

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदनसम्बन्धी निर्देशिका



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा

टेकु, काठमाडौं

२०७८

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
अभिलेख तथा प्रतिवेदनसम्बन्धी
निर्देशिका

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
व्यवस्थापन महाशाखा
टेकु, काठमाडौं
२०७८

प्रथम संस्करण:

चैत्र, २०७०

दोस्रो संस्करण (परिमार्जन सहित):

जेष्ठ, २०७५

तेस्रो संस्करण (परिमार्जनसहित):

चैत्र, २०७८

©एकिकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन शाखा (IHIMS)

व्यवस्थापन महाशाखा,

स्वास्थ्य सेवा विभाग, टेकु, काठमाण्डौ, नेपाल

मुद्रण:

.....

....., काठमाण्डौ



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग

टेकु, काठमाडौं

मिति: २०७९/१/२३

बिषय:

मन्तव्य

दोस्रो दीघकालीन स्वास्थ्य योजना (सन् १९९७-२०१७) ले स्वास्थ्य सूचना प्रणाली लाइ एकिकृत तथा बिस्तृत रुपमा विकाश गर्ने अवाधराना लिएको छ । यसै अवाधराना लाई मध्यनजर गरी सरकारी गैरसरकारी नीजि तथा सहयोगी संस्थाहरुबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवा हरुलाई समेट्ने गरी सन् २००२ मा स्वास्थ्य क्षेत्र सुधार रणनीति (Health Sector Reform Strategy) लागु गरी स्वास्थ्य क्षेत्र लाइ बढी परिणाममुखी बनाउने अवाधराना को विकाश भयो । यसै रणनीति लाइ कार्यान्वयन गर्न नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजना (Nepal Health Sector Program-Implementation Plan) सन् २००४-२००९ को विकाश गरी कार्यान्वयन गरिएको थियो । स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम कार्यान्वयन योजनाको अन्तिम आठौं बुंदाको परिणाममा सम्पूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्र को सूचना प्रणाली लाइ बिस्तृत तथा एकिकृत रुपमा मूर्तरूप दिने कार्य माथि विशेष जोड दिइएको छ । अतः स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना प्रणाली लाइ एकिकृत तथा बिस्तृत बनाउने र पूर्णता दिने क्रममा सबै प्रदेश, जिल्ला तथा स्थनीयतहमा तालिम संचालन गर्नको लागि २०७० सालमा बनाइएको यो निर्देशिका २०७५ सालमा केहि संसोधन पश्चात हाल पूर्ण रुपमा परिमार्जित गरी “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” तयार गरिएको हो ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा एकिकृत सूचना प्रणाली कार्यान्वयन गर्ने सिलशिलामा सबै प्रदेश, जिल्ला तथा स्थनीय तहमा कार्यरत कर्मचारीहरुलाई तालिम संचालन गर्नको लागि “स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०७०” लाइ परिमार्जन गरी तयार गरिएको छ । स्वास्थ्य क्षेत्र एकिकृत सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली बढी ब्यबस्थित एवं परिणाममुखी बनाउनको साथैसेवा दिने सम्बन्धित स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरु लाइ स्वास्थ्य सेवा सूचना को अभिलेख राख्न, प्रतिवेदन तयार गर्न, ज्ञान तथा शीप अभिवृद्धी यस “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” ले आवस्यक सहयोग पुर्याउने छ भन्ने आशा लिएका छौं ।

यस पुस्तिकालाई आधार मानी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सम्पूर्ण आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरु, अस्पतालहरु, नीजि तथा गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरु ले नेपाल सरकारले निर्धारण गरेको निर्धारित ढांचामा तोकिएको समय भित्र प्रतिवेदन तयार गरी प्राप्त सूचना को आधारमा स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न योजना निर्माण, कार्यान्वयन, अनुगमन, मुल्याकन कार्यका लागि समेत यो निर्देशिका अवस्य धेरै लाभकारी हुनेछ ।

अन्तमा, यस यस “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” तयार पार्ने क्रममा प्रमुख भूमिका निर्वाह गर्ने एकिकृत स्वास्थ्य सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली (IHIMS) शाखाका प्रमुख अनिल थापा तथा उक्त शाखाका सम्पूर्ण कर्मचारीहरु, विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाका प्रतिनिधि हरु लाइ धन्यवाद दिन चाहन्छौं ।

डा.रुद्र प्रसाद मरासनी
निर्देशक
ब्यबस्थापन महाशाखा
स्वास्थ्य सेवा विभाग

डा.दिपेन्द्र रमण सिंह
महा निर्देशक
स्वास्थ्य सेवा विभाग



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग

व्यवस्थापन महाशाखा

टेकु, काठमाडौं

मिति: २०७९/१/२३

बिषय:

दुई शब्द

एकिकृत स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत सरकारी, गैर सरकारी तथा नीजि स्वास्थ्य संस्थाहरु बाट प्रदान भैरहेको स्वास्थ्य सेवाको सूचना एकिकृत रूपमा राष्ट्रिय स्तरसम्म हाल अनलाइन मार्फत संकलन हुदै आइरहेको छ । स्वास्थ्य कार्यक्रमहरुको कुशल ब्यबस्थापनको लागि गुणस्तरीय र भरपर्दो सूचना संकलन गरि प्रयोगमा ल्याउनु समयको माग हुन्छ । यहि उदेश्य अनुरूप आ.व. २०५१/५२ देखि एकिकृत स्वास्थ्य ब्यबस्थापन प्रणालीको शुरुआत भएको हो । यसप्रणालीले स्वास्थ्य कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यान्वयन, अनुगमन तथा मुल्यांकनका हरेक चरणमा सुचनाको प्रयोगलाई जोड दिएको हुन्छ । स्वास्थ्य सेवालाई अझ बढी परिणाममुखी बनाउन र यस क्षेत्रमा आइपर्ने चुनौतीहरुलाई समाधान गर्न आवश्यक पर्ने सूचना संकलन गरी कार्यक्रम ब्यबस्थापनमा सहयोग पुर्याउन एकिकृत स्वास्थ्य सूचना प्रणाली अन्तर्गत प्रयोगमा रहेका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारमहरुमा समयसापेक्ष परिमार्जन तथा थपघट गर्नुपर्ने हुन्छ सोहि अनुसार आ.व. २०५१/५२ पछि आ.व.२०७०/७१ र आ.व.२०७५/७६ मा केहि परिमार्जन पश्चात हाल २०७८/७९ मा पूर्ण रूपमा सबै रजिस्टर तथा फारमहरुमा परिमार्जन गर्नुका साथै १५ वटा नया रजिस्टर तथा फारम हरु थप गरिएको छ ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा एकिकृत सूचना प्रणाली कार्यान्वयन गर्ने सिलशिलामा सबै प्रदेश, जिल्ला तथा स्थानीय तहमा कार्यरत कर्मचारीहरुलाई तालिम संचालन गर्नको लागि “स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन सम्बन्धी निर्देशिका २०७०” लाइ परिमार्जन गरी तयार गरिएको छ । स्वास्थ्य क्षेत्र एकिकृत सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली बढी ब्यबस्थित र परिणाममुखी बनाउनको साथै सेवा दिने सम्बन्धित स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरु लाइ स्वास्थ्य सेवा सूचनाको अभिलेख राख्नु, प्रतिवेदन तयार गर्न, ज्ञान तथा शीप अभिवृद्धी गर्न यस “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” ले आवश्यक सहयोग पुर्याउने छ भन्ने आशा लिएका छु ।

यस पुस्तिकालाई आधार मानी स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने सम्पूर्ण आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरु, अस्पतालहरु, नीजि तथा गैर सरकारी स्वास्थ्य संस्थाहरुले नेपाल सरकारले निर्धारण गरेको निर्धारत ढाचामा तोकिएको समयअवधि भित्र प्रतिवेदन तयार गरी अनलाइन मार्फत प्राप्त सूचना को आधारमा स्वास्थ्य सेवाका विभिन्न योजना निर्माण, कार्यान्वयन, अनुगमन, मुल्यांकन कार्यका लागि समेत यो निर्देशिका अवस्य धेरै लाभकारी हुनेछ भन्ने आशा लिएको छु ।

अन्तमा, यस “स्वास्थ्य ब्यबस्थापन सूचना प्रणाली अभिलेख तथा प्रतिवेदन परिमार्जित निर्देशिका २०७८” तयार पार्ने क्रममा अभिभावकत्व प्रदान गर्नुहुने स्वास्थ्य सेवा विभागका श्रीमान महानिर्देशक डा.श्री दिपेन्द्रमण सिंह ज्यू, ब्यबस्थापन महाशाखाका श्रीमान निर्देशक डा. श्री रुद्र प्रसाद मरासिनी ज्यू तथा विभिन्न महाशाखा/केन्द्र का निर्देशक/प्रमुख ज्यू हरु, विभिन्न शाखा प्रमुख ज्यू हरु र सम्बन्धित सम्पूर्ण कर्मचारीहरु प्रति आभारी छु । त्यस्तै यो निर्देशिका लगायत सम्पूर्ण ७३ वटा HMIS Tools हरु परिमार्जन तथा थप गर्ने कार्यमा अहोरात्र खटनु हुने र यस कार्यको जिम्मेवारी लिई भूमिका निर्वाह गर्ने एकिकृत स्वास्थ्य सूचना ब्यबस्थापन प्रणाली (IHIMS) शाखाका तथ्यांक अधिकृत दिवाकर सापकोटा लगायतको सम्पूर्ण IHIMS टीम, यस कार्यमा आर्थिक तथा प्राविधिक सहयोग गर्ने NHSSP को टिम, विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी संस्थाका प्रतिनिधि हरु लाइ धन्यवाद दिन चाहन्छु ।

अनिल थापा
शाखा प्रमुख

एकिकृत स्वास्थ्य सूचना ब्यबस्थापन शाखा (IHIMS)
ब्यबस्थापन महाशाखा, स्वास्थ्य सेवा विभाग

बिषय सूची

स्वास्थ्यव्यवस्थापनसूचनाप्रणालीकोपरिचय	1
अभिलेख) रजिष्टर, कार्ड (तथाप्रतिवेदनफारामहरु	4
HMIS 1.1: मूलदत्तारजिष्टर(Master Register)	9
HMIS 1.2: स्वास्थ्यसेवाकार्ड(Health Service Card)	11
HMIS 1.3: बहिरङ्गसेवारजिष्टर(Out Patient Register).....	13
HMIS 1.4: स्थानान्तरण / प्रेषणपुर्जा(Referral/Transfer Slip).....	15
HMIS 1.5: डिफल्टर/अनियमितताखोजपुर्जा(Defaulters/Discontinuation Tracing Slip).....	17
HMIS 1.6: समायोजनफाराम(Tally Sheet).....	19
HMIS 1.7:मासिकअनुगमनपुस्तिका -आधारभूतस्वास्थ्यसंस्था(Monthly Monitoring Worksheet- Basic Health Facility)	20
HMIS 1.8: मासिकअनुगमनपुस्तिका-अस्पताल(Monthly Monitoring Worksheet- Hospital)	23
HMIS 2.1:बालस्वास्थ्यकार्ड(Child Health Card).....	26
HMIS 2.2:खोपरजिष्टर(Immunization Register)	31
HMIS 2.3: पोषणरजिष्टर(Nutrition Register).....	41
HMIS 2.4: नवशिशुतथाबालरोगकोएकीकृतव्यवस्थापनरजिष्टर(IMNCI Register)	46
HMIS 2.5: शीघ्रकुपोषणकोएकीकृतव्यवस्थापनकार्यक्रमदर्ताकार्ड(IMAM Child Health Card)	57
HMIS 2.6: शीघ्रकुपोषणकोएकीकृतव्यवस्थापनरजिष्टर(IMAM Register)	60
HMIS 2.7: मेडिकलजटिलताजन्यशीघ्रकुपोषणकोएकीकृतव्यवस्थापनरजिष्टर-अस्पताल(IMAM Register – Hospital).....	63
HMIS 2.8: पोषणपुनर्स्थापनागृहरजिष्टर(NRH Register)	67
HMIS 3.1 :परिवारनियोजनसेवाकार्ड(Face Sheet).....	71
HMIS 3.2:परिवारनियोजनकोअस्थायीसाधन) पिल्स, तथागर्भनिरोधकसुइ (सेवारजिष्टर (Pills and Injectable Service Register)	73
HMIS 3.3: परिवारनियोजनकोअस्थायीसाधन (आइ.यु.सी.डी/इम्प्लाण्ट)सेवारजिष्टर) IUCD/Implant Service Register(.....	77
HMIS 3.4:परिवारनियोजनस्थायी) बन्ध्याकरण (सेवारजिष्टर-Sterilization Service Register	80
HMIS 3.5:मातृतथानवशिशुस्वास्थ्यकार्ड-Maternal and Newborn Health Card_.....	82
HMIS 3.6: मातृतथानवशिशुस्वास्थ्यसेवारजिष्टर(Maternal and Newborn Health Service Register).....	88
HMIS 3.7: सुरक्षितगर्भपतनसेवारजिष्टर(Safe Abortion Service Register)	97
HMIS 3.7a: औषधिद्वारागरिनेगर्भपतनसेवाकोसेवाग्राहीकार्ड(Client Personal Profile: Medical Abortion Service).....	100
HMIS 3.7b: MVA द्वारागरिनेगर्भपतनसेवाकोसेवाग्राहीकार्ड(Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration)	102
HMIS 3.7c: दोस्रोत्रैमासिककोगर्भपतनकोसेवाग्राहीकार्ड(Client Personal Profile: Second Trimester Abortion)	104

HMIS 3.7d: PAC सेवाकोसेवाग्राहीकार्ड(Client Personal Profile: Post Abortion Care)	107
HMIS 3.8: प्रजननस्वास्थ्यरुग्णतासेवारजिष्टर(Reproductive Health Morbidity Service Register)	108
HMIS 4.1: गाउँघरक्लिनिकरजिष्टर(ORC Register)	112
HMIS 4.2: महिलासामुदायिकस्वास्थ्यस्वयंसेविकारजिष्टर(FCHV Register).....	122
HMIS 4.3: राष्ट्रियभिटाभिनकार्यक्रमरजिष्टर(Vitamin A Register)	131
HMIS 4.4: स्वास्थ्यप्रवर्द्धनतथास्वास्थ्यशिक्षारजिष्टर(Health Promotion and Health Education Register)	133
HMIS 5.1: औलोरोग, कुष्ठरोगकालाजारकोनमुनासङ्कलनफाराम(Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form).....	135
HMIS 5.2: औलो, कुष्ठरोगकालाजारकोप्रयोगशालारजिष्टर-Malaria, Leprosy and Kalazar Laboratory Register_	138
HMIS 5.3: औलोतथाकालाजाररोगकोउपचाररजिष्टर-Malaria and Kalazar Treatment Register_	140
HMIS 5.4: कुष्ठरोगपरिक्षणतथाउपचारकार्ड-Leprosy Examination and Treatment Card_	143
HMIS-5.5: कुष्ठरोगउपचाररजिष्टर(Leprosy Treatment Register)	149
HMIS-5.6M पुनर्स्थापनासेवारजिष्टर(Rehabilitation Service Register)	151
HMIS-5.7:पुनर्स्थापनासेवाकार्ड(Rehabilitation Service Card).....	157
HMIS-5.8: कुष्ठरोगबिरामीकोसम्पर्कजांचरजिष्टर(Leprosy Contact Investigation Register)	159
HMIS-5.9:नसर्नेरोगतथामानसिकस्वास्थ्यसेवारजिष्टर(Non-Communicable Diseases and Mental Health Register)	161
HMIS-5.10:ज्येष्ठनागरिकस्वास्थ्यसेवारजिष्टर(Senior Citizens Health Service Register)	164
HMIS 6.1: सम्भावितक्षयरोगकाबिरामीदर्तारजिष्टर(Presumptive Tuberculosis Register).....	168
HMIS 6.2: खकारपरीक्षणअनुरोधतथानतिजाफाराम(Laboratory Request and Reporting Form)	170
HMIS 6.3 A: क्षयरोगप्रयोगशालारजिष्टर- माइक्रोस्कोपी) TB Laboratory Register - Microscopy).....	173
HMIS 6.3 B: क्षयरोगप्रयोगशालारजिष्टर (एक्सपर्ट) Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR).....	175
HMIS 6.4 A: क्षयरोगउपचारव्यवस्थापनकार्ड) डी.एस.टी.बि ((Tuberculosis Treatment Mngement card (DSTB)	178
HMIS 6.4 B: क्षयरोगउपचारकार्ड:बिरामीकालागि(TB Treatment card-Patient).....	186
HMIS 6.4C: औषधीप्रतिरोधीक्षयरोगउपचारव्यवस्थापनकार्ड(DR TB Treatment Management Card).....	187
HMIS 6.4D: औषधीप्रतिरोधीक्षयरोगउपचारकार्ड(DR TB Treatment Card-Patient)	192
HMIS 6.5 A: क्षयरोगउपचारमूलरजिष्टर(Tuberculosis Treatment Master Register)	195
HMIS 6.5B: औषधीप्रतिरोधीक्षयरोगउपचाररजिष्टर(DR Tuberculosis Treatment Register).....	200
HMIS 6.6: क्षयरोगस्क्रिनिंगतथासम्पर्कपरीक्षणफाराम-Tuberculosis Screening and Contact Examination_	203
HMIS 6.7: सम्पर्कपरीक्षणतथाक्षयरोगप्रतिरोधात्मकउपचाररजिष्टर(Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)	205
HMIS 6.8: क्षयरोगप्रतिरोधात्मकउपचारकार्ड(Tuberculosis Preventive Therapy Card)	207
HMIS 6.9: क्षयरोगप्रेषणपुर्जा) समुदाय, निजीस्वास्थ्यसंस्था (TB Referral Form- Community, Private Sector).....	209

HMIS 6.10: aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form	210
HMIS 7.1: एच.आई.भी .परीक्षणतथापरामर्शसेवारजिष्टर) HIV Testing and Counselling Register)	214
HMIS 7.2: यौनजन्यरोगसङ्क्रमणउपचाररजिष्टर(Sexually Transmitted Infections Treatment Register).....	218
HMIS 7.4: एच.आई.भी .उपचारसेवारजिष्टर(HIV Treatment Care Register)	221
HMIS 7.5: एच.आई.भी.उपचारसेवाकार्ड(HIV Treatment Care Record).....	231
HMIS 7.6: ओ.एस.टी .रजिष्टर (Opioid Substitution Therapy Register).....	239
HMIS 8.1: बिरामीभर्नारजिष्टर(Patient Admission Register)	244
HMIS 8.2: बिरामीडिस्चार्जरजिष्टर(Patient Discharge Register)	247
HMIS 8.3: आकस्मिकसेवारजिष्टर(Emergency Service Register)	249
HMIS 8.4 Special Newborn Care Unit/ Neonatal Intensive Care Unit/ Kangaroo Mother Care Unit Register	252
HMIS 8.5 :अस्पतालमाआधारितएकद्वारसंकटव्यवस्थापनकेन्द्ररजिष्टर)One-StopCrisisManagementCenter -OCMC(.....	257
HMIS 8.6:सामाजिकसेवाइकाईरजिष्टर) SocialServiceUnit-SSU(.....	260
HMIS 9.1: महिलासामुदायिकस्वास्थ्यस्वयंसेविकाकार्यक्रमकोमासिकप्रतिवेदन(FCHV Report Collection Form)	263
HMIS 9.2:समुदायस्तरस्वास्थ्यकार्यक्रमकोमासिकप्रतिवेदन:खोपतथागाउँघरक्लिनिक(Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC).....	264
HMIS 9.3 : आधारभूतस्वास्थ्यसेवाकेन्द्रकोमासिकप्रगतिप्रतिवेदनफाराम(Basic Health Facilities Monthly Reporting Form)	273
HMIS 9.4 :सरकारीअस्पतालमासिकप्रतिवेदनफाराम(Hospital Level Monthly Reporting Form).....	337
HMIS 9.5 :निजितथागैर-सरकारीस्वास्थ्यसंस्थामासिकप्रतिवेदनफाराम(Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form)	348

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको परिचय

परिचय:

कुनै पनि संस्था जीवन्त रहन व्यवस्थापन सूचना प्रणाली आवश्यक पर्दछ। सूचना प्रणालीबाट प्राप्त सूचनाले संस्थाको कुशल व्यवस्थापन गर्न मद्दत गर्दछ। गुणस्तरीय सूचना प्राप्त गरि स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यवस्थापन प्रभावकारी बनाउन स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले आ.ब. २०५१/५२ देखि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HealthManagementInformationSystem-HMIS) लागू गरेको हो। यस अघि विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको छुट्टाछुट्टै तवरले झन्डै ११० अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूको प्रयोग गरि सूचना संकलन गर्ने गरिन्थ्यो जुन खर्चिलो, अव्यावहारिक तथा झन्झटिलो थियो। आ.ब २०४३/४४ मा एकीकृत परियोजना शुरु भए पश्चात स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू एकीकरण गरिए र स्वास्थ्य क्षेत्र एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीको आवश्यकता महसुस गरियो। सोही अनुरूप आ.बा. २०५१/५२ देखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले बिगतका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरूलाई परिमार्जन गरी ३८ वटा अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरू तय गरी एकीकृत स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन प्रणाली लागू गरिएको हो।

एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तर्गत प्रयोग भएका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरू आवश्यकता अनुसार समय समयमा परिमार्जन गरी अद्यावधिक हुँदै आइरहेका छन्। तदनुरूप आ.बा २०७०/७१ मा एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीले तात्कालिक समयमा नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम (NHSSP) ले निर्धारण गरेका नियमित स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धि कतिपय सूचकहरूको अनुगमन गर्न आवश्यक पर्ने सूचनाहरूको अनुपलब्धता र कतिपय कार्यक्रमहरू सूचना प्रणालीमा समावेश नभई छुट्टै अभिलेख प्रतिवेदन हुने गरको अवस्थालाई समेत मध्यनजर गरि व्यापक परिमार्जन गरिएको थियो। मुलुक संघीय संरचनामा गएपश्चात आ.बा २०७४/७५ माथप केहि परिमार्जन सहित लागू हुँदै आएको भएता पनि यस बिचमा स्वास्थ्य क्षेत्रमा भएका थुप्रै परिवर्तनहरूलाई समेट्न नसकिएको महसुस गरिएको थियो। यसबीचमा जनस्वास्थ्यका विभिन्न नयाँ कार्यक्रमहरू लागू भइ संचालनमा आएको भएपनि एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीभित्र समाहित हुन सकेकोथिएन। यसका अलावा नियमित संचालनमा रहेका कार्यक्रम तथा तिनका रणनीतिहरूमा समेत थुप्रै परिमार्जन भएको भएतापनि परिमार्जित कार्यक्रमका कतिपय महत्वपूर्णपक्ष तथा सूचनाहरूलाई यस प्रणालीमा समावेश गर्न सकिएको थिएन। साथै जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ र नियमावली २०७७ ले प्रत्याभूत गरेका आधारभूत स्वास्थ्य सेवा तथा आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाको अनुगमन गर्नका लागि थप तथ्यांक तथा सूचनाहरूको आवश्यकता समेत महसुस गरिएको थियो। यी सबै आवश्यकताहरूलाई दृष्टिगत गरि चालु आर्थिक बर्ष २०७८/७९मा बिद्यमान स्वास्थ्यका सूचकहरू तथा अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूमा पुनः व्यापक परिमार्जन गरी स्वास्थ्यका विभिन्न क्षेत्र तथा कार्यक्रमहरूलाईबिस्तृत (comprehensive) रूपमा समेट्ने प्रयास गरिएको छ।

विभिन्न सरकारी तथा गैर-सरकारी संस्थाहरू, जन- स्वास्थ्य तथा तथ्यांकका बिषय बिज्ञ, स्वास्थ्यकर्मीहरू संगको छलफल, परामर्श तथा कार्यशालाहरूबाट प्राप्त सुझावहरूका आधारमा अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरू तथा सूचकहरू थप तथा परिमार्जन गरिएका छन्। यसलाई लागू गर्नुपूर्व काठमाण्डौ जिल्लाको केहि स्वास्थ्य संस्थाहरूमा परिक्षण गरिएको थियो। यस फिल्ड परिक्षणबाट प्राप्त भएका सुझावहरूलाई समेत समावेश गरी वर्तमान स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अन्तर्गतका अभिलेख तथा प्रतिवेदन फारामहरूलाई देशभरि विस्तार गर्ने गरि अन्तिम रूप दिईएको हो। हालको अभिलेख फारामहरूलाई आठ वटा खण्डहरूमा र प्रतिवेदन फारामहरूलाई १ छुट्टै खण्डमा विभक्त गरी जम्मा ६८ किसिमका अभिलेख फारामहरू (कार्ड, रजिष्टर) तथा ५ किसिमका प्रतिवेदन फारामहरू गरी जम्मा ७३ किसिमका अभिलेख प्रतिवेदन फारामहरूको व्यवस्था गरिएको छ।

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली स्वास्थ्य प्रणालीका विभिन्न संस्थाहरू, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका, गाउँघर क्लिनिक, खोप क्लिनिक, आधारभूत स्वास्थ्य संस्था, बिभिना तहका अस्पताल तथा निजी तथा गैर-सरकारी संस्थाबाट प्रदान

गरिएको सेवाहरूको अभिलेख राख्ने, सूचना संकलन गर्ने, प्रशोधन गर्ने, विश्लेषण गर्ने तथा सूचनाको आधारमा निर्णयमा पुग्ने प्रकृत्याहो। स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीले कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यन्वयन तथा अनुगमन एवं मुल्यांकनका 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।

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 भइ कार्यक्रम तथा नीतिका बारेमा निर्णय गर्ने प्रक्रियालाई तथ्यपरक निर्णय पद्धति भनिन्छ। यस्ता तथ्यांकहरूलाई आधार मानेर अशि तथा आवश्यक निर्णय लिन सकिन्छ जुन यथार्थप्रक एवं प्रभावकारी हुन्छन्। यस्ता निर्णयहरू जनस्वास्थ्य क्षेत्रका कार्यक्रमको योजना तर्जुमा, कार्यक्रम व्यवस्थापन, अनुगमन तथा मुल्यांकनका लागि आवश्यक पर्दछन्।

जनस्वास्थ्य क्षेत्रमा HMIS त्यस्तो सूचना प्रणाली हो जसको संजाल स्थानीय स्तरका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका देखि संघीय स्तरसम्म बिकास भएको छ। यसले स्वास्थ्यकर्मी, कार्यक्रम व्यवस्थापक, नीति निर्माताहरूलाई तथ्यपरक निर्णय लिई कार्यक्रम व्यवस्थापन गर्न मासिक रूपमा सूचना उपलब्ध गराउँछ। यद्धपी स्वास्थ्य व्यवस्थापनका विभिन्न तहहरूमा HMIS बाट उपलब्ध सूचनाहरूको पूरा उपयोग हुन सकेको छैन। स्थानीय तथा प्रदेश स्तरमा त झनै यसको प्रयोग मासिक प्रतिवेदन गर्नमा मात्र सिमित भएको पाइन्छ।

HMIS को उपयोगिता

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

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

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

अभिलेख (रजिष्टर, कार्ड) तथा प्रतिवेदन फारामहरू

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

		(Sterilization Service Register)			(Sterilization Service Register)
१८	३.५	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (Maternal and Newborn Health Card)	२१	३.५	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (Maternal and Newborn Health Card)
१९	३.६	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Maternal and Newborn Health Service Register)	२२	३.६	मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Maternal and Newborn Health Service Register)
२०	३.७	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर (Safe Abortion Service Register)	२३	३.७	सुरक्षित गर्भपतन सेवा रजिष्टर (Safe Abortion Service Register)
			२४	३.७a	औषधिद्वारा गरिने गर्भपतनको सेवाग्राही कार्ड
			२५	३.७b	MVA द्वारा गरिने गर्भपतनको सेवाग्राही कार्ड
			२६	३.७c	दोस्रो त्रैमासिकको गर्भपतनको सेवाग्राही कार्ड
			२७	३.७d	PAC सेवाको सेवाग्राही कार्ड
			२८	३.८	प्रजनन स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर (Reproductive Health Morbidity Register)
सामुदायिक सेवा (Community Services)			४. सामुदायिक सेवा (Community Services)		
२१	४.१	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर	२९	४.१	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर
२२	४.२	महिलासामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (FCHV Register)	३०	४.२	महिलासामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका रजिष्टर (FCHV Register)
२३	४.३	राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (Vitamin A Register)	३१	४.३	राष्ट्रिय भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (Vitamin A Register)
			३२	४.४	स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर (Health Promotion and Health Education Register)
औलो, कुष्ठरोग र कालाजार (Malaria, Leprosy and Kalazar)			५. कीटजन्य रोग, नसर्ने रोग तथा ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा (Vector Borne, Non-Communicable Diseases & Senior Citizens' Health Service)		
२४	५.१	औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमुना सङ्कलन फाराम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form)	३३	५.१	औलोरोग, कुष्ठरोग र कालाजारको नमुना सङ्कलन फाराम (Malaria, Leprosy and Kala-Azar Specimen Collection Form)
२५	५.२	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (Malaria, Leprosy and Kalazar Laboratory Register)	३४	५.२	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर - Malaria, Leprosy and Kalazar Laboratory Register_
२६	५.३	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (Malaria and Kalazar Treatment Register)	३५	५.३	औलो तथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर (Malaria and Kalazar Treatment Register)
२७	५.४	कुष्ठरोग परिक्षण तथा उपचार कार्ड (Leprosy Examination and Treatment Card)	३६	५.४	कुष्ठरोग परिक्षण तथा उपचार कार्ड (Leprosy Examination and Treatment Card)
२८	५.५	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (Leprosy Treatment Register)	३७	५.५	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (Leprosy Treatment Register)
			३८	५.६	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर (Rehabilitation Service Register)
			३९	५.७	पुनर्स्थापना सेवा कार्ड (Rehabilitation Service Card)
			४०	५.८	कुष्ठरोग बिरामीको सम्पर्क जांच रजिष्टर (Leprosy Contact Investigation Register)
			४१	५.९	नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Non-Communicable Diseases and Mental Health Register)

			४२	५.१०	ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (Senior Citizens Health Service Register)
क्षयरोग (Tuberculosis)			६. क्षयरोग (Tuberculosis)		
३९	६.१	HMIS 6.1: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register)	४३	६.१	HMIS 6.1: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर (Presumptive Tuberculosis Register)
३०	६.२	खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम (Laboratory Request and Reporting Form)	४४	६.२	खकार परीक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम (Laboratory Request and Reporting Form)
३१	६.३A	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी) (TB Laboratory Register - Microscopy)	४५	६.३A	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (माइक्रोस्कोपी) (TB Laboratory Register - Microscopy)
३२	६.३B	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्सपर्ट) Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)	४६	६.३B	क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर (एक्सपर्ट) Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)
३३	६.४A	क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) (Tuberculosis Treatment Mngement card (DSTB)	४७	६.४A	क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) (Tuberculosis Treatment Mngement card (DSTB)
३४	६.४B	क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि (TB Treatment card-Patient)	४८	६.४B	क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि (TB Treatment card-Patient)
३५	६.४C	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (DR TB Treatment Management Card)	४९	६.४C	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (DR TB Treatment Management Card)
३६	६.४D	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड (DR TB Treatment Card-Patient)	५०	६.४D	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड (DR TB Treatment Card-Patient)
३७	६.५A	क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर (Tuberculosis Treatment Master Register)	५१	६.५A	क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर (Tuberculosis Treatment Master Register)
३८	६.५B	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर (DR Tuberculosis Treatment Register)	५२	६.५B	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर (DR Tuberculosis Treatment Register)
३९	६.६	क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम (Tuberculosis Screening and Contact Examination)	५३	६.६	क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम (Tuberculosis Screening and Contact Examination)
४०	६.७	सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर (Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)	५४	६.७	सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर (Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)
४१	६.८	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड (Tuberculosis Preventive Therapy Card)	५५	६.८	क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड (Tuberculosis Preventive Therapy Card)
४२	६.९	क्षयरोग प्रेषण पुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था) TB Referral Form- Community, Private Sector)	५६	६.९	क्षयरोग प्रेषण पुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था) TB Referral Form- Community, Private Sector)
४३	६.१०	aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form	५७	६.१०	aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form
एच.आई.भी. एड्स तथा यौनरोग			७. एच.आई.भी. एड्स तथा यौनरोग		
४४	७.१	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HIV Testing and Counselling Register)	५८	७.१	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HIV Testing and Counselling Register)
४५	७.२	यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिष्टर (Sexually Transmitted Infections Treatment Register)	५९	७.२	यौनजन्य रोग सङ्क्रमण उपचार रजिष्टर (Sexually Transmitted Infections Treatment Register)
४६	७.३	आमाबाट बच्चामा सर्ने एच.आई.भी रोकथाम सेवा रजिष्टर(PMTCT Service Register)			
४७	७.४	एच.आई.भी. उपचार सेवा रजिष्टर (HIV	६०	७.४	एच.आई.भी. उपचार सेवा रजिष्टर (HIV Treatment

		Treatment Care Register)			Care Register)
४८	७.५	एच.आई.भी.उपचार सेवा कार्ड (HIV Treatment Care Record)	६१	७.५	एच.आई.भी.उपचार सेवा कार्ड (HIV Treatment Care Record)
४९	७.६	ओ.एस.टी. रजिष्टर (Opioid Substitution Therapy Register)	६२	७.६	ओ.एस.टी. रजिष्टर (Opioid Substitution Therapy Register)
अस्पताल (Hospital)			८. अस्पताल (Hospital)		
५०	८.१	बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)	६३	८.१	बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)
५१	८.२	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)	६४	८.२	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)
५२	८.३	आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)	६५	८.३	आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)
			६६	८.४	Special Newborn Care Unit/ Neonatal Intensive Care Unit/ Kangaroo Mother Care Unit Register
			६७	८.५	अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिष्टर (OCMC Register)
			६८	८.६	सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर (SSU Register)
प्रतिवेदन फारामहरु(REPORTING TOOLS)					
५३	९.१	महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)	६९	९.१	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)
५४	९.२	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC)	७०	९.२	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (Community Level Health Service Monthly Reporting Form-Immunization and PHC ORC)
५५	९.३	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्यक्लिनिक/केन्द्र र सामुदायिक स्वास्थ्य एकाईको मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (PHCC, HP, Urban Health Clinic/ Center andCommunity Health Unit Monthly Reporting Form)	७१	९.३	आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र को मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम(Basic Health Facilities Monthly Reporting Form)
५६	९.४	सरकारी अस्पताल प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form)	७२	९.४	सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम (Hospital Level Monthly Reporting Form)
५७	९.५	गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Reporting Form)	७३	९.५	निजि तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक प्रतिवेदन फाराम (Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form)

१. साझा अभिलेख फारामहरु

1. COMMON FORMS

HMIS १.१: मूल दर्ता रजिष्टर

HMIS १.२ स्वास्थ्य सेवा कार्ड

HMIS १.३: बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर

HMIS १.४: स्थानान्तरण/ प्रेषण पुर्जा

HMIS १.५: डिफल्टर अनियमितता अनुगमन पुर्जा

HMIS १.६: समायोजन फाराम

HMIS १.७: मासिक अनुगमन पुस्तिका (आधारभूत स्वास्थ्य संस्था)

HMIS १.८: मासिक अनुगमन पुस्तिका (अस्पताल)

HMIS 1.1:मूलदर्ता रजिष्टर(Master Register)

स्वास्थ्य संस्थामाजुनसुकै स्वास्थ्य सेवालिनआएकाव्यक्तिहरूको नाम र अन्यविवरण एउटै रजिष्टरमादर्ता गर्नाले सेवालिनआएका सबै व्यक्तिहरूको अभिलेखन रहने हुनाले संस्थामाकतिजना सेवालिनआएभन्ने जानकारी हुनुका साथै संस्थाको वास्तविककार्यबोझको जानकारी प्राप्त हुन्छ । स्वास्थ्य संस्थामा सबै सेवाग्राहीहरूको विवरण सङ्कलन गरी अभिलेखन गर्न, सेवासम्बन्धीविश्लेषण गर्न र प्रतिवेदनतयार गर्न यस रजिष्टरको आवश्यकता पर्दछ । सेवाग्राहीहरू जुनसुकै सेवालिन स्वास्थ्य संस्थामाआएमानिजसँग रजिष्टरमाउल्लेख भएवमोजिमकानाम, थर, उमेर लगायतका सबै विवरण नछुटाई सोधेर स्पष्ट बुझ्ने अक्षरमा लेख्नुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थामा सञ्चालनहुने खोप सेवालिनआएका सेवाग्राहीहरूलाई यस रजिष्टरमादर्ता गर्नुपर्दैन ।

रजिष्टरको जमुना :

मूल दर्ता रजिष्टर

मिति: ____/____/____ (ग/म/सा)

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

लिंग	जन्मा सेवाग्राही (महल नं. १)					क्र.सं.	नयाँ सेवाग्राही (महल नं. २)					क्र.सं.	जातिगत आधारमा सेवाग्राही (महल नं. ६)						क्र.सं.	सेवाको किसिम (महल १३)									
	०-९	१०-१४	१५-१९	२०-२९	६०-६९		२७०	०-९	१०-१४	१५-१९	२०-२९		६०-६९	२७०	दलित	जनजाती	मधेशी	मुस्लिम		ब्राह्मण/क्षेत्री	अन्य	सामान्य उपचार	परिवार नियोजन	यौनरोग	IMNGI	क्षयरोग	नसर्न रोग	पोषण	कुष्ठरोग	अन्य (खुलाउने)	सुरक्षित मातृत्व	किटजन्य रोग
महिला																													
पुरुष																													

रजिष्टरभर्नेतरिका :

मिति: सेवादिएको दिनको मिति (गते/महिना/साल) पानाको सुरुमामाथिपट्टिको देब्रे कुनामा लेख्नुपर्दछ । पानामादिइएकालहर (Row)मध्ये केहीबाँकी रहेमाअर्को दिन सोहीपानामा एउटा लहरमामिति लेखीअर्को लहरबाट विवरण भर्न सुरु गर्नुपर्दछ । महिनाको सुरुमानयाँ पेजबाट सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र. सं.	हरेकमहिनानयाँक्रमसङ्ख्या 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 सेवाग्राहीकालागि दीर्घकालीनमहत्त्व राख्दछ । यसैको आधारमा सेवाग्राहीको अभिलेखन हुन्छ र भविष्यमा सेवाग्राहीलाई पहिचान गरी पहिल्याउन सकिन्छ ।
२	दर्ता नम्बर पहिलो पटक	कुनै व्यक्तिप्रथम पटक सेवालिनआउँदा सो व्यक्तिलाई नयाँदर्ता नम्बर प्रदान गर्नुपर्दछ । एक पटक दर्ता भएको सेवाग्राही एक आर्थिक वर्षभित्रजुनसुकै सेवाजति पटक लिनआएतापनिनयाँदर्ता नं. दिनु हुँदैन ।
३	दर्ता नम्बर थप पटक	एक आर्थिक वर्षभित्रथप पटक (पुनःजुनसुकै स्वास्थ्य सेवालिनपुर्ने भएमा) स्वास्थ्य सेवालिनआएका सेवाग्राहीलाई पहिलो पटक दिइएको दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४	नाम	सेवाग्राहीको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५	थर	यस महलमा सेवाग्राहीको थर लेख्नुपर्दछ ।
६	जाति कोड	सेवाग्राहीको जात/जातिअनुसारको कोड यस महलमा लेख्नुपर्दछ । (जस्तै ०१, ०२,..... ०६) जाति कोड रजिष्टरको पछाडि उल्लेख गरिएको छ । सेवाग्राहीको कार्डमाउक्तजाति कोडसमेत

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		प्रष्ट रूपमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
७/८	उमेर (महिला / पुरुष)	सेवाग्राहीमहिलाभएमाहल७मा र पुरुषभएमाहल ८ मा पूरा भएको उमेर (वर्षमा) जनाउनुपर्दछ । सेवाग्राही एक वर्षभन्दाकम उमेरको भएमापनिवर्षमाजनाउनुपर्दछ (जस्तै: ०/१२, १/१२, २/१२..... ।) ०/१२ भन्नाले १ महिनाभन्दाकम उमेर भएको शिशुलाई बुझाउँदछ ।
९ देखि ११	ठेगाना:जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नम्बर	सेवाग्राहीहाल धेरैजसो बसोबास गरेको जिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
१२	सम्पर्क नम्बर	सेवाग्राहीको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	सेवाको किसिम	सेवाको किसिम सेवाग्राहीकुन सेवालिनआएको हो, सो सेवा समूहको कोड लेख्नुपर्दछ । जस्तै : सामान्यउपचार=१, आई.एम.एन.सी.आई=२, पोषण=३, सुरक्षितमातृत्व=४, परिवार नियोजन= ५, क्षयरोग=६, कुष्ठरोग=७, कीटजन्य रोग= ८, यौनरोग =९, नसर्ने रोग=१० अन्य (खुलाउने) = ११
१४	निशुल्क/शुल्क रु.	सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा दर्ता शुल्कवापतशुल्कलिइएको भएमाशुल्क रुपैयाँमा र नि:शुल्करिएको भएनि:शुल्क लेख्नुपर्दछ ।
१५	प्रेषण भई आएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम	यदि सेवाग्राहीअर्को स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भएमा यस महलमाकुन संस्थाबाट प्रेषण भई आएको हो, सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
जम्मा सेवाग्राही/नयाँ सेवाग्राही/जातीगतआधार मा सेवाग्राही		प्रत्येक पेजको अन्तमा रहेका सङ्क्षिप्ततालिकामादिइएअनुसार लिङ्ग र उमेर समूहअनुसारजम्मा सेवाग्राही/नयाँ सेवाग्राहीर लिङ्ग र जातिअनुसार जम्मा सेवाग्राहीकोसङ्ख्याउल्लेख गर्नुपर्दछ । यीतालिकाहरूले प्रतिवेदनतयार गर्न सहज बनाउँछन् ।

HMIS 1.2:स्वास्थ्य सेवा कार्ड (Health Service Card)

स्वास्थ्य संस्थावागाउँघरक्लिनिकमा स्वास्थ्य सेवादिएको विवरण यसमाउल्लेख गरी यो कार्ड सेवाग्राहीलाई प्रदानगरिन्छ। स्वास्थ्य सेवा लिनआउने सेवाग्राहीलाई बहिरङ्गसेवा,कुष्ठरोग सेवा,परिवार नियोजन सेवातथाअन्य स्वास्थ्य सेवादिन र दोहोर्न्याएर आएमापहिले दिएको सेवा र उपचार हेरी आगामी सेवादिनकालागि यस कार्डको प्रयोग गर्नुपर्दछ। यस कार्डको महत्त्व सेवाग्राही र सेवाप्रदायकदुवैका लागिहुने भएकाले स्वास्थ्य सेवाको क्रममा र ठीक भइसकेपछि पनिनमासिने र नहराउने गरी सुरक्षित राख्न सल्लाहदिनुपर्दछ र साथै हरेक पटक स्वास्थ्य सेवालिनआउँदा सेवाग्राहीले यो कार्ड अनिवार्य रूपमालिई आउनुपर्दछ।

कार्डको नमूना :

HMIS 1.2: Health Service Card

परिवार नियोजन		दर्ता नं.		
मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्केर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही
प्रजनन स्वास्थ्य इण्डा सेवा		दर्ता नं.		
मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्केर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही
कुष्ठरोग सेवा		दर्ता नं.		
मिति	जाँच परिक्षण	उपचार र सल्लाह	फर्केर आउने मिति	सेवा प्रदायकको सही

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली				
जिल्ला:		स्वास्थ्य संस्थाको नाम:		
स्वास्थ्य सेवा कार्ड				
मूल दर्ता नं.	नाम, थर	जाती कोड	लिङ्ग	उमेर
ORC दर्ता नं.				
ठेगाना	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	सम्पर्क नं.
मिति (ग.म.सा.)	ओ.पि.डि. दर्ता नं.	शिकायत / निदान	उपचार र सल्लाह	
हरेक पटक आउँदा यो पूर्ण अनिवार्य रूपमा लिइ आउनु होला।				

अर्नेतरिका :

महलशीर्षक	निर्देशन
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेखनुपर्दछ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेखनुपर्दछ।
मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिस्टरको दर्ता नं. लेखनुपर्दछ।
ORCदर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकमा सेवालिनआएको सेवाग्राहीको गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको दर्ता खण्ड (HMIS 4.11) बाट दर्ता नं. लेखनुपर्दछ।
नाम, थर, जातिकोड, लिङ्ग, उमेर	सेवालिन सेवाग्राहीको नाम, थर, जातिकोड, लिङ्ग र उमेर सम्बन्धित कोठामा लेखनुपर्दछ। उमेर लेख्दा पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेखनुपर्दछ। ५ वर्षभन्दा मुनिकावच्चाहरूलाई यो कार्ड दिइदैन।
ठेगाना	सेवालिन व्यक्तिको ठेगानाजिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर र सम्पर्क फोन नं. सम्बन्धित कोठामा लेखनुपर्दछ।
मिति	सेवालिएको दिनको मिति (गते, महिना, सालमा) लेखनुपर्दछ। यो कार्ड वर्षभरि नै प्रयोग गरिने

महलशीर्षक	निर्देशन
	हुँदाअर्को पटक सेवालिनआउँदापुनःमिति लेख्नुपर्दछ ।
ओ.पी. डी. दर्ता नं.	यदि सेवाग्राही सामान्यउपचारको लागिआएको भए दैनिक विरामीरजिस्टरको दर्ता नं. चढाउनुपर्दछ । अर्को पटक नयाँ रोग लागेर आएमानयाँदर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
सिकायत र निदान	विरामीको सिकायत र समस्या सुनीनिजलाई के भएको हो, सो निदान गरी लेख्नुपर्दछ ।
उपचार र सल्लाह	विरामीको रोगको निदान(diagnosis)गरिसकेपछि निजलाई दिइएको उपचार, सल्लाहवा प्रेषण आदिको विवरण यस महलअन्तर्गत लेख्नुपर्दछ ।
परिवार नियोजन.....दर्ता नं.	सेवालिनने व्यक्ति परिवार नियोजन सेवालिनआएको भए परिवार नियोजन पछिको खालीठाउँमा सेवाको नाम लेखीदर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । जस्तै : डिपो सेवालिनआएको भएखालीठाउँमा डिपो लेखी डिपो सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकबाट परिवार नियोजनको सेवादिएको भएORCलेखी गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
जाँच परीक्षण	परिवार नियोजन सेवालिनआएको व्यक्तिको रक्तचापआदिजाँचतथा परीक्षण गरिएको व्यहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार सल्लाह	परिवार नियोजन सेवालिनआएको व्यक्तिलाई दिएको उपचार सल्लाह लेख्नुपर्दछ । जस्तै : पिल्स दिएको भएपिल्स साइकल, डिपोको डोज, आई.यु.सी.डी. लगाउँदादुखाईकमहुने औषधि, आइरन आदिउपचारलगायतअन्य सल्लाह सुझाव दिएको पनि यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फर्केर आउने मिति	परिवार नियोजन सेवालिनआउने सेवाग्राहीसेवा निरन्तरताको लागिपुनःआउनुपर्ने मिति लेख्नुपर्दछ ।
प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा.....दर्ता नं.	सेवालिनने व्यक्तिप्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवालिनआएको भएप्रजनन् स्वाथ्य रुग्णता पछिको खालीठाउँमा सेवाको नाम लेखीदर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकबाट प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णताको सेवादिएको भएORCलेखी गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको प्रजनन् स्वाथ्य रुग्णता सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
जाँच परीक्षण	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवालिनआएको व्यक्तिको रक्तचापआदिजाँचतथा परीक्षण गरिएको व्यहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार सल्लाह	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवालिनआएको व्यक्तिलाई दिएको उपचार सल्लाह लेख्नुपर्दछ ।
फर्केर आउने मिति	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवालिनआउने सेवाग्राहीसेवा निरन्तरताको लागिपुनःआउनुपर्ने मिति लेख्नुपर्दछ ।
सेवाप्रदायकको सही	प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता वापरिवार नियोजन सेवाप्रदायक स्वास्थ्यकर्मीले सेवाप्रदान गरेपश्चात् माथिउल्लिखितविवरण कार्डमा भरी सही गर्नुपर्दछ ।
कुष्ठरोग सेवादर्ता नं.	यदि सेवाग्राही कुष्ठरोगसम्बन्धी स्वास्थ्य सेवालिनआएको भएनिजको कुष्ठरोग रजिस्टरमादर्ता भएको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । अन्यविवरण परिवार नियोजन सेवामा जस्तै भर्नुपर्दछ ।

