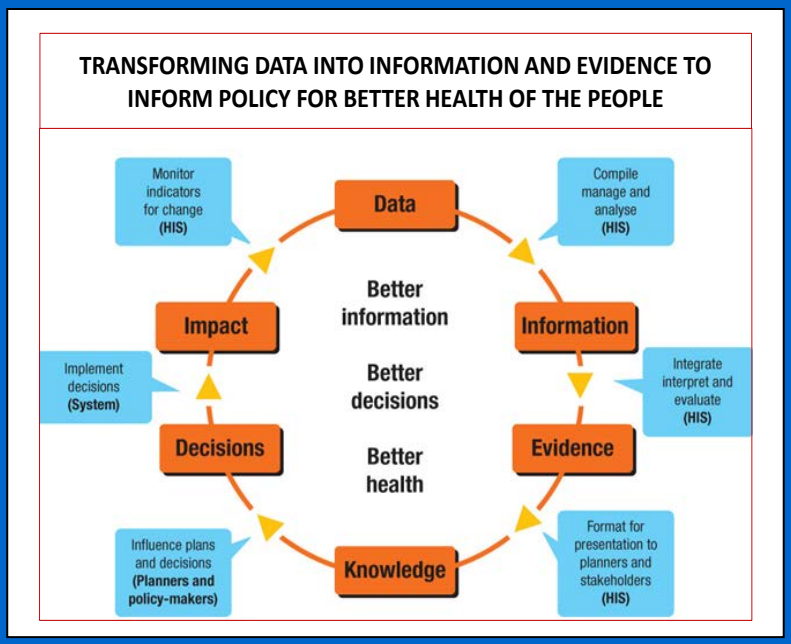
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
अभिलेख तथा प्रतिवेदनसम्बन्धी निर्देशिका



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा
टेकु, काठमाडौं

प्रथम संस्करण :

चैत्र, २०७०

दोस्रो संस्करण (परिमार्जन सहित):

जेष्ठ, २०७५

© स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा
व्यवस्थापन महाशाखा,

स्वास्थ्य सेवा विभाग, टेकु, काठमाडौं, नेपाल

मुद्रण :

.....

..... काठमाडौं

निर्देशिका विकासकर्ता :

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा
व्यवस्थापन महाशाखा,
स्वास्थ्य सेवा विभाग, टेकु, काठमाडौं, नेपाल

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
.....महाशाखा

☎ ४-२६१७१२
४-२६१४३६
फ्याक्स: ४-२६२२३८

पचली, टेकू
काठमाडौं, नेपाल ।

पत्र संख्या:–

चलानी नम्बर:–

मिति : .....

मन्तव्य

विषय :

दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (सन् १९९७-२०१७) ले स्वास्थ्य सूचना प्रणालीलाई एकीकृत तथा विस्तृत रूपमा विकास गर्ने अवधारणा लिएको छ । यसै अवधारणालाई मध्यनजर गरी सरकारी, गैर-सरकारी, निजी तथा सहयोगी संस्थाहरूबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाहरूलाई पनि समेट्ने गरी सन् २००२ मा स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीति (Health Sector Reform Strategy) लागू गरी स्वास्थ्य क्षेत्रलाई बढी परिणाममुखी बनाउने अवधारणाको विकास भयो । यसै रणनीतिलाई कार्यान्वयन गर्न नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (Nepal Health Sector Program-Implementation Plan) (सन् २००४-२००९) को विकास गरी कार्यान्वयन गरिएको थियो । स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाको अन्तिम आठौं बुँदाको परिणाममा सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्रको सूचना प्रणालीलाई विस्तृत तथा एकीकृत रूपमा मूर्त रूप दिने कार्यमाथि विशेष जोड दिइएको छ । अत: स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई अद्यावधिक गर्ने प्रक्रियामा रहेको छ । यसै सिलसिलामा स्वास्थ्य क्षेत्रको सूचना प्रणालीलाई एकीकृत तथा विस्तृत बनाउने र पूर्णता दिने क्रममा सबै जिल्लामा तालिम दिन यो प्रशिक्षक निर्देशिका तयार गरिएको हो ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा एकीकृत सूचना प्रणाली कार्यान्वयन गर्ने सिलसिलामा सबै जिल्लाहरूमा कार्यरत कर्मचारीहरूलाई आवश्यक तालिम तथा अभिमुखीकरण प्रदान गर्नका लागि "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली : अभिलेख तथा प्रतिवेदन निर्देशिका, २०७०" तयार गरिएको छ । स्वास्थ्य क्षेत्र एकीकृत व्यवस्थापन सूचना प्रणालीलाई बढी व्यवस्थित एवं परिणाममुखी बनाउनका साथै सम्बन्धित स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूलाई स्वास्थ्य सेवा सूचनाको अभिलेख राख्न, प्रतिवेदन तयार गर्न, ज्ञान तथा सीप अभिवृद्धि गर्न यस "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली : अभिलेख तथा प्रतिवेदन निर्देशिका, २०७०" ले आवश्यक सघाउ पुऱ्याउने छ भन्ने आशा लिएको छु ।

यस पुस्तिकालाई आधार मानी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सम्पूर्ण अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, उपस्वास्थ्य चौकी लगायत सम्पूर्ण गैरसरकारी एवं निजी स्वास्थ्य संस्थाहरूले निर्धारित ढाँचामा सूचना अभिलेख गर्ने, सङ्कलन गर्ने तथा प्रतिवेदन तयार गरी वस्तुनिष्ठ तथा गुणस्तरीय सूचनाबाट स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न योजना निर्माण, कार्यान्वयन, अनुगमन, मूल्याङ्कन कार्यका लागि समेत फलदायी हुने विश्वास लिएको छु ।

अन्तमा, यस "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीअन्तर्गत अभिलेख प्रतिवेदन भर्ने निर्देशिका, २०७०" तयार पार्ने क्रममा प्रमुख भूमिका निर्वाह गर्नुहुने व्यवस्थापन महाशाखाका निर्देशक डा. भीम आचार्य तथा व्यवस्थापन सूचना शाखा (HMIS) का प्रमुख मुक्तिनाथ खनाल लगायत सम्पूर्ण कर्मचारीहरू एवं विभिन्न सरकारी तथा गैर-सरकारी संस्थाका प्रतिनिधिहरूलाई धन्यवाद दिन चाहन्छु ।

.....
डा. लखनलाल साह
महानिर्देशक

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
.....व्यवस्थापन.....महाशाखा

☎ ४-२६१७१२
४-२६१४३६
फ्याक्स: ४-२६२२३८

पचली, टेकू
काठमाडौं, नेपाल ।

पत्र संख्या:–

चलानी नम्बर:–

मिति : .....

मन्तव्य

विषय :

स्वास्थ्य सेवा विभाग, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखाद्वारा स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली कार्यान्वयन गर्ने सिलसिलामा ७५ वटै जिल्लाहरूका विभिन्न अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, उपस्वास्थ्य चौकी लगायतका सम्पूर्ण स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रदान गरिएको स्वास्थ्य सेवाको व्यवस्थित रूपमा अभिलेख तथा प्रतिवेदन गर्न तथा सो सम्बन्धी तालिम सञ्चालन गर्न "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तर्गत अभिलेख प्रतिवेदन भर्ने निर्देशिका, २०७०" तयार गरिएको छ । साथै यस पुस्तिकाले स्वास्थ्य सेवाको व्यवस्थित रूपमा अभिलेख तथा प्रतिवेदन गर्न तथा अभिलेख तथा प्रतिवेदनसम्बन्धी तालिम सञ्चालन गर्न स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई समेत "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली : अभिलेख तथा प्रतिवेदन निर्देशिका २०७०" ले आवश्यक मार्गनिर्देशन गर्ने आशा लिइएको छ ।

गुणस्तरीय तथ्याङ्कको सुनिश्चितता गर्न तथ्याङ्कीय कार्यमा संलग्न कर्मचारीहरूको ज्ञान तथा सीप अभिवृद्धिका लागि तालिम सञ्चालन गर्न एवं दैनिक कार्य सञ्चालनमा समेत सहयोगी सिद्ध हुने विश्वास लिँदै यो पुस्तिका तयार पारिएको छ ।

अन्तमा, यसलाई अझै व्यवहारिक तथा उपयोगी बनाउन आवश्यक सल्लाह तथा सुझावको अपेक्षा गर्दछु । निर्धारित समयभित्र नै यस निर्देशिकालाई तयार गर्ने कार्यमा उल्लेखनीय भूमिका निर्वाह गर्नुहुने व्यवस्थापन सूचना शाखा प्रमुख श्री मुक्तिनाथ खनाल लगायत सो शाखाका सम्पूर्ण कर्मचारीहरू तथा अन्य सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाका प्रतिनिधिहरूलाई हार्दिक धन्यवाद ज्ञापन गर्दछु ।

.....
डा. भीम आचार्य
निर्देशक

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा

☎ ४-२६१७१२
४-२६१४३६
फ्याक्स: ४-२६२२३८

पचली, टेकू
काठमाडौं, नेपाल ।

पत्र संख्या:-

चलानी नम्बर:-

मिति : .....

दुई शब्द

विषय :

एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत सरकारी, गैरसरकारी तथा निजी स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रदान भइरहेको स्वास्थ्य सेवाको सूचना एकीकृत रुपमा राष्ट्रिय स्तरसम्म संकलन हुँदै आइरहेको छ । स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको कुशल व्यवस्थापनका लागि गुणस्तरीय र भरपर्दो सूचना संकलन हुनु अपरिहार्य हुन्छ । यही उद्देश्य अनुरुप आ.ब. २०५१/०५२ देखि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको सुरुवात भएको हो । यस प्रणालीले कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन तथा अनुगमन एवं मूल्याङ्कनका प्रत्येक चरणमा सूचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको छ ।

स्वास्थ्य सेवालाई अझ बढी परिणामुखी बनाउन र स्वास्थ्य क्षेत्रमा देखिएका चुनौतीहरुलाई समाधान गर्न आवश्यक पर्ने सूचनाहरु संकलन गरी कार्यक्रम व्यवस्थापनमा सहयोग पुऱ्याउन एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तरगत प्रयोगमा रहेका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरुमा समय सापेक्ष परिमार्जन गर्दै अद्यावधिक हुँदै आइरहेको छ । साथै सबै तहबाट लिखित प्रतिवेदन गर्ने सूचना प्रणालीको सुरुवातको अवस्थालाई सूचना प्रविधिको विकाससँगै परिस्कृत एवं छरितो बनाउँदै software विकास गरी कार्य क्षेत्र भित्रका संस्थाहरुले प्रदान गरेको सेवाको विवरण जिल्ला स्वास्थ्य/जनस्वास्थ्य कार्यालय एवं अस्पतालहरुले internet को माध्यमबाट केन्द्रीय प्रणालीमा सोझै प्रविष्ट गर्ने व्यवस्था समेत गरिएको छ ।

स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीति (Health Sector Reform Strategy), २००२ को मर्म अनुसार स्वास्थ्य क्षेत्रको सूचना प्रणालीलाई एकीकृत तथा विस्तृत बनाउने र पूर्णता दिने क्रममा चालु आ.ब. २०७०/०७१ मा विद्यमान स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तगत प्रयोग भइरहेका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरुमा व्यापक परिमार्जन गरिएको छ । परिमार्जित सूचना प्रणाली अनुरुप हाल व्यवस्था गरिएका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरुको प्रयोगमा एकरुपता ल्याउनको लागि "स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली : अभिलेख तथा प्रतिवेदन निर्देशिका, २०७०" तयार गरिएको छ । यस निर्देशिकाले वर्तमान परिप्रेक्ष्यमा स्वास्थ्य सेवा प्रवाहमा संलग्न सम्पूर्ण स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूको स्वास्थ्य सेवा सूचनाको अभिलेख राख्न तथा प्रतिवेदन तयार गर्ने ज्ञान तथा सीप अभिवृद्धि गर्न सघाउ पुऱ्याउनेछ भन्ने विश्वास लिएको छु ।

यस निर्देशिकालाई अझै व्यावहारिक तथा उपयोगी बनाउन सम्बद्ध निकायबाट आवश्यक सल्लाह तथा सुझावको अपेक्षा गर्दछु । विद्यमान स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली परिमार्जनको क्रममा प्रत्यक्ष तथा अप्रत्यक्ष रुपमा योगदान पुऱ्याउनु हुने स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अन्तरगतका सम्बन्धित कर्मचारीहरु एवं महानुभावहरुप्रति हार्दिक आभार प्रकट गर्न चाहन्छु ।

अन्तमा, यस निर्देशिका तयार गर्ने कार्यमा उल्लेखनीय योगदान दिनुहुने व्यवस्थापन सूचना शाखाका सम्पूर्ण कर्मचारीहरू लगायत सरकारी तथा अन्य गैरसरकारी संस्थाका प्रतिनिधिहरूलाई हार्दिक धन्यवाद ज्ञापन गर्दछु ।

.....
मुक्तिनाथ खनाल
प्रमुख
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा (HMIS)

विषय सूची

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली : एक परिचय १

रजिस्टर, कार्ड तथा प्रतिवेदन फारामहरू ३

HMIS 1.1: मूल दर्ता रजिस्टर (Master Register) ६

HMIS 1.2: स्वास्थ्य सेवा कार्ड (Health Service Card) ८

HMIS 1.3: बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर (Out Patient Register) १०

HMIS 1.4: स्थानान्तरण र प्रेषण पुर्जा (Referral/Transfer Slip) १२

HMIS 1.5: डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (Defaulter/Discontinuation Tracing Slip) १४

HMIS 1.6: समायोजन फाराम (Tally Sheet) १६

HMIS 2.1: बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card) १८

HMIS 2.2: खोप रजिस्टर (Immunization Register) २२

HMIS 2.3: दुई-वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर (Child Nutrition Register) ३०

HMIS 2.4: समुदायमा आधारित एकीकृत बालरोग व्यवस्थापन रजिस्टर (CB-IMCI Register) ३४

HMIS 2.5: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड (IMAM Child Health Card) ४५

HMIS 2.6: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (IMAM Register) ४७

HMIS 2.7: मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर अस्पताल (IMAM Register – Hospital) ५०

HMIS 3.1: परिवार नियोजन सेवा कार्ड (Face Sheet) ५६

HMIS 3.2: पिल्स, डिपो सेवा रजिस्टर (Pills, Depo Service Register) ५८

HMIS 3.3: आईयुसीडी/इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर (IUCD/Implant Service Register) ६२

HMIS 3.4: परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिस्टर (Sterilization Service Register) ६५

HMIS 3.5: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (Maternal and Newborn Health Card) ६७

HMIS 3.6: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (Maternal and Newborn Health Service Register) ७३

HMIS 3.7: सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर (Safe Abortion Service Register) ८२

HMIS 4.1: गाउँघर क्लिनिक रजिस्टर (ORC Register) ८६

HMIS 4.2: महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (FCHV Register) ९७

HMIS 4.3: राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिस्टर (Vitamin A register) १०४

HMIS 5.1: औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमुना सङ्कलन फाराम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form) १०८

HMIS 5.2: औलो, कुष्ठ र कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर (Malaria, Leprosy and Kalaazar Laboratory Register) १११

HMIS 5.3: औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (Malaria and Kalaazar Treatment Register) ११३

HMIS 5.4: कुष्ठरोग परीक्षण तथा उपचार कार्ड (Leprosy Examination Treatment Card) ११६

HMIS 5.5: कुष्ठरोग उपचार रजिस्टर (Leprosy Treatment Register) १२१

HMIS 6.1: क्षयरोग खकार परीक्षण अनुरोध फाराम (Tuberculosis Specimen Collection Form) १२६

HMIS 6.2: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर (Tuberculosis Laboratory Register) १३०

HMIS 6.3 & HMIS 6.4: क्षयरोग उपचार कार्ड : स्वास्थ्य संस्था र बिरामीका लागि (Tuberculosis Treatment card-Health Facility and Patient) १३२

HMIS 6.5: क्षयरोग उपचार रजिस्टर (Tuberculosis Treatment Register) १३६

HMIS 6.6: पाल: धूमपान परित्याग रजिस्टर (Pal: Smoking Cessation Register) १४१

HMIS 6.7: डी. आर. क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (DR Tuberculosis Laboratory Register) १४२

HMIS 6.8: डि. आर. क्षयरोग उपचार रजिस्टर (DR Tuberculosis Treatment Register) १४३

HMIS 7.1: एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर (HIV Testing and Counselling Register) १४६

HMIS 7.2: यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिस्टर (STI Treatment Register) १४९

HMIS 7.3: आमाबाट बच्चामा सर्ने एच्. आई. भी. रोकथाम सेवा रजिस्टर (Prevention of Mother To Child Transmission Register) १५२

HMIS 7.4: एच्. आई. भी. उपचार तथा सेवा रजिस्टर (HIV Treatment and Care Register) १५६

HMIS 7.5: एच्. आई. भी. बिरामी कार्ड (Patient HIV Care and ART Card) १६४

HMIS 7.6: ओ.एस.टी. रजिस्टर (Opioid Substitution Therapy (OST) Register) १७०

HMIS 8.1: बिरामी भर्ना रजिष्टर (Admission Register) १७४

HMIS 8.2: बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Discharge Register) १७७

HMIS 8.3: आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register) १८०

HMIS 9.1: महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form) १८५

HMIS 9.2: समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक (Community Level Health Worker's Monthly Report: Immunization and ORC Clinic) १८८

HMIS 9.3: प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, सहरी स्वास्थ्य क्लिनिक/केन्द्र र सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (PHCC, HP, Urban Health Clinic/Center and Community Health Unit Monthly Reporting Form) १९४

HMIS 9.4: अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form) २२८

HMIS 9.5: गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिवेदन फाराम (Non-public Health Facility Reporting Form २३३

प्रतिवेदन फारामहरुको नमूना

HMIS 9.2, HMIS 9.3, HMIS 9.4, HMIS 9.5 प्रतिवेदन फारामहरुको नमूना २३४

Achronymes २५८

निर्देशिका तर्जुमामा संलग्न महानुभावहरुको नामावली २६३

निर्देशिका अध्याबधिकमा संलग्न महानुभावहरुको नामावली २६४

परिमार्जित तथा पुराना फारामहरु (HMIS Forms –Revised and Old) २६५

HMIS Publications

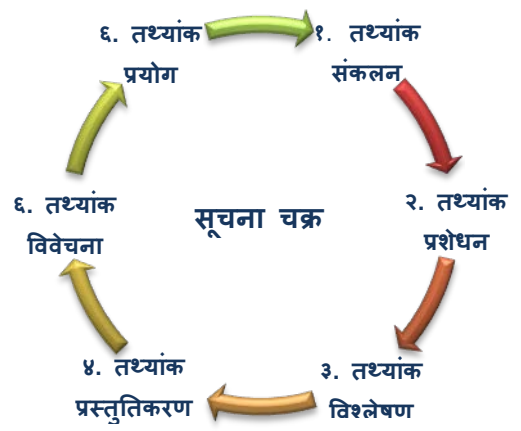
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली : एक परिचय

कुनै पनि संस्था जीवन्त रहन व्यवस्थापन सूचना प्रणाली आवश्यक पर्दछ । सूचना प्रणालीबाट प्राप्त सूचनाले संस्थाको कुशल व्यवस्थापन गर्न मद्दत गर्दछ । गुणस्तरीय सूचना प्राप्त गरी स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापन प्रभावकारी बनाउन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले आ.ब.२०५१/५२ देखि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (Health Management Information System- HMIS) लागू गरेको हो । यस अघि विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको छुट्टाछुट्टै तवरले झण्डै ११० अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूको प्रयोग गरि सूचना संकलन गर्ने गरिन्थ्यो जुन खर्चिलो, अव्यवहारिक तथा झंझटिलो थियो । आ.ब. २०४३/४४ मा एकिकृत परियोजना शुरु भए पश्चात स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू एकिकरण गरिए र स्वास्थ्य क्षेत्र एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको आवश्यकता महसुस गरियो । सोही अनुरुप आ.ब. २०५१/५२ देखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले विगतका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरूलाई परिमार्जन गरि ३८ बटा अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरू तय गरी एकिकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली लागू गरिएको हो । एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तरगत प्रयोग भएका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरू आवश्यकता अनुसार समय समयमा परिमार्जन गरी अद्यावधिक हुँदै आइरहेका छन् ।

नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम (NHSSP) ले निर्धारण गरेका नियमित स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धित सबै सूचकहरूको अनुगमन गर्न आवश्यक पर्ने सूचनाहरू हाल कार्यान्वयनमा रहेको सूचना प्रणाली मार्फत उपलब्ध हुन नसकेकोले स्वास्थ्य सूचकहरूको विश्लेषण गर्न कठिनाई परिरहेको महसुस गरिएको थियो । साथै हालसम्म पनि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीभित्र समाहित हुन नसकेका केही कार्यक्रमहरूको अभिलेख तथा प्रतिवेदनहरूलाई समेत एकीकृत गरी चालु आ.ब. २०७०/७१ मा व्यापक परिमार्जन गरी यस प्रणालीलाई अझ बढी Comprehensive बनाईएको छ । यसले नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रमले निर्धारण गरेका स्वास्थ्य सूचकहरूको विश्लेषण गर्न समेत सहयोग पुग्ने भएको छ ।

हाल परिमार्जन गरिएका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूको प्रयोगलाई देशभरि विस्तार गर्नु पूर्व परिमार्जित फारामहरूको प्रयोगको प्रभावकारिता एवं प्रयोगकर्ताको सहजतालाई मध्यनजर गरी मोरङ, ललितपूर, दाङ र अछाम जिल्लाका बिभिन्न तहका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा परीक्षण गरिएको थियो । यस फिल्ड परीक्षणबाट प्राप्त भएका सुझावहरूलाई समेत समावेश गरी बर्तमान स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तरगतका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूलाई देशभरि विस्तार गर्ने गरी अन्तिम रुप दिइएको हो । प्रत्येक कार्यक्रमसँग सम्बन्धित अभिलेख फारामहरू छुट्टाछुट्टै आठ वटा खण्डहरुमा र प्रतिवेदन फरामहरूलाई १ छुट्टै खण्डमा विभक्त गरी जम्मा ५० किसिमका रजिष्टर तथा फारामहरूको व्यवस्था गरिएको छ । विगतको लिखित प्रतिवेदन गर्ने प्रकृयामा सुधार गर्दै Web-based बनाउन software विकास तथा internet पहूच बृद्धि गरी संस्थाहरूले प्रदान गरेको सेवाको विवरण जिल्ला स्वास्थ्य/जनस्वास्थ्य कार्यालयले केन्द्रीय प्रणालीमा सोझै प्रबिष्ट गर्ने व्यवस्था समेत गरिएको छ ।

चित्र १: सूचना व्यवस्थापनको ढाँचाः सूचना चक्र



स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली स्वास्थ्य प्रणालीका बिभिन्न संस्थाहरु, महिला स्वास्थ्य स्वयम सेविका, गाउँघर क्लिनिक, खोप क्लिनिक, स्वास्थ्य चौकी, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, विभिन्न तहका अस्पताल तथा

नीजी एवं गैह्रसरकारी संस्था बाट प्रदान गरिएको सेवाहरुको अभिलेख राख्ने, सूचना संकलन गर्ने, प्रशोधन गर्ने, बिश्लेषण गर्ने तथा सूचनाको आधारमा निर्णयमा पूग्ने प्रकृया हो । स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीले कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन तथा अनुगमन एवं मूल्याङ्कनका प्रत्येक चरणमा सूचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको छ । स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीबाट प्राप्त सूचनाले स्वास्थ्यकर्मीहरू, कार्यक्रम व्यवस्थापक, नीति निर्माताहरूलाई तथ्यपरक निर्णय लिई कार्यक्रम व्यवस्थापन गर्न मासिक रूपमा सूचना उपलब्ध गराउँछ । चित्र १ मा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) बाट उपलब्ध हुने तथ्याङ्कलाई प्रयोगमा ल्याउन गर्नुपर्ने विभिन्न चरणहरू प्रस्तुत गरिएका छन् । सूचना प्रणाली एउटा व्यवस्थापकीय औजार पनि हो । यस सूचना प्रणालीमा सरकारी स्वास्थ्य संस्थाका अतिरिक्त नीजि तथा गैह्रसरकारी क्षेत्रवाट संचालनमा रहेका स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई समेत समेटिएको छ ।

तथ्यपरक कार्यक्रम व्यवस्थापन तथा योजना तर्जुमा

तथ्य भन्नाले अनुसन्धान, अभ्यास, अनुभव र जानकारीहरू हुन् । कुनै पनि अनुसन्धान, अभ्यास वा अनुभवबाट प्राप्त भएका जानकारी र नतिजाहरूमा आधारित भई कार्यक्रम तथा नीतिका बारेमा निर्णय गर्ने प्रक्रियालाई तथ्यपरक निर्णय पद्धति भनिन्छ । यस्ता तथ्याङ्कहरूलाई अधार मानेर सही तथा अवश्यक निर्णय लिन सकिन्छ जुन यथार्थपरक एवं प्रभावकारी हुन्छन् । यस्ता निर्णयहरू जनस्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यक्रम व्यवस्थापन, अनुगमन तथा मूल्याङ्कनका लागि आवश्यक पर्दछन् ।

जनस्वास्थ्यको क्षेत्रमा HMIS त्यस्तो सूचना प्रणाली हो जसको सञ्जाल स्थानीय वडा स्तरका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका देखि केन्द्रस्तर सम्म विकास भएको छ । यसले स्वास्थ्यकर्मी, कार्यक्रम व्यवस्थापक, नीति निर्माताहरूलाई तथ्यपरक निर्णय लिई कार्यक्रम व्यवस्थापन गर्न मासिक रूपमा सूचना उपलब्ध गराउँछ यद्यपि स्वास्थ्य व्यवस्थापनका विभिन्न तहहरूमा HMIS बाट उपलब्ध सूचनाहरूको पूरा उपयोग हुन सकेको छैन । जिल्ला स्तरमा त झनै यसको प्रयोग मासिक प्रतिवेदन गर्नमा मात्र सीमित भएको पाइन्छ ।

HMIS को उपयोगिता

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

- कार्यक्रमको वर्तमान अवस्थाबारे थाहा दिन ।
- लक्ष अनुसारको उपलब्धिको अवस्था थाहा पाउन ।
- सेवाको पहुँच थाहा पाउन ।
- सेवाबाट वञ्चित समूहहरूको पहिचान गर्न ।
- समस्याहरूको पहिचान गर्न ।
- लगानी अनुसारका उपलब्धिको अवस्था थाहा पाउन ।
- स्वास्थ्य योजना तर्जुमा गर्न ।
- कार्यक्रमको अनगुमन गर्न ।
- कार्यक्रमको मूल्यांकन गर्न ।
- कार्ययोजना बनाएर समस्या समाधान गर्न ।

यस निर्देशिकाको प्रयोगबाट व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अनुरुप प्रयोग भएका विभिन्न सेवा रजिस्टरहरूमा सही किसिमले अभिलेख राख्न तथा प्रतिवेदन गर्न निर्देशन उपलब्ध हुन्छ । सही तरिकाबाट राखिएको अभिलेखका आधारमा मात्र तथ्याङ्कको सही विश्लेषण र विवेचना गरी निर्णय प्रक्रियामा प्रयोग गर्न सहयोग पुऱ्याउँदछ । सही तरिकाबाट राखिएको अभिलेखका आधारमा प्रतिवेदन बनाउन सहज हुन्छ । हरेक स्वास्थ्य संस्थामा यस निर्देशिकाको एक प्रति हुनु आवश्यक छ । स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई सेवाको अभिलेख राख्न तथा प्रतिवेदन तयार गर्नमा कुनै बुँदामा द्विबिधा भएमा यस निर्देशिकाको सहयोग लिनुपर्दछ ।

रजिस्टर, कार्ड तथा प्रतिवेदन फारामहरू

English			नेपाली		
Forms			फारामहरू		
SN	No.	Name	नं.		नाम
	1	**Common Tools**	१		**साझा अभिलेख फारामहरू**
1	1.1	Master Register		१.१	मूलदर्ता रजिस्टर
2	1.2	Health Service Card		१.२	स्वास्थ्य सेवा कार्ड
3	1.3	Outpatient Register		१.३	बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर
4	1.4	Referral/Transfer Slip		१.४	स्थानान्तरण र प्रेषण पुर्जा
5	1.5	Defaulter/Discontinuation Tracing Slip		१.५	डिफल्टर र अनियमितता खोज पुर्जा
6	1.6	Tally Sheet		१.६	समायोजन फाराम
	2	**Infant and Child Health**	२		**नवशिशु तथा बाल स्वास्थ्य**
7	2.1	Child Health Card		२.१	बाल स्वास्थ्य कार्ड
8	2.2	Immunization Register		२.२	खोप रजिस्टर
9	2.3	Children's Nutrition Register		२.३	दुई–वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर
10	2.4	CBIMCI Register		२.४	समुदायमा आधारित एकीकृत बालरोग व्यवस्थापन रजिस्टर
11	2.5	IMAM Child Health Card		२.५	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड
12	2.6	IMAM Register		२.६	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर
13	2.7	IMAM Register – Hospital		२.७	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर अस्पताल
	3	**Family Health**	३		**परिवार स्वास्थ्य**
14	3.1	Face Sheet		३.१	परिवार नियोजन सेवा कार्ड
15	3.2	Pills, Depo Service Register		३.२	पिल्स, डिपो सेवा रजिस्टर
16	3.3	IUCD/Implant Service Register		३.३	आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर
17	3.4	Sterilization Service Register		३.४	परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिस्टर
18	3.5	Maternal and Newborn Health Card		३.५	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड
19	3.6	Maternal and Newborn Health Service Register		३.६	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर
20	3.7	Safe Abortion Service Register		३.७	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर
	4	**Community Services**	४		**सामुदायिक सेवा**
21	4.1	ORC Register		४.१	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टर
22	4.2	FCHV Register		४.२	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका सेवा रजिस्टर
23	4.3	Vitamin A Register		४.३	राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिस्टर
	5	**Malaria, Leprosy and Kalazar**	५		**औलो, कुष्ठरोग र कालाजार**
24	5.1	Malaria, Leprosy And Kala-Azar Specimen Collection Form		५.१	औलो, कुष्ठरोग र कालाजार नमुना सङ्कलन फाराम
25	5.2	Malaria, Leprosy And Kala-Azar Laboratory Register		५.२	औलो, कुष्ठरोग र कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिस्टर
26	5.3	Malaria and Kalaazar Treatment Register		५.३	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर

27	5.4	Leprosy Examination Treatment Card		५.४	कुष्ठरोग परीक्षण तथा उपचार कार्ड
28	5.5	Leprosy Treatment Register		५.५	कुष्ठरोग उपचार रजिस्टर
	6	**Tuberculosis**	**६**		**क्षयरोग**
29	6.1	Tuberculosis Sample Collection Form		६.१	क्षयरोग खकार परीक्षण अनुरोध फाराम
30	6.2	Tuberculosis Laboratory Register		६.२	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर
31	6.3	Tuberculosis Treatment Card (Health Facility)		६.३	क्षयरोग उपचार कार्ड (स्वास्थ्य संस्थाका लागि)
32	6.4	Tuberculosis Treatment Card (Patient)		६.४	क्षयरोग उपचार कार्ड (बिरामीका लागि)
33	6.5	Tuberculosis Treatment Register		६.५	क्षयरोग उपचार रजिस्टर
34	6.6	PAL: Smoking Cessation Register		६.६	पाल: धूमपान परित्याग रजिष्टर
35	6.7	DR Tuberculosis Laboratory Register		६.७	डी.आर. क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर
36	6.8	DR Tuberculosis Teatment Register		६.८	डी.आर. क्षयरोग उपचार रजिस्टर
	7	**HIV/AIDS and STI**	**७**		**एच्. आई. भी/एड्स तथा यौन रोग**
37	7.1	HIV Testing and Counseling Register		७.१	एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर
38	7.2	Sexual Transmited Infection Treatment Register		७.२	यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिस्टर
39	7.3	PMTCT Service Register		७.३	आमाबाट बच्चामा सर्ने एच्.आई.भी. रोकथाम सेवा रजिस्टर
40	7.4	HIV Ttreatment and Care Register		७.४	एच्.आई.भी. उपचार तथा सेवा रजिस्टर
41	7.5	HIV Patient Treatment Card		७.५	एच्.आई.भी. बिरामी कार्ड
42	7.6	Opioid Substitution Therepy (OST) Register		७.६	ओ.एस.टी. रजिस्टर
	8	**Hospital**	**८**		**अस्पताल**
43	8.1	Admission Register		८.१	बिरामी भर्ना रजिस्टर
44	8.2	Discharge Register		८.२	बिरामी डिस्चार्ज रजिस्टर
45	8.3	Emergency Service Register		८.३	आकस्मिक सेवा रजिस्टर
	9	**Monthly Reporting Forms**	**९**		**मासिक प्रतिवेदन फारामहरू**
46	9.1	FCHV Report Collection Form		९.१	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका मासिक प्रतिवेदन फाराम
47	9.2	Community Level Health Service Monthly Reporting Form- Immuniztion & PHCORC		९.२	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन – खोप तथा गाउँघर क्लिनिक
48	9.3	PHCC, HP, SHP, Urban Health Clinic/ Center and Community Health Unit Monthly Reporting Form		९.३	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, उप स्वास्थ्य चौकी, सहरी स्वास्थ्य क्लिनिक/केन्द्र र सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम
49	9.4	Public Hospital Reporting Form		९.४	सरकारी अस्पताल प्रतिवेदन फाराम
50	9.5	Non-public Health Facility Reporting Form		९.५	गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्था प्रतिवेदन फाराम

१. साझा अभिलेख फारामहरू

1. Common Forms

HMIS 1.1: मूल दर्ता रजिस्टर

HMIS 1.2: स्वास्थ्य सेवा कार्ड

HMIS 1.3: बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर

HMIS 1.4: स्थानान्तरण/प्रेषण पुर्जा

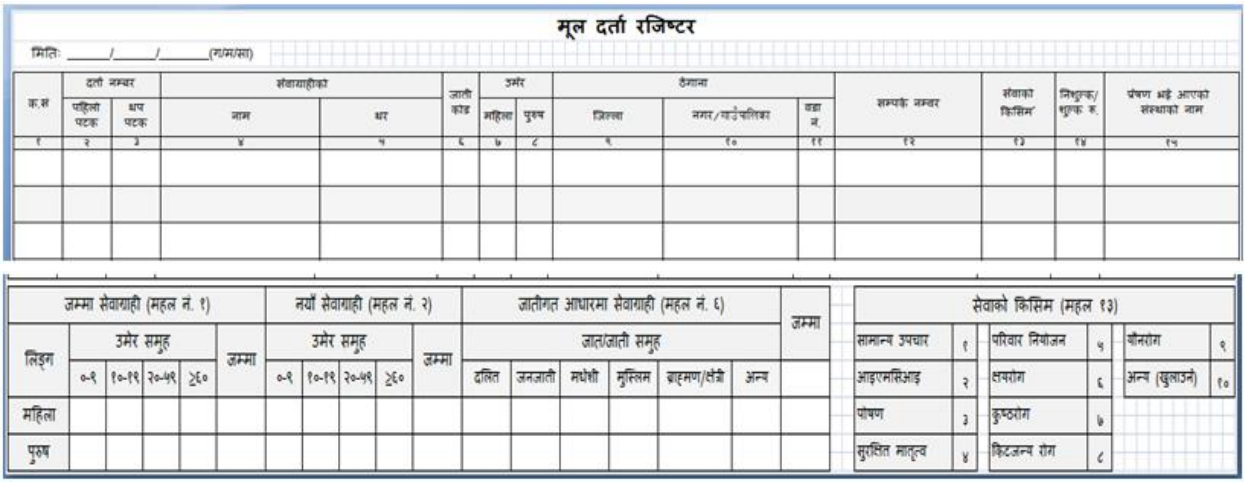
HMIS 1.5: डिफल्टर अनियमितता अनुगमन पुर्जा

HMIS 1.6: समायोजन फाराम

HMIS 1.1: मूल दर्ता रजिस्टर (Master Register)

स्वास्थ्य संस्थामा जुनसुकै स्वास्थ्य सेवा लिन आएका व्यक्तिहरूको नाम र अन्य विवरण एउटै रजिस्टरमा दर्ता गर्नाले सेवा लिन आएका सबै व्यक्तिहरूको अभिलेखन रहने हुनाले संस्थामा कति जना सेवा लिन आए भन्ने जानकारी हुनुका साथै संस्थाको वास्तविक कार्यबोझको जानकारी प्राप्त हुन्छ । स्वास्थ्य संस्थामा सबै सेवाग्राहीहरूको विवरण सङ्कलन गरी अभिलेखन गर्न, सेवाको उपभोग, पहुँचसम्बन्धी विश्लेषण गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न यस रजिस्टरको आवश्यकता पर्दछ । सेवाग्राहीहरू जुनसुकै सेवा लिन स्वास्थ्य संस्थामा आएमा रजिस्टरमा उल्लेख भएबमोजिमका नाम, थर, उमेर लगायतका सबै विवरण नछुटाई निजसँग सोधेर स्पष्ट बुझ्ने अक्षरमा लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थामा सञ्चालन हुने खोप सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरूलाई यस रजिस्टरमा दर्ता गर्नुपर्दैन ।

रजिस्टरको नमुना :



मूल दर्ता रजिष्टर

मिति: _____/_____/_____(गा/म/सा)

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

जम्मा सेवाग्राही (महल नं. १)						नयाँ सेवाग्राही (महल नं. २)						जातीगत आधारमा सेवाग्राही (महल नं. ६)						जम्मा
लिङ्ग	उमेर समूह				जम्मा	उमेर समूह				जम्मा		जात/जाती समूह						
	०-९	१०-१९	२०-५९	≥६०		०-९	१०-१९	२०-५९	≥६०			दलित	जनजाती	मधेशी	मुस्लिम	ब्राह्मण/क्षेत्री	अन्य	
महिला																		
पुरुष																		

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

रजिस्टर भर्ने तरिका :

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

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
६	जाति कोड	सेवाग्राहीको जात/जातिअनुसारको कोड यस महलमा लेख्नुपर्दछ । (जस्तै ०१, ०२,..... ०६) जाति कोड रजिस्टरको पछाडि उल्लेख गरिएको छ । सेवाग्राहीको कार्डमा उक्त जाति कोडसमेत प्रष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
७ र ८	उमेर (महिला/पुरुष)	सेवाग्राही महिला भए महल ७ मा र पुरुष भए महल ८ मा पूरा भएको उमेर (वर्षमा) जनाउनुपर्दछ । सेवाग्राही एक वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा पनि वर्षमा जनाउनुपर्दछ (जस्तै : ०/१२, १/१२, २/१२ ..... ।) ०/१२ भन्नाले १ महिनाभन्दा कम उमेर भएको शिशुलाई बुझाउँदछ ।
९ देखि ११	ठेगानाः जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नम्बर	सेवाग्राही हाल धेरैजसो बसोबास गरेको जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँ पालिका र वडा नम्बर सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१२	सम्पर्क नम्बर	सेवाग्राहीको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	सेवाको किसिम	सेवाको किसिमः सेवाग्राही कुन सेवा लिन आएको हो, सो सेवा समूहको कोड लेख्नुपर्दछ । जस्तै : सामान्य उपचार=१, आई.एम.एन.सी.आई=२, पोषण=३, सुरक्षित मातृत्व=४, परिवार नियोजन=५, क्षयरोग=६, कुष्ठरोग=७, कीटजन्य रोग=८, यौनरोग=९, अन्य (खुलाउने)=१०
१४	निशुल्क/शुल्क रु.	सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा दर्ता शुल्कबापत शुल्क लिइएको भएमा शुल्क रुपैयाँमा र निःशुल्क गरिएको भए निःशुल्क लेख्नुपर्दछ ।
१५	प्रेषण भई आएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम	यदि सेवाग्राही अर्को स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भएमा यस महलमा कुन संस्थाबाट प्रेषण भई आएको हो, सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
पेजको जम्मा		प्रत्येक पेजको अन्तमा रहेका सङ्क्षिप्त तालिकामा दिइए अनुसारको जम्मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । यी तालिकाहरूले प्रतिवेदन तयार गर्न सहज बनाउँछन् ।

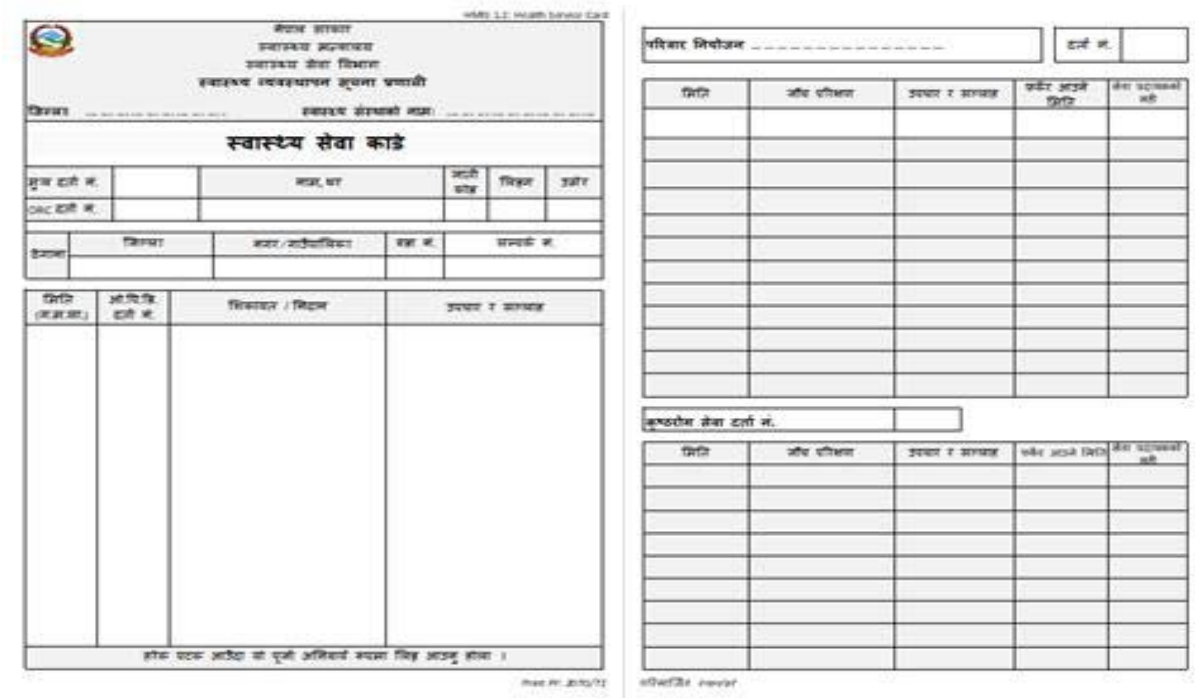
अभ्यास १.१

ईलाम जिल्ला, ईलाम नगरपालिका वडा नं. ५ की २१ बर्षिय हिरामाया तामाङ मिति २०७० पौष १३ गते पहिलो सेवाग्राहीको रुपमा जिल्ला अस्पताल ईलाममा परिवार नियोजनको डिपो सुई लिन पहिलो पटक आईन । अब, मूल दर्तामा उनको नाम दर्ता गर्नुहोस् । पौष १२ गतेको अन्तिम क्र.सं. २०९ र मूल दर्ता नं. १२७७ भएको छ ।

HMIS 1.2: स्वास्थ्य सेवा कार्ड (Health Service Card)

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

कार्डको नमुना :



भर्ने तरिका :

महल शीर्षक	निर्देशन
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
मूल दर्ता नं.	मूल दर्ता रजिस्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
ORC दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकमा सेवा लिन आएको सेवाग्राहीको गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको दर्ता खण्ड (HMIS 4.11) बाट दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
नाम, थर, जातिकोड, लिङ्ग, उमेर	सेवा लिने सेवाग्राहीको नाम, थर, जाति कोड, लिङ्ग र उमेर सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ । उमेर लेख्दा पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ । ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूलाई यो कार्ड दिइँदैन ।
ठेगाना	सेवा लिने व्यक्तिको ठेगाना जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँ पालिका र वडा नम्बर र सम्पर्क फोन नं. सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
मिति	सेवा लिएको दिनको मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ । यो कार्ड वर्षभरि नै प्रयोग गरिने हुँदा अर्को पटक सेवा लिन आउँदा पुनः मिति लेख्नुपर्दछ ।
ओ. पी. डी. दर्ता नं.	यदि सेवाग्राही सामान्य उपचारको लागि आएको भए दैनिक बिरामी रजिस्टरको दर्ता नं. चढाउनुपर्दछ । अर्को पटक नयाँ रोग लागेर आएमा नयाँ दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
सिकायत र निदान	बिरामीको सिकायत र समस्या सुनी निजलाई के भएको हो, सो निदान गरी लेख्नुपर्दछ ।

महल शीर्षक	निर्देशन
उपचार र सल्लाह	बिरामीको रोगको निदान (diagnosis) गरिसकेपछि निजलाई दिइएको उपचार, सल्लाह वा प्रेषण आदिको विवरण यस महल अन्तर्गत लेख्नुपर्दछ ।
परिवार नियोजन .....दर्ता नं.	सेवा लिने व्यक्ति परिवार नियोजन सेवा लिन आएको भए परिवार नियोजन ..... पछिको खाली ठाउँमा सेवाको नाम लेखी दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । जस्तै : डिपो सेवा लिन आएको भए खाली ठाउँमा डिपो लेखी डिपो सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकबाट परिवार नियोजनको सेवा दिएको भए ORC लेखी गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको परिवार नियोजन सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
जाँच परीक्षण	परिवार नियोजन सेवा लिन आएको व्यक्तिको रक्तचाप आदि जाँच तथा परीक्षण गरिएको व्यहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार सल्लाह	परिवार नियोजन सेवा लिन आएको व्यक्तिलाई दिएको उपचार सल्लाह लेख्नुपर्दछ । जस्तै : पिल्स दिएको भए पिल्स साइकल, डिपोको डोज, आई.यु.सी.डी. लगाउँदा दुखाई कम हुने औषधि, आइरन आदि उपचार लगायत अन्य सल्लाह सुझाव दिएको पनि यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फर्केर आउने मिति	परिवार नियोजन सेवा लिन आउने सेवाग्राही सेवा निरन्तरताको लागि पुनः आउनुपर्ने मिति लेख्नुपर्दछ ।
सेवाप्रदायकको सही	परिवार नियोजन सेवाप्रदायक स्वास्थ्यकर्मीले सेवा प्रदान गरेपश्चात् माथि उल्लिखित विवरण कार्डमा भरी सही गर्नुपर्दछ ।
कुष्ठरोग सेवा दर्ता नं.	यदि सेवाग्राही कुष्ठरोग सम्बन्धी स्वास्थ्य सेवा लिन आएको भए निजको कुष्ठरोग रजिस्टरमा दर्ता भएको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । अन्य विवरण परिवार नियोजन सेवामा जस्तै भर्नुपर्दछ ।

अभ्यास १.२

मूलदर्तामा दर्ता भएकी हिरामाया तामाङको स्वास्थ्य सेवा कार्ड भर्नुहोस् ।

HMIS 1.3: बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर (Out Patient Register)

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

रजिस्टरको नमुना :

मितिः _____/_____/_____(गा/म/सा)

बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर

क.सं	मूल दर्ता नम्बर	OPD दर्ता नम्बर		सेवाग्राहीको नाम		जाति कोड	उमेर		ठेगानाः जिल्ला		अनुसन्धान मूलक परीक्षण	सम्भावित निदान (Provisional Diagnosis)	ICD Code	उपचार र सल्लाह	Surgical Procedure (Day Care Surgery)	नेपालिक हिसाब	नि.शुल्क सेवा कोड	प्रेषण भई	
									नगर/गाउँपालिका	वडा नं.								आफ्नो संस्थाको नाम	
		नयाँ	पुरानो	नाम	थर		महिला	पुरुष	सम्पर्क नम्बर									सएको संस्थाको नाम	
१	२	३	४	५		६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	
																१			
																१			

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

नि.शुल्क सेवाको लक्षित समूह कोड (महल नं. १७)							
लिङ्ग		असहाय = २	अपाङ्ग = ३	जेष्ठ नागरिक = ४	म.स्वा.स्व.ह = ५	अन्य = ६	जम्मा
महिला							
पुरुष							

भर्ने तरिका :

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

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका बिरामीको क्रमसङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	मूल दर्ता नं.	मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर बिरामी पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
३-४	O. P. D दर्ता नं. (नयाँ/पुरानो)	बिरामी दर्ता गर्दा प्रत्येक आ.व. मा नयाँ दर्ता नम्बर दिई सुरु गर्नुपर्दछ । एउटा रोग लागेर उपचार गराउन आएको बिरामी सोही रोगको उपचारका लागि दोहोऱ्याई (फलोअप) आएमा पुरानो महलमा पहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि एक पटकको रोग निको भइसकेको बिरामी सोही रोग वा अन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ । रेफर भई आएका सेवाग्राहीहरूका हकमा सोही सेवा भएमा दर्ता नं. नयाँ दिई पुरानाको महलमा Refer in लेख्नुपर्दछ र पुरानो बिरामीको रूपमा लिनुपर्दछ ।
५	बिरामीको नाम, थर	यस महलको माथिल्लो भागमा बिरामीको नाम र तल्लो भागमा थर लेख्नुपर्दछ ।
६	जाति कोड	सेवा लिने व्यक्तिको जाति एकिन गरी जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै : ०१, ०२,..... ०६)
७-८	उमेर	बिरामी महिला भए महिलाको महलमा र पुरुष भए पुरुषको महलमा पूरा भएको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ ।

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
९-१०	ठेगाना : जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नम्बर र सम्पर्क नं.	यस महलको माथिल्लो भागमा बिरामी प्राय: बसोबास गरेको जिल्ला, बीचको भागमा महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँ पालिका, वडा नम्बर र अन्तिमको भागमा सम्पर्क फोन नं. लेख्नुपर्दछ।
११	अनुसन्धानमूलक परीक्षण	बिरामीको रोग निदान गर्ने क्रममा एक्स रे, प्रयोगशाला वा अन्य जाँच गरेको ब्यहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१२	सम्भावित निदान	यस महलमा स्वास्थ्यकर्मीले निदान गरेअनुसार बिरामीलाई लागेको सम्भावित मुख्य रोगको नाम लेख्नुपर्दछ।
१३	ICD Code	यस महलमा रोगको Alpha Numeric (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE (ICD-10) कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ।
१४	उपचार र सल्लाह	निदान भएको रोगको उपचारका लागि बिरामीलाई दिइएको औषधीको नाम (मात्रा खुल्ने गरी) र बिरामीलाई दिएको सल्लाह यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१५	Surgical Procedure (Day Care Surgery)	बहिरङ्ग सेवा अन्तरगत उपचारको क्रममा गरिएको सानोतिनो सर्जिकल प्रक्रिया यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१६	लैङ्गिक हिंसा	उपचारका लागि आएका सेवाग्राही लैङ्गिक हिंसाबाट पीडित भई आएको भएमा यस महलको कोड १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
१७	नि:शुल्क सेवा कोड	अस्पतालहरूमा बिरामीले नि:शुल्क सेवा पाएको भएमा राष्ट्रिय नि:शुल्क स्वास्थ्य सेवा निर्देशिका बमोजिम कुन वर्गमा पर्दछन्, सो हेरी नि:शुल्क जनाई कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : १= अति गरिब र गरिब, २= असहाय, ३= अपाङ्ग, ४= ज्येष्ठ नागरिक (६० वर्षमाथिका), ५= महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, ६= अन्य (खुलाउने)। प्रत्येक पानाको समूह कोडको जम्मा सङ्ख्या त्यस पानाको अन्तिममा रहेको सङ्क्षिप्त तालिकामा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१८	प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम, गएको संस्थाको नाम	दर्ता गरिएको बिरामी यदि प्रेषण भई आएको भए यस महलको माथिल्लो भागमा प्रेषण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ र बिरामीलाई प्रेषण गरिएको छ भने तल्लो भागमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ।

प्रत्येक पेजको पुछारमा रहेको जातिगत आधारमा सेवाग्राहीहरूको महिला/पुरुष समूह कोडअनुसारको जम्मा लेख्नुपर्दछ। त्यस्तै गरी नि:शुल्क सेवाको लक्षित समूह कोडअनुसारको पनि जम्मा गर्नुपर्दछ।

अभ्यास १.३

मिति २०७० पौष १३ गते दोस्रो सेवाग्राहीको रुपमा रामेछाप जिल्ला भीरपानी गाउँपालिका वडा नं. १ सित्खा बजारको श्याम गोपाल श्रेष्ठ, उमेर ३५, बिरामी भई भीरपानी स्वास्थ्य चौकीमा आए, स्वास्थ्यकर्मीले परिक्षण गर्दा निजलाई Acute tonsiltis भनी निदान गरे र निजलाई Amoxyciline औषधि सिफारिस गरी औषधि बितरण कक्षमा पठाए, निजको बिबरण बहिरंग सेवा रजिष्टरमा चढाउनुहोस।

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

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

पुर्जाको नमुना :

HMIS 1.4: Referral/Transfer Slip

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
प्रेषण/स्थानान्तरण पूर्जा

मितिः __/__/२०७ _

१. संस्थाको नाम, ठेगानाः २. सम्पर्क नं.

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

६. ठेगानाः जिल्लाः पालिका वडा नं.

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

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

१०. उपचार विधि वा रेजिमेनः

११. प्रयोग भएको औषधीः

१२. अन्य परिक्षण गर्नपर्ने भए उल्लेख गर्नेः

१३. स्थानान्तरण/प्रेषण गरिनुको कारणः

१४. अन्य केही भए उल्लेख गर्नेः

क्षयरोगका बिरामीको लागि थप बिवरण	
क्षयरोगको प्रकारः	
दर्ता बर्गिकरणः	
खकार परिक्षण नतिजा	
मिति	ल्याब नं. परिणाम
अन्य परिक्षणको नतिजा	

श्री _____
_____

यस संस्थामा सेवा लिन आएका उपरोक्त विवरण भएका व्यक्तिलाई आवश्यक सेवाका लागि त्यहाँ पठाइएको छ। सम्पर्क गर्न आएपछि फिर्ति जानकारी पठाई दिन हुन अनुरोध छ।

प्रेषण /स्थानान्तरण गर्नेको नामः पदः सहीः

नोटः सेवा लिन आउने बिरामीहरुरसेवाग्राहीहरु तोकिएको सेवा लिन अनुकूल पर्ने गरी स्थानान्तरण प्रेषण गर्नु पर्दा यो फाराम प्रयोग गर्नु पर्दछ।

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
प्रेषण/स्थानान्तरण पूर्जा

(सेवा दिएको विवरण तथा फिर्ती जानकारी)

मितिः __/__/२०७ _

फिर्ती जानकारी पठाइएको संस्था श्री _____
_____

सेवाग्राहीको नाम, थरः

लिङ्गः उमेरः ठेगानाः जिल्लाः

पालिका वडा नं.

सम्पर्क गर्न आएको मितिः __/__/२०७ _

दिइएको सेवाः

फिर्ती जानकारी दिनेको नामः

पदः सहीः

मितिः __/__/२०७ _

फिर्ती जानकारी दिने संस्थाको नामः

ठेगानाः	जिल्लाः	पालिका	वडा नं.

परिमार्जित २०७०/७१ Print FY: 2070/71

भर्ने तरिका :

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

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

अभ्यास १.४

मिति २०७० माघ १९ गतेका दिन गुन्सी भदौरे स्वास्थ्य चौकीमा क्षयरोगको उपचार गराई राखेका बेथान गाउँ पालिका वडा नं. २ बस्ने श्यामलाल थापा, उमेर ५५ लाई १ महिनाको उपचार पछि बेथान स्वास्थ्य चौकीमा सोही उपचार लिनको लागि स्थानान्तरण गरी पठाइएको ब्यहोरा स्थानान्तरण पुर्जामा भर्नुहोस । निजलाई माघ २२ गते सम्मको लागि औषधि दिईएको छ।

श्यामलाल थापाले मिति २०७० माघ २२ गते बेथान स्वास्थ्य चौकीमा सम्पर्क गर्न गएका थिए, बेथान स्वास्थ्य चौकीले गुन्सी भदौरे स्वास्थ्य चौकीलाई फिर्ति जानकारी दिनुहोस ।

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

नियमित रूपमा स्वास्थ्य सेवा वा उपचार लिइरहेका बिरामीहरूले बीचमा नै सेवा वा उपचार छोडी सेवा लिन नआएमा (डिफल्टर/अनियमित भएमा) अनुगमन गर्न यस पुर्जाको प्रयोग गरिन्छ । लगातार सेवा लिनुपर्ने व्यक्ति आउनुपर्ने मितिमा नआएमा सोको कारण पत्ता लगाई नियमित सेवा लिन उत्प्रेरित गर्न स्वास्थ्य संस्थाहरूले सेवाको नियमितताको लागि आफूअन्तर्गतका स्वास्थ्यकर्मी वा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई यो पुर्जा भरी पठाउँनुपर्दछ ।

पूर्जाको नमुना :

HMIS 1.5: Defaulter/ Discontinuation Tracing Slip

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

..... जिल्ला

डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा

श्री .....

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

१. नाम, थर		लिङ्ग		उमेर	

२. ठेगाना	जिल्ला	पालिका	वडा नं.	गाउँ/टोल

३. सम्पर्क नं.		४. घरमूलीको नाम	

५. लिइरहेको सेवा		६. सेवा लिन आउनुपर्ने मिति	

५. अनुगमन गर्ने नगाउने व्यक्तिको	नाम, थर	पद	सही र मिति

(डिफल्टर/अनियमितता खोज गर्ने व्यक्तिले भर्ने)

श्री .....

सम्पर्क गरेको मिति	डिफल्टर/अनियमित हुनुको कारण

अनुगमन गर्नेको	नाम, थर	पद	सही र मिति

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

परिमार्जित २०७०/७१ Print FY: 2070/71

भर्ने तरिका :

महल शीर्षक	भर्ने तरिका
स्वास्थ्य संस्थाको नाम:	सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ । श्री को पछाडि खाली रहेको भाग ..... मा अनुगमन गर्ने व्यक्तिको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
नाम, थर, लिङ्ग र उमेर	डिफल्टर/अनियमित भएको व्यक्तिको नाम, थर, उमेर र लिङ्ग सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
ठेगाना	पूरा ठेगाना जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँ पालिका र वडा नम्बर, गाउँ र टोलसमेत लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं	अनुगमन गरिनुपर्ने व्यक्तिको सम्पर्क फोन नं. लेख्नुपर्दछ ।

घरमूलीको नाम, थर	डिफल्टर भएको व्यक्तिको घरमूली/अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
लिइरहेको सेवा	डिफल्टर भएको बिरामी/सेवाग्राहीले लिइरहेको सेवाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सेवा लिन आउनुपर्ने मिति	डिफल्टर भएको व्यक्ति नियमित सेवा लिनको लागि कहिले आउनुपर्ने थियो, सो मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
अनुगमन गर्न लगाउने व्यक्तिको नाम, पद र मिति	अनुगमन गर्न लगाउने व्यक्तिले आफ्नो नाम, पद र मिति लेखि सही गर्नुपर्दछ ।
अनुगमन गर्न गएको व्यक्तिले भर्ने	श्री को पछाडि खाली रहेको भाग .....मा अनुगमन गर्न लगाउने संस्था वा व्यक्तिको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क गरेको मिति	डिफल्टर अनुगमन गर्ने व्यक्तिले डिफल्टर भएको व्यक्तिसँग सम्पर्क गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
डिफल्टर हुनुको कारण	सेवा लिन नआउनुको कारण पत्ता लगाई सोको ब्यहोरा लेख्नुपर्दछ ।
अनुगमन गर्नेको नाम थर, पद, मिति र सही	अनुगमन गर्ने व्यक्तिको नाम, थर, पद, मिति लेखी सही गर्नुपर्दछ । *नोटः यदि सेवा लिन आउनुपर्ने व्यक्ति पुनः सेवाको लागि नआउने यकिन भएमा सम्बन्धित अभिलेखमा नआउनुको कारण जनाउनुपर्दछ ।*

अभ्यास १.५

रामेछाप जिल्ला, गेलु गाउँपालिका वडा नं. ६ का शान्ति पहरी मिति २०७० माघ १ गते तेस्रो पटक डिपो सुई लिन आउनुपर्नेमा मिति २०७० माघ ८ गते सम्म पनि सेवा लिन नआएकोले अ.न.मी. प्रेममाया बोहराले अ.हे.ब. डिल्ली बहादुर खत्रीलाई नियमितताको लागि डिफल्टर/अनियमितता खोज पूर्जा भरी पठाएको बिबरण डिफल्टर/अनियमितता खोज पूर्जा भर्नुहोस ।

मिति २०७० माघ ९ गते अ.हे.ब. डिल्ली बहादुर खत्रीले अनुगमन गर्दा शान्तिमायाको श्रीमान बैदेशिक रोजगारीको लागि बिदेश गएको कारणले सेवा लिन नआएको पत्ता लगाए । सो को बिबरण गेलु प्रा.स्वा.के.लाई दिएको ब्यहोरा डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जामा भर्नुहोस ।

HMIS 1.6: समायोजन फाराम (Tally Sheet)

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

फारामको नमूना:

HMIS 1.6

समायोजन फाराम

सि.नं.	सूचक/ कार्यक्रम											

भर्ने तरिका:

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

♦♦♦♦♦

२. नवशिशु तथा बाल स्वास्थ्य

2. Infant and Child Health

HMIS 2.1: बाल स्वास्थ्य कार्ड

HMIS 2.2: खोप रजिस्टर

HMIS 2.3: दुई-वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर

HMIS 2.4: समुदायमा आधारित नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर

HMIS 2.5: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड

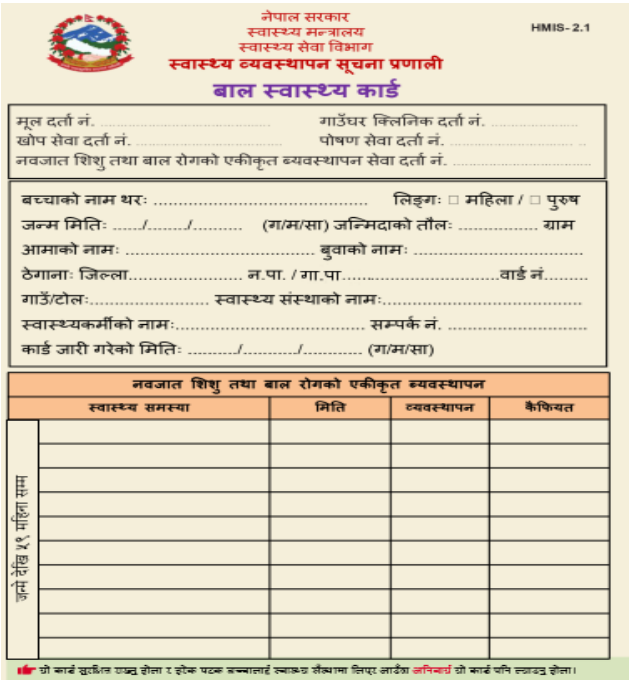
HMIS 2.6: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर

HMIS 2.7: मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर-अस्पताल

HMIS 2.1:बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card)

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

कार्डको नमुना :



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

HMIS-2.1

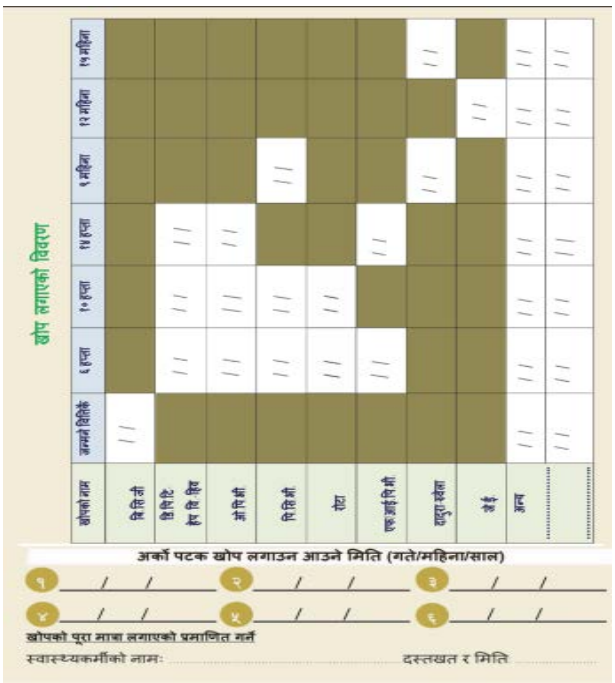
मूल दर्ता नं. ..... गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. .....
खोप सेवा दर्ता नं. ..... पोषण सेवा दर्ता नं. .....
नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा दर्ता नं. .....

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

नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन

	स्वास्थ्य समस्या	मिति	व्यवस्थापन	कैफियत
जन्मे देखि २९ महिना सम्म				

यो कार्ड सुरक्षित राख्नु होला र होक पटक बच्चालाई स्वास्थ्य सेवाका लिएर लाउँदा अनिवार्य यो कार्ड पनि लिएर आउनु होला।



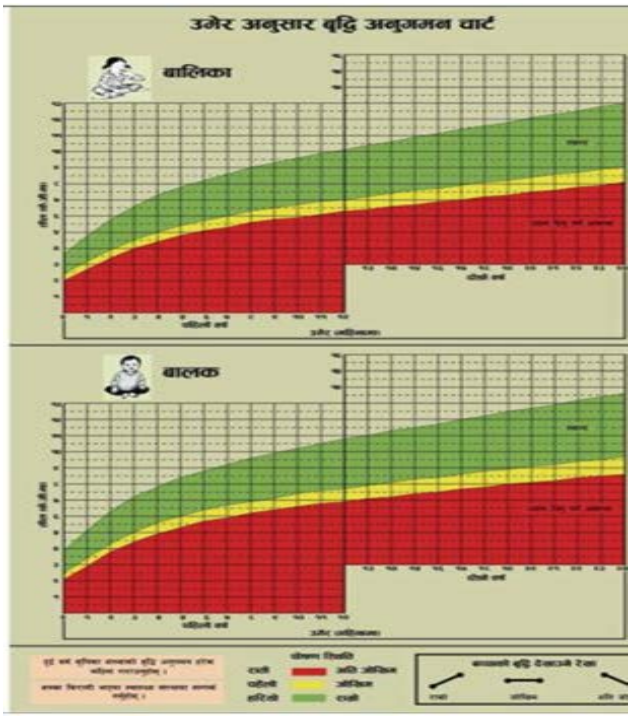
खोप लगाएको विवरण

खोपको नाम	जन्मले दिनैमा	६ हप्ता	१० हप्ता	१४ हप्ता	९ महिना	१२ महिना	१५ महिना
बि.सि.जी.	—	—	—				—
हेप.बि.बि.		—	—				—
ओ.पि.भी.		—	—				—
पि.सि.भी.		—	—	—	—		—
पोटा		—	—	—	—		—
एफ.आई.पि.भी.		—	—	—	—	—	—
दादुरा-रुबेला							—
जे.ई.						—	—
अन्य	—	—	—	—	—	—	—

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

१ / / २ / / ३ / /
४ / / ५ / / ६ / /

खोपको पूरा माथा लगाएको प्रमाणित गर्ने
स्वास्थ्यकर्मीको नामः ..... दस्तखत र मिति .....



कार्ड भर्ने तरिका:

महल शीर्षक	भर्ने तरिका
मूल दर्ता नं	मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकमा सेवा प्रदान गर्दा दर्ता गरेको गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
खोप सेवा दर्ता नं.	खोप सेवा रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको सम्बन्धित वडाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ। यदि सेवाग्राही बच्चाले अन्य (सरकारी वा गैह्र सरकारी) संस्थाबाट जारी भएको बाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS2.1) लिइआएमा पहिले लेखिएको खोप सेवा दर्ता नं. पछाडी धर्को (/) लगाई नयाँ दर्ता नं. (हाल सेवा दिने संस्थाको रजिष्टरमा दर्ता गर्दाको नं.) लेख्नुपर्दछ। यदि निर्दिष्ट ढाँचाको कार्ड नभएमा सेवाग्राहीलाई नयाँ वाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS2.1) जारी गरी पहिलेको कार्डबाट यसभन्दा पहिले लगाएको खोपको विवरण नयाँ कार्डमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।
पोषण सेवा दर्ता नं.	पोषण सेवा रजिस्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ। यदि गाउँघर क्लिनिकमा पोषण सेवाका लागि दर्ता गरेको भए ORC लेखी गाउँघर क्लिनिकको पोषण सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत ब्यबस्थापन सेवा दर्ता नं.	नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत ब्यबस्थापन (IMNCI) सेवा रजिष्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
बच्चाको नाम, थर	सेवा लिन आएको बच्चाको नाम र थर लेख्नुपर्दछ।
लिङ्ग	बच्चा महिला भए महिलामा र पुरुष भए पुरुषमा ✓ चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
जन्म मिति	बच्चा जन्मेको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ। बच्चा जन्मेको मिति भन्न नसके महत्त्वपूर्ण घटनासँग जोडी जन्म मिति पत्ता लगाई लेख्नुपर्दछ।
जन्मिदाको तौल (ग्राममा)	बच्चा जन्मिदाको तौल ग्राममा लेख्नुपर्दछ। यदि जन्मिदाको तौल थाहा नभएमा यस महलमा - चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
आमाको नाम	बच्चाको आमाको नाम लेख्नुपर्दछ।
बाबुको नाम	बच्चाका बाबुको नाम लेख्नुपर्दछ।
ठेगाना	हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको* जिल्ला, नगर वा गाउँपालिका को वडा नम्बर र गाउँ/टोल (यदि घर नं. भएमा सो समेत खुल्ने गरी) लेख्नुपर्दछ। **हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको भन्नाले कम्तीमा ६ महिनादेखि बसिरहेको वा त्यहीँ बसोबास गर्ने मनसायले बसिरहेको भन्ने बुझ्नुपर्दछ।*
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	कार्ड जारी गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गर्नु पर्दछ।
स्वास्थ्य कर्मीको नाम	कार्ड जारी गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम लेख्नुपर्दछ।
सर्म्पक नं	कार्ड जारी गर्ने स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीको सम्पर्क नं लेख्नुपर्दछ।
कार्ड जारी गरेको मिति	कार्ड वितरण गरेको मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ।
नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत ब्यवस्थापन	नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत ब्यवस्थापन सम्बन्धी सेवा दिईएको भएमा बच्चाको स्वास्थ्य समस्या, सेवा प्रदान गरेको मिति, उपचार व्यवस्थापन तथा उपचार सल्लाहको विवरण सम्बन्धित महलमा खुलाउनु पर्दछ।
खोप लगाएको विवरण	बच्चालाई प्रत्येक खोप दिएपछि सम्बन्धित खोपको महलमा खोप दिएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ। बच्चाले यसभन्दा पहिलेका खोप अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट लिएको भए सो को विवरण यस कार्डबाट खोप रजिस्टरको सम्बन्धित खोपको महलमा खोप सेवा प्रदान गर्ने संस्थाको नाम जनाउनु पर्दछ।
अर्को पटक खोप लगाउन आउने मिति	यस पटकको खोप सेवा प्रदान गरी सकेपछि खोप सेवा लिन अर्को पटक सेवाग्राही कहिले आउनु पर्ने हो एकीन गरी सो मिति क्रमशः लेख्नुपर्दछ।
खोपको पूरा मात्रा लगाएको प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, दस्तखत र मिति	*पूर्णखोप भन्नाले १५ महिना सम्मका बच्चाले लगाउनुपर्ने सम्पूर्ण खोपहरू (बी.सी.जी. १ मात्रा, डी.पी.टी.-हेप.बी.-हिब, पोलियो र पी.सी.भी. ३।३ मात्रा, एफ.आई.पि.भि २ मात्रा (लागु भएपछि), जे. ई. १ मात्रा र दादुरा-रुवेला २ मात्रा) पूरा भएपछिलाई जनाउँछ।* *यदि कुनै बच्चाले जे.ई र दादुरा रुवेलाको दोश्रो मात्रा १५ महिना पछाडी २३ महिनाभित्र पूरा गरेमा अन्तिम खोप लगाएको मितिलाई नै खोप पूरा गरेको मिति मान्नु पर्दछ।* सोही अनुरुप पूर्णखोप लगाएको यकिन गरी प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम र मिति लेखी दस्तखत समेत गर्नुपर्दछ।

महल शीर्षक	भर्ने तरिका
उमेर अनुसार वृद्धि अनुगमन	
	यस कार्डमा समावेश गरिएको रेखाचित्रमा माथिल्लो खण्डमा बालिका र तल्लो खण्डमा बालकको उमेर अनुसारको तौल वृद्धिको अभिलेख राखिन्छ । जन्मेको पहिलो महिना देखि २ वर्ष (२३ महिना) सम्म हरेक महिनामा बच्चाको तौल लिई उमेरअनुसारको तौलको सम्बन्धित कोठामा जनाउनुपर्दछ । बच्चा दोहोरिएर सेवा लिन आउँदा प्रत्येक पटकको उमेरअनुसारको तौल रेखाचित्रमा जनाई अघिल्लो पटकको तौलको बिन्दुसँग जोड्नुपर्दछ । बच्चाको पोषण स्थिति कार्डमा देखाएअनुसार सामान्य, जोखिम वा अति जोखिम – कुन अवस्थामा छ, तदनुसार आमालाई सल्लाह दिनुपर्दछ । पोषण रजिस्टरमा यस ब्यहोराको विवरण निम्नअनुसार अभिलेख गर्नुपर्दछ : **१, हरियो- सामान्य २, पहेँलो- जोखिम ३, रातो- अति जोखिम**
खोप पश्चात् भएका अवाञ्छित घटना (“AEFI”)	खोप लगाएपछि बच्चामा कुनै प्रकारको अवाञ्छित घटना हुन गएमा सोको विवरणको महलहरुमा लिएको खोपको नाम, मिति, देखिएका मुख्य लक्षण र गरिएको व्यवस्थापन लेख्नुपर्दछ । अवाञ्छित घटना देखिएका बाल-बालिकाहरूको विस्तृत विवरण छुट्टै फाराममा भरी सम्बन्धित स्थानमा पठाउनुपर्दछ ।
अभियानमा लगाएको खोपको विवरण	खोप अभियानमा लगाइएको खोपको विवरण मिति समेत खुल्ने गरी सम्बन्धित महलहरुमा लेख्नुपर्दछ ।
अभियानमा भिटामिन ए क्याप्सुल र जुकाको औषधी खुवाएको विवरण	
भिटामिन ए खुवाएको विवरण	६ महिना दखि ५९ महिना सम्मका वालवालिकालाई भिटामिन ए र १२ देखि ५९ महिना सम्मका वालवालिकाहरुलाई जुकाको औषधी हरेक ६/६ महिनाको फरकको अभियानमा खुवाएको प्रत्येक पटकको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । *(अभियान सञ्चालन भएकै समयमा भिटामिन ए र जुकाको औषधी वितरण गरेको मिति म.स्वा.स्व.से. बाट यस कार्डमा अद्यावधिक गराउनुपर्दछ । स्वास्थयकर्मीले सेवा प्रदान गर्ने क्रममा समेत अभिभावकलाई सोधी यो विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।)*
स्तनपानवारे जानकारी	
जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान सुरु गरेको	शिशुलाई जन्मेको १ घण्टाभित्र स्तनपान गराए/नगराएको पहिलो भेटमा सोधी गराएको भए (✓) चिन्ह र नगराएको भए (X) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
बच्चालाई आमाको दूध मात्र खुवाएको	शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको/नगराएको हरेक महिनाको भेटमा सोधी जुन महिनासम्म आमाको दूध मात्र खुवाएको हो, सोही महिनाका महलमा (✓) चिन्ह लगाउनुपर्दछ र बच्चालाई आमाको दूधका साथै अन्य खानेकुरा पनि खुवाएको भए जुन महिनादेखि अन्य खानेकुरा खुवाउन सुरु गरेको हो, सोही महिना देखिका महिनामा (X) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
बच्चालाई आमाको दूधका साथै पोसिलो खाना खुवाउन सुरु गरेको	शिशुलाई आमाको दूधका साथै पूरक खाना खुवाउन सुरु गरेको छ/छैन सोधी यदि सुरु गरेको छ भने ६ महिनाभन्दा अघि, ६ महिनामा वा ६ महिनाभन्दा पछि कहिले सुरु गरेको हो, सम्बन्धित महलमा (✓)चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
बालभिटा वितरण गरेको मितिः	
पहिलो, दोश्रो, तेश्रो	६ महिना देखि २३ महिना सम्मको वालवालिकालाई ६-११ महिना उमेर समुहमा पहिलो पटक, १२-१७ महिना उमेर समुहमा दोस्रो पटक, १८-२३ महिना उमेर समुहमा तेस्रो पटक गरी जम्मा ३ पटक प्रत्येक पटकमा ६० दिनलाई पुग्ने गरी बालभिटा वितरण गरिन्छ । बालभिटा वितरण गरेको प्रत्येक पटकको मिति (गते, महिना, साल) पहिलो भए पहिलो कोठामा, दोस्रो भए दोस्रो कोठामा र तेस्रो भए तेस्रो कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण सम्बन्धी विवरण	
बच्चाको उमेर महिनामा (६-८ महिना, ९-११ महिना, १२-२३ महिना)	पोषण सेवाका लागि आएका ६ देखि २३ महिनासम्मका वालवालिकाहरुलाई ६ देखि ८ महिना, ९ देखि ११ महिना र १२ देखि २३ महिना उमेर समूहमा प्रत्येक उमेर समूहको पहिलो भेटमा १ पटक सोधी पछिल्लो २४ घण्टामा खुवाइएको खानाको प्रकार र पटक यकिन गरी खानाको प्रकार र उमेर समूहको सम्बन्धित महलमा पटक (१, २, ३ ....) लेख्नुपर्दछ । उमेरअनुसार आवश्यक पर्ने खानाको पटक, प्रकार, मात्रा (परिमाण) खुवाइएको छ/छैन, सो समेत यकिन गरी परामर्श दिनुपर्दछ ।

अभ्यास २.१

१. रामेछाप जिल्ला बाम्ती गाउँपालिका वडा नं.४ की निलम कार्कीकी २ महिनाकी छोरी सानियालाई रत्नज्योती खोप केन्द्रमा मिति २०७० माघ ११ गते बि.सी.जी. खोप लगाउन ल्याईन् बच्चाको जन्म मिति २०७० मंसिर २ गते भएको थियो । बच्चाको बाल स्वास्थ्य कार्ड भर्नुहोस् ।

२. मिति २०७० पौष १३ गते बेताली स्वास्थ्य चौकीमा रामेछाप जिल्ला, बेताली गाउँपालिका वडा नं. ३ की रेखा थापाको ३ महिनाको छोरा अभिमन्यू थापालाई पहिलो पटक स्वास्थ्य चौकीमा तौल लिईयो । निजको तौल ३ केजी ५०० ग्राम थियो । अभिमन्यू थापाको बृद्धि अनुगमनको बिबरण बाल स्वास्थ्य कार्डमा भरी पोषण रजिष्टरमा भर्नुहोस् ।

HMIS 2.2: खोप रजिस्टर(Immunization Register)

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

यस रजिस्टरमा खोप सेसन सञ्चालन, भ्याक्सिन प्राप्त तथा खर्चको विवरण, बाल-बालिकाको खोप लगाएको विवरण, गर्भवती महिलालाई टी.डी. खोप दिएको विवरण, खोप अभियान प्रगति समायोजन र खोप पश्चात् हुने अवाञ्छित घटनाको अभिलेख गरी जम्मा ६ भाग रहेका छन् ।

खोप पाएका व्यक्तिको जम्मा सङ्ख्या निकाल्नका लागि बच्चा वा गर्भवती महिलाको कार्डमा विवरण अद्यावधिक गर्नेबित्तिकै प्रत्येक सेवाग्राहीको सङ्ख्या समायोजन फाराममा ट्याली (tally) गर्नुपर्दछ । यसैका आधारमा खोप सेवा HMIS 9.2 र HMIS 9.3/9.4/9.5 को प्रतिवेदन फारामको खोप सेवा पाएकाहरूको जम्मा सङ्ख्याको महलमा सो उतार गर्नुपर्दछ ।

नगर/गाउँपालिका भित्रको स्वास्थ्य संस्थाहरुले आफ्नो कार्यक्षेत्र भित्रको खोप सेवा प्रदान गर्दा वडाको जनसंख्याको आधारमा लक्ष निर्धारण गरि अभिलेख पनि वडा अनुसार छुट्टा छुट्टै पानामा राख्नु पर्दछ । एउटै वडामा २ भन्दा धेरै खोप केन्द्र संचालन हुने भए वडा नं. उल्लेख गरि खोप केन्द्र अनुसार छुट्टै अभिलेख राख्दा उपयुक्त हुन्छ । अस्पताल तथा संस्थागत क्लिनिकले आफ्नो पालिका भित्रको वडा अनुसार छुट्टै अभिलेख राख्नु पर्दछ ।

नोटः सेवा प्रदान गर्दा आफ्नो पालिका र वडा भन्दा वाहिरका सेवाग्राही आएमा खोप रजिष्टरको छुट्टै पानामा "अन्यत्र" भनि अभिलेख राख्नु पर्दछ ।

रजिस्टरको नमुना :

२.२१ खोप सेसन सञ्चालन

HMIS 2.21

खोप सेसन सञ्चालन विवरण

खोप केन्द्रको नाम	खोप सेसन सञ्चालन हुने			सेसन सञ्चालन भएको												
	गते/वार	समय		श्रावण	भाद्र	आश्वीन	कार्तिक	मंशिर	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

२.२२ भ्याक्सिन प्राप्त तथा खर्च विवरण (डोजमा)

भ्याक्सिन प्राप्त, खर्च तथा खेर गएको विवरण

महिना	बि.सि.जी. (BCG)				डि.पि.टी./हेप बि/हिब (DPT-HepB-Hib)				पोलियो (OPV)				पि.सि.भि. (PCV)				रोटा (Rota)			
	प्राप्त	खर्च	खेर गएको (डोज)		प्राप्त	खर्च	खेर गएको (डोज)		प्राप्त	खर्च	खेर गएको (डोज)		प्राप्त	खर्च	खेर गएको (डोज)		प्राप्त	खर्च	खेर गएको (डोज)	
			खोलेको	नखोलेको			खोलेको	नखोलेको			खोलेको	नखोलेको			खोलेको	नखोलेको			खोलेको	नखोलेको
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१
श्रावण																				

(डोजमा) HMIS 2.22

एफ.आई.पि.भी. (fIPV)				दादुरा-रुबेला (Measles-Rubella)				जे.ई. (JE)				टी.डी. (TD)				कैफियत
प्राप्त	खर्च	खेर गएको (डोज)		प्राप्त	खर्च	खेर गएको (डोज)		प्राप्त	खर्च	खेर गएको (डोज)		प्राप्त	खर्च	खेर गएको (डोज)		
		खोलेको	नखोलेको			खोलेको	नखोलेको			खोलेको	नखोलेको			खोलेको	नखोलेको	
२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८

२.२३ खोप अभिलेख (बाल-बालिका)

सेवा दर्ता नं.	बच्चाको		जाति कोड	लिङ्ग	आमा/बुवाको नाम, थर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	वि.सि.जी. (BCG)	डि.पि.टी./हेप वि/हिब (DPT-HepB-Hib)		
	नाम	थर								१	२	३
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३
				म				ग	ग	ग	ग	ग
								म	म	म	म	म
				पु				सा	सा	सा	सा	सा

वडा नं. ..

पोलियो (OPV)			पि.सि.भि. (PCV)			रोटा		एफ.आई.पि.भी. (fIPV)		दादुरा-रुबेला		जे.ई. (१२ महिना)	पूर्ण खोप लगाएको	१२ महिना पछि Penta 3 मात्रा पूरा गरेको
१	२	३	१	२	३	१	२	१	२	पहिलो (९ म)	दोस्रो (१५ म)			
१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८
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

२.२४ टी.डी. खोप अभिलेख (गर्भवती महिला)

HMIS 2.24

टी.डी. खोप सेवा

वडा नं. ...

सेवा दर्ता नं.	गाउँ/टोल *	गर्भवति महिलाको		जाति कोड	उमेर	सम्पर्क फोन नं.	गर्भको पटक	पहिले लगाएको टी.डी.खोपको मात्रा	टी.डी.खोप विवरण			कैफियत
		नाम	थर						१	२	२+	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३
									ग	ग	ग	
									म	म	म	
									सा	सा	सा	

२.२५ खोप अभियान (Mass Immunization Campaign) प्रगति समायोजन

खोप अभियान (Mass Immunization Campaign) प्रगति समायोजन

HMI

खोपको प्रकार

वरुप:

क्रम संख्या	ब.नं.	मिति			लक्षित जनसंख्या			खोप लगाएको संख्या			प्रतिशत %	खोप बैठकको मिति	परिचालित स्वा.स्व.से. तथा स्वास्थ्यकर्मी को संख्या	खोप (डोजमा)			कैफियत
		ग	म	सा	उमेर समूह (खलाउने)			उमेर समूह (खलाउने)						प्राप्त	खर्च भएको	फिर्ता गरेको	
							जम्मा			जम्मा							
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८

२.२६ खोपपश्चात् हुने अवाञ्छित घटना (Adverse Events Following Immunization)

खोप पश्चात हुने अवाञ्छित घटना

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

(Adverse Event Following Immunization)

HMIS 2.26

खोपको नाम	खोपको ब्याच नं.	खोप लगाएको मिति, समय तथा स्थान			लक्षण शुरु भएको मिति तथा समय		देखिएका मुख्य लक्षणहरु	वर्गीकरण		कैफियत
		मिति	समय	स्थान	मिति	समय		सामान्य	कडा	
१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०
		ग			ग					
		म			म					
		सा			सा					

रजिस्टर भर्ने तरिका :

२.२१ खोप सेसन सञ्चालन

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	खोप केन्द्रको नाम		यस महलमा खोप सञ्चालन हुने केन्द्र (स्थान) को नाम लेख्नुपर्दछ ।
२-४	खोप सेसन सञ्चालन हुने गते/वार/समय		कुनै खोप केन्द्र निश्चित गते अनुसार र कुनै खोप केन्द्रहरु निश्चित वार अनुसार संचालन हुनेगरी तय गरिएको हुन्छ । सोही अनुरुप यस महलमा खोप सेसन सञ्चालन हुने गते/बार र समय लेख्नुपर्दछ ।
५-१६	सेसन सञ्चालन भएका	श्रावण ..... आषाढ	यस महल अन्तर्गतका महिनाहरूमा सम्बन्धित महिनामा खोप सेसन सञ्चालन भएको भए ठीक (✓)चिन्ह लगाउनुपर्दछ । यदि खोप सेसन सञ्चालन हुन नसकेको भए (—) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
१७		जम्मा	यस महलमा श्रावण देखि आषाढ (महल ५-१६) सम्म को जोड लेख्नुपर्दछ ।

२.२२ भ्याक्सिन प्राप्त तथा खर्च विवरण (डोजमा)

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

महिना	बी. सी.जी., डी. पी. टी./हेप बी/हिब, पोलियो, पी. सी. भी., रोटा, एफ्.आई.पि.भी., दादुरा/रुबेला, जे.ई.र टी.डी.	
श्रावण ..... आषाढ	प्राप्त	खोप सेसन सञ्चालनका लागि सम्बन्धित महिनाको प्राप्त महलमा बी.सी.जी., डी.पी.टी./हेप बी/हिब, पोलियो, पी.सी.भी., रोटा, एफ्.आई.पि.भि, दादुरा/रुबेला, जे.ई. र टी.डी.भ्याक्सिन प्राप्त गरेको मात्रा डोजमा लेख्नुपर्दछ ।
	खर्च	सम्बन्धित महिनाको खर्च महलमा प्राप्त गरेको बी.सी.जी., डी.पी.टी./हेप बी/हिब, पोलियो, पी.सी.भी., रोटा, एफ.आई.पि.भि, दादुरा/रुबेला, जे.ई. र टी.डी. भ्याक्सिनमध्ये खर्च हुन गएको (लगाइएको र खेर गएकोसमेत) जम्मा डोज लेख्नुपर्दछ । जस्तैः सेसन सञ्चालनका लागि बी.सी.जी. ६० डोज (३ भायल) प्राप्त गरी २ भायल खोलेर २१ जना बच्चालाई मात्र सो खोप लगाइयो भने भ्याक्सिन खर्च (लगाइएको २१ र खेर गएको १९ समेत) जम्मा ४० डोज हुन्छ । प्रयोग नभई नखोलिएको बाँकी २० डोज (१ भायल) कोल्डचेन कायम गरी जहाँबाट प्राप्त गरेको हो, सोही स्थानमा अनिवार्य रूपमा फिर्ता गर्नुपर्दछ । यदि नखोलिएको भ्याक्सिन भायल VVM खराब भई वा म्याद गुज्रेको भए त्यसको हिसाब छुट्टै गर्नुपर्दछ । यसलाई खोलिएको भ्याक्सिनको खेर जाने दरमा हिसाब गर्नुहुँदैन ।
	खेर गएको	सम्बन्धित महिनाको खेर गएको महलमा खर्च भएको बी.सी.जी., डी.पी.टी./हेप बी/हिब, पोलियो, पी.सी.भी., रोटा, एफ.आई.पि.भि, दादुरा/रुबेला, जे.ई. र टी.डी. भ्याक्सिनमध्ये लगाइएको डोज घटाई बाँकी रहन गएको डोज लेख्नुपर्दछ । जस्तैः सेसन सञ्चालनका लागि खर्च प्रयोग गर्न खोलिएको बी.सी.जी. ४० डोजमध्ये २१ जनालाई खोप लगाइयो भने बाँकी रहेको १९ डोज खेर गएको बुझ्नुपर्दछ । जम्मा खेर गएको भ्याक्सिनको डोजलाई खोलेको भायल र नखोलेको भायलमध्येबाट कति खेर गएको हो सो को समेत विवरण लेख्नुपर्दछ ।

२.२३ खोप अभिलेख (बाल-बालिका)

वडा नम्बरः खोप रजिस्टरको शिर्ष स्थानमा यी पानाहरू कुन वडाको अभिलेख राख्न छुट्ट्याइएका हुन्, सोही वडाको नम्बर लेख्नुपर्दछ । सम्बन्धित नगर/गाउँपालिका बाहिरकालागि मात्र अर्को छुट्टै पानामा "अन्य" लेख्नुपर्दछ । सम्बन्धित पालिका भित्रको कुनै एक स्वास्थ्य संस्थाले अर्को वडाको सेवाग्राहीलाई सेवा दिएको भए सो वडाको लागि छुट्याइएको पानामा अभिलेख गरिन्छ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	सेवा दर्ता नं.		एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि नगर/गाउँपालिकाका हकमा वडाअनुसार छुट्टाछुट्टै दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ। तर अस्पतालका हकमा वडाअनुसार अलग-अलग नगरी क्रमशः दर्ता नम्बर राख्नुपर्दछ। आर्थिक वर्ष परिवर्तन भएपछि दर्ता नम्बर पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२	बच्चाको	नाम	खोप सेवा लिन आएको बच्चाको नाम, थर छुट्टाछुट्टै महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
३		थर	
४	जात/जातिकोड		सेवा लिने व्यक्तिको थरका आधारमा रजिस्टरमा राखिएको जातिकोड वर्गीकरण तालिका अनुसार जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ। (जस्तै ०१, ०२, ... ०६)। खोप सेवामा सामाजिक समावेशीकरणको अवस्था देखाउन यो अभिलेख अत्यन्त महत्त्वपूर्ण छ।
५	लिङ्ग	म	बच्चाको लिङ्ग महिला भए १ मा गोलो (०) चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
		पु	बच्चाको लिङ्ग पुरुष भए २ मा गोलो (०) चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
६	आमा/बुबाको नाम थर		बच्चाको आमा/बुबाको नाम, थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
७	गाउँ/टोल		खोप सेवा लिने बच्चा सम्बन्धित वडाको कुन गाउँबाट आएको हो, सोही गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ। संस्थाको कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिरबाट आएका सेवाग्राहीहरुका हकमा सो महलमा जिल्ला, पालिका, वडा र टोल लेख्नुपर्दछ।
८	सम्पर्क फोन नं.		बच्चाको आमा वा बुबाको सम्पर्क फोन नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
९	जन्ममिति		बच्चा जन्मेको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ। बच्चा जन्मेको मिति भन्न नसके महत्त्वपूर्ण घटनासँग जोडी जन्ममिति पत्ता लगाई लेख्नुपर्दछ। उदाहरणका लागि, २०७४ साल पौष ७ गते जन्मेको बच्चाको जन्म मिति लेख्दा यसरी (०७/०९/२०७४) लेख्नुपर्दछ।
१०	बी.सी.जी.		बच्चालाई बी.सी.जी.खोप दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
११–१३	डी.पी.टी./हेप बी/हिब (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)		बच्चालाई डी.पी.टी./हेप बी/हिब खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
१४–१६	पोलियो (OPV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)		बच्चालाई पोलियो खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
१७–१९	पी.सी.भी. (PCV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)		बच्चालाई पी.सी.भी.खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२०–२१	रोटा (पहिलो, दोस्रो)		बच्चालाई रोटा खोपको पहिलो वा दोस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२२–२३	एफ.आई.पि.भि.		बच्चालाई एफ.आई.पि.भि खोपको पहिलो र दोस्रो मात्रा दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२४	दादुरा/रुबेला (९ महिना)		दादुरा/रुबेला खोप ९-११ महिनामा दिएको भए खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२५	दादुरा/रुबेला दास्रो (१५ महिना)		१५ महिनाका बच्चालाई दादुरा/रुबेला दोस्रो मात्रा लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२६	जे.ई. (१२ महिना)		१२ महिनाका बच्चाहरूलाई जापानीज इन्सेफिलाइटिसको खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२७	पूर्ण खोप लगाएको मिति		*पूर्णखोप भन्नाले १५ महिना सम्मका बच्चाले लगाउनुपर्ने सम्पूर्ण खोपहरू (बी. सी. जी. १ मात्रा, डी.पी.टी.-हेप.बी.-हिब, पोलियो र पी.सी.भी. ३ मात्रा, एफ.आई.पि.भि २ मात्रा (लागुभएपछि), जे.इ. १ मात्रा र दादुरा-रुबेला २ मात्रा) पूरा भएपछिलाई जनाउँछ। यस महलमा पुरा गरेको अन्तिम खोपको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ।* *यदि कुनै बालबालिकाले जे.ई र दादुरा रुबेलाको दोश्रो मात्रा १५ महिना पछाडी २३ महिनाभित्र पूरा गरेमा अन्तिम खोप लगाएको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ।*
२८	१२ महिनापछि डी.पी.टी./हेप बी/हिब, पोलियो ३ मात्रा पूरा गरेको		बच्चा १२ महिना पूरा भइसकेपछि डी.पी.टी./हेप बी/हिब खोपको तेस्रो मात्रा दिएको भए खोप दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
नोटः अन्यत्रबाट खोप लिएको हकमा सम्बन्धित खोप लगाएको मितिका महलहरूमा बच्चाले कहाँबाट खोप पाएको हो, सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ। बच्चाले लिएको हरेक खोपको विवरण सो रजिस्टरमा उल्लेख भएमा मात्र खोपको अनुगमन गर्न सकिने भएकोले सबै खोपको विवरण लेखिएको हुनुपर्दछ।			

२.२४ टी.डी. खोप अभिलेख (गर्भवती महिला)

नगर/गाउँपलिकाको वडाका अनुमानित गर्भवती महिलाको जनसङ्ख्या अनुसार सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले आफूले सेवा प्रदान गर्ने प्रत्येक वडाकालागि आवश्यक पानाहरू छुट्याउनुपर्दछ । सम्बन्धित पालिकाभन्दा वाहिरवाट सेवा लिन आउने गर्भवती महिलाहरूको विवरण राख्न **अन्य** भनी छुट्टै पानामा राख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१.	दर्ता नं.		एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि वडा अनुसार छुट्टाछुट्टै दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ तर अस्पतालका हकमा वडाअनुसार अलग-अलग नगरी क्रमशः दर्ता नम्बर राख्नुपर्दछ । आर्थिक वर्ष परिवर्तन भएपछि दर्ता नम्बर पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२.	गाउँ/टोल		खोप सेवा लिने गर्भवती महिला बस्ने गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ ।
३.	गर्भवती महिलाको	नाम	टी.डी. खोप लिन आएकी महिलाको नाम र थर सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४.		थर	
५.	जाति कोड		टी.डी. खोप लिन आएकी महिलाको थर जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तैः ०१, ०२,..... ०६)
६.	उमेर		गर्भवती महिलाको टी.डी. खोप लिँदाको उमेर पूरा गरेको वर्षमा जनाउनुपर्दछ
७.	सम्पर्क फोन नं.		टी.डी. खोप लिन आएकी महिलाको सम्पर्क फोनं नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
८.	गर्भको पटक		टी.डी. खोप लिन आएकी महिला यस पटकसमेत जम्मा कति पटक गर्भवती भएकीछिन्, सो निश्चित गरी यो गर्भ कति औं पटकको हो, सो सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
९.	पहिले लगाएको टी.डी. खोपको मात्रा		गर्भवती महिलाले यस पटकको गर्भावस्थामा भन्दा पहिले कति पटक टी.डी. खोप लगाएकी छन्, पहिलेको कार्ड हेरी पहिले लगाएको टी.डी. खोप मात्राको उल्लेख अनिवार्य रूपमा गर्नुपर्दछ । पहिले टी.डी. खोप नलिएकी भए यस महलमा शून्य (०) लेख्नुपर्दछ ।
१०–१२	टी.डी. खोप विवरण टी.डी १, २, २+		गर्भवती महिलाले हालको गर्भावस्थामा पाएको टी.डी. खोपको विवरण टी. डी १, २ वा २+ मध्ये जुन समूहमा पर्दछ, सोही अनुसार सम्बन्धित महलमा खोप सेवा पाएको मिति क्रमशः गते, महिना र सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । (यस गर्भभन्दा पहिले जति पटक लगाएको भए पनि टी.डी. खोपको विवरणमा यस गर्भमा लगाएको विवरण मात्र लेख्नुपर्दछ) । उदाहरणका लागि, पहिलो गर्भमा वा अन्य समयमा जम्मा २ पटक टी.डी. खोप लगाएकी कुनै महिला यस पटकको गर्भमा टी.डी. खोप लिन आएकी भए यस पटक एक मात्रा टी.डी. खोप दिई सोको अभिलेख टी.डी. २+ को महलमा राख्नुपर्दछ । यदि यसभन्दा पहिले गर्भावस्थामा अथवा अभियानमा खोप लगाएको प्रमाण नभएमा वा जम्मा एक मात्रा मात्र लगाएको भए वा यस गर्भभन्दा पहिले टि.टि मात्र लगाएको भए टी.डी. खोप तालिका अनुसार खोप लगाई क्रमशः टी.डी. १ र २ मा अभिलेख गर्नुपर्दछ ।
१३.	कैफियत		माथि उल्लेख गरिएबाहेक अन्य केही भएमा यस महलमा खुलाउनुपर्दछ ।

२.२५ खोप अभियान (Mass Immunization Campaign) को प्रगति समायोजन

खोप अभियानमा प्रदान गरिएको खोप सेवाको प्रगतिको लेखाजोखा गर्न खोप रजिस्टरमा खोप अभियानको प्रतिवेदन राख्ने व्यवस्था गरिएको हो । अभियान सञ्चालनगर्दा प्रयोग गरिएका सम्बन्धित अभिलेख फारामहरूबाट वडाअनुसारको प्रगति उतार गरी यस रजिस्टरमा चढाउनुपर्दछ ।

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

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

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या			क्रम सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२	वडा नं.			वडा नं. १ देखि क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।
३-५	मिति			National Immunization Campaign सञ्चालन गरेको मिति गते, महिना, सालमा सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	लक्षित जनसङ्ख्या	उमेर समूह (खुलाउने)	.....	कार्यक्रम अनुसारको लक्षित समूह जनाई सम्बन्धित वडाको लक्षित जनसङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
७			.....	
८			जम्मा	
९	खोप लगाएको सङ्ख्या	उमेर समूह (खुलाउने)		कार्यक्रमको लक्षित समूह अनुसारको उमेर समूह जनाई अभियानबाट सेवा पाएकाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित उमेर समूहको महलमा वडाको प्रगति लेख्नुपर्दछ ।
१०				
११			जम्मा	
१२	प्रगति (%)			लक्षित जनसङ्ख्या र जम्मा खोप लगाएको संख्याको आधारमा प्रगति प्रतिशत (%) निकाली यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	खोप केन्द्रको सङ्ख्या			कार्यक्रममा कति खोप केन्द्र सञ्चालन गरियो, सोको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१४	परिचालित स्वा.स्व.से. तथा स्वास्थ्यकर्मीको सङ्ख्या			खोप केन्द्रमा परिचालित स्वा.स्व.से. तथा स्वास्थ्यकर्मीको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५	खोप (डोजमा)	प्राप्त		प्राप्त भएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६		खर्च भएको		खर्च गरिएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१७		फिर्ता गरेको		फिर्ता गरिएको खोप डोजमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१८	कैफियत			National Immunization Campaign सम्बन्धी थप केही विवरण भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

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

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	क्र. सं.		प्रत्येक महिनाको क्र.सं. १ बाट सुरु गरी अर्को महिनामा पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	नाम थर		AEFI भएको बच्चा वा महिलाको नाम थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
३	उमेर	म	बच्चा महिला भए महिलाको र पुरुष भए पुरुषको महलमा पूरा गरेको उमेर लेख्नुपर्दछ । गर्भवती महिलाको हकमा उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
४		पु	
५–७	ठेगाना (जिल्ला, पालिका, वडा नं., गाउँ/टोल, सम्पर्कनं.)		AEFI भएको बच्चाको अभिभावकको ठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा नं., गाउँ, टोल तथा सम्पर्क फोन नं. समेत खुल्ने गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
८	खोप सेवा दर्ता नं.		खोप सेवाको दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
९	AEFI दर्ता भएको मिति		AEFI भएर सो को व्यवस्थापनका लागि दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०	खोपको नाम		AEFI कुन खोपबाट भएको हो, सो सुनिश्चित गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
११	खोपको ब्याच		खोपको ब्याच र लट नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१२–१४	खोप लगाएको मिति, समय तथा स्थान		खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल), समय (बजे, मिनेटमा) र स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५–१६	लक्षण सुरु भएको मिति तथा समय		बच्चाको अभिभावकसँग सोधपुछ गरी लक्षण सुरु भएको मिति (गते/महिना/ साल), समय सुनिश्चित गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७	देखिएका मुख्य लक्षणहरू		AEFI भई आएका लक्षणहरूका बारेमा सोधपुछ गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१८	वर्गीकरण	सामान्य	AEFI भई आएका लक्षणहरूका आधारमा सामान्य वा कडा के छ, सो को वर्गीकरण लेख्नुपर्दछ ।
१९		कडा	
२०	कैफियत		AEFI सम्बन्धी थप केही विवरण भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

खोप तालिका

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

अभ्यास २.२

२.२ बाम्ती गाउँपालिकामा हरेक महिनाको १० गते स्वास्थ्य चौकी भवनमा, ११ गते रत्नज्योती बजारमा र १२ गते रोशीमा खोप केन्द्र संचालन हुने तय गरेको छ । माघ महिनामा वि.सि.जी. खोप ८० डोज, पेण्टा १०० डोज, पोलियो १००, डोज, एम.आर. ५० डोज, टि.डी. ६० डोज माग गरिएकोमा उक्त महिनामा वि.सि.जी. २१ जनालाई, डी.पी.टी./हेप वी/हिव पहिलो मात्रा १८ जना, डी.पी.टी./हेप वी/हिव दोस्रो मात्रा २२ जना, डी.पी.टी./हेप वी/हिव तेस्रो मात्रा १९ जना, पोलियो१ १८ जना, पोलियो२- २२ जना, पोलियो३- १९ जना, दादुरा/रुवेला पहिलो मात्रा १७ जना, टि.डी. पहिलो मात्रा १३ जना, टि.डी देस्रो मात्रा १२ जना र टि.डी.दोश्रो+ ५ जनालाई लगाईएको थियो । जसमध्ये नखोलिएको भ्याक्सीनहरु वि.सि.जी., डी.पी.टी./हेप वी/हिव, पोलियो, दादुरा/रुवेला र टि.डी. क्रमशः २०, २०, २०, १० र ५ डोज कोल्डचेन सेन्टरमा फर्काइएको थियो भने यी सबै बिबरण खोप रजिस्टरमा भर्नुहोस । साथै सानियालाई दिईएको खोपको बिबरण खोप रजिस्टरमा भर्नुहोस । सनिया भन्दा अगाडि १५ जना बच्चा दर्ता भइसकेको छ । त्यस्तै गरी उक्त दिन सोही वडाकी २५ बर्षिया सोनाफुटी शेर्पाले पहिलो मात्रा टि.डी खोप लगाएको बिबरण पनि भर्नुहोस् ।

HMIS 2.3: दुई-वर्षमुनिका बालबालिकाहरुको पोषण रजिस्टर
(Child Nutrition Register)

दुई-वर्षमुनिका बालबालिकाको षोषण स्थितिको नियमित रूपमा मासिक अनुगमन गरी उपयुक्त पोषण स्तर कायम रहेको यकिन गर्न, पोषण सेवा दिन आवश्यक विवरण र अभिलेख यस रजिस्टरमा राखिन्छ । पोषण सेवा प्रदान गर्ने हरेक स्वास्थ्य संस्थाले यस रजिस्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ । पोषण सेवा प्रदान गर्दा पहिलो पटक बच्चालाई दर्ता गरिसकेपछि बच्चाको उमेर २ वर्ष नभएसम्म प्रत्येक महिना बच्चाको तौल अनुगमन गर्ने व्यवस्था गरिएको छ । यसै रजिस्टरमा पोषणसँग सम्बन्धित उक्त बच्चालाई दिइएका सबै सेवाको विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । **सो बच्चाको नाम अर्को आ. ब.को रजिस्टरमा सार्नु हुँदैन ।**

यस रजिस्टरमा ३ भाग रहेका छन् । पहिलो भागमा २ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको पोषण रजिस्टर, दोस्रो भागमा भिटामिन ए, जुकाको औषधी वितरण र विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम र तेस्रो भागमा वृद्धि अनुगमनमा आएका २ वर्षमुनिका कम तौल भएका बालबालिकाको जात/जातिगत मासिक विवरण रहेको छ । पहिलो भागको पोषण रजिष्टरमा पालिकाको वडा अनुसार अभिलेख राख्नुपर्दछ ।

गाउघर क्लिनिकबाट पोषण सेवा लिएका बालबालिकाहरुको विवरण गाउघर क्लिनिक सञ्चालन गरिसकेपछि पोषण सेवा रजिष्टरमा (HMIS 2.3) अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

नगर/गाउँपालिकाको वडाको सेवा दिनुपर्ने सेवाग्राहीको सङ्ख्या अनुसार प्रत्येक वडाका लागि आवश्यक पानाहरू छुट्याउनुपर्दछ । गा.पा./न.पा. बाहिरका लागि "अन्य" लेखी पाना छुट्याउनुपर्दछ । नगरपालिकाले प्रत्येक वडाका लागि छुट्टाछुट्टै रजिस्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ । अस्पताल तथा अन्य क्लिनिकले छुट्टाछुट्टै रजिस्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

रजिस्टरको नमुना :

२.३१ दुई-वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर

HMIS 2.31

२ वर्ष मूनीका बालबालिकाको

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं. / प्रेषा दर्ता नं.	बालबालिकाको नाम, थर / बालबालिकाको अभिभावकको नाम / सम्पर्क फोन नं.	लिङ्ग म / पु	ठेगाना: जिल्ला / नगर/गाउँपालिका वडा नं. / गाउँटोल	जन्म मिति	जन्म तौल (ग्राम मा)	बच्चाको पोषण अवस्था	उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन (तौल किलोग्राममा उल्लेख गर्ने): २८ दिन भित्र	१ महिना	२ महिना	३ महिना	४ महिना	५ महिना	६ महिना	शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको	६ महिनापछि स्तनपान साथै ठोस, अर्धठोस र नरम	७ महिना
			जाती कोड	गाउँटोल				तौल / मिति	तौल / मिति	तौल / मिति	तौल / मिति	तौल / मिति	तौल / मिति	तौल / मिति	गराएको / नगराएको / मिति	गराएको / नगराएको / मिति	तौल / मिति
१	२	३	४	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१
			१ २				सामान्य															
							जोखिम								१	२		१	२			
							अति जोखिम															
			१ २				सामान्य															
							जोखिम								१	२		१	२			
							अति जोखिम															

HMIS 2.31

पोषण रजिष्टर

वडा नं.

उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन (तौल किलोग्राममा उल्लेख गर्ने): ८ महिना	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	बाल भिटा वितरण (महिनामा): ६ महिना		१२ देखि १८		१८ देखि २३		अतिरिक्त पोषिलो आहार दिएको 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	तौल / मिति							
३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०	४१	४२	४३	४४	४५	४६	४७	४८	४९	५०	५१	५२	५३	५४	५५	५६
																						६	७	८	९	१०	११
																१		१		१		१२	१३	१४	१५	१६	१७
																						१८	१९	२०	२१	२२	२३
																						६	७	८	९	१०	११
																१		१		१		१२	१३	१४	१५	१६	१७
																						१८	१९	२०	२१	२२	२३

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

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

HMIS २.२

आर्थिक वर्ष: २०७ ... / २०७ ...

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

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

वृध्दि अनुगमनमा आएका २ वर्ष मुनिका कम तौल भएका बालबालिकाको जात/जातीगत मासिक विवरण

महिना	जम्मा	जाती कोड-											
		१		२		३		४		५		६	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
श्रावण													
भाद्र													
आश्विन													
कार्तिक													
मार्गशीर													
पौष													
माघ													
फाल्गुण													
चैत्र													
बैशाख													
जेष्ठ													
आषाढ													
जम्मा													

रजिस्टर भर्ने तरिका :

२.३१ २ वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर

वडा नम्बर: पोषण रजिस्टरका पानाहरूको माथिल्लो भागमा कुन वडाको अभिलेख राख्न छुट्याइएका हुन्, सोही वडाको नम्बर लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्था रहेको पालिका भन्दा बाहिरका लागि अर्को छुट्टै पानामा अन्य लेखी उक्त क्षेत्रबाट सेवा लिन आउने सेवाग्राहीलाई क्रमश सोही खण्डमा दर्ता गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका बिरामीको क्रमसङ्ख्या १ बाट सुरु गर्दै जानुपर्दछ । अर्को महिनामा पुन: क्र. सं. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	मूल दर्ता नम्बर	मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	सेवा दर्ता नम्बर	प्रत्येक आ. व. का लागि सेवा दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ । प्रथम पटक पोषण सेवा लिन आउँदा मात्र नयाँ दर्ता नम्बर दिई दर्ता गर्नु पर्दछ र सो सेवा दर्ता नम्बर बाल स्वास्थ्य कार्डमा जनाउनुपर्दछ । पोषण सेवाका लागि दोहोऱ्याई आएका बच्चालाई पोषण सेवा प्रदान गर्दा पहिले दर्ता गरेकै महलमा अभिलेख गर्नुपर्दछ, यस रजिस्टरमा पुन: दर्ता गर्नुपर्दैन । यदि गाउँ-घर क्लिनिकबाट पोषण सेवा लिइरहेको सेवाग्राही स्वास्थ्य संस्थामा सोही सेवाको लागि आएको भए मूल दर्ता नम्बरको महलमा ORC लेखी सेवा दर्ता नम्बरको महलमा गाउँ-घर क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको सेवा दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
३	बाल-बालिकाको नाम थर	महल नं. ३ को माथिल्लो भागमा पोषण सेवा लिन आएको बच्चाको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	अभिभावकको नाम	महल नं. ३ को बीचको भागमा बच्चाको अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
	सम्पर्क फोन नं.	महल नं. ३ को तल्लो भागमा बच्चाको अभिभावकको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
४—५	बाल-बालिकाको लिङ्ग	
	महिला, पुरुष	सेवा लिन आउने बच्चा महिला भए कोड १ मा र पुरुष भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	जात/जाति कोड	महल नं. ४ र ५ को तल्लो खाली भागमा सेवा लिने बच्चाको जात/जाति यकिन गरी रजिस्टरमा उल्लेख भएको जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै : ०१, ०२,..... ०६) । प्रत्येक पानाको जात/जाति कोडको जम्मा सङ्ख्या पानाको अन्तमा वनाइएको सङ्क्षिप्त तालिकामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
६	ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं., गाउँ/टोल	सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल समेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ । सम्बन्धित पालिकाको कार्य क्षेत्र भन्दा बाहिरबाट सेवा लिन आएका सेवाग्राहीका हकमा अनिवार्य रूपमा पूरा ठेगाना लेख्नुपर्दछ भने कार्य क्षेत्र भित्रका सेवाग्राहीका हकमा सम्बन्धित वडाको गाउँ/टोल लेख्नुपर्दछ ।
७	जन्ममिति	यस महलमा शिशु जन्मेको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
८	जन्म तौल (ग्राममा)	यस महलमा बाल स्वास्थ्य कार्ड वा मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्डबाट बच्चाको जन्मतौल (ग्राममा) लेख्नुपर्दछ । यदि घरमा प्रसूति भई बच्चाको तौल लिन नसकेको भए यस महलमा (–) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
९	बच्चाको पोषण अवस्था	बाल स्वास्थ्य कार्डमा संलग्न बच्चाको वृद्धि अनुगमन रेखाचित्रअनुसार बच्चाको तौलका आधारमा पोषण स्थितिको यकिन गर्नुपर्दछ । बच्चाको उमेरअनुसार तौल स्थिति सामान्य वा जोखिम वा अति जोखिम (**हरियो रंगमा भए सामान्य, पहेँलो रंगमा भए जोखिम र रातो रंगमा भए अतिजोखिम**) केमा पर्दछ, त्यसपछिका महलहरुमा सोही अनुसारको तौल के.जी. मा लेख्नुपर्दछ । यस महलमा कुनै बिबरण भर्नुपर्दैन ।
१०—११	२८ दिनभित्र	२८ दिनभित्रका नवजात शिशुको वृद्धि अनुगमनका लागि लिइएको तौलका आधारमा बच्चाको पोषण अबस्था (महल ९) अनुसार सामान्य वा जोखिम वा अति जोखिमको ठाडो लहर अनुसार महल १० मा बच्चाको तौल लेखी महल ११ को ठाडो कोठामा तौल लिइएको दिनको गते, महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।
१२—२३	यसै गरी बच्चाको पूरा भएको उमेर (महिना) अनुसार जुन उमेर समूहको बच्चाको तौल लिएको हो, सोही उमेर समूहको महलमा माथि उल्लेख गरेबमोजिम अभिलेख राख्नुपर्दछ । जस्तैः १ महिनाभित्रका बच्चा भएमा ० महिना, १ महिना पूरा भई २ महिना नपुगेको भएमा १ महिना, एवम् प्रकारले ११ महिना पूरा भई १२ महिना (एक वर्ष) नपुगेकालाई ११ महिनाको हिसाब गर्नुपर्दछ ।	
२४-२६	शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्रै गराएको	बृद्धि अनुगमनका लागि आएका ६ महिना पूरा भएका शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको/नगराएको यकिन गरी ६ महिना पुरा भएपछिको ११ महिना भित्रको पहिलो भेटमा सोध्ने र गराएको भए महल २४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । बच्चालाई ६ महिना नपुग्दै आमाको दूधका साथै अन्य खानेकुरा पनि खुवाउने गरेको भए महल २५ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ र सोसम्बन्धी सेवा दिएको दिनको मिति महल नं. २६ को गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ । यसको बिबरण बाल स्वास्थ्य कार्डबाट अध्याबधिक गर्नुपर्दछ ।
२७-२९	६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध-ठोस तथा नरम खाना सुरु	शिशुलाई ६ महिना पूरा भएपछि आमाको दूधको साथै ठोस, अर्ध-ठोस तथा नरम खाना खुवाउन सुरु गरेको छ/छैन, यकिन गरी त्यस अनुसारको खाना दिइएको भए महल २७ को १ मा र नदिएको भए महल २८ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । सो कुरा सुनिश्चित गरेको दिनको मिति (स्वास्थ्य संस्थामा आएको दिन) महल २९ मा गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ । यसको बिबरण बाल स्वास्थ्य कार्डबाट अध्याबधिक गर्नुपर्दछ ।
३०—६३	उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन	बृद्धि अनुगमनका लागि आएका ७ देखि २३ महिनासम्मका बच्चाहरूको अभिलेख महल १० देखि २३ सम्म राखिए जस्तै उमेर र तौलका आधारमा बच्चाहरूको पोषण अबस्था सम्वन्धित महलमा सामान्य वा जोखिम वा अति जोखिम जुन हो, सो कोठामा तौल लेखी ठाडो कोठामा तौल लिइएको दिनको गते, महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
६४–६९	बाल भिटा वितरण (महिनामा)	६ देखि ११ महिनासम्मका बाल-बालिकालाई बालभिटा पहिलो पटक स्वास्थ्य संस्थाबाट वितरण गरिएको भए महल ६४ को ठाडो महलमा बालभिटा वितरण गरिएको दिनको मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ । यदि म.स्वा.स्व.से.बाट वितरण गरिएको भए सुनिश्चित गरी महल ६५ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । अन्य उमेर समूहको पनि यसैगरी अभिलेख राख्नुपर्दछ । **नोट : बालभिटा कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाका स्वास्थ्य संस्थाहरूले मात्र यो अभिलेख राख्नुपर्दछ।**
७०	अतिरिक्त पोसिलो आहार लिएको उमेर (महिना)	६ देखि २३ महिनाका बाल-बालिकाले अतिरिक्त पोसिलो खाना प्राप्त गरेको वा नगरेको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ । यदि बच्चाले अतिरिक्त खाना प्राप्त गरेको भएमा कुन उमेरमा लिएको हो, सो यकिन गरी सम्बन्धित उमेर (महिना) मा गोलो लगाउनुपर्दछ । **नोट : कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाका स्वास्थ्य संस्थाहरूले मात्र यो अभिलेख राख्नुपर्दछ ।**

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

प्रत्येक वर्षको कार्तिक र वैशाख महिनामा (२ चरण) ६ देखि ५९ महिनाका बालबालीकाहरुलाई भिटामिन ए क्याप्सुल र १२ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरुलाई जुकाको औषधि अभियानका रुपमा वितरण गरिन्छ । यसरी भिटामिन ए र जुकाको औषधी वितरण गरेको अभिलेख अभियान सञ्चालनका समयमा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले बितरणको समयमा प्रयोग गरेका **भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (HMIS - 4.3)** बाट उतार गरि राख्न र विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत विद्यालयका छात्र-छात्राहरूलाई मंसिर र जेष्ठ महिनामा जुकाको औषधी वितरण गरेको प्रतिवेदन राख्नको लागि पनि यस रजिष्टरमा यो खण्डको व्यबस्था गरिएको हो ।

रजिष्टर भर्ने तरिका

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
भिटामिन ए वितरण गरिएको बच्चाको उमेर समूह (६ देखि ११ महिना, १२ देखि ५९ महिना), जुकाको औषधी वितरण गरिएको उमेर समूह (१२ देखि ५९ महिना) को अभिलेख महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले बितरणको समयमा प्रयोग गरेका **भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (HMIS - 4.3)** बाट उतार गरी चरण अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ । त्यस्तै गरी विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत कक्षा १ देखि १० सम्मका छात्र-छात्राहरूले जुकाको औषधी पाएकाको सङ्ख्या सम्बन्धित विद्यालयहरूबाट प्राप्त प्रतिवेदनलाई समायोजन गरी छात्रा/छात्र अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।		
२ देखि ४ र ८ देखि १०	मिति	पहिलो चरणमा सञ्चालन भएको मिति (गते, महिना, साल) २ देखि ४ महलमा र दोस्रो चरणमा संचालन भएको मिति (गते, महिना, साल) ८ देखि १० महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५ र ११	लक्ष्य	कार्यक्रमको लक्षित जनसङ्ख्याका आधारमा अभियानको लक्ष्य यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६ र १२	प्रगति सङ्ख्या	अभियान सम्पन्न भइसकेपछि सो अभियानमा भएको प्रगति पहिलो चरणको महल ६ र दोस्रो चरणको महल १२ मा लेख्नुपर्दछ ।
७ र १३	प्रगति प्रतिशत	कार्यक्रमको लक्ष्य र प्रगतिका आधारमा हुन आउने प्रगति प्रतिशत पहिलो चरणको महल ७ र दोस्रो चरणको महल १३ मा लेख्नुपर्दछ ।

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

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

HMIS 2.4: समुदायमा आधारित नवजातशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरू)

(CB-IMNCI Register)

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

नोट : यस रजिस्टरमा २ वटा उमेर समूह(२ महिनामुनि र २ देखि ५९ महिना सम्मका) लागि छुट्टाछुट्टै दुई भाग छुट्याइएका छन् । अघिल्लो भाग २ महिनादेखि ५ वर्ष उमेर समूहका लागि हो भने पछाडिको भाग बेग्लै रङमा २ महिनामुनिका बच्चाहरूकालागि हो । यो रजिस्टर भर्दा निम्न कुराहरूमाथि विचार पुऱ्याउनुपर्दछ । रजिस्टर भर्दा मूल्याङ्कन (Assessment) गर्दाका चरणअनुसार नै प्रत्येक कोठाहरू क्रमैसँग भर्दै जानुपर्दछ । मूल्याङ्कन गर्नुपर्ने कुनै पनि भागलाई

रजिस्टरको नमुना :

CB-IMNCI Register for Children Aged 2 Months to 59 Months

IMNCI REGISTER FOR CHILDREN

SN., MRN, SRN	Date, Name, Caste and Ethnicity code, Address	Sex, Age, Weight, Temperature, and Referral		Patients sings and symptoms (Circle all the codes that							
				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
				No	2	No	2	No	2	No	2
	Name	Male	2	Unable to drink	3	Days:		Days		Days	
		Age in months						Blood	3	Malaria risk: Yes	3
						Respiratory rate		Lethergic/ Unconcious	4	Malaria risk: No	4
	Caste	Weight (kg)		Vomiting all	4			Irritable	5	Stiff neck	5
		Temp (.C)						Sunken eyes	6	Nasal discharge	6
	Ethnicity code	Referred by		Convulsion	5	Chest indrawing	1	Unable to drink	7	Microscopic +ve	7
	Address	FCHV	1			Stridor	2	Drinks eagerly	8	Microscopic -ve	8
	District	PHC/ORC	2	Lethargic/ Unconscious	6			Skin pinch very slowly	9	RDT +ve	9
	Rural/Municipality, Ward no.	HF	3			Wheezing	3	Skin pinch slowly	10	RDT -ve	10
										Falciparum	11
										Non Falciparum	12
										General rash	13
										Hazy Cornea/Oral Ulcer (deep & spread)	14
										Pus from eye/ Oral ulcer	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	Counselling to mother			Date (DD/MM/YY)	Result		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Yes	1	Severe wasting	1					Food	1			Improved	1	
No	2													
Ear pain	3	Oedema feet	2					Fluid	2		Day:			
Ear discharge	4	Very low weight	3											
		Low weight	4					Immediate visit	3			Same	2	
Days:		Normal weight	5		Number of classification:	ICD code for one major diagnosis:					Month:			
		MUAC												
		Red	6											
Tender swelling behind the ear	5	Yellow	7					Regular follow up	4			Worse	3	
		Green	8											
		Severe pallor	9	Others										
		Some pallor	10								Year:			

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

IMNCI REGISTER FOR CHILDREN AG

HMIS 2.42

SN, MRN, SRN	Date, Name, Caste and Ethnicity code		Sex, Age, Weight, Temperature, and Referral		Patients sings and symptoms (Circle all the codes that							
					1. PSBI/LBI/NBI		2. Diarrhoea		3. Breast feeding problem/Low weight	
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10
	Date DD MM YY		Female	1	Convulsion	1	Yes	1	Breastfed	1
					Respiratory rate (RR):				Difficult feeding	2
	Name of Mother		Male	2	Severe chest indrawing	2	No	2	How many times in 24	
					Nasal flaring	3				
	Name of Child		Age in weeks		Grunting	4	How many days?		Receive other food/ drinks	3
					Unable to feed	5				
			Weight (kg)		Buldging fontanelle	6	Blood	3	How often? Times:	
					Umbilicus infection to skin	7				
	Caste		Temp (.C)		Umbilicus red or with Pus	8	Lethargic/ Unconscious	4	Feed by bottle	4
					Temp >37.5 C	9			Feed by spoon	5
	Ethnicity Code		Referred by		Temp <35.5 C	10	Restless/ Irritable	5		
					Skin pustules: Severe or >10	11			Very low weight	6
	Address:		FCHV	1	Skin pustules: < 10	12	Sunken eyes	6		
	District				Lethargic/ Unconscious	13			Low weight	7
			PHC/ORC	2	Less than normal movement	14	Skin pinch very slowly	7		
	Rural/ Municipality, Ward no				Jaundice upto hands feet	15			Normal weight	8
			HF	3	Jaundice	16	Skin pinch slowly	8		
					Pus from Eye	17			Oral Ulcer/Thrush	9

ED BELOW 2 MONTHS

HMIS 2.42

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

रजिस्टर भर्ने तरिका :

दुई महिनादेखि ५ वर्षसम्मका बाल-बालिकाहरूका लागि

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
1	SN, MRN, SRN	SN	सि.नं. प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
		MRN	स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउँदा मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको मूल दर्ता नं. (Master registration number) बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
		SRN	यस रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ र सो सेवा दर्ता नं. बाल स्वास्थ्य कार्डमा समेत सम्बन्धित स्थानमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । प्रत्येक आ.ब. मा सेवा दर्ता नं. (Service registration number) १ बाट सुरु गरी एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । यदि एक पटकको रोग निको भइसकेको बिरामी सोही रोग वा अन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ ।
2	Date, Name, Caste and Ethnicity Code, Address	Date	सेवाग्राही दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
		Name	यस कोठामा बिरामी बच्चाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
		Caste	यस कोठामा बिरामी बच्चाको थर लेख्नुपर्दछ ।
		Ethinicity Code	यस कोठामा बिरामी बच्चाको थरअनुसारको जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।
		Address	यस कोठामा बिरामी बच्चाको ठेगाना लेख्नुपर्दछ । District: जिल्लाको नाम; Rural/Municipality, Ward Number: गाउँ/नगरपालिका र वडा नं लेख्नुपर्दछ ।
3-4	Sex, Age, Weight, Temperature and Referral		महल ३ र ४ मा बिरामी बच्चाको Sex, Age, Weight, Temp, Refer को विवरण लेख्नुपर्दछ । Age,Weight, Temp को बिवरण लेख्दा अंक मात्र लेखे पुग्छ ।
	Female/ Male		बिरामी बच्चा महिला भए कोड १ मा र पुरुष भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Age in Month		महल ४ को यस कोठामा बिरामी बच्चाको पूरा भएको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ । यदि बिरामी बच्चा ५ महिनाको छ भने ५ मात्र लेख्ने (महिना लेख्नु पर्दैन)
	Weight (kg.)		महल ४ को यस कोठामा बिरामी बच्चाको तौल के. जी. मा लेख्नुपर्दछ । यदि बिरामी बच्चा ५ KG छ भने ५ मात्र लेख्ने (KG लेख्नु पर्दैन)
	Temp (^{0}C)		महल ४ को यस कोठामा बिरामी बच्चाको तापक्रम सेल्सियसमा लेख्नुपर्दछ ।
	Referred by FCHV, PHC/ORC, HF		बच्चा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले रेफर गरेको भए १, गाउँघर क्लिनिक बाट रेफर गरी पठाएको भए २ र स्वास्थ्य संस्थाले रेफर गरेको भए ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	General danger signs (GDS)		बिरामी बच्चामा तल उल्लेखित General Danger Signs (GDS) भएमा महल ६ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
5–6	Unable to drink		बिरामी बच्चाले पिउन नसकेमा महल ६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Vomiting all		बिरामी बच्चाले खाएको जति सबै बान्ता गर्ने गरेको भए महल ६ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Convulsion		बिरामी बच्चालाई कम्पन भएको भए वा अहिले आईरहेको भए महल ६ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Lethargic/ Unconscious		बिरामी बच्चा सुस्त (Lethargic) वा बेहोस (Unconscious) भए महल ६ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Acute resp–iratory infection (ARI)		बिरामी बच्चामा Acute respiratory infection (ARI) सम्बन्धी लक्षण भएमा महल ८ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
7-8	Days		बिरामी बच्चालाई खोकी लागेको वा सास फेर्न कठिनाइ भएको भए कति दिनदेखि यस्तो भएको हो? सोधेर महल ७, ८ को खाली ठाउँमा दिन अंकमा (१, २ ....) लेख्नुपर्दछ ।
	Respiratory rate		बिरामी बच्चाको सासदर महल ७, ८ को खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ । सास दरको अंक मात्र लेख्ने (यदि सास दर ४० प्रति मिनेट छ भने ४० मात्र लेख्ने, ४०/m लेख्नु पर्दैन ।
	Chest indrawing		बिरामी बच्चाको कोखा हानेको (Chest indrawing) भए महल ८ को यस कोठाको १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
	Stridor		बिरामी बच्चाले सास भित्र लिँदा घ्यार्घ्यार् आवाज आएको भए महल ८ को यस कोठाको कोड २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
	Wheezing		बिरामी बच्चामा Wheezing छ भने महल ८ को यस कोठाको कोड ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
	Diarrhoea		बिरामी बच्चामा झडापखालाको चिन्ह तथा लक्षण भएमा महल १० को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । पखालाको लक्षण भएमा मात्र सोसँग सम्बन्धित महल ९ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
9-10	Days		बिरामी बच्चालाई कति दिन देखि पखाला लागेको हो सोधेर महल १० को खाली ठाउँमा दिन अंकमा (१, २ ....) लेख्नुपर्दछ ।
	Blood		बिरामी बच्चालाई पखाला र दिसामा रगत देखिएको भए महल १० को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Lethargic/ Unconscious		बिरामी बच्चा सुस्त वा बेहोस भए महल १० को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
	Irritable		बिरामी बच्चा छटपटिने वा झिझिने भए महल १० को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Sunken eyes		बिरामी बच्चाको आँखा गढेको भए महल १० को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
	Unable to drink		बिरामी बच्चाले पिउन नसक्ने भए महल १० को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
	Drinks eagerly		बिरामी बच्चालाई झोल पदार्थ दिँदा निकै तिर्खाएझैं गरी पिउँछ भने महल १० को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Skin pinch very slowly		बिरामी बच्चाको पेटको छाला तानेर छोड्दा धेरै बिस्तारै फर्किन्छ भने महल १० को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Skin pinch slowly		बिरामी बच्चाको पेटको छाला तानेर छोड्दा बिस्तारै फर्किन्छ भने महल १० को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
11-12	Fever		बिरामी बच्चालाई ज्वरो आएका लक्षणहरू भए १२ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । ज्वरोसम्बन्धी सिकायत भएमा मात्र सोसँग सम्बन्धित महल ११ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
	Days		बिरामी बच्चालाई कति दिनदेखि ज्वरो आएको हो, सोधेर महल ११ को Days को खाली ठाउँमा दिन संख्यामा लेख्नुपर्दछ ।
	Malaria Risk	Yes	बिरामी बच्चा बस्ने स्थान औलोको उच्च/मध्यम/कम जोखिममा भए महल १२ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		No	बिरामी बच्चा बस्ने स्थान औलोको जोखिममा नभएमा (No Risk) महल १२ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Stiff neck		बिरामी बच्चाको गर्धन अररो भएको भए महल १२ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Nasal Discharge		बिरामी बच्चाको नाकबाट सिंगान बगेको छ भने महल १२ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Microscopic +Ve		बिरामी बच्चामा Malaria Microscopic +Ve भए १२ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	Microscopic -Ve	बिरामी बच्चाको रक्त नमुना परीक्षणको नतिजा Microscopic -Ve भए महल १२ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	RDT +Ve	बिरामी बच्चामा Malaria RDT +Ve भए महल १२ को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । RDT बाट रक्त नमुना परिक्षण गरिएका सबै विरामीहरुको विवरण औलो, कुष्ठ, कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS 5.2) मा रेकर्ड अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
	RDT -Ve	बिरामी बच्चामा Malaria RDT –Ve भए महल १२ को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Falciparum	बिरामी बच्चामा रगत जाँचबाट Falciparum Malaria (PF) तथा PMix पोजिटिभ भएमा महल १२ को ११ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Non-Falciparum	बिरामी बच्चामा Falciparum बाहेक मलेरियाका अन्य प्रकार (PV) भएमा महल १२ को १२ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	General rash	बिरामी बच्चामा General rash भए महल १२ को १३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Hazy Cornea/Oral Ulcer (Deep and Spread)	बिरामी बच्चाको कर्निया धमिलो भए वा मुख भित्रका घाउ गहिरा र बढि फैलिएका छन् भने महल १२ को १४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Pus from Eye/Oral Ulcer	बिरामी बच्चाको आँखाबाट पिप बगेको भए वा वा मुखभित्र घाउ छ भने महल १२ को १५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
13-14	Ear infection	बिरामी बच्चाको कानको सङ्क्रमण भएमा महल १४ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Ear pain	बिरामी बच्चामा कान दुखेको (Ear pain) भए महल १४ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Ear discharge	बिरामी बच्चाको कानबाट पिप बगेको भए महल १४ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Days	बिरामी बच्चाको कानबाट पीप बगेको छ भने कति दिन देखि पिप वगेको छ, महल १४ को खाली स्थानमा दिन अंकमा (१,२ .....) लेख्नुपर्दछ ।
	Tender swelling behind the ear	बिरामी बच्चाको कानको पछाडिपट्टि दुख्ने गरी सुनिएको भए महल १४ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
15-16	Nutrition status	महल १५ र १६ मा बिरामी बच्चाको पोषण स्थितिका बारेमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यस रजिस्टरमा दर्ता भएका सम्पुर्ण बच्चाको Nutrition status assessment गर्नुपर्दछ ।
	Severe wasting	बिरामी बच्चामा देखिने गरी शरीरको मासु कडा किसिमले सुकेको भए महल १६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Oedema feet	बिरामी बच्चाका दुवै खुट्टामा सुन्निएको (औलाले हल्का थिच्दा खाल्डो पर्ने गरी)भएमा महल १६ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Very Low Weight	बिरामी बच्चाको उमेर अनुसार धेरै कम तौल भए महल १६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Low weight	बिरामी बच्चाको उमेर अनुसार कम तौल भए महल १६ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Normal weight	बिरामी बच्चाको तौल सामान्य (Normal weight) भए महल १६ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	MUAC Red	बच्चाको Middle Upper Arm Circumferance (MUAC) को नाप लिई सो को आधारमा बच्चाको पोषण स्थितिको लेखाजोखा गरिन्छ । बिरामी बच्चाको पाखुराको नाप फित्ताको रातो भागमा भए, महल १६ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
			Yellow	बिरामी बच्चाको पाखुराको नाप फित्ताको पहेँलो भागमा भए, महल १६ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Green	बिरामी बच्चाको पाखुराको नाप फित्ताको हरियो भागमा भए, महल १६ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Severe pallor			बिरामी बच्चाको हत्केला र हस्तरेखामा सेतोपन (Severe pallor) भए महल १६ को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Some pallor			बिरामी बच्चाको हत्केलामा केही सेतोपन (Some pallor) तर हस्तरेखा सेतो नभएको भए महल १६ को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
17	Major classifications			माथि उल्लेख भएका Sign and Symptom तथा रक्त परीक्षणको नतिजाका आधारमा प्रोटोकलअनुसार बिरामीको रोगको वर्गीकरण (Major Classifications) प्राथमिकताका आधारमा मुख्यलाई पहिलो, त्यसपछि दोस्रो गरी क्रमशः महल १७ मा लेख्नुपर्दछ र दर्ता गरिएको बच्चामा उल्लखित शिकायत कुनै नपाईएता पनि पोषण स्थितिको कम्तिमा दुई वर्गीकरणको उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Others			CB-IMNCI Treatment Chart Booklet मा उल्लेख भएका बर्गिकरण बाहेक अन्य कुनै समस्या भएमा यस कोठामा उल्लेख गर्ने ।
18	Number of classification			बिरामी बच्चामा पाइएका लक्षण तथा चिन्हका आधारमा महल १७ (अन्य समेत) मा गरिएका Classification हरूको जम्मा संख्या महल नं १८ मा लेख्नुपर्दछ ।
19	ICD code			बिरामी बच्चाको रोगको वर्गीकरणअनुसार मुख्य वर्गीकरण Major Classification कुन हो, सो रोगको ICD code महल १९ मा लेख्नुपर्दछ । सोही ICD code कोड अनुसार मासिक प्रतिवेदन फाराम (९.३) को Morbidity को सम्बन्धित महलमा समायोजन गरी प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।
20	Medicine			बिरामीको उपचारको लागि प्रयोग गरिएका औषधीहरू परिमाण समेत खुल्ने गरी स्पष्टसँग यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
21-22	Counseling to mother		Food	आमालाई खानासम्बन्धी सल्लाह दिइएको भए महल २२ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Fluid	आमालाई झोलिलो खानेकुरा सम्बन्धी सल्लाह दिइएको भए महल २२ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Immediate visit	आमालाई यथाशीघ्र थप उपचारका लागि स्वास्थ्य संस्थामा जाने सल्लाह दिइएको भए महल २२ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Regular follow up	आमालाई नियमित फलोअप गर्ने सल्लाह दिइएको भए महल २२ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
23	Referred to			बच्चालाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम महल २३ मा लेख्नुपर्दछ ।
24-26	Follow up	Date		बच्चालाई अनुगमनकालागि ल्याएको मिति (गते, महिना, साल) महल २४ मा लेख्नुपर्दछ ।
		Result	Improved	बच्चालाई अनुगमनका लागि ल्याइएको मितिमा बच्चाको स्थिति सुधार भएको भएमा महल २६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Same	बच्चालाई अनुगमनका लागि ल्याउँदा बच्चाको स्थिति उस्तै रहेको भएमा महल २६ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Worse	बच्चालाई अनुगमनका लागि ल्याइएको मितिमा बच्चाको स्थिति पहिले भन्दा अझ खराब भएको रहेछ भने महल २६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यस्ता बच्चालाई सोही संस्थाबाट थप उपचार व्यवस्थापन गर्नुपर्ने अवस्थामा पहिलेको Classification परिवर्तन हुने भएकोले पुनः दर्ता गरी बर्गिकरण तथा उपचार गर्नुपर्दछ ।
27	Remarks			माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य केही लेख्नुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

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

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
1	SN (Serial number)		सि.नं. प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
	MRN		स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आउँदा मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको मूल दर्ता नं. (Master registration number) बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	SRN		यस रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ र सो सेवा दर्ता नं. बाल स्वास्थ्य कार्डमा समेत सम्बन्धित स्थानमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । प्रत्येक आ. व. मा सेवा दर्ता नं. (Service registration number) १ बाट सुरु गरी एक आर्थिक वर्षसम्मका लागि क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । यदि एक पटकको रोग निको भइसकेको बिरामी सोही रोग वा अन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागि आएमा नयाँ दर्ता गर्नुपर्दछ ।
2	Date, Name of Mother, Name of Child, Caste and Ethinicity Code, Address	Date	सेवाग्राही दर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
		Name of Mother	यस महलमा बिरामी शिशुको आमाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
		Name of Child	यस कोठामा बिरामी शिशुको नाम लेख्नुपर्दछ ।
		Caste	यस कोठामा बिरामी शिशुको थर लेख्नुपर्दछ ।
		Ethinicity Code	यस कोठामा बिरामी शिशुको थरअनुसारको जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।
		Address	यस कोठामा बिरामी बच्चाको ठेगाना लेख्नुपर्दछ । District: जिल्लाको नाम; Rural/Municipality, Ward Number: गाउँ/नगरपालिका र वडा नं लेख्नुपर्दछ ।
3-4	Sex, Age, Weight, Temp & Reffer		महल ३ र ४ मा बिरामी शिशुको Sex, Age, Weight, Temp, Refer को विवरण लेख्नुपर्दछ ।
	Female/Male		बिरामी शिशु महिला भए कोड १ मा र पुरुष भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Age in Weeks		महल ४ को यस कोठामा बिरामी शिशुको पूरा भएको उमेर हप्तामा लेख्नुपर्दछ । यदि शिशु १ हप्ता पुगेको छैन भने पुरा भएको दिन को मुनि ७ लेख्नु पर्दछ जस्तै १ दिन पुरा नभएको शिशु लाई ०/७, १ दिन पुरा भएको शिशु लाई १/७ लेख्नुपर्दछ ।
	Weight (kg.)		महल ४ को यस कोठामा बिरामी शिशुको तौल के. जी. मा लेख्नुपर्दछ । यदि बिरामी बच्चा ४ KG छ भने ४ मात्र लेख्ने (KG लेख्नु पर्दैन)
	Temp (^{0}C)		महल ४ को यस कोठामा बिरामी शिशुको तापक्रम सेल्सियसमा लेख्नुपर्दछ ।
	Referred by FCHV, PHC/ORC, HF		बच्चा म. स्वा.स्वयं से. ले रेफर गरेको भए १, गाउँ घर क्लिनिक बाट रेफर गरी पठाएको भए २ र स्वास्थ्य संस्थाले रेफर गरेको भए ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
5-6	PSBI/LBI/NBI	Convulsion	बिरामी शिशुलाई कम्पन भए महल ६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Respiratory rate (R/R):	बिरामी शिशुको सासदर गनेर महल ६ को खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ ।
		Severe chest indrawing	बिरामी शिशुको कडासँग कोखा हानेको (Severe chest indrawing) भए महल ६ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Nasal flaring	बिरामी शिशुको नाकको पोरा फुल्ने भएको भए महल ६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Grunting	बिरामी शिशुले कनेको छ भने महल ६ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Unable to feed	बिरामी शिशुले दुध चुस्न तथा निल्न नसकेमा महल ६ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Bulging fontanelle	बिरामी शिशुको तालु उक्सेको भए महल ६ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
		Umbilicus infection to skin	बिरामी शिशुको नाइटोको रातोपना छालासम्म फैलिएको भए महल ६ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Umbilicus red or Pus	बिरामी शिशुको नाइटो रातो भएको भए वा पिप भएमा महल ६ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Temp >37.5	बिरामी शिशुको तापक्रम ३७.५ डिग्री सेल्सियसभन्दा बढी भए महल ६ को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Temp <35.5 C	बिरामी शिशुको तापक्रम ३५.५ डिग्री सेल्सियसभन्दा कम भए महल ६ को १० मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pustules: Severe or >10	बिरामी शिशुको छालामा फोकाहरु धेरै (१० वा सो भन्दा बढि) वा एउटा मात्र पनि ठुलो पिलो भए महल ६ को ११ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pustules <10	बिरामी शिशुको छालामा साना, साना फोकाहरू (१० भन्दा कम) भए महल ६ को १२ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Lethargic /Unconscious	बिरामी शिशु सुस्त वा बेहोस भए महल ६ को १३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Less than normal movement	बिरामी शिशुको चलाइ (Movement) सामान्य भन्दा कम भए महल ६ को १४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Jaundice up to hands and feet	बिरामी शिशुको हात र पैतालासम्म कमलपित्त फैलिएको भए महल ६ को १५ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Jaundice	बिरामी शिशुलाई कमलपित्त भएको(शिशुको हात र पैतालासम्म नफैलिएको) भए महल ६ को १६ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
		Pus from Eye	बिरामी शिशुको आँखाबाट पिप बगेको भए महल ६ को १७ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
7-8	Diarrhoea	Yes	बिरामी शिशुमा झाडापखालाको चिन्ह तथा लक्षण भएमा महल ८ को १ मा र नभएमा २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । पखालाको लक्षण भएमा मात्र सोसँग सम्बन्धित महल ७ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
		No	बिरामी बच्चालाई झाडापखाला नलागेको भए महल ८ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । नोट : झाडापखालाको जाँच गरिसकेपछि प्रत्येक बच्चाको महल ९ मा उल्लेख गरिएका Breast feeding problem/Low weight का बारेमा अनिवार्यरुपमा परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
		How many days:	बिरामी शिशुलाई कति दिनदेखि पखाला लागेको हो ? सो सोधी महल ८ को खाली ठाउँमा दिन अंकमा (१,२, ...) लेख्नुपर्दछ ।
		Blood	बिरामी शिशुको दिसामा रगत देखिएको भए महल ८ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Lethargic/ Unconscious	बिरामी शिशु सुस्त (Lethargic) वा बेहोस (Unconscious) भए महल ८ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Restless/ Irritable	बिरामी शिशु छटपटिने वा झिझिने भए महल ८ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Sunken eyes	बिरामी शिशुको आँखा गढेको भए महल ८ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
		Skin pinch very slowly	बिरामी शिशुको कोखा/पेटको छाला तानेर छोड्दा धेरै बिस्तारै (२ सेकेन्डभन्दा बढी समय) फर्किन्छ भन महल ८ को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pinch slowly	बिरामी शिशुको कोखा/पेटको छाला तानेर छोड्दा बिस्तारै (२ सेकेन्ड सम्म) फर्किन्छ भने महल ८ को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
9-10	weight/Feed	Breastfed	बिरामी शिशुले स्तनपान गर्ने गरेको भए महल १० को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Difficult feeding	बिरामी शिशुलाई स्तनपान/खानासम्बन्धी समस्या भए महल १० को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
		How many times in 24 hours: _____		बिरामी शिशुलाई अन्तिम २४ घण्टामा कति पटक स्तनपान गराइएको थियो भनी सोधेर महल १० को खाली ठाउँमा स्तनपान गराएको *पटक* अंकमा (१, २, ...) लेख्नुपर्दछ ।
		Receive other food/ drinks		बिरामी शिशुलाई अन्य खानेकुरा वा झोल पदार्थ खुवाएको भए महल १० को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		How often: _____ times		यदि महल १० को ३ मा गोलो घेरा लगाइएको भए बिरामी शिशुलाई कति पटक अन्य खानेकुरा वा झोल पदार्थ खुवाएको थियो भनी सोधेर महल १० को खाली ठाउँमा *पटक* अंकमा (१,२, ...) लेख्नुपर्दछ ।
		Feed by bottle		बिरामी शिशुलाई बोतलबाट खुवाएको भए महल १० को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Feed by spoon		बिरामी शिशुलाई चम्चाबाट खुवाएको भए महल १० को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Very low weight		बिरामी शिशुको उमेरअनुसार धेरै कम तौल भए महल १० को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (बृद्धि अनुगमन चार्टको रातो खण्डमा परेमा)
		Low weight		बिरामी शिशुको उमेरअनुसार कम तौल भए महल १० को ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (बृद्धि अनुगमन चार्टको पहेंलो खण्डमा परेमा)
		Normal weight		बिरामी शिशुको उमेरअनुसार तौल सामान्य (Normal weight) भए महल १० को ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (बृद्धि अनुगमन चार्टको हरियो खण्डमा परेमा)
		Oral Ulcer/Thrush		बिरामी शिशुको मुखभित्र घाउ वा सेतो दाग भए महल १० को ९ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
यदि विरामी शिशुलाई तुरुन्त उपचार केन्द्रमा प्रेषण गर्नुपर्ने कारण छैन भने र स्तनपान गराउन गाह्रो भएको छ वा स्तनपान २४ घण्टामा ८ पटक भन्दा कम गराइन्छ वा अरु दुध/झोल कुरा खुवाइन्छ वा उमेर अनुसार तौल कम छ भने मात्र Breast Feeding Assess गर्नुपर्दछ ।				
11-12	Assess breast feeding	Includes all 4 points of attachment	Yes	शिशुलाई स्तनपान गराउँदा स्तन सम्पर्कका ४ चिन्हहरू : चिउँडोले स्तन छोएको (१), मुख पूरा खोलेको (२), शिशुको तल्लो ओठ बाहिर फर्केको (३) र स्तनको कालो भाग शिशुको मुखको तलभन्दा माथितिर धेरै देखिएको (४) गरी ४ वटै अवस्था छ भने Yes मानी महल १२ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			No	सही स्तन सम्पर्क (Good Attachment) को माथि उल्लिखित सम्पूर्ण (४ वटै) चिन्ह मध्ये कुनै १ वा सबै नभएमा No मानी महल १२ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Includes all 4 points of Position	Yes	शिशुलाई स्तनपान गराउँदाका ४ सही आसनका चिन्हहरु : शिशुको टाउको र जीउ सीधा पारेर समातेको (१), शिशुको मुख स्तनतिर फर्काएर शिशुको नाक स्तनको मुन्टोको ठीक अगाडि पारेको (२), शिशुको शरीर आफ्नो जीउसँग टाँसेर राखेको (३), र शिशुको गर्धन र काँध मात्र नभई सम्पूर्ण शरीरलाई नै हातले आड दिइराखेको (४) मध्ये यी चारवटै सही आसन अपनाएको भए Yes मानी महल १२ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			No	सही आसन (Good Position) को माथि उल्लिखित सम्पूर्ण (४ वटै) चिन्ह मध्ये कुनै १ वा सबै चिन्ह नभएमा No मानी महल १२ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Suckling: Effectively	Yes	शिशुले दूध चुस्दा बिस्तारै, गहिरोसित, कहिले-काहीँ अडिई, अडिई दूध चुस्छ, शिशुले दूध निलेको घाँटीमा देखिन्छ र दूध निलेको आवाज पनि सुन्न सकिन्छ जस्ता सबै चिन्हहरू देखिएको भए Yes मानी महल १२ को ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			No	प्रभावकारी चुसाई (Suckling Effectively) को माथि उल्लिखित चिन्ह मध्ये कुनै १ वा सबै नभएमा No मानी महल १२ को ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
13	Major Classifications			माथि उल्लेख भएका Sign and Symptom को आधारमा प्रोटोकलअनुसार बिरामीको रोगको वर्गीकरण (Major Classifications) प्राथमिकताको आधारमा मुख्यलाई पहिलो, त्यसपछि दोस्रो गरी क्रमशः महल १३ मा लेख्नुपर्दछ । उल्लखित शिकायत कुनै नपाईएता पनि कम्तीमा दुई वर्गीकरण (PSBI/LBI/NBI मध्ये कुनै १ र Feeding Problem/No Feeding problem मध्ये कुनै १ अनिवार्य रुपमा खुलाउनुपर्दछ ।
	Others			CB-IMNCI Treatment Chart Booklet मा उल्लेख भएका बर्गिकरण बाहेक अन्य कुनै समस्या भएमा यस कोठामा उल्लेख गर्ने ।
14	Number of classification			बिरामी बच्चामा पाइएका लक्षण तथा चिन्हका आधारमा महल १४ मा गरिएका Classification हरूको जम्मा सङ्ख्या (अन्य समेत) लेख्नुपर्दछ ।
15	ICD code			बिरामी बच्चाको रोगको वर्गीकरणअनुसार मुख्य वर्गीकरण (Major Classification) प्राथमिकताको आधारमा मुख्य एक रोगको ICD code महल १५ मा लेख्नुपर्दछ । सोही ICD कोड अनुसार मासिक प्रतिवेदन फाराम (HMIS 9.3) को Morbidity को सम्बन्धित महलमा समायोजन गरी प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
16-17	Medicine			बिरामीको उपचारका लागि प्रयोग गरिएका औषधीहरू परिमाण समेत खुल्ने गरी स्पष्टसँग यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	Gentamicin			यदि Gentamicin औषधि (सुई) प्रयोग गरी उपचार गरिएको भए दिइएको डोजअनुसार महल १६ को सम्बन्धित अङ्कमा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
18-19	Counselling to mother	Breast feeding		स्तनपानसम्बन्धी सल्लाह आमालाई दिइएको भए महल १९ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Keep warm		शिशुलाई न्यानो राख्ने सम्बन्धी सल्लाह आमालाई दिइएको भए महल १९ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Immediate visit		शिशुको स्वास्थ्य अवस्थामा सुधार हुन नसेकेमा वा खतराको लक्षण देखिएमा यथाशीघ्र थप उपचारकालागि स्वास्थ्य संस्थामा आउने सल्लाह दिइएको भए महल १९ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Regular follow up		आमालाई नियमित फलोअप (अनुगमन) गर्ने सल्लाह दिइएको भए महल १९ को ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
20	Referred to			शिशुलाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम महल २० मा लेख्नुपर्दछ ।
21-23	Follow up	Date		शिशुलाई फलोअप (अनुगमनका) लागि ल्याएको भए सोको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
		Result	Improved	फलोअप समयमा शिशुको स्थिति पहिलेभन्दा सुधेको भएमा महल २१ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Same	फलोअपका समयमा शिशुको स्थिति पहिलेकै जस्तो भएमा महल २१ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			Worse	फलोअपका लागि ल्याइएको मितिमा बच्चाको स्थिति पहिले भन्दा अझ खराब भएको रहेछ भने महल २६ को ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यस्ता बच्चालाई सोही संस्थाबाट थप उपचार व्यवस्थापन गर्नुपर्ने अवस्थामा पहिलेको Classification परिवर्तन हुने भएकोले पुनः दर्ता गरी बर्गिकरण तथा उपचार गर्नुपर्दछ ।
24	Remarks			माथि उल्लेख भए बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भए महल २४ मा उल्लेख गर्नुहोस् ।

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

हरेक महिना मासिक प्रतिवेदन तयार गर्दा यस रजिष्टरको अन्तमा राखिएको जात जातिगत विवरण समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । जात जातिगत विवरण तयार गर्दा २ महिना मुनिका विरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्ड र २ महिना देखि ५९ महिना उमेर सम्मका विरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डमा दर्ता भएका सबै विरामी बच्चाको संख्या लिंग समेत खुल्ने गरी समायोजन गर्नुपर्दछ ।

अभ्यास २.४

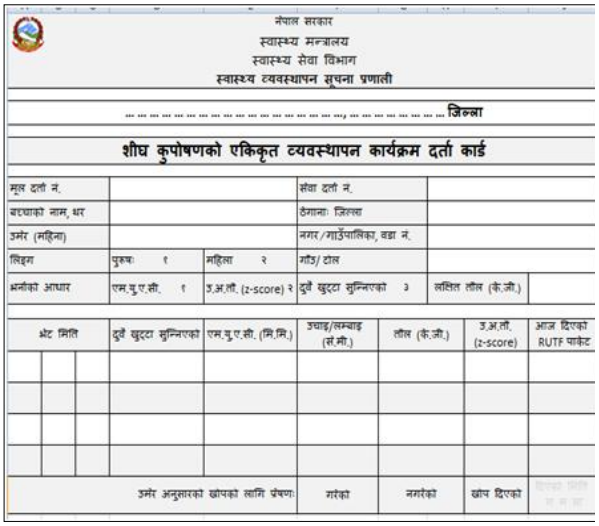
रामेछाप जिल्ला भुजी गाउँपालिका वडा नं. १ को ललिता सुनुवारले आफ्नो ४ महिनाकी छोरी सवितालाई ३ दिन देखि खोकी लागेर मिति २०७० पौष १९ गते भुजी स्वास्थ्य चौकीमा ल्याईन । सविताको तापक्रम ९८ डिग्री से., स्वास दर ४० थियो, कानबाट पिप वगि रहेको थियो । निजको तौल ५ के.जी. थियो । IMNCI रजिष्टर भर्नुहोस ।

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

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

यस दर्ता कार्डमा बहिरङ्ग सेवाको उपचारको तथ्याङ्क भरिएको हुन्छ र बच्चालाई हरेक पटक बहिरङ्ग सेवामा ल्याउँदा आमा वा बच्चाको हेरविचार गर्ने व्यक्तिले यो कार्ड साथै लिएर आउनुपर्दछ। यस दर्ता कार्डबाट बच्चाको उपचारात्मक प्रगति र सुधारको पहिचान गरिन्छ र साथै बिरामीका लागि घर लैजाने तयारी उपचारात्मक खाना (Ready to Use Therapeutic Food-RUTF) को मात्राको पनि यसमा उल्लेख गरिएको हुन्छ। यस कार्डबाट उपचारमा रहेका प्रत्येक बिरामी बच्चाको उपचारको परिणाम/उपलब्धी सम्बन्धी जानकारी प्राप्त हुन्छ।

कार्डको नमुना :



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

..... जिल्ला

शीघ कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड

मूल दर्ता नं.		सेवा दर्ता नं.	
बच्चाको नाम, थर		ठेगानाः जिल्ला	
उमेर (महिना)		नगर/गाउँपालिका, वडा नं.	
लिङ्ग	पुरुषः १ महिला २	गाउ/ टोल	
भर्नाको आधार	एम.यु.ए.सी. १ उ.अ.तौ. (z-score) २ दुवै खुट्टा सुन्निएको ३	लक्षित तौल (के.जी.)	

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

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

डिस्चार्जे परिणाम	निको भएको	निको नभएको	डिफल्टर	पंक्षण (अस्पताल)	अन्य (गति भर्ना)	मृत्यु भएको
	१	२	३	४	५	६
डिस्चार्जे मिति						

भर्ने तरिका :

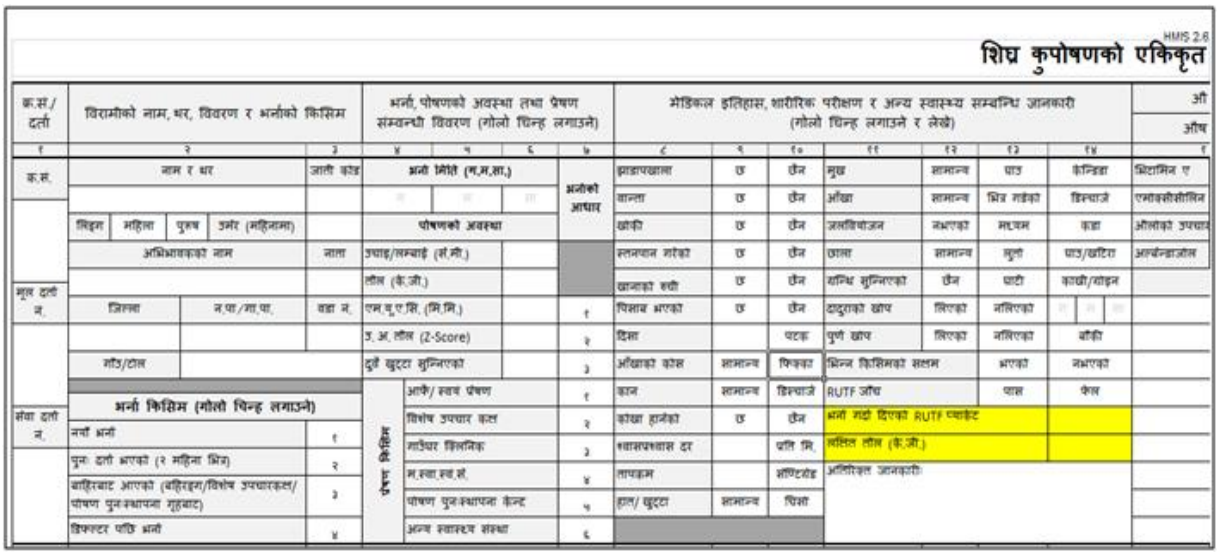
महल शीर्षक	निर्देशन
....., ... जिल्ला	बहिरङ्ग उपचार सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र सो संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ।
मूल दर्ता नं.	मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
सेवा दर्ता नं.	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS 2.6) मा दर्ता गर्दाको नम्बर लेख्नुपर्दछ। यो नम्बर प्रत्येक आ.ब. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
बच्चाको नामथर, ठेगाना, उमेर, लिङ्ग	बिरामी बच्चाको नाम, थर, लिङ्ग, उमेर (महिनामा) र ठेगाना (जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं., र गाउँ टोल) सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ।
भर्नाको आधार	बच्चाको पोषण अवस्था जाँच गरिसकेपछि बच्चा भर्ना गर्नुको आधार Mid Upper Arm Circumferance (MUAC), उचाइ अनुसारको तौल (z-score), वा पोषणजन्य कारणले सुन्निएका कुन-कुन हुन्, सम्बन्धित आधारको कोडमा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
लक्षित तौल (के.जि.)	बच्चालाई भर्ना गर्दाको समयको तौलको १५% तौल वृद्धिका आधारमा लक्षित तौल निकाली भर्ना गर्ने बित्तिकै लक्षित तौल (के.जी.) मा दिइएको महलमा लेख्नुपर्दछ।
भेट मिति	बिरामी बच्चा प्रत्येक भेटमा आउँदा दिइएका महलहरूमा बचचा फलोअपमा आएको मिति (

महल शीर्षक	निर्देशन
	गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ । बिरामी बच्चा हरेक भेटमा आउँदा उसको पाखुराको नाप (एम्.यु.ए.सी.), उचाइ/लम्बाइ, तौल, उचाइअनुसारको तौल (z-score) र RUTF दिएको प्याकेट सङ्ख्या सोही अनुसार सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण	सेवाग्राही बच्चाले निर्दिष्ट खोपहरु लगाएको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ । बहिरङ्ग सेवा प्रदान गर्दाको समायमा बच्चाको उमेर अनुसारको दिनुपर्ने खोप उपलब्ध नभएमा स्वास्थ्यकर्मीले खोप क्लिनिकमा जान सुझाव दिई कार्डमा सोही अनुसारको महलमा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ । खोप लगाएपछि कार्डमा खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
डिस्चार्ज परिणाम	अन्तमा बच्चाको डिस्चार्ज परिणाम (निको भएको, त्रुटि वा डिफल्टर, निको नभएको, अस्पताल पठाएको, अन्य (गल्ती भर्ना) मृत्यु अनुसार सम्बन्धित परिणाममा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ । डिस्चार्जको परिणम नेपाल शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यबस्थापन कार्यक्रम निर्देशिका २०७३ अनुसार लेख्नुपर्दछ ।
डिस्चार्ज मिति	बच्चाको डिस्चार्ज परिणामसँगै डिस्चार्ज मिति (ग/म/सा) दिइएको महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 2.6: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर
(IMAM Register)

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

रजिस्टरको नमुना :


HMIS 2.6

शिघ्र कुपोषणको एकिकृत

क्र.सं./ दर्ता	बिरामीको नाम, थर, विवरण र भर्नाको किसिम	भर्ना, पोषणको अवस्था तथा प्रेषण सम्बन्धी विवरण (गोलो चिन्ह लगाउने)	भेडिकल इतिहास, शारीरिक परीक्षण र अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी (गोलो चिन्ह लगाउने र लेख्ने)	औ औष
१	२ ३	४ ५ ६ ७	८ ९ १० ११ १२ १३ १४	१
क.स.	नाम र थर / जाती कोड	भर्ना मिति (म.म.सा.) / भर्नाको आधार	झाडापखाला छ छैन; वान्ता छ छैन; खोकि छ छैन; स्तनपान गरेको छ छैन; खानाको रुची छ छैन; पिसाब भएको छ छैन; दिशा पटक; आँखाको कोल सामान्य फिक्का; कान सामान्य डिस्चार्ज; कोखा हानेको छ छैन; श्वासप्रश्वास दर प्रति मि.; तापक्रम भण्टेडोड; हात/ खुट्टा सामान्य पिसा	मुख सामान्य; आँखा भित्र गडेको डिस्चार्ज; जलवियोजन नभएको; छाला सामान्य; खुट्टा; गन्ध सुन्निएको छैन; पाटी; दाढुराको छाप लिएको नलिएको; पूर्ण छाप लिएको नलिएको; भिन्न किसिमको सलम भएको नभएको; RUTF जाँच पास फेल; भर्ना गर्दा दिएको RUTF प्याकेट; लक्षित तौल (के.जी.); अतिरिक्त जानकारी:	पाठ केन्द्रिय; भिटामिन ए; एन्टाकसीसीलिन; औलोको उपचार; आर्थनेजाल
	जिल्ला / न.पा./गा.पा. / वडा न.	उचाइ/लम्बाई (से.मी.); तौल (के.जी.); एम.यू.ए.सि. (मि.मि.); उ.अ. तौल (Z-Score); दुवै खुट्टा सुन्निएको		
मूल दर्ता न.	गाउँ/टोल			
	भर्ना किसिम (गोलो चिन्ह लगाउने)	प्रेषण किसिम: आफै/ स्वयं प्रेषण; विशेष उपचार कक्ष; गाउँघर क्लिनिक; म.स्वा.स्वं.से.; पोषण पुनःस्थापना केन्द्र; अन्य स्वास्थ्य संस्था		
सेवा दर्ता न.	नयाँ भर्ना १; पुनः दर्ता भएको (२ महिना भित्र) २; बहिस्वाट आएको (बहिरङ्ग/विशेष उपचारकक्ष/ पोषण पुनःस्थापना गृहबाट) ३; डिफल्टर पछि भर्ना ४			

व्यवस्थापन रजिष्टर

औषधीबाट व्यवस्थापन/ उपचार: औषधी	मात्रा	मिति	फलो अप/भेट	मिति (ग म सा)	डिस्चार्ज मिति र परिणाम
१९	२०	२१ २२	२३	२४ २५ २६ २७ २८ २९ ३० ३१	३२
(आइ.यू.)			एम.यू.ए.सि. (मि.मि.)		डिस्चार्ज मिति
न			उचाइ/लम्बाई (से.मी.)		ग म सा
ार			तौल (के.जी.)		डिस्चार्ज परिणाम
(एम.जी.)			उचाइ अ.तौल (Z-Score)		निको भएको १
अन्य औषधी			दुवै खुट्टा सुन्निएको	+ ++ +++	निको नभएको २
			वान्ता (पटक/ दिन)		डिफल्टर/त्रुटि ३
			झाडापखाला (पटक/ दिन)		पेषण (मेडिकल) ४
			ज्वरो (पटक/ दिन)		मृत्यु ५
			खोकी (पटक/ दिन)		लक्षित तौल (के.जी.)
			जलवियोजन	छ छैन	
			तापक्रम (से.ग्रे.)		कैफियतः
			श्वासप्रश्वास दर (प्रति मि.)		
			छाला संक्रमण	छ छैन	
			आज दिने RUTF (पाकेट)		

रजिस्टर भर्ने तरिका :

महल नं.	शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं. मूल दर्ता नं. सेवा दर्ता नं.	प्रत्येक महिना क्र.सं. १ बाट सुरु गरी लेख्नुपर्दछ । मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्डबाट मूल दर्ता नंम्बरको महलमा र यस रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर सेवा दर्ता नम्बरको महलमा लेख्नुपर्दछ । सेवा दर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
	बिरामीको नामथर, विवरण र भर्नाको किसिम	
	नाम, थर	सेवा लिन आएको बच्चाको पूरा नाम, थर यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

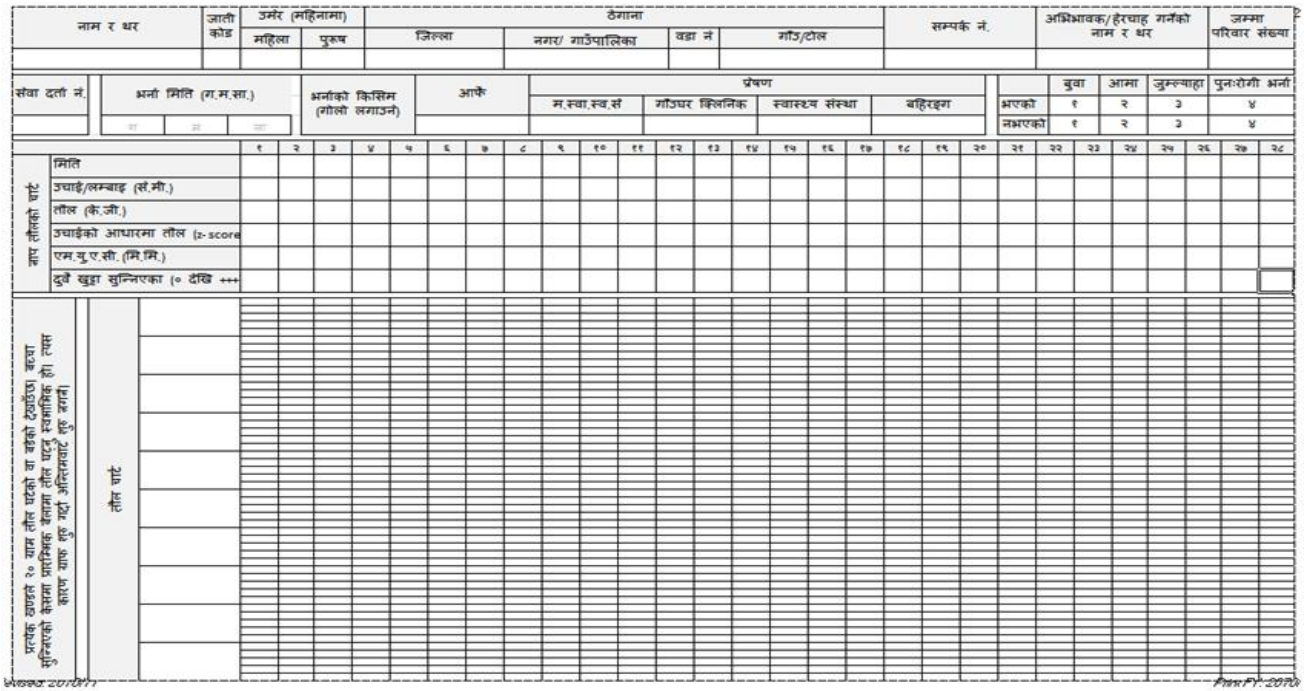
महल नं.	शीर्षक	निर्देशन
२-३	जात/जाति कोड	सेवा लिने बच्चाको थर रजिस्टरमा उल्लेख भएअनुसार जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ, जस्तै : ०१, ०२,.....,०६ ।
	लिङ्ग	सेवा लिने बच्चा "महिला" भए महिलामा र "पुरुष" भए पुरुषमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	उमेर (महिनामा)	सेवा लिने बच्चाको उमेर पूरा भएको महिनामा लेख्नुपर्दछ ।
	अभिभावकको नाम	बच्चाको अभिभावक (जस्तैः आमा, बुवा, हजुरआमा, हजुरबुवा आदि) को नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	नाता	बच्चाको अभिभावकसँगको नाता (जस्तैः आमा, बुवा, हजुरआमा, हजुरबुवा आदि) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	जिल्ला, न.पा/ गा.पा., वडा नं., गाउँ/टोल	हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नम्बर र गाउँ/टोल समेत यस महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
	भर्नाको किसिम	सेवा लिने बच्चा भर्ना भएको किसिममा नयाँ भर्ना भएको भए कोड नं. १ मा, २ महिना भित्र पुनः दर्ता भएको भए कोड नं. २ मा, बाहिरबाट प्रेषण भइ आएको (बहिरङ्ग/विशेष/उपचार कक्ष/पोषण पुनःस्थापना गृह) भए कोड नं. ३ र त्रुटि वा डिफल्टर पछि भर्ना भएको भए कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
४-७	**भर्ना, पोषणको अवस्था तथा प्रेषण सम्बन्धी विवरण**	
	भर्ना मिति	बच्चाको भर्ना मिति (गते, महिना, साल) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	पोषण अवस्था (उचाइ/लम्बाइ)	२ वर्षमुनिका बच्चाको हकमा लम्बाइ र २ वर्षमाथिका (८७ से.मि. वा सोभन्दा माथि) बच्चाको हकमा उचाइ नापी यसैसँगको महल ६ मा से.मि. मा लेख्नुपर्दछ ।
	तौल	बच्चाको तौल लिई महल ६ मा के.जी. मा लेख्नुपर्दछ ।
	एम्.यु.ए.सी	बच्चाको पाखुराको नाप एम्.यु.ए.सी टेपले नापी यसैसँगको महल ६ मा मि.मि. मा लेख्नुपर्दछ ।
	उचाई अनुसारको तौल	उचाइ अनुसारको तौल (z-score) टेबलको सहायताले बच्चाको उचाइअनुसारको तौल यसैसँगको महल ६ मा लेख्नुपर्दछ ।
	दुवै खुट्टा सुन्निएका	पोषणजन्य कारणले बच्चाका दुवै खुट्टा तथा शरिरका अन्य भागहरु सुन्निएका छन्/छैनन् भनी जाँच गरी सुन्निएको भए प्रोटोकल अनुसार + , ++ वा +++ मा लेख्नुपर्दछ ।
	भर्नाको आधार	बच्चाको पोषण अवस्था जाँच गरिसकेपछि भर्नाको आधारअनुसार (एम्.यु.ए.सी., उचाई अनुसार तौल (z-score), वा दुवै खुट्टा सुन्निएका) कुन हो महल नं.७ को सम्बन्धित कोड नं. मा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
	प्रेषणको किसिम	सेवा लिने बच्चा जहाँबाट प्रेषण भएको हो (आफैँ/स्वयं प्रेषण, विशेष उपचार कक्ष तथा अन्य बहिरङ्ग कक्ष, गाउँ-घर क्लिनिक, म.स्वा.स्वयं से., पोषण पुनःस्थापना केन्द्र, वा अन्य स्वास्थ्य संस्था) महल ७ को सम्बन्धित कोडमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । .
८-१४	मेडिकल इतिहास, शारीरिक परीक्षण र अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी	बच्चाको स्वास्थ्य परीक्षण गरी महल नं. ८ मा उल्लेख गरिएका विभिन्न लक्षण, चिन्ह तथा अवस्थाका बारेमा संगै रहेको महल ९ वा १० को अबस्थामा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । महल ८ को दिशा, स्वास प्रश्वास दर र तापक्रमको हकमा भने महल ९ को खाली कोठामा क्रमशः विवरणहरू भर्नुपर्दछ । त्यस्तै गरी महल ११ मा उल्लेख गरिएका शारीरिक अवस्था, दादुरा खोप र पूर्ण खोपको अबस्था, RUFT जाँच, बितरण प्याकेटको संख्या लक्षित तौलको बिबरण महल १२, १३ वा १४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ वा बिबरण भर्नु पर्दछ । शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनका लागि दर्ता भएका बच्चाहरूको आवश्यक अतिरिक्त जानकारी भएमा सोही अनुसारको विवरण पनि यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५—१९	औषधीबाट व्यवस्थापन/उपचार	बच्चालाई उपचारको क्रममा महल १५ मा उल्लेख भएको औषधीहरू (भिटामिन ए, एमोक्सिसिलिन, औलौका औषधी, अल्बेन्डाजोल वा अन्य औषधीहरू) दिएको भए औषधीको मात्रा महल १६ मा र मिति (गते, महिना, साल) महल १७, १८ र १९ मा लेख्नुपर्दछ ।
		बिरामी बच्चा प्रत्येक फलोअप भेटमा आउँदा महल नं. २० मा उल्लिखित अवस्थाको

महल नं.	शीर्षक	निर्देशन
२०-२८	फलोअप भेट मिति	जानकारी लिई सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । उक्त फलोअप भेट गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित पटकको भेटको महलमा लेख्नुपर्दछ । बच्चाको प्रत्येक फलोअप भेटमा बच्चाको पाखुराको नाप (एम्.यु.ए.सी. मि.मि, उचाइ/लम्बाइ (से.मि.), तौल(के.जी.), पोषणजन्य कारणले सुन्निएको, उचाइअनुसारको तौल, बान्ता, झाडापखाला, ज्वरो, खोकी, जलवियोजन, तापक्रम, श्वास-प्रश्वास दर, छाला सङ्क्रमण जाँच गरी प्रत्येक भेटमा दिने RUTF को प्याकेट सङ्ख्या सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
२९	डिस्चार्ज मिति र परिणाम	बच्चाको डिस्चार्ज भएको मिति (गते, महिना, साल) दिइएको कोठामा लेख्नुपर्दछ । अन्तमा बच्चाको डिस्चार्ज परिणाम अनुसार निको भएको कोड १, निको नभएको कोड २, डिफल्टर भएको कोड ३, प्रेषण (अस्पताल) कोड ४, मृत्यु भएको कोड ५ र स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएको कोड ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । माथि लेखिएको बाहेक सो सम्बन्धी अन्य विवरण उल्लेख गर्नुपर्ने भएमा कैफियतको महलमा लेख्नुपर्दछ ।

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

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

रजिष्टरको नमूना



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

सेवा दर्ता नं.	भर्ना मिति (ग.म.सा.)	भर्नाको किसिम (गोली लगाउने)	आफै	प्रेषण म.स्वा.स्व.सं	प्रेषण गाउँघर क्लिनिक	प्रेषण स्वास्थ्य संस्था	प्रेषण बहिरङ्ग

	बुवा	आमा	जुम्ल्याहा	पुनःरोगी भर्ना
भएको	१	२	३	४
नभएको	१	२	३	४

नाप तौलको पार्ट	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८
मिति																												
उचाई/लम्बाइ (सें.मी.)																												
तौल (के.जी.)																												
उचाईको आधारमा तौल (z-score																												
एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)																												
दुवै खुट्टा सुन्निएका (० देखि +++																												

प्रत्येक छाउने २० यान तौल घटको वा बढको ठेउठेउ बच्चा सुन्निएको केसमा प्रारम्भिक बेलामा तौल घट्न स्वाभाविक हो। त्यस कारण याद राख्नु पर्दछ अन्तिमबाट हुन् बाट।

तौल पार्ट

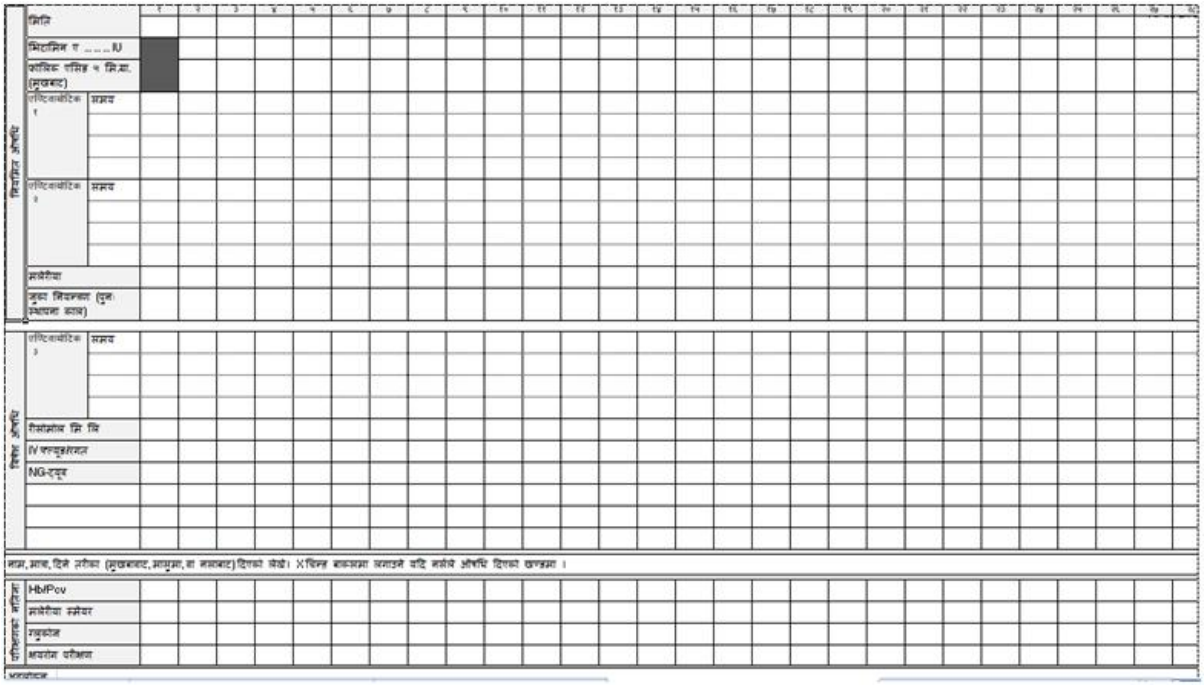
Revised: 2070/71 Print FY: 2070/71

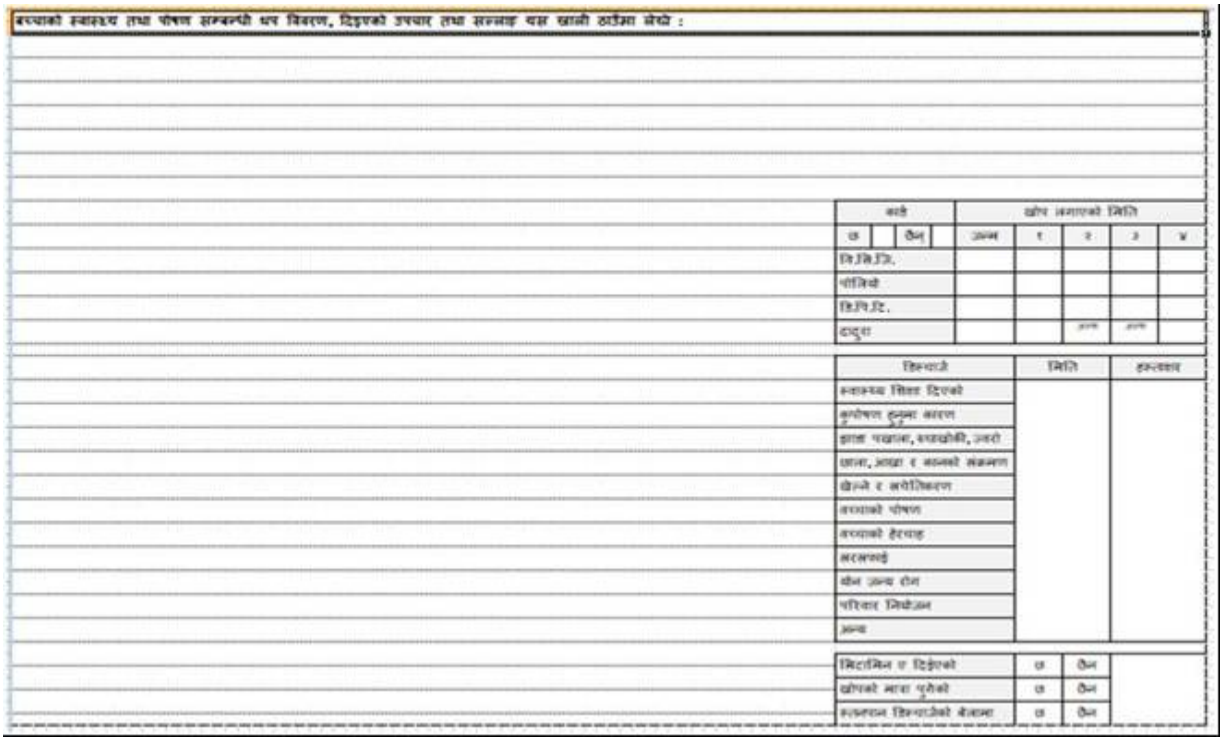
मिति	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८
खाना (F75/F100/RUTF)																												
माथ प्रति दिन (मिलि वा पाकेट)																												
खानाको पटक प्रति दिन																												
प्रति खानामा माथ (दूध माथ)																												
थप आहारमा																												

उपचारात्मक खाना				
A= अनुपस्थित				समय
V=वान्ता				खाना
R= नमजोको				समय
NG= ट्युब खवाएको				खाना
IV= IV पल्पुक				समय
				खाना
माथ विड्राको				समय
				खाना
१०० %	×	×		समय
	×	×		खाना
३/४	×	×		समय
	×			खाना
१/२	×			समय
	×			खाना
१/४	×			समय
				खाना
				समय
				खाना
				समय
				खाना
=मिसि=अतिरिक्त				समय
				खाना
				समय
				खाना

महत्वपूर्ण पार्ट	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८
मिति																												
दिसा/ पटक																												
वान्ता/पटक																												
जलवियोजन																												
खोकी																												
Septic Shock																												
श्वासप्रश्वास दर																												
Pulse rate																												
रक्तअल्पता																												
तापक्रम विहान																												
तापक्रम साँझ																												
छाला सम्बन्धि रोग																												

Revised: 2070/71 Print FY: 2070/71





रजिस्टर भर्ने तरिका :

शीर्षक	निर्देशन
नाम र थर	सेवा लिन आएको बच्चाको पूरा नाम, थर यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
जाति कोड	सेवा लिने बच्चाको थर रजिस्टरमा उल्लेख भए अनुसार जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ, जस्तै : ०१, ०२,....,०६ ।
उमेर (महिनामा)	सेवा लिने बच्चा "महिला" भए महिलामा र "पुरुष" भए पुरुष को महलमा बच्चाले पूरा गरेको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
ठेगाना	जिल्ला, नगर/गाउँ पालिका: हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. र गाउँ, टोल समेत यी महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको भन्नाले

		कम्तीमा ६ महिनादेखि बसिरहेको वा त्यहीँ बसोबास गर्ने मनसायले बसिरहेको भन्ने बुझ्नुपर्दछ
सम्पर्क नं.		बच्चाको अभिभावकको सम्पर्क नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
अभिभावक/हेरचाह गर्नेको नाम र थर		बच्चाको अभिभावक (जस्तै : आमा, बुबा, हजुरआमा, हजुरबुवा आदि) को नाम र थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा परिवार सङ्ख्या		बच्चाको घरमा रहेको जम्मा परिवार सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
सेवा दर्ता नं.		बच्चाको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
भर्ना मिति		बच्चाको भर्ना मिति (ग म सा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
भर्ना किसिम		बच्चाका अभिभावकलाई सोध्दै भर्नाको किसिम (आफैँ, प्रेषण) अनुसार गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
बुबा, आमा, जुम्ल्याहा		बच्चाका बुबा, आमा, जुम्ल्याहा भाइ/बहिनी भए/नभएको यकिन गरी सोहीअनुसार गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
पुनः रोगी भर्ना		बच्चा पुनः रोगी भई (२ महिनाभित्र) भर्ना भएमा सोहीअनुसार गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
नाप तौलको चार्ट	मिति	प्रत्येक मितिमा (ग म सा), बच्चाको उचाइ/लम्बाइ (से. मि.) र तौल (के.जी.) नापी सोही अनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । साथै उचाइ अनुसारको तौल (z- score) z-score टेबलको सहायताले यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	उचाइ/लम्बाइ (से. मि.)	
	तौल (के.जी.)	
	उचाइअनुसारको तौल (z-score)	
	एम्.यु.ए.सी. (मि.मि.)	बच्चाको पाखुराको नाप सकिर टेप (एम्. यु. ए. सी. टेप) ले नापी यस महलमा मि.मि. मा लेख्नुपर्दछ ।
	दुवै खुट्टा सुन्निएका (० देखि +++)	सेवाग्राही बच्चा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको छ/छैन भनी परीक्षणका लागि बच्चाका दुवै खुट्टा, हात, अनुहार जाँच गरी सुन्निएको नभएमा, ० वा सुन्निएको भए सोहीअनुसार + , ++ वा +++ , यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
तौल चार्ट		तौल चार्टको प्रत्येक खण्डले २० ग्राम तौल घटेको वा बढेको देखाउँछ । बच्चा सुन्निएको केसमा प्रारम्भिक बेलामा तौल घट्नु स्वभाविक हो । त्यसकारण ग्राफ सुरु गर्दा अन्तिमबाट सुरु गर्नु हुँदैन । बच्चाको माथि लिइएको दैनिक तौलअनुसार ग्राफको X–axis मा तौल उल्लेख गर्दै ग्राफ भर्नुपर्दछ ।
मिति		बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना सुरु गरेपछिको प्रत्येक दिनको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
खाना (F75/F100/RUTF)		बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना सुरु गरेको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मात्रा प्रतिदिन (मिलि वा प्याकेट)		बच्चालाई उपचारात्मक दुध वा खाना दिएको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF), F75/F100 भए मिलि मा र RUTF भए प्याकेटमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
खानाको पटक प्रतिदिन		प्रत्येक दिन खुवाउने खाना (F75/F100/RUTF) को पटक यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रतिखानाको मात्रा (दूध मात्र)		बच्चालाई F75/F100 दूध मात्र खान दिएको भएमा प्रति खानाको मात्रा मिलि मा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
थप आइरन		बच्चालाई थप आइरन दिएको भएमा सोको मात्रा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचारात्मक खाना		प्रत्येक मितिको महल (Column) मा समय र खानाको महललाई ३ वटा खाली महलहरू (Row) दिइएका छन् । त्यस्ता समय र खानाको महल (Row) प्रत्येक मितिमा जम्मा १० वटा छन् । प्रत्येक पल्ट खाना दिंदा मितिअनुसार खाना दिएको समय (२४ घण्टा अनुसार) र प्रकार (F75/F100/RUTF) उल्लेख गर्दै मात्रा लिएर खाएअनुसार महलहरू (Row) भर्नुपर्दछ । जस्तै : पूरै मात्रा लिएर खाएमा ४ वटा X चिन्ह, ३/४ मात्रा लिएर खाएमा ३ वटा कोठामा X चिन्ह, १/२ मात्रा लिएर खाएमा २ वटा कोठामा X चिन्ह र १/४ मात्रा लिएर खाएमा १ वटा कोठामा X चिन्ह लगाउनुपर्दछ । बच्चालाई खुवाउँदा बच्चा अनुपस्थित/Absent भएमा A, बान्ता/Vomit गरेमा V, खान नमाने/ Refuse-R मा, ट्युब लगाएको भएमा NG र IV दिएमा IV लेख्दै महलहरू (Row) मा भर्नुपर्दछ । अन्य केही भएमा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ ।

सर्वेक्षण तालिका	प्रत्येक मितिमा मिति (गते, महिना, साल) उल्लेख गर्दै बच्चाको दैनिक दिसाको पटक, बान्ताको पटक, जलवियोजन, खोकी, सेप्टिक सक, श्वास-प्रश्वास दर, Pulse rate, रक्त अल्पता, तापक्रम (बिहान,साँझ), र छाला सम्वन्धि रोग भएमा प्रोटोकल अनुसार सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
नियमित औषधि	बच्चालाई भर्ना भएको पहिलो दिन भिटामिन ए र फोलिक एसिड दिइँदैन । बच्चालाई भिटामिन ए (मात्रा) र फोलिक एसिड दिएपछि मितिअनुसार सम्बन्धित महलहरूमा (ठीक) चिन्ह लेख्नुपर्दछ । साथै दिइएका एन्टिबायोटिकहरूको नाम उल्लेख गर्दै दिएको समय सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । त्यस्तै गरी जुका नियन्त्रण (पुन:स्थापना काल) का औषधिहरू दिएमा सोको विवरण सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
विशेष औषधि	विशेष औषधि विशेष केही एन्टिबायोटिक दिएमा सोको नाम उल्लेख गर्दै दिएको समय सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । रिसोमोल दिएमा सोको मात्रा मि लि मा सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । IV र रगत, NG लगाएमा सोको विवरण सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
परीक्षणको नतिजा	Hb र PCV, मलेरिया, ग्लुकोज र क्षयरोग परीक्षणको नतिजा सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
अवलोकन	अन्य केही अवलोकन भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	बच्चाको कार्ड भए, नभएको हेरी सोहीअनुसारका महलहरूमा चिन्ह लगाउनुपर्दछ । बच्चालाई खोप लगाएअनुसारको मिति (गते, महिना, साल) सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । अन्य खोप दिएमा सोको विवरण सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । डिस्चार्जपश्चात् डिस्चार्ज मिति (गते, महिना, साल) र हस्ताक्षर सोहीअनुसारको महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । साथै स्वास्थ्य शिक्षा दिएको मिति (गते, महिना, साल) र हस्ताक्षर, भिटामिन ए दिए, नदिएको, खोपको मात्रा पुगे, नपुगेको र डिस्चार्जको बेलामा स्तनपान गरिरहेको छ, छैन यकिन गरी सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

३. परिवार स्वास्थ्य

3. Family Health

HMIS 3.1: परिवार नियोजन सेवा कार्ड

HMIS 3.2: पिल्स, डिपो सेवा रजिस्टर

HMIS 3.3: आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर

HMIS 3.4: परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिस्टर

HMIS 3.5: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड

HMIS 3.6: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर

HMIS 3.7: सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर

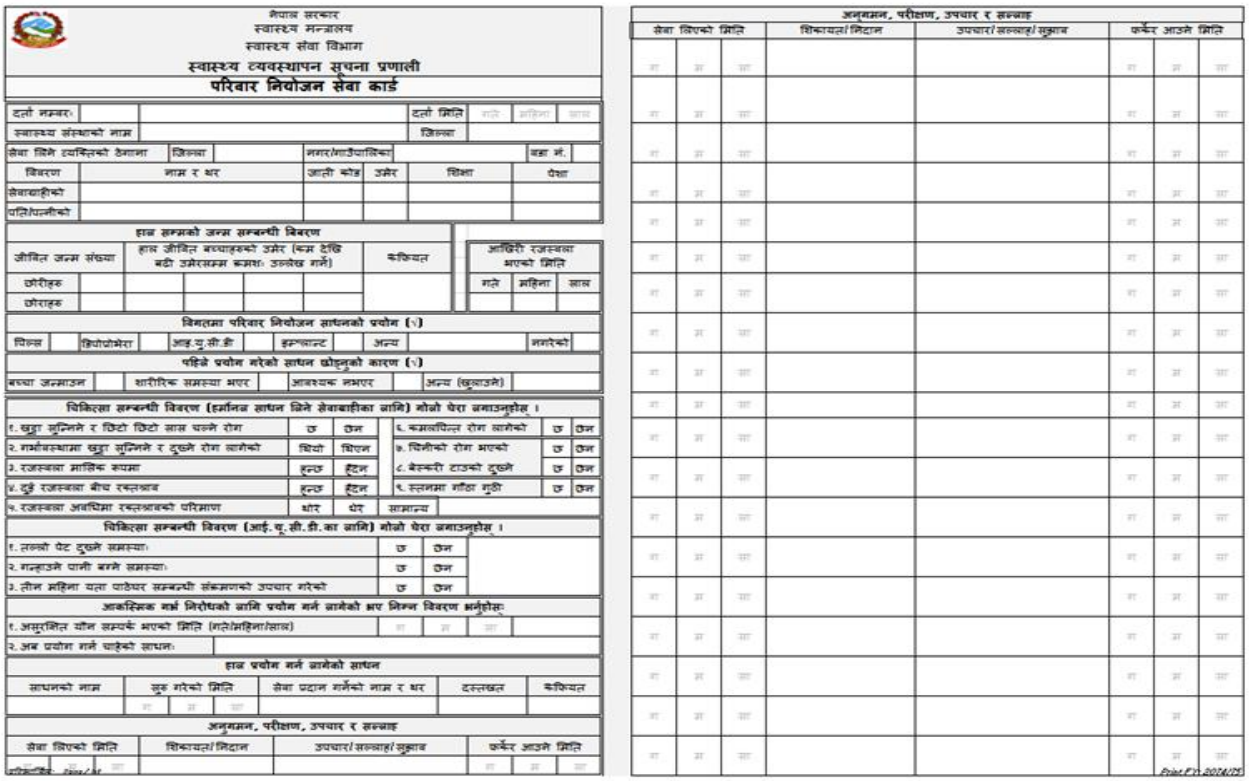
HMIS 3.1: परिवार नियोजन सेवा कार्ड (Face Sheet)

परिवार नियोजन सेवा अपनाउने सेवाग्राहीहरूको व्यक्तिगत विवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । परिवार नियोजन सेवा प्रदान गर्दा भरिएको परिवार नियोजन सेवा कार्ड (फेस सिट) को पहिलो प्रति (पहेंलो रङको) मासिक प्रतिवेदनसँगै जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयमा पठाउनुपर्दछ । कार्डको दोस्रो प्रति सेवा दिने संस्थामा नै राख्नुपर्दछ । यसै कार्डबाट जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयले परिवार नियोजन साधन प्रयोगकर्ताको व्यक्तिगत विवरणका साथै अन्य विविध पक्षको विश्लेषण गर्न सक्दछ ।

नोट : सेवाग्राहीले परिवार नियोजनका कुनै पनि साधन पहिलो पटक सुरु गर्दा र लिइरहेको प.नि. साधन बीचमा १ वर्षभन्दा बढी समयसम्म छोडी पुनः सोही सेवा लिन आउँदा समेत यो कार्ड अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्दछ । सेवाग्राहीहरूको विस्तृत विवरणको विश्लेषणका लागि जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयलाई यस कार्डको आवश्यकता पर्ने भएकोले प.नि. सेवा प्रदानका क्रममा भरिएका फेस सिटहरूको पहिलो प्रति अनिवार्य रूपमा मासिक प्रतिवेदनसँगै जिल्ला/जन/स्वास्थ्य कार्यालयमा पठाउनु पर्दछ ।

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

कार्डको नमुना :


नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
परिवार नियोजन सेवा कार्ड

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					

हाल सम्मको जन्म सम्बन्धी विवरण

जीवित जन्म संख्या	हाल जीवित बच्चाहरूको उमेर (कम देखि बढी उमेरसम्म क्रमशः उल्लेख गर्ने)					कैफियत
छोरीहरू						
छोराहरू						

आखिरी रजस्वला भएको मिति: गते महिना साल

विगतमा परिवार नियोजन साधनको प्रयोग (✓)
पिल्स | डिपोप्रोभेरा | आई.यू.सी.डी | इम्प्लान्ट | 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. छाती सुन्निने र टिटो टिटो सास चल्ने रोग	छ	छैन	६. कमलपित्त रोग लागेको	छ	छैन
२. गर्भावस्थामा छाती सुन्निने र दुख्ने रोग लागेको	थियो	थिएन	७. चिनीको रोग भएको	छ	छैन
३. रजस्वला मासिक रुपमा	हुन्छ	हुँदैन	८. बेल्करी टाउको दुख्ने	छ	छैन
४. दुई रजस्वला बीच रक्तस्राव	हुन्छ	हुँदैन	९. स्तनमा गाँठा गुठी	छ	छैन
५. रजस्वला अवधिमा रक्तस्रावको परिमाण	धेरै	थोरै	सामान्य		

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

१. तलको पेट दुख्ने समस्या	छ	छैन
२. गाह्रोसँगे पानी बग्ने समस्या	छ	छैन
३. तीन महिना यता पाठेघर सम्बन्धी संक्रमणको उपचार गरेको	छ	छैन

आकस्मिक गर्भ निरोधको लागि प्रयोग गर्न लागेको भए निम्न विवरण भर्नुहोस्:
१. असुरक्षित यौन सम्पर्क भएको मिति (गते/महिना/साल) | ग | म | सा
२. अब प्रयोग गर्न चाहेको साधन:

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

Prior FY 2074/75

कार्ड भर्ने तरिका :

शीर्षक	निर्देशन
दर्ता नम्बर	परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्दा सेवा रजिस्टरमा दर्ता गरेको सेवा दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
दर्ता मिति	दर्ता गरेको दिनको मिति (ग/म/सा) लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था अवस्थित रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सेवा लिने व्यक्तिको ठेगाना	सेवा लिने व्यक्तिको पूरा ठेगाना (जिल्ला, नगर/गाउँपालिका र वडा नं.) लेख्नुपर्दछ ।

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

अभ्यास ३.१: अभ्यास ४.१ ग की जमुना सार्कीको परिवार नियोजन सेवा कार्ड भर्नुहोस् । निजको ९ महिनाकी १ छोरी छन् ।

HMIS 3.2: पिल्स, डिपो सेवा रजिस्टर (Pills, Depo Service Register)

परिवार नियोजनका अस्थायी साधनको प्रयोगकर्ताले अपनाएको साधन, अपनाएको अबधि, साधन प्रयोग गर्न छोडेको अभिलेख राखी कुनै पनि समयमा नयाँ तथा लगातार प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या र अन्य विवरणको अभिलेख राख्ने प्रयोजनका लागि यस रजिस्टरको प्रयोग गरिन्छ । सेवाग्राहीलाई एक पटक यस रजिष्टरमा दर्ता गरेपछि ३ वर्ष सम्मका लागि उक्त सेवाग्राहीको प.नि सेवा सम्बन्धी विवरण यस रजिस्टरमा अभिलेख गर्न सकिन्छ ।

नोट : परिवार नियोजनको "पिल्स वा डिपो" अस्थायी साधन अपनाउने भए यस रजिस्टरमा अभिलेख राखी सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ । प्रत्येक वडाका लागि छुट्टाछुट्टै पाना प्रयोग गर्नुपर्दछ । वडाअनुसार छुट्याइएका पानामध्ये सेवाग्राहीको सङ्ख्याअनुसार साधनका लागि पाना छुट्याउनुपर्दछ । जुन प्रयोजनका लागि ती छुटयाइएका पानाहरु प्रयोग भएका हुन्, त्यो पिल्स हो कि डिपो, पानाको शिरमा दिइएका विकल्पहरुमा चिन्ह लगाउनुपर्दछ । अन्य नगर/गाउँपालिकाका सेवाग्राहीहरूका लागि छुट्टै पाना प्रयोग गरी वडामा अन्य लेख्नुपर्दछ । सम्बन्धित संस्थाको कायम रहेको कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिरका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या अधिक हुने स्वास्थ्य संस्थाले अन्य स्थानबाट आउने सेवाग्राहीहरूको लागि मात्र छुट्टै रजिस्टर प्रयोग गर्न सकिनेछ । यो रजिष्टर स्वास्थ्य संस्थामा राखिन्छ । गाउँघर क्लिनिकमा दिइएको परिवार नियोजन (डिपो/पिल्स) को सेवाको विवरण गाउँघर क्लिनिक सकिएपछि संस्थामा रहेको यस रजिस्टरको सम्बन्धित वडामा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले वितरण गरेको पिल्सको विवरण प्रत्येक महिनाको म.स्वा.स्व.से.को प्रतिवेदन सङ्कलन गर्ने समयमा कस-कसलाई वितरण गरेको हो, सोको नामावली सहितको विवरण सङ्कलन गरी यस रजिस्टरको सम्बन्धित महलमा अनिवार्य रूपमा अद्यावधिक गरी सेवाको निरन्तरता जनाउनुपर्दछ ।

रजिस्टरको नमुना :

HMS 32

परिवार नियोजनको अस्थायी साधन

वार्ड नं.		वडा जनसंख्याः		पिल्स		डिपो		प्रजनन उमेरका महिला संख्याः

मूल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नम्बर	मिति			प्रयोगकर्ता किसिम		सेवाग्राहीको		जाति कोड*	गाउँ टोल	सम्पर्क नं.	उमेर (वर्ष)		पतिको नाम थर (ऐच्छिक)
		ग	म	सा	नयाँ	पुरानो	नाम	थर				<२०	≥२०	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५
जम्मा														नयाँ प्रयोगकर्ता
														हाल अपनाईरहेका
														Discontinued
														साधन खर्च (साइकल/डोज)

HMIS

(पिल्स तथा डिपो) सेवा रजिष्टर

२०७... /७...		२०७... /७...		२०७... /७...	

आ. ब. २०७... /७...												आ. ब. २०७... /७...												आ. ब. २०७... /७...											
श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पुस	माघ	फागुन	चैत	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पुस	माघ	फागुन	चैत	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पुस	माघ	फागुन	चैत	बैशाख	जेष्ठ	आषाढ
१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७	३८	३९	४०	४१	४२	४३	४४	४५	४६	४७	४८	४९	५०	५१

रजिस्टर भर्ने तरिका :

वडा नं.: पिल्स, डिपो सेवा रजिस्टरको शिरमा कुन वडाको अभिलेख राख्न छुट्याइएको हो, सोही वडाको नम्बर लेख्नुपर्दछ ।

वडाको जनसङ्ख्या : यस महलमा सम्बन्धित वडाको जम्मा जनसङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।

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

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	मूल दर्ता नं.		मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गरि प्रदान गरिएको मूल दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यदि पहिलो पटक गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा लिएको भए यस रजिस्टरमा अद्यावधिक गर्दा यस महलमा ORC लेख्नुपर्दछ ।
२	सेवा दर्ता नम्बर		सेवाग्राहीलाई पिल्स/डिपो सेवा रजिस्टरमा दर्ता गरिएको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यस संस्थामा पहिलो पटक सेवा लिन आउने सेवाग्राहीलाई क्रमश दर्ता गरी नयाँ दर्ता नम्बर दिइन्छ । पहिले यसै संस्थाबाट सेवा लिई लामो समयसम्म सेवाबाट अनियमित भई पुनः सोही सेवा लिन आएमा उक्त सेवाग्राही प्रयोगमा रहेको सेवा रजिस्टरमा दर्ता भएको भए सोही स्थानमा सेवाको विवरण चढाउनुपर्दछ र प्रयोगमा रहेको रजिस्टरमा दर्ता नदेखिएमा क्रमशः दर्ता गरी सेवा दर्ता नम्बर प्रदान गर्नुपर्दछ । एक आ.ब सम्मकालागि गा.पा/न.पा/उ.म.न.पा/म.न.पा का हकका वडाअनुसार छुटाछुटै सेवा दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नु पर्दछ । तर अस्पतालको हकमा वडा अनुसार अलग अलग नगरी कमस दर्ता नम्बर राख्नु पर्दछ ।
३-५	मिति		यस महलमा सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दाको दिनको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
६-७	प्रयोगकर्ता किसिम	नयाँ	नयाँ प्रयोगकर्ताहरूको क्रम सङ्ख्या हरेक महिनामा १ वाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
		पुरानो	यदि सेवाग्राहीले पहिले लिएको सेवा वीचमा छोडी सोही सेवाको लागि आएमा वा पहिले लिएको सेवा निरन्तरताका लागि आएमा वा संस्था परिवर्तन गरी सोही सेवाको लागि आएको भए त्यस्ता सेवाग्राहीलाई पुराना सेवाग्राही मानी यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
८, ९	सेवाग्राहीको नाम थर	सेवाग्राहीको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०	जाति कोड	यस महलमा सेवा लिने व्यक्तिको जातजाति यकिन गरी रजिस्टरमा उल्लेख भएको जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । जस्तै ०१, ०२, ...०६ ।
११	ठेगाना (गाउँ/टोल)	सेवाग्राहीको गाउँ टोलको नाम उल्लेख गर्ने । अन्य गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा. को सेवाग्राहीको हकमा जिल्ला, गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा.समेत उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१२	सम्पर्क नम्बर	यस महलमा सेवाग्राही वा निजको नजिकको व्यक्ति को सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१३, १४	उमेर (<२० वर्ष, ≥२० बर्ष)	सेवाग्राहीको उमेर २० वर्षमुनि, २० वर्ष वा सोभन्दा माथि जुन उमेर समूहमा पर्दछ, सोही महलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै : कुनै सेवाग्राही १९ वर्ष १० महिनाको भएमा उनको उमेर २० वर्षमुनिको महलमा १९ मात्र उल्लेख गर्ने ।
१५	पतिको नाम थर (ऐच्छिक)	यस महलमा सेवाग्राही महिलाको पतिको नाम लेख्नुपर्दछ । यदि महिलाले पतिको नाम भन्न नचाहेमा – चिन्ह दिनुपर्दछ । महिला अविवाहित भए यो सोध्नु हुदैन ।
आ. व. २०७.../७..... पिल्स		सेवाग्राही पिल्स प्रयोगकर्ता भएमा सेवा लिन आएको महिनाको महलमा सेवाग्राहीलाई दिएको पिल्स साइकल र सेवा लिन आएको गते लेख्नुपर्दछ । यसको अभिलेख गर्दा पिल्सको साइकल सङ्ख्या लेखी त्यसपछि slash (/) गरी सेवा दिएको गते लेख्नुपर्दछ । दिइएको पिल्स साइकल जुन महिनासम्मका लागि पुग्दछ, सो महिनामा डट (.) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । जस्तै : कुनै सेवाग्राहीलाई श्रावण महिनाको १५ गते ३ साइकल पिल्स दिएको भए श्रावण महिनाको सम्बन्धित महलमा ३/१५ लेख्नुपर्दछ । दिइएको ३ साइकल पिल्स कार्तिक महिनासम्म पुग्दछ । त्यसैले भाद्र र आश्विन महिनाको महलमा √ चिन्ह लगाउनुपर्दछ र कार्तिक महिनाको महलमा डट (.) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
आ. व. २०७...../७..... डिपो		सेवाग्राही डिपो प्रयोगकर्ता भएमा सेवा लिन आएको महिनाको महलमा सेवा लिन आएको गते लेख्नुपर्दछ । दिइएको डिपो जुन महिनासम्मका लागि प्रभावकारी रहन्छ, सो महिनासम्म √ चिन्ह लगाउनुपर्दछ र सेवा निरन्तरताको लागि पुनः आउनुपर्ने महिनामा डट चिन्ह लगाउनुपर्दछ । जस्तै : असारको १५ गते दिइएको डिपो असोज महिनासम्म पुग्दछ । त्यसैले असार महिनामा १५ लेखी श्रावण र भाद्र महिनाको महलमा √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ र असोज महिनाको सम्बन्धित कोठामा डट (.) लगाउनु पर्दछ ।
नोट : यदि सेवाग्राही सेवाको निरन्तरताको लागि आउनुपर्ने तोकिएको महिनामा सेवा लिन नआएमा डट (.) चिन्ह लगाएको कोठामा "D" (Discontinued) लेखी सेवाको निरन्तरता नभएको जनाउनुपर्दछ ।		
जम्मा		पिल्स वा डिपोका नयाँ प्रयोगकर्ता, हाल प्रयोगकर्ता, (पुरानो सेवाग्राही पुनः सोही सेवा लिन आएका वा अन्य संस्थाबाट स्थानान्तरण भई यस संस्थामा पहिलो पटक आएका समेत) र सेवामा नियमित नभएका सङ्ख्या तालिकाको मुनि दिएको जम्मा भन्ने हरफमा लेख्नुपर्दछ ।
नयाँ प्रयोगकर्ता		यस महिनामा पहिलो पटक यो साधन सुरु गरेका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या प्रयोगकर्ताको किसिम नयाँ भन्ने महलको क्र.सं. अनुसार गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
हाल अपनाइरहेका		यस महिनामा दर्ता भएका नयाँ प्रयोगकर्ता, यस महिनामा साधन लिन आएका पुराना प्रयोगकर्ताहरू र यस महिनामा √ चिन्ह लागेका सबैलाई हाल प्रयोगकर्ता मानी प्रत्येक पेजको यस महलमा जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
Discontinued		सम्बन्धित महिनाको अन्तिम दिनसम्म सेवामा निरन्तरता नभएका वा **D** उल्लेख भएका जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
साधन खर्च (साइकल/डोज)		सेवाग्राहीहरूलाई यस महिनामा वितरण गरेको पिल्स सङ्ख्या (साइकल) र लगाएको डिपो (डोज) गणना गरी जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
साधन परिवर्तन अभिलेख		कुनै प्रयोगकर्ताले एउटा साधन प्रयोग गर्न छाडी अर्को साधन प्रयोग गर्न लागेमा प्रयोग गर्न छाडेको साधनका बाँकी कोठाहरूमा कुन साधन प्रयोग गर्न लागेको हो, सो साधनको नाम र निजले प्रयोग गर्न लागेको नयाँ साधनको दर्ता नम्बर जनाउनुका साथै सेवाग्राहीले हाल लिन लागेको साधनको सम्बन्धित पानामा नयाँ साधनको विवरण लेखी सम्बन्धित महिनाभन्दा पहिलेका महलमा प्रयोग गर्न छाडेको साधन र दर्ता नम्बर जनाउनुपर्दछ । प्रयोगकर्ताले हाल प्रयोग गर्न लागेको साधन पहिलो पटक प्रयोग गर्न लागेको भए नयाँ प्रयोगकर्ताको रूपमा अभिलेख राख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	स्थानान्तरण	यदि कुनै प्रयोगकर्ताले अर्को कुनै स्वास्थ्य संस्थाबाट सोही साधन लिन चाहेमा प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा (HMIS-1.4) सहित स्थानान्तरण गरी पठाउनुपर्दछ र रजिस्टरका बाँकी कोठाहरूमा स्थानान्तरण भई गएको संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ । अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट प्रेषित भई आएका सेवाग्राहीलाई ***पुरानो प्रयोगकर्ता*** मानी सम्बन्धित सेवाको लागि छुट्टाइएको पानामा दर्ता गरी सेवा उपलब्ध गराउनुपर्दछ र साथै सम्बन्धित महिनाभन्दा पहिलेका महलमा कुन संस्थाबाट स्थानान्तरण भई आएको हो, सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 3.3: आईयुसीडी/इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर
(IUCD/Implant Service Register)

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

नोट : परिवार नियोजनको IUCD र Implant सेवा लिने सेवाग्राहीको अभिलेख यस रजिस्टरमा राख्नुपर्दछ । प्रत्येक वडाका लागि छुट्टाछुट्टै पाना प्रयोग गर्नुपर्दछ । वडाका लागि छुट्चाइएका पानाहरूमध्ये आईयुसीडी र इम्प्लान्ट साधनको प्रयोगकर्ता सङ्ख्या अनुसार IUCD र Implant सेवाका लागि यस रजिस्टरमा पानाहरू छुट्याउनुपर्नेछ । जुन प्रयोजनका लागि ती छुट्चाइएका पानाहरू प्रयोग भएका हुन्छन्, त्यो IUCD हो कि Implant हो ? पानाको शिरमा दिइएका विकल्पहरूमा √ चिन्ह लगाउनुपर्दछ । अन्य नगर/गाउँपालिकाका सेवाग्राहीहरूलाई सेवा दिएको अभिलेख राख्नका लागि यसै रजिस्टरको अन्ततिरबाट आवश्यक पानाहरू छुट्चाई ती पानाका महलहरूमा जिल्ला, नगर/गाउँपालिकाको विवरण राख्नुपर्दछ । सम्बन्धित संस्थाको कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिरका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या अधिक हुने स्वास्थ्य संस्थाले मात्र अन्य नगर/गाउँपालिकाका लागि छुट्टै रजिस्टरसमेत प्रयोग गर्न सक्नेछन् ।

रजिस्टरको नमुना :

HMIS 3.3

परिवार नियोजनको अस्थायी साधन

वार्ड नं. | वडा जनसंख्याः | आ.यू.सी.डी | इम्प्लान्ट

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

HMIS 3.3

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

प्रजनन उमेरका महिला संख्याः | २०७... कि... | २०७... कि... | २०७... कि...

