



Government of Nepal
Ministry of Health and Population
Department of Health Service

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:..... ☐ Rural Municipality ☐ Municipality ☐ Metropolitan City Ward no:

2. Medical/Surgical history

Medical history/serious health problems: ☐ Asthma ☐ Porphyria ☐ TB ☐ Diabetes ☐ Other.....

Are you taking any medicine? ☐ No ☐ Yes If yes, mention the name of medicine.....

Do you have allergy to any medicine? ☐ No ☐ Yes If yes, mention the name of medicine.....

Previous history of Ectopic Pregnancy: ☐ No ☐ Yes

Previous history of Surgery: ☐ No ☐ Yes If yes, types of surgery and year of surgery.....

Any contraceptive used within this one to six months: ☐ No ☐ 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: ☐ Regular ☐ Irregular Signs and symptoms of pregnancy: ☐ Yes ☐ No

4. General /Physical Examination and Investigation

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:

Jaundice: ☐ Yes ☐ No Pallor: ☐ Yes ☐ No

Lungs sound: ☐ Clear ☐ Abnormal sound Heart sound: ☐ Normal ☐ Abnormal

Abdominal tenderness: ☐ Yes ☐ No Abdominal mass palpable: ☐ Yes ☐ No

Uterus palpable: ☐ Yes ☐ 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: ☐ Normal ☐ Abnormal Vaginal discharge: ☐ Normal ☐ Abnormal If abnormal, Foul smelling: ☐ Yes ☐ No

P/S examination: Cervix: ☐ Normal ☐ Abnormal Unhealthy cervix: ☐ Yes ☐ No

P/V examination: Uterine size (weeks)..... Position: ☐ A/V ☐ R/V Fornix clear: ☐ Yes ☐ No

6. Medical abortion drugs and Contraceptive Service

Drugs Provided: **Mifepristone**(200mg): Date /..... /..... Time

Misoprostol (200mcg × 4 tablets): ☐ Home ☐ Clinic Date: /..... /..... Time

Pain management drugs (400mg ibuprofen × 4 tabs) to take home: ☐ Yes ☐ No

Contraceptive provided (on the day of Mifepristone): ☐ Implant ☐ Depo Provera ☐ Pills

☐ Condom ☐ None ☐ Others.....

Name of Service Provider:..... Signature:..... Provider Listed No.

7. Follow up (to be filled if follow up is done)

Follow up: ☐ in-person ☐ telephone Date of follow up: /..... /..... MA success Checklist used: ☐ Yes ☐ No

Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:

PA tenderness: ☐ Yes ☐ No

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

P/V Examination: Uterine size (weeks)..... Fornix clear: ☐ Yes ☐ No

OS Closed: ☐ Yes ☐ No Other relevant finding (if any):

Status on Follow up: ☐ Complete ☐ Incomplete ☐ Ongoing pregnancy ☐ Ectopic pregnancy

Any complication (SAE): ☐ No ☐ Yes (if yes, mention the type) ☐ Heavy bleeding requiring Blood transfusion

☐ Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics

☐ Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy

Mention the management or referral conducted (with name of the referral facility)

.....

.....

Contraceptive provided on follow up:

☐ Minilap ☐ NSV ☐ Implant ☐ IUCD

☐ Depo Provera ☐ Pills ☐ Condom ☐ None ☐ Others.....

8. Client consent Form

अनुसूची १२

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रविधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरु र यसबाट हुने फाइदा, बेफाइदा लगायतका प्राविधिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माथवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाईं स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छु ।

मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको :-	औठा छाप		संरक्षक वा माथवरको :- (आवश्यक भएमा मात्र)	औठा छाप	
नाम, थर :			नाम, थर :		
ठेगाना			ठेगाना :		
उमेर :			उमेर :		
मिति :			मिति :		
दस्तखत :			दस्तखत :		

अनुसूची-१२

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामाको ढाँचा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रविधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरू र यसबाट हुने फाइदा, बेफाइदा लगायतका प्राविधिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माथवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाईं स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छु ।

मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको,-		संरक्षक वा माथवरको,-	
नाम, थर:		नाम, थर:	
ठेगाना:		ठेगाना:	
उमेर:		उमेर:	
मिति:		मिति:	
दस्तखत:		दस्तखत:	
औँठा छाप:		औँठा छाप:	
<div>बायाँ</div>	<div>दायाँ</div>	<div>बायाँ</div>	<div>दायाँ</div>

दस्तखत:

नोट: