

# HMIS (1-9) अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरू



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

## अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरू

क्र.स.	फाराम नं.	फारामको नाम
<b>अभिलेख फारामहरू (Recording Tools)</b>		
१	१.१	मूल दर्ता रजिष्टर (Master Register)
२	१.२	स्वास्थ्य सेवा कार्ड
३	१.३	बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर (Outpatient Service Register)
४	१.४	प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा
५	१.५	डिफिल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा
६	१.६	समायोजन फाराम (Tally Sheet)
७	१.७	मासिक अनुगमन पुस्तिका (आधारभूत स्वास्थ्य संस्था)
८	१.८	मासिक अनुगमन पुस्तिका (अस्पताल)
९	२.१	बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card)
१०	२.२	खोप रजिष्टर (Immunization Register)
११	२.३	पोषण रजिष्टर (Child Nutrition Register)
१२	२.४	नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMNCI Register)
१३	२.५	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड (IMAM Child Health Card)
१४	२.६	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMAM Register)
१५	२.७	मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर—अस्पताल (IMAM Register—Hospital)
१६	२.८	पोषण पुनर्स्थापना गृह रजिष्टर (NRH Register)
१७	३.१	परिवार नियोजन सेवा कार्ड (Face Sheet)
१८	३.२	परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (पिल्स तथा गर्भ निरोधक सुई) सेवा रजिष्टर (Pills and Injectable Service Register)
१९	३.३	परिवार नियोजनको अस्थायी साधन (आइ.यु.सी.डी/इम्प्लान्ट) सेवा रजिष्टर (IUCD/Implant Service Register)
२०	३.४	परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर (Sterilization Service Register)

२१	३.५	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (Maternal and Newborn Health Card)
२२	३.६	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Maternal and Newborn Health 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	प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर (Reproductive Health Morbidity Register)
२९	४.१	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर
३०	४.२	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (FCHV Register)
३१	४.३	राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (Vitamin A Register)
३२	४.४	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर (Health Promotion and Health Education Register)
३३	५.१	औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमूना सङ्कलन फाराम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form)
३४	५.२	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (Malaria, Leprosy and Kalazar Laboratory Register)
३५	५.३	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (Malaria and Kalazar Treatment Register)
३६	५.४	कुष्ठरोग परीक्षण तथा उपचार कार्ड (Leprosy Examination and Treatment Card)
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)
४३	६.१	सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register)
४४	६.२	खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम (Laboratory Request and Reporting Form)
४५	६.३A	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी) (TB Laboratory Register — Microscopy)
४६	६.३B	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्स्पर्ट) (Tuberculosis Laboratory Register — Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)
४७	६.४A	क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) (Tuberculosis Treatment Management Card — DSTB)
४८	६.४B	क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि (TB Treatment Card — Patient)
४९	६.४C	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (DR TB Treatment Management Card)
५०	६.४D	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड (DR TB Treatment Card — Patient)
५१	६.५A	क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर (Tuberculosis Treatment Master Register)
५२	६.५B	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर (DR Tuberculosis Treatment Register)
५३	६.६	क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम (Tuberculosis Screening and Contact Examination)
५४	६.७	सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर (Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)
५५	६.८	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड (Tuberculosis Preventive Therapy Card)
५६	६.९	क्षयरोग प्रेषण पुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था) (TB Referral Form — Community, Private Sector)
५७	६.१०	aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form

५८	७.१	परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर (HIV Testing and Counselling Register)
५९	७.२	यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिस्टर (Sexually Transmitted Infections Treatment Register)
६०	७.३	एच.आई.भी. रोकथाम सेवा: एचआईभी स्व-जाँच रजिष्टर (HIV Self-Testing Register)
६१	७.४	एच.आई.भी. उपचार सेवा रजिस्टर (HIV Treatment Care Register)
६२	७.५	एच.आई.भी. उपचार सेवा कार्ड (HIV Treatment Care Record)
६३	७.६	ओ.एस.टी. रजिस्टर (Opioid Substitution Therapy Register)
६४	७.७	एच.आई.भी. रोकथाम सेवा: 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	७.१०	एच.आई.भी. हेरचाह तथा सहयोग: सामुदायिक हेरचाह केन्द्र रजिष्टर
६८	७.११	एच.आई.भी. हेरचाह तथा सहयोग: सीएचबीसी (CHBC) रजिष्टर
६९	७.१२	प्रि-एक्सपोजर प्रोफाइल्याक्सिस रजिष्टर
७०	७.१३	पोष्ट-एक्सपोजर प्रोफाइल्याक्सिस रजिष्टर
७१	७.१४	इन्डेक्स बेण्ड पार्टनर परीक्षण रजिष्टर
७२	७.१५	एच.आई.भी. रिसेन्सी परीक्षण
७३	८.१	बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)
७४	८.२	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge 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)
<b>प्रतिवेदन फारामहरू (Reporting Tools)</b>		
७९	९.१	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)

८०	९.२	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form — Immunization and PHC ORC)
८१	९.३	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (Basic Health Facilities Monthly Reporting Form)
८२	९.४	सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form)
८३	९.५	निजी तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form)

अभिलेख फारामहरू



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

मूल दर्ता रजिष्टर  
MASTER REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

# मूल दर्ता रजिष्टर

मिति: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (ग/म/सा)

क्र.सं	दर्ता नम्बर		सेवाग्राहीको		जाती कोड	उमेर		ठेगाना			सम्पर्क फोन 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)							जम्मा सेवाग्राही (महल नं. १)							नयाँ सेवाग्राही (महल नं. ६)							सेवाको किसिम (महल १३)					
लिङ्ग	उमेर समुह						जम्मा	उमेर समुह						जम्मा	जात/जाती समुह						जम्मा					
	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		सामान्य उपचार	१	परिवार नियोजन	५	यौनरोग
महिला																				IMNCI	२	क्षयरोग	६	नसर्ने रोग	१०	
पुरुष																				पोषण	३	कुष्ठरोग	७	अन्य (खुलाउने)	११	
																				सुरक्षित मातृत्व	४	किटजन्य रोग	८			

परिवार नियोजन ... ..	दर्ता नं.	
----------------------	-----------	--


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

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

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

कुष्ठरोग सेवा ... ..	दर्ता नं.	
----------------------	-----------	--

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

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>					
जिल्ला: ... ..		स्वास्थ्य संस्थाको नाम: ... ..			
<b>स्वास्थ्य सेवा कार्ड</b>					
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 ।

मिति (ग.म.सा.)	ओ.पि.डि. दर्ता नं.	शिकायत / निदान	उपचार र सल्लाह
हरेक पटक आउँदा यो पूर्जा अनिवार्य रूपमा लिइ आउनु होला ।			

मिति (ग.म.सा.)	ओ.पि.डि. दर्ता नं.	शिकायत / निदान	उपचार र सल्लाह
हरेक पटक आउँदा यो पूर्जा अनिवार्य रूपमा लिइ आउनु होला ।			



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

स्वास्थ्य सेवा विभाग

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर

OUTPATIENT REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश :

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## बहिरङ्ग सेवा

मिति: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (ग/म/सा)

क्र.सं.	मूल दर्ता नम्बर	OPD		सेवाग्राहीको		जाति कोड	उमेर		ठेगाना		संभावित क्षयरोगका बिरामी	
		दर्ता नम्बर		नाम	थर		महिला	पुरुष	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	हो	होइन
		नयाँ	पुरानो	वडा नं.					सम्पर्क फोन नम्बर			
१	२	३	४	५	६	७	८	९		१०	११	
									जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२
									वडा नं.	सम्पर्क नं.		
									जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२
									वडा नं.	सम्पर्क नं.		
									जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२
									वडा नं.	सम्पर्क नं.		
									जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२
									वडा नं.	सम्पर्क नं.		
									जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२
									वडा नं.	सम्पर्क नं.		
									जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२
									वडा नं.	सम्पर्क नं.		
									जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२
									वडा नं.	सम्पर्क नं.		
									जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२
									वडा नं.	सम्पर्क नं.		
									जिल्ला	नगर गाउँपालिका	१	२
									वडा नं.	सम्पर्क नं.		


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


पुरानो सेवाग्राहीको जम्मा संख्या (महल नं. ४)

# रजिष्टर

अनुसन्धान मूलक परीक्षण	सम्भावित निदान (Provisional Diagnosis)	ICD Code	उपचार र सल्लाह	Surgical Procedure (Day Care Surgery)	कैलिक हिम	निःशुल्क सेवा कोड	प्रेषण भई	
							आएको संस्थाको नाम	गएको संस्थाको नाम
१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	
					१			
					१			
					१			
					१			
					१			
					१			
					१			
					१			
					१			
					१			
					१			
					१			

संभावित क्षयरोगका बिरामी संख्या (महल नं. ११)		निःशुल्क सेवाको लक्षित समूह कोड (महल नं. १८)						
		लिङ्ग	अति गरिव/ गरिव = १	असहाय = २	अपाङ्ग = ३	जेष्ठ नागरिक = ४	म.स्वा.स्व.से = ५	अन्य = ६
महिला								
पुरुष								

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

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



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

... .. स्वास्थ्य संस्था, ... .. नगर/गाउँपालिका, ... .. जिल्ला

## डिफिल्टर/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	
------------------	--	----------------------------	--

५. अनुगमन गर्न लगाउने व्यक्तिको	नाम, थर	पद	सही र मिति

### (डिफिल्टर/अनियमितता खोज गर्ने व्यक्तिले भर्ने)

श्री .....

सम्पर्क गरेको मिति	डिफिल्टर/अनियमित हुनुको कारण

अनुगमन गर्नेको	नाम, थर	पद	सही र मिति

नोट: सेवा लिन आउनुपर्ने बिरामीहरु/सेवाग्राहीहरु तोकिएको समयमा सेवा लिन नआएमा अनुगमन गर्न यो

## समायोजन फाराम

सि.नं.	सूचक/ कार्यक्रम											





मानव संसाधन

स्वीकृत दरबन्दीमा कार्यरत कर्मचारीहरूको स्थिति

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

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

स्वास्थ्य संस्था को नाम :

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

सि.नं.	सूचक समूह	सूचक	लक्ष्य		सेवा पाएको महिना												प्रगति प्रतिशत***		
			वार्षिक	मासिक	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार		जम्मा	
१	Reporting Statu	स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएकाहरूको संख्या (नयाँ)																	
२		स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएकाहरूको जम्मा संख्या (नयाँ+थप पटक)																	
३		स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएका जेष्ठ नागरिक (६० वर्ष भन्दा माथिका) हरूको जम्मा संख्या																	
४	खोप कार्यक्रम:	वि.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—हिव पहिलो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१०		डि.पि.टि.—हेप बी—हिव तेश्रो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
११		दादुरा—रूबेला पहिलो मात्रा (९ महिना) खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१२		दादुरा—रूबेला दोस्रो मात्रा (१५ महिना) खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१३		जे.ई. खोप पाएका संख्या बालबालिका संख्या																	
१४		टाईफाइड (TCV) खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१५		टि.डी.-२ मात्रा (गर्भवती महिला) (TD) पाएका गर्भवती महिलाको संख्या																	
१६		टि.डी.-२+ मात्रा (गर्भवती महिला) (TD) पाएका गर्भवती महिलाको संख्या																	
१७	CB-IMNCI कार्यक्रम: २ महिना भन्दा कम उमेर समुहको	२ महिना सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या (स्वास्थ्य संस्था+गाउँघर क्लिनिक)																	
१८		२ महिना सम्मका गम्भीर संक्रमण भएका बच्चाको संख्या																	
१९		२ महिना सम्मका निमोनिया भएका बच्चाको संख्या																	
२०		२ महिना सम्मका स्थानिय संक्रमण भएका बच्चाको संख्या																	
२१		एम्पिसिलिनबाट उपचार गरेका बच्चाको संख्या																	
२२		एमोक्सिसिलिनबाट उपचार गरेका बच्चाको संख्या																	
२३		जेन्टामाइसिन पहिलो मात्रा वाट उपचार गरेका बच्चाको संख्या																	
२४		जेन्टामाइसिन पहिलो पुरा डोज प्राप्त गरेका बच्चाको संख्या																	
२५		मृत्यु (०-७ दिन)																	
२६		मृत्यु (८-२८ दिन)																	
२७	मृत्यु (२९-५९ दिन)																		
२८	CB-IMNCI कार्यक्रम:	२ - ५९ महिना सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या (स्वास्थ्य संस्था+गाउँघर क्लिनिक)																	
२९		स्वास प्रश्वास रोग लागेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको संख्या (स्वास्थ्य संस्था+गाउँघर क्लिनिक + म.स्वा.स्व.से.)																	
३०		निमोनिया (निमोनिया भएका ५ वर्षमुनिका) विरामीको संख्या																	

सि.नं.	सूचक समूह	सूचक	लक्ष्य		सेवा पाएको महिना												प्रगति प्रतिशत***		
			वार्षिक	मासिक	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार		जम्मा	
३१	उच्चतम उमेर समूहको उमेर समूहको	झाडा पाखाला लागेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको संख्या (स्वास्थ्य संस्था, गाउँघर क्लिनिक )																	
३२		झाडा पाखाला लागेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूको संख्या (स्वास्थ्य संस्था+गाउँघर क्लिनिक + म.स्वा.स्व.से.)																	
३३		जिक र ओ.आर.एस. बाट उपचार गरिएका विरामी संख्या																	
३४		मृत्यु (२-११ महिना)																	
३५		मृत्यु (१२-५९ महिना)																	
३६	पोषण कार्यक्रम:	पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गरिएका (०-११ महिना मुनिका) बालबालिका संख्या																	
३७		पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गरिएका (२ वर्ष मुनिका) बालबालिका मध्ये जोखिम तथा अति जोखिम (कम तौल भएका) बालबालिकाको संख्या																	
३८		जोखिम तथा अति जोखिम पोषण स्थिति भएका (नयाँ) बालबालिकाको संख्या: जम्मा																	
३९		पहिलो पटक आईरन चिह्नपाएका (नयाँ) गर्भवति महिलाहरूको संख्या																	
४०		१८० आईरन चिह्नपाएका गर्भवति महिलाहरूको संख्या																	
४१		जुकाको औषधि पाएका गर्भवति महिलाहरूको संख्या																	
४२	शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण (IYCF)	शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्रै गराएका संख्या																	
४३		समयमै थप आहार खुवाउन शुरु गरेका संख्या																	
४४	शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम	शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम नयाँ भर्ना गरेका संख्या																	
४५		शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) पुनः भर्ना गरेका संख्या																	
४६	सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम:	पहिलो पटक गर्भवति जाँच गरेका (जुनसुकै समयको) जनामा																	
४७		४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता ) गर्भवति जाँच गरेका जनामा																	
४८		८ पटक (प्रोटोकल अनुसार) पुरा गरेका जना																	
४९		दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (तालीम प्राप्त अ.न.मी.) प्रसूति गराएको जम्मा संख्या																	
५०		दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट (तालीम प्राप्त डाक्टर, नर्स,) प्रसूति गराएको जम्मा संख्या																	
५१		अन्य स्वास्थ्यकर्मीबाट (दक्ष प्रसूति/स्वास्थ्यकर्मी बाहेक) प्रसूति गराएको जम्मा संख्या																	
५२		स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति भएका संख्या:- जम्मा संख्या																	
५३		पहिलो पटक (२४ घण्टामा ) सुत्केरी जाँच गरेको संख्या																	
५४	प्रोटोकल अनुसार ४ पटक सुत्केरी जाँच गरेको संख्या																		
५५	आमा सुरक्षा कार्यक्रम	यातायात खर्च पाएका महिलाहरूको संख्या																	
५६		गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिलाहरूको संख्या																	
५७	मातृ मृत्युको संख्या	गर्भावस्था, प्रसूती अवस्था र सुत्केरी अवस्थामा मृत्यु भएका महिलाहरूको संख्या																	
५८		गर्भपतन गराएको महिला संख्या: मेडिकल :- < २० वर्ष																	
५९		गर्भपतन गराएको महिला संख्या: मेडिकल :- ≥ २० वर्ष																	

सि.नं.	सूचक समूह	सूचक	लक्ष्य		सेवा पाएको महिना													प्रगति प्रतिशत***		
			बार्षिक	मासिक	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	जम्मा			
६०	सुरक्षित गर्भपतन कार्यक्रम:	गर्भपतन गराएको महिला संख्या: सर्जिकल :- < २० वर्ष																		
६१		गर्भपतन गराएको महिला संख्या: सर्जिकल :- ≥ २० वर्ष																		
६२		गर्भपतन गराएको महिला संख्या: जम्मा																		
६३		गर्भपतन पश्चात परिवार नियोजन साधन (लामो तथा छोटो अवधिको) अपनाएका महिलाको संख्या																		
६४	परिवार नियोजन कार्यक्रम:	नयाँ प्रयोगकर्ता — पिल्स																		
६५		नयाँ प्रयोगकर्ता — डिपो																		
६६		नयाँ प्रयोगकर्ता — सयाना प्रेस																		
६७		नयाँ प्रयोगकर्ता — आई.यु.सि.डी.																		
६८		नयाँ प्रयोगकर्ता ईम्प्लाण्ट																		
६९		नयाँ प्रयोगकर्ता — स्थायी वन्द्याकरण																		
७०		कण्डम वितरण गोटा																		
७१		हाल प्रयोगकर्ता (Current Users) को संख्या - पिल्स																		
७२		हाल प्रयोगकर्ता (Current Users) को संख्या - डिपो																		
७३		हाल प्रयोगकर्ता (Current Users) को संख्या - सयाना प्रेस																		
७४		हाल प्रयोगकर्ता (Current Users) को संख्या - आई.यु.सि.डी.																		
७५		हाल प्रयोगकर्ता (Current Users) को संख्या - इम्प्लाण्ट																		
७६		हाल अपनाइरहेकाहरूका जम्मा संख्या (कण्डम+पिल्स+डिपो+सयाना प्रेस+आईयुसिडी+ईम्प्लाण्ट+वन्द्याकरण)																		
७७	महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम:	महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम: प्रतिवेदन संकलन																		
७८		सेवा प्रदान गरेको जम्मा संख्या																		
७९		आमा समूहको बैठक बसेको पटक																		
८०	गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम:	संचालन भएको पटक																		
८१		सेवा पाएकाहरूको संख्या																		
८२	एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण	यस महिनाको संक्रमितको संख्या																		
८३		हालसम्म का जम्मा संक्रमित का संख्या																		
८४		उपचारमा रहेका जम्मा संक्रमितका संख्या																		
८५		उपचार मध्य viral load suppression का संख्या																		
८६	कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम:	नया विरामी संख्या																		
८७		जम्मा विरामी MB+PB																		
८८		नया विरामी मध्ये ०-१४ वर्षका विरामी संख्या																		
८९		नया विरामी मध्ये Grade २ असक्तता को संख्या																		
९०	पुनर्स्थापना सेवा	नयाँ सेवाम्राहीको संख्या																		
९१		पुनर्स्थापना सम्बन्धि जम्मा सेवा																		
९२		पुनर्स्थापना सेवा पाउने अपाङ्गता भएका व्यक्तिको कुल संख्या																		
९३		सहायक सामग्री प्राप्त गर्ने सेवाम्राहिको संख्या																		
९४	क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम:	नयाँ PBC विरामीहरूको संख्या																		
९५		दर्ता भएका क्षयरोगका जम्मा विरामीहरूको संख्या																		
९६		१ वर्ष अगाडि दर्ता भएका नयाँ PBC विरामी संख्या																		

सि.नं.	सूचक समूह	सूचक	लक्ष्य		सेवा पाएको महिना													प्रगति प्रतिशत***
			वार्षिक	मासिक	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	जम्मा	
९७		निको भएका नयाँ PBC विरामीहरू: निको भएका संख्या																
९८		निको भएका नयाँ PBC विरामीहरू: उपचार पूरा भएको संख्या																
९९	औलोरोम नियन्त्रण	परिक्षण गरिएका शंकास्पद औलो रोगी को संख्या																
१००	कार्यक्रम:	निश्चित गरिएका नयाँ औलोरोगीको संख्या																
१०१		उपचार गरिएका औलो रोगीको संख्या																
१०२	काला जार रोग नियन्त्रण कार्यक्रम	कालाजारका नयाँ रोगीको संख्या																
१०३	CURATIVE SER	New Outpatient Morbidity Total																

## स्वास्थ्य संस्थाको बित्तिय अबस्था

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

## कर्मचारी बिबरण

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

## मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरूको नामावली	छलफलका बिषयहरू	निर्णय
श्रावण				
भाद्र				
आश्विन				
कार्तिक				

## मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरूको नामावली	छलफलका बिषयहरू	निर्णय
मंसिर				
पौष				
माघ				
फाल्गुण				

## मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरूको नामावली	छलफलका बिषयहरू	निर्णय
चैत्र				
बैशाख				
जेष्ठ				
असार				















स्वास्थ्य संस्थाको बित्तिय अबस्था

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

## कर्मचारी बिबरण

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

## मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरूको नामावली	छलफलका बिषयहरू	निर्णय
श्रावण				
भाद्र				
आश्विन				
कार्तिक				

## मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरूको नामावली	छलफलका बिषयहरू	निर्णय
मंसिर				
पौष				
माघ				
फाल्गुण				

## मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरूको नामावली	छलफलका बिषयहरू	निर्णय
चैत्र				
बैशाख				
जेष्ठ				
असार				



## सोप लगाएको विवरण

खोपको नाम	जन्मिने बित्तिकै	६ हप्ता	१० हप्ता	१४ हप्ता	९ महिना	१२ महिना	१५ महिना
बी.सी.जी.	/ /						/ /
रोटा		/ /	/ /	/ /			
ओ.पी.भी.		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
एफ.आई. पी.भी.					/ /	/ /	
पि.सि.भी.		/ /	/ /	/ /			
डी.पि.टि- हेप.बि-डिब		/ /	/ /	/ /			
बादुरा रुबेला					/ /	/ /	
जे.इ.						/ /	
टि.सि.भि.						/ /	/ /
एच.पि.भी	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
अन्य.....	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

### अर्को पटक सोप लगाउन आउने मिति (गते/महिना/साल)

**१** ..... / ..... / .....     
 **२** ..... / ..... / .....     
 **३** ..... / ..... / .....

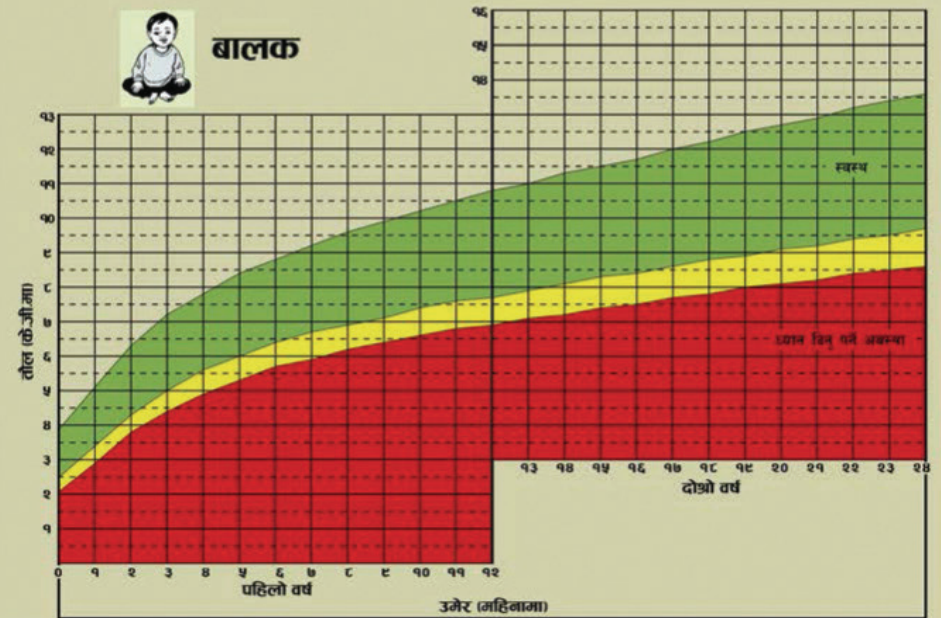
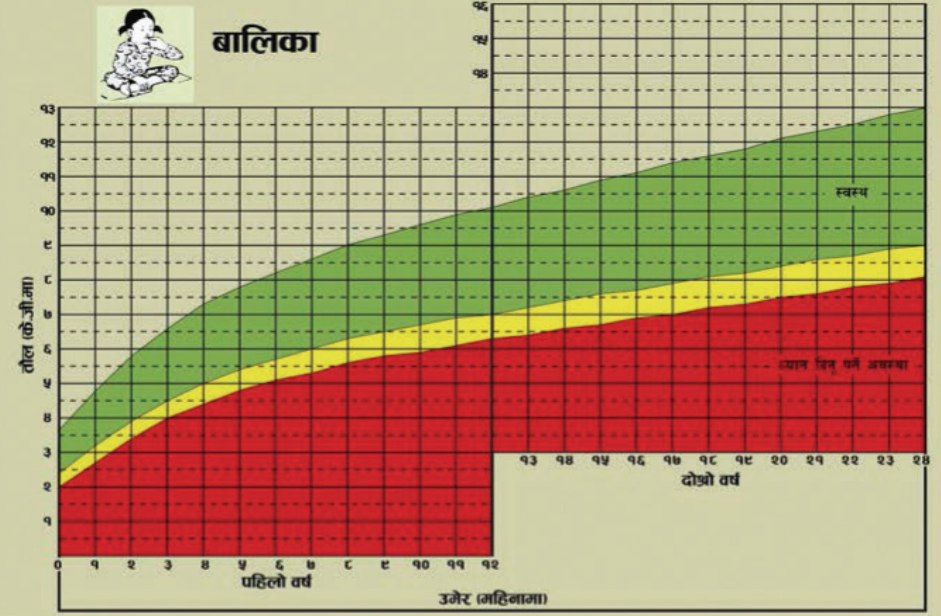
**४** ..... / ..... / .....     
 **५** ..... / ..... / .....     
 **६** ..... / ..... / .....

**७** ..... / ..... / .....

खोपको पूरा मात्रा लगाएको प्रमाणित गर्ने

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

## उमेर अनुसार बृद्धि अनुगमन चार्ट



दुई वर्ष मुनिका बच्चाको बृद्धि अनुगमन हरेक महिना गराउनुहोस् ।  
बच्चा विरामी भएमा स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

**पोषण स्थिति**

रातो      अति जोखिम

पहेलो      जोखिम

हरियो      राम्रो

**बच्चाको बृद्धि देखाउने रेखा**

राखी      जोखिम      अति जोखिम

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



खोप रजिष्टर  
IMMUNIZATION REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## 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	बैशाख	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																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
३																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
४																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
५																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
६																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
७																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
८																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
९																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
१०																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
११																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
१२																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
१३																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
१४																	
	सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																
मासिक जम्मा खोप संचालन संख्या																	
मासिक जम्मा सरसफाई सेसनमा सहभागी संख्या																	

### भ्याक्सिन प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता भएको विवरण (डोज)

खोप	प्राप्त, खर्च र फिर्ता विवरण		श्रावण	भाद्र	आश्विन	कात्तिक	मङ्सिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेठ	असार	कैफियत	
																१
वि.सि.जी. (BCG)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
रोटा (Rota)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
पोलियो (bOPV)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
एफ्.आई.पि.भी. (fIPV)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
पि.सि.भि. (PCV)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
डि.पि.टी./ हेप वि/ हिब (DPT- HepB-Hib)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
दादुरा-रुबेला (Measles- Rubella)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
जे.ई. (JE)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
टाईफाइड (TCV)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
टी.डी. (TD)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																
एच.पि.भि. (HPV)	प्राप्त डोज															
	खर्च डोज	खोप दिन खोलेको														
		अन्य कारणले बिग्रेको														
फिर्ता डोज																

खोप सेवाको र

वडा नं. ... ..

क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	बच्चाको		जाति कोड	लिंग	आमा/बुवाको नाम, थर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	वि.सि.जी. (BCG) 1	रोटा (Rota)		पोलियो २
		नाम	थर								१	२	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१५
					म				ग	ग	ग	ग	ग
					पु				म	म	म	म	म
					सा				सा	सा	सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग	ग	ग
					पु				म	म	म	म	म
					सा				सा	सा	सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग	ग	ग
					पु				म	म	म	म	म
					सा				सा	सा	सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग	ग	ग
					पु				म	म	म	म	म
					सा				सा	सा	सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग	ग	ग
					पु				म	म	म	म	म
					सा				सा	सा	सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग	ग	ग
					पु				म	म	म	म	म
					सा				सा	सा	सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग	ग	ग
					पु				म	म	म	म	म
					सा				सा	सा	सा	सा	सा

## विवरण

खोप केन्द्रको नाम ... ..

(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)	टाईफाइड (TCV)	पूर्ण खोप (सब खोप) पूरा गरेको	कैफियत
	३	१	२	३	१	२	३	१	२	१	१			
१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	

जाति कोड: १. दलित, २. जनजाती, ३. मधेसी, ४. मुस्लिम, ५. ब्राह्मण/क्षेत्री, ६. अन्य

## नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्

वडा नं. ... ..

क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	बच्चाको		जाति कोड	लिंग	आमा/बुवाको नाम, थर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	वि.सि.जी. (BCG) 1	रोटा (Rota)			पो
		नाम	थर								१	२	३	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	
					म				ग	ग	ग	ग	ग	
					पु				म	म	म	म	म	
					सा				सा	सा	सा	सा	सा	
					म				ग	ग	ग	ग	ग	
					पु				म	म	म	म	म	
					सा				सा	सा	सा	सा	सा	
					म				ग	ग	ग	ग	ग	
					पु				म	म	म	म	म	
					सा				सा	सा	सा	सा	सा	
					म				ग	ग	ग	ग	ग	
					पु				म	म	म	म	म	
					सा				सा	सा	सा	सा	सा	
					म				ग	ग	ग	ग	ग	
					पु				म	म	म	म	म	
					सा				सा	सा	सा	सा	सा	
					म				ग	ग	ग	ग	ग	
					पु				म	म	म	म	म	
					सा				सा	सा	सा	सा	सा	
					म				ग	ग	ग	ग	ग	
					पु				म	म	म	म	म	
					सा				सा	सा	सा	सा	सा	

## यत्रबाट आएका बच्चाहरुको खोप सेवाको विवरण

खोप केन्द्रको नाम ... ..

लियो (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)	टाईफाइड (TCV)	पूर्ण खोप (सबै खोप पूरा गरेको)	कैफियत
२	३	१	२	३	१	२	३	१	२	१	२	१	१		
१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३२
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	
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	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	

जाति कोड: १. दलित, २. जनजाती, ३. मधेसी, ४. मुस्लिम, ५. ब्राह्मण/क्षेत्री, ६. अन्य

## २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप

वडा नं. ... ..

क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	बच्चाको		जाति कोड	लिंग	आमा/बुवाको नाम, थर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	वि.सि.जी. (BCG)	
		नाम	थर							१	१
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२
					म				ग	ग	ग
					पु				म	म	म
					पु				सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग
					पु				म	म	म
					पु				सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग
					पु				म	म	म
					पु				सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग
					पु				म	म	म
					पु				सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग
					पु				म	म	म
					पु				सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग
					पु				म	म	म
					पु				सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग
					पु				म	म	म
					पु				सा	सा	सा
					म				ग	ग	ग
					पु				म	म	म
					पु				सा	सा	सा

नोट: (१) २३ महिना पछि खोप शुरु गरेका बच्चा लाई पि.सि.भि र एफ.आइ.पि.भि. ८ हप्ताको फरकमा २ मात्रा दिने, पेन्टा खोप पहिलो र दोस्रो मात्रा ४ हप्ताको फरकमा र तेस्रो मात्रा

## न शुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण

खोप केन्द्रको नाम ... ..

पोलियो (bOPV) हप्ताको फरकमा		एफ.आई.पि.भी. (fIPV) ८ हप्ताको फरकमा		पि.सि.भि. (PCV) ८ हप्ताको फरकमा		डि.पि.टी./हेप वि/हिब (DPT-HepB-Hib) ०, १ र ६ महिना*			दादुरा-रुबेला (MR) ४ हप्ताको फरकमा		जे.ई. (JE)
२	३	१	२	१	२	१	२	३	१	२	१
१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा

त्रा दोस्रो मात्रा लिएको छ महिना पछि मात्र दिने; (२) २४ महिना पछि रोटा खोप नदिने; (३) बि.सि.जी खोप को मात्रा ०.१ ml दिने

## टि.डी. खोप सेवाको अभिलेख विवरण

वडा: .....

खोप केन्द्रको नाम ... ..

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

नोट: यदि महिला पहिलो गर्भवती भएर आएकी भए टिडी पहिलो मात्राबाट शुरु गर्ने

परिमार्जित: आ.ब. २०८२/८३

छपाई: आ.ब. २०८२/८३



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

खोपको प्रकार:

चरण:

क्र.सं.	वडा नं.	मिति			लक्षित जनसंख्या			खोप लगाएको संख्या			प्रगति %	खोप केन्द्रको संख्या	परिचालित स्वा.स्व.से. तथा स्वास्थ्य कर्मीको संख्या	खोप (डोजमा)			कैफियत	
		ग	म	सा	उमेर समूह (खुलाउने)			उमेर समूह (खुलाउने)						प्राप्त	खर्च भएको			फिर्ता गरेको
					.....	.....	जम्मा	.....	.....	जम्मा					खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९

## खोप पश्चात हुने अवाञ्छित घटनाको विवरण

क्र. सं.	१. बच्चाको नाम २. अभिभावकको नाम सम्पर्क नं.	बच्चाको उमेर		ठेगाना		खोप सेवा दर्ता नं.	AEFI दर्ता भएको मिति	दिईएको खोपको नाम
		म	पु	ठेगाना	गाँउ/टोल			
१	२	३	४	५	६	७	८	९
	१			जिल्ला			ग	
	२			पालिका			म	
				वडा नं.			सा	
	१			जिल्ला			ग	
	२			पालिका			म	
				वडा नं.			सा	
	१			जिल्ला			ग	
	२			पालिका			म	
				वडा नं.			सा	
	१			जिल्ला			ग	
	२			पालिका			म	
				वडा नं.			सा	
	१			जिल्ला			ग	
	२			पालिका			म	
				वडा नं.			सा	
	१			जिल्ला			ग	
	२			पालिका			म	
				वडा नं.			सा	
	१			जिल्ला			ग	
	२			पालिका			म	
				वडा नं.			सा	

नोट: खोप दिए पछि ए.ई.एफ.आई.भएमा सो दिन दिईएको सबै खोपको विवरण र

**(Adverse Event Following Immunization)**

खोपको ब्याच नं.	घोलकको ब्याच नं.	खोप लगाएको मिति, समय तथा स्थान			लक्षण शुरू भएको मिति तथा समय		देखिएका मुख्य लक्षणहरू	वर्गीकरण		व्यवस्थापन
		मिति	समय	स्थान	मिति	समय		सामान्य	गम्भिर	
१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०
		ग			ग					
		म			म					
		सा			सा					
		ग			ग					
		म			म					
		सा			सा					
		ग			ग					
		म			म					
		सा			सा					
		ग			ग					
		म			म					
		सा			सा					
		ग			ग					
		म			म					
		सा			सा					
		ग			ग					
		म			म					
		सा			सा					
		ग			ग					
		म			म					
		सा			सा					

: यदि घोलिएको भ्याक्सिन दिईएको भए घोलकको समेत व्याच नं उल्लेख गर्ने साथै ती भायलहरू १ महिना सम्म सुरक्षित राख्ने



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

# पोषण रजिष्टर

## NUTRITION REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश: जिल्ला: नगर/गाउँपालिका: वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष: देखि सम्म

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

वार्ड नं.	
-----------	--

उमेर अनुसारको बृद्धि तथा पोषण अनुगमन (तौल किलोग्राममा उल्लेख गर्ने)

बाल भिटा वितरण (महिनामा)

ति	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 मस्वास्वसे	१२-१७ मस्वास्वसे	१८-२३ मस्वास्वसे	अतिरिक्त पोषिलो आहार लिएको उमेर (महिनामा)																			
	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	बृद्ध अनुगमन पुटक	मिति				६६	६७	६८	६९	७०	७१	७२													
३	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																	
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	६	७	८	९	१०	११										
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	१२	१३	१४	१५	१६	१७							
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	१८	१९	२०	२१	२२	२३			
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	६	७	८	९	१०	११				
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	१२	१३	१४	१५	१६	१७			
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	१८	१९	२०	२१	२२	२३		
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	६	७	८	९	१०	११			
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	१२	१३	१४	१५	१६	१७		
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	१८	१९	२०	२१	२२	२३	
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	६	७	८	९	१०	११		
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	१२	१३	१४	१५	१६	१७	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	१८	१९	२०	२१	२२	२३
ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	ग	६	७	८	९	१०	११	
म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	म	१२	१३	१४	१५	१६	१७	
सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	सा	१८	१९	२०	२१	२२	२३

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

आर्थिक बर्ष: २०८ ... / २०८ ...

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	
भिटाविन 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													

आर्थिक बर्ष: २०८ ... / २०८ ...

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	
भिटाविन 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													

बृद्धि 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		ब्राह्मण/क्षेत्री		अन्य	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
श्रावण													
भाद्र													
आश्वीन													
कार्तिक													
मंसिर													
पौष													
माघ													
फाल्गुण													
चैत्र													
बैशाख													
जेष्ठ													
आषाढ													
जम्मा													

### किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम

आर्थिक बर्ष: .....

#### 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 श्रोतको जम्मा संख्या लेख्ने)

प्रतिवेदन श्रोत	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	यस आ.ब. को जम्मा
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४
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 श्रोतको जम्मा संख्या लेख्ने)

प्रतिवेदन श्रोत	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	यस आ.ब. को जम्मा
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४
विद्यालय													
स्वास्थ्य संस्था													
महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका													
जम्मा													



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

नवजातशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर

INTEGRATED MANAGEMENT OF NEONATAL & CHILDHOOD ILLNESS  
(IMNCI) REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम

प्रदेश	जिल्ला :	न.पा/गा.पा:	वडा नं.:
प्रयोग मिति:	आर्थिक वर्ष:	देखि	सम्म

## IMNCI REGISTER FOR CHILDREN

SN., MRN, SRN	Date, Name, Caste and Ethnicity code, Address				Sex, Age, Weight, Temperature, and Referral		Patients signs and symptoms (Circle all the codes that														
							1. General danger signs (GDS)		2. Acute respiratory infection (ARI)		3. Diarrhoea		4. Fever								
1	2				3	4	5		6		7		8		9		10		11		12
	Date	DD	MM	YY	Female	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	
							No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	
	Name				Male	2	Unable to drink		3	Days:		Days			Days			Days			
					Age in months							Blood			3	Malaria risk	Yes	3	No	4	
	Caste				Weight (kg)		Vomiting all		4	Respiratory rate		Lethergic/ Unconscious		4	Stiff neck			5	Nasal discharge		6
					Temp (.C)							Irritable			5	Microscopic	+ve	7	-ve	8	
	Ethnicity code				Referred by		Convulsion		5	Chest indrawing		1	Unable to drink		7	RDT	+ve	9	-ve	10	
	Address				FCHV	1				Stridor		2	Drinks eagerly		8	Falciparum			11	Non Falciparum	12
	District				PHC/ORC	2	Lethargic/ Unconscious		6	Wheezing		3	Skin pinch very slowly		9	General rash			13	Hazy Cornea/Oral Ulcer (deep & spread)	14
	Rural/Municipality, Ward no				HF	3							Skin pinch slowly		10	Pus from eye/ Oral ulcer			15		15
	Date	DD	MM	YY	Female	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	
							No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	
	Name				Male	2	Unable to drink		3	Days:		Days			Days			Days			
					Age in months							Blood			3	Malaria risk	Yes	3	No	4	
	Caste				Weight (kg)		Vomiting all		4	Respiratory rate		Lethergic/ Unconscious		4	Stiff neck			5	Nasal discharge		6
					Temp (.C)							Irritable			5	Microscopic	+ve	7	-ve	8	
	Ethnicity code				Referred by		Convulsion		5	Chest indrawing		1	Unable to drink		7	RDT	+ve	9	-ve	10	
	Address				FCHV	1				Stridor		2	Drinks eagerly		8	Falciparum			11	Non Falciparum	12
	District				PHC/ORC	2	Lethargic/ Unconscious		6	Wheezing		3	Skin pinch very slowly		9	General rash			13	Hazy Cornea/Oral Ulcer (deep & spread)	14
	Rural/Municipality, Ward no				HF	3							Skin pinch slowly		10	Pus from eye/ Oral ulcer			15		15
	Date	DD	MM	YY	Female	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	
							No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	
	Name				Male	2	Unable to drink		3	Days:		Days			Days			Days			
					Age in months							Blood			3	Malaria risk	Yes	3	No	4	
	Caste				Weight (kg)		Vomiting all		4	Respiratory rate		Lethergic/ Unconscious		4	Stiff neck			5	Nasal discharge		6
					Temp (.C)							Irritable			5	Microscopic	+ve	7	-ve	8	
	Ethnicity code				Referred by		Convulsion		5	Chest indrawing		1	Unable to drink		7	RDT	+ve	9	-ve	10	
	Address				FCHV	1				Stridor		2	Drinks eagerly		8	Falciparum			11	Non Falciparum	12
	District				PHC/ORC	2	Lethargic/ Unconscious		6	Wheezing		3	Skin pinch very slowly		9	General rash			13	Hazy Cornea/Oral Ulcer (deep & spread)	14
	Rural/Municipality, Ward no				HF	3							Skin pinch slowly		10	Pus from eye/ Oral ulcer			15		15
	Date	DD	MM	YY	Female	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	
							No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	
	Name				Male	2	Unable to drink		3	Days:		Days			Days			Days			
					Age in months							Blood			3	Malaria risk	Yes	3	No	4	
	Caste				Weight (kg)		Vomiting all		4	Respiratory rate		Lethergic/ Unconscious		4	Stiff neck			5	Nasal discharge		6
					Temp (.C)							Irritable			5	Microscopic	+ve	7	-ve	8	
	Ethnicity code				Referred by		Convulsion		5	Chest indrawing		1	Unable to drink		7	RDT	+ve	9	-ve	10	
	Address				FCHV	1				Stridor		2	Drinks eagerly		8	Falciparum			11	Non Falciparum	12
	District				PHC/ORC	2	Lethargic/ Unconscious		6	Wheezing		3	Skin pinch very slowly		9	General rash			13	Hazy Cornea/Oral Ulcer (deep & spread)	14
	Rural/Municipality, Ward no				HF	3							Skin pinch slowly		10	Pus from eye/ Oral ulcer			15		15

**AGED 2 - 59 MONTHS**

apply)		Classification & Code					Treatment and counseling							Referred to	Follow up		Remarks
5. Ear infection		6. Nutrition status		Major classifications	Number	ICD Code	Medicine		Counseling to mother		Treatment Outcome		Date (DDMMYY)		Result		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
Yes	1	Severe	1		Number of classification:	ICD code for one major diagnosis		Food	1	Improved	1			Improved	1		
No	2	wasting							Fluid	2	Referred						Day:
Ear pain	3	Oedema feet	2						Immediate visit	3	LAMA/ Absconded	3		Month:	Same		2
Ear discharge	4	Very low weight	3						Regular follow up	4	Death	4		Year:	Worse		3
		Low weight	4														
Days:		Normal weight	5														
		MUAC															
		Red	6														
Tender swelling behind the ear	5	Yellow	7														
		Green	8	Others													
		Severe pallor	9														
		Some pallor	10														
Yes	1	Severe	1		Number of classification:	ICD code for one major diagnosis		Food	1	Improved	1		Improved	1			
No	2	wasting							Fluid	2	Referred						Day:
Ear pain	3	Oedema feet	2						Immediate visit	3	LAMA/ Absconded	3		Month:		Same	2
Ear discharge	4	Very low weight	3						Regular follow up	4	Death	4		Year:		Worse	3
		Low weight	4														
Days:		Normal weight	5														
		MUAC															
		Red	6														
Tender swelling behind the ear	5	Yellow	7														
		Green	8	Others													
		Severe pallor	9														
		Some pallor	10														
Yes	1	Severe	1		Number of classification:	ICD code for one major diagnosis		Food	1	Improved	1		Improved	1			
No	2	wasting							Fluid	2	Referred						Day:
Ear pain	3	Oedema feet	2						Immediate visit	3	LAMA/ Absconded	3		Month:		Same	2
Ear discharge	4	Very low weight	3						Regular follow up	4	Death	4		Year:		Worse	3
		Low weight	4														
Days:		Normal weight	5														
		MUAC															
		Red	6														
Tender swelling behind the ear	5	Yellow	7														
		Green	8	Others													
		Severe pallor	9														
		Some pallor	10														
Yes	1	Severe	1		Number of classification:	ICD code for one major diagnosis		Food	1	Improved	1		Improved	1			
No	2	wasting							Fluid	2	Referred						Day:
Ear pain	3	Oedema feet	2						Immediate visit	3	LAMA/ Absconded	3		Month:		Same	2
Ear discharge	4	Very low weight	3						Regular follow up	4	Death	4		Year:		Worse	3
		Low weight	4														
Days:		Normal weight	5														
		MUAC															
		Red	6														
Tender swelling behind the ear	5	Yellow	7														
		Green	8	Others													
		Severe pallor	9														
		Some pallor	10														

## IMNCI REGISTER FOR CHILD

SN, MRN, SRN	Date, Name, Caste and Ethnicity code				Sex, Age, Weight, Temperature, and Referral		Patients signs and symptoms (Circle all the codes)							
							1. PSBI/LBI/NBI/Pneumonia			2. Diarrhoea		3. Breast feeding problem/Low weight		
1	2				3	4	5		6	7		8	9	
	Date	DD	MM	YY	Female	1	Convulsion	1		Yes		1	Breastfed	
	Name of Mother				Male	2	Respiratory rate (RR):			No		2	Difficult feeding	
	Name of Child				Age in weeks		Severe chest indrawing	2		How many days?			How many times in 24 hours	
	Caste				Weight (kg)		Nasal flaring	3		Blood		3	Receive other food/ drinks	
	Ethnicity Code				Temp (.C)		Grunting	4		Lethargic/ Unconscious		4	How often? Times:	
	Address:				Temp >37.5 C		Umbilicus infection to skin	5		Unconscious		4	Feed by bottle	
	District				Temp <35.5 C		Umbilicus red or with Pus	6		Restless/ Irritable		5	Feed by spoon	
	Rural/ Municipality, Ward no.				Referred by		Temp >37.5 C	7		Sunken eyes		6	Very low weight	
					FCHV	1	Temp <35.5 C	8		Skin pustules: Severe or >10		11	Low weight	
					PHC/ORC	2	Skin pustules: < 10	9		Lethargic/ Unconscious		13	Normal weight	
					HF	3	Lethargic/ Unconscious	10		Skin pinch very slowly		7	Oral Ulcer/Thrush	
							Jaundice upto hands feet	11		Skin pinch slowly		8	Normal weight	
							Jaundice	12		Skin pinch slowly		8	Oral Ulcer/Thrush	
							Pus from Eye	13		Skin pinch slowly		8	Oral Ulcer/Thrush	
	Date	DD	MM	YY	Female	1	Convulsion	1		Yes		1	Breastfed	
	Name of Mother				Male	2	Respiratory rate (RR):			No		2	Difficult feeding	
	Name of Child				Age in weeks		Severe chest indrawing	2		How many days?			How many times in 24 hours	
	Caste				Weight (kg)		Nasal flaring	3		Blood		3	Receive other food/ drinks	
	Ethnicity Code				Temp (.C)		Grunting	4		Lethargic/ Unconscious		4	How often? Times:	
	Address:				Temp >37.5 C		Umbilicus infection to skin	5		Unconscious		4	Feed by bottle	
	District				Temp <35.5 C		Umbilicus red or with Pus	6		Restless/ Irritable		5	Feed by spoon	
	Rural/ Municipality, Ward no.				Referred by		Temp >37.5 C	7		Sunken eyes		6	Very low weight	
					FCHV	1	Temp <35.5 C	8		Skin pustules: Severe or >10		11	Low weight	
					PHC/ORC	2	Skin pustules: < 10	9		Lethargic/ Unconscious		13	Normal weight	
					HF	3	Lethargic/ Unconscious	10		Skin pinch very slowly		7	Oral Ulcer/Thrush	
							Jaundice upto hands feet	11		Skin pinch slowly		8	Normal weight	
							Jaundice	12		Skin pinch slowly		8	Oral Ulcer/Thrush	
							Pus from Eye	13		Skin pinch slowly		8	Oral Ulcer/Thrush	
	Date	DD	MM	YY	Female	1	Convulsion	1		Yes		1	Breastfed	
	Name of Mother				Male	2	Respiratory rate (RR):			No		2	Difficult feeding	
	Name of Child				Age in weeks		Severe chest indrawing	2		How many days?			How many times in 24 hours	
	Caste				Weight (kg)		Nasal flaring	3		Blood		3	Receive other food/ drinks	
	Ethnicity Code				Temp (.C)		Grunting	4		Lethargic/ Unconscious		4	How often? Times:	
	Address:				Temp >37.5 C		Umbilicus infection to skin	5		Unconscious		4	Feed by bottle	
	District				Temp <35.5 C		Umbilicus red or with Pus	6		Restless/ Irritable		5	Feed by spoon	
	Rural/ Municipality, Ward no.				Referred by		Temp >37.5 C	7		Sunken eyes		6	Very low weight	
					FCHV	1	Temp <35.5 C	8		Skin pustules: Severe or >10		11	Low weight	
					PHC/ORC	2	Skin pustules: < 10	9		Lethargic/ Unconscious		13	Normal weight	
					HF	3	Lethargic/ Unconscious	10		Skin pinch very slowly		7	Oral Ulcer/Thrush	
							Jaundice upto hands feet	11		Skin pinch slowly		8	Normal weight	
							Jaundice	12		Skin pinch slowly		8	Oral Ulcer/Thrush	
							Pus from Eye	13		Skin pinch slowly		8	Oral Ulcer/Thrush	

**EN AGED BELOW 2 MONTHS**

that apply)			Classification & Code			Treatment and Counselling					Referred to	Follow up			Remarks						
4. Assess breast feeding			Major classifications	Number	ICD Code	Medicine		Counselling to mother	Treatment Outcome			Date (DDMMYY)	Result								
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26					
1	Includes all 4 points of attachment	Yes	1	Number of classification:	ICD code for one major diagnosis	Ampicillin	1	Breast feeding	1	Improved	1		Day:	Improved	1						
2						Amoxycillin	2														
3		No	2			Keep warm	2	Referred									2	Day:			
4	Includes all 4 points of Position	Yes	3			Keep warm	2	Referred	2	Month:	Same		2								
5		No	4											Immediate visit	3		LAMA/ Absconded	3	Month:	Same	2
6	Suckling: Effectively	Yes	5			Others	If Gentamycin	1	5	Regular follow up	4		Death	4	Year:		Worse	3			
7																			No	6	2
8		3	4																		
9																			4		
1	Includes all 4 points of attachment	Yes	1	Number of classification:	ICD code for one major diagnosis	Ampicillin	1	Breast feeding	1	Improved	1		Day:	Improved	1						
2						Amoxycillin	2														
3		No	2			Keep warm	2	Referred									2	Day:			
4	Includes all 4 points of Position	Yes	3			Keep warm	2	Referred	2	Month:	Same		2								
5		No	4											Immediate visit	3		LAMA/ Absconded	3	Month:	Same	2
6	Suckling: Effectively	Yes	5			Others	If Gentamycin	1	5	Regular follow up	4		Death	4	Year:		Worse	3			
7																			No	6	2
8		3	4																		
9																			4		
1	Includes all 4 points of attachment	Yes	1	Number of classification:	ICD code for one major diagnosis	Ampicillin	1	Breast feeding	1	Improved	1		Day:	Improved	1						
2						Amoxycillin	2														
3		No	2			Keep warm	2	Referred									2	Day:			
4	Includes all 4 points of Position	Yes	3			Keep warm	2	Referred	2	Month:	Same		2								
5		No	4											Immediate visit	3		LAMA/ Absconded	3	Month:	Same	2
6	Suckling: Effectively	Yes	5			Others	If Gentamycin	1	5	Regular follow up	4		Death	4	Year:		Worse	3			
7																			No	6	2
8		3	4																		
9																			4		

**जात/जाती अनुसार नवजातशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) सेवा पाएका सेवाग्राहीको  
समायोजन फारम (Aged 2-59 Months)**

जात/जाती	लि.	महिना												जम्मा
		श्रावन	भाद्र	अस्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुन	चैत	बैसाख	जेष्ठ	असार	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५
दलित	महिला													
	पुरुष													
जनजाति	महिला													
	पुरुष													
मधेसी	महिला													
	पुरुष													
मुस्लिम	महिला													
	पुरुष													
ब्राह्मण/क्षेत्री	महिला													
	पुरुष													
अन्य	महिला													
	पुरुष													
<b>जम्मा</b>														

**जात/जाती अनुसार नवजातशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) सेवा पाएका सेवाग्राहीको  
समायोजन फारम (Aged Below 2 Month)**

जात/जाती	लि.	महिना												जम्मा
		श्रावन	भाद्र	अस्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुन	चैत	बैसाख	जेष्ठ	असार	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५
दलित	महिला													
	पुरुष													
जनजाति	महिला													
	पुरुष													
मधेसी	महिला													
	पुरुष													
मुस्लिम	महिला													
	पुरुष													
ब्राह्मण/क्षेत्री	महिला													
	पुरुष													
अन्य	महिला													
	पुरुष													
<b>जम्मा</b>														



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, थर			ठेगाना: जिल्ला	
उमेर (महिना)			नगर/गाउँपालिका, वडा नं.	
लिङ्ग	पुरुष: १	महिला २	गाँउ/ टोल	
भर्नाको आधार	एम.यु.ए.सी. १	उ.अ.तौ. (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.तौ. (z-score)	आज दिएको RUTF पाकेट
उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण:			गरेको	नगरेको	खोप दिएको	दिएको मिति ग म सा

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

डिस्चार्ज परिणाम	निको भएको	निको नभएको	डिफल्टर	प्रेषण (अस्पताल)	अन्य (गलति भर्ना)	मृत्यू भएको
	१	२	३	४	५	६
डिस्चार्ज मिति	ग म सा					



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

शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन रजिष्टर

INTEGRATED MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRITION (IMAM) REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको

प्रदेश: जिल्ला: नगर/ गाउँपालिका : वडा नं.:

प्रयोग मिति आर्थिक वर्ष: देखि सम्म

## शिशु कुपोषणको एकिकृत

क्र.सं./ दर्ता	विरामीको नाम, थर, विवरण र भर्नाको किसिम				भर्ना, पोषणको अवस्था तथा प्रेषण सम्बन्धी विवरण (गोलो चिन्ह लगाउने)			मेडिकल इतिहास, शारीरिक परीक्षण र अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी (गोलो चिन्ह लगाउने र लेख्ने)									
								८	९	१०	११	१२	१३	१४			
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	केन्डडा	
	लिङ्ग	महिला	पुरुष	उमेर (महिनामा)		ग	म	सा		वान्ता	छ	छैन	आँखा	सामान्य	भिन्न गडेको	डिस्चार्ज	
मूल दर्ता नं.	अभिभावकको नाम				नाता	पोषणको अवस्था			१	खोकी	छ	छैन	जलवियोजन	नभएको	मध्यम	कडा	
	अभिभावकको नाम				नाता	उचाइ/लम्बाई (से.मी.)				स्तनपान गरेको	छ	छैन	छाला	सामान्य	लुतो	घाउ/खटिरा	
सेवा दर्ता नं.	भर्ना किसिम (गोलो चिन्ह लगाउने)				तौल (के.जी.)	२			२	खानाको रुची	छ	छैन	ग्रन्थि सुन्निएको	छैन	घाटी	काखी/गोइन	
	नयाँ भर्ना				१	३				१	पिसाब भएको	छ	छैन	दादुराको खोप	लिएको	नलिएको	ग
मूल दर्ता नं.	पुनः दर्ता भएको (२ महिना भित्र)				२	३			२	दिसा		पटक	पूर्ण खोप	लिएको	नलिएको	बाँकी	
	बाहिरबाट आएको (बहिरङ्ग/विशेष उपचारकक्ष/पोषण पुनःस्थापना गृहबाट)				३	४				३	आँखाको कोस	सामान्य	फिक्का	भिन्न किसिमको सक्षम	भएको	नभएको	
सेवा दर्ता नं.	डिफल्टर पछि भर्ना				४	५			४	कान	सामान्य	डिस्चार्ज	RUTF जाँच	पास	फेल		
	नयाँ भर्ना				१	६				१	कोखा हानेको	छ	छैन	भर्ना गर्दा दिएको RUTF प्याकेट			
मूल दर्ता नं.	पुनः दर्ता भएको (२ महिना भित्र)				२	३			३	गाउँघर क्लिनिक		प्रति मि.	शीघ्र कुपोषणको किसिम				
	बाहिरबाट आएको (बहिरङ्ग/विशेष उपचारकक्ष/पोषण पुनःस्थापना गृहबाट)				३	४				४	म.स्वा.स्व.से.		सेण्टिग्रेड	अतिरिक्त जानकारी:			
सेवा दर्ता नं.	डिफल्टर पछि भर्ना				४	५			५	पोषण पुनःस्थापना केन्द्र	सामान्य	चिसो					
	डिफल्टर पछि भर्ना				४	६				६	अन्य स्वास्थ्य संस्था						
क्र.सं.	नाम र थर				जाती कोड	भर्ना मिति (ग.म.सा.)			भर्नाको आधार	झाडापखाला	छ	छैन	मुख	सामान्य	घाउ	केन्डडा	
	लिङ्ग	महिला	पुरुष	उमेर (महिनामा)		ग	म	सा		वान्ता	छ	छैन	आँखा	सामान्य	भिन्न गडेको	डिस्चार्ज	
मूल दर्ता नं.	अभिभावकको नाम				नाता	पोषणको अवस्था			१	खोकी	छ	छैन	जलवियोजन	नभएको	मध्यम	कडा	
	अभिभावकको नाम				नाता	उचाइ/लम्बाई (से.मी.)				स्तनपान गरेको	छ	छैन	छाला	सामान्य	लुतो	घाउ/खटिरा	
सेवा दर्ता नं.	भर्ना किसिम (गोलो चिन्ह लगाउने)				तौल (के.जी.)	२			२	खानाको रुची	छ	छैन	ग्रन्थि सुन्निएको	छैन	घाटी	काखी/गोइन	
	नयाँ भर्ना				१	३				१	पिसाब भएको	छ	छैन	दादुराको खोप	लिएको	नलिएको	ग
मूल दर्ता नं.	पुनः दर्ता भएको (२ महिना भित्र)				२	३			२	दिसा		पटक	पूर्ण खोप	लिएको	नलिएको	बाँकी	
	बाहिरबाट आएको (बहिरङ्ग/विशेष उपचारकक्ष/पोषण पुनःस्थापना गृहबाट)				३	४				३	आँखाको कोस	सामान्य	फिक्का	भिन्न किसिमको सक्षम	भएको	नभएको	
सेवा दर्ता नं.	डिफल्टर पछि भर्ना				४	५			४	कान	सामान्य	डिस्चार्ज	RUTF जाँच	पास	फेल		
	नयाँ भर्ना				१	६				१	कोखा हानेको	छ	छैन	भर्ना गर्दा दिएको RUTF			
मूल दर्ता नं.	पुनः दर्ता भएको (२ महिना भित्र)				२	३			३	गाउँघर क्लिनिक		प्रति मि.	शीघ्र कुपोषणको किसिम				
	बाहिरबाट आएको (बहिरङ्ग/विशेष उपचारकक्ष/पोषण पुनःस्थापना गृहबाट)				३	४				४	म.स्वा.स्व.से.		सेण्टिग्रेड	अतिरिक्त जानकारी:			
सेवा दर्ता नं.	डिफल्टर पछि भर्ना				४	५			५	पोषण पुनःस्थापना केन्द्र	सामान्य	चिसो					
	डिफल्टर पछि भर्ना				४	६				६	अन्य स्वास्थ्य संस्था						

## व्यवस्थापन रजिष्टर

औषधीबाट ब्यवस्थापन/ उपचार					फलो अप/भेट मिति र स्वास्थ्य अवस्था														डिस्चार्ज मिति र परिणाम										
औषधी		मात्रा	मिति																										
१ ५		१६	१७	१८	१९	२०		२१		२२		२३		२४		२५		२६		२७		२८		२९					
भिटामिन ए	(आइ.यू.)					एम.यू.ए.सि. (मि.मि.)			ग		ग		ग		ग		ग		ग		ग		ग	डिस्चार्ज मिति					
एमोक्सीसीलिन						उचाइ/लम्बाई (से.मी.)			ग		ग		ग		ग		ग		ग		ग		ग	ग	म	सा			
औलोको उपचार						तौल (के.जी.)																		डिस्चार्ज परिणाम					
अल्बेन्डाजोल	(एम.जी.)					उचाइ अ. तौल (Z-Score)			म		म		म		म		म		म		म		म	निको भएको	१				
अन्य औषधी					दुवै खुट्टा सुन्निएको			म		म		म		म		म		म		म		म	Stable	२					
						वान्ता (पटक/ दिन)																	डिफिल्टर	३					
						झाडापखाला (पटक/ दिन)			सा		सा		सा		सा		सा		सा		सा		प्रेषण (अस्पताल)	४					
						ज्वरो (पटक/ दिन)			सा		सा		सा		सा		सा		सा		सा		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.)			ग		ग		ग		ग		ग		ग		ग		ग	डिस्चार्ज मिति					
एमोक्सीसीलिन						उचाइ/लम्बाई (से.मी.)			ग		ग		ग		ग		ग		ग		ग		ग	ग	म	सा			
औलोको उपचार						तौल (के.जी.)																	डिस्चार्ज परिणाम						
अल्बेन्डाजोल	(एम.जी.)					उचाइ अ. तौल (Z-Score)			म		म		म		म		म		म		म		निको भएको	१					
अन्य औषधी					दुवै खुट्टा सुन्निएको			म		म		म		म		म		म		म		म	Stable	२					
						वान्ता (पटक/ दिन)																	डिफिल्टर	३					
						झाडापखाला (पटक/ दिन)			सा		सा		सा		सा		सा		सा		सा		प्रेषण (अस्पताल)	४					
						ज्वरो (पटक/ दिन)			सा		सा		सा		सा		सा		सा		सा		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)																							



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

मेडिकल जटिलताजन्य शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन रजिष्टर  
INTEGRATED MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRITION (IMAM) REGISTER (HOSPITAL)

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

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

सेवा दर्ता नं.	भर्ना मिति (ग.म.सा.)			भर्नाको किसिम (गोलो लगाउने)	आफै	प्रेषण				भएको	बुवा	आमा	जुम्ल्याहा	पुनःरोगी भर्ना
	ग	म	सा			म.स्वा.स्व.से	गाँउघर क्लिनिक	स्वास्थ्य संस्था	बहिरङ्ग					

		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 खण्डले २० ग्राम तौल घटेको वा बडेको देखाउँछ। बच्चा सुन्निएको केसमा प्रारम्भिक बेलामा तौल घट्नु स्वभाषिक हो। त्यस कारण आफु शुरु गर्दा अन्तिमवाट शुरु नगर्ने।	तौल 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	
खाना (F75/F100/RUTF)																													
मात्रा प्रति दिन (मिलि वा पाकेट)																													
खानाको पटक प्रति दिन																													
प्रति खानको मात्रा (दूध मात्र)																													
थप आइरन																													

उपचारारत्मक खाना	A= अनुपस्थित			समय																										
	V=वान्ता			खाना																										
	R= नमानेको			समय																										
	NG= ट्यूब लगाएको			खाना																										
	IV= IV फ्ल्यूइड			समय																										
	मात्रा लिइएको			खाना																										
	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																										
	=मिलि=अतिरिक्त			खाना																										
			समय																											
			खाना																											
			समय																											
			खाना																											

सर्भेक्षण 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																													
	जलवियोजन																													
	खोकी																													
	Septic Shock																													
	शवासप्रश्वास दर																													
	Pulse rate																													
	रक्तअल्पता																													
	तापक्रम विहान																													
	तापक्रम साँझ																													
	छाला सम्बन्धि रोग																													

नियमित औषधि	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	
	भिटाविन ए ..... IU																													
	फोलिक एसिड ५ मि.ग्रा. (मुखबाट)																													
	एण्टिबायोटिक १	समय																												
	एण्टिबायोटिक २	समय																												
	मलेरिया																													
जुका नियन्त्रण (पुनः स्थापना काल)																														

विशेष औषधि	एण्टिबायोटिक ३	समय																											
	रीसोमोल मि लि																												
	IV फ्ल्यूड/रगत																												
	NG-ट्यूब																												

नाम, मात्रा, दिने तरीका (मुखबाट, मासुमा, वा नसाबाट) दिएको लेख्ने। X चिन्ह बाकसमा लगाउने यदि नर्सले औषधि दिएको खण्डमा ।

परिक्षणको नतिजा	Hb/Pcv																												
	मलेरिया स्मेयर																												
	ग्लुकोज																												
	क्षयरोग परीक्षण																												

अवलोकन

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								
डि.पि.टि.								
दादुरा						अन्य	अन्य	

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

भिटामिन ए दिइएको	छ	छैन	
खोपको मात्रा पुगेको	छ	छैन	
स्तनपान डिस्चार्जको बेला	छ	छैन	



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

पोषण पुनर्स्थापना केन्द्र रजिष्टर  
Nutrition Rehabilitation Centre Register

ण पुनर्स्थापना केन्द्रको न

प्रदेश:

जिल्ला:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

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

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

		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 चाट	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 खण्डले २० ग्राम तौल घटेको वा बडेको देखाउँछ। बच्चा सुन्निएको केसमा प्रारम्भिक बेलामा तौल घटनु स्वभाषिक हो। त्यस कारण आफ शुरु गर्दा अन्तिमवाट शुरु नगर्ने।	तौल चाट																														

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 (मिले वा पाकेट)																													
खानाको पटक प्रति दिन																													
प्रति खानको मात्रा (दूध मात्र)																													
थप खाना																													

उपचारात्मक खाना	A= अनुपस्थित			समय																									
	V=वान्ता			खाना																									
	R= नमानेको			समय																									
	NG= ट्यूब लगाएको			खाना																									
	IV= IV फ्ल्यूइड			समय																									
	मात्रा लिइएको			खाना																									
	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																										
			समय																										
			खाना																										
			समय																										

सर्भेक्षण 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																													
	जलवियोजन																													
	खोकी																													
	Septic Shock																													
	शवासप्रशवास दर																													
	रक्तअल्पता																													
	तापक्रम विहान																													
	तापक्रम साँझ																													
लुतो																														

डिस्चार्ज मिति	निको भएर	LAMA	अन्य औषधि दिएको	छ	छैन	डिस्चार्जको बेलामा स्तनपान	छ	छैन	हस्ताक्षर
	प्रेषण	मृत्यु	खोपको मात्रा पुगेको	छ	छैन				

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली परिवार नियोजन सेवा कार्ड</p>											
दर्ता नम्बर:						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 (एचिछक)											
हाल सम्मको जन्म सम्बन्धी विवरण											
जीवित जन्म संख्या		हाल जीवित बच्चाहरूको उमेर (कम देखि बढी उमेरसम्म क्रमशः उल्लेख गर्ने)				कैफियत		आखिरी रजस्वला भएको मिति			
छोरीहरू							गते	महिना	साल		
छोराहरू											
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 सुन्निले र छिटो छिटो सास चल्ने रोग		छ	छैन	६. कमलपित रोग लागेको		छ	छैन				
२. गर्भावस्थामा खुट्टा सुन्निले र दुख्ने रोग लागेको		थियो	थिएन	७. चिनीको रोग भएको		छ	छैन				
३. रजस्वला मासिक रूपमा		हन्छ	हुँदैन	८. बेस्करी टाउको दुख्ने		छ	छैन				
४. दुई रजस्वला बीच रक्तश्राव		हन्छ	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 दुख्ने समस्या:			छ	छैन							
२. गन्हाउने पानी बग्ने समस्या:			छ	छैन							
३. तीन महिना यता पाठेघर सम्बन्धी संक्रमणको उपचार गरेको			छ	छैन							
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		फर्केर आउने मिति				
ग	म	सा					ग	म	सा		

अनुगमन, परीक्षण, उपचार र सल्लाह											
सेवा लिएको मिति			शिकायत/ निदान			उपचार/ सल्लाह/ सुझाव			फर्केर 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
ग	म	सा							ग	म	सा



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

परिवार नियोजनको अस्थायी साधन  
(पिल्स तथा गर्भनिरोधक सुइ) सेवा रजिष्टर

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :

प्रदेश: जिल्ला: नगर/गाउँपालिका: वडा नं.:

प्रयोग मितिआर्थिक वर्ष: देखि सम्म

## परिवार नियोजनको अस्थायी साधन

पिल्स		डिपो		सायना प्रेस	
-------	--	------	--	-------------	--

प्रजनन उमेरका महिला संख्या:	
-----------------------------	--

मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नम्बर	मिति			प्रयोगकर्ता किसिम		सेवाग्राहीको		जाति कोड*	गाउँ टोल	सम्पर्क नं.	उमेर (बर्ष)		पतिको नाम थर (ऐच्छिक)	साधन प्रयोग गर्दाको अवस्था	
		ग	म	सा	नयाँ	पुरानो	नाम	थर				< २०	≥ २०		सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ बर्ष 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
जम्मा														नयाँ प्रयोगकर्ता		
														हाल अपनाईरहेका		
														Discontinued		
														साधन खर्च (साइकल/डोज)		

## (पिल्स, तथा गर्भनिरोधक सुइ) सेवा रजिष्टर

२०... /...	
------------	--

२०... /...	
------------	--

२०... /...	
------------	--

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

## आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की

मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	मिति			सेवाग्राहीको		डोस जातीको	गाउँ टोल	उमेर (बर्ष)		डोज
		ग	म	सा	नाम	थर			< २०	≥ २०	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२



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

आइ.यु.सी.डी/इम्प्लाण्ट सेवा रजिष्टर

IUCD/IMPLANT SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मितिआर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## परिवार नियोजनको अस्थायी साधन

आ.यू.सी.डी		इम्प्लान्ट				इम्प्लान्ट प्रभावकारी हुने अवधि		प्रजनन उमेरका महिला संख्या:					
मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नम्बर	मिति			क्र.सं. (नयाँ प्रयोगकर्ता)	सेवाग्राहीको		जाति कोड	ठेगाना	सम्पर्क नं.	उमेर (बर्ष)		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

जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लीम, ५ ब्राहमण/क्षेत्री, ६ अन्य

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

२०.../...

२०.../...

२०../...

साधन राख्दाको अवस्था (सुत्केरी भएको)			प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति			साधन राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको		साधन झिकिएको विवरण (साधन झिक्ने भएमा)										कैफियत	
४८ घण्टा भित्र	४८ घण्टा देखि १ बर्ष	अन्य	ग	म	सा	नाम	पद	राखिएको मिति			राखेको संस्थाको नाम		झिकेको मिति			झिक्नुको कारण	साधन झिक्ने स्वास्थ्यकर्मीको		
								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																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	
१	२	३																	



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

परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर  
STERILIZATION SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश: जिल्ला: नगर/गाउँपालिका: वडा नं.:


प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष: देखि सम्म

## 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								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								
						१	२								

## (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर

स्थायी बिधि प्रयोग गर्दाको अवस्था			ठेगाना				रेफर गर्ने को नाम	बन्ध्याकरण गर्ने चिकित्सकको		कैफियत
सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र	सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ बर्ष 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								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								

प्रयोगशाला परीक्षण												 नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड							
Date (DD/MM/YY)			Hb	Albumin	Urine		Blood Sugar	HBsAg	VDRL	Retro- virus	Other								
					Protien	Sugar													
				स्वास्थ्य संस्थाको नाम				जिल्ला		नगर/गाउँपालिका		वडा नं.							
				मुल दर्ता नं.		सेवा दर्ता नं.		ORC दर्ता नं.		दर्ता मिति									
										गते		महिना		साल					
गर्भवती महिलाको व्यक्तिगत विवरण																			
स्वास्थ्य संबन्धी मुख्य मुख्य समस्या				पहिलो पटक ROUSG गरेको				गते		महिना		साल		नाम, थर		उमेर		उचाई (से.मि.)	
				टि.बी परीक्षण				गते		महिना		साल		जिल्ला		नगर/गाउँपालिका		वडा नं.	
<b>सुत्केरी सेवा</b>				Hep B परीक्षण मिति				गते		महिना		साल		गाउँ टोल		सम्पर्क नं.		रक्त समुह	
आमालाई आईरन फोलिक एसिड दिएको संख्या				Hep B नतिजा				नेगेटिभ		पोजेटिभ				गर्भको पटक (हालको समेत)		पतिको नाम, थर			
गते		महिना		साल		Hep B उपचार				गते		महिना		साल					
सुत्केरी जाँचको (PNC) विवरण												अधिल्ला गर्भहरूको विवरण							
जाँच पटक		मिति			आमाको अवस्था	बच्चाको अवस्था	उपचार/सल्लाह	गर्भनिरोध साधन प्रयोग	सेवा प्रदायकको नाम थर र सही	अधिल्ला गर्भहरूको क्रम	गर्भको विवरण					जिवित बच्चाको		गर्भको जटिलता	प्रसूतीको किसिम
		ग	म	सा							जिवित	मृत जन्म	अवधि नपुगेको (<36 हप्ता)	जुम्ल्याहा	गर्भपतन	लिङ्ग	हालको उमेर		
सुत्केरी भएको २४ घण्टामा		गते	महिना	साल						पहिलो									
बच्चाले भिटामिन K1 पाएको		गते	महिना	साल						दोस्रो									
सुत्केरी भएको तेश्रो दिन	घरमा	गते	महिना	साल						तेस्रो									
	संस्था	गते	महिना	साल															
सुत्केरी भएको ७-१४ दिन	घरमा	गते	महिना	साल						अधिल्ला गर्भमा टि.डी खोप लगाएको विवरण		टि.डी. १	१	टि.डी. २	२	टि.डी. २+	३		
	संस्था	गते	महिना	साल						कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको									
सुत्केरी भएको ४२ औं दिन		गते	महिना	साल						नाम र थर		पद		दस्तखत		मिति			
थप जाँच		गते	महिना	साल	आमा तथा बच्चाको अवस्था /उपचार सल्लाह पनि साधन प्रयोग				स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं.		एम्बुलेन्स सेवा सम्पर्क (फोन नं.)								



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

मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर  
MATERNAL AND NEWBORN HEALTH SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश :

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

मातृ तथा नव शिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर

मुल दर्ता नं.		महिलाको नाम र थर:		जाति कोड	उमेर	सम्पर्क नम्बर					Gravida	LMP	गते	महिना	साल																																				
सेवा दर्ता नं.		पतिको नाम, थर:		ठेगाना..... जिल्ला.....नगर/गाउँपालिका..... वडा नं.....टोल					Para	ED	गते	महिना	साल																																						
गर्भवती जाँच विवरण						प्रसूति सेवा (आमा र नव शिशु)						सुत्केरी पछिको सेवा																																							
गर्भवती जाँच	गते	महिना	साल	IFA	क्याल्सियम	प्रसूति सेवाका लागी भर्ना गर्दाको मिति समय			प्रसूति मिति, समय			डिस्चार्ज मिति र आमाको अवस्था																																							
प्रथम पटक (जुनसुकै समयको)	गते	महिना	साल			गते	महिना	साल	AM	PM	गते	महिना	साल	AM	PM	गते	महिना	साल	AM	PM																															
१२ हप्तासम्म	गते	महिना	साल			Foetal			प्रसव व्याथको स्थिती			प्रसूतिको प्रकार																																							
१३-१६ हप्तासम्म	गते	महिना	साल			Cephalic	१	Spontaneous	१	Spontaneous	१	Vacuum	३	Recovered	१	सुत्केरीको ३																																			
२०-२४ हप्ता	गते	महिना	साल			Breech	२	Augmentation	२	Forceps	२	C-Section	४	Stable	२	संस्था		गते	महिना	साल																															
२८ हप्ता	गते	महिना	साल			Shoulder	३	Induced Labour	३	संस्थाको नाम		सुत्केरीको ७ -																																							
३२ हप्ता	गते	महिना	साल			नवजात शिशुको अवस्था	Normal	१	जीवित	अवधि पुगेको	१	प्रसूति भएको स्थान		संस्था		१	LAMA	४	संस्था		गते	महिना	साल																												
३४ हप्ता	गते	महिना	साल				Infection	२		अवधि नपुगेको	२	यसै संस्था	१	अन्य संस्था		२	Absconded	५	घरमा		गते	महिना	साल																												
३६ हप्ता	गते	महिना	साल				Asphyxia	३	मृत	Intrapartum	१	संस्थाको नाम		Died		६	बच्चालाई भिटामिन K१ दिएको मिति		गते	महिना	साल																														
३८-४० हप्ता	गते	महिना	साल				Hypothermia	४		Antepartum	२	घरमा	३	अन्य सेवा																																					
४ पटक (१३-१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता)	गते	महिना	साल				Jaundice	५	Congenital Syphilis		६	आइरन फोलिक एसिड (ट्याब्लेट)																																							
पहिलो	गते	महिना	साल			जीवित शिशुको लिंग, सख्या, ताल			विकलांग	सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी	रगत दिएको मात्रा	पिन्ट	उपचार/सल्लाह																																						
प्रोटोकल अनुसार ८ पटक	गते	महिना	साल			शिशु	संख्या	शिशुको ताल(ग्राममा)	Major	Minor	Other	नाम	अक्सिटोसिन सुइ दिएको	१	सुत्केरी अवस्थामा गर्भ निरोधका साधन प्रयोग																																				
टिडी खोप १ मात्रा	गते	महिना	साल	रगत दिएको	पिन्ट	छोरी						दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBA)	१	KMC सेवा दिएको	२	अवधि		गर्भ निरोध साधन																																	
टिडी खोप २ मात्रा	गते	महिना	साल	उपचार/सल्लाह		छोरा						दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट (SHP)	२	जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान	३	सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र		गर्भ निरोध साधन																																	
टिडी खोप २+ मात्रा	गते	महिना	साल			अन्य						अन्य स्वास्थ्यकर्मी	३	गराएको		सुत्केरी भएको ४९ घण्टा देखि ४२ दिन भित्र		गर्भ निरोध साधन																																	
जुकाको औषधी वितरण	गते	महिना	साल			उपचार/सल्लाह																																													
गर्भवती अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन						उपचार/सल्लाह						प्रसूति अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन						सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन																																	
जटिलता		महिना	उपचार	प्रेषण	टि.बी/एच आइ भी /सिफलिस / Hep B परीक्षण र उपचार						जटिलता						महिना	उपचार	प्रेषण	जटिलता																															
Ectopic pregnancy		महिना	१	२	टि.बी परीक्षण		गते	महिना	साल	एच आइ भी परीक्षण मिति		गते	महिना	साल	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Eclampsia		महिना	१	२	Prolonged labour		महिना	१	२	Obstructed labor		महिना	१	२	Ruptured uterus		महिना	१	२	Other .....		महिना	१	२		
Abortion complication		महिना	१	२	एच आइ भी नतिजा		Non Reacti	Reactive	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था :		सिफलिस परीक्षण मिति		गते	महिना	साल	Eclampsia		महिना	१	२	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Eclampsia		महिना	१	२	Prolonged labour		महिना	१	२	Obstructed labor		महिना	१	२	Ruptured uterus		महिना	१	२	Other .....		महिना	१	२	
Pre-eclampsia		महिना	१	२	ए आर टी उपचार/प्रेषण		गते	महिना	साल	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था :		सिफलिस परीक्षण मिति		गते	महिना	साल	Eclampsia		महिना	१	२	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Eclampsia		महिना	१	२	Prolonged labour		महिना	१	२	Obstructed labor		महिना	१	२	Ruptured uterus		महिना	१	२	Other .....		महिना	१	२
Eclampsia		महिना	१	२	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था :		सिफलिस परीक्षण मिति		गते	महिना	साल	सिफलिस नतिजा		नेगेटिभ	पोजेटिभ	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Eclampsia		महिना	१	२	Prolonged labour		महिना	१	२	Obstructed labor		महिना	१	२	Ruptured uterus		महिना	१	२	Other .....		महिना	१	२	
Hyp. gravidarum		महिना	१	२	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था :		सिफलिस परीक्षण मिति		गते	महिना	साल	सिफलिस नतिजा		नेगेटिभ	पोजेटिभ	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Eclampsia		महिना	१	२	Prolonged labour		महिना	१	२	Obstructed labor		महिना	१	२	Ruptured uterus		महिना	१	२	Other .....		महिना	१	२	
APH		महिना	१	२	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था :		सिफलिस परीक्षण मिति		गते	महिना	साल	सिफलिस नतिजा		नेगेटिभ	पोजेटिभ	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Eclampsia		महिना	१	२	Prolonged labour		महिना	१	२	Obstructed labor		महिना	१	२	Ruptured uterus		महिना	१	२	Other .....		महिना	१	२	
Gestational Hypertensio		महिना	१	२	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था :		सिफलिस परीक्षण मिति		गते	महिना	साल	सिफलिस नतिजा		नेगेटिभ	पोजेटिभ	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Eclampsia		महिना	१	२	Prolonged labour		महिना	१	२	Obstructed labor		महिना	१	२	Ruptured uterus		महिना	१	२	Other .....		महिना	१	२	
Other .....		महिना	१	२	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था :		सिफलिस परीक्षण मिति		गते	महिना	साल	सिफलिस नतिजा		नेगेटिभ	पोजेटिभ	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Pre-eclampsia		महिना	१	२	Eclampsia		महिना	१	२	Prolonged labour		महिना	१	२	Obstructed labor		महिना	१	२	Ruptured uterus		महिना	१	२	Other .....		महिना	१	२	
मातृ मृत्यु		मिति	गते	महिना	साल	अवस्था	गर्भवति/प्रसूति /सुत्केरी		स्थान	घरमा/संस्थामा/अन्य	कारण	नवजात शिशु मृत्यु		मिति	ग.	म.	सा.	कारण																																	
यातायात खर्च वितरण रकम		रु.	वितरण नगर्नुको कारण		गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च वितरण		रु.	वितरण नगर्नुको कारण		न्यायो झोला	पाएको	१	नपाएको	२	नपाउनुको कारण																																				

# 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 भएकाहरूको ब्यवस्थापन गरिएको संख्या	Anti D Vaccine पाएका महिला हरुको संख्या	रक्तसंचार गरिएको जम्मा संख्या (Units)	क्याबिनमा बसेका महिलाहरूको संख्या	
	यातायात खर्च पाउनु पर्ने महिलाहरू	यातायात खर्च पाएका महिलाहरू	उत्प्रेरणा खर्च पाउनु पर्ने महिला	उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिला	सामान्य	भ्याकुम	फोरसेप	C/S	जम्मा				आएका	गएका					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
श्रावण																			
भाद्र																			
आश्विन																			
कार्तिक																			
मंसिर																			
पौष																			
माघ																			
फाल्गुण																			
चैत																			
बैशाख																			
जेष्ठ																			
असार																			
जम्मा																			





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

# सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर

## SAFE ABORTION SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## SAFE ABORTION

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

Column 18 (Procedure Code): 1 MVA, 2 EVA, 3 MA, 4 MI, 5 D&E, 6 Others (misoprostal for incomplete abortion)

Column 19 (Pain Management Code): 1 Medicine given, 2 Medicine not given for pain management

Column 20 (Incomplete abortion requiring repeat procedure): 1 MVA, 6 Misoprostal Only

# SERVICE REGISTER

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
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		39
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										
						1	2	3	4	5										

Column 31 (Accepted FP Methods): 1 Female Sterilization, 2 Male Sterilization, 3 Implant, 4 IUCD, 5 Depo Provera, 6 Sayana Press, 7 Pills, 8 Condom, 9 Others (e.g. ECP)

Column 32 (Referred From): 1 FCHV, 2 Health Care Provider, 3 Friend/Family, 4 Pharmacy, 5 Hotline, 6 Others (mother group, club, etc.)



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  AbnormalUnhealthy cervix:  Yes  No

P/V examination: Uterine size (weeks).....

Position:  A/V  R/VFornix 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  NoContraceptive 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  NoP/S Examination: Vaginal discharge:  Normal  Foul smellingBleeding:  Yes  NoHanging POC:  Yes  No

P/V Examination: Uterine size (weeks).....

Fornix clear:  Yes  NoOS Closed:  Yes  No

Other relevant finding (if any): .....

Status on Follow up:  Complete  Incomplete  Ongoing pregnancy  Ectopic pregnancyAny complication (SAE):  No  Yes (if yes, mention the type) Heavy bleeding requiring Blood transfusion Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy

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

Contraceptive provided on follow up:

 Minilap NSV Implant IUCD Depo Provera Pills Condom None Others.....**8. Client Consent Form**

अनुसूची १२

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

### सेवाग्राहीले दिने 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 तपाईं ..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।

#### मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको-	संरक्षक वा माथवरको -
नाम, थर: ठेगाना: उमेर: मिति: दस्तखत: औंठा छाप:	नाम, थर: ठेगाना: उमेर: मिति: दस्तखत: औंठा छाप:
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">बायाँ</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">दायाँ</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">बायाँ</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">दायाँ</div> </div>

दस्तखत:

Notes:



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  AbnormalUnhealthy cervix:  Yes  No

P/V examination: Uterine size (weeks).....

Position:  A/V  R/VFornix 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  ScantySac Seen:  Yes  NoFetal parts seen:  Yes  No**Post procedural findings:**

Blood pressure: .....

Pulse: .....

Temperature: .....

Respiration Rate: .....

Abdomen

 Non-tender Tender Non-guarding GuardingVaginal bleeding:  Scanty Moderate HeavyAny 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 smellingHanging POC:  Yes  NoBleeding:  Yes  NoFornix 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 laparotomyMention 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 गर्न सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माथवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाईं ..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।

**मञ्जुरीनामा दिने**

सेवाग्राहीको-	संरक्षक वा माथवरको -
नाम, थर:	नाम, थर:
ठेगाना:	ठेगाना:
उमेर:	उमेर:
मिति:	मिति:
दस्तखत:	दस्तखत:
औँठा छाप:	औँठा छाप:
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; text-align: center;">बायाँ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; text-align: center;">दायाँ</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; text-align: center;">बायाँ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100px; text-align: center;">दायाँ</div> </div>

दस्तखत:

Notes:





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 तपाईंलाई निन्द्रा पर्न साह्रै गाह्रो पर्दछ ?       छ       छैन
- के तपाईंलाई जतिखेर पनि निन्द्रा लागिरहन्छ वा धेरै सुत्नुहुन्छ ?       लाग्छ       लाग्दैन
- के तपाईं ज्यादै थकित महशुस गर्नुहुन्छ र तागत कम भएको जस्तो लाग्छ ?       लाग्छ       लाग्दैन
- के तपाईं आफैलाई सधैं हिनताबोध भएको महशुस गर्नुहुन्छ वा आफु काम नलाम्ने वा जहिले पनि आफु गलत भएको जस्तो अनुभव गर्नुहुन्छ ?       हुन्छ       हुदैन
- के तपाईंलाई ध्यान केन्द्रित गर्न, स्पष्टसंग विचार गर्न अथवा निर्णय लिन गाह्रो हुन्छ ?       हुन्छ       हुदैन
- के तपाईंलाई उत्तेजित हुने, मन स्थिर नहुने अथवा झकौंलाम्ने हुन्छ ?       हुन्छ       हुदैन
- के तपाईंलाई रमाईलो लाग्ने वा मनोरन्जन दिने अवसरहरूमा सरिक हुन मन लाग्दैन ?       लाग्छ       लाग्दैन
- के तपाईंलाई आफ्नो जीवन अर्थहिन वा वेसहरा भएको जस्तो लागेको छ ?       छ       छैन
- के तपाईंलाई आफ्नो अर्को बच्चालाई आर्थिक, मानसिक वा शारीरिक रूपले धान्न सकिदैन जस्तो लाग्छ ?       लाग्छ       लाग्दैन
- के तपाईंलाई यो गर्भले आफ्नो शिक्षा अथवा विकासका अवसरहरूलाई अप्ठेरो 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 स्त्री 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 CheckedYes  No Complete YesNo 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/LBuccalVaginal

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

Total Dose Misoprostol Given:.....

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

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

Repeat Tab Ibuprofen: Yes No

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

**Placenta:** Date & Time: .....

Placenta complete:  Yes  No

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

g. Total blood loss approximately (ml).....

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

### 9. Post Procedure Recovery Care Finding

Blood pressure: .....

Pulse: .....

Temperature: .....

Respiration Rate: .....

Abdominal tenderness:  Yes No

Guarding: Not Present  Present

Vaginal bleeding more than 500 ml:

Yes  No

No of Pad soakage: .....

Contraceptive provided:

Minilap

NSV

Implant

IUCD

Depo Provera

Pills

Condom

None

Others.....

Reason of Not Providing Contraceptive Service: .....

Reason for referral to other Reproductive health service (If referred): .....

Date and time of Discharge: .....

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

**Name of Service Provider:** ..... **Signature:** ..... **Provider listed No:** .....

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

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

Date and time ...../...../.....

Type of severe complications:

Type of severe complications:

Heavy bleeding requiring blood transfusion.

Infection requiring hospitalization with IV antibiotics.

Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy.

Other complication (specify) .....

Outcome of complication:

Outcome of complication:

Treated and discharged.

Referred out (name of the referred facility & provider):

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

Date of follow up: ...../...../.....

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

PA tenderness:  Yes  No

P/S Examination: Vaginal discharge:  Normal  Foul smelling

Hanging POC:  Yes  No

Bleeding:  Yes  No

Fornix clear:  Yes  No

P/V Examination: Uterine size (weeks).....

OS Closed:  Yes  No

Other relevant finding (if any): .....

Status on F/ up:  Complete  Incomplete

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

**Contraceptive provided on follow up:**

Minilap

NSV

Implant

IUCD

Depo Provera

Pills

Condom

None

Others.....

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

## 12. Client Consent Form

## अनुसूची १२

(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

## सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामाको ढाँचा

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

## मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको-	संरक्षक वा माथवरको -
नाम, थर:	नाम, थर:
ठेगाना:	ठेगाना:
उमेर:	उमेर:
मिति:	मिति:
दस्तखत:	दस्तखत:
औँठा छाप:	औँठा छाप:
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">बायाँ</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">दायाँ</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">बायाँ</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">दायाँ</div> </div>

दस्तखत:

## Note Section



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 cannulas 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 management(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 विकल्पहरू र यसबाट हुने फाइदा, बेफाइदा लगायतका प्राविधिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माथवरको हैसियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी तपाईं ..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ । १

## मञ्जुरीनामा दिने

सेवाग्राहीको-	संरक्षक वा माथवरको -
नाम, थर:	नाम, थर:
ठेगाना:	ठेगाना:
उमेर:	उमेर:
मिति:	मिति:
दस्तखत:	दस्तखत:
औंठा छाप:	औंठा छाप:
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; text-align: center; line-height: 100px;">बायाँ</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; text-align: center; line-height: 100px;">दायाँ</div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; text-align: center; line-height: 100px;">बायाँ</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; text-align: center; line-height: 100px;">दायाँ</div> </div>

दस्तखत:

NOTE:



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग

एकिकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता सेवा रजिष्टर  
REPRODUCTIVE HEALTH MORBIDITY SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता

मुल दर्ता नं.	दर्ता नं		दर्ता मिति			सेवाग्राहीको नाम थर		जाति कोड*	उमेर	सेवाग्राहीको ठेगाना				पाठघरको मुखको क्यान्सर						
	नयाँ	पुरानो	गते	महिना	साल	नाम	थर			जिल्ला	नगर/गाउँ पालिका	वडा नं.	सम्पर्क नं.	स्क्रीनिङ विधि			नतिजा			Confirmatory diagnosis
														VIA	HPV	Pap Smear	Positive	Negative	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
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१
														१	२	३	१	२	३	१

## सेवा रजिष्टर

उपचार विधि			स्तन क्यान्सर					आङ्ग खस्ने समस्या											फिस्टुला						सेवा प्रदायकको नाम, थर	कैफियत		
Ablative treatment	LEEP	Other	स्क्रीनिङ विधि			पहिचानको नतिजा		Referred	पहिचान					उपचार / व्यवस्थापन						पहिचान		उपचार/ व्यवस्थापन						
			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	VF 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		
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		



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

गाँउघर क्लिनिक रजिष्टर  
OUTREACH CLINIC REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको ना

प्रदेश :

जिल्ला :

गाउँ/ नगरपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मितिआर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिष्टर

मिति: ... / ... / २०... (ग/म/सा)

गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान: ...

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

महल ६: जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लीम, ५ ब्राहमण/क्षेत्री, ६ अन्य

महल ११: सेवाको किसिम: १ = प्राथमिक उपचार, २= बालरोग व्यवस्थापन, ३ = पोषण, ४ = सुरक्षित मातृत्व, ५ = परिवार नियोजन

## २ महिना भन्दा कम उमेरका

मिति: ... / ... / २० ... (ग/म/सा)											
क्र.सं.	आएको मिति			जाति कोड		कसरी आएको	कोड	शिशुको जाँच गर्दा पाइएका चिन्हहरु			
	शिशुको नाम			उमेर हप्तामा				चिन्हहरु			कोड
गाउँघर दर्ता नं.	शिशुको आमाको नाम			तौल के.जी.		म.स्वा.स्व.से.	२	चिन्हहरु			कोड
१	२	३	४	५	६			७	८	९	
	आएको मिति			जाति कोड		आफै	१	सास दर .....	१	बेहोस	६
	शिशुको नाम			उमेर हप्तामा				कडा कोखा हानेको	२	ज्वरो	७
	शिशुको आमाको नाम			तौल के.जी.		म.स्वा.स्व.से.	२	दुध चुस्न नसक्ने	३	शिताङ्ग	८
	शिशुको लिङ्ग	महिला	१	तापक्रम सेन्टिग्रेड				कम चलाई	४	कडा शिताङ्ग	९
		पुरुष	२					सुसुस्त	५	कमलपित्त (जण्डिस)	१०
								नाइटो पाकेको/रातोपन छाला सम्म फैलिएको			११
								पिपले भरिएका	< १० साना फोका		१२
									≥ १० साना फोका/१ ठुलो पिलो		१३
	आएको मिति			जाति कोड		आफै	१	सास दर .....	१	बेहोस	६
	शिशुको नाम			उमेर हप्तामा				कडा कोखा हानेको	२	ज्वरो	७
	शिशुको आमाको नाम			तौल के.जी.		म.स्वा.स्व.से.	२	दुध चुस्न नसक्ने	३	शिताङ्ग	८
	शिशुको लिङ्ग	महिला	१	तापक्रम सेन्टिग्रेड				कम चलाई	४	कडा शिताङ्ग	९
		पुरुष	२					सुसुस्त	५	कमलपित्त (जण्डिस)	१०
								नाइटो पाकेको/रातोपन छाला सम्म फैलिएको			११
								पिपले भरिएका	< १० साना फोका		१२
									≥ १० साना फोका/१ ठुलो पिलो		१३
	आएको मिति			जाति कोड		आफै	१	सास दर .....	१	बेहोस	६
	शिशुको नाम			उमेर हप्तामा				कडा कोखा हानेको	२	ज्वरो	७
	शिशुको आमाको नाम			तौल के.जी.		म.स्वा.स्व.से.	२	दुध चुस्न नसक्ने	३	शिताङ्ग	८
	शिशुको लिङ्ग	महिला	१	तापक्रम सेन्टिग्रेड				कम चलाई	४	कडा शिताङ्ग	९
		पुरुष	२					सुसुस्त	५	कमलपित्त (जण्डिस)	१०
								नाइटो पाकेको/रातोपन छाला सम्म फैलिएको			११
								पिपले भरिएका	< १० साना फोका		१२
									≥ १० साना फोका/१ ठुलो पिलो		१३
	आएको मिति			जाति कोड		आफै	१	सास दर .....	१	बेहोस	६
	शिशुको नाम			उमेर हप्तामा				कडा कोखा हानेको	२	ज्वरो	७
	शिशुको आमाको नाम			तौल के.जी.		म.स्वा.स्व.से.	२	दुध चुस्न नसक्ने	३	शिताङ्ग	८
	शिशुको लिङ्ग	महिला	१	तापक्रम सेन्टिग्रेड				कम चलाई	४	कडा शिताङ्ग	९
		पुरुष	२					सुसुस्त	५	कमलपित्त (जण्डिस)	१०
								नाइटो पाकेको/रातोपन छाला सम्म फैलिएको			११
								पिपले भरिएका	< १० साना फोका		१२
									≥ १० साना फोका/१ ठुलो पिलो		१३

## विरामी शिशुहरुको व्यवस्थापन

गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान: ... ..

वर्गिकरण	कोड	उपचार	कोड	शिशुको उपचार वारे आमालाई सल्लाह	कोड	आमाको स्वास्थ्य सल्लाह	कोड	फलोअप नतिजा	कोड	कैफियत
११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१
गंभिर संक्रमण	१	एमोक्सिसिलिन	१	पूर्ण स्तनपान	१	सुत्केरी जाँच	१	मिति		
स्थानिय संक्रमण	२	जेन्टामाइसिन सुई	२	न्यानो पार्ने	२	आइरन फोलिक	२	ग/म/सा		
संक्रमण नभएको	३	१ २ ३ ४ ५ ६ ७		हात धुने	३	जन्मान्तर	३	फलोअप नतिजा		
निमोनिया	४	एम्पिसिलिन	३	नव शिशुलाई स्याहार	४			सुधार	१	
शिंताङ्ग	५	जी भी प्रयोग	४	सल्लाह				उस्तै	२	
कडा जण्डिस	६			घाउ सफा गर्ने सल्लाह	५			झन बिरामी भइ	३	
जण्डिस	७			कहिले तुरुन्त फर्कने	६			प्रेषण गरेका		
कम तौल	८			मृत्यू	४					
स्तनपान सम्बन्धी समस्या	९									
गंभिर संक्रमण	१	एमोक्सिसिलिन	१	पूर्ण स्तनपान	१	सुत्केरी जाँच	१	मिति		
स्थानिय संक्रमण	२	जेन्टामाइसिन सुई	२	न्यानो पार्ने	२	भिटाभिन ए	२	ग/म/सा		
संक्रमण नभएको	३	१ २ ३ ४ ५ ६ ७		हात धुने	३	आइरन	३	फलोअप नतिजा		
निमोनिया	४	एम्पिसिलिन	३	नव शिशुलाई स्याहार	४			सुधार	१	
शिंताङ्ग	५	जी भी प्रयोग	४	सल्लाह				उस्तै	२	
कडा जण्डिस	६			घाउ सफा गर्ने सल्लाह	५			झन बिरामी भइ	३	
जण्डिस	७			कहिले तुरुन्त फर्कने	६			प्रेषण गरेका		
कम तौल	८			मृत्यू	४					
स्तनपान सम्बन्धी समस्या	९									
गंभिर संक्रमण	१	एमोक्सिसिलिन	१	पूर्ण स्तनपान	१	सुत्केरी जाँच	१	मिति		
स्थानिय संक्रमण	२	जेन्टामाइसिन सुई	२	न्यानो पार्ने	२	भिटाभिन ए	२	ग/म/सा		
संक्रमण नभएको	३	१ २ ३ ४ ५ ६ ७		हात धुने	३	आइरन	३	फलोअप नतिजा		
निमोनिया	४	एम्पिसिलिन	३	नव शिशुलाई स्याहार	४			सुधार	१	
शिंताङ्ग	५	जी भी प्रयोग	४	सल्लाह				उस्तै	२	
कडा जण्डिस	६			घाउ सफा गर्ने सल्लाह	५			झन बिरामी भइ	३	
जण्डिस	७			कहिले तुरुन्त फर्कने	६			प्रेषण गरेका		
कम तौल	८			मृत्यू	४					
स्तनपान सम्बन्धी समस्या	९									
गंभिर संक्रमण	१	एमोक्सिसिलिन	१	पूर्ण स्तनपान	१	सुत्केरी जाँच	१	मिति		
स्थानिय संक्रमण	२	जेन्टामाइसिन सुई	२	न्यानो पार्ने	२	भिटाभिन ए	२	ग/म/सा		
संक्रमण नभएको	३	१ २ ३ ४ ५ ६ ७		हात धुने	३	आइरन	३	फलोअप नतिजा		
निमोनिया	४	एम्पिसिलिन	३	नव शिशुलाई स्याहार	४			सुधार	१	
शिंताङ्ग	५	जी भी प्रयोग	४	सल्लाह				उस्तै	२	
कडा जण्डिस	६			घाउ सफा गर्ने सल्लाह	५			झन बिरामी भइ	३	
जण्डिस	७			कहिले तुरुन्त फर्कने	६			प्रेषण गरेका		
कम तौल	८			मृत्यू	४					
स्तनपान सम्बन्धी समस्या	९									

## २ देखि ५९ महिना सम्मका

मिति: ..... / ..... / २० ... (ग/म/सा)															
क्र.सं.	आएको मिति			उमेर महिनामा		कसरी आएको	कोड	रोगको मूल्याङ्कन							
	बच्चाको नाम थर			तौल के.जी.				कडा रोगका चिन्हहरु	श्वास प्रश्वास		झाडा पखाला		पोषणको स्थिति		
गाउँघर दर्ता नं.	बच्चाको लिङ्ग			तापक्रम सेन्टिग्रेड		७	८		९	१०	११	१२	१३	१४	१५
	जाती कोड														
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६
	मिति			उमेर		आफै	१	छ	१	छ	१	छ	१		कोड
								छैन	२	छैन	२	छैन	२	शरिरको मासु सुकेको	१
														दुवै गोडा सुन्निएको	२
	नाम, थर			तौल		म.स्वा.स्व.से.	२	सुस्त वेहोस	१	सास दर		कति दिन	...	कम तौल	३
								आमाको दुध		...		दिसामा रगत	१	धेरै कम तौल	४
								/झोलकुरा खान पिउन नसक्ने	२	कोखा हानेको	१	सुस्त बेहोस	२	हत्केलामा सेतोपन	
	लिङ्ग	महिला	१	तापक्रम								आँखा गडेको	३	केहि भएको	५
		पुरुष	२									पिउन नसक्ने	४	धेरै भएको	६
	जाती कोड											हतारिएर पिउने	५	पाखुरा नाप	
												छाला विस्तारै फर्किने	६	रातो	७
												धेरै विस्तारै फर्किने	७	पहेलो	८
														हरियो	९
	मिति			उमेर		आफै	१	छ	१	छ	१	छ	१		कोड
								छैन	२	छैन	२	छैन	२	शरिरको मासु सुकेको	१
														दुवै गोडा सुन्निएको	२
	नाम, थर			तौल		म.स्वा.स्व.से.	२	सुस्त वेहोस	१	सास दर		कति दिन	...	कम तौल	३
								आमाको दुध		...		दिसामा रगत	१	धेरै कम तौल	४
								/झोलकुरा खान पिउन नसक्ने	२	कोखा हानेको	१	सुस्त बेहोस	२	हत्केलामा सेतोपन	
	लिङ्ग	महिला	१	तापक्रम								आँखा गडेको	३	केहि भएको	५
		पुरुष	२									पिउन नसक्ने	४	धेरै भएको	६
	जाती कोड											हतारिएर पिउने	५	पाखुरा नाप	
												छाला विस्तारै फर्किने	६	रातो	७
												धेरै विस्तारै फर्किने	७	पहेलो	८
														हरियो	९
	मिति			उमेर		आफै	१	छ	१	छ	१	छ	१		कोड
								छैन	२	छैन	२	छैन	२	शरिरको मासु सुकेको	१
														दुवै गोडा सुन्निएको	२
	नाम, थर			तौल		म.स्वा.स्व.से.	२	सुस्त वेहोस	१	सास दर		कति दिन	...	कम तौल	३
								आमाको दुध		...		दिसामा रगत	१	धेरै कम तौल	४
								/झोलकुरा खान पिउन नसक्ने	२	कोखा हानेको	१	सुस्त बेहोस	२	हत्केलामा सेतोपन	
	लिङ्ग	महिला	१	तापक्रम								आँखा गडेको	३	केहि भएको	५
		पुरुष	२									पिउन नसक्ने	४	धेरै भएको	६
	जाती कोड											हतारिएर पिउने	५	पाखुरा नाप	
												छाला विस्तारै फर्किने	६	रातो	७
												धेरै विस्तारै फर्किने	७	पहेलो	८
														हरियो	९

## विरामी बच्चाहरुको व्यवस्थापन

गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान: .....

वर्गिकरण				उपचार		प्रेषण	आमालाई सल्लाह		फलोअप नतिजा		कैफियत	
१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	
निमोनिया नभएको रुघाखोकि	१	कानको समस्या	१३		कोड			कोड		कोड		
न्यूमोनिया	२	दादुरा	१४	एमोक्सिसिलिन	१		खाना	१	मिति: (ग/म/सा)			
कडा रोग वा कडा निमोनिया	३	मध्यम कुपोषण	१५	एम्पिसिलिन	२		झोलकुरा	२	नतिजा			
जलवियोजन नभएको	४	कडा कुपोषण	१६	प्यारासिटामोल	३		तुरुन्त ल्याउने	३	सुधार	१		
केहि जलवियोजन	५	रक्त अल्पता	१७	ORS/Zinc	४				उस्तै	२		
कडा जलवियोजन	६	अन्य	१८	आइरन चक्की	५				प्रेषण गरेको	३		
दिर्घ पखला	७	अन्य भए, खुलाउनु होस्		जुकाको औषधी	६				मृत्यु	४		
आउँ रगत	८			भिटामिन 'ए'	७							
फाल्सिप्यारम औलो	९			घरेलु/ प्राथमिक उपचार	८							
फाल्सिप्यारम नभएको औलो	१०											
ज्वरो	११											
धेरै कडा ज्वरो जन्य रोग	१२											
निमोनिया नभएको रुघाखोकि	१		कानको समस्या	१३		कोड			कोड		कोड	
न्यूमोनिया	२		दादुरा	१४	एमोक्सिसिलिन	१		खाना	१	मिति: (ग/म/सा)		
कडा रोग वा कडा निमोनिया	३	मध्यम कुपोषण	१५	एम्पिसिलिन	२		झोलकुरा	२	नतिजा			
जलवियोजन नभएको	४	कडा कुपोषण	१६	प्यारासिटामोल	३		तुरुन्त ल्याउने	३	सुधार	१		
केहि जलवियोजन	५	रक्त अल्पता	१७	ORS/Zinc	४				उस्तै	२		
कडा जलवियोजन	६	अन्य	१८	आइरन चक्की	५				प्रेषण गरेको	३		
दिर्घ पखला	७	अन्य भए, खुलाउनु होस्		जुकाको औषधी	६				मृत्यु	४		
आउँ रगत	८			भिटामिन 'ए'	७							
फाल्सिप्यारम औलो	९			घरेलु/ प्राथमिक उपचार	८							
फाल्सिप्यारम नभएको औलो	१०											
ज्वरो	११											
धेरै कडा ज्वरो जन्य रोग	१२											
निमोनिया नभएको रुघाखोकि	१		कानको समस्या	१३		कोड			कोड		कोड	
न्यूमोनिया	२		दादुरा	१४	एमोक्सिसिलिन	१		खाना	१	मिति: (ग/म/सा)		
कडा रोग वा कडा निमोनिया	३	मध्यम कुपोषण	१५	एम्पिसिलिन	२		झोलकुरा	२	नतिजा			
जलवियोजन नभएको	४	कडा कुपोषण	१६	प्यारासिटामोल	३		तुरुन्त ल्याउने	३	सुधार	१		
केहि जलवियोजन	५	रक्त अल्पता	१७	ORS/Zinc	४				उस्तै	२		
कडा जलवियोजन	६	अन्य	१८	आइरन चक्की	५				प्रेषण गरेको	३		
दिर्घ पखला	७	अन्य भए, खुलाउनु होस्		जुकाको औषधी	६				मृत्यु	४		
आउँ रगत	८			भिटामिन 'ए'	७							
फाल्सिप्यारम औलो	९			घरेलु/ प्राथमिक उपचार	८							
फाल्सिप्यारम नभएको औलो	१०											
ज्वरो	११											
धेरै कडा ज्वरो जन्य रोग	१२											
निमोनिया नभएको रुघाखोकि	१		कानको समस्या	१३		कोड			कोड		कोड	
न्यूमोनिया	२		दादुरा	१४	एमोक्सिसिलिन	१		खाना	१	मिति: (ग/म/सा)		
कडा रोग वा कडा निमोनिया	३	मध्यम कुपोषण	१५	एम्पिसिलिन	२		झोलकुरा	२	नतिजा			
जलवियोजन नभएको	४	कडा कुपोषण	१६	प्यारासिटामोल	३		तुरुन्त ल्याउने	३	सुधार	१		
केहि जलवियोजन	५	रक्त अल्पता	१७	ORS/Zinc	४				उस्तै	२		
कडा जलवियोजन	६	अन्य	१८	आइरन चक्की	५				प्रेषण गरेको	३		
दिर्घ पखला	७	अन्य भए, खुलाउनु होस्		जुकाको औषधी	६				मृत्यु	४		
आउँ रगत	८			भिटामिन 'ए'	७							
फाल्सिप्यारम औलो	९			घरेलु/ प्राथमिक उपचार	८							
फाल्सिप्यारम नभएको औलो	१०											
ज्वरो	११											
धेरै कडा ज्वरो जन्य रोग	१२											

## २ वर्ष मुनिका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा

मिति: ..... / ..... / २० ... (ग/म/सा)

गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान: ..... / ..... / .....

गाँउघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.		बालबालिकाको			तौल (उमेर अनुसारको वृद्धि)			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				ग्राएको	नग्राएको			ग्राएको	नग्राएको
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				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				
										१	२	१	२				

मिति: ... .. / ... .. /२० ... (ग/म/सा)

गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.		गर्भवतीको				Gravida	Parity	आखिरी रजस्वला भएको पहिलो दिनको (LMP) मिति			गर्भवती जाँच		
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर	जाती कोड	उमेर			ग	म	सा	महिना	पटक	
														१

**सेवा**

गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान: ... ..

गर्भवती सेवा			सुत्केरी सेवा			नवजात शिशुको जाँच	उपचार/ सल्लाह/ परामर्श/ प्रेषण	कैफियत	
जुकाको औषधि वितरण	आइरन चक्की वितरण संख्या		गर्भवती महिलाको अवस्था	सुत्केरी भएको (... ..) औं दिन	वितरण गरेको आइरन चक्की संख्या				सुत्केरी महिलाको अवस्था
	नयाँ	दोहोः याई							
१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४

### परिवार नियोजन सेवा

मिति: .... / .... /२०... (ग/म/सा)

गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान: .....

गाँउघर दर्ता नं.	सेवादार्ता नं.		सेवाग्राहीको		उमेर		परिवार नियोजन साधन बितरण				
	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

प्राथमिक उपचार सेवा

मिति: ... .. / ... .. /२० ... (ग/म/सा)

गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान: ... ..

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

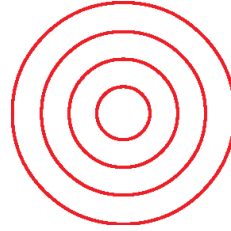
## स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

मिति: ... / ... / २० ... (ग/म/सा)				गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान: ... .. . . .				
क्रम संख्या	मिति			स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि संचालन स्थान (विद्यालय/समुदाय/अन्य)	स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा गतिविधि/बिषय	सहभागी संख्या	स्वास्थ्य शिक्षा सेवा प्रदायकको पुरा नाम थर	कैफियत
	गते	महिना	साल					
१	२	३	४	५	६	७	८	९
	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					



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

# महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका रजिष्टर



स्वास्थ्य संस्था: ... ..

जिल्ला : ... .. गाउँ / नगरपालिका: ... .. वडा नं.: ... ..

स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको नाम, थर: ... ..

तालिम लिएको मिति: ... .. / ... .. /२० ...

पुनरताजगी तालिम लिएको मिति: ... .. / ... .. /२० ...

अभिलेखन आर्थिक वर्ष: २०८..... / ८.....

(महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले आफुले गरेका कामहरूको अभिलेख अनिवार्य रूपमा यस रजिष्टरमा राख्नु पर्दछ)

**आगन्तुक तथा सुपरिवेक्षकको अवलोकन**  
**(Visitor's/Supervisor's Observation)**

मिति Date	सुपरिवेक्षकको नाम, पद, कार्यालय Name, Designation and Institution of the Supervisor	सुपरिवेक्षण वाट देखिएका मुख्य वृदाहरु Observation	सुझाव Recommendations	दस्तखत Signature

## कार्यक्षेत्रको आधारभूत सूचना

कार्यक्षेत्रमा पर्ने गाउँहरूको नाम:

१ ... ..

४ ... ..

२ ... ..

५ ... ..

३ ... ..

६ ... ..

विवरण	साल २०....
आमा समूहको बैठक बस्ने गते:	
आमा समूह सदस्य संख्या:	
कार्यक्षेत्रका 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:	



## 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 (औं हप्तामा)									
	गते	महिना	साल	नाम, थर	उमेर	गते	महिना	साल	गते	महिना	साल	छ	छैन	१२ हप्ता सम्म	१६ हप्ता सम्म	२०-२४ हप्ता	२८ हप्ता	३२ हप्ता	३४ हप्ता	३६ हप्ता	३८-४० हप्ता	अन्य	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	१	१	१	१	१	

\* उपयुक्त महलमा गोलो लगाउनुहोस्।

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								
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	
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	

\* उपयुक्त महलमा गोलो लगाउनुहोस्।

## 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)	मृत्यु हुँदाको अवस्था*			मृत्यु भएको मिति			प्रसूति 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		

## 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		निसास्ति-एको	शिताइग	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		

\* उपयुक्त महलमा गोलो लगाउनुहोस्।

## २८ दिन देखि ५९ महिना सम्मको बच्चाहरू मृत्यु विवरण


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










महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले सेवा पु-याएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्या

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





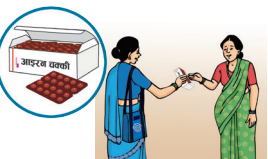

## नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रम

(कार्यक्रम लागु भएका जिल्लाहरूका म.स्वा.स्व.से. हरूले मात्र भर्ने)

शिशु जन्म मिति (ग.म.सा.)	आमाको नाम र थर	शिशुको नाम	टोल	शिशु जन्म			शिशु जन्मदा म.स्वा.स्व.से. उपस्थित भएका	निसास्सिएको शिशुको व्यवस्थापन
				घर	स्वास्थ्य संस्था	तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीबाट		
								
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१
				१	२	१	१	१

शिशुको अनुगमन भेट									
जन्मने बित्तिकै आमाको छातीमा टांसेर राखेको	१ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको	सामान्य तौल	कम तौल	धेरै कम तौल	सुत्केरी भएको २४ घण्टा भित्र	सुत्केरी भएको ३ दिनमा	सुत्केरी भएको ७-१४ दिनमा	सुत्केरी भएको ४२ दिनमा	अन्य
									
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५
१	१				१	२	३	४	५







## महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले गरेका कामहरूको मासिक तथा बार्षिक अभिलेख (आर्थिक वर्ष: २० ..... / .....)







क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
(क)	विविध													
१	आफ्नो क्षेत्रमा भेट गरिएका गर्भवती महिलाहरूको संख्या (जना)													
२	गर्भ जाँचको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरूको संख्या (जना)													
३	आमावाट बच्चामा सर्ने एचआइभि सम्बन्धि सूचना दिइएका गर्भवतीलाई रक्त परिक्षणका लागि रेफर गरेको संख्या (जना)													
४	पहिलो पटक स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको सन्निश्चित गरेको महिलाहरूको संख्या (जना)													
५	दोहोर्न्याई आएको वेला आईरन चक्की वितरण गरेको गर्भवती महिलाहरूको संख्या (जना)													
६	प्रसूति सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरूको संख्या (जना)													


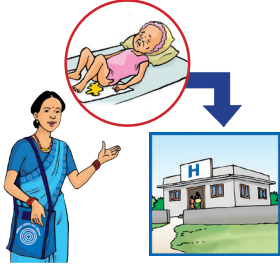



क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
७	स्वास्थ्यकर्मी विना घरमै सुत्केरी भई मातृसुरक्षा चक्की (मिसोप्रोस्टोल) खाएको सुनिश्चित गरिएका महिलाहरूको संख्या (जना)													
८	सुरक्षित मातृत्व र नवशिशु सम्बन्धि सामग्री (फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रब्य दृश्य सामग्री) प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा पाएका संख्या													
(रख)	घरमा जन्मेका शिशुहरूको जन्म अवस्था													
९	जिवित जन्म भएका शिशुहरू (जना)													
१०	मृत जन्म भएका शिशुहरू (जना)													
११	जन्मेको २४ घण्टासम्म ननुहाएको सुनिश्चित गरिएको नवजात शिशुहरूको संख्या (जना)													





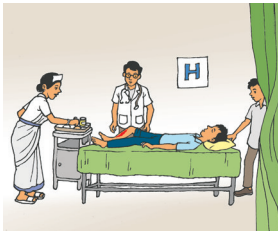
क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
(ग)	आमा र नवजात शिशु स्वास्थ्य													
१२	शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण व्यवहार सम्बन्धी सल्लाह दिइएको आमाहरूको संख्या (जना)													
१३	सुत्केरी जाँचको लागि प्रेषण गरेको महिलाहरूको संख्या (जना)													
१४	घरमा प्रसूती भएका सुत्केरीलाई ४५ आइरन चक्की वितरण गरेको महिलाहरूको संख्या (जना)													

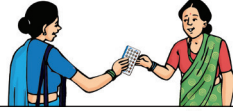
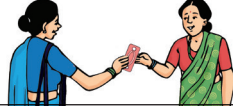
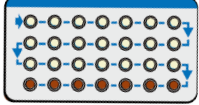



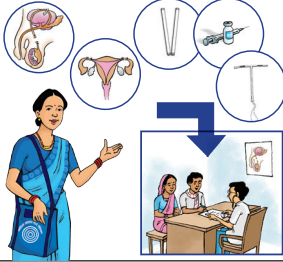

क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
(घ)	खोप कार्यक्रम													
१६	खोप क्लिनिक र सरसफाई सेसनमा सहभागी भएको (पटक)													
														
१७	खोप लगाउन पठाएको नयाँ बच्चाको संख्या (जना)													
														
१८	२३ महिना भित्रमा पूर्ण खोप प्राप्त गरेको बच्चा संख्या (जना)													
														
१९	गाउँघर क्लिनिकमा सहभागी भई सघाएको (पटक)													
														



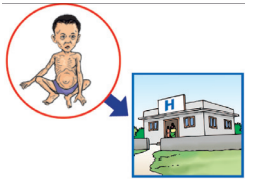
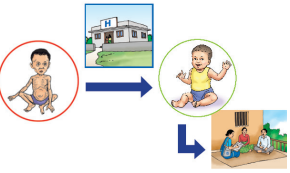
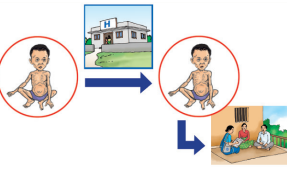
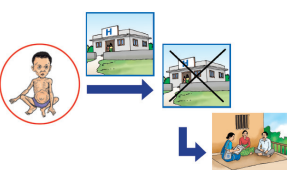
क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जम्मा
(ड)	२ महिना मुनिको विरामी शिशुको उपचार तथा प्रेषण													
२०	०-७ दिन सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या (जना)													
														
२१	८-२८ दिनसम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या (जना)													
														
२२	२९-५९ दिन सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या (जना)													
														
२३	०-७ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या (जना)													
														
२४	८-२८ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या (जना)													
														
२५	२९-५९ दिन भित्र मृत्यु भएका बच्चा संख्या (जना)													
														

क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
(च)	२-५९ महिना भित्रका शिशु/ बालबालिकाको मृत्यु विवरण													
२६	२-११ महिना भित्र मृत्यु भएका बच्चा संख्या (जना)													
२७	१२-५९ महिना भित्र मृत्यु भएका बालबालिकाको संख्या (जना)													
(छ)	२-५९ महिना सम्मका विरामी शिशुको उपचार तथा प्रेषण: छाडापखाला													
२८	छाडापखाला लागेका २ महिनादेखि ५ वर्ष मुनिका जठमा विरामी बच्चाहरूको संख्या (जना)													
२९	पुनर्जलीय भोल र जिंक चक्कीबाट उपचार गरेका बच्चाहरूको संख्या (जना)													
३०	५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय भोलको पुरिया (संख्या)													
३१	५ वर्ष भन्दा माथिका मानिसहरूलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय भोलको पुरिया (संख्या)													







क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
३२	वितरण गरेको जिङ्ग चक्कि संख्या (चक्कि)													
														
३३	भाडापखाला लागेका २ महिना देखि ५ बर्ष सम्मका विरामी बच्चाहरूलाई प्रेषण गरेको संख्या (जना)													
														
(ज)	२-५९ महिना सम्मका विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषण: श्वासप्रश्वास रोग													
३४	श्वास प्रश्वास रोग लागेका २ देखि ५९ महिनाका विरामी बच्चाहरूको संख्या (जना)													
														
३५	न्यूमोनिया नभएको (रुघाखोकी भएका) ५ वर्ष मुनिका बच्चालाई घरेलु उपचार सल्लाह दिएको बच्चाहरूको संख्या (जना)													
														
३६	श्वास प्रश्वास रोग भई स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरूको संख्या (जना)													
														






क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
(अ)	प्रेषण													
३७	सुरक्षित गर्भपतनको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका महिलाहरूको संख्या (जना)													
३८	स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन प्रेषण गरिएका किशोर किशोरीहरूको संख्या (जना)													
३९	लगातार २ हप्ता सम्म खोकी लागी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका बिरामीहरूको संख्या (जना)													
४०	प्राथमिक उपचार गरेको संख्या (जना)													
४१	प्राथमिक उपचारको क्रममा प्रेषण गरेको बिरामीहरूको संख्या (जना)													

क्र.सं.	गतिविधिहरू			श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेठ	आषाढ	जम्मा
(अ)	परिवार नियोजन															
४२	पिल्स वितरण गरिएका महिलाहरूको संख्या (जना)	खाने चक्की पिल्स (OCP)														
		आकस्मिक चक्की (ECP)														
४३	वितरण गरेको पिल्सको संख्या	खाने चक्की पिल्स (साइकल)														
		आकस्मिक चक्की (डोज)														
४४	कण्डम वितरण गरेको (जना)															
																
४५	वितरण गरेको कण्डमको संख्या (गोटा)															
																
४६	परिवार नियोजन सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको दम्पतीहरूको संख्या															
																
४७	परिवार नियोजन सम्बन्धि सामग्री (फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रब्य दृश्य) प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा पाएको संख्या															
																

क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेठ	आषाढ	जठमा
(ट)	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन: एम.यु.ए.सी. छनौट													
४८	हरियो हृष्टपुष्ट (जना): खुशी परिवार													
४९	पहेलो मध्यम शीघ्र कुपोषण (जना): घरमा म.स्वा.स्व.से. द्वारा परामर्श													
५०	रातो कडा शीघ्र कुपोषण (जना): स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण													
(ठ)	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन: घरभेट र अनुगमन													
५२	रातो: कडा शीघ्र कुपोषित बच्चा: उपचार पछि निको भएको (जना)													
५३	रातो: कडा शीघ्र कुपोषित बच्चा: उपचार गरिरहदा पनि तौल वृद्धि नभएको (जना)													
५४	रातो: कडा शीघ्र कुपोषित बच्चा: उपचार गर्दा गर्दै स्वास्थ्य संस्था जान छाडेका (जना)													






(ड) एकिकृत शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालमिठा समुदाय प्रवर्धन कार्यक्रम

	उमेर महिनामा		श्रावण			भाद्र			आश्विन			कार्तिक			मंसिर			पौष		
			पहिलो पटक	दोश्रो पटक	तेस्रो पटक	पहिलो पटक	दोश्रो पटक	तेस्रो पटक	पहिलो पटक	दोश्रो पटक	तेस्रो पटक	पहिलो पटक	दोश्रो पटक	तेस्रो पटक	पहिलो पटक	दोश्रो पटक	तेस्रो पटक	पहिलो पटक	दोश्रो पटक	तेस्रो पटक
५५	६ देखि ११ महिनाका बालबालीका																			
५६	१२ देखि १७ महिनाका बालबालीका																			
५७	१८ देखि २३ महिनाका बालबालीका																			
			माघ			फाल्गुण			चैत्र			बैशाख			जेष्ठ			आषाढ		
५८	६ देखि ११ महिनाका बालबालीका																			
५९	१२ देखि १७ महिनाका बालबालीका																			
६०	१८ देखि २३ महिनाका बालबालीका																			

क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
(ढ)	विविध													
६१	आमा समुहको बैठक वसेको पटक													
६२	आमा समुहको बैठक सहभागी संख्या (जना)													
६३	आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटक													
६४	गर्भवती अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र) (जना)													
६५	प्रसव अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र) (जना)													

क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जम्मा
६६	सुत्केरी अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र) (जना)													
६७	२९-५९ दिन सम्मको बच्चाको मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र) (जना)													
६८	२ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बालबालिकाको मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक) (जना)													
६९	बाल स्वास्थ्य सम्बन्धि स्वास्थ्य शिक्षा सामग्री (फिल्म चार्ट/पोस्टर/श्रब्य दृश्य सामग्री) प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा पाएका संख्या													
७०	स्वस्थ्य जीवनशैलीको लागि नसर्ने रोगका जोखिम तत्व र रोकथामको बारेमा फिल्म चार्ट/पोस्टर/श्रब्य दृश्य सामग्री प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा दिएको (पटक)													

क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
७१	स्वस्थ जीवनशैलीको लागि नसर्ने रोगका जोखिम तत्वको बारेमा फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रव्य दृश्य सामग्री प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षाबाट लाभान्वित संख्या													
७२	आफ्नो क्षेत्रका शंकास्पद क्षयरोगका बिरामीको प्रेषण गरेको संख्या (जना)													
७३	आफ्नो क्षेत्रका शंकास्पद कुष्ठरोगका बिरामीको प्रेषण गरेको संख्या (जना)													
७४	नसर्ने रोग (मधुमेह, मृगौला, दीर्घ श्वासप्रश्वास, अर्बुदरोग, मुटुरोग) का बिरामीको प्रेषण गरेको संख्या (जना)													
७५	मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका बिरामीको बिरामीको प्रेषण गरेको संख्या (जना)													

क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जठमा
७६	पाठेघर खस्ने समस्या भएका आमाको प्रेषण गरेको संख्या (जना)													
														
७७	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको जाँचको लागि प्रेषण गरेको संख्या (जना)													
														
७८	स्वास्थ्य समस्या भएका जेष्ठ नागरिकको पहिचान गरी प्रेषण गरेको संख्या (जना)													
														
७९	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वमसेविका कोषमा जठमा भएको रकम रु. (लगानी समेत)													
														
८०	नवजात शिशुको ३५ दिनभित्र जन्म दर्ताका लागि परामर्श दिइएको परिवार संख्या (परिवार)													
														

क्र.सं.	गतिविधिहरू	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फागुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	जम्मा
८१	नवजात शिशुको जन्म दर्ता भएको सुनिश्चित गरिएको संख्या (जना)													
८२	मृत्यु भएको ३५ दिनभित्र मृत्यु दर्ताका लागि परामर्श दिएको परिवार संख्या (परिवार)													
८३	मृत्यु दर्ता भएको सुनिश्चित गरिएको संख्या (जना)													
८४	१३ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या (संख्या)													
८५	२६ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या (संख्या)													

# किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेख

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

प्रदेश :.....

महा/उप/न.पा/गाँउपालिकाको नाम:.....

वडा नं.:.....

साल:.....

वडा भित्र विद्यालय नजाने किशोरीहरुको संख्या: .....

क्र.सं	किशोरीको नाम	उमेर समूह (बर्षमा)		पहिलो चरण (श्रावण देखि असोज सम्म)													१३ हप्ता खाएको	दोश्रो चरण (माघ देखि चैत्र सम्म)												२६ हप्ता खाएको	कैफियत									
				हप्ता														हप्ता																						
		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										
<b>जम्मा</b>																																								



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

राष्ट्रिय भिटामिन "ए" कार्यक्रम रजिष्टर  
NATIONAL VITAMIN A PROGRAMME REGISTER

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवीकाको नाम:

प्रदेश : जिल्ला: नगर/गाउँपालिका: वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष: देखि सम्म



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



स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर

HEALTH PROMOTION AND HEALTH EDUCATION REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक बर्ष

देखि

सम्म

**स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर**

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



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

## औलो, कुष्ठरोग र कालाजार नमूना संकलन फारम

### MALARIA, LEPROSY AND KALA-AZAR SPECIMEN COLLECTION FORM

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश :

जिल्ला:

नगर/ गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

# औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

ठेगाना: जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका :

भाग १

दर्ता नं.	स्लाईड 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	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
													1	2	3		1	2	
जम्मा																			

नोट: संकलनकर्ताले यो प्रति आफैसंग राखि दोश्रो प्रति

संकलनकर्ता: नाम:

स्लाईड पठाइएको मिति (गते/महिना/साल)

प्रयोगशालामा पठाउनुहोस्।

पद:

\*जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

सही:

... .. / ... .. / २०७ ...

# औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

ठेगाना: जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका :

भाग २

दर्ता नं.	सेवाको प्रकार	स्लाइड संकलन मिति			सेवाग्राहीको			उमेर		स्लाइड नम्बर	श्रोत		प्रयोगशाला परीक्षण						परिणाम							कैफियत				
					नाम	थर	जाती कोड*	महिला	पुरुष		ACD	PCD	पुगेको मिति			जाँच मिति			औलो			कुष्ठ					कालाजार			
		ग	म	सा									ग	म	सा	ग	म	सा	जाँच	अवस्था	घनत्व	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
											1	2															1	2		
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	
											1	2																1	2	

नाम:

नतीजा पठाइएको मिति (गते/महिना/साल)

\*जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

पद:

सही:

... .. / ... .. / २०....



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

औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर  
MALARIA, LEPROSY AND KALAAZAR LABORATORY REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश :

जिल्ला:

नगर/ गाउँपालिका

वडा नं

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

# औलो, कुष्ठ र कालाजार

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

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
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२
											१	२

\* महल ४: जाति कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

\* महल ७: विदेश भएमा देशको नाम लेख्नुहोस्।

## रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर

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

\*Column 14: Microscopy = 1, RDT = 2, Microscopy &amp; RDT=3, BM = 4, SP =54, RK39 =6

\* Column 19: PV = 1, PF = 2, P-MIX = 3, Relapse =4, other (P. ovale, P. malariae, P.knowlesi)=5



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

औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर  
MALARIA AND KALA-AZAR TREATMENT REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश :

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

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

\*महल ८: जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

\* महल १९: विदेश भएमा देशको नाम लेख्नुहोस्।

# रोगको उपचार रजिष्टर


HMIS 5.3

साल: ... ..

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

\* Column 31: PV = 1, PF = 2, P-MIX = 3, Relapse =4, other (P. ovale, P. malariae, P.knowlesi)=5

\* Column 32: Indigenous (स्थानीय) = 1, Imported (अन्य मुलुकवाट आएको) = 2

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली <b>कुष्ठरोग परीक्षण र उपचार कार्ड</b></p>			
प्रदेश:	जिल्ला:	गा.पा./न.पा./उप/म.न.पा.:	स्वास्थ्य संस्था:

## भाग १-विरामीको विवरण

मूल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	दर्ता भएको मिति			विरामीको नाम र थर	लिङ्ग	उमेर	सम्पर्क नं.
		ग	म	सा				
पेशा	ठेगाना	जिल्ला			गा.पा./न.पा./उप/म.न.पा.	वडा नं.	गाँउ टोल	घरमुलौको नाम
जाति कोड	स्थायी							
	हालको							

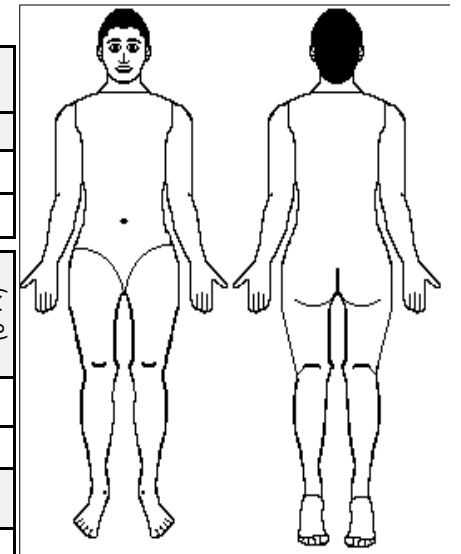
## भाग २-रोगको अवस्था

इतिहास							
प्रारम्भिक लक्षण:				जचाँउन आउनुका कारण			
लक्षणको अवधि	वर्ष	महिना	दिन				
परिवार वा नातामा कसैलाई कुष्ठरोग			थियो	<input type="checkbox"/>	थिएन	<input type="checkbox"/>	थियो भने नाता:
पहिले कुष्ठरोगको उपचार लिएको/ नलिएको							
MB MDT	<input type="checkbox"/>	PB MDT	<input type="checkbox"/>	कति महिना खाएको	<input type="checkbox"/>	अन्तिम मात्रा कति महिना अगाडि खाएको	<input type="checkbox"/>
नयाँ	<input type="checkbox"/>	(नयाँ बिरामी भन्नाले कहिलेपनि दर्ता नभएको बिरामीलाई बुझाउँछ।)		पहिले दर्ता भइसकेको	Transferred in	Relapsed	Re-starter
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पत्ता लागेको तरिका :	Contact Examination	Voluntarily	Referred	Others			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(School Survey, Active Case Detection, LPEP, .....)			

छाला/आँखा जाँचको विवरण			छ	छैन
छुँदा थाहा नहुने दाग				
दागको संख्या				
नयाँ मांसपेशी कमजोर वा छुँदा थाहा नहुने छ? (६ महिनाभित्र)				
छालामा Infiltration				
छालामा सुख्खापन				
आखाको ढकनी (Eyelid)				
आँखा रातो छ?				

स्मेयर मिति	ग/म/सा	ग/म/सा
Skin Smear Sites	Smear Result	Smear Result
(R) Earlobe		
(L) Earlobe		
Lesion 1 or (R) Arm		
Lesion 2 or (R) Thigh		
BI		

स्नायूको स्थिति	Ulnar		Median		Radial		Lateral Popliteal		Posterior Tibial	
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L
Thickened										
Tender										
निदानको समयमा प्रतिक्रिया	Mild	Severe	आँखा		हात		गोडा		अधिकतम श्रेणी (०-१२)	EHF Score (०-१२)
Type I			दा (०/२)	बा (०/२)	दा (०/१/२)	बा (०/१/२)	दा (०/१/२)	बा (०/१/२)		
Type II			निदानको समयमा							
Neuritis	Yes	No	RFT को समयमा							
कुष्ठरोगको प्रकार			हालको उपचार							
MB	<input type="checkbox"/>	PB	<input type="checkbox"/>	MB MDT	<input type="checkbox"/>	PB MDT	<input type="checkbox"/>			



चिन्ह: ○ = दाग, \ = स्नायू, ⊕ = छुँदा थाहा नहुने, Infiltration ⊙ Ulcer=⊗

जाँच गर्नेको नाम: \_\_\_\_\_  
दस्तखत: \_\_\_\_\_

पद: \_\_\_\_\_  
मिति: (ग/म/सा) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## भाग ३-उपचारको स्थिती

पहिलो मात्रा औषधी खाएको मिति: / /

आथिक वर्ष	माहिना-माहिनाको उपचार												घटाइएको विवरण र मिति	
	श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.	आ.		

घटाइएको विवरण: Release from Treatment (RFT), Transfer Out, Defaulter, Lost to follow-up, Others (Died, Wrong Diagnosis)

## भाग ४-कुष्ठरोगको प्रतिक्रिया व्यवस्थापन / अन्य उपचार (Reaction during treatment)

मिति	चिन्ह तथा लक्षण	निदान	औषधी	मात्रा	उपचारको अवधि

## भाग ५-Medical and Social Rehabilitation

जीवनयापनको लागि सहयोग (छ भने चिन्ह लगाउनुहोस्)	शिक्षा <input type="checkbox"/>	स्वरोजगार <input type="checkbox"/>	नयाँ घर <input type="checkbox"/>	घर मर्मत <input type="checkbox"/>	अन्य .....
सहयोग गरेको मिति	मिति	मिति	मिति	मिति	मिति
सहयोग गर्ने संस्था					
	मिति	मिति	मिति	मिति	मिति
स्वयं हेरचाह किट (Kit) सहयोग					
स्वयं हेरचाह सम्बन्धि तालिम					
जुता आवश्यक (छ / छैन) छ भने वितरण मिति					
सहयोग सामग्री आवश्यक (छ / छैन) छ भने वितरण मिति					
सुधारात्मक शल्यक्रिया आवश्यक (छ / छैन) छ भने:-	शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/ गोडा)		शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/ गोडा)		शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/ गोडा)
	आँखा	हात	गोडा		
	दायाँ	बायाँ	दायाँ	बायाँ	

## भाग ६-विरामीको फलो अप (Follow-up)

मिति	विवरण	Clinical / Laboratory	दिइएको उपचार

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	लिंग		बिरामीको नाता	निदान		कैफियत
			महिला	पुरुष		एम.वि.	पि.वि.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

## भाग ९ - मांसपेशी जाँच (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					
<b>Muscle Power:</b> S=Strong, W=Weak, P=Paralysis			<b>* Score of Vision: Counting Finger at 6m</b> 0=Normal, 1= Blurring Vision, 2= Unable to count		

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

## कुष्ठरोगको निदान

तल उल्लेखित ३ वटा चिन्हहरूमध्ये कुनै एक चिन्ह पाउनु भएमा कुष्ठरोग हो भनि निदान गरी उपचार गर्नसक्नु हुनेछ।	
१	छालामा फुस्रो वा रातो र निश्चितरूपमा स्पर्शशक्ति हराएका दागहरू देखिएमा
२	बाहिरी सतहका स्नायूहरू (Peripheral Nerves) सुन्ननुका साथै सो स्नायूबाट सञ्चालित भागहरूमा स्पर्शशक्ति हराएमा 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	# z	
#	१ वा १ भन्दा बढी स्नायूहरू सुन्ननु/दुख्नु/मोटो हुनु	#	स्किन स्मेयर नेगेटिभ भएमा
#	स्किन स्मेयर पोजेटिभ भएमा		

## असमर्थताको श्रेणी (हात, खुट्टा र आँखा)

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

<input type="checkbox"/>	यो चिन्ह आँखाको दृष्टिको जाँच गर्नका लागि हो। यो २ हात (१ मिटर) परवाट जाँच्नुपर्छ। यदि माथिको चिन्ह स्पष्टसंग देख्न सकेमा दृष्टि ६/६० भन्दा राम्रो मान्नु पर्छ।
--------------------------	---



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

कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर  
LEPROSY TREATMENT REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

जिल्ला:

गाउँ/नगरपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	दर्ता मिति			बिरामीको नाम र थर		बिरामीको उमेर	वैवाहिक स्थिति (कोड)		ठेगाना		रोग पत्ता लागेको तरिका*	यस रजिष्टरमा थप भएको तरिका*	लप्रा रिट	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	स्थायी ठेगाना	(Type I, Type II)					
		सेवा दर्ता नं.	गते	महिना	साल	जाति कोड*		म	पु	सम्पर्क नं.	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल			मिति	उपचार
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३			
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			पेशा						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			पेशा						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.						उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना					प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल					मिति	
					जाति कोड			पेशा						उपचार	

महल नं ६ (जाती कोड): १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

महल नं ९ (वैवाहिक स्थिति): १ अविवाहित, २ विवाहित, ३ पारपाचुके, ४ विधुवा/विधुर, ५ छुट्टिएको, ६ लागु नहुने

Column 11: 1 Voluntarily, 2 Refer, 3 Contact Examination, 4 Skin Camp, 5 Others

Column 12: 1 New Patient, 2 Transfer in, 3 Re-starter, 4 Relapsed, 5 Other (specify)

एम.वि.

गैक्सिन	Neuritis	आर्थिक वर्ष	महिना/महिनाको उपचार नियमितता (संख्यामा १,२,३.....लेख्ने )											सेयर नतिजा	असमर्थताको अधिकतम श्रेणी	EHF Score	Ulcers (छ/छैन)	सम्पर्क परिक्षण गर्नु पर्ने सम्पर्क व्यक्तिहरुको संख्या	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/LF/OD)	कैफियत			
			श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.					आ.			सम्पर्क परिक्षण गरिएको व्यक्तिको संख्या	सम्पर्क परिक्षणबाट बिरामी पत्ता लागेको संख्या	
मिति	उपचार	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण	
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति	
उपचार	२०.../....																						

## कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं.	दर्ता मिति			बिरामीको नाम र थर		बिरामीको उमेर	वैवाहिक स्थिति (कोड)		ठेगाना		रोग पत्ता लागेको तरिका*	लेप्रा रिज	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	स्थायी ठेगाना	(Type I, Type II)				
		सेवा दर्ता नं.	गते	महिना	साल	जाति कोड*		म	पु	सम्पर्क नं.	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल		प्रकार	मिति
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३		
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना				प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल				मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.					उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना				प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल				मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.					उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना				प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल				मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.					उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना				प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल				मिति	
					जाति कोड			पेशा					उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना				प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल				मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.					उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना				प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल				मिति	
					जाति कोड			पेशा					उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	स्थायी ठेगाना				प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			पेशा	हालको जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल				मिति	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.					उपचार	
					बिरामीको नाम र थर			जन्मस्थान	स्थायी ठेगाना				प्रकार	
					अभिभावकको नाम र थर			वैवाहिक स्थिति	हालको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल				मिति	
					जाति कोड			पेशा					उपचार	

महल नं ६ (जाती कोड): १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

महल नं ९ (वैवाहिक स्थिति): १ अविवाहित, २ विवाहित, ३ पारपाचुके, ४ विधवा/विधुर, ५ छुट्टिएको, ६ लागु नहुने

Column 11: 1 Voluntarily, 2 Refer, 3 Contact Examination, 4 Skin Camp, 5 Others

Column 12: 1 New Patient, 2 Transfer in, 3 Re-starter, 4 Relapsed, 5 Other (specify)

पि.वि.

गोक्सन		महिना/महिनाको उपचार नियमितता (संख्यामा १,२,३.....लेख्ने)												सप्तर नतिजा	असमर्थताको अधिकतम श्रेणी	EHF Score	Ulcers (छ/छैन)	सम्पर्क परिक्षण गर्नु पर्ने सम्पर्क व्यक्तिहरुको संख्या	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/LF/OD)	कैफियत				
Neuritis	आर्थिक वर्ष	श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.	आ.					सम्पर्क परिक्षण गरिएको व्यक्तिको संख्या			सम्पर्क परिक्षणबाट बिरामी पत्ता लागेको संख्या			
मिति	उपचार	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४		
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																							
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																							
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																							
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																							
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																							
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																							
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																							
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																							
छ/छैन	२०.../....																निदानको समयमा					विवरण		
मिति	२०.../....																RFT को समयमा					मिति		
उपचार	२०.../....																							



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

पुर्नस्थापना सेवा रजिष्टर  
REHABILITATION SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

पुर्नस्था

सेवा सम्बन्धि जानकारी				सेवाग्राहीको व्यक्तिगत जानकारी						ठेगाना / सम्पर्क नं.			परीक्षण र निदान (Diagnosis)	
क्र.स.	मूल दर्ता नम्बर	मिति	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम, थर	जाति (०१-०६)	लिंग (०७)	लिङ्ग (म,पु,यौन अल्पसंख्यक)	विकार / अपाङ्गता प्रकार (०१-१०)	अपाङ्गता परिचय पत्र (क, ख, ग, घ, छैन)	जिल्ला		अन्य (विदेशी)	अनुसन्धानमूलक परीक्षण	ICD Code
	अन्य सेवा दर्ता नम्बर	(ग/म/सा)	नयाँ/पुरानो	अभिभावकको नाम, थर						गा.पा./न.पा	वडा नं.			निदान
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५

लिङ्ग	उमेर समूह (महल नं ७)					विकार/अपाङ्गताको प्रकारको आधारमा (महल नं. ९)										अपाङ्गता 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																					

## पना सेवा रजिष्टर

Chapter	कार्य क्षमता (Functioning)						समस्याको कारणको कोड	सेवाको प्रकार							सहायक सामग्री		प्रेषण भई आएको संस्थाको अन्य सेवाको कोड	प्रेषण भइ आएको अन्य संस्था/व्यक्तिको नाम	प्रेषण गरिएको अन्य संस्थाको नाम	भर्ना भएको मिति डिस्चार्ज भएको मिति (ग/म/सा)	कुल भर्ना भएको दिन	सेसन नं एक दिनमा पाएको सेसन संख्या	सेवा पाएको दिन							
	विवरण	बुझ्ने र बुझाउने	सामनशिलता	स्व-हेरचाह	मेलमिलाप	जिवन क्रियाकलाप		सहभागिता	फिजियोथेरापी सेवा	वाक् तथा श्रवण सेवा	अकुपेसन थेरापी सेवा	सहायक सामग्री सेवा	चिकित्सकिय सेवा		मनोपरामर्श सेवा	अन्य सेवा								आवश्यक	प्राप्त (✓)	कोड	स्रोतको कोड	कोड	कोड	कोड
													पि.एम. एण्ड.आर	अन्य										कोड	कोड	कोड	कोड			
१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०						

बिकार/अपाङ्गताको प्रकार कोड (महल ९): ०१ - शारीरिक सम्बन्धी, ०२-दृष्टि सम्बन्धी, ०३ सुनाइ सम्बन्धी, ०४- श्रावण सम्बन्धी, ५- स्वर र बोलाइ सम्बन्धी, ०६- मानसिक वा मनोसामाजिक सम्बन्धी, ०७- बौद्धिक सम्बन्धी, ०८- अनुवंशीय रक्तश्राव सम्बन्धी, ०९-अतिज्म सम्बन्धी, १०- बहुअपाङ्गता  
समस्याको कारणको कोड (महल २३): ०१-जन्मजात, ०२-दुर्घटना/चोटपटक, ०३-हिंसा, ०४-नसर्ने रोग, ०५-सर्ने रोग, ०६- हड्डी खिइनु, ०७- अन्य, ०८-थाहा नभएको



HMIS 5.7

नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग

एकिकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सुचना प्रणाली

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

पुनर्स्थापना सेवा कार्ड

मुल दर्ता नं.	प्रेषण गर्ने सेवाको नाम	प्रेषण गर्ने सेवाको दर्ता नं.	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 लागि भर्ना भएको मिति र डिस्चार्ज भएको मिति लेख्नुपर्नेछ।

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

मिति (ग/म/सा)	परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता						उपचार र सल्लाह							
	बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	गमनशिलता	स्व-हेरचाह	मेलमिलाप	जीवन क्रियाकलाप	सहभागिता	फिजियोथेरापी सेवा	वाक् तथा श्रवण सेवा	अकुपेशन- थेरापी सेवा	सहायक सामग्री सेवा	चिकित्सकीय सेवा	अन्य	मानोपरामर्श सेवा	अन्य सेवा

मति (रा./म./सा)	परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता					उपचार र सल्लाह							
	बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	गामनशिलता	स्व-हेरचाह	मेलमिलाप	जीवन क्रियाकलाप	सहभागिता	फिजियाथेरापी सेवा	बाक् तथा श्रवण सेवा	अकृपेशन- थेरापी सेवा	सहायक सामग्री सेवा	चिकित्सकिय सेवा		मनोपरामर्श सेवा
										पि.एम. एण्ड.आर	अन्य		

मिति (रा./म./सा)	परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता						उपचार र सल्लाह							
	बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	गामनशिलता	स्व-हेरचाह	मेलमिलाप	जीवन क्रियाकलाप	सहभागिता	फिजियाथेरापी सेवा	बाक् तथा श्रवण सेवा	अकृशेन- थेरापी सेवा	सहायक सामग्री सेवा	पि.एम. एण्ड.आर अन्य	चिकित्सकिय सेवा	मनोपरामर्श सेवा	अन्य सेवा

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

## कुष्ठरोग विरामीको सम्पर्क जाँच रजिस्टर

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :

प्रदेश:

गाउँपालिका/नगर/उप/महानगरपालिका :

जिल्ला:

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



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

नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर

Non-Communicable Diseases and Mental Health Register

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश: जिल्ला: नगर/गाउँपालिका: वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष: देखि सम्म

## 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 सेवाग्राहीहरूको लागि मात्र		प्रेषण			
	मूल दर्ता नम्बर	मिति	NCD/MH/ Injury	नयाँ/ पुरानो	सेवाग्राहीको नाम/थर	जाति कोड	उमेर	लिङ्ग		जिल्ला		Diagnosis	ICD Code	औषधि	मिनोसामाजिक परामर्श	परामर्श	अन्य	उपचार नियमितता (Rx compliance)		सुधारको अवस्था					
	अन्य सेवा दर्ता नम्बर कोड			सेवा दर्ता नम्बर				महिला	पुरुष	गा.पा/न.पा											वडा नं.	टोल		सम्पर्क नम्बर	
	१			२				३	४	५											६	७	८	९	१०
								१	२									१	१. नियमित छ	१. सुधार छ					
								१	२									१	२. नियमित छैन	२. सुधार छैन					
								१	२									१	१. नियमित छ	१. सुधार छ					
								१	२									१	२. नियमित छैन	२. सुधार छैन					
								१	२									१	१. नियमित छ	१. सुधार छ					
								१	२									१	२. नियमित छैन	२. सुधार छैन					
								१	२									१	१. नियमित छ	१. सुधार छ					
								१	२									१	२. नियमित छैन	२. सुधार छैन					
								१	२									१	१. नियमित छ	१. सुधार छ					
								१	२									१	२. नियमित छैन	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. २०८२/८३



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

ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम रजिष्टर  
Senior Citizens Health Service Register

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## ज्येष्ठ नागरिक

स्वास्थ्य संस्थाको नाम .....

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

महल ७ (जातजाति): १ दलित, २ जनजाति, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

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

महल १४ (विभाग): १ आकस्मिक, २ बहिरङ्ग, ३ अन्तरङ्ग

महल १५ (सेवा): १ सामान्य परिक्षण, २ सामान्य उपचार, ३ शल्यक्रिया, ४ Palliative, ५ Rehabilitative

## स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम रजिष्टर

आ.ब.: २०..../२०.. .

महिना:.....

सेवा (कोड १-५)	सेवा शुल्क रु. मा				नि: शुल्क वा छुट		खर्च बेहोरिएको रकम			प्रेषण गरिएको			
	औषधी	परिक्षण	शल्यक्रिया	अन्य (खुलाउने)	नि: 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
१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८

पुनर्स्थापना सेवा

बिबरण	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	जम्मा	औषत सेवा पाएका संख्या	
नयाँ सेवाग्राहीको संख्या															
पुनर्स्थापना सम्बन्धि जम्मा सेवा															
पुनर्स्थापना सेवा पाउने अपाङ्गता भएका व्यक्तिको कुल संख्या															
सहायक सामग्री प्राप्त गर्ने सेवाग्राहिको संख्या															



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टर  
PRESUMPTIVE TUBERCULOSIS REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:			
जिल्ला:	नगरपालिका/गाउँ पालिका:	बडा नं.:	
प्रयोग मिति:	आर्थिक वर्ष:	देखि	सम्म





## Presumptive TB Register

SN	RN	Screened Date	Name of Patient		Age		Address		Screened By		Requested/ Referred for Diagnosis					Lab result					TB Diagnosis					Treatment Status				Remarks		
		DD/YY	Name	Ethnic Code	Female	Male	District	M/RM	X-ray	Symptom	Tests type					Name of HF / Hospital					PBC	PCD	EP	HF TB	RR/DR TB	Enrolled	Died	LFU	Referred		Referred HF Name	
		YYYY	Surname				Ward No	Contact no			S	X	C	L	O	S	X	C	L	O											S	X
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
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	

जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लीम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री,

S= Sputum, X=GeneXpert, C=Culture, L=LPA, O= Others (Define In Remarks)

## Presumptive TB Register

SN	RN	Screened Date	Name of Patient		Age		Address		Screened By		Requested/ Referred for Diagnosis					Lab result					TB Diagnosis					Treatment Status				Remarks		
		DD/YY	Name	Ethnic Code	Female	Male	District	M/RM	X-ray	Symptom	Tests type					Name of HF / Hospital					PBC	PCD	EP	HF TB	RR/DR TB	Enrolled	Died	LFU	Referred		Referred HF Name	
		YYYY	Surname				Ward No	Contact no			S	X	C	L	O	S	X	C	L	O											S	X
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
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	
	RN	DD/MM YYYY	Name Surname	Ethnic Code			District Ward No	M/RM Contact no	1	2	S Date	X Date	C Date	L Date	O Date	Name of HF / Hospital Address	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	Result Date	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred HF Name Contact no.	

जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लीम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री,

S= Sputum, X=GeneXpert, C=Culture, L=LPA, O= Others (Define In Remarks)

## जात/जाती समूह (Caste/Ethnicity Group)

कोड	समूह	जमत /जाति
१	पहाड	१. विश्वकर्मा (कामी, सुनार, ओड, चुनककरा, पार्की, टमटा), २. परियार (दमाई, दर्जी, सुचिकार, नगर्ची, ढनेली, हडरके), ३. सार्की (मजार, चर्मकार, भूल), ४. गन्धर्व (गाइने), ५. वादि
	तराई	६. कलर, ७. ककैहिया, ८. कोरी, ९. खटक, १०. खत्वे (मण्डल, खड), ११. चमार (राम, मोची, हिरजन, रिबदास) १२. चिडिमर, १३. डोम (मिरक), १४. तत्मा (ताँती, दास), १५. दुसाध (पासवान, हजारा), १६. घोवी (रजक) हिन्दु, १७. पत्थरकट्टा, १८. पासी, १९. बाँतर, २०. मुसहर, २१. मेस्तर (हलखोर), २२. सरम्भङ्ग (सरविरया) २३. सोनार, २४. लोहार, २५. नटुवा
२	पहाड	१. शेपा, २. भोटे, ३. थकाली, ४. व्याँसी, ५. वालुड, ६. छैरोत्तन, ७. डोल्पो, ८. तवडवे, ९. तिनगाँउले थकाली, १०. तोपकेगेला, वाइथाउँले थकाली, १२. माफाली थकाली, १३. मुगाली, १४. ल्होपा, १५. ल्होमी (शिङसावा) १६. सियार (चुम्बा), १७. थुदाम, १८. मगर, १९. तामाड, २०. नेवार, २१. राई, २२. गुरुङ्ग, २३. लिम्बु, २४. मुजेल, २५. सुनुवार, २६. चोपाङ्ग, २७. थामी, २८. याख्खा, २९. पहरी, ३०. छन्त्याल, ३१. जिरेल, ३२. दुरा, ३३. लेप्चा, ३४. हायु, ३५. ह्योल्मो, ३६. कुशशवडिया, ३७. कुशुण्डा, ३८. फ्रि, ३९. वनकिरया, ४०. बारामो, ४१. लार्के, ४२. सुरेल, ४३. कुमाल, ४४. माभी, ४५. दनुवार, ४६. दराई, ४७. बोटे, ४८. राजी, ४९. राउटे
	तराई	५०. थारु, ५१. धानुक, ५२. राजवंशी (कोच), ५३. सतार (सन्थाल), ५४. भ्गाँड, ५५. गनगाई, ५६. धिमाल, ५७. ताजपुरिया, ५८. मेचे (बोडो), ५९. किसान
३	मधेशी	१. यादव, २.तेली, ३. कलवार, ४. सुढी, ५. कोडरी, ६. कुर्मी, ७. कानु, ८. हलुवाई, ९. हजामरठाकुर, १०. बढही, ११. राजभर, १२. केवट, १३. मल्लाह, १४. नुनिया, १५. कुम्हार, १७. लोध, १८. विड/बिण्डा, १९. गडेरीरभेडीह्यारा २०. माली, २१. कामर, २२. धुनिया, २३. वराय, २४. मुण्डा, २५. बडाइ, २६. पञ्जावी, २७. बंगाली, २८. मारवाडी, २९. नुराड, ३०. कायस्थ, ३१. राजपुत, ३२. जैन, ३३. ब्राम्हण (तराई), ३४. बनिया, ३५. अमात, ३६. कथवालीया, ३७. राजघोव, ३८. कुशवाहा
४	मुस्लिम	१. मुस्लिम, २. चुरौटे
५	ब्राह्मण/क्षेत्री	१. ब्राह्मण (पहाड), २. क्षेत्री (पहाड)
६	अन्य	१. ठकुरी, २. सन्यासी/दशनामी, आदि

Code	Group	Caste/Ethnicity
1	Hill	1. Bishwokarma (Kami, Sunar, Od, Chunara, Parki, Tamata), 2. Pariyar (Darnai, Darjee, Suchikar, Nagarchi, Hudrake), 3. Sarki (Mijar, Charmakar, Bhul), 4. Gandharwa, (Gaine), 5
	Terai	Badi 6. Kalar, 7. Kakaihiya, 8. Kori, 9. Khatik, 10. Khatwe (Mandal, Khadga), 11. Chamar (Ram, Mochi, Harijan, Rabidas), 12. Chidimar, 13. Dom (Marik), 14. Tatma (Tati, Das), 15. Dushad (Paswan, Hajara), 16. Dhobi (Rajak), Hindu, 17. Pattharkatta, 18. Pasi, 19. Batar, 20. Mushahar, 21. Mestar (Halkhor), 22. Sarbhanga (Sarbariya).
2	Hill	1. Sherpa, 2. Bhote (Bhuitia), 3. Thakali, 4. Byansi, 5. Wallung, 6. Chhairotan, 7. Dolpa, 8. Tangbe, 9. Tin Guale Thakali, 10. Topkegola (Dhokpya). 11. Bara Gaunle Thaka- li, 12. Marphali Thakali, 13. Mugali, 14. Lhopa, 15. Lhomi (Shingsawa), 16. Siyar (Chumba), 17. Thudam, 18. Magar, 19. Tamang, 20. Newar, 21. Rai, 22. Gurung, 23. Limbu, 24. Bhujel, 25. Sunuwar, 26. Chepang. 27. Thami, 28. Yakkha, 29. Pahari, 30. Channtyal, 31. Jirel, 32. Dura, 33. Lepcha, 34. Hayu, 35. Yehmo, 36. Khusbadia, 37. Kusunda, 38. Phree (Free), 39. Bankaria, 40. Baramo/Baramu 41. Larke, 42. Surel, 3. Kumal, 44. Majhi, 45. Danuwar, 46. Darai, 47. Bote, 48. Raij, 49. Raute
	Terai	50. Tharu, 51. Dhanuk (Rajbanshi), 52. Rajbansi (Koch), 53. SatarSanthal, 54. Jhagar/Jhangar, 55. Gangai, 56. Dhimal, 57. Tajpuriya, 8. Meche (Bodo), 59. Kisan
3	Madhesi	1. Yadav, 2. Teli, 3. Kalwar, 4. Sudhi, 5. Koiri, 6. Kurmi, 7. Kanu, 8. Haluwai, 9. Hajarm/Thakur, 10. Badhae, 11. Rajbhar, 12. Kewat, 13. Mallah, 14. Nuniya, 15. Kumhar, 16. Kahar, 17. Lodha, 18. Binna(Bing/Binda), 19. Gaderi/Bhedyiar, 20. Mali, 21. Kamar, 22. Dhunia, 23. Barae, 24. Munda, 25. Badai, 26. Panajbi, 27. Bangali, 28. Marwadi, 29. Nurang, 30. Kayastha, 31. Rajput, 32. Jaine, 33. Brahman (Terai), 34. Baniya, 35. Amat, 36. Kathawaniya, 37. Rajdhob, 38. Khusbaha
4	Muslim	1. Muslim, 2. Churaute
5	Brahman/Chettri	1. Brahman (Hill), 2. Chhetri (Hill)
6	Others	1. Thakuri, 2. Sanasi/Dasnami, etc.,



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)

**A. Xpert MTB/RIF** (i) Diagnosis. (ii) RR detection:

**B. Xpert MTB/XDR** (i) Second Line DST (ii) INH resistance

**C. LPA:** (i) Second Line DST (ii) INH resistance

**D. 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+		

\* (B) blood-stained (M) mucopurulent (S) saliva \*\*Neg.(0 AFB/100 OF), Scanty(1-9 AFB / 100 OF) 1+=(10-99 AFB/100 OF), 2+ (1-10 AFB/ OF), 3+(>10 AFB/ OF)

**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



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी)  
TUBERCULOSIS LABORATORY REGISTER (Microscopy)

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

जिल्ला:

नगरपालिका र गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## 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	
		Day/Month	Year	Name	Surname	Ethnic code	F	M	District	M/RM	OPD/Presumptive/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
		ward no	Contact no	OPD/Presumptive/TB regd no	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	Date	Date	1	2	Designation		Signature /date
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)	1	2	3	1	2	1	2		Result	Result	1	2	Name	Signature /NHPC no./date			
		Year	Surname	Ethnic code			ward no	Contact no	OPD/Presumptive/TB regd no									Date				Designation/NHPC no.				
		Day/Month	Name				District	M/RM	Requested by (HF)	1	2	3	1	2	1	2		Result	Result	1	2	Name	Signature /NHPC no./date			
		Year	Surname	Ethnic code			ward no	Contact no	OPD/Presumptive/TB regd no									Date				Designation/NHPC no.				
		Day/Month	Name				District	M/RM	Requested by (HF)	1	2	3	1	2	1	2		Result	Result	1	2	Name	Signature /NHPC no./date			
		Year	Surname	Ethnic code			ward no	Contact no	OPD/Presumptive/TB regd no									Date				Designation/NHPC no.				
		Day/Month	Name				District	M/RM	Requested by (HF)	1	2	3	1	2	1	2		Result	Result	1	2	Name	Signature /NHPC no./date			
		Year	Surname	Ethnic code			ward no	Contact no	OPD/Presumptive/TB regd no									Date				Designation/NHPC no.				
		Day/Month	Name				District	M/RM	Requested by (HF)	1	2	3	1	2	1	2		Result	Result	1	2	Name	Signature /NHPC no./date			
		Year	Surname	Ethnic code			ward no	Contact no	OPD/Presumptive/TB regd no									Date				Designation/NHPC no.				
		Day/Month	Name				District	M/RM	Requested by (HF)	1	2	3	1	2	1	2		Result	Result	1	2	Name	Signature /NHPC no./date			
		Year	Surname	Ethnic code			ward no	Contact no	OPD/Presumptive/TB regd no									Date				Designation/NHPC no.				

## 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	
		Day/Month	Year	Name	Surname	Ethnic code	F	M	District	M/RM	OPD/Presumptive/ 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
		Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date		Date
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)	?	?	?	?	?	?	?	Result	Result	?	?	Name	Signature /NHPC no./date					
		Year	Surname	Ethnic code		ward no	Contact no	OPD/Presumptive/ TB regd no								Date				Designation/NHPC no.						
		Day/Month	Name			District	M/RM	Requested by (HF)	?	?	?	?	?	?	?	Result	Result	?	?	Name	Signature /NHPC no./date					
		Year	Surname	Ethnic code		ward no	Contact no	OPD/Presumptive/ TB regd no								Date				Designation/NHPC no.						
		Day/Month	Name			District	M/RM	Requested by (HF)	?	?	?	?	?	?	?	Result	Result	?	?	Name	Signature /NHPC no./date					
		Year	Surname	Ethnic code		ward no	Contact no	OPD/Presumptive/ TB regd no								Date				Designation/NHPC no.						
		Day/Month	Name			District	M/RM	Requested by (HF)	?	?	?	?	?	?	?	Result	Result	?	?	Name	Signature /NHPC no./date					
		Year	Surname	Ethnic code		ward no	Contact no	OPD/Presumptive/ TB regd no								Date				Designation/NHPC no.						
		Day/Month	Name			District	M/RM	Requested by (HF)	?	?	?	?	?	?	?	Result	Result	?	?	Name	Signature /NHPC no./date					
		Year	Surname	Ethnic code		ward no	Contact no	OPD/Presumptive/ TB regd no								Date				Designation/NHPC no.						
		Day/Month	Name			District	M/RM	Requested by (HF)	?	?	?	?	?	?	?	Result	Result	?	?	Name	Signature /NHPC no./date					
		Year	Surname	Ethnic code		ward no	Contact no	OPD/Presumptive/ TB regd no								Date				Designation/NHPC no.						

## जात/जाती समूह (Caste/Ethnicity Group)

कोड	समूह	जमत /जाति
१	पहाड	१. विश्वकर्मा (कामी, सुनार, ओड, चुनककरा, पार्की, टमटा), २. परियार (दमाई, दर्जी, सुचिकार, नगर्ची, ढनेली, हडरके), ३. सार्की (मजार, चर्मकार, भूल), ४. गन्धर्व (गाइने), ५. वादि
	तराई	६. कलर, ७. ककैहिया, ८. कोरी, ९. खटक, १०. खत्वे (मण्डल, खड), ११. चमार (राम, मोची, हिरजन, रिबदास) १२. चिडिमर, १३. डोम (मिरक), १४. तत्मा (ताँती, दास), १५. दुसाध (पासवान, हजारा), १६. घोवी (रजक) हिन्दु, १७. पत्थरकट्टा, १८. पासी, १९. बाँतर, २०. मुसहर, २१. मेस्तर (हलखोर), २२. सरम्भङ्ग (सरविरया) २३. सोनार, २४. लोहार, २५. नटुवा
२	पहाड	१. शेपा, २. भोटे, ३. थकाली, ४. व्याँसी, ५. वालुङ, ६. छैरोत्तन, ७. डोल्पो, ८. तवडवे, ९. तिनगाँउले थकाली, १०. तोपकेगेला, वाइथाउँले थकाली, १२. माफाली थकाली, १३. मुगाली, १४. ल्होपा, १५. ल्होमी (शिङसावा) १६. सियार (चुम्बा), १७. थुदाम, १८. मगर, १९. तामाङ, २०. नेवार, २१. राई, २२. गुरुङ्ग, २३. लिम्बु, २४. मुजेल, २५. सुनुवार, २६. चोपाङ्ग, २७. थामी, २८. याख्खा, २९. पहरी, ३०. छन्त्याल, ३१. जिरेल, ३२. दुरा, ३३. लेप्चा, ३४. हायु, ३५. ह्योल्मो, ३६. कुशशवडिया, ३७. कुशुण्डा, ३८. फ्रि, ३९. वनकिरया, ४०. बारामो, ४१. लार्के, ४२. सुरेल, ४३. कुमाल, ४४. माझी, ४५. दनुवार, ४६. दराई, ४७. बोटे, ४८. राजी, ४९. राउटे
	तराई	५०. थारु, ५१. धानुक, ५२. राजवंशी (कोच), ५३. सतार (सन्थाल), ५४. भ्वाँङ, ५५. गनगाई, ५६. धिमाल, ५७. ताजपुरिया, ५८. मेचे (बोडो), ५९. किसान
३	मधेशी	१. यादव, २.तेली, ३. कलवार, ४. सुढी, ५. कोडरी, ६. कुर्मी, ७. कानु, ८. हलुवाई, ९. हजामरठाकुर, १०. बढही, ११. राजभर, १२. केवट, १३. मल्लाह, १४. नुनिया, १५. कुम्हार, १७. लोध, १८. विड/बिण्डा, १९. गडेरीरभेडीह्यारा २०. माली, २१. कामर, २२. धुनिया, २३. वराय, २४. मुण्डा, २५. बडाइ, २६. पञ्जावी, २७. बंगाली, २८. मारवाडी, २९. नुराड, ३०. कायस्थ, ३१. राजपुत, ३२. जैन, ३३. ब्राम्हण (तराई), ३४. बनिया, ३५. अमात, ३६. कथवालीया, ३७. राजघोव, ३८. कुशवाहा
४	मुस्लिम	१. मुस्लिम, २. चुरौटे
५	ब्राह्मण/क्षेत्री	१. ब्राह्मण (पहाड), २. क्षेत्री (पहाड)
६	अन्य	१. ठकुरी, २. सन्यासी/दशनामी, आदि

Code	Group	Caste/Ethnicity
1	Hill	1. Bishwokarma (Kami, Sunar, Od, Chunara, Parki, Tamata), 2. Pariyar (Darnai, Darjee, Suchikar, Nagarchi, Hudrake), 3. Sarki (Mijar, Charmakar, Bhul), 4. Gandharwa, (Gaine), 5
	Terai	Badi 6. Kalar, 7. Kakaihiya, 8. Kori, 9. Khatik, 10. Khatwe (Mandal, Khadga), 11. Chamar (Ram, Mochi, Harijan, Rabidas), 12. Chidimar, 13. Dom (Marik), 14. Tatma (Tati, Das), 15. Dushad (Paswan, Hajara), 16. Dhobi (Rajak), Hindu, 17. Pattharkatta, 18. Pasi, 19. Batar, 20. Mushahar, 21. Mestar (Halkhor), 22. Sarbhanga (Sarbariya).
2	Hill	1. Sherpa, 2. Bhote (Bhuitia), 3. Thakali, 4. Byansi, 5. Wallung, 6. Chhairotan, 7. Dolpa, 8. Tangbe, 9. Tin Guale Thakali, 10. Topkegola (Dhokpya). 11. Bara Gaunle Thaka- li, 12. Marphali Thakali, 13. Mugali, 14. Lhopa, 15. Lhomi (Shingsawa), 16. Siyar (Chumba), 17. Thudam, 18. Magar, 19. Tamang, 20. Newar, 21. Rai, 22. Gurung, 23. Limbu, 24. Bhujel, 25. Sunuwar, 26. Chepang. 27. Thami, 28. Yakkha, 29. Pahari, 30. Channtyal, 31. Jirel, 32. Dura, 33. Lepcha, 34. Hayu, 35. Yehmo, 36. Khusbadia, 37. Kusunda, 38. Phree (Free), 39. Bankaria, 40. Baramo/Baramu 41. Larke, 42. Surel, 3. Kumal, 44. Majhi, 45. Danuwar, 46. Darai, 47. Bote, 48. Raij, 49. Raute
	Terai	50. Tharu, 51. Dhanuk (Rajbanshi), 52. Rajbansi (Koch), 53. SatarSanthal, 54. Jhagar/Jhangar, 55. Gangai, 56. Dhimal, 57. Tajpuriya, 8. Meche (Bodo), 59. Kisan
3	Madhesi	1. Yadav, 2. Teli, 3. Kalwar, 4. Sudhi, 5. Koiri, 6. Kurmi, 7. Kanu, 8. Haluwai, 9. Hajarm/Thakur, 10. Badhae, 11. Rajbhar, 12. Kewat, 13. Mallah, 14. Nuniya, 15. Kumhar, 16. Kahar, 17. Lodha, 18. Binna(Bing/Binda), 19. Gaderi/Bhedyar, 20. Mali, 21. Kamar, 22. Dhunia, 23. Barae, 24. Munda, 25. Badai, 26. Panajbi, 27. Bangali, 28. Marwadi, 29. Nurang, 30. Kayastha, 31. Rajput, 32. Jaine, 33. Brahman (Terai), 34. Baniya, 35. Amat, 36. Kathawaniya, 37. Rajdhob, 38. Khusbaha
4	Muslim	1. Muslim, 2. Churaute
5	Brahman/Chettri	1. Brahman (Hill), 2. Chhetri (Hill)
6	Others	1. Thakuri, 2. Sanasi/Dasnami, etc.,



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्सपर्ट)

TUBERCULOSIS LABORATORY REGISTER (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

जिल्ला:

नगरपालिका र गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

**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			
		YYYY	Surname	Ethnic code	ward no	Contact no	Yes	No					New	Retreat .	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
SN	OPD/Presumptive	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	.....
	SRN	YYYY	Surname	ethnic code			ward no	Contact no	Presum/ OPD /TB Registration no														YYYY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	
SN	OPD/Presumptive	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	.....
	SRN	YYYY	Surname	ethnic code			ward no	Contact no	Presum/ OPD /TB Registration no														YYYY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	
SN	OPD/Presumptive	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	.....
	SRN	YYYY	Surname	ethnic code			ward no	Contact no	Presum/ OPD /TB Registration no														YYYY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	
SN	OPD/Presumptive	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	.....
	SRN	YYYY	Surname	ethnic code			ward no	Contact no	Presum/ OPD /TB Registration no														YYYY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	
SN	OPD/Presumptive	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	.....
	SRN	YYYY	Surname	ethnic code			ward no	Contact no	Presum/ OPD /TB Registration no														YYYY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	
SN	OPD/Presumptive	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	.....
	SRN	YYYY	Surname	ethnic code			ward no	Contact no	Presum/ OPD /TB Registration no														YYYY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	

जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लीम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य

\*M/RM: Municipality/ Rural Municipality

MTB/XDR Result: Hr: High Level Resistance, Lr: Low Level Resistance, RND: Resistance No

**Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)**

Rif Resistance			MTB Result	Xpert MTB/XDR Test Result																												Tested by	Remarks				
Detected	Not Detected	Indeterminate		INH				FLQ				AMK				KANA				CAP				ETH				Signature									
27	28	29	30	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	55	56				
1	2	3	1. Detected	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Signature	
DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	2. Not Detected	DD/MM/YY																												Name / Designation					
1	2	3	1. Detected	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Signature	
DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	2. Not Detected	DD/MM/YY																												Name / Designation					
1	2	3	1. Detected	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Signature	
DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	2. Not Detected	DD/MM/YY																												Name / Designation					
1	2	3	1. Detected	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Signature	
DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	2. Not Detected	DD/MM/YY																												Name / Designation					
1	2	3	1. Detected	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Signature	
DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	2. Not Detected	DD/MM/YY																												Name / Designation					
1	2	3	1. Detected	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Signature	
DD/MM/YY	DD/MM/YY	DD/MM/YY	2. Not Detected	DD/MM/YY																												Name / Designation					