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

रजिस्टर भर्ने तरिका :

वडा नं. : रजिस्टरको शिरमा यी पानाहरू स्वास्थ्य संस्था रहेको गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा.को कुन वडाको अभिलेख राख्न छुट्टयाइएको हो, सोही वडाको नम्बर लेख्नुपर्दछ ।

वडाको जनसङ्ख्या : यस महलमा सम्बन्धित वडाको जम्मा जनसङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।

प्रजनन उमेरका महिला सङ्ख्या : यस महलमा सम्बन्धित वडाको प्रजनन उमेरका १५ देखि ४९ वर्षका सबै महिलाहरूको सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।

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

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

इम्प्लान्टः

यो साधनको प्रयोग गर्न शुरु गरेदेखि बीचमा नभिकेमा ५ वर्षसम्म गर्भ निरोध गर्ने हुँदा साधन राखेको महिनादेखि लगातार उक्त सेवाग्राहीलाई हाल प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गरी प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।

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

आई.यु.सी.डी :

यो साधनको प्रयोग गर्न शुरु गरेदेखि बीचमा नभिकेमा १२ वर्षसम्म गर्भ निरोध गर्ने हुँदा साधन राखेको महिनादेखि लगातार उक्त सेवाग्राहीलाई हाल प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गरी प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।

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

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

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

नोट : प्रयोगकर्ताले कुनै परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गरी बीचमा छोडी पुन सोही साधन प्रयोग गर्न शुरु गरेमा निजलाई लगातार प्रयोगकर्ताको रुपमा लिनुपर्दछ । तर उसले पहिलेको साधन छोडी अर्को नयां साधन प्रयोग गर्न शुरु गरेमा निजलाई नयां प्रयोगकर्ताको रुपमा लिनु पर्दछ ।

HMIS 3.4: परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिस्टर
(Sterilization Service Register)

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

रजिस्टरको नमुना :

HMIS 3.4

परिवार नियोजन स्थायी

जिल्लाः

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

HMIS 3.4

(बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर

जिवित बच्चा संख्या		ठेगाना				रेफर गर्ने को नाम	बन्ध्याकरण गर्ने चिकित्सकको		कैफियत
छोरी	छोरा	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	गाँउ/टोल		नाम, थर	सहि	
१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४

रजिस्टर भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	क्र.सं.		हरेक महिनामा १ वाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	दर्ता नं.		बन्ध्याकरण सेवा लिने सेवाग्राहीको दर्ता नम्बर प्रत्येक आ.ब. मा १ वाट सुरू गरी त्यस आ.ब. को अन्त्यसम्म क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । आ.व. परिवर्तन भएपछि पुनः १ बाट सुरू गर्नुपर्दछ ।
३-५	मिति		सेवा प्रदान गरेको दिनको मिति (गते, महिना, साल) मा सम्वन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	सेवा प्रदायक संस्थाको नाम (सरकारी/गैरसरकारी)		बन्ध्याकरण सेवाप्रदायक संस्थाको नाम, सरकारी वा गैरसरकारी के हो ? सोको महलमा नाम लेखी कोष्ठभित्र सरकारी वा गैरसरकारी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
७-९	सेवा सञ्चालन स्थान	संस्था	बन्ध्याकरण सेवा संस्थागत रूपमा संचालन भएको भए महल ७ को कोड १ मा र शिविर मा सञ्चालन भएको भए महल ८ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		शिविर	
		शिविर सञ्चालन स्थान	यदि घुम्ति/विशेष शिविर (Mobile Camp) को आयोजना गरी सेवा सञ्चालन भएको भए शिविर संचालन भएको स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१०-११	सेवाग्राहीको नाम, थर		बन्ध्याकरण सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१२	जाति कोड		सेवा लिने व्यक्तिको जाति यकिन गरी रजिस्टरमा उल्लेख भएको जुन जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१३	उमेर (वर्षमा)	महिला	बन्ध्याकरण सेवा लिने व्यक्तिको उमेर पूरा गरेको वर्षमा महिला भए महिला र पुरूष भए पुरूषको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१४		पुरुष	
१५	जीवित बच्चा सङ्ख्या	छोरी	बन्ध्याकरण सेवा लिन आउने व्यक्तिको हाल जीवित छोरी सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६		छोरा	बन्ध्याकरण सेवा लिन आउने व्यक्तिको हाल जीवित छोरा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७-२०	ठेगाना (जिल्ला, गा.पा/न.पा/ उ.म.न.पा/म.न.पा. वडा नं., गाउँ, टोल		सेवा लिने व्यक्तिको ठेगानाको विस्तृत विवरण जिल्ला, नगर/गाउँपालिका र गाउँ, टोल समेत खुल्ने गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२१	रेफर गर्नेको नाम		सेवाग्राही सेवा लिनको लागि कसरी आएको हो ? म.स्वा.स्व.से., स्वास्थ्यकर्मी वा स्वास्थ्य संस्थाले जसले रेफर गरी पठाएको हो सो को नाम लेख्नुपर्दछ र ग्राहक स्वयं आफैँ आएको भए "आफैँ" भनी लेख्नुपर्दछ ।
२२-२३	बन्ध्याकरण गर्ने चिकित्सकको नाम, थर र दस्तखत		बन्ध्याकरण सेवा प्रदान गर्ने चिकित्सकको नाम, थर लेखी सम्बन्धित महलमा दस्तखत समेत गर्नुपर्दछ ।
२४	कैफियत		सुत्केरी पश्चात् (४८ घण्टा भित्र) बन्ध्याकरण गरिएको भए यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बन्ध्याकरण सेवा प्रदान गर्ने क्रममा कुनै जटिलता देखिएमा वा अन्यत्र रेफर गर्नु पर्ने भएमा वा अन्य कुनै विवरण जनाउनुपर्ने भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

अभ्यास ३.४

रामेछाप जिल्ला अस्पतालमा संचालन भएको परिवार नियोजन पुरुष बन्ध्याकरण शिविरमा भलुवाजोर पालिका वडा नं. ४ बस्ने बर्ष ३५ को सुरेश प्रधानले भ्यासेक्टोमी अपरेशन गरेको अभिलेख HMIS 3.4 मा राख्नुहोस् । शुरेशको ६ बर्षको १ छोरी र २ बर्षको १ छोरा छन् ।

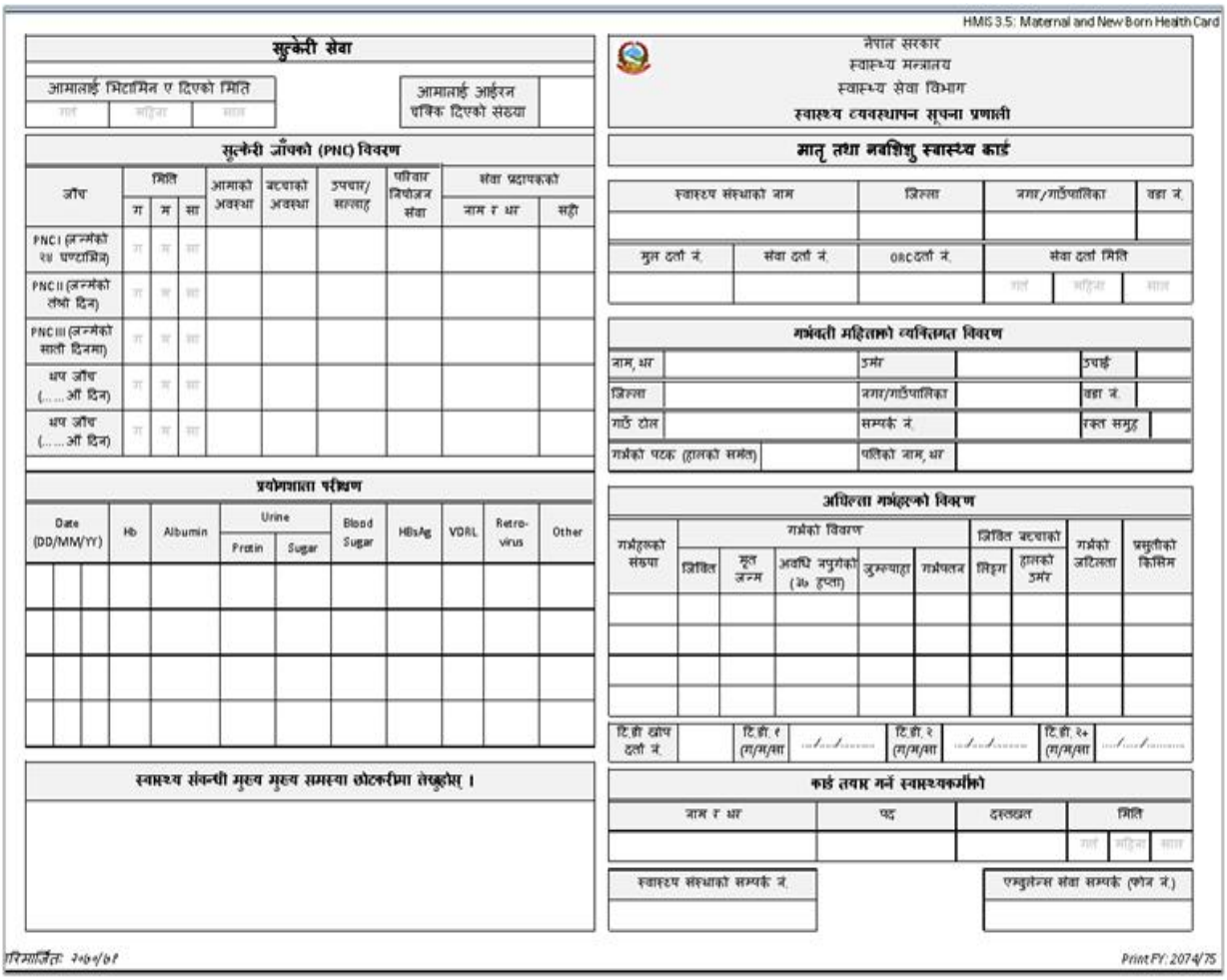
HMIS 3.5: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (Maternal and Newborn Health Card)

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

गर्भवती महिलालाई गर्भावस्थादेखि सुत्केरी भएपछि ४५ दिनसम्म समयबध्द रूपले सेवा प्रदान गरी आमा र बच्चाको स्वास्थ्यसम्बन्धी विभिन्न समस्याहरूको निराकरण गर्नुपर्ने भएकाले सबै सेवाहरूलाई अभिलेखन गरी सेवाग्राही महिलालाई यो कार्ड नहराई सुरक्षित गरी राख्न र अर्को पटक सेवा लिन आउँदा कार्ड अनिवार्य रूपमा साथमा ल्याउन सल्लाह दिनुपर्छ । यसै कार्डका आधारमा गर्भवती जाँच प्रोत्साहन रकम उपलब्ध गराइन्छ । हरेक पटकको गर्भवती र सुत्केरी जाँचअनुसार यस कार्डसँगै मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) पनि अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना

अगाडिको भाग



HMIS 3.5: Maternal and New Born Health Card

सुत्केरी सेवा

आमालाई भिटामिन ए दिएको मिति: गत / महिना / साल

आमालाई आईरन पक्कि दिएको संख्या

सुत्केरी जाँचको (PNC) विवरण

जाँच	मिति: गत	महिना	साल	आमाको अवस्था	बच्चाको अवस्था	उपचार/सल्लाह	परिवार नियोजन सेवा	सेवा प्रदायकको: नाम र थर	सही
PNC I (जन्मेको २४ घण्टाभित्र)									
PNC II (जन्मेको तेस्रो दिन)									
PNC III (जन्मेको सातौं दिनमा)									
थप जाँच (.....औं दिन)									
थप जाँच (.....औं दिन)									

प्रयोगशाला परिक्षण

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

स्वास्थ्य संकन्धी मुख्य मुख्य समस्या छोटकरीमा लेख्नुहोस् ।

परिमार्जित: २०७०/७१

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड

स्वास्थ्य संस्थाको नाम	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.

मुल दर्ता नं.	संवा दर्ता नं.	ORC दर्ता नं.	सेवा दर्ता मिति: गत	महिना	साल

गर्भवती महिलाको व्यक्तिगत विवरण

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

अघिल्ला गर्भहरूको विवरण

गर्भहरूको संख्या	गर्भको विवरण: जिवित	मृत जन्म	अवधि नपुगेको (३७ हप्ता)	ऊमरथाहा	गर्भपतन	जिवित बच्चाको: लिङ्ग	हालको उमेर	गर्भको जटिलता	प्रसुतीको किसिम

टि.डी. खोप दर्ता नं.		टि.डी. १ (म/म/सा)	..../..../.....	टि.डी. २ (म/म/सा)	..../..../.....	टि.डी. २+ (म/म/सा)	..../..../.....

कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको

नाम र थर	पद	दस्तखत	मिति: गत	महिना	साल

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

Print FY: 2074/75

पछाडिको भाग

HMIS 3.5: Maternal and New Born Health Card

आखिरी रजस्वला भएको मिति (गते महिना साल) (LMP) | गते | महिना | साल

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

गर्भवती परीक्षण विवरण

गर्भवती जाँच			तौल (कि.ग्रा.)	रक्तअल्पता		सुन्निएको		रक्तचाप	गर्भको अवधी (हप्तामा)	पाठेघरको उचाई (से.मी.)	लिङ्गको		अन्य समस्या	उपचार/सल्लाह/अर्को पटक सेवा लिन आउने मिति	आईरन पाकिट संख्या	जुकाको औषधि	ट्रिटि खोप	परिक्षण गर्नेको नाम र सही	परिक्षण गर्नेको संख्या
पटक	महिना	मिति		भएको	नभएको	हात	मुख				प्रिजेन्टेसन	हृदय गती							
१		ग म सा		१	२	१	२												
२		ग म सा		१	२	१	२												
३		ग म सा		१	२	१	२												
४		ग म सा		१	२	१	२												
५		ग म सा		१	२	१	२												
६		ग म सा		१	२	१	२												
७		ग म सा		१	२	१	२												

प्रसूति संबन्धि विवरण

प्रसूति भएको मिति			समय		प्रसूति भएको स्थान	प्रिजेन्टेसन			प्रसूतिको किसिम			प्रसवको जटिलता				
ग	म	सा	AM	PM		Cephalic	Breech	Shoulder	Spontaneous	Vacuum/ Forcep	C/S	अत्याधिक रक्तस्राव	≥ १२ घण्टा बेथा लागेको	सात नम्बरको	अन्य समस्या भए	उपचार/ सल्लाह

प्रसूतिको परिणाम

जिवित जन्म संख्या		जन्म तौल (ग्राम)		अवधि नपुगेको (३७ हप्ता)	मृत जन्म (संख्या)	
छोरी	छोरा	छोरी	छोरा		Fresh	Macerated

नवशिशुको अवस्था

स्वस्थ	तुरुन्त रोएको	श्वास फेर्न गाह्रो भएको	विकलाङ्ग	अन्य	उपचार/ सल्लाह

प्रसूति गराउने स्वास्थ्यकर्मीको

नाम, थर

पद

सही

संस्थाको नाम र छापः

रिमार्जित: २०७४/७९

Print FY: 2074/75

कार्ड भर्ने तरिका :

महल शीर्षक	निर्देशन
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
जिल्ला, नगर/ गाउँपालिका, वडा नं.	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्ला, र नगर/गाउँपालिकाको नाम र वडा नम्बर निर्दिष्ट स्थानमा लेख्नुपर्दछ ।
मूल दर्ता नं.	सेवाग्राही महिलालाई यस पटकको गर्भमा पहिलो पटक दर्ता गरी प्रदान गरिएको मूल दर्ता नम्बर मूलदर्ता रजिस्टर (HMIS 1.1) बाट लेख्नुपर्दछ । गाउँघर क्लिनिकबाट सेवाग्राहीलाई पहिलो पटक सेवा प्रदान गर्दा मूल दर्ता नम्बर खाली छोड्नु पर्दछ ।
सेवा दर्ता नं.	सेवाग्राही महिलालाई यस पटकको गर्भमा पहिलो पटक सेवा प्रदान गर्दा मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) मा दर्ता गरिएको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकमा पहिलो पटक सेवा लिन आएको भए ORC लेखी गाउँघर क्लिनिकको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्ड (HMIS 4.15) वाट दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
ORC दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकबाट पहिलो पटक सेवा प्रदान गर्दा गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व खण्ड (HMIS 4.15) मा दर्ता गर्दाको दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
सेवा दर्ता मिति	सेवाग्राहीलाई पहिलो पटक सेवा प्रदान गर्दा दर्ता गरिएको मिति (गते, महिना र साल) सम्बन्धित महलमा छुट्टाछुट्टै लेख्नुपर्दछ ।
गर्भवती महिलाको व्यक्तिगत विवरण	सेवा लिन आएकी महिलाको व्यक्तिगत विवरण नाम, थर, पूरा गरेको उमेर (वर्षमा), उचाइ (फिट/इन्चमा), ठेगाना (जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नम्बर र गाउँ, टोल) स्पष्टसँग भरी सम्पर्क टेलिफोन नम्बर समेत लेख्नुपर्दछ । गर्भवती महिलाको रक्त परीक्षण गर्न लगाई रक्त समूह सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । गर्भको पटक (हालको समेत) लेख्दा यी महिला हालसम्म (गर्भपतन भएको, जन्म भएको र यस पटकको समेत गरी) जम्मा कति पटक गर्भवती भइन्? सो को जम्मा पटक (Gravida) लेख्नुपर्दछ । सेवाग्राही महिलाको पतिको नाम थर समेत सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
अघिल्ला गर्भहरूको विवरण	यस विवरण अन्तर्गत सेवाग्राही महिलाको यस पटकको भन्दा अघिल्ला प्रत्येक गर्भहरूको परिणाम क्रमशः उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

महल शीर्षक	निर्देशन
गर्भहरूको सङ्ख्या	सेवाग्राही महिलाको यस पटकको भन्दा अघिल्ला गर्भहरूको सङ्ख्या (पहिलो गर्भदेखि क्रमशः.....) यस महलमा लेख्नुपर्दछ । हालको गर्भ पहिलो पटकको भए यस महलमा कुनै पनि विवरण भर्नुपर्दैन । यदि यसअघि गर्भवती भइसकेकी भए प्रत्येक लहरमा प्रथम गर्भ (१), दोस्रो गर्भ (२) ..... गरी हरेक गर्भको विवरण सोधी सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
गर्भको विवरण	हरेक पटकको गर्भको परिणाम जीवित जन्म, मृत जन्म, अवधि नपुगेको (३७ हप्ताभन्दा कम अवधि) जन्म, जुम्ल्याहा वा गर्भपतन के हो ? सोही महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
जीवित बच्चाको लिङ्ग, उमेर	महिलाको प्रत्येक गर्भको क्रमअनुसार जीवित बच्चाको लिङ्ग छोरी भए "म" र छोरा भए "पु" (Female-F/Male-M) लेख्नुपर्दछ । हालको उमेरको महलमा बच्चाको उमेर पूरा गरेको वर्ष लेख्नुपर्दछ । यदि बच्चाको उमेर एक वर्षभन्दा कम भएमा पूरा गरेको महिना/१२ लेख्नुपर्दछ । जस्तैः बच्चाको उमेर १० महिनाको भएमा १०/१२ लेख्नुपर्दछ । जीवित जन्म भई हाल बच्चाको मृत्यु भइसकेको वा मृत जन्म भएको भएमा उमेरको महलमा (–) जनाउनु पर्दछ ।
गर्भको जटिलता	अघिल्ला गर्भहरूमा गर्भावस्था र सुत्केरी अवस्था सामान्य भए "सामान्य" र कुनै जटिलताहरू देखिएको भएमा निम्न बमोजिम कुन जटिलता भएको थियो ? सो को कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ । Ectopic Pregnancy (O00) — Abortion Complication (O08) Hypertension (O10) — Severe/Pre-Eclampsia (O14) Eclampsia (O15) — Hyperemesis. Gravidarum (O21) APH (Antepartum Haemorrhage) (O46) — Prolonged Labor (O63) Obstructed Labour (O64) — Ruptured Uterus (S37) Post-partum Haemorrhage (PPH) (O72) — Retained Placenta (O73) Pueperal Sepsis (O85)
प्रसूतिको किसिम	अघिल्ला गर्भहरूमा प्रसूति कुन किसिम (1- Normal, 2- Vaccum, 3- Forcep, 4- C/S) बाट भएको थियो, यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
टि.डी. खोप दर्ता नं.	गर्भवतीलाई टी. डी. खोप दिँदा टी.डी. खोप रजिस्टर (HMIS 2.2) मा दर्ता गरी प्रदान गरिएको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
टी.डी.१ (ग/म/सा)	गर्भवतीलाई पहिलो पटक टी. डी. खोप दिएको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
टी.डी.२ (ग/म/सा)	गर्भवतीलाई दोस्रो पटक टी. डी. खोप दिएको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
टी.डी. २+ (ग/म/सा)	यस भन्दा पहिलेको गर्भमा वा अन्य समयमा जम्मा २ पटक टी.डी. खोप लगाएकी कुनै महिला यस पटकको गर्भमा टी.डी. खोप लिन आएकी भए यस पटक टी.डी. खोप को १ मात्रा दिई सोको अभिलेख टी.डी.२+ को महलमा राख्नुपर्दछ । यस पटक टी.डी. खोप दिएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
नोट : *यसभन्दा पहिलेको गर्भमा टि.डी. खोपको १ मात्रा मात्र लगाएको रहेछ भने यस पटकको गर्भमा निर्धारित समयमा टि.डी.१ र टि.डी २ मात्रा लगाइ सोही अनुसार टि.डी १ र टि.डी २ को महलमा अभिलेख राख्नुपर्दछ ।*	
कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको विवरण	गर्भवती महिला पहिलो पटक आएपछि पहिलो पेजको विवरण भरी गर्भवती जाँच गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, थर, पद र कार्ड जारी गरेको मिति लेखी सही गर्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं.	यस कोठामा स्वास्थ्य संस्थाको टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नम्बर नभएमा उक्त संस्थाको सेवाप्रदायकको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
एम्बुलेन्स सेवा सम्पर्क (फोन नं.)	सेवाग्राहीलाई उपयुक्त हुने स्थानीय स्तरमा उपलब्ध एम्बुलेन्स सेवाको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
गर्भवती सेवा	
आखिरी रजस्वलाको भएको मिति (LMP)	सेवा लिन आएकी महिलाको आखिरी रजस्वला भएको पहिलो दिनको (LMP) मिति (गते, महिना र सालम) लेख्नुपर्दछ ।
प्रसवको अनुमानित मिति (EDD)	सेवा लिन आएकी महिलाको प्रसव हुने अनुमानित मिति EDD उल्लेख गर्नुपर्दछ । प्रसवको अनुमानित मिति निकाल्दा अन्तिम रजस्वला भएको मिति (LMP) मा ९ महिना ७ दिन जोड्नुपर्दछ । (जस्तै : कुनै महिलाको अन्तिम रजस्वला भएको मिति (LMP) २०७४।०७।१७ छ भने सोमा ९ महिना ७ दिन जोड्दा प्रसव हुने अनुमानित मिति (EDD) २०७५।०४।२४ हुन्छ ।)
गर्भवती परीक्षण विवरण	
गर्भवती जाँच पटक	गर्भवती महिलाले स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्न आउँदाको क्रम अनुसारको विवरण उल्लेख गर्न

महल शीर्षक	निर्देशन
(१, २, ...)	यस महलको प्रयोग गर्नुपर्दछ। जस्तैः यदि कुनै महिला पहिलो पटक गर्भवती सेवा लिन आएकी भए पहिलो (१) हरफमा निजका विवरणहरू भर्नुपर्दछ।
महिना (गर्भको अवधि)	यस महलमा महिलाको हालको गर्भको अवधि उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : कुनै महिला चौथो महिनाको गर्भ लिएर गर्भवती परीक्षणका लागि आएमा यस महलमा ४ लेख्नुपर्दछ।
मिति	गर्भवती महिलालाई ANC सेवा दिएको दिनको मिति (ग/म/सा) उल्लेख गर्नुपर्दछ।

Antenatal Care (ANC) Protocol:

आमा र शिशु दुबैको सुरक्षाकालागि गर्भवती महिलाले प्रत्येक गर्भमा कम्तीमा पनि ४ पटक गर्भवती जाँच गराउनुपर्दछ। सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमले पहिलेको गर्भवती सेवालाई परिस्कृत गरी Focussed Antenatal Care को अबधारणा ल्याएको छ। Focussed Antenatal Care अन्तर्गत गर्भवती महिलाले गर्भवती भएको चौथो महिनामा पहिलो पटक, छैठौं महिनामा दोस्रो पटक, आठौं महिनामा तेस्रो पटक र नवौं महिनामा चौथो पटक र आवश्यक भएमा यसबाहेक अन्य पटक गर्भवती सेवा लिनुपर्दछ। यसरी कार्यक्रमले तोकेको समय अन्तरालमा गर्भवती महिलाले कम्तीमा पनि ४ पटक गर्भवती जाँच सेवा लिनुपर्दछ।

महल शीर्षक	निर्देशन
तौल (कि.ग्रा)	यस पटक गर्भवती जाँच गर्दा गर्भवती महिलाको तौल (कि.ग्रा) लेख्नुपर्दछ।
रक्त-अल्पता	गर्भवती महिलालाई परीक्षण गर्दा रक्त-अल्पता देखिएमा रक्त-अल्पता भएको महलको १ मा र रक्त-अल्पता नदेखिएमा रक्त-अल्पता नभएको महलको २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
सुन्निएको (हात, मुख)	गर्भवती महिलाको हात सुन्निएको भएमा कोड १ मा र मुख सुन्निएको भएमा कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
रक्तचाप	गर्भवती महिलाको परीक्षण गरेको समयको रक्तचाप यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
गर्भको अवधि (हप्तामा)	पछिल्लो पटक रजस्वला भएको मितिबाट गणना गरी गर्भको अवधि (हप्तामा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ। यसरी गणना गर्दा गर्भवती महिलाले सेवा लिएको दिनबाट उनको अन्तिम पटक महिनावारी भएको मिति घटाउनु पर्दछ र यसबाट आएको समयलाई दिनमा परिर्बतन गरी ७ ले भाग गरी आउने भागफल नै गर्भको अवधि हप्तामा हुन्छ। उदाहरणकोलागि महिलाको अन्तिम महिनावारी मिति २०७४ असोज २० गते हो र जाँच गराउन आएको मिति २०७४ माघ १७ हो भने, CLINIC visit date बाट LMP घटाउँदा: २०७४।१०।१७ २०७४।०६।२० ००।०३।२७ अब महिनालाई दिनमा लैजाने ३*३०= ९० दिन र २७ दिन जोड्दा जम्मा ११७ दिन हुन्छ। अतः यसै दिनलाई हप्तामा लिदा ११७/७ अर्थात् १६ हप्ता ५ दिन हुन्छ।
पाठेघरको उचाइ (से.मि.)	गर्भको विकास सँगसँगै गर्भवती महिलाको पाठेघरको उचाइसमेत बढ्दै जान्छ। गर्भवती महिलाको परीक्षण गरी पाठेघरको उचाइ (से.मि.) यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
शिशुको प्रिजेन्टेसन, हृदय गति	गर्भमा रहेको शिशुको अवस्थिति पत्ता लगाई शिशुको प्रिजेन्टेशन (Cephalic, Breech, Shoulder), शिशुको हृदयको गति मापन गरी सो अनुसारको विवरण सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ।
अन्य समस्या	गर्भवती जाँचको क्रममा देखिएका जटिलताहरू (जस्तै : Pre-Eclampsia, Mal presentation, Infection, Abortion Complication, Antepartum Hemorrhage, Ectopic Pregnancy आदि) यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
उपचार र सल्लाह (अर्को पटक सेवा लिन आउने मिति)	गर्भावस्थामा देखिएका जटिलताको निराकरणका लागि गर्भवती महिलालाई दिइएको उपचार र सल्लाह, अर्को पटक सेवा लिन आउने मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ। गर्भवती महिलालाई जटिलता देखिए अन्य संस्थामा रेफर गर्नुपर्ने भएमा अनिवार्य रूपमा रिफरल पुर्जामार्फत सम्बन्धित संस्थामा रेफर गरी सोको विवरण (संस्था र मिति) समेत लेख्नुपर्दछ।
आइरन चक्की दिएको सङ्ख्या	गर्भवती महिलालाई हरेक पटकको गर्भवती परीक्षणमा आउँदा वितरण गरिएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ। अन्य संस्थाबाट आइरन लिएको भएमा यस महलमा सो संस्थाको नाम र लिएको आइरन सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ। सेवाग्राही महिलाले म.स्वा.स्वयंसेविकाबाट आइरन चक्की लिई सेवन गरिरहेको भएमा सो यकिन गरी यस महलमा लिएको आइरनको सङ्ख्या लेखी अद्यावधिक गर्दै जानुपर्दछ।

महल शीर्षक	निर्देशन
जुकाको औषधि	गर्भवती जाँच गर्दा जुकाको औषधि दिएको भए जुन पटकको जाँचमा जुकाको औषधी दिएको हो, सोही पटकको जाँचमा जुकाको औषधि वितरण महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
टी.डी. खोप	गर्भवती महिलालाई यस पटकको गर्भमा टी.डी. खोप दिइएको यकिन गरी खोप दिएको मात्रा पहिलो मात्रा दिएको भए टी.डी.१, दोस्रो मात्रा दिएको भए टी.डी.२ र दुईभन्दा बढी (दोस्रो २+) दिएको भए टी.डी.२+ लेख्नुपर्दछ ।
परीक्षण गर्नेको नाम र सही	गर्भवती परीक्षण सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम, थर लेखी सही गर्नुपर्दछ ।
परीक्षण गरेको संस्था	गर्भवती परीक्षण सेवा प्रदान गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम पटकैपिच्छे लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूतिसम्बन्धी विवरण	
प्रसूति भएको मिति	प्रसूति भएको मिति (गते, महिना, साल) लेखी प्रसूति हुँदाको समय AM/PM खुलाई सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूति भएको स्थान	प्रसूति भएको स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ । घरमा प्रसूति भएको भए यस महलमा घर लेख्नुपर्दछ र स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएको भए संस्थाको नाम नै लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी स्वास्थ्य संस्थामा जाने क्रममा बाटामा नै प्रसूति भएको भए सोहीअनुसारको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
शिशुको प्रिजेन्टेसन	प्रसूतिका वखत शिशुको अवस्थिति अनुसार शिशुको प्रिजेन्टेशन (Cephalic, Breech, Shoulder) कुन रहेको थियो, उपयुक्त महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
प्रसूतिको किसिम	Normal, Forecep/Vaccum, C/S आदिमध्ये कुन किसिमले प्रसुति भएको हो, सम्बन्धित महलमा चिन्ह (√) लगाउनुपर्दछ ।
प्रसवको जटिलता	प्रसव अवस्थामा देखिएका जटिलताहरू, जस्तैः अत्यधिक रक्तस्राव भएको, १२ घण्टाभन्दा बढी बेथा लागेको, साल नभरेको भएमा उपयुक्त महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ र अन्य केही भए अन्य समस्याको महलमा स्पष्ट लेख्नुपर्दछ ।
उपचार/सल्लाह	प्रसूतिका समयमा सेवाग्राही महिलालाई गरिएको उपचार तथा सल्लाह यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूतिको परिणाम (जीवित जन्मसङ्ख्या)	शिशुको जीवित जन्म भए सम्बन्धित महलमा छोरी/छोरा के हो ? सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
जन्म तौल (ग्राम)	जीवित जन्मेका शिशुको तौल छोरी भए छोरीको महलमा र छोरा भए छोराको महलमा जन्मदाको तौल (ग्राममा) लेख्नुपर्दछ ।
अवधि नपुगी जन्मेको	३७ हप्ता पूरा नभई शिशुको जन्म भएको भए यस महलमा (√) लगाउनुपर्दछ ।
मृत जन्मः	मृत्यु जन्म (Still Birth) भएमा fresh or macerated के हो ? सो लेख्नुपर्दछ ।
नवशिशुको अवस्था	यस महलमा जीवित शिशु जन्मदाको अवस्था खुलाउने । स्वस्थ, तुरुन्त रोएको, सास फेर्न गाह्रो भएको भए यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । त्यसै गरी खुँडे तथा अन्य विकलाङ्ग जन्मेको भए विकलाङ्गको महलमा र यस बाहेक अन्य भए विकलाङ्गको किसिम समेत खुलाई अन्यको महलमा लेख्नुपर्दछ । **विकलाङ्ग** (conjenital Anomalies) **भन्नाले** : • ओठ र तालु खुँडे हुनु • मेनिङ्गोमाइलोसिल • बन्द गुदद्वार • हाइड्रोकेफालस, • घोडे खुँडे • एनेनकेफेली उपचार र सल्लाहको महलमा दिइएको उपचार र सल्लाह उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
प्रसूति गराउने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, पद र सही	प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम थर, पद लेखी सही गर्नुपर्दछ । साथै प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेखी सो संस्थाको छाप समेत लगाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी सेवा	
आमालाई भिटामिन ए दिएको मितिः	सुत्केरी भएपछि ४५ दिनभित्र सुत्केरी महिलालाई १ मात्रा भिटामिन ए दिएको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ । अन्यत्र प्रसूति भई सुत्केरी जाँचका लागि मात्र आएमा अन्यत्रबाट भिटामिन ए क्याप्सुल

महल शीर्षक	निर्देशन
	पाए/नपाएको यकिन गरी नपाएको भए दिई अभिलेखमा जनाउनुपर्दछ । म. स्वा. स्वयंसेविकाले भिटामिन ए दिएको भएमा सो यकिन गरी यस महलमा दिएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
आमालाई आइरन चक्की दिएको सङ्ख्या	सुत्केरी भएपछि आमालाई दिएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या अङ्कमा लेख्नुपर्दछ । म.स्वा.स्वयंसेविकाले आइरन दिएको भएमा सो यकिन गरी यस महलमा दिएको आइरन चक्की सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
सुत्केरी जाँच (PNC) को विवरण	
जाँचको पटक र मिति	सुत्केरी महिलाको सुत्केरी जाँचको पहिलो, दोस्रो र तेस्रो गरी कुन पटक जाँच गरिएको हो? सो महलमा मिति (ग । म । सा) उल्लेख गर्नुपर्दछ । पहिलो पटकको सुत्केरीको जाँच सुत्केरी भएको २४ घण्टाभित्र, दोस्रो जाँच तेस्रो दिनमा, तेस्रो जाँच सातौँ दिनमा र थप जाँच गरेको भए थप जाँच महलमा जनाउनुपर्दछ ।

PNC Protocol:

आमा र शिशु दुवैको सुरक्षाका लागि सुत्केरी महिलाले कम्तीमा पनि ३ पटक प्रसूति पश्चात् जाँच गराउनुपर्दछ । सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमअन्तर्गत सुत्केरी महिलाले तोकेको अबधिमा कम्तीमा पनि ३ पटक (सुत्केरी भएको २४ घण्टाभित्र पहिलो पटक, तेस्रो दिनमा दोस्रो पटक, सातौँ दिनमा तेस्रो पटक) र आवश्यक भएमा यसबाहेक अन्य पटक सुत्केरी सेवा लिनुपर्दछ । यसरी सुत्केरी सेवा दिएको अभिलेख गर्दा सुत्केरी भएको चौबीस घन्टाभित्र सेवा लिएको भए जन्मेको २४ घण्टाभित्र सेवा लिएको महलमा, तेस्रो दिनमा सेवा लिएको भए जन्मेको तेस्रो दिनमा सेवा लिएको महलमा, सातौँ दिनमा सेवा लिएको भए जन्मेको सातौँ दिनमा र अन्य दिनमा वा थप सेवा लिएको भए थप जाँचको महलमा अभिलेख गर्दै जानुपर्दछ ।
सुत्केरी जाँचको क्रममा आमाको स्वास्थ्य जाँचसँगसँगै नवशिशुको पनि स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्दछ ।

महल शीर्षक	निर्देशन
आमाको अवस्था	हरेक पटकको सुत्केरी जाँचमा आमाको अवस्था सामान्य भए सामान्य र समस्या वा कुनै जटिलता भएमा सो खुलाई लेख्नुपर्दछ । (जस्तै : Post-partum Haemorrhage (PPH), Retention of Placenta, Puerperal Sepsis, Others etc.)
बच्चाको अवस्था	आमाको सुत्केरी जाँचसँगसँगै नवशिशुको स्वास्थ्य परीक्षण गर्नुपर्दछ । नवशिशु जाँच गर्दा सामान्य अवस्था भएमा सामान्य र अन्य समस्या देखिएमा सो समस्या लेख्नुपर्दछ ।
उपचार र सल्लाह	स्वास्थ्य परीक्षण गरी आमा वा नवशिशु कसलाई के उपचार वा सल्लाह दिइएको हो, सो खुलाई लेख्नुपर्दछ । प्रेषण गरेको भएमा कहाँ प्रेषण गरेको हो, लेख्नुपर्दछ ।
परिवार नियोजन सेवा	सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र परिवार नियोजन सेवा लिएको भए यस महलमा लिएको सेवा उल्लेख गर्नुपर्दछ र यो विवरण परिवार नियोजनको सम्बन्धित सेवा रजिष्टरमा समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
सेवा प्रदायकको नाम, थर र सही	जाँच गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको सम्बन्धित महलमा नाम, थर लेखी सही गर्नुपर्दछ ।
प्रयोगशाला परीक्षण	सेवाग्राही महिलाका विविध पक्षको जानकारी लिनका लागि गर्भावस्था तथा सुत्केरी अवस्थामा प्रयोगशाला परीक्षण गर्नुपर्दछ । प्रयोगशाला परीक्षणबाट आएको नतिजा सम्बन्धित परीक्षणको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्यसम्बन्धी मुख्य-मुख्य समस्याहरू	सेवा लिन आएकी महिलालाई स्वास्थ्यसम्बन्धी कुनै समस्या वा रोग (मुटुको रोग, हात-खुट्टा सुन्निने, कमलपित्त आदि) भए सो रोगको नाम वा समस्याको विवरण छोटकरीमा लेख्नुपर्दछ ।

अभ्यास : रामेछाप जिल्ला कठजोर गाउँपालिका वडा नं. ३ की शर्मिला अधिकारीले मिति २०७४ माघ १३ गते कठजोर स्वास्थ्य चौकीमा पहिलो पटक गर्भ जाँच गरेको अभिलेख रजिष्टरमा अध्याबधिक गर्नुहोस् । शर्मिला हाल २३ बर्षकी भईन्, यो उनको पहिलो गर्भ हो, अन्तिम महिनावारी मिति २०७४ कार्तिक ५ गते भएको थियो, अ.न.मी. शोभा तामाङले गर्भ जाँच गर्दा सबै सामान्य पाईन् ।

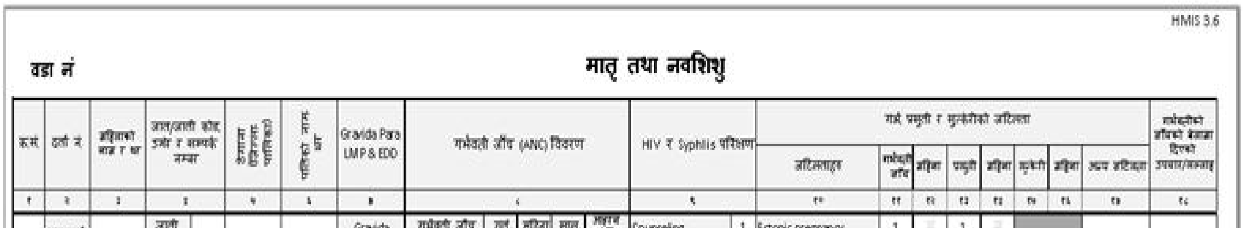
HMIS 3.6: मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (Maternal and Newborn Health Service Register)

मातृ सेवा लिन आएका प्रत्येक महिलाको दर्ता यस रजिस्टरमा गरिन्छ । गर्भवती जाँच, प्रसूति सेवा, सुत्केरी जाँच, उक्त अवस्थामा देखिएका जटिलता र सोको व्यवस्थापन एवं नवजात शिशुहरूको विवरणको अभिलेख राख्नुका साथै आमा सुरक्षा कार्यक्रमको मासिक प्रगति समायोजन र जात-जातिअनुसारको मासिक समायोजनसमेतको अभिलेख यसमा राखिन्छ । स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट सेवाग्राहीलाई गर्भवती जाँच, प्रसूति र सुत्केरी जाँच र मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवासँग सम्बन्धित सबै सेवा एउटै एकाइबाट प्रदान गर्दा सम्बन्धित सबै सेवाको अभिलेख यस रजिस्टरमा गरिन्छ । यसका साथै गर्भवती जाँच, प्रसूति तथा सुत्केरी जाँचमध्ये कुनै एक किसिमको मात्र सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाहरूमा समेत यस रजिस्टरको प्रयोग गरिन्छ । यस रजिस्टरको हरेक पृष्ठमा दुई जना महिलाको मात्र रेकर्ड गर्न सकिन्छ । यसै रजिस्टरबाट सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको प्रतिवेदन तयार गरी सोका आधारमा कार्यक्रमसँग सम्बन्धित सूचकहरूको विश्लेषण गरिन्छ ।

मातृ सेवाको विवरण वडाअनुसार विश्लेषण गर्नुपर्ने भएकाले प्रत्येक वडाका लागि छुट्टाछुट्टै पानाको प्रयोग गर्नु पर्दछ । स्वास्थ्यकर्मीले कार्यक्षेत्रका नगर/गाउँपालिका अनुमानित गर्भवती संख्यालाई आधार मानी सम्बन्धित वडाका लागि पाना छुट्याउनुपर्दछ । कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिरका सेवाग्राहीका लागि यस रजिस्टरको अन्तितिरका पानाहरू छुट्याउनुपर्दछ । सम्बन्धित संस्थाको कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिरका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या अधिक हुने स्वास्थ्य संस्थाले अन्य गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा का सेवाग्रहीहरूका लागि मात्र छुट्टै रजिस्टरको प्रयोग गर्न सक्नेछन् ।

गाउँघर क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको मातृ तथा नव शिशु सेवाको विवरण गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएपश्चात् यस रजिस्टरमा अनिवार्य रूपमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । महिलाले गर्भावस्थामा पाएको आइरन चक्कीको कुल सङ्ख्या यकिन गर्नका लागि सो महिलाले अन्य संस्थाबाट, गाउँघर क्लिनिक र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाबाट प्राप्त गरेको आइरन चक्कीको विवरण गर्भवती परीक्षणका बखत निश्चित गरेर अनिवार्य रूपमा यस रजिस्टरमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थाले यसै रजिस्टरबाट मासिक प्रतिवेदन तयार गर्नुपर्दछ ।

रजिस्टरको नमुना



HMIS 3.6

स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर

१९	२०	१८	१६	१७	२४	२५	२६	२३	२१	२२	२७	२८	२९	३१
मिती महीना जिति, सप्ताह र अवस्था	प्रसूति महीना जिति, सप्ताह र स्थान	स्थानको अवस्थिति, प्रसूतिको प्रकार र प्रसूति सेवाको सहायकको कोटी	मृत्यु प्रसूति सर्टिफिकेट सहायक कोटी	प्रसूतिको दिनका उपचार/सल्लाह	नवजिवुको अवस्था	सुत्केरी जाँच (PNC)को विवरण	स्वयं दिएको औषधि र परिमाण	सुत्केरीको रेफरल दिएको उपचार/सल्लाह	छिटपुटै छिटपुटै जिति, सप्ताह अवस्थाको अवस्था	प्रसूत र नवजिवु कुरुको जिति र कारण	गर्भवती जाँच र पहलापहर खर्च	कैफियत
जिति	जिति	स्थानको अवस्थिति			जीवन / तौल (ग्राममा)	सुत्केरी जाँच	मुटु	प्रविधि	स्वास्थ	औषधि		जिति	प्रसूत कुरु	
मिति	मिति	Cephalic 1			मृत्यु							मिति	कारण	
समय	समय	Breech 2			जन्मको प्रकार				गर्भवती			समय		
AM PM	AM PM	Shoulder 3			Normal 1							AM PM		
अवस्थाविधी	स्थान	प्रसूतिको प्रकार			Asphyxiated 2				प्रसूति			बच्चाको अवस्थि		
		Spontaneous 1			Hypothermia 3							अवस्थाको अवस्था		
	एक संख्या 1	Vacuum 2			Jaundice 4							Recovered 1	नवजिवु कुरु	
	अर्क संख्या 2	Forceps 3			Congenital anomalies							Not improved 2		
		CS 4										Referred out 3	कारण	
		प्रसूति सहायक स्वास्थ्यकर्मी							सुत्केरी			LAMA 4		
	घर 3	एक सुत्केरी										Absconded 5		
	अर्क स्थान 4	एक सुत्केरी भन्दा बढ़ी 2			कुल जन्म (संख्या) Fresh / Macerated				जन्मका			Died 6		

HMIS 3.62

आमा सूरक्षा कार्यक्रम

महिना	यातायात खर्च		गर्भवती औषध उत्प्रेरणा खर्च		स्वास्थ्य संस्था														
					सुत्केरीको किसिम					Breech Presentation	Multiple Pregnancy	रेफेर भई		प्रसव जटिलता भएकाहरुको व्यवस्थापन गरिएको संख्या	Anti D Vaccine पाएका महिला हरुको संख्या	रक्तसंचार गरिएको जन्म्मा संख्या (Units)	क्याबिनमा बसेका महिलाहरुको संख्या	कैफियत
	यातायात खर्च पाउनु पर्ने महिलाहरु	यातायात खर्च पाएका महिलाहरु	उत्प्रेरणा खर्च पाउनु पर्ने महिला	उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिला	सामान्य	भ्याकुम	फोर्सेप	C/S	जन्मा			आएका	गएका					
1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
श्रावन																		
भाद्र																		
.....असार																		
जम्मा																		

HMIS 3.65

जात/जाती अनुसार स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति सेवा समायोजन फारम

जात/जाती	महिना											
	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
दलित												
जनजाति												
मधेसी												
मुस्लिम												
बाहमण/क्षेत्री												
अन्य												
जम्मा												

रजिस्टर भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	क.स.		सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरूको क्रम सङ्ख्या प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमश लेख्दै जानुपर्दछ । अर्को महिनामा पुनः क.सं. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	Master	मूल दर्ता नम्बर	मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ । गाउँघर क्लिनिकबाट यस रजिस्टरमा अद्यावधिक गर्दा यस महलमा ORC लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
		सेवा दर्ता नम्बर	एउटा महिलालाई एक पटकको गर्भमा एउटा मात्र दर्ता नम्बर दिई दर्ता गर्नुपर्दछ । सोही महिला सोही पटकको गर्भमा दोहोऱ्याएर मातृ सेवा लिन आउँदा पहिले दर्ता गरेकै लहरमा सम्बन्धित सेवा लिएको विवरण उल्लेख गर्नुपर्दछ अर्थात् समयबद्ध रूपले क्रमिक सेवा विवरण खुल्ने गरी विवरण राख्नुपर्दछ । सेवा दर्ता नं. नयां सेवाग्राहीको लागी प्रत्येक आ.व. को श्रावणदेखि पुनः १ बाट सुरु गरिन्छ ।
३	गर्भवतीको नाम, थर		सेवा लिन आएको सेवाग्राही महिलाको नाम र थर यस महलमा ठाडोपट्टिबाट लेख्नुपर्दछ । (नमुनामा देखाइए जस्तै)
४	गर्भवतीको जात/जाति कोड, उमेर, सम्पर्क नं.		सेवा लिने महिलाको जात/जाति समूह अनुसारको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । (जस्तै ०१, ०२, ..., ०६) । सेवाग्राहीको उमेर र सम्पर्क नम्बर यसै महलको सम्वन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
५	ठेगाना - गाउँ/टोल		सेवा लिने सेवाग्राहीको गाउँ/टोल स्पष्टसँग खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थाको कार्यक्षेत्रभन्दा बाहिरका सेवाग्राहीका हकमा यस महलमा जिल्ला, गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./ म.न.पा. समेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ ।
६	पतिको नाम, थर		यस महलमा सेवा लिने महिलाको पतिको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
७	Gravida		सेवा लिन आएका महिलाको जम्मा गर्भवति भएको पटक (हालको समेत) पत्तालगाई Gravida को महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । Gravida गणना गर्दा गर्भपतन भएकोलाई समेत गणना गर्नुपर्दछ ।
	Para		सेवा लिने महिलाले हालसम्म जन्माएका जम्मा जन्म सङ्ख्या (जिवित र मृत) Parity को महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । Parity को गणना गर्दा २२ हप्ता अबधि पूरा गरेका सबै गर्भ (२२ हप्ता पछि गर्भ खेर गएको समेत) लाई गणना गर्नुपर्दछ । यदि हालको गर्भ पहिलो गर्भ हो वा यसभन्दा पहिले उक्त महिलाबाट कुनै जन्म भएको छैन भने Parity महलमा शून्य लेख्नुपर्दछ ।
	आखिरी रजस्वला भएको पहिलो दिनको मिति (LMP)		सेवा लिन आएकी महिलाको आखिरी रजस्वला भएको मिति (LMP) गते, महिना, साल छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	प्रसवको अनुमानित मिति (EDD)		LMP का आधारमा निजको प्रसव हुने अनुमानित मिति (EDD) पत्ता लगाई गते, महिना, साल छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ । प्रसवको अनुमानित मिति निकाल्दा अन्तिम रजस्वला भएको मिति (LMP) मा ९ महिना ७ दिन जोड्नुपर्दछ । *(जस्तै : कुनै महिलाको अन्तिम रजस्वला भएको मिति (LMP) २०७४।०७।१७ छ भने सोमा ९ महिना ७ दिन जोड्दा प्रसव हुने अनुमानित मिति (EDD) २०७५।०४।२४ हुन्छ ।)*
८	गर्भवती जाँच		गर्भवती महिलाले लिएको गर्भवती सेवाको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । गर्भवती महिला यस पटकको गर्भमा पहिलो पटक गर्भवती परीक्षणका लागि आएको भए **पहिलो पटक** (1st Visit) गर्भवती जाँचको महलमा परीक्षण गरेको मिति गते, महिना, सालमा उल्लेख गरी गर्भको अवधिअनुसार यस पटकको गर्भवती जाँच कतिऔं महिनाको हो, सम्बन्धित महलमा समेत सोही मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ । गर्भवती जाँचका लागि दोहोऱ्याई आउँदा गर्भको अवधिअनुसार यस पटकको गर्भवती जाँच कतिऔं महिना (पाँचौ, छैटौं, सातौं, आठौं वा नवौं) हो, सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी प्रोटोकलअनुसार तोकिएका महिनामा (चौथो, छैठौं, आठौं र नवौं) जाँच पूरा गर्ने महिलाको नवौं महिनामा जाँच गरेको मिति Protocol अनुसार ४ पटक जाँचको महलमा लेख्नुपर्दछ । गर्भवती महिलालाई गर्भ जाँचको समयमा दिइएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या सम्बन्धित जाँचसँगैको महलमा लेख्नुपर्दछ । अन्य संस्थाबाट आइरन लिएको भएमा यस महलमा सो संस्थाको नाम र लिएको आइरन चक्की सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । सेवाग्राही महिलाले म.स्वा. स्वयंसेविकाबाट आइरन चक्की लिई सेवन गरिरहेको भएमा सो यकिन गरी यस महलमा लिएको आइरनको सङ्ख्या लेखी अद्यावधिक गर्दै जानुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		गर्भवती महिलालाई प्रत्येक गर्भमा जुकाको १ मात्रा औषधि वितरण गर्नुपर्ने भएकाले सेवाग्राहीलाई जुकाको औषधी वितरण गरेको मिति गते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ । गर्भावस्थामा पाएको पहिलो टी.डी. खोप दिएको मिति टी.डी. १ को महलमा गते, महिना, साल लेख्नुपर्दछ । त्यस्तै गरी दोस्रो पाएको मिति टी.डी. २ को महलमा लेख्नुपर्दछ । यदि गर्भवती महिलालाई टी.डी. खोपको २ं मात्रा दिइएको भए टी.डी.२ं मा रेकर्ड गर्नुपर्दछ । र पहिलेकै गर्भमा २ वटा टि.डी लिइसकेको भएमा यसपटकको गर्भमा थप लगाइएको टि.डी.लाई टी.डी.२+ मा गते, महिना, साल सहित लेख्नुपर्दछ । पहिलो गर्भमा १ पटक मात्र टि.डी. खोप लगाएको रहेछ भने अर्को पटकको गर्भमा टि.डी.१ र टि.डी २ निर्धारित समयमा लगाइ सोही अनुसार अभिलेख राख्नु पर्दछ । **नोट :** कुनै महिलाले चार पटकसम्म गर्भ जाँच गरेको भए तापनि यदि प्रोटोकलअनुसार तोकिएका महिना (चौथो, छैठौँ, आठौँ र नवौँ) मध्ये कुनै एक महिना मात्र छुट भएको भए Protocol अनुसार ४ पटक जाँचको महलमा उलेख गर्नु हुँदैन । कुनै सेवाग्राही महिला गर्भ रहेको सातौँ महिनामा पहिलो पटक गर्भवती जाँच गराउन आएकी रहिछन् भने यस पटक गर्भ जाँच गरेको मिति **पहिलो जाँच र सातौँ महिनाको** महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Antenatal care (ANC) Protocol: आमा र शिशु – दुवैको सुरक्षाको लागि गर्भवती महिलाले प्रत्येक गर्भमा कम्तीमा पनि ४ पटक गर्भवती जाँच गराउनुपर्दछ । सुर्रक्षित मातृत्व कार्यक्रमले पहिलेको गर्भवती सेवालाई परिष्कृत गरी Focused Antenatal Care को अवधारणा ल्याएको छ । Focussed Antenatal Care अन्तर्गत गर्भवती महिलाले गर्भवती भएको चौथो महिनामा पहिलो पटक, छैटौं महिनामा दोस्रो पटक, आठौं महिनामा तेस्रो र नवौं महिनामा चौथो पटक र आवश्यक भएमा यसबाहेक अन्य पटक गर्भवती सेवा लिनुपर्दछ । यसरी गर्भवती महिलाले कार्यक्रमले तोकेको अवधिमा कम्तीमा पनि ४ पटक गर्भवती सेवा लिनुपर्दछ ।		
९	एच्.आई.भी. र भिरिङ्गी परीक्षण (HIV & Syphlis)	गर्भवती महिलाको एच.आई.भी. र भिरिङ्गीसम्बन्धी विवरण यस महलमा भर्नुपर्दछ । यदि गर्भवती महिलालाई एच.आई.भी. सम्बन्धी परामर्श गरिएको भए Counselling सँगैको कोड १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यदि सेवाग्राहीको HIV परीक्षण गरिएको भए वा परीक्षणका लागि प्रयोगशालामा पठाइएको भए HIV testing सँगैको कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ, र HIV परीक्षण गरिएको मिति Test date मा गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ । प्रयोगशालाबाट HIV परीक्षणको नतिजा प्राप्त भएमा Results received सँगैको कोड ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यदि HIV परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ (३ वटै टेष्ट किटवाट परीक्षण गरी पोजेटिभ यकीन भएको) भए HIV status सँगैको खाली ठाउँमा कोड १, नेगेटिभ भए कोड २ र Inconclusive भए कोड ३ लेखी सँगैको कोड ४ मा समेत गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यदि प्रयोगशालाबाट HIV परीक्षणको नतिजा प्राप्त नभएमा कोड ४ मा गोलो घेरा लगाउनुहुँदैन । यदि श्रीमान्को HIV परीक्षण गरी नतिजा थाहा भए Partner HIV status known सँगैको कोड ५ मा गोलो घेरा लगाउनुका साथै खाली ठाउँमा पोजेटिभ भए १, नेगेटिभ भए २, Inconclusive भए ३ र HIV status थाहा नभएको भए ४ लेख्नुपर्दछ । यदि श्रीमान्को HIV परीक्षण गर्नका लागि पठाइएको भए Partner referred सँगैको कोड ६ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यदि परीक्षणका लागि पठाउन नसकिएको भएमा कोड ६ मा गोलो घेरा लगाउनु हुँदैन । यदि सेवाग्राहीको Syphilis परीक्षण गर्नको लागि प्रयोगशालामा पठाइएको भए Syphlis tested सँगैको कोड ७ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यदि ल्यावबाट Syphlis परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ भए Syphlis positive सँगैको कोड ८ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ, नेगेटिभ भए खाली छोड्नुपर्दछ । यदि Syphlis को उपचार गरिएको भए Syphlis treated सँगै को कोड ९ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ र उपचार नगरिएको भए खाली छोड्नुपर्दछ । HIV संक्रमण भएको निश्चित भएका गर्भवती महिलालाई उपचारका लागि PMTCT केन्द्रमा प्रेषण गर्नुपर्दछ र Referred for ART सँगै को कोड १० मा गोलो घेरा लगाई प्रेषण गरिएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१०-१७	गर्भवती, प्रसूति अवस्था तथा सुत्केरीपछि देखिएको जटिलताहरू (Obstetric Complication)	गर्भवती, प्रसूति अवस्था तथा सुत्केरीपछि सेवाग्राही महिलामा जाँचको क्रममा देखिने जटिलताहरूको विवरण यस महलअन्तर्गत उल्लेख गरिएको छ । गर्भवती, प्रसूति र सुत्केरी जाँचका क्रममा उक्त जटिलताहरू भए/नभएको यकिन गरी सम्बन्धित कोडमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ र महिनामा जटिलता देखिएको महिना को नाम लेख्नुपर्दछ ।

Condition/Complication	Code	Condition/Complication	Code
Ectopic Pregnancy (O00)	= 1	Prolonged Labor (O63)	= 8
Abortion Complication(008)	= 2	Obstructed Labour (O64)	= 9
Hypertension ( )	= 3	Ruptured Uterus (S37)	= 10
Severe/Pre Eclampsia (O14)	= 4	Post-partum Haemorrhage (O72)	= 11
Eclampsia (O15)	= 5	Retained Placenta (O73)	= 12
Hyp. Gravidarum (…..)	= 6	Pueperal Sepsis	= 13
APH (Antepartum Haemorrhage) (O46)	=7		

११	गर्भवती, प्रसूति अवस्था, तथा सुत्केरीपछि देखिएको जटिलता	गर्भवती जाँच	गर्भवती महिलाको जाँच गर्दा महल १० मा उल्लेख भए मध्ये जुन जटिलता देखिएका हुन्, सोही जटिलताको महल नं. ११ को कोडमा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१२		महिना	यस महलमा गर्भवती महिलाको जाँचका क्रममा देखिएका जटिलताको कोडमा गोलो लगाईएका महलहरूमा मात्र उक्त जटिलता कुन महिनामा देखिएको हो, जाँच गरेको महिना लेख्नुपर्दछ । जस्तैः कुनै गर्भवती महिलालाई भाद्र महिनामा Ectopic Pregnancy को जटिलता भएको भए Ectopic Pregnancy सँगै को गर्भवती जाँचको कोड १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ र महिनामा भाद्र (०५) लेख्नुपर्दछ ।
१३, १४		प्रसूति, महिना	त्यसै गरी प्रसूति अवस्थामा महल नं. १० मा उल्लेख भए मध्ये जुन जटिलता देखिएका हुन्, महल १३ को सम्बन्धित कोडमा गोलो घेरा लगाई महल १४ मा जाँच गरेको महिना लेख्नुपर्दछ । जस्तैः प्रसवको समयमा कुनै महिलालाई पौष महिनामा Hypertension को जटिलता भएको भए महल १३ को कोड ३ मा गोलो घेरा लगाई महल १४ को महिनामा पौष (०९) लेख्नुपर्दछ ।
१५, १६		सुत्केरी, महिना	त्यसै गरी सुत्केरी अवस्थामा महल नं. १० का जटिलता देखिएमा सम्बन्धित १५ महलको कोडमा गोलो घेरा लगाई महल १६ मा जाँच गरेको महिना लेख्नुपर्दछ । जस्तै : सुत्केरीको समयमा कुनै महिलालाई फाल्गुन महिनामा Eclampsia को जटिलता भएको भए महल १५ को कोड ५ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ र महल १६ को महिनामा फाल्गुन (११) लेख्नुपर्दछ ।
१७		अन्य जटिलताहरू (Other Complications)	गर्भवती, प्रसूति र सुत्केरीपछिको अवस्थामा महल नं १० मा उल्लेख गरिएका जटिलताहरू बाहेक अन्य कुनै जटिलताहरु देखिएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१८	गर्भवती अवस्थामा उपचार र सल्लाह		गर्भावस्थामा सेवाग्राही महिलामा देखिएका जटिलताहरूको व्यवस्थापनका लागि प्रदान गरिएको उपचार सेवाको विवरण र गर्भवती जाँचका क्रममा दिइएका सल्लाहको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१९	भर्ना गर्दाको मिति, समय र अवस्था		प्रसूति सेवाका लागि आएका महिलालाई भर्ना गरेको दिनको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ, र समय (AM, PM) र भर्ना गर्दाको अवस्था र **गर्भको हप्तासमेत खुलाई यस** महलको सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
२०	प्रसूति भएको मिति, समय र स्थान		सेवाग्राही महिला प्रसूति भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) खुल्ने गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यस्तै सेवाग्राही महिला यही संस्थामा प्रसूति भएको भए प्रसूति भएको स्थानअन्तर्गतको कोड नं. १ मा, अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति भएको भए कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाई प्रसूति भएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ । दक्ष

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		प्रसुतीकर्मी वा अन्य स्वास्थ्यकर्मीको उपस्थितीमा घरमा वा अन्य स्थानमा प्रसूति भएको भए क्रमशः कोड नं. ३ वा ४ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
२१	शिशुको प्रिजेन्टेशन	शिशुको अवस्थितिका आधारमा शिशुको प्रिजेन्टेशन Cephalic, Breech, Shoulder जुन अवस्थामा छ, सम्बन्धित अवस्थितिका महलको कोड नं. मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	प्रसूतिको प्रकार	प्रसूति कसरी गराइएको हो, सोको प्रकार Spontenuous, Vaccum, Forcep, C/S को सम्बन्धित प्रकारको कोड नं. मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	प्रसूति सेवाप्रदायक	प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने सेवाप्रदायक दक्ष प्रसूतिकर्मी भए सोही महलको कोड नं. १ मा र दक्ष प्रसूतिकर्मीबाहेक अन्य भएमा कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
२२	प्रसूति सेवा प्रदायकको नाम र पद	प्रसूति सेवाप्रदायकहरूमध्ये प्राथमिकताका आधारमा मुख्य सेवाप्रदायकको नाम र पद यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२३	प्रसूति अवस्थामा उपचार, सल्लाह	प्रसूति अवस्थामा दिइएको उपचार तथा सल्लाहको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२४	नवशिशुको अवस्था – शिशुको सङ्ख्या, लिङ्ग र तौल	जीवित जन्म भएका नवशिशु (एकल, जुम्ल्याहा, तिम्ल्याहा) को सङ्ख्या र जन्म तौल (ग्राममा) महिला, पुरुषको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	नवशिशुको अवस्था – नाभि मलमको प्रयोग	नवशिशुको नाभिवरिपरि नाभि मलम (Chlorhexidine Jel) को प्रयोग भएको भए यस महलको कोड नं १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	नवशिशुको अवस्था – शिशु जन्मदाको अवस्था	जन्मेको शिशुको परीक्षण गर्दा शिशुको अवस्था Normal, Asphyxia, Hypothermia, Jaundice के देखिन्छ, सम्बन्धित महलको कोड नं. मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । शिशुमा जन्मजात कुनै विकृतिहरू देखिएमा Congenital Anomalies को महलमा सम्बन्धित विकृतिको प्रकार उल्लेख गर्नुपर्दछ । नवशिशुमा निम्न अनुसारका विकृतिहरू हुन सक्छन् : ➢ Anencephaly and similar anomalies *(मस्तिष्कको पूरा भाग नभएको)* ➢ Cleft lip *(ओठ खुँडे हुनु)* ➢ Cleft palate *(तालु खुँडे हुनु)* ➢ Cleft palate with cleft lip *(ओठ र तालु खुँडे हुनु)* ➢ *बन्द गुदद्वार* ➢ *घोडे खुँडे* ➢ *मेनिङ्गोमाइलोसिल* ➢ *हाइड्रोकेफालस*
	नवशिशुको अवस्था – मृत जन्म	यदि शिशु मृत अवस्थामा जन्मेको भए शिशुको अवस्था अनुसार Fresh/Macerated छुटचाई मृत जन्म भएको शिशुको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२५	नवशिशुको उपचार, सल्लाह	नवशिशुलाई प्रदान गरेको उपचार तथा सल्लाहको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२६	प्रसूतिपछिको (सुत्केरी) जाँच	सुत्केरी महिलाले निर्धारित अवधिभित्र सुत्केरी जाँचको सेवा लिएको मिति (गते, महिना, साल) मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।सुत्केरी महिलाले सुत्केरी भएको २४ घण्टाभित्र, तेस्रो दिनभित्रमा र सातौं दिनभित्रमा सुत्केरी जाँचको सेवा लिएको भए PNC Protocol अनुसार ३ पटकको महलमा तेस्रो पटक सेवा लिएको मिति लेख्नुपर्दछ । सुत्केरी भएपछि ६ हप्ताभित्र सुत्केरी महिलालाई १ मात्रा भिटामिन ए र ४५ चक्की आइरन दिएको मिति सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । अन्यत्र प्रसूति भई सुत्केरी जाँचको लागि मात्र आएमा अन्यत्रबाट वा भिटामिन ए क्याप्सुल तथा सुत्केरी अवस्थाको लागि आइरन चक्की पाए/नपाएको यकिन गरी नपाएको भए दिई सम्बन्धित महलमा गते, महिना, साल लेख्नुपर्दछ । यदि अन्य संस्थाबाट प्राप्त गरिसकेको भए मिति लेख्ने महलमा सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ । सेवाग्राहीले म.स्वा.स्व.से. बाट भिटामिन ए पाएको

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		भए सो महलमा FCHV भनी जनाउनुपर्दछ । सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र परिवार नियोजनकोसाधन Short acting, Long acting (TSA, TLA) र Permanent सेवा उपलब्ध गराइएको भए सोही अनुसार १, २ वा ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । ***नोट : सुत्केरी अवस्थामा दिइएको परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख अनिवार्य रूपमा सम्बन्धित प. नि. सेवा रजिस्टरमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।***
PNC Protocol: आमा र शिशु – दुवैको सुरक्षाको लागि सुत्केरी महिलाले कम्तीमा पनि ३ पटक प्रसूतिपश्चात् जाँच गराउनुपर्दछ। सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमअन्तर्गत सुत्केरी महिलाले तोकेको अवधिमा कम्तीमा पनि ३ पटक (सुत्केरी भएको २४ घण्टाभित्र पहिलो पटक, तेस्रो दिनमा दोस्रो पटक, सातौँ दिनमा तेस्रो पटक) र आवश्यक भएमा यसबाहेक अन्य पटक सुत्केरी सेवा लिनुपर्दछ । यसरी सुत्करी सेवा दिएको अभिलेख गर्दा सुत्केरी भएको चौबीस घण्टाभित्र सेवा लिएको भए जन्मेको २४ घण्टाभित्र सेवा लिएको महलमा, तेस्रो दिनमा सेवा लिएको भए जन्मेको तेस्रो दिनमा सेवा लिएको महलमा, सातौँ दिनमा सेवा लिएको भए जन्मेको सातौं दिनमा र अन्य दिनमा वा थप सेवा लिएको भए अन्य सेवा लिएको महलमा अभिलेख गर्दै जानुपर्दछ । सुत्केरी जाँचको क्रममा आमाको स्वास्थ्य जाँचसँगसँगै नवशिशुको पनि स्वास्थ्य जाँच गर्नुपर्दछ ।		
२७	रगत दिइएको अवस्था र परिमाण	यदि महिलालाई गर्भवती, प्रसूति वा सुत्केरी कुनै पनि अवस्थामा रगत दिइएको भएमा गर्भवती, प्रसुती, सुत्केरी कुन अवस्थामा दिइएको हो, सँगैको सम्बन्धित महलमा दिइएको रगतको परिमाण (Pint) लेख्नुपर्दछ । सेवाग्राही महिलाको अवस्थाको तल्लो महलमा रगत दिएको मिति (गते र महिना) लेख्नुपर्दछ । सेवाग्राही महिलालाई दिइएको रगतको जम्मा परिमाण (युनिट) जम्मको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२८	सुत्केरीको बेलामा दिएको उपचार सल्लाह	सुत्केरी सेवा लिन आएका महिलाहरूमा देखिएका जटिलताको उपचार व्यवस्थापनका लागि सेवाग्राही महिलालाई दिइएको उपचार सल्लाह यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२९	डिस्चार्ज मिति, समय र आमाको अवस्था	स्वास्थ्य संस्थाबाट गर्भवती, प्रसूति र सुत्केरी सेवा लिई डिस्चार्ज भएको मिति गते, महिना, सालमा र समय (AM, PM) समेत सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । भर्ना भएको मितिबाट गणना गरी सेवाग्राही स्वास्थ्य संस्थामा बसेको जम्मा दिन सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । डिस्चार्जका बखत सेवाग्राही महिलाको स्वास्थ्य परीक्षण गरी Recovered, Not Improved, Referred Out, LAMA, Absconded र Died सम्बन्धित Outcome को कोड नं. मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
३०	मातृ तथा नवशिशु मृत्यु सम्बन्धी विवरण	गर्भवती, प्रसूति तथा सुत्केरी अवस्थामा सेवाग्राही महिलाको मृत्यु भएमा मृत्यु भएको मिति गते, महिना, सालमा लेखी मृत्यु हुनाको प्रमुख कारण सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी नव शिशुको जन्मेको २८ दिनभित्र स्वास्थ्य संस्थामा मृत्यु भएको भए सोको मिति र मृत्युको कारण सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३१	गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा/सुत्केरी यातायात खर्च	गर्भवती जाँच प्रोटोकल अनुसार तोकिएको समयावधिमा गर्भ जाँच गराई गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा बापतको रकम प्राप्त गर्ने मापदण्ड पूरा गरेका सेवाग्राही महिलालाई उत्प्रेरणा बापतको उक्त रकम उपलब्ध गराइएको हो वा होइन, यकिन गरी सम्बन्धित महलको कोड नं. मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । त्यसै गरी आमा सुरक्षा कार्यक्रमको निर्देशिकाले तोकेबमोजिम स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुन आउँदा सेवाग्राही महिलाले पाउने यातायात खर्च बापतको रकम पाए, नपाएको यकिन गरी सम्बन्धित महलको कोड नं. मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यदि यातायात खर्च नपाएको भए नपाउनुको यथार्थ कारण उक्त महलमा लेख्नुपर्दछ ।
३२	कैफियत	सेवाग्राही महिलाको गर्भवती, प्रसूति तथा सुत्केरी अवस्था र नवशिशुको अवस्थाका बारेमा थप विवरण उल्लेख गर्नुपर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

आमा सुरक्षा कार्यक्रम (Aama Programme)

नेपाल सरकारले गर्भवती जांचको Protocol अनुसार चार पटक गर्भ जाँच पूरा गरी सुरक्षित प्रसूति केन्द्र (Birthig Center) मा प्रसूति हुने महिलालाई गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च र सुरक्षित प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने सूचीकृत (आमा

सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका) स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका महिलाहरूलाई यातायात खर्च बापत रकम प्रदान गर्ने व्यवस्था गरेको छ । यसका अतिरिक्त सुरक्षित प्रसूति सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरुलाई त्यस संस्थामा भएको सुत्केरीको किसिम र Obstetric Complication व्यवस्थापन गरे अनुसार अनुदान रकम समेत उपलब्ध गराउने गरिन्छ । स्वास्थ्य संस्थावाट गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा खर्च, प्रसूति यातायात खर्च उपलब्ध गराइएका सेवाग्राहीहरुको संख्या र प्रसूतिको प्रकार तथा जटिलता व्यवस्थापन गरिएकाहरुको विवरण मासिक रूपमा निर्देशिकाको अनुसूची ..... अनुसारको निर्दिष्ट ढाँचामा तयार गरी सो को एकमुष्ट विवरण यस फाराममा लेख्नुपर्दछ ।

भर्ने तरिका :

मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको अन्तका पेजमा यस फारामको व्यवस्था गरिएको छ । स्वास्थ्य संस्थाबाट सुत्केरी यातायात खर्च तथा गर्भवती जाँच उत्प्रेरणा स्वरूप रकम पाएका सेवाग्राही महिलाहरूको विवरण प्रत्येक महिना समाप्त भएपछि स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) बाट उतार गरी यस फाराममा विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

महल नं	शीर्षक		निर्देशन
१	महिना		यस महल अन्तर्गत आ. व. को सुरुवात देखि श्रावण, भाद्र .... ज्येष्ठ, आषाढ गरी १२ महिनाको नाम उल्लेख गरिएको छ ।
२	प्रसूति यातायात खर्च	यातायात खर्च पाउनुपर्ने महिलाहरू	आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका स्वास्थ्य संस्थामा आएर प्रसूति सेवा लिएका र सुत्केरीपछिको जटिलताको उपचारका लागि स्वास्थ्य संस्थामा आउने सेवाग्राही महिलाहरूमध्ये आमा सुरक्षा कार्यक्रमको निर्देशिकाले तोकेअनुसार सुत्केरी यातायात खर्च पाउन योग्य महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
३		यातायात खर्च पाएका महिलाहरु	सुत्केरी यातायात खर्चबापतको रकम उपलब्ध गराइएका सेवाग्राही महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४	गर्भवती जांच उत्प्रेरणा खर्च	उत्प्रेरणा खर्च पाउनुपर्ने महिला	आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका स्वास्थ्य संस्थामा आएर प्रसूति सेवा लिएका गर्भवती जांचको Protocol अनुसार चार पटक गर्भ जाच पूरा गरेका गर्भवती उत्प्ररणा खर्च पाउन योग्य महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५		उत्प्रेरणा खर्च पाएका महिला	गर्भवती जांच उत्प्रेरणा खर्च उपलब्ध गराइएका सेवाग्राही महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	सुत्केरीको किसिम	सामान्य	स्वास्थ्य संथामा प्रसूति भएका सेवाग्राहीहरूमध्ये सामान्य तरिकाले प्रसूति (Spontaneous Delivery) भएका सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य रजिष्टर बाट गणना गरी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
७		भ्याकुम	भ्याकुम उपकरणको प्रयोग गरेर सुत्केरी गराइएका सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
८		Forceps	Forceps को प्रयोग गरी स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
९		C/S	स्वास्थ्य संस्थामा अप्रेसन (Cesarean Seciton) गरी प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राही महिलाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०		जम्मा	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराइएका जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या (महल ६ देखि ९ सम्मको जम्मा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
११	Breech Presentation		प्रसूति सेवा लिन आएका महिलामा शिशुको अवस्थितिको आधारमा Breech प्रिजेन्टेशन भएकाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१२	Multiple Pregnancy		प्रसूति सेवा लिन आएका महिलाहरू मध्ये दुई वा दुईभन्दा बढी (जुम्ल्याहा, तिम्ल्याहा) शिशु जन्माउने महिलाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	रेफर	आएका	प्रसूति सेवाका लागि अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट रेफर भई आएका महिलाहरूको सङ्ख्या यस रजिस्टरको कैफियत महलबाट गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।

महल नं	शीर्षक		निर्देशन
१४	भई	गएका	प्रसूति सेवाका लागि यस संस्थाबाट अन्य स्वास्थ्य संस्थामा रेफर गरिएका सेवाग्राही महिलाहरूको गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५	प्रसव जटिलता भएकाहरुको व्यवस्थापन गरिएको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी क्रममा तथा अन्य स्थानमा सुत्केरी भएपश्चात् देखिएका APH, PPH, Severe Pre-Eclampcia, Eclampcia, Retained Placenta, Puerperal Sepsis जस्ता जटिलताहरू (Direct Obstetric complications) को व्यवस्थापन गरिएका महिलाहरुको को सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६	Anti D vaccine पाएका महिला हरुको संख्या		आमाको रगत RH Negative देखिएका सुत्केरी महिलालाई Anti D Vaccine दिनुपर्दछ । यसरी Anti D Vaccine दिइएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७	रक्त संचार गरिएको जम्मा संख्या		यस महलमा स्वास्थ्य संस्थामा Blood transfusion को क्रममा प्रयोग गरिएको रगतको परिमाण blood unit (Pint) लेख्नुपर्दछ ।
१८	क्याबिनमा बसेका महिलाहरुको संख्या		स्वास्थ्थ संस्थामा प्रसूति सेवा लिने क्रममा क्याविन (Cabin) प्रयोग गर्ने सुत्केरी महिलाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१९	कैफियत		अन्य केही कुरा उल्लेख गर्नुपर्ने भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

जात/जातिअनुसार सुत्केरी सेवा समायोजन फाराम

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

अभ्यास ३.६ शोभा अधिकारीको बिबरण मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य रजिष्टरमा अध्याबधिक गर्नुहोस् ।

HMIS 3.7: सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर (Safe Abortion Service Register)

कुनै पनि महिलाले अनइच्छित गर्भधारण गरेमा/भएमा यस्तो गर्भ गर्भपतन गराउन सक्ने कानुनी व्यवस्था राज्यले गरेको छ । बिभिन्न अवस्थामा गर्भपतन सेवा लिएका (Induced Abortion) र गर्भपतन पश्चात्को (Post Abortion Service) सेवा पाएका महिलाहरूको अभिलेख राख्न यस रजिस्टरको प्रयोग गरिन्छ । सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न सूचीकृत भएका स्वास्थ्यकर्मीहरुले सूचीकृत भएका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा मात्र सुरक्षित गर्भपतन सेवा उपलब्ध गराउन सक्ने व्यवस्था छ। सुरक्षित गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न सूचीकृत भएका स्वास्थ्य संस्था र गर्भपतन पश्चात्को सेवा प्रदान गरिने स्वास्थ्य संस्थाहरूमा मात्र यस रजिस्टरको प्रयोग हुनेछ ।

रजिस्टरको नमुना :

HMIS 3.7

SAFE ABORTION

Name of Health Facility: .....

SN	All Clients																	
	Regd. No	Date			Address			Family Name	Caste Code*	Age	Education	No of living children	Gestation (on weeks)		Procedure code	Pain management given	
		DD	MM	YY	District	Municipality/Rural Municipality	Ward No						By LMP	On examination	1-6	Yes	No
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
																1	2
																1	2

HMIS 3.7

SERVICE REGISTER

FY: 207 .. / 207 .. Month:

Surgical Abortion (Manual Vacuum Aspiration) Clients				Medical Abortion (MA) clients					PAC Clients (From outside)	All clients								Remarks
Complication				Status of abourtion		Complications						Outcome of CAC/PAC				Details of service provider			
Heaby bleeding requiring blood transfusion	Uterine/ intra-abdominal injury requiring laprotomy	Infection requiring hospitalization/IV artibiotics	Ongoing pregnancy	Complete	Not complete	Bleeding requiring blood transfusion	Infection requiring hospitalization/IV artibiotics	Ongoing pregnancy	Diagnosis	Accepted FP Methods	Referred from	Referred out	Normal	LAMA	Death	Name	Signature	Listed no	
									1-3	1-7	1-3	1-3							
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
1	2	3	4	1	2	1	2	3				1	2	3	4				
1	2	3	4	1	2	1	2	3				1	2	3	4				

रजिस्टर भर्ने तरिका :

मिति र आर्थिक वर्ष : फारामको माथिपट्टि चालु आर्थिक बर्ष र महिनाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं	शीर्षक	निर्देशन
1	SN	हरेक महिना क्र.सं. १ देखि सुरु गर्नुपर्दछ ।
2	Regd. No	सेवाग्राही महिलाको सेवा दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ । हरेक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
3–5	Date (DD/MM/YY)	सेवा प्रदान गरेको गते, महिना र सालमा लेख्नुपर्दछ ।
6–8	Address (District, Rural/ Municipality, Ward No)	सेवाग्राही महिलाको ठेगाना अन्तर्गत जिल्ला, महा/उपमहानगर/नगरपालिका/ गाउँपालिका र वडा नम्बर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं	शीर्षक		निर्देशन
9	Family Name		सेवाग्राही महिलाको थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
10	Caste Code		सेवाग्राही महिलाको जात/जाति यकिन गरी रजिस्टरमा उल्लेख भएको जात/जाति जुन समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तै : ०१, ०२, ...०६) ।
11	Age		सेवाग्राही महिलाले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
12	Education		सेवाग्राही महिलाले पूरा गरेको शैक्षिक योग्यता यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
13	No of living children		सेवाग्राही महिलावाट जन्मेकामध्ये हाल जीवित बच्चाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
14	Gestation (on weeks)	By LMP	सेवाग्राही महिलाको गर्भको अवधि पछिल्लो पटक महिनाबारी भएको दिनका आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
15		On examination	सेवाग्राही महिलाको गर्भको अवधि पाठेघरको उचाइको जाँचको (Bi-manual Exam) आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
16	Procedure code	1 - 6	कोड नं. १. MVA (Manual Vacuum Aspiration) कोड नं. २. EVA (Electric Vacuum Aspiration) कोड नं. ३. MA (Medical Abortion) कोड नं. ४. MI (Medical Induction) कोड नं. ५. D&E (Dilatation and Evacuation) कोड नं. ६. Other (Use of Misoprostol for incomplete abortion)
17	Pain management given	Yes	सेवाग्राही महिलालाई Protocol अनुसार दुखाइ कम गर्ने औषधि दिइएको भए कोड नं. १ मा र नदिइएको भए कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
18		No	
Surgical Abortion (Medical Vaccum Aspiration) Clients			
19	Complication	Heavy Bleeding requiring blood transfusion	सर्जिकल गर्भपतन गरिएका सेवाग्राहीलाई तत्कालीन जटिलता भई १ पिन्ट भन्दा बढी रगत दिनुपर्ने भएमा यस महलको कोड १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
20		Uterine/Intra-abdominal injury requiring laprotomy	सर्जिकल गर्भपतन गरिएका सेवाग्राहीलाई तत्कालीन जटिलता (Uterine/Intra-uterine injury) भए यस महलको कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
21		Infection requiring hospitalization/IV antibiotics	सर्जिकल गर्भपतन सेवाग्राहीलाई फलोअप भेटमा आउँदाको जटिलता (Infection requiring hospitalization/IV antibiotics) भए यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
22		Ongoing pregnancy	सर्जिकल गर्भपतन सेवाग्राहीलाई फलोअप भेटमा आउँदाको जटिलता (Incomplete evacuation requiring repeat procedure) भए यस महलको कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
Medical Abortion (MA) Clients			
23	Status of abortion follow-up	Complete	मेडिकल गर्भपतन सेवा लिएका सेवाग्राही महिला फलोअप भेटमा आउँदा पूर्ण गर्भपतन (Complete Abortion) भएको भए महल २३ को कोड नं. १ र नभएको (Incomplete Abortion) भए महल २४ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
24		Not Complete	
25	Complications	Heavy Bleeding requiring blood transfusion	मेडिकल गर्भपतन गराएका सेवाग्राही फलोअप भेटमा आउँदाको जटिलता (Heavy Bleeding requiring blood transfusion) भए यस महलको कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
26		Infection requiring hospitalization/IV antibiotics	मेडिकल गर्भपतन गराएका सेवाग्राही फलोअप भेटमा आउँदाको जटिलता (Infection requiring antibiotics) भए यस महलको कोड नं. २मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।

महल नं	शीर्षक		निर्देशन	
27		Ongoing pregnancy	मेडिकल गर्भपतन गराएका सेवाग्राही फलोअप भेटमा आउँदाको जटिलता (Incomplete evacuation requiring repeat procedure) भए यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	PAC clients (From outside)			
28	Diagnosis	1-3	कोड नं. १ Bleeding requiring more than 1 pint of I.V. fluid	
			कोड नं. २ Bleeding requiring Blood transfusion	
			कोड नं. ३ Incomplete abortion requiring repeat procedure	
	All clients			
29	Accepted FP Methods	1-7	कोड नं. १ Condom	सुरक्षित गर्भपतन सेवापश्चात् दिइएको परिवार नियोजन सेवा सम्बन्धित प. नि. सेवा रजिस्टरमा अनिवार्य रुपमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
			कोड नं. २ Pills	
			कोड नं. ३ Depo Provera	
			कोड नं. ४ Female Sterilization	
			कोड नं. ५ Male Sterilization	
			कोड नं. ६ Implant	
			कोड नं. ७ IUCD	
30	Referred from	1-3	कोड नं. १ Referred from FCHV	
			कोड नं. २ Referred from Health Care Providers	
			कोड नं. ३ Referred by others	
31	Outcome of CAC / PAC	Referred Out	CAC/PAC सेवा लिएका सेवाग्राहीलाई बिभिन्न कारणले Complications भएर सो को व्यवस्थापनको लागि अन्यत्र रेफर गरिएको भए यस महलको कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
32		Normal	CAC/PAC सेवाको नतिजा सामान्य भएको अवस्था भए यस महलको कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
33		LAMA	CAC/PAC सेवाको नतिजा सेवाग्राही महिला सेवाप्रदायकको सल्लाह नलिई गएको भए यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
34		Death	CAC/PAC सेवाको नतिजा सेवाग्राही महिलाको मृत्यु भएमा यस महलको कोड नं.४ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
35	Details of service provider	Name	सेवा प्रदायकको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
36		Signature	सेवा प्रदायकले यस महलमा आफ्नो दस्तखत गर्नुपर्दछ ।	
37		Listed no	सेवा प्रदायकलाई गर्भपतन सेवा प्रदान गर्न नेपाल सरकारले प्रदान गरेको सूचीकृत नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
38	Remarks		माथिका विवरणबाहेक अन्य केही कुरा खुलाउनुपरेमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	

नोटः Induced abortion वा PAC सेवा लिन आएका सेवाग्राहीका लागि यस रजिस्टरको प्रयोग गर्नुपर्नेछ । सबै सेवाग्राहीका लागि लागू हुने खण्डहरू अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्दछ । अरू खण्डहरू सेवाग्राहीले लिएको सेवाको आधारमा पूरा गर्नुपर्दछ । लागू नहुने खण्डहरूमा (-) चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।

♦♦♦

४. सामुदायिक सेवा

4. Community Services

HMIS 4.1: गाउँघर क्लिनिक रजिस्टर

HMIS 4.2: महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविक सेवा रजिस्टर

HMIS 4.3: राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिस्टर

HMIS 4.1: गाउँघर क्लिनिक रजिस्टर (PHC ORC Register)

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

१। गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता

२। नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा-२ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरूको व्यवस्थापन

३। नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा -२ महिनादेखि ५ वर्षमुनिका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन

४। २ वर्षमुनिका बाल-बालिकाको लागि वृद्धि अनुगमन सेवा

५। सुरक्षित मातृत्व सेवा

६। परिवार नियोजन सेवा

७। प्राथमिक/सामान्य उपचार सेवा

८। स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

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

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

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

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

HMIS 1.2 स्वास्थ्य सेवा कार्ड

HMIS 1.4 प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा

HMIS 1.6 समायोजन फाराम

HMIS 2.1 बाल स्वास्थ्य कार्ड

HMIS 3.1 परिवार नियोजन सेवा कार्ड

HMIS 3.5 मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड

HMIS 5.1 औलो, कुष्ठ र कालाजार नमुना संकलन फाराम

HMIS 6.1 क्षयरोग खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम

रजिस्टरको नमुना :

४.११ गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिस्टर

HMIS 4.11

गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिष्टर

मितिः ... ... / ... ... /२०७ ... (गा/म/सा) गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

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

४.१२ दुई महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरुको व्यवस्थापन

HMIS 4.12

२ महिना भन्दा कम उमेरका

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.							
	शिशुको लिङ्ग			तापक्रम सेन्टिग्रेड							
१	२	३	४	५	६	७	८	९			१०
	आएको मिति			जाति कोड		आफै	१	सास दर		बेहोस	५
								कडा कोखा हानेको	१	ज्वरो	६
	शिशुको नाम			उमेर हप्तामा				दुध चुस्न नसक्ने	२	शिताङ्ग	७
						म.स्वा.स्व.से.	२	कम चलाई	३	कडा शिताङ्ग	८
	शिशुको आमाको नाम			तौल के.जी.				सुस्त	४	कमलपित (जण्डिस)	९
								नाइटो पाकेको/रातोपन छाला सम्म फैलिएको			१०
	शिशुको लिङ्ग	महिला	१	तापक्रम सेन्टिग्रेड				पिपले भरिएका	<१० साना फोका		११
		पुरुष	२						≥१० साना फोका/१ ठुलो पिलो		१२

HMIS 4.12

विरामी शिशुहरुको व्यवस्थापन

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	भिटामिन ए	२	(गमसा)		
संक्रमण नभएको	३	१ २ ३ ४ ५ ६ ७		हात धुने	३	आइरन	३	फलोअप नतिजा		
शिताङ्ग	४	कोट्रिम "पि"	३	नवजात शिशुलाई स्याहार	४	जन्मान्तर	४	सुधार	१	
कडा जण्डिस	५	जि.भि. प्रयोग	४	सल्लाह				उस्तै	२	
जण्डिस	६			घाउ सफा गर्ने सल्लाह	५			झन बिरामी भइ	३	
				कहिले तुरुन्त फर्कने	६			प्रेषण गरेका		
								मृत्यू	४	

४.१३ दुई महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाहरूको व्यवस्थापन

२ देखि ५९ महिना सम्मका

क्र.स.	आएको मिति			उमेर महिनामा		कसरी आएको	कोड	रोगको					
	बच्चाको नाम थर												
गाउँघर दर्ता नं.	बच्चाको लिङ्ग			तौल के.जी.				कडा रोगका चिन्हहरु		श्वास प्रश्वास		झाडा पखाला	
	जाती कोड			तापक्रम सेन्टिग्रेड									
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४
	मिति			उमेर		आफै	१	छ	१	छ	१	छ	१
								छैन	२	छैन	२	छैन	२
	नाम, थर			तौल		म.स्वा.स्व.से.	२	सुस्त बेहोस	१	श्वास दर		काति दिन	
												दिसामा रगत	१
								आमाको दुध /झोलकुरा खान पिउन नसक्ने	२	... ...		सुस्त बेहोस	२
	लिङ्ग	महिला	१	तापक्रम						कोखा हानेको	१	आँखा गडेको	३
		पुरुष	२									पिउन नसक्ने	४
												हतारिएर पिउने	५
	जाती कोड											छाला खिस्तारै फर्कने	६
												धेरै खिस्तारै फर्कने	७

विरामी बच्चाहरुको व्यवस्थापन HMIS 4.13

मूल्याङ्कन		वर्गिकरण		उपचार		प्रेषण	आमालाई सल्लाह		फलोअप नतिजा		कैफियत
पोषणको स्थिति											
१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६
	कोड	निमोनिया नभएको रुघाखोकि	१		कोड			कोड		कोड	
शरिरको मासु झुकेको	१	न्युमोनिया	२	एमोक्सिसिलिन	१		खाना	१	मिति (गम्सा)		
दुवै गोडा सुन्निएको	२	कडा रोग वा कडा निमोनिया	३	कोट्रिम चक्की	२				....		
कम तौल	३	जलवियोजन नभएको	४	प्यारासिटामोल	३		झोलकुरा	२	फलोअप नतिजा		
धेरै कम तौल	४	केहि जलवियोजन	५	ORS/Zinc	४				सुधार	१	
हल्केलामा सेतोपन		कडा जलवियोजन	६	आइरन चक्की	५		तुरुन्त ल्याउने	३			
केहि भएको	५	दिर्घ पखला वा आउँ रगत	७	जुकाको औषधी	६				उस्तै	२	
धेरै भएको	६	ज्वरो	८	भिटामिन 'ए'	७						
पाखुरा नाप		कुपोषण/रक्त अल्पता	९	घरेलु उपचार	८				प्रेषण गरेको	३	
रातो	७	कडा कुपोषण/कडा रक्त अल्पता	१०								
पहेलो	८	सामान्य तौल भएको	११						मृत्यू भएको	४	
हरियो	९	अन्यः									

४.१४ दुई वर्षमुनिका बाल-बालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा

२ वर्ष मुनिका बालबालिकाको बृद्धि अनुगमन सेवा HMIS 4.14

मितिः ... ... / ... ... /२०७ ... (ग/म/सा) गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.		बालबालिकाको			तौल (उमेर अनुसारको बृद्धि)			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	गराएको	नगराएको	गराएको	नगराएको		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५
									१	२	१	२		
									१	२	१	२		

४.१५ सुरक्षित मातृत्व सेवा

HMIS 4.15

सुरक्षित मातृत्व

मितिः ... ... / ... ... /२०७ ... (ग/म/सा) गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.		गर्भवतीको				Gravida	Parity	आखिरी रजस्वला भएको पहिलो दिनको (LMP) मिति			गर्भवती जाँच	
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर	जाती कोड	उमेर			ग	म	सा	महिना	पटक
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४

सेवा

गर्भवती सेवा				सुत्केरी सेवा				उपचार/सल्लाह/परामर्श/प्रेषण	कैफियत
जुकाको औषधि वितरण	आइरन चक्की वितरण संख्या		गर्भवती महिलाको अवस्था	सुत्केरी भएको (... ...) औं दिन	वितरण गरेको आइरन चक्की संख्या	भिटामिन ए वितरण	सुत्केरी महिलाको अवस्था		
	लयाँ	दोहोऱ्याई							
१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४
						१			
						१			

४.१६ परिवार नियोजन सेवा

HMIS 4.16

परिवार नियोजन सेवा

मितिः ... ... / ... ... /२०७ ... (ग/म/सा) गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

गाउँघर दर्ता नं.	सेवादर्ता नं.		सेवाग्राहीको		उमेर		परिवार नियोजन साधन बितरण			कैफियत
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर	महिला	पुरुष	कण्डम (गोटा)	पिल्स (साइकल)	डिपो (डोज)	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११

४.१७ प्राथमिक/सामान्य उपचार सेवा

HMIS 4.17

सामान्य चिकित्सा सेवा

मितिः ... ... / ... ... /२०७ ... (ग/म/सा) गाँउघर क्लिनिक संचालन हुने स्थानः ... ...

