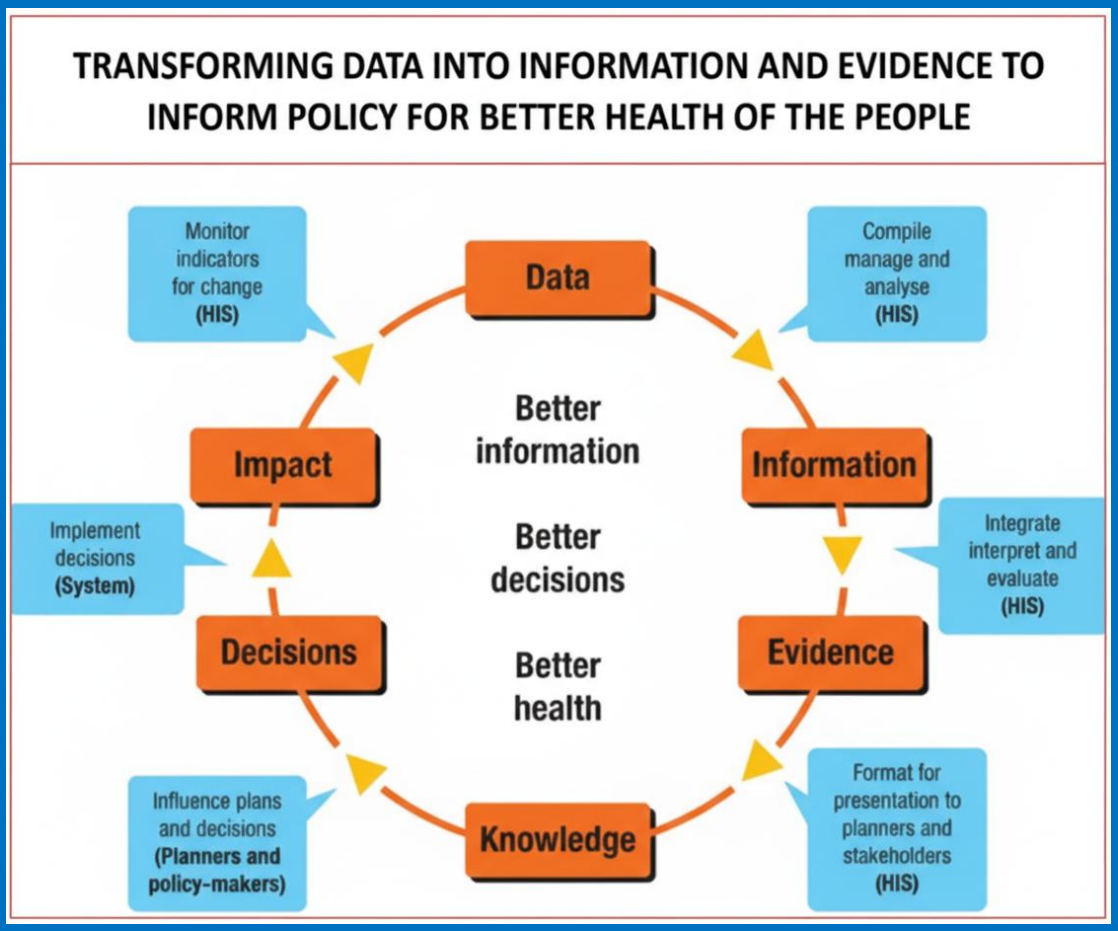
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदनसम्बन्धी निर्देशिका



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

व्यवस्थापन महाशाखा

टेकु, काठमाडौं

२०८२

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

अभिलेख तथा प्रतिवेदनसम्बन्धी निर्देशिका

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा
टेकु, काठमाडौँ
२०८२

प्रथम संस्करणः
चैत्र, २०७०
दोस्रो संस्करण (परिमार्जन सहित):
जेष्ठ, २०७५
तेस्रो संस्करण (परिमार्जनसहित):
चैत्र, २०७८
चौथो संस्करण (परिमार्जनसहित):
माघ, २०८२
© एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन शाखा (IHIMS)
व्यवस्थापन महाशाखा,
स्वास्थ्य सेवा विभाग, टेकु, काठमाडौँ, नेपाल

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

व्यवस्थापन महाशाखा

टेकु, काठमाडौं

मितिः २०८२/१०/२३

मन्तव्य

दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (सन् १९९७-२०१७) ले स्वास्थ्य सूचना प्रणालीलाई एकीकृत तथा विस्तृत रुपमा विकास गर्ने अवधारणा लिएको छ । यसै अवधारणालाई मध्यनजर गरी सरकारी, गैरसरकारी, निजी तथा सहयोगी संस्थाहरूबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाहरूलाई समेट्ने गरी सन् २००२ मा स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीति (Health Sector Reform Strategy) लागु गरी स्वास्थ्य क्षेत्रलाई बढी परिणाममुखी बनाउने अवधारणाको विकास भयो । यसै रणनीतिलाई कार्यान्वयन गर्न नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (Nepal Health Sector Program-Implementation Plan) सन् २००४-२००९ को विकास गरी कार्यान्वयन गरिएको थियो । स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाको अन्तिम आठौं बुंदाको परिणाममा सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्रको सूचना प्रणालीलाई विस्तृत तथा एकीकृत रुपमा मूर्तरूप दिने कार्य माथि विशेष जोड दिइएको छ । अतः स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई एकीकृत तथा विस्तृत बनाउने र पूर्णता दिने क्रममा सबै प्रदेश, जिल्ला तथा स्थानीय तहमा तालिम सञ्चालन गर्नको लागि २०७० सालमा बनाइएको यो निर्देशिका २०७५ सालमा केहि संसोधन पश्चात २०७८ र २०८२ मा सामान्य सामान्य परिमार्जित गरी "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०८२" तयार गरिएको हो ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा एकीकृत सूचना प्रणाली कार्यान्वयन गर्ने सिलसिलामा सबै प्रदेश, जिल्ला तथा स्थानीय तहमा कार्यरत कर्मचारीहरूलाई तालिम सञ्चालन गर्नको लागि "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०७०" लाई परिमार्जन गरी तयार गरिएको छ । स्वास्थ्य क्षेत्रमा एकीकृत सूचना व्यवस्थापन प्रणाली बढी व्यवस्थित एवम् परिणाममुखी बनाउनको साथै सेवा दिने सम्बन्धित स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई स्वास्थ्य सेवा सूचनाको अभिलेख राख्न, प्रतिवेदन तयार गर्ने ज्ञान तथा सिप अभिवृद्दि गर्न यस "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०८२" ले आवश्यक सहयोग पुर्याउने भन्ने आशा लिएको छु ।

यस पुस्तिकालाई आधार मानी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सम्पूर्ण आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरू, अस्पतालहरू, निजी तथा गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूले नेपाल सरकारले निर्धारण गरेको निर्धारित ढाँचामा तोकिएको समय भित्र प्रतिवेदन तयार गरी प्राप्त सूचनाको आधारमा स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न योजना निर्माण, कार्यान्वयन, अनुगमन, मूल्याङ्कन कार्यका लागि समेत यो निर्देशिका अवश्य लाभकारी हुनेछ ।

अन्तमा, यस "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन परिमार्जित सम्बन्धी २०८२" तयार पार्ने क्रममा प्रमुख भूमिका निर्वाह गर्ने एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन शाखा (IHIMS) का प्रमुख ऋतु पन्थ लगाएत शाखाका सम्पूर्ण कर्मचारीहरू, विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाका प्रतिनिधिहरूलाई धन्यवाद दिन चाहन्छौं ।

केशवराज पण्डित

निर्देशक

व्यवस्थापन महाशाखा

स्वास्थ्य सेवा विभाग

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

व्यवस्थापन महाशाखा

टेकु, काठमाडौं

मितिः २०८२/१०/२३

दुई शब्द

एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत सरकारी, गैर सरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रदान भैरहेको स्वास्थ्य सेवाको विवरण एकीकृत रुपमा राष्ट्रिय स्तरसम्म हाल अनलाइन मार्फत सङ्कलन हुदै आइरहेको छ । स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको कुशल व्यवस्थापनको लागि गुणस्तरीय र भरपर्दो सूचना सङ्कलन गरि प्रयोगमा ल्याउनु समयको माग हुन्छ । यहि उद्देश्य अनुरुप आ.व. २०५१/५२ देखि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको शुरुवात भएको हो । यस प्रणालीले स्वास्थ्य कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कनका हरेक चरणमा सूचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको हुन्छ । स्वास्थ्य सेवालाई अझ बढी परिणाममुखी बनाउन र यस क्षेत्रमा आइपर्ने चुनौतीहरूलाई समाधान गर्न आवश्यक पर्ने सूचना सङ्कलन गरी कार्यक्रम व्यवस्थापनमा सहयोग पुर्याउन एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तर्गत प्रयोगमा रहेका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूमा समयसापेक्ष परिमार्जन तथा थपघट गर्नुपर्ने हुन्छ। सोही अनुसार आ.व. २०५१/५२ पछि आ.व. २०७०/७१, आ.व. २०७५/७६ र २०७८/७९ मा केहि रजिष्टर तथा फारामहरूमा परिमार्जन गरिएको थियो। आ. व. २०८२/८३ मा सम्बन्धित महाशाखा तथा केन्द्रहरुबाट माग भई आए बमोजिम केही रजिष्टर तथा फारामहरूमा सामान्य परिवर्तन गरिएको छ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा एकीकृत सूचना प्रणाली कार्यान्वयन गर्ने सिलशिलामा सबै प्रदेश, जिल्ला तथा स्थानीय तहमा कार्यरत कर्मचारीहरूलाई तालिम सञ्चालन गर्नको लागि "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०७०" लाई परिमार्जन गरी तयार गरिएको छ । स्वास्थ्य क्षेत्र र एकीकृत सूचना व्यवस्थापन प्रणाली बढी व्यवस्थित र परिणाममुखी बनाउनको साथै सेवा दिने सम्बन्धित स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूलाई स्वास्थ्य सेवा सूचनाको अभिलेख राख्न, प्रतिवेदन तयार गर्न, ज्ञान तथा सीप अभिबृद्धि गर्न यस "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०८२" ले आवश्यक सहयोग पुर्याउने छ भन्ने आशा लिएको छु ।

यस पुस्तिकालाई आधार मानी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सम्पूर्ण आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरू, अस्पतालहरू, निजी तथा गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरूले नेपाल सरकारले निर्धारण गरेको निर्धारित ढाँचामा तोकिएको समयअवधि भित्र प्रतिवेदन तयार गरी अनलाइन मार्फत प्राप्त सूचनाको आधारमा स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न योजना निर्माण, कार्यान्वयन, अनुगमन, मुल्याङ्कन कार्यका लागि समेत यो निर्देशिका अवश्य लाभकारी हुनेछ भन्ने आशा लिएको छु ।

अन्तमा, यस "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०८२" तयार पार्ने क्रममा अभिभावकत्व प्रदान गर्नुहुने स्वास्थ्य सेवा विभागका श्रीमान महानिर्देशकज्यू, व्यवस्थापन महाशाखाका श्रीमान निर्देशकज्यू तथा विभिन्न महाशाखा/केन्द्रका निर्देशक/प्रमुखज्यूहरू, शाखा प्रमुखज्यूहरू र सम्बन्धित सम्पूर्ण कर्मचारीहरू प्रति आभारी छु। त्यस्तै यो निर्देशिका परिमार्जन गर्ने कार्यमा संलग्न एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन शाखाका तथ्याङ्क अधिकृतहरू, कृष्णराज तिवारी, शेषकान्त रानाभाट र टिका प्रसाद नेपाल, कम्प्युटर अधिकृत नविना प्रधानाङ्ग र प्रविन चौहान, जनस्वास्थ्य अधिकृत कृपा थापा मगर र लिससा पौडेल, अभय राज श्रेष्ठ (WHO) लगायत विभिन्न महाशाखा तथा केन्द्र साथै प्रदेश तथा जिल्लामा कार्यरत तथ्याङ्क व्यवस्थापकहरू, विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाका प्रतिनिधिहरूलाई धन्यवाद दिन चाहन्छु ।

ऋतु पन्थ

शाखा प्रमुख

एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन शाखा

विषयसूची

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको परिचय 1

HMIS १.१: मूल दर्ता रजिष्टर (Master Register) 10

HMIS १.२: स्वास्थ्य सेवा कार्ड (Health Service Card) 12

HMIS १.३: बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर (Outpatient Register) 14

HMIS १.४: प्रेषण/ स्थानान्तरण पुर्जा (Referral/ Transfer Slip) 16

HMIS १.५: डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (Defaulter/Discontinuation Tracing Slip) 18

HMIS १.६: समायोजन फाराम (Tally Sheet) 20

HMIS १.७: मासिक अनुगमन पुस्तिका- आधारभूत स्वास्थ्य संस्था (Monthly Monitoring Worksheet- Basic Health Facility) 21

HMIS १.८: मासिक अनुगमन पुस्तिका-अस्पताल (Monthly Monitoring Worksheet- Hospital) 24

HMIS २.१: बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card) 28

HMIS २.२: खोप रजिष्टर (Immunization Register) 32

HMIS २.३: पोषण रजिष्टर (Nutrition Register) 43

HMIS २.४: नवजातशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMNCI Register) 48

HMIS २.५: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड (IMAM Child Health Card) 60

HMIS २.६: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMAM Register) 62

HMIS २.७: मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर—अस्पताल (IMAM Register — Hospital) 65

HMIS २.८: पोषण पुनर्स्थापनागृह रजिष्टर (NRH Register) 69

HMIS ३.१: परिवार नियोजन सेवा कार्ड (Face Sheet) 73

HMIS ३.२: परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स, तथा गर्भ निरोधक सुइ) सेवा रजिष्टर (Pills and Injectable Service Register) 76

HMIS ३.३: परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (आइ.यु.सी.डी/इम्प्लाण्ट) सेवा रजिष्टर (IUCD/Implant Service Register) 80

HMIS ३.४: परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर-Sterilization Service Register 83

HMIS ३.५: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड -Maternal and Newborn Health Card 85

HMIS ३.६: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर 93

(Maternal and Newborn Health Service Register) 93

HMIS ३.७: सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर 105

(Safe Abortion Service Register) 105
HMIS ३.७a: औषधीद्वारा गरिने गर्भपतन सेवाको सेवाग्राही कार्ड 109
(Client Personal Profile: Medical Abortion Service) 109
HMIS ३.७b: MVA द्वारा गरिने गर्भपतन सेवाको सेवाग्राही कार्ड 110
(Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration) 110
HMIS ३.७c: दोस्रो त्रैमासिकको गर्भपतनको सेवाग्राही कार्ड 111
(Client Personal Profile: Second Trimester Abortion) 111
HMIS ३.७d: PAC सेवाको सेवाग्राहीकार्ड 113
(Client Personal Profile: Post Abortion Care) 113
HMIS ३.८: प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर 114
(Reproductive Health Morbidity Service Register) 114
HMIS ४.१: गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर (ORC Register) 118
HMIS ४.२: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर 129
(FCHV Register) 129
HMIS ४.३: राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर 138
(Vitamin A Register) 138
HMIS ४.४: स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर 140
(Health Promotion and Health Education Register) 140
HMIS ५.१: औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमूना सङ्कलन फाराम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form) 142
HMIS ५.२: औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (Malaria, Leprosy, and Kala-azar Laboratory Register) 145
HMIS ५.३: औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (Malaria and Kalazar Treatment Register) 147
HMIS ५.४: कुष्ठरोग परीक्षण तथा उपचार कार्ड 151
(Leprosy Examination and Treatment Card) 151
HMIS ५.५: कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर 157
(Leprosy Treatment Register) 157
HMIS-५.६: पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर 160
(Rehabilitation Service Register) 160
पेजको अन्तमा रहेको लिंग अनुसारको उमेर समूहको विवरण, विकार/अपांगताको प्रकारको विवरण र अपांगता परिचय पत्रको आधारमा सेवाग्राहीको विवरण अनिवार्य रुपमा भर्नु पर्दछ, जसले प्रतिवेदन तयार गर्न सहज गराउछ। 164

HMIS-५.७: पुनर्स्थापना सेवा कार्ड (Rehabilitation Service Card) 165
HMIS-५.८: कुष्ठरोग बिरामीको सम्पर्क जाँच रजिष्टर (Leprosy Contact Investigation Register) 167
HMIS-५.९: नसर्नेरोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर 169
(Non-Communicable Diseases and Mental Health Register) 169
HMIS-५.१०: ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Senior Citizen Health Service Register) 172
HMIS ६.१: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register) 176
HMIS ६.२: खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम (Laboratory Request and Reporting Form) 178
HMIS ६.३ A: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर-माइक्रोस्कोपी 181
(TB Laboratory Register - Microscopy) 181
HMIS ६.३ B: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्स्पर्ट) Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) 183
HMIS ६.४ A: क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एसटि.बि) (Tuberculosis Treatment Management card (DSTB) 186
HMIS ६.४ B: क्षयरोग उपचार कार्डः बिरामीका लागि (TB Treatment card-Patient) 193
HMIS ६.४C: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड(DR TB Treatment Management Card) 194
HMIS ६.४D:औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड (DR TB Treatment Card-Patient) 200
HMIS ६.५B: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर (DR Tuberculosis Treatment Register) 209
HMIS ६.६: क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम 212
-Tuberculosis Screening and Contact Examination 212
HMIS ६.७: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर (Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register) 214
HMIS ६.८: क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड (Tuberculosis Preventive Therapy Card) 216
HMIS ६.९: क्षयरोग प्रेषणपुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था) TB Referral Form- Community, Private Sector) 218
HMIS ६.१०: aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form 219
HMIS ७.१: एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HIV Testing and Counselling Register) 223
HMIS ७.३: एच.आई.भी. रोकथाम सेवाः एचआइभी स्व—जाँच रजिष्टर (HIV Self-Testing Register) 231
HMIS ७.४: एच.आई.भी. उपचार सेवा रजिष्टर (HIV Treatment Care Register) 232
HMIS ८.१: बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register) 253
HMIS ८.२: बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register) 256
HMIS ८.३: आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register) 259

HMIS ८.४ Special Newborn Care Unit/ Neonatal Intensive Care Unit/ Kangaroo Mother Care Unit Register 263

HMIS ८.५: अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिष्टर (One-Stop Crisis ManagementCenter-OCMC) 268

HMIS ८.६: सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर (Social Service Unit-SSU) 271

HMIS ९.१: महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form) 274

HMIS ९.२: समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC) 275

HMIS ९.३: आधारभूत स्वास्थ्य सेवाकेन्द्रको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (Basic Health Facilities Monthly Reporting Form) 284

HMIS ९.४: सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form) 350

HMIS ९.५: निजी तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form) 361

ABBREVIATIONS 362

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको परिचय

परिचयः

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

एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तर्गत प्रयोग भएका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरू आवश्यकता अनुसार समय सापेक्ष परिमार्जन गरी अद्यावधिक हुँदै आइरहेका छन् । तदनुरुप आ.व. २०७०/७१ मा एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीले तत्कालिन समयमा नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम (Nepal Health Sector Support Programme-NHSSP) ले निर्धारण गरेका नियमित स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी कतिपय सूचकहरूको अनुगमन गर्न आवश्यक पर्ने सूचनाहरू उपलब्ध नभएको स्थिति र कतिपय कार्यक्रमहरू सूचना प्रणालीमा समावेश नभई छुट्टै अभिलेख प्रतिवेदन हुने गरेको अवस्थालाई समेत मध्यनजर गरि व्यापक परिमार्जन गरिएको थियो । देश संघीय संरचनामा गए पश्चात आ.व. २०७४/७५ मा थप केहि परिमार्जन सहित लागू हुँदै आएको भएता पनि यस बिचमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा भएका थुप्रै परिवर्तनहरूलाई समेट्न नसकिएको महसुस गरिएको थियो । यस बीचमा जनस्वास्थ्यका विभिन्न नयाँ कार्यक्रमहरू लागू भई सञ्चालनमा आएको भएतापनि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली भित्र समाहित हुन सकेको थिएन । यसका अतिरिक्त नियमित सञ्चालनमा रहेका कार्यक्रम तथा तिनका रणनीतिहरूमा समेत थुप्रै परिमार्जन भएको भएतापनि परिमार्जित कार्यक्रमका कतिपय महत्वपूर्ण पक्ष 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 तथ्याङ्क तथा सूचनाहरूको आवश्यकता समेत महसुस गरिएको थियो ।यी सबै आवश्यकताहरूलाई दृष्टिगत गरि आर्थिक वर्ष २०७८/७९ मा विद्यमान स्वास्थ्यका सूचकहरू, अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूमा केही परिमार्जन गरेपछि केहि छुट संसोधनहरू २०८२/८३ मा पनि अद्यावधि गर्ने कार्यलाई पूरा गरी स्वास्थ्यका विभिन्न क्षेत्र तथा कार्यक्रमहरूलाई विस्तृत रुपमा समेट्ने प्रयास गरिएको छ ।

विभिन्न सरकारी तथा गैर-सरकारी संस्थाहरू, जनस्वास्थ्य तथा तथ्याङ्कका विषय विज्ञ, स्वास्थ्यकर्मीहरूसँगको छलफल, परामर्श तथा कार्यशालाहरूबाट प्राप्त सुझावहरूका आधारमा अभिलेख, प्रतिवेदन फारामहरू र सूचकहरू थप तथा परिमार्जन गरिएका छन् । यसलाई लागू गर्नुपूर्व काठमाडौं जिल्लाको केही स्वास्थ्य संस्थाहरूमा परीक्षण 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 रुप दिईएको हो । हालको अभिलेख फारामहरूलाई आठ वटा खण्डहरूमा र प्रतिवेदन फारामहरूलाई छुट्टै एक खण्डमा विभक्त गरी जम्मा ७८ किसिमका अभिलेख फारामहरू (कार्ड, रजिष्टर) तथा ५ किसिमका प्रतिवेदन फारामहरू गरी जम्मा ८३ किसिमका अभिलेख र 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 सङ्कलन गर्ने, प्रशोधन गर्ने, विश्लेषण गर्ने तथा सूचनाको आधारमा निर्णयमा पुग्ने प्रकृया हो । स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीले कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन तथा अनुगमन एवम् मूल्याङ्कनका प्रत्येक चरणमा सूचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको छ। स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीबाट स्वास्थ्यकर्मी, कार्यक्रम व्यवस्थापक, तथा नीति निर्माताहरूलाई तथ्यपरक निर्णय लिई कार्यक्रम व्यवस्थापन गर्न मासिक रुपमा सूचना उपलब्ध हुन्छ।

तथ्यपरक कार्यक्रम व्यवस्थापन तथा योजना तर्जुमा

तथ्य भन्नाले अनुसन्धान, अभ्यास वा अनुभवबाट प्राप्त जानकारीहरू हुन। 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 तथ्याङ्कलाई आधार मानेर आवश्यक निर्णय लिन सकिन्छ जुन यथार्थपरक एवम् प्रभावकारी हुन्छन् । साथै, जनस्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यक्रम व्यवस्थापन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कनका लागि समेत तथ्याङ्क आवश्यक पर्दछ ।

जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा HMIS त्यस्तो सूचना प्रणाली हो जसको संजाल स्थानीय स्तरका महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका देखि संघीय स्तरसम्म विकास भएको छ ।यसले स्वास्थ्यकर्मी, कार्यक्रम व्यवस्थापक तथा नीति निर्माताहरूलाई तथ्यपरक निर्णय लिई कार्यक्रम व्यवस्थापन गर्न मासिक रुपमा सूचना उपलब्ध गराउँछ ।यद्धपि स्वास्थ्य व्यवस्थापनका विभिन्न तहहरूमा HMIS बाट उपलब्ध सूचनाहरूको पूरा उपयोग भने हुन सकेको छैन ।

HMIS को उपयोगिता

कार्यक्रम व्यवस्थापनमा HMISबाट प्राप्त तथ्याङ्कको उपयोग निम्न किसिमले गर्न सकिन्छः

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

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

अभिलेख (रजिष्टर, कार्ड) तथा प्रतिवेदन फारामहरू

सावीकमा 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) -८		
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 सेवा रजिष्टर (Outpatient Service Register)	३	१.३.	बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर (Outpatient Service Register)
४	१.४	प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा	४	१.४	प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा
५	१.५	डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा	५	१.५	डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा
६	१.६	समायोजन फाराम (Tally Sheet)	६	१.६	समायोजन फाराम (Tally Sheet)
			७	१.७	मासिक अनुगमन 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) - ८		
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 कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर- अस्पताल (IMAM Register- Hospital)	१५	२.७	मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर- अस्पताल (IMAM Register- Hospital)
			१६	२.८	पोषण पुनर्स्थापना गृह रजिष्टर (NRH Register)

परिवार स्वास्थ्य (Family Health)			३. परिवार कल्याण (Family Welfare)- १२		
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 andNewborn Health Service Register)	२२	३.६	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Maternal andNewborn 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	औषधीद्वारा 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	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर (Reproductive Health Morbidity Register)
सामुदायिक सेवा (Community Services)			४. सामुदायिक सेवा (Community Services) - ३२		
२१	४.१	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर	२९	४.१	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर
२२	४.२	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (FCHV Register)	३०	४.२	महिला सामुदायिक 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 andHealth 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)- १०**		
२४	५.१	औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमूना सङ्कलन फाराम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form)	३३	५.१	औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमूना सङ्कलन फाराम (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 परीक्षण तथा उपचार कार्ड (Leprosy Examination and Treatment Card)	३६	५.४	कुष्ठरोग परीक्षण 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) -१५		
२९	६.१	सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register)	४३	६.१	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 (एक्स्पर्ट) Tuberculosis Laboratory Register- (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)	४६	६.३B	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्स्पर्ट) Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)
३३	६.४A	क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) (Tuberculosis Treatment Mnagement card (DSTB)	४७	६.४A	क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) (Tuberculosis Treatment Mnagement card (DSTB)
३४	६.४B	क्षयरोग उपचार कार्डः बिरामीका लागि (TB Treatment card-Patient)	४८	६.४B	क्षयरोग उपचार कार्डः 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 प्रेषण पुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था) TB Referral Form- Community, Private Sector)	५६	६.९	क्षयरोग प्रेषण 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 - १५**		
४४	७.१	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HIV Testing and Counselling Register)	५८	७.१	परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर (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 रजिस्टर (Sexually Transmitted Infections Treatment Register)
४६	७.३	आमाबाट बच्चामा सर्ने एच.आई.भी रोकथाम सेवा रजिष्टर (PMTCT Service Register)	६०	७.३	एच.आई.भी. रोकथाम सेवाः एचआइभी स्व-जाँच रजिष्टर (HIV Self-Testing Register)
४७	७.४	एच.आई.भी. उपचार सेवा रजिष्टर (HIV Treatment Care Register)	६१	७.४	एच.आई.भी.. उपचार सेवा रजिस्टर (HIV Treatment Care Register)
४८	७.५	एच.आई.भी.उपचार सेवा कार्ड (HIV Treatment Care Record)	६२	७.५	एच.आई.भी.उपचार सेवा कार्ड (HIV Treatment Care Record)
४९	७.६	ओ.एस.टी. रजिष्टर (Opioid Substitution Therapy Register)	६३	७.६	ओ.एस.टी. रजिस्टर (Opioid Substitution Therapy Register)
			६४	७.७	एच.आई.भी. रोकथाम सेवाः पहिलो तथा पुनः भेट रजिस्टर
			६५	७.८	HIV Prevention Service - Needle Syringe Program (NSP) Register HMIS
			६६	७.९	Community-Led Testing (CLT) Register
			६७	७.१	एच.आइ.भी. हेरचाह तथा सहयोगः सामुदायिक हेरचाह केन्द्र रजिष्टर
			६८	७.११	एच.आइ.भी. हेरचाह तथा सहयोगः सीएचबीसी (CHBC) रजिष्टर
			६९	७.१२	प्रि-एक्सपोजर प्रोफाइल्याक्सिस् रजिष्टर
			७०	७.१३	पोष्ट्-एक्सपोजर प्रोफाइल्याक्सिस् रजिष्टर
			७१	७.१४	इन्डेक्स बेष्ड पार्टनर परीक्षण रजिष्टर
			७२	७.१५	एच.आई.भी. रिसेन्सी परीक्षण

अस्पताल (Hospital)			८. अस्पताल (Hospital)-६		
५०	८.१	बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)	७३	८.१	बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)
५१	८.२	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)	७४	८.२	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)
५२	८.३	आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)	७५	८.३	आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)
			७६	८.४	Special Newborn Care Unit/ Neonatal Intensive Care Unit/ Kangaroo Mother Care Unit Register
			७७	८.५	अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिष्टर (OCMC Register
			७८	८.६	सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर (SSU Register)
प्रतिवेदन फारामहरू(REPORTING TOOLS)					
५३	९.१	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)	७९	९.१	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)
५४	९.२	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC)	८०	९.२	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC)
५५	९.३	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्य क्लिनिक/केन्द्र र सामुदायिक स्वास्थ्य एकाईको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (PHCC, HP, Urban Health Clinic/ Center and Community Health Unit Monthly Reporting Form)	८१	९.३	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (Basic Health Facilities Monthly Reporting Form)
५६	९.४	सरकारी अस्पताल प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form)	८२	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)	८३	९.५	निजी तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form)

१. साझा अभिलेख फारामहरू
COMMON FORMS

HMIS १.१: मूल दर्ता रजिष्टर

HMIS १.२ स्वास्थ्य सेवा कार्ड

HMIS १.३: बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर

HMIS १.४: प्रेषण/स्थानान्तरण 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)

HMIS १.१ : मूल दर्ता रजिष्टर (Master Register)

स्वास्थ्य संस्थामा जुनसुकै स्वास्थ्य सेवा लिन आएका व्यक्तिहरूको नाम र अन्य विवरण एउटै रजिष्टरमा दर्ता गर्नाले सेवा लिन आएका सबै व्यक्तिहरूको अभिलेखन रहने हुनाले संस्थामा कति जना सेवा लिन आए भन्ने जानकारी हुनुका साथै संस्थाको वास्तविक कार्यबोझको जानकारी प्राप्त हुन्छ। स्वास्थ्य संस्थामा सबै सेवाग्राहीहरूको विवरण सङ्कलन गरी अभिलेखन गर्न, सेवा सम्बन्धी विश्लेषण गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न यस रजिष्टरको आवश्यकता पर्दछ । सेवाग्राहीहरू जुनसुकै सेवा लिन स्वास्थ्य संस्थामा आएमा रजिष्टरमा उल्लेख भए बमोजिमका निजको नाम, थर, उमेर लगायतका सबै विवरण नछुटाई सोधेर स्पष्ट बुझ्ने अक्षरमा लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थामा सञ्चालनहुने खोप सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरूलाई यस रजिष्टरमा दर्ता गर्नुपर्दैन ।

रजिष्टरको नमूना

मूल दर्ता रजिष्टर

मितिः _____/_____/_____(गा/म/सा)

क्र.सं	दर्ता नम्बर		सेवाग्राहीको		जाती कोड	उमेर		ठेगाना			सम्पर्क नम्बर	सेवाको किसिम*	निशुल्क/शुल्क रु.	प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर		महिला	पुरुष	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.				
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५

नयाँ सेवाग्राही (महल नं. २)								नया सेवाग्राही (महल नं. १)							नयाँ सेवाग्राही (महल नं. ६)							जम्मा
लिङ्ग	उमेर समुह						जम्मा	उमेर समुह						जम्मा	जात/जाती समुह							
	०-९	१०-१४	१५-१९	२०-५९	६०-६९	≥७०		०-९	१०-१४	१५-१९	२०-५९	६०-६९	≥७०		दलित	जनजाती	मधेशी	मुस्लिम	ब्राह्मण/क्षेत्री	अन्य		
महिला																						
पुरुष																						

सेवाको किसिम (महल १३)					
सामान्य उपचार	१	परिवार नियोजन	५	चौमासे	९
IMNCI	२	क्षयरोग	६	नसर्ने रोग	१०
पोषण	३	कुष्ठरोग	७	अन्य (खुलाउने)	११
सुरक्षित मातृत्व	४	किटजन्य रोग	८		

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

मितिः सेवा दिएको दिनको मिति (गते/महिना/साल) पानाको सुरुमा माथि पट्टिको देब्रे कुनामा लेख्नुपर्दछ। पानामा दिइएका लहर (Row) मध्ये केही बाँकी रहेमा अर्को दिन सोही पानामा एउटा लहरमा मिति लेखि अर्को लहरबाट विवरण भर्न सुरु गर्नुपर्दछ । महिनाको सुरुमा नयाँ पेजबाट सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्नुपर्दछ ।

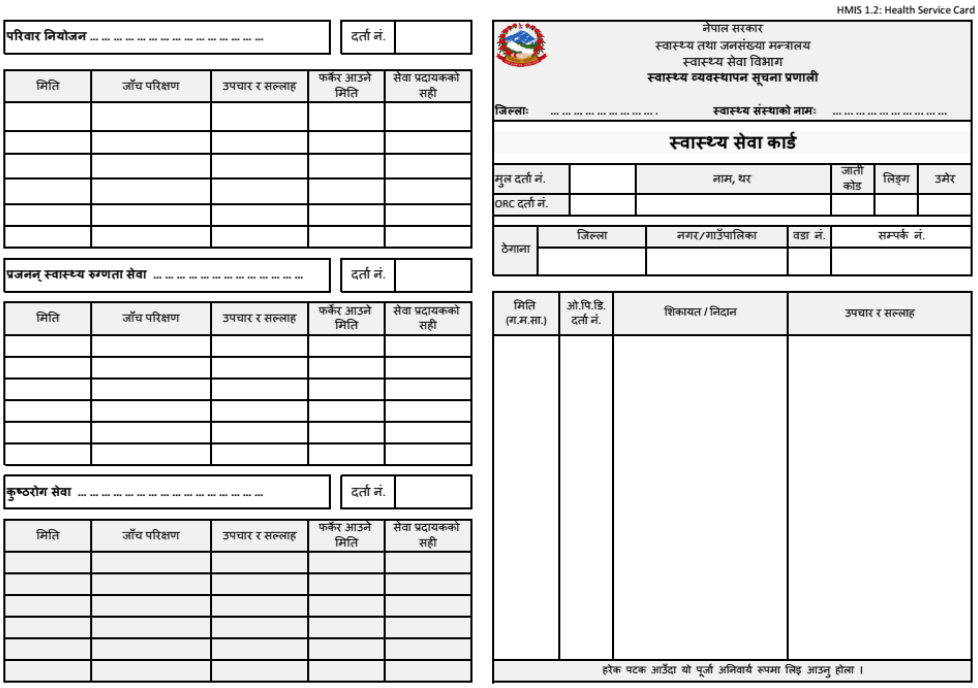
महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१.	क्र. सं.	हरेक महिना नयाँ क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२-३	दर्ता नम्बर	दर्ता नम्बर एक आ.ब. का लागि १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ र अर्को आ.ब. सुरु भएपछि पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ । दर्ता नम्बरले स्वास्थ्य संस्था र सेवाग्राहीका लागि दीर्घकालीन महत्व राख्दछ । यसैको आधारमा सेवाग्राहीको अभिलेखन हुन्छ र भविष्यमा सेवाग्राहीलाई पहिचान गरी पहिल्याउन सकिन्छ।
२	दर्ता नम्बर पहिलो पटक	कुनै व्यक्ति प्रथम पटक सेवा लिन आउँदा सो व्यक्तिलाई नयाँ दर्ता नम्बर प्रदान गर्नुपर्दछ । एक पटक दर्ता भएको सेवाग्राही एक आर्थिक वर्ष भित्र जुनसुकै सेवा जति पटक लिन आए तापनि नयाँ दर्ता नं. दिनु हुँदैन ।
३	दर्ता नम्बर थप पटक	एक आर्थिक वर्षभित्र थप पटक (पुनः जुनसुकै स्वास्थ्य सेवा लिनुपर्ने भएमा) स्वास्थ्य सेवा लिन आएका सेवाग्राहीलाई पहिलो पटक दिइएको दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ । (✓) चिन्ह लगाउनु हुदैन।
४	नाम	सेवाग्राहीको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
५	थर	यस महलमा सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ ।
६	जाति कोड	सेवाग्राहीको जात/जातिअनुसारको कोड यस महलमा लेख्नु पर्दछ, जस्तै ०१, ०२,.. ०६। जाति कोड रजिष्टरको पछाडि उल्लेख गरिएको छ । सेवाग्राहीको कार्डमा उक्त जाति कोड समेत प्रष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
७-८	उमेर (महिला/पुरुष)	सेवाग्राही महिला भए महल ७ मा र पुरुष भए महल ८ मा पूरा भएको उमेर (वर्षमा) जनाउनु पर्दछ । सेवाग्राही एक वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा पनि वर्षमा जनाउनु पर्दछ, जस्तैः ०/१२, १/१२, २/१२.....। ०/१२ भन्नाले १ महिना भन्दाकम उमेर भएको शिशुलाई बुझाउँदछ ।
९-११	ठेगानाः जिल्ला, नगर /गाउँपालिका, वडा नम्बर	सेवाग्राही हाल धेरैजसो बसोबास गरेको जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
१२	सम्पर्क नम्बर	सेवाग्राहीको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	सेवाको किसिम	सेवाग्राही कुन सेवा लिन आएको हो, सो सेवा समूहको कोड लेख्नुपर्दछ । जस्तैः 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	निःशुल्क/ शुल्क रु.	सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा दर्ता शुल्क बापत शुल्क लिइएको भएमा शुल्क रुपैयाँमा र निःशुल्क गरिएको भए निःशुल्क लेख्नुपर्दछ ।
१५	प्रेषण भई आएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम	यदि सेवाग्राही अर्को स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भएमा कुन संस्थाबाट प्रेषण भई आएको हो, यस महलमा सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
नयाँ /जम्मा सेवाग्राही, जातिगत आधारमा सेवाग्राही संख्या		प्रत्येक पेजको अन्तमा रहेका संक्षिप्त तालिकामा लिङ्ग र उमेर समूह अनुसार जम्मा सेवाग्राही र नयाँ सेवाग्राहीको संख्या तथा लिङ्ग र जातजाति अनुसार नयाँ सेवाग्राहीको संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।यी तालिकाहरूले प्रतिवेदन तयार गर्न सहज बनाउँछन् ।

HMIS १.२: 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 लिन आउने सेवाग्राहीलाई बहिरङ्ग सेवा, कुष्ठरोग सेवा, परिवार नियोजन सेवा तथा अन्य स्वास्थ्य सेवा दिन र दोहोर्याएर आएमा पहिले दिएको सेवा र उपचार हेरी आगामी सेवा दिनका लागि यस कार्डको प्रयोग गर्नु पर्दछ । यस कार्डको महत्व सेवाग्राही र सेवाप्रदायक दुवैका लागि हुने भएकाले स्वास्थ्य सेवाको क्रममा र ठीक भइसकेपछि पनि नमासिने र नहराउने गरी सुरक्षित राख्न सल्लाह दिनुपर्दछ। साथै हरेक पटक स्वास्थ्य सेवा लिन आउँदा सेवाग्राहीले यो कार्ड अनिवार्य रूपमा लिई आउनुपर्दछ ।

कार्डको नमुना:



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

मुल दर्ता नं.		नाम, थर	जाती कोड	लिङ्ग	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 पूर्जा अनिवार्य रूपमा लिइ आउनु होला ।

परिवार नियोजन ..... दर्ता नं.

मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्कर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही

प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा ..... दर्ता नं.

मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्कर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही

कुष्ठरोग सेवा ..... दर्ता नं.

मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्कर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही

भर्नेतरिका:

महल शीर्षक	निर्देशन
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिष्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
ORC दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकमा सेवा लिन आएको सेवाग्राहीको गाउँघर क्लिनिक (Outreach clinic - ORC) रजिष्टरको दर्ता खण्ड (HMIS ४.१.१) बाट दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
नाम, थर, जातिकोड, लिङ्ग, उमेर	सेवालिने सेवाग्राहीको नाम, थर, जातिकोड, लिङ्ग र उमेर सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ । उमेर लेख्दा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ । ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूलाई यो कार्ड दिइँदैन ।
ठेगाना	सेवालिने व्यक्तिको ठेगानामा अक्सर बसोबास गर्ने जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर र सम्पर्क फोन नं. सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
मिति	सेवा लिएको दिनको मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ । यो कार्ड वर्षभरि नै प्रयोग गरिने हुँदा अर्को पटक सेवा लिन आउँदा पुनःमिति लेख्नुपर्दछ ।

महल शीर्षक	निर्देशन
ओ.पी. डी. दर्ता नं.	यदि सेवाग्राही सामान्य उपचारको लागि आएको भए बहिरङ्ग रजिष्टरबाट सम्बन्धित बिरामीको दर्ता नं. चढाउनुपर्दछ । अर्को पटक नयाँ रोग लागेर आएमा बहिरङ्ग रजिष्टर अनुसार नयाँ दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
सिकायत र निदान	बिरामीको सिकायत र समस्या सुनी निजलाई के भएको हो, सो निदान गरी लेख्नुपर्दछ ।
उपचार र सल्लाह	बिरामीको रोगको निदान (Diagnosis) गरिसकेपछि निजलाई दिइएको उपचार, सल्लाह वा प्रेषण आदिको विवरण यस महल अन्तर्गत लेख्नु पर्दछ ।
परिवार नियोजन .....दर्ता नं.	सेवा लिने व्यक्ति परिवार नियोजन सेवा लिन आएको भए परिवार नियोजन ..... पछिको खाली ठाउँमा सेवाको नाम लेखि दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । जस्तैः डिपो सेवा लिन आएको भए खाली ठाउँमा डिपो लेखि **'परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स, तथा गर्भ निरोधक सुइ) सेवा रजिष्टर' बाट** डिपो सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकबाट परिवार नियोजनको सेवा दिएको भए ORC लेखि गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको परिवार नियोजन सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
मिति	परिवार नियोजन सेवा दिएको मिति लेख्नु पर्दछ।
जाँच परीक्षण	परिवार नियोजन सेवा लिन आएको व्यक्तिको रक्तचाप आदि जाँच तथा परीक्षण गरिएको बेहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार सल्लाह	परिवार नियोजन सेवा लिन आएको व्यक्तिलाई दिएको उपचार सल्लाह लेख्नुपर्दछ। जस्तैः पिल्स दिएको भए पिल्स साइकल, डिपोको डोज, आई.यु.सी.डी. लगाउँदा दुखाई कम हुने औषधी, आइरन आदि उपचार लगायत अन्य सल्लाह सुझाव दिएको पनि यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फर्केर आउने मिति	परिवार नियोजन सेवा लिन आउने सेवाग्राही सेवा निरन्तरताको लागि पुनः आउनु पर्ने मिति लेख्नुपर्दछ ।
सेवाप्रदायकको सही	परिवार नियोजन सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीले सेवा प्रदान गरेपश्चात् माथि उल्लिखित विवरण कार्डमा भरी सही गर्नुपर्दछ ।
प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा.....दर्ता नं.	सेवालिने व्यक्ति प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा लिन आएको भए प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता ..... पछिको खाली ठाउँमा सेवाको नाम लेखि दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकबाट प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णताको सेवा दिएको भए ORC लेखि गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरबाट प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
मिति	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा दिएको मिति लेख्नु पर्दछ।
जाँच परीक्षण	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा लिन आएको व्यक्तिको रक्तचाप आदि जाँच तथा परीक्षण गरिएको बेहोरा 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 सेवा प्रदायक स्वास्थ्यकर्मीले सेवा प्रदान गरेपश्चात् माथि उल्लिखित विवरण कार्डमा भरी सही गर्नुपर्दछ ।
कुष्ठरोग सेवा— दर्ता नं.	यदि सेवाग्राही कुष्ठरोगसम्बन्धी स्वास्थ्य सेवा लिन आएको भए निजको कुष्ठरोग रजिष्टरमा दर्ता भएको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । अन्य विवरण परिवार नियोजन सेवामा जस्तै भर्नुपर्दछ ।

HMIS १.३: बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर (Outpatient 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 बिरामीहरूको अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ । यसै रजिष्टरको तल्लो भागमा स्वास्थ्य संस्थामा बहिरङ्ग सेवा लिन आएका बिरामीहरूको रोग, 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 २.४) मा दर्ता गरी सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना

मितिः _____/_____/_____(गा/म/सा)

बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर

क्र.सं	मूल दर्ता नम्बर	OPD दर्ता नम्बर		सेवाग्राहीको नाम	जाति कोड	उमेर		ठेगाना		सम्भावित क्षयरोगका बिरामी		अनुसन्धान मूलक परीक्षण	सम्भावित निदान (Provisional Diagnosis)	ICD Code	उपचार र सल्लाह	Surgical Procedure (Day Care Surgery)	सङ्क्रमक रोग	नि:शुल्क सेवा कोड	प्रेषण भई	
		नयाँ	पुरानो	थर		महिला	पुरुष	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	हो	होइन								आएको संस्थाको नाम	गएको संस्थाको नाम
१	२	३	४	५	६	७	८	९		१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	
								जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२						१			
								वडा नं	सम्पर्क नं											

जातीगत आधारमा सेवाग्राही (नयाँ मात्र, महल नं. ६)								पुरानो सेवाग्राहीको जम्मा संख्या (महल नं ४)
लिङ्ग	जात/जाती समुह						जम्मा	
	दलित १	जनजाती २	मधेशी ३	मुस्लिम ४	ब्राह्मण/क्षेत्री ५	अन्य ६		
महिला								
पुरुष								

सम्भावित क्षयरोगका बिरामी संख्या (महल नं११)	
महिला	
पुरुष	

नि:शुल्क सेवाको लक्षित समूह कोड (महल नं. १८)							
लिङ्ग	अति गरिब/गरिब =१	असहाय = २	अपाङ्ग = ३	जेष्ठ नागरिक = ४	म.स्वा.स्व.से = ५	अन्य = ६	जम्मा
महिला							
पुरुष							

भर्ने तरिका

मितिः प्रत्येक दिन सुरुमा मिति (गते, महिना र सालमा) लेखि सेवा प्रदान गरेको विवरण भर्नुपर्दछ । सो पानामा विवरण लेख्ने ठाउँ बाँकी भएमा अर्को दिनको मिति (गते, महिना र सालमा) लेखि क्रमशः बाँकी ठाउँ नछोडी प्रयोग गर्नुपर्दछ तर महिना सकिएमा भने अर्को पानावाट निरन्तरता दिनु पर्दछ ।

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका बिरामीको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिष्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर बिरामी पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
३ र ४	O.P.D दर्ता नं. (नयाँ/पुरानो)	बिरामी दर्ता गर्दा प्रत्येक आ.व. मा नयाँ दर्ता नम्बर दिई सुरु गर्नुपर्दछ । एउटा रोग लागेर उपचार गराउन आएको बिरामी सोही रोगको उपचारका लागि दोहोयाई (फलोअप) आएमा पुरानो महलमा पहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि एक पटकको रोग निको भइसकेको बिरामी 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 Referred-in लेख्नुपर्दछ र पुरानो बिरामीको रूपमा लिनुपर्दछ । यदि स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिने लामो अवधिका सेवाहरू जस्तै नसर्ने रोग, क्षयरोग तथा परिवार नियोजन का सेवाग्राहीहरू अर्को आर्थिक वर्षमा सेवा लिन आएमा पुराना सेवाग्राहीको रुपमा मान्नु पर्दछ ।
५	बिरामीको नाम, थर	यस महलको माथिल्लो भागमा बिरामीको नाम र तल्लो भागमा थर लेख्नुपर्दछ ।

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
६	जाति कोड	सेवालिने व्यक्तिको जाति यकिन गरी जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तैः ०१,०२,..... ०६)
७ र ८	उमेर	बिरामी महिला भए महिलाको महलमा र पुरुष भए पुरुषको महलमा पूरा भएको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ ।
९	ठेगाना	बिरामी प्रायः बसोबास गर्ने जिल्ला, नगर पालिका/गाँउपालिका र वडा नं. र सम्पर्क फोन नं. यस महलका सम्बन्धित स्थानमा लेख्नुपर्दछ ।
१० — ११	संभावित क्षयरोगका बिरामी	उपचार लिनआएको बिरामी सम्भावित क्षयरोगको बिरामी भए महल १० को कोड नं १ मा र सम्भावित क्षयरोगको बिरामी नभएमा महल न ११ को कोड नं २ मा गोलो संकेत गर्नु पर्दछ । महल १० को कोड १ मा गोलो घेरा लागेको सेवाग्राहीलाई सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टर(HMIS ६.१) मा समेत अभिलेख राख्नु पर्दछ ।
१२	अनुसन्धानमूलक परीक्षण	बिरामीको रोगनिदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोगशाला वा अन्य जाँच गरेको बेहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	सम्भावित निदान	यस महलमा स्वास्थ्यकर्मीले निदान गरे अनुसार बिरामीलाई लागेको सम्भावित मुख्य रोगको नाम लेख्नुपर्दछ । (Multiple classification गर्नुपर्ने भएमा क्रमश लेख्नु पर्दछ तर ICD CODE लेख्दा ति मध्ये मुख्य एक रोगको मात्र वर्गीकरण गर्नु पर्दछ ।
१४	ICD Code	यस महलमा रोगको अन्तराष्ट्रिय वर्गीकरण अनुसारको कोड (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE (ICD-११)) Alpha Numeric नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि सोहि रोगको follow up का लागि आएको भएमा दोहोर्याएर आउदा को ICD code लेख्नु पर्दैन।
१५	उपचार र सल्लाह	निदान भएको रोगको उपचारका लागि बिरामीलाई दिइएको औषधीको नाम (मात्रा र अवधि खुल्ने गरी) र बिरामीलाई दिएको सल्लाह यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६	Surgical Procedure (Day Care Surgery)	उपचारको क्रममा गरिएको सानोतिनो सर्जिकल प्रकृया यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७	लैङ्गिक हिंसा	उपचारका लागि आएका सेवाग्राही लैङ्गिक हिंसाबाट पीडित भई आएको भएमा यस महलको कोड १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । त्यस्ता सेवाग्राहीहरुलाई OCMC सेवा एकाईबाटट सेवा दिई सोही बमोजिम रेकडिङ्ग तथा रिपोर्टिङ्ग गर्नु पर्दछ ।
१८	निःशुल्क सेवा कोड	अस्पतालहरूमा बिरामीले निःशुल्क सेवा पाएको भएमा सामाजिक सेवा ईकाई सञ्चालन निर्देशिका बमोजिम कुन वर्गमा पर्दछन्, सो हेरी निःशुल्क जनाई कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तैः १=अतिगरिब र गरिब, २=असहाय, ३=अपाङ्ग, ४=ज्येष्ठ नागरिक (६० वर्षमाथिका), ५=महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका, ६=अन्य (खुलाउने)। प्रत्येक पानाको समूह कोडको जम्मा सङ्ख्या त्यस पानाको अन्तिममा बनाएको सङ्क्षिप्त तालिकामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१९	प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम, गएको संस्थाको नाम	दर्ता गरिएको बिरामी यदि प्रेषण भई आएको भए यस महलको माथिल्लो भागमा प्रेषण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ र बिरामीलाई प्रेषण गरिएको छ भने तल्लो भागमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

प्रत्येक पेजको पुछारमा रहेको जातिगत आधारमा नयाँ सेवाग्राहीहरूको महिला/पुरुष समूह अनुसारको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ । पुरानो सेवाग्राहीको पनि महिला/पुरुष समूह अनुसारको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ । साथै सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको महिला/पुरुष अनुसारको संख्या र निःशुल्क सेवाको लक्षित समूह कोडमा महिला/ पुरुष अनुसारको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ ।यसरी विवरण भर्दा हेर्नु पर्ने सम्बन्धित महलको नं. प्रत्येक टेबलको शिर्षकमा उल्लेख गरिएको छ।

HMIS १.४: प्रेषण/ स्थानान्तरण पुर्जा (Referral/ Transfer Slip)

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

पुर्जाको नमुना:

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

प्रेषण/स्थानान्तरण पूर्जा

मितिः ... ... / ... ... / २० ...

१. संस्थाको नाम, ठेगानाः ... २. सम्पर्क नं. ...

३. सेवाग्राहीको नाम, थरः ... ४. लिङ्गः ... ५. उमेरः ...

६. ठेगानाः जिल्लाः ... नगर/गाउँपालिकाः ... वडा नं. ...

७. लिइरहेको सेवाः ... ८. सम्पर्क गर्नुपर्ने मितिः / / (ग.म.सा.)

९. अवस्थाः	BP	Pulse	Temp	Respiration	Weight (kg)	Height (cm)	MUAC (mm)	Edema on both Feet (+/++/+++)

१०. उपचार विधि वा रेजिमेनः ...

११. प्रयोग भएको औषधीः ...

१२. अन्य परिक्षण गर्नपर्ने भए उल्लेख गर्नेः ...

१३. स्थानान्तरण/ प्रेषण गरिनुको कारणः ...

१४. अन्य केही भए उल्लेख गर्नेः ...

क्षयरोगका बिरामीको लागि थप बिवरण	
क्षयरोगको प्रकारः	
दर्ता बर्गिकरणः	

खकार परिक्षण नतिजा		
मिति	ल्याब नं.	परिणाम
अन्य परिक्षणको नतिजा		

श्री ... ...

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	बिरामीको अवस्था	प्रेषण/स्थानान्तरण गरी पठाइने बिरामीको BP, Pulse, Temperature, Respiration, Weight, Height, MUAC, Odema on both feet आदिको विवरण आवश्यकता अनुसार लेख्नुपर्दछ ।
१०	उपचार विधि	प्रेषण/स्थानान्तरण गरिएको व्यक्तिलाई प्रेषण गर्नुभन्दा अघि कुन विधिबाट उपचार दिइराखिएको थियो, सो बारे लेख्नुपर्दछ ।
११	प्रयोग भएका औषधीहरू	प्रयोग भएको औषधीहरूको नाम तथा परिमाण लेख्नुपर्दछ ।
१२	अन्य परीक्षण गर्नुपर्ने भए उल्लेख गर्ने	प्रेषण/स्थानान्तरण गरिने व्यक्तिलाई अन्यकुनै परीक्षण समेत गर्नुपर्ने भए परीक्षणको विधि वा प्रकार लेख्नुपर्दछ ।
१३	प्रेषण/स्थानान्तरण गरिनुको कारण	सेवाग्राहीलाई के कारणले वा कुन सेवाका लागि प्रेषण/स्थानान्तरण गरिएको हो, सो कारण विस्तृत रुपमा यस महलमा खुलाउनुपर्दछ ।
१४	अन्य केही भए उल्लेख गर्ने	प्रेषण/स्थानान्तरण गरिने व्यक्तिका बारेमा माथि उल्लेख गरिएका विवरणबाहेक अन्य केही उल्लेख गर्नुपर्ने भए यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	श्री–/प्रेषण/स्थानान्तरण गर्नेको नाम, पद, सही	श्री को पछाडि खाली रहेको भाग ..... मा प्रेषण/स्थानान्तरण गरिने स्वास्थ्य संस्थाको पूर्ण विवरण भरी तल स्थानान्तरण/ प्रेषण गर्नेको नाम, पद र सही समेत उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
पुर्जाको अधकट्टीभाग - बिरामी प्रेषण भई गएको स्वास्थ्य संस्थाले भर्ने **(सेवा दिएको विवरण तथा फिर्ती जानकारी)**		
फिर्ती जानकारी पठाइएको संस्था		प्रेषण/स्थानान्तरण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना (जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर) लेख्नुपर्दछ ।
सेवाग्राहीको नाम थर, लिङ्ग, उमेर, ठेगाना		सेवा लिने व्यक्तिको नाम, थर, उमेर,लिङ्ग र पूरा ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क गर्न आएको मिति		प्रेषण/स्थानान्तरण भई स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्न आएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
दिइएको सेवा		प्रेषण/स्थानान्तरण 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 १.५: 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 सेवालिन उत्प्रेरित गर्न स्वास्थ्य संस्थाहरूले सेवाको नियमितताको लागि आफू अन्तर्गतका स्वास्थ्यकर्मी वा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई यो पुर्जा भरी पठाउँनु पर्दछ ।

पूर्जाको नमुनाः

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 .....

निम्न व्यक्तिको अनुगमन गरी नियमित सेवा लिन उत्प्रेरित गर्नुभई प्रतिवेदन दिनुहोला।

१. नाम, थर		लिङ्ग		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 लगाउने 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

नोटः सबै प्रकारको नियमित सेवा लिन आउनुपर्ने बिरामीहरु/सेवाग्राहीहरु तोकिएको समयमा सेवा लिन नआएमा अनुगमन गर्न यो फाराम प्रयोग गर्नु पर्दछ।

भर्ने तरिका

महल शीर्षक	भर्ने तरिका
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
नगर/गाउँपालिका	सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था रहेको स्थानीय तहको नाम लेख्नुपर्दछ ।
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ । श्री को पछाडि 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 टोल समेत लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं.	डिफल्टर भएको व्यक्तिको सम्पर्क फोन नं. लेख्नुपर्दछ ।
घरमूलीको नाम, थर	डिफल्टर भएको व्यक्तिको परिवारको मूली/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 भाग .....मा 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 बेहोरा लेख्नुपर्दछ ।
अनुगमन गर्नेको नाम थर, पद, मिति र सही	अनुगमन गर्ने व्यक्तिको नाम, थर, पद, मिति लेखि सही गर्नुपर्दछ । *नोटः यदि सेवा लिन आउनुपर्ने व्यक्ति पुनः सेवाको लागि नआउने यकिन भएमा सम्बन्धित अभिलेखमा नआउनुको कारण जनाउनुपर्दछ ।*

HMIS १.६: समायोजन फाराम (Tally Sheet)

स्वास्थ्य संस्थाबाट दिइएका सेवाहरूको विवरण समायोजन गर्न (एकमुष्ट निकाल्न) यस फारामको प्रयोग गरिन्छ । विभिन्न सेवा रजिष्टर, 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											

भर्ने तरिका:

समायोजन फारामको बायाँतिर स्वास्थ्य संस्था क्लिनिकको नाम र दायाँतिर सञ्चालित कार्यक्रमहरू लेखुपर्दछ। समायोजन गर्दा जुन संस्थाका सेवाहरूको समायोजन गर्न लागिएको हो, तिनको क्रम सङ्ख्या र नाम लेखि दायाँतिर समायोजन गर्न लागिएका सेवाको नाम लेखि सो मुनि दिइएको सेवा सङ्ख्या अङ्कमा वा (।) धर्सो तानी जनाउनु पर्दछ।

HMIS १.७: 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 सूचना वा जानकारी जस्तै लक्षित जनसंख्या वर्षमा एक पटक अद्यावधिक हुनुपर्दछ र मानव संसाधन र अन्य कर्मचारी विवरणहरू त्रैमासिक रुपमा अद्यावधिक हुनुपर्दछ ।

पुस्तिकाको नमूनाः

आगन्तुक तथा सुपरिवेक्षकहरुको मन्तव्य

मिति	सुपरिवेक्षकको नाम, पद, कार्यालय	सुपरिवेक्षण वाट देखिएका मूख्य वूदाहरु	सुझाव	दस्तखत

कार्यक्षेत्रको (Catchment Area) को नक्सा

लक्षित जनसंख्या

	लक्षित जनसंख्या २०८ /८															
	जम्मा जनसंख्या	१ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	२ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	१२-२३ महिनाको बच्चाको संख्या	६ देखि ५९ महिनाको बच्चा संख्या	१२ देखि ५९ महिनाको बच्चा संख्या	५ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको महिलाहरु को संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको विवाहित महिलाहरु	अनुमानित गर्भवति संख्या	अनुमानित जीवित जन्म	१० देखि १९ वर्षका किशोर किशोरी संख्या	अनुमानित क्षयरोगका PBC बिरामी	औलो प्रभावित जनसंख्या		

मानब 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 सेवाहरुको मासिक अनुगमन पुस्तिका (Monthly Monitoring Sheet)

सि.नं.	सूचक समूह	सूचक	लक्ष्य		सेवा पाएको महिना														प्रगति
			वार्षिक	मासिक	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	जम्मा		प्रतिशत***
१	Reporting Status	स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएकाहरुको संख्या (नयाँ)																	
२		स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएकाहरुको जम्मा संख्या (नयाँ+ पुन पटक)																	
३		स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएका जेष्ठ नागरिक (६० वर्ष भन्दा माथिका) हरुको जम्मा संख्या																	
४	खोप कार्यक्रम:	बि.सि.जि. खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
५		रोटा (Rota) दोस्रो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
६		पोलियो (OPV) तेस्रो मात्रा खोप पाएका संख्या																	
७		एफ.आई.पि.भी. (FIPV) दोस्रो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
८		पि.सि.भि. (Pneumonia Conjugate Vaccine) तेस्रो मात्रा खोप पाएका																	
९		डि.पि.टि.—हेप बी—हिब पहिलो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१०		डि.पि.टि.—हेप बी—हिब तेस्रो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
११		दादुरा—रुबेला पहिलो मात्रा (९ महिना) खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१२		दादुरा—रुबेला दोस्रो मात्रा (१५ महिना) खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१३		जे.ई. खोप पाएका संख्या बालबालिका संख्या																	
१४		टाईफाईड (TCV) खोप पाएका बालबालिका संख्या																	

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	सहभागीहरूको नामावली	छलफलका विषयहरू	निर्णय
श्रावण				
भाद्र				

HMIS १.८: 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 सूचना वा जानकारी जस्तै लक्षित जनसंख्या वर्षमा एक पटक अद्यावधिक हुनुपर्दछ र मानव संसाधन र अन्य कर्मचारी विवरणहरू त्रैमासिकरुपमा अद्यावधिक हुनुपर्दछ ।

पुस्तिकाको नमूनाः

आगन्तुक तथा सुपरिवेक्षकहरुको मन्तव्य

मिति	सुपरिवेक्षकको नाम, पद, कार्यालय	सुपरिवेक्षण वाट देखिएका मूख्य वूदाहरु	सुझाव	दस्तखत

कार्यक्षेत्रको (Catchment Area) को नक्सा

लक्षित जनसंख्या

	लक्षित जनसंख्या २०८ /८															
	जम्मा जनसंख्या	१ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	२ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	१२-२३ महिनाको बच्चाको संख्या	६ देखि ५९ महिनाको बच्चा संख्या	१२ देखि ५९ महिनाको बच्चा संख्या	५ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको महिलाहरू को संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको विवाहित महिलाहरू	अनुमानित गर्भवति संख्या	अनुमानित जीवित जन्म	१० देखि १९ वर्षका किशोर किशोरी संख्या	अनुमानित क्षयरोगका PBC विरामी	औलो प्रभावित जनसंख्या		

मानब 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.									
अस्पतालमा 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

Hospital Monthly Monitoring Sheet (Fiscal Year...)

Sanctioned bed:		Health Facility code:	
Operational bed:			

सि.नं.	सूचक समूह	सूचक	लक्ष्य		सेवा पाएको महिना													प्रगति प्रतिशत***
			बार्षिक	मासिक	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेठ	असार	जम्मा	
१	अस्पताल	Total Emergency Visit																
२		Total New OPD Visit																
३		Inpatient Admission																
४		Inpatient Discharge																
५		No of Surgeries																
६		No of Delivery																
७		Total laboratory test																
८		Total Radilogical service																
९		Average length of stay																
१०		Bed occupancy rate																

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

स्वास्थ्य संस्था को नाम:

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

सि.नं.	सूचक समूह	सूचक	लक्ष्य		सेवा पाएको महिना													प्रगति
			वार्षिक	मासिक	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	जम्मा	प्रतिशत***
१	Reporting Status	स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएकाहरुको संख्या (नयाँ)																
२		स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएकाहरुको जम्मा संख्या (नयाँ+ पुन पटक)																
३		स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएका जेष्ठ नागरिक (६० वर्ष भन्दा माथिका) हरुको जम्मा संख्या																
४	खोप कार्यक्रम:	बि.सि.जि. खोप पाएका बालबालिका संख्या																
५		रोटा (Rota) दोस्रो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																
६		पोलियो (OPV) तेश्रो मात्रा खोप पाएका संख्या																
७		एफ.आई.पि.भी. (FIPV) दोस्रो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																
८		पि.सि.भि. (Pneumonia Conjugate Vaccine) तेश्रो मात्रा खोप पाएका																
९		डि.पि.टि.—हेप बी—हिब पहिलो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																
१०		डि.पि.टि.—हेप बी—हिब तेस्रो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																
११		दादुरा—रुबेला पहिलो मात्रा (९ महिना) खोप पाएका बालबालिका संख्या																
१२		दादुरा—रुबेला दोस्रो मात्रा (१५ महिना) खोप पाएका बालबालिका संख्या																
१३		जे.ई. खोप पाएका संख्या बालबालिका संख्या																
१४		टाईफाईड (TCV) खोप पाएका बालबालिका संख्या																

स्वास्थ्य संस्थाको वित्तिय अवस्था

मिति	बिवरण	अम्दानी	खर्च	बाँकी	कैफियत		मिति	बिवरण	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 बिषयहरू	निर्णय
श्रावण				
भाद्र				

♦♦♦♦♦

२. नवशिशु तथा बाल स्वास्थ्य

2. Infant and Child Health

HMIS २.१: बाल स्वास्थ्य कार्ड

HMIS २.२: खोप रजिष्टर

HMIS 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

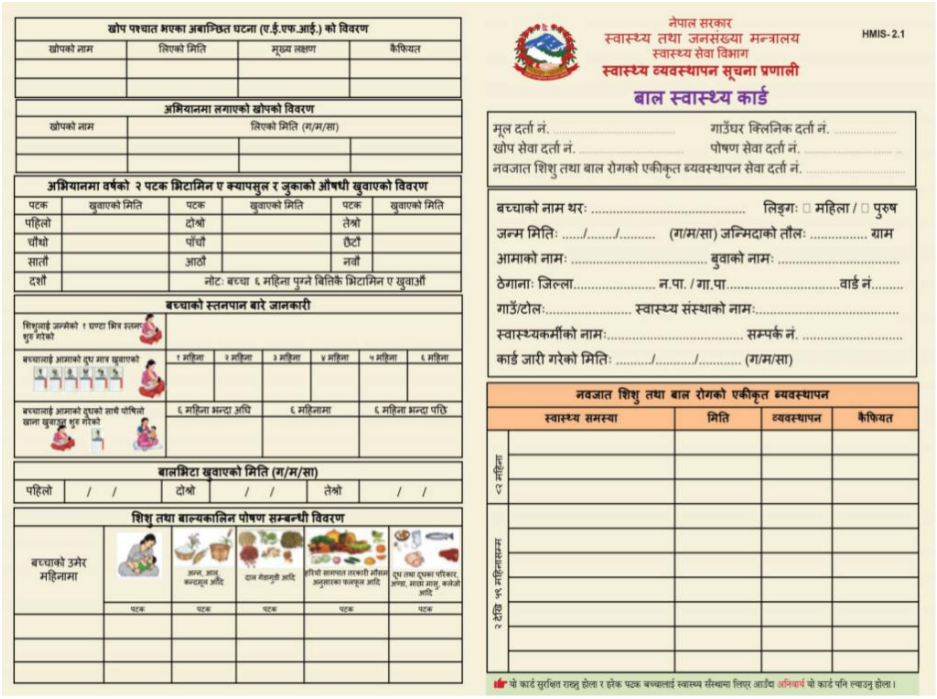
HMIS २.७: मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर

HMIS २.८: पोषण पुनर्स्थापना गृह रजिष्टर

HMIS २.१: बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card)

पाँच वर्षमुनिका बच्चाहरूलाई प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवा जस्तैः खोप, श्वास–प्रश्वास, झाडापखाला, पोषण स्थितिको नियमित अनुगमन, जुकाको औषधी, भिटामिन ए र बालभिटा वितरण आदिको नियमितता, समयबद्धता समय–समयमा हुनुपर्ने अनुगमन र बच्चाको स्वास्थ्य अवस्था अभिभावक र स्वास्थ्यकर्मीले थाहा पाउन यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । यो कार्ड सम्बन्धित बच्चाका अभिभावकलाई उपलब्ध गराउनुपर्दछ । यो कार्ड हरेक पटक स्वास्थ्य सेवा तथा उपचार लिन आउँदा साथै लिई आउन र पछिसम्म सुरक्षित राख्नका लागि अभिभावकलाई सल्लाह दिनुपर्दछ ।

कार्डको नमुना



खोप पश्चात भएका अवाञ्छित घटना (ए.ई.एफ.आई.) को विवरण

खोपको नाम	लिएको मिति	मुख्य लक्षण	कैफियत

अभियानमा लगाएको खोपको विवरण

खोपको नाम	लिएको मिति (ग/म/सा)		

अभियानमा वर्षको २ पटक भिटामिन ए क्यापसुल र जुकाको औषधी खुवाएको विवरण

पटक	खुवाएको मिति	पटक	खुवाएको मिति	पटक	खुवाएको मिति
पहिलो		दोश्रो		तेश्रो	
चौथो		पाँचौं		छैटौं	
सातौं		आठौं		नवौं	
दशौं		नोटः बच्चा ६ महिना पुग्ने बितिकै भिटामिन ए खुवाउनु			

बच्चाको स्तनपान बारे जानकारी

शिशुलाई जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराउनु पर्ने गरेको

बच्चालाई आमाको दुध मात्र खुवाएको

१ महिना	२ महिना	३ महिना	४ महिना	५ महिना	६ महिना

बच्चालाई आमाको दुधको साथै पोषिलो खाना खुवाउन सुरु गरेको

६ महिना भन्दा अगि	६ महिनामा	६ महिना भन्दा पछि

बालभिटा खुवाएको मिति (ग/म/सा)

पहिलो	/ /	दोश्रो	/ /	तेश्रो	/ /

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण सम्बन्धी विवरण

बच्चाको उमेर महिनामा					
	पटक	पटक	पटक	पटक	पटक

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
HMIS-2.1

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

बाल स्वास्थ्य कार्ड

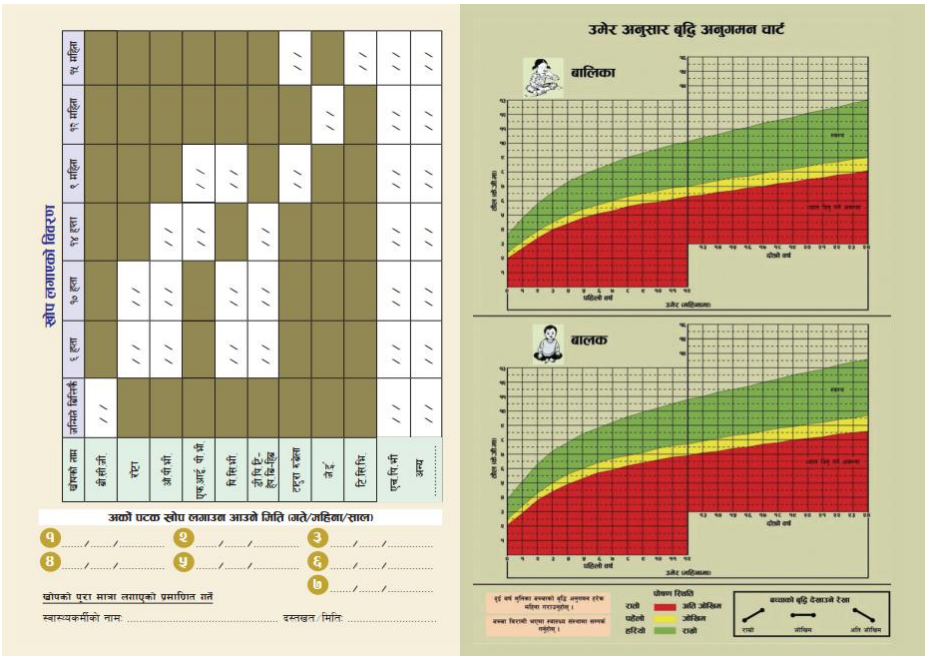
मूल दर्ता नं. ..... गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. .....
खोप सेवा दर्ता नं. ..... पोषण सेवा दर्ता नं. .....
नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा दर्ता नं. .....

बच्चाको नाम थरः ..... लिङ्गः □ महिला / □ पुरुष
जन्म मितिः ...../...../..... (ग/म/सा) जन्मिदाको तौलः ..... ग्राम
आमाको नामः ..... बुवाको नामः .....
ठेगानाः जिल्ला..... न.पा. / गा.पा.....वार्ड नं.....
गाउँ/टोलः..... स्वास्थ्य संस्थाको नामः.....
स्वास्थ्यकर्मीको नामः..... सम्पर्क नं. .....
कार्ड जारी गरेको मितिः ...../...../..... (ग/म/सा)

नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन

	स्वास्थ्य समस्या	मिति	व्यवस्थापन	कैफियत
२ महिना भन्दा कम				
२ देखि ५ महिनासम्म				

यो कार्ड सुरक्षित राख्नु होला र हरेक पटक बच्चालाई स्वास्थ्य संस्थामा लिएर आउँदा अनिवार्य यो कार्ड पनि ल्याउनु होला ।



खोप लगाएको विवरण

खोपको नाम	जन्मिते बितिकै	६ हप्ता	१० हप्ता	१४ हप्ता	९ महिना	१२ महिना	१५ महिना	५ वर्ष
बीसी जी								
पेन्टा								
ओपी भी								
एफ.आई.पी.भी								
पि सि भी								
पी सि भी बुष्टर डोज								
टुप्रा रक्सेल								
जे ई								
टि सि भि								
एम.पि.भी								
अन्य.....								

अर्को पटक खोप लगाउन आउने मिति (गते/महिना/साल)

१ ...../...../..... २ ...../...../..... ३ ...../...../.....
४ ...../...../..... ५ ...../...../..... ६ ...../...../.....
६ ...../...../.....

खोपको पुरा मात्रा लगाएको प्रमाणित गर्ने

स्वास्थ्यकर्मीको नाम: ..... दस्तखत: मिति: .....

उमेर अनुसार वृद्धि अनुगमन चार्ट

बालिका

बालक

कार्ड भर्ने तरिकाः

महल शीर्षक	भर्ने तरिका
मूल दर्ता नं	मूलदर्ता रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकमा सेवा प्रदान गर्दा दर्ता गरेको गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
खोप सेवा दर्ता नं.	खोप सेवा रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि सेवाग्राही बच्चाले अन्य (सरकारी वा गैह्र सरकारी) संस्थाबाट जारी भएको बाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS२.१) 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 (HMIS२.१) जारी गरी पहिलेको कार्डबाट यसभन्दा पहिले लगाएको खोपको विवरण नयाँ कार्डमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।
पोषण सेवा दर्ता नं.	पोषण सेवा रजिष्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकमा पोषण सेवाका लागि दर्ता गरेको भए ORC लेखि गाउँघर क्लिनिकको पोषण सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा दर्ता नं.	नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत 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 ।
जन्मिदाको तौल (ग्राममा)	बच्चा जन्मिदाको तौल ग्राममा लेख्नु पर्दछ । यदि जन्मिदाको तौल थाहा नभएमा यस महलमा (—) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । खाली छोड्नु हुदैन।
आमाको नाम	बच्चाको आमाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
बाबुको नाम	बच्चाको बाबुको नाम लेख्नुपर्दछ ।
ठेगाना	हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको* जिल्ला, नगर वा गाउँपालिकाको वडा नम्बर र गाउँ/टोल (यदि घर नं. भएमा सो समेत खुल्ने गरी) लेख्नुपर्दछ । **हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको भन्नाले कम्तिमा 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 संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीको सम्पर्क नं लेख्नुपर्दछ ।
कार्ड जारी गरेको मिति	कार्ड वितरण गरेको मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ ।
नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन	
स्वास्थ्य समस्या, मिति, व्यवस्थापन, कैफियत	नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत 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	
खोप लगाएको विवरण	बच्चालाई **खोप कार्डमा उल्लेख भएको क्रमानुसार 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 रजिष्टरको सम्बन्धित खोपको महलमा खोप सेवा प्रदान गर्ने संस्थाको नाम जनाउनुपर्दछ ।
अर्को पटक खोप लगाउन आउने मिति	यस पटकको खोप सेवा प्रदान गरी सकेपछि खोप सेवा लिन अर्को पटक सेवाग्राही कहिले आउनु पर्ने हो एकीन गरी सो मिति क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।
खोपको पूरा मात्रा लगाएको प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, दस्तखत र मिति	पूर्णखोप भन्नाले १५ महिनासम्मका बच्चाले लगाउनुपर्ने सम्पूर्ण खोपहरू (बी.सी.जी. १ मात्रा, डी.पी.टी.—हेप.बी.—हिब, पोलियो र पी.सी.भी. ३।३ मात्रा, एफ.आई.पि.भि र रोटा खोप २।२ मात्रा, जे. ई. १ मात्रा र दादुरा—रुबेला २ मात्रा) र टि सि भि १ 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 अनुरुप पूर्णखोप लगाएको यकिन गरी प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम र मिति लेखि दस्तखत समेत गर्नुपर्दछ ।
उमेर अनुसार वृद्धि अनुगमन चार्ट	
	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 आउँदा प्रत्येक पटकको उमेरअनुसारको तौल रेखा चित्रमा जनाई अघिल्लो पटकको तौलको बिन्दुसँग जोड्नुपर्दछ । बच्चाको पोषण स्थिति कार्डमा देखाएअनुसार सामान्य, जोखिम वा अति जोखिम कुन अवस्थामा छ, सोहि अनुसार आमालाई सल्लाह दिनुपर्दछ । पोषण रजिष्टरमा यस व्यहोराको विवरण निम्नअनुसार अभिलेख गर्नुपर्दछः **१. हरियो— सामान्य २. पहेँलो— जोखिम ३. रातो— अति जोखिम**
खोप पश्चात् भएका अवाञ्छित घटना ("AEFI") को विवरण	
खोपको नाम, मिति, लक्षण, कैफियत	खोप लगाएपछि बच्चामा कुनै प्रकारको अवाञ्छित घटना हुनगएमा सोको विवरणको महलहरुमा 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	
खोपको नाम, मिति	खोप अभियानमा लगाइएको खोपको विवरणमा जुन खोप दिएको हो सो को नाम र खोप दिएको मिति समेत खुल्ने गरी सम्बन्धित महलहरुमा लेख्नुपर्दछ ।
अभियानमा वर्षको २ पटक भिटामिन ए क्याप्सुल र जुकाको औषधी खुवाएको विवरण	
पटक/ मिति	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 । स्वास्थयकर्मीले सेवाप्रदान गर्ने क्रममा समेत अभिभावकलाई सोधी यो विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।)*

बच्चाको स्तनपान बारे जानकारी	
बच्चालाई जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान शुरु गरेको	शिशुलाई जन्मेको १ घण्टाभित्र स्तनपान गराएको/नगराएको पहिलो भेटमा सोधी गराएको भए (✓) चिन्ह र नगराएको भए (x) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
बच्चालाई आमाको दूध मात्र खुवाएको	शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र (Exclusive Breastfeeding) गराएको/नगराएको हरेक महिनाको भेटमा सोधी जुन महिनासम्म आमाको दूध मात्र खुवाएको हो, सोही महिनाका महलमा (✓) चिन्ह लगाउनुपर्दछ। बच्चालाई आमाको दूधका साथै अन्य खानेकुरा पनि खुवाएको भए जुन महिनादेखि अन्य खानेकुरा खुवाउन शुरु गरेको हो, सोही महिना देखिका महिनामा (x) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
बच्चालाई आमाको दूधको साथै पोषिलो खाना खुवाउन शुरु गरेको	शिशुलाई आमाको दूधका साथै पूरक खाना खुवाउन शुरु गरेको छ/छैन सोधी यदि शुरु गरेको छ भने ६ महिना भन्दा अघि, ६ महिनामा वा ६ महिना भन्दा पछि कहिले शुरु गरेको हो, सम्बन्धित महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
बालभिटा खुवाएको मिति (ग/म/सा)	
पहिलो, दोस्रो, तेस्रो	६ महिनादेखि २३ महिनासम्मका बालबालिकालाई ६—११ महिना उमेर समुहमा पहिलो पटक, १२—१७ महिना उमेर समुहमा दोस्रो पटक र १८—२३ महिना उमेर समुहमा तेस्रो पटक गरी जम्मा ३ पटक ,प्रत्येक पटकमा ६० दिनलाई पुग्ने गरी, बालभिटा वितरण गरिन्छ । बालभिटा वितरण गरेको प्रत्येक पटकको मिति (गते, महिना, साल) पहिलो भए पहिलो कोठामा, दोस्रो भए दोस्रो कोठामा र तेस्रो भए तेस्रो कोठामा लेखुपर्दछ ।
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 बालबालिकाहरूलाई ६ देखि ८ महिना, ९ देखि ११ महिना र १२ देखि २३ महिना उमेर समूहमा प्रत्येक उमेर समूहको पहिलो भेटमा **सेवा लिन आउदा बच्चाले पुरा गरेको महिनाको उमेर लेखि अन्य विवरण भर्नु पर्दछ जस्तै सात महिना पुरा गरी आएको भए पहिलो महलमा ७ लेखुपर्दछ** । १ पटक सोधी पछिल्लो २४ घण्टामा खुवाइएको खानाको प्रकार र पटक यकिन गरी खानाको प्रकार र उमेर समूहको सम्बन्धित महलमा पटक (१, २, ३ ....) लेखुपर्दछ । उमेरअनुसार आवश्यक पर्ने खानाको पटक, प्रकार, मात्रा (परिमाण) खुवाइएको छ/छैन, सो समेत यकिन गरी परामर्श दिनुपर्दछ ।

HMIS २.२: खोप रजिष्टर (Immunization Register)

खोप सेसन सञ्चालन हुने स्थान र सञ्चालन 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। बच्चा वा गर्भवती महिलाको एक पटक दर्ता गरिसकेपछि उसले पाउनु पर्ने सबै खोपहरु सोहि रजिष्टरमा पुरा गर्नु पर्दछ ।

यस रजिष्टरमा खोप सेसन **सञ्चालन र सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या**, भ्याक्सिन प्राप्त तथा खर्चको विवरण, बाल–बालिकाको खोप लगाएको विवरण, **२४ महिना देखि ५९ महिनासम्म खोप सुरू गरेको बच्चाको खोपको विवरण, आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण,** गर्भवती महिलालाई टी.डी. खोप दिएको विवरण, खोप अभियान प्रगति समायोजन र खोप पश्चात् हुने अवाञ्छित घटनाको अभिलेख र एच.पि.भि खोप सेवाकोअभिलेख गरी जम्मा ९ भाग रहेका छन् ।

- २.२.१ खोप तथा सरसफाई सेसन सञ्चालन विवरण
- २.२.२ भ्याक्सिन प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता भएको विवरण (डोजमा)
- २.२.३.१ खोप सेवाको विवरण
- २.२.३.२ नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण
- २.२.३.३ २४ महिना देखि ५९ महिनासम्म खोप शुरू गरेको बच्चाको खोपको विवरण
- २.२.४ टि.डी खोप सेवाको अभिलेख विवरण
- २.२.५ खोप अभियान तथा महामारी पश्चात सञ्चालन भएको खोप अभियानको प्रगति समायोजन विवरण
- २.२.६ खोपपश्चात् हुने अवाञ्छित घटना (Adverse Events Following Immunization)
- २.२.७ एच.पि.भि खोप सेवाको अभिलेख विवरण

खोप पाएका व्यक्तिको जम्मा सङ्ख्या निकाल्नका लागि बच्चा वा गर्भवती महिलाको कार्डमा विवरण अद्यावधिक गरे पश्चात प्रत्येक सेवाग्राहीको सङ्ख्या समायोजन फाराम (tally sheet) मा **जति जना सेवा लिन आएका हुन सोही संख्या** उल्लेख गर्नु पर्दछ । यसैका आधारमा खोप सेवाको प्रतिवेदन फारम HMIS ९.२ र HMIS ९.३/९.४/९.५ मा खोप सेवा पाएकाहरूको जम्मा सङ्ख्याको महलमा सो उतार गर्नुपर्दछ ।

नगर/गाउँपालिका भित्रको स्वास्थ्य संस्थाहरुले आफ्नो कार्यक्षेत्र भित्रको खोप सेवा प्रदान गर्दा वडाको जनसंख्याको आधारमा खोप केन्द्रको लक्ष्य निर्धारण गरि अभिलेख पनि खोपकेन्द्र अनुसार नै छुट्टाछुट्टै पानामा राख्नुपर्दछ । अस्पताल तथा संस्थागत क्लिनिकले आफ्नो पालिकाभित्रको वडा अनुसार छुट्टै अभिलेख राख्नु पर्दछ ।

नोटः २४ महिनादेखि ५९ महिनासम्ममा खोप सुरू गर्ने नयाँ बालबालिका (missed opportunity delay schedule) र आफ्नो कार्यक्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट खोप सेवा लिन आएका बालबालिकाको खोप सेवाको विवरण तोकिएको छुट्टै पानामा राख्नु पर्दछ ।

रजिष्टरको नमुनाः

२.२.१ खोप तथा सरसफाई सेसन सञ्चालन विवरण

खोप तथा सरसफाई सेसन सञ्चालन विवरण

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

२.२.२: भ्याक्सिन प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता भएको विवरण (डोजमा)

भ्याक्सिन प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता भएको विवरण (डोज)

खोप	प्राप्त, खर्च र फिर्ता विवरण		श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मङ्सिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	वैशाख	जेष्ठ	असार	कैफियत
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६
वि.सि.जी. (BCG)	प्राप्त डोज														
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको													
		अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता डोज														
रोटा (Rota)	प्राप्त भायल														
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको													
		अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता डोज														

२.२.३.१ खोप सेवाको विवरण

खोप सेवाको विवरण

वडा नं. ... ... खोप केन्द्रको नाम ... ...

क्र.सं	सेवा दर्ता नं.	बच्चाको		जातीय कोड	लिङ्ग	आमा/बुबाको नाम, थर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	वि.सि.जी. (BCG)	रोटा (Rota)		पोलियो (bOPV)			पि.सि.भि. (PCV)			डि.पि.टी./हेप वि/हिब (DPT-HepB-Hib)			एफ.आई.पि.भी. (fIPV)		दादुरा-रुबेला (MR)		जे.ई. (JE)	टाईफाईड (TCV)	पूर्ण खोप लागेको डोज पुरा भएमा	कैफियत
		नाम	थर							१	१	२	१	२	३	१	२	३	१	२	३	१	२	१	२	१	१		
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
					म					ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	
										म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	
					ल					सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
					म					ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	
										म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	
					ल					सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	

२.२.३.२ नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्रभन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण

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

वडा नं. ... ... खोप केन्द्रको नाम ... ...

क्र.सं	सेवा दर्ता नं.	बच्चाको		जातीय कोड	लिङ्ग	आमा/बुबाको नाम, थर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	वि.सि.जी. (BCG)	रोटा (Rota)		पोलियो (bOPV)			पि.सि.भि. (PCV)			डि.पि.टी./हेप वि/हिब (DPT-HepB-Hib)			एफ.आई.पि.भी. (fIPV)		दादुरा-रुबेला (MR)		जे.ई. (JE)	टाईफाईड (TCV)	पूर्ण खोप लागेको डोज पुरा भएमा	कैफियत
		नाम	थर							1	१	२	१	२	३	१	२	३	१	२	३	१	२	१	२	१	१		
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	३२
					म					ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	
										म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	
					ल					सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
					म					ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	
										म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	
					ल					सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	

२.२.३.३: २४ महिना देखि ५९ महिनासम्म खोप शुरू गरेको बच्चाको खोपको विवरण

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

वडा नं. ... ... खोप केन्द्रको नाम ... .

क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	बच्चाको नाम	बच्चाको थर	जाति कोड	लिङ्ग	आमा/बुबाको नाम, थर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	बि.सि.जी. (BCG)	पोलियो (bOPV) ४ हप्ताको फरकमा			एफ.आई.पि.भी. (fIPV) ८ हप्ताको फरकमा		पि.सि.भि. (PCV) ८ हप्ताको फरकमा		डि.पि.टी./हेप बि/हिब (DPT-HepB-Hib) ०, १ र ६ महिना*			दादुरा-रुबेला (MR) ४ हप्ताको फरकमा		जे.ई. (JE)	टाईफाईड (TCV)
										१	१	२	३	१	२	१	२	१	२	३	१	२	१	१
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
					म				ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
					पु				म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
									सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
					पु				म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
									सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा

२.२.४ टी.डी.खोप सेवाको अभिलेख विवरण (गर्भवती महिला)

टि.डी. खोप सेवाको अभिलेख विवरण

वडा: ..... खोप केन्द्रको नाम ... ...

क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	गाउँ/टोल *	गर्भवति महिलाको नाम	गर्भवति महिलाको थर	जाति कोड	उमेर	सम्पर्क फोन नं.	गर्भको पटक	यस अघि टि.डी. खोप लिएको मात्रा	टि.डी.खोप विवरण १	टि.डी.खोप विवरण २	टि.डी.खोप विवरण २+	कैफियत
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४
										ग	ग	ग	
										म	म	म	
										सा	सा	सा	

२.२.५ खोप अभियान तथा महामारी पश्चात सञ्चालन 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 ग	मिति म	मिति सा	लक्षित जनसंख्या उमेर समूह (खुलाउने) म	लक्षित जनसंख्या उमेर समूह (खुलाउने) पु	लक्षित जनसंख्या उमेर समूह (खुलाउने) जम्मा	खोप लगाएको संख्या उमेर समूह (खुलाउने) म	खोप लगाएको संख्या उमेर समूह (खुलाउने) पु	खोप लगाएको संख्या उमेर समूह (खुलाउने) जम्मा	प्रगति %	खोप केन्द्रको संख्या	परिचालित स्वा.स्व.से. तथा स्वास्थ्य कर्मीको संख्या	खोप (डोजमा) प्राप्त	खोप (डोजमा) खर्च भएको	खोप (डोजमा) फिर्ता गरेको	कैफियत
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८

२.२.६ खोपपश्चात हुने अवाञ्छित घटना (Adverse Events Following Immunization)

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

क्र. सं.	१. बच्चाको नाम २. अभिभावकको नाम सम्पर्क नं	बच्चाको उमेर म	बच्चाको उमेर पु	ठेगाना ठेगाना	ठेगाना गाँउ/टोल	खोप सेवा दर्ता नं.	AEFI दर्ता भएको मिति	दिईएको खोपको नाम	खोपको ब्याच नं.	घोलकको ब्याच नं.	खोप लगाएको मिति, समय तथा स्थान मिति	खोप लगाएको मिति, समय तथा स्थान समय	खोप लगाएको मिति, समय तथा स्थान स्थान	लक्षण शुरु भएको मिति तथा समय मिति	लक्षण शुरु भएको मिति तथा समय समय	देखिएका मुख्य लक्षणहरु	वर्गीकरण सामान्य	वर्गीकरण कडा	व्यवस्थापन
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०
	१			जिल्ला			ग				ग			ग					
	२			पालिका			म				म			म					
				वडा नं.			सा				सा			सा					

२.२.७ एच.पि.भि खोप सेवाको अभिलेख विवरण

एच.पि.भि खोप सेवाको अभिलेख विवरण

वडा: ..... खोप सञ्चालन मितिः

दर्ता नं.	खोप केन्द्र/विद्यालयको नाम	किशोरीको नाम	किशोरीको थर	जाति कोड	कक्षा ६ मा अध्ययनरत छात्रा	विद्यालय बाहिरका १० वर्ष उमेरका किशोरी	ठेगाना	कैफियत
१	२	३	४	५	६	७	८	९

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

२.२.१ खोप तथा सरसफाई सेसन सञ्चालन विवरण

महल नं.	महल शीर्षक		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 सञ्चालन हुनेगरी तय गरिएको हुन्छ । सोही अनुरुप यस महलमा खोप सेसन सञ्चालन हुने गते/बार र समय लेख्नुपर्दछ ।
५—१६	सेसन सञ्चालन भएका	श्रावण — आषाढ	यस महल अन्तर्गतका महिनाहरूमा सम्बन्धित महिनामा खोप सेसन सञ्चालन भएको भए सो सेसनमा खोप सेवा पाएकाहरूको संख्या माथिल्लो महलमा लेख्नुपर्दछ। यदि खोप सेसन सञ्चालन हुन नसकेको भए (—) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । सोही सेसनमा सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन सञ्चालन हुँदा प्रत्येक महिना सहभागी आमा तथा अभिभावकको संख्या तल्लो महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१७		जम्मा	यस महलमा श्रावण देखि आषाढ (महल ५—१६) सम्म को जोड लेख्नुपर्दछ । माथिल्लो महलमा प्रत्येक महिनाको खोप सेसनमा खोप सेवा पाएकाहरूको जम्मा संख्या र सरसफाई सेसनमा सहभागी अभिभावकको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ । प्रत्येक महिनामा खोप सेसन अनुसारको जम्मा सेवा पाउनेको संख्या जोडेर सम्बन्धित महिनाको खोप सेवा पाउनेको संख्या ९.२ तथा ९.३ मा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।

२.२.२ भ्याक्सिन प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता भएको विवरण (डोजमा)

उत्पदानदेखि व्यक्तिको शरीरभित्र प्रवेश गर्ने अवधिसम्म भ्याक्सिनको गुणस्तर र प्रभावकारिता जोगाइ राख्न भ्याक्सिनलाई निश्चित तापक्रममा राख्नु पर्दछ । भ्याक्सिन निश्चित तापक्रमभित्र रहेको यकिन गर्न भी.भी.एम्. तथा फ्रिज ट्यागको व्यवस्था गरिएको हुन्छ । खोप सेसन सञ्चालन गर्ने क्रममा कति भ्याक्सिन प्रयोग भयो, कति खर्च भयो, सो को लेखाजोखा गर्न खोप रजिष्टरमा भ्याक्सिनको प्राप्त तथा खर्चको अभिलेख गर्ने व्यवस्था गरिएको हो ।

सूचक र महल			**निर्देशन**
खोप (BCG, Rota, bOPV, fIPV, PCV, DPT-Hep-B-Hib, Measles-Rubella, JE, TCV, TD र HPV)	प्राप्त डोज		खोप सेसन सञ्चालनका लागि कुन खोप कति डोज प्राप्त भएको हो सो संख्या सम्बन्धित खोप अनुसार छुट्टाछुट्टै सम्बन्धित महिनाको प्राप्त महलमा लेख्नुपर्दछ ।खोप सेसन संचालनको लागि आफ्नै फ्रिज वा अन्य स्थानवाट जहाँवाट प्राप्त भएको भए पनि उक्त संख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	खर्च डोज र	खोप दिन खोलेको / अन्य कारणले बिग्रेको	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/हिब, दादुरा/रुबेला, टाइफाइड, जे.ई.र टी.डी. खोप मध्ये खोप लगाउन खोलेको डोज संख्या र अन्य कारण (भिभिएम ३,४ मागएर, म्याद गुज्रिएर, भिजेर वा फुटेर वा अन्य आदि कारण) बाट बिग्रिएको खोप डोज खर्चअन्तर्गतको सम्बन्धित महलमा डोज संख्या उल्लेख गर्ने।
	फिर्ता डोज		प्राप्त खोप मध्ये खर्च भएको डोज घटाएर बाँकी पुनः प्रयोग गर्न मिल्ने (नखोलिएका) फिर्ता गरेको डोज संख्या फिर्ता डोज भन्ने महलमा लेख्नुपर्दछ ।
नोटः खोप प्राप्त डोज अनुसार खर्च डोज र फिर्ता डोज जोड्दा प्राप्त डोजसँग बराबर हुनु पर्दछ। जस्तैः कुनै महिना सेसन सञ्चालनका लागि पिसिभी खोप ४ डोजको १० भाएल प्राप्त गरी ६ भायल खोलेर २१ जना बच्चालाई मात्र सो खोप			

लगाइयो, प्रयोग नभई नखोलिएको बाँकी ४ भाएल मध्ये १ भाएल भुलबस भिजेर दुषित भयो, पुनः प्रयोग गर्न मिल्ने खोप ३ भाएल बांकी छ । अब भ्याक्सिन खर्च खोप दिन खोलेको महलमा २४ डोज, अन्य कारणले विग्रिएको महलमा ४ डोज र फिर्ता भन्ने महलमा १२ डोज भनि उल्लेख गर्नु पर्दछ । बाँकी खोप नखोलिएको पुनः प्रयोग गर्न मिल्ने अवस्थाको खोप डोज कोल्डचेन कायम गरी जहाँबाट प्राप्त गरेको हो, सोही स्थानमा अनिवार्य रूपमा फिर्ता गर्नुपर्दछ ।

२.२.३.१ खोप सेवाको विवरण

वडा नम्बरः खोप रजिष्टरको 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 र वडा भन्दा बाहिरका स्थानबाट खोप लगाउन आएमा खोप रजिष्टरको पछाडी रहेका अन्यत्रबाट आएका बच्चाको विवरण (HMIS २.२.३.२) भन्ने पानामा र २४ महिनादेखि ५९ महिनासम्म उमेरका खोप छुट बच्चाहरूलाई खोप सुरू गरेको भए यहि रजिष्टरको पछाडी रहेका छुट्टै पाना (HMIS २.२.३.३) मा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	क्र.सं.		प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका व्यक्तिको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	सेवा दर्ता नं.		एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि नगर/गाउँपालिकाका हकमा वडा अन्तर्गतको खोप केन्द्रअनुसार छुट्टाछुट्टै दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ । तर अस्पतालका हकमा वडा अनुसार अलग–अलग नगरी क्रमशः दर्ता नम्बर राख्नुपर्दछ । आर्थिक वर्ष परिवर्तन भएपछि नयाँ बच्चा र आमाको लागि दर्ता नम्बर पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ । यदि एक आर्थिक वर्षमा दर्ता भएको बच्चा उसले सम्पूर्ण खोप प्राप्त नगरेसम्म आर्थिक वर्ष परिवर्तन भए पनि अर्को रजिष्टरमा सेवा दर्ता नम्बर दिनु पर्दैन।
३ ४	बच्चाको नाम थर		खोप सेवा लिन आएको बच्चाको नाम, थर छुट्टाछुट्टै महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
५	जात/जाति कोड		सेवा लिने व्यक्तिको जातिकोड वर्गीकरण तालिकाअनुसार जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै ०१, ०२, ... ०६) । खोप सेवामा सामाजिक समावेशीकरणको अवस्था देखाउन यो अभिलेख अत्यन्त महत्वपूर्ण हुन्छ ।
६	लिङ्ग	म	बच्चाको लिङ्ग महिला भए १ मा गोलो (०) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
		पु	बच्चाको लिङ्ग पुरुष भए २ मा गोलो (०) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
७	आमा/बुबाको नाम थर		बच्चाको आमा/बुबाको नाम, थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
८	गाउँ/टोल		खोप सेवा लिने बच्चा सम्बन्धित वडाको कुन गाउँबाट आएको हो, सोही गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ । संस्थाको कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिरबाट आएका सेवाग्राहीहरूका हकमा सो महलमा जिल्ला, स्थानीय तह, 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 जन्ममिति पत्ता लगाई लेख्नुपर्दछ । उदाहरणका लागि, २०७४ साल पौष ७ गते जन्मेको बच्चाको जन्ममिति लेख्दा यसरी (०७/०९/२०७४) लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
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 ।
१४-१५-१६	पोलियो (bOPV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	बच्चालाई पोलियो खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७-१९	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 ।
२०-२२	डी.पी.टी./हेपबी/हिब (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	बच्चालाई डी.पी.टी./हेप बी/हिब खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२३-२४	एफ.आई.पि.भि.	बच्चालाई एफ.आई.पि.भि खोपको पहिलो र दोस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२५	दादुरा/रुबेला पहिलो मात्रा	दादुरा/रुबेला खोप ९ महिना पछि पहिलो मात्रा खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२६	दादुरा/रुबेला दास्रो मात्रा	१५ महिना पछिका बच्चालाई दादुरा/रुबेला खोपको 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	टाईफाईड (टिसिभि)	१५-२३ महिना बच्चालाई टाईफाईड (टिसिभि) खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२९	पूर्ण खोप (सबै खोप) पूरा गरेको मिति	पूर्णखोप भन्नाले हाललाइ १५ महिनासम्ममा बच्चाले लगाउनुपर्ने सम्पूर्ण खोपहरू (बी.सी.जी १ मात्रा., रोटा २ मात्रा, ओरल पोलिया ३ मात्रा, एफ्.आई.पि.भी. २ मात्रा, पी. सी. भी ३ मात्रा, डी.पी.टी./हेप बी/हिब ३ मात्रा, दादुरा/रुबेला २ मात्रा, जे.ई. १ मात्रा, टाईफाईड १ मात्रा) पूरा भएपछिको अवस्थालाई जनाउँछ । यो महलमा २३ महिनाभित्रमा सबै खोप पुरा गरिसकेको अन्तिम मिति (गते, महिना, साल) सोही बच्चाको महलमा लेख्नुपर्दछ । **यदि २३ महिना पछि कुनै खोप पुरा भएमा सो बच्चालाई पूर्ण खोपमा गणना गर्नु हुदैन।पूर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चाहरुको विवरण लिङ्ग तथा जातजातिगत अनुसार ९.३/९.४ को जातजातिगत महलमा अनिवार्य रुपमा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।**
३०	कैफियत	माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य केही लेख्नुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

२.२.३.२ नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्रभन्दा 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 २.२.३.१ को खोप सेवाको विवरण भर्ने निर्देशनअनुसार नै भर्नुपर्दछ ।

नोटः 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 । मासिक प्रतवेदनमा आफ्नो स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा दिईएको मात्रै प्रतिवेदन गर्नुपर्ने भएकोले सोही बमोजिम सावधानी पुर्वक गणना गर्नु पर्दछ ।

२.२.३.३ २४ महिना देखि ५९ महिनासम्म खोप सुरू गरेको बच्चाको खोपको विवरण

यदि २३ महिना भित्रमा नियमित खोपमा खोप सेवा लिन बच्चा दर्ता नभएको र २४ महिना पछी कुनै पनि खोप नलिएको (शुन्य डोज) भए खोप निर्देशिका बमोजिम सो बच्चालाई Delay Schedule अनुसार खोप सुरू गराई अभिलेख राख्न यो रजिष्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

२.२.४ टी.डी. खोप सेवाको अभिलेख (गर्भवती महिला)

नगर/गाउँपलिकाको वडाका अनुमानित गर्भवती महिलाको जनसङ्ख्या अनुसार सेवाप्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले आफूले सेवा प्रदान गर्ने प्रत्येक खोप केन्द्रका लागी आवश्यक पानाहरू छुट्याई सम्बन्धित खोप केन्द्रको वडा नं उल्लेख गर्नुपर्दछ । सम्बन्धित पालिकाभन्दा वाहिरवाट 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 क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२.	सेवा दर्ता नं.		एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि वडा अनुसार छुट्टाछुट्टै दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ तर अस्पतालका हकमा वडा अनुसार नछुट्याई क्रमशः दर्ता नम्बर राख्नुपर्दछ । एकपटक दर्ता गरिसकेको भएमा आर्थिक वर्ष परिवर्तन भए पनि सोहि महलमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ। साथै मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) मा दिइएको टी.डी. खोपको विवरण यस रजिष्टरमा अनिवार्य अद्यावधिक गर्नुपर्दछ।
३.	गाउँ/टोल		खोप सेवा लिने गर्भवती महिला बस्ने गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ ।
४.	गर्भवती महिलाको	नाम	टी.डी. खोप लिन आएको महिलाको नाम र थर सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५.		थर	
६.	जाति कोड		टी.डी. खोप लिन आएको महिलाको थर जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तैः ०१, ०२,..... ०६)
७.	उमेर		गर्भवती महिलाको टी.डी. खोप लिँदाको उमेर पूरा गरेको वर्षमा जनाउनुपर्दछ ।
८.	सम्पर्क फोन नं.		टी.डी. खोप लिन आएको महिलाको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
९.	गर्भको पटक		टी.डी. खोप लिन आएको महिला यस पटक समेत गरि जम्मा कति पटक गर्भवती भएको हो, सो निश्चित गरी यो गर्भ कतिऔं पटकको हो, सो सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
१०.	यस अघि टि.डी खोप लिएको मात्रा		गर्भवती महिलाले यस पटकको गर्भावस्थामा भन्दा पहिले यदि २ वा सो भन्दा धेरै टि.डी खोप लगाएको भए कति मात्रा लगाएको हो सोही मात्रा उल्लेख गर्नु पर्दछ। तर यस अघि कुनै मात्रा खोप नलिएको वा पुरा मात्रा लिएको यकिन नभएमा शुन्य (०) लेख्नुपर्दछ ।
११— १२ — १३	टी.डी. खोप विवरण 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, यस भन्दा अघिल्लो गर्भमा २ वा सो भन्दा धेरै पटक टी.डी. खोप लगाएको कुनै महिला यस पटकको गर्भमा टी.डी. खोप लिन आएको भएमा एक मात्रा टी.डी. खोप दिई सोको अभिलेख टी.डी. २+ को महलमा राख्नुपर्दछ । यदि यसभन्दा पहिले गर्भावस्थामा जम्मा एक मात्रा मात्र

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		लगाएको भए क्रमशः टी.डी. पहिलो र दास्रो मात्रा १-१ महिनाको फरकमा दिई टि.डी. १ र २ मा अभिलेख गर्नुपर्दछ । नोटः पहिलो पटक गर्भवति भएर आएको महिलालाई १/१ महिनाको फरकमा २ मात्रा टि.डी. दिई टि.डी. १ र २ मा अभिलेख गर्नुपर्दछ ।
१४.	कैफियत	माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य केही भएमा यस महलमा खुलाउनुपर्दछ ।

२.२.५ खोप अभियान (Immunization Campaign) तथा महामारी पश्चात् सञ्चालन भएको खोप अभियान (Outbreak Response Immunization) को प्रगति समायोजन

राष्ट्रिय खोप अभियान तथा खोपबाट बचाउन सकिने कुनै रोगको महामारी भई सो रोकथाम तथा नियन्त्रणको लागि सञ्चालन गरिएको खोप सेवाको प्रगतिको लेखाजोखा गर्न खोप रजिष्टरमा खोप अभियानको प्रतिवेदन राख्ने व्यवस्था गरिएको हो । अभियान सञ्चालन गर्दा प्रयोग गरिएका सम्बन्धित अभिलेख फारामहरूबाट वडाअनुसारको प्रगति उतार गरी यस रजिष्टरमा चढाउनुपर्दछ । जुन महिनामा जुन खोप अभियान सञ्चालन भएको हो सोही समयमा अभियानको प्रतिवेदनसंगै यहाँ पनि अभिलेख अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।

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

चरणः पहिलो, दोस्रो वा कुन चरण (National Immunization Campaign Round) सञ्चालन भएको हो, सो उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तैः 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 समुहमा २ वटा महलमा अभियानहरुमा विभाजन भएको उमेर समुह जस्तै ० '११ महिना र १२ '५९ महिना, वा ९ '२३ महिना र २४ '५९ महिना, वा ० '५९ महिना र ५ '१५ वर्ष आदि अभियानमा जुन उमेर समुह छ सोही अनुसार उल्लेख गर्ने ।
७			.....	
८			.....	
९	खोप लगाएको सङ्ख्या	उमेर समूह (खुलाउने)	.....	कार्यक्रमको लक्षित समूहअनुसारको उमेर समूह जनाई अभियानबाट सेवा पाएकाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित उमेर समूहको महलमा वडाको प्रगति लेख्नुपर्दछ ।
१०			.....	
११			जम्मा	
१२	प्रगति (%)			लक्षित जनसङ्ख्या र जम्मा खोप 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 म.सा.स्वा.स्व. तथा स्वास्थ्यकर्मीको सङ्ख्या		खोप केन्द्रमा परिचालित म.सा.स्वा.स्व तथा स्वास्थ्यकर्मीको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५	खोप (डोजमा)	प्राप्त	प्राप्त भएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
		खर्च भएको (खोप दिन खोलेको)	यस महलमा खोप दिन खोलेर खर्च भएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । खोप अभियान सञ्चालनका 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 ।
१६		खर्च भएको (अन्य कारणले बिग्रेको)	यस महलमा खोप दिन खोलेर खर्च भएको खोप डोजमाउल्लेख गर्नुपर्दछ । खोप अभियान सञ्चालनका लागि प्राप्त भएको डोज मध्ये खोप सञ्चालनमा खुलेर खर्च नभई अन्य कारण (जस्तैः भि भि एम ३,४ मा गएर, म्याद गुज्रिएर, भिजेर वा फुटेर) बाट प्रयोग गर्न नमिल्ने भएका खोप को डोज संख्यालाई यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१७		फिर्ता गरेको	फिर्ता गरिएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१८	कैफियत		National Immunization Campaign/ Outbreak Response Immunization सम्बन्धी थप केही विवरण भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

२.२.६. खोप पश्चात् 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. बच्चाको नामः २. अभिभावकको नामः सम्पर्क नं.:		यो महलमा शुरुमा AEFI भएको बच्चाको नाम, त्यस पछि सोही महलको तल २ नं. मा अभिभावकको नाम र सो मुनिको कोठामा अभिभावकको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
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, स्थानीय तह, वडा नं., गाउँ, टोल समेत खुल्ने गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
७	खोप सेवा दर्ता 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 लेख्नुपर्दछ ।
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 अभिभावक सँग सोधपुछ गरी लक्षण सुरु भएको मिति (गते/महिना/साल), समय सुनिश्चित गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
१७	देखिएका मुख्य लक्षणहरू		AEFI भई आएका लक्षणहरूका बारेमा सोधपुछ गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१८	वर्गीकरण	सामान्य	AEFI भई आएका लक्षणहरूका आधारमा सामान्य वा गम्भीर के छ, सो को वर्गीकरण लेख्नुपर्दछ ।
१९		गम्भीर	
२०	व्यवस्थापन		AEFI भए पछि के गरियो जस्तैः स्थानीय स्तरमा उपचार वा प्रेषण, वा अस्पताल भर्ना आदि के व्यवस्थापन गरिएको हो यो महलमा लेख्नुपर्दछ ।

२.२.७. एच.पि.भि. खोप सेवाको अभिलेख विवरण

वार्षिक रुपमा संचालन हुने एच.पि.भि खोप सेवा प्राप्त गर्ने किशोरीहरूको (विद्यालयमा अध्ययन गर्ने कक्षा ६ देखि १० सम्मका छात्राहरू र विद्यालय नजाने १० देखि १४ वर्षसम्म उमेरका) विवरण राख्नका लागि यो रजिष्टर तयार गरिएको हो। वडा अनुसार रजिष्टरको पानाहरु फरक फरक गर्नु पर्दछ। साथै खोप सेवा संचालन भएको मिति रजिष्टरमा रहेको सम्वधित महलमा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
१	दर्ता नं.		एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	खोप केन्द्र/विद्यालयको नाम		यो महलमा खोप सेवा संचालन भएको केन्द्र/स्वास्थ्य संस्था/विद्यालयको नाम लेख्नु पर्दछ।
३	किशोरी को	नाम	किशोरीको नाम र थर सम्वन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
४		थर	
५	जाति कोड		खोप सेवा लिन आएको किशोरीको थर जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तैः ०१, ०२,..... ०६)
६	कक्षा ६ मा अध्ययनरत छात्रा		कक्षा ६ मा अध्ययनरत छात्रा हो भने यस महलमा ठिक (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
७	विद्यालय बाहिरका १० वर्ष उमेरका किशोरी		विद्यालय बाहिरका १० वर्ष उमेरका किशोरी हो भने यस महलमा ठिक (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
८	ठेगाना		किशोरीको ठेगाना जिल्ला, स्थानीय तह, वडा नं., गाउँ, टोल समेत खुल्ने गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
९	कैफियत		यस सम्बन्धी थप केही विवरण भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

खोप तालिका



राष्ट्रिय खोप तालिका

पटक/भेट	कुन उमेरमा	कुन खोप	सुई लगाउने स्थान र माध्यम	कुन रोगबाट बचाउँछ
	गर्भवति महिला	टि.डी. पहिलो गर्भमा कलिला एक महिनाको अन्तरमा २ पटक र त्यसपछिको प्रत्येक गर्भमा १ पटक	बाँया पाखुराको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	मातृ तथा नवजात शिशु धनुष्टंकार र श्वासनली रोग
१	जन्मने बित्तिकै सकेसम्म छिटो	बि.सि.जी.	दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छालामिच (Intradermal)	छयरोग
२	६ हप्तामा	रोटा (खोले मात्र) पोलियो (खोले मात्र) पि.सि.भी (खोले मात्र) डि.पि.टी. हेप.बी हिब (खोले मात्र)	• मुखमा (गालाको भित्री भागमा) • मुखमा दुई थोपा • दाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular) • बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	• रोटा भाइरसबाट हुने झाडापखाला • पोलियो • निमोनिया (न्युमोकोकस रोगहरु) • श्वासनली रोग, कहरे खोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिस-बी, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा-बी,
३	१० हप्तामा	रोटा (खोले मात्र) पोलियो (खोले मात्र) पि.सि.भी (खोले मात्र) डि.पि.टी. हेप.बी हिब (खोले मात्र)	• मुखमा (गालाको भित्री भागमा) • मुखमा दुई थोपा • दाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular) • बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	• रोटा भाइरसबाट हुने झाडापखाला • पोलियो • निमोनिया (न्युमोकोकस रोगहरु) • श्वासनली रोग, कहरे खोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिस-बी, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा-बी,
४	१४ हप्तामा	पोलियो (खोले मात्र) एफ.आई.पि.भी. (खोले मात्र) डि.पि.टी. हेप.बी हिब (खोले मात्र)	• मुखमा दुई थोपा • दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छालामिच (Intradermal) • बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	• पोलियो • पोलियो • श्वासनली रोग, कहरे खोकी, धनुष्टंकार, हेपाटाइटिस-बी, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा-बी,
५	९ महिनामा	एफ.आई.पि.भी. (खोले मात्र) दादुरा-रुबेला (खोले मात्र) पि.सि.भी (खोले मात्र)	• दाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छालामिच (Intradermal) • बाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला र मासु बीच (Subcutaneous) • दाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	• पोलियो • दादुरा र रुबेला • निमोनिया (न्युमोकोकस रोगहरु)
६	१२ महिनामा	जापानिज इन्सेफलाइटिस	दाँया तिघ्राको माथिल्लो बाहिरी भाग छाला र मासु बीच (Subcutaneous)	• जापानिज इन्सेफलाइटिस
७	१५ महिनामा	दादुरा-रुबेला (खोले मात्र) टाइफाईड	• बाँया पाखुराको माथिल्लो भाग छाला र मासु बिच (Subcutaneous) • बाँया तिघ्राको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	• दादुरा र रुबेला • टाइफाईड
८	कक्षा १ की छात्रा र विद्यालय जाने १० वर्षकी किशोरी	एच.पि.भी	बाँया पाखुराको बिच बाहिरी भाग मासुमा (Intramuscular)	पाठेघरको मुखको क्यान्सर

HMIS २.३: पोषण रजिष्टर (Nutrition Register)

दुई—वर्षमुनिका बालबालिकाको पोषण स्थितिको नियमित रूपमा 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 ।

गाउघर क्लिनिकबाट पोषण सेवा लिएका बालबालिकाहरूको विवरण गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन गरिसकेपछि पोषण रजिष्टरमा (**HMIS २.३**) 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 नमुनाः

२.३.१ २ वर्ष मुनिका बाल—बालिकाहरूको पोषण रजिष्टर

२ वर्ष मूनीका बालबालिका

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	बालबालिकाको नाम, थर	लिङ्ग	ठेगानाः जिल्ला	उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन (तौल किलोग्राममा उल्लेख गर्ने)														शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म् स्तनपान मात्रै गराएको	६ महिनापछि स्तनपान साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना शुरु									
	सेवा दर्ता नं.	बालबालिकाको अभिभावकको नाम	म पु	नगर/गाउँपालिका- वडा नं.	उमेर तौल (दोस्रो)		२८ दिन भित्र		१ महिना		२ महिना		३ महिना		४ महिना		५ महिना		६ महिना								७ महिना		८ महिना	
		सम्पर्क फोन नं.	जाती कोड	गाउँ/टोल			तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	तौल	मिति	गराएको	नगराएको	मिति	गराएको	नगराएको	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
			१ २		स		सामान्य																							
					म		जोखिम														१	२	म	१	२	म				
					सा		अति जोखिम																सा			सा				

को पोषण रजिष्टर

वार्ड नं.

उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन (तौल किलोग्राममा उल्लेख गर्ने)																								बाल मिटा वितरण (महिनामा)						अतिरिक्त पोषिलो आहार 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		२३ महिना पुरा भएको		६-११ मसलासहित		१२-१७		१८-२३ मसलासहित			
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	बाद अनुगमन पटक	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						
																																					६	७	८	९	१०	११
																																१		१		१		१२	१३	१४	१५	१६	१७
																																						१८	१९	२०	२१	२२	२३

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

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

आर्थिक वर्षः २०७ ... / २०७ ...

कार्यक्रमको नाम		चरण १						चरण २						कैफियत
		मिति			लक्ष्य	प्रगति संख्या	प्रगति प्रतिशत	मिति			लक्ष्य	प्रगति संख्या	प्रगति प्रतिशत	
		गते	महिना	साल				गते	महिना	साल				
१		२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४
भिटामिन ए	६-११ महिनाका बालबालिका													
	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													

२.३.३ वृद्धि अनुगमनमा आएका २ वर्षमुनिका कम तौल भएका बाल–बालिकाको जात/जातिगत मासिक विवरण

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

महिना	जम्मा	जाती कोड											
		दलित		जनजाती		मधेशी		मुस्लीम		ब्राहमण/क्षेत्री		अन्य	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
श्रावण													
भाद्र													
आश्वीन													
कार्तिक													

२.३.४ किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम

HMIS 2.3

किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम

आर्थिक वर्ष: .....

१३ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या (जनामा)

(विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले प्रयोग गरेका अभिलेख फाराम बाट समायोजन गरी प्रत्येक क्षेत्रको जम्मा संख्या लेख्ने)

प्रतिवेदन श्रोत	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	वैशाख	जेष्ठ	असार	यस आ.ब. को जम्मा
१	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७
विद्यालय													
स्वास्थ्य संस्था													
महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका													
जम्मा													

२६ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या (जनामा)

(विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले प्रयोग गरेका अभिलेख फाराम बाट समायोजन गरी प्रत्येक क्षेत्रको जम्मा संख्या लेख्ने)

प्रतिवेदन श्रोत	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	वैशाख	जेष्ठ	असार	यस आ.ब. को जम्मा
१	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७
विद्यालय													
स्वास्थ्य संस्था													
महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका													
जम्मा													

परिमार्जित आ.ब २०७८/७९ *छपाई आ.ब २०७८/७९*

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

२.३.१:२ वर्षमुनिका बाल–बालिकाहरूको पोषण रजिष्टर

वडा नम्बरः पोषण रजिष्टरका पानाहरूको माथिल्लो भागमा कुन वडाको अभिलेख राख्न छुट्ट्याइएका हुन्, सोही वडाको नम्बर लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्था रहेको स्थानीयतह भन्दा बाहिरका सेवाग्राहीहरुको लागि अर्को छुट्टै पानामा अन्य जनाउनु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र. सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका बिरामीको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्दै जानुपर्दछ । अर्को महिनामा पुनः क्र.सं. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	मूल दर्ता नम्बर	मूलदर्ता रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
	सेवा दर्ता 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 गर्नुपर्दछ र सो सेवा दर्ता नम्बर बाल स्वास्थ्य कार्डमा जनाउनुपर्दछ । पोषण सेवाका लागि दोहोऱ्याई आएका बच्चालाई पोषण सेवा प्रदान गर्दा पहिले दर्ता गरेकै महलमा अभिलेख गर्नुपर्दछ, यस रजिष्टरमा पुनः दर्ता गर्नुपर्दैन । यदि गाउँ–घर क्लिनिकबाट पोषण सेवा लिइरहेको सेवाग्राही स्वास्थ्य संस्थामा सोही सेवाको लागि आएको भए मूलदर्ता नम्बरको महलमा ORC लेखि सेवादर्ता नम्बरको महलमा गाउँ–घर क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको सेवादर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
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 रजिष्टरमा उल्लेख भएको जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तैः ०१, ०२,..... ०६) । प्रत्येक पानाको जात/जाति कोडको जम्मा सङ्ख्या पानाको अन्तमा बनाइएको 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 कार्य क्षेत्रभित्रका सेवाग्राहीका हकमा सम्बन्धित वडाको गाउँ/टोल लेख्नु पर्दछ ।
७	जन्म मिति	यस महलमा बच्चाको जन्म मिति गते, महिना, साल ढाँचामा 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 प्रसूति भई बच्चाको तौल लिन नसकेको भए यस महलमा (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । यस महलमा खालि छोड्नु हुदैन।
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 महलहरुमा सोहीअनुसारको तौल के.जी. मा लेख्नुपर्दछ ।
१०×११	२८ दिनभित्र	२८ दिनभित्रका नवजात शिशुको वृद्धि अनुगमनका लागि लिइएको तौलका आधारमा बच्चाको पोषण अबस्था (महल ८) अनुसार सामान्य वा जोखिम वा अति जोखिमको ठाडो लहरअनुसार महल १० मा बच्चाको तौल लेखि 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 माथि उल्लेख गरे बमोजिम अभिलेख राख्नुपर्दछ । जस्तैः 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 । यदि एउटा स्वास्थ्य संस्थाबाट बृद्धि अनुगमन सेवा लिईरहेको सेवाग्राही अर्को स्वास्थ्य संस्थामा गएर सेवा लिन आएमा यस अघि लिएको बृद्धि अनुगमनको सेवा यकिन गरि निज सेवाग्राहीलाई दोहोर्याई आएको सेवाग्राहीको रुपमा गणना गरि सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्छ ।	

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
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 भए महल 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 सो सम्बन्धी सेवा दिएको(स्वास्थ्य संस्थामा आएको) दिनको मिति महल नं. २६ को गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ । यसको विवरण बाल स्वास्थ्य कार्डबाट अध्याबधिक गर्नु पर्दछ । (६ देखि ११ महिनासम्म लाई सोध्ने) एक जना आमालाई उक्त अवधिमा एक पटक मात्र सोधिएको सुनिश्चित हुनु पर्दछ ।
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 महिनासम्म लाई सोध्ने)
३०-६५	उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन	वृद्धि अनुगमनका लागि आएका ७ देखि २३ महिनासम्मका बच्चाहरूको अभिलेख महल ९ देखि २२सम्म राखिए जस्तै उमेर र तौलका आधारमा बच्चाहरूको पोषण अवस्था सम्बन्धित महलमा सामान्य वा जोखिम वा अति जोखिम जुन हो, सो कोठामा तौल लेखि ठाडो कोठामा तौल लिइएको दिनको गते, महिना र साल लेख्नुपर्दछ । महल नं ६४ र ६५ मा २३ महिना उमेर पुरा हुँदाको मिति तथा उक्त समयामा वृद्धि अनुगमन गरेको पटक दिईएको महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । नयाँ बच्चा दर्ताको अवस्थामा नै उसको २३ महिना पुग्ने मिति महल नं. ६५ मा उल्लेख गर्नु पर्दछ र २३ महिना पुगेको महिनामा उसले कति पटक तौल लिएको हो सो संख्या लेख्नु पर्दछ । एक जना बच्चाको २३ महिना भित्रमा एक स्थानवाट मात्र उक्त विवरणको प्रतिवेदन हुने गरि अन्तिम पटकको वृद्धि अनुगमन गर्ने स्वास्थ्य संस्थावाट मात्र प्रतिवेदन 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 ।
७२	अतिरिक्त पोसिलो आहार लिएको उमेर (महिना)	६ देखि २३ महिनाका बालबालिकाले 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 । **नोटः 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 औषधी वितरण गरेको अभिलेख अभियान सञ्चालनको समयमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले बितरणको समयमा प्रयोग गरेका भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (**HMIS -४.३**)

बाट उतार गरी राख्न र विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रमअन्तर्गत विद्यालयका छात्र-छात्राहरूलाई मंसिर र जेष्ठ महिनामा जुकाको औषधी वितरण गरेको अभिलेख राख्नको लागि पनि यस रजिष्टरमा व्यबस्था 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 स्वयंसेविकाले बितरणको समयमा प्रयोग गरेका **भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (HMIS-४.३) बाट** उतार गरी चरण अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ । त्यस्तै गरी विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रमअन्तर्गत कक्षा १ देखि १०सम्मका छात्र— छात्राहरूलाई जुकाको औषधी पाएकाको सङ्ख्या सम्बन्धित विद्यालयहरूबाट प्राप्त प्रतिवेदनलाई समायोजन गरी छात्रा/छात्रअनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।		
२ देखि ४ र ८ देखि १०	मिति	पहिलो चरणमा सञ्चालन भएको मिति (गते, महिना, साल) २ देखि ४ महलमा र दोस्रो चरणमा सञ्चालन 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 ।

२.३.३ दुई वर्षमुनिका कम तौल भएका नयाँ बाल—बालिकाको जात/जातिगत मासिक विवरण

रजिष्टरको 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 पुरूषको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै तयार गरी मासिक रूपमा सम्बन्धित महलमा अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्दछ । एउटा बच्चा दुइ वर्ष मुनिको अवधिमा जति पटकको जोखाइमा कम तौल आएको भए पनि एक पटक मात्रै यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।

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 संस्थास्तरमा अध्यावधिक तथ्याङ्क राख्ने उद्देश्यले तयार गरिएको हो । यो फाराममा समावेश गर्नु पर्ने जानकारी विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरणको अभिलेख राख्न प्रयोग गर्ने अभिलेख फारामबाट उतार गर्नुपर्दछ । महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको हकमा यो विवरण HMIS ४.२ बाट उतार गर्न सकिन्छ ।

जस्तै स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो कार्यक्षेत्र मातहतका विद्यालयबाट वितरण भएको आइरन फोलिक एसिड चक्कीको विवरण प्रत्येक विद्यालयले भरेको अभिलेख फारामबाट सङ्कलन गरी जम्मा जोडेर सम्बन्धित महिनाको महलमा चढाउनु पर्दछ । त्यसैगरी महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकामार्फत् वितरण भएको हो भने प्रत्येक म.स्वा.स्व.से को मासिक प्रतिवेदनबाट जम्मा संख्या सम्बन्धित महिनाको महलमा चढाउनु पर्दछ। स्वास्थ्य संस्थाले किशोरीलाई आइरन फोलिक एसिड वितरण गरेको भए सो को विवरण निर्धारित ढाँचामा छुट्टै अभिलेख राख्ने र सोको संख्या स्वास्थ्य संस्था अभिलेख 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 २.४: नवजातशिशु 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 बेग्लै रङमा २ महिना मुनिका बच्चाहरूका लागि हो । यो रजिष्टर भर्दा निम्न कुराहरू माथि विचार पुऱ्याउनु पर्दछ । रजिष्टर भर्दा मूल्याङ्कन (Assessment) गर्दाका चरण अनुसार नै प्रत्येक कोठाहरू क्रमैसँग भर्दै जानुपर्दछ । मूल्याङ्कन गर्नुपर्ने कुनै पनि भागलाई छुटाउनु हुँदैन।

रजिष्टरको नमूना :

IMNCI Register for Children Aged २ Months to ५९ 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 sings and symptoms (Circle all the codes that apply)												Classification & Code			Treatment and counseling				Referred to	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	Counselling to mother	Treatment Outcome			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 Name Caste Ethnicity code Address District Rural/Municipality, Ward no.	Female 1 Male 2 Age in months Weight (kg) Temp (.C) Referred by FCHV 1 PHC/ORC 2 HF 3	Yes 1 No 2 Unable to drink 3 Vomiting all 4 Convulsion 5 Lethargic/ Unconscious 6		Yes 1 No 2 Days: Respiratory rate Chest indrawing 1 Stridor 2 Wheezing 3		Yes 1 No 2 Days Blood 3 Lethergic/ Unconcious 4 Irritable 5 Sunken eyes 6 Unable to drink 7 Drinks eagerly 8 Skin pinch very slowly 9 Skin pinch slowly 10		Yes 1 No 2 Days Malaria risk Yes 3 No 4 Stiff neck 5 Nasal discharge 6 Microscopic +ve 7 -ve 8 RDT +ve 9 -ve 10 Falciparum 11 Non Falciparum 12 General rash 13 Hazy Cornea/Oral Ulcer (deep & spread) 14 Pus from eye/ Oral ulcer 15		Yes 1 No 2 Ear pain 3 Ear discharge 4 Days: Tender swelling behind the ear 5		Severe wasting 1 Oedema feet 2 Very low weight 3 Low weight 4 Normal weight 5 MUAC Red 6 Yellow 7 Green 8 Severe pallor 9 Some pallor 10		Number of classification: ICD code for one major diagnosis: Others		Food 1 Fluid 2 Immediate visit 3 Regular follow up 4	Improved 1 Referred 2 LAMA/ Absconded 3 Death 4		Day: Month: Year:	Improved 1 Same 2 Worse 3	

IMNCI Register for Children Aged below २ Months (०- ५९ 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 sings and symptoms (Circle all the codes that apply)												Classification & Code			Treatment and Counselling					Referred to	Follow up			Remarks
			1. PSBI/LBI/NBI/Pneumonia				2. Diarrhoea		3. Breast feeding problem/Low weight		4. Assess breast feeding				Major classifications	Number	ICD Code	Medicine		Counselling to mother		Treatment Outcome		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 Name of Mother Name of Child Caste Ethnicity Code Address: District Rural/ Municipality, Ward no.	Female 1 Male 2 Age in weeks Weight (kg) Temp (.C) Referred by FCHV 1 PHC/ORC 2 HF 3	Convulsion 1 Respiratory rate (RR): Severe chest indrawing 2 Nasal flaring 3 Grunting 4 Unable to feed 5 Buldging fontanelle 6 Umbilicus infection to skin 7 Umbilicus red or with Pus 8 Temp >37.5 C 9 Temp <35.5 C 10 Skin pustules: Severe or >10 11 Skin pustules: < 10 12 Lethargic/ Unconscious 13 Less than normal movement 14 Jaundice upto hands feet 15 Jaundice 16 Pus from Eye 17				Yes 1 No 2 How many days? Blood 3 Sunken eyes 6 Restless/ Irritable 5 Lethargic/ Unconscious 4 Skin pinch very slowly 7 Skin pinch slowly 8		Breastfed 1 Difficult feeding 2 How many times in 24 hours Receive other food/ drinks 3 How often? Times: Feed by bottle 4 Feed by spoon 5 Very low weight 6 Low weight 7 Normal weight 8 Oral Ulcer/Thrush 9		Includes all 4 points of attachment Includes all 4 points of Position Suckling: Effectively	Yes 1 No 2 Yes 3 No 4 Yes 5 No 6	Others	Number of classification: ICD code for one major diagnosis:		Ampicillin 1 Amoxycillin 2 If Gentamycin 1 5 2 6 3 7 4		Breast feeding 1 Keep warm 2 Immediate visit 3 Regular follow up 4	Improved 1 Referred 2 LAMA/ Absconded 3 Death 4		Day: Month: Year:	Improved 1 Same 2 Worse 3	

रजिष्टर भर्ने तरिका

दुई महिनादेखि ५ वर्षसम्मका बालबालिकाहरूका लागि

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	SN, MRN, SRN	SN (Serial number)	सि. नं. प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
		MRN	स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउँदा मूलदर्ता रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको मूल दर्ता नं. (Master registration number) बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
		SRN	यस रजिष्टरमा 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 बिरामी सोही रोग वा अन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ ।
२	Date, Name, Caste and Ethinicity Code, Address	Date	सेवाग्राही दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
		Name	यस कोठामा बिरामी बच्चाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
		Caste	यस कोठामा बिरामी बच्चाको थर लेख्नुपर्दछ ।
		Ethinicity Code	यस कोठामा बिरामी बच्चाको वर्गीकरण अनुसार जातिकोड लेख्नुपर्दछ ।
		Address	यस कोठामा बिरामी बच्चाको ठेगाना लेख्नु पर्दछ । District: जिल्लाको नाम: Rural/Municipality, Ward Number: गाउँ/नगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ ।
३ and ४	Sex, Age, Weight, Temperature and Referral		महल ३ र ४ मा बिरामी बच्चाको Sex, Age, Weight, Temp, Refer को विवरण लेख्नुपर्दछ । Age, Weight, Temp को विवरण लेख्दा अंक मात्र लेखे पुग्छ ।
	Female/ Male		बिरामी बच्चा महिला भए कोड १ मा र पुरुष भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Age in Month		महल ४ को यस कोठामा बिरामी बच्चाको पूरा भएको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ । यदि बिरामी बच्चा ५ महिनाको छ भने ५ मात्र लेख्नुपर्दछ (महिना लेख्नु पर्दैन)
	Weight (kg.)		महल ४ को यस कोठामा बिरामी बच्चाको तौल के. जी. मा लेख्नुपर्दछ । यदि बिरामी बच्चा ५ KG छ भने ५ मात्र लेख्नुपर्दछ (KG लेख्नु पर्दैन)
	Temp (°C)		महल ४ को यस कोठामा बिरामी 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 ।
५ and ६	General danger signs (GDS)		बिरामी बच्चामा तल उल्लेखित General danger signs (GDS) भएमा महल ६ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Unable to drink		बिरामी बच्चाले पिउन नसकेमा महल ६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	Vomiting all	बिरामी बच्चाले खाएका जति सबै बान्ता गर्ने गरेको भए महल ६ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Convulsion	बिरामी बच्चालाई कम्पन भएको भए वा अहिले आईरहेको भए महल ६ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Lethargic/Unconscious	बिरामी बच्चा सुस्त (Lethargic) वा बेहोस (Unconscious) भए महल ६ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
७ and ८	Acute respiratory infection (ARI)	बिरामी बच्चामा Acute respiratory infection (ARI) सम्बन्धी लक्षण भएमा महल ८ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Days	बिरामी बच्चालाई खोकी लागेको वा सास फेर्न कठिनाइ भएको भए कति दिनदेखि यस्तो भएको हो ? सोधेर महल ७, ८ को खाली ठाउँमा दिन अंकमा (१, २ ....) लेख्नुपर्दछ ।
	Respiratory rate	बिरामी बच्चाको सासदर महल ७, ८ को खालीठाउँमा लेख्नुपर्दछ । सास दरको अंक मात्र लेख्नुपर्दछ (यदि सास दर ४० प्रतिमिनेट छ भने ४० मात्र लेख्ने, ४०/m लेख्नु पर्दैन ।
	Chest indrawing	बिरामी बच्चाको कोखा हानेको (Chest indrawing) भए महल ८ को यस कोठाको १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Stridor	बिरामी बच्चाले सास भित्र लिंदा घ्याघ्र्यार् आवाज आएको भए महल ८ को यस कोठाको कोड २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Wheezing	बिरामी बच्चामा Wheezing छ भने महल ८ को यस कोठाको कोड ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
९ and १०	Diarrhoea	बिरामी बच्चामा पखालाको चिन्ह तथा लक्षण भएमा महल १० को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । पखालाको लक्षण भएमा मात्र सोसँग सम्बन्धित महल ९ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
	Days	बिरामी बच्चालाई कति दिनदेखि पखाला लागेको हो सोधेर महल १० को खाली ठाउँमा दिन अंकमा (१, २ ....) लेख्नुपर्दछ ।
	Blood	बिरामी बच्चालाई पखाला र दिसामा रगत देखिएको भए महल १० को ३ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Lethargic/ Unconscious	बिरामी बच्चा सुस्त वा बेहोस भए महल १० को ४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Irritable	बिरामी बच्चा छटपटिने वा झिझिने भए महल १० को ५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Sunken eyes	बिरामी बच्चाको आँखा गढेको भए महल १० को ६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Unable to drink	बिरामी बच्चाले पिउन नसक्ने भए महल १० को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Drinks eagerly	बिरामी बच्चालाई झोल पदार्थ दिँदा निकै तिर्खाए झैं गरी पिउँछ भने महल १० को ८ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
	Skin pinch very slowly		बिरामी बच्चाको पेटको छाला तानेर छोड्दा धेरै बिस्तारै फर्किन्छ भने महल १० को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Skin pinch slowly		बिरामी बच्चाको पेटको छाला तानेर छोड्दा बिस्तारै फर्किन्छ भने महल १० को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
११ and १२	Fever		बिरामी बच्चालाई ज्वरो आएका लक्षण हरू भए १२ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । ज्वरोसम्बन्धी सिकायत भएमा मात्र सोसँग सम्बन्धित महल ११ का लक्षण हरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
	Days		बिरामी बच्चालाई कति दिनदेखि ज्वरो आएको हो, सोधेर महल ११ को Days को खालीठाउँमा दिन संख्यामा लेख्नुपर्दछ ।
	Malaria Risk	Yes	बिरामी बच्चा बस्ने स्थान औलोको उच्च/मध्यम/कम जोखिममा भए महल १२ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		No	बिरामी बच्चा बस्ने स्थान औलोको जोखिममा नभएमा महल १२ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Stiff neck		बिरामी बच्चाको गर्धन अररो भएको भए महल १२ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Nasal Discharge		बिरामी बच्चाको नाकबाट सिंगान बगेको छ भने महल १२ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Microscopic +Ve		बिरामी बच्चामा Malaria Microscopic +Ve भए १२ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Microscopic -Ve		बिरामी बच्चाको रक्तनमूना परीक्षणको नतिजा Microscopic -Ve भए महल १२ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	RDT +Ve		बिरामी बच्चामा Malaria RDT +Ve भए महल १२ को ९मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । RDTबाट रक्त नमूना परीक्षण गरिएका सबै विरामीहरूको विवरण औलो, कुष्ठ, कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS ५.२) मा रेकर्ड अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
	RDT -Ve		बिरामी बच्चामा Malaria RDT —Ve भए महल १२ को १० मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Falciparum		बिरामी बच्चामा रगत जाँचबाट Falciparum Malaria पोजिटिभ भएमा महल १२ को ११ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Non-Falciparum		बिरामी बच्चामा Falciparum बाहेक मलेरियाका अन्य प्रकार भएमा महल १२ को १२ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	General rash		बिरामी बच्चामा General rash भए महल १२ को १३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Hazy Cornea/Oral Ulcer (Deep and Spread)		बिरामी 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		बिरामी बच्चाको आँखाबाट पिप बगेको भए वा मुखभित्रका घाउ छ भने महल १२ को १५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१३ and १४	Ear infection		बिरामी बच्चामा कानको सङ्क्रमण भएमा महल १४ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Ear pain		बिरामी बच्चामा कान दुखेको (Ear pain) भए महल १४ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Ear discharge		बिरामी बच्चाको कानबाट पिप बगेको भए महल १४ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Days		बिरामी बच्चाको कानबाट पीप बगेको छ भने कति दिनदेखि पिप वगेको छ, महल १४ को खाली स्थानमा दिन अंकमा (१,२ .....) लेखुपर्दछ ।
	Tender swelling behind the ear		बिरामी बच्चाको कानको पछाडिपट्टि दुख्ने गरी सुनिएको भए महल १४ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
१५ and १६	Nutrition status		महल १५ र १६ मा बिरामी बच्चाको पोषण स्थितिका बारेमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यस रजिष्टरमा दर्ता भएका सम्पुर्ण बच्चाको Nutrition status assessment गर्नुपर्दछ ।
	Severe wasting		बिरामी बच्चामा देखिने गरी शरीरको मासु कडा किसिमले सुकेको भए महल १६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Oedema feet		बिरामी बच्चाका दुवै खुट्टामा सुन्निएको (औलाले हल्का थिच्दा खाल्डो पर्ने गरी) भएमा महल १६ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Very Low Weight		बिरामी बच्चाको उमेर अनुसार धेरै कम तौल भए महल १६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Low weight		बिरामी बच्चाको उमेर अनुसार कम तौल भए महल १६ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Normal weight		बिरामी 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 । बिरामी बच्चाको पाखुराको नाप फित्ताको रातो भागमा भए, महल १६ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Yellow	बिरामी बच्चाको पाखुराको नाप फित्ताको पहेंलो भागमा भए, महल १६ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Green	बिरामी बच्चाको पाखुराको नाप फित्ताको हरियो भागमा भए, महल १६ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Severe pallor		बिरामी बच्चाको हत्केला र हस्तरेखामा सेतोपन (Severe pallor) भए महल १६ को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Some pallor		बिरामी बच्चाको हत्केलामा केही सेतोपन (Some pallor) तर हस्तरेखा सेतो नभएको भए महल १६ को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१७	Major classifications		माथि उल्लेख भएका Sign and Symptom का आधारमा प्रोटोकल अनुसार बिरामीको रोगको वर्गीकरण (Major Classification) प्राथमिकताका आधारमा मुख्यलाई पहिलो, त्यसपछि दोस्रो गरी क्रमशः महल १७ मा लेख्नुपर्दछ र दर्ता गरिएको बच्चामा उल्लखित शिकायत कुनै नपाईए तापनि पोषण स्थितिको कम्तिमा दुई वर्गीकरणको उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Others		CB-IMNCI Treatment Chart Booklet मा उल्लेखभएका बर्गिकरण बाहेक अन्यकुनै समस्या भएमा यस कोठामा उल्लेख गर्ने ।
१८	Number of classification		बिरामी बच्चामा पाइएका लक्षण तथा चिन्हका आधारमा महल १७ (अन्य समेत) मा गरिएका Classification हरूको जम्मा संख्या महल नं १८ मा लेख्नुपर्दछ ।
१९	ICD code		बिरामी बच्चाको रोगको वर्गीकरणअनुसार मुख्य वर्गीकरण Major Classification कुन हो, 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 ।
२०	Medicine		बिरामीको उपचारको लागि प्रयोग गरिएका औषधीहरू परिमाण समेत खुल्ने गरी स्पष्टसँग यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२१ and २२	Counseling to mother	Food	आमालाई खाना सम्बन्धी सल्लाह दिइएको भए महल २२ को १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Fluid	आमालाई झोलिलो 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 ।
२३ and २४	Treatment Outcome	Improved	बिरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजाअनुसार अवस्थामा सुधार आएमा महल २४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Referred	बिरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजा प्रेषण गरेको खण्डमा महल २४ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		LAMA/ Absconded	बिरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजाअनुसार LAMA/Absconded मा महल २४ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Death	बिरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजाअनुसार शिशुको मृत्यु भएको खण्डमा महल २४ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
२५	Referred to		बच्चालाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम महल २५ मा लेख्नुपर्दछ ।
२६, २७	Follo	Date	बच्चालाई अनुगमनका लागि ल्याएको मिति (गते, महिना, साल) महल २६ लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
and २८	w up	Res ult	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 ।
२९	Remarks			माथि उल्लेख गरिएबाहेक अन्य केही लेख्नुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

दुई महिनाभन्दा मुनिका (० देखि ५९ दिनसम्मका) शिशुहरूका लागि

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	SN (Serial number)		सि.नं. प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
	MRN		स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउँदा मूलदर्ता रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको मूलदर्ता नं. (Master Registration Number) बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	SRN		यस रजिष्टरमा 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 बिरामी सोही रोग वा अन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ ।
२	Date, Name of Mother, Name of Child, Caste and Ethnicity Code, Address	Date	यस रजिष्टरमा 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 बिरामी सोही रोग वा अन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ ।
		Name of Mother	सेवाग्राही दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
		Name of Child	यस कोठामा बिरामी शिशुको आमाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
		Caste	यस कोठामा बिरामी शिशुको जाति लेख्नुपर्दछ ।
		Ethnicity Code	यस कोठामा बिरामी शिशुको जातिकोड लेख्नुपर्दछ ।
		Address	यस कोठामा बिरामी बच्चाको ठेगाना लेख्नु पर्दछ । District: जिल्लाको नाम; Rural/Municipality, Ward Number: गाउँ-नगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
३ and ४	Sex, Age, Weight, Temp & Reffer		महल ३ र ४ मा बिरामी शिशुको Sex, Age, Weight, Temp, Refer को विवरण लेख्नुपर्दछ ।
	Female/Male		बिरामी शिशु महिला भए कोड १ मा र पुरुष भए कोड २ मा गोलो घेरा लगानुपर्दछ ।
	Age in Weeks		महल ४ को यस कोठामा बिरामी 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 बिरामी शिशुको तौल के. जी. मा लेख्नु पर्दछ । यदि बिरामी बच्चा ४KG छ भने ४ मात्र लेख्नुपर्दछ (KG लेख्नु पर्दैन)
	Temp (°C)		महल ४ को यस कोठामा बिरामी शिशुको तापक्रम सेल्सियसमा लेख्नुपर्दछ ।
	Referred by FCHV, PHC/ORC, HF		बच्चा म.स्वा.स्वयंसे. ले रेफर गरेको भए १, गाउँघर क्लिनिकबाट रेफर गरी पठाएको भए २ र स्वास्थ्य संस्थाले रेफर गरेको भए ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
५ and ६	PSBI/LBI/NBI	Convulsion	बिरामी शिशुलाई कम्पन भए महल ६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Respiratory rate (R/R):	बिरामी शिशुको सासदर गनेर महल ६ को खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ ।
		Severe chest indrawing	बिरामी शिशुको कडासँग कोखा हानेको (Severe chest indrawing) भए महल ६ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Nasal flaring	बिरामी शिशुको नाकको पोरा फुल्ने भएको भए महल ६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Grunting	बिरामी शिशुले कनेको छ भने महल ६ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Unable to feed	बिरामी शिशुले दुध चुस्न तथा निल्न नसकेमा महल ६ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Bulging fontanelle	बिरामी शिशुको तालु उक्सेको भए महल ६ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Umbilicus infection to skin	बिरामी शिशुको नाइटोको रातोपना छालासम्म फैलिएको भए महल ६ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Umbilicus red or Pus	बिरामी शिशुको नाइटो रातो भएको भए वा पिप भएमा महल ६ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Temp >३७.५	बिरामी शिशुको तापक्रम ३७.५ डिग्री सेल्सियसभन्दा बढी भए महल ६ को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Temp <३५.५ C	बिरामी शिशुको तापक्रम ३५.५ डिग्री सेल्सियसभन्दा कम भएमहल ६ को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pustules: Severe or>१०	बिरामी शिशुको छालामा फोकाहरू धेरै (१० वा सो भन्दाबढी) वा एउटा मात्र पनि ठुलो पिलो भए महल ६ को ११ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pustules<१०	बिरामी शिशुको छालामा साना, साना फोकाहरू (१० भन्दाकम) भए महल ६ को १२ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
		Lethargic /Unconscious	बिरामी शिशु सुस्त वा बेहोस भए महल ६ को १३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Less than normal movement	बिरामी शिशुको चलाई सामान्यभन्दा कम भए महल ६ को १४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Jaundice up to hands and feet	बिरामी शिशुको हात र पैतालासम्म कमलपित्त फैलिएको भए महल ६ को १५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Jaundice	बिरामी शिशुलाई कमलपित्त भएको (शिशुको हात र पैतालासम्म नफैलिएको) भए महल ६ को १६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Pus from Eye	बिरामी शिशुको आँखाबाट पिप बगेको भए महल ६ को १७ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
७ and ८	Diarrhoea	Yes	बिरामी 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 लक्षण हरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
		No	बिरामी बच्चालाई पखाला नलागेको भए महल ८ को २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । नोट : झाडा पखालाको जाँच गरिसकेपछि प्रत्येक बच्चाको महल ९ मा उल्लेख गरिएका Breast feeding problem/Low weight का बारेमा अनिवार्यरुपमा परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
		How many days:	बिरामी शिशुलाई कति दिनदेखि पखाला लागेको हो ? सो सोधी महल ८ को खाली ठाउँमा दिन अंकमा (१,२, ...) लेख्नुपर्दछ ।
		Blood	बिरामी शिशुको दिसामा रगत देखिएको भए महल ८ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Lethargic/ Unconscious	बिरामी शिशु सुस्त (Lethargic) वा बेहोस (Unconscious) भए महल ८ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Restless/ Irritable	बिरामी शिशु छटपटिने वा झिझिने भए महल ८ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Sunken eyes	बिरामी शिशुको आँखा गढेको भए महल ८ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pinch very slowly	बिरामी शिशुको पेटको छाला तानेर छोड्दा धेरै बिस्तारै (२ सेकेन्डभन्दा बढी समय) फर्किन्छ भने महल ८ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pinch slowly	बिरामी शिशुको पेटको छाला तानेर छोड्दा बिस्तारै (२ सेकेन्डसम्म) फर्किन्छ भने महल ८ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
९ and १०	Low weight/ Feeding Problem	Breastfed	बिरामी शिशुले स्तनपान गर्ने गरेको भए महल १० को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Difficult feeding	बिरामी शिशुलाई स्तनपान/खानासम्बन्धी समस्या भए महल १० को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		How many times in २४ hours: ____	बिरामी शिशुलाई अन्तिम २४ घण्टामा कति पटक स्तनपान गराइएको थियो भनी सोधेर महल १० को खालीठाउँमा पटक अंकमा (१, २, ...) लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
		Receive other food/ drinks		बिरामी शिशुलाई अन्य खानेकुरा वा झोल पदार्थ खुवाएको भए महल १० को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		How often: _____ times		यदि महल १० को ३ मा गोलो घेरा लगाइएको भए बिरामी शिशुलाई कति पटक अन्य खानेकुरा वा झोल पदार्थ खुवाएको थियो भनी सोधेर महल १० को खालीठाउँमा पटक अंकमा (१,२, ...) लेख्नुपर्दछ ।
		Feed by bottle		बिरामी शिशुलाई बोतलबाट खुवाएको भए महल १० को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Feed by spoon		बिरामी शिशुलाई चम्चाबाट खुवाएको भए महल १० को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Very low weight		बिरामी शिशुको उमेरअनुसार धेरै कम तौल भए महल १० को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (बृद्धि अनुगमन चार्टको रातो खण्डमा परेमा)
		Low weight		बिरामी शिशुको उमेरअनुसार कमतौल भए महल १० को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (बृद्धि अनुगमन चार्टको पहेंलो खण्डमा परेमा)
		Normal weight		बिरामी शिशुको उमेरअनुसार तौल सामान्य (Normal weight) भए महल १० को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (बृद्धि अनुगमन चार्टको हरियो खण्डमा परेमा)
		Oral Ulcer/Thrush		बिरामी शिशुको मुखभित्र घाउ वा सेतो दाग भए महल १० को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
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/झोल कुरा खुवाइन्छ वा उमेर अनुसार तौल कम छ भने मात्र Breastfeeding Assess गर्नुपर्दछ ।				
११ and १२	Assess breast feeding	Includes all ४ points of attachment	Yes	शिशुलाई स्तनपान गराउँदा स्तन सम्पर्कका ४ चिन्हहरूः 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 ४ points of Position	Yes	शिशुलाई स्तनपान गराउँदाका ४ सही आसनका चिन्हहरुः शिशुको टाउको र जीउ सीधा पारेर समातेको (१), शिशुको मुख स्तनतिर फर्काएर शिशुको नाक स्तनको मुन्टोको 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 ।

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
		Suckling: Effectively	Yes	शिशुले दूध चुस्दा बिस्तारै, 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 ।
१३	Major Classifications			माथि उल्लेखभएका Sign and Symptom को आधारमा प्रोटोकल अनुसार बिरामीको रोगको वर्गीकरण (Major Classifications) प्राथमिकताको आधारमा मुख्यलाई पहिलो, त्यसपछि दोस्रो गरी क्रमशः महल १३ मा लेख्नुपर्दछ । उल्लखित शिकायत कुनै नपाइए तापनि कम्तीमा दुई वर्गीकरण (PSBI/LBI/NBI) मध्ये कुनै १ र Problem/No Feeding problem मध्ये कुनै १ खुलाउनुपर्दछ ।
	Others			CB-IMNCI Treatment Chart Booklet मा उल्लेख भएका बर्गिकरण बाहेक अन्य कुनै समस्या भएमा यस कोठामा उल्लेख गर्ने ।
१४	Number of classifications			बिरामी बच्चाकोमा पाइएका लक्षण तथा चिन्हका आधारमा महल १४ मा गरिएका Classification हरूको जम्मा सङ्ख्या (अन्य समेत) लेख्नुपर्दछ ।
१५	ICD code			बिरामी 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 ।
१६ and १७	Medicine			बिरामीको उपचारका लागि प्रयोग गरिएका औषधीहरू (Ampicillin & Amoxicillin) परिमाणसमेत खुल्ने गरी स्पष्टसँग यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	Gentamicin			यदि Gentamicin औषधी (सुई) प्रयोग गरी उपचार गरिएको भए दिइएको डोज अनुसार महल १६ को सम्बन्धित अङ्कमा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१८ and १९	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 ।
	Treatment Outcome		Improved	बिरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजा अनुसार अवस्थामा सुधार आएमा महल २१ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
२० and २१			Referred	बिरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजा प्रेषण गरेको खण्डमा महल २१ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			LAMA/ Absconded	बिरामीबच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजा अनुसार LAMA/Absconded मा महल २१ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Death	बिरामी बच्चाको उपचार तथा व्यवस्थापन नतिजाअनुसार शिशुको मृत्यु भएको खण्डमा महल २१ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
२२	Referred to			शिशुलाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम महल २१ मा लेख्नुपर्दछ ।
२३, २४ and २५	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 ।
२६	Remarks			माथि उल्लेख भएबाहेक अन्य केही भए महल २५ मा उल्लेख गर्नुहोस् ।

जातजातिअनुसार नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) सेवा पाएका सेवाग्राहीको समायोजन फाराम

हरेक महिना मासिक प्रतिवेदन तयार गर्दा यस रजिष्टरको अन्तमा राखिएको जातजातीगत विवरण समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । जातजातिगत विवरण तयार गर्दा २ महिना मुनिका विरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्ड र २ महिनादेखि ५९ महिना उमेरसम्मका विरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डमा दर्ता भएका विरामी बच्चाको संख्या लिंगसमेत खुल्ने गरी फरक-फरक समायोजन फारम प्रयोग गरि सम्वन्धित उमेर समूहको महलमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

HMIS २.५: 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 बिरामीका लागि घर लैजाने तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) को मात्राको पनि यसमा उल्लेख गरिएको हुन्छ । प्रत्येक बिरामी बच्चाको उपचारको परिणाम/उपलब्धि पनि यस दर्ता कार्डले दिन्छ ।

कार्डको नमुनाः

HMIS 2.5: IMAM Child Health Card

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

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: ... जिल्ला ... नगर/गाउँपालिका ...

शीघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड

मूल दर्ता नं.		सेवा दर्ता नं.	
बच्चाको नाम, घर		ठेगानाः जिल्ला	
उमेर (महिना)		नगर/गाउँपालिका, वडा नं.	
लिङ्ग	पुरूषः १ महिला २	गाँउ/ टोल	
भर्नाको आधार	एम.यु.ए.सी. १ उ.अ.ती. (z-score) २	दुवै खुट्टा सुन्निएको ३	

भेट मिति	दुवै खुट्टा सुन्निएको	एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)	उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)	तौल (के.जी.)	उ.अ.ती. (z-score)	आज दिएको RUTF पाकेट
उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण:			गरेको	नगरेको	खोप दिएको	

मिति (ग.म.सा.)	दुवै खुट्टा सुन्निएको	एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)	उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)	तौल (के.जी.)	उ.अ.ती. (z-score)	आज दिएको RUTF पाकेट

डिस्चार्ज परिणाम	निको भएको	निको नभएको	डिफल्टर	प्रेषण (अस्पताल)	अन्य (गल्ति भनी)	मृत्यु भएको
	१	२	३	४	५	६
डिस्चार्ज मिति						

परिमार्जित आ.ब. २०७८/७९ छपाई आ.ब. २०७८/७९

HMIS 2.5: IMAM Child Health Card

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

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: ... जिल्ला ... नगर/गाउँपालिका ...

शीघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड

मूल दर्ता नं.		सेवा दर्ता नं.	
बच्चाको नाम, घर		ठेगानाः जिल्ला	
उमेर (महिना)		नगर/गाउँपालिका, वडा नं.	
लिङ्ग	पुरूषः १ महिला २	गाँउ/ टोल	
भर्नाको आधार	एम.यु.ए.सी. १ उ.अ.ती. (z-score) २	दुवै खुट्टा सुन्निएको ३	

भेट मिति	दुवै खुट्टा सुन्निएको	एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)	उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)	तौल (के.जी.)	उ.अ.ती. (z-score)	आज दिएको RUTF पाकेट
उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण:			गरेको	नगरेको	खोप दिएको	

मिति (ग.म.सा.)	दुवै खुट्टा सुन्निएको	एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)	उचाइ/लम्बाइ (से.मी.)	तौल (के.जी.)	उ.अ.ती. (z-score)	आज दिएको RUTF पाकेट

डिस्चार्ज परिणाम	निको भएको	निको नभएको	डिफल्टर	प्रेषण (अस्पताल)	अन्य (गल्ति भनी)	मृत्यु भएको
	१	२	३	४	५	६
डिस्चार्ज मिति						

परिमार्जित आ.ब. २०७८/७९ छपाई आ.ब. २०७८/७९

भर्ने तरिका:

महल शीर्षक	निर्देशन
स्वास्थ्य संस्थाको नाम, जिल्ला, नगर/ गाउँपालिका	बहिरङ्ग उपचार सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र सो संस्था रहेको जिल्ला र स्थानीयतहको नाम लेख्नुपर्दछ ।
मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
सेवा दर्ता नं.	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS २.६) मा दर्ता गर्दाको नम्बर लेख्नुपर्दछ । यो नम्बर प्रत्येक आ. ब. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
बच्चाको नामथर, ठेगाना, उमेर, लिङ्ग	बिरामी 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—कुन हुन्, सम्बन्धित आधारको कोडमा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
भेट मिति	बिरामी बच्चा प्रत्ये कभेटमा आउँदा दिइएका महलहरूमा मिति (ग/म/सा) लेख्नुपर्दछ । बिरामी बच्चा हरेक भेटमा आउँदा उसको पाखुराको नाप (MUAC), 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 शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको अद्यावधिक निर्देशिका अनुसार लेख्नु पर्दछ ।
डिस्चार्ज मिति	बच्चाको डिस्चार्ज परिणामसँगै डिस्चार्ज मिति (ग/म/सा) दिइएको महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS २.६: शीघ्र कुपोषणको 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 नमुना

HMIS 2.6

शिघ्र कुपोषणको एकिकृत

क्र.सं./ दर्ता	विरामीको नाम, थर, विवरण र भर्नाको किसिम			भर्ना, पोषणको अवस्था तथा प्रेषण संम्बन्धी विवरण (गोलो चिन्ह लगाउने)				मेडिकल इतिहास, शारीरिक परीक्षण र अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी (गोलो चिन्ह लगाउने र लेख्ने)						
१	२		३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४
क्र.सं.	नाम र थर		जाती कोड	**भर्ना मिति (ग.म.सा.)**			**भर्नाको आधार**	झाडापखाला	छ	छैन	मुख	सामान्य	घाउ	केन्डिडा
								वान्ता	छ	छैन	आँखा	सामान्य	भित्र गडेको	डिस्चार्ज
	लिङ्ग: महिला / पुरूष / उमेर (महिनामा)			**पोषणको अवस्था**				खोकी	छ	छैन	जलवियोजन	नभएको	मध्यम	कडा
	अभिभावकको नाम		नाता	उचाइ/लम्बाई (से.मी.)				सनपान गरेको	छ	छैन	छाला	सामान्य	लुतो	घाउ/खटिरा
मूल दर्ता नं.				तौल (के.जी.)				खानाको रुची	छ	छैन	ग्रन्थि सुन्निएको	छैन	घाटी	काखी/ग्रोइन
	जिल्ला	न.पा./गा.पा.	वडा नं.	एम.यू.ए.सि. (मि.मि.)			१	पिसाब भएको	छ	छैन	दादुराको खोप	लिएको	नलिएको	मि / दि / वर्ष
				उ. अ. तौल (Z-Score)			२	दिसा		पटक	पुर्ण खोप	लिएको	नलिएको	बाँकी
	गाँउ/टोल			दुवै खुट्टा सुन्निएको			३	आँखाको कोस	सामान्य	फिक्का	मित्र किसिमको सङ्गम		भएको	नभएको
	भर्ना किसिम (गोलो चिन्ह लगाउने)			प्रेषण किसिम	आफै/ स्वयं प्रेषण		१	कान	सामान्य	डिस्चार्ज	RUTF जाँच		पास	फेल
सेवा दर्ता नं.	नयाँ भर्ना		१		विशेष उपचार कक्ष		२	कोखा हानेको	छ	छैन	भर्ना गर्दा दिएको RUTF प्याकेट			
	पुनः दर्ता भएको (२ महिना भित्र)		२		गाउँघर क्लिनिक		३	श्वासप्रश्वास दर		प्रति मि.	शीघ्र कुपोषणको किसिम			
	बाहिरबाट आएको (बहिरङ्ग/विशेष उपचारकक्ष/ पोषण पुनःस्थापना गृहबाट)		३		म.स्वा.स्व.से.		४	तापक्रम		सेण्टिग्रेड	अतिरिक्त जानकारी:			
	डिफल्टर पछि भर्ना		४		पोषण पुनःस्थापना केन्द्र		५	हात/ खुट्टा	सामान्य	चिसो				
					अन्य स्वास्थ्य संस्था		६							
क्र.सं.	नाम र थर		जाती कोड	**भर्ना मिति (ग.म.सा.)**			**भर्नाको आधार**	झाडापखाला	छ	छैन	मुख	सामान्य	घाउ	केन्डिडा
								वान्ता	छ	छैन	आँखा	सामान्य	भित्र गडेको	डिस्चार्ज
	लिङ्ग: महिला / पुरूष / उमेर (महिनामा)			**पोषणको अवस्था**				खोकी	छ	छैन	जलवियोजन	नभएको	मध्यम	कडा
	अभिभावकको नाम		नाता	उचाइ/लम्बाई (से.मी.)				सनपान गरेको	छ	छैन	छाला	सामान्य	लुतो	घाउ/खटिरा
मूल दर्ता नं.				तौल (के.जी.)				खानाको रुची	छ	छैन	ग्रन्थि सुन्निएको	छैन	घाटी	काखी/ग्रोइन
	जिल्ला	न.पा./गा.पा.	वडा नं.	एम.यू.ए.सि. (मि.मि.)			१	पिसाब भएको	छ	छैन	दादुराको खोप	लिएको	नलिएको	मि / दि / वर्ष
				उ. अ. तौल (Z-Score)			२	दिसा		पटक	पुर्ण खोप	लिएको	नलिएको	बाँकी
	गाँउ/टोल			दुवै खुट्टा सुन्निएको			३	आँखाको कोस	सामान्य	फिक्का	मित्र किसिमको सङ्गम		भएको	नभएको
	भर्ना किसिम (गोलो चिन्ह लगाउने)			प्रेषण किसिम	आफै/ स्वयं प्रेषण		१	कान	सामान्य	डिस्चार्ज	RUTF जाँच		पास	फेल
सेवा दर्ता नं.	नयाँ भर्ना		१		विशेष उपचार कक्ष		२	कोखा हानेको	छ	छैन	भर्ना गर्दा दिएको RUTF			
	पुनः दर्ता भएको (२ महिना भित्र)		२		गाउँघर क्लिनिक		३	श्वासप्रश्वास दर		प्रति मि.	शीघ्र कुपोषणको किसिम			
	बाहिरबाट आएको (बहिरङ्ग/विशेष उपचारकक्ष/ पोषण पुनःस्थापना गृहबाट)		३		म.स्वा.स्व.से.		४	तापक्रम		सेण्टिग्रेड	अतिरिक्त जानकारी:			
	डिफल्टर पछि भर्ना		४		पोषण पुनःस्थापना केन्द्र		५	हात/ खुट्टा	सामान्य	चिसो				
					अन्य स्वास्थ्य संस्था		६							

परिमार्जित: आ.ब. २०७८/७९ *छपाई: आ.ब. २०७८/७९*

HMIS 2.6

। व्यवस्थापन रजिष्टर

ओषधीबाट व्यवस्थापन/ उपचार					फलो अप/भेट मिति र स्वास्थ्य अवस्था									डिस्चार्ज मिति र परिणाम
ओषधी		मात्रा	मिति											
१५		१६	१७	१८ १९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९
भिटामिन ए	(आइ.यू.)				एम.यू.ए.सि. (मि.मि.)									**डिस्चार्ज मिति**
एमोक्सीसीलिन					उचाइ/लम्बाई (से.मी.)									मि / दि / वर्ष
औलोको उपचार					तौल (के.जी.)									**डिस्चार्ज परिणाम**
अल्बेन्डाजोल	(एम.जी.)				उचाइ अ. तौल (Z-Score)									निको भएको १
अन्य ओषधी					दुवै खुट्टा सुन्निएको									Stable २
					वान्ता (पटक/ दिन)									डिफल्टर ३
					झाडापखाला (पटक/ दिन)									प्रेषण (अस्पताल) ४
					ज्वरो (पटक/ दिन)									मृत्यु ५
					खोकी (पटक/ दिन)									स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएको ६
					जलवियोजन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	कैफियत:
					तापक्रम (से.ग्रे.)									
					श्वासप्रश्वास दर (प्रति मि.)									
					छाला संक्रमण	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	
					आज दिने RUTF (पाकेट)									
भिटामिन ए	(आइ.यू.)				एम.यू.ए.सि. (मि.मि.)									**डिस्चार्ज मिति**
एमोक्सीसीलिन					उचाइ/लम्बाई (से.मी.)									मि / दि / वर्ष
औलोको उपचार					तौल (के.जी.)									**डिस्चार्ज परिणाम**
अल्बेन्डाजोल	(एम.जी.)				उचाइ अ. तौल (Z-Score)									निको भएको १
अन्य ओषधी					दुवै खुट्टा सुन्निएको									Stable २
					वान्ता (पटक/ दिन)									डिफल्टर ३
					झाडापखाला (पटक/ दिन)									प्रेषण (अस्पताल) ४
					ज्वरो (पटक/ दिन)									मृत्यु ५
					खोकी (पटक/ दिन)									स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएको ६
					जलवियोजन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	कैफियत:
					तापक्रम (से.ग्रे.)									
					श्वासप्रश्वास दर (प्रति मि.)									
					छाला संक्रमण	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	छ / छैन	
					आज दिने RUTF (पाकेट)									

परिमार्जित: आ.ब. २०७८/७९ *छपाई: आ.ब. २०७८/७९*

रजिष्टर भर्ने तरिका

महल नं.	शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं. मूलदर्ता नं.	प्रत्येक महिनाक्र.सं. १बाट सुरु गरी लेखुपर्दछ । मूलदर्ता रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्डबाट मूलदर्ता नंम्बरको महलमा र यस रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर सेवादर्ता नम्बरको महलमा लेखुपर्दछ । सेवादर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १बाट 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 रजिष्टरमा उल्लेख भएअनुसार जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेखुपर्दछ, जस्तैः ०१, ०२,.....,०६ ।
	लिङ्ग	सेवालिने बच्चा "महिला" भए महिलामा र "पुरुष" भए पुरुषमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	उमेर (महिनामा)	सेवा लिने बच्चाको उमेर पूरा भएको महिनामा लेखुपर्दछ ।
	अभिभावकको नाम	बच्चाको अभिभावक (जस्तैः आमा, बुवा, हजुरआमा, हजुरबुवा आदि) को नाम यस महलमा लेखुपर्दछ ।
	नाता	बच्चाको अभिभावकसँगको नाता (जस्तैः आमा, बुवा, हजुरआमा, हजुरबुवा आदि) यस महलमा लेखुपर्दछ ।
	जिल्ला, न.पारगा.पा., वडा नं., गाउँ-टोल	हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको जिल्ला, स्थानीय तह, वडा नम्बर र गाउँ/टोलसमेत यस महलहरूमा लेखुपर्दछ ।
	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 पुनर्स्थापना गृह) भए कोड नं. ३ र त्रुटि वा डिफल्टर पछि भर्ना भएको भएकोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
४-७	**भर्ना, पोषणको अवस्थातथा प्रेषण सम्बन्धी विवरण**	
	भर्ना मिति	बच्चाको भर्ना मिति (ग म सा) यस महलमा लेखुपर्दछ ।
	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 लेखुपर्दछ ।
	तौल	बच्चाको तौल लिई महल ६ मा के.जी. मा लेखुपर्दछ ।
	एम्. यु. ए. सी	बच्चाको पाखुराको नाप MUAC टेपले नापी यसैसँगको महल ६ मा मि.मि. मा लेखुपर्दछ ।
	उचाई अनुसारको तौल	उचाइअनुसारको तौल (z-score) टेबलको सहायतामा बच्चाको उचाइअनुसारको तौल यसैसँगको महल ६ मा लेखुपर्दछ ।
	दुवै खुट्टा सुन्निएका	पोषणजन्य कारणले बच्चाका दुवै खुट्टा तथा शरिरका अन्य भागहरू सुन्निएका छन्/छैनन् भनी जाँच गरी सुन्निएको भए प्रोटोकलअनुसार +, ++ वा +++ मा लेखुपर्दछ ।
	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 मा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	शीर्षक	निर्देशन
	प्रेषणको किसिम	सेवा लिने बच्चा जहाँबाट प्रेषण भएको हो (आफैं/स्वयं प्रेषण, विशेष उपचार कक्ष तथा अन्य बहिरङ्ग कक्ष, गाउँ—घर क्लिनिक, म. स्वा. स्वयंसे., पोषण पुनर्स्थापना 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 संगै रहेको महल ९ वा १० को अबस्थामा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । महल ८ कै दिशा, स्वासप्रश्वास दर र तापक्रमको हकमा भने महल ९ को खाली कोठामा क्रमशः विवरणहरू भर्नुपर्दछ । त्यस्तै गरी महल ११ मा उल्लेख गरिएका शारीरिक अवस्था, दादुरा खोप र पूर्ण खोपको अबस्था, RUFT जाँच, बितरण 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 (भिटामिन ए, एमोक्सिसिलिन, औलोको औषधी, अल्बेन्डाजोल वा अन्य औषधी) दिइएको मात्रा महल १६ मा र मिति (गते, महिना, साल) महल १७, १८ र १९ मा लेख्नुपर्दछ ।
२०-२८	फलोअप भेट मिति	बिरामी बच्चा प्रत्येक फलोअप भेटमा आउँदा महल नं. २० मा उल्लेखित 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, झाडापखाला, ज्वरो, खोकी, जलवियोजन, तापक्रम, श्वास—प्रश्वास दर, छाला सङ्क्रमण जाँच गरी प्रत्येक भेटमा दिने RUTF 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 २.७: 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 (IMAM प्रोटोकलअनुसार) ६ महिनामुनिका बाल—बालिकालाई विशेष उपचार 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	जाती कोड	उमेर (महिनामा) महिला	उमेर (महिनामा) पुरुष	ठेगाना जिल्ला	ठेगाना नगर/गाउँपालिका	ठेगाना वडा नं	ठेगाना गाँउ/टोल	सम्पर्क नं.	अभिभावक/हेरचाह गर्नेको नाम र थर	जम्मा परिवार संख्या

सेवा दर्ता नं.	भर्ना मिति (ग.म.सा.)	भर्नाको किसिम (गोलो लगाउने)	आफै	प्रेषण म.स्वा.स्व.से	प्रेषण गाँउघर क्लिनिक	प्रेषण स्वास्थ्य संस्था	प्रेषण बहिरङ्ग		बुवा	आमा	जुम्ल्याहा	पुन:रोगी भर्ना
								भएको	१	२	३	४
								नभएको	१	२	३	४

नाप तौलको पटै	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	२८
मिति																											
उचाई/लम्बाइ (से.मी.)																											
तौल (के.जी.)																											
उचाईको आधारमा तौल (z- score)																											
एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)																											
दुवै खुट्टा सुन्निएका (• देखि +++)																											

प्रत्येक खाएपछि १० छाला चौडा पर्दासम्म दुवै हातको टेउकोदेखि बच्चा सुत्दाको केशनाली प्रारम्भिक बेलामा तौल घट्दा स्वभाविक हो। त्यस बारेमा डराउनु पर्दैन। अतिरिक्त हुनु सम्मानीय

तौल घट्दै

परिमार्जित आ.ब. २०७८/७९ छपाई आ.ब. २०७८/७९

HMIS 2.72

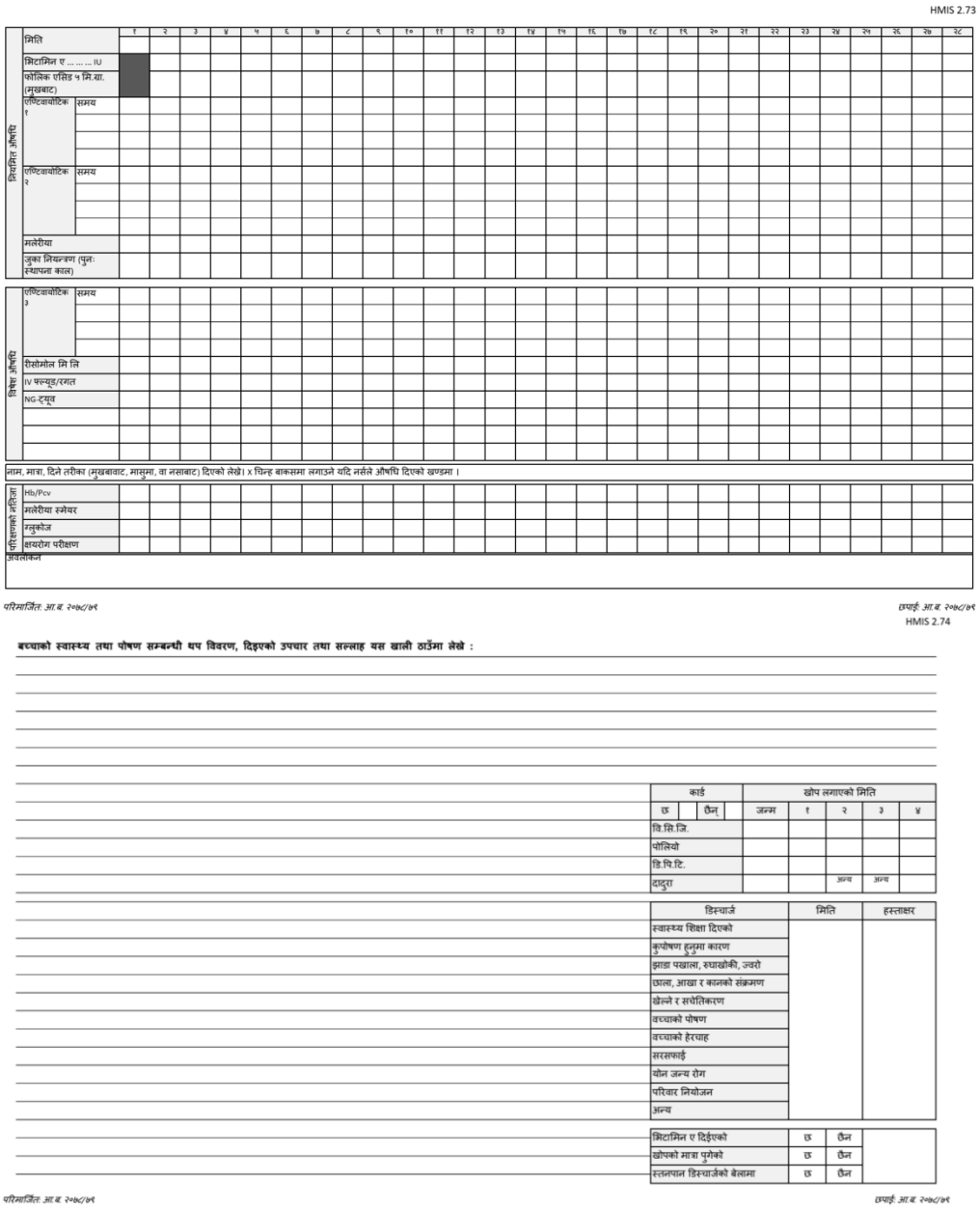
मिति	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२८
खाना (F75/F100/RUTF)																											
मात्रा प्रति दिन (मिलि वा पाकेट)																											
खानाको पटक प्रति दिन																											
प्रति खानको मात्रा (दुध मात्र)																											
वम आइरन																											

उपचारात्मक खाना

	समय	खाना
A= अनुपस्थित		
V=वान्ता		
R= नमानेको		
NG= ट्युब लगाएको		
IV= IV फाल्नुहु		
मात्रा सिड्काको		
१०० %	x	x
	x	x
३/४	x	x
	x	
१/२	x	
	x	
१/४	x	
=मिलि=अतिरिक्त		

नर्सिङ्ग टिप्पणी	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	२८
मिति																											
दिसा/पटक																											
वान्ता/पटक																											
जलीयोजन																											
छोकी																											
Septic Shock																											
स्वासप्रस्वास दर																											
Pulse rate																											
रक्तअल्पता																											
तापक्रम घिउज																											
तापक्रम सीज																											
अन्य सम्बन्धि रोग																											

परिमार्जित आ.ब. २०७८/७९ छपाई आ.ब. २०७८/७९



HMIS 2.73

	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
नियमित औषधि	मिटामिन ए ... ... IU																												
	फोलिक एसिड ५ मि.ग्रा. (मुखबाट)																												
	एण्टिवायोटिक १ समय																												
	एण्टिवायोटिक २ समय																												
	मलेरीया																												
	जुका नियन्त्रण (पुनः स्थापना काल)																												
विशेष औषधि	एण्टिवायोटिक ३ समय																												
	रीसोमोल मि लि																												
	IV फ्लुड/रगत																												
	NG-ट्यूब																												

नाम, मात्रा, दिने तरीका (मुखबाबाट, मासुमा, वा नसाबाट) दिएको लेख्ने। x चिन्ह बाकसमा लगाउने यदि नसेते औषधि दिएको खण्डमा ।

परीक्षणको नतिजा	Hb/Pcv																												
	मलेरीया स्मेयर																												
	ग्लुकोज																												
	क्षयरोग परीक्षण																												
अवलोकन																													

परिमार्जित आ.ब. २०७८/७९

छपाई आ.ब. २०७८/७९

HMIS 2.74

बच्चाको स्वास्थ्य तथा पोषण सम्बन्धी थप विवरण, दिइएको उपचार तथा सल्लाह यस खाली ठाउँमा लेख्ने :

कार्ड	खोप लगाएको मिति				
छ ☐ छैन ☐	जन्म	१	२	३	४
वि.सि.जि.					
पोलियो					
हि.पि.वि.					
दादुरा			अन्य	अन्य	

डिस्चार्ज	मिति	हस्ताक्षर
स्वास्थ्य शिक्षा दिएको		
कुपोषण हुनुमा कारण		
झाडा पखाला, रुघाखोकी, ज्वरो		
छाला, आखा र कानको संक्रमण		
खेल्ने र सचेतिकरण		
बच्चाको पोषण		
बच्चाको हेरचाह		
सरसफाई		
यौन जन्य रोग		
परिवार नियोजन		
अन्य		

मिटामिन ए दिईएको	छ	छैन
खोपको मात्रा पुगेको	छ	छैन
स्तनपान डिस्चार्जको बेलामा	छ	छैन

परिमार्जित आ.ब. २०७८/७९

छपाई आ.ब. २०७८/७९

रजिष्टर भर्ने तरिका

शीर्षक	निर्देशन
नाम र थर	सेवा लिन आएको बच्चाको पूरा नाम, थर यस महलहमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
जाति कोड	सेवा लिने बच्चाको जाति वर्गीकरण अनुसार जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ, जस्तैः ०१, ०२,...,०६ ।
उमेर (महिनामा)	सेवालिने बच्चाको उमेर पूरा भएको महिनामा "महिला" भए महिलामा र "पुरुष" भए पुरुषमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
ठेगाना	जिल्ला, नगर/गाउँपालिकाः हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. र गाउँ र टोलसमेत यी महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको भन्नाले कम्तीमा ६ महिनादेखि बसिरहेको वा त्यहीँ बसोबास गर्ने मनसायले बसिरहेको भन्ने बुझ्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं.	बच्चाका अभिभावकको सम्पर्क नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

अभिभावक/हेरचाह गर्नेको नाम र थर		बच्चाको अभिभावक (जस्तैः आमा, बुबा, हजुरआमा, हजुरबुवा आदि) को नाम र थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा परिवार सङ्ख्या		बच्चाको घरमा रहेको जम्मा परिवार सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
सेवादर्ता 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.)	बच्चाको पाखुराको नाप सकिरटेप (एम्. यु. ए. सी. टेप) ले नापी यस महलमा मि.मि. मा लेख्नुपर्दछ ।
	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 सोहीअनुसारं /+ , ++ 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(F७५/F१००/RUTF)		बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना सुरु गरेको प्रकार अनुसार (F७५/F१००/RUTF) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मात्रा प्रतिदिन (मिलि वा प्याकेट)		बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना दिएको प्रकार अनुसार (F७५/F१००/RUTF), F७५/F१०० भए मिलिमा र RUTF भए प्याकेटमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
खानाको पटक प्रतिदिन		प्रत्येक दिन खुवाउने खाना (F७५/F१००/RUTF) को पटक यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रति खानाको मात्रा (दूधमात्र)		बच्चालाई F७५/F१०० दूध मात्र खान दिएको भएमा प्रति खानाको मात्रा मिलिमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
थप आइरन		बच्चालाई थप आइरन 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 दिंदा मितिअनुसार खाना दिएको समय (२४ घण्टा अनुसार) र प्रकार (F७५/F१००/RUTF) उल्लेख गर्दै मात्रा लिएर खाएअनुसार महलहरू (Row) भर्नुपर्दछ । जस्तैः 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, सेप्टिकसक, श्वास—प्रश्वास दर, Pulse rate, रक्तअल्पता, तापक्रम (बिहान, साँझ), र छाला सम्बन्धी रोग भएमा प्रोटोकलअनुसार सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
नियमित औषधी	बच्चालाई भर्ना भएको पहिलो दिन भिटामिन ए र फोलिक एसिड दिइँदैन । बच्चालाई 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 (पुनर्स्थापना काल) का औषधीहरू दिएमा सोको विवरण सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
विशेष औषधी	विशेष औषधी 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	बच्चाको कार्ड भए, नभएको हेरी सोहीअनुसारका महलहरूमा चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
डिस्चार्ज	डिस्चार्ज पश्चात् डिस्चार्ज मिति (ग म सा) र हस्ताक्षर सोही अनुसारको महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । साथै स्वास्थ्य शिक्षा दिएको मिति (गते, महिना, साल) र हस्ताक्षर, भिटामिन ए दिए, नदिएको, खोपको मात्रा पुगे, नपुगेको र डिस्चार्जको बेलामा स्तनपान गरिरहेको छ, छैन यकिन गरी सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS २.८: पोषण पुनर्स्थापनागृह रजिष्टर (NRH Register)

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

रजिष्टरको नमूना

HMIS 2.8

नाम र थर	जाती कोड	उमेर (महिनामा) महिला	उमेर (महिनामा) पुरूष	ठेगाना प्रदेश	ठेगाना जिल्ला	ठेगाना वडा नं	ठेगाना गाँउ/टोल	सम्पर्क नं.	अभिभावक/ हेरचाह गर्नेको नाम र थर	जम्मा परिवार संख्या

सेवा दर्ता नं.	भर्ना मिति (ग.म.सा.)	भर्नाको किसिम (गोलो लगाउने) कडा	भर्नाको किसिम (गोलो लगाउने) मध्यम	आफै	प्रेषण अन्तरंग	प्रेषण म.स्वा.स्व.से	प्रेषण स्वास्थ्य संस्था	प्रेषण बहिरङ्ग		बुवा	आमा	जुम्ल्याहा	पुनःरोगी भर्ना
	गा म सा								भएको	१	२	३	४
									नभएको	१	२	३	४

		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
नाप तौलको चार्ट	मिति																												
	उचाई/लम्बाइ (से.मी.)																												
	तौल (के.जी.)																												
	उचाईको आधारमा तौल (z- score)																												
	एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)																												
	दुवै खुट्टा सुन्निएका (० देखि +++)																												

प्रत्येक साप्ताहले २० ग्राम तौल घटेको वा बढेको देखाउछ। बच्चा सुधिएको कैसम्म प्रारम्भिक बेलामा तौल घट्दु स्वभाविक हो। त्यस कारण ग्राफ झुक गर्दा अत्तिनबर झुक मार्नु।

तौल चार्ट

परिमार्जित: आ.ब. २०७८/७९ छपाइ: आ.ब. २०७८/७९

HMIS 2.8

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 प्रति दिन (मिलि वा पाकेट)																												
खानाको पटक प्रति दिन																												
प्रति खानको मात्रा (दुध मात्र)																												
थप खाना																												

उपचारात्मक खाना

A= अनुपस्थित	समय																												
V=वान्ता	खाना																												
R= नमानेको	समय																												
NG= ट्युव लगाएको	खाना																												
IV= IV फ्लूड	समय																												
मात्रा लिइएको	खाना																												
	समय																												
१०० % x x	खाना																												
x x	समय																												
३/४ x x	खाना																												
x	समय																												
१/२ x	खाना																												
x	समय																												
१/४ x	खाना																												
	समय																												
	खाना																												
	समय																												
	खाना																												

सम्झिना चार्ट

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
दिसा/ पटक																												
वान्ता/पटक																												
जलाविर्योजन																												
खोकी																												
Septic Shock																												
श्वासप्रश्वास दर																												
रक्तअल्पता																												
तापक्रम विहान																												
तापक्रम सोझ																												
दुतो																												

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 छपाइ: आ.ब. २०७८/७९

रजिष्टर भर्ने तरिका

शीर्षक		निर्देशन
नाम र थर		सेवा लिन आएको बच्चाको पूरा नाम, थर यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
जाति कोड		सेवा लिने बच्चाको थर रजिष्टरमा उल्लेख भएअनुसार जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ, जस्तैः ०१, ०२,...,०६ ।
उमेर (महिनामा)		सेवा लिने बच्चाको उमेर पूरा भएको महिनामा "महिला" भए महिलामा र "पुरुष" भए पुरुषमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
ठेगाना		जिल्ला, नगर/गाउँपालिकाः हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको अथवा अक्सर बसोबास गरिरहेको जिल्ला, नगर र गाउँपालिका, वडा नं. र गाउँ र टोल समेत यी महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको भन्नाले कम्तीमा ६ महिनादेखि बसिरहेको वा त्यहींबसोबास गर्ने मनसायले बसिरहेको भन्ने बुझ्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं.		बच्चाका अभिभावकको सम्पर्क नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
अभिभावक/हेरचाह गर्नेको नाम र थर		बच्चाको अभिभावक (जस्तैः आमा, बुबा, हजुरआमा, हजुरबुवा आदि) को नाम र थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा परिवार सङ्ख्या		बच्चाको घरमा रहेको जम्मा परिवार सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
सेवादर्ता नं.		बच्चाको सेवादर्ता 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 परिधिको नाप एम्. यु. ए. सी. टेपले नापी यस महलमा मि.मि. मा लेख्नुपर्दछ ।
	दुवै खुट्टा सुन्निएका (० देखि +++)	सेवाग्राही बच्चा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको छ/छैन भनी परीक्षणका लागि बच्चा कादुवै खुट्टा, हात, अनुहार जाँच गरी सुन्निएको नभएमा, ० वा सुन्निएको भए सोहीअनुसार + , ++ वां +++ 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(F७५/F१००/RUTF)	बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना सुरु गरेको प्रकार अनुसार (F७५/F१००/RUTF) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मात्रा प्रतिदिन (मिलि वा प्याकेट)	बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खानादिएको प्रकार अनुसार (F७५/F१००/RUTF), F७५/F१०० भए मिलिमा र RUTF भए प्याकेटमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
खानाको पटक प्रतिदिन	प्रत्येकदिन खुवाउने खाना (F७५/F१००/RUTF) को पटक यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रतिखानाको मात्रा (दूधमात्र)	बच्चालाई F७५/F१०० दूध मात्र खानदिएको भएमा प्रतिखानाको मात्रा मिलिमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
थपखाना	RUTF/ F७५/F१०० बाहेकका अन्य खाना खुवाइएमा यस महलमा √ 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 दिंदा मितिअनुसार खाना दिएको समय (२४ घण्टा अनुसार) र प्रकार (F७५/F१००/RUTF/थपखाना) उल्लेख गर्दै मात्रा लिएर खाएअनुसार महलहरू (Row) भर्नुपर्दछ । जस्तैः 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, सेप्टिकसक, श्वासप्रश्वास दर, Pulse rate, रक्तअल्पता, तापक्रम (बिहान, साँझ), र छाला सम्बन्धी 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

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: औषधीद्वारा 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: प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर

HMIS ३.१: 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 रङको) मासिक प्रतिवेदनसँगै सम्बन्धित स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखामा पठाउनुपर्दछ । कार्डको दोस्रो प्रति (सेतो) सेवा दिने संस्थामा वडा अनुसार फाईलिङ्ग गरी व्यवस्थित गरी राख्नु पर्दछ र प्रत्येक पटक सेवाग्राही अनुगमनका लागि वा सेवाको निरन्तरताका क्रममा आउदा अध्यावधिक गरी राख्नुपर्दछ । यसै कार्डबाट सम्बन्धित स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखाले परिवार नियोजन साधन प्रयोगकर्ताको व्यक्तिगत विवरणका साथै सेवा प्रदायकको प्रोत्साहन रकम प्रदान गर्न र अन्य विविध पक्षको विश्लेषण गर्न सक्दछ ।

नोटः सेवाग्राहीले परिवार नियोजनका कुनै पनि साधन पहिलो पटक सुरु गर्दा र लिइरहेको 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 सम्बन्धित स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखालाई यस कार्डको आवश्यकता पर्ने भएकोले परिवार नियोजन सेवा प्रदानका क्रममा भरिएका फेस सिटहरूको पहिलो प्रति अनिवार्य रूपमा मासिक प्रतिवेदनसँगै सम्बन्धित स्थानीयतहको 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 निर्क्यौल गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगत विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुनाः

HMIS 3.1 Face Sheet

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

परिवार नियोजन सेवा कार्ड

दर्ता नम्बरः				दर्ता मिति	गते	महिना	साल
स्वास्थ्य संस्थाको नाम				जिल्ला			
सेवा लिने व्यक्तिको ठेगाना	जिल्ला		नगर/गाउँपालिका		वडा नं.	
विवरण	नाम र थर		जाती कोड	उमेर	शिक्षा	पेशा
सेवाग्राहीको						
पति/पत्नीको (ऐच्छिक)						

हाल सम्मको जन्म सम्बन्धी बिबरण

जीवित जन्म संख्या	हाल जीवित बच्चाहरुको उमेर (कम देखि बढी उमेरसम्म क्रमशः उल्लेख गर्ने)	कैफियत	आखिरी रजस्वला भएको मिति		
			गते	महिना	साल
छोरीहरु					
छोराहरु					

विगतमा परिवार नियोजन साधनको प्रयोग (√)

पिल्स		डिपोप्रोभेरा		आइ.यु.सी.डी		इम्प्लान्ट		सायना प्रेस		अन्य		नगरेको	

पहिले प्रयोग गरेको साधन छोड्नुको कारण (√)

बच्चा जन्माउन		शारीरिक समस्या भएर		आवश्यक नभएर		अन्य (खुलाउने)	

चिकित्सा सम्बन्धी विवरण (हर्मोनल साधन लिने सेवाग्राहीका लागि) गोलो घेरा लगाउनुहोस् ।

१. खुट्टा सुन्निने र छिटो छिटो सास चल्ने रोग	छ	छैन	६. कमलपित रोग लागेको	छ	छैन
२. गर्भावस्थामा खुट्टा सुन्निने र दुखे रोग लागेको	थियो	थिएन	७. चिनीको रोग भएको	छ	छैन
३. रजस्वला मासिक रूपमा	हुन्छ	हुँदैन	८. बेस्करी टाउको दुखे	छ	छैन
४. दुई रजस्वला बीच रक्तश्राव	हुन्छ	हुँदैन	९. स्तनमा गाँठा गुठी	छ	छैन
५. रजस्वला अवधिमा रक्तश्रावको परिमाण	थोरै	धेरै	सामान्य		

चिकित्सा सम्बन्धी विवरण (आई.यू.सी.डी.का लागि) गोलो घेरा लगाउनुहोस् ।

१. तल्लो पेट दुखे समस्याः	छ	छैन
२. गन्हाउने पानी बग्ने समस्याः	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	सा	
२. अब प्रयोग गर्न चाहेको साधनः				

हाल प्रयोग गर्न लागेको साधन

साधनको नाम	सुरु गरेको मिति			सेवा प्रदान गर्नेको नाम र थर	दस्तखत	कैफियत
	ग	म	सा			

अनुगमन, परीक्षण, उपचार र सल्लाह

सेवा लिएको मिति			शिकायत/ निदान	उपचार/ सल्लाह/ सुझाव	फर्कर आउने मिति		
ग	म	सा			ग	म	सा

अनुगमन, परीक्षण, उपचार र सल्लाह

सेवा लिएको मिति			शिकायत/ निदान	उपचार/ सल्लाह/ सुझाव	फर्कर आउने मिति		
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा
ग	म	सा			ग	म	सा

परिमार्जित: आ.ब २०७८/७९

छपाई: आ.ब. २०७८/७९

कार्ड भर्ने तरिका :

शीर्षक	निर्देशन
दर्ता नम्बर	परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्दा सेवा रजिष्टरमा दर्ता गरेको सेवा दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
दर्ता मिति	दर्ता गरेको दिनको मिति (ग/म/सा) लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको नामः	सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था अवस्थित रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सेवाग्राहीको ठेगाना	सेवा लिने व्यक्तिको पूरा ठेगाना (जिल्ला, गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा. र वडा नं.) लेख्नुपर्दछ ।
सेवाग्राहीको विवरण	सेवा लिने व्यक्तिको नाम, थर, उमेर, शैक्षिक योग्यता र पेसाको विवरण सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
पति पत्नीको विवरण	सेवा लिने व्यक्तिको पति/पत्नीको नाम, थर, उमेर, शैक्षिक योग्यता र पेसाको विवरण सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । महिलाले पतिको नाम भन्न नचाहेमा (') चिन्ह दिनुपर्दछ ।
हालसम्मको जन्म सम्बन्धी विवरण	परिवार नियोजन सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको हालसम्म जीवित जन्मेका छोरी र छोराहरूको सङ्ख्या लेखि हाल जीवित रहेका बच्चाहरूको उमेर (कम उमेरदेखि बढी उमेरसम्म क्रमशः) पूरा गरेको वर्षमा लेख्नुपर्दछ । अन्य केही भए कैफियत महलमा लेख्नुपर्दछ ।
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 लेख्नुपर्दछ । 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 उल्लिखित भन्दा फरक कारणहरू भए अन्यको महलमा साधन छोड्नुको कारण लेख्नुपर्दछ ।
चिकित्सा सम्बन्धी विवरण (हर्मोनल साधनलिने सेवाग्राहीका लागि)	चिकित्सासम्बन्धी 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) साधन लिने सेवाग्राहीका लागि)	चिकित्सा सम्बन्धी प्रत्येक नम्बरको समस्या (रोग) बारे सोधेर वा परीक्षण गरेर भएको वा नभएको सोहीमा घेरा लगाउनुपर्दछ ।
हाल प्रयोग गर्न लागेको साधन	सेवाग्राहीले अहिले परिवार नियोजनको कुन साधन लिन लागेको हो (पिल्स, डिपो,सायना प्रेस, आईयुसीडी, इम्प्लान्ट, मिनिल्याप, भ्यासेक्टोमी, आकस्मिक गर्भनिरोध चक्की भए) सो साधनको नाम सम्बन्धित महलमा लेखि सो साधन सुरु गरेको मिति (ग/म/सा) उल्लेख गर्नुपर्दछ । साथै सेवा प्रदान गर्ने सेवा प्रदायकको नाम, थर सम्बन्धित महलमा लेखि 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 दोहो¥याएर सोही साधन लिनआएका सेवाग्राहीहरू सम्पर्क गर्न आएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
सिकायत/निदान	प.नि. सेवा लिएको व्यक्तिको कुनै समस्या वा सिकायत भए सोको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ । 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 दिईएको 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 ३.२: 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 बर्षसम्मका लागि उक्त सेवाग्राहीको परिवार नियोजन सेवा सम्बन्धी विवरण अभिलेख गर्न सकिन्छ ।

नोटः परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपो वा सायना प्रेस) प्रयोग गर्ने सेवाग्राहीको अभिलेख यस राजिष्टरमा राखी सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ। प्रत्येक साधनका लागि सेवाग्राहीको संख्या अनुसार छुट्टाछुट्टै पाना प्रयोग गर्नुपर्दछ। जुन प्रयोजनका लागि ती छुट्याइएका पानाहरू प्रयोग भएका हुन्, त्यो पिल्स, डिपो वा सायना प्रेस कुन हो, पानाको शिरमा दिईएका विकल्पहरूमा √ चिन्ह लगाउनुपर्दछ। आकस्मिक चक्की प्रयोग गर्ने सेवाग्राहीहरूका लागि रजिष्टरमा छुट्टै पाना राखिएको छ । अन्य नगर/गाउँपालिका/वडाका सेवाग्राहीहरूका लागि छुट्टै पाना प्रयोग गरी अभिलेख राख्नुपर्दछ। सम्बन्धित संस्थाको कायम रहेको कार्यक्षेत्र भन्दा बाहिरका सेवाग्राहीहरूको संख्या अधिक हुने स्वास्थ्य संस्थाले अन्य स्थानबाट आउने सेवाग्राहीहरूको 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.स्वा.स्व.से को प्रतिवेदन सङ्कलन गर्ने समयमा कस-कसलाई वितरण गरेको हो सो को नामावली सहितको विवरण सङ्कलन गरी यस रजिष्टरको सम्बन्धित महलमा अनिवार्य रुपमा अद्यावधिक गरी सेवाको निरन्तरता जनाउनुपर्दछ।

रजिष्टरको नमुनाः

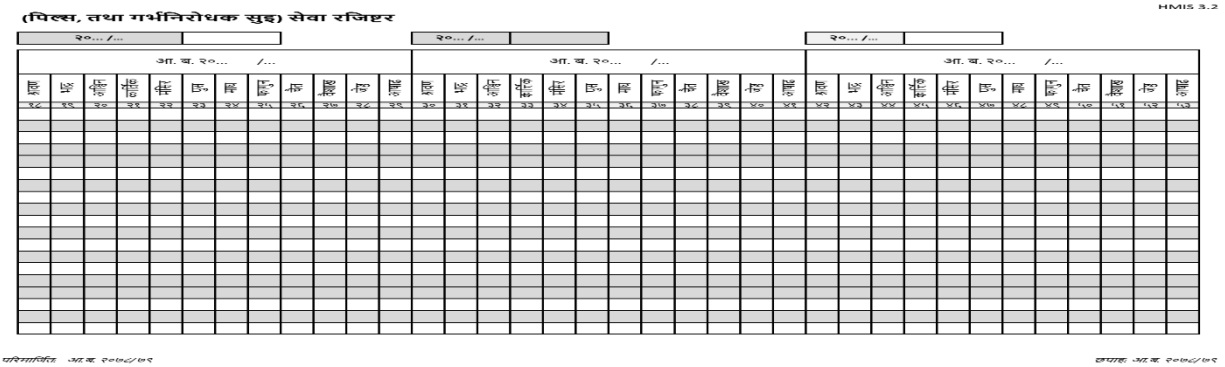
HMIS 3.2

परिवार नियोजनको अस्थायी साधन

पिल्स		डिपो		सायना प्रेस		प्रजनन उमेरका महिला संख्याः	

मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नम्बर	मिति			प्रयोगकर्ता किसिम		सेवाग्राहीको		जाति कोड	गाउँ टोल	सम्पर्क नं.	उमेर (वर्ष)		पतिको नाम थर (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
जम्मा														नयाँ प्रयोगकर्ता		
														हात अपनाईरहेका		
														Discontinued		
														साधन खर्च (साइकल/डोज)		

परिमार्जित आ.ब. २०७८/७९ छपाइ आ.ब. २०७८/७९



(पिल्स, तथा गर्भनिरोधक सुइ) सेवा रजिष्टर

HMIS 3.2

आ. ब. २०... /...												आ. ब. २०... /...												आ. ब. २०... /...											
क्र.सं.	घर	पत्नी	पति	मिति	उ.	ना.	छो.	ने.	डिपो	से.	जो.	क्र.सं.	घर	पत्नी	पति	मिति	उ.	ना.	छो.	ने.	डिपो	से.	जो.	क्र.सं.	घर	पत्नी	पति	मिति	उ.	ना.	छो.	ने.	डिपो	से.	जो.
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

परिमार्जित आ.ब. २०७८/७९ छपाइ आ.ब. २०७८/७९

आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की											
मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं	मिति			सेवाग्राहीको		जाती 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

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

पिल्स/डिपो/सायना प्रेसः रजिष्टरको शिरमा कुन परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख राख्न छुट्याइएको हो, सोही सेवाको दायाँपट्टिको खाली महलमा ठिक (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।

प्रजनन् उमेरका महिला संख्याः यस महलमा सम्बन्धित वडाको प्रजनन् उमेर (१५—४९ बर्ष) का महिला संख्या लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
१	मूलदर्ता नं.		मूलदर्ता रजिष्टरमा दर्ता गरि प्रदान गरिएको मूलदर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यदि पहिलो पटक गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा लिएको भए यस रजिष्टरमा अद्यावधिक गर्दा यस महलमा ORC को दर्ता नं. लेखि ORC लेख्नुपर्दछ ।
२	सेवादर्ता नम्बर		सेवाग्राहीलाई यस पिल्स/गर्भ निरोधक सुई सेवा रजिष्टरमा 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 सेवालिई लामो समयसम्म सेवाबाट नियमित नभई पुनः सोही सेवा लिन आएमा उक्त सेवाग्राहीलाई हाल प्रयोगमा रहेको सेवा रजिष्टरमा दर्ता भएको भए सोही स्थानमा सेवाको विवरण चढाउनुपर्दछ र प्रयोगमा रहेको रजिष्टरमा 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 । एक जना महिला आफ्नो जीवन अवधि भरिमा एउटा साधनको लागि एक पटक मात्र नयाँ प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गर्नु पर्दछ।
		पुरानो	यदि सेवाग्राहीले पहिले लिएको सेवा बीचमा छोडी सोही सेवाको लागि आएमा वा पहिले लिएको सेवा निरन्तरताका लागि आएमा वा संस्था परिवर्तन गरी सोही सेवाको लागि आएको भए त्यस्ता सेवाग्राहीलाई नयाँ सेवा दर्ता नम्बर दिई पुराना सेवाग्राही मानी यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
८, ९	सेवाग्राहीको नाम थर		सेवाग्राहीको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
१०	जाति कोड		यस महलमा सेवालिने व्यक्तिको जातजाति यकिन गरी रजिष्टरमा उल्लेख भएको जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । जस्तै 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 व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१३, १४	उमेर (<२०वर्ष, ≥२० बर्ष)		सेवाग्राहीको उमेर २० वर्षमुनि वा २० वर्ष वा सोभन्दा माथि जुन उमेर समूहमा पर्दछ, सोही महलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ । जस्तैः 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 भन्न नचाहेमा (') चिन्ह दिनुपर्दछ ।
१६—१७	साधन प्रयोग गर्दाको अवस्था	सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ बर्षसम्म	साधन राख्दाको अवस्था सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ बर्षसम्म भएमा कोड १ र अन्य भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । नयाँ प्रयोगकर्तालाई मात्रै यस महलको विवरण सोधि सोही बमोजिम अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।
		अन्य	
आ. व. २०.../८..... पिल्स			सेवाग्राही पिल्स प्रयोगकर्ता भएमा सेवा लिन आएको महिनाको महलमा सेवाग्राहीलाई दिएको पिल्स साइकल र सेवा लिन आएको गते लेख्नुपर्दछ । लेख्दा पिल्सको साइकल सङ्ख्या लेखि त्यसपछि slash (/) गरी सेवा दिएको गते लेख्नुपर्दछ । दिइएको पिल्स साइकल जुन महिनासम्मका लागि पुग्दछ सो महिनासम्ममा (√) चिन्ह लगाई सेवा लिन आउनुपर्ने महिनामा डट (.) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । जस्तैः 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 गतेसम्म 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 सोही महिनाको महलमा मात्र D लेख्नुपर्दछ । साथै सेवामा नियमित हुन नसकेको कारण पत्ता लगाउनु पर्दछ ।
आ. व. २०.../८..... डिपो र सायना प्रेस			सेवाग्राही डिपो र 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 लेखि श्रावण र भाद्र महिनाको महलमा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ र असोज महिनाको सम्बन्धित कोठामा डट (.) लगाउनु पर्दछ । यदि सेवाग्राही महिला असोज महिनाको

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		अन्तसम्म सेवा लिन नआएमा सेवा नियमित नभएको जनाउन सोही महिनाको महलमा मात्र D लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा		पिल्स वा डिपो/सायना प्रेसका नयाँ प्रयोगकर्ता, हाल अपनाईरहेका प्रयोगकर्ता र सेवामा नियमित नभएकाको सङ्ख्या जम्मा भन्ने हरफमा लेख्नुपर्दछ । **यसमा रहेका विवरणहरु प्रत्येक पानाको जोड गरि सम्वन्धित महिनाको प्रतिवेदनमा उतार्नका लागि सहज हुनेछ ।**
नयाँ प्रयोगकर्ता		यस महिनामा पहिलो पटक यो साधन सुरु गरेका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या प्रयोगकर्ताको किसिम नयाँ भन्ने महलको क्र. सं. 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 ।
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 लेखि 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-१.४) सहित स्थानान्तरण गरी पठाउनुपर्दछ र रजिष्टरका बाँकी कोठाहरूमा स्थानान्तरण भई गएको संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ । अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट 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 गर्नुपर्दछ ।
डोज		सेवाग्राहीलाई दिएको डोज संख्या यस मलमा लेख्नु पर्दछ । सेवाग्राहीलाई एक चक्की वा दुई चक्की जुन पनि दिएमा एक डोज भनेर बुझ्नुपर्दछ ।

HMIS ३.३: परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (आइ.यु.सी.डी/इम्प्लाण्ट) 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 नझिकेसम्म हाल प्रयोगकर्ताको रुपमा प्रतिवेदन गर्नुपर्ने हुनाले यस रजिष्टरलाई सुरक्षित गरी राख्नुपर्दछ ।

नोटः परिवार नियोजनको IUCD र Implant सेवा लिने सेवाग्राहीको अभिलेख यस रजिष्टरमा राख्नुपर्दछ । प्रत्येक साधन (IUCD र Implant-पाँच वर्षे र Implant-तीन वर्षे) का लागि साधनको प्रयोगकर्ता संख्या अनुसार छुट्टाछुट्टै पाना प्रयोग गर्नुपर्दछ । जुन प्रयोजनका लागि ती छुट्याइएका पानाहरू प्रयोग भएका हुन्, त्यो IUCD हो कि Implant हो ? पानाको शिरमा दिईएका विकल्पहरूमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ र implantको हकमा मान्य अवधि समेत उल्लेख गर्नुपर्नेछ। अन्य नगर/गाउँपालिका/वडाका सेवाग्राहीहरूलाई सेवा दिएको अभिलेख राख्नका लागि यसै रजिष्टरको अन्ततिरबाट आवश्यक पानाहरू छुट्याई 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.यू.सी.डी		इम्प्लान्ट		इम्प्लान्ट प्रभावकारी हुने अवधि		प्रजनन उमेरका महिला संख्याः	

मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नम्बर	मिति			क्र.सं. (नया प्रयोगकर्ता)	सेवाग्राहीको		जाति कोड	ठेगाना	सम्पर्क नं.	उमेर (वर्ष)		पतिको नाम र थर (ऐच्छिक)
		ग	म	सा		नाम	थर		गाउँ/टोल		<२०	≥२०	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४

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

	२०... /...		२०... /...		२०.. /...	

