

# मातृ तथा नवजात शिशु सेवा रजिस्टर

HMIS 3.6

मुल दर्ता नं.	महिलाको नाम र थर:				जाति कोड	उमेर	सम्पर्क नम्बर				Gravida	LMP	गते	महिना	साल																									
सेवा दर्ता नं.	पतिको नाम, थर:				ठेगाना.....	जिल्ला.....	नगर/गाउँपालिका..... वडा नं..... टोल				Para	EDD	गते	महिना	साल																									
गर्भवती जाँच विवरण					प्रसूति सेवा (आमा र नव शिशु)										सुत्करी पछिको सेवा																									
गर्भवती जाँच	गते	महिना	साल	आइरन	क्याल्सियम	प्रसुति सेवाका लागी भर्ना गर्दाको मिति समय				प्रसुति मिति, समय				डिस्चार्ज मिति र आमाको अवस्था				जाँच पटक	सुत्करी जाँच		नवशिशु																			
प्रथम पटक (जुनसुकै समयको)	गते	महिना	साल			गते	महिना	साल	AM	PM	गते	महिना	साल	AM	PM	गते	महिना	साल	AM	PM	जन्मको २४ घण्टामा	गते	महिना	साल	१															
१२ हप्ता	गते	महिना	साल			Foetal Presentation	प्रसव व्यथाको स्थिती				प्रसूतिको प्रकार				Recovered				1	सुत्करीको ३	संस्था	घते	महिना	साल	१															
१६ हप्ता	गते	महिना	साल			Cephalic	1	Spontaneous	1	Spontaneous	1	Vacuum	2	Stable	2	दिनमा	घरमा	गते	महिना	साल																				
२०-२४ हप्ता	गते	महिना	साल			Breech	2	Augmentation	2	Forceps	3	C-Section	4	Referred out	3	सुत्करीको ७ -	संस्था	गते	महिना	साल	१																			
२८ हप्ता	गते	महिना	साल			Shoulder	3	Induced Labour	3		Jaundice	५	Macerated	२	Referred Health Institution		१४ दिन भित्र	घरमा	गते	महिना		साल																		
३२ हप्ता	गते	महिना	साल			नवजात शिशुको अवस्था	Normal	१	जीवित	अवधि नपुगेको	१	प्रसूति भएको स्थान		Recovered	1	सुत्करीको ४२ दिनमा	गते	महिना	साल	१																				
३४ हप्ता	गते	महिना	साल			Infection	२			यसै संस्था	१	LAMA	४	३ पटक (२४ घण्टा, ३ दिन र ७-१४ दिन)	गते	महिना	साल	१																						
३६ हप्ता	गते	महिना	साल			Asphyxia	३			अन्य संस्था	२	Absconded	५	प्रोटोकल अनुसार ४ पटक	गते	महिना	साल																							
३८-४० हप्ता	गते	महिना	साल			Hypothermia	४			Fresh	१	Died	६	भिटामिन ए दिएको मिति	गते	महिना	साल	१																						
४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता)	गते	महिना	साल			Jaundice	५			Macerated	२	अन्य सेवा		आइरन चक्की (ट्याव्लेट)	रगत दिएको मात्रा	पिन्ट																								
प्रोटोकल अनुसार ८ पटक	गते	महिना	साल			जीवित शिशुको लिंग, सख्या, तौल	विकलांग			सुत्करी गराउने स्वास्थ्यकर्मी			रगत दिएको मात्रा	पिन्ट	उपचार/सल्लाह																									
टिडी खोप १ मात्रा	गते	महिना	साल	सगत दिएको	पिन्ट	शिशु	संख्या	शिशुको तौल(ग्राममा)	Major	Minor	Others	नाम		अक्सिटोसिन सूझ दिएको	१	सुत्करी अवस्थामा गर्भ निरोधका साधन प्रयोग																								
टिडी खोप २ मात्रा	गते	महिना	साल	उपचार/सल्लाह		छोरी						दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट (SBA)	१	KMC सेवा दिएको	२	अवधि	गर्भ निरोध साधन																							
टिडी खोप २+ मात्रा	गते	महिना	साल			छोरा							दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट (SHP)	२	जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको	३	सुत्करी भएको ४८ घण्टा भित्र	गर्भ निरोध साधन																						
जुकाको औषधी वितरण	गते	महिना	साल									अन्य स्वास्थ्यकर्मी	३	नाभी मलमको प्रयोग	४	सुत्करी भएको ४९ घण्टा देखि ४२ दिन भित्र	गर्भ निरोध साधन																							
गर्भवती अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन					उपचार/सल्लाह										सुत्करी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन																									
जटिलता					महिना	उपचार	प्रेषण	एच आइ भी /सिफलिस परीक्षण र उपचार										प्रसूति अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन																						
Ectopic pregnancy					महिना	१	२	एच आइ भी परीक्षण मिति					गते	महिना	साल	जटिलता					महिना	उपचार	प्रेषण	जटिलता					महिना	उपचार	प्रेषण									
Abortion complication					महिना	१	२	एच आइ भी नतिजा					Non Reactive		Reactive	Pre-eclampsia					महिना	१	२	Pre-eclampsia					महिना	१	२									
Pre-eclampsia					महिना	१	२	ए आर टी उपचार/प्रेषण					गते	महिना	साल	Eclampsia					महिना	१	२	Eclampsia					महिना	१	२									
Eclampsia					महिना	१	२	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था										Prolonged labour					महिना	१	२	PPH					महिना	१	२							
Hyp. gravidarum					महिना	१	२	सिफलिस परीक्षण मिति										गते	महिना	साल	Obstructed labor					महिना	१	२	Retained placenta					महिना	१	२				
APH					महिना	१	२	सिफलिस नतिजा										नेगेटिभ		पोजेटिभ	Ruptured uterus					महिना	१	२	Puerperal sepsis					महिना	१	२				
Gestational Hypertension					महिना	१	२	सिफलिस उपचार										गते	महिना	साल	Other					महिना	१	२	C/S Wound Infection					महिना	१	२				
Other					महिना	१	२	प्रेषण गरेको संस्था										कारण										Other					महिना	१	२					
मातृ मृत्यु	मिति	गते	महिना	साल	अवस्था	गर्भवती प्रसव सुत्करी	स्थान	घरमा/संस्थामा/अन्य	कारण					नवजात शिशु मृत्यु	मिति	ग.	म.	सा.	कारण					ग.	म.	सा.														
यातायात खर्च वितरण रकम					रु.	वितरण नगर्नुको कारण					गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च वितरण					रु.	वितरण नगर्नुको कारण					न्यानो झोला	पाएको	१	नपाएको	२	नपाउनुको कारण													