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

४.१८ स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

HMIS 4.18

स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

क्रम संख्या	मिति			स्वास्थ्य शिक्षा दिएको स्थान (समुदाय/विद्यालय)	विषय	सहभागी संख्या	कैफियत
	गते	महिना	साल				
१	२	३	४	५	६	७	८
	ग	म	सा				
	ग	म	सा				

रजिस्टर भर्ने तरिका :

४.११ गाउँघर क्लिनिक दर्ता रजिस्टर

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी १ महिनामा संचालन हुने सबै गाउँघर क्लिनिकको क्रम संख्या क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । पहिलो गाउँघर क्लिनिकको अन्तिम क्रमसंख्या १७ भए दोस्रो क्लिनिक पहिलो सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा क्र.सं १८ लेखी क्रमश लेख्दै जानु पर्दछ ।
२	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	प्रत्येक आ.व.का लागि गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
३	नाम	प्रत्येक आ. व. का लागि सेवा लिन आएका व्यक्तिको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४	थर	सेवा लिन आएका व्यक्तिको थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५	जात/जाति कोड	सेवा लिन व्यक्तिको जात/जातिको सम्बन्धित कोड यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६-७	उमेर	सेवा लिन आएका व्यक्ति महिला भए महल ६ र पुरुष भए महल ७ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । १ वर्षमुनिको हकमा महिनाका मुनि १२ लेख्नुपर्दछ ।
८-९	ठेगाना	सेवा लिन आएको व्यक्तिको हाल बसोवास गरेको नगर/गाउँपालिकाको नाम महल ८ र वडा नं. महल ९ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०	सेवाको किसिम	सेवा लिन आएका व्यक्तिका लागि रजिस्टरको तल उल्लेख भए बमोजिम कुन-कुन किसिमको सेवा आवश्यक परेको हो, उक्त सेवा/सेवाहरू यकिन गरी सम्बन्धित सेवाको किसिमको कोड/कोडहरू यस महलमा लेख्नुपर्दछ । साथै सम्बन्धित सेवाको किसिम अनुसार यस रजिस्टरमा छुट्याइएका अन्य पाना र भागहरूमा सेवाको विस्तृत विवरणसमेत लेख्नु पर्दछ ।
११	लैङ्गिक हिंसा	सेवाग्राही यदि लैङ्गिक हिंसाबाट पीडित भई सेवा लिन आएको भएमा महल ११ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।

४.१२ दुई महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरुको व्यवस्थापन

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ ।
२-४	आएको मिति	बिरामी शिशु सेवा लिन आएको मिति महल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा गते, महिना, साल मा लेख्नुपर्दछ ।
	शिशुको नाम	बिरामी शिशुको नाम र थर महल नं. ३ र ४ को सम्बन्धित खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ।
	शिशुको आमाको नाम	बिरामी शिशुको आमाको नाम महल नं. ३ र ४ को सम्बन्धित खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ ।
	शिशुको लिङ्ग	बिरामी बच्चाको महल नं ३ अनुसारको लिङ्ग महल नं. ४ मा महिला भए १ र पुरुष भए २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
५-६	जाति कोड	बिरामी शिशुको जाति कोड महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ ।
	उमेर हप्तामा	बिरामी शिशुको उमेर पूरा भएको हप्तामा महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ । यदि शिशुको उमेर १ हप्ता पनि नपुगेको भए शिशुले पूरा गरेको दिन लेखी सो को मुनि ७ लेख्नुपर्दछ । *जस्तै ५ दिनको शिशुको उमेर लेख्दा ५/७ लेख्नुपर्दछ ।*

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	तौल (के.जी.मा)	बिरामी शिशुको तौल (के.जी.मा) महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ।
	तापक्रम (सेन्टिग्रेडमा)	बिरामी शिशुको तापक्रम सेन्टिग्रेडमा महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ।
७-८	कसरी आएको, कोड	बिरामी शिशु आफैँ आएको भए महल ८ को कोड नं. १ मा, म.स्वा.स्व.से. ले प्रेषण गरी सेवा लिन आएको भए महल ८ कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
९-१०	शिशुको जाँच गर्दा पाइएका चिन्हहरू	विरामी शिशुलाई परीक्षण गर्दा महल ९ मा देखिएका चिन्ह तथा लक्षणहरू अनुसार महल ९ र १० को कोड नं १ देखि १२ सम्म सम्बन्धित चिन्हको कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। शिशुको सासदर टाइमरको सहायताले गणना गरी सँगैको खाली ठाउँमा प्रति मिनेटको सास दर लेख्नुपर्दछ।
११-१२	वर्गीकरण, कोड	महल ९ मा देखिएका चिन्हहरू अनुसार CB-IMNCI प्रोटोकल बमोजिम महल नं. ११ को उपयुक्त वर्गीकरणहरू सुनिश्चित गरी वर्गीकरण अनुसारको सम्बन्धित महल नं. १२ को कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
१३-१४	उपचार, कोड	महल ११ मा गरिएको वर्गीकरण अनुसार महल नं. १३ को उपयुक्त उपचार सुनिश्चित गरी औषधि तथा उपचार अनुसारको सम्बन्धित महल नं. १४ को कोडमा गोलो लगाउनुपर्दछ। यदि जेन्टामाइसिन सुई लगाउनुपर्ने भएमा महल १३ को जेन्टामाइसिन सुईको मात्रा अनुसारको १ देखि ७ मा जुन मात्रा हो, सोही अङ्कमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
१५-१६	शिशुको उपचारबारे आमालाई सल्लाह, कोड	आमा तथा शिशुलाई दिनुपर्ने महल नं. १५ अनुसारका आवश्यक सल्लाहहरू दिई उक्त सल्लाहको महल नम्बर १६ को कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। उक्त सल्लाह एक भन्दा बढी पनि हुन सक्दछन्।
१७-१८	आमाको स्वास्थ्य सल्लाह, कोड	शिशुको आमालाई महल १७ बमोजिमको स्वास्थ्य सेवा दिई, दिएको सेवा/सल्लाह अनुसारको महल नम्बर १८ को कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
१९-२०	फलोअप नतिजा, कोड	शिशु फलोअपमा आएको मिति महल नम्बर १९ र २० को खाली ठाउँमा गते, महिना, साल मा लेख्नुपर्दछ। साथै महल नम्बर १९ अनुसारको नतिजा सुनिश्चित गरी महल २० को उपयुक्त कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२१	कैफियत	अन्य केही कुरा जनाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

४.१३ दुई महिनादेखि ५ वर्षमुनिका बिरामी बच्चाहरूको व्यवस्थापन

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.स.	हरेक महिना सि. नं. १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
	गाउँघर क्लिनक दर्ता नम्बर	प्रत्येक आ. व. का लागि गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ।
२-४	आएको मति	बिरामी बच्चा आएको मिति महल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा गते/महिना/साल मा लेख्नुपर्दछ।
	बच्चाको नाम,थर	बिरामी बच्चाको नाम र थर महल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ।
	बच्चाको लिङ्ग	बिरामी बच्चाको महल नं ३ अनुसारको लिङ्ग महल नं. ४ मा महिला भए १ र पुरुष भए २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
	जाति कोड	बिरामी बच्चाको थरको आधारमा महल नं.४ मा जाति कोड लेख्नु पर्दछ।
५-६	उमेर महिनामा	बिरामी बच्चाको पूरा भएको उमेर पूरा भएको महिनामा महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
	तौल के.जी.	बिरामी बच्चाको तौल (के.जी.मा) महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
	तापक्रम सेन्टिग्रेड	बिरामी बच्चाको तापक्रम (सेन्टिग्रेडमा) महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
७-८	कसरी आएको, कोड	बिरामी बच्चा आफैँ आएको भए महल ८ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
		बिरामी बच्चा आँफै आएको भए महल ८ को १ मा र म. स्वा. स्व. से. ले प्रेषण गरी सेवा लिन आएको भए महल ८ को २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
९-१०	कडा रोगका चिन्हहरू	महल ९ मा उल्लेख भएका कडा रोगका चिन्हहरू (सुस्त, बेहोस, आमाको दूध र झोल कुरा पिउन नसक्ने) मध्ये कुनै भएमा सम्बन्धित चिन्हको महल १० को कोड १ वा २ मा गोलो घेरा लगाई महल १० को १ (छ) मा गोलो लगाउनु पर्दछ।। यदि कडा रोगका चिन्हहरू फेला नपरेमा महल १० को कोड २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ।
११-१२	श्वासप्रश्वास	श्वासप्रश्वास सम्बन्धी समस्या छ भने महल १२ मा रहेको कोड १ मा गोलो लगाई महल ११ मा सास दर प्रतिमिनेटमा लेख्नुपर्दछ। कोखा हानेको भएमा सोको महल १२ मा रहेको कोड १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ। यदि श्वासप्रश्वाससम्बन्धी समस्या नभएमा महल १२ मा रहेको कोड २ मा गोलो लगाई अन्य मूल्याङ्कनका लागि अगाडि बढ्नुपर्दछ।
१३-१४	झाडापखाला	झाडापखाला सम्बन्धी समस्या छ भने महल १४ को कोड १ मा गोलो लगाई महल १३ मा कति दिनदेखि झाडापखाला लागेको हो, सँगैको खाली ठाउँमा झाडापखाला लागेको अबधि (दिन) अंकमा लेख्नुपर्दछ। साथै महल १३ मा रहेका अन्य चिन्हहरूको मूल्याङ्कन गरी सोहीअनुसारको महल १४ का कोडहरूमा गोलो लगाउनुपर्दछ। झाडापखाला सम्बन्धी समस्या नभएमा महल १४ को कोड २ मा गोलो लगाई अन्य समस्याहरूको मूल्याङ्कनका लागि अगाडि बढ्नुपर्दछ। झाडापखाला सम्बन्धी समस्या भएमात्र सो सँग सम्बन्धित महल १३ का लक्षणहरु सोधी विरामीको परीक्षण गर्नुपर्दछ।
१५--१६	पोषणको स्थिति	महल १५ मा रहेका पोषण सम्बन्धी विभिन्न अवस्था एवं स्थितिको मूल्याङ्कन गरी पाएको अवस्था र अवस्थाहरूको महल १६ मा रहेको सम्बन्धित कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। यस रजिष्टरमा दर्ता भएका सम्पूर्ण बच्चाको पोषणको स्थिति मूल्यांकन गरी सोही अनुसार बर्गिकरण गर्नुपर्दछ।
१७-१८	वर्गीकरण	CB-IMNCI प्रोटोकलबमोजिम महल नं. १७ को उपयुक्त वर्गीकरण सुनिश्चित गरी महल नं. १८ का सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनुपर्दछ। यदि महल १७ मा भएका वर्गीकरणहरूमा नपरेको अवस्था भएमा अन्य (खुलाउने) लेखिएको ठाउँमा रोगको बर्गिकरण लेख्नु पर्दछ। *यदि बच्चाहरुमा दीर्घ पखाला देखिएको भएमा महल १८ को कोड ७ मा गोलो घेरा लगाई महल १७ को दिर्घ पखालामा गोलो लगाउनु पर्दछ। त्यसैगरी आउँ रगत देखिएको भएमा महल १७ को आउँरगतमा गोलो लगाउनुपर्दछ।*
१९-२०	उपचार	महल १७ मा गरिएको वर्गीकरण अनुसार महल नं. १९ को उपयुक्त उपचार सुनिश्चित गरी प्रदान गरिएको औषधि तथा उपचार महल २० को सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२१	प्रेषण	बच्चालाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ।
२२-२३	आमालाई सल्लाह	बच्चाको अवस्था अनुसार महल २२ मा भएका सल्लाहहरू दिइएको सल्लाह अनुसारको महल २३ को सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२४-२५	फलोअप नतिजा	बच्चा फलोअपमा आएको मिति महल नम्बर २४ को मिति लेखिएको खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ। साथै महल नम्बर २४ अनुसारको उपयुक्त नतिजा सुनिश्चित गरी महल २५ को सम्बन्धित कोडमा गोलो लगाउनुपर्छ।
२६	कैफियत	अन्य केही कुरा खुलाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ। बच्चालाई रेफर गर्नुको कारण (जस्तै श्वास प्रश्वास, झाडापखाला वा अन्य) र विरामी बच्चाको मृत्यू भएको पाइएमा मृत्यू हुनुको कारण (श्वास प्रश्वास, झाडापखाल वा अन्य) समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

४.१४ दुई वर्षमुनिका बाल-बालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा

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

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ।
२	पोषण सेवा दर्ता नं. पहिलो पटक	वृद्धि अनुगमनका लागि पहिलो पटक आएको बच्चालाई दर्ता गरी नयां दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ। यो दर्ता नं. प्रत्येक आ.व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
३	पोषण सेवा दर्ता नं. थप पटक	वृद्धि अनुगमनका लागि दोहोऱ्याएर आएको बच्चालाई बाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS 2.1) बाट पोषण सेवा दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
४-५	नाम, थर	महल ४ मा बच्चाको नाम र महल ५ मा बच्चाको थर लेख्नुपर्दछ।
६	उमेर	यस महलमा बच्चाको पूरा गरेको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ।
७-९	तौल (उमेर अनुसारको वृद्धि)	बच्चाको उमेरअनुसारको तौल लिँदा तौल अनुगमन चार्टको सहायताले बच्चाको तौल सामान्य, जोखिम वा अति जोखिम जुन समूहमा पर्दछ, सोहीअनुसार महल नं. ७, ८ वा ९ मध्ये कुनै एक महलमा के.जी. मा लेख्नुपर्दछ।
१०-११	जन्मेको ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र	बच्चा ६ महिना पूरा गरेपछि पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गर्न आउँदा आमालाई सोधी यो बिबरण भर्नु पर्दछ। आमाले बच्चालाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको भए महल १० को कोड १ मा र स्तनपान मात्र नगराई अन्य कुरा पनि खुवाएको भए महल ११ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। यो विवरण ६ महिनापछिको पहिलो भेटमा १ पटक मात्र भर्नुपर्दछ।
१२ - १३	६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध-ठोस र नरम खाना सुरु	बच्चा ६ महिना पूरा गरेपछि पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गर्न आउँदा आमालाई सोधी यो बिबरण भर्नु पर्दछ। आमाले बच्चालाई जन्मेको ६ महिनापछि स्तनपानका साथै अर्ध-ठोस र नरम दाना खुवाउन सुरु गराएको भए महल १२ को कोड १ मा र स्तनपानका साथै अर्ध-ठोस र नरम दाना खुवाउन सुरु नगराएको भए महल १३ को कोड २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ। *यो विवरण ६ महिनापछिको पहिलो भेटमा १ पटक मात्र भर्नुपर्दछ।*
१४	सल्लाह परामर्श रेफर	गाउँघरक्लिनिकमा वृद्धि अनुगमन गर्न आएका बच्चाका लागि दिइएका सल्लाह परामर्श रेफरको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१५	कैफियत	स्वास्थ्य संस्थामा पहिलो पटक पोषण सेवा लिई सोही सेवा गाउँघरक्लिनिकमा लिन आएमा बच्चाको कार्ड (HMIS-2.1) बाट स्वास्थ्य संस्थाको दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ र यसैका आधारमा गाउँघर क्लिनिकको सेवा संस्थाको रजिस्टरको सम्बन्धित महलमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ।

नोटः *गाउघर क्लिनिकबाट पोषण सेवा लिएका बालबालिकाहरुको विवरण गाउघर क्लिनिक सञ्चालन गरिसकेपछि पोषण सेवा रजिष्टरमा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।*

४.१५ सुरक्षित मातृत्व सेवा

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

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ।

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता (४.११) बाट चढाउनुपर्दछ।
२	सेवा दर्ता नं. पहिलो पटक	सुरक्षित मातृत्व सेवाका लागि पहिलो पटक आएकी महिलालाई दर्ता गरी दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ। यो दर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
३	सेवा दर्ता नं. थप पटक	सुरक्षित मातृत्व सेवाका लागि दोहोऱ्याएर आएकी महिलालाई मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा कार्ड (HMIS 3.5) बाट सेवा दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
४-५	नाम, थर	महल ४ मा गर्भवती महिलाको नाम र महल ५ मा थर लेख्नुपर्दछ।
६	जाति कोड	यस महलमा गर्भवती महिलाको जातिको कोड लेख्नुपर्दछ।
७	उमेर (वर्षमा)	यस महलमा गर्भवती महिलाको उमेर पूरा गरेको वर्षमा लेख्नुपर्दछ।
८	Gravida	गर्भ जाँचका लागि आएकी गर्भवती महिलालाई हालको गर्भ उनको कतिऔं गर्भ हो, सोधी सो गर्भसङ्ख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९	Parity	गर्भ जाँचको लागि आएकी गर्भवती महिलालाई हालसम्म उनी कति पटक सुत्केरी भएकी छिन्, सो कुरा सोधी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१०-१२	आखिरी रजस्वला भएको पहिलो दिनको (LMP) मिति	गर्भ जाँचको लागि आएकी गर्भवती महिलालाई उनको अन्तिम पटक महिनावारी कहिले भएको सोको मिति महल १०, ११ , १२ मा क्रमशः गते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१३	गर्भवती जाँच (महिना)	गर्भवती महिला गर्भ जाँच गराउन आएको बेला उनको गर्भ कतिऔं महिनाको हो, उक्त कुरा सुनिश्चित गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ। जस्तै : ३ महिना पूरा भई चौथो महिना भए ४, पाँचौ महिना भए ५,..... लेख्नुपर्दछ।
१४	गर्भवती जाँच (पटक)	गर्भवती महिलाले गर्भ जाँच गराएको हालको यो कतिऔं पटक हो, उक्त कुरा यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : पहिलो पटक भए १, दोस्रो पटक भए २, ... लेख्नुपर्दछ।
१५	जुकाको औषधि वितरण (मिति)	गर्भ जाँच गराउन आएकी महिलालाई यो जाँचको बेला जुकाको औषधि दिएको भएमा मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१६-१७	आइरन चक्की वितरण सङ्ख्या	गर्भवती महिलालाई यस पटक दिइएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या यदि पहिलो पटक भए महल १६ र थप पटक भए महल १७ मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ। (यदि गर्भवती महिलाले हालको गर्भमा कुनै स्वास्थ्य संस्थाबाट आइरन चक्की खाइरहेको भए महल १७ मा कहाँबाट प्राप्त गरेको हो, संस्था वा म.स्वा. से. लेख्नुपर्दछ।)
१८	गर्भवती महिलाको अवस्था	गर्भवती महिलालाई जाँच गर्दा कुनै जटिलता पाइएमा यस महलमा उक्त जटिलताको उल्लेख गर्नुपर्दछ
१९	सुत्केरी भएको (.....) औं दिन	सुत्केरी जाँच गर्दाको दिन सुत्केरी भएको २४ घण्टाभित्रको छ भने "२४ घण्टाभित्र" र २४ घण्टापछि भए कतिऔं दिन हो, सो दिन यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : सुत्केरी भएको आज तेस्रो दिन हो भने ३ लेख्नुपर्दछ।
२०	वितरण गरिएको आइरन चक्की सङ्ख्या	सुत्केरी महिलालाई यस पटक दिइएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
२१	भिटामिन ए वितरण	सुत्केरी महिलालाई यस पटक भिटामिन ए वितरण गरिएको भए महल २१ मा को कोड १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ।
२२	सुत्केरी महिलाको अवस्था	सुत्केरीपछि महिलालाई जाँच गर्दा कुनै जटिलता पाइएमा यस महलमा उक्त जटिलताको उल्लेख गर्नुपर्दछ
२३	उपचार/सल्लाह/ परामर्श र प्रेषण	सुत्केरी महिलालाई दिईएको उपचार र सल्लाह परामर्श र प्रेषणको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
२४	कैफियत	स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षित मातृत्व सेवाका लागि दर्ता भइसकेका महिलाहरु गाउँघर क्लिनिकमा सोही सेवा लिन दोहोऱ्याई आएमा मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (३.५) बाट स्वास्थ्य संस्थाको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा चढाउनु पर्दछ। यसैको आधारमा गाउँघर क्लिनिकको सेवा संस्थाको रजिष्टरको सम्बन्धित महलमा अद्यावधिक गर्नु पर्दछ। कुनै महिला प्रोटोकल अनुसार ४ पटक गर्भ जाँच गराउन आएको भए पनि यस महलमा प्रोटोकल अनुसार ४ पटक भनी जनाउनु पर्दछ

४.१६ परिवार नियोजन सेवा

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

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ।

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

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.		गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ ।
२	सेवा दर्ता नं. पहिलो पटक		परिवार नियोजन सेवाका लागि पहिलो पटक आएको सेवाग्राहीलाई दर्ता गरी दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ । योदर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३	सेवा दर्ता नं. थप पटक		परिवार नियोजन सेवाका लागि दोहोऱ्याएर आएको सेवाग्राहीलाई स्वास्थ्य सेवा कार्ड (HMIS 1.2) बाट सेवा दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४-५	नाम, थर		महल ४ मा परिवार नियोजनको सेवाको लागि आएको सेवाग्राहीको नाम र महल ५ मा थर लेख्नुपर्दछ ।
६-७	उमेर (वर्षमा)		सेवाग्राही महिला भए महल ६ र पुरुष भए महल ७ मा पूरा गरेको वर्षमा उमेर लेख्नुपर्दछ ।
८	परिवार नियोजनको साधन विवरण	कण्डम (गोटा)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको कण्डमको सङ्ख्या (गोटामा) महल ८ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
९		पिल्स (साइकल)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको पिल्सको सङ्ख्या (साइकलमा) महल ९ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०		डिपो (डोज)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको डिपोको सङ्ख्या (डोजमा) महल १० मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
११	कैफियत		स्वास्थ्य संस्थामा डिपो पिल्स सेवा रजिस्टरमा दर्ता भइसकेका महिलाहरू गाउँघर क्लिनिकमा सोही सेवा लिन दोहोऱ्याई आएमा स्वास्थ्य सेवा कार्ड (१.२) बाट स्वास्थ्य संस्थाको सेवा दर्ता नम्बर यस महलमा चढाउनुपर्दछ । यसैको आधारमा गाउँघर क्लिनिकको सेवा संस्थाको रजिस्टरको सम्बन्धित महलमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

४.१७ प्राथमिक/सामान्य उपचार सेवा

गाउँघर क्लिनिकमा दिइएका प्राथमिक तथा साधारण उपचार सेवाहरू, जस्तै : प्राथमिक उपचार तथा अन्य सामान्य उपचारहरूका मुख्य समस्या तथा उपचार, परामर्श र रेफरको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको यस खण्डमा राखिन्छ । साथै गाउँघर क्लिनिकमा सेवा लिन आएका क्षयरोग, कुष्ठरोग, औलौ रोग, कालाजार रोग का सम्भावित सेवाग्राहीहरुको रोग निर्क्यौलका लागि नमुना सङ्कलन गरी प्रयोगशालामा पठाउनुपर्दछ । तर ५ वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूलाई नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा दिनुपर्ने भएकाले यस सेवामा समावेश नगरी यसै रजिस्टरको CBIMNCI (HMIS 4.12, HMIS 4.13) को उमेर समूहअनुसारको अभिलेख गर्ने सम्बन्धित खण्डमा समावेश गर्नुपर्छ ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवा दर्ता (४.११) बाट चढाउनुपर्दछ ।
२	सेवा दर्ता नम्बर	हरेक आ.व.मा सेवा दर्ता नम्बर १ बाट सुरुवात गर्नुपर्दछ ।
३	सेवाग्राहीको नाम	सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४	सेवाग्राहीको थर	सेवा लिन आएको व्यक्तिको थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५	सेवाग्राहीको उमेर	सेवा लिने व्यक्तिको यस महलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
६	मुख्य समस्या	प्राथमिक तथा साधारण उपचार सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको मुख्य समस्या सोधी यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ । यदि सेवाग्राहीले एकभन्दा धेरै समस्याहरू बताएमा मुख्य एउटा समस्या स्वास्थ्यकर्मीले छनौट गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
७	उपचार, परामर्श र रेफर	प्राथमिक तथा साधारण उपचार सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको मुख्य समस्याअनुसार गरिएको उपचारमा औषधीको प्रयोग गरेको भएमा औषधिको नाम र परिमाण, परामर्श तथा रेफरको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । साथै क्षय, कुष्ठ, औलो तथा कालाजारका लागि नमुना सङ्कलन गरिएको विवरण पनि यसै महलमा लेख्नुपर्दछ ।

४.१८ स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको दिन यदि समुदाय वा विद्यालयमा स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गरेको भए सो को अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको यस खण्डमा राखिन्छ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.स.	हरेक आर्थिक वर्षका लागि १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२-४	मिति	स्वास्थ्य शिक्षा दिएको दिनको मिति गते महिना र सालमा लेख्नुपर्दछ ।
५	स्वास्थ्य शिक्षा दिएको स्थान (समुदाय/विद्यालय)	गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको दिन दिइएको स्वास्थ्य शिक्षाको समुदाय वा विद्यालयको नाम लेख्नुपर्दछ । जस्तै : विद्यालयमा दिइन्छ भने विद्यालयको नाम, आमा समूहमा भए आमा समूहको नाम र वडा नं., कुनै जाति समुदायमा गरिएको भए सोही कुरा यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
६	विषय	स्वास्थ्य शिक्षा दिइएको विषयको नाम लेख्नुपर्दछ ।
७	सहभागी सङ्ख्या	स्वास्थ्य शिक्षा दिँदाको सहभागी सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
८	कैफियत	अन्य केही कुरा जनाउनुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

अभ्यास ४.१

मिति २०७० पौष १५ गतेका दिन रामेछाप जिल्ला सुकाजोर गाउँपालिकाको रजयछाप गाउँघर क्लिनिकमा आएका निम्नानुसारको सेवाग्राहीहरुको बिबरण गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरमा भर्नुहोस् गत महिना सम्मको गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं. ५३४ पुगि सकेको छ ।

क) नामः सुन्तली हायू, उमेरः २४ बर्ष, ठेगानाः सुकाजोर गाउँपालिका वडा नं. २, सेवाः ४ महिनाको गर्भवति पहिलो पटक सेवा लिन आएको, गत महिना सम्म सुरक्षित मातृत्वको दर्ता नं. २५ पुगेको छ ।

ख) नामः जयराम कार्की, उमेरः २२ महिना, ठेगानाः सुकाजोर गाउँपालिका वडा नं. १, सेवाः ३ दिन देखि खोकी लागेको, स्वास दर ५५, बच्चा स्वास्थ्य नै देखिन्छ, तौल १० के.जी., गत महिनाको तौल ९.५ के.जी. थियो ।

ग) नामः जमुना सार्की, उमेरः ३४ बर्ष, ठेगानाः सुकाजोर गाउँपालिका वडा नं. २, सेवाः पहिलो पटक यस क्लिनिकमा डिपो लिन आएको, यस भन्दा अगाडि सुकाजोर उप स्वास्थ्य चौकीबाट लिएको र दर्ता नं. २५ भएको कार्डबाट थाहा भएको ।

घ) रजयछापको फूलबारी आमा समूहका ३२ जना सदस्यहरुलाई भेला गरी लैगिक हिंसा सम्वन्धि स्वास्थ्य शिक्षा दिएको ।

HMIS 4.2: महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिस्टर (FCHV Register)

समुदायमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाबाट सञ्चालन भएका सम्पूर्ण गतिविधिहरूको र वडाको आधारभूत सूचनाको अभिलेख राख्न यस रजिस्टरको प्रयोग गरिन्छ। यस रजिस्टरमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले गरेका कार्यहरूको १ वर्ष अवधिसम्मको अभिलेख राखिन्छ।

रजिस्टरको नमुना तथा भर्ने तरिका:

कार्यक्षेत्रको आधारभूत सूचना

कार्यक्षेत्रमा पर्ने गाउँहरुको नाम:

१	४ ... ...
२	५ ... ...
३	६ ... ...

विवरण	साल २०७....
आमा समूहको बैठक बस्ने गते:	
आमा समूह सदस्य संख्या:	
कार्यक्षेत्रका जम्मा घरपरिवार संख्या:	
कूल जनसंख्या:	
१ बर्ष मुनिका बालबालिका संख्या	
२ बर्ष मुनिका बालबालिका संख्या	
५ बर्ष मुनिका बालबालिका संख्या	
गर्भवती महिलाको अनुमानित संख्या:	
६ देखी २३ महिनाका अनुमानित बालबालिका संख्या	
६ देखी ५९ महिनाका अनुमानित बालबालिका संख्या	
परिवार नियोजन सेवाको लक्षित संख्या:	
गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने गते /स्थान:	
खोप क्लिनिक संचालन हुने गते र स्थान:	

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

आमा समूहको बैठक (आ. व. २०७ ../७.....)

बैठक मितिः... ... ... सहभागी संख्या:... ... छलफल गरेका विषयहरू: १. ... ... २. ... ... ३. ... ... सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नामः	बैठक मितिः... ... ... सहभागी संख्या:... ... छलफल गरेका विषयहरू: १. ... ... २. ... ... ३. ... ... सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नामः	बैठक मितिः... ... ... सहभागी संख्या:... ... छलफल गरेका विषयहरू: १. ... ... २. ... ... ३. ... ... सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नामः	बैठक मितिः... ... ... सहभागी संख्या:... ... छलफल गरेका विषयहरू: १. ... ... २. ... ... ३. ... ... सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नामः

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

मातृ तथा नवजात शिशुसम्बन्धी विवरण

HMIS 4.2: FCHV Register
2070/71

मातृ तथा नवजात शिशु सम्वन्धि विवरण

क्र.सं.	मिति			गर्भवती महिलाको		अन्तिम रजश्वला भएको मिति (LMP) (ग.म.सा.)			प्रसुतिको अनुमानित मिति (EDD) (ग.म.सा.)			जीवन सुरक्षा परामर्श दिएको*		स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको पटक (औं महिनामा)*				
	गते	महिना	साल	नाम, थर	उमेर	गते	महिना	साल	गते	महिना	साल	छ	छैन	४	६	८	९	अन्य
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९
												१	२	१	१	१	१	
												१	२	१	१	१	१	

आईरन चक्की*				सुत्केरी पश्चात भिटामिन ए*		प्रसुती भएको स्थान*			शिशुको जन्म अवस्था*		स्वास्थ्यकर्मीले नवजात शिशु सँगै सुत्केरी महिलालाई जांच गरेको*				परिवार नियोजन साधन प्रयोग*		कैफियत
गर्भावस्थामा १८० चक्कि		सुत्केरी पश्चात ४५ चक्की									२४ घण्टा भित्र	तेस्रो दिन	सातौं दिन	अन्य			
पाएको	नपाएको	पाएको	नपाएको	पाएको	नपाएको	घर	संस्था	अन्य	जीवित	मृत					गरेको	नगरेको	
२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४	३५	३६	३७
१	२	१	२	१	२	१	२		१	२	१	२	३	४	१	२	
१	२	१	२	१	२	१	२		१	२	१	२	३	४	१	२	

भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक आ.व. मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राहीअनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२-४	मिति	गर्भवती महिलालाई पहिलो पटक भेट गर्दाको मिति महल २ मा गते, महल ३ मा महिना र महल ४ मा साल लेख्नुपर्दछ ।
५-६	गर्भवती महिलाको नाम, थर र उमेर	प्रत्येक आ.व.का लागि दर्ता महल ५ मा गर्भवती महिलाको नाम, थर एवं महल ६ मा उनको उमेर पूरा भएको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
७ -९	आखिरी रजस्वला भएको पहिलो दिनको (LMP) मिति	गर्भवती महिलालाई उनको अन्तिम पटक महिनावारी कहिले भएको सोको मिति महल ७, ८ , ९ मा क्रमशः गते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०-१२	प्रसव अनुमानित (EDD) मिति	गर्भवती महिलाको अन्तिम पटक महिनाबारी भएको मिति (LMP) का आधारमा उनको अनुमानित प्रसव मिति (EDD) निकाली वा मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (HMIS 3.5) बाट उतारी महल १०, ११, १२ मा क्रमशः गते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१३-१४	जीवन सुरक्षा परामर्श दिएको	गर्भवती महिलालाई जीवन सुरक्षासम्बन्धी परामर्श दिएको भए महल १३ को १ मा र नदिएको भए महल १४ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१५-१९	स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको पटक (औं महिनामा)	गर्भवती महिलालाई सोधेर वा उनले गर्भ जाँच गराएको कार्ड हेरेर उनले कुन-कुन महिनामा गर्भ जाँच गराएकी छिन्, सोहीअनुसार महल नं. १५, १६, १७, १८ मा रहेको १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । ४, ६, ८, ९ बाहेक अन्य महिनामा जँचाएको पाइएमा महल १९ मा महिना अङ्कमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२०-२१	आइरन चक्की गर्भावस्थामा १८० चक्की	गर्भवती महिलाले गर्भावस्थामा १८० चक्की आइरन पाएको भए महल २० को पाएको १ मा र नपाएको भए महल २१ को नपाएको २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । उक्त विवरण गर्भावस्थाको अन्तिम महिनापछि सोधी भर्नुपर्दछ ।
२२-२३	आइरन चक्की सुत्केरीपछि ४५ चक्की	सुत्केरी महिलाले सुत्केरीपछि ४५ चक्की आइरन पाएको भए महल २२ को पाएको १ मा र नपाएको भए महल २३ को नपाएको २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । उक्त विवरण सुत्केरी भएपछि सोधी भर्नुपर्दछ ।
२४-२५	सुत्केरी पश्चात्	सुत्केरी महिलाले सुत्केरीपछि भिटामिन ए पाएको भए महल २४ को पाएको १ मा

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	भिटामिन ए	र नपाएको भए महल २५ को नपाएको २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । उक्त विवरण सुत्केरी भएपछि सोधी भर्नुपर्दछ ।
२६-२८	प्रसूति भएको स्थान	महिला सुत्केरी भएको स्थान घर वा संस्था भए क्रमशः २६ को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए २७ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल २८ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२९-३०	शिशुको जन्म अवस्था	शिशु जन्मने बेला जीवित भए महल २९ को १ मा र मृत भए महल ३० को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
३१-३४	स्वास्थ्यकर्मीले नवजात शिशुसँगै सुत्केरीलाई जाँच गरेको	स्वास्थ्यकर्मीले नवजात शिशुसँगै सुत्केरीलाई कुन-कुन समयमा जाँच गरेको छ सोहीअनुसार २४ घण्टाभित्र भए महल ३१ को १ मा, तेस्रो दिनमा भए महल ३२ को २ मा, सातौं दिनमा भए महल ३३ को ३ मा र अन्य समयमा भए महल ३४ को ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
३५	परिवार नियोजनको साधन प्रयोग	सुत्केरी महिलाले परिवार नियोजनका साधन अपनाएको भए महल ३५ को १ मा र जगरेको भए महल ३६ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।

मातृ मृत्यु विवरण

(गर्भवती अवस्था, प्रसव अवस्था तथा सुत्केरी भएको ४२ दिनभित्र मृत्यु भएका महिलाका लागि मात्र)

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

* *उपयुक्त महलमा गोलो लगाउनुहोस् ।*

भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राहीअनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	मृतक महिलाको नाम	मृतक महिलाको गर्भवती अवस्था प्रसव अवस्था तथा सुत्केरी भएको ४२ दिनभित्र मृत्यु भएको भए यस महलमा नाम लेख्नुपर्दछ ।
३	उमेर (वर्षमा)	प्रत्येक आ. व. का लागि दर्ता गरिएको मृतक महिलाको उमेर पूरा भएको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
४-६	मृत्यु हुँदाको अवस्था	मृतकको मृत्यु हुँदाको अवस्था गर्भवती भए महल ४ को १, प्रसव भए महल ५ को २ र सुत्केरी भए महल ६ को ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
७-९	मृत्यु भएको मिति	मृतक महिलाको मृत्यु भएको मिति महल ७, ८, ९ मा क्रमशः गते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०-१२	प्रसूति भएको स्थान	मृतक महिला सुत्केरी भएको स्थान घर भए क्रमशः १० को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए ११ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल १२ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१३-१५	मृत्यु भएको स्थान	मृतक महिला मृत्यु भएको स्थान घर भए क्रमशः १३ को १ वा स्वास्थ्य संस्था भए १४ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य स्थान भए महल १५ मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

नवजात शिशु मृत्यु विवरण

(जन्मेको २८ दिनभित्र मृत्यु भएका नवजात शिशुकालागि 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*				कैफियत
		नाम, थर	पूरा गरेको उमेर	गते	महिना	साल	घर	संस्था	अन्य	समय नपुगेको (३७ हप्ता भन्दा कम)	कम तौल (२५०० ग्राम भन्दा कम)	सामान्य	अन्य		निसास्सि-एको	शिताङ्ग	संक्रमण	अन्य	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०
							१	२		१	२	३			१	२	३		
							१	२		१	२	३			१	२	३		

भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राहीअनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	मृतक नवजात शिशुको नाम, थर	नवजात शिशुको २८ दिनभित्र मृत्यु भएको भए यस महलमा मृतक शिशुको नाम, थर लेख्नु पर्दछ । यदि नाम उपलब्ध नभएमा यस महलमा (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
३-४	आमाको नाम, थर र उमेर	मृतक नवजात शिशुको आमाको नाम, थर महल ३ र उमेर (पूरा भएको वर्षमा) महल ४ मा लेख्नुपर्दछ ।
५-७	नवजात शिशुको जन्मेको मिति	मृतक नवजात शिशुको जन्म मिति महल ५, ६, ७ मा क्रमशः गते, महिना, सालमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
८-१०	बच्चा जन्मेको स्थान	मृतक नवजात शिशु घरमा जन्मेको भए महल ८ को १ मा, स्वास्थ्य संस्थामा जन्मेको भए ९ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि स्वास्थ्य संस्था वा घर बाहेक अन्य स्थानमा जन्मेको भए महल १० मा स्थान उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
११-१४	बच्चा जन्मदाको अवस्था	बच्चा जन्मदाको अवस्था यदि समय नपुगेको भए महल ११ को १, कम तौल भए महल १२ को २ र सामान्य भए महल १३ को ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि अन्य भए महल १४ मा खुलाउनुपर्दछ ।
१५	मृत्यु हुँदा शिशुको उमेर दिनमा	मृत्यु हुँदा शिशुको उमेर कति दिन थियो ? उक्त दिनको सङ्ख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६-१९	मृतक शिशुको मृत्युका सम्भावित कारण	मृतक शिशुको मृत्युका सम्भावित कारणहरूमध्ये निसास्सिएको भए महल १६ को १ मा, शीताङ्ग भएको भए १७ को २ मा र सङ्क्रमण भएको भए १८ को ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ तर यी कारणहरूबाहेक अन्य कारणले मृत्यु भएको भए अन्यको महल १९ मा खुलाउनुपर्दछ ।

२८ दिनदेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको मृत्यु विवरण

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

भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक अ. व. मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राही अनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	मृतक बच्चाको नाम, थर	मृतक बच्चाको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
३	मृतक बच्चाका आमा-बुबाको नाम, थर	मृतक बच्चाको आमा वा बुबा, जसको नामबाट गाउँमा चिनिन्छ, निजको पूरा नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
४-६	नवजात शिशुको जन्म मिति	बच्चाको जन्म मिति महल क्रमशः गते, महिना, सालमा लेख्नु पर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
७	मृत्यु हुँदा बच्चाको उमेर (महिनामा)	मृत्यु हुँदा बच्चाको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ ।
८	मृत्युको सम्भावित कारण	बच्चाको मृत्युका सम्भावित कारणहरूमध्ये जे हो, सो उल्लेख गर्नुपर्दछ जस्तै : निमोनिया, पखाला, आदि ।
९	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनुपर्ने भए कैफियत महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले सेवा पुर्‍याएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्याः यस प्रयोजनको लगि जम्मा १२ कोठाहरुको ब्यबस्था गरिएको छ । १ जना सेवाग्राहीलाई सेवा दिनासाथ सोही महिनाको कोठामा धर्सो तानी सम्वन्धित सेवामा पनि धर्सो तान्नु पर्दछ । महिनाको अन्त्यमा स्वास्थ्यकर्मीको सहयोगले जम्मा अंक सम्वन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ ।

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

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले गरेका कामहरूको मासिक तथा वार्षिक अभिलेख (आ. व. .....)

क्र.सं.	गतिबिधि	ईकाइ	श्रावण	.....	असार	जम्मा
(क)	गर्भवति सेवा					
१	आफ्नो क्षेत्रमा भेट गरिएका गर्भवती महिलाहरुको संख्या	जना				
२	गर्भ जाँचको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरुको संख्या	जना				
३	आमावाट बच्चामा सर्ने एचआइभि सम्वन्धि सूचना दिएका गर्भवतीलाइ रक्त परिक्षणका लागि रेफर गरेको संख्या	जना				
४	पहिलो पटक स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको सुनिश्चित गरेको महिलाहरुको संख्या	जना				
५	दोहोऱ्याई आएको वेला आईरन चक्की वितरण गरेको गर्भवती महिलाहरुको संख्या	जना				
६	प्रसूति सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरुको संख्या	जना				
७	स्वास्थ्यकर्मी विना घरमै सुत्केरी भई मातृसुरक्षा चक्की (मिसोप्रोस्टोल) खाएको सुनिश्चित गरिएका महिलाहरुको संख्या	जना				
(ख)	घरमा जन्मेका शिशुहरूको जन्म अवस्था					
८	जिवित जन्म भएका शिशुहरू	जना				
९	मृत जन्म भएका शिशुहरू	जना				
१०	जन्मेको २४ घण्टासम्म ननुहाएको सुनिश्चित गरिएको नवजात शिशुहरुको संख्या	जना				
(ग)	आमा र नवजात शिशु स्वास्थ्य					
११	शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण व्यवहार सम्बन्धी सल्लाह दिएको आमाहरुको संख्या	जना				
१२	सुत्केरी जाँचको लागि प्रेषण गरेको महिलाहरुको संख्या	जना				
१३	घरमा प्रसुती भएका सुत्केरीलाई ४५ आइरन चक्की वितरण गरेको महिलाहरुको संख्या	जना				
१४	भिटामिन ए दिएको सुत्केरी महिलाहरुको संख्या	जना				
(घ)	खोप कार्यक्रम					
१५	खोप क्लिनिकमा सहभागी भई सघाएको पटक	पटक				
१६	बी.सी.जी. खोप लगाएको सुनिश्चित गरिएका बच्चाहरुको संख्या	जना				
१७	दादुरा र रुबेलाको खोप लगाएको सुनिश्चित गरिएका बच्चाहरुको संख्या	जना				
१८	गाउँघर क्लिनिकमा सहभागी भई सघाएको पटक	पटक				
(ङ)	२ महिना मुनिको विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषण					
१९	२८ दिनसम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना				
२०	२९–५९ दिन सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना				
२१	संक्रमण भई कोट्रिमबाट उपचार गरी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको २८ दिन सम्मका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना				
२२	संक्रमण भई कोट्रिमबाट उपचार गरी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका २९–५९ दिन सम्मका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना				
२३	२८ औ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना				

क्र.सं.	गतिबिधि	ईकाइ	श्रावण	.....	असार	जम्मा
(च)	२९–५९ महिना सम्मका विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषणः झाडापखाला					
२४	झाडापखाला लागेका २ महिनादेखि ५ वर्ष मुनिका जम्मा विरामी बच्चाहरुको संख्या	जना				
२५	पुनर्जलीय झोलबाट मात्र उपचार गरेको बच्चाहरुको संख्या	जना				
२६	पुनर्जलीय झोल र जिंक चक्कीबाट उपचार गरेका बच्चाहरुको संख्या	जना				
२७	५ वर्ष मुनिका बच्चाहरुलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय झोलको पुरिया संख्या	पुरिया				
२८	५ वर्ष भन्दा माथिका मानिसहरूलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय झोलको पुरिया संख्या	पुरिया				
२९	वितरण गरेको जिंङ्क चक्कि संख्या	चक्कि				
३०	झाडापखाला लागेका २ महिना देखि ५ बर्ष सम्मका विरामी बच्चाहरुलाई प्रेषण गरेको संख्या	जना				
(छ)	२–५९ महिना सम्मका विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषणः श्वासप्रश्वास रोग					
३१	श्वास प्रश्वास रोग लागेका २ देखि ५९ महिनाका विरामी बच्चाहरुको संख्या	जना				
३२	न्यूमोनिया नभएको (रुघाखोकी भएका) ५ वर्ष मुनिका बच्चालाई घरेलु उपचार सल्लाह दिएको बच्चाहरुको संख्या	जना				
३३	न्यूमोनिया भइ कोट्रिमबाट उपचार गरिएका २ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका फलोअप गरेको बच्चाहरुको संख्या	जना				
३४	श्वास प्रश्वास रोग भई स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरुको संख्या	जना				
(ज)	प्रेषण					
३५	सुरक्षित गर्भपतनको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका महिलाहरुको संख्या	जना				
३६	स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन प्रेषण गरिएका किशोर किशोरीहरुको संख्या	जना				
३७	लगातार २ हप्ता सम्म खोकी लागी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका विरामीहरुको संख्या	जना				
३८	प्राथमिक उपचार गरेको संख्या	जना				
३९	प्राथमिक उपचारको क्रममा प्रेषण गरेको बिरामीहरुको संख्या	जना				
(झ)	परिवार नियोजन					
४०	खाने चक्की पिल्स वितरण गरिएका महिलाहरुको संख्या	जना				
४१	वितरण गरेको खाने चक्की पिल्सको साइकल संख्या	साइकल				
४२	कण्डम वितरण गरेको जना	जना				
४३	वितरण गरेको कण्डमको संख्या	गोटा				
४४	परिवार नियोजन सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको दम्पतीहरुको संख्या	दम्पती				
(ञ)	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनः एम.यु.ए.सी. छनौट					
४५	हरियोः हृष्टपुष्टः खुशी परिवार	जना				
४६	पहेलोः मध्यम शीघ्र कुपोषण: घरमा म.स्वा.स्व.से. द्धारा परामर्श	जना				
४७	रातोः कडा शीघ्र कुपोषण: स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण	जना				
४८	फुकेनासः स्वा.संस्थामा प्रेषण	जना				
(ट)	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनः घरभेट र अनुगमन					
४९	रातोः कडा शीघ्र कुपोषित बच्चाः उपचार पछि निको भएको	जना				
५०	रातोः कडा शीघ्र कुपोषित बच्चाः उपचार गरिरहदा पनि तौल वृद्धि नभएको	जना				
५१	रातोः कडा शीघ्र कुपोषित बच्चाः उपचार गर्दा गर्दै स्वास्थ्य संस्था जान छाडेका	जना				

एकिकृत शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालभिटा समुदाय प्रवर्धन कार्यक्रम

५२	६ देखी ११ महिनाः पहिलो पटक	जना				
५३	१२ देखी १७ महिना: पहिलो पटक	जना				
५४	१२ देखी १७ महिना: दोस्रो पटक	जना				
५५	१८ देखी २३ महिना: पहिलो पटक	जना				
५६	१८ देखी २३ महिना: दोस्रो पटक	जना				
५७	१८ देखी २३ महिना: तेस्रो पटक	जना				

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले समुदायमा सेवाग्राहीहरुलाई दिएको सेवाको इकाई (जना, पटक, पुरिया, चक्की, साइकल, दम्पती)अनुसार यो फारामको सम्बन्धित महलमा प्रत्येक पटक सेवा दिएको पटकलाई ठाडो धर्को तानी प्रगति जनाउनुपर्दछ । महिनाको अन्तमा स्वास्थ्यकर्मीहरूले प्रतिवेदन सङ्कलन गर्ने समयमा प्रत्येक सेवाको मासिक जम्मा सङ्ख्या गणना गरी अङ्कमा लेख्नुपर्दछ । सोही संख्या महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको मासिक प्रगति समायोजन फाराम (HMIS 9.1) को सम्बन्धित महलहरुमा उतार गर्नुपर्दछ ।

अभ्यास ४.२

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरुको तालीमको समयमा कम्तीमा १५ वडा प्रश्न बनाई सहभागीहरुलाई अभ्यास अनिवार्य रुपमा गराउनु पर्दछ ।

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

(महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले भर्नका लागि)

हरेक वर्षको दुई पटक (वैशाख र कार्तिकमा) राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम सञ्चालन गरिन्छ । त्यस कार्यक्रममा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरु मार्फत ६ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बालिकाहरूलाई भिटामिन ए क्याप्सुल र १२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका वालवालकिाहरुलाई जुकाको औषधी खुवाइन्छ । उक्त कार्यक्रममा वालवालिकाहरुलाई भिटामिन ए र जुकाको औषधी वितरण गरिएको अभिलेख यस रजिस्टरमा राखिन्छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले रजिस्टर भर्नेबारे निर्देशिका

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

क) माथि उल्लेख गरिएको योजनाअनुसार आ-आफ्ना वडा अन्तर्गतका घर-घरमा गई क्याप्सुल खुवाउने दिन र ठाउँका बारेमा आमा समूहलगायत सबैलाई जानकारी गराउने ।

ख) ६ महिनादेखि ५ वर्षसम्मका सबै बाल-बालिकाको नाम नछुटाई रजिस्टरमा लेख्ने ।

ग) हरेक पटक क्याप्सुल खुवाउनुभन्दा अगाडि ६ महिना पुगेको बच्चाको नाम रजिस्टरमा लेख्ने र ५ वर्ष नाघेका बच्चाको नाम रजिस्टरबाट हटाउने ।

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

ङ) क्याप्सुल खुवाउने दिन कुनै नयाँ बच्चा आएमा त्यस बच्चाको नाम रजिस्टरमा लेखी भिटामिन "ए" खुवाउने ।

२. क्याप्सुल खुवाउने समयमा :

क) क्याप्सुल खुवाउने ठाउँमा पोषण शिक्षा दिनका लागि पनि ठाउँ बनाउने । पोषण शिक्षा दिने ठाउँमा पोष्टरहरू टाँस्ने, गाउँमा सजिलै उपलब्ध हुने हरिया साग-पातहरू र पहेँला फल-फूलहरू ल्याई प्रदर्शन गर्ने । माथि उल्लेख गरिएका व्यक्तिहरूमध्ये शिक्षक वा अगुवा कृषकको सहयोगमा फ्लिप चार्टको प्रयोग गरी पोषण शिक्षा दिने ।

ख) क्याप्सुल खुवाएको महिना र वर्ष सम्बन्धित ठाउँमा उल्लेख गर्ने ।

ग) वैशाख र कार्तिक महिनाको वितरण समयमा आफ्नो केन्द्रमा क्याप्सुल खुवाउन ल्याएको बच्चाको नामअनुसार क्याप्सुल खुवाएपछि क्र. सं. मा ठीक चिन्ह(√) लगाउने ।

घ) १ वर्षदेखि ५ वर्षसम्मका सबै बाल-बालिकालाई क्याप्सुल खुवाउने दिन जुकाको औषधि दिई बच्चाको नामअनुसार क्र.सं. मा गोलो चिन्ह (०) लगाउने ।

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

३.क्याप्सुल खुवाइसकेपछि :

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

स्वास्थ्यकर्मीहरूका लागि निर्देशिका :

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

रजिस्टरको नमूना :

राष्ट्रिय भिटामिन "ए" कायेक्रम रजिष्टर HMIS 4.3

वर्ष: महिना: वर्ष: महिना:

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

भर्ने तरिका :

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

♦♦♦♦♦

५. औलो, कालाजार र कुष्ठरोग

5 . Malaria, Kala-Azar and Leprosy

HMIS 5.1: औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजार नमुना सङ्कलन फाराम

HMIS 5.2: औलो, कुष्ठ र कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिस्टर

HMIS 5.3: औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर

HMIS 5.4: कुष्ठरोग परीक्षण तथा उपचार कार्ड

HMIS 5.5: कुष्ठरोग उपचार रजिस्टर

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

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

फारामको नमुना :

औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण HMIS 5.1

स्वास्थ्य संस्थाको नामः ठेगानाः जिल्लाः नगर/गाउँपालिका : भाग १

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

औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण HMIS 5.1

स्वास्थ्य संस्थाको नामः ठेगानाः जिल्लाः नगर/गाउँपालिका : भाग २

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

फाराम भर्ने तरिका

भाग एक (Part I)

स्वास्थ्य संस्थाको नामः स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

ठेगानाः जिल्ला र नगर/गाउँपालिकाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

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

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
	पुरुष)		लेख्नुपर्दछ । तर १ बर्ष पूरा नगरेका सेवाग्राहीको हकमा पूरा गरेको महिना लेख्नुपर्दछ ।
१०-११	ठेगाना		सेवा लिने व्यक्तिको ठेगाना महल १० मा सेवा लिन आएको व्यक्ति बस्ने नगर/गाउँपालिकाको नाम र महल ११ मा वडा नम्बर लेख्नुपर्दछ । अन्य जिल्लाका हकमा जिल्लासमेत उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१२	सम्पर्क नं		सेवा लिने व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१३	घरमूलीको नाम		सेवा लिने व्यक्तिको घरमूली/अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
१४-१६	सेवा	औलो	औलो रोग परीक्षणको लागि नमुना संकलन गरिएको भए महल १४ को १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
		कुष्ठरोग	कुष्ठरोग परीक्षणको लागि नमुना संकलन गरिएको भए महल १५ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
		कालाजार	कालाजारको रोग परीक्षणको लागि नमुना संकलन गरिएको भए महल १६ को ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
१७	स्लाइड नम्बर		औलो र कालाजारको संकलन गरिएको नमूना स्लाइडको नम्बर हरेक आ.व. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ । कुष्ठरोगको स्लाइड भए स्लाइड नं..... र Specimen {EL(R), EL(L), L1, L2} कुन हो ? सोको उल्लेख गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।
१८-१९	स्रोत	ACD	Active Case Detection बाट अर्थात स्वास्थ्यकर्मि बिरामी खोज्दै उसको घरदैलोसम्म पुगेर स्लाइड सङ्कलन भएको भए महल १८ को १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
		PCD	PCD- Passive Case Detection बाट अर्थात बिरामी स्वयम स्वास्थ्य संस्थामा गएको बेला स्लाइड सङ्कलन भएको भए महल १९ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
२०	औलोको शंकास्पद/सम्भावित उपचार		• WHO तथा नयां National Malaria Treatment Protocol-2015 का अनुसार रक्त परिक्षणको नतिजा पश्चात् मात्र औलोको उपचार गर्नुपर्ने भएकोले शंकास्पद औलो रोगीको रुपमा हाल कसैलाई पनि उपचार गरिदैन । त्यसैले यस कोठामा (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।

नोट : नेपालवाट औलो निवारणको लागि रणनिती तयार भए वमोजिम सन २०२५ सम्ममा नेपालवाट औलो निवारण गर्ने लक्ष्य लिए वमोजिम औलोको शंकास्पद/सम्भावित उपचार नगरी निश्चित उपचार (Comfirmed treatment) नै गर्ने निर्णय भएको छ । सो को लागि नेपाल भरी सम्पूर्ण संस्था/संस्थाहरुमा द्रुत परिक्षणको लागि (RDT) उपलव्ध गराउने र रक्त नमूना परीक्षण गरी पोजेटिभ निश्चित भएपछि मात्र उपचार गर्नुपर्दछ ।

भाग दुई (Part 2)

स्वास्थ्य संख्था नाम : स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ

ठेगाना : जिल्ला र नगर/गाउँपालिका को नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल	महल शीर्षक	निर्देशन
१	दर्ता नं.	नमुना सङ्कलन गरिएको दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ र एक आर्थिक वर्षका लागि १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	सेवाको प्रकार	सङ्कलन गरेको नमुना औलोरोगको भए **औलो**, कुष्ठरोग भए **कुष्ठ** र कालाजार रोगको भए **कालाजार** यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
३-५	स्लाइड सङ्कलन मिति	स्लाइड सङ्कलन गरेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६-७	सेवाग्राहीको नाम थर	सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम महल ६ मा र थर महल ७ मा लेख्नुपर्दछ ।
८	जाति कोड	सेवा लिन आएको व्यक्तिको थर अनुसार जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।
९-१०	उमेर- (महिला, पुरुष)	सेवा लिने व्यक्ति महिला भए महल ९ मा र पुरुष, भए महल १० मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
११	स्लाइड नम्बर	माथि उल्लेखित भाग १ मा उल्लेख भएको वमोजिमको स्लाईड नम्वर लेख्नु पर्छ ।

महल	महल शीर्षक		निर्देशन
१२-१३	स्रोत	ACD PCD	ACD- Active Case Detection, PCD- Passive Case Detection मध्ये जुन स्रोतबाट स्लाइड सङ्कलन भएको हो, सोही उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१४-१९	प्रयोगशाला परीक्षण		
	प्रयोगशालामा पुगेको मिति		प्रयोगशालामा पुगेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	प्रयोगशाला जाँच मिति		प्रयोगशालामा जाँच गरेको तथा सम्बन्धित स्वास्थ्य स.स्थालाई जनाकारी पठाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२०-२९	परिणाम		महल २० देखि २९ सम्म प्रयोगशाला जाँचको परीक्षणका बारेमा लेख्नुपर्दछ ।
२०-२२	औलो	जात	औलोको जात Plasmodium Vivax भएमा PV, Plasmodium falciparum भएमा Pf र Plasmodium vivax र falciparum दुवै मिश्रित भएमा P-mix लेख्नुपर्दछ ।
		अवस्था	औलोको परजीवी जीवनचक्रको कुन अवस्थामा छ सोहीअनुसार अवस्था लेख्नुपर्दछ ।
		घनत्व	औलोको घनत्व कति छ सोहीअनुसार घनत्व लेख्नुपर्दछ ।
२३-२७	कुष्ठरोग		महल २३ देखि २७ सम्म कुष्ठरोगका बारेमा लेख्नुपर्दछ । परीक्षणपछि प्रत्येक भागको नतिजा घनत्वसहित सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । Right Earlobe भएमा महल २३ मा, Left Earlobe भएमा महल २४ मा, Lesion 1 भएमा महल २५ मा, Lesion 2 भएमा महल २६ मा र Total Bacterial Index निकाली BI महल २७ मा लेख्नुपर्दछ ।
२८-२९	कालाजार		परीक्षणको विधि (BM/SP/RDT/rk-39) र जाँचको नतिजा पोजेटिभ भए महल २८ को कोड १ मा र नेगेटिभ भए महल २९ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
३०	कैफियत		माथि दिइएका बाहेक अन्य केही खुलाउनुपर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ र साथै ल्याब नं. समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

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

अभ्यास ५.१

काभ्रेपलान्चोक जिल्ला वालुवा गाउँपालिका वार्डनं ७ आपगाछी वस्ने वर्ष २५ की कान्छी माया दनुवार एक महिना अघि कामको सिलसिलामा सर्लाही गएका थिए । काम सकी घर फर्केको ३ दिन पछि ज्वरो आई मिति २०७० भाद्र १५ गते वालुवा उप.स्वा.चौ.मा जचाउन जादा स्वास्थ्य कर्मीले जाँच गरि रक्त नमुना संकलन गरी पाँचखाल प्रा.स्वा.के.मा जचाउन पठाए । HMIS 5.1 भर्नुहोस् ।

HMIS 5.2: औलो, कुष्ठ र कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर
(Malaria, Leprosy and Kalaazar Laboratory Register)

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

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

रजिस्टरको नमुना :

औलो, कुष्ठ र कालाजार

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

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

रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर

श्रोत		परिक्षण विधि	प्रयोगशालामा प्राप्त गरेको, जाँचेको र पठाएको मिति									परिणाम									प्रमाणित गर्नेको सही	कैफियत
ACD	PCD	Microscopy/RDT /BM/SP/RK39*	प्राप्त गरेको			जाँचेको			नतिजा उपचार केन्द्रमा पठाएको			औलो			कालाजार		कुष्ठरोग					
												जात	अवस्था	घनत्व	+Ve	-Ve	EL(R)	EL(L)	L1	L2		
		स्लाइड नं.	ग	म	सा	ग	म	सा	ग	म	सा											
१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३	३४
१	२														१	२						
१	२														१	२						

रजिस्टर भर्ने तरिका :

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिनामा नयाँ क्रमसङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२-३	बिरामीको नाम थर	सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४	जाति कोड	सेवा लिन आएको व्यक्तिको थर अनुसार जाति कोड यस निर्देशिकाको पछाडि उल्लेख गरिए अनुसार लेख्नु पर्छ ।
५	उमेर (महिला, पुरुष)	सेवा लिने व्यक्ति महिला भए महल ५ मा सेवाग्राहीले पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
६		सेवा लिने व्यक्ति पुरुष भए महल ६ मा सेवाग्राहीले पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
७-९	ठेगाना	सेवा लिने व्यक्तिको ठेगाना लेख्नुपर्दछ । महल ७ मा सेवा लिन आएको व्यक्ति बस्ने जिल्लाको नाम, महल ८ मा नगर/गाउँपालिका को नाम र महल ९ मा सेवा लिन

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशन
			आएको व्यक्ति बस्ने वडा नम्बर लेख्नुपर्दछ। यदि सेवा लिने व्यक्ति विदेशी भए जिल्लाको महलमा देशको नाम उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१०	सम्पर्क नं.		सेवा लिने व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ। सेवा लिने व्यक्तिको सर्म्पक नम्वर नभएमा नजिकको आफन्तको नम्वर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
११	अभिभावकको नाम		सेवा लिने व्यक्तिको घरमूली वा अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ।
१२	स्रोत	ACD	Active Case Detection बाट अर्थात स्वास्थ्यकर्मी शंकास्पद बिरामी खोज्दै उसको घरदैलोसम्म पुगेर संकलन गरेको स्लाइड वा आर.डी.टि.बाट परीक्षण भएको भए महल १२ को १ मा गोलो लगउनु पर्दछ।
१३		PCD	PCDH- Passive Case Detection बाट अर्थात शंकास्पद बिरामी स्वास्थ्य संस्था मै खआएकोबखतमा स्लाइड वाआर.डी.टि बाट परीक्षणभएको भए महल १३ को २ मा गोलो लगाउनु पर्छ।
१४	परीक्षण विधि र स्लाइड नम्बर		औलो परिक्षण विधि Microscopic/RDT र कालाजारको परीक्षण BM/SP/ /rk-39 मध्ये कुन विधिवाट परीक्षण गरिएको हो परीक्षण विधिको कोड नम्वर उल्लेख गरि स्लाइड नम्बर हरेक आ.ब. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ। कुष्ठरोगको स्लाइड भए Specimen : EL(R), EL(L), L1, L2) कुन हो? सो उल्लेख गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ। औलोको परीक्षण Miscroscopic मात्र भए कोड १, RDT मात्र भए कोड २ र दुवैवाट गरिएको भए मात्र कोड नं ३ उल्लेख गर्नु पर्ने। कालाजारको परीक्षण BM भए कोड ४, SP भए कोड ५ र rk–39 भए कोड ६ लेख्नुपर्दछ।
१५-१७	प्रयोगशालामा प्राप्त मिति		प्रयोगशालामा स्लाइड प्राप्त गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
१८-२०	प्रयोगशालामा जाँच गरेको मिति		प्रयोगशालामा स्लाइड जाँच गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२१-२३	नतिजा उपचार केन्द्रमा पठाएको मिति		प्रयोगशालामा स्लाइड जाँच गरी उपचार केन्द्रमा नतिजा पठाएको मिति (गते, महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२४-२६	औलो	जात	औलोको जात Plasmodium vivex भएमा Pv, Plasmodium falciparum भएमा Pf र Plasmodium vivex र falciparum दुवै मिश्रित भएमा P-mix लेख्नुपर्दछ।
		अवस्था	औलोको परजीवी जीवनचक्रको कुन अवस्थामा छ सोहीअनुसार अवस्था लेख्नुपर्दछ।
		घनत्व	औलोको परजीवको घनत्व कति छ सोहीअनुसार घनत्व लेख्नुपर्दछ।
२७, २८	कालाजार (पोजेटिभ, नेगेटिभ)		परीक्षणको विधि (BM/SP/rk-39) र जाँचको नतिजा पोजेटिभ भए महल २७ को १ मा र नेगेटिभ भए महल २८ को २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ।
२९-३२	कुष्ठरोग		महल २९ देखि ३२ सम्म कुष्ठरोगका बारेमा लेख्नुपर्दछ। परीक्षण पछि प्रत्येक भागको नतिजा घनत्व सहित सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
३३	प्रमाणित गर्नेको सही		प्रमाणित गर्ने व्यक्तिले सही गर्नुपर्दछ।
३४	कैफियत		माथि दिइएको बाहेक अन्य केही खुलाउनुपर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ र साथै ल्याब नं. समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

अभ्यास ५.२

अभ्यास ५.१ की कान्छीमाया दनुवारको प्रयोगशाला रजिष्टर भर्नुहोस।

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

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

रजिस्टरको नमुना :

औलो तथा कालाजार

क्र.सं.	सेवा दर्ता नं.	मिति			बिरामीको											रिसेप्टमिटी*	स्रोत		गर्भवती	निदान विधि				
								उमेर		ठेगाना											माइक्रोस्कोपी विवरण			
		ग	म	सा	नाम	थर	जाति कोड*	महिला	पुरुष	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	घरमूलीको नाम		ACD	PCD		सम्भावित	स्पेसिज /BM	स्टेज /SP	डेन्सिटी /Other	RDT / RK39
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
																	१	२	१	१				१
																	१	२	१	१				१

रोगको उपचार रजिष्टर सालः ... ...

स्लाइड						RDT/RK39			के.ए.टि.एक.*	उपचारको शुरु मिति			औलोका किसिम *	वर्गीकरण *	उपचार							औलो (PF) बिरामीको				सिकित्त		मृत्यु भएको		कैफियत
आएको			जाँचेको			बाट जाँचेको									औलो					कालाजार		पहिलो फलोअप				औलोका रोगी		मिति		
मिति			मिति			मिति																मिति			परिणाम			स्वदेशी	विदेशी	
ग	म	सा	ग	म	सा	ग	म	सा		ग	म	सा			Chloro-quine	Prima-quine	Coartem	Arte-sunate	Other (specify)	Lipsomal amphotericin B/ Miltefosine	Other (Specify)	ग	म	सा		सम्भावित	पक्कीगत			
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	54	55	56
									१																	१	२			
									१																	१	२			

रजिस्टर भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	हरेक महिनामा क्र.स. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२	सेवा दर्ता नं.	यस महलमा सेवा दर्ता नं लेख्नुपर्दछ। सेवा दर्ता नं प्रत्येक आ.व. को श्रावण देखि पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
३-५	मिति	बिरामी स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भएको मिति गते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
६	नाम	सेवाग्राहीको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ । यस महलमा सेवाग्राहीको नाम लेख्नुपर्दछ।
७	थर	यस महलमा सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ।
८	जाति कोड	जुन जात/जाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूह कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ। (जस्तै : ०१, ०२,..... ०६)। सेवाग्राहीको कार्डमा उक्त जाति कोडसमेत स्पष्ट रूपमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९-१०	उमेर (महिला, पुरुष)	सेवाग्राही महिला भए महल ९ मा र पुरुष भए महल १० मा पूरा भएको उमेर वर्षमा जनाउनुपर्दछ। एक वर्षभन्दा कम भएमा महिनामा जनाउनुपर्दछ। जस्तैः ०/१२, १/१२, २/१२। ०/१२ भन्नाले १ महिनाभन्दा कम उमेर भएको नवशिशुलाई बुझाउँदछ।

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
११-१४	ठेगाना (जिल्ला, गा.वि.स./नगरपालिका, वडा नं., गाउँ/टोल			हाल बसोबास गरेको सेवाग्राहीको जिल्ला महल ११ मा, नगर/गाउँपालिका महल १२ मा, वडा नम्बर महल १३ मा र गाउँ/टोल महल १४ मा लेख्नुपर्दछ।
१५	सम्पर्क नं.			सेवाग्राहीको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१६	घरमूलीको नाम			बिरामीको घरमूली वा अभिभावकको नाम र थर लेख्नुपर्दछ।
१७	रिसेप्टिभिटी			यस महलमा रिसेप्टिभिटीको कोड लेख्नुपर्दछ। कोडः उच्च जोखिम क्षेत्र = १, मध्य जोखिम क्षेत्र= २, न्यून जोखिम = ३, जोखिम नभएको = ४
१८	स्रोत	ACD		Active Case Detection (ACD) स्रोतबाट रक्त नमुना सङ्कलन गरेको भएमा १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ।
१९		PCD		Passive Case Detection (PCD) स्रोतबाट रक्त नमुना सङ्कलन गरेको भएमा २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ।
२०	गर्भवती			औलो तथा कालाजार रोग लागेको बिरामी महिला भए गर्भवती भए/नभएको यकिन गरेर, यदि गर्भवती भएमा मात्र यस महलको कोड १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
२१	निदान विधि	सम्भावित		औलोग्रस्त क्षेत्र (Malaria Endemic Area) मा बसोवास गर्ने वा त्यस्ता क्षेत्रमा रात बिताएको इतिहास भइको विगत ३ दिनदेखि ज्वरो आएको, औलोको परीक्षण (Microscopic/RDT) तथा अन्य परीक्षण नेगेटिभ (-ve) देखिएको तर ज्वरो लगाएत अन्य चिन्ह तथा लक्षणहरु औलोसँग मिलेको आधारमा चिकित्सकले सम्भाबित औलोको रुपमा निदान गरेको भए यस महलको कोड १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
२२	निदान विधि	माइक्रोस्कोपी विवरण	स्पेसिज/BM	रक्त नमुना प्रयोगशालामा परीक्षण गरी औलो रोग निदान हुँदा औलो (+ve) भएमा औलोको जात (Pv/Pf/P-mix), कालाजार बिरामीका हकमा BM वाट गरिएको हो भने BM लेख्नुपर्दछ।
२३	निदान विधि	माइक्रोस्कोपी विवरण	स्टेज/SP	औलो रोगीको लागि औलो परजिवीको जिवनचक्रको अवस्था उल्लेख गर्ने र कालाजार रोगीको हकमा SP उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२४	निदान विधि	माइक्रोस्कोपी विवरण	डेन्सिटी/ Other	औलो रोगीको हकमा औलोको परजीवीको घनत्व उल्लेख गर्ने र कालाजारको हकमा अन्यवाट निदान गरिएको हो भने विधि लेख्नुपर्दछ।
२५	निदान विधि	माइक्रोस्कोपी विवरण	RDT/rk39	औलो रोग RDT वाट निदान गरिएको हो भने RDT उल्लेख गर्ने र कालाजार रोगी निदान rk-39 गरिएको हो भने rk-39 उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२६-२८	स्लाइड आएको मिति			प्रयोगशालामा परीक्षणको लागि स्लाइड आइपुगेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
२९-३१	स्लाइड जाँचेको मिति			प्रयोगशालामा स्लाइड जाँचेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
३२-३४	RDT/rk39 बाट जाँचेको मिति			औलोको परीक्षण RDT वाट गरिएको भए सम्वन्धित महलमा र कालाजारको निदान rk-39 बाट गरिएको भए सम्वन्धित महलमा स्लाइड जाँचेको मिति गते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
३५	के.ए.टी.एफ.			Kala-Azar Treatment Failure Case भए १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ।
३६-३८	उपचारको सुरु मिति			उपचार सुरु गरेको दिनको मिति गते, महिना, साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
३९	औलोको किसिम			औलोको जातको कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। (Pv, Pf, P-mix)
४०	वर्गीकरण			औलोको जातिको वर्गीकरण कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। कोड : नेपाल राज्य भित्रका सवै विरामी स्थानीय (Indigenous) मा लेखी अन्य जिल्लावाट आएको भए कैफियतमा जिल्ला खुलाउने स्थानीयलाई कोड 1 र नेपाल वाहिरका औलो प्रभाबित मूलकवाट आएको एक महिना भित्रमा औलो रोग निदान भएमा आयातित (Imported) मानी कोड नम्वर २ उल्लेख गर्नु पर्छ।
४१-४५	उपचार	औलो	Chloroquine Primaquine	औलो रोगीलाई उपचारका लागि कुन औषधि (Chloroquine,

महल नं.	महल शीर्षक			निर्देशन
			Coartem Artesunate Other (Specify)	Primaquine, Coartem, Artesunate) कति मात्रामा दिइएको छ? सो औषधि सम्बन्धित महलमा परिमाणसमेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ । यदि अन्य औषधिबाट उपचार गरिएको भए उक्त औषधिको नाम र परिमाण खुलाउनुपर्दछ । (New Treatment Protocol for Malaria 2015 मा उल्लेख भए अनुसार गर्ने)
४६		कालाजार	Liposomal Amphotericin B/ Miltefocine	कालाजार रोगीलाई उपचारको लागि दिइएको औषधिको मात्रामा सम्वन्धित महमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । सो मा लेख्नुपर्दछ ।
४७			Other (Specify)	यदि अन्य औषधिबाट उपचार गरिएको छ भने उक्त औषधिको नाम र मात्रा खुलाउनुपर्दछ ।
४८-५०	औलो (Pf) बिरामीको पहिलो फलोअप/ परिणाम		मिति	औलो (Pf तथा PV) बिरामीको उपचार शुरु गरेको २८ औं दिनमा फलोअप गरी स्लाइड लिएको भए लिएको मिति (गते महिना र साल) र स्लाइड जाँचको परिणाम लेख्नुपर्दछ । कालाजार बिरामीको फलोअप गरेको भए फलोअप गरेको मिति र नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
५१			परिणाम	
५२-५३	सम्भावित औलोको सिकिस्त रोगी (सम्भावित, प्रमाणित)			औलोबाट सिकिस्त भएका बिरामीमध्ये यदि सम्भावित औलो रोगी भए महल ५२ को कोड १ मा र प्रमाणित भएको औलो रोगी भए महल ५३ को कोड २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । नोटः सिकिस्त सम्भावित औलो रोगी भन्नाले लक्षण र चिन्हका आधारमा विरामीको अवस्था सिकिस्त भनी सम्भावना भएको भनी चिकित्सकले यकिन गरेको विरामीलाई जनाउँछ । त्यस्तै सिकिस्त प्रमाणित औलो रोगी भन्नाले Microscopic/RDT परीक्षण गर्दा रगतमा औलोको परजीबि देखिएको र बिरामीको अवस्था जटिल (बस्न नसक्ने, बेहोस, रगतको कमी, जन्डिस, पिसाबबाट रगत गएको, खान नसक्ने जस्ता) भएको बिरामीलाई जनाउँछ ।
५४, ५५	मृत्यु भएको मिति		स्वदेशी	उपचारमा रहेको अवधिमा औलो तथा कालाजार रोगको बिरामी उक्त रोगको कारणले मृत्यु भएमा स्वदेशी वा विदेशी कुन हो सम्बन्धित महलमा मृत्यु भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
			विदेशी	
५६	कैफियत			बिरामीको विषयमा उल्लेख गर्नुपर्ने कुनै उपचार आवश्यक भए सो लेख्नुपर्दछ । बिरामी स्थानान्तरण भई आएको भए आएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भए कुन संस्थामा पठाएको हो । सो कुरा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ ।
पेजको जम्मा				प्रत्येक पेजको पुछारमा रहेको तालिकामा दिइएअनुसारको जम्मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । यी तालिकाहरूले प्रतिवेदन तयार गर्न सहजता प्रदान गर्दछन् ।

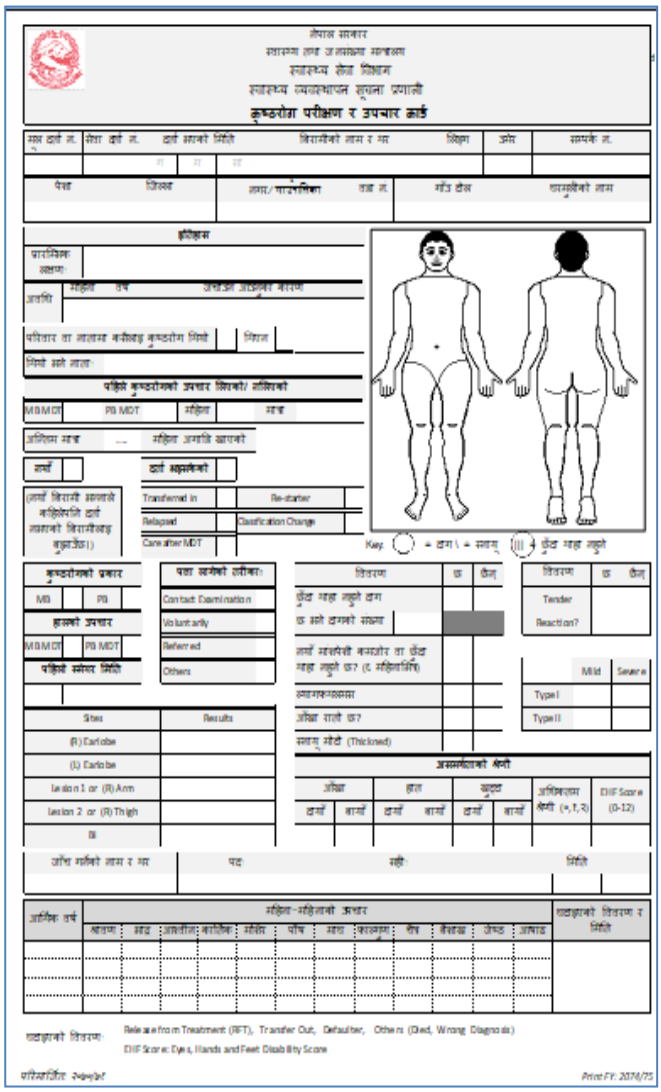
अभ्यास ५.३

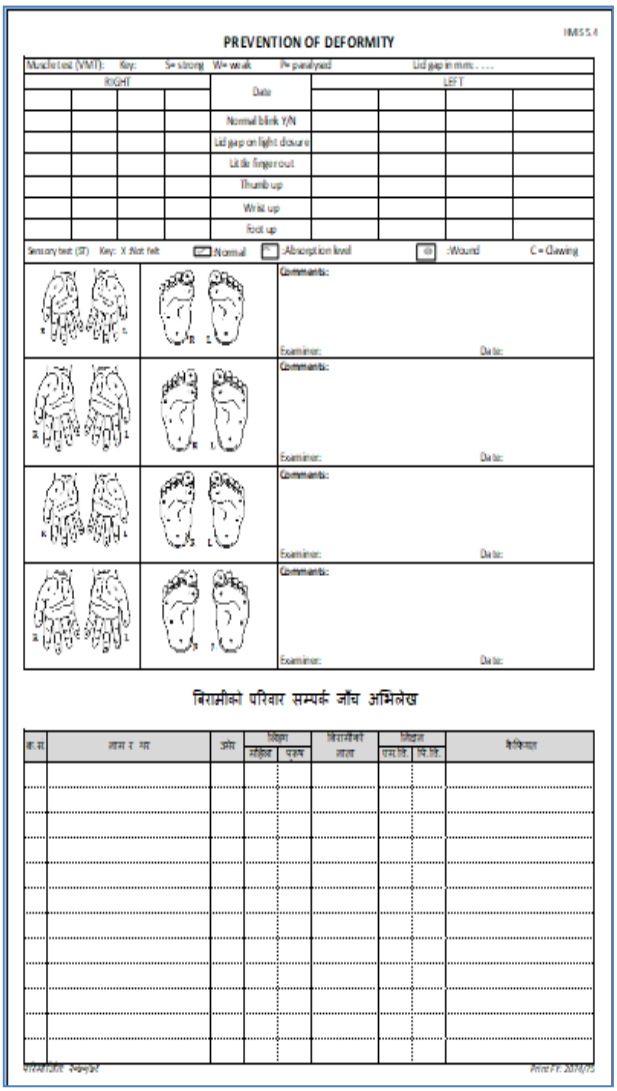
अभ्यास ५.१ की कान्छी माया दनुवारलाई पाँचखाल प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा औलोरोगको पुरा अवधिको औषधि दिई फलो अफको लागि आउन वताएको ब्यहोरा उपचार रजिष्टरमा भर्नुहोस ।

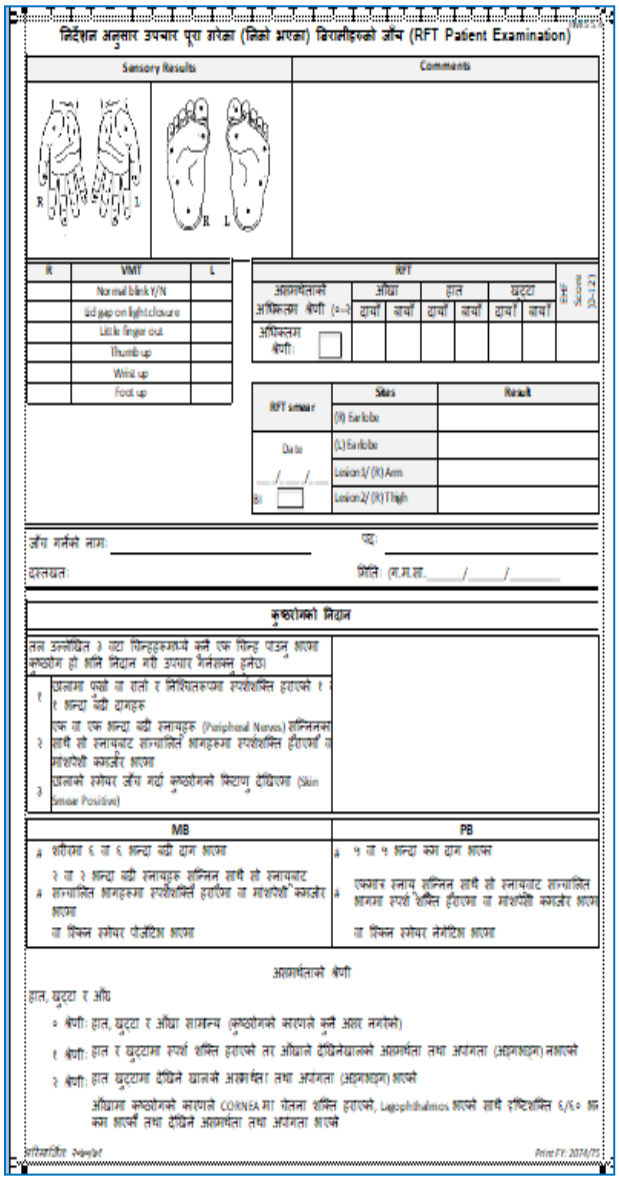
HMIS 5.4: कुष्ठरोग परीक्षण तथा उपचार कार्ड
(Leprosy Examination Treatment Card)

कुष्ठरोगका बिरामीको व्यक्तिगत तथा रोगसँग सम्बन्धित विस्तृत विवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । कुष्ठरोग निदान (Diagnosis), वर्गीकरण (Classification), उपचारको नतिजा र बिरामीको उपचारमा भएको प्रगतिको मापन गर्न यस कार्डको आवश्यकता परेको हो ।

कुष्ठरोग परीक्षण तथा उपचार कार्डको नमुना


नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
कुष्ठरोग परीक्षण र उपचार कार्ड


HMIS 5.4
PREVENTION OF DEFORMITY
Muscle test (VMT): Key: S= strong W= weak P= paralysed
RIGHT LEFT
Date
Normal blink Y/N
Lid gap on light closure
Little finger out
Thumb up
Wrist up
Foot up
Sensory test (ST) Key: X Not felt Normal Absorption level Wound C = Clawing
Comments:
Examiner: Date:
बिरामीको परिवार सम्पर्क जाँच अभिलेख



निर्देशन अनुसार उपचार पूरा गरेका (निको भएका) बिरामीहरुको जाँच (RFT Patient Examination)

Sensory Results	Comments
R L	

R	VMT	L
	Normal blink Y/N	
	Lid gap on light closure	
	Little finger out	
	Thumb up	
	Wrist up	
	Foot up	

RFT							EHF Score (10-12)
असमर्थताको अभिलेख श्रेणी (०-२)	आँखा		हात		खुट्टा		
	दायाँ	बायाँ	दायाँ	बायाँ	दायाँ	बायाँ	
अभिलेख श्रेणी:							

RFT sensor	Sites	Result
Date / /	(R) Earlobe	
	(L) Earlobe	
	Lesion 1/ (R) Arm	
B)	Lesion 2/ (R) Thigh	

जाँच गर्नको नाम: _____ पद: _____

दस्तखत: मिति: (ने.म.सा. ____/____/____)

कुष्ठरोगको निदान

तल उल्लेखित ३ वटा चिन्हहरुमध्ये कुनै एक चिन्ह पाउनु अगाव कुष्ठरोग हो भनि निदान गरी उपचार गर्नसक्नु हुनेछ।	
१ छालामा फुक्की वा राती र निश्चितरुपमा स्पर्शशक्ति हराएको र १ भन्दा बढी दागहरु	
२ एक वा एक भन्दा बढी स्नायुहरु (Peripheral Nerves) सञ्लिनको साथै सो स्नायुबाट सञ्चालित भागहरुमा स्पर्शशक्ति हराएमा वा माशपेशी कमजोर भएमा	
३ छालाको रोगपर जाँच गर्दा कुष्ठरोगको विशेषता देखिएमा (Skin Smear Positive)	

MB	PB
४ शरीरमा ६ वा ६ भन्दा बढी दाग भएमा	४ ५ वा ५ भन्दा कम दाग भएमा
४ २ वा २ भन्दा बढी स्नायुहरु सञ्लिन साथै सो स्नायुबाट सञ्चालित भागहरुमा स्पर्शशक्ति हराएमा वा माशपेशी कमजोर भएमा	४ एकवटा स्नायु सञ्लिन साथै सो स्नायुबाट सञ्चालित भागमा स्पर्श शक्ति हराएमा वा माशपेशी कमजोर भएमा
वा विकल रोगपर पोजिटिभ भएमा	वा विकल रोगपर नेगेटिभ भएमा

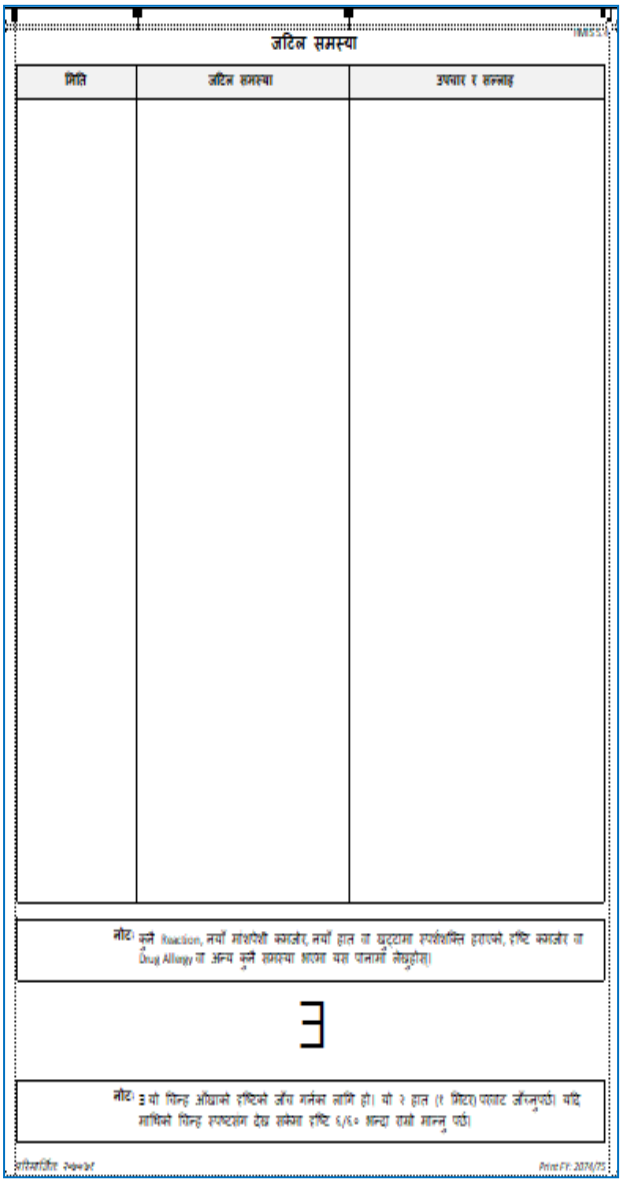
असमर्थताको श्रेणी

हात, खुट्टा र आँख

- 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 अपंगता (अङ्गभङ्ग) नभएको
- २ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने खालको असमर्थता तथा अपंगता (अङ्गभङ्ग) भएको

आँखामा कुष्ठरोगको कारणले CORNEA मा चेतना शक्ति हराएको, Lagophthalmos भएको साथै दृष्टिशक्ति ६/६० भन्दा कम भएको तथा देखिने असमर्थता तथा अपंगता भएको

अभिलेखित नमुना Print FY: 2074/75



जटिल समस्या

मिति	जटिल समस्या	उपचार र सल्लाह

नोट: कुनै Reaction, नयाँ माशपेशी कमजोर, नयाँ हात वा खुट्टामा स्पर्शशक्ति हराएको, दृष्टि कमजोर वा Drug Allergy वा अन्य कुनै समस्या भएमा यस पानामा लेख्नुहोस्।

नोट: ३ वा चिन्ह आँखाको दृष्टिमा जाँच गर्नका लागि हो। यो २ हात (१ मिटर) पराबट जाँच्नुपर्छ। यदि माथिको चिन्ह स्पष्टसग देख सकेमा दृष्टि ६/६० भन्दा राम्रो मान्नु पर्छ।

अभिलेखित नमुना Print FY: 2074/75

३. प्रयोग गरिएका विशेष प्राविधिक शब्दहरू :

(क) MDT = बहु औषधि उपचार विधि (Multi Drug Therapy) कुष्ठरोगको उपचारमा एकभन्दा बढी औषधि प्रयोग गरिने विधि हो ।

(ख) MB = Multibacillary कुष्ठरोगका २ वटा वर्गीकरणहरूमध्ये एक प्रकारको वर्गीकरण हो । यस प्रकारको कुष्ठरोगीले निदान भएको १८ महिनाभित्र १२ महिना MDT उपचार लिइसक्नुपर्छ ।

(ग) PB = Paucibacillary कुष्ठरोगका २ वटा वर्गीकरणहरूमध्ये एक प्रकारको वर्गीकरण हो । यस प्रकारको कुष्ठरोगीले निदान भएको ९ महिनाभित्र ६ महिना MDT उपचार लिइसक्नुपर्छ ।

(घ) New patient: यसभन्दा पहिले कुष्ठरोग उपचारको लागि कुनै पनि स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता नभएको बिरामी भन्ने सम्झनुपर्छ ।

(ङ) Re-registration: कुष्ठरोगको उपचारका लागि पहिले कुनै ठाउँमा दर्ता भइसकेको बिरामी भन्ने सम्झनुपर्छ ।

(च) Disability: भन्नाले कुष्ठरोगीको हात, खुट्टा र आँखामा आउने असमर्थता भन्ने सम्झनुपर्दछ ।

४. भर्ने तरिका :

शीर्षक	निर्देशन
मूल दर्ता नं.	मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
सेवा दर्ता नं.	कुष्ठरोगको बिरामीलाई उपचारको सुरुवातमा कुष्ठरोग सेवा रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर यस कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
दर्ता भएको मिति	बिरामी दर्ता भएको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ ।
नाम, थर	बिरामीको नाम र थर स्पष्ट बुझिने गरी लेख्नुपर्दछ ।
लिङ्ग	बिरामी महिला वा पुरुष के हो, सोही अनुसार "महिला" वा "पुरुष" लेख्नुपर्दछ ।
उमेर	बिरामीले पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं.	बिरामीलाई सजिलैसँग सम्पर्क गर्न सक्ने गरी बिरामी स्वयंको वा अभिभावकको फोन नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
पेशा	बिरामीले हाल गरिरहेको कामको प्रकृतिअनुसार पेसा लेख्नुपर्दछ ।
ठेगाना	बिरामीको ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा-छुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
घरमूलीको नाम	बिरामीको अभिभावक/घरमूलीको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
इतिहास	कुष्ठरोगका प्रारम्भिक लक्षण के-के देखिएका थिए भनी सोधी कति समयअगाडि देखा परेका थिए, सो अवधि वर्ष र महिनामा खुलाउनुपर्दछ भने जँचाउन आउनुको कारणसमेत लेख्नुपर्दछ । बिरामीको परिवारका अन्य सदस्य वा नातामा कसैलाई कुष्ठरोग थियो वा थिएन भन्ने कुरासमेत सोधेर लेख्नुपर्दछ । यदि थियो भने बिरामीसँगको नाता खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ ।
पहिले कुष्ठरोगको उपचार लिएको/नलिएको	बिरामीले यसभन्दा पहिले कुष्ठरोगको उपचार लिएको भए (PB MDT/MB MDT) कुन उपचार लिएका थिए? यो सम्बन्धित स्थानमा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ । पहिले उपचार लिएको भएमा कति महिनामा कति मात्रा खाएको हो र अन्तिम मात्रा कति महिनाअगाडि खाएको हो? सो लेख्नुपर्दछ ।
बिरामीको दर्ता प्रकार :	
नयाँ बिरामी (New Patient)	कुष्ठरोग सम्बन्धी उपचारका लागि कहिले पनि दर्ता नभएको बिरामी भन्ने सम्झनुपर्दछ ।
दर्ता भइसकेको (Re registration)	कुष्ठरोगसम्बन्धी उपचारका लागि पहिले कुनै ठाउँमा दर्ता भएको बिरामी भन्ने सम्झनुपर्छ । स्थानान्तरण भई आएको (Transferred in), फेरि औषधि सुरु गरेको (Re-starter), पुनः रोग बल्झिएको (Relapse), वर्गीकरण परिवर्तन (Classification Change) र Care After MDT जसरी दर्ता भएको हो, सोही महलमा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
कुष्ठरोगको प्रकार	कुष्ठरोगको वर्गीकरण PB वा MB के हो? सो कोठामा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
पत्ता लागेको तरिका	कुष्ठरोग कुन तरिका (Contact Examination, Voluntarily, Referred, Others) बाट पत्ता लागेको हो? सोही महलमा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
हालको उपचार	हाल बिरामीले सेवन गरिरहेको उपचारको महलमा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ । जस्तै : (PB-MDT वा MB-MDT)
पहिलो स्मेयरको मिति	पहिलो स्मेयर लिएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
पहिलो स्मियर नतिजा	Sites: (R)Earlobe, (L)Earlobe, lesion 1 or (R) arm, lesion 2 or (R) thigh or BI को नतिजा नेगेटिभ भए Neg लेख्नु पर्दछ भने पोजेटिभ भए घनत्व (Density) अनुसार "+" चिह्नद्धारा जनाउनुपर्दछ । (जस्तै : 1+, 2+, 3+, 4+……etc.) लेख्नुपर्दछ । । चारवटै साइटको नतिजाको जोडको औसत निकाली औसत यदि ४+ वा ४+ भन्दा माथि भएमा सो बिरामीलाई २४ महिना उपचार गर्नुपर्छ । उदाहरणको लागि कुनै बिरामीको EL1 मा 4+, EL2 मा 6+, Lesion 1 मा 6+, Lesion 2 मा 4+ छ भने ४ वटै साइटको औसत 4+, हुन आउँछ र त्यस्ता बिरामीहरुलाई २४ महिना उपचारमा राख्नुपर्छ ।
छाला वा स्नायुको जाँच	शरीरको छालामा कुनै दाग र स्नायु (नसा) मोटो छ वा छैन? कार्डमा दिइएको सङ्केतअनुसार कार्डमा देखाएको चित्र (शरीर) को सम्बन्धित भागमा भर्नुपर्दछ भने छुँदा थाहा नहुने दाग छ/छैन ? सो कोठामा (√) चिह्न लगाई दाग भएमा दागको सङ्ख्या पनि खुलाउनुपर्दछ । ● *विगत ६ महिनाभित्र नयाँ मांसपेशी कमजोर वा लाटो छ वा छैन ? उल्लेख गर्नुपर्दछ ।* ● आँखा रातो छ वा छैन ? सम्बन्धित कोठामा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।

शीर्षक	निर्देशन
	• स्नायु मोटो (Thickned) वा स्नायु छुँदा दुख्ने (Tender) छ वा छैन ? सम्बन्धित कोठामा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ । • यदि औषधि सेवनबाट कुनै Reaction भएमा कुन प्रकारको Reaction हो ? सम्बन्धित कोठामा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
असमर्थताको श्रेणी	बिरामी उपचारमा आउँदा असमर्थताको श्रेणी (Disability Grade) दायाँ, बायाँ (आँखा, हात, खुट्टा) मा श्रेणी ०, १ वा २ के हो ? सो छुट्याउनुपर्दछ र अधिकतम असमर्थताको श्रेणी लेख्नुपर्दछ ।
EHF Score:	बिरामी रोग निदानको समयमा र RFT को समयमा Eyes, Hands and Feet (EHF) को disability Score (EHF Score- total) कति हो ? सो उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
जाँच गर्नेको नाम, थर र सही	बिरामीलाई जाँच गर्ने व्यक्तिले आफ्नो नाम, थर, पद र जाँच गरेको मिति लेखी सही गर्नुपर्दछ ।

महिना-महिनाको उपचार तालिका विवरण :

आर्थिक वर्षको महलमा बिरामी उपचार गर्न आएको आ .व. लेख्नुपर्दछ । महिना-महिनाको उपचार महलमा बिरामी कुन महिनाबाट (श्रावणदेखि आषाढसम्ममा) उपचार सुरु गरिएको हो ? सोही महिनादेखि क्रमशः बिरामी आएको महिनामा औषधि खाएको मात्राअनुसार (१, २ ३ ...) लेख्नुपर्दछ । नखाएको महिनाको कोठामा खाली छाड्नुपर्दछ । बिरामी तोकिएको समयमा नआई अनुगमन गर्नुपर्दा यदि स्वास्थ्य संस्थाबाट घरमा गई भेटेमा Home Visit गरेर अनुगमन गरेपछि (HV) लेख्नुपर्दछ । घटाइएको विवरण र मितिको महलमा उपचारमा रहेको बिरामीले उपचार पूरा गरेकमा (Realese From Treatment- RFT), स्थानान्तरण भएमा (Transfer Out-TO), डिफल्टर भएमा (Defaulter- DF) वा अन्य (Other Deduction-OD, मरेको वा गलत निदान) के कारणले घटेको हो ? सो लेखी घटाइएको मिति गते, महिना र सालमा समेत लेख्नुपर्दछ ।

अङ्गभङ्ग हुनबाट बचावट (PREVENTION OF DEFORMITY):

मांसपेशी जाँच VMT (Muscle Test) :

कुष्ठरोगीको परीक्षण तथा उपचार कार्डको दोस्रो पृष्ठमा "अङ्गभङ्ग हुनबाट बचावट" शीर्षक भएको मांसपेशी जाँच र त्यसपछि स्पर्श जाँच प्रतिफल रहेको छ । स्वयं मांसपेशीको जाँच Voluntary Muscle Test (VMT) प्रत्येक लहर (column) ले एउटा जाँचको मिति जनाउँछ । बिरामीको जाँच गर्दा शरीरको दायाँ र बायाँ आँखा, हात र खुट्टाको जाँच गरी जाँचको नतिजा बायाँ कोठा र दायाँ कोठामा भर्नुपर्दछ । प्रत्येक लहर (column) को शिरमा मिति लेख्नुपर्दछ । कार्डमा दिइएको सङ्केतअनुसार नतिजा भर्नुपर्दछ । **S - Strong, W - Weak, P - Paralysed;** र आँखाको **Lid gap** कति छ ? सो नापेर mm मा लेख्नुपर्दछ ।

स्पर्श जाँच ST (Sensitivity Test): कार्डमा दिइएको सङ्केत (Key) अनुसार बिरामीका दायाँ तथा बायाँ हात र खुट्टाको स्पर्श जाँच (Sensitivity Test) गरी चार्टमा भर्नुपर्दछ । प्रत्येक हात र खुट्टामा स्पर्श जाँच गर्न ५ वटा बिन्दु हुन्छन् । दायाँपट्टिको कोठामा जाँच गर्दा भेटिएका कुराहरू (Comment) जस्तै : लाटो भए कहिलेदेखि भएको हो? सो अवधि उल्लेख गर्नुपर्दछ भने कुनै घाउ भएको वा अङ्ग पतन भएको छ भने जनाउनुपर्दछ । यसका साथै जाँच गरेको मिति र जाँच गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नुपर्दछ ।

बिरामीको परिवार सम्पर्क जाँच अभिलेख (Patient's Family Examination Record) : समय-समयमा बिरामीको परिवारको सम्पर्क जाँच गरी जाँच गरेको व्यक्तिको नाम, थर, उमेर, लिङ्ग, निज व्यक्तिसँग बिरामीको नाता-सम्बन्ध सबै लेख्नुपर्दछ । यदि परिवारका सदस्यमा कुष्ठरोग निदान भएमा कुन प्रकारको कुष्ठरोग (MB/PB) के हो? सो स्पष्ट खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ । यसका अतिरिक्त अन्य केही कुरा खुलाउनुपर्ने भएमा कैफियत महलमा लेख्नुपर्दछ ।

निर्देशनअनुसार उपचार पूरा गरेका (निको भएका) बिरामीहरूको जाँच (Release from Treatment - RFT) बिरामीहरूको स्पर्श जाँच (ST), स्वेच्छिक मांसपेशीको जाँच (Muscle test- VMT):

निर्देशनअनुसार कुष्ठरोगको उपचार पूरा गरेका बिरामीहरूको स्पर्श जाँच (ST), स्वेच्छिक मांसपेशीको जाँच (Muscle test- VMT) गरी Comment लेखिएको कोठामा विस्तृत विवरण लेख्नुपर्दछ भने आँखा, हात र खुट्टा (दायाँ, बायाँ) को असमर्थताको अधिकतम श्रेणी र EHF Score स्पष्टसँग खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ । बिरामी उपचारबाट मुक्त हुने समयमा पनि Smear जाँच गरी अभिलेख राख्नुपर्दछ । यदि RFT बिरामीहरूको अङ्गभङ्ग हुने सम्भावना बढी छ भने उसलाई आवश्यक स्वास्थ्य शिक्षा दिनुपर्दछ । यदि बिरामीलाई जुत्ता तथा कालो चस्माको आवश्यकता छ भने कसरी प्राप्त गर्न सकिन्छ ? सो बताइदिनुपर्दछ ।

जाँच गर्नेको विवरण : निर्देशनअनुसार उपचार पूरा गरेका बिरामीहरूको Sensory Test-ST / Voluntary Muscle Test-VMT र असमर्थताको परीक्षण/जाँच गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, थर, पद, मिति लेखी सही गर्नुपर्दछ ।

कुष्ठरोगको निदान, कुष्ठरोगको प्रकार र असमर्थताको श्रेणी : यस भागमा कुष्ठरोग निदान गर्ने कुष्ठरोगको प्रकारको वर्गीकरणको आधार र असमर्थताको श्रेणी छुट्याउने आधारहरू दिइएका छन् । सो हेरी वर्गीकरण गर्नुपर्दछ ।

जटिल समस्या : यस कार्डको अन्तिम पृष्ठमा कुष्ठरोगको उपचारको अवधिमा औषधीको कुनै समस्या, मांसपेशी कमजोर, हात वा खुट्टामा स्पर्शशक्ति हराएको, आँखाको दृष्टि कमजोर वा औषधीको Reaction वा Allergy भएमा वा अन्य कुनै समस्या देखी उपचार वा सल्लाह दिएमा यस पानामा लेख्नुपर्दछ ।

अभ्यास ५.४

लमजुङ जिल्ला वाहुनडाडा गाउँपालिका वार्ड नं ६ वस्ने वर्ष ४५ को रमेश थापा विगत १ महिना देखि शरिरको पेट, ढाड, हात र खुट्टामा नचिलाउने लाटो फुस्रो दाग देखा परि वाहुनडाडा उप स्वास्थ्य चौकीमा जचाउनको लागि २०७० कार्तिक ६ गते आए । स्वास्थ्य कार्यकर्ताले उनलाई जाच गर्दा कुष्ठरोग शंका गरे । ततपश्चात उनलाई लमजुङ जिल्ला सामुदायिक अस्पतालमा थप परिक्षणको लागि रेफर गरे । जिल्ला अस्पतालले निज विरामीको स्मेयर परिक्षण गर्दा कुष्ठरोगको MB किटाणू ३+ भएको असमर्थताको श्रेणी ० भएको फेला पारे । उनलाई औषधि नियमित गर्नको लागि जिल्ला कुष्ठरोग सेवा केन्द्रमा पठाए । जिल्ला कुष्ठरोग सेवा केन्द्रवाट निज विरामीले १ महिनाको औषधी दिई वाकी औषधि सम्वन्धि स्वास्थ्य संस्थावाट नियमित गर्ने गरि रेफर गरे । माथिका बिबरण अनुसार कूष्ठरोग उपचार कार्ड भर्नुहोस् ।

HMIS 5.5: कुष्ठरोग उपचार रजिस्टर (Leprosy Treatment Register)

कुष्ठरोगबाट बिरामीको उपचारसम्बन्धी विवरण यस रजिस्टरमा राखिन्छ । कुष्ठरोगको प्रकार (एम्. बी. र पी. बी.) अनुसारका बिरामीको अभिलेख गर्न यस रजिस्टरमा छुट्टाछुट्टै २ भागको व्यवस्था गरिएको छ । कुष्ठरोगको उपचारका लागि आएका बिरामीको दर्ता प्रक्रिया, नियमितता, उपचारको परिणाम तथा असमर्थता आदिको विवरण यस रजिस्टरमा राखिन्छ ।

यही रजिस्टरअनुसार तराईका जिल्लाहरूमा स्वास्थ्य चौकी र प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रले आफूअन्तर्गतका उपस्वास्थ्य चौकीमा उपचारमा रहेका बिरामीहरूको माष्टर रजिस्टर खडा गरी बिरामी अभिलेख दुरुस्त राख्नुपर्दछ । यसै गरी जिल्ला स्तरमा तराई, पहाड, हिमाली – सबै जिल्लाका क्षय/कुष्ठ सहायक/अधिकृतहरूले जिल्लाभरका स्वास्थ्य संस्थाहरूको बिरामीहरूको Analysis गर्न माष्टर रजिस्टर तयार गर्नुपर्दछ । मास्टर रजिस्टरका आधारमा बिरामी उपचारको अनुगमन तथा स्थानीय स्वास्थ्य संस्थाबाट आएका प्रतिवेदनको अनुगमन गर्नुपर्दछ ।

*(**नोट :** एम.बी. बिरामीलाई रजिस्टरको सुरुको भाग एम.बी. लेखिएका पानाहरू र पी.बी. बिरामीहरूका लागि अन्तिम भाग पी.बी. बिरामी लेखिएका पानाहरूको प्रयोग गर्नुपर्दछ ।)*

रजिस्टरको नमुना

HMIS 5.51

कुष्ठरोग उपचार

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं. / सेवा दर्ता नं.	दर्ता मिति: गते	महिना	साल	बिरामीको नाम र थर / अभिभावकको नाम र थर / जाति कोड*	बिरामीको उमेर: म	पु	ठेगाना: नगर/गाउँपालिका, वडा नं. / गाँउ/ टोल / सम्पर्क नं.	रोग पत्ता लागेको तरिका*
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०
					बिरामीको नाम र थर			नगर/गाउँपालिका, वडा नं.	
					अभिभावकको नाम र थर			गाँउ/ टोल	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.	

*जाती कोडः १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राहमण/क्षेत्री, ६ अन्य * Column 10: Voluntarily = 1, Refer = 2, Contact Examination = 3, Oth

HMIS 5.51

रजिष्टर स्वास्थ्य संस्थाको नामः एम.वि. विरामीहरू

यस रजिष्टरमा थप भएको तरिका*	आर्थिक वर्ष	महिना/महिनाको उपचार नियमितता: श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.	आ.	स्मेयर नतिजा	असमर्थताको अधिकतम श्रेणी	EHF Score	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/DF/OD): गते	महिना	साल	कैफियत
११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८			२९
	२०७ ...																			
	२०७ ...																			
	२०७ ...																			

ers = 4 *Column 11: New Patient = 1, Transfer in = 2, Re-starter = 3, Relapsed = 4, Classification Change = 5

कुष्ठरोग उपचार

क्रम संख्या	मूल दर्ता नं. / सेवा दर्ता नं.	दर्ता मिति: गते	महिना	साल	बिरामीको नाम र थर / अभिभावकको नाम र थर / जाति कोड*	बिरामीको उमेर: म	पु	ठेगाना: नगर/गाउँपालिका, वडा नं. / गाँउ/ टोल / सम्पर्क नं.	रोग पत्ता लागेको तरिका*
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०
					बिरामीको नाम र थर			नगर/गाउँपालिका, वडा नं.	
					अभिभावकको नाम र थर			गाँउ/ टोल	
					जाति कोड			सम्पर्क नं.	

*जाती कोडः १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राहमण/क्षेत्री, ६ अन्य * Column 10: Voluntarily = 1, Refer = 2, Contact Examination =

रजिष्टर	स्वास्थ्य संस्थाको नामः	पि.वि. विरामीहरू

यस रजिष्टरमा थप भएको तरिका*	आर्थिक वर्ष	महिना/महिनाको उपचार नियमितता												स्मेयर नतिजा	असमर्थता को अधिकतम श्रेणी	EHF Score	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/DF/OD)			कैफियत
		श्रा.	भा.	आ.	का.	मं.	पू.	मा.	फा.	चै.	बै.	जे.	आ.							
११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८			२९
	२०७ ...																			
	२०७ ...																गते	महिना	साल	
3, Others = 4		* Column no 11: New Patient = 1, Transfer in = 2, Re-starter = 3, Relapsed = 4, Classification change = 5																		

३. रजिस्टर भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्रम संख्या	प्रत्येक महिनामा क्रमसंख्या १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
२	मूलदर्ता नं./ सेवा दर्ता नं.	महल २ को पहिलो कोठामा बिरामीको दर्ता भएको मूल दर्ता नम्बर र दोस्रो कोठामा सेवा दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ। सेवा दर्ता नम्बर क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ, आ.ब. फेरिए पनि दर्ता नं. क्रमश लेख्दै जानुपर्दछ।
३ -५	दर्ता मिति	स्वास्थ्य संस्थामा बिरामी दर्ता भएको मिति लेख्नुपर्दछ। महल ३ मा गते, महल ४ मा महिना र महल ५ मा साल लेख्नुहोस्।
६	बिरामीको नाम, थर, अभिभावकको नाम र थर, जाति कोड	महल ६ मा ३ वटा कोठा रहेका छन्। पहिलो कोठामा बिरामीको नाम र थर, दोस्रो कोठामा बिरामीको अभिभावकको नाम र थर तथा तेस्रो कोठामा बिरामी जुन जाति समूहमा पर्दछन्, सोअनुसारको जाति कोड लेख्नुपर्दछ। जाति कोड निर्देशिकाको पछाडिपट्टि लेखिएको छ।
७-८	बिरामीको उमेर	यस महलमा बिरामीको पूरा उमेर लेख्नुपर्दछ। बिरामी महिला भए महल ७ मा र पुरुष भए महल ८ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ।
९	ठेगाना	सेवा लिने व्यक्तिको पूरा ठेगाना लेख्नुपर्दछ। यस महलमा ३ वटा कोठा छुट्याइएका छन्। पहिलो कोठामा बिरामी बसोबास गर्ने नगर/गाउँपालिका र वडा नं, दोस्रोमा गाउँ/टोल र तेस्रो कोठामा बिरामीको तथा नजिकको अभिभावकको सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ।
१०	रोग पत्ता लागेको तरिका	यस महलमा रोग पत्ता लागेको तरिका कोडमा खुलाउनुपर्दछ। जस्तै : Voluntarily = 1; Referred = 2, Contact Examination =3 and Other (Specify) = 4 यो कोड नम्बर रजिस्टरको प्रत्येक पानाको तल उल्लेख गरिएको छ।
११	यस रजिस्टरमा थप भएको तरिका	बिरामी कुन तरिकाले यस रजिस्टरमा दर्ता हुन आएको हो ? सोहीअनुसार कोड नम्बर यस महलमा खुलाउनुपर्दछ। *कोड:* नयाँ दर्ता भएका वा कहिले पनि कुष्ठरोगको उपचार नलिएका बिरामी (New Patient) = 1; एक पटक औषधी खाई उपचारबाट मुक्त भई पुनः रोग बल्झिएको (Relapse) = 2; एक पटक औषधी खान सुरु गरी बीचैमा छोडी फेरि औषधि सुरु गरेको (Re-starter) = 3; एक ठाउँमा दर्ता भई अर्को स्थानमा स्थानान्तरण भई आएको (Transfer in) = 4 र कुष्ठरोगको शङ्का गरी औषधी सुरु गरेको बिरामीलाई विशेषज्ञको रायअनुसार कुष्ठरोग होइन भनी प्रमाणित भएको वा PB case बाट MB case मा सारिएको बिरामी Classification change = 5 लेख्नुपर्दछ। यो कोड नम्बर रजिस्टरको पानाको तल पनि लेखिएको छ।
१२	आर्थिक वर्ष	बिरामी दर्ता भएको आर्थिक वर्ष लेख्नुपर्दछ र आउने वर्षहरू क्रमशः त्यसमुनि लेख्नुपर्दछ।
१३ - २४	महिना/महिना को उपचार नियमितता (श्रावणदेखि आषाढ)	सम्बन्धित आर्थिक वर्षको श्रावणदेखि आषाढसम्मका महिनामा बिरामी उपचारको लागि आएको महिनामा औषधि खाएको मात्राअनुसार (१, २, ३,...) लेख्नुपर्दछ। विरामीले औषधी लिन नआएको/नखाएको महिनामा खाली

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		छोड्नुहोस् । यदि स्वास्थ्यकर्मी घरमा गई अनुगमन गरेको भए (Home Visit - HV) लेख्नुपर्दछ ।
२५	स्मेयर नतिजा	बिरामीको स्किन स्मेयरको नतिजा नेगेटिभ भए (Neg) र पोजेटिभ भए घनत्व अनुसार '+Ve ' चिह्नद्वारा (जस्तै 1+, 2+, 3+, 4+……etc.) जनाउनुपर्दछ । हरेक वर्षको अधिकतम स्मेयर नतिजा लेख्नुपर्दछ । चारवटै साइटको नतिजाको जोडको औसत निकाली औसत यदि ४+ वा ४+ भन्दा माथि भएमा सो बिरामीलाई २४ महिना उपचार गर्नुपर्छ । उदाहरणको लागि कुनै बिरामीको EL1 मा 4+, EL2 मा 6+, Lesion 1 मा 6+, Lesion 2 मा 4+ छ भने ४ वटै साइटको औसत 4+, हुन आउछ र त्यस्ता बिरामीहरुलाइ २४ महिना उपचारमा राख्नुपर्छ ।
२६	असमर्थताको अधिकतम श्रेणी	सबै नयाँ बिरामी दर्ता हुँदा र उपचार पूरा गरिसकेपछि (RFT) असमर्थताको श्रेणी पहिचान गरी ०, १ वा २ कुन रहेको छ, सो लेख्नुपर्दछ । हरेक वर्षको अधिकतम असमर्थताको श्रेणी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२७	EHF Score	बिरामीको Eyes, Hands and Feet disability को total score (EHF Score) कति हो? सो यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२८	रोगी घटाइएको विवरण र मिति (RFT/TO/DF/OD)	यस महलको माथिल्लो लहरमा उपचारमा रहेको बिरामीले उपचार पूरा गरेमा (Release From Treatment-RFT), अन्यत्र स्वास्थ्य संस्थामा स्थानान्तरण भएमा (Transfer Out-TO), उपचार गर्दा-गर्दै बीचैमा उपचार छाडेमा वा डिफल्टर भएमा (Defaulter- DF) वा एक वर्गीकरणबाट अर्को वर्गीकरणमा परेको वा मृत्यु भएको वा अन्य (Other Deduction-OD) के कारणले घटेको हो? सो लेखी त्यसको मुख्य कारण कैफियतमा खुलाउनुपर्दछ भने दोस्रो लहरको कोठामा बिरामी घटाइएको मिति (गते, महिना र साल) क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।
२९	कैफियत	बिरामीको विषयमा उल्लेख गर्नुपर्ने कुनै उपचार आवश्यक भए सो लेख्नुपर्दछ । बिरामी स्थानान्तरण भई आएको भए आएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भए कुन संस्थामा पठाएको हो? सो कुरा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ ।

अभ्यास ५.५

अभ्यास ५.४ का रमेश थापाको बिवरण कूष्ठरोग उपचार रजिष्टरमा भर्नुहोस् ।

♦♦♦

६. क्षयरोग

6. Tuberculosis

HIMS 6.1:	क्षयरोग खकार परीक्षण अनुरोध फाराम
HIMS 6.2:	क्षयरोगको प्रयोगशाला परीक्षण रजिस्टर
HIMS 6.3 and 6.4:	क्षयरोग उपचार कार्ड : संस्था र बिरामीका लागि
HIMS 6.5:	क्षयरोग उपचार रजिस्टर
HIMS 6.6:	पाल : धूमपान परित्याग रजिस्टर
HIMS 6.7:	डी. आर. क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर
HIMS 6.8:	डी. आर. क्षयरोग उपचार रजिस्टर

HMIS 6.1: क्षयरोग खकार परीक्षण अनुरोध फाराम (Tuberculosis Specimen Collection Form)

क्षयरोगको सम्भावित बिरामीको निदान तथा उपचारमा रहेका क्षयरोगका बिरामीको अनुगमन खकार परीक्षण गर्नुपर्ने हुँदा खकार परीक्षणका लागि बिरामीलाई अनुरोध गरी प्रयोगशालामा परीक्षणका लागि पठाउन यस फारामको प्रयोग गरिन्छ ।

यस फाराममा दुई भागहरू छन् । पहिलो भागमा, खकार परीक्षणका निमित्त अनुरोध गर्नका लागि आवश्यक विवरण स्वास्थ्यकर्मीले भरी सो सेवा उपलब्ध हुने प्रयोगशालामा पठाइन्छ । दोस्रो भागमा बिरामीको खकार परीक्षण (स्पुटम माइक्रोस्कोपी वा जिनेएक्सपर्ट) गरी सोको नतिजा फाराममा उल्लेख गरी अनुरोध गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा पठाउनुपर्दछ ।

फारामको नमुना :

HMIS 6.1: Specimen Collection Form

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

खकार परिक्षण अनुरोध फाराम

१. क्षयरोग उपचार केन्द्रः ... ... २. ओपिडि नं. ... ... ३. क्षयरोगी दर्ता नं. ... ... ४. मितिः ... .../ ... ... /... ...

५. बिरामीको नाम र थरः ... ... ६. उमेरः ... ... ७. लिङ्गः ... ...

८. ठेगानाः जिल्लाः ... ... गा.वि.स./न.पाः ... ... वार्ड नं. ... ... टोलः ... ...

९. अभिभावकको नामः ... ... १०. सम्पर्क नं.: ... ...

११. परिक्षण गराउनुको कारणः रोग निदान ☐ RR TB/MDR हो ☐ होइन ☐
अनुगमन ☐ महिनाः ... ...

१२. एचआइभि संक्रमणः ☐

१३. क्षयरोगको उपचारः पहिले लिएको ☐ नलिएको ☐ थाहा नभएको ☐

१४. अनुरोध गरिएको परिक्षणः माइक्रोस्कोपी ☐ जिनएक्सपर्ट ☐ अन्य ☐ (उल्लेख गर्ने) ... ...

१५. अनुरोध गर्ने व्यक्तिको नाम, थर तथा हस्ताक्षरः .....

नतिजा फाराम

स्मेयर माइक्रोस्कोपिक परीक्षण **स्लाव लि.नं.** ... ...

नमुना संकलन मिति (ग.म.सा.)	नमुना	किसिम	नतिजा (कुनै एकमा √ चिन्ह लगाउनुहोस)					प्रमाणित गर्ने व्यक्तिको दस्तखत	नतिजा आएको मिति (ग.म.सा.)
			नेगेटिभ	१-९/१०० चिन्ह	१ +	२ +	३ +		
	A	B/M/S*							
	B	B/M/S*							

* इच्छिएत खकारको किसिमः रगत मिसिएको (B), पहेलो र ठिक्का (M), रयाल मात्र (S)

जिनएक्सपर्ट परीक्षण नतिजा **स्लाव लि.नं.** ... ...

नमुना संकलन मिति (ग.म.सा.)	खकारमा क्षयरोग ब्याक्टेरिया		अन्य (Invalid/ No result/ Error) (I)	खकारमा ब्याक्टेरिया भएको भए यसको प्रकार (कुनै एक महलमा गोलो लगाउनुहोस)			नतिजा आएको मिति (ग.म.सा.)
	Yes	No		रिफामम्पिसिन सेन्सिटिभ (T)	रिफामम्पिसिन रेसिस्टान्स (R)	Indeterminate (I)	
	1	2		1	2	3	

परिक्षण गर्नेको नाम र थरः ... ...
हस्ताक्षरः ... ...
पदः ... ...

प्रमाणित गर्नेको नाम र थरः ... ...
हस्ताक्षरः ... ...
पदः ... ...

Revised: 2070/71 Print FY: 2070/71

खकार परीक्षण गर्ने स्वास्थ्य संस्था/प्रयोगशालाको नाम :

फाराम भर्ने तरिका:

क्र. सं.	शीर्षक		निर्देशन
१	क्षयरोग उपचार केन्द्र। स्वास्थ्य संस्थाको नाम		खकार परीक्षण गर्न पठाउने/उपचार गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
२	ओ.पी.डी. नं.		क्षयरोगका सम्भावित बिरामीलाई खकार परीक्षणका लागि पठाउँदा स्वास्थ्य संस्थामा बहिरंग सेवा प्रदान गर्ने क्रममा दर्ता गर्दाका दर्ता नम्बर बहिरंग सेवा रजिस्टर (HMIS 1.3) बाट लेख्नुपर्दछ।
३	क्षयरोग दर्ता नं.		उपचारमा रहेका क्षयरोगका बिरामीलाई अनुगमन (Follow-up) खकार परीक्षणका लागि पठाउँदा क्षयरोग उपचार रजिस्टरबाट क्षयरोग दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ।
४	मिति		खकार परीक्षणका लागि पठाइएको मिति (गते, महिना र सालमा) लेख्नुपर्दछ।
५	बिरामीको नाम थर		सेवा लिन आएको व्यक्तिको नाम र थर लेख्नुपर्दछ।
६	उमेर		सेवा लिने आउने व्यक्तिको पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ।
७	लिङ्ग		सेवा लिने व्यक्ति महिला भए महिला र पुरुष भए पुरुष लेख्नुपर्दछ।
८	ठेगाना: जिल्ला, नगर/गाउँ पालिका, वडा नं., टोल		बिरामी बसोबास गर्ने ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. र टोलसमेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ।
९	अभिभावकको नाम		बिरामीको अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ।
१०	सम्पर्क नं:		बिरामीको वा बिरामीको परिवारको घरको सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ।
११	परीक्षण गराउनुको कारण	रोग निदान	बिरामीको रोग निदानका लागि खकार परीक्षण गरेको भए रोग निदानमा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ र RR TB/ MDR TB निदानको लागि परीक्षण गरिने हो भने सोसमेत उल्लेख गर्नुपर्छ।
		अनुगमन	उपचारमा रहेका क्षयरोगको बिरामीको अनुगमन खकार परीक्षण गरिने भए अनुगमनमा (√) चिह्न लगाई उपचारको कुन महिना (२/३, ५ र उपचारको अन्तमा) के हो, सो महिना लेख्नुपर्दछ।
१२	एच.आई.भी. सङ्क्रमण		बिरामीसँग भएको प्रमाणका आधारमा एच.आई.भी. सङ्क्रमण भएको वा नभएको यकिन गरी एच.आई.भी. सङ्क्रमणसम्बन्धी छ, छैन वा थाहा छैन मध्ये सङ्क्रमण भएको भए कोड १, नभए कोड २ र थाहा नभए कोड ३ लेख्नुपर्दछ। *(एच.आई.भी. सङ्क्रमण अवस्थासम्बन्धी सोधखोज वा अन्य कुनै पनि क्रियाकलाप गर्दा सेवाग्राहीको गोपनीयतालाई ध्यानमा राख्दै राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रले जारी गरेका नीति, नियम तथा निर्देशिकाको पालना अनिवार्य रूपमा गर्नुपर्छ।)*
१३	क्षयरोगको उपचार (पहिले लिएको, नलिएको, थाहा नभएको)		बिरामीसँग यकिन गरेर क्षयरोग उपचार यसभन्दा पहिले लिएको वा नलिएको यकिन गरी उपयुक्त एक कोठामा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ।
१४	अनुरोध गरिएको परीक्षण: (माइक्रोस्कोपी, जिनएक्सपर्ट,अन्य)		परीक्षणका लागि अनुरोध गरिएको माइक्रोस्कोपी वा जिन-एक्सपर्ट जुन हो, सोको कोठामा (√) चिह्न लगाउनुपर्छ। अन्य परीक्षण (कल्चर, डी.एस्.टी वा एल्.पी.ए.) भए अन्यमा (√) चिह्न लगाइए विवरण विवरण खुलाउनुपर्दछ।
१५	अनुरोध गर्ने व्यक्तिको नाम, थर तथा हस्ताक्षर		खकार परीक्षणका लागि अनुरोध गरी पठाउने स्वास्थ्यकर्मीको नाम र थर स्पष्ट खुलाई हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ।

नतिजा फाराम:

माइक्रोस्कोपी परीक्षण नतिजा (ल्याबोरेटरीमा भर्नुपर्ने)

स्वास्थ्य संस्थाबाट प्राप्त अनुरोध फारामअनुसार खकार परीक्षण गरी सोको नतिजा यस फाराममा भरी जुन स्वास्थ्य संस्थाबाट अनुरोध फाराम भरिएको हो, सोही संस्थामा माइक्रोस्कोपिक नतिजा पठाउनुपर्दछ।

ल्याव सि.नं.: त्यस संस्थाको ल्याव रजिस्टरमा उल्लेखित क्रम संख्या अनुसार लेख्नु वर्दछ । हरेक आ.व.मा १ देखि नयाँ क्रमसंख्या लेख्नुपर्दछ ।

नमुना संकलन मितिः यस महलमा प्रयोगशालामा खकार नमुना संकलन गरिएको मिति (गते, महिना र सालमा) उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

नमुनाः ल्याब परीक्षणको लागि दिएको नमुना पहिलो भए A दोस्रो भए B मा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।

किसिमः कस्तो प्रकारको खकार नमुना संकलन भएको हो सो निर्धारण गरी रगत मिसिएको भए B, पहेलो र ढिक्का परेको भए M र र्‍याल मात्रै भए S मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

स्मेयर माईक्रोस्कोपिक नतिजा

माइक्रोस्कोपी परीक्षण पछि प्राप्त नतिजा अनुसार ५ वटा नतिजा महल मध्ये कुनै एउटा महलमा मात्र (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।

Scale	Bright Field Ziehl Neelseen stain 1000 × magnification	Flurescence (Auramine Stain) 200 × magnification	Flurescence (Auramine Stain) 400 × magnification
Negative	No AFB	No AFB	No AFB
Scanty (actual number)	1-9 AFB/line	1-29/ 100 Field	1-19 / 100 Field
1+	10-99/Field	30-299/ 100 Field	20-199 / 100 Field
2+	1-10 AFB/Field	10-100/ Field	5-50 / Field
3+	>10 AFB/Field	>100 /Field	>50 AFB/Field

Bright Field Ziehl Neelseen stain को लागि तल दिईएको अनुसार गर्नुपर्दछ ।

- AFB नदेखिएमा (Neg) को कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
- 1-9 AFB/100 HPF (Scanty) देखिएमा Exact Number लेख्नुपर्दछ ।
- 10-99 AFB/100 HPF देखिएमा १+ को कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
- 1-10 AFB/HPF देखिएमा २+ को कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
- >10 AFB/HPF देखिएमा ३+ को कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।

यसैगरी Flurescence Auramine Stain को पनि सम्बन्धितcolumn को नतिजा अनुसार (Neg) मा (√) लगाउने, Exact Number लेख्ने, १+, २+ वा ३+ को महल मध्ये कुनै एकमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।

परीक्षण गर्ने व्यक्तिको दस्तखतः यस कोठामा खकार परीक्षण गर्ने व्यक्तिले दस्तखत गर्नुपर्दछ ।

नतिजा आएको मितिः माइक्रोस्कोपी नतिजा निस्केको दिनको मिति (गते, महिना र सालमा) यस कोठामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

जिनएक्सपर्ट (Gene xpert) **नतिजाः**

नमुना संकलन गरिएको मितिः यस महलमा खकार नमुना संकलन गरिएको मिति (गते, महिना र सालमा) उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

खकारमा क्षयरोगको व्याक्टेरिया भए/नभएको (M. Tuberculosis detected/not detected- Y/N): खकारमा परीक्षणमा ट्युवरकुलोसिस ब्याक्टेरिया देखिएमा कोड नं. १ मा र व्याक्टेरिया नदेखिएमा कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

अन्य (Invalid/No result/Error-I) : खकार नमुनाको गुणस्तरजन्य नभएको कारणले परीक्षणको नतिजा एकिन गर्न नसकेको अवस्थामा अन्य (Invalid/No result/Error-I) मा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।

खकारमा क्षयरोगको ब्याक्टेरिया पत्ता लागेमा (M.Tuberculosis Detected): खकारमा क्षयरोगको ब्याक्टेरिया भएमा तीन किसिमको नतिजा मध्ये कुन नतिजा आएको छ सो नतिजाको कोड नं.मा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ । जस्तै रिफाम्पिसिन सेन्सिटिभ (Rifampicin Sensitive-T) भएमा कोड नं. १ मा, रिफाम्पिसिन रेसिस्टेन्स (Rifampicin Resistnace- RR) भएमा कोड नं. २ मा र इनडिटरमिनेट (Indeterminate-TI) भएमा कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

नतिजा आएको मितिः जिनएक्सपर्ट परीक्षण पश्चात नतिजा प्राप्त भएको मिति (गते, महिना र सालमा) खकार परीक्षण गर्ने ल्यावका कर्मचारीले भर्नुपर्दछ ।

परीक्षण गर्ने प्रयोगशालाको नामः स्मेयर माईक्रोस्कोपिक परीक्षण तथा जिनएक्सपर्ट (Gene xpert) परीक्षण गर्ने प्रयोगशालाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

परीक्षण गर्नेको नाम तथा हस्ताक्षरः जिनएक्सपर्ट परीक्षण गर्ने ल्याव कर्मचारीको नाम र थर स्पष्ट खुलाई हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ ।

प्रमाणित गर्नेको नाम तथा हस्ताक्षरः जिनएक्सपर्ट परीक्षण गर्ने ल्याव कर्मचारीको सुपरभाइजर वा ल्याव प्रमुखको नाम तथा थर स्पष्ट खुलाई हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ ।

अभ्यास ६.१

१. मिति २०७० पौष ११ गते ओखेनी गाउँपालिका वडा नं. ५ बस्ने उमेर ४५ का धन बहादुर बि.क. २ हप्ता देखि खोकी लागि ओखनी उप स्वास्थ्य चौकीमा आएका थिए निजको OPD दर्ता नं. १५६९ हो, निजलाई क्षयरोगको सम्भावना भएकोले रामेछाप जिल्ला अस्पतालमा खकारको नमूना संकलन गरी पठाएको बिबरण HMIS 6.1 मा भर्नुहोस ।

रामेछाप जिल्ला अस्पतालको ल्या.टे. पशेन्द्र जयसवालले निजलाई क्षयरोगको किटाणु १+ भएको जानकारी ओखेनीलाई पठाईएको थियो ।

HMIS 6.2: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर (Tuberculosis Laboratory Register)

प्रयोगशाला सेवाबाट क्षयरोग निदान गर्नका लागि खकार नमुनालाई प्रयोगशालामा माइक्रोस्कोपिक/जिनएक्सपर्ट प्रविधिबाट परीक्षण गरी प्राप्त परिणाम (पोजेटिभ/नेगेटिभ वा अन्य) सम्बन्धी विवरणको अभिलेख राख्न यस रजिस्टरको प्रयोग गरिन्छ। जिनएक्सपर्ट परीक्षणको सुविधा उपलब्ध भएका स्वास्थ्य संस्थाले सोको परीक्षणका लागि अतिरिक्त स्क्रिनिङ्ग फाराम भरिएको छ भन्ने कुरा अनिवार्य रूपमा सुनिश्चित गर्नुपर्दछ। यसका लागि Agorithm तथा स्क्रिनिङ्ग फाराम क्षयरोग कार्य पुस्तिकामा उपलब्ध छन्।

रजिस्टरको नमुना :

HMIS 6.2

क्षयरोग प्रयोगशाला

ल्याब सि.नं.	नमुना संकलन मिति			बिरामीको		जाती कोड	अभिभावकको नाम र थर	सम्पर्क नं.	उमेर		बिरामीको ठेगाना			अनुरोध गर्ने उपचार केन्द्रको नाम	क्षयरोग निदानका लागी प्रेषण		
	ग	म	सा	नाम	थर				महिला	पुरुष	जिल्ला	गा. वि. स./न.पा.	वडा नं.		निजी स्वास्थ्य संस्था (P)	समुदाय (C)	सम्पर्क परिक्षण (T)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
															१	२	३
															१	२	३

HMIS 6.2

रजिष्टर

क्षयरोग/ औषिडि दर्ता नं.	एचआईभि संक्रमण			क्षयरोगको पहिला उपचार भए नभएको			परिक्षणको प्रकार		परिक्षण नतिजा मिति												कैफियत
									जिन एक्सपर्ट				स्मेयर माईक्रोस्कोपी								
													A				B				
	भएको	नभएको	थाहा नभएको	भएको	नभएको	थाहा नभएको	निदान	अनुगमन (महिना लेख्ने)	नतिजा	ग	म	सा	नतिजा	ग	म	सा	नतिजा	ग	म	सा	
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	१	२	३	१	२	३	१														
	१	२	३	१	२	३	१														

रजिस्टर भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	ल्याब/सि.नं.	प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँ ल्याब/सि.नं. संख्या १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ ।
2-4	नमुना संकलन मिति	प्रयोगशालामा खकारको नमुना संकलन गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
5-6	बिरामीको नाम,थर	सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको नाम र थर सम्बन्धित महलमा छुट्टाछुट्टै लेख्नुपर्दछ।
7	जाती कोड	सेवा लिन आएका व्यक्तिको थर अनुसार जाती कोड लेख्नुपर्दछ। जाती कोड समूह यस निर्देशिकाको पछाडि दिइएको छ।
8	अभिभावकको नाम, थर	सेवा लिन आएको बिरामीको अभिभावकको नाम र थर यस महलमा स्पष्टसँग लेख्नुपर्दछ।
9	सम्पर्क नं.	सेवा लिन आउने बिरामीको अभिभावक वा बिरामी आफ्नै को सम्पर्क फोन नं. वा मोबाईल नं. लेख्नुपर्दछ।
10-11	उमेर	सेवा लिने व्यक्ति महिला भए महल १० मा र पुरुष भए महल नं. ११ मा सेवाग्राहीले पुरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ।
12-14	बिरामीको ठेगाना	बिरामीको ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउपालिका, वडा नं. समेत खुल्ने गरी सम्बन्धितमहलहरुमा लेख्नुपर्दछ। नेपाल बाहेक अन्य देशको विरामी भएमा विरामी कुन देशको हो, सम्बन्धितदेशको नाम जिल्लाको महलमा लेख्नुपर्दछ।
15	अनुरोध गर्ने स्वास्थ्य संस्था /उपचार केन्द्रको नाम	खकारको परीक्षण गर्न अनुरोध गर्ने स्वास्थ्य संस्था वा उपचार केन्द्रको नाम र ठेगाना यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
16-18	क्षयरोग निदानको लागि प्रेषण	क्षयरोग निदानको लागि प्रेषण भई आएको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ । नीजि क्षेत्रबाट प्रेषण भई आएको भए महल नं. १६ को कोड नं. १ मा , समुदायबाट भए महल नं. १७ को कोड नं. २ र सम्पर्क परीक्षणबाट भए महल नं. १८ को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
19	क्षयरोग/ओ.पि.डि. दर्ता नं.	क्षयरोगको निदानका लागि शंकाष्पद विरामीको प्रयोगशला (खकार) परीक्षण गरिएको भए ओ.पि.डि. दर्ता नं. र उपचारमा रहेको क्षयरोगको विरामीको फलोअप परीक्षण गरिएको भए क्षयरोगको उपचार कार्डबाट क्षयरोग दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
20-22	एच.आई.भी. संक्रमण	एच.आई.भि. संक्रमणको स्थिति यकिन गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ । एच.आई.भि. संक्रमण भएको एकिन भएमा महल २० को कोड नं. १ मा र एच.आई.भि. संक्रमण नभएको एकिन भएमा महल २१ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । त्यसैगरी एच.आई.भि. संक्रमण भए/नभएको थाहा नभएमा महल २२ को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । *(एच.आइ.भि संक्रमण अवस्था सम्बन्धी सोधखोज वा अन्य कुनै पनि कृयाकलाप गर्दा सेवाग्राहीको गोपनियतालाई मध्यनजर गर्दै राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रले जारी गरेका नीति, नियम तथा निर्देशिकाको पालना गर्नुपर्छ ।)*
23-25	क्षयरोगको पहिला उपचार भए नभएको	बिरामीले यस भन्दा पहिले क्षयरोगको उपचार लिए/नलिएको यकिन गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । पहिले उपचार लिएको यकिन भएमा महल २३ को कोड नं. १ मा, नलिएको यकिन भएमा महल २४ को कोड नं. २ मा र यसभन्दा अगाडि क्षयरोगको उपचार लिए/नलिएको थाहा नभएमा महल २५ को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
26-27	परीक्षणको प्रकार (निदान, अनुगमन)	बिरामीको खकार परीक्षण रोग निदान गर्नको लागि गरिएको भएमा महल २६ को कोड नं. १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । क्षयरोगको उपचार लिई रहेको बिरामीको अनुगमन परीक्षण गरिएको भए महल २७ मा उपचार पुरा गरेको महिना लेख्नुपर्दछ । जस्तै दुई महिना पुरा गरेको भए २, तीन भए ३ पाँचौ भए ५ र उपचारको अन्तिम महिनामा भए कति औं महिना हो सो उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
28-39	परीक्षण नतिजा र मिति	बिरामीको खकार परीक्षणको नतिजा आए पछि क्षयरोग खकार परीक्षण अनुरोध फाराम (HMIS 6.1)मा उल्लेख भए अनुसार नतिजा र मिति स्पष्टसँग खुल्ने गरी सम्वन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
28-31	जिन एक्सपर्ट	जिन एक्सपर्टको जाँचको नतिजा परीक्षणबाट पत्ता लागे अनुसारको परिणाम र जाँच गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
32-39	स्मेयर माईक्रोस्कोपी को नतिजा र मिति	खकारको माईक्रोस्कोपी परीक्षण गरेको नतिजा र मिति यी महलहरुमा लेख्नुपर्दछ । खकारको पहिलो नमुना जाँचको परिणाम र मिति A अन्तरगतको महलमा र दोश्रो नमुना जाँचको परिणाम र मिति B अन्तरगतका महलमा लेख्नुपर्दछ । खकार परीक्षणको नतिजा नेगेटिभ भए नतिजाको महलमा NEG लेख्नु पर्दछ, नतिजा पोजेटिभ भएमा निर्दिष्ट ग्रेडिङ्ग अनुसार खुलाउनु पर्दछ ।
40	कैफियत	माथि दिईएको बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

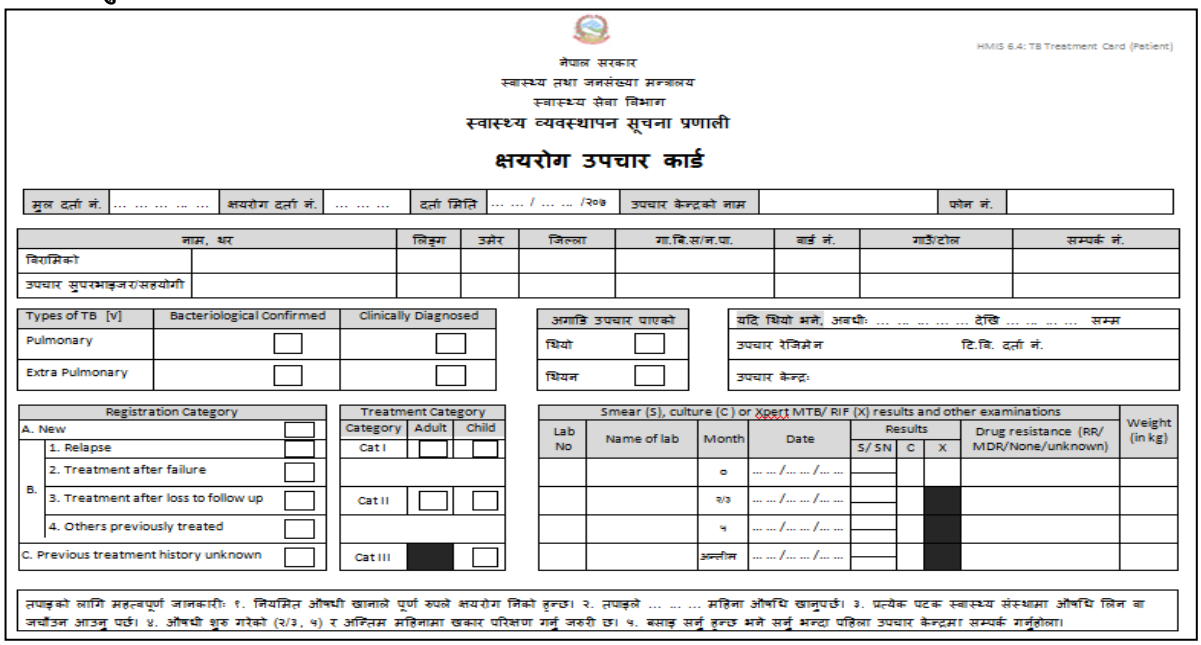
अभ्यास ६.२

१. अभ्यास ६.१ का धन बहादुर बि.क.को प्रयोगशाला जाँचको बिबरण प्रयोगशाला रजिस्टरमा भर्नुहोस् ।

HMIS 6.3 & HMIS 6.4: क्षयरोग उपचार कार्ड : स्वास्थ्य संस्था र बिरामीका लागि (Tuberculosis Treatment card- Health Facility and Patient)

क्षयरोगका बिरामीको व्यक्तिगत तथा रोगसँग सम्बन्धितपरीक्षण र उपचारसम्बन्धी क्रियाकलापको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । यसमा औषधिको विवरण, प्रयोगशाला परीक्षण तथा नतिजा, उपचारको नतिजा, उपचार सहयोगी तथा बिरामीका लागि मुख्य सन्देश समावेश गरिएका छन् । क्षयरोगको उपचारका लागि दर्ता भएका प्रत्येक विरामीको २ वटा क्षयरोग उपचार कार्ड तयार गरी एउटा कार्ड स्वास्थ्य संस्थामा राख्नुपर्दछ भने अर्को कार्ड क्षयरोगका बिरामीलाई प्रदान गरिन्छ । क्षयरोगका बिरामीलाई स्थानान्तरण गर्दा सम्पर्क गर्न जानुपर्ने स्वास्थ्य संस्था र उपलब्ध गराइएको औषधी सम्बन्धी थप विवरण/सन्देशसमेत समावेश गरिएको कार्ड क्षयरोगका बिरामीलाई प्रदान गर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना :



HMIS 6.4: TB Treatment Card (Patient)

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

क्षयरोग उपचार कार्ड

मुल दर्ता नं.	... ...	क्षयरोग दर्ता नं.	... ...	दर्ता मिति	... ... / ... ... /२०७	उपचार केन्द्रको नाम		फोन नं.	

	नाम, थर	लिङ्ग	उमेर	जिल्ला	गा.बि.स/न.पा.	वार्ड नं.	गाउँ/टोल	सम्पर्क नं.
बिरामिको								
उपचार सुपरभाइजर/सहयोगी								

Types of TB [V]	Bacteriological Confirmed	Clinically Diagnosed
Pulmonary	☐	☐
Extra Pulmonary	☐	☐

अगाडि उपचार पाएको	
थियो	☐
थियन	☐

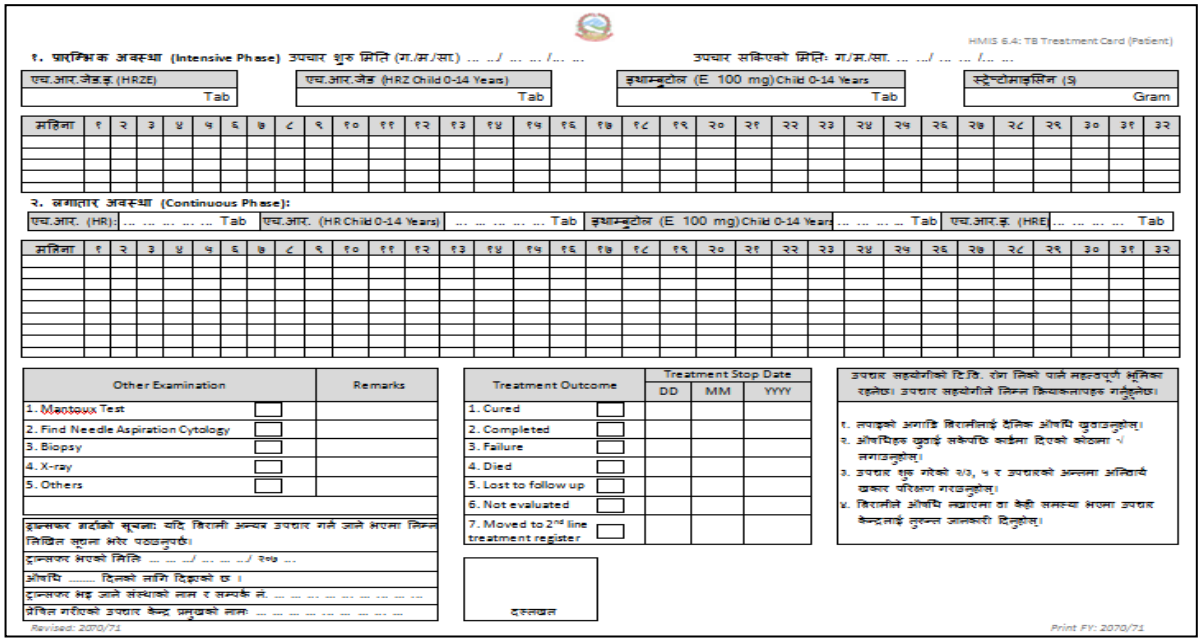
यदि थियो भने, अवधीः ... ... देखि ... ... सम्म	
उपचार रेजिमेन	टि.बि. दर्ता नं.
उपचार केन्द्रः	

Registration Category	
A. New	☐
B. 1. Relapse	☐
B. 2. Treatment after failure	☐
B. 3. Treatment after loss to follow up	☐
B. 4. Others previously treated	☐
C. Previous treatment history unknown	☐

Treatment Category	Adult	Child
Cat I	☐	☐
Cat II	☐	☐
Cat III	■	☐

Smear (S), culture (C) or Xpert MTB/ RIF (X) results and other examinations								
Lab No	Name of lab	Month	Date	Results S/ SN	C	X	Drug resistance (RR/ MDR/None/unknown)	Weight (in kg)
		०	... ... /... ... /... ...					
		२/३	... ... /... ... /... ...			■		
		५	... ... /... ... /... ...			■		
		अन्तीम	... ... /... ... /... ...			■		

तपाइको लागि महत्वपूर्ण जानकारीः १. नियमित औषधी खानाले पूर्ण रुपले क्षयरोग निको हुन्छ। २. तपाइले ... ... महिना औषधि खानुपर्छ। ३. प्रत्येक पटक स्वास्थ्य संस्थामा औषधि लिन वा जचाँउन आउनु पर्छ। ४. औषधी शुरु गरेको (२/३, ५) र अन्तिम महिनामा खकार परिक्षण गर्नु जरुरी छ। ५. बसाइ सर्नु हुन्छ भने सर्नु भन्दा पहिला उपचार केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोला।



HMIS 6.4: TB Treatment Card (Patient)

१. प्रारम्भिक अवस्था (Intensive Phase) उपचार शुरु मिति (ग./म./सा.) ... .../ ... ... /... ... उपचार सकिएको मितिः ग./म./सा. ... .../ ... ... /... ...

एच.आर.जेड.ई. (HRZE)	एच.आर.जेड (HRZ Child 0-14 Years)	बुधाम्बुटोल (E 100 mg) Child 0-14 Years	स्ट्रेप्टोमाइसिन (S)
Tab	Tab	Tab	Gram

महिना	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

२. लगातार अवस्था (Continuous Phase):

एच.आर. (HR): ... ... Tab | एच.आर. (HR Child 0-14 Years) ... ... Tab | बुधाम्बुटोल (E 100 mg) Child 0-14 Years ... ... Tab | एच.आर.ई. (HRE) ... ... Tab

महिना	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

Other Examination		Remarks
1. Mantoux Test	☐	
2. Find Needle Aspiration Cytology	☐	
3. Biopsy	☐	
4. X-ray	☐	
5. Others	☐	

ट्रान्सफर बाहिको सूचनाः यदि बिरामी अन्यत्र उपचार गर्न जाने भएमा तिनको निखिल लुगा अरेर पठाउनुपर्छ।
ट्रान्सफर भएको मिति ... .../ ... .../ २०७ ...
औषधि ..... दिनको लागि दिइएको छ ।
ट्रान्सफर भई जाने संस्थाको नाम र सम्पर्क नं. ... ...
बेचिल गरिएको उपचार केन्द्र प्रमुखको नामः ... ...

Treatment Outcome		Treatment Stop Date DD	MM	YYYY
1. Cured	☐			
2. Completed	☐			
3. Failure	☐			
4. Died	☐			
5. Lost to follow up	☐			
6. Not evaluated	☐			
7. Moved to 2nd line treatment register	☐			

दस्तखत

उपचार सहयोगीको टि.बि. रोग निको पार्ने महत्वपूर्ण भूमिका रहन्छ। उपचार सहयोगीले निम्न क्रियाकलापहरु गर्नुहोला।

१. तपाइको अगाडि बिरामीलाई दैनिक औषधि खुवाउनुहोस्।
२. औषधिहरु खुवाई सकेपछि कार्डमा दिएको कोठामा ✓ लगाउनुहोस्।
३. उपचार शुरु गरेको २/३, ५ र उपचारको अन्तमा अनिवार्य खकार परिक्षण गराउनुहोस्।
४. बिरामीले औषधि नखाएमा वा केही समस्या भएमा उपचार केन्द्रलाई तुरुन्त जानकारी दिनुहोस्।

Revised: 2070/71 Print FY: 2070/71

कार्ड भर्ने तरिका

शीर्षक	निर्देशन
मूल दर्ता नं.	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीलाई स्वास्थ्य संस्थामा मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्नुपर्दछ र मूल दर्ता रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको दर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
क्षयरोग दर्ता नं.	क्षयरोग निदान भइसकेपछि उपचार सुरु गर्नुभन्दा पहिले क्षयरोग उपचार रजिस्टरमा सो बिरामीलाई दर्ता गरी सोको नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
दर्ता मिति	क्षयरोग उपचार रजिस्टरमा दर्ता भएको मिति (गते, महिना र साल) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार केन्द्र:	क्षयरोगका बिरामी दर्ता भएको उपचार केन्द्र वा स्वास्थ्य संस्थाको नाम यस कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क फोन नं.	यस कोठामा स्वास्थ्य संस्थाको फोन नं. लेख्नुपर्दछ । यदि स्वास्थ्य संस्थाको फोन नं. नभए उपचार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको सम्पर्क फोन नं. लेख्नुपर्दछ ।
बिरामीको नाम, थर	क्षयरोगको उपचार लिने बिरामीको पूरा नाम र थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
लिङ्ग	उपचारमा आएको बिरामी महिला भए महिला र पुरुष भए पुरुष यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उमेर	यस महलमा बिरामीले पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
ठेगाना	क्षयरोगको सेवा लिने व्यक्तिको ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नम्बर र गाउँ/टोल सबै स्पष्टसँग खुल्ने गरी यी महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं.	क्षयरोगको उपचार लिने बिरामी वा बिरामीको घरको सम्पर्क फोन नं. वा सो नभए निजको नजिकको नातापर्ने पर्ने अन्य व्यक्ति वा सम्बद्ध संस्थाको फोन नं. यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।
उपचार सुपरभाइजर/सहयोगीको नाम, थर	बिरामीको उपचार अवधिभरि बिरामीलाई औषधी खुवाउने, निगरानी गर्ने र उपचारमा सहयोग गर्ने व्यक्ति स्वास्थ्यकर्मी भए उपचार सुपरभाइजर र अन्य व्यक्ति (म.स्वा.स्व.से., समुदायका अगुवा, परिवारका सदस्य आदि) लाई उपचार सहयोगी भनिन्छ । उक्त उपचार सहयोगीको नाम र थर यस महलमा लेख्नुपर्छ ।
लिङ्ग	उपचार सहयोगी महिला भए महिला र पुरुष भए पुरुष यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उमेर	यस महलमा उपचार सहयोगीले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ ।
ठेगाना	उपचार सहयोगीको ठेगाना जिल्ला, गा.वि.स./नगरपालिका, वडा नम्बर र गाउँ/टोल सबै स्पष्टसँग खुल्ने गरी यी महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं.	उपचार सहयोगीको सम्पर्क फोन नं. वा सो नभए निजको नजिकै पर्ने अन्य व्यक्ति वा संस्थाको फोन नं. यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।
क्षयरोगको प्रकार (Types of TB)	क्षयरोग उपचार रजिस्टरबाट क्षयरोगको किसिम (PBC-Pulmonary: Bacteriologically Confirmed/PCD-Clinically Diagnosed, EP-BC: Extrapulmonary Bacteriologically Confirmed/ EP-CD Extrapulmonary Clinically Diagnosed) यकिन गरी PBC, PCD, EP-BC, EP-CD मध्ये कुनै एउटामा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
अगाडि उपचार पाएको	कुनै पनि क्षयरोगको बिरामी दर्ता गर्नुभन्दा पहिले उसले यसभन्दा पहिले क्षयरोगको उपचार पाएको छ/छैन, सो यकिन गर्नुपर्दछ । बिरामीसँग यसभन्दा अघि क्षयरोगको उपचार पाएको छ/छैन सोधी, यदि छ भने, कहाँ उपचार गराएको हो र कुन औषधि कति अवधि खाएको हो, पहिलेको उपचार Regimen, टी.बी.नं. र उपचार केन्द्र (स्वास्थ्य संस्था) को स्पष्ट बिवरण दायाँपट्टिको टेबलको सम्बन्धितमहलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
Registration Category	क्षयरोग उपचार रजिस्टरबाट क्षयरोगको बिरामी दर्ता वर्गीकरण (New, Relapse, Treatment after Failure, Treatment after loss to follow up, others previously treated, Previous treatment history unknown) मा रहेका ६ वटा मध्ये यकिन गरिएको एउटा दर्ता वर्गीकरणको कोठामा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ । स्थानान्तरण भई आएका विरामीहरुका लागि TI लेख्नुपर्दछ ।
Treatment Category	क्षयरोग उपचार रजिस्टरबाट क्षयरोगका बिरामीलाई Adult (Cat I or Cat II) वा Child (Cat I, Cat II, Cat III) मध्ये जुन Category मा राखेर उपचार गरिने हो, त्यही Category को महलमा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
Smear (S) or Xpert MTB/RIF (X) Results and other examinations	क्षयरोगको निदान गर्न वा क्षयरोगको उपचारमा रहेका बिरामीहरू उपचार सुरु गरेपछि, २(३) महिनामा, ५ महिनामा र उपचारको अन्तमा खकार परीक्षण अनिवार्य रूपमा गर्नुपर्दछ । प्रत्येक पटक परीक्षण गर्दा खकार जाँच गरेको प्रयोगशालाको नं., प्रयोगशालाको नाम, मिति (गते,

शीर्षक	निर्देशन
	महिना, साल), नतिजा, ड्रग रेसिस्टेन्सको विवरण (RR/MDR/None/Unknown) र तौल उपचार कार्डमा भर्नुपर्दछ । महिना भन्ने महलमा निदान गरेको समयमा खकार जाँच गरको भए ० लेखिएको महलमा, अनुगमन खकार परीक्षण गराएको भए कतिऔं महिनामा खकार जाँच गरिएको हो, सोही महलमा लेख्नुपर्दछ । नतिजा भन्ने महलमा Sputum microscopy भए S/SN महलमा (नेगेटिभ भए Neg र पोजेटिभ भए ब्याक्टेरियाको डेनसिटी १+, २+, ३+/स्लाइड नम्बर), Culture भए C महलमा र Gene xpert भए X महलमा नतिजाको विवरण लेख्नुपर्दछ ।
कार्ड तयार गर्ने व्यक्तिको नाम, थर, पद तथा दस्तखत	सुरुमा बिरामी क्षयरोगको उपचार लिन आएको समयमा कार्ड जारी गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले नाम, थर, पद स्पष्ट लेखी हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ र कुन मितिमा कार्ड जारी गरिएको हो, सोसमेत लेख्नुपर्दछ । प्रत्येक कार्डमा संस्थाको छाप लगाउनुपर्छ ।
कार्डको पछिल्लो भाग	
Intensive phase	Intensive phase भन्नाले उपचार अवधिको सुरु २/३ महिनालाई जनाउँछ । यो औषधि उपचारको संवेदनशील अवस्था हो ।
उपचार सुरु मिति	यस महलमा बिरामीको उपचार सुरु गरिएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
उपचार सकिएको मिति	यस महलमा बिरामीको उपचार सकिएको (बन्द) भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
एच.आर.जेड.ई. (HRZE)	Intensive Phase मा बिरामीले खानुपर्ने औषधी एच.आर.जेड.ई (Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol -HRZE) को ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
एच.आर.जेड. (HRZ child 0-14 years)	Intensive phase मा बिरामीले खानुपर्ने एच.आर.जेड. (HRZ child 0-14 years) को ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
इथाम्बुटोल (E 100 mg) child 0-14 years)	Intensive phase मा बिरामीले खानुपर्ने इथाम्बुटोल (E 100 mg child 0-14 years) को ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
स्ट्रेप्टोमाइसिन (S)	Intensive phase मा बिरामीले लगाउनुपर्ने स्ट्रेप्टोमाइसिन (S) सुईको मात्रा (ग्राममा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
महिना	Intensive phase अवधिभर क्षयरोगीले प्रत्यक्ष निगरानीमा औषधी खाएको गते मा ठीक (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
Continuation phase	Continuation phase भन्नाले उपचार अवधिको ३/४ महिनादेखि उपचार नसकिएसम्मको अवधिलाई जनाउँछ । यो औषधि उपचारको संवेदनशील अवस्था हो । यस अवधिमा पनि बिरामीहरूले स्वास्थ्य संस्थामा आई प्रत्येक दिन नियमित रूपमा औषधी खानुपर्दछ ।
एच्.आर.(HR)	Continuation phase मा बिरामीले खानुपर्ने एच्. आर (HR) को ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
एच्.आर. (HR child 0-14 years)	Continuation phase मा बिरामीले खानुपर्ने एच्.आर. (HR child 0-14 years) को ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
इथाम्बुटोल (E 100 mg) child 0-14 years)	Continuation phase मा बिरामीले खानुपर्ने इथाम्बुटोल (E 100 mg) child 0-14 years) को ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
एच्.आर.ई. (HRE)	Continuation phase मा बिरामीले खानुपर्ने एच्. आर. (HRE) को ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
महिना	स्वास्थ्य संस्थामा औषधि खाएको दिनमा क्यालेन्डर बक्समा ठीक चिह्न (√) लगाउनुपर्दछ । यदि बिरामीले घरमा औषधि लगेको भए बिरामी फर्केर आएपछि औषधि खाएको सुनिश्चित गरी सो दिन/गतेको बक्समा चिह्न (-) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
अन्य परीक्षण नतिजा	बिरामीलाई अन्य परीक्षण (जस्तैः Mantoux, FNAC, Biopsy, AFB, X-Ray) गरिएमा सोको महलमा आवश्यक विवरण भर्नुपर्दछ ।
उपचारको नतिजा र मिति	उपचार नतिजा (Cured, Treatment Completed, Treatment failure, Died, Loss to follow up, Not evaluated) मध्ये जुन नतिजा आएको छ, त्यसको कोठामा (√) लगाई नतिजाको मिति (गते, महिना र साल) उल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि बिरामी उपचार क्रममा Follow-up पोजेटिभ भई Gene Xpert जाँच गर्दा RR TB पत्ता लागेमा Moved to Second Line Drug (√) जनाइ मिति उल्लेख गर्नु पर्छ ।

शीर्षक	निर्देशन
ट्रान्सफर गर्दाको सूचना (Treatment Card-Patient को लागि)	यदि बिरामी अन्यत्र उपचार गर्न जाने भएमा यसमा भएको विवरणहरू, मिति, औषधि (कति दिनकोलागि दिइएको सो खुलाउने), ट्रान्सफर भइजाने संस्थाको नाम तथा सम्पर्क फोन नं., तथा प्रेषित भइजाने उपचारकेन्द्र प्रमुखको नाम (ट्रान्सफर भइजाने संस्था प्रमुखको नाम) यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ । साथै निज बिरामीको उपचारको नतिजा स्थानान्तरण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाबाट माग गरी उपचार नतिजामा अभिलेख गर्नु पर्नेछ ।

अभ्यास ६.३

१. धन बहादुर बि.क.लाई ओखेनी स्वास्थ्य चौकीमा २०७० पौष १३ गते देखि उपचार शुरु गरेको थियो पौष महिनामा दर्ता भएको उनि पहिलो बिरामी हो, यस आ.ब. मा १३ जनाको दर्ता भई सकेको छ । यो भन्दा अगाडि उनले क्षयरोगको औषधि खाएको थिएन । क्षयरोग कार्यक्रमको प्रोटोकल अनुसारको उपचार बिधिबाट उपचार दिईयो । निजको कार्ड भर्नुहोस । निजको उपचार सहयोगी ओखेनी स्वास्थ्य चौकीका सि.अ.हे.ब. ध्रुब मगर हुन ।

HMIS 6.5: क्षयरोग उपचार रजिस्टर (Tuberculosis Treatment Register)

परिचय :

क्षयरोग निदान भएका बिरामीलाई दर्ता गर्न तथा स्वास्थ्य संस्था (उपचार केन्द्र) बाट उपचार लिइरहेका क्षयरोगीहरूको उपचार स्थितिको विस्तृत विवरण राख्न यसको प्रयोग गरिन्छ । यो रजिस्टर प्रत्येक उपचार केन्द्रमा रहनेछ । यसमा दर्ता श्रेणी (category), एच.आई.भी. को अवस्था, प्रेषण, निदान तथा फलोअप परीक्षण नतिजा, उपचारको नतिजालगायतका विवरणहरू समावेश छन् ।

रजिस्टरको नमुना :

HMIS 6.5

क्षयरोग

क्रम संख्या	दर्ता नं.			बिरामीको नाम		उमेर		बिरामीको ठेगाना		प्रेषण/निदान			रोगको किसिम			उपचार शुरु गरेको मिति			बिरामी दर्ता वर्गीकरण						Transfer In	उपचार	
	दर्ता मिति							जिल्ला	गा.वि.स./न.पा.										New	Previously Treated Patients				Previous Treatment History Unknown		Adult (≥ 15 years)	
	ग	म	सा	बिरामीको थर	जाती कोड	महिला	पुरुष	वडा नं.	सम्पर्क नं.	निजी स्वास्थ्य संस्था (P)	समुदाय (C)	सम्पर्क परीक्षण (T)	PBC	PCD	EP	ग	म	सा		Relapse	Treatment After Failure	Treatment After Lost to Follow-up	Others Previously Treated			First Line Drugs (Cat I)	Retreatment First Line Drugs (Cat II)
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
	दर्ता नं.			बिरामीको नाम				जिल्ला	गा.वि.स./न.पा.	१	२	३	१	२	३	ग	म	सा	१	२	३	४	५	६	७	१	२
	ग	म	सा	बिरामीको थर	कोड			वडा नं.	सम्पर्क नं.																		
	दर्ता नं.			बिरामीको नाम				जिल्ला	गा.वि.स./न.पा.	१	२	३	१	२	३	ग	म	सा	१	२	३	४	५	६	७	१	२
	ग	म	सा	बिरामीको थर	कोड			वडा नं.	सम्पर्क नं.																		

HMIS 6.5

उपचार रजिष्टर

वर्गीकरण				टि.बि./एचआइभी क्रियाकलाप				उपचार अवधिमा खकार परीक्षणको प्रकार, नतिजा (माईक्रोसकोपी/कल्चर/जिन एक्सपर्ट) र मिति																						उपचार नतिजा र मिति (Treatment Outcome)							कैफियत
Children (< 15 years)			Second Line Treatment Regimen	ART		CPT		क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा										२ वा ३ महिना				५ महिना				उपचारको अन्तमा				Cured	Treatment Completed	Treatment Failure	Died	Loss to Follow-up	Not Evaluated	Moved to 2nd line Treatment Register	
								HIV Infection			Drug Resistance			S C X	Result	Lab No		S C	Result	Lab No		S C	Result	Lab No		S C	Result	Lab No									
Cat I	Cat II	Cat III		Yes	No	Yes	No	Yes	No	Un-known	Yes	No	Un-known		DD	MM	YY		DD	MM	YY		DD	MM	YY		DD	MM	YY								
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
१	२	३	१	१	२	१	२	१	२	३	१	२	३	S C X	Result	Lab No		S C	Result	Lab No		S C	Result	Lab No		S C	Result	Lab No		1	2	3	4	5	6	7	
															DD	MM	YY		DD	MM	YY		DD	MM	YY		DD	MM	YY	मिति (ग.म.सा.)			ग	म	साल		
१	२	३	१	१	२	१	२	१	२	३	१	२	३	S C X	Result	Lab No		S C	Result	Lab No		S C	Result	Lab No		S C	Result	Lab No		1	2	3	4	5	6	7	
															DD	MM	YY		DD	MM	YY		DD	MM	YY		DD	MM	YY	मिति (ग.म.सा.)			ग	म	साल		

भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
1	क.सं.	हरेक महिना १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
2-4	दर्ता नं	उपचार केन्द्रमा क्षयरोगको उपचार लिन आएका बिरामीहरुको दर्ता नम्बर प्रत्येक आ.व.मा १ बाट शुरु गरि क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ ।
	दर्ता मिति	क्षयरोगी बिरामीलाई दर्ता गरेको मिति (गते, महिना साल) यस महलमा लेख्नुपर्दछ
5	विरामीको नाम, थर	क्षयरोग बिरामीको पुरा नाम र थर स्पष्ट सँग लेख्नुपर्दछ ।
6	जाती कोड	यस रजिस्टरमा दिईएको जात जाति कोड अनुसार कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
7-8	उमेर	सेवा लिन आउने महिला/पुरुषको उमेर पुरा गरेको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
9-10	ठेगाना (जिल्ला, नगर/गाउँ पालिका वडा नं., बिरामीको सम्पर्क नं.)	क्षयरोग बिरामीको ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउँपालिका र वडा नम्वर र बिरामीको सम्पर्क नं. समेत सम्वन्धित महल ९ र १० मा लेख्नुपर्दछ ।
11	प्रेषण / निदान: निजी स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषित वा निदान गरिएको	यदि बिरामीको रोग निदान वा उपचार गर्नको लागि निजि स्वास्थ्य संस्था (क्लिनिक, नर्सिङ होम, अस्पताल), गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्था, मेडिकल कलेज (जहाँ निदान सेवा उपलब्ध छ तर डट्स उपचार सेवा छैन) बाट प्रेषित वा निदान भई आएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
12	प्रेषण / निदान: समुदायबाट प्रेसित	यदि बिरामीको रोग निदान गर्नको लागि समुदाय (महिला स्वास्थ्य स्वंय सेविका, स्वंयसेवक वा कार्यक्रम, स्वास्थ्य संस्थाले तोकेको व्यक्ति) बाट संभावित क्षयरोगको परीक्षणको लागि प्रेषित भई क्षयरोग निदान भएको भए सेवाग्राही वा

महल नं.	महल शिर्षक			निर्देशन
				सम्बन्धितव्यक्तिसँग सोधेर सुनिश्चित गरी यस महलको कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
13		सम्पर्क परीक्षण जाँच		यदि बिरामीको रोग निदान बिरामीको सम्पर्क जाँच (स्वयंसेविकाको खोजपडताल, माइक्रोस्कोपिक क्याम्प तथा अन्य सक्रिय परीक्षणबाट क्षयरोग निदान भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
14	रोगको किसिम	PBC		क्षयरोग बिरामीको प्रेस्क्रिप्सन पूर्जा, ल्याव तथा डाइग्नोसिस सम्बन्धी अन्य काजजातको आधारमा खकार पोजेटिभ फोक्सोको क्षयरोग भएका विरामी (पल्मोनरी ब्याक्टेरियोलोजिकल प्रमाणित) भए PBC लेखिएको महलको कोड नं. १ मा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
15		PCD		क्षयरोग बिरामीको प्रेस्क्रिप्सन पूर्जा, ल्याव तथा डाइग्नोसिस सम्बन्धी अन्य काजजातको आधारमा पल्मोनरी क्लिनिकली डाइग्नोज्ड भए PCD महलको कोड नं. २ मा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
16		EP	BC	क्षयरोग बिरामीको प्रेस्क्रिप्सन पूर्जा, ल्याव तथा डाइग्नोसिस सम्बन्धी अन्य कागजातको आधारमा एक्स्ट्रापल्मोनरी (ब्याक्टेरियोलोजिकली प्रमाणित वा) भए EP महलको कोड नं. ३ मा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
			CD	क्षयरोग बिरामीको प्रेस्क्रिप्सन पूर्जा, ल्याव तथा डाइग्नोसिस सम्बन्धी अन्य काजजातको आधारमा एक्स्ट्रापल्मोनरी (क्लिनिकली डाइग्नोज्ड) भए EP महलको कोड नं. ४ मा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
17-19	उपचार शुरु गरेको मिति			क्षयरोगको बिरामीले उपचार शुरु गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
20-26	विरामी दर्ता वर्गिकरण			बिरामीको क्षयरोग निदान भए पछि कुन प्रकारको क्षयरोग लागेको हो सो महलको कोड नं.मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
20	नयाँ विरामी (New)			बिगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधि नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिना भन्दा कम समय औषधी खाएको बिरामी भए महल २० को कोड नं. १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
21-24	बिगतमा उपचार लिइसकेको			क्षयरोग बिरामीले बिगतमा क्षयरोगको उपचार लिई सकेको भए निम्न ४ वटा मध्ये उपयुक्त कुनै एक प्रकारको कोड नं.मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
21	पूनः रोग बल्झिएको (Relapse)			बिगतमा क्षयरोगको उपचार पुरा गरेका वा निको भएका तर हाल पुन बिरामी भइ क्षयरोग निदान भएको बिरामीलाई यस क्याटेगोरीमा राखी महल नं २१ को कोड नं.२ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
22	उपचार फेल भएका (Treatment after Failure)			उपचारमा रहेका Extra Pulmonary (EP)/Pulmonary Clinically Diagnosed (PCD) को हकमा २ महिना र Pulmonary Bacteriologically Confirmed (PBC) को हकमा ५ महिना वा सो भन्दा बढी अवधीसम्म खकार स्मेयर पोजिटिभ भएको बिरामीलाई यस क्याटेगोरीमा राखी महल २२ को कोड नं.३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
23	उपचार छोडी पूनःउपचारमा आएका (Treatment after loss to follow up)			६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधीसम्म लगातार औषधि उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामीलाई यस क्याटेगोरी महलमा राखि २३ को कोड नं.४ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
24	विगतमा उपचार लिइ सकेका अन्य विरामी (Others Previously Treated)			बिगतमा क्षयरोगको उपचार कोर्ष पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामीहरुलाई यस क्याटेगोरीमा राख्नुपर्छ । यस किसिमका बिरामी भए महल २४ को कोड नं.५ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
25	विगतको उपचार विवरण थाहा नभएको (Previous Treatment History Unknown)			राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता बर्गिकरणमा नपरेका सबै विरामीहरुलाई यस क्याटेगोरीमा राखी महल २५ को कोड नं. ६ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
26	अन्य संस्थाबाट स्थानान्तरण भई आएको (Transfer In)	एक उपचार केन्द्रमा दर्ता भै उपचार लिई रहेको बिरामी हाल नयाँ उपचार केन्द्रमा उपचार गर्न आएको भएमा स्थानान्तरण भई आएको भए महल २६ को कोड नं.७ मा गोलो चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
27-32	उपचार वर्गिकरण	बिरामीको दर्ता अनुसार बयस्क र बच्चाको उपचार वर्गिकरण के हो सो महलको कोड नं. मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
27	फस्ट लाइन ड्रगको बयस्कको रेजिमेन	वयस्क बिरामीको फस्ट लाइन ड्रगको शुरुको रेजिमेनमा उपचारमा आएको भए महल २७ को कोड नं. १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
28	फस्ट लाइन ड्रगको बयस्क रीट्रिटमेण्ट रेजिमेन	वयस्क बिरामीको फस्ट लाइन ड्रगको रीट्रिटमेण्ट रेजिमेनमा उपचारमा आएको भए महल २८ को कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
29-31	०-१४ वर्ष समुहको फस्टलाइन टि.बि रेजिमेन	बिरामी ०-१४ वर्ष उमेर समुहको फस्टलाइन टि.बि रेजिमेन अन्तरगत दर्ता भए Cat I को औषधी खाने भए महल २९ को कोड नं. १ मा, Cat II खाने भए महल ३० को कोड नं. २ मा र Cat III खाने भए महल ३१ को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
32	सेकेण्ड लाइन उपचार रेजिमेन	यदि बिरामी सेकेण्ड लाइन उपचार रेजिमेनमा राखिएको भए महल नं. ३२ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
33-36	टि.बि./एचआइभी क्रियाकलाप	बिरामीको निदानको समयमा वा उपचारको क्रममा टि.वि./एच.आई.भी Co-Infection को विरण वारेमा उपयुक्त महलमा को कोड नं.मा गोलो लगाउनुपर्दछ । *(एचआइभि संक्रमण अवस्था सम्बन्धी सोधखोज वा अन्य कुनै पनि कृयाकलाप गर्दा सेवाग्राहीको गोपनियता लाई मध्यनजर गर्दै राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रले जारी गरेका नीति, नियम तथा निर्देशिकाको पालना अनिवार्य रुपमा गर्नुपर्छ ।)*
33-34	ART	यदि सेवा लिन आएको व्यक्तिले Anti-Retroviral Therapy (ART) लिई रहेका भए महल ३३ को कोड नं.१ मा गोलो लगाउनुपर्दछ र ART नलिएको भए महल ३४ को कोड नं.२ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
35-36	CPT	यदि सेवा लिन आएको व्यक्तिले Cotrimoxazole Prophylaxis Therapy (CPT) लिई रहेको भए महल ३५ को कोड नं. १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ र CPT नलिएको भए महल ३६ को कोड नं.२ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
37-58	उपचार अवधिमा खकार परीक्षणको नतिजा	उपचार अवधिमा माईक्रोसकोपी/जिन एक्सपटका आधारमा गरिएको खकार परीक्षणको नतिजा सम्बन्धित महल ३७ देखि ४२ सम्म गोलो लगाउने र ४३ देखि ५८ महलसम्म नतिजा र मिति सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
37-39	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा एच.आई.भि. संक्रमण	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा एचआईभि संक्रमण भएको भए महल ३७ को कोड नं १ मा, नभएको भए महल ३८ को कोड नं. २ मा र थाहा नभएको भए महल ३९ को कोड नं. ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । Drug resistance र परीक्षण प्रकार र मिति सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
40-42	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा (Drug resistatance)	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा Drug resistatance भएको भए महल ४० को कोड नं १ मा, नभएको भए महल ४१ को कोड नं. २ मा र थाहा नभएको भए महल ४२ को कोड नं. ३ मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
43-46	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा परीक्षण र मिति	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा प्रयोगशालामा जाँचको विवरण Smear microscopy भए S, Culture भए C र Gene xpert भए X मा गोलो लगाउनुपर्दछ । जाँचको नतिजा र ल्याव नं. माथिल्लो महलको सम्बन्धित कोठामा लेखी परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) मिति तल्लो महलको सम्बन्धितकोठामा लेख्नुपर्दछ ।
47-58	उपचारको अवधिमा खकार जाँचको नतिजा र मिति	क्षयरोगको बिरामीले उपचार अवधिको २/३, ५ र उपचारको अन्तिम महिनाको विवरण सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
47-50	२/३ महिनाको परीक्षण नतिजा र मिति	उपचारमा रहेको क्षयरोगको विरामीले उपचारको अनुगमन गर्न २/३ महिनाको अन्तमा प्रयोगशालामा जाँचको विवरण Smear microscopy भए S, Culture

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
		भए C मा गोलो लगाई जाँचको नतिजा र ल्याव नं. माथिल्लो महलको सम्बन्धित कोठामा लेखी परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) तल्लो महलको सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
51-54	५ महिनाको परीक्षण नतिजा र मिति	त्यसैगरी उपचारमा रहेको खकार पोजेटिभ क्षयरोगको विरामीले उपचारको अनुगमन गर्न ५ महिनाको र उपचार अबधिको अन्तमा प्रयोगशालामा जाँचको विवरण Smear microscopy भए S, Culture भए C मा गोलो लगाई जाँचको नतिजा र ल्याव नं. माथिल्लो महलको सम्बन्धित कोठामा लेखी परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) तल्लो महलको सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
55-58	उपचारको अन्तिम महिनाको परीक्षण नतिजा र मिति	
59-65	उपचारको नतिजा	बिरामीको उपचारको नतिजा र उपचार पुरा गरेको मिति सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
59	निको भएको Cured	Pulmonary Bacteriologically Confirmed क्षयरोगका विरामीले पुरै अवधीसम्म औषधि खाएको र निजको अनुगमन स्मेयर माइक्रोस्कोपिबाट खकार परीक्षण गर्दा कम्तिमा दुई पटक (ती दुइ पटकको खकार नमूना परीक्षण कम्तिमा पनि एक महिनाको फरकमा जाँचिएको र ति मध्ये एउटा परीक्षण उपचार अवधिको अन्तमा गरिएको हुनुपर्छ) नेगेटिभ भएको बिरामीलाई महल ५९ को Cured को कोड नं. १ मा गोलो लगाई तलको कोठामा मिति लेख्नुपर्दछ ।
60	अवधि पूरा गरेको Treatment Completed	खकार पोजेटिभ पल्मोनरी (Bacteriologically Confirmed) क्षयरोगका विरामी जसले उपचार अवधि पूरा गरेको छ तर निको भएको (Cured) भन्नको लागि चाहिने आवश्यक मापदण्ड पुरा गरेको छैन, त्यस्ता विरामीको उपचारको नतिजा Completed मानी सम्बन्धित महलमा उपचार अबधि पूरा गरेको मिति लेख्नुपर्दछ । Pulmonary, Clinically diagnosed (PCD) क्षयरोगका विरामी र Extra Pulmonary (EP) क्षयरोगका विरामीहरुले उपचार अवधि पुरा गरेको भएमा यसै अन्तरगत राखी महल ६० को Completed को कोड नं २ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति लेख्नुपर्दछ ।
61	उपचार फेलियर भएको Treatment Failure	पल्मोनरी (Bacteriologically Confirmed) क्षयरोगका बिरामी जसले लगातार ५ महिना वा सो भन्दा बढी सम्म उपचार गर्दा गर्दै पनि स्मेयर माइक्रोस्कोपीबाट खकार परीक्षण नतिजा पोजेटिभ आएको छ भने, त्यस्ता विरामीलाई Treatment Failure अन्तरगत राख्नुपर्छ । यदि पल्मोनरी, क्लिनिकली डाइग्नोज्ड र एक्स्ट्रा पल्मोनरी विरामीहरुको २ महिनाको अनुगमन खकार (स्मेयर माइक्रोस्कोपी) परीक्षण नतिजा पोजेटिभ भएमा पनि Treatment Failure मानिन्छ । त्यस्ता बिरामीलाई Failure को महल ६१ को कोड नं. ३ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति लेख्नुपर्दछ ।
62	मृत्यु भएका Died	उपचारको क्रममा कुनै पनि कारणले बिरामीको मृत्यु भएमा Died को महल ६२ को कोड नं. ४ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति लेख्नुपर्दछ । क्षयरोग बाहेक अन्य कारणले मृत्यु भएमा कैफियत महलमा जनाउनु पर्छ ।
63	नियमित उपचार गर्नबाट छुटेका Loss to follow up	उपचारमा रहेका क्षयरोगका विरामी जसको लगातार ६० दिन वा सो भन्दा बढी समय सम्म उपचार छुटेको छ, त्यस्ता विरामीलाई "नियमित उपचार गर्नबाट छुटेका" (Loss to follow-up) मानिन्छ । त्यस्ता बिरामीहरुलाई (Loss to follow-up) को महल ६३ को कोड नं. ५ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति लेख्नुपर्दछ ।
64	उपचार नतिजा थाहानभएको Not Evaluated	क्षयरोगको उपचारको अन्तमा नतिजा प्राप्त नभएका, नतिजा थाहा नभएका वा अन्य उपचार नतिजा बर्गिकरणमा नपरेका क्षयरोगका बिरामीलाई यस क्याटागोरीमा राख्नुपर्छ । Transfer Out भएका बिरामीको उपचार नतिजा प्राप्त नभएमा यस क्याटेगोरीमा जनाई कैफियतमा Transfer Out भएको बिरामी र स्वास्थ्य संस्थाको बिवरण उल्लेख गर्नु पर्छ । यस्ता बिरामीलाई Not Evaluated को महल ६४ को कोड नं. ६ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
65	सेकेण्ड लाइन (दोश्रो पंक्ति) उपचारमा लगिएको	यदि बिरामीलाई पहिलो लाईनको क्षयरोगको औषधीले निको नभएमा र खकार जाँच गर्दा RR TB र MDR TB भएको प्रमाणित भएमा महल ६५ को कोड नं. ७ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति लेख्नुपर्दछ ।
66	कैफियत	माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य कुरा खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ । साथै पुरानो टि.बि. नं, औषधि रोकेको मिति, औषधि उपचार गरिरहेको बेला बीचमा औषधि फेरेको भए सो कुरा समेत जनाउनु पर्छ । अन्य संस्थामा स्थानान्तरण (Transfer Out) भएको भए सो संस्थाको नाम र ठेगाना उल्लेख गर्नु पर्छ । साथै निज बिरामीको उपचारको नतिजा स्थानान्तरण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाबाट माग गरी उपचार नतिजामा अभिलेख गर्नु पर्नेछ ।

अभ्यास ६.४

धन बहादुर बि.क. को सम्पूर्ण बिबरण क्षयरोग उपचार रजिस्टरमा भर्नुहोस् ।

HMIS 6.6: पाल: धूमपान परित्याग रजिस्टर (Pal: Smoking Cessation Register)

रजिस्टरको नमुना :

PRACTICAL APPROACH TO LUNG HEALTH (PAL): SMOKING CESSATION REGISTER

SN	OPD NO		Full Name	Age		Address	Level of Nicotine Dependece		Type of CRD			1st Row: Date
	New	Old				District			Asthema	COPD	TB	2nd Row: Month
	Date		Contact No	Female	Male	VDC/Municipality	High	Low				3rd Row: Month
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
			Full Name	Age	Age	District	1	2	1	2	3	Counselling Date
												Committed to Quit
	DD MM YY		Contact No			VDC/Municipality, Ward						Actually Quitted

1st Row: Date	No of Counselling																													
2nd Row: Month	1			2			3			4			5			6			7			8			9			≥10		
3rd Row: Month	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
Counselling Date	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY
Committed to Quit	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY
Actually Quitted	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY	Y/N	MM	YY

भर्ने तरिका :

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
1	S.N.	Asthma, TB & COPD रोग भएका बिरामीलाई यस रजिस्टरमा दर्ता गर्दा हरेक महिना सि.नं. १ बाट सुरु गरी महिनाको अन्तसम्म क्रमश: लेख्नुपर्दछ ।
2-3	OPD No (New/Old) Date	बहिरङ्ग सेवा प्रदान गर्दा सम्बन्धित बिरामीलाई ओ.पी.डी. रजिस्टरमा दर्ता गर्दाको नम्बर ओ.पी.डी.रजिस्टरबाट यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ । सेवाग्राही यदि नयाँ भए महल २ मा OPD दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ र पुरानो भए महल ३ मा OPD दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राही दर्ता गर्दाको मिति (गते, महिना, साल) उल्लेख गर्नुपर्छ ।
4	Full Name Contact No	महल नं. ४ को पहिलो कोठामा बिरामीको पूरा नाम र थर स्पष्टसँग लेख्नुपर्दछ र दोस्रो कोठामा सम्पर्क फोन नं. उल्लेख गर्नुपर्छ ।
5-6	Age (Female/Male)	सेवा लिन आउने व्यक्ति महिला भए महल नं ५ मा र पुरुष भए महल नं ६ मा उमेर पूरा गरेको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
7	Address	यस महलको माथिल्लो कोठामा सेवाग्राहीको ठेगाना जिल्ला र तल्लो कोठामा गाउँ/नगरपालिका तथा वडा नं. समेत खुल्नेगरी लेख्नुपर्दछ ।
8-9	Level of Nicotine Dependence	यस रजिस्टरको कभर पेजको भित्री पृष्ठमा उल्लिखित निर्देशिकाअनुसार परीक्षण गरी निकोटिनको स्तर (Level) निर्धारण गरी High भए महल ८ मा तथा Low भए महल ९ मा √ चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
10-12	Type of CRD	सेवाग्राही Asthma को बिरामी भए महल नं १० मा, COPD को बिरामी भए महल ११ र TB को बिरामी भए महल १२ मा √ लगाउनुपर्दछ ।
13-14 & 15-43	No of Counseling / Visit	बिरामीले कतिऔं पटक धूम्रपानसम्बन्धी स्वास्थ्य जाँच/परामर्श गर्न आएको हो, सोही नम्बरको तलको महलमा भएका श्रेणी (Category) अन्तर्गत पहिलो कोठामा Y लेखी दोस्रो तथा तेस्रो कोठामा मिति (महिना र वर्ष क्रमश:) उल्लेख गर्नुपर्छ । परामर्श गर्दाको मिति पहिलो महलमा (महिना र वर्ष), बिरामीले धूम्रपान त्याग गर्ने प्रतिबद्धता जनाएमा सोको मिति दोस्रो महलमा तथा बिरामीले धूम्रपान परित्याग गरेमा तेस्रो महलमा मिति उल्लेख गर्नुपर्छ ।

HMIS 6.7: डी. आर. क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर (DR Tuberculosis Laboratory Register)

रजिस्टरको नमूना :

HMIS 6.7

LABORATORY REGISTER FOR CULTURE, XPERT

SN	Date of Specimen Received			Name of Patient / Caste of Patient / Ethnicity Code	Age		Address / District / VDC/Municipality, Ward / Contact No	Name of Treatment Centre / TB Registration No	HIV infection			Patient Previously Treated for TB			Date Specimen Collected / Date Specimen Inoculated			Examin / Diag / Culture		
	DD	MM	YY		Female	Male			Yes	No	Unknown	Yes	No	Unknown	DD	MM	YY	DD	MM	YY
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	DD	MM	YY	Name / Caste / Code			District / VDC/Municipality, Ward / Contact No	Name of Treatment Centre / TB Registration No	1	2	3	1	2	3	DD / DD	MM / MM	YY / YY	Culture Result / DD	MM	YY
	DD	MM	YY	Name / Caste / Code			District / VDC/Municipality, Ward / Contact No	Name of Treatment Centre / TB Registration No	1	2	3	1	2	3	DD / DD	MM / MM	YY / YY	Culture Result / DD	MM	YY

MTB/RIF AND DRUG SUSCEPTIBILITY TESTING

ation Results / nosis / Gene Xpert			Follow-up Month	Result of Confir-matory test for M. TB		Culture Sent for DST		Name of person reporting culture/ Xpert / Signature of person reporting culture/ Xpert	Date of Result reported			Comments	Result of Drug Susceptibility Testing								Name of person reporting DST Results / Signature of person reporting DST Results	Remarks
													H	R	E	S	Amk/ Km	Cm	FQ	Other		
													Date of Result Reported									
DD	MM	YY		+ve	-ve	Yes	No		DD	MM	YY		DD			MM			YY			
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			36			37		38	39
Gene Xpert Result / DD	MM	YY		1	2	1	2	Name of person reporting culture/ Xpert / Signature of person reporting culture/ Xpert	DD	MM	YY		1 / MM	2	3	4 / DD	5	6	7 / YY	8	Name of person reporting DST Results / Signature of person reporting DST Results	
Gene Xpert Result / DD	MM	YY		1	2	1	2	Name of person reporting culture/ Xpert / Signature of person reporting culture/ Xpert	DD	MM	YY		1 / MM	2	3	4 / DD	5	6	7 / YY	8	Name of person reporting DST Results / Signature of person reporting DST Results	

HMIS 6.8: डि. आर. क्षयरोग उपचार रजिस्टर (DR Tuberculosis Treatment Register)

रजिस्टरको नमुना :

HMIS 6.8

DR TUBERCULOSIS

SN	Registration No			Full Name of Client	Age		Address	Previous TB Registration No			Registration Category								Second Line Drugs Received Previously		
	National DR TB SN			Caste/Ethnicity Code			District	Registration Date			New	Relapse	Treatment After Default	Treatment After Failure Cat I	Treatment After Failure Cat II	Transfer In	Others	Still Under Treatment	Yes	No	Unknown
	Registration Date			Occupation	Female	Male	VDC/Municipality, Ward	MM	DD	YY											
	MM	DD	YY	Cat: Agri, Trade, Service, None			Contact No	Disease Site (P/EP)													
1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	Reg No			Name			District	Regd No													
	DR TB SN			Ethnicity Code			VDC/Municipality, Ward	MM	DD	YY	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3
	MM	DD	YY	Occupation			Contact No	Site (P/EP)													
	Reg No			Name			District	Regd No													
	DR TB SN			Ethnicity Code			VDC/Municipality, Ward	MM	DD	YY	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3
	MM	DD	YY	Occupation			Contact No	Site (P/EP)													

TREATMENT REGISTER

Date of Sample Taken for DST			Reasons for Entering in Second-line TB Treatment Register								Regimen (in Drug Initials)			Smear (S), culture (C) or Xpert MTB/RIF (X) result																													
			RR-TB / MDR-TB confirmed					Presumptive RR-TB/ MDR-TB						Start of Treatment (Month 0)			Month 1			Month 2			Month 3			Month 4			Month 5			Month 6			Month 7			Month 8		
			Result of Drug Susceptibility Testing								Start Date			S	C	X	S	C		S	C		S	C		S	C		S	C		S	C		S	C		S	C	
MM	DD	YY	H	R	E	S	Amk/ Km	Cm	FQ	Other	MM	DD	YY	MM	DD	YY	Date			Date			Date			Date			Date			Date			Date			Date		
																	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
MM	DD	YY	1				2				Regimen			S	C	X	S	C		S	C		S	C		S	C		S	C		S	C		S	C		S	C	
			1	2	3	4	5	6	7	8	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY
MM	DD	YY	1				2				Regimen			S	C	X	S	C		S	C		S	C		S	C		S	C		S	C		S	C		S	C	
			1	2	3	4	5	6	7	8	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY	MM	DD	YY

७. एच्.आई.भी. एड्स तथा यौनरोग

7. HIV/AIDS and STI

HMIS 7.1: एच्. आई. भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर

HMIS 7.2: यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिस्टर

HMIS 7.3: आमाबाट बच्चामा सर्ने एच्. आई. भी. रोकथाम सेवा रजिस्टर

HMIS 7.4: एच्. आई. भी. उपचार तथा सेवा रजिस्टर

HMIS 7.5: एच्. आई. भी. बिरामी कार्ड

HMIS 7.6: ओ. एस्. टी. रजिस्टर

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

यस रजिस्टरको प्रयोग सरकारी र अन्य आधिकारिक संस्था तथा निजी क्लिनिकबाट प्रदान गरिने एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवासम्बन्धी जानकारीको अभिलेख राख्नका लागि गरिन्छ । यो रजिस्टर एच्.आई.भी.परीक्षण गर्नुभन्दा पहिले र परीक्षणपश्चात्को परामर्श सकिनासाथ एच्.आई.भी.सम्बन्धी परीक्षण तथा परामर्श गर्ने एच्.आई.भी. काउन्सिलर र स्वास्थ्यकर्मीहरूले भर्नुपर्दछ । सेवाग्राहीको एच्.आई.भी. परीक्षणसम्बन्धी व्यक्तिगत विवरणहरु अति संबेदनशील हुने हुनाले एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शकेन्द्रमा यो रजिस्टर गोपनियता कायम हुनेगरी राख्नुपर्दछ ।

यो रजिस्टर सबै प्रकारका एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शसम्बन्धी देहायका जानकारीहरू रेकर्ड गर्नको लागि आवश्यक पर्दछ ।

- सेवाग्राहीको व्यक्तिगत तथा सामाजिक मुख्य मुख्य विवरण रेकर्ड गर्न ।
- सेवाग्राहीलाई प्रदान गरेको एच्.आई.भी.परीक्षणपूर्वको परामर्श, परीक्षण र परीक्षण पश्चात् प्रदान गरिएको परामर्श सम्बन्धी विवरण रेकर्ड गर्न ।
- एच्.आई.भी. सङ्क्रमण हुनसक्ने जोखिमपूर्ण व्यवहार र एच्.आई.भी. परीक्षण गर्नुका कारणहरू रेकर्ड गर्न ।
- सेवाग्राहीको एच्.आई.भी. अवस्था रेकर्ड गर्न ।
- एच्.आई.भी. पोजेटिभ व्यक्तिको CD4 सङ्ख्या तथा WHO Stage रेकर्ड गर्न ।
- एच्.आई.भी. पोजेटिभ व्यक्तिलाई उपचार सेवामा प्रेषण गर्न ।

रजिस्टरको नमुना :

HIV TEST

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

SN	Registration					Demographic Information									
						Cliient's Name and Caste			Age			Marital Status*	Address		
	Date			MR No	SR No	First Name (Optional)	Last Name (Compulsory)	Caste Code	Sex				District	Municipality/Rural Municipal	Others
	DD	MM	YY						F	M	TG				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

ING AND COUNSELING REGISTER HMIS 7.1

Client Code*	Pre-test counseling					Informed Consent	HIV Test			Post - Test Counseling					Referral	
	Pre-test Counseling	HIV Tested Before	Medical Reason for Testing*	Pregnancy Status	Risk Group*		Test 1	Test 2	Test 3	Post - Test Counseling	Result received	Result	Partner Counseling	WHO Staging	In = 1 Out = 2	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
															1	
															2	
															1	
															2	

HIV Testing and Counseling (HTC) Register भर्ने निर्देशिका

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशिका
1	S.N.		एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शकालागि आएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । हरेक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ ।
2-4	Registration	Date	एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शकालागि सेवाग्राही आएको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ ।
5	Registration	MR No	सेवाग्राही मूलदर्ता भई आएको भए मूल दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
6	Registration	SR (Service Regisger) No	प्रत्येक आर्थिक बर्षका लागि सेवा दर्ता नम्बर (Service Register) १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
7	Demographic Information	First Name (Optional)	सेवाग्राहीको पहिलो नाम लेख्नुपर्दछ । कसैलाई आफ्नो नाम लेखाउन इच्छा नभएमा यो अनिवार्य छैन ।
8	Demographic Information	Family Name (Compulsory)	सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ । Family Name को आधारमा नै Client code लेख्नुपर्ने भएकोले सेवाग्राहीको Family Name अनिवार्य रुपमा लेख्नुपर्दछ ।
9	Demographic Information	Caste code	सेवाग्राहीको Caste/ethnicity code लेख्नुपर्दछ । Caste/ethnicity code यसै रजिस्टरको पछिल्लो पेजमा राखिएको छ ।
10-12	Demographic Information	Age and Sex	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधी लिङ्गअनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
13	Demographic Information	Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोडअनुसार लेख्नुपर्दछ: १. अविवाहित(U) २. विवाहित(M) ३. एकल(S) ४. विधवा/विदुर (W) ५. सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा (NA)
14-16	Demographic Information	Address (District, Municipality, Others)	सेवाग्राहीको ठेगाना जिल्ला र नगर/गाउँपालिकाको पूरा नाम सम्वन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपाल वाहेक अन्य देशको भएमा Others मा देशको नाम खुलाइ निजको ठेगानाको पूरा विवरण समेत खुलाउनु पर्दछ ।
17	Demographic Information	Client Code	Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + Sex (1= F, 2= M, 3 = TG) + Service registration number Eg.२०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको सेवा दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123 हुन्छ ।
18	Pre-test counseling	Pre-test counseling	परीक्षणपूर्व परामर्श लिएको भए Y लेख्नुपर्दछ नत्र N लेख्नुपर्दछ ।
19	Pre-test counseling	HIV tested before	यसभन्दा पहिले सेवाग्राहीले एच्.आई.भी.को परीक्षण गराएको भए पहिलेको परीक्षणको नतिजा लेख्नुपर्दछ । नगराएको भए N लेख्नुपर्दछ ।
20	Pre-test counseling	Medical reason for testing	सेवाग्राहीले परीक्षण गर्नु पछाडिका कारण के हो मूल्याङ्कन गर्नुपर्दछ । उपयुक्त कारणमा कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ : 1 = STI; 2=TB; 3 = Pregnancy; 4 = Surgery; 5 = HIV/AIDS symptoms; 6 = Child delivered from Positive Mother; 7 = None of above (१ देखि ६ सम्मका कोड बाहेकका), 8 = Other
21	Pre-test counseling	Pregnancy Status	यदि महिला सेवाग्राही गर्भवती भएमा यस महलमा Y र गर्भवती नभएमा N लेख्नुपर्दछ । यदि महिला सेवाग्राहीलाई आफ्नो गर्भवती अवस्थाका बारेमा थाहा नभएमा DK लेख्नुपर्दछ। यदि सेवाग्राही बच्चा, पुरुष र तेस्रो लिङ्गी भए यस महलमा NA लेख्नुपर्दछ ।
22	Pre-test counseling	Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नुपर्दछ:

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशिका
			1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM and TG; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Other (not specified in above category) अन्य भए खुलाउन पर्दछ ।
23	HIV Test	Informed Consent	यदि सेवाग्राहीले एच्.आई.भी. परीक्षणको लागि सहमति दिएमा Y र नदिएमा N लेख्नुपर्दछ ।
24		Test 1	First Test (Determine) को नतिजा पोजेटिभ भएमा P, नेगेटिभ भएमा N र परीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नुपर्दछ ।
25		Test 2	Second Test (Unigold) को नतिजा पोजेटिभ भएमा P, नेगेटिभ भएमा N र परीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नुपर्दछ ।
26		Test 3	Third Test (Stat Pak) को नतिजा पोजेटिभ भएमा P, नेगेटिभ भएमा N र परीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नुपर्दछ ।
27	Post-test Counseling	Post-Test Counseling	परीक्षण पश्चात् परामर्श दिएको भए Y र नदिएको भए N लेख्नुपर्दछ ।
28		Result received	सेवाग्राहीले परीक्षणको नतिजा प्राप्त गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नुपर्दछ ।
29		Result	एच्.आई.भी. परीक्षणको नतिजा लेख्नुपर्दछ । यदि तीन वटै नतिजा पोजेटिभ भए P, Test 1 नेगेटिभ भए N र तीन वटै परिक्षणको नतिजा नमिलेको अबस्था (Inconclusive) भएमा आइ (I) लेख्नुपर्दछ । National HIV testing and Treatment Guidelines 2017 अनुसार
30		Partner Counseling	संक्रमित सेवाग्राहीको पार्टनरलाई परामर्श दिएको भए Y र नदिएको भए N लेख्नुपर्दछ ।
31		WHO Clinical Staging	एच्.आई.भी. पोजेटिभ व्यक्तिको उपयुक्त WHO stage लेख्नुपर्दछ : • Asymptomatic (1) • Mild symptoms (2) • Advanced symptoms (3) • Severe symptoms(4) National HIV testing and Treatment Guidelines 2017 अनुसार
32	Referral	In Out	अन्य संस्थाबाट यस संस्थामा सेवाग्राही प्रेषण भइ आएको भए 1 मा गोलो घेरा लगाई संगैको कोठमा प्रेषण गर्ने संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ र यदि सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा प्रेषण गरेको भए 2 मा गोलो घेरा लगाई संगैको कोठामा कहाँ रेफर गरिएको हो, सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 7.2: यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिस्टर

(STI Treatment Register)

यस रजिस्टरको प्रयोग जोखिममा रहेका समुदाय (Risk group) बिशेषलाई सेवा प्रदान गर्ने सरकारी र अन्य आधिकारिक गैर सरकारी तथा निजी संस्थाहरुद्वारा यौनरोग सम्बन्धी परीक्षण, निदान र उपचारको अभिलेख राख्नकोलागि गरिन्छ । यस रजिस्टरबाट सेवाग्राहीको सामाजिक तथा व्यक्तिगत जानकारी, सेवाग्राहीको प्रकार (नयाँ /पुरानो) र यौनरोगसम्बन्धी परामर्श, भिरिङ्गी (Syphilis)को स्क्रिनिङ तथा प्रयोगशाला निदान- RPR+ve, TPPA+ve, GNID+ve, सेवाग्राहीको जोखिम समूह, यौनजन्य सङ्क्रमणको उपचारबारे जानकारी प्राप्त गर्न सकिन्छ । यो रजिस्टर ए.आर.टी काउन्सिलरले सम्बन्धित चिकित्सकको उपचार र सल्लाह अनुसार भर्नुपर्दछ ।

नोट: माथि उल्लेख गरेका बाहेक अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरुले यौनजन्य रोग संक्रमणको उपचारको अभिलेख बहिरंग सेवा रजिस्टर (HMIS 1.3) मा अध्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

रजिस्टरको नमुना

SEXUALLY

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

SN	Registration					Demographic Information								
						Client's Name and Caste			Age			Marital Status*	Address	
	Date			MR No	SR No	First Name (Optional)	Last Name (Compulsory)	Caste Code	Sex				District	Municipality/ Rural Municipality
	DD	MM	YY						F	M	TG			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

TRANSMITTED INFECTIONS (STI) REGISTER

HMIS 7.2

		STI Counselling						Laboratory Investigation				Treatment			Referral	
others	Client Code*	Type of Case*	STI Counseling	Cervicitis	Veginitis	Herpes Genatilis	Syphilis Screening	TPPA	RPR	GNID	Risk Group*	Etiological	Sex worker (Presumptive)	Partner (Asymptomatic	In = 1 / Out = 2	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		1													1	
		2													2	
		1													1	
		2													2	

रजिस्टर भर्ने निर्देशिका:

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशिका
1	S.N.		एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शका लागि आएका सेवाग्राहीको क्रमसङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । हरेक महिनामा क्रमसङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ ।
2-4	Registration	Date	एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शका लागि सेवाग्राही आएको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ ।
5		MR No	सेवाग्राही मूलदर्ता भई आएको भए मूल दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशिका
6		SR (Service Registered) No	प्रत्येक आ.ब. कालागि सेवा दर्ता नम्बर (Service Registion Number) १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
7	Demographic Information	First Name (Optional)	सेवाग्राहीको पहिलो नाम लेख्नुपर्दछ । कसैलाई आफ्नो नाम लेखाउन इच्छा नभएमा यो अनिवार्य छैन ।
8		Family Name (Compulsory)	सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ । Family Name को आधारमा नै Client code लेख्नुपर्ने भएकोले सेवाग्राहीको Family Name अनिवार्य रुपमा लेख्नुपर्दछ ।
9		Caste code	सेवाग्राहीको caste/ethnicity code लेख्नुपर्दछ । caste/ethnicity code यसै रजिस्टरको पछिल्लो पेजमा राखिएको छ ।
10-12		Age and Sex	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधी लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ 1=F= Female, 2=M=Male, 3=TG= Third Gender (or Other)
13		Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोडअनुसार लेख्नुपर्दछः १. अविवाहित(U) २. विवाहित(M) ३. एकल (S) ४. विधवा/विदुर (W) ५. सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा (NA)
14-16		Address (District, Municipality, Others)	सेवाग्राहीको ठेगाना जिल्ला र नगर/गाउँपालिकाको पूरा नाम सम्वन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपाल वाहेक अन्य देशको भएमा Others मा देशको नाम खुलाइ निजको ठेगानाको पूरा विवरण समेत खुलाउनुपर्दछ ।
17		Client Code	Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F, 2= M, 3 = TG) + Service registration number Eg.२०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको सेवा दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123 हुन्छ ।
18	STI Counseling & Diagnosis	Type of Case	नयाँ सेवाग्राहीको लागि 1 र फलोअपको (पुरानो) लागि 2 मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
19		STI Counseling	यौनरोगसम्बन्धी परामर्श दिएको भए Y र नदिएको भए N लेख्नुपर्दछ ।
20	Cervicitis		सेवाग्राहीलाई Cervicitis भएको भए Y र नभएको N लेख्नुपर्दछ ।
21	Veginitis		सेवाग्राहीलाई Veginitis भएको भए Y र नभएको भए N लेख्नुपर्दछ ।
22	Herpes Genatilis		सेवाग्राहीलाई Herpes Genatilis भएको भए Y र नभएको भए N लेख्नुपर्दछ ॥
23	Syphilis Screening		भिरिङ्गी (Syphilis) स्क्रिनिङ गरिएको भए Y र नगरिएको भए N लेख्नुपर्दछ ।
24	Laboratory Investigation	TPPA	TPPA परीक्षण पोजेटिभ भएमा P, नेगेटिभ भएमा N र परिक्षण नगरिएको भए ND लेख्नुपर्दछ ।
25		RPR	RPR परीक्षणमा आएको Titration को अवस्था लेख्नुपर्दछ । परिक्षण नगरिएको भए ND लेख्नुपर्दछ ।
26		GNID	GNID परीक्षण पोजेटिभ भएमा P र नेगेटिभ भएमा N र परिक्षण नगरिएको भए ND लेख्नुपर्दछ ।
27	Risk Group		सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) को जाँच-पड्ताल गरी लक्षित समूह लेख्नुपर्दछ । सो को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नुपर्दछः 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM and TG; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Other (not specified in above category)

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशिका
28	Treatment	Etiological	सेवाग्राहीको Etiological treatment गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नुपर्दछ ।
29		Sex worker (Presumptive)	यौनकर्मीलाई Presumptive treatment गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नुपर्दछ ।
30		Partner (Asymptomatic)	कुनै व्यक्तिमा यौनरोग छ र उसको पार्टनरलाई लक्षण नभएतापनि Asymptomatic treatment गरिएको भए Y र नगरेको भए N लेख्नुपर्दछ ।
31	Referral	In Out	अन्य संस्थाबाट यस संस्थामा सेवाग्राही प्रेषण भइ आएको भए 1 मा गोलो घेरा लगाई संगैको कोठमा प्रेषण गर्ने संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ र यदि सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा प्रेषण गरेको भए 2 मा गोलो घेरा लगाई संगैको कोठामा कहाँ रेफर गरिएको हो, सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 7.3: आमाबाट बच्चामा सर्ने एच्.आई.भी. रोकथाम सेवा रजिस्टर (Prevention of Mother To Child Transmission Register)

यो रजिस्टर ART site (ARV औषधि उपलब्ध भएको स्वास्थ्य संस्था) मा एच्.आई.भी. सङ्क्रमित महिला र तिनबाट जन्मने बच्चालाई प्रदान गरिने पी.एम्.टी.सी.टी. उपचार सेवासम्बन्धी अभिलेख राख्नकालागि प्रयोग गरिन्छ । यो रजिस्टर मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य रजिष्टर (HMIS 3.6) को महल ९ को कोड ४ बाट एच्.आई.भी. संक्रमण पहिचान भएपछि मात्र प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

एच्.आई.भी.सङ्क्रमित महिलासम्बन्धी जानकारी, उनको विगत, ए.आर.टी सेवा र फलोअप गर्न, CD4 को अवस्था, क्षयरोग सम्बन्धी जाँच, जन्मने बच्चालाई दिइने प्रोफाइल्याक्सिस्, स्तनपानको प्रकारआदि लगायतका जानकारीहरू (जसको अभिलेख राख्ने महल HMIS 3.6 रजिस्टरमा छैन) को अभिलेख राख्न यो रजिस्टर आवश्यक पर्दछ ।

के-के जानकारीहरू रेकर्ड गरिन्छन् ?

- एच्.आई.भी. पोजेटिभ गर्भवती महिला/आमाको सामाजिक तथा व्यक्तिगत विवरण
- एच्.आई.भी.सङ्क्रमण निदान भएको मिति (गर्भवती हुनुभन्दा पहिले, गर्भवती अवस्थामा, सुत्केरी हुने बेलामा, सुत्केरीपश्चात्)
- ए.आर.टी.को सुरुआत र त्यसको फलोअप
- गर्भवती अवस्थामा गरिएको क्षयरोगको उपचार
- सुत्केरीको प्रकार, जन्मने बच्चा र बच्चाका लागि दिइने ए.आर.भी.सम्बन्धि जानकारी
- उपचारको निरन्तरताका लागि गरिने रिफरलगायतका जानकारीहरू

रजिस्टरको नमुना :

PMTCT SERVICE HMIS

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

SN	Master Registration No / Service Registration No	First and Middle Name / Last Name / Caste/Ethnicity Code	Age <20 Years	Age ≥20 Years	Address: District with district code / Municipality/Rural Municipality, Ward No / Village/Tole/ Contact No	Client code* / Risk Group**	Women Identified HIV positive: Before Pregnancy	Period: Antenatal	Period: Labour & Delivery	Period: Postnatal	Date Diagnosed HIV positive DD	MM	YY	HIV Status (Partner): Who already know their HIV status	Referred if the status is not known	ART Eligibility: WHO Clinical Staging / CD 4 count / Date for first CD4	Started ART Treatment: Before Pregnancy	Period: Antenatal	Period: Labour & Delivery	Period: Postnatal	Date of ART started DD	MM	YY	CD 4 count after starting ART: At 6 Months	At 12 Months	TB Treatment during Pregnancy: Category / Date Started DD	MM	YY
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
	MRN SRN	First Name Family Name Ethnicity Code				Client code* Risk Group**										1 2 3 4 DD MM YY					DD Regimen	MM	YY			Category DD	MM	YY
	MRN SRN	First Name Family Name Ethnicity Code				Client code* Risk Group**										1 2 3 4 DD MM YY					DD Regimen	MM	YY			Category DD	MM	YY

REGISTER HMIS

Follow up on ART — Antenatal: 1st Row: 1 = On Treatment, 2 = Stop Treatment, 3 = Transfer Out, 4 = Missing, 5 = Lost to Follow-up, 6 = Death, 7= Restart; 2nd Row: Treatment Adherence (A/B/C); 3rd Row: TB Screening [Y/N]. Delivery: 1=ND, 2=Vaccum, 3=Forceps,4= C/S; 1=live birth, still birth: (2=fresh, 3=macerated). Postnatal: 1st Row: 1= On Treatment, 2 = Stop Treatment, 3 = Transfer Out, 4 = Missing, 5 = Lost to Follow-up, 6 = Death, 7= Restart; 2nd row Baby Prophylaxis.

Antenatal start	Month 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Delivery DD	MM	YY	Postnatal Days 1	2	3	4	5	6	7	Baby Born to HIV +ve Mother: Live Birth (Number) / Birth Weight (Gram) Female	Male	ARV Prophylaxis for Baby Y / Drug	N	Breast feeding Option opted by HIV + mother EBF	RF	MF	HIV+ve postpartum women received any FP services Y / FP service	N	End of Follow up: Transfer Out During Pregnancy / Date for Lost to Follow-up / Date for Death DD	MM	YY	Date and Place for Transfer Out for Continnum DD	MM	YY	Remarks
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
										DD	MM	YY															Specify		DD DD DD	MM MM MM	YY YY YY	DD	MM	YY	
										DD	MM	YY															Specify		DD DD DD	MM MM MM	YY YY YY	DD	MM	YY	

रजिस्टर भर्ने निर्देशिका :

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशिका
1	Serial Number		हरेक महिना १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
2	Registration Number	Master	मूलदर्ता रजिस्टरबाट सेवाग्राहीको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
		Service	सेवा दर्ता नं. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ । अर्को आ.ब.मा यो नम्वर १ बाट सुरु नगरी क्रमश: लेख्दै जानुपर्दछ ।
3	Name,Family Name		सेवाग्राहीको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
	Caste/Ethnicity Code		सेवाग्राहीकोcaste/ethnicity code लेख्नुपर्दछ ।
4-5	Age		सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोध्नुहोस् र <20 years वा ≥20 yrs मा पूरा गरेको उमेर लेख्नुपर्दछ ।
6	Address		सेवाग्राहीको जिल्लाको कोड, नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर तथा फोन नम्बर समेत सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
7	Client code		Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F) + Service registration number Eg.२०४२ सालमा जन्मेकी श्रेष्ठ थर भएकी गर्भवती महिला जसको दर्ता नं. १२ छ भने उनको Client Code SH-42-1-12हुन्छ ।
	Risk Group		सेवाग्राहीको जोखिम समूह(Risk group)को कोड यस महलमा लेख्नुपर्दछ । लेख्नुपर्दछ । (1 = Sex Worker; 2= PWID, 3=MSM & TG; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers;6 = Migrants;7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Other
8	Women Identified HIV positive	Before Pregnancy	महिला गर्भवती हुनुभन्दा पहिले नै एच्.आई.भी. सङ्क्रमित भएको भए यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
9		Antenatal	महिला गर्भवती भएको बेलामा एच्.आई.भी. सङ्क्रमित भएको थाहा भएको भए यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
10		Labour and Delivery	महिला स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी हुन आउँदा परीक्षण गर्दा एच्.आई.भी. सङ्क्रमित भएको थाहा भएको भए यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
11		Postnatal	महिला सुत्केरी भइसकेपछि परीक्षण गराउँदा एच्.आई.भी.सङ्क्रमित भएको थाहा भएमा यस महलमा (√) चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
12-14		Date Diagnosed HIV Positive	एच्.आई.भी. सङ्क्रमण निदान भएको मितिलेख्नुपर्दछ ।
15	HIV status (partner)	Who already know their HIV status	एच्.आई.भी. पोजेटिभ महिलाको पार्टनरलाई एच्.आई.भी.को अवस्थाबारे थाहा छ भने पोजेटिभ भए P र नेगेटिभ भए N लेख्नुपर्दछ ।
16		Referred if the status is not known	एच्.आई.भी. पोजेटिभ महिलाको पार्टनरको एच्. आई. भी.को अवस्थाबारे थाहा छैन भने परीक्षणको लागि प्रेषण गरी √ चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
17	ART Eligibility	WHO Clinical Staging	एच्.आई.भी. सङ्क्रमित गर्भवती महिलाको WHO staging पहिचान गरी 1, 2, 3 वा 4 को उपयुक्त महलमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		CD4 Count	CD4 count गराएको भए सोको सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । यदि गराएको छैन भने यस महलमा (–) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
		Date	पहिलो पटक CD4 count गराएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
18	Started ART	Before Pregnancy	महिलाले गर्भवती हुनुभन्दा पहिलेदेखि नै ए.आर.भी. उपचार सुरु गरेको भए भए यस महलमा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
19		Antenatal	महिलाले गर्भवती अवस्थामा ए.आर.भी. उपचार सुरु गरेको भए यस महलमा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशिका
20		Labour and Delivery	महिलाले Labour and delivery मा ए.आर.भी. खान सुरु गरेकी भए यस महलमा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
21		Postnatal	महिलाले सुत्केरी भए पश्चात् (Postnatal) मा ए.आर.भी. खान सुरु गरेकी भए यस महलमा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
22-24		Date of ART Started	ए.आर.भी. खान सुरु गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
		Regimen	ए.आर.भी. खान सुरु गर्दाको Regimen लेख्नुपर्दछ ।
25	CD4 count after starting ART	At 6 months	ए.आर.भी. खान सुरु गरेको ६ महिनापछिको CD4 सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
26		At 12 months	ए.आर.भी. खान सुरु गरेको १२ महिनापछिको CD4 सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
27-29	TB Treatment during Pregnancy	Category	गर्भवती अवस्थामा क्षयरोगको उपचार गराएको भए उपचार बर्गिकरण (treatment category) र मिति लेख्नुपर्दछ ।
30-39	Follow-up on ART	Antenatal	पहिलो तेर्सो महलमा महिलाले मासिक रूपमा सेवन गरेको ए.आर.भी.को अवस्था लेख्नुपर्दछ । ए.आर.भी.को परिणामका लागि निम्न कोड प्रयोग गर्नुहोस् : 1 = On Treatment — 4 = Missing 2 = Stopped Treatment — 5 = Lost to follow-up 3 = Transferred Out — 6 = Death दोस्रो तेर्सो महलमा मासिक भेटमा उपचारको Adherence level (A,B and C) लेख्नुपर्दछ : A=>95% , B=80-95%, C=<80% Adherence level (A,B and C) निर्धारण निम्नानुसार गर्नुपर्दछ: *त्यस महिनामा सेवाग्राहीले खाएको मात्रा/सेवाग्राहीले खानुपर्ने मात्रा×१००* तेस्रो तेर्सो महलमा मासिक भेटमा टी.बी.को Screening गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नुपर्दछ । टी.बी.को Screening चार वटा प्रश्नहरू सोधेर गरिन्छ । (विस्तृत जानकारीको लागि ए.आर.टी निर्देशिका हेर्नुहोस्)
40-42		Delivery	पहिलो तेर्सो महलमा देहायको कोड प्रयोग गरी सुत्केरीको प्रकार लेख्नुपर्दछ: 1= ND (normal delivery) 2= Vaccum delivery 3= Forcep 4= C/S दोस्रो तेर्सो महलमा देहायको कोड प्रयोग गरी सुत्केरीको परिणाम लेख्नुपर्दछ: 1= live birth 2= still birth 3= still birth macerated तेर्सो तेर्सो महलमा सुत्केरी भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
43-49		Postnatal 1st row	पहिलो तेर्सो महलमा महिलाको फलोअप भेटमा ए.आर.भी.को अवस्था लेख्नुपर्दछ । परिणामकालागि निम्न कोड प्रयोग गर्नुहोस् : 1 = On Treatment 2 = Stopped Treatment 3 = Transferred Out

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशिका
		2nd row	4 = Missing (तीन महिनासम्म औषधी लिन नआएको) 5 = Lost to follow-up (तीन महिनासम्म Missing भएको सेवाग्राही चौथो महिनादेखि Lost to follow up मा गणना गरिन्छ) 6 = Death 7 = Restart दोस्रो तेर्सो महलमा बच्चालाई प्रोफाइल्याक्सिस दिएको र हरेक दिनमा त्यसको फलोअप भैरहेको छ भने Y लेख्नुपर्दछ ।
50	Baby Born to HIV Positive Mother	Live birth (number)	पहिलो तेर्सो महलमा एच्.आई.भी. पोजेटिभ आमाले जन्माएको बच्चाको सङ्ख्या लिङ्गअनुसार लेख्नुपर्दछ ।
51		Birth Weight (gram)	दोस्रो तेर्सो महलमा बच्चाको तौल ग्राममा लेख्नुपर्दछ ।
52-53	ARV Prophylaxis for baby	Yes	बच्चालाई ६ हप्तासम्मकालागि प्रोफाइल्याक्सिस् दिइएको भए Y लेख्नुपर्दछ ।
		No	बच्चालाई ए.आर.भी प्रोफाइल्याक्सिस् दिइएको छैन भने N लेख्नुपर्दछ ।
		Drug	बच्चालाई दिईएको ए.आर.भी प्रोफाइल्याक्सिसको प्रकार (नाम) लेख्नुपर्दछ ।
54	Breast feeding Option opted by HIV + mother	Exclusive breast feeding	आमाले Exclusive breast feeding गराउन चाहेमा EBF कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
55		Replacement feeding	आमाले Replacement feeding गराउन चाहेमा RF कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
56		Mixed feeding	आमाले Mixed feeding गराउन चाहेमा MF कोठामा (√) चिह्न लगाउनुपर्दछ ।
57	HIV +ve postpartum women received any FP service	Yes	आमालाई Postnatal period मा कुनै FP service दिइएको भए Y लेखी दिईएको साधनको नाम लेख्नुपर्दछ । परिवार नियोजन सेवा दिएको अभिलेख परिवार नियोजनको सम्वन्धित सेवा रजिस्टरमा पनि अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
58		No	आमालाई Postnatal period मा कुनै FP service दिइएको छैन भने N लेख्नुपर्दछ ।
59-61	End of Follow up	Transfer out during pregnancy	पहिलो तेर्सो महलमा गर्भवती महिला अन्य संस्थामा स्थानान्तरण भएमा स्थानान्तरणको मिति लेख्नुपर्दछ ।
		Date for LFU	दोस्रो तेर्सो महलमा गर्भवती महिला Lost to follow up भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
		Date for Death	तेस्रो तेर्सो महलमा गर्भवती महिला मृत्युभएको भए मिति लेख्नुपर्दछ ।
62-64	Date and place for Transfer out for continnum		गर्भवती महिला तथा शिशु अन्य संस्थामा रिफर भई गएको भए सो मिति लेख्नुपर्दछर तल्लो महलमा रेफर गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
65	Remarks		कुनै सान्दर्भिक अन्य कुराहरू भए यसमा लेख्नुपर्दछ ।

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

यस रजिस्टरको ए.आर.टी. केन्द्रमा एच्.आई.भी.सङ्क्रमित व्यक्तिहरूको उपचार सेवा सम्बन्धी जानकारीहरूको अभिलेख राख्नकोलागि प्रयोग गरिन्छ। यस रजिस्टर एच्.आई.भी.सङ्क्रमित सम्बन्धी जानकारी, एच्.आई.भी.परीक्षण तथा ए.आर.भी सम्बन्धी पहिले दिइएका सेवा, ए.आर.टी.मा प्रवेश गरेको मार्ग, जोखिम समूह, सुरक्षित मातृत्व सेवा लिने एच्.आई.भी संक्रमित महिला र बच्चाको जानकारी, CD4 र भाइरल लोडको अवस्था, तौल तथा उचाइ (बच्चाका लागि मात्र), क्षयरोगको जाँच-पड्ताल तथा उपचार, ए.आर.टी.को शुरुवात र त्यसको फलोअप, ए.आर.टी.को एडहेरेन्स (adherence), रेजिमेनमा भएको परिवर्तन, स्थानान्तरण, मृत्यु लगायतका जानकारीको अभिलेख राख्नकालागि आवश्यक पर्दछ। यसले हरेक १२ महिनामा केही महत्वपूर्ण सूचकहरु (EWI) जस्तै on time pill pick up, retention on care, viral load suppression आदिको समेत अभिलेख राख्दछ।

के-के जानकारीहरु रेकर्ड गरिन्छन् ?

- एच्.आई.भी.सङ्क्रमितको सामाजिक तथा व्यक्तिगत विवरण, जस्तैः Registration number, age, sex, address, contact number, client code, ethnicity/caste code, risk group, entry point to ART services
- पीएमटीसीटी सेवाग्राहीका लागि ए.आर.भी रेजिमेन र ए.आर.टी. शुरु गरेको मिति
- एच्.आई.भी.सङ्क्रमित आमाबाट जन्मेको बच्चाको PCR and Antibody test, CPT शुरु गरेको मिति
- एच्.आई.भी.सेवा सम्बन्धी जानकारीहरूः एच्. आई. भी.सङ्क्रमित भएको थाहा भएको मिति, एच्.आई.भी.सेवामा दर्ता भएको मिति, दर्ताको समयमा CD4 count र WHO staging, CPT and IPT शुरु गरेको मितिरफलोअप
- सेवामा दर्ता हुँदा र उपचार अवधिभर हरेक महिना गरिने टीबी जाँच-पड्ताल, टीबीको उपचारको विगत, ए.आर.टी. शुरु गरेको मिति, स्थानान्तरण भएको आएको वा गएको मिति, Lost to Follow up र मृत्यु भएको मिति
- Treatment Care History: Treatment status, Adherence and Regimen substitution or switched, OI diagnosis and treatment, TB Assessment every month
- हरेक ६/१२ महिनामा गरिने CD4 र Viral load
- केही महत्वपूर्ण सूचकहरू, जस्तैः on time pill pick up, retention on care, retention on first line, viral load suppression

रजिस्टरको नमुना :

Client's Index							
S.N.	Registration Date DD/MM/YY	Name of Client	Client code	Date DD/MM/YY		Page Number	Remarks
				ART Start	Transfer In		
1							
2							
3							
4							

HIV TREATMENT CARE REGISTER

HMIS 7.4

SN	Registration			Name, Caste and Caste Code		Address		Age/Sex	Marital Status	Client code	Contact No	Risk Group	Entry point
	DD	MM	YY	Name		District	Others	Age			Mobile		
	Master No	Service No		Caste	Code	Municipality, Ward		Sex			Mobile 2 (supporter)		

Only For PMTCT Cases

Mother's ART Start Period				ther's ART Start date and Regim				Delivery Status			Wee ks	Baby Prophylaxis	ARV Prophylaxi	Start Date
efore Pregnan	ntenata	abor & Delive	Postnata					ate of Deliver	ive Birt	till Birt		# # #		
				DD	MM	YY	Regimen				Child 1			
											Child 2			

Early Infant Diagnosis

within 2 months					2 - 9 months					9 - 18 months					antibody after 18 months					CPT Prophy. after 6 wks		
DD	MM	YY	P	N	DD	MM	YY	P	N	DD	MM	YY	P	N	DD	MM	YY	P	N	DD	MM	YY

HIV Care History

Date HIV positive			Date enrolled			WHO stage				Date of Initial CD 4			Initial CD4	CPT Start		Date CPT started			IPT Start		Date IPT started			IPT Continuation						
DD	MM	YY	DD	MM	YY	1	2	3	4	DD	MM	YY		Y	N	DD	MM	YY	Y	N	DD	MM	YY	month Y/N	1	2	3	4	5	6

B assessment at the time of enrollment in HIV care				History of TB						Transfer In	From (site)	DD	MM	YY	Regimen
Smear	Culture	Chest x-Ray	Gene Xpert	EP/PBC/PCD	Date of TB treatment started			Regimen	Outcome						
Result	Result	Result	Result		DD	MM	YY								

Chronic Disease				ART Start date and Regimen				Transfer Out	To (site)	DD	MM	YY	Regimen
Disease	Drugs	Disease	Drugs	DD	MM	YY	Regimen						

Treatment Substituted					Treatment Switched					Date of Death			ICD 10 (Mortality Code)
Date			Regimen	Reason	Date			Regimen	Reason				
DD	MM	YY			DD	MM	YY			DD	MM	YY	
DD	MM	YY			DD	MM	YY						

CD4 COUNT, FOLLOW-UP, WEIGHT AND HEIGHT (Height only applies for Children)

	At start	6 months	12 months	18 months	24 months	30 months	36 months	42 months	48 months	54 months	60 months	66 months	72 months
CD4-Date (dd/mm/yy)													
CD4 Count													
Wt/Ht													
Viral load-Date (dd/mm/yy)													
Viral load													

	78 months	84 months	90 months	96 months	102 months	108 months	114 months	120 months	126 months	132 months	138 months	144 months
Date (dd/mm/yy)												
CD4 Count												
Wt/Ht												
Date (dd/mm/yy)												
Viral load												

Revised: 2070/71

Print FY: 2070/71

HIV Care History

1st row: OI Diagnosis (1- Bacterial Pneumonia, 2- TB, 3- Candidiasis, 4- Diarrhoea, 5- Crypto. Meningitis, 6 - PCP*, 7 - Cytomegato Virus, 8 - Herpes Zoster, 9- Genital Herpes, 10 – Toxoplasmosis, 11- Others); 2nd Row: Treatment ; 3rd Row: TB Screening [Y/N]

Month	2 wk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Row 1																																									
Row 2																																									
Row 3																																									
Month	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81
Row 1																																									
Row 2																																									
Row 3																																									
Month	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122
Row 1																																									
Row 2																																									
Row 3																																									
Month	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	
Row 1																																									
Row 2																																									
Row 3																																									

ART History

1st Row: 1 = On Treatment, 2 = Stop Treatment, 3 = Transfer Out, 4 = Missing, 5 = Lost to Follow-up, 6 = Death, 7 = Restarted.

2nd Row: Treatment Adherence (A/B/C); **3rd Row:** FP need assessed: Yes / No; Using OCP - O, IUCD - I, Permanant - P, Referred - R (Y/I or O or P or R)

Month/ Year	2 wk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy
Row 1																																									
Row 2																																									
Row 3																																									

Month/ Year	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81
	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy
Row 1																																									
Row 2																																									
Row 3																																									

Month/ Year	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122
	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy
Row 1																																									
Row 2																																									
Row 3																																									

Month/ Year	123	124	125	126	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144
	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy	mm/yy
Row 1																								
Row 2																								
Row 3																								

Antiretroviral Cohort (EWI): [Y/N]

Indicators Months -->	6	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120	132	144
On time pill pick up													
Retention on 1st line													
Viral load supression													
Retention on treatment													

रजिस्टर भर्ने निर्देशिका :

महल शीर्षक		निर्देशिका
Socio-demographic	SN	एच्.आई.भी. उपचार सेवाको लागि आएका सेवाग्राहीको क्रमसङ्ख्या लेख्नुपर्दछ। हरेक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ।
	Registration Date	एच्.आई.भी. उपचार सेवामा सेवाग्राही आएको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ।
	Master No	सेवाग्राही मूलदर्ता भई आएको भए मूल दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ।
	Service No	प्रत्येक आ. व. का लागि सेवा दर्ता नम्बर (Service Register) १ बाट सुरु गर्नु पर्दछ।
	Name, caste and caste code	सेवाग्राहीको नाम, थर र जाति कोड लेख्नुपर्दछ। caste/ethnicity code यसै रजिस्टरको पछिल्लो पेजमा राखिएको छ।
	Address	सेवाग्राहीको ठेगाना जिल्ला र नगर/गाउँपालिकाको पूरा नाम सम्वन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। यदि सेवाग्राही नेपाल वाहेक अन्य देशको भएमा Others मा देशको नाम खुलाइ निजको ठेगानाको पूरा विवरण समेत खुलाउनुपर्दछ।
	Age and Sex	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधी लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। 1=F= Female, 2=M=Male, 3=TG= Third Gender (or Other)
	Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिक अवस्थाका बारेमा सोधी देहायको कोडअनुसार लेख्नु पर्दछः १. अविवाहित(U) २. विवाहित(M) ३. एकल (S) ४. विधवा/विदुर (W) ५. सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा (NA)
	Clients Code	Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits - YY) + sex (1= F, 2=M, 3 = TG) + Service registration number Eg.२०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123 हुन्छ।
	Contact No.	सेवाग्राही र सेवाग्राहीको सहयोगीको फोन नम्बर वा अन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ।

	Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) का लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नुपर्दछ । 1= Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM and TG; 4= Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6= Migrants; 7= Spouse/Partner of Migrants; 8= Other (not specified in above category)
	Entry Point	देहायका कोडमध्ये कुन सेवामार्फत सेवाग्राही एच्.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो भन्ने कुरा जनाउनु पर्दछ : 1. HTC- HIV Testing and Counselling services. 2. TB-Tuberculosis Control Programme 3. Outpatient services 4. Inpatient services 5. Pediatric services 6. MCH-Maternal and Child Health care 7. STI-Sexually transmitted infections services 8. Private health services 9. NGO-Non-government organizations 10. Self referred 11. Outreach/special services for IDUs/Sex workers etc. 12. Other (to be specified).
Only For PMTCT Cases	Mother's ART start period	संक्रमित महिलाले ए.आर.टी जुन अवस्थामा शुरु गरेका हो सोही कोठामा (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
	Mother's ART start date and Regimen	संक्रमित महिलाले ए.आर.टी शुरु गरेको मिति र ARV Regimen लेख्नुपर्दछ ।
	Delivery Status	संक्रमित महिलाले बच्चालाई जन्म दिएको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ र संगैको कोठामा बच्चाको जन्म अवस्था मिल्ने गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
	Baby Prophylaxis	संक्रमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिनदेखि ६ हप्तासम्मका लागि ए.आर.भी प्रोफाइल्याक्सिस् दिनुपर्दछ । यदि बच्चा उच्च जोखिममा छ भने उक्त बच्चालाई १२ हप्तासम्म ए.आर.भी प्रोफाइल्याक्सिस् दिनुपर्दछ । हरेक हप्तामा दिइएको भए उक्त हप्ताको मुनि (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । उच्च जोखिममा भन्नाले महिला प्रसुती अवस्थामा एच.आइ.भी संक्रमित छ भनेर थाहा भएको वा ए.आर.टी शुरु नगरेको वा संक्रमित महिलाको भाइरल लोड १००० copies भन्दा माथि भएको बुझिन्छ । (बिस्तृत जानकारीको लागि National HIV Testing and Treatment Guidelines हेर्नुहोस्)
	Cotrimoxazole Prophylaxis after 6 wks	संक्रमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई ए.आर.भी प्रोफाइल्याक्सिस् ६/१२ हप्ता खुवाएपछि Cotrim prophylaxis सुरु गर्नुपर्दछ । यो सुरु गरेको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ ।

	Early Infant Diagnosis	HIV exposed बच्चाको PCR test गरेको मिति र त्यसको नतिजामा गोलो चिह्न लगाउनुपर्दछ। नतिजा पोजेटिभ छ भने P मा र नेगेटिभ छ भने N मा गोलो लगाउनुपर्दछ। Within 2 months: दुई महिनाभित्र बच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनुपर्दछ। 2 - 9 months: २-९ महिनाभित्र बच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनुपर्दछ। 9-18 months: ९-१८ महिनाभित्र बच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनुपर्दछ। Antibody after 18 months: १८ महिना पूरा गरेपछि गरिएको एन्टिबडी परीक्षणको मिति लेखि (P/N) नतिजामा गोलो लगाउनुपर्दछ।
HIV Care History	Date HIV Positive	सेवाग्राही एच्.आई.भी. पोजेटिभ भएको थाहा भएको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ।
	Date Enrolled in Care	सेवाग्राही एच्.आई.भी. उपचार सेवामा दर्ता भएको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ।
	WHO Stage	सेवाग्राही एच्.आई.भी. उपचार सेवामा दर्ता हुँदाको समयको WHO clinical staging National HIV Testing and Treatment Guidelines अनुसार 1,2,3 वा 4 मा गोलो लगाउनुपर्दछ।
	Date of Initial CD4 Count	सेवाग्राही एच्.आई.भी. उपचार सेवामा आएपछि पहिलो पटक गरेको CD4 count को मिति लेख्नुपर्दछ।
	CD4 Count	सेवाग्राही एच्.आई.भी. उपचार सेवामा आएपछि पहिलो पटक गरेको CD4 count को रिपोर्ट अनुसारको संख्या लेख्नुपर्दछ।
	CPT Start	यदि सेवाग्राहीको CD4 ३५० भन्दा कम भएको अवस्थामा अवसरबादी संक्रमण नहोस् भनेर Cotrimoxazole Prophylaxis दिनुपर्दछ। सेवाग्राहीले Cotrimoxazole Prophylaxis लिइरहेको छ भने Y र छैन भने N मा गोलो लगाउनुपर्दछ।
	Date CPT started	सेवाग्राहीले CPT शुरु गरेको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ।
	IPT started	सेवाग्राहीलाई टि.बी. नभएको अवस्थामा ६ महिनासम्म Isoniazid Prevention Therapy (IPT) दिनुपर्दछ। यदि सो उपचार लिइरहेको छ भने Y र छैन भने N मा गोलो लगाउनुपर्दछ।
	Date IPT started	सेवाग्राहीले Isoniazid Prevention Therapy (IPT) शुरु गरेको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ।
	IPT Continuation	सेवाग्राहीले Isoniazid Prevention Therapy (IPT) लिइरहेको छ भने हरेक महिनाको मुनि Y वा छैन भने N लेख्नुपर्दछ।
TB assessment at the time of enrollment in HIV care	सेवाग्राही एच्.आई.भी.उपचार सेवामा प्रवेश गर्दा क्षयरोग भए नभएको समेत पहिचान गर्नुपर्दछ र सो कुन बिधिबाट जाँच गरिएको हो सम्वन्धित महलमा नतिजा लेख्नुपर्दछ।	
	Smear	खकार जाँच गरेको भए सोको नतिजा लेख्नुपर्दछ।
	Culture	Culture जाँच गरेको भए सोको नतिजा लेख्नुपर्दछ।
	Chest X-ray	Chest X-Ray गरेको भए सोको नतिजा लेख्नुपर्दछ।
	Gene Xpert	Gene Xpert विधिबाट खकार जाँच गरेको भए सोको नतिजा लेख्नुपर्दछ।

History of TB	EP/PBC/PCD	सेवाग्राहीलाई विगतमा क्षयरोग भएको निश्चित भएमा त्यसको प्रकार लेख्नुपर्दछ । Extra pulmonary क्षयरोग भएमा EP, Pulmonary Bacteriologically Confirmed भएमा PBC र Pulmonary Clinically Diagnosed भएमा PCD लेख्नुपर्दछ ।
	Date of TB Treatment Started	सेवाग्राहीले विगतमा टीबीको उपचार गरेको छ भने टीबीको उपचार शुरु भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीले उपचारको लागि लिएको रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
	Outcome	विगतमा टीबी उपचार गर्दा उपचार कार्डमा उल्लेख भएको परिणाम लेख्नुपर्दछ ।
Chronic Disease	Disease	सेवाग्राहीमा कुनै प्रकारको दीर्घ रोग भएमा रोगको नाम लेख्नुपर्दछ ।
	Drugs	सेवाग्राहीले दीर्घ रोगको उपचारका लागि कुनै औषधी खाइरहेको भए सो लेख्नुपर्दछ ।
ART Start Date and Regimen		ए.आर.टी. शुरु गरेको मिति र रेजिमेन सम्वन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Transfer In	From (Site)	सेवाग्राही कुनै अर्को ए.आर.टी. केन्द्रबाट उपचारको निरन्तरताको लागि स्थानान्तरण भई आएको भए सो केन्द्रको नाम लेख्नुपर्दछ । यसरी स्थानान्तरण भएर आउँदा सेवाग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर आउनुपर्दछ । यस रजिस्टरमा २ पटकसम्म स्थानान्तरण भइ आएको सेवाग्राहीको रेकर्ड राख्न सकिन्छ ।
	Date	स्थानान्तरण भएर आएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
Transfer out	To (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्य ए.आर.टी. केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको भए सो ए.आर.टी. केन्द्रको नाम लेख्नुपर्दछ । यसरी स्थानान्तरण गरी पठाउँदा सेवाग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर जानुपर्दछ । यस रजिस्टरमा २ पटकसम्म स्थानान्तरण भइ गएको सेवाग्राहीको रेकर्ड राख्न सकिन्छ । यसको जानकारी राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रलाई पनि दिनुपर्दछ ।
	Date	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा पठाउँदा उसले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
Treatment Substituted	Date	सेवाग्राहीले खाईरहेको औषधीमा परिवर्तन भएको भए Regimen substituted भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	Regimen	Regimen substituted भएको भए नयाँ रेजिमेनको नाम लेख्नुपर्दछ ।
	Reason	Regimen substituted हुनाको कारण निम्न कोड अनुसार लेख्नुपर्दछ । 1 =Toxicity side effect, 2 = Pregnancy, 3 = Risk of Pregnancy, 4 = Newly Diagnosed TB, 5 = New Drug Available, 6 = Drug Out of Stock; 7 = Others Reason (Specify)
Treatment Switched	Date	यदि सेवाग्राहीको रेजिमेन First line बाट Switched भएर 2nd line भएको भए सोको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	Regimen	Regimen Switched भएपछिको Regimen लेख्नुपर्दछ ।
	Reason	Regimen switchedहुनुको कारण निम्न कोड अनुसार लेख्नुपर्दछ । 1 = Clinical treatment failure 2 = Immunological failure 3 = Virological failure
Date of Death		यदि सेवाग्राही मृत्यु भएको रिपोर्ट भएमा सोको मिति लेख्नुपर्दछ र मृत्युको कारण अनुसार सगैको कोठामा ICD 10 बमोजिम Mortality code लेख्नुपर्दछ ।

CD4 Count, Follow-Up, Weight and Height (Height only applies for Children)	CD4 Date	CD4 परिक्षण गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	CD4 Count	CD4 परिक्षण गरेको नतिजाको आधारमा CD4 सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
	Weight/ Height	प्रत्येक ६ महिनामा सेवाग्राहीको तौल तथा उचाइ लिनुपर्दछ । १८ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाको मात्र उचाइ लिनुपर्दछ । तौललाई किलोग्राम र उचाइ सेन्टिमिटरमा लेख्नुपर्दछ ।
	Viral load Date	Viral load परिक्षण गरेको मिति लेख्नुपर्दछ । उपचार सुरु गरेको १२ महिना भित्र ६/६ महिनामा गरि दुई पटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमा भाइरल लोड परिक्षण गराउनुपर्दछ ।
	Viral Load	Viral load परिक्षण को नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
Treatment Care History	Row 1	सेवाग्राही हरेक महिना फलोअपमा आउँदा ए.आर.भी उपचारको अवस्थालाई देहायका कोडबाट जनाउनु पर्दछः 1 = On Treatment 2 = Stopped Treatment 3 = Transferred Out 4 = Missing (३ महिनासम्म बोलाइएको मितिमा औषधी लिन नआएको) 5 = Lost to follow-up (३ महिनासम्म Missing भएको सेवाग्राही चौथो महिनादेखि Lost to follow up मा गणना गरिन्छ ।) 6 = Death 7= Restart
	Row 2	सेवाग्राही हरेक महिना फलोअपमा आउँदा गत महिना दिइएको ए.आर.भी औषधि सेवाग्राहीले सेवन गरेको आधारमा ए.आर.टी.को adherence level (A/B/C) लेख्नुपर्दछ । Adherence level जाँच गर्न National HIV Testing and Treatment Guidelines हेर्नुपर्दछ । A=>95%, B=80-95%, C=<80% Adherence level (A,B and C) निर्धारण निम्नानुसार गर्नुपर्दछः त्यस महिनामा सेवाग्राहीले खाएको ए.आर.भीको संख्या/सेवाग्राहीले खानुपर्ने ए.आर.भीको संख्या×१००
	Row 3	हरेक महिनाको फलोअपमा सेवाग्राहीको OI को अवस्था पहिचान गर्नुपर्दछ र कुनै OI निदान भएको भए देहायको कोड लेख्नुपर्दछ । 1- Bacterial Pneumonia, 2-TB, 3- Candidiasis, 4- Diarrhoea, 5- Crypto. Meningitis, 6- Pneumocystis Carinii Pneumonia, 7 - Cytomegato Virus, 8 - Herpes Zoster, 9- Genital Herpes, 10- Toxoplasmosis, 11- Others
	Row 4	OI को उपचार गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नुपर्दछ ।
	Row 5	हरेक महिनाको फलोअपमा सेवाग्राहीको Verbal TB Assessment गरेको भए Y र नगरेको भए N लेख्नुपर्दछ। TB Assessment भन्नाले टि.बी. सम्बन्धी लक्षणहरु (Presence of cough, Fever, Night Sweat and Weight Loss) सेवाग्राहीलाई सोधेर गरिने Assessment बुझिन्छ ।
Anti-retroviral Cohort (EWI)	On time pill pick up (Y/N)	Patient's HIV Care and ART Record बाट सेवाग्राहीको फलोअपमा बोलाइएको मिति र आएको मिति हेर्नु पर्दछ र यदि सेवाग्राही फलोअप मितिमा आएको छ भने Y र नआएको भए N लेख्नुपर्दछ । उपचार सुरु गरेको १२ महिना भित्र ६/६ महिनामा गरि दुई पटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमा सेवाग्राही सहि समयमा आए नआएको हेर्नुपर्दछ ।

	Retention on 1st line (Y/N)	यदि सेवाग्राही First line regimen बाट switched भएको छैन भने Y लेख्नुपर्दछ र भएको भए N लेख्नुपर्दछ । उपचार सुरु गरेको १२ महिना भित्र ६/६ महिनामा गरि दुई पटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमा सेवाग्राहीको उपचार रेजिमिन हेर्नुपर्दछ ।
	Viral load suppression (Y/N)	सेवाग्राहीको भाइरल लोड परीक्षणको नतिजा हेर्नुहोस् । यदि भाइरल लोड National HIV Testing and Treatment Guidelines ले तोकेबमोजिम निश्चित copies/ml भन्दा कम भएमा Y लेख्नुपर्दछ र यदि बढी भएमा N लेख्नुपर्दछ । उपचार सुरु गरेको १२ महिना भित्र ६/६ महिनामा गरि दुई पटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमा सेवाग्राहीको भाइरल लोड हेर्नुपर्दछ ।
	Retention on Treatment (Y/N)	यदि सेवाग्राहीले ए.आर.टी. सुरु गरेको ६, १२, २४, ३६, ४८,... महिनासम्म उपचारमा रहेको छ भने सम्बन्धित महिनामा Y लेख्नुपर्दछ । यदि सेवाग्राही ए.आर.टी. सुरु गरेको ६, १२, २४, ३६, ४८,... महिनामध्ये कुनैमा उपचारमा नभएको वा मृत्यु भइसकेको भए सम्बन्धित महिनामा N लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 7.5: एच्.आई.भी.उपचार सेवा कार्ड

(HIV Treatment Care Record)

यस रेकर्ड कार्डको प्रयोग ए.आर.टी. क्लिनिकमा एच्.आई.भी. सङ्क्रमित व्यक्तिहरूलाई उपचारको क्रममा प्रदान गरिने सेवाहरू तथा अवसरवादी सङ्क्रमणहरूको व्यवस्थापन सम्बन्धी जानकारीहरूको अभिलेख राख्नका लागि गरिन्छ । एच्.आई.भी. सङ्क्रमित सम्बन्धी जानकारी, एच्.आई.भी.परीक्षण तथा ए.आर.भी सम्बन्धी पहिले दिइएका सेवा, ए.आर.टी.मा प्रवेश गरेको मार्ग, जोखिम समूह, CD4 को अवस्था, तौल तथा उचाइ (बच्चाका लागि मात्र), भाइरल लोड सप्रेशन, टी.बी. जाँच तथा उपचार, ए.आर.टी.को शुरुवात र त्यसको फलोअप, हरेकपल्टको सेवामा ए.आर.टी.को एडहेरेन्स (adherence), side effects, रेजिमेनमा भएको परिवर्तन, स्थानान्तरण लगायतका जानकारीको अभिलेख राख्नकालागि आवश्यक पर्दछ ।

यो कार्ड कहिले भर्नुपर्दछ ?

- जब कुनै व्यक्ति एच्. आई. भी. सङ्क्रमित भएको पत्ता लागेपछि उपचार सेवाको लागि दर्ता हुन्छ र सेवाग्राहीको व्यक्तिगत फाइलमा सेवाग्राहीले हरेक पटक लिएको सेवाको विवरण राख्न यो रेकर्ड कार्डको प्रयोग हुन्छ । यो रेकर्ड कार्ड ए.आर.टी काउन्सिलरले उक्त केन्द्रमा कार्यरत डाक्टरको सल्लाह अनुसार भर्नुपर्दछ । यो रेकर्ड कार्ड प्रयोग गर्दा HMIS 7.4 को अभिलेखलाई पनि ध्यान राख्नुपर्ने हुन्छ ।

के-के जानकारीहरू रेकर्ड गरिन्छन् ?

- एच्.आई.भी सङ्क्रमितको सामाजिक तथा व्यक्तिगत विवरण, जस्तै : Registration number, age, sex, address, contact number, client code, ethnicity/caste code, risk group, entry point to ART services
- पी.एम.टी.सी.टी सेवाग्राहीका लागि ए.आर.भी रेजिमेन, ए.आर.टी. सुरु गरेको मिति
- एच्.आई.भी. सङ्क्रमित आमा र जन्मेको बच्चाको जानकारी
- एच्.आई.भी. सेवा सम्बन्धी जानकारीहरू : एच्.आई.भी. सङ्क्रमित भएको थाहा भएको मिति, एच्.आई.भी.सेवामा दर्ता भएको मिति, दर्ताको समयमा CD4 count र WHO staging, CPT and IPT को सेवा विवरण र follow up
- सेवामा दर्ता हुँदा र उपचार अवधिभर हरेक महिना गरिने टी.बी. जाँच-पड्ताल, टी.बी.को उपचारको विगत जानकारी, ए.आर.टी. शुरु गरेको मिति, स्थानान्तरण भई आएको वा गएको मिति, Loss to Follow up and Death भएको मिति
- HIV Care History: OI diagnosis and treatment, TB Assessment every month
- ART History: Treatment status, Adherence and every month follow up, Regimen substitution or switched.

कार्डको नमुना :

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	Municipality/Rural Mun	First Name	Last Name	Ethnicity Code	Gender
		DD MM YY							M/F/TG

Patient's							Treatment Support's Information (If Applicable)		
Client Code	Date of Birth	Age	District	Municipality/Rural Mun	Ward	Contact number	Full Name	Address	Contact number
	DD MM YY								

Confirmed HIV +ve		Distance from Residence		TB Assessment at the Time of Enrollment in HIV Care			History of Other Chronic Diseases			
Date (DD/MM/YY)	Place	Hours	Days	Smear (Sputum)	Chest x-Ray	Gene Xpert	Disease	Drugs	Disease	Drugs
DD MM YY										

2. HIV Care History

Date enrolled in Treatment Care	WHO Stage	Date of CD4 Count	CD4 Count	Date of CPT Start	Date of IPT Start	Date of ART start
DD MM YY		DD MM YY		DD MM YY	DD MM YY	DD MM YY

Entry Point (Services Referring the Patient for treatment care):														
	HTC	1	TB	2	Outpatient	3	Inpatient	4	Paediatric	5	PMTCT	6	STI	7
	Private HF	8	NGO	9	Self referred	10	Outreach Service	11	Others (Specify)	12				

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

3. Personal History (Tick One Choice)

Risk of HIV Transmission (Risk Group)		
	Sex Worker (SW)	1
	People Who Injects Drugs (PWIDs)	2
	MSM & TG	3
	Blood or Organ Receipents	4
	Clients of Sex Worker	5
	Migrants	6
	Spouse / Partner of Migrants	7
	Others (Specify)	8

Marital Status (Pls Circle)	
Single/Unmarried	1
Married	2
Divorce/separated	3
Widowed	4
Not applicable	5

4. Family History

Name of Family Members	Relation	Age	Gender	HIV Status	ART	Regd. No

For IDUs

Substitution Therapy	Option		If Substution Therapy Applies	Option	Literate	Employed	Alcoholism	If Yes Alcoholism		Was ART Received Before?	Option		If Yes (ART Received)		Place of ART Taken	
	Yes	1		Yes	1	1	1	Habitual	1		Yes	No	PMTCT	1	Private	1
	No	2		No	2	2	2	Social	2		1	2	Earlier ART	2	Government	2

For PMTCT Cases

Mothers ARV regimen and date		HIV Exposed Child – Early Infant Diagnosis				CPT Prophy. afrter 6 wks
Regimen	Start date	with 2 months	2 - 9 months	9 - 18 months	antibidy after 18 months	
	DD MM YY	DD MM YY P N	DD MM YY P N	DD MM YY P N	DD MM YY P N	DD MM YY

5. Clinical and Laboratory Investigations

	At start	6 months	12 months	18 months	24 months	30 months	36 months	42 months	48 months	54 months	60 months	66 months	72 months
Date (dd/mm/yy)													
CD4 Count													
Wt/Ht													
Date (dd/mm/yy)													
Viral load													

	78 months	84 months	90 months	96 months	102 months	108 months	114 months	120 months	126 months	132 months	138 months	144 months
Date (dd/mm/yy)												
CD4 Count												
Wt/Ht												
Date (dd/mm/yy)												
Viral load												

6 Tuberculosis treatment during HIV care

Case Registration		Treatment Category		TB Registration		Start Date and TB Regimen		Treatment Outcome			
Pulmonary (BC)	1	Cat I	1	Number		DD MM YY		Cured	1	Lost to Follow Up	4
Pulmonary (CD)	2	Cat II	2	Date	DD MM YY	DD MM YY		Completed	2	Not Evaluated	5
Extra Pulmonay (EP)	3	Cat III (≤14 yrs)	3	Name of HF		DD MM YY		Failure	3	Date	DD MM YY

7. Antiretroviral Treatment

Started Regimen	Date (DD/MM/YY)	Substitution	Switch	Stop	Restart	Reason*	New Regimen
	DD MM YY						
	DD MM YY						
	DD MM YY						
	DD MM YY						
	DD MM YY						
	DD MM YY						
	DD MM YY						

Reasons Stopping ARV

1=Toxicity side effects, 2=Pregnancy, 3=Treatment failure, 4=Poor adherence, 5=Illness hospitalization, 6=Drug stock out, 7=Patient lack of finance, 8=Patient decision, 9=Planned treatment interruption, 10=others

8. End of Follow-up

Lost to Follow-up (>3M)	1	Date of Last Visit	DD MM YY		
Transferred out	2	Date	DD MM YY	Name of HF	
Death	3	Date of Death	DD MM YY	Mortality code	

Reasons for Substitute of ARV

1= Toxicity side effects, 2= Pregnancy, 3= Rrisk of pregnancy, 4= Newly diagnosed TB, 5= New drug available, 6= Drug stock out, 7= Other

Reasons for Switching ARV

1= Clinical treatment failure, 2= Immunological failure, 3= Virologic failure

Note: SUBSTITUTION within 1st line, SWITCH to 2nd line, STOP, RESTART

Revised: 2070/71 *Print FY: 2070/71*

HMIS 7.5

9. PATIENT HIV CARE & ANTIRETROVIRAL TREATMENT FOLLOW-UP

Date of Visit (DD/MM/YY)			Date Next Visit			Weight (KG)	Height (cm) for Child	WHO Stage	Pregnancy [Y/N]	FP* Method	OI* Code	Drugs Prescribed for Prophylaxis	ARV Drugs & Doze Prescribed	Adherence to ART* - >95%, 80-95%, <80%	ART Side effects - code*	Lab Results When Available	Condoms Given [Y/N]	Referred to (Specialist/ Hospital/Other)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
DD	MM	YY	DD	MM	YY													
DD	MM	YY	DD	MM	YY													
DD	MM	YY	DD	MM	YY													
DD	MM	YY	DD	MM	YY													
DD	MM	YY	DD	MM	YY													

कार्ड भर्ने तरिका :

महल शीर्षक		निर्देशिन
1. Patient Ientification Data		
Registration Number	Master No.	मूलदर्ता रजिटरबाट सेवाग्राहीको मूलदर्ता नम्बर. लेख्नुपर्दछ । यो नम्बर र HMIS 7.4 मा लेखेको सेवाग्राहीको मूलदर्ता नं. एउटै हुन्छ ।
	Service No.	सेवा दिने रजिस्टरबाट सेवाग्राहीको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यो नम्बर र HMIS 7.4 मा लेखेको सेवाग्राहीको सेवा दर्ता नम्बर एउटै हुन्छ ।
	Date	सेवाग्राही दर्ता हुन आएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
Name of Treatment Unit		उपचार प्रदान गर्ने संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
Rural/Municipality		सेवा केन्द्र रहेको नगर/गाउँपालिकाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
District		सेवा केन्द्र रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
First name and last name		सेवाग्राहीको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
Caste/Ethnicity Code		सेवाग्राहीको caste/ethnicity code लेख्नुपर्दछ ।
Gender		सेवाग्राहीको सामाजिक लिङ्ग लेख्नुपर्दछ । 1=F= Female, 2=M=Male, 3=TG=Third Gender (or Other)
Clients Code		Client code= Last name (First 2 characters)+Date of birth (last 2 digits - YY) + Sex (1= F, 2=M, 3 = TG) + Service registration number Eg.२०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123 हुन्छ ।
Date of Birth		सेवाग्राहीको जन्म मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ ।
Age		सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोध्नुहोस् र उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
District		सेवाग्राही अक्सर बसोवास गर्ने जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ । जिल्लाको कोड नं. पनि लेख्नुपर्दछ ।
Municipality/Ward No		सेवाग्राहीको नगर/गाउँपालिका र वडा नं लेख्नुपर्दछ ।
Contact Number		सेवाग्राहीको सही मोबाइल नम्बर वा अन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
Treatment supporter's name, address and contact number		सेवाग्राहीलाई उपचारमा सहयोग गर्ने व्यक्तिको नाम, ठेगाना र सम्पर्क नम्बर सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Date Confirmed HIV Positive test and Place		एच्.आई.भी. पोजेटिभ भएको थाहा भएको मिति DD/MM/YY format मा र स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।
Distance from residence to clinic (hrs/day)		सेवाग्राहीको वासस्थानबाट क्लिनिक रहेको स्थानको अनुमानित दूरी लेख्नुपर्दछ ।
TB Assessment at the time of enrollment in HIV care		
Smear		खकार जाँच गरेको भए त्यसको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
Chest X-ray		Chest X-Ray गरेको भए त्यसको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
Gene Xpert		Gene Xpert विधिबाट खकार जाँच गरेको भए सोको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
History of other Chronic Illness		
Disease		यदि सेवाग्राहीलाई कुनै दीर्घ रोग भए सो लेख्नुपर्दछ ।
Drugs		दीर्घ रोगकोलागि सेवाग्राहीले लिइरहेको औषधि लेख्नुपर्दछ ।
HIV Care History		
Date Enrolled in Care		एच्.आई.भी.सेवामा दर्ता भएको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ ।
WHO Stage		दर्ताको समयमा सेवाग्राहीको WHO clinical staging National HIV Testing and Treatment Guidelinesअनुसार लेख्नुपर्दछ।
Date of CD4 Count		पछिल्लो पटक गरेको CD4 countको मिति लेख्नुपर्दछ ।
CD4 Count		सेवाग्राहीसँग पछिल्लोपटक गरेको CD4 countको रिपोर्ट अनुसारको संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Date CPT started		सेवाग्राहीले CPT शुरु गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
Date IPT started		सेवाग्राहीले Isoniazid Prevention Therapy (IPT) शुरु गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
ART Start Date and Regimen		ए.आर.टी. शुरु गरेको मिति र रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।

Entry Point	देहायका मध्ये कुन सेवा मार्फत सेवाग्राही एच्.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो भन्ने कुरा कोड प्रयोग गरी जनाउनु पर्दछ :1. HTC-HIV Testing and Counselling services. 2. TB-Tuberculosis control programme 3. Outpatient services 4. Inpatient services 5. Pediatric services 6. PMTCT-Prevention of mother-to-child transmission services 7. STI-Sexually transmitted infections services 8. Private health services 9. NGO-Non-government organizations 10. Self referred 11. Outreach/special services for IDUs/Sex workers etc. 12. Other (to be specified).
Transfer In	
From (Site)	सेवाग्राही कुनै अर्को ए.आर.टी. केन्द्रबाट बसाईं सराईं वा अन्य कारणले स्थानान्तरण भई उपचारको निरन्तरताको लागि आएको भए यसअघि कुन स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिएको थियो सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ । यसरी स्थानान्तरण भएर आउँदा सेवाग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर आउनुपर्दछ । यस रजिस्टरमा २ पटकसम्म स्थानान्तरण भइ आएको सेवाग्राहीको रेर्कड राख्न सकिन्छ ।
Date	स्थानान्तरण भएर आएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
Regimen	सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
Transfer Out	
To (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्य ए.आर.टी. केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको भए सो ए.आर.टी. केन्द्रको नाम लेख्नुपर्दछ । यसरी स्थानान्तरण गरी पठाउँदा सेवाग्राहीले आफ्नो Patient HIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर जानु पर्दछ । यस रजिस्टरमा २ पटकसम्म स्थानान्तरण भइ गएको सेवाग्राहीको रेकर्ड राख्न सकिन्छ । यसको जानकारी राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रलाई पनि दिनु पर्दछ ।
Date	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
Regimen	सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा पठाउँदा सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
Personal History	
Risk of HIV Transmission (Risk Group)	सेवाग्राहीको जोखिम समूह (Risk group) का लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नुपर्दछ । 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM and TG; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Other (not specified in above category)
Substitution Therapy	यदि सुईबाट लागू पदार्थ सेवन गर्ने सेवाग्राही Substitution Therapy मा भए Yes र नभए No मा चिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
Literate	यदि सेवाग्राही पढ्न, लेख्न सक्ने भए अर्थात् साक्षर भए 1 मा र नभए 2 मा चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
Employed	यदि सेवाग्राही कुनै रोजगारीमा भए 1 मा र नभए 2 मा चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
Alcoholism	सेवाग्राहीले नियमित रूपमा रक्सी सेवन गर्ने भए 1, भोज भतेर, चाडपर्व जस्ता सामाजिक गतिविधिमा मात्र कहिले-काहीँ रक्सी सेवन गर्ने भए 2 मा चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
Was ART received before?	यसभन्दा पहिले ए.आर.टी. सेवा लिइसकेको भए 1 मा र नलिएको भए 2 मा चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
If Yes,	यदि पहिले नै सेवा लिइसकेको भए, PMTCTको लागि भए सोही महलमा 1 मा र पहिलेबाटै ए.आर.टी. लिएको भए सोही महलमा 2 मा चिन्ह लगाउनुपर्दछ । ए.आर.टी. सेवा लिएको संस्था सरकारी भए 2 मा र निजी भए 1 मा चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
For PMTCT mother only	
Mother's ART start period	एच्.आई.भी. संक्रमित महिलाले ए.आर.टी जुन अवस्थामा सुरु गरेको हो सोही कोठामा √ चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
Mother's ART start date and Regimen	एच्.आई.भी. संक्रमित महिलाले ए.आर.टी शुरु गरेको मिति र ARV Regimen लेख्नुपर्दछ ।
Delivery Status	एच्.आई.भी. संक्रमित महिलाले बच्चालाई जन्म दिएको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ र संगैको कोठामा बच्चाको जन्म अवस्था मिल्ने गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।

Baby Prophylaxis	एच्.आई.भी. संक्रमित महिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिनदेखि ६ हप्तासम्मकालागि ए.आर.भी प्रोफाइल्याक्सिस् दिनुपर्दछ । यदि बच्चा उच्च जोखिममा छ भने उक्त बच्चालाई १२ हप्तासम्म ए.आर.भी प्रोफाइल्याक्सिस् दिनुपर्दछ । हरेक हप्तामा दिइएको भए उक्त हप्ताको मुनि (√) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । उच्च जोखिममा भन्नाले महिला प्रसुतीमा एच्.आइ.भी संक्रमित छ भनेर थाहा भएको वा ए.आर.टी शुरु नगरेको वा संक्रमित महिलाको भाइरल लोड १००० copies भन्दा माथि भएको बुझिन्छ । *विस्तृत जानकारीको लागि National HIV Testing and Treatment Guidelines हेर्नुपर्दछ ।*
Start date	ART Prophylaxis शुरु गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
Family History	
Marital Status	सेवाग्राहीको वैवाहिक अवस्थाको पहिचान गरेर देहायको कोडअनुसार लेख्नुपर्दछः १. अविवाहित(U) २. विवाहित(M) ३. एकल (S) ४. विधवा/विदुर(W) ५. सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा (NA)
Family members, partner, children	परिवारको कुनै सदस्य, पार्टनर वा बच्चाको एच्.आई.भी. अवस्था, पोजेटिभ भए ए.आर.टी.मा भए, नभएको र रजिस्ट्रेसन नम्बर आदि सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Clinical and Laboratory Investigations	
Date	ए.आर.टी.शुरु गर्दाको मिति लेख्नुपर्दछ र हरेक ६ महिनामा यो क्रम दोहोऱ्याएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
CD4 Count	CD4 सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । यदि CD4 Count नगरेको खण्डमा सम्बन्धित महलमा ND लेख्नुपर्दछ ।
Wt./Ht.	प्रत्येक ६ महिनामा सेवाग्राहीको तौल तथा उचाइ लिनुपर्दछ । बच्चा १८ वर्षभन्दा कम उमेरको भए उचाइ लिनुपर्दछ । तौललाई किलोग्राम र उचाइ सेन्टिमिटरमा लेख्नुपर्दछ ।
Viral load Date	Viral load परीक्षण गरेको मिति लेख्नुपर्दछ । उपचार सुरु गरेको १२ महिना भित्र ६/६ महिनामा गरि दुई पटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमा भाइरल लोड परीक्षण गराउनुपर्दछ ।
Viral Load	Viral load test को नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
HistoryTuberculosis treatment during HIV care	
Case Registration (EP/PBC/PCD)	यदि सेवाग्राहीलाई क्षयरोग भएको निश्चित भएमा क्षयरोगको प्रकार लेख्नुपर्दछ : Extra pulmonary टी.बी भएमा 1, Pulmonary Bacteriologically Confirmed भएमा 2 र Pulmonary Clinically Diagnosed भएमा 3 मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
Treatment category	सेवाग्राही क्षयरोगको उपचारमा रहेको भए कुन क्याटेगोरीको औषधी खाइरहेको छ, सो को पहिचान गरी Cat 1 भएमा 1, Cat 2 भएमा 2 मा गोलो लगाउनुपर्दछ ।
TB Registration	यदि सेवाग्राहीले क्षयरोगको उपचार लिइरहेको छ भने क्षयरोगको उपचार सुरु गरेको जिल्ला, स्वास्थ्य संस्था, TB दर्ता नम्बर र क्षयरोग दर्ता मिति लेख्नुपर्दछ ।
Start date and Regimen	सेवाग्राहीले क्षयरोगको उपचारकालागि लिएको रेजिमेन र उपचार सुरु गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
Treatment outcome	विगतमा क्षयरोगको उपचार गर्दा उपचार कार्डमा उल्लेख भएको परिणाम लेख्नुपर्दछ ।
Treatment started regimen	उपचार शुरु गर्दाको रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
Aniretroviral Treatment	
Substitution within 1st line	यदि सेवाग्राहीको रेजिमेनको औषधीमा परिवर्तन भएको भए Regimen substituted भएको मिति र नयाँ रेजिमेन लेख्नुपर्दछ । साथै substitution हुनुको कारण कोड अनुसार लेख्नुपर्दछ । 1- Toxicityside effects; 2- Pregnancy; 3- Risk of pregnancy; 4- Newly diagnosed TB; 5-New drug available; 6- Drug out of stock; 7- Other reason (specify)
Treatment switched	यदि सेवाग्राहीको रेजिमेन First line बाट Switched भएर 2nd line भएको भए सोको मिति र नयाँ रेजिमेन लेख्नुपर्दछ । साथै switched हुनुको कारण कोडअनुसार लेख्नुपर्दछः 1- Clinical treatment failure, 2- Immunological failure, 3- Virological failure
Stop	यदि सेवाग्राहीको उपचार बन्द गरेको भए सोको मिति लेख्नुपर्दछ । साथै उपचार रोक्नुको कारण कोडबाट जनाउनुपर्दछः :

	1- Toxicity side effects, 2-Pregnancy, 3- Treatment failure, 4- Poor adherence, 5- Illness hospitalization, 6- Drug out of stock, 7- Patient lack of finance, 8-Patient decision, 9- Planned treatment interruption, 10- Others
Restart	यदि सेवाग्राहीले फेरि उपचार शुरु गरेको भए सोको मिति र Regimen लेख्नुपर्दछ ।
End of Follow Up	
Date of Death	यदि सेवाग्राही मृत्यु भएको रिपोर्ट भएमा सोको मिति लेख्नुपर्दछ । ICD 10 अनुसार Mortality coding लेख्नुपर्दछ ।
Date of Loss to Follow up	यदि सेवाग्राही ३ महिनाभन्दा बढी समयदेखि फलोअपमा आएको छैन भने उक्त मिति लेख्नुपर्दछ । साथै सेवाग्राही अन्तिम पटक आएको मिति पनि सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Transfer out	यदि सेवाग्राही स्थानान्तरण भई अन्य संस्थामा गएको भए यस खण्डमा सो मिति लेख्नुपर्दछ ।
HIV Treatment Care Follow up	
Date of visit	सेवाग्राही फलोअपमा आएको मिति गते/महिना/वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
Date of next visit	सेवाग्राहीलाई अर्को पटक फलोअपमा आउनका लागि दिएको मिति गते/महिना/वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
Weight (Kg)	हरेक महिनाको फलोअपमा सेवाग्राहीको तौल लेख्नुपर्दछ ।
Height (for child only)	हरेक महिनाको फलोअपमा बच्चाको उचाइ लेख्नुपर्दछ । उचाइ बच्चाको (१८ वर्षभन्दा मुनि) मात्र लिनुपर्दछ । तौललाई किलोग्राम र उचाइ सेन्टिमिटरमा लेख्नुपर्दछ ।
WHO stage	हरेक महिनाको फलोअपमा WHO stage लेख्नुपर्दछ ।
Pregnancy (Y/N)	हरेक पटकको फलोअपमा उपयुक्त भएमा सेवाग्राही गर्भवती भए, नभएको जनाउनुपर्दछ ।
Opportunistic Infection Code	यदि सेवाग्राहीमा कुनै OI diagnosis भएको भए त्यसलाई कोडबाट जनाउनु पर्दछ : 1- Bacterial Pneumonia, 2- TB, 3- Candidiasis, 4- Diarrhoea, 5- Crypto. Meningitis, 6 – Pneumocystis Pneumonia, 7 - Cytomegato Virus, 8 - Herpes Zoster, 9- Genital Herpes, 10 – Toxoplasmosis, 11- Others
Drugs prescribed for prophylaxis of OI	OI को लागि prescribed गरेको औषधी लेख्नुपर्दछ ।
Antiretroviral drug and dose prescribed	ART को लागि prescribed गरेको औषधी र डोज लेख्नुपर्दछ ।
Adherence to ART >95%, 80-95% &<80%	सेवाग्राही हरेक महिना फलोअपमा आउँदा गत महिना दिइएको ए.आर.भी औषधि सेवाग्राहीले सेवन गरेको आधारमा ए.आर.टी.को adherence level (A/B/C)लेख्नुपर्दछ । Adherence level जाँच गर्न National HIV Testing and Treatment Guidelines हेर्नुपर्दछ । A=>95% , B=80-95%, C=<80% Adherence level (A,B and C) निर्धारण निम्नानुसार गर्नुपर्दछः त्यस महिनामा सेवाग्राहीले खाएको ए.आर.भीको संख्या/सेवाग्राहीले खानुपर्ने ए.आर.भीको संख्या×१००
ART Side effects-code	ART को कुनै side effect भए त्यसको कोड लेख्नुपर्दछ ।
Lab result when available	कुनै फलोअपमा ल्याब परीक्षण गरेको भए सोको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
Condom given-Y/N	हरेक फलोअपमा कण्डम दिएको भए Y र नदिएको भए N लेख्नुपर्दछ ।
Referred to specialist or hospital or any other relevant place	यदि कुनै विशेषज्ञ वा अस्पताल वा अन्य कुनै खास ठाउँमा रिफर गरेको भएको सोको उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

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

यो रजिस्टर OST सेवा प्रदान गर्ने सरकारी तथा गैर सरकारी केन्द्रका मेडिकल युनिटमा प्रयोग गरिन्छ । यस रजिस्टरमा हरेक दिन लागू पदार्थ सेवन गर्ने व्यक्तिहरू,जसले OST खाईरहेका छन्, उनीहरूको सेवाको अभिलेख राख्दछ ।

यो रजिस्टर कहिले भर्नुपर्दछ ?

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

रजिस्टरको नमूना

OPOID SUBSTITUTION THERAPY (OST) REGISTER

HN

SN	Registration		Name, Caste and Caste Code	Address		Age/Sex	Marital Status	Client code	Contact No	Dual Risk Behaviour	Entry point
	DD MM YY		Name	District	Others	Age	Unmarried		Mobile		
	Master No	Service No					Married				
			Caste Code	Municipality, Ward		Sex	Divorced / Widow/widower		Mobile 2 (supporter)		

OST History

OST Start Date			Type of OST started at first		Maximum Dose of OST	Switch in OST		Name of Switched OST	Switched Date			Maximum dose of
DD	MM	YY	Methadone	Buprenorphine		Y	N		DD	MM	YY	

	From (site)	DD	MM	YY	OST
Transfer In					
Transfer Out					

Status of Hepatitis B		Date of Identification			Status of Hepatitis C		Date of Identification			Status of HIV		Date of Identification			ART Start date and Current Regimen			
P	N	DD	MM	YY	P	N	DD	MM	YY	P	N	DD	MM	YY	DD	MM	YY	Current Regimen

OST Treatment Follow up

1st row: 1: on treatement on OST, 2: Drop Out, 3: Re-enrollment, 4: Discharge, 5: Death, 6: Transfer out
2nd row: Received dose of OST on that day

Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
mm/yy																																									
Row 1																																									
Row 2																																									

Day	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
mm/yy																																									
Row 1																																									
Row 2																																									

Day	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123
mm/yy																																									
Row 1																																									
Row 2																																									

Day	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164
mm/yy																																									
Row 1																																									
Row 2																																									

Day	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205
mm/yy																																									
Row 1																																									
Row 2																																									

Day	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246
mm/yy																																									
Row 1																																									
Row 2																																									

Day	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287
mm/yy																																									
Row 1																																									
Row 2																																									

Day	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328
mm/yy																																									
Row 1																																									
Row 2																																									

Day	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369
mm/yy																																									
Row 1																																									
Row 2																																									

रजिस्टर भर्ने निर्देशिका

महल नं.	महल शीर्षक		निर्देशिन
1	Registration Number	S. N.	OST सेवाको लागि आएका सेवाग्राहीको क्रमसङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । हरेक महिनामा क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ ।
2-4		Date	OST उपचार सेवामा सेवाग्राही आएको मिति DD/MM/YY format मा लेख्नुपर्दछ ।
5		Master	OST को लागि सेवाग्राही मूलदर्ता भई आएको भए मूल दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
6		Service	प्रत्येक आ. व. का लागि सेवा दर्ता नम्बर (Service Register) १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
7	Demographic Information	First Name (Optional),	सेवाग्राहीको पहिलो नाम लेख्नुपर्दछ । कसैलाई आफ्नो लेखाउन इच्छा नभएमा यो अनिवार्य छैन ।
8		Family Name (Compulsory)	सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ । यो अनिवार्य छ ।
9		Caste code	सेवाग्राहीको caste/ethnicity code लेख्नुपर्दछ । caste/ethnicity code यसै रजिस्टरको पछिल्लो पेजमा राखिएको छ ।
10-12		Age and Sex	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधी लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । 1=F= Female, 2=M=Male, 3=TG= Third Gender (or Other)
13		Marital Status	सेवाग्राहीको वैवाहिक अवस्थाको पहिचान गरेर देहायको कोडअनुसार लेख्नुपर्दछः १. अविवाहित(U) २. विवाहित(M) ३. एकल (S) ४. विधवा/विदुर(W) ५. सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा (NA)
14-15		Address	सेवाग्राहीको ठेगाना जिल्ला र नगर/गाउँपालिकाको पूरा नाम सम्वन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । यदि सेवाग्राही नेपाल वाहेक अन्य देशको भएमा Others मा देशको नाम खुलाइ निजको ठेगानाको पूरा विवरण समेत खुलाउनुपर्दछ ।
16		Client code	Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F, 2= M, 3 = TG) + Service registration number Eg.२०३२ सालमा जन्मेको शर्मा थर भएको एक जना पुरुष जसको सेवा दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123 हुन्छ ।
Contact Number			सेवाग्राहीको सही मोबाइल नम्बर वा अन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
Dual Risk Behaviour			सेवाग्राहीको दोहोरो जोखिम व्यवहार (Dual Risk Behaviour) भए देहायको कोड प्रयोग गर्नुपर्दछ । सेवाग्राहीको दोहोरो जोखिम व्यवहार (Dual Risk Behaviour) भन्नाले एक भन्दा बढी जोखिम व्यवहार हुनु हो । यसमा बहु जोखिम व्यवहार सम्भव छ । 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM and TG; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants
Entry Point			देहायका कोड मध्ये कुन सेवा मार्फत सेवाग्राही एच्.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो भन्ने कुरा जनाउनुपर्दछ : 1. HTC- HIV Testing and Counselling services. 2. Outpatient services 3. Inpatient services 4. STI-Sexually transmitted infections services 5. Private health services 6. NGO-Non-government organizations

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशिन
		7. Self referred 8. Outreach/special services 9. Other (to be specified)
OST Start Date		विगतमा सेवाग्राहीले OST सेवा लिएको भए सो मिति खुलाउनुपर्दछ ।
Type of OST		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST को किसिम (Methadone अथवा Buprenorphine) सम्बन्धित कोठामा √ चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
Maximum Dose of OST		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST को उच्च मात्रा खुलाउनुपर्दछ ।
Switch in OST		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST मा Switch भएको भए Y मा नभएको भए N मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
Name of Switched OST		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST मा Switch भएको भए OST को किसिम खुलाउनुपर्दछ ।
Switched Date		विगतमा सेवाग्राहीले लिएको OST मा Switch भएको भए त्यसको मिति DD/MM/YYYY को format मा लेख्नुपर्दछ ।
Maximum Dose of Switched OST		विगतमा सेवाग्राहीले Switch गरी खाएको OST को उच्च मात्रा खुलाउनुपर्दछ ।
Status of Hepatitis B		सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस B को अवस्था यदि पोजिटिभ भए P मा वा नेगेटिभ भए N लेख्नुपर्दछ ।
Date of Identification		यदि सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस B को अवस्था पोजिटिभ भएमा सो थाहा भएको मिति DD/MM/YYYY को format मा लेख्नुपर्दछ ।
Status of Hepatitis C		सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस C को अवस्था यदि पोजिटिभ भए P मा वा नेगेटिभ भए N लेख्नुपर्दछ ।
Date of Identification		यदि सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस C को अवस्था पोजिटिभ भएमा सो थाहा भएको मिति DD/MM/YYYY को format मा लेख्नुपर्दछ ।
Status of HIV		सेवाग्राहीको एच्.आइ.भी.को अवस्था यदि पोजिटिभ भए P मा वा नेगेटिभ भए N लेख्नुपर्दछ ।
Date of Identification		यदि सेवाग्राहीको एच्.आइ.भी.को अवस्था पोजिटिभ भएमा सो थाहा भएको मिति DD/MM/YYYY को format मा लेख्नुपर्दछ ।
ART Start Date and current Regimen		यदि सेवाग्राहीको एच्.आइ.भी. पोजिटिभ भई ए.आर.टी. शुरु गरेको भएमा सो मिति DD/MM/YYYY को format मा लेख्नुपर्दछ र खाइरहेको ए.आर.टी. रेजिमिन खुलाउनुपर्दछ ।
Transfer In	From (Site)	सेवाग्राही कुनै अर्को OST केन्द्रबाट उपचारको निरन्तरताको लागि स्थानान्तरण भई आएको भए सो केन्द्रको नाम लेख्नुपर्दछ ।
	Date	स्थानान्तरण भएर आएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	OST	सेवाग्राहीले लिइरहेको OST को किसिम लेख्नुपर्दछ ।
Transfer Out	From (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्य OST केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको भए सो ए.आर.टी. केन्द्रको नाम लेख्नुपर्दछ ।
	Date	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	OST	सेवाग्राहीले लिइरहेको OST को किसिम लेख्नुपर्दछ ।
OST Treatment Follow-up	Day	सेवाग्राही OST सेवामा दर्ता भएदेखिको दिन हो । यस रजिष्टरमा सेवाग्राही OST सेवामा दर्ता भएदेखि १ वर्षसम्मको उपचार परिणाम रेकर्ड राख्न सकिन्छ ।
	MM/YY	सेवाग्राही OST सेवामा दर्ता भएदेखिको महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।
	Row 1	सेवाग्राही हरेक दिन फलोअपमा आउँदा OST उपचारको अवस्थालाई देहायका कोडबाट जनाउनुपर्दछ । 1: on treatement on OST, 2: Drop Out, 3: Re-enrollment, 4: Discharge, 5: Death, 6: Transfer out
	Row 2	सेवाग्राही हरेक दिन फलोअपमा आउँदा खाने OST को मात्रा संख्यामा लेख्नुपर्दछ ।

८. अस्पताल

8. Hospital

HMIS 8.1: बिरामी भर्ना रजिष्टर

HMIS 8.2: बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर

HMIS 8.3: आकस्मिक सेवा रजिष्टर

HMIS 8.1: बिरामी भर्ना रजिस्टर (Patient Admission Register)

अस्पतालको अन्तरङ्ग विभागमा बिरामीलाई भर्ना गरी उपचार सेवा प्रदान गरेको अभिलेख राख्न यस रजिस्टरलाई प्रयोग गरिन्छ । अस्पतालमा भर्ना भई सेवा लिने बिरामीहरुको अभिलेख राख्न, अस्पताल व्यवस्थापनका लागि आवश्यक पर्ने सूचना सङ्कलन गर्न, प्रतिवेदन तयार गर्न र प्रगतिको अनुगमन, मूल्याकन तथा विश्लेषण गर्न यस रजिस्टरको आवश्यकता पर्दछ । प्रत्येक आ.ब.को सुरुवातदेखि नयाँ रजिस्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

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

रजिष्टरको नमुना :

Fiscal Year _____ _____ Month _____

SN	Date and Time of Admission			Inpatient No.		First, Middle and Family name	Caste/ Ethnicity Code*	Age / Sex						Address
								≤ 28 days		1 - 11 months		≥1 Year		District Palika, Ward Village/Tole
								Days		Months		Years		
				First Visit	Repeat Visit			Femal	Male	Female	Male	Female	Male	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Date					First and middle name								District
	DD	MM	YY											Palika - ward
	Time					Family name								
	AM	PM												Village/Tole

Name and Contact No of Guardian	Source of Admission *	Ward	Name of surgery	Investigation	Provisional Diagnosis	Police Case		Remarks
						Yes	No	
16	17	18	19	20	21	22	23	24
Name						1	2	
Contact number								

भर्ने तरिका :

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

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		कुनै बिरामी स्वास्थ्य संस्थामा पहिलो पटक आउँदा निजलाई स्वास्थ्य सेवा कार्ड उपलब्ध गराइन्छ । उक्त बिरामी अन्तरङ्ग विभागमा भर्ना भएमा निजको स्वास्थ्य सेवा कार्डमा Inpatient Number भरिन्छ र सो नम्बर सो आ.ब. भरि कायम रहन्छ । सोही आ.ब.मा उक्त बिरामी दोहोऱ्याई आएमा पनि सोही नम्बर नै कायम गर्नुपर्दछ । पहिलो पटक बिरामीलाई यो कार्ड दिँदा हरेक पटक आउँदा सो कार्ड अनिवार्य रूपमा लिई आउन अनुरोध गर्नुपर्दछ । यो कार्ड बिरामीलाई दिँदा नै यो Inpatient Number याद राख्नका लागि पनि अनुरोध गर्नुका साथै मोबाइल र नोटबुकमा लेखेर राख्न समेत अनुरोध गर्नुपर्दछ । यदि बिरामी अन्तरङ्ग सेवाका लागि पुनः आएमा र कार्ड नल्याएमा निजको Inpatient number सोधेर भर्ना रजिष्टरबाट निजको Inpatient Number लेख्नुपर्दछ । सकेसम्म बिरामीले पहिले सेवा लिएको मिति सम्झन लगाई दर्ता नम्बर खोज्नु पर्दछ । यदि बिरामीलाई आफ्नो Inpatient Number याद नभएमा उक्त बिरामीलाई नयाँ बिरामीको रूपमा लिनुपर्दछ र नयाँ Inpatient Number दिनुपर्दछ । बिरामी पहिलो पटक भर्ना हुन आउँदा Inpatient Number लाई First Visit मा र सोही बिरामी पुनः आएमा Inpatient Number लाई Repeat visit मा जनाउनुपर्दछ ।
7	First, Middle and Family Name	माथिल्लो कोठामा बिरामीको पहिलो र बीचको नाम लेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा बिरामीको थर लेख्नुपर्दछ ।
8	Caste/Ethnicity Code	सेवा लिने व्यक्ति जुन जाति समूहमा पर्दछ, सोही समूहको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । (जस्तैः ०१, ०२, ... ०६) ।
9-14	Age and Sex	यी महलहरूमा उमेर र व्यक्तिअनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ । बिरामी २८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल ९ मा र शिशु बालक भएमा महल १० मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल ११ मा र बालक भएमा महल १२ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १३ मा र पुरुष भएमा महल १४ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिनाभन्दा कम, एक वर्षभन्दा कम र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका बिरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।
15	Address	भर्ना भएको बिरामीको ठेगाना जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा, गाउँ/टोल महल १५ को सम्बन्धित कोठामा क्रम मिलाएर लेख्नुपर्दछ ।
16	Name and Contact Number of Guardian	भर्ना भएको बिरामीका अभिभावकको नाम र थर महल १६ को माथिल्लो कोठामा लेख्नुपर्दछ । महल १६ को तल्लो कोठामा अभिभावकको सम्पर्क टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
17	Source of Admission	बिरामी भर्ना भएको स्रोत जुन हो सोही अनुसारको कोड लेख्नु पर्दछ । आकस्मीक बिभागबाट भए १, बहिरंग बिभागबाट भए २ र अन्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भए ३ लेख्नुपर्दछ ।
18	Ward	बिरामी कुन विभाग (Ward) मा भर्ना भएको हो ? यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
19	Name of Surgery	भर्ना भई उपचारमा रहेको बिरामीको शल्यक्रिया गरिएको भए कुन प्रकारको शल्यक्रिया हो? सोको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
20	Investigation	यस महलमा बिरामी भर्ना हुन आउँदा चिकित्सकले लेखेको आवश्यक पर्ने अनुसन्धानमूलक परीक्षण (जस्तै : ल्याब, एक्सरे) सम्बन्धी विवरण लेख्नुपर्दछ ।
21	Provisional Diagnosis	यस महलमा बिरामी अस्पतालमा भर्ना हुन आउँदा उनीहरूले बताएको History वा Complaints का आधारमा स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले गरेको सम्भावित निदान (Provisional Diagnosis) लेख्नुपर्दछ ।
22-23	Police Case	यस महलमा भर्ना हुन आएको बिरामी Police case भई आएको भए महल २३ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र Police case होइन भने महल २४ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । Police case सँग सम्बन्धित कागजातहरू कानुनी प्रक्रियाका लागि लामो समयसम्म सुरक्षित राख्नुपर्ने भएकोले Police case छुट्याउनका लागि यस महलले सहज बनाउँछ ।
24	Remarks	माथि उल्लेखित बाहेक थप जानकारी आवश्यक भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

HMIS 8.2: बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)

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

रजिष्टरको नमुना :

Zoom in (Ctrl+Plus)

HMIS 8.2

DISCHARGE

Fiscal Year _____ | _____ Month _____

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	Age / Sex: ≤ 28 days (Days)		1 - 11 months (Months)		≥ 12 months (Years)		Type of care*
											Female	Male	Female	Male	Female	Male	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
		Date			Date				First and middle name								
		DD	MM	YY	DD	MM	YY										
		Time			Time												
		AM	PM		AM	PM			Family name								

REGISTER

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	Cause of death	Full	Partial	Total cost exempted (NRs.)	Code*	Yes	No
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
			1	2				1	2		1	2			1	2

भर्ने निर्देशिका :

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

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	क्र. सं. (SN)	प्रत्येक महिनामा क्र.सं. १ बाट सुरु गरी अर्को महिनाको १ गतेदेखि पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
2	अन्तरङ्ग नं. (Inpatient No.)	यस महलमा Discharge भएको बिरामीको Patient Chart मा उल्लेख भएको Inpatient Number लेख्नुपर्दछ ।
3-5	Date and Time of Discharge	माथिल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको मिति सम्बन्धित महलमा (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको समय लेख्नुपर्दछ । Discharge भएको समय AM र PM अनुसार लेख्नुपर्दछ ।
6-8	Date and time of Admission	माथिल्लो कोठाको लहरमा बिरामी भर्ना भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा बिरामी भर्ना भएको समय लेख्नुपर्दछ । भर्ना भएको समय AM र PM अनुसार लेख्नुपर्दछ ।

<table>
<tr><th>महल नं.</th><th>महल शीर्षक</th><th>निर्देशन</th></tr>
<tr><td>9</td><td>Length of Stay</td><td>यस महलमा बिरामी उपचारका लागि अस्पतालमा भर्ना भएको अवधिलाई दिनमा लेख्नुपर्दछ । दिन गणना गर्दा भर्ना भएकै दिनमा Discharge भएमा पनि एक दिन गणना गर्नुपर्दछ, भर्ना भएको भोलिपल्ट discharge भए पनि एक दिन गणना गर्नुपर्दछ र भर्ना भएको तेस्रो दिनमा Discharge भएमा दुई दिन गणना गर्नुपर्दछ । उदाहरण:
<table>
<tr><th>Date of Admission</th><th>Date of Discharge</th><th>Length of stay</th></tr>
<tr><td>१२/३/२०७०</td><td>१२/३/२०७०</td><td>१ दिन</td></tr>
<tr><td>१२/३/२०७०</td><td>१३/३/२०७०</td><td>१ दिन</td></tr>
<tr><td>१२/३/२०७०</td><td>१४/३/२०७०</td><td>२ दिन</td></tr>
<tr><td>१२/३/२०७०</td><td>१७/३/२०७०</td><td>५ दिन</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>10</td><td>First, Middle and Family Name</td><td>माथिल्लो कोठामा बिरामीको पहिलो र बीचको नाम लेख्नुपर्दछ (जस्तैः राम बहादुर) । तल्लो कोठामा बिरामीको थर (जस्तै थापा) लेख्नुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>11</td><td>Caste/ Ethnicity</td><td>सेवा लिने व्यक्ति जुन जातिसमूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तैः ०१, ०२,.....०६) । जातिगत समूह र कोड नम्बर रजिष्टरको अन्तिम पानामा दिइएको छ ।</td></tr>
<tr><td>12-17</td><td>Age and Sex</td><td>यी महलहरूमा बिरामीको उमेर र व्यक्तिअनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ ।

बिरामी २८ दिन वा सोभन्दा मुनिको शिशु बालिका भएमा महल १२ मा र शिशु बालक भएमा महल १३ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

बिरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिको बालिका भएमा महल १४ मा र बालक भएमा महल १५ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

बिरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १६ मा र पुरुष भएमा महल १७ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिनाभन्दा कम, एक महिना देखि एक वर्षसम्म र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका बिरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।</td></tr>
<tr><td>18</td><td>Type of Care</td><td>यस महलमा बिरामीले कुन सेवा लिएको हो Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार सेवाको किसिम उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तैः General Medicine भए १, General Surgery भए २, Paediatrics भए ३, Obstetric भए ४, Gynecology भए ५, ENT भए ६, Orthopedics भए ७, Psychiatric भए ८, Dental भए ९ र Others भए १० लेख्नुहोस् । Others भए कुन सेवा हो ? खुलाउनुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>19</td><td>Ward/Bed Number</td><td>बिरामीलाई अन्तरङ्ग विभागको कुन वार्ड (Ward) र कति नं. को शैयामा राखिएको थियो ? Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार वार्ड/शैया खुल्ने गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>20-21</td><td>Name and Type of Surgery</td><td>भर्ना भई शल्यक्रिया भएका बिरामीहरूको कस्तो प्रकारको शल्यक्रिया भएको हो ? Patient Chart को Operation Form मा उल्लेख भएअनुसार महल २० मा लेख्नुपर्दछ । शल्यक्रियाको प्रकारमा Major भए १, Intermediate भए २ र Minor भए ३ भनी महल २१ मा लेख्नुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>22-23</td><td>Post-OP Infection</td><td>Patient Chart हेरी यदि बिरामीलाई शल्यक्रियापश्चात् सङ्क्रमण भएको रहेछ भने महल २२ को कोड १ मा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदि सङ्क्रमण नभएको भए महल २३ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।</td></tr>
<tr><td>24</td><td>Final Diagnosis at discharge</td><td>बिरामी Discharge हुँदा Patient Chart मा उल्लेख भएको अन्तिम निदान (Final diagnosis) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।</td></tr>
</table>

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
25	ICD Code	यस महलमा Patient Chart मा उल्लेख भएको Final Diagnosis को ICD Code Book अनुसारको Alpha Numeric Code लेख्नुपर्दछ । Final Diagnosis मा रोगको एकभन्दा बढी diagnosis भएमा तीमध्ये Main diagnosis (Leading cause) को मात्र ICD code लेख्नुपर्दछ । *उदाहरण : यदि Patient Chart को final diagnosis मा Enteric Fever, diarrhea र Hypertension उल्लेख भएको छ । यो बिरामीको main diagnosis Enteric Fever हो । यस अवस्थामा Enteric Fever को ICD code A01 यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।*
26	Outcome code*	यस महलमा Discharge भएको बिरामीको Discharge हुँदाको अवस्था उल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि बिरामी Recovered/Cured भए १, Not Improved भए २, Referred भए ३, DOR/LAMA/DAMA भए ४, Absconded भए ५ र Death भए ६ लेख्नुपर्दछ ।
27-29	If Died	बिरामीको मृत्यु भएको भए भर्ना भएको कति समयपछि मृत्यु भएको हो र मृत्युको कारण Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार लेख्नुपर्दछ । यदि बिरामी भर्ना भएको ४८ घण्टाभित्र मृत्यु भएको भए महल २७ को १ मा र ४८ घण्टाभन्दा पछि मृत्यु भएको रहेछ भने महल २८ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । महल २९ मा बिरामी मृत्यु हुनुको कारण Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार लेख्नुपर्दछ ।
30-33	Cost Exemption	महल 30-33 मा Discharge भएको बिरामीले पूर्ण वा आंशिक शुल्क छुट पाएको विवरण लेख्नुपर्दछ । यदि पूर्ण छुट पाएको भए महल ३० को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । त्यस्तै आंशिक छुट पाएको भए महल ३१ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्छ । विरामीले यदि पूर्ण वा आंशिक छुट पाएको भए कति रकम वरावरको सेवा छुट पाएको हो सो सेवा वापतको रकम (रुपैयाँमा) महल ३२ मा लेख्नुपर्दछ । महल ३२ मा Discharge भएको बिरामी निःशुल्क सेवा प्राप्त गर्ने ६ समूहहरूमध्ये कुन समूहमा पर्दछ ? सो समूहको कोड लेख्नुपर्दछ । यदि अति गरिब वा असहाय (Ultra Poor or Destitute) भए १, गरीब (Poor) भए २, अपाङ्ग (Disabled) भए ३, ज्येष्ठ नागरिक >६० वर्ष (Senior Citizen) भए ४, म.स्वा.स्व.से. (FCHV) भए ५ र अन्य (Others) भए ६ लेख्नुपर्दछ । अन्य समूह (Others) भए कुन समूह हो खुलाउनुपर्दछ ।
34-35	Police Case	यस महलमा Discharge हुन आएको बिरामी police case भई आएको भए महल ३४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र Police case होइन भने महल ३५ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । Police case सँग सम्बन्धित कागजातहरू कानुनी प्रक्रियाका लागि लामो समयसम्म सुरक्षित राख्नुपर्ने भएकोले Police case छुट्याउनका लागि यस महलले सहज बनाउँछ ।

HMIS 8.3: आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)

स्वास्थ्य संस्थाहरुमा सेवाग्राहीहरुलाई आकस्मिक सेवा प्रदान गर्नका लागि आकस्मिक कक्षको व्यवस्था गरिएको हुन्छ । प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र अस्पतालमा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवा लिन आएका बिरामीहरूको अभिलेख राख्न यस रजिस्टरको प्रयोग गरिन्छ । आकस्मिक कक्षमा जनशक्ति, अत्यावश्यक औषधी तथा अन्य व्यवस्थापन गर्न यस रजिष्टरबाट प्राप्त हुने सूचनाले सहयोग पुऱ्याउँछ ।

रजिष्टरको नमुना :

HMIS 8

EMERGENCY

Date: (DD/MM/YY) DD MM YY

SN	Registration No	Date and Time of Registration	First, Middle and Family Name	Caste/ Ethnicity Code*	Age / Sex: ≤ 28 days Days Female	≤ 28 days Days Male	1-11 months Months Female	1-11 months Months Male	≥ 1 year Years Female	≥ 1 year Years Male	Address: District VDC/Municipality, Ward Village/Tole	Name and Contact Number of Guardian	Source of: Self	Source of: Referred in (Name of HF)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		Date: DD MM YY; Time: AM PM	First and Middle Name; Family name								District; VDC/Municipality, Ward; Village/Tole	Name; Contact number	1	
		Date: DD MM YY; Time: AM PM	First and middle name; Family name								District; VDC/Municipality, Ward; Village/Tole	Name; Contact number	1	

HMIS 8

SERVICE REGISTER

Brought Dead	Signs and Symptoms (Main Complaints on Admission)	Investigations	Diagnosis	ICD Code	Treatment / Medicines prescribed	Observation: Yes	Observation: No	Date and Time of Discharge	Outcome (Code)*	If Died: Code	If Died: Cause of Death	Cost Exemption: Full	Cost Exemption: Partial	Cost Exemption: Total Cost Exempted (NRs.)	Cost Exemption: Code*	Police Case: Yes	Police Case: No
16	17	18	19	20	21	22	23	24 25 26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1						1	2	Date: DD MM YY; Time: AM		1		1	2			1	2
1						1	2	Date: DD MM YY; Time: AM		1		1	2			1	2

रजिस्टर भर्ने निर्देशिका :

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

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	S.No.	प्रत्येक महिनामा क्र.सं. १ बाट सुरु गरी अर्को महिनाको १ गतेबाट पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
2	Registration Number	प्रत्येक आ. व. मा Registration No. १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । नयाँ आ.ब. को पहिलो दिन पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ । यो Registration number ले एक आ.ब. मा आकस्मिक विभाग/कक्षमा कति जना बिरामीले सेवा प्राप्त गरे सोको सङ्ख्या जनाउँछ । आकस्मिक कक्षमा दर्ता हुने बिरामीहरूसँग

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		परिचय खुलाउने स्वास्थ्य सेवामा प्रयोग हुने कार्डहरू, जस्तै : Health Card बारे बिरामीसँग जानकारी माग्नु व्यवहारिक हुँदैन । त्यसकारण आकस्मिक कक्षमा दर्ता हुने सबै बिरामीहरूलाई नयाँ Registration Number दिई दर्ता गर्नुपर्दछ । यसमा बिरामीलाई नयाँ वा पुरानो भनी वर्गीकरण गर्नुपर्दैन ।
3	Date and Time of Registration	माथिल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको मिति सम्बन्धित महलमा गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको समय लेख्नुहोस् । Discharge भएको समय AM भए AM लेखिएको स्थानमा र PM भए PM लेखिएको स्थानमा लेख्नुपर्दछ ।
4	First, Middle and FamilyName	महल ४ को माथिल्लो कोठामा बिरामीको पहिलो र बीचको नाम उल्लेख गर्नुपर्दछ (जस्तै : रामबहादुर) । तल्लो कोठामा बिरामीको थर उल्लेख गर्नुपर्दछ । (जस्तै : थापा)
5	Caste/Ethnicity Code*	सेवा लिने व्यक्ति जुन जातिसमूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तै : ०१, ०२,..... ०६) । जातिगत समूह र कोड नम्बर रजिष्टरको अन्तिम पानामा दिइएको छ ।
6-11	Age and Sex	यी महलहरूमा उमेर र व्यक्तिअनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ । बिरामी २८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल ६ मा र शिशु बालक भएमा महल ७ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल ८ मा र बालक भएमा महल ९ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ । बिरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १० मा र पुरुष भएमा महल ११ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिनाभन्दा कम, एक वर्षभन्दा कम र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका बिरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।
12	Address	आकस्मिक सेवा लिन आएको बिरामीको ठेगाना महल १२ पहिलो लहरमा जिल्ला, बीचको लहरमा नगर/गाउँपालिका, वडा न र तल्लो लहरमा गाउँ, टोल खुल्नेगरी लेख्नुपर्दछ ।
13	Name and Contact Number of Guardian	आकस्मिक सेवा लिन आएको बिरामीका अभिभावकको नाम, थर र सम्पर्क टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ । माथिल्लो कोठामा नाम थर र तल्लो कोठामा सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
14-15	Source of Admission	बिरामी आफैँ वा अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको हो, यस महलमा खुलाउनुपर्दछ । यदि बिरामी आफैँ आएको भए महल १४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् । यदि बिरामी अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भए महल १५ मा प्रेषण गरी पठाउने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
16	Brought Dead	यदि स्वास्थ्य संस्थामा विरामी ल्याउँदा मृत अवस्थामा ल्याईपुऱ्याएको भए महल १६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । अन्यथा यस महलको १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दैन ।
17	Signs and Symptoms (Main complaints on admission)	बिरामी आकस्मिक विभाग/कक्षमा आउँदाको अवस्थामा निजमा देखिएका लक्षणहरू र निजका मुख्य सिकायतहरू महल १८ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
18	Investigation	यस महलमा बिरामी भर्ना हुन आउँदा चिकित्सकले लेखिदिएको आवश्यक पर्ने अनुसन्धानमूलक परीक्षणको विवरण, जस्तै : ल्याब, एक्सरे इत्यादि लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
19	Diagnosis	बिरामी आकस्मिक विभाग/कक्षमा भर्ना हुन आउँदा स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले गरेको निदान (Diagnosis) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
20	ICD Code	यस महलमा स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले गरेको निदान (Diagnosis) को ICD Code book अनुसारको Alpha Numeric Code लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्यकर्मी वा चिकित्सकले एकभन्दा बढी diagnosis गरेको भएमा तीमध्ये Main diagnosis (Leading cause) को मात्र ICD code लेख्नुपर्दछ । *उदाहरण: यदि diagnosis मा Enteric Fever, diarrhea र Hypertension उल्लेख भएको छ । यस बिरामीको main diagnosis Enteric Fever हो । यस अवस्थामा Enteric Fever को ICD code A01 यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।*
21	Treatment/Medicine Prescribed	बिरामीलाई गरिएको उपचार र दिइएको औषधिको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
22-23	Observation	आकस्मिक विभाग/कक्षमा भर्ना भएको बिरामीलाई observation मा राखिएको भए महल २२ को १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । यदि observation मा नराखिएको भए महल २३ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
24-26	Date and time of Discharge	माथिल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको मिति लेख्नुपर्दछ । महल २४ मा गते, महल २५ मा महिना र महल २६ मा साल लेख्नुपर्दछ ।
		तल्लो कोठामा बिरामी Discharge भएको समय लेख्नुपर्दछ । Discharge भएको समय AM र PM अनुसार लेख्नुपर्दछ ।
27	Outcome code*	यस महलमा Discharge भएको बिरामीको Discharge हुँदाको अवस्था उल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि बिरामी Recovered भए १, Not Improved भए २, Referred भए ३, DOR/LAMA/DAMA भए ४, Absconded भए ५, अन्तरङ्ग विकोठामा Admitted भए ६ र Death भए ७ लेख्नुपर्दछ ।
28-29	If Died	यदि उपचारको क्रममा बिरामीको मृत्यू भएको भए महल २८ को कोड १ मा गोलो घेरा लगाई महल २९ मा बिरामी मृत्यु हुनुको कारण उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
30-33	Cost Exemption	आकस्मिक कक्षवाट Discharge भएको बिरामीले पूर्ण वा आंशिक शुल्क छुट पाएको विवरण महल 30-33 मा लेख्नुपर्दछ । यदि पूर्ण छुट पाएको भए महल ३० को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । त्यस्तै आंशिक छुट पाएको भए महल ३१ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्छ । बिरामीले यदि पूर्ण वा आंशिक छुट पाएको भए कति रकम बरावरको सेवा छुट पाएको हो सो सेवा वापतको रकम (रुपैयाँमा) महल ३२ मा लेख्नुपर्दछ । महल ३२ मा Discharge भएको बिरामी निःशुल्क सेवा प्राप्त गर्ने ६ समूहहरूमध्ये कुन समूहमा पर्दछ ? सो समूहको कोड लेख्नुपर्दछ । यदि अति गरिब वा असहाय (Ultra Poor or Destitute) भए १, गरीब (Poor) भए २, अपाङ्ग (Disabled) भए ३, ज्येष्ठ नागरिक >६० वर्ष (Senior Citizen) भए ४, म.स्वा.स्व.से. (FCHV) भए ५ र अन्य (Others) भए ६ लेख्नुपर्दछ । अन्य समूह (Others) भए कुन समूह हो खुलाउनुपर्दछ ।
34	Gender Violence	यदि लैगिक हिंसा सम्बन्धि case भएमा १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
35-36	Police Case	यस महलमा Discharge भएको बिरामी police case भई आएको भए महल ३५ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र police case होइन भने महल ३६ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । Police case सँग सम्बन्धित कागजातहरू कानुनी प्रक्रियाका लागि लामो समयसम्म सुरक्षित राख्नुपर्ने भएकोले police case छुट्याउनका लागि यस महलले सहज बनाउँछ ।

♦♦♦

९. मासिक प्रतिवेदन फारामहरू

9. Monthly Reporting Forms

HIMS 9.1: महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका मासिक प्रतिवेदन फाराम

HIMS 9.2: समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन- खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक

HIMS 9.3: प्रा.स्वा.के./स्वा.चौ./शहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई प्रतिवेदन फाराम

HIMS 9.4: सरकारी अस्पताल प्रतिवेदन फाराम

HIMS 9.5: गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्था प्रतिवेदन फाराम

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

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

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

फारामको नमूना

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

संस्थाको	नामः					प्रतिवेदन पेश गरेको	मितिः	..../... .../२०७ ...
	ठेगाना	जिल्लाः					आ.ब.	२०७ . २०७/ ... ...
		नगर/गाउँपालिका		वडा नं.			महिनाः	

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवीकाको जम्मा संख्याः		प्रगति विवरण पेश गरेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेवीकाको संख्याः	

क्र.सं.	विवरण	ईकाइ	संख्या
१	सेवा पु–याएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्या	जना	
(क(	गर्भवति सेवा		
२	आफ्नो क्षेत्रमा भेट गरिएका गर्भवती महिलाहरुको संख्या	जना	
३	गर्भ जाँचको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरुको संख्या	जना	
४	आमावाट बच्चामा सर्ने एचआइभि सम्वन्धि सूचना दिएका गर्भवतीलाइ रक्त परिक्षणका लागि रेफर गरेको संख्या	जना	
५	पहिलो पटक स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको सुनिश्चित गरेको महिलाहरुको संख्या	जना	
६	दोहोऱ्याई आएको वेला आईरन चक्की वितरण गरेको गर्भवती महिलाहरुको संख्या	जना	
७	प्रसूति सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको गर्भवती महिलाहरुको संख्या	जना	
८	स्वास्थ्यकर्मी विना घरमै सुत्केरी भई मातृसुरक्षा चक्की खाएको सुनिश्चित गरिएका (मिसोप्रोस्टोल) महिलाहरुको संख्या	जना	
(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 शिशुहरुको संख्या	जना	
(ग(	आमा र नवजात शिशु स्वास्थ्य		
१२	शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण व्यवहार सम्बन्धी सल्लाह दिएको आमाहरुको संख्या	जना	
१३	सुत्केरी जाँचको लागि प्रेषण गरेको महिलाहरुको संख्या	जना	
१४	घरमा प्रसुती भएका सुत्केरीलाई ४५ आइरन चक्की वितरण गरेको महिलाहरुको संख्या	जना	

१५	भिटामिन ए दिएको सुत्केरी महिलाहरुको संख्या	जना	
(घ(	खोप कार्यक्रम		
१६	खोप क्लिनिकमा सहभागी भई सघाएको पटक	पटक	
१७	बीखोप लगाएको .जी.सी. सुनिश्चित गरिएका बच्चाहरुको संख्या	जना	
१८	दादुरा र रुबेलाको खोप लगाएको सुनिश्चित गरिएका बच्चाहरुको संख्या	जना	
१९	गाउँघर क्लिनिकमा सहभागी भई सघाएको पटक	पटक	
(ङ(	२ महिना मुनिको विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषण		
२०	२८ दिनसम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना	
२१	२९–५९ दिन सम्मका विरामी शिशुहरूको संख्या	जना	
२२	संक्रमण भई कोट्रिमबाट उपचार गरी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको २८ दिन सम्मका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना	
२३	संक्रमण भई कोट्रिमबाट उपचार गरी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका २९–५९ दिन सम्मका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना	
२४	२८ औ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशु संख्या	जना	
(च(	२–५९ महिना सम्मका विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषणः झाडापखाला		
२५	झाडापखाला लागेका २ महिनादेखि ५ वर्ष मुनिका जम्मा विरामी बच्चाहरुको संख्या	जना	
२६	पुनर्जलीय झोल र जिंक चक्कीबाट उपचार गरेका बच्चाहरुको संख्या	जना	
२७	५ वर्ष मुनिका बच्चाहरुलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय झोलको पुरिया संख्या	जना	
२८	५ वर्ष भन्दा माथिका मानिसहरूलाई वितरण गरेको पुनर्जलीय झोलको पुरिया संख्या	पुरिया	
२९	वितरण गरेको जिंङ्क चक्कि संख्या	पुरिया	
३०	झाडापखाला लागेका २ महिना देखि ५ बर्ष सम्मका विरामी बच्चाहरुलाई प्रेषण गरेको संख्या	चक्कि	
३१	२–५९ महिना सम्मका विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषणः श्वासप्रश्वास रोग	जना	
(छ(	२–५९ महिना सम्मका विरामि शिशुको उपचार तथा प्रेषणः श्वासप्रश्वास रोग		
३२	श्वास प्रश्वास रोग लागेका २ देखि ५९ महिनाका विरामी बच्चाहरुको संख्या	जना	
३३	न्यूमोनिया नभएको रुघाखोकी) भएकावर्ष मुनिका बच्चालाई घरेलु उपचार सल्लाह दिएको बच्चाहरुको संख्या ५ (	जना	
३४	न्यूमोनिया भइ कोट्रिमबाट उपचार गरिएका २ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका फलोअप गरेको बच्चाहरुको संख्या	जना	
३५	श्वास प्रश्वास रोग भई स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाहरुको संख्या	जना	
(ज(	प्रेषण		
३६	सुरक्षित गर्भपतनको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका महिलाहरुको संख्या	जना	
३७	स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन प्रेषण गरिएका किशोर किशोरीहरुको संख्या	जना	
३८	लगातार २ हप्ता सम्म खोकी लागी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेका विरामीहरुको संख्या	जना	
३९	प्राथमिक उपचार गरेको संख्या	जना	
४०	प्राथमिक उपचारको क्रममा प्रेषण गरेको बिरामीहरुको संख्या	जना	
(झ(	परिवार नियोजन		
४१	खाने चक्की पिल्स वितरण गरिएका महिलाहरुको संख्या	जना	
४२	वितरण गरेको खाने चक्की पिल्सको साइकल संख्या	साइकल	
४३	कण्डम वितरण गरेको जना	जना	
४४	वितरण गरेको कण्डमको संख्या	गोटा	
४५	परिवार नियोजन सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको दम्पतीहरुको संख्या	दम्पती	
(ञ(	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनः एमछनौट .सी.ए.यु.		
४६	हरियोः हृष्टपुष्टः खुशी परिवार	जना	
४७	पहेलोः मध्यम शीघ्र कुपोषण: घरमा मद्धारा परामर्श .से.स्व.स्वा.	जना	
४८	रातोः कडा शीघ्र कुपोषण: स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण	जना	
४९	फुकेनासः स्वासंस्थामा. प्रेषण	जना	
(ट(	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनः घरभेट र अनुगमन		
५०	रातोः कडा शीघ्र कुपोषित बच्चाः उपचार पछि निको भएको	जना	
द	रातोः कडा शीघ्र कुपोषित बच्चाः उपचार गरिरहदा पनि तौल वृद्धि नभएको	जना	
५२	रातोः कडा शीघ्र कुपोषित बच्चाः उपचार गर्दा गर्दै स्वास्थ्य संस्था जान छाडेका	जना	
(ठ(	एकिकृत शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालभिटा समुदाय प्रवर्धन कार्यक्रम		
५३	६ देखी ११ महिनाः पहिलो पटक	जना	

५४	१२ देखी १७ महिनापहिलो : पटक	जना	
५५	१२ देखी १७ महिनादोस्रो : पटक	जना	
५६	१८ देखी २३ महिनापहिलो : पटक	जना	
५७	१८ देखी २३ महिनादोस्रो : पटक	जना	
५८	१८ देखी २३ महिनातेस्रो : पटक	जना	
(ङ(	विविध		
५९	आमा समुहको बैठक वसेको पटक	पटक	
६०	आमा समुहको बैठक सहभागी संख्या	जना	
६१	आमा समुहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटक	पटक	
६२	गर्भवती अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना	
६३	प्रसव अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना	
६४	सुत्केरी अवस्थामा मातृ मृत्यु संख्या स्वास्थ्य)संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र(	जना	
६५	२९–५९ दिन सम्मको बच्चाको मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक अन्य स्थानमा भएको मात्र)	जना	
६६	२ महिना देखि ५९ महिनासम्मका बालवालिकाको मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्थामा बाहेक)	जना	
(ढ(	नवजात शिशु स्याहार कार्यक्रम		
६७	शिशु जन्मः घर	जना	
६८	शिशु जन्मः स्वास्थ संस्था	जना	
६९	शिशु जन्मः तालिम प्राप्त स्वास्थकर्मिबाट	जना	
७०	शिशु जम्मदा म.से.स्वा. उपस्थिति भएको	जना	
७१	घरमै जन्मिएको निःसासिएको नवजात शिशुको व्यवस्थापन	जना	
७२	घरमा प्रसुति भई नाभि काट्ने बित्तिकै नाभी मलम लगाएको सुनिश्चित गरिएका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना	
७३	घरमा प्रसुति भई जन्मने बित्तिकै आमाको छातीमा टांसेर राखेको सुनिश्चित गरिएका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना	
७४	घरमा प्रसुति भई जन्मेको १ घण्टा भित्रमा स्तनपान गराएको सुनिश्चित गरिएका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना	
७५	जन्मेको २४ घण्टासम्म ननुहाएको सुनिश्चित गरिएको नवजात शिशुहरुको संख्या	जना	
७६	सामान्य तौल भएका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना	
७७	कम तौल भएका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना	
७८	धेरै कम तौल भएका नवजात शिशुहरुको संख्या	जना	
७९	सुत्केरी भएको तेश्रो दिनमा आमालाई परामर्श र बच्चालाई जाँच भेट गरेको संख्या	जना	
८०	सुत्केरी भएको सातौं दिनमा आमा लाई परामर्श र बच्चालाई जाँच भेट गरेको संख्या	जना	
८१	सुत्केरी भएको उनान्तिसौं दिनमा आमा लाई परामर्श र बच्चालाई जाँच भेट गरेको संख्या	जना	

फाराम भर्ने तरिका

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

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

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

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

समूदायमा गरेका कामहरूको मासिक प्रगति प्रतिवेदन तयार गर्दा चाहिने सामग्रीहरू :

१. खोप सेवा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गरेका ट्यालीसिटहरू
२ गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गरेका ट्यालीसिटहरू
३. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोषको रजिस्टरबाट सङ्कलन गरेको कोषको आम्दानी खर्चको विवरण ।

फारामको नमूना र भर्ने तरिका

समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS9.2) को नमूना अनुसूचिमा राखिएको छ ।

महल शीर्षक	निर्देशन
संस्थाको नाम, जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं.	सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था, जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. लेख्नुपर्दछ ।
प्रतिवेदन पेस गरेको मिति (ग.म.सा.), आ.व., महिना	प्रतिवेदन पेस गरेको मिति गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ,। कुन महिनाको प्रगति प्रतिवेदन तयार गरिएको हो सो महिना र आर्थिक वर्ष लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्यकर्मीको नाम, पद, फिल्डमा काम गरेको दिन, दस्तखत	फिल्डमा काम गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूको नाम, पद, फिल्डमा काम गरेको दिन फरक-फरक हरफमा लेखी दस्तखत समेत गर्नुपर्दछ ।
सञ्चालन हुनुपर्ने खोपक्लिनिक (सङ्ख्या)	स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गत स्थापना भएका खोप क्लिनिकको (खोप केन्द्र) सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । एकै स्थानमा फरक फरक दिन (गते/वार) मा खोप सेवा प्रदान गरिन्छ भने पनि खोप क्लिनिक संख्या १ हुन्छ । त्यस्तै फरक फरक २ स्थानमा एकै दिन खोप सेवा प्रदान गरिन्छ भने खोप क्लिनिक संख्या पनि स्थान अनुसार नै २ उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
सञ्चालन हुनुपर्ने खोप सेसन (पटक)	जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कति पटक सेसन सञ्चालन हुनुपर्ने हो ? सो सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै : कुनै स्वास्थ्य संस्थामा हरेक सोमवार र स्वास्थ्य संस्थाको कार्यक्षेत्रभित्र उक्त संस्था वाहेक अन्यत्र २ स्थानमा क्रमशः हरेक महिनाको १५ गते र १६ गते क्लिनिक सञ्चालन हुनुपर्ने हो भने त्यस महिनामा स्वास्थ्य संस्थामा संचालन हुने क्लिनिक संख्या ४ (प्रत्येक सोमवार) र २ अन्यत्र गरी संचालन हुनुपर्ने जम्मा खोप सेसन ६ लेख्नुपर्दछ
सञ्चालन हुनुपर्ने गाउँघर क्लिनिक सङ्ख्या	स्वास्थ्य संस्थाअन्तर्गत स्थापना भएका गाउँघर क्लिनिकको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिक	जम्मा खोप क्लिनिक मध्ये प्रतिवेदन महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिकको जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । जस्तै : कुनै संस्थाको ३ खोप क्लिनिकमध्ये प्रतिवेदन महिनामा जम्मा २ वटा क्लिनिकबाट मात्र खोप सेवा प्रदान गरिएको भए यस महलमा २ लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप सेसन (पटक)	जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कति पटक खोप क्लिनिक सञ्चालन भयो ? सो सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै : कुनै स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गत ६ वटा सञ्चालन हुनुपर्ने खोप सेसन मध्ये ५ वटा मात्र यो महिनामा सञ्चालन भएको भए ५ लेख्नुपर्दछ । ***नोट :*** *सूक्ष्म कार्ययोजनाका क्रममा नै संचालन हुनु पर्ने खोप क्लिनिक तथा खोप सेसन निर्दिष्ट गरिने हुँदा प्रायः सबै महिनामा संचालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिक र खोप सेसनको संख्या एउटै हुन्छ भने खोप सेसनको संख्या खोप क्लिनिकको संख्या भन्दा कम हुनुहुदैन ।*

महल शीर्षक	निर्देशन
यस महिनामा सञ्चालन भएको गाउँघर क्लिनिक सङ्ख्या:	जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कतिवटा गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएका थिए ? सोको सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
खोप कार्यक्रम	
खोप क्लिनिक सञ्चालन स्थान	खोप क्लिनिक सञ्चालन स्थानभन्दा तलको खाली ठाउँमा क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ । जस्तै: भलुवाजोर स्वास्थ्य चौकी भवन, सेलेघाट, कुनौरी र हात्तीटार गरी चार स्थानमा खोप केन्द्र रहेका छन् भने खाली ठाउँको फरक-फरक कोठामा क्रमश: माथिका खोप क्लिनिकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्या	खोप सेवा प्रदान गर्दा तयार गरिएको ट्याली सिटबाट खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा उतार गर्नुपर्दछ । खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्याको गणना गर्नका लागि सेसन सञ्चालनको समयमा बच्चा वा गर्भवती महिलाको कार्ड भर्ने बित्तिकै अनिवार्य ट्याली गर्नु आवश्यक हुन्छ ।
खोप पाएकाहरूको सङ्ख्या	बी.सी.जी., डी.पी.टी.-हेप बी-हिव (पहिलो,दोस्रो,तेस्रो), पोलियो (पहिलो,दोस्रो,तेस्रो), पी.सी.भी (पहिलो,दोस्रो,तेस्रो), रोटा (पहिलो,दोस्रो), एफ.आई.पि.भि (पहिलो,दोस्रो), दादुरा-रुबेला (पहिलो, दोस्रो), जे.ई, टी.डी.(पहिलो, दोस्रो, दोस्रो +) खोप लगाएको सङ्ख्या र १ वर्ष उमेर पूरा गरेपछि डी.पी.टी.-हेप बी-हिव, पोलियो खोपको ३ मात्रा पूरा गरेका वालवालिकाहरुको संख्या खोप रजिस्टरबाट खोप क्लिनिक अनुसार ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्रअनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।
AEFI भएका सङ्ख्या	खोप पश्चात् कुनै अवान्छित घटना भएमा कुन खोप लगाएपछि भएको हो? सो को विवरण खोप रजिस्टर वाट गणना गरी खोपकेन्द्र अनुसार जनाउनुपर्दछ ।
प्राप्त भएको खोप (डोजमा)	खोप सेसन सञ्चालनका लागि कोल्ड चेन सेन्टरबाट प्राप्त गरेको प्रत्येक भ्याक्सिनको डोज सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । जस्तै : कोल्डचेन सेन्टरबाट २० डोजको बीसीजी खोप ३ भाइल प्राप्त गरेमा प्राप्त भएको डोजको महलमा ६० लेख्नुपर्दछ ।
खर्च भएको खोप (डोजमा)	खोप सेसन सञ्चालनमा खर्च भएको प्रत्येक भ्याक्सिनको डोज सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । खर्च भन्नाले बच्चा वा गर्भवती महिलालाई लगाएको र खेर गएकोसमेत जनाउनुपर्दछ । जस्तै: कोल्डचेन सेन्टरबाट प्राप्त गरेको ६० डोज बीसीजी भ्याक्सिनमध्ये २१ जनालाई खोप लगाइयो, ९ डोज खेर गयो र २० डोज प्रयोगमा नआई नखोलिकन कोल्डचेन सेन्टरमा नै फिर्ता गरियो भने जम्मा भ्याक्सिन खर्च डोज ४० (प्राप्त गरेको डोज - फिर्ता गरेको डोज) हुन्छ ।
गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम	
गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन स्थान	गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन स्थानभन्दा तलको खाली ठाउँमा क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ । जस्तै: सालुपाटीमा सामलथान, च्याउँकीठाँटी र गैराथोक गरी तीन स्थानमा गाउँघर क्लिनिक रहेका छन् भने खाली ठाउँको फरक-फरक कोठामा क्रमश: माथिका क्लिनिकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सेवा दिएको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको पहिलो भागमा (HMIS 4.11) रहेको गाउँघर क्लिनिक दर्ताको आधारमा यस महिनामा सेवा दिएको जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
२ महिनाभन्दा मुनिका बिरामी शिशुको वर्गीकरण तथा उपचार: २ महिनाभन्दा मुनिका बिरामी शिशुको वर्गीकरण तथा उपचारको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको ***२ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन*** खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
जम्मा बिरामी सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन** खण्ड (HMIS 4.12) मा प्रतिवेदन अवधिमा दर्ता भएका शिशुहरुमध्ये २८ दिनसम्मका र २९ दिनदेखि ५९ दिनसम्म (महल ५ र ६ उमेर हप्तामा को आधारमा) को छुट्टाछुट्टै गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण (व्याक्टेरियाको) गम्भीर सङ्क्रमण, ब्याक्टेरियाको स्थानीय	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन** खण्डको महल १२ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको जति उमेर अनुसार गणना गरी ***गम्भीर सङ्क्रमणको*** महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाएको

महल शीर्षक	निर्देशन
सङ्क्रमण, कडा कपलपित्त (जण्डिस)	गणना गरी ***ब्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण,*** र कोड नं. ५ मा गोलो घेरा लगाएको (कडा जण्डिस भएका) गणना गरी ***कडा कपलपित्त*** को महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार (एमोक्सिसिलिन, जेन्टामाइसिन, कोट्रिम पि बाट)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन** खण्डको महल १४ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी एमोक्सिसिलिन वाट उपचार गरिएका शिशुको संख्या उमेर समूह अनुसार (२८ दिन सम्म र २९-५९ दिन) छुट्टाछुट्टै एमोक्सिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ । जेन्टामाईसिन सुई बाट उपचार गरिएका २ महिना मुनिका (महल १४ को कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाएका) मध्ये जेन्टामाइसिन सुईको पहिलो मात्रा पाएकाको संख्या गणना गरी पहिलो डोज पाएका सङ्ख्याको महलमा र जेन्टामाइसिनको सात वटै डोजमा गोलो घेरा लगाएका संख्या गणना गरी पूरा डोज पाएका सङ्ख्याको महलमा लेख्नुपर्दछ । महल १४ को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी ***कोट्रिम पीडियाट्रीक*** *बाट उपचार गरेको* संख्या उमेर अनुसारको (२८ दिन सम्म र २९-५९ दिन सम्म) छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रेफर गरेको	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन** खण्डको महल २० को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाएको जति उमेरअनुसार गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फलोअप बिरामी सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन** खण्डको महल १९ मा फलोअप गरेको मितिको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यु सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन** खण्डको महल २० को कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या उमेर अनुसार गणना गरी छुट्टाछुट्टै (२८ दिन सम्म र २९-५९ दिन सम्म) महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका बिरामी बच्चाको वर्गीकरण तथा उपचारः २ महिनादेखि ५ वर्ष सम्मका बिरामी बच्चाको वर्गीकरण तथा उपचारको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्डमा राखिएको हुन्छ । यो रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा उतार गर्नुपर्दछ ।	
जम्मा बिरामी सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्ड (HMIS 4.13) मा प्रतिवेदन अबधिमा दर्ता भएका बच्चाहरुको संख्या कम संख्या (महल नं. १) को आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण -श्वासप्रश्वास रोग (निमोनिया नभएको रुघाखोकी, निमोनिया, धेरै कडा रोग/कडा निमोनिया)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्डको महल १८ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी ***निमोनिया नभएको रुघाखोकीको*** महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी महल १८ को कोड नं.२ मा गोलो घेरा लगाएको ***निमोनिया*** र कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी ***धेरै कडा रोग/कडा निमोनिया*** को महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण -झाडापखाला (जल वियोजन नभएको, केही जल वियोजन भएको, कडा जल वियोजन भएको	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्डको महल १८ को कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी ***जल वियोजन नभएको*** महलमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ । त्यसैगरी महल १८ को कोड नं. ५ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी ***केही जल वियोजन भएको*** र कोड नं. ६ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी ***कडा जल वियोजन भएको*** महलमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण- दीर्घ झाडापखाला/आउँरगत	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्डमा जलवियोजनको वर्गिकरण गरिएका बच्चाहरु मध्ये महल १८ को कोड नं. ७ मा गोलो घेरा लगाएको मध्ये महल १७ को ***दीर्घ झाडापाखाला*** मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी दीर्घ झालापखालाको महलमा र महल १७ को ***आउँरगत*** मा गोलो घेरा लगाईएको संख्या गणना गरी ***आउँ रगत*** को सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण -अन्य ज्वरो, कुपोषण/रक्त अस्पता, कडा कुपोषण/कडा रक्त अस्पता, अन्य वर्गीकरण	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्डको महल १८ को कोड नं. ८ मा गोलो घेरा लगाएको ***ज्वरो,*** कोड नं. ९ मा गोलो घेरा लगाएको ***कुपोषण/रक्त अल्पता,*** कोड नं. १० मा गोलो घेरा लगाएको ***कडा कुपोषण/ कडा रक्त अल्पता*** र महल नं १७ को अन्यमा उल्लेख गरिएको वर्गीकरण