साधन राख्दाको अवस्था (सुकेरी भएको)			प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति			साधन राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको		साधन झिकिएको बिवरण (साधन झिक्ने भएमा)										कैफियत
								राखिएको मिति			राखेको संस्थाको नाम		झिकेको मिति			झिक्नुको कारण	साधन झिक्ने स्वास्थ्यकर्मीको		
४८ घण्टा भित्र	४८ घण्टा देखि १ बर्ष	अन्य	ग	म	सा	नाम	पद	ग	म	सा	यहि	अन्य (नाम)	ग	म	सा		नाम, पद	सहि	
१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

आइ.यु.सी.डी/इम्प्लाण्टः रजिष्टरको शिरमा कुन परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख राख्न छुट्याइएको हो, सोही सेवाको दायाँपट्टिको खाली महलमा प्रत्येक साधन (IUCD र Implant-पाँच वर्षे र Implant-तीन वर्षे) का लागि साधनको प्रयोगकर्ता संख्या अनुसार छुट्टाछुट्टै पाना प्रयोग गर्नुपर्दछ । जुन प्रयोजनका लागि ती छुट्याइएका पानाहरू प्रयोग भएका हुन्, त्यो IUCD हो कि Implant हो ? पानाको शिरमा दिईएका विकल्पहरूमा √ चिन्ह लगाउनुपर्दछ।

प्रजनन् उमेरका महिला संख्याः यस महलमा सम्बन्धित वडाको प्रजनन् 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 रजिष्टरमा 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 अलग अलग नगरी क्रमशः दर्ता न. राख्नुपर्दछ ।
३-५	मिति		सेवा प्रदान गरेको दिनको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
६	नयाँ प्रयोगकर्ताको क्र. सं.		हरेक महिना नयाँ प्रयोगकर्ताको 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		सेवालिने व्यक्तिको जाति यकिन गरी रजिष्टरमा उल्लेख भएको जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तैः 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, स्थानीय तहको विवरण लेख्नुपर्दछ ।
११.	सम्पर्क नं.		सेवाग्राही वा निजको नजिकको व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१२, १३.	उमेर (वर्षमा)	२० वर्षमुनि	सेवाग्राहीको उमेर २० वर्षमुनि वा २० वा सोभन्दा माथि जुन उमेर समूहमा पर्दछ, सोही महलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ । जस्तैः कुनै सेवाग्राही १९ वर्ष १० महिनाको भएमा उनको उमेर २० वर्षमुनिको महलमा १९ मात्र उल्लेख गर्ने ।
		२० वा सोभन्दा माथि	
१४	पतिको नाम थर (ऐच्छिक)		सेवाग्राहीको पतिको नाम लेख्नुपर्दछ । यदि सेवाग्राहीले पतिको नाम भन्न नचाहेमा यस महलमा (-) चिन्ह दिनुपर्दछ । महिला अविवाहित भए यो सोध्नु हुदैन ।
१५-१७	साधन राख्दाको अवस्था	सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र	साधन राख्दाको अवस्था सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र भए १, सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ बर्षसम्म २ र अन्य भए ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । विभिन्न अस्पतालका विभागहरुबाट c/s labor room, SAS/PAC सेवा पश्चात दिएका परिवार नियोजनका साधनहरुको व्यक्तिगत विवरण यहि रजिष्टरमा अनिवार्यरुपले अद्यावधिक गर्नु पर्दछ। यो महलको विवरण उक्त साधनको लागि नयाँ प्रयोगकर्ता भएको अवस्थामा मात्रै विवरण सोधि सोही बमोजिम अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।
		सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ बर्षसम्म	
		अन्य	

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१८-१९	साधन प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति (ग/म/सा)		यस महलमा साधन प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
२०	साधन राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको	नाम	इम्प्लान्ट वा आईयुसीडी राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम लेख्नु पर्दछ ।
२१		पद	इम्प्लान्ट वा आईयुसीडी राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको पद लेख्नु पर्दछ ।
साधन झिकिएको विवरण (साधन झिक्ने भएमा) (२२-३२)			
२२-२४	साधन राखिएको मिति		सेवाग्राहीले अहिले झिक्न लागेको साधन कहिले राखेको थियो, Implant वा IUCD राखेको मिति (गते महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
२५	साधन राखिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम	यही	अहिले झिक्न लागेको साधन यही संस्थामा राखिएको थियो भने यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
२६		अन्य (नाम)	अहिले झिक्न लागेको साधन अन्य संस्थामा राखिएको थियो भने सो संस्थाको नाम र ठेगाना यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२७-२९	झिकेको मिति		सेवाग्राहीले झिक्न लागेको साधन कुन मितिमा झिक्न लागिएको हो, सो मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
३०	झिक्नुको कारण		अहिले के कारणले गर्दा साधन झिक्नु परेको हो, सो कारण लेख्नुपर्दछ ।
३१, ३२	साधन झिक्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, पद र सहि		इम्प्लान्ट वा आईयुसीडी झिक्ने स्वास्थ्यकर्मीले नाम र पद लेखि सही गर्नुपर्दछ ।
३३	कैफियत		माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य कुरा खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

इम्प्लान्टः

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

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

आईयुसीडीः

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

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

नोटः यदि कुनै एक संस्थामा सेवा लिई अन्य संस्थाबाट साधन झिकेमा साधन झिक्ने संस्थाले साधन राख्ने संस्थालाई साधन झिकेको 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 स्थानीय तहमा रहेको सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको समन्वयमा सञ्चालन गरी सेवाग्राहीहरूलाई सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा रहेको सेवा रजिष्टरमा 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 ३.४: परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर-
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 नमुनाः

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 विधि प्रयोग गर्दाको अवस्था			ठेगाना				रेफर गर्ने को नाम	बन्ध्याकरण गर्ने चिकित्सकको		कैफियत
सुत्केरी भएको ४८ 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 भर्ने तरिका

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	क्र.स.		हरेक महिनामा १ वाट सुरु गरी क्रमशः राख्दै जानुपर्दछ ।
२	दर्ता नं.		बन्ध्याकरण सेवा लिने सेवाग्राहीको दर्ता नम्बर प्रत्येक आ.ब. मा १ वाट सुरू गरी त्यस आ.ब. को अन्त्यसम्म क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । आ.व. परिवर्तन भएपछि पुनः १ बाट सुरू 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 लेखि कोष्ठ भित्र सरकारी वा गैरसरकारी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
७-९	सेवा सञ्चालन स्थान	संस्था	बन्ध्याकरण सेवा संस्थागत रूपमा सञ्चालन भएको भए महल ७ को कोड १ मा र शिविरमा सञ्चालन भएको भए महल ८ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		शिविर सञ्चालन स्थान	यदि घुम्ति/विशेष शिविर (Mobile Camp) को आयोजना गरी सेवा सञ्चालन भएको भए शिविर सञ्चालन भएको स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०, ११	सेवाग्राहीको नाम, थर		बन्ध्याकरण सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ।
१२	जाति कोड		सेवालिने व्यक्तिको जाति यकिन गरी रजिष्टरमा उल्लेख भएको जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१३	उमेर (वर्षमा)	महिला	बन्ध्याकरण सेवालिने व्यक्तिको उमेर पूरा गरेको वर्षमा महिला भए महिला र पुरूष भए पुरूषको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१४		पुरुष	
१५	जीवित बच्चा सङ्ख्या	छोरी	बन्ध्याकरण सेवा लिन आउने ब्यक्तिको हाल जीवित छोरी सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६		छोरा	बन्ध्याकरण सेवा लिन आउने ब्यक्तिको हाल जीवित छोरा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७-१९	साधन राख्दाको अवस्था	सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र	स्थायी विधि प्रयोग गर्दाको अवस्था सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र भए १, सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ बर्षसम्म २ र अन्य भए ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । विभिन्न अस्पतालका विभागहरुबाट c/s labor room, SAS/PAC सेवा पश्चात दिएका परिवार नियोजनका साधनहरुको व्यक्तिगत विवरण यहि रजिष्टरमा अनिवार्यरुपले अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।
		सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ बर्षसम्म	
		अन्य	
२०-२३	ठेगाना (जिल्ला, गा.पा/न.पा/उ.म.न.पा/म.न.पा. वडा नं., गाउँ, टोल		सेवालिने 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 "आफैं" भनी लेख्नुपर्दछ ।
२५-२६	बन्ध्याकरण गर्ने चिकित्सकको नाम, थर र दस्तखत		बन्ध्याकरण सेवा प्रदान गर्ने चिकित्सकको नाम, थर लेखि सम्बन्धित महलमा चिकित्सकले 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 ३.५: 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 रुपले 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 रुपमा साथमा ल्याउन सल्लाह दिनुपर्छ । यसै कार्डका आधारमा गर्भवती जाँच प्रोत्साहन रकम उपलब्ध गराइन्छ । हरेक पटकको गर्भवती र सुत्केरी जाँच अनुसार यस कार्डसंगै मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) पनि अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना:

प्रयोगशाला परीक्षण

Date (DD/MM/YY)	Hb	Albumin	Urine: Protien	Urine: Sugar	Blood Sugar	HBsAg	VDRL	Retro-virus	Other

स्वास्थ्य सम्बन्धी मुख्य मुख्य समस्या	पहिलो पटक ROUSG गरेको	गते	महिना साल
	टि.बी परीक्षण	गते	महिना साल
सुत्केरी सेवा	Hep B परीक्षण मिति	गते	महिना साल
आमालाई आइरन फोलिक एसिड दिएको संख्या	Hep B नतिजा	नेगेटिभ	पोजेटिभ
गते महिना साल	Hep B उपचार	गते	महिना साल

सुत्केरी जाँचको (PNC) विवरण

जाँच पटक		मिति: ग	म	सा	आमाको अवस्था	बच्चा को अवस्था	उपचार/ सल्लाह	गर्भनिरोध साधन प्रयोग	सेवा प्रदायकको नाम थर र सही
सुत्केरी भएको २४ घण्टामा		गते	महिना	साल					
बच्चाले भिटामिन K1 पाएको		गते	महिना	साल					
सुत्केरी भएको तेश्रो दिन	घरमा	गते	महिना	साल					
	संस्था	गते	महिना	साल					
सुत्केरी भएको ७-१४ दिन	घरमा	गते	महिना	साल					
	संस्था	गते	महिना	साल					
सुत्केरी भएको ४२ औं दिन		गते	महिना	साल					
थप जाँच		गते	महिना	साल	आमा तथा बच्चाको अवस्था /उपचार सल्लाह पति साधन प्रयोग				

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड

स्वास्थ्य संस्थाको नाम	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.

मूल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	ORC दर्ता नं.	दर्ता मिति: गते	महिना	साल

गर्भवती महिलाको व्यक्तिगत विवरण

नाम, थर		उमेर		उचाई (से.मि.)	
जिल्ला		नगर/गाउँपालिका		वडा नं.	
गाउँ टोल		सम्पर्क नं.		रक्त समूह	
गर्भको पटक (हालको समेत)		पतिको नाम, थर			

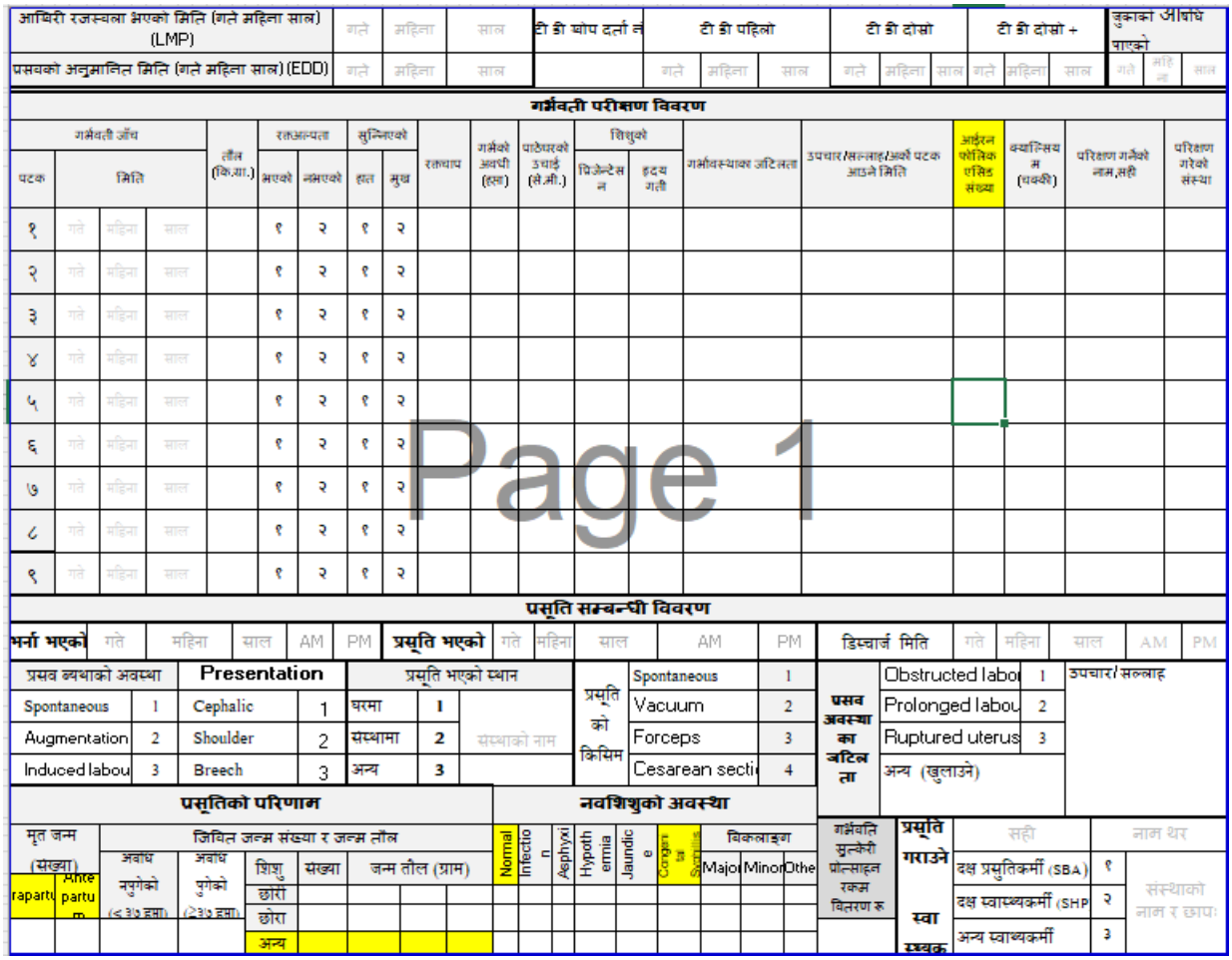
अघिल्ला गर्भहरूको विवरण

अघिल्ला गर्भहरूको क्रम	गर्भको विवरण: जिवित	मृत जन्म	अवधि नपुगेको (<३७ हप्ता)	जुम्ल्याहा	गर्भपतन	जिवित बच्चाको: लिङ्ग	हालको उमेर	गर्भको जटिलता	प्रसुती को किसिम
पहिलो									
दोस्रो									
तेस्रो									
अघिल्ला गर्भमा टि.डी खोप लगाएको विवरण				टि.डी. १	१	टि.डी. २	२	टि.डी. २+	३

कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको

नाम र थर	पद	दस्तखत	मिति

स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं.		एम्बुलेन्स सेवा सम्पर्क (फोन नं.)	



आखिरी रजस्वला भएको मिति (गते महिना साल) (LMP) | गते | महिना | साल | टी डी खोप दर्ता नं | टी डी पहिलो | टी डी दोस्रो | टी डी दोस्रो + | जुकाको औषधि पाएको

प्रसवको अनुमानित मिति (गते महिना साल) (EDD) | गते | महिना | साल | गते | महिना | साल | गते | महिना | साल | गते | महिना | साल | गते | महिना | साल

गर्भवती परीक्षण विवरण

गर्भवती जाँच पटक	मिति	तौल (कि.ग्रा.)	रक्तअल्पता भएको	रक्तअल्पता नभएको	सुन्निएको हात	सुन्निएको मुख	रक्तचाप	गर्भको अवधी (हप्ता)	पाठेघरको उचाई (से.मी.)	शिशुको प्रिजेन्टेसन	शिशुको हृदय गती	गर्भावस्थाका जटिलता	उपचार/सल्लाह/अर्को पटक आउने मिति	आईरन पोलिक एसिड संख्या	क्यालसियम (चक्की)	परिक्षण गर्नेको नाम,सही	परिक्षण गरेको संस्था
१	गते महिना साल		१	२	१	२											
२	गते महिना साल		१	२	१	२											
३	गते महिना साल		१	२	१	२											
४	गते महिना साल		१	२	१	२											
५	गते महिना साल		१	२	१	२											
६	गते महिना साल		१	२	१	२											
७	गते महिना साल		१	२	१	२											
८	गते महिना साल		१	२	१	२											
९	गते महिना साल		१	२	१	२											

Page 1

प्रसूति सम्बन्धी विवरण

भर्ना भएको | गते | महिना | साल | AM | PM | प्रसूति भएको | गते | महिना | साल | AM | PM | डिस्चार्ज मिति | गते | महिना | साल | AM | PM

प्रसव व्यथाको अवस्था		Presentation		प्रसूति भएको स्थान			प्रसूति को किसिम		
Spontaneous	1	Cephalic	1	घरमा	1			Spontaneous	1
Augmentation	2	Shoulder	2	संस्थामा	2	संस्थाको नाम		Vacuum	2
Induced labou	3	Breech	3	अन्य	3			Forceps	3
								Cesarean secti	4

प्रसव अवस्था का जटिलता		उपचार/सल्लाह
	Obstructed labo	1
	Prolonged labou	2
	Ruptured uterus	3
	अन्य (खुलाउने)	

प्रसूतिको परिणाम

मृत जन्म (संख्या)		जिवित जन्म संख्या र जन्म तौल				
Before partu	After partu m	अवधि नपुगेको (< ३७ हप्ता)	अवधि पुगेको (≥३७ हप्ता)	शिशु	संख्या	जन्म तौल (ग्राम)
				छोरी		
				छोरा		
				अन्य		

नवशिशुको अवस्था

Normal	Infection	Asphyxia	Hypothermia	Jaundice	Congenital Anomalies	विकलाङ्गता Major	Minor	Other

गर्भवति सुत्केरी पोस्टपाटम रकम वितरण रु

प्रसूति गराउने स्वास्थ्यकर्मी

	सही	नाम थर
दक्ष प्रसुतिकर्मी (SBA)	१	संस्थाको नाम र छापः
दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP	२	
अन्य स्वास्थ्यकर्मी	३	

कार्ड भर्ने तरिकाः

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 रजिष्टर (HMIS१.१) 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 रजिष्टर (HMIS३.६) मा दर्ता गरिएको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकमा पहिलो पटक सेवा लिन आएको भए ORC लेखि गाउँघर क्लिनिकको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्ड (HMIS ४.१५) बाट दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
ORC दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकबाट पहिलो पटक सेवा प्रदान गर्दा गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको सेवा खण्ड (HMIS ४.१५) 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 क्रमशः 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 नपुगेको (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 । जस्तैः 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 (JA०१) — Abortion Complication (JA०५) Gestational Hypertension (JA२३) — Severe/Pre-Eclampsia (JA२४) Eclampsia (JA२५) — Hyperemesis. Gravidarum (JA६०.०) APH (Antepartum Haemorrhage) (JA४१) — Prolonged Labor (JB०३) Obstructed Labour (JB०६) — Ruptured Uterus (JB०A.१) Post-partum Haemorrhage (PPH) (JA४३) — Retained Placenta (JA४३.०) Pueperal Sepsis (JB४०.०) — C-Section Wound Infection (JB४०.१) Other Complications (JB०Y)
प्रसूतिको किसिम	अघिल्ला गर्भहरूमा प्रसूति कुन किसिम **(१-Normal, २-Vaccum, ३-Forcep, ४-C/S) बाट** भएको थियो, यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
अघल्ला गर्भमा टी.डी. खोप लगाएको विवरण	यस भन्दा पहिलेको गर्भमा टी. डी. खोप लगाएको र नलगाएको यकिन गरी टी.डी.खोप लगाएको भए कति मात्रा लगाएको हो सोअनुसार सम्बन्धति 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 लेखि 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 । (जस्तैः कुनै महिलाको अन्तिम रजस्वला भएको मिति **(LMP)** २०८१।०७।१७ छ भने सोमा ९ महिना ७ दिन जोड्दा प्रसव हुने अनुमानित मिति **(EDD)** २०८२।०४।२४ हुन्छ ।)
टि.डी. खोप दर्ता नं.	गर्भवतीलाई टी. डी. खोप दिँदा टी. डी. खोप रजिष्टर **(HMIS २.२)** मा दर्ता गरी प्रदान गरिएको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि गर्भवती महिलालाई टी. डी. खोप दिईएको विवरण अनिवार्यरुपले **(HMIS २.२)** मा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।
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 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 ।
नोटः *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, १३-१६औं हप्तामा दोस्रो पटक, २० देखि २४औं हप्तामा तेस्रो पटक २८औं 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 दिनुपर्दछ ।	
गर्भवती जाँच पटक (१, २, ...)	गर्भवती महिलाले स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्न आउँदाको क्रम अनुसारको विवरण उल्लेख गर्न यस महलको प्रयोग गर्नुपर्दछ । जस्तैः 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 महिलाको 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 महिनावरी मिति २०८१ असोज २० गते हो र जाँच गराउन आएको मिति २०८१ माघ १७ हो भने, CLINIC visit dateबाट LMP घटाउदाः २०८१।१०।१७ २०८१।०६।२० ००।०३।२७_अब महिनालाई दिनमा लैजाने ३"३०=९० दिन र २७ दिन जोड्दा जम्मा ११७ दिन हुन्छ । अतः यसै दिनलाई हप्तामा लिँदा 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 प्रिजेन्टेसन, 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 जटलिता	गर्भवती जाँचको क्रममा देखिएका जटिलताहरू (जस्तैः 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 सम्बन्धी सल्लाह/सुझाव दिएको भए यो महल चढाउनुपर्दछ ।
आइरन फोलिक एसिड चक्की दिएको सङ्ख्या	गर्भवती महिलालाई हरेक पटकको गर्भवती परीक्षणमा आउँदा वितरण गरिएको फोलिक एसिड 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 लेखि अद्यावधिक गर्दै जानुपर्दछ ।
क्यालसियम	गर्भमा रहेको शिशुको वृद्धिविकासका लागि गर्भवती महिलाले गर्भ अवधभिर १८० दिनसम्म क्यालिसियम चक्की सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागी आएका गर्भवती महिलालाई दिएको क्यालिसियम चक्कीको संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा कति दिनको लागि पुग्नेगरी दिईएको हो सोही दिनको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
परीक्षण गर्नेको नाम र सही	गर्भवती परीक्षण सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम, थर लेखि 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 लागी 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) लेखि प्रसूति हुँदाको समय AM/PM खुलाई सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
प्रशव व्यथाको अवस्था	प्रसव व्यथा Spontaneous भए कोड नं। १, Augmented भए कोड नं २ र Induced Labour भए कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
फिटल प्रिजेन्टेसन (Presentation)	प्रसूतिका वखत शिशुको अवस्थिति अनुसार शिशुको प्रिजेन्टेशन Cephalic भए कोड १ मा Shoulder भए कोड २ मा र Breech भए कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
प्रसूति भएको स्थान	प्रसूति भएको स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ । घरमा प्रसूति भएको भएकोड नं. १ मा, स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएको भए कोड नं २ लेखि संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी स्वास्थ्य संस्थामा जाने क्रममा बाटामा या एम्वुलेन्समा प्रसूति भएको भए कोड नं ३ मा गोलो लगाई सोही अनुसारको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूतिको किसिम	Spontaneous delivery भए कोड नं.१ मा Vacuum delivery भए कोड नं २ मा, forceps delivery भए कोड नं ३ मा र cesarean sectionबाट delivery भएको भए कोड नं ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
डिस्चार्ज भएको मिति	सुत्केरीका लागि भर्ना भएकी महिला घर पठाएको (डस्चिार्ज) मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्न पर्दछ ।
प्रसवको जटिलता	प्रसव अवस्थामा Obstructed labor भएमा कोड नं १ मा Prolonged labour (१२ घण्टा भन्दा वढी 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 Intrapartum or Antepartum को संख्या सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ
जीवित जन्म सङ्ख्या	
अवधि नपुगेको	३७ हप्ता पूरानभई जम्मेको शिशु संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
अवधि पुगेको	३७ हप्ता पूरा भई जम्मेका शिशु संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
जन्मतौल (ग्राम)	जीवित जन्मेका शिशुको तौल छोरी, छोरा वा अन्य लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा जन्मदाको तौल (ग्राममा) लेख्नुपर्दछ ।
नवजात शशिुको अवस्था	जीवति जन्मेका नवजात शिशु Normal, Infection, Asphyxia, Hypothermia र Jaundice मध्ये जुन अवस्थामा छ सम्बन्धित महलमा संख्या लेख्नुपर्दछ।
नवशिशुको अवस्था (विकलाङ्ग	नवजात शिशु विकलांग जन्मेमा अवस्था हेरी Major, Minor वा अन्य कुन हो सम्बन्धित महलमा संख्या लेख्नु पर्दछ । विकलाङ्ग (congenital Anomalies) भन्नालेः • ओठ र तालु खुँडे हुनु • ओठरतालु खुँडे हुनु • मेनिङ्गो माइलोसिल • बन्दगुदद्वार • हाइड्रोकेफालस • घोडेखुँडे • एनेनकेफेली

प्रोत्साहन रकम वितरण	गर्भवती महिला लाई दिएको प्रोत्साहन रकम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूति गराउने स्वास्थ्यकर्मीको विवरण	प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम थर, पद लेखि सही गर्नुपर्दछ । साथै प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मी दक्ष प्रसूतिकर्मी भए कोड नं १ दक्ष स्वास्थ्यकर्मी भए कोड नं २ र अन्य स्वास्थ्यकर्मी भए कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ । यसै गरी प्रसुति भएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेखि सो संस्थाको छाप समेत लगाउनुपर्दछ ।
प्रयोगशाला परीक्षण	गर्भावस्था तथा सुत्केरी अवस्थामा गरिएका प्रयोगशाला परीक्षणबाट आएको नतिजा सम्बन्धित परीक्षणको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
पहिलो पटक ROUSG गरेको	यस महलमा गर्भवती महिलाको ग्रामिण Obstetric Ultrasound गरेको भए ग/म/सा महलमा सोको विवरण लेख्नु पर्दछ। एक पटकको गर्भमा जति पटक Ultrasound गरिएको भए पनि पहिलो पटक गरेको मिति मात्रै उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
टि.बी परीक्षण	गर्भवती महिलालाई क्षयरोगका लागि परिक्षण गरिएको मिति यस महलमा ग/म/सा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Hep B परीक्षण मिति	यदि गर्भवती महिलालाई महिलाको Hepatitis B **परीक्षण मिति** संगै को महलमा मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
Hep B नतिजा	यदि गर्भवती महिलालाई Hepatitis B परिक्षण गरिएको भएमा परीक्षणको नतिजा Negative भएमा सम्बन्धित महलमा Negative र Positive भएमा Positive महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ
Hep B उपचार	यदि गर्भवती महिलालाई Hepatitis B परिक्षण गर्दा Positive भएमा उपचारका लागि प्रेषण गरेमा तथा उपचार शुरु गरेका उपचार शुरु गरेको मिति (गते, महिना, साल) उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
सुत्केरी सेवा	
आमालाई आईरन फोलिक एसिड दिएको संख्या	सुत्केरी भएपछि आमालाई दिएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या अङ्कमा लेख्नुपर्दछ । म.स्वा. स्वयंसेविकाले आइरन दिएको भएमा सो यकिन गरी यस महलमा दिएको आइरन चक्की सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ। र सो भन्दा तल रहेको मिति महलमा (गते, महिना, साल) उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
सुत्केरी जाँच (PNC) को विवरण	
जाँचको पटक र मिति	आमा र वच्चा दुवैको सुरक्षाका लागि सुत्केरी महलिाले सुत्केरी भएको २४ घण्टामा, जन्मेको ३ दिनमा, जन्मेको ७ दिन देखि १४ दिनमा र जन्मको 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 । (जस्तैः Post-partum Haemorrhage (PPH), Retention of Placenta, Puerperal Sepsis, Others etc.).
बच्चाको 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 visit मा गर्भ निरोधमा अपनाएको भए यस महलमा लिएको सेवा उल्लेख गरि सो विवरण परिवार नियोजनको सम्बन्धित सेवा रजिष्टरमा समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
सेवा प्रदायकको नाम, थर र सही	जाँच गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको सम्बन्धित महलमा नाम, थर लेखि 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, उपचार र सल्लाह यस महलमा छोटकरीमा लेख्नुपर्दछ ।
बच्चाले भिटामिन K१ पाएको	बच्चाले बच्चाले भिटामिन K१ पाएको भए पाएको मिति (ग / म /सा) लेख्नु पर्दछ

HMIS ३.६: 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 एवम् नवजात शिशुहरूको विवरणको अभिलेख राख्नुका साथै आमा सुरक्षा कार्यक्रमको मासिक प्रगति समायोजन र जातजाति 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 आइरन फोलिक एसिड (IFA) चक्कीको सङ्ख्या यकिन गर्ने गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।

रजिष्टरको नमूनाः

मातृ तथा नवजात शिशु सेवा रजिष्टर

| | | |

आमा सुरक्षा कार्यक्रम

महिना	प्रसुति यातायात खर्च		गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च		स्वास्थ्य संस्था														कैफियत
					सुत्केरीका किसिम					Breech Presentation	Multiple Pregnancy	फेकेर भर्ने		प्रसव जटिलता भएकाहरुको व्यवस्थापन गरिएको संख्या	Anti D Vaccine पाएका महिला हरुको संख्या	रक्तसंचार गरिएको जम्मा संख्या (Units)	एम्बुलेन्सबाट ल्याएका महिलाहरुको संख्या		
	यातायात खर्च पाउनु पर्ने महिलाहरु	यातायात खर्च पाएका महिलाहरु	उत्प्रेरणा खर्च पाउनु पर्ने महिला	उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिला	सामान्य	भ्याकुम	फोरसेप	C/S	जम्मा			आएका	गएका						
१	२	३		५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	
श्रावण																			
भाद्र																			
आश्विन																			
कार्तिक																			
मंसिर																			
पौष																			
माघ																			
फाल्गुण																			
चैत																			
बैशाख																			
जेष्ठ																			
असार																			
जम्मा																			

जात/जाती अनुसार स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति सेवा समायोजन फारम

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

रजिष्टर भर्ने तरिका:

शीर्षक	निर्देशन
मुल दर्ता नं.	मुल दर्ता रजिष्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर मातृसेवा 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 जातजाति 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 महिलाको पतिको नाम थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ । सेवाग्राही महिलाले पतिको नाम खुलाउन ईच्छुक नभएमा लेखि रहन पर्दैन ।
ठेगाना	सेवाग्राही महिलाको 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 (जीवित 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 २०८१।०७।१७ छ भने सो मा ९ महिना ७ दिन जोड्दा प्रसव हुने अनुमानित मिति २०८२।०४।२४ हुन्छ ।)
गर्भवती जाँचको विवरण (नोटः गर्भवती लाई TD खोप लगाएको अभिलेख मातृ सेवा कार्ड मा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।)	गर्भवती महिलाले लिएको गर्भवती सेवाको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । नेपाल सरकारको सुरक्षित मातृत्व रोडम्याप अनुसार आमा र शिशुको स्वास्थ्यका लागि गर्भवती महिलाले प्रत्येक गर्भावस्थामा ८ पटक गर्भवती जाँच सेवा लिनु पर्दछ । रोडम्याप अनुसार १२ हप्तासम्म पहिलो पटक, १३ देखि १६ हप्तासम्म दोस्रो पटक, २० देखि २४ हप्तामा तेस्रो पटक, २८ औ हप्तामा चौथो पटक, ३२ औ हप्तामा पाँचौ पटक, ३४ औ हप्तामा छैठौ पटक, ३६ औ हप्तामा सातौ पटक र ३८ देखि ४० हप्तामा आठौ पटक गर्भ जाँच सेवा दिनु पर्दछ । **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 आउँदा रोडम्यापले निर्दिष्ट गरेको मितिमा आएको भए सोही अनुसारको हप्ताको महलमा समेत सेवा दिएको गते, महिना र साल लेख्नु
	*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। गर्भको अवधि (हप्तामा) भन्नाले पूरा गरेको अवधि सम्झनुपर्दछ। जस्तै १६ हप्ता भन्नाले १६ हप्ता ६ दिन सम्मलाई सम्झनु पर्दछ ।** ***यदि एउटा स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिई अर्को महिना अर्को स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएमा निजलाई पहिलो पटको गर्भ जाँचको महलमा राख्नु हुँदैन । त्यसैगरी एउटा संस्थामा जाँच गरिरहेको गर्भवती महिलाहरु अल्ट्रासाउण्ड वा एच आई भी जस्ता परिक्षणको प्रयोजनको लागि मात्र अर्को सस्थामा जाँच गर्न गएमा जाँच गर्न पठाएको स्वास्थ्य संस्थाले प्राप्त रिपोर्ट रजिष्टरमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ र जाँच गरेको स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षित मातृत्व अभिलेख रजिष्टरमा उल्लेख गर्नु हुँदैन । उक्त*
	पर्दछ । यसपटक सेवा लिन आएको अवधि प्रोटोकल अनुसार नभएमा यस महलमा मात्रै सेवा दिएको मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ । तर यस्ता सेवाग्राहीलाई दिइएको आइरन फोलिक एसिड र क्यालसियम चक्की दिई गर्भको हप्ता अनुसारको नजिक पर्ने हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ । **१२ हप्तासम्मको जाँचः** गर्भवती महिला गर्भजाँचका लागि गर्भ रहेको १२ हप्तासम्म आएमा सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेख्नु पर्दछ । यसै गरी १३-१६ हप्तासम्म, २० देखि २४ हप्ता, २८ औ हप्ता, ३२ औ हप्ता, ३४ औ हप्ता, ३६ औ हप्ता र ३८ देखि ४० हप्तामा गरिएको जाँचको मिति सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेख्नु पर्दछ ।

४ पटक (१३-१६ हप्तासम्म, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता) जाँच विवरणः गर्भवती महिला १३- १६ हप्तासम्म, २० देखि २४ हप्ता, ३२ हप्ता र ३६ हप्तामा गर्भ जाँच गराउन आएको भए ३६ हप्तामा आउँदाको अन्तिम जाँच भेटको मिति (गते, महिना, साल) यस महलमा लेख्न पर्दछ ।

पहिलो पटक ROUSG गरेकोः यस महलमा गर्भवती महिलाको ग्रामिण Obstetric Ultrasound गरेको भए ग/म/सा महलमा सोको विवरण लेख्नु पर्दछ। एक पटकको गर्भमा जति पटक Ultrasound गरिएको भए पनि पहिलो पटक गरेको मिति मात्रै उल्लेख गर्नु पर्दछ । उक्त सेवा सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थवाट दिएको भएको सुनिश्चितता गरि मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

प्रोटोकल अनुसार ८ पटकः गर्भवती महिला १२ औ हप्ताभित्र पहिलो पटक, १३-१६ हप्तासम्ममा दोस्रो पटक, २० देखि २४ हप्तामा तेस्रो पटक २८ औ हप्तामा चौथो पटक, ३२ औ हप्तामा पाँचौ पटक, ३४ औ हप्तामा छैठौ पटक, ३६ औ सातौ पटक र ३८ देखि ४० हप्तामा आठौ पटक गर्भ जाँचका लागि आएको भए ४० औ हप्तामा आउँदाको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।

आइरन फोलिक एसिडः शरीरमा रगतको कमी हुन नदिन गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० चक्की आइरन सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागि आएका गर्भवती महिलालाई दिएको आइरन फोलिक एसिडको संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै गर्भवती महिलाले अन्य संस्थाबाट वा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयमसेविकाबाट आइरन फोलिक एसिड लिएको भए मातृ सेवा रेकर्ड हेरी/सोधपुछ गरी सम्बन्धित हप्ताको महलमा आइरन फोलिक एसिड र चक्कीको सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
क्यालसियम चक्कीः गर्भमा रहेको शिशुको बृद्धि विकासकालागि गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० दिनसम्म तोकिए अनुसारको क्यालसियमको मात्रा सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागि आएका गर्भवती महिलालाई दिएको क्यालसियमको मात्रा संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नुपर्दछ । गर्भवती महिलाको लागि फरक फरक मात्रामा चक्की दिईने भए पनि कति दिन सम्मको लागि दिईएको हो सोही बमोजिम उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
यदि कुनै गर्भवति महिलाले अन्य कुनै स्वास्थ्य संस्थामा नियमित जाँच भेट गरिरहेको साथै आईरन फोलिक एसिड तथा क्यालसियम चक्की खाईरहेको र ३८-४० हप्ताको भेटमा आउदा अन्य स्वास्थ्य संस्थाको समेत गणना गर्दा यदि ४ पटक अथवा ८ पटक जाँच भेट गरेको सुनिश्चितता भएमा यस भन्दा अघि भेट गरिएको महलमा उक्त स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गरी ४ पटक वा ८ पटक जाँच भेट गरेको महलमा मिति उल्लेख गरी सोही बमोजिम प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ । आईरन फोलिक एसिड तथा क्यालसियम चक्की को महलमा समेत निजले अन्य स्वास्थ्य संस्था तथा म.स्वा.स्व.से. मार्फत पाएको चक्की समेतलाई गणना गरी १८० दिन सम्म खाएको भएमा सोही बमोजिम प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।
टी डी खोपः गर्भवती महिला र नवजात शिशुलाई धनुष्टंकार र डिप्थेरियाबाट बचाउन २ मात्रा टी डी खोप गर्भ रहेको थाहा पाउने वित्तिकै पहिलो मात्रा र त्यसको १ महिना पछि दोसो मात्रा दिनु पर्दछ । गर्भवती महिलाले यस अघिका गर्भमा २ वा सोभन्दा बढी पटक टि.डी लिइसकेको भएमा यसपटकको गर्भमा १ मात्रा मात्र दिए पुग्छ ।
टी डी खोप १ मात्राः यदि पहिलो पटक टी. डी. खोप दिएको भए सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ।
टी डी खोप २ मात्राः दोस्रो मात्रा टी डी खोप पाएको भए सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ ।
टी डी खोप २+ मात्राः गर्भवति महिलाले यस अघिको गर्भमा २ वटा टि.डी लिइसकेको भएमा यसपटकको गर्भमा १ मात्रा मात्र टी डी खोप दिइ सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल)

	लेखुपर्दछ । गर्भवती अवस्थामा लिएको **टी डी खोपको विवरण खोप सेवा रजिष्टरमा भएको टी डी खोप सेवा रजिष्टर (HMIS २.२.४) मा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।** **जुकाको आ ाषधी वितरणः** गर्भवती महिलालाई प्रत्येक गर्भमा जुकाको औषधी १ मात्रा सेवन गर्नुपर्ने भएकाले सेवाग्राहीलाई जुकाको औषधी वितरण गरेको भए वितरण गरिएको मिति (गते, महिना र साल) यस महलमा लेखुपर्दछ । **रगत दिएकोः** गर्भवति महिलालाई गर्भवति अवस्थामा रगत दिएको भए दिएको रगतको मात्रा (पिन्ट) यस महलमा लेख्न पर्दछ । **उपचार /सल्लाहः** गर्भावस्थामा दिएको उपचार र सल्लाह यस महलमा लेखुपर्दछ ।
गर्भावस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन	गर्भवती महिलाको जाँचका क्रममा कुनै जटिलताको देखिएका सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना लेखु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भएका कोड नं १ मा गोलो घेरा (०) अथवा उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ मा गोलो घेरा (०) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । जस्तैः भाद्र महिनामा गर्भ जाँचकालागी आउनु भएको महिलालाई Pre-eclampsia का लक्षण देखिएको र उपचार गरेको भए Pre-eclampsia संगैको महिना महलमा **भाद्र** लेखि कोड १ मा गोलो घेरा (०) । माथि उल्लेखित जटिलता भन्दा अन्य जटिलता भएमा अन्य (others) महलमा जटिलता उल्लेख गरि उपचार गरेकोमा गोलो घेरा (०) र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ मा गोलो घेरा (०) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
प्रसुति सेवा	
प्रसूति सेवाका लागी भर्ना भएकों मिति	गर्भवती महिला प्रशव सेवाको लागी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेखु पर्दछ ।
प्रसूति मिति, समय	सेवाग्राही महिला प्रसूति भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेखु पर्दछ ।
(Fetal Presentation)	गर्भमा रहेको बच्चा (भ्रुण) को अवस्थिति Cephalic, Shoulder, Breech के हो सोही अनुसारको महलको कोडमा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ । यदि जुम्ल्याहा बच्चा जन्म भई बच्चाको fetal presentation फरक भएमा अभिलेखमा दुबैमा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ तर प्रतिवेदनमा जुन जटिलता हो सोही अनुसार आमाको संख्या मात्र उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
प्रसव व्यथाको स्थिती	प्रसव व्यथा Spontaneous भए कोड नं. १, Augmentation भए कोड नं २ र Induced Labour भए कोड नं ३ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ ।
प्रसूतिको स्थान र प्रकार	गर्भवती वा प्रसूति सेवा लिन आएको गर्भवती महिला यसै संस्थामा प्रसूति भएको भए कोड १ गोलो (0) लगाउनु पर्दछ । गर्भवती सेवाका लागि यस संस्थामा दर्ता भएका तर अन्यत्र प्रसूति भएको भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाई संस्था को नाम समेत लेखु पर्दछ र गर्भवती सेवाका लागि यस संस्थामा दर्ता भएको महिला घरैमा प्रसूति भएको भए यकिन गरी कोड ३ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ । साथै Spontaneous delivery भए कोड नं.१, Forceps delivery भए कोड नं २, Vacuum delivery भए कोड नं ३ र Cesarean section बाट delivery भएको भए कोड नं ४ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ । प्रसुति भएको स्थान यदि उक्त महिलाको प्रसुती यहि स्वास्थ्य संस्थामा भएको भए कोड नं १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ तर प्रसुती अन्य स्वास्थ्य संस्थामा भई प्रसुती पछिको सेवा लिन यस स्वास्थ्य संस्थामा आएको भए अन्य संस्थामा कोड नं २ मा गोलो लगाई उक्त संस्थाको नाम उल्लेख गर्नु पर्दछ साथै यदि प्रसुती घरमा भएको भए कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ । नोटः यस संस्थामा दर्ता नभएता पनि सुत्केरी पश्चातका जटिलता तथा उत्तर प्रसूति सेवा लिन आएमा सो को विवरण समेत यस रजिष्टरको सम्बन्धित महलमा (घरमा प्रसूति भएका समेत) अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।

नवजात शिशुको अवस्था	नवजात शिशु जन्मदाको अवस्थामा Normal भए कोड नं १, Infection भएको भए कोड नं. २, Asphyxia भए कोड नं ३ Hypothermia भए कोड नं ४, Jaundice भएको भएमा कोड नं ५ र Congenital Syphilis भएको भएमा कोड नं. ६ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ। जीवित जन्मेको शिशु अवधि पुगेर जन्मेको भए कोड नं १ र अवधि नपुगी जन्मेको भए कोड नं २ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ। मृत जन्मेको भए शिशु Intrapartum भए कोड नं १ र Antepartum भए कोड नं २ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ ।
जीवित शिशुको लिंग, सख्या, तौल र विकलाङ्गता	जीवित जन्म भएका नवजात शिशुको जम्मा संख्या र छोरा/छोरी/अन्यको संख्या र नवजात शिशुको तौल (ग्राम) सम्बन्धित छोरा/छोरी/अन्य अनुसारका महलमा लेख्नु पर्दछ । र सोही बमोजिम जिवित बच्चाको जन्म तौल (ग्राम)मा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । जीवित नवजात शिशु विकलांग (Congenital Anomalies) भए विकलांगको अवस्था Major, Minor र अन्य छुटयाई सम्बन्धित महलमा संख्या लेख्नुपर्दछ । Structural congenital anomalies can be classified as one of two types: **major anomalies** or **minor anomalies**. Major and minor anomalies may sometimes be present in one individual. • **Major anomalies** are structural changes that have significant medical, surgical, social or cosmetic consequences for the affected individual, and typically require medical intervention. Examples include spina bifida, anencephaly, heart defects and orofacial clefts. Major anomalies account for most of the mortality, morbidity, and disability related to congenital anomalies. • **Minor anomalies** are structural changes that pose little or no significant health problem and tend to have limited social or cosmetic consequences for the affected individual. Minor anomalies are more common than major anomalies and can be a useful tool for clinicians to identify syndromes. Examples of minor anomalies include single palmar crease and clinodactyly (mild curvature of a finger). CDC
सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी	सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मीको नाम लेखि स्वास्थ्यकर्मी दक्ष प्रसूतिकर्मी (SBA ANM) भए कोड नं १, दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) भए कोड नं २ र अन्य स्वास्थ्यकर्मी भए कोड नं ३ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ ।
डिस्चार्ज भएको मिति	सुत्केरीको लागि भर्ना भएको महिला डिस्चार्ज भई घर पठाएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै महिला घर पठाउदा आमाको अवस्था Recovered भएको भए कोड नं. १, Stable भए कोड नं २, Referred Out भएको भए कोड नं. ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ साथै सो भन्दा मुनिको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी यदि सुत्केरी महिला LAMA भएमा कोड नं ४, Absconded भएमा कोड नं ५ र आमाको मृत्यु भएमा कोड नं ६ मा गोलो लगाउनु पर्दछ, साथै मातृ मुत्यु महलका सम्बन्धित महलमा समेत भर्नु पर्दछ ।
अन्य सेवा	सुत्केरी गराउदा रगत दिएको भए रगतको मात्रा (पिन्ट) खुलाउने, अक्सिटोसिन सुइ दिएको भए कोड नं. १ मा, KMC सेवा दिएको भए २ मा, जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको भए ३ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ। जन्मजात कम तौल भएका बच्चाहरू वा hypothermia भएका बच्चाहरूका लागि KMC सेवा विधिबाट स्याहार गरिएको भए यसमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

टि.वी./एच.आई भी./ सिफलिस र Hep B परीक्षण र उपचार	**टि.वी. परीक्षणः** प्रत्येक गर्भवती महिलाको अनिवार्य रूपमा टि.वी. परीक्षण (Sptum) गर्नु पर्दछ । यदि गर्भवती महिलालाई टि.वी. सम्बन्धी परामर्श दिइ परीक्षण गरिएको भए वा परीक्षण गर्न प्रयोगशालामा पठाएको भए टि.वी. परीक्षणसंगैको महलमा टि.वी. परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । **एच.आई.भी. परीक्षण र उपचारः** प्रत्येक गर्भवती महिलाको अनिवार्य रूपमा एच.आई.भी. परीक्षण गर्नु पर्दछ । यदि गर्भवती महिलालाई एच.आई.भी. सम्बन्धी परामर्श दिइ परीक्षण गरिएको भए वा परीक्षण गर्न प्रयोगशालामा पठाएको भए एच.आई.भी. परीक्षणसंगैको महलमा सो मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजाबाट एच.आई.भी. नभएको प्रमाणित भएमा Non Reactive र एच.आई.भी. भएको प्रमाणित भएमा Reactive (३ वटै विधिबाट परीक्षण गरी पोजेटिभ यकीन भएको) लेख्नु पर्दछ । साथै पोजेटिभ भएका महिलालाई सम्बन्धित ए.आर.टी. उपचार सेवा उपलव्ध भए उपचार शुरू गर्ने र सो सेवा उपलब्ध नभए सेवा उपलव्ध भएको संस्थामा प्रेषण गर्ने र सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेखि सो भन्दा मुनीको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ । **सिफलिस परीक्षण, नतिजा र उपचारः** यदि गर्भवती महिलालाई सिफलिस परीक्षण गरिएको भए " सिफलिस परीक्षण मिति" संगै को महलमा सो मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । सिफलिस परीक्षणको नतिजा Negative भएमा सम्बन्धित महलमा Negative र Positive भएमा सम्बन्धित महलमा Positive लेख्नु पर्दछ । परीक्षण गर्दा आएको निम्न अवस्थालाई पोजिटिभ मान्नुपर्दछ। १) Treponemal टेष्ट (RST) पोजिटिभ आएको खण्डमा; वा २) Non-Treponemal (RPR/VDRL) टेष्टमा पोजिटिभ आएको खण्डमा TPPA/TPHA टेष्ट पनि पोजिटिभ देखिएमा यसरी सिफलिस पोजिटिभ भएका महिलालाई सम्बन्धित संस्थामा उपचार शुरू गरेमा संगैको महलमा मिति (गते, महिना र साल) र उपचारका लागि अन्य संस्थामा प्रेषण गर्नु परेमा सिफलिस उपचार मुनीको "प्रेषण गरेको संस्था " महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना स्पष्ट रूपमा उल्लेख गन्नुपर्दछ । **Hepatitis B परीक्षण, नतिजा र उपचारः** यदि गर्भवती महिलाको Hepatitis B (HBsAg) परीक्षण गरिएको भए "Hepatitis B परीक्षण मिति" महलमा परीक्षण मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । परीक्षणको नतिजा Negative भएमा सम्बन्धित महलमा HBsAg Negative र Positive भएमा HBsAg Positive लेख्नुपर्दछ। HBsAg पोजिटिभ देखिएका गर्भवती महिलामा आवश्यक (भाइरल लोड) परीक्षण गरी आमाबाट बच्चामा Hep B सर्नबाट रोक्न एन्टीभाइरल प्रोफाइल्याक्सिस (उपचार) आवश्यक छ या छैन निर्धारण गर्नुपर्छ। एन्टीभाइरल प्रोफाइल्याक्सिस आवश्यक भएका गर्भवती महिलालाई सम्बन्धित संस्थाबाट सेवा प्रदान गरिएको भए "Hep B उपचार" महलमा उपचार सुरु गरिएको मिति (गते, महिना र साल) उल्लेख गर्नुपर्दछ । थप परीक्षण तथा उपचारका लागि अन्य संस्थामा प्रेषण गर्नुपरेमा Hep B उपचार मुनीको "प्रेषण गरेको संस्था" महलमा प्रेषण गरिएको संस्थाको नाम र ठेगाना स्पष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
प्रसूति अवस्थाका जटिलता	प्रसूतिका क्रममा महिलामा कुनै जटिलता देखिएमा सम्बन्धित जटिलताहरु संगैको महलमा महिना लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भए कोड नं १ र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ मा गोलो (0) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । जस्तैः २०८२ माघ महिनामा सुत्केरीका लागी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएकी महिलामा Prolonged labour का लक्षण देखिएको र तत्काल उपचार गरेको भए Prolonged labour संगैको महिनाको महलमा **माघ** लेखि कोड १ मा गोलो (0) लगाउनु पर्दछ ।

सुत्केरी पछिको सेवा	
सुत्केरी पछि जाँचः प्रोटोकल अनुसार सुत्केरी तथा नवजात शिशुको सुत्केरी भएको २४ घण्टा, ३ दिन, ७ दिन देखि १४ दिन र 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 ।	
सुत्केरी भएको २४ घण्टामा	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 ।
सुत्केरी भएको ३ दिनमा	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ३ दिनमा स्वास्थ्य संस्थामा वा घरमा जाँच भेट गरेको भए सम्वन्धित महल संगै रहेको मिति (गते महिना र साल) लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ७ देखि १४ दिन मित्र	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ७ देखि १४ दिनमा स्वास्थ्य संस्थामा वा घरमा जाँच भेट गरेको भए सम्वन्धित महल संगै रहेको मिति (गते महिना र साल) लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ४२ दिनमा	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 ।
प्रोटोकल अनुसार ४ पटक	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 । यदि ३ दिन र ७ देखि १४ दिनमा स्वास्थ्यकर्मीबाट घर भेट गरिएका सुत्केरी महिलाहरुको समेत सम्वन्धित महलमा विवरण अद्यावधिक गरि प्रोटोकल अनुसार ४ पटक भेटमा गणना गर्नु पर्दछ।
बच्चालाई भिटामिन K१ दिएको	नवशिशुलाई भिटामिन K१ दिएको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्न पर्दछ ।
आइरन फोलिक एसिड (ट्याब्लेट)	सुत्केरी पछिको अवस्थामा सुत्केरी महिलालाई दिएको आइरन फोलिक एसिडको मात्रा (टयाब्लेट) 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 प्रयोगः सुत्केरी पश्चात लामो तथा छोटो अवधिको परिवार नियोजनका साधनहरु सुत्केरी महिलालाई दिएको विवरण परिवार नियोजन रजिष्टर ३.२/३.३/३.४ मा अनिवार्यरुपले अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।	
सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र	सुत्केरी महिलाले सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र गर्भ निरोधका साधन आइ यू सि डी, इम्प्लान्ट र Bilateral Tubal Ligation (BTL) 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 BTL मध्ये जुन साधन प्रयोग गरेको हो सो साधनको नाम गर्भ निरोध साधन महलमा लेख्नु पर्दछ । **पुनश्चः** सुत्केरी महिलाले शिशुलाई स्तनपान नगराएको भएमा डिपो सुई पनि दिन सकिन्छ ।
सुत्केरी अवस्थामा देखिएका	सुत्केरी अवस्थामा कुनै जटिलताहरु देखिएमा सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भएमा कोड नं १ मा गोलो (०) र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड नं. २ मा गोलो (०) लगाउनु पर्दछ । जस्तैः २०८२ भाद्र महिनामा सुत्केरी जाँचका लागि

जटिलता व्यवस्थापन	आएको महिलालाई Pre-eclampsia का लक्षण देखिएको र संस्थामै उपचार गरेको भए Pre-eclampsia संगैको महिना महलमा (भाद्र) लेखि कोड १ मा गोलो (०) लगाउनु पर्दछ ।
मातृ मृत्यु मिति, स्थान, अवस्था र कारण	गर्भवती प्रसव वा सुत्केरी अवस्था (प्रसूतिको ४२ दिन भित्र) मा महिलाको मृत्यु भएको भए मृत्युको मिति (गते, महिना र साल), मृत्यु भएको स्थान, अवस्था (गर्भवती, प्रसूति वा सुत्केरी) र मृत्युको कारण सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । मृत्यु भएको स्थान घरमा स्वास्थ्य संस्थामा र अन्य स्थान कहाँ भएको उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
शिशु मृत्यु मिति र कारण	नवजात शिशुको मृत्यु भएको 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 सुत्केरी हुन 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 पर्दछ । यदि उक्त रकम उपलब्ध गराउन नसकिएको भए कारण सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
न्यानो झोला वितरण	नवजात शिशुलाई न्यानो झोला वितरण गरेको भए कोड नं. १ र नगरेको भए कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ । साथै वितरण गर्न नसकिएको भए कारण सम्बन्धित मलहमा लेख्नु पर्दछ ।

नोट : गर्भवती वा सुत्केरी महिला तथा नवशिशुको मृत्यु स्वास्थ्य संस्था भन्दा बाहिर भएको अवस्थामा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टरमा अभिलेख राखी सोहि बमोजिम महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको प्रतिवेदन महलबाट प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।

आमा सुरक्षा कार्यक्रम (Aama Programme)

नेपाल सरकारले गर्भवती जाँचको Protocol अनुसार चार पटक गर्भ जाँच पूरा गरी सुरक्षित प्रसूति केन्द्र (Birthing Center) मा प्रसूति हुने 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 संस्थावाट 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 ।

आमा सूरक्षा कार्यक्रम

महिना	प्रसूति यातायात खर्च		गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च		स्वास्थ्य संस्था															कैफियत
					सुत्केरीका किसिम					Breech Presentation	Shoulder Presentation	Multiple Pregnancy	रेफेर भई		प्रसव जटिलता भएकाहरुको व्यवस्थापन गरिएको संख्या	Anti D Vaccine पाएका महिला हरुको संख्या	रक्तसंचार गरिएको जन्मा संख्या (Units)	क्याबिनमा बसेका महिलाहरुको संख्या	
	यातायात खर्च पाउनु पर्ने महिलाहरु	यातायात खर्च पाएका महिलाहरु	उत्प्रेरणा खर्च पाउनु पर्ने महिला	उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिला	सामान्य	भ्याकुम	फोरसेप	C/S	जम्मा				आएका	गएका					
1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
श्रावण																				
भाद्र																				
आश्विन																				
कार्तिक																				
मंसिर																				
पौष																				
माघ																				
फाल्गुण																				

भर्ने तरिका:

मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको अन्तिम 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 रजिष्टर (HMIS ३.६) 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	प्रसूति यातायात खर्च	यातायात खर्च पाउनुपर्ने महिलाहरू	आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका स्वास्थ्य संस्थामा आएर प्रसूति सेवा लिएका मध्ये आमा सुरक्षा कार्यक्रमको निर्देशिकाले तोके अनुसार सुत्केरी यातायात खर्च पाउन योग्य महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ । उक्त संख्या स्वास्थ्य संस्थामा दक्ष स्वास्थ्य कर्मी (SBA and SHP) बाट प्रसुती गराईएको संख्या संग एकरुपता भएको हुनु पर्नेछ ।
३		यातायात खर्च पाएका महिलाहरु	सुत्केरी यातायात खर्च बापतको रकम उपलब्ध गराइएका सेवाग्राही महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४	गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च	उत्प्रेरणा खर्च पाउनुपर्ने महिला	आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका स्वास्थ्य संस्थामा आएर प्रसूति सेवा लिएका गर्भवती जाँचको Protocol अनुसार गर्भ जाँच पूरा गरेका गर्भवती उत्प्ररणा खर्च पाउन योग्य महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५		उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिला	गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च उपलब्ध गराइएका सेवाग्राही महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	सुत्केरीको किसिम	सामान्य	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति भएका सेवाग्राहीहरू मध्ये सामान्य तरिकाले प्रसूति (Spontaneous Delivery) भएका सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य रजिष्टरबाट गणना गरी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
७		भ्याकुम	भ्याकुम उपकरणको प्रयोग गरेर सुत्केरी गराइएका सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

महल नं	शीर्षक		निर्देशन
८		Forceps	Forcepsको प्रयोग गरी स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
९		C/S	स्वास्थ्य संस्थामा अप्रेसन (Cesarean Section) गरी प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०		जम्मा	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या (महल ६ देखि ९ सम्मको जम्मा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यो संख्या दक्ष प्रसूतिकर्मी (SBA), दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) र अन्य स्वास्थ्यकर्मी मार्फत प्रसूति गराइएको संख्यासंग एकरुपता कायम हुनु पर्दछ।
११	Breech Presentation		प्रसूति सेवा लिन आएका महिलाहरूमध्ये शिशुको अवस्थितिको आधारमा Breech प्रिजेन्टेशन भएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१२	Shoulder Presentation		प्रसूति सेवा लिन आएका महिलाहरूमध्ये शिशुको अवस्थितिको आधारमा Shoulder प्रिजेन्टेशन भएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	Multiple Pregnancy		प्रसूति सेवालिन आएका महिलाहरू मध्ये दुई वा दुईभन्दा बढी (जुम्ल्याहा, तिम्ल्याहा) शिशु जन्माउने महिलाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१४	रेफर भई	आएका	प्रसूति सेवाका लागि अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट रेफर भई आएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस रजिष्टरको कैफियत महलबाट गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
१५		गएका	प्रसूति सेवाका लागि यस संस्थाबाट अन्य स्वास्थ्य संस्थामा रेफर गरिएका सेवाग्राही महिलाहरूको गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६	प्रसव जटिलता भएकाहरूको व्यवस्थापन गरिएको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी क्रममा तथा अन्य स्थानमा सुत्केरी भए पश्चात् देखिएका Antepartum Haemorrhage, Postpartum Haemorrhage, Severe Pre-Eclampcia, Eclampcia, Retained Placenta, Puerperal Sepsis जस्ता जटिलताहरू (Direct Obstetric complications) को व्यवस्थापन गरिएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७	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 ।
१८	रक्त संचार गरिएको जम्मा संख्या		यस महलमा स्वास्थ्य संस्थामा Blood transfusion को क्रममा प्रयोग गरिएको रगतको परिमाण blood unit (Pint) लेख्नुपर्दछ । यो संख्या गर्भवती, प्रसूति र सुत्केरी अवस्थमा दिएको संख्या जोडेर लेख्नु पर्दछ।
१९	क्याबिनमा बसेका महिलाहरूको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति सेवा लिने क्रममा क्याविन (Cabin) प्रयोग गर्ने सुत्केरी महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२०	कैफियत		अन्य केही कुरा उल्लेख गर्नुपर्ने भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

जात/जाति अनुसार सुत्केरी सेवा समायोजन फाराम

स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रवाह भएको 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 नवजात शिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल नं. १९ अन्तर्गत यस संस्थामा प्रसूति भएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या र सोही रजिष्टरको महल नं. ४ मा उल्लिखित सुत्केरी महिलाको जाति कोड अनुसार जात/जाति समूह समायोजन गरी मातृ तथा नवजातशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको अन्तमा रहेको जात/जाति अनुसारको सुत्केरी सेवा समायोजन फाराममा लेखुपर्दछ। स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराइएको संख्या दक्ष प्रसूतिकर्मी (SBA), दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP) र अन्य स्वास्थ्यकर्मीद्वारा स्वास्थ्य संस्थामा गराइएको प्रसूतिको जम्मा संख्यासंग एकरुपता भएको हुन पर्दछ।

HMIS ३.७: सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर
(Safe Abortion Service Register)

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

रजिष्टरको नमुनाः

SAFE ABORTION HMIS 3.7

Name of Health Facility: .....

SN	All Clients																	
	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	1-6	1-2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

HMIS 3.7

SERVICE REGISTER FY: 207 .. / 207 .. Month:

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 laprotomy	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 laprotomy	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	Accepted FP Methods	Referred from	Outcome of SAS/PAC				Details of Service Provider			
													Referred out	Normal	LAMA	Death	Name	Signature	Listed no	
											1-9	1-6								
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										

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं	शीर्षक	निर्देशन
	All client	
१	S.N	हरेक महिना क्र.सं. १ देखि सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	Service Regd. No.	सेवाग्राही महिलाको सेवा दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ । हरेक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३-५	Date (DD/MM/YY)	सेवा प्रदान गरेको मिति (गते, महिना र साल) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६-९	Address (Province, District Rural Municipality/ Municipality /Ward No)	सेवाग्राही महिलाको ठेगाना अन्तर्गत प्रदेश, जिल्ला, नगर/गाउँ पालिका र वडा नम्बर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०	Family Name (थर)	सेवाग्राही महिलाको थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
११	जाति कोड	सेवाग्राही महिलाको जात/जाति रजिष्टरमा उल्लेख भएको जात/जाति जुन समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तैः ०१ दलित, ०२ जनजाती, ०३ मधेसी, ०४ मुस्लिम, ०५ ब्राह्मण क्षेत्री, ०६ अन्य)
१२	Age	सेवाग्राही महिलाको पूरा भएको उमेर (वर्ष) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

१३	Education		सेवाग्राही महिलाले पूरा गरेको शैक्षिक योग्यता यस महलमा लेख्नु पदर्छ ।
१४	Gravida		सेवाग्राही महिलाको कुल गर्भ भएको संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१५	No. of living children		सेवाग्राही महिलाबाट जन्मेका मध्ये हाल जीवित बच्चाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१६	Gestation on Weeks	By LMP	सेवाग्राही महिलाको गर्भको अवधि पछिल्लो पटक महिनावारि भएको दिनका आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१७		On Examination	सेवाग्राही महिलाको गर्भको अवधि पाठेघरको उचाइ जाँचको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१८	Procedure Code	१-६	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)

१९	दुखाई कम गर्न औषधी दिएको र नदिएको -Pain Management Given	कोड नं.१ - Protocol अनुसार दुखाइ कम गर्ने औषधी दिएको कोड नं.२ - Protocol अनुसार दुखाइ कम गर्ने औषधी दिएको
२०-२३	Safe Abortion Complication (Surgical and Medical)	
२०	Incomplete abortion requiring repeat procedure	MVA बाट व्यवस्थापन भएको भए कोड नं.१ उल्लेख गर्ने Misoprostol बाट व्यवस्थापन भएको भए कोड नं.६ उल्लेख गर्ने
२१	Heavy bleeding requiring > १ pint of IV fluid or blood transfusion	सेवाग्राहीलाई blood transfusion दिनुपर्ने अबस्था आउने गरी bleeding भएमा यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । यस्तो अबस्था बिशेषगरी २ घण्टा भित्रमा ४ वटा pad (१ घण्टामा २ वटा pad) भिज्ने गरी bleeding भएमा अत्याधिक रक्तश्राव (Heavy bleeding) भएको मान्न सकिन्छ ।
२२	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 ।
२३	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 ।
२४	Other Effects (Ongoing pregnancy)	गर्भपतन प्रक्रिया पश्चात पनि गर्भ निरन्तर (ongoing) भई राखेमा यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
२५	Other Effects (Ectopic pregnancy)	गर्भपतन प्रक्रियाको दौरानमा पाठेघर बाहिर गर्भ रहन गएको पत्ता लागेमा यस महलमा (√) चिन्ह लगाउन पर्दछ ।

२६-३०	PAC (Abortion not from your own facility)	
२६	Incomplete abortion (Induced)	Incomplete abortion (Induced) -भएमा यस महलको कोड नं.१ मा गोलो (०) लगाउनुपर्दछ ।
२७	Incomplete abortion (Spontaneous)	Incomplete abortion (Spontaneous) - भएमा यस महलको कोड नं.२ मा गोलो (०) लगाउनुपर्दछ ।
२८	Heavy bleeding requiring blood transfusion	सेवाग्राहीलाई blood transfusion दिनुपर्ने अवस्था आउने गरी bleeding भएमा यस महलको कोड नं.३ मा गोलो (०) लगाउनुपर्दछ ।
२९	Uterine/Intra-abdominal injury requiring laparotomy	गर्भपतन सेवाको बेला योनीमा चोटपटक लागी अन्य भित्री अंगमा पनि असर परेर Laparotomy गर्नुपर्ने भएमा यस महलको कोड नं.४ मा गोलो (०) लगाउनु पर्दछ ।
३०	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	गर्भपतन सेवा पश्चात पाठेघरमा संक्रमण भई अस्पतालमा भर्ना गरी IV antibiotics दिनु पर्ने भए यस महलको कोड नं.५ मा गोलो (०) लगाउनुपर्दछ ।
३१	Accepted FP Methods (१-९)	**सुरक्षित गर्भपतन सेवा पश्चात दिइएको परिवार नियोजन सेवा सम्बन्धित प.नि. सेवा रजिष्टरमा अनिवार्य अद्यावधिक गर्नु पर्दछ** 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 contractive pills)
३२	Referred from (१-६)	सेवाग्राही कहाँबाट प्रेषण भएर आएको हो, सो को कोड नं. 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
३३-३६	Outcome of SAS/PAC (Referred Out/Normal/ LAMA/Death)	सेवाग्राहीलाई अन्यत्र प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा महल ३३ मा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । प्रेषण गर्नुपर्ने कारण Remarks मा प्रष्ट पार्नु पर्दछ । सेवाको नतिजा सामान्य भएको अवस्था भए महल ३४ मा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । सेवाग्राही महिलाले सेवा प्रदायकको सल्लाह नलिई गएको भए महल ३५ मा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । सेवाग्राही महिलाको मृत्यु भएमा महल ३६ मा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।

३७-३९	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 ।
४०	Remarks	माथिका विवरण बाहेक अन्य केही कुरा खुलाउनु परेमा यस महलमा लेख्नु पदर्छ । जस्तै, प्रेषण गर्नुको कारण।

नोटः Induced Abortion वा PAC लिन आएका सेवाग्राहीका लागि यस रजिष्टरको प्रयोग गर्नु पर्नेछ । सबै सेवाग्राहीका लागि लागू हुने खण्डहरू अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्दछ । अरू खण्डहरू सेवाग्राहीले लिएको सेवाको आधारमा पूरा गर्नुपर्दछ ।

HMIS ३.७A: औषधीद्वारा गरिने गर्भपतन सेवाको सेवाग्राही कार्ड

(Client Personal Profile: Medical Abortion Service)

औषधीद्वारा गरिने गर्भपतन सेवालिने 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 गराउन मिल्ने वा नमिल्ने निक्यौंल गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगत विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना

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

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)

सेवाग्राहीसँ दिने मञ्जुरीनामाको ढाँचा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रविधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरु र यसबाट हुने फाइदा, वैफाइदा लगायतका प्राविधिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण पमार्श 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 लगाई ..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ । ॥

मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको -	**संरक्षक वा माथवरको** -
नाम, थर:	नाम, थर:
ठेगाना:	ठेगाना:
उमेर:	उमेर:
मिति:	मिति:
दस्तखत:	दस्तखत:
औंठा छाप:	औंठा छाप:
बायाँ / दायाँ	बायाँ / दायाँ
दस्तखत:	
Notes:	

HMIS ३.७B: MVA द्वारा गरिने गर्भपतन सेवाको सेवाग्राही कार्ड (Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration)

MVA विधिद्वारा गरिने गर्भपतनको 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 निर्क्यौल गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगत विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना:

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

Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration 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) .....

Ultrasound (report to be attached if USG conducted) .....

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. Manual Vacuum Aspiration and Contraceptive Service

Medication given: □Ibuprofen 400 mg □ Diazepam 5-10 mg

□ Antibiotic--Doxycycline/ Azithromycin/ Metronidazole □Para cervical block (1 % Lidocaine)

Size of cannulas used: ..... Amount of blood loss (ml.): .....

POC findings: Villi seen: □ Yes □ No □Scanty Sac Seen: □Yes □No Fetal parts seen: □Yes □No

Post procedural findings:

Blood pressure: ..... Pulse: ..... Temperature: ..... Respiration Rate: .....

Abdomen □ Non-tender □Tender

□ Non-guarding □ Guarding Vaginal bleeding: □Scanty □Moderate □Heavy

Any Complication : □ No □ Yes (if yes, mention the type) □ Heavy bleeding requiring Blood transfusion
□ Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics
□ Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy

Outcome of Complication: □Treated and discharged.
□Referred out (Name of the referred facility) .....

Contraceptive provided: □ Minilap □NSV □Implant □ IUCD
□Depo Provera □Pills □Condom □None □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: □ in-person □ telephone

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 Follow up: □ Complete □Incomplete □Ongoing pregnancy □Ectopic pregnancy

Any complication: □ 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). **Please write in the note section at the end of the form**

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 मञ्जुरीनामाको ढाँचा

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 गर्ने सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा भायवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाई ..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ । ।

मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको -	**संरक्षक वा भायवरको** -
नाम, थर:	नाम, थर:
ठेगाना:	ठेगाना:
उमेर:	उमेर:
मिति:	मिति:
दस्तखत:	दस्तखत:
औंठा छाप: बायाँ दायाँ	औंठा छाप: बायाँ दायाँ
दस्तखत:	

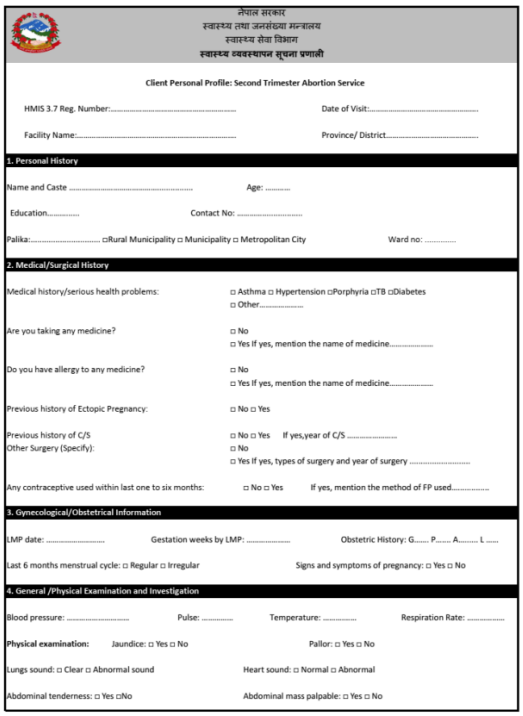
Notes:

HMIS ३.७c: दोस्रो त्रैमासिकको गर्भपतनको सेवाग्राही कार्ड

(Client Personal Profile: Second Trimester Abortion)

दोस्रो त्रैमासिक गर्भपतनको 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 निर्क्यौल गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगत विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुनाः



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

Client Personal Profile: Second Trimester 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 □ Hypertension □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 C/S: □ No □ Yes If yes,year of C/S .....

Other Surgery (Specify): □ No □ Yes If yes, types of surgery and year of surgery .....

Any contraceptive used within last 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

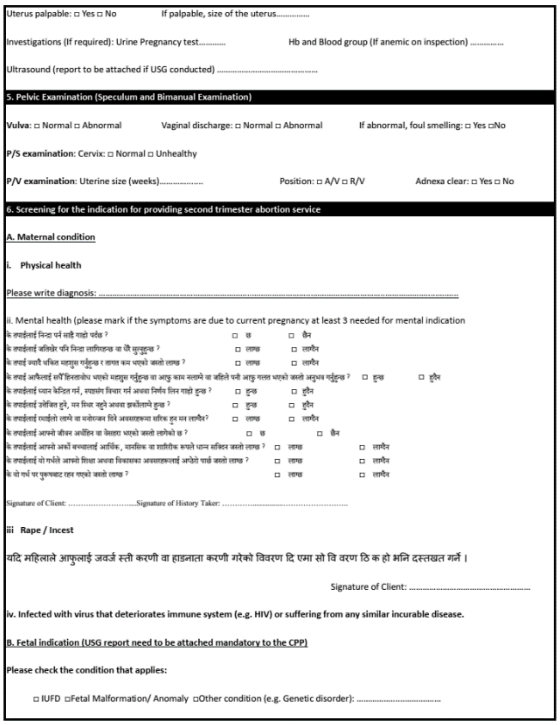
4. General /Physical Examination and Investigation

Blood pressure: ..... Pulse: ..... Temperature: ..... Respiration Rate: .....

Physical examination: 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) .....

Ultrasound (report to be attached if USG conducted) .....

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 □ Unhealthy

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

6. Screening for the indication for providing second trimester abortion service

A. Maternal condition

i. Physical health

Please write diagnosis: .....

ii. Mental health (please mark if the symptoms are due to current pregnancy at least 3 needed for mental indication

के तपाईलाई निन्दा पर्ने गरेको पाउनु भएको छ ? □ छ □ छैन

के तपाईलाई जीवनमा पनि निदा लागिरहेछ वा पै घुमुतुल्ल ? □ लाग्छ □ लाग्दैन

के तपाई धेरैजसो थकानमा नै हुनुहुन्छ र सानो कम पाराको जस्तो लाग्छ ? □ लाग्छ □ लाग्दैन

के तपाई आफैलाई सधैं हिनताबोध भाको महसुस गर्नुहुन्छ वा अरु कस मानमे वा जहिले पनी अरु गलत भाको जस्तो अनुभव गर्नुहुन्छ ? □ हुन्छ □ हुदैन

के तपाईलाई ध्यान केन्द्रित गर्न, समस्यामा विचार गर्न अथवा निर्णय लिन गाह्रो हुन्छ ? □ हुन्छ □ हुदैन

के तपाईलाई उत्तेजित हुने, वा सिधा जान्ने अथवा झर्कोलाग्ने हुन्छ ? □ हुन्छ □ हुदैन

के तपाईलाई रन्थनेको लागी वा मनोरञ्जन लिने अवसरहरुमा खासै रुचि छैन भन लाग्दैन? □ लाग्छ □ लाग्दैन

के तपाईलाई आफ्नो जीवन अर्थहिन वा बेसहारा भाको जस्तो लाग्दैको छ ? □ छ □ छैन

के तपाईलाई आफ्ने अर्को बन्याताई अर्थिक, मानसिक वा शारीरीक रुपले पाल्न सकिन जस्तो लाग्छ ? □ लाग्छ □ लाग्दैन

के तपाईलाई यो गर्भले आफ्नो शिक्षा अथवा विकासमार अवरोधकार्ड आउने पार्छ जस्तो लाग्छ ? □ लाग्छ □ लाग्दैन

के यो गर्भ पर पुरुषबाट रहन गएको जस्तो लाग्छ ? □ लाग्छ □ लाग्दैन

Signature of Client: .....Signature of History Taker: .....

iii Rape / Incest

यदि महिलाले आफुलाई जवर्ज स्ती करणी वा हाडनाता करणी गरेको विवरण दि एमा सो वि वरण ठि क हो भनि दस्तखत गर्ने ।

Signature of Client: .....

iv. Infected with virus that deteriorates immune system (e.g. HIV) or suffering from any similar incurable disease.

B. Fetal indication (USG report need to be attached mandatory to the CPP)

Please check the condition that applies:

□ IUFD □Fetal Malformation/ Anomaly □Other condition (e.g. Genetic disorder): .....

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 Complete□ Yes□No If No Specify .....

Fetal Parts Seen: □ Calvarium□ 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			

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: .....

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

12. Client Consent Form

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 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 तपाई ..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।

मञ्जुरीनामा दिने

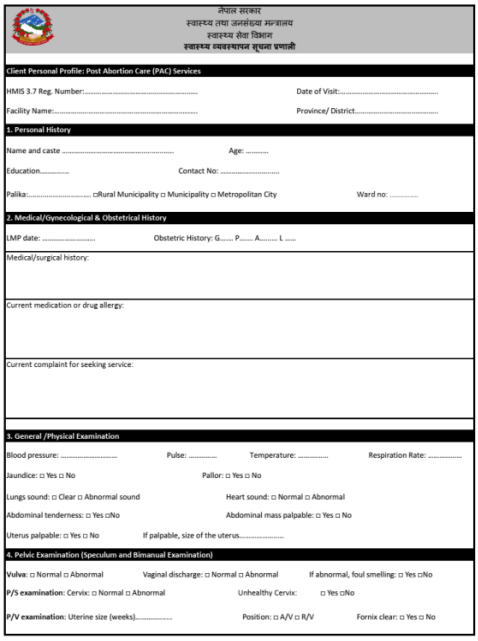
सेवाग्राहीको-	**संरक्षक वा माथवरको -**
नाम, थर:	नाम, थर:
ठेगाना:	ठेगाना:
उमेर:	उमेर:
मिति:	मिति:
दस्तखत:	दस्तखत:
औंठा छाप:	औंठा छाप:
बायाँ / दायाँ	बायाँ / दायाँ
दस्तखत:	
Note Section	

HMIS ३.७D: PAC सेवाको सेवाग्राही कार्ड

(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 निर्क्यौल गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगत विवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना:



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

Client Personal Profile: Post Abortion Care (PAC) Services

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/Gynecological & Obstetrical History

LMP date: ..... Obstetric History: G..... P..... A..... L .....

Medical/surgical history:

Current medication or drug allergy:

Current complaint for seeking service:

3. General /Physical Examination

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

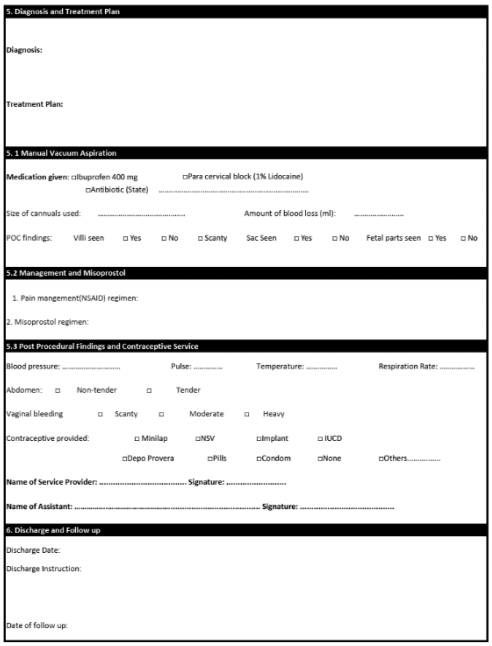
Uterus palpable: □ Yes □ No If palpable, size of the uterus.....

4. 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



5. Diagnosis and Treatment Plan

Diagnosis:

Treatment Plan:

5. 1 Manual Vacuum Aspiration

Medication given: □Ibuprofen 400 mg □Para cervical block (1% Lidocaine)
□Antibiotic (State) .....

Size of cannuals used: ..... Amount of blood loss (ml): .....

POC findings: Villi seen □ Yes □ No □ Scanty Sac Seen □ Yes □ No Fetal parts seen □ Yes □ No

5.2 Management and Misoprostol

1. Pain mangement(NSAID) regimen:

2. Misoprostol regimen:

5.3 Post Procedural Findings and Contraceptive Service

Blood pressure: ..... Pulse: ..... Temperature: ..... Respiration Rate: .....

Abdomen: □ Non-tender □ Tender

Vaginal bleeding □ Scanty □ Moderate □ Heavy

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

Name of Service Provider: ..... **Signature:** .....

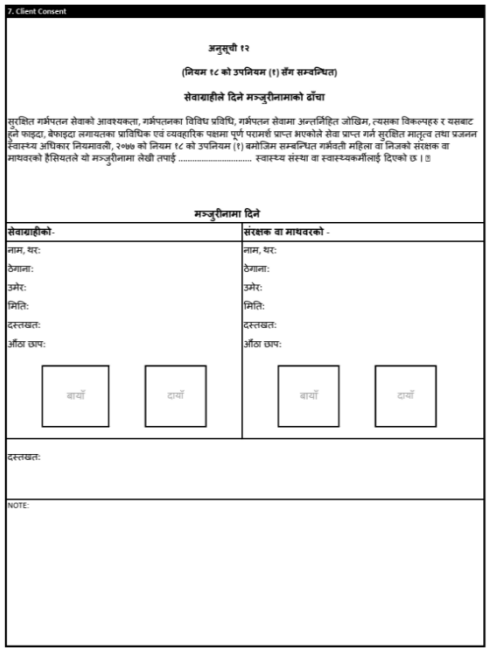
Name of Assistant: ..... **Signature:** .....

6. Discharge and Follow up

Discharge Date:

Discharge Instruction:

Date of follow up:



7. Client Consent

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 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 मायवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी लगाई ..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ । ☐

मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको -	**संरक्षक वा मायवरको** -
नाम, थर:	नाम, थर:
ठेगाना:	ठेगाना:
उमेर:	उमेर:
मिति:	मिति:
दस्तखत:	दस्तखत:
औंठा छाप:	औंठा छाप:
बायाँ दायाँ	बायाँ दायाँ
दस्तखत:	
NOTE:	

HMIS ३.८: प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर

(Reproductive Health Morbidity Service Register)

स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रदान गरिएको प्रजनन् रूग्णता सेवा अन्तर्गत पाठेघरको मुखको क्यान्सर, स्तन क्यान्सर, आङ खस्ने समस्या तथा अब्सटेट्रिक फिस्टुलाको स्कृनिङ्ग, उपचार व्यवस्थापन तथा प्रेषण सेवाको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ । शिविर मार्फत प्रदान गरिएको प्रजनन् रुग्णता सेवाको अभिलेख पनि यसै रजिष्टरमा राख्नु पर्दछ । प्रजनन् रूग्णता सम्बन्धी घुम्ती शिविर जुन वडामा सञ्चालन भएको हो सोही वडामा रहेको स्वास्थ्य संस्थामा अभिलेख गर्नु पर्दछ र सम्वधित स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ।

रजिष्टरको नमुनाः

प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता

मुल दर्ता नं.	दर्ता नं		दर्ता मिति			सेवाग्राहीको नाम थर		जाति कोड	उमेर	सेवाग्राहीको ठेगाना				पाठेघरको मुखको क्यान्सर						
														स्क्रीनिङ विधि			नतिजा			Confirmatory diagnosis
	नयाँ	पुरानो	गते	महिना	साल	नाम	थर			जिल्ला	नगर/गाउँ पालिका	वडा न.	सम्पर्क नं.	VIA	HPV	Pap Smear	Positive	Negatice	Suspect Cancer	Colposcopy± Biopsy
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१
														1	2	3	1	2	3	1
														1	2	3	1	2	3	1
														1	2	3	1	2	3	1

सेवा रजिष्टर

उपचार विधि			स्तन क्यान्सर						आङ खस्ने समस्या									फिस्टुला									सेवा प्रदायकको नाम,थर	कैफियत
			स्क्रीनिङ विधि			पाहचानको नतिजा		Referred	पहिचान					उपचार /व्यवस्थापन					पहिचान		उपचार/ व्यवस्थापन							
Ablative treatment	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	VH±PFR	Other	Referred for surgery	Normal	Suspected fistula	VVF repair	RVF repair	VVF with RVF repair	Urethro vaginal fistula repair	Other	Referred		
२२	२३	२३	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
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		
1	2	3	1	2	3	1	2		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	6		

रजिष्टर भर्ने तरिका :

महल नं	शिर्षक	निर्देशन
१	मुल दर्ता नं	मुल दर्ता रजिष्टरमा दर्ता गरि प्रदान गरिएको मुल दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२-३	दर्ता नं (नयाँ/पुरानो)	सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा प्रत्येक आ.व. मा नयाँ दर्ता नं. दिई सुरू गर्नुपर्दछ । सेवा दर्ता नं. नयां सेवाग्राहीको लागि प्रत्येक आ.व. को श्रावण देखि १ देखि सुरु

			गरिन्छ । सेवाग्राही उपचारका लागि दोहोऱ्याई (फलोअप) आएमा पुरानो महलमा सुरूको 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 माहिलाको नाम, थर		सेवाग्राही माहिलाको पुरा नाम, थर सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
९	जात/जातिको (कोड)		यस महलमा सेवाग्राहीको जातजाती यकिन गरी (रजिष्टरमा उल्लेख भए अनुसार), त्यही समूहको कोड नं. लेख्नु पर्दछ। जस्तै ०१,०२..
१०	उमेर		सेवाग्राही महिलाको पूरा भएको उमेर (वर्ष) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
११-१३	सेवाग्राहीको ठेगाना		सेवा लिन आउने सेवाग्राहीको हालको ठेगाना (जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, टोलको नाम) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
१४	सम्पर्क नं.		सेवाग्राही वा निजको नजिकको व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१५-२४	पाठेघर को मुखको क्यान्सर	स्क्रिनिङ्ग विधि (महल १५-१७)	पाठेघरको मुखको क्यान्सर 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 Pap Smear and other गरिएमा महल १७ कोड ३ मा गोलो (०) लगाउनु पर्दछ।
		पहिचानको नतिजा (१८-२०)	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको पत्ता लगाउन गरिएको स्क्रिनिङ्गबाट Positive भएमा महल १८ कोड १, Negative भएमा महल १९ कोड २ र Suspected cancer भएमा महल २० कोड ३ मा गोलो (०) लगाउनु पर्दछ ।
		Confirmatory diagnosis (महल २१)	Confirmatory diagnosis का लागि colposcopy± Biopsy गरिएको भए यस महलको कोड १ मा गोलो (०) लगाउनु पर्दछ।
		उपचार विधि (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, Loop electrosurgical excision procedure (LEEP) विधिबाट उपचार गरिएमा महल २३ कोड २ मा र कोड १ र कोड २ मा उल्लेख गरिएका बाहेक अन्य उपचार भएमा महल २४ कोड ३ मा गोलो (०) 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 (०) लगाउनु पर्दछ ।
		पहिचानको नतिजा (महल २८-२९)	स्तन क्यान्सर पत्ता लगाउन गरिएको जाचँ/परीक्षणबाट नजिता Normal भएमा महल २८ कोड 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 गरिएको संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ।

३१-४०	आङ खस्ने समस्या	पहिचानको नतिजा (महल ३१-३५)	सेवाग्राही महिलामा आङ खस्ने समस्या भए नभएको पत्ता लगाउन जाँच / परीक्षण गर्दा Stage ० भएमा महल ३१ कोड १ मा, Stage १ and Stage २ भएमा महल ३२ कोड २ मा, Stage ३ भएमा महल ३३ कोड ३ मा, Stage ४ भएमा महल ३४ कोड ४ र Vault Prolapse भएमा महल ३५ कोड ५ मा गोलो (०) लगाउनु पर्दछ ।
		उपचार/ व्यवस्थापन (महल ३६-४०)	आङ खस्ने समस्या भएका सेवाग्राही महिलालाई Kegel Exercise गर्ने सल्लाह दिइएमा महल ३६ कोड १, Ring Pessary राखेमा महल ३७ कोड २, Vaginal Hysterectomy with Pelvic Floor Repair गरेमा महल ३८ कोड नं ३, Vaginal Hysterectomy with Pelvic Floor Repair वाहेक अन्य विधिबाट Surgical management गरेमा महल ३९ कोड ४ र उपचार व्यवस्थापनका लागी प्रेषण गरेमा महल ४० कोड ५ मा गोलो (०) 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 (०) लगाउनु पर्दछ ।
		उपचार /व्यवस्थापन (महल ४३-४८)	फिस्टुला भएका महिलाको VVF repair गरिएमा महल ४३ कोड १ मा, RVF repair गरिएमा महल ४४ कोड २ मा, Ureteric 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 सुविधा युक्त स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेमा महल ४८ कोड ६ मा गोलो (०) लगाउनु पर्दछ।
४९	स्वास्थ्य प्रदायकको नाम		सेवा प्रदायकको नाम यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
५०	कैफियत		केहि खुलाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

४. सामुदायिक सेवा

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 ४.१: 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:

१. गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता रजिष्टर
२. नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा —२ महिना भन्दाकम उमेरका बिरामी शिशुहरूको व्यवस्थापन
३. नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा —२ महिनादेखि ५ वर्षमुनिका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन
४. २ वर्ष मुनिका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा
५. सुरक्षितमातृत्व सेवा
६. परिवार नियोजन सेवा
७. प्राथमिक/सामान्य उपचार सेवा
८. स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

स्वास्थ्य संस्थाले सञ्चालन गर्ने सबै गाउँघर क्लिनिकका लागि एउटै रजिष्टर प्रयोग गर्नुपर्दछ । प्रत्येक महिना गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन गरिसकेपछि 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 छुट्याइएको 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 २.३), मातृ तथाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) र पिल्स/डिपो सेवा रजिष्टर (HMIS ३.२) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको दर्ता खण्डको मिति लेख्नुपर्ने खाली ठाउँमा मिति (गते/महिना/साल) र गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको खाली ठाउँमा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिकमा गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरका साथै निम्नानुसारका फारामहरू पनि अनिवार्य रूपमा लैजानुपर्दछः

- HMIS १.२ स्वास्थ्य सेवा कार्ड
- HMIS १.४ प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा
- HMIS १.६ समायोजन फाराम
- HMIS २.१ बाल स्वास्थ्य कार्ड
- HMIS ३.१ परिवार नियोजन सेवा कार्ड
- HMIS ३.५ मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड
- HMIS ५.१ औलो, कुष्ठ र कालाजार नमूना सङ्कलन फाराम
- HMIS ६.१ क्षयरोग खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा

रजिष्टरको नमुनाः

४.११ गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिष्टर

HMIS 4.1

गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिष्टर

मितिः ... ... / ... ... /२० ... (ग/म/सा) | गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

क्र.सं.	दर्ता नम्बर		नाम	थर	जात/जाति कोड	उमेर		ठेगाना		सेवाको किसिम	लैङ्गिक हिंसा
	नयाँ	पुरानो				महिला	पुरूष	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२
											१
											१
											१

४.१२ दुई महिना भन्दाकम उमेरका बिरामी शिशुहरूको व्यवस्थापन

२ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरुको व्यवस्थापन

मितिः ... ... / ... ... /२० ... (ग/म/सा) | गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

क्र.सं.	आएको मिति			जाति कोड			कसरी आएको	कोड	शिशुको जाँच गर्दा पाइएका चिन्हहरु				वर्गिकरण	कोड	उपचार	कोड	शिशुको उपचार वारे आमालाई सल्लाह	कोड	आमाको स्वास्थ्य सल्लाह	कोड	फलोअप नतिजा	कोड	कैफियत
गाउँघर दर्ता नं.	शिशुको नाम			उमेर हप्तामा					चिन्हहरु			कोड											
	शिशुको आमाको नाम			तौल के.जी.																			
	शिशुको लिङ्ग			तापक्रम सेन्टिग्रेड																			
१	२		३	४	५	६	७	८	९			१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१
	आएको मिति			जाति कोड			आफै	१	सास दर	१	बेहोस	६	गंभिर संक्रमण	१	एमोक्सिसिलिन	१	पूर्ण स्तनपान	१	सुकेरी जाँच	१	मिति		
									कडा कोख्रा हानेको	२	ज्वरो	७	स्थानिय संक्रमण	२	जेन्टामाइसिन सुई	२	न्यानो पार्ने	२	भिटामिन ए	२	गा/म/सा		
	शिशुको नाम			उमेर हप्तामा					दुध चुस्न नसक्ने	३	पिताङ्ग	८	संक्रमण नभएको	३	१ २ ३ ४ ५ ६ ७		हात धुने	३	आइरन	३	फलोअप नतिजा		
									कम चलाई	४	कडा पिताङ्ग	९	निमोनिया	४	एम्पिसिलिन	३	नव शिशुलाई स्याहार	४	जन्मान्तर	४	सुधार	१	
	शिशुको आमाको नाम			तौल के.जी.			म.स्वा.स्व.से.	२	सुस्त	५	कमलपित्त (जण्डिस)	१०	पिताङ्ग	५	जी भी प्रयोग	४	सल्लाह				उस्तै	२	
									नाइटो पाकेको/रातोपन छाला सम्म फैलिएको			११	कडा जण्डिस	६			घाउ सफा गर्ने सल्लाह	५			इन बिरामी भइ	३	
	शिशुको लिङ्ग		महिला	१	तापक्रम सेन्टिग्रेड				पिपले भरिएका	<१० साना फोका		१२	जण्डिस	७			कहिले तुरून्त फर्कने	६			प्रेषण गरेका		
			पुरूष	२						≥१० साना फोका/१ ठुलो पिलो		१३	कम तौल	८							मृत्यू	४	
													स्तनपान सम्बन्धी समस्या	९									

४.१३ दुई महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाहरूको व्यवस्थापन

२ देखि ५९ महिना सम्मका विरामी बच्चाहरुको व्यवस्थापन

मितिः ... ... / ... ... /२० ... (ग/म/सा) | गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

क्र.सं.	आएको मिति				उमेर महिनामा		कसरी आएको	कोड	रोगको मूल्याङ्कन								वर्गिकरण				उपचार		प्रेषण	आमालाई सल्लाह		फलोअप नतिजा		कैफियत
	बच्चाको नाम थर				बच्चाको लिङ्ग				कडा रोगका चिन्हहरु		श्वास प्रश्वास		झाडा पखाला		पोषणको स्थिति													
गाउँघर दर्ता नं.	जाती कोड				तौल के.जी.																							
	तापक्रम सेन्टिग्रेड																											
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
	मिति				उमेर		आफै	१	छ	१	छ	१	छ	१		कोड	निमोनिया नभएको रूघाखोकि	१	कानको समस्या	१३		कोड			कोड		कोड	
									छैन	२	छैन	२	छैन	२	शरिरको मासु सुकेको	१	न्यूमोनिया	२	दादुरा	१४	एमोक्सिसिलिन	१		खाना	१	मितिः (ग/म/सा)		
	नाम, थर				तौल		म.स्वा.स्व.से.	२	सुस्त वेहोस	१	सास दर		कति दिन		कम तौल	३	जलविपोजन नभएको	४	कडा कुपोषण	१६	पारासिटामोल	३		झोलकुरा	२	नतिजा		
									दिसामा रगत	१	धेरै कम तौल	४	केहि जलविपोजन	५	रक्त अल्पता	१७	ORS/Zinc	४								सुधार	१	
									आमाको दुध /झोलकुरा खान पिउन नसक्ने	२	.... सुस्त वेहोस	२	हल्केदेखि सोतोपन		कडा जलविपोजन	६	अन्य	१८	आइरन चक्की	५		तुरून्त ल्याउने	३			उस्तै	२	
											कोख्रा हानेको	१	आँखा गडेको	३	केहि भएको	५	विर्धे पखाला	७	अन्य भए, खुलाउनु होस्		जुकाको औषधी	६				प्रेषण गरेको	३	
	लिङ्ग	महिला	१		तापक्रम								पिउन नसक्ने	४	धेरै भाको	६	आउँ रगत	८			भिटामिन ए	७				मृत्यु	४	
		पुरूष	२										हतारिएर पिउने	५	पाखुरा नाप		फालिएपारम औलो	९			घरेलु/ प्राथमिक उपचार	८						
	जाती कोड												छाला विस्तारै फार्किने	६	रातो	७	फालिएपारम नभएको औलो	१०										
													धेरै विस्तारै फार्किने	७	पहेलो	८	ज्वरो	११										
															हरियो	९	धेरै कडा ज्वरो जन्य रोग	१२										

४.१४ दुई वर्षमुनिका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा

HMIS 4.1

२ वर्ष मुनिका बालबालिकाको वृध्दि अनुगमन सेवा

मितिः ... ... / ... ... /२० ... (ग/म/सा) | गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.		बालबालिकाको			तौल (उमेर अनुसारको वृध्दि)			MUAC	जन्मेको ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र		६ महिनापछि स्तनपान साथै थप खाना शुरु		सल्लाह/ परामर्श/ रेफर	कैफियत
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर	उमेर (महिनामा)	सामान्य	जोखिम	अति जोखिम		लगाएको	नलगाएको	लगाएको	नलगाएको		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६
										१	२	१	२		
										१	२	१	२		
										१	२	१	२		

४.१५ सुरक्षित मातृत्व सेवा

सुरक्षित मातृत्व सेवा

मितिः ... ... / ... ... /२० ... (ग/म/सा) | गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.		गर्भवतीको				Gravida	Parity	आखिरी रजस्वला भएको पहिलो दिनको (LMP) मिति			गर्भवती सेवा					सुत्केरी सेवा			नवजात शिशुको जाँच	उपचार/ सल्लाह/ परामर्श/ प्रेषण	कैफियत
												गर्भवती जाँच		जुकाको औषधि वितरण	आइरन चक्की वितरण संख्या		गर्भवती महिलाको अवस्था	सुत्केरी भएको (... ...) औं दिन	वितरण गरेको आईरन चक्की संख्या	सुत्केरी महिलाको अवस्था			
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर	जाती कोड	उमेर			ग	म	सा	महिना	पटक		नयाँ	दोहो-याई							
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४

४.१६ परिवार नियोजन सेवा

HMIS 4.1

परिवार नियोजन सेवा

मितिः ... ... / ... ... /२० ... (ग/म/सा) | गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

गाउँघर दर्ता नं.	सेवादर्ता नं.		सेवाग्राहीको		उमेर		परिवार नियोजन साधन वितरण				
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर	महिला	पुरुष	कण्डम (गोटा)	पिल्स (साइकल)	डिपो (डोज)	सायना प्रेस (डोज)	आकस्मिक चक्की (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

मितिः ... ... / ... ... /२० ... (ग/म/सा) | गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	सेवाग्राहीको			मुख्य समस्या	उपचार/ परामर्श/ रेफर
		नाम	थर	उमेर (वर्षमा)		
१	२	३	४	५	६	७

४.१८ स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

HMIS 4.1

स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

मितिः ... ... / ... ... /२० ... (ग/म/सा) | गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

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

रजिष्टर भर्ने तरिका

४.११ <u>गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिष्टर</u>

मितिः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी १ महिनामा सञ्चालन हुने सबै गाउँघर क्लिनिकको क्रम संख्या क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । पहिलो गाउँघर क्लिनिकको अन्तिम क्रम संख्या १७ भए दोस्रो क्लिनिकको पहिलो सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा क्र.सं १८ लेखि क्रमश लेख्दै जानु पर्दछ ।
२-३	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	प्रत्येक आ.व.का लागि गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ। यदि सेवाग्राही नयाँ भएमा महल नं २ मा दर्ता नं उल्लेख गर्नु पर्दछ र सेवाग्रही पुरानो भएमा महल नं ३ मा पहिलो पटक आउदाको सेवा दर्ता नं उल्लेख गर्नु पर्दछ । एक जना सेवाग्राही एक आर्थिक वर्षका लागि एक पटक मात्र नयाँ सेवाग्राहीमा गणना हुनेछ त्यस भन्दा पछाडी जुनसुकै सेवा लिन आएमा पुरानो सेवाग्राहीको रुपमा गणना गर्नु पर्दछ ।
४	नाम	प्रत्येक आ. व. का लागि सेवा लिन आएका व्यक्तिको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५	थर	सेवा लिन आएका व्यक्तिको थर मात्र यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	जात/जाति कोड	सेवा लिन व्यक्तिको जात/जातिको सम्बन्धित कोड यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
७, ८	उमेर	सेवा लिन आएका व्यक्ति महिला भए महल ७ र पुरुष भए महल ८ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । १ वर्षमुनिको हकमा महिनाका मुनि १२ लेख्नुपर्दछ ।
९,१०	ठेगाना	सेवा लिन आएको व्यक्तिको हाल बसोवास गरेको नगर/गाउँपालिका. को नाम महल ९ र वडा नं. महल १० मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
११	सेवाको किसिम	सेवा लिन आएका व्यक्तिका लागि रजिष्टरको तल उल्लेख भए बमोजिम कुन-कुन किसिमको सेवा आवश्यक परेको हो, उक्त सेवा/सेवाहरू यकिन गरी सम्बन्धित सेवाको किसिमको कोड/कोडहरू यस महलमा लेख्नुपर्दछ । साथै सम्बन्धित सेवाको किसिम अनुसार यस रजिष्टरमा छुट्याइएका अन्य पाना र भागहरूमा सेवाको विस्तृत विवरण समेत लेख्नु पर्दछ ।
१२	लैङ्गिक हिंसा	सेवाग्राही यदि लैङ्गिक हिंसाबाट पीडित भई सेवा लिन आएको भएमा महल १२ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।

४.१२ दुई महिना भन्दाकम उमेरका बिरामी शिशुहरूको व्यवस्थापन

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

मितिः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१-४	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 ।
	आएको मिति	बिरामी शिशु सेवालिन आएको मिति महल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ ।
	शिशुको नाम	बिरामी शिशुको नाम र थर महल नं. ३ र ४ को सम्बन्धित खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
	शिशुको आमाको नाम	बिरामी शिशुको आमाको नाम महल नं. ३ र ४ को सम्बन्धित खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ ।
	शिशुको लिङ्ग	बिरामी बच्चाको महल नं ३ अनुसारको लिङ्ग महल नं. ४ मा महिल भए १ र पुरुष भए २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
५, ६	जाति कोड	बिरामी शिशुको जाति कोड महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ ।
	उमेर हप्तामा	बिरामी शिशुको उमेर पूरा भएको हप्तामा महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ । यदि शिशुको उमेर १ हप्ता पनि नपुगेको भए शिशुले पूरा गरेको दिन लेखि सो को मुनि ७ लेख्नुपर्दछ । *जस्तै ५ दिनको शिशुको उमेर लेख्दा ५/७ लेख्नुपर्दछ ।*
	तौल (के.जी.मा)	बिरामी शिशुको तौल (के.जी.मा) महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ ।
	तापक्रम (सेन्टिग्रेडमा)	बिरामी शिशुको तापक्रम सेन्टिग्रेडमा महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ ।
७, ८	कसरी आएको, कोड	बिरामी शिशु आफै आएको भएमहल ८ को कोड नं. १ मा, म.स्वा.स्व.से. ले प्रेषण गरी सेवालिन आएको भएमहल ८ कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
९, १०	शिशुको जाँचगर्दा पाइएका चिन्हहरू	विरामी 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 लेख्नुपर्दछ ।
११, १२	वर्गीकरण, कोड	महल ९ मा देखिएका चिन्हहरू 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 मा गरिएको वर्गीकरण अनुसार महल नं. १३ को उपयुक्त उपचार सुनिश्चित गरी औषधी 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 जुनमात्रा हो, सोही अङ्कमा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
१५, १६	शिशुको उपचार बारे आमालाई सल्लाह, कोड	आमा तथा शिशुलाई दिनुपर्ने महल नं.१५ अनुसारका आवश्यक सल्लाहहरू दिई उक्त सल्लाहको महल नम्बर 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 महल नम्बर 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 बिरामी बच्चाहरूको व्यवस्थापन

गाउँघर क्लिनिकमा बिरामी भई आएका २ महिनादेखि ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूलाई दिइएको नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सम्बन्धी सेवाको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको यस भागमा राखिन्छ ।
मितिः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नु पर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानः 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 क्लिनक दर्ता नम्बर	प्रत्येकआ. व. का लागि गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ ।
२, ३, ४	आएको मति	बिरामी बच्चा आएको मितिमहल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ ।
	बच्चाको नाम,थर	बिरामी बच्चाको नाम र थर महल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ ।
	बच्चाको लिङ्ग	बिरामी बच्चाको महल नं ३ अनुसारको लिङ्ग महल नं. ४ मा महिला भए १ र पुरुष भए २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	जाति कोड	बिरामी बच्चाको थरको आधारमा महल नं. ४ मा जाति कोड लेख्नु पर्दछ ।
५, ६	उमेर महिनामा	बिरामी बच्चाको पूरा भएको उमेर पूरा भएको महिनामा महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ ।
	तौल के.जी.	बिरामी बच्चाको तौल (के.जी.मा) महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ ।
	तापक्रम सेन्टिग्रेड	बिरामी बच्चाको तापक्रम (सेन्टिग्रेडमा) महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ ।
७, ८	कसरी आएको, कोड	बिरामी बच्चा आफैं आएको भए महल ८ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
		बिरामी बच्चा आँफै आएको भए महल ८ को १ मा र म. स्वा. स्व. से. ले प्रेषण गरी सेवा लिन आएको भएमहल ८ को २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
९, १०	कडा रोगका चिन्हहरू	महल ९ मा उल्लेख भएका कडा रोगकाचिन्हहरू (सुस्त, बेहोस, आमाको दूध र झोल कुरा पिउननसक्ने) मध्ये कुनै भएमा सम्बन्धित चिन्हको महल १० को कोड १ वा २ मा गोलो घेरा लगाई महल १० को १ (छ) मा गोलो लगाउनु पर्दछ । यदि कडा रोगका चिन्हहरू फेलान परेमा महल १० को कोड २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
११, १२	श्वासप्रश्वास	श्वासप्रश्वास सम्बन्धी समस्या छ भने महल १२ मा रहेको कोड १ मा गोलो लगाई महल ११ मा सास दर प्रतिमिनेटमा लेख्नुपर्दछ । कोखा हानेको भएमा सोको महल १२ मा रहेको कोड १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि श्वासप्रश्वास सम्बन्धी समस्या नभएमा महल १२ मा रहेको कोड २ मा गोलो लगाई अन्य मूल्याङ्कनका लागि अगाडि बढ्नुपर्दछ ।
१३, १४	झाडापखाला	झाडापखाला सम्बन्धी समस्या छ भने महल १४ को कोड १ मा गोलो लगाई महल १३ मा कतिदिनदेखि झाडापखाला लागेको हो, सँगैको खाली ठाउँमा झाडापखाला लागेको अबधि (दिन) अंकमा लेख्नुपर्दछ । साथै महल १३ मा रहेका अन्य चिन्हहरूको मूल्याङ्कन गरी सोही अनुसारको महल १४ का कोडहरूमा गोलो लगाउनुपर्दछ । झाडापखाला सम्बन्धी समस्या नभएमा महल १४ को कोड २ मा गोलो लगाई अन्य समस्याहरूको मूल्याङ्कनका लागि अगाडि बढ्नुपर्दछ । झाडापखाला सम्बन्धी समस्या भएमात्र सो सँग सम्बन्धित महल १३ का लक्षण हरू सोधी विरामीको परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
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 बर्गिकरण गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
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 । यदिमहल १७ र १९ मा भएका वर्गीकरणहरूमा नपरेको अवस्था भएमा महल २० को कोड १८ मा गोलो लगाउनुपर्दछ र अन्य भए खुलाउने लेखिएको ठाउँमा रोगको बर्गिकरण लेख्नु पर्दछ ।
२१,२२	उपचार	महल १७ र १९ मा गरिएको वर्गीकरण अनुसार महल नं. २१ को उपयुक्त उपचार सुनिश्चित गरी प्रदान गरिएको औषधी 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 २६अनुसारको उपयुक्त नतिजा सुनिश्चित गरी महल २७ को सम्बन्धित कोडमा गोलो लगाउनुपर्छ ।
२८	कैफियत	अन्य केही कुरा खुलाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ । बच्चालाई रेफर गर्नुको कारण (जस्तै श्वासप्रश्वास, झाडापखाला वा अन्य) र विरामी बच्चाको मृत्यु भएको पाइएमा मृत्यु हुनुको कारण (श्वासप्रश्वास, झाडापखाल वा अन्य) समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

४.१४ दुई वर्ष मुनिका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा

गाउँघर क्लिनिकमा वृद्धि अनुगमनका लागि आएका २ वर्षभन्दा कम उमेरका बालबालिकाहरूको वृद्धि तथा पोषण अवस्थाको लेखाजोखा गरी परामर्श समेत दिएको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको यस खण्डमा राखिन्छ ।

मितिः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नु पर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानः 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 दोहोऱ्याएर आएको बच्चालाई बाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS २.१) 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 लिँदा तौल अनुगमन चार्टको सहायतामे बच्चाको तौल सामान्य, जोखिम वा अति जोखिम जुन समूहमा पर्दछ, सोही अनुसार महल नं. ७, ८ वा ९ मध्ये कुनै एक महलमा के.जी. मा लेख्नुपर्दछ ।
१०	MUAC	यस महलमा बच्चाको MUAC मापन गरेर सो को स्कोर उल्लेख गर्नपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
११, १२	जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपानमात्र	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 भए महल 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 महिनासम्म लाई सोध्ने)
१३, १४	६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध-ठोस र 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 अध्यावधिक गर्नु पर्दछ । (६ देखि ११ महिनासम्म लाई सोध्ने)
१६	कैफियत	स्वास्थ्य संस्थामा पहिलो पटक पोषण सेवा लिई सोही सेवा गाउँघर क्लिनिकमा लिनआएमा बच्चाको कार्ड (HMIS-२.१) बाट स्वास्थ्य संस्थाको दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ र यसैका आधारमा गाउँघर क्लिनिकको सेवा संस्थाको रजिष्टरको सम्बन्धित महलमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

नोटः *गाउघर क्लिनिकबाट पोषण सेवालिएका बालबालिकाहरूको विवरण गाउघर क्लिनिक सञ्चालन गरिसकेपछि पोषण सेवा रजिष्टरमा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ ।*

४.१५ सुरक्षित मातृत्व सेवा

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

मितिः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानः 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	सुरक्षित मातृत्व 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	सुरक्षित मातृत्व सेवाका लागि दोहोऱ्याएर आएकी महिलालाई मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा कार्ड (HMIS ३.५) 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 महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
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 रजस्वला भएको पहिलो दिनको (LMP) मिति	गर्भ जाँचको लागि आएकी गर्भवती महिलालाई उनको अन्तिम पटक महिनावारी कहिले भएको सोको मिति महल १०, ११, १२ मा क्रमशःगते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१३	गर्भवती जाँच (हप्ता)	गर्भवती महिला गर्भ जाँच गराउन आएको बेला उनको गर्भ कतिऔं हप्ताको हो, उक्त कुरा सुनिश्चित गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१४	गर्भवती जाँच (पटक)	गर्भवती महिलाले गर्भ जाँच गराएको हालको यो कतिऔं पटक हो, उक्त कुरा यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तैः पहिलो पटक भए १, दोस्रो पटक भए २, ... लेख्नुपर्दछ ।
१५	जुकाको औषधी वितरण (मिति)	गर्भ जाँच गराउन आएकी महिलालाई यो जाँचको बेला जुकाको औषधी दिएको भएमा मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६, १७	आइरन फोलिक एसिड वितरण सङ्ख्या	गर्भवती महिलालाई यस पटक दिइएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या यदि पहिलो पटक भए महल १६ र थप पटक भएमहल १७ मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । (यदि गर्भवती महिलाले हालको गर्भमा कुनै स्वास्थ्य संस्थाबाट आइरन चक्की खाइरहेको भए महल १७मा कहाँबाट प्राप्त गरेको हो, संस्था वा म.स्वा. से. लेख्नुपर्दछ ।)
१८	गर्भवती महिलाको अवस्था	गर्भवती महिलालाई जाँचगर्दा कुनै जटिलता पाइएमा यस महलमा उक्त जटिलताको उल्लेख गर्नुपर्दछ
१९	सुत्केरी भएका (.....) औं दिन	सुत्केरी जाँच गर्दाको दिन सुत्केरी भएको २४ घण्टा भित्रको छ भने "२४ घण्टा भित्र" र २४ घण्टापछि भए कति औं दिन हो, सो दिन यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तैः 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 ।
	वितरण गरिएको क्यालिसियमको मात्राको सङ्ख्या	सुत्केरी महिलालाई यस पटक दिइएको क्यालिसियम मात्राको (कति दिन सम्मको लागि पुग्ने गरी दिईएको हो)सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२१	सुत्केरी महिलाको अवस्था	सुत्केरी पछि महिलालाई जाँचगर्दा कुनै जटिलता पाइएमा यस महलमा उक्त जटिलताको उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२२	नवजात शिशुको जाँच	यस महलमा नवजात शिशुको जाँच भए/नभएको उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२३	उपचार/सल्लाह/ परामर्श र प्रेषण	सेवाग्राही महिलालाई दिईएको उपचार र सल्लाह परामर्श र प्रेषणको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
२४	कैफियत	स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षित मातृत्व सेवाका लागि दर्ता भइसकेका महिलाहरू गाउँघर क्लिनिकमा सोही सेवालिन दोहोऱ्याई आएमा मातृ तथा नव शिशु 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 ।

मितिः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.		गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता ४.११बाट चढाउनु पर्दछ ।
२	सेवा दर्ता नं. पहिलो पटक		परिवार नियोजन सेवाका लागि पहिलो पटक आएको सेवाग्राहीलाई दर्ता गरी दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ । यो दर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३	सेवा दर्ता नं. थप पटक		परिवार नियोजन सेवाका लागि दोहोऱ्याएर आएको सेवाग्राहीलाई स्वास्थ्य सेवा कार्ड (HMIS १.२) बाट सेवा दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४, ५	नाम, थर		महल ४ मा परिवार नियोजनको सेवाको लागि आएको सेवाग्राहीको नाम र महल ५ मा थर लेख्नुपर्दछ ।
६, ७	उमेर (वर्षमा)		सेवाग्राही महिला भए महल ६ र पुरुष भए महल ७ मा पूरा गरेको वर्षमा उमेर लेख्नुपर्दछ ।
८	परिवार नियोजनको साधन विवरण	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 ।

गाउँघर क्लिनिकमा दिइएको परिवार नियोजनको सेवा अनिवार्यरुपमा स्वास्थ्य संस्थामा रहेको सम्बन्धित परिवार नियोजन सेवा रजिष्टरमा अध्यावधिक गर्नुपर्नेछ ।

४.१७ प्राथमिक/सामान्य उपचार सेवा

गाउँघर क्लिनिकमा दिइएका प्राथमिक तथा साधारण उपचार सेवाहरू, जस्तैः प्राथमिक उपचार तथा अन्य सामान्य उपचारहरूका मुख्य समस्या तथा उपचार, परामर्श र रेफरको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको यस खण्डमा राखिन्छ । साथै गाउँघर क्लिनिकमा सेवा लिन आएका क्षयरोग, कुष्ठरोग, औलो रोग, कालाजार रोगका सम्भावित सेवाग्राहीहरूको रोग निक्यौंलका लागि नमूना सङ्कलन गरी प्रयोगशालामा पठाउनुपर्दछ । तर ५ वर्ष मुनिका बाल—बालिकाहरूकालाई नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा दिनुपर्ने भएकाले यस सेवामा समावेश नगरी IMNCI सेवा रजिष्टर -HMIS २.४_ को उमेर समूह अनुसारको अभिलेख गर्ने सम्बन्धित खण्डमा समावेश गर्नुपर्छ ।

मितिः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानः 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 १बाट 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	सेवालिने 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 औषधीको नाम र परिमाण, परामर्श तथा रेफरको विवरण यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ । साथै क्षय, कुष्ठ, औलो तथा कालाजारका लागि नमूना सङ्कलन गरिएको विवरण पनि यसै महलमा लेख्नुपर्दछ ।

४.१८ स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको दिन यदि समुदाय वा विद्यालयमा स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरेको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको यस खण्डमा राखिन्छ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानः गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.स.	हरेक आर्थिक वर्षका लागि १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२, ३, ४	मिति	स्वास्थ्य शिक्षा दिएको दिनको मिति गते महिना र सालमा लेख्नुपर्दछ ।
५	स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि सञ्चालन स्थान (विद्यालय/ समुदाय/अन्य)	गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको दिन दिइएको स्वास्थ्य शिक्षाको स्थान यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । विद्यालय, समुदाय वा अन्य कुन स्थान हो सोको नाम लेख्नुपर्दछ । जस्तैः 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 प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि/बिषय	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन वा स्वास्थ्य शिक्षा को के गतिविधि गरिएको हो वा कुन बिषयमा 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	अन्य केही कुरा जनाउनुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS ४.२: 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 बर्ष अवधिसम्मको अभिलेख राखिन्छ ।

रजिष्टरको नमूना तथा भर्ने तरिका:

कार्यक्षेत्रको आधारभूत सूचना

कार्यक्षेत्रमा पर्ने गाउँहरुको नाम:

१ ... ...

२ ... ...

३ ... ...

४ ... ...

५ ... ...

६ ... ...

विवरण	साल २०....
आमा समूहको बैठक बस्ने गते:	
आमा समूह सदस्य संख्या:	
कार्यक्षेत्रका जम्मा 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 मितिः	बैठक मितिः	बैठक मितिः	बैठक मितिः ... ...
सहभागी संख्या:	सहभागी संख्या:	सहभागी संख्या:	सहभागी संख्या: ... ...
छलफल गरेका विषयहरू:	छलफल गरेका विषयहरू:	छलफल गरेका विषयहरू:	छलफल 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 पुग्नेगरी १२ वटा कोठा राखिएका छन् । प्रत्येक महिनामा आमा समूहको बैठक वसेको मिति, सहभागी सङ्ख्या र छलफल गरिएका मुख्य ३ वटा विषय मात्र स्वास्थ्य कार्यकर्ता आफैंले लेखिदिनुपर्छ । स्वास्थ्य कार्यकर्ता उपस्थित हुन नसकेको बैठकमा लेख्न जान्ने कुनै व्यक्तिद्वारा अभिलेख राख्ने व्यवस्था मिलाउनुपर्दछ ।

मातृ तथा नवजात शिशु सम्बन्धी विवरण

मातृ तथा नवजात शिशु सम्बन्धि विवरण

क्र.सं.	मिति			गर्भवती महिलाको		अन्तिम रजश्वला भएको (LMP) (ग.म.सा.)			प्रसूतिको अनुमानित मिति (EDD) (ग.म.सा.)			जीवन सुरक्षा परामर्श दिएको		स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जांच गरेको पटक (आँ 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	२	१	१	१	१	१	१	१	१	

आईरन चक्की*				प्रसूति भएको स्थान*			शिशुको जन्म अवस्था*		स्वास्थ्यकर्मीले नवजात शिशु संगै सुत्केरी महिलाई जांच गरेको*					परिवार नियोजन साधन प्रयोग गरेको*		कैफियत
गर्भावस्थामा १८० चक्की		सुत्केरी पश्चात ४५ चक्की							२४ घण्टा भित्र	३ दिनमा	७-१४ दिनमा	४२ दिनमा	अन्य			
पाएको	नपाएको	पाएको	नपाएको	घर	संस्था	अन्य	जीवित	मृत						गरेको	नगरेको	
२०	२१	२२	२३	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२		३३	३४	३५	३६	३७
१	२	१	२	१	२		१	२	१	२		३	४	१	२	
१	२	१	२	१	२		१	२	१	२		३	४	१	२	
१	२	१	२	१	२		१	२	१	२		३	४	१	२	
१	२	१	२	१	२		१	२	१	२		३	४	१	२	
१	२	१	२	१	२		१	२	१	२		३	४	१	२	

भर्ने तरिका:

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक आ.व. मा १बाट सुरु गरी सेवाग्राही अनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२,३,४	मिति	गर्भवती महिलालाई पहिलो पटक भेट गर्दाको मिति महल २ मा गते, महल ३ मा महिना र महल ४ मा साल लेख्नुपर्दछ । महिला सामुदायिक स्वास्थ्य सेविका कार्यक्रमको प्रतिवेदन गर्दा पहिलो पटक भेट गरेको महिलाको संख्या मात्र उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
५,६	गर्भवती महिलाको नाम, थर र उमेर	प्रत्येक आ.व. का लागि दर्ता महल ५ मा गर्भवती महिलाको नाम, थर एवं महल ६ मा उनको उमेर पूरा भएको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
७,८,९	आखिरी रजस्वला भएको पहिलो दिनको (LMP) मिति	गर्भवती महिलालाई उनको अन्तिम पटक महिनाबारी कहिले भएको सो को मिति महल ७, ८, ९ मा क्रमशः गते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०,११,१२	प्रसव अनुमानित (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 ३.५) बाट उतारी महल १०,११,१२ मा क्रमशः गते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१३,१४	जीवन सुरक्षा परामर्श दिएको	गर्भवती महिलालाई जीवन सुरक्षासम्बन्धी परामर्श दिएको भएमहल १३ को १ मा र नदिएको भएमहल १४ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१५—२३	स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको पटक (औं महिनामा)	गर्भवती महिलालाई सोधेर वा उनले गर्भ जाँच गराएको कार्ड हेरेर उनले कुन—कुन हप्तामा गर्भ जाँच गराएकी छिन्, सोही अनुसार महल नं. १५ देखी २३ सम्ममा रहेको १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । महल १५ देखि २२सम्म उल्लेख भएका हप्ता बाहेक अन्य महिनामा जँचाएको पाइएमा महल २३ मा महिना अङ्कमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२४, २५	आइरन चक्की गर्भावस्थामा १८० चक्की	गर्भवती महिलाले गर्भावस्थामा १८० चक्की आइरन पाएको भए महल २० को पाएको १ मा र नपाएको भएमहल २१ को नपाएको २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । उक्तविवरण गर्भावस्थाको अन्तिम महिनापछि सोधी भर्नुपर्दछ ।
२६, २७	आइरन चक्की सुत्केरी पछि ४५ चक्की	सुत्केरी महिलाले सुत्केरीपछि ४५ चक्की आइरन पाएको भए महल २२ को पाएको १ मा र नपाएको भए महल २३ को नपाएको २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । उक्त विवरण सुत्केरी भएपछि सोधी भर्नुपर्दछ।
२८,२९,३०	प्रसूति भएको स्थान	महिला सुत्केरी भएको स्थान घर वा संस्था भए क्रमशः २६ को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए २७ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल २८ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३१, ३२	शिशुको जन्म अवस्था	शिशु जन्मने बेला जीवित भए महल २९ को १ मा र मृत भए महल ३० को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
३३— ३७	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 ।
३८—३९	परिवार नियोजनको साधन प्रयोग	सुत्केरी महिलाले परिवार नियोजनका साधन अपनाएको भएमहल ३५ को १ मा र जगरेको भएमहल ३६ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
४०	कैफियत	अन्य केही कुरा जनाउनुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

मातृ मृत्यु विवरण

मातृ मृत्यु विवरण

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

क्र.सं.	मृतक महिलाको नाम	उमेर (वर्षमा)	मृत्यू हुँदाको अवस्था*			मृत्यु भएको मिति			प्रसुति भएको स्थान*			मृत्यु भएको स्थान*			कैफियत
			गर्भवती	प्रशव	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 बाट सुरु गरी सेवाग्राही अनुसार 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 ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
३	उमेर (वर्षमा)	प्रत्येक आ. व. का लागि दर्ता 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 भए महल ६ को ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
७, ८, ९	मृत्यु भएको मिति	मृतक महिलाको मृत्यु भएको मिति महल ७, ८, ९ मा क्रमशः गते, 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 मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल १२ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१३, १४, १५	मृत्यु भएको स्थान	मृतक महिला मृत्यु भएको स्थान घर भए क्रमशः १३ को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए १४ को २ मा गोलो 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 (३७ हप्ता भन्दा कम)	कम तौल (२५०० ग्राम भन्दा कम)	सामान्य	अन्य		निसास्सि-एको	छिताइग	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		

भर्ने तरिकाः

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 नवजात शिशुको 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 भएमहल ८ को १ वा स्वास्थ्य संस्थाभए ९ को २ मा गोलो 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 भएमहल १२ को २ र सामान्य भए महल १३ को ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य भए महल १४ मा खुलाउनु पर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
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 निसास्सिएको भएमहल १६ को १ मा, शीताङ्ग भएको भए १७ को २ मा र सङ्क्रमण भएको भए १८ को ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ तर यी कारणहरू बाहेक अन्य कारणले मृत्यु भएको भए अन्यको महल १९ मा खुलाउनुपर्दछ ।
२०, २१, २२	मृत्यु भएको स्थान	मृतक शिशु मृत्यु भएको स्थान घर भए क्रमशः २० को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए२१ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल २२ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२३	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनु पर्नेभए यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

२८ दिनदेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूको मृत्यु विवरण

२८ दिन देखि ५९ महिना सम्मको बच्चाहरु 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

भर्ने तरिकाः

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक अ. व. मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राही अनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	मृतक बच्चाको नाम, थर	मृतक बच्चाको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
३	मृतक बच्चाका आमा-बुबाको नाम, थर	मृतक बच्चाको आमा वा बुबा, 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 जस्तैः निमोनिया, पखाला, आदि ।
९	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनुपर्ने भए कैफियत महलमा लेख्नुपर्दछ ।

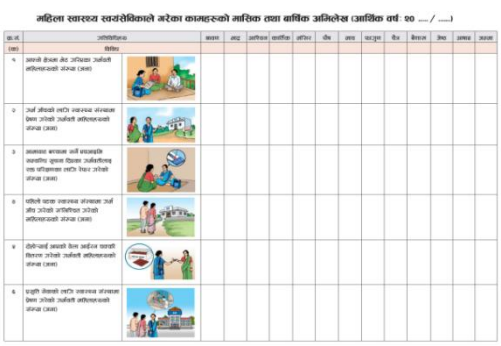
<u>महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले सेवा पुर्याएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्याः</u> यस प्रयोजनको लागि जम्मा १२ कोठाहरूको व्यवस्था गरिएको छ । १ जना सेवाग्राहीलाई सेवा दिनासाथ सोही महिनाको कोठामा धर्सो तानी सम्बन्धित सेवामा पनि धर्सो तान्नु पर्दछ । महिनाको अन्त्यमा स्वास्थ्यकर्मीको सहयोगले जम्मा अंक सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ । एक जना सेवाग्राहीलाई जति वटा सेवा दिएको भए पनि यस महलमा सम्वन्धित महिनामा एउटा मात्रै धर्सो तान्नु पर्दछ। स्वास्थ्य संस्थाको मुलदर्ता रजिष्टर जस्तै मान्नु पर्दछ।

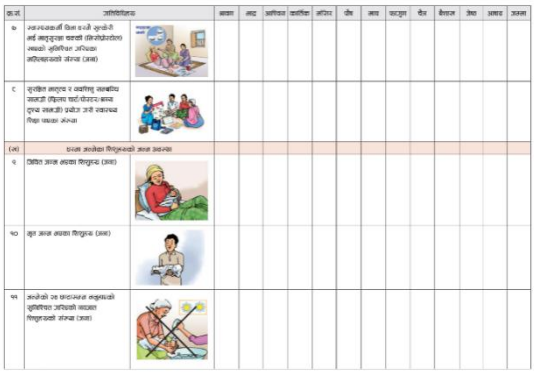
महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले सेवा पु-याएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्या

महिना	सेवाग्राही	जम्मा	महिना	सेवाग्राही	जम्मा	महिना	सेवाग्राही	जम्मा
श्रावण			मंशिर			चैत्र		
भाद्र			पौष			बैशाख		
आश्वीन			माघ			जेष्ठ		
कार्तिक			फाल्गुण			आषाढ		

<u>नवशिशु स्याहार कार्यक्रमः</u> यो खण्ड नवशिशु स्याहार कार्यक्रम लागू भएको जिल्लाका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले मात्र भर्नुपर्दछ ।

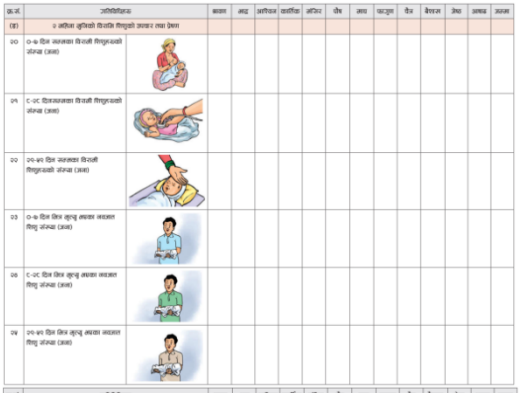
महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले गरेका कामहरूको मासिक तथा वार्षिक अभिलेख रजिष्टरको नमुनाः

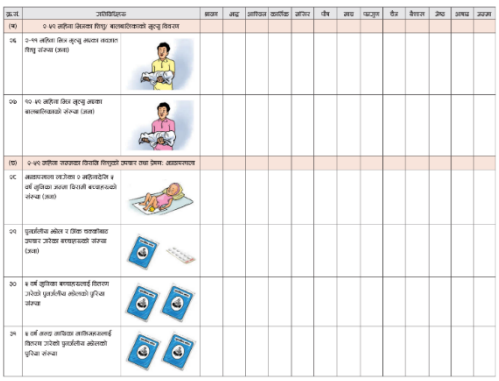


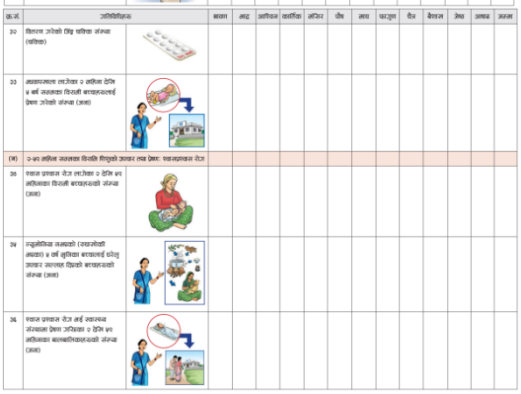




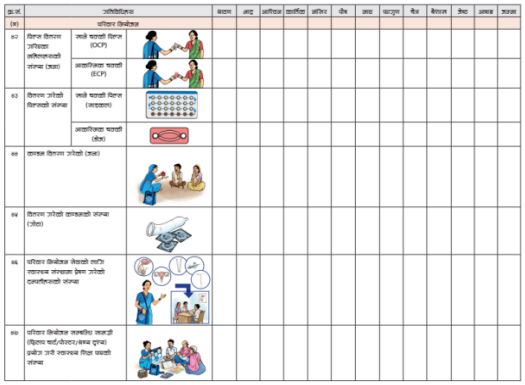


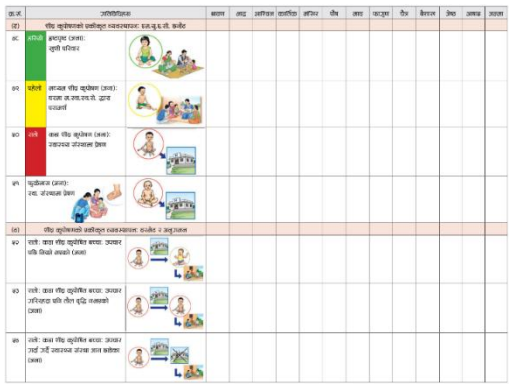


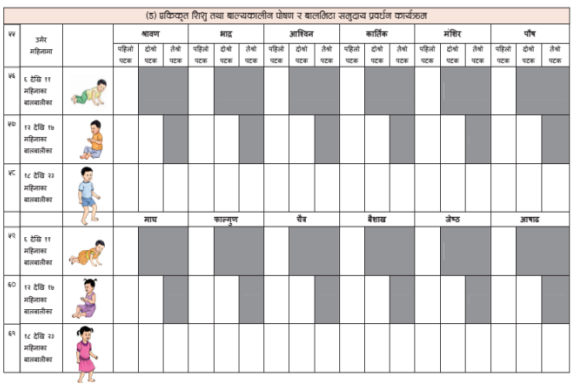


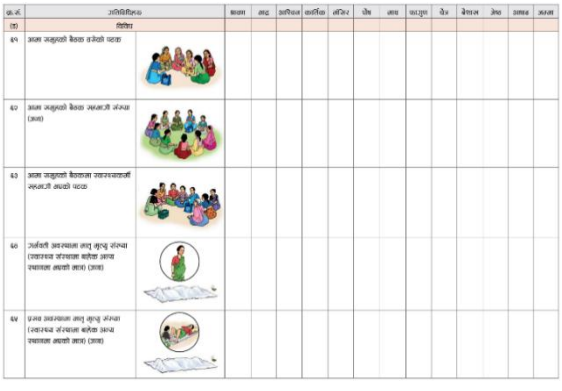




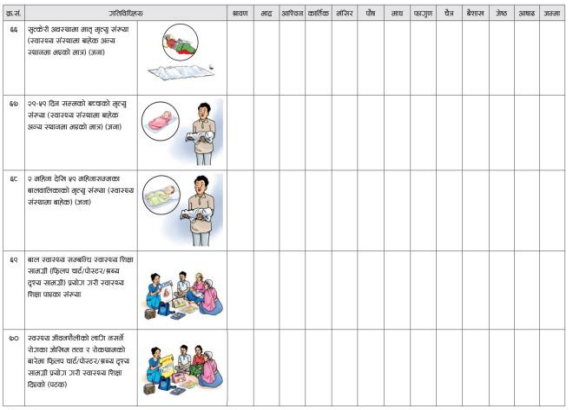


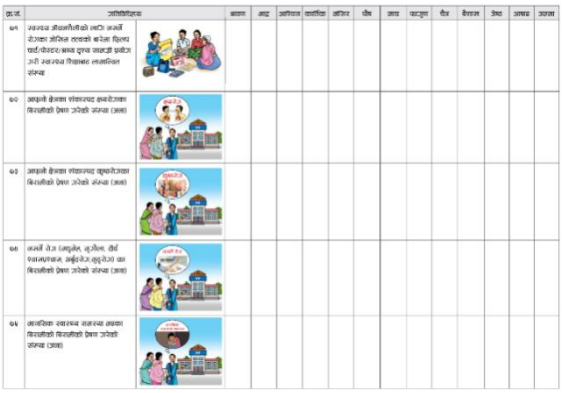


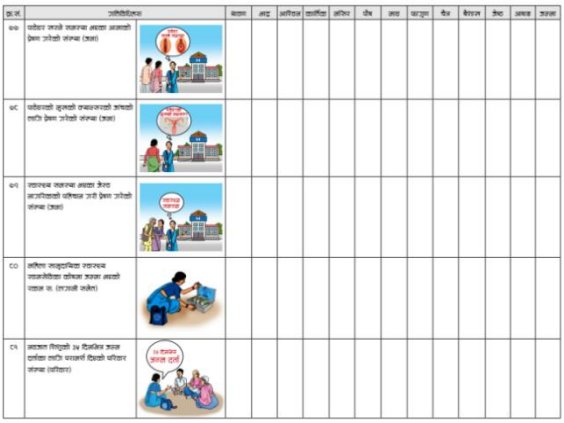


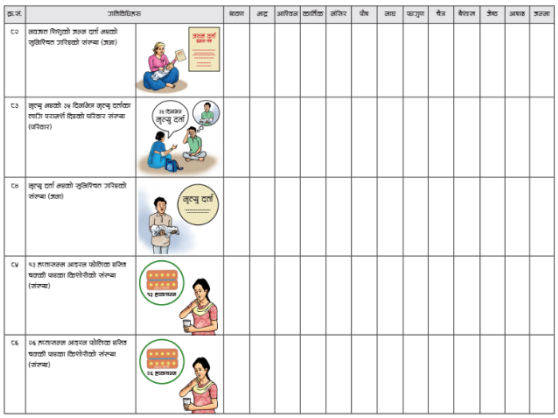












महिला स्वास्थ्य सामुदायिक स्वयंसेविकाले समुदायमा सेवाग्राहीहरूलाई दिएको सेवाको इकाई (जना, पटक, पुरिया, चक्की, साइकल, दम्पती) अनुसार यो फारामको सम्बन्धित महलमा प्रत्येक पटक सेवा दिएको पटकलाई ठाडो धर्को तानी प्रगति जनाउनुपर्दछ । महिनाको अन्तमा स्वास्थ्यकर्मीहरूले प्रतिवेदन सङ्कलन गर्ने समयमा प्रत्येक सेवाको मासिक जम्मा संख्या गणना गरी अङ्कमा लेख्नुपर्दछ । सोही संख्या महिला सामुदायिक स्वयंसेविकाको मासिक प्रगति समायोजन फाराम (HMIS ९.१) को सम्बन्धित महलहरूमा उतार गर्नुपर्दछ ।

किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेख

आफ्नो कार्यक्षेत्रभित्रका विद्यालय नजाने किशोरीहरूलाई आइरन फोलिक एसिड वितरण गरेको भए सो को अभिलेख रजिष्टरको अन्तिम पानामा रहेको **किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेख** फाराममा भर्नु पर्दछ र वितरण गरिएको जम्मा संख्या यस रजिष्टरको पाना नं २५ को क्रम संख्या ८५ (१३ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या) र क्रम संख्या ८६ (२६ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या) मा चढाउनुपर्दछ । यहि प्रतिवेदनका आधारमा स्वास्थ्य संस्थाले पोषण रजिष्टर अन्तर्गतको **किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम** अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेख

महिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाको नाम :..... प्रदेश :.....

महा/उप/न.पा/गाउपालिकाको नाम:..... वडा नं:.....

साल:..... वडा स्थित विद्यालय नगएने किशोरीहरुको संख्या: .....

क.सं.	किशोरीको नाम	उमेर समूह (वर्षमा)		पहिलो चरण (श्रावण देखि असोज सम्म) हप्ता													१३ हप्ता खाएको	दोस्रो चरण (माघ देखि चैत्र सम्म) हप्ता													२६ हप्ता खाएको	कैफियत
		१०-१४	१५-१९	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३		
जम्मा																																

भर्ने तरिका:

१. यो फाराम महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाले आफ्नो वडामा रहेका विद्यालयन जाने किशोरीहरूलाई आईरन फोलिक एसिड खुवाएको बारेमा अभिलेख राख्ने फाराम हो ।

२. प्रत्यक चरण (श्रावण देखि असोजसम्म वा माघ देखि चैत्रसम्म) को वितरण कार्य सकिएपछि महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाले यो फाराम सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा देखाई प्रतिवेदन बुझाउने । महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविकाले प्रतिवेदन बुझाउनको लागि छुट्टै फाराम भर्न जरुरी छैन ।

३. स्वास्थ्य संस्थाले प्रत्येक चरणको वितरण पछि महिला स्वास्थ्य स्वयम् सेविकाबाट नियमित प्रतिवेदन लिने समयमा यस फारामबाट तथ्याङ्क स्वास्थ्य संस्था र पालिका स्तरीय प्रतिवेदन फाराममा उतार गर्ने र यो फाराम अर्को चरणको वितरणको लागि म.स्वा.स्व.से. सँग नै रहन दिने ।

४. उमेर समूह (बर्षमा) भन्ने महलमा किशोरीको पूरा भएको उमेर लेख्नुपर्दछ र पहिलो पटक नामदर्ता गर्दाखेरि कतिबर्ष पूरा भएको हो, सो उमेरलाई आधार मानी सम्बन्धित कोष्ठमा √ मार्क लगाउने ।

४.क. '१०-१४ बर्षः १० बर्ष पूरा भएदेखि १४ बर्ष ११ महिना ३० दिनसम्मको किशोरीहरू (९ बर्ष ११ महिना ३० दिनभन्दा कम उमेरका किशोरीहरूलाई कार्यक्रममा समावेश नगर्ने) ।

४.ख. '१५-१९ बर्षः १४ बर्ष पूरा भएदेखि १८ बर्ष ११ महिना २९ दिनसम्मको किशोरीहरू (१९ बर्ष भन्दामाथिका किशोरीहरूलाई कार्यक्रममा समावेश नगर्ने)।

५. 'श्रावणदेखि असोजसम्म महलको हप्ताअन्तर्गतको १३ वटा महलहरुमा १ देखि १३ लेखिएको महलहरुमा किशोरीले आईरन फोलिक एसिड चक्कि खाएको हप्तामुनिको कोष्ठमा √ मार्क लगाउने । त्यसैगरी माघ देखि चैत्रसम्म महल अन्तर्गतको १ देखि १३ हप्ता मुनिको कोष्ठमा पनि √ मार्क लगाउने ।यदि कारणवश किशोरीले कुनै हप्ता आईरन फोलिक एसिड चक्कि खान छुटेको छ भने सो हप्ता अन्तर्गतको कोष्ठमा '-' मार्क लगाउने ।

६. '१३ हप्ताखाएको महल मा यदि किशोरीले पहिलो चरणमा हरेक हप्ता एक मात्रा खाएर पूरा १३ हप्ता खाएको छ भने √ मार्क लगाउने । अन्यथा '-' मार्क लगाउने ।

७. २६ हप्ता खाएको महलमा यदि किशोरीले पहिलो चरण र दोश्रो चरणमा हरेक हप्ता एक-एक मात्रा खाएर पूरा २६ हप्ता खाएको छ भने √मार्क लगाउने । अन्यथा '-' मार्क लगाउने ।

८. जम्मा महलको लाइनमा निम्न महलहरूको जम्मा संख्या लेख्ने:

८.क. उमेर समूहको १०-१४ र १५-१९ बर्षका किशोरीहरूको छुट्टाछुट्टै जम्मा संख्या,

८.ख. १३ हप्ताखाने किशोरीहरूको जम्मा संख्या,

८.ग. २६ हप्ताखाने किशोरीहरूको जम्मा र्संख्या ।

HMIS ४.३: राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर

(Vitamin A Register)

(महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले भर्नका लागि)

हरेकवर्षको दुई पटक (वैशाख र कार्तिकमा) राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम सञ्चालन गरिन्छ । त्यस कार्यक्रममा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू मार्फत ६ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बालबालिकाहरूलाई भिटामिन ए क्याप्सुल र १२ महिना देखि ५९ महिनासम्मका 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 खुवाउनु भन्दा 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 भन्ने बारेमा छलफल गरी कामको बाँडफाँड गर्ने । जस्तैः

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 लेखुपर्दछ ।

ग) हरेक पटक क्याप्सुल खुवाउनुभन्दा अगाडि ६ महिना पुगेको बच्चाको नाम रजिष्टरमा लेखुपर्दछ र ५ वर्ष नाघेका बच्चाको नाम रजिष्टरबाट हटाउने ।

घ) अन्यत्रबाट बसाईँसराईँ गरी आउने परिवारमा ६ महिनादेखि ५ वर्ष उमेरभित्रको बच्चा रहेछ भने ती बच्चाको नाम पनि रजिष्टरमा थप्ने ।

ङ) क्याप्सुल खुवाउने दिनकुनै नयाँ बच्चाआएमा त्यस बच्चाको नाम रजिष्टरमा लेखि भिटामिन "ए" खुवाउने ।

२. क्याप्सुल खुवाउने समयमाः

क) क्याप्सुल खुवाउने ठाउँमा पोषण शिक्षा दिनका लागि पनि ठाउँ बनाउने । पोषण शिक्षा दिने ठाउँमा पोष्टरहरू टाँस्ने, गाउँमा सजिलै उपलब्ध हुने हरिया सागपातहरू र पहेंला फलफूलहरू ल्याई प्रदर्शन गर्ने । माथि उल्लेख गरिएका व्यक्तिहरू मध्ये शिक्षक वा अगुवा कृषकको सहयोगमा फ्लिप 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. मा ठीक चिन्ह(√) लगाउने ।

घ) १ वर्षदेखि ५ वर्षसम्मका सबै बालबालिकालाई क्याप्सुल खुवाउने दिन जुकाको औषधी दिई बच्चाको नाम अनुसार क्र.सं. मा गोलो चिन्ह (०) लगाउने ।

ङ) अर्को पटक क्याप्सुल कुन महिनामा कति गते खुवाउने हो ? स्पष्टसँग बुझ्ने गरी बताएर पठाउने ।

३. क्याप्सुल खुवाइ सकेपछिः

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

स्वास्थ्यकर्मीहरूका लागि निर्देशिकाः

१. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टरबाट हरेक पटक क्याप्सुल खुवाएपछि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताले सोको अभिलेख पोषण रजिष्टरको भिटामिन ए, जुकाको औषधी र आइरन बितरण खण्डमा (HMIS २.३२) चढाउनुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूनाः

राष्ट्रिय भिटामिन "ए" कार्यक्रम रजिष्टर

वर्षः		महिनाः		वर्षः		महिनाः	

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

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

महल नं ५ थप गर्ने १५ (महिनामा दादुरा रुबेलाको खोप लिएको नलिएको)

रजिष्टर भर्नेतरिकाः

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	भिटामिन ए अभियानमा सहभागी बालबालिकाहरूका लागि प्रत्येक अभियानमा १ बाट 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 ।
५	१५ महिनामा दादुरा रुबेलाको खोप लिएको नलिएको	१५ महिना भित्र दादुरा रुबेला खोपको लिएको नलिएको यकिन गरी लिएको भए १ र नलिएको भए २ लेख्ने

HMIS ४.४: 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 गतिविधिहरू (अन्तरक्रिया, पैरवी आदि) को अभिलेख राख्न यो रजिष्टर प्रयोग गर्नुपर्दछ । गाउँघर क्लिनिक मार्फत प्रदान गरिएका स्वास्थ्य शिक्षाको विवरणलाई पनि यस रजिष्टरमा उतार गरी अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना

स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर

क्रम संख्या	मिति			स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि संचालन स्थान (विद्यालय/समुदाय/अन्य)	स्वास्थ्य प्रवर्धन 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						

सहभागी संख्याको महल भन्दा अगाडी सेसन संख्याको लागि महल थप गर्नुपर्ने

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम/ सेसनको अभिलेख राख्दा प्रत्येक महिना संख्या १ बाट सुरु गरी क्रमश लेख्दै जानुपर्छ ।
२-४	मिति	मिति गते, महिना र सालमा लेख्नु पर्दछ।
५	स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि सञ्चालन स्थान (विद्यालय/समुदाय/अन्य)	स्वास्थ्य शिक्षा सञ्चालन भएको स्थान विद्यालय, समुदाय वा अन्य स्थान (जस्तै हाटबजार, आमा समूह, कलकारखाना आदि) कहाँ हो? यस महलमा खुलाउनु पर्दछ । सो स्थानको पूर्ण विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै यदि स्वास्थ्य शिक्षा सेसन विद्यालयमा भएको हो भने विद्यालयको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ । साथै एक पटकको सेसन सञ्चालन गर्दा एउटा लहरमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । यदि एकै दिनमा एकै संस्थामा २ वा सो भन्दा बढी सेसन सञ्चालन गरिएको भए अलग अलग लहरमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । तर सोही व्यक्ति २ वा २ भन्दा बढी सेसनमा सहभागी भएको भए पहिलो सहभागीको संख्यामा मात्र उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
६	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि/बिषय	यस महलमा स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षाका लागि कस्तो गतिविधि सञ्चालन गरिएको हो र कुन बिषयमा सञ्चालन गरिएको हो भन्ने खुलाउनु पर्दछ ।
७—९	सहभागी संख्या	स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम वा गतिविधि विद्यालय, समुदाय वा अन्य कुन स्थानमा भएको हो सोही महलमा जम्मा सहभागी संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०	स्वास्थ्य शिक्षा सेवा प्रदायकको पुरा नाम थर	यस महलमा स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान 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। यद्यपि स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमको अन्य व्यवस्थापन गरेको भएपनि स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गर्न प्रत्यक्ष संलग्न भएको भए उक्त सेवा प्रदायकको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुहुँदैन ।

♦♦♦♦♦

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

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

HMIS ५.१: औलो, कुष्ठरोग र कालाजार नमूना सङ्कलन फाराम

HMIS ५.२: औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर

HMIS ५.३: औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर

HMIS ५.४: कुष्ठरोग परीक्षण 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 जाँच रजिष्टर

HMIS ५.९: नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर

HMIS ५.१०: ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम रजिष्टर

HMIS ५.१: औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमूना सङ्कलन फाराम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form)

स्वास्थ्य संस्था वा गाउँघर क्लिनिकमा प्रयोगशाला परीक्षणका लागि सङ्कलन गरिएका नमूनाहरू एकमुष्ट प्रयोगशालामा परीक्षण गर्न नमूना सङ्कलन गरी पठाउन र प्रयोगशाला जाँच भएपछि नतिजा लेखि फिर्ता पठाउन यस फारामको प्रयोग गरिन्छ । यस फाराम अन्तर्गत दुई भाग रहेका छन्। भाग १ स्वास्थ्य संस्थाले विवरण लिइ राख्नु पर्दछ र भाग २ नमूनासँगै प्रयोगशालामा पठाउनु पर्दछ। भाग २ को महल १ देखि १३ सम्म परीक्षणको लागि पठाउने निकायले भर्नुपर्दछ भने महल १४ देखि ३० सम्म प्रयोगशालाले भर्नुपर्दछ । प्रयोगशालाले परीक्षणको नतिजा सहित सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा फाराम फिर्ता पठाउनु पर्दछ।

फारामको नमुनाः

औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण

स्वास्थ्य सस्थाको नामः ठेगानाः जिल्लाः नगर/गाउँपालिका : भाग १

दर्ता नं.	स्लाइड संकलन मिति			सेवाग्राहीको			उमेर		ठेगाना		सम्पर्क नं.	घरमुलीको नाम	सेवा			स्लाईड नम्बर	श्रोत		औलोको संकास्पद/ सम्भावित उपचार
	ग	म	सा	नाम	थर	जाती कोड*	महिला	पुरुष	नगर/ गाउँपालिका	वडा नं.			औलो	कुष्ठरोग	कालाजार		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 सस्थाको नामः ठेगानाः जिल्लाः नगर/गाउँपालिका : भाग २

दर्ता नं.	सेवाको प्रकार	स्लाइड संकलन मिति			सेवाग्राहीको			उमेर		स्लाईड नम्बर	श्रोत		प्रयोगशाला परीक्षण						परिणाम										कैफियत
		ग	म	सा	नाम	थर	जाती कोड*	महिला	पुरुष		ACD	PCD	पुरेको मिति			जाँच मिति			औलो			कुष्ठ					कालाजार		
													ग	म	सा	ग	म	सा	जात	असरथ	प्रकार	EL(R)	EL(L)	L1	L2	B I	+ve	-ve	
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	
											1	2															1	2	

फाराम भर्ने तरिकाः भाग एक (Part I)

स्वास्थ्य संस्थाको नामः स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

ठेगानाः जिल्ला र नगर/गाउँपालिकाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	दर्ता नं.	नमूना सङ्कलन गरिएको दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ र एक आर्थिक वर्षका लागि १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२-४	स्लाइड सङ्कलन मिति	स्लाइड सङ्कलन गरेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५-६	सेवाग्राहीको नाम, थर	सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
७	जाति कोड	सेवा लिन आएको व्यक्तिको जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।
८-९	उमेर (महिला, पुरुष)	सेवा लिने व्यक्ति महिला भए महल ८ मा र पुरुष भए महल ९ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।

१०-११	ठेगाना		महल १० मा सेवा लिन आएको व्यक्ति बस्ने गा.पा./न. पा. को नाम र महल ११ मा वडा नम्बर लेख्नुपर्दछ । अन्य जिल्लाका हकमा जिल्ला समेत उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१२	सम्पर्क नं.		सेवा लिने व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१३	घरमूलीको नाम		सेवा लिने व्यक्तिको घरपरिवारको मुख्य व्यक्ति/अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
१४-१६	सेवा	औलो	औलो रोग परीक्षणको लागि नमूना सङ्कलन गरिएको भए महल १४ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
		कुष्ठरोग	कुष्ठरोग परीक्षणको लागि नमूना सङ्कलन गरिएको भए महल १५ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
		कालाजार	कालाजारको रोग परीक्षणको लागि नमूना सङ्कलन गरिएको भए महल १६ को ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१७	स्लाइड नम्बर		औलो र कालाजारको सङ्कलन गरिएको नमूना स्लाइडको नम्बर हरेक आ.व. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ। कुष्ठरोगको स्लाइड भएमा स्लाइड नं. का साथै Specimen {Right Earlobe (EL(R)), Left Earlobe (EL(L)), Lesion १ (L१), Lesion २ (L२)} कुन हो, सो उल्लेख गरी लेख्नुपर्दछ।
१८-१९	स्रोत	ACD	Active Case Detection (ACD) बाट अर्थात स्वास्थ्यकर्मी बिरामी खोज्दै बिरामीको घरदैलोसम्म पुगेर स्लाइड सङ्कलन गरेको भए महल १८ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
		PCD	Passive Case Detection (PCD) बाट अर्थात बिरामी स्वयं स्वास्थ्य संस्थामा गएको बेला स्लाइड सङ्कलन भएको भए महल १९ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।

भाग दुई (Part २)

स्वास्थ्य संस्थाको नामः स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ।

ठेगानाः जिल्ला र स्थानीय तहको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल	महल शीर्षक		निर्देशन
१	दर्ता नं.		नमूना सङ्कलन गरिएको दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ र एक आर्थिक वर्षका लागि १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	सेवाको प्रकार		सङ्कलन गरेको नमूना औलो रोगको भए औलो, कुष्ठरोगको भए कुष्ठ र कालाजार रोगको भए कालाजार यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
३-५	स्लाइड सङ्कलन मिति		स्लाइड सङ्कलन गरेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६-७	सेवाग्राहीको नाम, थर		सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम महल ६ मा र थर महल ७ मा लेख्नुपर्दछ ।
८	जाति कोड		सेवा लिन आएको व्यक्तिको जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।
९-१०	उमेर (महिला, पुरुष)		सेवा लिने व्यक्ति महिला भए महल ९ मा र पुरुष भए महल १० मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
११	स्लाइड नम्बर		माथि उल्लेखित भाग १ मा उल्लेख भएको बमोजिमको स्लाइड नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
१२-१३	स्रोत	ACD	Active Case Detection बाट अर्थात स्वास्थ्यकर्मी बिरामी खोज्दै बिरामीको घरदैलोसम्म पुगेर स्लाइड सङ्कलन गरेको भए महल १२ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
		PCD	Passive Case Detection बाट अर्थात बिरामी स्वयं स्वास्थ्य संस्थामा गएको बेला स्लाइड सङ्कलन भएको भए महल १३ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।

१४-१९	प्रयोगशाला परीक्षण		
	पुगेको मिति		प्रयोगशालामा नमूना पुगेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	जाँच मिति		प्रयोगशालामा नमूना जाँच गरेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२०-२९	परिणाम		महल २० देखि २९ सम्म प्रयोगशाला परीक्षणको परिणामहरूका बारेमा लेख्नुपर्दछ ।
२०-२२	औलो	जात	औलोको जात *Plasmodium Vivax* भएमा PV, *Plasmodium falciparum* भएमा Pf र *Plasmodium vivax* र *Plasmodium falciparum* दुवै मिश्रित भएमा P-mix तथा *Plasmodium ovale*, and *Plasmodium malariae* र *Plasmodium knowlesi* भएमा अन्य लेख्नुपर्दछ।
		अवस्था	औलोको परजीवी जीवन चक्रको कुन अवस्थामा छ सोही अनुसार अवस्था लेख्नुपर्दछ ।
		घनत्व	औलोको परजीवीको घनत्व कति छ सोही अनुसार घनत्व लेख्नुपर्दछ ।
२३-२७	कुष्ठरोग		महल २३ देखि २७ सम्म कुष्ठरोगको specimen का बारेमा लेख्नुपर्दछ । परीक्षणपछि प्रत्येक भागको नतिजा घनत्वसहित सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । Right Earlobe (EL(R)) भएमा महल २३ मा, Left Earlobe (EL(L)) भएमा महल २४ मा, Lesion १ (L१) भएमा महल २५ मा, Lesion २ (L२) भएमा महल २६ मा र Total Bacterial Index (BI) निकाली महल २७ मा BI लेख्नुपर्दछ ।
२८—२९	कालाजार		कालाजार परिक्षणको नतिजा पोजेटिभ भए महल २८ को कोड १ मा र नेगेटिभ भए महल २९ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
३०	कैफियत		माथि दिइएका बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ र साथै ल्याब नं. समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS ५.२: औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर

(Malaria, Leprosy, and Kala-azar Laboratory Register)

औलो, कुष्ठरोग र कालाजार रोगको नमूना परीक्षण गरी सो को परिणामको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। औलो, कुष्ठरोग 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 लगाउनु पर्दछ ।

रजिष्टरको नमूनाः

औलो, कुष्ठ र कालाजार रो

साल र महिनाः सेवाः औलो = १ कुष्ठरोग = २ कालाजार = ३

क्र.सं	बिरामीको			उमेर		ठेगाना			सम्पर्क नं.	अभिभावकको नाम	श्रोत	
	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
											१	२

गको प्रयोगशाला रजिष्टर

परिक्षण विधि	रक्त परिक्षण मिति			नतिजा	परिणाम									प्रमाणित गर्नेको सही	कैफियत
Microscopy/RDT/BM/SP/RK39*					औलो			कालाजार		कुष्ठरोग					
स्लाइड नं.	ग	म	सा		जात	अवस्था	घनत्व	+Ve	-Ve	EL(R)	EL(L)	L1	L2		
१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९
								१	२						
								१	२						

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

साल र महिनाः पानाको शिरमा वर्ष र महिना लेख्नुपर्दछ । केही लहर प्रयोग गर्न बाँकी भए अर्को महिनाको नाम लेखि क्रमशः प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
१	क्र.सं.		प्रत्येक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२—३	बिरामीको नामथर		सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४	जाति कोड		सेवा लिन आएको व्यक्तिको जाति कोड यस निर्देशिकाको पछाडि उल्लेख गरिए अनुसार लेख्नु पर्छ ।
५	उमेर (महिला, पुरुष)		सेवा लिने व्यक्ति महिला भए महल ५ मा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
६			सेवा लिने व्यक्ति पुरुष, भए महल ६ मा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
७—९	ठेगाना		महल ७ मा सेवा लिन आएको व्यक्ति बस्ने जिल्लाको नाम, महल ८ मा नगर/गाउँपालिकाको नाम र महल ९ मा वडा नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि सेवा लिने व्यक्ति विदेशी नागरिक भए जिल्लाको महलमा देशको नाम उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०	सम्पर्क नं.		सेवा लिने व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ । सेवालिने व्यक्तिको सम्पर्क नम्बर नभएमा अभिभावक वा नजिकको आफन्तको नम्बर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
११	अभिभावकको नाम		सेवा लिने व्यक्तिको परिवारको मूली वा अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
१२	स्रोत	ACD	Active Case Detection बाट अर्थात स्वास्थ्यकर्मी शंकास्पद बिरामी खोज्दै बिरामीको घरदैलोसम्म पुगेर रक्त नमूना संकलन (स्लाइड वा RTD) गरेको भए महल १२ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
१३		PCD	Passive Case Detection बाट अर्थात शंकास्पद बिरामी स्वास्थ्य संस्थामा नै आई रक्त नमूना संकलन (स्लाइड वा आर.डी.टि) गरेको भए महल १३ को २ मा गोलो लगाउनु पर्छ ।
१४	परीक्षण विधि र स्लाइड नम्बर		औलोरोगको परीक्षण Microscopic विधिवाट गरिएको भए १, RDT बाट गरिएको भए २, Microscopic र RDT दुवै विधिवाट गरिएको भए ३ तथा र कालाजारको परीक्षण Bone marrow smear (BM) बाट गरिएको भए ४, Serum Protein Electrophoresis test (SP) बाट गरिएको भए ५ र rk-३९ बाट गरिएको भए ६ कोड नम्वर उल्लेख गरि स्लाइड नम्बर हरेक आ.व. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ। कुष्ठरोगको हकमा Specimen: EL(R), EL(L), L१, L२) कुन हो, सो उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१५—१७	रक्त परीक्षण मिति		रक्त परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।
१८	नतिजा		रक्त परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ भए पोजेटिभ र नेगेटिभ भए नेगेटिभ लेखुपर्दछ ।
१९-२७	परिणाम		महल १९ देखि २७ सम्म प्रयोगशाला परीक्षणको परिणामहरूका बारेमा लेखुपर्दछ ।
१९—२१	औलो	जात	औलोको जात *Plasmodium Vivax* भएमा PV, *Plasmodium falciparum* भएमा Pf र *Plasmodium vivax* र *Plasmodium falciparum* दुवै मिश्रित भएमा P-mix तथा *Plasmodium ovale*, and *Plasmodium malariae* र *Plasmodium knowlesi* भएमा अन्य लेखुपर्दछ।
		अव स्था	औलोको परजीवी जीवन चक्रको कुन अवस्थामा छ सोही अनुसार अवस्था लेखुपर्दछ ।
		घनत्व	औलोको परजिविको घनत्व कति छ सोही अनुसार घनत्व लेखुपर्दछ ।
२२-२३	कालाजार (पोजेटिभ, नेगेटिभ)		कालाजार परिक्षणको नतिजा पोजेटिभ भए महल २२ को १ मा र नेगेटिभ भए महल २३ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
२४—२७	कुष्ठरोग		महल २४ देखि २७ सम्म कुष्ठरोगका specimen का बारेमा लेखुपर्दछ । परीक्षण पछि प्रत्येक भागको नतिजा घनत्व सहित सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ । Right Earlobe (EL(R)) भएमा महल २४ मा, Left Earlobe (EL(L)) भएमा महल २५ मा, Lesion १ (L१) भएमा महल २६ मा र Lesion २ (L२) भएमा महल २७ मा लेखुपर्दछ ।
२८	प्रमाणित गर्नेको सही		प्रमाणित गर्ने व्यक्तिले सही गर्नुपर्दछ ।
२९	कैफियत		माथि दिइएको बाहेक अन्य केही (जस्तै Relapse case इत्यादि) खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेखुपर्दछ र साथै ल्याब नं. समेत यस महलमा लेखुपर्दछ ।

HMIS ५.३: औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर

(Malaria and Kalazar Treatment Register)

औलो तथा कालाजार रोग प्रमाणित भएका तथा सम्भावित रोगीहरूको नाम दर्ता गरी निदान, उपचार, फलोअप आदिको विस्तृत विवरणहरूको 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" भनी निदान भएका बिरामीहरूको पनि यस रजिष्टरमा अनिवार्य दर्ता गरी उपचार गर्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूनाः

औलो तथा कालाजार

क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	मिति			बिरामीको											सोत		गर्भवती	निदान विधि				निदान मिति		
					नाम	थर	जाति कोड	उमेर		ठेगाना				सम्पर्क फोन नं.	घरमूलीको नाम				माइक्रोस्कोपी विवरण			RDT / RK39			
		ग	म	सा				महिला	पुरुष	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	गाउँ/टोल			ACD	PCD		स्पेसिज /BM	स्टेज /SP	डेन्सिटी /Other		ग	म	सा
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
																		१				१			
																		१				१			

रोगको उपचार रजिष्टर साल: ... ...

HIV Status	उपचार शुरु गरेको मिति			औलोका किसिम (पि.भि./पि.एफ/मिक्स/ Relapse/Other	वर्गीकरण *	उपचारमा प्रयोग भएका							औलो बिरामीको				कालाजार बिरामीको								मृत्यु भएको		कैफियत
						औलो					कालाजार		फलोअप				पहिलो फलोअप				6 months फलोअप				मिति		
													मिति लेख्ने				मिति				मिति						
	ग	म	सा			Chloro-quine	Prima-quine	Coartem	Arte-sunate	Other (specify)	Liposomal amphotericin B/Miltefosin	Other (Specify) *	तिन दिनमा	सात दिनमा	चौध दिनमा	नतिजा	ग	म	सा	नतिजा	ग	म	सा	नतिजा	अर्को फलोअप भेटी मिति	स्थिरौती	विरौती	
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
१																												
१																												

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	हरेक महिनामा क्र.स. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	सेवा दर्ता नं.	यस महलमा सेवा दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । सेवा दर्ता नं. प्रत्येक आ.व. को श्रावण देखि पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३-५	मिति	बिरामी स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भएको मिति गते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	नाम	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम लेख्नुपर्दछ ।
७	थर	यस महलमा सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ ।
८	जाति कोड	सेवा लिन आएको व्यक्तिको जाति कोड यस निर्देशिकाको पछाडि उल्लेख गरिए अनुसार लेख्नु पर्दछ ।
९-१०	उमेर (महिला, पुरुष)	सेवाग्राही महिला भए महल ९ मा र पुरुष भए महल १० मा पूरा भएको उमेर वर्षमा जनाउनु पर्दछ । एक वर्षभन्दा कम भएमा महिनामा जनाउनुपर्दछ । जस्तैः ०/१२, १/१२, २/१२ । ०/१२ भन्नाले १ महिना भन्दा कम उमेर भएको नवशिशुलाई बुझाउँदछ ।

महल नं.	महलशीर्षक			निर्देशन
११-१४	ठेगाना (जिल्ला, गा.पा/ नगरपालिका, वडा नं., गाउँ/टोल)			सेवाग्राही हाल बसोबास गर्ने जिल्ला महल ११ मा, नगर/गाउँपालिका महल 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			बिरामीको परिवारमूली वा अभिभावकको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।
१७	स्रोत	ACD		Active Case Detection अर्थात समुदायमा नै रक्त संकलन गरेको भएमा १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१८		PCD		Passive Case Detection अर्थात स्वास्थ्य संस्थामा रक्त नमूना परीक्षण गरेको भएमा २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१९	गर्भवती			औलो तथा कालाजार रोग लागेको बिरामी महिला भए गर्भवती भए/ नभएको यकिन गरेर, यदि गर्भवती भएमा मात्र यस महलको कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
२०	निदान विधि	माइक्रो स्कोपी विवरण	स्पेसिज/BM	औलो रोगको हकमा रक्त नमूना परीक्षण गरी औलो पेजेटिभ भएमा औलोको जात (Pv/Pf/P-mix, Relapse, Other) उल्लेख गर्नु पर्दछ। कालाजार बिरामीका हकमा Bone marrow smear (BM) बाट निदान गरिएको हो भने BM लेख्नुपर्दछ ।
२१			स्टेज/SP	औलो रोगीको हकमा औलो परजिवीको जीवन चक्रको अवस्था उल्लेख गर्नु पर्दछ। कालाजार रोगीको हकमा Serum Protein Electrophoresis test (SP) बाट निदान गरिएको हो भने SP उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
२२			डेन्सिटी/Others	औलो रोगीको हकमा औलोको परजिविको घनत्व उल्लेख गर्नु पर्दछ। कालाजारको हकमा अन्य विधिबाट निदान गरिएको हो भने सो विधि लेख्नुपर्दछ ।
२३		RDT/rK३९		औलो रोग RDT बाट निदान गरिएको हो भने RDT उल्लेख गर्नु पर्दछ। कालाजार रोगको निदान rK-३९ बाट गरिएको हो भने rK-३९ उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
२४-२६	निदान मिति			परीक्षण गरि रोगको निदान गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२७	HIV status			कालाजार बिरामीको HIV अवस्था परीक्षण गरी प्रमाणित भएमा कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
२८-३०	उपचारको सुरु मिति			उपचार सुरु गरेको गते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
३१	औलोका किसिम			यस महलमा औलोको जात *Plasmodium vivax* (PV) भए कोड नं. १, *Plasmodium falciparum* (PF) भए कोड नं. २, PV र PF (P-MIX) दुवै भएमा कोड नं. ३, Relapse case भएमा कोड नं. ४ र अन्य जात (*P. ovale, P. malariae, P.knowlesi*) भएमा कोड नं. ५ लेख्नु पर्दछ।

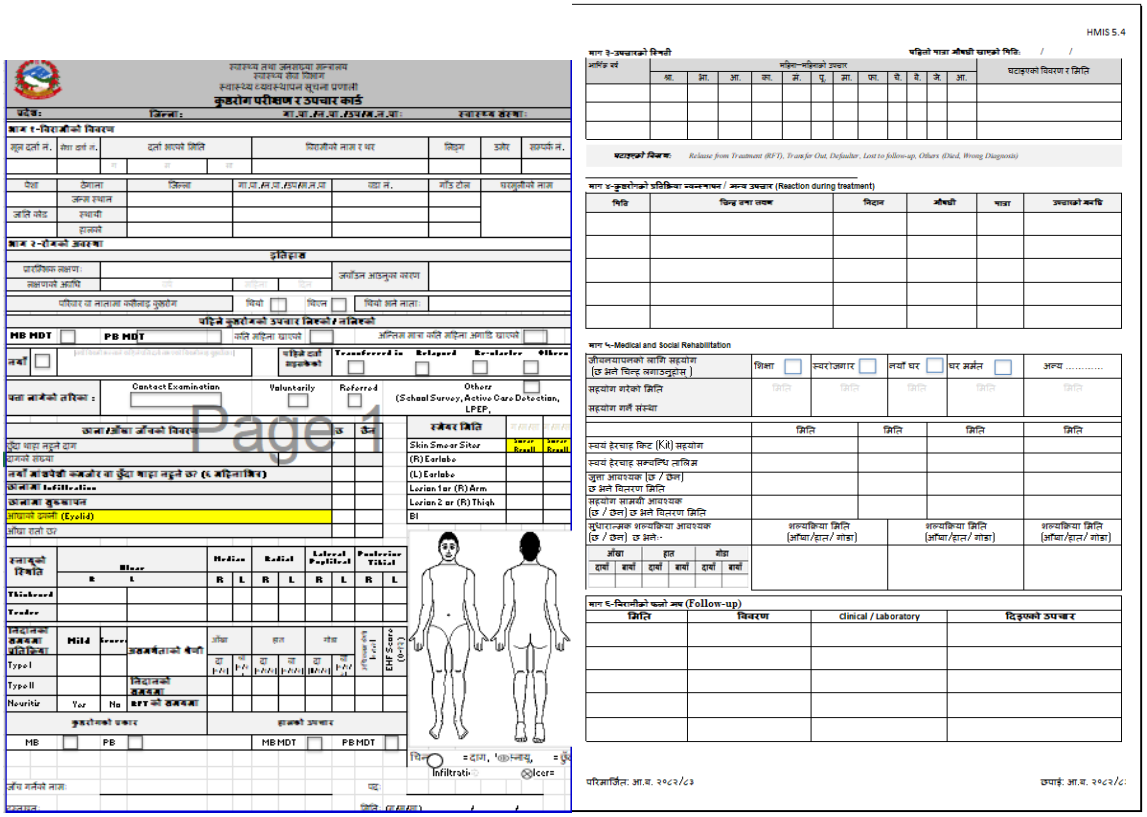
महल नं.	महलशीर्षक			निर्देशन
				Relapse: औलो प्रभावित क्षेत्रमा रात बिताएको, औलोको हाल जोखिम नभएको तर सम्भावना रहि रहेको क्षेत्रमा बसोवास गरेको, औलो बिरामीको रगत वा अङ्ग लिएका कुनै इतिहास नभएका व्यक्तिहरुमा उपचार पुरा गरेको ३ हप्तादेखि १ बर्षमा पुन औलोको देखिएमा त्यस्ता बिरामीलाई Relapse लेख्नुपर्दछ ।
३२	वर्गीकरण			औलोको स्थान अनुसारको वर्गीकरण कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ । कोडः नेपाल राज्यभित्रका सबै बिरामी स्थानीय (Indigenous) मा लेखि अन्य जिल्लावाट आएको भए कैफियतमा जिल्ला खुलाउनु पर्दछ। स्थानीयलाई कोड नं. १ र नेपाल बाहिरका औलो प्रभावित मूलुकबाट आएको एकमहिना भित्रमा औलो रोग निदान भएमा आयातित (Imported) मानी कोड नं. २ उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
३३-३७	उपचार मा प्रयोग भएका	औलो	Chloroquine Primaquine Coartem Artesunate Other (Specify)	औलो रोगीलाई उपचारका लागि कुन औषधी कति मात्रामा दिइएको छ, सो औषधीको सम्बन्धित महलमा परिमाण समेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ । यदि अन्य औषधीबाट उपचार गरिएको भए उक्त औषधीको नाम र परिमाण महल नं. ३७ मा खुलाउनु पर्दछ । *(New Treatment Protocol for Malaria २०१९ मा उल्लेख भए अनुसार गर्ने)*
३८		कालाजार	Liposomal Amphotericin B/ Miltefocine	कालाजार रोगीलाई उपचारको लागि दिइएको औषधीको मात्रा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
३९			Other (Specify)	यदि अन्य औषधीबाट उपचार गरिएको छ भने उक्त औषधीको नाम र मात्रा खुलाउनुपर्दछ ।
४०-४२	औलो बिरामीको फलोअप		मिति	औलो बिरामीको उपचार सुरू गरेको ३, ७ तथा १४ औ दिनमा फलोअप गरी औषधी खाएको सुनिश्चित गर्ने तथा औषधीले असर गरे वा नगरेको जानकारी लिइ फलोअपको मिति लेख्नु पर्दछ।
४३			नतिजा	उपचार पश्चातको वा १४ दिनमा स्लाइड लिएको भए परीक्षणको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
४४-४७	कालाजार बिरामीको पहिलो फलोअप		मिति	कालाजार बिरामीको पहिलो फलोअप गरेको गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
			नतिजा	उपचार पश्चातको वा स्लाइड लिएको भए परीक्षणको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
४८-५१	कालाजार बिरामीको ६ महिनाको फलोअप		मिति	कालाजार बिरामीको ६ महिनामा गरेको फलोअपको गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
			नतिजा	६ महिनामा बिरामीमा रोगको कुनै चिन्ह तथा लक्षण भए/नभएको यकिन गरी नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
५२	प्रमाणित सिकिस्त औलो बिरामी			औलो रोगबाट यदि बिरामी सिकिस्त भएमा महल नं. ५२ मा ठिक (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।

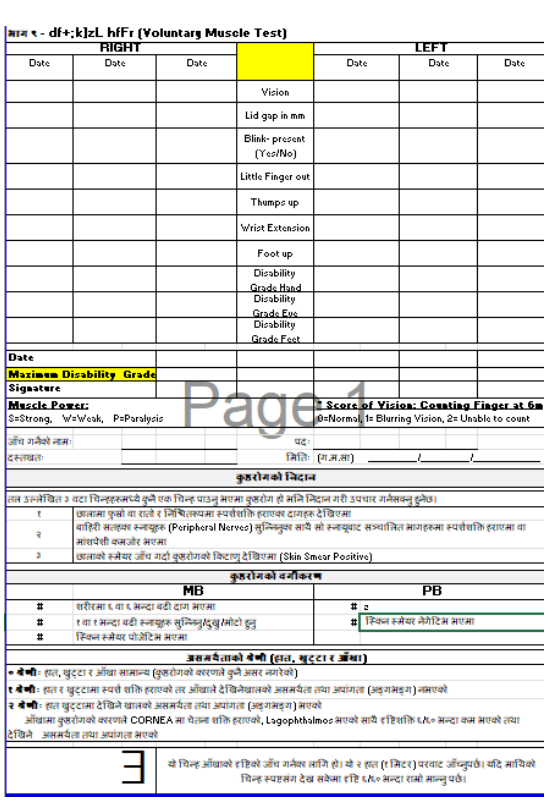
महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
			प्रमाणित सिकिस्त औलो बिरामीभन्नाले *Microscopic/RDT/PCR* परीक्षण गर्दा रगतमा औलोको परजीवी देखिएको र बिरामीको अवस्था जटिल (बस्न नसक्ने, बेहोस, रगतको कमी, जन्डिस, पिसाबबाट रगत गएको, खान नसक्ने जस्ता) भएको बिरामी बुझ्नु पर्दछ।
५३-५४	मृत्यु भएको मिति	स्वदेशी विदेशी	औलो तथा कालाजार रोगको बिरामी उक्त रोगको कारणले उपचारमा रहेको अवधिमा वा उपचार अघि मृत्यु भएमा स्वदेशी वा विदेशी कुन हो छुट्टाई सम्बन्धित महलमा मृत्यु भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
५५	कैफियत		माथि उल्लेख गरिएको बाहेक बिरामीको विषयमा अन्य कुनै विवरण आवश्यक भए सो लेख्नुपर्दछ । बिरामी स्थानान्तरण भई आएको भए आएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भए कुन संस्थामा पठाएको हो, सो कुरा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ ।
पेजको जम्मा			प्रत्येक पेजको अन्तिम लहरमा दिइए अनुसारको जम्मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । यी तालिकाहरूले प्रतिवेदन तयार गर्न सहजता प्रदान गर्दछन् ।

HMIS ५.४: कुष्ठरोग परीक्षण तथा उपचार कार्ड
(Leprosy Examination and Treatment Card)

कुष्ठरोगका बिरामीको व्यक्तिगत तथा रोगसँग सम्बन्धित विस्तृत विवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । कुष्ठरोगको निदान (Diagnosis), वर्गीकरण (Classification), उपचार नतिजा र प्रगतिको मापन गर्न यस कार्डको आवश्यकता पर्दछ ।

कार्डको नमूना:





भाग ९ - df+;k]zL hfFr (Voluntary Muscle Test)

RIGHT				LEFT		
Date	Date	Date		Date	Date	Date
			Vision			
			Lid gap in mm			
			Blink- present (Yes/No)			
			Little Finger out			
			Thumps up			
			Wrist Extension			
			Foot up			
			Disability Grade Hand			
			Disability Grade Eye			
			Disability Grade Feet			
Date						
Maximum Disability Grade						
Signature						

Muscle Power:
S=Strong, W=Weak, P=Paralysis

? Score of Vision: Counting Finger at 6m
0=Normal, 1= Blurring Vision, 2= Unable to count

जाँच गर्नेको नाम: पद:
दस्तखत: मिति: (गा.म.सा) _____/_____/_____

कुष्ठरोगको निदान

तल ३०मोबिट ३ वटा चिन्हहरूमध्ये कुनै एक चिन्ह पाउनु भएमा कुष्ठरोग हो भनि निदान गरी उपचार गर्नसक्नु हुनेछ।

१	छालामा फुको वा राता र निश्चितरूपमा स्पर्शशक्ति ह्रासएका दागहरु देखिएमा
२	बाहिरी सतहका स्नायुहरु (Peripheral Nerves) सुन्निनुपर्ने साथै सो स्नायुघाट सम्बन्धित भागहरूमा स्पर्शशक्ति ह्रासमा वा मांसपेशी कमजोर भएमा
३	छालाको स्मेयर जाँच गर्दा कुष्ठरोगको किटाणु देखिएमा (Skin Smear Positive)

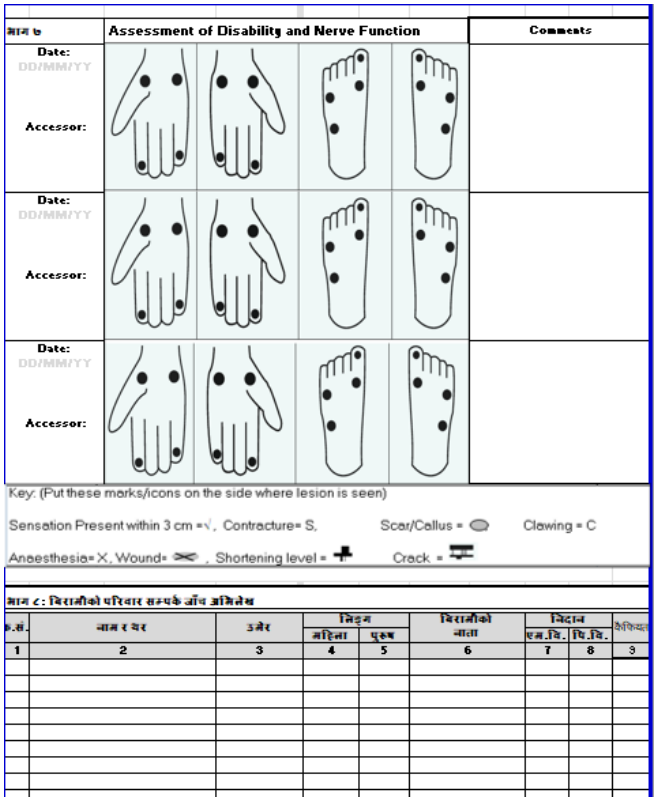
कुष्ठरोगको वर्गीकरण

	MB		PB
#	शरीरमा ६ वा ६ भन्दा बढी दाग भएमा	#	२
#	१ वा १ भन्दा बढी स्नायुहरु सुन्निनु/दुखु/मोटो हुनु	#	स्किन स्मेयर नेगेटिभ भएमा
#	स्किन स्मेयर पोजेटिभ भएमा		

असमर्थताको श्रेणी (हात, खुट्टा र आँखा)

• श्रेणी: हात, खुट्टा र आँखा सामान्य (कुष्ठरोगको असरले कुनै असर नगरेको)
१ श्रेणी: हात र खुट्टामा स्पर्श शक्ति ह्रासएको तर आँखाले देखिनेबाहेको असमर्थता तथा अपांगता (अङ्गभङ्ग) नभएको
२ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने खालको असमर्थता तथा अपांगता (अङ्गभङ्ग) भएको
आँखामा कुष्ठरोगको असरले CORNEA मा पोतन्ने शक्ति ह्रासएको, Lagophthalmos भएको साथै दृष्टिशक्ति ६/६० भन्दा कम भएको तथा देखिने असमर्थता तथा अपांगता भएको

३ यो चिन्ह आँखाको दृष्टिको जाँच गर्नेबेर लागि हो। यो २ हात (१ मिटर) परबाट जोन्नुपर्छ। यदि माथिको चिन्ह स्पष्टसंग देख सकेमा दृष्टि ६/६० भन्दा राम्रो मान्नु पर्छ।



भाग ७ | Assessment of Disability and Nerve Function | Comments

Date: DD/MM/YY
Accessor:

Date: DD/MM/YY
Accessor:

Date: DD/MM/YY
Accessor:

Key: (Put these marks/icons on the side where lesion is seen)
Sensation Present within 3 cm =√, Contracture= S, Scar/Callus = ⬭, Clawing = C
Anaesthesia= X, Wound= ✂, Shortening level = ✚, Crack = ▬

भाग ८: बिरामीको परिवार सम्पर्क जाँच अभिलेख

क्र.सं.	नाम र थर	उमेर	लिङ्ग		बिरामीको नाता	निदान		कैफियत
			महिला	पुरुष		एम.बि.	पि.बि.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

कार्ड भर्ने तरिका:

शीर्षक	निर्देशन
भाग १ - बिरामीको विवरण	
मुल दर्ता नं.	मूल दर्ता नं. यस कोठामा लेख्नु पर्दछ ।
सेवा दर्ता नं.	बिरामीलाई उपचारको शुरुवातमा सेवा रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर यस कोठामा लेख्नु पर्दछ ।
दर्ता भएको मिति	बिरामी दर्ता भएको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नु पर्दछ ।
बिरामीको नाम, थर	बिरामीको नाम र थर प्रष्ट हुनेगरी लेख्नु पर्दछ ।
लिंग	बिरामी महिला भए महिला र पुरुष भए पुरुष लेख्नु पर्दछ ।
उमेर	बिरामीले पुरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नु पर्दछ ।
सम्पर्क नं.	बिरामीको फोन नं. यस कोठामा लेख्नु पर्दछ ।
पेशा	बिरामीको पेशा खुल्ने गरी लेख्नु पर्दछ ।
जतिकोड	बिरामीको जाति कोड उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
ठेगाना	
जन्म स्थान	जन्मेको जिल्ला, नगरपालिका/गा.पा., वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा—छुट्टै कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
स्थायी	नागरिकता/परिचय खुल्ने प्रमाणपत्र अनुसार जिल्ला, नगरपालिका/गा.पा., वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा—छुट्टै कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
हाल	हाल बसोवास गर्दै आएको जिल्ला, नगरपालिका/गा.पा., वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा—छुट्टै कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
घरमूलीको नाम	बिरामीको अभिभावक वा घरमुलीको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।

शीर्षक	निर्देशन
भाग २—रोगको अवस्था	
इतिहास	कुष्ठ रोगको **प्रारम्भिक लक्षण** के देखापर्यो, कति समय अगाडी देखापर्यो, सो लक्षणको अवधि वर्ष, महिना र दिनमा खुलाउनु पर्दछ । जचाँउन आउनुको कारण समेत लेख्नु पर्दछ । त्यसै गरी परिवार, नाता वा इष्टमित्रमा कसैलाई कुष्ठरोग थियो वा थिएन भन्ने कुरा यकिन गर्नु पर्दछ। यदि थियो भने (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ र बिरामीसँगको नाता समेत खुल्ले गरी लेख्नु पर्दछ ।
पहिले कुष्ठरोगको उपचार लिए/नलिएको	बिरामीले पहिले उपचार लिएको छ वा छैन यकिन गरि उपचार लिएको भए (PB MDT / MB MDT) कुन उपचार लिएको थियो र कति महिनामा कति मात्रा खाएको हो र अन्तिम मात्रा कति महिना अगाडि खाएको हो सो जनाउनु पर्दछ ।
नयाँ बिरामी	कुष्ठरोग सम्बन्धी उपचारको लागि कहिले पनि दर्ता नभएको वा उपचार नलिएको बिरामी भए यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
पहिले दर्ता भइसकेको	कुष्ठरोग सम्बन्धी उपचारको लागि पहिले कुनै ठाउँमा दर्ता भइसेकेको बिरामी भए स्थानान्तरण भई आएको (Transferred in) वा पुनः रोग बल्झिएको (Relapse) वा फेरी औषधी सुरू गरेको (Re-starter) वा अन्य कुन हो उल्लेख गरी सम्बन्धित महलमा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
पत्ता लागेको तरिका	कुष्ठरोग कुन तरिका (Contact Examination, Voluntarily, Referred, Others) बाट पत्ता लागेको हो सोही महलमा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ। यदि अन्य माध्यमबाट पत्ता लागेको हो भने सो उल्लेख गर्नु पर्दछ।
छाला/आँखा जाँचको विवरण	शरिरको छालामा छुदाँ थाहा नपाउने दाग छ/छैन यकिन गरी (√) चिन्ह लगाउने । शरिरमा कति वटा कुष्ठरोगको दाग छ सोको संख्या उल्लेख गर्ने । छ महिना भित्र मांशपेशी कमजोर वा छुंदा थाहा नहुने छ/छैन यकिन गरी (√) चिन्ह लगाउने । छाला बाक्लो वा Infiltration छ/ छैन यकिन गरी (√) चिन्ह लगाउने । छालामा सुख्खापन छ/छैन यकिन गरी (√) चिन्ह लगाउने । आंखाको ढकनी (Eyelid) बन्द हुन्छ, हुंदैन वा Lagophthalmos छ/छैन यकिन गरी (√) चिन्ह लगाउने । आँखामा रातोपन छ/छैन यकिन गरी (√) चिन्ह लगाउने ।
स्नायुको स्थिति	बाहिरी सतहका स्नायुहरू (जस्तै Ulnar, Median, Radial, Lateral Popliteal, Posterior tibial) छाम्दा मोटो (Thickened), दुखे (Tender) छ/छैन जाँच गरी यदि छाम्दा मोटो छ वा दुख्छ भने स्नायु दायाँ, बायाँ कुन भागको हो सो महलमा चिन्ह लगाउनु पर्दछ । जस्तै कुनै बिरामीको दायां Ulnar Nerve छाम्दा मोटो छ र यदि दुख्छ भने Thickened र Tender दुवैमा चिन्ह लगाउनु पर्छ । यदि छाम्दा मोटो छ तर दुख्दै नभने Thickened मा मात्र चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
निदानको समयमा प्रतिक्रिया (Leprae Reaction)	निदानको समयमा बिरामीमा कुष्ठरोग प्रतिक्रिया (Leprae Reaction) छ/छैन भनेर परीक्षण गर्नु पर्दछ । यदि निदानको समयमा बिरामीमा कुष्ठरोग प्रतिक्रिया देखा परेको छ भने कस्तो प्रकारको प्रतिक्रिया (Type १ वा Type २) हो सो छुटाउइ, सो कुष्ठरोग प्रतिक्रिया कुन स्थितिमा छ (जस्तै Mild वा Severe) सो कोठामा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । यसै गरी परीक्षणको समयमा Neuritis छ/छैन भनेर परीक्षण गर्नु पर्दछ । परीक्षण पश्चात Neuritis भएमा Yes कोठामा र छैन भने No कोठामा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।

शीर्षक	निर्देशन
असमर्थताको श्रेणी	बिरामीमा निदानको समयमा र RFT को समयमा आँखा, हात र गोडाको दायाँ (दा) र बायाँ (बा) भागमा असमर्थताको श्रेणी (Disability Grade) ०, १ वा २ कुन श्रेणीमा छ छुट्याइ सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। त्यस मध्ये अधिकतम असमर्थताको श्रेणी सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ । नोटः आखाँमा श्रेणी ० वा २ मात्र हुन्छ ।
EHF Score	हरेक आर्थिक वर्षको अन्तमा बिरामीको Eyes, Hands and Feet (EHF) को Disability Score (EHF Score - Total) कति भयो सो उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
स्मेयरको मिति	स्मेयर लिएको गते, महिना, साल लेख्नुपर्दछ ।
स्मियर नतिजा	Sites: (R) Earlobe, (L) Earlobe, Lesion १ or (R) arm, Lesion २ or (R) thigh बाट लिएको Smear को नतिजा Negative भए Neg र Positive भए घनत्व (Density) Bacterial Index अनुसार चिन्हद्धारा जनाउनुपर्दछ । (जस्तैः १+, २+, ३+, ४+….. etc.) । Average BI मा माथिका चारवटा sites को BI को जम्मा संख्यालाई ४ ले भाग गरी आएको औसत BI लेख्नु पर्दछ।
कुष्ठरोगको प्रकार	कुष्ठरोगको वर्गिकरण PB वा MB के हो सो कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
हालको उपचार	हाल बिरामीले सेवन गरि रहेको उपचार MB-MDT वा PB- MDT कुन हो सो कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । नोटः पि.वि बिरामीको हकमा ६ महिना र एम वि को हकमा १२ महिना उपचार अवधि हुन्छ ।
जाँच गर्नेको विवरण	जाँच गर्नेको नाम, पद, दस्तखत र मिति उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

भाग ३ — उपचारको स्थिति :

शीर्षक	निर्देशन
पहिलो मात्रा औषधी खाएको मिति	यस स्थानमा पहिलो मात्रा औषधी खाएको मिति लेख्नु पर्दछ।
आर्थिक बर्ष	यस महलमा बिरामी उपचार गर्न आएको आ.व. लेख्नु पर्दछ ।
महिना-महिनाको उपचार	यस महलमा बिरामीले कुन महिनाबाट (श्रावण देखि आषाढ सम्ममा) उपचार सुरू गरेको हो सोही महिना देखि क्रमशः बिरामी आएको महिनामा औषधी खाएको मात्रा अनुसार (१,२,३ ...) लेख्नु पर्दछ । नखाएको महिनाको कोठा खालि छाडनु पर्दछ । बिरामी तोकिएको समयमा नआई अनुगमन गर्नु पर्दा यदि स्वास्थ्य संस्थाबाट घरमा गई भेटेमा Home Visit गरेर अनुगमन गरे पछि (HV) लेख्नु पर्दछ ।
घटाईएको विवरण र मिति	यस महलमा उपचारमा रहेको बिरामी कुन कारणले घटाइएको हो, उपचार पूरा गरेर (Released From Treatment -RFT), स्थानान्तरण भएर (Transfer Out), डिफल्टर (Defaulter) भएर, फलोअप नभएर (Loss to Follow Up-LF) भएर हो वा अन्य कारणहरू (Other deduction-OD), जस्तैः मृत्यु भएको वा गलत निदान गरिएको, कुन कारणले गर्दा घटाइएको हो सो यकिन गरी घटाइएको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नु पर्दछ ।

भाग ४ — कुष्ठरोगको प्रतिक्रिया व्यवस्थापन /अन्य उपचारः

बिरामीको उपचार अवधिमा कुष्ठरोगको प्रतिक्रिया (Leprae reaction) आएको छ /छैन नियमित जाँच गर्नु पर्दछ । यदि प्रतिक्रिया देखिएमा तल उल्लेखित विवरणहरू भर्नु पर्दछ।

शीर्षक	निर्देशन
मिति	यस महलमा कुष्ठरोगको प्रतिक्रिया आएको मिति (गते/महिना/साल) लेख्नु पर्दछ।
चिन्ह तथा लक्षण	कुष्ठरोगको प्रतिक्रियाको चिन्ह र लक्षण यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
निदान	कुष्ठरोगको प्रतिक्रियाको निदान Type १ / Type II/ Neuritis के हो छुट्याइ लेख्नु पर्दछ ।
औषधी	यस महलमा कुष्ठरोगको प्रतिक्रियाको उपचारको लागि दिइएको औषधीको नाम लेख्नु पर्दछ।
मात्रा	यस महलमा माथि उल्लेखित औषधीको मात्रा लेख्नु पर्दछ।
उपचारको अवधि	यस महलमा कुष्ठरोगको प्रतिक्रियाको लागि कति अवधि सम्म उपचार गरिएको हो निश्चित गरि लेख्नु पर्दछ ।

भाग ५ — Medical and Social Rehabilitation

शीर्षक	निर्देशन
जीवनयापनको लागि सहयोग	यस अन्तर्गत बिरामीको जीवनयापनको लागि यदि सहयोग गरेको छ भने के सहयोग गरेको हो सो महलमा चिन्ह(√) लगाउने जस्तै शिक्षा, स्वरोजगार, नयाँ घर, घर मर्मत, अन्य । यदि उल्लेखित सहयोग बाहेक अन्य सहयोग हो भने सो उल्लेख गर्नु पर्दछ।
सहयोग गरेको मिति	बिरामीको जीवनयापनको लागि के सहयोग गरेको हो सो को सम्बन्धित महलमा मिति उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
सहयोग गर्ने संस्था	उल्लेखित सहयोग कुन संस्थाबाट भएको हो सो संस्थाको नाम यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
स्वयं हेरचाह किट सहयोग	यदि बिरामीलाई स्वयं हेरचाह किट सहयोग गरिएको छ भने सहयोग गरेको मिति लेख्नु पर्दछ।
स्वयं हेरचाह सम्बन्धी तालिम	यदि बिरामीलाई स्वयं हेरचाह सम्बन्धी तालिम प्रदान गरिएको छ भने तालिम प्रदान गरेको मिति लेख्नु पर्दछ।
जुत्ता	बिरामीलाई जुत्ता आवश्यक छ/छैन यकिन गरी यदि छ भने जुत्ता वितरण गरेको मिति उल्लेख गर्नु पर्दछ।
सहयोगी सामग्री	बिरामीलाई सहयोगी सामग्री आवश्यक छ/छैन यकिन गरी यदि छ भने सहयोगी सामग्री वितरण गरेको मिति उल्लेख गर्नु पर्दछ।
सुधारात्मक शल्यक्रिया	बिरामीलाई सुधारात्मक शल्यक्रिया आवश्यक छ/छैन यकिन गरी यदि आवश्यक छ भने बायाँपट्टिको बक्समा आँखा/हात/गोडाको दायाँ/बायाँ कुन भागको शल्यक्रिया गरिएको हो सो मा (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ। त्यसैगरी शल्यक्रिया मितिको कोठामा कुन अंगको कुन भागको शल्यक्रिया गरिएको हो सो उल्लेख गरि शल्यक्रियाको मिति लेख्नु पर्दछ।

भाग ६ — बिरामीको फलोअप (Follow-up)

उपचार पुरा गरे पछि पनि कुष्ठरोग प्रभावितहरुमा समय—समयमा समस्या देखिने हुंदा कुष्ठरोगको बिरामी फलोअपमा आउदा फलोअप मिति, फलोअपको विवरण, Clinical laboratory को अवस्था र दिइएको उपचारको विवरण यस भागको सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

भाग ७ — Assessment of Disability and Nerve Function

शीर्षक	निर्देशन
Date / Accessor	यस कोठामा स्पर्शजाँच (Sensory Test) जाँच गरेको मिति र जाँच गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नु पर्दछ ।
Assessment of Disability and Nerve Function	कार्डमा दिईएको संकेत (Key) अनुसार बिरामीको दायाँ र बायाँ भागको हात र खुट्टाको स्पर्शजाँच (Sensory Test) गरी चार्टमा भर्नुपर्दछ । प्रत्येक हात र खुट्टामा स्पर्श जाँच गर्न ४ वटा बिन्दु हुन्छ ।

Comments	दायाँपट्टीको कोठामा जाँच गर्दा भेटिएका विवरणहरू (जस्तैः छुदाँ थाहा नहुने भए कहिले देखि भएको हो सो को अवधि, कुनै घाउ भएको वा अंगपतन छ भने सो को विवरण लगायतका विवरणहरू) उल्लेख गर्नुपर्दछ।

भाग ८ - बिरामीको परिवार सम्पर्क जाँच अभिलेख

शीर्षक	निर्देशन
क्र.स.	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्क गरेको परिवारको सदस्यको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ ।
नाम र थर	कुष्ठरोगको बिरामीसँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको नाम थर लेख्नु पर्दछ ।
उमेर	कुष्ठरोगको बिरामीसँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको उमेर पूरा भएको वर्षमा लेख्नु पर्दछ ।
लिङ्ग	कुष्ठरोगको बिरामीसँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्य महिला भए महिलाको महल र पुरुष भए पुरुषको महलमा ठिक (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
बिरामीको नाता	कुष्ठरोगको बिरामीसँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको कुष्ठरोगको बिरामीसँगको नाता लेख्नु पर्दछ ।
निदान	कुष्ठरोगको बिरामीसँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यमा कुष्ठरोग देखिएमा एम.वि. वा पि.वि. कुन प्रकारको हो खुलाई ठिक (√) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
कैफियत	माथि उल्लेखित विवरण बाहेक अन्य थप केहि विवरण भए खुलाउनु पर्दछ ।

भाग ९ — मांसपेशी जाँच (Voluntary Muscle Test-VMT):

शीर्षक	निर्देशन
Right/ Left	स्वयं मांशपेशीको जाँच (Voluntary Muscle Test-VMT) भाग दायाँ (Right) र बायाँ (Left) गरी दुई भागमा विभाजन गरिएको छ। दायाँ (Right) र बायाँ (Left) भागको मुनि Date लेखेको कोठामा जाँच गरेको मिति लेख्नु पर्दछ। बिरामीको जाँच गर्दा दिइएको विवरण अनुसार शरीरको दायाँ र बायाँ भागको आँखा, हात र खुट्टाको जाँच गरी जाँचको नतिजा दायाँ कोठा र बायाँ कोठामा भर्नु पर्दछ। नतिजा भर्दा कार्डमा दिईएको संकेत अनुसार भर्नु पर्दछ। Muscle power Strong भए S, Weak भए W, र Paralysed भए P लेख्नु पर्दछ। Vision जाँचको हकमा normal भए ०, blurring vision भए १ र count गर्न नसक्ने भए २ लेख्नु पर्दछ। साथै आँखाको Lid gap कति छ सो नापेर mm मा लेख्नु पर्दछ।
Maximum Disability Grade	जाँच गरि सके पश्चात तलको भागमा उल्लेख गरिएको Date मा जाँच गरेको मिति लेखि सो जाँचमा आएको अधिकतम Disability Grade अनिवार्य लेखि जाँच गर्ने व्यक्तिले हस्ताक्षर गर्नु पर्दछ।
जाँच गर्नेको विवरण	निर्देशन अनुसार उपचार पुरा गरेका बिरामीहरूको Sensory Test-ST र Voluntary MuscleTest-VMT असमर्थताको परीक्षण र जाँच गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, थर, पद, मिति लेखि सही गर्नुपर्दछ ।

नोटः *माथि उल्लेखित Assessment of Disability and Nerve Function निर्देशन अनुसार उपचार पुरा (निको भएका) (Release from Treatment-RFT) बिरामीहरूको जाँच गर्दा अनिवार्य रुपमा बिरामीहरूको स्पर्श जाँच (ST), स्वेच्छिक माँशपेशीको जाँच (Voluntary Muscle Test- VMT) र Smear जाँच गरी अभिलेख राख्नु पर्दछ । यदि RFT बिरामीहरूको अपांगता हुने सम्भावना बढी छ भने उसलाई आवश्यक स्वास्थ्य शिक्षा दिनु पर्दछ । यदि बिरामीलाई जुत्ता तथा कालो चस्माको आवश्यकता छ भने कसरी प्राप्त गर्न सकिन्छ बताई दिनुपर्दछ ।*

HMIS ५.५: कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर

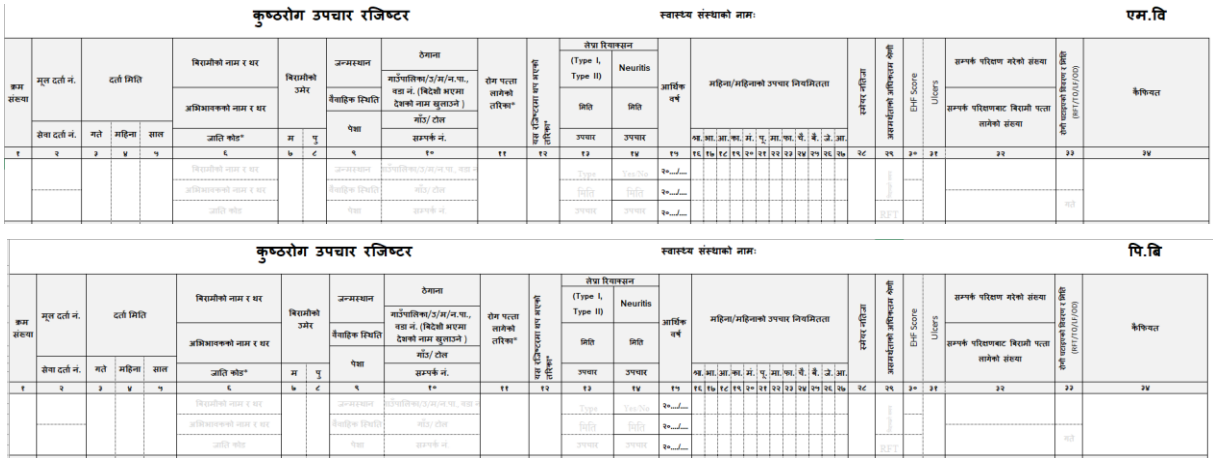
(Leprosy Treatment Register)

कुष्ठरोग बिरामीको उपचार सम्बन्धी विवरण यस रजिष्टरमा राखिन्छ । कुष्ठरोगको प्रकारहरू (एम.वि. र पि.वि.) अनुसार बिरामीको अभिलेख गर्न यस रजिष्टरमा छुट्टाछुट्टै २ भागको व्यवस्था गरिएको छ । कुष्ठरोगको उपचारका लागि आएका बिरामीको दर्ता प्रक्रिया, नियमितता, उपचारको परिणाम तथा असमर्थता आदिको विवरण यस रजिष्टरमा राखिन्छ ।

यही रजिष्टर अनुसार स्थानीय तहको फोकल व्यक्तिले सम्बन्धित स्थानीय तह अन्तर्गत उपचार केन्द्रहरुका बिरामीहरूको माष्टर रजिष्टर खडा गरी बिरामी अभिलेख दुरूस्त राख्नु पर्दछ । मास्टर रजिष्टरको आधारमा बिरामी उपचारको अनुगमन तथा स्वास्थ्य संस्थाबाट आएका प्रतिवेदनको अनुगमन गर्नु पर्दछ ।

