= सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
Family members, partner, children	परिवारको कुनै सदस्य, पार्टनर वा बच्चाको एच.आई. बी.अवस्था, नेगेटिभ भए× र पोजेटिभ भए √ चिन्ह दिई नाम, नाता, उमेर , लिङ्ग, एआरटीमा भए, नभएको र रजिस्ट्रेसन नम्बर आदि सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
For PMTCT mother only	
Mother's ART start period	संकमित महिलाले एआरटी जुन अवस्थामा शुरु गरेका हो सोही कोठामा √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
Mother's ART start date and Regimen	संकमित महिलाले एआरटी शुरु गरेको मिति र ARV Regimen लेख्नु पर्दछ ।
Delivery Status	संकमित महिलाले बच्चालाई जन्म दिएको मिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ र सँगैको कोठामा बच्चाको जन्म अवस्था मिल्ने गरी संख्या लेख्नु पर्दछ ।
Baby Prophylaxis	संकमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिनदेखि ६ हप्तासम्मका लागि एआरभी प्रोफाइलियाक्सिस दिनुपर्दछ । यदि बच्चा उच्च जोखिममा छ भने उक्त बच्चालाई १२ हप्तासम्म एआरभी प्रोफाइलियाक्सिस दिनुपर्दछ । हरेक हप्तामा दिइएको भए उक्त हप्ताको मुनि √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ । उच्च जोखिममा भन्नाले महिला प्रसुतीमा एचआईभी संकमित छ भनेर थाहा भएको वाएआरटी शुरु नगरेको वा संकमित महिलाको भाइरल लोड १००० copies भन्दामाथि भएको बुझिन्छ । विस्तृत जानकारीको लागि National HIV Testing and Treatment Guidelines 2020 हेर्नु पर्दछ ।
Start date	ART Prophylaxis शुरु गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।

Clinical and Laboratory Investigations	
Date	एआरटी शुरु गर्दाको मिति लेख्नु पर्दछ, र हरेक ६ महिनामा यो क्रम दोहोर्‍याएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
CD4 Count	CD4 सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । यदि CD4 count नगरेको खण्डमा सम्बन्धित महलमा ND लेख्नु पर्दछ ।
Weight/Height	प्रत्येक ६ महिनामा सेवाग्राहीको तौल तथा उचाइलिनु पर्दछ । उचाइ बच्चाको (१८ वर्षभन्दा मुनि) मात्र लिनु पर्दछ । तौललाई किलोग्राम र उचाइलाई सेन्टिमिटरमा लेख्नु पर्दछ ।
Viral load Reporting Date	Viral load परिक्षण गरेको मितिलेख्नु पर्दछ । उपचार शुरु गरेको १२ महिना भित्र ६/६ महिनामा गरि दुई पटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमा भाइरल लोड परिक्षण गराउनुपर्दछ ।
Viral Load	Viral load test को नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
History Tuberculosis treatment during HIV care	
Case Registration	यदि सेवाग्राहीमा टीबी भएको निश्चित भएमा त्यसको प्रकार लेख्नु पर्दछ : टीबीका प्रकारहरु: Pulmonary Bacteriological Confirmation (PBC) TB भएमा '1'; Pulmonary Clinically Diagnosed (PCD) TB भएमा '2'; Extrapulmonary TB (EPTB) भएमा '3'; RR/M RTB भएमा '4'; Pre-X RTB भएमा '5' र XR TB भएमा '6' मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
TB Registration	यदि सेवाग्राहीले टीबीको उपचार लिइरहेको छ भने टीबीको उपचार शुरु गरेको स्वास्थ्य संस्था, टीबीको नम्बर र उपचार शुरु गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।
Start date and Regimen	सेवाग्राहीले उपचारका लागि लिएको रेजिमेन र मिति लेख्नु पर्दछ ।
Treatment outcome	विगतमा टीबी उपचार गर्दा उपचार कार्डमा उल्लेख भएको परिणाम लेख्नु पर्दछ ।
Antiretroviral Treatment	
Treatment started regimen	सेवाग्राहीको उपचार शुरु गर्दाको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
Substitution within 1 st line	यदि सेवाग्राहीको रेजिमेनको औषधीमा परिवर्तन भएको भए Regimen substituted भएको मिति र नयाँ रेजिमेन लेख्नु पर्दछ । साथै substitution हुनको कारण कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ । 1=Toxicity side effects; 2=Pregnancy; 3=Risk of pregnancy; 4=Newly diagnosed TB; 5=New drug available; 6=Drug out of stock; 7=Other reason (specify)
Treatment switched	यदि सेवाग्राहीको रेजिमेन First line बाट Switched भएर 2 nd line भएको भए सोको मिति र नयाँ रेजिमेन लेख्नु पर्दछ । साथै switched हुनको कारण कोड अनुसार लेख्नुपर्दछ । 1=Clinical treatment failure, 2=Immunological failure, 3=Virological failure
Stop	यदि सेवाग्राहीको उपचार बन्द गरेको भए सोको मिति लेख्नु पर्दछ । साथै उपचार रोक्नुको कारण कोडबाट जनाउनु पर्दछ : 1= Toxicity side effects, 2=Pregnancy, 3=Treatment failure, 4=Poor adherence, 5=Illness hospitalization, 6=Drug out of stock, 7=Patient lack of finance, 8=Patient decision, 9= Planned treatment interruption, 10=Others
Restart	यदि सेवाग्राहीले फेरि उपचार शुरु गरेको भए सोको मिति र Regimen लेख्नु पर्दछ ।
End of Follow Up	
Date of Death	यदि सेवाग्राहीको मृत्यु भएको रिपोर्ट भएमा सोको मिति लेख्नु पर्दछ ।
Date of Loss to Follow up	यदि सेवाग्राही ३ महिनाभन्दा बढी समय देखि फलोअपमा आएको छैन भने उक्त मिति लेख्नु पर्दछ । साथै सेवाग्राही अन्तिम पटक आएको मिति पनि सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।

Transfer out	यदि सेवाग्राही स्थानान्तरण भई अन्य संस्थामा गएको भए यस खण्डमा सो मिति लेख्नु पर्दछ ।
HIV Treatment Care Follow up	
Date of visit	सेवाग्राही फलोअपमा आएको मिति गते/महिना/वर्षमा लेख्नु पर्दछ ।
Date of next visit	सेवाग्राहीलाई अर्को पटक फलोअपमा आउनका लागि दिएको मिति गते/महिना/वर्षमा लेख्नु पर्दछ ।
Weight (Kg)	हरेक महिनाको फलोअपमा सेवाग्राहीको तौल लेख्नु पर्दछ ।
Height(for child only)	हरेक महिनाको फलोअपमा बच्चाको उचाइ लेख्नु पर्दछ । उचाइ बच्चाको (१८ वर्षभन्दा मूनि) मात्र लिनु पर्दछ । तौललाई किलोग्राम र उचाइलाई सेन्टिमिटरमा लेख्नु पर्दछ ।
WHO stage	हरेक महिनाको फलोअपमा WHO stage लेख्नु पर्दछ ।
Pregnancy (Y/N)	हरेक पटकको फलोअपमा उपयुक्त भएमा सेवाग्राही गर्भवती भए, नभएको जनाउनु पर्दछ ।
Opportunistic Infection Code	यदि सेवाग्राहीमा कुनै OI diagnosis भएको भए त्यसलाई कोडबाट जनाउनु पर्दछ । : 1= Bacterial Pneumonia, 2=TB, 3= Candidiasis, 4= Diarrhoea, 5=Crypto. Meningitis, 6 =Pneumocystis Pneumonia, 7 =Cytomegato Virus, 8 = Herpes Zoster, 9= Genital Herpes, 10 =Toxoplasmosis, 11= Others
Drugs prescribed for prophylaxis of OI	OI को लागि prescribed गरेको औषधी लेख्नु पर्दछ ।
Antiretroviral drug and dose prescribed	ART को लागि prescribed गरेको औषधी र डोज लेख्नु पर्दछ ।
Adherence to ART 100 %, 80-99% &<80%	सेवाग्राही हरेक महिना फलोअपमा आउँदा गत महिना दिइएको एआरभी औषधि सेवाग्राहीले सेवन गरेको आधारमा एआरटीको adherence level (A/B/C) लेख्नु पर्दछ । Adherence level जाँचगर्न National HIV Testing and Treatment Guidelines हेर्नु पर्दछ । A=100 % , B=80-99%, C=<80% Adherence level (A,B and C) निर्धारण निम्नानुसार गर्नु पर्दछ: त्यस महिनामा सेवाग्राहीले खाएको एआरभीको संख्या/सेवाग्राहीले खानुपर्ने एआरभीको संख्या×१००
ART Side effects-code	ART को कुनै side effect भए त्यसको कोड लेख्नु पर्दछ ।
Lab result when available	कुनै फलोअपमा ल्याब परीक्षण गरेको भए सोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
TB Status	हरेक फलोअपमा यदि सेवाग्राहीमा टीबी भएको निश्चित भएमा 'Y' र नभएमा 'N' लेख्नु पर्दछ ।
TBPT Status	हरेक फलोअपमा TBPT दिएको भए Y र नदिएको भए N लेख्नु पर्दछ ।
CPT Status	हरेक फलोअपमा CPT दिएको भए Y र नदिएको भए N लेख्नु पर्दछ ।

HMIS 7.6: ओ.एस.टी. रजिष्टर (Opioid Substitution Therapy Register)

यो रजिष्टर OST सेवाप्रदान गर्ने सरकारी तथा गैर सरकारी केन्द्रका मेडिकल युनिटमा प्रयोग गरिन्छ । यस रजिष्टरमा हरेक दिन लागू पदार्थ सेवन गर्ने व्यक्तिहरू, जसले OST खाईरहेका छन्, उनीहरूको सेवाको अभिलेख राख्दछ ।

यो रजिष्टर कहिले भर्नुपर्दछ ?

यो रजिष्टर नयाँ सेवाग्राही उक्त सेवामा दर्ता हुँदा तथा निजलाई प्रदान गरिएको सेवाको एक वर्षको परिणाम रेकर्ड गर्न OST सेवा केन्द्रमा रहेका सेवा प्रदायकले भर्नु पर्दछ ।

ओएसटी केन्द्रहरूको विवरण:

कोशी अस्पताल, मोरङ, मेची अस्पताल, भापा, नारायणी अस्पताल, पर्सा, त्रिवि्वि शिक्षण अस्पताल, काठमाडौं, पाटन मानशिक अस्पताल, ललितपुर, भेरी अस्पताल, बाँके, प्रादेशिक अस्पताल लुम्बिनी, पन्डेही, पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, कास्की, स्पर्शनेपाल (ललितपुर, काठमाडौं, भक्तपुर र चितवन) ।

रजिष्टरको नमूना :

Client's Index							
S.N.	Name of Client	Client code	Date DD/MM/YY		Type of OST	Page Number	Remarks
			OST Start	Re-Enrollment			

OPIOID SUBSTITUTION THERAPY (OST) REGISTER														
SN	Registration		Name, Caste and Caste Code		Address		Age/Sex	Marital Status*	Client Code	Date of Birth		Dual Risk Behaviour	Entry point	
	DD	MM	YY	Name	District	Others	Age	U/M/S/W/A/T/NA		DD	MM			YY
	Master No	Service No	Contact No							Mobile	Mobile 2 (support)			SMS Consent

OST History															
OST Start Date		Type of OST started at first		Maximum Dose of OST	Switch in OST	Name of Switched OST	Switched Date	Maximum dose of Switched OST	From/To (Name of the Site)		Date	OST			
DD	MM	YY	Methadone	Buprenorphine	Y	N	DD	MM	YY			DD	MM	YY	B/N

OST Treatment Follow up																																																											
1st row: 1= On treatment on OST, 2= Drop Out, 3= Re-enrollment, 4= Discharge, 5= Death, 6= Transfer out																																																											
2nd row: Received dose of OST on that day																																																											
Day	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	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42																	
m/m/yy																																																											
Row 1																																																											
Row 2																																																											
Day	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82																		
m/m/yy																																																											
Row 1																																																											
Row 2																																																											

Needle Syringe Exchange Programme	
Out	In
1	2

यस विन्डोमा PAVID कार्यक्रममा कार्यरत गैर सरकारी संस्था मार्फत प्राप्त प्रतिवेदनका आधारमा Out र in मा Data Entry गर्नु।

रजिष्टर भर्ने निर्देशिका

महल शीर्षक		निर्देशन
Demographic Information	S. N.	OST सेवाको लागि आएका सेवा ग्राहीको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ । हरेक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।
	Date	OST उपचार सेवामा सेवाग्राही आएको मिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	Master Regd.No.	OST को लागि सेवाग्राही मूलदर्ता भई आएको भए मूलदर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
	Service Regd.No.	प्रत्येक आ.व. का लागि सेवा दर्ता नम्बर (Service Register) १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ ।
	First Name (Optional),	सेवाग्राहीको पहिलो नाम लेख्नुपर्दछ । कसैलाई आफ्नो लेखाउन इच्छा नभएमा यो अनिवार्य छैन ।
	Family Name (Compulsory)	सेवाग्राहीको थर अनिवार्यरूपमा लेख्नुपर्दछ ।
	Caste code	सेवाग्राहीको caste/ethnicity code लेख्नु पर्दछ । caste/ethnicity code यसै रजिष्टरको पछिल्लो पेजमा राखिएको छ ।
	Address	सेवाग्राहीको जिल्लाको नाम र पालिकाको पूरा नाम सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपाल बाहेक अन्य देशको भएमा Others मा खुलाइ सकेसम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ ।
	Age and Sex	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधी लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । 1=F= Female, 2=M=Male, 3=TG= Third Gender (or Other)
	Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1= अविवाहित, 2= विवाहित, 3=सम्बन्ध विच्छेद, 4=विधवा/विदुर, 5= छुट्टिएर बसेको / छुट्ट्याइएको 6= संगै बस्ने (Living Together), 7= सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
Client code	Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits - YY) + sex (1= F, 2= M, 3 = TG) + Service registration number Eg. २०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको सेवा दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123 हुन्छ ।	
Date of Birth	सेवाग्राहीको जन्म मिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।	
Contact Number	सेवाग्राहीको सही मोबाइल नम्बर वा अन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।	
SMS Consent	सेवाग्राहीलाई सेवा सम्बन्धि जानकारी एवं संदेश पठाउने गरिन्छ तसर्थ संदेश पठाउनको लागि पठाउने वा नपठाउने भने सेवाग्राहीसंग मन्जुरी लिदाँ राजी भए Yes नभए No मा टिक लगाउनु पर्दछ ।	
Dual Risk Behaviour	सेवाग्राहीको दोहोरो जोखिम व्यवहार (Dual Risk Behaviour) भए देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ । सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ: 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Male Sex Worker(MSW); 9=Transgender (TG) 10=Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12=Other (not specified in above category) अन्य भए खुलाउन पर्दछ ।	
Entry Point	देहायका कोड मध्ये कुन सेवामार्फत सेवाग्राही एच.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो भन्ने कुरा जनाउनु पर्दछ :	

महल शीर्षक		निर्देशन
		1= HIV Testing and Counselling services, 2= Outpatient services, 3= Inpatient services, 4= Sexually transmitted infections services, 5= Private health services, 6= NGO-Non-government organizations, 7=Self referred, 8= Outreach/special services, 9= Other (to be specified)
Educational Status		यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक अवस्थाबारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Illiterater 2=Literate
Educational Level		यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यता बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above
Employment Status		यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्था बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Unemployed, 2=Employed
Average Monthly Income		यो महलमा सेवाग्राहीको औसत मासिक आमदानी (ने रु) मा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
OST Start date		OST उपचार सेवा शुरु गरेको मिति DD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
Type of OST		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST कोकिसिम (Methadone अथवा Buprenorphine) सम्बन्धित कोठामा √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
Maximum Dose of OST		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST को उच्च मात्रा खुलाउनु पर्दछ ।
Switch in OST		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST मा Switch भएको भए Y मा नभएको भए N मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
Name of Switched OST		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST मा Switch भएको भए OST को किसिम खुलाउनु पर्दछ ।
Switched Date		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST मा Switch भएको भए त्यसको मिति DD/MM/YYYY को ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
Maximum Dose of Switched OST		विगतमा सेवाग्राहीले Switch गरी खाएको OST को उच्च मात्रा खुलाउनु पर्दछ ।
Status of Hepatitis B		सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस B को अवस्था यदि पोजिटिभ भए P वा नेगेटिभ भए N लेख्नु पर्दछ ।
Date of Identification		यदि सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस B को अवस्था पोजिटिभ भएमा सो थाहा भएको मिति DD/MM/YYYY को ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
Status of Hepatitis C		सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस C को अवस्था यदि पोजिटिभ भए P मा वा नेगेटिभ भए N लेख्नु पर्दछ ।
Date of Identification		यदि सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस C को अवस्था पोजिटिभ भएमा सो थाहा भएको मिति DD/MM/YYYY को ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
Status of HIV		सेवाग्राहीको एचआईभीका अवस्था यदि पोजिटिभ भए P मा वा नेगेटिभ भए N लेख्नु पर्दछ ।
Date of Identification		यदि सेवाग्राहीको एचआईभीको अवस्था पोजिटिभ भएमा सो थाहा भएको मिति DD/MM/YYYY को ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
ART Start Date and current Regimen		यदि सेवाग्राहीको एचआईभी पोजिटिभ भई एआरटी शुरु गरेको भएमा सो मिति DD/MM/YYYY को ढाँचामा लेख्नु पर्दछ र खाइरहेको एआरटी रेजिमिन खुलाउनु पर्दछ ।
Transfer In	From (Site)	सेवाग्राही कुनै अर्को OST केन्द्रबाट उपचारको निरन्तरताको लागि स्थानान्तरण भई आएको भए सो केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ ।
	Date	स्थानान्तरण भएर आएको मिति लेख्नु पर्दछ ।

महल शीर्षक		निर्देशन
	OST	सेवाग्राहीले लिइरहेको OST को किसिम लेख्नु पर्दछ ।
Transfer Out	From (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्य OST केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको भए सो एआरटी केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ ।
	Date	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	OST	सेवाग्राहीले लिइरहेको OST को किसिम लेख्नु पर्दछ ।
Date	Day	सेवाग्राही OST सेवामा दर्ता भएदेखिको दिनहो । यस रजिष्टरमा सेवाग्राही OST सेवामा दर्ता भएदेखि १ वर्षसम्मको उपचार परिणाम रेकर्ड राख्न सकिन्छ ।
	MM/YY	सेवाग्राही OST सेवामा दर्ता भए देखिको महिना र साल लेख्नु पर्दछ ।
	Row 1	सेवाग्राही हरेक दिन फलोअपमा आउँदा OST उपचारको अवस्थालाई देहायका कोडबाट जनाउनु पर्दछ । 1= on treatment on OST, 2= Drop Out, 3= Re-enrollment, 4=Discharge, 5=Death, 6= Transfer out
	Row 2	सेवाग्राही हरेक दिन फलोअपमा आउँदा खाने OST को मात्रा संख्यामा लेख्नु पर्दछ ।
Needle Syringe Exchange Program	Out	Needle Syringe Exchange कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने संस्थाले प्रतिवेदन अवधिमा सेवाग्राहीलाई बाँडेको Needle Syringe को सङ्ख्या गणना गरेर लेख्नु पर्दछ ।
	In	Needle Syringe Exchange कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने संस्थाले प्रतिवेदन अवधिमा सेवाग्राहीबाट सङ्कलन गरेको प्रयोग भइसकेका Needle Syringe को सङ्ख्या गणना गरेर लेख्नु पर्दछ ।

८. अस्पताल

8. Hospital

HMIS ८.१: बिरामी भर्ना रजिष्टर

HMIS ८.२: बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर

HMIS ८.३: आकस्मिक सेवा रजिष्टर

HMIS ८.४: Special Newborn Care Unit/ Neonatal Intensive
Care Unit/ Kangaroo Mother Care Unit Register

HMIS ८.५: अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिष्टर

HMIS ८.६: सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर

HMIS 8.1: बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)

यस रजिष्टरलाई अस्पतालको अन्तरङ्ग कोठामा बिरामीलाई भर्ना गरी उपचार सेवा प्रदान गरेको अभिलेख राख्न प्रयोग गरिन्छ। अस्पतालमा भर्ना भई सेवा लिने बिरामीहरूको अभिलेख राख्न, अस्पताल व्यवस्थापनका लागि आवश्यक पर्ने सूचना सङ्कलन गर्न, प्रतिवेदन तयार गर्न र प्रगतिको अनुगमन, मूल्यांकन तथा विश्लेषण गर्न यस रजिष्टरको आवश्यकता पर्दछ। प्रत्येक आ. व. को सुरुवातदेखि नयाँ रजिष्टरको प्रयोग गर्नु पर्दछ।

यस रजिष्टरमा बिरामीको उपचार सम्बन्धी महत्वपूर्ण सूचनाहरू रहने हुनाले सुरक्षित राख्नुपर्दछ।

रजिष्टरको नमूना :

Fiscal Year _____										Month _____								ADMISSION			
SN	Date and Time of Admission				Inpatient No.		First, Middle and Family Name	Caste/ Ethnicity Code*	National ID No.	Age / Sex											
					First Visit	Repeat Visit				0-7 days		8- 28 days		29days-11months		≥1 Year					
	Female	Male	Female	Male						Female	Male	Female	Male								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17					
Date						First and middle name															
DD	MM	YY																			
Time						Family name															
AM	PM																				

REGISTER

Address District Rural/Municipality, Ward Village/Tole	Name and Contact No of Guardian	Source of Admission*	Ward	Investigation	Provisional Diagnosis	Name of Surgery	Police Case		Remarks
							Yes	No	
17	19	20	21	22	23	24	25	26	27
District	Name						1	2	
Palika - ward	Contact number								
Village/Tole									

रजिष्टरभर्ने तरिका :

बिरामी भर्ना रजिष्टर (Admission Register) को मुखपृष्ठमा अस्पतालको नाम र ठेगाना उल्लेख गर्नुपर्दछ। यो रजिष्टर जुनआ. व.को लागि प्रयोग गर्न लागिएको हो, सो आ. व. र महिना लेखी रजिष्टरको प्रयोग गर्न सुरु गर्नुपर्दछ। अर्को नयाँ रजिष्टर प्रयोग गर्न सुरु गर्नुभन्दा पहिले प्रयोग भइरहेको रजिष्टरको प्रयोग कहिलेसम्म गरिएको छ, आ. व. र महिनासमेत खुल्ने गरी प्रयोग मिति अक्षरमा लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	SN	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक महिनामा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
2-4	Date and Time of Admission	यी महलहरूको माथिल्लो कोठामा बिरामी भर्ना भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ। यस महलको तल्लो कोठामा बिरामी भर्ना भएको समय AM वा PM के हो ? सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ।
5,6	Inpatient No.	हरेक आर्थिक वर्षमा अस्पतालको अन्तरङ्ग विकोठामा भर्ना भएका नयाँ बिरामीलाई Unique Number दिनुपर्दछ। यस सङ्ख्यालाई Inpatient Number (अन्तरङ्ग नं.) भनिन्छ। यो १ देखि सुरुआत गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ। एक आ. व. मा बिरामी एक पटक दर्ता भएपछि उक्त आ. व. भरि निजको Inpatient number त्यही नै कायम रहन्छ। यो Inpatient Number बिरामीको Patient Chart मा पनि उल्लेख गर्नुपर्दछ। सो व्यक्ति अन्तरङ्ग सेवामा एक आ. व. मा जति पटक र जुनसुकै सेवाको लागि आए तापनि यही नम्बर कायम रहन्छ। Inpatient number ले एक आ. व. मा अन्तरङ्ग वि कोठामा कति जना बिरामी भर्ना भएको हो भन्ने कुल सङ्ख्या दिन्छ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		<p>कुनै विरामी स्वास्थ्य संस्थामा पहिलो पटक आउँदा निजलाई स्वास्थ्य सेवा कार्ड उपलब्ध गराइन्छ । उक्त विरामी अन्तरङ्ग वि कोठामा भर्ना भएमा निजको स्वास्थ्य सेवा कार्डमा Inpatient Number भरिन्छ र सो नम्बर सो आ. व. भरि कायम रहन्छ । सोही आ. व.मा उक्त विरामी दोहोऱ्याई आएमा पनि सोही नम्बर नै कायम गर्नुपर्दछ ।</p> <p>पहिलो पटक विरामीलाई यो कार्ड दिँदा विरामीले हरेक पटक आउँदा सो कार्ड अनिवार्य रूपमा लिई आउन अनुरोध गर्नुपर्दछ । यो कार्ड विरामीलाई दिँदा नै यो Inpatient Number याद राख्नका लागि पनि अनुरोध गर्नुका साथै मोबाइल र नोटबुकमा लेखेर राख्न समेत अनुरोध गर्नुपर्दछ ।</p> <p>यदि विरामी अन्तरङ्ग सेवाका लागि पुनः आएमा र कार्ड नल्याएमा निजको Inpatient number सोधेर भर्ना रजिष्टरबाट निजको Inpatient Number लेख्नुपर्दछ । यदि विरामीलाई आफ्नो Inpatient Number याद नभएमा उक्त विरामीलाई नयाँ विरामीको रूपमा लिनुपर्दछ र नयाँ Inpatient Number दिनुपर्दछ ।</p> <p>विरामी पहिलो पटक भर्ना हुन आउँदा Inpatient Number लाई First Visit मा र सोही विरामी पुनः आएमा Inpatient Number लाई Repeat visit मा जनाउनुपर्दछ ।</p>
7	First, Middle and Family Name	माथिल्लो कोठामा विरामीको पहिलो र बीचको नाम लेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा विरामीको थर लेख्नुपर्दछ ।
8	Caste/Ethnicity Code	सेवा लिने व्यक्ति जुन जाति समूहमा पर्दछ, सोही समूहको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ (जस्तै: ०१, ०२, ०६) ।
9	National ID No.	सेवा लिने व्यक्तिको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ. राष्ट्रिय परिचय पत्र नभएको व्यक्तिको हकमा वा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरुको हकमा यस महलमा ड्यास चिन्ह (-) लगाउनुपर्दछ ।
10-17	Age and Sex	<p>यी महलहरूमा उमेर र व्यक्ति अनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी ८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल ९ मा र शिशु बालक भएमा महल १० मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी ९ दिन देखि २८ दिनको शिशु बालिका भएमा महल ११ मा र शिशु बालक भएमा महल १२ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल १३ मा र बालक भएमा महल १४ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १५ मा र पुरुष भएमा महल १६ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिना भन्दा कम, एक वर्षभन्दा कम र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका विरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।</p>
18	Address	भर्ना भएको विरामीको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा, गाउँ/टोल महल १७ को सम्बन्धित कोठामा क्रम मिलाएर लेख्नुपर्दछ ।
19	Name and Contact Number of Guardian	भर्नाभएको विरामीका अभिभावकको नाम र थर महल १८ को माथिल्लो कोठामा लेख्नुपर्दछ । महल १६ को तल्लो कोठामा अभिभावकको सम्पर्क टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
20	Source of Admission	विरामी भर्ना भएको स्रोत जुन हो सोही अनुसारको कोड लेख्नु पर्दछ । आकस्मिक वि कोठाबाट भए १, बहिरंग विकोठा बाट भए २ र अन्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भए ३ लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
21	Ward	विरामी कुन विकोठा (Ward) मा भर्ना भएको हो ? यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
22	Investigation	यस महलमा विरामी भर्ना हुन आउँदा चिकित्सकले लेखेको आवश्यक पर्ने अनुसन्धानमूलक परीक्षणको विवरण, जस्तै: ल्याब, एक्सरे इत्यादि लेख्नुपर्दछ ।
23	Provisional Diagnosis	यस महलमा विरामी अस्पतालमा भर्ना हुन आउँदा उनीहरूले बताएको History वा Complain का आधारमा स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले गरेको सम्भावित निदान (Provisional Diagnosis) लेख्नुपर्दछ । विरामी अन्य संस्थामा जाँच गराएर वा प्रेषण भएर आएको भए उक्त संस्थाले गरेको निदानलाई आधार मानि यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।
24	Name of Surgery	यस महलमा भर्ना हुने विरामीको शल्यक्रिया हुने भए कुन प्रकारको शल्यक्रिया हो ? सोको नाम लेख्नुपर्दछ ।
25-26	Police Case	यस महलमा भर्ना हुन आएको विरामी Police case भई आएको भए महल २४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र Police case होइन भने महल २५ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । Police case सँग सम्बन्धित कागजातहरू कानुनी प्रक्रियाका लागि लामो समयसम्म सुरक्षित राख्नुपर्ने भएकोले Police case छुट्याउनका लागि यस महलले सहज बनाउँछ ।
27	Remarks	माथि उल्लेखित बाहेक थप जानकारी आवश्यक भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

HMIS 8.2: बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)

अस्पतालमा भर्ना भई उपचार पाएर Discharge भएका बिरामीहरूको अभिलेख राख्ने रजिष्टरलाई Patient Discharge Register भनिन्छ। चिकित्सकको सल्लाह अनुसार, आफ्नो राजीखुशीले, अन्यत्र रेफर भएर, उपचार गर्दा-गर्दै मृत्यु इत्यादि जस्तोसुकै कारणले बिरामी Discharge भएको भएता पनि यस रजिष्टरमा अभिलेख राख्नुपर्दछ।

रजिष्टरको नमूना :

DISCHARGE RE

Fiscal Year _____ / _____																			
SN	Inpatient No.	Date and time of discharge			Date and time of admission			Length of stay (days)	First, middle and family name	Caste/ethnicity code	National ID No.	Age / Sex							
												0-7 days		8-28 days		29days-11months		≥ 1 year	
		Female	Male	Female	Male	Female	Male					Female	Male						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		Date			Date				First and middle name										
		DD	MM	YY	DD	MM	YY		Family name										
		Time		Time															
		AM	PM	AM	PM														

REGISTER

Type of care*	Ward/ Bed No.	Name and type of surgery		Post OP infection		Final diagnosis at discharge	ICD Code	Outcome (Code)*	If died			Cost exemption			Police case		
		Name	Type*	Yes	No				Immediate Cause	Underlying Cause	Full	Partial	Total cost exempted (NRs.)	Code*	Yes	No	
																	<48 Hrs
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
	Ward			1	2				1	2	Immediate Cause	1	2			1	2
	Bed No.										Underlying Cause						

रजिष्टर गर्ने निर्देशिका:

Discharge रजिष्टरको माथि रहेको Year लेखिएको स्थानमा जुन आ.व.का लागि यस रजिष्टरको प्रयोग गरिएको हो सो, आ.व.उल्लेख गर्नुहोस्।

Month लेखिएको स्थानमा जुन महिनामा यस रजिष्टरको प्रयोग गरिएको, हो सो महिना अक्षरमा उल्लेख गर्नुहोस्।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	क्र. सं.	प्रत्येक महिनामा क्र.सं. १ बाट सुरु गरी अर्को महिनाको १ गतेबाट पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
2	अन्तरङ्ग नं. (Inpatient No.)	यस महलमा Discharge भएको बिरामीको Patient Chart मा उल्लेख भएको Inpatient Number लेख्नुपर्दछ।
3-5	Date and Time of Discharge	माथिल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको मिति सम्बन्धित महलमा गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ। तल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको समय लेख्नुपर्दछ। Discharge भएको समय AM र PM अनुसार लेख्नुपर्दछ।
6-8	Date and time of Admission	बिरामी भर्ना भएको मिति लेख्नुपर्दछ। माथिल्लो कोठाको महल ६ मा गते, महल ७ मा महिना र महल ८ मा साल लेख्नुपर्दछ। तल्लो कोठामा बिरामी भर्ना भएको समय लेख्नुपर्दछ। भर्ना भएको समय AM र PM अनुसार लेख्नुपर्दछ।
9	Length of Stay	यस महलमा बिरामी उपचारका लागि अस्पतालमा भर्ना भएको अवधिलाई दिनमा लेख्नुपर्दछ। दिन गणना गर्दा भर्ना भएकै दिनमा Discharge भएमा पनि एक दिन गणना गर्नुपर्दछ, भर्ना भएको भोलिपल्ट discharge भए पनि एक दिन गणना गर्नुपर्दछ र भर्ना भएको तेस्रो दिनमा Discharge भएमा दुई दिन गणना गर्नुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन															
		उदाहरण: <table border="1"> <thead> <tr> <th>भर्ना मिति</th> <th>Discharge मिति</th> <th>Length of stay</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>१२/३/२०७०</td> <td>१२/३/२०७०</td> <td>१ दिन</td> </tr> <tr> <td>१२/३/२०७०</td> <td>१३/३/२०७०</td> <td>१ दिन</td> </tr> <tr> <td>१२/३/२०७०</td> <td>१४/३/२०७०</td> <td>२ दिन</td> </tr> <tr> <td>१२/३/२०७०</td> <td>१७/३/२०७०</td> <td>५ दिन</td> </tr> </tbody> </table>	भर्ना मिति	Discharge मिति	Length of stay	१२/३/२०७०	१२/३/२०७०	१ दिन	१२/३/२०७०	१३/३/२०७०	१ दिन	१२/३/२०७०	१४/३/२०७०	२ दिन	१२/३/२०७०	१७/३/२०७०	५ दिन
भर्ना मिति	Discharge मिति	Length of stay															
१२/३/२०७०	१२/३/२०७०	१ दिन															
१२/३/२०७०	१३/३/२०७०	१ दिन															
१२/३/२०७०	१४/३/२०७०	२ दिन															
१२/३/२०७०	१७/३/२०७०	५ दिन															
10	First, Middle and Family Name	माथिल्लो कोठामा विरामीको पहिलो र बीचको नाम लेख्नुपर्दछ (जस्तै: रामबहादुर) । तल्लो कोठामा विरामीको थर (जस्तै थापा) लेख्नुपर्दछ ।															
11	Caste/ Ethnicity	सेवालिनै व्यक्ति जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तै: ०१, ०२,.....०६) । जातिगत समूह र कोड नम्बर रजिष्टरको अन्तिम पानामा दिइएको छ ।															
12	National ID No.	सेवा लिनै व्यक्तिको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ. राष्ट्रिय परिचय पत्र नभएको व्यक्तिको हकमा वा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको हकमा यस महलमा ज्यास चिन्ह (-) लगाउनुपर्दछ ।															
13-20	Age and Sex	यी महलहरूमा उमेर र व्यक्तिअनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ । विरामी ८ दिन वा सोभन्दा मुनिको शिशु बालिका भएमा महल १२ मा र शिशु बालक भएमा महल १३ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । विरामी ९ दिन देखि २८ दिनको शिशु बालिका भएमा महल १४ मा र शिशु बालक भएमा महल १५ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । विरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिको बालिका भएमा महल १६ मा र बालक भएमा महल १७ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ । विरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १८ मा र पुरुष भएमा महल १९ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिनाभन्दा कम, एक वर्षभन्दा कम र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका विरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।															
21	Type of Care	यस महलमा विरामीले कुन सेवा लिएको हो Patient Chart मा उल्लेख भए अनुसार सेवाको किसिम उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै: General Medicine भए १, General Surgery भए २, Paediatrics भए ३, Obstetric भए ४, Gynecology भए ५, ENT भए ६, Orthopedics भए ७, Psychiatric भए ८, Dental भए ९ र Others भए १० लेख्नुहोस् । Others भए कुन सेवा हो ? खुलाउनुपर्दछ ।															
22	Ward/Bed Number	विरामी कुन विकोठा (Ward) र कति नं. को शैयामा राखिएको थियो ? Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार यस महलको सम्बन्धित कोठा लेख्नु पर्दछ ।															
23-24	Name and Type of Surgery	भर्ना भई शल्यक्रिया भएका विरामीहरूको कस्तो प्रकारको शल्यक्रिया भएको हो ? Patient Chart को Operation Form मा उल्लेख भए अनुसार महल २२ मा लेख्नुपर्दछ । शल्यक्रियाको प्रकारमा Major भए १, Intermediate भए २ र Minor भए ३ भनी महल २३ मा लेख्नुपर्दछ ।															
25-26	Post-OP Infection	Patient Chart हेरी यदि विरामीलाई शल्यक्रिया पश्चात् सङ्क्रमण भएको रहेछ भने उल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि सङ्क्रमण भएको भए महल २४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र यदि सङ्क्रमण नभएको भए महल २५ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।															
27	Final Diagnosis at discharge	विरामी Discharge हुँदा Patient Chart मा उल्लेख भएको अन्तिम निदान (Final diagnosis) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।															
28	ICD Code	यस महलमा Patient Chart मा उल्लेख भएको Final Diagnosis को ICD Code book अनुसारको Alpha Numeric Code (००० ११ ले निर्देश गरे अनुसार) लेख्नुपर्दछ ।															