D: Detected, I: Indeterminant

## जात/जाती समूह (Caste/Ethnicity Group)

कोड	समूह	जमत /जाति
१	पहाड	१. विश्वकर्मा (कामी, सुनार, ओड, चुनककरा, पार्की, टमटा), २. परियार (दमाई, दर्जी, सुचिकार, नगर्ची, ढनेली, हडरके), ३. सार्की (मजार, चर्मकार, भूल), ४. गन्धर्व (गाइने), ५. वादि
	तराई	६. कलर, ७. ककैहिया, ८. कोरी, ९. खटक, १०. खत्वे (मण्डल, खड), ११. चमार (राम, मोची, हिरजन, रिबदास) १२. चिडिमर, १३. डोम (मिरक), १४. तत्मा (ताँती, दास), १५. दुसाध (पासवान, हजारा), १६. घोवी (रजक) हिन्दु, १७. पत्थरकट्टा, १८. पासी, १९. बाँतर, २०. मुसहर, २१. मेस्तर (हलखोर), २२. सरम्भङ्ग (सरविरया) २३. सोनार, २४. लोहार, २५. नटुवा
२	पहाड	१. शेपा, २. भोटे, ३. थकाली, ४. व्याँसी, ५. वालुङ, ६. छैरोत्तन, ७. डोल्पो, ८. तवडवे, ९. तिनगाँउले थकाली, १०. तोपकेगेला, वाइथाउँले थकाली, १२. माफाली थकाली, १३. मुगाली, १४. ल्होपा, १५. ल्होमी (शिङसावा) १६. सियार (चुम्बा), १७. थुदाम, १८. मगर, १९. तामाङ, २०. नेवार, २१. राई, २२. गुरुङ्ग, २३. लिम्बु, २४. मुजेल, २५. सुनुवार, २६. चोपाङ्ग, २७. थामी, २८. याख्खा, २९. पहरी, ३०. छन्त्याल, ३१. जिरेल, ३२. दुरा, ३३. लेप्चा, ३४. हायु, ३५. ह्योल्मो, ३६. कुशशवडिया, ३७. कुशुण्डा, ३८. फ्रि, ३९. वनकिरया, ४०. बारामो, ४१. लार्के, ४२. सुरेल, ४३. कुमाल, ४४. माझी, ४५. दनुवार, ४६. दराई, ४७. बोटे, ४८. राजी, ४९. राउटे
	तराई	५०. थारु, ५१. धानुक, ५२. राजवंशी (कोच), ५३. सतार (सन्थाल), ५४. भ्वाँङ, ५५. गनगाई, ५६. धिमाल, ५७. ताजपुरिया, ५८. मेचे (बोडो), ५९. किसान
३	मधेशी	१. यादव, २.तेली, ३. कलवार, ४. सुढी, ५. कोडरी, ६. कुर्मी, ७. कानु, ८. हलुवाई, ९. हजामरठाकुर, १०. बढही, ११. राजभर, १२. केवट, १३. मल्लाह, १४. नुनिया, १५. कुम्हार, १७. लोध, १८. विड/बिण्डा, १९. गडेरीरभेडीह्यारा २०. माली, २१. कामर, २२. धुनिया, २३. वराय, २४. मुण्डा, २५. बडाइ, २६. पञ्जावी, २७. बंगाली, २८. मारवाडी, २९. नुराड, ३०. कायस्थ, ३१. राजपुत, ३२. जैन, ३३. ब्राम्हण (तराई), ३४. बनिया, ३५. अमात, ३६. कथवालीया, ३७. राजघोव, ३८. कुशवाहा
४	मुस्लिम	१. मुस्लिम, २. चुरौटे
५	ब्राह्मण/क्षेत्री	१. ब्राह्मण (पहाड), २. क्षेत्री (पहाड)
६	अन्य	१. ठकुरी, २. सन्यासी/दशनामी, आदि

Code	Group	Caste/Ethnicity
1	Hill	1. Bishwokarma (Kami, Sunar, Od, Chunara, Parki, Tamata), 2. Pariyar (Darnai, Darjee, Suchikar, Nagarchi, Hudrake), 3. Sarki (Mijar, Charmakar, Bhul), 4. Gandharwa, (Gaine), 5
	Terai	Badi 6. Kalar, 7. Kakaihiya, 8. Kori, 9. Khatik, 10. Khatwe (Mandal, Khadga), 11. Chamar (Ram, Mochi, Harijan, Rabidas), 12. Chidimar, 13. Dom (Marik), 14. Tatma (Tati, Das), 15. Dushad (Paswan, Hajara), 16. Dhobi (Rajak), Hindu, 17. Pattharkatta, 18. Pasi, 19. Batar, 20. Mushahar, 21. Mestar (Halkhor), 22. Sarbhanga (Sarbariya).
2	Hill	1. Sherpa, 2. Bhote (Bhuitia), 3. Thakali, 4. Byansi, 5. Wallung, 6. Chhairotan, 7. Dolpa, 8. Tangbe, 9. Tin Guale Thakali, 10. Topkegola (Dhokpya). 11. Bara Gaunle Thaka- li, 12. Marphali Thakali, 13. Mugali, 14. Lhopa, 15. Lhomi (Shingsawa), 16. Siyar (Chumba), 17. Thudam, 18. Magar, 19. Tamang, 20. Newar, 21. Rai, 22. Gurung, 23. Limbu, 24. Bhujel, 25. Sunuwar, 26. Chepang. 27. Thami, 28. Yakkha, 29. Pahari, 30. Channtyal, 31. Jirel, 32. Dura, 33. Lepcha, 34. Hayu, 35. Yehmo, 36. Khusbadia, 37. Kusunda, 38. Phree (Free), 39. Bankaria, 40. Baramo/Baramu 41. Larke, 42. Surel, 3. Kumal, 44. Majhi, 45. Danuwar, 46. Darai, 47. Bote, 48. Raij, 49. Raute
	Terai	50. Tharu, 51. Dhanuk (Rajbanshi), 52. Rajbansi (Koch), 53. SatarSanthal, 54. Jhagar/Jhangar, 55. Gangai, 56. Dhimal, 57. Tajpuriya, 8. Meche (Bodo), 59. Kisan
3	Madhesi	1. Yadav, 2. Teli, 3. Kalwar, 4. Sudhi, 5. Koiri, 6. Kurmi, 7. Kanu, 8. Haluwai, 9. Hajarm/Thakur, 10. Badhae, 11. Rajbhar, 12. Kewat, 13. Mallah, 14. Nuniya, 15. Kumhar, 16. Kahar, 17. Lodha, 18. Binna(Bing/Binda), 19. Gaderi/Bhedyiar, 20. Mali, 21. Kamar, 22. Dhunia, 23. Barae, 24. Munda, 25. Badai, 26. Panajbi, 27. Bangali, 28. Marwadi, 29. Nurang, 30. Kayastha, 31. Rajput, 32. Jaine, 33. Brahman (Terai), 34. Baniya, 35. Amat, 36. Kathawaniya, 37. Rajdhob, 38. Khusbaha
4	Muslim	1. Muslim, 2. Churaute
5	Brahman/Chettri	1. Brahman (Hill), 2. Chhetri (Hill)
6	Others	1. Thakuri, 2. Sanasi/Dasnami, etc.,



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर

TUBERCULOSIS LABORATORY REGISTER - Culture and DST (Phenotypic and Genotypic)

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:			
जिल्ला:	नगरपालिका र गाउँपालिका:		बडा नं.:
प्रयोग मिति:	आर्थिक वर्ष:	देखि	सम्म



# DST (Phenotypic and Genotypic)

MGIT Culture					Phenotypic DST																	LPA/Xpert XDR										Remarks
Result	MPT 64	BHI	ZN Stain	Final Result	Date of Inoculation	Date of Result	H 0.1µg/ ml	R 0.5µg/ ml	E 5.0µg/ ml	Z 100µg/ ml	Lfx 1.0µg/ ml	Mfx 0.25µg/ ml	Mfx 1.0µg/ ml	Amk 1.0µg/ ml	Cfx 1.0µg/ ml	Lnz 1.0µg/ ml	Bdq 1.0µg/ ml	Dlm 0.06µg/ ml	others	Direct/Culture	Date of Result	MTB Complex	R	H	FLQ	AMK	KM	CM	ETH			
23	24	25	26	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		
					DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY																DD/MM/YYYY										
					DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY																DD/MM/YYYY										
					DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY																DD/MM/YYYY										
					DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY																DD/MM/YYYY										
					DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY																DD/MM/YYYY										

## जात/जाती समूह (Caste/Ethnicity Group)

कोड	समूह	जमत/जाति
१	पहाड	१. विश्वकर्मा (कामी, सुनार, ओड, चुनककरा, पार्की, टमटा), २. परियार (दमाई, दर्जी, सुचिकार, नगर्ची, ढनेली, हडरके), ३. सार्की (मजार, चर्मकार, भूल), ४. गन्धर्व (गाइने), ५. वादि
	तराई	६. कलर, ७. ककैहिया, ८. कोरी, ९. खटक, १०. खत्वे (मण्डल, खड), ११. चमार (राम, मोची, हिरजन, रिबदास) १२. चिडिमर, १३. डोम (मिरक), १४. तत्मा (ताँती, दास), १५. दुसाध (पासवान, हजारा), १६. घोवी (रजक) हिन्दु, १७. पत्थरकट्टा, १८. पासी, १९. बाँतर, २०. मुसहर, २१. मेस्तर (हलखोर), २२. सरम्भङ्ग (सरविरया) २३. सोनार, २४. लोहार, २५. नटुवा
२	पहाड	१. शेपा, २. भोटे, ३. थकाली, ४. व्यांसी, ५. वालुङ, ६. छैरोत्तन, ७. डोल्पो, ८. तवडवे, ९. तिनगाँउले थकाली, १०. तोपकेगोला, वाइथाउँले थकाली, ११. माफाली थकाली, १२. मुगाली, १३. ल्होपा, १४. ल्होमी (शिङसावा) १५. सियार (चुम्बा), १६. थुदाम, १७. मगर, १८. तामाङ, १९. नेवार, २०. राई, २१. गुरुङ्ग, २२. लिम्बु, २३. मुजेल, २४. सुनुवार, २५. चोपाङ्ग, २६. थामी, २७. याख्खा, २८. पहरी, २९. छन्त्याल, ३०. जिरेल, ३१. दुरा, ३२. लेप्चा, ३३. हायु, ३४. ह्योल्मो, ३५. कुशुवडिया, ३६. कुशुण्डा, ३७. फ्रि, ३८. वनकिरया, ४०. बारामो, ४१. लार्के, ४२. सुरेल, ४३. कुमाल, ४४. माभी, ४५. दनुवार, ४६. दर्राई, ४७. बोटे, ४८. राजी, ४९. राउटे
	तराई	५०. थारु, ५१. धानुक, ५२. राजवंशी (कोच), ५३. सतार (सन्थाल), ५४. भाँगड, ५५. गनगाई, ५६. धिमाल, ५७. ताजपुरिया, ५८. मेचे (बोडो), ५९. किसान
३	मधेशी	१. यादव, २. तेली, ३. कलवार, ४. सुढी, ५. कोडरी, ६. कुर्मी, ७. कानु, ८. हलुवाई, ९. हजामरठाकुर, १०. बढही, ११. राजभर, १२. केवट, १३. मल्लाह, १४. नुनिया, १५. कुम्हार, १६. लोध, १७. विड/बिण्डा, १८. गडेरीरभेडीह्यारा २०. माली, २१. कामर, २२. धुनिया, २३. वराय, २४. मुण्डा, २५. बडाइ, २६. पञ्जावी, २७. बंगाली, २८. मारवाडी, २९. नुराड, ३०. कायस्थ, ३१. राजपुत, ३२. जैन, ३३. ब्राम्हण (तराई), ३४. बनिया, ३५. अमात, ३६. कथवालीया, ३७. राजघोव, ३८. कुशवाहा
४	मुस्लिम	१. मुस्लिम, २. चुरौटे
५	ब्राह्मण/क्षेत्री	१. ब्राह्मण (पहाड), २. क्षेत्री (पहाड)
६	अन्य	१. ठकुरी, २. सन्यासी/दशनामी, आदि

Code	Group	Caste/Ethnicity
1	Hill	1. Bishwokarma (Kami, Sunar, Od, Chunara, Parki, Tamata), 2. Pariyar (Darnai, Darjee, Suchikar, Nagarchi, Hudrake), 3. Sarki (Mijar, Charmakar, Bhul), 4. Gandharwa, (Gaine), 5. Badi
	Terai	6. Kalar, 7. Kakaihiya, 8. Kori, 9. Khatik, 10. Khatwe (Mandal, Khadga), 11. Chamar (Ram, Mochi, Harijan, Rabidas), 12. Chidimar, 13. Dom (Marik), 14. Tatma (Tati, Das), 15. Dushad (Paswan, Hajara), 16. Dhobi (Rajak), Hindu, 17. Pattharkatta, 18. Pasi, 19. Batar, 20. Mushahar, 21. Mestar (Halkhor), 22. Sarbhanga (Sarbariya).
2	Hill	1. Sherpa, 2. Bhote (Bhuitia), 3. Thakali, 4. Byansi, 5. Wallung, 6. Chhairrotan, 7. Dolpa, 8. Tangbe, 9. Tin Guale Thakali, 10. Topkegola (Dhokpya). 11. Bara Gaunle Thaka- li, 12. Marphali Thakali, 13. Mugali, 14. Lhopa, 15. Lhomi (Shingsawa), 16. Siyar (Chumba), 17. Thudam, 18. Magar, 19. Tamang, 20. Newar, 21. Rai, 22. Gurung, 23. Limbu, 24. Bhujel, 25. Sunuwar, 26. Chepang. 27. Thami, 28. Yakkha, 29. Pahari, 30. Channtyal, 31. Jirel, 32. Dura, 33. Lepcha, 34. Hayu, 35. Yehlmo, 36. Khusbadia, 37. Kusunda, 38. Phree (Free), 39. Bankaria, 40. Baramo/Baramu 41. Larke, 42. Surel, 3. Kumal, 44. Majhi, 45. Danuwar, 46. Darai, 47. Bote, 48. Raji, 49. Raute
	Terai	50. Tharu, 51. Dhanuk (Rajbanshi), 52. Rajbansi (Koch), 53. SatarSanthal, 54. Jhagar/Jhangar, 55. Gangai, 56. Dhimal, 57. Tajpuriya, 8. Meche (Bodo), 59. Kisan
3	Madhesi	1. Yadav, 2. Teli, 3. Kalwar, 4. Sudhi, 5. Koiri, 6. Kurmi, 7. Kanu, 8. Haluwai, 9. Hajarm/Thakur, 10. Badhae, 11. Rajbhar, 12. Kewat, 13. Mallah, 14. Nuniya, 15. Kumhar, 16. Kahar, 17. Lodha, 18. Binna(Bing/Binda), 19. Gaderi/Bhediya, 20. Mali, 21. Kamar, 22. Dhunia, 23. Barae, 24. Munda, 25. Badai, 26. Panajbi, 27. Bangali, 28. Marwadi, 29. Nurang, 30. Kayastha, 31. Rajput, 32. Jaine, 33. Brahman (Terai), 34. Baniya, 35. Amat, 36. Kathawaniya, 37. Rajdhob, 38. Khusbaha
4	Muslim	1. Muslim, 2. Churaute
5	Brahman/Chettri	1. Brahman (Hill), 2. Chhetri (Hill)
6	Others	1. Thakuri, 2. Sanasi/Dasnami, etc.,



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)  
TUBERCULOSIS TREATMENT MANAGEMENT CARD (DSTB)

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

जिल्ला:

नगरपालिका र गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

<b>TB Reg. No:</b>		<b>Registration Date:</b> DD DD MM MM YYYY			<b>Treatment Start Date:</b> DD MM YYYY			<b>Transfer IN Case:</b>																															
					<b>Referred by</b> 1. Self 2. Private Sector 3. Community 4. Contact Investigation																																		
<b>Patient Name:</b>		<b>Age:</b>	<b>1. Female</b>		<b>2. Male</b>		<b>Mont h</b>		<b>Smear Microscopy</b>		<b>Xpert MTB/RIF</b>		<b>LPA/XpertXDR</b>																										
<b>Address:</b>	<b>Province</b>		<b>Districts:</b>			<b>0</b>	<b>Lab no &amp; Name</b>	<b>Date</b>	<b>Result</b>	<b>Lab no &amp; Name</b>	<b>Date</b>	<b>Result</b>	<b>Lab no.&amp; Name</b>	<b>Date</b>	<b>Result</b>																								
<b>M/RM:</b>		<b>Ward No</b>	<b>Tole</b>			<b>2</b>																																	
<b>DOT Supervisor/Provider:</b>		<b>Phone no:</b>			<b>3</b>																																		
<b>Guardian's Name:</b>		<b>Phone no.: Guardian/Patient</b>			<b>5</b>																																		
<b>No.of Household Member: .....</b>		<b>No.of &lt;5 years children :.....</b>			<b>End of Tx</b>																																		
<b>No.of HH members screened for TB:....</b>		<b>No.of children under TPT:.....</b>																																					
<b>Treatment Type</b>		<b>Adult Regimen</b>		<b>Child Regimen</b>		<b>Types of TB:</b>	<b>PBC</b>	<b>1</b>	<b>Registration Category</b>	<b>New</b>	<b>1</b>	<b>Treatment After loss to F/U</b>	<b>4</b>																										
New TB (Pulmonary and Extrapulmonary)		2 HRZE+ 4 HR		1 2(HRZ+ E) + 4 HR		PCD	2	Relapse	2	Other Previously Teated	5	5																											
Complicated/Severe New EP TB cases		2 HRZE + 7 HRE		2 2(HRZ +E) + 7 (HR+E)		EP	3	Treat after Failure	3	Unknown Previous TB Treatment H	6	6																											
<b>Retreatment</b>	Rif & INH Sensitive		2 HRZE + 4 HR		3 2(HRZ+E) + 4 HR		<b>Chest X-Ray</b>		<b>Other test and Result</b>	1. Mantoux	History of Previous treatment	<b>Registration no:</b>																											
	Rif & FQ Sensitive INH Resistant		6 HRZE Lfx		4 6(HRZ+E) Lfx		1. Normal	1																															
	Rif Sensitive, INH FQ Resistant		6 HRZE		5 6(HRZ+E)		2. Abnormal	2																															
	Rif Sensitive, INH Not known		6 HRZE		6 6(HRZ+E)		3. Not Done	3																															
<b>I. INTENSIVE PHASE</b>												<b>Drug</b>	<b>HRZE (Tab)</b>	<b>HRZ (Tab)</b>	<b>E (Tab)</b>	<b>Lfx (Tab)</b>																							
<b>Day</b>	<b>Month</b>	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	<b>Dosage given</b>	<b>weight</b>				
<b>II. CONTINUATION PHASE</b>												<b>Drug</b>	<b>HRE (Tab)</b>	<b>HR (Tab)</b>	<b>E (Tab)</b>	<b>HRZE (Tab)</b>	<b>Lfx (Tab)</b>																						
<b>Day</b>	<b>Month</b>	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	<b>Dosage given</b>	<b>weight</b>				
<b>Treatment outcome</b>	1. Cured	2. Treatment Completed	3. Treatment Failed	4. Lost to Follow up	5. Died	6. Not Evaluated	<b>Date:</b>	DD	MM	YYYY																													

<b>DST Status</b>							
Xpert MTB/RIF		Yes		No		Unknown	
LPA		Yes		No		Unknown	
<b>TB HIV</b>					<b>Transfer out</b>		
1. Status of Retro Test result:.....			2. Status of Viral Load test and result:.....		Name & Address of Institution		
3. ART Start: 1.No 2.Yes (Registration No and Start date:.....)							
4. CPT Start: 1.No 2.Yes (Registration No and Start date:.....)						Date	
<b>TB and Smoke (ABC)</b>							
<b>ASK</b>	<i>Do you Smoke ? Yes No</i>						
	<i>if yes</i>		<b>0 Month</b>	<b>2 Month</b>	<b>5 Month</b>	<b>End of Tx</b>	<b>Comment</b>
	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	<i>Comment</i>
	<b>Comment (SRQLD *)</b>						
	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	<i>Comment</i>
	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	<i>Comment</i>
	<b>B</b> rief advice given to patient (30 seconds-1 minute)		1.Yes 2. No	1.Yes 2. No	1.Yes 2. No	1.Yes 2. No	<i>Comment</i>
<b>C</b> essation support provided to patient (1-3 minutes)		1.Yes 2. No	1.Yes 2. No	1.Yes 2. No	1.Yes 2. No	<i>Comment</i>	
<b>*Definitions for status of smoking</b>							
<b>S</b> = 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).							
<b>R</b> = 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.							
<b>Q</b> = quitter: has not smoked at all in the last 2 weeks before the visit, not even a puff							
<b>D</b> = died.		<b>L</b> = lost to follow-up: did not attend their appointment.					
<b>Note:</b> If a patient is registered after month 0, draw a line through the month(s) when patient was not registered.							

## जात/जाती समूह (Caste/Ethnicity Group)

कोड	समूह	जमत /जाति
१	पहाड	१. विश्वकर्मा (कामी, सुनार, ओड, चुनककरा, पार्की, टमटा), २. परियार (दमाई, दर्जी, सुचिकार, नगर्ची, ढनेली, हडरके), ३. सार्की (मजार, चर्मकार, भूल), ४. गन्धर्व (गाइने), ५. वादि
	तराई	६. कलर, ७. ककैहिया, ८. कोरी, ९. खटक, १०. खत्वे (मण्डल, खड), ११. चमार (राम, मोची, हिरजन, रिबदास) १२. चिडिमर, १३. डोम (मिरक), १४. तत्मा (ताँती, दास), १५. दुसाध (पासवान, हजारा), १६. घोवी (रजक) हिन्दु, १७. पत्थरकट्टा, १८. पासी, १९. बाँतर, २०. मुसहर, २१. मेस्तर (हलखोर), २२. सरम्भङ्ग (सरविरया) २३. सोनार, २४. लोहार, २५. नटुवा
२	पहाड	१. शेपा, २. भोटे, ३. थकाली, ४. व्याँसी, ५. वालुङ, ६. छैरोत्तन, ७. डोल्पो, ८. तवडवे, ९. तिनगाँउले थकाली, १०. तोपकेगेला, वाइथाउँले थकाली, १२. माफाली थकाली, १३. मुगाली, १४. ल्होपा, १५. ल्होमी (शिङसावा) १६. सियार (चुम्बा), १७. थुदाम, १८. मगर, १९. तामाङ, २०. नेवार, २१. राई, २२. गुरुङ्ग, २३. लिम्बु, २४. मुजेल, २५. सुनुवार, २६. चोपाङ्ग, २७. थामी, २८. याख्खा, २९. पहरी, ३०. छन्त्याल, ३१. जिरेल, ३२. दुरा, ३३. लेप्चा, ३४. हायु, ३५. ह्योल्मो, ३६. कुशशवडिया, ३७. कुशुण्डा, ३८. फ्रि, ३९. वनकिरया, ४०. बारामो, ४१. लार्के, ४२. सुरेल, ४३. कुमाल, ४४. माभी, ४५. दनुवार, ४६. दराई, ४७. बोटे, ४८. राजी, ४९. राउटे
	तराई	५०. थारु, ५१. धानुक, ५२. राजवंशी (कोच), ५३. सतार (सन्थाल), ५४. भ्गाँङ, ५५. गनगाई, ५६. धिमाल, ५७. ताजपुरिया, ५८. मेचे (बोडो), ५९. किसान
३	मधेशी	१. यादव, २.तेली, ३. कलवार, ४. सुढी, ५. कोडरी, ६. कुर्मी, ७. कानु, ८. हलुवाई, ९. हजामरठाकुर, १०. बढही, ११. राजभर, १२. केवट, १३. मल्लाह, १४. नुनिया, १५. कुम्हार, १७. लोध, १८. विड/बिण्डा, १९. गडेरीरभेडीह्यारा २०. माली, २१. कामर, २२. धुनिया, २३. वराय, २४. मुण्डा, २५. बडाइ, २६. पञ्जावी, २७. बंगाली, २८. मारवाडी, २९. नुराड, ३०. कायस्थ, ३१. राजपुत, ३२. जैन, ३३. ब्राम्हण (तराई), ३४. बनिया, ३५. अमात, ३६. कथवालीया, ३७. राजघोव, ३८. कुशवाहा
४	मुस्लिम	१. मुस्लिम, २. चुरौटे
५	ब्राह्मण/क्षेत्री	१. ब्राह्मण (पहाड), २. क्षेत्री (पहाड)
६	अन्य	१. ठकुरी, २. सन्यासी/दशनामी, आदि

Code	Group	Caste/Ethnicity
1	Hill	1. Bishwokarma (Kami, Sunar, Od, Chunara, Parki, Tamata), 2. Pariyar (Darnai, Darjee, Suchikar, Nagarchi, Hudrake), 3. Sarki (Mijar, Charmakar, Bhul), 4. Gandharwa, (Gaine), 5
	Terai	Badi 6. Kalar, 7. Kakaihiya, 8. Kori, 9. Khatik, 10. Khatwe (Mandal, Khadga), 11. Chamar (Ram, Mochi, Harijan, Rabidas), 12. Chidimar, 13. Dom (Marik), 14. Tatma (Tati, Das), 15. Dushad (Paswan, Hajara), 16. Dhobi (Rajak), Hindu, 17. Pattharkatta, 18. Pasi, 19. Batar, 20. Mushahar, 21. Mestar (Halkhor), 22. Sarbhanga (Sarbariya).
2	Hill	1. Sherpa, 2. Bhote (Bhuitia), 3. Thakali, 4. Byansi, 5. Wallung, 6. Chhairotan, 7. Dolpa, 8. Tangbe, 9. Tin Guale Thakali, 10. Topkegola (Dhokpya). 11. Bara Gaunle Thaka- li, 12. Marphali Thakali, 13. Mugali, 14. Lhopa, 15. Lhomi (Shingsawa), 16. Siyar (Chumba), 17. Thudam, 18. Magar, 19. Tamang, 20. Newar, 21. Rai, 22. Gurung, 23. Limbu, 24. Bhujel, 25. Sunuwar, 26. Chepang. 27. Thami, 28. Yakkha, 29. Pahari, 30. Channtyal, 31. Jirel, 32. Dura, 33. Lepcha, 34. Hayu, 35. Yehmo, 36. Khusbadia, 37. Kusunda, 38. Phree (Free), 39. Bankaria, 40. Baramo/Baramu 41. Larke, 42. Surel, 3. Kumal, 44. Majhi, 45. Danuwar, 46. Darai, 47. Bote, 48. Raij, 49. Raute
	Terai	50. Tharu, 51. Dhanuk (Rajbanshi), 52. Rajbansi (Koch), 53. SatarSanthal, 54. Jhagar/Jhangar, 55. Gangai, 56. Dhimal, 57. Tajpuriya, 8. Meche (Bodo), 59. Kisan
3	Madhesi	1. Yadav, 2. Teli, 3. Kalwar, 4. Sudhi, 5. Koiri, 6. Kurmi, 7. Kanu, 8. Haluwai, 9. Hajarm/Thakur, 10. Badhae, 11. Rajbhar, 12. Kewat, 13. Mallah, 14. Nuniya, 15. Kumhar, 16. Kahar, 17. Lodha, 18. Binna(Bing/Binda), 19. Gaderi/Bhedyiar, 20. Mali, 21. Kamar, 22. Dhunia, 23. Barae, 24. Munda, 25. Badai, 26. Panajbi, 27. Bangali, 28. Marwadi, 29. Nurang, 30. Kayastha, 31. Rajput, 32. Jaine, 33. Brahman (Terai), 34. Baniya, 35. Amat, 36. Kathawaniya, 37. Rajdhob, 38. Khusbaha
4	Muslim	1. Muslim, 2. Churaute
5	Brahman/Chettri	1. Brahman (Hill), 2. Chhetri (Hill)
6	Others	1. Thakuri, 2. Sanasi/Dasnami, etc.,



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

---

नगरपालिका / गाउँपालिका  
क्षयरोग उपचार कार्ड

बिरामीको नाम:

उमेर:

लिंग:

ठेगाना:

सम्पर्क नं:

तौल (के.जी):

क्षयरोग दर्ता नं.

दर्ता मिति:

उपचार शुरू मिति:



### दर्ता समूह

१. नयाँ (New)
२. रोग बल्झेको (Relapse)
३. उपचार असफल (TAF)
४. उपचार पुरा नगरेको (TALF)
५. पहिले उपचार गरेका अन्य (OPT)
६. यस अघिको उपचार अवस्था थाहा नभएको (PTHU)

क्षयरोगको किसिम:

१. PBC

२. PCD

३. EP

उपचार रेजिमन:

१. 2 HRZE+ 4 HR

२. 2 HRZE + 7 HRE

३. 2 HRZE + 4 HR

४. 6 HRZE Lfx

५. 6 HRZE

६. 6 HRZE

उपचार सहयोगीको नाम:

सम्पर्क नं.

## सकार परीक्षण र नतिजा

	माइक्रोस्कोपी कलचर		जीन एक्सपर्ट		एल.पी.ए.				
	ल्याब नं नाम	मिति	नतिजा	ल्याब नं नाम	मिति	नतिजा	ल्याब नं नाम	मिति	नतिजा
महिना									
निदान									
२ महिना									
३ महिना									
५ महिना									
उपचार अन्तमा									

एक्सरे मन्टुटेष्ट













# उपचार नतिजा विवरण

१. निको भएको Cured:

मिति

२. उपचार पुरा गरेको Completed:

३. उपचार असफल Failure:

४. मृत्यु भएको Died:

५. उपचार पुरा नगरेको Loss to follow up:

६. मूल्यांकन नभएका Not Evaluated:

औषधी प्रतिरोधी उपचार शुरू गरको भए मिति:

प्रेषण स्थानान्तरण भएको संस्था

क्षयरोग एक सरूवा रोग हो । आखाले देख्न नसकिने सुक्ष्म कीटाणु (*Mycobacterium Tuberculosis*) ले क्षयरोग हुन्छ । यो एक व्यक्तिवाट अर्को व्यक्तिमा हावाको माध्यमवाट सर्दछ ।

### क्षयरोग सर्ने तरिका:

क्षयरोग फोक्सोमा लाग्ने र फोक्सो बाहेक शरीरको अन्य भागमा लाग्ने गरी २ प्रकार हुन्छन । फोक्सोको क्षयरोग भएका बिरामीले खोकदा, हाछ्यू गर्दा वा थुकदा क्षयरोगका कीटाणु बाहिर वातावरणमा फैलिन्छन र स्वस्थ मानिसमा श्वास प्रश्वासको माध्यामवाट फोक्सोमा पुग्न सक्दछन् । क्षयरोगको संक्रमण भएका सबै व्यक्तिलाई क्षयरोग हुदैन रोग प्रतिरोध क्षमता कमजोर भएका व्यक्ति (कुपोषित, मधूमेह, एच आइ भी एड्स भएका आदि) मा यो रोगले छिटो आक्रमण गर्दछ ।

### क्षयरोगका लक्षणहरू:

- २ हप्ता वा सो भन्दा बढी अवधी खोकी लागि रहनु
- शरीरको तौल घटदै जानु
- छाती दुख्नु
- खकारमा रगत देखिनु
- साभ्रपख वा राती ज्वरो आउनु



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड  
DR TUBERCULOSIS TREATMENT MANAGEMENT CARD

बिरामीको नाम:

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

जिल्ला:

नगरपालिका र गाउँपालिका:

वडा नं.:

आर्थिक वर्ष:



DOT Compliance

HMIS 5.4C

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
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	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																																				
Month																																				
Month																																				
Month																																				
Month																																				
Month																																				
Month																																				
Month																																				
Month																																				
Month																																				
Month																																				

Group A: Lfx=Levofloxacin, Mfx=Moxifloxacin, Bdq=Bedaquiline, Lzd=Linezolid Group B: Cfx=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

DOT Compliance (Fill only in cases of Patients Shifted for Next Regimen)

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

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	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																																							
Month																																							

Group A: Lfx=Levofloxacin, Mfx=Moxifloxacin, Bdq=Bedaquiline, Lzd=Linezolid Group B: Cfx=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

DOT Compliance (Fill only in cases of Patients Shifted for Next Regimen)

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

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	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																																					
Month																																					

Group A: Lfx=Levofloxacin, Mfx=Moxifloxacin, Bdq=Bedaquiline, Lzd=Linezolid Group B: Cfx=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

**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?			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	
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	
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	
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	

**\*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



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
Signs of Hypothyroidism	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
Minor mood changes or insomnia	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
Depression	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
Suicidal thoughts	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
Hallucinations/ Psychosis	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
Urine Output	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
Itchy skin	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
Jaundice	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
Seizures	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
Anaemia	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
Others	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
others	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
others	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
others	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

**Note:** Based on the Side Effect Identified please fill the aDSM form (HMIS 6.10)

**Signed at Treatment center**

**Signed at Treatment Sub-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:

**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:

## जात/जाती समूह (Caste/Ethnicity Group)

कोड	समूह	जमत /जाति
१	पहाड	१. विश्वकर्मा (कामी, सुनार, ओड, चुनकरा, पार्की, टमटा), २. परियार (दमाई, दर्जी, सुचिकार, नगर्ची, ढनेली, हडरके), ३. सार्की (मजार, चर्मकार, भूल), ४. गन्धर्व (गाइने), ५. वादि
	तराई	६. कलर, ७. ककैहिया, ८. कोरी, ९. खटक, १०. खत्वे (मण्डल, खड), ११. चमार (राम, मोची, हिरजन, रिबदास) १२. चिडिमार, १३. डोम (मिरक), १४. तत्मा (ताँती, दास), १५. दुसाध (पासवान, हजार), १६. घोवी (रजक) हिन्दु, १७. पत्थरकट्टा, १८. पासी, १९. बाँतर, २०. मुसहर, २१. मेस्तर (हलखोर), २२. सरम्भङ्ग (सरविरया) २३. सोनार, २४. लोहार, २५. नटुवा
२	पहाड	१. शेपा, २. भोटे, ३. थकाली, ४. व्याँसी, ५. वालुड, ६. छैरोत्तन, ७. डोल्पो, ८. तवडवे, ९. तिनगाँउले थकाली, १०. तोपकेगोला, वाइथाउँले थकाली, १२. माफाली थकाली, १३. मुगाली, १४. ल्होपा, १५. ल्होमी (शिडसावा) १६. सियार (चुम्वा), १७. थुदाम, १८. मगर, १९. तामाङ, २०. नेवार, २१. राई, २२. गुरुङ्ग, २३. लिम्बु, २४. मुजेल, २५. सुनुवार, २६. चोपाङ्ग, २७. थामी, २८. याख्खा, २९. पहरी, ३०. छन्त्याल, ३१. जिरेल, ३२. दुरा, ३३. लेप्चा, ३४. हायु, ३५. ह्योल्मो, ३६. कुशुवाडिया, ३७. कुशुण्डा, ३८. फ्रि, ३९. वनकिरया, ४०. बारामो, ४१. लार्के, ४२. सुरेल, ४३. कुमाल, ४४. माभी, ४५. दनुवार, ४६. दराई, ४७. बोटे, ४८. राजी, ४९. राउटे
	तराई	५०. थारु, ५१. धानुक, ५२. राजवंशी (कोच), ५३. सतार (सन्थाल), ५४. भाँगड, ५५. गनगाई, ५६. धिमाल, ५७. ताजपुरिया, ५८. मेचे (बोडो), ५९. किसान
३	मधेशी	१. यादव, २.तेली, ३. कलवार, ४. सुठी, ५. कोइरी, ६. कुर्मी, ७. कानु, ८. हलुवाई, ९. हजामरठाकुर, १०. बढही, ११. राजभर, १२. केवट, १३. मल्लाह, १४. नुनिया, १५. कुम्हार, १७. लोध, १८. विड/विण्डा, १९. गडेरीरभेडीह्यारा २०. माली, २१. कामर, २२. धुनिया, २३. वराय, २४. मुण्डा, २५. बडाइ, २६. पञ्जावी, २७. बंगाली, २८. मारवाडी, २९. नुराड, ३०. कायस्थ, ३१. राजपुत, ३२. जैन, ३३. ब्राम्हण (तराई), ३४. बनिया, ३५. अमात, ३६. कथवालीया, ३७. राजधोव, ३८. कुशवाहा
४	मुस्लिम	१. मुस्लिम, २. चुरौटे
५	ब्राह्मण/क्षेत्री	१. ब्राह्मण (पहाड), २. क्षेत्री (पहाड)
६	अन्य	१. ठकुरी, २. सन्यासी/दशनामी, आदि

Code	Group	Caste/Ethnicity
1	Hill	1. Bishwokarma (Kami, Sunar, Od, Chunara, Parki, Tamata), 2. Pariyar (Darnai, Darjee, Suchikar, Nagarchi, Hudrake), 3. Sarki (Mijar, Charmakar, Bhul), 4. Gandharwa, (Gaine),
	Terai	5. Badi 6. Kalar, 7. Kakaihiya, 8. Kori, 9. Khatik, 10. Khatwe (Mandal, Khadga), 11. Chamar (Ram, Mochi, Harijan, Rabidas), 12. Chidimar, 13. Dom (Marik), 14. Tatma (Tati, Das), 15. Dushad (Paswan, Hajara), 16. Dhobi (Rajak), Hindu, 17. Pattharkatta, 18. Pasi, 19. Batar, 20. Mushahar, 21. Mestar (Halkhor), 22. Sarbhanga (Sarbariya).
2	Hill	1. Sherpa, 2. Bhote (Bhuitia), 3. Thakali, 4. Byansi, 5. Wallung, 6. Chhairotan, 7. Dolpa, 8. Tangbe, 9. Tin Guale Thakali, 10. Topkegola (Dhokpya). 11. Bara Gaunle Thaka- li, 12. Marphali Thakali, 13. Mugali, 14. Lhopa, 15. Lhomi (Shingsawa), 16. Siyar (Chumba), 17. Thudam, 18. Magar, 19. Tamang, 20. Newar, 21. Rai, 22. Gurung, 23. Limbu, 24. Bhujel, 25. Sunuwar, 26. Chepang. 27. Thami, 28. Yakkha, 29. Pahari, 30. Channtyal, 31. Jirel, 32. Dura, 33. Lepcha, 34. Hayu, 35. Yehlmo, 36. Khusbadia, 37. Kusunda, 38. Phree (Free), 39. Bankaria, 40. Baramo/Baramu 41. Larke, 42. Surel, 3. Kumal, 44. Majhi, 45. Danuwar, 46. Darai, 47. Bote, 48. Raji, 49. Raute
	Terai	50. Tharu, 51. Dhanuk (Rajbanshi), 52. Rajbansi (Koch), 53. SatarSanthal, 54. Jhagar/Jhangar, 55. Gangai, 56. Dhimal, 57. Tajpuriya, 8. Meche (Bodo), 59. Kisan
3	Madhesi	1. Yadav, 2. Teli, 3. Kalwar, 4. Sudhi, 5. Koiri, 6. Kurmi, 7. Kanu, 8. Haluwai, 9. Hajarm/Thakur, 10. Badhae, 11. Rajbhar, 12. Kewat, 13. Mallah, 14. Nuniya, 15. Kumhar, 16. Kahar, 17. Lodha, 18. Binna(Bing/Binda), 19. Gaderi/Bhediyar, 20. Mali, 21. Kamar, 22. Dhunia, 23. Barae, 24. Munda, 25. Badai, 26. Panajbi, 27. Bangali, 28. Marwadi, 29. Nurang, 30. Kayastha, 31. Rajput, 32. Jaine, 33. Brahman (Terai), 34. Baniya, 35. Amat, 36. Kathawaniya, 37. Rajdhob, 38. Khusbaha
4	Muslim	1. Muslim, 2. Churaute
5	Brahman/Chettri	1. Brahman (Hill), 2. Chhetri (Hill)
6	Others	1. Thakuri, 2. Sanasi/Dasnam, etc.,



**नेपाल सरकार**  
**स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली**

.....

नगरपालिका / गाउँपालिका  
**औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड**

## परिचय:

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

बिरामीको नाम:

उमेर:

लिंग:

ठेगाना:

सम्पर्क नं:

तौल (के.जी):

क्षयरोग दर्ता नं.

दर्ता मिति:

फोटो

### दर्ता समूह

- १ नयाँ (new) २ रोग बल्केको (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\_2<sup>nd</sup> Line)  
४ उपचार पुरा नगरेको (TALFU) ५ पहिले उपचार गरेका अन्य (OPT)  
६ यस अधिको 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

स्पुटम कल्चर फलोअप र तौल

Month	Lab No/date	SR	CR	Weight in KG
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				
Month				

दिइएको औषधीको नाम र मात्रा:

Months	Weight (KG)	Pa	Lfx	Mfx	Bdq	Lzd	Cfz	Cs	Trd	E	Dim	Z	Imp, Clin	Mpm	Am	Eto	Other
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	

Months	Weight (KG)	Pa	Lfx	Mfx	Bdq	Lzd	Cfz	Cs	Trd	E	Dim	Z	Imp, Clin	Mpm	Am	Eto	Other
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	
Months																	





## उपचार नतिजा विवरण

१. निको भएको Cured:

मिति

२. उपचार पुरा गरेको Complete:

३. उपचार असफल Failure:

४. मृत्यू भएको Died:

५. उपचार पुरा नगरेको Loss to follow up:

६. मूल्यांकन नभएका Not Evaluated:

प्रेषण/स्थानान्तरण भएको संस्था

क्षयरोग एक सरूवा रोग हो । आँखाले देख्न नसकिने सुक्ष्म कीटाणु (*Mycobacterium Tuberculosis*) ले क्षयरोग हुन्छ । यो एक व्यक्तिवाट अर्को व्यक्तिमा हावाको माध्यमवाट सर्दछ ।

### क्षयरोग सने तरिका:

क्षयरोग फोक्सोमा लाग्ने र फोक्सो बाहेक शरीरको अन्य भागमा लाग्ने गरी २ प्रकार हुन्छन । फोक्सोको क्षयरोग भएका बिरामीले खोक्दा, हाछ्यू गर्दा वा थुक्दा क्षयरोगका कीटाणु बाहिर वातावरणमा फैलिन्छन र स्वस्थ मानिसमा श्वास प्रश्वासको माध्यमवाट फोक्सोमा पुग्न सक्दछन । क्षयरोगको संक्रमण भएका सवै व्यक्तिलाई क्षयरोग हुँदैन रोग प्रतिरोध क्षमता कमजोर भएका व्यक्ति (कुपोषित, मधूमेह, एच आइ भी एड्स भएका आदि) मा यो रोगले छिटो आक्रमण गर्दछ ।

### क्षयरोगका लक्षणहरू:

- २ हप्ता वा सो भन्दा बढी अवधी खोकी लागि रहनु
- शरीरको तौल घटदै जानु
- छाती दुख्नु
- खकारमा रगत देखिनु
- साभूपख वा राती ज्वरो आउनु

### औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग (DRTB)

क्षयरोगको उपचारमा प्रयोग हुने कुनै पनि औषधीमा कीटाणु Resistant भएको अवस्थानै Drug Resistance हो ।

### औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग हुने सक्ने कारणहरू

- वीचैमा औषधी खान छाडेमा वा अनियमितरूपमा औषधी सेवन गरेमा
- कम गुणस्तरको औषधी सेवन गरेमा
- औषधीको मात्रा पर्याप्त नभएमा
- उपयुक्त उपचार पद्धति प्रयोग नभएमा
- एन्टिबायोटिक्सको अनुचित प्रयोग

क्षयरोगका बिरामीको छिटोभन्दा छिटो निदान गरी सही उपचार पद्धतिवाट उपचार गर्नु नै क्षयरोग नियन्त्रणको मुख्य उपाय हो



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर  
TUBERCULOSIS TREATMENT MASTER REGISTER

नगरपालिका/गाउँ पालिका नाम:			
प्रदेश:	जिल्ला:	स्वास्थ्य संस्थाको सख्या:	
प्रयोग मिति:	आर्थिक वर्ष:	देखि	सम्म

### 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				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					Transfer In	HIV Test Result			ART	CPT	Smear	Xpert MTB/RIF										
	DD/MM	Surname	Ethnic code			Ward No.	Contact Number	YYYY	Relapse					TAF*					TALF**	OPT***	UPTH****	Child	Adult		2HRZE+4HR	2HRZE+7HRE	6HRZE			6HRZE+Lfx	Positive	Negative	Unknown	Yes	No	Yes	No	Result	Result		
	YYYY			Lab No	Lab No					DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/																													
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	DD/

Ethnic Code: 1 Dalit, 2 Janajati, 3 Madhesi, 4 Muslim, 5 Brahmin/Chhetri, 6 Others

\*TAF= Treatment After Failure, \*\* TALF= Treatment After loss to follow up \*\*\* OPT =Other previously Treated

\*\*\*\*UPTH= Unknown Previous TB Treatment History

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter

### Tuberculosis Treatment Register

time of TB	Sputum examination Result										DST status		Treatment Outcome						TB and Tobacco Smoking						Remarks		
	2 month Follow-up		3 month Follow up		5 month Follow up		End of Treatment		XpertMTB/RIF	LPA	Cured	Completed	Failed	Died	Lost to Follow-up	Not Evaluated	Moved to 2nd line	Patient under CB	Status of Smoking (S*,R**,Q***)			Exposure to Smoking inside Home					
	Result	Lab No	Result	Lab No	Result	Lab No	Result	Lab No											0 month (S)	Follow up (month)	End of Treat	0 Month	Follow up (month)	End of Treat.			
	/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	2	5	Month	2	5	Month													
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	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
/MM/YYYY		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Date:	DD/MM/YYYY																										
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
/MM/YYYY		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Date:	DD/MM/YYYY																										
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
/MM/YYYY		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Date:	DD/MM/YYYY																										
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
/MM/YYYY		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Date:	DD/MM/YYYY																										
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
/MM/YYYY		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Date:	DD/MM/YYYY																										
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
/MM/YYYY		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Date:	DD/MM/YYYY																										
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
/MM/YYYY		DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	
Date:	DD/MM/YYYY																										

Ethnic Code: 1 Dalit, 2 Janajati, 3 Madhesi, 4 Muslim, 5 Brahmin/Chhetri, 6 Others

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter

### 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				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					Child	Adult	2HRZE+4 HR	2HRZE + 7HRE	6HRZE	6 HRZE +Lfx	Transfer In	HIV Test Result			ART		CPT		Smear	Xpert MTB/RIF			
	DD/MM	Surname	Ethnic code									Ward No.					Contact Number	YYYY	Relapse	TAF *	TALF**								OPT***	UPTH****	Positive	Negative	Unknown	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Result
	YYYY			1	2	3	4	5	6	1	2		3	4	1	2		3	4	1	2	3	1	2	1	2	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/											
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																																							
	YYYY	Surname	code#			Ward No.	Contact Number					YYYY																										DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/

Ethnic Code: 1 Dalit, 2 Janajati, 3 Madhesi, 4 Muslim, 5 Brahmin/Chhetri, 6 Others

\*TAF= Treatment After Failure, \*\* TALF= Treatment After loss to follow up \*\*\* OPT =Other previously Treated

\*\*\*\*UPTH= Unknown Previous TB Treatment History

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter

### Tuberculosis Treatment Register

time of TB	Sputum examination Result										DST status		Treatment Outcome						TB and Tobacco Smoking						Remarks		
	2 month Follow-up		3 month Follow up		5 month Follow up		End of Treatment		XpertMTB/RIF	LPA	Cured	Completed	Failed	Died	Lost to Follow-up	Not Evaluated	Moved to 2nd line	Patient under CB	Status of Smoking (S*,R**,Q***)			Exposure to Smoking inside Home					
	Result	Lab No	Result	Lab No	Result	Lab No	Result	Lab No											0 month (S)	Follow up (month)	End of Treat	0 Month	Follow up (month)	End of Treat.			
	/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	2	5	Month	2	5	Month													
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	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	
Result	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no
lab no		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	

Ethnic Code: 1 Dalit, 2 Janajati, 3 Madhesi, 4 Muslim, 5 Brahmin/Chhetri, 6 Others

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter

### 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				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					Child	Adult	2HRZE+4 HR	2HRZE + 7HRE	6HRZE	6 HRZE +Lfx	Transfer In	HIV Test Result			ART		CPT		Smear	Xpert MTB/RIF			
	DD/MM	Surname	Ethnic code									Ward No.					Contact Number	YYYY	Relapse	TAF *	TALF**								OPT***	UPTH****	Positive	Negative	Unknown	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Result
	YYYY			1	2	3	4	1	2	3	4		5	6	1	2		3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	1	2	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/							
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																																							
	YYYY	Surname	code#			Ward No.	Contact Number					YYYY																										DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/

Ethnic Code: 1 Dalit, 2 Janajati, 3 Madhesi, 4 Muslim, 5 Brahmin/Chhetri, 6 Others

\*TAF= Treatment After Failure, \*\* TALF= Treatment After loss to follow up \*\*\* OPT =Other previously Treated

\*\*\*\*UPTH= Unknown Previous TB Treatment History

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter

### Tuberculosis Treatment Register

time of TB	Sputum examination Result										DST status		Treatment Outcome						TB and Tobacco Smoking							Remarks		
	2 month Follow-up		3 month Follow up		5 month Follow up		End of Treatment		XpertMTB/RIF	LPA	Cured	Completed	Failed	Died	Lost to Follow-up	Not Evaluated	Moved to 2nd line	Patient under CB	Status of Smoking (S*,R**,Q***)			Exposure to Smoking inside Home						
	Result	Lab No	Result	Lab No	Result	Lab No	Result	Lab No											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.	
	/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	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	S	Result	lab no	1	2	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			DD/MM/YYYY								R	R	R	No	Yes	Yes	Yes
/MM/YYYY	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	Date: DD/MM/YYYY						Q	Q	Q	No	No	No	No
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	1	2	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			DD/MM/YYYY								R	R	R	No	Yes	Yes	Yes
/MM/YYYY	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	Date: DD/MM/YYYY						Q	Q	Q	No	No	No	No
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	1	2	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			DD/MM/YYYY								R	R	R	No	Yes	Yes	Yes
/MM/YYYY	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	Date: DD/MM/YYYY						Q	Q	Q	No	No	No	No
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	1	2	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			DD/MM/YYYY								R	R	R	No	Yes	Yes	Yes
/MM/YYYY	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	Date: DD/MM/YYYY						Q	Q	Q	No	No	No	No
Result	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	S	Result	lab no	1	2	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			DD/MM/YYYY								R	R	R	No	Yes	Yes	Yes
/MM/YYYY	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	X	Result	lab no	Date: DD/MM/YYYY						Q	Q	Q	No	No	No	No

Ethnic Code: 1 Dalit, 2 Janajati, 3 Madhesi, 4 Muslim, 5 Brahmin/Chhetri, 6 Others

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter

### 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				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					Child	Adult	2HRZE+4 HR	2HRZE + 7HRE	6HRZE	6 HRZE +Lfx	Transfer In	HIV Test Result			ART		CPT		Smear	Xpert MTB/RIF		
	DD/MM	Surname	Ethnic code									Ward No.					Contact Number	YYYY	Relapse	TAF *	TALF**								OPT***	UPTH****	Positive	Negative	Unknown	Yes	No	Yes	No	Yes	No
	YYYY			DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY			DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY			
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	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	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	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	DD/MM/YYYY

Ethnic Code: 1 Dalit, 2 Janajati, 3 Madhesi, 4 Muslim, 5 Brahmin/Chhetri, 6 Others

\*TAF= Treatment After Failure, \*\* TALF= Treatment After loss to follow up \*\*\* OPT =Other previously Treated

\*\*\*\*UPTH= Unknown Previous TB Treatment History

\*S= Current Smoker, \*\*R= Relapsed Smoker, \*\*\*Q= Quitter



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिस्टर  
DR TUBERCULOSIS TREATMENT REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

जिल्ला:

नगरपालिका र गाउँपालिका:

आर्थिक वर्ष:

**DR TB Treatment Register**

DRTB Reg. No:		Registration Date: dd/mm/yyyy				Patient under CBDOT			Transfer IN Case											
Patient Name:		Ethnic Code:	Age:	Sex: F M	Weight (kg):	Height:.....CM			Co-morbidity:											
Province		Districts:		M/RM:			Ward No/ Tole													
Guardian's Name:					Phone no.: Guardian/Patient															
No.of Household Member: .....				No.of <5 years children :.....				No.of HH members screened for TB:.....												
DOT Provider:																				
DST Result	H	R	Z	E	Mfx	Cm	Lfx	Bdq	Lzd	Cs	Cfz	Am	Eto	Dlm	Pa	TB HIV Status				
Base line/ Date	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	HIV Infection		Patients on	
Follow up Date	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	1.Positive		ART	CPT
Follow up Date	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	2.Negative			
Follow up Date	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	R/S	3.Unknown			
<b>\$Type:</b> 1. MDR/RR (Shorter)    2 MDR/RR (OSSTR)    3. MDR/RR (Longer)    4. PRE- XDR (Shorter)    5. PRE-XDR (Longer)    6. XDR <b>Registraion Category</b> 1. New    2. Relapse    3.1 TAF*(New_FLD)    3.2 TAF(Retreatment_FLD)    3.3 TAF(Ret_Hr TB)    3.4. TAF (2nd line)    4. TALF** 5. OPT***    6. UPTH****																				
Type	Treatment Start			1. Shifted Treatment			2. Shifted Treatment			3. Shifted Treatment										
	(\$Type: .....) (Regimen@.....)			(\$Type: .....) (Regimen@.....)			(\$Type: .....) (Regimen@.....)			(\$Type: .....) (Regimen@.....)										
Month	Lab No/date	SR	CR	Lab No/date	SR	CR	Lab No/date	SR	CR	Lab No/date	SR	CR								
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
Month																				
<b>Outcome:</b> 1.cured    2. Completed    3. Failed    4. Died    5. Loss to follow-up    6 Not Evaluated												<b>Date:</b>								
H=Isoniazid, R=Rifampicin, Z=Pyrazinamide, E=Ethambutol, <b>Group A:</b> Lfx=Levofloxacin, Mfx=Moxifloxacin, Bdq=Bedaquiline, Lzd=Linezolid <b>Group B:</b> Cfz=Clofazimine, Cs=Cycloserine, Trd=Terizidone, <b>Group C:</b> E=Ethambutol, Dlm=Delamanid, Z=Pyrazinamide, Imp,Cln=Imipenem-cilastatin, Mpm=Meropenem, Am=Amikacin, S=Streptomycin, Eto=Ethionamide, Pa=Pretomanid																				
After Treatment Completion follow-up																				
6 Month	Lab No/date	SR	12 Month	Lab No/date	SR	18 Month	Lab No/date	SR	24 Month	Lab No/date	SR									
*TAF = Treatment After Failure **TALF= Treatment After Loss to follow up ***OPT =Other Perviously Treatmentfollowup ****UPTH = Unknown Previous TB Treatment History @ Regimen Used: BPaLM, BPaL, OSSTR-Lzd, OSSTR-Eto, LR1, LR2, LR3, Individualized Regimen																				

जाती कोड: १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लीम, ५ ब्राहमण/क्षेत्री, ६अन्य



नेपाल सरकार

HMIS 6.6

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली  
क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फारम

क्रम संख्या.....					मिति:.....															
उद्देश्य उल्लेख गर्नुहोस्: १. क्षयरोग जोखिम समूह को स्क्रिनिंग					२. सम्पर्क परीक्षण															
सम्पर्क परीक्षणको हकमा यो बक्स भर्नुहोस्																				
क्षयरोग विरामीको नाम (Index Case): .....					उमेर: .....		लिंग:    म    पु													
TB को प्रकार:		१. DRTB		२. DSTB		दर्ता नम्बर : .....														
उपचारमा भर्ना भएको मिति: .....					परिवार जम्मा संख्या:															
ठेगाना		प्रदेश :		जिल्ला:		न.पा/गा.पा:														
		वडा नम्बर:		टोल:		सम्पर्क नम्बर:														
क्र.सं	स्क्रीन गरिएका /सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यहरूको नाम	उमेर		Index case संगको सम्बन्ध (घरपरिवार सम्पर्क को हकमा*)	क्षयरोगका लक्षणहरू **							कैफियत								
		म	पु		छैन	छ	यदि लक्षण छ भने संकेतका आधार मा गोलो लगाउनुहोस													
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	
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 घरको छाना मुनि बसोबास गर्दछ ।

**लक्षण (बयस्क)		**लक्षण - बच्चा (०-१४ वर्ष )	
१. खोकी	२. ज्वरो	१. खोकी	२. ज्वरो
३. छाति दुखेको	४. खान मन नलागेको वा कमजोर महसुश गरेको	३. खानमा रुचि घटेको	४. तौल घट्दै गएको
५. तौल घट्दै गएको	६. खकारमा रगत देखिएको	५. शारीरिक वृद्धि विकास राम्रो नहुनु (दुब्लो वा ख्याउटे देखिनु)	६. थकित वा कमजोर देखिएको
७. रातमा पसिना आउने		७. चंचलतामा कमी आउनु तथा खेलकुदमा रुचि घट्दै गएको	

क्षयरोग स्क्रीनिंग गर्ने व्यक्तिको नाम:

हस्ताक्षर .....



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर  
CONTACT INVESTIGATION AND TUBERCULOSIS PREVENTIVE THERAPY REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:			
जिल्ला:	नगरपालिका र गाउँपालिका:	वडा नं.:	
प्रयोग मिति:	आर्थिक वर्ष:	देखि	सम्म

## 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
							If Yes		No	Yes	No	Yes				Start date		2 Month F/U		3 Month F/U		Completed	Discontinue	Died	Not Evaluated	
S.N:	Date			Name	Age		Sputum courier	Patient Refere					No	Yes	Name of Health Facility	No	Yes	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY						DD/MM/YYYY
DS TB	1	DR TB	2	Surname	F	M			8	9	10	11						12	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY	
				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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
S.N:	Date			Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4				
DS TB	1	DR TB	2	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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								
Name of Investigator				Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				

## 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
							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	
S.N:	Date			Name	Age		Sputum courier	Patient Refere	No	Yes	Name of Health Facility	No	Yes	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		1	2	3	4			
DS TB	1	DR TB	2	Surname	F	M								Weight	No of Tabs	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
S.N:	Date			Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4				
DS TB	1	DR TB	2	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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								
Name of Investigator				Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				

## 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
							If Yes		No	Yes	No	Yes				Start date		2 Month F/U		3 Month F/U		Completed	Discontinue	Died	Not Evaluated	
S.N:	Date			Name	Age		Sputum courier	Patient Refere					No	Yes	Name of Health Facility	No	Yes	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY						DD/MM/YYYY
DS TB	1	DR TB	2	Surname	F	M			8	9	10	11						12	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY	
				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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
S.N:	Date			Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4				
DS TB	1	DR TB	2	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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								
Name of Investigator				Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				

## 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
							If Yes		No	Yes	No	Yes				Start date		2 Month F/U		3 Month F/U		Completed	Discontinue	Died	Not Evaluated	
S.N:	Date			Name	Age		Sputum courier	Patient Refere					No	Yes	Name of Health Facility	No	Yes	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY						DD/MM/YYYY
DS TB	1	DR TB	2	Surname	F	M			8	9	10	11						12	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY	
				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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
S.N:	Date			Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4				
DS TB	1	DR TB	2	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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								
Name of Investigator				Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				

## 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	
							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		
S.N:	Date			Name	Age		Sputum courier	Patient Refere	No	Yes	No	Yes	Name of Health Facility	No	Yes	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		1	2	3	4		
DS TB	1	DR TB	2	Surname	F	M										Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs						Weight
				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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY					
S.N:	Date			Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY		1	2	3	4		
DS TB	1	DR TB	2	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY					
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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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							
Name of Investigator				Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY					

## 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
							If Yes		No	Yes	No	Yes				Start date		2 Month F/U		3 Month F/U		Completed	Discontinue	Died	Not Evaluated	
S.N:	Date			Name	Age		Sputum courier	Patient Refere					No	Yes	Name of Health Facility	No	Yes	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY						DD/MM/YYYY
DS TB	1	DR TB	2	Surname	F	M			8	9	10	11						12	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY	
				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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
S.N:	Date			Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4				
DS TB	1	DR TB	2	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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								
Name of Investigator				Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				

## 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
							If Yes		No	Yes	No	Yes				Start date		2 Month F/U		3 Month F/U		Completed	Discontinue	Died	Not Evaluated	
S.N:	Date			Name	Age		Sputum courier	Patient Refere					No	Yes	Name of Health Facility	No	Yes	DD/MM/YYYY		DD/MM/YYYY						DD/MM/YYYY
DS TB	1	DR TB	2	Surname	F	M			8	9	10	11						12	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY	
				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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
S.N:	Date			Name			1	2	1	2	1	2		1	2	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4				
DS TB	1	DR TB	2	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				
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			1	2	1	2	1	2		1	2	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			Ethnic Code	Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	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			1	2	1	2	1	2		1	2	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								
Name of Investigator				Surname			1	2	1	2	1	2		1	2	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY				



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली  
क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड

HMIS 6.8

..... अस्पताल/स्वा.चौ./सा.स्वा.के./श.स्वा.के.

१. दर्ता नं.		२. उपचार शुरु मिति:	
३. नाम थर:		४. उमेर	५. लिंग:
६. ठेगाना:	प्रदेश:	जिल्ला:	
	नगर/गाउँपालिका:		वडा नं
७. उपचार सहयोगीको नाम र सम्पर्क नं.			

द. उपचार विवरण

विवरण	उपचार शुरु	दोस्रो महिना	तेस्रो महिना
द.१. क्षयरोग लक्षण: (१. भएको २. नभएको)	१ २	१ २	१ २
द.२ तौल			
द.३. औषधीको नाम र मात्रा			
द.४. औषधी उपलब्ध गराएको मिति			
९. उपचार नतिजा र मिति	१. २. ३. ४	मिति: <input type="text"/>	

१. उपचार पुरा गरेको २. खान छोडेका, ३. मृत्यू भएको, ४. मुल्यांकन हुन नसकेको



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली  
प्रेषण पूर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था)

१. प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्था:			
२. प्रेषित व्यक्तिको नाम:		लिंग:	उमेर:
३. ठेगाना	प्रदेश	जिल्ला	
	नगर/गाउँ पालिका:		वडा नं.:
	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 presumptive TB

2. TB cases follow up :

3. Others including SAEs:

Referred by:

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

Name: .....

Address: .....

Signature .....

Contact number: .....

**Note: The original copy should be sent with the patient to the referred health facility and the carbon copy should be kept with the referring person**





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

HMIS 6.10

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

**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: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Paramedics <input type="checkbox"/> Other (please specify):	
Signature:	Date

**Submit form to:**

Email to: M&E Unit, NTCC: [ntpdsm@gmail.com](mailto:ntpdsm@gmail.com)

**NTC Use Only:**

Date received by

NTCC:

Causality assessment:                       Certain                       Probable                       Possible                       Unlikely                       Unassessed                       Un-assessable

Comment:

Reported to DDA: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Date reported to DDA:
---	-----------------------



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

एच.आई.भि. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर

HIV TESTING AND COUNSELING SERVICE REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश: जिल्ला: .....नगर/गाउँ पालिका: वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष: देखि सम्म

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								
	DD	MM	YYYY	First Name (Optional)			Last Name (Compulsory)	Caste Code	Sex			District								Municipality	Ward Number	Tole	Others					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	F	M	SM	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

\*Column 13: Marital Status (1=Unmarried, 2=Married, 3=Divorce, 4=Widow/Widower, 5=Living Together, 6= Separated 7=Not Applicable)  
 \*\*Column 15: Educational Status: 1=Illiterate, 2=Literate  
 \*\*\*Column 16: Education level: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above  
 \*\*\*\* Column 17: Employment status: 1=Unemployed, 2=Employed

°Column 33: Medical reason for testing (1 =

‡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

‡Column 35: Risk Group (1 = Female Sex Wc

COUNSELING REGISTER

Address/Temporary					Client Code <sup>†</sup>	Pre-test counseling					Informed Consent	HIV Test			Post - Test Counseling					
District	Municipality	Ward Number	Tole	Others		Pre-test Counseling	HIV Tested Before	Medical Reason for Testing <sup>ⓓ</sup>	Pregnancy Status	Risk Group <sup>§</sup>		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
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	Yes = 1
																				No = 2
																				If referred to ART Center,Write ART Name

STI; 2=TB; 3 = Pregnancy; 4 = Surgery; 5 = HIV/AIDS symptoms; 6 = Child delivered from Positive Mother; 7 = None of above; 8 = Other)

rker; 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)



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

यौनजन्य रोग संक्रमण उपचार रजिष्टर  
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION TREATMENT  
REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

.....नगर/गाउँ पालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## SEXUALLY TRANSMITTED

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

SN	Registration					Demographic Information												
	Date				MRNo	SRNo	Client's Name and Caste			Age			Educa	Educa	Empl	Average	Contact Number	
	DD	MM	YYYY	First Name (Optional)			Last Name (Correct)	CasteCode	Sex									
	1	2	3		F	M			SM									

<sup>‡</sup>Column 13: Educational Status: 1=Illiterate, 2=Literate;  
<sup>§</sup>Column 14: Education level: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above;  
<sup>¶</sup>Column 15: Employment status: 1=Unemployed, 2=Employed;  
<sup>\*</sup>Column 18: Marital Status: (1=Unmarried, 2=Married, 3=Divorce, 4=Widow/Widower, 5=Living Together, 6= Separated and 7=Not Applicable).  
<sup>\*</sup>Column 24: Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F, 2= M, 3 = SM) + Service registration number.  
<sup>\*</sup>Column 25: Type of Case : (1=Syndromic, 2= Asymptomatic)  
<sup>\*\*</sup>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)  
<sup>\*\*\*</sup>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 Workers)  
<sup>\*</sup>Column 32:Condom Use: ( 1= Yes, 2=No, 3= Don't Know, 4= Not Applicable)

**INFECTIONS (STI) REGISTER**

							STI Diagnosis		Treatment							Referral	
Marital S	Address					Client Code*	Type of	Type of STI Diagn	Risk C	Syn	Etiol	Presum	Partne	Condc	In = 1		
	District	Municipali	Ward N	Tole	Others										Out = 2		
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		
							1								1		
							2								2		

ise Syndrome (GUDS), 6= Inguinal Bubo Syndrome (IBS), 7= Neonatal Conjunctivitis Syndrome, 8= Cervicitis, 9= Vaginitis, 10= Herpes Genitalis, 11= Other)  
 ex Worker (MSW); 9= Sexual minorities (SM=TG); 10= Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12= Other (not specified in above category)



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

एच.एम.आई.एस.७.३ : एच.आई.भी.स्व-परीक्षण रजिष्टर

HMIS 7.3 : HIV Self-Testing Register

स्वास्थ्य संस्थाको नाम

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँ पालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष:


देखि

सम्म







 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>			
<p>एच.आई.भि. उपचार सेवा रजिष्टर HIV TREATMENT CARE REGISTER</p>			
स्वास्थ्य संस्थाको नाम:			
प्रदेश:	जिल्ला:	नगर/गाउँ पालिका:	वडा नं.:
प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष:		देखि	सम्म











# 7.5 HIV TREATMENT CARE RECORD

(To be stored in a locked cabinet at the health centre and arranged serially by registration number)

## 1. Patient Identification Data

Registration Number					Treatment Centre (Health Facility)			Patient's		
Master	Service	Date			Name	District	Rural- /Municipality	First Name	Last Name	Ethnicity Code
		DD	MM	YYY Y						code

Patient's												
Client Code	Date of Birth	Age	Permanent address				Temporary address					
			District	Rural-	War	Contact number	District	Rural-/Municipality	War	Cont		
	DD	MM	YYYY									
Educational Status*	Education Level**	Employment Code	Average Monthly	SMS Consent				Treatment Supporter's Information (If Applicable)				
				Yes	Y	No	N	Full Name		Address		Contact nu
Code	Code	Code										

\*Educational Status: 1=Illiterate, 2=Literate

\*\*Education level: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above

\*\*\*Employment status: 1=Unemployed, 2=Employed

Confirmed HIV +ve			TB assessment and test at the time of enrollment in HIV				History of Other Chronic Diseases			
Date		Place	Smear	Culture	Chest x-Ray	Gene Xpert	Disease	Drugs	Disease	Dr
DD	MM	YYYY								

## 2. HIV Care History

Date enrolled in	WHO	Date of CD4 Count	CD4	Date of CPT Start	Date of TBPT Start	Date of ART start	Regin
DD	MM	YYYY		DD	MM	YYYY	

Entry Point (Services Referring the Patient for treatment care):	HTC	1	TB	2	Outpatient	3	Inpatient	4	Paediatric	5	PMTCT	6	STI
		Private	8	NGO	9	Self	10	Outreach	11	Others	12	.....	

Patient Transferred in from another treatment center	Transfer in				Transfer Out					
	From (Site)	Date			Regimen	To (Site)	Date			Regime
		DD	MM	YYYY			DD	MM	YYYY	
		DD	MM	YYYY			DD	MM	YYYY	
		DD	MM	YYYY			DD	MM	YYYY	
		DD	MM	YYYY			DD	MM	YYYY	

## 3. Personal History (Circle One Choice)

Risk Group	Female Sex Worker (FSW)	1
	People Who Injects Drugs (PWIDs)	2
	Men who have sex with Men (MSM)	3
	Blood or Organ Recipient	4
	Clients of Sex Workers	5
	Migrants	6
	Spouse / Partner of Migrants	7
	Male Sex Worker (MSW)	8
	Sexual Minorities (SM=TG)	9
	Vertical Transmission	10
	Prison Inmates	11
	Other (not specified in above category)	12

## 4. Family History

Marital Status (Circle One Choice)		Name of Family Members	Relation	Age	Gen der	HIV Status (v/x)	ART (v/x)	Reg
Unmarried	1							
Married	2							
Divorced	3							
Widow/Widower	4							
Living Together	5							
Separated	6							
Not Applicable	7							

## 5. For PMTCT Cases

Mother's ART Start Period	Delivery Status	Baby Prophylaxis
		Started







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

ओ.एस.टी. रजिष्टर  
OPOID SUBSTITUTION THERAPY (OST) REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँ पालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म









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

बिरामी भर्ना रजिष्टर  
PATIENT ADMISSION REGISTER

अस्पतालको नाम:

प्रदेश: जिल्ला: नगर/गाउँपालिका: वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष: देखि सम्म

**ADMISSION**

**RE**

Fiscal Year \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_

SN	Date and Time of Admission			Inpatient No.		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
	Date					First and middle name										
	DD	MM	YY													
	Time					Family name										
	AM	PM														
	Date					First and middle name										
	DD	MM	YY													
	Time					Family name										
	AM	PM														
	Date					First and middle name										
	DD	MM	YY													
	Time					Family name										
	AM	PM														
	Date					First and middle name										
	DD	MM	YY													
	Time					Family name										
	AM	PM														
	Date					First and middle name										
	DD	MM	YY													
	Time					Family name										
	AM	PM														

\*Column no 8: Caste/Ethnicity Code: Dalit = 1, Janjati = 2, Madhesi = 3, Muslim = 4, Brahman/Chhetri = 5, Other = 6

**GISTER**

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



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

बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर  
PATIENT DISCHARGE REGISTER

अस्पतालको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म

## 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		Family name												
		Time			Time																
		AM	PM		AM	PM															
		Date			Date				First and middle name												
		DD	MM	YY	DD	MM	YY		Family name												
		Time			Time																
		AM	PM		AM	PM															
		Date			Date				First and middle name												
		DD	MM	YY	DD	MM	YY		Family name												
		Time			Time																
		AM	PM		AM	PM															
		Date			Date				First and middle name												
		DD	MM	YY	DD	MM	YY		Family name												
		Time			Time																
		AM	PM		AM	PM															
		Date			Date				First and middle name												
		DD	MM	YY	DD	MM	YY		Family name												
		Time			Time																
		AM	PM		AM	PM															

\*Column 11: Caste Code: Dalit 1, Janjati 2, Madhesi 3, Muslim 4, Brahman/Chhetri 5, Other 6

\*Column 21: 1 General Medicine, 2 General Surgery, 3 Pediatrics, 4 Obstetric, 5 Gynecology, 6 ENT, 7 Orthopedics, 8 Psychiatric, 9 Dental, 10 Others

## 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	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						
	Ward			1	2				1	2	Immediate Cause	1	2			1	2
	Bed No.										Underlying Cause						
	Ward			1	2				1	2	Immediate Cause	1	2			1	2
	Bed No.										Underlying Cause						
	Ward			1	2				1	2	Immediate Cause	1	2			1	2
	Bed No.										Underlying Cause						
	Ward			1	2				1	2	Immediate Cause	1	2			1	2
	Bed No.										Underlying Cause						

Column 24: 1 = Major, 2 = Intermediate, 3 = Minor

Column 29: Outcome: 1= Cured/Recovered; 2= Stable; 3= Referred out; 4= DOR/LAMA/DAMA, 5 = Absconded; 6= Died

Column:36: Code: 1 = Destitute people; 2 = Poor people; 3= People living with disabilities; 4 = Senior citizens (60+ years); 5 = Female community health volunteers; 6 = Others = 6 (Specify)



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

आकस्मिक सेवा रजिष्टर  
EMERGENCY SERVICE REGISTER

अस्पतालको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

प्रयोग मिति:

भार्यिक वर्ष

देखि

सम्म

## EMERGENCY SERVICE

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		15
								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			First and Middle Name												District	Name
DD	MM	YY	Time														Family name	
AM	PM	Village/Tole			Contact number													
		Date			First and middle name												District	Name
DD	MM	YY	Time														Family name	
AM	PM	Village/Tole			Contact number													
		Date			First and middle name												District	Name
DD	MM	YY	Time														Family name	
AM	PM	Village/Tole			Contact number													
		Date			First and middle name												District	Name
DD	MM	YY	Time														Family name	
AM	PM	Village/Tole			Contact number													
		Date			First and middle name												District	Name
DD	MM	YY	Time														Family name	
AM	PM	Village/Tole			Contact number													
		Date			First and middle name												District	Name
DD	MM	YY	Time														Family name	
AM	PM	Village/Tole			Contact number													

\*Column 5: Caste Code: Dalit 1, Janjati 2, Madhesi 3, Muslim 4, Brahman/Chhetri 5, Other 6

## DE 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				Police Case				
Self	Referred in (Name of HF)							Yes	No	DD	MM	YY		AM	PM	Immediate Cause	Underlying Cause	Full	Partial	Total Cost Exempted (NRs.)	Code*	Gender Violence	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				Immediate Cause	1	2			1	1	2			
										DD	MM	YY												
										Time				Underlying Cause										
										AM	PM													
1			1					1	2	Date				Immediate Cause	1	2			1	1	2			
										DD	MM	YY												
										Time				Underlying Cause										
										AM	PM													
1			1					1	2	Date				Immediate Cause	1	2			1	1	2			
										DD	MM	YY												
										Time				Underlying Cause										
										AM	PM													
1			1					1	2	Date				Immediate Cause	1	2			1	1	2			
										DD	MM	YY												
										Time				Underlying Cause										
										AM	PM													
1			1					1	2	Date				Immediate Cause	1	2			1	1	2			
										DD	MM	YY												
										Time				Underlying Cause										
										AM	PM													

\* Column 30: Recovered = 1, Stable = 2, Referred = 3, LAMA = 4, Absconded = 5, Admitted = 6, Death = 7



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

# SNCU/ NICU/ KM CU REGISTER

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

प्रदेश:

जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका:

वडा नं.:

प्रयोग मिति:

आर्थिक वर्ष:

देखि

सम्म



ICU REGISTER

Month.....

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

Column 28: 1 Improved, 2 Referred, 3 Died, 4 DOPR/LAMA

Column 31: 1 Package A, 2 Package B, 3 Package A+B, 4 Package A+B+C

## जात/जाती अनुसार Special Newborn Care/ Neonatal Intensive Care Unit सेवा पाएका सेवाग्राहीको समायोजन फारम

जात/जाती	लि.	महिना												जम्मा
		श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुन	चैत	बैशाख	जेष्ठ	असार	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५
दलित	महिला													
	पुरुष													
जनजाति	महिला													
	पुरुष													
मधेसी	महिला													
	पुरुष													
मुस्लिम	महिला													
	पुरुष													
ब्राह्मण/क्षेत्री	महिला													
	पुरुष													
अन्य	महिला													
	पुरुष													
जम्मा														



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

अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिस्टर  
One-Stop Crisis Management Center- OCMC

अस्पतालको नाम:

प्रदेश: जिल्ला: नगर/गाउँपालिका: वडा नं.:

प्रयोग मिति: आर्थिक वर्ष: देखि सम्म

Fiscal Year \_\_\_\_\_

General Information

SN	Date of Registration			Victim Code	Gender			Caste/Ethnicity Code*	Address		Disability Code*	Type of Violence (Code)*	Incident Background (Code)*	Visit Type (New/Follow-up)	Physical Examination		Legal / Forensic		HIV Testing & Counseling		Pregnancy Test			Wound/Injury Treatment			Emergency Contraception			STI Treatment								
									Rural/Municipality, Ward	Village/Tole					Done	Not Done	Done	Not Done	Taken	Not Taken	Done	Not Done	Not required	Done	Not Done	Not required	Taken	Not Taken	Not required	Done	Not Done	Not required						
1	2			3	5			6	7		8	9	10	11	12		13		14		15			16			17			18								
Date				Female	Male	Gender & Sexual Minorities (LGBTIQ)		District	Palika - ward						1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3								
DD	MM	YY	1	2	3																																	
	Date																																					
	DD	MM	YY												1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3					
	Time																																					
	AM	PM																																				
	Date																																					
	DD	MM	YY												1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	Time																																					
	AM	PM																																				
	Date																																					
	DD	MM	YY												1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	Time																																					
	AM	PM																																				
	Date																																					
	DD	MM	YY												1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	Time																																					
	AM	PM																																				
	Date																																					
	DD	MM	YY												1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	Time																																					
	AM	PM																																				
	Date																																					
	DD	MM	YY												1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	Time																																					
	AM	PM																																				
	Date																																					
	DD	MM	YY												1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	Time																																					
	AM	PM																																				
	Date																																					
	DD	MM	YY												1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	Time																																					
	AM	PM																																				
	Date																																					
	DD	MM	YY												1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
	Time																																					
	AM	PM																																				

\*Column no 9: Types of Violence: 1 = Rape 2 = Sexual Harassment 3 = Physical Abuse 4 = Child Marriage / Forced Marriage 5 = Deprivation of Resources/Rights 6 = Mental/Psychological Abuse 7 = Discrimination based on Traditional/Harmful Practices

\*Column no 10: Incident Background: 1 = Polygamy 2 = Dowry 3 = Allegation of Witchcraft (Boksi) 4 = Domestic Violence 5 = Chhaupadi (Menstrual Exile) 6 = Human Trafficking 7 = Social Discrimination 8 = Child Labor

\*Column no 23: Referred In From: 1 = Self 2 = Relatives 3 = Safe Home/Shelter 4 = Police 5 = NGO 6 = Other Health Facility 7 = Local Level (Palika)

\*Column no 24: Referred Out From: 1 = Safe Home/Shelter 2 = Rehabilitation Center 3 = Police 4 = Lawyer 5 = Higher Center (Hospital) 6 = Other (Specify)



प्रतिवेदन फारामहरू

नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली  
महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन

संस्थाको	नाम:		प्रतिवेदन पेश गरेको			मिति:	...../...../२० .....
	ठेगाना	जिल्ला:				आ.ब.	२० .....
		गा.पा./न.पा.				वडा नं.	महिना:

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको जम्मा संख्या:		प्रगति विवरण पेश गरेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको संख्या:	
---	--	--	--

क्र.सं.	विवरण	ईकाइ	संख्या
१	सेवा पु-याएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्या	जना	
(क)	गर्भवति सेवा		
१	आफ्नो क्षेत्रमा भेट गरिएका नयाँ गर्भवती महिलाहरूको संख्या	जना	
२	गर्भ जाँचको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरूको संख्या	जना	
३	आमावाट बच्चामा सर्ने एचआइभि सम्बन्धि सूचना दिएका गर्भवतीलाइ रक्त परिक्षणका लागि रेफर गरेको संख्या	जना	
४	पहिलो पटक स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको सुनिश्चित गरेको महिलाहरूको संख्या	जना	
५	दोहोर्नाई आएको वेला आईरन चक्की वितरण गरेको गर्भवती महिलाहरूको संख्या	जना	
६	प्रसूति सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरूको संख्या	जना	
७	स्वास्थ्यकर्मी विना घरमै सुत्केरी भई मातृसुरक्षा चक्की (मिसोप्रोस्टोल) खाएको सुनिश्चित गरिएका महिलाहरूको संख्या	जना	
८	सुरक्षित मातृत्व र नवशिशु सम्बन्धि सामग्री (फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रव्य दृश्य सामग्री) प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा पाएका संख्या	संख्या	
(ख)	घरमा जन्मेका शिशुहरूको जन्म अवस्था		
९	जिवित जन्म भएका शिशुहरू	जना	
१०	मृत जन्म भएका शिशुहरू	जना	
११	जन्मेको २४ घण्टासम्म ननुहाएको सुनिश्चित गरिएको नवजात शिशुहरूको संख्या	जना	
(ग)	आमा र नवजात शिशु स्वास्थ्य		
१२	शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण व्यवहार सम्बन्धी सल्लाह दिएको आमाहरूको संख्या	जना	
१३	सुत्केरी जाँचको लागि प्रेषण गरेको महिलाहरूको संख्या	जना	
१४	घरमा प्रसूती भएका सुत्केरीलाई ४५ आइरन चक्की वितरण गरेको महिलाहरूको संख्या	जना	
(घ)	खोप कार्यक्रम		
१६	खोप क्लिनिक र सरसफाई सेसनमा सहभागी भएको	पटक	
१७	खोप लगाउन पठाएको नयाँ बच्चाको संख्या	जना	
१८	२३ महिना भित्रमा पूर्ण खोप प्राप्त गरेको बच्चा संख्या	जना	
१९	गाउँघर क्लिनिकमा सहभागी भई सघाएको पटक	पटक	
(ङ)	२ महिना मुनिको विरामी शिशुको उपचार तथा प्रेषण		
२०	०-७ दिन सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना	
२१	८-२८ दिनसम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना	
२२	२९-५९ दिन सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना	
२३	०-७ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना	
२४	८-२८ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना	
२५	२९-५९ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना	
(च)	२-५९ महिना भित्रका शिशु/ बालबालिकाको मृत्यु विवरण		
२६	२-११ महिना भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना	

क्र.सं.	विवरण	ईकाइ	संख्या
२७	१२-५९ महिना भित्र मृत्यु भएका बालबालिकाको संख्या	जना	
(छ)	२-५९ महिना सम्मका विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषण: झाडापखाला		
२८	झाडापखाला लागेका २ महिनादेखि ५ वर्ष मुनिका जम्मा विरामी बच्चाहरूको संख्या	जना	
२९	पुनर्जलीय झोल र जिंक चक्कीबाट उपचार गरेका बच्चाहरूको संख्या	जना	
३०	५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय झोलको पुरिया संख्या	पुरिया	
३१	५ वर्ष भन्दा माथिका मानिसहरूलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय झोलको पुरिया संख्या	पुरिया	
३२	वितरण गरेको जिङ्क चक्कि संख्या	चक्कि	
३३	झाडापखाला लागेका २ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका विरामी बच्चाहरूलाई प्रेषण गरेको संख्या	जना	
(ज)	२-५९ महिना सम्मका विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषण: श्वासप्रश्वास रोग		
३४	श्वास प्रश्वास रोग लागेका २ देखि ५९ महिनाका विरामी बच्चाहरूको संख्या	जना	
३५	न्यूमोनिया नभएको (रुघाखोकी भएका) ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूलाई घरेलु उपचार सल्लाह दिएको बच्चाहरूको संख्या	जना	
३६	श्वास प्रश्वास रोग भई स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरूको संख्या	जना	
(झ)	प्रेषण		
३७	सुरक्षित गर्भपतनको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका महिलाहरूको संख्या	जना	
३८	स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन प्रेषण गरिएका किशोर किशोरीहरूको संख्या	जना	
३८	लगातार २ हप्ता सम्म खोकी लागी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका विरामीहरूको संख्या	जना	
४०	प्राथमिक उपचार गरेको संख्या	जना	
४१	प्राथमिक उपचारको क्रममा प्रेषण गरेको विरामीहरूको संख्या	जना	
(ञ)	परिवार नियोजन		
४२-१	खाने चक्की पिल्स वितरण गरिएका महिलाहरूको संख्या	जना	
४२-२	आकस्मिक गर्भ निरोधक चक्की वितरण गरिएका महिलाहरूको संख्या	जना	
४३-१	वितरण गरेको खाने चक्की पिल्सको साइकल संख्या	साइकल	
४३-२	वितरण गरेको आकस्मिक गर्भ निरोधक चक्कीको डोजको संख्या	डोज	
४४	कण्डम वितरण गरेको जना	जना	
४५	वितरण गरेको कण्डमको संख्या	गोटा	
४६	परिवार नियोजन सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको दम्पतीहरूको संख्या	दम्पती	
४७	परिवार नियोजन सम्बन्धि सामग्री (फिलप चार्ट/पोस्टर/श्रव्य दृश्य) प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा पाएको संख्या	संख्या	
(ट)	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन: एम.यु.ए.सी. छनौट		
४८	हरियो: हृष्टपुष्ट: खुशी परिवार	जना	
४९	पहेलो: मध्यम शीघ्र कुपोषण: घरमा म.स्वा.स्व.से. द्वारा परामर्श	जना	
५०	रातो: कडा शीघ्र कुपोषण: स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण	जना	
(ठ)	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन: घरभेट र अनुगमन		
५२	रातो: कडा शीघ्र कुपोषित बच्चा: उपचार पछि निको भएको	जना	
५३	रातो: कडा शीघ्र कुपोषित बच्चा: उपचार गरिरहदा पनि तौल वृद्धि नभएको	जना	
५४	रातो: कडा शीघ्र कुपोषित बच्चा: उपचार गर्दा गर्दै स्वास्थ्य संस्था जान छाडेका	जना	
(ड)	एकीकृत शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालभिता समुदाय प्रवर्धन कार्यक्रम		
५५	६ देखि ११ महिना: पहिलो पटक	जना	
५६	१२ देखि १७ महिना: पहिलो पटक	जना	
५७	१२ देखि १७ महिना: दोस्रो पटक	जना	
५८	१८ देखि २३ महिना: पहिलो पटक	जना	
५९	१८ देखि २३ महिना: दोस्रो पटक	जना	

क्र.सं.	विवरण	ईकाइ	संख्या
६०	१८ देखी २३ महिना: तेस्रो पटक	जना	
(ढ)	विविध		
६१	आमा समुहको बैठक वसेको पटक	पटक	
६२	आमा समुहको बैठक सहभागी संख्या	जना	
६३	आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटक	पटक	
६४	गर्भवती अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना	
६५	प्रसव अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना	
६६	सुत्केरी अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना	
६७	सुत्केरी अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना	
६८	२ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बालवालिकाको मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक)	जना	
६९	बाल स्वास्थ्य सम्बन्धि स्वास्थ्य शिक्षा सामग्री (फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रव्य दृश्य सामग्री) प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा पाएका संख्या	संख्या	
७०	स्वस्थ्य जीवनशैलीको लागि नसर्ने रोगका जोखिम तत्व र रोकथामको बारेमा फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रव्य दृश्य सामग्री प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा दिएको	पटक	
७१	स्वस्थ्य जीवनशैलीको लागि नसर्ने रोगका जोखिम तत्व र रोकथामको बारेमा फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रव्य दृश्य सामग्री प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा दिएको	संख्या	
७२	१३ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या	संख्या	
७३	२६ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या	संख्या	
(त)	नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रम		
८६	शिशु जन्म: घर	जना	
८७	शिशु जन्म: स्वास्थ्य संस्था	जना	
८८	शिशु जन्म: तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीबाट	जना	
८९	शिशु जन्मदा म.स्वा.से. उपस्थिति भएको	जना	
९०	घरमै जन्मिएको नि:सासिएको नवजात शिशुको व्यवस्थापन	जना	
९१	घरमा प्रसुति भई नाभि काट्ने बित्तिकै नाभी मलम लगाएको सुनिश्चित गरिएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना	
९२	घरमा प्रसुति भई जन्मने बित्तिकै आमाको छातीमा टांसेर राखेको सुनिश्चित गरिएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना	
९३	घरमा प्रसुति भई जन्मेको १ घण्टा भित्रमा स्तनपान गराएको सुनिश्चित गरिएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना	
९४	जन्मेको २४ घण्टासम्म ननुहाएको सुनिश्चित गरिएको नवजात शिशुहरूको संख्या	जना	
९५	सामान्य तौल भएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना	
९६	कम तौल भएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना	
९७	धेरै कम तौल भएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना	
९८	सुत्केरी भएको तेस्रो दिनमा आमालाई परामर्श र बच्चालाई जाँच भेट गरेको संख्या	जना	
९९	सुत्केरी भएको सातौं दिनमा आमा लाई परामर्श र बच्चालाई जाँच भेट गरेको संख्या	जना	
१००	सुत्केरी भएको उनान्तिसौं दिनमा आमा लाई परामर्श र बच्चालाई जाँच भेट गरेको संख्या	जना	

## महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम: मासिक प्रतिवेदन संकलन फारम

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:		प्रगति प्रतिवेदन महिना:		आर्थिक बर्ष: २०... .. / २० ... ..		जम्मा म.स्वा.स्व. से को संख्या:		प्रगति विवरण पेश गरेका मस्वास्वसे को संख्या:														
क्र.सं.	गतिविधिहरू	ईकाइ	महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको नाम																		जम्मा	
			४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१		२२
१	सेवा पु-याएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्या	जना																				
(क)	गर्भवति सेवा																					
१	आफ्नो क्षेत्रमा भेट गरिएका नयाँ गर्भवती महिलाहरूको संख्या	जना																				
२	गर्भ जाँचको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरूको संख्या	जना																				
३	आमावाट बच्चामा सर्ने एचआइभि सम्बन्धि सूचना दिएका गर्भवतीलाई रक्त परिक्षणका लागि रेफर गरेको संख्या	जना																				
४	पहिलो पटक स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको सुनिश्चित गरेको महिलाहरूको संख्या	जना																				
५	दोहो-याई आएको वेला आईरन चक्की वितरण गरेको गर्भवती महिलाहरूको संख्या	जना																				
६	प्रसूति सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरूको संख्या	जना																				
७	स्वास्थ्यकर्मी विना घरमै सुत्केरी भई मातृसुरक्षा चक्की (मिसोप्रोस्टोल) खाएको सुनिश्चित गरिएका महिलाहरूको संख्या	जना																				
८	सुरक्षित मातृत्व र नवशिशु सम्बन्धि सामग्री (फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रब्य दृश्य सामग्री) प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा पाएका संख्या	संख्या																				
(ख)	घरमा जन्मेका शिशुहरूको जन्म अवस्था																					
९	जिवित जन्म भएका शिशुहरू	जना																				
१०	मृत जन्म भएका शिशुहरू	जना																				
११	जन्मेको २४ घण्टासम्म ननुहाएको सुनिश्चित गरिएको नवजात शिशुहरूको संख्या	जना																				
(ग)	आमा र नवजात शिशु स्वास्थ्य																					
१२	शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण व्यवहार सम्बन्धी सल्लाह दिएको आमाहरूको संख्या	जना																				
१३	सुत्केरी जाँचको लागि प्रेषण गरेको महिलाहरूको संख्या	जना																				
१४	घरमा प्रसूती भएका सुत्केरीलाई ४५ आइरन चक्की वितरण गरेको महिलाहरूको संख्या	जना																				
(घ)	खोप कार्यक्रम																					
१६	खोप क्लिनिक र सरसफाई सेसनमा सहभागी भएको	पटक																				
१७	खोप लगाउन पठाएको नयाँ बच्चाको संख्या	जना																				
१८	२३ महिना भित्रमा पूर्ण खोप प्राप्त गरेको बच्चा संख्या	जना																				
१९	गाउँघर क्लिनिकमा सहभागी भई सघाएको पटक	पटक																				
(ङ)	२ महिना मुनिको विरामी शिशुको उपचार तथा प्रेषण																					
२०	०-७ दिन सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना																				
२१	८-२८ दिनसम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना																				
२२	२९-५९ दिन सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना																				
२३	०-७ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना																				
२४	८-२८ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना																				
२५	२९-५९ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना																				

क्र.सं.	गतिविधिहरू	ईकाइ	महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको नाम																		जम्मा	
			४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१		२२
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	
(घ)	२-५९ महिना भित्रका शिशु/ बालबालिकाको मृत्यु विवरण																					
२६	२-११ महिना भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना																				
२७	१२-५९ महिना भित्र मृत्यु भएका बालबालिकाको संख्या	जना																				
(छ)	२-५९ महिना सम्मका विरामी शिशुको उपचार तथा प्रेषण: झाडापखाला																					
२८	झाडापखाला लागेका २ महिनादेखि ५ वर्ष मुनिका जम्मा विरामी बच्चाहरूको संख्या	जना																				
२९	पुनर्जलीय झोल र जिंक चक्कीबाट उपचार गरेका बच्चाहरूको संख्या	जना																				
३०	५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय झोलको पुरिया संख्या	पुरिया																				
३१	५ वर्ष भन्दा माथिका मानिसहरूलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय झोलको पुरिया संख्या	पुरिया																				
३२	वितरण गरेको जिङ्क चक्कि संख्या	चक्कि																				
३३	झाडापखाला लागेका २ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका विरामी बच्चाहरूलाई प्रेषण गरेको संख्या	जना																				
(ज)	२-५९ महिना सम्मका विरामी शिशुको उपचार तथा प्रेषण: श्वासप्रश्वास रोग																					
३४	श्वास प्रश्वास रोग लागेका २ देखि ५९ महिनाका विरामी बच्चाहरूको संख्या	जना																				
३५	न्यूमोनिया नभएको (रुघाखोकी भएका) ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूलाई घरेलु उपचार सल्लाह दिएको बच्चाहरूको संख्या	जना																				
३६	श्वास प्रश्वास रोग भई स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरूको संख्या	जना																				
(झ)	प्रेषण																					
३७	सुरक्षित गर्भपतनको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका महिलाहरूको संख्या	जना																				
३८	स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन प्रेषण गरिएका किशोर किशोरीहरूको संख्या	जना																				
३८	लगातार २ हप्ता सम्म खोकी लागी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका विरामीहरूको संख्या	जना																				
४०	प्राथमिक उपचार गरेको संख्या	जना																				
४१	प्राथमिक उपचारको क्रममा प्रेषण गरेको विरामीहरूको संख्या	जना																				
(ञ)	परिवार नियोजन																					
42-1	खाने चक्की पिल्स वितरण गरिएका महिलाहरूको संख्या	जना																				
42-2	आकस्मिक गर्भ निरोधक चक्की वितरण गरिएका महिलाहरूको संख्या	जना																				
43-1	वितरण गरेको खाने चक्की पिल्सको साइकल संख्या	साइकल																				
43-2	वितरण गरेको आकस्मिक गर्भ निरोधक चक्कीको डोजको संख्या	डोज																				
४४	कण्डम वितरण गरेको जना	जना																				
४५	वितरण गरेको कण्डमको संख्या	गोटा																				
४६	परिवार नियोजन सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको दम्पतीहरूको संख्या	दम्पती																				
४७	परिवार नियोजन सम्बन्धि सामग्री (फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रव्य दृश्य) प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा पाएको संख्या	संख्या																				
(ट)	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन: एम.यु.ए.सी. छनौट																					
४८	हरियो: हृष्टपुष्ट: खुशी परिवार	जना																				
४९	पहेलो: मध्यम शीघ्र कुपोषण: घरमा म.स्वा.स्व.से. धारा परामर्श	जना																				
५०	रातो: कडा शीघ्र कुपोषण: स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण	जना																				

क्र.सं.	गतिविधिहरू	ईकाइ	महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको नाम																		जम्मा	
			४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१		२२
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	
(ठ)	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन: घरभेट र अनुगमन																					
५२	रातो: कडा शीघ्र कुपोषित बच्चा: उपचार पछि निको भएको	जना																				
५३	रातो: कडा शीघ्र कुपोषित बच्चा: उपचार गरिरहदा पनि तौल वृद्धि नभएको	जना																				
५४	रातो: कडा शीघ्र कुपोषित बच्चा: उपचार गर्दा गर्दै स्वास्थ्य संस्था जान छाडेका	जना																				
(ड)	एकीकृत शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालभिता समुदाय प्रवर्धन कार्यक्रम																					
५५	६ देखी ११ महिना: पहिलो पटक	जना																				
५६	१२ देखी १७ महिना: पहिलो पटक	जना																				
५७	१२ देखी १७ महिना: दोस्रो पटक	जना																				
५८	१८ देखी २३ महिना: पहिलो पटक	जना																				
५९	१८ देखी २३ महिना: दोस्रो पटक	जना																				
६०	१८ देखी २३ महिना: तेस्रो पटक	जना																				
(ढ)	विविध																					
६१	आमा समुहको बैठक वसेको पटक	पटक																				
६२	आमा समुहको बैठक सहभागी संख्या	जना																				
६३	आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटक	पटक																				
६४	गर्भवती अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना																				
६५	प्रसव अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना																				
६६	सुत्केरी अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना																				
६७	२९-५९ दिन सम्मको बच्चाको मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना																				
६८	२ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बालवालिकाको मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक)	जना																				
६९	बाल स्वास्थ्य सम्बन्धि स्वास्थ्य शिक्षा सामग्री (फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रब्य दृश्य सामग्री) प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा पाएका संख्या	संख्या																				
७०	स्वस्थ्य जीवनशैलीको लागि नसर्ने रोगका जोखिम तत्व र रोकथामको बारेमा फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रब्य दृश्य सामग्री प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा दिएको	पटक																				
७१	स्वस्थ्य जीवनशैली का लागि नसर्ने रोगका जोखिम तत्वका बारेमा फ्लिप चार्ट/पोस्टर/श्रब्य दृश्य सामग्री प्रयोग गरी स्वास्थ्य शिक्षा बाट लाभान्वित संख्या	संख्या																				
७२	आफ्नो क्षेत्रका शंकास्पद क्षयरोगका बिरामीको प्रेषण गरेको संख्या	जना																				
७३	आफ्नो क्षेत्रका शंकास्पद कुष्ठरोगका बिरामीको प्रेषण गरेको संख्या	जना																				
७४	नसर्ने रोग (मधुमेह, मृगाला, दाँघ श्वासप्रश्वास, अबुदराग, मुटुरोग) का बिरामीको प्रेषण गरेको संख्या	जना																				
७५	मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका बिरामीको प्रेषण गरेको संख्या	जना																				
७६	पाठेघर खस्ने समस्या भएका आमाको प्रेषण गरेको संख्या	जना																				
७७	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको जांचको लागि प्रेषण गरेको संख्या	जना																				
७८	स्वास्थ्य समस्या भएका जेष्ठ नागरिकको पहिचान गरी प्रेषण गरेको संख्या	जना																				
७९	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वमसेविका काषमा जम्मा भएको रकम रु. (लगानी समेत)	रकम रु																				
(ण)	व्यक्तिगत घटना दर्ता सम्बन्धि परामर्श																					
८०	नवजात शिशुका ३५ दिनभित्र जन्म दर्ताका लागि परामर्श दिएको परिवार संख्या	परिवार																				
८१	नवजात शिशुको जन्म दर्ता भएको सुनिश्चित गरिएको संख्या	जना																				
८२	मृत्यु भएको ३५ दिनभित्र मृत्यु दर्ताका लागि परामर्श दिएको परिवार संख्या	परिवार																				

क्र.सं.	गतिविधिहरू	ईकाइ	महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाको नाम																	जम्मा	
			४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०		२१
८३	मृत्यु दर्ता भएको सुनिश्चित गरिएको संख्या	जना																			
८४	१३ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या	संख्या																			
८५	२६ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या	संख्या																			
(त)	<b>नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रम</b>																				
८६	शिशु जन्म: घर	जना																			
८७	शिशु जन्म: स्वास्थ्य संस्था	जना																			
८८	शिशु जन्म: तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीबाट	जना																			
८९	शिशु जन्मदा म.स्वा.से. उपस्थिति भएको	जना																			
९०	घरमै जन्मिएको निःसासिएको नवजात शिशुको व्यवस्थापन	जना																			
९१	घरमा प्रसूति भई नाभि काट्ने बित्तिकै नाभी मलम लगाएको सुनिश्चित गरिएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना																			
९२	घरमा प्रसूति भई जन्मने बित्तिकै आमाको छातीमा टांसेर राखेको सुनिश्चित गरिएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना																			
९३	घरमा प्रसूति भई जन्मेको १ घण्टा भित्रमा स्तनपान गराएको सुनिश्चित गरिएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना																			
९४	जन्मेको २४ घण्टासम्म ननुहाएको सुनिश्चित गरिएको नवजात शिशुहरूको संख्या	जना																			
९५	सामान्य तौल भएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना																			
९६	कम तौल भएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना																			
९७	धेरै कम तौल भएका नवजात शिशुहरूको संख्या	जना																			
९८	सुत्केरी भएको तेश्रो दिनमा आमालाई परामर्श र बच्चालाई जाँच भेट गरेको संख्या	जना																			
९९	सुत्केरी भएको सातौं दिनमा आमा लाई परामर्श र बच्चालाई जाँच भेट गरेको संख्या	जना																			
१००	सुत्केरी भएको उनान्तिसौं दिनमा आमा लाई परामर्श र बच्चालाई जाँच भेट गरेको संख्या	जना																			

नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली  
समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाँउघर क्लिनिक कार्यक्रम

संस्थाको	नाम:				प्रतिवेदन पेश गरेको	मिति:	....../.../२०...
	ठेगाना	जिल्ला:				आ.ब.	२०.../ २०...
		नगर/गाउँपालिका		वडा नं.			महिना:

क्र.सं.	स्वास्थ्यकामको नाम	पद	फिल्डमा काम गरेको दिन	सही
१				
२				

क्र.सं.	विवरण	खोप क्लिनिक (संख्या)	खोप सेसन (पटक)	सरसफाई प्रवर्धन सेसन (पटक)	गाँउघर क्लिनिक (संख्या)
१	यस महिनामा संचालन हुनुपर्ने				
२	यस महिनामा संचालन/ प्रतिवेदन भएको				

खोप कार्यक्रम: गतिविधिहरू			ईकाइ	खोप क्लिनिक संचालन स्थान						जम्मा	
१	खोप सेवा पाएकाहरूको जम्मा संख्या (जना)		जना								
२	सरसफाई सेसनमा बसेका अभिभावकहरूको संख्या (जना)		जना								
३	खोप पाएको बच्चा संख्या	बि.सि.जी.	जना								
४		रोटा	पहिलो	जना							
			दोस्रो	जना							
५		पोलियो (OPV)	पहिलो	जना							
			दोस्रो	जना							
			तेस्रो	जना							
६		एफ.आई.पि.भी.	पहिलो	जना							
			दोस्रो	जना							
७		पि.सि.भि.	पहिलो	जना							
			दोस्रो	जना							
			तेस्रो	जना							
८		डि.पि.टी.- हेप बि- हिब	पहिलो	जना							
			दोस्रो	जना							
			तेस्रो	जना							
९		दादुरा- रुवेला	पहिलो (९ महिना)	जना							
			दोस्रो (१५ महिना)	जना							
१०		जे.ई.		जना							
११	टाइफाइड (TCV)		जना								
१२	२३ महिना भित्र पूर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्या		जना								
१३	खोप पाएका बालिकाहरूको	एच पी भी खोप लगाएका बालिकाको संख्या	पहिलो	जना							
१४	खोप पाएका गर्भवती महिलाको संख्या	टि.डी. खोप	पहिलो	जना							
			दोस्रो	जना							
			दोस्रो +	जना							
१५	२४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेका बच्चा संख्या		जना								
१६	AEFI Cases	सामान्य	जना								
		गम्भीर	जना								

भ्याक्सिन प्राप्त तथा खर्च विवरण (डोजमा लेखे)													
क्र.सं.	विवरण	ईकाइ	बि.सि.जी.	रोटा	पोलियो (OPV)	एफ.आई.पि.भी.	पि.सि.भि.	डि.पि.टी.- हेप.बि- हिब	दादुरा-रुवेला	जे.ई.	टाइफाइड (TCV)	एच.पि.भि. (HPV)	टि.डी.
१	प्राप्त भएको खोप	डोज											
२	खर्च भएको खोप	खोप दिन खोलेको	डोज										
		अन्य कारणले बियोकको											
३	फिर्ता	डोज											

क्र.सं.	गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम: गतिविधिहरू	ईकाइ	गाउँघर क्लिनिक संचालन स्थान					जम्मा
१	सेवा दिएको संख्या (क्लिनिकमा दर्ताको आधारमा)	जना						
<b>(क) २ महिना मुनिका विरामी शिशुको वर्गिकरण तथा उपचार</b>								
२	जम्मा विरामी संख्या	२८ दिन सम्मका	जना					
३		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
४	ब्याक्टेरियाको गंभीर संक्रमण	२८ दिन सम्मका	जना					
५		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
६	निमोनिया	८-२८ दिन सम्मका	जना					
७		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
८	ब्याक्टेरियाको स्थानीय संक्रमण	२८ दिन सम्मका	जना					
९		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
१०	कडा कमलपित्त (जण्डिस)	२८ दिन सम्मका	जना					
११		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
१२	कम तौल	२९ दिन सम्मका	जना					
१३		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
१४	एम्पिसिलिन	२८ दिन सम्मका	जना					
१५		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
१६	एमोक्सिसिलिन (निमोनिया र स्थानीय संक्रमण)	२८ दिन सम्मका	जना					
१७		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
१८	जेण्टामाईसिन (गम्भीर संक्रमण)	पहिलो डोज पाएका संख्या	जना					
१९		पुरा डोज पाएका संख्या	जना					
२०	रेफर गरेको	२८ दिन सम्मका	जना					
२१		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
२२	फलोअप विरामी संख्या	जना						
२३	मृत्यु मध्ये उमेर समूह संख्या	०-७ दिन सम्मका	जना					
२४		८-२८ दिन सम्मका	जना					
२५		२९-५९ दिन सम्मका	जना					
<b>(ख) २ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका विरामी बच्चाको वर्गिकरण तथा उपचार</b>								
२६	जम्मा विरामी संख्या	बालिका	जना					
२७		बालक	जना					
२८	श्वासप्रश्वास रोग	न्यूमोनिया नभएको रुघाखोकी	जना					
२९		न्यूमोनिया	जना					
३०		धेरै कडा रोग/कडा न्यूमोनिया	जना					
३१	झाडापखाला	जल वियोजन	जलवियोजन नभएको	जना				
३२			केही जल वियोजन	जना				
३३			कडा जल वियोजन	जना				
३४	दीर्घ झाडापखाला	जना						

क्र.सं.	गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम: गतिविधिहरू		ईकाइ	गाउँघर क्लिनिक संचालन स्थान					जम्मा	
३५	बर्गिकरण	आँउ रगत	जना							
३६		औलो	फाल्सिप्यारम	जना						
३७			फाल्सिप्यारम नभएको	जना						
३८		धेरै कडा ज्वरो जन्य रोग (Very severe febrile)		जना						
३९		दादुरा		जना						
४०		कानको समस्या		जना						
४१		ज्वरो		जना						
४२		मध्यम कुपोषण		जना						
४३		कडा कुपोषण		जना						
४४		रक्तअल्पता		जना						
४५		अन्य बर्गिकरण		जना						
४६		उपचार	एमोक्सिसिलिन वाट	जना						
४७			पुर्नजलिय झोल र जिङ्क चक्की वाट	जना						
४८	जुकाको औषधीवाट		जना							
४९	भिटाभिन ए बाट		जना							
५०	अन्य (जस्तै घरेलु/प्राथमिक उपचार)		जना							
५१	फलोअप संख्या		जना							
५२	रेफर गरेको	श्वासप्रश्वास रोग भएका	जना							
५३		झाडापखाला भएका	जना							
५४		अन्य	जना							
५५	मृत्यू संख्या (कारण अनुसार)	श्वासप्रश्वास रोगवाट	जना							
५६		झाडापखालावाट	जना							
५७		अन्य	जना							
५८	मृत्यू संख्या (उमेर अनुसार)	२-११ महिना	जना							
५९		१२-५९ महिना	जना							
(ग)	<b>पोषण कार्यक्रम</b>									
६०	बालबालिकाको पोषण स्थिति	०-११ महिना	सामान्य तौल भएका	जना						
६१			जोखिम तौल भएका	जना						
६२			अति जोखिम तौल भएका	जना						
६३		१२-२३ महिना	सामान्य तौल भएका	जना						
६४			जोखिम तौल भएका	जना						
६५			अति जोखिम तौल भएका	जना						
६६	जन्मेको ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र गराएको		जना							
६७	जन्मेको ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र नगराएको		जना							
६८	६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना शुरु		गराएको	जना						
६९			नगराएको	जना						

क्र.सं.	गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम: गतिविधिहरू	ईकाइ	गाउँघर क्लिनिक संचालन स्थान						जम्मा
<b>(घ) गर्भवती सेवा</b>									
७०	गर्भवती जाँच गराएका महिलाको संख्या	जना							
७१	जुकाको औषधी वितरण गरिएका गर्भवती संख्या	जना							
७२	आइरन चक्की वितरण गरिएका	नयाँ	जना						
७३	गर्भवती महिला संख्या	दोहोर्न्याइ आएका	जना						
<b>(ङ) सुत्केरी सेवा</b>									
७४	सुत्केरी जाँच गराएका महिलाको संख्या	जना							
७५	४५ आइरन चक्की पाएका सुत्केरी महिलाको संख्या	जना							
<b>(च) परिवार नियोजन सेवा</b>									
७६	कण्डम वितरण संख्या	गोटा							
७७	पिल्स चक्की वितरण गरेको महिलाको संख्या	जना							
७८	डिपो सेवा प्रदान गरेको महिलाको संख्या	जना							
७९	सायना प्रेस प्रदान गरेको महिलाको संख्या	जना							
८०	आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की प्रयोग गरेको डोज संख्या	डोज							
८१	आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की प्रयोग गरेको महिलाको संख्या	जना							
८२	खाने चक्की पिल्स वितरण गरेको	साईकल							
८३	डिपो प्रयोग गरेको	डोज							
८४	सायना प्रेस प्रयोग गरेको	डोज							
<b>(छ) औलो रोग निवारण कार्यक्रम</b>									
८५	रक्त नमूना संकलन गरेको संख्या	स्लाईड							
८६	शंकास्पद विरामीलाई रेफर गरेको संख्या	जना							
<b>(ज) क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम</b>									
८७	नियमित नभएका विरामीको खोज गरेको संख्या	जना							
८८	शंकास्पद विरामीलाई रेफर गरेको संख्या	जना							
<b>(झ) कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम</b>									
८९	नियमित नभएका विरामीको खोज गरेको संख्या	जना							
९०	शंकास्पद विरामीलाई रेफर गरेको संख्या	जना							
<b>(ञ) विविध क्रियाकलापहरू</b>									
९१	सामान्य चिकित्सा दिएको संख्या (५ वर्षभन्दा माथि)	जना							
९२	विद्यालय र समुदायमा स्वास्थ्य शिक्षा दिएको पटक	पटक							
<b>(ट) महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम</b>									
९३	आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मीले भाग लिएको	पटक		९७	यस महिनामा कोषको लगानी भएको रकम	रु.			
९४	कोषबाट ऋण लिने नयाँ महिलाहरूको संख्या	जना		९८	यस महिनामा कोषबाट खर्च भएको रकम	रु.			
९५	यस महिनामा कोषमा आम्दानी भएको रकम	रु.		९९	यस महिनामा असुल भएको रकम	रु.			



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली  
गाउँ/नगरपालिका, स्वास्थ्य शाखा

HMIS : 9.3 Monthly Reporting Form (Basic H/F)

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: \_\_\_\_\_  
स्वास्थ्य संस्थाप्रकार: \_\_\_\_\_

मासिक प्रगती प्रतिवेदन

आर्थिक बर्ष: २० ... /...  
चलानी नं. \_\_\_\_\_

श्री स्वास्थ्य शाखा,  
\_\_\_\_\_ गाउँ/नगरपालिका, स्वास्थ्य शाखा

स्वास्थ्य संस्था कोड:			
स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार:			
पालिका		वडा	
प्रेषित मिति:	/	/	२० ...
प्राप्त मिति:	/	/	२० ...