(***नोटः*** *एम.वि. बिरामीहरूका लागि रजिष्टरको शुरुको भागका एम.वि. लेखिएका पानाहरू र पि.वि. बिरामीहरूको लागि अन्तिम भागका पि.वि. लेखिएका पानाहरूको प्रयोग गर्नु पर्दछ ।)*

रजिष्टरको नमूनाः



कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर — स्वास्थ्य संस्थाको नामः — एम.वि

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	दर्ता मिति: गते	महिना	साल	बिरामीको नाम र थर / अभिभावकको नाम र थर / जाति कोड*	बिरामीको उमेर: म	पु	ठेगाना: वैवाहिक स्थिति / पेशा	ठेगाना: नाउँपालिका/उ/म/न.पा., वडा नं. (बिदेशी भएमा देशको नाम खुलाउने) / गाँउ/ टोल / सम्पर्क नं.	रोग पत्ता लागेको तरिका*	यस रजिष्टरमा यस भन्दा अघि दर्ता भएको भए सो को दर्ता नं. र तरिका*	तेश्रो रियाक्सन (Type I, Type II): मिति: उपचार	तेश्रो रियाक्सन Neuritis: मिति: उपचार	आर्थिक वर्ष	महिना/महिनाको उपचार नियमितता: श्रा. भा. आ. का. मं. पु. मा. फा. चै. बै. जे. आ.	स्वरुप नतिजा	असक्षमतासंग अभिव्यक्त भएको	BHF Score	Ulcers	सम्पर्क परिवार मध्येको संख्या / सम्पर्क परिवारबाट बिरामी पत्ता लागेको संख्या	हैसे बहुऔषधी सिस्टम र लिपोसी (MIT/10/U/00)	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	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४

कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर — स्वास्थ्य संस्थाको नामः — पि.बि

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	दर्ता मिति: गते	महिना	साल	बिरामीको नाम र थर / अभिभावकको नाम र थर / जाति कोड*	बिरामीको उमेर: म	पु	ठेगाना: वैवाहिक स्थिति / पेशा	ठेगाना: नाउँपालिका/उ/म/न.पा., वडा नं. (बिदेशी भएमा देशको नाम खुलाउने) / गाँउ/ टोल / सम्पर्क नं.	रोग पत्ता लागेको तरिका*	यस रजिष्टरमा यस भन्दा अघि दर्ता भएको भए सो को दर्ता नं. र तरिका*	तेश्रो रियाक्सन (Type I, Type II): मिति: उपचार	तेश्रो रियाक्सन Neuritis: मिति: उपचार	आर्थिक वर्ष	महिना/महिनाको उपचार नियमितता: श्रा. भा. आ. का. मं. पु. मा. फा. चै. बै. जे. आ.	स्वरुप नतिजा	असक्षमतासंग अभिव्यक्त भएको	BHF Score	Ulcers	सम्पर्क परिवार मध्येको संख्या / सम्पर्क परिवारबाट बिरामी पत्ता लागेको संख्या	हैसे बहुऔषधी सिस्टम र लिपोसी (MIT/10/U/00)	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	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं	महल शिर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं	प्रत्येक महिनामा क्रम संख्या १ बाट सुरू गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ ।
२	मूल दर्ता नं/ सेवा दर्ता नं	महल २ को पहिलो कोठामा बिरामीको दर्ता भएको मुल दर्ता नम्बर र दोश्रो कोठामा सेवा दर्ता नम्बर लेखु पर्दछ । सेवा दर्ता नं. प्रत्येक आ.व.मा परिवर्तन नगरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ । यदि परिवर्तन गरेमा बिरामीको Treatment cohort analysis गर्न कठिन हुन्छ साथै Recycle case हरू बढ्ने सम्भावना हुन्छ ।
३—५	दर्ता मिति	स्वास्थ्य संस्थामा बिरामी दर्ता भएको मिति लेखु पर्दछ । गते ,महिना र साल छुट्टाछुट्टै महलमा लेखु पर्दछ।
६	बिरामीको नामथर अभिभावकको नाम, जाति कोड	महल ६ मा ३ वटा कोठाहरू रहेका छन् । पहिलो कोठामा बिरामीको नाम र थर, दोश्रो कोठामा बिरामीको अभिभावकको नामथर र तेश्रो कोठामा जाती कोड क्रमशः लेखुपर्दछ । जाती कोड निर्देशिकाको पछाडी पट्टी लेखिएको छ ।
७-८		

महल नं	महल शिर्षक	निर्देशन
	बिरामीको उमेर र लिङ्ग	बिरामी महिला भए महल ७ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ साथै बिरामी पुरुष भए महल ८ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
९	वैवाहिक स्थिति (कोड), पेशा, सम्पर्क नम्बर	यस महलको पहिलो कोठामा बिरामीको वैवाहिक स्थितिको कोड नं. लेख्नुपर्दछ । अविवाहित- १, विवाहित-२, पारपाचुके- ३ , विधुवा/विधुर- ४, छुट्टिएको- ५, लागू नहुने- ६ गरी कोड नं. लेख्नु पर्दछ। दोश्रो कोठामा बिरामीको हालको पेशा लेख्नुपर्दछ। तेश्रो कोठामा बिरामीको सम्पर्क फोन नम्वर लेख्नुपर्दछ ।
१०	ठेगाना	यस महलमा सेवा लिने व्यक्तिको पुरा ठेगाना लेख्नु पर्दछ। यस महलमा २ वटा कोठा छट्टयाइएको छ । पहिलो कोठामा बिरामीको स्थायी ठेगाना (जिल्ला, पालिका, वडा नं.) लेख्नुपर्दछ। विदेशीको हकमा देशको नाम लेख्नु पर्दछ। दोस्रो कोठामा हाल बसोबास गर्ने जिल्ला, पालिका, वडा नं र गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ । विदेशी नागरिकको हकमा पनि हाल नेपालमा बसोबास गरिरहेको भए जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल सम्बन्धी सम्पूर्ण विवरण लेख्नुपर्दछ ।
११	रोग पत्ता लागेको तरिका	रोग पत्ता लागेको तरिका देहाय अनुसार कोडमा खुलाउनु पर्दछ । Voluntarily = १, Referred = २, Contact Examination = ३, Skin Camp = ४, Other (Specify) = ५
१२	यस रजिष्टरमा थप भएको तरिका	बिरामी कुन तरिकाले यस रजिष्टरमा दर्ता हुन आएको हो सोही अनुसार कोड खुलाउनु पर्दछ । कोडः नयाँ दर्ता (New Patient)=१, स्थानान्तरण भई आएको (Transfer in)= २, फेरी औषधी सुरु गरेको (Restarter) = ३, पुनःबल्झिएको (Relapse) = ४, Other such as classification change and other (Specify) = ५
१३-१४	लेप्रा रियाक्सन (Type-१, Type-२), Neuritis	यस महलमा ३ वटा कोठा छट्टयाइएको छ । पहिलो कोठाको बायाँ भागमा रियाक्सनको प्रकार Type-१ अथवा Type-२ खुलाउनु पर्दछ । पहिलो कोठाको दायाँ भागमा Neuritis भएमा "छ" र नभएमा "छैन" भनि उल्लेख गर्नुपर्दछ।
	मिति	दोश्रो कोठामा लेप्रा रियाक्सन र Neuritis निदान भएको तथा उपचारको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	उपचार	तेश्रो कोठामा लेप्रा रियाक्सनको लागि दिइएको उपचार लेख्नुपर्दछ ।
१५	आर्थिक वर्ष	बिरामी दर्ता भएको आर्थिक वर्ष लेख्नु पर्दछ र आउने वर्षहरू क्रमशः त्यस मुनि लेख्नु पर्दछ ।
१६—२७	महिना/महिनाको उपचार नियमितता	आर्थिक वर्ष श्रावणदेखि आषाढसम्ममा बिरामी आएको महिनामा औषधी खाएको मात्रा अनुसार (१, २, ३ ...) लेख्नु पर्दछ । नखाएको महिनामा खाली छोड्नु पर्दछ । यदि स्वास्थ्यकर्मी घरमा गई अनुगमन गरेको भए (Home Visit - HV) लेख्नु पर्दछ ।
२८	स्मेयर नतिजा	बिरामीको स्किन स्मेयरको नतिजा नेगेटिभ भए (-Ve) र पोजेटिभ (+Ve) भए घनत्व अनुसार चिन्हद्वारा जनाउनु पर्दछ । जस्तैः पोजेटिभको हकमा ३+Ve, ४+Ve, आदि अंक खुलाई लेख्नु पर्दछ ।
२९	असमर्थताको अधिकतम श्रेणी	सबै नयाँ बिरामी दर्ता हुदा र उपचार पूरा गर्दा (RFT) असमर्थताको श्रेणी ०, १ वा २ कुन हो सो लेख्नु पर्दछ।
३०	EHF Score	बिरामीको Eyes, Hands and Feet disability को Total score (EHF Score) कति हो सो यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

महल नं	महल शिर्षक	निर्देशन
३१	Ulcers	कुष्ठरोगको बिरामीमा निदानको समयमा, उपचारको अवधि वा त्यस पश्चात कुनै पनि भागमा ulcer छ/छैन लेख्नु पर्दछ ।
३२	सम्पर्क परीक्षण गर्नुपर्ने व्यक्तिहरूको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परीक्षण गर्नुपर्ने परिवार, इष्टमित्र तथा छिमेकी सदस्यहरूको संख्या लेख्नु पर्दछ । सो संख्या Leprosy post-exposure prophylaxis (LPEP) निर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्दछ ।
	सम्पर्क परीक्षण गरेको व्यक्तिहरूको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परीक्षण गरिएका परिवार, इष्टमित्र तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
	सम्पर्क परीक्षणबाट बिरामी पत्ता लागेको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आई सम्पर्क परीक्षण गरिएका परिवार, इष्टमित्र तथा छिमेकी सदस्य मध्ये नयाँ बिरामी पत्ता लागेको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
३३	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/LF/ OD)	उपचारमा रहेको कुष्ठरोगी उपचार पूरा गरेको (Released from Treatment-RFT), स्थानान्तरण भएको (Transfer Out-TO), फलोअप नभएको (Loss to Follow Up-LF) वा अन्य कारणहरू जस्तैः (Other Deduction-OD) मरेको वा निदान परिवर्तन के कारणले घटेको हो सो र सो को मिति लेखि त्यसको मुख्य कारण कैफियतमा खुलाउनु पर्दछ ।
३४	कैफियत	बिरामीको विषयमा उल्लेख गर्नुपर्ने कुनै उपचार आवश्यक भए सो लेख्नु पर्दछ । बिरामी स्थानान्तरण भई आएको भए आएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भए कुन संस्थामा पठाएको हो सो कुरा कैफियतमा लेख्नु पर्दछ ।

HMIS-५.६: पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर

(Rehabilitation Service Register)

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

रजिष्टरको नमूनाः

पुनर्स्थापना सेवा र

सेवा सम्बन्धि जानकारी				सेवाग्राहीको व्यक्तिगत जानकारी						ठेगाना/सम्पर्क नं.			परीक्षण र निदान (Diagnosis)		
क्र.सं.	मूल दर्ता नम्बर अन्य सेवा दर्ता नम्बर	मिति (ग/म/सा)	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर नयाँ/पुरानो	सेवाग्राहीको नाम, थर अभिभावकको नाम, थर	जात (०१-०६)	उमेर	लिङ्ग (म,पु,यौन अल्पसंख्यक)	विकार/(Impairment) अपाङ्गता प्रकार (०१-१०)	अपाङ्गता परिचय पत्र (क, ख, ग, घ, छैन)	जिल्ला गा.पा./न.पा टोल सम्पर्क नम्बर	वडा नं.	अन्य (विदेशी)	अनुसन्धानमूलक परीक्षण	ICD Code निदानको विवरण	Chapter
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६

रजिष्टर

कार्य क्षमता (Functioning)						समस्याको कारणको कोड	सेवाको प्रकार								सहायक सामग्री		प्रेषण भइ आएको संस्थाको अन्य सेवाको कोड	प्रेषण भइ आएको अन्य संस्था/व्यक्तिको नाम	प्रेषण गरिएको अन्य संस्थाको नाम	भर्ना भएको मिति डिस्चार्ज भएको मिति	कुल भर्ना भएको दिन	सेसन नं एक दिनमा पाएको सेसन संख्या	सेवा पाएको दिन
सुन्ने र बुझ्ने क्षमता	समझदारिता	बोल्न क्षमता	मेलमिलाप	लिखन	किताकलाम		फिजियोथेरापी सेवा	खाद्य/पेय पदार्थ सेवा	प्रस्थापन/पैरी सेवा	सहायक सामग्री सेवा	चिकित्सकिय सेवा पि.एम. एण्ड.आर	अन्य	मनोपरामर्श सेवा	अन्य सेवा	आवश्यक कोड	प्राप्त (√) स्रोतको कोड	प्रेषण गरिएको संस्थाको अन्य सेवाको कोड	कोड	कोड	(ग/म/सा)			
कार्य क्षमताको विवरण							उपचार र सल्लाहको विस्तृत जानकारी																
१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०

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

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं	महलको शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरू गर्नु पर्दछ ।
२	मूल दर्ता नम्बर अन्य सेवाको दर्ता न.	यस महलको माथिल्लो भागमा मूल दर्ता रजिष्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर सेवाग्राहीसँग भएको पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनु पर्दछ र यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राहीले अस्पतालको बहिरंग वा अन्तरंग वा अन्य कुन सेवाबाट प्रेषण भएको हो सो को संक्षिप्त नाम लेखि त्यो सेवाको दर्ता न. उल्लेख गर्नु पर्दछ । जस्तैः अन्तरंग सेवाबाट प्रेषण भएको ०९ सेवा दर्ता नं. भएको बिरामीको सेवाको दर्ता न. IPD ०९ लेख्नु पर्दछ।
३	मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएको मितिलाई गते, महिना र साल गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।
४	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर नयाँ/पुरानो	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीको पुनर्स्थापना सेवाको दर्ता न. उल्लेख गर्नु पर्दछ। सेवाग्राहीको दर्ता गर्दा प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँदर्ता नम्बर दिई सुरू गर्नु पर्दछ। एउटा स्वास्थ्य समस्या लिएर उपचार गराउन आएको सेवाग्राही सोही समस्या लिइ उपचारका लागि दोहोर्‍याई (फलोअप) आएमा यो महलमा पहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ। यदि एक पटकको रोग निको भइसकेको सेवाग्राही सोही समस्या वा अन्य समस्या लिएर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नु पर्दछ । यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राही नयाँ वा पुरानो कुन हो उल्लेख गर्नु पर्दछ। नयाँ भन्नाले पहिलो पटक उपचार लिन आएको व्यक्ति र पुरानो भन्नाले दोस्रो वा त्यो भन्दा बढि पटक उपचार लिन आएको व्यक्ति भन्ने बुझ्नुपर्दछ ।

५	सेवाग्राहीको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।
	अभिभावकको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको अभिभावकको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।
६	जाति	सेवाग्राही जुन जाति समूहमा पर्दछ त्यही समूह यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुपर्दछ। ०१—दलित, ०२—जनजाति, ०३—मधेशी, ०४—मुस्लिम, ०५—ब्राह्मण/क्षेत्री, ०६—अन्य
७	उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
८	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला भए '१÷, पुरुष भए '२÷ र यौन अल्पसंख्यक भए '३÷ लेखि गोलो लगाउनु पर्दछ ।
९	विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड	सेवाग्राही कुन किसिमको विकार (impairment)/अपाङ्गताको समस्याका कारण पुनर्स्थापना सेवालिन आएको हो सोही अनुरुप तल उल्लेख भए अनुसारको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नु पर्दछ । ०१—शारीरिक सम्बन्धी, ०२—दृष्टि सम्बन्धी, ०३—सुनाइ सम्बन्धी, ०४—श्रवण दृष्टिविहीन सम्बन्धी, ०५—स्वर र बोलाई सम्बन्धी, ०६—मानसिक वा मनोसामाजिक सम्बन्धी, ०७—बौद्धिक सम्बन्धी, ०८—अनुवंशीय रक्तश्राव सम्बन्धी, ०९—अटिज्म सम्बन्धी, १०—बहुअपाङ्गता सम्बन्धी
१०	अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार	सेवाग्राहीसँग अपाङ्गता परिचयपत्र छ भने परिचयपत्रको प्रकार अनुसार तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुपर्दछ र छैन भने छैन भनी जनाउनु पर्दछ । क—रातो रंग (पूर्ण अशक्त अपाङ्गता) / ख—नीलो रंग (अति अशक्त अपाङ्गता) / ग—पहेंलो रंग (मध्यम अपाङ्गता) / घ—सेतो रंग (सामान्य अपाङ्गता)
११-१२	ठेगाना/सम्पर्क नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राही प्रायः बसोबास गर्ने जिल्ला, बीचको भागमा महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका, वडा नं., टोलको नाम र अन्तिमको भागमा सम्पर्क फोन नं. लेख्नुपर्दछ।
१३	अन्य (विदेशी)	यस महलमा सेवाग्राही विदेशी नागरिक हो भने देशको नाम लेख्नु पर्दछ ।
१४	अनुसन्धान मूलक परीक्षण	सेवाग्राहीले रोग निदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोगशाला वा अन्य जाँच गरेको व्यहोरा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
१५-१६	ICD Code, Chapter - र निदानको विवरण	१५ नं. महलको माथिल्लो भागमा स्वास्थ्यकर्मीले निदान गरे अनुसार सेवाग्राहीलाई लागेको सम्भावित मुख्य स्वास्थ्य समस्याको Numeric (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE (ICD-११) कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ र १६ नं महलको माथिको भागमा मुख्य स्वास्थ्य समस्याको ICD-११ कोडको मुख्य Chapter (१-२६) को नाम लेख्नु पर्दछ। त्यसैगरी महलहरूको तल्लो भागमा मुख्य स्वस्थ्य समस्याको नाम लेख्नु पर्दछ। ०१ Certain infectious or parasitic diseases (१A००-१H०Z) ०२ Neoplasms (२A००-२F९Z) ०३ Diseases of the blood or blood-forming organs (३A००-३C०Z) ०४ Diseases of the immune system (४A००-४B४Z) ०५ Endocrine, nutritional or metabolic diseases (५A००-५D४६) ०६ Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (६A००-६E८Z) ०७ Sleep-wake disorders (७A००-७B२Z) ०८ Diseases of the nervous system (८A००-८E७Z)

		०९ Diseases of the visual system (९A००-९E१Z) १० Diseases of the ear or mastoid process (AA००-AC०Z) ११ Diseases of the circulatory system (BA००-BE२Z) १२ Diseases of the respiratory system (CA००-CB७Z) १३ Diseases of the digestive system (DA००-DE२Z) १४ Diseases of the skin (EA००-EM०Z) १५ Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue (FA००-FC०Z) १६ Diseases of the genitourinary system (GA००-GC८Z) १७ Conditions related to sexual health (HA००-HA८Z) १८ Pregnancy, childbirth or the puerperium (JA००-JB६Z) १९ Certain conditions originating in the perinatal period (KA००-KD५Z) २० Developmental anomalies (LA००-LD९Z) २१ Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified (MA००-MH२Y) २२ Injury, poisoning or certain other consequences of external causes (NA००-NF२Z) २३ External causes of morbidity or mortality (PA००-PL२Z) २४ Factors influencing health status or contact with health services (QA००-QF४Z) २५ Codes for special purposes (RA००-RA२६) २६ Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I (SA००-SJ३Z)
१७-२२	कार्य क्षमता (Functioning) को विवरण	१७—२२ महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीलाई उमेर अनुसारको कार्य क्षमता (Functioning) को कुन—कुन क्षेत्रमा समस्या छ उक्त क्षेत्रको बक्समा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । ०१-बुझ्ने र बुझाउने क्षमता, ०२-गमनशिलता (हिँडाइ र चहलपहल), ०३-स्व—हेरचाह (आफ्नो स्वच्छता, लवाइ, खुवाइ र एक्लै गर्न सक्ने), ०४-मेलमिलाप (अरु मानिस सँगको अन्तक्रिया), ०५-जीवन क्रियाकलाप (घरायसी तथा विद्यालय कार्य), ०६-सहभागिता (सामाजिक क्रियाकलाप तथा सहभागिता) त्यसैगरी महलहरूको तल्लो भागमा उक्त (✓) चिन्ह लगाएको कार्य क्षमतामा देखिएको समस्याको थप विवरण लेख्नु पर्दछ।
२३	समस्याको कारणको कोड	यस महलमा सेवाग्राहीलाई भएको मुख्य स्वास्थ्य समस्याको कारणको कोड नम्बर लेख्नु पर्दछ। ०१—जन्मजात, ०२—दुर्घटना/चोटपटक, ०३—हिंसा, ०४—नसर्ने रोग, ०५—सर्ने रोग, ०६— हड्डी खिइनु, ०७— अन्य, ०८—थाहा नभएको
२४-३१	सेवाको प्रकार (उपचार र सल्लाहको विस्तृत जानकारी)	यस महलको माथिल्लो भागमा तल उल्लेख गरिएको मध्ये सेवाग्राहीलाई दिएको सेवाहरूको बक्समा (✓) चिन्ह लगाएर उक्त उपचार र सल्लाहको बारेमा तल्लो महलमा छोटकरीमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। एकजना सेवाग्राहीलाई एक भन्दा बढि सेवामा उपचार र सल्लाह दिइन्छ भने एकभन्दा बढि सेवाको बक्समा चिन्ह (✓) लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। यदि सेवाग्राहीलाई अन्य कुनै संस्थामा वा स्वास्थ्य संस्थाकै अन्य कुनै सेवामा

<table>
<tr><td></td><td></td><td>प्रेषण गरियो भने अन्यको महलमा (✓) लगाइ के-का लागि प्रेषण गरियो भनि उल्लेख गर्नु पर्दछ।
<table>
<tr><td>०१.फिजियोथेरापी सेवा</td><td colspan="2">०२. वाक तथा श्रवण सेवा</td><td>०३. अकुपेशन थेरापी सेवा</td><td>०४. सहायक सामग्री सेवा</td></tr>
<tr><td colspan="2">०५. चिकित्सकीय सेवा</td><td rowspan="2">०६.मनोपरामर्श सेवा</td><td rowspan="2">०७. अन्य सेवा</td></tr>
<tr><td>०५.१ पि.एम.एण्ड.आर.</td><td>०५.२ अन्य चिकित्सक</td></tr>
</table>

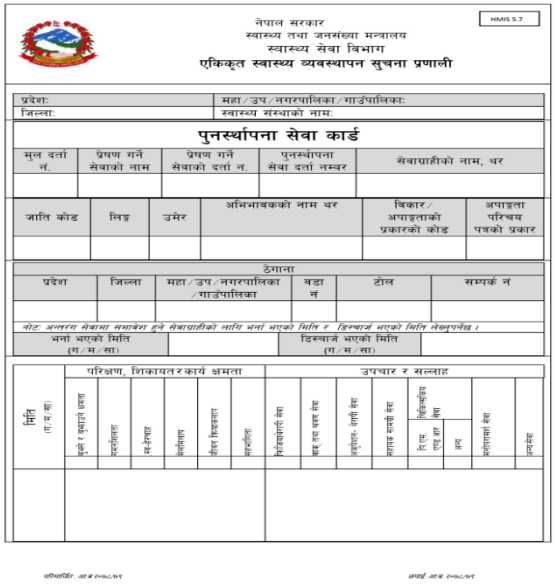
०५.१ पि.एम.एण्ड.आरको महलमा पि.एम.एण्ड.आर (Physical Medicine and Rehabilitation) विशेषज्ञ चिकित्सद्वारा प्रदान गरिएको सेवा हो भने यो बक्समा चिन्ह (✓) लगाई सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
०५.२ अन्य सेवाको महलमा विशेषज्ञ चिकित्सक जस्तै हार्ईजोर्नी विशेषज्ञ, मुटुरोग विशेषज्ञ, आँखा रोग विशेषज्ञ, आदिद्वारा प्रदान गरिएको सेवा हो भने यो बक्समा चिन्ह (✓) लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
०७. अन्य सेवाको महलमा माथि उल्लेखित सेवा बाहेक अन्य सेवाहरू प्रदान गरिएको भए (✓) चिन्ह लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । साथै अन्य स्वास्थ्यकर्मी (नर्स, हे.अ, अ.हे.व) द्वारा प्रदान गरिएका पुनर्स्थापना सम्बन्धी सेवा हो भने पनि यस महलमा चिन्ह (✓) लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमा तलको महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>३२</td><td>सहायक सामग्री (आवश्यक, कोड)</td><td>यस महलको माथिल्लो भागमा आवश्यक सहायक सामग्रीको नाम र तल्लो महलमा उक्त सहायक सामग्रीको कोड लेख्नुपर्दछ ।
९. गमनशिलता सम्बन्धी, जस्तैः Crutches, Walking sticks and canes, Walkers, wheel chain orthoses, prostheses,आदि ।
१०.दृष्टि सम्बन्धी, जस्तैः Magnifying devices, Spectacles,Tactile sticks आदि ।
११.सुनाई सम्बन्धी, जस्तैः Hearing aids, communication products, Signaling products,आदि ।
१२.संचार सम्बन्धी, जस्तैः Communication products, Signalling products,आदि ।
१३.बुझ्ने र बुझाउने सम्वन्धी, जस्तैः Memory Aids, Alarms, आदि ।
१४.वातावरण सम्बन्धी, जस्तैः Chairs, Beds, Wheelchair accessories:-cushion, belt आदि ।</td></tr>
<tr><td>३३</td><td>सहायक सामग्री (प्राप्त र स्रोतको कोड)</td><td>यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीले सहायक सामग्री पाएको भए (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ र तल्लो महलमा सहायक सामग्री पाएको श्रोतको कोड उल्लेख गर्नु पर्दछ।
२. आफै किनेको
३. अस्पतालबाट
४. अन्य सरकारी कार्यलयबाट
५. पुनर्स्थापना केन्द्रबाट
६. अन्य संस्थाबाट</td></tr>
<tr><td>३४</td><td>प्रेषण भई आएको/ गरिएको</td><td>यदि सेवाग्राही स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवाबाट प्रेषण भई आएको भए माथिल्लो भागमा प्रेषण गर्ने सेवाको कोड लेख्नुपर्दछ र यदि सेवाग्राहीलाई स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवामा प्रेषण गरिएको छ भने उक्त सेवाको कोड तल्लो भागमा लेख्नु पर्दछ ।</td></tr>
</table>

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

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

HMIS-५.७: पुनर्स्थापना सेवा कार्ड (Rehabilitation Service Card)

कार्डको नमूना:



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
एकिकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सुचना प्रणाली

HMIS 5.7

प्रदेश: | महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका:
जिल्ला: | स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

पुनर्स्थापना सेवा कार्ड

मूल दर्ता नं.	प्रेषण गर्ने सेवाको नाम	प्रेषण गर्ने सेवाको दर्ता न.	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम, थर

जाति कोड	लिङ्ग	उमेर	अभिभावकको नाम थर	विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड	अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रकार

ठेगाना

प्रदेश	जिल्ला	महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका	वडा नं	टोल	सम्पर्क नं

नोट: अन्तरंग सेवामा समावेश हुने सेवाग्राहीको नाम भनें भएको मिति र डिस्चार्ज भएको मिति लेख्नुपर्नेछ ।

भर्ना भएको मिति (गा/म/सा)		डिस्चार्ज भएको मिति (गा/म/सा)	

मिति (गा/म/सा)	परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता						उपचार र सल्लाह							
	शुरुमा र बुझाउने समय	पल्सहरात	मर्ने-हेराइ	अनुमोदन	थैरेपी दिइएको	मार्फतीत	शिरीरबोगेनी सेवा	बाह्य रोग उपचार सेवा	अनुवेक्षण- पोषण सेवा	आहारा सम्बन्धी सेवा	विशेषज्ञ सेवा (दि.एस. एच.आर सेवा)	अन्य	मनोपरामर्श सेवा	अन्तरसेवा

क.स.	मिति	सेवन नं	सेवन संख्या	हस्ताक्षर	क.स.	मिति	सेवन नं	सेवन 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 लेख्नुपर्दछ।
महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका	स्वास्थ्य संस्था रहेको महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिकाको नाम लेख्नुपर्दछ।
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ।
मूल दर्ता नम्बर	मूल दर्ता रजिष्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
प्रेषण गर्ने सेवाको नाम	प्रेषण गर्ने सेवाको नाम उल्लेख लेख्नुपर्दछ।
प्रेषण गर्ने सेवाको दर्ता न.	प्रेषण गर्ने सेवाको दर्ता न. लेख्नुपर्दछ।
पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर	यस महलमा सेवाग्राहीको पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरमा दर्ता गरिएको न. उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
सेवाग्राहीको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नु पर्दछ।
जाति कोड	सेवाग्राही जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूह यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नु पर्दछ। 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' लेख्नुपर्दछ।
उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नु पर्दछ।
अभिभावकको नाम थर	यस महलमा सेवाग्राहीको अभिभावकको नाम र थर लेख्नु पर्दछ।
विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड	सेवाग्राहीमा कस्तो किसिमको विकार/अपाङ्गता छ यस महलमा तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नु पर्दछ।

<table>
<tr><td></td><td>०१—शारीरिक सम्बन्धी, ०२—दृष्टि, ०३—सुनाइ, ०४—श्रवण दृष्टिविहीन अपाङ्गता, ०५—स्वर र बोलाई सम्बन्धी अपाङ्गता, ०६—मानसिकवा मनोसामाजिक अपाङ्गता, ०७—बौद्धिक अपाङ्गता, ०८—अनुवंशीय रक्तश्राव, ०९—अटिजम सम्बन्धी अपाङ्गता, १०—बहुअपाङ्गता</td></tr>
<tr><td>अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार</td><td>सेवाग्राहीसँग अपाङ्गता परिचयपत्र छ भने सोही महलमा र छैन भने परिचयपत्रको प्रकार तल उल्लेख भए अनुसार लेख्नुपर्दछ।
<table><tr><td>क—रातो रंग
(पूर्ण अशक्त अपाङ्गता)</td><td>ख—नीलो रंग
(अति अशक्त अपाङ्गता)</td><td>ग—पहेंलो रंग
(मध्यम अपाङ्गता)</td><td>घ—सेतो रंग
(सामान्य अपाङ्गता)</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>प्रदेश</td><td>यस महलमा सेवाग्राही प्रायः बसोबास गरेको प्रदेशको नाम लेख्नु पर्दछ।</td></tr>
<tr><td>जिल्ला</td><td>यस महलमा सेवाग्राही प्रायः बसोबास गरेको जिल्लाको नाम उल्लेख गर्नु पर्दछ।</td></tr>
<tr><td>महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका</td><td>यस महलमा सेवाग्राही प्रायः बसोबास गरेको महा/उप/नगरपालिका/ गाउँपालिकाको नाम लेख्नु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>वडा नं.</td><td>यस महलमा सेवाग्राही प्रायः बसोबास गरेको वडा न. लेख्नुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>टोल</td><td>यस महलमा सेवाग्राही प्रायः बसोबास गरेको टोलको नाम लेख्नु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>सम्पर्क नं</td><td>यस महलमा सेवाग्राहीको सम्पर्क नम्बर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>भर्ना भएको मिति (ग/म/सा)</td><td>यस महलमा सेवाग्राही अन्तरंग सेवा लिन भर्ना भएको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>डिस्चार्ज भएको मिति (ग/म/सा)</td><td>यस महलमा सेवाग्राही अन्तरंग सेवाबाट डिस्चार्ज भएको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>मिति (ग/म/सा)</td><td>यस महलमा सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>परीक्षण, सिकायत र कार्य क्षमता</td><td>यस महलमा सेवाग्राही रोग निदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोगशाला वा अन्य जाँच गरेको व्यहोरा उल्लेख गर्नु पर्दछ । साथै कार्य क्षमता (Functioning) को कुन क्षेत्रमा समस्या परेको छ उक्त महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ । एउटै सेवाग्राहीको एक वा एक भन्दा बढि कार्य क्षमतामा समस्या हुन सक्ने भएकोले एक भन्दा बढी कार्य क्षमताको समस्याको महलमा (✓) चिन्ह लगाउन सकिने छ।
०१.बुझ्ने र बुझाउने क्षमता, ०२. गमन शिलता (हिँडाइ र चहलपहल), ०३.स्व—हेरचाह (आफ्नो स्वच्छता, लवाइ, खुवाइ र एक्लै गर्न सक्ने), ०४.मेलमिलाप (अरु मानिससँगको अन्तक्रिया), ०५.जीवन क्रियाकलाप (घरायसी तथा विद्यालय कार्य), ०६.सहभागिता (सामाजिक क्रियाकलाप, समाजमा सहभागिता)</td></tr>
<tr><td>उपचार र सल्लाह</td><td>सेवाग्राहीलाई कुन उपचार पद्धती बाट उपचार गरिने हो सम्वन्धित महलमा (✓) चिन्ह लगाई दिएको सल्लाह तल्लो महलमा लेख्नु पर्दछ। सेवाग्राहीलाई उपचार गर्दा एक वा एक भन्दा बढ़ी उपचार पद्धती प्रयोग गर्न सकिनेछ । अझै विस्तृत रुपमा के—कस्ता उपचार र सल्लाह दिइयो सो उल्लेख गर्नु पर्दछ । पछाडिको पृष्ठमा अगाडिको भागमा लेखे जस्तै मिति, परीक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता, उपचार र सल्लाह उल्लेख गर्नु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td colspan="2">यस कार्डको अन्तिम पृष्ठको तालिकामा सेवाग्राहीको नियमित उपस्थितिलाई उल्लेख गर्नु पर्दछ । सेवाग्राही आएको दिन अनुसार क्र.सं. मा नम्बर र उपस्थित भएको दिनको मिति लेख्नु पर्दछ । सेसन नं. को महलमा त्यस मितिमा आएको कति औं पटक हो त्यो संख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ । साथै सेसन संख्याको महलमा त्यस मितिमा जम्मा सेसन कति पाएको हो त्यो उल्लेख गरी हस्ताक्षरमा उपचार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले हस्ताक्षर गर्नु पर्दछ ।</td></tr>
</table>

HMIS-५.८: कुष्ठरोग बिरामीको सम्पर्क जाँच रजिष्टर

(Leprosy Contact Investigation Register)

कुष्ठरोगको संक्रमणको स्थिति तथा कुष्ठरोग बिरामी सुरुको नै अवस्थामा पत्ता लगाउन हरेक कुष्ठरोग बिरामीको परिवार तथा छिमेकी घरपरिवार सदस्यहरूको सम्पर्क जाँच गरी सबै विवरण यस रजिष्टरमा अभिलेखिकरण गर्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूनाः

कुष्ठरोग विरामीको सम्पर्क जाँच रजिस्टर

स्वास्थ्य संस्थाको नाम : प्रदेश:

गाउँपालिका/नगर/उप/महानगरपालिका : जिल्ला:

मूल बिरामीको							सम्पर्क परिक्षण गरेको									
क.सं	नाम सेवा दर्ता नं उपचार सुरु गरेको मिति (ग म सा)	ठेगाना सम्पर्क नं	उमेर म	 पु	रोगको प्रकार एम.बी.	 पी.बी.	क.सं	व्यक्तिको नाम	उमेर म	 पु	मूल बिरामी संगको नाता	परिक्षण मिति (ग म सा)	कुष्ठरोग निदानको अवस्था हो MDT दर्ता नं	 होइन	 शंकास्पद	कैफियत
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
१-७	मूल बिरामीका	कुष्ठरोगको मूल बिरामीको तपसिल अनुसारको विवरण भर्नु पर्दछ।
१	क्र.सं	प्रत्येक मूल बिरामीको क्रम संख्या १ बाट सुरू गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ ।
२	नाम	महल २ को पहिलो कोठामा मूल बिरामीको नाम लेख्नु पर्दछ ।
	सेवादर्ता नं.	महल २ को दोश्रो कोठामा सो बिरामीको कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरमा दर्ता भएको सेवा दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
	उपचार सुरु गरेको मिति	महल २ को तेश्रो कोठामा सो बिरामीको कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरमा दर्ता भएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
३	ठेगाना	महल ३ को पहिलो कोठामा मुल बिरामी अक्सर बसोवास गरिरहेको ठेगाना लेख्नु पर्दछ ।
	सम्पर्क नं	महल ३ को दोश्रो कोठामा मुल बिरामीको सम्पर्क नं. लेख्नु पर्दछ ।
४, ५	उमेर, र लिङ्ग	बिरामी महिला भए महल नं ४ मा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ र बिरामी पुरुष भए महल नं. ५ मा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नु पर्दछ ।
६, ७	रोगको प्रकार, एम.बी/पी.बी	एम. बी बिरामी भए महल नं. ६ मा (✓) चिन्ह लेख्नु पर्दछ र पी. बी बिरामी भए महल नं. ७ मा (✓) चिन्ह लेख्नु पर्दछ ।
८-१६	सम्पर्क परीक्षण गरेको	कुष्ठरोग बिरामीको परिवार तथा छिमेकीको परिवारको सदस्यहरूको सम्पर्क परीक्षणको विवरणहरू तपसिल अनुसार भर्नु पर्दछः
८	क्र.सं	प्रत्येक मुल बिरामीको सम्पर्क जाँच गरेको व्यक्तिको क्रम संख्या १ बाट सुरू गरी जति जनालाई जाँच गरेको हो क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ । हरेक मुल बिरामीको सम्पर्क जाचँ गरेको व्यक्तिको क्रम संख्या १ बाट सुरु गर्दै लेख्नु पर्दछ । यस क्रम संख्याबाट प्रत्येक मूल बिरामीको परिवार तथा छिमेकीको कति व्यक्ति/सदस्यमा सम्पर्क जाँच गरेको हो सो को कुल संख्या थाहा पाउन सकिन्छ।

९	व्यक्तिको नाम	सम्पर्क परीक्षण गरेको व्यक्तिको नाम यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१०,११	उमेर, महिला, पुरुष	बिरामी महिला भए महल १० मा र पुरुष भए महल ११ मा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नु पर्दछ ।
१२	मुल बिरामीसँगको नाता	मुल बिरामीसँगको परिवार नाता जस्तैः आमा, बुवा, दाजु, भाई, दिदी, बहिनी, आदि खुलाउनु पर्दछ र छिमेकी परिवारको सदस्य भए छिमेकी भनी लेख्नु पर्दछ ।
१३	परीक्षण मिति	सम्पर्क परीक्षण गरेको मिति गते/महिना/साल खुलाउनु पर्दछ ।
१४-१५	कुष्ठरोग निदानको अवस्था	सम्पर्क जाँच गरेको सदस्यलाई परीक्षण पश्चात् कुष्ठरोग हो /होइन यकिन गरी यी महलमा चिन्ह लगाउनुपर्दछ । यदि सम्पर्क जाचँगर्दा सो व्यक्तिमा कुष्ठरोग भएको यकिन भएमा यस महलमा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ र सोहीमहलको तल कुष्ठरोगको निदान पश्चात् कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरमा दर्ता गरी सो बिरामीको MDT सेवा दर्ता नं. चढाउनु पर्दछ । सम्पर्क जाचँ गर्दा सो व्यक्तिमा कुष्ठरोग नभएको यकिन भएमा यस महल नं १५ 'होईन÷ मा (✓) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
१६	शंकास्पद	सम्पर्क जाचँगर्दा सो व्यक्तिमा कुष्ठरोग भए/नभएको यकिन गर्न नसकी शंका लागेमा यस महलमा (✓) चिन्ह लगाइ कुष्ठरोग भए/नभएको यकिन गर्न प्रेषण गर्नु पर्दछ ।
१७	कैफियत	यी विवरण बाहेक अन्य केही कुरा खुलाउनु पर्ने भएमा कैफियत महलमा लेख्नुपर्दछ । जस्तैः प्रेषण गरिएको, भएमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ ।

HMIS-५.९: नसर्नेरोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर

(Non-Communicable Diseases and Mental Health Register)

नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर बहिरंग तथा आकस्मिक सेवा लिन आउने बिरामीको लागि मात्र भर्नु पर्दछ । अन्तरंग सेवा लिएका बिरामीको विवरण Inpatient Morbidity को खण्डबाट नै प्राप्त हुने हुँदा यस रजिष्टरमा दोहोर्याएर गणना गर्नु पर्दैन । बहिरंग तथा आकस्मिक सेवा लिन आएका सेवाग्राही मध्ये नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवासंग सम्वन्धित बिरामीहरुको विवरण दोहोरो नपर्ने गरि यस रजिष्टरमा पनि लेख्नु पर्दछ।

रजिष्टरको नमूनाः

HMIS 5.9

नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर

क्र.स.	सेवा सम्बन्धि जानकारी				सेवाग्राहीको व्यक्तिगत जानकारी					ठेगाना/ सम्पर्क नं.		Investigation	निदान (Diagnosis)		सेवाको प्रकार				मृत्यु भएको	पुराना सेवाग्राहीहरुको लागि मात्र		प्रेषण
	मूल दर्ता नम्बर / अन्य सेवा दर्ता नम्बर	मिति	NCD/MH/ Injury	नयाँ/ पुरानो / सेवा दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम/थर	जाति कोड	उमेर	लिङ्ग: महिला	लिङ्ग: पुरुष	जिल्ला: गा.पा/न.पा	जिल्ला: वडा नं / टोल / सम्पर्क नम्बर		Diagnosis	ICD Code	औषधि	मनोसामाजिक परामर्श	परामर्श	अन्य		उपचार नियमितता (Rx compliance)	सुधारको अवस्था	प्रेषण भइ आएको संस्था/ व्यक्तिको नाम / प्रेषण गरिएको संस्थाको नाम
															औषधि, उपचार र परामर्श सेवाको बिस्तृत जानकारी							
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	१. नियमित छ २. नियमित छैन	१. सुधार छ २. सुधार छैन	
								१	२										१	१. नियमित छ २. नियमित छैन	१. सुधार छ २. सुधार छैन	
								१	२										१	१. नियमित छ २. नियमित छैन	१. सुधार छ २. सुधार छैन	
								१	२										१	१. नियमित छ २. नियमित छैन	१. सुधार छ २. सुधार छैन	
								१	२										१	१. नियमित छ २. नियमित छैन	१. सुधार छ २. सुधार छैन	
								१	२										१	१. नियमित छ २. नियमित छैन	१. सुधार छ २. सुधार छैन	
								१	२										१	१. नियमित छ २. नियमित छैन	१. सुधार छ २. सुधार छैन	

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

परिमार्जित: आ.ब. २०७८/७९ *छपाई: आ.ब. २०७८/७९*

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं	महलको शिर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका बिरामीको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	मूल दर्ता नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा मूल दर्ता रजिष्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर सेवाग्राहीसँग भएको पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।
	अन्य सेवा दर्ता नम्बर कोड	यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राही 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 सेवाबाट प्रेषण भएको हो सो को नाम पनि उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै सेवाग्राही ओ.पि.डी.बाट आएको हो र उसको दर्ता नं २१३ हो भने यस महलमा २१३ (OPD) उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
३	मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएको मितिलाई गते, महिना र साल गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।

महल नं	महलको शिर्षक	निर्देशन
४	NCD/MH/Injury	यस महलमा सेवाग्राहीले नसर्ने रोग, मानसिक स्वास्थ्य तथा चोट पटकको उपचार सम्बन्धी कुन सेवा लिएको हो, उल्लेख गर्नु पर्दछ । नसर्ने रोग सम्बन्धी सेवा लिएको भए '१÷, मानसिक स्वास्थ्य सेवा लिएको भए '२÷ र चोट पटकको उपचारका लागि सेवा लिएको भए '३÷ उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
५	नयाँ / पुरानो	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राही नयाँ वा पुरानो कुन हो उल्लेख गर्नुपर्दछ । नयाँ भन्नाले पहिलो पटक उपचार लिन आएको व्यक्ति र पुरानो भन्नाले दोस्रो वा त्योभन्दा बढी पटक उपचार लिन आएको व्यक्ति भन्ने बुझ्नु पर्दछ । एक पटक एउटा नसर्ने रोग लागेर अर्को आर्थिक वर्षमा पनि सोहि रोगको जाँचको लागि आएमा सो बिरामीलाई पछिको आर्थिक वर्षहरूमा पुरानो सेवाग्राहीको रूपमा गणना गर्नु पर्दछ । आर्थिक वर्ष परिवर्तान भए पनि पुरानो सेवाग्राहीको रुपमा गणना गर्नु पर्दछ। तर सोही व्यक्ति सो रोग बाहेक अर्को नसर्ने रोग लागेर आएमा नयाँ सेवाग्राहीको रूपमा गणना गर्नु पर्दछ।
	सेवा दर्ता नम्बर	यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राहीको नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवाको दर्ता नम्बर उल्लेख गर्नु पर्दछ। सेवाग्राहीको दर्ता गर्दा प्रत्येक वर्षमा नयाँ दर्ता नम्बर दिई सुरू गर्नुपर्दछ । एउटा स्वास्थ्य समस्या लिएर उपचार गराउन आएको सेवाग्राही सोही समस्या उपचारका लागि दोहोर्याएर (फलोअप) आएमा पहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
६	सेवाग्राहीको नाम	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नु पर्दछ ।
७	जाति कोड	यस रजिष्टरको ११ औं महलमा सेवाग्राहीको जाति समूह पहिचान गरि सो जाति समूहलाई जनाउने उपयुक्त कोडलाई अंकमा लेख्नु पर्दछ। 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 लेख्नु पर्दछ।
९—१०	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राही महिला भए १ र पुरुष भए २ मा गोलो घेरा लेख्नु पर्दछ ।
११	ठेगाना/सम्पर्क नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राही प्राय बसोबास गर्ने जिल्ला, दोस्रो भागको दुइ खण्ड मध्ये बायाँ खण्डमा अक्सर बसोबास गर्ने स्थानीय तह (उप/महा/नगर/गाउँपालिका) को नाम र दायाँ खण्डमा सोही ठाउँको वडा नं. उल्लेख गर्नुपर्दछ । त्यसै गरि बसोबास गर्ने टोलको विवरण तेस्रो भागमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। यस महलको अन्तिम भागमा सेवाग्राहीको सम्पर्क नम्बर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१२	Investigation	यस महलमा सेवाग्राहीलाई कुनै किसिमको परीक्षण (रगत,पिसाव,प्रेसर आदि) गरेको भए उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१३	Diagnosis	यस महलमा स्वास्थ्यकर्मीले सेवाग्राहीको जाँच गरी निदान गरेको मुख्य स्वास्थ्य समस्याको नाम उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१४	ICD code	महल १३ मा उल्लेख गरेको स्वास्थ्य समस्याको INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE (ICD) ११ अनुसारको कोड नं. यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

महल नं	महलको शिर्षक		निर्देशन
१५-१८	सेवाको प्रकार		यस महलमा दुईवटा खण्डहरू छन् । माथिल्लो खण्डमा ४ वटा सेवाहरू मध्ये कुन कुन सेवाहरू प्रदान गरिएको हो भन्ने उल्लेख गर्न प्रयोग गर्नुपर्दछ । सेवा प्रदायकले औषधी सिफारिस गरेमा औषधीको महल (१५), मनोसामाजिक परामर्श प्रदान गरे मनोसामाजिक परामर्शको महल (१६), परामर्श सेवा दिएमा परामर्शको महल (१७) र अन्य सेवाप्रदान गरेमा अन्यको महल (१८) मा १ नं. उल्लेख गर्नुपर्दछ । महल १७ को परामर्श सेवा भन्नाले मनोसामाजिक परामर्श सेवा बाहेकका अन्य सबै किसिमको परामर्शलाई बुझ्नु पर्दछ। उल्लेखित ४ मध्ये एक भन्दा बढी सेवा प्रदान गरेको भए जुनजुन सेवा दिएको हो त्यी सबै महलमा १ अंक उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसरी प्रदान गरिएको औषधी, उपचार र परामर्श सेवाको विस्तृत विवरण तल्लो खण्डमा खुलाउनु पर्दछ ।
१९	मृत्यु भएको		नसर्ने रोग, मानसिक स्वास्थ्य वा चोटपटकको समस्या लिएर आएको बिरामीको यदि मृत्यु भएको हो भने यस महलमा उल्लेखित १ नं. कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ ।
२०	पुराना सेवाग्राहीका लागि मात्र	उपचार नियमितता (Rx compliance)	यो महल पुराना सेवाग्राहीका लागि मात्र भर्नुपर्छ । यस महलमा सेवाग्राहीहरुले उपचारमा नियमितता अपनाएको छ वा छैन भन्ने दुई वटा विकल्प समावेश गरिएको छ । यदि सेवाग्रहिले सेवा प्रदायकको सिफारिस बमोजिम सेवा लिई रहेको वा नियमित औषधी सेवन गरिरहेको भएमा उपचार नियमित छ÷ भन्ने पहिलो विकल्पलाई छनौट गर्न १ नं. कोड मा गोलो लगाउनु पर्दछ। उपचार र औषधी सेवन नियमित नभएका सेवाग्राही भएमा 'नियमित छैन भन्ने दोस्रो विकल्पको २ नं कोड मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
२१		सुधारको अवस्था	यस महलमा सेवाग्राहीको स्वास्थ्य अवस्थामा मापन योग्य सुधार छ वा छैन भन्ने दुइ वटा विकल्प समावेश गरिएको छ । यदि सेवाग्राहीको स्वास्थ्य अवस्थामा मापन योग्य सुधार देखिएको छ भने १ नं . कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। स्वास्थ्य अवस्था सुधारोन्मुख नभएमा वा पहिलेकै जस्तै अवस्था भएमा २ नं. कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। नोटः १८ बर्ष -भन्दा माथिका बयस्कहरुको रक्तचाप मापन गर्दा उच्चरक्तचाप भन्नाले SBP ≥ १४० mmHg र/ वा DBP ≥ ९० mmHg भन्ने बुझिन्छ । Glucometer को माध्यामबाट रगतमा चिनीको मात्रा परीक्षण गर्ने र खाली पेटमा रगत जाच गर्दा (fasting plasma blood sugar ≥ १२६ mg/dl) वा जुनसुकै बेलाको रगत (Random plasma blood sugar ≥ २०० mg/dl) भएमा रगतमा चिनीको मात्रा बढेको भनेर बुझिन्छ ।COPD र Asthma को हकमा उपचार PEN प्रोटोकल र BHS मा उल्लेख भएका मापदण्ड अनुसार हुनुपर्नेछ ।Epilepsy मा समस्या देखा नपर्नु, Substance use disorder मा लागू पदार्थ प्रयोग नगर्नु , मानसिक स्वास्थ्यको हकमा उपचार पूर्वको अवस्थामा सुधार भएको भन्ने बुझ्नु पर्दछ ।
२२	प्रेषण		यस महलमा दुईवटा खण्डहरू छन् । सेवाग्राही अन्यत्रबाट प्रेषित भएर आएको भए, सेवाग्राहीलाई यस स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने व्यक्ति वा संस्थाको नाम माथिल्लो खण्डमा लेख्नुपर्दछ। प्रेषण गर्ने 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 ।

HMIS-५.१०: ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर

(Senior Citizen Health Service Register)

रजिष्टरको नमूनाः

HMIS 5.10

ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा

वस्तीको: .....

क्र.स.	मिति (गं/म/सा)	दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम, थर	लिङ्ग	लिङ्ग (म, पु, यौ.अ)	जाति (०१-०६)	ठेगाना			नर्सा/ पुरानो	परिचयपत्र छ/छैन (१: छ, २: छैन)	रोगको किसिम (कोड १-१६)	विभाग (कोड १-२)	सेवा (कोड १-५)
							जिल्ला	गा.पा./न.पा	वडा नं.					
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५

सङ्केत ७ (सहवासीः १ छोरा, २ बुवाआमा, ३ भाईबहिनी, ४ पुर्खाबाजे, ५ आफन्त/ छरछिमेकी, ६ अन्य

सङ्केत १३ (रोगको किसिमः १ Stroke, २ Chronic Respiratory Disease, ३ Coronary Artery Disease, ४ Hypertension, ५ Diabetes Mellitus , ६ Cancers, ७ Parkinsonism, ८. Dementia & Alzheimer's, ९. Benign Prostatic Hypertrophy, १० Depression, ११ Osteoarthritis, १२ Osteoporosis, १३ Sarcopenia, १४ Pneumonia, १५ Urinary Tract Infection, १६ Others (Specify)

सङ्केत १४ (विभागः १ आयर्भिज्ञ, २ मेडिसिन, ३ अन्यत्र

सङ्केत १५ (सेवाः १ सामान्य परीक्षण, २ सामान्य उपचार, ३ शल्यक्रिया, ४ Palliative, ५ Rehabilitative

परीमार्जित आ.ब. २०८७।८१ छपाई: आ.ब. २०८७।८१

HMIS 5.10

। कार्यक्रम रजिष्टर

आ.ब.: २०.. ../२०.. . **महिना:.....**

सेवा शुल्क रु. मा				निः शुल्क वा छुट		खर्च बेहोरिएको			प्रेषण गरिएको			
औषधी	परिक्षण	शल्यक्रिया	अन्य (खुलाउने)	निः शुल्क	छुट रु	स्वास्थ्य विमा	ज्येष्ठ नागरिक कार्यक्रम / सामाजिक सेवा इकाई	अन्य (खुलाउने)	माथिल्लो तहको अस्पताल (खुलाउने)	तल्लो तहको अस्पताल/ स्वास्थ्य संस्था (खुलाउने)	पुर्नस्थापना केन्द्र	जेरियाट्रीक सेवा केन्द्र
१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८

परीमार्जित आ.ब. २०८७।८१ छपाई: आ.ब. २०८७।८१

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं.	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरू गर्नु पर्दछ ।
२	मिति	दर्ता गरेको मिति (गते, महिना र साल) उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
३	दर्ता नं.	एक आ.व. का लागि १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ र अर्को आ. व. सुरु भएपछि पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
४	सेवाग्राहीको नाम/थर	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नु पर्दछ ।
५	उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नु पर्दछ ।
६	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला, पुरुष, र लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक भए तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर अनुसार लेख्नु पर्दछ। १-महिला | २-पुरुष | ३-लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक
७	जाति समूहः	सेवाग्राही जुन जाति समूहको हो, समूह यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नु पर्दछ । ०१-दलित | ०२-जनजाति | ०३-मधेशी | ०४-मुस्लिम | ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री | ०६-अन्य
८-१०	ठेगाना (जिल्ला, गाउँपालिका/ नगरपालिका, वडा नं)	सेवाग्राहीको हाल बसोबास रहेको जिल्ला, गाउँपालिका , नगरपालिका वा महानगरपालिकाको नाम र वडा न उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
११	नयाँ वा पुरानो	सेवाग्राही पहिलोपटक आएको भए नयाँ र फलोअपमा आएको भए पुरानो लेख्नु पर्दछ ।
१२	परिचयपत्र	नेपाल सरकारबाट प्राप्त गरेको ज्येष्ठ नागरिक परिचयपत्र, नागरिकता, मतदाता परिचय पत्र, लगायत उमेर खुल्ने कुनै परिचयपत्र छ भने १ राख्नु पर्दछ र छैन भने २ राख्नु पर्दछ ।
१३	रोगको किसिम	रोगको किसिम यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नु पर्दछ । उल्लेखित वर्गिकरण अनुसार रोगको किसिम खुलाउनु पर्दछ। १-Stroke, २-Chronic Respiratory Disease, ३-Coronary Artery Disease, ४-Hypertension, ५-Diabetes mellitus, ६-Cancers, ७-Parkinsonism, ८-Dementia and Alzheimer's, ९-Benign Prostatic Hypertrophy, १०-Depression, ११-Osteoarthritis, १२-Osteoporosis, १३-Sarcopenia, १४-Pneumonia, १५-Urinary Tract infection, १६-Others (Specify)
१४	विभाग	उपचारको क्रममा कुन विभागीय सेवा लिएको हो यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नु पर्दछ । १. आकस्मिक | २. वहिरङ्ग | ३. अन्तरङ्ग
१५	सेवा	कस्तो किसिमको सेवा लिएको हो यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । १. सामान्य परिक्षण | २. सामान्य उपचार | ३. शल्यक्रिया | ४. Palliative | ५. Rehabilitative

महल नं.	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
१६-१९	सेवा शुल्क (रु मा)	ज्येष्ठ नागरिकले उपभोग गरेको औषधी, परिक्षण, शल्यक्रिया वा अन्य सेवाको वास्तविक जम्मा शुल्क रकम सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । सेवा शुल्क भन्नाले तिर्नुपर्ने रकम र छुट पाउने सबै शुल्कको जम्मा रकम हो ।
२०-२१	निःशुल्क वा छुट रकम	यस महलमा यदि ज्येष्ठ नागरिकले पूर्णरुपमा निःशुल्क सेवा पाएको भए महल २० मा निशुल्क गरिएको रकम लेख्नु पर्दछ। यदि आंशिक छुट गरिएको भए महल नं. २१ मा छुट गरिएको रकम उल्लेख गर्नु पर्दछ।
२२-२५	खर्च बेहोरिएको	खर्च बेहोरिएको भए स्वास्थ्य बिमा, 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 कार्यक्रम/ सामाजिक सेवा एकाईबाट बेहोरिएको भए महल २३ मा र अन्य श्रोतबाट भए महल २४ मा कति रकम बेहोरिएको हो सो रकम उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
२६-२८	प्रेषण गरिएको	प्रेषण गरिएको हो भने महलको तल उल्लेखित स्थान मध्ये कहाँ प्रेषण भएको हो सम्बन्धित 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 पुनर्स्थापना केन्द्र भए महल २७ र जेरियाट्रिक केयर सेन्टर भए महल २८ मा नाम र स्थान लेख्नु पर्दछ।

६. क्षयरोग

6. Tuberculosis

HMIS ६.१: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर

HMIS ६.२: खकार परीक्षण 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.एस.टी.बि.)

HMIS ६.४B: क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि

HMIS ६.४C: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड

HMIS ६.४D: औषधी प्रतिरोघी क्षयरोग उपचार कार्ड

HMIS ६.५A: क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर

HMIS ६.५B: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर

HMIS ६.६: क्षयरोगको स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम

HMIS ६.७: सम्पर्क परीक्षण 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 ६.१: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register)

क्षयरोग श्वासप्रश्वासका माध्यमबाट सर्ने सरूवा रोग हो । क्षयरोगका कीटाणु शरीरमा प्रवेश गरेको अवस्थामा सबैलाई 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 उद्देश्यले यो रजिष्टर प्रयोगमा ल्याइएको हो । स्वास्थ्य संस्थामा बहिरंग विभागमा पहिचान भएका तथा सम्पर्क परीक्षणबाट पत्ता लागेका क्षयरोगका सम्भावित बिरामीलाई यस रजिष्टरमा दर्ता गर्नु पर्दछ। साथै समुदाय अन्तर्गत संचालित क्रियाकलाप तथा FAST कार्यक्रम लागु भएका स्वास्थ्य संस्थाहरुले पनि सम्भावित बिरामीको अभिलेख पनि यस रजिष्टरमा राख्नु पर्दछ ।

रजिष्टरको नमुना:

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								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
					PBC	PCD	EP	Hr TB	RR/DR TB	Enrolled	Died	LFU	Referred	Referred HF Name	
S	X	C	L	O										Contact no	
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	

रजिष्टर भर्ने तरिका

महलनं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	SN	दैनिक सेवा लिन आएको सङ्ख्या क्रमशः लेखु पर्दछ । SN महिनाको १ गतेबाट क्र.सं. १ देखि सुरू गरी क्रमशः थप्दै जानु पर्दछ ।
२	RN	ओ पी डी, सम्पर्क परीक्षण, समुदाय अन्तगत संचालित क्रियाकलाप तथा FAST कार्यक्रमबाट आएका सम्भावित क्षयरोगका बिरामी यस रजिष्टरमा दर्ता गर्नु पर्दछ । दर्ता गर्दा आर्थिक वर्षको १ बाट शुरु गरी क्रमशः थप्दै जानु पर्दछ।
३	Screened Date	सम्भावित क्षयरोगको बिरामी हो होइन भनी सुनिश्चित हुन गरिएको परीक्षणको मिति यस महलमा लेखु पर्दछ, मिति लेख्दा गते र महिना माथिल्लो महलमा र साल तलको महलमा लेखु पर्दछ ।
४ & ५	Name of patient	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको नाम, थर र जाति कोड सम्बन्धित महलमा लेखु पर्दछ ।

६ & ७	Age	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल ६ मा र पुरूष भए महल नं. ७ मा लेख्नु पर्दछ ।
८ & ९	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।
१० & ११	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 ।
१२ to १७	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 र महल १२ देखि १६ तल परिक्षणको लागि पठाइएको मिति लेख्नु पर्दछ।
१८ to २२	Lab Result	क्षयरोगको सम्भावित बिरामीको खकार परीक्षणको नतिजा यदि Microscopy परीक्षण गरेको भएमा महल १८ मा नतिजा र मिति लेख्रे] , Xpert MTB/RIFFF परीक्षण गरेको भएमा महल १९ मा नतिजा र मिति लेख्रे, Culture परीक्षण गरेको भएमा महल २० मा नतिजा र मिति लेख्रे, LPA परीक्षण गरेको भएमा महल २१ मा नतिजा र मिति लेख्नुपर्दछ र अन्य भएमा महल २२ परीक्षण नतिजा र मिति लेख्नु पर्दछ।
२३ to २७	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, HrTBभए महल २६ को कोड नं ४ मा र औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग निदान भएमा महल २७ को कोड न.५ मा गोलो सङ्केत लगाई Diagnosis गरिएको मिति तल्लो महलमा लेख्नु पर्दछ।
२८ to ३२	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 तलको महलमा मिति उल्लेख गर्नु पर्दछ। महल ३२ को माथिल्लो मलहमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम ठेगाना र तलको महलमा बिरामीको सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
३३	Remarks	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीको अभिभावकको नाम र माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

HMIS ६.२: 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 रुपमा अनुरोध फारामको प्रयोग हुन्छ र Microscopy एवम् HIV को लागि रिपोर्ट फारामको रुपमा पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ । Xpert MTB/XDR लाई क्षयरोग निदानको लागि नभई LPA प्रयोजनको लागि मात्र प्रयोग गर्नुपर्दछ।

फारामको नमुनाः

HMIS 6.2

Government of Nepal
Health Management Information System
Laboratory Request and Reporting Form
..... **Hospital / PHC / HP**

Date...../...../.....

1. OPD/Presumptive TB Reg No..... 2. DR / DSTB Reg. No.....

3. Name of Patient..... 4. Age..... 5. Sex.....

6. Address: District..... M/RM..... ward.....

Tole .... 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 ..... **Date of Sample Collection:** .....

13. Microscopy Test Results

Name of Laboratory:..... Lab no. ... ...

Sample	Visual Appearance (circle)*	Result					Examined by:	
		Neg	Positive (circle the grading)**				Name and NHPC No.	Signature and date
A	B M S		Scanty	1+	2+	3+		
B	B M S		Scanty	1+	2+	3+		

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

फाराम भर्ने तरिकाः

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	OPD/ Presumptive TB Reg. No	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीलाई खकार परीक्षणका लागि पठाउँदा बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर (HMIS १.३), मातृ तथा नवशिशु सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) वा सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टर मध्ये कुनै एकको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
२	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 ।
३	Name of Patient	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।
४	Age	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ ।
५	Sex	क्षयरोगका सम्भावित बिरामी महिला भए महिला र पुरूष भए पुरूष लेख्नु पर्दछ।
६	Address	क्षयरोगका सम्भावित बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, न.पा/गा.पा., वडा नं.र टोलसमेत खुल्ने गरी ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
७	Contact no.	क्षयरोगका सम्भावित बिरामी/अभिभावकको सम्पर्क लेख्नुपर्दछ ।
८	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।
९	Retrovirus Status:	बिरामीसँग भएको प्रमाणका आधारमा एच. आई. भी. सङ्क्रमणको अवस्था एकिन गरी सङ्क्रमण भएको भए कोड i, संक्रमण नभए कोड ii र थाहा नभए कोड iii गोलो (o) सङ्केत लगाउनु पर्दछ। *(एच.आई. भी.सङ्क्रमण अवस्था सम्बन्धी 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 ।)*
१०	Specimen Type	परीक्षण गरीने नमूना खकार भए कोड **(i)** मा र अन्य भए **(ii)** मा गोलो सङ्केत गरी नमूना खुलाउनु पर्दछ ।
११.	Laboratory test request for	
११.A	Microscopy	**Microscopy** विधिबाट क्षयरोग निदान वा अनुगमन गर्न परीक्षण गर्न लागिएको भए कोड नं **A. Microscopy** मा गोलो (o) 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 ।
११.B	Xpert MTB/RIF	**Xpert MTB/RIF** विधिबाट क्षयरोग निदान तथा औषधी प्रतिरोधी अवस्था थाहा पाउन परीक्षण गरिएको भए कोड **B.Xpert MTB/RIF** मो 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।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
११.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 ।
११.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 ।
११.E	Culture /DST	उपचार रत क्षयरोगका बिरामीको **DST** परीक्षण अनुरोध गरिएमा कोड नं **D Culture/DST** मा गोलो सङ्केत लगाउन पर्दछर **Presumptive DRTB Case** भए **(i)** , second line DST भए **(ii)** र **Follow-up Case** को लागि महिना उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
११.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।
१२.	Requested by	खकार परीक्षणका लागि अनुरोध गरी पठाउने स्वास्थ्यकर्मीले नाम र थर लेखि हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ ।
१३.	Microscopy Test Results	माइक्रोस्कोपीको नतिजा यस फाराममा नै उपलब्ध गर्नु पर्दछ, तर Xpert MTB/RIF, Xpert MTB/XDR, LPA र Culture अनिवार्य रूपमा अनलाईन प्रणालीमा इन्ट्री गरी अनलाईनको आधारमा उपलब्ध गराउनु पर्दछ। यस विधिबाट गरिएको क्षयरोग निदान वा अनुगमन परीक्षणको नतिजा निम्नानुसार लेख्नु पर्दछ।
१३	Name of Laboratory	खकार परीक्षण गर्ने स्वास्थ्य संस्था (प्रयोगशाला) को नाम लेख्नु पर्दछ।
१३	Lab no.	प्रयोगशाला रजिष्टरमा दर्ता भएको सम्भावित क्षयरोगको बिरामी वा उपचाररत बिरामीको सेवा दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ। सेवा दर्ता नं. सुरू गर्दा श्रावण १ गते देखि क्र.सं १ बाट सुरू गर्नु पर्दछ।
१३	Sample	परीक्षण गर्न लागिएको खकारको नमूना पहिलो भए A र दोस्रो भए B मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।
१३	Visual Appearance	परीक्षणका लागि आएको नमूना हेरी रगत मिसिएको भए B, पहेलो र ढिक्का परेको भए M र र्याल मात्रै भए S मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
१३	Result	परीक्षणबाट प्राप्त नतिजा निगेटिभ भए Neg मा र पोजिटिभ भए Grading अनुसार Scanty १+, २+ वा ३+ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
१३	Examined by	यो महलमा प्रयोगशाला कर्मीको नाम, NHPC नं., हस्ताक्षर र मिति लेख्नु पर्दछ ।
१४	HIV Test Result	परीक्षण र नतिजाको आधारमा A,B,C र i ,ii मा गोलो लगाउने

HMIS ६.३ A: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर-माइक्रोस्कोपी

(TB Laboratory Register - Microscopy)

परिचयः

क्षयरोग निदानमा प्रयोगशालाको भूमिका महत्वपूर्ण हुन्छ । सम्भावित क्षयरोगका बिरामी तथा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको खकार परीक्षण तथा क्षयरोगका बिरामीलाई एच्.आई.भी. सङ्क्रमण भए/नभएको परीक्षण तथा नतिजा अभिलेख यस रजिष्टरमा अभिलेख गर्नु पर्दछ।

रजिष्टरको नमूनाः

TB Laboratory Register (Microscopy)

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
																		Sputum		HIV				
		Day/Month	Name	Ethnic code	F	M	District	M/RM	OPD/ Presusmptive/ TB Regd no	Yes	No	Unknown	Re treated	New	Diagnosis	Follow up	follow up Month	Slide A	Slide B	Reactive	Non Reactive	Name	Signature /date	
		Year	Surname				ward no	Contact no										Date				Designation		
1	2	3	4		5	6	7		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		Day/Month	Name				District	M/RM	Requested by (HF)	१	२	३	१	२	१	२		Result	Result	१	२	Name	Signature /NHPC no./date	
		Year	Surname	Ethnic code			ward no	Contact no	OPD/Presusmptive/ TB regd no									Date				Designation/NHPC no.		

रजिष्टरभर्ने तरिकाः

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	SN	हरेक दिन क्र.सं. १ देखि सुरू गर्नुपर्दछ ।
२	Lab No	प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँ ल्याव.नं. १ बाट सुरू गरी क्रमशः थप्दै जानु पर्दछ।
३	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।
४	Name of Patient	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको नाम, थर र जाति कोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
५-६	Age/ Sex	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल ५ मा र पुरूष भए महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
७	Address	सम्भावितवा 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 ।
८	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 उपचारत क्षयरोगको बिरामीको फलोअप परीक्षण भए क्षयरोग दर्ता नं तलको महलमा लेख्नु पर्दछ।
९-११	'HIV Infection Status	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीमा एच.आई.भि. सङ्क्रमण भएको यकिन भएमा महल ९ को कोड नं. १ मा र एच.आई.भि.सङ्क्रमण नभएको यकिन भएमा महल १० को कोड नं.२ र एच.आई.भि. सङ्क्रमण भए/नभएको यकिन 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 ।
१२-१३	TB Treatment History	क्षयरोगको निदानका लागि खकार परीक्षण गर्न आएको बिरामीलाई यस अघि 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 ।
१४-१६	Purpose of Examination	रोग निदानका लागि खकार परीक्षण गरिएको भएमा महल १४ को कोड नं. १ मा र उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको फलोअपका लागि खकार परीक्षण गरिएको भएमा महल १५ को कोड नं. २ मा गोलो लगाई महल १६ मा उपचार पूरा गरेको महिना २, ३, ५ वा उपचारको अन्तमा मध्ये जुन हो सोही उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१७-१८	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 (१+, २+, ३+) सहित POS लेख्नु पर्दछ। साथै परीक्षण गरिएको मिति तलको मलहमा (ग/म/सा) लेख्नु पर्दछ।
१९-२०	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।
२१-२२	Examined by	खकार परीक्षण गर्ने प्रयोगशालाकर्मीको नाम, पद र NHPC दर्ता नं. महल २१ मा लेखि महल २२ मा हस्ताक्षर गरी मिति लेख्नु पर्दछ।
२३	Remarks	सम्भावित क्षयरोगको बिरामी बच्चा भएमा निजको अभिभावकको नाम र माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

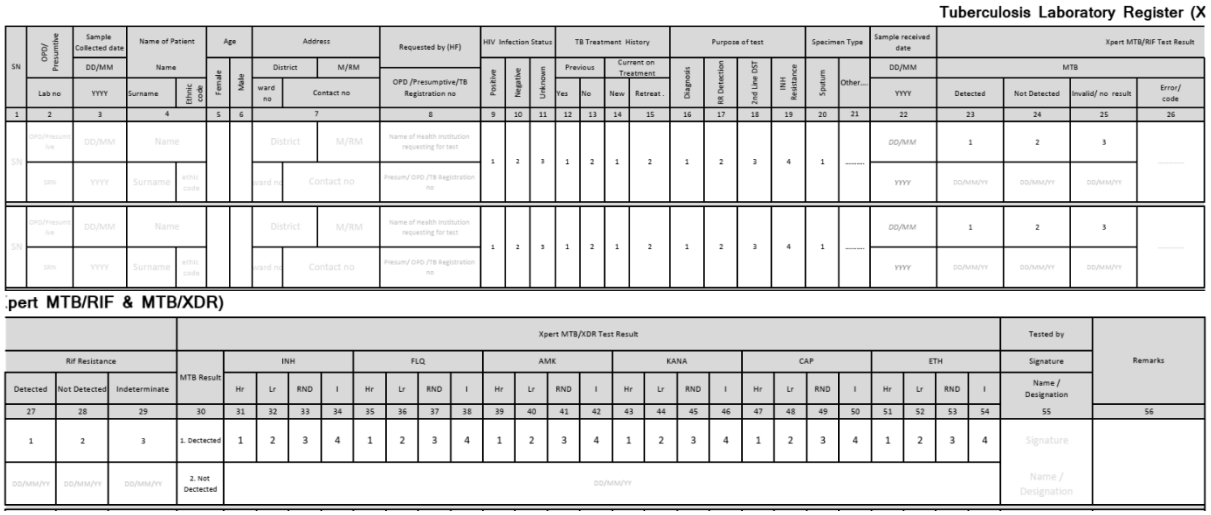
HMIS ६.३ B: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्स्पर्ट)

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

परिचयः

सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको द्रुत निदान तथा औषधी प्रतिरोध क्षमता विकास भए/नभएको यकिन 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 रुपमा INH र २nd line DST परीक्षणको लागि मात्र प्रयोग गर्नु पर्दछ।

रजिष्टरको नमूनाः



Tuberculosis Laboratory Register (X

SN	OPD/ Presumptive	Sample Collected date	Name of Patient		Age		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	Name		Female	Male	District	M/RM	OPD /Presumptive/TB Registration no	Positive	Negative	Unknown	Previous		Current on Treatment		Diagnosis	RR Detection	2nd Line DST	INH Resistance	Sputum	Other...	DD/MM	MTB			
	Lab no	YYYY	Surname	Ethnic Code			ward no	Contact no					Yes	No	New	Retreat.							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
		DD/MM	Name				District	M/RM	Name of health institution requesting for test	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	4	1	.....	DD/MM	1	2	3	
SN	MN	YYYY	Surname	Ethnic code			ward no	Contact no	Presum/ OPD /TB Registration no														YYYY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	
		DD/MM	Name				District	M/RM	Name of health institution requesting for test	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	4	1	.....	DD/MM	1	2	3	
SN	MN	YYYY	Surname	Ethnic code			ward no	Contact no	Presum/ OPD /TB Registration no														YYYY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	

:pert MTB/RIF & MTB/XDR)

Xpert MTB/XDR Test Result																										Tested by		Remarks
Rif Resistance			MTB Result	INH				FLQ				AMK				KANA				CAP				ETH				Signature	
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	Name / Designation	
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. Dectected	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/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	2. Not Dectected	DD/MM/YY																								Name / Designation	

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	SN	प्रत्येक दिन ल्याव परीक्षणका लागि आएका सङ्ख्या क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ।
२	OPD/Presumptive Lab No.	खकार नमूनाको श्रोत OPD/ presumptive के हो माथिल्लो महलमा खुलाउनु पर्दछ। तल्लो महलमा प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँ ल्याव.नं. सङ्ख्या १ बाट सुरू गरी क्रमशः राख्दै जानु पर्दछ ।
३	Sample Collected Date	खकार नमूना वा अन्य नमूना सङ्कलन मिति माथिल्लो महलमा गते र महिना र तल्लो महलमा साल लेख्नु पर्दछ ।
४	Name of Patient	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको नाम, थर र जाति कोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
५-६	Age/Sex	सम्भावितवा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको उमेर (पूरा गरेको वर्षमा) महिला भए महल ५ मा र पुरूष भए महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
७	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 ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
८	Requested by and OPD/Presumptive TB/ TB Rgd no	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 क्षयरोग दर्ता नं र उपचारत क्षयरोगको बिरामीको भए क्षयरोग दर्ता नं लेख्नु पर्दछ ।
९-११	'HIV Infection Status	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीमा एच.आई.भि.सङ्क्रमण भएको यकिन भएमा महल ९ को कोड नं. १ मा र एच.आई.भि.सङ्क्रमण नभएको यकिन 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.आइ.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 ।।*
१२-१५	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।
१६-१९	Purpose of Test	सम्भावितक्षयरोगको बिरामीको खकार परीक्षण रोग निदानका लागि गरिएको भएमा महल १६ को कोड नं. १ मा र **Rifampcin Resistance** परीक्षण भए महल १७ को कोड नं २ मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ। २nd line DST भए महल १८ को **३** मा र INH **Resistance** को लागि भए महल १९को **४** मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२०-२१	Specimen Type	परीक्षण गर्ने नमूना खकार भए महल २०को १मा र अन्य नमूना भए नमूनाको नाम महल **२१** मा लेख्ने।
२२	Sample received date	नमूना प्राप्त भएको मिति DDMM/YYYY गरी लेख्नुपर्दछ ।
२३-२९	**Xpert MTB/RIF Test Result**	
२३-२६	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।
२७-२९	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 ।
३०-५४	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 औषधीहरू Hr: High Level Resistance भए सम्बन्धित महलको १ मा Lr: Low Level Resistance भए सम्बन्धित महलको २ मा , RND: Resistance Not Detected भए सम्बन्धित महलको ३ मा र I: Indeterminantभए सम्बन्धित

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		महलको ४ मा गोलो लगाउने र नतिजा आएको मिति DD/MM/YY फर्म्याटमा लेख्नुपर्दछ ।
५५	Tested by Signature, name/ designation	खकार परीक्षण गर्ने प्रयोगशाला कर्मीको नाम, पद लेखि हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ ।
५६	Remarks	सम्भावित क्षयरोगको बिरामी बच्चा भएमा निजको अभिभावको नाम र माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ। **Sample rejection** भएको भए त्यसको कारण उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

HMIS ६.४ A: क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी. एस टि.बि.)

(Tuberculosis Treatment Management card (DSTB)

परिचयः

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 संस्थामा रहन्छ र यो कार्डले नै स्वास्थ्य संस्थामा श्रोत अभिलेखको काम गर्दछ । यही कार्डका आधारमा स्वास्थ्य संस्थाले **HMIS** तथा **eTB** अध्यावधिक गर्नुपर्दछ।

कार्डको नमूनाः

HMIS 6.4A

TB Reg. No:	Registration Date: DD DD MM MM YYYY	Treatment Start Date: DD MM YYYY	Patient under CBDOT
		Referred by 1. Self 2. Private Sector 3. Community 4. Contact Investigation	

Patient Name:	Age:	1.Female	2. Male
Address: Province	Districts:		
M/RM:	Ward No	Tole	
DOT Supervisor/Provider:	Phone no:		
Guardian's Name:	Phone no:. Guardian/Patient		
No.of Household Member:	No.of <5 years children :.....		
No.of HH members screened for TB:....	No.of children under TPT:.....		

Month	Smear Microscopy			Xpert MTB/RIF			LPA		
	Lab no & Name	Date	Result	Lab no & Name	Date	Result	Lab no.& Name	Date	Result
0									
2									
3									
5									
End of Tx									

Treatment Type	Adult Regimen		Child Regimen	
New TB (Pulmonary and Extrapulmonary)	2 HRZE+ 4 HR	1	2(HRZ+ E) + 4 HR	1
Complicated/Severe New EP TB cases	2 HRZE + 7 HRE	2	2(HRZ +E) + 7 (HR+E)	2
Retreatment: Rif & INH Sensitive	2 HRZE + 4 HR	3	2(HRZ+E) + 4 HR	3
Retreatment: Rif & FQ Sensitive INH Resistant	6 HRZE Lfx	4	6(HRZ+E) Lfx	4
Retreatment: Rif Sensitive, INH FQ Resistant	6 HRZE	5	6(HRZ+E)	5
Retreatment: Rif Sensitive, INH Not known	6 HRZE	6	6(HRZ+E)	6

Types of TB:		Registration Category			
PBC	1	New	1	Treatment After loss to F/U	4
PCD	2	Relapse	2	Other Previously Teated	5
EP	3	Treat after Failure	3	Unknown Previous TB Treatment H	6

Chest X-Ray		Other test and Result		
1. Normal	1	1.Mantoux	History of Previous treatment	
2. Abnormal	2	3. Biopsy	Registration no:	
3. Not Done	3	2. FNAC	Regimen:	
		4.Other.....	Duration :	

I. INTENSIVE PHASE	Drug	HRZE (Tab)	HRZ (Tab)	E (Tab)	Lfx (Tab)

Day / Month	Day 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	Dosage given: Total	Cumm	weight (kg)

II. CONTINUATION PHASE	Drug	HRE (Tab)	HR (Tab)	E (Tab)	HRZE (Tab)	Lfx (Tab)

Day / Month	Day 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	Dosage given: Total	Cumm	weight (kg)

Treatment outcome 1. Cured 2. Treatment Completed 3.Treatment Failed 4. Lost to Follow up 5. Died 6. Not Evaluated Date: DD MM YYYY

Revised: FY 2078/79 Print FY: 2078/79

HMIS 6.4A

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 (Registeration No and Start date:.....		
4. CPT Start: 1.No 2.Yes (Registeration No and Start date:.....		Date

TB and Smoke (ABC)

	Do you Smoke ? Yes No					
	if yes	0 Month	2 Month	5 Month	End of Tx	*Comment*
ASK	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.

Revised: FY 2078/79 Print FY: 2078/79

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 सुरू गर्नुपर्दछ ।
Registration Date	बिरामी दर्ता भएको मिति (गते, महिना र सालमा) यस कोठामा लेख्नु पर्दछ ।
Treatment Start date	क्षयरोगका बिरामीले उपचार सुरू गरेको मिति (गते, महिना र सालमा) यस कोठामा लेख्नुपर्दछ । नोटः अन्यत्र संस्थामा उपचार सुरू गरेका बिरामीको उपचार सुरू गरेको मिति र बिरामी दर्ता मिति फरक फरक हुन सक्दछ ।
Patient under CBDOT	उपचाररत बिरामी यदि समुदायमा पायक पर्ने स्वयंसेवकबाट औषधी लिन चाहेमा निजलाई समुदायमा आधारित प्रत्यक्ष निगरानीको उपचार विधिमा राखी **Patient under CBDOT** सँगैको खाली कोठामा (√) सङ्केत लगाउनु पर्दछ ।
Referred by	**SELF:** बिरामी रोग निदान वा उपचारका लागि आफैं आएमा यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ(सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट निदान भएका र समुदायबाट प्रेषित नभएकाहरू यस अन्तर्गत पर्दछन) । **PRIVATE SECTOR:** बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि निजी स्वास्थ्य संस्था (क्लिनिक, नर्सिङ होम, अस्पताल, फार्मेसी) बाट प्रेषित भई आएको सुनिश्चित गरी (प्रेषण पूर्जा) यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । **COMMUNITY:** सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको रोग निदानका लागि समुदाय (महिला स्वास्थ्य स्वंय सेविका, स्वंयसेवक वा स्वास्थ्य संस्थाले तोकेको व्यक्ति) बाट प्रेषित भइ आएको भए क्षयरोग प्रेषण पुर्जाबाट सुनिश्चित गरी यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।

शीर्षक	निर्देशन
	साथै Active Case Finding Camp बाट क्षयरोग निदान भएकाहरुको पनि 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 महमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
Name of Patient	क्षयरोगका बिरामीको पूरा नाम र थर यस महलमा लेखु पर्दछ ।
Age	बिरामीले पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेखु पर्दछ ।
Sex	क्षयरोगको बिरामी महिला भए कोड नं १ मा र पुरूष भए कोड नं २ मा गोलो सङ्केत गर्नुपर्दछ ।
Address	क्षयरोगको बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, गाउँ पालिका/नगरपालिका, वडा नम्बर र गाउँ/टोल सम्बन्धित महलहरूमा लेखुपर्दछ ।
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 लेखुपर्छ ।
Phone no	उपचार सहयोगीको फोन नं.यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।
Name of Guardian	बिरामी नाबालक भए अभिभावकको नाम थर यस महलमा लेखु पर्दछ।
Phone no	बिरामी वा बिरामीको अभिभावकको सम्पर्क नं. यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। यदि सो नभएमा निजको नजिकको व्यक्ति वा संस्थाको फोन नं. यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
No.of Household Member	क्षयरोगका बिरामीको परिवार सदस्य सङ्ख्या यस महलमा लेखु पर्दछ।
No. of <५ years children	क्षयरोगका बिरामीको परिवार सदस्य मध्ये ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको सङ्ख्या यस महलमा लेखु 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	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यमध्ये सम्भावित क्षयरोग लक्षण देखा नपरेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई **TPT** दिइएको भए सो सङ्ख्या यस महलमा लेखु पर्दछ।
Smear Microscopy	क्षयरोगको निदान गर्न तथा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीहरूको उपचार अवस्था अनुगमन गर्न **PBC** भए उपचार सुरू गरेको २, ३ र ५ महिनामा र उपचारको अन्तमा तथा **PCD** र **EP** बिरामी भए उपचार सुरू गरेको २ महिनामा 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: १+ २+ ३+)** समेत खुलाउनु पर्दछ।
Xpert MTB/RIF	**Xpert MTB/RIF** विधिबाट क्षयरोग निदान भएको भए **Xpert MTB/RIF** जाँच गर्ने प्रयोगशालाको नं. र नाम, नतिजा प्राप्त मिति र नतिजा सम्बन्धित महलमा लेखु पर्दछ।
LPA	**LPA** विधिबाट क्षयरोग निदान भएको भए **LPA** जाँच गर्ने प्रयोगशालाको नं. र नाम, नतिजा प्राप्त मिति र नतिजा सम्बन्धित महलमा लेखु पर्दछ।
Treatment Regimen	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामी ६ बटा वर्गीकरण मध्ये जुन वर्गीकरणमा पर्दछ सोही वर्गीकरणको सम्बन्धित महलमा गोलो (**O**) सङ्केत गर्नुपर्दछ । जस्तै पल्मोनरी क्षयरोग (नयाँ) भई उपचारका लागि आएको ३० वर्षको लोक जोशीको उपचार कार्डमा

शीर्षक	निर्देशन
	Adult Regimen को column अन्तर्गत **२HRZE+४HR** महलको बक्स १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। साथै १५ वर्ष मुनिको बच्चा भए तौल अनुसारको **Treatment Regimen** (२५ के.जी. भन्दा माथि भए **Adult Regimen** नत्र **Child Regimen**) मा गोलो (०) सङ्केत 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	क्षयरोगको बिरामी दर्ता वर्गीकरण अनुसार सम्बन्धित महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। **New:** विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको बिरामी भए यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत नयाँ मानी दर्ता गर्नु पर्दछ। **Relapse:** विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। **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/PCD को हकमा उपचार को अन्तमा पनि परीक्षण (PUS, X-ray, अन्य) को नतिजा Positive आएमा यस यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। **Treatment after loss to follow up:** ६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। **Other previously treated:** विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। **Previous treatment history unknown:** 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।
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 Sputum microscopy, Culture, LPA or Xpert MTB/RIF बाहेक अन्य विधिवाट 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 यकिन 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।

शीर्षक	निर्देशन
Drug	बिरामीले खानुपर्ने औषधीको मात्रा **Treatment Regimen** अनुसार बिरामी ५ वर्षमाथि भए **Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide / Ethambutol (HRZE)** को **combined** मात्रा र **Levofloxacin (Lfx)** र बिरामी ५ वर्ष मुनि भए **Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide (HRZ) combined** मात्रा र **Ethambutol** र **Levofloxacin (Lfx)** ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Month	Intensive phase अवधिभर क्षयरोगका बिरामीले औषधी सुरू गरेको महिनाको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Day	Intensive phase अवधिभर क्षयरोगीले प्रत्यक्ष निगरानीमा औषधी खाएको गते मा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । यदि बिरामीले घरमा औषधी लगेको भए बिरामी फर्केर आएपछि औषधी खाएको सुनिश्चित गरी सो दिन गतेको बक्समा (—) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । पछि आएको दिनको महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । उपचार सुरु गरेको दिनलाई गोलो भित्र √ चिन्ह लगाई जनाउनु पर्दछ
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। **Continuation phase** मा उपचार सुरु गरेको दिनलाई गोलो भित्र √ चिन्ह लगाई जनाउनु पर्दछ ।
Drug	बिरामीले खानुपर्ने औषधीको मात्रा **Treatment Regimen** अनुसार बिरामी ५ वर्ष माथि भए **Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol (HRE)** को **combined** मात्रा र बिरामी ५ वर्ष मुनी भए **Isoniazid, Rifampicin (HR) combined** मात्रा र **Ethambutol** ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Month/Day	स्वास्थ्य संस्थामा औषधी खाएको दिनमा क्यालेन्डर बक्समा चिह्न (√) लगाउनुपर्दछ । यदि बिरामीले घरमा औषधी लगेको भए बिरामी फर्केर आएपछि औषधी खाएको सुनिश्चित गरी सो दिन गतेको बक्समा चिह्न (—) लगाउनुपर्दछ । पछि आएको दिनको महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । बिरामीले औषधी खान छुटाएको भए ( ) खाली राख्नु पर्दछ।
थप व्याख्याः 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	**Cured:** पुरै अवधिसम्म औषधी खाएका PBC क्षयरोगका बिरामीको उपचार अवधिको अन्तमा वा त्यस अघिको पछिल्लो अवधिको अनुगमन खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा नेगेटिभ भएमा। **Treatment Completed:** PBC क्षयरोगका बिरामी जसले उपचार अवधि पूरा गरेको छ तर निको भएको (Cured) भन्नको लागि चाहिने आवश्यक मापदण्ड पूरा नगरेका तथा PCD र EP क्षयरोगका बिरामीले उपचार अवधि पूरा गरेको भएमा। **Treatment failed:** PBC क्षयरोगका बिरामीको ५ महिना वा उपचारको अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा तथा PCD र EP बिरामीहरूको २ महिनाका अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा। **Died:** उपचारको क्रममा कुनै पनि कारणले बिरामीको मृत्यु भएमा यस महल अन्तर्गत जनाउने र Remarks मा मृत्युको कारण क्षयरोग बाहेक अन्य भएमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । **Loss to follow up:** उपचारमा रहेका क्षयरोगका बिरामीमध्ये लगातार ६० दिन वा सो भन्दा बढी समयसम्म उपचार छुटेका बिरामी भए ।

शीर्षक	निर्देशन
	Not evaluated: क्षयरोगको उपचारको अन्तमा नतिजा थाहा नभएका वा Transfer out भइ बिरामीको उपचार नतिजा प्राप्त नभएमा साथै एक वर्षभन्दा बढी औषधी सेवन गर्ने बिरामीहरुको नतिजा यस महलमा जनाउनु पर्दछ । **मिति:** जुन नतिजा आएको छ सोलाई गोलो (0) सङ्केत लगाई नतिजाको मिति (गते, महिना र साल) उल्लेख गर्नु पर्दछ।
DST Status (Drug Susceptibility Test)	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगका बिरामीको उपचार सुरू गर्नु भन्दा पहिले अथवा उपचारको अवधीमा **DST** को अवस्था के छ भन्ने कुरा उल्लेख गर्नु पर्दछ। यस महलमा लेख्दा सम्पूर्ण **PBC** बिरामीहरूको अनिवार्य रुपमा **DST** गर्ने कुरालाई ध्यानमा राखी **Xpert MTB/RIF** अर्थात् **LPA** मध्ये कुन तरिकाबाट टेस्ट गरिएको हो सो जनाउनु पर्दछ। सो महलमा **Xpert MTB/RIF** अर्थात् **LPA** गरेको भए **Yes,** नगरेको भए **No** र थाहा नभएको भए **Unknown** मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
TB HIV	TB निदान भएको बिरामीलाई HIV भए/नभएको तथा उपचार सुरु गरेको/नगरेको विवरण यस अन्तर्गत लेख्नु पर्दछ ।
Status of Retro Test	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगका बिरामीको एच.आइ.भी. सङ्क्रमण परीक्षणको नतिजा हेरी यस महलमा **Positive** भए **Positive, Negative** भए **Negative** र परिक्षण नगरेको भए **Unknown** उल्लेख गर्नु पर्दछ । यदि यस अघि परीक्षण नभएको भए परीक्षण 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 वा सम्बन्धित ART साईटमा 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	क्षयरोग उपचारका लागि दर्ता भएको बिरामी एच. आई. भी. सङ्क्रमण भएको तर ART उपचार सुरू नगरेको भए कोड नं १ मा र उपचार सुरू गरेको भए कोड नं. २ मा गोलो लगाई ART दर्ता नं. र उपचार सुरू गरेको मिति समेत लेख्नु पर्दछ । **ART** उपचार कार्ड हेरी वा सम्बन्धित **ART** साईटमा सोधी यकिन गर्नु पर्दछ।
CPT Start	क्षयरोग उपचारका लागि दर्ता भएको बिरामी एच आई भी सङ्क्रमण भएको तर CPT खान सुरू नगरेको भए कोड नं १ मा र उपचार सुरू गरेको भए कोड २ मा गोलो लगाई दर्ता नं र उपचार सुरू गरेको मिति समेत लेख्नु पर्दछ।
Transfer out	बिरामी आफूलाई 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 उपचार केन्द्र प्रमुखको नाम (ट्रान्सफर भइ जाने संस्था प्रमुखको नाम) यसमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।
TB and Tobacco Smoking	धूम्रपानले क्षयरोग निको हुने अवधि लम्व्याउने र पुनः सङ्क्रमण हुन जोखिम बढाउने 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।

शीर्षक	निर्देशन
० month (Current)	उपचार सुरू 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 धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R र विगत २ हप्ता देखि एक सर्को पनि नतानेको भनेमाQ संकेत ले comments मा जनाउनु पर्दछ। घर भित्र कसैले धुम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धुम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धुम्रपान गर्नेगरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।
२ Month	२ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तोखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R, विगत २ हप्ता देखि एक सर्का पनि नतानेको भनेमा Q र बिरामी उपचारमा आउन छोडेमा L संकेत ले comments मा जनाउनु पर्दछ। घर भित्र कसैले धुम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धुम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धुम्रपान गर्नेगरेको भए छुटाउन आवश्यक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।
५ Month	५ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तादेखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R, विगत २ हप्ता देखि एक सर्को पनि नतानेको भनेमाQ रबिरामी उपचारमाआउन छोडेमा L संकेत ले comments मा जनाउनु पर्दछ । घर भित्र कसैले धुम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धुम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धुम्रपान गर्ने गरेको भए छुटाउन आवश्यक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।
End of Treatment	उपचारको अन्तिम महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तोखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R, विगत २ हप्ता देखि एक सर्को पनि नतानेको भनेमो Q रबिरामी उपचारमा आउन छोडेमा L संकेत ले comments माजनाउनु पर्दछ। घर भित्र कसैले धुम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धुम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धुम्रपान गर्नेगरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।

HMIS ६.४ B: क्षयरोग उपचार कार्डः बिरामीका लागि

(TB Treatment card-Patient)

परिचयः 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 भर्ने तरिकाः

यो कार्ड HMIS ६.४Aक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार नै भर्नु पर्दछ ।

HMIS ६.४C: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड(DR TB Treatment Management Card)

परिचयः औषधी प्रतिरोधी 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 **DRCenter** वा **DR Sub-Center** मा रहन्छ ।

कार्डको नमूनाः

Section I: Treatment Card — HMIS 6.4C

| | | |

HMIS 5.4C

DOT Compliance

Month/DAY	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	26	28	29	30	31	32	Weight in (KG)	Adverse Side Effect	
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No
Month																																		Yes	No

TREATMENT REGIMEN .....with dosages (mg or gm)

Months	Pa	Lfx	Mfx	Bdq	Lzd	Cfx	Cs	Trd	E	Dlm	Z	Imp, Cln	Mpa	Am	Eto	Other
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																

Month	Pa	Lfx	Mfx	Bdq	Lzd	Cfx	Cs	Trd	E	Dlm	Z	Imp, Cln	Mpa	Am	Eto	Other
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																
Month																

Group A: Lfx=Levofloxacin, Mfx=Moxifloxacin, Bdq=Bedaquiline, Lzd=Linezolid Group B: Cfz=Clofazimine, Cs=Cycloserine, Trd=Terizidone, Group C: E=Ethambutol, Dlm=Delamanid, Z=Pyrazinamide, Imp,Cln=Imipenem-cilastatin, Mpm=Meropenem, Am=Amikacin, S=Streptomycin, Eto=Ethionamide, Pa=Pretomanid

Revised FY 2076/77

Printed FY 2077/78

Section on ABC Smoking Cessation

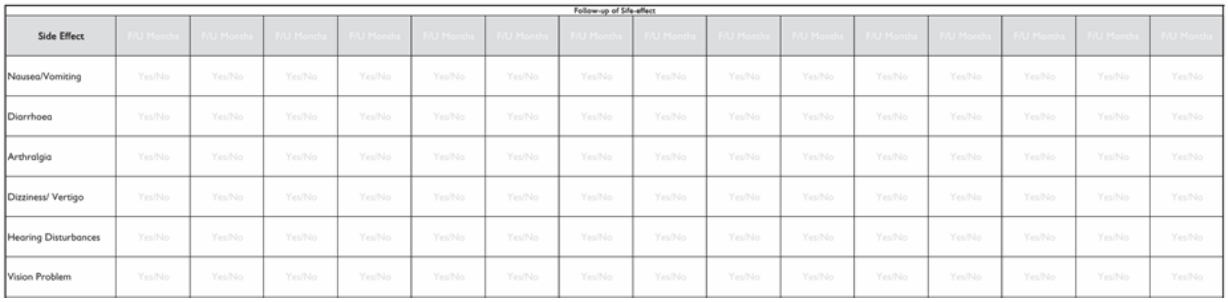
At start of TB treatment then at follow-up examination visit:

Month of Treatment	Date	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*
	DD/MM/YY	No	If Yes: Have you smoked at all—even a puff—in the last 2 weeks?	If Yes: How soon after you wake do you usually have your first cigarette? 1 = <30 min or 2 = >30 min					
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			S R Q		1 2	1 2		1 2	
Months			S R Q		1 2	1 2		1 2	

Section II: Treatment Managment Related

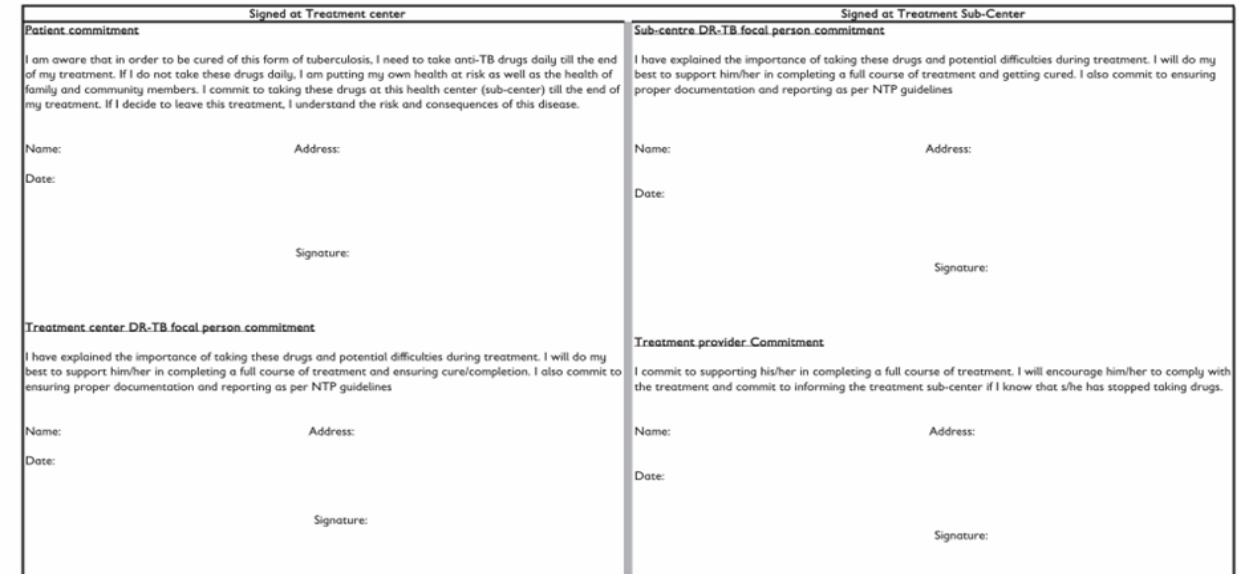
Investigations and Result

Investigations	Baseline	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months
CBC .	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
Blood Glucose	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
ECG	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
LFT	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date



Follow-up of Side-effect

Side Effect	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months	F/U Months
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
Vision Problem	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

Patient commitment

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.

Name: Address:

Date:

Signature:

Treatment center DR-TB focal person commitment

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

Name: Address:

Date:

Signature:

Signed at Treatment Sub-Center

Sub-centre DR-TB focal person commitment

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

Name: Address:

Date:

Signature:

Treatment provider Commitment

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.