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
29	Outcome code*	यस महलमा Discharge भएको विरामीको Discharge हुँदाको अवस्था उल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि विरामी Recovered/Cured भए १, Stable भए २, Referred भए ३, DOPR/LAMA भए ४, Absconded भए ५ र Death भए ६ लेख्नुपर्दछ ।
30-32	If Died	विरामीको मृत्यु भएको भएभर्ना भएको कति समयपछि मृत्यु भएको हो र मृत्युको कारण Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार लेख्नुपर्दछ । यदि विरामी भर्ना भएको ४८ घण्टाभित्र मृत्यु भएको भए महल २९ को १ मा र ४८ घण्टा भन्दा पछि मृत्यु भएको रहेछ भने महल ३० को २ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् । महल ३१ मा विरामी मृत्यु हुनुको तत्कालिन (Immediate Cause) र अन्तर्निहित कारण Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार (Underlying Cause) सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
33-36	Cost Exemption	महल 32-35 मा Discharge भएको विरामीले पूर्ण वा आंशिक शुल्क छुट पाएको विवरण लेख्नुपर्दछ । यदि पूर्ण छुट पाएको भए महल ३२ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस्, आंशिक छुट पाएको भए महल ३३ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् । पूर्ण वा आंशिक छुट पाएको रकम महल ३४ मा लेख्नुपर्दछ । रकम रुपैयाँमा लेख्नुपर्दछ । महल ३४ मा Discharge भएको विरामी निःशुल्क सेवा प्राप्त गर्ने ६ समूहहरू मध्ये कुन समूहमा पर्दछ ? सो समूहको कोड लेख्नुपर्दछ । यदि अति गरिब (Destitute) भए १, गरीब (Poor) भए २, अपाङ्ग (Disabled) भए ३, ज्येष्ठ नागरिक >६० वर्ष (Senior Citizen)भए ४, म.स्वा.स्व.से. (FCHV) भए ५ र अन्य (Others) भए ६ लेख्नुहोस् । अन्य समूह (Others) भए कुन समूह हो खुलाउनुपर्दछ
37-38	Police Case	यस महलमा Discharge हुन आएको विरामी police case भई आएको भए महल ३६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र Police case होइन भने महल ३७ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । Police case सँग सम्बन्धित कागजातहरू कानुनी प्रक्रियाका लागि लामो समयसम्म सुरक्षित राख्नुपर्ने भएकोले Police case छुट्याउनका लागि यस महलले सहज बनाउँछ ।

HMIS 8.3: आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र अस्पतालमा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा लिन आएका विरामीहरूको अभिलेख राख्ने रजिष्टरलाई Emergency Service रजिष्टर भनिन्छ। स्वास्थ्य संस्थामा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा लिन आएका विरामीहरूको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको आवश्यकता पर्दछ।

रजिष्टरको नमूना :

EMERGENCY SER																	
Date: (DD/MM/YY) DD MM YY																	
SN	Registration No	Date and Time of Registration			First, Middle and Family Name	Caste/ Ethnicity Code*	National ID No.	Age / Sex								Address District Municipality, Ward Village/Tole	Name and Contact Number of Guardian
								0-7 days		8-28 days		29days-11months		≥ 1 year			
								Days	Days	Months	Years	Female	Male	Female	Male		
1	2	3			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		Date			First and Middle Name											District	Name
		DD	MM	YY													
		Time															
		AM PM			Family name											Municipality, Ward	Contact number
																Village/Tole	

VICE REGISTER

Self	Source of Admission Referred in (Name of HF)	Signs and Symptoms (Main Complaints on Admission)	Brought Dead	Investigations	Diagnosis	ICD Code	Treatment / Medicines prescribed	Observation		Date and Time of Discharge			Outcome (Code)*	If Died, cause of death Immediate Cause Underlying Cause	Cost Exemption			Code*	Gender Violence	Police Case	
								Yes	No	27	28	29			Full	Partial	Total Cost Exempted (NRs.)			Yes	No
								17	18	19	20	21			22	23	24			25	26
1			1					1	2	DD	MM	YY		Immediate Cause	1	2			1	1	2
										AM	PM			Underlying Cause							

रजिष्टर गर्ने निर्देशिका :

आकस्मिक सेवा रजिष्टरको माथि मिति लेखिएको स्थानमा यो रजिष्टर प्रयोग गरिएको गते, महिना र साल उल्लेख गर्नुपर्दछ। हरेक दिनको मिति लेखेर मात्र सेवाको अभिलेख राख्नुपर्दछ। यदि एउटै पानामा एक दिनमा दिएको सेवाको अभिलेख राखेर पानामा खाली हरफहरू रहेको अवस्थामा एक हरफ खाली छाडी अर्को दिनको मिति सोही पानामा लेखी सो दिनमा दिएको सेवाको अभिलेख राख्नुपर्दछ। यसरी अभिलेख राख्नाले रजिष्टरको सही र पूर्ण सदुपयोग हुन्छ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	S.No.	प्रत्येक महिनामा क्र.सं. १ बाट सुरु गरी अर्को महिनाको १ गतेबाट पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
2	Registration Number	प्रत्येक आ. व.मा. Registration No. १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ। नयाँ आ. व. को पहिलो दिन पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ। यो Registration number ले एक आ. व. मा आकस्मिक विभाग /कक्षमा कति जना विरामीले सेवा प्राप्त गरे सोको सङ्ख्या जनाउँछ। आकस्मिक विकोठामा दर्ता हुने विरामीहरूसँग परिचय खुलाउने स्वास्थ्य सेवामा प्रयोग हुने कार्डहरू, जस्तै : Health Card बारे विरामीसँग जानकारी माग्नु व्यवहारिक हुँदैन। त्यसकारण आकस्मिक विकोठामा दर्ता हुने सबै विरामीहरूलाई नयाँ Registration Number मा दर्ता गर्नुपर्दछ। यसमा विरामीलाई नयाँ वा पुरानो भनी वर्गीकरण गर्नुपर्दैन।
3	Date and Time of Registration	माथिल्लो कोठामा विरामी Discharge भएको मिति सम्बन्धित महलमा गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ। तल्लो कोठामा विरामी Discharge भएको समय लेख्नुहोस्। Discharge भएको समय AM भए AM लेखिएको स्थानमा र PM भए PM लेखिएको स्थानमा लेख्नुपर्दछ।
4	First, Middle and Family Name	महल ४ को माथिल्लो कोठामा विरामीको पहिलो र बीचको नाम उल्लेख गर्नुपर्दछ (जस्तै : रामबहादुर)। तल्लो कोठामा विरामीको थर उल्लेख गर्नुपर्दछ। (जस्तै: थापा)

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
5	Caste/Ethnicity Code*	सेवालिनने व्यक्तिको जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तै: ०१, ०२,..... ०६) । जातिगत समूह र कोड नम्बर रजिष्टरको अन्तिम पानामा दिइएको छ ।
6	National ID No.	सेवा लिने व्यक्तिको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ. राष्ट्रिय परिचय पत्र नभएको व्यक्तिको हकमा वा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरुको हकमा यस महलमा ड्रयास चिन्ह (-) लगाउनुपर्दछ ।
7-14	Age and Sex	यी महलहरुमा उमेर र व्यक्ति अनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ । विरामी ८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल ६ मा र शिशु बालक भएमा महल ७ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । विरामी ९ दिन देखि २८ दिनको शिशु बालिका भएमा महल ८ मा र शिशु बालक भएमा महल ९ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । विरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल १० मा र बालक भएमा महल ११ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ । विरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १२ मा र पुरुष भएमा महल १३ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिनाभन्दा कम, एक वर्षभन्दा कम र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका विरामीहरुको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।
15	Address	आकस्मिक सेवा लिन आएको विरामीको कृन जिल्ला, पालिका, वडा नं बीचको कोठामा र तल्लो कोठामा गाउँ र टोल लेख्नुपर्दछ ।
16	Name and Contact Number of Guardian	आकस्मिक सेवा लिन आएको विरामीका अभिभावकको नाम, थर र सम्पर्क टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ । माथिल्लो कोठामा नाम थर र तल्लो कोठामा सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
17-18	Source of Admission	विरामी आफैँ वा अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको हो, यस महलमा खुलाउनुपर्दछ । यदि विरामी आफैँ आएको भए महल १६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् । यदि विरामी अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भए महल १७ मा प्रेषण गरी पठाउने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
19	Signs and Symptoms (Main complaints on admission)	विरामी आकस्मिक विभागकक्षमा आउँदाको अवस्थामा निजमा देखिएका लक्षणहरु र निजका मुख्य सिकायतहरु महल १८ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
20	Brought Dead	यदि स्वास्थ्य संस्थामा मृत अवस्थामा ल्याएको भए महल १८ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । अन्यथा यस महलको १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दैन ।
21	Investigation	यस महलमा विरामीभर्ना हुन आउँदा चिकित्सकले लेखिदिएको आवश्यक पर्ने अनुसन्धान मूलक परीक्षणको विवरण, जस्तै: ल्याब, एक्सरे इत्यादि लेख्नुपर्दछ ।
22	Diagnosis	विरामी आकस्मिक विभाग/कक्षमा भर्ना हुन आउँदा स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले गरेको निदान (Diagnosis) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
23	ICD Code	यस महलमा स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले गरेको निदान (Diagnosis) को ICD Code book अनुसारको Alpha Numeric Code लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले एकभन्दा बढी diagnosis गरेको भएमा ती मध्ये Main diagnosis (Leading cause) को मात्र ICD code लेख्नुपर्दछ । उदाहरण: यदि diagnosis मा Enteric Fever, diarrhea र Hypertension उल्लेखभएको छ । यस विरामीको main diagnosis Enteric Fever हो । यस अवस्थामा Enteric Fever को ICD code A01 यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
24	Treatment/Medicine Prescribed	विरामीलाई गरिएको उपचार र दिइएको औषधिको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
25-26	Observation	आकस्मिक विभाग/कक्षमा भर्ना भएको विरामीलाई observation मा राखिएको भए महल २४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । यदि observation मा नराखिएको भए महल २५ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
27-29	Date and time of Discharge	माथिल्लो कोठामा विरामी Discharge भएको मिति लेख्नुपर्दछ । महल २६ मा गते, महल २७ मा महिना र महल २८ मा साल लेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा विरामी Discharge भएको समय लेख्नुपर्दछ । Discharge भएको समय AM र PM अनुसार लेख्नुपर्दछ ।
30	Outcome code*	यस महलमा Discharge भएको विरामीको Discharge हुँदाको अवस्था उल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि विरामी Recovered भए १, Not Improved भए २, Referred भए ३, DOR/LAMA/DAMA भए ४, Absconded भए ५, अन्तरङ्ग विकोठामा Admitted भए ६ र Death भए ७ लेख्नुपर्दछ ।
31	If Died, Cause of Death (Immediate Cause/Underlying Cause)	यदि उपचारको क्रममा विरामीको मृत्यु भएको भए विरामी मृत्यु हुनुको तत्कालिन (Immediate Cause) र अन्तर्निहित कारण (Underlying Cause) सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
32-35	Cost Exemption	Discharge भएको विरामीले पूर्ण वा आंशिक शुल्क छुट पाएको विवरण लेख्नुपर्दछ । यदि पूर्ण छुट पाएको भए महल ३२ को कोड १ मा र आंशिक छुट पाएको भए महल ३३ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । पूर्ण वा आंशिक छुट पाएको रकम महल ३४ मा लेख्नुपर्दछ । रकम रुपैयाँमा लेख्नुपर्दछ । महल ३५ मा Discharge भएको विरामी निशुल्क सेवा प्राप्त गर्ने ६ समूहहरूमध्ये कुन समूहमा पर्दछ ? सो समूहको कोड लेख्नुपर्दछ । यदि अति गरिब (Destitute) भए १, गरीब (Poor) भए २, अपांग (Disabled) भए ३, ज्येष्ठ नागरिक >६० वर्ष (Senior Citizen) भए ४, म.स्वा.स्व.से. (FCHV) भए ५ र अन्य (Others) भए ६ लेख्नुपर्दछ । अन्य (Others) भए कुन समूह हो खुलाउनुपर्दछ ।
36	Gender Violence	यदि लैंगिक हिंसा सम्बन्धि case भएमा १ मा गोलो घेरा लगाउने
37-38	Police Case	यस महलमा Discharge भएको विरामी police case भई आएको भए महल ३७ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र police case होइन भने महल ३८ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । Police case सँग सम्बन्धित कागजातहरू कानुनी प्रक्रियाका लागि लामो समयसम्म सुरक्षित राख्नुपर्ने भएकोले police case छुट्याउनका लागि यस महलले सहज बनाउँछ ।

HMIS 8.4 Special Newborn Care Unit/ Neonatal Intensive Care Unit/ Kangaroo Mother Care Unit Register

Special Newborn Care Unit/ Neonatal Intensive Care Unit/ Kangaroo Mother Care Unit मा भर्ना भएका नवजात शिशुहरूमा देखिएका समस्या र जटिलताहरूको पहिचान गरेर शिशुहरूको स्वास्थ्यका लागि उचित सल्लाह तथा सेवाहरू दिइएका छन् कि छैनन् भनी यकिन गरेर अभिलेख यस रजिस्टरमा राखिन्छ। नवजात शिशुहरूमा देखिने जटिलता र समस्याहरू, SNCU/NICU मा सेवाप्रदान गरेको अभिलेख यस रजिस्टरमा राखिन्छ।

नोट: नवजात शिशु (२८ दिनभन्दा मुनीका शिशुहरू) Special Newborn Care Unit (SNCU)/Neonatal Intensive Care Unit (NICU) मा भर्ना भएको खण्डमा यस रजिस्टरको प्रयोग गरेर शिशुमा देखिएका समस्या र जटिलताहरूको अध्ययन गरी शिशुलाई उच्च गुणस्तरीय सेवा प्रवाहबारे यस रजिस्टरमा विवरण उल्लेख गरिने छ। यस रजिस्टरसंगै उल्लेख गरिएको निर्देशन र Instructions for filling register को सहायताले यस रजिस्टर भर्न सकिन्छ।

रजिस्टरको नमूना

SNCU/NICU/KM																							
Month.....						Fiscal Year.....																	
SN	Date and Time of Admission	Inpatient No.		Referred from	Neonates		Mother Details			Delivery Details				Newborn Details				Complications					
		First Visit	Repeat Visit		Age (in days)	Sex	Name & Contact No	Age (in years)	Address of Mother	Ethnicity Code	Date & Time	Place of Delivery	Mode of Delivery	Delivery conducted by	Gestational Age at birth in weeks	Weight of baby in grams	Apgar Score	OFC & Fetal Growth Length	Birth Asphyxia	Newborn complications at time of birth	Complications to mother at		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
	Date	Within Hospital						NAME	WARD								AT BIRTH		Occipital-frontal Circumference (OFC)		Asphyxia	1 Shoulder Dystocia	10 Gestational Hypertension/ Eclampsia/Pre-Eclampsia
	DD MM YY	OPD							PALIKA								AT ADMISSION				2 Sepsis	11 Gestational Diabetes Mellitus	
	Time	Delivery Ward																			3 Others	12 Antepartum Hemorrhage	
	AM	Emergency						CONTACT NO													4 No complications	13 Post Partum Hemorrhage	
	PM	Other Hospital						DISTRICT													5	4 Chorionamnionitis	
																					6	5 Meconium Aspiration Syndrome	
																					7	6 Post Partum Hemorrhage	
																					8	7 Sepsis	
																					9	8 Severe Anaemia	
																						8	9 Maternal Heart Disease
																						9	7 Hypothyroidism

ICU REGISTER

Month.....											
time of delivery	Major Congenital Anomaly	Cause of Admission	Management	Discharge Details		Duration of stay in the hospital	Referred to	Newborn Care Package Provided	Remarks		
				Date	Outcome of baby at Discharge						
24	25	26	27	28	29	30	31	32			
Hypertrophism 10	Neural Tube Defect	1 Other Defect	10 Low Birth Weight	1 Congenital Heart Disease	11 Alternative feeding/ baby unable to breastfeed (Nasogastric/ Cup Feeding)	9 Seizure Management					
Others 11	Oro-facial Cleft: Cleft lip/palate	2 Defect (Specify)	IUGR	2 Congenital Anomaly	12 RMC (Partial or Continuous)	10 Continuous Positive airway pressure					
No complications 12	Talipes Equinovarus- Club Foot	3 (Specify)	Prematurity/Pre term	3 Meconium Aspiration Syndrome	13 Safe Administration of Oxygen	11 Mechanical/Assisted Ventilation					
	Limb Reduction Defect	4	Hypoglycemia	4 Necrotizing Enterocolitis	14 Injectable Antibiotics for Neonatal	12 Exchange Transfusion/ Partial transfusion					
	Hypospadias	5	Hypothermia	5 Pustulosis	15 Sepsis as per protocol	13 Retinopathy of prematurity screening					
	Omphalocele/Exomphalos	6	Hyperbilirubinemia	6 Vitamin K Deficiency Bleeding	16 Management of shock	14 Hypothermia Management					
	Gastrochisis	7	Neonatal Sepsis	7 Aspiration	17 Intravenous fluid	15 Blood Transfusion					
	Imperforate Anus	8 No	Premature Rupture of Membrane	8 Seizure	18 Hypoglycemia Management	16 Management of Pneumothorax/Chest					
	Minor Defect (Specify.....)	9 Anomaly detected	Respiratory Distress	9 Neonatal AKI	19 Effective Phototherapy	17 Tube/Needle Puncture					
			Birth Asphyxia (Peri/Neonatal)	10 Others	20	8 Others					

रजिस्टर भर्नेतरिका

Special Newborn Care Unit /Neonatal Intensive Care Unit मा भर्ना भएका शिशुहरूको लागि

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
1	SN	SN
2	Date & Time of Admission	सि.नं. प्रत्येक महिनाको १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ। सेवाग्राही दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ। DD/MM/YYYY
3, 4	Inpatient No	Time सेवाग्राही दर्ता भएको समय AM or PM को सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
		First Visit प्रथम पटक जाँच गर्न SNCU/NICU मा भर्ना भएका नवजात शिशुहरूको लागि यहाँ ठीक चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
		Repeated Visit SNCU NICU मा दोहोर्याएर जाँच गर्न आउनेले नवजात शिशुहरूको लागि यहाँ ठीक चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
5	Bed No	यस महलमा विरामी शिशुको Bed No लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
6	Referred from	Within Hospital or Other Hospital	यस महलमा नवजात शिशुलाई प्रेषण गरिएको संस्थालाई गोलो लगाउनु पर्दछ। सोहि अस्पतालबाट प्रेषण गरेको खण्डमा ओ.पि.डी., डेलिवरि वार्ड र इमर्जेन्सी मध्ये कुनै एकमा गोलो लगाउनुहोस। OPD, Delivery Ward, Emergency: अन्य अस्पतालबाट गरिएको खण्डमा अन्यमा लगाउनु पर्दछ।
7,8	Neonates Information	Age in Days	महलको यस कोठामा बिरामी शिशुको पूरा भएको उमेर दिनमा लेख्नुपर्दछ।
		Sex	यस महलमा बिरामी शिशु पुरुष, महिला खुलाएर लेख्नुपर्दछ।
9-12	Mother Details	Name	यस महलमा बिरामी शिशुको आमाको नाम लेख्नुपर्दछ।
		Contact No	यस महलमा बिरामी शिशुको आमाको सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ।
		Age in years	यस महलमा बिरामी शिशुको आमाको उमेर लेख्नुपर्दछ।
		Address	यस महलमा बिरामी शिशुको आमाको ठेगाना लेख्नुपर्दछ। Ward; वडा नं, Municipality; गाउँ/नगरपालिका, District; जिल्लाको नाम
		Caste/Ethnicity	यस महलमा बिरामी शिशुको आमाको जातको कोड लेख्नुपर्दछ। सो कोड Register को तल उल्लेख गरिएको छ। Ethnicity Code: 1. Dalit, 2 Janajati, 3 Madhesi, 4 Muslim, 5 Brahmin/Chhetri, 6 Others
13-16	Delivery Details	Date	यस महलमा प्रसूती भएको मिति लेख्नुपर्दछ।
		Time	यस महलमा प्रसूती भएको समय लेख्नुपर्दछ।
		Place of Delivery	यहाँ प्रसूती भएको ठाउँको कोड लेख्नुपर्दछ। सो कोड Register को तल उल्लेख गरिएको छ। Code:1-Institutional स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी भएको खण्डमा, 2-Home घरमा सुत्केरी भएको खण्डमा, 3- Others (On the way or...) स्वास्थ्य संस्था जाने क्रममा र अन्य ठाउँमा
		Mode of Delivery	यस कोठामा उल्लेखित प्रसूती विधिको कोड लेख्नुपर्दछ। Code: 1-SVD (Spontaneous Vaginal Delivery), 2-Instrumental, 3-C-section
		Delivery conducted by	यस महलमा प्रसूती गराउने स्वास्थ्यकर्मीको प्रकारको कोड लेख्नुपर्दछ। Code 1- SBA: SBAतालीम प्राप्त प्रसूतीकर्मीले प्रसूती गराइएको खण्डमा Code 2- SHP:Skilled Health Professional- Doctors, Nurses, Gynaeले प्रसूती गराइएको खण्डमा Code 3- Others:अन्य स्वास्थ्यकर्मीको सहायताबाट सो कोड Register को तल उल्लेख गरिएको छ।
17-20	Newborn Details	Gestational age at birth in weeks	नवजात शिशुको Gestational age at birth लाई हप्तामा लेख्नुपर्दछ।
		Weight of baby in grams	यस महलमा बच्चाको तौल (ग्राममा) लेख्नुपर्दछ। At birth: जन्मतौल (ग्राममा) At the time of Admission: बच्चाको तौल admission मा At the time of Discharge: बच्चाको तौल discharge मा
		Apgar Score	यस महलमा बच्चाको Apgar Score लेख्नुपर्दछ। At 1 Minute & At 5 Minute
		OFC & Fetal Crown Length	यस कोठामा शिशुको OFC/ Fetal Crown Length लेख्नुपर्दछ। OFC Fetal Crown Length

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
21	Complication	Birth Asphyxia (Peri/Neonatal)	नवजात शिशुले श्वास नफेरेको खण्डमा Yes नवजात शिशुले श्वास फेरेको खण्डमा No लेख्नुपर्दछ ।
		Newborn complications at time of birth	प्रसूतिको समयमा नवजात शिशुमा देखिएको तल उल्लेखित जटिलताहरूमा गोली लगाउनु पर्छ । (Listed Complications: Asphyxia, Respiratory Distress, Prematurity, Low Birth Weight, Meconium Aspiration Syndrome, IUGR, Hypothermia, Hypoglycemia, Rh Incompatibility, Shoulder Dystocia, Sepsis, Others, No Complications)
		Complications of mother at the time of delivery	प्रसूतिको समयमा आमामा देखिएको तल उल्लेखित जटिलताहरूमा गोली लगाउनु पर्छ । (Listed Complications: Gestational Hypertension/Eclampsia/Pre-Eclampsia, Gestational Diabetes Mellitus, Antepartum Hemorrhage, Post Partum Hemorrhage, Choriomnitis, Sepsis, Severe Anaemia, Maternal Heart Disease, Hypo/Hyperthyroidism, Others, No Complications)
22	Major Congenital Anomaly		यस महलमा तल उल्लेखित congenital anomalies मा गोली लगाउनु पर्छ । (Major Congenital Anomaly: Neural Tube Defect, Oro-facial clefts: Cleft lip/palate, Talipes Equinovirus Clubfoot, Limb Reduction Defects, Hypospadias, Exomphalos/Omphalocele, Gastroschisis, Imperforate anus, minor defects, other defects, No Anomaly detected)
23	Cause of Admission		यस महलमा नवजात शिशुको SNCU/NICU भर्ना हुनुको कारण लेख्नुपर्दछ । (Cause of Admission: Low Birth Weight, IUGR, Prematurity/Pre-term, Hypoglycemia, Hypothermia, Hyperbilirubinemia, Neonatal Sepsis, Premature Rupture of Membrane, Respiratory Distress, Perinatal Asphyxia, Congenital Heart Disease, Congenital Anomaly, Meconium Aspiration Syndrome, Necrotising Enterolitis, Pustulitis, Vitamin K Deficiency Bleeding, Aspiration, Seizure, Others)
24	Investigation & Management		नवजात शिशुको जटिलता व्यवस्थापनको लागि गरिएका उल्लेखित विधिहरूमा गोली लगाउनु पर्छ । (Investigation & Management: Alternative feeding, KMC, Safe administration of oxygen, Injectable Antibiotics for Neonatal Sepsis, Management of shock, Intravenous fluid, Management of Hypoglycemia, Effective Phototherapy, Seizure Management, Continuous positive airway pressure, Mechanical/assisted Ventilation, Exchange/Partial Transfusion, Retinopathy of prematurity, Hypothermia Management, Blood Transfusion, Management of Pnuemothorax/Chest Tube/Needle Puncture, Others)
25-26	Discharge Details	Date of Discharge	यस महलमा नवजात शिशुलाई Discharge from SNCU/NICU गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।
		Outcome of baby at the time of discharge	Discharge समयको शिशुको अवस्थाको कोड लेख्नुपर्दछ । सो कोड Register को तल उल्लेख गरिएको छ । Code 1- Improved: अवस्थामा सुधार आएमा, 2- Referred: प्रेषण गरेको खण्डमा, 3- Died: शिशुको मृत्यु भएको खण्डमा, 4- LAMA/Absconded

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
27	Duration of stay in the hospital	Length of stay in hospital	नवजात शिशुको उपचारका लागि लागेको समय दिनमा लेख्नु पर्दछ ।
28	Referred to		नवजात शिशुको अवस्थालाई हेरेर प्रेषण गर्न परेमा यहाँ लेख्नु पर्दछ ।
29	Newborn Care Package Provided		यस महलमा नवजात शिशु उपचार र व्यवस्थापनको लागि गरिएको नवजात शिशु स्याहार प्याकेजको कोड लेख्नुपर्दछ । सो कोड Register को तल उल्लेख गरिएको छ । Code 1- Package A, 2- Package B, 3- Package A+B, 4- Package A+B+C
30	Remarks		थप जानकारी भए यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

जातजाती अनुसार SNCU/NICU सेवा पाएका सेवाग्राहीको समायोजन फारम

हरेक महिना मासिक प्रतिवेदन तयार गर्दा यस रजिष्टरको अन्तमा राखिएको जातजातीगत विवरण समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । जातजातिगत विवरण तयार गर्दा २८ दिनभन्दा मुनीका शिशुहरु दर्ता भएका सबै विरामी बच्चाको संख्या लिंग समेत खुल्ने गरी समायोजन गर्नुपर्दछ ।

अभ्यास

नवलपरासी (सुस्तापूर्व) जिल्ला देवचुली नगरपालिका, वार्ड नं. ९ सीता सुनुवारले दुम्कौली प्राथमिक उपचार केन्द्रमा मिति फाल्गुण ५ गतेका दिन एस.बि.ए (SBA) तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको सहायताबाट Spontaneous Vaginal डेलिभरी भई एक शिशु (बालक) २.३ के.जी. जन्म दिइन । जन्मनासाथ शिशु र आमाको स्वास्थ्य अवस्था सामान्य थियो । र दुई दिनपछि शिशुमा Neonatal Sepsis का लक्षणहरु देखिए । अब शिशुलाई Neonatal Intensive Care Unit / Special New Born Care Unit-Narayani Samudhahik Hospital द्वारा शिशुको समस्या जटिलता व्यवस्थापनका लागि दिएका स्वास्थ्य सेवा सहितको विवरण रजिष्टरमा लेख्नु पर्दछ ।

HMIS 8.5: अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिष्टर (One-Stop Crisis Management Center- OCMC)

एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्रका प्रमुखले दैनिक रूपमा प्रत्येक घटनाका सेवाग्राहीले एक चरणको सेवा लिएपछि सोको अभिलेख अद्यावधिक गर्नुपर्दछ।

रजिष्टर भर्ने तरिका:

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
सूचनाहरू		
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राहीसँगको क्रमसङ्ख्या १ बाट शुरू गर्नुहोस्।
२	घटना दर्ता गरेको मिति	घटना दर्ता गरेको मितिको नेपाली पात्रो अनुसार साल, महिना र गते उल्लेख गर्नुहोस्।
३	पीडित प्रभावितको सङ्केत	पीडित वा प्रभावितको नाम थरको सटामा संकेत यस महलमा लेख्नु पर्दछ। साथै संकेत लेख्दा अस्पतालको नामको सुरुको दुई अक्षर, सत्रको दुई अक्षर र क्र स नम्बर राख्नु पर्दछ जस्तै - पतन अस्पतालमा २०७८ सालको क्र स २ मा आएको पीडित वा प्रभावितको संकेत लेख्दा 'PH7802' लेख्नु पर्छ।
४	उमेर (पुरा भएको वर्ष)	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस्।
५	लिङ्ग (१ महिला, २ पुरुष, ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक)	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला, पुरुष, र लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक भए तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नुहोस्। १ महिला २ पुरुष ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक
६	जातजाति समूह:	सेवाग्राहीको जुन जाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस्। ०१-दलित ०२-जनजाति ०३-मधेशी ०४-मुस्लिम ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री ०६-अन्य
७	ठेगाना: (गाउँपालिका/नगरपालिका, जिल्ला)	पीडितको स्थाई बसोबास रहेको गाउँपालिका नगरपालिका महानगरपालिका वडा नं र जिल्ला उल्लेख गर्नुहोस्।
८	अपाङ्गता भएको भए,	यस महलमा पीडित वा प्रभावितमा कुनै पनि अपाङ्गता भए अपाङ्गताको प्रकारको कोड भर्नु पर्दछ, (नोट: एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ)। जस्तै, ०. कुनै पनि अपाङ्गता नभएको १ शारीरिक अपाङ्गता २. दृष्टिसम्बन्धी अपाङ्गता ३. सुनाइसम्बन्धी अपाङ्गता ४. स्वर र बोलाइ सम्बन्धी अपाङ्गता ५ मानसिक/बौद्धिक अपाङ्गता
९	हिंसाको प्रकार:	हिंसा भए त्यही समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस्। (नोट: एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ)

		(१) वलात्कार (२) यौनजन्य दुर्व्यवहार ३) शारीरिक दुर्व्यवहार (४) बालविवाह र जबरजस्ती विवाह (५) स्रोतसाधन र अधिकारबाट बञ्चित (६) मानसिक दुर्व्यवहार (७) परम्परागत रुढीवादी परम्पराका आधिकारमा भेदभाव
१०	घटनाको पृष्ठभूमि	घटनाको पृष्ठभूमि एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । १. बहुविवाह २. दाइजो ३. बोक्सीको आरोप ४. घरेलुहिंसा ५. छाउपडी ६. मानव बेचबिखन ७. सामाजिक भेदभाव ८. बालश्रम
११	पहिलो भ्रमण वा फलोअप	दर्ता गर्दा प्रत्येक आ.व. मा नयाँ दर्ता नम्बर दिई सुरु गर्नुपर्दछ । एउटा रोग लागेर उपचार गराउन आएको बिरामी सोही रोगको उपचारका लागि दोहो-चाई आएफलोअप लेख्नुपर्दछ ।
हिंसापीडित वा प्रभावितले प्राप्त गरेका स्वास्थ्य सेवाहरू		
१२	शारीरिक परीक्षण	शारीरिक परीक्षण भएको भए “०१ भएको” र नभएको भए “ ०२ नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१३	विधि विज्ञान तथा चिकित्साजन्य कानूनी परीक्षण	विधि विज्ञान तथा चिकित्साजन्य कानूनी परीक्षण गरेको भए “ ०१ भएको” र नगरेको भए “ ०२ नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१४	एच.आइ.भी परीक्षण तथा परामर्श सेवा	एच.आइ.भी परीक्षण तथा परामर्श सेवा लिएको भए “ ०१ लिएको” र नलिएको भए “ नलिएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१५	गर्भ परीक्षण	गर्भ परीक्षण गरेको भए “०१ गरेको” नगरेको भए “०२ नगरेको” र आवश्यक नभए “०३ आवश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१६	घाउ चोटपटकको उपचार	घाउ चोटपटकको उपचार भएको भए “०१ भएको” र नभएको भए “ ०२ नभएको” र आवश्यक नभए “०३ आवश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१७	आकस्मिक गर्भ निरोधक सेवा	आकस्मिक गर्भ निरोधक सेवालिको भए “ ०१ लिएको” र नलिएको भए “ नलिएको” ” र आवश्यक नभए “०३ आवश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१८	यौन रोगको उपचार	यौन रोगको उपचार गरेको भए “०१ गरेको” नगरेको भए “०२ नगरेको” र आवश्यक नभए “०३ आवश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१९	सुरक्षित गर्भपतन सेवा	सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको भए “ ०१ लिएको” र नलिएको भए “ नलिएको” ” र आवश्यक नभए “०३ आवश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
२०	मानसिक रोगको उपचार	मानसिक रोगको उपचार गरेको भए “०१ गरेको” नगरेको भए “०२ नगरेको” र आवश्यक नभए “०३ आवश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
२१	मनोसामाजिक परामर्श सेवा	मनोसामाजिक परामर्श सेवा लिएको भए “ ०१ लिएको” र नलिएको भए “०२ नलिएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
२२	अन्य उपचार सेवा	अन्य उपचार सेवा लिएको भए “ ०१ लिएको” र नलिएको भए “०२ नलिएको” तथा आवश्यक नभएको भए “०३ आवश्यक नभएको” उल्लेख गर्नुहोस् ।

प्रेषण सेवा		
२३	पीडित वा प्रभावितहरूलाई प्रेषण	पीडित वा प्रभावितहरूलाई यहाँ आउन प्रेषण गर्ने एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । १. आफैं २. नातेदार ३. आवासगृह ४. प्रहरी ५. गैरसरकारी संस्था ६. स्वास्थ्य संस्था ७. स्थानीय तह
२४	पीडित वा प्रभावितलाई प्रेषण गरिएको	पीडित वा प्रभावितलाई प्रेषण गरिएको एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । १. आवासगृह २. पुनस्थापना केन्द्र ३. प्रहरी ४. वकिल ५. अन्य सुविधा सम्पन्न अस्पताल ६. अन्य (खुलाउने)
पीडितको अवस्था		
२५	पीडितको हालको स्वास्थ्य अवस्था	पीडितको हालको स्वास्थ्य अवस्था सुधार भए “०१ सुधार भएको”, उपचाररत रहे “०२ उपचाररत रहेका” र मृत्यु भए “०३ मृत्यु भएका” उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् ।
२६	उपचाररत रहेको भए	पीडित उपचाररत रहेको भए प्रजनन सम्बन्धी भए “०१ प्रजनन स्वास्थ्य समस्या” मानसिक सम्बन्धी भए “२ मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका” र अन्य भए—खुलाउने ।
पीडकसम्बन्धी जानकारी		
२७	उमेर (पुरा भएको बर्ष)	पीडकको पुरा भएको बर्षमा उल्लेख यस महलमा लेख्नुहोस् ।
२८	लिङ्ग	यस महलमा पीडकको लिङ्ग महिला, पुरुष, र लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक भए तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नुहोस् ।
		१ महिला
२९	पीडितसँगको नाता	पीडक पिडितको आफ्नै परिवार/नातागोता भित्रको हो वा सो भन्दा बाहिरको हो, सोहीअनुसार उपयुक्त महलमा कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ।

HMIS 8.6: सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर (SocialServiceUnit-SSU)

रजिष्टर भर्ने तरिका:

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
१	मिति	दर्ता गरेको मितिको नेपाली पात्रो अनुसार साल, महिना र गते उल्लेख गर्नुहोस् ।
२	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राहीसँगको क्रमसङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुहोस् ।
३	दर्ता नं.	एक आ. व. का लागि १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ र अर्को आ. व. सुरु भएपछि पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ । दर्ता नम्बरले सामाजिक सेवा एकाईबाट सेवा लिने सेवाग्राहीको अभिलेखन हुन्छ र भविष्यमा सेवाग्राहीलाई पहिचान गरी पहिल्याउन सकिन्छ ।
४	नाम थर	यस महलको सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुहोस् ।
५	उमेर (पुरा भएको वर्ष)	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस् ।
	लिङ्ग (१ महिला, २ पुरुष, ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक)	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला, पुरुष, र लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक भए तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नुहोस् । १ महिला २ पुरुष ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक
६	जातजाति समूह:	सेवाग्राहीको जुन जाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । ०१-दलित ०२-जनजाति ०३-मधेशी ०४-मुस्लिम ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री ०६-अन्य
७	नयाँ वा पुरानो, (१. नयाँ, २. पुरानो)	कुनै व्यक्ति प्रथम पटक सेवा लिन आउँदा सो व्यक्तिलाई नयाँ दर्ता नम्बर प्रदान गर्नुपर्दछ । एक पटक दर्ता भएको सेवाग्राही एक आर्थिक वर्षभित्र जुनसुकै सेवा जाति पटक लिन आए तापनि नयाँ दर्ता नं. दिनु हुँदैन ।
८	ठेगाना: (गाउँपालिका/नगरपालिका, जिल्ला)	पीडितको स्थाई बसोबास रहेको गाउँपालिका नगरपालिका महानगरपालिका वडा नं र जिल्ला उल्लेख गर्नुहोस् ।
९	लक्षित समूह	लक्षित समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । १. गरिव २. असहाय ३. अपाङ्गता भएका व्यक्ति ४. लैङ्गिक हिंसा पीडित ५. ज्येष्ठ नागरिक ६. गरिब/विपन्न आकस्मिक विरामी ७. विपद्/प्राकृतिक प्रकोप पीडित ८. अन्य (खुलाउने)
१०	आधिकारिक परिचयपत्र अथवा सिफारिसपत्र छ वा छैन	आधिकारिक परिचयपत्र अथवा सिफारिसपत्र एकिन गरीभएको भए “०१ छ ” र नभएको भए “०२ छैन” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।

११	प्रेषण भइ आएको सिफारिस	प्रेषण भइ आएको सिफारिस आधिकारिक परिचयपत्र अथवा सिफारिसपत्र एकिन गरी भएको भए “०१ हो” र नभएको भए “०२ होइन” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।		
१२	विभाग	उपचार को क्रममा कुन बिभागीय सेवा लियको हो यकिन गरीतल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् ।		
		१. आकस्मिक	२. वहिरङ्ग	३. अन्तरङ्ग
१३	स्वास्थ्य सेवाको पुरा खर्च (रू. मा) (छुट भएको रकम समेत समावेश गर्ने)	औषधि	सेवाग्राहीलाई औषधीको लागि उपलब्ध गराएको औषधीको रकम उल्लेख गर्ने ।	
		परीक्षण	सवै परीक्षणहरूको रकम जोडेर लेख्ने यदि परीक्षणमा खर्च भएको भए, कुन कुन परीक्षण गरिएको थियो यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ 1. ECG, 2. ECHO, 3. EEG, 4. Audio, 5. Endoscopy, 6. Colonoscopy, 7. USG, 8. Nebulizer, 9. X-ray, Blood 10. Dental, 11. ARV, 12. Oxygen, 13. Physio, 14. Plaster, 15. Dental, 16. ICU, 17. General, 18- Others (Specify)	
		अपरेसन खर्च		
		अस्पताल वेड खर्च		
		अस्पतालमा रहँदाको खाना खर्च		
		अन्य खर्च (खुलाउने)		
		जम्मा खर्च		
१४	उपलब्ध गराइएको छुट रकम(रू. मा)	छुट भएको रकम उल्लेख गर्ने औषधि: सेवाग्राहीलाई औषधीको लागि छुट दिएको रकम उल्लेख गर्ने । परीक्षण अपरेसन अस्पताल वेड यातायात: सेवाग्राहीलाई उपलब्ध गराइएको यातायात छुट दिएको रकम उल्लेख गर्ने । अस्पतालमा रहँदाको खाना अन्य (खुलाउने) जम्मा छुट		

९. मासिक प्रतिवेदन फारामहरू

9. Monthly Reporting Forms

HMIS ९.१: महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका मासिक प्रतिवेदन फाराम

HMIS ९.२: समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन-
खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक

HMIS ९.३: आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रको मासिक प्रगति
प्रतिवेदन फाराम

HMIS ९.४: सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम

HMIS ९.५: निजी तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक
प्रतिवेदन फाराम

HMIS 9.1: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)

यस फारामको प्रयोग प्रत्येक महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले समुदायमा सम्पादन गरेका क्रियाकलापहरूको प्रगति सङ्कलन गरी एकमुष्ट प्रतिवेदन तयार गर्नका लागि गरिन्छ । स्वास्थ्यकर्मीहरूले आफ्नो कार्यक्षेत्र भित्रकार्यरत सबै महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई प्रत्येक महिना भेट गरी म.स्वा.स्व.से.ले गरेका कार्यको अभिलेख म.स्वा.स्व.से. रजिस्टर (HMIS 4.2) अद्यावधिक गर्न लगाई सोही रजिस्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्यकर्मीले प्रत्येक स्वयंसेविकाको रजिस्टरबाट सङ्कलित प्रतिवेदनको समायोजन गरी आफू कार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थामा यो फाराम बुझाउनु पर्दछ । यो प्रतिवेदन फाराम १ वर्षका लागिपुग्ने गरी एउटै किताबमा राखिएको हुन्छ र यो रजिस्टर आफ्नै संस्थामा रहने हुँदा एक प्रति मात्र तयार गर्नुपर्दछ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूले सम्पादन गरेका विविध क्रियाकलापहरूको प्रतिवेदन विश्लेषण गर्न र समुदायमा सञ्चालित स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको अनुगमन गरी कार्यक्रमलाई थप प्रभावकारी बनाउन यस प्रतिवेदनको आवश्यकता परेको हो ।

यस प्रतिवेदन फाराममा १८ जना स्वयंसेविकासम्मको प्रतिवेदन सङ्कलन गर्न सक्ने व्यवस्था मिलाइएको छ । स्वास्थ्य संस्थाको कार्यक्षेत्रभित्र १८ जनाभन्दा बढी सङ्ख्यामा स्वयंसेविका कार्यरत रहेको भए प्रतिवेदन सङ्कलन गर्नका निमित्त १ वर्षका लागि २ वटा रजिस्टरको आवश्यकता पर्दछ ।

महलशीर्षक	निर्देशन
संस्थाको नाम, ठेगाना:	प्रतिवेदन पेस गरिने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रगति प्रतिवेदन पेस गरेको मिति:	प्रतिवेदन पेस गरेको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रतिवेदन पेस गरेको आ.व.:	सङ्कलन गरिएको आ. व. लेख्नुपर्दछ ।
प्रतिवेदन पेस गरेको महिना:	प्रतिवेदन सङ्कलन गरिएको महिना लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको सङ्ख्या:	स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गतको जम्मा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
प्रगति विवरण पेस गरेको म.स्वा.स्व.से. सङ्ख्या:	जम्मा कार्यरत म.स्वा.स्व.से. मध्ये प्रतिवेदन सङ्कलन गरिएको महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । हरेक महिनामा सबै म.स्वा.स्व.से.हरूको प्रतिवेदन अनिवार्य सङ्कलन गर्नुपर्दछ ।
महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको नाम:	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको नाम लेखिएको भन्दा तलको खाली ठाउँमा अन्तर्गतका सबै महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको नाम एक एक कोठामा लेख्नुपर्दछ ।

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिस्टर (HMIS 4.2) बाट हरेक महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले दिएको सेवाको विवरण उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

HMIS 9.2: समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC)

स्वास्थ्यकर्मीहरूले संस्थाको कार्यक्षेत्रभित्र रहेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूद्वारा सम्पादन गरिएका कार्यको प्रतिवेदनसमेत समायोजन गरी गाउँ-घर क्लिनिक र खोप क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको सेवाको प्रतिवेदन संयुक्त रूपमा यस फाराममा एकमुष्ट तयार गरी प्रत्येक महिना भुक्तान भएको १ दिनभित्र (हरेक महिनाको १ गते) आफूकार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थामापेस गरी सक्नुपर्दछ। यो प्रतिवेदन फारामहरूको १ वर्षको लागि एउटै किताबको रूपमा तयार गरिएको छ र यो प्रतिवेदन आफ्नै संस्थामा रहने हुँदा एक प्रति मात्र तयार गर्नुपर्दछ।

समुदायमा गरेका कामहरूको मासिक प्रगति प्रतिवेदन तयार गर्दा चाहिने सामग्रीहरू :

१. खोप सेवा प्रदान गर्दा खोप सेसनमा वा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गरेका ट्यालीसिटहरू र गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गरेका ट्यालीसिटहरू
३. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोषको रजिस्टरबाट सङ्कलन गरेको कोषको आम्दानी खर्चको विवरण

महल शीर्षक	निर्देशन
संस्थाको नाम, जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं.:	सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था, जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. लेख्नुपर्दछ।
प्रतिवेदन पेस गरेको मिति (ग.म.सा.), आ.व., महिना :	प्रतिवेदन पेस गरेको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ। कुन महिनाको प्रगति प्रतिवेदन तयार गरिएको हो सो महिना र आर्थिक वर्ष लेख्नुपर्दछ।
स्वास्थ्यकर्मीको नाम, पद, फिल्डमा काम गरेको दिन, दस्तखत:	फिल्डमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूको नाम, पद, फिल्डमा काम गरेको दिन फरक-फरक हरफमा लेखी दस्तखत समेत गर्नुपर्दछ।
सञ्चालन हुनुपर्ने खोपक्लिनिक (सङ्ख्या) :	स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गत स्थापना भएका खोप क्लिनिकको (खोप केन्द्र) सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ। एकै स्थानमा फरक फरक दिन (गते/वार) मा खोप सेवा प्रदान गरिन्छ भने पनि खोप क्लिनिक संख्या १ हुन्छ। त्यस्तै फरक फरक २ स्थानमा एकै दिन खोप सेवा प्रदान गरिन्छ भने खोप क्लिनिक संख्या पनि स्थान अनुसार नै २ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
सञ्चालन हुनुपर्ने खोप सेसन (पटक):	जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कति पटक सेसन सञ्चालन हुनुपर्ने हो? सो सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : कुनै स्वास्थ्य संस्थामा हरेक सोमवार र स्वास्थ्य संस्थाको कार्यक्षेत्रभित्र उक्त संस्था बाहेक अन्यत्र २ स्थानमा क्रमशः हरेक महिनाको १५ गते र १६ गते क्लिनिक सञ्चालन हुनुपर्ने हो भने त्यस महिनामा स्वास्थ्य संस्थामा सञ्चालन हुने क्लिनिक संख्या ४ (प्रत्येक सोमवार) र २ अन्यत्र गरी सञ्चालन हुनुपर्ने जम्मा खोप सेसन ६ लेख्नुपर्दछ।
सञ्चालन हुनुपर्ने सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक)	जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कति पटक सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन सञ्चालन हुनुपर्ने हो ? सो सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ।
सञ्चालन हुनुपर्ने गाउँ-घर क्लिनिक सङ्ख्या:	स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गत स्थापना भएका गाउँ-घर क्लिनिकको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिक:	जम्मा सञ्चालन हुनु पर्ने खोप क्लिनिक मध्ये यो महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिकको जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ। जस्तै : कुनै संस्थाको ३ खोप क्लिनिकमध्ये प्रतिवेदन महिनामा जम्मा २ वटा क्लिनिक (ठाउ)बाट मात्र खोप सेवा प्रदान गरिएको भए यस महलमा २ लेख्नुपर्दछ।
यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप सेसन (पटक):	जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कति पटक खोप क्लिनिक सञ्चालन भयो ? सो सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : कुनै स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गत ६ वटा

	<p>सञ्चालन हुनुपर्ने खोप सेसन मध्ये ५ वटा मात्र यो महिनामा सञ्चालन भएको भए ५ लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>नोट : सूक्ष्म कार्ययोजनाका क्रममा नैसञ्चालन हुनु पर्ने खोप क्लिनिक तथा खोप सेसन निर्दिष्ट गरिने हुँदा प्रायः सबै महिनामा सञ्चालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिक र खोप सेसनको संख्या एउटै हुन्छ भने खोप सेसनको संख्या खोप क्लिनिकको संख्या भन्दा कम हुनुहुदैन ।</p>
यस महिनामा सञ्चालन भएको सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक)	<p>माथि खोप सेसन सञ्चालन भए जस्तै सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन संगै सञ्चालन हुनु पर्दछ ।</p> <p>जस अनुसार जति वटा खोप सेसन सञ्चालन हुने हो सरसफाई सेसन पनि त्यतिनै सञ्चालन हुनु पर्दछ सबै खोप सेसनमा सरसफाई सेसन पनि सञ्चालन भए सञ्चालन संख्या बराबरी हुन्छ, तर कुनै कारण बाट सरसफाई सेसन कहि कतै सञ्चालन नभएमा जति ठाउँमा सञ्चालन भएको हो सोहि पटक संख्या लेख्नु गर्नु पर्दछ । जस्तै: माथि ५ वटा खोप सेसन सञ्चालन हुदा सरसफाई सेसन ४ पटक मात्र सञ्चालन भएको थियो भने सरसफाई सेसन सञ्चालन पटक ४ लेख्नु पर्दछ ।</p>
यस महिनामा सञ्चालन भएको गाउँ-घर क्लिनिक सङ्ख्या:	<p>जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कतिवटा गाउँ-घर क्लिनिक सञ्चालन भएका थिए ? सोको सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p>
खोप कार्यक्रम	
खोप क्लिनिक सञ्चालन स्थान:	<p>खोप क्लिनिक सञ्चालन स्थान भन्दा तलको खाली कोठाहरुमा (तेस्रो) क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ । जस्तै: भलुवाजोर स्वास्थ्य चौकी भवन, सेलेघाट, कुनौरी र हात्तीटार गरी चार स्थानमा खोप केन्द्र रहेका छन् भने खाली ठाउँको फरक-फरक कोठामा क्रमशः माथिका खोप क्लिनिकको नाम लेख्नुपर्दछ ।</p>
खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरुको जम्मा सङ्ख्या: (जना)	<p>खोप सेवा प्रदान गर्दा नै कति जना सेवा लिन आउछन् भनेर गणना गर्न अगाडी नै ट्याली सिट तयार गरि सो ट्याली सिटमा सेवा दिदा नै ट्याली गर्ने र सो बाट खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरुको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा उतार गर्नुपर्दछ । खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरुको जम्मा सङ्ख्याको गणना गर्नका लागि सेसन सञ्चालनको समयमा बच्चा वा गर्भवती महिलाको कार्ड भनेर वित्तिकै अनिवार्य ट्याली गर्नु आवश्यक हुन्छ । नोट: सेवाग्राहीको संख्या भन्नाले खोप लिन आएका बच्चा र आमाको संख्या हो । खोप डोजको आधारमा गनेर यो संख्या लेख्नु हुन्ना</p>
सरसफाई प्रवर्द्धन सेसनमा बसेका अभिभावकहरुको सङ्ख्या:	<p>खोप सेसन संगै सरसफाई सेसन सञ्चालन गरिन्छ । तसर्थ खोप दिनु अघि सरसफाई सेसनमा कति जना सहभागिहुनु भयो सो संख्या सोहि महिना र साहि खोपकेन्द्रको महलमा उल्लेख गर्ने ।</p>
खोप पाएकाहरुको जम्मा सङ्ख्या:	<p>बी.सी.जी., रोटा खोप (पहिलो र दोस्रो), पोलियो (पहिलो,दोस्रो,तेस्रो), एफ.आई.पि.भि (पहिलो,दोस्रो), पी.सी.भी(पहिलो,दोस्रो,तेस्रो), डी.पी.टी.-हेप बी-हिब (पहिलो,दोस्रो,तेस्रो), दादुरा-रुबेला (पहिलो, दोस्रो), टाएफाइड (१ मात्रा) जे.ई (१ मात्रा) खोप प्राप्त गरेको बच्चा संख्या खोप रजिस्टरको खोप सेवा विवरण (HMIS २.२.३_१) र नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरुको खोप सेवाको विवरण (HMIS २.२.३_२) बाट खोप क्लिनिक अनुसार ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्र अनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p> <p>नोट: सामान्यतया एकै समयमा लगाउने खोपको सेवा लिएका बच्चा/गर्भवतीको संख्या बराबर हुनुपर्दछ । जस्तै: रोटा पहिलो डोज, पोलियो (OPV) पहिलो डोज, fIPV पहिलो डोज, PCV पहिलो डोज, DPT-HepB-Hib पहिलो डोज पाएका बच्चा को संख्या बराबर हुनुपर्दछ ।</p>
२३ महिना भित्र पर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्या	<p>२३ महिना भित्र पर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्या खोप रजिस्टर अन्तर्गत" HMIS २.२.३_१- खोप सेवाको विवरण" भन्ने फारामको महल २९बाट ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्र अनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>

खोप पाएका बालिकाहरुको संख्या-एच पी भी खोप लगाएका बालिकाको संख्या	एच पी भी खोप लगाएका बालिकाको संख्या खोप रजिस्टर ((HMIS २.२.३_१ र HMIS २.२.३_२)बाट खोप क्लिनिक अनुसार ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्र अनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप पाएका गर्भवती महिलाको संख्या- टी.डी खोप	टी.डी.(पहिलो, दोस्रो, दोस्रो +) खोप लगाएको गर्भवती महिलाको संख्या टि.डी. खोप रजिस्टरबाट ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्र अनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।
२४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेका बच्चा संख्या	२४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेका नयाँ बच्चा (शुन्य डोज) संख्या खोप रजिस्टर अन्तर्गत"HMIS २.२३_३: २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण" भन्ने फारामबाट ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्र अनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।
AEFI CASES (सामान्य)	खोप पश्चात् कुनै अवाञ्छित घटना भएमासो को विवरण खोप रजिस्टर बाट गणना गरी खोप केन्द्र अनुसार जम्मा जना जनाउनुपर्दछ । सो घटना सामान्य प्रकारको र स्थानिय स्तरमा नै समाधान भएको भए यो महलमा उल्लेख गर्ने (जस्तै खोप लगाए पछि अलि अलि ज्वरो आउने, सुइलगाएको ठाउमा दुख्ने, रातो हुने, गिर्खा बस्ने, विसिजी लगाएको ठाउमा अलिअलि पाक्ने आदि वा अभिभावकले भनेका अन्य सामान्य घटनाहरु)
AEFI CASES (गम्भिर)	खोप दिइएपछि खोपसंग जोडिएर कुनै गम्भिर प्रकारको घटना जस्तै सो घटना भई सेवाग्राहिलाई प्रेषण गरियो,वा अस्पताल भर्ना गर्नु पर्ने वा लामो समय उपचार गर्नु पर्ने अवस्था वा मृत्यु भयो आदि भएमा यो महलको जुन खोप केन्द्रमा भएको हो सोह महलमा उल्लेख गर्ने । यस्तो अवस्थामा तत्कालै AEFI प्रतिवेदन फारम अनसुचि १ भरेर पठाउनु पर्दछ साथै अनुसन्धान समेत गर्नु पर्दछ ।
प्राप्त भएको खोप (भायलमा):	खोप सेसन सञ्चालनका लागि कोल्ड चैन सेन्टरबाट प्राप्त गरेको भायल संख्या प्रत्येक भ्याक्सिनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । जस्तै : कोल्डचैन सेन्टरबाट २० डोजको वीसीजी खोप ३ भायल प्राप्त गरेमा प्राप्त भएको भायलको महलमा ३ लेख्नुपर्दछ । यसरी नै अन्य खोपहरु जति प्राप्त भएको हो सो लेख्नु पर्दछ ।
खर्च भएको खोप: खोप दिन खोलेको	खोप संचालन गर्न प्राप्त भएको खोप भायल मध्ये खोप सेसन सञ्चालन गर्न खोलिएका भायलहरु गणना गरि खोप सेसनको अन्तमा खोप दिन खोलेको भायल खर्च भायल संख्या सम्बन्धित खोपको महलमा जनाउनु पर्दछ । यसको उदाहरण माथि खोप रजिष्टरमा व्याख्या गरिएको छ ।
खर्च भएको खोप (भायलमा): अन्य कारणले बिग्रेको	प्राप्त भएको खोप भायल मध्ये खोप सेसन सञ्चालन गरिसकेपछि खोप संचालन गर्न खोलेको भायल बाहेक अन्य नखोलेको भायलहरु कुनै अन्य कारणले विग्रीएर (जस्तै: भिभिएम ३,४ मा भए, खोप भायल पानीले भिज्यो, लेवल विग्रीयो, म्याद सकियो, चर्कियो, फूट्यो आदि) पुन प्रयोग गर्न नमिल्ने अवस्थाको नखोलेका भायलहरु खर्च भएको प्रत्येक भ्याक्सिनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
फिर्ता (भायलमा)	खोप संचालन गर्न प्राप्त भएको खोप भायलहरु मध्य खोप संचालन गर्न खोलेको र अन्य कुनै कारणबाट प्रयोग गर्न नमिल्ने अवस्था भएमा सो समेत घटाई नखोलेको प्रयोग गर्न मिल्ने भायलहरु कोल्डचैन कायम गरि सम्बन्धित स्थानमा अनिवार्य फिर्ता गर्नु पर्दछ । यसरी फिर्ता गरिएका भायलहरु सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनु पर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम	
गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन स्थान:	गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन स्थानभन्दा तलको खाली ठाउँमा क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ । जस्तै: सालुपाटीमा सामलथान, च्याउँकी ठाँटी र गौराथोक गरी तीन स्थानमा गाउँ-घर क्लिनिक रहेका छन् भने खाली ठाउँको फरक-फरक कोठामा क्रमशः माथिका क्लिनिकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सेवा दिएको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक रजिष्टरको पहिलो भागमा (HMIS 4.11) रहेको गाउँ-घर क्लिनिक दर्ताको आधारमा यस महिनामा सेवा दिएको जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।

<p>२ महिनाभन्दा मुनिका बिरामी शिशुको वर्गीकरण तथा उपचार:</p> <p>२ महिनाभन्दा मुनिका बिरामी शिशुको वर्गीकरण तथा उपचारको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।</p>	
जम्मा बिरामी सङ्ख्या:	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डमा प्रतिवेदन अवधिमा दर्ता भएका शिशुहरू मध्ये २८ दिनसम्मका र २९ दिनदेखि ५९ दिनसम्म (महल ५ र ६ उमेर हप्तामा को आधारमा) को छुट्टाछुट्टै गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण (ब्याक्टेरियाको) गम्भीर सङ्क्रमण, निमोनिया ब्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण, कडा कपलपित्त(जण्डिस),	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल १२ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको जति उमेर अनुसार गणना गरी गम्भीर सङ्क्रमणको महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी निमोनिया त्यसै गरी कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी ब्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण , र कोड नं. ५ मा गोलो घेरा लगाएको (कडा जण्डिस भएका) गणना गरी कडा कपलपित्त (जण्डिस) को महलमा लेख्नुपर्दछ ।
कम तौल	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल ११ मा गोलो घेरा लगाएको जति उमेर अनुसार गणना गरी कम तौलको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार (एमोक्सिसिलिन, एम्पिसिलिन, जेन्टामाईसिन (गम्भिर संक्रमण):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल १४ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी एमोक्सिसिलिन वाट उपचार गरिएका शिशुको संख्या उमेर समूह अनुसार (२८ दिन सम्म र २९-५९ दिन) छुट्टाछुट्टै एमोक्सिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसैगरी कोड नं ३ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी एमोक्सिसिलिन वाट उपचार गरिएका शिशुको संख्या उमेर समूह अनुसार (२८ दिन सम्म र २९-५९ दिन) छुट्टाछुट्टै एम्पिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ । जेन्टामाईसिन सुई वाट उपचार गरिएका २ महिना मुनिका (महल १४ को कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाएका) मध्ये जेन्टामाईसिन सुईको पहिलो मात्रा पाएकाको संख्या गणना गरी पहिलो डोज पाएका सङ्ख्याको महलमा र जेन्टामाईसिनको सात वटै डोजमा गोलो घेरा लगाएका संख्या गणना गरी पूरा डोज पाएका सङ्ख्याको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रेफर गरेको:	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाएको जति उमेरअनुसार गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फलोअप बिरामी सङ्ख्या:	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल १९ मा फलोअप गरेको मितिको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यू मध्ये उमेर समूह संख्या	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या उमेर अनुसार गणना गरी छुट्टाछुट्टै (०-७ दिन, ८-२८ दिन सम्म र २९-५९ दिन सम्म) महलमा लेख्नुपर्दछ ।
<p>२ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका बिरामी बच्चाको वर्गीकरण तथा उपचार:</p> <p>२ महिनादेखि ५ वर्ष सम्मका बिरामी बच्चाको वर्गीकरण तथा उपचारको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डमा राखिएको हुन्छ । यो रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा उतार गर्नुपर्दछ ।</p>	
जम्मा बिरामी सङ्ख्या:	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्ड मा प्रतिवेदन अवधिमा दर्ता भएका बच्चाहरूको संख्या महल नं ३ कोलिङ्को आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

वर्गीकरण -श्वसप्रश्वस रोग (निमोनिया नभएको रुघाखोकी, निमोनिया, धेरै कडा रोग/कडा निमोनिया):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी <i>निमोनिया नभएको रुघाखोकीको</i> महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी महल १८ को कोड नं.२ मा गोलो घेरा लगाएको <i>निमोनियार</i> कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी <i>धेरै कडा रोग/कडा निमोनियाको</i> महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण -भाडापखाला (जल वियोजन नभएको, केही जल वियोजन भएको, कडा जल वियोजन भएको) :	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी <i>जल वियोजन नभएको</i> महलमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ । त्यसैगरी महल १८ को कोड नं. ५ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी <i>केही जल वियोजन भएको</i> र कोड नं. ६ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी <i>कडा जल वियोजन भएको</i> महलमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण- भाडापखाला (दीर्घ भाडापखाला):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ७ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यसमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण- भाडापखाला (आउंरगत):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ८ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यसमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-औलो (फाल्सिप्यारम/फाल्सिप्यारम नभएको)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ९ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी <i>फाल्सिप्यारम औलो</i> को महलमा रकोड नं. १० मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी <i>फाल्सिप्यारम नभएको औलो</i> को महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-धेरै कडा ज्वरो जन्य रोग	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. १२ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-दादुरा	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. १४ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-कानको समस्या	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. १३ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-ज्वरो	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ११ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-मध्यमकुपोषण	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. १५ मा गोलो घेरा लगाएको <i>मध्यम कुपोषण</i> गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण- कडा कुपोषण	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २०कोकोड नं. १६ मा गोलो घेरा लगाएको <i>कडा कुपोषण</i> गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण- रक्तअल्पता	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २०कोकोड नं. १६ मा गोलो घेरा लगाएको <i>रक्तअल्पता</i> गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण -अन्य वर्गीकरण:	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल नं २० को १६ मा गोलो घेरा लगाएको अन्य संख्या गणना गरी <i>अन्य वर्गीकरणको</i> महलमा लेख्नुपर्दछ र अन्य वर्गीकरण कुन हो सोही महल तल रहेको खालि बक्सामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

उपचार (एमोक्सिसिलिनबाट, पुनर्जलीय भोल र जिङ्क चक्कीबाट, जुकाको औषधीबाट, भिटामिन ए बाट, अन्य जस्तै घरेलु/प्राथमिक उपचार बाट):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २२ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी एमोक्सिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ। त्यसैगरी सोही महलको कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको पुनर्जलीय भोल र जिङ्कबाट, महल २२ को कोड नं. ६ मा घेरा लगाएको जुकाको औषधीबाट, कोड नं. ७ मा घेरा लगाएको भिटामिन ए बाट र कोड नं. ८ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी अन्यको महलमा लेख्नुपर्दछ।
रेफर गरेको (शवासप्रशवास रोग भएका, भाडापखाला भएका, अन्य):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डबाट शवासप्रशवास रोग, भाडापखाला वा अन्य कुन कारणले रेफर गरेको हो ? रोगको वर्गीकरण र कैफियत महलमा उल्लेख गरिएको प्रेषण गर्नुको कारण बाट यकीन गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
फलोअप संख्या:	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २६, २७ को फलोअप गरेको फलोअप गरेको मितिको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
मृत्यु संख्या (कारण अनुसार)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्ड बाट उपचारको लागिआएका २ महिनादेखि ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूमध्ये शवासप्रशवास सम्बन्धी रोग वा भाडापखाला सम्बन्धी रोग वा अन्य रोगको कारणले मृत्यु भएको भएमा मृत्यु भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
मृत्युसंख्या(उमेर अनुसार)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या उमेर अनुसार गणना गरी छुट्टाछुट्टै (२-११ महिना, र १२-५९ महिना) महलमा लेख्नुपर्दछ।
पोषण कार्यक्रम	
पोषण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ। यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ।	
बाल-बालिकाको पोषण स्थिति :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल ७, ८, ९ को तौल (उमेर अनुसारको वृद्धि) मानयाँ र पुरानो - दुवै गरी सामान्य तौल, जोखिम तौल र अति जोखिम तौल भएकाहरूको सङ्ख्या ०-११ महिना र १२-२३ महिनाको छुट्टाछुट्टै निकाली सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल ११ को कोड १ मागोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र नगराएको:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १२ को कोड २ मागोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना शुरु गरेको :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १३ को कोड १ मागोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना शुरु नगरेको :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १४ को कोड २ मागोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
गर्भवती सेवा	
गर्भवती सेवाको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ। यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ।	

गर्भवती जाँच गराएको महिला सङ्ख्या :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १४ मा गर्भवती जाँच पटकको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।
जुकाको औषधि वितरण गरिएको गर्भवती महिलाको सङ्ख्या :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १५ को जुकाको औषधि वितरण गरिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
आइरन चक्की वितरण गरिएको गर्भवती महिलाको सङ्ख्या :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १६ को आइरन चक्की वितरण सङ्ख्या नयाँ र महल १७ को दोहो-याई आएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी सेवा	
सुत्केरी सेवाको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
सुत्केरी जाँच गरिएको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १९ को सुत्केरी भएकोऔँ दिनमा सेवा दिएको पटक गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४५ चक्की आइरन पाएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल २० मा वितरण गरिएको आइरन चक्की सङ्ख्यामा ४५ लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
भिटामिन ए पाएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल २१ को कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
परिवार नियोजन सेवा	
परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
कन्डम वितरण सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ८ को कन्डम वितरण सङ्ख्या सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
पिल्स वितरण गरिएको महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ९ को पिल्स वितरणमा गरिएको महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ । यस महलमा महिलाको संख्या प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हुँदा साइकलको जम्मा संख्या प्रतिवेदन हुन सक्ने सम्भावना प्रति सचेत रहनुपर्दछ ।
डिपो सेवा प्रदान गरिएको महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल १० को डिपो सेवा दिइएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सायना प्रेस प्रदान गरिएको महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ११ को सायना प्रेस सेवा दिइएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
आकस्मिक चक्की प्रयोग गरेको डोज सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल १२ को आकस्मिक चक्कीको डोज सङ्ख्या सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
आकस्मिक चक्की प्रयोग गरेको महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल १२ को आकस्मिक चक्की सेवा दिइएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ । यस महलमा महिलाको संख्या प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हुँदा डोजको जम्मा संख्या प्रतिवेदन हुन सक्ने सम्भावना प्रति सचेत रहनुपर्दछ ।
खाने चक्की पिल्स वितरण गरिएको साइकल:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ९ को पिल्स वितरण गरिएको साइकल सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
औलोरोग निवारण कार्यक्रम	
औलोरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	

<p>रक्त नमूना सङ्कलन गरिएको सङ्ख्या: गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ७ मा औलोको लागि स्लाइड लिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>	
<p>शङ्कास्पद विरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्या:</p>	<p>गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ७ मा औलो उपचारको लागि रेफर जनाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
<p>क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम</p> <p>क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा र डिफ्लटर अनियमितता खोज पुर्जामा राखिएको हुन्छ । ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।</p>	
<p>नियमित नभएका विरामीको खोज गरेको:</p>	<p>स्वास्थ्य संस्थामा नियमित क्षयरोगको औषधि खान आउनुपर्ने विरामी अनियमित भई सेवा लिन नआएमा स्वास्थ्य संस्थाबाट डिफ्लटर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5) भरी विरामी नियमित हुन नसक्नुको कारण पत्ता लगाउनुपर्दछ । यसरी क्षयरोग उपचारमा अनियमित भएका विरामीलाई कारण पत्ता लगाएको सङ्ख्या डिफ्लटर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
<p>सम्भावित विरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्या:</p>	<p>गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ६ मा क्षयरोगको लक्षणहरू लेखी महल ७ मा प्रेषण लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
<p>कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम</p> <p>कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा र स्वास्थ्य कार्यकर्ताको डायरीमा राखिएको हुन्छ । ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।</p>	
<p>नियमित नभएका विरामीको खोज गरेको:</p>	<p>स्वास्थ्य संस्थामा कुष्ठरोगको औषधि नियमित रूपमा खान आउनुपर्ने विरामी अनियमित भई सेवा लिन नआएमा स्वास्थ्य संस्थाबाट डिफ्लटर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5) भरी विरामी नियमित हुन नसक्नुको कारण पत्ता लगाउनुपर्दछ । यसरी कुष्ठरोग उपचारमा अनियमित भएका विरामीलाई कारण पत्ता लगाएको सङ्ख्या डिफ्लटर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
<p>शङ्कास्पद विरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्या:</p>	<p>गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ६ मा कुष्ठरोगका लक्षणहरू लेखी महल ७ मा प्रेषण लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
<p>विविध क्रियाकलापहरू</p> <p>प्राथमिक उपचार सेवा सङ्ख्या (५ वर्षभन्दा माथि): गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डबाट सबै यस महिनामा सबै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।</p>	
<p>विद्यालय र समुदाय स्वास्थ्य शिक्षा दिएको पटक:</p>	<p>गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा खण्डबाट यस महिना दिएको स्वास्थ्य शिक्षाकोपटक गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।</p>
<p>महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम</p> <p>महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको अभिलेख महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिस्टरबाट उतार गरिएको मासिक अनुगमन पुस्तिका र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष खाताबाट सङ्कलन गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।</p>	
<p>आमा समूहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटक:</p>	<p>यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका प्रतिवेदन सङ्कलन पुस्तिका (HMIS 9.1)बाट आमा समूहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटकको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।</p>
<p>कोषबाट ऋण लिने नयाँ महिलाहरूको सङ्ख्या:</p>	<p>यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।</p>
<p>यस महिनामा कोषमा आमदानी भएको रकम रु :</p>	<p>यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।</p>