बिषय: जन स्वास्थ्य कृयाकलापहरुको मासिक प्रगती प्रतिवेदन पेश गरेको

प्रतिवेदनको अबधि: ... .. महिना, २० ... साल

उमेर समूह	नयाँ सेवाग्राहीको संख्या		जम्मा (नयाँ/पुराना) सेवाग्राही संख्या		प्रेषण भई आएका जम्मा सेवाग्राही		कार्यक्षेत्र भित्र पर्ने निकाय	संचालन/प्रतिवेदन हुनुपर्ने	संचालन/प्रतिवेदन भएको	सेवा पाएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्या (जनामा)	न्यूनतम सेवा मापदण्ड (MSS)	
	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.					मिति	DD/MM/YY
०-९ वर्ष							गाउँघर क्लिनिक (संख्या)				कार्यन्वयन	१. पहिलो
१०-१४ वर्ष							खोप क्लिनिक (संख्या)				कार्यन्वयन	२. दोस्रो
१५-१९ वर्ष							खोप सेशन (पटक)				स्कोर (%)	
२०-५९ वर्ष							सरसफाई सेसन (पटक)					
६०-६९ वर्ष							म. स्वा. स्व. से. (संख्या)					
≥७० वर्ष												

क्र.सं	उपलब्ध सेवाहरु (गोलो लगाउनु होस)	सेवा छ, छैन	क्र.सं	उपलब्ध सेवाहरु	सेवा छ, छैन	क्र.सं	उपलब्ध सेवाहरु	सेवा छ, छैन
१	बर्थिङ सेन्टर (Birthing Center)	१, २	७	किशोरकिशोरी मैत्री सेवा (AFS) साइट	१, २	१३	PMTCT साइट	१, २
२	BEONC साइट	१, २	८	OTC साइट	१, २	१४	CB-PMTCT साइट	१, २
३	CEONC साइट	१, २	९	DOTS साइट	१, २	१५	ART साइट	१, २
४	सुरक्षित गर्भपतन सेवा (SAS) साइट	१, २	१०	Microscopy साइट	१, २	१६	अन्य (खुलाउने).....	१, २
५	IUCD सेवा साइट	१, २	११	प्रयोगशाला सेवा	१, २			१, २
६	Implant सेवा साइट	१, २	१२	HTC साइट	१, २			१, २

संस्थाको सामान्य जानकारी भएको हुनाले आर्थिक बर्षको सुरुको महिनामा मात्र भर्ने

प्रतिवेदन तयार गर्ने:  
सही \_\_\_\_\_  
नाम \_\_\_\_\_  
पद \_\_\_\_\_

प्रमाणित गर्ने  
सही \_\_\_\_\_  
नाम \_\_\_\_\_  
पद \_\_\_\_\_



शिशु कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम																							
उमेर समूह (महिना)	बालबालिका	गत महिनाको अन्त्य सम्मका बच्चा		भर्ना गरिएका						डिस्चार्ज भएको										स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएका		महिनाको अन्त्यमा जन्मा बालबालिका	
		मध्यम	कडा	नयाँ भर्ना		रेफर भई आएका	निको भएको		मृत्यु भएको		डिफर भएका	निको नभएका	अस्पतालमा पठाएको		मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	
				मध्यम	कडा		मध्यम	कडा	मध्यम	कडा			मध्यम	कडा									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
६-५९ महिना	बालिका																						
	बालक																						
< ६ महिना	बालिका																						
	बालक																						

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण र बाल भीटा प्रवर्धन कार्यक्रम						
उमेर समूह (महिनामा)	पहिलो पटक		दोस्रो पटक		तेस्रो पटक	
	म.स्वा.स्व.से.	स्वास्थ्य संस्था	म.स्वा.स्व.से.	स्वास्थ्य संस्था	म.स्वा.स्व.से.	स्वास्थ्य संस्था
1	2	3	4	5	6	7
६-११						
१२-१७						
१८-२३						

शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण (IYCF)	
1	2
शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्रै गराएका	
समयमै थप आहार खुवाउन शुरु गरेका	

Fortified Flour Distribution		
3	4	5
बालबालिकाको संख्या	बालिका	
	बालक	
गर्भवती महिला		
सुत्केरी महिला		

किशोरी लक्षित स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम				
1	2	3	4	5
आइरन फोलिक एसिड चक्की खाएका किशोरीको संख्या	अवधि	बिद्यालय	स्वास्थ्य संस्था	म.स्वा.स्व.से.
	१३ हप्ता सम्म			
	२६ हप्ता सम्म			

४. स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम			
1	2	3	4
	बिद्यालय	समुदाय	अन्य
सेसन संख्या			
सहभागी संख्या			

**५. महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम**

सुरक्षित मातृत्व/परिवार नियोजन कार्यक्रम		इकाई	संख्या	
1	2	3	4	
आमा समूहको बैठक बसेको	पटक			
आफ्नो क्षेत्रमा भेट गरिएका नयाँ गर्भवती महिलाहरूको संख्या	जना			
गर्भवती महिलालाई आइरन फोलिक एसिड वितरण	जना			
घरमा प्रसूति	मातृ सुरक्षा चक्की खाएको सुनिश्चित	जना		
	जीवित जन्म भएका शिशु	जना		
	मृत जन्म भएका शिशु	जना		
	निसास्सीएको नवजात शिशुको व्यवस्थापन	जना		
	जन्मने बितिकै आमाको छातीसंग टासेर राखेको	जना		
	जन्मेको १ घण्टाभित्र स्तनपान गराएको	जना		
	कम जन्म तौल भएका शिशु (१.५ - < २.५ के.जी.)	जना		
	धेरै कम जन्म तौल भएका शिशु (< १.५ के.जी.)	जना		
	नवजात शिशु र सुत्केरी महिलालाई जाँच भेट गरेको	जन्मेको २४ घण्टा भित्र	जना	
		जन्मेको तेस्रो दिन	जना	
जन्मेको सातौं दिन		जना		
कण्डम वितरण गरेको	गोटा			
पिल्स वितरण गरेको	साईकल			
आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की वितरण गरेको डोज	डोज			
आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की वितरण गरेका महिलाको संख्या	जना			

मातृ मृत्यु (स्वास्थ्य संस्था बाहेक)		संख्या
1	2	3
गर्भावस्था		
प्रसुती अवस्था		
सुत्केरी अवस्था		

नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI)		संख्या
1	2	3
२ महिना भन्दा कम (उमेर)	≤ २८ दिन	
	२९-५९ दिन	
२-५९ महिना	स्वासप्रस्वास रोगका जन्मा बिरामी	
	निमोनिया नभएका बिरामी	
	झाडापखाला भएका बिरामी	
	ओ. आर.एस. र जिंक चक्कीबाट उपचार	
	ओ. आर.एस. खर्च (पुरिया)	
	जिंक चक्की खर्च (चक्की)	
मृत्यु	०-७ दिन	
	८-२८ दिन	
	२९-५९ दिन	
	२-११ महिना	
	१२-५९ महिना	

शिशु कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम		संख्या
1	2	3
एम.यु.ए.सी. छनौट	हरियो (हफ्टपुष्ट)	
	पहेलो (मध्यम शिशु कुपोषण)	
	रातो: (कडा शिशु कुपोषण)	
घरघुसी भेट र आनुगमन	रातो: कडा शिशु कुपोषित बच्चा उपचार पछि निको भएको	
	रातो: कडा शिशु कुपोषित बच्चा उपचार गरिरहँदा पनि तौल वृद्धि नभएको	
	रातो: कडा शिशु कुपोषित बच्चा उपचार गर्दा गर्दै स्वास्थ्य संस्था जान छाडेको	

६. जनसंख्या व्यवस्थापन कार्यक्रम	
किशोरकिशोरी लक्षित बिद्यालय स्तरीय साथी शिक्षा कार्यक्रम	
1	2
कार्यक्रम लागु भएको बिद्यालय संख्या	
प्रतिवेदन गर्ने बिद्यालय संख्या	
परामर्श पाएका जन्मा संख्या	छात्रा
	छात्र
सुपरिवेक्षण गरिएका विद्यालय संख्या	
संचालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या	

७. मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम

गर्भवती जाँच (पटक)	महिलाको संख्या	
	< २० वर्ष	≥ २० वर्ष
1	2	3
पहिलो (जुनसुकै समयको)		
१२ हप्ता सम्म		
४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता)		
८ पटक (प्रोटोकल अनुसार)		
ROUSG गरेका		
प्रसूति सेवा	< २० वर्ष	≥ २० वर्ष
1	2	3
दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBA trained ANM)		
दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट (SHP)		
अन्य स्वास्थ्यकर्मीबाट		
घरमा प्रसूति संख्या		

Obstetric Complications	ICD 11	Cases	Reffered out	Death
1	2	3	4	5
Ectopic pregnancy	JA01			
Abortion complication	JA05			
Pre-eclampsia	JA24			
Eclampsia	JA25			
Hyperemesis gravidarum	JA60.0			
Antepartum haemorrhage	JA41			
Prolonged labour	JB03			
Obstructed Labor	JB06			
Gestational Hypertension	JA23			
Ruptured uterus	JB0A.1			
Postpartum haemorrhage	JA43			
Retained placenta	JA43.0			
Pueperal sepsis	JB40.0			
C-Section Wound Infection	JB40.1			
Other complications	JB0Y			

मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु					
मृत्यु भएको स्थान	मातृ मृत्यु (संख्या)			नवजात शिशु मृत्यु (संख्या)	
	गर्भावस्था	प्रसूति अवस्था	सुत्केरी अवस्था	०-७ दिन	८-२८ दिन
1	2	3	4	5	6
स्वास्थ्य संस्था					
स्वास्थ्य संस्था बाहेक					
सुरक्षित गर्भपतन सेवा		१२ हप्ता सम्म		१२ हप्ता माथि	
1		मेडिकल	सर्जिकल	मेडिकल	सर्जिकल
2		3	4	5	6
गर्भपतन सेवा पाएका जम्मा महिला	< २० वर्ष				Induced
	≥ २० वर्ष				
गर्भपतन पश्चात् प. नि. साधन अपनाएका	छोटो अवधि				Spontaneous
	लामो अवधि				
गर्भपतनका कारण भएको जटिलता					

प्रसूतिको किसिम	Foetal Presentation		
	Cephalic	Shoulder	Breech
1	2	3	4
सामान्य (Spontaneous)			
भ्याकुम/फोरसेप			
शल्यक्रिया (C/S)			

अत्याधिक रक्तश्राव व्यवस्थापन	गर्भवति अवस्था (APH)	प्रसव अवस्था	सुत्केरी अवस्था (PPH)
1	2	3	4
अत्याधिक रक्तश्राव व्यवस्थापनमा	रगत दिएको		
	रगत नदिएको		

८. परिवार नियोजन कार्यक्रम						
अस्थायी साधन	नयाँ प्रयोगकर्ता		हाल आपनाई रहेका	सेवामा नियमित नभएका	साधन वितरण	
	< २० वर्ष	≥ २० वर्ष			इकाई	परिमाण
1	2	3	4	5	6	
कण्डम					गोटा	
आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की					डोज	
पिल्स					साइकल	
डिपो					डोज	
सायना प्रेस					डोज	
आई. यु. सी. डी.					सेट	
इम्प्लान्ट (५ वर्ष अवधिको)					सेट	
इम्प्लान्ट (३ वर्ष अवधिको)					सेट	

प्रसूतिको परिणाम	एकल बच्चा	बहु बच्चा	
		जुम्ल्याहा	≥ तिम्ल्याहा
1	2	3	4
आमाहरूको संख्या			
जन्मा जीवित जन्म (बच्चाको संख्या)	महिला		
	पुरुष		
	अन्य		
अवधि नपुगेको जन्म			

जन्म तौल	जन्मा संख्या	जीवित जन्म				
		निसासिएको	बिकलांग			संक्रमण
			Major	Minor	Others	
1	2	3	4	5	6	7
सामान्य (≥ २.५ के.जी.)						
कम (१.५ - < २.५ के.जी.)						
धेरै कम (< १.५ के.जी.)						

बन्ध्याकरण	नयाँ प्रयोगकर्ता				हाल आपनाईरहेका	
	स्वास्थ्य संस्था		शिविर		महिला	पुरुष
	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष		
1	2	3	4	5	6	7
सरकारी						
गैर सरकारी						

मृत जन्म संख्या		जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको शिशु को संख्या
1	2	
Intrapartum		1
Antepartum		

सुत्केरी तथा नवजात शिशु जाँच(संख्या)	स्वास्थ्य संस्थामा भएको प्रसूति		घरमा भएको प्रसूति	
	सुत्केरी	नवजात शिशु	सुत्केरी	नवजात शिशु
1	2	3	4	5
पहिलो पटक (२४ घण्टामा)				
घरमा २ पटक (दोस्रो र तेस्रो पटक)				
४ पटक (२४ घण्टामा, ३ दिनमा, ७ देखि १४ दिन भित्र र ४२ दिन)				

1	2	3	4
सुत्केरी पश्चात् प. नि. सेवा अपनाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र)	आई. यु. सी. डी.	इम्प्लान्ट ३ वर्ष ५ वर्ष	ट्युबेक्टोमी
सुत्केरी पश्चात् प. नि. सेवा अपनाएका (४८ घण्टा देखि एक वर्ष भित्र)	आई. यु. सी. डी.	इम्प्लान्ट ३ वर्ष ५ वर्ष	ट्युबेक्टोमी
	डिपो.	सायना प्रेस	पिल्स

आमा सुरक्षा कार्यक्रम		महिला संख्या	
1		पाउनुपर्ने	पाएका
2		3	4
प्रोत्साहन	यातायात खर्च		
	गर्भवती उत्प्रेरण		

९. प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता सेवा						
पाठेघरको मुखको क्यान्सर						
	HPV DNA		VIA		Pap Smear & Others	
	Screened	Positive	Screened	Positive	Screened	Positive
1	2	3	4	5	6	7
३०-४९ वर्षका महिलाको संख्या						
५० वर्ष भन्दा माथिका महिलाको संख्या						
Ablative Treatment गराएको (संख्यामा)						
Colposcopy ± Biopsy (संख्यामा)						
Leep बिधिबाट उपचार पाएका महिलाको संख्या						

स्तन क्यान्सर			
	< ४० वर्ष	४०-७० वर्ष	> ७० वर्ष
1	2	3	4
Screened (सबै विधिबाट)			
Mamogram विधिबाट screening गरेको संख्या Suspected			
अब्सेट्टिक फिस्टुला			
1	2	3	4
Screened		Referred	
Suspected		शल्यक्रिया गरेको	

आइग खस्ने समस्या (महिलाको संख्या)	
1	2
Screened	
Prophase पत्ता लागेको	Stage 1 & 2
	Stage 3
	Stage 4
Ring pessary लगाईएको	
प्रेषण गरेको	
शल्यक्रिया गरेको	

१० क. गाउँघर क्लिनिक र समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रम							
1		2		3		4	
प्राथमिक उपचार गरेका				आइरन चक्की वितरण			
तौल अनुगमन गरेका	०-११ महिना	सामान्य		नयाँ गर्भवती			
		जोखिम		दोहोर्याइ आएका			
		अति जोखिम		सुत्केरी महिला			
परिवार योजना कार्यक्रम				प. बि. साधन वितरण			
तौल अनुगमन गरेका	१२-२३ महिना	सामान्य		कन्डम	गोटा		
		जोखिम		पिल्स	जना		
		अति जोखिम			साईकल		
गर्भ जाँच गरेका महिला		डिपो	डोज				
सुत्केरी जाँच गरेका महिला		सायना प्रेस	डोज				
जुकाको औषधी पाएका गर्भवति		आकस्मिक चक्की	डोज				
जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको		उपचारमा नियमित नभएका बिरामीको खोज गरेको संख्या (क्षयरोग)					
६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस र नरम खाना सुरु गरेका		रक्त नमुना संकलन गरेको स्लाइड संख्या					
				आमा समूहको बैठकमा भाग लिएको			

११. औलो निवारण कार्यक्रम (Malaria Elimination Program)								
रक्त नमूना संकलन		परिक्षण तथा नतिजा	Microscopy बाट मात्र	RDT बाट मात्र	Microscopy र RDT	औलोको उपचार पाएका विरामी संख्या		गर्भवती महिलालाई वितरित किटनाशक झुलको संख्या
1	2					1	2	
ACD	PCD	परिक्षण				जम्मा संख्या		१
		पोजेटिभ				उपचार पाएका मध्ये गर्भवती संख्या		

औलोको प्रकार	बर्गिकरण	५ बर्ष भन्दा कम उमेर भएका		५ बर्ष वा सो भन्दा माथि उमेर भएका	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
1	2	3	4	5	6
Plasmodium Vivax (PV.)	स्थानीय				
	आयातित				
Relapse Plasmodium Vivax (PV.)	स्थानीय				
	आयातित				
Plasmodium Falciparum (PF)	स्थानीय				
	आयातित				
Plasmodium Mixed (PV+PF)	स्थानीय				
	आयातित				
Others (Ovale, Malariae, Knowlesi, etc.)	स्थानीय				
	आयातित				
औलो बिरामीको जम्मा संख्या	निश्चित गरिएको सामान्य बिरामी				
	निश्चित गरिएको सिक्किस्त बिरामी				
मृत्यु संख्या	पि.भि				
	पि.एफ				
	पि.मिक्स				
	अन्य				

१२. कालाजार निवारण कार्यक्रम (Kala-Azar Elimination Programme)													
Patient Type		Age/Sex				Method of Diagnosis				Treated With		Deaths	
		< 5 बर्ष		≥ 5 बर्ष		RK-39	BM	SP	Other	L, A/M*	Other	F	M
		F	M	F	M								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Indi- geno- us	Within District												
	Outside District												
Foreigner													

\* Liposomal Amphotericin B/ Miltefosine

१३. कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम (Leprosy Elimination Program)					
बिवरण		एम. बी.		पि. बि.	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
1		2	3	4	5
कुल जम्मा बिरामी संख्या	१३.१ गत महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी संख्या				
	१३.२ कहिल्यै पनि पहिले दर्ता नगरेका नयाँ बिरामी (New case)				
	१३.३ पुनः रोग बल्झिएका बिरामी (Relapsed cases)				
	१३.४ फेरी उपचार शुरु गरेका बिरामी (Re-starter)				
	१३.५ स्थानान्तरण भई आएका बिरामी (Transferred In)				
	१३.६ अन्य थप भएका बिरामी (Other addition)				
	१३.७ जम्मा बिरामीको संख्या (१३.१ देखि १३.६ सम्म)				
१३.८ यस महिनामा सेवा लिन आएका जम्मा बिरामीको संख्या					
जम्मा घटाईएका बिरामी संख्या	१३.९ निर्देशन अनुसार उपचार पूरा गरेका (RFT)				
	१३.१० स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएका (Transfer Out)				
	१३.११ फलोअप नभएका (Lost to Follow up)				
	१३.१२ अन्य घटाईएका (Other Deduction)				
१३.१३ जम्मा घटाईएका (१३.९ देखि १३.१२ सम्म)					
३.१४ महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी (१३.७ बाट १३.१३ घटाउने)					
१३.१५ नयाँ बिरामी १३.२ मध्ये ०-१४ बर्षका बिरामीको संख्या					
१३.१६ महिनाको अन्त्यमा ०-१४ बर्षका बिरामीको संख्या					
१३.१७ नयाँ बिरामी (१३.२) मध्ये स्मेयर जाँच गरेको संख्या					
१३.१८ नया बिरामीहरूमा स्मेयर जाँचका मध्य किटाणु दाखएका संख्या					
१३.१९ लेप्रा रियाक्सन	Type 1				
	Type 2				
	Neuritis				
१३.२० अल्सर देखा परेका बिरामीको संख्या					
१३.२१ सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने index बिरामीको संख्या					
१३.२२ सम्पर्क परिक्षण भएका Index बिरामीको संख्या					
१३.२३ सम्पर्क परिक्षण गर्नु पर्ने सम्पर्क व्यक्तिको संख्या					
१३.२४ सम्पर्क परिक्षण गरिएका व्यक्तिको संख्या					
१३.२५ सम्पर्क परिक्षणबाट पता लागेका नयाँ बिरामीको संख्या					
१३.२६ बिदेशी नयाँ बिरामी संख्या					

असमर्थताको श्रेणी	० श्रेणी	१ श्रेणी	२ श्रेणी	३ श्रेणी	कोहर्ट प्रतिवेदन	नयाँ दर्ता	जम्मा RFT भएका	जम्मा Loss to follow up	अन्य घटाईएका जम्मा	हाल उपचारमा रहेका
1	2	3	4	5	१	२	३	४	५	६
नयाँ बिरामीमध्ये					एम. बी. बिरामी (१८ महिनाअघि)					
०-१४ बर्षका नयाँ बिरामी मध्ये					पी. बी. बिरामी (९ महिनाअघि)					

१४. पुनर्स्थापना सेवा

पुनर्स्थापना सेवा लिएका सेवाग्राहीको संख्या			जातजाति	संख्या (नयाँ)	विकार/ अपाङ्गताको प्रकार अनुसार नयाँ सेवाग्राही संख्या											अपाङ्गताको प्रकार अनुसार नयाँ सेवाग्राही (संख्या)				
नयाँ	पुरानो	विदेशी	1	2	लिङ्ग	०१. शारीरिक सम्बन्धी	०२. दृष्टि सम्बन्धी	०३. सुनाइ सम्बन्धी	०४. श्रवण दृष्टिविहीन सम्बन्धी	०५. स्वर र बोलाइ सम्बन्धी	०६. मानसिक/ मनोसामाजिक सम्बन्धी	०७. बौद्धिक सम्बन्धी	०८. अनुवंशीय रक्तश्राव (हेमोफिलिया) सम्बन्धी	०९. अटिज्म सम्बन्धी	१०. बहु अपाङ्गता	अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रकार				
			दलित	जनजाति												मधेशी	मुस्लिम	ब्राहमण/क्षेत्री	अन्य	1
1	2	3			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	क-रातो रंग (पूर्णअशक्त अपाङ्गता)				
					म.											ख-नीलो रंग (अतिअशक्त अपाङ्गता)				
					पु.											ग-पहेलो रंग (मध्यम अपाङ्गता)				
					यो. अ											घ-सेतो रंग (सामान्य अपाङ्गता)				

सेवाग्राही	उमेर समूह						कार्य क्षमता (Functioning)						स्वास्थ्य समस्याको कारण								सेवाको प्रकार								सहायक सामग्री											
	<१	१-५	६-१७	१८-५९	>५९		०१. बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	०२. गमनशिलता	०३. स्व-क्षेत्राह	०४. बुझाउने	०५. जीवन क्रियाकलाप	०६. सहभागिता	०१-जन्मजात	०२-मुर्छना/घोटपट क	०३-दिसा	०४-नसर्स रोग	०५-सर्ने रोग	०६-दृष्टी विकृति	०७-अन्य	०८-शुद्ध नभएको	०१. फिजियोथेरापी सेवा	०२. वाक् सेवा	०३. अभिज्ञानथेरापी सेवा	०४. सहायक सामग्री सेवा	०५. चिकित्सकीय सेवा		०६. मनोपारामर्श सेवा		०७. अन्य सेवा	०१. सहायक सामग्री	०२. गमनशिलता सम्बन्धी	०३. दृष्टि	०४. सुनाइ	०५. संचार	०६. बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	०७. वातावरण				
म.																																								
पु.																																								
यो.अ																																								

निदान (Diagnosis)		जम्मा	निदान (Diagnosis)		जम्मा	सहायक सामग्री प्राप्त भएको श्रोत	
1	2	3	4	5	6	7	8
01 Certain infectious or parasitic diseases (1A00-1H0Z)			14 Diseases of the skin (EA00-EM0Z)				
02 Neoplasms (2A00-2F9Z)			15 Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue (FA00-FC0Z)				
03 Diseases of the blood or blood-forming organs (3A00-3C0Z)			16 Diseases of the genitourinary system (GA00-GC8Z)				
04 Diseases of the immune system (4A00-4B4Z)			17 Conditions related to sexual health (HA00-HA8Z)				
05 Endocrine, nutritional or metabolic diseases (5A00-5D46)			18 Pregnancy, childbirth or the puerperium (JA00-JB6Z)				
06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (6A00-6E8Z)			19 Certain conditions originating in the perinatal period (KA00-KD5Z)Ⓜ				
07 Sleep-wake disorders (7A00-7B2Z)			20 Developmental anomalies (LA00-LD9Z)				
08 Diseases of the nervous system (8A00-8E7Z)			21 Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified (MA00-MH2Y)				
09 Diseases of the visual system (9A00-9E1Z)			22 Injury, poisoning or certain other consequences of external causes (NA00-NF2Z)				
10 Diseases of the ear or mastoid process (AA00-AC0Z)			23 External causes of morbidity or mortality (PA00-PL2Z)				
11 Diseases of the circulatory system (BA00-BE2Z)			24 Factors influencing health status or contact with health services (QA00-QF4Z)				
12 Diseases of the respiratory system (CA00-CB7Z)			25 Codes for special purposes (RA00-RA26)				
13 Diseases of the digestive system (DA00-DE2Z)			26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I (SA00-SJ3Z)				

स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवा	01.OPD	02.IPD	03.IMNCI	04. Nutrition	05. Immunization	06. Safe Motherhood	07. PEN	08. PHC/ORC	09. Other	सेवा पाएको सेसनको संख्या अनुसार सेवाग्राहीको संख्या					जम्मा सेसन संख्या	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	१	२-१५	१६-३९	४०-६९	>६९	6
प्रेषण भई आएको																
प्रेषण गरिएको																

अन्य संस्था/व्यक्ति	०१. केन्द्रीय/ प्रादेशिक अस्पताल	०२. द्वितीय अस्पताल	०३. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/ आधारभूत/ अस्पताल	०४. स्वास्थ्य चौकी	०५. सहरी स्वास्थ्य क्लिनिक	०६. सामुदायिक स्वास्थ्य क्लिनिक	०७. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका	०८. पुनर्स्थापना केन्द्र	०९. अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको संस्था	१०. अन्य सेवाग्राही	११. अन्य	सेवा पाएको दिनको संख्या अनुसार सेवाग्राहीको संख्या					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	१	२-७	८-१५	१६-३०	>३०
प्रेषण भई आएको																	
प्रेषण गरिएको																	

भर्ना भएको जम्मा सेवाग्राहीको संख्या		डिस्चार्ज भएको जम्मा सेवाग्राहीको संख्या		सेवाको लागि औसत बसाई (दिन)	
--------------------------------------	--	--	--	----------------------------	--









**१७. नसर्ने रोग (Non-Communicable Diseases)**

Non-Communicable Diseases										
Number of NCD cases on Treatment (OPD/Emergency)	Client Type		Gender		Age Group				Referred Out	
	New	Follow Up	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	
Hypertension										
Cardiovascular Disease										
Diabetes										
Cancer										
COPD										
Asthma										
CKD										
RHD										
Stroke										
Heart Attacks										
Thyroid Diseases										
Congenital Heart Disease										
Sickle cell diseases and other haemoglobinopathies										
Alcohol Liver Diseases										
Obesity										
Other NCDs cases										

Number of NCD Cause-Specific Deaths							
Type of NCDs	Gender		Age Group				
	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above	
1	2	3	5	6	7	8	
Cardiovascular Disease							
Cancer							
Diabetes							
Chronic Respiratory Diseases							
Suicide							
Other NCDs							

Total number of new cancers cases managed						
Type of Cancer	Gender		Age Group			
	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above
1	2	3	5	6	7	8
Cervical						
Oral						
Breast						
Lungs						
Others						

Mental Health										
Number of Mental Health Cases on Treatment (OPD/Emergency)	Client Type		Gender		Age Group				Referred Out	
	New	Follow Up	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	
Depression										
Suicide Attempt										
Epilepsy										
Psychosis										
Anxiety Disorder										
Emotional and Behavioural Disorder of Children and Adolescents										
Dementia										
Conversion Disorder										
Bipolar Disorder										
Other Mental Disorder										
Alcohol Use Disorder										
Other Substance Use Disorders										

Type of Cases	Number of Cases	
	New	Follow Up
1	2	3
Total no of mental health case		
Total no of mental health case on regular follow up		
Total no. of cases reporting improvement		

Injuries										
Type of Injury	Number of Cases									
	Client Type		Gender		Age Group				Referred Out	
New	Follow Up	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above	10		11
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	
Road Traffic Injuries (RTI)										
Fall										
Burn										
Drowning										
Bites										
Occupational Injury										
Violence										
Self-Harm										

Number of Deaths						
Gender		Age Group				
Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above	
14	15	17	18	19	20	

Control and Follow Up Cases for Hypertension and Diabetes		
Type of Cases	Hypertension	Diabetes
1	2	3
Follow Up Cases		
Control Cases		



### 18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5 yrs Children) - 1

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>A. Certain Infectious or Parasitic Diseases</b>				
001	1F03	Measles		
002	1C17	Diphtheria		
003	1C12	Whooping Cough		
004	1C15	Neonatal Tetanus		
005	1C13	Tetanus		
006	1B1Z	Tuberculosis		
007	MB56	Acute Flaccid Paralysis (AFP)		
008	1F02	Rubella		
009	1D80	Mumps		
010	1E90.0	Chicken Pox		
011	1E51.0Z	Hepatitis B		
<b>B. Communicable, Vector Borne</b>				
012	1D00	Acute Encephalitis like Syndrome (AES)		
013	1F66	Filariasis		
014	1F45	Clinical Malaria		
015	1F42	Malaria (Plasmodium Falciparum)		
016	1F42	Malaria (Plasmodium Mix)		
017	1F41	Malaria (Plasmodium Vivax)		
018	1F45	Malaria (Relapse)		
019	1D2Z	Dengue Fever		
020	1F54.0	Kala-azar/Leshmaniasis		
021	1C30.3	Scrub Typhus		
022	1C85	Japanese Encephalitis		
<b>C. Communicable, Water/Food Borne</b>				
023	1A07	Typhoid (Enteric Fever)		
024	1A40	Acute gastro-enteritis (AGE)		
025	1A36.00	Ameobic Dysentery/Amoebiasis		
026	1A02	Bacillary Dysentery/Shigellosis		
027	ME05.1	Presumed non-infectious diarrhoea		
028	1A00	Cholera		
029	1F90.2	Intestinal Worms		
030	ME10.1	Jaundice		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>C. Communicable, Water/Food Borne</b>				
031	1E50.0	Hepatitis A		
032	1E51.3	Hepatitis E		
033	029	Volume Depletion (Dehydration)		
034	1A0Z	Bacterial Intestinal infection		
<b>D. Other Communicable Diseases</b>				
035	1B20	Leprosy		
036	1D01.Y	Meningitis		
<b>E. HIV/STI</b>				
037	1C62	HIV Infection		
038	1A70.0Y	Urethral Discharge Syndrome (UDS) Gonococcal		
039	MF40.2Y	Scrotal Swelling Syndrome (SSS)		
040	MF3A	Vaginal Discharge Syndrome (VDS)		
041	MD81.12	Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS)		
042	KA65.0	Neonatal Conjunctive Syndrome (NCS)		
043	GA6Z	Genital User Disease Syndrome (GUDS) - female		
044	GB0Z	Genital User Disease Syndrome (GUDS) - male		
045	BD90.Y	Inguinal Bubo Syndrome (IBS)		
046	1A6Z	Syphilis		
<b>F. Other Infected Diseases</b>				
047	CA4Z	ARI/Lower respiratory tract infection (LRTI)		
048	CA07.0	Upper respiratory tract infection (URTI)		
049	CA40	Pneumonia		
050	CA40	Severe pneumonia		
051	CA20	Bronchitis (Acute & chronic)		
052	GC08	Urinary Tract Infection (UTI)		
053	1E32	Viral Influenza		
054	GA0Z	Reproductive Tract Infection (RTI) - Female		
055	GB07	Reproductive Tract Infection (RTI) - Male		
<b>G. Nutritional &amp; Metabolic Disorder</b>				
056	5A01	Goitre, Cretinism		
057	5A14	Diabetes Mellitus (DM)		
058	5B7Z	Malnutrition		

## 18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 2

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>G. Nutritional &amp; Metabolic Disorder</b>				
059	5B7Y	Avitaminoses & other nutrient deficiency		
060	5B81	Obesity		
061	3A9Z	Anaemia/Polyneuropathy		
062	8C0Z	Polyneuritis		
<b>H. Skin Diseases</b>				
063	ED80	Acne		
064	1A95	Warts		
065	ED60.1	Chloasma/ melasma		
066	EB05	Urticaria		
067	EA8Z	Dermatitis/Eczema		
068	ED70	Alopecia		
069	1B70	Cellulitis		
070	1G00	Pediculosis (Lice)		
071	ED63.0	Vitiligo		
072	EC23.2	Albinism		
073	1F00.0	Herpes simplex		
074	1E91.Z	Herpes zoster		
075	EB10	Erythroderma		
076	1B72	Impetigo		
077	1B75.0	Boils		
078	1B75.3	Abscess		
079	1B75.2	Furunculosis		
080	EA60	Fungal infection (Lichen planus)		
081	1G04	Scabies		
082	1A61.3	Leukoderma		
083	EA90	Psoriasis		
084	BD90.0	Acute Lymphadenitis		
085	NE4Z	Frostbite		
<b>I. Ear, Nose and Throat Infection</b>				
086	AA90	Acute Suppurative Otitis Media		
087	AA91	Chronic Suppurative Otitis Media		
088	CAOA	Sinusitis		
089	CA03	Acute Tonsillitis		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>I. Ear, Nose and Throat Infection</b>				
090	CA02	Pharyngitis/Sore throat		
091	ND71	Foreign body in ear		
092	ND72.1	Foreign body in nose		
093	ND72.2	Foreign body in throat		
094	AA42	Wax		
095	CA0J	Nasal Polyps		
096	CA0D	Deviated nasal septum (DNS)		
097	CA09.0	Rhinitis		
098	AA3Z	Otitis externa		
099	CA05.0	Reflux laryngitis		
100	1B75.2	Furunculosis of Ear		
101	CA0Y	Nasal Vestibulitis		
<b>J. Oral Health Related Problems</b>				
102	DA08.0	Dental caries		
103	DA0A.Y	Toothache		
104	DA0D	Periodontal disease (gum disease)		
105	DA07.3	Other disorder of teeth		
106	DA01.10	Oral ulcer (Aphthous & herpetic)		
107	DA03.0	Glossitis		
108	DA01	Stomatitis		
109	DA07.8	Tooth impaction		
110	3A70	Hypoplasia		
111	DA01.00	Leukoplakia		
112	1F23	Fungal infection (candidiasis)		
113	DA01.30	Oral space infection & abscess		
114	DA08.4	Stained Teeth		
115	NA0D.01	Chipped Tooth		
116	LA30.3	Hyperdontia		
117	DA08.Y	Hypersensitivity		
118	2B6E	Oral cancer		
119	DA0B.Y	Gingivitis		
120	DA0C.Y	Periodontitis		
121	DA02.1	Dry Mouth		

### 18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 3

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>K. Eye Problems</b>				
122	9A60.Z	Conjunctivitis		
123	1C23.Z	Trachoma		
124	9B10	Cataract		
125	9D90	Blindness		
126	9D00	Refractive error		
127	9C61	Glaucoma		
128	9D44	Colour blindness		
129	9A20.00	Exophthalmos		
130	9A01.20	Stye (External Hordelum)		
131	9A02.01	Chalazion		
132	9A61.1	Pterygium		
133	9B71.0	Diabetic retinopathy		
134	9B71.1	Hypertensive retinopathy		
135	9A03.1	Entropion		
136	NA06	Traumatic eye disease		
137	9A96	Uveitis		
138	9B78.3	Macular degeneration (age related)		
139	9D46	Amblyopia (Lazy eye)		
140	9C8Y	Squint		
141	9B70	Retinitis pigmentosa		
142	MC1Y	Nightblindness/visual disturbance		
143	2D02.2	Retinoblastoma		
144	MC15	Red Eye		
145	9A01.3	Blepharitis		
146	KB65.0	Neonatal Conjunctivitis (NEOS)		
<b>L. Obstetrics Complications</b>				
147	JA01	Ectopic Pregnancy		
148	JA05.2	Abortion Complication		
149	JA23	Pregnancy Induced Hypertension (PIH)		
150	JA24.1	Severe/ Pre-eclampsia		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>L. Obstetrics Complications</b>				
151	JA25.0	Antepartum Eclampsia		
152	JA25.1	Intrapartum Eclampsia		
153	JA25.2	Postpartum Eclampsia		
154	JA60.0	Hyperemesis Grivadarum		
155	JA41	Antepartum Haemorrhage		
156	JB03	Prolonged labour		
157	JB06	Obstructed Labor		
158	JB0A.1	Ruptured Uterus		
159	JA43	Postpartum Haemorrhage		
160	JA43.0	Retained Placenta		
161	JB0D	Other Complications of labor and delivery		
162	JB40.0	Pueperal Sepsis		
<b>M. Gynaecological Problems</b>				
163	GA05	Pelvic Inflammatory Disease (PID)		
164	GC40	Prolapsed uterus		
164	GA20	Menstrual disorder		
165	GA2Y	Disfunctional Uterine Bleeding (DUB)		
165	GB31	Sub- fertility (Female)		
166	GB04	Sub- fertility/ infertility (Male)		
<b>N. Mental Health related problems</b>				
167	6D8Z	Dementia		
168	6C40.2	Addiction (ch. acoholisim, Dipsomania, drug)		
169	6A20	Schizophrenia		
170	6A23	Acute psychotic disorder		
171	6A60.1	Bipolar affective disorder		
172	6A7Z	Depression		
173	6B0Z	Phobic Anxiety		
174	6A22	Psychosis		
175	6A22	Obsessive - compulsive disorder		
176	6B60	Conversive disorder (Hysteria)		

**18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 4**

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>N. Mental Health related problems</b>				
177	6B00	Neurosis		
178	6A00	Intellectual Disability		
179	8A6Z	Epilepsy		
180	8A80	Migraine		
181	6E8Z	Mental illness (unspecified)		
182	MB24.3	Anxiety Disorder		
183	6C40	Alcohol Use Disorder		
184	6C4Z	Substance Use Disorder		
<b>O. Malignancy</b>				
185	2C6Z	Breast cancer		
186	2C77	Cervical/ uteri cancer		
187	2C25	Lung/ brunchial Cancer		
188	2B70	Oesophagus cancer		
189	2B72	Stomach cancer		
190	2D10	Thyroid cancer		
191	2C12.0	Liver cancer		
192	2C10	Pancreatic cancer		
193	2E03	Bone/ Bone Marrow Cancer		
194	2C13	Gall bladder cancer		
195	2B91	Colorectal (colon with rectum) cancer		
196	2B6E	Oral cancer		
197	2B33.5	Lymphoma cancer		
198	2C73	Ovary cancer		
199	2C94	Urinary bladder cancer		
200	2B6B	Nasopharyngeal cancer		
201	2C4Z	Head & neck cancer		
202	2D4Z	Other Cancer		
203	2B33	Hematological malignancy		
<b>P. Cardiovascular &amp; Respiratory Related Problems</b>				
204	BA00	Hypertension		
205	BD10	Congestive heart failure		
206	BD1Z	Cardiac heart failure		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>P. Cardiovascular &amp; Respiratory Related Problems</b>				
207	CA22	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)		
208	1B40	Acute rheumatic fever		
209	BC20.1	Rheumatic heart disease (RHD)		
210	BA6Z	Ischemic heart disease		
211	BE2Y	Other cardiovascular problems		
212	CA23.32	Bronchial asthma		
<b>Q. Other Diseases &amp; Injuries</b>				
213	GB60	Acute Renal failure		
214	GB61	Chronic Renal failure		
215	GB40	Nephritis		
216	GB40	Nephrotic syndrome		
217	PA9Z	Drowning		
218	MG26	Pyrexia of Unknown Origin (PUO)		
219	DA42	Gastritis (APD)		
220	PA75	Insect/Wasp bite		
221	ND56	Cut Injuries		
222	DB93.1	Cirrhosis of liver		
223	NE2Z	Burns and Scalds		
224	NE60	Toxic Effect		
225	PA7Z	Dog Bite		
226	1C82	Other rabies susceptible animal bite		
227	PA7Z	Snake bite: Poisonous		
228	PA7Z	Snake bite: Non-poisonous		
<b>R. Orthopaedic Problems</b>				
229	FA20	Rheumatoid arthritis		
230	FA2Z	Arthritis		
231	FA0Z	Osteo arthrosis		
232	ME84	Back ache (musculo- skeletal pain)		
233	ME84.2	Lower Back Pain (LBP)		
234	MG30.02	Lower Back Pain (LBP) chronic		
235	ND56.2	Fractures		

**18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 5**

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>R. Orthopaedic Problems</b>				
236	FB55	Tendonitis		
237	ND56.3	Ligamentous Sprain		
238	ME84.0	Neck Pain		
239	ME85	Joint Stiffness		
240	FA8Z	Spondylosis		
241	FA84	Spondylolisthesis		
<b>S. Surgical Problems</b>				
242	DA41.2	Acid peptic disorders (disease)		
243	DB50.0	Anal Fissure		
244	DB50.1	Anal fistula		
245	DB31.0	Fistula of Intestine		
246	GB70.0	Renal stones		
247	MF30	Breast lumps (Adenoma)		
248	GB21	Mastitis (Ignored breast)/breast abscess		
249	GB23.5	Mastalgia breast		
250	ME61	Lumps (lipoma)		
251	EK70.0	Sebaceous cyst		
252	EG63.0	Pilonidal sinus		
253	DB10.	Appendicitis		
254	DC12.	Cholecystitis		
255	DC11.	Cholelithiasis (gall stone)		
256	DZD5	Hernia		
257	GB00	Hydrocoele		
258	GB05.2	Phimosis/para-phimosis		
259	DB60	Haemorrhoids/Piles		
260	GB02.1	Epididymitis/ Orchitis		
261	GA90	Prostatism (BEP/BPH)		
<b>T. Reasons for Contact with Health Services</b>				
262	QA00	General Examination		
263	QA03	Routine general health checkup		
264	QA08	Screening Examination for infectious disease		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>T. Reasons for Contact with Health Services</b>				
265	QA09	Screening Examination for Neoplasms		
266	QA1Z	Counseling		
267	QA21	Reason Associated with Reproduction		
268	QA3Z	Procreative management		
269	QA40	Pregnancy Examination		
270	QA45	Antenatal Screening		
271	QA48	Postpartum care or Examination		
272	QA49	Problems related to unwanted pregnancy		
273	QA4B	Menopausal Counselling		
274	QB20	Blood donor		
275	QB83	Follow up care involving plastic surgery		
276	QB94	Care involving Dialysis		
277	QB95	Care involving Rehabilitation procedures		
278	QB96	Radiotherapy session		
279	QB97	Chemotherapy session		
280	QB9B	Palliative care		
281	QF0Z	Acquired absence of body structure		
<b>U. Common Symptoms</b>				
282	MG3Z	General Consideration on Pain		
283	MD30	Chest Pain		
284	MD11.5	Breathlessness/ Shortness of Breath		
285	MD12	Cough		
286	MD81	Abdominal Pain		
287	MD50.1	Nausea and Vomiting		
288	MB4D	Headache		
289	MG26	Fever		
290	MB48.0	Dizziness and Vertigo		
291	MG45	Syncope (Sudden Collapse or LOC)		
292	EC90.0	Itching (Pruritus)		
293	MG22	Fatigue and Weakness (Generalized)		
<b>Total New OPD Visits</b>				
<b>Total Old (repeated) OPD Visits</b>				

### 18a. Common Emergency Diseases, Conditions

SN	ICD 11	Name of Disease/ Condition	Female	Male	SN	ICD 11	Name of Disease/ Condition	Female	Male	SN	ICD 11	Name of Disease/ Condition	Female	Male
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
<b>A. Respiratory Emergencies</b>					<b>E. Genitourinary Emergencies</b>					<b>I. Ocular Emergencies</b>				
1	MD11.5	Shortness of breath			35	DC31	Acute Pancreatitis			70	ND70	Foreign body Eye		
2	CA22.0	Acute exacerbation of (COPD)			36	DB50.0	Strangulated/Obstructed Herina			71	9D5Y	Sudden loss of Vision		
3	CA23.32	Bronchial Asthma			37	DB30	Intestinal Obstrucction			72	ND99.1	Chemical Injuries		
4	CA40	Pneumonia			38	ME24.3	Hallow Viscus Perforation			<b>J. Ent Emergencies</b>				
5	CA71.0	Aspiration Pneumonia			39	DC50	Peritonitis			73	MD20	Epistaxis		
6	CB21	Pneumothorax			40	MF56	Renal Colic			74	NA00.2	Foreign body ENT		
7	MD22	Hemoptysis			41	MF50.4	Hematuria			<b>K. Burns</b>				
8	BB00.0	Acute Pulmonary Embolism			42	MF50.3	Actute Retention of Urine			75	NE2Z	Thermal burns		
9	NF04	Acute Mountain Sickness			43	GB01.0	Testicular Torsion			76	NF08.0	Electrical and Lighetning Injuries		
10	CA81.1	High Altitude Pulmonary Edema (HAPE)			44	GB05.3	Paraphimosis			<b>L. Mental Health Emergencies</b>				
11	8D60.1	High Altitude Cerebral Edema (HACE)			<b>F. Gynecology and Obstetrical Emergencies</b>					77	6C40.3	Alcohol intoxication		
12	CB41.0	Acute Respiratory Failure			45	JA01	Ectopic Pregnancy			78	6C40	Alcohol use disorder		
13	CB00	Acute Respiratory Distress Syndrome			46	JA41	Antepartum Haemorrhage			79	6B00	Anxiety disorder		
<b>B. Cardiac Emergencies</b>					47	JB0A.1	Ruptured Uterus			80	6B60	Conversion Disorder		
14	MD30	Chest pain			48	JA23	Pregnancy Induced Hypertension (PIH)			81	6A7Z	Depression		
15	BA4Z	Acute Coronary Syndrome			49	JB06	Obstructed Labour			82	6A23	Acute psychosis		
16	BA41	Acute Myocardial Infraction			50	JA43	Postpartum Haemorrhage			<b>M. Toxicological Emergencies</b>				
17	BC9Z	Arrhythmias-tachyarrhythmias and bradyarrhythmias			51	JB40.0	Puerperal pyrexia			83	NE60	Outline of Poisoning		
18	CB01	Actute Pulmonary Edema				JA60.0	Hypermesis Gravidraum			84	PB33	Organophosphorus Poisoning		
19	BB23	Cardiac Tamponade			<b>G. Orthopaedic &amp; Trauma</b>					85	NE60	Aluminium Phosphide		
20	MG40.0	Cardiogenic Shock			53	NA0Z	Head Injury			86	NE61	Mushroom Poisoning		
21	BA03	Hypertensive Emergencies			54	NB9Z	Abdominal and pelvic Injury			87	NE61	Wild Honey Poisoning		
<b>C. Neurological Emergencies</b>					55	NB3Z	Chest Injuries			88	NE61	Dhatura Poisoning		
22	MB20.1	Coma			56	ND56	Muskuloskeletal Injuries			89	NE59	Paracetamol Poisoning		
23	8A68	Seizures			57	NFOA.6	Compartment Syndrome			90	NE60	Antidotes		
24	1D0Z	Acute CNS Infections			58	ND56.8	Traumatic amputation			<b>N. Bite</b>				
25	8B20	Cerebrovascular Accidents			59	DA0Y	Toothace/Odontalgia			91	PA7Z	Snake Bite		
26	8C01.0	Guillain- Barre Syndrome (GBS)			60	NA0D.02	Dental Fractures			92	PA7Z	Animal Bite		
27	8D60	Raised Intracranial Pressure			61	NA03.0	Temporomandibular joint (TMJ) Dislocation			93	1C82	Rabies		
<b>D. Gastrointestinal Emergencies</b>					62	MD80	Gum Bleeding			94	PA75	Insect Bite		
28	MD81	Abdominal pain			<b>H. Metabolic Emergencies</b>					<b>O. Paediatric Emergencies</b>				
29	DA42	Acute Gastritis			63	5C77	Hypoklaemia			95	KB8C	Diarrhoea		
30	1A40	Acute Gastroenteritis			64	5C76	Hyperkalemia			96	CA4Z	Acute Respiratory Tract infection		
31	DB10.0	Acute Appendicitis			65	5C70.1	Hyponatremia			97	CA06.1	Acute epiglottitis		
32	DC12.0	Acute Cholecystitis			66	5C71	Hypernatremia			98	CA05.0	Laryngitis and laryngotracheobrochitis		
33	ME24.9	Gastrointestinal Bleeding (GIB)			67	5A41	Hypoglycemia			99	KB23	Pneumonia		
					68	5A22.0	Diabetic Ketoacidosis (DKA)							

**१९. प्रयोगशाला सेवा (Laboratory Services)**

DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.		
<b>HAEMATOLOGY</b>			33	LD Bodies		64	Amoebiasis		96	Calcium		127	Culture	Stool		158	HBeAg		188	Oestrogen		
1	HB		34	Hb Electrophoresis		65	PSA		97	Phosphorus		128		Water		159	Anti-HBe		189	Progesterone		
2	RBC Count		35	LE cell		66	Ferritin		98	Megnesium		129		Pus		160	HbCag		190	Testosterone		
3	TLC		36	ALC		67	Cysticercosis		99	Uric acid		130		Sputum		161	Anti HbCag		191	Vit. D		
4	Platelets Count		37	AEF		68	Brucella		100	Total Cholesterol		131		CSF		162	Western blot		192	Vit. B12		
5	DLC		38	FDP		69	Thyroglobulin		101	Triglycerides		132		Others		163	CD4 count		193	Others		
6	ESR		39	D-dimer		70	Anti TPO		102	HDL		133	Sputum AFB		164	Viral load		<b>DRUG ANALYSIS</b>				
8	MCV		40	Fac VIII		71	Protein Electrophoresis		103	LDL		134	Other AFB		165	Others		194	Carbamazepine			
9	MCH		41	Fac IX		72	Anti-CCP		104	Amylase		135	Leprosy Smear		<b>PARASITOLOGY</b>			195	Cyclosporine			
10	MCHC		42	Cross Matching		73	RK-39	Total	105	Micro albumin		136	India Ink Test		166	Stool R/E		196	Valporic acid			
11	RDW		43	Others		74		+ Ve		106	Bilirubin		137	Anaerobic Culture		167	Occult blood		197	Phenytoin		
12	Blood Group & Rh Type		<b>IMMUNOLOGY</b>			75	JE	Total	107	SGPT		138	Fungus	KOH Test		168	Reducing sugar		198	Digoxine		
13	Coombs test		44	Pregnancy Test (UPT)		76		+ Ve		108	Alk Phos			139	Culture		169	Urine R/E		199	Tacrolimus	
14	Retics		45	ASO		77	Dengue	Total	109	SGOT		140	Others		170	Bile salts		200	Others			
15	PBS/PBF		46	CRP		79	Rapid MP test	Total	110	Total Protein		<b>VIROLOGY</b>			171	Bile pigments		<b>HISTOPATHOLOGY/ CYTOLOGY</b>				
16	HbA1c		47	RA Factor		80		+ Ve PV		111	Gamma GT		141	HIV RDT	Total		172	Urobilinogen		201	Biopsy	H & E
17	Special Stain	MPO	48	TPHA	Total	81		+ Ve PF		112	24hr Urine Protein		142		+ Ve		173	Porphobilinogen		202		Others
18		PAS	49		+ Ve		82	+ Ve P-Mix		113	24hr urine U/A		143	HBSAg RDT	Total		174	Acetone		203	Cytology	Pap
19	Sickling Test		50	ANA		83	Mantoux test		114	Creatinine Clearance		144	+ Ve		175	Chyle		204	Giemsa			
20	Urine for Hemosiderin		51	Anti-dsDNA		84	Chikungunya	Total	115	Iron		145	HCV RDT	Total		176	Specific Gravity		205	Others		
21	BT		52	PRPR/ VDRL	Total	85		+ Ve PV		116	TIBC		146	+ Ve		177	Bence Jones Protein		<b>IMMUNO-HISTO CHEMISTRY</b>			
22	CT		53	+Ve		86	Scrub Typhus		117	CPK-MB		147	HIV ELISA/CLIA	Total		178	Semen analysis		206	ER		
23	PT-INR		54	CEA		87	H. Pylori		118	CPK-NAC		148	+ Ve		179	Others		207	PR			
24	APTT		55	CA-125		88	Leptospira		119	LDH		149	HAV ELISA/CLIA	Total		<b>HORMONE/ENDOCRINE</b>			208	G-FAP		
25	Bone Marrow Analysis		56	CA-19.9		89	Widal Test		120	Iso-Trop-I		150	+ Ve		180	T3		209	S-100			
26	Aldhyde test		57	CA-15.3		90	Others		121	Others		151	HBsAg ELISA/CLIA	Total		181	T4		210	Vimentin		
27	MP Total		58	Toxo		<b>BIOCHEMISTRY</b>			<b>BACTERIOLOGY</b>			152	+ Ve		182	TSH		211	Cytokeratin			
28	Smear MP Pos	PF	59	Rubella		91	Sugar		122	Gram Stain		153	HCV ELISA/CLIA	Total		183	Cortisol		212	Others		
29		PV	60	CMV		92	Blood Urea		123	Culture	Blood	154	+ Ve		184	AFP		<b>MOLECULAR LAB &amp; FLOWCYTOMETRY</b>				
30		P-MIX	61	HSV		93	Creatinine		124		Urine	155	HEV ELISA/CLIA	Total		185	LH		213	Covid-19 PCR		
31	MF	Total	62	Measles		94	Sodium (Na)		125		Body Fluid	156	+ Ve		186	FSH		214	Influenza			
32		Pos.	63	Echinococcus		95	Potassium (K)		126		Swab	157	Anti-HBs		187	Prolactin		215	Leukemia Panel			

२०. लिंग र जात/जाती अनुसारको प्रतिबेदन

जात/जाती	२३ महिना भित्र पूर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्या		नवशिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन सेवा लिएका बच्चा संख्या (५ वर्ष मुनि)				२ वर्ष मुनिका कम तौल भएका नयाँ बच्चाहरूको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका	सुरक्षित गर्भपतन सेवा पाएका	एच. आई. भी. संक्रमित नयाँ बिरामी			नयाँ कुष्ठरोगीहरूको संख्या		नयाँ क्षयरोग बिरामीहरूको संख्या		ओ. पी. डी. मा आएका नयाँ बिरामी संख्या (५ वर्ष माथि)		लैंगिक हिंसाबाट पिडितको संख्या		
	म.	पु.	<२ महिना		२-५९ महिना		म.	पु.			म.	पु.	यो.अ	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	
			४	५	६	७																८
दलित																						
जनजाती																						
मधेशी																						
मुस्लिम																						
ब्राह्मन/क्षेत्री																						
अन्य																						

२१. जेरियाट्रिक सेवा (Geriatric Services)

Number of people visited for geriatric service	Age group												Caste/Ethnicity						HI Enrollment		
	60-69			70-79			80-84			≥85			Dalit	Janajati	Madeshi	Muslim	Brahmin/Chhetri	Others	Enrolled	Not Enrolled	
	F	M	SM	F	M	SM	F	M	SM	F	M	SM									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
New																					
Follow-up																					

Types of services	New visit
General examination	
General treatment	
Surgery	
Palliative	
Rehabilitative	

Source of expenses	New visit
Health Insurance	
Geriatric health care	
SSU	
Deprived citizen	
Amount of total expenses and exempted	

Hospital department	New visit
Indoor	
Outdoor	
Emergency	

Disease	Stroke	Chronic respiratory	Coronary artery disease	Hypertension	Diabetes mellitus	Cancers	Parkinsonism,	Dementia and Alzheimer's	Benign Prostatic Hypertrophy	Depression	Osteoarthritis	Osteoporosis	Sarcopenia	Pneumonia	Urinary Tract Infection	Others
	Number															
Expenses (NRS)						Exempted (NRS)										



**1. Summary of Indoor Services**

**A. Inpatient Outcome**

Age Group	Recovered/Cured		Stable		Referred Out		DOPR/LAMA		Absconded		Death < 48 Hours		Death ≥ 48 Hours	
	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
0-7 Days														
8-28 Days														
29 Days - <1 Year														
01 - 04 Years														
05 - 14 Years														
15 - 19 Years														
20 - 29 Years														
30 - 39 Years														
40 - 49 Years														
50 - 59 Years														
60-69 Years														
≥ 70 Years														

Neonate Form	Gestational Weeks			
	22-27	28-36	37-41	≥ 42
1	2	3	4	5
Primi				
Multi				
Grand Multi				

Maternal Age (Yrs)	< 20				
	20 - 34				
	≥ 35				

Medico-Legal Cases	Male	Female

Type of Surgeries	Number of Surgeries		Post Operative Infection	
	Female	Male		
1	2	3	4	
Major	Emergency			
	Inpatient			
Intermediate	Emergency			
	Inpatient			
Minor	Outpatients			
	Inpatients			
	Emergency			
Plaster				

Death Information		Female	Male
1		2	3
Hospital Death	Early Neonatal		
	Late Neonatal		
	Maternal (All)		
	Post-operative*		
	Emergency		
	Inpatient		
Brought Dead			
Postmortem Done			

Free Health Service Summary		
Cost Exemption	No. of Patients	Total Exempted cost (NRS)
1	2	3
Partially		
Completely		

Free Health Services and Social Security Programme							
Patients at	Ultra Poor/ Poor	Helpless/ Destitute	Disabled	Sr. Citizens > 60 Years	FCHV	Gender Based Voilence	Others
1	2	3	4	5	6	7	8
Outpatients							
Inpatients							
Emergency							
Referred Out							







शिशु कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम																								
उमेर समूह (महिना)	बालबालिका	भर्ना गरिएका						रेफर भई आएका	डिस्चार्ज भएको															
		गत महिनाको अन्त्य सम्मका बच्चा		नयाँ भर्ना		पुनः भर्ना			निको भाएको		मृत्यु भएको		डिफल्टर भाएको		निको नभाएको		अस्पताल मा पठाएको		स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएको		महिनाको अन्त्यम जम्मा बालबालिका			
		मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा		मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
६-५९ महिना	बालिका बालक																							
< ६ महिना	बालिका बालक																							

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण र बाल भौटा प्रवर्धन कार्यक्रम						
उमेर समूह (महिनामा)	पहिलो पटक		दोस्रो पटक		तेश्रो पटक	
	म.स्वा.स्व.से.	स्वास्थ्य संस्था	म.स्वा.स्व.से.	स्वास्थ्य संस्था	म.स्वा.स्व.से.	स्वास्थ्य संस्था
1	2	3	4	5	6	7
६-११						
१२-१७						
१८-२३						

शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण (IYCF)	
1	2
शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्रै गराएका	
समयमै थप आहार खुवाउन शुरु गरेका	

Fortified Flour Distribution		
3	4	5
बालबालिकाको संख्या	बालिका बालक	
गर्भवती महिला		
सुत्केरी महिला		

किशोरी लक्षित स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम				
1	2	3	4	5
आइरन फोलिक एसिड चक्की खाएका किशोरीको संख्या	अवधि	बिद्यालय	स्वास्थ्य संस्था	म.स्वा.स्व.से
	१३ हप्ता सम्म			
	२६ हप्ता सम्म			

४. स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम			
1	2	3	4
	बिद्यालय	समुदाय	अन्य
सेसन संख्या			
सहभागी संख्या			

५. महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम

सुरक्षित मातृत्व/ परिवार नियोजन कार्यक्रम		इकाई	संख्या
1	2	3	4
आमा समूहको बैठक बसेको		पटक	
गर्भवती महिलालाई भेट गरेको		जना	
गर्भवती महिलालाई आइरन चक्की वितरण		जना	
घरमा प्रसूत	मातृ सुरक्षा चक्की खाएको सुनिश्चित	जना	
	जीवित जन्म भएका शिशु	जना	
	मृत जन्म भएका शिशु	जना	
	निसास्तीएको नवजात शिशुको व्यवस्थापन	जना	
	जन्मने बित्तिकै आमाको छातीसंग टासेर राखेको	जना	
	कम जन्म तौल भएका शिशु (१.५ - < २.५ के.जी.)	जना	
	धेरै कम जन्म तौल भएका शिशु (< १.५ के.जी.)	जना	
नवजात शिशु र सुत्केरी महिलालाई जाँच भेट गरेको	जन्मेको २४ घण्टा भित्र	जना	
	जन्मेको तेस्रो दिन	जना	
	जन्मेको सातौं दिन	जना	
कण्डम वितरण गरेको		गोटा	
पिल्स वितरण गरेको		साईकल	
आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की वितरण गरेको डोज		डोज	
आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की वितरण गरेका महिलाको संख्या		जना	

मातृ मृत्यु (स्वास्थ्य संस्था बाहेक)	संख्या
1	2
गर्भावस्था	
प्रसूती अवस्था	
सुत्केरी अवस्था	

नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI)		संख्या
1		2
२ महिना भन्दा कम (उमेर)	≤ २८ दिन	
	२९-५९ दिन	
२-५९ महिना	स्वासप्रस्वास रोगका जम्मा बिरामी	
	झाडापखाला भएका बिरामी	
	ओ. आर.एस. र जिंक चक्कीबाट उपचार	
	ओ. आर.एस. खर्च (पुरिया)	
मृत्यु	जिंक चक्की खर्च (चक्की)	
	०-७ दिन	
	८-२८ दिन	
	२९-५९ दिन	
	२-११ महिना	
१२-५९ महिना		

शिशु कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम		संख्या
1		2
एम.यु.ए.सी. छनाँट	हरियो (हफ्टपुष्ट)	
	पहेलो (मध्यम शिशु कुपोषण)	
घरघुम्ने भेट र आगमन	रातो: (कडा शिशु कुपोषण)	
	रातो: कडा शिशु कुपोषित बच्चा उपचार पछि निको भएको	
	रातो: कडा शिशु कुपोषित बच्चा उपचार गरिरहँदा पनि तौल वृद्धि नभएको	
	रातो: कडा शिशु कुपोषित बच्चा उपचार गर्दा गर्दै स्वास्थ्य संस्था जान छाडेको	

किशोरकिशोरी लक्षित बिद्यालय स्तरीय साथी शिक्षा कार्यक्रम	
1	2
कार्यक्रम लागू भएको बिद्यालय संख्या	
प्रतिवेदन गर्ने बिद्यालय संख्या	
परामर्श पाएका जम्मा संख्या	छात्रा
	छात्र
सुपरिवेक्षण गरिएका विद्यालय संख्या	
संचालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या	

७. मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम

गर्भवती जाँच (पटक)	महिलाको संख्या	
	< २० वर्ष	≥ २० वर्ष
1	2	3
पहिलो (जुनसुकै समयको)		
१२ हप्ता सम्म		
४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता)		
८ पटक (प्रोटोकल अनुसार)		
ROUSG गरेका		
प्रसूति सेवा	< २० वर्ष	≥ २० वर्ष
1	2	3
दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBA trained ANM)		
दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट (SHP)		
अन्य स्वास्थ्यकर्मीबाट		
घरमा प्रसूति संख्या		

प्रसूतिको किसिम	Foetal Presentation		
	Cephalic	Shoulder	Breech
1	2	3	4
सामान्य (Spontaneous)			
भ्याकुम/फोरसेप			
शल्यक्रिया (C/S)			

प्रसूतिको परिणाम	एकल बच्चा	बहु बच्चा	
		जुम्ल्याहा	≥ तिम्ल्याहा
1	2	3	4
आमाहरुको संख्या			
जन्मा जीवित जन्म (बच्चाको संख्या)	महिला		
	अन्य		
अवधि नपुगेको जन्म			

मृत जन्म संख्या		जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको शिशु को संख्या
1	2	
Intrapartum		1
Antepartum		

आमा सुरक्षा कार्यक्रम		महिला संख्या	
		पाउनुपर्ने	पाएका
1	2	3	4
प्रोत्साहन	यातायात खर्च		
	गर्भवती उत्प्रेरण		

Obstetric Complications	ICD 11	Cases	Reffered out	Death
1	2	3	4	5
Ectopic pregnancy	JA01			
Abortion complication	JA05			
Pre-eclampsia	JA24			
Eclampsia	JA25			
Hyperemesis gravidarum	JA60.0			
Antepartum haemorrhage	JA41			
Prolonged labour	JB03			
Obstructed Labor	JB06			
Gestational Hypertension	JA23			
Ruptured uterus	JB0A.1			
Postpartum haemorrhage	JA43			
Retained placenta	JA43.0			
Pueperal sepsis	JB40.0			
C-Section Wound Infection	JB40.1			
Other complications	JB0Y			

अत्याधिक रक्तश्राव व्यवस्थापन	गर्भवति अवस्था (APH)	प्रसव अवस्था	सुत्केरी अवस्था (PPH)
1	2	3	4
अत्याधिक रक्तश्राव व्यवस्थापनमा	रगत दिएको		
	रगत नदिएको		

जन्म तौल	जन्मा संख्या	लिंगानुपात	जीवित जन्म			संक्रमण
			बिकलांग			
			Major	Minor	Others	
कम (१.५ - < २.५ के.जी.)						
धेरै कम (< १.५ के.जी.)						