HMIS 1.3:बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर(Out Patient Register)

विभिन्न स्तरका अस्पताल, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र,स्वास्थ्य चौकी,आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्र,नगर स्वास्थ्यप्रवर्द्धन केन्द्र तथा सामुदायिक स्वास्थ्यइकाईहरूमाप्रत्येक दिनजाँचतथाउपचारका लागिआएका ५ वर्षभन्दामाथिका विरामीहरूको अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ । यसै रजिष्टरबाट स्वास्थ्य संस्थामाआएका विरामीहरूको जात-जाति र लिङ्ग अनुसार प्रतिवेदनतयार गरी विश्लेषणगरिन्छ । स्वास्थ्य संस्थामाउपचारका लागिआएका ५ वर्षभन्दामुनिकावच्चाहरूलाई बहिरङ्ग सेवाप्रदानगर्दाआई.एम्.सी.आई रजिष्टर(HMIS 2.4)मादर्ता गरी सेवाप्रदान गर्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

मिति: / / (ग/म/सा) बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर

क्र.सं.	मूल दर्ता नम्बर	OPD दर्ता नम्बर		सेवाग्राहीको नाम	उमेर	ठेगाना		संभावित क्षयरोगका विरामी	अनुसन्धान मूलक परीक्षण	संभावित निदान (Provisional Diagnosis)	ICD Code	उपचार र सल्लाह	Surgical Procedure (Day Care Surgery)	दिग्ग कोड	अति गरिव/ गरिव = १	असहाय = २	अपाङ्ग = ३	जेष्ठ नागरिक = ४	म.स्वा.स्व.से = ५	अन्य = ६	जन्मा	प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम	गएको संस्थाको नाम
		नयाँ	पुरानो			जिल्ला	नगर/गाउँपालिका																	वडा नं.	सम्पर्क नम्बर	हो	होइन
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	

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

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

अर्नेतरिका :

मिति : प्रत्येकदिनसुरुमामिति (गते, महिना र सालमा) लेखी सेवाप्रदान गरेको विवरण भर्नुपर्दछ । सो पानामाविवरण लेख्ने ठाउँ बाँकीभएमाअर्को दिनको मिति लेखीक्रमशःबाँकीठाउँ नछोडी प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

महल नं	महलशीर्षक	अर्नेतरिका
१	क्र.सं.	प्रत्येकमहिना सेवालिनआएका विरामीको क्रमसङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिष्टरमादर्ता हुँदाको नम्बर विरामीपुर्जाबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
३ र ४	O. P. Dदर्ता नं. (नयाँ/पुरानो)	विरामीदर्ता गर्दाप्रत्येक आ.व. मानयाँदर्ता नम्बर दिई सुरु गर्नुपर्दछ । एउटा रोगलागेर उपचार गराउनआएको विरामी सोही रोगको उपचारका लागि दोहोऱ्याई (फलोअप)आएमा पुरानो महलमापहिलेको दर्तानम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि एक पटकको रोगनिको भइसकेको विरामी सोही रोग वाअन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागिआएमानयाँदर्ता गर्नुपर्दछ । रेफर भई आएका सेवाग्राहीहरूकाहकमा सोही सेवाभएमादर्ता नं. नयाँदिई पुरानाको महलमाRefer inलेख्नुपर्दछ र पुरानो विरामीको रूपमालिनुपर्दछ ।
५	विरामीको नाम, थर	यस महलको माथिल्लो भागमा विरामीको नाम र तल्लो भागमा थर लेख्नुपर्दछ ।
६	जाति कोड	सेवालिन व्यक्तिको जातियकिन गरी जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै: ०१,०२,..... ०६)
७ र ८	उमेर	विरामीमहिलाभएमहिलाको महलमा र पुरुषभए पुरुषको महलमा पूरा भएको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ ।
९	ठेगाना	विरामीप्रायःवसोबास गरेको जिल्ला, नगर पालिका/गाँउपालिका र वडा नं. र सम्पर्क फोन नं. यस महलका सम्बन्धितमलेख्नुपर्दछ ।
१० – ११	संभावित क्षयरोगका विरामी	उपचार लिनआएको विरामी संभावित क्षयरोगको विरामीभएमहल १० को कोड नं १ मा र संभावित क्षयरोगको विरामीनभएमामहल न ११ को कोड नं २ मा गोलो संकेत गर्नु पर्दछ ।

महल नं	महलशीर्षक	भर्नेतरिका
१२	अनुसन्धानमूलक परीक्षण	विरामीको रोगनिदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोगशालावाअन्यजाँच गरेको व्यहोरा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	सम्भावितनिदान	यस महलमा स्वास्थ्यकर्मीले निदान गरे अनुसार विरामीलाई लागेको सम्भावित रोगहरु को साथै मुख्य रोगको नाम लेख्नुपर्दछ ।(Multiple classification गर्नुपर्ने)
१४	ICD Code	यस महलमा रोगको Alpha Numeric (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE (ICD-11) कोड) नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१५	उपचार र सल्लाह	निदानभएको रोगको उपचारका लागि विरामीलाई दिइएको औषधीको नाम (मात्राखुल्ने गरी) र विरामीलाई दिएको सल्लाह यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६	Surgical Procedure (Day Care Surgery)	उपचारको क्रममागरिएको सानोतिनो सर्जिकलप्रक्रिया यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७	लैङ्गिक हिंसा	उपचारका लागिआएका सेवाग्राहीलैङ्गिक हिंसाबाट पीडित भई आएकोभएमा यस महलको कोड १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
१८	निःशुल्क सेवा कोड	अस्पतालहरूमा विरामीले निःशुल्क सेवापाएको भएमा राष्ट्रियनिःशुल्क स्वास्थ्य सेवानिर्देशिकावमोजिमकुनवर्गमा पर्दछन्, सो हेरी निःशुल्कजनाई कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : १=अतिगरिव र गरिव, २=असहाय, ३=अपाङ्ग, ४=ज्येष्ठ नागरिक (६० वर्षमाथिका), ५=महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, ६=अन्य (खुलाउने)। प्रत्येकपानाको समूह कोडको जम्मा सङ्ख्या त्यस पानाको अन्तिममावनाएको सङ्क्षिप्ततालिकामाउल्लेख गर्नुपर्दछ।
१९	प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम, गएको संस्थाको नाम	दर्ता गरिएको विरामीयदि प्रेषण भई आएको भए यस महलको माथिल्लो भागमा प्रेषण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ र विरामीलाई प्रेषण गरिएको छ भने तल्लो भागमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

प्रत्येक पेजको पुछारमा रहेको जातिगतआधारमानयाँसेवाग्राहीहरूको महिला/पुरुष समूह कोड अनुसारको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ ।पुरानो सेवाग्राहीको पनिमहिला /पुरुष समुह कोडअनुसारको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ।साथै संभावित क्षयरोगका विरामीको महिलापुरुषअनुसारको संख्या र निःशुल्क सेवाको लक्षित समूह कोड अनुसारको जम्मा संख्या लेख्नुपर्दछ ।

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

सेवालिनाउने बिरामीवा सेवाग्राहीहरूलाई तोकिएको सेवालिनअनुकूल पर्ने गरी अर्को स्वास्थ्य संस्थामा स्थानान्तरण/प्रेषण गर्नुपर्दा यस फारामको प्रयोग गर्नुपर्दछ। सेवालिनआउने प्रेषण गरिएको संस्थाले आएको व्यक्तिलाई सेवाप्रदान गरी प्रेषण गरी पठाउने संस्थालाई अनिवार्य रूपले फिर्ती जानकारी दिनुपर्नेछ।

पुर्जाको नमुना :

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

अर्नेतरिका :

महल नं.	अर्नेतरिका	अर्नेतरिका
	मिति :	स्थानान्तरण/प्रेषण गरेको मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ।
१	संस्थाको नाम, ठेगाना	हालसम्म सेवालिरहेको 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/गाउँपालिका र वडा नम्बर, गाउँ र टोलसमेत लेख्नुपर्दछ।
७	लिइरहेको सेवा	व्यक्तिलाई स्थानान्तरण/प्रेषण गरी पठाउनुभन्दा अगाडि देखिएका समस्याका सन्दर्भमा के-के सेवाप्रदानगरिएकाथिए, सो लेख्नुपर्दछ।
८	सम्पर्क गर्नुपर्ने मिति	स्थानान्तरण गरिने व्यक्तिलाई प्रदानगरिने सेवाललाई नियमिततादिन 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 विवरणआवश्यकताअनुसार लेख्नुपर्दछ ।
१०	उपचार विधि	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिएको व्यक्तिलाई प्रेषण गर्नुभन्दा अघि कुनविधिबाट उपचार दिइराखिएको थियो, सोबारे लेख्नुपर्दछ ।
११	प्रयोगभएकाऔषधिहरू	प्रयोगभएको औषधिहरूको नामतथा परिमाण लेख्नुपर्दछ ।
१२	अन्य परीक्षण गर्नुपर्नेभएउल्लेख गर्ने	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिने व्यक्तिलाई अन्यकुनै परीक्षणसमेत गर्नुपर्ने भए परीक्षणको विधिवाप्रकार लेख्नुपर्दछ ।
१३	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिनुको कारण	सेवाग्राहीलाई के कारणले वाकुन सेवाकालागि स्थानान्तरण/प्रेषण गरिएको हो, सो कारण विस्तृत रुपमा यस महलमाखुलाउनुपर्दछ ।
१४	अन्यकेहीभएउल्लेख गर्ने	स्थानान्तरण/प्रेषण गरिने व्यक्तिकाबारेमामाथिउल्लेख गरिएकाविवरणबाहेक अन्य केहीउल्लेख गर्नुपर्ने भए यस महलमाउल्लेख 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 । <i>पुर्जाको अधकट्टीभाग (सेवादिएको विवरण तथाफिर्ती जानकारी)</i>
फिर्ती जानकारी पठाइएको संस्था		स्थानान्तरण/प्रेषण गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना (जिल्ला,महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बरं) लेख्नुपर्दछ ।
सेवाग्राहीको नाम थर, लिङ्ग, उमेर, ठेगाना		सेवालिनै 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 मितिखुलाई सहीसमेत गर्नुपर्दछ ।
फिर्ती जानकारी दिने संस्थाको नाम र ठेगाना		फिर्ती जानकारी दिने संस्थाको नाम, ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 1.5:डिफल्टर/अनियमितता खोज

पुर्जा(Defaulter/Discontinuation Tracing Slip)

नियमितरूपमास्वास्थ्यसेवावाउपचार लिइरहेका विरामीहरूलेबीचमा नै सेवावाउपचार छोडी सेवालिननआएमा (डिफल्टर/अनियमितभएमा)अनुगमन गर्न यस पुर्जाको प्रयोग गरिन्छ ।लगातार सेवालिनपुर्ने व्यक्तिआउनुपर्ने मितिमानआएमा सोको कारण पत्तालगाई नियमित सेवालिनउत्प्रेरित गर्न स्वास्थ्य संस्थाहरूले सेवाको नियमितताको लागिआफूअन्तर्गतका स्वास्थ्यकर्मी वामहिला स्वास्थ्यस्वयंसेविकाहरूलाई यो पुर्जा भरी पठाउनुपर्दछ ।

पुर्जाको नमुना :

HMIS 1.5: Loss to Follow Up/ Discontinuation Tracing Slip

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली			
स्वस्थ्य संस्था..... नगर/गाउँपालिका, जिल्ला			
डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा			
श्री			
निम्न व्यक्तिको अनुगमन गरी नियमित सेवा तिन उपरि गरनुभई प्रतिवेदन दिनुहोस्।			
१. नाम, थर	लिङ्ग	उमेर	
२. ठेगाना	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं. गाउँटोल
३. सम्पर्क नं.	४. घरमूलीको नाम		
५. लिइरहेको सेवा	६. सेवा तिन आउनुपर्ने मिति		
७. अनुगमन गर्ने लगाउने व्यक्तिको	नाम, थर	पद	सही र मिति
(डिफल्टर/अनियमितता खोज गर्ने व्यक्तिले भर्ने)			
श्री			
सम्पर्क गरेको मिति	डिफल्टर/अनियमित हुनुको कारण		
अनुगमन गर्नेको	नाम, थर	पद	सही र मिति
नोट: सबै प्रकारको नियमित सेवा तिन आउनुपर्ने विरामीहरू/सेवाग्राहीहरू तोकिएको समयमा सेवा तिन नआएमा अनुगमन गर्ने यो कारतम प्रयोग गर्न पर्दछ।			

भर्नेतरिका :

महलशीर्षक	भर्नेतरिका
स्वास्थ्य संस्थाको नाम:	सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
नगर/गाउँपालिका	सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्था रहेको पालिकाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
जिल्ला:	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ । श्री को पछाडि खाली रहेको भाग माअनुगमन गर्ने व्यक्तिको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
नाम, थर, लिङ्ग र उमेर:	डिफल्टर/अनियमितभएको व्यक्तिको नाम, थर, उमेर र लिङ्ग सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
ठेगाना:	डिफल्टर/अनियमितभएको व्यक्तिको पूरा ठेगानाजिल्ला, महानगर/उपमहानगर/नगर/गाउँपालिका र वडा नम्बर, गाउँ र टोलसमेत लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं.:	अनुगमनगरिनुपर्नेव्यक्तिको सम्पर्क फोन नं. लेख्नुपर्दछ ।
घरमूलीको नाम, थर:	डिफल्टर भएको व्यक्तिको घरमूली/अभिभावकको नामलेख्नुपर्दछ ।
लिइरहेको सेवा:	डिफल्टर भएको विरामी/सेवाग्राहीले लिइरहेको सेवाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सेवालिनआउनुपर्ने मिति:	डिफल्टर भएको व्यक्तिनियमित सेवालिनको लागि कहिले आउनुपर्ने थियो, सो मितिगते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
अनुगमनगर्न लगाउने	अनुगमनगर्न लगाउने व्यक्तिले आफ्नो नाम, पद र मिति लेखि सही गर्नुपर्दछ ।

व्यक्तिको नाम, पद र मिति:	
अनुगमनगर्न गएको व्यक्तिले भर्ने	श्रीको पछाडि खाली रहेको भाग .....माअनुगमन गर्न लगाउने संस्थावाव्यक्तिको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क गरेको मिति:	डिफल्टर अनुगमनगर्नेव्यक्तिले डिफल्टर भएको व्यक्तिसँग सम्पर्क गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
डिफल्टर हुनुको कारण:	सेवालिननआउनुको कारण पत्तालगाई सोको व्यहोरा लेख्नुपर्दछ ।
अनुगमनगर्नेको नाम थर, पद, मिति र सही:	अनुगमनगर्नेव्यक्तिको नाम, थर, पद, मिति लेखी सही गर्नुपर्दछ । नोट: यदि सेवालिननआउनुपर्ने व्यक्तिपुनः सेवाको लागिआउने यकिनभएमा सम्बन्धित अभिलेखमानआउनुको कारण जनाउनुपर्दछ ।

HMIS 1.6:समायोजन फाराम (Tally Sheet)

स्वास्थ्य संस्थाबाट दिइएका सेवाहरूको विवरण समायोजन गर्न (एकमुष्ट निकाल्न) यस फारामको प्रयोग गरिन्छ। विभिन्नसेवा रजिस्टर, कार्ड, फारामहरूमा छरिएर रहेका अभिलेखहरूलाई सरल तथाव्यवस्थिततरिकाले समायोजन गरी प्रतिवेदनतयार पार्न यस फारामको आवश्यकता परेको हो।

फारामको नमूना:

HMIS 1.6: Tally Sheet

समायोजन फाराम

सि.नं.	सूचक/ कार्यक्रम											

अर्नेतरिका:

समायोजन फारामको बायाँतिर स्वास्थ्य संस्थाक्लिनिकको नाम र दायाँतिर सञ्चालितकार्यक्रमहरू लेख्नुपर्दछ। समायोजन गर्दाजुन संस्थाका सेवाहरूको समायोजन गर्न लागिएको हो, तिनकोक्रमसङ्ख्या र नाम लेखीदायाँतिर समायोजन गर्न लागिएका सेवाको नाम लेखी सोमुनिदिइएको सेवासङ्ख्या अड्कमावा (।) धर्सो तानीजनाउनुपर्दछ।

HMIS 1.7: मासिक अनुगमन पुस्तिका- आधारभूत स्वास्थ्य

संस्था (Monthly Monitoring Worksheet- Basic Health Facility)

यस मासिक अनुगमन पुस्तिका आधारभूत स्वास्थ्य संस्थाहरूले आफ्नो संस्थाको सामान्य जानकारीहरूको अभिलेख राख्नका साथै मुख्य स्वास्थ्य सूचकहरूको मासिक प्रगति अनुगमन गर्न प्रयोग गर्नुपर्दछ । यो पुस्तिका प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थामा राख्नुपर्दछ र मासिक रूपमा अद्यावधिक गरिनुपर्दछ । यद्यपि अपरिवर्तनीय सूचना वा जानकारी जस्तै लक्षित जनसंख्या वर्षमा एक पटक अद्यावधिक हुनुपर्दछ र मानव संसाधन र अन्य कर्मचारी विवरणहरू त्रैमासिक रूपमा अद्यावधिक हुनुपर्दछ ।

पुस्तिकाको नमूना:

आगन्तुक तथा सुपरिवेक्षकहरूको मन्तव्य

मिति	सुपरिवेक्षकको नाम, पद, कार्यालय	सुपरिवेक्षण वाट देखिएका मुख्य वृद्धाहरू	सुझाव	दस्तखत

कार्यक्षेत्रको (Catchment Area) को नक्सा

लक्षित जनसंख्या

लक्षित जनसंख्या २०७९/८०														
जम्मा जनसंख्या	१ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	२ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	३ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	६ देखि १९ महिनाको बच्चा संख्या	१२ देखि ५९ महिनाको बच्चा संख्या	५ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको महिलाहरूको संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको विवाहित महिलाहरू	अनुमानित गर्भगति संख्या	अनुमानित जीवित जन्म	१० देखि १९ वर्षका किशोर किशोरी संख्या	अनुमानित क्षयरोगका PBC विरामी	औलो प्रभावित जनसंख्या	

मानव संसाधन

स्वीकृत दरबन्दीमा कार्यरत कर्मचारीहरूको स्थिति

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

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

स्वास्थ्य संस्था को नाम:

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

दि.नं.	पूरक सङ्ख्या	पूरक	संख्या		सेवा पाएको महिना												प्रति प्रतिशत...		
			वार्षिक	मासिक	जनवरी	फरवरी	मार्च	अप्रिल	मई	जुन	जुल	अगस्त	सेप्टे	अक्टो	नोभे	डिसे			
१	Reporting Status	स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएकाहरूको जम्मा संख्या (वर्ग, पर पट्टा)																	
२		स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा पाएका जेठ जार्जिक (१० वर्ष भन्दा माथिका) हरूको जम्मा संख्या																	
३	खोप कार्यक्रम:	डि.पि.पि. खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
४		डि.पि.पि.-१ खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
५		डि.पि.पि.-२ खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
६		डि.पि.पि.-३ खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
७		डि.पि.पि.-४ खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
८		डि.पि.पि.-५ खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
९		डि.पि.पि.-६ खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१०		डि.पि.पि.-७ खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
११		डि.पि.पि.-८ खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१२		डि.पि.पि.-९ खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
१३	EB-IMNCI कार्यक्रम:	२ महिना सम्मका निरामी निगुहको संख्या (स्वास्थ्य																	

स्वास्थ्य संस्थाको बित्तिय अबस्था

मिति	बिबरण	अम्दानी	खर्च	बाँकी	कैफियत

कर्मचारी बिबरण

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

मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरूको नामावली	छलफलका विषयहरू	निर्णय
श्रावण				
भाद्र				

HMIS 1.8:मासिक अनुगमन पुस्तिका-अस्पताल(Monthly Monitoring Worksheet- Hospital)

यस मासिकअनुगमनपुस्तिकाअस्पतालहरूले आफ्नो संस्थाको सामान्यजानकारीहरूकोअभिलेख राख्नका साथै मुख्य स्वास्थ्य सूचकहरूकोमासिकप्रगतिअनुगमन गर्न प्रयोग गर्नुपर्दछ । यो पुस्तिकाप्रत्येक अस्पतालमा राख्नुपर्छ र मासिक रूपमाअद्यावधिकगरिनुपर्दछ । यद्यपिअपरिवर्तनीय सुचनावाजानकारी जस्तै लक्षित जनसंख्यावर्षमा एक पटक अद्यावधिकहुनुपर्दछ र मानव संसाधन र अन्यकर्मचारी विवरणहरू त्रैमासिकरूपमाअद्यावधिकहुनुपर्दछ ।

पुस्तिकाको नमूना:

आगन्तुक तथा सुपरिवेक्षकहरूको मन्तव्य				
मिति	सुपरिवेक्षकको नाम, पद, कार्यालय	सुपरिवेक्षण वाट देखिएका मुख्य वृद्धाहरु	सुझाव	दस्तखत

कार्यक्षेत्रको (Catchment Area) को नक्सा

लक्षित जनसंख्या

लक्षित जनसंख्या २०७९/८०															
जन्मा जनसंख्या	१ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	२ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	३ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	६ देखि ५९ महिनाको बच्चा संख्या	१२ देखि ५९ महिनाको बच्चा संख्या	५ वर्ष मुनिको बच्चा संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको महिलाहरूको संख्या	१५ देखि ४९ वर्षको विवाहित महिलाहरू	अनुमानित गर्भवति संख्या	अनुमानित जीवित जन्म	१० देखि १९ वर्षका किशोर किशोरी संख्या	अनुमानित क्षयरोगका PBC विरामी	औलो प्रभावित जनसंख्या		

मानव संसाधन

स्वीकृत दरबन्दीमा कार्यरत कर्मचारीहरूको स्थिति

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

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

Hospital Monthly Monitoring Sheet (Fiscal Year...)																			
Sanctioned bed:										Health Facility code:									
Operational bed:																			
क्र.सं.	सूचक समूह	सूचक	सकय		सेवा पाएको महिना										प्रगति प्रतिशत***				
			वार्षिक	मासिक	जान	फागुन	मार्च	अप्रिल	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुन	चैत्र	बैशाख		जेठ	असार	जम्मा	
१	अस्पताल	Total Emergency Visit																	
२		Total OPD Visit																	
३		Inpatient Admission																	
४		Inpatient Discharge																	
५		No of Surgeries																	
६		No of Delivery																	
७		Total laboratory test																	
८		Total Radiological service																	
९		Average length of stay																	
१०		Bed occupancy rate																	
११		Total Hospital Death																	

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

स्वास्थ्य कार्यक्रम र सेवाहरूको मासिक अनुगमन प्रतिवेदन (Monthly Monitoring Sheet)																			
क्र.सं.	सूचक समूह	सूचक	सकय		सेवा पाएको महिना										प्रगति प्रतिशत				
			वार्षिक	मासिक	जान	फागुन	मार्च	अप्रिल	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुन	चैत्र	बैशाख		जेठ	असार	जम्मा	
१	Reporting Status	स्वास्थ्य सेवाबाट सेवा पाएकाहरूको जम्मा संख्या (नर्सी, अन्य स्वास्थ्य सेवाबाट सेवा पाएका जेठ नगरीक (६० वर्ष भन्दा माथिका) हरूको जम्मा संख्या																	
२		वि.मि.वि. खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
३	खोप कार्यक्रम:	डि.मि.टि.- हेप बी- त्रिव पहिलो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
४		डि.मि.टि.- हेप बी- त्रिव तेस्रो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
५		मिलिगो (OPV) तेस्रो मात्रा खोप पाएका संख्या																	
६		पि.मि.पि. (Pneumonia Conjugate Vaccine) तेस्रो मात्रा खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
७		मिलिगो (IPV) खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
८		रादुर- रुकेल पहिलो मात्रा (९ महिना) खोप पाएका बालबालिका संख्या																	
९		जे.ई. खोप पाएका संख्या																	
१०		HPV खोप पाएका संख्या																	
११		TCV खोप पाएका संख्या																	
१२		CB-IMNCI कार्यक्रम:																	
१३		महिला सम्मका विरामी तिर्नाहरूको संख्या (स्वास्थ्य																	

स्वास्थ्य संस्थाको बित्तिय अबस्था

मिति	विवरण	अम्दानी	खर्च	बाँकी	कैफियत	मिति	विवरण	अम्दानी	खर्च	बाँकी	कैफियत

कर्मचारी बिबरण

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

मासिक समिक्षा बैठक

महिना	बैठक मिति	सहभागीहरुको नामावली	छलफलका विषयहरु	निर्णय
श्रावण				
भाद्र				



२. नवशिशु तथा बाल स्वास्थ्य

2. Infant and Child Health


- HMIS २.१: बाल स्वास्थ्य कार्ड
- HMIS २.२: खोप रजिष्टर
- HsMIS २.३: पोषण रजिष्टर
- HMIS २.४: नवशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर
- HMIS २.५: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड
- HMIS २.६: शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर
- HMIS २.७: मेडिकल जटिलताजन्य शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर
- HMIS २.८: पोषण पुनर्स्थापना गृह रजिष्टर

HMIS 2.1:बाल स्वास्थ्य कार्ड (Child Health Card)

पाँचवर्षमुनिकाबच्चाहरूलाई प्रदानगरिने स्वास्थ्य सेवा, जस्तै: खोप, श्वास-प्रश्वास, भ्रूडापखाला,पोषण स्थितिको नियमितअनुगमन, जुकाको औषधि, भिटामिन ए र बालभिट्टा वितरण आदिको नियमितता, समयबद्धता समय-समयमाहुनुपर्ने अनुगमन र बच्चाको स्वास्थ्यअवस्थाअभिभावक र स्वास्थ्यकार्यकर्ताले थाहापाउन यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ। यो कार्ड सम्बन्धितबच्चाकाअभिभावकलाई उपलब्ध गराउनुपर्दछ। यो कार्ड हरेक पटक स्वास्थ्य सेवातथाउपचार लिनआउँदा साथै लिई आउन र पछिसम्म सुरक्षित राख्नकालागिअभिभावकलाई सल्लाहदिनुपर्दछ।

कार्डको नमुना :

खोप पथ्यात भएका अभाङ्गित घटना (ए.इ.एफ.आई.) को विवरण			
खोपको नाम	लिनको मिति	मूल्य स्वल्प	कैफियत
अभियानमा तमारेको खोपको विवरण			
खोपको नाम	लिनको मिति (ग/म/सा)		
अभियानमा वर्षको २ पटक भिटामिन ए क्यापसुल र जुकाको औषधी खुवाएको विवरण			
पटक	खुवाएको मिति	पटक	खुवाएको मिति
पहिलो	दोश्रो	तेश्रो	
चौथो	पाँचौं	छैटौं	
सातौं	आठौं	नवौं	
दशौं	नोट: बच्चा ६ महिना पुग्ने बित्तिकै भिटामिन ए खुवाउँ		
बच्चाको स्तनपान बारे जानकारी			
शिशुलाई जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान शुरू गरियो			
बच्चाको अन्तको दुध मात्र खुवाएको	१ महिना	२ महिना	३ महिना
बच्चाको अन्तको दुधको साथै बोसिलो घना कुकुरा दुध पनि खेरेको	६ महिना भन्दा अघि	६ महिनामा	६ महिना भन्दा पछि
बालभिट्टा खुवाएको मिति (ग/म/सा)			
पहिलो	/ /	दोश्रो	/ /
शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण सम्बन्धी विवरण			
बच्चाको उमेर महिनामा	 अन्न आना खान्छु/छैन	 दास खान्छु/छैन	 अन्नको सहायता सक्ने उमेरमा खान्छु/छैन
	पटक	पटक	पटक



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 थर:	
लिंग: <input type="checkbox"/> महिला / <input type="checkbox"/> पुरुष	
जन्म मिति:	
(ग/म/सा) जन्मदाको तौल:	
गाम	
आमाको नाम:	
बुवाको नाम:	
ठेगाना: जिल्ला..... न.पा. / गा.पा.....	
वाडो नं.....	
गाउँ/टोल:.....	
स्वास्थ्य संस्थाको नाम:.....	
स्वास्थ्यकर्मीको नाम:..... सम्पर्क नं.	
कार्ड जारी गरेको मिति:	
(ग/म/सा)	

नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन			
स्वास्थ्य समस्या	मिति	व्यवस्थापन	कैफियत

* कार्ड भरि सुनिश्चानुपपुनरीक्षण र प्रोत्साहन पटक पटकलाई स्वास्थ्य सेवा विभागबाट प्राप्त गर्नुपर्नेछ।

खोप लगाएको विवरण	५० महिना		५५ महिना		६० महिना		६५ महिना		७० महिना		७५ महिना	

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

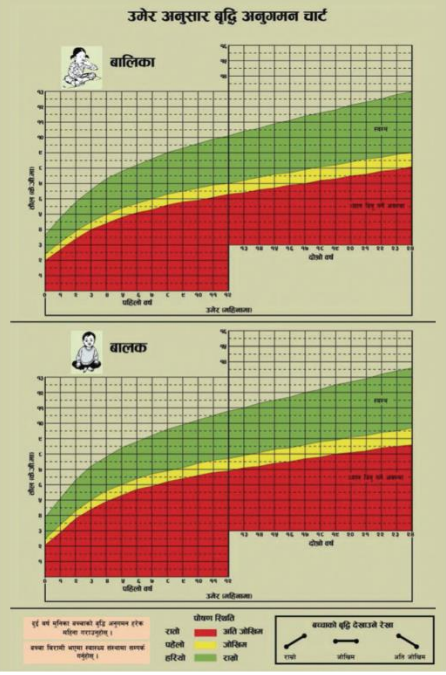
१) २) ३)

४) ५) ६)

७) ८)

खोपको पूरा मात्रा लगाएको प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

दस्तावेज/मिति:



कार्डभर्ने तरिका:

महलशीर्षक	भर्नेतरिका
मूलदर्ता नं	मूलदर्ता रजिस्टरमादर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक सेवादर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकमा सेवाप्रदानगर्दा दर्ता गरेको गाउँघर क्लिनिकदर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
खोप सेवादर्ता नं.	खोप सेवा रजिस्टरमादर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि सेवाग्राहीबच्चाले अन्य (सरकारी वा गैह्र सरकारी) संस्थाबाट जारी भएको बाल स्वास्थ्य कार्ड(HMIS2.1)लिइआएमापहिले लेखिएको खोप सेवादर्ता नं. पछाडी धर्को (/) लगाई नयाँदर्ता नं. (हाल सेवादिने संस्थाको रजिस्टरमादर्ता गर्दाको नं.) लेख्नुपर्दछ । यदिनिर्दिष्ट ढाँचाको कार्ड नभएमा सेवाग्राहीलाई नयाँवाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS2.1) जारी गरी पहिलेको कार्डबाट यसभन्दापहिले लगाएको खोपको विवरण नयाँ कार्डमाअध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।
पोषण सेवादर्ता नं.	पोषण सेवा रजिस्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ । यदि गाउँघर क्लिनिकमापोषण सेवाकालागिदर्ता गरेको भएORC लेखी गाउँघर क्लिनिकको पोषण सेवाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
नवजातशिशु तथाबालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन सेवादर्ता नं.	नवजातशिशु तथाबालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन(IMNCI)सेवारजिस्टरको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
बच्चाको नाम, थर	सेवालिनआएको बच्चाको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।
लिङ्ग	बच्चामहिलाभएमहिलामा र पुरुषभए पुरुषमा✓चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
जन्ममिति	बच्चाजन्मेको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ । बच्चाजन्मेको मितिभन्नसके महत्वपूर्ण घटनासँग जोडी जन्ममितिपत्तालगाई लेख्नुपर्दछ ।
जन्मदाको तौल (ग्राममा)	बच्चाजन्मदाको तौलग्राममा लेख्नुपर्दछ ।यदिजन्मदाको तौल थाहानभएमा यस महलमा - चिन्हलगाउनु पर्दछ ।
आमाको नाम	बच्चाको आमाको नामलेख्नुपर्दछ ।
बाबुको नाम	बच्चाकाबाबुको नामलेख्नुपर्दछ ।
ठेगाना	हाल धेरैजसो बसोवास गरिरहेको*जिल्ला, नगर वागाउँपालिका को वडा नम्बर र गाउँ/टोल (यदि घर नं. भएमा सो समेत खुल्ने गरी) लेख्नुपर्दछ । *हाल धेरैजसो बसोवास गरिरहेको भन्नाले कम्तीमा ६ महिनादेखि बसिरहेको वात्यहींबसोवास गर्ने मनसायले बसिरहेको भन्ने बुझ्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	कार्डजारी गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नामउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
स्वास्थ्यकर्मीको नाम	कार्ड जारी गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं	कार्ड जारी गर्ने स्वास्थ्य संस्थावा स्वास्थ्यकर्मीकोसम्पर्क नं लेख्नुपर्दछ ।
कार्ड जारी गरेको मिति	कार्ड वितरण गरेको मिति (गते, महिना, सालमा) लेख्नुपर्दछ ।
नवजातशिशु तथाबालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन	नवजातशिशु तथाबालरोगको एकिकृत व्यवस्थापन सम्बन्धीसेवादिईएको भएमाबच्चाको स्वास्थ्य समस्या,सेवाप्रदान गरेको मिति, उपचार व्यवस्थापनतथाउपचार सल्लाहको विवरणसम्बन्धित उमेरको सम्बन्धितमहलमाखुलाउनुपर्दछ ।
खोपलगाएको विवरण	बच्चालाई खोप कार्डमाउल्लेख भएको कमानुसार खोप दिने र प्रत्येक खोप दिए पछि सम्बन्धितखोपको महलमाखोप दिएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । बच्चाले यसभन्दापहिलेका खोप अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट लिएको भए सोको विवरण यस कार्डबाट खोप रजिस्टरको सम्बन्धितखोपको महलमाखोप सेवाप्रदान गर्ने संस्थाको नामजनाउनुपर्दछ ।
अर्को पटक खोप लगाउनआउने मिति	यस पटकको खोप सेवाप्रदान गरी सकेपछि खोप सेवालिनअर्को पटक सेवाग्राहीकहिले आउनु पर्ने हो एकीन गरी सो मितिकमशः लेख्नुपर्दछ ।

महलशीर्षक	भर्नेतरिका
खोपको पूरा मात्रालगाएको प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, दस्तखत र मिति	पूर्णखोप भन्नाले १५ महिना सम्मकाबच्चाले लगाउनुपर्ने सम्पूर्ण खोपहरू (बी.सी.जी. १ मात्रा, डी.पी.टी.-हेप.बी.-हिब, पोलियो र पी.सी.भी. ३३ मात्रा, एफ.आई.पि.भिर रोटा खोप २२ मात्रा, जे. ई. १ मात्रा र दादुरा-रुबेला २ मात्रा) पूरा भएपछिलाई जनाउँछ। यदिकुनै बच्चाले जे.ई र दादुरा रुबेलाको दोश्रो मात्रा १५ महिना पछाडी २३ महिनाभित्र पूरा गरेमाअन्तिमखोप लगाएको मितिलाई नै खोप पूरा गरेको मितिमान्नु पर्दछ।सोहीअनुरूप पूर्णखोप लगाएको यकिन गरी प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम र मिति लेखी दस्तखत समेत गर्नुपर्दछ।
उमेर अनुसार वृद्धि अनुगमन	
	यस कार्डमा समावेश गरिएको रेखाचित्रमामाथिल्लो खण्डमा बालिका र तल्लो खण्डमा बालकको उमेरअनुसारको तौल वृद्धिको अभिलेख राखिन्छ। जन्मेको पहिलो महिनादेखि २ वर्ष (२३ महिना) सम्म हरेक महिनामाबच्चाको तौल लिई उमेरअनुसारकोतौलको सम्बन्धित कोठामा जनाउनुपर्दछ। बच्चादोहोरिएर सेवालिनआउँदाप्रत्येक पटकको उमेरअनुसारको तौल रेखाचित्रमाजनाई अधिल्लो पटकको तौलको विन्दुसँग जोड्नुपर्दछ। बच्चाको पोषण स्थिति कार्डमा देखाएअनुसार सामान्य, जोखिमवाअति जोखिम – कुनअवस्थामा छ, तदनुसार आमालाई सल्लाहदिनुपर्दछ। पोषण रजिस्टरमा यस ब्यहोराको विवरण निम्नअनुसार अभिलेख गर्नुपर्दछ : १, हरियो- सामान्य २, पहुँलो- जोखिम ३, रातो- अति जोखिम
खोपपश्चात् भएका अवाञ्छित घटना("AEFI")	खोप लगाएपछि बच्चामाकुनै प्रकारको अवाञ्छित घटना हुनगएमा सोको विवरणको महलहरुमालिएको खोपको नाम, मिति, देखिएकामुख्य लक्षण र गरिएको व्यवस्थापन लेख्नुपर्दछ। अवाञ्छित घटना देखिएकाबाल-बालिकाहरुको विस्तृत विवरण छुट्टै फाराममा भरी सम्बन्धित स्थानमा पठाउनुपर्दछ।
अभियानमालगाएको खोपको विवरण	खोपअभियानमालगाइएको खोपको विवरण जुनमहिना र जुनखोप दिएको हो सो को मिति समेत खुल्ने गरी सम्बन्धितमहलहरुमा लेख्नुपर्दछ।
अभियानमा भिटामिन ए क्याप्सुल र जुकाको औषधीखुवाएको विवरण	
भिटामिन ए क्याप्सुल र जुकाको खुवाएको विवरण	६ महिनादेखि५९ महिना सम्मकावालवालिकालाई भिटामिन ए र १२ देखि ५९ महिनासम्मकावालवालिकाहरुलाई जुकाको औषधी हरेक ६/६ महिनाको फरकको अभियानमाखुवाएको प्रत्येक पटकको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ। (अभियान सञ्चालनभएकै समयमा भिटामिन ए र जुकाको औषधीवितरण गरेको मिति म.स्वा.स्व.से. बाट यस कार्डमाअद्यावधिक गराउनुपर्दछ। स्वास्थ्यकर्मीले सेवाप्रदान 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)चिन्हलगाउनुपर्दछ।
बच्चालाई आमाको दूधमात्रखुवाएको	शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपानमात्र गराएको/नगराएको हरेक महिनाको भेटमा सोधीजुनमहिनासम्मआमाको दूधमात्रखुवाएको हो, सोहीमहिनाकामहलमा(✓)चिन्हलगाउनुपर्दछ र बच्चालाई आमाको दूधका साथै अन्यखानेकुरा पनिखुवाएको भएजुनमहिनादेखि अन्यखानेकुरा खुवाउन सुरु गरेको हो, सोहीमहिना देखिकामहिनामा(X)चिन्हलगाउनुपर्दछ।
बच्चालाई आमाको दूधका साथै पोसिलो खानाखुवाउन सुरु गरेको	शिशुलाई आमाको दूधका साथै पूरक खानाखुवाउन सुरु गरेको छ/छैन सोधीयदि सुरु गरेको छ भने ६ महिनाभन्दा अघि, ६ महिनामावा ६ महिनाभन्दा पछि कहिले सुरु गरेको हो, सम्बन्धितमहलमा(✓)चिन्हलगाउनुपर्दछ।
बालभिटामिन वितरण गरेको मिति:	
पहिलो, दोश्रो, तेस्रो	६ महिनादेखि२३ महिनासम्मको बालवालिकालाई ६-११ महिना उमेर समुहमापहिलो पटक, १२-१७महिना उमेर समुहमा दोस्रो पटक, १८-२३ महिना उमेर समुहमा तेस्रो पटक गरी जम्मा ३ पटक प्रत्येक पटकमा ६० दिनलाई पुग्ने गरी बालभिटामिन वितरण गरिन्छ।बालभिटामिन वितरण गरेको प्रत्येक पटकको मिति (गते, महिना, साल) पहिलो भएपहिलो कोठामा, दोस्रो भए दोस्रो कोठामा र तेस्रो भए तेस्रो कोठामा लेख्नुपर्दछ।
शिशु तथाबाल्यकालीनपोषण सम्बन्धीविवरण	

महलशीर्षक	भर्नेतरिका
बच्चाको उमेर महिनामा (६-८ महिना, ९-११ महिना, १२-२३ महिना)	पोषण सेवाकालागिआएका६ देखि २३ महिनासम्मकावालवालिकाहरुलाई ६ देखि ८ महिना, ९ देखि ११ महिना र १२ देखि २३ महिना उमेर समूहमाप्रत्येक उमेर समूहको पहिलो भेटमा १पटक सोधी पछिल्लो २४ घण्टामा खुवाइएको खानाको प्रकार र पटकयकिन गरीखानाको प्रकार र उमेर समूहको सम्बन्धितमहलमा पटक (१, २, ३ ....)लेख्नुपर्दछ । उमेरअनुसार आवश्यक पर्ने खानाको पटक, प्रकार, मात्रा (परिमाण) खुवाइएको छ/छैन, सो समेत यकिन गरी परामर्श दिनुपर्दछ ।

HMIS 2.2:खोप रजिष्टर(Immunization Register)

खोप सेसन सञ्चालनहुने स्थान, र संचालनअवस्था,सरसफाई प्रवर्द्धन सेसनमा सहभागि संख्या, भ्याक्सिनप्राप्त र खर्च, शत-प्रतिशतबच्चाहरूले पूर्ण खोप लगाएको यकिन गर्न तथागर्भवतीमहिलाहरूलाई खोप लगाएको यकिन गर्न, अभियानमाखोप दिएको र खोप लगाएपश्चात् हुने अवाञ्छित घटनाकोअभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। खोप सेवाप्रदानगर्दा पहिलो पटक बच्चातथागर्भवतीमहिलालाई दर्ता गरिसकेपछि सेवाग्राहीलाई दिइएका सबै खोपको विवरण यस रजिष्टरमाअद्यावधिक गर्नुपर्दछ। सो बच्चावागर्भवतीमहिलाको नामअर्को आ.ब.को रजिष्टरमा सार्नु हुँदैन।

यस रजिष्टरमाखोप सेसन सञ्चालनर सरसफाई सेसनमा सहभागि संख्या,भ्याक्सिनप्राप्ततथाखर्चको विवरण, बाल-बालिकाको खोप लगाएको विवरण, २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण,आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दाअन्यत्र बाट आएकाबच्चाहरुको खोपसेवाको विवरण,गर्भवतीमहिलालाई टी.डी. खोप दिएको विवरण, खोप अभियानप्रगति समायोजन र खोप पश्चात् हुने अवाञ्छित घटनाको अभिलेख गरी जम्माभाग रहेका छन्।

- २.२१ खोपतथा सरसफाई सेसन संचालनविवरण
- २.२२ भ्याक्सिनप्राप्त, खर्च तथाफिर्ता भएको विवरण (डोजमा)
- २.२३_१:खोप सेवाको विवरण
- २.२३_२:नियमितखोप सेवामाआफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाटआएकाबच्चाहरुको खोप सेवाको विवरण
- २.२३_३: २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोपशुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण
- २.२४ टी.डी खोप सेवाको अभिलेख विवरण
- २.२५ खोपअभियानतथामहामारी पश्चात संचालनभएको खोप अभियानको प्रगति समायोजन विवरण
- २.२६ खोपपश्चात् हुने अवाञ्छित घटना (Adverse Events Following Immunization)

खोपपाएकाव्यक्तिको जम्मा सङ्ख्यानिकालनकालागिबच्चावागर्भवतीमहिलाको कार्डमाविवरण अद्यावधिक गर्ने बित्तिकै प्रत्येक सेवाग्राहीको सङ्ख्या समायोजन फाराममा ट्याली(tally) जतिजना सेवालिनआएकाहुन सोहि संख्याउल्लेखगर्नुपर्दछ। यसैकाआधारमाखोप सेवाHMIS 9.2 र HMIS 9.3/9.4/9.5 को प्रतिवेदनफारामको खोप सेवापाएकाहरुको जम्मा सङ्ख्याको महलमा सोउतार गर्नुपर्दछ।

नगर/गाउँपालिकाभित्रको स्वास्थ्य संस्थाहरुले आफ्नो कार्यक्षेत्र भित्रको खोप सेवाप्रदानगर्दा वडाको जनसंख्याको आधारमाखोप केन्द्रकोलक्षनिर्धारण गरि अभिलेख पनिखोपकेन्द्रअनुसार नै छुट्टाछुट्टै पानामा राख्नुपर्दछ।अस्पतालतथा संस्थागतक्लिनिकले आफ्नो पालिकाभित्रको वडा अनुसार छुट्टै अभिलेख राख्नु पर्दछ।

नोट: २४ महिना देखि ५९ महिना सम्ममाखोप शुरु गर्ने नयां बच्चा(missed opportunity delay schedule) र आफ्नो कार्यक्षेत्र भन्दाअन्यत्र बाट खोप सेवालिनआएकाबालबालिकाको खोप सेवाको विवरण तोकिएको छुट्टै पानामा राख्नु पर्दछ।

रजिस्टरको नमुना :

२.२१ खोप सेसन सञ्चालन

HMIS 2.21

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

२.२२: भ्याक्सिनप्राप्ततथाखर्च विवरण (भायलमा)

भ्याक्सिन प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता भएको विवरण (भायलमा)

खोप	प्राप्त, खर्च र फिर्ता विवरण			४ श्रावण	५ भाद्र	६ आश्विन	७ कार्तिक	८ मंसिर	९ पौष	१० माघ	११ फाल्गुण	१२ चैत्र	१३ बैशाख	१४ जेष्ठ	१५ असार	केफियत
	१	२	३													
वि.सि.जी. (BCG)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
रोटा (Rota)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
पोलियो (bOPV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
एफ.आई.पि.भी. (IPV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
पि.सि.भि. (PCV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
डि.पि.टी. / हेप वि/ हिब (DPT-HepB-Hib)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
दादुरा-रुबेला (Measles-Rubella)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
जे.ई. (JE)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
टाईफाइड (TCV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
टी.डी. (TD)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															
एच.पि.भि. (HPV)	प्राप्त भायल															
	खर्च भायल	खोप दिन खोलेको	अन्य कारणले बिग्रेको													
	फिर्ता भायल															

२.२३_१ खोपसेवाको विवरण

खोप सेवाको विवरण

वडा नं.	बच्चाको		खाति कोड	अमा/बुबाको नाम, धर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	खोप केन्द्रको नाम																									
								वि.सि.जी. (BCG)		रोटा (RotA)			पोलियो (BOPV)			एफ.आई.जे.पी. (IPV)			पि.सि.सि. (PCV)			डि.पि.टी./डि.पि.सि/डि.सि (DPT-HepB-Hib)			दादुरा-म्बेला (MR)		जे.ई. (JE)		टाईफाइड (TCV)		एच.पि.सि. (HPV)		कैफियत
								१	२	१	२	३	१	२	३	१	२	३	१	२	३	१	२	३	१	२	१	२	१	२	१	२	
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			

२.२३_२:नियमितखोप सेवामाआफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाटआएकाबच्चाहरुको खोप सेवाको विवरण

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

वडा नं.	बच्चाको		खाति कोड	अमा/बुबाको नाम, धर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	खोप केन्द्रको नाम																									
								वि.सि.जी. (BCG)		रोटा (RotA)			पोलियो (BOPV)			एफ.आई.जे.पी. (IPV)			पि.सि.सि. (PCV)			डि.पि.टी./डि.पि.सि/डि.सि (DPT-HepB-Hib)			दादुरा-म्बेला (MR)		जे.ई. (JE)		टाईफाइड (TCV)		एच.पि.सि. (HPV)		कैफियत
								१	२	१	२	३	१	२	३	१	२	३	१	२	३	१	२	३	१	२	१	२	१	२	१	२	
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			

२.२३_३:२४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोपशुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण

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

वडा नं.	बच्चाको		खाति कोड	अमा/बुबाको नाम, धर	गाउँ/टोल	सम्पर्क फोन नं.	जन्म मिति	वि.सि.जी. (BCG)	पोलियो (BOPV) ४ हप्ताको फरकमा		एफ.आई.जे.पी. (IPV) ८ हप्ताको फरकमा		पि.सि.सि. (PCV) ८ हप्ताको फरकमा		डि.पि.टी./डि.पि.सि/डि.सि (DPT-HepB-Hib) ०, १ र ६ महिना*			दादुरा-म्बेला (MR) ४ हप्ताको फरकमा		जे.ई. (JE)					
									१	२	३	१	२	१	२	१	२	३	१	२	१	२	१	२	१
									१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३

२.२४ टी.डी.खोप अभिलेख (गर्भवतीमहिला)

टी.डी. खोप सेवाको अभिलेख विवरण

वडा नं. ..