यस महिनामा कोषको लगानी रकम रु :	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
यस महिनामा कोषबाट खर्च भएको रकम रु :	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
यस महिनामा असुल भएको रकम रु :	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

HMIS 9.3: आधारभूत स्वास्थ्य सेवाकेन्द्रको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (Basic Health Facilities Monthly Reporting Form)

आधारभूत स्वास्थ्य संस्था (प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्य (प्रवर्द्धन) केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई) ले आफ्नो मासिक प्रतिवेदन बनाउँदा स्वास्थ्य संस्थामा रहेका सेवा रजिष्टरहरू र समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक कार्यक्रम प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट उतार गर्नुपर्दछ ।

आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूले प्रतिवेदन बनाउँदा २ प्रति तयार गरी एक प्रति आफ्नो संस्थामा, एक प्रति सम्बन्धित नगर/गाउँपालिकामा पठाउनुपर्दछ । प्रतिवेदन तयार गर्दा कार्बन पेपरको प्रयोग गर्नु हुँदैन, २ प्रतिमा नै लेख्नुपर्दछ ।

आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूले आफ्नो मासिक प्रतिवेदन तयार गरीसकेपछि आवश्यक तथ्याङ्कहरू स्वास्थ्य संस्थाको मासिक अनुगमन पुस्तिकामा चढाउनुपर्दछ र सोका आधारमा क्षेत्र, जात/जाति अनुसारको स्वास्थ्य सेवाको पहुँच, स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरको अवस्थाको विश्लेषण गर्नुका साथै स्थानीय स्तरमा आवश्यक योजना तर्जुमा गर्नुपर्दछ ।

हरेक स्वास्थ्य संस्थाले मासिक प्रगति प्रतिवेदन अर्को महिनाको ५ गतेभित्र सम्बन्धित नगर/गाउँपालिकामा पुगिसक्ने गरी पठाउनुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्था स्वयंले मासिक प्रगति प्रतिवेदनहरू DHIS2 software मा प्रविष्टि गर्ने भए ७ गते भित्र र स्थानीय तहहरूले १५ गतेभित्र सबै प्रतिवेदनहरू software मा प्रविष्टि गरी सक्नुपर्नेछ ।

फाराम भर्ने तरिका:

महल शिर्षक	निर्देशन
गाउँ/नगरपालिकाको नाम	प्रतिवेदन फारामको सिरमा गाउँ/नगरपालिका, स्वास्थ्य शाखा को गाडीको खाली स्थानमा स्वास्थ्य संस्था कुन स्थानीय तह मातहत हो सो स्थानीय तहको नाम लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	प्रतिवेदन गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ
FiscalYear	चालु आ.ब. लेख्नुपर्दछ ।
ReferenceNo.	चलानी नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
गाउँ/नगरपालिकाको नाम	प्रतिवेदन प्रेषित गरिने स्थानीय तह/ कार्यालयको नाम लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्था कोड	Health Facility Registry बाट प्राप्त स्वास्थ्य संस्थाको unique code यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
पालिका र वार्ड नं	स्थानमा स्वास्थ्य संस्था कुन स्थानीय तह मातहत हो सो स्थानीय तहको नाम र स्वास्थ्य संस्था रहको वार्ड को नं लेख्नुपर्दछ ।
प्रेषित मिति	प्रतिवेदन प्रेषित गरेको मितिको गते महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।
प्राप्त मिति	प्रतिवेदन प्राप्त गर्ने संस्थाले प्रतिवेदन प्राप्त गरेपछि सोप्रतिवेदन प्राप्त गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
महिना र साल	प्रतिवेदन कुन बर्षको कुन महिनाको हो, सम्बन्धित महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।

सेवा पाउनेको विवरण	निर्देशन
नयाँ सेवाग्राहीको सङ्ख्या	मूलदर्ता रजिष्टरको हरेक पानाको अन्तमा नयाँ सेवाग्राही (महलनं २) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको कुल सङ्ख्या जोड गरी उमेर र लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या	मूलदर्ता रजिष्टरको हरेक पानाको अन्तमा जम्मा सेवाग्राही (महलनं १) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको कुल सङ्ख्या जोड गरी उमेर र लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रेषण भई आएका जम्मा सेवाग्राही	मूलदर्ता रजिष्टरको महल नं १५मा" प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम उल्लेख भएको संख्या गणना गरी उमेर र लिङ्ग अनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

स्वास्थ्य संस्थाभित्रको निकाय	
गाउँघर क्लिनिक- संचालन हुनुपर्ने सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालन हुनुपर्ने” गाउँ-घर क्लिनिक (सङ्ख्या) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालन/ प्रतिवेदन भएको” गाउँ-घर क्लिनिक (सङ्ख्या) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक- सेवा पाएका जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2)को “सेवादिएको सङ्ख्या (क्लिनिकमा दर्ताको आधारमा)” को जम्माको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप क्लिनिक संचालन/ हुनुपर्ने सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2)को सञ्चालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ । संचालन हुनुपर्ने केन्द्र प्रत्येक महिना बराबरी हुन्छ, यदि पुनर्योजना गरि थपघट भएमा मात्र सो अनुसारको संख्या उल्लेख गर्ने ।
खोप क्लिनिक सञ्चालन भएको सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालन/ प्रतिवेदन भएको” खोप क्लिनिक (सङ्ख्या) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप क्लिनिक- सेवा पाएको जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2) को खोप क्लिनिकबाट सेवादिएको जम्मा सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप सेसन सञ्चालन/ हुनुपर्ने जम्मा पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालन हुनुपर्ने” खोप सेसन (पटक)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप सेसन सञ्चालन/ भएको पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2)को “यस महिनामा सञ्चालन/ प्रतिवेदन भएको” खोप सेसन (पटक)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सरसफाई सेसन- संचालन हुनुपर्ने पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालन हुनुपर्ने” सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सरसफाई सेसन- सञ्चालन भएको पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालन/ प्रतिवेदन भएको” सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सरसफाई सेसन- सेवापाएको जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या	सरसफाई सेसन बाट सेवा पाएको सेवाग्राही भन्नाले सरसफाई सेसनमा सहभागी भएका अभिभावकहरूको सङ्ख्यालाई बुझनुपर्दछ । यो संख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)को खोप कार्यक्रम खण्डको क्रम संख्या २ मा उल्लेखित “सरसफाई सेसनमा बसेका अभिभावक संख्या” को महलबाटवा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको महलमा चढाउनुपर्दछ ।
म.स्वा.स्व.से- प्रतिवेदन हुनुपर्ने सङ्ख्या	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन HMIS ९.१ को माथिल्लो खण्डमा उल्लेख गरिएको “महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको जम्मा संख्या” भन्ने महलबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।

म.स्वा.स्व.से- प्रतिवेदन भएको सङ्ख्या	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन HMIS ९.१ को माथिल्लो खण्डमा उल्लेख गरिएको "प्रगति विवरण पेश गरेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको संख्या" भन्ने महलबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।
न्युनतम सेवा मापदण्ड (MSS)	
स्वास्थ्य संस्थाको न्युनतम सेवामा पदण्डको प्रतिवेदन बर्षको दुइपटक भर्नुपर्दछ । जुन महिना MSS मा पन गरिएको हो सोही महिनाको मासिक प्रतिवेदनमा यसको विवरण भर्नुपर्दछ । प्रतिवेदन गर्नु नपर्ने महिनामा यस खण्डमा ड्यास (-) चिन्ह लगाउन पर्दछ ।	
मिति	यस महलमा स्वास्थ्य संस्था ले न्युनतम सेवा मापदण्ड मापन गरेको मिति लेख्नुपर्दछ । मिति उल्लेख गर्दा गते महिना र साललाई क्रम बद्ध रुपमा लेख्नुपर्छ । स्वास्थ्य संस्थाले जुन महिनामा MSS मापन गरिएको हो सोही महिनामा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
कार्यन्वयन	मापन गरिएको न्युनतम सेवा मापदण्ड चालु आर्थिक बर्षको पहिलो वा दोस्रो कुन चरणको हो सोही अनुसारको कोडमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
स्कोर (%)	MSS मापन बाट प्राप्त गरेको जम्मा औशत स्कोरलाई प्रतिशतमा खुलाउनु पर्दछ ।
उपलब्ध सेवाहरु	
उपलब्ध सेवाहरु	आफ्नो स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध छ भने १ नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ र छैन भने २ नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ ।
प्रतिवेदन तयार गर्नेको सही नाम र पद	प्रतिवेदन तयार गर्ने कर्मचारीको नाम र पद लेखी सही गर्नुपर्छ ।
प्रमाणित गर्नेको सही नाम र पद	प्रतिवेदन प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको इन्चार्जको नाम, पद लेखी दस्तखत गर्नुपर्दछ ।

१. खोप कार्यक्रम

समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन फाराम (HMIS 9.2) का आधारमा खोप कार्यक्रमर सरसफाई प्रवर्द्धन कार्यक्रमको प्रगति प्रतिवेदन तयार गर्नुपर्दछ । खोप कार्यक्रमको अभिलेख खोप रजिस्टर (HMIS 2.3) मा राखिएको हुन्छ । स्वास्थ्य संस्थाले प्रतिवेदन तयार गर्दा सम्बन्धित महिनामा सञ्चालन भएका सबै खोप क्लिनिकहरुको प्रतिवेदन समावेश भएको निश्चित गर्नुपर्दछ । साथै उक्त महिनामा खोप सञ्चालनका लागि प्राप्त भएको भ्याक्सिन, खर्च भएको भ्याक्सिन र फिर्ता गरेको भ्याक्सिनको विवरण समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । प्रतिवेदन तयार गर्दा सम्बन्धित सेवा रजिस्टरमा अभिलेख गरिएको तथ्याङ्कसँग समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रतिवेदन दुरुस्त भए/नभएको यकिन गर्नुपर्दछ ।

संस्थागत क्लिनिक तथा अन्य संस्थाले खोप कार्यक्रमको प्रतिवेदन खोप रजिस्टरको खोप सेवा विवरण (HMIS २.२.३_१) र नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरुको खोप सेवाको विवरण (HMIS २.२.३_२) बाटबाट समायोजन फाराम (HMIS 1.6) मा ट्याली गरेर मात्र यो प्रतिवेदन तयार गर्नुपर्दछ । खोप पश्चात् भएका अवाञ्छित घटना (AEFI) हरूको अभिलेख खोप रजिस्टर (HMIS 2.3) को पछाडि पट्टि राखिएको हुन्छ । यदि प्रतिवेदन गर्ने महिनामा खोप पश्चात् भएका अवाञ्छित घटनाहरु भएका भए खोप रजिस्टरको अभिलेखबाट सम्बन्धितखोप लगाएपछि भएका घटनाको सङ्ख्या यस प्रतिवेदनमा समावेश गर्नुपर्दछ ।

महल		निर्देशन
खोप पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या	बी. सी. जी.	एक वर्षभन्दा मुनिका बी.सी.जी. पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट वा समायोजन फारामबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	रोटा (पहिलो, दोस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका पी.सी.भी. भ्याक्सिनको पहिलो, दोस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पोलियो (OPV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका पोलियोको पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	एफ.आइ.पि.भी (FIPV) (पहिलो,दोस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका एफ.आइ.पि.भी को पहिलो, दोस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पी.सी.भी. (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका पी.सी.भी. भ्याक्सिनको पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) को पहिलो पृष्ठबाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	डी. पी. टी.- हेप बी-हिब (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका डी. पी. टी./हेप वि./हिब को पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन(HMIS 9.2) को पहिलो पृष्ठ बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	दादुरा/रुबेला (पहिलो, दोस्रो) (९-११, १२-२३)	पहिलो मात्रा (९-११महिनामा) र दोस्रो मात्रा (१२-२३ महिनामा) दादुरा/रुबेलाखोप पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) को पहिलो पृष्ठबाटवा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	जे.ई. (JE)	बाह्र १२ महिनामा जापानिज इन्सेफलाइटिस खोप पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) को पहिलो पृष्ठबाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	टाइफाइड (TCV)	टाइफाइड खोप (TCV) पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	नोट: सामान्यतया एकै समयमा लगाउने खोपको सेवा लिएका बच्चा/गर्भवतीको संख्या बराबर हुनुपर्दछ । जस्तै: रोटा पहिलो डोज, पोलियो (OPV) पहिलो डोज, fIPV पहिलो डोज, PCV पहिलो डोज, DPT-HepB-Hib पहिलो डोज पाएका बच्चा को संख्या बराबर हुनुपर्दछ ।	
२३ महिना भित्रमा पूर्णखोप पाएका बच्चा संख्या	२३ महिनाभित्रमा पूर्णखोप पाएका बच्चा संख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन(HMIS 9.2) को "२३ महिना भित्र पूर्ण खोप प्राप्त गरेको बच्चा संख्या" भन्ने महलबाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।	
खोप पाएका बालिकाहरूको सङ्ख्या	एच.पि.भि (HPV) (पहिलो,दोस्रो)	एच.पि.भि (HPV) को पहिलो, दोस्रोखोप पाएका बालिकाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाटवा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप पाएका गर्भवतीमाहिताहरूको सङ्ख्या	टी.डी. (पहिलो, दोस्रो, दोस्रो+)	गर्भवती महिलालाई गर्भावस्थामा दिइएको टी.डी. खोपको प्रतिवेदन यस भागमा गर्नुपर्दछ । टी.डी.खोपको पहिलो, दोस्रो र दोस्रो खोप पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

महल		निर्देशन
२४-५९ महिना मा खोप शुरु गरेका		२४ देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेका बच्चाहरुको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन(HMIS 9.2) को "२४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेका बच्चा संख्या" भन्ने महलबाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको महलमा चढाउनुपर्दछ ।
AEFI Cases (सामान्य)		खोप पश्चात् कुनै सामान्य प्रकारको र स्थानिय स्तरमा नै समाधान भएको अवान्छित घटना भएमा सो को सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । यस्ता घटना (खोप लगाए पछि अलि अलि ज्वरो आउने, सुई लगाएको ठाउमा दुख्ने, रातो हुने, गिर्खा बस्ने, विसिजी लगाएको ठाउमा अलि अलि पाक्ने आदि वा अभिभावकले भनेका अन्य सामान्य घटनाहरु) खोप रजिस्टरमा अभिलेख जनाउनु पर्दछ ।
AEFI Cases (गम्भिर)		खोप दिईए पछि कुनै गम्भिर घटना भएमा सो को सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । खोप संग जोडिएर कुनै गम्भिर प्रकारको घटना जस्तै सो घटना भई सेवाग्राहिलाई प्रेषण गरियो, वा अस्पताल भर्ना गर्नु पर्ने वा लामो समय उपचार गर्नु पर्ने अवस्था वा मृत्यु भयो आदि भएमा खोप रजिस्टरमा अभिलेख राख्नु पर्दछ । यस्तो अवस्थामा तत्कालै AEFI प्रतिवेदन फारम अनसुचि १ भरेर पठाउनु पर्दछ साथै अनुसन्धान समेत गर्नु पर्दछ ।
<p>खोप प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता को विवरण:</p> <p>समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) मा खोप प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता को विवरण भायलमा उल्लेख भई प्राप्त भएको हुन्छ । तर स्वास्थ्य संस्थाबाट HMIS ९.३ मा प्रतिवेदन उतार गर्दा सम्बन्धित खोपको भायलमा भएको डोज संख्या गुणा गरेर खोप प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता को विवरण डोजमा परिवर्तन गरी डोज संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p>		
यस महिनामा प्राप्त भएको खोप (डोज)	बी.सी.जी., रोटा, पोलियो, एफ.आई.पि.भि, पी.भी.सी., डी. पी. टी...- हेप बी-हिब, दादुरा-रुबेला, जे.ई., टाइफाइड, टी.डी, एच.पि.भि	यस महिनामा खोप कार्यक्रम सञ्चालनका लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्राप्त भएको जम्मा खोपहरु समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट वा HMIS 2.2 मा भाएलमा उल्लेख भएको खोप भाएलमा भएको डोजले गुणा गरेर जम्मा प्राप्त डोज सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । विभिन्न खोपहरु फरक-फरक मात्राको भायलमा प्राप्त हुने हुँदा खोप प्राप्त गर्ने समयमा कुन खोप कति मात्राको भायलमा प्राप्त भएको छ, सो को यकिन गरी प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
खर्च भएको खोप (डोज)	खोप दिनखोलेको बी.सी.जी., रोटा, पोलियो, एफ.आई.पि.भि, पी.भी.सी., डी. पी. टी...- हेप बी-हिब, दादुरा-रुबेला, जे.ई., टाइफाइड, टी.डी, एच.पि.भि	यस महिनामा खोप कार्यक्रम सञ्चालनका लागि प्राप्त भएको खोप मध्य खोप दिनको लागि खोलेका भायलहरुको खर्च समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट वा HMIS 2.2 बाट प्राप्त भए पछि प्रत्येक भायलमा भएको खोपमात्राले भायललाई गुणा गरि खोप खर्च डोजमा सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । खर्च भएको खोप डोज भन्नाले बच्चालाई दिएको जम्मा खोप डोज र खोप दिन खोलिएको तर प्रयोग नभई खेर गएको समेत बुझ्नुपर्दछ ।

महल		निर्देशन
	अन्य कारणले बिप्रेको (बी.सी.जी., डी. पी. टी.- हेप बी-हिब, पोलियो, पी.भी.सी.,रोटा, एफ.आई.पि.भि, दादुरा-रुवेला, जे.ई., टी.डी.)	प्राप्त खोप मध्य खोप दिन खोलेको भायल बाहेक कुनै कारणले खोप प्रयोग गर्न नमिल्ने भई विप्रीएमा त्यस्तो खोप भायलहरु समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)वाट वा वा HMIS 2.2 वाट प्राप्त भए पछि भायलमा भएको खोप मात्रा ले भायल लाई गुणा गरेर खोप खर्च डोजमा सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ ।
फिर्ता गरेको खोप डोज		प्राप्त भएको खोपहरु मध्य प्रयोग नभई नखोलिएका तर पछि प्रयोग गर्न मिल्ने बाँकी रहेका खोपहरुको विवरण समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) वाट वा HMIS 2.2 वाट प्राप्तभए पछि भायलमा भएको खोप मात्रा ले भायललाई गुणा फिर्ता गरेको खोप(डोजमा) सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । प्रयोग गर्न मिल्ने (नखोलिएका) खोपहरु सुरक्षित तवरले सम्बन्धित कोल्डचेन सेन्टरमा अनिवार्य रूपमा फिर्ता गर्नुपर्दछ । यसरी फिर्ता गरेका खोपको मात्रा खर्च भएको खोपमा गणना गर्नु हुँदैन ।

२. नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

स्वास्थ्य संस्थाहरूले नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) कार्यक्रम अन्तर्गत प्रदान गरेको सेवाको अभिलेख नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS 2.4) मा र गाउँघर क्लिनिकमा प्रदान गरेको सेवाको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टर (HMIS-4.1)मा राखिएको हुन्छ । स्वास्थ्य संस्थाहरूले यस कार्यक्रमको प्रतिवेदन तयार गर्दा नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS 2.4)मा रहेका २ महिना भन्दाकम उमेरका शिशुहरूको अभिलेख गर्ने खण्ड र २ महिनादेखि ५९ महिनासम्म (५ वर्षभन्दा मुनि) का बच्चाहरूको अभिलेख गर्ने खण्डबाट समायोजन फारामको प्रयोग गरी छुट्टाछुट्टै तयार गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूले गाउँघर क्लिनिकमा प्रदान गरेको सेवाको प्रतिवेदन समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) वाट सम्बन्धित महलहरूमा उतार गर्नुपर्दछ ।

स्वास्थ्य संस्था स्तर

२ महिनाभन्दा कम उमेरको		निर्देशन
	जम्मा विरामी	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट प्रतिवेदनअवधि (महिना) मा २ महिना भन्दा कम उमेरका जम्मा विरामी शिशुको सङ्ख्या महल नं. ४ वाट २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिन सम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण सङ्ख्या	गम्भीर सङ्क्रमण	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर सङ्क्रमण (PSBI) वर्गीकरण गरिएका विरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	निमोनिया	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका महल नं. १३ मा निमोनियाको विरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	स्थानीय सङ्क्रमण	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा ब्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण (LBI)) वर्गीकरण गरिएका विरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दा कम र २९ देखि ५९ दिन सम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

२ महिनाभन्दा कम उमेरको		निर्देशन
	कडा कमल पित्त (जण्डिस)	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा कडा कमलपित्त (कडा जण्डिस) वर्गिकरण गरिएका विरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिन सम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	कमतौल	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका महल नं. १३ मा <i>कमतौल</i> वर्गिकरण गरिएका विरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिन सम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	स्तनपान सम्बन्धी समस्या	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा <i>स्तनपान सम्बन्धी समस्या</i> वर्गिकरण गरिएका विरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दा कम र २९ देखि ५९ दिन सम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
उपचार	एम्पिसिलिन	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका विरामी शिशुहरू मध्ये महल नं. १६ को एम्पिसिलिन बाट उपचार गरिएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिन सम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	एमोक्सिसिलिन	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका विरामी शिशुहरू मध्ये महल नं. १६ को एमोक्सिसिलिन बाट उपचार गरिएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिन भन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	जेन्टामाइसिन गम्भिर संक्रमण भएका मात्र)	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका विरामी शिशुहरूमध्ये महल नं १३ मा <i>गम्भिर संक्रमण</i> वर्गिकरण भई जेन्टामाइसिनबाट उपचार पाएका शिशुहरूको सङ्ख्या महल १६ बाट जेन्टामाइसिनको पहिलो डोज (१) मा गोलो लागेका र पूरा मात्रा (७) मा गोलो लागेका छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। (<i>गम्भिर संक्रमण भएका बाहेक अन्यलाई जेन्टामाइसिन बाट उपचार गरिएको संख्या यस महलमा समावेश गर्नु हुँदैन</i>)
	अन्य एन्टिबायोटिक	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका विरामी शिशुहरूमध्ये महल १६ मा एमोक्सिसिलिन, एम्पिसिलिन, र जेन्टामाइसिन बाहेक अन्य एन्टिबायोटिकबाट उपचार गरेको शिशुको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
रेफर	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका जम्मा विरामी शिशुहरूमध्ये महल १९ बाट उपचार क्रममा रेफर भएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।	
फलोअप	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका जम्मा विरामी शिशुहरूमध्ये उपचार को क्रममा फलोअपमा आएका जम्मा शिशुहरूको सङ्ख्या महल २० बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।	
मृत्यु	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका जम्मा विरामी शिशुहरू मध्ये उपचारको क्रममा मृत्यु भएको सङ्ख्या ० देखि ७ दिन, २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।	
गाउँघर क्लिनिक स्तर		
गाउँघर क्लिनिक	यस अन्तर्गतका महलहरूमा समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS - 9.2)बाट सम्बन्धित महलहरूमा जस्ताको तस्तै उतार गर्नुपर्दछ।	

२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बच्चा (स्वास्थ्य संस्था स्तर)				
जम्मा विरामी	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना देखि ५९ महिना सम्म उमेर समूहको खण्डबाट प्रतिवेदन अवधि (सम्बन्धित महिना) मा स्वास्थ्य संस्थामा जँचाउन आएका २ महिना देखि ५ वर्ष उमेरका जम्मा विरामी बच्चाको सङ्ख्या महल नं. ३ वाट बालिका र बालकको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। यो प्रतिवेदन तयार गर्दा अनिवार्य रूपमा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) प्रयोग गर्नुपर्दछ।			
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	श्वस- प्रशवास	निमोनियाभएको रुघाखोकी	IMNCI Register (HMIS 2.4)वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका श्वसप्रशवास रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये निमोनिया नभएका रुघाखोकी को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ।	
		निमोनिया	IMNCI Register (HMIS 2.4)वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका श्वसप्रशवास रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये निमोनिया भएका को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ।	
		कडा निमोनिया/ धेरै कडा रोग	IMNCI Register (HMIS 2.4)वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका श्वसप्रशवास रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये कडा निमोनिया/धेरै कडा रोग भएका को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ।	
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	भाडापखाला	जलवियोजनको वर्गीकरण	जलवियोजन नभएको	IMNCI Register (HMIS 2.4)वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये जल वियोजन नभएका को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
			केही जल वियोजन भएका	IMNCI Register (HMIS 2.4)वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये केही जलवियोजन भएका को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
			कडा जल वियोजन	IMNCI Register (HMIS 2.4)वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये कडा जलवियोजन भएका को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
		दीर्घ भाडापखाला	IMNCI Register (HMIS 2.4) वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये दीर्घ भाडापखाला भएकाहरूको वर्गीकरण गरिएका सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।	
		आउँ/रगत	IMNCI Register (HMIS 2.4) वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये आउँ/रगत भएकाहरूको वर्गीकरण गरिएका सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।	
		बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	फाल्सिपेरम औलो	IMNCI Register (HMIS 2.4) वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये फाल्सिपेरम औलो (Plasmodium Falciparum, PF) भएको सङ्ख्या HMIS 2.4 को महल नं ४(कोड नं. ११ मागोलो लगाएको) आधारमा महल १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
फाल्सिपेरम नभएको औलो	IMNCI Register (HMIS 2.4) वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये Plasmodium Falciparum वाहेक अन्य औलो (Plasmodium Vivex,) भएका सङ्ख्या HMIS 2.4 को महल नं ४ (कोड नं. १२ मागोलो लगाएको) आधारमा महल १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।			
धेरै कडा ज्वरोजन्य रोग/ कडा जटिल औलो	IMNCI Register (HMIS 2.4) वाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूमध्ये धेरै कडा ज्वरोजन्य रोग/कडा जटिल औलो रोग वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या वर्गीकरण महल (महल नं. १७) वाट गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ			

२ महिनाभन्दा कम उमेरको		निर्देशन
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	दादुरा	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गीकरणको महल (महल नं. १७) मा दादुरा रोग वर्गीकरण गरिएका बच्चाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	कानको समस्या	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गीकरणको महल (महल नं. १७) मा कानको समस्या भएका वर्गीकरण गरिएका बच्चाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	ज्वरो	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गीकरणको महल (महल नं. १७) मा ज्वरो वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणनागणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	मध्यमकुपोषण	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गीकरणको महल (महल नं. १७) मा मध्यम कुपोषण वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	कडा कुपोषण	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गीकरणको महल (महल नं. १७) मा कडा कुपोषण वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	रक्तअल्पता	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गीकरणको महल (महल नं. १७) मा रक्तअल्पता वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	अन्य	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गीकरणको महल (महल नं. १७) मा माथि उल्लेख गरिएका वर्गीकरणहरू बाहेक अन्यवर्गीकरण गरिएका बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
उपचार	कडा/निमोनिया भएकामध्ये	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्या मध्ये कडा/निमोनिया वर्गीकरण गरिएकाबच्चाहरू मध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग महल (महल नं. २०) बाट एमोक्सिसिलिन बाट उपचार भएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ। <i>कडा/निमोनिया भएका बाहेक अन्य बच्चालाई उपचारको क्रममा एमोक्सिसिलिन प्रयोग गरिएको भएउक्त संख्या यस महलमा समावेश गर्नुहुदैन।</i>
	निमोनियाको लागि एमोक्सिसिलिनद्वारा उपचार	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये निमोनिया वर्गीकरण गरिएकाबच्चाहरू मध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग महल (महल नं. २०) बाट एमोक्सिसिलिन बाट उपचार भएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
ओ.आर.एस र जिङ्क चक्की	ओ.आर.एस र जिङ्क चक्की	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4)को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट ओ.आर.एस र जिङ्क चक्की बाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	आई भी फ्लुइड	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4)को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट आई भी फ्लुइड बाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	जुकाको औषधी	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट जुकाको औषधी बाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

२ महिनाभन्दा कम उमेरको		निर्देशन
	भिटाभिन ए	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट भिटाभिन ए बाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रूप	शवासप्रशवास	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट उपचारको क्रममा माथिल्लो निकाय वा अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये शवासप्रशवास सम्बन्धी रोगको उपचारको लागि प्रेषण गरिएको बच्चाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	भाडापखाला	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट उपचारको क्रममा माथिल्लो निकाय वा अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूमध्ये भाडापखाला सम्बन्धी रोगको उपचारको लागि प्रेषण गरिएको बच्चाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	अन्य	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट उपचारको क्रममा माथिल्लो निकाय वा अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये शवासप्रशवास र भाडापखाला सम्बन्धी रोग बाहेक अन्य रोगको उपचारको लागि प्रेषण गरिएको बच्चाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फलोअप		२ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्या मध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को फलोअपको महल (महल २४-२६ को कोड) बाट उपचारको क्रममा फलोअप गरिएका बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यु	कारण (शवास- प्रशवास, भाडापखाला, अन्य)	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट उपचारको लागि आएका २ महिनादेखि ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूमध्ये शवासप्रशवास सम्बन्धी रोग वा भाडापखाला सम्बन्धी रोग वा अन्य रोगको कारणले स्वास्थ्य संस्थामा मृत्यु भएको भएमा मृत्यु भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	उमेर (२ देखि ११ महिना, १२-५९ महिना)	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट उपचारको लागि आएका २ महिना देखि ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरू मध्ये २ देखि ११ महिना वा १२ देखि ५९ महिनाको उमेर समूहमा स्वास्थ्य संस्थामा मृत्यु भएको भएमा मृत्यु भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक स्तर		
गाउँ-घर क्लिनिक		समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट प्रतिवेदन भए अनुसार (HMIS 9.3) को “२. नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (IMNCI)” को प्रतिवेदनमा सम्बन्धित महलहरूमा हुबहु उतार गर्नुपर्दछ ।

३. पोषण कार्यक्रम

पोषण कार्यक्रमको अभिलेख २ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको पोषण रजिष्टर, मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर र गाउँ-घर क्लिनिक रजिष्टरमा राखिएको हुन्छ । गाउँ-घर क्लिनिक सञ्चालन भए पश्चात् उक्त क्लिनिकमा २ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको वृद्धि अनुगमन गरिएको, ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र गराईएको र ६ महिना पछि स्तनपान साथै थपखाना सुरु गरेको विवरण स्वास्थ्य संस्थामा रहेको पोषण रजिष्टर (HMIS 2.3) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । त्यसै गरी गाउँ-घर क्लिनिकबाट गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाहरूलाई वितरण गरिएको आइरन चक्की, जुकाको औषधी तथा भिटाभिन ए को विवरण स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.6) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । गाउँघर क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको पोषण कार्यक्रमसँग सम्बन्धित सेवाहरूको विवरण सम्बन्धित सेवा रजिष्टरहरूमा

अद्यावधिक हुने हुँदा (HMIS 9.3) मा प्रतिवेदन तयार गर्दा समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) को प्रतिवेदन गरिएको संख्या जोड्नु हुँदैन ।

महल		निर्देशन
यस महिनामा बृद्धि अनुगमन गरिएका बच्चा संख्या		
बृद्धि अनुगमन गरिएका बालबालिकाहरूको पोषण स्थिति (नयाँ तथा दोहऱ्याई आएका)	०-११ महिना (पहिलो पटक भेट)	पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अनुसार) ० देखि ११ महिना उमेर समूहका पहिलो पटक बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	१२-२३ महिना (पहिलो पटक भेट)	पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अनुसार) बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । यदि बच्चा ०-११ उमेर समुह मै पहिलो पटक बृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता भइसकेको छ भने १२-२३ महिना उमेर समुहमा दोहऱ्याई आएका महलमा लेख्नु पर्दछ । हालसम्म कुनै पनि महिनामा बृद्धि अनुगमनका लागि आएको छैन र उसको उमेर १२-२३ महिना भित्र पर्दछ भने मात्र उक्त महिनाको नयाँमा लेख्नु पर्दछ ।
	०-११ महिना (दोहऱ्याई आएको)	पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अनुसार) ० देखि ११ महिना उमेर समूहका दोहऱ्याई आएको (पहिलो पटक बाहेक) बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	१२-२३ महिना (दोहऱ्याई आएको)	पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अनुसार) १२ देखि २३ महिना उमेर समूहका दोहऱ्याई आएको (पहिलो पटक बाहेक) बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
बृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता गरीएका २३ महिना पुरा गरेका जम्मा बालबालिकाको संख्या	बृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता भएका २३ महिना माथिका बालबालिकाहरूले संख्या यकिन गर्न पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) को महल नं ६४ बाट बृद्धि अनुगमनका लागि तौल लिएको पटक उल्लेख भएका कोठाहरू गणना गरी बालबालिकाको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।	
बृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता गरीएका २३ महिना पुरा गरेका बालबालिकाको तौल लिएको जम्मा पटक	पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) को महल नं ६४ मा उल्लेख गरीएको २३ महिना पुरा भएको बालबालिकाहरूले बृद्धि अनुगमनका लागि तौल लिएको पटकलाई जोड गरी जोडफललाई यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।	
आइरन/ जुकाको औषधी पाएका गर्भवती महिला	पहिलो पटक आइरन चक्की वितरण गरिएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा गर्भवती जाँचका लागि दर्ता भएका गर्भवती महिलाहरूलाई पहिलो पटक आइरन वितरण गरिएको महिलाहरूको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को आइरन वितरण महलबाट गणना गरी सम्बन्धित कोठामा चढाउनु पर्दछ ।
	१८० चक्की आइरन पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा गर्भावस्थामा पूर्ण मात्रा आइरन (१८० चक्की) पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गतको “आइरन” महल बाट नवौँ महिनाको गर्भ जाँचको समय सम्ममा १८० चक्की आइरन पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी लेख्नुपर्दछ । अर्थात् गर्भावस्थामा १८० दिन आइरन खाएका महिलाहरूको संख्या गणना गर्नु पर्दछ ।
	जुकाको	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा जुकाको औषधी वितरण गरिएको गर्भवती