Name: Address:

Date:

Signature:

कार्ड भर्ने तरिकाः

क्र.सं	शीर्षक	निर्देशन
१	बिरामीको विवरण र रजिष्ट्रेसन	यस महलमा बिरामीको नामथर, उमेर, लिङ्ग, ठेगाना (प्रदेश, जिल्ला, पालिका र वडा नम्वर), 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 १-T१-०७८/७९-MDR(SSTR) जसमा शुरुको अक्षर वा अंकले प्रदेश १ जनाउदछ, त्यसै गरी T१ 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	Transfer IN Case	कुनै स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भई उपचार लिई रहेको क्षयरोगको बिरामी यस संस्थामा उपचार लिने गरी स्थानान्तरण भई आएमा यस महल गोलो (¡) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
४	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 यकिन गरी सोही अनुरुप यस महलमा Yes or No लेखुपर्दछ ।
५	DOT Provider	बिरामीलाई सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिको नाम लेखुपर्दछ ।

६	Guardian'sname andPhone	अभिभावकको नाम तथा सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
७	Number of Household Member and No. of under ५ yrs Children	बिरामीको परिवार संख्यार परिवारमा रहेका ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूको संख्या लेख्नुपर्दछ ।
८	No. of HH members Screened for TB	बिरामीको परिवारमा रहेका सदस्यहरूको स्क्रिनिङ्ग गर्नुपर्ने संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
९	Co-morbidity	यस महलमा यदि बिरामीमा क्षयरोग बाहेक अन्य रोगहरू जस्तै मधुमेह, HIV आदि जस्ता रोगहरू भएमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१०	DST Result	बिरामीको औषधी प्रतिरोधको अवश्था (DST Pattern) जाँच गर्दा औषधी सुरू गर्दाको समयमा भए baseline र मिति उल्लेख गर्ने र फलोअपको समयमा भए फलोअप र मिति लेख्नुपर्दछ । त्यसपछि Test Result अनुसारजुन औषधीमा Resistant वा sensitive देखिएको छ सोही अनुसार उक्त महलमा R वा S लेख्नुपर्दछ ।
११	Registration Category: १. New	१.विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको 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 नयाँ New मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
	२. Relapse	२. विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं.२ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	३.१ TAF (New_FLD)	३First Line Drug Failure भएमा कोड नं ३.१ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	३.२ TAF (Retreatment_FLD)	First Line Drug को Retreatment केशमा Failure देखिएमा कोड नं ३.२ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
	३.३ TAF (Ret_Hr TB)	Retreatment केशमा Isoniazid Failure देखिएमा कोड नं ३.३ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	३.४ TAF (२nd Line)	२nd Line को औषधीहरू मध्ये कुनै दुई वटा औषधी परिवर्तन गर्नु परेमा, उपचारको ६ महिनाको अन्त्यमा वा injectable औषधी प्रयोग गरेको अवश्थामा Intensive Phase को अन्त्यमा, अन्य थप औषधीहरूको Resistance भएमा र Side effect को कारणले उपचार Terminate गर्नु परेमा कोड नं ३.४ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	४ 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।
	५ 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।
	६ 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 MDR/RR (Shorter), MDR/RR (OSSTR), MDR/RR (Longer), Pre-XDR (Shorter), Pre-XDR (Longer) र XDR मध्ये एकमा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
१३	Site of TB	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको site अनुसार Pulmonary भएमा उक्त महलमा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु र EP हो भने कुन स्थानमा हो खुलाएर लेख्नुपर्दछ ।
१४	DST Result	उपचार सुरू गर्दा वा फलोअपको प्रत्यक महिनाको ल्याव 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 ल्यावको रिजल्ट Sensitive भए S र Resistant भए R ले जनाउने ।
१५	Sputum Result	उपचार सुरू गर्दा वा फलोअपको प्रत्येक महिनाको Sputum Microscopy र Culture report को Lab no. मिति र नतिजा उक्त महलमा भर्ने । Regimen तथा type उल्लेख गर्दा Type र Regimen बाट छानी लेख्ने ।
१६	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 ।
१७	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
१८	DOT Compliance	उपचार सुरू गरेको दिनदेखि प्रत्येक दिन हरेक कोठामा ☑ चिन्ह लगाउनुपर्दछ । शनिवार र सार्वजनिक विदाको दिनमा बिरामीलाई औषधी दिनुपरेमाड्यास (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
१९	Treatment Regimen	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार Regimen उल्लेख गरी प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भरी सोही अनुसार बिरामीलाई खुवाउने ।
२०	DOT Compliance	उपचाररेजिमेन Change भएमा Change भएको प्रत्येक रेजिमेन (STR or LTR or Pre-XDR or XDR) Shieft गरेको पेजमा गइ उक्त रेजिमेन उल्लेख गरी प्रत्येक दिन हरेक कोठामा ☑ चिन्ह लगाउनुपर्दछ र प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भर्ने ।
२१	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 सुरू 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 ।
२२	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 ।

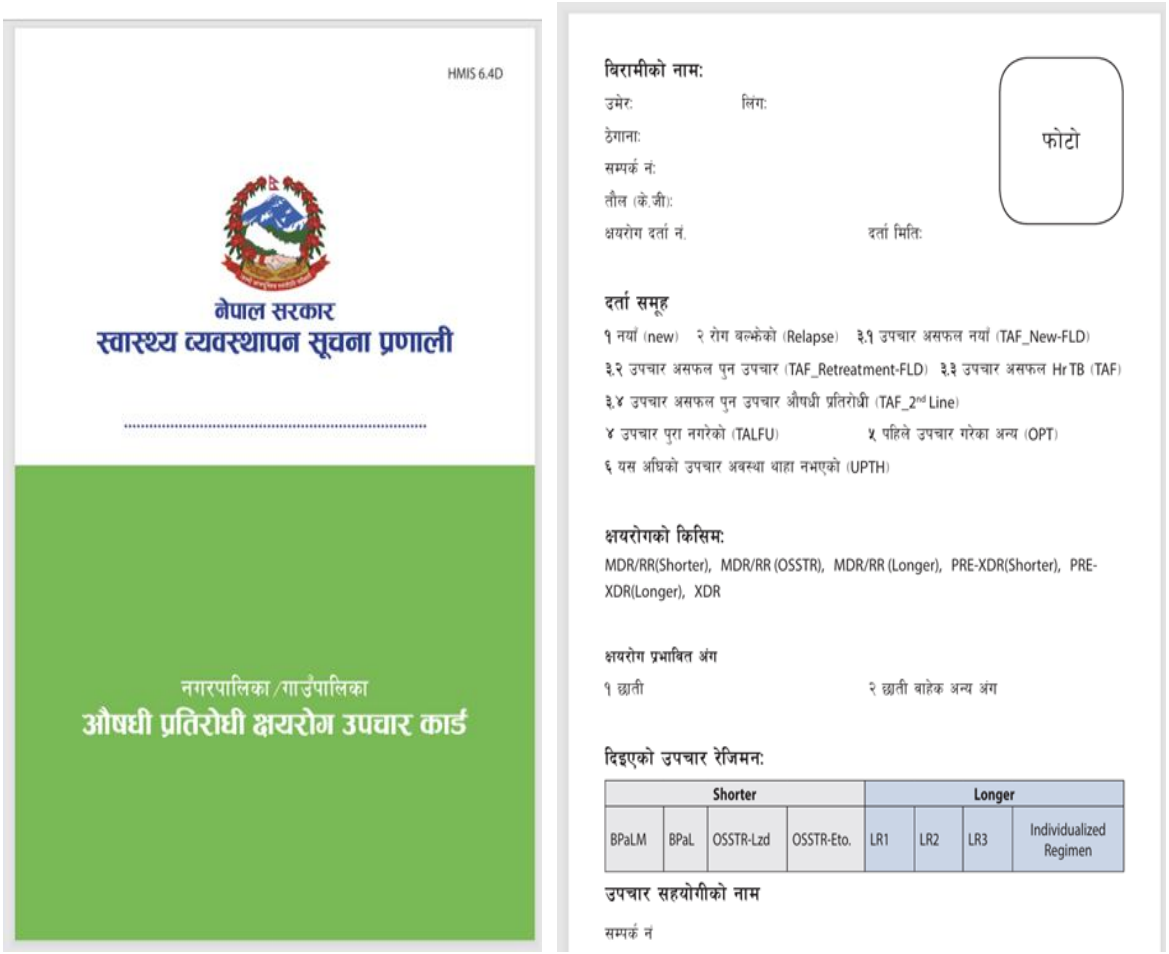
२३	Investigation and Result	बिरामीको उपचारको सुरू देखि अन्त्यसम्म गरिएको Investigation का नतिजा र मिति प्रत्येक महिनाको महलमा उल्लेख गर्ने ।
२४	Follow- up of Side effect	उपचारका क्रममा बिरामीलाई कुनै Side Effect देखिएमा उक्त Side effect प्रत्येक महिनाको महलमा Yes र नदेखिएमा No लेख्नुपर्नेछ र कार्डमा उल्लेख भए बाहेकका Side effect देखिएमा Others मा गइ सोही महलको Column मा उल्लेख गर्नुपर्दछ। Severe Side effect देखिएको खण्डमा aDSM फाराम (HMIS ६.१०) भरी प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।
२५	Commitment Form	बिरामीलाई उपचार सुरू 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 ६.४D: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड
(DR TB Treatment Card-Patient)

परिचयः

औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग बिरामीले दैनिक औषधी सेवन गरेको विवरण, प्रयोगशाला 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 नमूनाः


HMIS 6.4D

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

.....

नगरपालिका /गाउँपालिका

औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड

बिरामीको नाम:

उमेर: लिंग:

ठेगाना:

सम्पर्क नं:

तौल (के.जी):

क्षयरोग दर्ता नं. दर्ता मिति:

फोटो

दर्ता समूह

१ नयाँ (new) २ रोग बल्झेको (Relapse) ३.१ उपचार असफल नयाँ (TAF_New-FLD)

३.२ उपचार असफल पुन उपचार (TAF_Retreatment-FLD) ३.३ उपचार असफल Hr TB (TAF)

३.४ उपचार असफल पुन उपचार औषधी प्रतिरोधी (TAF_2nd Line)

४ उपचार पुरा नगरेको (TALFU) ५ पहिले उपचार गरेका अन्य (OPT)

६ यस अघिको उपचार अवस्था थाहा नभएको (UPTH)

क्षयरोगको किसिम:

MDR/RR(Shorter), MDR/RR (OSSTR), MDR/RR (Longer), PRE-XDR(Shorter), PRE-XDR(Longer), XDR

क्षयरोग प्रभावित अंग

१ छाती २ छाती बाहेक अन्य अंग

दिइएको उपचार रेजिमन:

Shorter				Longer			
BPaLM	BPaL	OSSTR-Lzd	OSSTR-Eto.	LR1	LR2	LR3	Individualized Regimen

उपचार सहयोगीको नाम

सम्पर्क नं

कार्ड भर्ने तरिकाः

यो कार्ड HMIS ६.४C औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (DR TBTreatment 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 १-T१-०७८/७९-MDR/RR (Shorter)

३	दर्ता समुह १. नयाँ	१. विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको 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 नयाँ New मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	२. Relapse(रोग बल्झिएको)	२. विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं.२ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
	३.१ TAF (उपचार असफल नयाँ)	३First Line Drug Failure भएमा कोड नं ३.१ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	३.२ TAF (उपचार असफल पुनः उपचार)	First Line Drug को Retreatment केशमा Failure देखिएमा कोड नं ३.२ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	३.३ TAF Hr (Hr उपचार असफल)	Retreatment केशमा Isoniazid Failure देखिएमा कोड नं ३.३ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	३.४ TAF (औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचार असफल)	२nd 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।
	४ 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।
	५ 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।
	६ UPTH (उपचारको अवश्था 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 MDR/RR (shorter), MDR/RR (OSSTR), MDR/RR (Longer), Pre-XDR (Shorter), Pre-XDR (Longer) 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 लेख्नुपर्दछ ।
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 सुरू 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	उपचाररेजिमेन Change भएमा Change भएको प्रत्येक रेजिमेन (STR or LTR or Pre-XDR or XDR)Shieftगरेको पेजमा गइ उक्त रेजिमेन उल्लेख गरी प्रत्येक दिन हरेक कोठामा ☑ चिन्ह लगाउनुपर्दछ 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 ।

HMIS ६.५ A: क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर
(Tuberculosis Treatment Master Register)

परिचयः यो रजिष्टर स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखामा रहन्छ । यसमा क्षयरोगका बिरामीको व्यक्तिगत विवरण, दर्ता वर्गीकरण, निदान तथा फलोअप परीक्षण नतिजा, एच.आई.भी. परीक्षण तथा नतिजा, उपचारको नतिजा लगायतका विवरणहरू समावेश छन् । स्थानीय तहबाट प्रतिवेदन गर्ने हकमा (अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरूले प्रतिवेदन गर्न नसक्ने अवस्थामा) रजिष्टरको प्रयोग गर्नु पर्दछ। यो रजिष्टरमा प्रत्येक महिना मासिक बैठकमा आफ्नो अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाको क्षयरोग बिरामीको सूचना अध्यावधिक गरी प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ। यो रजिष्टर स्वास्थ्य संस्थाको क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस.टि.बि.) को आधारमा स्वास्थ्य संस्था अनुसार अलग अलग खण्ड बनाएर भर्नु पर्दछ। यही रजिष्टरका आधारमा स्थानीय तहको स्वास्थ्य शाखाले HMIS तथा eTB अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।

रजिष्टर को नमूनाः

Tuberculosis Treatment Register

S.N	Regd. No and date	Name of patient		Age		Patient's Address		Referred by				Treatment start date	Disease Type			Registration Category					Treatemt Regimen						Transfer In	HIV among TB patient						Sputum examination Result_At the diagnosis	
	Regd. No	Name		Female	Male	District	Municipality/Rural Municipality	Self	Private Sector	Community	Contact Invest	DD/MM	PBC	PCD	EP	New	Previously Treated			UPTH ****	Child	Adult	2HRZE+4 HR	2HRZE+7HRE	6HRZE	6 HRZE +1/x		HIV Test Result		ART		CPT		Smear	Xpert MTB/RIF
	DD/MM																Relapse	TAF*	TALF**	OPT***														
	YYYY	Surname	Ethnic code			Ward No.	Contact Number					YYYY																Positive	Negative	Unknown	Yes	No	Yes	No	Result	Result
																																		Lab No	Lab No
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
	Registration No.	Name of patient				District	Municipality/Rural Municipality	1	2	3	4	DD/MM	1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	1	1	2	3	1	2	1	2	Result	Result
	DD?MM																																			lab no	lab no
	YYYY	Surname	code#			Ward No.	Contact Number					YYYY																							DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY
	Registration No.	Name of patient				District	Municipality/Rural Municipality	1	2	3	4	DD/MM	1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	1	2	3	4	1	1	2	3	1	2	1	2	Result	Result
	DD?MM																																			lab no	lab no
	YYYY	Surname	code#			Ward No.	Contact Number					YYYY																							DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY

Tuberculosis Treatment Register

time of TB	Sputum examination Result								DST status		Treatment Outcome						Moved to 2nd line	Patient under cb DOT	TB and Tobacco Smoking								Remarks
	2 month Follow-up		3 month Follow up		5 month Follow up		End of Treatment												Status of Smoking (S*,R**,Q***)			Exposure to Smoking inside Home					
LPA Result	Result	Lab No	Result	Lab No	Result	Lab No	Result	Lab No	XpertMTB/RIF	LPA	Cured	Completed	Failed	Died	Lost to Follow-up	Not Evaluated			0 month (S)		Follow up (month) 2	Follow up (month) 5	End of Treat	0 Month	Follow up (month) 2	Follow up (month) 5	End of Treat.	
Lab No																												
/MM/YYYY	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY																					
37	38		39		40		41		42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52		53	54	55	56	57	58	59	60
Result	S	Result lab no	S	Result lab no	S	Result lab no	S	Result lab no	1	2	1	2	3	4	5	6	1	1	Yes	No	S	S	S	Yes	Yes	Yes	Yes	
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY			Date: DD/MM/YYYY										R	R	R	No	No	No	No	
/MM/YYYY	X	Result lab no	X	Result lab no	X	Result lab no	X	Result lab no													Q	Q	Q					
Result	S	Result lab no	S	Result lab no	S	Result lab no	S	Result lab no	1	2	1	2	3	4	5	6	1	1	Yes	No	S	S	S	Yes	Yes	Yes	Yes	
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY			Date: DD/MM/YYYY										R	R	R	No	No	No	No	
/MM/YYYY	X	Result lab no	X	Result lab no	X	Result lab no	X	Result lab no													Q	Q	Q					

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल न	महल शीर्षक	निर्देशन
१	S N	हरेक महिनाको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरू गर्नु पर्दछ।(स्वास्थ्य संस्थाको क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) को आधारमा यसमा सार्ने)
२	Registration no	क्षयरोगको उपचार लिन आएका बिरामीहरूको दर्ता नम्बर प्रत्येक आ.व.मा १ बाट सुरू गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ। (स्वास्थ्य संस्थाको क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)को आधारमा यसमा सार्ने)
	Registration Date	क्षयरोगका बिरामीलाई दर्ता गरेको मिति (गते, महिना साल) यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
३	Patient's Name, Surname and Ethnic code	क्षयरोगका बिरामीका पूरा नाम र थर स्पष्टसँग लेख्नु पर्दछ। साथै यस रजिष्टरमा दिइएको जातजाति कोड अनुसार कोड लेख्नु पर्दछ।

४-५	Age/Sex	क्षयरोगका बिरामीको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल ४ मा र पुरूष भए महल ५ मा लेख्नु पर्दछ।
६	Patient's Address	क्षयरोग बिरामी बसोबास गर्ने जिल्ला नगरपालिका गाउ पालिकाको नाम र वडा नम्बर, बिरामी वा अभिभावकको सम्पर्क नम्बर सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
७	Self	बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि आफैं आएमा यस महलको कोड न १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ (सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट निदान भएका र समुदायबाट प्रेषित नभएकाहरू यस अन्तर्गत पर्दछन) ।
८	Referreds Private Health Facility	बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि निजी स्वास्थ्य संस्था (क्लिनिक, नर्सिङ होम, अस्पताल, फार्मेसी) बाट प्रेषित भई आएको सुनिश्चित गरी (प्रेषण पूर्जा) यस महलको कोड नं.२ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
९	Referred by Community	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको रोग निदानका लागि समुदाय (महिला स्वास्थ्य स्वंय सेविका, स्वंयसेवक वा स्वास्थ्य संस्थाले तोकेको व्यक्ति) बाट प्रेषित भइ आएको भए क्षयरोग प्रेषण पुर्जाबाट सुनिश्चित गरी यस महलको कोड न.३ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। साथै ACF Camp बाट क्षयरोग निदान भएकाहरुको पनि यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ
१०	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।
११	Treatment Start Date	क्षयरोगको बिरामीले उपचार सुरू गरेको मिति यस महलमा लेख्नु पर्दछ । मिति लेख्दा माथिल्लो महलमा गते र महिना र तल्लो महलमा साल लेख्नु पर्दछ।
१२	PBC	खकार पोजेटिभ फोक्सोको क्षयरोग भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. १ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
१३	PCD	खकार नेगेटिभ भएका तर Clinically निदान भएका फोक्सोको क्षयरोग भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. २ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
१४	EP	फोक्सो बाहेक अन्य अङ्गको क्षयरोग भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
१५	New	विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको 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 नयाँ मानी दर्ता गर्नु पर्दछ।
१६	Relapse	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं.२ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
१७	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 उपचारको अन्तमा पनि परीक्षण (PUS) को नतिजा Positive आएमा यस महलको कोड नं.३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
१८	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।

१९	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।
२०	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।
२१	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।
२२	Adult	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामी १५ वर्ष मुनिको र तौल २५ किलो भन्दा बढी भएको वा Adult Dosage को औषधी खाने भए महल २२ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२३	२HRZE+ ४ HR	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले शुरुको अवस्थामा २ महिना HRZE र लगातारको अवस्थामा ४ महिना HR औषधी खानु पर्ने भएमा महल २३ को कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२४	२HRZE + ७HRE	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले शुरुको अवस्थामा २ महिना HRZE र लगातारको अवस्थामा ७ महिना HRE औषधी खानु जटिल तथा सिकिस्त फोक्सो वाहेक अन्य अङ्गका क्षयरोगका बिरामी भए महल २४ को कोड न. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२५	६HRZE	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।
२६	६ 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।
२७	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।
२८-३०	HIV Test Result	क्षयरोगका बिरामीलाई HIV Infection भए नभएको जानकारी पाउन गरिएको परीक्षणको नतिजा Positive भए महलका २८ को कोड न. १ मा नतिजा Negative भए महल २९ को कोड न. २ र HIV Infection को अवस्था थाहा हुन नसकेमा (Unknown) महल ३० को कोड न.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 नसक्ने भए परीक्षण गरिएको संस्थाको अभिलेखबाट सुनिश्चित गरी नतिजा जनाउनु पर्दछ।
३१-३२	ART	यदि क्षयरोगका बिरामी Antiretroviral 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।
३३-३४	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।
३५-३७	Sputum Examination At the time of TB diagnosis	
३५	Smear	क्षयरोग निदान गर्न Microscopy विधिबाट गरिएको खकार नमूना परीक्षणको नतिजा, ल्याव नं. र परीक्षण मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
३६	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।

३७	LPA	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा गरिएको LPA परीक्षणको नतिजा, ल्याव नं. र परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
३८	२ month Follow up	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको २ महिनाको अन्तमा Microscopy विधिबाट फलोअप परीक्षण गरिएको भए S मा गोलो लगाई नतिजा तथा ल्याव न. र मिति महल ३८ अन्तर्गतका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। साथै Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षण गरिएको भए X मा गोलो लगाई नतिजा तथा ल्याव न. र मिति महल ३८ अन्तर्गतका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ।
३९	३ month Follow up	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको ३ महिनाको अन्तमा Microscopy विधिबाट फलोअप परीक्षण गरिएको भए S मा गोलो लगाई नतिजा तथा ल्याव न. र मिति महल ३९ अन्तर्गतका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। साथै Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षण गरिएको भए X मा गोलो लगाई नतिजा तथा ल्याव न. र मिति महल ३९ अन्तर्गतका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ।
४०	५ month Follow up	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको ५ महिनाको अन्तमा Microscopy विधिबाट फलोअप परीक्षण गरिएको भए S मा गोलो लगाई नतिजा तथा ल्याव नं. र मिति महल ४० अन्तर्गतका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। साथै Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षण गरिएको भए X मा गोलो लगाई नतिजा तथा ल्याव न. र मिति महल ४० अन्तर्गतका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ।
४१	End of TB treatment	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको उपचारको अन्तमा Microscopy विधिबाट फलोअप परीक्षण गरिएको भए S मा गोलो लगाई नतिजा तथा ल्याव न. र मिति महल ४१ अन्तर्गतका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। साथै Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षण गरिएको भए X मा गोलो लगाई नतिजा तथा ल्याव न. र मिति महल ४१ अन्तर्गतका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ।
४२-४३	Drug Susceptibility Test	उपचाररत बिरामीको उपचार अवधिभर Xpert MTB/RIF विधिबाट Drug Susceptibility Test गरिएको भए महल ४२ को कोडा नं १ मा र LPA विधिबाट Drug Susceptibility Test गरिएको भए महल ४३ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
४४	Cured	पुरै अवधिसम्म औषधी खाएका एग्रक्ष 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।
४५	Completed (अवधि पूरा गरेको)	PBC क्षयरोगका बिरामी जसले उपचार अवधि पूरा गरेको छ तर निको भएको (Cured) भन्नको लागि चाहिने आवश्यक मापदण्ड पूरा नगरेका तथा PCD र EP भएर क्षयरोगका बिरामीले उपचार अवधि पूरागरेको भएमा यस महलको कोड न। २ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
४६	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।
४७	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। साथै Remarks मा मृत्युको कारण क्षयरोग बाहेक अन्य भएमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

४८	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 ।
४९	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। साथै एक वर्षभन्दा बढी औषधी सेवन गर्ने बिरामीहरुको नतिजा यस महलमा जनाउनु पर्दछ ।
५०	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।
५१	Move to २nd 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		
५२	० month (Current)	उपचारको सुरू गर्न संस्थामा आएका क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा कम्तीमा विगत ३ महिनादेखि धूम्रपान गरिरहेका भएमा महल ५२ को yes मा र नगरेको भए सोही महलको No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
५३	२ Month	२ महिनाको फलोअपमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा महल ५३ को कोड S मा, विगत २ हप्ता देखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एकपटक छोडेको भएमा कोड R मा र विगत २ हप्तादेखि एक सर्को पनि नतानेको भएमा कोड Q मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
५४	५ Month	५ महिनाको फलोअपमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा महल ५४ को कोड S मा, विगत २ हप्ता देखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एकपटक छोडेको भएमा कोड R मा र विगत २ हप्तादेखि एक सर्को पनि नतानेको भनेमा कोड Q मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
५५	End of Treatment	उपचारको अन्तिम महिनाको फलोअपमा आएको क्षयरोगको बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा महल ५५ को कोड S मा, विगत २ हप्ता देखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एकपटक छोडेको भएमा कोड R मा र विगत २ हप्तादेखि एक सर्को पनि नतानेको भनेमा कोड Q मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
Exposure of Smoking Inside home		
५६	० 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।
५७	२ Month	२ महिनाको फलोअपमा 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।
५८	५ Month	५ महिनाको फलोअपमा 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।
५९	End of Treatment	उपचारको अन्तिम महिनाको फलोअपमा 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।
६०	Remarks	माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य कुरा खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ जस्तै पूरानो टि.बि. नं, औषधी रोकेको मिति, औषधी उपचार गरिरहेको बेला बीचमा औषधी फेरेको भए सो को विवरण र अन्य संस्थामा ट्रान्सफर आउट भएको भए सो संस्थाको नाम र ठेगाना आदि यस महलमा खुलाउनु पर्दछ ।

HMIS ६.५B: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर

(DR Tuberculosis Treatment Register)

परिचयः यो रजिष्टर DRCenter मा रहन्छ। यसमा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगका बिरामीको व्यक्तिगत विवरण, दर्ता वर्गीकरण, निदान तथा फलोअप परीक्षण नतिजा, एच.आई.भी. परीक्षण तथा नतिजा, उपचारको नतिजा लगायतका विवरणहरू समावेश छन् । DRCenter ले DHIS२ Tracker मा अभिलेख राख्न तथा HMIS मा प्रतिवेदन गर्न यो रजिष्टरको प्रयोग गर्नु पर्दछ।

रजिष्टर को नमूनाः

HMIS 6.5B

DR TB Treatment Register

| | | |

		जसमा शुरुको अक्षर वा अंकले प्रदेश १ जनाउँदछ, त्यसै गरी T१ 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	Transfer In Case	कुनै स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भई उपचार लिई रहेको क्षयरोगको बिरामी यस संस्थामा उपचार लिने गरी स्थानान्तरण भई आएमा यस महल गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
४	Co-morbidity	यस महलमा यदि बिरामीमा क्षयरोग बाहेक अन्य रोगहरू जस्तै मधुमेह, HIV आदि जस्ता रोगहरू भएमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
५	Guardian Name	बिरामीको अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
६	Guardian/Patient Phone number	बिरामीको अभिभावक र बिरामीको सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
७	DOT Provider	बिरामीलाई सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नुपर्दछ ।
८	Number of Household Member and No. of under ५ yrs Children	बिरामीको परिवार संख्यार परिवारमा रहेका ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूको संख्या लेख्नुपर्दछ ।
९	No. of HH members Screened for TB	बिरामीको परिवारमा रहेका सदस्यहरूको स्क्रिनिङ्ग गर्नुपर्ने संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०	DST Result	बिरामीको औषधी प्रतिरोधको अवस्था (DST Pattern) जाँच गर्दा औषधी सुरू गर्दाको समयमा भए baseline र मिति उल्लेख गर्ने र फलोअपको समयमा भए फलोअप र मिति लेख्नुपर्दछ । त्यसपछि Test Result अनुसारजुन औषधीमा Resistant वा sensitive देखिएको छ सोही अनुसार उक्त महलमा R वा S लेख्नुपर्दछ ।
११	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 यकिन गरी सोही अनुरुप यस महलमा Yes or No लेख्नुपर्दछ ।
१२	Registration Category: १. New	विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको 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 नयाँ New मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	२. Relapse	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं.२ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
	३.१ TAF (New_FLD)	First Line Drug Failure भएमा कोड नं ३.१ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	३.२ TAF (Retreatment_FLD)	First Line Drug को Retreatment केशमा Failure देखिएमा कोड नं ३.२ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	३.३ TAF (Ret_Hr TB)	Retreatment केशमा Isoniazid Failure देखिएमा कोड नं ३.३ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।

	३.४ TAF (२nd Line)	२nd Line को औषधीहरू मध्ये कुनै दुईवटा 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 गर्नु परेमा कोड नं ३.४ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	४ 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।
	५ 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।
	६ 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।
१३	Type	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार MDR/RR (Shorter), MDR/RR (OSSTR), MDR/RR (Longer), Pre-XDR (Shorter), Pre-XDR (Longer) र XDR मध्ये एकमा गोलो (◯) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	Month	उपचार सुरू गर्दा वा फलोअपको प्रत्येक महिनाको ल्याब 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 ।
१४	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 ।
१५	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 लेखुपर्दछ

HMIS ६.६: क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम

Tuberculosis Screening and Contact Examination

परिचयः खकारमा क्षयरोगका कीटाणु देखिएका क्षयरोगका बिरामीले अन्य स्वस्थ्य 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 ।

रजिष्टर को नमूनाः

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
TB स्क्रीनिंग र सम्पर्क परीक्षण फारम

क्रम संख्या:..... मिति:.....

उद्देश्य उल्लेख गर्नुहोस्: १. जोखिम समूह को स्क्रीनिंग २. सम्पर्क परीक्षण

सम्पर्क परीक्षणको हकमा यो बक्स भर्नुहोस्

बिरामीको नाम (Index Case): ..... उमेर: ..... लिंग: म पु

TB को प्रकार: १. DRTB २. DS TB दर्ता नम्बर :.....

उपचारमा भर्ना भएको मिति:..... उपचार सुरु मिति :.....

परिवारको संख्या:

ठेगाना: प्रदेश : जिल्ला: न.पा/गा.पा:

वडा नम्बर: टोल: सम्पर्क नम्बर:

क्र. सं	स्क्रीन गरिएका/सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यहरुको नाम	उमेर म	उमेर पु	Index case संगको सम्बन्ध (घरपरिवार सम्पर्क को हकमा*)	क्षयरोगका लक्षणहरु ** ठैन	छ	यदी लक्षण छ भने संकेत का आधार मा गोलो लगाउनुहोस	कैफियत
१	२	३	४	५	६	७	८	९
१					१	२	१ २ ३ ४ ५ ६ ७	
२					१	२	१ २ ३ ४ ५ ६ ७	
३					१	२	१ २ ३ ४ ५ ६ ७	
४					१	२	१ २ ३ ४ ५ ६ ७	
५					१	२	१ २ ३ ४ ५ ६ ७	
६					१	२	१ २ ३ ४ ५ ६ ७	
७					१	२	१ २ ३ ४ ५ ६ ७	
८					१	२	१ २ ३ ४ ५ ६ ७	
९					१	२	१ २ ३ ४ ५ ६ ७	

***घरपरिवार सम्पर्क:** जो क्षयरोग (Index Case) भएको व्यक्ति संग एउटै घरमा सुत्ने र खाने गरेको छ

**लक्षण (वयस्क)		**लक्षण - बच्चा (०-१४ वर्ष)	
१.खोकी	२.ज्वरो	१.खोकी	२.ज्वरो
३.रातमा पसिना आउने	४.खान मन नलाग्नु	३.रामोसंग खान नसक्नु	४.तौल घट्नु
५.तौल घट्नु	६.छाती दुखु	५. वृद्धि विकास राम्रो नहुनु	६.थकित देखिनु
६. खकार मा रगत देखिनु		७. चंचलता मा कमि आउनु	

साक्षात्कारकर्ताको नाम: हस्ताक्षर

रजिष्टरभर्ने तरिकाः

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 समूहको स्क्रिनिंग भए १ मा र सम्पर्क परीक्षण गर्नका लागि प्रयोग भए २ मा गोलो घेरा लगाउने
सम्पर्क परीक्षणको हकमा यो बक्स भर्नुहोस्	येदि फाराम को प्रयोग सम्पर्क परीक्षण को लागि गरिएको हो भने उक्त **box** मा निर्देसित गरीयको सूचना भर्ने । **क्षयरोग बिरामीको नाम** (Index Case):क्षयरोग उपचाररत बिरामीको नाम थर र उमेर लेखि महिला या पुरूषमा गोलो लगाउनु पर्दछ । TB **को प्रकार**: परिवारका सदस्यको सम्पर्क परीक्षण गर्न लागिएको उपचाररत बिरामी क्षयरोग वा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग कुन हो गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ। **दर्ता नं**: बिरामी क्षयरोग वा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ । **उपचारमा भर्ना भएको मिति**: क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड **(डी.एस टि.बि)** वा औषधी प्रतीरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार सुरू गर्दा दर्ता भएको मिति लेख्नु पर्दछ। **परिवार जम्मा संख्या**: उपचाररत बिरामीको जम्मा परिवार सदस्य सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

महल शीर्षक	निर्देशन
ठेगाना	क्षयरोग जोखिम समूह को स्क्रिनिंग गरेको स्थान तथा उपचाररत बिरामी बसोवास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, नगरपालिका/गाउ पालिका 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 क्षयरकोगका बिरामीका परिवारका सदस्यहरूको नाम उमेर अनुसार क्रमशः लेख्नु पर्दछ।
३—४	उमेर म/पु	परिवारका सदस्यले पूरा गरेको उमेर महिला भए महल ३ तथा पुरूष भए महल ४ मा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
५	Index case सँगकोसम्बन्ध (घरपरिवार सम्पर्क को हकमा)	बिरामीसँगको नाता यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
६- ८	क्षयरोगका लक्ष्यणहरू	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 कोढ 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 ६.७: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर

(Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)

परिचय : खकारमा क्षयरोगका कीटाणु देखिएका क्षयरोगका बिरामीले अन्य स्वस्थ्य 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 ५ वर्षभन्दा कम उमेरका बालबालिकामा क्षयरोगका कुनै लक्षण वा संकेत नदेखिएमा र ५ वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरका व्यक्तिहरूमा Tuberculin Skin Test (TST) पोजेटिभ वा IGRA पोजेटिभ र छातीको एक्स–रे सामान्य भई क्षयरोग नभएको एकिन भएमा 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 ।

रजिष्टर को नमूनाः

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			Name	Age		No	Yes	If Yes		No	Yes	Name of Health Facility	No	Yes	Start date		2 Month F/U		3 Month F/U		Completed	Discontinue	Died	Not Evaluated	
DS TB 1	DR TB	2		Surname	F	M			Sputum courier	Patient Refere						DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY						
																Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs					
1				2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14		15		16	17	18	19	20
Registration no				Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		1	2	3	4	
No of Family Members	Child	Adult		Surname												Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
Name				Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		1	2	3	4	
Surname	Ethinic Code			Surname												Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
Province /District				Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		1	2	3	4	
M/RM	Ward no			Surname												Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
Contact Number				Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		1	2	3	4	
Name of Investigator				Surname												Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				

रजिष्टरभर्ने तरिकाः

महल नं- महल शीर्षक	निर्देशन
S N	क्रम सङ्ख्या हरेक महिना १ बाट सुरू गर्नु पर्दछ।
Types of TB	उपचाररत क्षयरोगका बिरामी DS TB भए कोड नं १ तथा DR TB भए कोड नं २ मा गोलो 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/गाउपालिका, 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 ।

१	Name of Family Members	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यहरूमध्ये सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यहरूको नाम, थर र जातिकोड पूरागरेको उमेर अनुसार क्रमशः लेख्नु पर्दछ ।
२-३	Age/Sex	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको परिवारका सदस्यले पूरागरेको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल २ र पुरूष भए महल ३ मा लेख्नु पर्दछ।
४-७	Presumptive TB	सम्पर्क परीक्षण गरिएका परीवारका 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 सङ्कलन 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 ।
८-९	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।
१०	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।
११-१२	Eligible for TBPT	सम्पर्क परिक्षण गरिएका क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्य ५ वर्ष मुनिका बालबालिका भएमा क्षयरोगका चिन्ह र लक्ष्यण नभएको सुनिश्चित गरी क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार दिनु पर्दछ । त्यसैगरी ५ वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरका व्यक्तिहरूमा Tuberculin Skin Test (TST) पोजेटिभ वा IGRA पोजेटिभ र छातीको एक्स–रे सामान्य भई क्षयरोग नभएको एकिन भएमा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार दिनु पर्दछ। यदि सम्पर्क परीक्षण गरिएका परिवारका सदस्यहरु क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचारको लागि अयोग्य भएमा महल ११ को कोड नं १ मा र योग्य भएमा महल १२ को कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
१३	TPT Start Date	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचारको लागि योग्य परिवारका सदस्यहरुले उपचार शुरु गरेमा शुरु गरेको मिति, निजको तौल र दिइएको औषधीको मात्रा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१४	२ Month follow up	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचारको लागि योग्य परिवारका सदस्यहरुलाई २ महिनामा अनुगमन गरेको मिति, निजको तौल र दिइएको औषधीको मात्रा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१५	३ Month Follow up	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचारको लागि योग्य परिवारका सदस्यहरुलाई ३ महिनाको शुरुमा अनुगमन गरेको मिति, निजको तौल र दिइएको औषधीको मात्रा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१६-१९	Outcome	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार शुरु गरेका परिवारका सदस्यहरुले उपचार पूरा गरे 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 मिति९गते महिना साल० उल्लेख गर्नु पर्दछ।
२०	Remarks	माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही कुरा भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

HMIS ६.८: क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड

(Tuberculosis Preventive Therapy Card)

परिचय:

क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार दिइएका परिवारका सदस्यहरुको व्यक्तिगत विवरण तथा उपचार विवरण अभिलेख गर्न यो कार्ड प्रयोगमा ल्याइएको हो । यो कार्ड क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार सुरु गरिएका व्यक्तिका साथमा रहन्छ । यस कार्डको प्रयोगबाट उपचार सुरु गरिएका व्यक्ति वा तिनका परिवार र अभिभावकले उपचार पाएको अवस्था, दिइएको औषधी र मात्रा तथा तौल सुधार अवस्था थाहा पाउन सक्दछन् ।

कार्डको नमूना:

HMIS 6.8

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

१.दर्ता नं	२.उपचार शुरु मिति		
३.नाम थर	४.उमेर	५.लिंग:	
६.ठेगाना	प्रदेश	जिल्ला	
	नगर/गाउं पालिका	वार्ड नं	
७. उपचार सहयोगीको नाम र सम्पर्क नं			
८.उपचार विवरण			

विवरण	उपचार शुरु	दोस्रो महिना	तेस्रो महिना
८.१.क्षयरोग लक्षण: (१.भएको २.नभएको)	१ २	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 पुरा गरेको २.खान छोडेका, ३.मृत्यु भएको, ४.मुल्यांकन हुन नसकेको

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 सुरू मिति:	बच्चाले क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार सुरू गरेको मिति लेख्नु पर्दछ
३	नाम थर:	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार लिने व्यक्तिको नाम थर लेख्नु पर्दछ।
४	उमेर:	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार लिने व्यक्तिले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेख्नु पर्दछ।
५	लिङ्ग:	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार लिने व्यक्तिको लिङ्ग (महिला पुरूष) उल्लेख गर्नु पर्दछ।
६	ठेगाना:	बसोबास गर्ने प्रदश, जिल्ला, गाउ-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 लक्ष्यणः	औषधी खाईरहेको व्यक्तिमा क्षयरोगका लक्ष्यण देखा परेमा कोड नं। १ मा र लक्ष्यण देखा नपरेमा कोड नं २ मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।
नोट औषधी खाईरहेको व्यक्तिमा क्षयरोगका लक्ष्यण देखा परेमा औषधी खान रोकी निदानका लागि स्वास्थ्य संस्थामा पठाउनु पर्दछ ।		
८.२	तौलः	प्रतिरोधात्मक उपचार लिएको व्यक्तिले उपचार शुरु गर्दा, २ महिनामा तथा ३ महिनामा तौल मापन गरी के जी मा लेख्नु पर्दछ ।
८.३	औषधीको मात्राः	प्रतिरोधात्मक उपचार लिएको व्यक्तिलाई उपलब्ध गराएको औषधीको मात्रा लेख्नु पर्दछ।
८.४	औषधी उपलब्ध गराएको मितिः	प्रतिरोधात्मक उपचार लिएको व्यक्तिलाई औषधीको उपलब्ध गराएको दिनको मिति लेख्नु पर्दछ।
९	उपचार नतिजा र मिति	प्रतिरोधात्मक उपचार लिएको व्यक्तिले तोकिएको मात्रा ३ महिनासम्म खाएको भए कोड नं १, बीचैमा खान छोडेको भए कोड न। २ मृत्यू भएको भए कोड नं। ३ र प्रतिरोधात्मक उपचार लिएको व्यक्तिलाई सम्पर्क गर्न नसकेमा कोड न। ४ मा गोलो लगाई मिति लेख्नु पर्दछ।

HMIS ६.९: क्षयरोग प्रेषणपुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था)

TB Referral Form- Community, Private Sector)

परिचयः 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 नमुनाः

नेपाल सरकार

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

प्रेषण पूर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था)

१. प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्था			
२. प्रेषित व्यक्तिको नाम	लिंग:		२ उमेर
३.ठेगाना	प्रदेश	जिल्ला	
	नगर /गाउँ पालिका		वार्ड न .
	टोल	सम्पर्क नं	
४ प्रेषण गर्नाका कारण	क) क्षयरोग निदान	ख) अनुगमन	
	ग) अन्य.....		
५. प्रेषण गर्ने	हस्ताक्षर र मिति		
	नाम	पद	
	संस्था		
	ठेगाना:		
	सम्पर्क नं		

TB 11 - Referral Form (Community / Private / Contact)

Date: ...../...../.....

1. Name of Health facility referred to: .....
2. Name of the person referred: ..... 3. Age ..... 4. Sex
5. Address Province District M / RM Ward Tole
6. Reason of referral 1. For further diagnosis of presumtive TB 2. TB cases follow up :
3. Others including SAEs: .....

Referred by:

Type of Referal 1. Community 2. Private 3. Contact TB

Name: ..... Address: .....

Signature ..... Contact number: .....

Note: The origincal 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 संस्थाः 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 नामः सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको नाम थर लिंग (महिला पुरूष) तथा उमेर सम्बन्धित महलमा राख्नु पर्दछ।

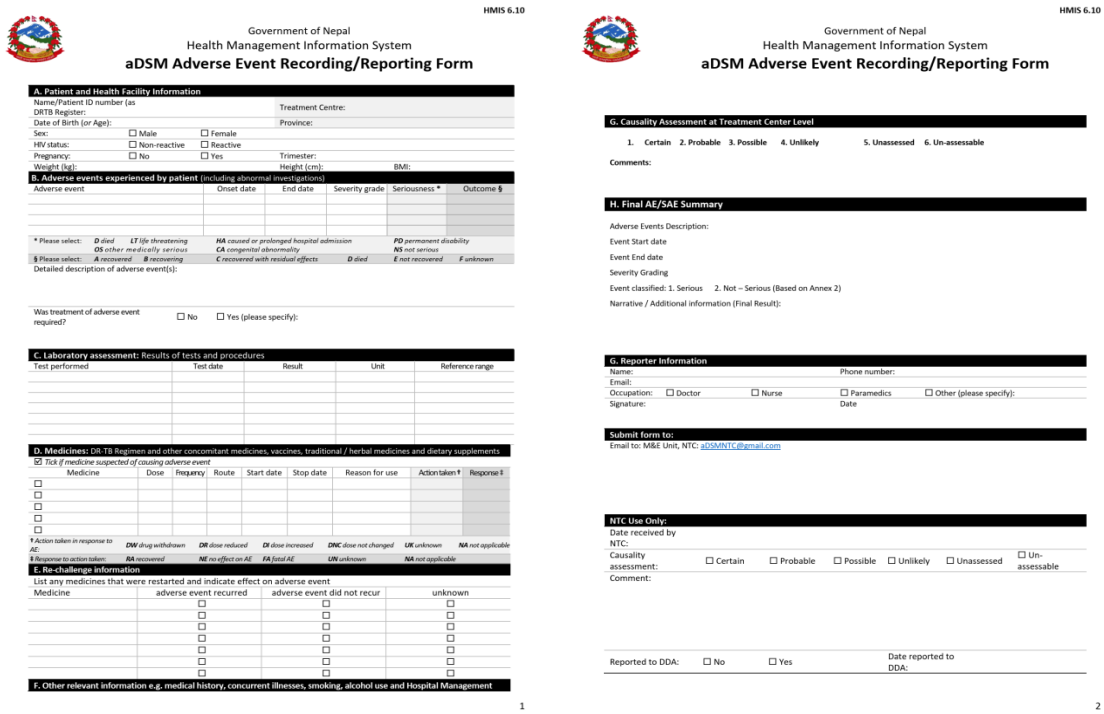
३ ठेगानाः सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, नगर गाउँ पालिका वार्ड न. गाउँ टोल र सम्पर्क नं सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।

४.प्रेषण गर्नाको कारणः 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 गर्नेः 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 ६.१०: aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form

फारामको नमूनाः



HMIS 6.10

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

A. Patient and Health Facility Information

Name/Patient ID number (as DRTB 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* *HA caused or prolonged hospital admission* *PD permanent disability* *OS other medically serious* *CA congenital abnormality* *NS not serious*
§ Please select: *A recovered* *R 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* *UN unknown* *NA not applicable*

E. Re-challenge information

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

Medicine	adverse event recurred	adverse event did not recur	unknown
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

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

1

HMIS 6.10

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

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):

G. Reporter Information

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

Submit form to:

Email to: M&E Unit, NTC: aDSMNTC@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 भर्ने तरिकाः

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, तौलर BMI निकाली सम्पूर्ण विवरण भर्नु पर्दछ।
	HIVStatus	HIV जाँच गरी नेगेटिभ भएमा Non-reactiveर पोजिटिभ भएमा Reactive को बक्समा ☑ चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
	Pregnancy	बिरामीको गर्भको अवश्था जाँच गरी yes or no को बक्समा ☑ 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 सुरू 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 ☑ 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 Regiemen, concomitant medicines, vaccine, traditional herbal medicines	बिरामीको उपचारका लागि प्रयोग गरिएका सम्पूर्ण औषधीहरू तथा अन्य हर्वल औषधीहरू प्रयोग गरिएको छ भने त्यसको विवरण लेखि औषधीहरूको dose, frequency, route, औषधीसुरू गरेको मिति, औषधी बन्द 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 ☑ 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 अवश्थामा NA (Not applicable) ले जनाउनुपर्दछ ।
	Response to action taken	यस महलमा AE देखिए पश्चात उपचारबाट बिरामीको अवश्था सुधार भएमा RA(recovered), सुधार नभएमा NE (No eff ort on AE), मृत्यु भएमा FA (Fatal), थाहा नभएको भए UN (Unknown) र Response apply गर्न नसकिएको अवश्थामा NA ले जनाउनु पर्दछ ।
७	Re-challange Information	यदि AE को उपचार पश्चात उपचार अगाडि प्रयोग भएका कुनै औषधीहरू पुनः सुरू गरिएको छ भने ती औषधीहरूको विवरण उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसरी सुरू 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 ☑ चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
८	Other relevant information	यस महलमा बिरामीको Medical history, हालको स्वास्थ्य अवश्था, धुम्रपान 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 अनुर 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 रुपमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । बिरामीको उपचारका लागि प्रयोग गरिएका सम्पूर्ण औषधीहरू सुरू गरेको मिति, औषधीबन्द गरिएको मिति उल्लेख गरी बिरामीको अवश्था जाँच गरी गम्भीर भएमा उक्त event लाई १ र बिरामी गम्भीर नभएमा २ मा गोलो (◯) चिन्ह लगाइ अन्तिममा बिरामीको वर्तमान अवश्थाको बारेमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
११	Reporter Information	यस महलमा उपचार गर्ने व्यक्तिहरूको नाम, फोन नम्वर, इमेल ठेगाना उल्लेख गरी, उक्त सेवाप्रदायकहरूको विवरणमा doctor, nurse, paramedicsर others को अगाडि रहेको बक्समा ☑ चिन्ह लगाई हस्ताक्षर गरी मिति समेत उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१२	Submit form to	यस महलमा रहेको इमेल aDSMNTCC@gmail.comमा 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 un assessable अगाडि रहेको बक्समा ☑ 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 ☑ चिन्ह लगाउनुपर्दछ र DDA मा पठाइएको मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ

७. एच.आइ.भी. एड्स तथा यौनरोग

HMIS 7.1 परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर (HIV Testing and Counselling Register)

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

HMIS 7.3 एच.आई.भी. रोकथाम सेवाः एचआइभी स्व—जाँच रजिष्टर (HIV Self-Testing Register)

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

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

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

HMIS 7.7 एच.आई.भी. रोकथाम सेवाः पहिलो तथा पुनः भेट रजिस्टर

HMIS 7.8 HIV Prevention Service - Needle Syringe Program (NSP) Register

HMIS 7.9 Community-Led Testing (CLT) Register

HMIS 7.10 एच.आइ.भी. हेरचाह तथा सहयोगः सामुदायिक हेरचाह केन्द्र रजिष्टर

HMIS 7.11 एच.आइ.भी. हेरचाह तथा सहयोगः सीएचबीसी (CHBC) रजिष्टर

HMIS 7.12 प्रि—एक्सपोजर प्रोफाइल्याक्सिस् रजिष्टर

HMIS 7.13 पोष्ट्र—एक्सपोजर प्रोफाइल्याक्सिस् रजिष्टर

HMIS 7.14 इन्डेक्स बेष्ड पार्टनर परीक्षण रजिष्टर

HMIS 7.15 एच.आई.भी. रिसेन्सी परीक्षण

HMIS ७.१: 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 गर्नु भन्दा पहिले र परीक्षण पश्चात्को परामर्श सकिनासाथ एच.आई.भी. सम्बन्धी परीक्षण तथा परामर्श गर्ने एच.आई.भी. काउन्सिलर र स्वास्थ्यकर्मीहरूले भर्नु पर्दछ । यो रजिष्टर सबै एच.आई.भी. सम्बन्धी परीक्षण तथा परामर्श केन्द्र ९ज्त्ऋ क्तभक० मा गोपनीयता कायम हुने गरी राख्नु पर्दछ ।

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 हुन सक्ने जोखिमपूर्ण व्यवहार र एच.आई.भी.परीक्षण गर्नुका कारणहरू रेकर्ड गर्न ।
- सेवाग्राहीको एच.आई.भी.अवस्था रेकर्ड गर्न ।
- एच.आई.भी.पोजेटिभ व्यक्तिलाई उपचार सेवामा पेरषण गर्न ।

कार्डको नमुना

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

SN	Registration					Demographic Information																
	Date			MR No	SR No	Client's Name and Caste			Age			Marital Status*	Number of children	Educational Status**	Education Level***	Employment Status****	Average Monthly Income (NPR)	Contact Number:	Address/ Permanent					
									Sex															
	DD	MM	YYYY			First Name (Optional)	Last Name (Compulsory)	Caste Code	F	M	SM								District	Municipality	Ward Number	Tole	Others	District
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

*Column 13: Marital Status (1=Unmarried, 2=Married, 3=Divorce, 4=Widow/Widower, 5=Living Together, 6= Seperated 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 = SM)
+ Service registration number

Address/Temporary				Client Code[1]	Pre-test counseling					Informed Consent	HIV Test			Post - Test Counseling					
Municipality	Ward Number	Tole	Others		Pre-test Counseling	HIV Tested Before	Medical Reason for Testing[8]	Pregnancy Status	Risk Group[9]		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 Yes = 1 No = 2
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	If referred to ART Center,Write ART Name

[8]**Column 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)

[9]**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= sexual Minorities (SM=TG) ;10= Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12= Other (not specified in above category)

भर्ने तरिका:

महल नं.	महल शीर्षक		व्याख्या
१	**S.N.**		एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शका लागि आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ। हरेक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ।
२-४	**Registration**	**Date**	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शका लागि सेवाग्राही आएको मिति गते, महिना र साल गमसा DD/MM/YYYY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
५		**MR No**	सेवाग्राही अस्पतालमा मूल दर्ता भई आएको भए सोहि मूल दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
६		**SR (Service Register) No**	प्रत्येक आ.व. का लागि सेवा दर्ता नम्बर (Service Register) १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।
७	**Demographic**	**First Name (Optional)**	सेवाग्राहीको पहिलो नाम लेख्नु पर्दछ । कसैलाई आफ्नो नाम उल्लेख गर्न नचाहेमा यो अनिवार्य छैन ।
८		**Family Name (Compulsory)**	सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ । यो अनिवार्य छ ।
९		**Caste code**	सेवाग्राहीको caste/ethnicity code लेख्नु पर्दछ । **caste/ethnicity code** यसै रजिष्टरको पछिल्लो पेजमा राखिएको छ ।
१०-१२		**Age and Sex**	सेवाग्राहीको पूरा गरेको उमेर लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		व्याख्या
१३		**Marital Status**	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १. अविवाहित, २. विवाहित, ३. सम्बन्ध बिच्छेद, ४. विधवा-विदुर, ५. संगै बस्ने (Living Together), ६. छुट्टिएर बसेको र छुट्याइएको ७. सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
१४		**Number of Children**	यो महलमा बच्चाको संख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१५		**Educational Status**	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक अवस्था बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः **१=Illiterate / २= Literate**
१६		**Educational Level**	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यता बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः **१=Primary, २=Secondary, ३=Higher secondary, ४=Bachelor or** above, **५=basic education**
१७		**Employment Status**	यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्था बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः **१=Unemployed, २=Employed**
१८		**Average Monthly Income**	यो महलमा सेवाग्राहीको औसत माशिक आम्दानी (ने रु) मा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१९		**Contact Number**	यो महलमा सेवाग्राहीको सही मोबाइल नम्बर वा अन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
२०-२९		**Address: Permanent/Temporary (District, Municipality, Ward Number, Tole, Others)**	सेवाग्राहीको जिल्लाको नाम, नगर-गाउँ पालिका को पूरा नाम, वडा नम्बर, टोलको नाम स्थाई र अस्थाई ठेगाना फरक भएमा दुवै खुलाएर सम्वन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपाल वाहेक अन्य देशको भएमा Others मा खुलाइ सके सम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ ।
३०		**Client Code**	**Client code= Last name (First २ characters)+ Date of birth (last २ digits -YY) + sex (१= F, २= M, ३ = SM) + Service registration number** **Eg.** २०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको सेवा दर्ता नं. १२३ छ भने उसका] Client Code SH-३२-२-१२३ हुन्छ ।
३१	**Pre-test counseling**	**Pre-test counseling**	परीक्षण पूर्व परामर्श लिएको भए Y लेख्नु पर्दछ नत्र N लेख्नु पर्दछ ।
३२		**HIV tested before**	यस भन्दा पहिले सेवाग्राहीले एच.आई.भीको परीक्षण गराएको भए पहिलेको परीक्षणको नतिजा (R=Previously test reactive, NR= Previously test not reactive, U= unknown) लेख्नु पर्दछ । यदि पहिले सेवाग्राहीले एच.आई.भीको परीक्षण नगराएको भए N लेख्नु पर्दछ ।
३३		**Medical reason for testing**	सेवाग्राहीले परीक्षण गर्नु पछाडिका कारण के हो मूल्याङ्कन गर्नु पर्दछ । उपयुक्त कारणमा कोड नम्बर लेख्नु पर्दछः **१ = STI; २=TB; ३ = Pregnancy; ४ = Surgery; ५ = HIV/AIDS symptoms;**

महल नं.	महल शीर्षक		व्याख्या
			६ = Child delivered from Positive Mother; ७ = None of above -१ देखि ६ सम्मका कोड बाहेकका), **८ = Other**
३४		**Pregnancy Status**	यदि महिला सेवाग्राही गर्भवती भएमा Y = Yes लेख्नु पर्दछ । यदि महिला सेवाग्राही गर्भवती नभएमा N=No लेख्नु पर्दछ । यदि महिला सेवाग्राहीलाई आफ्नो गर्भवती अवस्थाका बारेमा थाहा नभएमा DK=Don÷t Know लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राही बच्चा, पुरुष र तेस्रो लिङ्गी भएमा NA=Not Applicable लेख्नु पर्दछ ।
३५		**Risk Group**	सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछः १ = Sex Worker; २= People who inject drugs (PWID), ३=MSM; ४ = Blood or Organ Recipient, ५=Clients of Sex Workers; ६ = Migrants; ७ = Spouse/Partner of Migrants; ८= Male Sex Worker(MSW); ९=Sexual Minorities (SM=TG); १०=Vertical Transmission; ११=Prison Inmates; १२=Other (not specified in above category) अन्य भए खुलाउन पर्दछ ।
३६	**HIV Test**	**Informed Consent**	यदि सेवाग्राहीले एच.आई.भी. परीक्षणको लागि सहमति दिएमा Y र नदिएमा N लेख्नु पर्दछ ।
३७		**Test १**	**First Test (Determine)** को नतिजा पोजेटिभ भएमा **(Reactive) R,** नेगेटिभ भएमा **(Not Reactive) NR /** परीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नु पर्दछ ।
३८		**Test २**	**Second Test (Unigold)** को नतिजा पोजेटिभ भएमा **R,** नेगेटिभ भएमा NR / परीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नु पर्दछ ।
३९		**Test ३**	**Third Test (Stat Pak)** को नतिजा पोजेटिभ भएमा R, नेगेटिभ भएमा NR र परीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नु पर्दछ ।
४०	**Post-test Counseling**	**Post-Test Counseling**	परीक्षण पश्चात् परामर्श दिएको भए Y र नदिएको भए N लेख्नु पर्दछ ।
४१		**Result received**	सेवाग्राहीले परीक्षणको नतिजा प्राप्त गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नु पर्दछ ।
४२		**HIV Test Result**	एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजा लेख्नु पर्दछ । यदि तीन वटै नतिजा Reactive भए Positive (P), Test ½ नेगेटिभ भए N र यदि टेस्ट १ रियाक्टिभ भएर टेस्ट २ ननरियाक्टिभ आएमा वा यदि पहिलो र दोस्रो परिक्षण रियाक्टिभ भई तेस्रो परिक्षणको नतिजा ननरियाक्टिभ आएमा नतिजा (Inconclusive) लेख्नु पर्दछ । **National HIV testing and Treatment Guidelines २०२०** अनुसार गर्ने
४३		**Partner Counseling**	संक्रमित सेवाग्राहीको पार्टनरलाई परामर्श दिएको भए Y=Yes र नदिएको भए N=No लेख्नु पर्दछ । विधवा/विधुर भए NA=Not Applicable लेख्नु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		व्याख्या
४४		**HIV Status of Partner**	संक्रमित सेवाग्राहीका पार्टनरको एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ भए P र नेगेटिभ भए N लेख्नु पर्दछ ।
४५		**Referral**	एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजा Reactive आएका व्यक्तिलाई रिफरल र प्रेषण गरिएको छ भने १ लेखि रिफरल गरिएको ए.आर.टी. केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ, यदि सेवाग्राहीलाई रिफरल नगरिएको भए २ लेख्नु पर्दछ ।

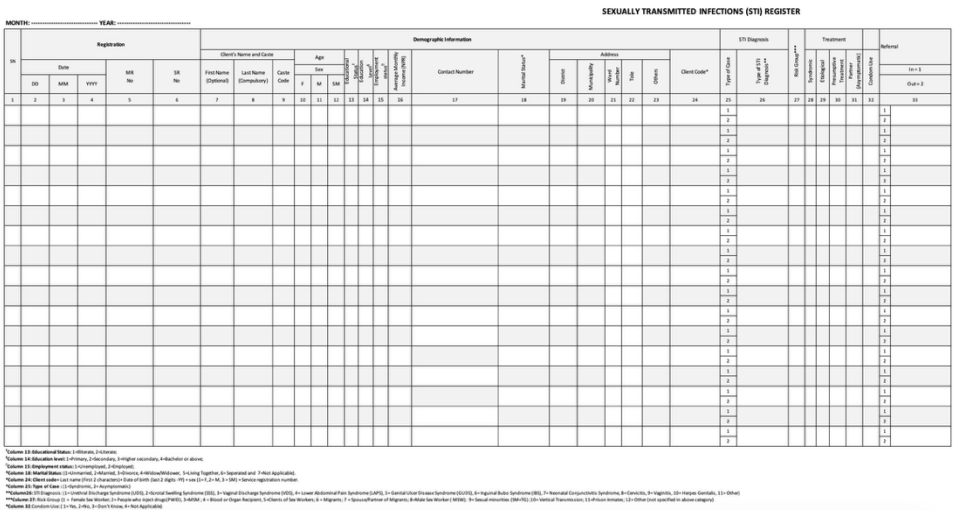
HMIS ७.२: यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिष्टर

(Sexually Transmitted Infections Treatment Register)

यस रजिष्टरको प्रयोग जोखिममा रहेका समुदाय (Risk group) बिशेषलाई सेवा प्रदान गर्ने **STI Sites** (सरकारी र अन्य आधिकारिक गैर सरकारी तथा निजी संस्थाहरु) द्वारा 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 काउन्सेलरले सम्बन्धित मेडिकल अफिसरको उपचार र सल्लाह अनुसार भर्नु पर्दछ।

नोटः माथि उल्लेख गरेका बाहेक अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरुले यौन जन्य रोग संक्रमणको उपचारको अभिलेख HMIS १.३ बहिरंग सेवा रजिष्टरमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।

कार्डको नमुना



SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (STI) REGISTER

MONTH: ..... YEAR: .....

Sn	Registration					Demographic Information																		STI Diagnosis		Risk Group***	Treatment					Referral	
	Date			MR No	SR No	Client's Name and Caste			Age						Contact Number	Marital Status*	Address					Client Code**										In = 1
	DD	MM	YYYY			First Name (Optional)	Last Name (Compulsory)	Caste Code	F	M	SM						Shimie	Municipality	Ward Number	Tole	Others		Type of Dise	Test of STI Diagnosis**		Syndromic	Etiological	Presumptive Treatment	Partner (Asymptomatic)	Condom Use	Out = 2
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
																								1 2			1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2

*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);
*Column 24: Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits- YY) + sex (1=F, 2=M, 3 = OM) + 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=Cervicitis, 9=Vaginitis, 10= Herpes Genitalis, 11=Other)
***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= Sexual minorities (SM+TG), 10= Vertical Transmission, 11=Prison Inmates, 12= Other (not specified in above category)
*Column 32 (Condom Use:) 1= Yes, 2=No, 3=Don't Know, 4= Not Applicable)

भर्ने तरिकाः

महल नं.	महल शीर्षक		व्याख्या
१	S.N.		एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शका लागि आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ । हरेक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।
२-४	Registration	Date	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शका लागि सेवाग्राही आएको मिति ग/म/सा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
५		MR No	सेवाग्राही मूलदर्ता भई आएको भए मूल दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ ।

६		**SR (Service Registered) No**	प्रत्येक आ.व.का लागि सेवा दर्ता नम्बर (Service Register) १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।
७	**Demographic Information**	**First Name (Optional)**	सेवाग्राहीको पहिलो नाम लेख्नु पर्दछ । कसैलाई आफ्नो नाम लेखाउन इच्छा नभएमा यो अनिवार्य छैन ।
८		**Family Name (Compulsory)**	सेवाग्राहीको थर लेख्नु पर्दछ । यो अनिवार्य छ ।
९		**Caste code**	सेवाग्राहीको caste/ethnicity code लेख्नुपर्दछ । caste/ethnicity code यसै रजिष्टरको पछिल्लो पेजमा राखिएको छ ।
१०-१२		**Age and Sex**	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधी लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । १=F= Female, २=M=Male, ३=SM (or Other)
१३-१६		**Educational Status**	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक अवस्था बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १=Illiterate / २= Literate
		Educational Level	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यता बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १=Primary, २=Secondary, ३=Higher secondary, ४=Bachelor or above
		Employment Status	यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्था बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १=Unemployed, २=Employed
		Average Monthly Income	यो महलमा सेवाग्राहीको औसत माशिक आम्दानी (ने रु) मा उल्लेख गर्नु पर्दछ
१७		**Contact Number**	यो महलमा सेवाग्राहीको सही मोबाइल नम्बर वा अन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
१८		**Marital Status**	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १= अविवाहित, २= विवाहित, ३= सम्बन्ध बिच्छेद, ४= विधवा-विदुर, ५ = संगै बस्ने (Living Together), ६ = छुट्टिएर बसेको र छुट्याइएको ७= सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
१९-२३		**Address (District, Municipality, Ward Number, Tole and Others)**	जिल्लाको नाम र पालिकाको पूरा नाम सम्वन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपाल वाहेक अन्य देशको भएमा Others मा खुलाइ सके सम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ ।
२४		**Client Code**	Client code= Last name (First २ characters) + Date of birth (last २ digits -YY) + sex (१= F, २= M, ३ = SM) + Service registration number Eg २०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको सेवा दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-३२-२-१२३ हुन्छ ।
२५-२६	**STI Diagnosis**	**Type of Case**	नयाँ सेवाग्राहीको लागि १ र फलोअपको (पुरानो) लागि २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।

		STI Diagnosis	यौनजन्य संक्रमणको उपयुक्त कोड नम्बर लेख्नु पर्दछ यदि कुनै एक भन्दा बढी संक्रमण भएमा समेत सबै कोडमा दिएर देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १= Urethral Discharge Syndrome (UDS), २=Scrotal Swelling Syndrome (SSS), ३= Vaginal Discharge Syndrome (VDS), ४= Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS), ५= Genital Ulcer Disease Syndrome (GUDS), ६= Inguinal Bubo Syndrome (IBS), ७= Neonatal Conjunctivitis Syndrome, ८= Cericitis, ९= Vaginitis, १०= Herpes Genitalis, ११= Other
२७	**Risk Group**		सेवाग्राहीको जोखिम समूह(Risk group) को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछः १ = Sex Worker; २= People who inject drugs (PWID), ३=MSM; ४ = Blood or Organ Recipient, ५=Clients of Sex Workers; ६ = Migrants; ७ = Spouse/Partner of Migrants; ८= Male Sex Worker (MSW); ९=Sexual Minorities (SM=TG) १०=Vertical Transmission; ११=Prison Inmates; १२=Other (not specified in above category) अन्य भए खुलाउन पर्दछ
२८-३१	**Treatment**	**Syndromic**	सेवाग्राहीको Syndromic treatment गरेको भए Y लेखि सोको प्रकार १= Urethral Discharge Syndrome (UDS), २=Scrotal Swelling Syndrome (SSS), ३= Vaginal Discharge Syndrome (VDS) ४= Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS) ५= Genital Ulcer Disease Syndrome (GUDS) ६= Inguinal Bubo Syndrome (IBS), ७= Neonatal Conjunctivitis Syndrome, ८= Cervicitis, ९= Vaginitis, १०= Herpes Genitalis, ११= Other लेख्नु पर्दछ र सेवाग्राहीका] Syndromic treatment 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 लेख्नु पर्दछ ।
		Partner (Asymptomatic)	कुनै व्यक्तिमा यौनरोग छ र उसको पार्टनरलाई लक्षण नभएता पनि Asymptomatic treatment गरिएको भए Y र नगरेको भए N लेख्नु पर्दछ ।
३२		**Condom Use**	सेवाग्राहीले कन्डम प्रयोग गर्ने गरेको भए १, नगर्ने गरेको भए २ , थाहा नभएमा ३ र सोध्न नै उपयुक्त नभएमा ४ लेख्नु पर्दछ ।
३३	**Referral**	**In=१** **Out=२**	अन्य संस्थाबाट यस संस्थामा सेवाग्राही प्रेषण गरेको भए **१** मा गोलो घेरा लगाई संगैको कोठामा प्रेषण गर्ने संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ र यदि सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा प्रेषण गरेको भए **२** मा गोलो घेरा लगाई संगैको कोठामा सो संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ ।

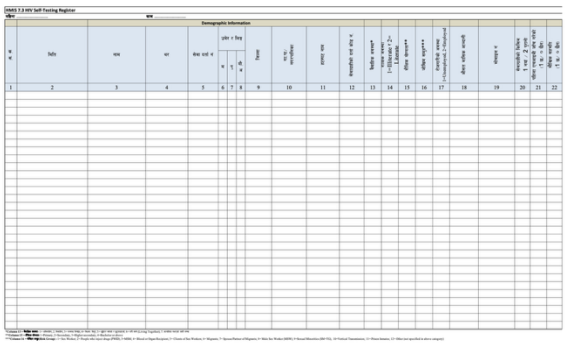
HMIS ७.३: एच.आई.भी. रोकथाम सेवाः एचआइभी स्व—जाँच रजिष्टर (HIV Self-Testing Register)

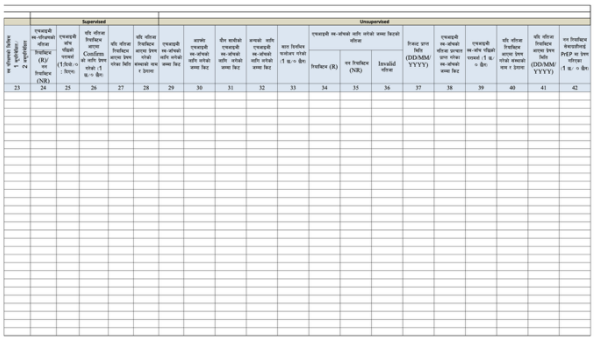
एच.आई.भी स्व-जाँच (HIV Self-Testing) भनेको व्यक्ति आफूले आफ्नो एच.आई.भी. परिक्षण गर्ने एउटा विधि हो । यसले एच.आई.भी संक्रमण भएको पुष्टि गर्दैन र रियाक्टिभ आएमा confirmation को लागि एआरटी केन्द्र जानु पर्दछ । यो रजिष्टर oral fluid बाट एच.आइ.भी. परिक्षण (screening) सेवा प्रदान गरिसकेपछि प्रयोग गर्नु पर्छ । या रजिष्टर एच.आई.भी. सेल्फ टेष्ट किट प्रयोग गरेर एचआईभी परिक्षण गर्ने गैर सरकारी संस्थाहरुले मात्र प्रयोग गर्नु पर्छ ।

कार्डको नमुना

HMIS 7.3 HIV Self-Testing Register

S.N.	Name of Client	Client code	Date DD/MM/YYYY	Palika	Ward #	Mobile Number	Hotspot Area	HIV Testing (1=Yes/0=No)	Remarks





HMIS ७.४: 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, एच्.आई.भी. परीक्षण तथा ए.आर.भी. सम्बन्धि पहिले दिइएका सेवा, ए.आर.टी. प्रवेश गरेको मार्ग, जोखिम समूह, सुरक्षित मातृत्व सेवा लिने एच.आई.भी.सङ्क्रमित महिला र बच्चाको जानकारी, ऋम्द्ध र भाइरल लोडको अवस्था, तौल तथा उचाइ (बच्चाका लागि मात्र), टीबीको जाँच पड्ताल तथा उपचार, ए.आर.टी. सुरुवात र 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, जस्तैः 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 जानकारीहरूः एच.आई.भी..सङ्क्रमित भएको थाहा भएको मिति, एच.आई.भी.सेवामा दर्ता भएको मिति, दर्ताको समयमा CD४ count / WHO staging, CPT and TBPT शुरु गरेको मिति र फलोअप

सेवामा दर्ता हुँदा र उपचार अवधिभर हरेक महिना गरिने टीबी जाँच-पड्ताल, टीबीको उपचारको विगत, एआरटी शुरु गरेको मिति, स्थानान्तरण भएको आएको वा गएको 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. र मृत्यु भएको हरेक ६ र १२ महिनामा गरिन] CD४ count test / Viral load test.

महल शीर्षक		व्याख्या
Socio-demographic Information	SN	एच.आई.भी. उपचार सेवाको लागि आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ । हरेक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।
	Registration Date	एच.आई.भी. उपचार सेवामा सेवाग्राही आएको मिति गते महिना र साल ग/म/सा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	Master No	सेवाग्राही मूलदर्ता भई आएको भए मूल दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
	Service No	प्रत्येक आ. व. का लागि सेवा दर्ता नम्बर (Service Registration Number) १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ । ART को हकमा Service No भनेको
	Name, caste and caste code	सेवाग्राहीको नाम, थर र जाति कोड लेख्नु पर्दछ । जाति कोड (caste/ethnicity code) यसै रजिष्टरको पछिल्लो पानामा राखिएको छ ।
	Permanent Address	सेवाग्राहीका स्थाई जिल्लाको नाम, पालिकाको पूरा नाम र वडा नम्बर सम्वन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपाल वाहेक अन्य

महल शीर्षक		व्याख्या
		देशको भएमा इतजभचक 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 । १= Female, २=Male, ३= SM (or Other)
	Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोडअनुसार लेख्नु पर्दछः १= अविवाहित , २= विवाहित , ३= सम्बन्ध बिच्छेद, ४= विधवा–विदुर, ५= छुट्टिएर बसेको र छुट्याइएको ६= संगै बस्ने (Living Together), ७= सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
	Clients Code	Client code = Last name (First २ characters) + Date of birth (Last २ digits -YY) + Sex (१= F, २=M, ३ = SM) + 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-३२-२-१२३ हुन्छ ।
	Contact No.	सेवाग्राही र सेवाग्राहीको सहयोगीको फोन नम्बर वा अन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
	SMS Consent	सेवाग्राहीलाई सेवा सम्बन्धि जानकारी एवं संदेश पठाउने गरिन्छ तसर्थ सेवाग्राहीलाइ संदेश पठाउने वा नपठाउने भनि सेवाग्राहीसंग मन्जुरी लिदाँ राजी भए 'Yes÷ वा राजी नभए ' Yes÷ 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 । १ = Sex Worker; २= People who inject drugs (PWID), ३=MSM; ४ = Blood or Organ Recipient, ५=Clients of Sex Workers; ६ = Migrants; ७ = Spouse/Partner of Migrants; ८=Male Sex Worker (MSW); ९=Sexual Minorities (SM=TG); १०=Vertical Transmission; ११=Prison Inmates; १२=Other (not specified in above category) अन्य भए खुलाउन पर्दछ ।
	Entry Point	देहायका कोड मध्ये कुन सेवा मार्फत सेवाग्राही एच्.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो भन्ने कुरा जनाउनु पर्दछः १ = HTC-HIV Testing and Counselling services, २ = TB-Tuberculosis control programme, ३ = Outpatient services, ४ = Inpatient services, ५ = Pediatric services, ६ = PMTCT-Prevention of mother-to-child transmission services, ७ = STI-Sexually transmitted infections services, ८ = Private health services, ९ = NGO-Non-government organizations,

महल शीर्षक			व्याख्या
			१० = Self referred, ११ = Outreach/Special services for IDUs/Sex workers etc., १२ = Other (to be specified).
	Educational Status		यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक अवस्थाको बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १=Illiterate / २= Literate
	Educational Level		यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यताको बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १=Primary, २=Secondary, ३=Higher secondary, ४=Bachelor or above, ५= basic education
	Employment Status		यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्थाको बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछस् १=Unemployed, २=Employed.
	Average Monthly Income		यो महलमा सेवाग्राहीको औसत मासिक आम्दानी (ने.रु.) मा उल्लेख 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 Outcome का कोडहरु : १=Cured; २=Completed; ३=Failure; ४=Loss to Follow-up (>३ months); ५=Not evaluated.
	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 जन्म दिएको भए Yes मा √ र नदिएको भए No मा √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ । यदि महिलाले बच्चालाई जन्म दिएको भए मिति गरमरसा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ र संगैको कोठामा बच्चाको जन्म अवस्था मिल्ने गरी √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
	Baby Prophylaxis	Started ARV Prophylaxis	संक्रमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिनदेखि 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. प्रोफाइल्याक्सिस् दिनुपर्दछ । यदि बच्चा उच्च जोखिममा छ भने उक्त बच्चालाई १२ हप्तासम्म ए.आर.भी. प्रोफाइल्याक्सिस् दिनुपर्दछ । हरेक हप्तामा दिइएको भए उक्त हप्ताको मुनि √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ । उच्च जोखिममा भन्नाले महिला प्रसुतीमा एच।आइ।भी। संक्रमित छ भनेर थाहा भएको वा ए.आर.टी. शुरु नगरेको वा संक्रमित महिलाको भाइरल लोड १००० अयउष्भक भन्दा माथि भएको बुझिन्छ । स्तृत जानकारीको लागि National HIV Testing

महल शीर्षक		व्याख्या
	Cotrimoxazole Prophylaxis after ६ weeks	संक्रमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई ए.आर.भी प्रोफाइल्याक्सिस् ६ र १२ हप्ता खुवाएपछि Cotrim prophylaxis शुरु गर्नु पर्दछ । यो शुरु गरेकोे मिति गरमरसा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
Early Infant Diagnosis For PMTCT Cases	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 ए मा र नेगेटिभ छ भने ल् मा गोलो लगाउनु पर्दछ । At Birth: बच्चा जन्मिएको ४८ घण्टा भित्र PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनु पर्दछ Within २ months: दुई महिना भित्र बच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनु पर्दछ । २ - ९ months: २-९ महिना भित्र बच्चाको] PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनु पर्दछ । ९-१८ months: ९-१८ महिना भित्र बच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनु पर्दछ । बच्चा १८ महिना पुरा भइसकेपछि 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 मिति गरमरसा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	Date of ART Enrollment	सेवाग्राही एच.आई.भी. उपचार सेवामा दर्ता भएको मिति ग/म/सा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	WHO Stage	सेवाग्राही एच.आई.भी. उपचार सेवामा दर्ता भएको समयको WHO clinical staging National HIV Testing and Treatment Guidelines अनुसार १,२,३ वा ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Date of Initial CD४ Count	सेवाग्राही एच.आई.भी. उपचार सेवामा आएपछि पहिलो पटक गरेको CD४ count को मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Initial CD४ Count	सेवाग्राही एच.आई.भी. उपचार सेवामा आएपछि पहिलो पटक गरेको CD४ count को रिपोर्ट अनुसारको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
	CPT Start	यदि सेवाग्राहीको CD४ ३५० भन्दा कम भएको अवस्थामा अवसरबादी संक्रमण नहोस् भनेर Cotrimoxazole Prophylaxis दिनु पर्दछ । सेवाग्राहीले Cotrimoxazole Prophylaxis लिइरहेको छ भने Y र छैन भने N मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Date of CPT started	सेवाग्राहीले CPT शुरु गरेको मिति DD/MM/YYYY ढांचामा लेख्नु पर्दछ
	TBPT started	सेवाग्राहीलाई टिबी नभएको अवस्थामा ६ महिना (INH) सम्म र ३ महिना सम्म (३ HP) Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT) दिनु पर्दछ । यदि लिइरहेको छ भने Y र छैन भने N मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।

महल शीर्षक		व्याख्या
	Date of TBPT started	सेवाग्राहीले Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT) शुरु गरेको मिति ग/म/सा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	TBPT Continuation	सेवाग्राहीले Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT) लिइरहेको छ भने हरेक महिनाको मुनि Y 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 गर्नु पर्दछ र सो कुन विधिबाट जाँच गरिएको हो सम्वन्धित महलमा नतिजा लेख्नु पर्दछ ।	
	Smear	खकार जाँच गरेको भए सोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
	Culture	Culture जाँच गरेको भए सोको 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 प्रकारहरुः टीबीका प्रकारहरुः Pulmonary Bacteriologically Confirmed (PBC) TB भएमा '१÷ ; Pulmonary Clinically Diagnosed (PCD) TB भएमा '२÷ ; Extrapulmonary TB (EP TB) भएमा '३÷; RR/MDR TB भएमा '४÷ ; Pre-XDR TB भएमा '५÷ / XDR TB भएमा '६÷ लेख्नुपर्दछ ।
	Date of TB Treatment Started	सेवाग्राहीले विगतमा टीबीको उपचार गरेको छ भने टीबीको उपचार शुरु भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीले उपचारको लागि लिएको रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
	Outcome	विगतमा टीबी उपचार गर्दा उपचार कार्डमा उल्लेख भएको परिणाम हेरी त्यसको कोड लेख्नुपर्दछ । १=Cured; २=Completed; ३=Failure; ४=Loss to Follow-up (>३ months); ५=Not evaluated
Chronic Disease	Disease	सेवाग्राहीमा कुनै प्रकारको दीर्घ रोग भएमा रोगको नाम लेख्नुपर्दछ ।
	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 सम्वन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
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 आफ्ना Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर आउनु पर्दछ । यस रजिष्टरमा २ पटक सम्म स्थानान्तरण भइ आएको सेवाग्राहीको रेर्कड राख्न सकिन्छ ।
	Date	स्थानान्तरण भएर आएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।

महल शीर्षक		व्याख्या
Transfer out	To (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्य एआरटी केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको भए सो ए.आर.टी. केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ । यसरी स्थानान्तरण गरी पठाउँदा सेवाग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर जानु पर्दछ । यस रजिष्टरमा २ पटक सम्म स्थानान्तरण भइ गएको सेवाग्राहीको रेर्कड राख्न सकिन्छ । यसको जानकारी राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रलाई पनि दिनु 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 कारण निम्न कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ । १ =Toxicity side effect, २ = Pregnancy, ३ = Risk of Pregnancy, ४ = Newly Diagnosed TB, ५ = New Drug Available, ६ = Drug Out of Stock; ७ = Others Reason (Specify)
Treatment Switched	Date	यदि सेवाग्राहीको रेजिमेन First line बाट Switched भएर २nd line भएको भए सोको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Regimen	Regimen Switched भए पछिको Regimen लेख्नु पर्दछ ।
	Reason	Regimen switched हुनुको कारण निम्न कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ । १ = Clinical treatment failure, २ = Immunological failure, ३ = 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 गरि उक्त समुहको सम्बन्धित नम्बर छनौट गर्नु पर्दछ । (जस्तै A समुहको छ नम्बर भएमा A/५ लेख्नु पर्दछ)	
	A. HIV related death: १. Advanced HIV disease: Advanced HIV disease, Late ART initiation, Low CD४ Count (<२००), WHO Stage III, WHO Stage IV २. Tuberculosis: Pulmonary Tuberculosis, extra -pulmonary Tuberculosis (Abdominal Tuberculosis, Gland Tuberculosis etc.) ३. Pneumocystis Pneumonia ४. Anemia, thrombocytopenia, Pancytopenia	B. Non-HIV related death: १. Cardiac disease: Cardiac failure, Cardiopulmonary arrest, Chronic heart disease, Heart disease, Hypertension २. Mental illness: Alcoholism, Drug overdose, Depression, Suicide, and other mental illness ३. Renal disease: Nephropathy, Renal failure ४. Hepatic disease: Acute liver disease, Cirrhosis, Hepatic coma, Hepatitis, Hepatitis B, Hepatitis C, other Liver disease (Jaundince etc.) ५. Cancer: Blood cancer, Brain tumor, Cervical cancer, breast cancer, Leukaemia,

महल शीर्षक		व्याख्या
	५. Meningitis: Meningitis, Cryptococcal meningitis, Chronic meningitis ६. Cryptosporidiosis or Chronic Diarrhea ७. Unspecified opportunistic infection ८. Chest infection - pneumonia ९. Septicemia/Septic shock: Septicemia, Septic shock १०. Severe malnutrition ११. Treatment Failure- Virological failure, Immunological Failure and Clinical failure १२. Toxoplasmosis १३. Splenomegaly १४. Candidiasis- oesophageal १५. Others (if not included above)	Liver cancer, Lung cancer, Penis cancer, Uterus cancer, lymphoma ६. Accident/Injury: Accident, Road traffic accident, Head injury and any other grievous injuries (including murder etc) , , Snakebite ७. Pulmonary disease: Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Pneumothorax, Pulmonary Edema, Pulmonary Embolism, Respiratory Failure ८. Brain and Nervous System disease: Brain Hemorrhage, Central Nervous System Disorder, Hydrocephalus, Neuropathy, Stroke ९. Gastro-Intestinal disease: Abdominal perforation, Acute abdominal pain, Ascites, Gastro-intestinal bleeding, Typhoid १०. Paralysis: ११. Diabetes: Diabetes mellitus, १२. Kalazar १३. Hemorrhage १४. Multiple organ failure १५. Other C. Unspecified HIV death
CD४ Date		**CD४ परिक्षण गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।**
CD४ Count		**CD४** परिक्षण गरेको नतिजाको आधारमा **CD४** सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ ।
Weight/Height		प्रत्येक ६ महिनामा सेवाग्राहीको तौल तथा उचाइ लिनु पर्दछ । उचाइ बच्चाको ९१८ वर्षभन्दा मुनि ० मात्र लिनु पर्दछ ।तौललाई किलोग्राम र उचाइ सेन्टिमिटरमा लेख्नु पर्दछ ।
Viral load Reporting Date		Viral load परिक्षण गरेको मिति लेख्नु पर्दछ । उपचार शुरु गरेका १२ महिना भित्र ६ र ६ महिनामा गरि दुई पटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमा भाइरल लोड परिक्षण गराउनु पर्दछ ।
Result of Viral Load		**Viral load** परिक्षण को नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
Treatment Care History	**Row १**	सेवाग्राही हरेक महिना फलोअपमा आउँदा एआरभी उपचारको अवस्थालाई देहायका कोडबाट जनाउनु पर्दछः **१= On Treatment, २= Stopped Treatment, ३= Transferred Out, ४= Missing** (३ महिना सम्म बोलाइएको मितिमा औषधी लिन नआएको), **५= Lost to follow-up** (३ महिना सम्म **Missing** भएको सेवाग्राही चौथो महिना देखि **Lost to follow up** मा गणना गरिन्छ ।, **६ = Death, ७= Restart**

महल शीर्षक		व्याख्या
	Row २	सेवाग्राही हरेक महिना फलोअपमा आउँदा गत महिना दिइएको एआरभी औषधि सेवाग्राहीले सेवन गरेको आधारमा एआरटीको **Adherence level (A/B/C)** लेख्नु पर्दछ । **Adherence level** जाँच गर्न **National HIV Testing and Treatment Guidelines हेर्नु पर्दछ । A=१००% , B=८०-९९%, C=<८०%** **Adherence level (A, B and C)** निर्धारण निम्नानुसार गर्नुपर्दछ । (त्यस महिनामा सेवाग्राहीले खाएको एआरभीको संख्या/सेवाग्राहीले खानु पर्ने एआरभीको संख्या) " १००
	Row ३	हरेक महिनाको फलोअपमा सेवाग्राहीको OI को अवस्था पहिचान गर्नुपर्दछ । १= Bacterial Pneumonia, २=TB, ३= Candidiasis, ४=Diarrhoea, ५= Crypto. Meningitis, ६= Pneumocystis Carinii Pneumonia, ७= Cytomegato Virus, ८ = Herpes Zoster, ९=Genital Herpes, १०= Toxoplasmosis, ११= Others
	Row ४	OI को उपचार गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नु पर्दछ ।
	Row ५	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 ६	TBPT शुरु गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Row ७	सेवाग्राहीले CPT लिएको छ भने Y र छैन भने] N लेख्नु पर्दछ ।
	Row ८	यदि सेवाग्राहीलाई कुनै साइड इफेक्ट भएको खण्डमा निम्नलिखित बमोजिमको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १=No Side Effects, २= Skin rashes, ३= Nausea, ४=Vomiting, ५= Diarrhoea, ६= Neuropathy, ७= Clinical jaundice, ८= Anemia, ९= Fatigue, १०=Headache, ११=Fever, १२=Hypersensitivity, १३=Depression, १४=Pancreatitis, १६=Lipodystrophy, १७=Drowsiness, १८=Itching, १९=Dizziness, २०=Weight Gain, २१=Insomnia, २१=Dark coloured, urine,२२=Abdominal pain, २३=Mouth sores, २४=Others
On time pill pick up	**Row ९**	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 बार्षिक रुपमा अध्यावधिक गरि उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

महल शीर्षक	व्याख्या
Average Monthly Income	यो महलमा सेवाग्राहीको माषिक आम्दानीमा कुनै परिवर्तन भएमा बार्षिक रुपमा अध्यावधिक गरि उल्लेख गर्नु' पर्दछ ।
Status of ARV Drugs Stock Out	यो महलमा कुनै पनि एआरभी औषधी स्टक आउट-अभाब भएको खण्डमा सो औषधीको नाम, ARV अभाब भएको भए अभाव भएको ARV drug को नाम महिना र साल अभाब भएको जम्मा दिन गन्नुपर्दछ ।

HMIS ७.५: एच.आई.भी. उपचार सेवा कार्ड
(HIV Treatment Care Record)

यस रेर्कड 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, CD४ को अवस्था, तौल तथा उचाइ (बच्चाका लागि मात्र), भाइरल लोड सप्रेशन, टीबी जाँच तथा उपचार, एआरटीको शुरुवात र 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 पत्ता लागे पछि उपचार सेवाको लागि दर्ता हुन्छ र सेवाग्राहीको व्यक्तिगत फाइलमा सेवाग्राहीले हरेक चोटी लिएको सेवाको विवरण राख्न यो रेर्कड कार्डको प्रयोग हुन्छ । यो रेर्कड कार्ड एआरटी काउन्सिलरले उक्त केन्द्रमा कार्यरत डाक्टरको सल्लाह अनुसार भर्नु पर्दछ । यो रेर्कड कार्ड प्रयोग गर्दा HMIS ७.४ को अभिलेखलाई पनि ध्यान राख्नु पर्ने 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 भएको थाहा भएको मिति, एच.आई.भी.सेवामा दर्ता भएको मिति, दर्ताको समयमा CD४ count र WHO staging, TBPT and CPT को सेवा विवरण र follow up
- सेवामा दर्न्ता हुँदा र उपचार अवधिभर हरेक महिना गरिने टीबी जाँच—पड्ताल, टीबीको उपचारको विगत जानकारी, एआरटी शुरु गरेको मिति, स्थानान्तरण भई आएको वा गएको 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.

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 CD४ count / WHO staging, TBPT and CPT को सेवा विवरण र follow-up
- सेवामा दर्ता हुँदा र उपचार अवधिभर हरेक महिना गरिने टीबी जाँच-पड्ताल, टीबीको उपचारको विगत जानकारी, एआरटी शुरु गरेको मिति, स्थानान्तरण भई आएको वा गएको मिति, Loss to followup 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.

भर्ने तरिका:

महल शीर्षक		व्याख्या
Patient Identification Data		
Registration Number	**Master No.**	• मूल दर्ता रजिष्टरबाट सेवाग्राहीको मूल दर्ता नं. लेख्नु पर्दछ । यो नं. र HMIS ७.४ मा लेखेको सेवाग्राहीको मूल दर्ता नं. एउटै हुन्छ
	Service No.	• सेवा दिने रजिष्टरबाट सेवाग्राहीको दर्ता नं. लेख्नु पर्दछ । यो नं. र HMIS ७.४ मा लेखेको सेवाग्राहीको मूल दर्ता नं. एउटै हुन्छ, ART को हकमा Service No भनेको ART No हुनेछ ।
	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 लिङ्ग लेख्नु पर्दछ । १= Female, २=Male, ३=SM (or Other)
Clients Code		• Client code= Last name (First २ characters) + Date of birth (last २ digits -YY) + sex (१= F, २=M, ३ = SM) + Service registration number • Eg.२०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-३२-२-१२३ हुन्छ ।
Date of Birth		• सेवाग्राहीको जन्म मिति DD/MM/YYYY 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 स्थाइ गा.पा वा नगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ ।
	Contact#	• सेवाग्राहीको स्थाइ ठेगानाका 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 सेवाग्राहीसंग मन्जुरी लिदाँ राजी भए Yes = Y नभए No = N लेख्नु पर्दछ।
Educational Status	• यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक अवस्था बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ १=Illiterate र २= Literate
Educational Level	• यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यता बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ M: १=Primary, २=Secondary, ३=Higher secondary, ४=Bachelor or above
Employment Status	• यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्था बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ : १=Unemployed, २=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/YYYY 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 भए सोको 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 लेख्नु पर्दछ ।
History of other Chronic Illness	
Disease	• यदि सेवाग्राहीलाई कुनै दीर्घ रोग भए सो लेख्नु पर्दछ ।
Drugs	• दीर्घ रोगको लागि सेवाग्राहीले लिइरहेको औषधि लेख्नु पर्दछ ।
HIV Care History	
Date Enrolled in Care	• एच्.आई.भी.सेवामा दर्ता भएको मिति DD/MM/YYYY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
WHO Stage	• दर्ताको समयमा सेवाग्राहीको WHO clinical staging National HIV Testing and Treatment Guidelines अनुसार लेख्नु पर्दछ।
Date of CD४ Count	• पछिल्लो पटक गरेको CD४ count को मिति लेख्नु पर्दछ ।
CD४ Count	• सेवाग्राहीसँग पछिल्लो पटक गरेको CD४ count को रिपोर्ट अनुसारको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
Date of CPT started	• सेवाग्राहीले CPT शुरु गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।
Date of TBPT started	• सेवाग्राहीले Tuberculosis Prevention (TBPT) शुरु गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।
ART Start Date and Regimen	• एआरटी शुरु गरेको मिति र रेजिमेन लेख्नु पर्दछ

Entry Point	• देहायका मध्ये कुन सेवा मार्फत सेवाग्राही एच्.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो उपर्युक्त कोडमा गोल घेरा (Circle) जनाउनु पर्दछ । • १=HTC-HIV Testing and Counselling services, २= TB-Tuberculosis control programme, ३= Outpatient services, ४= Inpatient services, ५= Pediatric services, ६= PMTCT-Prevention of mother-to-child transmission services, ७=STI-Sexually transmitted infections services, ८= Private health services, ९= NGO-Non-government organizations, १०= Self referred, ११= Outreach/special services for IDUs/Sex workers etc., १२.=Other (to be specified).
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 फोटोकपी लिएर आउनुपर्दछ ।
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 एआरटी केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ । यसरी स्थानान्तरण गरी पठाउँदा सेवाग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर जानु पर्दछ ।
Date	• सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
Regimen	• सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा पठाउँदा सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ।
Personal History	
Risk Group	• सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) को लागि देहाय अनुसारको उपर्युक्त कोडमा गोल घेरा (Circle) जनाउनु पर्दछ। • १ = Sex Worker; २ = People who inject drugs (PWID), ३ = MSM; ४ = Blood or Organ Recipient, ५ = Clients of Sex Workers; ६ = Migrants; ७ = Spouse/Partner of Migrants; ८ = Male Sex Worker (MSW); ९=Sexual Minorities(SM=TG) १० = Vertical Transmission; ११ = Prison Inmates; १२ = Other (not specified in above category) अन्य भए खुलाउनु पर्दछ ।
Family History	

Marital Status	• सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहाय अनुसारको उपर्युक्त कोडमा गोल घेरा (Circle) जनाउनु पर्दछ । १. अविवाहित, २. विवाहित, ३. सम्बन्ध बिच्छेद, ४. विधवा-विदुर, ५. छुट्टिएर बसेको र छुट्याइएको ६. संगै बस्ने (Living Together), ७. सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
Family members, partner, children	• परिवारको कुनै सदस्य, पार्टनर वा बच्चाको एच.आई. भी. 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	• 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 जन्म दिएको मिति DD/MM/YYYY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ र संगैको कोठामा बच्चाको जन्म अवस्था मिल्ने गरी संख्या लेख्नु पर्दछ ।
Baby Prophylaxis	• संक्रमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिनदेखि ६ हप्ता सम्मका लागि एआरभी प्रोफाइल्याक्सिस् दिनु पर्दछ । यदि बच्चा उच्च जोखिममा छ भने उक्त बच्चालाई १२ हप्तासम्म एआरभी प्रोफाइल्याक्सिस् दिनु पर्दछ । हरेक हप्तामा दिइएको भए उक्त हप्ताको मुनि √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ । उच्च जोखिममा भन्नाले महिला प्रसुतीमा एचआइभी संक्रमित छ भनेर थाहा भएको वा एआरटी शुरु नगरेको वा संक्रमित महिलाको भाइरल लोड १००० copies भन्दा माथि भएको बुझिन्छ । विस्तृत जानकारीको लागि National HIV Testing and Treatment Guidelines २०२० 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 दोहो¥याएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
CD४ Count	• CD४ सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ । यदि CD४ नगरेको खण्डमा सम्बन्धित महलमा ND लेख्नु पर्दछ ।
Weight/Height	• प्रत्येक ६ महिनामा सेवाग्राहीको तौल तथा उचाइ लिनु पर्दछ। उचाइ बच्चाको (१८ वर्षभन्दा मुनि) मात्र लिनु पर्दछ । तौललाई किलोग्राम र उचाइलाई सेन्टिमिटरमा लेख्नु पर्दछ ।
Viral load Reporting Date	• Viral load परिक्षण गरेको मिति लेख्नु पर्दछ । उपचार शुरु गरेको १२ महिना भित्र ६ र ६ महिनामा गरि दुई पटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमा भाइरल लोड परिक्षण गराउनु पर्दछ ।

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 पर्दछः • टीबीका प्रकारहरु : Pulmonary Bacteriologically Confirmed (PBC) TB भएमा '१÷ ; Pulmonary Clinically Dianosed (PCD) TB भएमा '२÷ ; Extrapulmonary TB (EP TB) भएमा '३÷; RR/MDR TB ePdf '४÷ ; Pre-XDR TB भएमा ''छ÷ र XDR TB भएमा '६÷ मा गोलो (Circle) 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 अनुसार उपर्युक्त कोड मा गोलो (Circle) लगाउनु पर्दछ
Antiretroviral Treatment	
Treatment started regimen	• सेवाग्राहीको उपचार शुरु गर्दाको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
Substitution within १st line	• यदि सेवाग्राहीको रेजिमेनको औषधीमा परिवर्तन भएको भए substitution कोठामा √ चिन्ह लगाई Regimen substituted भएको मिति र नयाँ रेजिमेन लेख्नु पर्दछ । साथै substitution हुनको कारण कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ । १=Toxicity side effects; २=Pregnancy; ३=Risk of pregnancy; ४= Newly diagnosed TB; ५=New drug available; ६= Drug out of stock; ७= Other reason (specify)
Treatment switched	• यदि सेवाग्राहीको रेजिमेन First line बाट Switched भएर २nd line भएको भए switch कोठामा √ चिन्ह लगाई सोको मिति र नयाँ रेजिमेन लेख्नु पर्दछ । साथै switched हुनको कारण कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ १=Clinical treatment failure, २= Immunological failure, ३= Virological failure
Stop	• यदि सेवाग्राहीको उपचार बन्द गरेको भए stop कोठामा √ चिन्ह लगाई सोको मिति लेख्नु पर्दछ । साथै उपचार रोक्नुको कारण कोडबाट जनाउनु पर्दछः M १= Toxicity side effects, २=Pregnancy, ३= Treatment failure, ४= Poor adherence, ५= Illness hospitalization, ६= Drug out of stock, ७= Patient lack of finance, ८=Patient decision, ९= Planned treatment interruption, १०= Others

Restart	• यदि सेवाग्राहीले फेरि उपचार शुरु गरेको भए Restart कोठामा √ चिन्ह लगाई 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 महिना भन्दा 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 ग/म/सा 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 Y र नभएको भए N जनाउनु पर्दछ ।
Opportunistic Infection Code	• यदि सेवाग्राहीमा कुनै OI diagnosis भएको भए त्यसलाई कोडबाट जनाउनु पर्दछ • १= Bacterial Pneumonia, २=TB, ३= Candidiasis, ४= Diarrhoea, ५=Crypto. Meningitis, ६ =Pneumocystis Pneumonia, ७ =Cytomegato Virus, ८ = Herpes Zoster, ९= Genital Herpes, १० =Toxoplasmosis, ११= 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 १०० %, ८०-९९% &<८०%	• सेवाग्राही हरेक महिना फलोअपमा आउँदा गत महिना दिइएको एआरभी औषधि सेवाग्राहीले सेवन गरेको आधारमा एआरटीको adherence level (A/B/C) लेख्नु पर्दछ । Adherence level गर्न National HIV Testing and Treatment Guidelines हेर्नु पर्दछ। • A=१०० % , B=८०-९९%, C=<८०% • Adherence level (A, B and C) निर्धारण निम्नानुसार गर्नु पर्दछः • (त्यस महिनामा सेवाग्राहीले खाएको एआरभीको संख्या) – (सेवाग्राहीले खानु पर्ने] {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 ७.६: ओ.एस.टी. रजिष्टर

(Opioid Substitution Therapy Register)

यो रजिष्टरको प्रयोग सरकारी तथा गैर सरकारी संस्था (OST site) बाट प्रदान गरिने] OST सेवा सम्बन्धि जानकारीको अभिलेख राख्नको लागि प्रयोग गरिन्छ । OST सेवा सम्बन्धि अभिलेख OST केन्द्रका सम्बन्धित सेवा प्रदायकले भर्नु पर्दछ । यस रजिष्टरमा हरेक दिन OST सेवा लिई रहेका सेवा ग्राहिहरुको अभिलेख राखिन्छ ।

यो रजिष्टर कहिले भर्नु पर्दछ ?