सेवा दर्ता नं.	गाउँ/टोल	गर्भवती महिलाको		जाति कोड	उमेर	सम्पर्क फोन नं.	नाईको पटक	यस अघि टि.डी. खोप लिएको पटक	टी.डी.खोप विवरण			कैफियत
		नाम	थर						१	२	२*	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३

२.२५ खोपअभियानतथामहामारी पश्चात संचालनभएको खोप अभियानको प्रगति समायोजन विवरण

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

खोपको प्रकार:

चरण:

क्र.सं.	वडा नं.	मिति			लक्षित जनसंख्या			खोप लगाएको संख्या			प्रगति %	खोप केन्द्रको संख्या	परिचालित स्वा.स्व.से. तथा स्वास्थ्य कर्मिको संख्या	खोप (डोजमा)			कैफियत
		ग	म	सा	उमेर समूह (खुलाउने)			उमेर समूह (खुलाउने)						प्राप्त	खर्च भएको	फिल्टा गरेको	
					म	पु	जम्मा	म	पु	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 पश्चात् हुने अवाञ्छित घटनाको विवरण (Adverse Event Following Immunization)

क्र. सं.	१. बच्चाको नाम २. अभिभावकको नाम सम्पर्क नं.	बच्चाको उमेर		ठेगाना		खोप सेवा दत्ता नं.	AEFI दर्ता भएको मिति	दिइएको खोपको नाम	खोपको व्याघ नं.	घोलकको व्याघ नं.	खोप लगाएको मिति, समय तथा स्थान			सङ्घटन शुरू भएको मिति तथा समय		देखिएका मुख्य सङ्घटनहरू	वर्गीकरण		व्यवस्थापन
		म	पु	ठेगाना	गाँउ/टोल						मिति	समय	स्थान	मिति	समय		सामान्य	कडा	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०
				जिल्ला			ना				ना			ना					
				प्रादेशिक			ना				ना			ना					
				वडा नं.			ना				ना			ना					

रजिस्टरभर्नेतरिका :

२.२.१ खोप सेसन सञ्चालन

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
१	खोप केन्द्रको नाम	यस महलमाखोप सञ्चालनहुने केन्द्र (स्थान) को नाम लेख्नुपर्दछ ।	
२-४	खोप सेसन सञ्चालनहुने गते/वार/समय	कुनै खोप केन्द्र निश्चितगते अनुसार र कुनै खोप केन्द्रहरू निश्चितवार अनुसार सञ्चालनहुनेगरी तय गरिएको हुन्छ । सोहीअनुरूपयस महलमाखोप सेसन सञ्चालनहुने गते/वार र समय लेख्नुपर्दछ ।	
५-१६	सेसन सञ्चालन भएका	श्रावण आषाढ	यस महलअन्तर्गतकामहिनाहरूमा सम्बन्धितमहिनामाखोप सेसन सञ्चालनभएको भए ठीक (✓)चिन्हलगाउनुपर्दछ । यदिखोप सेसन सञ्चालनहुनसकेको भए (—) चिन्हलगाउनुपर्दछ । सोहि सेसनमा सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन सञ्चालनहुँदाप्रत्येक महिना सहभागिआमातथाअभिभावकको संख्यातल्लो मट्टलमाउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१७	सेसन जम्मा	यस महलमाश्रावण देखि आषाढ (महल ५-१६) सम्म को जोड जम्माखोप सेसन सञ्चालन संख्या र सरसफाई सेसनमा सहभागिअभिभावकको जम्मा संख्या जोडेर लेख्नुपर्दछ ।	

२.२.२ भ्याक्सिनप्राप्ततथाखर्च विवरण (भायलमा)

उत्पदानकर्तादेखि व्यक्तिको शरीरभित्रप्रवेश गर्ने अवधिसम्मभ्याक्सिनको गुणस्तर र प्रभावकारिता जोगाइराख्नभ्याक्सिनलाई निश्चिततापक्रममा राख्नु पर्दछ ।भ्याक्सिननिश्चिततापक्रमभित्र रहेको यकिन गर्न भी.भी.एम्. तथाफ्रिजट्यागको व्यवस्थागरिएको छ ।खोप सेसन सञ्चालन गर्ने क्रममाकतिभ्याक्सिनप्रयोग भयो, कतिखर्च भयो, सो को लेखाजोखा गर्न खोप रजिस्टरमाभ्याक्सिनको प्राप्ततथाखर्चको अभिलेख गर्ने व्यवस्थागरिएको हो ।

सूचकमहल/		निर्देशन
खोप (BCG, Rota, bOPV, fIPV, PCV, DPT-Hep-B-Hib, Measles-Rubella, JE, TCV, TD rHPV)	प्राप्तभायल	खोप सेसन सञ्चालनकालागिकुनखोप कतिभायलप्राप्तभएको हो सो संख्या सम्बन्धितखोप अनुसार छुट्टाछुट्टै सम्बन्धितमहिनाको प्राप्तमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
	खर्च/फिर्ता भायल	खर्च: सम्बन्धितमहिनाको खोप खर्चभन्ने महलमाप्राप्त गरेको बी. सी.जी., रोटा, ओरल पोलियो, एफ्.आई.पि.भी., पी. सी. भी, डी. पी. टी./हेप बी/हिव, दादुरा/रुबेला, टाइफाइड, जे.ई.र टी.डी. खोप मध्ये खोप लगाउनखोलेको भाएल संख्या र अन्य कारण (भिभिएम ३,४ मागएर, म्यादगुज्रिएर, भिजेर वा फुटेर वाअन्यआदि कारण) बाटबिग्रिएको खोप भायलखर्चअन्तर्गतकोसम्बन्धितमहलमाभाएल संख्याउल्लेख गर्ने फिर्ता: प्राप्त खोप मध्ये खर्च खोप भायल घटाएर बाँकी पुनप्रयोग गर्न मिल्ने(नखोलिएका)बाँकीफिर्ता गरेको भाएलसंख्याफिर्ता भन्ने महलमा लेख्नुपर्दछ ।

			नोट: खोपप्राप्त डोज अनुसार खर्च डोज र फिर्ता डोज जोड्दा प्राप्त डोज संग बराबर हुनु पर्दछ ।
<p>जस्तै: कुनै महिना सेसन सञ्चालनकालागिपिसिभीखोप ४ मात्राको भाएल १० भाएलप्राप्त गरी ६ भायलखोलेर २१ जनावच्चालाई मात्र सो खोप लगाइयो, प्रयोग नभई नखोलिएको बाँकी ४ भाएलमध्ये १ भाएलभुलबस भिजेर दुषितभयो, पुनप्रयोग गर्न मिल्ने खोप ३ भाएलवांकी छ। अवभ्याक्सिनखर्च खोप दिनखोलेको महलमा ६ भाएल, अन्य कारणले विग्रीएको महलमा १ भाएल र फिर्ता भन्ने महलमा ३ भाएलभनिउल्लेख गर्नु पर्दछ । बांकीखोपनखोलिएको पुनप्रयोग गर्न मिल्ने अवस्थाको खोप भाएल कोल्डचेन कायम गरी जहाँबाट प्राप्त गरेको हो, सोही स्थानमाअनिवार्य रूपमाफिर्ता गर्नुपर्दछ ।</p>			

२.२३_१ खोपसेवाको विवरण

वडा नम्बर: खोप रजिस्टरको शिर्ष स्थानमायीपानाहरू कुनखोप केन्द्रको अभिलेख राख्न छुट्टयाइएकाहुन, सोहीखोप केन्द्रको नाम र खोप केन्द्र रहेको सम्बन्धित वडा नं लेख्नुपर्दछ ।तर सम्बन्धितनगर/गाउँपालिका/ वडा भन्दाबाहिरका स्थानबाटखोप लगाउनआएमाखोप रजिस्टरको पछाडी रहेका अन्यत्र बाट आएकाबच्चाको विवरण (HMIS २.२.३_२)भन्ने पानामा र २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म उमेरका खोप छुट बच्चाहरूलाई खोप शुरु गरेको भएयहि रजिस्टरको पछाडी रहेका छुट्टै पाना (HMIS २.२.३_३)मालेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
१	क्र.सं.		प्रत्येकमहिना सेवालिनआएकाव्यक्तिको क्रमसङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	सेवादर्ता नं.		एक आर्थिक वर्षसम्मकालागिनगर/गाउँपालिकाकाहकमा वडा अन्तर्गतको खोप केन्द्र अनुसार छुट्टाछुट्टै दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।तर अस्पतालकाहकमा वडाअनुसार अलग-अलगगरी क्रमशःदर्ता नम्बर राख्नुपर्दछ । आर्थिक वर्ष परिवर्तन भएपछि नयाबच्चा र आमाको लागिदर्ता नम्बर पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३	बच्चाको	नाम	खोप सेवालिनआएको बच्चाको नाम, थर छुट्टाछुट्टै महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
४		थर	
५	जात/जातिकोड		सेवालिनने व्यक्तिको थरका आधारमा रजिस्टरमा राखिएको जातिकोड वर्गीकरण तालिकाअनुसार जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै ०१, ०२, ०६) । खोप सेवामा सामाजिक समावेशीकरणको अवस्था देखाउन यो अभिलेख अत्यन्त महत्वपूर्ण हुन्छ ।
६	लिङ्ग	म	बच्चाको लिङ्ग महिलाभए १मागोलो (०) चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
		पु	बच्चाको लिङ्ग पुरुषभए २ मागोलो (०) चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
७	आमा/बुबाको नाम थर		बच्चाको आमा/बुबाको नाम, थर यस महलमालेख्नुपर्दछ ।
८	गाउँ/टोल		खोप सेवालिनने बच्चा सम्बन्धित वडाको कुन गाउँबाट आएको हो, सोही गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ । संस्थाको कार्यक्षेत्रभन्दाबाहिरबाट आएका सेवाग्राहीहरूकाहकमा सो महलमाजिल्ला, पालिका, वडा र टोल लेख्नुपर्दछ ।
९	सम्पर्क फोन नं.		बच्चाको आमाबाबुबाको सम्पर्क फोन नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०	जन्ममिति		बच्चाजन्मेको मिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ । बच्चाजन्मेको मितिभन्नसके महत्वपूर्ण घटनासँग जोडी जन्ममितिपतालगाई लेख्नुपर्दछ । उदाहरणका लागि, २०७४ सालपौष ७गते जन्मेको बच्चाको जन्ममिति लेख्दा यसरी (०७/०९/२०७४) लेख्नुपर्दछ ।
११	वी.सी.जी.		बच्चालाई वी.सी.जी.खोप दिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		लेखनुपर्दछ ।
१२-१३	रोटा (पहिलो, दोस्रो)	बच्चालाई रोटा खोपको पहिलो वा दोस्रो मात्रादिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
१४-१५ -१६	पोलियो (OPV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	बच्चालाई पोलियो खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रादिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
१७-१८	एफ.आई.पि.भि.	बच्चालाई एफ.आई.पि.भि खोपको पहिलो र दोस्रो मात्रादिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
१९-२० -२१	पी.सी.भी. (PCV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	बच्चालाई पी.सी.भी.खोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रादिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
२२- २३-२४	डी.पी.टी./हेपबी/हिव (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	बच्चालाई डी.पी.टी./हेप बी/हिवखोपको पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो मात्रादिएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
२५	दादुरा/रुवेला पहिलो मात्रा	दादुरा/रुवेलाखोप ९ महिना पछि दिएको पहिलो मात्राखोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
२६	दादुरा/रुवेला दास्रो मात्रा	१५महिना पछिका बच्चालाई दादुरा/रुवेला दोस्रोमात्रालगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
२७	जे.ई.	१२महिना पछिका बच्चाहरूलाई जापानीज इन्सेफलाइटिसको खोप लगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
२८	टाईफाइड (टिसिभि)	१५-२३महिनाबच्चालाईटाईफाइड (टिसिभि) खोपलगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
२९	पूर्ण खोप (सवै खोप) पुरा गरेको मिति	पूर्णखोप भन्नालेहाललाई१५ महिना सम्ममाबच्चाले लगाउनुपर्ने सम्पूर्ण खोपहरू (वी. सी.जी १ मात्रा., रोटा २ मात्रा, ओरल पोलियो ३ मात्रा, एफ्.आई.पि.भि. २ मात्रा, पी. सी. भी ३ मात्रा, डी. पी. टी./हेप बी/हिव ३ मात्रा, दादुरा/रुवेला २ मात्रा, जे.ई. १ मात्रा .) पूरा भएपछिको अवस्थालाई जनाउँछ । यो महलमा २३ महिनाभित्रमाखोप शुरु गरि सवै खोपपुरा गरिसकेको अन्तिममिति(गते, महिना, साल) सोहि बच्चाको महलमा लेखनुपर्दछ ।
३०-३१	एच.पि.भि.	९-१३ वर्षका बालिकालाईएच.पि.भि. खोपलगाएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेखनुपर्दछ ।
३२	कैफियत	माथिउल्लेखगरिए वाहेक अन्य केही लेखनुपर्ने भए यस महलमा लेखनुपर्दछ ।

२.२३_२:नियमितखोप सेवामाआफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाटआएकाबच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण

सम्बन्धितनगर/गाउँपालिकाको वडाभन्दाबाहिरका स्थानबाट खोप लगाउनआएसो को अभिलेख राख्न यो रजिष्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ।यो रजिष्टर २.२३_१ को खोप सेवाको विवरण भने निर्देशनअनुसार नै भर्नुपर्दछ।

नोट: कुनै खोप यस अघि अन्यत्रबाट लिएर आएको भए सम्बन्धित खोप मात्रा लगाएको मितिका महलहरूमा बच्चाले कहिले कहाँबाट पाएको हो सो संस्थाको नाम लेखनुपर्दछ. हाल बच्चालाई दिएको खोप सम्बन्धित महलमा मिति गते र साल सहित उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

२.२३_३:२४ महिना देखि ५९ महिना सम्मखोपशुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण

यदि २३ महिना भित्रमा नियमित खोपमा खोप सेवा लिन बच्चा दर्ता नभएको र २४ महिना पछि कुनै पनि खोप नलिएको (शुन्य डोज) भए सो बच्चालाई delayed schedule अनुसार खोप शुरु गराई अभिलेख राख्न यो रजिष्टरको प्रयोग गर्नुपर्दछ।

२.२४ टी.डी. खोप अभिलेख (गर्भवतीमहिला)

नगर/गाउँपालिकाको वडाका अनुमानितगर्भवतीमहिलाको जनसङ्ख्याअनुसार सेवाप्रदायक स्वास्थ्य संस्थाले आफूले सेवाप्रदान गर्ने प्रत्येक खोप केन्द्रका लागि आवश्यक पानाहरु छुट्याई सम्बन्धित खोप केन्द्रकोवडानं उल्लेख गर्नुपर्दछ।सम्बन्धितपालिकाभन्दावाहिरवाट सेवालिनआउने गर्भवतीमहिलाहरुको विवरण राख्नअन्यभनी छुट्टै पानामा राख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येकमहिना सेवालिनआएकाव्यक्तिको क्रमसङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२.	दर्ता नं.	एक आर्थिक वर्षसम्मकालागि वडा अनुसार छुट्टाछुट्टै दर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ तर अस्पतालका हकमा वडाअनुसार अलग-अलगगरी क्रमशःदर्ता नम्बर राख्नुपर्दछ।आर्थिक वर्ष परिवर्तन भएपछि दर्ता नम्बर पुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
३.	गाउँ/टोल	खोप सेवालिनने गर्भवतीमहिला बस्ने गाउँ/टोलको नाम लेख्नुपर्दछ।
४.	गर्भवतीमहिलाको	नाम
५.		थर
६.	जाति कोड	टी.डी. खोपलिनआएकीमहिलाको थर जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ। (जस्तै: ०१, ०२,..... ०६)
७.	उमेर	गर्भवतीमहिलाको टी.डी. खोप लिँदाको उमेर पूरा गरेको वर्षमाजनाउनुपर्दछ
८.	सम्पर्क फोन नं.	टी.डी. खोपलिनआएकीमहिलाको सम्पर्क फोननम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
९.	गर्भको पटक	टी.डी. खोपलिनआएकीमहिला यस पटकसमेत जम्माकति पटक गर्भवती भएकीछिन्, सो निश्चित गरी यो गर्भ कतिऔं पटकको हो, सो सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ।
१०.	यस अघि टि.डी खोपलिएको पटक	गर्भवतीमहिलाले यस पटकको गर्भावस्थामाभन्दापहिले यदि २ वा सो भन्दा धेरै टि.डी खोप लिएको भएकति पटक हो सोही पटक उल्लेख गर्ने तर यस अघि कुनै मात्रा खोप नलिएको वा पुरा मात्रा लिएको यकिन नभएमा शून्य (०) लेख्नुपर्दछ।
११-१२-१३	टी.डी. खोपविवरण टी.डी १, २, २+	गर्भवतीमहिलाले हालको गर्भावस्थामापाएको टी.डी. खोपको विवरण टी. डी १, २ वा २+ मध्ये जुन समूहमा पर्दछ, सोहीअनुसार सम्बन्धितमहलमाखोप सेवापाएको मितिक्रमशःगते, महिना र सालमाउल्लेख गर्नुपर्दछ।यस भन्दापहिले जति पटक लगाएको भएपनिटी.डी. खोपको विवरणमा यस गर्भमालगाएको खोपको मात्रामात्र लेख्नुपर्दछ।उदाहरणका लागि,पहिलो गर्भमावाअन्य समयमाजम्मा२वा सो भन्दा धेरै पटक टी.डी. खोप लगाएकीकुनै महिला यस पटकको गर्भमाटी.डी. खोप लिनआएकीभए यस पटक एक मात्राटी.डी. खोप दिई सोको अभिलेख टी.डी. २+ को महलमा राख्नुपर्दछ। यदियसभन्दापहिले गर्भावस्थामाअथवाअभियानमाखोप लगाएको प्रमाण नभएमावाजम्मा एक मात्रामात्रलगाएको भएक्रमशः टी.डी. पहिलो र दास्रो मात्रा १-१ महिनाको फरकमादिई टि.डी. १ र २ माअभिलेख गर्नुपर्दछ। नोट : पहिलो पटक गर्भवतिभएर आएका सवै महिलालाई १, १ महिनाको फरकमा २ मात्रा टि.डी दिई टि.डी. १ र २ माअभिलेख गर्नुपर्दछ।
१४.	कैफियत	माथिउल्लेखगरिएबाहेक अन्य केहीभएमा यस महलमाखुलाउनुपर्दछ।

२.२५ खोपअभियान(Immunization Campaign)तथामहामारी पश्चात संचालनभएको खोप अभियान(Out Break Response Immunization)को प्रगति समायोजन

राष्ट्रिय खोपअभियानतथाखोप बाट बचाउन सकिने कुनै रोगको महामारी भई सो रोकथामतथा नियन्त्रणको लागि संचालनगरिएको खोप सेवाको प्रगतिको लेखाजोखा गर्न खोप रजिस्टरमाखोप अभियानको प्रतिवेदन राख्ने व्यवस्थागरिएको हो । अभियान सञ्चालनगर्दा प्रयोग गरिएका सम्बन्धित अभिलेख फारामहरूबाट वडाअनुसारको प्रगतिउतार गरी यस रजिस्टरमा चढाउनुपर्दछ । जुनमहिनाजुनखोपअभियान संचालनभएको हो सोहि समयमाअभियानको प्रतिवेदन संगै यहां पनि अभिलेख अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।

खोपको प्रकार:कुनखोपको लागिअभियान सञ्चालनगरिएको हो, सो खोपको प्रकार लेख्नुपर्दछ ।

चरण :पहिलो, दोस्रो वाकुन चरण (National Immunization Campaign Round)सञ्चालनभएको हो, सो उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै: I, II, III

महल नं.	महलशीर्षक			निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या			क्रम सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२	वडा नं.			वडा नं.१ देखि क्रमशःलेख्नुपर्दछ ।
३-५	मिति			National Immunization Campaign सञ्चालन गरेको मितिगते, महिना, सालमा सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
६	लक्षितजन सङ्ख्या	उमेर समूह (खुलाउने)	.....	कार्यक्रमअनुसारको लक्षित समूहजनाई सम्बन्धित वडाको लक्षित जनसङ्ख्यायसमहलमा लेख्नुपर्दछ । उमेर समूहमा २ वटा महलमाअभियानहरूमाविभाजनभएको उमेर समूह जस्तै ० -११ महिना १२ -५९ महिना, वा ९ -२३ महिना र २४ -५९ महिना, वा ० -५९ महिना र ५ -१५ वर्ष आदिअभियानमाजुन उमेर समूह छ सोहि अनुसार उल्लेख गर्ने ।
७			.....
८			जम्मा	
९	खोपलगाए को सङ्ख्या	उमेर समूह (खुलाउने)	.....	कार्यक्रमको लक्षित समूहअनुसारको उमेर समूहजनाई अभियानबाट सेवापाएकाहरूको सङ्ख्यासम्बन्धित उमेर समूहको महलमा वडाको प्रगति लेख्नुपर्दछ ।
१०			.....
११			जम्मा	
१२	प्रगति(%)			लक्षितजनसङ्ख्या र जम्माखोप लगाएको संख्याको आधारमाप्रगतिप्रतिशत(%)निकाली यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३	खोप केन्द्रको सङ्ख्या			कार्यक्रममाकतिखोप केन्द्र सञ्चालनगरियो, 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		प्राप्तभएको खोप डोजमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६		खर्च भएको- खोप दिन खोलेको		यस महलमा खोप दिन खोलेर खर्च भएको खोप डोजमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।खोपअभियान संचालनकालागिप्राप्तभएको डोज मध्ये खोप लगाउँदाखर्च भएको जम्मा डोज र अभियानका लागिल्याएको वाभाइलखोलेको तर प्रयोग नभई खेर गएको डोजको जम्मा संख्यालाई यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१७		खर्च भएको- अन्य कारणलेबिग्रेको		यस महलमा खोप दिन खोलेर खर्च भएको खोप डोजमाउल्लेख गर्नुपर्दछ । खोपअभियानसंचालनकालागिप्राप्तभएको डोज मध्ये खोप संचालनमाखुलेर खर्च नभई अन्य कारण (जस्तै: भि भि एम ३,४ मागएर, म्यादगुज्रिएर, भिजेर वा फुटेर) बाट प्रयोग गर्न नमिल्ने भएकाखोप को डोज संख्यालाई यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१८		फिर्ता गरेको		फिर्ता गरिएको खोप डोजमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१९	कैफियत			National Immunization Campaign/ Out Break Response Immunization सम्बन्धीथप केहीविवरण भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

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

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येकमहिनाको क्र.सं. १ बाट सुरु गरी अर्को महिनामापुनः १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२	१.बच्चाको नाम : २. अभिभावकको नाम: सम्पर्क नं.:	यो महलमा शुरुमाAEFIभएको बच्चाको नाम, त्यस पछि सोहीमहलको तल २नं. माअभिभावकको नाम र सो मुनिको कोठामा अभिभावकको सम्पर्क न. लेख्नुपर्दछ ।
३	उमेर	म
४		पु
५-६	ठेगाना (जिल्ला, पालिका, वडा नं., गाउँ/टोल,	AEFIभएको बच्चाको अभिभावकको ठेगानाजिल्ला, पालिका, वडा नं., गाउँ, टोल समेत खुल्ने गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
७	खोप सेवादर्ता नं.	खोप सेवाको दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
८	AEFIदर्ता भएको मिति	AEFIभएर सो को व्यवस्थापनकालागिदर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
९	खोपको नाम	AEFIकुनखोपबाट भएको हो, सो सुनिश्चित गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०	खोपको ब्याच	खोपको ब्याच र लट नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
११	घोलकको ब्याच नं.	यदिकुनै घोल्नु पर्ने खोप घोलेको र दिएको भए सो घोलकको समेत ब्याच नं. यो महलमा लेख्ने ।
१२-१३ -१४	खोपलगाएको मिति, समय तथा स्थान	खोपलगाएको मिति (गते, महिना, साल), समय (बजे, मिनेटमा) र स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५-१६	लक्षण सुरु भएको मितितथा समय	बच्चाको अभिभावकसँग सोधपुछ गरी लक्षण सुरु भएको मिति (गते/महिना/ साल), समय सुनिश्चित गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७	देखिएकामुख्य लक्षणहरू	AEFI भई आएका लक्षणहरूका बारेमा सोधपुछ गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१८	वर्गीकरण	सामान्य
१९		गम्भिर
२०	व्यवस्थापन	AEFIभए पछि के गरियो जस्तै : स्थानीय स्तरमाउपचार वा प्रेषण, वा अस्पताल भर्ना आदि के व्यवस्थापनगरिएको हो योमहलमा लेख्नुपर्दछ ।

खोपतालिका

खोपको नाम	कुन रोगबाट सुरक्षा गर्छ	खोपदिने उमेर	कति पटक दिने	प्रयोग गर्ने तरीका	सुई लगाउने स्थान
वि.सि.जी.	क्षयरोग	जन्मिने वित्तिकै	१ पटक	छालाभिन्न (Intra-dermal)	दायाँ पाखुराको माथिल्लो भाग
रोटा	रोटा भाइरस	जन्मिएको ६ र १० हप्ताको उमेरमा (पेण्टा १ र २ संगै)	२ पटक	मुखबाट (Oral)	मुखबाट खुवाइने
पोलियो (ओ.पि.भि)	पोलियो माईलाइटिस	जन्मिएको ६, १० र १४ हप्ताको उमेरमा	३ पटक	मुखबाट (Oral)	मुखबाट खुवाइने
एफ.आई.पी.भी.	पोलियोमाईलाइटिस	जन्मिएको ६ र १४ हप्ताको उमेरमा (पेण्टा १ र ३ संगै)	२ पटक	छालाभिन्न (Intra-dermal)	दायाँपाखुराको माथिल्लो बाहिरी भाग
पि.सी.भी.	निमोनिया	जन्मिएको पहिलो ६, दोस्रो १० हप्ता र तेस्रो ९ महिनामा	३ पटक	मासुमा (Intra-muscular)	दायाँ तिघ्राको बिच बाहिरी 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 (Intramuscular)	दायाँ तिघ्राको मध्य बाहिरी भाग
दादुरा-रुबेला	दादुरा, रुबेला	जन्मिएको ९ महिनामापहिलो र १५ महिनामादोस्रो	२ पटक	छाला र मासु बीच (Sub-cutaneous)	दायाँ पाखुराको माथिल्लो भाग
टाइफाइड	टाइफाइड (म्यादे ज्वरो)	जन्मिएको १५ महिनामा १ मात्रा	१ पटक	मासुमा (Intra-muscular)	दायाँ तिघ्राको मध्य बाहिरी भाग
जे.ई.	जापानिज इन्सेफलाइटिस	१२महिनामा	१ पटक	छाला र मासु बीच (Sub-cutaneous)	दायाँ तिघ्राको माथिल्लो भाग
टी.डी.	धनुष्टंकार र भ्यागुते रोग	गर्भवतीमहिलाहरु	प्रथम पटक गर्भवतीभएको थाहाहुने वित्तिकै पहिलो मात्रा, त्यसको १ महिनाको फरकमा दोस्रो मात्रा र त्यसपछिका हरेक गर्भमा १ मात्रा	मासुमा (Intra-muscular)	दायाँपाखुराको माथिल्लो बाहिरी भाग

२.३३वृद्धि अनुगमनमाआएका २ वर्षमुनिकाकमतौल भएकाबाल-बालिकाको जात/जातिगतमासिकविवरण

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

महिना	जम्मा	जाती कोड											
		दलित		जनजाती		मधेशी		मुस्लीम		ब्राह्मण/सोनी		अन्य	
		महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
श्रावण													
भाद्र													
आश्वीन													
कार्तिक													
मंसिर													
पौष													
माघ													
फाल्गुण													
चैत्र													
बैशाख													
जेष्ठ													
आषाढ													
जम्मा													

२.३४किशोरी लक्षितआइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांशफाराम

किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम													
आर्थिक वर्ष:													
१३ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या (जनामा)													
<small>(विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वसेविकाको प्रयोग गरेका अभिलेख फाराम बाट स्वास्थ्योन्नत गरी प्रत्येक कोठको जम्मा संख्या लेख्ने)</small>													
प्रतिवेदन श्रोत	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	यस आ.व. को जम्मा
१	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७
विद्यालय													
स्वास्थ्य संस्था													
महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वसेविका													
जम्मा													
२६ हप्तासम्म आइरन फोलिक एसिड चक्की पाएका किशोरीको संख्या (जनामा)													
<small>(विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वसेविकाको प्रयोग गरेका अभिलेख फाराम बाट स्वास्थ्योन्नत गरी प्रत्येक कोठको जम्मा संख्या लेख्ने)</small>													
प्रतिवेदन श्रोत	श्रावण	भाद्र	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुण	चैत्र	बैशाख	जेष्ठ	असार	यस आ.व. को जम्मा
१	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७

रजिस्टर अर्नेतरिका:

२.३१:२ वर्षमुनिकाबाल-बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर

वडा नम्बर:पोषण रजिस्टरकापानाहरूकोमाथिल्लो भागमाकुन वडाको अभिलेख राख्न छुट्टयाइएकाहुन, सोही वडाको नम्बर लेखनुपर्दछ। स्वास्थ्य संस्था रहेको पालिकाभन्दाबाहिरकालागिअर्को छुट्टै पानामाअन्यजनाउनु पर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र सं.	प्रत्येकमहिना सेवालिनआएकाबिरामीको क्रमसङ्ख्या १ बाट सुरुगर्दै जानुपर्दछ। अर्कोमहिनामापुनःक्र. सं. १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
२	मूलदर्ता नम्बर	मूलदर्ता रजिस्टरमादर्ता गर्दाको नम्बर बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
	सेवादर्ता नम्बर	प्रत्येकआ. व. का लागि सेवादर्ता नम्बर १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ । प्रथम पटक पोषण सेवालिनआउँदामात्रनयाँदर्ता नम्बर दिई दर्ता गर्नु पर्दछ र सो सेवादर्ता नम्बर बाल स्वास्थ्य कार्डमाजनाउनुपर्दछ । पोषण सेवाकालागि दोहोच्याई आएकाबच्चालाई पोषण सेवाप्रदानगर्दा पहिले दर्ता गरेकै महलमा अभिलेख गर्नुपर्दछ, यस रजिस्टरमापुनःदर्ता गर्नुपर्दैन । यदिगाउँ-घर क्लिनिकबाट पोषण सेवालिनइरहेको सेवाग्राही स्वास्थ्य संस्थामा सोही सेवाको लागिआएको भएमूलदर्ता नम्बरको महलमाORCलेखी सेवादर्ता नम्बरको महलमागाउँ-घर क्लिनिकबाट प्रदानगरिएको सेवादर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
३	बाल-बालिकाको नाम थर	महल नं. ३ को माथिल्लो भागमापोषण सेवालिनआएको बच्चाको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नु पर्दछ ।
	अभिभावकको नाम	महल नं. ३ को वीचको भागमाबच्चाको अभिभावकको नामलेख्नुपर्दछ ।
	सम्पर्क फोन नं.	महल नं. ३ को तल्लो भागमाबच्चाको अभिभावकको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
४-५	बाल-बालिकाको लिङ्ग	
	महिला, पुरुष	सेवालिनआउने बच्चामहिलाभए कोड १ मा र पुरुषभएकोड २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	जात/जाति कोड	महल नं. ४ र ५ को तल्लो खालीभागमा सेवालिन बच्चाको जात/जातियकिन गरी रजिस्टरमाउल्लेख भएको जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै : ०१, ०२,..... ०६) । प्रत्येकपानाको जात/जाति कोडको जम्मा सङ्ख्यापानाको अन्तमावनाइएको सङ्क्षिप्ततालिकामाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
६	ठेगानाजिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं., गाउँ/टोल	सेवालिनआएका सेवाग्राहीको ठेगानाजिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. र गाउँ/टोलसमेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ । सम्बन्धितपालिकाको कार्यक्षेत्रभन्दाबाहिरबाट सेवालिनआएका सेवाग्राहीकाहकमाअनिवार्य रूपमा पूरा ठेगाना लेख्नुपर्दछ भने कार्यक्षेत्रभित्रका सेवाग्राहीकाहकमासम्बन्धित वडाको गाउँ/टोल लेख्नु पर्दछ ।
७	जन्म मिति	यस महलमाबच्चाको जन्ममितिगमसामा लेख्नु पर्दछ ।
८	जन्मतौल (ग्राममा)	यस महलमाबाल स्वास्थ्य कार्ड वामातृ तथानवजातशिशु स्वास्थ्य कार्डबाट बच्चाको जन्मतौल (ग्राममा) लेख्नुपर्दछ । यदि घरमा प्रसूतिभई बच्चाको तौल लिननसकेको भए यस महलमा (-) चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
९	बच्चाको पोषण अवस्था	बाल स्वास्थ्य कार्डमा संलग्नबच्चाको वृद्धि अनुगमन रेखाचित्रअनुसार बच्चाको तौलकाआधारमापोषण स्थितिको यकिन गर्नुपर्दछ । बच्चाको उमेरअनुसार तौल स्थिति सामान्यवा जोखिमवाअति जोखिम(हरियो रंगमाभए सामान्य, पहेंलो रंगमाभए जोखिम र रातो रंगमाभएअति जोखिम) केमा पर्दछ त्यसपछिका महलहरुमा सोहीअनुसारको तौल के.जी. मा लेख्नुपर्दछ । यस महलमाकुनै विवरण भर्नु पर्दैन ।
१०-११	२८ दिनभित्र	२८ दिनभित्रकानवजातशिशुकोवृद्धि अनुगमनकालागिलिइएको तौलकाआधारमाबच्चाकोपोषणअवस्था (महल ८) अनुसार सामान्यवा जोखिमवाअति जोखिमको ठाडो लहरअनुसार महल १०माबच्चाकोतौल लेखीमहल 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 महलमामाथिउल्लेख गरेबमोजिम अभिलेख राख्नुपर्दछ । जस्तै : १महिनाभित्रकाबच्चाभएमा ० महिना, १ महिना पूरा भई २ महिनानपुगेको भएमा १ महिना, एवम् प्रकारले ११ महिना पूरा भई १२ महिना (एक वर्ष) नपुगेकालाई ११ महिनाको हिसाब गर्नुपर्दछ ।	
२४, २५ र २६	शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपानमात्रै	वृद्धि अनुगमनकालागिआएका ६ महिनापछिका(१८० दिन पुरा भएका) शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपानमात्र गराएको/नगराएको यकिन गरी ६ महिना पछिको ११ महिनाभित्रको पहिलो भेटमा सोध्ने र गराएको भएमहल २४ को १ मागोलो घेरा

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
	गराएको	लगाउनुपर्दछ । बच्चालाई ६ महिनापुग्दै आमाको दूधका साथै अन्यखानेकुरा पनिखुवाउने गरेको भएमहल २५ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ र सोसम्बन्धी सेवादिएको दिनको मितिमहल नं. २६ को गते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ । यसको विवरण बाल स्वास्थ्य कार्डबाट अध्यावधिक गर्नु पर्दछ । (६ देखि ११ महिना सम्म लाइ सोध्ने)
२७, २८ र २९	६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध-ठोस तथा नरम खाना सुरु	शिशुलाई ६ महिना पूरा भएपछि आमाको दूधको साथै ठोस, अर्ध-ठोस तथा नरम खानाखुवाउन सुरु गरेको छ/छैन, यकिन गरी त्यसअनुसारको खानादिइएको भएमहल २७ को १ मा र नदिएको भएमहल २८ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । सो कुरा सुनिश्चित गरेको दिनको मिति (स्वास्थ्य संस्थामाआएको दिन) महल २९मा ग/म/सा मा लेख्नुपर्दछ । यसको विवरण बाल स्वास्थ्य कार्डबाट अध्यावधिक गर्नु पर्दछ । (६ देखि ११ महिना सम्म लाइ सोध्ने)
३०-६५	उमेर अनुसारको वृद्धि तथापोषण अनुगमन	वृद्धि अनुगमनकालागिआएका७देखि २३ महिनासम्मकाबच्चाहरूको अभिलेखमहल ९ देखि २२ सम्म राखिएजस्तै उमेर र तौलकाआधारमाबच्चाहरूको पोषण अवस्था सम्बन्धितमहलमासामान्यवा जोखिमवाअति जोखिमजुनहो, सो कोठामा तौल लेखी ठाडो कोठामा तौल लिइएको दिनको गते, महिना र साल लेख्नुपर्दछ । महल नं ६४ र ६५ मा २३ महिना उमेर पुरा हुँदाको मितितथाउक्त समयमा वृद्धि अनुगमन गरेको पटक दिईएको महलमाउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
६६-७१	बाल भिटा वितरण (महिनामा)	६ देखि ११महिनासम्मकाबाल-बालिकालाई बालभिटा पहिलो पटक स्वास्थ्य संस्थाबाट वितरण गरिएको भएमहल ६६ को ठाडो महलमागते, महिना, सालमावितरण गरिएको दिनको मिति लेख्नुपर्दछ । यदि म. स्वा. स्व. से. बाट वितरण गरिएको भए सुनिश्चित गरी महल ६७ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । अन्य उमेर समूहको पनि यसै गरी अभिलेख राख्नुपर्दछ । नोट :बालभिटा कार्यक्रमलागू भएकाजिल्लाका स्वास्थ्य संस्थाहरूले मात्र यो अभिलेख राख्नुपर्दछ ।
७२	अतिरिक्तपोसिलो आहार लिएको उमेर (महिना)	६ देखि २३ महिनाकाबाल-बालिकाले अतिरिक्तपोसिलोआहारप्राप्त गरेको वानगरेको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ । यदिबच्चाले अतिरिक्तपोसिलोआहार गरेको भएमाकुन उमेरमालिएको हो, सो यकिन गरी सम्बन्धित उमेर (महिना) मागोलो लगाउनुपर्दछ । नोट : कार्यक्रमलागू भएकाजिल्लाकास्वास्थ्य संस्थाहरूले मात्र यो अभिलेख राख्नुपर्दछ ।

२.३२ भिटामिन ए, जुकाको औषधीवितरण र विद्यालय स्वास्थ्यतथापोषण कार्यक्रम (अभियान)

प्रत्येक वर्षको कार्तिक र वैशाखमहिनामा (२ चरण) ६ देखि ५९ महिनाकाबालबालीकाहरूलाई भिटामिन एक्याप्सुल र १२ देखि ५९ महिनाकाबालबालिकाहरूलाई जुकाको औषधीवितरण गरेको अभिलेखअभियानसञ्चालनका समयमामहिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले वितरणको समयमाप्रयोग गरेका**भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (HMIS - 4.3)**बाटउतार गरि राख्न र विद्यालय स्वास्थ्यतथापोषण कार्यक्रमअन्तर्गत विद्यालयका छात्र-छात्राहरूलाईमसिर र जेष्ठ महिनामाजुकाको औषधीवितरण गरेको अभिलेख राख्नको लागिपनि यस रजिष्टरमाव्यवस्थागरिएको छ ।

रजिष्टर भर्नेतरिका

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		भिटामिन ए वितरण गरिएको बच्चाको उमेर समूह (६ देखि ११ महिना, १२ देखि ५९ महिना),जुकाको औषधीवितरण गरिएको उमेर समूह (१२ देखि ५९ महिना) को अभिलेख महिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले वितरणको समयमाप्रयोग गरेका भिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर (HMIS - 4.3) बाट उतार गरी चरण अनुसार सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ

त्यस्तै गरीविद्यालय स्वास्थ्यतथापोषण कार्यक्रमअन्तर्गत कक्षा १ देखि १०सम्मका छात्र- छात्राहरूलाईजुकाको औषधीपाएकाको सङ्ख्या सम्बन्धित विद्यालयहरूबाट प्राप्तप्रतिवेदनलाई समायोजन गरी छात्रा/छात्रअनुसार सम्बन्धितमहलमाचढाउनु पर्दछ ।		
२ देखि ४ र ८ देखि १०	मिति	पहिलो चरणमा सञ्चालनभएको मिति (गते, महिना, साल) २ देखि ४ महलमा र दोस्रो चरणमा सञ्चालनभएको मिति(गते, महिना, साल) ८ देखि १० महलमा लेख्नुपर्दछ ।
५ र ११	लक्ष्य	कार्यक्रमको लक्षितजनसङ्ख्याकाआधारमाअभियानको लक्ष्य यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
६ र १२	प्रगति सङ्ख्या	अभियान सम्पन्नभइसकेपछि सो अभियानमाभएको प्रगतिपहिलो चरणको महल ६ र दोस्रो चरणको महल १२ मालेख्नुपर्दछ ।
७ र १३	प्रगतिप्रतिशत	कार्यक्रमको लक्ष्य र प्रगतिकाआधारमाहुनआउने प्रगतिप्रतिशतपहिलो चरणको महल७ र दोस्रो चरणको महल १३ मालेख्नुपर्दछ ।

२.३३दुईवर्षमुनिकाकमतौल भएकाबाल-बालिकाको जात/जातिगतमासिकविवरण

रजिस्टरको अन्तिमपानामावृद्धि अनुगमनमाआएका २ वर्षमुनिकाकमतौल भएकाबाल-बालिकाको जात/जातिगतमासिकविवरण फाराम राखिएको छ । प्रत्येकमहिनामाखुला समायोजन फारामप्रयोग गरी वृद्धि अनुगमनगरिएका २ वर्षमुनिकाबाल-बालिकाहरूमध्येकमतौल (पोषण स्थिति जोखिम र अति जोखिम) भएकाबाल-बालिकाको सङ्ख्याजात/जाति कोड अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्याछुट्टाछुट्टैतयार गरी मासिक रूपमासम्बन्धितमहलमाअनिवार्य रूपमाभर्नुपर्दछ ।

२.३४किशोरी लक्षितआइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांशफाराम

यो फारामविद्यालय स्वास्थ्यतथापोषण कार्यक्रमअन्तर्गत किशोरी लक्षितआइरन फोलिक एसिड वितरणको अभिलेख लाइ समायोजन गरी स्वास्थ्य संस्था स्तरमाअध्यावधिकतथ्यांक राख्ने उद्देश्यले तयार गरिएको हो । यो फाराममा समावेश गर्नुपर्ने जानकारी विद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले किशोरी लक्षितआइरन फोलिक एसिड वितरणको अभिलेख राख्नप्रयोग गर्ने अभिलेख फाराम बाट उतार गर्नु पर्दछ । महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको हकमायो विवरण HMIS 4.2बाट उतार गर्न सकिन्छ ।

जस्तै: स्वास्थ्य संस्थाले आफ्नो कार्यक्षेत्र मातहतका विद्यालयबाट वितरण भएको आइरन फोलिक एसिड चक्कीको विवरण प्रत्येक विद्यालयले भरेको अभिलेख फारामबाट संकलन गरी जम्मा जोडेर सम्बन्धितमहिनाको महलमाचढाउनु पर्दछ। त्यसैगरी महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकामार्फत वितरण भएको हो भने प्रत्येक म.स्वा.स्व.से को मासिक प्रतिवेदनबाटजम्मा संख्या सम्बन्धितमहिनाको महलमा चढाउनु पर्दछ । स्वास्थ्य संस्थाले आफै वितरण गरेको भए सो को संख्या स्वास्थ्य संख्या खण्डको सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ । १३हप्ता सम्म आइरन फोलिक एसिड चक्कीपाएकाकिशोरीको संख्यालाइमाथिल्लो तालिकामा र २६ हप्तासम्मपाएकाकिशोरीको संख्यालाइतल्लो तालिकामा चढाउनु पर्दछ । प्रत्येकमहिनामाआइरन फोलिक एसिड पाएकाजम्माकिशोरीको संख्याजम्मा खण्डको सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 2.4:

नवशिशुतथाबालरोगकोएकीकृतव्यवस्थापनरजिष्टर(IMNCI Register)

पाँचवर्षमुनिकाबच्चाहरूलाई लाग्ने विभिन्न रोगहरूको एकीकृतपहिचान गरीबच्चाहरूको स्वास्थ्यकालागिउचित सल्लाहतथा सेवाहरूदिइएका छन् कि छैनन्भनीयकिन गर्न यस रजिष्टरको आवश्यकता परेको हो । बच्चाहरूमा सामान्यतया देखिने विभिन्न समस्याहरूको एकीकृत रूपले अनुगमन गरी आवश्यक सेवादिइएको अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ । ५ वर्षमुनिकाबाल-बालिकाहरूको मृत्युकामुख्य कारक रोगहरूको अभिलेख गरी प्रतिवेदनतयार गर्ने कार्यमाप्रयोग गरिने भएकाले बाल स्वास्थ्यको प्रयोजनकालागि यो निकै महत्वपूर्णरजिष्टरहो ।

नोट : यस रजिष्टरमा २ वटा उमेर समूहकालागि छुट्टाछुट्टै दुई भाग छुट्याइएका छन् । अधिल्लो भाग २ महिनादेखि ५ वर्ष उमेर समूहकालागिहो भने पछाडिको भाग बेग्लै रडमा २ महिनामुनिकाबच्चाहरूकालागिहो । यो रजिष्टरभर्दा निम्न कुराहरूमाथिविचार पुर्याउनुपर्दछ । रजिष्टरभर्दा मूल्याङ्कन (Assessment) गर्दाका चरणअनुसार नै प्रत्येक कोठाहरू क्रमसँग भर्दै जानुपर्दछ । मूल्याङ्कन गर्नुपर्नेकुनै पनिभागलाई छुटाउनुहुँदैन ।

रजिष्टरको नमुना :

IMNCI Register for Children Aged 2 Months to 59 Months

SN, MRN, SRN	Date, Name, Caste and Ethnicity code, Address	Sex, Age, Weight, Temperature, and Referral	Patients signs and symptoms (Circle all the codes that apply)												Classification & Code		Treatment and counselling				Follow up		Remarks					
			1. General danger signs (GDS)		2. Acute respiratory infection (ARI)		3. Diarrhoea		4. Fever		5. Ear infection		6. Nutrition status		Major classifications	Number	Medicine	Counselling to mother	Treatment Outcome	Referred to (Date)	Result							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Date	DD MM YY	Female	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Yes	1	Severe wasting	1													
Name		Male	2	No	2	No	2	No	2	No	2	No	2	Oedema feet	2													
Age in months		Unable to drink	3											Very low weight	3													
Caste		Weight (kg)												Low weight	4													
Temp (C)		Vomiting all	4											Normal weight	5													
Ethnicity code		Referred by												MUAC														
Address		Convulsion	5											Red	6													
District		Stridor	2											Yellow	7													
Rural/Municipality, Ward no.		Drinks eagerly	8											Green	8													
		Skin pinch very slowly	9											Severe pallor	9													
		Skin pinch slowly	10											Some pallor	10													