महल		निर्देशन
	औषधीपाएका	महिलाहरूको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) का गर्भवती जांच विवरण अन्तर्गतको “जुकाको औषधी वितरण” को महलबाट सम्बन्धित महिनाको मिति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
आइरन/भिटाभिन ए पाएका सुत्केरी महिला	४५ चक्की आइरन पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा सुत्केरी महिलाहरूलाई आइरन वितरण गरिएको सङ्ख्यामातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को सुत्केरी पछिको सेवा अन्तर्गतको “आइरनचक्की” महलमा ४५ चक्की आइरन पाएका सुत्केरी महिलाहरूको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	भिटाभिन ए क्याप्सुल पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा भिटाभिन ए क्याप्सुल वितरण गरिएको सुत्केरी महिलाहरूको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को भिटाभिन ए वितरणको महलबाट सम्बन्धित महिनाको मिति का आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
भिटाभिन ए र जुकाको औषधी पाएका ५ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको सङ्ख्या	भिटाभिन ए पाएका (६ देखि ११ महिना/ १२ देखि ५९ महिना) /जुकाको औषधि	वैशाख र कार्तिक महिनामा आम वितरणमा ६ देखि ५९ महिनाका बाल बालिकाहरूलाई भिटाभिन ए र १२ देखि ५९ महिनाका बाल बालिकाहरूलाई जुकाको औषधि खुवाएको प्रतिवेदन पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) को अन्तिम पानाको एकमुष्ट प्रतिवेदनबाट उतार गरी भिटाभिन ए को ६-११ महिना, १२-५९ महिना र जुकाको औषधि छुट्टाछुट्टै सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
जुकाको औषधी पाएका छात्रा/छात्रहरू (अर्ध वार्षिक)	छात्रा/छात्र	विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत लक्षित समूहका विद्यार्थीहरूले जुकाको औषधी पाएकाको सङ्ख्या दुई बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) को अन्तिम पानाको एकमुष्ट प्रतिवेदनबाट उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (Integrated Management of Acute Malnutrition (IMAM) Program)

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको अभिलेख शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS 2.6) मा राखिएको हुन्छ। उक्त रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी सम्बन्धित प्रतिवेदन फाराममा चढाउनुपर्दछ।

महल		निर्देशन
गतमहिनाको अन्त सम्मका बच्चाहरूको जम्मा	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक
नयाँ भर्ना	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक
पुनः भर्ना	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक
रेफर (स्थानान्तरण) भइ आएका	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक

गत महिनाको अन्त सम्मका बच्चाहरूको जम्मा संख्या **शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS - 2.6)** मादर्ता भई डिस्चार्ज नगरेको बिरामीहरू संख्या गणना गरी वागत महिनाको प्रतिवेदनको (HMIS 9.3/9.4/9.5) महल नं. १३ बाट यस महलमा उमेर अनुसारको महिला र पुरुषको सङ्ख्या सम्बन्धित महलहरूमा चढाउनुपर्दछ।

प्रतिवेदनतयार गर्ने महिनामा **शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS - 2.6)** मा दर्ता भएका भर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगत नयाँ भर्ना कोड १ (महल ३) मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।

प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा **शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS - 2.6)** मादर्ता भएका भर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगत पुनर्दर्ता भएको कोड २ (महल ३) मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।

प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा **शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS - 2.6)** मादर्ता भएका भर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगत बाहिर बाट आएको कोड ३ (महल ३) मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।

महल		निर्देशन	
डिस्चार्ज भएको (निको भएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगतनिको भएको कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (मृत्यु भएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत मृत्यु भएको कोड ५ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (डिफल्टर भएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत डिफल्टर भएको कोड ३ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (निको नभएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत निको नभएको कोड २ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (अस्पताल पठाएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत प्रेषण (अस्पताल) कोड ४ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
स्थानान्तरण भई अन्यत्रगएका	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएको कोड ६ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
महिनाको अन्तमा जम्माबच्चा	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	यस महिनाको अन्तमा जम्मा बच्चाहरूको सङ्ख्या निकाल्न प्रतिवेदनको महल ३ देखि ६ सम्म जोडी महल ७ देखि १२ सम्म घटाईएको अंक चढाउनु पर्दछ। वा प्रतिवेदन गर्ने महिनाको अन्त्यसम्ममा दर्ता भई उपचारमा रहेका (डिस्चार्ज हुनबाँकी रहेका) बिरामीहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	

शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालभिता प्रबर्द्धन कार्यक्रम

महल		निर्देशन	
उमेर समूह (६-११ महिना, १२-१७महिना, १८-२३ महिना)	पहिलो पटक/ दोस्रो पटक/ तेस्रो पटक	म.स्वा. स्व.से.	महिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम मासिक प्रगति संकलन फारम (HMIS 9.1)को पहिलो पृष्ठको (ड) खण्डको क्रम संख्या ५६-६१ बाट एकिकृत शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालभिता समुदाय प्रबर्द्धन कार्यक्रम अन्तरगत उमेर अनुसार वितरण गरेको पटकको जम्मा संख्या यस प्रतिवेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
		स्वास्थ्य संस्था	दुई वर्ष मुनिका बाल बालिकाहरूको पोषण रजिष्टर(HMIS 2.3) बाट बालभिता वितरण अन्तरगत प्रतिवेदन गर्ने महिनामा (मिति अनुसार) वितरण गरेको उमेर समूह र पटक गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।

शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण (Infant & Young Child Feeding)

महल	निर्देशन
शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्रै गराएका	२ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) को महल २४ मा शिशुलाई ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको जनाउन घेरा लागेका १ नं कोडलाई प्रतिवेदन महिनाको मिति अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
समय मै थपआहार खुवाउन शुरु गरेको	२ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) को महल २७ मा ६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध-ठोस र नरम खाना शुरु गरेको जनाउन घेरा लागेका १ नं कोडलाई प्रतिवेदन महिनाको मिति अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

Fortified Flour Distribution

महल	निर्देशन
बालबालिकाको संख्या (बालिका/बालक)	कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाहरूमा Fortified Flour वितरणका लागि उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट बालिका तथा बालकको संख्या छुट्टाछुट्टै गणनागरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गर्भवती महिला	कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाहरूमा Fortified Flour वितरणका लागि उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट गर्भवती महिला गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी महिला	कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाहरूमा Fortified Flour वितरणका लागि उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट सुत्केरी महिला गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

किशोरी लक्षित स्वास्थ्य तथा पोषणकार्यक्रम

महल	निर्देशन	
आइरन फोलिक एसिड चक्की खाएका किशोरीको संख्या	१३ हप्तासम्म (बिद्यालय, स्वास्थ्य संस्था, म.स्वा.स्व.से)	१३ हप्ता सम्म आइरन फोलिक एसिडचक्की खाएका किशोरीहरूको संख्यापोषण रजिष्टर (HMIS 2.3) को पछाडी पट्टि रहेको "किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम" बाट उतार गरी बिद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र म.स्वा.स्व.से अनुसार छुट्टाछुट्टै प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
	२६ हप्तासम्म (बिद्यालय, स्वास्थ्य संस्था, म.स्वा.स्व.से)	२६ हप्ता सम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की खाएका किशोरीहरूको संख्या पोषण रजिष्टर (HMIS 2.3) को पछाडी पट्टि रहेको "किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम" बाट उतार गरी बिद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र म.स्वा.स्व.से अनुसार छुट्टाछुट्टै प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।

४. स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम

महल	निर्देशन
सेसन संख्या (बिद्यालय, समुदाय, अन्य)	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर (HMIS ४.४) को महल ७, ८ र ९ मा सहभागी संख्या उल्लेख भएका कोठाहरूको संख्यालाई छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ
सहभागी संख्या (बिद्यालय, समुदाय, अन्य)	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर (HMIS ४.४) को महल ७, ८ र ९ मा उल्लेखित सहभागी संख्याहरूलाई छुट्टाछुट्टै जोड गरी आएको जोडफल लाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ

५. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम

यस कार्यक्रममा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका प्रतिवेदन फाराम (HMIS 9.1) बाट सम्बन्धित महलमा सम्बन्धित सेवाको विवरण चढाउनुपर्दछ।

६. जनसंख्या व्यवस्थापन कार्यक्रम

किशोर किशोरी लक्षित बिद्यालय स्तरीय साथी शिक्षा कार्यक्रम

महल	निर्देशन
कार्यक्रम लागू भएको बिद्यालय संख्या	साथी शिक्षा कार्यक्रम लागू भएका जिल्ला/स्थानीय तहहरूमा उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट कार्यक्रम लागू भएको बिद्यालय संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ।
प्रतिवेदन गर्ने बिद्यालय संख्या	साथी शिक्षा कार्यक्रम लागू भएका जिल्ला/स्थानीय तहहरूमा उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने बिद्यालय संख्या गणना गरी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
परामर्श पाएका जम्मा संख्या (छात्रा/ छात्र)	साथी शिक्षा कार्यक्रम लागू भएका जिल्ला/स्थानीय तहहरूमा उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट परामर्श पाएका छात्रा र छात्र को संख्यालाई गणना गरी सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
सुपरिवेक्षण गरीएका विद्यालय संख्या	साथी शिक्षा कार्यक्रम लागू भएका जिल्ला/स्थानीय तहहरूमा उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट सुपरिवेक्षण गरीएका विद्यालय संख्या गणना गरी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
संचालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या	साथी शिक्षा कार्यक्रम लागू भएका जिल्ला/स्थानीय तहहरूमा उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट संचालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या संचालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या

*रजिष्टर उपलब्ध नभएको खण्डमा स्वस्थ संस्थाले आफैँ छुट्टै अभिलेख राखी मासिक प्रतिवेदन गर्नुपर्ने छ

६. सुरक्षितमा तृत्व कार्यक्रम

सुरक्षितमा तृत्व कार्यक्रमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) बाट ट्याली सिटमा उतार गरी तयार गर्नुपर्दछ। गाउँ-घर क्लिनिकबाट दिइएको सुरक्षितमा तृत्व तथा नवशिशु सेवाको अभिलेख स्वास्थ्य संस्थाको रजिस्टरमा अद्यावधिक हुने हुनाले गाउँ-घर क्लिनिकबाट दिइएको सेवा यस प्रतिवेदनमा जोड्नु हुँदैन।

सूचक/महल	निर्देशन
गर्भवती जाँच	
पहिलो (<२० वर्ष, ≥२०वर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) बाट गर्भवती जाँचविवरण अन्तर्गत प्रथम पटक ९ जुनसुकै समयको भएपनि भेट गर्ने गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दा माथिको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
१२ हप्ता (<२० वर्ष, ≥२०वर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6) बाट गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गत १२ हप्ता भित्र गर्भवती परीक्षण गराएका महिलाहरूको संख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता) (<२० वर्ष, ≥२०वर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) बाट गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गत साविकको प्रोटोकल अनुसार १६, २०(२४, ३१ र ३६ हप्ता गरी ४ पटक गर्भवती जाँच गर्ने महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।

प्रोटोकल अनुसार ८ पटक (< 20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गत प्रोटोकल अनुसार ८ पटक जाँच पुरा गरेका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
प्रसूति सेवा	
दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBATrained ANM) (< 20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को “सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी” खण्डमा दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBA) लाई जनाउने गरी १ नं कोडमा घेरा लगाएका संख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट (SHP) (< 20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को “सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी” खण्डमा दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) लाई जनाउने गरी २ नं कोडमा घेरा लगाएका संख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
अन्य स्वास्थ्यकर्मी (< 20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर (HMIS 3.6)को “सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी” खण्डमा अन्य स्वास्थ्यकर्मी लाई जनाउने गरी ३ नं कोडमा घेरा लगाएका संख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
घरमा प्रसूती संख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को “प्रसूतिको प्रकार र स्थान” खण्डमा घरमा जनाउने गरी ३ नं कोडमा घेरा लगाएका संख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
प्रसूतिको किसिम	
सामान्य (Spontaneous)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर (HMIS 3.6) बाट सामान्य प्रकृतिले (Spontaneous) प्रसूति भएका मध्ये शिशु जन्मदाको अवस्थिति (Cephalic, Soulder वा Breech presentation) अनुसार आमाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
भ्याकुम/फोरसेप	भ्याकुम/फोरसेपबाट प्रकृतिले प्रसूति भएका आमाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महल (Cephalic- महल २) मा चढाउनुपर्दछ।
शल्यक्रिया	शल्यक्रियाबाट प्रसूति भएकामध्ये शिशु जन्मदाको अवस्थिति (Cephalic, Soulder वा Breech presentation) अनुसार आमाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
प्रसूतिको परिणाम	
आमाहरूको सङ्ख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट प्रसूति भएका जम्मा महिलाहरूमध्ये एउटा मात्र, जुम्लाहा, तिम्लाहावा सोभन्दा बढी शिशु जन्माउने आमाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
जम्मा जीवित जन्म	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको जीवित शिशुको लिंग, सख्या, तौल खण्डबाट जीवित जन्मएका नवशिशुहरू मध्ये एकल, जुम्लाहा र तिम्लाहावा सोभन्दा बढी जन्मने शिशुको संख्या लिङ्ग अनुसार छुट्टा छुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
मृत जन्म सङ्ख्या	
Fresh	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट मृत जन्मभएका शिशुमध्ये Fresh मृत जन्मभएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
Macerated	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट मृत जन्मभएका शिशुमध्ये Macerated मृत जन्मभएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
स्तनपान, नाभी मलम र रक्तसंचार	
जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको शिशु को संख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को अन्य सेवा अन्तर्गत कोड नं ४ (जन्मेको १ भन्टा भित्र स्तनपान गराएको) मा घेरा लगाएको संख्या गणना गरी यस

	महलमा लेख्नुपर्दछ
नाभि मलम लगाएको शिशुको संख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को अन्य सेवा अन्तर्गत कोड नं ५ (नाभी मलमको प्रयोग) मा घेरा लगाएको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
आमा सुरक्षा कार्यक्रम	
सुत्केरी यातायात खर्च (पाउनुपर्ने/पाएका)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.62) को सम्बन्धित महिनाबाट यातायात खर्च पाउनुपर्ने महिला र यातायात खर्च पाएका महिलाहरूको सङ्ख्या उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
गर्भवती उत्प्रेरणा (पाउनुपर्ने/पाएका)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.62) को सम्बन्धित महिनाबाट गर्भवती उत्प्रेरणा रकम पाउनुपर्ने र गर्भवती उत्प्रेरणा रकम पाएका महिलाहरूको सङ्ख्या उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Obstetric Complications	
Obstetric Complications	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको ३ वटा खण्डहरू (गर्भवती अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन, प्रसूति अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन र सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन) मा उल्लेख भएका गर्भवति, प्रसूति र सुत्केरी अवस्थामा देखिने जटिलताहरू मध्ये प्रतिवेदन गर्ने महिनामा कुनै महिलामा उक्त जटिलता देखिएको अभिलेख गरिएको भए जटिलता अनुसार महिलाको संख्या, प्रेषण गरीएको संख्या र मृत्यु भएको भए मृत्युको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
अत्याधिक रक्तश्राव व्यवस्थापन	
रगत दिएको [गर्भवती अवस्था (APH)]	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS ३.६) को गर्भवती जांच विवरण खण्डमा रगत दिएको मात्रा जनाएको कोठाहरू गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
रगत दिएको (प्रसव अवस्था)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS ३.६) को प्रसूति सेवा खण्डको अन्य सेवा मा रगत दिएको मात्रा जनाएको कोठाहरू गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
रगत दिएको [सुत्केरी अवस्था (PPH)]	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS ३.६) को सुत्केरी पछिको सेवा खण्डमा रगत दिएको मात्रा जनाएको कोठाहरू गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
जन्मतौल	
सामान्य	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्था अन्तर्गत जन्मा जीवित जन्ममध्ये सामान्य जन्मतौल (२५०० ग्राम वा बढी) भएका शिशुको जन्मा सङ्ख्या गणना गरी जन्मा संख्याको महलमा लेख्नुपर्दछ । जन्मतौल सामान्य भएका शिशुहरू मध्ये निसास्सिएको (Asphyxiated), संक्रमण भएको रविकलाङ्ग भएका रहेछन् भने त्यस्ता शिशुको संख्यालाई major, minor र other अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
कमतौल	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्था अन्तर्गत जन्मा जीवित जन्ममध्ये जन्मतौल “कम” (१५०० ग्राम देखि २५०० ग्राम भन्दाकम) भएका शिशुको जन्मा सङ्ख्या गणना गरी जन्माको महलमा लेख्नुपर्दछ । जन्मतौल “कम” भएका शिशुहरू मध्ये निसास्सिएको (Asphyxiated), संक्रमण भएको रविकलाङ्ग भएका रहेछन् भने त्यस्ता शिशुको संख्यालाई major, minor र other अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

धेरै कमतौल	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्था अन्तर्गत जम्मा जीवित जन्ममध्ये जन्मतौल “धेरै कम” (१५०० ग्रामभन्दा कम) भएका शिशुको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी जम्माको महलमा लेख्नुपर्दछ । जन्मतौल “धेरै कम” भएका शिशुहरू मध्ये निसास्सिएको (Asphyxiated), संक्रमण भएको रिकलाइड भएका रहेछन् भने त्यस्ता शिशुको संख्यालाई major, minor र other अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी तथा नवजात शिशु जाँच	
पहिलो पटक (२४ घण्टामा)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको “ सुत्केरी पछिको सेवा ” खण्डमा उल्लेख भएका जाँच पटक मध्ये जन्मेको २४ घण्टामा भन्ने लहरको सुत्केरी जाँचमा मिति उल्लेख भएका र नवशिशु जाँचमा १ नं कोड घेरा लागेका संख्या लाई प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार समायोजन फाराममा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सुत्केरी जाँच र नवजात शिशु जाँचको संख्या सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
घरमा २ पटक (दोस्रो र तेस्रो पटक)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको “ सुत्केरी पछिको सेवा ” खण्डमा उल्लेख भएका जाँच पटक मध्ये जन्मेको ३ दिनमा र जन्मेको ७-१४ दिन भित्र गरी २ पटक घरमै जाँच गराउने सुत्केरी र नवजात शिशु को संख्या लाई प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार समायोजन फाराममा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ
३ पटक (२४ घण्टामा , ३ दिनमा र ७-१४ दिन भित्र)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको “ सुत्केरी पछिको सेवा ” खण्डमा उल्लेख भएका जाँच पटक मध्ये जन्मेको २४ घण्टामा , जन्मेको ३ दिनमा र जन्मेको ७-१४ दिन भित्र गरी ३ पटक जाँच गराउने सुत्केरी र नवजात शिशु को संख्या प्रोटोकल अनुसार ३ पटक भन्ने लहर बाट उतार गरी प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । दोस्रो र तेस्रो पटकको जाँच स्वास्थ्य संस्था वा घर जहाँसुकै भएको भए पनि यस महलमा गणना गर्नुपर्दछ ।
४ पटक (२४ घण्टामा, ३ दिनमा, ७ देखि १४ दिन भित्र र ४२ दिन)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको “ सुत्केरी पछिको सेवा ” खण्डमा उल्लेख भएका जाँच पटक मध्ये जन्मेको २४ घण्टामा , जन्मेको ३ दिनमा, जन्मेको ७-१४ दिन भित्र र जन्मेको ४२ दिनमा गरी ४ पटक जाँच गराउने सुत्केरी र नवजात शिशु को संख्या प्रोटोकल अनुसार ४ पटक भन्ने लहर बाट उतार गरी प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार सम्बन्धित महलमा छुट्टाछुट्टै लेख्नुपर्दछ । दोस्रो र तेस्रो पटकको जाँच स्वास्थ्य संस्था वा घर जहाँसुकै भएको भए पनि यस महलमा गणना गर्नुपर्दछ ।
मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु	
स्पष्टिकरण: मातृमृत्यु गणनालाई व्यवस्थित गर्न गर्भवती, प्रसूति तथा सुत्केरीपछिको सेवा लिन आएका मध्ये कुनै आमाको मृत्यु स्वास्थ्य संस्था बाहिर भएमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेवकसंग सोधपुछ/सुनिश्चित गरी अद्यावधिक गर्नु पर्दछ। साथै सुत्केरी पछिको घरभेटका क्रममा पनि मृत्युको अद्यावधिक गर्नु पर्दछ । गर्भवती, प्रसूति तथा सुत्केरी कुनै पनि सेवा लिन नआएका आमाहरू मध्ये कुनैको तोकिएको अवधिमा मृत्यु भएमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेवकसंग वा स्थानीयतहसंग समन्वय गरी मृत्युको विवरण अद्यावधिक गर्नु पर्दछ ।	
मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्था) (नोट: स्वास्थ्य संस्था मा भएको मातृ मृत्युसंख्या र complication wise death बराबर हुनु पर्दछ)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको मातृ मृत्यु मिति, अवस्था, स्थान र कारण लहर मा रहेको स्वास्थ्य संस्थामा अवस्था (गर्भवती, प्रसव वा सुत्केरी) अनुसार मातृ मृत्युको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
नवजात शिशु मृत्यु (स्वास्थ्य संस्था)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको नवजात शिशु मृत्यु लहर मा रहेको मिति (गते महिना र साल) सोही रजिष्टरको प्रसूति सेवा खण्ड प्रसूति मिति र समय महलमा

	उल्लेखित मितिको आधारमा मृत्युको अवधि गणना गरी ०-७ दिन भए महल ५ मा र ८-२८ दिन भए महल ६ मा चढाउनु पर्दछ ।
मातृ मृत्यु (स्वास्थ्य संस्था बाहेक)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको मातृ मृत्यु मिति र कारण खण्डको लहर मा रहेको स्थान भन्ने महलमा स्वास्थ्य संस्थाबाहेक अन्य स्थान (जस्तै बाटो, समुदाय, घर) भन्ने उल्लेख भएको भए सो को संख्यालाई आमाको मृत्यु गर्भवती, प्रसव वा सुत्केरी कुन अवस्थामा भएको हो, सोही अनुसार छुट्टा छुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुरक्षित गर्भपतन सेवा	
सेवा पाएका जम्मा महिला (<२० वर्ष र ≥२० वर्ष)	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर (HMIS 3.7) को महल नं. १७ अनुसार जाँचको बेला १२ हप्ता सम्म वा १२ हप्ता माथि कुन गर्भ अवधि हो र महल नं १८ अन्तर्गतको प्रक्रिया कोडअनुसार Medical Abortion वा Surgical Abortion कुन किसिमको गर्भपतन सेवाहो, समायोजन फाराममा छुट्टाछुट्टै गणना गरी २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दा माथिको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गर्भपतन सेवापश्चात् प.नि. साधन अपनाएका	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर(HMIS 3.7)को महल नं. ३१ अन्तर्गतको अपनाएको प.नि. साधन को कोड अनुसार गर्भपतन सेवापश्चात् सेवाग्राहीलाई कन्डम, पिल्स, डिपा/सायना प्रेसप्रयोग गरेको भए छोटो अवधिको र आई.यु.सी.डी., इम्प्लान्ट र बन्ध्याकरण गराएको भएलामो अवधिको Medical वा Surgical जुन प्रक्रियाबाट सेवादिइएको हो, सो गणना गरी गर्भको अवधि (१२ हप्ता सम्म वा १२ हप्ता माथि) अनुसार छुटाएर सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गर्भपतनका कारण भएको जटिलता	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर(HMIS 3.7)को महल नं. २०-२३ मा गर्भपतका कारण जटिलता सुनिश्चित भएको (गोलो घेरा लागेको) महिलाहरूको संख्या गणना गरि यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
PAC सेवापाएका (Induced/Spontaneous)	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टरको PAC सेवाग्राही अन्तर्गत महल नं २६ को १ नं कोडमा घेरा लागेकाहरूको संख्यालाई Induced मा र महल नं २७ को २ नं कोडमा घेरा लागेकाहरूको संख्यालाई Spontaneous मा गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

८. परिवार नियोजन कार्यक्रम

परिवार नियोजन कार्यक्रमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा रहेको पिल्स, गर्भ निरोधक सुई सेवा रजिस्टर (HMIS 3.2), आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर (HMIS 3.3) र बन्ध्याकरण सेवा रजिस्टर (HMIS 3.4) बाट ट्याली सिटमा उतार गरी तयार गर्नुपर्दछ । गाउँ-घरक्लिनिकबाट कन्डम वितरण गरेको बाहेक परिवार नियोजनका अन्य सेवाको अभिलेख स्वास्थ्य संस्थामा रहेको सम्बन्धित रजिस्टरमा अद्यावधिक हुने हुनाले गाउँ-घरक्लिनिकबाट दिइएको पिल्स र गर्भनिरोधक सुईको सेवा यस प्रतिवेदनमा जोड्नु हुँदैन ।

अस्थायी साधन	
नयाँ प्रयोगकर्ता	पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपो, सायना प्रेसको हकमापिल्स, गर्भ निरोधक सुई रजिस्टरको नयाँ प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या २० वर्ष मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दा माथिको उमेर समूह अनुसार गणना गरि प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ । आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टरको नयाँ प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या २० वर्ष मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दा माथिको उमेर समूह अनुसार गणना गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।
हाल अपनाइरहेका	पिल्स, डिपो, सायना प्रेसको हकमा, परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स तथा गर्भनिरोधक सुई) सेवा रजिस्टर (HMIS 3.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाकाप्रत्येक पानाको अन्तमा उल्लेख गरिएका

	<p>जम्मा हाल अपनाइरहेका प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या समायोजन गरी प्रतिवेदन फारामको हाल अपनाइरहेको सङ्ख्याको महलमा उतार गर्नुपर्दछ ।</p> <p>आई.यु.सी.डी .र इम्प्लान्टको हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर (HMIS 3.3) बाट रजिस्टरको महल नं. १८, १९,२० मा उल्लेख भएको साधन प्रभावकारी रहने अन्तिममिति र साधन भिकिएको विवरण अन्तर्गत महल २८, २९, ३०मा साधन भिकेको मिति उल्लेख गरेको आधारमा प्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँ प्रयोगकर्ता, पुनः प्रयोगकर्ता र साधन नभिकेका सबै सेवाग्राहीहरूको संख्या गणना गरी प्रतिवेदनको हाल प्रयोगकर्ताको महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
सेवा नियमित नभएका	<p>पिल्स, डिपो र सायना प्रेसको हकमा परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स तथा गर्भनिरोधक सुई) सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको प्रत्येक पानाको अन्तमा उल्लेख गरिएका जम्मा Discontinued सङ्ख्या समायोजन गरी प्रतिवेदन फारामको सेवा नियमित नभएका महलमा उतार गर्नुपर्दछ ।</p> <p>आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्टसेवा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको साधन भिकेको र अन्य संस्थामा साधन भिकेको जानकारी प्राप्त भएको संख्या गणना गरी चढाउनुपर्दछ ।</p>
साधन वितरण	<p>समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन:खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक कार्यक्रम (HMIS 9.2) बाट कन्डम वितरण गरेको सङ्ख्या र स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको कन्डमको सङ्ख्या जोडी प्रतिवेदनको कन्डम वितरण गरेको महलमा प्रतिवेदन चढाउनुपर्दछ ।</p> <p>पिल्स र गर्भ निरोधक सुई (डिपो, सायना प्रेस) को हकमा परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स तथा गर्भनिरोधक सुई) सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2)बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको प्रत्येक पानाको अन्तमा उल्लेख गरिएका साधन खर्च समायोजन गरी प्रतिवेदन फारामको साधनवितरण महलमाउतार गर्नुपर्दछ । आकस्मिक चक्कीको हकमा पिल्सतथा गर्भनिरोधक सुई सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2) को पछाडी रहेको आकस्मिक चक्की रजिस्टरको पाना बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा वितरण गरिएको जम्मा डोज संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।</p> <p>आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्टका हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा नयाँ तथा पुनःप्रयोगकर्ताको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
बन्ध्याकरण	
नयाँ प्रयोगकर्ता	<p>परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर (HMIS 3.4) को महल नं ६ बाट बन्ध्याकरण सेवाप्रदान गर्ने निकाय सरकारी वा गैह्र सरकारी र सेवा संचालनको महल नं. ७ र ८ बाट संस्थागत वा शिविरबाट बन्ध्याकरण सेवापाएका सेवाग्राहीहरूको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी महिला/पुरुष को सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p> <p>स्थायी बन्ध्याकरण सेवा शुरु गरेका नयाँ सेवाग्राहीहरूलाई १३ वर्षसम्म निरन्तर रुपमा सो सेवाको लगातार प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गरिने हुँदा बन्ध्याकरण सेवाप्राप्त गर्ने सेवाग्राहीहरूको अभिलेख सुरक्षित रुपमा राख्नुपर्दछ ।</p>
हाल अपनाइरहेका	<p>प्रतिवेदन महिनामा स्थायी बन्ध्याकरण सेवा पाएका नयाँ प्रयोगकर्ता (महिला/पुरुष) र गत महिनासम्मका स्थायी बन्ध्याकरण प्रयोगकर्ताहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । विगत १३ वर्षदेखि स्थायी बन्ध्याकरण गरेका सेवाग्राहीलाई सो सेवाको हाल प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गर्नुपर्दछ ।</p>
सुत्केरी पश्चात् प.नि. साधन अपनाएका	
सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र	<p>प्रतिवेदन महिनामा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा शुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राहीमध्ये आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर (HMIS 3.3) को साधन प्रयोग गर्दाको अवस्था अन्तर्गत महल नं. १५ मा गोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र प.नि. सेवालिका) आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टका नयाँ सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या र बन्ध्याकरण सेवा रजिस्टर (HMIS 3.4) बाट ट्युबेक्टोमी गरिएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष सम्म	<p>प्रतिवेदन महिनामा पिल्स/गर्भ निरोधक सुई (डिपो, सायना प्रेस) सेवा सुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राहीमध्ये परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपो, सायना प्रेस) सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2) को साधन राख्दाको अवस्था अन्तर्गत महल नं १६(सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष</p>

	<p>भिन्न) मा गोलो लगाएका प.नि. सेवा लिएका सेवा गणना गरि प्रतिवेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।</p> <p>त्यसैगरि, आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा शुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राहीमध्ये आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर (HMIS 3.3) को साधन राख्दाको अवस्था अन्तर्गत महल नं. १५ मागोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष भित्र) आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टका नयाँ सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या र बन्ध्याकरण सेवा रजिस्टर (HMIS 3.4) बाट साधन राख्दाको अवस्था अन्तर्गत महल नं. १८ मागोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष भित्र) ट्युबेक्टोमी गरिएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।</p>
--	---

९. प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता सेवा

प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा रहेको प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) बाट ट्याली सिटमा उतारेर तयार गर्नुपर्दछ।

पाठेघरको मुखको क्यान्सर	
३०-४९ वर्षको- Screened	प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) को पाठेघरको मुखको क्यान्सर खण्डको स्क्रिनिङ बिधि (महल नं १५-१७) बाट Screening गरेको ३०-४९ वर्षको महिलाहरूको संख्या स्क्रिनिङ बिधि अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
३०-४९ वर्षको – Positive	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening गरेको ३०-४९ वर्षको महिलाहरूको संख्या मध्ये Positive आएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न १८ बाट समायोजन फाराम मा उतार गरेर बिधि अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
५० वर्ष भन्दा माथी- Screened	प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8)को पाठेघरको मुखको क्यान्सर खण्डको स्क्रिनिङ बिधि (महल नं १५-१७) बाट Screening गरेको ५० वर्ष भन्दा माथिको वर्षको महिलाहरूको संख्या स्क्रिनिङ बिधि अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
५० वर्ष भन्दा माथी- Positive	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening गरेको गरेको ५० वर्ष भन्दा माथिको महिलाहरूको संख्या मध्ये Positive आएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न १८ बाट समायोजन फाराम मा उतार गरेर बिधि अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
Ablative Treatment गराएको (संख्यामा)	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening मा Positive आएका मध्ये Ablative Treatment (Thermocoagulation/Cyotherapy) बाट उपचार पाएका महिलाहरूको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न २२ बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
Colposcopy (संख्यामा)	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening मा Positive आएका मध्ये Colposcopy गराएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न २१ बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
स्तन क्यान्सर	
Screened	प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं २५-२७ बाट स्तन क्यान्सरको Screening गरेको महिलाहरूको संख्यालाई समायोजन फाराममा उतारेर उमेर अनुसार (<40, 40-70 yrs, >70 yrs) गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
Suspected	स्तन क्यान्सरको Screening गरेको महिलाहरू मध्ये Susspicious (suspected breast lumps) महिलाहरूको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं २९ बाट समायोजन फाराममा उतारेर उमेर अनुसार (<40, 40-70 yrs, >70 yrs) गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ।
आङ्ग खस्ने समस्या	
Screened	प्रजनन रूग्णता सेवा रजिष्टरमा आङ्ग खस्ने समस्या Screening गरीएको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ३१ देखि ३५ मध्ये कुनै एक मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा Screening गरीएको महिलाहरूको गणना गर्नुपर्दछ।
Prolapse पत्ता लागेको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्या Screening गरी Prolapse पत्ता लागेको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ३२ मा गोलो घेरा लागेका

	संख्याका आधारमा Stage 1 वा 2, महल नं ३३ मा लागेका घेराका आधारमा Stage 3 र महल नं ३४ मा लागेका गोलो घेराका आधारमा prolapse को Stage 4 मा भएका महिलाहरूको संख्या यकिन गरी प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ।
Ring Pessary लगाईएको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्या पहिचान गरी Ring Pessary लगाईएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) को महल नं ३७ बाट गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
प्रेषण गरेको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्या पहिचान गरी थप उपचारका लागि प्रेषण गरीएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8)को महल नं ४० बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
शल्यक्रिया गरेको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्याको शल्यक्रिया गरीएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8)को महल नं ३८ र ३९ बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
अब्सेट्रिक फिस्टुला	
Screened	प्रजनन रूग्णता सेवा रजिष्टरमा अब्सेट्रिक फिस्टुला Screening गरीएको महिलाहरूको संख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ४१ वा ४२ कुनै मध्ये एक मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा Screening गरीएको महिलाहरूको गणना गर्नुपर्दछ।
Suspected	प्रजनन रूग्णता सेवा रजिष्टरमा अब्सेट्रिक फिस्टुला Screening गरीएको महिलाहरू मध्ये अब्सेट्रिक फिस्टुला suspect गरीएको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ४२ मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा fistulasuspect भएका महिलाहरूको गणना गर्नुपर्दछ।
Referred	अब्सेट्रिक फिस्टुला suspect गरीएको संख्या मध्ये प्रेषण (refer) गरीएको महिलाहरूको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ४८ बाट गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
शल्यक्रिया	अब्सेट्रिक फिस्टुलाको शल्यक्रिया गरीएको महिलाहरूको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8)को महल नं ४३ देखि ४७ मध्ये कुनै एक मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा शल्यक्रिया गरीएको महिलाहरूको गणना गर्नुपर्दछ।

१०. गाउँघर क्लिनिक र समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रम

यस कार्यक्रम अन्तर्गतका विभिन्न सेवासंग सम्बन्धित सूचनाहरू गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिष्टर (HMIS ४.१) मा अभिलेख गरीएको हुन्छ सोहि रजिष्टरबाट समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम प्रतिवेदन (HMIS ९.२) मा प्रतिवेदन गरीएका सूचनाहरू मध्ये आवश्यक प्रतिवेदन सम्बन्धित महलमा हुबहु उतार गर्नुपर्दछ।