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

रजिष्टर भर्ने निर्देशिका:

महल शीर्षक		निर्देशिका
Demographic Information	**S. N.**	OST सेवाको लागि आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ । क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।
	Date	**OST** उपचार सेवामा सेवाग्राही आएको मिति गते, महिना र साल ग/म/सा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
	Master Regd.No.	OST को लागि सेवाग्राही मूल दर्ता भई आएको भए मूल दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
	Service Regd.No.	**प्रत्येक आ.व. का लागि सेवा दर्ता नम्बर** (Service Register) १ **बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।** ART **को हकमा सेवा दर्ता नम्बर** ART **नम्बर हुन्छ ।**
	First Name (Optional)	सेवाग्राहीको पहिलो नाम लेख्नुपर्दछ । कसैलाई आफ्नो पहिलो नाम लेखाउन इच्छा नभएमा यो अनिवार्य छैन ।
	Family Name (Compulsory)	सेवाग्राहीको थर अनिवार्य रुपमा लेख्नु पर्दछ ।
	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 सम्वन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपाल वाहेक 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 १=F= Female, २=M=Male, ३=SM (or Other)
	Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: १= अविवाहित, २= विवाहित, ३= सम्बन्ध बिच्छेद, ४= विधवा-विदुर, ५ = संगै बस्ने (Living Together), ६ . छुट्टिएर बसेको र छुट्याइएको ७. सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
Client code		Client code= Last name (First २ characters)+ Date of birth (last २ digits -YY) + sex (१= F, २= M, ३ = SM) + Service registration number Eg २०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको सेवा दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-३२-२-१२३ हुन्छ ।

महल शीर्षक	निर्देशिका
Date of Birth	सेवाग्राहीको जन्म मिति ग/म/सा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
Contact Number	सेवाग्राहीको सही मोबाइल नम्बर वा अन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
SMS Consent	सेवाग्राहीलाई सेवा सम्बन्धि जानकारी पठाउने वा नपठाउने भने सेवाग्राहीसंग मन्जुरी लिदाँ राजी "Yes" भए Y र नभए "No" भए N लेख्नु पर्दछ ।
Dual Risk Behavior	सेवाग्राहीको दोहोरो जोखिम व्यवहार (Dual Risk Behavior) भए देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ । सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछः १ = Sex Worker; २= People who inject drugs(PWID), ३=MSM; ४ = Blood or Organ Recipient, ५=Clients of Sex Workers; ६ = Migrants; ७ = Spouse/Partner of Migrants; ८= Male Sex Worker(MSW); ९= Sexual Minorities (SM=TG) ; १०=Vertical Transmission; ११=Prison Inmates; १२=Other (not specified in above category) अन्य भए खुलाउनु पर्दछ ।
Entry Point	देहायका कोड मध्ये कुन सेवा मार्फत सेवाग्राही एच.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो भन्ने कुरा जनाउनु पर्दछ ः १= HIV Testing and Counselling services,२= Outpatient services, ३= Inpatient services, ४= Sexually transmitted infections services, ५= Private health services,६= NGO-Non-government organizations, ७=Self referred, ८= Outreach/special services, ९= Other (to be specified)
Educational Status	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक अवस्था बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १=Illiterate / २= Literate
Educational Level	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यता बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १=Primary, २=Secondary, ३=Higher secondary, ४=Bachelor or above, ५= basic education
Employment Status	यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्था बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः १=Unemployed, २=Employed
Average Monthly Income	यो महलमा सेवाग्राहीको औसत मासिक आम्दानी (ने रु) मा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
OST Start date	OST उपचार सेवा शुरु गरेको मिति ग/म/सा ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
Type of OST	विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST को किसिम (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 ग/म/सा को ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।

महल शीर्षक		निर्देशिका
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 ग/म/सा 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 ग/म/सा 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 ग/म/सा को ढाँचामा लेख्नु पर्दछ ।
ART Start Date and current Regimen		यदि सेवाग्राहीको एचआइभी पोजिटिभ भई एआरटी शुरु गरेको भएमा सो मिति ग/म/सा 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 ।
	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 भए देखिको दिन हो । यस रजिष्टरमा सेवाग्राही OST सेवामा दर्ता भएदेखि १ वर्षसम्मको उपचार परिणाम रेर्कड राख सकिन्छ ।
	MM/YYYY	सेवाग्राही OST सेवामा दर्ता भए देखिको महिना र साल लेख्नु पर्दछ ।
	Row १	सेवाग्राही हरेक दिन फलोअपमा आउँदा OST उपचारको अवस्थालाई देहायका कोडबाट जनाउनु पर्दछ । १= on treatement on OST, २= Drop Out, ३= Re-enrollment, ४=Discharge, ५=Death, ६= Transfer out
	Row २	सेवाग्राही हरेक दिन फलोअपमा आउँदा खाने OST को मात्रा संख्यामा र mg/ml मा लेख्नु पर्दछ ।
Needle Syringe Exchange Program	**Out**	Needle Syringe Exchange कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने संस्थाले प्रतिवेदन अवधिमा सेवाग्राहीलाई उपलब्ध गराईएको 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 ८.१: बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)

यस रजिष्टरलाई अस्पतालको अन्तरङ्ग विभागमा 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, मूल्याङ्कन तथा विश्लेषण गर्न यस रजिष्टरको आवश्यकता पर्दछ । प्रत्येक आ. व. को सुरुवातदेखि नयाँ रजिष्टरको प्रयोग गर्नु पर्दछ ।

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

रजिष्टरको नमुना:

ADMISSION

Fiscal Year _____|_____ Month _____

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 Days		8- 28 days Days		29days-11months Months		≥1 Year Years	
									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 DD MM YY Time AM PM					First and middle name / Family name										
	Date DD MM YY Time AM PM					First and middle name / Family name										

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 / Palika - ward / Village/Tole	Name / Contact number						1	2	

रजिष्टर भर्ने 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 लेखि 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 लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	SN	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक महिनामा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२-४	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 ।
५,६	Inpatient No.	हरेक आर्थिक वर्षमा अस्पतालको अन्तरङ्ग विभागमा भर्ना भएका नयाँ बिरामीलाई Unique Number दिनुपर्दछ । यस सङ्ख्यालाई Inpatient Number (अन्तरङ्ग नं.) भनिन्छ । यो १ देखि सुरुवात 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 विभागमा कति जना बिरामी भर्ना भएको हो भन्ने कुल सङ्ख्या दिन्छ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		कुनै बिरामी स्वास्थ्य संस्थामा पहिलो पटक आउँदा निजलाई स्वास्थ्य सेवा कार्ड उपलब्ध गराइन्छ । उक्त बिरामी अन्तरङ्ग विभागमा भर्ना भएमा निजको स्वास्थ्य सेवा कार्डमा Inpatient Number भरिन्छ र सो नम्बर सो आ. व. भरि कायम रहन्छ । सोही आ.व. मा उक्त बिरामी दोहोर्याई आएमा पनि सोही नम्बर नै कायम गर्नुपर्दछ । पहिलो पटक बिरामीलाई यो कार्ड दिँदा बिरामीले हरेक पटक आउँदा सो कार्ड अनिवार्य रूपमा लिई आउन अनुरोध गर्नुपर्दछ । यो कार्ड बिरामीलाई दिँदा नै यो Inpatient Number याद राख्का लागि पनि अनुरोध गर्नुका साथै मोबाइल र नोटबुकमा लेखेर राख समेत अनुरोध गर्नुपर्दछ । यदि बिरामी अन्तरङ्ग सेवाका लागि पुनः आएमा र कार्ड नल्याएमा निजको Inpatient number सोधेर भर्ना रजिष्टरबाट निजको Inpatient Number लेख्नुपर्दछ । यदि बिरामीलाई आफ्नो Inpatient Number याद नभएमा उक्त बिरामीलाई नयाँ बिरामीको रूपमा लिनुपर्दछ र नयाँ Inpatient Number दिनुपर्दछ । बिरामी पहिलो पटक भर्ना हुन आउँदा Inpatient Number लाई First Visit मा र सोही बिरामी पुनः आएमा Inpatient Number लाई Repeat visit मा जनाउनुपर्दछ ।
७	First, Middle and Family Name	माथिल्लो कोठामा बिरामीको पहिलो र बीचको नाम लेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा बिरामीको थर लेख्नुपर्दछ ।
८	Caste/Ethnicity Code	सेवा लिने व्यक्ति जुन जाति समूहमा पर्दछ, सोही समूहको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ (जस्तैः ०१, ०२, ... ०६) ।
९	National ID No.	सेवा लिने व्यक्तिको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ। राष्ट्रिय परिचय पत्र नभएको व्यक्तिको हकमा वा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको हकमा यस महलमा ड्यास चिन्ह (—) लगाउनुपर्दछ ।
१०-१७	Age and Sex	यी महलहरूमा उमेर र व्यक्ति अनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ । बिरामी ८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल ९ मा र शिशु बालक भएमा महल १० मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी ९ दिन देखि २८ दिनको शिशु बालिका भएमा महल ११ मा र शिशु बालक भएमा महल १२ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल १३ मा र बालक भएमा महल १४ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १५ मा र पुरुष भएमा महल १६ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिना भन्दा कम, एक वर्षभन्दा कम र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका बिरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।
१८	Address	भर्ना भएको बिरामीको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा, गाउँ/टोल महल १७ को सम्बन्धित कोठामा क्रम मिलाएर लेख्नुपर्दछ ।
१९	Name and Contact Number of Guardian	भर्नाभएको बिरामीका अभिभावकको नाम र थर महल १८ को माथिल्लो कोठामा लेख्नुपर्दछ । महल १६ को तल्लो कोठामा अभिभावकको सम्पर्क टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
२०	Source of Admission	बिरामी भर्ना भएको स्रोत जुन हो सोही अनुसारको कोड लेख्नु पर्दछ । आकस्मिक विभाग बाट भए १, बहिरंग विभागबाट भए २ र अन्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भए ३ लेख्नुपर्दछ ।
२१	Ward	बिरामी कुन विभाग (Ward) मा भर्ना भएको हो ? यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२२	Investigation	यस महलमा बिरामी भर्ना हुन आउँदा चिकित्सकले लेखेको आवश्यक पर्ने अनुसन्धानमूलक परीक्षणको विवरण, जस्तैः ल्याब, एक्सरे इत्यादि लेख्नुपर्दछ ।
२३	Provisional Diagnosis	यस महलमा बिरामी अस्पालमा भर्ना हुन आउँदा उनीहरूले बताएको History वा Complain का आधारमा स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले गरेको सम्भावित निदान (Provisional Diagnosis) लेख्नुपर्दछ । बिरामी अन्य संस्थामा जाँच गराएर वा प्रेषण भएर आएको भए उक्त संस्थाले गरेको निदानलाई आधार मानि यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।
२४	Name of Surgery	यस महलमा भर्ना हुने बिरामीको शल्यक्रिया हुने भए कुन प्रकारको शल्यक्रिया हो ? सोको नाम लेख्नुपर्दछ ।
२५-२६	Police Case	यस महलमा भर्ना हुन आएको बिरामी 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 ।
२७	Remarks	माथि उल्लेखित बाहेक थप जानकारी आवश्यक भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

HMIS ८.२: 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 गर्दागर्दै, मृत्यु इत्यादि जस्तोसुकै कारणले बिरामी Discharge भएको भएता पनि यस रजिष्टरमा अभिलेख राख्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमुनाः

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	
												Days		Days		Months		Years	
												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												
		Time			Time				Family name										
		AM		PM	AM		PM												

:GISTER

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				<48 Hrs	>48 Hrs	Immediate Cause / Underlying Cause	Full	Partial	Total cost exempted (NRs.)	Code*	Yes	No
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 भर्ने निर्देशिकाः

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

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र. सं.	प्रत्येक महिनामा क्र.सं. १ बाट सुरु गरी अर्को महिनाको १ गतेबाट पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	अन्तरङ्ग नं. (Inpatient No.)	यस महलमा Discharge भएको बिरामीको Patient Chart मा उल्लेख भएको Inpatient Number लेख्नुपर्दछ ।
३-५	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 ।
६-८	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 ।

<table>
<tr><th>महल नं.</th><th>महल शीर्षक</th><th>निर्देशन</th></tr>
<tr><td>९</td><td>Length of Stay</td><td>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 ।
उदाहरणः
<table>
<tr><td>भर्ना मिति</td><td>Discharge मिति</td><td>Length of stay</td></tr>
<tr><td>१२/३/२०८०</td><td>१२/३/२०८०</td><td>१ दिन</td></tr>
<tr><td>१२/३/२०८०</td><td>१३/३/२०८०</td><td>१ दिन</td></tr>
<tr><td>१२/३/२०८०</td><td>१४/३/२०८०</td><td>२ दिन</td></tr>
<tr><td>१२/३/२०८०</td><td>१७/३/२०८०</td><td>५ दिन</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>१०</td><td>First, Middle and Family Name</td><td>माथिल्लो कोठामा बिरामीको पहिलो र बीचको नाम लेख्नुपर्दछ (जस्तैः रामबहादुर) । तल्लो कोठामा बिरामीको थर (जस्तै थापा) लेख्नुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>११</td><td>Caste/ Ethnicity</td><td>सेवालिने व्यक्ति जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तैः ०१, ०२,... ०६) । जातिगत समूह र कोड नम्बर रजिष्टरको अन्तिम पानामा दिइएको छ ।</td></tr>
<tr><td>१२</td><td>National ID No.</td><td>सेवा लिने व्यक्तिको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ। राष्ट्रिय परिचयपत्र नभएको व्यक्तिको हकमा वा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको हकमा यस महलमा ड्यास चिन्ह (—) लगाउनुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>१३-२०</td><td>Age and Sex</td><td>यी महलहरूमा उमेर र व्यक्तिअनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ ।
बिरामी ८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल १२ मा र शिशु बालक भएमा महल १३ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
बिरामी ९ दिन देखि २८ दिनको शिशु बालिका भएमा महल १४ मा र शिशु बालक भएमा महल १५ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
बिरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल १६ मा र बालक भएमा महल १७ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
बिरामी 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 बिरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न सहज पुग्दछ ।</td></tr>
<tr><td>२१</td><td>Type of Care</td><td>यस महलमा बिरामीले कुन सेवा लिएको हो Patient Chart मा उल्लेख भए अनुसार सेवाको किसिम उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तैः 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 लेख्नुपर्दछ। Others भए कुन सेवा हो ? खुलाउनुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>२२</td><td>Ward/Bed Number</td><td>बिरामी कुन विकोठा (Ward) र कति नं. को शैयामा राखिएको थियो ? Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार यस महलको सम्बन्धित कोठा लेख्नु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>२३-२४</td><td>Name and Type of Surgery</td><td>भर्ना भई शल्यक्रिया भएका बिरामीहरूको कस्तो प्रकारको शल्यक्रिया भएको हो ? Patient Chart को Operation Form मा उल्लेख भए अनुसार महल २२ मा लेख्नुपर्दछ ।</td></tr>
</table>

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		शल्यक्रियाको प्रकारमा Major भए १, Intermediate भए २ र Minor भए ३ भनी महल २३ मा लेख्नुपर्दछ ।
२५-२६	Post-OP Infection	Patient Chart हेरी यदि बिरामीलाई 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 ।
२७	Final Diagnosis at discharge	बिरामी Discharge हुँदा Patient Chart मा उल्लेख भएको अन्तिम निदान (Final diagnosis) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२८	ICD Code	यस महलमा Patient Chart माउल्लेख भएको Final Diagnosis को ICD Code book अनुसारको ब्रुजिअ Alpha Numeric Code (ICD ११ ले निर्देश गरे अनुसार) लेख्नुपर्दछ ।
२९	Outcome code*	यस महलमा Discharge भएको बिरामीको Discharge हुँदाको अवस्था उल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि बिरामी Recovered/Cured भए १, Stable भए २, Referred भए ३, DOPR/LAMA भए ४, Absconded भए ५ र Death भए ६ लेख्नुपर्दछ ।
३०-३२	If Died	बिरामीको मृत्यु भएको भएभर्ना भएको कति समयपछि मृत्यु भएको हो र मृत्युको कारण Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार लेख्नुपर्दछ । यदि बिरामी 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 बिरामी मृत्यु हुनुको तत्कालिन (Immediate Cause) र अन्तर्निहित कारण Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार (Underlying Cause) सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३३-३६	Cost Exemption	महल ३२-३५ मा Discharge भएको बिरामीले 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 बिरामी 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 लेख्नुपर्दछ। अन्य समूह (Others) भए कुन समूह हो खुलाउनुपर्दछ
३७-३८	Police Case	यस महलमा Discharge हुन आएको बिरामी 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 ८.३: आकस्मिक सेवा रजिष्टर

(Emergency Service Register)

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

रजिष्टरको नमुनाः

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	Name and Contact Number of Guardian
						0-7 days		8- 28 days		29days-11months		≥ 1 year		District Municipality, Ward Village/Tole	
						Days		Days		Months		Years			
						Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		Date: DD MM YY / Time: AM PM	First and Middle Name / Family name											District / Municipality, Ward / Village/Tole	Name / Contact number

VICE REGISTER

Source of Admission		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	Cost Exemption				Gender Violence	Police Case	
Self	Referred in (Name of HF)							Yes	No					Immediate Cause / Underlying Cause	Full	Partial	Total Cost Exempted (NRs.)	Code*		Yes	No
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
1			1					1	2	Date: DD MM YY / Time: AM PM				Immediate Cause / Underlying Cause	1	2			1	1	2

रजिष्टर भर्ने निर्देशिकाः

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 लेखि सो दिनमा दिएको सेवाको अभिलेख राख्नुपर्दछ । यसरी अभिलेख राख्नाले रजिष्टरको सही र पूर्ण सदुपयोग हुन्छ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	S.No.	प्रत्येक महिनामा क्र.सं. १बाट सुरु गरी अर्को महिनाको १ गतेबाट पुनः १बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	Registration Number	प्रत्येक आ. व.मा. Registration No. १बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । नयाँ आ. व. को पहिलो दिन पुनः १बाट सुरु गर्नुपर्दछ । यो Registration number ले एक आ. व. मा आकस्मिक विभाग/कक्षमा कति जना बिरामीले सेवा प्राप्त गरे सोको सङ्ख्या जनाउँछ । आकस्मिक कोठामा दर्ता हुने बिरामीहरूसँग परिचय खुलाउने स्वास्थ्य सेवामा प्रयोग हुने कार्डहरू, जस्तैः Health Card बारे बिरामीसँग जानकारी माग्नु व्यवहारिक हुँदैन । त्यसकारण आकस्मिक कोठामा दर्ता हुने सबै बिरामीहरूलाई नयाँ Registration Number मा दर्ता गर्नुपर्दछ । यसमा बिरामीलाई नयाँ वा पुरानो भनी वर्गीकरण गर्नुपर्देन ।
३	Date and Time of Registration	माथिल्लो कोठामा बिरामी Admission भएको मिति सम्बन्धित महलमा गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		तल्लो कोठामा बिरामी Admission भएको समय लेख्नुपर्दछ। Admission भएको समय AM भए AM लेखिएको स्थानमा र PM भए PM लेखिएको स्थानमा लेख्नुपर्दछ ।
४	First, Middle and Family Name	महल ४ को माथिल्लो कोठामा बिरामीको पहिलो र बीचको नाम उल्लेख गर्नुपर्दछ (जस्तैः रामबहादुर) । तल्लो कोठामा बिरामीको थर उल्लेख गर्नुपर्दछ । (जस्तैः थापा)
५	Caste/Ethnicity Code*	सेवालिने व्यक्ति जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तैः ०१, ०२,..... ०६) । जातिगत समूह र कोड नम्बर रजिष्टरको अन्तिम पानामा दिइएको छ ।
६	National ID No.	सेवा लिने व्यक्तिको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ। राष्ट्रिय परिचय पत्र नभएको व्यक्तिको हकमा वा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको हकमा यस महलमा ड्यास चिन्ह (—) लगाउनुपर्दछ । यी महलहरूमा उमेर र व्यक्ति अनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ ।
७-१४	Age and Sex	यी महलहरूमा उमेर र व्यक्ति अनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ । बिरामी ८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल ६ मा र शिशु बालक भएमा महल ७ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी ९ दिन देखि २८ दिनको शिशु बालिका भएमा महल ८ मा र शिशु बालक भएमा महल ९ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल १० मा र बालक भएमा महल ११ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी 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 बिरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।
१५	Address	आकस्मिक सेवा लिन आएको बिरामीको कुन जिल्ला, पालिका, वडा नं बीचको कोठामा र तल्लो कोठामा गाउँ र टोल लेख्नुपर्दछ ।
१६	Name and Contact Number of Guardian	आकस्मिक सेवा लिन आएको बिरामीका अभिभावकको नाम, थर र सम्पर्क टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ । माथिल्लो कोठामा नाम थर र तल्लो कोठामा सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
१७-१८	Source of Admission	बिरामी आफैं वा अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको हो, यस महलमा खुलाउनुपर्दछ । यदि बिरामी आफैं आएको भए महल १६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् । यदि बिरामी अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भए महल १७ मा प्रेषण गरी पठाउने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
१९	Signs and Symptoms (Main complaints on admission)	बिरामी आकस्मिक विभागकक्षमा आउँदाको अवस्थामा निजमा देखिएका लक्षण हरू र निजका मुख्य सिकायतहरू महल १८ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
२०	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 ।
२१	Investigation	यस महलमा बिरामीभर्ना हुन आउँदा चिकित्सकले लेखिदिएको आवश्यक पर्ने अनुसन्धान मूलक परीक्षणको विवरण, जस्तैः ल्याब, एक्सरे इत्यादि लेख्नुपर्दछ ।
२२	Diagnosis	बिरामी आकस्मिक विभाग/कक्षम भर्ना हुन आउँदा स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले गरेको निदान (Diagnosis) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२३	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 । उदाहरणः यदि *diagnosis* मा *Enteric Fever, diarrhea* र *Hypertension* उल्लेखभएको छ । यस बिरामीको *main diagnosis Enteric Fever* हो । यस अवस्थामा *Enteric Fever* को *ICD code A०१* यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२४	Treatment/Medicine Prescribed	बिरामीलाई गरिएको उपचार र दिइएको औषधीको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२५-२६	Observation	आकस्मिक विभाग/कक्षमा भर्ना भएको बिरामीलाई 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 ।
२७-२९	Date and time of Discharge	माथिल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको मिति लेख्नुपर्दछ । महल २६ मा गते, महल २७ मा महिना र महल २८ मा साल लेख्नुपर्दछ ।
		तल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको समय लेख्नुपर्दछ । Discharge भएको समय AM र PM अनुसार लेख्नुपर्दछ ।
३०	Outcome code*	यस महलमा Discharge भएको बिरामीको Discharge हुँदाको अवस्था उल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि बिरामी Recovered भए १, Stable भए २, Referred भए ३, DOR/LAMA/DAMA भए ४, Absconded भए ५, अन्तरङ्ग विभागमा Admitted भए ६ र Death भए ७ लेख्नुपर्दछ ।
३१	If Died, Cause of Death (Immediate Cause/ Underlying Cause)	यदि उपचारको क्रममा बिरामीको मृत्यु भएको भए बिरामी मृत्यु हुनुको तत्कालिन (Immediate Cause) र अन्तर्निहित कारण (Underlying Cause) सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३२-३५	Cost Exemption	Discharge भएको बिरामीले पूर्ण वा आंशिक शुल्क छुट पाएको विवरण लेख्नुपर्दछ । यदि पूर्ण छुट पाएको भएमहल ३२ को कोड १ मा र आंशिक छुट पाएको भएमहल 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 बिरामी 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 ।

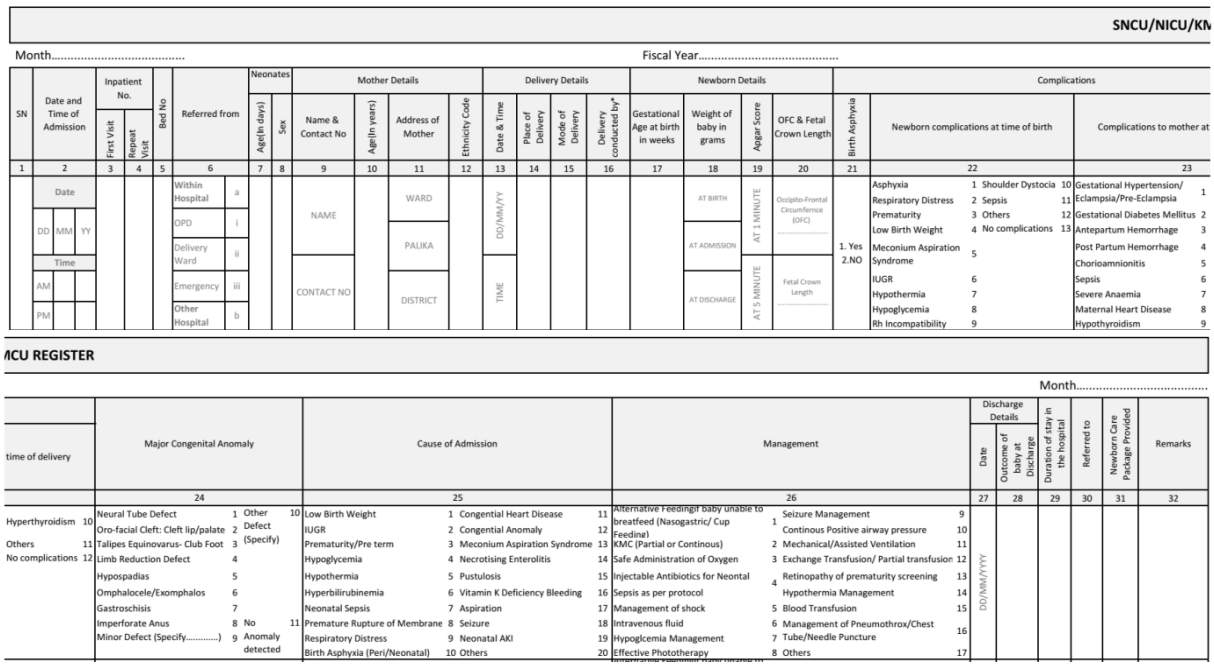
महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
३६	Gender Violence	यदि लैगिक हिंसा सम्बन्धी case भएमा १ मा गोलो घेरा लगाउने
३७-३८	Police Case	यस महलमा Discharge भएको बिरामी police case भई आएको भए महल ३७ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र police case होइन भने महल ३८ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । Police case सँग सम्बन्धित कागजातहरू कानुनी प्रक्रियाका लागि लामो समयसम्म सुरक्षित राखुपर्ने भएकोले police case छुट्याउनका लागि यस महलले सहज बनाउँछ ।

HMIS ८.४ 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 शिशुहरुमा देखिएका समस्या र जटिलताहरूको पहिचान गरेर शिशुहरूको स्वास्थ्यका लागि उचित सल्लाह तथा सेवाहरू दिइएका छन् कि छैनन् भनी यकिन गर्न अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ । नवजात शिशुहरुमा देखिने जटिलता र समस्याहरु, SNCU/NICU मा सेवाप्रदान गरेको अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ ।

नोटः नवजात शिशु ९२८ दिनभन्दा मुनीका शिशुहरू Special Newborn Care Unit (SNCU)/Neonatal Intensive Care Unit (NICU) मा भर्ना भएको खण्डमा यस रजिष्टरको प्रयोग गरेर शिशुमा देखिएका समस्या र जटिलताहरूको अध्ययन गरी शिशुलाई उच्च गुणस्तरीय सेवा प्रवाहबारे यस रजिस्ट्रारमा विवरण उल्लेख गरिने छ । यस रजिष्टरसंगै उल्लेख गरिएको निर्देशन र Instructions for filling register को सहायताले यस रजिष्टर भर्न सकिन्छ ।

रजिष्टरको नमुनाः



SNCU/NICU/KM

Month..... Fiscal Year.....

SN	Date and Time of Admission	Inpatient No. First Visit	Inpatient No. Repeat Visit	Bed No	Referred from	Neonates Age(In days)	Neonates Sex	Mother Details Name & Contact No	Mother Details Age(In years)	Mother Details Address of Mother	Mother Details Ethnicity Code	Delivery Details Date & Time	Delivery Details Place of Delivery	Delivery Details Mode of Delivery	Delivery Details Delivery conducted by*	Newborn Details Gestational Age at birth in weeks	Newborn Details Weight of baby in grams	Newborn Details Apgar Score	Newborn Details OFC & Fetal Crown Length	Complications Birth Asphyxia	Complications Newborn complications at time of birth	Complications 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 DD MM YY; Time AM PM				Within Hospital a; OPD i; Delivery Ward ii; Emergency iii; Other Hospital b			NAME; CONTACT NO		WARD; PALIKA; DISTRICT		DD/MM/YY; TIME					AT BIRTH; AT ADMISSION; AT DISCHARGE	AT 1 MINUTE; AT 5 MINUTE	Occipito-Frontal Circumference (OFC); Fetal Crown Length	1. Yes 2.NO	Asphyxia 1; Respiratory Distress 2; Prematurity 3; Low Birth Weight 4; Meconium Aspiration Syndrome 5; IUGR 6; Hypothermia 7; Hypoglycemia 8; Rh Incompatibility 9; Shoulder Dystocia 10; Sepsis 11; Others 12; No complications 13	Gestational Hypertension/ Eclampsia/Pre-Eclampsia 1; Gestational Diabetes Mellitus 2; Antepartum Hemorrhage 3; Post Partum Hemorrhage 4; Chorioamnionitis 5; Sepsis 6; Severe Anaemia 7; Maternal Heart Disease 8; Hypothyroidism 9

NCU REGISTER

Month.....

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

रजिष्टर भर्नेतरिका

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

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
१	SN	SN	सि.नं. प्रत्येक महिनाको १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	Date& Time of Admission	Date	सेवाग्राही दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । DD/MM/YYYY
		Time	सेवाग्राही दर्ता भएको समय AM or PM को सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
३, ४	Inpatient No	First Visit	प्रथम पटक जाँच गर्न SNCU/NICU मा भर्ना भएका नवजात शिशुहरूको Inpatient No उल्लेख गर्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
		Repeated Visit	SNCU NICU मा दोहोर्याएर जाँच गर्न आउनेले नवजात शिशुहरूको Inpatient No उल्लेख गर्नुपर्दछ।
५	Bed No		यस महलमा विरामी शिशुको Bed No लेख्नुपर्दछ ।
६	Referred from	Within Hospital or Other Hospital	यस महलमा नवजात शिशुलाई प्रेषण गरिएको संस्थालाई गोलो लगाउनु पर्दछ । सोही अस्पतालबाट प्रेषण गरेको खण्डमा ओ.पि.डी., डेलिवरि वार्ड र इर्मजेन्सी मध्ये कुनै एकमा गोलो लगाउनुहोस । OPD, Delivery Ward, Emergency: अन्य अस्पतालबाट गरिएको खण्डमा अन्यमा लगाउनु पर्दछ ।
७,८	Neonates Information	Age in Days	महलको यस कोठामा बिरामी शिशुको पूरा भएको उमेर दिनमा लेख्नुपर्दछ ।
		Sex	यस महलमा विरामी शिशु पुरुष, महिला खुलाएर लेख्नुपर्दछ ।
९-१२	Mother Details	Name	यस महलमा बिरामी शिशुको आमाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
		Contact No	यस महलमा विरामी 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: १. Dalit, २ Janajati, ३ Madhesi, ४ Muslim, ५ Brahmin/Chhetri, ६ Others
१३-१६	Delivery Details	Date	यस महलमा प्रसूति भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
		Time	यस महलमा प्रसूति भएको समय लेख्नुपर्दछ ।
		Place of Delivery	यहाँ प्रसूति भएको ठाउँको कोड लेख्नुपर्दछ । सो कोड Register को तल उल्लेख गरिएको छ । Code:१-Institutional स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी भएको खण्डमा, २-Home घरमा सुत्केरी भएको खण्डमा, ३- Others (On the way or–) स्वास्थ्य संस्था जाने क्रममा र अन्य ठाउँमा
		Mode of Delivery	यस कोठामा उल्लेखित प्रसूति विधिको कोड लेख्नुपर्दछ । Code: १-SVD (Spontaneous Vaginal Delivery), २-Instrumental, ३-C-section

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
		Delivery conducted by	यस महलमा प्रसूति गराउने स्वास्थ्यकर्मीको प्रकारको कोड लेख्नुपर्दछ । Code १- SBA: SBA तालिम प्राप्त प्रसूति कर्मीले प्रसूति गराइएको खण्डमा Code २- SHP:Skilled Health Professional- Doctors, Nurses, Gynae ले प्रसूति गराइएको खण्डमा Code ३- Others:अन्य स्वास्थ्यकर्मीको सहायताबाट सो कोड Register को तलउल्लेख गरिएको छ ।
१७-२०	Newborn Details	Gestational age at birth in weeks	नवजात शिशुको Gestational age at birth लाई हप्तामा लेख्नुपर्छ ।
		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 १ Minute & At ५ Minute
		OFC & Fetal Crown Length	यस कोठामा शिशुको OFC/ Fetal Crown Length लेख्नुपदर्छ । OFC Fetal Crown Length
२१	Complication	Birth Asphyxia (Peri/Neonatal)	नवजात शिशुले श्वास नफेरेको खण्डमा Yes नवजात शिशुले श्वास फेरेको खण्डमा No लेख्नुपर्दछ ।
		Newborn complications at time of birth	प्रसूति को समयमा नवजात शिशुमा देखिएको तल उल्लेखित जटिलताहरुमा गोलो लगाउनु पर्छ । *(Listed Complications: Asphyxia, Respiratory Distress, Prematurity, Low Birth Weight, Meconium Aspiration Syndrome, IUGR, Hypothermia, Hypoglecemia, Rh Incompatibility, Shoulder Dystocia, Sepsis, Others, No Complications)*
		Complications of mother at the time of delivery	प्रसूति को समयमा आमामा देखिएको तल उल्लेखित जटिलताहरुमा गोलो लगाउनु पर्छ । *(Listed Complications: Gestational Hypertension/Eclampsia/Pre-Eclampsia, Gestational Diabetes Mellitus, Antepartum Hemorrhage, Post Partum Hemorrhage, Choriaminoitis, Sepsis, Severe Anaemia, Maternal Heart Disease, Hypo/Hyperthyroidism, Others, No Complications)*

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
२२	Major Congential Anomaly		यस महलमा तल उल्लेखित congential anomalies मा गोलो लगाउनु पर्छ । *(Major CongentialAnamoly: 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 Anomoly detected)*
२३	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, Congential Heart Disease,Congential Anomaly, Meconium Aspiration Syndrome, NecrotisingEnterolitis, Pustulisis, Vitamin K Deficiency Bleeding, Aspiration,Seizure, Others)*
२४	Investigation & Management		नवजात शिशुको जटिलता व्यवस्थापनको लागि गरिएका उल्लेखित विधिहरूमा गोलो 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 Phototherpay, 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)*
२५-२६	Discharge Details	Date of Discharge	यस महलमा नवजात शिशुलाई Discharge 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 १- Improved:अवस्थामा सुधार आएमा, २- Referred प्रेषण गरेको खण्डमा, ३- Died: शिशुको मृत्यु भएको खण्डमा, ४- LAMA/Absconded
२७	Duration of stay in the hospital	Length of stay in hospital	नवजात शिशुको उपचारका लागि लागेको समय दिनमा लेख्नु पर्दछ ।
२८	Referred to		नवजात शिशुको अवस्थालाई हेरेर प्रेषण गर्न परेमा यहाँ लेख्नु पर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
२९	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 १- Package A, २- Package B, ३- Package A+B, ४- Package A+B+C
३०	Remarks	थप जानकारी भए यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

जातजाती अनुसार SNCU/NICU सेवा पाएका सेवाग्राहीको समायोजन फाराम

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

अभ्यास

नवलपरासी (सुस्तापूर्व) जिल्ला देवचुली नगरपालिका, वार्ड नं. ९ सीता सुनुवारले दुम्कौली प्राथामिक 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 लक्षणहरू 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 ८.५: अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिष्टर (One-Stop Crisis ManagementCenter- OCMC)

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

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
सूचनाहरू		
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राहीसँगको क्रम सङ्ख्या १बाट सुरू गर्नुहोस ।
२	घटना दर्ता गरेको मिति	घटना दर्ता गरेको मितिको नेपाली पात्रो अनुसार साल, महिना र गते उल्लेख गर्नुहोस ।
३	पीडित प्रभावितको सङ्केत	पिडित वा प्रभावितको नाम थरको सट्टामा संकेत यस महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै संकेत लेख्दा अस्पतालको नामको सुरुको दुई अक्षर, सत्रको दुई अक्षर र क्र स नम्बर राख्नु पर्दछ जस्तै — पाटन अस्पतालमा २०७८ सालको क्र स २ मा आएको पिडित वा प्रभावितको संकेत लेख्दा 'PH७८०२' लेख्नु पर्छ।
४	उमेर (पुरा भएको बर्ष)	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 समूहः	सेवाग्राहीको जुन जाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूह यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । ०१—दलित ०२—जनजाति ०३—मधेशी ०४—मुस्लिम ०५—ब्राह्मण/क्षेत्री ०६—अन्य
७	ठेगानाः (गाउँपालिका/ नगरपालिका, जिल्ला)	पीडितको स्थाइ बसोबास रहेको गाउँपालिका नगरपालिका महानगरपालिका वडा न र जिल्ला उल्लेख गर्नुहोस् ।
८	अपाङ्गता भएको भए,	यस महलमा पिडित वा प्रभावितमा कुनै पनि अपांगता भए अपांगताको प्रकारको कोड भर्नु पर्दछ, (नोटः एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ)। जस्तै, ०. कुनै पनि अपाङ्गता नभएको १ शारीरिक अपाङ्गताा २. दृष्टिसम्बन्धी अपाङ्गता

		३. सुनाइसम्बन्धी अपाङ्गता ४. स्वर र बोलाई सम्बन्धी अपाङ्गता ५ मानसिक/बौद्धिक अपाङ्गता
९	हिंसाको प्रकारः	हिंसा भए त्यही समूह यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । (नोटः एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ) (१) वलात्कार (२) यौनजन्य दुर्व्यबहार ३) शारीरिक दुर्व्यबहार (४) बालविवाह र जबरजस्ती विवाह (५) स्रोतसाधन र अधिकारबाट बञ्चित (६) मानसिक दुर्व्यबहार (७) परम्परागत रुढीवादी परम्पराका आधकारमा भेदभाव
१०	घटनाको पृष्ठभूमि	घटनाको पृष्ठभूमि यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । १. बहुविवाह २. दाइजो ३. बोक्सीको आरोप ४. घरेलुहिंसा ५.छाउपडी ६. मानव बेचविखन 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 दोहोऱ्याई आएफलोअप लेख्नुपर्दछ ।
हिंसापीडित वा प्रभावितले प्राप्त गरेका स्वास्थ्य सेवाहरू		
१२	शरीरिक परीक्षण	शरीरिक 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 परामर्स सेवा	एच.आइ.भी परीक्षण तथा परामर्स 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 आवाश्यक नभए "०३ आवाश्यक नभएको" कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१६	घाउ चोटपटकको उपचार	घाउ चोटपटकको उपचार भएको भए "०१ भएको" र नभएको भए " ०२ नभएको" र आवाश्यक नभए "०३ आवश्यक नभएको" कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१७	आकस्मिक गर्भ निरोधक सेवा	आकस्मिक गर्भ निरोधक सेवालिएको भए " ०१ लिएको" र नलिएको भए " नलिएको" " र आवाश्यक नभए "०३ आवाश्यक नभएको" कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१८	यौन रोगको उपचार	यौन रोगको उपचार गरेको भए "०१ गरेको" नगरेको भए "०२ नगरेको" र आवाश्यक नभए "०३ आवाश्यक नभएको" कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।
१९	सुरक्षित गर्भपतन सेवा	सुरक्षित गर्भपतन सेवा लिएको भए " ०१ लिएको" र नलिएको भए " नलिएको" " र आवाश्यक नभए "०३ आवाश्यक नभएको" कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।

२०	मानसिक रोगको उपचार	मानसिक रोगको उपचार गरेको भए "०१ गरेको" नगरेको भए "०२ नगरेको" र आवश्यक नभए "०३ आवाश्यक 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 आवस्यक नभएको भए "०३ आवस्यक नभएको" उल्लेख गर्नुहोस् ।

प्रेषण सेवा		
२३	पीडित वा प्रभावितहरूलाई प्रेषण	पीडित वा प्रभावितहरूलाई यहाँ आउन प्रेषण गर्ने यकिन 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 यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । १. आवासगृह २. पुनर्स्थापना 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 | २ पुरुष | ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक
२९	पीडितसँगको नाता	पीडक पिडितको आफ्नै परिवार/नातागोता भित्रको हो वा सो भन्दा बाहिरको हो, सोहीअनुसार उपयुक्त महलमा कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ।

HMIS ८.६: सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर
(Social Service Unit-SSU)

रजिष्टर भर्ने तरिकाः

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
१	मिति	दर्ता गरेको मितिको नेपाली पात्रो अनुसार साल, महिना र गते उल्लेख गर्नुहोस ।
२	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राहीसँगको क्रम सङ्ख्या १बाट सुरू गर्नुहोस ।
३	दर्ता नं.	एक आ. व. का लागि १बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ र अर्को आ. व. सुरु भएपछि पुनः १बाट 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 लेख्नुहोस।
५	उमेर (पुरा भएको बर्ष)	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 समूहः	सेवाग्राहीको जुन जाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूह यकिन 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 जति पटक लिन आए तापनि नयाँ दर्ता नं. दिनु हुँदैन ।
८	ठेगानाः (गाउँपालिका/नगरपालिका, जिल्ला)	पीडितको स्थाइ बसोबास रहेको गाउँपालिका नगरपालिका महानगरपालिका वडा न र जिल्ला उल्लेख गर्नुहोस् ।
९	लक्षित समूह	लक्षित समूह यकिन 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 यकिन 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 यकिन गरी भएको भए "०१ हो" र नभएको भए "०२ होइन" कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।		
१२	विभाग	उपचार को क्रममा कुन विभागीय सेवा लियको हो यकिन गरीतल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् ।		
		१.आकस्मिक	२. वहिरङ्ग	३. अन्तरङ्ग
१३	स्वास्थ सेवाको पुरा खर्च (रू. मा) (छुट भएको रकम समेत समावेश गर्ने)	औषधी	सेवाग्राहीलाई औषधीको लागि उपलब्ध गराएको औषधीको रकम उल्लेख गर्ने ।	
		परीक्षण	सवै परिक्षणहरूको रकम जोडेर लेख्ने	
			यदि परिक्षणमा खर्च भएको भए, कुन कुन परीक्षण गरिएको थियो यकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ १. ECG, २. ECHO, ३. EEG, ४. Audio, ५. Endoscopy, ६. Colonoscopy, ७. USG, ८. Nebulizer, ९. X-ray,Blood १०. Dental, ११. ARV, १२. Oxygen, १३. Physio, १४. Plaster, १५. Dental, १६. ICU, १७. General, १८- 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 औषधीः सेवाग्राहीलाई औषधीको लागि छुट दिएको रकम उल्लेख गर्ने । परीक्षण अपरेसन अस्पताल वेड यातायातः सेवाग्राहीलाई उपलब्ध गराईएको 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 ९.१: 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 एकमुस्ट 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. रजिष्टर (HMIS ४.२) मा अद्यावधिक गर्न लगाई सोही रजिष्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्यकर्मीले प्रत्येक स्वयंसेविकाको रजिष्टरबाट 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 रजिष्टर 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 रजिष्टरको आवश्यकता पर्दछ ।

महलशीर्षक	निर्देशन
संस्थाको नाम, ठेगानाः	प्रतिवेदन पेश गरिने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रगति प्रतिवेदन पेस गरेको मितिः	प्रतिवेदन पेश गरेको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रतिवेदन पेस गरेको आ.वः	सङ्कलन गरिएको आ. व. लेख्नुपर्दछ ।
प्रतिवेदन पेस गरेको महिनाः	प्रतिवेदन सङ्कलन गरिएको महिना लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको सङ्ख्याः	स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गतको जम्मा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
प्रगति विवरण पेस गरेको म.स्वा.स्व.से. सङ्ख्याः	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 नामः	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूको नाम लेखिएको भन्दा तलको खाली ठाउँमा अन्तर्गतका सबै महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको नाम एक एक कोठामा लेख्नुपर्दछ ।

महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (HMIS ४.२) बाट हरेक महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले दिएको सेवाको विवरण उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

HMIS ९.२: समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदनः 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 एकमुस्ट तयार गरी प्रत्येक महिना भुक्तान भएको १ दिनभित्र (हरेक महिनाको १ गते) आपूmकार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थामा पेस 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 सामग्रीहरूः

१. खोप सेवा प्रदान गर्दा खोप सेसनमा वा रजिष्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गरेका ट्यालीसिटहरू
२ गाउँ—घर क्लिनिक रजिष्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गरेका ट्यालीसिटहरू
३. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोषको रजिष्टरबाट 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., महिनाः	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, दस्तखतः	फिल्डमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूको नाम, पद, फिल्डमा काम गरेको दिन फरक—फरक हरफमा लेखि 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 । जस्तैः कुनै स्वास्थ्य संस्थामा हरेक सोमवार र स्वास्थ्य संस्थाको कार्यक्षेत्रभित्र उक्त संस्था वाहेक अन्यत्र २ स्थानमा क्रमशः हरेक महिनाको १५ गते र १६ गते क्लिनिक सञ्चालन हुनुपर्ने हो भने त्यस महिनामा स्वास्थ्य संस्थामा सञ्चालन हुने सेसन 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 सङ्ख्याः	स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गत स्थापना भएका गाउँ—घर क्लिनिकको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिकः	जम्मा सञ्चालन हुनु पर्ने खोप क्लिनिक मध्ये यो महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिको जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । जस्तैः 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 । जस्तैः कुनै स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गत ६ वटा सञ्चालन हुनुपर्ने खोप सेसन मध्ये ५ वटा मात्र यो महिनामा सञ्चालन भएको भए ५ लेख्नुपर्दछ । *नोटः सूक्ष्म कार्ययोजनाका क्रममा नै सञ्चालन 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 ।*
यस महिनामा सञ्चालन भएको सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक)	माथि खोप सेसन सञ्चालन भए जस्तै सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन संगै सञ्चालन हुनु पर्दछ । 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 कारणबाट सरसफाई सेसन कहि कतै सञ्चालन नभएमा जति ठाउमा सञ्चालन भएको हो सोही पटक संख्या लेख्नु गर्नु पर्दछ । जस्तैः माथि ५ वटा खोप सेसन सञ्चालन हुदा सरसफाई सेसन ४ पटक मात्र सञ्चालन भएको थियो भने सरसफाई सेसन सञ्चालन पटक ४ लेख्नु पर्दछ ।
यस महिनामा सञ्चालन भएको गाउँ—घर क्लिनिक सङ्ख्याः	जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कतिवटा गाउँ—घर क्लिनिक सञ्चालन भएका थिए ? सोको सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
खोप कार्यक्रम	
खोप क्लिनिक सञ्चालन स्थानः	खोप क्लिनिक सञ्चालन स्थान भन्दा तलको खाली कोठाहरुमा (तेस्रो) क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ । जस्तैः 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 ।
खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्याः (जना)	खोप सेवा प्रदान गर्दा नै कति जना सेवा लिन आउछन भनेर गणना गर्न अगाडी नै ट्याली सिट तयार गरि सो ट्याली सिटमा सेवा दिदानै ट्याली गर्ने र सोबाट खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा उतार गर्नुपर्दछ । खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्याको गणना गर्नका लागि सेसन सञ्चालनको समयमा बच्चा वा गर्भवती महिलाको कार्ड भर्ने बित्तिकै अनिवार्य ट्याली गर्नु आवश्यक हुन्छ । नोटः सेवाग्राहीको संख्या भन्नाले खोप लिन आएका बच्चा र आमाको संख्याहो । खोप डोजको आधारमा गनेर यो संख्या लेख्नु हुदैन। खोप रजिष्टरको २.२.१ खोप तथा सरसफाई सेसन संचालनको विवरणको महिना अनुसार सेवा गणना गरि जम्मा संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
सरसफाई प्रवर्द्धन सेसनमा बसेका अभिभावकहरूको सङ्ख्याः	खोप सेसन संगै सरसफाई सेसन सञ्चालन गरिन्छ । तसर्थ खोप दिनु अघि सरसफाई सेसनमा कति जना सहभागि हुनु भयो सो संख्या सोही महिना र साहि खोपकेन्दको महलमा उल्लेख गर्ने ।
खोप पाएकाहरूको जम्मा सङ्ख्याः	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—हिव (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो), दादुरा—रुबेला (पहिलो, दोस्रो), टाएफाइड (१ मात्रा) जे.ई ९१ मात्रा० खोप प्राप्त गरेको बच्चा संख्याखोप रजिष्टरको खोप सेवा विवरण (HMIS २.२.३.१) नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण (HMIS २.२.३.१) बाट खोप क्लिनिक अनुसार ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्र अनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।

	नोटः सामान्यतया एकै समयमा लगाउने खोपको सेवा लिएका बच्चा/गर्भवतीको संख्या बराबर हुनुपर्दछ. जस्तैः 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 भित्र पर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्या	२३ महिना भित्र पर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्याखोप रजिष्टर अन्तर्गतू HMIS २.२.३.१ खोप सेवाको विवरणू भन्ने फारामको महल २९ बाट ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्र अनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ । साथै उक्त विवरण जातजातीगतरुपमा समेत प्रतिवेदन गर्नुपर्ने भएकोले सोही बमोजिम ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गर्नुपर्दछ ।
खोप पाएका बालिकाहरूको संख्या—एच पी भी खोप लगाएका बालिकाको संख्या	एच.पी.भी खोप लगाएका बालिकाको संख्या खोप रजिष्टर (HMIS २.२.७) 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 रजिष्टरबाट ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्र अनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।
२४ महिना देखि ५९ महिनासम्म खोप सुरू गरेका बच्चा संख्या	२४ महिना देखि ५९ महिनासम्म खोप सुरू गरेका नयाँ बच्चा (शुन्य डोज) संख्या खोप रजिष्टर अन्तर्गत "(HMIS २.२.३.३: २४ महिना देखि ५९ महिनासम्म खोप सुरू 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 अवान्छित घटना भएमासो को विवरण खोप रजिष्टर वाट गणना गरी खोप केन्द्र अनुसार जम्मा जना जनाउनुपर्दछ । सो घटना सामान्य प्रकारको र स्थानीय स्तरमा नै समाधान भएको भए यो महलमा उल्लेख गर्ने (जस्तै खोप लगाए पछि अलि अलि ज्वरो आउने, सुइलगाएको ठाउमा दुख्ने, रातो हुने, गिर्खा बस्ने, बिसिजी लगाएको ठाउमा अलिअलि पाक्ने आदि वा अभिभावकले भनेका अन्य सामान्य घटनाहरु)
AEFI CASES (गम्भिर)	खोप दिइएपछि खोपसँग 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 फाराम अनुसूची १ भरेर पठाउनु पर्दछ साथै अनुसन्धान समेत गर्नु पर्दछ ।
प्राप्त भएको खोप (डोजमा):	खोप सेसन सञ्चालनका लागि कोल्ड चेन सेन्टरबाट प्राप्त गरेको डोज संख्या प्रत्येक भ्याक्सिनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खर्च भएको खोपः खोप दिन खोलेको	खोप सञ्चालन गर्न प्राप्त भएको खोप भायल मध्ये खोप सेसन सञ्चालन गर्न खोलिएका जम्मा डोज गणना गरि खोप सेसनको अन्तमा खोप दिन खोलेको भायल मध्ये खर्च डोज संख्या सम्बन्धित खोपको महलमा जनाउनु पर्दछ । यसको उदाहरण माथि खोप रजिष्टरमा ब्याख्या गरिएको छ ।
खर्च भएको खोप (डोजमा): अन्य कारणले बिग्रेको	प्राप्त भएको खोप भायल मध्ये खोप सेसन सञ्चालन गरिसकेपछि खोप सञ्चालन गर्न खोलेको भायल बाहेक अन्य नखोलेको भायलहरू कुनै अन्य कारणले विग्रीएर (जस्तैः भिभिएम ३,४ मा भए, खोप भायल पानीले भिज्यो, लेवल विग्रीयो, म्याद सकियो, चर्कियो, फूट्यो आदि) पुन प्रयोग गर्न नमिल्ने अवस्थाको नखोलेका भायलहरू खर्च भएको प्रत्येक भ्याक्सिनको सम्बन्धित महलमा **डोज** चढाउनुपर्दछ ।
फिर्ता (डोजमा)	खोप सञ्चालन गर्न प्राप्त भएको खोप भायलहरू मध्ये खोप सञ्चालन गर्न खोलेको र अन्य कुनै कारणबाट प्रयोग गर्न नमिल्ने अवस्था भएमा सो समेत घटाई नखोलेको प्रयोग गर्न

	मिल्ने भायलहरू कोल्डचेन कायम गरि सम्बन्धित स्थानमा अनिवार्य फिर्ता गर्नु पर्दछ । यसरी फिर्ता गरिएका भायलहरूको जम्मा **डोज** सम्बन्धित खोपको महलमा चडाउनु पर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम	
गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन स्थानः	गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन स्थानभन्दा तलको खाली ठाउँमा क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ । जस्तैः सालुपाटीमा सामलथान, च्याउँकी ठाँटी र गैराथोक गरी तीन स्थानमा गाउँ—घर क्लिनिक रहेका छन् भने खाली ठाउँको फरक—फरक कोठामा क्रमशः माथिका क्लिनिकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सेवा दिएको सङ्ख्याः	गाउँ—घर क्लिनिक रजिष्टरको पहिलो भागमा (HMIS ४.११) रहेको गाउँ—घर क्लिनिक दर्ताको आधारमा यस महिनामा सेवा दिएको जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
२ महिनाभन्दा मुनिका बिरामी शिशुको वर्गीकरण तथा उपचारः २ महिनाभन्दा मुनिका बिरामी शिशुको वर्गीकरण तथा उपचारको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको **२ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डमा राखिएको हुन्छ** । यस रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
जम्मा बिरामी सङ्ख्याः	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको 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 हसामा को आधारमा) को छुट्टाछुट्टै गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण (व्याक्टेरियाको) गम्भीर सङ्क्रमण, निमोनिया ब्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण, कडा कपलपित्त (जण्डिस),	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको 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 रजिष्टरको 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, जेण्टामाईसिन (गम्भिर संक्रमण):	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको 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 दिनसम्म र २९-५९ दिन) छुट्टाछुट्टै एमोक्सिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसैगरी कोड नं ३ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी एमोक्सिसिलिनबाट उपचार गरिएका शिशुको संख्या उमेर समूह अनुसार (२८ दिनसम्म र २९—५९ दिन) छुट्टाछुट्टै एम्पिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ । जेन्टामाईसिन सुईबाट उपचार गरिएका २ महिना मुनिका (महल १४ को कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाएका) मध्ये जेन्टामाइसिन सुईको पहिलो मात्रा पाएकाको संख्या गणना गरी पहिलो डोज पाएका सङ्ख्याको महलमा र जेन्टामाइसिनको सात वटै डोजमा गोलो घेरा लगाएका संख्या गणना गरी पूरा डोज पाएका सङ्ख्याको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रेफर गरेकोः	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको 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 सङ्ख्याः	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल १९ मा फलोअप गरेको मितिको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यु मध्ये उमेर समूह संख्या	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको 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 दिनसम्म र २९—५९ दिनसम्म) महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२ महिना देखि ५ वर्षसम्मका बिरामी बच्चाको वर्गीकरण तथा उपचारः २ महिनादेखि ५ वर्षसम्मका बिरामी बच्चाको वर्गीकरण तथा उपचारको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डमा राखिएको हुन्छ । यो रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा उतार गर्नुपर्दछ ।	
जम्मा बिरामी सङ्ख्याः	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्ड मा प्रतिवेदन अवधिमा दर्ता भएका बच्चाहरूको संख्या महल नं ३ कोलिङ्गको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण —श्वासप्रश्वास रोग (निमोनिया नभएको रुघाखोकी, निमोनिया, धेरै कडा रोग/कडा निमोनिया):	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको जतिगणना गरी निमोनिया नभएको रुघाखोकीको महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी महल १८ को कोड नं.२ मा गोलो घेरा लगाएको निमोनिया र कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी धेरै कडा रोग/कडा निमोनियाको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण —झाडापखाला (जल वियोजन नभएको, केही जल वियोजन भएको, कडा जल वियोजन भएकोः	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी जल वियोजन नभएको महलमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ । त्यसैगरी महल १८ को कोड नं. ५ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी केही जल वियोजन भएको र कोड नं. ६ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी कडा जल वियोजन भएको महलमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण— झाडापखाला (दीर्घ झाडापखाला):	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ७ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यसमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण— झाडापखाला (आउँरगत):	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ८ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यसमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
बर्गिकरण—औलो (फाल्सिप्यारम/फाल्सिप्यारम नभएको)	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ९ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी फाल्सिप्यारम औलो को महलमा र कोड नं. १० मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी फाल्सिप्यारम नभएको औलो को महलमा लेख्नुपर्दछ ।
बर्गिकरण—धेरै कडा ज्वरो जन्य रोग	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. १२ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
बर्गिकरण—दादुरा	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. १४ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

बर्गिकरण—कानको समस्या	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. १३ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
बर्गिकरण—ज्वरो	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ११ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
बर्गिकरण—मध्यमकुपोषण	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. १५ मा गोलो घेरा लगाएको मध्यम कुपोषण गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
बर्गिकरण— कडा कुपोषण	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २०कोकोड नं. १६ मा गोलो घेरा लगाएको कडा कुपोषण गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
बर्गिकरण— रक्तअल्पता	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २०को कोड नं. १६ मा गोलो घेरा लगाएको रक्तअल्पता गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण— अन्य वर्गीकरणः	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल नं २० को १६ मा गोलो घेरा लगाएको अन्य संख्या गणना गरी अन्य वर्गीकरणको महलमा लेख्नुपर्दछ र अन्य बर्गिकरण कुन हो सोही महल तल रहेको खालि बक्सामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
उपचार (एमोक्सिसिलिनबाट, पुनर्जलीय झोल र जिङ्क चक्कीबाट, जुकाको औषधीबाट, भिटामिन एबाट, अन्य जस्तै घरेलु/प्राथमिक उपचारबाट)	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको 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 झोल र जिङ्कबाट, महल २२ को कोड नं. ६ मा घेरा लगाएको जुकाको औषधीबाट, कोड नं. ७ मा घेरा लगाएको भिटामिन एबाट र कोड नं. ८ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी अन्यको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रेफर गरेको (श्वासप्रश्वास रोग भएका, झाडापखाला भएका, अन्य):	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डबाट श्वासप्रश्वास रोग, झाडापखाला वा अन्य कुन कारणले रेफर गरेको हो ? रोगको वर्गिकरण र कैफियत महलमा उल्लेख गरिएको प्रेषण गर्नुको कारणबाट यकीन गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फलोअप संख्याः	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डबाट उपचारको लागिआएका २ महिनादेखि ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरू मध्ये श्वासप्रश्वास सम्बन्धी रोग वा झाडापखाला सम्बन्धी रोग वाअन्य रोगको कारणले मृत्यु भएको भएमा मृत्यु भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यु संख्या (कारण अनुसार)	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डबाट उपचारको लागिआएका २ महिनादेखि ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरू मध्ये श्वासप्रश्वास सम्बन्धी रोग वा झाडापखाला सम्बन्धी रोग वाअन्य रोगको कारणले मृत्यु भएको भएमा मृत्यु भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

मृत्यूसंख्या (उमेर अनुसार)	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका 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 रजिष्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
बाल—बालिकाको पोषण स्थितिः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल ७, ८, ९ को तौल (उमेर अनुसारको वृद्धि) मा नयाँ 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 गराएकोः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १२ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र नगराएकोः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १२ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना सुरू गरेकोः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १३ को कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना सुरू नगरेकोः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १४ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गर्भवती सेवा गर्भवती सेवाको अभिलेख गाउँ—घर क्लिनिक रजिष्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ—घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
गर्भवती जाँच गराएको महिला सङ्ख्याः	गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १४ मा गर्भवती जाँच पटकको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।
जुकाको औषधी वितरण गरिएको गर्भवती महिलाको सङ्ख्याः	गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १५ को जुकाको औषधी वितरण गरिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
आइरन फोलिक एसिड वितरण गरिएको गर्भवती महिलाको सङ्ख्या	गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १६ को आइरन फोलिक एसिड वितरण सङ्ख्या नयाँ र महल १७ को दोहो¥याई आएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा महलमा चढाउनुपर्दछ ।
क्यालसियम पाएको गर्भवती महिलाको संख्या	गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल थपको लागि प्रस्ताव गरिएकोबाट क्यालसियम वितरण सङ्ख्या नयाँ रे दोहोर्याई आएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी सेवा सुत्केरी सेवाको अभिलेख गाउँ—घर क्लिनिक रजिष्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ—घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	

सुत्केरी जाँच गरिएको सङ्ख्याः	गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १९ को सुत्केरी भएको .....औ दिनमा सेवा दिएको पटक गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४५ चक्की आइरन पाएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्याः	गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल २० मा वितरण गरिएको आइरन चक्की सङ्ख्यामा ४५ लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
परिवार नियोजन सेवा परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख गाउँ—घर क्लिनिक रजिष्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ—घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
कन्डम वितरण सङ्ख्याः	**गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ८ को कन्डम वितरण सङ्ख्या सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।**
पिल्स वितरण गरिएको महिलाको सङ्ख्याः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको 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 सङ्ख्याः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल १० को डिपो सेवा दिइएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सायना प्रेस प्रदान गरिएको महिलाको सङ्ख्याः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ११ को सायना प्रेस सेवा दिइएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
आकस्मिक चक्की प्रयोग गरेको डोज सङ्ख्याः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल १२ को आकस्मिक चक्कीको डोज सङ्ख्या सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
आकस्मिक चक्की प्रयोग गरेको महिलाको सङ्ख्याः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको 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 साइकलः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको 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 रजिष्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ । रक्त नमूना सङ्कलन गरिएको सङ्ख्याः गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ७ मा औलोको लागि स्लाइड लिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।	
शङ्कास्पद बिरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्याः	**गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ७ मा औलो उपचारको लागि रेफर जनाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।**
क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँ—घर क्लिनिक रजिष्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा र डिफल्टर अनियमितता खोज पुर्जामा राखिएको हुन्छ । ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ—घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
नियमित नभएका बिरामीको खोज गरेकोः	स्वास्थ्य संस्थामा नियमित क्षयरोगको औषधी खान आउनुपर्ने बिरामी अनियमित भई सेवा लिन नआएमा स्वास्थ्य संस्थाबाट डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS १.५) भरी बिरामी नियमित हुन नसक्नुको कारण पत्ता लगाउनुपर्दछ । यसरी क्षयरोग उपचारमा

	अनियमित भएका बिरामीलाई कारण पत्ता लगाएको सङ्ख्या डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS १.५) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सम्भावित बिरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्याः	गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ६ मा क्षयरोगको लक्षणहरू लेखि महल ७ मा प्रेषण लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँ—घर क्लिनिक रजिष्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा र स्वास्थ्य कार्यकर्ताको डायरीमा राखिएको हुन्छ । ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ—घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
नियमित नभएका बिरामीको खोज गरेकोः	स्वास्थ्य संस्थामा कुष्ठरोगको औषधी नियमित रूपमा खान आउनुपर्ने बिरामी अनियमित भई सेवा लिन नआएमा स्वास्थ्य संस्थाबाट डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS १.५) भरी बिरामी नियमित हुन नसक्नुको कारण पत्ता लगाउनुपर्दछ । यसरी कुष्ठरोग उपचारमा अनियमित भएका बिरामीलाई कारण पत्ता लगाएको सङ्ख्या डिफल्टर-अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS १.५) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
शङ्कास्पद बिरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्याः	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ६ मा कुष्ठरोगका लक्षणहरू लेखि महल ७ मा प्रेषण लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विविध क्रियाकलापहरू प्राथमिक उपचार सेवा सङ्ख्या (५ वर्षभन्दा माथि): गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डबाट सबै यस महिनामा सबै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।	
विद्यालय र समुदाय स्वास्थ्य शिक्षा दिएको पटकः	**गाउँ—घर क्लिनिक सेवा रजिष्टरको स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा खण्डबाट यस महिना दिएको स्वास्थ्य शिक्षाकोपटक गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।**
महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको अभिलेख महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टरबाट उतार गरिएको मासिक अनुगमन पुस्तिका र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष खाताबाट सङ्कलन गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
आमा समूहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटकः	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका प्रतिवेदन सङ्कलन पुस्तिका (HMIS ९.१) बाट आमा समूहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटकको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
कोषबाट ऋण लिने नयाँ महिलाहरूको सङ्ख्याः	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिष्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा कोषमा आम्दानी भएको रकम रुः	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिष्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा कोषको लगानी रकम रुः	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिष्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा कोषबाट खर्च भएको रकम रुः	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिष्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा असुल भएको रकम रुः	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिष्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS ९.३: 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 प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक कार्यक्रम प्रतिवेदन (HMIS ९.२) 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 गरिसकेपछि 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 प्रगती प्रतिवेदनहरू DHIS2 software मा प्रविष्टि गर्ने भए ७ गते भित्र र स्थानीय तहहरूले १५ गतेभित्र सबै प्रतिवेदनहरू software मा प्रविष्टि गरी सक्नुपर्नेछ ।

फाराम भर्ने तरिकाः

महल शिर्षक	**निर्देशन**
गाउँ/नगरपालिकाको नाम	प्रतिवेदन फारामको शिरमा गाउँ/नगरपालिका, स्वास्थ्य शाखाको अगाडीको 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 गरेपछी 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 (महल नं १) 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 (महल नं २) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको कुल सङ्ख्या जोड गरी उमेर र लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । जम्मा सेवाग्राहीको संख्या नयाँ सेवाग्राहीको संख्या भन्दा कम हुनुहुदैन ।
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 सञ्चालन हुनुपर्ने सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) 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 प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) को "यस महिनामा सञ्चालनर प्रतिवेदन भएको" गाउँ—घर क्लिनिक (सङ्ख्या)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक(सेवा पाएका जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनःखोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) को "सेवा दिएको सङ्ख्या (क्लिनिकमा दर्ताको आधारमा)" को जम्माको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप क्लिनिक सञ्चालन र हुनुपर्ने सङ्ख्या	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS ९.२) को सञ्चालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ । सञ्चालन 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 प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) को "यस महिनामा सञ्चालनर प्रतिवेदन भएको" खोप क्लिनिक (सङ्ख्या)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप क्लिनिक(सेवा पाएको जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) को खोप क्लिनिकबाट सेवादिएको जम्मा सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप सेसन सञ्चालन/हुनुपर्ने जम्मा पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) को "यस महिनामा सञ्चालन हुनुपर्ने" खोप सेसन (पटक) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप सेसन सञ्चालन/ भएको पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) को "यस महिनामा सञ्चालनर प्रतिवेदन भएको" खोप सेसन (पटक) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सरसफाई सेसन (सञ्चालन हुनुपर्ने पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) को "यस महिनामा सञ्चालन हुनुपर्नू सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सरसफाई सेसन-सञ्चालन भएको पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनःखोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२)को "यस महिनामा सञ्चालनर प्रतिवेदन भएको" सरसफाई प्रवर्धन सेसन (पटक) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सरसफाई सेसन-सेवापाएको जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या	सरसफाइ सेसनबाट सेवा पाएको सेवाग्राही भन्नाले सरसफाइ सेसनमा सहभागी भएका अभिभावकहरूको सङ्ख्यालाई बुझ्नुपर्दछ । यो संख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२)को खोप कार्यक्रम खण्डको क्रम संख्या २ मा उल्लेखित सरसफाई सेसनमा बसेका अभिभावक संख्या को महलबाटवा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको महलमा चढाउनुपर्दछ ।
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 ।

न्यूनतम सेवा मापदण्ड (MSS)	
स्वास्थ्य संस्थाको न्यूनतम 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 न्यूनतम 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 न्यूनतम सेवा मापदण्ड चालु आर्थिक बर्षको पहिलो वा दोस्रो कुन चरणको हो सोही अनुसारको कोडमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
स्कोर (%)	MSS मापनबाट प्राप्त गरेको जम्मा औशत स्कोरलाई प्रतिशतमा खुलाउनु पर्दछ ।
उपलब्ध सेवाहरू	
उपलब्ध सेवाहरू	आफ्नो स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध छ भने १नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ रछैन भने २ नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ ।
प्रतिवेदन तयार गर्नेको सही नाम र पद	प्रतिवेदन तयार गर्ने कर्मचारीको नाम र पद लेखि सही गर्नुपर्छ ।
प्रमाणित गर्नेको सही नाम र पद	प्रतिवेदन प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको इन्चार्जको नाम, पद लेखि दस्तखत गर्नुपर्दछ ।

१. खोप कार्यक्रम

समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन फाराम (HMIS ९.२) का आधारमा खोप कार्यक्रम र सरसफाई प्रवर्द्धन कार्यक्रमको प्रगति प्रतिवेदन तयार गर्नुपर्दछ । खोप कार्यक्रमको अभिलेख खोप रजिष्टर (HMIS ९.२) मा राखिएको हुन्छ । स्वास्थ्य संस्थाले प्रतिवेदन तयार गर्दा सम्बन्धित महिनामा सञ्चालन भएका सबै खोप क्लिनिकहरूको 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 रजिष्टरमा अभिलेख गरिएको तथ्याङ्कसँग समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रतिवेदन दुरुस्त भए/नभएको यकिन गर्नुपर्दछ ।

संस्थागत क्लिनिक तथा अन्य संस्थाले खोप कार्यक्रमको प्रतिवेदन खोप रजिष्टरको खोप सेवा विवरण (HMIS २.२.३.१) र नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्रभन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण (HMIS २.२.३.२) बाटबाट समायोजन फाराम (HMIS १.६) मा ट्याली गरेर मात्र यो प्रतिवेदन तयार गर्नुपर्दछ । खोप पश्चात् भएका अवाञ्छित घटना (AEFI) हरूको अभिलेख खोप रजिष्टर (HMIS २.३) को पछाडि पट्टि राखिएको हुन्छ । यदि प्रतिवेदन गर्ने महिनामा खोप पश्चात् भएका अवाञ्छित घटनाहरू भएका भए खोप रजिष्टरको 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 ९.२) 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 ९.२) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पोलियो (bOPV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका पोलियोको पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

महल		निर्देशन
	एफ.आइ.पि.भी (FIPV) (पहिलो, दोश्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका एफ.आइ.पि.भी को पहिलो, दोस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) 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 ९.२) को पहिलो पृष्ठबाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	डी. पी. टी. —हेप बी— हिब (पहिलो, दोस्रो तेस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका डी. पी. टी../हेप वि./हिव को पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) को पहिलो पृष्ठबाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) 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 समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) को पहिलो पृष्ठबाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	जे.ई. -JE	बाह्र १२ महिनामा जापानिज इन्सेफिलाइटिस खोप पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) को पहिलो पृष्ठबाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	टाइफाइड (TCV)	टाइफाइड खोप (TCV) पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	नोटः सामान्यतया एकै समयमा लगाउने खोपको सेवा लिएका बच्चा/गर्भवतीको संख्या बराबर हुनुपर्दछ . जस्तैः 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 बच्चाको संख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) को "२३ महिना भित्र पूर्ण खोप प्राप्त गरेको बच्चा संख्या भन्ने महलबाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट प्रयोग गरी जातजातीगत रुपमा तयार गरी पेज नं २० को २३ महिना भित्रमा पुर्णखोप पाएका बच्चाहरुको संख्यामा बालक बालिका अनुसार प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।
खोप पाएका बालिकाहरू को सङ्ख्या	एच.पि.भि (HPV) (पहिलो,दोश्रो)	एच.पि.भि (HPV) को पहिलो, दोश्रोखोप पाएका बालिकाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप पाएकागर्भव तीमहिलाहरू को 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 ९.२) बाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
२४-५९ महिना मा खोप सुरू गरेका		२४ देखि ५९ महिनासम्म खोप सुरू गरेका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) को २४ महिना देखि ५९ महिनासम्म खोप सुरू गरेका बच्चा संख्या भन्ने महलबाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको महलमा चढाउनुपर्दछ ।
AEFI Cases (सामान्य)		खोप पश्चात् कुनै सामान्य प्रकारको र स्थानीय स्तरमा नै समाधान भएको अवान्छित घटना भएमा सो को सङ्ख्या समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२)

<table>
<tr><th colspan="2">महल</th><th>निर्देशन</th></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>बाट वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) 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 रजिष्टरमा अभिलेख जनाउनु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td colspan="2">AEFI Cases
(गम्भिर)</td><td>खोप दिईए पछि कुनै गम्भिर घटना भएमा सो को सङ्ख्या समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) वा समायोजन फाराम (HMIS १.६) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । खोप सँग 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 रजिष्टरमा अभिलेख राख्नु पर्दछ । यस्तो अवस्थामा तत्कालै AEFI प्रतिवेदन फाराम अनुसूची १ भरेर पठाउनु पर्दछ साथै अनुसन्धान समेत गर्नु पर्दछ ।</td></tr>
<tr><td colspan="3">खोप प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता को विवरणः
समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) मा खोप प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता को विवरण सम्बन्धित खोपको प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता को विवरण डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ तर यो संख्या प्राप्त भएको संख्यावाट खर्च भएको (खोप दिन खोलेको र अन्य कारणले बिग्रेको) घटाएर आएको संख्या उल्लेख गर्नुपर्ने भएकोले DHIS-२ मा Entry गर्नु पर्दैन प्रणालीले स्वत निकालिएको हुन्छ सो संख्या संग तालमेल मिलेको नमिलेको हेर्नुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>यस महिनामा प्राप्त भएको खोप (डोज)</td><td>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</td><td>यस महिनामा खोप कार्यक्रम सञ्चालनका लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्राप्त भएको जम्मा खोपहरु समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) बाट वा HMIS २.२ मा उल्लेख भएको खोप जम्मा प्राप्त डोज सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । बिभिन्न खोपहरू 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 ।</td></tr>
<tr><td rowspan="2">खर्च भएको खोप (डोज)</td><td>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</td><td>यस महिनामा खोप कार्यक्रम सञ्चालनका लागि प्राप्त भएको खोप मध्य खोप दिनको लागि खोलेका भायलहरू मध्ये खर्च भएको 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 ।</td></tr>
<tr><td>अन्य कारणले बिग्रेको (बी.सी.जी., डी.पी.टी.- हेप बी—हिब, पोलियो, पी.भी.सी.,रोटा, एफ.आई.पि.भि, दादुरा—रुबेला, जे.ई., टी.डी.)</td><td>प्राप्त खोप मध्ये खोप दिन खोलेको भायल बाहेक कुनै कारणले खोप प्रयोग गर्न नमिल्ने भई विग्रीएमा त्यस्तो खोप भायलहरू मध्ये समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) बाट वा HMIS २.२ वाट खोप खर्च डोजमा सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td colspan="2">फिर्ता गरेको खोप डोज</td><td>प्राप्त भएको खोपहरू मध्ये प्रयोग नभई नखोलिएका तर पछि प्रयोग गर्न मिल्ने बाँकी रहेका खोपहरूको विवरण समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) बाट वा HMIS २.२ वाट फिर्ता गरेको खोप (डोजमा) सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । प्रयोग गर्न मिल्ने (नखोलिएका) खोपहरू सुरक्षित तवरले सम्बन्धित कोल्डचेन सेन्टरमा अनिवार्य रूपमा फिर्ता गर्नुपर्दछ । यसरी फिर्ता गरेका खोपको मात्रा खर्च भएको खोपमा गणना गर्नु हुँदैन । यो संख्या प्राप्त भएको संख्यावाट खर्च भएको (खोप दिन खोलेको र अन्य कारणले बिग्रेको) घटाएर आएको संख्या उल्लेख गर्नुपर्ने भएकोले DHIS-२ मा Entry गर्नु पर्दैन प्रणालीले स्वत निकालिएको हुन्छ सो संख्या संग तालमेल मिलेको नमिलेको हेर्नुपर्दछ ।</td></tr>
</table>

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 रजिष्टर (HMIS २.४) मा र गाउँघर क्लिनिकमा प्रदान गरेको सेवाको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर (HMIS-४.१)मा राखिएको हुन्छ । स्वास्थ्य संस्थाहरूले यस कार्यक्रमको प्रतिवेदन तयार गर्दा नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS २.४)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 ९.२) बाट सम्बन्धित महलहरूमा उतार गर्नुपर्दछ ।

स्वास्थ्य संस्था स्तर

२ महिनाभन्दा कम उमेरको		निर्देशन
जम्मा बिरामी		IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिनाभन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट प्रतिवेदन अवधि (महिना) मा २ महिना भन्दा कम उमेरका जम्मा बिरामी शिशुको सङ्ख्या महल नं. ४ वाट २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । दुइ महिनामुनिको बच्चाको जम्मा संख्यालाई जातजातिगत अनुसार महिला र पुरुषमा समेत प्रतिवेदन गर्नु पर्ने भएकोले सोहि अनुसार HMIS १.६ प्रयोग गरि महिला र पुरुष अनुसार पनि जम्मा संख्या तयार गर्नु पर्दछ।
वर्गीकरण सङ्ख्या (जण्डिस)	गम्भीर सङ्क्रमण	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर सङ्क्रमण (PSBI) वर्गिकरण गरिएका बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	निमोनिया	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका महल नं. १३ मा निमोनियाको बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	स्थानीय सङ्क्रमण	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा ब्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण (LBI) वर्गिकरण गरिएका बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	कडा कमलपित्त (जण्डिस)	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा कडा कमलपित्त (कडा जण्डिस) वर्गिकरण गरिएका बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	कमतौल	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका महल नं. १३ मा कमतौल वर्गिकरण गरिएका बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिन भन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	स्तनपान सम्बन्धी समस्या	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका महल नं. *१३ मा स्तनपान सम्बन्धी*

२ महिनाभन्दा कम उमेरको		निर्देशन
		समस्या वर्गिकरण गरिएका बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार	एम्पिसिलिन	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरू मध्ये महल नं. १६ को एम्पिसिलिनबाट उपचार गरिएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिन भन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	एमोक्सिसिलिन	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरू मध्ये महल नं. १६ को एमोक्सिसिलिनबाट उपचार गरिएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिन भन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । IMNCI Treatment Protocol ले निमोनिया भएका र स्थानीय संक्रमण भएका शिशुहरुलाई एमोक्सिसिलिनवाट उपचार गर्नुपर्ने व्यवस्था गरेकोले सोही बमोजिम उक्त संख्या संग तादम्यता भएको नभएको हेर्नु पर्दछ ।
	जेन्टामाइसिन गम्भिर संक्रमण भएका मात्र)	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरूमध्ये महल नं १३ मा गम्भिर संक्रमण वर्गिकरण भई जेन्टामाइसिनबाट उपचार पाएका शिशुहरूको सङ्ख्या महल १६ वाट जेन्टामाइसिनको पहिलो डोज (१) मा गोलो लागेका र पूरा मात्रा (७) मा गोलो लागेका छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । ***(गम्भिर संक्रमण भएका बाहेक अन्यलाई जेन्टामाइसिनबाट उपचार गरिएको संख्या यस महलमा समावेश गर्नु हुँदैन)***
	अन्य एन्टिबायोटिक	IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरूमध्ये महल १६ मा एमोक्सिसिलिन, एम्पिसिलिन, रजेन्टामाइसिन बाहेक अन्य एन्टिबायोटिकबाट उपचार गरेको शिशुको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रेफर		IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिनाभन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका जम्मा बिरामी शिशुहरूमध्ये महल १९ वाट उपचार क्रममा रेफर भएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फलोअप		IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दा कम उमेरका जम्मा बिरामी शिशुहरूमध्ये उपचारको क्रममा फलोअपमा आएका जम्मा शिशुहरूको सङ्ख्या महल २० वाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यु		IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना भन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिना भन्दाकम उमेरका जम्मा बिरामी शिशुहरू मध्ये उपचारको क्रममा मृत्यु भएको सङ्ख्या० 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 - ९.२) सम्बन्धित महलहरूमा जस्ताको तस्तै उतार गर्नुपर्दछ ।
२ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बच्चा (स्वास्थ्य संस्था स्तर)		
जम्मा बिरामी		IMNCI Register (HMIS २.४) को २ महिना देखि ५९ महिनासम्म उमेर समूहको खण्डबाट प्रतिवेदन अवधि (सम्बन्धित महिना) मा स्वास्थ्य

२ महिनाभन्दा कम उमेरको				निर्देशन
				संस्थामा जँचाउन आएका २ महिना देखि ५ वर्ष उमेरका जम्मा बिरामी बच्चाको सङ्ख्या महल नं. ३ वाट बालिका र बालकको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । **यो प्रतिवेदन तयार गर्दा अनिवार्य रुपमा समायोजन फाराम** (HMIS १.६) **प्रयोग गर्नुपर्दछ ।**
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	श्वास–प्रश्वास	निमोनिया नभएको रुघाखोकी		IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका श्वासप्रश्वास रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये निमोनिया नभएका रुघाखोकीको सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
		निमोनिया		IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका श्वासप्रश्वास रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये निमोनिया भएका को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
		कडा निमोनिया/ नया गाईडलाईन मा धेरै कडा रोगको फरक वर्गिकरण मा भएको हुदा धेरै कडा रोग हटाउनु पर्ने		IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका श्वासप्रश्वास रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये कडा निमोनिया भएकाको सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	झाडापखाला	जल वियोजनको बर्गिकरण	जलवियोजन नभएको	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका झाडापखाला रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये जल वियोजन नभएकाको सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
			केही जल वियोजन भएका	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका झाडापखाला रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये केही जलवियोजन भएकाको सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
			कडा जल वियोजन	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका झाडापखाला रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये कडा जलवियोजन भएकाको सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
		दीर्घ झाडाखाला		IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका झाडापखाला रोग लागेका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये दीर्घ झाडाखाला भएकाहरूको वर्गीकरण गरिएका सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
		आउँ/रगत		IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका झाडापखाला 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 २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मकाबच्चाहरू मध्ये फाल्सिपेरम औलो (Plasmodium Falciparum, PF) भएको सङ्ख्या HMIS २.४ को महल नं ४(कोड नं. ११ मा गोलो लगाएको) आधारमा महल १७बाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

२ महिनाभन्दा कम उमेरको		निर्देशन
	फाल्सिपेरम नभएको औलो	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये Plasmodium Falciparum वाहेक अन्यऔलो - ***Plasmodium Vivex,*** भएका सङ्ख्या HMIS २.४ को महल नं ४ (कोड नं. १२ मा गोलो लगाएको) आधारमा महल १७बाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	धेरै कडा ज्वरोजन्य रोग/कडा जटिल औलो	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूमध्ये धेरै कडा ज्वरोजन्य रोग-कडा जटिल औलो रोग वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या वर्गीकरण महल (महल नं. १७) बाट गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	दादुरा	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा दादुरा रोग वर्गीकरण गरिएका बच्चाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	कानको समस्या	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा कानको समस्या भएका वर्गीकरण गरिएका बच्चाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	ज्वरो	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा ज्वरो वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणनागणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	मध्यमकुपोषण	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा मध्यम कुपोषण वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	कडा कुपोषण	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) माकडा कुपोषण वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	रक्तअल्पता	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा रक्तअल्पता वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	अन्य	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा माथि उल्लेख गरिएका वर्गीकरणहरू बाहेक अन्यवर्गीकरण गरिएका बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	निमोनियाको लागि एमोक्सिसिलिनद्वारा उपचार	२ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये निमोनिया बर्गिकरण गरिएका बच्चाहरू मध्ये IMNCI Register (HMIS २.४) को औषधीको प्रयोग महल (महल नं. २०) बाट एमोक्सिसिलिनबाट उपचार भएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ । IMNCI Treatment Protocol ले निमोनिया भएका मात्रैलाई एमोक्सिसिलिनवाट उपचार गर्नुपर्ने व्यवस्था गरेकोले सोही बमोजिम उक्त संख्या संग तादम्यता भएको नभएको हेर्नु पर्दछ ।
	ओ.आर.एस र जिङ्क चक्की	२ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS २.४) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट ओ.आर.एस र जिङ्क चक्कीबाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

२ महिनाभन्दा कम उमेरको			निर्देशन
	आई भी फ्लुइड		२ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS २.४) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट आई भी फ्लुडबाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेखुपर्दछ ।
	जुकाको औषधी		२ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS २.४) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट जुकाको औषधीबाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेखुपर्दछ ।
	भिटामिन ए		२ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS २.४) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट भिटामिन एबाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेखुपर्दछ ।
रेफर	श्वासप्रश्वास		IMNCI Register (HMIS २.४) बाट उपचारको क्रममा माथिल्लो निकाय वा अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये श्वासप्रश्वास सम्बन्धी रोगको उपचारको लागि प्रेषण गरिएको बचचाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।
	झाडापखाला		IMNCI Register (HMIS २.४) बाट उपचारको क्रममा माथिल्लो निकाय वा अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूमध्ये झाडापखाला सम्बन्धी रोगको उपचारको लागि प्रेषण गरिएको बच्चाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।
	अन्य		IMNCI Register (HMIS २.४) बाट उपचारको क्रममा माथिल्लो निकाय वा अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरू मध्ये श्वासप्रश्वास र झाडापखाला सम्बन्धी रोग बाहेक अन्य रोगको उपचारको लागि प्रेषण गरिएको बच्चाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ
फलोअप			२ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्या मध्ये IMNCI Register (HMIS २.४) को फलोअपको महल (महल२४-२६ को कोड) बाट उपचारको क्रममा फलोअप गरिएका बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेखुपर्दछ ।
मृत्यु		कारण (श्वास— प्रश्वास, झाडापखाला, अन्य)	IMNCI Register (HMIS २.४) बाट उपचारको लागि आएका २ महिनादेखि ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूमध्ये श्वासप्रश्वास सम्बन्धी रोग वा झाडापखाला सम्बन्धी रोग वाअन्य रोगको कारणले स्वास्थ्य संस्थामा मृत्यु भएको भएमा मृत्यु भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।
		उमेर (२ देखि ११ महिना , १२-५९ महिना)	IMNCI Register (HMIS २.४) 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 लेखुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक स्तर			
गाउँ—घर क्लिनिक			समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) बाट प्रतिवेदन भए अनुसार (HMIS ९.३) 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 बालबालिकाको पोषण रजिष्टर, मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर र गाउँ-घर क्लिनिक रजिष्टरमा राखिएको हुन्छ । गाउँ-घर क्लिनिक सञ्चालन भए पश्चात् उक्त क्लिनिकमा २ वर्षभन्दा मुनिका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन गरिएको, ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराईएको र ६ महिना पछि स्तनपान साथै थप खाना सुरु गरेको विवरण स्वास्थ्य संस्थामा रहेको पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । त्यसै गरी गाउँ-घर क्लिनिकबाट गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाहरूलाई वितरण गरिएको आइरन चक्की, जुकाको औषधी तथा भिटामिन ए को विवरण स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । गाउँघर क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको पोषण कार्यक्रमसँग सम्बन्धित सेवाहरूको विवरण सम्बन्धित सेवा रजिष्टरहरुमा अद्यावधिक हुने हुँदा *(HMIS ९.३)* मा प्रतिवेदन तयार गर्दा समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन *(HMIS ९.२)* को प्रतिवेदन गरिएको संख्या जोड्नु हुँदैन ।

महल		निर्देशन
यस महिनामा बुद्धि अनुगमन गरिएका बच्चा संख्या		
वृद्धि अनुगमन गरिएका बालबालिकाहरूको पोषण स्थिति (नयाँ तथा दोह¥याई आएका)	०—११ महिना (पहिलो पटक भेट)	पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अुनसार) ० देखि ११ महिना उमेर समूहका पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	१२—२३ महिना (पहिलो पटक भेट)	पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अुनसार) वृद्धि 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 दोह¥याई आएका महलमा लेख्नु पर्दछ । हालसम्म कुनै पनि महिनामा बृद्धि अनुगमनका लागि आएकै छैन र उसको उमेर १२—२३ महिना भित्र पर्दछ भने मात्र उक्त महिनाको नयाँमा लेख्नु पर्दछ ।
	०—११ महिना (दोह¥याई आएको)	पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अुनसार) ० देखि ११ महिना उमेर समूहका दोह¥याई आएको (पहिलो पटक बाहेक) बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	१२—२३ महिना (दोहोर्याई आएको)	पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अुनसार) १२ देखि २३ महिना उमेर समूहका दोह¥याई आएको (पहिलो पटक बाहेक) बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
बृध्दि अनुगमनका लागि दर्ता गरीएका २३ महिना पुरा गरेका जम्मा बालबालिकाको संख्या		वृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता भएका २३ महिना माथिका बालबालिकाहरूले संख्या यकिन गर्न पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) को महल नं ६४ बाट वृद्धि अनुगमनका लागि तौल लिएको पटक उल्लेख भएका कोठाहरू गणना गरी बालबालिकाको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ । ।एक जना बच्चाको २३ महिना भित्रमा एउटा स्वास्थ्य संस्थावाट मात्र उक्त महलको प्रतिवेदन हुने (दोहोरो नपर्ने) गरी व्यवस्थापन गर्नु पर्दछ ।
बृध्दि अनुगमनका लागि दर्ता गरीएका २३ महिना पुरा गरेका बालबालिकाको तौल लिएको जम्मा पटक		पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) को महल नं ६४ मा उल्लेख गरिएको २३ महिना पुरा भएका बालबालिकाहरूले वृद्धि अनुगमनका लागि तौल लिएको पटकलाई जोड गरी जोडफललाई यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।एक जना बच्चाको २३ महिना भित्रमा

महल		निर्देशन
		एउटा स्वास्थ्य संस्थावाट मात्र उक्त महलको प्रतिवेदन हुने (दोहोरो नपर्ने) व्यवस्थापन गर्नु पर्दछ ।
आइरन/ जुकाको औषधी पाएका गर्भवती महिला	पहिलो पटक आइरन फोलिक एसिड वितरण गरिएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा गर्भवती जाँचका लागि दर्ता भएका गर्भवती महिलाहरूलाई पहिलो पटक आइरन फोलिक एसिड वितरण गरिएको महिलाहरूको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) को आइरन फोलिक एसिड वितरण महलबाट गणना गरी सम्बन्धित कोठामा चढाउनु पर्दछ ।
	१८० चक्की आइरन फोलिक एसिड पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा गर्भावस्थामा पूर्ण मात्रा आइरन (१८० चक्की) पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) को गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गतको "आइरन" महलबाट ३८-४० हप्ता गर्भ जाँचको समय सम्ममा १८० चक्की आइरन पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी लेख्नुपर्दछ । अर्थात गर्भावस्थामा १८० दिन आईरन खाएका महिलाहरूको संख्या गणना गर्नु पर्दछ ।
	जुकाको औषधी पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा जुकाको औषधी वितरण गरिएको गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) का गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गतको "जुकाको औषधी वितरण" को महलबाट सम्बन्धित महिनाको मिति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
क्यालसियमको १८० मात्रा पाएका गर्भवती महिलाको संख्या		प्रतिवेदन गर्ने महिनामा गर्भावस्थामा क्यालसियमको १८० मात्रा पाएका गर्भवती महिलाहरूको संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) को गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गतको "क्यालसियमको" महलबाट ३८-४० हप्ता गर्भ जाँचको समय सम्ममा १८० मात्रा क्यालसियम पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी लेख्नुपर्दछ । अर्थात गर्भावस्थामा १८० मात्रा क्यालसियम खाएका महिलाहरूको संख्या गणना गर्नु पर्दछ ।मात्रा भन्नाले प्रतिदिन जति चक्की खाएको भए पनि १ मात्रा प्रतिदिन को अनुसार गणना गर्नुपर्दछ ।
आइरन फोलिक एसिड पाएका सुत्केरी महिला	४५ चक्की आइरन फोलिक एसिड पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा सुत्केरी महिलाहरूलाई आइरन वितरण गरिएको सङ्ख्यामातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) को सुत्केरी पछिको सेवा अन्तर्गतको "आइरनचक्की" महलमा ४५ चक्की आइरन पाएका सुत्केरी महिलाहरूको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
भिटामिन ए र जुकाको औषधी पाएका ५ वर्षभन्दा मुनिका बाल—बालिकाको सङ्ख्या	भिटामिन ए पाएका (६ देखि ११ महिना/ १२ देखि ५९ महिना) /जुकाको औषधी	वैशाख र कार्तिक महिनामा आम वितरणमा ६ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरूलाई भिटामिन ए र १२ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरूलाई जुकाको औषधी खुवाएको प्रतिवेदन पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) को अन्तिम पानाको एकमुष्ट प्रतिवेदनबाट उतार गरी भिटामिन ए को ६-११ महिना, १२-५९ महिना र जुकाको औषधी 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 रजिष्टर (HMIS २.३) को अन्तिम पानाको एकमुष्ट प्रतिवेदनबाट उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।

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

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको अभिलेख शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS २.६) मा राखिएको हुन्छ । उक्त रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी सम्बन्धित प्रतिवेदन फाराममा चढाउनुपर्दछ ।

महल			निर्देशन
गत महिनाको अन्तसम्मका बच्चाहरूको जम्मा	६ महिनामुनि	बालिका /बालक	गत महिनाको अन्तसम्मका बच्चाहरूको जम्मा संख्या शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (**HMIS - २.६**) मादर्ता भई डिस्चार्ज नगरेको बिरामीहरू संख्या गणना गरी वागत महिनाको प्रतिवेदनको (HMIS ९.३/९.४/९.५) महल नं. १३बाट यस महलमा उमेर अनुसारको महिला र पुरुषको सङ्ख्या सम्बन्धित महलहरूमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका /बालक	
नयाँ भर्ना	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	प्रतिबेदनतयार गर्ने महिनामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (**HMIS - २.६**) 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 ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
पुनः भर्ना	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (**HMIS - २.६**) मादर्ता भएका भर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगत पुनदर्ता भएको कोड २ (महल ३) मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
रेफर (स्थानान्तरण) भइ आएका	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (**HMIS - २.६**) मादर्ता भएका भर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगत बाहिरबाट आएको कोड ३ (महल ३) मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (निको भएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (**HMIS - २.६**) 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 - २.६**) 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-२.६**) बाटप्रतिबेदनतयार 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 - २.६**) 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	
	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (**HMIS - २.६**) बाट प्रतिवेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज

महल			निर्देशन
डिस्चार्ज भएको (अस्पताल पठाएका)	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	परिमाण अन्तरगत प्रेषण (अस्पताल) कोड ४ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
स्थानान्तरण भई अन्यत्रगएका	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (**HMIS - २.६**) 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 १२सम्म घटाई अएको 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 बालभिटा प्रवर्धन कार्यक्रम

महल			निर्देशन
उमेर समूह (६-११ महिना, १२-१७ महिना, १८-२३ महिना)	पहिलो पटक/दोस्रो पटक/ तेस्रो पटक	म.स्वा. स्व.से.	महिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम मासिक प्रगति सङ्कलन फाराम (**HMIS ९.१**) को पहिलो पृष्ठको (ड) खण्डको क्रम संख्या ५६-६१बाट एकीकृत शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालभिटा समुदाय प्रबद्र्धन कार्यक्रम अन्तरगत उमेर अनुसार बितरण गरेको पटकको जम्मा संख्या यस प्रतिबेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
		स्वास्थ्य संस्था	दुई बर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको पोषण रजिष्टर (**HMIS २.३**) बाट बालभिटा बितरण अन्तरगत प्रतिवेदन गर्ने महिनामा (मिति अनुसार) बितरण 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 बालबालिकाको पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) कोमहल 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 सुरू गरेको	२ वर्षभन्दा मुनिका बालबालिकाको पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) को महल २७ मा ६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना सुरू 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 जिल्लाहरुले पोषण रजिष्टरबाट बालिका तथा बालकको संख्या छुट्टाछुट्टै गणनागरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

गर्भवती महिला	कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाहरुले Fortified Flour वितरणका लागि उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट गर्भवति महिला गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी महिला	कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाहरुमा Fortified Flour वितरणका लागि उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट सुत्केरी महिला गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । नोटः ६ महिना देखिको बालबालिकाले पौष्टिक आहार वितरणको अभिलेख पोषण रजिष्टरमा रहेको र गर्भवती तथा सुत्केरी महिला (बच्चा जन्मेको ५ महिनासम्म) को लागि मातृ सेवा रजिष्टरमा अध्यावधिक गर्न मिल्ने भएमा सोही रजिष्टरमा अध्यावधिक गर्ने अन्यथा छुट्टै अभिलेख राखी प्रतिवेदन गर्नुपर्नेछ ।

किशोरी लक्षित स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम

महल		निर्देशन
आइरन फोलिक एसिड	१३ हप्तासम्म (विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था, म.स्वा.स्व.से)	१३ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिडचक्की खाएका किशोरीहरूको संख्यापोषण रजिष्टर (HMIS २.३) को पछाडी पट्टि रहेको किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फारामबाट उतार गरी विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र म।स्वा।स्व।से अनुसार छुट्टाछुट्टै प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
चक्की खाएका किशोरीको संख्या	२६ हप्तासम्म (विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था, म.स्वा.स्व.से)	२६ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की खाएका किशोरीहरूको संख्या पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) को पछाडी पट्टि रहेको किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फारामूबाट उतार गरी विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र म.स्वा.स्व.से अनुसार छुट्टाछुट्टै प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।

४. स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम

महल	**निर्देशन**
सेसन संख्या (विद्यालय, 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 (विद्यालय, 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 स्वयंसेविकाकार्यक्रम

यस कार्यक्रममा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका प्रतिवेदन फाराम (HMIS ९.१) बाट सम्बन्धित महलमा सम्बन्धित सेवाको विवरण चढाउनुपर्दछ ।

६. जनसंख्या व्यवस्थापन कार्यक्रम

किशोर किशोरी लक्षित विद्यालय स्तरीय साथी शिक्षा कार्यक्रम

महल	**निर्देशन**
कार्यक्रम लागु भएको विद्यालय संख्या	साथी शिक्षा कार्यक्रम लागू भएका जिल्ला र स्थानीय तहहरुमा उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट कार्यक्रम लागु भएको विद्यालय संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
प्रतिवेदन गर्ने विद्यालय संख्या	साथी शिक्षा कार्यक्रम लागू भएका जिल्ला र स्थानीय तहहरुमा उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने विद्यालय संख्या संख्या गणना गरी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

परामर्श पाएका जम्मा संख्या (छात्रा/ छात्र)	साथी शिक्षा कार्यक्रम लागू भएका जिल्ला र स्थानीय तहहरुमा 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 र स्थानीय तहहरुमा उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट सुपरिवेक्षण गरीएका विद्यालय संख्या गणना गरी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
सञ्चालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या	साथी शिक्षा कार्यक्रम लागू भएका जिल्ला र स्थानीय तहहरुमा उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट सञ्चालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या सञ्चालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या

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

६. सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट ट्याली सिटमा उतार गरी तयार गर्नुपर्दछ । गाउँ-घर क्लिनिकबाट दिइएको सुरक्षितमातृत्व तथा नवशिशु सेवाको अभिलेख स्वास्थ्य संस्थाको रजिष्टरमा अद्यावधिक हुने हुनाले गाउँ-घर क्लिनिकबाट दिइएको सेवा यस प्रतिवेदनमा जोड्नु हुँदैन ।

सूचक/महल	निर्देशन
गर्भवती जांच	
पहिलो पटक जुनसुकै समयको भएपनि (<२० बर्ष, ≥२०बर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट गर्भवती जाँचविवरण अन्तर्गत प्रथम पटक (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 बर्ष, ≥२०बर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) 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 (१३-१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता) (<२० बर्ष, ≥२०बर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गत साविकको प्रोटोकल अनुसार १३-१६, 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 ।
प्रोटोकलअनुसार ८ पटक (<२० बर्ष, ≥२०बर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट 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 ।
ROUSG गरेका (<२० बर्ष, ≥२०बर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गत तोकिएको मापदण्ड बमोजिम भिडियो एक्सरे (ROUSG) सेवा लिएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ । गर्भवती अवधिमा जति पटक भिडियो एक्सरे (ROUSG) गरेको भए पनि पहिलो पटकको मात्रै यस महलमा प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।

प्रसूति सेवा	
दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBA Trained ANM) (<२० बर्ष, ≥२०बर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) को "सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी" खण्डमा दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट (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) (<२० बर्ष, ≥२०बर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) को "सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी" खण्डमा दक्ष स्वास्थ्यकर्मी **(SHP)** लाई जनाउने गरी २ नं कोड मा घेरा लगाएका संख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दामुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
अन्य स्वास्थ्यकर्मी (<२० बर्ष, ≥२०बर्ष)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६)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 प्रसूति संख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६)को "प्रसूतिको प्रकार र स्थान" खण्डमा घरमा जनाउने गरी ३ नं कोड मा घेरा लगाएका संख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रसूतिको किसिम	
सामान्य (Spontaneous)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) बाट सामान्य प्रकृतिले (Spontaneous) प्रसूति भएका मध्ये शिशु जन्मिदाको अवस्थिति Cephalic, Soulder वा Breech presentation) अनुसार आमाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
भ्याकुम/फोरसेप	भ्याकुम/फोरसेपबाट प्रसूति भएका आमाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित (Cephalic) महलमा चढाउनुपर्दछ ।
शल्यक्रिया	शल्यक्रियाबाट प्रसूति भएकामध्ये शिशु जन्मिदाको अवस्थिति (Cephalic, Soulder, वा Breech presentation) अनुसार आमाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रसूतिको परिणाम	
आमाहरूको सङ्ख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरबाट प्रसूति भएका जम्मा महिलाहरुमध्ये एउटा मात्र, जुम्ल्याहा, तिम्ल्याहा वा सोभन्दा बढी शिशु जन्माउने आमाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जम्मा जीवित जन्म	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको जीवित शिशुको लिंग, सख्या, तौल खण्डबाट जीवित जन्मिएका नवशिशुहरू मध्ये एकल, जुम्लाहा र तिम्ल्याहा वा सोभन्दा बढी जन्मिने शिशुको संख्या लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।
मृत जन्म सङ्ख्या	
Intrapartum	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरबाट मृत जन्मभएका शिशुमध्ये Intrapartum मृत जन्म भएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।
Antepartum	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरबाट मृत जन्मभएका शिशुमध्ये Antepartum मृत जन्म भएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।

स्तनपान, नाभी मलम र रक्तसंचार	
जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको शिशु को संख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) को अन्य सेवा अन्तर्गत कोड नं ४ (जन्मेको १ भन्टा भित्र स्तनपान गराएको) मा घेरा लगाएको संख्या गणना गरी यस महलमा लेखुपर्दछ
आमा सुरक्षा कार्यक्रम	
सुत्केरी यातायात खर्च (पाउनुपर्ने/पाएका)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६) को सम्बन्धित महिनाबाट यातायात खर्च पाउनुपर्ने महिला र यातायात खर्च पाएका महिलाहरूको सङ्ख्या उतार गरी यस महलमा लेखुपर्दछ ।
गर्भवती उत्प्रेरणा (पाउनुपर्ने/पाएका)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६)को सम्बन्धित महिनाबाट गर्भवती उत्प्रेरणा रकम पाउनुपर्ने र गर्भवती उत्प्रेरणा रकम पाएका महिलाहरूको सङ्ख्या उतार गरी यस महलमा लेखुपर्दछ ।
Obstetric Complications	
Obstetric Complications	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको ३ वटा खण्डहरू (गर्भवती अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन, प्रसूति अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन र सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन) मा उल्लेख भएका गर्भवति, प्रसुति र सुत्केरी अवस्थामा देखिने जटिलताहरू मध्ये प्रतिवेदन गर्ने महिनामा कुनै महिलामा उक्त जटिलता देखिएको अभिलेख गरिएको भए जटिलता अनुसार महिलाको संख्या, प्रेषण गरिएको संख्या र मृत्यु भएको भए मृत्युको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेखुपर्दछ । यस महलमा जटिलता भएका संख्या मध्ये , प्रेषण गरिएको संख्या र मृत्यु भएको संख्या हुने भएकोले जटिलताको संख्यामा गणना भए पश्चात मात्र , प्रेषण र मृत्यु भएको संख्या मा गणना हुनेछ ।
अत्याधिक रक्तश्राव व्यवस्थापन	
रगत दिएको [गर्भवती अवस्था (APH)]	मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) को **गर्भवती जाँच विवरण** खण्डमा रगत दिएको मात्रा जनाएको कोठाहरू गणना गरी यस महलमा लेखुपर्दछ.
रगत दिएको (प्रसव अवस्था)	मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) को **प्रसूति सेवा**खण्डको अन्य सेवा मा रगत दिएको मात्रा जनाएको कोठाहरू गणना गरी यस महलमा लेखुपर्दछ.
रगत दिएको [सुत्केरी अवस्था (PPH)]	मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) को **सुत्केरी पछिको सेवा** खण्डमा रगत दिएको मात्रा जनाएको कोठाहरू गणना गरी यस महलमा लेखुपर्दछ.
जन्मतौल	
सामान्य	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्था अन्तर्गत जम्मा जीवित जन्ममध्ये सामान्य जन्मतौल (२५०० ग्रामवा बढी) भएका शिशुको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी जम्मा संख्याको महलमा लेखुपर्दछ । 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 रजिष्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्थाअन्तर्गत जम्मा जीवित जन्ममध्ये जन्मतौल "कम" (१५०० ग्राम देखि २५०० ग्राम भन्दाकम) भएका शिशुको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी जम्माको 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 रजिष्टरको 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 र विकलाङ्ग 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 रजिष्टरको " **सुत्केरी पछिको सेवा**" खण्डमा उल्लेख भएका जाँच पटक मध्ये **जन्मेको २४ घण्टामा** भन्ने लहरको सुत्केरी जांचमा मिति उल्लेख भएका र नवाशिशु जांचमा 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 रजिष्टरको "**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 शिशुको संख्यालाई प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार समायोजन फाराममा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
४ पटक (२४ घण्टामा, ३ दिनमा, ७ देखि १४ दिन भित्र र ४२ दिन)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको "**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 पटकजाँच गराउने सुत्केरी र नवजात शिशु को संख्या **प्रोटोकल अनुसार ४ पटक**भन्ने लहरबाट उतार गरी प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार सम्बन्धित् 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	
स्पष्टिकरणः मातृमृत्यु गणनालाई व्यवस्थित गर्न गर्भवती, प्रसूति तथा सूत्केरीपछिको सेवा लिन आएका मध्ये कुनै आमाको मृत्यु स्वास्थ्य संस्था वाहिर भएमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेविकासँग सोधपुछ/सुनिश्चित गरी अद्यावधिक गर्नु पर्दछ। साथै सुत्केरी पछिको घरभेटका क्रममा पनि मृत्यूको अद्यावधिक गर्नु पर्दछ । गर्भवती, प्रसूति तथा सूत्केरी कुनै पनि सेवा लिन नआएका आमाहरू मध्ये कुनैको तोकिएको अवधिमा मृत्यु भएमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेवकसँग वा स्थानीयतहसँग समन्वय गरी मृत्युको विवरण अद्यावधिक गर्नु पर्दछ ।	

मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्था) (नोटः स्वास्थ्य संस्था मा भएको मातृ मृत्युसंख्या र complecation wise death बराबर हुनु पर्दछ)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको मातृमृत्यु मिति, अवस्था, स्थान र कारण लहरमा रहेको स्वास्थ्य संस्थामा अवस्था (गर्भवती, प्रसव वा सुत्केरी) अनुसार मातृ मृत्यूको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
नवजात शिशु मृत्यु (स्वास्थ्य संस्था)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको] नवजात शिशु मृत्यु लहरमा 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 ।
मातृमृत्यू (स्वास्थ्य संस्था बाहेक)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको 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 । साथै स्वास्थ्य संस्था बाहेकको मृत्यु महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको अभिलेख तथा प्रतिवेदनमा समेत उल्लेख गरिनु पर्दछ ।
सुरक्षित गर्भपतन सेवा	
सेवा पाएका जम्मा महिला (<२० वर्ष र≥२० वर्ष)	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर (HMIS ३.७)को महल नं. १७ अनुसार जाँचको बेला १२ हप्तासम्म 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 भन्दामाथिको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गर्भपतन सेवापश्चात् प.नि. साधन अपनाएका	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर (HMIS ३.७)को महल नं. ३१ अन्तर्गतको अपनाएको प.नि. साधन को कोड अनुसार गर्भपतन सेवापश्चात् सेवाग्राहीलाई कन्डम, पिल्स, डिपो र सायनाप्रेस प्रयोग गरेको भए छोटो अवधिको र आई.यु.सी.डी., इम्प्लान्ट र बन्ध्याकरण गराएको भए लामो अबधिको Medical Abortion वा Surgical Abortion प्रक्रियाबाट सेवादिइएको हो, सो गणना गरी गर्भको अवधि (१२ हप्तासम्म वा १२ हप्ता माथि) अनुसार छुटाएर सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गर्भपतनका कारण भएको जटिलता	सुरक्षितगर्भपतन सेवा रजिष्टर /(HMIS ३.७)को महल नं.२०-२३ मा गर्भपतनका कारण जटिलता सुनिश्चित भएको (गोलो घेरा लागेको) महिलाहरूको संख्या गणना गरि यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
PAC सेवापाएका (Induced/Spontaneous)	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टरको 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 सुइ सेवा रजिष्टर (HMIS ३.२), आई.यु.सी.डी.-इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टर (HMIS ३.३) र बन्ध्याकरण सेवा रजिष्टर (HMIS ३.४) बाट ट्याली सिटमा उतार गरी तयार गर्नुपर्दछ । **गाउँ–घरक्लिनिकबाट कन्डम वितरण गरेको बाहेक परिवार नियोजनका अन्य सेवाको अभिलेख स्वास्थ्य संस्थामा रहेको सम्बन्धित रजिष्टरमा अद्यावधिक हुने हुनाले गाउँ–घर क्लिनिकबाट दिइएको पिल्स र गर्भनिरोधक सुईको सेवा यस प्रतिवेदनमा जोड्नु हुँदैन ।**

अस्थायी साधन	
नयाँ प्रयोगकर्ता	पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपो, सायना प्रेसको हकमापिल्स, गर्भ निरोधक सुई रजिष्टरको नयाँ प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या २० बर्ष मुनि र २० बर्ष वा सो भन्दामाथिको उमेर समुह अनुसार गणना गरि प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ । आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टरको 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 रजिष्टर (HMIS ३.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाका प्रत्येक पानाको अन्तमा उल्लेख गरिएका जम्मा हाल अपनाईरहेका प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या समायोजन गरी प्रतिवेदन फारामको हाल अपनाइरहेको सङ्ख्याको महलमा उतार गर्नुपर्दछ । आई.यु.सी.डी .र इम्प्लान्टको हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टर (HMIS ३.३) बाट रजिष्टरको महल नं. १८, १९,२० मा उल्लेख भएको साधन प्रभावकारी रहने अन्तिममिति र साधन झिकिएको विवरण अन्तर्गत महल २८, २९, ३०मा साधन झिकेको मिति उल्लेख गरेको आधारमा प्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँ प्रयोगकर्ता, पुनः प्रयोगकर्ता र साधन नझिकेका सबै सेवाग्राहीहरूको संख्या गणना गरी प्रतिवेदनको हाल प्रयोगकर्ताको महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सेवा नियमित नभएका	पिल्स, डिपो र सायना प्रेसको हकमा परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स तथा गर्भनिरोधक सुई) सेवा रजिष्टर (HMIS ३.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको प्रत्येक पानाको अन्तमा उल्लेख गरिएका जम्मा Discontinued सङ्ख्या समायोजन गरी प्रतिवेदन फारामको सेवा नियमित नभएका महलमा उतार गर्नुपर्दछ । आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्टसेवा रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको साधन झिकेको र अन्य संस्थामा साधन झिकेको जानकारी प्राप्त भएको संख्या गणना गरी चढाउनुपर्दछ ।
साधन वितरण	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदनःखोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक कार्यक्रम (HMIS ९.२) बाट कन्डम वितरण गरेको सङ्ख्या र स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको कन्डमको सङ्ख्या जोडी प्रतिवेदनको कन्डम वितरण गरेको महलमा प्रतिवेदन चढाउनुपर्दछ ।स्वास्थ्य संस्थाले महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका मार्फत वितरण भएको कण्डम खर्च समेत गणना गर्नुपर्दछ । पिल्स र गर्भ निरोधक सुई (डिपो, सायना प्रेस) को हकमा परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स तथा गर्भनिरोधक सुई) सेवा रजिष्टर (HMIS ३.२) 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 ३.२) को पछाडी रहेको आकस्मिक चक्की रजिष्टरको पानाबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा वितरण गरिएको जम्मा डोज संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ। आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्टका हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा नयाँ तथा पुनःप्रयोगकर्ताको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।

बन्ध्याकरण	
नयाँ प्रयोगकर्ता	परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर (HMIS ३.४) को महल नं. ६बाट बन्ध्याकरण सेवाप्रदान गर्ने निकाय सरकारी वा गैह्र सरकारी र सेवा सञ्चालनको महल नं. ७ र ८ वाट संस्थागत वा शिविरबाट बन्धयाकरण सेवापाएका सेवाग्राहीहरूको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी महिला/पुरुष को सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । स्थायी बन्ध्यकारण सेवा सुरू गरेका नयाँ सेवाग्राहीहरूलाई १३ वर्षसम्म निरन्तर रुपमा सो सेवाको लगातार प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गरिने हुँदा बन्ध्याकरण सेवाप्राप्त गर्ने सेवाग्राहीहरूको अभिलेख सुरक्षित रुपमा राख्नुपर्दछ ।
हाल अपनाइरहेका	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 वन्ध्याकरण गरेका सेवाग्राहीलाई सो सेवाको हाल प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गर्नुपर्दछ ।
सुत्केरी पश्चात् प.नि. साधन अपनाएका	
सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र	प्रतिवेदन महिनामा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा सुरू गर्ने नयाँ सेवाग्राहीमध्ये आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टर (HMIS ३.३) को साधन प्रयोग गर्दाको अवस्था अन्तर्गत महल नं. १५ मा गोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र प.नि. सेवालिएका) आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टका (३ वर्ष /५ वर्ष) नयाँ सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या र बन्ध्याकरण सेवा रजिष्टर (HMIS ३.४) बाट ट्युबेक्टोमी गरिएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ बर्षसम्म	प्रतिवेदन महिनामा पिल्स/गर्भ निरोधक सुई (डिपो, सायना प्रेस) सेवा सुरू गर्ने नयाँ सेवाग्राहीमध्ये परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपो, सायना प्रेस) सेवा रजिष्टर (HMIS ३.२) को साधन राख्दाको अवस्था अन्तर्गत महल नं १६(सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ बर्ष भित्र) मा गोलो लगाएका प.नि. सेवा लिएका सेवा गणना गरि प्रतिवेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । त्यसैगरि, आई.यु.सी.डी. वा इम्प्लान्ट (३ वर्ष /५ वर्ष) सेवा सुरू गर्ने नयाँ सेवाग्राहीमध्ये आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टर (HMIS ३.३) को साधन राख्दाको अवस्था अन्तर्गत महल नं. १५ मा गोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ बर्ष भित्र) आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टका नयाँ सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या र बन्ध्याकरण सेवा रजिष्टर (HMIS ३.४) बाट साधन राख्दाको अवस्था अन्तर्गत महल नं. १८ मा गोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ बर्ष भित्र) ट्युबेक्टोमी गरिएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

९. प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवा

प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा रहेको प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८) बाट ट्याली सिटमा उतारेर तयार गर्नुपर्दछ ।

पाठेघरको मुखको क्यान्सर	
३०-४९ बर्षको— Screened	प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८) को पाठेघरको मुखको क्यान्सर खण्डको स्क्रिनिङ विधि (महल नं १५-१७) बाट Screening गरेको ३०-४९ बर्षको महिलाहरूको संख्या स्क्रिनिङ बिधी अनुसार (HPV DNA, VIA, PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३०-४९ बर्षको — Positive	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening गरेको ३०-४९ बर्षको महिलाहरूको संख्या मध्ये Positive आएको संख्याप्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न १८बाट समायोजन फाराम मा उतार गरेर बिधी अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
५० बर्षभन्दा माथी— Screened	प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८)को पाठेघरको मुखको क्यान्सर खण्डको स्क्रिनिङ विधि (महल नं १५-१७) बाट Screening गरेको ५० बर्ष भन्दा माथिको बर्षको महिलाहरूको संख्या स्क्रिनिङ बिधी अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
५० बर्षभन्दा माथी— Positive	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening गरेको गरेको ५० बर्ष भन्दा माथिको महिलाहरूको संख्या मध्ये Positive आएको संख्या प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न १८बाट समायोजन फाराम मा उतार गरेर बिधी अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Colposcopy ± Biopsy (संख्यामा)	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening मा Positive आएका मध्ये Colposcopy ± Biopsy गराएको संख्या प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न २१बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Ablative Treatment गराएको (संख्यामा)	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening मा Positive आएका मध्ये AblativeTreatment (Thermocoagulation/Cyrotherapy) बाट उपचार पाएका महिलाहरूको संख्या प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न २२ बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Leep विधिबाट उपचार पाएका महिलाको संख्या	Leep विधिबाट उपचार पाएका महिलाहरूको संख्या प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न २३ बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
स्तन क्यान्सर	
Screened	प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८) महल नं २५-२७ बाट स्तन क्यान्सरको Screening गरेको महिलाहरूको संख्यालाई समायोजन फाराममा उतारेरउमेर अनुसार (<४०, ४०-७० yrs, >७० yrs) गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
Mamogram विधिबाट screening गरेको संख्या	प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८) महल नं २७बाट स्तन क्यान्सरको Mamogram विधिबाट Screening गरेको महिलाहरूको संख्यालाई समायोजन फाराममा उतारेरउमेर अनुसार (<४०, ४०-७० yrs, >७० yrs) गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
Suspected	स्तन क्यान्सरको Screening गरेको महिलाहरू मध्ये Susspicious (suspected breast lumps) महिलाहरूको संख्या प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८) महल नं २९ बाट समायोजन फाराममा उतारेर उमेर अनुसार (<४०, ४०-७० yrs, >७० yrs) गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

आङ्ग खस्ने समस्या	
Screened	प्रजनन् रुग्णता सेवा रजिष्टरमा आङ्ग खस्ने समस्या Screening गरिएको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८)महल नं ३१ देखि ३५ मध्ये कुनै एक मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा Screening गरिएको महिलाहरूको गणना गर्नुपर्दछ ।
Prolpase पत्ता लागेको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्या Screening गरी Prolapse पत्ता लागेको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८) महल नं ३२ मा गोलो घेरा लागेका संख्याका आधारमा Stage १ वा२, महल नं ३३ मा लागेका घेराका आधारमा Stage ३ र महल नं ३४ मा लागेका गोलो घेराका आधारमा prolapse को Stage ४ मा भएका महिलाहरूको संख्या यकिन गरी प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ।
Ring Pessary लगाईएको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्या पहिचान गरी Ring Pessary लगाईएको संख्या प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८) को महल नं ३७बाट गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
प्रेषण गरेको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्या पहिचान गरी थप उपचारका लागि प्रेषण गरिएको संख्या प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८)को महल नं ४०बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
शल्यक्रिया गरेको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्याको शल्यक्रिया गरिएको संख्याप्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८) को महल नं ३८र ३९बाट गणनागरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
अब्सट्रेटिक फिस्टुला	
Screened	प्रजनन् रुग्णता सेवा रजिष्टरमा अब्सटेट्रिक फिस्टुला Screening गरिएको महिलाहरूको संख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८)महल नं ४१ वा ४२ कुनै मध्ये एक मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा Screening गरिएको महिलाहरूको गणना गर्नुपर्दछ ।
Suspected	प्रजनन् रुग्णता सेवा रजिष्टरमा अब्सटेट्रिक फिस्टुला Screening गरिएको महिलाहरू मध्ये अब्सटेट्रिक फिस्टुला suspect गरिएको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८) महल नं ४२ मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा fistulasuspect भएका महिलाहरूको गणना गर्नुपर्दछ ।
Referred	अब्सटेट्रिक फिस्टुला suspect गरिएको संख्या मध्ये प्रेषण (refer) गरिएको महिलाहरूको संख्या प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८)महल नं ४८बाट गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
शल्यक्रिया	अब्सटेट्रिक फिस्टुलाको शल्यक्रिया गरिएको महिलाहरूको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि प्रजनन् रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.८)को महल नं ४३देखि ४७ मध्ये कुनै एक मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा शल्यक्रिया गरिएको महिलाहरूको गणना गर्नुपर्दछ ।

१०. गाउँघर क्लिनिक र समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रम

यस कार्यक्रम अन्तर्गतका विभिन्न सेवासँग सम्बन्धित सूचनाहरू गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिष्टर (HMIS ४.१) मा अभिलेख गरिएको हुन्छ सोही रजिष्टरबाट समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर किल्निक कार्यक्रम प्रतिवेदन (HMIS९.२) मा प्रतिवेदन गरीएका सूचनाहरू मध्ये आवश्यक प्रतिवेदन सम्बन्धित महलमा हुबहु उतार गर्नुपर्दछ ।

११. औलो निवारण कार्यक्रम

औलो कार्यक्रमको प्रतिवेदन औलो, कुष्ठरोग र कालाजार रोगहरूको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS-५.२) र औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS-५.३), समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) तथा समुदायिक औलो स्वास्थ्यकर्मीहरुद्धारा उपलब्ध नमूना सङ्कलन संख्यालाई समाबेश गरी तयार गर्नुपर्दछ ।

रक्त नमूना सङ्कलन (ए.सी.डी., पी.सी.डी.)		औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS ५.२) को स्रोत अन्तर्गत ए. सी.डी. (स्वास्थ्यकर्मि घरदैलौमा नै पुगी रक्तनमूना सङ्कलन गरेको) महल १२ बाट र पी.सी.डी. (स्वास्थ्य संस्थामा नै रक्त नमूना सङ्कलन गरेको) महल १३ बाट गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । साथै समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन HMIS ९.२ मा भएको रक्त तथा समुदायिक औलो स्वास्थ्यकर्मीहरुद्धारा उपलब्ध नमूना सङ्कलन संख्यालाई समेत जोडी सम्बन्धित महलमा राख्नु पर्दछ ।
परीक्षण तथा नतिजा		
परीक्षण	Microscopy बाट मात्र	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS ५.२) को महल १४ मा कोड १ लेखिएको सङ्ख्यामात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।
	RDT बाट मात्र	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS ५.२) को महल १४ मा कोड २ लेखिएको सङ्ख्या मात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	Microscopy र RDT दुबैबाट	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS ५.२) को महल १४ माऔलो रोग परीक्षणका लागि माइक्रोष्कोप 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 रजिष्टर (HMIS ५.२) को महल १४ कोड १ लेखिएकावाट महल १८ को परीक्षण नतिजामा Positive (पोजिटिभ) लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	RDT बाट मात्र	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS ५.२) को महल १४मा कोड २ लेखिएकावाट महल १८ को परीक्षण नतिजामा Positive (पोजिटिभ) लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	Microscopy र RDT दुबैबाट	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS ५.२) को महल १४ मा कोड ३ लेखिएकावाट महल १८ को परीक्षण नतिजामा Positive (पोजिटिभ) लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

औलोको उपचार पाएका विरामी संख्या	
जम्मा संख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३)को महल नं २८-३० मा उल्लेख भएको उपचार सुरू मितिको आधारमा उपचार पाएका बिरामीको संख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
उपचार पाएका मध्ये गर्भवतीको संख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३)को महल नं २८-३० मा उपचार सुरू मिति उल्लेख भएका मध्येबाट महल नं १९ मा १ नं कोड लेखिएका बिरामीको संख्या मात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गर्भवती महिलालाई वितरित कीटनाशक झूलको संख्या	Malaria microstratification बाट जोखिम देखाएका वडा तथा त्यससँग सिमाना जोडिएका क्षेत्रहरुमा बसोबास गर्ने गर्भवती महिलाहरूलाई त्यस क्षेत्रमा रहेको सरकारी स्वास्थ्य संस्थाद्वारा गर्भपरिक्षणका (पहिलो जाँचमा) बखत त्यस महिनाभरि उपलब्ध गराईएको कीटनाशक झूलको संख्यालाई जोडी यस महलमा राख्नु पर्दछ ।

औलोको प्रकार		यो प्रतिवेदन तयार गर्न औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) को महल ९ र १० को उमेर (महिला, पुरुष), औलोको किसिममहल ३१ र वर्गीकरण महल ३२बाट तयार गरिन्छ ।
PV (पी.भी.)	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) को औलोको किसिम (महल ३१) मा पी.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 । नोट स्थानीय औलो रोगी भन्नाले नेपाल राज्यभित्र संक्रमित पोजेटिभ रोगीलाई बुझिन्छ ।
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) को औलोको किसिम (महल ३१) मापी.भी. (कोड १) र वर्गीकरण (महल ३२) मा आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दामुनि र ५ वा ५ वर्ष माथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । नोट सामान्यतः नेपाल राज्यभन्दा बाहिरबाट आएका मानिसहरुमा १ महिना भित्रमा जाँच गर्दा औलो पोजेटिभ देखिएमा आयातित औलो मानिन्छ ।
Relapse PV	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) को औलोको किसिम (महल ३१) मा Relapse २ (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 रजिष्टर (HMIS ५.३) 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 (HMIS ५.३) को औलोको किसिम (महल ३१) मा पी.एफ.(कोड २) र वर्गीकरणमा (महल ३२) स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दामुनि र ५ वा ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३)को औलोको किसिम (महल ३२) मापी.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 रजिष्टर (HMIS ५.३)को औलोको किसिम (महल ३२) मा पि.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 रजिष्टर (HMIS ५.३)को औलोको किसिम (महल ३२) मापी.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,	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) 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 ।

Knowlesi, etc.) अन्य	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) 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 बिरामीको जम्मा संख्या	निश्चित गरिएको सामान्य औलो बिरामीको सङ्ख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) बाट परीक्षण पश्चात् मलेरिया निश्चित गरिएको सामान्य औलो बिरामीको सङ्ख्या लिङ्ग तथा उमेर समूहअनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।यसका लागि HMIS ५.३रजिष्टरको ३३ देखि ३५सम्मको महलमा उपचार निश्चित गरिएको व्यक्ति गणना गरी सामान्य औलो बिरामीको संख्या सुनिश्चित गर्नुपर्दछ ।
	निश्चित गरिएको सिकिस्त औलो बिरामीको सङ्ख्या	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएका सिकिस्त औलो बिरामीको जम्मा सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) को महल ५२ मासुनिश्चित गरिएको बिरामीको सङ्ख्या लिङ्ग तथा उमेर समूह अनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
मृत्यु संख्या	पि.भि.	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएका औलो बिरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) 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 बिरामीको मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) को महल ३१बाट 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 बिरामीको मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) 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 बिरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३) को महल ३१बाट औलोको किसिम अन्य छुट्याई 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-५.२), औलो बर्गिकरण तथा उपचार रजिष्टर (HMIS ५.३), र गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर (HMIS-४.१),बाट सङ्कलन गरी तयार गर्नुपर्दछ।

सूचक/महल	निर्देशन
Age/Sex (उमेर/लिंग)	उपचार रजिष्टर HMIS-५.३ बाट ५ बर्षभन्दा मुनि र ५ बर्ष भन्दा माथि उमेर समूह छुट्टयाई लिंग अनुसार स्वदेशी भए जिल्ला भित्रको वा बाहिरको र बिदेशीको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
निदानको तरिका	उपचार रजिष्टर HMIS-५.३ बाट RK३९, BM, SP वा अन्य कसरी निदान गरिएको हो स्वदेशी भए जिल्ला भित्रको वा बाहिरको र बिदेशीको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
उपचार	उपचार रजिष्टर HMIS-५.३बाट उपचार गरिएको संख्या Liposomal Amphotericin B/Miltefosineभए L,A/M को महलमा वा अन्य औषधीबाट भएको भए अन्य महलमा स्वदेशी (जिल्ला भित्रको वा बाहिरको) र बिदेशी बिरामीको छुट्टाछुट्टै गणना गरी चढाउनु पर्दछ ।
मृत्यु	उपचार रजिष्टर HMIS-५.३बाट मृत्यु भएको संख्या लिङ्ग अनुसार छुट्याएर स्वदेशी (जिल्ला भित्रको वा बाहिरको) र बिदेशी बिरामीको छुट्टाछुट्टै गणना गरी चढाउनु पर्दछ ।

१३. कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम

कुष्ठरोग प्रतिवेदन तयार गर्न कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (HMIS-५.५), कुष्ठरोग परीक्षण रउपचार कार्ड (HMIS-५.४), र औलो, क्षय कुष्ठ, कालाजार र एच.आई.भि. एड्स रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS-५.५), हेर्नु पर्दछ । क्र.स. १३.१ को (गत महिनाको अन्तमा जम्मा बिरामी) चढाउँदा प्रतिवेदन गर्ने भन्दा अघिल्लो महिनाको प्रतिवेदनको—महिनाको अन्त्यमाजम्मा बिरामी (सि.नं. १३.१४) को महलबाट ल्याई उक्त सख्या चढाउनु पर्दछ ।

सूचक/महल		निर्देशन
एम.वी र पी. बी.		मासिक प्रतिवेदन निकाल्दा एम्.बी. र पी.बी. बिरामीको महिला र पुरूषको जम्मा संख्या छुट्टाछुट्टै निकाली जुन-जुन महलको हो, सोही महलमा लेख्नु पर्दछ।
१३.१	गतमहिनाको अन्तमाजम्मा बिरामीको संख्या	अघिल्लो महिनाको प्रतिवेदन HMIS ९.३ को महिनाको अन्तमाजम्मा बिरामीको संख्या भन्ने महलमा भए अनुसार एम.बि.र पि. बि. बिरामीको संख्यालाई लिङ्ग (पुरुषर महिला) अनुसार उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
१३.२	कहिल्यै पनिदर्ता नगरेका नयाँ बिरामी (New Cases)	कहिल्यै पनिपहिले दर्ता नगरेका नयाँ बिरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट रजिष्टरमा थप भएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. १ गणना गरी बिरामीहरूको संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.३	पुनः रोग बल्झिएका बिरामी (Relapsed Cases)	पुनःरोग बल्झिएका बिरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमा थपभएका तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. ४ गणना गरी बिरामीहरूको संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.४	फेरि उपचार सुरू गरेका बिरामी (Restarter)	फेरि उपचार सुरू गरेका बिरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमा थपभएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. ३ गणना गरी बिरामीहरूको जम्मा संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.५	स्थानान्तरण भई आएका विरामी (Transferred In)	स्थानान्तरण भई आएका बिरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमा थपभएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. २ गणना गरी बिरामीहरूको संख्या चढाउनुपर्दछ ।
१३.६	अन्य थप भएका बिरामी (Other addition)	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमा थपभएको तरिकाको महल ९(महल १२) बाट कोड नं. ५ गणना गरी माथि उल्लेखित भन्दा अन्य कुनै कारण जस्तै classification change आदि कारणले थप भएको बिरामीको संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.७	जम्मा बिरामी संख्या	१३.१ देखि १३.६सम्मको कुल जम्मा विरामी संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.८	यस महिनामा उपचार लिन आएका जम्मा बिरामीहरूको संख्या	कुलजम्मा बिरामीमध्ये यस महिनामा उपचार लिएका बिरामीहरूको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (HMIS ५.५)महल १६ देखि २७ मध्ये प्रतिवेदन गरीने महिनाको महलबाट गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.९	निर्देशन अनुसार उपचार पूरा गरेका	उपचार लिइरहेका बिरामीहरूमध्ये यस महिनामा निर्देशन अनुसार उपचार पूरा गरेका बिरामीहरूको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महल (महल ३३) को RFT जनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.१०	स्थानान्तरण भई अन्यत्रगएका बिरामीहरू	यस स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भई उपचार गराइरहेका कुष्ठरोगका बिरामी अर्का स्वास्थ्य संस्थामा उपचार लिनको लागि स्थानान्तर भई गएका बिरामीहरूको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महलको T Out जनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.११	फलोअप नभएका बिरामीहरू	उपचार गराइरहेका कुष्ठरोगका बिरामी 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 बिरामीहरू	अन्य घटाइएको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महल ९महल ३३) को OD जनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.१३	जम्मा घटाइएको बिरामी संख्या	१३.९ देखि १३.१२सम्मको घटाइएका कुल जम्माविरामी संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.१४	महिनाको अन्तमाजम्मा बिरामी संख्या	यस महलमा अघिल्लो महिनाको अन्तमा रहेका जम्मा बिरामी संख्या, यस महिनामा थपिएका बिरामी संख्या (New patient+Relapse+Re-starter+Transfer-in+Other addition)बिरामीहरूको कुलजम्मा (१३.७) बाट जम्मा घटाइएका (१३.१३) (RFT+Transferout+Lost to follow up+Other deduction) बिरामीहरू घटाई आउने संख्या लेख्नुपर्दछ ।
१३.१५	नयाँ विरामी ५.२ मध्ये ०-१४ बर्षका विरामीको संख्या	नयाँ बिरामीहरू (१३.२) मध्ये ०(१४ बर्षका बिरामीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३.१६	महिनाको अन्तमा ०-१४ बर्षका बिरामीको जम्मा संख्या	महिनाको अन्तमा रहेका जम्मा बिरामीहरूमध्ये ०-१४ बर्षका बिरामीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३.१७	नयाँ बिरामी (१३.२) मध्ये स्मेयर जाँच गर्नेको संख्या	यस महिनामा थपिएका नयाँ बिरामीहरूमध्ये स्मेयर जाँच गरेका बिरामीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१३.१८	नयाँ बिरामीहरूमा स्मेयर जाँचको मध्ये कीटाणु देखिएको संख्या	नयाँ स्मेयर जाँचेका बिरामीमध्ये कीटाणु देखिएकाजम्मा बिरामीहरूको संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३.१९	लेप्रा रियाक्सन	उपचारको समयमा रियाक्सन निदान भएका विरामीमध्ये Type १ वा Type २ र Neuritis को संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर HMIS ५।५ को महल १३ र १४बाट 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 परीक्षण गर्नुपर्ने Index विरामीको संख्या	कुष्ठरोगका बिरामी मध्ये यस महिना कतिजना बिरामीको सम्पर्क परीक्षण गर्नुपर्ने हो, सो संख्या चढाउनु पर्दछ। सो संख्या active case detection निर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्ने छ ।
१३.२२	सम्पर्क परीक्षण भएका Index विरामीको संख्या	कुष्ठरोगका बिरामी मध्ये यस महिना जम्मा कति जना बिरामीको सम्पर्क परीक्षण भएको हो, सो संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.२३	सम्पर्क परीक्षण गर्नुपर्ने व्यक्ति contacts) को संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परीक्षण गर्नुपर्ने परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ । सो संख्या active case detection/ LPEP निर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्ने छ ।
१३.२४	सम्पर्क परीक्षण गरीएका व्यक्ति)contacts) कोसंख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परीक्षण गरीएका परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ ।

१३.२५	सम्पर्क परिक्षणबाट पत्ता लागेको नयाँ बिरामीको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आई सम्पर्क परीक्षण गरीएका परिवार तथा छिमेकी सदस्य मध्ये नयाँ बिरामी पत्ता लागेको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.२६	विदेशी नयाँ विरामी संख्या	नेपाल बाहेक अन्य देशका नयां बिरामीले उपचार सेवालिएको भएमा गणना गरी चढाउनु पर्दछ ।
असमर्थताको श्रेणी		
नयाँ विरामीहरू को संख्या	श्रेणी ०/ श्रेणी १/ श्रेणी २/ नजाँचेको	नयाँ बिरामीहरू मध्ये असर्मथता 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) सँग बराबर हुनुपर्दछ ।
०—१४ वर्षका नयाँ विरामीको संख्या	श्रेणी ०/श्रेणी १/श्रेणी २/नजाँचेको	नयाँ बिरामीहरू मध्ये ०-१४ वर्ष उमेरका असर्मथता क्रम ०,१ वा २ श्रेणी वा नजाँचेका विरामीको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यसको महल २,३,४ र ५ जोड्दा ०-१४ बर्षका नयाँ बिरामीको संख्या ९१३।१५० सँग बराबर हुनुपर्दछ ।
कोहर्ट प्रतिवेदन		
नयाँ दर्ता गरिएका बिरामी, जम्मा RFT भएका, जम्मा lost to follow up, अन्य घटाइएका, हाल उपचारमा रहेका बिरामी	एम.बी. बिरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन	२४ महिना अगाडि रजिष्टरमा नयाँ दर्ता भएका जम्मा बिरामीहरू नयाँ दर्तामा लेख्नुपर्दछ । ति मध्ये कति जना निर्देशन अनुसार उपचारबाट मुक्त भए? कति जना उपचार बीचमा नै छाडी डिफल्टर भए? कति जना अन्य घटाइए र कति जना अझैं उपचारमा रहेका छन्? सो उपचार रजिष्टरबाट संख्या निकाली सोही महलमा चढाउनु पर्दछ । जस्तैः २०७७ साल श्रावण महिनामा दर्ता भएका बिरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन २०७८ साल माघ महिनाको प्रतिवेदनमा निकाल्नु पर्दछ ।
	पी.बी. बिरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन	१२ महिना अगाडि रजिष्टरमा नयाँ दर्ता भएकाजम्मा बिरामीहरू नयाँ दर्तामा लेख्नुपर्दछ । 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 जनाअझैं उपचारमा रहेका छन्? सोसंख्या उपचार रजिष्टरबाट संख्या निकाली सोहीमहलमा चढाउनु पर्दछ । नोट यसरी एम वि को २४ महिना अघि र पि विको १२ महिना अघिको अभिलेख गर्दा धेरै त्रुटीहुने संभावना कम रहन्छ । छलफल गर्नुपर्ला

क.स	विवरण	एम.वी	पी.वी	जम्मा
१	MB को २४ महिना अगाडी र पी.वी.को १२ महिना अगाडि नयाँदर्ता बिरामी संख्या			
२	उपचारबाट मुक्तः संख्या र प्रतिशत	**... (... %)**	.... (... %)	.... (.. %)
३	फलोअप नभएका बिरामीकोः संख्या र प्रतिशत	... (.... %)	... (... %)	... (... %)
४	अझै उपचारमा रहेकाःसंख्या र प्रतिशत	... (.... %)	.... (... %)	... (... %)
५	अन्यः संख्या र प्रतिशत	.... (... %)	... (.... %)	... (... %)

१४. पुनर्स्थापना सेवा

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

सूचक	महल	निर्देशन
पुनर्स्थापना सेवा लिएका नयाँ, पुरानो र विदेशी व्यतिmहरूको संख्या	सेवागाहीको संख्या	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ, पुरानो र विदेशी सेवाग्रहीको संख्या टयाली 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 सेवाग्रहीको संख्या टयाली सिटका जातजाति (दलित, जनजाति, मधेशी, मुस्लिम, ब्राहमण/क्षेत्री, अन्य) अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विकार/अपाङ्गताको प्रकारका आधारमा पुनर्स्थापना सेवा पाएका व्यतिहरूको संख्या	विकार/ अपाङ्गताको प्रकार	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या टयाली सिटको प्रयोग गरेर विकार/अपाङ्गताको प्रकार र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
पुनर्स्थापना सेवा पाएका अपाङ्गता भएका व्यक्तीहरूको संख्या	अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या टयाली सिटको प्रयोग गरेर अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
पुनर्स्थापना सेवापाएको विभिन्न उमेर समुहका व्यक्तीहरूको संख्या	उमेर	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या टयाली सिटको प्रयोग गरेर उमेर र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
कार्य क्षमता (Functioning) का विभिन्न क्षेत्रहरुमा समस्या भएका व्यतिmहरूको संख्या	कार्य क्षमता (Functioning)	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या टयाली सिटको प्रयोग गरेर कार्य क्षमताको क्षेत्र अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विभिन्न कारणको आधारमा स्वास्थ्य समस्या भएका व्यक्तीहरूको संख्या	स्वास्थ्य समस्याको कारण	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या टयाली सिटको प्रयोग गरेर स्वास्थ्य समस्याको कारण अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विभिन्नप्रकारको पुनर्स्थापना सेवा पाएका व्यक्तीहरूको संख्या	सेवाको प्रकार	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या टयाली सिटको प्रयोग गरेर स्वास्थ्य सेवापाएको अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विभिन्न प्रकारको सहायक सामग्री आवश्यक भएका व्यक्तीहरूको संख्या	सहायक सामग्री आवश्यक	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या टयाली सिटको प्रयोग गरेर कृत्रिम अङ्गतथा सहायक उपकरणको आवश्यकता अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विभिन्न प्रकारको सहायक सामग्री पाएका व्यक्तीहरूको संख्या	सहायक सामग्री प्राप्त	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या टयाली सिटको प्रयोग गरेर कृत्रिम अङ्गतथा सहायक उपकरणको प्राप्त भएको अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।

निदान (Diagnosis) अनुसार पुनर्स्थापना सेवा पाउने व्यक्तीहरूको संख्या	निदान (Diagnosis)	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेरनिदान (Diagnosis) को ICD कोडको Chapter अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सहायक सामग्री पाएका श्रोत अनुसार व्यक्तीहरूको संख्या	सहायक सामग्री प्राप्त भएको श्रोत	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको 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 व्यक्तीहरूको संख्या	प्रेषण भई आएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको 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 व्यक्तीहरूको संख्या	प्रेषण गरिएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको 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 रजिष्टरको नयाँ र पुरानो दुवै सेवाग्रहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर सेवा पाएको सेसन संख्या अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
अन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण भई आएका व्यक्तीहरूको संख्या	प्रेषण भई आएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर अन्य संस्था/व्यक्तीबाट प्रेषण भई आएको संख्या कुन प्रकारको अस्पताल/स्वास्थ्य चौकी/केन्द्र/व्यक्तिहो छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
अन्य संस्था/व्यक्तितर्फ प्रेषण गरिएका व्यक्तीहरूको संख्या	प्रेषण गरिएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्रहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर अन्य संस्था/व्यक्तीतिर 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 सेवाग्रहीको 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 सेवाग्रहीको संख्या ट्याली सिटमा गणना गरी डिस्चार्ज भएको जम्मा सेवाग्राहीको संख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सेवा पाएको दिन अनुसार सेवाग्राहीको संख्या	सेवापाएको दिन	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ र पुरानो दुवै सेवाग्रहीको 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 ९.३/९.४/९.५**) मार्फत एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन प्रणालीमा मासिक रूपमा गर्नु पर्दछ। स्वास्थ्य संस्था (उपचार केन्द्र) ले क्षयरोग निदान तथा उपचार पश्चात सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टर, स्वास्थ्य संस्थाको 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 तथ्याङ्क ट्याली सीट मार्फत एकीकृत गरी मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराममा चढाउनु पर्दछ ।

१५.१ TB DSTB Data set

खण्ड १ दर्ता वर्गिकरणः Case Registration [१]

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 (EP)												

यस खण्ड १ मा स्वास्थ्य संस्थाको हकमा HMIS ६.४A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हकमा HMIS ६.५A क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) _New:

स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण नया (New) हो भने जम्मा सङ्ख्या यस महल मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) Relapse: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Relapse हो भने जम्मा सङ्ख्या यस महल मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) TAF: स्वास्थ्य संस्थाको 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) TALF: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण Treatment after Loss to Followup (TALF) हो भने जम्मा सङ्ख्या यस महल मा महिला र पुरूषअुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.

४ महिला र महल नं. ५ पुरूषअनुसार 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) OPT: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण Other Previously Treated (OPT) हो भने जम्मा सङ्ख्या यस महलमा महिला र पुरूषअुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (BC) UPTH: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Unknown Previous Treatment History (UPTH) हो भने जम्मा सङ्ख्या यस महल मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Case Registration_Pulmonary (CD): स्वास्थ्य संस्थाको 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 पुरूषको 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 पुरूषको सङ्ख्या यस खण्डको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ ।

Case Registration_ExtraPulmonay: स्वास्थ्य संस्थाको 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 पुरूषको 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 पुरूषको सङ्ख्या यस खण्डका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ ।

खण्ड २ प्रेषण Referred [२]

यस खण्ड २ मा स्वास्थ्य संस्थाको हकमा HMIS ६.४A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हकमा HMIS ६.५A क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ ।

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

Referred _PBC_ Self:स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र Referred "Self" भएको जम्मा सङ्ख्या यस 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_ PBC _Private: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र Referred "Private Sector" भएको जम्मा सङ्ख्या यस 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_Communtiy: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र Referred "Community" भएको जम्मा सङ्ख्या यस 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 संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र Referred "Contact Investigation" भएको जम्मा सङ्ख्या यस 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_Communtiy: माथि PBC बिरामीको प्रतिवेदन तयार गरे अनुसार गर्नु पर्दछ ।

Referred_EP_Self, Referred_ EP_Private, Referred_ EP_Communtiy: 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 [३]

यस खण्ड २ मा स्वास्थ्य संस्थाको हकमा HMIS ६.४A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हकमा HMIS ६.५A क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ ।

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)																

Age Group_New(All): स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC, PCD, EP रदर्ता बर्गिकरण New भएको जम्मा सङ्ख्या लाई उमर अनुसार छुट्टाइएस खण्डको महल नं. २ देखि १७सम्ममहिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 देखी १७सम्मका महलमा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Age Group_Relapse (All): स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC, PCD, EP रदर्ता बर्गिकरण Relapse भएकोजम्मा सङ्ख्या लाई उमर अनुसार छुट्टाइएस खण्डको महल नं. २ देखि १७सम्म महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 १७सम्मका महलमा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Age Group_Others (All): स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC, PCD, EP रदर्ता बर्गिकरण अन्य (TAF, TALF, OPT, UPTH) भएको जम्मा सङ्ख्या लाई उमर अनुसार छुट्टाइ यस खण्डको महल नं. २ देखि १७सम्म महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 १७सम्मका महलमा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड ५ उपचार रेजिमन Treatment Regimen [५]

यस खण्ड २ मा स्वास्थ्य संस्थाको हकमा HMIS ६.४A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हकमा HMIS ६.५A क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ ।

Treatment Regimen (5)								
Age Group	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)								

नोटः Regimen अध्यावधिक गर्दा Transfer In बिरामीको पनि गणना गर्नु पर्दछ ।

Treatment Regimen_Age Group_Child_२HRZE+४HR: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार प्रयोग गरिएको उपचार Regimen महलको Child बक्स १ र ३ मा गोलो (○) सङ्केतर महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.१/२ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं. २१ Child समूहको महल नं.२३ २HRZE+४HR को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ ।

Treatment Regimen_Age Group_ Child_ २HRZE+७HRE: स्वास्थ्य संस्थाको 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं. २१ Child समूहको महल नं. २४ २HRZE+७ HRE को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ र ५ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ ।

Treatment Regimen_AgeGroup_Child_ ६HRZE: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार प्रयोग गरिएको उपचार Regimen महलको Child बक्स ५ र ६ मा गोलो (○) सङ्केतर महिलापुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्याइ यस खण्डको महल नं.६ / ७ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं.५ पुरूष अनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं.२१ Child समूहको महल नं.२५ ६HRZE को सङ्ख्याा यस खण्डको महल ६ र ७ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ ।

Treatment Regimen_Age Group_Child_ ६HRZE+LfX: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार प्रयोग गरिएको उपचार Regimen महलको Child बक्स ४ मा गोलो (○) सङ्केतर महिला पुरुषको आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.८ र ९ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको]] महल नं. ४ महिला र महल नं.५ पुरूष अनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं.२१ Child समूहको महल नं.२६ ६HRZE+Lfx को सङ्ख्या यस खण्डको महल ८ र ९ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ ।

Treatment Regimen_AgeGroup_Adult: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार प्रयोग गरिएको उपचार Regimen महलको Adultबक्स मा गोलो (○) सङ्केत र महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या माथि Treatment Regimen_Age Group_Childभर्ने तरिका अनुसार भर्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं.५ पुरूष अनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं. २२ Adult समूहको सङ्ख्या माथि Treatment Regimen_AgeGroup_Child भर्ने तरिका अनुसार महिला र पुरूषको सङ्ख्या यस खण्डको सम्बन्धित महलमा लेखुपर्छ ।

खण्ड ६ औषधी प्रभावकारिता परीक्षण DST of TB Patients [६]

यस खण्ड २ मा स्वास्थ्य संस्थाको हकमा HMIS ६.४A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हकमा HMIS ६.५A क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ

DST of TB Patient (6)		
TB Cases	Xpert	LPA
1	2	3
New		
Re-teat		

DST of TB Patient_Xpert MTB/RIF_New : संस्था को हकमाक्षयरोग 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 रजिष्टरकोमहल नं १५ Registration Catatory_Newअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४२ DST During Diagnosis/ treatemt_Xpert MTB/RIF को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ लेख्नु पर्दछ ।

DST of TB Patient_Xpert MTB/RIF_Re-treat. : संस्थाको 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 भएकोजम्मा सङ्ख्यालाई गणना गरी एस खण्ड को महल २ 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_TALF, महल नं १९ Registration Catatory_OPT र महल नं २० Registration Catatory_UPTH अनुसार सोही रजिष्टरको 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 : संस्थाको 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 भएकोजम्मा सङ्ख्यालाई गणना गरी एस खण्ड को महल ३ मा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४३ DST During Diagnosis/ treatemt_LPAको सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ लेख्नु पर्दछ ।

DST of TB Patient_LPA _Re-treat. : संस्थाको 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_TALF, 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 ८ खकार परीक्षण (माइक्रोस्कोपी)

नोटः यो खण्ड माइक्रोस्कोपी सेवा उपलब्ध भएका संस्थाहरूले मात्रै भर्नुपर्दछ ।

Sputum Smear Examination by Microscopy (8)		
Sex	No.of Presumptive TB Examined (Person)	
	Positive	Negative
1	2	3
Female		
Male		

खण्ड १० टी वी एच आई भी टी वी एच आई भी अवस्था : TB HIV Status [१०]

यस खण्ड २ मा स्वास्थ्य संस्थाको हकमा HMIS ६.४A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हकमा HMIS ६.५A क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ

TB HIV Status_ Positive : संस्थाको 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा

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				

क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं २८ Positive को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

TB HIV Status_ Negative : संस्थाको 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं २९ Negative को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

TB HIV Status_ Patient on ART : संस्थाको 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ३१ ART- Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४मा महिला र पुरूष 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 पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ३३ CPT- Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५मा महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड ११ क्षयरोग र धूम्रपान TB and Tobacco [११]

TB and Tobacco (11)	
TB Cases Registered	Patient Smoking Tobacco Current
1	2

यस खण्ड २ मा स्वास्थ्य संस्थाको हकमा HMIS ६.४A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हकमा HMIS ६.५A क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ

TB and Tobacco_TB Case_Registered: संस्थाको 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_Patient Smoking Tobacco_Current. : संस्थाको 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 ० month_Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड १२ उपचार नतिजा Treatment Outcome [१२]

यस खण्ड २ मा स्वास्थ्य संस्थाको हकमा HMIS ६.४A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हकमा HMIS ६.५A क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ

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														
	Relapse														
	TAF*														
	TALF**														
	OPT***														
	UPTH****														
PCD	New														
	Relapse														
	Other														
EP	New														
	Relapse														
	Other														
HIV Infected TB patient (All forms)															

नोटः क्षयरोगका बिरामीको उपचार नतिजा प्रतिवेदन गर्दा एक बर्ष अगाडी दर्ता भएका बिरामीको आधारमा गर्नु पर्दछ।

Treatment_Outcome PBC_New_No.of Registered: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण नया (New) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_Outcome PBC_New_Cured: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_New_Completed: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदर्ता 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_Outcome PBC_New_Failed: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा ३. Treatment Failed जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल ८ मा महिला र महल९ मा पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरूष 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 ८र ९ मा महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PBC_New_Died:
स्वास्थ्य संस्थाको 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूषअनुसार 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 १०र ११ मा महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_New_Lost to follow-up: स्वास्थ्य संस्थाको 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अुनसार 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 १२र १३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_New_Not Evaluated: स्वास्थ्य संस्थाको 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूषअनुसार 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेखु 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 पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अुनसार 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 पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेखु 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 १५सम्म महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूषअनुसार 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 १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PBC_TAF _No.of Registered: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Treatment after Failure (TAF) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १७ को TAF बिरामीको जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PBC_TAF: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)मा दर्ता गरेको किसिम PBC रबर्गिकरण TAF अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_OutcomePBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेखु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार

मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं .५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १७ Registration Catatory_TAF अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_OutcomePBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PBC_TALF _No.of Registered: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Treatment after Loss to Followup (TALF) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १८ को TALF बिरामीको जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PBC_TALF: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) मा दर्ता गरेको किसिम PBC र बर्गिकरण TALF अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_OutcomePBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं .५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १८ Registration Catatory_TALF अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_OutcomePBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_OPT_No.of Registered: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Other Previously Treated (OPT) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १९ को OPT बिरामीको जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PBC_OPT:

स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि.) मा दर्ता गरेको किसिम PBC र बर्गिकरण OPT अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १९ Registration Catatory_OPT अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePBC_UPTH_No.of Registered: स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार किसिम PBC र दर्ता बर्गिकरण Unknown Previous Treatment History (UPTH) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. २० को UPTH बिरामीको जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_Outcome PBC_UPTH: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)मा दर्ता गरेको किसिम PBC र बर्गिकरण UPTH अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_OutcomePBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं २० Registration Catatory_UPTH अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome PCD_New: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि मा दर्ता गरेको किसिम PCD र बर्गिकरण New अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार

यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १३ PCD र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_OutcomePBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePCD_Relapse: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) मा दर्ता गरेको किसिम PCD र बर्गिकरण Relapseअनुसार माथि उल्लेखित Treatment_OutcomePBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १३ PCD र महल नं १६ Registration Catatory_Relapse अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomePCD_Other: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) मा दर्ता गरेको किसिम PCD र बर्गिकरण TAF, TALF, OPT, UPTH को जोड अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १३ 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 भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomeEP_New: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) मा दर्ता गरेको किसिम EP र बर्गिकरण New अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १४ EP र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_OutcomePBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomeEP_Relapse: स्वास्थ्य संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) मा दर्ता गरेको किसिम EP र बर्गिकरण Relapse अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १४ EP र महल नं १६ Registration Catatory_Relapse अनुसार माथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_OutcomeEP_Other: स्वास्थ्य संस्थाको हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) मा दर्ता गरेको किसिम EP र बर्गिकरण TAF, TALF, OPT, UPTH को जोड अनुसा रमाथि उल्लेखित Treatment_Outcome PBC_New भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरूष 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 भर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरूष 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 छुट्टाइ यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय

तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरूष अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं २८ Positive को सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

Treatment_Outcome HIV Infected TB Patient:

स्वास्थ्य संस्थाको हकमाक्षयरोग 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 पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको महल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरूष 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 पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

खण्ड १४ क्षयरोगका बिरामीले धूम्रपान छोडेको नतिजा Tobacco cessation-outcome [१४]

यस खण्ड २ मा स्वास्थ्य संस्थाको हकमा HMIS ६.४A क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हकमा HMIS ६.५A क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ

Tobacco Cessation-Outcome (14)			
Patient Smoking Tobacco Current (0 month)	No. of Patient Quitted Smoking		
	2 Months	5 Months	End of Treatment
1	2	3	4

नोटः क्षयरोगका बिरामीले धूम्रपान छोडेको नतिजा प्रतिवेदन गर्दा एक बर्ष अगाढी दर्ता भयका बिरामीको आधारमा गर्नु पर्दछ ।

Tobacco cessation_Patient Smoking_ Tabacco_Current (० month): संस्थाको 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 ० month_Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ ।

Tobacco cessation_No of Patient_Quitted_ Smoking २ Month:

संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार Comment (SRQLD *) को महल २ 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_२ Month _Q (Quitted) को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नुपर्दछ ।

Tobacco cessation_No of Patient_Quitted_ Smoking ५Month: संस्थाको हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) अनुसार Comment (SRQLD *) को महल ५ 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_५Month _Q (Quitted) को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा लेख्नु पर्दछ ।

Tobacco cessation_No of Patient_Quitted_ Smoking End of Tt(Treatment): संस्थाको 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 ।

१५.२ TB Presumptive Data Set

खण्ड ७ सम्भावित क्षयरोगका बिरामी : Presumptive TB [७]

Presumptive TB [7]							
Sex	Presumpti TB cases	Screened by		Diagnosed		Enrolled	
		X-ray	Symptoms	DSTB	DRTB	DSTB	DRTB
1	2	3	4	5	6	7	8
Female							
Male							

यस खण्ड ७ मा स्वास्थ्य संस्थाले वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्दा ज्:क्क् ट।ज्ञ सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टर अनुसार भर्नु पर्नेछ ।

Presumptive TB Cases: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं.५ महिलाको र महल नं.६ पुरूषको सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB_Secreened by_X-ray: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरूषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं Screened by X-ray को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB_Secreened by_Symptoms: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरूषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं Screened by Symptoms को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ मा महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB_Diagnosed_DS TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरूषअनुसार रजिष्टरको महल नं Diagnosed DS TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५ मा महिला र पुरूष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB Diagnosed DR TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरूषअनुसार सोही रजिष्टरको महल न + Diagnosed DR TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ मा महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB_ Enrolled _DS TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं.५ महिला र महल नं. ६ पुरूषअनुसार सोही रजिष्टरको महल न + Enrolled DS TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ७ मा महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB_Enrolled_DR TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरूषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं Enrolled DR TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ८ मा महिला र पुरूषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

१५.३ DR Tuberculosis Control Program Dataset

यस डाटा सेटको प्रतिवेदनका लागि प्रयोग गरिने स्रोत HMIS ६.५B हो। यो डाटा सेट विशेष रूपमा DRTB प्रतिवेदन गर्ने साइटहरूका लागि तयार गरिएको हो। यस डाटा सेटमा पहुँच केवल DRTB केन्द्रहरूलाई मात्र हुनेछ।

खण्ड १ दर्ता वर्गिकरणः Case Registration

DRTB Reporting Format																			
Block 1 : Case Registration		New		Relapse		TAF* (New_FLD)		TAF* (Retreatment_FLD)		TAF* (Retreatment_Hr TB)		TAF* (2nd line)		TALFU**		OPT***		UPTH****	
		F	M	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	18	19
MDR/RR (Shorter)	Pulmonary																		
	Extra Pulmonary																		
MDR/RR (OSSTR)	Pulmonary																		
	Extra Pulmonary																		
MDR/RR (Longer)	Pulmonary																		
	Extra Pulmonary																		
PRE-XDR (Shorter)	Pulmonary																		
	Extra Pulmonary																		
PRE-XDR (Longer)	Pulmonary																		
	Extra Pulmonary																		
XDR	Pulmonary																		
	Extra Pulmonary																		

यस खण्ड मा HMIS ६.५B बाट प्राप्त जानकारी प्रतिवेदन गरिनेछ। यस अवधिको कुल $Type अनुसारको तथ्याङ्क समावेश गर्नुपर्छ, र Category मा दर्ता वर्गिकरण (Registration category) खण्डमा अभिलेख गरिएका सबै केसहरूको जम्मा हुनुपर्छ।

खण्ड २ उमेर समूहः Age Group

BLOCK 2: Age Group [2]	0-4 Years		5-14 Years		15-24 Years		25-34 Years		35-44 Years		45-54 Years		55-64 Years		≥ 65 Years	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	4	5	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
MDR/RR (Shorter)																
MDR/RR (OSSTR)																
MDR/RR (Longer)																
PRE-XDR (Shorter)																
PRE-XDR (Longer)																
XDR																

HMIS ६.५B को अनुसार, यस खण्ड $Type, उमेर र लिङ्ग (पुरुष र महिला छुट्टाछुट्टै) अनुसारको तथ्याङ्कको योगफल समावेश गर्नुपर्छ।

खण्ड ३ उपचार रेजिमनः Registration by Treatment Regimen

Block 3 :Registration by Treatment Regimen [3]								
Sex of Patient	Shorter				Longer			
	BPaLM	BPaL	OSSTR-Lzd	OSSTR-Eto.	LR1	LR2	LR3	Individualized Regimen
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Female								
Male								

HMIS ६.५B बाट प्राप्त सबै केसहरूमा $Type तथा दर्ता श्रेणी अनुसार तोकिएको उपचार Regimen@ लाई पुरुष र महिला छुट्टाछुट्टै रूपमा प्रतिवेदन गर्नुपर्छ।

खण्ड ४ टी वी एच आई भी को अवस्था : TB/HIV Status

HMIS ६.५B रजिष्टरका अभिलेखका आधारमा, TB/HIV परीक्षण गरिएका कुल MDR केसहरू यहाँ प्रतिवेदन गरिनेछन्। यसमा TB/HIV स्थिति अन्तर्गत HIV सङ्क्रमण भएका तथा ART वा CPT मा रहेका बिरामीहरू समावेश गर्नुपर्छ।

खण्ड ५ सम्पर्क परीक्षणः Contact Investigation

Block 5:Contact Investigation		
1	Total Number of Close Contacts	
2	Total Number Investigated (Examined)	
3	Total Number diagnosed with DS/DRTB	
4	Total Number linked to DS/DRTB treatment and Care	

HMIS ६.५B का विवरणअनुसार, रजिष्टरमा अभिलेख गरिएका MDR केसहरूको Contact Investigation सम्बन्धी विस्तृत जानकारी यहाँ प्रतिवेदन गर्नुपर्छ।

खण्ड ६ उपचार नतिजाः Treatment Outcome

Block 6:Treatment Outcome																				
Types of DR TB	Registered		Cured		Treatment Completed		Died		Lost to Follow up		Not Evaluated		Switched to							
													MDR/RR (Longer)		PRE-XDR (Shorter)		PRE-XDR (Longer)		XDR	
	F	M	F	M	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	10	13	14	15	16	17	18	19	20	21
MDR/RR (Shorter)- *Cases Reg 12 Month Ago*																				
MDR/RR (OSSTR)- *Cases Reg 16 Month Ago*																				
MDR/RR (Longer)- *Cases Reg 24 Month Ago*																				
PRE-XDR (Shorter)- *Cases Reg 12 Month Ago*																				
Pre-XDR (Longer)- *Cases Reg 24 Month Ago*																				
XDR- *Cases Reg 24 Month Ago*																				

MDR/RR (Shorter)- Cases Reg १२ Month Ago: MDR/RR (Shorter) उपचार श्रेणी अन्तर्गत १२ महिना अघि दर्ता गरिएका MDR TB केसहरूलाई प्राप्त भएको उपचार नतिजा (treatment outcome result) अनुसार पुरुष र महिला छुट्टाछुट्टै रूपमा यहाँ प्रतिवेदन गर्नुपर्छ।

MDR/RR (OSSTR)- Cases Reg १६ Month Ago: MDR/RR (OSSTR) उपचार श्रेणी अन्तर्गत १६ महिना अघि दर्ता गरिएका MDR TB केसहरूलाई प्राप्त उपचार नतिजा (treatment outcome result) अनुसार पुरुष र महिला छुट्टाछुट्टै रूपमा यहाँ प्रतिवेदन गर्नुपर्छ।

MDR/RR (Longer)- Cases Reg २४ Month Ago: MDR/RR (Longer) उपचार श्रेणी अन्तर्गत २४ महिना अघि दर्ता गरिएका MDR TB केसहरूलाई प्राप्त उपचार नतिजा (treatment outcome result) अनुसार पुरुष र महिला छुट्टाछुट्टै रूपमा यहाँ प्रतिवेदन गर्नुपर्छ।

PRE-XDR (Shorter)- Cases Reg १२ Month Ago: PRE-XDR (Shorter) उपचार श्रेणी अन्तर्गत १२ महिना अघि दर्ता गरिएका MDR TB केसहरूलाई प्राप्त उपचार नतिजा (treatment outcome result) अनुसार पुरुष र महिला छुट्टाछुट्टै रूपमा यहाँ प्रतिवेदन गर्नुपर्छ।

Pre-XDR (Longer)- Cases Reg २४ Month Ago: Pre-XDR (Longer) उपचार श्रेणी अन्तर्गत २४ महिना अघि दर्ता गरिएका MDR TB केसहरूलाई प्राप्त उपचार नतिजा (treatment outcome result) अनुसार पुरुष र महिला छुट्टाछुट्टै रूपमा यहाँ प्रतिवेदन गर्नुपर्छ।

XDR- Cases Reg २४ Month Ago: XDR उपचार श्रेणी अन्तर्गत २४ महिना अघि दर्ता गरिएका MDR TB केसहरूलाई प्राप्त उपचार नतिजा (treatment outcome result) अनुसार पुरुष र महिला छुट्टाछुट्टै रूपमा यहाँ प्रतिवेदन गर्नुपर्छ।

१५.४ TB Contact Investigation and TPT Data Set

खण्ड ४ सम्पर्क परीक्षण र क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार

Contact Investigation and TB Prevantive Therapy(4)																
Index TB Cases	No. family Members		Members Investigated		Diagnosed with TB				Eligible for TBPT				Enrolled on TBPT			
	Child	Adult	Child	Adult	< 2 Years	2-4 Years	5-14 Years	≥15 Years	< 2 Years	2-4 Years	5-14 Years	≥15 Years	< 2 Years	2-4 Years	5-14 Years	≥15 Years
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

यस खण्ड ४ मा स्वास्थ्य संस्थाले वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्दा HMIS ६.७ सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर को अनुसार भर्नु पर्नेछ ।

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 ।

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 (<१५ वर्ष) र वयस्क (≥१५ वर्ष) अनुसारको जम्मा परिवार सदस्य सङ्ख्या यस खण्डको महल २ र ३ मा बालबालिका र वयस्क अुनसार 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 पुरूष अनुसार पूरा गरेका उमेरका आधारमा क्षयरोग को स्क्रीनिङ गरिएका परिवारको सदस्यहरु बालबालिका (<१५ वर्ष) तथा वयस्क (≥१५ वर्ष) को सङ्ख्या (महल ४ र ५ को कोड न. १ र २ दुवै) का आधारमा गणना गरी यस खण्डको महल ४ र ५ मा बालबालिका र वयस्क अुनसार 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 पुरूषको जम्मा सङ्ख्या पूरा गरेका उमेरका आधारमा र सोही रजिष्टरको अन्तर्गत महल नं. ९ अनुसारको सङ्ख्या गणना गरी यस खण्डको महल ६, ७, ८ र ९ मा उमेर समुह अनुसार लेख्नु पर्दछ ।

Contact_Investigation and TPT Eligible for TPT: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं. २ महिला र महल नं.३ पुरूषको जम्मा सङ्ख्या पूरा गरेका उमेरका आधारमा र सोही रजिष्टरको अन्तर्गत महल १२ अनुसारको सङ्ख्या गणना गरी यस खण्डको महल १० ,११, १२, १३ मा उमेर समुह अनुसार लेख्नु पर्दछ ।

Contact_Investigation and TPT_ Enrolled on TPT: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं. २ महिला र महल नं.३ पुरूषको जम्मा सङ्ख्या पूरा गरेका उमेरका आधारमा र सोही रजिष्टरको अन्तर्गत महल १३ अनुसारको सङ्ख्या गणना गरी यस खण्डको महल १४, १५, १६ र १७ मा उमेर समुह अनुसार लेख्नु पर्दछ।

खण्ड १३ क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार नतिजा : TB Preventive Therapy Outcome [१३]

यस खण्ड १३ मा स्वास्थ्य संस्थाले वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्दा HMIS ६.७ सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर को अनुसार भर्नु पर्नेछ ।

TB Prevnetive Thearapy Outcome (13)											
No of Case Enrolled				Completed				Not completed			
< 2 Years	2-4 Years	5-14 Years	≥15 Years	< 2 Years	2-4 Years	5-14 Years	≥15 Years	< 2 Years	2-4 Years	5-14 Years	≥15 Years
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

TB Preventive Therapy Outcome_No of Case Enrolled: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं १३ अनुसार चार महिना अगाढी उपचारसुरू गरेको सङ्ख्या यस खण्डको महल १, २, ३ र ४ मा उमेर समुह अनुसार लेख्नु पर्दछ। जस्तैः बैशाख महिनामा TB Preventive Therapy मा दर्ता भएको व्यक्तिको TB Preventive Therapy Outcome को प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थाले भाद्र महिनाको HMIS प्रतिवेदनमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । मा लेख्नु पर्दछ ।

TB Preventive_Outcome_Completed: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं १३ अनुसार चार महिना अगाडि उपचार सुरू गरेको मध्ये सोही रजिष्टरको महल नं १६ Completed को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५, ६, ७ र ८ मा उमेर समुह अनुसार लेख्नु पर्दछ ।

TB Preventive_Outcome_Not completed: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं १३ अनुसार चार महिना अगाढी उपचार सुरू गरेको मध्ये सोही रजिष्टरको महल नं १७, १८ र १९ Discontinued, Died and Not evaluated को जोड सङ्ख्या यस खण्डको महल ९, १०, ११ र १२ मा उमेर समुह अनुसार लेख्नु पर्दछ ।

१५.५ TB Laboratory Data Set (TB DMC)

खण्ड ८ खकार परीक्षण (माइक्रोस्कोपी) : Sputum Smear Examination by Microscopy [८]

नोटः यो खण्ड माइक्रोस्कोपी (TB DMC) सेवा उपलब्ध भएका संस्थाहरुले मात्रै भर्नुपर्दछ ।

Sputum Smear Examination by Microscopy (माइक्रोस्कोपी सेन्टरले मात्र भर्ने) [8]		
Sex	No of Presumptive TB examined	
	Positive	Negative
1	2	3
Female		
Male		

यस खण्ड ८ मा स्वास्थ्य संस्थाले वा स्थानीय तहले प्रतिवेदन गर्दा HMIS ६.३A क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(माइक्रोस्कोपी) को अनुसार भर्नु पर्नेछ ।

Sputum Smear Examination by Microscopy_Positive:
क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी) को महल नं ५ महिला र महल नं ६ पुरूष र सोही रजिष्टरको महल न १४ Purpose of Test _Diagnosis अनुसार सोही रजिष्टरको महल १६ Slide A Result र महल १७ Slide B resultबाट आएको Positive को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

थप व्याखाः Slide A र Slide B दुवैको Result Positive भएमा वा Slide A र Slide B मध्ये कुने 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 पुरूष र सोही रष्टिरको महल न १४ Purpose of Test _Diagnosis अनुसार सोही रजिष्टरको महल १६ Slide A Result र महल १७ Slide B resultबाट आएको Negative को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरूष अुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ ।

थप व्याखाः Slide A र Slide B दुवैको] Result Negative भएमा Negative अभिलेख गर्नु पर्दछ ।

१५.६ TB Laboratory Data Set (TB Molecular Test-mWRD)

खण्ड ९ खकार परीक्षण - MTB/RIF Test Result [९]

नोटः यो खण्ड **mWRD** सेवा उपलब्ध भएका संस्थाहरुले मात्रै भर्नु पर्दछ ।

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_ *Mycobacterium tuberculosis* (MTB)_Detected: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरूषअनुसार महल नं. २३ MTB Detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरूषअुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

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 पुरूषअनुसार महल नं. २४ MTB not Detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरूषअुनसार 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 पुरूषअनुसार महल नं. २५ Invalid/No result र महल नं. २६ Error को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ मा महिला र पुरूषअुनसार 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 पुरूषअनुसार महल नं २७ Detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५ मा महिला र पुरूषअुनसार 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 पुरूषअनुसार महल नं. २८ Not detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ मा महिला र पुरूष अुनसार 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 पुरूषअनुसार महल नं. २९ Indeterminate सङ्ख्या यस खण्डको महल ७ मा महिला र पुरूषअुनसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

१६. एच.आई.भी. एड्स तथा यौन रोग कार्यक्रम

स्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ तथा स्वास्थ्य सेवा नियमावली २०७७ नियम २ (ख) अनुसार आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र भन्नाले आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सरकारी स्वास्थ्य सेवा केन्द्रलै बुझिन्छ। यस अन्तर्गत सरकारी अस्पताल बाहेकका स्वास्थ्य सेवा केन्द्र हरु सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई , सहरी स्वास्थ्य क्लिनिक/ केन्द्र , स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रहरु पर्दछन् । यी संस्थाबाट प्रदान गरिने विभिन्न स्वास्थ्य सेवाहरु मध्ये एच आइ भी कार्यक्रम सम्बन्धि प्रवाह गरेको सेवाको सम्बन्धित रजिष्टर (HIV Testing and Counseling Register , Sexually transmitted Infection Register, Maternal and New Born Health Register) को प्रतिवेदन गर्नु पर्ने समयावधि (मासिक) विवरणको आधारमा अनिवार्य रूपमा Tally Sheet प्रयोग गरि, कम्तिमा २ जनाले पुन गणना गरी तथ्याङ्क प्रमाणीकरण गरी HMIS ९.३ फाराम प्रयोग गरी महिना सकेको पहिलो हप्ता भित्र नियमित रूपमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ । यो प्रतिवेदन को सम्बन्धमा मासिक बैठकमा छलफल गरी यकिन भएको विवरण HMIS online Software (DHIS२) मा प्रबिस्ट गर्नु पर्दछ।

परिक्षण, परामर्श सेवा र नतिजा (Testing and Counseling with Result): HTC साइटहरुले मात्र भर्ने

महल		निर्देशन
यौनकर्मी (Sex workers) (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड १ वा ८ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non - confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।**
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५बाट कोड १ वा ८ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।**
सुईद्वारा लागूपदार्थ प्रयोग गर्नेहरू (People who inject drugs) (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड २ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non - confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।**

महल		निर्देशन
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड २ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।**
पुरूष समलिंगी र यौनिक अल्पसंख्यक (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ३ (पुरूष समलिंगी) र कोड ९ (यौनिक अल्पसंख्यक) भएका जोखिम समूह तथा महल नं. ११ र १२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । यसमा महल न १० (महिला) को विवरण सान्दर्भिक हुदैन। **नोटः यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non - confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।**
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१)रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ३ वा ९ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । यसमा महल न १० (महिला) को विवरण सान्दर्भिक हुदैन। **नोटः यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।**
रगत वा अन्य अंग लिनेहरू (Blood or Organ Recepients) (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ४ वा कोड १० भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । **नोटः यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non -confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।**
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ४ वा कोड १० भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । **नोटः यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।**

महल		निर्देशन
यौनकर्मीका ग्राहकहरू (Clients of Sex Workers) (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५बाट 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 । **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non -confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।**
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५बाट कोड ५ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।
आप्रवासीहरू वा रोजगारीका लागि विदेशिनेहरू (Migrants) (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१)रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ६ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non -confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ६ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।
आप्रवासीहरू वा रोजगारका लागि विदेशजानेहरूको जीवनसाथी (Spouse/Partners of Migrants) (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१)रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ७ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non -confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१)रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ७ भएका जोखिम समूह तथा महल नं १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART

महल		निर्देशन
		sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।
नवजात शिशुहरू (Vertical Transmission) (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड १० भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।संक्रमित आमाबाट जन्मेका बच्चाको १८ महिना भित्र EID जांच भैसकेको र जन्मेको १८ महिना कटेपछि एच आई भी confirmation को लागि Rapid test बाट जांच भएको विवरण यसमा रिपोर्ट गर्नु पर्दछ । नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non -confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड १० भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । संक्रमित आमाबाट जन्मेका बच्चाको १८ महिना भित्र EID जांच भैसकेको र जन्मेको १८ महिना कटेपछि एच आई भी confirmation को लागि Rapid test बाट जांच भएकाको Positive विवरण यसमा रिपोर्ट गर्नु पर्दछ। **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।**
जेलका कैदीबन्दीहरू (Prison Inmates) (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ११ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non - confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।**
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड ११ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।**
अन्य (Others) (म., पु., यौ.अ.)	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड १२ भएका जोखिम समूह तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।

महल		निर्देशन
		नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non - confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. ३५ बाट कोड १२ 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 । **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।**
जम्मा		जम्मा महलमा जोखिम समुह अनुसारको जम्मा जोडलाई लेख्नु पर्दछ।
उमेर समूह	परिक्षण	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीले पुरा गरेको उमेर र लिङ्ग अनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।जम्मा महलमा उमेर समूह अन्तर्गत का <१५, १५-४९ र >४९ को जोडलाई लेख्नु पर्दछ।यो जम्मा र जोखिम समुहहरुको जम्मा जोड संग **बराबर हुनुपर्छ।** **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु (Confirmatory र non - confirmatory sites दुबै) ले भर्नुपर्दछ।**
	पोजिटिभ (ए आर टी केन्द्रले मात्र भर्ने)	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. १०-१२ मा उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीले पुरा गरेको उमेर र लिङ्ग अनुसार महल नं. ४२ को HIV Test Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।जम्मा महलमा उमेर समूह अन्तर्गत का <१५, १५-४९ र >४९ को जोडलाई लेख्नु पर्दछ।यो जम्मा र जोखिम समुहहरुको जम्मा जोडसंग बराबर हुनुपर्छ। **नोट : यो विवरण एच टि सी केन्द्रहरु मध्ये confirmatory sites (ART sites) ले मात्र भर्नु पर्दछ। जहाँ एच आइ भी को confirmatory टेस्ट हुदैन त्यस केन्द्रले यो विवरण भर्नु पर्दैन ।**

एच आई भी को जोखिममा भएका समूहहरु वा एच आई भी संक्रमितहरु

सूचक/महल		निर्देशन
यौनकर्मीहरू (Sex workers)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड १ वा ८ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

सूचक/महल		निर्देशन
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू	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 ।
	यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू	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 बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
सुईद्वारा लागुपदार्थ लिने व्यक्तिहरू (PWIDs)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) 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	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	प्रतिवेदन अवधिमा यौन जन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड २ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमापनि Treatment गरेको भएजम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
पुरुष समलिंगी (MSM)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड ३ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड ३ भएका जोखिम समूह अनुसार 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 को ३ भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भए जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
यौनिक अल्पसंख्यक (SM=TG)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड ९ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड ९ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २६ को कोड सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

सूचक/महल		निर्देशन
	यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड ९ भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भए जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
रगत वा अंग प्राप्तकर्ताहरू (Blood or Organ receipient)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) 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	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	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 बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
महिला यौनकर्मीहरूका ग्राहकहरू (Clients of FSWs)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) 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	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 वा३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भए जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
आप्रवासीहरू वारोजगारीका लागि विदेसिनेहरू (Migrants)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड ६ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड ६ भएका जोखिम समूह अनुसार 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 ६ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भएजम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

सूचक/महल		निर्देशन
प्रवासीहरूको जीवनसाथी (Spouse/Partner of migrants)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड ७ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड ७ भएका जोखिम समूह अनुसार 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 ७ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भएजम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
नवजात शिशुहरू (Vertical Transmission)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड १० भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू	प्रतिवेदन अवधिमा यौन जन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड १० भएका जोखिम समूह अनुसार 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 १० भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भएजम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
जेलका कैदीबन्दीहरू (Prison Inmates)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड ११ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू	प्रतिवेदन अवधिमा यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टरको महल नं. २७ बाट कोड ११ भएका जोखिम समूह अनुसार 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 ११ भएका जोखिम समूह अनुसार महल नं. २८ वा २९ वा ३० कुनैमा पनि Treatment गरेको भएजम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
अन्यसमूह (Others)	यौनरोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS ७.२) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २७ बाट कोड १२ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

सूचक/महल		निर्देशन
	यौनरोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू यौनरोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू	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 । 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 बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

यस अवधिमा Syphilis तथा Hep B परिक्षण गरिएका, पोजिटिभ पत्ता लागेका र उपचार पाएका गर्भवती महिलाहरूको संख्या	
सूचक/महल	**निर्देशन**
परिक्षण गरिएका	प्रतिवेदन गरिने महिनामा सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरू मध्ये कति महिलालाई Syphilis र Hep B परिक्षण गरियो? सो सङ्ख्या Maternal and New Born Health Register (HMIS ३.६) को महल एच आई भी/सिफलिस र Hep B परीक्षण र उपचार खण्डको Syphilis र Hep B परिक्षण मितिबाट गणना गरी सम्बन्धित कोठामा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
पोजिटिभ भएका	प्रतिवेदन गरिने महिनामा सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरू मध्ये कति महिलालाई Syphilis र Hep B परिक्षण गरियो? सो सङ्ख्या Maternal and New Born Health Register (HMIS ३.६) को महल एच आई भी/सिफलिस र Hep B परीक्षण र उपचार खण्डको Syphilis र Hep B नतिजाबाट पोजिटिभ गणना गरी सम्बन्धित कोठामा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
उपचार पाएका	प्रतिवेदन गरिने महिनामा सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरू मध्ये कति महिलालाई Syphilis र Hep B परिक्षण गरियो? सो सङ्ख्या Maternal and New Born Health Register (HMIS ३.६) को महल एच आई भी/सिफलिस र Hep B परीक्षण र उपचार खण्डको Syphilis र Hep B उपचार मितिबाट गणना गरी सम्बन्धित कोठामा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)

सूचक/महल		निर्देशन
एचआईभी परिक्षण गरिएका र पोजिटिभ भएका महिलाहरूकोसंख्या (गर्भावस्था, प्रसूति तथा सुत्केरी	परिक्षण	प्रतिवेदन गरिने महिनामा सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरू मध्ये कतिमहिलालाई HIV Counseling गरी Test गरियो? सो सङ्ख्या Maternal and New Born Health Register (HMIS ३.६) को महल एच आई भी/सिफलिस परीक्षण र उपचार खण्डको एच आई भी परीक्षण मितिबाट गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

सूचक/महल		निर्देशन
अवस्था का महिलाहरु)	पोजिटिभ	प्रतिवेदन गरिने महिनामा सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरू मध्ये HIV Counseling गरी Test गरिएका मध्ये Maternal and New Born Health Register (HMIS ३.६) को एच आई भी/सिफलिस परीक्षण र उपचार खण्डको एच आई भी नतिजा reactive आएको र सोहि सेवाग्राहीको (HMIS ७.१) को महल ४२ मा P कोड भएको संख्या गणना गरी उल्लेख गर्न पर्दछ । तिनवटै विधिबाट reactive देखिएमा मात्र दोहोरोपना नआउने गरी पोजेटिभमा उल्लेख गर्नु पर्दछ। **पोजिटिभको रेपोर्टिंग ART केन्द्र ले मात्र HMIS ९.४ मा गर्नेहुदा non-confirmatory site हरुले यो विवरण भर्नु पर्दैन।** **नोटः एच आई भी पोजेटिभ हुन First Test (Determine) को नतिजा Reactive, Second Test (Unigold) को नतिजा पोजेटिभ र Third Test (Stat Pak) को नतिजा पोजेटिभ भएमा मात्र पोजेटिभ उल्लेख गर्नु पर्दछ ।**
नवजात शिशुको अवस्था	Congenital Syphilis भएका शिशुको संख्या	Maternal and New Born Health Register (HMIS ३.६) नवजात शिशुको अवस्था Congenital Syphilis महलको को ६ मा परेका नवजात शिशुहरुको संख्या यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
एआरटी शुरु गर्ने एचआईभी संक्रमित आमाको संख्या	गर्भवती हुनु भन्दा पहिला (पुरानो)	प्रतिवेदन गरिने महिनामा HMIS ७.४ Register को only for PMTCT cases अन्तर्गतको mother's ART Started Period भित्र रहेको Before pregnancy महलमा ठीक चिन्ह लगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ । **यसको रेपोर्टिंग ART केन्द्रले मात्र HMIS ९.४ मा गर्नु पर्ने हुदा non-confirmatory site हरुले यो विवरण भर्नु पर्दैन।**
	गर्भावस्था, प्रसूति तथा सुत्केरी अवस्थामा (नयाँ)	प्रतिवेदन गरिने महिनामा HMIS ७.४ Register को only for PMTCT cases अन्तर्गतको mother`s ART Started Period भित्र रहेको महल (Antenatal, Labor and Delivery र Postnatal) मा ठीक चिन्ह लगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ । **यसको रेपोर्टिंग ART केन्द्र ले मात्र HMIS ९.४ मा गर्नेहुदा non-confirmatory site हरुले यो विवरण भर्नु पर्दैन।**

१७. नसर्ने रोग

नसर्ने रोग कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) बाट समायोजन गरी तयार गर्नुपर्दछ । नसर्ने रोगको प्रतिवेदन खण्डीकृत रुपमा 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 सेवालाई जनाउँदछ ।	

[Hypertension, CVD, Diabetes, Cancer, COPD, Asthma, CKD, RHD, Stroke, Heart Attack, Sickle Cell diseases and other hemoglobinopathies,Congenital Heart Disease, Thyroid disease, Alcohol Liver Diseases, Obesity, other NCDs	Client Type (New/Follow Up)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ५ को माथिल्लो खण्डमाबाट नयाँ वा पुरानो बिरामीको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोही लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।नयाँ भन्नले सो रोगको लागि एक पटक मात्र नयाँमा गणना गर्नु पर्दछ ।
	Gender (Male/ Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ९-१० बाट नयाँ बिरामीको मात्रै लिङ्ग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोही 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 (<२०, २०-२९, ३०-६९, ७० andabove) उमेर समूह	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ८बाट नयाँ बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि २९ बर्ष, ३० देखि ६९ बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोही 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-५.९) को महल २२ को तल्लो खण्डमा मा बिरामी प्रेषण गरिएको संस्थाको नाम उल्लेख भएका बिरामीहरूको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोही 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 विभागबाट समायोजन गरि प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ । नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) मा अन्तरंग विभागमा 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, ChronicRespiratoryDiseases, Suicide, other NCDs	Gender (Male/ Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल १८ मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको/ मृत्यु भएको र अन्तरंग सेवामा नसर्ने रोगबाट मृत्यु भएको व्यक्ति मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित ६ वटा कारण मध्ये कुन कारणबाट मृत्यु भएको हो सोही कारणको लाइनमा बिरामीहरूको 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 (<२०, २०-२९, ३०-६९, ७० and above)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल १९ मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको/ मृत्यु भएको र अन्तरंग सेवामा नसर्ने रोगबाट मृत्यु भएको व्यक्ति मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित ६ वटा कारण मध्ये कुन कारणबाट मृत्यु भएको हो सोही कारणको लाइनमा बिरामीहरूको उमेर समूह (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि २९ बर्ष, ३० देखि ६९ 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-५.९) को महल ९-१०बाट बिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ५ किसिमका क्यान्सर मध्ये कुन हो सोही लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १२ र १३ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	Age-Group (<२०, २०-२९, ३०-६९, ७० and above)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ८बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि २९ बर्ष, ३० देखि ६९ बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ५ किसिमका क्यान्सर मध्ये कुन हो सोही सोही 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 स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ५ को माथिल्लो खण्डमाबाट नयाँ वा पुरानो बिरामीको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोही 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-५.९) को महल ९-१०बाट बिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोही लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।	
	AgeGroup (<२०, २०-२९, ३०-६९, ७० andabove) उमेर समूह नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ८बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि २९ बर्ष, ३० देखि ६९ बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोही 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-५.९) को महल २२ को तल्लो खण्डमा मा बिरामी प्रेषण गरिएको संस्थाको नाम उल्लेख भएका बिरामीहरूको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोही 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 सेवालाई जनाउँदछ ।		
Type of Injury (RTI, Fall, Burn, Drowning, Bites, Occupational Injury, Violence, Self-Harm)	Client Type(New/Follow Up)	नर्सने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ५ को माथिल्लो खण्डमाबाट नयाँ वा पुरानो बिरामीको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोही 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)	नर्सने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ९-१० बाट बिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोही लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	Age Group (<२०, २०-२९, ३०-६९, ७० andabove) उमेर समूह	नर्सने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ८बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि २९ बर्ष, ३० देखि ६९ बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोही लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	ReferredOut	नर्सने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल २२ को तल्लो खण्डमा मा बिरामी प्रेषण गरिएको संस्थाको नाम उल्लेख भएका बिरामीहरूको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोही लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
Injuries- Number of Deaths		
Type of Injury (RTI, Fall, Burn, Drowning, Bites, Occupational Injury, Violence, Self-Harm)	Client Type (New/Follow Up)	नर्सने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) 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 सोही कारणको लाइनमा नयाँ र पुरानो बिरामीहरूको 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-५.९) 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 कारणबाट मृत्यु भएको हो सोही कारणको लाइनमा पुरुष र महिलाहरूको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	AgeGroup (<२०, २०-२९, ३०-६९, ७० andabove) उमेर समूह	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल ८ 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 सोही 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 सम्बन्धी		
Total no. of mental health case		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम मानसिक स्वास्थ्य समस्याको बिरामीहरू यकिन गरि सो संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Total number of mental health case on regular follow up		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS-५.९) को महल १३ र १४ को निदान र ICD कोड बमोजिम मानसिक स्वास्थ्य समस्याको बिरामीहरू 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-५.९) को महल १२ र १३ को निदान र ICD कोड बमोजिम मानसिक स्वास्थ्य समस्याको बिरामीहरू 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-५.९) को महल १२ र १३ को निदान र ICD कोड बमोजिम Hypertension र Diabetes बिरामीहरू 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-५.९) को महल १२ र १३ को निदान र ICD कोड बमोजिम Hypertension र Diabetes बिरामीहरू यकिन गरि ति बिरामी मध्ये महल १९ मा १ नं कोड घेरा लागेका जम्मा संख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।

१८. New outpatient morbidity (including ५ years children)

स्वास्थ्य संस्थामा बहिरंग सेवाका लागि आएका र बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS १.३) मा दर्ता भएका ५ बर्ष भन्दा माथिका जम्मा (नयाँ र दोहोर्याई आएका) बिरामीहरू मध्ये विभिन्न रोगका नयाँ बिरामीहरूको संख्या बहिरंग सेवा रजिष्टर [HMIS (१.३) बाट रोग अनुसार ICD 11 कोड अनुसार सेवाग्राहीहरूको संख्या लिङ्ग (महिलापुरुष) अनुसार गणना गरी New Outpatient Morbidity फाराममा उतार गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थामा उपचारको लागि आएका ५ वर्ष भन्दा कम उमेरका नयाँ सेवाग्राहीहरूको संख्या समेत IMNCI / रजिष्टर / (HMIS २.४) बाट ICD कोड अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । अस्पतालले सञ्चालन गर्ने परामर्श सेवा, रक्तदाता, डायलाइसिस, रेडियोथेरापी, प्रसामक सेवा, लगायत खण्ड T. Reasons for contact with Health Services मा उल्लेख भएका सेवाहरू मूल दर्ता रजिष्टर को महल नं १३ मा कोड नं ११ (अन्य) मा खुलाइएका सेवाहरू मध्येबाट छुट्याई सम्बन्धित सेवाको महलमा राख्नुपर्दछ ।
५ वर्ष मुनिको तथा ५ वर्ष माथिको (1.3 र 2.4 रजिष्टरवाट) नयाँ विरामीको संख्या रोग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

१९. प्रयोगशाला सेवा (LaboratoryServices)

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अनुरुप 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 संस्थाहरूले फरक फरक किसिमको प्रयोगशाला रजिष्टर प्रयोगमा ल्याएको पाइन्छ । स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरूको अनुसन्धानात्मक परीक्षण गर्ने क्रममा प्रयोगशालामा परीक्षण गरिएका विभिन्न Testsहरूको संख्या र नतिजा समेत खुल्ने गरी निर्दिष्ट महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । प्रयोगशालामा परीक्षण गरेको विवरणमा उक्त स्वास्थ्य संस्थामा अन्य सेवाहरू जस्तै मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य, औलो,कालाजार, तथा क्षयरोग आदि कार्यक्रम सञ्चालन गरिएको भए संवन्धित सेवा रजिष्टरमा पनि चढाउनु पर्दछ ।

२०. लिङ्ग र जात/जाती अनुसारको प्रतिवेदन

लिङ्ग र जात/जति अनुसारको प्रतिवेदन तयार गर्न खोप लिङ्ग र जातजाति अनुसारको प्रतिवेदन खण्डीकृत रुपमा तयार पार्न खोप रजिष्टर (HMIS २.२), नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS २.४), शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS २.६), मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.६ एच.आइ.भि परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS ७.१), कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (HMIS ५.५) यो प्रतिवेदन तयार गर्न समायोजन फारामको प्रयोग गर्नुपर्दछ । यस महलमा नयाँ सेवा ग्राहीको मात्रै जातजातीगत विवरण अनुसार प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।

सूचक/ महल		निर्देशन
जातजाति (दलित, जनजाति, मधेशी, मुस्लिम, ब्राह्मण, क्षेत्री, अन्य)	पूर्ण खोप पाएका बच्चा संख्या (महिला/पुरुष) (महल २ र ३)	खोप सेवा रजिष्टर (HMIS२.२) को महल २८ मा २३ महिना भित्र पूर्ण खोप पाएको 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 महिनासम्मका सबै बच्चाहरूको संख्या स्वास्थ्य संस्था र गाउँघर क्लिनिकमा IMNCI सेवा लिएका बच्चाहरूको जोडफल जातजाति र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	२ महिना भन्दा मुनिका कम तौल भएका बच्चाहरूको संख्या (नयाँ बच्चाको)	२ बर्षभन्दा मुनिका बालबालिकाहरूको पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर कम तौल (जोखिम तथा अति जोखिम) भएका जम्मा (नयाँ+दोहोर्याएर आएको) बच्चाहरूको संख्या जात/जाति र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । यसरी गणना गर्दा एक जना बच्चाको एक पटक (नयाँ+दोहोर्याएर तौल अनुगमन गर्दा) मात्र कम तौल भएको महलमा प्रतिवेदन भएको हुनुपर्नेछ।

	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका महिलाको संख्या	मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) को प्रसूतिको स्थान र प्रकार को महलमा (SBA,SHP and other Health Worker मार्फत स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुती भएका लेखिएका महिलाहरूको संख्या जतिकोड अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।
	एचआईभी संक्रमित नयाँ बिरामी	एच.आइ.भि परीक्षण 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 लेखुपर्दछ ।
	नयाँ कुष्ठरोगीहरूको संख्या	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको महल नं १२ (रजिष्टरमा थप भएको तरिका) अन्तर्गत कोड नं १ लेखिएका संख्यालाई महल नं ६ को जातिकोड़ अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ । 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 संख्या (PBC,PCD and EP)लाई जति कोड र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।
	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 ७-८बाट ५ बर्ष भन्दा माथिका बिरामीहरूको संख्यालाई महल नं ६ को जातिकोड अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखुपर्दछ ।

२१. जेरियाट्रीक सेवा (Geriatric Services)

स्वास्थ्य संस्थामा जेरियाट्रीक सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरूको संख्या ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम रजिष्टर HMIS ५.१० बाट गणना गर्नुपर्दछ । यो प्रतिवेदन **जेरियाट्रीक** सेवा वा ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाले मात्र भर्नुपर्दछ ।

HMIS ९.४: सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम
(Hospital Level Monthly Reporting Form)

सरकारी अस्पतालमा मासिक रुपमा 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 संघीय) 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 DHIS२ प्रणालीमा प्रतिवेदन प्रविष्ठ 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	Nepal 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 सञ्चालनमा रहेका शैया संख्या नै Operational IP Bed को महलमा लेख्नुपर्दछ । अस्पतालमा संचालित Emergency/Observation Bedहरूलाई 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) ०-९ Years, १०-१४ Years १५-१९ Years, २०-५९ Years ६०-६९ Years, ≥७० 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 ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Total Clients Served (Female/Male) ०-९ Years, १०-१४ Years १५-१९ Years, २०-५९ Years ६०-६९ Years, ≥७० 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 लेखुपर्दछ ।
EmergencyServices	
Total Clients Served (Female/Male) ०-९ Years, १०-१४ Years १५-१९ Years, २०-५९ Years ६०-६९ Years, ≥७० Years	आकस्मिक सेवा रजिष्टर HMIS ८.३ को महल नं १ को सि. नं. बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा आकस्मिक कक्षबाट सेवा पाएका जम्मा सेवाग्राही संख्या गणना गरी उमेर र लिङ्ग अनुसार EmergencyTotal Clients Served को सम्बन्धित महलहरूमा चढाउनुपर्छ ।
Free Service Received by impoverished citizen	
विपन्न नागरिक उपचार कोष निर्देशिका बमोजिम बिपन्न नागरिकहरूलाई लक्षित रोगहरूको निःशुल्क उपचार कार्यक्रमको लागि सुचिकृत भएका अस्पतालहरूले बिपन्न नागरिकहरूलाई उपचार सुबिधा उपलब्ध गराएका बिरामीहरूको संख्या यस महलमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ । बिपन्न 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, सिकलसेल 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 प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को सञ्चालन हुनुपर्ने गाउँघर क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Outreach Clinic Conducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को यस महिनामा सञ्चालन भएको गाउँघर क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
PHC Outreach Clinic: No. Of clientserved	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को सेवा दिएको संख्या (क्लिनिकमा दर्ताको आधारमा) को जम्माको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Immunization Clinic Planned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को सञ्चालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Immunization Clinic Conducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Immunization Clinic: No. of clientserved	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को खोप क्लिनिकबाट सेवा दिएको जम्मा संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Immunization Session Planned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को सञ्चालन हुनुपर्ने खोप सेसन संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Immunization Session Conducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप सेसन संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Hygiene Promotion Session Planned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) को "यस महिनामा सञ्चालन हुनुपर्ने सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Hygiene Promotion Session Conducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँ—घर क्लिनिक (HMIS ९.२) 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 Emergencyबाट थप सेवाका लागि अन्यत्र प्रेषण गरिएका बिरामीहरूको संख्या लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी Referred Out मा चदाउनुपर्दछ ।
Diagnostic/Other Services	
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 ।

महल शिर्षक	निर्देशन
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 ।
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 विवरण भर्नुपर्दछ ।	
Date (मिति)	यस महलमा अस्पतालले न्यूनतम सेवा मापदण्ड मापन गरेको मिति लेख्नुपर्दछ । मिति उल्लेख गर्दा गते महिना र साल लाई क्रमबद्ध रुपमा लेख्नुपर्छ । अस्पतालले जुन महिनामा MSS मापन गरेकोहो 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 मापनबाट प्राप्त गरेको जम्मा औशत स्कोरलाई प्रतिशतमा खुलाउनुपर्दछ ।

महल शिर्षक	निर्देशन
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 (०-७ Days, ८-२८ Days, २९ Days-१ Year, ०१-०४ Years, ०५-१४ Years, १५-१९ Years, २०-२९ Years, ३०-३९ Years, ४०-४९ Years, ५०-५९ Years, ६०-६९ Years, ≥७० Years) र लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल २९ बाट code-१ Recovered/ Cured गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Stable (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ निको नभई डिस्चार्ज भएका बिरामीको उमेर समूहर लिङ्ग अनुसार HMIS ८.२ को महल २९ बाट code-२ Stable गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referred Out (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ थप सेवाका लागि अन्यत्र प्रेषण भएका बिरामीको उमेर समूहर लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल २९ बाट code-३ 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 [Leftagainst medical advice (LAMA)] र रोग सम्बन्धी खतराको सूचना दिंदादिदै पनि अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएर जाने बिरामी (Discharged against medical advice) लाई उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS ८.२ को महल २९ बाट code-४ 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 HMIS८.२ को महल २९ बाट code- ५ Absconded गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Death (<४८ hours) (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भएको ४८ घण्टा भित्र कुनै बिरामीको मृत्यु भएमा मृतकको उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल ३० बाट Death (<४८ hours) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Death (≥४८ 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 ३१ बाट Death (≥४८ hours) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Neonate Form	
Primi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरू GestationalWeeks२२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार Primi (Gravida१) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Multi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरू GestationalWeeks२२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार Multi (Gravida२,३,४) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

Grand Multi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरू Gestational Weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार Grand Multi (Gravida ५ and above)) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Maternal Age (Yrs)	
Maternal Age (<२०, २०-३४, ≥३४)	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरू Gestational Weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार आमाको उमेर समूह मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Medico-Legal Cases	
No. of medico-legalcases (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 विभागबाट निःशुल्क (पूर्ण वा आंशिक रुपमा) सेवा पाउनेहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Total Exempted Cost (NRS) (Partially, Completely)	बहिरंग, आकस्मिक र अन्तरंग विभागबाट निःशुल्क (पूर्ण वा आंशिक रुपमा) सेवा पाउनेहरूको 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 MajorSurgery मध्ये Emergency वा Inpatient कुन सर्जरी हो? लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Number of Surgeries Intermediate (Female, Male)	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS८.२ 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 HMIS ८.२ को महल २४ र २५ बाट छुट्टाछुट्टै गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Free Health Services ad Social Security Programme	
Outpatients	बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS१.३) को महल १८ को Ultra Poor/Poor, Helpless/ Destitute, Disabled, Senior Citizen (>६० 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 (>६० years), FCHV, Gender Based Violence र others छुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

Emergency	आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS८.३) को महल ३५ को Ultra Poor/Poor, Helpless/Destitute, Disabled, Senior Citizen (>६० years), FCHV, Gender Based Violence र others छुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referred Out	बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS१.३) को महल १८ र १९, बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (HMIS८.२) को महल २८ र ३५ र आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS८.३) को महल २९ र ३५बाट Ultra Poor/Poor, Helpless/Destitute, Disabled, Senior Citizen (>६० years), FCHV, Gender Based Violence र others को Referred Out छुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Death Information	
Hospital Death (Female/Male)	• 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 दिनसम्मको मातृ मृत्य र २८ दिनसम्मको नवशिशु मृत्यु लाई गणना गर्नु हुँदैन । Post-Operative Death को विवरण HMIS ८.२ बाट लिङ्ग अनुसार गणना गरि सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । • 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 HMIS८.३ को महल नाम १८बाट लिङ्ग अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Postmortem Done (Female/Male)	अस्पताललले गरेको पोस्टमार्टमको विवरण सम्बन्धित राजिष्टरबाट लिङ्ग अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
१B. Inpatient Morbidity (No. of Patients Discharged)	
ICD Code, Diseases	डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS८.२बाट 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 HMIS८.२ को महल २९ मा ६ नं कोड लेखिएका मृतकहरूर 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 ८.४) 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 लेखुपर्दछ ।
Pre-term (Male/Female)	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) 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 लेखुपर्दछ ।
Low Birth Weight (LBW) (Male/Female)	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) 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 लेखुपर्दछ ।
Hypothermia	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २५ नवजात शिशु **भर्ना हुनुको कारण** "Cause of admission" मा हाइपोथरमिया "Hypothermia" भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेखुपर्दछ ।
Birth Asphyxia (Peri/Neonatal)	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) 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 लेखुपर्दछ ।
Neonatal Sepsis	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २५ नवजात शिशु **भर्ना हुनुको कारण** "Cause of admission" मा "Neonatal Sepsis" भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेखुपर्दछ ।
Seizure	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) 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 लेखुपर्दछ ।
Hyperbilirubinemia	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) 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 लेखुपर्दछ ।
Congential Anomalies	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २५ नवजात शिशु **भर्ना हुनुको कारण** "Cause of admission" मा "Congential Anomalies" भएका नवजात शिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेखुपर्दछ ।
Others	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) 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 लेखुपर्दछ । *This includes all other causes of admission, including others as well.*
Preterm/LBW/ Hypothermia	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २५ नवजात शिशु **भर्ना हुनुको कारण** "Cause of admission" मा पूर्व अवधिजन्म "Pre-term", कम जन्मतौल भएका ""Low-birth Weight" र हाइपोथरमिया "Hypothermia" मध्येकुनै पनि कारणबाट भर्ना भएका नवजात शिशुको संख्यास पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेखुपर्दछ . यसरी गणना गर्दा एउटै व्यक्तिको दुइ वा सो भन्दा बढी कारणबाट भर्ना भएको भए सोव्यक्तिको दोहोरो गणना गर्नुहुदैन ।

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 ८.४) को महल नं. २८ "Outcomes of baby at discharge" मा उपचारपछि सुधार भएका नवजात शिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।
Referred	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २८ "Outcomes of baby at discharge" मा प्रेषण गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।
DOPR/LAMA	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २८ "Outcomes of baby at discharge" मा "DOPR/LAMA" गरिएका नवजातशिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।
Death	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २८ "Outcomes of baby at discharge" मा उपचारको क्रममा वा पछि मृत्यु भएका नवजात शिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।

Number of small and/or sick newborns managed wth KMC at SNCU/NICU/KMCU **(कंगारु मदर केयर) बाट व्यवस्थापन गरिएका)**	
LBW	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) 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 केसहरू गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।
Pre-term	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २४ व्यवस्थापन "Management" मा कंगारु मदर केयर "KMC (partial or continuous)" द्वारा व्यवस्थापन गरिएका कम जन्मतौल भएका "Pre-term" भएका नवजात शिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।
Hypothermia	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २४ व्यवस्थापन "Management" मा कंगारु मदर केयर "KMC (partial or continuous)" द्वारा व्यवस्थापन गरिएका कम जन्मतौल भएका "Hypothermia" भएका नवजात शिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।
Number of Preterm/ LBW/ Hypothermia Cases Managed	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं. २४ व्यवस्थापन "Management" मा कंगारु मदर केयर "KMC (partial or continuous)" द्वारा गरिएका "Preterm, LBW र Hypothermia" का नवजात शिशुको जम्मा केस संख्या नदोहोरिने गरि गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।
नवजात शिशु स्याहार प्याकेजद्वारा उपचार तथा व्यवस्थापन	
Package A	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं.३१ अनुसार नवजात शिशु स्याहार Package A द्वारा उपचार र व्यवस्थापन गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।
Package B	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं.३१अनुसार नवजात शिशु स्याहार Package B द्वारा उपचार र व्यवस्थापन गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेखुपर्दछ ।

Package A+B	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं.३१ अनुसार नवजातशिशु स्याहार Package A+B द्वारा उपचार र व्यवस्थापन गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Package A+B+C	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) को महल नं.३१ अनुसार नवजात शिशु स्याहार Package A+B+C द्वारा उपचार र व्यवस्थापन गरिएका नवजात शिशुको संख्या केसहरू गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Total number of days stay in SNCU/ NICU/ KMCU	SNCU NICU Register (HMIS ८.४) 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 बिरामीहरू मध्ये विभिन्न रोगका नयाँ बिरामीहरूको संख्या आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS ८.३) बाट रोगको ICD ११ कोड ९ महल २२० आधारमा सेवाग्राहीहरूको 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 (जस्तैः OCMC रजिष्टर) बाट मासिक रुपमा चढाउनु पर्दछ ।यो सेवा २४ से घण्टा आकस्मिक सेवाकाका लागि खुल्ला गरिएको तथा सेवा संचालन गरिएका स्वास्थ्य संस्थावाट मात्र प्रतिवेदन गर्नुपर्नेछ ।	
१९. प्रयोगशाला सेवा	
विभिन्न अस्पतालले आफ्नो अनुकुल प्रयोगशाला राजिष्टरहरू प्रयोगमा ल्याएको पाइन्छ . तसर्थ अस्पतालमा प्रयोगशाला सम्बन्धी सेवाको अभिलेख गर्न प्रयोग भएका रजिष्टरबाट प्रतिवेदन फाराममा उल्लेख भए अनुसारको विवरण उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ । प्रयोगशाला परिक्षणको संख्या एकै व्यक्तिको एक भन्दा धेरै हुन सक्ने भएकोले case मा गणना गरिने छ ।	
२२. एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र (OCMC)	
यो प्रतिवेदन एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र (OCMC) सञ्चालन गरिरहेका अस्पतालले मात्र भर्नु पर्दछ । यस 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) सञ्चालन गरिरहेका अस्पतालले मात्र भर्नु पर्दछ । यस 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 २.८) 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 बल्झिएर भर्ना भएका (relapse) र प्रेषण भइ आएका बच्चाहरूलाई कुन आधारमा भर्ना भएका हुन सोही आधारको महलमा सम्बन्धित उमेर समुह अनुसारको संख्या लेख्नु पर्दछ । जस्तैः २७ महिनाको १ जना बालक <-३SD 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 २.८ का आधारमा सम्बन्धित महलहरूमा संख्या चढाउनुपर्दछ ।

सूचकहरू		निर्देशन
Discharge Related Information	बालिका/बालक	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा भर्ना भइ उपचार पाएर डिस्चार्ज भएका बच्चाहरू मध्ये डिस्चार्जको किसिमलाई उमेर समूह र एन्थ्रोपोमेटिक आधारहरू अनुसार HMIS २.८ 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 ठाउमा प्रेषण गरिएको हो भने Referred Out र मृत्यु भएको कारण डिस्चार्ज भएको हो भने मभबतज मा सम्बन्धित उमेर समुह अनुसार संख्या लेख्नु पर्दछ ।
Bed Occupancy	Inpatient Days of Care	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा जम्मा भर्ना भएका बच्चाले उपचार पाएको जम्मा दिन यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
	Bed Days Available	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा जम्मा सञ्चालनमा रहेका वेडको संख्या (वेड संख्या * दिन) यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
Average Length of Stay	Inpatient Days of Care	पोषण पुनर्स्थापना गृहमा जम्मा भर्ना भएका बच्चाले 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 HMIS९.३ भर्ने 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. जनसङ्ख्या व्यवस्थापन कार्यक्रम, ७. मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम, ८. परिवार नियोजन कार्यक्रम, ९. प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवा, १०क. 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, २१. जेरियाट्रीक सेवा ।

HMIS ९.५: निजी तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form)

निजी तथा गैर-सरकारी अस्पतालमा मासिक रुपमा सम्पादन गरिएका सम्पूर्ण सेवाहरूको अभिलेख अनुसारको एकीकृत प्रतिवेदन गर्नका लागि यो फाराम प्रयोग गरिन्छ । अस्पलबाट 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**
OWNERSHIP TYPE	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 ९.४ 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
IHIMS	Integrated Health Information Management 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
OCMC	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