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

SN, MRN, SRN	Date, Name, Caste and Ethnicity code, Address	Sex, Age, Weight, Temperature, and Referral	Patients signs and symptoms (Circle all the codes that apply)								Classification & Code		Treatment and counselling				Follow up		Remarks							
			1. PSB/LBI/NBI/Pneumonia		2. Diarrhoea		3. Breast feeding problem/Low weight		4. Assess breast feeding		Major classifications	Number	Medicine	Counselling to mother	Treatment Outcome	Referred to (Date)	Result									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
Date	DD MM YY	Female	1	Convulsion	1	Yes	1	Breastfed	1						Ampicillin	1										
Name of Mother		Male	2	Severe chest indrawing	2	No	2	Difficult feeding	2						Amoxicillin	2										
Age in weeks		Unable to feed	3					How many times in 24 hours	3																	
Name of Child		Grunting	4					Receive other food/ drinks	3																	
Weight (kg)		Bulging fontanelle	5					How often? Times:	3																	
Caste		Umbilicus infection to skin	6					Feed by bottle	4																	
Temp (C)		Umbilicus red or with Pus	7					Includes all 4 points of Positon	4																	
		Temp >37.5 C	8					Very low weight	5																	
Ethnicity Code		Temp <35.5 C	9					Low weight	6																	
Address		Skin pustules: Severe or >10	10					Normal weight	7																	
District		Skin pustules: < 10	11					Sucking: Effectively	8																	
Rural/Municipality, Ward no.		Lethargic/ Unconscious	12						9																	
		Least than normal movement	13						10																	
		Jaundice upto hands feet	14						11																	
		Pus from Eye	15						12																	

रजिस्टरभर्नेतरिका

दुई महिनादेखि ५ वर्षसम्मकाबाल-बालिकाहरूकालागि

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
1	SN (Serial number)	सि. नं. प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
	MRN	स्वास्थ्य संस्थामा सेवालिनआउँदामूलदर्ता रजिस्टरमादर्ता गर्दाको मूलदर्ता नं. (Master registration number)बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	SRN	यस रजिस्टरमादर्ता गर्दाको सेवादर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ र सो सेवादर्ता नं. बाल स्वास्थ्य कार्डमा समेत सम्बन्धित स्थानमाउल्लेख गर्नुपर्दछ । प्रत्येक आ. व. मा सेवादर्ता नं. (Service registration number) १ बाट सुरु गरी एक आर्थिक वर्षसम्मकालागिक्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।यदि एक पटकको रोगनिको भइसकेको विरामी सोही रोग वाअन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागिआएमानयाँदर्ता गर्नुपर्दछ ।
2	Date	सेवाग्राहीदर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
	Name	यस कोठामा विरामीबच्चाको नामलेख्नुपर्दछ ।
	Caste	यस कोठामा विरामीबच्चाको थर लेख्नुपर्दछ ।
	Ethnicity Code	यस कोठामा विरामीबच्चाको थरअनुसारको जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।
	Address	यस कोठामा विरामीबच्चाकोठेगाना लेख्नु पर्दछ । District:जिल्लाको नाम;Rural/Municipality, Ward Number:गाउँ/नगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ ।
3 and 4	Sex, Age, Weight, Temperature and Referral	महल ३ र ४ मा विरामीबच्चाको Sex, Age, Weight, Temp, Referको विवरण लेख्नुपर्दछ । Age,Weight, Tempको विवरण लेख्दाअंकमात्र लेखे पुग्छ
	Female/ Male	विरामीबच्चामहिलाभए कोड १मा र पुरुषभए कोड २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Age in Month	महल४को यस कोठामा विरामीबच्चाको पूरा भएको उमेर महिनामालेख्नुपर्दछ ।यदि विरामीबच्चा ५ महिनाकोछ भने ५ मात्रलेख्ने (महिना लेख्नु पर्दैन)
	Weight (kg.)	महल ४ को यस कोठामा विरामीबच्चाको तौल के. जी. मा लेख्नुपर्दछ ।यदि विरामीबच्चा ५ KG छ भने ५ मात्रलेख्ने (KG लेख्नु पर्दैन)
	Temp (°C)	महल ४ को यस कोठामा विरामीबच्चाको तापक्रम सेल्सियसमा लेख्नुपर्दछ ।
	Referred by FCHV, PHC/ORC, HF	बच्चामहिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले रेफर गरेको भए १, गाउँ घर क्लिनिक बाट रेफर गरी पठाएको भए २ र स्वास्थ्य संस्थाले रेफर गरेको भए ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
5 and 6	General danger signs (GDS)	विरामीबच्चामातलउल्लेखितGeneral danger signs (GDS)भएमामहल ६ को १ मा र नभएमा २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Unable to drink	विरामीबच्चाले पिउननसकेमामहल ६ को ३मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Vomiting all	विरामीबच्चाले खाएकाजति सबै बान्ता गर्ने गरेको भएमहल ६ को ४मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Convulsion	विरामीबच्चालाई कम्पनभएको भएवाअहिले आईरहेको भएमहल ६ को ५मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
	Lethargic/Unconscious	विरामीबच्चा सुस्त (Lethargic)वा बेहोस (Unconscious)भएमहल ६ को ६ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
7 and 8	Acute respiratory infection (ARI)	विरामीबच्चामाAcute respiratory infection (ARI) सम्बन्धी लक्षण भएमामहल ८ को १ मा र नभएमा २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Days	विरामीबच्चालाई खोकीलागेको वा सास फेर्न कठिनाई भएको भएकतिदिनदेखि यस्तो भएको हो ? सोधेर महल७, ८ को खालीठाउँमा दिनअंकमा (१, २) लेख्नुपर्दछ ।
	Respiratory rate	विरामीबच्चाको सासदर महल७, ८ को खालीठाउँमा लेख्नुपर्दछ ।सास दरको अंकमात्र लेख्ने (यदि सास दर ४० प्रतिमिनेट छ भने ४० मात्र लेख्ने, ४०/mलेख्नु पर्दैन ।
	Chest indrawing	विरामीबच्चाको कोखाहानेको (Chest indrawing)भएमहल ८ को यस कोठाको १ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
	Stridor	विरामीबच्चाले सास भित्रलिँदा घ्यार्घ्यार् आवाजआएको भएमहल ८ को यस कोठाको कोड २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
	Wheezing	विरामीबच्चामाWheezing छ भने महल ८ को यस कोठाको कोड ३मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
9 and 10	Diarrhoea	विरामीबच्चामापखालाको चिन्हतथा लक्षण भएमामहल १० को १ मा र नभएमा २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । पखालाको लक्षण भएमामात्र सोसँग सम्बन्धितमहल ९ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
	Days	विरामीबच्चालाई कतिदिन देखि पखालालागेको हो सोधेर महल १० को खालीठाउँमा दिनअंकमा (१, २) लेख्नुपर्दछ ।
	Blood	विरामीबच्चालाई पखाला र दिसामा रगत देखिएको भएमहल १० को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Lethargic/Unconscious	विरामीबच्चा सुस्त वा बेहोस भएमहल १० को ४मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Irritable	विरामीबच्चा छटपटिने वाभिभिने भएमहल १० को ५मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Sunken eyes	विरामीबच्चाको आँखा गढेको भएमहल १० को ६मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Unable to drink	विरामीबच्चाले पिउननसक्ने भएमहल १० को ७मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Drinks eagerly	विरामीबच्चालाई भोल पदार्थ दिँदातिकै तिर्खाएभै गरी पिउँछ भने महल १० को ८मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Skin pinch very slowly	विरामीबच्चाको पेटको छाला तानेर छोड्दा धेरै विस्तारै फर्किन्छ भने महल १० को ९ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
Skin pinch slowly	विरामीबच्चाको पेटको छाला तानेर छोड्दा विस्तारै फर्किन्छ भने महल१० को १०मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
11 and 12	Fever	विरामीबच्चालाई ज्वरो आएका लक्षणहरू भए १२ को १ मा र नभएमा २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । ज्वरोसम्बन्धीसिकायतभएमामात्र सोसँग सम्बन्धितमहल ११ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
	Days	विरामीबच्चालाई कतिदिनदेखि ज्वरो आएको हो, सोधेर महल ११ को Daysको खालीठाउँमा दिनसंख्यामालेख्नुपर्दछ ।
	Malaria Risk	Yes विरामीबच्चावस्ने स्थानऔलोको उच्च/मध्यम/कम जोखिममाभएमहल १२ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । No विरामीबच्चावस्ने स्थानऔलोको जोखिममानभएमामहल १२ को ४ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
	Stiff neck	विरामीबच्चाको गर्धन अररो भएको भएमहल १२ को ५मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Nasal Discharge	विरामीबच्चाको नाकबाट सिंगान बगेको छ भने महल १२ को ६ मागोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
	Microscopic +Ve	विरामीबच्चामाMalaria Microscopic +Veभए १२ को ७मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Microscopic -Ve	विरामीबच्चाको रक्तनमुना परीक्षणको नतिजाMicroscopic -Veभएमहल १२ को ८ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	RDT +Ve	विरामीबच्चामाMalaria RDT +Veभएमहल १२ को ९मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । RDT बाट रक्तनमुना परिक्षण गरिएका सबै विरामीहरूको विवरण औलो, कुष्ठ, कालाजार रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS 5.2)मा रेकर्ड अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
	RDT -Ve	विरामीबच्चामाMalaria RDT -Veभएमहल १२ को १०मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Falciparum	विरामीबच्चामारगत जाँचबाट Falciparum Malariaपोजिटिभ भएमामहल१२ को ११मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Non-Falciparum	विरामीबच्चामाFalciparumबाहेकमलेरियाकाअन्यप्रकार भएमामहल १२ को १२ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	General rash	विरामीबच्चामाGeneral rashभएमहल १२ को १३मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Hazy Cornea/Oral Ulcer (Deep and Spread)	विरामीबच्चाको कर्निया धमिलो भएवामुखभित्रका घाउ गहिरा र बढि फैलिएका छन् भनेमहल १२ को १४मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Pus from Eye/Oral Ulcer	विरामीबच्चाको आँखाबाट पिपबगेको भएवामुखभित्रका घाउ छ भनेमहल १२ को १५मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
13 and 14	Ear infection	विरामीबच्चामाकानको सङ्क्रमण भएमामहल १४ को १ मा र नभएमा २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Ear pain	विरामीबच्चामाकानदुखेको (Ear pain)भएमहल १४ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Ear discharge	विरामीबच्चाको कानबाट पिपबगेको भएमहल १४ को ४मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Days	विरामीबच्चाको कानबाटपीपबगेको छ भने कतिदिन देखि पिपबगेको छ,महल १४ को खाली स्थानमादिनअंकमा (१,२) लेख्नुपर्दछ ।
	Tender swelling behind the ear	विरामीबच्चाको कानको पछाडिपट्टि दुख्ने गरी सुनिएको भएमहल १४ को ५मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
15 and 16	Nutrition status	महल १५ र १६ माविरामीबच्चाको पोषण स्थितिका बारेमाउल्लेख गर्नुपर्दछ । यस रजिस्टरमादर्ता भएका सम्पूर्ण बच्चाको Nutrition status assessment गर्नुपर्दछ ।
	Severe wasting	विरामीबच्चामादेखिने गरी शरीरको मासु कडा किसिमले सुकेको भएमहल १६ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Oedema feet	विरामीबच्चाकादुवै खुट्टामासुन्निएको (औलाले हल्काथिच्चा खाल्डो पर्ने गरी)भएमामहल १६ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Very Low Weight	विरामीबच्चाको उमेर अनुसार धेरै कमतौल भएमहल १६ को ३मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
	Low weight	विरामीबच्चाको उमेर अनुसार कमतौल भएमहल १६ को ४मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	Normal weight	विरामीबच्चाको तौल सामान्य(Normal weight)भएमहल १६ को ५ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	MUAC	Red	बच्चाकोMiddle Upper Arm Circumferance (MUAC) को नापलिई सोकोआधारमाबच्चाको पोषण स्थितिको लेखाजोखागरिन्छ । विरामीबच्चाको पाखुराको नापफित्ताको रातो भागमाभए, महल १६ को ६मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Yellow	विरामीबच्चाको पाखुराको नापफित्ताको पहेंलो भागमाभए, महल १६ को ७मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Green	विरामीबच्चाको पाखुराको नापफित्ताको हरियो भागमाभए, महल १६ को ८मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Severe pallor	विरामीबच्चाकोहत्केला र हस्तरेखामा सेतोपन(Severe pallor)भएमहल १६ को ९मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
Some pallor	विरामीबच्चाको हत्केलामा केही सेतोपन (Some pallor) तर हस्तरेखा सेतो नभएकोभएमहल १६ को १०मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।		
17	Major classifications	माथिउल्लेखभएकाSign and Symptom का आधारमाप्रोटोकलअनुसार विरामीको रोगको वर्गीकरण (Major Classifications)प्राथमिकताकाआधारमामुख्यलाई पहिलो, त्यसपछि दोस्रो गरी क्रमशःमहल १७मा लेख्नुपर्दछ र दर्ता गरिएको बच्चामाउल्लेखितशिकायतकुनै नपाईएतापनिपोषण स्थितिको कम्तिमादुई वर्गीकरणको उल्लेख गर्नु पर्दछ ।	
	Others	CB-IMNCI Treatment Chart Bookletमाउल्लेखभएकावर्गिकरण बाहेक अन्यकुनै समस्याभएमा यस कोठामा उल्लेख गर्ने ।	
18	Number of classification	विरामीबच्चामापाइएका लक्षण तथाचिन्हकाआधारमामहल १७ (अन्य समेत)मागरिएकाClassificationहरूको जम्मा संख्यामहल नं १८ मा लेख्नुपर्दछ ।	
19	ICD code	विरामीबच्चाको रोगको वर्गीकरणअनुसार मुख्यवर्गीकरण Major Classification कुनहो, सो रोगको ICD code महल १९ मा लेख्नुपर्दछ । सोहीICD code कोड अनुसार मासिकप्रतिवेदनफाराम (९.३) को Morbidity को सम्बन्धितमहलमा समायोजन गरी प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ ।	
20	Medicine	विरामीको उपचारको लागिप्रयोगगरिएकाऔषधीहरू परिमाणसमेत खुल्ने गरी स्पष्टसँग यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
21 and 22	Counseling to mother	Food	आमालाई खानासम्बन्धी सल्लाहदिइएको भएमहल २२ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Fluid	आमालाई भोलिलो खानेकुरा सम्बन्धी सल्लाहदिइएको भएमहल २२ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Immediate visit	आमालाई यथाशीघ्रथपउपचारका लागि स्वास्थ्य संस्थामाजाने सल्लाहदिइएको भएमहल २२ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Regular follow up	आमालाई नियमितफलोअप गर्ने सल्लाहदिइएको भएमहल २२ को ४ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
23 and 24	Outcome	Improved	विरामीबच्चाको उपचार तथाव्यवस्थापननतिजाअनुसारअवस्थामा सुधार आएमामहल २४ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
	Referred	विरामीबच्चाको उपचार तथाव्यवस्थापननतिजाप्रेषण गरेको खण्डमामहल २४ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	LAMA/Absconded	विरामीबच्चाको उपचार तथाव्यवस्थापननतिजाअनुसारLAMA/Abscondedमामहल २४ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	Death	विरामीबच्चाको उपचार तथाव्यवस्थापननतिजाअनुसारशिशुको मृत्यु भएको खण्डमामहल २४ को ४ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
25	Referred to	बच्चालाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्यसंस्थाको नाममहल २५मा लेख्नुपर्दछ ।	
26, 27 and 28	Follow up Result	Date	बच्चालाई अनुगमनकालागिल्याएको मिति (गते, महिना, साल) महल २६ लेख्नुपर्दछ ।
		Improved	बच्चालाई अनुगमनकालागिल्याइएको मितिमाबच्चाको स्थिति सुधार भएको भएमामहल २८ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Same	बच्चालाई अनुगमनकालागिल्याउँदाबच्चाको स्थिति उस्तै रहेको भएमामहल २८ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Worse	बच्चालाई अनुगमनकालागिल्याइएको मितिमाबच्चाको स्थिति पहिले भन्दाअझ खराब भएको रहेछ भने महल २८ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । यस्ता बच्चालाई सोही संस्थाबाट थपउपचार व्यवस्थापन गर्नुपर्ने अवस्थामापहिलेको Classification परिवर्तन हुने भएकोले पुनःदर्ता गरी वर्गिकरण तथाउपचार गर्नुपर्दछ ।
29	Remarks	माथिउल्लेखगरिए बाहेक अन्य केही लेख्नुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	

दुई महिनाभन्दाभुनिका(० देखि ५९ दिन सम्मका) शिशुहरुकालागि

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
1	SN (Serial number)	सि.नं. प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।	
	MRN	स्वास्थ्य संस्थामा सेवालिनआउँदामूलदर्ता रजिस्टरमादर्ता गर्दाको मूलदर्ता नं. (Master registration number)बाल स्वास्थ्य कार्डबाट यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
	SRN	यस रजिस्टरमादर्ता गर्दाको सेवादर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ र सो सेवादर्ता नं. बाल स्वास्थ्य कार्डमा समेत सम्बन्धित स्थानमाउल्लेख गर्नुपर्दछ । प्रत्येक आ. व. मा सेवादर्ता नं. (Service registration number) १ बाट सुरु गरी एक आर्थिक वर्षसम्मकालागिक्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।यदि एक पटकको रोगनिको भइसकेको विरामी सोही रोग वाअन्य रोग लागेर फेरि उपचारका लागिआएमानयाँदर्ता गर्नुपर्दछ ।	
2	Date, Name of Mother, Name of Child, Caste and Ethnicity Code, Address	Date	सेवाग्राहीदर्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
		Name of Mother	यस कोठामा विरामीशिशुको आमाको नामलेख्नुपर्दछ ।
		Name of Child	यस कोठामा विरामीशिशुको नामलेख्नुपर्दछ ।
		Caste	यस कोठामा विरामीशिशुको थर लेख्नुपर्दछ ।
		Ethnicity Code	यस कोठामा विरामीशिशुको थरअनुसारको जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।
		Address	यस कोठामा विरामीबच्चाकोठेगाना लेख्नु पर्दछ । District:जिल्लाको नाम;Rural/Municipality, Ward Number: गाउँ/नगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
3 and 4	Sex, Age, Weight, Temp & Reffer	महल ३ र ४ मा विरामीशिशुको Sex, Age, Weight, Temp, Refer को विवरण लेख्नुपर्दछ ।	
	Female/Male	विरामीशिशु महिलाभए कोड १ मा र पुरुषभए कोड २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	Age in Weeks	महल ४ को यस कोठामा विरामीशिशुको पूरा भएको उमेर हप्तामा लेख्नुपर्दछ । यदिशिशु १हप्तापुगेको छैन भने पुरा भएको दिन को मुनि७ लेख्नु पर्दछ, जस्तै १ दिन पुरा नभएको शिशु लाई ० /७, १ दिन पुरा भएको शिशु लाई १ /७लेख्नु पर्दछ,	
	Weight (kg.)	महल ४ को यस कोठामा विरामीशिशुको तौल के. जी. मा लेख्नुपर्दछ । यदि विरामीबच्चा ४KGछ भने ४मात्रलेख्ने (KG लेख्नु पर्दैन)	
	Temp (°C)	महल ४ को यस कोठामा विरामीशिशुको 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 मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
5 and 6	PSBI/LBI/NBI	Convulsion	विरामीशिशुलाई कम्पनभएमहल ६ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Respiratory rate (R/R):	विरामीशिशुको सासदर गनेर महल ६ को खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ ।
		Severe chest indrawing	विरामीशिशुको कडासँग कोखाहानेको (Severe chest indrawing)भएमहल ६ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Nasal flaring	विरामीशिशुको नाकको पोरा फुल्ने भएको भएमहल ६ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Grunting	विरामीशिशुले कनेको छ भने महल ६ को ४ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Unable to feed	विरामीशिशुलेदुधचुस्नतथानिल्नसकेमामहल ६ को ५ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Bulging fontanelle	विरामीशिशुको तालु उक्सेको भएमहल ६ को ६ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Umbilicus infection to skin	विरामीशिशुको नाइटोको रातोपना छालासम्म फैलिएको भएमहल ६ को ७मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Umbilicus red or Pus	विरामीशिशुको नाइटो रातो भएको भएवापिभएमामहल ६ को ८ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Temp >37.5	विरामीशिशुको तापक्रम ३७.५ डिग्री सेल्सियसभन्दा बढी भएमहल ६ को ९ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Temp <35.5 C	विरामीशिशुको तापक्रम ३५.५ डिग्री सेल्सियसभन्दाकमभएमहल ६ को १० मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pustules: Severe or >10	विरामीशिशुको छालामा फोकाहरू धेरै (१० वा सोभन्दाबढि) वा एउटा मात्रपनि ठुलो पिलो भएमहल ६ को ११ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pustules <10	विरामीशिशुको छालामासाना, सानाफोकाहरू (१० भन्दाकम) भएमहल ६ को १२ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Lethargic /Unconscious	विरामीशिशु सुस्त वावेहोसभएमहल ६ को १३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
Less than normal	विरामीशिशुको चलाइ सामान्यभन्दाकमभएमहल ६ को १४ मागोलो		

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
	movement	घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
	Jaundice up to hands and feet	विरामीशिशुको हात र पैतालासम्मकमलपित्त फैलिएको भएमहल ६ को १५ मागोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
	Jaundice	विरामीशिशुलाई कमलपित्तभएको(शिशुको हात र पैतालासम्मनफैलिएको) भएमहल ६ को १६ मागोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
	Pus from Eye	विरामीशिशुको आँखाबाट पिपबगेको भएमहल ६ को १७मागोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।	
7 and 8	Diarrhoea	Yes	विरामीशिशुमापखालाको चिन्हतथा लक्षण भएमामहल ८ को १मा र नभएमा २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । पखालाको लक्षण भएमामात्र सोसँग सम्बन्धितमहल७ का लक्षणहरू सोधी परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
		No	विरामीबच्चालाई पखालानलागेको भएमहल ८ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । नोट : भाडापखालाको जाँचगरिसकेपछि प्रत्येक बच्चाको महल९ माउल्लेख गरिएकाBreast feeding problem/Low weightका बारेमाअनिवार्यरूपमा परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
		How many days:	विरामीशिशुलाई कतिदिनदेखि पखालालागेको हो ? सो सोधीमहल ८ को खालीठाउँमा दिनअंकमा (१,२,) लेख्नुपर्दछ ।
		Blood	विरामीशिशुको दिसामा रगत देखिएको भएमहल ८ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Lethargic/ Unconscious	विरामीशिशु सुस्त(Lethargic)वा बेहोस (Unconscious)भएमहल ८ को ४मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Restless/ Irritable	विरामीशिशु छटपटिने वाभिभिने भएमहल ८ को ५ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Sunken eyes	विरामीशिशुको आँखा गढेको भएमहल ८ को ६ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pinch very slowly	विरामीशिशुको पेटको छाला तानेर छोड्दा धेरै विस्तारै(२ सेकेन्डभन्दा बढी समय) फर्किन्छ, भनेमहल ८ को ७मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Skin pinch slowly	विरामीशिशुको पेटको छाला तानेर छोड्दा विस्तारै(२ सेकेन्ड सम्म) फर्किन्छ, भने महल ८ को ८ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
9 and 10	Low weight/Feeding Problem	Breastfed	विरामीशिशुलेस्तनपान गर्ने गरेको भएमहल १० को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Difficult feeding	विरामीशिशुलाईस्तनपानखानासम्बन्धी समस्याभएमहल १० को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		How many times in 24 hours: ____	विरामीशिशुलाई अन्तिम २४ घण्टामा कति पटक स्तनपान गराइएको थियो भनी सोधेर महल १० को खालीठाउँमा पटकअंकमा (१, २,) लेख्नुपर्दछ ।
		Receive other food/ drinks	विरामीशिशुलाई अन्यखानेकुरा वा भोल पदार्थ खुवाएको भएमहल १० को ३ मागोलो घेरालगाउनुपर्दछ ।
		How often: _____ times	यदिमहल १० को ३ मागोलो घेरा लगाइएको भए विरामीशिशुलाई कति पटक अन्यखानेकुरा वा भोल पदार्थ खुवाएको थियो भनीसोधेर महल १० को खालीठाउँमा पटकअंकमा (१,२,) लेख्नुपर्दछ ।
		Feed by bottle	विरामीशिशुलाई बोटलबाट खुवाएको भएमहल १० को ४ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Feed by spoon	विरामीशिशुलाई चम्चाबाट खुवाएको भएमहल १० को ५ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Very low weight	विरामीशिशुको उमेरअनुसार धेरै कमतौल भएमहल १० को ६ मागोलो

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन		
			घेरा लगाउनुपर्दछ । (वृद्धि अनुगमन चार्टको रातो खण्डमा परेमा)	
	Low weight		विरामीशिशुको उमेरअनुसार कमतौल भएमहल १० को ७मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (वृद्धि अनुगमन चार्टको पहेंलो खण्डमा परेमा)	
	Normal weight		विरामीशिशुको उमेरअनुसार तौल सामान्य(Normal weight)भएमहल १० को ८ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । (वृद्धि अनुगमन चार्टको हरियो खण्डमा परेमा)	
	Oral Ulcer/Thrush		विरामीशिशुको मुखभित्र घाउ वा सेतो दागभएमहल १० को ९ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
यदिविरामीशिशुलाई तुरुन्तउपचार केन्द्रमा प्रेषण गर्नुपर्ने कारण छैन भने र स्तनपान गराउनगाह्रो भएको छ वा स्तनपान २४ घण्टामा ८ पटक भन्दाकम गराइन्छ वा अरु दुध/भोल कुरा खुवाइन्छ वा उमेर अनुसार तौल कम छ भने मात्रBresat Feeding Assess गर्नुपर्दछ ।				
11 and 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 भागशिशुको मुखको तलभन्दामाथितर धेरै देखिएको (४) गरी ४ वटैअवस्था छ भने Yes मानीमहल १२ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			No	सही स्तन सम्पर्क (Good Attachment) को माथिउल्लिखित सम्पूर्ण (४ वटै) चिन्हनभएमाNo मानीमहल १२ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		Includes all 4 points of Position	Yes	शिशुलाई स्तनपान गराउँदाका ४ सहीआसनकाचिन्हहरू : शिशुको टाउको र जीउ सीधापारेर 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 काँधमात्रनभई सम्पूर्ण शरीरलाई नै हातले आड दिइराखेको (४)मध्ये यी चारवटै सहीआसनअपनाएको भएYes मानीमहल १२ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
			No	सहीआसन(Good Position) को माथिउल्लिखित सम्पूर्ण (४ वटै) चिन्हनभएमाNo मानीमहल १२ को ४ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	Suckling: Effectively	Yes	शिशुले दूधचुस्दाविस्तारै, गहिरोसित, कहिले-काहीं अडिई, अडिई दूध चुस्छ, शिशुले दूधनिलेको घाँटीमा देखिन्छ र दूधनिलेको आवाजपनि सुन्न सकिन्छ जस्ता सबै चिन्हहरू देखिएको भएYes मानीमहल १२ को ५ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
		No	प्रभावकारी चुसाई (Suckling Effectively) को माथिउल्लिखित सम्पूर्ण चिन्हनभएमाNo मानीमहल १२ को ६ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
	13	Major Classifications	माथिउल्लेखभएकाSign and Symptom को आधारमाप्रोटोकलअनुसार विरामीको रोगको वर्गीकरण (Major Classifications)प्राथमिकताको आधारमामुख्यलाई पहिलो,त्यसपछिदोस्रो गरी क्रमशःमहल १३ मा लेख्नुपर्दछ । उल्लिखितशिकायतकुनै नपाईएतापनिकम्तीमादुई वर्गीकरण (PSBI/LBI/NBI मध्ये कुनै १ र Feeding Problem/No Feeding problemमध्ये कुनै १खुलाउनुपर्दछ ।	
		Others	CB-IMNCI Treatment Chart Bookletमाउल्लेखभएकावर्गिकरण बाहेक अन्यकुनै समस्याभएमा यस कोठामा उल्लेख गर्ने ।	

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन		
14	Number of classifications	विरामीबच्चाकोमापाइएका लक्षण तथाचिन्हकाआधारमामहल १४मागरिएकाClassificationहरूको जम्मा सङ्ख्या (अन्य समेत) लेख्नुपर्दछ।		
15	ICD code	विरामीबच्चाको रोगको वर्गीकरणअनुसार मुख्यवर्गीकरण (MajorClassification)प्राथमिकताको आधारमामुख्य रोगको ICD codeमहल १५ मा लेख्नुपर्दछ। सोहीICD code कोड अनुसार मासिकप्रतिवेदनफाराम (९.३) को Morbidity को सम्बन्धितमहलमा समायोजन गरी प्रतिवेदन गर्नु पर्दछ।		
16 and 17	Medicine	विरामीको उपचारका लागिप्रयोगगरिएकाऔषधीहरू(Ampilicilin&Amoxycilin) परिमाणसमेत खुल्ने गरी स्पष्टसँग यस महलमा लेख्नुपर्दछ।		
	Gentamicin	यदिGentamicin औषधि (सुई) प्रयोग गरी उपचार गरिएको भएदिइएको डोजअनुसार महल १६ को सम्बन्धित अङ्कमागोलो लगाउनुपर्दछ।		
18 and 19	Counselling to mother	Breast feeding	स्तनपानसम्बन्धी सल्लाहआमालाई दिइएको भएमहल १९ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
		Keep warm	शिशुलाई न्यानो राख्ने सम्बन्धी सल्लाहआमालाई दिइएको भएमहल १९ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
		Immediate visit	शिशुको स्वास्थ्यअवस्थामा सुधार हुन नसेकेमावाखतराको लक्षण देखिएमा यथाशीघ्र थपउपचारका लागि स्वास्थ्य संस्थामाआउने सल्लाहदिइएको भएमहल १९ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
		Regular follow up	आमालाई नियमितफलोअप (अनुगमन) गर्ने सल्लाहदिइएको भएमहल १९ को ४ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
20 and 21	Treatment Outcome	Improved	विरामीबच्चाको उपचार तथाव्यवस्थापननतिजाअनुसारअवस्थामा सुधार आएमामहल २१ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
		Referred	विरामीबच्चाको उपचार तथाव्यवस्थापननतिजाप्रेषण गरेको खण्डमामहल २१ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
		LAMA/Absconded	विरामीबच्चाको उपचार तथाव्यवस्थापननतिजाअनुसारLAMA/Abscondedमामहल २१ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
		Death	विरामीबच्चाको उपचार तथाव्यवस्थापननतिजाअनुसारशिशुको मृत्यु भएको खण्डमामहल २१ को ४ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।	
22	Referred to	शिशुलाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाममहल २१ मा लेख्नुपर्दछ।		
23, 24 and 25	Follow up	Date	शिशुलाई फलोअप (अनुगमनका) लागिल्याएको भए सोको मिति(गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ।	
		Result	Improved	फलोअप समयमाशिशुको स्थिति पहिलेभन्दा सुधेको भएमामहल २५ को १ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
			Same	फलोअपका समयमाशिशुको स्थिति पहिलेकै जस्तो भएमामहल २५ को २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
Worse	फलोअपकालागिल्याइएको मितिमाबच्चाको स्थिति पहिले भन्दाअझ खराब भएको रहेछ भने महल २५ को ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ। यस्ता बच्चालाई सोही संस्थाबाट थपउपचार व्यवस्थापन गर्नुपर्ने अवस्थामापहिलेको Classification परिवर्तन हुने भएकोले पुनःदर्ता गरी			

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		वर्गिकरण तथाउपचार गर्नुपर्दछ ।
26	Remarks	माथिउल्लेखभएबाहेक अन्य केहीभएमहल २५माउल्लेख गर्नुहोस् ।

जातजातीअनुसार नवजातशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन(**IMNCI**) सेवापाएका सेवाग्राहीको समायोजन फारम हरेकमहिनामासिकप्रतिवेदनतयार गर्दा यस रजिष्टरको अन्तमा राखिएको जातजातीगतविवरण समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । जातजातिगतविवरण तयार गर्दा २महिनामुनिकाविरामीशिशुको व्यवस्थापन खण्ड र २ महिना देखि ५९ महिना उमेर सम्मकाविरामीबच्चाको व्यवस्थापन खण्डमा दर्ता भएका सबै विरामीबच्चाको संख्यालिंग समेत खुल्ने गरी समायोजन गर्नुपर्दछ ।

HMIS


2.5: शीघ्रकुपोषणको 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 Center - OTC) मा भर्ना गरी उपचार गर्दा प्रत्येक बच्चालाई यो दर्ता कार्ड दिइन्छ। यो दर्ता कार्ड बच्चाको परिचयपत्रको रूपमा पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। यो कार्ड स्वास्थ्यकर्मीले भरी आमावाबच्चा हेरविचार गर्ने व्यक्तिलाई दिएर पठाउनुपर्दछ।


यस दर्ता कार्डमा बहिरङ्ग सेवाको उपचारको तथ्याङ्क भरिएको हुन्छ र बच्चालाई बहिरङ्ग सेवामा ल्याउँदा आमावाबच्चाको हेरविचार गर्ने व्यक्तिले यो कार्ड लिएर आउनुपर्दछ। यस दर्ता कार्डबाट बच्चाको प्रगति र सुधारको पहिचान गरिन्छ र साथै विरामीकालागि घर लैजाने तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) को मात्राको पनि यसमा उल्लेख गरिएको हुन्छ। प्रत्येक विरामी बच्चाको उपचारको परिणाम/उपलब्धि पनि यस दर्ता कार्डले दिन्छ।

कार्डको नमूना :

HMIS 2.5: IMAM Child Health Card

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>	
स्वास्थ्य संस्थाको नाम: जिल्ला, नगर/गाउँपालिका	
शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड	
मूल दर्ता नं. _____ सेवा दर्ता नं. _____	
बच्चाको नाम, थर _____ ठेगाना: जिल्ला _____	
उमेर (महिना) _____ नगर/गाउँपालिका, वडा नं. _____	
लिंग _____ पुरुष: १ महिला २ गाँउ/टोल _____	
भर्नाको आधार _____ एम.यु.ए.सी. १ उ.अ.तौ. (z-score) २ दुवै खुट्टा सुत्रिएको ३ _____	
भेट मिति _____ दुवै खुट्टा सुत्रिएको _____ एम.यु.ए.सी. (मि.मि.) _____ उचाइ/लम्बाइ (से.मी.) _____ तौल (के.जी.) _____ उ.अ.तौ. (z-score) _____ आज दिएको RUTF पाकेट _____	
उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण: _____ गरेको _____ नगरेको _____ खोप दिएको _____ दिएको मिति _____ म.सा _____	

HMIS 2.5: IMAM Child Health Card

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: जिल्ला नगर/गाउँपालिका

शीघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम दर्ता कार्ड

मूल दर्ता नं.			सेवा दर्ता नं.	
बच्चाको नाम, थर			ठेगाना: जिल्ला	
उमेर (महिना)			नगर/गाउँपालिका, वडा नं.	
लिंग	पुरुष: १	महिला २	गाँउ/ टोल	
भर्नाको आधार	एम.यु.ए.सी. १	उ.अ.तौ. (z-score) २	दुवै खुट्टा सुन्निएको ३	

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

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

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

परिमार्जित: आ.ब. २०७८/७९

छपाई: आ.ब. २०७८/७९

भर्नेतरिका :

महलशीर्षक	निर्देशन
स्वास्थ्य संस्थाको नाम, जिल्ला, नगर/गाउँपालिका	बहिरङ्गाउपचार सेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र सो संस्थारहेको जिल्ला र स्थानीयतह (पालिका) को नाम लेख्नुपर्दछ।
मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिस्टरमादर्ता गर्दाको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ।
सेवादर्ता नं.	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनरजिस्टर(HMIS 2.6)मादर्ता गर्दाको नम्बर लेख्नुपर्दछ। यो नम्बर प्रत्येकआ. ब. मा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
बच्चाको नामथर, ठेगाना, उमेर, लिङ्ग	बिरामीबच्चाको नाम, थर, लिङ्ग, उमेर (महिनामा) र ठेगाना (जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं., र गाउँ टोल) सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ।

भर्नाको आधार	बच्चाको पोषण अवस्थाजाँचगरिसकेपछि बच्चाभर्ना गर्नुको आधार Mid Upper Arm Circumference (MUAC), उचाइअनुसारको तौल (z-score), वापोषणजन्य कारणले सुन्निएकाकुन-कुनहुनु, सम्बन्धितआधारको कोडमा गोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
भेट मिति	विरामीबच्चाप्रत्येकभेटमा आउँदादिइएकामहलहरूमामिति (ग/म/सा) लेख्नुपर्दछ । विरामीबच्चा हरेक भेटमाआउँदाउसको पाखुराको नाप (एम्. यु. ए. सी.), उचाइ र लम्बाइ, तौल, उचाइअनुसारको तौल(z-score) र RUTFदिएको प्याकेट सङ्ख्या सोहीअनुसार सम्बन्धितमहलहरूमा लेख्नु पर्दछ ।
उमेर अनुसारको खोपको लागि प्रेषण	सेवाग्राहीबच्चाले निर्दिष्ट खोपहरु लगाएको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ । बहिरङ्ग सेवाप्रदानगर्दाको समायमाबच्चाको उमेर अनुसारको दिनुपर्ने खोप उपलब्धनभएमा स्वास्थ्यकर्मीले खोप क्लिनिकमाजान सुभाब दिई कार्डमा सोहीअनुसारको महलमागोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ । खोप लगाएपछि कार्डमा सो मिति (ग/म/सा) सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
डिस्चार्ज परिणाम	अन्तमाबच्चाको डिस्चार्ज परिणाम (निको भएको, त्रुटि वा डिफल्टर, निको नभएको, अस्पताल पठाउने, अन्य (गलतीभर्ना) मृत्यु) अनुसार सम्बन्धित परिणाममा गोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ । डिस्चार्जको परिमाण नेपालशिघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापनकार्यक्रमनिर्देशिका २०७३अनुसार लेख्नु पर्दछ ।
डिस्चार्ज मिति	बच्चाको डिस्चार्ज परिणामसँगै डिस्चार्ज मिति (ग/म/सा) दिइएको महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 2.6: शीघ्रकुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (IMAM Register)

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनकार्यक्रमअन्तर्गत ६ देखि ५९ महिनाकावाल-वालिकालाई बहिरङ्ग उपचार केन्द्र (Outpatient Therapeutic Center - OTC) माभर्ना गरी उपचार सेवाप्रदान गर्न र अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। बहिरङ्ग उपचार सेवाप्रदान गर्ने हरेक स्वास्थ्य संस्थाले यस रजिष्टरमा अभिलेख राखीउपचार सेवादिनुपर्दछ।

रजिष्टरको नमुना :

HMIS 2.6

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत

क्र.सं./दर्ता	विरामीको नाम, धर, विवरण र भर्नाको किसिम				भर्ना, पोषणको अवस्था तथा प्रेषण सम्बन्धी विवरण (गोली चिन्ह लगाउने)				मेडिकल इतिहास, शारीरिक परीक्षण र अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी (गोली चिन्ह लगाउने र सेउने)											
	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४						
क्र.सं.	नाम र धर				भर्ना मिति (ग.म.सा.)				भर्नाको आधार	झाडापखाला	छ	छैन	मुँछ	सामान्य	घाउ	केन्डिडा				
मूल दर्ता नं.	लिंग	महिला	पुरुष	उमेर (महिनामा)	पोषणको अवस्था				बला	छ	छैन	औँखा	सामान्य	मित्र गडेको	डिस्चार्ज					
	अभिभावकको नाम				नाला	उचाइ/लम्बाई (से.मी.)	तेल (के.जी.)	रक्तमामन गरेको	खोकी	छ	छैन	जलवियोजन	नभएको	मध्यम	कडा					
	जिल्ला	न.पा./गा.पा.		वडा नं.	एम.यू.ए.सि. (मि.मि.)	उ. अ. तौल (Z-Score)	दुई खुट्टा सुन्निएको	खानाको रुची	छ	छैन	प्रति मि.	सामान्य	फिक्का	मित्र किसिमको सक्षम	भएको	नभएको				
सेवा दर्ता नं.	भर्ना किसिम (गोली चिन्ह लगाउने)				प्रेषण किसिम	आफै/ स्वयं प्रेषण	१	कान	सामान्य	डिस्चार्ज	भर्ना गर्दा दिएको RUTF पाकेट									
	नयाँ भर्ना	१	विशेष उपचार कक्ष	२		कोखा हानेको	छ	छैन	भर्ना गर्दा दिएको RUTF											
	पुनः दर्ता भएको (२ महिना भित्र)	२	गाउँघर क्लिनिक	३		क्षारसञ्चालन दर	प्रति मि.	सामान्य	फिक्का	मित्र किसिमको सक्षम	भएको	नभएको								
	बहिरङ्गबाट आएको (बहिरङ्ग/विशेष उपचारकक्ष/पोषण पुनःस्थापना गृहबाट)	३	म.स्वा.स्व.से.	४		तापक्रम	सेन्टिग्रेड	सामान्य	फिक्का	मित्र किसिमको सक्षम	भएको	नभएको								
	डिफ्टर प्रति भर्ना	४	पोषण पुनःस्थापना केन्द्र	५		हान/ खुट्टा	सामान्य	फिक्का	मित्र किसिमको सक्षम	भएको	नभएको									
	अन्य स्वास्थ्य संस्था				५															

परिमाणित आ.ब. २०७८/७९

छपाई आ.ब. २०७८/७९

HMIS 2.6

व्यवस्थापन रजिष्टर

ओषधी	ओषधीबाट व्यवस्थापन/उपचार				फलो अप/भेट मिति र स्वास्थ्य अवस्था												डिस्चार्ज मिति र परिणाम	
	१	५	९	१३	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९				
मिटामिन ए	(आइ.यू.)				एम.यू.ए.सि. (मि.मि.)													डिस्चार्ज मिति
एपिसेसीलीन					उचाइ/लम्बाई (से.मी.)													डिस्चार्ज परिणाम
ओलेको उपचार					तेल (के.जी.)													निको भएको
अन्वेन्डाजोल	(एम.जी.)				उचाइ अ. तौल (Z-Score)													Stable
अन्य ओषधी					दुई खुट्टा सुन्निएको													डिफ्टर
					बला (पटक/दिन)													प्रेषण (अस्थिता)
					झाडापखाला (पटक/दिन)													मुँछ
					ज्वरो (पटक/दिन)													स्नाननक्षण भई अन्यत्र गएको
					खोकी (पटक/दिन)													केफियात
					जलवियोजन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	
					तापक्रम (से.ग्रे.)													
					क्षारसञ्चालन दर (प्रति मि.)													
					छाता संक्रमण	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	
					आज दिने RUTF (पाकेट)													
मिटामिन ए	(आइ.यू.)				एम.यू.ए.सि. (मि.मि.)													डिस्चार्ज मिति
एपिसेसीलीन					उचाइ/लम्बाई (से.मी.)													डिस्चार्ज परिणाम
ओलेको उपचार					तेल (के.जी.)													निको भएको
अन्वेन्डाजोल	(एम.जी.)				उचाइ अ. तौल (Z-Score)													Stable
अन्य ओषधी					दुई खुट्टा सुन्निएको													डिफ्टर
					बला (पटक/दिन)													प्रेषण (अस्थिता)
					झाडापखाला (पटक/दिन)													मुँछ
					ज्वरो (पटक/दिन)													स्नाननक्षण भई अन्यत्र गएको
					खोकी (पटक/दिन)													केफियात
					जलवियोजन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	
					तापक्रम (से.ग्रे.)													
					क्षारसञ्चालन दर (प्रति मि.)													
					छाता संक्रमण	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	छ	छैन	
					आज दिने RUTF (पाकेट)													

परिमाणित आ.ब. २०७८/७९

छपाई आ.ब. २०७८/७९

रजिस्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	शीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं. मूलदर्ता नं. सेवादर्ता नं.	प्रत्येकमहिनाक्र.सं. १ बाट सुरु गरी लेख्नुपर्दछ । मूलदर्ता रजिस्टरमादर्ता गर्दाको नम्बर शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्डबाट मूलदर्ता नम्बरको महलमा र यस रजिस्टरमादर्ता गर्दाको नम्बर सेवादर्ता नम्बरको महलमा लेख्नुपर्दछ । सेवादर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२-३	बिरामीको नामथर, विवरण र भर्नाको किसिम	
	नाम, थर	सेवालिनआएको बच्चाको पूरा नाम, थर यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
	जात/जाति कोड	सेवालिन बच्चाको थर रजिस्टरमाउल्लेख भएअनुसार जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ, जस्तै : ०१, ०२,.....,०६ ।
	लिङ्ग	सेवालिन बच्चा"महिला"भएमहिलामा र "पुरुष"भए पुरुषमागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
	उमेर (महिनामा)	सेवालिन बच्चाको उमेर पूरा भएको महिनामा लेख्नुपर्दछ ।
	अभिभावकको नाम	बच्चाको अभिभावक (जस्तै : आमा, बुवा, हजुरआमा, हजुरबुवाआदि) को नाम यस महलमालेख्नुपर्दछ ।
	नाता	बच्चाको अभिभावकसँगको नाता (जस्तै : आमा, बुवा, हजुरआमा, हजुरबुवाआदि) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	जिल्ला, न.पा/गा.पा., वडा नं., गाउँ/टोल	हालधेरैजसोबसोबास गरिरहेको जिल्ला, पालिका, वडा नम्बर र गाउँ/टोलसमेत यस महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
भर्नाको किसिम	सेवालिन बच्चाभर्ना भएको किसिममानयाँभर्ना भएको भए कोड नं. १ मा, २ महिनाभित्रपुनःदर्ता भएको भए कोड नं. २ मा, बाहिरबाट प्रेषण भइआएको (बहिरङ्ग/विशेष/उपचार कक्ष/पोषण पुनःस्थापना गृह)भए कोड नं. ३ र त्रुटि वा डिफल्टर पछि भर्ना भएको भएकोड नं. ४ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
४-७	भर्ना, पोषणको अवस्थातथा प्रेषणसम्बन्धीविवरण	
	भर्ना मिति	बच्चाको भर्ना मिति (ग म सा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	पोषण अवस्था (उचाइ/लम्बाइ)	२ वर्षमुनिकाबच्चाको हकमालम्बाइ र २ वर्षमाथिका (८७ से. मि. वा सोभन्डामाथि) बच्चाको हकमाउचाइनापी यसैसँगको महल ६मा से. मि. मा लेख्नुपर्दछ ।
	तौल	बच्चाको तौललिई महल ६मा के.जी. मा लेख्नुपर्दछ ।
	एम्. यु. ए. सी	बच्चाको पाखुराको नापएम्.यु.ए.सी टेपले नापी यसैसँगको महल ६ मामि.मि. मा लेख्नुपर्दछ ।
	उचाइ अनुसारको तौल	उचाइअनुसारको तौल (z- score) टेबलको सहायताले बच्चाको उचाइअनुसारको तौल यसैसँगको महल ६मा लेख्नुपर्दछ ।
	दुवै खुट्टा सुन्निएका	पोषणजन्य कारणले बच्चाकादुवै खुट्टा तथाशरिरका अन्यभागहरु सुन्निएका छन्/छैनन्भनीजाँच गरी सुन्निएको भएप्रोटोकलअनुसार +, ++वा+++ मा लेख्नुपर्दछ ।
	भर्नाको आधार	बच्चाको पोषण अवस्थाजाँचगरिसकेपछि भर्नाको आधारअनुसार (एम्. यु. ए. सी., उ. अ. तौ. (z-score), वादुवै खुट्टा सुन्निएका) कुनहो महल नं. ७ को सम्बन्धित कोड नं. मागोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
प्रेषणको किसिम	सेवालिन बच्चा जहाँबाट प्रेषण भएको हो (आफै/स्वयं प्रेषण, विशेष उपचार कक्षतथाअन्यबहिरङ्गकक्ष, गाउँ-घर क्लिनिक, म. स्वा. स्वयं से., पोषण पुनःस्थापना केन्द्र, वाअन्य स्वास्थ्य संस्था) महल७ को सम्बन्धित कोडमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
८-१४	मेडिकल इतिहास,शारीरिक परीक्षण र अन्यस्वास्थ्यसम्बन्धी	बच्चाको स्वास्थ्य परीक्षण गरी महल नं. ८ माउल्लेख गरिएकाविभिन्न लक्षण, चिन्हतथाअवस्थाकाबारेमा सँगै रहेको महल ९ वा १० को अवस्थामागोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । महल ८ कै दिशा, स्वास प्रश्वास दर र तापक्रमको हकमाभने महल ९ को खाली कोठामा क्रमशःविवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