सुत्केरी तथा नवजात शिशु जाँच(संख्या)	स्वास्थ्य संस्थामा भएको प्रसूति		घरमा भएको प्रसूति	
	सुत्केरी	नवजात शिशु	सुत्केरी	नवजात शिशु
1	2	3	4	5
पहिलो पटक (२४ घण्टामा)				
घरमा २ पटक (दोस्रो र तेस्रो पटक)				
४ पटक (२४ घण्टामा, ३ दिनमा, ७ देखि १४ दिन भित्र र ४२ दिन)				

मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु					
मृत्यु भएको स्थान	मातृ मृत्यु (संख्या)			नवजात शिशु मृत्यु (संख्या)	
	गर्भावस्था	प्रसूति अवस्था	सुत्केरी अवस्था	०-७ दिन	८-२८ दिन
1	2	3	4	5	6
स्वास्थ्य संस्था					
स्वास्थ्य संस्था वाहेक					
सुरक्षित गर्भपतन सेवा	१२ हप्ता सम्म		१२ हप्ता माथि		PAC सेवा पाएका
	मेडिकल	सर्जिकल	मेडिकल	सर्जिकल	
1	2	3	4	5	6
गर्भपतन सेवा पाएका जम्मा महिला	< २० वर्ष				Induced
	≥ २० वर्ष				
गर्भपतन पश्चात् प. नि. साधन अपनाएका	छाटा अबधि लामो अबधि				Spontaneous
गर्भपतनका कारण भएको जटिलता					

८. परिवार नियोजन कार्यक्रम						
अस्थायी साधन	नयाँ प्रयोगकर्ता		हाल आफनाई रहेका	सेवामा नियमित नभएका	साधन वितरण	
	< २० वर्ष	≥ २० वर्ष			इकाई	परिमाण
1	2	3	4	5	6	
कण्डम				गोटा		
आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की				डोज		
पिल्स				साइकल		
डिपो				डोज		
सायना प्रेस				डोज		
आई. यु. सी. डी.				सेट		
इम्प्लान्ट (५ वर्ष अवधिको)				सेट		

	स्वास्थ्य संस्था		शिविर			
	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
1	2	3	4	5	6	7
सरकारी						
गैर सरकारी						

1	2	3	4
सुत्केरी पश्चात् प. नि. सेवा अपनाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र)	आई. यु. सी. डी.	इम्प्लान्ट ३ वर्ष	ट्युबेक्टोमी
		५ वर्ष	
सुत्केरी पश्चात् प. नि. सेवा अपनाएका (४८ घण्टा देखि एक वर्ष भित्र)	आई. यु. सी. डी.	इम्प्लान्ट ३ वर्ष	ट्युबेक्टोमी
		५ वर्ष	
		डिपो.	सायना प्रेस
			पिल्स



११. औलो निवारण कार्यक्रम (Malaria Elimination Program)						
रक्त नमूना संकलन		परिक्षण तथा नतिजा	Microscopy बाट मात्र	RDT बाट मात्र	Microscopy र RDT दुबैबाट	औलोको उपचार पाएका विरामी संख्या
1	2	1	2	3	4	1
ACD	PCD	परिक्षण				जम्मा संख्या
		पोजेटिभ				उपचार पाएका मध्ये गर्भवती संख्या

औलोको प्रकार	बर्गिकरण	५ वर्ष भन्दा कम उमेर भएका		५ वर्ष वा सो भन्दा माथि उमेर भएका	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
1	2	3	4	5	6
Plasmodium Vivax (PV.)	स्थानीय आयातित				
Relapse Plasmodium Vivax (PV.)	स्थानीय आयातित				
Plasmodium Falciparum (PF)	स्थानीय आयातित				
Plasmodium Mixed (PV+PF)	स्थानीय आयातित				
Others (Ovale, Malariae, Knowlesi, etc.)	स्थानीय आयातित				
औलो बिरामीको जम्मा संख्या	निश्चित गरिएको सामान्य बिरामी निश्चित गरिएको सिकिस्त बिरामी				
मृत्यु संख्या	पि.भि				
	पि.एफ				
	पि.मिक्स				
	अन्य				

१२. कालाजार निवारण कार्यक्रम (Kala-Azar Elimination Programme)													
		< 5 वर्ष		≥ 5 वर्ष									
		F	M	F	M	RK-39	BM	SP	Other	L, A/M*	Other	F	M
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Indigenous	Within District												
	Outside District												
Foreigner													

\* Liposomal Amphotericin B/ Miltefosine

१३. कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम (Leprosy Elimination Program)					
बिवरण		एम. बी.		पि. बि.	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
1		2	3	4	5
कुल जम्मा बिरामी संख्या	१३.१ गत महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी संख्या				
	१३.२ कहिल्यै पनि पहिले दर्ता नगरेका नयाँ बिरामी (New cases)				
	१३.३ पुनः रोग बल्झिएका बिरामी (Relapsed cases)				
	१३.४ फेरी उपचार शुरू गरेका बिरामी (Re-starter)				
	१३.५ स्थानान्तरण भई आएका बिरामी (Transferred In)				
	१३.६ अन्य थप भएका बिरामी (Other addition)				
	१३.७ जम्मा बिरामीको संख्या (१३.१ देखि १३.६ सम्म)				
१३.८ यस महिनामा सेवा लिन आएका जम्मा बिरामीको संख्या					
जम्मा घटाईएका बिरामी संख्या	१३.९ निर्देशन अनुसार उपचार पुरा गरेका (RFT)				
	१३.१० स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएका (Transfer Out)				
	१३.११ फलोअप नभएका (Lost to Follow up)				
	१३.१२ अन्य घटाईएका (Other Deduction)				
१३.१३ जम्मा घटाईएका (१३.९ देखि १३.१२ सम्म)					
१३.१४ महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी (१३.७ बाट १३.१३ घटाउने)					
१३.१५ नयाँ बिरामी १३.२ मध्ये ०-१४ वर्षका बिरामीको संख्या					
१३.१६ महिनाको अन्त्यमा ०-१४ वर्षका बिरामीको संख्या					
१३.१७ नयाँ बिरामी (१३.२) मध्ये स्मेयर जाँच गरेको संख्या					
१३.१८ नया बिरामीहरूमा स्मेयर जाँचका मध्य कटाणु दाखिएका संख्या					
१३.१९ लेप्रा रियाक्सन	Type 1				
	Type 2				
	Neuritis				
१३.२० अल्सर देखा परेका बिरामीको संख्या					
१३.२१ सम्पर्क परिक्षण भएका Index बिरामीको संख्या					
१३.२२ सम्पर्क परिक्षण गर्नु पर्ने सम्पर्क व्यक्तिको संख्या					
१३.२३ सम्पर्क परिक्षण गरिएका व्यक्तिको संख्या					
१३.२४ सम्पर्क परिक्षणबाट पता लागेका नयाँ बिरामीको संख्या					
१३.२५ सम्पर्क परिक्षणबाट पता लागेका नयाँ बिरामीको संख्या					
१३.२६ बिदेशी नयाँ बिरामी संख्या					

असमर्थताको श्रेणी	० श्रेणी	१ श्रेणी	२ श्रेणी	३ श्रेणी	हाल उपचारमा रहेका
1	2	3	4	5	6
नयाँ बिरामीमध्ये					एम. बी. बिरामी (१८ महिनाअघि)
०-१४ वर्षका नयाँ बिरामी मध्ये					पी. बी. बिरामी (९ महिनाअघि)

१४. पुनर्स्थापना सेवा

पुनर्स्थापना सेवा लिएका सेवाग्राहीको संख्या			जातजाति	संख्या (नयाँ)	लिंग	विकार/अपाङ्गताको प्रकार अनुसार नयाँ सेवाग्राही संख्या										अपाङ्गताको प्रकार अनुसार नयाँ सेवाग्राही (संख्या)			
नयाँ	पुरानो	विदेशी	1	2		०१. शारीरिक सम्बन्धी	०२. दृष्टि सम्बन्धी	०३. सुनाइ सम्बन्धी	०४. श्रवण दृष्टिविहीन सम्बन्धी	०५. स्वर र बोलाइ सम्बन्धी	०६. मानसिक/मनोसामाजिक सम्बन्धी	०७. बौद्धिक सम्बन्धी	०८. अनुवंशीय रक्तश्राव (हेमोफिलिया) सम्बन्धी	०९. अटिज्म सम्बन्धी	१०. बहु अपाङ्गता	अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रकार			
			दलित												अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रकार				
			जनजाति												1				
			मधेशी												म.				
			मुस्लिम												पु.				
			ब्राह्मण/क्षेत्री												यौ.अ.				
1	2	3	अन्य		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	क-रातो रंग (पूर्णअशक्त अपाङ्गता)	2	3	4
					म.											ख-नीलो रंग (अतिअशक्त अपाङ्गता)			
					पु.											ग-पहेँलो रंग (मध्यम अपाङ्गता)			
					यौ.अ.											घ-सेतो रंग (सामान्य अपाङ्गता)			

सेवाग्राही	उमेर समूह					कार्य क्षमता (Functioning)						स्वास्थ्य समस्याको कारण								सेवाको प्रकार								सहायक सामग्री								
	<१	१-५	६-१७	१८-५९	>५९	०१. बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	०२. गमनाशिलता	०३. स्व-देखिचाह	०४. प्रुलमिल	०५. जीवन क्रियाकलाप	०६. सहभागिता	०१. जन्मजात	०२. दुर्घटना/घोटपटक	०३. हिंसा	०४. जन्म रोग	०५. सर्जरी रोग	०६. दृष्टी खिड्नु	०७. अन्य	०८. थाहा नभएको	०१. फिजियोथेरापी सेवा	०२. बाह्य तथा श्रमण सेवा	०३. अनुपस्थित/थेरापी सेवा	०४. सहायक सामग्री सेवा	०५. चिकित्सकीय सेवा		०६. मनोपरामर्श सेवा		०७. अन्य सेवा	१. सहायक सामग्री	२. गमनाशिलता सम्बन्धी	३. दृष्टि	४. सुनाइ	५. संचार	६. बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	७. वातावरण	
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7		
म.																																				
पु.																																				
यौ.अ.																																				

निदान (Diagnosis)		जम्मा	निदान (Diagnosis)	जम्मा	सहायक सामग्री प्राप्त भएको श्रोत	
1	2	3	4	5	1	2
01 Certain infectious or parasitic diseases (1A00-1H0Z)			14 Diseases of the skin (EA00-EM0Z)		०१. आफै किनेको	
02 Neoplasms (2A00-2F9Z)			15 Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue (FA00-FC0Z)		०२. अस्पतालबाट	
03 Diseases of the blood or blood-forming organs (3A00-3C0Z)			16 Diseases of the genitourinary system (GA00-GC8Z)		०३. अन्य सरकारी कार्यलयबाट	
04 Diseases of the immune system (4A00-4B4Z)			17 Conditions related to sexual health (HA00-HA8Z)		०४. पुनर्स्थापना केन्द्रबाट	
05 Endocrine, nutritional or metabolic diseases (5A00-5D46)			18 Pregnancy, childbirth or the puerperium (JA00-JB6Z)		०५. अन्य संस्थाबाट	
06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (6A00-6E8Z)			19 Certain conditions originating in the perinatal period (KA00-KD5Z)			
07 Sleep-wake disorders (7A00-7B2Z)			20 Developmental anomalies (LA00-LD9Z)			
08 Diseases of the nervous system (8A00-8E7Z)			21 Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified (MA00-MH2Y)			
09 Diseases of the visual system (9A00-9E1Z)			22 Injury, poisoning or certain other consequences of external causes (NA00-NF2Z)			
10 Diseases of the ear or mastoid process (AA00-AC0Z)			23 External causes of morbidity or mortality (PA00-PL2Z)			
11 Diseases of the circulatory system (BA00-BE2Z)			24 Factors influencing health status or contact with health services (QA00-QF4Z)			
12 Diseases of the respiratory system (CA00-CB7Z)			25 Codes for special purposes (RA00-RA26)			
13 Diseases of the digestive system (DA00-DE2Z)			26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I (SA00-SJ3Z)			

स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवा	01.OPD	02.IPD	03.IMNCI	04. Nutrition	05. Immunization	06. Safe Motherhood	07. PEN	08. PHC/ORC	09. Other	सेवा पाएको सेशनको संख्या अनुसार सेवाग्राहीको संख्या					जम्मा सेशन संख्या	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	१	२-१५	१६-३९	४०-६९	>६९	6
प्रेषण भई आएको											1	2	3	4	5	
प्रेषण गरिएको																

अन्य संस्था/व्यक्ति	०१. केन्द्रीय/ प्रादेशिक अस्पताल	०२. द्वितीय अस्पताल	०३. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/ आधारभूत/ अस्पताल	०४. स्वास्थ्य चौकी	०५. सहरी स्वास्थ्य क्लिनिक	०६. सामुदायिक स्वास्थ्य क्लिनिक	०७. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका	०८. पुनर्स्थापना केन्द्र	०९. अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको संस्था	१०. अन्य सेवाग्राही	११. अन्य	सेवा पाएको दिनको संख्या अनुसार सेवाग्राहीको संख्या					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	१	२-७	८-१५	१६-३०	>३०
प्रेषण भई आएको																	
प्रेषण गरिएको																	

भर्ना भएको जम्मा सेवाग्राहीको संख्या		डिस्टार्ज भएको जम्मा सेवाग्राहीको संख्या		सेवाको लागि औसत बसाई (दिन)	
--------------------------------------	--	--	--	----------------------------	--

**१५. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control Program)**

Case Registration (15.1-1)													Referred (15.1-2)				
Type of TB	New		Relapse		TAF*		TALF**		OPT***		UPTH****		Type of TB	Self	Private Sector	Community	Contact Investigation
	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	1	2	3	4	5
Pulmonary (BC)													Pulmonary (BC)				
Pulmonary (CD)													Pulmonary (CD)				
Extra Pulmonary													Extra Pulmonary				

Age group (15.1-3)																	TB HIV Status (15.1-10)					TB and Tobacco (15.1-11)		
Type of TB	0-4 Yrs		5-14 Yrs		15-24 Yrs		25-34 Yrs		35-44 Yrs		45-54 Yrs		55-64yrs		65 > Yrs		Sex	HIV Test Result of TB Patient		TB HIV Patients on		TB Cases Registered	Patient Smoking Tobacco Current	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		Positive	Negative	ART	CPT			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	1	2	3	4	5	1	2	
New (All)																	Female							
Relapse (All)																	Male							
Other (All)																								

Treatment Regimen (15.1-5)										DST of TB Patient (15.1-6)			Presumptive TB (15.2)							
Age Group	2HRZE+ 4HR		2 HRZE + 7 HRE		6HRZE		6 HRZE+ Lfx		TB Cases	Xpert	LPA	Sex	Presumptive TB cases	Screened by		Diagnosed		Enrolled		
	F	M	F	M	F	M	F	M						X-ray	Symptoms	DS TB	DR TB	DS TB	DR TB	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	
Child (0-14)									New			Female								
Adults (>14)									Re-reat			Male								

Sputum Smear Examination by Microscopy (15.5-TB DMC)				Xpert MTB/RIF test result (15.6-9)							Contact Investigation and TB Preventive Therapy (15.4)															
Sex	No. of Presumptive TB Examined (Person)		Sex	Mycobacterium Tuberculosis (MTB)			Rifampicin Resistance			Index TB Cases	No. family Members		Members Investigated		Diagnosed with TB				Eligible for TBPT				Enrolled on TBPT			
	Positive	Negative		Detected	Not Detected	Error/ No result/	Detected	Not Detected	Indeterminate		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	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Female			Female							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Male			Male																							







**१७. नसर्ने रोग (Non-Communicable Diseases)**

Non-Communicable Diseases										
Number of NCD cases on Treatment (OPD/Emergency)	Client Type		Gender		Age Group				Referred Out	
	New	Follow Up	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	
Hypertension										
Cardiovascular Disease										
Diabetes										
Cancer										
COPD										
Asthma										
CKD										
RHD										
Stroke										
Heart Attacks										
Thyroid Diseases										
Congenital Heart Disease										
Sickle cell diseases and other haemoglobinopathies										
Alcohol Liver Diseases										
Obesity										
Other NCDs cases										

Number of NCD Cause-Specific Deaths							
Type of NCDs	Gender		Age Group				
	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above	
1	2	3	5	6	7	8	
Cardiovascular Disease							
Cancer							
Diabetes							
Chronic Respiratory Diseases							
Suicide							
Other NCDs							

Total number of new cancers cases managed						
Type of Cancer	Gender		Age Group			
	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above
1	2	3	5	6	7	8
Cervical						
Oral						
Breast						
Lungs						
Others						

Injuries										
Type of Injury	Number of Cases									
	Client Type		Gender		Age Group				Referred Out	
New	Follow Up	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above			
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	
Road Traffic Injuries (RTI)										
Fall										
Burn										
Drowning										
Bites										
Occupational Injury										
Violence										
Self-Harm										

Number of Deaths						
Gender		Age Group				
Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above	
14	15	17	18	19	20	

Mental Health										
Number of Mental Health Cases on Treatment (OPD/Emergency)	Client Type		Gender		Age Group				Referred Out	
	New	Follow Up	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	
Depression										
Suicide Attempt										
Epilepsy										
Psychosis										
Anxiety Disorder										
Emotional and Behavioural Disorder of Children and Adolescents										
Dementia										
Conversion Disorder										
Bipolar Disorder										
Other Mental Disorder										
Alcohol Use Disorder										
Other Substance Use Disorders										

Type of Cases	Number of Cases	
	New	Follow Up
1	2	3
Total no of mental health case		
Total no of mental health case on regular follow up		
Total no. of cases reporting improvement		

Type of Cases	Hypertension	Diabetes
	1	2
Follow Up Cases		
Control Cases		



### 18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5 yrs Children) - 1

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>A. Certain Infectious or Parasitic Diseases</b>				
001	1F03	Measles		
002	1C17	Diphtheria		
003	1C12	Whooping Cough		
004	1C15	Neonatal Tetanus		
005	1C13	Tetanus		
006	1B1Z	Tuberculosis		
007	MB56	Acute Flaccid Paralysis (AFP)		
008	1F02	Rubella		
009	1D80	Mumps		
010	1E90.0	Chicken Pox		
011	1E51.0Z	Hepatitis B		
<b>B. Communicable, Vector Borne</b>				
012	1D00	Acute Encephalitis like Syndrome (AES)		
013	1F66	Filariasis		
014	1F45	Clinical Malaria		
015	1F42	Malaria (Plasmodium Falciparum)		
016	1F42	Malaria (Plasmodium Mix)		
017	1F41	Malaria (Plasmodium Vivax)		
018	1F45	Malaria (Relapse)		
019	1D2Z	Dengue Fever		
020	1F54.0	Kala-azar/Leshmaniasis		
021	1C30.3	Scrub Typhus		
022	1C85	Japanese Encephalitis		
<b>C. Communicable, Water/Food Borne</b>				
023	1A07	Typhoid (Enteric Fever)		
024	1A40	Acute gastro-enteritis (AGE)		
025	1A36.00	Ameobic Dysentery/Amoebiasis		
026	1A02	Bacillary Dysentery/Shigellosis		
027	ME05.1	Presumed non-infectious diarrhoea		
028	1A00	Cholera		
029	1F90.2	Intestinal Worms		
030	ME10.1	Jaundice		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>C. Communicable, Water/Food Borne</b>				
031	1E50.0	Hepatitis A		
032	1E51.3	Hepatitis E		
033	029	Volume Depletion (Dehydration)		
034	1A0Z	Bacterial Intestinal infection		
<b>D. Other Communicable Diseases</b>				
035	1B20	Leprosy		
036	1D01.Y	Meningitis		
<b>E. HIV/STI</b>				
037	1C62	HIV Infection		
038	1A70.0Y	Urethral Discharge Syndrome (UDS) Gonococcal		
039	MF40.2Y	Scrotal Swelling Syndrome (SSS)		
040	MF3A	Vaginal Discharge Syndrome (VDS)		
041	MD81.12	Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS)		
042	KA65.0	Neonatal Conjunctive Syndrome (NCS)		
043	GA6Z	Genital User Disease Syndrome (GUDS) - female		
044	GB0Z	Genital User Disease Syndrome (GUDS) - male		
045	BD90.Y	Inguinal Bubo Syndrome (IBS)		
046	1A6Z	Syphilis		
<b>F. Other Infected Diseases</b>				
047	CA4Z	ARI/Lower respiratory tract infection (LRTI)		
048	CA07.0	Upper respiratory tract infection (URTI)		
049	CA40	Pneumonia		
050	CA40	Severe pneumonia		
051	CA20	Bronchitis (Acute & chronic)		
052	GC08	Urinary Tract Infection (UTI)		
053	1E32	Viral Influenza		
054	GA0Z	Reproductive Tract Infection (RTI) - Female		
055	GB07	Reproductive Tract Infection (RTI) - Male		
<b>G. Nutritional &amp; Metabolic Disorder</b>				
056	5A01	Goitre, Cretinism		
057	5A14	Diabetes Mellitus (DM)		
058	5B7Z	Malnutrition		

## 18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 2

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>G. Nutritional &amp; Metabolic Disorder</b>				
059	5B7Y	Avitaminoses & other nutrient deficiency		
060	5B81	Obesity		
061	3A9Z	Anaemia/Polyneuropathy		
062	8C0Z	Polyneuritis		
<b>H. Skin Diseases</b>				
063	ED80	Acne		
064	1A95	Warts		
065	ED60.1	Chloasma/ melasma		
066	EB05	Urticaria		
067	EA8Z	Dermatitis/Eczema		
068	ED70	Alopecia		
069	1B70	Cellulitis		
070	1G00	Pediculosis (Lice)		
071	ED63.0	Vitiligo		
072	EC23.2	Albinism		
073	1F00.0	Herpes simplex		
074	1E91.Z	Herpes zoster		
075	EB10	Erythroderma		
076	1B72	Impetigo		
077	1B75.0	Boils		
078	1B75.3	Abscess		
079	1B75.2	Furunculosis		
080	EA60	Fungal infection (Lichen planus)		
081	1G04	Scabies		
082	1A61.3	Leukoderma		
083	EA90	Psoriasis		
084	BD90.0	Acute Lymphadenitis		
085	NE4Z	Frostbite		
<b>I. Ear, Nose and Throat Infection</b>				
086	AA90	Acute Suppurative Otitis Media		
087	AA91	Chronic Suppurative Otitis Media		
088	CAOA	Sinusitis		
089	CA03	Acute Tonsilitis		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>I. Ear, Nose and Throat Infection</b>				
090	CA02	Pharyngitis/Sore throat		
091	ND71	Foreign body in ear		
092	ND72.1	Foreign body in nose		
093	ND72.2	Foreign body in throat		
094	AA42	Wax		
095	CA0J	Nasal Polyps		
096	CA0D	Deviated nasal septum (DNS)		
097	CA09.0	Rhinitis		
098	AA3Z	Otitis externa		
099	CA05.0	Reflux laryngitis		
100	1B75.2	Furunculosis of Ear		
101	CA0Y	Nasal Vestibulitis		
<b>J. Oral Health Related Problems</b>				
102	DA08.0	Dental caries		
103	DA0A.Y	Toothache		
104	DA0D	Periodontal disease (gum disease)		
105	DA07.3	Other disorder of teeth		
106	DA01.10	Oral ulcer (Aphthous & herpetic)		
107	DA03.0	Glossitis		
108	DA01	Stomatitis		
109	DA07.8	Tooth impaction		
110	3A70	Hypoplasia		
111	DA01.00	Leukoplakia		
112	1F23	Fungal infection (candidiasis)		
113	DA01.30	Oral space infection & abscess		
114	DA08.4	Stained Teeth		
115	NA0D.01	Chipped Tooth		
116	LA30.3	Hyperdontia		
117	DA08.Y	Hypersensitivity		
118	2B6E	Oral cancer		
119	DA0B.Y	Gingivitis		
120	DA0C.Y	Periodontitis		
121	DA02.1	Dry Mouth		

**18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 3**

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>K. Eye Problems</b>				
122	9A60.Z	Conjunctivitis		
123	1C23.Z	Trachoma		
124	9B10	Cataract		
125	9D90	Blindness		
126	9D00	Refractive error		
127	9C61	Glaucoma		
128	9D44	Colour blindness		
129	9A20.00	Exophthalmos		
130	9A01.20	Stye (External Hordelum)		
131	9A02.01	Chalazion		
132	9A61.1	Pterygium		
133	9B71.0	Diabetic retinopathy		
134	9B71.1	Hypertensive retinopathy		
135	9A03.1	Entropion		
136	NA06	Traumatic eye disease		
137	9A96	Uveitis		
138	9B78.3	Macular degeneration (age related)		
139	9D46	Amblyopia (Lazy eye)		
140	9C8Y	Squint		
141	9B70	Retinitis pigmentosa		
142	MC1Y	Nightblindness/visual disturbance		
143	2D02.2	Retinoblastoma		
144	MC15	Red Eye		
145	9A01.3	Blepharitis		
146	KB65.0	Neonatal Conjunctivitis (NEOS)		
<b>L. Obstetrics Complications</b>				
147	JA01	Ectopic Pregnancy		
148	JA05.2	Abortion Complication		
149	JA23	Pregnancy Induced Hypertension (PIH)		
150	JA24.1	Severe/ Pre-eclampsia		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>L. Obstetrics Complications</b>				
151	JA25.0	Antepartum Eclampsia		
152	JA25.1	Intrapartum Eclampsia		
153	JA25.2	Postpartum Eclampsia		
154	JA60.0	Hyperemesis Grivadarum		
155	JA41	Antepartum Haemorrhage		
156	JB03	Prolonged labour		
157	JB06	Obstructed Labor		
158	JB0A.1	Ruptured Uterus		
159	JA43	Postpartum Haemorrhage		
160	JA43.0	Retained Placenta		
161	JB0D	Other Complications of labor and delivery		
162	JB40.0	Pueperal Sepsis		
<b>M. Gynaecological Problems</b>				
163	GA05	Pelvic Inflammatory Disease (PID)		
164	GC40	Prolapsed uterus		
164	GA20	Menstrual disorder		
165	GA2Y	Disfunctional Uterine Bleeding (DUB)		
165	GB31	Sub- fertility (Female)		
166	GB04	Sub- fertility/ infertility (Male)		
<b>N. Mental Health related problems</b>				
167	6D8Z	Dementia		
168	6C40.2	Addiction (ch. acoholisim, Dipsomania, drug)		
169	6A20	Schizophrenia		
170	6A23	Acute psychotic disorder		
171	6A60.1	Bipolar affective disorder		
172	6A7Z	Depression		
173	6B0Z	Phobic Anxiety		
174	6A22	Pyschosis		
175	6A22	Obsessive - compulsive disorder		
176	6B60	Conversive disorder (Hysteria)		

**18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 4**

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>N. Mental Health related problems</b>				
177	6B00	Neurosis		
178	6A00	Intellectual Disability		
179	8A6Z	Epilepsy		
180	8A80	Migraine		
181	6E8Z	Mental illness (unspecified)		
182	MB24.3	Anxiety Disorder		
183	6C40	Alcohol Use Disorder		
184	6C4Z	Substance Use Disorder		
<b>O. Malignancy</b>				
185	2C6Z	Breast cancer		
186	2C77	Cervical/ uteri cancer		
187	2C25	Lung/ bronchial Cancer		
188	2B70	Oesophagus cancer		
189	2B72	Stomach cancer		
190	2D10	Thyroid cancer		
191	2C12.0	Liver cancer		
192	2C10	Pancreatic cancer		
193	2E03	Bone/ Bone Marrow Cancer		
194	2C13	Gall bladder cancer		
195	2B91	Colorectal (colon with rectum) cancer		
196	2B6E	Oral cancer		
197	2B33.5	Lymphoma cancer		
198	2C73	Ovary cancer		
199	2C94	Urinary bladder cancer		
200	2B6B	Nasopharyngeal cancer		
201	2C4Z	Head & neck cancer		
202	2D4Z	Other Cancer		
203	2B33	Hematological malignancy		
<b>P. Cardiovascular &amp; Respiratory Related Problems</b>				
204	BA00	Hypertension		
205	BD10	Congestive heart failure		
206	BD1Z	Cardiac heart failure		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>P. Cardiovascular &amp; Respiratory Related Problems</b>				
207	CA22	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)		
208	1B40	Acute rheumatic fever		
209	BC20.1	Rheumatic heart disease (RHD)		
210	BA6Z	Ischemic heart disease		
211	BE2Y	Other cardiovascular problems		
212	CA23.32	Bronchial asthma		
<b>Q. Other Diseases &amp; Injuries</b>				
213	GB60	Acute Renal failure		
214	GB61	Chronic Renal failure		
215	GB40	Nephritis		
216	GB40	Nephrotic syndrome		
217	PA9Z	Drowning		
218	MG26	Pyrexia of Unknown Origin (PUO)		
219	DA42	Gastritis (APD)		
220	PA75	Insect/Wasp bite		
221	ND56	Cut Injuries		
222	DB93.1	Cirrhosis of liver		
223	NE2Z	Burns and Scalds		
224	NE60	Toxic Effect		
225	PA7Z	Dog Bite		
226	1C82	Other rabies susceptible animal bite		
227	PA7Z	Snake bite: Poisonous		
228	PA7Z	Snake bite: Non-poisonous		
<b>R. Orthopaedic Problems</b>				
229	FA20	Rheumatoid arthritis		
230	FA2Z	Arthritis		
231	FA0Z	Osteo arthrosis		
232	ME84	Back ache (musculo- skeletal pain)		
233	ME84.2	Lower Back Pain (LBP)		
234	MG30.02	Lower Back Pain (LBP) chronic		
235	ND56.2	Fractures		

**18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 5**

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>R. Orthopaedic Problems</b>				
236	FB55	Tendonitis		
237	ND56.3	Ligamentous Sprain		
238	ME84.0	Neck Pain		
239	ME85	Joint Stiffness		
240	FA8Z	Spondylosis		
241	FA84	Spondylolisthesis		
<b>S. Surgical Problems</b>				
242	DA41.2	Acid peptic disorders (disease)		
243	DB50.0	Anal Fissure		
244	DB50.1	Anal fistula		
245	DB31.0	Fistula of Intestine		
246	GB70.0	Renal stones		
247	MF30	Breast lumps (Adenoma)		
248	GB21	Mastitis (Ignored breast)/breast abscess		
249	GB23.5	Mastalgia breast		
250	ME61	Lumps (lipoma)		
251	EK70.0	Sebaceous cyst		
252	EG63.0	Pilonidal sinus		
253	DB10.	Appendicitis		
254	DC12.	Cholecystitis		
255	DC11.	Cholelithiasis (gall stone)		
256	DZD5	Hernia		
257	GB00	Hydrocoele		
258	GB05.2	Phimosis/para-phimosis		
259	DB60	Haemorrhoids/Piles		
260	GB02.1	Epididymitis/ Orchitis		
261	GA90	Prostatism (BEP/BPH)		
<b>T. Reasons for Contact with Health Services</b>				
262	QA00	General Examination		
263	QA03	Routine general health checkup		
264	QA08	Screening Examination for infectious disease		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>T. Reasons for Contact with Health Services</b>				
265	QA09	Screening Examination for Neoplasms		
266	QA1Z	Counseling		
267	QA21	Reason Associated with Reproduction		
268	QA3Z	Procreative management		
269	QA40	Pregnancy Examination		
270	QA45	Antenatal Screening		
271	QA48	Postpartum care or Examination		
272	QA49	Problems related to unwanted pregnancy		
273	QA4B	Menopausal Counselling		
274	QB20	Blood donor		
275	QB83	Follow up care involving plastic surgery		
276	QB94	Care involving Dialysis		
277	QB95	Care involving Rehabilitation procedures		
278	QB96	Radiotherapy session		
279	QB97	Chemotherapy session		
280	QB9B	Palliative care		
281	QFOZ	Acquired absence of body structure		
<b>U. Common Symptoms</b>				
282	MG3Z	General Consideration on Pain		
283	MD30	Chest Pain		
284	MD11.5	Breathlessness/ Shortness of Breath		
285	MD12	Cough		
286	MD81	Abdominal Pain		
287	MD50.1	Nause and Vomiting		
288	MB4D	Headache		
289	MG26	Fever		
290	MB48.0	Dizziness and Vertigo		
291	MG45	Syncope (Sudden Collapse or LOC)		
292	EC90.0	Itching (Pruritus)		
293	MG22	Fatigue and Weakness (Generalized)		
<b>Total New OPD Visits</b>				
<b>Total Old (repeated) OPD Visits</b>				

**18a. Common Emergency Diseases, Conditions**

SN	ICD 11	Name of Disease/ Condition	Female	Male	SN	ICD 11	Name of Disease/ Condition	Female	Male	SN	ICD 11	Name of Disease/ Condition	Female	Male
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
<b>A. Respiratory Emergencies</b>					<b>E. Genitourinary Emergencies</b>					<b>I. Ocular Emergencies</b>				
1	MD11.5	Shortness of breath			35	DC31	Acute Pancreatitis			70	ND70	Foreign body Eye		
2	CA22.0	Acute exacerbation of (COPD)			36	DB50.0	Strangulated/Obstructed Herina			71	9D5Y	Sudden loss of Vision		
3	CA23.32	Bronchial Asthma			37	DB30	Intestinal Obstrucction			72	ND99.1	Chemical Injuries		
4	CA40	Pneumonia			38	ME24.3	Hallow Viscus Perforation			<b>J. Ent Emergencies</b>				
5	CA71.0	Aspiration Pneumonia			39	DC50	Peritonitis			73	MD20	Epistaxis		
6	CB21	Pneumothorax			<b>F. Gynecology and Obstetrical Emergencies</b>					74	NA00.2	Foreign body ENT		
7	MD22	Hemoptysis			40	MF56	Renal Colic			<b>K. Burns</b>				
8	BB00.0	Acute Pulmonary Embolism			41	MF50.4	Hematuria			75	NE2Z	Thermal burns		
9	NF04	Acute Mountain Sickness			42	MF50.3	Actute Retention of Urine			76	NF08.0	Electrical and Lighetning Injuries		
10	CA81.1	High Altitude Pulmonary Edema (HAPE)			43	GB01.0	Testicular Torsion			<b>L. Mental Health Emergencies</b>				
11	8D60.1	High Altitude Cerebral Edema (HACE)			44	GB05.3	Paraphimosis			77	6C40.3	Alchohol intoxication		
12	CB41.0	Acute Respiratory Failure			<b>G. Orthopaedic &amp; Trauma</b>					78	6C40	Alchohol use disorder		
13	CB00	Acute Respiratory Distress Syndrome			45	JA01	Ectopic Pregnancy			79	6B00	Anxiety disorder		
<b>B. Cardiac Emergencies</b>					46	JA41	Antepartum Haemorrhage			80	6B60	Conversion Disorder		
14	MD30	Chest pain			47	JB0A.1	Ruptured Uterus			81	6A7Z	Depression		
15	BA4Z	Acute Coronary Syndrome			48	JA23	Pregnancy Induced Hypertension (PIH)			82	6A23	Acute psychosis		
16	BA41	Acute Myocardial Infracction			49	JB06	Obstructed Labour			<b>M. Toxicological Emergencies</b>				
17	BC9Z	Arrhythmias-tachyarrhythmias and			50	JA43	Postpartum Haemorrhage			83	NE60	Outline of Poisoning		
18	CB01	Actute Pulmonary Edema			51	JB40.0	Puerperal pyrexia			84	PB33	Organophosphorus Poisoning (Rodenticides)		
19	BB23	Cardiac Tamponade				JA60.0	Hypermesis Gravidraum			85	NE60	Aluminium Phosphide		
20	MG40.0	Cardiogenic Shock			<b>H. Metabolic Emergencies</b>					86	NE61	Mushroom Poisoning		
21	BA03	Hypertensive Emergencies			53	NA0Z	Head Injury			87	NE61	Wild Honey Poisoning		
<b>C. Neurological Emergencies</b>					54	NB9Z	Abdominal and pelvic Injury			88	NE61	Dhatura Poisoning		
22	MB20.1	Coma			55	NB3Z	Chest Injuries			89	NE59	Paracetamol Poisoning		
23	8A68	Seizures			56	ND56	Muskuloskeletal Injuries			90	NE60	Antidotes		
24	1D0Z	Acute CNS Infections			57	NFOA.6	Compartment Syndrome			<b>N. Bite</b>				
25	8B20	Cerebrovascular Accidents			58	ND56.8	Traumatic amputation			91	PA7Z	Snake Bite		
26	8C01.0	Guillain- Barre Syndrome (GBS)			59	DA0Y	Toothace/Odontalgia			92	PA7Z	Animal Bite		
27	8D60	Raised Intracranial Pressure			60	NA0D.02	Dental Fractures			93	1C82	Rabies		
<b>D. Gastrointestinal Emergencies</b>					61	NA03.0	Temporomandibular joint (TMJ) Dislocation			94	PA75	Insect Bite		
28	MD81	Abdominal pain			62	MD80	Gum Bleeding			<b>O. Paediatric Emergencies</b>				
29	DA42	Acute Gastritis			<b>H. Metabolic Emergencies</b>					95	KB8C	Diarrhoea		
30	1A40	Acute Gastroenteritis			63	5C77	Hypoklaemia			96	CA4Z	Acute Respiratory Tract infection		
31	DB10.0	Acute Appendicitis			64	5C76	Hyperkalemia			97	CA06.1	Acute epiglottitis		
32	DC12.0	Acute Cholecystitis			65	5C70.1	Hyponatremia			98	CA05.0	Laryngitis and laryngotracheobrochitis		
33	ME24.9	Gastrointestinal Bleeding (GIB)			66	5C71	Hypernatremia			99	KB23	Pneumonia		
					67	5A41	Hypoglycemia							
					68	5A22.0	Diabetic Ketoacidosis (DKA)							

**१९. प्रयोगशाला सेवा (Laboratory Services)**

Sl. No.	Lab	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.			
<b>HAEMATOLOGY</b>				33	LD Bodies		64	Amoebiasis		96	Calcium		127	Culture	Stool		158	HBeAg		188	Oestrogen
1		HB		34	Hb Electrophoresis		65	PSA		97	Phosphorus		128		Water		159	Anti-HBe		189	Progesterone
2		RBC Count		35	LE cell		66	Ferritin		98	Magnesium		129		Pus		160	HBcAg		190	Testosterone
3		TLC		36	ALC		67	Cysticercosis		99	Uric acid		130		Sputum		161	Anti HBcAg		191	Vit. D
4		Platelets Count		37	AEF		68	Brucella		100	Total Cholesterol		131		CSF		162	Western blot		192	Vit. B12
5		DLC		38	FDP		69	Thyroglobulin		101	Triglycerides		132		Others		163	CD4 count		193	Others
6		ESR		39	D-dimer		70	Anti TPO		102	HDL		133	Sputum AFB		164	Viral load		<b>DRUG ANALYSIS</b>		
8		MCV		40	Fac VIII		71	Protein Electrophoresis		103	LDL		134	Other AFB		165	Others		194	Carbamazepine	
9		MCH		41	Fac IX		72	Anti-CCP		104	Amylase		135	Leprosy Smear		<b>PARASITOLOGY</b>			195	Cyclosporine	
10		MCHC		42	Cross Matching		73	RK-39	Total	105	Micro albumin		136	India Ink Test		166	Stool R/E		196	Valporic acid	
11		RDW		43	Others		74		+ Ve	106	Bilirubin		137	Anaerobic Culture		167	Occult blood		197	Phenytoin	
12		Blood Group & Rh Type		<b>IMMUNOLOGY</b>			75	JE	Total	107	SGPT		138	Fungus	KOH Test	168	Reducing sugar		198	Digoxine	
13		Coombs test		44	Pregnancy Test (UPT)		76		+ Ve	108	Alk Phos		139		Culture		169	Urine R/E		199	Tacrolimus
14		Retics		45	ASO		77	Dengue	Total	109	SGOT		140	Others		170	Bile salts		200	Others	
15		PBS/PBF		46	CRP		79	Rapid MP test	Total	110	Total Protein		<b>VIROLOGY</b>			171	Bile pigments		<b>HISTOPATHOLOGY/ CYTOLOGY</b>		
16		HbA1c		47	RA Factor		80		+ Ve PV	111	Gamma GT		141	HIV RDT	Total	172	Urobilinogen		201	Biopsy	H & E
17		Special Stain	MPO	48	TPHA	Total	81		+ Ve PF	112	24hr Urine Protein		142		+ Ve	173	Porphobilinogen		202		Others
18		PAS		49		+ Ve			82	+ Ve P-Mix	113	24hr urine U/A		143	HBSAg RDT	Total	174	Acetone		203	Pap
19		Sickling Test		50	ANA		83	Mantoux test		114	Creatinine Clearance		144	+ Ve	175	Chyle		204	Cytology	Giemsa	
20		Urine for Hemosiderin		51	Anti-dsDNA		84	Chikungunya	Total	115	Iron		145	HCV RDT	Total	176	Specific Gravity		205	Others	
21		BT		52	PRPR/VDRL	Total	85		+ Ve PV	116	TIBC		146	+ Ve	177	Bence Jones Protin		<b>IMMUNO-HISTO CHEMISTRY</b>			
22		CT		53	+Ve		86	Scrub Typhus		117	CPK-MB		147	HIV ELISA/CLIA	Total	178	Semen analysis		206	ER	
23		PT-INR		54	CEA		87	H. Pylori		118	CPK-NAC		148	+ Ve	179	Others		207	PR		
24		APTT		55	CA-125		88	Leptospira		119	LDH		149	HAV ELISA/CLIA	Total	<b>HORMONE/ENDOCRINE</b>			208	G-FAP	
25		Bone Marrow Analysis		56	CA-19.9		89	Widal Test		120	Iso-Trop-I		150	+ Ve	180	T3		209	S-100		
26		Aldhyde test		57	CA-15.3		90	Others		121	Others		151	HBsAg ELISA/CLIA	Total	181	T4		210	Vimentin	
27		MP Total		58	Toxo		<b>BIOCHEMISTRY</b>			<b>BACTERIOLOGY</b>			152	+ Ve	182	TSH		211	Cytokeratin		
28		Smear MP Pos	PF	59	Rubella		91	Sugar		122	Gram Stain		153	HCV ELISA/CLIA	Total	183	Cortisol		212	Others	
29			PV		60	CMV		92	Blood Urea		123	Culture	Blood	154	+ Ve	184	AFP		<b>MOLECULAR LAB &amp; FLOWCYTOMETRY</b>		
30		P-MIX		61	HSV		93	Creatinine		124		Urine	155	HEV ELISA/CLIA	Total	185	LH		213	Covid-19 PCR	
31		MF	Total	62	Measles		94	Sodium (Na)		125		Body Fluid	156	+ Ve	186	FSH		214	Influenza		
32			Pos.		63	Echinococcus		95	Potassium (K)		126		Swab	157	Anti-HBs		187	Prolactin		215	Leukemia Panel

२०. लिंग र जात/जाती अनुसारको प्रतिबेदन

जात/जाती	२३ महिना भित्र पूर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्या		नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा लिएका बच्चा संख्या (५ वर्ष मुनि) २-५९				२ वर्ष मुनिका कम तौल भएका नयाँ बच्चाहरूको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका	सुरक्षित गर्भपतन सेवा पाएका	एच.आई.भी. संक्रमित नयाँ बिरामी			नयाँ कुष्ठरोगीहरूको संख्या		नयाँ क्षयरोग बिरामीहरूको संख्या		ओ.पी.डी. मा आएका नयाँ बिरामी संख्या (५ वर्ष माथि)		लैंगिक हिंसाबाट पिडितको संख्या		
	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.			म.	पु.	यो.अ	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	
	1	2	3	4	5	6	7	8			9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
दलित																						
जनजाती																						
मधेशी																						
मुस्लिम																						
ब्राहमन/क्षेत्री																						
अन्य																						

२१. जेरियाट्रीक सेवा (Geriatric Services)

Number of people visited for geriatric service	Age group												Caste/Ethnicity						HI Enrollment		
	60-69			70-79			80-84			≥85			Dalit	Janajati	Madeshi	Muslim	Brahmin/Chhetri	Others	Enrolled	Not Enrolled	
	F	M	SM	F	M	SM	F	M	SM	F	M	SM									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
New																					
Follow-up																					

Types of services	New visit
General examination	
General treatment	
Surgery	
Palliative	
Rehabilitative	

Source of expenses	New visit
Health Insurance	
Geriatric health care	
SSU	
Deprived citizen	

Hospital department	New visit
Indoor	
Outdoor	
Emergency	

Disease	Stroke	Chronic respiratory	Coronary artery disease	Hypertension	Diabetes mellitus	Cancers	Parkinsonism,	Dementia and Alzheimer's	Benign Prostatic Hypertrophy	Depression	Osteoarthritis	Osteoporosis	Sarcopenia	Pneumonia	Urinary Tract Infection	Others
	Number															

Amount of total expenses and exempted

Expenses (NRS)

Exempted (NRS)





**२४.पोषण पुनर्स्थापना केन्द्र (Nutrition Rehabilitation Centre)**

**Admission Related Information**

Admission Category	Female			Male			Weight-for-Height (Z-score)		Oedema Present			
	<6 months	6-23 months	24-59 months	<6 months	6-23 months	24-59 months	<-2SD to ≥-3SD	<-3SD	None	1+	2+	3+
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
New Admission												
Relapse												
Referred												

**Discharge Related Information**

Discharge Category	Female			Male			Weight-for-Height (Z-score)			Oedema Present			
	<6 months	6-23 months	24-59 months	<6 months	6-23 months	24-59 months	≥-2 SD	<-2Sd to ≥-3SD	<-3Sd	None	1+	2+	3+
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Official Discharge													
Left against medical advice													
Referred out													
Death													

**Bed Occupancy**

**Average Length of Stay**

1	2	1	2
Inpatient Days of Care	Bed Days Available	Inpatient Days for Care	Total Admissions

**Health Management Information System**  
**Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form**  
 ....., Hospital

Fiscal Year:	20 .... / 20....	To		HF Code:	
Reference No:	Subject: Submission of Monthly Report on Hospital Services :			M .... / Y 20....	

Hospital Services				
Age Group	New Clients Served		Total Clients Served	
	Female	Male	Female	Male
0 - 9 Years				
10 - 14 Years				
15 - 19 Years				
20 - 59 Years				
60-69 Years				
≥70 Years				

Emergency Services	
Total Clients Served	
Female	Male

Free Service Received by Impoverished Citizen	Female	Male
Heart		
Kidney		
Cancer		
Head Injury		
Spinal Injury		
Alzheimer		
Parkinson		
Sickle Cell Anaemia		

ORC Clinics/FCHV	Planned/ Total No.	Conducted/ Report Received	No. of Clients Served	
Outreach Clinic				
Immunization Clinic				
Immunization Session				
Hygiene Promotion Session				
FCHV				
Referrals		Referral In	Referred Out	
			Outpatient	In-patient
				Emergency
Female				
Male				

Available Services (Circle the appropriate code)	Services		Available Services (Circle the appropriate code)	Services	
	Yes	No		Yes	No
Birthing Center	1	2	DOTS Site	1	2
BEONC Site	1	2	Microscopy Site	1	2
CEONC Site	1	2	Laboratory Service	1	2
Safe Abortion Service (SAS) Site	1	2	HTC Site	1	2
IUCD Service Site	1	2	PMTCT Site	1	2
Implant Service Site	1	2	CB-PMTCT Site	1	2
Adolescent Friendly Service Site	1	2	ART Site	1	2
OTC Site	1	2	Others (Specify).....	1	2

OWNERSHIP TYPE		
FACILITY TYPE		
VAT/PAN No.		
Dispatched Date:	/ / 20....	
Received Date:	/ / 20....	
Sanctioned bed	Operational In-Patient Bed	Emergency Bed
Total Patients Admitted		
Total Inpatient Days		
Diagnostic/Other Services	Unit	Number
X-ray	Number	
Ultrasonogram (USG)	Number	
Echocardiogram (Echo)	Number	
Electro Encephalo Gram (EEG)	Number	
Electrocardiogram (ECG)	Number	
Treadmill	Number	
Computed Tomographic (CT) Scan	Number	
Magnetic Resonance Imaging (MRI)	Number	
Endoscopy	Persons	
Colonoscopy	Persons	
Bronchoscopy	Persons	
Nuclear Medicine	Persons	
Mammogram	Persons	
Cystoscopy	Persons	
DEXA Scan	Persons	
DTPA Scan	Persons	
Electroconvulsive Therapy (ECT)	Persons	
Transcranial Magnetic Simulation (TMS)	Persons	
Total Laboratory Services Provided	Persons	
Others (if any)	Persons	

Minimum Service Standard (MSS)	Date	Implementation		Score (%)
	DD/MM/YY	1. First	2. Second	

Prepared by:

Signature

**1. Summary of Indoor Services**

**A. Inpatient Outcome**

Age Group	Recovered/Cured		Stable		Referred Out		DOPR/LAMA		Absconded		Death < 48 Hours		Death ≥ 48 Hours	
	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
0-7 Days														
8-28 Days														
29 Days - <1 Year														
01 - 04 Years														
05 - 14 Years														
15 - 19 Years														
20 - 29 Years														
30 - 39 Years														
40 - 49 Years														
50 - 59 Years														
60-69 Years														
≥ 70 Years														

Neonate Form	Gestational Weeks			
	22-27	28-36	37-41	≥ 42
1	2	3	4	5
Primi				
Multi				
Grand Multi				

Maternal Age (Yrs)	< 20				
	20 - 34				
	≥ 35				

Medico-Legal Cases	Male	Female

Type of Surgeries	Number of Surgeries		Post Operative Infection
	Female	Male	
1	2	3	4
Major	Emergency		
	Inpatient		
Intermediate	Emergency		
	Inpatient		
Minor	Outpatients		
	Inpatients		
	Emergency		
Plaster			

Death Information		Female	Male
1		2	3
Hospital Death	Early Neonatal		
	Late Neonatal		
	Maternal (All)		
	Post-operative*		
	Emergency		
	Inpatient		
Brought Dead			
Postmortem Done			

\* Including Neonatal & Maternal Death

Free Health Service Summary		
Cost Exemption	No. of Patients	Total Exempted cost (NRS)
1	2	3
Partially		
Completely		

Free Health Services and Social Security Programme							
Patients at	Ultra Poor/ Poor	Helpless/ Destitute	Disabled	Sr. Citizens > 60 Years	FCHV	Gender Based Violence	Others
1	2	3	4	5	6	7	8
Outpatients							
Inpatients							
Emergency							
Referred Out							







शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम																							
उमेर समूह (महिना)	बालबालिका	गत महिनाको अन्त्य सम्मका बच्चा		भर्ना गरिएका				रेफर भई आएका		डिस्चार्ज भएको										स्थानान्तरण भई अन्त्य गरिएका		महिनाको अन्त्यमा जम्मा बालबालिका	
		नयाँ भर्ना		पुनः भर्ना		निको भएको		मृत्यु भएको		डिफेक्टर भएको		निको नभएको		अस्पताल मा पठाएको		महिनाको अन्त्यमा जम्मा बालबालिका							
		मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा	मध्यम	कडा				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
६-५९ महिना	बालिका																						
	बालक																						
< ६ महिना	बालिका																						
	बालक																						

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण र बाल भीटा प्रवर्धन कार्यक्रम						
उमेर समूह (महिनामा)	पहिलो पटक		दोस्रो पटक		तेश्रो पटक	
	म.स्वा.स्व.से.	स्वास्थ्य संस्था	म.स्वा.स्व.से.	स्वास्थ्य संस्था	म.स्वा.स्व.से.	स्वास्थ्य संस्था
1	2	3	4	5	6	7
६-११						
१२-१७						
१८-२३						

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण (IYCF)	
1	2
शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्रै गराएका	
समयमै थप आहार खुवाउन शुरु गरेका	

Fortified Flour Distribution		
3	4	5
बालबालिकाको संख्या	बालिका	
	बालक	
गर्भवती महिला		
सुत्केरी महिला		

किशोरी लक्षित स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम				
1	2	3	4	5
आइरन फोलिक एसिड चक्की खाएका किशोरीको संख्या	अवधि	बिद्यालय	स्वास्थ्य संस्था	म.स्वा.स्व.से
	१३ हप्ता सम्म			
	२६ हप्ता सम्म			

४. स्वास्थ्य प्रवर्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम			
1	2	3	4
	बिद्यालय	समुदाय	अन्य
सेसन संख्या			
सहभागी संख्या			

५. महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम

सुरक्षित मातृत्व/परिवार नियोजन कार्यक्रम		
1	2	3
आमा समूहको बैठक बसेको	पटक	
गर्भवती महिलालाई भेट गरेको	जना	
गर्भवती महिलालाई आईरन चक्की वितरण	जना	
घरमा प्रसूति	मातृ सुरक्षा चक्की खाएको सुनिश्चित	जना
	जीवित जन्म भएका शिशु	जना
	मृत जन्म भएका शिशु	जना
	निसास्सीएको नवजात शिशुको व्यवस्थापन	जना
	जन्मने बित्तिकै आमाको छातीसंग टासेर राखेको	जना
	नाभीमा नाभिमलम लगाइएका शिशु	जना
	जन्मेको १ घण्टाभित्र स्तनपान गराएको	जना
	कम जन्म तौल भएका शिशु (१.५ - < २.५ के.जी.)	जना
धेरै कम जन्म तौल भएका शिशु (< १.५ के.जी.)	जना	
नवजात शिशु र सुत्केरी महिलालाई जाँच भेट गरेको	जन्मेको २४ घण्टा भित्र	जना
	जन्मेको तेस्रो दिन	जना
	जन्मेको सातौं दिन	जना
भिटामिन ए वितरण गरिएका सुत्केरी महिला	जना	
कण्डम वितरण गरेको	गोटा	
पिल्स वितरण गरेको	साईकल	
आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की वितरण गरेको डोज	डोज	
आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की वितरण गरेका महिलाको संख्या	जना	

मातृ मृत्यु (स्वास्थ्य संस्था बाहेक)		संख्या
1	2	3
गर्भावस्था		
प्रसूती अवस्था		
सुत्केरी अवस्था		

नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI)		संख्या
1	2	3
२ महिना भन्दा कम (उमेर)	≤ २८ दिन	
	२९-५९ दिन	
	स्वासप्रस्वास रोगका जम्मा बिरामी	
	निमोनिया नभएका बिरामी	
२-५९ महिना	झाडापखाला भएका बिरामी	
	ओ. आर.एस. र जिंक चक्कीबाट उपचार	
	ओ. आर.एस. खर्च (पुरिया)	
	जिंक चक्की खर्च (चक्की)	
मृत्यु	०-७ दिन	
	८-२८ दिन	
	२९-५९ दिन	
	२-११ महिना	
१२-५९ महिना		

शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम		संख्या
1	2	3
एम.यु.ए.सी. छनोट	हरियो (हष्टपुष्ट)	
	पहेलो (मध्यम शिघ्र कुपोषण)	
	रातो: (कडा शिघ्र कुपोषण)	
घरघुरी भेट र आगुमन	फुकेनास	
	रातो: कडा शिघ्र कुपोषित बच्चा उपचार पछि निको भएको	
	रातो: कडा शिघ्र कुपोषित बच्चा उपचार गरिरहँदा पनि तौल वृद्धि नभएको	
	रातो: कडा शिघ्र कुपोषित बच्चा उपचार गर्दा गर्दै स्वास्थ्य संस्था जान छाडेको	

६. जनसंख्या व्यवस्थापन कार्यक्रम	
किशोरकिशोरी लक्षित बिद्यालय स्तरीय साथी शिक्षा कार्यक्रम	
1	2
कार्यक्रम लागु भएको बिद्यालय संख्या	
प्रतिवेदन गर्ने बिद्यालय संख्या	
परामर्श पाएका जम्मा संख्या	छात्रा
	छात्र
सुपरिवेक्षण गरिएका विद्यालय संख्या	
संचालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या	

७. मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम

गर्भवती जाँच (पटक)	महिलाको संख्या	
	< २० वर्ष	≥ २० वर्ष
1	2	3
पहिलो (जुनसुकै समयको)		
१२ हप्ता सम्म		
४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता)		
८ पटक (प्रोटोकल अनुसार)		

प्रसूति सेवा	< २० वर्ष	≥ २० वर्ष
1	2	3
दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBA trained ANM)		
दक्ष स्वास्थ्यकर्मीबाट (SHP)		
अन्य स्वास्थ्यकर्मीबाट		
घरमा प्रसूति संख्या		

प्रसूतिको किसिम	Foetal Presentation		
	Cephalic	Shoulder	Breech
1	2	3	4
सामान्य (Spontaneous)			
भ्याकुम/फोरसेप			
शल्यक्रिया (C/S)			

प्रसूतिको परिणाम	एकल बच्चा	बहु बच्चा	
		जुम्ल्याहा	≥ तिम्ल्याहा
1	2	3	4
आमाहरुको संख्या			
जन्मा जीवित जन्म	महिला		
	पुरुष		
अवधि नपुगेको जन्म			

मृत जन्म संख्या		जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको शिशु को संख्या	नाभी मलम लगाएको शिशु को संख्या
1	2		
Fresh		1	2
Macerated			

आमा सुरक्षा कार्यक्रम		महिला संख्या	
		पाउनुपर्ने	पाएका
1	2	3	4
प्रोत्साहन	यातायात खर्च		
	गर्भवती उत्प्रेरण		

Obstetric Complications	ICD 11	Cases	Reffered out	Death
1	2	3	4	5
Ectopic pregnancy	JA01			
Abortion complication	JA05			
Pre-eclampsia	JA24			
Eclampsia	JA25			
Hyperemesis gravidarum	JA60.0			
Antepartum haemorrhage	JA41			
Prolonged labour	JB03			
Obstructed Labor	JB06			
Gestational Hypertension	JA23			
Ruptured uterus	JB0A.1			
Postpartum haemorrhage	JA43			
Retained placenta	JA43.0			
Puerperal sepsis	JB40.0			
C-Section Wound Infection	JB40.1			
Other complications	JB0Y			

अत्याधिक रक्तश्राव व्यवस्थापन	गर्भवति अवस्था (APH)	प्रसव अवस्था	सुत्केरी अवस्था (PPH)
1	2	3	4
अत्याधिक रक्तश्राव व्यवस्थापनमा	रगत दिएको		
	रगत नदिएको		

जन्म तौल	जन्मा संख्या	निसासिएको	जीवित जन्म				संक्रमण
			बिकलांग				
			Major	Minor	Others		
1	2	3	4	5	6	7	
सामान्य (≥ २.५ के.जी.)							
कम (१.५ - < २.५ के.जी.)							
धेरै कम (< १.५ के.जी.)							