महल शीर्षक	निर्देशन
	गणना गरी ***अन्य वर्गीकरणको*** महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार (एमोक्सिसिलिन, कोट्रिम पी बाट, पुनर्जलीय झोल र जिङ्क चक्कीबाट, जुकाको औषधीबाट, भिटामिन ए बाट, अन्य जस्तै प्राथमिक उपचार बाट)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्डको महल २० को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी एमोक्सिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसैगरी सोही महलको कोड २ मा गोलो लगाएको संख्या गणना गरी ***कोट्रिम पी. बाट*** को महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको ***पुनर्जलीय झोल र जिङ्कबाट,*** महल २० को कोड नं. ६ मा घेरा लगाएको ***जुकाको औषधिबाट,*** कोड नं. ७ मा घेरा लगाएको ***भिटामिन ए बाट*** र कोड नं. ८ मा मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी ***अन्य को*** महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फलोअप सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्डको महल २४, २५ को फलोअप गरेको फलोअप गरेको मितिको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रेफर गरेको (श्वासप्रश्वास रोग भएका, झाडापखाला भएका, अन्य)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्डबाट श्वासप्रश्वास रोग, झाडापखाला वा अन्य कुन कारणले रेफर गरेको हो ? रोगको वर्गिकरण र कैफियत महलमा उल्लेख गरिएको ***प्रेषण गर्नुको कारण*** बाट यकीन गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्य सङ्ख्या: (श्वासप्रश्वास रोग भएका, झाडापखाला भएका, अन्य)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन** खण्डको महल नं. २४ को फलोअप नतिजाको मृत्यू भएको (कोड नं. ४) मा गोलो घेरा लगाएको मध्ये श्वासप्रश्वास रोग, झाडापखाला वा अन्य कुन कारणले मृत्यु भएको हो ? गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

<u>पोषण कार्यक्रम</u>

पोषण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **२ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा** (HMIS 4.14) खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।

बाल-बालिकाको पोषण स्थिति	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल ७, ८, ९ को तौल (उमेरअनुसारको वृद्धि) मा नयाँ र पुरानो - दुवै गरी सामान्य, जोखिम र अति जोखिम तौल भएकाहरूको सङ्ख्या ०-११ महिना र १२-२३ महिनाको छुट्टाछुट्टै निकाली सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १० को कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र नगराएको	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल ११ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
६ महिनापछि स्तनपानका साथै थप खाना सुरु गरेको	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १२ को कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
६ महिनापछि स्तनपानका साथै थप खाना सुरु नगरेको	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १३ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

<u>गर्भवती सेवा</u>

गर्भवती सेवाको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **सुरक्षित मातृत्व सेवा** खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।

गर्भवती जाँच गराएको महिला सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको **सुरक्षित मातृत्व सेवा** खण्डको महल १४ मा गर्भवती जाँच पटकको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जुकाको औषधि वितरण गरिएको गर्भवती महिलाको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको **सुरक्षित मातृत्व सेवा** खण्डको महल १५ को जुकाको औषधि वितरण गरिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

महल शीर्षक	निर्देशन
आइरन चक्की वितरण गरिएको गर्भवती महिलाको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको **सुरक्षित मातृत्व सेवा** खण्डको महल १६ को आइरन चक्की वितरण सङ्ख्या नयाँ र महल १७ को दोहोऱ्याई आएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा महलमा चढाउनुपर्दछ ।
<u>सुत्केरी सेवा</u> सुत्केरी सेवाको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **सुरक्षित मातृत्व सेवा** खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
सुत्केरी जाँच गरिएको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको **सुरक्षित मातृत्व सेवा** खण्डको महल १९ को सुत्केरी भएको .....औ दिनमा सेवा दिएको पटक गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४५ चक्की आइरन पाएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको **सुरक्षित मातृत्व सेवा** खण्डको महल २० मा वितरण गरिएको आइरन चक्की सङ्ख्यामा ४५ लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
भिटामिन ए पाएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको **सुरक्षित मातृत्व सेवा** खण्डको महल २१ को कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
<u>परिवार नियोजन सेवा</u> परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको **परिवार नियोजन सेवा** खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
कन्डम वितरण सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ८ को कन्डम वितरण सङ्ख्या सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
पिल्स वितरण गरिएको महिलाको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष माथिको छुट्टाछुट्टै महल ९ को पिल्स वितरणमा गरिएको महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
डिपो सेवा प्रदान गरिएको महिलाको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्षभन्दा माथिको छुट्टाछुट्टै महल १० को डिपो सेवा दिइएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खाने चक्की पिल्स वितरण गरिएको साइकल	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्षभन्दा माथिको छुट्टाछुट्टै महल ९ को पिल्स वितरण गरिएको साइकल सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
<u>औलोरोग नियन्त्रण कार्यक्रम</u> औलोरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ । **रक्त नमुना सङ्कलन गरिएको सङ्ख्या:** गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ७ मा औलोको लागि स्लाइड लिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।	
शङ्कास्पद बिरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ७ मा औलो उपचारको लागि रेफर जनाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
<u>क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम</u> क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा र डिफल्टर अनियमितता खोज पुर्जामा राखिएको हुन्छ । ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
नियमित नभएका बिरामीको खोज गरेको	स्वास्थ्य संस्थामा नियमित क्षयरोगको औषधि खान आउनुपर्ने बिरामी अनियमित भई सेवा लिन नआएमा स्वास्थ्य संस्थाबाट डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5) भरी बिरामी नियमित हुन नसक्नुको कारण पत्ता लगाउनुपर्दछ । यसरी क्षयरोग उपचारमा अनियमित भएका बिरामीलाई कारण पत्ता लगाएको सङ्ख्या डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सम्भावित बिरामीलाई रेफर	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ६ मा क्षयरोगको

महल शीर्षक	निर्देशन
गरिएको सङ्ख्या	लक्षणहरू लेखी महल ७ मा प्रेषण लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
<u>कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम</u> कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा र स्वास्थ्य कार्यकर्ताको डायरीमा राखिएको हुन्छ । ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
नियमित नभएका बिरामीको खोज गरेको	स्वास्थ्य संस्थामा कुष्ठरोगको औषधि नियमित रूपमा खान आउनुपर्ने बिरामी अनियमित भई सेवा लिन नआएमा स्वास्थ्य संस्थाबाट डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5) भरी बिरामी नियमित हुन नसक्नुको कारण पत्ता लगाउनुपर्दछ । यसरी कुष्ठरोग उपचारमा अनियमित भएका बिरामीलाई कारण पत्ता लगाएको सङ्ख्या डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
शङ्कास्पद बिरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्या	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ६ मा कुष्ठरोगका लक्षणहरू लेखी महल ७ मा प्रेषण लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
<u>विविध क्रियाकलापहरु</u> प्राथमिक उपचार सेवा **सङ्ख्या (५ वर्षभन्दा माथि):** गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डबाट सबै यस महिनामा सबै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।	
बिद्यालय र समूदाय स्वास्थ्य शिक्षा दिएको पटक	गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको **स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा** खण्डबाट यस महिना दिएको पटक गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
<u>महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम</u> महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको अभिलेख महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिस्टरबाट उतार गरिएको मासिक अनुगमन पुस्तिका र महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष खाताबाट सङ्कलन गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
आमा समूहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटक	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका प्रतिवेदन सङ्कलन पुस्तिका (HMIS 9.1) बाट आमा समूहको बैठकमा स्वास्थ्यकर्मी सहभागी भएको पटकको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
कोषबाट ऋण लिने नयाँ महिलाहरूको सङ्ख्या	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट यस महिनामा ऋण लिने नयाँ ऋणीहरुको संख्या उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा कोषमा आम्दानी भएको रकम रु.	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट यस महिनामा उक्त कोषमा आम्दानी भएको रकम उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा कोषको लगानी रकम रु.	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट यस महिनामा उक्त कोषको लगानी भएको रकम उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा कोषबाट खर्च भएको रकम रु.	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट यस महिनामा उक्त कोषको रकमबाट खर्च भएको रकम उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा असुल भएको रकम रु.	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उक्त कोषको लगानी भएको रकमध्ये यस महिनामा असुल भएको रकम उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 9.3: प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, सहरी स्वास्थ्य क्लिनिक/केन्द्र र सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (PHCC, HP, Urban Health Clinic/Center and Community Health Unit Monthly Reporting Form)

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकीले आफ्नो मासिक प्रतिवेदन बनाउँदा स्वास्थ्य संस्थामा रहेका सेवा रजिस्टरहरू र समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन खोप तथा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट उतार गर्नुपर्दछ ।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, सहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइहरूले प्रतिवेदन बनाउँदा ३ प्रति तयार गरी एक प्रति आफ्नो संस्थामा, एक प्रति सम्बन्धित नगर/गाउँपालिका र एक प्रति जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालयमा पठाउनुपर्दछ । प्रतिवेदन तयार गर्दा कार्बन पेपरको प्रयोग नगरी ३ प्रतिमा नै लेख्नुपर्दछ ।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, सहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइहरूले आफ्नो मासिक प्रतिवेदन तयार गरिसकेपछि आवश्यक तथ्याङ्कहरू स्वास्थ्य संस्थाको मासिक अनुगमन पुस्तिकामा चढाउनुपर्दछ र सोका आधारमा क्षेत्र, जात/जाति अनुसारको स्वास्थ्य सेवाको पहुँच, स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरको अवस्थाको विश्लेषण गर्नुका साथै स्थानीय स्तरमा आवश्यक योजना तर्जुमा गर्नुपर्दछ ।

प्रतिवेदनको शिरमा सम्बन्धित जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयको नाम लेखी आफ्नो स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
आर्थिक वर्ष, चलानी नं., प्रतिवेदन पठाइएको मिति र स्वास्थ्य संस्थाको कोड सम्बन्धित स्थानमा लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थाहरुको Unique Code अद्यावधिक गर्ने (Helath Facility Registry) को कार्य भइरहेको हुँदा उक्त कोड निर्दिष्ट भएपछि मात्र स्वास्थ्य संस्थालाई उपलब्ध भएको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयपछि आफ्नो जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ र प्रतिवेदन गरिने महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।

हरेक स्वास्थ्य संस्थाले मासिक प्रगति प्रतिवेदन अर्को महिनाको ५ गतेभित्र सम्बन्धित नगर/गाउँपालिकामा र ७ गते भित्र जिल्ला/जन स्वास्थ्य कार्यालयमा पुगिसक्ने गरी पठाउनुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्था स्वयंले मासिक प्रगती प्रतिवेदनहरू Online Software मा प्रविष्टि गर्ने भए ७ गते भित्र र जिल्ला/जन स्वास्थ्य कार्यालयले २० गतेभित्र सबै प्रतिवेदनहरू Software मा प्रविष्टि गरिसक्नुपर्नेछ ।

सेवा पाउनेको विवरण	निर्देशन
नयाँ सेवाग्राहीको सङ्ख्या	मूल दर्ता रजिस्टरको हरेक पानाको अन्तमा नयाँ सेवाग्राही (महल २) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको कुल सङ्ख्या जोड गरी उमेर र लिङ्गअनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या	मूल दर्ता रजिस्टरको हरेक पानाको अन्तमा जम्मा सेवाग्राही (महल १) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको कुल सङ्ख्या जोड गरी उमेर र लिङ्गअनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाभित्रको निकाय	
गाउँघर क्लिनिक जम्मा (सङ्ख्या)	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को सञ्चालन हुनुपर्ने गाउँघर क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएको सङ्ख्या	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को यस महिनामा सञ्चालन भएको गाउँघर क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिकबाट सेवा दिएको जम्मा सङ्ख्या	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2)को सेवा दिएको सङ्ख्या (क्लिनिकमा दर्ताको आधारमा) को जम्माको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप क्लिनिक जम्मा	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक

सेवा पाउनेको विवरण	निर्देशन
सङ्ख्या	(HMIS 9.2) को सञ्चालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
खोप क्लिनिक सञ्चालन भएको सङ्ख्या	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप क्लिनिकबाट सेवा दिएको जम्मा सङ्ख्या	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को खोप क्लिनिकबाट सेवा दिएको जम्मा सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप सेसन सञ्चालन हुनुपर्ने जम्मा सङ्ख्या	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को सञ्चालन हुनुपर्ने खोप सेसन सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप सेसन सञ्चालन भएको जम्मा सङ्ख्या	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2)को यस महिनामा सञ्चालन भएका खोप सेसन सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, सहरी स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइमध्ये आफ्नो स्वास्थ्य संस्थाको प्रकारमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
उपलब्ध सेवाहरू	आफ्नो स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध भए जति सेवामा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
तयार गर्नेको दस्तखत र नाम	तयार गर्ने कर्मचारीको नाम र पद लेखी दस्तखत गर्नुपर्छ ।
प्रमाणित गर्नेको दस्तखत र नाम	प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको इन्चार्जको नाम, पद लेखी दस्तखत गर्नुपर्दछ ।

१. खोप कार्यक्रम

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

संस्थागत क्लिनिक तथा अन्य संस्थाले खोप कार्यक्रमको प्रतिवेदन खोप रजिस्टर (HMIS 2.3) बाट समायोजन फाराम (HMIS 1.6)मा ट्याली गरेर मात्र यो प्रतिवेदन तयार गर्नुपर्दछ । खोपपश्चात् भएका अवाञ्छित घटना (AEFI) हरूको अभिलेख खोप रजिस्टर (HMIS 2.3) को पछाडिपट्टि राखिएको हुन्छ । यदि प्रतिवेदन गर्ने महिनामा खोपपश्चात् भएका अवाञ्छित घटनाहरू भएका भए खोप रजिस्टरको अभिलेखबाट सम्बन्धित खोप लगाएपछि भएका घटनाको सङ्ख्या यस प्रतिवेदनमा समावेश गर्नुपर्दछ ।

सूचकहरू		निर्देशन
खोप पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या	बी.सी.जी.	एक वर्षभन्दा मुनिका बी.सी.जी. पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन(HMIS 9.2) बाट वा समायोजन फारामबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	डी.पी.टी.-हेप बी-हिब (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका डी.पी.टी./हेप वि./हिबको पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पोलियो	एक वर्षभन्दा मुनिका पोलियोको पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या

सूचकहरू		निर्देशन
	(पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम बाट (HMIS 1.6) यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पी.सी.भी. (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका पी.सी.भी.भ्याक्सिनको पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	रोटा (पहिलो, दोस्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका पी.सी.भी.भ्याक्सिनको पहिलो, दोस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	एफ.आई.पि.भि (पहिलो,दोश्रो)	एक वर्षभन्दा मुनिका एफ.आई.पि.भिपहिलो, दोस्रो मात्रा पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	दादुरा/रुबेला (९-११, १२-२३)	नौ (९) महिनामा र १५ महिनामा दादुरा/रुबेला खोप पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	जापानिज इन्सेफिलाइटिस (१२-२३)	बाह्र १२ महिनामा जापानिज इन्सेफिलाइटिस खोप पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजनफाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	एक वर्ष उमेरपछि डी.पी.टी.-हेप वि.-हिव र पोलियो ३ मात्रा पूरा गरेका	एक वर्ष उमेर पूरा भएपछि डी.पी.टी.-हेप वि.-हिव र पोलियोको ३ मात्रा पूरा गरेका बच्चाहरूको सङ्ख्या समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या	टी.डी. (पहिलो, दोस्रो, दोस्रो+)	गर्भवती महिलालाई गर्भावस्थामा दिइएको टी.डी. खोपको प्रतिवेदन यस भागमा गर्नुपर्दछ । टी.डी.खोपको पहिलो, दोस्रो र दोस्रो+ खोप पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
यस महिनामा प्राप्त भएको खोप (डोजमा)	बी.सी.जी., डी.पी.टी.-हेप बी-हिब, पोलियो, पी.भी.सी.,रोटा,एफ.आई.पि.भि, दादुरा-रुबेला, जे.ई., टी.डी.	यस महिनामा खोप कार्यक्रम सञ्चालनका लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्राप्त भएको जम्मा खोप (डोजमा) समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) वाट सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । बिभिन्न खोपहरू फरक-फरक मात्राको भायलमा प्राप्त हुने हुँदा खोप प्राप्त गर्ने समयमा कुन खोप कति मात्राको भायलमा प्राप्त भएको छ, सो को यकिन गरी अभिलेख गर्नुपर्दछ ।
यस महिनामा खर्च भएको खोप (डोजमा)	बी.सी.जी, डी.पी.टी.-हेप बी-हिब, पोलियो, पी.भी.सी.,रोटा, एफ.आई.पि.भि, दादुरा-रुबेला, जे.ई., टी.डी.	यस महिनामा खोप कार्यक्रम सञ्चालनका लागि खर्च भएको खोप (डोजमा) समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) वाट सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । खर्च भएको खोप डोज भन्नाले बच्चालाई दिएको जम्मा खोप डोज र क्लिनिकमा ल्याएको तर प्रयोग नभई खेर गएको समेत बुझ्नुपर्दछ । प्रयोग नभई नखोलिएका भायलहरू र पछि प्रयोग गर्न मिल्ने बाँकी रहेका खोपहरू सुरक्षित तवरले सम्बन्धित कोल्डचेन सेन्टरमा सुरक्षित तवरले अनिवार्य रूपमा फिर्ता गर्नुपर्दछ । यसरी फिर्ता गरेका खोपको मात्रा खर्च भएको खोपमा गणना गर्नु हुँदैन ।
ए.ई.एफ.आई. भएका सङ्ख्या		खोप लगाए पश्चात् कुनै अबाञ्छित घटना (ए.ई.एफ.आई.) देखिएको भएमा कुन खोप लगाए पश्चात् भएको हो, मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) वाट सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ ।

२. समूदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

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

स्वास्थ्य संस्था स्तर

२ महिनाभन्दा कम उमेरको		निर्देशन
जम्मा बिरामी		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट प्रतिवेदन अवधि (महिना) मा २ महिनाभन्दा कम उमेरका जम्मा बिरामी शिशुको सङ्ख्या महल नं. ४ वाट २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
वर्गीकरण सङ्ख्या	गम्भीर सङ्क्रमण	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका महल नं. १३ मा ब्याक्टेरियाको सम्भावित गम्भीर सङ्क्रमण (PSBI) वर्गिकरण गरिएका बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	स्थानीय सङ्क्रमण	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका महल नं. १३ मा ब्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण (LBI) वर्गिकरण गरिएका बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	कडा कमल पित्त (जण्डिस)	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका महल नं. १३ मा कडा कमलपित्त (कडा जण्डिस) वर्गिकरण गरिएका बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	कमतौल/स्तनपान सम्बन्धी समस्या	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका महल नं. १३ मा *कम तौल/स्तनपान सम्बन्धी समस्या भएका* वर्गिकरण गरिएका बिरामी शिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
उपचार	एमोक्सिसिलिन	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरू मध्ये महल नं. १६ को एमोक्सिसिलिन बाट उपचार गरिएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	एम्पिसिलिन	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरूमध्ये महल नं. १६ को एम्पिसिलिन बाट उपचार गरिएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	जेन्टामाइसिन (गम्भिर संक्रमण भएका मात्र)	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरूमध्ये महल नं १३ मा ***गम्भिर संक्रमण*** वर्गिकरण भई जेन्टामाइसिनबाट उपचार पाएका शिशुहरूको सङ्ख्या महल १६ वाट जेन्टामाइसिनको पहिलो डोज (१) मा गोलो लागेका र पूरा मात्रा (७) मा गोलो लागेका छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। *(गम्भिर संक्रमण भएका बाहेक अन्यलाई जेन्टामाइसिन बाट उपचार गरिएको संख्या यस महलमा समावेश गर्नु हुँदैन)*
	कोट्रिम पी.	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २

२ महिनाभन्दा कम उमेरको		निर्देशन
		महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरूमध्ये महल १६ को कोट्रिम पी.बाट उपचार पाएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	अन्य एन्टिबायोटिक	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरूमध्ये महल १६ मा एमोक्सिसिलिन, एम्पिसिलिन, जेन्टामाइसिन र कोट्रिम बाहेक अन्य एन्टिबायोटिकबाट उपचार गरेको शिशुको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रेफर		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका जम्मा बिरामी शिशुहरूमध्ये महल १९ वाट उपचार क्रममा रेफर भएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फलोअप		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका जम्मा बिरामी शिशुहरूमध्ये उपचार को क्रममा फलोअपमा आएका जम्मा शिशुहरूको सङ्ख्या महल २० वाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यु		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना भन्दा कम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका जम्मा बिरामी शिशुहरूमध्ये उपचारको क्रममा मृत्यु भएको(***स्वास्थ्य संस्थामा मृत्यू भएको मात्र***) सङ्ख्या २८ दिनभन्दा कम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक स्तर		
गाउँघर क्लिनिक		यस अन्तर्गतका महलहरूमा समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS - 9.2) बाट सम्बन्धित महलहरूमा जस्ताको तस्तै उतार गर्नुपर्दछ ।

२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बच्चा (स्वास्थ्य संस्था स्तर)				
जम्मा बिरामी				CB IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना देखि ५९ महिना सम्म उमेर समूहको खण्डबाट प्रतिवेदन अबधि (सम्बन्धित महिना) मा स्वास्थ्य संस्थामा जँचाउन आएका २ महिना देखि ५ वर्ष उमेरका जम्मा बिरामी बच्चाको सङ्ख्या महल नं. १ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यो प्रतिवेदन तयार गर्दा अनिवार्य रुपमा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) प्रयोग गर्नुपर्दछ ।
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	श्वास- प्रश्वास	निमोनिया नभएको रुघाखोकी		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका श्वासप्रश्वास रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये **निमोनिया नभएका रुघाखोकी** को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लख्नुपर्दछ ।
		निमोनिया		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका श्वासप्रश्वास रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये **निमोनिया** भएका को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लख्नुपर्दछ ।
		कडा निमोनिया/ धेरै कडा रोग		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका श्वासप्रश्वास रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये **कडा निमोनिया/धेरै कडा रोग** भएका को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लख्नुपर्दछ ।
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	झाडापखाला	जलवियोजनको वर्गीकरण	जल वियोजन नभएको	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका झाडापखाला रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये **जल वियोजन नभएका** को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लख्नुपर्दछ ।
			केही जल वियोजन भएका	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका झाडापखाला रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये **केही जल वियोजन भएका** को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लख्नुपर्दछ ।
			कडा जल वियोजन	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका झाडापखाला रोग लागेका जम्मा बिरामीमध्ये **कडा जल वियोजन भएका** को सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमा लख्नुपर्दछ ।

२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बच्चा (स्वास्थ्य संस्था स्तर)			
		दीर्घ झाडाखाला	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका झाडापखाला रोग लागेका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये **दीर्घ झाडाखाला** भएकाहरूको वर्गीकरण गरिएका सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
		आउँ/रगत	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका झाडापखाला रोग लागेका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये **आउँ/रगत** भएकाहरूको वर्गीकरण गरिएका सङ्ख्या महल नं. १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	फाल्सिपेरम औलो		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये **फाल्सिपेरम औलो** (Plasmodium Falciparum र PMix) भएको सङ्ख्या HMIS 2.4 को महल नं ४(कोड नं. ११ मा गोलो लगाएको) आधारमा महल १७ बाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	फाल्सिपेरम नभएको औलो		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरू मध्ये Plasmodium Falciparum वाहेक अन्य औलो ***(Plasmodium Vivax)*** भएका सङ्ख्या HMIS 2.4 को महल नं ४ (कोड नं. १२ मा गोलो लगाएको) आधारमा महल १७ बाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	धेरै कडा ज्वरोजन्य रोग/कडा जटिल औलो		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूमध्ये धेरै कडा ज्वरोजन्य रोग/कडा जटिल औलो रोग वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या वर्गीकरण महलबाट (महल नं. १७) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	दादुरा		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरु मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा **दादुरा** रोग वर्गीकरण गरिएका बच्चाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	कानको समस्या		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरु मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा **कानको समस्या** भएका वर्गीकरण गरिएका बच्चाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	ज्वरो		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरु मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा **ज्वरो** वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	कडा कुपोषण		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरु मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा **कडा कुपोषण** वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	रक्त अल्पता		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरु मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा **रक्त अल्पता** वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	अन्य		CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरु मध्ये मुख्य वर्गिकरणको महल (महल नं. १७) मा माथि उल्लेख गरिएका वर्गीकरणहरू बाहेक अन्य वर्गीकरण गरिएका बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार	कडा/निमोनिया भएका मध्ये	एमोक्सिसिलिन	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये कडा/निमोनिया बर्गिकरण गरिएका बच्चाहरु मध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग महल (महल नं. २०) बाट **एमोक्सिसिलिन** बाट उपचार भएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ । *कडा/निमोनिया भएका बाहेक अन्य वच्चालाई उपचारको क्रममा एमोक्सिसिलिन प्रयोग गरिएको भए उक्त संख्या यस महलमा समावेश गर्नुहुदैन ।*
		कोट्रिम पी.	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये कडा/निमोनिया बर्गिकरण गरिएका बच्चाहरु मध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग महल (महल नं. २०) बाट **कोट्रिम पी.** बाट उपचार भएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ । *कडा/निमोनिया भएका बाहेक अन्य वच्चालाई उपचारको क्रममा एमोक्सिसिलिन प्रयोग गरिएको भए उक्त संख्या यस महलमा समावेश गर्नुहुदैन ।*
		अन्य एन्टिवायोटिक	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये कडा/निमोनिया बर्गिकरण गरिएका बच्चाहरु मध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग महल (महल नं. २०) बाट **अन्य एन्टिबायोटिकबाट** बाट उपचार भएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

२ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बच्चा (स्वास्थ्य संस्था स्तर)		
	ओ.आर.एस र जिङ्क चक्की	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट **ओ.आर.एस र जिङ्क चक्की** बाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	आई भी फ्लुइड	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट **आई भी फ्लुड** बाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	जुकाको औषधी	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट **जुकाको औषधी** बाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	भिटामिन ए	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट **भिटामिन ए** बाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रेफर	श्वासप्रश्वास, झाडापखाला, अन्य	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट उपचारको क्रममा माथिल्लो निकाय वा अन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बच्चाहरूमध्ये **श्वासप्रश्वाससम्बन्धी रोग वा झाडापखाला सम्बन्धी रोग वा अन्य रोगको** उपचारको लागि प्रेषण गरिएको बचचाहरुको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फलोअप		२ महिनादेखि ५९ महिनासम्मका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को **फलोअपको** महल (महल २६ को कोड) बाट उपचारको क्रममा फलोअप गरिएका बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यु	श्वास- प्रश्वास, झाडापखाला, अन्य	CB IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट उपचारको लागि आएका २ महिनादेखि ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूमध्ये श्वासप्रश्वाससम्बन्धी रोग वा झाडापखालासम्बन्धी रोग वा अन्य रोगको कारणले **स्वास्थ्य संस्थामा मृत्यु** भएको भएमा मृत्यु भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक स्तर		
गाउँघर क्लिनिक		समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट प्रतिवेदन भए अनुसार (HMIS 9.3) को नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको प्रतिवेदनमा सम्बन्धित महलहरूमा हुबहु उतार गर्नुपर्दछ ।

३. पोषण कार्यक्रम

पोषण कार्यक्रमको अभिलेख २ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको पोषण रजिस्टर, मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर र गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरमा राखिएको हुन्छ । गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएपश्चात् उक्त क्लिनिकमा २ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको वृद्धि अनुगमन गरिएको, ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र गराईएको र ६ महिना पछि स्तनपान साथै थप खाना सुरु गरेको विवरण स्वास्थ्य संस्थामा रहेको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । त्यसै गरी गाउँघर क्लिनिकबाट गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाहरूलाई वितरण गरिएको आइरन चक्की, जुकाको औषधी तथा भिटामिन ए को विवरण स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । *गाउँघर क्लिनिकवाट प्रदान गरिएको पोषण कार्यक्रमसँग सम्बन्धित सेवाहरुको विवरण सम्बन्धित सेवा रजिस्टरहरुमा अद्यावधिक हुने हुँदा (HMIS 9.3) मा प्रतिवेदन तयार गर्दा समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) को प्रतिवेदन गरिएको संख्या जोड्नु हुँदैन ।*

सूचकहरु		निर्देशन
यस महिनामा बृद्धि अनुगमन गरिएका बच्चा संख्या		
वृद्धि अनुगमन गरिएका बाल बालिकाहरुको पोषण स्थिति (नयाँ तथा दोहर्‍याई आएका)	०-११ महिना (पहिलो पटक भेट)	**दुई बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3)** बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिबेदन गरिने महिनामा (मिति अनुसार) ० देखि ११ महिना उमेर समूहका पहिलो पटक बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित कोठामा चढाउनुपर्दछ ।

सूचकहरू		निर्देशन
	१२-२३ महिना (पहिलो पटक भेट)	**दुई बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3)** बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अुनसार) १२ देखि २३ महिना उमेर समूहका पहिलो पटक बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित कोठामा चढाउनुपर्दछ । ० देखि ११ महिना उमेर समूहमा तौल लिई दर्ता भइसकेका बाल-बालिकाहरू पनि १२-२३ महिनाको उमेर समूहमा पहिलो पटक तौल लिएको सङ्ख्या यसै महलमा लेख्नुपर्दछ।
	०-११ महिना (दोहऱ्याई आएको)	**दुई बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3)** बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अुनसार) ० देखि ११ महिना उमेर समूहका दोहऱ्याई आएको (पहिलो पटक बाहेक) बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित कोठामा चढाउनुपर्दछ ।
	१२-२३ महिना (दोहऱ्याई आएको)	**दुई बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3)** बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अुनसार) १२ देखि २३ महिना उमेर समूहका दोहऱ्याई आएको (पहिलो पटक बाहेक) बृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित कोठामा चढाउनुपर्दछ ।
आइरन/जुकाको औषधी पाएका गर्भवती महिला	पहिलो पटक आइरन चक्की वितरण गरिएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा गर्भवती जाँचका लागि दर्ता भएका गर्भवती महिलाहरूलाई पहिलो पटक आइरन वितरण गरिएको महिलाहरुको सङ्ख्या **मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6)** को आइरन वितरण महलबाट गणना गरी सम्वन्धित कोठामा चढाउनुपर्दछ ।
	१८० चक्की आइरन पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा गर्भावस्थामा पूर्ण मात्रा आइरन (१८० चक्की) पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या **मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6)** को गर्भवती सेवा अन्तर्गतको आइरन वितरण महल बाट नवौं महिनाको गर्भ जाँचको समय सम्ममा १८० चक्की आइरन पाएका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी लेख्नुपर्दछ । अर्थात गर्भावस्थामा १८० दिन आईरन खाएका महिलाहरुको संख्या गणना गर्नु पर्दछ ।
	जुकाको औषधी पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा जुकाको औषधी वितरण गरिएको गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या **मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6)** को जुकाको औषधी वितरणको महलबाट सम्बन्धित महिनाको मिति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
आइरन/भिटामिन ए पाएका सुत्केरी महिला	४५ चक्की आइरन पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा सुत्केरी महिलाहरूलाई आइरन वितरण गरिएको सङ्ख्या **मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6)** को सुत्केरी जाँचअन्तर्गतको ४५ चक्की आइरन वितरण महलबाट सम्बन्धित महिनाको मितिको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	भिटामिन ए क्याप्सुल पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा भिटामिन ए क्याप्सुल वितरण गरिएको सुत्केरी महिलाहरूको सङ्ख्या **मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6)** को भिटामिन ए वितरणको महलबाट सम्बन्धित महिनाको मिति का आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
भिटामिन ए र जुकाको औषधी पाएका ५ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको सङ्ख्या	भिटामिन ए पाएका (६ देखि ११ महिना/ १२ देखि ५९ महिना) /जुकाको औषधि	वैशाख र कार्तिक महिनामा आम वितरणमा ६ देखि ५९ महिनाका बाल बालिकाहरुलाई भिटामिन ए र १२ देखि ५९ महिनाका बाल बालिकाहरुलाई जुकाको औषधि खुवाएको प्रतिवेदन **दुई बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3)** को अन्तिम पानाको एकमुष्ट प्रतिवेदनबाट उतार गरी भिटामिन ए को ६-११ महिना, १२-५९ महिना र जुकाको औषधि छुट्टाछुट्टै सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

सूचकहरु		निर्देशन
जुकाको औषधी पाएका छात्रा/छात्रहरू (अर्ध बार्षिक)	छात्रा/छात्र	विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम अन्तर्गत लक्षित समूहका विद्यार्थीहरूले जुकाको औषधी पाएकाको सङ्ख्या **दुई बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3)** को अन्तिम पानाको एकमुष्ट प्रतिवेदनबाट उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

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

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

सूचकहरु			निर्देशन
गत महिनाको अन्त सम्मका बच्चाहरुको जम्मा	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	गत महिनाको अन्त सम्मका बच्चाहरूको जम्मा संख्या **शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर (HMIS - 2.6)** मा दर्ता भई डिस्चार्ज नगरेको बिरामीहरु संख्या गणना गरी वा गत महिनाको प्रतिवेदनको (HMIS 9.3/9.4/9.5) महल नं. १३ बाट यस महलमा उमेर अनुसारको महिला र पुरुषको सङ्ख्या सम्बन्धित महलहरूमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	
नयाँ भर्ना	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	प्रतिबेदन तयार गर्ने महिनामा **शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) मा** दर्ता भएका भर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगत नयाँ भर्ना कोड १ (महल ३) मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	
पुनः भर्ना	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	प्रतिबेदन तयार गर्ने महिनामा **शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) मा** दर्ता भएका भर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगत पुन दर्ता भएको कोड २ (महल ३) मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	
रेफर (स्थानान्तरण) भइ आएका	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	प्रतिबेदन तयार गर्ने महिनामा **शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) मा** दर्ता भएका भर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगत बाहिर बाट आएको कोड ३ (महल ३) मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	
डिस्चार्ज भएको (निको भएको)	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	**शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट** प्रतिबेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत निको भएको कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	
डिस्चार्ज भएको (मृत्यु भएको)	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	**शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट** प्रतिबेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत मृत्यु भएको कोड ५ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	
डिस्चार्ज भएको (डिफल्टर भएको)	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	**शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट** प्रतिबेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत डिफल्टर भएको कोड ३ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	
डिस्चार्ज भएको (निको नभएको)	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	**शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट** प्रतिबेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत निको नभएको कोड २ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	
डिस्चार्ज भएको (अस्पताल पठाएको)	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	**शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट** प्रतिबेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत प्रेषण (अस्पताल) कोड ४ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	

सूचकहरू			निर्देशन
स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएका	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	**शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट** प्रतिबेदन तयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएको कोड ६ मा गोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	
महिनाको अन्तमा जम्मा बच्चा	६ महिना मुनि	महिला/पुरुष	यस महिनाको अन्तमा जम्मा बच्चाहरूको सङ्ख्या निकाल्न प्रतिबेदनको महल ३ देखि ६ सम्म जोडी महल ७ देखि १२ सम्म घटाई अएको अंक चढाउनुपर्दछ। वा प्रतिबेदन गर्ने महिनाको अन्त्यसम्ममा दर्ता भई उपचारमा रहेका (डिस्चार्ज हुन बाँकी रहेका) बिरामीहरुको संख्या गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
	६ देखि ५९ महिना	महिला/पुरुष	

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण र बालभिटा प्रबर्द्धन कार्यक्रम

उमेर समूह (६-११ महिना, १२-१७ महिना, १८-२३ महिना)	पहिलो पटक/दोस्रो पटक/तेस्रो पटक	म.स्वा. स्व.से.	**महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम मासिक प्रगति संकलन फारम (HMIS 9.1)** बाट एकिकृत शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालभिटा समूदाय प्रबर्द्धन कार्यक्रम अन्तरगत उमेर अनुसार बितरण गरेको पटकको जम्मा संख्या यस प्रतिबेनको सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
		स्वास्थ्य संस्था	**दुई बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) बाट** बालभिटा बितरण अन्तरगत प्रतिबेदन गर्ने महिनामा (मिति अनुसार) बितरण गरेको उमेर समूह र पटक गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।

शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण (Infant & Young Child Feeding)

स्तनपान मात्रै गराएको	२ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) को **शिशुलाई ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको** महलको प्रतिवेदन गरेको महिनाको मिति र घेरा लगाएको कोड गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
समय मै थप आहार खुवाउन शुरु गरेको	२ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3) को **६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध–ठोस र नरम खाना खुवाएको** महलको प्रतिवेदन गरेको महिनाको मिति र घेरा लगाएको कोड गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Fortified Flour Distribution	कार्यक्रम लागू भएका जिल्लाहरुमा Fortified Flour वितरणका लागि उपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट बच्चा (महिला/पुरुष), गर्भवति महिला र सुत्केरी महिला गणना गरी सम्वन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।

४. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम

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

६. सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) बाट ट्याली सिटमा उतार गरी तयार गर्नुपर्दछ। ***गाउँघर क्लिनिकबाट दिइएको सुरक्षित मातृत्व तथा नवशिशु सेवाको अभिलेख स्वास्थ्य संस्थाको रजिस्टरमा अद्यावधिक हुने हुनाले गाउँघर क्लिनिकबाट दिइएको सेवा यस प्रतिवेदनमा जोड्नु हुँदैन।***

गर्भवती सेवा	
पहिलो पटक गर्भवति जाँच गरिएका २० वर्ष मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) बाट गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गत पहिलो भेटको सङ्ख्या गणना गरी उमेरअनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।

चौथो महिनामा गर्भवती जाँच गरिएका २० वर्ष मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरुको संख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) बाट गर्भवती जाँच विवरण अन्तर्गत चौथो महिनामा गर्भवती परीक्षण गराएका महिलाहरुको संख्या गणना गरी उमेरअनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रोटोकलअनुसार ४ पटक जाँच गरिएका २० वर्ष मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरुको संख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) बाट गर्भवती जाँच विवरणअन्तर्गत प्रोटोकलअनुसार ४ पटक जाँच सङ्ख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दा माथिका गर्भवती महिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रसूति सेवा	
दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट स्वास्थ्य संस्थामा	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को महल २० अन्तर्गत मितिअनुसार यस स्वास्थ्य संस्थाको कोड १ मा घेरा लगाएको र महल २१ अन्तर्गत SBA को कोड १ मा घेरा लगाएका संख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट घरमा	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को महल २० अन्तर्गत मितिअनुसार घरमा को कोड ३ मा घेरा लगाएको र महल २१ अन्तर्गत SBA को कोड १ मा घेरा लगाएका संख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
दक्ष प्रसुतिकर्मी बाहेक अन्य स्वास्थ्यकर्मीले स्वास्थ्य संस्थामा प्रसुति गराएको	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को महल २० अन्तर्गत मितिअनुसार यस स्वास्थ्य संस्थाको कोड १ मा घेरा लगाएको र महल २१ अन्तर्गत दक्ष प्रसुतिकर्मी वाहेक अन्य (Non-SBA) को कोड २ मा घेरा लगाएका गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
दक्ष प्रसुतिकर्मी बाहेक अन्य स्वास्थ्यकर्मीले घरमा प्रसूति गराएको	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को महल २० अन्तर्गत मितिअनुसार घरमा को कोड ३ मा घेरा लगाएको र महल २१ अन्तर्गत दक्ष प्रसुतिकर्मी वाहेक अन्य (Non-SBA) को कोड २ मा घेरा लगाएका संख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रसूतिको किसिम	
सामान्य (Spontaneous)	सामान्य प्रकृतिले (Spontaneous) प्रसूति भएकामध्ये शिशु जन्मिदाको अवस्थिति (Cephalic, Soulder वा Breech presentation) अनुसार आमाहरुको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
भ्याकुम/फोरसेपबाट	भ्याकुम/फोरसेपबाट प्रकृतिले प्रसूति भएकामध्ये शिशु जन्मिदाको अवस्थिति (Cephalic, Soulder वा Breech presentation) अनुसार आमाहरुको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
शल्यक्रियाबाट	शल्यक्रियाबाट प्रसूति भएकामध्ये शिशु जन्मिदाको अवस्थिति (Cephalic, Soulder वा Breech presentation) अनुसार आमाहरुको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रसूतिको परिणाम	
आमाहरूको सङ्ख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट प्रसूति भएका जम्मा महिलाहरुमध्ये एउटा मात्र, जुम्ल्याहा, तिम्लाहा वा सोभन्दा बढी शिशु जन्माउने आमाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जम्मा जीवित जन्म	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट जीबित जन्मिएका नवशिशुहरु मध्ये एकल, जुम्लाहा र तिम्लाहा वा सोभन्दा बढी जन्मिने शिशुको संख्या महल २४ अन्तर्गतवाट लिङ्ग अनुसार छुट्टा छुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
जन्म तौल	
सामान्य	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्था (महल २४) अन्तर्गत जम्मा जीबित जन्म मध्ये सामान्य जन्मतौल (२५०० ग्राम वा बढी) भएका शिशुको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी जम्माको महलमा लेख्नुपर्दछ । जन्मतौल सामान्य भएका शिशुहरु मध्ये निसास्सिएको (Asphyxiated) र अन्य विकलाङ्ग भएका रहेछन् भने त्यस्ता शिशुको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
कम तौल	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्था (महल २४) अन्तर्गत जम्मा जीबित जन्म मध्ये जन्मतौल "कम" (१५०० ग्राम देखि २५०० ग्राम भन्दा कम) भएका शिशुको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी जम्माको महलमा लेख्नुपर्दछ । जन्मतौल "कम" भएका शिशुहरु मध्ये निसास्सिएको (Asphyxiated) र अन्य

	विकलाङ्ग भएका रहेछन् भने त्यस्ता शिशुको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
धेरै कम तौल	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्था (महल २४) अन्तर्गत जम्मा जीबित जन्म मध्ये जन्मतौल "धेरै कम" (१५०० ग्राम भन्दा कम) भएका शिशुको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी जम्माको महलमा लेख्नुपर्दछ । जन्मतौल "धेरै कम" भएका शिशुहरु मध्ये निसास्सिएको (Asphyxiated) र अन्य विकलाङ्ग भएका रहेछन् भने त्यस्ता शिशुको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
मृत जन्म सङ्ख्या	
Fresh	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट मृत जन्म भएका शिशुमध्ये Fresh मृत जन्म भएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Macerated	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट मृत जन्म भएका शिशुमध्ये Macerated मृत जन्म भएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
नाभि मलम (Chlorhexidine) लगाएको	नवशिशु जन्मदाँको अवस्थाअन्तर्गत नाभी मलमको प्रयोगको कोड १ मा घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
रक्त सञ्चार गरिएका (महिला, पिन्ट)	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको महल २७ अन्तरगतको रक्त सञ्चार गरिएको अवस्था र परिमाणको लहरबाट रगत दिइएका महिलाको सङ्ख्या र जम्मा परिमाण (पिन्ट) गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी जाँच	
२४ घण्टाभित्र	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको महल २६ को सुत्केरी जाँचअन्तर्गत प्रथम पटक जन्मेको २४ घण्टाभित्रको लहरमा मिति लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रोटोकलअनुसार ३ पटक	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको महल २६ को सुत्केरी जाँचअन्तर्गत प्रोटोकल अनुसार ३ पटकको लहरमा मिति लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ । यस महलमा प्रतिवेदन गर्नुभन्दा पहिले निर्धारित समयतालिका अनुसार ३ पटक (प्रसूति भएको २४ घण्टाभित्र पहिलो, सुत्केरी भएको तेश्रो दिनमा दोस्रो र सुत्केरी भएको सातौं दिनमा तेस्रो जाँच) सुत्केरी जाँच भएको एकीन गर्नुपर्दछ ।
Obstetric Complications	
गर्भावस्था, प्रसूति अवस्था र सुत्केरी पश्चात्का जटिलताहरु	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको महल १० मा उल्लेख भएका गर्भवति, प्रसुति र सुत्केरी अवस्थामा देखिने जटिलताहरु मध्ये प्रतिवेदन गर्ने महिनामा कुनै महिलामा उक्त जटिलता देखिएको अभिलेख गरिएको भए कुन अवस्था (गर्भवति, प्रसुति वा सुत्केरी) मा जटिलता देखिएको हो जटिलता अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थामा भएको मातृ मृत्यु र नवशिशु मृत्यु	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको महल ३० वाट स्वास्थ्य संस्थामा भएको आमाको मृत्यू गर्भवती, प्रसव वा सुत्केरी कुन अवस्थामा भएको हो, सोही अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । त्यसैगरी जीबित जन्मिएका शिशुमध्ये स्वास्थ्य संस्थामा नै कुनै शिशुको मृत्यू भएको रहेछ भने सो को संख्या समेत सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्था बाहेक अन्य स्थान (समूदाय, घर) मा भएको मातृ तथा शिशु मृत्यूको संख्या यस महलमा समावेश गर्नु हुँदैन ।
आमा सुरक्षा कार्यक्रम	
सुत्केरी यातायात खर्च	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.62) को सम्बन्धित महिनाबाट यातायात खर्च पाउनुपर्ने महिला र यातायात खर्च पाएका महिलाहरूको सङ्ख्या उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
गर्भवती उत्प्रेरणा	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.62) को सम्बन्धित महिनाबाट गर्भवती उत्प्रेरणा रकम पाउनुपर्ने र गर्भवती उत्प्रेरणा रकम पाएका महिलाहरूको सङ्ख्या उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
सुरक्षित गर्भपतन सेवा	
गर्भपतन सेवा पाएका जम्मा	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर (HMIS 3.7) को महल नं. १६ अन्तर्गतको

महिला (< २० वर्ष र> =२० वर्ष)	Procedure code अनुसार Medical Abortion वा Surgical Abortion कुन किसिमको गर्भपतन सेवा सेवाग्राहीलाई प्रदान गरिएको हो, छुट्टाछुट्टै गणना गरी २० वर्षभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दा माथिको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गर्भपतन सेवापश्चात् प.नि. साधन अपनाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा Medical वा Surgical प्रक्रियाबाट सुरक्षित गर्भपतन सेवा पाएका सेवाग्राहीहरु मध्ये सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर (HMIS 3.7) को महल नं. २९ अन्तर्गतको Accepted FP method को कोड अनुसार गर्भपतन सेवापश्चात् सेवाग्राहीले कन्डम, पिल्स, डिपो प्रयोग गरेको भए छोटो अवधिको लहरमा तथा आई.यु.सी.डी., इम्प्लान्ट र बन्ध्याकरण सेवा लिएको भए लामो अबधिको लहरमा गर्भपतन पश्चात् प.नि. सेवा अपनाएकाहरुको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
PAC सेवा पाएका	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर (HMIS 3.7) को PAC Clients from outside (महल नं. २८) बाट PAC सेवा लिएका सेवाग्राहीहरु मध्ये PAC सेवा लिनुपर्ने कारण (Daiagnosis 1-3) कोडमा उल्लेख भएअनुसार जटिलता गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ । सोही संस्थाबाट गर्भपतन सेवा लिई गर्भपतन पश्चात् जटिलता भई सेवा लिन आएको भए त्यस्ता सेवाग्राहीलाई PAC सेवा पाएका सेवाग्राहीमा गणना नगरी गर्भपतनको जटिलतामा मात्र प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।

७. परिवार नियोजन कार्यक्रम

परिवार नियोजन कार्यक्रमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा रहेको डिपो/पिल्स सेवा रजिस्टर (HMIS 3.2), आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर (HMIS 3.3) र बन्ध्याकरण सेवा रजिस्टर (HMIS 3.4) बाट ट्चाली सिटमा उतार गरी तयार गर्नुपर्दछ । **गाउँघर क्लिनिकबाट कन्डम वितरण गरेकोबाहेक परिवार नियोजनका अन्य सेवाको अभिलेख स्वास्थ्य संस्थामा रहेको सम्बन्धित रजिस्टरमा अद्यावधिक हुने हुनाले गाउँघर क्लिनिकबाट दिइएको पिल्स र डिपोको सेवा यस प्रतिवेदनमा जोड्नु हुँदैन ।**

अस्थायी साधन	
नयाँ प्रयोगकर्ता	पिल्स र डिपोको हकमा पिल्स/डिपो सेवा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाका प्रत्येक पानाको अन्तमा प्रतिवेदन गर्ने महिनाका प्रत्येक पानाको अन्तमा उल्लेख गरिएका जम्मा नयाँ प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या वडा-वडाको सङ्ख्या समायोजन २० वर्षभन्दा माथिको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टरको नयाँ प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या २० वर्ष मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दा माथिको उमेर समूह अनुसार गणना गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।
हाल अपनाइरहेका	पिल्स र डिपोको हकमा पिल्स/डिपो सेवा रजिस्टर (HMIS 3.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाका प्रत्येक पानाको अन्तमा उल्लेख गरिएका जम्मा हाल अपनाईरहेका प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या समायोजन गरी प्रतिवेदन फारामको हाल अपनाइरहेको सङ्ख्याको महलमा उतार गर्नुपर्दछ । आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर (HMIS 3.3) बाट रजिस्टरको महल नं. १७, १८, १९ मा उल्लेख भएको साधन प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति र साधन झिकिएको विवरण अन्तर्गत महल २७, २८ र २९ मा साधन झिकेको मिति उल्लेख गरेको आधारमा प्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँ प्रयोगकर्ता, पुनः प्रयोगकर्ता र साधन नझिकेका सबै सेवाग्राहीहरुको संख्या गणना गरी प्रतिवेदनको हाल प्रयोगकर्ताको महलमा चढाउनुपर्दछ ।
छोडेको/झिकेको	पिल्स र डिपोको हकमा पिल्स/डिपो सेवा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको प्रत्येक पानाको अन्तमा उल्लेख गरिएका जम्मा Discontinued सङ्ख्या समायोजन गरी प्रतिवेदन फारामको Discontinued महलमा उतार गर्नुपर्दछ । आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको साधन झिकेको र अन्य संस्थामा साधन झिकेको जानकारी प्राप्त भएको संख्या गणना गरी चढाउनुपर्दछ ।

साधन वितरण	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदनः खोप तथा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम (HMIS 9.2) बाट कन्डम वितरण गरेको सङ्ख्या र स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको कन्डमको सङ्ख्या जोडी प्रतिवेदनको कन्डम वितरण गरेको महलमा प्रतिवेदन चढाउनुपर्दछ । पिल्स र डिपोको हकमा पिल्स/डिपो सेवा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको प्रत्येक पानाको अन्तमा उल्लेख गरिएका जम्मा वितरण सङ्ख्या समायोजन गरी प्रतिवेदन फारामको साधन वितरण महलमा उतार गर्नुपर्दछ । आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्टका हकमा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा नयाँ तथा पुनः प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।
बन्ध्याकरण	
नयाँ प्रयोगकर्ता	बन्ध्याकरण सेवा रजिस्टर (HMIS 3.4) को महल नं ६ वाट बन्ध्याकरण सेवा प्रदान गर्ने निकाय सरकारी वा गैह्र सरकारी र सेवा संचालनको महल नं. ७ र ८ वाट संस्थागत वा शिविरबाट बन्धयाकरण सेवा पाएका सेवाग्राहीहरुको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी महिला/पुरुष को सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । स्थायी बन्ध्यकारण सेवा शुरु गरेका नयाँ सेवाग्राहीहरुलाई १३ वर्षसम्म निरन्तर रुपमा सो सेवाको लगातार प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गरिने हुँदा बन्ध्याकरण सेवा प्राप्त गर्ने सेवाग्राहीहरुको अभिलेख सुरक्षित रुपमा राख्नुपर्दछ ।
हाल अपनाइरहेका	प्रतिवेदन महिनामा स्थायी बन्ध्याकरण सेवा पाएका नयाँ प्रयोगकर्ता (महिला/पुरुष) र गत महिनासम्मका स्थायी बन्ध्याकरण प्रयोगकर्ताहरुको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । विगत १३ वर्षदेखि स्थायी वन्ध्याकरण गरेका सेवाग्राहीलाई सो सेवाको हाल प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गर्नुपर्दछ ।
सुत्केरी पश्चात् प.नि. साधन अपनाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र)	प्रतिवेदन महिनामा आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा शुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राही मध्ये आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर (HMIS 3.3) को साधन राख्दाको अवस्थाअन्तर्गत महल नं. १५ मा गोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र प.नि. सेवा लिएका) आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टका नयाँ सेवाग्राहीहरुको सङ्ख्या र बन्ध्याकरण सेवा रजिस्टर (HMIS 3.4) बाट ट्युबेक्टोमी गरिएका सेवाग्राहीहरुको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

८. समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रम

यस कार्यक्रम अन्तरगतका बिभिन्न सेवासँग सम्बन्धित सूचनाहरु गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिस्टर (HMIS4.1) मा अभिलेख गरिएको हुन्छ । सोही रजिस्टरबाट समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम प्रतिवेदन (HMIS 9.2) मा प्रतिवेदन गरिएका सूचनाहरु मध्ये आवश्यक प्रतिवेदन सम्बन्धित महलमा हुबहु उतार गर्नुपर्दछ ।

९. कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

कुष्ठरोग कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन औलो, कुष्ठ र कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS-5.2) र कुष्ठरोग उपचार रजिस्टर (HMIS-5.4) बाट तयार गर्नुपर्दछ ।

एम.वी.र पी.बी.		कुष्ठरोगका जम्मा विरामीहरुमध्ये कुष्ठरोगको प्रकार एम.बी./पी.बी. अनुसार महिला र पुरुष विरामीको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
कुल जम्मा बिरामी सङ्ख्या	गत महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी संख्या	प्रतिवेदन गर्नेभन्दा अघिल्लो महिनाको प्रतिवेदनको "यस महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी" को महलमा जति बिरामी एम.बी. र पी.बी. (महिला तथा पुरुष) प्रतिवेदन भएको छ, सोही संख्या नै यस महलमा उतार गर्नुपर्दछ । यस महलमा प्रतिवेदन भएको कुष्ठरोगका जम्मा विरामीहरुको संख्या नै गत महिनाको अन्त्यसम्ममा उपचारमा रहेका कुष्ठरोगका विरामीहरुको संख्या हो ।
	कहिल्यै पनि पहिले दर्ता नगरेका नयाँ बिरामी (New Cases)	कुष्ठरोग उपचार रजिस्टरको महल नं. ११ (रजिस्टरमा थप भएको तरिका) अन्तर्गत कोड नं. १ लेखिएको गणना गरी कहिल्यै पनि पहिले दर्ता नगरेका नयाँ बिरामीहरूको सङ्ख्या एम.वी./पी.वी. र महिला/पुरुषको सम्बन्धित महलमा

		लेख्नुपर्दछ ।
	पुनः रोग बल्झिएका बिरामी (Relapsed cases)	कुष्ठरोग उपचार रजिस्टरको महल नं. ११ (रजिस्टरमा थप भएको तरिका) अन्तर्गत कोड नं. २ लेखिएको गणना गरी पुनः रोग बल्झिएका बिरामीको विवरण एम.वी./पी.वी. र महिला/पुरुषको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	फेरि उपचार सुरु गरेका बिरामी (Restart cases)	कुष्ठरोग उपचार रजिस्टरको महल नं. ११ (रजिस्टरमा थप भएको तरिका) अन्तर्गत कोड नं. ३ लेखिएको गणना गरी फेरि उपचार सुरु गरेका बिरामीको विवरण एम.वी./पी.वी. र महिला/पुरुषको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	स्थानान्तरण भई आएका बिरामी	कुष्ठरोग उपचार रजिस्टरको महल नं. ११ (रजिस्टरमा थप भएको तरिका) अन्तर्गत कोड नं. ४ लेखिएको गणना गरी स्थानान्तरण भई आएका बिरामीको विवरण एम.वी./पी.वी. र महिला/पुरुषको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा उपचार लिएका बिरामीहरू		कुष्ठरोगका जम्मा बिरामीमध्ये यस महिनामा उपचार लिएका बिरामीहरूको सङ्ख्या कुष्ठरोग उपचार रजिस्टरको महिना, महिनाको उपचार नियमितता (महल १३ देखि २४ सम्म) महलबाट गणना गरी एम.वी./पी.वी. र महिला/पुरुषको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा घटाइएको बिरामी सङ्ख्या	निर्देशनअनुसार उपचार पूरा गरेका	उपचार लिइरहेका बिरामीहरूमध्ये यस महिनामा निर्देशनअनुसार उपचार पूरा गरेका बिरामीहरूको सङ्ख्या कुष्ठरोग उपचार रजिस्टरको रोगी घटाएको विवरण महलको RFT जनाएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएका बिरामीहरू	यस स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भई उपचार गराइरहेका कुष्ठरोगका बिरामी अर्को स्वास्थ्य संस्थामा उपचार लिनको लागि स्थानान्तरण भई गएका बिरामीहरूको सङ्ख्या कुष्ठरोग उपचार रजिस्टरको रोगी घटाएको विवरण महलको TO जनाएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	डिफल्टर	उपचार गराइरहेका कुष्ठरोगका बिरामी बीचैमा उपचार छोडेमा वा स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्कमा नरही डिफल्टर भएकाको सङ्ख्या कुष्ठरोग उपचार रजिस्टरको रोगी घटाएको विवरण महलको DF जनाएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	अन्य घटाइएका	अन्य घटाइएको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिस्टरको रोगी घटाएको विवरण महलको OD जनाएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी सङ्ख्या		यस महलमा अघिल्लो महिनाको अन्तमा जम्मा बिरामी सङ्ख्या र यस महिनामा थपिएका (New Patient + Relapse + Re-starter + Transfer-in) बिरामीहरूको कुल जम्माबाट जम्मा घटाइएका (RFT +Transfer out + Defaulted + Other deducted) बिरामीहरू घटाई आउने सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।
महिनाको अन्त्यमा १४ वर्षभन्दा मुनिका बिरामीको जम्मा सङ्ख्या		महिनाको अन्तमा उपचारमा रहेका जम्मा बिरामीहरूमध्ये १४ वर्षभन्दा मुनिका बिरामीहरूको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
नयाँ बिरामीमध्ये स्मेयर जाँच गर्नेको सङ्ख्या		यस महिनामा थपिएका नयाँ बिरामीहरूमध्ये स्मेयर जाँच गरेका बिरामीहरूको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
नयाँ बिरामीहरूमा स्मेयर जाँचेको मध्ये कीटाणु देखिएको सङ्ख्या		स्मेयर जाँच गरेका नया बिरामीमध्ये कीटाणु देखिएका जम्मा बिरामीहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
नयाँ बिरामीहरूमध्ये १४ वर्षभन्दा मुनिका बिरामीको जम्मा सङ्ख्या		यस महिनामा दर्ता भएका नयाँ बिरामीहरूमध्ये १४ वर्षभन्दा मुनिका बिरामीहरूको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
बिरामीको असमर्थताको श्रेणी		
नयाँ विरामी, १४ वर्षमुनिका नयाँ विरामी, निर्देशन अनुसार उपचार पूरा गरेका विरामी		यस महिनामा दर्ता भएका नयाँ बिरामीहरूमध्ये अशक्तताक्रम ०, १ वा २ श्रेणी भएका वा अशक्तताक्रम जाँच नगरिएका विरामीहरुको संख्या महिला/पुरुष अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसैगरी १४ वर्षमुनिका नयाँ विरामी र निर्देशन अनुसार उपचार पूरा गरेका जम्मा विरामीहरुको असक्तताक्रम गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

कोहर्ट प्रतिवेदन (नयाँ विरामी)	उपचारको लागि निश्चित अबधिमा दर्ता भएका विरामीहरुमध्ये निश्चित अबधिपश्चात् उपचार नतिजा विश्लेषण गर्नको लागि कोहर्ट प्रतिवेदनको आवश्यकता परेको हो ।
एम.बी. बिरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन (१८ महिनापछि)	१८ महिनाअगाडि दर्ता भएका नयाँ एम.वी. बिरामीहरूमध्ये निजहरुको उपचार नतिजा (RFT, Defaulted, Other Deduction, Transfer Out, Still under Treatment) अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै : २०७३ साल श्रावण महिनामा दर्ता भएका एम.वी. बिरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन २०७४ साल माघ महिनाको प्रतिवेदनमा निकाल्नुपर्दछ ।
पी.बी. बिरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन (९ महिनापछि)	९ महिनाअगाडि दर्ता भएका नयाँ पी.वी. बिरामीहरूमध्ये निजहरुको उपचार नतिजा (RFT, Defaulted, Other Deduction, Transfer Out, Still under Treatment) अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ । जस्तैः २०७३ साल श्रावण महिनामा दर्ता भएका पी.वी. बिरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन २०७४ साल बैशाख महिनाको प्रतिवेदनमा निकाल्नुपर्दछ ।
नयाँ विरामीहरुको विवरण	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका नयाँ बिरामीहरूको विस्तृत विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यस महलमा २ जना नयाँ विरामीहरुको मात्र विवरण लेख्न सकिने व्यवस्था छ ।प्रतिवेदन महिनामा यदि २ जना भन्दा बढी नयाँ विरामी दर्ता भएमा उल्लेखित विवरण खुल्ने गरी अर्को पानामा विरामीको विवरण अनिवार्य रुपमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।

१०. औलो नियन्त्रण कार्यक्रम :

औलो कार्यक्रमको प्रतिवेदन औलो, कालाजार, प्रयोगशाला परीक्षण रजिस्टर (HMIS-5.2) र औलो उपचार रजिस्टर (HMIS-5.3), समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) बाट सङ्कलन गरी तयार गर्नुपर्दछ।

रक्त नमूना सङ्कलन (ए.सी.डी., पी.सी.डी.)		औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को स्रोत अन्तर्गत ए.सी.डी. महलबाट ए.सी.डी. र पी.सी.डी. स्रोतबाट सङ्कलन गरेको गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । साथै समूदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन HMIS 9.2 मा भएको रक्तनमूना संकलन संख्यालाई समेत जोडी सम्वन्धित महलमा राख्नुपर्दछ ।
परीक्षण तथा नतिजा		
परीक्षण	Microscopy मात्र	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा कोड १ लेखिएको सङ्ख्या मात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	RDTs मात्र	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा कोड २ लेखिएको सङ्ख्या मात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	Both (M+R) दुवै	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा औलो रोग परीक्षणका लागि माइक्रोष्कोप र आर.डी.टी. दुवै गरिएको भए मात्र यस कोड ६ लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
पोजेटिभ	Microscopy मात्र	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४ कोड १ लेखिएकावाट महल २४ को औलोको जातमा Pv, Pf वा P mix लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	RDTs मात्र	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४मा कोड २ लेखिएकावाट २४ महलको औलोको जातमा Pv, Pf वा P mix लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	Both (M+R)	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 5.2) को महल १४ २४ मा कोड ३ लेखिएकोवाट महल २४ को औलोको जातमा Pv, Pf वा P mix लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

उपचार	
जम्मा उपचार गरेको सङ्ख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) बाट उपचार गरिएको जोड निकाली जम्मा सङ्ख्या चढाउनुपर्दछ।
गर्भवती महिलाको उपचार गरेको सङ्ख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) बाट उपचार गरिएको मध्ये गर्भवती महिला सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ

औलोको प्रकार		यो प्रतिवेदन तयार गर्न औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ९ र १० को उमेर (महिला, पुरुष), औलोको किसिम महल ३९ र वर्गीकरण महल ४० बाट तयार गरिन्छ।
पी.भी.	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३९) मा पी.भी.(कोड १) र वर्गीकरणमा स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । *नोट स्थानीय औलो रोगी भन्नाले नेपाल राज्य भित्र संक्रमित पोजेटिभ रोगीलाई बुझिन्छ।*
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३९) मा पी.भी.(कोड १) र वर्गीकरणमा आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेरअनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । *नोट नेपाल राज्यभन्दा वाहिरवाट आएका मानिसहरुमा १ महिना भित्र ज्वरो आई जाँच गर्दा औलो पोजेटिभ देखिएमा आयातित मानिन्छ।*
पी.एफ.	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३९) मा पी.एफ.(कोड २) र वर्गीकरणमा स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३९) मा पी.एफ.(कोड २) र वर्गीकरणमा आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेरअनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
पी.मिक्स	स्थानीय	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३९) मा पी.मिक्स (कोड ३) र वर्गीकरणमा स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेरअनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३९) मा पी.मिक्स (कोड ३) र वर्गीकरणमा आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेरअनुसार ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षमाथिका महिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
औलो रोगीको जम्मा सङ्ख्या	सम्भावित औलो रोगीको सङ्ख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल २१ को सम्भावित औलोको सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार गणना गरी चढाउनुपर्दछ । यो सङ्ख्या Morbidity को ICD-10 code [B 54] को सङ्ख्यासँग सामान्यतः बराबर हुनुपर्दछ।
	निश्चित गरिएको सामान्य औलो रोगीको सङ्ख्या	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) बाट परीक्षणपश्चात् मलेरिया निश्चित गरिएको सङ्ख्या लिङ्ग तथा उमेर समूहअनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
	सम्भावित सिकिस्त औलो सङ्ख्या	शङ्कास्पद/सम्भावित सिकिस्त औलो बिरामीको जम्मा सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्गअनुसार औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ५२ को कोड १ मा घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
	निश्चित सिकिस्त औलो सङ्ख्या	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएका सिकिस्त औलो बिरामीको जम्मा सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्गअनुसार औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ५३ को कोड २ मा घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
उपचार गरिएको औलो रोगीको	सम्भावित औलो रोगीको सङ्ख्या	सम्भावित औलो रोगीको उपचार गरिएको सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्गअनुसार औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ५२ को सम्भावितको कोड १ मा घेरा लगाएको र महल ४१ देखि ४५ सम्ममा उपचार गरिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।

जम्मा सङ्ख्या	निश्चित गरिएको सामान्य औलो रोगीको सङ्ख्या	निश्चित गरिएको सामान्य औलो रोगीको सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्गअनुसार औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) भएका विरामीहरुले महल ४१ देखि ४३ सम्मको महलमा उपचार निश्चित गरिएको सामान्य औलो रोगीको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	सिकिस्त सम्भावित औलो सङ्ख्या	सिकिस्त सम्भावित औलोरोगीको उपचार गरिएको सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्गअनुसार औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ५२ को सम्भावितको कोड १ मा घेरा लगाउनु पर्दछ, महल ४१ देखि ४५ सम्ममा तोकिएका उपचार एकिन गरि गणना गरि यस महलमा चढाउनुपर्छ ।
	निश्चित सिकिस्त औलो सङ्ख्या	निश्चित सिकिस्त औला रोगीको सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्गअनुसार औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ५३ को प्रमाणितको कोड २ मा घेरा लगाएको र महल ४१ देखि ४५ सम्ममा उपचार गरिएको एकिन गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
मृत्यू सङ्ख्या	सम्भावित औलो रोगी	सम्भावित औलो रोगीको मृत्य भएको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को महल ५२ को कोड १ मा र नेपाली (स्वदेशी) भए महल ५४ वा विदेशी महल ५५ मा √ चिन्ह लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	निश्चित औलो रोगी (पी.भी., पी .एफ)	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएका औलोका बिरामीलाई मृत्यू भएको सङ्ख्या औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर (HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३९) PV वा PF वा PMix छुट्याई महल वाट स्वदेशी भए महल ५४ र विदेशी भए महल ५५ को मृत्युसङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

११. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको प्रतिवेदन क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर (HIMS 6.2), क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5), पाल धूम्रपान परित्याग रजिस्टर (HMIS 6.6), डी.आर.क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर (HMIS 6.7) र डी.आर. क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.8) बाट उतार गरी चढाउनुपर्दछ । स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएका बिरामीहरुको उपचार नतिजा समेत सम्बन्धित (Transfer In भएका) स्वास्थ्य संस्थाबाट अनिवार्य रुपमा लिइ Transfer Out गर्ने संस्थाले नै प्रतिवेदन गर्नुपर्नेछ ।

दर्ता क्याटेगोरी अनुसार क्षयरोगका विरामीको बर्गिकरण:

Case Registration		प्रतिवेदन गर्ने महिनामा क्षयरोगको उपचारको लागि दर्ता भएका क्षयरोगीमध्ये रोगको किसिम र दर्ता बर्गिकरण अन्तर्गतका बिभिन्न Categroy अनुसार छुट्टछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Pulmonary (BC)	New	क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) को रोगको किसिम अन्तर्गत PBC(महल नं. १४) मा गोलो घेरा लगाएका मध्ये विरामी दर्ता बर्गिकरणको महल नं २० अन्तर्गत १ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या महिला/पुरुष अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	Relapse	क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) को रोगको किसिम अन्तर्गत PBC(महल नं. १४) मा गोलो घेरा लगाएका मध्ये विरामी दर्ता बर्गिकरणको महल नं २१ अन्तर्गत २ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या महिला/पुरुष अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	Treatment after Failure	क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) को रोगको किसिम अन्तर्गत PBC(महल नं. १४) मा गोलो घेरा लगाएका मध्ये विरामी दर्ता बर्गिकरणको महल नं २२ अन्तर्गत ३ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या महिला/पुरुष अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	Treatment after loss to followup	क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) को रोगको किसिम अन्तर्गत PBC(महल नं. १४) मा गोलो घेरा लगाएका मध्ये विरामी दर्ता बर्गिकरणको महल नं २३ अन्तर्गत ४ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या महिला/पुरुष अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

	Others Previously Treated	क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) को रोगको किसिम अन्तर्गत PBC(महल नं. १४) मा गोलो घेरा लगाएका मध्ये विरामी दर्ता बर्गिकरणको महल नं २३ अन्तर्गत ५ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या महिला/पुरुष अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	Others Previous Treatment Histroy Unknown	क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) को रोगको किसिम अन्तर्गत PBC(महल नं. १४) मा गोलो घेरा लगाएका मध्ये विरामी दर्ता बर्गिकरणको महल नं २३ अन्तर्गत ६ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या महिला/पुरुष अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Transfer In		क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) को रोगको किसिम अन्तर्गत PBC(महल नं. १४) मा गोलो घेरा लगाएका मध्ये विरामी दर्ता बर्गिकरणको महल नं २३ अन्तर्गत ७ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या महिला/पुरुष अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Pulmonary (CD) (By Registration Catergory)		त्यसैगरी क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) को रोगको किसिम अन्तर्गत PCD (महल नं. १५) मा गोलो घेरा लगाएका मध्ये विरामी दर्ता बर्गिकरणको महल नं २० देखि २६ अन्तर्गत गोलो घेरा लगाएको संख्या महिला/पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी दर्ता बर्गिकरण अनुसारका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Extra Pulmonary (BC or CD) (By Registration Catergory)		त्यसैगरी क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) को रोगको किसिम अन्तर्गत EP (महल नं. १६) मा गोलो घेरा लगाएका मध्ये विरामी दर्ता बर्गिकरणको महल नं २० देखि २६ अन्तर्गत गोलो घेरा लगाएको संख्या महिला/पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी दर्ता बर्गिकरण अनुसारका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

उमेर अनुसार विरामीको बर्गिकरण:

Registration (BC or CD) [2]	0-4 Years		5-14 Years		15-24 Years		25-34 Years		35-44 Years		45-54 Years		55-64 Years		≥ 65 Years	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
All New																
All Relapse																

क्षयरोग उपचार रजिस्टरको महल नं २० तथा २१ मा गोलो घेरा लगाएका सबै New तथा सबै Relapse विरामीहरुको संख्या महल नं ७ र ८ बाट उमेर तथा लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी माथिको तालिका अनुसारको सम्बनिधत महलमा लेख्नुपर्दछ ।

उपचार क्याटेगोरी अनुसार विरामीको बर्गिकरण:

Case Registration by Treatment Category [3]		Adult		Child (0-14 years		
		Cat I	Cat II	Cat I	Cat II	Cat III
1		2	3	4	5	6
Sex of Patient	Female					
	Male					

क्षयरोग उपचार रजिस्टरको उपचार वर्गीकरणको महल नं २७ देखि २८ सम्म भएको Adult (Cat I & Cat II) & Children (Cat I, Cat II, Cat III) को छुट्टाछुट्टै विवरणअनुसार उपचारको प्रत्येक श्रेणी (Category) को महिला र पुरुषको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै जोडी माथिका कोठाहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

Patients Tested for HIV:

At the Time of TB Diagnosis [41]		Patients Tested for HIV	With Known HIV Status
1		2	3
Sex of Patient	Female		
	Male		

TB-HIV Activities: All TB Cases [42]	HIV +ve TB Patients		HIV +ve TB Patients on			
			ART		CPT	
	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7
During this month						
Till Date (Commulative)						

क्षयरोग निदान गर्दाको अवस्थामा क्षयरोगको रजिस्टरको महल नं ३७ देखि ३९ बाट HIV test भएका बिरामीहरूको सोही रजिस्टरको महल नं ७ र ८ बाट महिला र पुरुषको छुट्टाछुट्टै सङ्ख्या जोडेर माथिका कोठाहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

With Known HIV Status: क्षयरोग रजिस्टरको महल नं ३७ र ३८ बाट सङ्ख्या जोडी महिला र पुरुषको छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।

क्षयरोग रजिस्टरको महल नं ३३ बाट ART, ३५ बाट CPT, तथा ३७ बाट HIV +ve भएका बिरामीको सङ्ख्या महिला तथा पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै जोडी माथिका कोठाहरूमा लेख्नुपर्दछ । पहिलो Row मा यस महिनाको तथा दोस्रोमा हालसम्मको जम्मा बिरामीहरूको HIV अवस्था ART, CPT तथा HIV +Ve सङ्ख्या जोडेर लेख्नुपर्दछ ।

Private Sector and Community I nvolvement in Referral/Diagnosis [5]		PBC (New)		PBC(Excl. New)		PCD (All)		EP (All)	
		Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male
No of TB Patients	Referred by Community								
	Referred/Diagnosed by Private HF								
	Diagnosed by Contact Tracing								

Laboratory Activities

Sputum Smear Examination Result by Microscopy [6]								
Sex	Presumptive TB Case Examined (Persons)		Smear Examination				Follow-up Case (Slides)	
			Slide A		Slide B			
	+ve	-ve	+ve	-ve	+ve	-ve	+ve	-ve
1	2	3	4	5	6	7	8	9
F								
M								

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टरको महल नं १६, १७, १८ बाट र महल नं ३२ तथा ३७ बाट तथा सोही रजिस्टरको महल नं १० र ११ को महिला तथा पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै जोडी माथिका कोठाहरूमा भर्नुपर्छ ।

Gene-Xpert Examination Result [7]					
Sex	MTB Detected		MTB Not Detected	Invalid/Errors /No result	Test in-determinate
	RIF Sensitive	RIF Resistant			
1	2	3	4	5	6
F					
M					

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टरको महल नं २८ बाट तथा सोही रजिस्टरको महल नं १० र ११ को महिला तथा पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै जोडी माथिका कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ ।

A. SPUTUM CONVERSION REPORT

Sputum Conversion (Bacteriologically Confirmed cases only)* [8]	No of cases Registered		Negative		Positive		Died		Loss to Follow up		Not Evaluated	
	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
New												
Relapsed												
Treatment after Failure												
Treatment After Lost to Follow-up												
Others Previously Treated												
Previous Treatment History Unknown												

** Except for TB cases moved to the second line treatment register*

४ महिनाअगाडि दर्ता भएका एक महिनाभरिका क्षयरोगका बिरामीलाई जोडी निजको क्षयरोग उपचार रजिस्टरको महल नं ४७. देखि ५० सम्म (स्मियर माइक्रोस्कोपी २/३ महिनाको नतिजा) विवरणअनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै जोडी माथिका कोठाहरूमा लेख्नुपर्दछ। जस्तैः २०७३ साल चैत्र महिनामा दर्ता भएको बिरामीहरूको समूह (Cohort) को खकार नतिजा परिवर्तन (Sputum conversion) को प्रतिवेदन २०७४ साल श्रावण महिनाको प्रतिवेदनमा उल्लेख हुनुपर्छ।

A. TREATMENT OUTCOME REPORT

Treatment Outcome [9]			No of Cases Registered		Cured		Completed		Failure		Died		Loss to Follow up		Not Evaluated*	
			F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PBC	New															
	Relapse															
	Treatment After Failure															
	Treatment After Lost to Follow-up															
	Others Previously Treated															
	Previous Treatment History Unknown															
	HIV +ve, All Types															
PCD & EP	New	PCD														
		EP (BC or CD)														
	Others	PCD														
		EP (BC or CD)														
	HIV +ve, All Types															

**date to transfer out & moved to second line treatment register*

एक वर्ष अगाडि दर्ता भएका एक महिनाभरिका क्षयरोगका बिरामीहरू क्षयरोग उपचार रजिस्टरको दर्ता वर्गीकरणको महल नं २० देखि २५ सम्मका श्रेणी (category) तथा प्रत्येक श्रेणी (category) सोही रजिस्टरको महल नं ५९ देखि ६५ सम्मको उपचार नतिजाको प्रत्येक श्रेणी (category) को महिला र पुरुषको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै जोडेर माथिका

कोठाहरूमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै : २०६३ साल चैत्र महिनामा दर्ता भएको बिरामीहरूको समूह (Cohort) को उपचार नतिजाको प्रतिवेदन २०७४ साल चैत्र महिनाको प्रतिवेदनमा उल्लेख हुनुपर्छ ।

क्षयरोग उपचार रजिस्टरको १४ देखि १६ नम्बरको रोगको किसिम महलबाट तथा सोही रजिस्टरको महल नं ५९ देखि ६५ सम्मको उपचार नतिजाको प्रत्येक श्रेणी (category) अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै जोडेर माथिका कोठाहरूमा लेख्नुपर्दछ । HIV +ve का हकमा सबै किसिमका TB को HIV + सङ्ख्या क्षयरोग उपचार रजिस्टरको ५९ देखि ६५ सम्मको उपचार नतिजाको प्रत्येक श्रेणी (category) अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै जोडेर माथिका कोठाहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

PRACTICAL APPROACH TO LUNG HEALTH (PAL)

Practical Approach To Lung Health (PAL) [5]		Sex	
		F	M
A	Total no of OPD Visits in the Month		
B	Total Respiratory cases (TRC) Among Total ODP Visits		
B1	Received Antibiotics Among TRC		
B2	TB Suspects Among TRC		
B21	Sputum Examination (S/C/X) Among TB Suspected		
B211	Bacteriologically +ve PTB Among Sputum Examined		
C	Smokers Identified Among CRD (ACT) Cases*		
C1	Tobacco Cessation Counseled Among Smokers Identified		
C11	Smokers Who Commit to Quit After Counseling		
C12	Smokers Who Quitted Smoking After Counseling		

CRD = Chronic Respiratory Disease,
ACT = Asthma, COPD, TB

ओ.पी.डी रजिस्टरबाट सि.नं. १ (A ,B, B1, B2, B21, B211) र Smoking Cessation Register को महल नं १४ देखि ४३ सम्मको श्रेणी (category) का सङ्ख्याहरू जोडी यस Report को C, C11, C12 को कोठाहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

११. कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रम

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

कालाजारको बिरामीको प्रकार	उमेर/लिङ्ग	उपचार रजिस्टर HMIS-5.3 बाट ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षभन्दा माथि उमेर समूह छुट्याई लिङ्गअनुसार स्वदेशी भए जिल्लाभित्रको वा बाहिरको र विदेशीको गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	निदानको तरिका	उपचार रजिस्टर HMIS-5.3 बाट ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षभन्दा माथि उमेर समूह छुट्याई लिङ्गअनुसार RK39, BM, SP वा अन्य कसरी निदान गरिएको हो ? स्वदेशी भए जिल्लाभित्रको वा बाहिरको र विदेशीको गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	उपचार	उपचार रजिस्टर HMIS-5.3 बाट ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षभन्दा माथि उमेर समूह छुट्याई लिङ्गअनुसार उपचार गरिएको सङ्ख्या स्वदेशी भए जिल्लाभित्रको वा बाहिरको र विदेशीको गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	मृत्यु	उपचार रजिस्टर HMIS-5.3 बाट ५ वर्षभन्दा मुनि र ५ वर्षभन्दा माथि उमेर समूह छुट्याई लिङ्गअनुसार मृत्यु भएकाहरूको सङ्ख्या स्वदेशी भए जिल्लाभित्रको वा बाहिरको र विदेशीको गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

१२. एच.आई.भी. एड्स तथा यौनरोग कार्यक्रम

एच्.आई.भी./एड्स तथा यौनरोगसम्बन्धी प्रतिवेदन HIV Testing and Counseling Register, Sexually Transmitted Infections (STI) Register, PMTCT Service Register र एच्.आई.भी. उपचार तथा सेवा रजिस्टरबाट उतार गरी तयार गर्नुपर्दछ ।

Testing and Counseling with Result (To be filled by HTC site only)

महल			निर्देशन
≤ 14 ys / ≥ 15 yrs	"Sex workers (F,M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड १ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएको सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ ।
		Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड १ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएका महल नं. २८ मा Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ । **तर महल १८ मा P उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।**
≤ 14 ys / ≥ 15 yrs	"People who inject drugs (F,M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड २ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएको सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ ।
		Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड २ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएका महल नं. २८ मा Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ । **तर महल १८ मा P उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।**
≤ 14 ys / ≥ 15 yrs	MSM & TG (F,M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ३ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएको सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ ।
		Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ३ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएका महल नं. २८ मा Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ । **तर महल १८ मा P उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।**
≤ 14 ys / ≥ 15 yrs	Blood or Organ Recepients (F,M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ४ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएको सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ ।
		Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ४ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएका महल नं. २८ मा Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ । **तर महल १८ मा P उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।**
≤ 14 ys / ≥ 15 yrs	Clients of Sex	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ५ भएका तथा महल नं. १० वा

महल			निर्देशन
	Workers (F,M, TG)		११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएको सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ ।
		Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ५ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएका महल नं. २८ मा Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ । **तर महल १८ मा P उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।**
≤ 14 ys / ≥ 15 yrs	Migrants (F,M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ६ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएको सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ ।
		Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ६ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएका महल नं. २८ मा Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ । **तर महल १८ मा P उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।**
≤ 14 ys / ≥ 15 yrs	Spouse/Partners of Migrants (F,M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ७ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएको सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ ।
		Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ७ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएका महल नं. २८ मा Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ । **तर महल १८ मा P उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।**
≤ 14 ys / ≥ 15 yrs	Others (F,M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ८ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएको सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ ।
		Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिबेदन गर्ने महिनामा दर्ता भएका महल नं. २१ बाट कोड ८ भएका तथा महल नं. १० वा ११ वा १२ मा उमेर उल्लेख गरिएका महल नं. २८ मा Result मा P उल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या १४ बर्ष मुनि र १५ बर्ष देखि माथिका उमेर समूह र लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नुपर्दछ । **तर महल १८ मा P उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।**

Prevention of Mother to Child Transmission

महल		निर्देशन
Counseling and **Testing - ANC**	Counseled	यस महिना सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरूमध्ये कति महिलालाई HIV Testing का लागि Counseling गरियो ? सो सङ्ख्या Maternity Register को महल नं. 9(1) का घटना गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Tested	यस महिना सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरूमध्ये कति महिलालाई HIV Counseling गरी Test गरियो ? सो सङ्ख्या Maternity Register को महल नं. 9(2) का घटना गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Positive	यस महिना सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरूमध्ये HIV Counseling गरी Test गरिएकामध्ये Maternity Register को महल नं. 9(4) को Status मा कोड १ उल्लेख भएका घटना गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Counseling and Testing – **Labour & Delivery**	Counseled	यस महिना सेवा केन्द्रमा बच्चा जन्माउन आएका महिलाहरूमध्ये कति महिलालाई HIV Testing का लागि Counseling गरियो ? सो सङ्ख्या Maternity Register को महल नं. 9(1) का घटना गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Tested	यस महिना सेवा केन्द्रमा बच्चा जन्माउन आएका महिलाहरूमध्ये कति महिलालाई HIV Counseling गरी Test गरियो ? सो सङ्ख्या Maternity Register को महल नं. 9(2) का घटना गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Positive	यस महिना सेवा केन्द्रमा बच्चा जन्माउन आएका महिलाहरूमध्ये HIV Counseling गरी Test गरिएकामध्ये Maternity Register को महल नं. 9(4) को Status मा कोड १ उल्लेख भएका घटना गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Counseling and Testing - **Puerperium**	Counseled	यस महिना सेवा केन्द्रमा Puerperium period मा आएका महिलाहरूमध्ये कति महिलालाई HIV Testing का लागि Counseling गरियो ? सो सङ्ख्या Maternity Register बाट घटना गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Tested	यस महिना सेवा केन्द्रमा Puerperium period मा आएका महिलाहरूमध्ये कति महिलालाई HIV Test गरियो ? सो सङ्ख्या Maternity Register बाट गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Positive	यस महिना सेवा केन्द्रमा Puerperium period मा आई HIV Test गराएका महिलामध्ये कति जना Positive पाइयो ? सो सङ्ख्या Maternity Register बाट गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
ART Started	Before Pregnanacy	प्रतिवेदन गरिने महिनामा PMTCT Register को महल नं. 19 मा ठीक चिह्न लगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	ANC	प्रतिवेदन गरिने महिनामा PMTCT Register को महल नं. 19 मा ठीक चिह्न लगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Labour & delivery	प्रतिवेदन गरिने महिनामा PMTCT Register को महल नं. 20 मा ठीक चिह्न लगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Postnatal	प्रतिवेदन गरिने महिनामा PMTCT Register को महल नं. 21 मा ठीक चिह्न लगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
HIV+ve Women	Male Partner who know their status	यस महिना सेवा केन्द्रमा गर्भ जाँच गराउन आएका महिलाहरूमध्ये HIV Positive भएकामध्ये Maternity Register को महल नं. 9(5) मा कोड १ उल्लेख भएका घटना गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ । यस सङ्ख्यालाई PMTCT Register को महल नं. 16 हेरी तथ्याङ्क सही भए/नभएको निश्चित गर्नुहोस् ।
	Delivered	प्रतिवेदन गरिने महिनामा PMTCT Register को महल नं. 40/41/42 को प्रथम हरफमा 1, 2, 3 वा 4 उल्लेख भएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Exposed Baby	Live births	प्रतिवेदन गरिने महिनामा PMTCT Register को महल नं. 50 र 51 को प्रथम हरफमा उल्लेख भएका सङ्ख्या जोडेर जम्मा सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Started ARV Prophylaxis	प्रतिवेदन गरिने महिनामा PMTCT Register को महल नं. 52 मा "Y" चिह्न लागेका गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

HIV Positive Individual Information (For both HTC and PMTCT cases)

प्रतिवेदन हुने महिनामा HIV Testing and counseling गर्दा वा PMTCT मा एच्आईभी परीक्षणको नतिजा पोजिटिभ भेटिएका व्यक्तिहरूको विवरण यस खण्डमा भर्नुपर्दछ ।

महल	निर्देशन
Client code	HTC रजिस्टरको महल नं. १६ र PMTCT register को महल नं. ७ बाट गणना गर्नुपर्दछ ।
District code	HTC रजिस्टरको महल नं. १४ र PMTCT register को महल नं. ६ बाट गणना गर्नुपर्दछ ।
Sex	HTC रजिस्टरको महल नं. १०/११/१२ बाट गणना गर्नुपर्दछ ।
Age	HTC रजिस्टरको महल नं. १०/११/१२ र PMTCT register को महल नं. ४ वा ५ बाट गणना गर्नुपर्दछ ।
Risk Group	HTC रजिस्टरको महल नं. २१ र PMTCT register को महल नं. ७ बाट गणना गर्नुपर्दछ ।
Initial CD4	HTC रजिस्टरको महल नं. ३१ र PMTCT register को महल नं. १७ बाट गणना गर्नुपर्दछ ।
WHO Stage	HTC रजिस्टरको महल नं. ३० / PMTCT register को महल नं. १७ बाट गणना गर्नुपर्दछ ।

HIV exposed baby

महल		निर्देशन
Prophylaxis	Started CPT	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको CPT Prophy. after 6 wks महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Started IPT	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको IPT started date महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Early infant D iagnosis - **within 2 months**	Positive	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको HIV Exposed Child अन्तर्गत within 2 months महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका र Positive भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Negative	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको HIV Exposed Child अन्तर्गत within 2 months महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका र Negative भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Early infant Diagnosis – **2 – 9 months**	Positive	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको HIV Exposed Child अन्तर्गत 2 - 9 months महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका र Positive भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Negative	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको HIV Exposed Child अन्तर्गत 2 - 9 months महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका र Negative भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Early infant Diagnosis – **9 – 18 months**	Positive	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको HIV Exposed Child अन्तर्गत 9 - 18 months महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका र Positive भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Negative	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको HIV Exposed Child अन्तर्गत 9 - 18 months महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका र Negative भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Early infant Diagnosis – **antibody after 18 months**	Positive	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको HIV Exposed Child अन्तर्गत Antibody after 18 months महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका र Positive भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Negative	HIV Treatment Care register को PMTCT Cases (only) खण्डको HIV Exposed Child अन्तर्गत Antibody after 18 months महलमा प्रतिवेदन अवधिभित्रको मिति उल्लेख भएका र Negative भएका घटना गणना गरेर सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

Needle Syringe Exchange Program

महल	भर्ने तरिका
Out	Needle Syringe Exchange कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने संस्थाले प्रतिवेदन अवधिमा सेवाग्राहीलाई बाँडेको Needle Syringe को सङ्ख्या गणना गरेर लेख्नुहोस् ।
In	Needle Syringe Exchange कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने संस्थाले प्रतिवेदन अवधिमा सेवाग्राहीबाट सङ्कलन गरेको प्रयोग भइसकेका Needle Syringe को सङ्ख्या गणना गरेर लेख्नुहोस् ।

Sexually Transmitted Infection Management

महल		भर्ने तरिका
Total cases assessed		**यौनजन्य रोग संक्रमण उपचार रजिष्टर (HMIS 7.2) बाट** प्रतिवेदन गरिने महिनामा दर्ता भएका सेवाग्राहीको सङ्ख्या गणना गरेर चढाउनुपर्दछ ।
STI Cases - by etiology	Cervicitis	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 19 मा अङ्क 7 मा गोलो चिह्न लगाएका महल 24 को Risk Group अनुसार जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Vaginitis	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 19 मा अङ्क 8 मा गोलो चिह्न लगाएका महल 24 को Risk Group अनुसार जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Herpes genitalis	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 19 मा अङ्क 9 मा गोलो चिह्न लगाएका महल 24 को Risk Group अनुसार जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Others	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 19 मा अङ्क 10 मा गोलो चिह्न लगाएका महल 24 को Risk Group अनुसार जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	GNID - Gm Stain +ve	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 23 मा ठीक चिह्न लागेका महल 24 को Risk Group अनुसार जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Syphilis – Dignosed	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 20 मा 1 मा गोलो लगाएको महल 24 को Risk Group अनुसार जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ । Pregnant women र Neonates को लागि Maternity Register को सम्बन्धित महलबाट गणना गरी उल्लेख गर्नुहोस् ।
	Syphilis – Treated	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 20 मा 1 मा गोलो लगाएका र 26 मा Y भएको महल 24 को Risk Group अनुसार जम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ । Pregnant women र Neonates को लागि Maternity Register को सम्बन्धित महलबाट गणना गरी उल्लेख गर्नुहोस् ।

STI Cases by Sex & Age Group

Etiological management of STI – **Counseled**	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 18 मा Y चिह्न भएका जम्मा सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Etiological management of STI – **Diagnosed**	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 19 मा अङ्क 1 देखि 10 मध्ये कुनै एकमा गोलो चिह्न लगाएका जम्मा सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Etiological management of STI – **Treated**	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 25 & 26 मा Y उल्लेख भएका गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Presumptive Treatment to Sex Workers	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 27 मा Y उल्लेख भएका गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Asymptomatic Partners Treated	प्रतिवेदन अवधिमा Sexually Transmitted Infection Register को महल नं. 28 मा Y उल्लेख भएका गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

Opioid Substitution Therapy-Only for specified hospital

महल		भर्ने तरिका
Clients on OST at end of last month		Opioid Substitution therapy सेवा प्रदान गर्ने अस्पतालको मेडिकल केयर युनिटबाट प्राप्त तथ्याङ्कमध्ये अघिल्लो महिनाको अन्तमा OST सेवामा रहेका लागू पदार्थ प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या लिङ्ग अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Enrollment on OST	New clients enrolled this month	OST सेवा प्रदान गर्ने अस्पतालको मेडिकल केयर युनिटबाट प्राप्त तथ्याङ्कमध्ये प्रतिवेदन अवधिभित्र OST सेवामा नयाँ भर्ना भएका लागू पदार्थ प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या लिङ्ग अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Clients re-entry this month	Opioid Substitution therapy Register अर्तगत OST Treatment Follow up को Row 1 मा सेवाग्राही पहिले नै सेवामा Enroll भई ड्रप आउट भएका तर प्रतिवेदन अवधिभित्र पुनः OST सेवामा आएका सेवाग्राही (कोड ३) को सङ्ख्या लिङ्ग अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Clients positive discharge this month	Opioid Substitution therapy Register अर्तगत OST Treatment Follow up को Row 1 मा OST सेवाबाट Positive discharge भएका सेवाग्राही (कोड ४) को सङ्ख्या लिङ्ग अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Clients drop out this month	Opioid Substitution therapy Register अर्तगत OST Treatment Follow up को Row 1 मा OST सेवाबाट drop out भएका सेवाग्राही (कोड २) को सङ्ख्या लिङ्ग अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Clients on OST at the end of this month	प्रतिवेदन अवधिको अन्तमा जम्मा OST सेवा लिइरहेका सेवाग्राही (कोड १) को सङ्ख्या लिङ्ग अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

Antiretroviral Treatment

प्रतिवेदन हुने महिनामा ART उपचारसम्बन्धी विवरण यस खण्डमा भर्नुपर्दछ :

सूचक समूह	सूचक	निर्देशन
Enrollment in ART	Clients ever started ART at the end of last month	गत महिनाको प्रतिवेदनको Clients ever started ART at the end of this month बाट उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	New Clients started ART	प्रतिवेदन गरिने महिनामा ART सुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या उल्लेख गर्ने । यसका लागि HIV Treatment Care register मा ART Start date and Regimen महलमा प्रतिवेदन तयार हुने महिनामा ART सुरु गर्ने सेवाग्राहीरूलाई मात्रै Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Clients on ART transferred in	अन्य संस्थाबाट ART सुरु गरी प्रतिवेदन गरिने महिनामा यस संस्थामा स्थानान्तरण भई आएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि HIV Treatment Care register मा ART Start date and Regimen महलमा प्रतिवेदन तयार हुने महिनाभन्दा पहिले ART सुरु गर्ने र यस महिना Transfer in भएका सेवाग्राहीरूलाई मात्रै Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Clients ever started ART at the end of this month		माथिका सूचकहरूलाई प्रयोग गरेर निम्नानुसर गणना गर्नुपर्दछ : Clients ever started ART at the end of last month + New Clients started ART + Clients on ART transferred in
Deduction	Total Clients on ART transferred out (New and cumulative)	New: ART सेवा यस संस्थाबाट सुरु गरी अन्यत्रै स्थानान्तरण भई गएका सेवाग्राहीरूको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या यसमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । **Cumulative:** ART सेवा यस संस्थाबाट सुरु गरी अन्यत्रै स्थानान्तरण भई गएका सेवाग्राहीरूको

सूचक समूह	सूचक	निर्देशन
		हालसम्मको कुल सङ्ख्या यसमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि गत महिना प्रतिवेदन गरेको यसै महलको सङ्ख्यामा, HIV Treatment Care register मा Date of Transfer Out मा यस महिना उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूलाई मात्रै Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Total deaths reported (New and cumulative)	New: ART सेवा यस संस्थाबाट सुरु गरी बीचमा मृत्यु भएका सेवाग्राहीरूको हालसम्मको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या यसमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । **Cumulative:** ART सेवा यस संस्थाबाट सुरु गरी बीचमा मृत्यु भएका सेवाग्राहीरूको हालसम्मको कुल सङ्ख्या यसमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि गत महिना प्रतिवेदन गरेको यसै महलको सङ्ख्यामा Date of Death मा यस महिना उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूलाई मात्रै Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Total Clients missing (MIS) (New and cumulative)	New: यस चर (variable) ले सेवामा नियमित नहुने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या (३ महिना वा सोभन्दा कम अवधिको लागि) अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमित ART सेवा लिइरहेका सेवाग्राहीरूमध्ये ART History मा सेवासम्बन्धी हरफमा Missing अर्थात् कोड 4 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । **Cumulative:** यस चर (variable) ले सेवामा नियमित नहुने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या (३ महिना वा सोभन्दा कम अवधिको लागि) अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमित ART सेवा लिइरहेका सेवाग्राहीरूमध्ये ART History मा सेवासम्बन्धी हरफमा Missing अर्थात् कोड 4 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको हालसम्मको कुल सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Total Clients Lost to Follow-Up (LFU) (New and cumulative)	New: यस चर (variable) ले सेवामा नियमित नहुने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या (३ महिना वा सोभन्दा बढी अवधिको लागि) अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमित ART सेवा लिइरहेका सेवाग्राहीरूमध्ये ART History मा सेवासम्बन्धी हरफमा Lost to follow-up अर्थात् कोड 5 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । **Cumulative:** यस चर (variable) ले सेवामा नियमित नहुने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या (३ महिना वा सोभन्दा बढी अवधिको लागि) अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमित ART सेवा लिइरहेका सेवाग्राहीरूमध्ये ART History मा सेवासम्बन्धी हरफमा Lost to follow-up अर्थात् कोड 5 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको हालसम्मको कुल सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Total Clients Stopping Treatment (ST) ART (New and cumulative)	New: यस चर (variable) ले विभिन्न चिकित्सकीय कारणले सेवा बन्द गर्नुपर्ने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमित ART सेवा लिइरहेका सेवाग्राहीरूमध्ये ART History मा सेवासम्बन्धी हरफमा Stop Treatment अर्थात् कोड 6 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सोही महिनाको कुल सङ्ख्या Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

सूचक समूह	सूचक	निर्देशन
		Cumulative: यस चर (variable) ले विभिन्न चिकित्सकीय कारणले सेवा बन्द गर्नुपर्ने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमित ART सेवा लिइरहेका सेवाग्राहीरूमध्ये ART History मा सेवासम्बन्धी हरफमा Stop Treatment अर्थात् कोड 6 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको हालसम्मको कुल सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Clients on ART	Total number of Clients\ currently on ART	यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने खुद सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । यस संस्थाबाट ART सेवामा हालसम्म दर्ता भएका अर्थात् Clients ever started ART at the end of this month बाट Cumulative Transfer Out, Cumulative Death, Cumulative Missing, Cumulative LFU र Cumulative Stopping Treatment घटाउँदा आउने खुद सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ । Total No. of Clients currently on ART = Clients ever started ART at the end of this month – Total Clients Transferred Out Cumulative - Total Clients Death Cumulative - Total Clients Missing Cumulative -Total Lost to Follow up Cumulative -Total Clients stopping treatment Cumaltive यसरी Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Clients in original 1st line regimen	यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने जम्मा सेवाग्राहीहरूमध्ये 1st line regimen मा रहेका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Age group, Sex र Target population अनुसार उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Clients in substituted 1st line regimen	यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने जम्मा सेवाग्राहीहरूमध्ये substituted 1st line regimen मा रहेका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Age group, Sex र Target population अनुसार उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	Clients switched on to 2nd line regimen	यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने जम्मा सेवाग्राहीहरूमध्ये 2nd line regimen मा रहेका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Age group, Sex र Target population अनुसार उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Clients medically eligible for ART but have not started		ART सेवाका लागि योग्य भएका तर उपचार सुरु नगरेका सेवाग्राही यसमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि HIV Treatment Care register मा Date enroll मा दर्ता भएका तर ART start date and regimen खाली भएका सेवाग्राहीरूलाई मात्रै Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Clients having CD4 count less than 200 cells/mm3		यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने जम्मा सेवाग्राहीहरूमध्ये CD4 को संख्या २०० भन्दा कम भएका सेवाग्राहीहरुलाई मात्रै Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि HIV Treatment care register मा CD4 Count सम्बन्धी हरफमा प्रतिवेदन महिनामा २०० भन्दा कम भएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Clients having viral load less than 1000 copies/ml		यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने जम्मा सेवाग्राहीहरूमध्ये Viral load को संख्या १००० भन्दा कम भएका सेवाग्राहीहरुलाई मात्रै Age group, Sex र Target population अनुसार tally गरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि HIV Treatment care register मा Viral load सम्बन्धी हरफमा प्रतिवेदन महिनामा १००० भन्दा कम भएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Treatment Adherence on ART (No. of Cases)	Accessed	यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने जम्मा सेवाग्राहीहरूमध्ये कति जनाको उपचार पालना मूल्याङ्कन गरियो ? सो सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि HIV Treatment care register मा ART History अन्तर्गत Treatment Adherence सम्बन्धी हरफमा प्रतिवेदन महिनामा A/B/C लेखिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

सूचक समूह	सूचक	निर्देशन
	> 95% (A)	यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने जम्मा सेवाग्राहीहरूमध्ये उपचार पालना (Treatment Adherence) मूल्याङ्कन नतिजा A प्राप्त भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि HIV Treatment Care register मा ART History अन्तर्गत Treatment Adherence सम्बन्धी हरफमा प्रतिवेदन महिनामा A लेखिएको सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	80 – 95% (B)	यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने जम्मा सेवाग्राहीहरूमध्ये उपचार पालना (Treatment Adherence) मूल्याङ्कन नतिजा B प्राप्त भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । यसका लागि HIV Treatment Care register मा ART History अन्तर्गत Treatment Adherence सम्बन्धी हरफमा प्रतिवेदन महिनामा B लेखिएको सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	< 80% (C)	यसमा प्रतिवेदन अवधि महिनामा ART सेवा लिने जम्मा सेवाग्राहीहरूमध्ये उपचार पालना (Treatment Adherence) मूल्याङ्कन C नतिजा प्राप्त भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या उल्लेख गर्नु पर्दछ । यसका लागि HIV Treatment Care register मा ART History अन्तर्गत Treatment Adherence सम्बन्धी हरफमा प्रतिवेदन महिनामा C लेखिएको सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
Currently on ART by Regimen	First line – Adult & Child	यस संस्थाबाट नियमित ART सेवा लिइरहेका सेवाग्राहीहरूमध्ये HIV Treatment Care register मा ART History सेवासम्बन्धी हरफमा प्रतिवेदन महिनामा On Treatment अर्थात् कोड 1 लेखिएका सेवाग्राहीहरूको Regimen हेरी (रेजिमेनका लागि ART Start date and Regimen, Treatment Substituted वा Treatment switched महलमा पनि हेर्नुपर्दछ) बिरामीको उमेर अनुसार tally गरी आएको सङ्ख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । सहजताका लागि first line र second line regimen लाई List गरी Tally बनाई समायोजन गर्नु उपयुक्त हुनेछ ।
	Second line – Adult & Child	
	Pediatric	

13. Opportunistic Infection and TB

महल	निर्देशन
Diagnosed HIV Treatment Care register मा Treatment Care History को सेवासम्बन्धी Row 3 मा प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना उल्लेख भएका घटना हेरी निम्नानुसार भर्नुपर्दछ ।	
Bacterial Pneumonia	Bacterial Pneumonia अर्थात् कोड नं. 1 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
TB	TB अर्थात् कोड नं. 2 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Candidiasis	Candidiasis अर्थात् कोड नं. 3 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Diarrhoea	Diarrhoea अर्थात् कोड नं. 4 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Crypto. Meningitis	Crypto. Meningitis अर्थात् कोड नं. 5 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
PCP (Pnemocystis Pneumonia)	PCP (Pnemocystis Jerovesi Pneumonia) अर्थात् कोड नं. 6 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Cytomegato Virus	Cytomegato Virus अर्थात् कोड नं. 7 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Herpes Zoster	Herpes Zoster अर्थात् कोड नं. 8 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Genital Herpes	Genital Herpes अर्थात् कोड नं. 9 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।

Toxoplasmosis	Toxoplasmosis अर्थात् कोड नं. 10 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Others	Others अर्थात् कोड नं. 11 भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Treated HIV Treatment Care register मा Treatment Care History को सेवासम्बन्धी Row 3 र Row 4 मा प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना उल्लेख भएका घटना हेरी निम्नानुसार भर्नुपर्दछ ।	
Bacterial Pneumonia	Row 3 मा Bacterial Pneumonia अर्थात् कोड नं. 1 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
TB	Row 3 मा TB अर्थात् कोड नं. 2 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Candidiasis	Row 3 मा Candidiasis अर्थात् कोड नं. 3 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Diarrhoea	Row 3 मा Diarrhoea अर्थात् कोड नं. 4 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Crypto. Meningitis	Row 3 मा Crypto. Meningitis अर्थात् कोड नं. 5 भएको र Row 4मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
PCP	Row 3 मा PCP अर्थात् कोड नं. 6 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Cytomegato Virus	Row 3 मा Cytomegato Virus अर्थात् कोड नं. 7 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Herpes Zoster	Row 3 मा Herpes Zoster अर्थात् कोड नं. 8 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Genital Herpes	Row 3 मा Genital Herpes अर्थात् कोड नं. 9 भएको र दोस्रो हरफमा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Toxoplasmosis	Row 3 मा Toxoplasmosis अर्थात् कोड नं. 10 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Others	Row 3 मा Others अर्थात् कोड नं. 11 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।

Opportunistic Infection and TB HIV Treatment Care register मा Treatment Care History को सेवासम्बन्धी Row 3 र Row 4 मा प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना उल्लेख भएका घटना हेरी निम्नानुसार भर्नुपर्दछ ।	
Total no of PLHIV served this month for OI services	Row 3 मा उल्लेख भएका अवसरवादी संक्रमणको लागि दिइएको सेवाको आधारमा सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex र देहायको उमेर अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
PLHIV diagnosed & treated for OI this month	Row 3 मा उल्लेख भएका अवसरवादी संक्रमणको लागि Row 4 मा दिइएको उपचार सेवाको आधारमा सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex र देहायको उमेर अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
Assessed for TB this month	Row 5 मा हेरी प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना उल्लेख भएका TB Screening गरिएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या Sex र देहायको उमेर अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
HIV Patients initiated IPT this month (new)	HIV Care History अन्तर्गत IPT शुरु गरेको मिति प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिनामा भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या मात्र Sex र देहायको उमेर अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
New clients on TB treatment	Registration मिति र Row 3 मा TB अर्थात् कोड नं. 2 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या Sex र देहायको उमेर अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ ।
HIV Patients received CPT	HIV Care Historyअन्तर्गत CPT शुरु गरेको मिति प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिनामा भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या मात्र Sex र देहायको उमेर अनुसार tally गरी सम्बन्धित महलमा भर्नुपर्दछ

१४. लिङ्ग र जात/जाति अनुसारको प्रतिवेदन

महल	भर्ने तरिका
पूर्ण खोप पाएका बच्चा सङ्ख्या	खोप रजिस्टर (HMIS 2.2) बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर पूर्ण खोप लगाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा लिएका बच्चाहरूको सङ्ख्या	आई.एम.एन.सी.आई.रजिस्टर (HMIS 2.4)बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर एकीकृत नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा लिएका बच्चाहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२ वर्षभन्दा मुनिका कम तौल भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या	२ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर (HMIS 2.3)बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर कम तौल (जोखिम तथा अति जोखिम) भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति भएकाहरूको सङ्ख्या	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6)बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति भएकाहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुरक्षित गर्भपतन सेवा पाएका सङ्ख्या	सुरक्षित गर्भपतन रजिस्टर (HMIS 3.7)बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर सुरक्षित गर्भपतन सेवा पाएकाहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
ओ.पी.डी.मा आएका बिरामी सङ्ख्या	बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर(HMIS 1.3)बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर ओ.पी.डी.मा नयाँ सेवा लिनेहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
भर्ना भएका बिरामी सङ्ख्या	विरामी भर्ना रजिस्टर (HMIS 8.1) बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर अस्पतालमा नयाँ भर्ना भएका बिरामीहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
नयाँ एच्.आई.भी. भएका सङ्ख्या	एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श रजिस्टर (HMIS 7.1) बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर एच्.आई.भी. भएकाहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
नयाँ कुष्ठरोगीहरूको सङ्ख्या	कुष्ठरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 5.5) बाट नयाँ कुष्ठरोगीहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
नयाँ क्षयरोग बिरामीको सङ्ख्या	क्षयरोग उपचार रजिस्टर (HMIS 6.5) बाट क्षयरोगका नयाँ बिरामीहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
लैङ्गिक हिंसाबाट पीडितको सङ्ख्या	बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर (HMIS 1.3) बाट लैङ्गिक हिंसाबाट पीडितहरूको सङ्ख्या जात/जाति र लिङ्गअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

15. NEW OUT PATIENT MORBIDITY (INCLUDING UNDER 5YRS CHILDREN)

स्वास्थ्य संस्थामा बहिरङ्ग सेवाका लागि आएका र बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर (HMIS 1.3) मा दर्ता भएका ५ वर्ष भन्दा माथिका जम्मा (नयाँ/दोहोऱ्याई आएका) विरामीहरु मध्ये बिभिन्न रोगका नयाँ विरामीहरुको संख्या बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर (HMIS 1.3) वाट रोगको ICD कोड अनुसार सेवाग्राहीहरको संख्या गणना गरी New Outpatient Morbidty फाराममा उतार गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थामा उपचारको लागि आएका ५ वर्षभन्दा कम उमेरका नयाँ सेवाग्राहीहरुको संख्या समेत IMNCI रजिस्टर (HMIS 2.4) बाट ICD कोडअनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

16. LABORATORY SERVICES

व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अनुरुप औलो, कालाजार, क्षयरोग, कुष्ठरोग आदिको नमूना परीक्षणको लागि बिभिन्न प्रयोगशाला सेवा रजिष्टरको व्यवस्था भएपनि प्रयोगशालाबाट गरिने सबै परीक्षणको लागि एउटै रजिस्टर व्यवस्था हालसम्म हुन नसकेकोले बिभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरुले फरक फरक किसिमको प्रयोगशाला रजिस्टर प्रयोगमा ल्याएको पाइन्छ । स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरुको अनुसन्धनात्मक परीक्षण गर्ने क्रममा प्रयोगशलामा परीक्षण गरिएका बिभिन्न Tests हरुको संख्या र नतिजा समेत खुल्ने गरी निर्दिष्ट महलहरुमा लेख्नु पर्दछ ।

HMIS 9.4: अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form)

सरकारी अस्पतालमा मासिक रुपमा सम्पादन गरिएका सम्पूर्ण सेवाहरुको अभिलेख अनुसारको एकिकृत प्रतिवेदन गर्नका लागि यो फारम प्रयोग गरिन्छ। मासिक प्रतिवेदन मार्फत अस्पतालबाट प्रदान गरिएका सेवाहरुको वास्तविक अवस्थाको अनुगमन र विश्लेषण तथा अस्पतालको प्रगती मापन गर्न यस फारमको आवश्यकता परेको हो।

यो प्रतिवेदन महिना भुक्तान भएको ७ दिन भित्र तयार गरी सम्बन्धित निकाय (जिल्ला (जन)स्वास्थ्य कार्यालय, व्यवस्थापन महाशाखा) मा पठाउनुपर्दछ। प्रत्येक अस्पतालले तोकएको समयअबधिभित्र नै HMIS Online Software मा प्रतिवेदन प्रबिष्ठ गर्नुपर्दछ।

महल शीर्षक	निर्देशन
Hospital	प्रतिवेदन फारामको सिरमा Hospital को अगाडीको खाली स्थानमा प्रतिवेदन गर्ने अस्पतालको नाम लेख्नुपर्दछ।
Fiscal Year	चालु आ.ब. लेख्नुपर्दछ।
Reference No	चलानी नं. लेख्नु पर्दछ।
To … … … …	प्रतिवेदन प्रेषित गरिने कार्यालयको नाम लेख्नुपर्दछ।
Month, Year	प्रतिवेदन कुन बर्षको कुन महिनाको हो, सम्बन्धित महिना र साल लेख्नुपर्दछ।
Number of Beds (Sanctioned, Operational)	अस्पताल दर्ताको स्वीकृती लिंदा स्वीकृत भएको शैया सङ्ख्या नै Sanctioned Bed मा लेख्नुपर्दछ। अन्तरंग सेवाका लागि छुट्टाईएका शैया (प्रशुती कक्ष समेत) मध्ये संचालनमा रहेका शैया संख्या नै Operational Bed को महलमा लेख्नुपर्दछ। अस्पतालमा Emergency तथा Observation का लागि छुट्टाइएको शैयालाई Operational Bed मा समावेश गर्नुहुँदैन।
Total Patient Admitted	अस्पतालमा भर्ना भएका जम्मा बिरामी सङ्ख्या बिरामी भर्ना रजिस्टर (HMIS 8.1) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको अन्तिम SN यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
Total Inpatient Service Days	बिरामी डिस्चार्ज रजिस्टर (HMIS 8.2) को महल ९ को length of stay (days) अन्तर्गतको दिन सख्या जोड गरी यस कोठामा चढाउनुपर्दछ।
Hospital /Emergency Services	
Hospital Services New Clients Served (Female/Male) 0 - 9 Years, 10 - 19 Years, 20 - 59 Years, ≥ 60 Years	मूलदर्ता रजिस्टर (HMIS 1.1) को हरेक पानाको अन्तमा राखिएको तालिकाबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँ सेवाग्राही (महल २) को कुल सङ्ख्या उमेर र लिङ्ग अनुसार गण्ना गरी New Clients Served को सम्बन्धित महलहरुमा लेख्नुपर्दछ।
Total Clients Served (Female/Male) 0 - 9 Years, 10 - 19 Years, 20 - 59 Years, ≥ 60 Years	मूलदर्ता रजिस्टर (HMIS 1.1) को हरेक पानाको अन्तमा राखिएको तालिकाबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँ सेवाग्राही (महल १) को कुल सङ्ख्या उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी Total Clients Served को सम्बन्धित महलहरुमा लेख्नुपर्दछ।
Emergency Services Total Clients Served (Female/Male) 0 - 9 Years, 10 - 19 Years, 20 - 59 Years, ≥ 60 Years	आकस्मिक सेवा रजिस्टरको महल नं. १ को सि.नं. बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा आकस्मिक कक्षबाट सेवा पाएका जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या गणना गरी उमेर र लिङ्ग अनुसार Emergency Total Clients Served को सम्बन्धित महलहरुमा चढाउनुपर्दछ।

Free Service Received by impoverished citizen	
बिपन्न नागरिक उपचार कोष निर्देशिका बमोजिम बिपन्न नागरिकहरुलाई लक्षित रोगहरुको निःशुल्क उपचार कार्यक्रमको लागि सूचिकृत भएका अस्पतालहरुले बिपन्न नागरिकहरुलाई उपचार सुबिधा उपलब्ध गराएका विरामीहरुको संख्या यस मलहमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ। बिपन्न नागरिक उपचार कोष कार्यक्रमले लक्षित गरेका रोगको उपचार सुबिधा नभएका (उपचारको लागि सिफारिस गरी पठाउने) अस्पतातालहरुले यो प्रतिवेदन गर्नुपर्दैन।	
(Female/Male) Heart, Kidney, Cancer, Head	मुटुरोगी, मृगौला रोगी, क्यान्सर Spinal and Head Injury/Alzheimer/

Injury, Spinal Injury, Alzheimer, Parkinson, Sickle Cell Anaemia	Parkinson, Sickle Cell Anaemia को निःशुल्क उपचार गरेको सङ्ख्या लिंग अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
PHC/ORC, Immunization clinic/FCHV	
PHC outreach clinic Planned	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को सञ्चालन हुनुपर्ने गाउँघर क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
PHC outreach clinic Conducted	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को यस महिनामा सञ्चालन भएको गाउँघर क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
PHC outreach clinic: No. of client served	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को सेवा दिएको सङ्ख्या (क्निनिकमा दर्ताको आधारमा) को जम्माको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Immunization clinic Planned	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को सञ्चालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Immunization clinic Conducted	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Immunization: No. of client served	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को खोप क्लिनिकबाट सेवा दिएको जम्मा सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Immunization Session Planned	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को सञ्चालन हुनुपर्ने खोप सेसन सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Immunization Session Conducted	समूदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन : खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS 9.2) को यस महिनामा सञ्चालन भएका खोप सेसन सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
FCHV: Total No.	अस्पतालको Catchment area मा भएका जम्मा म.स्वा.स्व.से.को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
FCHV: Report Received	अस्पतालको Catchment area मा भएका जम्मा म.स्वा.स्व.से.ले प्रतिवेदन गरेको जम्मा संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
FCHV: Total Client served	प्रतिवेदन गर्ने म.स्वा.स्व.से.ले दिएको जम्मा सेवाको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referrals	
Referral In (Female/Male)	अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई Outpatient, Inpatient र Emergency रजिष्टरमा उल्लेख भए अनुसारका जम्मा गणना गरी लिंग अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referrals out (Female/Male) Outpatient, Inpatient र Emergency	अस्पतालको Outpatient, Inpatient र Emergency बाट थप सेवाकालागि अन्यत्र प्रेषण गरिएका बिरामीहरूको सङ्ख्या लिंगअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी Referral out मा चढाउनुपर्दछ ।
Diagnostic/Other Services	
X-ray (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा एक्सरेको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Ultrasonogram (USG) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Ultrasonogram (USG) को संख्या

	यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Echocardiogram (Echo) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Echocardiogram (Echo) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Electro Encephalo Gram (EEG) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Electro Encephalo Gram (EEG) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Electrocardiogram (ECG) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Electrocardiogram (ECG) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Treadmill (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Treadmill को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Computed Tomographic (CT) Scan (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Computed Tomographic (CT) Scan को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Magnetic Resonance Imaging (MRI) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Magnetic Resonance Imaging (MRI) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Endoscopy (Person)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Endoscopy सेवा लिएका सेवाग्राहीहरुको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Colonoscopy (Person)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Colonoscopy सेवा लिएका सेवाग्राहीहरुको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Nuclear Medicine (Person)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Nuclear Medicine सेवा लिएका सेवाग्राहीहरुको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Total Preventive service Provided (Person)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा प्रतिकारात्मक जस्तै खोप, बृद्धि अनुगमन, परिवार नियोजन, सुरक्षित मातृत्व, परामर्श आदि सेवा लिएका सेवाग्राहीहरुको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Total Laboratory service Provided (Person)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालको प्रयोगशालाबाट सेवा लिएका सेवाग्राहीहरुको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Other Service Provided (if any)	माथि उल्लेख गरिए बाहेकका अन्य सेवा प्रदान गरिएका सेवाग्राहीहरुको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Inpatient Outcome	
Recovered/Cured (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भई निको भएर डिस्चार्ज भएका बिरामीको उमेर समूह (≤ 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 Years) र लिंग अनुसार HMIS 8.2 को महल २६ बाट Recovered/Cured गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Not Improved	अस्पतालमा भर्ना भई निको नभई डिस्चार्ज भएका बिरामीको उमेर समूह र लिंग अनुसार HMIS 8.2 को महल २६ बाट Not Improved गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referred Out	अस्पतालमा भर्ना भई थप सेवाका लागि अन्यत्र प्रेषण गरिएका बिरामीको उमेर समूह र लिंग अनुसार HMIS 8.2 को महल २६ बाट Referred Out गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
DOR/LAMA/DAMA	अस्पतालमा भर्ना भई विरामी वा बिरामीको परिवारले अनुरोध गरेर अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएका विरामी (Discharge on Request), विरामी वा विरामीका परिवारलई चिकित्सकले अस्पतालमा नै बसेर उपचार गर्न अनुरोध गर्दागर्दै पनि चिकित्सक/अस्पताललाई जानकारी गराएर अस्पताल छोडेर जाने बिरामी (Leave Against Medical Advice) र रोग सम्बन्धी खतराको सूचना दिंदा दिंदै पनि अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएर जाने विरामी (Dischage Against Medial Advice) उमेर समूह र लिंग अनुसार HMIS 8.2 को महल २६ बाट DOR/LAMA/DAMA गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Absconded	अस्पतालमा भर्ना भई अस्पताललाई कुनै पनि जानकारी नदिई भागिगएका बिरामीको उमेर समूह र लिंग अनुसार HMIS 8.2 को महल २६ बाट Absconded गणना गरी यस महलमा

	चढाउनुपर्दछ ।
Death < 48 Hours	अस्पतालमा भर्ना भएको ४८ घण्टा भित्र कुनै बिरामीको मृत्यु भएमा मृतकको उमेर समूह र लिंग अनुसार HMIS 8.2 को महल २६ बाट Death < 48 Hours गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Death ≥ 48 Hours	अस्पतालमा भर्ना भएको ४८ घण्टा पछि कुनै बिरामीको मृत्यु भएमा मृतकको उमेर समूह र लिंग अनुसार HMIS 8.2 को महल २६ बाट Death ≥ 48 Hours गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Neonate Form	
Primi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरू Gestational weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१ वा ≥४२ अनुसार Primi (Gravida 1) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को महल नं. ७ र १९ बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Multi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरू Gestational weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१ वा ≥४२ अनुसार Multi (Gravida 2,3,4) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को महल नं. ७ र १९ बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Grand Multi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरू Gestational weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१ वा ≥४२ अनुसार Grand Multi (Gravida 5 & above) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को महल नं. ७ र १९ बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । Primi = gravida 1, Multi = gravida 2, 3, 4 Grand Multi = gravida 5 and over The total split by Primi/Multi/Grand Multi must equal the total by Maternal Age
Maternal Age (< 20, 20 - 34, ≥ 35)	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरू Gestational weeks २२-२७, २८-३६, ३७-४१ व ≥४२ अनुसार आमाको उमेर मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर (HMIS 3.6) को महल नं. ४ र १९ बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Free health service summary	
No. of Patients Partially, Completely	बहिरङ्ग, आकस्मिक र अन्तरङ्ग विभागबाट निःशुल्क (आंशिक वा पूर्ण रूपमा) सेवा पाउनेहरूको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Total Exempted cost (NRS) Partially, Completely	बहिरङ्ग, आकस्मिक र अन्तरङ्ग विभागबाट निःशुल्क (आंशिक वा पूर्ण रूपमा) सेवा पाउनेहरूको जम्मा रकम जोडी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Type of Surgeries/ Plaster	
Number of Surgeries Major & Intermediate	यो विवरण बिरामी डिस्चार्ज रजिस्टर (HMIS 8.2) को महल २१ को Major र Intermediate लाई गणना गरी लिंगअनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Number of Surgeries Minor	यो विवरण बिरामी डिस्चार्ज रजिस्टर (HMIS 8.2) को महल २१ को Minor र Emergency/OPD, OT/Minor OT को सम्बन्धित रजिष्टरबाट नदोहोर्‍याई गणना गरी लिंगअनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Plaster	यो विवरण अस्पतालमा कति प्लास्टर गरिएको हो? गणना गरी लिंगअनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Post Operative Infection	यो विवरण बिरामी डिस्चार्ज रजिस्टर (HMIS 8.2) को महल २२ को Major, Minor, र Emergency/OPD, OT/Minor OT को सम्बन्धित रजिष्टरबाट नदोहोर्‍याई गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Free Health Services and Social Security Programme	
Outpatients	बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर (HMIS 1.3) को महल १७, को Ultra Poor/ Poor, Helpless/ Destitute, Sr. Citizens >60 Years, FCHV, Gender Based Voilence, Others छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Inpatients	बिरामी डिस्चार्ज रजिस्टर (HMIS 8.2) को महल नं. ३३ Ultra Poor/ Poor, Helpless/ Destitute,

	Sr. Citizens> 60 Years, FCHV, Gender Based Voilence, Others छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Emergency	आकस्मिक सेवा रजिस्टर (HMIS 8.3) को महल नं. ३३ को Ultra Poor/ Poor, Helpless/ Destitute, Sr. Citizens >60 Years, FCHV, Gender Based Voilence, Others छुट्याई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referred Out	बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर (HMIS 1.3) को महल १७ र १८, बिरामी डिस्चार्ज रजिस्टर (HMIS 8.2) को महल नं. २६, ३३ आकस्मिक सेवा रजिस्टर (HMIS 8.3) को महल नं. २७, ३३ को Ultra Poor/Poor, Helpless/Destitute, Senior Citizens >60 Years, FCHV, Gender Based Voilence, Others छुट्याई Referred Out सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Death Information	
Hospital Death	• Early Neonatal, Late Neonatal, Maternal (All) को विवरण HMIS 3.6 को महल नं. ३० बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । • Post-operative (Excluding Neonatal & Maternal Death) को विवरण HMIS 8.2 को महल नं. २२ र २६ बाट लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । • Other को विवरण माथि उल्लेखित तथा Brought Dead बाहेक अस्पालतमा भएका मृत्युहरुको संख्या लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Brought Dead	यो विवरण HMIS 8.3 को महल नं. १६ बाट लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Postmortem Done	अस्पतालले गरेको पोष्टमार्टमको विवरण सम्बन्धित रजिष्टरबाट लिंग अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Inpatient Morbidity (No. of Patients Discharged)	
ICD Code, Disease	यो विवरण HMIS 8.2 बाट उमेर समूह तथा लिंगअनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । साथै सम्बन्धित रोगका कारण भएका मृत्युहरुको संख्या समेत लिंग अनुसार चढाउनुपर्दछ ।
Laboratory Services	
बिभिन्न अस्पतालले आफ्नो अनुकूल प्रयोगशाला रजिस्टरहरू प्रयोगमा ल्याएको पाइन्छ तसर्थ प्रतिवेदन फाराममा उल्लेख भए अनुसारको विवरण उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।	
अस्पतालबाट प्रदान गरिने अन्य स्वास्थ्य सेवाहरुको प्रतिवेदन	
खोप, पोषण (बृद्धि अनुगमन, शिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन, बालभिटा वितरण), IMNCI, सुरक्षित मातृत्व, आमा सुरक्षा, परिवार नियोजन, म.स्वा.स्व.से., गाउँघर क्लिनिक, क्षयरोग, कुष्ठरोग, औलो तथा कालाजार, HIV/AIDS, बहिरंग सेवा आदि जस्ता प्रतिकारात्मक, प्रवर्धनात्मक तथा उपचारात्मक सेवाहरुको प्रतिवेदनहरु यस निर्देशिकाको HMIS 9.3 भर्ने निर्देशिका बमोजिम नै तयार गरी प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।	

HMIS 9.5: गैह्र सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको प्रतिवेदन फाराम

(Non-public Health Facility Reporting Form)

निजी तथा गैह्र सरकारी क्षेत्रका अस्पतालमा मासिक रुपमा सम्पादन गरिएका सम्पूर्ण सेवाहरुको अभिलेख अनुसारको एकिकृत प्रतिवेदन गर्नका लागि यो फारम प्रयोग गरिन्छ । मासिक प्रतिवेदन मार्फत अस्पतालबाट प्रदान गरिएका सेवाहरुको वास्तविक अवस्थाको अनुगमन र विश्लेषण तथा अस्पतालको प्रगती मापन गर्न यस फारमको आवश्यकता परेको हो ।

यो प्रतिवेदन महिना भुक्तान भएको ७ दिन भित्र तयार गरी सम्बन्धित निकाय (जिल्ला (जन)स्वास्थ्य कार्यालय, व्यवस्थापन महाशाखा) मा पठाउनुपर्दछ । HMIS Online Software को Access पाइसकेका अस्पतालहरुले तोकएको समयअबधिभित्र नै सफ्टवेयरमा प्रतिवेदन प्रबिष्ठ गर्नुपर्दछ ।

महल शीर्षक	निर्देशन
OWNERSHIP TYPE	स्वास्थ्य संस्था निजी, सहकारी, सामूदायिक आदि खुलाउनुपर्दछ ।
FACILITY TYPE	स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार अस्पताल, पोलीक्लिनिक आदि खुलाउनुपर्दछ ।
VAT/PAN No.	स्वास्थ्य संस्थाको भ्याट वा प्यान नं. खुलाउनुपर्दछ ।
प्रतिवेदनको मुख पृष्ठको माथिल्लो भागका केही भागबाहेक सम्पूर्ण भागहरू HMIS 9.4 सरकारी अस्पताल प्रतिवेदन फारामको जस्तै गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ ।	

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

संस्थाको	नामः					प्रतिवेदन पेश गरेको	मितिः	..../... .../२०७ ...
	ठेगाना	जिल्लाः					आ.ब.	२०७ ... / २०७ ...
		नगर/गाउँपालिका		वडा नं.			महिनाः	

क्र.स.	स्वास्थ्यकर्मिको नाम	पद	फिल्डमा काम गरेको दिन	सही
१				
२				

क्र.स.	विवरण	खोप क्लिनिक (सख्या)	खोप सेसन (पटक)	गाँउघर क्लिनिक (सख्या)
१	यस महिनामा संचालन हुनुपर्ने			
२	यस महिनामा संचालन/ प्रतिवेदन भएको			

खोप कार्यक्रमः गतिविधिहरू			ईकाइ	**खोप क्लिनिक संचालन स्थान**						**जम्मा**
खोप सेवा पाएकाहरूको जम्मा संख्या			जना							
बि.सि.जी.	खोप पाएको बच्चा संख्या		जना							
	AEFI भएका संख्या		जना							
डि.पि.टी.–हेप बि–हिब	खोप पाएको बच्चा संख्या	पहिलो	जना							
		दोस्रो	जना							
		तेस्रो	जना							
	AEFI भएका संख्या		जना							
पोलियो (OPV)	खोप पाएको बच्चा संख्या	पहिलो	जना							
		दोस्रो	जना							
		तेस्रो	जना							
	AEFI भएका संख्या		जना							
पि.सि.भि.	खोप पाएको बच्चा संख्या	पहिलो	जना							
		दोस्रो	जना							
		तेस्रो	जना							
	AEFI भएका संख्या		जना							
रोटा	खोप पाएको बच्चा संख्या	पहिलो	जना							
		दोस्रो	जना							
	AEFI भएका संख्या		जना							
एफ.आई.पि.भी. (fIPV)	खोप पाएको बच्चा संख्या	पहिलो	जना							
		दोस्रो	जना							
	AEFI भएका संख्या		जना							
दादुरा-रुवेला	खोप पाएको बच्चा संख्या	पहिलो (९ महिना)	जना							
		दोस्रो (१५ महिना)	जना							
	AEFI भएका संख्या		जना							
जे.ई. (१२ महिना)	खोप पाएको बच्चा संख्या		जना							
	AEFI भएका संख्या		जना							
१ बर्षपछि डि.पि.टी/हेप.वि/हिब, पोलियो ३ मात्रा पूरा गरेको			जना							
टि.डी. खोप	पाएका गर्भवती महिला संख्या	पहिलो	जना							
		दोस्रो	जना							
		दोस्रो +	जना							
	AEFI भएका संख्या		जना							

भ्याक्सिन प्राप्त तथा खर्च विवरण (डोजमा)

क्र.सं.	विवरण	ईकाइ	बि.सि.जी.	डि.पि.टी.–हेप.बि–हिब	पोलियो (OPV)	पि.सि.भि.	रोटा	एफ.आई.पि.भी	दादुरा-रुवेला	जे.ई.	टि.डी.
१	प्राप्त भएको खोप	डोज									
२	खर्च भएको खोप	डोज									

क्र.सं.	गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमः गतिविधिहरू			ईकाइ	गाउँघर क्लिनिक संचालन स्थान						जम्मा
१	**सेवा दिएको संख्या (क्लिनिकमा दर्ताको आधारमा)**			जना							
(क)	**२ महिना मुनिका विरामी शिशुको वर्गिकरण तथा उपचार**										
२	जम्मा विरामी संख्या		२८ दिन सम्मका	जना							
३			२९–५९ दिन सम्मका	जना							
४	बर्गिकरण	ब्याकटेरियाको गंभिर संक्रमण	२८ दिन सम्मका	जना							
५			२९–५९ दिन सम्मका	जना							
६		ब्याकटेरियाको स्थानीय संक्रमण	२८ दिन सम्मका	जना							
७			२९–५९ दिन सम्मका	जना							
८		कडा कमलपित्त (जण्डिस)	२८ दिन सम्मका	जना							
९			२९–५९ दिन सम्मका	जना							
१०	उपचार	एमोक्सिसिलिन	२८ दिन सम्मका	जना							
११			२९–५९ दिन सम्मका	जना							
१२		जेण्टामाईसिन	पहिलो डोज पाएका संख्या	जना							
१३			पुरा डोज पाएका संख्या	जना							
१४		कोट्रिम पिडियाट्रिकवाट	२८ दिन सम्मका	जना							
१५			२९–५९ दिन सम्मका	जना							
१६	रेफर गरेको		२८ दिन सम्मका	जना							
१७			२९–५९ दिन सम्मका	जना							
१८	फलोअप विरामी संख्या			जना							
१९	मृत्यू संख्या		२८ दिन सम्मका	जना							
२०			२९–५९ दिन सम्मका	जना							
(ख)	**२ महिना देखि ५ बर्ष सम्मका विरामी बच्चाको वर्गिकरण तथा उपचार**										
२१	जम्मा विरामी संख्या			जना							
२२	बर्गिकरण	श्वासप्रश्वास रोग	न्यूमोनिया नभएको रुघाखोकी	जना							
२३			न्यूमोनिया	जना							
२४			धैरै कडा रोग/कडा न्यूमोनिया	जना							
२५		झाडापखाला	जल वियोजन नभएको	जना							
२६			केही जल वियोजन	जना							
२७			कडा जल वियोजन	जना							
२७			दीर्घ झाडापखाला	जना							
२८			आँउ रगत	जना							
२९		अन्य ज्वरो		जना							
३०		कुपोषण/रक्त अल्पता		जना							
३१		कडा कुपोषण/कडा रक्त अल्पता		जना							
३२		अन्य बर्गिकरण		जना							
३३	उपचार	एमोक्सिसिलिन वाट		जना							
३४		कोट्रिम पिडियाट्रिक वाट		जना							
३४		पुर्नजलिय झोल र जिङ्क चक्की वाट		जना							
३६		जुकाको औषधीवाट		जना							
३७		भिटामिन ए बाट		जना							
३८		अन्य (जस्तै प्राथमिक उपचार)		जना							
३९	फलोअप संख्या			जना							
४०	रेफर गरेको		श्वासप्रश्वास रोग भएका	जना							
४१			झाडापखाला भएका	जना							
४२			अन्य	जना							
४३	मृत्यू संख्या		श्वासप्रश्वास रोगवाट	जना							
४४			झाडापखालावाट	जना							
४५			अन्य	जना							

क्र.सं.	गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रमः गतिविधिहरू			ईकाइ	गाउँघर क्लिनिक संचालन स्थान						जम्मा
(ग)	**पोषण कार्यक्रम**										
४८	बालबालिकाको पोषण स्थिति	०–११ महिना	सामान्य तौल भएका	जना							
४९			जोखिम तौल भएका	जना							
५०			अति जोखिम तौल भएका	जना							
५१		१२–२३ महिना	सामान्य तौल भएका	जना							
५२			जोखिम तौल भएका	जना							
५३			अति जोखिम तौल भएका	जना							
५४	जन्मेको ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र गराएको			जना							
५५	जन्मेको ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र नगराएको			जना							
५६	६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना शुरु		गराएको	जना							
५७			नगराएको	जना							
(घ)	**गर्भवती सेवा**										
५८	गर्भवती जाँच गराएका महिलाको संख्या			जना							
५९	जुकाको औषधी वितरण गरिएका गर्भवती संख्या			जना							
६०	आइरन चक्की वितरण गरिएका गर्भवती महिला संख्या		नयाँ	जना							
६१			दोहोऱ्याइ आएका	जना							
(ङ)	**सुत्केरी सेवा**										
६२	सुत्केरी जाँच गराएका महिलाको संख्या			जना							
६३	४५ आइरन चक्की पाएका सुत्केरी महिलाको संख्या			जना							
६४	भिटामिन ए पाएका सुत्केरी महिलाको संख्या			जना							
(च)	**परिवार नियोजन सेवा**										
६५	कण्डम वितरण संख्या			गोटा							
६६	पिल्स चक्की वितरण गरेको महिलाको संख्या			जना							
६७	डिपो सेवा प्रदान गरेको महिलाको संख्या			जना							
६८	खाने चक्की पिल्स वितरण गरेको			साईकल							
६९	डिपो वितरण गरेको			डोज							
(छ)	औलो रोग नियन्त्रण कार्यक्रम										
७०.	रक्त नमूना संकलन गरेको संख्या			स्लाईड							
७१.	शंकास्पद विरामीलाई रेफर गरेको संख्या			जना							
(ज)	**क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम**										
७२	नियमित नभएका विरामीको खोज गरेको संख्या			जना							
७३	शंकास्पद विरामीलाई रेफर गरेको संख्या			जना							
(झ)	**कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम**										
७४	नियमित नभएका विरामीको खोज गरेको संख्या			जना							
७५	शंकास्पद विरामीलाई रेफर गरेको संख्या			जना							
(ञ)	**विविध क्रियाकलापहरू**										
७६	सामान्य चिकित्सा दिएको संख्या (५ वर्षभन्दा माथि)			जना							
७७	विद्यालय र समुदायमा स्वास्थ्य शिक्षा दिएको पटक			पटक							

(ट)	**महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम**						
७८	आमा समुहको वैठकमा स्वास्थ्यकर्मीले भाग लिएको	पटक		८१	यस महिनामा कोषको लगानी भएको रकम	रू.	
७९	कोषबाट ऋण लिने नयाँ महिलाहरुको संख्या	जना		८२	यस महिनामा कोषबाट खर्च भएको रकम	रू.	
८०	यस महिनामा कोषमा आम्दानी भएको रकम	रू.		८३	यस महिनामा असुल भएको रकम	रू.	

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालय, … … … … … … … … …
… …

मासिक प्रगती प्रतिवेदन

स्वास्थ्य संस्था कोड:						
पालिका					वडा	
प्रेसित मिति:		/		/	२०७ …	
प्राप्त मिति:		/		/	२०७ …	

आर्थिक बर्षः २०७ … /७…
चलानी नं. _____

श्री जिल्ला (जन) स्वास्थ्य कार्यालय,
_____

बिषय: जन स्वास्थ्य कृयाकलापहरुको मासिक प्रगती प्रतिवेदन पेश गरेको

प्रतिवेदनको अबधिः … … … … … महिना, २०७ … साल

उमेर समूह	नयाँ सेवाग्राहीको सँख्या		जम्मा (नयाँ/ पुराना) सेवाग्राही		रेफर गरिएका जम्मा सेवाग्राही	
	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.
०-९ बर्ष						
१०-१९ वर्ष						
२०-५९ बर्ष						
≥ ६० बर्ष						

कार्यक्षेत्र भित्र पर्ने निकाय	संचालन/ प्रतिवेदन हुनुपर्ने (संख्या)	संचालन/ प्रतिवेदन भएको (संख्या)	सेवा पाएका जम्मा सेवाग्राहीको संख्या
गाउँघर क्लिनिक			
खोप क्लिनिक			
खोप सेसन			
म. स्वा. स्व. से.			

क्र. सं	स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	गोलो
1	प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र	1
2	स्वास्थ्य चौकी	2
3	सहरी स्वास्थ्य केन्द्र	3
4	सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई	4
5	संस्थागत/जिल्ला स्वास्थ्य क्लिनिक	5

क्र. सं.	उपलब्ध सेवाहरु	गोलो
1	Birthing Centre	1
2	BEOC Site	2
3	Safe Abortion Listed Site	3
4	IUCD Service Site	4
5	Implant Service Site	5

क्र. सं.	उपलब्ध सेवाहरु	गोलो
6	Adolescent Friendly Site	6
7	OTC Site	7
8	DOTS Centre	8
9	Microscopy Site	9
10	Laboratory Service	10

क्र. सं.	उपलब्ध सेवाहरु	गोलो
11	HTC Site	11
12	PMTCT Site	12
13	ART Site	13
14	Other ….	14
15	Other ….	15

प्रतिवेदन तयार गर्ने:
सही _____
नाम _____
पद _____

प्रमाणित गर्ने
सही _____
नाम _____
पद _____

१. खोप कार्यक्रम

खोपको प्रकार		बि.सी.जी.	डी.पी. टी-हेप वि.- हिब.			पोलियो (OPV)			पी. सी. भी.			रोटा		एफ.आई.पि.भी.		दादुरा-रुबेला		जे.ई १२ महिना	एक बर्ष उमरपछि डी.पी. टी-हेप वि.- हिब.र पोलियोको तेश्रो मात्रा पुरा	टि. डी.(गर्भवती महिला)		
			पहिलो	दोस्रो	तेस्रो	पहिलो	दोस्रो	तेस्रो	पहिलो	दोस्रो	तेस्रो	पहिलो	दोस्रो	पहिलो	दोस्रो	पहिलो (९ म)	दोस्रो (१५ म)			पहिलो	दोस्रो	दोस्रो+
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
खोप पाएका बच्चाहरुको संख्या																						
खोप (डोज)	प्राप्त भएको																					
	खर्च भएको																					
AEFI cases																						

२. समुदायमा आधारित नवशिशु तथा वालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (CB-IMNCI)

२ महिना भन्दा कम उमेरका बच्चा	जम्मा बिरामी		बर्गिकरण								उपचार									रेफ़र		फलोअप	मृत्यु	
			गम्भीर संक्रमण		स्थानिय संक्रमण		कडा कमल पित्त (जण्डिस)		कम तौल/ स्तनपान सम्बन्धि समस्या		एमोक्सिसिलिन		एम्पिसिलिन		जेन्टामाइसिन (गम्भिर संक्रमण भएका मात्र)		कोट्रिम पि.		अन्य एन्टीबायोटिक					
	≤ २८ दिन	२९-५९ दिन	≤ २८ दिन	२९-५९ दिन	≤ २८ दिन	२९-५९ दिन	≤ २८ दिन	२९-५९ दिन	≤ २८ दिन	२९-५९ दिन	≤ २८ दिन	२९-५९ दिन	≤ २८ दिन	२९-५९ दिन	पहिलो डोज	पुरा डोज	≤ २८ दिन	२९-५९ दिन		≤ २८ दिन	२९-५९ दिन		≤ २८ दिन	२९-५९ दिन
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
स्वास्थ्य संस्था																								
गाउँघर क्लिनिक																								

२ देखि ५९ महिना सम्मका बच्चा	जम्मा बिरामी	बर्गिकरण																	उपचार							रेफ़र			फलो अप	मृत्यु		
		स्वासप्रस्वास			झाडापखाला					औलो									कडा/निमोनिया													
		निमोनिया नभएको रुघाखोकी	निमोनिया	कडा निमोनिया/ धेरै कडा रोग	जलवियोजनको बर्गिकरण: जलवियोजन नभएको	जलवियोजनको बर्गिकरण: केहि जलवियोजन	जलवियोजनको बर्गिकरण: कडा जलवियोजन	दीर्घ झाडापखाला	ऑउ/ रगत	फाल्सिपरेम औलो	फाल्सपरम नभएको औलो	धेरै कडा ज्वरोजन्य रोग/ कडा जटिल औलो	दादुरा	कानको समस्या	ज्वरो	कडा कुपोषण	रक्त-अल्पता	अन्य	एमोक्सिसिलिन	कोट्रिम पि.	अन्य एन्टीबायोटिक	ओ. आर.एस. र जिंक चक्की	आइ. भी. फ्लुइड	जुकाको औषधी	भिटामिन ए	स्वास प्रस्वास	झाडापखाला	अन्य		स्वासप्रस्वास	झाडापखाला	अन्य
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
स्वास्थ्य संस्था																																
गाउँघर क्लिनिक																																

३. पोषण कार्यक्रम

यस महिनामा बृध्दि अनुगमनका लागि दर्ता भएका नयाँ बच्चा		बृध्दि अनुगमन गरिएका बालबालिकाहरुको पोषण स्थिति (नयाँ तथा दोहो- याइआएका)					
		०-११ महिना			१२-२३ महिना		
		सामान्य	जोखिम	अति जोखिम	सामान्य	जोखिम	अति जोखिम
1	2	3	4	5	6	7	8
पहिलो पटक भेट							
दोहो- याइआएको							

आइरन/जुकाको औषधी पाएका गर्भवती महिला			आइरन/भिटामिन ए पाएका सुत्केरी महिला	
पहीलो पटक आइरन चक्की	१८० आइरन चक्की	जुकाको औषधी	४५ आइरन चक्की	भिटामिन ए
1	2	3	4	5

भिटामिन ए/जुकाको औषधी पाएका ५ बर्ष भन्दा कम उमेरका बालबालिका (अर्ध-बार्षिक)			जुकाको औषधी पाएका छात्रा/छात्रहरु (अर्ध-बार्षिक)	
भिटामिन ए		जुकाको औषधी		
६-११ म.	१२-५९ म.		छात्रा	छात्र
1	2	3	4	5

शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम

उमेर समूह	लिंग	गत महिनाको अल्प्य सम्मका बच्चा	भर्ना गरिएका		रेफर भई आएका	डिस्चार्ज भएको					स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएका	महिनाको अन्त्यम जम्मा बच्चा
			नयाँ भर्ना	पुनः भर्ना		निको भएको	मृत्यु भएको	डिफल्टर भएको	निको नभएको	अस्पतालमा पठाएको		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
< ६ महिना	महिला											
	पुरूष											
६- ५९ महिना	महिला											
	पुरूष											

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण र बाल भीटा प्रबर्धन 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

स्तनपान मात्रै गराएका		
समयमै थप आहार खुवाउन शुरु गरेका		

Fortified Flour Distribution

बच्चा संख्या	महिला	
	पुरूष	
गर्भवित महिला		
सुत्केरी महिला		

४. महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम

सुरक्षित मातृत्व/ परिवार नियोजन कार्यक्रम			इकाई	संख्या
1			2	3
आमा समुहको 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 सातौ दिन	जना	
भिटामिन ए वितरण गरिएका सुत्केरी महिला			जना	
कण्डम वितरण गरेको			गोटा	
पिल्स वितरण गरेको			साईकल	

समुदायमा आधारित नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन			संख्या
1			2
२ महिना भन्दा कम	बिरामी बच्चा	≤ २८ दिन	
		२९-५९ दिन	
	कोट्रिमबाट उपचार गरी स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण	≤ २८ दिन	
		२९-५९ दिन	
२-५९ महिना	स्वासप्रस्वास रोगका जम्मा बिरामी		
	निमोनिया नभएका बिरामी		
	कोट्रिमबाट उपचार गरिएका बिरामी		
	झाडापखाला भएका बिरामी		
	ओ. आर.एस. र जिंक चक्कीबाट उपचार		
	ओ. आर.एस. खर्च (प्याकेट)		
	जिंक चक्की खर्च (चक्की)		
मृत्यु	≤ २८ दिन		
	२९-५९ दिन		
	२-५९ महिना		

मातृ मृत्यु (स्वास्थ्य संस्था बाहेक)	गर्भावस्था	
	प्रशुती अवस्था	
	सुत्केरी अवस्था	

शिघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन (IMAM) कार्यक्रम		संख्या
1		2
एम.यु.ए.सी. छनौट	हरियो (ह्रष्टपुष्ट)	
	पहेलो (मध्यम शिघ्र कुपोषण)	
	रातो: (कडा शिघ्र कुपोषण)	
	फुकेनास	
घरधुरी भेट र आनुगमन	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	

५. जनसंख्या व्यवस्थापन कार्यक्रम

विद्यालय स्तरमा किशोरकिशोरी लक्षित साथी शिक्षा कार्यक्रम		
कार्यक्रम लागु भएको बिद्यालय संख्या		
प्रतिवेदन गर्ने बिद्यालय संख्या		
परामर्श पाएका जम्मा संख्या	छात्रा	
	छात्र	
सुपरिवेक्षण गरिएका विद्यालय संख्या		
संचालनमा रहेका सूचना केन्द्र संख्या		

६. सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम

गर्भवती सेवा	< २० बर्ष	≥ २० बर्ष
पहिलो पटक गर्भवती जाँच गरेका महिला		
चौथो महिनामा गर्भवती जाँच गरेका महिला		
प्रोटोकल अनुसार ४ पटक गर्भवती जाँच		

प्रसूति सेवा	स्वा. सं.	घर
दक्ष प्रसुतिकर्मीबाट		
अन्य स्वास्थ्यकर्मीबाट		

प्रसूतिको किसिम	प्रिजेन्टेशन		
	Cephalic	Shoulder	Breech
सामान्य (Spontaneous)			
भ्याकुम/फोरसेप			
सल्यक्रिया			

प्रसूतिको परिणाम		एकल बच्चा	बहु बच्चा	
			जुम्ल्याहा	≥ तिम्ल्याहा
आमाहरुको संख्या				
जम्मा जीवित जन्म	महिला			
	पुरूष			

जन्म तौल	जिवित जन्म		
	जम्मा संख्या	निसासिएको	बिकलांग
सामान्य (≥ २.५ के.जी.)			
कम (1.5 - < २.5 के.जी.)			
धेरै कम (< 1.5 के.जी.)			

मृत जन्म संख्या		नाभी मलम लगाएको	रक्त संचार गरिएका	
Fresh			महिला	
Macerated			पिन्ट	

सुत्केरी जाँच		
	२४ घण्टा भित्र	
	प्रोटोकल अनुसार ३ पटक	

Obstetric Complications	ICD Code	Number
Ectopic pregnancy	O00	
Abortion complication	O08	
Preg.-induced hypertension	O13	
Severe/Pre-eclampsia	O14	
Eclampsia	O15	
Hyperemesis grivadarum	O21.0	
Antepartum haemorrhage	O46	
Prolonged labour	O63	
Obstructed Labor	O64-O66	
Ruptured uterus	S37.6	
Postpartum haemorrhage	O72	
Retained placenta	O73	
Pueperal sepsis	O85	
Other complications	O75	

स्वास्थ्य संस्थामा भएको मातृ मृत्यु	गर्भावस्था	प्रसूति अवस्था	सुत्केरी अवस्था	स्वास्थ्य संस्थामा भएक्रो नवशिशु मृत्यु

आमा सुरक्षा कार्यक्रम		महिला संख्या	
		पाउनुपर्ने	पाएका
प्रोत्साहन	यातायात खर्च		
	गर्भवती उत्प्रेरणा		

सुरक्षित गर्भपतन सेवा		मेडिकल	सर्जिकल
गर्भपतन सेवा पाएका जम्मा महिला	< २० वर्ष		
	≥ २० वर्ष		
गर्भपतन पश्चात् प. नि. साधन अपनाएका	छोटो अबधिको		
	लामो अबधिको		
गर्भपतन पश्चात् जटिलता भएका			
PAC सेवा पाएका			

७. परिवार नियोजन कार्यक्रम

अस्थायी साधन	नयाँ प्रयोगकर्ता		हाल आपनाई रहेका	सेवामा नियमित नभएका	साधन वितरण	
	< २० वर्ष	≥ २० बर्ष			इकाई	परिमाण
कण्डम					गोटा	
पिल्स					साइकल	
डिपो					डोज	
आई. यु. सी. डी.					सेट	
इम्प्लान्ट					सेट	

बन्ध्याकरण	नयाँ प्रयोगकर्ता				हाल आपनाईरहेका	
	स्वास्थ्य संस्था		शिविर			
	महिला	पुरूष	महिला	पुरूष	महिला	पुरूष
सरकारी						
गैर सरकारी						

सुत्केरी पश्चात प. नि. सेवा अपनाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र)	आई. यु. सी. डी.	इम्प्लान्ट	ट्युबेक्टोमी

८. गाउँघर क्लिनिक र समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रम

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

९. कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

बिवरण		एम. बी.		पि. बि.	
		महिला	पुरूष	महिला	पुरूष
1		2	3	4	5
कुल जम्मा बिरामी संख्या	गत महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी संख्या				
	कहिले पनि पहिले दर्ता नगरेका नयाँ बिरामी (New cas				
	पुनः रोग बल्झिएका बिरामी (Relapsed cases)				
	फेरी उपचार शुरु गरेका बिरामी (Retreatment cases)				
	स्थानान्तरण भई आएका बिरामी (Transferred in cases)				
यस महिनामा उपचार लिएका बिरामीहरू					
जम्मा घटाईएका	निर्देशन अनुसार उपचार पुरा गरेका (RFT)				
	स्थानान्तरण भई अन्यत्र गएका (Transfer Out)				
	डिफल्टर भएका (Defaulter)				
	अन्य घटाईएका (Other Deduction)				
यस महिनाको अन्त्यमा जम्मा बिरामी संख्या					
यस महिनाको अन्त्यमा १४ बर्ष मुनिका जम्मा बिरामी संख्या					
नयाँ बिरामी मध्ये स्मेयर जाँच गरेको संख्या					
नयाँ बिरामीहरुमा स्मेयर जाँचेको मध्ये किटाणु देखिएको संख्य					
नयाँ बिरामीहरुमध्ये १४ बर्षमुनिका जम्मा बिरामीको संख्या					

बिरामीको असमर्थताको श्रेणी: बिरामीको प्रकार	श्रेणी ०		श्रेणी १		श्रेणी २		नजाँचेको	
	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
नयाँ बिरामीहरू								
१४ बर्षमुनिका नयाँ बिरामीहरु								
निर्देशन अनुसार उपचार पुरा गरेका (RFT)								

कोहर्ट प्रतिवेदन (नयाँ दर्ता गरिएका बिरामी)	जम्मा दर्ता भएका		निर्देशन अनुसार उपचार पुरा गरेका (RFT)		डिफल्टर भएका		अन्य घटाईएका		हाल उपचारमा रहेका	
	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
एम. बी. बिरामी (१८ महिनापछि)										
पी. बी. बिरामी (९ महिनापछि)										

क्र.सं.	नयाँ बिरामीको नाम	जात	उमेर		जिल्ला	गाउँ/नगरपालिका	वार्ड नं.	प्रकार	श्रेणी
			म.	पु.					

१०. औलो नियन्त्रण कार्यक्रम

रक्त नमूना संकलन		परिक्षण तथा नतिजा	Micros-copy बाट मात्र	RDT बाट मात्र	Micros-copy र RDT दुबैबाट	औलोको उपचार पाएका विरामी संख्या	
1	2	1	2	3	4	1	2
ACD		परिक्षण				जम्मा	
PCD		पोजेटिभ				गर्भवती	

औलोको प्रकार	बर्गिकरण		< ५ बर्ष		≥ ५ बर्ष	
			महिला	पुरूष	महिला	पुरूष
1	2		3	4	5	6
Plasmodium Vivax (पि. भी.)	स्थानिय					
	आयातित					
Plasmodium Falciparum (पि. एफ.)	स्थानिय					
	आयातित					
Plasmodium Mixed (पि. मिक्स)	स्थानिय					
	आयातित					
औलो रोगीको जम्मा संख्या	सम्भावित औलो रोगी					
	निश्चित गरिएको सामान्य विरामी					
	सम्भावित सिकिस्त विरामी					
	निश्चित गरिएको सिकिस्त विरामी					
उपचार गरिएका औलो रोगीको जम्मा संख्या	सम्भावित औलो रोगी					
	निश्चित गरिएको सामान्य विरामी					
	सम्भावित सिकिस्त विरामी					
	निश्चित गरिएको सिकिस्त विरामी					
मृत्यु संख्या	सम्भावित औलो रोगी					
	निश्चित गरिएका औलो रोगी	पि. भी.				
		पि. एफ.				

११. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम (Tuberculosis Control Program)

Case Registration (1)	New		Relapse		Treatment After Failure		Treatment After Loss to Follow-up		Other Previously Treated		Previous Treatment History Unknown		Transfer In	
	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
Pulmonary (BC)														
Pulmonary (CD)														
Extra Pulmonay (BC or CD)														

Registration (BC or CD) [2]	0-4 Years		5-14 Years		15-24 Years		25-34 Years		35-44 Years		45-54 Years		55-64 Years		≥ 65 Years	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
All New																
All Relapse																

Private Sector and Community Involvement in Referral/Diagnosis [5]		PBC (New)		PBC (Relapse)		PBC (Excl New & Relapse)		PCD (All)		EP (All)	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
No of TB Patients	Reffered by Community										
	Referred/Diagnosed by Private HF								DTC Sit		
	Diagnosed by Contact Tracing										

Sputum Conversion (Bacteriologically Confirmed Cases) [8]	No of Cases Registered		Negative		Positive		Died		Lost to Follow Up		Not Evaluated	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14	15
New												
Relapse												
Treatment After Failure												
Treatment After Lost to Follow-up												
Others Previously Treated												
Previous Treatment History Unknown												

Registration by Treatment Category [3]		Adult		Child (0-14 Years)		
		Cat I	Cat II	Cat I	Cat II	Cat III
1		2	3	4	5	6
Sex of Patient	Female					
	Male					

At the Time of TB Diagnosis [41]		Patients Tested for HIV	With Known HIV Status
1		2	3
Sex of Patient	Female		
	Male		

TB-HIV Activities: All TB Cases [42]	HIV +ve TB Patients		HIV +ve TB Patients on			
			ART		CPT	
	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7
During this Month						
Till Date (Cumulative)						

Sputum Smare Examination Result by Microscopy [6]								
Sex	Presumptive TB Case Examined (Persons)		Smear Examination				Follow -Up Case (Slides)	
			Slides A		Slides B			
	+ve	-ve	+ve	-ve	+ve	-ve	+ve	-ve
1	2	3	4	5	6	7	8	9
F								
M								

Gene-Xpert Examination Result [7]					
Sex	MTB Detected		MTB Not Detected	Invalid /Error/No result	Test In-determinate
	RIF Sensitive	RIF Resistant			
F					
M					

11. Tubercluosis Control Program

Treatment Outcome [9]			No of Cases Registered		Cured		Completed		Failure		Died		Lost to Follow Up		Not Evaluated*	
			F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
PBC	New															
	Relapse															
	Treatment After Failure															
	Treatment After Lost to Follow-up															
	Others Previously Treated															
	Previous Treatment History Unknown															
	HIV +ve, All Types															
PCD & EP	New	PCD														
		EP (BC or CD)														
	Others	PCD														
		EP (BC or CD)														
	HIV +ve, All Types															

** Due to Transfer Out & moved to second line treatment register*

Practical Approach to Lung Health (PAL) [5]		Sex	
		F	M
1	2	3	4
A	Total no of OPD Visits in the Month		
B	Total Respiratory cases (TRC) Among Total ODP Visits		
B1	Received Antibiotics Among TRC		
B2	TB Suspects Among TRC		
B21	Sputum Examination (S/C/X) Among TB Suspected		
B211	Bacteriologically +ve PTB Among Sputum Examined		
C	Smokers Identified Among CRD (ACT) Cases*		
C1	Tobacco Cessation Counseled Among Smokers Identified		
C11	Smokers Who Commit to Quit After Counseling		
C12	Smokers Who Quitted Smoking After Counseling		

CRD = Chronic Respiratory Disease, ACT = Asthma, COPD, TB

१२. कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रम (Kala-azar Control Programme)

Patient Type		Age/Sex				Method of Diagnosis				Treated With		No of Deaths	
		< 5 Years		≥ 5 Years		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-genous	Within District												
	Outside District												
Foreigner													

** Liposomal Amphotericin B/ Miltefosine*

3. DR Tuberculosis Control Program

Drug Resistant (DR) TB Case Registration [1]	Sex	
	Female	Male
1	2	3
New		
Relapse		
Treatment After Loss to Follow-up		
Treatment After Failure (Cat I)		
Treatment After Failure (Cat II)		
Transfer In		
Others		
HIV +ve RR-TB/DR-TB cases		
All confirmed XDR-TB cases		
DR TB Pa. Under Current Treatment		

Sputum Conversion of DR TB Cases: No of months completed treatment [3]		Regd. Cases	Lost to Follow-up	Died	Not Evaluated	Smear Result			Culture Result			Ctmn <10 C*
						-ve	+ve	NA	-ve	+ve	NA	
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
6 months (Regd. 12 months ago)	All confirmed RR/MDR-TB											
	HIV-positive RR/MDR-TB											
	All confirmed XDR-TB											
12 months (Regd. 16 months ago)	All confirmed RR/MDR-TB											
	HIV-positive RR/MDR-TB											
	All confirmed XDR-TB											

** Contamination <10 colonies*

New Registered DR TB Cases [2]		Sex	
		Female	Male
		2	3
Age Group	0-4 Years		
	5-14 Years		
	15-24 Years		
	25-34 Years		
	35-44 Years		
	45-54 Years		
	55-64 Years		
	≥ 65 Years		

Treatment Outcome: DR TB Patient Type* [4]		No of Cases Registered		Cured		Completed		Failure		Died		Lost to Follow Up		Not Evaluated	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
All confirmed RR/MDR-TB	New														
	Relapse														
	Treatment after Loss to Follow-up														
	Treatment After Failure Cat I														
	Treatment After Failure Cat II														
	Transfer In														
	Others														
HIV-positive RR/MDR-TB															
All confirmed XDR-TB															

** TB cases started on a second-line TB drug regimen in calendar year: _____*

12. HIV/AIDS Program

Testing and Counseling with Result (To be filled by HTC Sites only)

	Age Group	Indicator	Sex Workers			People who inject drugs (PWIDs)			MSM & TG			Blood or Organ Recipients			Clients of Sex Workers			Migrants			Spouse/Partners of Migrants			Others		
			F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG
	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
Testing and Counseling with Result	≤ 14 ys	Tested																								
		Positive																								
	≥ 15 yrs	Tested																								
		Positive																								

Prevention of Mother-To-Child Transmission (PMTCT) of HIV (To be filled from MCH and HIV Treatment Care Register)

Counseling and Testing **(Blue Color Section from HMIS 3.6)**									ART Started				HIV+ve Women		Exposed Baby	
Antenatal(ANC)			Labour & Delivery			Postnatal										
Counseled	Tested	Positive	Counseled	Tested	Positive	Counseled	Tested	Positive	Before Pregnanacy	Antenatal(ANC)	Labour & Delivery	Postnatal	Male Partner who know their status	Number of Deliveries	Number of Live births	Started ARV Prophylaxis

HIV Positive Individual Information (For both HTC and PMTCT cases)

Source (7.1 or 3.6)	Client code	District	Sex	Age	Risk group	WHO Stage	Source (7.1 or 3.6)	Client code	District	Sex	Age	Risk group	WHO Stage

12. HIV/AIDS Program

HIV Exposed Baby- Early Infant Diagnosis (EID)							
Within 2 months		2 - 9 months		9 - 18 months		Antibody > 18 mo.	
Positive	Negative	Positive	Negative	Positive	Negative	Positive	Negative
1	2	3	4	5	6	7	8

Needle Syringe Exchange Programme	
Out	**In**
1	2

Sexually Transmitted Infection Management -*To be filled by STI sites Designated to provide treatment of Risk group (Key Populaiton)*

Risk Groups/ Key Population Group	Total Clients Assessed	STI Cases - by Etiology					
		Cervicitis	Vaginitis	Herpes genitalis	GNID	Syphilis	
					Gm Stain +ve	Diagnosed	Treated
1	2	3	4	5	6	14	15
Female Sex Workers (FSWs)							
People who Inject Drugs (PWIDs)							
MSM and TG							
Clients of FSWs							
Male migrants							
Spouses of male migrants							
Pregnant women							
Neonates							
Others							

STI Cases by Sex		No of Cases		
		F	M	TG
1		2	3	4
Etiological Mgmt of STI	Screened/Couns.			
	Diagnosed			
	Treated			
Presumptive Treatment to SWs				
Asymptomatic Partners Treated				

OST Indicators	Methadone			Buprenorphin		
	F	M	TG	F	M	TG
1	2	3	4	5	6	7
Clients on OST at end of of last month						
New Clients Enrolled at this month						
Clients Re-entry at this month						
Clients Completed OST at this month						
Clients Drop Out at this month						
Clients on OST at End of this month						

12. HIV/AIDS Program

Antiretroviral Treatment: Status of HIV Care		of This Month	Age Group in Years									Total	By Target population					Total
			Adult			Child (Female)			Child (Male)				SW	PWID	MSM and TG	Migrant	Others	
			F	M	TG	< 1	1-4	5-14	< 1	1-4	5-14							
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Enrollment in ART	Clients ever enrolled in ART at the end of last month	Beginning (1a)																
	New clients started ART	New (1b)																
	Clients on ART transferred in	New (1c)																
Clients ever enrolled in ART at end of this month		Cumulative (2)= 1a+1b+1c																
Deduction	Total Clients on ART transfer-out	New																
		Cumulative (3a)																
	Total deaths reported	New																
		Cumulative (3b)																
	Total Clients missing (MIS)	New																
		Cumulative (3c)																
	Total Clients lost to follow-up (LFU)	New																
		Cumulative (3d)																
	Total Clients Stopping Treatment (ST) ART	New																
		Cumulative (3e)																
Total number of clients currently on ART		End (4)=(2)-(3a+3b+3c+3d+3e)																
Out of them (4)	Clients in original 1st line regimen	End (4.1)																
	Clients in substituted 1st line regimen	End (4.2)																
	Clients switched on to 2nd line regimen	End (4.3)																
Clients medically eligible but not started ART		During (5)																
Clients having CD4 count less than 200 cells/mm3		During (6)																
Clients having viral load less than 1000 copies/ml		During (7)																

Treatment Adherence on	
Accessed	
> 95% (A)	
80-95% (B)	
< 80% (C)	

Regimen	Adult	Child
First Line		
AZT/3TC/EFV		
AZT/3TC/NVP		
TDF/3TC/NVP		
TDF/3TC/EFV		
Second Line		
TDF/3TC/ LPVr		
ZDV/3TC/ LPv/r		

13. HIV/AIDS Program: Opportunistic Infections

Opportunistic Infections		Bacterial Pneumonia	TB	Candidiasis	Diarrhoea	Cryptococcal Meningitis	PCP*	Cytomegato Virus	Herpes Zoster	Genital Herpes	Toxo-plasmosis	Others
Diagnosed	Male											
	Female											
	TG											
Treated	Male											
	Female											
	TG											

Number of Days: ARV Drug Stock Out	
Adult	
Pediatric	

** Pneumocysitis Pneumonia (PCP)*

13. HIV/AIDS Program: Opportunistic Infection and TB

Overall Status of Mgmt of OIs: Age Group	Total no of PLHIV served this month for OI services			PLHIV diagnosed & treated for OI this month			Assessed for TB this month			HIV Patients initiated IPT this month (new)			New clients on TB treatment			HIV Patients received CPT		
	F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG	F	M	TG
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
< 5 years																		
5- 14 years																		
≥ 15 Years																		

१४. लिंग र जात/जाती अनुसारको प्रतिबेदन

जात/जाती	पूर्ण खोप पाएका बच्चा संख्या		नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा लिएका बच्चा संख्या		२. बर्षभन्दा मुनिका कम तौल भएका बच्चाहरुको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका	सुरक्षित गर्भपतन सेवा पाएका	ओ. पी. डी. मा आएका नयाँ बिरामी संख्या (५ वर्ष माथि)		अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएका बिरामी		एच. आई. भी. संक्रमित नयाँ बिरामी			नयाँ कुष्ठरोगीहरुको संख्या		नयाँ क्षयरोग बिरामीहरुको संख्या		लैंगिक हिंसाबाट पिडितको संख्या	
	म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.			म.	पु.	म.	पु.	म.	पु.	टि.जी	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	21	22
दलित																					
जनजाती																					
मधेशी																					
मुस्लिम																					
ब्राह्मन/क्षेत्री																					
अन्य																					

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

SN	ICD Code	Name of Disease	Female	Male
		A. Communicable, Immunizable		
001	B05.9	Measles		
002	A36.9	Diptheria		
003	A37.9	Whooping Cough		
004	A33	Neonatal Tetanus		
005	A35	Tetanus		
006	A16.9	Tuberculosis		
007	G83	Acute Flaccid Paralysis (AFP)		
008	B06.9	Rubella		
009	B26.9	Mumps		
010	B01.9	Chicken Pox		
011	B16.9	Hepatitis B		
		B. Communicable, Vector Borne		
012	A86	Acute Encephalitis like Syndrome (AES)		
013	B74.9	Filariasis		
014	B54	Clinical Malaria		
015	B50.9	Malaria (Plasmodium Falciparum)		
016	B51.9	Malaria (Plasmodium Vivax)		
017	A90	Dengue Fever		
018	B55.9	Kala-azar/Leshmaniasis		
		C. Communicable, Water/Food Borne		
019	A01.0	Typhoid (Enteric Fever)		
020	A09	Acute gastro-enteritis (AGE)		
021	A06.9	Ameobic Dysentery/Amoebiasis		
022	A03.9	Bacillary Dysentery/Shigellosis		
023	K52.9	Presumed non-infectious diarrhoea		
024	A00.9	Cholera		
025	B82.9	Intestinal Worms		
026	R17	Jaundice		
027	B15.9	Hepatitis A		
028	B17	Hepatitis E		
029	E86	Volume Depletion (Dehydration)		

SN	ICD Code	Name of Disease	Female	Male
		D. Other Communicable Diseases		
030	A30.9	Leprosy		
031	G03.9	Meningitis		
		E. HIV/STI		
032	B20	HIV Infection		
033	A54	Urethral Discharge Syndrome (UDS) Gonococal		
034	N49	Scrotal Swelling Syndrome (SSS)		
035	N89.8	Vaginal Discharge Syndrome (VDS)		
036	N74	Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS)		
037	A54.3	Neonatal Conjuctive Syndrome (NCS)		
038	N76.6	Genital User Disease Syndrome (GUDS) - female		
039	N50.8	Genital User Disease Syndrome (GUDS) - male		
040	A55	Inguinal Bubo Syndrome (IBS)		
041	A51	Syphilis		
		F. Other Infected Diseases		
042	J22	ARI/Lower respiratory tract infection (LRTI)		
043	J06	Upper respiratory tract infection (URTI)		
044	J18	Pneumonia		
045	J15	Severe pneumonia		
046	J40	Bronchitis (Acute & chronic)		
047	N39	Urinary Tract Infection (UTI)		
048	J11	Viral Influenza		
049	N99	Reproductive Tract Infection (RTI) - Female		
050	N51*	Reproductive Tract Infection (RTI) - Male		
		G. Nutritional & Metabolic Disorder		
051	E04	Goitre, Cretinism		
052	E14	Diabetes Mellitus (DM)		
053	E46	Malnutrition		
054	E50	Avitaminoses & other nutrient deficiency		
055	E66	Obesity		
056	D64	Anaemia/Polyneuropathy		
057	G62	Polyneuritis		

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

SN	ICD Code	Name of Disease	Female	Male
		H. Skin Diseases		
058	L70	Acne		
059	B07	Warts		
060	L81.1	Chloasma/ melasma		
061	L50	Urticaria		
062	L30.9	Dermatitis/Eczema		
063	L65	Alopecia		
064	L80	Vitiligo		
065	E70.3	Albinism		
066	B00	Herpes simplex		
067	B02	Herpes zoster		
068	L53.9	Erythroderma		
069	L01.0	Impetigo		
070	L02	Boils		
071	L02.0	Abscess		
072	L02.9	Furunculosis		
073	L43	Fungal infection (Lichen planus)		
074	B86	Scabies		
075	L81.5	Leukoderma		
076	L40	Psoriasis		
077	L04	Acute Lymphadenitis		
		I. Ear, Nose and Throat Infection		
078	H66.0	Acute Suppurative Otitis Media		
079	H66.1	Chronic Suppurative Otitis Media		
080	J32	Sinusitis		
081	J03	Acute Tonsilitis		
082	J02	Pharyngitis/Sore throat		
083	T16	Foreign body in ear		
084	T17.1	Foreign body in nose		
085	T17.2	Foreign body in throat		
086	H61.2	Wax		
087	J33	Nasal Polyps		

SN	ICD Code	Name of Disease	Female	Male
		I. Ear, Nose and Throat Infection …		
088	J34.2	Deviated nasal septum (DNS)		
089	J31	Rhinitis		
090	H60	Otitis externa		
091	K21.0	Reflux laryngitis		
		J. Oral Health Related Problems		
092	K02	Dental caries		
093	K08.8	Toothache		
094	K05	Periodontal disease (gum disease)		
095	K08.9	Other disorder of teeth		
096	K12	Oral ulcer (Aphthous & herpetic)		
097	K01.1	Tooth impaction		
098	K00.4	Hypoplasia		
099	K13.2	Leukoplakia		
100	B37	Fungal infection (candidiasis)		
101	K04	Oral space infection & abscess		
		K. Eye Problems		
102	H10	Conjunctivitis		
103	A71	Trachoma		
104	H26	Cataract		
105	H54	Blindness		
106	H52	Refractive error		
107	H40	Glaucoma		
108	H53.5	Colour blindness		
109	H05.2	Exophthalmos		
110	H00.0	Sty		
111	H00.1	Chalazion		
112	H11.0	Pterygium		
113	E14.3†	Diabetic retinopathy		
114	H35	Hypertensive retinopathy		
115	H02	Entropion		
116	H02.1	Ectropion		

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

SN	ICD Code	Name of Disease	Female	Male
		K. Eye Problems …		
117	H26.1	Traumatic eye disease		
118	H20	Uveitis		
119	H35.3	Macular degeneration (age related)		
120	H53.0	Amblyopia (Lazy eye)		
121	H50	Squint		
122	H35.5	Retinitis pigmentosa		
123	H53.6	Nightblindness/visual disturbance		
124	C69.2	Retinoblastoma		
		L. Obstetrics Complications		
125	O00	Ectopic Pregnancy		
126	O08	Abortion Complication		
127	O13	Pregnancy Induced Hypertension (PIH)		
128	O14	Severe/ Pre-eclampsia		
129	O15.0	Antepartum Eclampsia		
130	O15.1	Intrapartum Eclampsia		
131	O15.2	Postpartum Eclampsia		
132	O21	Hyperemesis Grivadarum		
133	O46	Antepartum Haemorrhage		
134	O63	Prolonged labour		
135	O64-O66	Obstructed Labor		
136	S37	Ruptured Uterus		
137	O72	Postpartum Haemorrhage		
138	O73	Retained Placenta		
139	O75	Other Complications of labor and delivery		
140	O85	Pueperal Sepsis		
		M. Gynae Problems		
141	N73	Pelvic Inflammatory Disease (PID)		
142	N81.4	Prolapsed uterus		
143	N92	Menstrual disorder		
144	N93	Disfunctional Uterine Bleeding (DUB)		
145	N97	Sub- fertility (Female)		
146	N46	Sub- fertility/ infertility (Male)		

SN	ICD Code	Name of Disease	Female	Male
		N. Mental Health related problems		
147	F03	Dementia		
148	F10	Addiction (ch. acoholisim, Dipsomania, drug)		
149	F20	Schizophrenia		
150	F23	Acute psychotic disorder		
151	F31	Bipolar affective disorder		
152	F32	Depression		
153	F40	Phobic Anxiety		
154	F41	Other Anxiety		
155	F42	Obsessive - compulsive disorder		
156	F44	Conversive disorder (Hysteria)		
157	F48	Neurosis		
158	F79	Mental retardation		
159	G40	Epilepsy		
160	G43	Migraine		
161	F99	Mental illness (unspecified)		
		O. Malignancy		
162	C50	Breast cancer		
163	C53	Cervical/ uteri cancer		
164	C34	Lung/ brunchial Cancer		
165	C15	Oesophagus cancer		
166	C16	Stomach cancer		
167	C73	Thyroid cancer		
168	C22	Liver cancer		
169	C25	Pancreatic cancer		
170	C79.5	Bone/ bone marrow cancer		
171	C23	Gall bladder cancer		
172	C19	Colorectal (colon with rectum) cancer		
173	C06	Oral cancer		
174	C85	Lymphoma cancer		
175	C56	Ovary cancer		
176	C67	Urinary bladder cancer		
177	C11	Nasopharyngeal cancer		

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

SN	ICD Code	Name of Disease	Female	Male
		O. Malignancy ...		
178	C49.0	Head & neck cancer		
179	C80	Other Cancer		
		P. Cardiovascular & Respiratory Related Problems		
180	I10	Hypertension		
181	I50.0	Congestive heart failure		
182	I50.9	Cardiac heart failure		
183	J44	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)		
184	I01	Acute rheumatic fever		
185	I09	Rheumatic heart disease (RHD)		
186	I24	Ischemic heart disease		
187	I52*	Other cardiovascular problems		
188	J45	Bronchial asthma		
		Q. Other Diseases & Injuries		
189	N17	Acute Renal failure		
190	N18	Chronic Renal failure		
191	N05	Nephritis		
192	N04	Nephrotic syndrome		
193	R51	Headache		
194	R50	Pyrexia of Unknown Origin (PUO)		
195	K29	Gastritis (APD)		
196	W57	Insect/Wasp bite		
197	R10	Abdominal Pain		
198	K74	Cirrhosis of liver		
199	T30	Burns and Scalds		
200	T65	Toxic Effect		
201	W54	Dog Bite		
202	A82	Other rabies susceptible animal bite		
203	T63.0	Snake bite: Poisonous		
204	W59	Snake bite: Non-poisonous		
205	Z73	Physical Disability (Disabled Person)		

SN	ICD Code	Name of Disease	Female	Male
		R. Orthopaedic Problems		
206	T14	Falls/ injuries/ fractures		
207	V89	Road Traffic Accident (RTA)		
208	M06	Rheumatoid arthritis		
209	M13	Arthritis		
210	M19	Osteo arthrosis		
211	M54.9	Back ache (musculo- skeletal pain)		
		S. Surgical Problems		
212	K27	Acid peptic disorders		
213	K60.2	Anal Fissure		
214	K60.3	Anal fistula		
215	K63.2	Fistula of Intestine		
216	N20.0	Renal stones		
217	N63	Breast lumps (adenoma)		
218	N61	Mastitis (Ignored breast)/breast abscess		
219	N64.4	Mastalgia breast		
220	D17	Lumps (lipoma)		
221	L72.1	Sebaceous cyst		
222	L05	Pilonidal sinus		
223	K37	Appendicitis		
224	K81	Cholecystitis		
225	K80	Cholelithiasis (gall stone)		
226	K46	Hernia		
227	N43	Hydrocoele		
228	N47	Phimosis/para-phimosis		
229	I84	Haemorrhoids/Piles		
230	N45	Epididymitis/ Orchitis		
231	N41	Prostatism (BEP/BPH)		
232	**R69**	**Not mentioned above and other**		
		Total New OPD Visits		
		Total Old (repeated) OPD Visits		

16. Laboratory Services

DE	Test		No.
	HAEMATOLOGY		
1	Hb		
2	RBC Count		
3	TLC		
4	Platelets Count		
5	DLC		
6	ESR		
7	PCV/Hct		
8	MCV		
9	MCH		
10	MCHC		
11	RDW		
12	Blood Group & Rh Type		
13	Coombs test		
14	Retics		
15	PBS/PBF		
16	HbA1c		
17	Special Stain	MPO	
18		PAS	
19	Sickling Test		
20	Urine for Hemosiderin		
21	BT		
22	CT		
23	PT-INR		
24	APTT		
25	Bone Marrow Analysis		
26	Aldehyde test		
27	MP Total		
28	Smear MP Pos	PF	
29		PV	
30		P-MIX	
31	MF	Total	
32		Pos.	
33	LD Bodies		
34	Hb Electrophoresis		
35	LE cell		

DE	Test		No.
36	ALC		
37	AEC		
38	FDP		
39	D-dimer		
40	Fac VIII		
41	Fac IX		
42	Others		
	IMMUNOLOGY		
43	Pregnancy Test (UPT)		
44	ASO		
45	CRP		
46	RA Factor		
47	TPHA	Total	
48		+Ve	
49	ANA		
50	Anti-dsDNA		
51	RPR/VDRL	Total	
52		+Ve	
53	CEA		
54	CA-125		
55	CA-19.9		
56	CA-15.3		
57	Toxo		
58	Rubella		
59	CMV		
60	HSV		
61	Measles		
62	Echinococcus		
63	Amoebiasis		
64	PSA		
65	Ferritin		
66	Cysticercosis		
67	Brucella		
68	Thyroglobulin		
69	Anti TPO		
70	Protein Electrophoresis		

DE	Test		No.
71	Anti-CCP		
72	RK-39	Total	
73		+Ve	
74	JE	Total	
75		+Ve	
76	Dengue	Total	
77		+Ve	
78	Rapid MP test	Total	
79		+Ve PV	
80		+Ve PF	
81	Mantoux test		
82	Chikungunya	Total	
83		P+ve	
84	Scrub Typhus	Total	
85	H. Pylori		
86	Leptospira		
87	Others		
	BIOCHEMISTRY		
88	Sugar		
89	Blood Urea		
90	Creatinine		
91	Sodium (Na)		
92	Potassium (K)		
93	Calcium		
94	Phosphorus		
95	Magnesium		
96	Uric acid		
97	Total Cholesterol		
98	Triglycerides		
99	HDL		
100	LDL		
101	Amylase		
102	Micro albumin		
103	Bilirubin		
104	SGPT		
105	Alk Phos		

DE	Test		No.
106	SGOT		
107	Total Protein		
108	Albumin		
109	Gamma GT		
110	24hr urine protein		
111	24hr urine U/A		
112	Creatinine Clearance		
113	Iron		
114	TIBC		
115	CPK-MB		
116	CPK-NAC		
117	LDH		
118	Iso-Trop-I		
119	Others		
	BACTERIOLOGY		
120	Gram stain		
121	Culture	Blood	
122		Urine	
123		Body Fluid	
124		Swab	
125		Stool	
126		Water	
127		Pus	
128		Sputum	
129		CSF	
130		Others	
131	Sputum AFB		
132	Other AFB		
133	Leprosy Smear		
134	India Ink Test		
135	Fungus	KOH Test	
136		Culture	
137	Others		
	VIROLOGY		
138	HIV	Total	
139		+Ve	

DE	Test		No.
140	HAV	Total	
141		+Ve	
142	HBsAg	Total	
143		+Ve	
144	HCV	Total	
145		+Ve	
146	HEV	Total	
147		+Ve	
148	Anti-HBs		
149	HBeAg		
150	Anti-HBe		
151	HBcAg		
152	Anti-HBcAg		
153	Western blot		
154	CD4 count		
155	Viral load		
156	Others		
	PARASITOLOGY		
157	Stool R/E		
158	Occult blood		
159	Reducing sugar		
160	Urine R/E		
161	Bile salts		
162	Bile pigments		
163	Urobilinogen		
164	Porphobilinogen		
165	Acetone		
166	Chyle		
167	Specific Gravity		
168	Bence Jones protein		
169	Semen analysis		
170	Others		
	HORMONE/ENDOCRINE		
171	T3		
172	T4		
173	TSH		

DE	Test		No.
174	Cortisol		
175	AFP		
176	β-HCG		
177	LH		
178	FSH		
179	Prolactin		
180	Oestrogen		
181	Progesterone		
182	Testosterone		
183	Vit.D		
184	Vit.B12		
185	Others		
	DRUG ANALYSIS		
186	Carbamazepine		
187	Cyclosporine		
188	Valporic acid		
189	Phenytoin		
190	Digoxine		
191	Tacrolimus		
192	Others		
	HISTOPATHOLOGY/ CYTOLOGY		
193	Biopsy	H & E	
194		Other	
195	Cytology	Pap	
196		Giemsa	
197		Others	
	IMMUNO-HISTO CHEMISTRY		
198	ER		
199	PR		
200	G-FAP		
201	s-100		
202	Vimentin		
203	Cytokeratin		
204	Others		

Government of Nepal
Ministry of Health & Population
Department of Health Services
Health Management Information System
Hospital Level Monthly Reporting Form
… … … … … … … … … … … … …, Hospital

Fiscal Year:	207 … / 207 …
Reference No:	

To … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … …

Subject: Submission of Monthly Report on Hospital Services : ……. Month, **207……** Year.

Health Facility Code:													
Palika:											Ward		
Dispatched Date:	/ / 207 …												
Received Date:	/ / 207 …												
Number of Beds	Sanctioned												
	Operational												

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

Emergency Services	
Total Clients Served	
Female	Male

Total Patients Admitted	
Total Inpatient Days	

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
PHC Outreach Clinic			
Immunization Clinic			
Immunization Session			
FCHV			

Referrals	Referral In	Referred Out		
		Outpatient	In-patient	Emergency
Female				
Male				

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	
Nuclear Medicine	Persons	
Total Preventive service Provided	Persons	
Total Laboratory service Provided	Persons	
Other Service Provided (if any)	Persons	

Prepared By

Signature
Name of Medical Recorder

Approved by

Signature
Name of Hospital Superintendent/ Director

1. Summary of Indoor Services

A. Inpatient Outcome

Age Group	Recovered/Cured		Not Improved		Referred Out		DOR/LAMA/DAMA		Absconded		Death < 48 Hours		Death ≥ 48 Hours	
	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male
≤ 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 Years														

Neonate Form	Gastational Weeks			
	22 - 27	28 - 36	37 - 41	≥ 42
Primi				
Multi				
Grand Multi				

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

Type of Surgeries		Number of Surgeries		Post Operative Infection
		Female	Male	
Major				
Intermediate				
Minor	Outpatients			
	Inpatients			
	Emergency			
Plaster				

Death Information		Female	Male
Hospital Death	Early Neonatal		
	Late Neonatal		
	Maternal (All)		
	Post-operative*		
	Other		
Brought Dead			
Postmortem Done			

** Excluding Neonatal & Maternal Death*

Free health service summary		
Cost Exemtion	No. of Patients	Total Exempted cost (NRS)
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
Outpatients							
Inpatients							
Emergency							
Referred Out							

B. Inpatient Morbidity (No. of Patients Discharged)

ICD Code	Diseases	≤ 28 Days		29 Days-1 Yr		01-04 Years		05-14 Years		15-19 Years		20-29 Years		30-39 Years		40-49 Years		50-59 Years		≥ 60 Years		Total Deaths	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Health Management Information System

Hospital Monthly Reporting Form

… … … … … … … … … … … … …, **Hospital**

OWNERSHIP TYPE	
FACILITY TYPE	
VAT/PAN No.	

Fiscal Year:	207 … / 207 …
Reference No:	

Health Facility Code:							

Dispatched Date:	/ / 207 …
Received Date:	/ / 207 …

Number of Beds	Sanctioned	
	Operational	

To … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … …

Subject: Submission of Monthly Report on Hospital Services : ……. Month, **207……** Year.

Total Patients Admitted	
Total Inpatient Service Days	

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

Emergency Services	
Total Clients Served	
Female	Male

Diagnostic/Other Services	Unit	Number
X-ray	Number	
Ultrasonogram (USG)	Number	
Echocardiogram (Echo)	Number	
Electro Encephalo Gram (EEG)	Number	
Electrocardiogram (ECG)	Number	
Trademill	Number	
Computed Tomographic (CT) Scan	Number	
Magnetic Resonance Imaging (MRI)	Number	
Endoscopy	Persons	
Colonoscopy	Persons	
Nuclear Medicine	Persons	
Total Preventive service Provided	Persons	
Total Laboratory service Provided	Persons	
Other Service Provided (if any)	Persons	

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
PHC Outreach Clinic			
Immunization Clinic			
Immunization Session			
FCHV			

Referrals	Referral In	Referred Out		
		Outpatient	In-tpatient	Emergency
Female				
Male				

Prepared By

Signature

Name of Medical Recorder

Approved by

Signature

Name of Hospital Superintendent/ Director

Achronymes

ACD	Active Case Detection
ACT	Artemisinin-Based Combination Therapy
AEFI	Adverse Events Following Immunization
AES	Acute Encephalitis like Syndrome
AFB	Acid-Fast Bacili
AFP	Acute Flaccid Paralysis
AGE	Acute Gastro-Enteritis
ALC	Absolute Lymphocyte Count
Alk Phos	Alkaline Phosphatase
ANC	Antenatal Care
APH	Antepartum Hemorrhage
APTT	Activated Partial Thromboplastin Time
ARI	Acute Respiratory Tract Infection
ART	Anti Retroviral Treatment
ARV	Anti Retro Viral
ASO	Arteriosclerotic Obliterans
AZT/3TC/EFV	Azido-Thymidine / Dideoxythiacytidine/ Efavirenz
BCG	Bacillus Calmette - Guerin
BEOC	Basic Emergency Obstetric Care
BI	Bacterial Index
C/S	Cesarian Section
CAC	Comprehensive Abortion Care
CB-IMCI	Community Based Integrated Management of Childhood Illnesses
CHU	Community Health Unit
CHW	Child Health Worker
CHX	Chlorhexidine
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPT	Cotrimoxazole Prophylaxis Treatment
CRD	Chronic Renal Disease
CSF	Cerebrospinal Fluid
CT Scan	Computed Tomographic Scan
D&E	Dilatation and Evacuation
DAMA	Discharge Against Medical Advice
DD MM YY	Day, Month, Year
DF	Defaulter
DM	Diabetes Mellitus
DNA-ELISA	Deoxyribonucleic Acid- Enzyme Linked Immunosorbent Assay
DNS	Deviated Nasal Septum
DOTS	Directly Observed Treatment Shortcourse
DPT/Hep. B/Hib	Diptheria Portusis Titanus/ Hepatitis B/ Hemophylus Influnza Type B
DST	Dexamethasone Suppression Test
DUB	Disfunctional Uterine Bleeding
ECG	Electro Cardio Gram

Echo	Echocardiogram
EDD	Expected Date of Delivery
EEG	Electro Encephalo Gram
EHF Score	Eyes, Hands and Feet disability Score
EL (L)	Ear Lobe (Left)
EL (R)	Ear Lobe (Right)
ENT	Ear, Nose and Throat
EP	Extra Pulmonary
EP-BC	Extra Pulmonary: Bacteriologically Confirmed
EP-CD	Extra Pulmonary: Clinically Diagnosed
EPI	Expanded Programme on Immunization
ESR	Erythrocyte Sedimentation Rate
EVA	Electric Vaccum Aspiration
FCHV	Female Community Health Volunteer
FSH	Follicle Stimulating Hormone
FSW	Female Sex Worker
Gamma GT	Gamma Gene Transfer
GDS	General Danger Signs
G-FAP	Glial Fibrillary Acidic Protein
GNID+ve	Gram-Negative Intracellular Diplococci Positive
GUDS	Genital Ulcer Disease Syndrome
HAV	Hepatitis A virus
Hb	Hemoglobin
HbA1c	Glycated Hemoglobin A1c Test
HBsAg	Hepatitis B Surface Antigen
HCV	Hepatitis C Virus
HDL	High Density Lipoprotein
HEV	Hepatitis E Virus
HF	Health Facility
HIV	Human Immuno Deficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
HP	Health Post
HTC	HIV Testing and Counseling
IBS	Inguinal Bubo Syndrome
ICD Code	International Classification of Disease Code
IDU	Injecting Drug Users
IFA	Iron Folic Acid
IMAM	Integrated Management of Acute Malnutrition
IPT	Isoniazid Prophylaxis Therapy
IUCD	Intra Uterine Contraceptive Device
IV Fluid	Intra-Venous Fluid
K	Potassium
KATFR	Kala-Azar Treatment Failure Rate
LAMA	Left Against Medical Advice
LAPS	Lower Abdominal Pain Syndrome
LBI	Local Bacterial Infection

LDH	Lactate Dehydrogenase
LDL	Low Density Lipoprotein
LE	Leukocyte Esterase
LFU	Lost to Follow Up
LH	Luteinizing Hormone
LMP	Last Menstruation Period
LRTI	Lower Respiratory Tract Infection
MA	Medical Abortion
MB	Multi Bacillary
MCHC	Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration
MCV	Mean Corpuscular Volume
MDR TB	Multi-Drug Resistant Tuberculosis
MDT	Multi Drug Therapy
MI	Medical Induction
MIS	Missing
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MRN	Master Registration Number
MSM	Men who have Sex with Men
MUAC	Mid Upper Arm Circumferance
MVA	Manual Vaccum Aspiration
NA	Not Applicable
Na	Sodium
NBI	Narrow Band Imaging
ND	Normal Delivery
NGO	Non-Government Organization
OCP	Oral Contraceptive Pills
OD	Other Deduction
OI	Opportunistic Infection
OPD	Outpatient Department
OPT	Outpatient Physical Therapy
OPV	Oral Polio Vaccine
ORC	Out Reach Clinic
OST	Opoid Substitution Therapy
OTC	Outpatient Therapeutic Center
PAC	Post Abortion Care
PAL	Practical Approach to Lung Health
PB	Pauci Bacillary
PBC	Pulmonary: Bacteriologically confirmed
PCD	Passive Case Detection
PCD	Pulmonary: Clinically Diagnosed
PCP	Post-Coital Pill
PCV	Pneumococal Vaccine
PF	Plasmodium Falciparum
PHCC	Primary Health Care Centre
PID	Pelvic Inflammatory Disease
PIH	Pregnancy Induced Hypertension
PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission

PNC	Post Natal Care
POD	Prevention of Disability
PPH	Postpartum Hemorrhage
PR	Progesterone Receptor
PRP	Platelet-Rich Plasma
PSBI	Possible Severe Bacterial Infection
PT	Prothrombin Time
PT-INR	Prothrombin Time and International Normalized Ratio
PUO	Pyrexia of Unknown Origin
PV	Plasmodium Vivax
PWID	People Who Inject Drugs
RBC	Red Blood Cell
RDT	Rapid Diagnostic Test
RFT	Release from Treatment
RH +ve/-ve	Rhesus factor positive/negative
RHD	Rheumatic Heart Disease
RIF	Rifampicin
RPR+ve	Rapid Plasma Reagent Positive
RPR-VDRL	Rapid Plasma Reagent- Venereal Disease Reaction Level
RR	Respiration Rate
RR TB	Refampicin Resistant Tuberculosis
RTA	Road Traffic Accident
RTI	Reproductive Tract Infection
RUTF	Ready to Use Theraupetic Food
S	Smear Microscopy
SBA	Skilled Birth Attendant
SGOT	Serum Glutamic-Oxaloacetic Transaminase
SGPT	Serum Glutamate Pyruvate Transaminase
SHP	Sub Health Post
SN	Serial Number
SP	Systolic Pressure
SRN	Service Registration Number
SSS	Scrotal Swelling Syndrome
ST	Sensory Test
ST	Stop Treatment
STI	Sexually Transmitted Infection
TAD	Treatment After Defaulter
TAF	Treatment After Failure
TD	Tetanus Deptheria
TG	Trans Gender
TLC	Thin Layer Chromatography
TO	Transferred Out
TPHA	Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
TPPA+ve	Treponema Pallidum Haemagglutination Assay Positive
TRC	Total Respiratory Cases
TSH	Thyroid-Stimulating Hormone

UBC	Urban Health Centre
UDS	Utheral Discharge Syndrome
URTI	Upper Respiratory Tract Infection
USG	Ultrasonogram
UTI	Urinary Tract Infection
VDC	Village Development Committee
VDRL	Venereal Disease Reaction Level
VDS	Vaginal Discharge Syndrome
VMT	Voluntary Muscle Test
VVM	Vaccine Vial Monitor
WBC	White Blood Cell
WHO	World Health Organization
X	Gene Xpert
ZDV/3TC/LPV/r	Zidovudine /Dideoxythiacytidine/ Efavirenz
β-HCG	Beta- Human Chorionic Gonadotropin

निर्देशिका तर्जुमामा संलग्न महानुभावहरूको नामावली

श्री मुक्तिनाथ खनाल, स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा, व्यवस्थापन महाशाखा
श्री रामचन्द्र खनाल, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
श्री भोगेन्द्र राज डोटेल, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा
श्री पवन कुमार घिमिरे, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा
श्री ध्रुव राज घिमिरे, बाल स्वास्थ्य महाशाखा
श्री वसन्त अधिकारी, बाल स्वास्थ्य महाशाखा,
श्री दीपक दाहाल, स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा, व्यवस्थापन महाशाखा
श्री मनोज ताम्राकार, स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा, व्यवस्थापन महाशाखा
श्री बिनोद पौडेल, स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा, व्यवस्थापन महाशाखा
श्री नवराज भट्ट, स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा, व्यवस्थापन महाशाखा
श्री ऋृषी राम सिग्देल, पश्चिमान्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय, पोखरा
श्री बिनोद आचार्य, मध्यपश्चिमान्चल क्षेत्रिय स्वास्थ्य निर्देशनालय, सुर्खेत
श्री केशव ज्ञवाली, पूर्वाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय, धनकुटा
श्री सीताराम घिमिरे, सुदुपश्चिमान्चल क्षेत्रिय स्वास्थ्य निर्देशनालय दिपायल, डोटी
श्री दिवाकर सापकोटा, स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना शाखा, व्यवस्थापन महाशाखा
श्री उत्तम प्याकुरेल, मध्यमाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय
श्री जनार्दन न्यौपाने, जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, काभ्रे
श्री पुष्पराज जोशी, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
श्री लेखनाथ पन्थी, जिल्ला जनस्वास्थ्य कार्यालय, ललितपुर
श्री केशव रिजाल, राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालीम केन्द्र
डा. हेमन्त ओझा, राष्ट्रिय एच.आइ.भि. एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री शम्भु काफ्ले, राष्ट्रिय एच.आइ.भि. एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र
श्री प्रदीप पौडेल, नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम
श्री सविता तुलाधर, हेल्थ फर लाइफ
श्री सुजय भट्टाचार्य नेपाली, युनीसेफ
श्री दिनेश बिष्ट, ग्लोबल फन्ड
श्री हनी मल्ल, सेभ द चिल्ड्रेन
श्री माधव चौलागाई, एफ.एच.आई.
श्री शुशील लेखक, विश्व स्वास्थ्य सङ्गठन
डा. अतुल दाहाल, विश्व स्वास्थ्य सङ्गठन
श्री लिलाधर ढकाल, हेल्थ फर लाइफ

निर्देशिका परिमार्जनमा संलग्न महानुभावहरुको नामावली

डा. विकास देवकोटा, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि.
डा. भीम सिं तिंकरी, जनस्वास्थ्य प्रशासन, अनुगमन तथा मूल्यांकन महाशाखा, स्वास्थय मन्त्रालय
श्री मुक्तिनाथ खनाल, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री कृष्ण वहादुर चन्द, वाल स्वास्थ्य महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री कपिल तिमल्सेना, वाल स्वास्थ्य महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री दिवाकर सापकोटा, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि
श्री दीपक दाहाल, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री बिनोद पौडेल, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री मनोज ताम्राकार, जनस्वास्थ्य प्रशासन, अनुगमन तथा मूल्यांकन महाशाखा, स्वास्थय मन्त्रालय
श्री कृष्णराज पाण्डे, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री समिर कुमार अधिकारी, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री गिरीश कुमार झा, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री सूर्य बहादुर खड्का, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा पुर्नजागरण महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री बसन्त श्रेष्ठ, वाल स्वास्थ्य महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री दीपक झा, वाल स्वास्थ्य महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री बसुन्धरा शर्मा, वाल स्वास्थ्य महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री बिनोद आचार्य, मध्यपश्चिमान्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय, सुर्खेत
श्री हरि ओम पोखरेल, जिल्ला जन स्वास्थ्य कार्यालय, ललितपूर
श्री उत्तम प्याकुरेल, इपिडेमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री जनार्दन न्यौपाने, जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, काभ्रे
श्री पुष्पराज जोशी, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
श्री अर्जुन प्रसाद भेटुवाल, राष्ट्रिय ट्रमा सेन्टर, महाबौद्ध
श्री वीर बहादुर रावल, राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र, स्वा.से.वि.
श्री चेतराज पण्डित, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री केशु काफ्ले, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री सगुन पन्त, राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्र, स्वा.से.वि.
श्री नवराज भट्ट, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री गोपाल प्रसाद अधिकारी, व्यवस्थापन महाशाखा, स्वा.से.वि.
श्री मोना लाकोल, WHO/IPD
श्री उत्तम न्यौपाने, H4L ललितपूर
श्री विजय ढकाल, NSI सानेपा, ललितपूर
श्री जनार्दन पाठक, NSI सानेपा, ललितपूर

परिमार्जित तथा पुराना फारामहरु (HMIS Forms –Revised and Old)

परिमार्जित फारामहरु		पुराना फारामहरु		Remarks
नं.	फाराम	नं.	फाराम	
१	**साझा अभिलेख फारामहरु**			
१.१	मूलदर्ता रजिस्टर	१	मूल दर्ता रजिष्टर	
१.२	स्वास्थ्य सेवा कार्ड	२	सम्पर्क कार्ड	
		४	बिरामी पुर्जा	
१.३	बहिरङ्ग सेवा रजिस्टर	१६ B	दैनिक बिरामी उपचार रजिष्टर	
१.४	स्थानान्तरण र प्रेषण पुर्जा	८	स्थानान्तरण/प्रेषण पुर्जा	
१.५	डिफल्टर र अनियमितता खोज पुर्जा	२६	डिफल्टर अनुगमन पुर्जा	
१.६	समायोजन फाराम	३०	खुला समायोजन फाराम	
२	**नवशिशु तथा बाल स्वास्थ्य**			
२.१	बाल स्वास्थ्य कार्ड	३	बाल स्वास्थ्य कार्ड	
२.२	खोप रजिस्टर	५	खोप रजिष्टर	टी.टी. खोप रजिष्टर खोप रजिस्टरमा समाहित गरिएको
		६	टी.टी. खोप रजिष्टर	
२.३	दुई–वर्षमुनिका बाल-बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर	७	५ वर्षमुनिका बच्चाको पोषण रजिष्टर	
२.४	समुदायमा आधारित एकीकृत बालरोग व्यवस्थापन रजिस्टर	१६ A	एकिकृत बालरोग व्यवस्थापन रजिष्टर	
२.५	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड			थपिएको
२.६	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर			
२.७	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिस्टर अस्पताल			
३	**परिवार स्वास्थ्य**			
३.१	परिवार नियोजन सेवा कार्ड	१२	परिवार नियोजन सेवा फेससिट/कार्ड	
३.२	पिल्स, डिपो सेवा रजिस्टर	१३	परिवार नियोजन सेवा रजिष्टर	
३.३	आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टर	१५	नरप्लान्ट/आई.यु.डी झिकेको दर्ता रजिष्टर	
३.४	परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिस्टर	१४	बन्ध्याकरण दर्ता रजिष्टर	
३.५	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड	९	मातृ स्वास्थ्य सेवा कार्ड	
३.६	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टर	१०	मातृ स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर	
३.७	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिस्टर	११	गर्भपतन सेवा रजिष्टर	
४	**सामुदायिक सेवा**			
४.१	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टर	१७	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर	
४.२	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका सेवा रजिस्टर	२७	वडा स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर	
४.३	राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिस्टर			थपिएको
५	**औलो, कुष्ठरोग र कालाजार**			
५.१	मलेरिया, कुष्ठरोग र कालाजार नमुना सङ्कलन फाराम	१८ A	औलो, कुष्ठ र कालाजार रोगको नमूना संकलन तथा नतिजा विवरण फाराम	

परिमार्जित तथा पुराना फारामहरु (HMIS Forms –Revised and Old)

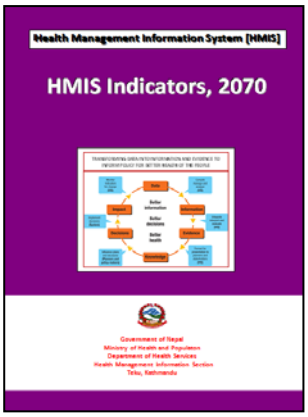
परिमार्जित फारामहरु		पुराना फारामहरु		Remarks
नं.	फाराम	नं.	फाराम	
५.२	औलो, कुष्ठरोग र कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिस्टर	१९	औलो, क्षय, कुष्ठ र कालाजार रोगको प्रयोगशाला परीक्षण रजिष्टर	क्षय रोगको प्रयोगशाला परीक्षण रजिष्टर HMIS 6.2 मा राखिएको
५.३	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिस्टर			२४ औलो तथा कालाजार रोगको वर्गीकरण तथा उपचार रजिष्टर
५.४	कुष्ठरोग परीक्षण तथा उपचार कार्ड	२२	कुष्ठरोगी परीक्षण तथा उपचार कार्ड	
५.५	कुष्ठरोग उपचार रजिस्टर	२३	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर	
६	**क्षयरोग**			
६.१	क्षयरोग खकार परीक्षण अनुरोध फाराम	१८ B	क्षयरोगको नमूना संकलन तथा नतिजा विवरण फाराम	
६.२	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर			औलो र कुष्ठ रोग रजिस्टरबाट छुट्टाईएको
६.३	क्षयरोग उपचार कार्ड : स्वास्थ्य संस्थाका लागि	२० A	क्षयरोग उपचार कार्ड (स्वास्थ्य संस्थामा रहने)	
६.४	क्षयरोग उपचार कार्ड : बिरामीका लागि	२० B	क्षयरोग उपचार कार्ड (बिरामी संग रहने)	
६.५	क्षयरोग उपचार रजिस्टर	२१	क्षयरोग उपचार रजिष्टर	
६.६	पालः धूमपान परित्याग रजिष्टर			
६.७	डी.आर. क्षयरोग प्रयोगशाला रजिस्टर			
६.८	डी. आर. क्षयरोग उपचार रजिस्टर			
७	**एच्. आई. भी/एइस तथा यौन रोग**			
७.१	एच्.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर			थपिएको
७.२	यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिस्टर			
७.३	आमाबाट बच्चामा सर्ने एच्.आई.भी. रोकथाम सेवा रजिस्टर			
७.४	एच्.आई.भी. उपचार तथा सेवा रजिस्टर			
७.५	एच्.आई.भी. बिरामी कार्ड			
७.६	ओ.एस्.टी. रजिस्टर			
८	**अस्पताल**			
८.१	बिरामी भर्ना रजिस्टर	३५	बिरामी भर्ना रजिष्टर	
८.२	बिरामी डिस्चार्ज रजिस्टर	३६	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर	
८.३	आकस्मिक सेवा रजिस्टर	३८	आकस्मिक सेवा रजिष्टर	
९	**मासिक प्रतिवेदन फारामहरु**			
९.१	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका मासिक प्रतिवेदन फाराम			थपिएको
९.२	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन – खोप तथा गाउँघर क्लिनिक	३१	अ.न.मी., ग्रा.स्वा.का. र मा. शि.का.हरुको संयुक्त मासिक फिल्ड	

परिमार्जित तथा पुराना फारामहरु (HMIS Forms –Revised and Old)

परिमार्जित फारामहरु		पुराना फारामहरु		Remarks
नं.	फाराम	नं.	फाराम	
			प्रतिवेदन फाराम	
९.३	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, सहरी स्वास्थ्य क्लिनिक/केन्द्र र सामुदायिक स्वास्थ्य एकाइको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम	३२	प्रा.स्वा.के./स्वा.चौ./उप स्वा.चौ.तहको मासिक प्रगति प्रतिवेदन	
९.४	सरकारी अस्पताल प्रतिवेदन फाराम	३४	जिल्ला/क्षेत्रीय/केन्द्रीय अस्पतालको मासिक प्रतिवेदन	
९.५	गैरसरकारी स्वास्थ्य संस्था प्रतिवेदन फाराम			थपिएको
		२५	स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा संचार कार्यक्रमको रजिष्टर	हटाईएको
			राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम कार्यक्रम	हटाईएको
		२८	स्वास्थ्य कार्यकर्ताको फिल्ड डायरी	हटाईएको
		२९	बन्द समायोजन फाराम	हटाईएको
		३३ A	जिल्ला स्वास्थ्य/जन स्वास्थ्य कार्यालयको मासिक प्रतिवेदन	System generates
		३३ B	जिल्ला स्वास्थ्य/जन स्वास्थ्य कार्यालयको चौमासिक प्रतिवेदन	
		३७	समायोजन फारम (अस्पतालका लागि)	हटाईएको
		३८	समायोजन फारम (अस्पतालका लागि)	हटाईएको

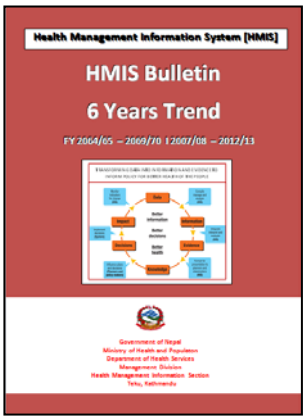
HMIS Publications

परिमार्जित HMIS, 2070 का सूचकहरुको संग्रह

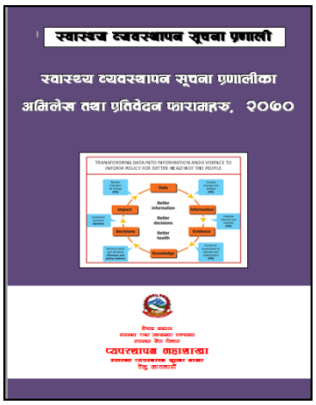


परिमार्जित HMIS का सूचकहरुको ६ बर्षको तुलनात्मक अवस्था

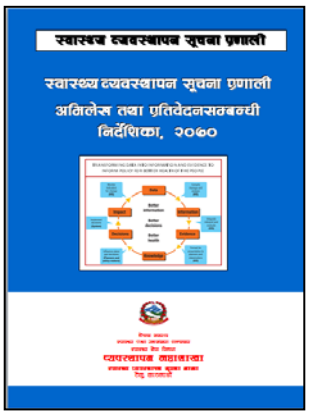
FY 2064/65 – 2069/70



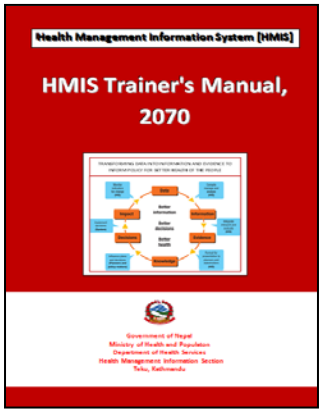
परिमार्जित HMIS, 2070 का फारामहरुको संग्रह



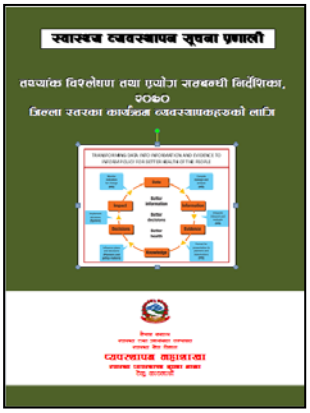
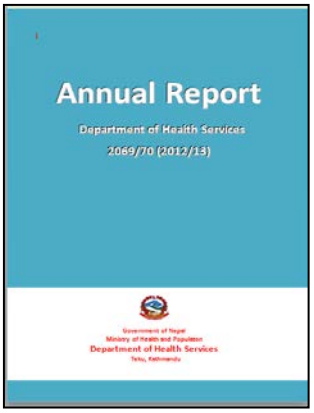
परिमार्जित HMIS, 2070 का फारामहरु भर्ने निर्देशिका



स्वास्थ्य संस्था स्तरमा HMIS का परिमार्जित फारामहरुबारे तलीम प्रशिक्षकहरुका लागि निर्देशिका



जिल्ला स्तरका कार्यक्रम व्यवस्थापकहरुको लागि HMIS तथ्यांक विश्लेषण तथा प्रयोग निर्देशिका



स्वास्थ्य सेवा विभागको बार्षिक प्रतिवेदन