११. औलो निवारण कार्यक्रम

औलो कार्यक्रमको प्रतिवेदन औलो, कालाजार, प्रयोगशाला परीक्षण रजिष्टर (HMIS-5.2) र औलो उपचार रजिष्टर (HMIS-5.3), समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) तथा समुदायिक औलो स्वास्थ्यकर्मीहरूद्वारा उपलब्ध नमूना संकलन संख्यालाई समावेश गरी तयार गर्नुपर्दछ।

रक्तनमुना सङ्कलन (ए.सी.डी., पी.सी.डी.)	औलो, कृष्ठ र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS 5.2) को स्रोत अन्तर्गत ए. सी. डी. (स्वास्थ्यकर्मी घरदैलौमा नै पुगी रक्तनमुना सङ्कलन गरेको) महल (महल नं १७) बाट ए.सी.डी. र पी.सी.डी. (स्वास्थ्य संस्थामा नै रक्त नमुना सङ्कलन गरेको) महल (महल नं १८) बाट गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। साथै समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन HMIS 9.2 मा भएको रक्त तथा समुदायिक औलो स्वास्थ्यकर्मीहरूद्वारा उपलब्ध नमूना संकलन संख्यालाई समेत जोडी सम्बन्धित महलमा राख्नु पर्दछ।
परीक्षण तथानतिजा	
परीक्षण	Microscopy बाट मात्र
	औलो, कृष्ठरोग र कालाजारको प्रयोग शाला रजिष्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा कोड १ लेखिएको सङ्ख्यामात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ।

	RDTs बाटमात्र	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा कोड २ लेखिएको सङ्ख्या मात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
	Microscopy र RDT दुबैबाट	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर(HMIS 5.2) को महल १४ मा औलो रोग परीक्षणका लागि माइक्रोस्कोप र आर.डी.टि दुवै गरिएको भएमात्र यस कोड ३ लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
पोजेटिभ	Microscopyबाट मात्र	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४ कोड १ लेखिएकावाट महल १८ को परिक्षण नतिजामा Positive (पोजिटिभ) लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
	RDTs बाट मात्र	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४मा कोड २ लेखिएकावाट महल १८ को परिक्षण नतिजामा Positive (पोजिटिभ) लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
	Microscopy र RDT दुबैबाट	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा कोड ३ लेखिएकावाट महल १८ को परिक्षण नतिजामा Positive (पोजिटिभ) लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।

उपचार	
औलोको उपचार पाएकाविरामीको संख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3)को महल नं २८-३० मा उल्लेख भएको उपचार शुरु मितिको आधारमा उपचार पाएका बिरामीको संख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
उपचार पाएकामध्ये गर्भवतीको संख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3)को महल नं २८-३० मा उपचार शुरु मिति उल्लेख भएका मध्ये बाट महल नं १९ मा १ नं कोड लेखिएका बिरामीको संख्या मात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।

गर्भवती महिलालाई बितरित कीटनाशक भूलको संख्या	औलो सुक्ष्म स्तरीकरणले जोखिम देखाएका वडा तथा त्यससंग सिमाना जोडिएका क्षेत्रहरूमा बसोबास गर्ने गर्भवती महिलाहरूलाई त्यस क्षेत्रमा रहेको सरकारी स्वास्थ्य संस्थाद्वारा गर्भपरिक्षणका (पहिलो जाँचमा) बखत त्यस महिनाभरि उपलब्ध गराईएको कीटनाशक भूलको संख्यालाई जोडी यस महलमा राख्नु पर्दछ।
--	--

औलोको प्रकार	यो प्रतिवेदन तयार गर्न औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ९ र १० को उमेर (महिला, पुरुष), औलोको किसिममहल ३१ र वर्गीकरण महल ३२ बाट तयार गरिन्छ।	
PV (पी.भी.)	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) मापी.भी.(कोड १) र वर्गीकरण (महल ३२ मा स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्ष माथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। <i>नोट स्थानीय औलो रोगी भन्नाले नेपाल राज्यभित्र संक्रमित पोजेटिभ रोगीलाई बुझिन्छ।</i>
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) मापी.भी.(कोड १) र वर्गीकरण (महल ३२) मा आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्ष माथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। <i>नोट सामान्यतः नेपाल राज्यभन्दा बाहिरबाट आएका मानिसहरूमा १ महिना भित्रज्वरो आई जाँचगर्दा औलो पोजेटिभ देखिएमा आयातित मानिन्छ।</i>
RelapsePV	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) मा Relapse (कोड ४) र वर्गीकरण (महल ३२) मा स्थानीय (कोड १)

		भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्ष माथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) मा Relapse (कोड ४) र वर्गीकरण (महल ३२) मा आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्ष माथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

PF (पी.एफ.)	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) मा पी.एफ.(कोड २) र वर्गीकरणमा (महल ३२) स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) मा पी.एफ.(कोड २) र वर्गीकरणमा (महल ३२) आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Plasmodium Mixed (PV+PF) (पी.मिक्स)	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) मा पी.मिक्स (कोड ३) र वर्गीकरणमा (महल ३२) स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) मा पी.मिक्स (कोड ३) र वर्गीकरणमा (महल ३२) आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Others (Ovale, Malariae, Knowlesi, etc.) अन्य	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) मा अन्य (कोड ५) र वर्गीकरणमा (महल ३२) स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) मा अन्य (कोड ५) र वर्गीकरणमा (महल ३२) आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वा ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
औलो विरामीको जम्मा संख्या	निश्चित गरिएको सामान्य औलो विरामीको सङ्ख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) बाट परीक्षण पश्चात् मलेरिया निश्चित गरिएको सामान्य औलो विरामीको सङ्ख्या लिङ्ग तथा उमेर समूह अनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ । यसका लागि HMIS ५.३ रजिष्टरको ३३ देखि ३५ सम्मको महलमा उपचार निश्चित गरीएको व्यक्ति गणना गरी सामान्य औलो विरामीको संख्या सुनिश्चित गर्नुपर्दछ ।
	निश्चित गरिएको सिकिस्त औलो विरामीको सङ्ख्या	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएका सिकिस्त औलो विरामीको जम्मा सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ५२ मा सुनिश्चित गरिएको विरामीको सङ्ख्या लिङ्ग तथा उमेर समूह अनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
मृत्यु संख्या	पि.भि.	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएका औलो विरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ३१ बाट औलोको किसिम नयाँ पि.भी तथा Relapse, छुट्याई स्वदेशी भए महल ५३ र विदेशी भए महल ५४ को मृत्यु सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पि .एफ	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएका औलो विरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ३१ बाट औलोको किसिम पि.एफ., छुट्याई स्वदेशी भए महल ५३ र विदेशी भए महल ५४ को मृत्यु सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पि.मिक्स	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएका औलो विरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ३१ बाट औलोको किसिम पि.मिक्स., छुट्याई स्वदेशी भए महल ५३ र विदेशी भए महल ५४ को मृत्यु सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

	अन्य	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएका औलो विरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS 5.3) को महल ३१ बाट औलोको किसिम अन्य छुट्ट्याई स्वदेशी भए महल ५३ र विदेशी भए महल ५४ को मृत्यु सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
--	------	---

१२. कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रम

कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रमको प्रतिवेदन कुष्ठ, औलो, कालाजार, प्रयोगशाला परीक्षण रजिष्टर (HMIS-5.2), औलो बर्गिकरण तथा उपचार रजिष्टर (HMIS 5.3), र गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर (HMIS-4.1), बाट संकलन गरी तयार गर्नुपर्दछ।

सूचक/महल	निर्देशन
Age/Sex (उमेर/लिंग)	उपचार रजिष्टर HMIS-5.3 बाट ५ वर्ष भन्दा मुनि र ५ वर्ष भन्दा माथि उमेर समूह छुट्ट्याई लिंग अनुसार स्वदेशी भए जिल्ला भित्रको वा बाहिरको र विदेशीको छुट्ट्याउँदै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
निदानको तरिका	उपचार रजिष्टर HMIS-5.3 बाट RK39, BM, SP वा अन्य कसरी निदान गरीएको हो स्वदेशी भए जिल्ला भित्रको वा बाहिरको र विदेशीको छुट्ट्याउँदै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
उपचार	उपचार रजिष्टर HMIS-5.3 बाट उपचार गरीएको संख्या Liposomal Amphotericin B/Miltefosine भए L ₁ A/M को महलमा वा अन्य औषधि बाट भएको भए अन्य महलमा स्वदेशी (जिल्ला भित्रको वा बाहिरको) र विदेशी विरामीको छुट्ट्याउँदै गणना गरी चढाउनु पर्दछ ।
मृत्यु	उपचार रजिष्टर HMIS-5.3 बाट मृत्यु भएको संख्या लिङ अनुसार छुट्ट्याएर स्वदेशी (जिल्ला भित्रको वा बाहिरको) र विदेशी विरामीको छुट्ट्याउँदै गणना गरी चढाउनु पर्दछ ।

१३. कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम

कुष्ठरोग प्रतिवेदन तयार गर्न कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (HMIS-5.5), कुष्ठरोग परीक्षण र उपचार कार्ड (HMIS-5.4) र औलो, क्षय कुष्ठ, कालाजार र एच.आई.भि. एड्स रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS-5.2) हेर्नु पर्दछ । क्र.स. १३.१ को (गत महिनाको अन्तमाजम्मा विरामी) चढाउँदा प्रतिवेदन गर्ने भन्दा अघिल्लो महिनाको प्रतिवेदनको-महिनाको अन्त्यमाजम्मा विरामी (सि.नं. १३.१४) को महलबाट ल्याई उक्त सख्या चढाउनु पर्दछ ।

सूचक/महल	निर्देशन
एम.बी र पी. बी.	मासिक प्रतिवेदन निकाल्दा एम्.बी. र पी.बी. विरामीको महिला र पुरुषको जम्मा संख्या छुट्ट्याउँदै निकाली जुन-जुन महलको निकालिएको हो, सोही महलमा लेख्नु पर्दछ।
१३.१	गत महिनाको अन्तमाजम्मा विरामीको संख्या अघिल्लो महिनाको प्रतिवेदन HMIS १.३ को महिनाको अन्तमाजम्मा विरामीको संख्या भन्ने महलमा भए अनुसार एम.बि. र पि. बि. विरामीको संख्यालाई लिङ्ग (पुरुष/ महिला) अनुसार उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
१३.२	कहिल्यै पनि दर्ता नगरेका नयाँ विरामी (New Cases) कहिल्यै पनि पहिले दर्ता नगरेका नयाँ विरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट रजिष्टरमा थप भएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. १ गणना गरी विरामीहरूको संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.३	पुनः रोग बल्झिएका विरामी (Relapsed Cases) पुनः रोग बल्झिएका विरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमा थपभएका तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. ४ गणना गरी विरामीहरूको संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.४	फेरि उपचार सुरु गरेका विरामी (Restarter) फेरि उपचार सुरु गरेका विरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमा थपभएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. ३ गणना गरी विरामीहरूको जम्मा संख्या चढाउनु पर्दछ ।

१३.५	स्थानान्तरण भई आएका विरामी (Transferred In)	स्थानान्तरण भई आएका विरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमा थपभएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. २ गणना गरी विरामीहरूको संख्या चढाउनुपर्दछ ।
१३.६	अन्य थप भएका विरामी (Other addition)	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमा थपभएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. ५ गणना गरी माथि उल्लेखित भन्दा अन्य कुनै कारण जस्तै classification change आदि कारणले थप भएको विरामीको संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.७	जम्मा विरामी संख्या	१३.१ देखि १३.६ सम्मको कुलजम्माविरामी संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.८	यस महिनामा उपचार लिन आएका जम्मा विरामीहरूको संख्या	कुलजम्मा विरामीमध्ये यस महिनामा उपचार लिएका विरामीहरूको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (HMIS 5.5) महल १६ देखि २७ मध्ये प्रतिवेदन गरीने महिनाको महलबाट गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.९	निर्देशन अनुसार उपचार पूरा गरेका	उपचार लिइरहेका विरामीहरूमध्ये यस महिनामा निर्देशन अनुसार उपचार पूरा गरेका विरामीहरूको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महल(महल ३३) को RFT जनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.१०	स्थानान्तरण भई अन्यत्रगएका विरामीहरू	यस स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भई उपचार गराइरहेका कुष्ठरोगका विरामी अर्को स्वास्थ्य संस्थामा उपचार लिनको लागि स्थानान्तर भई गएका विरामीहरूको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महलको T Out जनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.११	फलोअप नभएका विरामीहरू	उपचार गराइरहेका कुष्ठरोगका विरामी बीचैमा उपचार छोडेमा वा स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्कमा नभएकाको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महल (महल ३३) को LF जनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.१२	अन्य घटाइएका विरामीहरू	अन्य घटाइएको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महल (महल ३३) को OD जनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.१३	जम्मा घटाइएको विरामी संख्या	१३.९ देखि १३.१२ सम्मको घटाइएका कुल जम्माविरामी संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.१४	महिनाको अन्तमाजम्मा विरामी संख्या	यस महलमा अधिल्लो महिनाको अन्तमा रहेका जम्मा विरामी संख्या, यस महिनामा थपिएका विरामी संख्या (New patient+Relapse+Re-starter+Transfer-in+Other addition) विरामीहरूको कुलजम्मा (१३.७) बाट जम्मा घटाइएका (१३.१३) (RFT+Transferout+Lost to follow up+Other deduction) विरामीहरू घटाई आउने संख्या लेख्नुपर्दछ ।
१३.१५	नयाँ विरामी ५.२ मध्ये ०-१४ वर्षका विरामीको संख्या	नयाँ विरामीहरू (१३.२) मध्ये ०-१४ वर्षका विरामीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३.१६	महिनाको अन्तमा ०-१४ वर्षका विरामीको जम्मा संख्या	महिनाको अन्तमा रहेका जम्मा विरामीहरूमध्ये ०-१४ वर्षका विरामीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३.१७	नयाँ विरामी (१३.२) मध्ये स्मेयर जाँच गर्नेको संख्या	यस महिनामा थपिएका नयाँ विरामीहरूमध्ये स्मेयर जाँच गरेका विरामीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१३.१८	नयाँ विरामीहरूमा स्मेयर जाँचको मध्ये कीटाणु देखिएको संख्या	नयाँ स्मेयर जाँचेका विरामीमध्ये कीटाणु देखिएकाजम्मा विरामीहरूको संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

१३.१९	लेप्रा रियाक्सन	उपचारको समयमा रियाक्सन निदान भएका विरामीमध्ये Type 1 वा Type 2 र Neuritis को संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर HMIS ५.५ को महल १३ र १४ बाट उतारी लेख्नु पर्दछ ।
१३.२०	अल्सर देखा परेका विरामीको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीमा निदानको बेला वा उपचारको अवधि वा त्यस पश्चात कुनै पनि भागमा घाउ देखिएमा ulcer को बिरामीको संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.२१	सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने Index विरामीको संख्या	कुष्ठरोगका बिरामी मध्ये यस महिना कतिजना विरामीको सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने हो , सो संख्या चढाउनु पर्दछ। सो संख्या active case detection निर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्ने छ ।
१३.२२	सम्पर्क परिक्षण भएका Index विरामीको संख्या	कुष्ठरोगका बिरामी मध्ये यस महिना जम्मा कति जना बिरामीको सम्पर्क परिक्षण भएको हो , सो संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.२३	सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने व्यक्ति (contacts) को संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ । सो संख्या active case detection/ LPEP निर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्ने छ ।
१३.२४	सम्पर्क परिक्षण गरीएका व्यक्ति (contacts) को संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परिक्षण गरीएका परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.२५	सम्पर्क परिक्षणबाट पत्ता लागेको नयाँ बिरामीको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आई सम्पर्क परिक्षण गरीएका परिवार तथा छिमेकी सदस्य मध्ये नयाँ बिरामी पत्ता लागेको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.२६	विदेशी नयाँ विरामी संख्या	नेपाल बाहेक अन्य देशका नयाँ बिरामीले उपचार सेवालिएको भएमा गणना गरी चढाउनु पर्दछ ।
असमर्थताको श्रेणी		
नयाँ विरामीहरूको संख्या	श्रेणी ०/ श्रेणी १/ श्रेणी २/ नजाँचेको	नयाँ विरामीहरू मध्ये असमर्थता क्रम ०, १ वा २ श्रेणी वा नजाँचेका विरामीको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यसको महल २,३,४ र ५ जोडदा कुल नयाँ बिरामी (१३.२) संग बराबर हुनुपर्दछ ।
०-१४ वर्षका नयाँ विरामीको संख्या	श्रेणी ०/ श्रेणी १/ श्रेणी २/ नजाँचेको	नयाँ विरामीहरू मध्ये ०-१४ वर्ष उमेरका असमर्थता क्रम ०,१ वा २ श्रेणी वा नजाँचेका विरामीको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यसको महल २,३,४ र ५ जोडदा ०-१४ वर्षका नयाँ बिरामीको संख्या (१३.१५) संग बराबर हुनुपर्दछ ।
कोहर्ट प्रतिवेदन		
नयाँ दर्ता गरिएका विरामी, जम्मा RFT भएका, जम्मा lost to follow up , अन्य घटाइएका, हाल उपचारमा रहेका बिरामी	एम.बी. विरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन	१८ महिना अगाडि रजिष्टरमा नयाँ दर्ता भएका जम्मा विरामीहरू नयाँ दर्तामा लेख्ने । ति मध्ये कति जना निर्देशन अनुसार उपचारबाट मुक्त भए? कति जना उपचार बीचमा नै छाडी डिफल्टर भए? कति जना अन्य घटाइए र कति जना अभै उपचारमा रहेका छन्? सो उपचार रजिष्टरबाट संख्या निकाली सोही महलमा चढाउनु पर्दछ । जस्तै: २०७७ साल श्रावण महिनामा दर्ता भएका विरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन २०७८ साल माघ महिनाको प्रतिवेदनमा निकाल्नु पर्दछ ।
	पी.वी. विरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन	९ महिना अगाडि रजिष्टरमा नयाँ दर्ता भएका जम्मा विरामीहरू नयाँ दर्तामा लेख्ने । तिमध्ये कति जना निर्देशन अनुसार उपचारबाट मुक्त भए? कति जना उपचार बीचमा नै छोडी Loss to Follow Up भए? कति जना अन्य घटाइए र कति जना अभै उपचारमा रहेका छन्? सो संख्या उपचार रजिष्टरबाट संख्या निकाली सोही महलमा चढाउनु पर्दछ ।

क्र.स	विवरण	एम.वी	पी.वी	जम्मा
१	MB को १८ महिना अगाडी र पी.वी.को ९ महिना अगाडी नयाँदस्ता विरामी संख्या			
२	उपचारबाट मुक्त: संख्या र प्रतिशत (.... %) (.... %) (.... %)
३	फलोअप नभएका विरामीको : संख्या र प्रतिशत (.... %) (.... %) (.... %)
४	अझै उपचारमा रहेका :संख्या र प्रतिशत (.... %) (.... %) (.... %)
५	अन्य : संख्या र प्रतिशत (.... %) (.... %) (.... %)

१४. पुनर्स्थापना सेवा

पुनर्स्थापना सेवाको मासिक प्रतिवेदन पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर (HMIS५.६) रजिष्टर बाट संकलित सूचनाको आधारमा तयार गर्नुपर्दछ ।

सूचक	महल	निर्देशन
पुनर्स्थापना सेवा लिएका नयाँ, पुरानो र विदेशी व्यक्तिहरुको संख्या	सेवाग्राहीको संख्या	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ, पुरानो र विदेशी सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । नयाँ विरामीको संख्या गणना गर्दा विदेशी विरामीको संख्या समेत जोडेर जनाउनुपर्दछ ।
पुनर्स्थापना सेवा पाएका जातजाति संख्या	जातजाति	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटका जातजाति (दलित, जनजाति, मधेशी, मुस्लिम, ब्राहमण/क्षेत्री, अन्य) अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विकार/अपाङ्गताको प्रकारका आधारमा पुनर्स्थापना सेवा पाएका व्यक्तिहरुको संख्या	विकार/अपाङ्गताको प्रकार	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर विकार/अपाङ्गताको प्रकार र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
पुनर्स्थापना सेवा पाएका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरुको संख्या	अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
पुनर्स्थापना सेवापाएको विभिन्न उमेर समुहका व्यक्तिहरुको संख्या	उमेर	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर उमेर र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
कार्य क्षमता (Functioning) का विभिन्न क्षेत्रहरुमा समस्या भएका व्यक्तिहरुको संख्या	कार्य क्षमता(Functioning)	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर कार्य क्षमताको क्षेत्र अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विभिन्न कारणको आधारमा स्वास्थ्य समस्या भएका व्यक्तिहरुको संख्या	स्वास्थ्य समस्याको कारण	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर स्वास्थ्य समस्याको कारण अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विभिन्न प्रकारको पुनर्स्थापना सेवा पाएका व्यक्तिहरुको संख्या	सेवाको प्रकार	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर स्वास्थ्य सेवापाएको अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विभिन्न प्रकारको सहायक सामग्री आवश्यक भएका व्यक्तिहरुको संख्या	सहायक सामग्रीआवश्यक	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर कृत्रिम अङ्ग तथा सहायक उपकरणको आवश्यकता अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विभिन्न प्रकारको सहायक सामग्री पाएका व्यक्तिहरुको संख्या	सहायक सामग्री प्राप्त	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर कृत्रिम अङ्ग तथा सहायक उपकरणको प्राप्त भएको अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

निदान (Diagnosis) अनुसार पुनर्स्थापना सेवा पाउने व्यक्तिहरूको संख्या	निदान (Diagnosis)	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर निदान (Diagnosis) को ICD कोडको Chapter अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सहायक सामग्री पाएका श्रोत अनुसार व्यक्तिहरूको संख्या	सहायक सामग्री प्राप्त भएको श्रोत	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर कृत्रिम अङ्ग तथा सहायक उपकरण प्राप्त भएको श्रोत अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवाबाट प्रेषण भई आएका व्यक्तिहरूको संख्या	प्रेषण भई आएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवाबाट प्रेषण भई आएको संख्या छुट्टाछुट्टै सेवा अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवामा प्रेषण गरिएका व्यक्तिहरूको संख्या	प्रेषण गरिएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवातिर प्रेषण गरिएको संख्या छुट्टाछुट्टै सेवा अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सेवा पाएको सेसन संख्या अनुसार सेवाग्राहीको संख्या	सेवा पाएको सेसन संख्या अनुसार सेवाग्राहीको संख्या	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ र पुरानो दुवै सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर सेवा पाएको सेसन संख्या अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
अन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण भई आएका व्यक्तिहरूको संख्या	प्रेषण भई आएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर अन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण भई आएको संख्या कुन प्रकारको अस्पताल/स्वास्थ्य चौकी/केन्द्र/व्यक्तिहो छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
अन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण गरिएका व्यक्तिहरूको संख्या	प्रेषण गरिएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर अन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण गरिएको संख्या कुन प्रकारको अस्पताल/स्वास्थ्य चौकी/केन्द्र/व्यक्तिहो छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जम्मा भर्ना भएको सेवाग्राही संख्या	भर्ना भएको जम्मा संख्या	पुनर्स्थापना सेवालिन आउने उद्देश्यले भर्ना हुने सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटमा गणना गरी जम्मा सेवाग्राहीको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जम्मा डिस्चार्ज भएको सेवाग्राही संख्या	डिस्चार्ज भएको जम्मा संख्या	पुनर्स्थापना सेवालिन आउने उद्देश्यले भर्ना भइ पुनर्स्थापना सेवा पुरा गरी डिस्चार्ज भएको सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटमा गणना गरी डिस्चार्ज भएको जम्मा सेवाग्राहीको संख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सेवा पाएको दिन अनुसार सेवाग्राहीको संख्या	सेवापाएको दिन	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ र पुरानो दुवै सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर सेवापाएको दिन अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

१५. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

क्षयरोग निदान तथा उपचार सेवाको प्रतिवेदन मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (HMIS 9.3) मार्फत एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन प्रणालीमा मासिक रूपमा गर्नु पर्दछ। स्वास्थ्य संस्था (उपचार केन्द्र)ले क्षयरोग निदान तथा उपचार पश्चात सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टर, स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) र स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको, औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर, सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर, क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर आदिमा अभिलेख गरिएको क्षयरोग सेवाको तथ्यांक ट्याली सीट मार्फत एकीकृत गरी मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराममा चढाउनु पर्दछ।

खण्ड १ दर्ता वर्गिकरण:

Case Registration (1)												
Type of TB	New		Relapse		TAF*		TALF**		OPT***		UPTH****	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pulmonary (BC)												
Pulmonary (CD)												
Extra Pulmonary												

Case Registration_Pulmonary (BC)_New:

स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण नया (New) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महल मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १५ को New बिरामीको सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) Relapse: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Relapse हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महल मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १६ को Relapse बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ४ र ५ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) TAF: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Treatment after Failure (TAF) हो भने जम्मा सङ्ख्या यस महलमा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १७ को TAF बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ६ र ७ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) TALF: स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण Treatment after Loss to Followup (TALF) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महल मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १८ को TALF बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ८ र ९ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) OPT: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण Other Previously Treated (OPT) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महलमा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १९ को OPT बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं १० र ११ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) UPTH: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण Unknown Previous Treatment History (UPTH) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महल मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. २० को UPTH बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं १२ र १३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (CD): स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PCD छानि, माथि उल्लेख भएको Case Registration_Pulmonary (BC) भर्ने तरिका अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. १३ PCD क्षयरोगका बिरामी अनुसार माथि उल्लेख भएको Case Registration_Pulmonary (BC) भर्ने तरिका अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ ।

Case Registration_ExtraPulmonary: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम EP छानि, माथि उल्लेख भएका Case Registration_Pulmonary (BC) भर्ने तरिका अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.१४ EP क्षयरोगका बिरामी अनुसार माथि उल्लेख भएको Case Registration_Pulmonary (BC) भर्ने तरिका अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ ।

खण्ड २ प्रेषण

Referred_PBC_Self:स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र Referred “Self” भएको जम्मा सङ्ख्या एस महल लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. ७ को Self महलको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ मा चढाउनु पर्दछ।

Referred (2)				
Type of TB	Self	Private Sector	Community	Contact Investigation
1	2	3	4	5
Pulmonary (BC)				
Pulmonary (CD)				
Extra Pulmonary				

Referred_PBC_Private: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र Referred “Private Sector” भएको जम्मा सङ्ख्या एस महल लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. ८ को Private sector महलको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ३ चढाउनु पर्दछ ।

Referred_PBC_Communitiy: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र Referred “Community” भएको जम्मा सङ्ख्या एस महल लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. ९ को Community महलको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ४ मा चढाउनु पर्दछ ।

Referred_PBC_Contact_Investigation: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस.टि.बि) अनुसार किसिम PBC र Referred “Contact Investigation” भएको जम्मा सङ्ख्या एस महल लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १० को Contact Investigation महलको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल न ५ मा चढाउनु पर्दछ।

Referred_PCD_Self, Referred_PCD_Private, Referred_PCD_Communitiy: माथि PBC बिरामीको प्रतिवेदन तयार गरे अनुसार गर्नु पर्दछ।

Referred_EP_Self, Referred_EP_Private, Referred_EP_Communitiy: माथि PBC बिरामीको प्रतिवेदन तयार गरेअनुसार गर्नु पर्दछ।

Referred_PCD_Contact_Investigation&Referred_EP_Contact_Investigation : माथि PBC बिरामीको प्रतिवेदन तयार गरेअनुसार गर्नु पर्दछ।

खण्ड ३ उमेर समूह

Age Group_New(All): स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस.टि.बि) अनुसार किसिम PBC, PCD, EP रदता बर्गिकरण New भएको जम्मा सङ्ख्या लाई उमेर अनुसार छुट्टाइएस खण्डको महल नं. २

Type of TB	Age group (3)															
	0-4 Yrs		5-14 Yrs		15-24 Yrs		25-34 Yrs		35-44 Yrs		45-54 Yrs		55-64yrs		65 > Yrs	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
New (All)																
Relapse (All)																
Other (All)																

देखि १७ सम्ममहिला र पुरुष अनुसार छुट्टाइए लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष र उमेर अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं. १२ PBC महल नं. १३ PCD र महल नं. १४ EP क्षयरोगका बिरामीको सङ्ख्या सोही रजिष्टरको महल नं. १५ New को जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्मका महलमा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाइए लेख्नु पर्दछ।

Age Group_Relapse (All): स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस.टि.बि) अनुसार किसिम PBC, PCD, EP रदता बर्गिकरण Relapse भएकोजम्मा सङ्ख्या लाई उमेर अनुसार छुट्टाइएस खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्म महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाइए लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष र उमेर अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं. १२ PBC महल नं. १३ PCD र महल नं १४ EP क्षयरोगका बिरामीको सङ्ख्या सोही रजिष्टरको महल नं. १६ Relapse को जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्मका महलमा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाइए लेख्नु पर्दछ।

Age Group_Others (All): स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस.टि.बि) अनुसार किसिम PBC, PCD, EP रदता बर्गिकरण अन्य (TAF, TALE, OPT, UPTH) भएको जम्मा सङ्ख्या लाई उमेर अनुसार छुट्टाइ यस खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्म महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाइए लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष र उमेर अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं. १२ PBC महल नं. १३ PCD र महल नं १४ EP क्षयरोगका बिरामीको सङ्ख्या सोही रजिष्टरको महल नं. १७, १८, १९ र २० को जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्मका महलमा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाइए लेख्नु पर्दछ।

खण्ड ४ सम्पर्क परीक्षण र क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार

Contact_Investigation and TPT_Index_TB_Cases:

सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको Detail of Index Case भागको SN महलको जम्मा जोड सङ्ख्या यस खण्डको महल १ लेख्नु पर्दछ।

Index TB Cases	Contact Investigation and TB Preventive Therapy (4)						
	No. family Members		Members Investigated		Diagnosed with TB	Eligible for TBPT	Enrolled on TBPT
	Child	Adult	Child	Adult			
1	2	3	4	5	6	7	8

Contact Investigation and TPT_ No of Family Members:

सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको Detail of Index Cases भागको No of Family Members बाट बालबालिका र वयस्क अनुसारको जम्मा परिवार सदस्य सङ्ख्या यस खण्डको महल २ र ३ मा बालबालिका र वयस्क अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Contact Investigation and TPT_ No of Family Members Investigated: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको No of Family Members Investigated अन्तर्गत महल नं. २ महिला र महल नं. ३ पुरुष अनुसार पूरा गरेका उमेरका आधारमा बालबालिका तथा वयस्कको सङ्ख्या सम्भावित क्षयरोग भएको र खकार संकलन गरी परीक्षण गर्न पठाएको (महल ६ को कोड न. १) वा बिरामीलाई सिधै परीक्षण गर्न पठाएकाहरूको (महल ७ को कोड न. २) का आधारमा गणना गरी यस खण्डको महल ४ र ५ मा बालबालिका र वयस्क अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Contact Investigation and TPT_ Diagnosed with TB: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं. २ महिला र महल नं. ३ पुरुषको जम्मा सङ्ख्या अनुसार र सोही रजिष्टरको अन्तर्गत महल नं. ९ अनुसारको सङ्ख्या गणना गरी यस खण्डको महल ६ मा लेख्नु पर्दछ।

Contact Investigation and TPT_ Eligible for TPT: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं. २ महिला र महल नं. ३ पुरुषको जम्मा सङ्ख्या अनुसार र सोही रजिष्टरको अन्तर्गत महल १२ अनुसारको सङ्ख्या गणना गरी यस खण्डको महल ७ मा लेख्नु पर्दछ।

Contact Investigation and TPT_ Enrolled on TPT: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं. २ महिला र महल नं. ३ पुरुषको जम्मा सङ्ख्या अनुसार सोही रजिष्टरको अन्तर्गत महल १३ अनुसारको सङ्ख्या गणना गरी यस खण्डको महल ८ मा लेख्नु पर्दछ।

खण्ड ५ उपचार रेजिमिन

नोट: Regimen अध्यावधिक गर्दा Transfer In बिरामीको पनि गणना गर्नु पर्दछ।

Age Group	Treatment Regimen (5)							
	2HRZE+ 4HR		2 HRZE + 7 HRE		6HRZE		6 HRZE+ Lfx	
	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Child (0-14)								
Adults (>14)								

Treatment Regimen_Age Group_Child_2HRZE+4HR: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार प्रयोग गरिएको उपचार Regimen महलको Child बक्स १ र ३ मागोलो (○) सङ्केत महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.१/२ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं. २१ Child समूहको महल नं. २३ 2HRZE+4HR को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment Regimen_Age Group_Child_ 2HRZE+7HRE: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार प्रयोग गरिएको उपचार Regimen महलको Child बक्स २ मा गोलो (○) सङ्केत र महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.४ र ५ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं. २१ Child समूहको महल नं. २४ 2HRZE+7 HRE को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ र ५ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment Regimen_AgeGroup_Child_ 6HRZE: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार प्रयोग गरिएको उपचार Regimen महलको Child बक्स ५ र ६ मागोलो (○) सङ्केत महिलापुरुष

को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्याइ यस खण्डको महल नं. ६ / ७ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार र सोही रजिष्ट्रको महल नं. २१ Child समूहको महल नं. २५ 6HRZE को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ र ७ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment Regimen_Age Group_Child_ 6HRZE+Lfx: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार प्रयोग गरिएको उपचार Regimen महलको Child बक्स ४ मागोलो (○) सङ्केत महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं. ८ र ९ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रको]] महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार र सोही रजिष्ट्रको महल नं. २१ Child समूहको महल नं. २६ 6HRZE+Lfx को सङ्ख्या यस खण्डको महल ८ र ९ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment Regimen_AgeGroup_Adult: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार प्रयोग गरिएको उपचार Regimen महलको Adult बक्स मागोलो (○) सङ्केत र महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या माथि Treatment Regimen_Age Group_Child भन्ने तरिका अनुसार भर्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार र सोही रजिष्ट्रको महल नं. २२ Adult समूहको सङ्ख्या माथि Treatment Regimen_AgeGroup_Child भन्ने तरिका अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ ।

खण्ड ६ औषधी प्रभावकारिता परीक्षण

DST of TB Patient_Xpert MTB/RIF_New : संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार उपचारका लागि नया बर्गिकरण मा दर्ता भएका बिरामीहरूको DST Status अन्तर्गत Xpert MTB/RIF को महल Yes भएको जम्मा सङ्ख्यालाई गणना गरी एस खण्ड को महल २ मा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रको महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं ४२ DST During Diagnosis/ treatemt_Xpert MTB/RIF को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ लेख्नु पर्दछ ।

DST of TB Patient (6)		
TB Cases	Xpert	LPA
1	2	3
New		
Re-teat		

DST of TB Patient_Xpert MTB/RIF_Re-treat. : संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार उपचारका लागि Re-treatment (Relapse, TAF, TALF, OPT, UPTH) बर्गिकरण मा दर्ता भएका बिरामीहरूको DST Status अन्तर्गत Xpert MTB/RIF को महल Yes भएको जम्मा सङ्ख्यालाई गणना गरी एस खण्ड को महल २ मा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रको महल नं १६ Registration Catatory_Relapse, महल नं १७ Registration Catatory_TAF, महल नं १८ Registration Catatory_TALF, महल नं १९ Registration Catatory_OPT र महल नं २० Registration Catatory_UPTH अनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं ४२ DST During Diagnosis/ treatemt_Xpert MTB/RIF को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ ।