महल नं.	शीर्षक	निर्देशन
	जानकारी	त्यस्तै गरी महल ११ माउल्लेखगरिएकाशारीरिकअवस्था, दादुरा खोप र पूर्ण खोपको अवस्था, RUFTजाँच, वितरण प्याकेटको संख्याकोविवरण महल १२, १३ वा १४ मागोलो घेरा वाविवरण भर्नु पर्दछ। शीघ्र कुपोषणको किसिमSAM वामMAM के हो महल १४ मा लेख्नुपर्दछ। शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनकालागिदस्ता भएकाबच्चाहरूको आवश्यकअतिरिक्तजानकारी भएमा सोहीअनुसारको विवरण पनिअस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१५-१९	औषधीबाट व्यवस्थापन/उपचार	बच्चालाई उपचारको क्रममामहल १५ माउल्लेख भएको औषधीहरू (भिटाविन ए, एमोक्सिसिलिन, औलौका औषधी, अल्बेन्डाजोल वाअन्यऔषधीहरू) दिइएकोमात्रामहल १६ मा र मिति (गते, महिना, साल)महल १७, १८ र १९ मा लेख्नुपर्दछ।
२०-२८	फलोअप भेट मिति	विरामीबच्चाप्रत्येकफलोअप भेटमा आउँदामहल नं. २०माउल्लिखितअवस्थाको जानकारी लिई सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ। उक्तफलोअप 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, भाडापखाला, ज्वरो, खोकी, जलवियोजन, तापक्रम, श्वास-प्रश्वास दर, छाला सङ्क्रमण जाँच गरी प्रत्येक भेटमा दिने RUTFको प्याकेट सङ्ख्या सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ।
२९	डिस्चार्ज मिति र परिणाम	बच्चाको डिस्चार्ज भएको मिति (ग म सा) दिइएको कोठामा लेख्नुपर्दछ। अन्तमाबच्चाको डिस्चार्ज परिणामअनुसार निको भएको कोड १, Stableभए कोड २, डिफिल्टर कोड ३, प्रेषण (अस्पताल) कोड ४, मृत्यु कोड ५ र स्थानान्तरण भई अन्यत्रगएको कोड ६ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ। माथिलेखिएकोबाहेक सोसम्बन्धीअन्यविवरण उल्लेख गर्नुपर्ने भएमा कैफियतको महलमालेख्नुपर्दछ।

नाम र थर	महलमालेखनुपर्दछ ।	
जम्मा परिवार सङ्ख्या	बच्चाको घरमा रहेको जम्मा परिवार सङ्ख्या यस महलमा लेखनुपर्दछ ।	
सेवादार्ता नं.	बच्चाको सेवादार्ता नम्बर यस महलमा लेखनुपर्दछ ।	
भर्ना मिति	बच्चाको भर्ना मिति (ग म सा) यस महलमा लेखनुपर्दछ ।	
भर्ना किसिम	बच्चाकाअभिभावकलाई सोध्दै भर्नाको किसिम (आफै, प्रेषण) अनुसार गोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ ।	
बुबा, आमा, जुम्ल्याहा	बच्चाकाबुबा, आमा, जुम्ल्याहाभाइ/बहिनीभए/नभएको यकिन गरी सोहीअनुसार गोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ ।	
पुनः रोगीभर्ना	बच्चापुनः रोगीभई (२ महिनाभित्र) भर्ना भएमा सोहीअनुसार गोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ ।	
नापतौलको चार्ट	मिति	प्रत्येकमितिमा (ग म सा),बच्चाको उचाइ/लम्बाइ (से. मि.) र तौल (के.जी.) नापी सोहीअनुसारका महलहरूमा लेखनुपर्दछ । साथै उचाइअनुसारको तौल (z- score) z-scoreटेबलको सहायताले यस महलमा लेखनुपर्दछ ।
	उचाइ/लम्बाइ (से.मि.)	
	तौल (के.जी.)	
	उचाइअनुसारको तौल (z-score)	
	एम्.यु.ए.सी. (मि.मि.)	बच्चाकोपाखुराकोनापसकिरटेप(एम्. यु. ए. सी. टेप)ले नापी यस महलमा मि.मि. मा लेखनुपर्दछ।
	दुवै खुट्टा सुन्निएको (० देखि +++)	सेवाग्राहीबच्चापोषणजन्य कारणले सुन्निएको छ/छैन भनी परीक्षणका लागिबच्चाकादुवै खुट्टा, हात, अनुहारजाँच गरी सुन्निएको नभएमा, ०वा सुन्निएको भए सोहीअनुसार+, ++वा+++ , यस महलमा लेखनुपर्दछ ।
तौल चार्ट	तौल चार्ट प्रत्येक खण्डले २० ग्राम तौल घटेको वा बढेको देखाउँछ । बच्चा सुन्निएको केसमा प्रारम्भिक बेलामा तौल घट्नु स्वभाविक हो । त्यसकारण ग्राफ सुरु गर्दा अन्तिमबाट सुरु गर्नु हुँदैन । बच्चाको माथि लिइएको दैनिक तौलअनुसार ग्राफको X-axis मा तौल उल्लेख गर्दै ग्राफ भर्नुपर्दछ ।	
मिति	बच्चालाई उपचारात्मकदुधवाखाना सुरु गरेपछिको प्रत्येक दिनको मिति यस महलमा लेखनुपर्दछ ।	
खाना(F75/F100/RUTF)	बच्चालाई उपचारात्मकदुधवाखाना सुरु गरेको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF)यस महलमा लेखनुपर्दछ ।	
मात्राप्रतिदिन (मिलिवाप्याकेट)	बच्चालाई उपचारात्मकदुधवाखानादिएको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF), F75/F100भएमिलिमा र RUTF भएप्याकेटमा यस महलमा लेखनुपर्दछ ।	
खानाको पटक प्रतिदिन	प्रत्येकदिनखुवाउने खाना(F75/F100/RUTF) को पटक यस महलमा लेखनुपर्दछ ।	
प्रतिखानाको मात्रा (दूधमात्र)	बच्चालाई F75/F100दूधमात्रखानादिएको भएमाप्रतिखानाको मात्रामिलिमा यस महलमा लेखनुपर्दछ ।	
थपआइरन	बच्चालाई थपआइरन दिएको भएमा सोको मात्रा यस महलमा लेखनुपर्दछ ।	
उपचारात्मकखाना	प्रत्येकमितिको महल(Column)मा समय र खानाको महललाई ३ वटा खालीमहलहरू (Row)दिइएका छन् । त्यस्ता समय र खानाको महल(Row)प्रत्येक मितिमाजम्मा १० वटा छन् । प्रत्येक पल्ट खानादिंदामितिअनुसार खानादिएको समय (२४ घण्टा अनुसार) र प्रकार (F75/F100/RUTF)उल्लेख गर्दै मात्रालिएर खाएअनुसार महलहरू (Row)भर्नुपर्दछ । जस्तै : पूरै मात्रालिएर खाएमा ४ वटा Xचिन्ह, ३/४ मात्रालिएर खाएमा ३ वटा कोठामा Xचिन्ह, १/२ मात्रालिएर खाएमा २ वटा कोठामा Xचिन्ह र १/४ मात्रालिएर खाएमा १ वटा कोठामा X चिन्हलगाउनुपर्दछ । बच्चालाई खुवाउँदाबच्चाअनुपस्थित/AbsentभएमाA,बान्ता/Vomit गरेमाV,खाननमाने /RefuseमाR ट्युबलगाएको भएमाNGR IVदिएमाIV लेख्दै महलहरू (Row)माभर्नुपर्दछ । अन्यकेहीभएमा कैफियतमा लेखनुपर्दछ ।	
सर्वेक्षण तालिका	प्रत्येकमितिमामिति (ग म सा) उल्लेख गर्दै बच्चाको दैनिकदिसाको पटक, बान्ताको पटक,	

	जलवियोजन, खोकी, सेप्टिक सक्, श्वास-प्रश्वास दर, Pulse rate, रक्तअल्पता, तापक्रम(विहान,साँफ), र छाला सम्बन्धि रोग भएमाप्रोटोकलअनुसार सम्बन्धितमहलहरूमा लेखनुपर्दछ ।
नियमितऔषधि	वच्चालाई भर्ना भएको पहिलो दिन भिटामिन ए र फोलिक एसिड दिइँदैन । वच्चालाई भिटामिन ए (मात्रा) रफोलिक एसिड दिएपछि मितिअनुसार सम्बन्धितमहलहरूमा (ठीक) चिन्ह लेखनुपर्दछ । साथै दिइएका एन्टिबायोटिकहरूको नामउल्लेख गर्दै दिएको समय सम्बन्धितमहलहरूमा लेखनुपर्दछ । त्यस्तै गरी जुका नियन्त्रण (पुनःस्थापनाकाल) का औषधिहरू दिएमा सोको विवरण सम्बन्धितमहलहरूमा लेखनुपर्दछ ।
विशेषऔषधि	विशेषऔषधिविशेष केही एन्टिबायोटिक दिएमा सोको नामउल्लेख गर्दै दिएको समय सम्बन्धितमहलहरूमा लेखनुपर्दछ । रिसोमोल दिएमा सोको मात्रामि लि मा सोहीअनुसारका महलहरूमा लेखनुपर्दछ । IV र रगत, NGलगाएमा सोको विवरण सम्बन्धितमहलहरूमा लेखनुपर्दछ ।
परीक्षणको नतिजा	Hb र PCV, मलेरिया, ग्लुकोज र क्षयरोग परीक्षणको नतिजा सोहीअनुसारका महलहरूमा लेखनुपर्दछ ।
अवलोकन	अन्यकेहीअवलोकन भएमा यस महलमा लेखनुपर्दछ ।
खोप	वच्चाको कार्ड भए, नभएको हेरी सोहीअनुसारका महलहरूमाचिन्हलगाउनुपर्दछ । वच्चालाई खोप लगाएअनुसारको मिति (ग म सा) सोहीअनुसारका महलहरूमा लेखनुपर्दछ । अन्यखोपदिएमा सोको विवरण सम्बन्धितमहलहरूमा लेखनुपर्दछ ।
डिस्चार्ज	डिस्चार्जपश्चात् डिस्चार्ज मिति (ग म सा) र हस्ताक्षर सोहीअनुसारको महलहरूमा लेखनुपर्दछ । साथै स्वास्थ्यशिक्षादिएको मिति (ग म सा) र हस्ताक्षर, भिटामिन ए दिए, नदिएको, खोपको मात्रापुगे, नपुगेको र डिस्चार्जको बेलामा स्तनपानगरिरहेको छ, छैन यकिन गरी सोहीअनुसारका महलहरूमा लेखनुपर्दछ ।

HMIS 2.8:पोषणपुनस्थापना गृहरजिष्टर(NRH Register)

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनकार्यक्रमबाहेक पोषण पुनस्थापना गृहबाट समेत शीघ्र कुपोषणको उपचार सेवाप्रदानगरिन्छ। यसरी पोषण पुनस्थापना गृहबाट प्रदानगरिने सेवाको अभिलेख राख्नपोषण पुनस्थापना गृह रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ।

रजिष्टरको नमूना

नाम र थर	जाति कोड	उमेर (महिनामा)		ठेगाना				सम्पर्क नं.	अभिभावक/ हेरचाह गर्नेको नाम र थर	जम्मा परिवार संख्या			
		महिला	पुरुष	प्रदेश	जिल्ला	वडा नं	गाँउ/टोल						
सेवा दर्ता नं.	भर्ना मिति (ग.म.सा.)	भर्नाको किसिम (गौलो लगाउने)		आफै		प्रेषण			भएको	बुवा	आमा	जुन्याहा	पुन-रोगी भर्ना
		कडा	मध्यम	अन्तरंग	म.स्वा.स्व.से	स्वास्थ्य संस्था	बहिरङ्ग	भएको	१	२	३	४	५
								नभएको	१	२	३	४	५

नाम र थर	जाति कोड	उमेर (महिनामा)	प्रदेश	जिल्ला	वडा नं	गाँउ/टोल	सम्पर्क नं.	अभिभावक/ हेरचाह गर्नेको नाम र थर	जम्मा परिवार संख्या	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
उचाई/लम्बाइ (से.मी.)																																					
तौल (के.जी.)																																					
उचाईको आधारमा तौल (z-score)																																					
एम.यु.ए.सी. (मि.मि.)																																					
दुबै खुट्टा सुत्रियका (० देखि +++)																																					

परिभाषित आ.ब. २०७८/७९

छप्रा. आ.ब. २०७८/७९

मिति		मिति																												
खाना (F75/F100/BLTN)		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	
मात्रा प्राप्त दिन (मिति वा घण्टा)																														
खानाको घण्टा प्राप्त दिन																														
प्राप्त खानाको मात्रा (दुध मात्र)																														
थप खाना																														
उपस्थापनाको खाना	A= अनुपस्थित	समय	खाना																											
	V= वान्ता	समय	खाना																											
	H= नमानेको	समय	खाना																											
	NG= ट्युब लगाएको	समय	खाना																											
	IV= IV फ्ल्यूइड	समय	खाना																											
	मात्रा लिइएको		समय	खाना																										
		१०० %	समय	खाना																										
			समय	खाना																										
		३/४	समय	खाना																										
			समय	खाना																										
	१/२	समय	खाना																											
१/४	समय	खाना																												
	समय	खाना																												
	समय	खाना																												
	समय	खाना																												
मिति																														
दिना/ घण्टा																														
वार्ता/घण्टा																														
जलवियोजन																														
सोको																														
Septic Shock																														
क्षारसिद्धान्त दर																														
रक्तअल्पता																														
तापक्रम विहिन																														
नापक्रम सौंझ																														
रुजा																														
डिस्चार्ज मिति	निको भएर	LAMA	अन्य औषधि दिएको	छ	छैन	डिस्चार्जको बेलामा स्तनपान	छ	छैन	हस्ताक्षर																					
	प्रेषण	मृत्यु	खोपको मात्रा पुगेको	छ	छैन																									

परिभाषित आ.ब. २०७८/७९

छप्रा. आ.ब. २०७८/७९

रजिस्टरभर्नेतरिका :

शीर्षक		निर्देशन	
नाम र थर		सेवालिनआएको बच्चाको पूरा नाम, थर यस महलहमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।	
जाति कोड		सेवालिनने बच्चाको थर रजिस्टरमाउल्लेख भएअनुसार जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ, जस्तै : ०१, ०२,.....,०६ ।	
उमेर (महिनामा)		सेवालिनने बच्चाको उमेर पूरा भएको महिनामा“महिला”भएमहिलामा र “पुरुष”भए पुरुषमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।	
ठेगाना		जिल्ला, नगर/गाउँपालिका : हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको जिल्ला, नगर/गाउँपालिका, वडा नं. र गाउँ र टोल समेत यीमहलहरूमा लेख्नुपर्दछ । हाल धेरैजसो बसोबास गरिरहेको भन्नाले कम्तीमा ६ महिनादेखि बसिरहेको वात्यहीबसोबास गर्ने मनसायले बसिरहेको भन्ने बुझ्नुपर्दछ।	
सम्पर्क नं.		बच्चाकाअभिभावकको सम्पर्क नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
अभिभावक/हेरचाहगर्नेको नाम र थर		बच्चाको अभिभावक (जस्तै : आमा, बुबा, हजुरआमा, हजुरबुवाआदि) को नाम र थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
जम्मा परिवार सङ्ख्या		बच्चाको घरमा रहेको जम्मा परिवार सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
सेवादार्ता नं.		बच्चाको सेवादार्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
भर्ना मिति		बच्चाको भर्ना मिति (ग म सा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
भर्ना किसिम		बच्चाकाअभिभावकलाई सोध्दै भर्नाको किसिम (आफै, प्रेषण) अनुसार गोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ ।	
बुबा, आमा, जुम्ल्याहा		बच्चाकाबुबा, आमा, जुम्ल्याहाभाइ/बहिनीभए/नभएको यकिन गरी सोहीअनुसार गोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ ।	
पुनः रोगीभर्ना		बच्चापुनः रोगीभई (२ महिनाभित्र) भर्ना भएमा सोहीअनुसार गोलो चिन्हलगाउनुपर्दछ ।	
नापतौलको चार्ट	मिति	प्रत्येकमितिमा (ग म सा), बच्चाको उचाइ/लम्बाइ (से. मि.) र तौल (के.जी.) नापी सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । साथै उचाइअनुसारको तौल (z- score) z-scoreटेबलको सहायताले यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
	उचाइ/लम्बाइ (से.मि.)		
	तौल (के.जी.)		
	उचाइअनुसारको तौल (z-score)		
	एम्.यु.ए.सी. (मि.मि.)		बच्चाको पाखुराको मध्यभागको परिधिको नाप एम्. यु. ए. सी. टेप ले नापी यस महलमामि.मि. मा लेख्नुपर्दछ ।
	दुवै खुट्टा सुन्निएको (० देखि +++)		सेवाग्राहीबच्चापोषणजन्य कारणले सुन्निएको छ/छैन भनी परीक्षणका लागिबच्चाकादुवै खुट्टा, हात, अनुहार जाँच गरी सुन्निएको नभएमा, ० वा सुन्निएको भए सोहीअनुसार +, ++वा+++ , यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
तौल चार्ट		तौल चार्टको प्रत्येक खण्डले २० ग्रामतौल घटेको वा बढेको देखाउँछ । बच्चा सुन्निएको केसमाप्रारम्भिक बेलामातौल घट्नु स्वभाविकहो । त्यसकारण ग्राफ सुरु गर्दा अन्तिमबाट सुरु गर्नु हुँदैन । बच्चाको माथिलिइएको दैनिकतौलअनुसार ग्राफको X-axisमातौल उल्लेख गर्दै ग्राफभर्नुपर्दछ ।	
मिति		बच्चालाई उपचारात्मकदुधवाखाना सुरु गरेपछिको प्रत्येक दिनको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
खाना(F75/F100/RUTF)		बच्चालाई उपचारात्मकदुधवाखाना सुरु गरेको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF)यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
मात्राप्रतिदिन (मिलिवाप्याकेट)		बच्चालाई उपचारात्मकदुधवाखानादिएको प्रकार अनुसार (F75/F100/RUTF), F75/F100भएमिलिमा र RUTF भएप्याकेटमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
खानाको पटक प्रतिदिन		प्रत्येकदिनखुवाउने खाना(F75/F100/RUTF) को पटक यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	

प्रतिखानाको मात्रा (दूधमात्र)	बच्चालाई F75/F100दूधमात्रखानादिएको भएमाप्रतिखानाको मात्रामिलिमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
थपखाना	RUTF/ F75/F100 बाहेककाअन्यखानाखुवाइएमा यस महलमा चिन्हलगाउनु पर्दछ ।
उपचारात्मकखाना	प्रत्येकमितिको महल(Column)मा समय र खानाको महललाई ३ वटा खालीमहलहरू (Row)दिइएका छन् । त्यस्ता समय र खानाको महल(Row)प्रत्येक मितिमाजम्मा १० वटा छन् । प्रत्येक पल्ट खानादिंदामितिअनुसार खानादिएको समय (२४ घण्टा अनुसार) र प्रकार (F75/F100/RUTF/थपखाना)उल्लेख गर्दै मात्रालिएर खाएअनुसार महलहरू (Row)भर्नुपर्दछ । जस्तै : पूरै मात्रालिएर खाएमा ४ वटा Xचिन्ह, ३/४ मात्रालिएर खाएमा ३ वटा कोठामा Xचिन्ह, १/२ मात्रालिएर खाएमा २ वटा कोठामा Xचिन्ह र १/४ मात्रालिएर खाएमा १ वटा कोठामा X चिन्हलगाउनुपर्दछ । बच्चालाई खुवाउँदाबच्चाअनुपस्थित/AbsentभएमाA,बान्ता/Vomit गरेमाV,खाननमाने /RefuseमाRर ट्युबलगाएको भएमाNGर IVदिएमाIV लेख्दै महलहरू (Row)माभर्नुपर्दछ । अन्यकेहीभएमा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ ।
सर्वेक्षण तालिका	प्रत्येकमितिमामिति (ग म सा) उल्लेख गर्दै बच्चाको दैनिकदिसाको पटक, बान्ताको पटक, जलवियोजन, खोकी, सेप्टिक सक, श्वास-प्रश्वास दर, Pulse rate, रक्तअल्पता, तापक्रम (बिहान,साँझ), र छाला सम्बन्धि रोग भएमाप्रोटोकलअनुसार सम्बन्धितमहलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
अवलोकन	अन्यकेहीअवलोकन भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	बच्चाको कार्ड भए, नभएको हेरी सोहीअनुसारका महलहरूमाचिन्हलगाउनुपर्दछ । डिस्चार्जपश्चात् डिस्चार्ज मिति (ग म सा) र हस्ताक्षर सोहीअनुसारको महलहरूमा लेख्नुपर्दछ । डिस्चार्जको बेलामा स्तनपानगरिरहेको छ, छैन यकिन गरी सोहीअनुसारका महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

३. परिवार कल्याण

3. Family Welfare

- HMIS ३.१: परिवारनियोजन सेवा कार्ड
- HMIS ३.२: परिवारनियोजनकोअस्थायी साधन (पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपो, सायना प्रेस) सेवा रजिष्टर
- HMIS ३.३: परिवारनियोजनकोअस्थायी साधन(आइ.यु.सी.डी/इम्प्लाण्ट) सेवा रजिष्टर
- HMIS ३.४: परिवारनियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर
- HMIS ३.५: मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य कार्ड
- HMIS ३.६: मातृतथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर
- HMIS ३.७: सुरक्षित गर्भपतन रजिष्टर
- HMIS ३.७a: औषधिद्वारा गरिने गर्भपतनको सेवाग्राहीकार्ड
- HMIS ३.७b: MVA द्वारा गरिने गर्भपतनको सेवाग्राहीकार्ड
- HMIS ३.७c: दोस्रोत्रैमासिकको गर्भपतनको सेवाग्राहीकार्ड
- HMIS ३.७d: PAC सेवाको सेवाग्राहीकार्ड
- HMIS ३.८: प्रजनन् स्वास्थ्य रुग्णता सेवा रजिष्टर

HMIS 3.1: परिवारनियोजनसेवाकार्ड(Face Sheet)

परिवारनियोजन सेवाअपनाउने सेवाग्राहीहरूको व्यक्तिगतविवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ। परिवार नियोजन सेवाप्रदानगर्दा भरिएको परिवार नियोजन सेवा कार्ड (फेस सिट)को पहिलो प्रति (पहेलो रङ को) मासिकप्रतिवेदनसँगै सम्बन्धीत स्थानियतहको स्वास्थ्यशाखामापठाउनुपर्दछ। कार्डको दोस्रो प्रति (सेतो) सेवादिने संस्थामा वडा अनुसार फाईलिङ्गगरी व्यवस्थितगरी राख्नु पर्दछ र प्रत्येक पटक सेवाग्राहीअनुगमनकालागीवा सेवाको निरन्तरताकाक्रममाआउदाअध्यावधिकगरी राख्नुपर्दछ।यसै कार्डबाट सम्बन्धीत स्थानियतहको स्वास्थ्यशाखाले परिवार नियोजन साधनप्रयोगकर्ताको व्यक्तिगतविवरणका साथै सेवाप्रदायकको प्रोत्साहन रकमप्रदान गर्न र अन्यविविधपक्षको विश्लेषण गर्न सक्दछ।

नोट : सेवाग्राहीले परिवार नियोजनकाकुनै पनि साधनपहिलो पटक सुरु गर्दा र लिइरहेको प. नि. साधनकावीचमा १ वर्षभन्दा बढी समयसम्म छोडी पुनः सोही सेवालिनआउँदा र सेवाको परिवर्तन गर्दा समेत यो कार्ड अनिवार्य रूपमाभर्नुपर्दछ। सेवाग्राहीहरूको विस्तृत विवरणको विश्लेषणका लागि सम्बन्धीत स्थानियतहको स्वास्थ्यशाखालाई यस कार्डको आवश्यकता पर्ने भएकोले प. नि. सेवाप्रदानकाक्रममाभरिएका फेस सिटहरूको पहिलो प्रतिअनिवार्य रूपमामासिकप्रतिवेदनसँगै सम्बन्धीत स्थानियतहको स्वास्थ्यशाखामा पठाउनु पर्दछ।

सेवाग्राहीलाई सेवादिनुभन्दापहिले निजको चिकित्सा सम्बन्धीविवरण जाँच-परीक्षण गरी अद्यावधिक गरेपछिमात्र सम्बन्धित साधनउपलब्ध गराउनमिल्ने वानमिल्ने निक्थोँल गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगतविवरणहरू भर्नुपर्दछ।

कार्डको नमुना :

HMIS 3.1 Face Sheet

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली		अनुगमन, परीक्षण, उपचार र सल्लाह			
परिवार नियोजन सेवा कार्ड		सेवा लिएको मिति	शिकायत/ निदान	उपचार/ सल्लाह/ सुझाव	फर्केर आउने मिति
दर्ता नम्बर:		गते	महिना	साल	
स्वास्थ्य संस्थाको नाम		जिल्ला			
सेवा लिने व्यक्तिको ठेगाना	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	सङ्ग नं.		
विवरण	नाम र थर	जाती कोड	उमेर	शिक्षा	पेशा
सेवाग्राहीको					
पति/पत्नीको (पेरिउज्ज)					
हाल सम्मको जन्म सम्बन्धी विवरण					
जीवित जन्म संख्या	हाल जीवित बच्चाहरूको उमेर (कम देखि बढी उमेरसम्म क्रमशः उल्लेख गर्नु)	कैफियत	आखिरी रजस्वला भएको मिति		
छोरीहरू			गते	महिना	साल
छोराहरू					
विगतमा परिवार नियोजन साधनको प्रयोग (y)					
पिल्स	डियोप्रोभेरा	आइ.यू.सी.डी	इम्प्लान्ट	सावना पेस	अन्य
					नगरेको
पहिले प्रयोग गरेको साधन छोड्नुको कारण (y)					
बच्चा जन्माउन	शारीरिक समस्या भएर	आवश्यक नभएर	अन्य (खुलाउने)		
चिकित्सा सम्बन्धी विवरण (हार्मोनल साधन लिने सेवाग्राहीका लागि) गोली घेरा लगाउनुहोस्।					
१. खुट्टा सुनिने र छिटो छिटो सास चल्ने रोग	छ	छैन	६. कमलपित रोग लागेको	छ	छैन
२. गर्भवस्थामा खुट्टा सुनिने र दुखे रोग लागेको	छ	छैन	७. चिनीको रोग भएको	छ	छैन
३. रजस्वला मासिक रूपमा	हल्छ	हँदैन	८. बैस्करी टाउको दुखे	छ	छैन
४. दुई रजस्वला बीच रक्तस्राव	हल्छ	हँदैन	९. स्तनमा गाँज गूठो	छ	छैन
५. रजस्वला अवधिमा रक्तस्रावको परिमाण	थोरै	धेरै	सामान्य		
चिकित्सा सम्बन्धी विवरण (आई.यू.सी.डी.का लागि) गोली घेरा लगाउनुहोस्।					
१. तल्लो पेट टुठो समस्या:	छ	छैन			
२. मन्हाउने यानी बन्ने समस्या:	छ	छैन			
३. तीन महिना यता पाठेघर सम्बन्धी संक्रमणको उपचार गरेको	छ	छैन			
आकस्मिक गर्भ निरोधको लागि प्रयोग गर्ने लागेको अथवा त्रिमन् विवरण अर्न्तर्भाव:					
१. असुरक्षित यौन सम्पर्क भएको मिति (गते/महिना/सास)	ग	म	सा		
२. अब प्रयोग गर्ने चाहेको साधन:					
हाल प्रयोग गर्ने 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

कार्ड भर्ने तरिका :

शीर्षक	निर्देशन
दर्ता नम्बर	परिवार नियोजनको साधनप्रयोग गर्दा सेवा रजिस्टरमादर्ता गरेको सेवादर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ।
दर्ता मिति	दर्ता गरेको दिनको मिति (ग/म/सा) लेख्नुपर्दछ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम:	सेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ।
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्थाअवस्थित रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुपर्दछ।
सेवाग्राहीको ठेगाना	सेवालिनै व्यक्तिको पूरा ठेगाना (जिल्ला, गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा. र वडा नं.) लेख्नुपर्दछ।
सेवाग्राहीको विवरण	सेवालिनै व्यक्तिको नाम, थर, उमेर, शैक्षिक योग्यता र पेसाको विवरण सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
पतिपत्नीको विवरण	सेवालिनै व्यक्तिको पति/पत्नीको नाम, थर, उमेर, शैक्षिक योग्यता र पेसाको विवरण सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ। महिलाले पतिको नामभन्ननचाहेमा- चिन्हदिनुपर्दछ।
हालसम्मको जन्मसम्बन्धीविवरण	परिवार नियोजन सेवालिनआएका सेवाग्राहीको हालसम्मजीवितजन्मेका छोरी र छोराहरूको सङ्ख्या लेखीहालजीवित रहेका बच्चाहरूको उमेर (कम उमेरदेखि बढी उमेरसम्म क्रमशः) पूरा गरेको वर्षमा लेख्नुपर्दछ। अन्यकेहीभए कैफियतमहलमा लेख्नुपर्दछ।
विगतमा परिवार नियोजन साधनको प्रयोग	विगतमा प. नि. साधन (पिल्स/डिपो/सायना प्रेस/आईयुसीडी/इम्प्लान्ट कुनै साधन) प्रयोग गरेको भए सम्बन्धित कोठामा (√) चिन्हलगाउने र सोबाहेक अन्य साधनप्रयोग गरेको भएअन्यको महलमाप्रयोग गरेको साधनको नाम लेख्नुपर्दछ। विगतमाकुनै पनि साधनप्रयोग नगरेको भए“नगरेको” कोठामा (√) चिन्हलगाउनुपर्दछ।
पहिले प्रयोग गरेको साधन छोड्नुको कारण	अहिले प्रयोग गर्न लागेको साधनभन्दापहिले यदि सेवाग्राहीले परिवार नियोजनकाअन्य साधनप्रयोग गरेको भए के कारणले पहिले लिएको साधनप्रयोग गर्न छाडेको हो, सम्बन्धित कोठामा (√) चिन्हलगाउने र साथै उल्लिखितभन्दा फरक कारणहरू भएअन्यको महलमा साधन छोड्नुको कारण लेख्नुपर्दछ।
चिकित्सासम्बन्धीविवरण (हर्मोनल साधनलिने सेवाग्राहीकालागि)	चिकित्सासम्बन्धीविवरणको प्रत्येक नम्बरको समस्या (रोग) बारे सोधेर, हेरेर वा परीक्षण गरेर सेवाग्राहीलाई उक्त समस्याभए/नभएको निश्चित गरी सोहीअनुसार सम्बन्धितमहलमा घेरा लगाउनुपर्दछ।
चिकित्सासम्बन्धीविवरण (आईयुसीडी) साधनलिने सेवाग्राहीकालागि)	चिकित्सासम्बन्धीप्रत्येक नम्बरको समस्या (रोग) बारे सोधेर वा परीक्षण गरेर भएको वानभएको सोहीमा घेरा लगाउनुपर्दछ।
हालप्रयोग गर्न लागेको साधन	सेवाग्राहीले अहिले परिवार नियोजनको कुन साधनलिनलागेको हो (पिल्स/डिपो /आईयुसीडी/इम्प्लान्ट/मिनिल्याप/भ्यासेक्टोमी/आकस्मिकगर्भनिरोध चक्कीभए) सो साधनको नाम सम्बन्धितमहलमा लेखी सो साधन सुरु गरेको मिति (ग/म /सा) उल्लेख गर्नुपर्दछ। साथै सेवाप्रदान गर्ने सेवाप्रदायकको नाम, थर सम्बन्धितमहलमा लेखीअनिवार्य रूपमा सेवाप्रदायकको दस्तखत गर्नुपर्दछ। अन्यकेहीखुलाउनुपर्ने भएमा कैफियतमहलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ।
अनुगमन, परीक्षण, उपचार र सल्लाह	परिवार नियोजनको सेवालिरहेका सेवाग्राहीहरू एउटै साधनकालागि पटक-पटक सेवालिनआउने हुँदा स्वास्थ्य संस्थामा रहने परिवार नियोजन सेवा कार्डको पछाडीको भागमाअनुगमनको विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ।
मिति	प्रत्येक पटक दोहो-याएर सोही साधनलिनआएका सेवाग्राहीहरू सम्पर्क गर्न आएको मिति लेख्नुपर्दछ।
सिकायत/निदान	प. नि. सेवालिएको व्यक्तिको कुनै समस्यावासिकायतभए सोको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ। प. नि. सेवाकालागि फेस सिट कार्ड प्रयोग गरिएको अवस्थामानिदानविवरणमा रक्तचाप र तौल अनिवार्य राख्नुपर्दछ।
उपचार/सल्लाह/सुभाष	सेवाप्रदानगर्दा सेवाग्राहीहरूलाई दिइएको उपचार,परिमाण (पिल्स साइकल, डिपो मात्राआदि) र दिइएको परामर्श खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ।
फर्केर आउने मिति	सेवालिनै व्यक्तिपुनः सेवाकालागिकहिले आउनुपर्ने हो, सो मिति स्पष्ट उल्लेख गर्नुपर्दछ र स्वास्थ्य सेवा कार्डमा समेत उल्लेख गर्नुपर्दछ।

पिल्स, तथा गर्भनिरोधक सुई सेवा रजिष्टर

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

आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की											
मूल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	मिति			सेवाग्राहीको		जाति कोड	गाउँ टोल	उमेर (वर्ष)		डोज
		ग	म	सा	नाम	थर			< २०	≥ २०	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२

रजिस्टरभर्नेतरिका :

पिल्स/डिपो/सायना प्रेस: रजिष्टरको शिरमाकुन परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख राख्न छुट्याइएको हो, सोहि सेवाको दायाँपट्टिको खालिमहलमा ठिक (√) चिन्हलगाउनु पर्दछ ।

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

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
१	मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता रजिस्टरमादर्ता गरिप्रदानगरिएको मूलदर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यदिपहिलो पटक गाउँघर क्लिनिकबाट सेवालिको भए यस रजिस्टरमाअद्यावधिकगर्दा यस महलमाORCको दर्ता नं.लेखी ORCलेख्नुपर्दछ ।	
२	सेवादार्ता नम्बर	सेवाग्राहीलाई यस पिल्स/गर्भ निरोधक सुई सेवा रजिस्टरमादर्ता गरिएको सेवादार्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यस संस्थामापहिलो पटक सेवालिनआउने सेवाग्राहीलाई कमशदर्ता गरीनयाँदर्ता नम्बर दिइन्छ । पहिले यसै संस्थाबाट सेवालिको लामो समयसम्म सेवाबाट नियमितनभई पुनः सोही सेवालिनआएमाउक्त सेवाग्राहीलाईहालप्रयोगमा रहेको सेवा रजिस्टरमादर्ता भएको भए सोही स्थानमा सेवाको विवरण चढाउनुपर्दछ र प्रयोगमा रहेको रजिस्टरमादर्ता नदेखिएमाक्रमशःदर्ता गरी सेवादार्ता नम्बर प्रदान गर्नुपर्दछ ।	
३-५	मिति	यस महलमा सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दाको दिनको मितिगते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।	
६-७	प्रयोगकर्ता किसिम	नयाँ	नयाँप्रयोगकर्ताहरूको क्रम सङ्ख्या हरेक महिनामा१ वाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
		पुरानो	यदि सेवाग्राहीले पहिले लिएको सेवावीचमा छोडी सोही सेवाको लागिआएमावापहिले लिएको सेवानिरन्तरताकालागिआएमावासंस्था परिवर्तन गरी सोही सेवाको लागिआएको भएत्यस्ता सेवाग्राहीलाई पुराना सेवाग्राहीमानीयस महलमा (√) चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
८, ९	सेवाग्राहीको नाम थर	सेवाग्राहीको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
१०	जाति कोड	यस महलमा सेवालिनने व्यक्तिको जातजातियकिन गरी रजिस्टरमाउल्लेख भएको जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । जस्तै ०१, ०२, ...०६ ।	
११	ठेगाना (गाउँ/टोल)	सेवाग्राहीको गाउँ टोलको नामउल्लेख गर्ने । अन्यगा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा. को सेवाग्राहीको हकमाजिल्ला, गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा.समेत उल्लेख गर्नुपर्दछ ।	
१२	सम्पर्क नम्बर	यस महलमा सेवाग्राहीवानिजको नजिकको व्यक्ति को सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।	

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१३, १४	उमेर (<२०वर्ष, ≥२० वर्ष)	सेवाग्राहीको उमेर २० वर्षमुनिवा २० वर्ष वा सोभन्दामाथिजुन उमेर समूहमा पर्दछ, सोहीमहलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ। जस्तै: कुनै सेवाग्राही १९ वर्ष १० महिनाको भएमाउनको उमेर २० वर्षमुनिको महलमा १९ मात्रउल्लेख गर्ने।
१५	पतिको नाम थर (ऐच्छिक)	यस महलमासेवाग्राहीमहिलाको पतिको नाम लेख्नुपर्दछ। यदिमहिलाले भन्ननचाहेमा—चिन्हदिनुपर्दछ।
१६-१७	साधनप्रयोग गर्दाको अवस्था	सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म अन्य
आ. व. २०.../८..... पिल्स :		साधन राख्दाको अवस्थासुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्मभएमा कोड १ र अन्यभए कोड २मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ।
आ. व. २०.../८..... पिल्स :		सेवाग्राहीपिल्स प्रयोगकर्ता भएमा सेवालिनआएको महिनाको महलमा सेवाग्राहीलाई दिएको पिल्स साइकल र सेवालिनआएको गते लेख्नुपर्दछ। लेख्दाखेरि पिल्सको साइकल सङ्ख्या लेखी त्यसपछि slash(/) गरी सेवादिएको गते लेख्नुपर्दछ। दिइएको पिल्स साइकलजुनमहिनासम्मकालागि पुग्दछ सो महिनासम्ममा√चिन्ह, सेवालिनआउनुपर्ने महिनामा डट (.) चिन्हलगाउनुपर्दछ। जस्तै: कुनै सेवाग्राहीलाई श्रावण महिनाको १५ गते ३ साइकलपिल्स दिएको भएश्रावण महिनाको सम्बन्धितमहलमा ३/१५ लेख्नुपर्दछ। दिइएको ३ साइकलपिल्स कार्तिकमहिना १५ गते सम्म पुग्दछ। त्यसैले भाद्र र आश्विनमहिनाको महलमा√चिन्हलगाउनुपर्दछ र कार्तिकमहिनाको महलमा डट (.) चिन्हलगाउनु पर्दछ। यदि सेवाग्राहीमहिलाकार्तिकमहिनाको अन्तसम्म सेवालिननआएमा सेवानियमितनभएको जनाउनD लेख्नुपर्दछ।
आ. व. २०.../८..... डिपो/ सायना प्रेस		सेवाग्राही डिपो/सायना प्रेसप्रयोगकर्ता भएमा सेवालिनआएको महिनाको महलमा सेवालिनआएको गते लेख्नुपर्दछ। दिइएको डिपो जुनमहिनासम्मकालागिप्रभावकारी रहन्छ, सो महिनासम्म√चिन्हलगाउनुपर्दछ र सेवा निरन्तरताको लागिपुनःआउनुपर्ने महिनामा डट चिन्हलगाउनुपर्दछ। कुनै महिलाअसारको १५गते डीपो सुँड लिनआएमाअसार महिनामा १५ लेखीश्रावण र भाद्र महिनाको महलमा√चिन्हलगाउनु पर्दछ, रअसोज महिनाको सम्बन्धित कोठामा डट (.) लगाउनु पर्दछ। यदि सेवाग्राहीमहिलाअसोजमहिनाको अन्तसम्म सेवालिननआएमा सेवानियमितनभएको जनाउनD लेख्नुपर्दछ।
जम्मा		पिल्स वा डिपो/सायना प्रेसका नयाँप्रयोगकर्ता, हालअपनाइरहेका प्रयोगकर्ता, र सेवामानियमितनभएकाको सङ्ख्या जम्माभन्ने हरफमा लेख्नुपर्दछ।
नयाँप्रयोगकर्ता		यस महिनामापहिलो पटक यो साधन सुरु गरेका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्याप्रयोगकर्ताको किसिमनयाँभन्ने महलको क्र. स. अनुसार गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
हालअपनाइरहेका		सम्बन्धितमहिनाको महलमागते लेखिएको (यस महिनामादत्ता भएकानयाँप्रयोगकर्ता) र सम्बन्धितमहिनामा√चिन्हलागेका (यस महिनामा साधनलिनआएकाप्रयोगकर्ताहरू) संख्या जोड गरी यस महलमाजम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ।
सेवानियमितनभएका		सम्बन्धितमहिनाको अन्तिमदिनसम्म सेवामा निरन्तरतानभईDउल्लेख भएकाजम्मा संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
साधनखर्च (साइकल), (डोज)		सेवाग्राहीहरूलाई यस महिनामावितरण गरेको पिल्स सङ्ख्या (साइकल) र लगाएको डिपो/सायना प्रेस(डोज) गणना गरी जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ।
साधन परिवर्तन अभिलेख		कुनै प्रयोगकर्ताले एउटा साधनप्रयोग गर्न छाडी अर्को साधनप्रयोग गर्न लागेमाप्रयोग गर्न छाडेको साधनकावाँकी कोठाहरूमा कुन साधनप्रयोग गर्न लागेको हो, सो साधनको नाम र निजले प्रयोग गर्न लागेको नयाँ साधनको दर्ता नम्बर जनाउनुका साथै सेवाग्राहीले हाललिनलागेको साधनको सम्बन्धितपानामानयाँ साधनको विवरण लेखी सम्बन्धितमहिनाभन्दापहिलेका महलमाप्रयोग गर्न छाडेको साधन र दर्ता नम्बर जनाउनुपर्दछ। प्रयोगकर्ताले हालप्रयोग गर्न लागेको साधनपहिलो पटक प्रयोग गर्न लागेको

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		भएनयाँप्रयोगकर्ताको रूपमा अभिलेख राख्नुपर्दछ ।
स्थानान्तरण		यदिकुनै प्रयोगकर्ता अर्को कुनै स्वास्थ्य संस्थाबाट सोही साधनलिनचाहेमा प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा(HMIS-1.4)सहित स्थानान्तरण गरी पठाउनुपर्दछ र रजिस्टरका बाँकी कोठाहरूमा स्थानान्तरण भई गएको संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ । अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रेषित भई आएका सेवाग्राहीलाई पुरानो प्रयोगकर्ता मानी सम्बन्धित सेवाको लागि छुट्टाइएकोपानामादर्ता गरी सेवाउपलब्ध गराउनुपर्दछ र साथै सम्बन्धितमहिनाभन्दापहिलेका महलमाकुन संस्थाबाट स्थानान्तरण भई आएको हो, सो संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
आकस्मिकगर्भ निरोधकचक्की		
सामान्यविवरण		आकस्मिक गर्भनिरोधक चक्की सेवा लिन आएका सेवाग्राहीको महल नं १ देखि महल ११ सम्मको विवरण माथी उल्लेख भए अनुसार नै अभिलेख गर्नु पर्दछ ।
डोज		सेवाग्राहीलाई दिएको डोज संख्या यस मलमा लेख्नु पर्दछ । सेवाग्राहीलाई एक चक्की वा दुई चक्की जुन पनि दिएमा एक डोज भनेर बुझ्नुपर्दछ।

HMIS 3.3:परिवारनियोजनकोअस्थायीसाधन (आइ.यु.सी.डी/इम्प्लान्ट)सेवारजिष्टर (IUCD/Implant Service Register)

स्वास्थ्यसंस्थामा र घुम्ती शिविरमा IUCD/Implant राखेको र झिकेको विवरणको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ। स्वास्थ्य संस्था र घुम्ती शिविरबाट परिवार नियोजनका साधन(आइयुसीडी/ इम्प्लान्ट) अपनाएको, उक्त साधन झिकेको र छाडेको अभिलेख राखी कुनै पनि समयमा लगातार प्रयोगकर्ताको संख्या र अन्य विवरणको अभिलेख राख्ने प्रयोजनका लागि यस रजिष्टरको आवश्यकता परेको हो। यसका साथै परिवार नियोजनका अस्थायी प्रयोगकर्ता सम्बन्धी प्रतिवेदन तयार गर्न समेत यसको आवश्यकता पर्दछ। यस रजिष्टरमा दर्ता गरिएका सेवाग्राहीहरूलाई साधन नाझिकेसम्म हाल प्रयोगकर्ताको रूपमा प्रतिवेदन गर्नुपर्ने हुनाले यस रजिष्टरलाई सुरक्षित गरी राख्नुपर्दछ।

नोट: परिवार नियोजनको IUCD रImplant सेवा लिने सेवाग्राहीको अभिलेख यस रजिष्टरमा राख्नुपर्दछ। प्रत्येकसाधन(IUCD रImplant)का लागिसाधनको प्रयोगकर्ता संख्याअनुसार छुट्टाछुट्टै पानाप्रयोग गर्नुपर्दछ। जुन प्रयोजनका लागि ती छुट्टयाइएका पानाहरु प्रयोग भएका हुन्, त्योIUCD हो कि Implant हो?पानाको शिरमा दिईएका विकल्पहरूमा $\sqrt{\text{चिन्ह}}$ लगाउनुपर्दछ। अन्य नगर/गाउँपालिका/वडाका सेवाग्राहीहरूलाई सेवा दिएको अभिलेख राख्नका लागि यसै रजिष्टरको अन्ततिरबाट आवश्यक पानाहरु छुट्टयाई ती पानाका महलहरूमा जिल्ला, नगर/गाउँपालिका वा वडाको विवरण राख्नुपर्दछ।सम्बन्धित संस्थाको कायम रहेको कार्यक्षेत्र भन्दा बाहिरका सेवाग्राहीहरूको संख्या अधिक हुने स्वास्थ्य संस्थाले मात्रअन्य स्थानबाट आउने सेवाग्राहीहरूको लागि मात्र छुट्टै रजिष्टर प्रयोग गर्न सक्नेछन।

रजिष्टरको नमुना :

परिवार नियोजनको अस्थायी साधन														
आ.यु.सी.डी		इम्प्लान्ट		प्रजनन उमेरका महिला संख्या:										
मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नम्बर	मिति			शिरमा दिईएका विकल्पहरू (प्रयोगकर्ता)	सेवाग्राहीको		जाति कोड	ठेगाना		सम्पर्क नं.	उमेर (वर्ष)		पतिको नाम र थर (ऐच्छिक)
		ग	म	सा		नाम	थर		गाउँ/टोल	< २०		≥ २०		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	