सुत्केरी तथा नवजात शिशु जाँच(संख्या)	स्वास्थ्य संस्थामा भएको प्रसूति		घरमा भएको प्रसूति	
	सुत्केरी	नवजात शिशु	सुत्केरी	नवजात शिशु
1	2	3	4	5
पहिलो पटक (२४ घण्टामा)				
घरमा २ पटक (दोस्रो र तेस्रो पटक)				
३ पटक (२४ घण्टामा, ३ दिनमा र ७ देखि १४ दिन भित्र)				
४ पटक (२४ घण्टामा, ३ दिनमा, ७ देखि १४ दिन भित्र र ४२ दिन)				

मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु					
मृत्यु भएको स्थान	मातृ मृत्यु (संख्या)			नवजात शिशु मृत्यु (संख्या)	
	गर्भावस्था	प्रसूति अवस्था	सुत्केरी अवस्था	०-७ दिन	८-२८ दिन
1	2	3	4	5	6
स्वास्थ्य संस्था					
स्वास्थ्य संस्था बाहेक					

सुरक्षित गर्भपतन सेवा	१२ हप्ता सम्म		१२ हप्ता माथि		PAC सेवा पाएका
	मेडिकल	सर्जिकल	मेडिकल	सर्जिकल	
1	2	3	4	5	6
गर्भपतन सेवा पाएका जम्मा महिला	< २० वर्ष				Induced
	≥ २० वर्ष				
गर्भपतन पश्चात् प. नि. साधन अपनाएका	छाटा				Spontaneous
	सामान्य				
गर्भपतनका कारण भएको जटिलता					

८. परिवार नियोजन कार्यक्रम					
अस्थायी साधन	नयाँ प्रयोगकर्ता		हाल आपनाई रहेका	साधन वितरण	
	< २० वर्ष	≥ २० वर्ष		इकाई	परिमाण
1	2	3	4	5	6
कण्डम				गोटा	
आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की				डोज	
पिल्स				साइकल	
डिपो				डोज	
सायना प्रेस				डोज	
आई. यु. सी. डी.				सेट	
इम्प्लान्ट				सेट	

बन्ध्याकरण	नयाँ प्रयोगकर्ता				हाल आपनाईरहेका	
	स्वास्थ्य संस्था		शिविर		महिला	पुरुष
	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष		
1	2	3	4	5	6	7
सरकारी						
गैर सरकारी						

1	2	3	4
सुत्केरी पश्चात प. नि. सेवा अपनाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र)	आई. यु. सी. डी.	इम्प्लान्ट	ट्युबेक्टोमी
सुत्केरी पश्चात प. नि. सेवा अपनाएका (४८ घण्टा देखि एक वर्ष भित्र)	आई. यु. सी. डी.	इम्प्लान्ट	ट्युबेक्टोमी
	डिपो.	सायना प्रेस	पिल्स

१. प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता सेवा						
पाठेघरको मुखको क्यान्सर						
	HPV DNA		VIA		Pap Smear & Others	
	Screened	Positive	Screened	Positive	Screened	Positive
1		3	4	5	6	7
३०-४९ वर्षका महिलाको संख्या						
५० वर्ष भन्दा माथिका महिलाको संख्या						
Ablative Treatment गराएको (संख्यामा)						
Colposcopy (संख्यामा)						

स्तन क्यान्सर			
	< ४० वर्ष	४०-७० वर्ष	> ७० वर्ष
1	2	3	4
Screened			
Suspected			
अन्सट्रिक फिस्टुला			
1	2	3	4
Screened		Referred	
Suspected		शल्यक्रिया गरेको	

आइग खस्ने समस्या (महिलाको संख्या)	
1	2
Screened	
Prolapse पत्ता लागेका	Stage 1 & 2 Stage 3 Stage 4
Ring pessary लगाईएको	
प्रेषण गरेको	
शल्यक्रिया गरेको	

१० क. गाउँघर क्लिनिक र समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रम			
1		3	4
प्राथमिक उपचार गरेका			
तौल अनुगमन गरेका	०-११ महिना	सामान्य	
		जोखिम	
		अति जोखिम	
	१२-२३ महिना	सामान्य	
जोखिम			
अति जोखिम			
गर्भ जाँच गरेका महिला			
सुत्केरी जाँच गरेका महिला			
जुकाको औषधी पाएका गर्भवति			
जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको			
६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना सुरु गरेका			

आइरन चक्की वितरण		भिटामिन ए पाएका सुत्केरी महिला	
नयाँ गर्भवती			
दोहोर्याइ आएका			
सुत्केरी महिला			
प. साधन वितरण	कन्डम	गोटा	
	पिल्स	जना	
		साईकल	
	डिपो	डोज	
	सायना प्रेस	डोज	
	आकस्मिक चक्की	डोज	
उपचारमा नियमित नभएका बिरामीको खोज गरेको संख्या (क्षयरोग)			
रक्त नमूना संकलन गरेको स्लाइड संख्या			
आमा समुहको वैठकमा भाग लिएको			

१० ख. नवशिशु स्याहार (Newborn Care)			
Number of sick babies admitted at SNCU/NICU/KMCU		Male	Female
1	2	3	4
Number of sick babies admitted at SNCU/ NICU/ KMCU	Total neonates admitted		
	Preterm		
	LBW		
	Hypothermia		
	Asphyxia		
	Sepsis		
	Seizure		
	Hyperbilirubin		
	Congenital anomalies		
	Others		
	Preterm/LBW/Hypothermia		

Management & Treatment Outcomes of small and/or sick newborns at SNCU/ NICU/ KMCU								Number of small and/or sick newborns managed with KMC at SNCU/ NICU/ KMCU		
Treatment Outcomes (Number)				Cases managed (Number)				Total number of days of stay in SNCU/ NICU/ KMCU	4	5
Improved	Referred	LAMA/ Absconded	Death	Package A	Package B	Package A+B	Package A+B+C		LBW	
									Preterm	
									Hypothermia	
								Preterm/LBW/ Hypothermia newborn cases		

११. औलो निवारण कार्यक्रम (Malaria Elimination Program)							
रक्त नमूना संकलन		परिक्षण तथा नतिजा	Microscopy बाट मात्र	RDT बाट मात्र	Microscopy र RDT दुबैबाट	औलोको उपचार पाएका बिरामी संख्या	गर्भवती महिलालाई वितरित किटनाशक झुलको संख्या
1	2	1	2	3	4	1	2
ACD	PCD	परिक्षण				जम्मा संख्या	
		पोजेटिभ				उपचार पाएका मध्ये गर्भवती संख्या	

औलोको प्रकार	बर्गिकरण	५ बर्ष भन्दा कम उमेर भएका		५ बर्ष वा सो भन्दा माथि उमेर भएका	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
1	2	3	4	5	6
Plasmodium Vivax (PV.)	स्थानीय आयातित				
Relapse Plasmodium Vivax (PV.)	स्थानीय आयातित				
Plasmodium Falciparum (PF)	स्थानीय आयातित				
Plasmodium Mixed (PV+PF)	स्थानीय आयातित				
Others (Ovale, Malariae, Knowlesi, etc.)	स्थानीय आयातित				
औलो बिरामीको जम्मा संख्या	निश्चित गरिएको सामान्य बिरामी निश्चित गरिएको सिकिस्त बिरामी				
मृत्यु संख्या	पि.भि				
	पि.एफ				
	पि.मिक्स				
	अन्य				

१२. कालाजार निवारण कार्यक्रम (Kala-Azar Elimination Programme)													
Patient Type		Age/Sex				Method of Diagnosis				Treated With		Deaths	
		< 5 बर्ष		≥ 5 बर्ष		RK-39	BM	SP	Other	L, A/M*	Other	F	M
		F	M	F	M								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Indigenous	Within District												
	Outside District												
Foreigner													

\* Liposomal Amphotericin B/ Miltefosine

१३. कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम (Leprosy Elimination Program)					
बिवरण		एम. बी.		पि. बि.	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
1		2	3	4	5
कल जम्मा बिरामी संख्या	१३.१ गत महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी संख्या				
	१३.२ कहिल्यै पनि पहिले दर्ता नगरेका नयाँ बिरामी (New case)				
	१३.३ पुनः रोग बल्झिएका बिरामी (Relapsed cases)				
	१३.४ फेरी उपचार शुरु गरेका बिरामी (Re-starter)				
	१३.५ स्थानान्तरण भई आएका बिरामी (Transferred In)				
	१३.६ अन्य थप भएका बिरामी (Other addition)				
	१३.७ जम्मा बिरामीको संख्या (१३.१ देखि १३.६ सम्म)				
१३.८ यस महिनामा सेवा लिन आएका जम्मा बिरामीको संख्या					
जम्मा घटाइएका बिरामी संख्या	१३.९ निर्देशन अनुसार उपचार पुरा गरेका (RFT)				
	१३.१० स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएका (Transfer Out)				
	१३.११ फलोअप नभएका (Lost to Follow up)				
	१३.१२ अन्य घटाइएका (Other Deduction)				
१३.१३ जम्मा घटाइएका (१३.९ देखि १३.१२ सम्म)					
१३.१४ महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी (१३.७ बाट १३.१३ घटाउने)					
१३.१५ नयाँ बिरामी १३.२ मध्ये ०-१४ बर्षका बिरामीको संख्या					
१३.१६ महिनाको अन्त्यमा ०-१४ बर्षका बिरामीको संख्या					
१३.१७ नयाँ बिरामी (१३.२) मध्ये स्मेयर जाँच गरेको संख्या					
१३.१८ नयाँ बिरामीहरूमा स्मेयर जाँचका मध्य कटाणु दाखएका संख्या					
१३.१९ लेप्रा रियाक्सन	Type 1				
	Type 2				
	Neuritis				
१३.२० अल्सर देखा परेका बिरामीको संख्या					
१३.२१ सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने index बिरामीको संख्या					
१३.२२ सम्पर्क परिक्षण भएका Index बिरामीको संख्या					
१३.२३ सम्पर्क परिक्षण गर्नु पर्ने सम्पर्क व्यक्तिको संख्या					
१३.२४ सम्पर्क परिक्षण गरिएका व्यक्तिको संख्या					
१३.२५ सम्पर्क परिक्षणबाट पता लागेका नयाँ बिरामीको संख्या					
१३.२६ बिदेशी नयाँ बिरामी संख्या					

असमर्थताको श्रेणी	० श्रेणी	१ श्रेणी	२ श्रेणी	३ श्रेणी	४ श्रेणी	कोहर्ट प्रतिवेदन	नयाँ दर्ता	जम्मा RFT भएका	जम्मा Loss to follow up	अन्य घटाइएका जम्मा	हाल उपचारमा रहेका
1	2	3	4	5	१	२	३	४	५	६	
नयाँ बिरामीमध्ये						एम. बी. बिरामी (१८ महिनाअघि)					
०-१४ बर्षका नयाँ बिरामी मध्ये						पी. बी. बिरामी (९ महिनाअघि)					

१४. पुनर्स्थापना सेवा

पुनर्स्थापना सेवा लिएका सेवाग्राहीको संख्या			जातजाति	संख्या (नयाँ)	लिंग	विकार/अपाङ्गताको प्रकार अनुसार नयाँ सेवाग्राही संख्या										अपाङ्गताको प्रकार अनुसार नयाँ सेवाग्राही (संख्या)			
नयाँ	पुरानो	विदेशी	1	2		०१. शारीरिक सम्बन्धी	०२. दृष्टि सम्बन्धी	०३. सुनाइ सम्बन्धी	०४. श्रवण दृष्टिविहीन सम्बन्धी	०५. स्वर र बोलाइ सम्बन्धी	०६. मानसिक/मनोसामाजिक सम्बन्धी	०७. बौद्धिक सम्बन्धी	०८. अनुवंशीय रक्तश्राव (हेमोफिलिया) सम्बन्धी	०९. अटिज्म सम्बन्धी	१०. बहु अपाङ्गता	अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रकार			
			दलित												अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रकार				
			जनजाति												1	2	3	4	
			मधेशी												क-रातो रंग (पूर्णअशक्त अपाङ्गता)				
			मुस्लिम												ख-नीलो रंग (अतिअशक्त अपाङ्गता)				
			ब्राह्मण/क्षेत्री												ग-पहेँलो रंग (मध्यम अपाङ्गता)				
			अन्य												घ-सेतो रंग (सामान्य अपाङ्गता)				
1	2	3			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
म.																			
पु.																			
यौ.अ																			

सेवाग्राही	उमेर समूह				
	<१	१-५	६-१७	१८-५९	>५९
1					
म.					
पु.					
यौ.अ					

कार्य क्षमता (Functioning)					
०१. बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	०२. गमनाशिलता	०३. स्व-देखिचाह	०४. घुलमिल	०५. जीवन क्रियाकलाप	०६. सहभागिता
1					
म.					
पु.					
यौ.अ					

स्वास्थ्य समस्याको कारण							
०१. जन्मजात	०२. दुर्घटना/घोटपटक	०३. हिंसा	०४. जन्म रोग	०५. सर्जरी रोग	०६. दृष्टी खिड्नु	०७. अन्य	०८. थाहा नभएको
1							
म.							
पु.							
यौ.अ							

सेवाको प्रकार							
०१. फिजियोथेरापी सेवा	०२. भाङ् तथा श्रमण सेवा	०३. अनुप्रेषणसेवा सेवा	०४. सहायक सामग्री सेवा	०५. चिकित्सकीय सेवा		०६. मनोपरामर्श सेवा	०७. अन्य सेवा
				०५.१ पि.एम.एण्ड.आर	०५.२. अन्य		
1							
म.							
पु.							
यौ.अ							

सहायक सामग्री	०१. गमनाशिलता सम्बन्धी	०२. दृष्टि	०३. सुनाइ	०४. संचार	०५. बुझ्ने र बुझाउने क्षमता	०६. वातावरण
1						
म.						
पु.						
यौ.अ						

निदान (Diagnosis)	जम्मा	निदान (Diagnosis)	जम्मा
1	2	3	4
01 Certain infectious or parasitic diseases (1A00-1H0Z)		14 Diseases of the skin (EA00-EM0Z)	
02 Neoplasms (2A00-2F9Z)		15 Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue (FA00-FC0Z)	
03 Diseases of the blood or blood-forming organs (3A00-3C0Z)		16 Diseases of the genitourinary system (GA00-GC8Z)	
04 Diseases of the immune system (4A00-4B4Z)		17 Conditions related to sexual health (HA00-HA8Z)	
05 Endocrine, nutritional or metabolic diseases (5A00-5D46)		18 Pregnancy, childbirth or the puerperium (JA00-JB6Z)	
06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (6A00-6E8Z)		19 Certain conditions originating in the perinatal period (KA00-KD5Z)	
07 Sleep-wake disorders (7A00-7B2Z)		20 Developmental anomalies (LA00-LD9Z)	
08 Diseases of the nervous system (8A00-8E7Z)		21 Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified (MA00-MH2Y)	
09 Diseases of the visual system (9A00-9E1Z)		22 Injury, poisoning or certain other consequences of external causes (NA00-NF2Z)	
10 Diseases of the ear or mastoid process (AA00-AC0Z)		23 External causes of morbidity or mortality (PA00-PL2Z)	
11 Diseases of the circulatory system (BA00-BE2Z)		24 Factors influencing health status or contact with health services (QA00-QF4Z)	
12 Diseases of the respiratory system (CA00-CB7Z)		25 Codes for special purposes (RA00-RA26)	
13 Diseases of the digestive system (DA00-DE2Z)		26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I (SA00-SJ3Z)	

सहायक सामग्री प्राप्त भएको श्रोत	
1	2
०१. आफै किनेको	
०२. अस्पतालबाट	
०३. अन्य सरकारी कार्यलयबाट	
०४. पुनर्स्थापना केन्द्रबाट	
०५. अन्य संस्थाबाट	

स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवा	01. OPD	02. IPD	03. IMNCI	04. Nutrition	05. Immunization	06. Safe Motherhood	07. PEN	08. PHC/ORC	09. Other
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
प्रेषण भई आएको									
प्रेषण गरिएको									

अन्य संस्था/व्यक्ति	०१. केन्द्रीय/ प्रादेशिक अस्पताल	०२. द्वितीय अस्पताल	०३. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/ आधारभूत/ अस्पताल	०४. स्वास्थ्य चौकी	०५. सहरी स्वास्थ्य क्लिनिक	०६. सामुदायिक स्वास्थ्य क्लिनिक	०७. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका	०८. पुनर्स्थापना केन्द्र	०९. अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको संस्था	१०. अन्य सेवाग्राही	११. अन्य
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
प्रेषण भई आएको											
प्रेषण गरिएको											

सेवा पाएको सैनको संख्या अनुसार सेवाग्राहीको संख्या					जम्मा सैन संख्या
१	२-१५	१६-३९	४०-६९	>६९	
1	2	3	4	5	6

सेवा पाएको दिनको संख्या अनुसार सेवाग्राहीको संख्या				
१	२-७	८-१५	१६-३०	>३०
1	2	3	4	5

भर्ना भएको जम्मा सेवाग्राहीको संख्या		डिस्टार्ज भएको जम्मा सेवाग्राहीको संख्या		सेवाको लागि औसत बसाई (दिन)	
--------------------------------------	--	--	--	----------------------------	--

**१५. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control Program)**

Case Registration (1)													Referred (2)				
Type of TB	New		Relapse		TAF*		TALF**		OPT***		UPTH****		Type of TB	Self	Private Sector	Community	Contact Investigation
	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	1	2	3	4	5
Pulmonary (BC)													Pulmonary (BC)				
Pulmonary (CD)													Pulmonary (CD)				
Extra Pulmonary													Extra Pulmonary				

Age group (3)																	Contact Investigation and TB Preventive Therapy (4)							
Type of TB	0-4 Yrs		5-14 Yrs		15-24 Yrs		25-34 Yrs		35-44 Yrs		45-54 Yrs		55-64yrs		65 > Yrs		Index TB Cases	No. family Members		Members Investigated		Diagnosed with TB	Eligible for TBPT	Enrolled on TBPT
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		Child	Adult	Child	Adult			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	1	2	3	4	5	6	7	8
New (All)																								
Relapse (All)																								
Other (All)																								

Treatment Regimen (5)										DST of TB Patient (6)			Presumptive TB (7)							
Age Group	2HRZE+ 4HR		2 HRZE + 7 HRE		6HRZE		6 HRZE+ Lfx		TB Cases	Xpert	LPA	Sex	Presumptive TB cases	Screened by		Diagnosed		Enrolled		
	F	M	F	M	F	M	F	M						X-ray	Symptoms	DS TB	DR TB	DS TB	DR TB	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	
Child (0-14)									New			Female								
Adults (>14)									Re-reat			Male								

Sputum Smear Examination by Microscopy (8)			Xpert MTB/RIF test result (9)							TB HIV Status (10)					TB and Tobacco (11)	
Sex	No. of Presumptive TB Examined (Person)		Sex	Mycobacterium Tuberculosis (MTB)			Rifampicin Resistance			Sex	HIV Test Result of TB Patient		TB HIV Patients on		TB Cases Registered	Patient Smoking Tobacco Current
	Positive	Negative		Detected	Not Detected	Error/ No result/ Invalid	Detected	Not Detected	Indeterminate		Positive	Negative	ART	CPT		
1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	1	2
Female			Female							Female						
Male			Male							Male						

**१५. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control Program)**

**Treatment Outcome (12)**

Registration Category	No. of Registered Cases		Cured		Completed		Failed		Died		Lost to Follow Up		Not Evaluted	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PBC_New														
PBC_Relapse														
PBC_TAF*														
PBC_TALF**														
PBC_OPT***														
PBC_UPTH****														
PCD_New														
PCD_Relapse														
PCD_Other														
EP_New														
EP_Relapse														
EP_Other														
HIV Infected TB Patient (All form)														

**TB Preventive Therapy Outcome (13)**

No of Case Enrolled	Completed	Not completed
1	2	3

**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

१६. एचआईभी कार्यक्रम

परिक्षण र परामर्श सेवा (HTC साइटहरूले मात्र भने)

निका सहित परामर्श र परिक्षण	सूचक	यौनकर्मी			सुइद्वारा लागू पदार्थ प्रयोग गर्नेहरू			पुरुष समलिंगी र तेस्रो लिंगी			रगत वा अन्य अंग लिनेहरू			यौनकर्मीका ग्राहकहरू			आप्रवासीहरू वा रोजगारीका लागि विदेशिनेहरू			आप्रवासीहरू वा रोजगारका लागि विदेश जानेहरूको जीवन साथी			जेलका कैदी बन्दीहरू			अन्य			उमेर समूह (जम्मा)		
		म	पु	यौ.अ.	म	पु	यौ.अ.	म	पु	यौ.अ.	म	पु	यौ.अ.	म	पु	यौ.अ.	म	पु	यौ.अ.	म	पु	यौ.अ.	म	पु	यौ.अ.	म	पु	यौ.अ.	<१५	१५-४९	>४९
		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
परिक्षण																															
पोजिटिभ																															

एचआईभी प्रारम्भिक शिशु निदान (EID) र आमा-वाट-बच्चामा संक्रमण (PMTCT) रोकथामका सेवाहरू

यौन रोग संक्रमण व्यवस्थापन- ए आर टि केन्द्रहरू वा स्वास्थ्य संस्थाहरू द्वारा एच आई भी को जोखिममा भएका समूहहरू वा एच आई भी संक्रमितहरूलाई यौन रोगको (Syndromic or Aetiological) सेवाहरू प्रदान गरेको डाटा रिपोर्ट गर्न बनाइएको फारम			
एच आई भी को जोखिममा भएका समूहहरू वा एच आई भी संक्रमितहरू	यौन रोगको सेवाको लागि आएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौन रोगको निदान भएका कुल सेवाग्राहीहरू	यौन रोगको उपचार पाएका कुल सेवाग्राहीहरू
१	२	३	४
यौनकर्मीहरू (Sex workers)			
सुई द्वारा लागु पदार्थ लिने व्यक्तिहरू (PWIDs)			
पुरुष समलिंगी तथा तेस्रो लिंगीहरू (MSM and TG)			
रगत वा अंग प्राप्तकर्ताहरू (Blood or Organ recipient)			
महिला यौनकर्मीहरूका ग्राहकहरू (Clients of FSWs)			
आप्रवासीहरू वा रोजगारी का लागि विदेशिनेहरू (Migrants)			
प्रवासीहरूको जीवनसाथी (Spouse/Partner of migrants)			
गर्भवती महिलाहरू			
नवजात शिशुहरू			
जेलका कैदी बन्दीहरू			
एच आई भी संक्रमितहरू			
अन्य समूह			

यस अबधिमा एचआईभी परामर्श गरिएका, परिक्षण गरिएका र पोजिटिभ भएका महिलाहरूको संख्या (HMIS 3.6) (गर्भावस्था, प्रसूति तथा सुत्केरी अवस्थाका महिलाहरू)				एआरटी शुरु गर्ने एचआईभी संक्रमित आमाको संख्या	
1	2	3	4	5	6
	परामर्श	परिक्षण	पोजिटिभ	गर्भवती हुनु भन्दा पहिला (पुरानो)	गर्भावस्था, प्रसूति तथा सुत्केरी अवस्थामा (नयाँ)

एचआईभी संक्रमित आमाबाट जन्मिएका बच्चाहरू				
बच्चाहरूको संख्या (जीवित)	Early Infant Diagnosis (EID) [To be reported when report is received]			एआरटी शुरु गरेका एचआईभी पोजिटिभ बच्चाहरू (०-१८ महिना)
	एचआईभी पोजिटिभ पत्ता लागेका बच्चाहरूको संख्या (जन्मिएको २४ घण्टाभित्र)	एचआईभी पोजिटिभ पत्ता लागेका बच्चाहरूको संख्या (०-२ महिना)	एचआईभी पोजिटिभ पत्ता लागेका बच्चाहरूको संख्या (२-१८ महिना)	
1	2	3	4	5

ओपियोइड प्रतिस्थापन थेरापी	महिला	पुरुष	यौ.अ.
१	२	३	४
यस महिनाको अन्त्यसम्ममा मेथाडोनको सेवा लिईराखेका सेवाग्राहीहरूको कुल संख्या			
यस महिनाको अन्त्यसम्ममा बुप्रेनोर्फिनको सेवा लिईराखेका सेवाग्राहीहरूको कुल संख्या			
यस महिनाको अन्त्यसम्ममा ओपियोइड प्रतिस्थापन थेरापीको (बुप्रेनोर्फिन र मेथाडोन) सेवा लिईराखेका सेवाग्राहीहरूको कुल संख्या			

यस अबधिमा Syphilis परिक्षण गरिएका, पोजिटिभ पत्ता लागेका र उपचार पाएका गर्भवती महिलाहरूको संख्या		
परिक्षण गरिएका	पोजिटिभ भएका	उपचार पाएका
1	2	3

\*म: महिला, पु: पुरुष, यौ.अ: यौनिक अल्पसंख्यक



**१७. नसर्ने रोग (Non-Communicable Diseases)**

Non-Communicable Diseases										
Number of NCD cases on Treatment (OPD/Emergency)	Client Type		Gender		Age Group				Referred Out	
	New	Follow Up	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	
Hypertension										
Cardiovascular Disease										
Diabetes										
Cancer										
COPD										
Asthma										
Chronic Kidney Disease (CKD)										
Rheumatic Heart Disease (RHD)										
Stroke										
Heart Attacks										
Thyroid Diseases										
Congenital Heart Disease										
Sickle cell diseases and other haemoglobinopathies										
Alcohol Liver Diseases										
Obesity										
Other NCDs cases										

Number of NCD Cause-Specific Deaths							
Type of NCDs	Gender		Age Group				
	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above	
1	2	3	5	6	7	8	
Cardiovascular Disease							
Cancer							
Diabetes							
Chronic Respiratory Diseases							
Suicide							
Other NCDs							

Mental Health										
Number of Mental Health Cases on Treatment (OPD/Emergency)	Client Type		Gender		Age Group				Referred Out	
	New	Follow Up	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	
Depression										
Suicide Attempt										
Epilepsy										
Psychosis										
Anxiety Disorder										
Emotional and Behavioural Disorder of Children and Adolescents										
Dementia										
Conversion Disorder										
Bipolar Disorder										
Other Mental Disorder										
Alcohol Use Disorder										
Other Substance Use Disorders										

Total number of new cancers cases managed						
Type of Cancer	Gender		Age Group			
	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above
1	2	3	5	6	7	8
Cervical						
Oral						
Breast						
Lungs						
Others						

Type of Cases	Number of Cases	
	New	Follow Up
1	2	3
Total no of mental health case		
Total no of mental health case on regular follow up		
Total no. of cases reporting improvement		

Injuries										
Type of Injury	Number of Cases									
	Client Type		Gender		Age Group				Referred Out	
New	Follow Up	Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above	11		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	
Road Traffic Injuries (RTI)										
Fall										
Burn										
Drowning										
Bites										
Occupational Injury										
Violence										
Self-Harm										

Number of Deaths						
Gender		Age Group				
Male	Female	<20	20-29	30-69	70 and above	
14	15	17	18	19	20	

Control and Follow Up Cases for Hypertension and Diabetes		
Type of Cases	Hypertension	Diabetes
1	2	3
Follow Up Cases		
Control Cases		



### 18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5 yrs Children) - 1

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>A. Certain Infectious or Parasitic Diseases</b>				
001	1F03	Measles		
002	1C17	Diphtheria		
003	1C12	Whooping Cough		
004	1C15	Neonatal Tetanus		
005	1C13	Tetanus		
006	1B1Z	Tuberculosis		
007	MB56	Acute Flaccid Paralysis (AFP)		
008	1F02	Rubella		
009	1D80	Mumps		
010	1E90.0	Chicken Pox		
011	1E51.0Z	Hepatitis B		
<b>B. Communicable, Vector Borne</b>				
012	1D00	Acute Encephalitis like Syndrome (AES)		
013	1F66	Filariasis		
014	1F45	Clinical Malaria		
015	1F42	Malaria (Plasmodium Falciparum)		
016	1F42	Malaria (Plasmodium Mix)		
017	1F41	Malaria (Plasmodium Vivax)		
018	1F45	Malaria (Relapse)		
019	1D2Z	Dengue Fever		
020	1F54.0	Kala-azar/Leshmaniasis		
021	1C30.3	Scrub Typhus		
022	1C85	Japanese Encephalitis		
<b>C. Communicable, Water/Food Borne</b>				
023	1A07	Typhoid (Enteric Fever)		
024	1A40	Acute gastro-enteritis (AGE)		
025	1A36.00	Ameobic Dysentery/Amoebiasis		
026	1A02	Bacillary Dysentery/Shigellosis		
027	ME05.1	Presumed non-infectious diarrhoea		
028	1A00	Cholera		
029	1F90.2	Intestinal Worms		
030	ME10.1	Jaundice		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>C. Communicable, Water/Food Borne</b>				
031	1E50.0	Hepatitis A		
032	1E51.3	Hepatitis E		
033	029	Volume Depletion (Dehydration)		
034	1A0Z	Bacterial Intestinal infection		
<b>D. Other Communicable Diseases</b>				
035	1B20	Leprosy		
036	1D01.Y	Meningitis		
<b>E. HIV/STI</b>				
037	1C62	HIV Infection		
038	1A70.0Y	Urethral Discharge Syndrome (UDS) Gonococcal		
039	MF40.2Y	Scrotal Swelling Syndrome (SSS)		
040	MF3A	Vaginal Discharge Syndrome (VDS)		
041	MD81.12	Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS)		
042	KA65.0	Neonatal Conjunctive Syndrome (NCS)		
043	GA6Z	Genital User Disease Syndrome (GUDS) - female		
044	GB0Z	Genital User Disease Syndrome (GUDS) - male		
045	BD90.Y	Inguinal Bubo Syndrome (IBS)		
046	1A6Z	Syphilis		
<b>F. Other Infected Diseases</b>				
047	CA4Z	ARI/Lower respiratory tract infection (LRTI)		
048	CA07.0	Upper respiratory tract infection (URTI)		
049	CA40	Pneumonia		
050	CA40	Severe pneumonia		
051	CA20	Bronchitis (Acute & chronic)		
052	GC08	Urinary Tract Infection (UTI)		
053	1E32	Viral Influenza		
054	GA0Z	Reproductive Tract Infection (RTI) - Female		
055	GB07	Reproductive Tract Infection (RTI) - Male		
<b>G. Nutritional &amp; Metabolic Disorder</b>				
056	5A01	Goitre, Cretinism		
057	5A14	Diabetes Mellitus (DM)		
058	5B7Z	Malnutrition		

## 18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 2

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>G. Nutritional &amp; Metabolic Disorder</b>				
059	5B7Y	Avitaminoses & other nutrient deficiency		
060	5B81	Obesity		
061	3A9Z	Anaemia/Polyneuropathy		
062	8C0Z	Polyneuritis		
<b>H. Skin Diseases</b>				
063	ED80	Acne		
064	1A95	Warts		
065	ED60.1	Chloasma/ melasma		
066	EB05	Urticaria		
067	EA8Z	Dermatitis/Eczema		
068	ED70	Alopecia		
069	1B70	Cellulitis		
070	1G00	Pediculosis (Lice)		
071	ED63.0	Vitiligo		
072	EC23.2	Albinism		
073	1F00.0	Herpes simplex		
074	1E91.Z	Herpes zoster		
075	EB10	Erythroderma		
076	1B72	Impetigo		
077	1B75.0	Boils		
078	1B75.3	Abscess		
079	1B75.2	Furunculosis		
080	EA60	Fungal infection (Lichen planus)		
081	1G04	Scabies		
082	1A61.3	Leukoderma		
083	EA90	Psoriasis		
084	BD90.0	Acute Lymphadenitis		
085	NE4Z	Frostbite		
<b>I. Ear, Nose and Throat Infection</b>				
086	AA90	Acute Suppurative Otitis Media		
087	AA91	Chronic Suppurative Otitis Media		
088	CAOA	Sinusitis		
089	CA03	Acute Tonsilitis		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>I. Ear, Nose and Throat Infection</b>				
090	CA02	Pharyngitis/Sore throat		
091	ND71	Foreign body in ear		
092	ND72.1	Foreign body in nose		
093	ND72.2	Foreign body in throat		
094	AA42	Wax		
095	CA0J	Nasal Polyps		
096	CA0D	Deviated nasal septum (DNS)		
097	CA09.0	Rhinitis		
098	AA3Z	Otitis externa		
099	CA05.0	Reflux laryngitis		
100	1B75.2	Furunculosis of Ear		
101	CA0Y	Nasal Vestibulitis		
<b>J. Oral Health Related Problems</b>				
102	DA08.0	Dental caries		
103	DA0A.Y	Toothache		
104	DA0D	Periodontal disease (gum disease)		
105	DA07.3	Other disorder of teeth		
106	DA01.10	Oral ulcer (Aphthous & herpetic)		
107	DA03.0	Glossitis		
108	DA01	Stomatitis		
109	DA07.8	Tooth impaction		
110	3A70	Hypoplasia		
111	DA01.00	Leukoplakia		
112	1F23	Fungal infection (candidiasis)		
113	DA01.30	Oral space infection & abscess		
114	DA08.4	Stained Teeth		
115	NA0D.01	Chipped Tooth		
116	LA30.3	Hyperdontia		
117	DA08.Y	Hypersensitivity		
118	2B6E	Oral cancer		
119	DA0B.Y	Gingivitis		
120	DA0C.Y	Periodontitis		
121	DA02.1	Dry Mouth		

### 18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 3

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>K. Eye Problems</b>				
122	9A60.Z	Conjunctivitis		
123	1C23.Z	Trachoma		
124	9B10	Cataract		
125	9D90	Blindness		
126	9D00	Refractive error		
127	9C61	Glaucoma		
128	9D44	Colour blindness		
129	9A20.00	Exophthalmos		
130	9A01.20	Stye (External Hordelum)		
131	9A02.01	Chalazion		
132	9A61.1	Pterygium		
133	9B71.0	Diabetic retinopathy		
134	9B71.1	Hypertensive retinopathy		
135	9A03.1	Entropion		
136	NA06	Traumatic eye disease		
137	9A96	Uveitis		
138	9B78.3	Macular degeneration (age related)		
139	9D46	Amblyopia (Lazy eye)		
140	9C8Y	Squint		
141	9B70	Retinitis pigmentosa		
142	MC1Y	Nightblindness/visual disturbance		
143	2D02.2	Retinoblastoma		
144	MC15	Red Eye		
145	9A01.3	Blepharitis		
146	KB65.0	Neonatal Conjunctivitis (NEOS)		
<b>L. Obstetrics Complications</b>				
147	JA01	Ectopic Pregnancy		
148	JA05.2	Abortion Complication		
149	JA23	Pregnancy Induced Hypertension (PIH)		
150	JA24.1	Severe/ Pre-eclampsia		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>L. Obstetrics Complications</b>				
151	JA25.0	Antepartum Eclampsia		
152	JA25.1	Intrapartum Eclampsia		
153	JA25.2	Postpartum Eclampsia		
154	JA60.0	Hyperemesis Grivadarum		
155	JA41	Antepartum Haemorrhage		
156	JB03	Prolonged labour		
157	JB06	Obstructed Labor		
158	JB0A.1	Ruptured Uterus		
159	JA43	Postpartum Haemorrhage		
160	JA43.0	Retained Placenta		
161	JB0D	Other Complications of labor and delivery		
162	JB40.0	Pueperal Sepsis		
<b>M. Gynaecological Problems</b>				
163	GA05	Pelvic Inflammatory Disease (PID)		
164	GC40	Prolapsed uterus		
164	GA20	Menstrual disorder		
165	GA2Y	Disfunctional Uterine Bleeding (DUB)		
165	GB31	Sub- fertility (Female)		
166	GB04	Sub- fertility/ infertility (Male)		
<b>N. Mental Health related problems</b>				
167	6D8Z	Dementia		
168	6C40.2	Addiction (ch. acoholisim, Dipsomania, drug)		
169	6A20	Schizophrenia		
170	6A23	Acute psychotic disorder		
171	6A60.1	Bipolar affective disorder		
172	6A7Z	Depression		
173	6B0Z	Phobic Anxiety		
174	6A22	Pyschosis		
175	6A22	Obsessive - compulsive disorder		
176	6B60	Conversive disorder (Hysteria)		

**18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 4**

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>N. Mental Health related problems</b>				
177	6B00	Neurosis		
178	6A00	Mental retardation		
179	8A6Z	Epilepsy		
180	8A80	Migraine		
181	6E8Z	Mental illness (unspecified)		
182	MB24.3	Anxiety Disorder		
183	6C40	Alcohol Use Disorder		
184	6C4Z	Substance Use Disorder		
<b>O. Malignancy</b>				
185	2C6Z	Breast cancer		
186	2C77	Cervical/ uterine cancer		
187	2C25	Lung/ bronchial Cancer		
188	2B70	Oesophagus cancer		
189	2B72	Stomach cancer		
190	2D10	Thyroid cancer		
191	2C12.0	Liver cancer		
192	2C10	Pancreatic cancer		
193	2E03	Bone/ Bone Marrow Cancer		
194	2C13	Gall bladder cancer		
195	2B91	Colorectal (colon with rectum) cancer		
196	2B6E	Oral cancer		
197	2B33.5	Lymphoma cancer		
198	2C73	Ovary cancer		
199	2C94	Urinary bladder cancer		
200	2B6B	Nasopharyngeal cancer		
201	2C4Z	Head & neck cancer		
202	2D4Z	Other Cancer		
203	2B33	Hematological malignancy		
<b>P. Cardiovascular &amp; Respiratory Related Problems</b>				
204	BA00	Hypertension		
205	BD10	Congestive heart failure		
206	BD1Z	Cardiac heart failure		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>P. Cardiovascular &amp; Respiratory Related Problems</b>				
207	CA22	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)		
208	1B40	Acute rheumatic fever		
209	BC20.1	Rheumatic heart disease (RHD)		
210	BA6Z	Ischemic heart disease		
211	BE2Y	Other cardiovascular problems		
212	CA23.32	Bronchial asthma		
<b>Q. Other Diseases &amp; Injuries</b>				
213	GB60	Acute Renal failure		
214	GB61	Chronic Renal failure		
215	GB40	Nephritis		
216	GB40	Nephrotic syndrome		
217	MB4D	Headache		
218	MG26	Pyrexia of Unknown Origin (PUO)		
219	DA42	Gastritis (APD)		
220	PA75	Insect/Wasp bite		
221	MD81.4	Abdominal Pain		
222	DB93.1	Cirrhosis of liver		
223	NE2Z	Burns and Scalds		
224	NE60	Toxic Effect		
225	PA7Z	Dog Bite		
226	1C82	Other rabies susceptible animal bite		
227	PA7Z	Snake bite: Poisonous		
228	PA7Z	Snake bite: Non-poisonous		
<b>R. Orthopaedic Problems</b>				
229	FA20	Rheumatoid arthritis		
230	FA2Z	Arthritis		
231	FA0Z	Osteo arthrosis		
232	ME84	Back ache (musculo- skeletal pain)		
233	ME84.2	Lower Back Pain (LBP)		
234	MG30.02	Lower Back Pain (LBP) chronic		
235	ND56.2	Fractures		

**18. New Outpatient Morbidity (Including Under 5yrs Children) - 5**

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
1	2	3	4	5
<b>R. Orthopaedic Problems</b>				
236	FB55	Tendonitis		
237	ND56.3	Ligamentous Sprain		
238	ME84.0	Neck Pain		
239	ME85	Joint Stiffness		
240	FA8Z	Spondylosis		
241	FA84	Spondylolisthesis		
<b>S. Surgical Problems</b>				
242	DA41.2	Acid peptic disorders (disease)		
243	DB50.0	Anal Fissure		
244	DB50.1	Anal fistula		
245	DB31.0	Fistula of Intestine		
246	GB70.0	Renal stones		
247	MF30	Breast lumps (Adenoma)		
248	GB21	Mastitis (Ignored breast)/breast abscess		
249	GB23.5	Mastalgia breast		
250	ME61	Lumps (lipoma)		
251	EK70.0	Sebaceous cyst		
252	EG63.0	Pilonidal sinus		
253	DB10.	Appendicitis		
254	DC12.	Cholecystitis		
255	DC11.	Cholelithiasis (gall stone)		
256	DZD5	Hernia		
257	GB00	Hydrocoele		
258	GB05.2	Phimosis/para-phimosis		
259	DB60	Haemorrhoids/Piles		
260	GB02.1	Epididymitis/ Orchitis		
261	GA90	Prostatism (BEP/BPH)		
<b>T. Reasons for Contact with Health Services</b>				
262	QA00	General Examination		
263	QA03	Routine general health checkup		
264	QA08	Screening Examination for infectious disease		

SN	ICD 11	Name of Disease	Female	Male
6	7	8	9	10
<b>T. Reasons for Contact with Health Services</b>				
265	QA09	Screening Examination for Neoplasms		
266	QA1Z	Counseling		
267	QA21	Reason Associated with Reproduction		
268	QA3Z	Procreative management		
269	QA40	Pregnancy Examination		
270	QA45	Antenatal Screening		
271	QA48	Postpartum care or Examination		
272	QA49	Problems related to unwanted pregnancy		
273	QA4B	Menopausal Counselling		
274	QB20	Blood donor		
275	QB83	Follow up care involving plastic surgery		
276	QB94	Care involving Dialysis		
277	QB95	Care involving Rehabilitation procedures		
278	QB96	Radiotherapy session		
279	QB97	Chemotherapy session		
280	QB9B	Palliative care		
281	QFOZ	Acquired absence of body structure		
<b>U. Common Symptoms</b>				
282	MG3Z	General Consideration on Pain		
283	MD30	Chest Pain		
284	MD11.5	Breathlessness/ Shortness of Breath		
285	MD12	Cough		
286	MD81	Abdominal Pain		
287	MD50.1	Nause and Vomiting		
288	MB4D	Headache		
289	MG26	Fever		
290	MB48.0	Dizziness and Vertigo		
291	MG45	Syncope (Sudden Collapse or LOC)		
292	EC90.0	Itching (Pruritus)		
293	MG22	Fatigue and Weakness (Generalized)		
<b>Total New OPD Visits</b>				
<b>Total Old (repeated) OPD Visits</b>				

### 18a. Common Emergency Diseases

SN	ICD 11	Name of Disease/ Condition	Female	Male	SN	ICD 11	Name of Disease/ Condition	Female	Male	SN	ICD 11	Name of Disease/ Condition	Female	Male
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
<b>A. Respiratory Emergencies</b>					<b>F. Gynecology and Obstetrical Emergencies</b>					<b>I. Ocular Emergencies</b>				
1	MD11.5	Shortness of breath			35	DC31	Acute Pancreatitis			70	ND70	Foreign body Eye		
2	CA22.0	Acute exacerbation of (COPD)			36	DB50.0	Strangulated/Obstructed Herina			71	9D5Y	Sudden loss of Vision		
3	CA23.32	Bronchial Asthma			37	DB30	Intestinal Obstrucction			72	ND99.1	Chemical Injuries		
4	CA40	Pneumonia			38	ME24.3	Hallow Viscus Perforation			<b>J. Ent Emergencies</b>				
5	CA71.0	Aspiration Pneumonia			39	DC50	Peritonitis			73	MD20	Epistaxis		
6	CB21	Pneumothorax			40	MF56	Renal Colic			74	NA00.2	Foreign body ENT		
7	MD22	Hemoptysis			41	MF50.4	Hematuria			<b>K. Burns</b>				
8	BB00.0	Acute Pulmonary Embolism			42	MF50.3	Actute Retention of Urine			75	NE2Z	Thermal burns		
9	NF04	Acute Mountain Sickness			43	GB01.0	Testicular Torsion			76	NF08.0	Electrical and Lightening Injuries		
10	CA81.1	High Altitude Pulmonary Edema (HAPE)			44	GB05.3	Paraphimosis			<b>L. Mental Health Emergencies</b>				
11	8D60.1	High Altitude Cerebral Edema (HACE)			<b>F. Gynecology and Obstetrical Emergencies</b>					77	6C40.3	Alchohol intoxication		
12	CB41.0	Acute Respiratory Failure			45	JA01	Ectopic Pregnancy			78	6C40	Alchohol use disorder		
13	CB00	Acute Respiratory Distress Syndrome			46	JA41	Antepartum Haemorrhage			79	6B00	Anxiety disorder		
<b>B. Cardiac Emergencies</b>					47	JB0A.1	Ruptured Uterus			80	6B60	Conversion Disorder		
14	MD30	Chest pain			48	JA23	Pregnancy Induced Hypertension (PIH)			81	6A7Z	Depression		
15	BA4Z	Acute Coronary Syndrome			49	JB06	Obstructed Labour			82	6A23	Acute psychosis		
16	BA41	Acute Myocardial Infraction			50	JA43	Postpartum Haemorrhage			<b>M. Toxicological Emergencies</b>				
17	BC9Z	Arrhythmias-tachyarrhythmias and bradyarrhythmias			51	JB40.0	Puerperal pyrexia			83	NE60	Outline of Poisoning		
18	CB01	Actute Pulmonary Edema			52	JA60.0	Hypermesis Gravidraum			84	PB33	Organophosphorus Poisoning		
19	BB23	Cardiac Tamponade			<b>G. Orthopaedic &amp; Trauma</b>					85	NE60	Aluminium Phosphide		
20	MG40.0	Cardiogenic Shock			53	NA0Z	Head Injury			86	NE61	Mushroom Poisoning		
21	BA03	Hypertensive Emergencies			54	NB9Z	Abdominal and pelvic Injury			87	NE61	Wild Honey Poisoning		
<b>C. Neurological Emergencies</b>					55	NB3Z	Chest Injuries			88	NE61	Dhatura Poisoning		
22	MB20.1	Coma			56	ND56	Muskuloskeletal Injuries			89	NE59	Paracetamol Poisoning		
23	8A68	Seizures			57	NFOA.6	Compartment Syndrome			90	NE60	Antidotes		
24	1D0Z	Acute CNS Infections			58	ND56.8	Traumatic amputation			<b>N. Bite</b>				
25	8B20	Cerebrovascular Accidents			59	DA0Y	Toothace/Odontalgia			91	PA7Z	Snake Bite		
26	8C01.0	Guillain- Barre Syndrome (GBS)			60	NA0D.02	Dental Fractures			92	PA7Z	Animal Bite		
27	8D60	Raised Intracranial Pressure			61	NA03.0	Temporomandibular joint (TMJ) Dislocation			93	1C82	Rabies		
<b>D. Gastrointestinal Emergencies</b>					62	MD80	Gum Bleeding			94	PA75	Insect Bite		
28	MD81	Abdominal pain			<b>H. Metabolic Emergencies</b>					<b>O. Paediatric Emergencies</b>				
29	DA42	Acute Gastritis			63	5C77	Hypoklaemia			95	KB8C	Diarrhoea		
30	1A40	Acute Gastroenteritis			64	5C76	Hyperkalemia			96	CA4Z	Acute Respiratory Tract infection		
31	DB10.0	Acute Appendicitis			65	5C70.1	Hyponatremia			97	CA06.1	Acute epiglottitis		
32	DC12.0	Acute Cholecystitis			66	5C71	Hypernatremia			98	CA05.0	Laryngitis and laryngotracheobrochitis		
33	ME24.9	Gastrointestinal Bleeding (GIB)			67	5A41	Hypoglycemia			99	KB23	Pneumonia		
34	DB91	Fulminant Hepatic Failure			68	5A22.0	Diabetic Ketoacidosis (DKA)			100	KB06	Febrile Convulsions		
					69	5A74.1	Acute Adrenal Crisis							

**१९. प्रयोगशाला सेवा (Laboratory Services)**

Sl. No.	Lab	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.	DE	Test	No.				
<b>HAEMATOLOGY</b>				33	LD Bodies		64	Amoebiasis		96	Calcium		127	Culture	Stool		158	HBeAg		188	Oestrogen	
1		HB		34	Hb Electrophoresis		65	PSA		97	Phosphorus		128		Water		159	Anti-HBe		189	Progesterone	
2		RBC Count		35	LE cell		66	Ferritin		98	Magnesium		129		Pus		160	HBcAg		190	Testosterone	
3		TLC		36	ALC		67	Cysticercosis		99	Uric acid		130		Sputum		161	Anti HBcAg		191	Vit. D	
4		Platelets Count		37	AEF		68	Brucella		100	Total Cholesterol		131		CSF		162	Western blot		192	Vit. B12	
5		DLC		38	FDP		69	Thyroglobulin		101	Triglycerides		132		Others		163	CD4 count		193	Others	
6		ESR		39	D-dimer		70	Anti TPO		102	HDL		133	Sputum AFB		164	Viral load		<b>DRUG ANALYSIS</b>			
8		MCV		40	Fac VIII		71	Protein Electrophoresis		103	LDL		134	Other AFB		165	Others		194	Carbamazepine		
9		MCH		41	Fac IX		72	Anti-CCP		104	Amylase		135	Leprosy Smear		<b>PARASITOLOGY</b>			195	Cyclosporine		
10		MCHC		42	Cross Matching		73	RK-39	Total	105	Micro albumin		136	India Ink Test		166	Stool R/E		196	Valporic acid		
11		RDW		43	Others		74		+ Ve		106	Bilirubin		137	Anaerobic Culture		167	Occult blood		197	Phenytoin	
12		Blood Group & Rh Type		<b>IMMUNOLOGY</b>			75	JE	Total	107	SGPT		138	Fungus	KOH Test	168	Reducing sugar		198	Digoxine		
13		Coombs test		44	Pregnancy Test (UPT)		76		+ Ve		108	Alk Phos			139	Culture		169	Urine R/E		199	Tacrolimus
14		Retics		45	ASO		77	Dengue	Total	109	SGOT		140	Others		170	Bile salts		200	Others		
15		PBS/PBF		46	CRP		79	Rapid MP test	Total	110	Total Protein		<b>VIROLOGY</b>			171	Bile pigments		<b>HISTOPATHOLOGY/ CYTOLOGY</b>			
16		HbA1c		47	RA Factor		80		+ Ve PV		111	Gamma GT		141	HIV RDT	Total	172	Urobilinogen		201	Biopsy	H & E
17	Special Stain	MPO		48	TPHA	Total	81		+ Ve PF		112	24hr Urine Protein		142		+ Ve		173	Porphobilinogen			202
18		PAS		49		+ Ve			82	+ Ve P-Mix		113	24hr urine U/A		143	HBSAg RDT	Total	174	Acetone		203	Pap
19		Sickling Test		50	ANA		83	Mantoux test		114	Creatinine Clearance		144	+ Ve		175	Chyle		204	Cytology	Giemsa	
20		Urine for Hemosiderin		51	Anti-dsDNA		84	Chikungunya	Total	115	Iron		145	HCV RDT	Total	176	Specific Gravity		205	Others		
21		BT		52	PRPR/VDRL	Total	85		+ Ve PV		116	TIBC		146	+ Ve		177	Bence Jones Protin		<b>IMMUNO-HISTO CHEMISTRY</b>		
22		CT		53	+Ve		86	Scrub Typhus		117	CPK-MB		147	HIV ELISA/CLIA	Total	178	Semen analysis		206	ER		
23		PT-INR		54	CEA		87	H. Pylori		118	CPK-NAC		148	+ Ve		179	Others		207	PR		
24		APTT		55	CA-125		88	Leptospira		119	LDH		149	HAV ELISA/CLIA	Total	<b>HORMONE/ENDOCRINE</b>			208	G-FAP		
25		Bone Marrow Analysis		56	CA-19.9		89	Widal Test		120	Iso-Trop-I		150	+ Ve		180	T3		209	S-100		
26		Aldhyde test		57	CA-15.3		90	Others		121	Others		151	HBsAg ELISA/CLIA	Total	181	T4		210	Vimentin		
27		MP Total		58	Toxo		<b>BIOCHEMISTRY</b>			<b>BACTERIOLOGY</b>			152	+ Ve		182	TSH		211	Cytokeratin		
28		Smear MP Pos	PF	59	Rubella		91	Sugar		122	Gram Stain		153	HCV ELISA/CLIA	Total	183	Cortisol		212	Others		
29			PV		60	CMV		92	Blood Urea		123	Culture	Blood	154	+ Ve		184	AFP		<b>MOLECULAR LAB &amp; FLOWCYTOMETRY</b>		
30		P-MIX		61	HSV		93	Creatinine		124		Urine	155	HEV ELISA/CLIA	Total	185	LH		213	Covid-19 PCR		
31		Total		62	Measles		94	Sodium (Na)		125		Body Fluid	156	+ Ve		186	FSH		214	Influenza		
32		Pos.		63	Echinococcus		95	Potassium (K)		126		Swab	157	Anti-HBs		187	Prolactin		215	Leukemia Panel		

२०. लिंग र जात/जाती अनुसारको प्रतिबेदन

जात/जाती	पूर्ण खोप पाएका बच्चा संख्या		नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा लिएका बच्चा संख्या		२ वर्ष मुनिका कम तौल भएका नया बच्चाहरूको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका	सुरक्षित गर्भपतन सेवा पाएका	एच. आई. भी. संक्रमित नयाँ बिरामी			नयाँ कुष्ठरोगीहरूको संख्या		नयाँ क्षयरोग बिरामीहरूको संख्या		ओ. पी. डी. मा आएका नयाँ बिरामी संख्या (५ वर्ष माथि)		अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएका बिरामी		लैंगिक हिंसाबाट पिडितको संख्या		
	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.			म.	पु.	यो.अ	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	14	15	16	17	18	19	20	10	11	12	13	21	22	
दलित																						
जनजाती																						
मधेशी																						
मुस्लिम																						
ब्राहमन/क्षेत्री																						
अन्य																						

२१. जेरियाट्रिक सेवा (Geriatric Services)

Number of people visited for geriatric service	Age group												Caste/Ethnicity						HI Enrollment		
	60-69			70-79			80-84			≥85			Dalit	Janajati	Madeshi	Muslim	Brahmin/Chhetri	Others	Enrolled	Not Enrolled	
	F	M	SM	F	M	SM	F	M	SM	F	M	SM									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
New																					
Follow-up																					

Types of services	New visit
General examination	
General treatment	
Surgery	
Palliative	
Rehabilitative	

Source of expenses	New visit
Health Insurance	
Geriatric health care	
SSU	
Deprived citizen	
Amount of total expenses and exempted	

Hospital department	New visit
Indoor	
Outdoor	
Emergency	

Disease	Stroke	Chronic respiratory	Coronary artery disease	Hypertension	Diabetes mellitus	Cancers	Parkinsonism,	Dementia and Alzheimer's	Benign Prostatic Hypertrophy	Depression	Osteoarthritis	Osteoporosis	Sarcopenia	Pneumonia	Urinary Tract Infection	Others
	Number															
Exempted (NRS)																







**२४.पोषण पुनर्स्थापना केन्द्र (Nutrition Rehabilitation Centre)**

**Admission Related Information**

Admission Category	Female			Male			Weight-for-Height (Z-score)		Oedema Present			
	<6 months	6-23 months	24-59 months	<6 months	6-23 months	24-59 months	<-2SD to ≥-3SD	<-3SD	None	1+	2+	3+
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
New Admission												
Relapse												
Referred												

**Discharge Related Information**

Discharge Category	Female			Male			Weight-for-Height (Z-score)			Oedema Present			
	<6 months	6-23 months	24-59 months	<6 months	6-23 months	24-59 months	≥-2 SD	<-2Sd to ≥-3SD	<-3Sd	None	1+	2+	3+
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Official Discharge													
Left against medical advice													
Referred out													
Death													

Bed Occupancy		Average Length of Stay	
1	2	1	2
Inpatient Days of Care	Bed Days Available	Inpatient Days for Care	Total Admissions



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
व्यवस्थापन महाशाखा

टेकु, काठमाडौं  
२०८२