DST of TB Patient_LPA_New : संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार उपचारका लागि नया बर्गिकरण मा दर्ता भएका बिरामीहरूको DST Status अन्तर्गत LPA को महल Yes भएको जम्मा सङ्ख्यालाई गणना गरी एस खण्ड को महल ३ मा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रको महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं ४३ DST During Diagnosis/ treatemt_LPA को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ लेख्नु पर्दछ ।

DST of TB Patient_LPA_Re-treat. : संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार उपचारका लागि Re-treatment (Relapse, TAF, TALF, OPT, UPTH) बर्गिकरण मा दर्ता भएका बिरामीहरूको DST

Status अन्तर्गत LPA को महल Yes भएको जम्मा सङ्ख्यालाई गणना गरी एस खण्ड को महल ३ मा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं १६ Registration Catatory_Relapse, महल नं १७ Registration Catatory_TAF, महल नं १८ Registration Catatory_TALE, महल नं १९ Registration Catatory_OPT र महल नं २० Registration Catatory_UPTH अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४३ DST During Diagnosis/ treatemt_LPA को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड ७ सम्भावित क्षयरोगका विरामी

Presumptive TB Cases: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं.५ महिलाको र महल नं.६ पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Sex	Presumptive TB cases	Presumptive TB (7)					
		Screened by		Diagnosed		Enrolled	
		X-ray	Symptoms	DS TB	DR TB	DS TB	DR TB
1	2	3	4	5	6	7	8
Female							
Male							

Presumptive TB_Screenedby_X-ray:

सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं Screened by X-ray को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Presumptive TB_Screenedby_Symptoms: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं Screened by Symptoms को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Presumptive TB_Diagnosed_DS TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार रजिष्टरको महल नं Diagnosed DS TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Presumptive TB Diagnosed DR TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल न + Diagnosed DR TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Presumptive TB_Enrolled_DS TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं.५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल न + Enrolled DS TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ७ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Presumptive TB_Enrolled_DR TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं Enrolled DR TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ८ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

खण्ड ८ खकार परीक्षण (माइक्रोस्कोपी)

नोट: यो खण्ड माइक्रोस्कोपी सेवा उपलब्ध भएका संस्थाहरूले मात्रै भर्नुपर्दछ ।

Sputum Smear Examination by Microscopy_Positive:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी) को महल नं ५ महिला र महल नं ६ पुरुष र सोही रजिष्टरको महल न १४ Purpose of Test _Diagnosis अनुसार सोही रजिष्टरको महल १६ Slide A Result र महल १७ Slide B result बाट आएको Positive को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Sex	Sputum Smear Examination by Microscopy (8)	
	No.of Presumptive TB Examined (Person)	
	Positive	Negative
1	2	3
Female		
Male		

थप व्याखा: Slide A र Slide B दुवैको Result Positive भएमा वा Slide A र Slide B मध्ये कुनै एकको Result Positive भएमा Positive अभिलेख गर्नु पर्दछ ।

Sputum Smear Exam. by Microscopy_Negative:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी) को महल नं ५ महिला र महल नं ६ पुरुष र सोही रजिष्टरको महल न १४ Purpose of Test _Diagnosis अनुसार सोही रजिष्टरको महल १६ Slide A Result र महल १७ Slide B result बाट आएको Negative को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

थप व्याखा: Slide A र Slide B दुवैको] Result Negative भएमा Negative अभिलेख गर्नु पर्दछ ।

खण्ड ९ खकार परीक्षण - Xpert MTB/RIF

नोट: योखण्ड GeneXpert सेवा उपलब्ध भएका SITES हरूले मात्रै भर्नु पर्दछ छ।

Xpert MTB/RIF test result_ Mycobacterium tuberculosis (MTB)_Detected:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार महल नं. २३ MTB Detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Xpert MTB/RIF test result (9)						
Sex	Mycobacterium Tuberculosis (MTB)			Rifampicin Resistance		
	Detected	Not Detected	Error/ No result/ Invalid	Detected	Not Detected	Indeterminate
1	2	3	4	5	6	7
Female						
Male						

Xpert MTB/RIF test result_MTB_Not detected:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार महल नं. २४ MTB not Detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Xpert MTB/RIF test result_MTB_Error/ Invalid/no result:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार महल नं. २५ Invalid/No result र महल नं. २६ Error को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Xpert MTB/RIF test result_Rifampicin Resistance_Detected: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार महल नं २७ Detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Xpert MTB/RIF test result_Rifampicin Resistance_ Not detected: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार महल नं. २८ Not detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Xpert MTB/RIF test result_Rifampicin Resistance_Indeterminate: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुष अनुसार महल नं. २९ Indeterminate सङ्ख्या यस खण्डको महल ७ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड १० टी वी एच आई भी

TB HIV Status_ Positive : संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार Status of Retro Test result महलमा Positive भए, महिला र पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइ यस खण्डको महल नं. २ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं २८ Positive को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

TB HIV Status (10)				
Sex	HIV Test Result of TB Patient		TB HIV Patients on	
	Positive	Negative	ART	CPT
1	2	3	4	5
Female				
Male				

TB HIV Status_ Negative : संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार Status of Retro Test result महलमा Negative भए, महिला र पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं. ३मामहिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं २९ Negative को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

TB HIV Status_ Patient on ART : संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार ART Start महलमा नं.२ Yes भए, महिला र पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं. ४ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ३१ ART- Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

TB HIV Status_ Patient on CPT : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार CPT Start महलमा नं. २ Yes भए, महिला र पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं. ५ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ३३ CPT- Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड ११ क्षयरोग र धूम्रपान

TB and Tobacco_TB Case_Registered: संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार उक्त अवधिमा दर्ता भएका जम्मा बिरामी को संख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं १ को जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ ।

TB and Tobacco (11)	
TB Cases Registered	Patient Smoking Tobacco Current
1	2

TB and Tobacco_Patient Smoking Tobacco_Current. : संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार Do you Smoke ? महल Yes भएको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं ५२ Status of Smoking 0 month_Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड १२ उपचार नतिजा

Treatment Outcome (12)														
Registration Category	No. of Registered Cases		Cured		Completed		Failed		Died		Lost to Follow Up		Not Evaluated	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PBC_New														
PBC_Relapse														
PBC_TAF*														
PBC_TALF**														
PBC_OPT***														
PBC_UPTH****														
PCD_New														
PCD_Relapse														
PCD_Other														
EP_New														
EP_Relapse														
EP_Other														
HIV Infected TB Patient (All form)														

नोट: क्षयरोगका बिरामीले नतिजा प्रतिवेदन गर्दा एक बर्ष अगाडी भएका बिरामीको आधारमा गर्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PBC_New_No.of Registered: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदता बर्गिकरण नया (New) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १५ को New बिरामीको सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_Outcome PBC_New_Cured: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा १. Cured जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल ४ मा महिला र महल ५ मा पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४४ Cured को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ र ५ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_New_Completed: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा २. Completed जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल ६ मा महिला र महल ७ मा पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४५ Completed को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ र ७ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_Outcome PBC_New_Failed: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा ३. Treatment Failed जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल ८ मा महिला र महल ९ मा पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२

PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४६ Failed को सङ्ख्या यस खण्डको महल ८ र ९ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PBC_New_Died:

स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा ५. Died जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल १० मा महिला र महल ११मा पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४७ Died को सङ्ख्या यस खण्डको महल १० र ११ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_New_Lost to follow-up: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा ४. Lost to Follow up जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल १२ मा महिला र महल १३ मा पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४८ Lost to Follow up को सङ्ख्या यस खण्डको महल १२ र १३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_New_Not Evaluated: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा ६. Not Evaluated जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल १४ मा महिला र महल १५ मा पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४९ Not Evaluated को सङ्ख्या यस खण्डको महल १४ र १५ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_Relapse_No.of Registered:

स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण Relapse हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १६ को Relapse बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_Relapse:

स्वास्थ्य संस्थाको हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) मा दर्ता गरेको किसिम PBC र बर्गिकरण Relapse अनुसारमाथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५ सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १६ Registration Catatory_Relapse अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५ सम्म महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PBC_TAF_No.of Registered: स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण Treatment after Failure (TAF) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको

Treatment_OutcomeEP_Other: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) मा दर्ता गरेको किसिम EP र बर्गिकरण TAF, TALF, OPT, UPTH को जोड अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५ सम्म महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १४ PCD र महल नं १७ Registration Catatory_TAF, महल नं १८ Registration Catatory_TALF, महल नं १९ Registration Catatory_OPT, महल नं र २० Registration Catatory_UPTH अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५ सम्म महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome HIV Infected TB Patient_No.of Registered: संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार Status of Retro Test result महलमा Positive भएका महिला र पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाछुट्टै यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं २८ Positive को सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome HIV Infected TB Patient:

स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि.) मा Status of Retro Test result महलमा Positive भएका को उपचार नतिजा Cured, Completed, Failed, Died, Treatment After Loss to Followup र Not Evaluated आधारमा यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरुष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC, महल नं १३ PCD र महल नं १४ EPको जम्मा सङ्ख्या र महल नं. २८ Hiv Positive बिरामी मध्ये महल नं. ४४, ४५, ४६, ४७, ४८ मध्ये जुन नतिजा प्राप्त भएको हो सोही अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड १३ क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार नतिजा

TB Preventive Therapy Outcome_No of Case Enrolled:

सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं १३ अनुसार चार महिना अगाडी उपचारशुरु गरेको सङ्ख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ।

TB Preventive Therapy Outcome (13)		
No of Case Enrolled	Completed	Not completed
1	2	3

TB Preventive_Outcome_Completed: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं १३ अनुसार चार महिना अगाडि उपचार शुरु गरेको मध्ये सोही रजिष्टरको महल नं १६ Completed को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ ।

TB Preventive_Outcome_Not completed: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं १३ अनुसार चार महिना अगाडी उपचार शुरु गरेको मध्ये सोही रजिष्टरको महल नं १७, १८ र १९ Discontinued, Died and Not evaluated को जोड सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड १४ क्षयरोगका बिरामीले धूम्रपान छोडेको नतिजा

नोट: क्षयरोगका बिरामीले धूम्रपान छोडेको नतिजा प्रतिवेदन गर्दा एक वर्ष अगाडी दर्ता भएका बिरामीको आधारमा गर्नु पर्दछ ।

Patient Smoking Tobacco Current (0 month)	Tobacco Cessation-Outcome (14)		
	No. of Patient Quitted Smoking		
	2 Months	5 Months	End of Treatment
1	2	3	4

Tobacco cessation_Patient Smoking_ Tabacco_Current (0 month): संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार Do you Smoke ? महल Yes भएको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं ५२ Status of Smoking 0 month_Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ ।

Tobacco cessation_No of Patient_Quitted_ Smoking 2 Month:

संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार Comment (SRQLD *) को महल 2 Months मा Q लेखि जनाएको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं ५३ Status of Smoking_ Follow up_2 Month _Q (Quitted) को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नुपर्दछ ।

Tobacco cessation_No of Patient_Quitted_ Smoking 5Month: संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार Comment (SRQLD *) को महल 5 Months मा Q लेखि जनाएको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं ५४ Status of Smoking_ Follow up_5Month _Q (Quitted) को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा लेख्नु पर्दछ ।

Tobacco cessation_No of Patient_Quitted_ Smoking End of Tt(Treatment): संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार Comment (SRQLD *) को महलEnd of Tx (Treatment) मा Q लेखि जनाएको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ मा लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं ५५ Status of Smoking_ Follow up_ End of Tx (Treatment)_Q (Quitted) को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ मा लेख्नु पर्दछ ।

१६. एच.आई.भी. एड्स तथा यौन रोग कार्यक्रम

एच.आई.भी./एड्स तथा यौनरोग सम्बन्धी प्रतिवेदन HIV Testing and Counseling Register, Sexually Transmitted Infections (STI) Register, PMTCT Service Register र एच.आई.भी. उपचार तथा सेवा रजिस्टरबाट उतार गरी तयार गर्नु पर्दछ ।

महल		निर्देशन
Testing and Counseling with Result (To be filled by HTC site only)		
यौनकर्मी Sex workers (F, M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड १वा८भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड १ वा ८ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।
सुईद्वारा लागूपदार्थ प्रयोग गर्नेहरु People who	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड २ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।

महल		निर्देशन
inject drugs (F, M, TG)	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड २ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
पुरुष समलिंगी र तेस्रो लिंगी MSM and TG	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ३ वा ९ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ३ वा ९ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
रगत वा अन्य अंगलिनेहरू Blood or Organ Receptients (F, M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ४ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ४ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResult मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
यौनकर्मीका ग्राहकहरू Clients of Sex Workers (F, M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ५ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ५ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
आप्रवासीहरू वारोजगारीका लागि विदेशिनेहरू Migrants (F, M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ६ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ६ भएका जोखिम समूह

महल		निर्देशन
Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)		
Counseling, Testing and Positive during ANC, Labour & Delivery, and Puerperium	Counseled	प्रतिवेदन गरिने महिनामा सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरू मध्ये कति महिलालाई HIV Testing का लागि Counseling गरियो ? सो सङ्ख्या Maternity Register को महल नं. 9(1) का घटना गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Tested	प्रतिवेदन गरिने महिनामा सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरू मध्ये कति महिलालाई HIV Counseling गरी Test गरियो ? सो सङ्ख्या Maternity Register को महल नं. 9(2) का घटना गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Positive	प्रतिवेदन गरिने महिनामा सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरू मध्ये HIV Counseling गरी Test गरिएका मध्ये Maternity Register को महल नं. 9(4) को Statusमा कोड १ उल्लेख भएका घटना गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
ART Started	Before Pregnancy	प्रतिवेदन गरिने महिनामा HMIS 7.4 Register को only for PMTCT cases अन्तर्गतको mother's ART Started Period भित्र रहेको महलमा ठीक चिन्ह लगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	ANC, Labour & Delivery and Postnatal	प्रतिवेदन गरिने महिनामा HMIS 7.4 Registerको only for PMTCT cases अन्तर्गतको mother's ART Started Period भित्र रहेको महलमा ठीक चिन्ह लगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Exposed Baby	Number of Live births	प्रतिवेदन गरिने महिनामा HMIS 7.4 Registerको only for PMTCT cases अन्तर्गतको Delivery Status भित्र प्रतिवेदन गरिने महिनाको Date of Delivery हेरी Live births को "Yes" मा ठीक चिन्ह लगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Early infant Diagnosis Sample Collected for testing	EID Result	HIV Treatment Care registerको PMTCT Cases (only) खण्डको HIV Exposed Child अन्तर्गत at Birth (within 24 hours), within 2 months, 2-18 Months महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्र EID Sample संकलन गरेको सङ्ख्याको Result /नतिजा गणना गरेर जम्मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
ART initiation status of HIV positive babies		प्रतिवेदन अवधि भित्र एआरटी शुरुगरेका एचआईभी पोजिटिभ वच्चाहरूको (0-१८ महिना) सङ्ख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Syphilis Tested, Diagnosed and Treated		प्रतिवेदन अवधिभित्र Syphilis परिक्षण गरीएका गर्भवती महिलाहरूको संख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
		प्रतिवेदन अवधि भित्र Syphilis पत्ता लागेका गर्भवती महिलाहरूको संख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
		प्रतिवेदन अवधि भित्र Syphilis को उपचार पाएका गर्भवती महिलाहरूको संख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

सूचक/महल		निर्देशन
Sexually Transmitted Infection (STI) Management		
यौनकर्मीहरू (Sex workers)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू (Assessed)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड १ वा ८ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड १ वा ८ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २६ को कोड सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

सूचक/महल	निर्देशन
यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं.२७ बाट कोड १ वा ८ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
सुईद्वारा लागुपदार्थ लिने व्यक्तिहरू (PWIDs)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं.२७ बाट कोड २ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं.२७ बाट कोड २ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २६ को कोड सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदन अवधिमा यौन जन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं.२७ बाट कोड २भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमापनि Treatment गरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
पुरुष समलिंगी तथा तेस्रोलिंगीहरू (MSM and TG)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं.२७ बाट कोड ३ वा ९ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं.२७ बाट कोड ३ वा ९ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २६ को कोड सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं.२७ बाट को ३ वा ९भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भए जम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
रगत वा अंग प्राप्तकर्ताहरू (Blood or Organ recipient)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं.२७ बाट कोड ४ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदन अवधिमा यौन जन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं.२७ बाट कोड ४ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २६ को कोड सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं.२७ बाट कोड ४ भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
महिला यौनकर्मीहरूका ग्राहकहरू (Clients of FSWs)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं.२७ बाट कोड ५ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं.२७ बाट कोड ५ भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोड सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं.२७ बाट कोड ५ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९

सूचक/महल		निर्देशन
जेलका कैदीबन्दीहरू (Prison Inmates)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू (Assessed)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड १२ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड १२ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २६ को कोड सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड १२ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
एचआईभी संक्रमितहरू (HIV Infected)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू (Assessed)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड १३ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड १३ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २६ को कोड सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड १३ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
अन्यसमूह (Others)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू (Assessed)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड १४ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड १४ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २६ को कोड सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड १४ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Opioid Substitution Therapy (OST) -Only for specified hospital		
Opioid Substitution Therapy		प्रतिवेदन अवधिको अन्त्यमा जम्मा मेथाडोन (Methadone) सेवा लिइरहेका सेवाग्राही (कोड १) को सङ्ख्या लिङ्ग अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
		यस महिनाको अन्त्यसम्ममा बुप्रेनोर्फिनको (Buprenorphine) सेवालिको राखेका सेवाग्राहीहरूको कुलसंख्या लिङ्ग अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
		यस महिनाको अन्त्यसम्ममा ओपियोइड प्रतिस्थापन थेरापीको (बुप्रेनोर्फिन वा मेथाडोन) सेवा लिइराखेका सेवाग्राहीहरूको कुल संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
माथि उल्लेखित सूचकहरूको संख्या Methadone र Buprenorphine सेवा लिइरहेका सेवाग्राहीको लिङ्ग अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।		
Antiretroviral Treatment (ART)		
प्रतिवेदन हुने महिनामा ART उपचार सम्बन्धी विवरण यस खण्डमा भर्नु पर्दछ :		
Total number of clients on ART at the	गत महिनाको अन्त्यमा एआरटिमा रहेका सेवाग्राहीको संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।	

end of last month		
New clients started ART		प्रतिवेदन गरिने महिनामा ART शुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या उल्लेख गर्ने । यसका लागि HIV Treatment Care Register मा ART Start Date and Regimen महलमा प्रतिवेदन तयार हुने महिनामा ART शुरु गर्ने सेवाग्राहीरूलाई मात्रै Age group, Sex, Target Population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Clients on ART transferred in		अन्य संस्थाबाट ART शुरु गरी प्रतिवेदन गरिने महिनामा यस संस्थामा स्थानान्तरण भई आएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या उल्लेख गर्न पर्दछ । यसका लागि HIV Treatment Care Register मा ART Start Date and Regimen महलमा प्रतिवेदन तयार हुने महिना भन्दा पहिले ART शुरु गर्ने र यस महिना Transferred in भएका सेवाग्राहीरूलाई मात्रै Age group, Sex, Target Population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्न पर्दछ ।
Clients restarted from Transfer Out/Missing/Loss to Follow Up/Stop Treatment		गत महिनासम्म Transfer Out/Missing/Loss to follow up/Stop treatment मा रहेका सेवाग्राहीहरू यदि यस महिनाबाट पुनः उपचारमा सामेल भएमा Age group, Sex र Target Population अनुसार जम्मा संख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Total number of clients on ART at the beginning of this month		यस variable ले यो महिनाको शुरुमा एआरटीमा रहेका सेवाग्राहीको संख्या जनाउदछ । माथिका सूचकहरूलाई प्रयोग गरेर निम्नानुसार गणना गर्नु पर्दछ : Number of clients on ART at the end of last month+New clients started ART+ Clients on ART transferred in+Clients restarted from Transfer Out/Missing/Loss to Follow Up/Stop Treatment
Deduction	Total Clients on ART transferred out (New)	New: ART सेवा यस संस्थाबाट शुरु गरी अन्यत्रै स्थानान्तरण भई गएका सेवाग्राहीरूको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या यसमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । यसका लागि Age group, Sex, Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Total deaths reported (New)	New: ART सेवा यस संस्थाबाट शुरु गरी बीचमा मृत्यु भएका सेवाग्राहीरूको हाल सम्मको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या यसमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । यसका लागि Age group, Sex, Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Total Clients missing (MIS) (New)	New: यस (variable) ले सेवामा नियमित नहुने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या (३ महिनावा सोभन्दा कमअवधिको लागि) अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमित ART सेवालिरहेका सेवाग्राहीरू मध्ये ART History मा सेवा सम्बन्धी हरफमा Missing अर्थात् कोड 4 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या Age group, Sex, Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Total Clients Lost to Follow-Up (LFU) (New)	New: यस चर (variable) ले सेवामा नियमित नहुने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या (३ महिनावा सोभन्दा बढी अवधिको लागि) अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमित ART सेवा लिरहेका सेवाग्राहीरू मध्ये ART Historyमा सेवा सम्बन्धी हरफमा Lost to follow-up अर्थात् कोड 5 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या Age group, Sex, Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Total Clients Stopping Treatment (ST) ART (New)	New: यस चर (variable) ले विभिन्न चिकित्सकीय कारणले सेवाबन्द गर्नु पर्ने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमित ART सेवा लिरहेका सेवाग्राहीरू मध्ये ART History मा सेवा सम्बन्धी हरफमा Stop Treatment अर्थात् कोड 6 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या Age group, Sex, Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

Total number of clients currently on ART at the end of this month	यसले प्रतिवेदन अवधिको अन्त्यमा एआरटीमा रहेका सेवाग्राहीको संख्या जनाउदछ । यस संस्थाबाट हालको महिनाको शुरुमा एआरटीमा रहेका सेवाग्राहीको संख्या (Total number of clients on ART at the beginning of this month) बाट Total Clients on ART transferred out (New), Total deaths reported (New), Total Clients missing (MIS) (New), Total Clients Lost to Follow-Up (LFU) (New), र Total Clients Stopping Treatment (ST) ART (New) घटाउँदा आउने संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Total number of PLHIV who know their HIV status	यसले हालसम्म आफ्नो एचआईवीको अवस्था थाहापाएका पीएलएचआईवीको संख्या जनाउदछ । यसमा प्रतिवेदन अवधिको अन्त्यमा एआरटीमा रहेका सेवाग्राहीको संख्या (Total number of clients currently on ART at the end of this month), Total Clients missing (MIS) (New), Total Clients Lost to Follow-Up (LFU) (New) र Total Clients Stopping Treatment (ST) ART (New) जोड्दा आउने संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Cumulative number of viral load test performed among PLHIV on ART	यसमा हालसम्म On ARTमा रहेका जम्मा एचआईवी संक्रमितहरूको भाईरल लोड टेस्ट गरीएको संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Number of people living with HIV and on ART who have suppressed viral load (<1000 copies per mL)	यसमा हालसम्म On ARTमा रहेका जम्मा एचआईवी संक्रमितहरूको भाईरल लोड १००० प्रति/एमएल भन्दा कम भएका सेवाको को संचयी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Number of people living with HIV and on ART who test positive for antibody to hepatitis C virus	यसमा प्रतिवेदन अवधिको अन्त्यमा एआरटीमा रहेका मध्य हेपाटाइटिस 'सि' (HCV) पत्ता लागेका जम्मा सेवाग्राहीहरूको संचयी संख्या (cumulative number) उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Total number of PLHIV newly enrolled in HIV treatment who were screened for TB during the reporting period	यसमा प्रतिवेदन अवधिको अन्त्यमा नयाँ एआरटी शुरु गरेका मध्य टि. वि. परिक्षण गरीएका सेवाग्राहीहरूको संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Total number of PLHIV newly enrolled in HIV treatment who have active TB disease during the reporting period	यसमा प्रतिवेदन अवधिको अन्त्यमा नयाँ एआरटी शुरु गरेका मध्य टि. वि. पत्ता लागेका सेवाग्राहीहरूको संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

महल	निर्देशन
१३. Opportunistic Infection (अवसरवादी संक्रमण)	
Diagnosed	
HIV Treatment Care register मा Treatment Care History को सेवा सम्बन्धी Row 3 मा प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना उल्लेख भएका घटना हेरी निम्नानुसार भर्नु पर्दछ ।	
Bacterial Pneumonia	Bacterial Pneumonia अर्थात् कोड नं. 1 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
TB	TB अर्थात् कोड नं. 2 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Candidiasis	Candidiasis अर्थात् कोड नं. 3 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Diarrhoea	Diarrhoea अर्थात् कोड नं. 4 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Crypto. Meningitis	Crypto. Meningitis अर्थात् कोड नं. 5 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
PCP (Pneumocystis Pneumonia)	PCP (Pneumocystis Jerovesi Pneumonia) अर्थात् कोड नं. 6 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Cytomegalo Virus	Cytomegalo Virus अर्थात् कोड नं. 7 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Herpes Zoster	Herpes Zoster अर्थात् कोड नं. 8 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।

महल	निर्देशन
Genital Herpes	Genital Herpes अर्थात् कोड नं. 9 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Toxoplasmosis	Toxoplasmosis अर्थात् कोड नं. 10 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Others	Others अर्थात् कोड नं. 11 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Treated	
HIV Treatment Care register मा Treatment Care Historyको सेवा सम्बन्धी Row 3 र Row 4 मा प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना उल्लेख भएका घटना हेरी निम्नानुसार भर्नु पर्दछ ।	
Bacterial Pneumonia	Row 3 मा Bacterial Pneumonia अर्थात् कोड नं. 1 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
TB	Row 3 मा TB अर्थात् कोड नं. 2 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Candidiasis	Row 3 मा Candidiasis अर्थात् कोड नं. 3 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Diarrhoea	Row 3 मा Diarrhoea अर्थात् कोड नं. 4 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Crypto. Meningitis	Row 3 मा Crypto. Meningitis अर्थात् कोड नं. 5 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
PCP	Row 3 मा PCP अर्थात् कोड नं. 6 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Cytomegalo Virus	Row 3 मा Cytomegalo Virus अर्थात् कोड नं. 7 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Herpes Zoster	Row 3 मा Herpes Zoster अर्थात् कोड नं. 8 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Genital Herpes	Row 3 मा Genital Herpes अर्थात् कोड नं. 9 भएको र दोस्रो हरफमा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Toxoplasmosis	Row 3 मा Toxoplasmosis अर्थात् कोड नं. 10 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Others	Row 3 मा Others अर्थात् कोड नं. 11 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
Opportunistic Infection and TB	
HIV Treatment Care register मा Treatment Care History को सेवा सम्बन्धी Row 3 र Row 4 मा प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना उल्लेख भएका घटना हेरी निम्नानुसार भर्नु पर्दछ ।	
HIV Patients initiated TBPT this month (New)	HIV Care History अन्तर्गत प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिनामा भएका नयाँ सेवाग्राहीरूमध्य TBPT सुरु गरेको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।
HIV Patients received CPT(New)	HIV Care History अन्तर्गत प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिनामा भएका नयाँ सेवाग्राहीरूमध्य CPT सुरु गरेको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा भर्नु पर्दछ ।

१७. नसर्ने रोग

नसर्ने रोग कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) बाट समायोजन गरी तयार गर्नुपर्दछ । नसर्ने रोगको प्रतिवेदन खण्डीकृत रूपमा तयार पार्नुपर्ने हुँदा समायोजन फारामको प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

महल/सूचक	निर्देशन
Number of NCD cases on treatment (OPD & Emergency)	
यस खण्डले अस्पतालको बहिरंग र आकस्मिक सेवाबाट नसर्ने रोगको बिरामीले प्राप्त गरेको सेवालाइ जनाउँदछ ।	
[Hypertension, CVD, Diabetes, Cancer, COPD, Asthma, CKD, RHD, Stroke, Heart Attack,	Client Type(New/Follow Up) नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ५ को माथिल्लो खण्डमा बाट नयाँ वा पुरानो बिरामीको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन

Sickle Cell diseases and other hemoglobinopathies, Congenital Heart Disease, Thyroid disease, Alcohol Liver Diseases, Obesity, other NCDs		रोग हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	Gender (Male/ Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ९-१० बाट बिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ । यसमा नयाँ केशलाई मात्र गणना गर्नुपर्दछ ।
	AgeGroup (<20, 20-29, 30-69, 70 and above) उमेर समूह	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ८ बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि 29 बर्ष, ३० देखि 69 बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ । यसमा नयाँ केशलाई मात्र गणना गर्नुपर्दछ ।
	Referred Out	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9) को महल २२ को तल्लो खण्डमा मा बिरामी प्रेषण गरीएको संस्थाको नाम उल्लेख भएका बिरामीहरुको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
Number of NCD cause specific deaths (OPD/Emergency/IPD)		
नसर्ने रोग अनुसार मृत्युको संख्या बहिरंग, आकस्मिक र अन्तरंग तिनै बिभाग बाट समायोजन गरि प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ । नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) मा अन्तरंग बिभागमा भएका मृत्यु समावेश नहुने भएको हुँदा यो खण्डको प्रतिवेदन गर्दा सो को मृत्युलाई पनि छुट्टै गणना गरि यस प्रतिवेदन मा जोडेर राख्नुपर्दछ । नसर्ने रोगबाट भएको जम्मा मृत्यु अस्पतालमा भएको जम्मा मृत्युको संख्या भन्दा बढी हुनुहुँदैन ।		
Cardiovascular Disease, Cancer, Diabetes, Chronic Respiratory Diseases, Suicide, other NCDs	Gender (Male/ Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल १८ मा कोड नं १ मा गोला घेरा लागेको/ मृत्यु भएको र अन्तरंग सेवामा नसर्ने रोगबाट मृत्यु भएको व्यक्ति मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित ६ वटा कारण मध्ये कुन कारण बाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा बिरामीहरुको लिङ्ग (पुरुष वा महिला) अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ । यसरी गणना भएको मृत्युको जम्मा संख्या
	Age-Group (<20, 20-29, 30-69, 70 and above)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल १९ मा कोड नं १ मा गोला घेरा लागेको/ मृत्यु भएको र अन्तरंग सेवामा नसर्ने रोगबाट मृत्यु भएको व्यक्ति मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित ६ वटा कारण मध्ये कुन कारण बाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा बिरामीहरुको उमेर समूह (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि 29 बर्ष, ३० देखि 69 बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १२ र १३ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।

Total number of new cancer cases managed		
Type of Cancer (Cervical, Oral, Breast, Lungs, Others)	Gender (Male/Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ९-१० बाट बिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ५ किसिमका क्यान्सर मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १३ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ।
	Age-Group (<20, 20-29, 30-69, 70 and above)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ८ बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि 29 बर्ष, ३० देखि 69 बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ५ किसिमका क्यान्सर मध्ये कुन हो सोहि सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ।
Number of Mental Health cases on treatment (OPD & Emergency)		
यस खण्डले अस्पतालको बहिरंग र आकस्मिक सेवाबाट मानसिक स्वास्थ्यको बिरामीले प्राप्त गरेको सेवालाई जनाउँदछ।		
(Depression, Suicide attempt, Epilepsy, Psychosis, Anxiety, Emotional and Behavioural Disorder of Children and Adolescents, Dementia, Conversion, Bipolar Disorder, Other Mental Disorder, Alcohol Use Disorder, Other Substance Use Disorders)	Client Type(New/Follow Up)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ५ को माथिल्लो खण्डमा बाट नयाँ वा पुरानो बिरामीको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ।
	Gender (Male/Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ९-१० बाट बिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ।
	AgeGroup (<20, 20-29, 30-69, 70 andabove) उमेर समूह	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ८ बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि 29 बर्ष, ३० देखि 69 बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ।
	ReferredOut	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल २२ को तल्लो खण्डमा मा बिरामी प्रेषण गरीएको संस्थाको नाम उल्लेख भएका बिरामीहरुको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ।

Injuries- Number of Cases		
यस खण्डले अस्पतालको आकस्मिक सेवाबाट चोटपटकको बिरामीले प्राप्त गरेको सेवालाइ जनाउँदछ ।		
Type of Injury (RTI, Fall, Burn, Drowning, Bites, Occupational Injury, Violence, Self-Harm)	Client Type(New/Follow Up)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ५ को माथिल्लो खण्डमा बाट नयाँ वा पुरानो बिरामी को संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	Gender (Male/ Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ९-१० बाट बिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	AgeGroup (<20, 20-29, 30-69, 70 andabove) उमेर समूह	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ८ बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि 29 बर्ष, ३० देखि 69 बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	ReferredOut	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल २२ को तल्लो खण्डमा मा बिरामी प्रेषण गरीएको संस्थाको नाम उल्लेख भएका बिरामीहरुको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
Injuries- Numberof Deaths		
Type of Injury (RTI, Fall, Burn, Drowning, Bites, Occupational Injury, Violence, Self-Harm)	Client Type (New/Follow Up)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल १९ मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको (मृत्यु भएको) सुनिश्चित गरी मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित इन्जुरिका ६ वटा कारण मध्ये कुन कारणबाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा नयाँ र पुरानो बिरामीहरुको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	Gender (Male/ Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ९-१० मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको (मृत्यु भएको) सुनिश्चित गरी मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित इन्जुरिका ६ वटा कारण मध्ये कुन कारण बाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा पुरुष र महिलाहरुको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	AgeGroup (<20, 20-29, 30-69, 70 andabove) उमेर समूह	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल ८ मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको (मृत्यु भएको) सुनिश्चित गरी मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित इन्जुरिका ६ वटा कारण मध्ये कुन कारण बाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा उमेर समूह को

		आधारमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धि		
Total no. of mental health case		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम मानसिक स्वास्थ्य समस्याको बिरामीहरु यकिन गरि सो संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Total number of mental health case on regular follow up		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम मानसिक स्वास्थ्य समस्याको बिरामीहरु यकिन गरिएका मध्ये महल २० मा १ नं कोड घेरा लागेका जम्मा संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Total no. of case reporting improvement		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल १२ र १३ को निदान र ICD कोड बमोजिम मानसिक स्वास्थ्य समस्याको बिरामीहरु यकिन गरिएका मध्ये महल २१ मा १ नं कोड घेरा लागेका जम्मा संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Control and Follow Up Cases for Hypertension and Diabetes		
Type of Cases (Follow Up) (Hypertension and Diabetes)		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल १२ र १३ को निदान र ICD कोड बमोजिम Hypertension र Diabetes बिरामीहरु यकिन गरि ति बिरामी मध्ये महल १९ मा १ नं कोड घेरा लागेका जम्मा संख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
Type of Cases (Control) (Hypertension and Diabetes)		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-5.9) को महल १२ र १३ को निदान र ICD कोड बमोजिम Hypertension र Diabetes बिरामीहरु यकिन गरि ति बिरामी मध्ये महल १९ मा १ नं कोड घेरा लागेका जम्मा संख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।

१८. New outpatient morbidity (including 5 years children)

स्वास्थ्य संस्थामा बहिरंग सेवाका लागि आएका र बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS १.३) मा दर्ता भएका ५ वर्ष भन्दामाथिका जम्मा (नयाँ र दोहोर्याई आएका) बिरामीहरु मध्ये विभिन्न रोगका नयाँ बिरामीहरुको संख्या बहिरंग सेवा रजिष्टर [HMIS (१.३) बाट रोगका] ICD ११ कोड अनुसार सेवाग्राहीहरुको संख्या लिङ्ग (महिला/पुरुष) अनुसार गणना गरी New Outpatient Morbidity फाराममा उतार गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थामा उपचारको लागि आएका ५ वर्ष भन्दा कम उमेरका नयाँ सेवाग्राहीहरुको संख्या समेत IMNCI रजिष्टर (HMIS २.४) बाट ICD कोड अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । अस्पतालले संचालन गर्ने परामर्श सेवा, रक्तदाता, डायलाइसिस, रेडियोथेरापी, प्रसामक सेवा, लगायत खण्ड T. Reasons for contact with Health Services मा उल्लेख भएका सेवाहरु मूल दर्ता रजिष्टर को महल नं १३ माकोड नं ११ (अन्य) मा खुलाइएका सेवाहरु मध्येबाट छुट्याई सम्बन्धित सेवाको महलमा राख्नुपर्दछ ।

१९. प्रयोगशाला सेवा (Laboratory Services)

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अनुरूप औलो, कालाजार, क्षयरोग, कुष्ठरोग आदिको नमूना परिक्षणको लागि विभिन्न प्रयोगशाला सेवा रजिष्टरको व्यवस्था भएपनि प्रयोगशालाबाट गरीने सबै परिक्षणको लागि एउटै रजिष्टर व्यवस्था हालसम्म हुन नसकेकोले विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरुले फरक फरक किसिमको प्रयोगशाला प्रयोगमा ल्याएको पाइन्छ । स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरुको अनुसन्धानात्मक परिक्षण गर्ने क्रममा प्रयोगशालामा परिक्षण गरिएका विभिन्न Tests हरूको संख्या र नतिजा समेत खुल्ने गरी निर्दिष्ट महलहरुमा लेख्नुपर्दछ ।

२०. लिङ्ग र जात/जाति अनुसारको प्रतिवेदन

लिङ्ग र जात/जाति अनुसारको प्रतिवेदन तयार गर्न खोप लिङ्ग र जात/जाति अनुसारको प्रतिवेदन खण्डीकृत रूपमा तयार पार्न खोप रजिष्टर (HMIS 2.2), नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 2.4), शिशु कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 2.6), मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.6 एच.आइ.भि परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१), कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (HMIS ५.५) यो प्रतिवेदन तयार गर्न समायोजन फारामको प्रयोग गर्नुपर्दछ।

सूचक/ महल	निर्देशन
पूर्ण खोप पाएका बच्चा संख्या (महिला/पुरुष) (महल २ र ३)	खोप सेवा रजिष्टर (HMIS२.२) को महल २८ मा पूर्ण खोप पाएको सुनिश्चित भएका बच्चाहरूको संख्या महल ४ को जातिकोड र महल ५ को लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
नवाशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा लिएका बच्चा संख्या	यस महलमा २ महिना भन्दा कम र २ देखि ४९ महिना सम्मका सबै बच्चाहरूको संख्या जोडी स्वास्थ्य संस्था र गाउँघर क्लिनिकमा IMNCI सेवा लिएका बच्चाहरूको जोडफल जात/जाति र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२ महिना भन्दा मुनिका कम तौल भएका बच्चाहरूको संख्या (नयाँ+दोहोर्याएर आएको)	२ बर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर कम तौल (जोखिम तथा अति जोखिम) भएकाजम्मा (नयाँ+दोहोर्याएर आएको) बच्चाहरूको संख्या जात/जाति र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका महिलाको संख्या	मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) को प्रसूतिको स्थान र प्रकार को महलमा १ र २ नं कोड लेखिएका महिलाहरूको संख्या जातिकोड र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
एचआईभी संक्रमित नयाँ बिरामी	एच.आइ.भि परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS७.१) को महल ४२ मा Positive उल्लेख गरीएकाहरूको संख्यालाई महल ९ को जातिकोड र महल १०-१२ को लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
नयाँ कुष्ठरोगीहरूको संख्या	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको महल नं १२ (रजिष्टरमा थप भएको तरिका) अन्तर्गत कोड नं १ लेखिएका संख्यालाई महल नं ६ को जातिकोड अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। यसरी गणना गर्दा HMIS५.५१ (एम.बि) र HMIS५.५२ (पि.बि) को दुवै रजिष्टरबाट जोडेर सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
नयाँ क्षयरोग बिरामीहरूको संख्या	यस महलमा क्षयरोगका नयाँ बिरामीहरूको संख्यालाई जातिकोड र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
ओ.पी.डी मा आएका नयाँ बिरामी संख्या (५ बर्ष माथि)	बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS१.३) को महल ४ मा चिन्ह लागेका नयाँ बिरामीमध्ये महल ७-८ बाट ५ बर्ष भन्दा माथिका बिरामीहरूको संख्यालाई महल नं ६ को जातिकोड अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।

२१. जेरियाट्रिक सेवा (Geriatric Services)

स्वास्थ्य संस्थामा जेरियाट्रिक सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरूको संख्या ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम रजिष्टर HMIS ५.१० बाट गणना गर्नुपर्दछ। यो प्रतिवेदन जेरियाट्रिक सेवा वा ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाले मात्र भर्नुपर्दछ।

HMIS 9.4: सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form)

सरकारी अस्पतालमा मासिक रूपमा सम्पादन गरिएका सम्पूर्ण सेवाहरूको अभिलेख अनुसारको एकीकृत प्रतिवेदन गर्नका लागि यो फाराम प्रयोग गरिन्छ। मासिक प्रतिवेदन मार्फत अस्पतालबाट प्रदान गरिएका सेवाहरूको वास्तविक अवस्थाको अनुगमन र विश्लेषण तथा अस्पतालको प्रगती मापन गर्न यस फारामको आवश्यकता परेको हो। अस्पतालको दर्जा पाएका सबै सरकारी अस्पताल (आधारभूत, प्रादेशिक र केन्द्रीय) ले आफ्नो संस्थाले प्रदान गरेको सेवाहरूको मासिक प्रतिवेदन गर्न यहि फाराम प्रयोग गर्नुपर्दछ।

यो प्रतिवेदन महिना भुक्तान भएको ७ दिनभित्र तयार गरी सम्बन्धित निकाय मा पठाउनु पर्दछ। प्रत्येक अस्पतालले तोकिएको समय अवधि भित्र नै DHIS2 प्रणालीमा प्रतिवेदन प्रविष्ट गर्नुपर्दछ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Hospital	प्रतिवेदन फारामको सिरमा Hospital को आगाडीको खाली स्थानमा प्रतिवेदन गर्ने अस्पतालको नाम लेख्नुपर्दछ।
FiscalYear	चालु आ.ब. लेख्नुपर्दछ।
Reference No.	चलानी नम्बर लेख्नुपर्दछ।
To	प्रतिवेदन प्रेषित गरिने कार्यालयको नाम लेख्नुपर्दछ।
Health Facility Code	Health Facility Registry बाट प्राप्त अस्पतालको uniquecode यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
DispatchedDate	प्रतिवेदन प्रेषित गरेको मितिको गते महिना र साल लेख्नुपर्दछ।
Month, Year	प्रतिवेदन कुन बर्षको कुन महिनाको हो, सम्बन्धित महिना र साल लेख्नुपर्दछ।
Number of Beds (Sanctioned/ Operational IP/ Emergency)	अस्पताल दर्ताको स्विकृती लिंदा स्वीकृत भएको शैया संख्या नै Sanctioned Bed को महलमा लेख्नुपर्दछ। अन्तरङ्ग सेवाका लागि छुट्याईएका शैया (प्रसूति कक्ष समेत) मध्ये संचालनमा रहेका शैया संख्या नै Operational IP Bed को महलमा लेख्नुपर्दछ। अस्पतालमा संचालित Emergency/Observation Bed हरुलाई Emergency Bed को महलमा लेख्नुपर्दछ।
TotalPatientsAdmitted	अस्पतालमा भर्ना भएका जम्मा बिरामी संख्या बिरामी भर्ना रजिष्टर (HMIS८.१) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको अन्तिम SN यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
TotalIn-PatientDays	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (HMIS८.२) को महल ९ को lengthofstay (days) अन्तर्गतको दिन संख्या जोड गरी यस कोठामा चढाउनुपर्दछ।
HospitalServices	
New Clients Served (Female/Male) 0-9 Years, 10-14 Years 15-19 Years, 20-59 Years 60-69 Years, ≥70 Years	मुलदर्ता रजिष्टर (HMIS१.१) को हरेक पानाको अन्तमा राखिएको तालिकाबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँ सेवाग्राही (महल २) को कूल संख्या उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी NewClientsServed को सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ।
Total Clients Served (Female/Male) 0-9 Years, 10-14 Years 15-19 Years, 20-59 Years 60-69 Years, ≥70 Years	मुलदर्ता रजिष्टर (HMIS१.१) को हरेक पानाको अन्तमा राखिएको तालिकाबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँ सेवाग्राही (महल १) को कूल संख्या उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी TotalClients Served को सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Emergency Services	
Total Clients Served (Female/Male) 0-9 Years, 10-14 Years 15-19 Years, 20-59 Years 60-69 Years, ≥70 Years	आकस्मिक सेवा रजिष्टर महल नं १ को सि. नं. बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा आकस्मिक कक्षबाट सेवा पाएका जम्मा सेवाग्राही संख्या गणना गरी उमेर र लिङ्ग अनुसार Emergency Total Clients Served को सम्बन्धित महलहरूमा चढाउनुपर्छ।
Free Service Received by impoverished citizen	
विपन्न नागरिक उपचार कोष निर्देशिका बमोजिम विपन्न नागरिकहरूलाई लक्षित रोगहरूको निःशुल्क उपचार कार्यक्रमको लागि सुचिकृत भएका अस्पतालहरूले विपन्न नागरिकहरूलाई उपचार सुबिधा उपलब्ध गराएका बिरामीहरूको संख्या यस महलमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ। विपन्न नागरिक उपचार कोष निर्देशिकाले लक्षित गरेका रोगको उपचार सुबिधा नभएका (उपचारका लागि सिफारिस गरी पठाउने) अस्पतालहरूले यो प्रतिवेदन गर्नुपर्दैन।	
Heart, Kidney, Cancer, Head Injury, Spinal Injury, Alzheimer, Parkinson, Sickle Cell Anemia (Female/ Male)	मुटुरोगी, मृगौला रोगी, क्यान्सर, Spinal तथा head इन्जुरी, अल्जाईमार, पार्किन्सन, सिकल सेल एनेमिया को निः शुल्क उपचार गरेको संख्या लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्छ।
ORC, Immunization Clinic/ Hygiene Promotion Session/FCHV	
Outreach Clinic Planned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS ९.२) को संचालन हुनुपर्ने गाउँघर क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Outreach Clinic Conducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS ९.२) को यस महिनामा संचालन भएको गाउँघर क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
PHC Outreach Clinic: No. Of clients served	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS ९.२) को सेवा दिएको संख्या (क्लिनिकमा दर्ताको आधारमा) को जम्माको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Immunization Clinic Planned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS ९.२) को संचालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Immunization Clinic Conducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS ९.२) को यस महिनामा संचालन भएको खोप क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Immunization Clinic: No. of clients served	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS ९.२) को खोप क्लिनिकबाट सेवा दिएको जम्मा संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Immunization Session Planned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS ९.२) को संचालन हुनुपर्ने खोप सेसन संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Immunization Session Conducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS ९.२) को यस महिनामा संचालन भएको खोप सेसन संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Hygiene Promotion Session Planned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालन हुनुपर्ने” सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Hygiene Promotion Session Conducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालन/ प्रतिवेदन भएको” सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
FCHV TotalNo.	अस्पतालको मातहत क्षेत्र (catchmentarea) मा भएका जम्मा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
FCHV: Report received	अस्पतालको मातहत क्षेत्र (catchmentarea) मा भएका जम्मा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले प्रतिवेदन गरेको जम्मा संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
FCHVNo. of clients served	अस्पतालको catchment area मा भएका जम्मा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले प्रतिवेदन गरेको जम्मा संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referrals	
Referral In (Female/Male)	अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भइ Outpatient, Inpatient र Emergency रजिष्टरमा उल्लेख भए अनुसारका जम्मा गणना गरी लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referred Out (Female/Male) Outpatient, Inpatient, र Emergency	अस्पतालको Outpatient, Inpatient र Emergency बाट थप सेवाका लागि अन्यत्र प्रेषण गरिएका बिरामीहरूको संख्या लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी Referred Out मा चढाउनुपर्दछ ।
Diagnostic/OtherServices	
X-ray (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा एक्स-रे को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Ultrasonogram (USG) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Ultrasonogram (USG) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Echocardiogram (Echo) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Echocardiogram (Echo) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Electro Encephalo Gram, (EEG) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Electro Encephalo Gram, (EEG) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Electro Cardio Gram (ECG) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Electro Cardio Gram (ECG)को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Treadmill (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Treadmillको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Computed Tomographic (CT) Scan (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Computed Tomographic (CT) Scanको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Magnetic Resonance Imaging (MRI) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Magnetic Resonance Imaging (MRI) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Endoscopy (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Endoscopy सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Colonoscopy (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Colonoscopy सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Bronchoscopy (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Bronchoscopy सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Nuclear Medicine (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Nuclear Medicine सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Mammogram (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Mammogram सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Cystoscopy (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Cystoscopy सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
DEXA Scan (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट DEXA Scan सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
DTPA Scan (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट DTPA Scan सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Electro Convulsive Therapy (ECT) (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Electro Convulsive Therapy (ECT) सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Transcranial Magnetic Simulation (TMS) (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Transcranial Magnetic Simulation (TMS) सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Total Laboratory Services Provided (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट प्रयोगशाला सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Others (if any)	माथि उल्लेख गरिए बाहेकका अन्य सेवा प्रदान गरिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Minimum Service Standard (MSS)	
अस्पतालको न्यूनतम सेवा मापदण्डको प्रतिवेदन बर्षको दुइपटक भर्नुपर्दछ । जुन महिना MSS मापन गरिएको हो सोही महिनाको मासिक प्रतिवेदनमा यसको बिबरण भर्नुपर्दछ ।	
Date (मिति)	यस महलमा अस्पतालले न्यूनतम सेवा मापदण्ड मापन गरेको मिति लेख्नुपर्दछ । मिति उल्लेख गर्दा गते महिना र साल लाई क्रमबद्ध रूपमा लेख्नुपर्छ । अस्पतालले जुन महिनामा MSS मापन गरेको हो सोही महिनामा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
Implementation (कार्यान्वयन)	मापन गरिएको न्यूनतम सेवा मापदण्ड चालु आर्थिक बर्षको पहिलो वा दोस्रो कुन चरणको हो सोही अनुसारको कोडमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
Score (स्कोर) (%)	MSS मापन बाट प्राप्त गरेको जम्मा औशत स्कोरलाई प्रतिशतमा खुलाउनुपर्दछ ।
उपलब्ध सेवाहरू	
उपलब्ध सेवाहरू	आफ्नो अस्पतालमा उपलब्ध छ भने १ नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ र छैन भने २ नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ ।
१ A. SUMMARY OF INDOOR SERVICES	
Inpatient Outcome	
Recovered/ Cured (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ निको भएर डिस्चार्ज भएका बिरामीको उमेर समूह (0-7 Days, 8-28 Days, 29 Days-1 Year, 01-04 Years, 05-14 Years, 15-19 Years, 20-29 Years, 30-39 Years, 40-49 Years, 50-59 Years, 60-69 Years, ≥ 70 Years) र लिङ्ग अनुसार HMIS ८.२ को महल २८ बाट Recovered/ Cured गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Stable (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ निको नभई डिस्चार्ज भएका बिरामीको उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS ८.२ को महल २८ बाट Stable गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Referred Out (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ थप सेवाका लागि अन्यत्र प्रेषण भएका बिरामीको उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS ८.२ को महल २८ बाट ReferredOut गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
DOR/LAMA (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ बिरामी वा बिरामीको परिवारले अनुरोध गरेर अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएका बिरामी (Discharged on Patient Request), बिरामी वा बिरामीका परिवारलाई चिकित्सकले नै बसेर उपचार गर्न अनुरोध गर्दागर्दै पनि चिकित्सक/अस्पताललाई जानकारी गराएर अस्पताल छोडेर जाने बिरामी [Left against medical advice (LAMA)] र रोग सम्बन्धि खतराको सूचना दिंदादिदै पनि अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएर जाने बिरामी (Discharged against medical advice) लाई उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS ८.२ को महल २८ बाट DOPR/LAMA गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Absconded (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ अस्पताललाई कुनै पनि जानकारी नदिई भागि गएका बिरामीको उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS ८.२ को महल २६ बाट Absconded गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Death (<48 hours) (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भएको ४८ घण्टा भित्र कुनै बिरामीको मृत्यु भएमा मृतकको उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS ८.२ को महल २८ बाट Death (<48 hours) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Death (≥48 hours) (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भएको ४८ घण्टा वा सो भन्दा पछि कुनै बिरामीको मृत्यु भएमा मृतकको उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS ८.२ को महल २८ बाट Death (≥48 hours) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Neonate Form	
Primi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरु Gestational Weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार Primi (Gravida 1) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Multi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरु Gestational Weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार Multi (Gravida 2,3,4) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Grand Multi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरु Gestational Weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार Grand Multi (Gravida 5 and above) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Maternal Age (Yrs)	
Maternal Age (<20, 20-34, ≥34)	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरु Gestational Weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार आमाको उमेर समूह मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Medico-Legal Cases	
No. of medico-legal cases (Male, Female)	अस्पतालमा आइ मेडिकोलिगल सेवा लिएका सेवाग्राहीको संख्यालाई यस महलमा चढाउनुपर्दछ। सो को संख्या मेडिकल रेकर्ड शाखाबाट सुनिश्चित गर्नुपर्दछ।
Free Health Service Summary	
No. of Patients (Partially, Completely)	बहिरंग, आकस्मिक र अन्तरंग बिभागबाट निःशुल्क (पूर्ण वा आंशिक रूपमा) सेवा पाउनेहरुको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Total Exempted Cost (NRS) (Partially, Completely)	बहिरंग, आकस्मिक र अन्तरंग बिभागबाट निःशुल्क (पूर्ण वा आंशिक रुपमा) सेवा पाउनेहरुको जम्मा रकम जोडी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Type of Surgeries/Plaster	
Number of Surgeries-Major (Female, Male)	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS ८.२ को महल २३ को Major Surgery मध्ये Emergency वा Inpatient कुन सर्जरी हो? लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Number of Surgeries Intermediate (Female, Male)	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS ८.२ को महल २३ को Intermediate Surgery मध्ये Emergency वा Inpatient कुन सर्जरी हो? लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Number of Surgeries-Minor (Female, Male)	यो विवरण बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (HMIS ८.२) को महल २३ को Minorsurgery मध्ये Emergency वा Inpatient कुन सर्जरी हो? र बहिरंग रजिष्टर को महल १६ मा surgery लिएका संख्या लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Plaster	अस्पतालमा कति प्लास्टर गरिएको हो? गणना गरी लिङ्ग अनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Post Operative Infection	Post Operative Infection को संख्या लाई surgery को प्रकार अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Free Health Services ad Social Security Programme	
Outpatients	बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS १.३) को महल १८ को Ultra Poor/Poor, Helpless/ Destitute, Disabled, Senior Citizen (>60 years), FCHV, Gender Based Violence र others छुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Inpatients	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (HMIS ८.२) को महल ३५ को Ultra Poor/Poor, Helpless/ Destitute, Disabled, Senior Citizen (>60 years), FCHV, Gender Based Violence र others छुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Emergency	आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS ८.३) को महल ३५ को Ultra Poor/Poor, Helpless/Destitute, Disabled, Senior Citizen (>60 years), FCHV, Gender Based Violence र others छुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referred Out	बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS १.३) को महल १८ र १९, बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (HMIS ८.२) को महल २८ र ३५ र आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS ८.३) को महल २९ र ३५ बाट Ultra Poor/Poor, Helpless/Destitute, Disabled, Senior Citizen (>60 years), FCHV, Gender Based Violence र others को Referred Out छुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Death Information	
Hospital Death (Female/Male)	<ul style="list-style-type: none"> • Early Neonatal (७ दिन भित्र) ,Late Neonatal (८-२८ दिन भित्र), Maternal (all) को विवरण HMIS ३.६ बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । • Post-Operative Death मा अस्पतालमा शल्यक्रियाको क्रममा वा ३० दिन भित्र भएका मृत्युलाई गणना गर्नुपर्दछ तर प्रसूति पश्चातको ४२ दिन सम्मको मातृ मृत्यु र २८ दिन सम्मको नवशिशु मृत्यु लाई गणना गर्नु हुँदैन । Post-Operative Death कोविवरण HMIS ८.२ बाट लिङ्ग अनुसार गणना गरि सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

महल शिर्षक	निर्देशन
	<ul style="list-style-type: none"> Emergency Death: Emergency वार्डमा उपचार को क्रममा मृत्यु भएका तर maternal र neonatal death बाहेकका संख्यालाई यस महलमा चढाउनुपर्दछ। Inpatient Death: अस्पतालमा भर्ना भई उपचारका क्रममा मृत्यु भएका तर माथिको महल (Early neonatal death, late neonatal death, maternal (all), Post-operative death, emergency death) मा उल्लेखित बाहेकका संख्यालाई यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Brought Dead (Female/Male)	यो विवरण HMIS ८.३ को महल नाम १८ बाट लिङ्ग अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Postmortem Done (Female/Male)	अस्पतालले गरेको पोस्टमार्टमको विवरण सम्बन्धित राजिष्टरबाट लिङ्ग अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
१B. Inpatient Morbidity (No. of Patients Discharged)	
ICD Code, Diseases	डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS ८.२ बाट प्रत्येक डिस्चार्ज भएका बिरामीहरूलाई उपचार गरेको रोगको आधारमा उमेर समुह तथा लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। ICD कोडको महलमा सम्बन्धित रोगको ICD ११ कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१C. Hospital Mortality	
ICD Code, Diseases	डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS ८.२ को महल २९ मा ६ नं कोड लेखिएका मृतकहरू आकस्मिक सेवा रजिष्टर HMIS ६.३ को महल ३० मा ७ नं कोड लेखिएका मृतकहरूलाई उपचार गरेको रोगको आधारमा उमेर समुह तथा लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। ICD कोडको महलमा सम्बन्धित रोगको ICD ११ कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। Brought Dead को संख्यालाई यसमा गणना गर्नुहुँदैन।
१०ख. नवशिशु स्याहार (Newborn Care)	
Number of sick babies admitted at SNCU/ NICU/KMCU	
Total neonates admitted (Male/Female)	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण "Cause of admission" मा भर्ना भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ।
Pre-term (Male/Female)	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण "Cause of admission" मा पूर्व अवधि जन्म "Pre-term" भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ।
Low Birth Weight (LBW) (Male/Female)	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण "Cause of admission" मा कम जन्मतौल भएका "Low-birth Weight" भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ।
Hypothermia	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण "Cause of admission" मा हाइपोथर्मिया "Hypothermia" भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ।
Birth Asphyxia (Peri/Neonatal)	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण "Cause of admission" मा जन्म सघात "Birth Asphyxia" भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ।
Neonatal Sepsis	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण "Cause of admission" मा नवजात सेप्सिस "Neonatal Sepsis" भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ।
Seizure	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण "Cause of admission" मा सिजर "Seizure" भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ।

Hyperbilirubinemia	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण “Cause of admission” मा हाइपरबिलिरुबीनेमिया “Hyperbilirubinemia” भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
Congenital Anomalies	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण “Cause of admission” मा “Congenital Anomalies” भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
Others	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण “Cause of admission” मा अन्य कारण भर्ना भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ । <i>This includes all other causes of admission, including others as well.</i>
Preterm/LBW/Hypothermia	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २५ नवजात शिशु भर्ना हुनुको कारण “Cause of admission” मा पूर्व अवधिजन्म “Pre-term”, कम जन्मतौल भएका “Low-birth Weight” र हाइपोथर्मिया “Hypothermia” मध्येकुनै पनि कारणबाट भर्ना भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ । यसरी गणना गर्दा एउटै व्यक्तिको दुइ वा सो भन्दा बढी कारणबाट भर्ना भएको भए सोव्यक्तिकोदोहोरो गणनागर्नुहुदैन।
Management and Treatment Outcomes of Small and/or Sick Newborns at SNCU/NICU/KMCU (नवजात शिशुको उपचार तथा व्यवस्थापनको नतिजा)	
Improved	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २८ “Outcomes of baby at discharge” मा उपचारपछि सुधार भएका नवजात शिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Referred	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २८ “Outcomes of baby at discharge” मा प्रेषण गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
DOPR/LAMA	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २८ “Outcomes of baby at discharge” मा “DOPR/LAMA” गरिएका नवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Death	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २८ “Outcomes of baby at discharge” मा उपचारको क्रममा वा पछि मृत्यु भएका नवजात शिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।

Number of small and/or sick newborns managed with KMC at SNCU/NICU/KMCU (कंगारु मदर केयर) बाट व्यवस्थापन गरिएका)	
LBW	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २४ व्यवस्थापन “Management” मा कंगारु मदर केयर “KMC (partial or continuous)” द्वारा व्यवस्थापन गरिएका कम जन्मतौल भएका “Low-birth Weight” भएका नवजात शिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Pre-term	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २४ व्यवस्थापन “Management” मा कंगारु मदर केयर “KMC (partial or continuous)” द्वारा व्यवस्थापन गरिएका पूर्व अवधि जन्म “Pre-term” भएका नवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Hypothermia	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २४ व्यवस्थापन “Management” मा कंगारु मदर केयर “KMC (partial or continuous)” द्वारा व्यवस्थापन गरिएका हाइपोथर्मिया “Hypothermia” भएका नवजात शिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।

Number of Preterm/ LBW/ Hypothermia Cases Managed	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं २४ व्यवस्थापन “Management” मा कंगारु मदर केयर “KMC (partial or continuous)” द्वारा व्यवस्थापन गरिएका Preterm, LBW र Hypothermia का नवजात शिशुको जम्मा केस संख्या नदोहोरिने गरि गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
नवजात शिशु स्याहार प्याकेजद्वारा उपचार तथा व्यवस्थापन	
Package A	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१ अनुसार नवजात शिशु स्याहार Package A द्वारा उपचार र व्यवस्थापन गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Package B	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१अनुसार नवजात शिशु स्याहार Package B द्वारा उपचार र व्यवस्थापन गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Package A+B	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१ अनुसार नवजातशिशु स्याहार Package A+B द्वारा उपचार र व्यवस्थापन गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Package A+B+C	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१ अनुसार नवजात शिशु स्याहार Package A+B+C द्वारा उपचार र व्यवस्थापन गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Total number of days stay in SNCU/ NICU/ KMCU	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१ अनुसार नवजात शिशु स्याहार, उपचार र व्यवस्थापनका लागि लागेको जम्मा समय दिनमा लेख्नु पर्दछ ।
१८a. Common Emergency Diseases	
स्वास्थ्य संस्थामा आकस्मिक सेवाका लागि आएका र आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS ८.३) मा दर्ता भएका जम्मा विरामीहरु मध्ये विभिन्न रोगका नयाँ विरामीहरुको संख्या आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS८.३) बाट रोगको ICD ११ कोड (महल २२) आधारमा सेवाग्राहीहरुको संख्या लिङ्ग (महिला/पुरुष) अनुसार गणना गरी प्रतिवेदन फारामको Common Emergency Diseases खण्डमा उतार गर्नुपर्दछ । मा.प.से, घाउ तथा शारीरिक परिक्षणको विवरण सम्बन्धित सेवा रजिष्टर (जस्तै: OCMC रजिष्टर) बाट मासिक रूपमा चढाउनु पर्दछ ।	
१९. प्रयोगशाला सेवा	
विभिन्न अस्पतालले आफ्नो अनुकूल प्रयोगशाला रजिष्टरहरु प्रयोगमा ल्याएको पाइन्छ । तसर्थ अस्पतालमा प्रयोगशाला सम्बन्धि सेवाको अभिलेख गर्न प्रयोग भएका रजिष्टरबाट प्रतिवेदन फाराममा उल्लेख भए अनुसारको विवरण उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।	
२२. एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र (OCMC)	
यो प्रतिवेदन एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र (OCMC) संचालन गरिरहेका अस्पतालले मात्र भर्नु पर्दछ । यप प्रतिवेदन एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र (OCMC) रजिष्टर (HMIS ८.५) बाट उतार गरि तयार गर्नुपर्दछ ।	
२३. सामाजिक सेवा इकाई (SSU)	
यो प्रतिवेदन सामाजिक सेवा इकाई (SSU) संचालन गरिरहेका अस्पतालले मात्र भर्नु पर्दछ । यप प्रतिवेदन सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर (HMIS ८.६) बाट उतार गरि तयार गर्नुपर्दछ ।	

२४. पोषण पुनर्स्थापना गृह

पोषण पुनर्स्थापना गृहको अभिलेख पोषण पुनर्स्थापना गृह रजिष्टर (HMIS 2.8) मा राखिएको हुन्छ। उक्त रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी सम्बन्धित प्रतिवेदन फाराममा चढाउनुपर्दछ।

सूचकहरू		निर्देशन
Admission Related Information	बालिका/बालक	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा भर्ना भएका बच्चाहरू मध्ये नयाँ भर्ना, पुन रोग बल्किएर भर्ना भएका (relapse) र प्रेषण भइ आएका बच्चाहरूलाई कुन आधारमा भर्ना भएका हुन सोही आधारको महलमा सम्बन्धित उमेर समुह अनुसारको संख्या लेख्नु पर्दछ। जस्तै: २७ महिनाको १ जना बालक <-3SD भएर पहिलो पटक भर्ना भएको हो भने new admission को महलमा उमेर समुह २५ देखि ५९ को महलमा संख्या १ लेख्नु पर्दछ। यसै गरि भर्नाको किसिम, भर्नाको आधार र उमेर समुह अनुसार HMIS 2.8 का आधारमा सम्बन्धित महलहरूमा संख्या चढाउनुपर्दछ।
Discharge Related Information	बालिका/बालक	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा भर्ना भइ उपचार पाएर डिस्चार्ज भएका बच्चाहरू मध्ये डिस्चार्जको किसिमलाई उमेर समुह र एन्थ्रोपोमेट्रिक आधारहरू अनुसार HMIS 2.8 का आधारमा सम्बन्धित महलहरूमा संख्या चढाउनुपर्दछ। यदि निको भएर डिस्चार्ज भएको हो भने official discharge, उपचार पाउदा पाउदै मेडिकल एड्भाइसको विपरित उपचार छाडेको हो भने Left against medical advice, अन्य ठाउँमा प्रेषण गरिएको हो भने Referred Out र मृत्यु भएको कारण डिस्चार्ज भएको हो भने death मा सम्बन्धित उमेर समुह अनुसार संख्या लेख्नु पर्दछ।
Bed Occupancy	Inpatient Days of Care	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा जम्मा भर्ना भएका बच्चाहरूले उपचार पाएको जम्मा दिन यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
	Bed Days Available	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा जम्मा सञ्चालनमा रहेका बेडको संख्या (बेड संख्या * दिन) यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
Average Length of Stay	Inpatient Days of Care	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा जम्मा भर्ना भएका बच्चाहरूले उपचार पाएको जम्मा दिन यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
	Total Admissions	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा जम्मा भर्ना भएका बच्चाको संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

अस्पतालबाट प्रदान गरिने अन्य स्वास्थ्य सेवाहरूको प्रतिवेदन

निम्न प्रतिकारात्मक, प्रवर्धनात्मक तथा उपचारात्मक सेवाहरूको प्रतिवेदनहरू यस निर्देशिकाको HMIS ९.३ भन्ने निर्देशिका बमोजिम नै तयार गरि प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ।

१. खोप, २. नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन, ३. पोषण, ४. स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम, ५. महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम, ६. जनसंख्या व्यवस्थापन कार्यक्रम, ७. मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम, ८. परिवार नियोजन कार्यक्रम, ९. प्रजनन स्वास्थ्य रणनीति सेवा, १०. गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम, ११. औलो निवारण कार्यक्रम, १२. कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रम, १३. कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम, १४. पुनर्स्थापना सेवा, १५. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम, १६. एचआईभी कार्यक्रम, १७. नसर्ने रोग, १८. New OPD Morbidity, १९. जेरियाट्रिक सेवा

HMIS 9.5: निजी तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form)

निजी तथा गैर-सरकारी अस्पतालमा मासिक रूपमा सम्पादन गरिएका सम्पूर्ण सेवाहरूको अभिलेख अनुसारको एकीकृत प्रतिवेदन गर्नका लागि यो फाराम प्रयोग गरिन्छ। अस्पतालबाट प्रदान गरिएका सेवाहरूको मासिक प्रतिवेदन मार्फत अस्पतालको वास्तविक अवस्थाको अनुगमन र विश्लेषण तथा अस्पतालको प्रगति मापन गर्न यस फारामको आवश्यकता परेको हो।

यो प्रतिवेदन महिना भुक्तान भएको ७ दिन भित्र तयार गरी सम्बन्धित निकायमा प्रेषण गर्नुपर्दछ।

महल शिर्षक	निर्देशन
OWNERSHIPTYPE	स्वास्थ्य संस्था निजी, सहकारी, सामुदायिक कुन हो भन्ने खुलाउनुपर्दछ।
FACILITYTYPE	स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार अस्पताल, पोली क्लिनिक, आदि खुलाउनु पर्दछ।
VAT/PANNo.	स्वास्थ्य संस्थाको भ्याट वा पान नं खुलाउनुपर्दछ।
प्रतिवेदनको मुख पृष्ठको माथिल्लो भागका केही भागबाहेक सम्पूर्ण भागहरू HMIS 9.4 सरकारी अस्पताल प्रतिवेदन फारामको जस्तै गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ।	

ABBREVIATIONS

ANC	Antenatal Care
ART	Anti-Retroviral Therapy
FCHV	Female Community Health Volunteer
GM	Growth Monitoring
HMIS	Health Management Information System
IFA	Iron Folic Acid
IMAM	Integrated Management of Acute Malnutrition
IMNCI	Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness
ITC	Inpatient Therapeutic Center
KMCU	Kangaroo Mother Care Unit
LAMA	Left Against Medical Advice
MAM	Moderate Acute Malnutrition
MNP	Micro-Nutrient Powder
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NRH	Nutrition Rehabilitation Home
OCCM	One-Stop Crisis Management Center
OST	Opioid Substitution Therapy
OTC	Outpatient Therapeutic Center
PNC	Postnatal Care
PWIDs	People who inject Drugs
SAM	Severe Acute Malnutrition
SDG	Sustainable Development Goal
SM	Sexual Minorities
SNCU	Special Newborn Care Unit
SSU	Social Service Unit
SAS	Safe Abortion Service