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

साधन राख्दाको अवस्था (सुकेरी भएको)		प्रभावकारी रहने अन्तिम मिति			साधन राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको		साधन झिकिएको विवरण (साधन झिके भएमा)										केफियत			
४८ घण्टा भित्र	४८ घण्टा देखि १ वर्ष	अन्य	ग	म	सा	नाम	पद	राखिएको मिति			राखेको संस्थाको नाम		झिकेको मिति			झिक्नुको कारण		साधन झिके स्वास्थ्यकर्मीको		
१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	ग	म	सा	यहि	अन्य (नाम)	ग	म	सा	३१		नाम, पद	सहि	
१	२	३																		
१	२	३																		
१	२	३																		

रजिष्टरभर्नेतरिका :

आइ.यु.सी.डी/ इम्प्लान्ट: रजिष्टरको शिरमाकुन परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख राख्न छुट्टयाइएको हो, सोहि सेवाको दायाँपट्टिको खालिमहलमा ठिक ($\sqrt{\text{चिन्ह}}$) चिन्हलगाउनु पर्दछ।

प्रजनन उमेरका महिला संख्या: यस महलमा सम्बन्धित वडाको प्रजनन उमेर (१५-४९ वर्ष) का महिला संख्या लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	मूलदर्ता नं.	मूलदर्ता नम्बरमादर्ता गरिएको नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२	सेवादर्ता नं.	यस IUCD/Implantसेवा रजिस्टरमादर्ता गरिएको सेवादर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । गा. पा/न.पा/उ.म.न.पा/म.न.पा का हकमा वडा अनुसार छुटाछुटै दर्ता. १ बाट सुरु गर्नु पर्दछ । तर अस्पतालको हकमा वडा अनुसार अलगअलगनगरी कमशदर्ता न. राख्नु पर्दछ ।
३-५	मिति	सेवाप्रदान गरेको दिनको मितिगते, महिना,सालमा लेख्नुपर्दछ ।
६	नयाँप्रयोगकर्ताको क्र. सं.	हरेकमहिनानयाँप्रयोगकर्ताको क्रम सङ्ख्या १ बाट सुरु गरी क्रमशः राख्दै जानुपर्दछ ।यदि सेवाग्राही सोही परिवार नियोजनको साधन (आईयुसीडी वा इम्प्लान्ट)पुनःलिनआएको भए यस महलमा(-) चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
७, ८	सेवाग्राहीको नाम, थर	सेवाग्राहीको नाम र थर यस कोठाका सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
९	जाति कोड	सेवालिन व्यक्तिको जातियकिन गरी रजिस्टरमाउल्लेख भएको जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ । (जस्तै: ०१, ०२, .....०६) ।
१०	ठेगाना गाउँ/टोल	सेवालिनआउने सेवाग्राहीको हालको ठेगाना गाउँ/टोलको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।कार्यक्षेत्रभन्दाबाहिर अन्य क्षेत्रबाटसेवालिनआएका सेवाग्राहीहरूकाहकमा यस महलमाजिल्ला, गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा.को विवरण लेख्नुपर्दछ ।
११	सम्पर्क नं.	सेवाग्राहीवानिजको नजिकको व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
१२, १३	उमेर (वर्षमा)	२० वर्षमुनि २० वा सोभन्दामाथि
		सेवाग्राहीको उमेर २० वर्षमुनिवा २० वा सोभन्दामाथिजुन उमेर समूहमा पर्दछ,सोहीमहलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।जस्तै : कुनै सेवाग्राही १९ वर्ष १० महिनाको भएमाउनको उमेर २० वर्षमुनिको महलमा १९ मात्रउल्लेख गर्ने ।
१४	पतिको नाम थर (ऐच्छिक)	सेवाग्राहीकोपतिको नाम लेख्नुपर्दछ ।यदिसेवाग्राहीले पतिको नामभन्ननचाहेमा यस महलमा (-)चिन्हदिनुपर्दछ ।महिलाअविवाहितभए यो सोध्नु हुदैन ।
१५-१७	साधन राख्दाको अवस्था	सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म अन्य
		साधन राख्दाको अवस्था सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र भए १, सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म २ र अन्यभए ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
१८-१९	साधनप्रभावकारी रहने अन्तिममिति (ग/म/सा)	यस महलमा साधनप्रभावकारी रहने अन्तिममितिगते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
२०	साधन राख्ने	नाम
		इम्प्लान्टवाआईयुसीडी राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम लेख्नु पर्दछ ।
२१	स्वास्थ्यकर्मीको	पद
		इम्प्लान्टवाआईयुसीडी राख्ने स्वास्थ्यकर्मीको पदलेख्नु पर्दछ ।
साधनभिकिएको विवरण (साधनभिकने भएमा) (२२-३२)		
२२-२४	साधनराखिएको मिति	सेवाग्राहीले अहिले भिक्नलागेको साधनकहिले राखेको थियो, ImplantवाIUCD राखेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेख्नु पर्दछ ।
२५	साधन राखिएको	यही
		अहिले भिक्नलागेको साधनयही संस्थामा राखिएको थियो भने यस महलमा (✓) चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
२६	स्वास्थ्य संस्थाको नाम	अन्य (नाम)
		अहिले भिक्नलागेको साधनअन्य संस्थामा राखिएको थियो भने सो संस्थाको नाम र ठेगाना यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२७-२९	भिकेको मिति	सेवाग्राहीले भिक्नलागेको साधनकुनमितिमाभिक्नलागिएको हो, सो मिति(गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
३०	भिक्नुको कारण	अहिले के कारणले गर्दा साधनभिक्नु परेको हो, सो कारण लेख्नुपर्दछ ।
३१, ३२	साधनभिक्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम, पद र सहि	इम्प्लान्टवाआईयुसीडी भिक्ने स्वास्थ्यकर्मीले नाम र पद लेखी सही गर्नुपर्दछ ।
३३	कैफियत	माथिउल्लेखगरिएबाहेक अन्य कुरा खुलाउनुपर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

इम्प्लान्ट:

एकपटक राखिसकेपछि बीचमानभिकेमा ३ वा ५ वर्षसम्म गर्भ निरोध गर्ने हुँदा राखेको महिनामामिति (गते, महिना, साल) छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।

एक पटक इम्प्लान्ट प्रयोग गरी भिकेर पुनः इम्प्लान्ट प्रयोग गर्ने सेवाग्राहीलाई महल ६ को नयाँप्रयोगकर्ताको क्र.सं. मा (-) चिन्हलगाउनुपर्दछ । यस्ता प्रयोगकर्ताहरू लगातार प्रयोगकर्ताको रूपमामात्र गणना गर्नुपर्दछ ।

आईयुसीडी :

एक पटक राखिसकेपछि बीचमानभिकेमा १२ वर्षसम्म गर्भनिरोध गर्ने हुँदा राखेको महिनामामिति (गते, महिना, साल) छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।

एक पटक आईयुसीडी प्रयोग गरी भिकेर पुनःआईयुसीडी प्रयोग गर्ने सेवाग्राहीलाई महल ६ को नयाँप्रयोगकर्ताको क्र.सं. मा (-) चिन्हलगाउनुपर्दछ । यस्ता प्रयोगकर्ताहरूलाई लगातार प्रयोगकर्ताको रूपमामात्र गणना गर्नुपर्दछ ।

नोट :यदिकुनै एक संस्थामा सेवालिकै अन्य संस्थाबाट साधनभिकेमा साधनभिक्ने संस्थाले साधन राख्ने संस्थालाई साधनभिकेको मिति सहिततुरुन्तजानकारी दिनुपर्दछ।यसरी जानकारी पाउनासाथ सो संस्थाले हालअपनाइरहेका प्रयोगकर्ताबाटघटाउनुपर्दछ ।

कुनै गैरसरकारी निकायहरूले घुम्ती शिविरका रूपमाImplant रIUCD सेवा सञ्चालनगर्दा त्यस गा.पा./न.पा./उ.म.न.पा./म.न.पा मा रहेको सरकारी स्वास्थ्य संस्थाको समन्वयमा सञ्चालन गरी सेवाग्राहीहरूलाई सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा रहेको सेवा रजिस्टरमादर्ता गर्नुपर्दछ र सोही सरकारी स्वास्थ्य संस्थाले नै प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।सेवा सञ्चालन गर्ने गैरसरकारी संस्थाले गरेको प्रतिवेदनमा..... स्वास्थ्य संस्थामादर्ता गरिसकेको भनीजनाउनु पर्दछ ।सो प्रतिवेदनमा दोहोरो गणना गर्ने गर्नु हुँदैन ।

HMIS 3.4:परिवारनियोजनस्थायी (बन्ध्याकरण) सेवारजिष्टर- Sterilization Service Register

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

रजिष्टरको नमुना :

परिवार नियोजन स्थायी

क्र.सं.	दर्ता नं.	मिति			सेवा प्रदायक संस्थाको नाम (सरकारी/गैर सरकारी)	सेवा संचालन			सेवाग्राहीको		जाति कोड	उमेर (वर्षमा)		जिवित बच्चा संख्या	
		ग	म	सा		संस्था	शिविर	शिविर संचालन स्थान	नाम	थर		महिला	पुरुष	छोरी	छोरा
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६
						१	२								
						१	२								
						१	२								

(बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर

स्थायी बिधि प्रयोग गर्दाको अवस्था			ठेगाना				रेफर गर्ने को नाम	बन्ध्याकरण गर्ने चिकित्सकको		कैफियत
सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र	सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष भित्र	अन्य	जिल्ला	नगर/ गाउँपालिका	वडा नं.	गाँउ/टोल		नाम, थर	सहि	
१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७
१	२	३								
१	२	३								
१	२	३								

रजिष्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
१	क्र.स.	हरेकमहिनामा १ वाट सुरु गरी क्रमशः राख्दै जानुपर्दछ ।	
२	दर्ता नं.	बन्ध्याकरण सेवालिन सेवाग्राहीको दर्ता नम्बर प्रत्येक आ.ब. मा १ वाट सुरु गरी त्यस आ.ब. को अन्त्यसम्मक्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । आ.ब. परिवर्तन भएपछि पुनः १ वाट सुरु गर्नुपर्दछ ।	
३-५	मिति	सेवाप्रदान गरेको दिनको मिति(गते,महिना, साल) मा सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।	
६	सेवाप्रदायक संस्थाको नाम(सरकारी/गैरसरकारी)	बन्ध्याकरण सेवाप्रदायक संस्थाको नाम, सरकारी वा गैरसरकारी के हो ? सोको महलमानाम लेखी कोष्ठ भित्र सरकारी वा गैरसरकारी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।	
७-९	सेवा सञ्चालन स्थान	संस्था	बन्ध्याकरण सेवासंस्थागत रूपमासंचालनभएको भएमहल ७ को कोड १ मा र शिविरमा सञ्चालनभएको भएमहल ८ को कोड २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
		शिविर	यदि घुम्ति/विशेषशिविर(Mobile Camp) को आयोजना गरी सेवासञ्चालनभएको भएशिविर संचालनभएको स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१०, ११	सेवाग्राहीको नाम, थर	बन्ध्याकरण सेवालिनआएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
१२	जाति कोड	सेवालिन व्यक्तिको जातियकिन गरी रजिष्टरमाउल्लेख भएको जुनजाति समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ ।	
१३	उमेर	महिला	बन्ध्याकरण सेवालिन व्यक्तिको उमेर पूरा गरेको वर्षमामहिलाभएमहिला र पुरुषभए

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१४	(वर्षमा) पुरुष	पुरुषको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१५	जीवितव च्चा	बन्ध्याकरण सेवालिनआउने व्यक्तिको हालजीवित छोरी सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१६	सङ्ख्या	बन्ध्याकरण सेवालिनआउने व्यक्तिको हालजीवित छोरा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१७- १९	साधन राख्दाको अवस्था	सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म अन्य
२० -२३	ठेगाना(जिल्ला, गा.पा/न.पा/ उ.म.न.पा/म.न.पा. वडा नं., गाउँ, टोल	स्थायी बिधि प्रयोग गर्दाकोअवस्था सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र भए १, सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखी १ वर्ष सम्म २ र अन्यभए ३ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । सेवालिनको व्यक्तिको ठेगानाको विस्तृत विवरण जिल्ला, नगर/गाउँपालिका र गाउँ, टोलसमेत खुल्ने गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
२४	रेफर गर्नेको नाम	सेवाग्राही सेवालिनको लागि कसरी आएको हो ? म.स्वा.स्व.से., स्वास्थ्यकर्मी वा स्वास्थ्य संस्थाले जसले रेफर गरी पठाएको हो सोको नाम लेख्नुपर्दछ र ग्राहक स्वयंआफै आएको भए“आफै”भनी लेख्नुपर्दछ ।
२५ -२६	बन्ध्याकरण गर्ने चिकित्सकको नाम, थर र दस्तखत	बन्ध्याकरण सेवाप्रदान गर्ने चिकित्सकको नाम, थर लेखी सम्बन्धितमहलमा दस्तखत समेत गर्नुपर्दछ।
२७	कैफियत	बन्ध्याकरण सेवाप्रदान गर्ने क्रममाकुनै जटिलता देखिएमावा रिफर गर्नु पर्ने भएमावाअन्यकुनै विवरण जनाउनुपर्ने भएमा यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।


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 नवाशिशुलाई प्रदान गरिने स्वास्थ्य सेवाका लागि पनि यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ ।

गर्भवती महिलालाई गर्भावस्थादेखि सुत्केरी भएपछि ४५ दिनसम्म समयबद्ध रूपले सेवा प्रदान गरी आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न समस्याहरूको निराकरण गर्नुपर्ने भएकोले सबै सेवाहरूलाई अभिलेखन गरी सेवाग्राही महिलालाई यो कार्ड नहराई सुरक्षित राख्न र अर्को पटक सेवा लिन आउँदा कार्ड अनिवार्य रूपमा साथमा ल्याउन सल्लाह दिनुपर्छ । यसै कार्डका आधारमा गर्भवती जाँच प्रोत्साहन रकम उपलब्ध गराइन्छ । हरेक पटकको गर्भवती र सुत्केरी जाँचअनुसार यस कार्डसँगै मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS ३.6) पनि अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमुना:

HMIS 3.5

प्रयोगशाला परीक्षण										 नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड							
Date (DD/MM/YY)	Hb	Albumin	Urine		Blood Sugar	HBsAg	VDRL	Retro- virus	Other	स्वास्थ्य संस्थाको नाम							
			Protien	Sugar						जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.					
										मूल दर्ता नं.		सेवा दर्ता नं.		ORC दर्ता नं.		दर्ता मिति	
														गते	महिना	साल	
स्वास्थ्य संवन्धी मुख्य मुख्य समस्या										गर्भवती महिलाको व्यक्तिगत विवरण							
सुत्केरी सेवा										नाम, थर	उमेर	उचाई					
आमालाई भिटामिन ए दिएको मिति										जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.					
गते महिना साल										गाउँ टोल	सम्पर्क नं.	रक्त समुह					
आमालाई आईरन चक्कि दिएको संख्या										गर्भको पटक (हालको समेत)			पतिको नाम, थर				
सुत्केरी जाँचको (PNC) विवरण										अधिल्ला गर्भहरूको विवरण							
जाँच पटक	मिति			आमाको अवस्था	बच्चाको अवस्था	उपचार/सल्लाह	गर्भनिरोध साधन प्रयोग	सेवा प्रदायकको नाम थर र सही	गर्भहरूको संख्या	गर्भको विवरण				जिवित बच्चाको हालको उमेर	गर्भको जटिलता	प्रसूतीको किसिम	
	ग	म	सा							जिवित	मृत जन्म	अवधि नपुगेको (< ३७ हप्ता)	जुन्याहा				गर्भपतन	लिङ्ग
सुत्केरी भएको २४ घण्टामा	गते	महिना	साल														
सुत्केरी भएको तेस्रो दिन	घरमा संस्था	गते	महिना	साल													
सुत्केरी भएको ७ - १४ दिन	घरमा संस्था	गते	महिना	साल													
सुत्केरी भएको ४२ औं दिन	गते	महिना	साल														
थप जाँच	गते	महिना	साल	आमा तथा बच्चाको अवस्था /उपचार सल्लाह पनि साधन प्रयोग													
कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको										नाम र थर		पद	दस्तखत	मिति			
स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं.										स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं.		एम्बुलेन्स सेवा सम्पर्क (फोन नं.)					

	Other Complications (JB0Y)
प्रसूतिको किसिम	अघिल्ला गर्भहरूमा प्रसूतिकुनकिसिम(1-Normal, 2-Vaccum, 3-Forcep, 4-C/S) बाट भएको थियो, यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
अघिल्ला गर्भमा टी.डी. खोप लगाएको विवरण	यस भन्दापहिलेको गर्भमाटी. डी. खोपलगाएको/ नलगाएको यकिन गरी टी.डी खोप लगाएको भए कति मात्रा लगाएको हो सोअनुसार सम्बन्धित कोड नं मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको विवरण	गर्भवतीमहिलापहिलो पटक आएपछि पहिलो पेजको विवरण भरी गर्भवतीजाँच 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 नं. नभएमाउक्त संस्थाको सेवाप्रदायकको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
एम्बुलेन्स सेवा सम्पर्क (फोन नं.)	सेवाग्राहीलाई उपयुक्तहुने स्थानीय स्तरमाउपलब्धएम्बुलेन्स सेवाको सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
गर्भवती सेवा	
आखिरी रजस्वलाको भएको मिति(LMP) :	सेवालिनआएकीमहिलाको आखिरी रजस्वलाभएको पहिलो दिनको (LMP)मिति(गते, महिना र सालमा) लेख्नुपर्दछ ।
प्रसवको अनुमानितमिति(EDD)	सेवालिनआएकीमहिलाको प्रसव हुने अनुमानितमितिEDDउल्लेख गर्नुपर्दछ ।प्रसवको अनुमानितमितिनिकाल्दाअन्तिम रजस्वलाभएको मिति(LMP)मा ९ महिना७दिन जोड्नुपर्दछ ।(जस्तै : कुनै महिलाको अन्तिम रजस्वलाभएको मिति(LMP) २०७४।०७।१७ छ भने सोमा ९ महिना७दिन जोड्दा प्रसव हुने अनुमानितमिति(EDD) २०७५।०४।२४ हुन्छ ।)
टि.डी. खोपदर्ता नं.	गर्भवतीलाई टी. डी. खोप दिँदा टी. डी. खोप रजिस्टर(HMIS 2.2)मादर्ता गरी प्रदानगरिएको दर्ता नं. लेख्नुपर्दछ ।
टी. डी. १ (ग/म/सा)	गर्भवतीलाई पहिलो पटक टी. डी. खोप दिएको मितिगते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
टी. डी. २ (ग/म/सा)	गर्भवतीलाई दोस्रो पटक टी. डी. खोप दिएको मितिगते, महिना, सालमा लेख्नुपर्दछ ।
टी. डी. २+ (ग/म/सा)	यस भन्दापहिलेको गर्भमावाअन्य समयमाजम्मा २ पटक टी. डी. खोप लगाएकीकुनै महिला यस पटकको गर्भमा टी. डी. खोप लिनआएकीभए यस पटक टी. डी. खोप को १ मात्रादिई सोको अभिलेख टी.डी. रंको महलमा राख्नुपर्दछ ।यस पटक टी. डी. खोपदिएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ ।
नोट :यसभन्दापहिलेको गर्भमा टी.डी. खोपको १ मात्रामात्रलगाएको रहेछ भने यस पटकको गर्भमानिधारित समयमा टी.डी.१ र टी.डी २ मात्रालगाइ सोहीअनुसार टी.डी १ र टी.डी २ को महलमाअभिलेख राख्नुपर्दछ ।	
जुकाको औषधीदिएको मिति	गर्भवतीमहिलालाई जुकाको औषधीदिइमिति(गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ ।
गर्भवती परीक्षण विवरण	
आमा र शिशु दुवैको सुरक्षाका लागि गर्भवती महिलाले प्रत्येक गर्भमा कम्तीमा पनि ८ पटक गर्भवती जाँच गराउनुपर्दछ । Antenatal Careअन्तर्गत गर्भवती महिलाले गर्भवती भएको१२ औँ हप्ताभित्र पहिलो पटक, १६ औँ हप्तामा, दोस्रो पटक, २०देखि२४ औँहप्तामा तेस्रो पटक २८औँ हप्तामा चौथो पटक, ३२ औँहप्तामा पाँचौँ पटक, ३४ औँ हप्तामा छैठौँ पटक, ३६ औँ सातौँ पटक र २८ देखि ४० औँ हप्तामा आठौँ पटक गर्भ जाँच सेवा दिनु पर्दछ ।	
गर्भवतीजाँच पटक (१, २,)	गर्भवतीमहिलाले स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्न आउँदाको क्रमअनुसारको विवरण उल्लेख गर्न यस महलको प्रयोग गर्नुपर्दछ ।जस्तै : यदिकुनै महिलापहिलो पटक गर्भवती सेवालिनआएकीभएपहिलो (१) हरफमानिजकाविवरणहरू भर्नुपर्दछ ।
मिति	गर्भवतीमहिलालाई ANC सेवादिएको दिनको मिति (ग/म/सा) उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
तौल (कि.ग्रा)	यस पटक गर्भवतीजाँचगर्दा गर्भवतीमहिलाको तौल (कि.ग्रा) लेख्नुपर्दछ ।
रक्त-अल्पता	गर्भवतीमहिलालाई परीक्षण गर्दा रक्त-अल्पता देखिएमा रक्त-अल्पताभएको महलको १ मा र रक्त- अल्पतानदेखिएमा रक्त-अल्पतानभएको महलको २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
सुन्निएको (हात, मुख)	गर्भवतीमहिलाको हात सुन्निएको भएमा कोड १ मा र मुख सुन्निएको भएमा कोड २ मागोलो

	घेरा लगाउनुपर्दछ ।
रक्तचाप	गर्भवतीमहिलाको परीक्षण गरेको समयको रक्तचाप यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
गर्भको अवधि (हप्तामा)	रजस्वलाभएको अन्तिम मितिबाट गणना गरी गर्भको अवधि (हप्तामा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यसरी गणना गर्दा गर्भवतीमहिलाले सेवालिको दिनबाट उनको अन्तिम पटक महिनावारी भएको मिति घटाउनु पर्दछ र यसबाट आएको समयलाई दिनमा परिवर्तन गरी ७ ले भाग गरी आउने भागफल नै गर्भको अवधि हप्तामा हुन्छ । उदाहरणको लागि महिलाको अन्तिममहिनावारी मिति २०७४ असोज २० गते हो र जाच गराउनआएको मिति २०७४ माघ १७ हो भने, CLINIC visit date बाट LMP घटाउदा : 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 हप्तामालिदा ११७/७ अर्थात् १६ हप्ता ५ दिन हुन्छ ।
पाठेघरको उचाइ (से.मि.)	गर्भको विकास सँगसँगै गर्भवतीमहिलाको पाठेघरको उचाइसमेत बढ्दै जान्छ । गर्भवतीमहिलाको परीक्षण गरी पाठेघरको उचाइ (से. मि.) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
शिशुको प्रिजेन्टेसन, हृदय गति	गर्भमा रहेको शिशुको अवस्थितिपत्तालगाई शिशुको प्रिजेन्टेशन(Cephalic, Breech, Shoulder), शिशुको हृदयको गति मापन गरी सोअनुसारको विवरण सम्बन्धितमहलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
गर्भावस्थाका जटिलता	गर्भवतीजाँचको क्रममा देखिएका जटिलताहरू (जस्तै : Pre-Eclampsia, Mal presentation, Infection, Abortion Complication, Antepartum Hemorrhage , Ectopic Pregnancyआदि) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार र सल्लाह (अर्को पटक सेवालिनआउने मिति)	गर्भावस्थामा देखिएका जटिलताको निराकरणका लागिगर्भवतीमहिलालाई दिइएको उपचार र सल्लाह, अर्को पटक सेवालिनआउने मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ । गर्भवतीमहिलालाई जटिलता देखिएअन्य संस्थामा रेफर गर्नुपर्नेमा अनिवार्य रूपमा रिफरल पुर्जामार्फत सम्बन्धित संस्थामा रेफर गरी सोको विवरण (संस्था र मिति) समेत लेख्नुपर्दछ । परिवार नियोजन सम्बन्धि सल्लाह/सुभावदिएको भए यो महल चढाउनुपर्दछ ।
आइरन चक्कीदिएको सङ्ख्या	गर्भवतीमहिलालाई हरेक पटकको गर्भवती परीक्षणमा आउँदावितरण गरिएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ । अन्य संस्थाबाट आइरन लिएको भएमा यस महलमा सो संस्थाको नाम र लिएको आइरन सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । सेवाग्राहीमहिलाले म. स्वा. स्वयंसेविकाबाट आइरन चक्कीलाई सेवनगरिरहेको भएमा सो यकिन गरी यस महलमालिएको आइरनको सङ्ख्या लेखीअद्यावधिकगर्दै जानुपर्दछ ।
क्याल्सियम	गर्भमा रहेको शिशुको बृद्धि विकासकालागि गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० चक्की क्याल्सियम सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागि आएका गर्भवती महिलालाई दिएको क्याल्सियम चक्कीको संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ ।
परीक्षण गर्नेको नाम र सही	गर्भवती परीक्षण सेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम, थर लेखी सही गर्नुपर्दछ ।
परीक्षण गरेको संस्था	गर्भवती परीक्षण सेवाप्रदान गरेको स्वास्थ्यसंस्थाको नाम पटकैपिच्छेलेख्नुपर्दछ ।
प्रसूतिसम्बन्धीविवरण	
भर्ना भएको मिति	गर्भवती महिलाप्रशव सेवाको लागि स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
प्रसूतिभएको मिति	प्रसूतिभएको मिति (गते, महिना, साल) लेखी प्रसूतिहुँदाको समय AM/PMखुलाई सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
प्रशवव्यथाको अवस्था	प्रसव व्यथा Spontaneous भए कोड नं. १, Augmentated भए कोड नं २ र Induced Labourभए कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
फिटल प्रिजेन्टेसन (Presentation)	प्रसूतिकावखतशिशुको अवस्थितिअनुसार शिशुको प्रिजेन्टेशनCephalicभए कोड १ मा Breech भए कोड २ मा र Shoulderभए कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।

प्रसूतिभएको स्थान	प्रसूतिभएको स्थान यस महलमा लेख्नुपर्दछ । घरमा प्रसूतिभएको भएकोड नं. १मा,स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएको भएकोड नं २ लेखी संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।त्यसै गरी स्वास्थ्य संस्थामाजाने क्रममा बाटामा या एम्बुलेन्समा प्रसूतिभएको भए सोहीअनुसारको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूतिको किसिम	Spontaneousdelivery भए कोड नं.१ मा forceps delivery भए कोड नं २ मा, Vaccumdelivery भए कोड नं ३ मा र cesarean section बाट delivery भएको भए कोड नं ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
डिस्चार्ज भएको मिति	सुत्केरीका लागि भर्ना भएकी महिला घर पठाएको (डिस्चार्ज) मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
प्रसवको जटिलता	प्रसव अवस्थामाObstructed labor भएमा कोड नं १ मा Prolonged labour (१२ घण्टा भन्दा बढी अवधि व्यथा लागेमा) कोड नं २ र Ruptured uterus भएमा कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ । यस वाहेक अन्य समस्या भएमा अन्य समस्या महलमा लेख्नु पर्दछ ।
उपचार/सल्लाह	प्रसूतिका समयमा सेवाग्राहीमहिलालाई गरिएको उपचार तथादिइएको सल्लाह यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूतिको परिणाम	
मृत जन्म	बच्चाको मृतजन्म (Still Birth)भएमाfresh or maceratedको संख्या सम्बन्धितमहलमा लेख्नु पर्दछ
जीवितजन्म सङ्ख्या	
अवधिनपुगेको	३७हप्ता पूरानभई जम्मेको शिशु संख्यायस महलमालेख्नु पर्दछ ।
अवधिपुगेको	३७हप्ता पूरा भई जम्मेकाशिशु संख्यायस महलमालेख्नु पर्दछ ।
जन्मतौल (ग्राम)	जीवितजन्मेकाशिशुको तौल छोरी या छोरीअनुसार सम्बन्धितमहलमाजन्मदाको तौल (ग्राममा) लेख्नुपर्दछ ।
नवजात शिशुको अवस्था	जीवित जन्मेका नवजात शिशु Normal, Infection, Asphyxia, Hypothermia र Jaundice मध्ये जुन अवस्थामा छ सम्बन्धित महलमा संख्यालेख्नुपर्दछ।
नवशिशुको अवस्था- विकलाङ्ग	नवजातशिशु विकलाङ्गजन्मेमाअवस्था हेरी Major, Minor वा अन्य कुन होसम्बन्धितमहलमा संख्या लेख्नु पर्दछ ।, विकलाङ्ग (conjenital Anomalies) भन्नाले : <ul style="list-style-type: none"> ● ओठरतालु खुँडे हुनु ● मेनिङ्गोमाइलोसिल ● बन्दगुदद्वार ● हाइड्रोकेफालस, ● घोडेखुँडे ● एनेनकेफेली
प्रोत्साहन रकमवितरण	गर्भवतीमहिलालाई दिएको प्रोत्साहन रकम यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
प्रसूति गराउने स्वास्थ्यकर्मीको विवरण	प्रसूतिसेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम थर, पद लेखी सही गर्नुपर्दछ । साथै प्रसूति सेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मी दक्ष प्रसूतिकर्मी भए कोड नं १ दक्ष स्वास्थ्यकर्मी भए कोड नं २ र अन्य स्वास्थ्यकर्मी भए कोड नं ३ मागोलो लगाउनु पर्दछ । यसै गरी प्रसूतिभएको स्वास्थ्य संस्थाको नामलेखी सो संस्थाको छाप समेत लगाउनुपर्दछ ।
प्रयोगशाला परीक्षण	गर्भावस्था तथा सुत्केरी अवस्थामा गरिएका प्रयोगशाला परीक्षणबाट आएको नतिजा सम्बन्धित परीक्षणको महलमा लेख्नुपर्दछ।
सुत्केरी सेवा	
आमालाई भिटामिन ए दिएको मिति:	सुत्केरी भएपछि ४५ दिनभित्र सुत्केरी महिलालाई १ मात्रा भिटामिन ए दिएको मिति यस महलमा लेख्नुपर्दछ।अन्यत्र प्रसूतिभई सुत्केरी जाँचकालागिमात्रआएमा अन्यत्रबाट भिटामिन ए क्याप्सुल पाए/नपाएको यकिन गरी नपाएको भएदिई अभिलेखमाजनाउनुपर्दछ।म. स्वा. स्वयंसेविकाले भिटामिन ए दिएको भएमा सो यकिन गरी यस महलमादिएको मिति लेख्नुपर्दछ।
आमालाई आइरन	सुत्केरी भएपछि आमालाई दिएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या अङ्कमा

चक्कीदिएको सङ्ख्या	लेख्नुपर्दछ।म.स्वा.स्वयंसेविकाले आइरन दिएको भएमा सो यकिन गरी यस महलमादिएको आइरन चक्की सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ।
सुत्केरी जाँच(PNC) को विवरण	
जाँचको पटक र मिति	आमा र वच्चा दुवैको सुरक्षाकालागि सुत्केरी महिलाले सुत्केरी भएको २४ घण्टामा, जन्मेको ३ दिनमा, जन्मेको ७ दिन देखि १४ दिनमा र जन्मेको ४२ दिनमा गरी ४ पटक जाँच गर्नुपर्दछ। सुत्केरी महिलाको सुत्केरी जाँचको पहिलो र दोस्रो र तेस्रो र चौथो गरी कुन पटक जाँचगरिएको हो ? सो महलमामिति (ग । म ।सा) उल्लेख गर्नुपर्दछ साथै सुत्केरी भएको ३ दिन र ७ देखि १४ दिनभित्रको जाँच घरमागएर गर्नु पर्ने भएकोले सुत्केरी जाँच जुन स्थानमा visit गरेको हो सोही स्थानमा(✓)चिन्हलगाइमिति(ग । म ।सा) लेख्नु पर्दछ ।
आमाको अवस्था	हरेक पटकको सुत्केरी जाँचमा आमाको अवस्था सामान्य भए सामान्य र समस्या वा कुनै जटिलता भएमा सो खुलाई लेख्नुपर्दछ।(जस्तै: Post-partum Haemorrhage (PPH), Retention of Placenta, Puerperal Sepsis, Others etc.).
वच्चाको 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	PNC visitमा गर्भ निरोधमा अपनाएको भए यस महलमा लिएको सेवा उल्लेख गरिसोविवरण परिवार नियोजनको सम्बन्धित सेवा रजिष्टरमा समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।
सेवा प्रदायकको नाम, थर र सही	जाँच गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको सम्बन्धित महलमा नाम, थर लेखी सही गर्नुपर्दछ।
स्वास्थ्यसम्बन्धी मुख्य-मुख्य समस्या सल्लाह र उपचार	सेवा लिन आएकी महिलालाई स्वास्थ्यसम्बन्धी कुनै समस्या वा रोग (मुटुको रोग, हात-खुट्टा सुन्निने, कमलपित्त आदि) भए सो समस्याको विवरण, उपचारर सल्लाह यस महलमा छोटकरीमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 3.6: मातृतथानवशिशुस्वास्थ्यसेवारजिष्टर(Maternal and Newborn Health Service Register)

गर्भवती, प्रसूति, सुत्केरी महिलालाई दिइएका सेवाहरू र 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 राख्न यो रजिष्टर तयार गरिएको हो । मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य स्वास्थ्य सेवाका लागिआएका प्रत्येक महिलाको दर्ता यस रजिष्टरमा गरिन्छ । गर्भवती जाँच, प्रसूति सेवा तथा सुत्केरी जाँचमध्ये कुनै एक किसिमको मात्र सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाहरूमा समेत यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ ।

गाउँघर क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको मातृ तथा नवजात शिशु सेवाको विवरण समेत गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन भएपश्चात् यस रजिष्टरमा अनिवार्य रूपमा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । महिलाले अन्य संस्था वा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेविकाले वितरण गरेको आइडन चक्कीको सङ्ख्या यकिन गर्न गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना:

मातृ तथा नवजात शिशु सेवा रजिष्टर																																					
मूल दर्ता नं.		महिलाको नाम र थर:			जाति कोड	उमेर	सम्पर्क नम्बर			Gravida		LMP		गते	महिना	साल	सुत्केरी पाछाका सेवा																				
सेवा दर्ता नं.		पतिको नाम, थर:			ठेगाना.....	जिल्ला.....	नगर/गाउँपालिका.....			वडा नं.....	टोल	Para	EDD	गते	महिना	साल	जन्मको २४ घण्टामा	सुत्केरी जाँच	नवशिशु																		
गर्भवती जाँच विवरण										प्रसूति सेवा (आमा र नव शिशु)																											
गर्भवती जाँच	गते	महिना	साल	आइडन	व्यालिडिसम	प्रसूति सेवाका लागि भना गद्दको मिति समय					प्रसूति मिति, समय					इस्वाजेन मिति र आमाको अवस्था																					
ग्रन्थ पटक (कुनैपछि सम्मको)	गते	महिना	साल			गते	महिना	साल	AM	PM	गते	महिना	साल	AM	PM	गते	महिना	साल	AM	PM																	
१२ हप्तासम्म	गते	महिना	साल			Fetal Presentation					प्रसव व्याधाको स्थिती					प्रसूतिको प्रकार																					
१६ हप्ता	गते	महिना	साल			Cephalic					1 Spontaneous					1 Spontaneous																					
२०-२४ हप्ता	गते	महिना	साल			Breech					2 Augmentation					2 Vacuum																					
२८ हप्ता	गते	महिना	साल			Shoulder					3 Induced Labour					3 Forceps																					
३२ हप्ता	गते	महिना	साल			Normal					1					1 प्रसूति भएको स्थान																					
३४ हप्ता	गते	महिना	साल			Infection					2					2 जिवित																					
३६ हप्ता	गते	महिना	साल			Asphyxia					3					3 अवधि पुगेको																					
३८-४० हप्ता	गते	महिना	साल			Hypothermia					4					4																					
४ पटक (१६, २०, २४, ३२ र ३६ हप्ता)	गते	महिना	साल			Jaundice					5					5																					
प्रोटोकल अनुसार ८ पटक																				गते		महिना		साल													
टिडी खोर १ मात्रा		गते	महिना	साल		रगत दिएको		पिन्ट	शिशु संख्या		शिशुको तौल(ग्राममा)		Major	Minor	Others	सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी		रगत दिएको मात्रा		पिन्ट																	
टिडी खोर २ मात्रा		गते	महिना	साल		उपचार/सल्लाह											अक्सिटोसिन सुरु दिएको		१																		
टिडी खोर २+ मात्रा		गते	महिना	साल													KMC सेवा दिएको		२																		
बुक्राको औषधी वितरण		गते	महिना	साल													सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र		३																		
गर्भवती अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन																				उपचार/सल्लाह																	
जटिलता		महिना	उपचार	प्रेषण	एच आइ बी/सिफलिस परीक्षण र उपचार					प्रसूति अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन					सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन																						
Ectopic pregnancy		महिना	१	२	एच आइ बी परीक्षण मिति					जटिलता					जटिलता																						
Abortion complication		महिना	१	२	एच आइ बी नतिजा					Pre-eclampsia					Pre-eclampsia																						
Pre-eclampsia		महिना	१	२	ए आर टी उपचार/प्रेषण					Eclampsia					Eclampsia																						
Eclampsia		महिना	१	२	उपचारार्थ प्रेषण गरेको संस्था					Prolonged labour					PPH																						
Hyp. gravidarum		महिना	१	२	सिफलिस परीक्षण मिति					Obstructed labor					Retained placenta																						
APH		महिना	१	२	सिफलिस नतिजा					Ruptured uterus					Puerperal sepsis																						
Gestational Hypertension		महिना	१	२	सिफलिस उपचार					Other					C/S Wound Infection																						
Other		महिना	१	२	प्रेषण गरेको संस्था										Other																						
मातृ मृत्यु	मिति	गते	महिना	साल	अवस्था	भ्रमण/उत्प्रेषण	स्थान	धरमा/संस्था/अन्य	कारण		नवजात शिशु मृत्यु	मिति	ग.	म.	स.	कारण																					
यातायात खर्च वितरण रकम	रु.	वितरण नपर्ने कारण			गर्भवती उत्प्रेषणा खर्च वितरण			रु.	वितरण नपर्ने कारण			न्यायो झोला	पाएको	१	नपाएको	२	नपाउनेको कारण																				

आमा सुरक्षा कार्यक्रम

महिना	प्रसूति यातायात खर्च				स्वास्थ्य संस्था														केफियत
	यातायात खर्च पाउनु पर्ने महिलाहरू	यातायात खर्च पाएका महिलाहरू	उत्प्रेषणा खर्च पाउनु पर्ने महिला	उत्प्रेषणा खर्च पाएका महिला	सुत्केरीका किसिम				Breech Presentation	Multiple Pregnancy	रेफर भई आएका	रेफर भई गएका	प्रसव जटिलता भएकाहरूको व्यवस्थापन गरिएको संख्या	Anti D Vaccine पाएका महिला हरूको संख्या	रक्तसंचार गरिएको जन्मा संख्या (Units)	व्याक्तिमा बढेका महिलाहरूको संख्या			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
श्रावण																			
भाद्र																			
आश्विन																			
कार्तिक																			
मंसिर																			

जात/जाती अनुसार स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति सेवा समायोजन फारम

जात/जाती	महिना												जम्मा	
	श्रावण	भाद्र	असिन	कार्तिक	मंसिर	पौष	माघ	फाल्गुन	चैत	वैशाख	जेष्ठ	असार		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	
दलित														
बनजाति														
मधेसी														
मुस्लिम														
ब्राह्मण/क्षेत्री														
अन्य														
जम्मा														

रजिष्टर भर्ने तरिका:

शीर्षक	निर्देशन
मुल दर्ता नं.	मुल दर्ता रजिष्टरमा दर्ता हुँदाको नम्बर मातृ सेवा कार्डबाट यस महलमा चढाउनु पर्दछ । गाउँघर क्लिनिकबाट यस रजिष्टरमा अद्यावधिक गर्दा यस महलमा ORC लेख्नु पर्दछ ।
सेवा दर्ता नं	सेवाग्राही महिला गर्भवती. प्रसूति वा सुत्केरी सेवा लिन आएमा नयाँ दर्ता नम्बर दिई दर्ता गर्नुपर्दछ । सेवा दर्ता नं. नयाँ सेवाग्राहीको लागी प्रत्येक आ.व. को श्रावणदेखि १ देखि सुरु गरिन्छ ।
महिलाको नाम थर:	गर्भवती. प्रसूति वा सुत्केरी सेवा लिन आएका महिलाको नाम थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
जाति कोड	सेवा लिन आएका महिलाको जात-जाति समूह अनुसारको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ । (जस्तै ०१, ०२, ०६) नम्बर यसै महलको सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
सेवाग्राहीको उमेर र	सेवाग्राही महिलाले पुरा गरेको उमेर यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
सम्पर्क नं	सेवाग्राही महिला वा परिवारका सदस्यको सम्पर्क नं यस महलमा लेख्न पर्दछ ।
पतिको नाम थर	सेवाग्राही महिलाको पतिको नाम थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ । सेवाग्राही महिलाले पतिको नाम खुलाउन ईच्छुक नभएमा लेखि रहन पर्दैन ।
ठेगाना	सेवाग्राही महिलाको जिल्ला, गाउँ/ नगर पालिका वडा नं र गाउँटोल सहितको ठेगाना यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
Gravida	सेवाग्राही महिला हालसम्म जम्मा गर्भवती भएको पटक सोधि यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । Gravida गणना गर्दा गर्भपतन भएको गर्भलाई समेत गणना गर्नुपर्दछ ।
Parity	सेवाग्राही महिलाले हालसम्म जन्माएका जम्मा बच्चा (जिवित र मृत) को संख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । Parity को गणना गर्दा २२ हप्ता अबधि पूरा गरेका सबै गर्भ (२२ हप्ता पछि गर्भ खेर गएको समेत) लाई गणना गर्नुपर्दछ । यदि हालको गर्भ पहिलो गर्भ हो वा यसभन्दा पहिले कुनै जन्म दिएको छैन भने Parity महलमा शून्य लेख्नुपर्दछ ।
LMP	सेवाग्राही महिलाको आखिरी रजस्वला भएको मिति (LMP) गते, महिना, साल छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
EDD	आखिरी रजस्वला भएको मितिको आधार निजको प्रसव हुने अनुमानित मिति (EDD) पत्ता लगाई गते, महिना, साल छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ । प्रसवको अनुमानित मिति निकाल्दा अन्तिम रजस्वला भएको मितिमा ९ महिना ७ दिन जोड्नुपर्दछ । (कुनै महिलाको अन्तिम रजस्वला भएको मिति २०७४।०७।१७ छ भने सो मा ९ महिना ७ दिन जोड्दा प्रसव हुने अनुमानित मिति २०७५।०४।२४ हुन्छ ।)

<p>गर्भवती जाँचको विवरण (नोट: गर्भवती लाइ TD खोप लगाएको अभिलेख मातृ सेवा कार्ड मा उल्लेख गर्नु पर्दछ /)</p>	<p>गर्भवती महिलाले लिएको गर्भवती सेवाको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ । नेपाल सरकारको सुरक्षित मातृत्व रोडम्याप अनुसार आमा र शिशुको स्वास्थ्यका लागि गर्भवती महिलाले प्रत्येक गर्भाअवस्थामा ८ पटक गर्भवती जाँच सेवा लिनु पर्दछ । रोडम्याप अनुसार १२ औं हप्ताभित्र पहिलो पटक, १६ औं हप्तामा, दोस्रो पटक, २० देखि २४ औं हप्तामा तेस्रो पटक २८ औं हप्तामा चौथो पटक, ३२ औं हप्तामा पाँचौं पटक, ३४ औं हप्तामा छैठौं पटक, ३६ औं सातौं पटक र ३८ देखि ४० औं हप्तामा आठौं पटक गर्भ जाँच सेवा दिनु पर्दछ ।</p> <p>१. प्रथम पटक (कुनै पनि समय) गर्भवती महिला प्रथम पटक गर्भवती जाँचकालागि आएको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । यदि प्रथम पटक आउदा रोडम्यापले निर्दिष्ट गरेको मितिमा आएको भए सोही अनुसार हप्ताका महलमा समेत लेख्नु पर्दछ यदि प्रोटोकल अनुसार नभएमा अन्य महलमा</p>
	<p>गर्भवती महिला तथा वच्चाको स्वास्थ्यका लागि ८ पटक अनिवार्य गर्भजाँच हुन पर्ने भएकोले तोकिएको हप्ता अनुसार ८ पटक अनिवार्य जाँच गर्न आउन महिला तथा परिवारका सदस्यलाई अनुरोध गर्नु पर्दछ।</p>
	<p>लेखि रहन पर्दैन तर आइरन चक्की र क्याल्सियम चक्की दिई गर्भको हप्ता अनुसारको नजिक पर्ने हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ । जस्तै यदि १० मंसिर, २०७८ मा अन्तिम रजश्वला भएको महिला प्रथम पटक सेवा लिन ११ फाल्गुण २०७८ मा आउनु भयो भने प्रथम पटक(जुनसुकै समय) महलको गते महल ११, महिना महलमा ११ र साल महलमा २०७८ लेख्नु पर्दछ । यस मितिमा महिलाको १३ हप्ता ४ दिन भएकोले गर्भवती जाँचको प्रोटोकल अनुसार नभएकोले नजिक पर्ने हप्ता १६ हप्ताको महल अन्तर्गत आइरन चक्की दिएको महलमा आइरन चक्कीको मात्रा र क्याल्सियम चक्की दिएको महलमा क्याल्सियम चक्कीको मात्रा लेख्नु पर्दछ ।</p> <p>१२ हप्ता सम्मको जाँच: गर्भवती महिला गर्भजाँचका लागि गर्भ रहेको १२ हप्तासम्म आएमा सम्बन्धित महलमा मिति (गते महिना र साल) लेख्नु पर्दछ । यसै गरी १६ औं हप्ता, २० देखि २४ औं हप्ता, २८ औं हप्ता, ३२ औं हप्ता, ३४ औं हप्ता, ३६ औं हप्ता र २८ देखि ४० औं हप्तामा गरिएको जाँचको मिति सम्बन्धित महलमा मिति (गते महिना र साल) लेख्नु पर्दछ ।</p> <p>४ पटक(१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता) जाँच विवरण: गर्भवती महिला १६ औं हप्ता, २० देखि २४ हप्ता, ३२ हप्ता र ३६ हप्तामा गर्भ जाँच गराउन आएको भए ३६ हप्तामा आउँदाको मिति (गते, महिना,साल) यस महलमा लेख्न पर्दछ ।</p> <p>प्रोटोकल अनुसार ८ पटक: गर्भवती महिला १२ औं हप्ताभित्र पहिलो पटक, १६ औं हप्तामा दोस्रो पटक, २० देखि २४ औं हप्तामा तेस्रो पटक २८ औं हप्तामा चौथो पटक, ३२ औं हप्तामा पाँचौं पटक, ३४ औं हप्तामा छैठौं पटक, ३६ औं सातौं पटक र ३८ देखि ४० औं हप्तामा आठौं पटक गर्भ जाँचका लागि आएको भए ४० औं हप्तामा आउँदाको मिति(गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।</p> <p>आइरन चक्की: शरीरमा रगतको कमी हुन नदिन गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० चक्की आइरन सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागि आएका गर्भवती महिलालाई दिएको आइरन चक्कीको संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै गर्भवती महिलाले अन्य संस्थाबाट या महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेविकाबाट आइरन लिएको भए मातृ सेवा रेकर्ड हेरि/सोधपुछ गरी सम्बन्धित हप्ताको महलमा आइरन चक्की र क्याल्सियम चक्कीको सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>क्याल्सियम चक्की: गर्भमा रहेको शिशुको बृद्धि विकासकालागि गर्भवती महिलाले गर्भ अवधिभर १८० चक्की क्याल्सियम सेवन गर्नु पर्दछ । गर्भ जाँचको लागि आएका गर्भवती महिलालाई दिएको क्याल्सियम चक्कीको संख्या सम्बन्धित हप्ताको महलमा लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>टी डी खोप: गर्भवती महिलालाई आमा र वच्चालाई धनुष्टंकार र डिप्टेरियाबाट बचाउन २ मात्रा टी डी खोप गर्भ रहेको थाहा पाउने वित्तिकै पहिलो मात्रा र त्यसको १ महिना पछि दोस्रो मात्रा दिनु पर्दछ । गर्भवती महिलाले</p>

	<p>यस अधिको गर्भमा २ वटा टि.डी लिइसकेको भएमा यसपटकको गर्भमा १ मात्रा मात्रा दिए पुग्छ ।</p> <p>टी डी खोप १ मात्रा: यदि पहिलो पटक टी. डी. खोप दिएको भए सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना, साल) लेखनुपर्दछ ।</p> <p>टी डी खोप २ मात्रा: दोस्रो मात्रा टी डी खोप पाएको भए सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेखनुपर्दछ ।</p> <p>टी डी खोप २+ मात्रा: गर्भवति महिलाले यस अधिको गर्भमा २ वटा टि.डी लिइसकेको भएमा यसपटकको गर्भमा १ मात्रा मात्रा टी डी खोप दिइ सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेखनुपर्दछ ।</p> <p>जुकाको औषधी वितरण: गर्भवती महिलालाई प्रत्येक गर्भमा जुकाको १ मात्रा सेवन गर्नुपर्ने भएकाले सेवाग्राहीलाई जुकाको औषधी वितरण गरेको भए वितरण गरिएकोमिति(गते महिना र साल) यस महलमा लेखनुपर्दछ ।</p> <p>रगत दिएको: गर्भवति महिलालाई गर्भवति अवस्थामा रगत दिएको भए दिएको रगतको मात्रा (पिन्ट) यस महलमा लेख्न पर्दछ ।</p> <p>उपचार /सल्लाह:गर्भावस्थामा दिएको उपचार र सल्लाह यस महलमा लेखनुपर्दछ ।</p>
गर्भावस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन	गर्भवती महिलाको जाँचका क्रममा कुनै जटिलताको देखिएका सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भएका कोड नं १ उपचार गरेकोमा ○ र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ प्रेषण महलमा ○ चिन्ह लगाउनु पर्दछ । जस्तै: भाद्र महिनामा गर्भ जाँचकालागी आउनु भएकी महिलालाई Pre-eclampsia का लक्षण देखिएको र उपचार गरेको भए Pre-eclampsia संगैको महिना महलमा भाद्र लेखि कोड १ मा ○ लगाउनु पर्दछ
प्रसूति सेवा	
प्रसूति सेवाका लागी भर्ना भएको मिति	गर्भवती महिलाप्रशव सेवाको लागी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
प्रसूति मिति, समय	सेवाग्राही महिला प्रसूतिभएको मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
(Fetotal Presentation)	गर्भमा रहेको बच्चा (भ्रुण) Cephalic, Shoulder, Breech के हो सोही अनुसारको महलको कोडमा लगाउनु पर्दछ ।
प्रसव व्यथाको स्थिती	प्रसव व्यथा Spontaneous भए कोड नं. १, Augmentation भए कोड नं २ र Induced Labourभए कोड नं ३ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ ।
प्रसूतिको स्थान र प्रकार	गर्भवती वा प्रसूति सेवा लिन आएका गर्भवती महिला यसै संस्थामा प्रसूति भएको भए कोड १ गोलो ○ लगाउनु पर्दछ । गर्भवती सेवाका लागि यस संस्थामा दर्ता भएका तर अन्यत्र प्रसूति भएको भए कोड २ मा गोलो घेरा लगाई संस्था को नाम समेत लेख्नु पर्दछ र गर्भवती सेवाका लागि यस संस्थामा दर्ता भएकी महिला घरैमा प्रसूति भएको भए यकिन गरी कोड ३ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ । साथै spontaneousdelivery भए कोड नं.१, forceps delivery भए कोड नं २, Vaccumdelivery भए कोड नं ३ रcesarean section बाट delivery भएको भए कोड नं ४ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ ।

	पुनश्चः अन्य संस्थामा प्रसूति भएको भए पनि spontaneous, forceps, Vaccum, caesarean section मध्ये कुन प्रकारले प्रसूति भएको हो यकिन गरी सम्बन्धित कोडमा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ ।
नवजात शिशुको अवस्था	नवजात शिशुजन्मदाको अवस्थामा Normal भए कोड नं १, Infection भएको भए कोड नं. २, Asphyxia भए कोड नं ३ Hypothermia भए कोड नं ४ र Jaundice भएको भएमा कोड नं ५ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ। साथै जीवित जन्मेको शिशु अवधि पुगेर जन्मेको भए कोड नं १ र अवधि नपुगी जन्मेको भए कोड नं २ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ । मृत जन्मेको भए शिशु Fresh भए कोड नं १ र macerated भए कोड नं २ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ ।
जीवित शिशुको लिंग, सख्या, तौल र विकलांगता	जीवित जन्म भएका नवजात शिशुको जम्मा संख्या र छोरा या छोरीको संख्या र नवजात शिशुको तौल (ग्राम) सम्बन्धित छोरा वा छोरी अनुसारका महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै जीवित नवजात शिशु विकलांग (Congenital Anomalies) भए विकलांगको अवस्था Major, Minor र अन्यछुट्याई सम्बन्धित महलमा संख्या लेख्नुपर्दछ ।
सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी	सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी को नाम र स्वास्थ्य कर्मी दक्ष प्रसूतिकर्मी(SBA) भए कोड नं १ दक्ष स्वास्थ्यकर्मी(SHP) भए कोड नं २ र अन्य स्वास्थ्यकर्मी भए कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
डिस्चार्ज भएको मिति	सुत्केरीका लागि भर्ना भएकी महिला घर पठाएको (डिस्चार्ज) मिति (गते, महिना, साल) र समय (AM, PM) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ । साथै महिला महिला घर पठाउदा आमाको अवस्था Recovered भएको भए कोडनं १, Stable भए कोड नं २, Referred Out भएको भए कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ साथै सो भन्दा मुनिको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्न पर्दछ । त्यसै गरी यदि सुत्केरी महिला LAMA भएमा कोड नं ४ Absconded भएमा कोड नं ५ र Died आमाको मृत्यू भएमा कोड नं ६ मा गोलो लगाउनु पर्दछ साथै मातृ मृत्यु महलका सम्बन्धित महलमा समेत भर्नु पर्दछ ।
अन्य सेवा	सुत्केरी गराउदा रगत दिएको, अक्स्टोसिशन सुइ दिएको, नवजातशिशुलाई आमाले छातिमा टँसाएर राखेको, नवजात शिशु जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको नाभी मलम लगाएको भए सम्बन्धित सेवाको कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ । रगत दिएको भए कोड नं १ मा गोलो लगाईकोड नं भन्दा बायाँको खाली महलमादिएको रगतको मात्रा (पिन्ट) लेख्नुपर्दछ ।
एच आइ भी र सिफलिस परिक्षण र उपचार	१. एच आइ भी परिक्षण र उपचार: प्रत्येक गर्भवती महिलाको अनिवार्य रूपमा एच आइ भी र सिफलिस परीक्षण गर्नु पर्दछ । यदि गर्भवती महिलालाई एच.आई.भी.सम्बन्धी परामर्श दिइ परिक्षण गरिएको भए वा परिक्षण गर्न प्रयोगशालामा पठाएको भए एच. आई. भी. परीक्षणसंगै को महलमा सो मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । एच आइ भी परीक्षणको नतिजाबाट एच आइ भी नभएको प्रमाणित भएमा Non Reactive र एच आइ भी भएको प्रमाणित भएमा Reactive (३ वटै टेष्ट किटबाट परीक्षण गरी पोजेटिभ यकीन भएको) लेख्नु पर्दछ । साथै पोजेटिभ भएका महिलालाई सम्बन्धित संस्था ए आर टी उपचार सेवा उपलब्ध भए उपचार शुरू गर्ने र सो सेवा उपलब्ध नभए सेवा उपलब्ध भएको संस्थामा प्रेषण गर्ने र सम्बन्धित महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेखी सो भन्दा मुनीको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ । २.सिफलिस परिक्षण र उपचार: यदि गर्भवती महिलालाई सिफलिस परिक्षण गरिएको भए वा परिक्षण गर्न प्रयोगशालामा पठाएको भए सिफलिस परीक्षणसंगै को महलमा सो मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ । सिफलिस परीक्षणको नतिजा Negative भएमा सम्बन्धित महलमा Negative र Positive भएमा सम्बन्धित महलमा Positive लेख्नु पर्दछ । साथै पोजेटिभ भएका महिलालाई सम्बन्धित संस्था उपचार शुरू गरेमा संगैको महलहरूमा मिति (गते, महिना र साल) र उपचारका लागिअन्य संस्थामा प्रेषण गर्नु परेमा संगैको महलमा मिति (गते, महिना र साल) लेखी सो भन्दा मुनीको महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नमा लेख्नु पर्दछ ।
प्रसूति अवस्थाका जटिलता	प्रसूतिका क्रममा महिलामा कुनै जटिलता देखिएका सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भए कोड नं १ र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड २ गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ । जस्तै: २०७८ फाल्गुण महिनामा सुत्केरीका लागी स्वास्थ्य संस्थामा भर्ना भएकी महिलामा

	Prolonged labour का लक्षण देखिएको र तत्काल उपचार गरेको भए Prolonged labour संगैको महिनाको महलमा फाल्गुण लेखि कोड १ मा गोलो ○ लगाउनु पर्दछ ।
सुत्केरी पछिको सेवा	
सुत्केरी पछि जाँच: प्रोटोकल अनुसार सुत्केरी तथा नवजात शिशुको सुत्केरी भएको २४ घण्टामा, जन्मेको ३ दिनमा, जन्मेको ७ दिन देखि १४ दिनमा र जन्मको ४२ दिनमा गरी ४ पटक जाँच गर्नु पर्दछ । यसरी गरिने जाँच मध्ये ३ दिन र ७ दिन देखि १४ दिनमा गरिने जाँच सुत्केरी महिलाको घरमा गएर गर्नु पर्दछ । सुत्केरी जाँचको समयमा शिशुको समेत जाँच गर्नु पर्दछ ।	
सुत्केरी भएको २४ घण्टामा	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको २४ घण्टामा गरेको जाँचको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ३ दिनमा	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ३ दिनमा गरेको जाँचको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ७ देखि १४ दिन भित्र	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ७ देखि १४ दिनमा गरेको जाँचको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ४२ दिनमा	सुत्केरी महिलालाई सुत्केरी भएको ४२ दिनमा गरेको जाँचको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेखि नवजात शिशु जाँचको महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
३(२४ घण्टा, ३ दिन र ७ - १४ दिन)पटक जाँच	सुत्केरी महिलाले २४ घण्टा, ३ दिन र ७ देखि १४ दिन गरि जम्मा ३ पटक जाँच गरेको भएमा ७ देखि १४ दिनमा गरिएको जाँचको मिति (गते, महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
प्रोटोकल अनुसार ४ पटक	सुत्केरी महिलालाई प्रोटोकल अनुसार २४ घण्टामा, ३ दिनमा, ७ देखि १४ दिनमा र ४२ दिनमा जाँच गरेको भएमा अन्तिम पटक (४२ दिन) जाँच गरेको मिति (गते, महिना र साल) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
भिटामिन ए दिएको	सुत्केरी पछिको अवस्थामा सुत्केरी महिलालाई भिटामिन ए दिएको मिति (गते महिना र साल) सम्बन्धित महलमा लेख्न पर्दछ ।
आइरन चक्की (ट्याब्लेट)	सुत्केरी पछिको अवस्थामा सुत्केरी महिलालाई दिएको आइरन चक्कीको मात्रा (ट्याब्लेट) यस महलमा लेख्न पर्दछ ।
रगत दिएको	सुत्केरी पछिको अवस्थामा महिलालाई रगत दिएको भए दिएको रगतको मात्रा (पिन्ट) यस महलमा लेख्न पर्दछ ।
उपचार सल्लाह	सुत्केरी पछिको अवस्थामा आमालाई दिएको उपचार तथा सल्लाह यस महलमा लेख्न पर्दछ ।
सुत्केरी अवस्थामा गर्भ निरोधका साधन प्रयोग	
सुत्केरी भएको ४८ घण्टा भित्र	सुत्केरी महिलाले सुत्केरी को ४८ घण्टा भित्र गर्भ निरोधका साधन आइ यू सि डी, इम्प्लान्ट र वी टी एल मध्ये जुन साधन प्रयोग गरेको हो सो साधनको नाम गर्भ निरोध साधन महलमा लेख्नु पर्दछ ।
सुत्केरी भएको ४९ घण्टा देखि ४२ दिन भित्र	सुत्केरी महिलाले सुत्केरी को ४९ घण्टा देखि ४२ दिन भित्र गर्भ निरोधका साधन आइ यू सि डी, इम्प्लान्ट र वी टी एल मध्ये जुन साधन प्रयोग गरेको हो सो साधनको नाम गर्भ निरोध साधन महलमा लेख्नु पर्दछ । पुनश्च: सुत्केरी महिलाले शिशुलाई स्तनपान नगराएको भएमा डिपो सुई पनि दिन सकिन्छ ।
सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन	सुत्केरी पछिको अवस्थामा जाँचका क्रममा कुनै जटिलताको देखिएमा सम्बन्धित जटिलता संगैको महलमा महिना(लेख्नु पर्दछ । साथै सो जटिलताको उपचार गरेको भएमा कोड नं १ मा गोलो ○ र उपचार हुन नसकी प्रेषण गर्नु परेमा कोड मा गोलो○ लगाउनु पर्दछ । जस्तै: २०७८ महिनामा गर्भ जाँचकालागी आउनु भएकी महिलालाई Pre-eclampsia का लक्षण देखिएको र संस्थामै उपचार गरेको भए Pre-eclampsia संगैको महिना महलमा (भाद्र) लेखि कोड १ मा ○ लगाउनु पर्दछ ।

मातृ मृत्यु मिति, स्थान,अवस्था र कारण	गर्भवती प्रसव वा सुत्केरी अवस्था (प्रसूतिको ४२ दिन) भित्र महिलाको मृत्यु भएको भए मृत्युको मिति (गते महिना र साल) मृत्यु भएको स्थान, अवस्था (गर्भवती प्रसव वा सुत्केरी) र मृत्युको कारण सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
शिशु मृत्यु मिति र कारण	नवजात शिशु को मृत्यु भएको भए भए मृत्यु भएको मिति (गते महिना र साल)र मृत्युको कारण सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।
यातायात खर्च	नेपाल सरकारले संस्थागत सुत्केरी सेवालाई प्रोत्साहन गर्न स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरीहुन आएका महिलालाई यातायात खर्च वापत हिमालमा रू ३००० , पहाडमा रू २००० र तराईमा रू १००० उपलब्ध गराउने नीति लिएको छ । सेवाग्राही महिलालाई उपलब्ध गराएको रकम सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ । यदि उक्त रकम उपलब्ध गराउन नसकिएको भए कारण सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च	गर्भ जाँचलाई प्रोत्साहन गर्न नेपाल सरकारले गर्भवती उत्प्रेरणा खर्च वापत रू ८००। उपलब्ध गराउने गरेको छ । सेवाग्राही महिलालाई उपलब्ध गराएको रकम सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पैदछ । यदि उक्त रकम उपलब्ध गराउन नसकिएको भए कारण सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
न्यानो झोला वितरण	नवजात शिशुलाई न्यानो झोला वितरण गरेको भए कोड १ र नगरेको भए कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ । साथै वितरण गर्न नसकिएको भए कारण सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ ।

आमा सुरक्षाकार्यक्रम(AamaProgramme)

नेपाल सरकारले गर्भवतीजाँचको Protocolअनुसार चार पटक गर्भ जाँच पूरा गरी सुरक्षित प्रसूति केन्द्र (Birthing Center)मा प्रसूतिहुने महिलालाई गर्भवतीजाँचउत्प्रेरणा खर्च र सुरक्षित प्रसूति सेवाप्रदान गर्ने सूचीकृत (आमासुरक्षाकार्यक्रमलागू भएका) स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका महिलाहरूलाई यातायातखर्च वापत रकमप्रदान गर्ने व्यवस्था गरेको छ । यसकाअतिरिक्त सुरक्षित प्रसूति सेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई त्यस संस्थामाभएको सुत्केरीको किसिम र Obstetric Complicationव्यवस्थापन गरे अनुसार अनुदान रकम समेत उपलब्ध गराउने गरिन्छ । स्वास्थ्य संस्थाबाट गर्भवतीजाँचउत्प्रेरणा खर्च, प्रसूतियातायातखर्च उपलब्ध गराइएका सेवाग्राहीहरूको संख्या र प्रसूतिको प्रकार तथा जटिलता व्यवस्थापनगरिएकाहरूको विवरण मासिक रूपमानिर्देशिकाकोअनुसूचीअनुसारको निर्दिष्ट ढाँचामा तयार गरी सो को एकमुष्ट विवरण यस फाराममालेख्नुपर्दछ ।

अर्जे तरिका :

मातृतथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको अन्तका पेजमा यस फारामको व्यवस्थागरिएको छ । स्वास्थ्य संस्थाबाट सुत्केरी यातायातखर्च तथागर्भवतीजाँचउत्प्रेरणास्वरूप रकमपाएका सेवाग्राहीमहिलाहरूको विवरण प्रत्येक महिना समाप्त भएपछि स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृतथानवशिशु स्वास्थ्यसेवा रजिस्टर(HMIS 3.6)बाट उतार गरी यस फाराममाविवरण अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

महल नं	शीर्षक	निर्देशन
१	महिना	यस महलअन्तर्गत आ. व. को सुरुवातदेखि श्रावण, भाद्र ज्येष्ठ, आषाढ गरी १२ महिनाको नामउल्लेख गरिएको छ ।
२	प्रसूतियातायातखर्च	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		सुत्केरी यातायात खर्चवापतको रकम उपलब्ध गराइएका सेवाग्राही

महल नं	शीर्षक		निर्देशन
		पाएका महिलाहरु	महिलाहरुको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
४	गर्भवती जांच उप्रेरण खर्च	उत्प्रेरण खर्च पाउनुपर्ने महिला	आमा सुरक्षा कार्यक्रम लागू भएका स्वास्थ्य संस्थामा आएर प्रसूति सेवा लिएका गर्भवती जांचकोProtocol अनुसार गर्भ जाच पूरा गरेका गर्भवती उत्प्रेरण खर्च पाउन योग्य महिलाहरुको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
५		उत्प्रेरण खर्च पाएका महिला	गर्भवती जांच उत्प्रेरण खर्च उपलब्ध गराइएका सेवाग्राही महिलाहरुको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
६	सुत्केरीको किसिम	सामान्य	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति भएका सेवाग्राहीहरुमध्ये सामान्य तरिकाले प्रसूति (Spontaneous Delivery) भएकासेवाग्राही 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	Forcepsको 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 गराइएकाजम्मा सेवाग्राहीमहिलाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१०		जम्मा	स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराइएकाजम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या (महल ६ देखि ९ सम्मको जम्मा) यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
११	Breech Presentation		प्रसूति सेवालिनआएकामहिलामाशिशुको अवस्थितिको आधारमाBreech प्रिजेन्टेशनभएकाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१२	Multiple Pregnancy		प्रसूति सेवालिनआएकामहिलाहरु मध्ये दुई वादुईभन्दा बढी (जुम्ल्याहा, तिम्ल्याहा) शिशु जन्माउने महिलाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१३	रेफर भई	आएका	प्रसूति सेवाकालागिअन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट रेफर भई आएकामहिलाहरुको सङ्ख्या यस रजिस्टरको कैफियत महलबाट गणना गरी लेख्नुपर्दछ।
१४		गएका	प्रसूति सेवाकालागि यस संस्थाबाट अन्य स्वास्थ्य संस्थामा रेफर गरिएका सेवाग्राहीमहिलाहरुको गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१५	प्रसव जटिलता भएकाहरुको व्यवस्थापनगरिएको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी क्रममातथाअन्य स्थानमा सुत्केरी भएपश्चात् देखिएकाAPH, PPH, Severe Pre-Eclampcia, Eclampcia, Retained Placenta, Puerperal Sepsis जस्ता जटिलताहरु (Direct Obstetric complications)को व्यवस्थापनगरिएकामहिलाहरुको को सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१६	Anti D vaccine पाएकामहिलाहरुको संख्या		आमाको रगतRH Negativeदेखिएका सुत्केरी महिलालाई Anti D Vaccineदिनुपर्दछ। यसरी Anti D Vaccine दिइएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१७	रक्त संचार गरिएको जम्मा संख्या		यस महलमा स्वास्थ्य संस्थामाBlood transfusion को क्रममाप्रयोग गरिएको रगतको परिमाण blood unit (Pint) लेख्नुपर्दछ।
१८	क्याबिनमा बसेकामहिलाहरुको संख्या		स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति सेवालिनने क्रममाक्याबिन(Cabin)प्रयोग गर्ने सुत्केरी महिलाहरुको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
१९	कैफियत		अन्यकेही कुरा उल्लेख गर्नुपर्ने भएमा यस महलमाउल्लेख गर्नु पर्दछ।

जात/जातिअनुसार सुत्केरी सेवा समायोजन फाराम

स्वास्थ्य संस्थाबाटप्रवाहभएको प्रसूति सेवा समान रूपले सबै जात/जाति, वर्ग, समूहले उपभोग गरे/नगरेको विश्लेषण गर्न सेवाग्राहीहरुको जात/जातिअनुसारको अभिलेख हुनु आवश्यक हुन्छ।यस प्रकारको सूचनाले सेवाको उपभोग दर कमभएकाजातितथा समूहलाई सेवाउपभोग गर्न उत्प्रेरण गर्ने क्रियाकलाप सञ्चालन गर्न सहयोग

पुग्दछामातृतथानवशिशु स्वास्थ्यसेवा रजिस्टरको महल नं. १९ अन्तर्गत यस संस्थामा प्रसूतिभएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या र सोही रजिस्टरको महल नं. ४ माउल्लिखित सुत्केरी महिलाको जाति कोडअनुसार जात/जाति समूह समायोजन गरी मातृ तथानवजातशिशु स्वास्थ्यसेवा रजिस्टरको अन्तमा रहेको जात/जातिअनुसारको सुत्केरी सेवा समायोजन फाराममा लेखनुपर्दछ।

HMIS 3.7: सुरक्षित गर्भपतनसेवारजिष्टर(Safe Abortion Service Register)

अनिच्छित गर्भधारण भएमा महिलाहरूले गर्भपतन गराउन सक्ने कानुनीव्यवस्था राज्यले गरेको छ । गर्भपतन सेवा र गर्भपतनपश्चात्को सेवापाएका महिलाहरूको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरको प्रयोग गरिन्छ । सुरक्षितगर्भपतन सेवाप्रदान गर्न सूचीकृत भएका स्वास्थ्य संस्था र गर्भपतनपश्चात्को सेवाप्रदानगरिने स्वास्थ्य संस्थाहरूमा यस रजिष्टरको प्रयोग हुनेछ।

रजिष्टरको नमूना :

SAFE ABORTION ^{HMIS 3.7}

Name of Health Facility:

SN	Service Regd. No	Date			Address				Family Name	Ethnicity Code	Age	Education	Gravida	No of living children	Gestation (weeks)		Procedure code	Pain management given
		DD	MM	YY	Province	District	(Rural) Municipality	Ward No							By LMP	On examination		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

SERVICE REGISTER

FY: 207 ... / 207 ... Month:

HMIS 3.7

Safe Abortion Complications (Surgical and Medical)				Other Effects		PAC (Abortion not from your own facility)				All Clients										Remarks	
Incomplete abortion requiring repeat procedure (1/6)	Heavy bleeding requiring blood transfusion	Uterine/ Intra-abdominal injury requiring lapotomy	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	Ongoing pregnancy	Ectopic pregnancy	Incomplete abortion (induced)	Incomplete abortion (spontaneous)	Heavy bleeding requiring blood transfusion	Uterine/ Intra-abdominal injury requiring lapotomy	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	Accepted FP Methods		Outcome of SAS/PAC				Details of Service Provider				
											1-9	1-6	Referred from	Referred out	Normal	LAMA	Death	Name	Signature		Listed no
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39		40
						1	2	3	4	5											
						1	2	3	4	5											
						1	2	3	4	5											

रजिष्टरभर्नेतरिका :

महल नं	महलशीर्षक	निर्देशन
	All client	
1	S.N	हरेकमहिनाक्र.सं. १ देखि सुरु गर्नुपर्दछ ।
2	Service Regd. No.	सेवाग्राहीमहिलाको सेवावार्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ । हरेकआ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
3-5	Date (DD/MM/YY)	सेवाप्रदान गरेको गते, महिना र साल यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
6-9	Address (Province, District Rural Municipality/ Municipality /Ward No)	सेवाग्राहीमहिलाको ठेगानाअन्तर्गत प्रदेश,जिल्ला , गाउ./नगरपालिका र वडा नम्बर छुट्टैछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
10	Family Name(थर)	सेवाग्राहीमहिलाको थरसोधी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
11	जाति कोड	सेवाग्राहीमहिलाको जात/जाति रजिष्टरमाउल्लेख भएको जात/जातिजुन समूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोडनम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तै : ०१दलित, ०२ जनजाती, ०३ मधेसी, ०४ मुस्लिम, ०५ ब्राह्मण क्षेत्री, ०६ अन्य)
12	Age	सेवाग्राहीमहिलाले पूरा गरेको उमेर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
13	Education	सेवाग्राहीमहिलाले पूरा गरेको शैक्षिक योग्यता यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

14	Gravida	सेवाग्राहीमहिलाको कुलगर्भ भएको संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
15	No of living children	सेवाग्राही महिलाबाट जन्मेका मध्ये हालजीवितबच्चाहरूको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
16	Gestation on Weeks	By LMP	
17		On Examination	
		सेवाग्राहीमहिलाको गर्भको अवधि पछिल्लो पटक महिनावारी भएको दिनकाआधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
		सेवाग्राहीमहिलाको गर्भको अवधि पाठेघरको उचाइजाँचको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
18	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 & Evacuation)
			कोड नं. ६.Other (Use of Misoprostol for incomplete abortion)
19	दुखाई कम गर्न औषधिदिएको र नदिएको (Pain Management Given)	कोड नं.१ - Protocol अनुसार दुखाइकम गर्ने औषधिदिएको कोड नं.२ - Protocol अनुसार दुखाइकम गर्ने औषधिनदिएको	
20-23	Safe Abortion Complication (Surgical and Medical)		
20	Incomplete abortion requiring repeat procedure	MVA बाट व्यवस्थापनभएको भएकोड नं.१ उल्लेख गर्ने Misoprostol बाट व्यवस्थापनभएको भएकोड नं.६ उल्लेख गर्ने	
21	Heavy bleeding requiring > 1 pint of IV fluid or blood transfusion	सेवाग्राहीलाई blood transfusionदिनुपर्ने अवस्थाआउने गरी bleedingभएमा यस महलमा (✓) चिन्हलगाउनु पर्दछ । यस्तो अवस्थाविशेषगरी २ घण्टा भित्रमा ४ वटा pad (१ घण्टामा २ वटा pad) भिज्ने गरी bleedingभएमाअत्याधिक रक्तश्राव (Heavy bleeding)भएको मान्न सकिन्छ ।	
22	Uterine/ Intraabdominal injury requiring Laparotomy	गर्भपतन सेवाको बेला योनीमा चोटपटक लागीअन्यभित्रीअंगमापनि असर परेर Laparotomy गर्नुपर्नेभएमा यस महलमा (✓) चिन्हलगाउनु पर्दछ ।	
23	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	गर्भपतन सेवापश्चात पाठेघरमा संक्रमण भई अस्पतालमा भर्ना गरी IV antibioticsदिनु पर्ने भए यस महलमा (✓) चिन्हलगाउनु पर्दछ ।	
24	Other Effects (Ongoing pregnancy)	गर्भपतनप्रक्रियापश्चातपनिगर्भ निरन्तर (ongoing)भई राखेमा यस महलमा (✓) चिन्हलगाउनु पर्दछ ।	
25	Other Effects (Ectopic pregnancy)	गर्भपतनप्रक्रियाको दौरान पाठेघर बाहिर गर्भ रहनगएको पत्तालागेमा यस महलमा (✓) चिन्हलगाउनु पर्दछ ।	
26-30	PAC (Abortion not from your own facility)		
26	Incomplete abortion (Induced)	Incomplete abortion (Induced)-भएमा यस महलको कोड नं.१ मगोलो घेरालगाउनुपर्दछ ।	
27	Incomplete abortion (Spontaneous)	Incomplete abortion (Spontaneous)-भएमा यस महलको कोड नं.२ मगोलो घेरालगाउनुपर्दछ ।	

28	Heavy bleeding requiring blood transfusion	सेवाग्राहीलाई blood transfusionदिनुपर्ने अवस्थाआउने गरी bleedingभएमा यसमहलको कोड नं.३ मगोलो घेरालगाउनुपर्दछ ।
29	Uterine/Intra-abdominal injury requiring laparotomy	गर्भपतन सेवाको बेला योनीमा चोटपटक लागीअन्यभित्रीअंगमापनि असर परेर Laparotomy गर्नुपर्नेभएमायसमहलको कोड नं.४ मगोलो घेरालगाउनुपर्दछ ।
30	Infection requiring hospitalization with IV antibiotics	गर्भपतन सेवापश्चात् पाठेघरमा संक्रमण भई अस्पतालमा भर्ना गरी IV antibioticsदिनु पर्ने भएयसमहलको कोड नं.५ मगोलो घेरालगाउनुपर्दछ ।
31	Accepted FP Methods (1-9)	सुरक्षितगर्भपतन सेवापश्चात् दिइएको परिवार नियोजन सेवा सम्बन्धित प. नि.सेवा रजिस्टरमाअनिवार्य अद्यावधिक गर्नुपर्दछ र प्रदानगरिएको परिवार नियोजन सेवाको निम्नानुसारको कोड यस महलमा चढाउनु पर्दछ कोड नं. १:Female Sterilization कोड नं. २:Male Sterilization कोड नं. ३:Implant कोड नं. ४:IUCD कोड नं. ५:Depo-Provera कोड नं. ६:Sayana Press कोड नं. ७:Pills कोड नं. ८:Condom कोड नं. ९:Others (e.g. emergency contraceptive pills)
32	Referred from (1-6)	सेवाग्राही कहाँबाट प्रेषण भएर आएको हो, सो को कोड यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ । कोड नं. १:FCHV बाट प्रेषण भएमा कोड नं.२: Health Care Provider बाट प्रेषण भएमा कोड नं. ३: Friend / Family बाट प्रेषण भएमा कोड नं.४: Pharmacy बाट प्रेषण भएमा कोड नं. ५: Hotline बाट प्रेषण भएमा कोड नं. ६: Other (Mothers group, Clubs etc.)बाट प्रेषण भएमा
33-36	Outcome of SAS/PAC (Referred Out/Normal/ LAMA/Death)	सेवाग्राहीलाई अन्यत्र प्रेषण गर्नुपर्नेभएमामहल ३३ मा (✓) चिन्हलगाउनु पर्दछ ।प्रेषण गर्नुपर्ने कारणRemarksमा प्रष्ट पार्नुपर्दछ । सेवाको नतिजा सामान्यभएको अवस्थाभएमहल ३४ मा (✓) चिन्हलगाउनु पर्दछ । सेवाग्राहीले महिला सेवाप्रदायकको सल्लाहनलिई गएको भएमहल ३५ मा (✓) चिन्हलगाउनु पर्दछ । सेवाग्राहीमहिलाको मृत्यु भएमामहल ३६ मा (✓) चिन्हलगाउनु पर्दछ ।
37-39	Details of service provider (Name/ Signature/ Listed No.)	सेवाप्रदायकको नाम र दस्तखत सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ । सेवाप्रदायकलाई गर्भपतन सेवाप्रदान गर्न नेपाल सरकारले प्रदान गरेको सेवाप्रदायक सूचीकृत नं. महल नं. ३९ मा लेख्नुपर्दछ ।
40	Remarks	माथिकाविवरण बाहेकअन्य केही कुरा खलाउनु परेमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै प्रेषण गर्नुको कारण


नोट: Induced Abortion वाPACलिनआएका सेवाग्राहीकालागि यस रजिस्टरको प्रयोग गर्नुपर्नेछ । सबै सेवाग्राहीकालागिलागू हुने खण्डहरू अनिवार्य रूपमाभर्नुपर्दछ ।अरू खण्डहरू सेवाग्राहीले लिएको सेवाको आधारमा पूरा गर्नुपर्दछ ।

HMIS 3.7a: औषधिद्वारा गरिने गर्भपतनसेवाको

सेवाग्राहीकार्ड(Client Personal Profile: Medical Abortion Service)

औषधीद्वारा गरिने गर्भपतन सेवालिनसेवाग्राहीहरूको व्यक्तिगतविवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ।सेवाग्राहीलाई सेवादिनुभन्दापहिले निजको चिकित्सा सम्बन्धीविवरण जाँच-परीक्षण गरी अद्यावधिक गरेपछिमात्र सम्बन्धितसेवाउपलब्ध गराउनुमिल्ने वानमिल्ने निक्क्यौल गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगतविवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

कार्डको नमूना :

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>	
Client Personal Profile: Medical Abortion Service	
HMIS 3.7 Reg. Number:.....	Date of Visit:.....
Facility Name:.....	Province/ District:.....
1. Personal History	
Name and caste	Age:..... Education..... Contact No:.....
Paika:.....	<input type="checkbox"/> Rural Municipality <input type="checkbox"/> Municipality <input type="checkbox"/> Metropolitan City Ward no:.....
2. Medical/Surgical History	
Medical history/serious health problems: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Porphyria <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Other:.....	
Are you taking any medicine? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the name of medicine.....	
Do you have allergy to any medicine? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the name of medicine.....	
Previous history of Ectopic Pregnancy: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Previous history of Surgery: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, types of surgery and year of surgery.....	
Any contraceptive used within this one to six months: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the method of FP used.....	
3. Gynecological/Obstetrical Information	
LMP date:..... Gestation weeks by LMP:..... Obstetric History: G..... P..... A..... L.....	
Last 6 months menstrual cycle: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular Signs and symptoms of pregnancy: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4. General /Physical Examination and Investigation	
Blood pressure:..... Pulse:..... Temperature:..... Respiration Rate:.....	
Jaundice: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Pallor: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Lungs sound: <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal sound Heart sound: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	
Abdominal tenderness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Abdominal mass palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Uterus palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If palpable size of the uterus.....	
Investigations (if required): Urine Pregnancy test..... Hb and Blood group (if anemic on inspection).....	


5. Pelvic Examination (Speculum and Bimanual examination)	
Vulva: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Vaginal discharge: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal If abnormal, Foul smelling: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/S examination: Cervix: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Unhealthy cervix: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/V examination: Uterine size (weeks)..... Position: <input type="checkbox"/> A/V <input type="checkbox"/> R/V Fornix clear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6. Medical Abortion Drugs and Contraceptive Service	
Drugs Provided: Mifepristone (200mg): Date...../...../..... Time.....	
Misoprostol (200mcg x 4 tablets): <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Clinic Date:...../...../..... Time.....	
Pain management drugs (400mg ibuprofen x 4 tabs) to take home: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Contraceptive provided (on the day of Mifepristone): <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Pills <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Others.....	
Name of Service Provider:..... Signature:..... Provider Listed No.	
7. Follow Up (to be filled if follow up is done)	
Follow up: <input type="checkbox"/> In-person <input type="checkbox"/> telephone Date of follow up:...../...../..... MA success Checklist used: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Blood pressure:..... Pulse:..... Temperature:..... Respiration Rate:.....	
PA tenderness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/S Examination: Vaginal discharge: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Foul smelling Bleeding: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Hanging POC: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/V Examination: Uterine size (weeks)..... Fornix clear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No OS Closed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other relevant finding (if any):.....	
Status on Follow up: <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Ongoing pregnancy <input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy	
Any complication (SAE): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if yes, mention the type) <input type="checkbox"/> Heavy bleeding requiring Blood transfusion <input type="checkbox"/> Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics <input type="checkbox"/> Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy	
Mention the management or referral conducted (with name of the referral facility)	
Contraceptive provided on follow up: <input type="checkbox"/> Minilap <input type="checkbox"/> NSV <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> IUCD <input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Pills <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Others.....	

8. Client Consent Form	
<p>अनुच्छेद १२ (नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित) सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामाको ढाँचा</p>	
<p>सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रतिधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरू र संसर्गत हुने फाइदा, बेफाइदा लगायतका प्राथमिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्न सुरक्षित मान्दछ तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा मायवरको हस्तियतले यो मञ्जुरीनामा लेखी ल्याई..... स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।</p>	
मञ्जुरीनामा दिने	
<p>सेवाग्राहीको -</p> <p>नाम, थर:..... ठेगाना:..... उमेर:..... मिति:..... दस्तखत:..... आँखा छाप:.....</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text" value="बायाँ"/> <input type="text" value="दायाँ"/> </p>	<p>संरक्षक वा मायवरको -</p> <p>नाम, थर:..... ठेगाना:..... उमेर:..... मिति:..... दस्तखत:..... आँखा छाप:.....</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text" value="बायाँ"/> <input type="text" value="दायाँ"/> </p>
दस्तखत:.....	
Notes:.....	

HMIS 3.7b: MVA द्वारा गरिने गर्भपतनसेवाको सेवाग्राहीकाई (Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration)

MVA बिधिद्वारा गरिने गर्भपतनको सेवा लिनेसेवाग्राहीहरूको व्यक्तिगतविवरणको अभिलेख राख्न यस काईको प्रयोग गरिन्छ। सेवाग्राहीलाई सेवादिनुभन्दापहिले निजको चिकित्सा सम्बन्धीविवरण जाँच-परीक्षण गरी अद्यावधिक गरेपछि मात्र सम्बन्धितसेवाउपलब्ध गराउनमिल्ने वानमिल्ने निकर्षो ल गरी सेवाग्राहीको व्यक्तिगतविवरणहरू भर्नुपर्दछ ।

काईको नमूना :

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>	
<p>Client Personal Profile: Manual Vacuum Aspiration Service</p>	
HMIS 3.7 Reg. Number:	Date of Visit:
Facility Name:	Province/ District:
1. Personal History	
Name and caste	Age:
Education:	Contact No:
Palika: Rural Municipality / Municipality / Metropolitan City Ward no:	
2. Medical/Surgical History	
Medical history/serious health problems: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Porphyria <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Other	
Are you taking any medicine? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the name of medicine	
Do you have allergy to any medicine? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the name of medicine	
Previous history of Ectopic Pregnancy: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Previous history of Surgery: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, types of surgery and year of surgery	
Any contraceptive used within this one to six months: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, mention the method of FP used	
3. Gynecological/Obstetrical Information	
LMP date: Gestation weeks by LMP: Obstetric History: G..... P..... A..... L.....	
Last 6 months menstrual cycle: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular Signs and symptoms of pregnancy: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4. General / Physical Examination and Investigation	
Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:	
Jaundice: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Pallor: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Lungs sound: <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal sound Heart sound: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	
Abdominal tenderness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Abdominal mass palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Uterus palpable: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If palpable, size of the uterus	
Investigations (if required): Urine Pregnancy test..... Hb and Blood group (if anemic on inspection)	
Ultrasound (report to be attached if USG conducted)	

5. Pelvic Examination (Speculum and Bimanual Examination)	
Vulva: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Vaginal discharge: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal If abnormal, foul smelling: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/S examination: Cervix: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Unhealthy cervix: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/V examination: Uterine size (weeks)..... Position: <input type="checkbox"/> A/V <input type="checkbox"/> R/V Fornix clear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6. Manual Vacuum Aspiration and Contraceptive Service	
Medication given: <input type="checkbox"/> ibuprofen 400 mg <input type="checkbox"/> Diazepam 5-10 mg	
<input type="checkbox"/> Antibiotic-Doxycycline/ Azithromycin/ Metronidazole <input type="checkbox"/> Para cervical block (1 % Lidocaine)	
Size of cannulas used: Amount of blood loss (ml):	
POC findings: Villi seen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Scanty Sac Seen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fetal parts seen: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Post procedural findings:	
Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:	
Abdomen <input type="checkbox"/> Non-tender <input type="checkbox"/> Tender Vaginal bleeding: <input type="checkbox"/> Scanty <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Heavy	
Any complication: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if yes, mention the type) <input type="checkbox"/> Heavy bleeding requiring Blood transfusion	
<input type="checkbox"/> Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics	
<input type="checkbox"/> Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy	
Outcome of Complication: <input type="checkbox"/> Treated and discharged.	
<input type="checkbox"/> Referred out (Name of the referred facility)	
Contraceptive provided: <input type="checkbox"/> Minilap <input type="checkbox"/> NSV <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> IUCD	
<input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Pills <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Others	
Name of Service Provider:	Signature:
Name of Assistant:	Signature:
Name of Provider Listed No.	Signature:
7. Follow Up (to be filled if follow up is done)	
Follow up: <input type="checkbox"/> in-person <input type="checkbox"/> telephone	
Date of follow up: /..... /.....	
Blood pressure: Pulse: Temperature: Respiration Rate:	
PA tenderness: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/S Examination: Vaginal discharge: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Foul smelling Hanging POC: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Bleeding: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Fornix clear: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
P/V Examination: Uterine size (weeks)..... OS Closed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Other relevant finding (if any):	
Status on Follow up: <input type="checkbox"/> Complete <input type="checkbox"/> incomplete <input type="checkbox"/> Ongoing pregnancy <input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy	
Any complication: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if yes, mention the type) <input type="checkbox"/> Heavy bleeding requiring Blood transfusion	
<input type="checkbox"/> Infection requiring hospitalization/IV Antibiotics	
<input type="checkbox"/> Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy	

Mention the management or referral conducted (with name of the referral facility). Please write in the note section at the end of the form	
Contraceptive provided on follow up: <input type="checkbox"/> Minilap <input type="checkbox"/> NSV <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> IUCD	
<input type="checkbox"/> Depo Provera <input type="checkbox"/> Pills <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Others	
8. Client Consent Form	
<p>अनुच्छेद १२ (नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित) सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामाको ढोचा</p> <p>सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध विकल्प, गर्भपतन सेवाका अवलम्बित जोखिम, स्वास्थ्य विकल्पहरू र यसबाट हुने सम्पत्ति, शैक्षणिक सम्बन्धित व्यक्तिगत एवं व्यवसायिक क्षतिमा पर्ने सम्बन्धी जानकारी सेवा प्राप्त गर्ने बखतले प्राप्त गरी दिनुमा सहमत हुने सेवाग्राहीले सेवाग्राहीले दिने मञ्जुरीनामा (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता वा मागको हिसाबले यो मञ्जुरीनामा लेखी तयार्ह स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएका छन् ।</p>	
मञ्जुरीनामा दिने	
<p>सेवाग्राहीको-</p> <p>नाम, धरः केगनासः उमेरः मितिः दस्तखतः आँख छापः</p>	<p>संरक्षक वा माथवरको -</p> <p>नाम, धरः केगनासः उमेरः मितिः दस्तखतः आँख छापः</p>
<input type="checkbox"/> बायाँ <input type="checkbox"/> दायाँ	<input type="checkbox"/> बायाँ <input type="checkbox"/> दायाँ
दस्तखतः	

Notes:

7. D&E Procedure Record Section

A. Cervical preparation

1. Misoprostol 400 mcg Route: S/L Buccal Vaginal

1st Dose date/ Time: _____ Repeat Dose (if needed) Date Time: _____
 Assessment finding: _____ Assessment finding: _____

2. Switched to medical induction (if applicable): No Yes
 If Yes, reason for switch to Medical Induction _____

B. Pain management and antibiotic (half an hour before the D&E procedure):

1. Tab Ibuprofen 400mg: Yes No Pethidine: Yes No

2. Tab Diazepam 10 mg: Yes No

3. Antibiotic (Doxycycline/Azithromycin/ Metronidazole): Yes No

4. Other pain management or antibiotic provided (Specify if provided): _____

C. Procedure notes for D & E procedure

Date / Time of service provided: _____

Paracervical block given with 20 ml (1% Lignocaine): Yes No

Size of Canula Used: _____ Amount of blood Loss (ML): _____ Duration of Procedure: _____

Placenta Checked: Yes No Completed: Yes No If No Specify _____

Fetal Parts Seen: Calvarium: Spine Upper Limb Lower Limb

Fetal Foot Length: _____ mm Consistent with _____ weeks

8. Medical Induction Procedure Record Section

a. Digoxin provided before proceeding for Medical Induction: Yes No

Regime of Digoxin (Dose, Date and Time) _____

b. Mifepristone 200 mg Oral Date & Time: _____

c. Misoprostol 400 mcg Route: S/L Buccal Vaginal

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

Total Dose Misoprostol Given: _____

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

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

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

Placenta: Date & Time: _____ Placenta complete: Yes No

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

g. Total blood loss approximately (ml): _____

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

9. Post Procedure Recovery Care Finding

Blood pressure: _____ Pulse: _____ Temperature: _____ Respiration Rate: _____

Abdominal tenderness: Yes No Guarding: Not Present Present

Vaginal bleeding more than 500 ml: Yes No No of Pad soakage: _____

Contraceptive provided: Minalap NSV Implant IUCD
 Depo Provera Pills Condom None Others: _____

Reason of Not Providing Contraceptive Service: _____

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

Date and time of Discharge: _____

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

Name of Service Provider: _____ Signature: _____ Provider listed No: _____

Name of Assistant: _____ Signature: _____

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

Date and time: ____/____/____

Type of severe complications:

Type of severe complications: Heavy bleeding requiring blood transfusion.
 Infection requiring hospitalization with IV antibiotics.
 Uterine/ abdominal injury requiring laparotomy.
 Other complication (specify) _____

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

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

Date of follow up: ____/____/____

Blood pressure: _____ Pulse: _____ Temperature: _____ Respiration Rate: _____

PA tenderness: Yes No

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

P/V Examination: Uterine size (weeks): _____ OS Closed: Yes No
 Other relevant finding (if any): _____

Status on F/ up: Complete Incomplete

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

Contraceptive provided on follow up: Minilap NSV Implant IUCD
 Depo Provera Pills Condom None Others _____

Name of Service Provider: _____ Signature: _____

12. Client Consent Form

अनुसूची १२
(नियम १८ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)
सेवाग्राहीले दिने मञ्जूरीनामाको ढाँचा

सुरक्षित गर्भपतन सेवाको आवश्यकता, गर्भपतनका विविध प्रतिधि, गर्भपतन सेवामा अन्तर्निहित जोखिम, त्यसका विकल्पहरू र यसबाट हुने फाइदा, बेफाइदा लगायतका प्राथमिक एवं व्यवहारिक पक्षमा पूर्ण परामर्श प्राप्त भएकोले सेवा प्राप्त गर्ने सुरक्षित मातृत्व तथा प्रजनन स्वास्थ्य अधिकार नियमावली, २०७७ को नियम १८ को उपनियम (१) बमोजिम सम्बन्धित गर्भवती महिला वा निजको संरक्षक वा माधवरको हतियतले यो मञ्जूरीनामा सेची लागई स्वास्थ्य संस्था वा स्वास्थ्यकर्मीलाई दिएको छ ।

मञ्जूरीनामा दिने

सेवाग्राहीको-	संरक्षक वा माधवरको -
नाम, यर:	नाम, यर:
ठेगाना:	ठेगाना:
उमेर:	उमेर:
शिक्षा:	शिक्षा:
दस्तावेज:	दस्तावेज:
औंठा छाप:	औंठा छाप:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
दस्तावेज:	
Note Section	

HMIS 3.8: प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता सेवा रजिष्टर (Reproductive Health Morbidity Service Register)

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

रजिष्टरको नमूना :

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

सेवा रजिष्टर

उपचार विधि	स्तन क्यान्सर								आङ्खस्ने समस्या										फिस्टुला						सेवा प्रदायकको नाम, थर	कैफियत			
	स्क्रीनिङ विधि		पहिचानका नतिजा		Referred	पहिचान				उपचार / व्यवस्थापन						पहिचान		उपचार/ व्यवस्थापन											
	Ablative treatment	LEEP	Other	Clinical breast examination		USG	Mammogram	Normal	Suspicious	Institution/ Department	Stage 0	Stage 1 and 2	Stage 3	Stage 4	Vault Prolapse	Kegel Exercise	Ring pessary	VH&PR	Other	Referred for surgery	Normal	Suspected fistula	VF repair	RVF repair			VF with RVF repair	Urethra vaginal fistula repair	Other	Referred
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	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	
१	२	३	४	५	६	७	८		१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	

रजिष्टरभर्नेतरिका:

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

			लागि दोहोर्याई (फलोअप) आएमा पुरानो महलमा सुरूको दर्ता (नयाँ दर्ता हुदाँको) नम्बर लेखनुपर्दछ।
४-६	मिति (गते/महिना/साल)		सेवा प्रदान गरेको गते महिना र साल यस महलमा लेखनुपर्दछ।
७-८	सेवाग्राही महिलाको नाम, थर		सेवाग्राही महिलाको पुरा नाम, थर सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ।
९	जात/जातिको (कोड)		यस महलमा सेवाग्राहीको जातजाती यकिन गरी (रजिस्टरमा उल्लेख भए अनुसार), त्यही समूहको कोड न लेख्नु पर्दछ। जस्तै ०१,०२..
१०	उमेर		सेवाग्राही महिलाले पुरा गरेको उमेर यस महलमा लेखनुपर्दछ।
११-१३	सेवाग्राहीको ठेगाना		सेवा लिन आउने सेवाग्राहीको हालको ठेगाना(जिल्ला, नगर,गाउँ/पालिका, टोलको नाम) सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ।
१४	सम्पर्क नं		सेवाग्राही वा निजको नजिकको ब्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेखनुपर्दछ।
१५-२४	पाठेघरको मुखको क्यान्सर	स्क्रीनिङ्ग बिधी (महल १५-१७)	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको पत्ता लगाउन Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) गरिएमा महल १५ कोड १ मा, Human Papilloma Virus DNA ,गरिएमा महल १६कोड२मा र Papsmear and other गरिएमा महल १७ कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
पाठेघरको मुखको क्यान्सरको पहिचानको नतिजा (१८-२०)		पाठेघरको मुखको क्यान्सरको पत्ता लगाउन गरिएको स्क्रीनिङ्गबाट Negative भएमा महल १८ कोड १ Positive भएमा महल १९ कोड २ र Suspected cancer भएमा महल २० कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।	
Confirmatory diagnosis (महल २१)		Confirmatory diagnosis का लागि colposcopy± Biopsy गरिएको भएयस महलको कोड १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।	
उपचार बिधी (महल नं २२-२४)		पाठेघरको मुखको क्यान्सर भएका सेवाग्राही महिलाको उपचार Ablative treatment (Cryotherapy , thermal ablation -Thermo-coagulation / cryotherapy) विधिबाट गरिएमा महल २२ कोड १ मा LEEP विधिबाट उपचार गरिएमा महल २३ कोड २मा र कोड १ र कोड २ बाहेक अन्य उपचार भएमा महल २४ कोड ३ गोलो लगाउनु पर्दछ।	
२५-३०	स्तन क्यान्सर	पहिचान बिधी (महल २५-२७)	सेवाग्राही महिलामा स्तन क्यान्सर भए नभएको पत्ता लगाउन Clinical breast examination गरेमा महल २५ कोड १, USG गरेमा महल २६ कोड २ र Mammogram गरेमा महल २७ कोड ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
पहिचानको नतिजा (महल २८-२९)		स्तन क्यान्सर पत्ता लगाउन गरिएको जाँच/परीक्षणबाट नजिता Normal भएमा महल २८कोड १ र स्तन क्यान्सरको शंका (Suspicious) भएमा महल २९ कोड २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।	
Refer (महल ३०)		शंकास्पद स्तन क्यान्सरको पहिचान भई उपचारका लागि उपचार सेवा उपलब्ध भएको स्वास्थ्य संस्थामा वा सोही संस्थाको सम्बन्धित विभागमा प्रेषण गरिएमा महल ३० मा प्रेषण गरीएको संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ।	
३१-४०	आड खस्ने समस्या	पहिचानको नतिजा (महल ३१-३५)	सेवाग्राही महिलामा आड खस्ने समस्या भए नभएको पत्ता लगाउन जाँच / परिक्षण गर्दा Stage 0भएमा महल ३१ कोड १मा, Stage 1and Stage 2 भएमा महल ३२कोड २ मा, Stage 3 भएमा महल ३३ कोड ३ मा Stage 4 भएमा महल ३४ कोड ४ र Vault Prolapse भएमा महल ३५कोड ५ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
उपचार/ ब्यबस्थापन (महल ३६-४०)		आड खस्ने समस्या भएका सेवाग्राही महिलालाई Kegel Exercise गर्ने सल्लाह दिइएमा महल ३६ कोड १ मा Ring Pessary राखेमा महल ३७ कोड २ मा Vaginal Hysterectomy with Pelvic Floor Repair गरेमा महल ३८ कोड नं ३ मा Vaginal Hysterectomy with Pelvic Floor Repair वाहेक अन्य विधिबाट Surgical management गरेमा महल ३९ कोड ४ र उपचार व्यवस्थापनका लागी प्रेषण गरेमा महल ४० कोड ५ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।	
४१-	फिस्टुला	पहिचानको नतिजा (महल ४१-४२)	सेवाग्राही महिलामा फिस्टुला भए नभएको पत्ता लगाउन गरिएको परीक्षणबाट सामान्य भएमा कोड १ र संभावित फिस्टुला (Suspected fistula) भएमा कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।

४८	उपचार /ब्यवस्थापन (महल ४३-४८)	फिस्टुला भएका महिलाको VVF repair गरिएमा महल ४३ कोड १ मा, RVF repair गरिएमा महल ४४ कोड २ मा, Uretric implantation गरिएमा महल ४५ कोड ३ मा, Urethro vaginal fistula repair गरिएमा महल ४६ कोड ४ मा, VVF with RVF repair गरिएमा महल ४७ कोड ५ मा र शल्यक्रियाका लागि सुविधायुक्त स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेमा महल ४८ कोड ६ मा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
४९	स्वास्थ्य प्रदायकको नाम	सेवा प्रदायकको नाम यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
५०	कैफियत	केहि कैफियत भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

४. सामुदायिक सेवा

4. Community Services

HMIS ४.१: गाउँघरक्लिनिक रजिष्टर

HMIS ४.२: महिलासामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका सेवा रजिष्टर

HMIS ४.३: राष्ट्रियभिटामिन ए कार्यक्रम रजिष्टर

HMIS ४.४: स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर

HMIS 4.1: गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर (ORC Register)

गाउँघर क्लिनिकमादिइएका सेवाहरू स्वास्थ्यशिक्षा, परिवार नियोजन, मातृ शिशु सेवा, समुदायमाआधारित बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन, पोषण तथा सामान्यउपचारहरूको अभिलेख यस रजिष्टरमा राखिन्छ । यस रजिष्टरमानिम्नानुसार ८ खण्डहरू रहेका छन् :

- जा गाउँघर क्लिनिक सेवादत्तारजिष्टर
- दा नवजातशिशु तथाबालरोगको एकीकृतव्यवस्थापन सेवा -२ महिनाभन्दाकम उमेरका बिरामीशिशुहरूको व्यवस्थापन
- घा नवजातशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा -२ महिनादेखि ५ वर्षमुनिका बिरामीबच्चाको व्यवस्थापन
- द्वा २ वर्षमुनिकाबालबालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा
- छा सुरक्षितमातृत्व सेवा
- टा परिवार नियोजन सेवा
- ठा प्राथमिक/सामान्यउपचार सेवा
- डा स्वास्थ्यशिक्षातथा परामर्श सेवा

स्वास्थ्य संस्थाले सञ्चालन गर्ने सबै गाउँघर क्लिनिककालागि एउटै रजिष्टरप्रयोग गर्नुपर्दछ । प्रत्येकमहिना गाउँघर क्लिनिक संचालन गरीसकेपछि यो रजिष्टरस्वास्थ्य संस्थामा नै ल्याएर राख्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिकमाआएका सम्पूर्ण सेवाग्राहीहरूलाई सर्वप्रथम गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको दर्ता खण्ड (पहिलो खण्ड) मादर्ता गरी सम्बन्धित सेवाको किसिमअनुसार छुट्याइएको छुट्टै पानामादिइएको सेवा सहितको विवरण भर्नु पर्दछ । गाउँघर क्लिनिकको कार्यबोझ थाहापाउन रजिष्टरको पहिलो (४.११) खण्डले सहयोग गर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिकमादिइएको २ वर्षमुनिकाबच्चाको वृद्धि अनुगमन सेवा, मातृ तथाशिशु स्वास्थ्य सेवा (गर्भवतीजाँच, सुत्केरी जाँच) र परिवार नियोजन सेवा (पिल्स/डिपो) को विवरण गाउँघर क्लिनिकसकिएपछि सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा रहेको २ वर्षमुनिकाबच्चाहरूकालागिपोषण रजिष्टर(HMIS 2.3),मातृ तथाशिशु स्वास्थ्य सेवारजिष्टर(HMIS 3.6)र पिल्स/डिपो सेवारजिष्टर(HMIS 3.2)माअद्यावधिक गर्नुपर्दछ । गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको दर्ता खण्डको मिति लेख्नुपर्ने खाली ठाउँमा मिति (गते/महिना/साल) र गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानको खाली ठाउँमा स्थानउल्लेख गर्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिकमा गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरका साथै निम्नानुसारका फारामहरू पनिअनिवार्य रूपमा लैजानुपर्दछ:

- HMIS 1.2स्वास्थ्य सेवा कार्ड
- HMIS 1.4प्रेषण/स्थानान्तरण पुर्जा
- HMIS 1.6समायोजन फाराम
- HMIS 2.1बाल स्वास्थ्य कार्ड
- HMIS 3.1परिवार नियोजन सेवा कार्ड
- HMIS 3.5मातृतथानवशिशु स्वास्थ्य कार्ड
- HMIS 5.1औलौ, कुष्ठ र कालाजार नमुना संकलनफाराम
- HMIS 6.1क्षयरोगखकार परीक्षण अनुरोध तथानतिजा

रजिस्टरको नमुना :

४.११ गाउँघर क्लिनिकदत्ता रजिस्टर

HMS 4.1

गाउँघर क्लिनिक दत्ता रजिस्टर												
मिति: ... / ... / २० ... (गाम/सा)					गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:							
क्र.सं.	दत्ता नम्बर		नाम	थर	जाति/जाति कोड	उमेर		ठेगाना		संघ/किसिम	संयुक्त हिंसा	
	नयाँ	पुरानो				महिना	पुरुष	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.			
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	

४.१२ दुई महिनाभन्दाकम उमेरका बिरामी शिशुहरुको व्यवस्थापन

२ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुहरुको व्यवस्थापन																					
मिति: ... / ... / २० ... (गाम/सा)										गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:											
क्र.सं.	आएको मिति		उमेर/हप्ता	जाति कोड	कसरी आएको	कोड	शिशुको जीव गर्दा पाइएका विवरहरु				वर्णिकरण	कोड	उपचार	कोड	शिशुको उपचार गरे अन्तमाई सरलाह	कोड	आमाको स्वास्थ्य सरलाह	कोड	फरसोअप नतिजा	कोड	कैफियत
	मिति	शिशुको नाम					तौल के जी	विवरहरु													
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	

४.१३ दुई महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाहरुको व्यवस्थापन

२ देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाहरुको व्यवस्थापन																					
मिति: ... / ... / २० ... (गाम/सा)										गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:											
क्र.सं.	आएको मिति		उमेर/महिना	जाति कोड	कसरी आएको	कोड	रोगको मुख्यद्वन्द्व				वर्णिकरण	कोड	उपचार	कोड	आमाको स्वास्थ्य सरलाह	कोड	फरसोअप नतिजा	कोड	कैफियत		
	मिति	बच्चाको नाम					तौल के जी	कडा रोगका विवरहरु	क्षय प्रभाव	झाडा पराङ्ग										पोषणको स्थिति	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	

४.१४ दुई वर्षमुनिकाबाल-बालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा

HMS 4.1

२ वर्ष मुनिका बालबालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा														
मिति: ... / ... / २० ... (गाम/सा)					गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:									
गाउँघर दत्ता नं.	सेवा दत्ता नं.		बालबालिकाको			तौल (उमेर अनुसारको वृद्धि)			जन्मेको ६ महिना सम्म स्तनपान मात्र		६ महिनापछि स्तनपान साथै थप खाना शुद्ध		सर्लाह/ परामर्श/ रेफर	कैफियत
	पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर	उमेर (महिनामा)	सामान्य	जाडिन	अति जाडिन	मर्राको	ननाराको	मर्राको	ननाराको		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५

४.१५ सुरक्षितमातृत्व सेवा

सुरक्षित मातृत्व सेवा																									
मिति: ... / ... / २० ... (ग/म/सा)												गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:													
गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	शिशुको				Gravida	Parity	आखिरी रजस्वला अण्डको पहिलो दिनको (LMP) मिति			शिशुको जन्म		शिशुको स्वास्थ्य			शिशुको विकास			उपचार/सल्लाह/परामर्श/पेन्स	केबिचर					
		पहिलो पटक	थप पटक	नाम	थर			जन्मी कोष	उमेर	आ	आ	आ	महिना	पटक	जन्म	दोहोलाई	शिशुको अन्तर्गत	शिशुको अन्तर्गत			शिशुको अन्तर्गत	शिशुको अन्तर्गत			
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	

४.१६ परिवार नियोजन सेवा

HMIS 4.1

परिवार नियोजन सेवा												
मिति: ... / ... / २० ... (ग/म/सा)						गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:						
गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	सेवाग्राहीको			उमेर	परिवार नियोजन साधन वितरण						
		नाम	थर	उमेर (वर्षमा)		कण्डम (रीट)	पिल्स (साइकल)	रिपोज (डोज)	सायना पेस (डोज)	आकस्मिक पक्की (डोज)		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	

४.१७ प्राथमिक/सामान्यउपचार सेवा

HMIS 4.1

प्राथमिक उपचार सेवा						
मिति: ... / ... / २० ... (ग/म/सा)				गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने स्थान:		
गाउँघर दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	सेवाग्राहीको			मुख्य समस्या	उपचार/ परामर्श/ रेफर
		नाम	थर	उमेर (वर्षमा)		
१	२	३	४	५	६	७

४.१८ स्वास्थ्यशिक्षातथा परामर्श सेवा

HMIS 4.1

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

रजिष्टर भर्नेतरिका

४.१९ गाउँघर क्लिनिकदर्ता रजिष्टर

मिति: गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	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 क्लिनिकको पहिलो सेवाग्राहीलाई दर्ता गर्दा क्र.सं १८ लेखी क्रमशः 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 मात्र यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

५	जात/जाति कोड	सेवा लिन व्यक्तिको जात/जातिको सम्बन्धित कोड यस महलमा लेखनुपर्दछ।
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 लेखनुपर्दछ।
८, ९	ठेगाना	सेवा लिन आएको व्यक्तिको हाल बसोवास गरेको नगर/गाउँपालिका को 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 लेखनुपर्दछ। 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 महिनाभन्दाकम उमेरका बिरामीशिशुहरूको व्यवस्थापन

गाउँघर क्लिनिकमा बिरामीभई आएका २ महिनाभन्दाकम उमेरका शिशुहरूलाई दिइएको समुदायमा आधारित नवजातशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको यस भागमा राखिन्छ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएको मिति लेख्नुपर्दछ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ।

महलनं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्या प्रत्येक महिना १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	गाउँघर क्लिनिकदर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ।
२-४	आएको मिति	बिरामीशिशु सेवालिनआएको मितिमहल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ।
	शिशुको नाम	बिरामीशिशुको नाम र थर महल नं. ३ र ४ को सम्बन्धितखाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ।
	शिशुको आमाको नाम	बिरामीशिशुको आमाको नाममहल नं. ३ र ४ को सम्बन्धितखाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ।
	शिशुकोलिङ्ग	बिरामीवच्चाको महल नं ३ अनुसारको लिङ्गमहल नं. ४ मामहिलाभए १ र पुरुषभए २ मागोलो लगाउनुपर्दछ।
५, ६	जाति कोड	बिरामीशिशुको जाति कोड महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ।
	उमेर हप्तामा	बिरामीशिशुको उमेर पूरा भएको हप्तामामहल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ। यदिशिशुको उमेर १हप्तापनिनपुगेको भएशिशुले पूरा गरेको दिन लेखी सो को मुनि७ लेख्नुपर्दछ। जस्तै ५ दिनको शिशुको उमेर लेख्दा ५/७ लेख्नुपर्दछ।
	तौल (के.जी.मा)	बिरामीशिशुको तौल(के.जी.मा)महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ।
	तापक्रम (सेन्टिग्रेडमा)	बिरामीशिशुको तापक्रम सेन्टिग्रेडमा महल नं. ६ मा लेख्नुपर्दछ।
७, ८	कसरी आएको, कोड	बिरामीशिशु आफैँ आएको भएमहल ८ को कोड नं. १मा, म.स्वा.स्व.से. ले प्रेषण गरी सेवालिनआएको भएमहल ८ कोड नं. २ मागोलो लगाउनु पर्दछ।
९, १०	शिशुको जाँचगर्दा पाइएकाचिन्हहरू	बिरामीशिशुलाई परीक्षण गर्दा महल ९ मा देखिएकाचिन्हतथा लक्षणहरू अनुसार महल ९ र १० को कोड नं १ देखि १२ सम्म सम्बन्धितचिन्हको कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। शिशुको सासदर टाइमरको सहायताले गणना गरी सँगैको खाली ठाउँमा प्रतिमिनेटको सास दर लेख्नुपर्दछ।
११, १२	वर्गीकरण, कोड	महल ९ मा देखिएकाचिन्हहरू अनुसार IMNCIप्रोटोकलबमोजिममहल नं. ११ को उपयुक्तवर्गीकरणहरू सुनिश्चित गरी वर्गीकरण अनुसारको सम्बन्धितमहल नं. १२ को कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
१३, १४	उपचार, कोड	महल ११ मागरिएको वर्गीकरण अनुसार महल नं. १३ को उपयुक्तउपचार सुनिश्चित गरी औषधितथाउपचार अनुसारको सम्बन्धितमहल नं. १४ को कोडमा गोलो लगाउनुपर्दछ। यदिजेन्टामाइसिन सुई लगाउनुपर्ने भएमामहल १३ को जेन्टामाइसिन सुईको मात्राअनुसारको १ देखि ७माजुनमात्राहो, सोही अङ्कमागोलो लगाउनु पर्दछ।
१५, १६	शिशुको उपचारवारे	आमातथाशिशुलाई दिनुपर्ने महल नं.१५ अनुसारका आवश्यक सल्लाहहरू दिई उक्त सल्लाहको

महलनं.	महलशीर्षक	निर्देशन
	आमालाई सल्लाह, कोड	महलनम्बर १६ को कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ । उक्त सल्लाह एक भन्दा बढी पनिहुन सक्दछन् ।
१७,१८	आमाको स्वास्थ्य सल्लाह, कोड	शिशुको आमालाई महल १७वमोजिमको स्वास्थ्य सेवादिई, दिएको सेवा/सल्लाहअनुसारको महलनम्बर १८ को कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
१९,२०	फलोअप नतिजा, कोड	शिशु फलोअपमाआएको मितिमहलनम्बर १९ र २० को खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ । साथै महलनम्बर १९ अनुसारको नतिजा सुनिश्चित गरी महल २० को उपयुक्त कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
२१	कैफियत	अन्यकेही कुरा जनाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

४.१३दुई महिनादेखि ५ वर्षमुनिका बिरामीबच्चाहरूको व्यवस्थापन

गाउँघर क्लिनिकमा बिरामीभई आएका २ महिनादेखि ५ वर्षमुनिकाबालबालिकाहरूलाई दिइएको नवजातशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सम्बन्धी सेवाको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको यस भागमा राखिन्छ ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएको मिति लेख्नु पर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.स.	हरेकमहिना सि. नं. १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
	गाउँघरक्लिनिकदर्ता नम्बर	प्रत्येकआ. व. का लागि गाउँघर क्लिनिकदर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ ।
२, ३, ४	आएको मति	बिरामीबच्चाआएको मितिमहल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ ।
	बच्चाको नाम,थर	बिरामीबच्चाको नाम र थर महल नं. ३ र ४ को खाली ठाउँमा लेख्नुपर्दछ ।
	बच्चाको लिङ्ग	बिरामीबच्चाको महल नं ३ अनुसारको लिङ्गमहल नं. ४ मामहिलाभए १ र पुरुषभए २ मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
	जाति कोड	बिरामीबच्चाको थरको आधारमामहल नं.४ माजाति कोड लेख्नु पर्दछ ।
५, ६	उमेर महिनामा	बिरामीबच्चाको पूरा भएको उमेर पूरा भएको महिनामामहल नं. ६ मालेख्नु पर्दछ ।
	तौल के.जी.	बिरामीबच्चाको तौल(के.जी.मा)महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ ।
	तापक्रम सेन्टिग्रेड	बिरामीबच्चाको तापक्रम(सेन्टिग्रेडमा) महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ ।
७, ८	कसरी आएको, कोड	बिरामीबच्चाआफैआएको भएमहल ८ को १ मागोलो लगाउनु पर्दछ । बिरामीबच्चाआफै आएको भएमहल ८ को १मा र म. स्वा. स्व. से. ले प्रेषण गरी सेवालिनआएको भएमहल ८ को २ मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
९, १०	कडा रोगकाचिन्हहरू	महल९ माउल्लेख भएका कडा रोगकाचिन्हहरू (सुस्त, वेहोस, आमाको दूध र भोल कुरा पिउननसक्ने) मध्ये कुनै भएमा सम्बन्धितचिन्हको महल १० को कोड १ वा २ मागोलो घेरा लगाई महल १० को १ (छ) मागोलो लगाउनु पर्दछ । । यदि कडा रोगकाचिन्हहरू फेलानपरेमामहल १० को कोड २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
११, १२	शवासप्रशवास	शवासप्रशवास सम्बन्धी समस्या छ भने महल १२ मा रहेको कोड १ मागोलो लगाई महल ११ मा सास दर प्रतिमिनेटमा लेख्नुपर्दछ । कोखाहानेको भएमा सोको महल १२ मा रहेको कोड १ मागोलो लगाउनुपर्दछ । यदिशवासप्रशवाससम्बन्धी समस्यानभएमामहल १२ मा रहेको कोड २ मागोलो लगाई अन्यमूल्याङ्कनकालागि अगाडि बढ्नुपर्दछ ।
१३, १४	भाडापखाला	भाडापखाला सम्बन्धी समस्या छ भने महल १४ को कोड १ मागोलो लगाई महल १३ माकतिदिनदेखि भाडापखाला लागेको हो, सँगैको खाली ठाउँमा भाडापखाला लागेको अवधि (दिन) अंकमा लेख्नुपर्दछ । साथै महल १३ मा रहेका अन्यचिन्हहरूको मूल्याङ्कन गरी सोहीअनुसारको महल १४ का कोडहरूमा गोलो लगाउनुपर्दछ । भाडापखाला सम्बन्धी समस्यानभएमामहल १४ को कोड २ मागोलो लगाई अन्य समस्याहरूको मूल्याङ्कनकालागि अगाडि बढ्नुपर्दछ । भाडापखाला सम्बन्धी समस्याभएमात्र सो सँग सम्बन्धितमहल १३ का लक्षणहरू सोधीबिरामीको परीक्षण गर्नुपर्दछ ।
१५, १६	पोषणको स्थिति	महल १५ मा रहेका पोषण सम्बन्धीविभिन्नअवस्थाएवं स्थितिको मूल्याङ्कन गरी पाएको अवस्था

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		र अवस्थाहरूको महल १६ मा रहेको सम्बन्धित कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ । यस रजिष्टरमादर्ता भएका सम्पूर्ण बच्चाको पोषणको स्थिति मूल्यांकन गरी सोहीअनुसार वर्गीकरण गर्नुपर्दछ ।
१७, १८, १९, २०	वर्गीकरण	IMNCIप्रोटोकलवमोजिममहल नं. १७ र १९ को उपयुक्तवर्गीकरण सुनिश्चित गरी महल नं. १८ र २० का सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनुपर्दछ । यदिमहल १७ र १९माभएकावर्गीकरणहरूमा नपरेको अवस्थाभएमा२०को कोड १८ मा गोलो लगाउनुपर्दछ रअन्य भए खुलाउनेलेखिएको ठाउँमा रोगको वर्गीकरण लेख्नु पर्दछ ।
२१, २२	उपचार	महल १७ र १९मागरिएको वर्गीकरण अनुसार महल नं. २१ को उपयुक्तउपचार सुनिश्चित गरी प्रदानगरिएको औषधितथाउपचार महल २२ को सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
२१	प्रेषण	बच्चालाई प्रेषण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
२४, २५	आमालाई सल्लाह	बच्चाको अवस्थाअनुसार महल २४माभएका सल्लाहहरू दिइएको सल्लाहअनुसारको महल २५ को सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनु पर्दछ ।
२६, २७	फलोअप नतिजा	बच्चाफलोअपमाआएको मितिमहलनम्बर २६ को मिति लेखिएको खाली ठाउँमा गते/महिना/सालमा लेख्नुपर्दछ । साथै महलनम्बर २६अनुसारको उपयुक्तनतिजा सुनिश्चित गरी महल २७ को सम्बन्धित कोडमा गोलो लगाउनुपर्छ ।
२८	कैफियत	अन्यकेही कुरा खुलाउनु पर्ने भए यस महलमा लेख्नु पर्दछ । बच्चालाई रेफर गर्नुको कारण (जस्तै श्वास प्रश्वास, भाडापखाला वाअन्य) र विरामीबच्चाको मृत्यू भएको पाइएमा मृत्यू हुनुको कारण (श्वास प्रश्वास, भाडापखाल वाअन्य) समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

४.१४ दुई वर्षमुनिकाबाल-बालिकाको वृद्धि अनुगमन सेवा

गाउँघर क्लिनिकमावृद्धि अनुगमनकालागिआएका २ वर्षभन्दाकम उमेरका बाल-बालिकाहरूको वृद्धि तथापोषण अवस्थाको लेखाजोखा गरी परामर्श समेत दिएको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको यस खण्डमा राखिन्छ ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएको मिति लेख्नु पर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकदर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवादर्ता (४.११) बाट चढाउनु पर्दछ ।
२	पोषण सेवादर्ता नं. पहिलो पटक	वृद्धि अनुगमनकालागिपहिलो पटक आएको बच्चालाई दर्ता गरी नयां दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ । यो दर्ता नं. प्रत्येक आ.व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३	पोषण सेवादर्ता नं. थप पटक	वृद्धि अनुगमनकालागि दोहोर्चाएर आएको बच्चालाई बाल स्वास्थ्य कार्ड (HMIS 2.1) बाट पोषण सेवादर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४, ५	नाम, थर	महल ४ माबच्चाको नाम र महल ५ माबच्चाको थर लेख्नुपर्दछ ।
६	उमेर	यस महलमाबच्चाको पूरा गरेको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ ।
७, ८, ९	तौल (उमेर अनुसारको वृद्धि)	बच्चाको उमेरअनुसारको तौल लिँदातौल अनुगमन चार्टको सहायताले बच्चाको तौल सामान्य, जोखिमवाअति जोखिमजुन समूहमा पर्दछ, सोहीअनुसार महल नं. ७, ८ वा ९ मध्ये कुनै एक महलमा के.जी. मा लेख्नुपर्दछ ।
१०	MUAC	यस महलमाबच्चाको MUACमापन गरेर सो को स्कोर उल्लेख गर्नपर्दछ ।
११, १२	जन्मेको ६	बच्चा ६ महिना पूरा गरेपछि पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गर्न आउँदाआमालाई सोधी यो विवरण

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
	महिना सम्म स्तनपानमात्र	भर्नु पर्दछ । आमाले बच्चालाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपानमात्र गराएको भएमहल ११ को कोड १ मा र स्तनपानमात्रनगराई अन्य कुरा पनिखुवाएको भएमहल १२ को कोड २ मागोलो घेरा लगाउनु पर्दछ । यो विवरण ६ महिनापछिको पहिलो भेटमा १ पटक मात्रभर्नुपर्दछ ।
१३, १४	६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध-ठोस र नरम खाना सुरु	बच्चा ६ महिना पूरा गरेपछि पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गर्न आउँदाआमालाई सोधी यो विवरण भर्नु पर्दछ । यो विवरण ६ महिनापछिको पहिलो भेटमा १ पटक मात्रभर्नुपर्दछ ।
१६	कैफियत	स्वास्थ्य संस्थामापहिलो पटक पोषण सेवालिको सोही सेवा गाउँघरक्लिनिकमालिनआएमाबच्चाको कार्ड (HMIS-2.1) बाट स्वास्थ्य संस्थाको दर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ र यसैका आधारमा गाउँघर क्लिनिकको सेवा संस्थाको रजिस्टरको सम्बन्धितमहलमाअद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

नोट:गाउँघर क्लिनिकबाट पोषण सेवालिकावालकालिकारुको विवरण गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनगरिसकेपछि पोषण सेवा रजिस्टरमाअद्यावधिक गर्नु पर्दछ ।

४.१५ सुरक्षितमातृत्व सेवा

गाउँघरक्लिनिकमाजाँच गराउनआएकागर्भवतीतथा सुत्केरी महिलाहरूको जाँचएवं अवस्थाको लेखाजोखा गरी परामर्शसमेत दिएको विवरणको अभिलेख राख्न यस खण्डको प्रयोग गरिन्छ ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएको मिति लेख्नुपर्दछ ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकदर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवादर्ता (४.११) बाट चढाउनुपर्दछ ।
२	सेवादर्ता नं. पहिलो पटक	सुरक्षितमातृत्व सेवाकालागिपहिलो पटक आएकीमहिलालाई दर्ता गरी दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ । यो दर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
३	सेवादर्ता नं. थप पटक	सुरक्षितमातृत्व सेवाकालागि दोहोर्न्याएर आएकीमहिलालाई मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा कार्ड (HMIS 3.5)बाट सेवादर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४,५	नाम, थर	महल ४ मागर्भवतीमहिलाको नाम र महल ५ मा थर लेख्नुपर्दछ ।
६	जाति कोड	यस महलमागर्भवतीमहिलाको जातिको कोड लेख्नुपर्दछ ।
७	उमेर (वर्षमा)	यस महलमागर्भवतीमहिलाको उमेर पूरा गरेको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
८	Gravida	गर्भ जाँचकालागिआएकीगर्भवतीमहिलालाई हालको गर्भ उनको कतिऔं गर्भ हो, सोधी सो गर्भसङ्ख्या यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
९	Parity	गर्भ जाँचको लागिआएकीगर्भवतीमहिलालाई हालसम्मउनीकति पटक सुत्केरी भएकी छिन, सो कुरा सोधी यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०, ११, १२	आखिरी रजस्वलाभएको पहिलो दिनको (LMP)मिति	गर्भ जाँचको लागिआएकीगर्भवतीमहिलालाई उनको अन्तिम पटक महिनावारी कहिले भएको सोको मितिमहल १०, ११, १२ माक्रमश:गते, महिना, सालमाउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१३	गर्भवतीजाँच (हप्ता)	गर्भवतीमहिलागर्भ जाँच गराउनआएको बेलाउनको गर्भ कतिऔं हप्ताकोहो, उक्त कुरा सुनिश्चित गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१४	गर्भवतीजाँच (पटक)	गर्भवतीमहिलाले गर्भ जाँच गराएको हालको यो कतिऔं पटक हो, उक्त कुरा यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै : पहिलो पटक भए १, दोस्रो पटक भए २, लेख्नुपर्दछ ।
१५	जुकाको औषधिवितरण (मिति)	गर्भ जाँच गराउनआएकीमहिलालाई यो जाँचको बेलाजुकाको औषधिदिएको भएमामितिउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१६, १७	आइरन चक्कीवितरण सङ्ख्या	गर्भवतीमहिलालाई यस पटक दिइएको आइरन चक्कीको सङ्ख्यायदिपहिलो पटक भएमहल १६ र थप पटक भएमहल १७मा सङ्ख्याउल्लेख गर्नुपर्दछ । (यदिगर्भवतीमहिलाले हालको गर्भमाकुनै स्वास्थ्य संस्थाबाट आइरन चक्कीखाइरहेको भएमहल १७मा कहाँबाट प्राप्त गरेको हो, संस्थावा म.स्वा. से. लेख्नुपर्दछ ।)
१८	गर्भवतीमहिलाको	गर्भवतीमहिलालाई जाँचगर्दा कुनै जटिलता पाइएमा यस महलमाउक्त जटिलताको उल्लेख

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
	अवस्था	गर्नुपर्दछ
१९	सुत्केरी भएका (.....) औंदिन	सुत्केरी जाँचगर्दाको दिन सुत्केरी भएको २४ घण्टाभित्रको छ भने “२४ घण्टाभित्र” र २४ घण्टापछि भएकतिऔं दिनहो, सो दिन यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ। जस्तै : सुत्केरी भएको आज तेस्रो दिनहो भने ३ लेख्नुपर्दछ।
२०	वितरण गरिएको आइरन चक्की सङ्ख्या	सुत्केरी महिलालाई यस पटक दिइएको आइरन चक्कीको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
२१	भिटाभिन ए वितरण	सुत्केरी महिलालाई यस पटक भिटाभिन ए वितरण गरिएको भएमहल २१ मा को कोड १ मागोलो लगाउनुपर्दछ।
२२	सुत्केरी महिलाको अवस्था	सुत्केरीपछि महिलालाई जाँचगर्दा कुनै जटिलता पाइएमा यस महलमाउक्त जटिलताको उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२३	नवजातशिशुको जाँच	यस महलमानवजातशिशुको जाँचभए/नभएको उल्लेख गर्नुपर्दछ।
२४	उपचार/सल्लाह/परामर्श र प्रेषण	सेवाग्राहीमहिलालाई दिइएको उपचार र सल्लाह परामर्श र प्रेषणको विवरण यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
२५	कैफियत	स्वास्थ्य संस्थामा सुरक्षितमातृत्व सेवाकालागिदर्ता भइसकेका महिलाहरु गाउँघर क्लिनिकमा सोही सेवालिन दोहोर्न्याई आएमामातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (३.५) बाट स्वास्थ्य संस्थाको सेवादर्ता नम्बर यस महलमा चढाउनु पर्दछ। यसैको आधारमा गाउँघर क्लिनिकको सेवा संस्थाको रजिष्टरको सम्बन्धितमहलमाअद्यावधिक गर्नु पर्दछ। कुनै महिलाप्रोटोकलअनुसार ४ पटक गर्भ जाँच गराउनआएको भएपनि यस महलमाप्रोटोकलअनुसार ४ पटक भनीजनाउनु पर्दछ।

४.१६ परिवार नियोजन सेवा

गाउँघर क्लिनिकमा परिवार नियोजनको सेवादिएको विवरण गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको यस खण्डमा राखिन्छ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएको मिति लेख्नुपर्दछ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
१	गाउँघर क्लिनिकदर्ता नं.	गाउँघर क्लिनिकदर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवादर्ता ४.११) बाट चढाउनु पर्दछ।	
२	सेवादर्ता नं. पहिलो पटक	परिवार नियोजन सेवाकालागिपहिलो पटक आएको सेवाग्राहीलाई दर्ता गरी दर्ता नं. प्रदान गर्नुपर्दछ। योदर्ता नं. प्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।	
३	सेवादर्ता नं. थप पटक	परिवार नियोजन सेवाकालागि दोहोर्न्याएर आएको सेवाग्राहीलाई स्वास्थ्य सेवा कार्ड (HMIS 1.2) बाट सेवादर्ता नं. यस महलमा चढाउनुपर्दछ।	
४, ५	नाम, थर	महल ४ मा परिवार नियोजनको सेवाको लागिआएको सेवाग्राहीको नाम र महल ५ मा थर लेख्नुपर्दछ।	
६, ७	उमेर (वर्षमा)	सेवाग्राहीमहिलाभएमहल ६ र पुरुषभएमहल ७मा पूरा गरेको वर्षमा उमेर लेख्नुपर्दछ।	
८	परिवार नियोजनको साधनविवरण	कण्डम (गोटा)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको कण्डमको सङ्ख्या (गोटा) महल ८ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९		पिल्स (साइकल)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको पिल्सको सङ्ख्या (साइकल) महल ९ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१०		डिपो (डोज)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको डिपोको सङ्ख्या (डोज) महल १० मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
११		सायना प्रेस (डोज)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको सायना प्रेसको सङ्ख्या (डोज) महल ११ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१२		आकस्मिक चक्की (डोज)	सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको आकस्मिक चक्कीको सङ्ख्या (डोज) महल १२ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।

४.१७ प्राथमिक/सामान्यउपचार सेवा

गाउँघर क्लिनिकमादिइएकाप्राथमिकतथा साधारण उपचार सेवाहरू, जस्तै : प्राथमिकउपचार तथाअन्य सामान्यउपचारहरूकामुख्य समस्यातथाउपचार, परामर्श र रेफरको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको यस खण्डमा राखिन्छ। साथै गाउँघर क्लिनिकमा सेवालिनआएका क्षयरोग, कुष्ठरोग, औलौ रोग, कालाजार रोग का सम्भावित सेवाग्राहीहरूको रोग निक्क्यौलकालागिनमुना सङ्कलन गरी प्रयोगशालामा पठाउनुपर्दछ। तर ५ वर्षमुनिकाबाल-बालिकाहरूकालाई नवशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवादिनुपर्ने भएकाले यस सेवामा समावेश नगरी IMNCI सेवारजिस्टर(HMIS 2.4) को उमेर समूहअनुसारको अभिलेख गर्ने सम्बन्धित खण्डमा समावेश गर्नुपर्छ।

मिति : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएको मिति लेख्नुपर्दछ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	गाउँघर क्लिनिक दर्ता नम्बर	गाउँघर क्लिनिकदर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक सेवादर्ता (४.११) बाट चढाउनुपर्दछ।
२	सेवादर्ता नम्बर	हरेकआ.व.मा सेवादर्ता नम्बर १ बाट सुरुवात गर्नुपर्दछ।
३	सेवाग्राहीको नाम	सेवालिनआएको व्यक्तिको नाम यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
४	सेवाग्राहीको थर	सेवालिनआएको व्यक्तिको थर यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
५	सेवाग्राहीको उमेर	सेवालिनने व्यक्तिको यस महलमा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ।
६	मुख्य समस्या	प्राथमिकतथा साधारण उपचार सेवालिनआएका सेवाग्राहीको मुख्य समस्या सोधी यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्छ। यदि सेवाग्राहीले एकभन्दा धेरै समस्याहरू बताएयामुख्य एउटा समस्या स्वास्थ्यकर्मीले छनौट गर्नुपर्दछ।
७	उपचार, परामर्श र रेफर	प्राथमिकतथा साधारण उपचार सेवालिनआएका सेवाग्राहीको मुख्य समस्याअनुसार गरिएको उपचारमाऔषधीको प्रयोग गरेको भएमाऔषधीको नाम र परिमाण, परामर्श तथा रेफरको विवरण यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ। साथै क्षय, कुष्ठ, औलो तथाकालाजारका लागिगिनमुना सङ्कलनगरिएको विवरण पनि यसै महलमा लेख्नुपर्दछ।

४.१८स्वास्थ्यशिक्षातथा परामर्श सेवा

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएको दिनयदि समुदायवाविद्यालयमा स्वास्थ्यशिक्षाप्रदान गरेको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको यस खण्डमा राखिन्छ।

गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थान : गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनहुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.स.	हरेकआर्थिक वर्षका लागि १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
२, ३, ४	मिति	स्वास्थ्यशिक्षादिएको दिनको मितिगते महिना र सालमा लेख्नुपर्दछ।
५	स्वास्थ्यशिक्षागतिविधि संचालन स्थान (विद्यालय/समुदाय/अन्य)	गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएको दिनदिइएको स्वास्थ्यशिक्षाको स्थानयस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ। विद्यालय, समुदायवाअन्यकुन स्थानहो सोको नाम लेख्नुपर्दछ। जस्तै : विद्यालयमा दिइन्छ भने विद्यालयको नाम, आमा समूहमाभएआमा समूहको नाम र वडा नं., कुनै जाति समुदायमागरिएको भए सोही कुरा यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ।
६	स्वास्थ्यप्रवर्द्धनतथा स्वास्थ्यशिक्षागतिविधि/विषय	स्वास्थ्यप्रवर्द्धनवा स्वास्थ्यशिक्षा को के गतिविधिगरिएको हो वाकुनविषयमा स्वास्थ्यशिक्षादिइएको हो? यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ।
७	सहभागी सङ्ख्या	स्वास्थ्यशिक्षादिँदाको सहभागी सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ।
८	स्वास्थ्यशिक्षा सेवाप्रदायकको पुरा नाम थर	यस महलमा स्वास्थ्यशिक्षाप्रदान गर्ने प्रदायकको पुरा नाम र थर उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९	कैफियत	अन्यकेही कुरा जनाउनुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

HMIS 4.2: महिलासामुदायिक स्वास्थ्यस्वयंसेविकारजिष्टर(FCHV Register)

समुदायमामहिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाबाटसञ्चालनभएका सम्पूर्ण गतिविधिहरूको र आफ्नो कार्यक्षेत्रको आधारभूत सूचनाको अभिलेख राख्न यस रजिष्टरकोप्रयोग गरिन्छ। यस रजिष्टरमामा स्वा. स्व. से. ले गरेका कार्यहरूको १ आर्थिक वर्षअवधिसम्मको अभिलेख राखिन्छ।

रजिष्टरको नमुनातथाभर्ने तरिका:

कार्यक्षेत्रको आधारभूत सूचना

कार्यक्षेत्रमा पर्ने गाउँहरूको नाम:

१	४
२	५
३	६

विवरण	साल २०....
आमा समूहको बैठक बस्ने गते:	
आमा समूह सदस्य संख्या:	
कार्यक्षेत्रका जम्मा घरपरिवार संख्या:	
कूल जनसंख्या:	
१ बर्ष मुनिका बालबालिका संख्या	
५ बर्ष मुनिका बालबालिका संख्या	
गर्भवती महिलाको अनुमानित संख्या:	
६ देखी २३ महिनाका अनुमानित बालबालिका संख्या	
६ देखी ५९ महिनाका अनुमानित बालबालिका संख्या	
परिवार नियोजन सेवाको लक्षित संख्या:	
गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने गते /स्थान:	
खोप क्लिनिक संचालन हुने गते र स्थान:	

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

आमा समूहको बैठक (आ. व. २०७/७.....)

आमा समूहको बैठक (आ.व. २०...../.....)

बैठक मिति:	बैठक मिति:	बैठक मिति:	बैठक मिति:
सहभागी संख्या:	सहभागी संख्या:	सहभागी संख्या:	सहभागी संख्या:
छलफल गरेका विषयहरू:	छलफल गरेका विषयहरू:	छलफल गरेका विषयहरू:	छलफल गरेका विषयहरू:
१.	१.	१.	१.
२.	२.	२.	२.
३.	३.	३.	३.
सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नाम:	सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नाम:	सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नाम:	सहभागी स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

प्रत्येकमहिनामाआमा समूहको एउटा बैठक हुन सक्ने सम्भावनालाई विचार गरेर यस भागमा१ वर्षका लागिपुग्ने गरी १२ वटा कोठा राखिएकाछन्। प्रत्येकमहिनामाआमा समूहको बैठक वसेको मिति, सहभागीसङ्ख्या र छलफल

गरिएकामुख्य ३ वटा विषयमात्र स्वास्थ्यकार्यकर्ताआफैले लेखिदिनुपर्छ। स्वास्थ्यकार्यकर्ताउपस्थितहुननसकेको बैठकमा लेख्न जान्ने कुनै व्यक्तिद्वारा अभिलेख राख्ने व्यवस्थामिलाउनुपर्दछ।

मातृतथानवजातशिशुसम्बन्धीविवरण

मातृ तथा नवजात शिशु सम्बन्धि विवरण

क्र.सं.	मिति			गर्भवती महिलाको		अन्तिम रजस्वला भएको (LMP) (ग.म.सा.)			प्रसृतिको अनुमानित मिति (EDD) (ग.म.सा.)			जीवन सुरक्षा परामर्श दिएको		स्वास्थ्य संस्थामा गर्भ जाँच गरेको पटक (औं हप्तामा)									
	गते	महिना	साल	नाम, थर	उमेर	गते	महिना	साल	गते	महिना	साल	छ	छैन	१२ हप्ता सम्म	१६ हप्ता सम्म	२०-२४ हप्ता	२८ हप्ता	३२ हप्ता	३४ हप्ता	३६ हप्ता	३८-४० हप्ता	अन्य	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१	१	१	१	१	१	१	१	१	१
														१	२	१	१	१	१	१	१	१	१
														१	२	१	१	१	१	१	१	१	१

आईडन चक्की*				सुत्केरी पश्चात भिटामिन ए.		प्रसृति भएको स्थान*			शिशुको जन्म अवस्था*		स्वास्थ्यकर्मीले नवजात शिशु संगै सुत्केरी महिलाई जाँच गरेको*					परिवार नियोजन साधन प्रयोग गरेको*		कैफियत
गर्भावस्थामा १८० चक्की		सुत्केरी पश्चात ४५ चक्की		पाएको	नपाएको	घर	संस्था	अन्य	जीवित	मृत	२४ घण्टा भित्र	३ दिनमा	७-१४ दिनमा	१२ दिनमा	अन्य	गरेको	नगरेको	
२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२		३३	३४	३५	३६	३
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	

गर्भे तरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्याप्रत्येक आ.व. मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राहीअनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
२,३,४	मिति	गर्भवतीमहिलालाई पहिलो पटक भेट गर्दाको मितिमहल २ मागते, महल ३ मामहिना र महल ४ मा साल लेख्नुपर्दछ।
५,६	गर्भवतीमहिलाको नाम, थर र उमेर	प्रत्येकआ.व.का लागिदर्ता महल ५ मागर्भवतीमहिलाको नाम, थर एवं महल ६ माउनको उमेर पूराभएको वर्षमा लेख्नुपर्दछ।
७,८,९	आखिरी रजस्वलाभएको पहिलो दिनको (LMP)मिति	गर्भवतीमहिलालाई उनको अन्तिम पटक महिनावारी कहिले भएको सोको मितिमहल७, ८, ९ माक्रमशःगते, महिना, सालमाउल्लेख गर्नुपर्दछ।
१०,११,१२	प्रसवअनुमानित(EDD)मिति	गर्भवतीमहिलाको अन्तिम पटक महिनावारी भएको मिति(LMP) काआधारमाउनको अनुमानित प्रसव मिति(EDD) निकालीवामातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य कार्ड (HMIS 3.5) बाट उतारी महल १०,११,१२ माक्रमशःगते, महिना, सालमाउल्लेख गर्नुपर्दछ।
१३,१४	जीवन सुरक्षा परामर्श दिएको	गर्भवतीमहिलालाई जीवन सुरक्षासम्बन्धी परामर्श दिएको भएमहल १३ को १ मा र नदिएको भएमहल १४ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ।
१५-२३	स्वास्थ्य संस्थामागर्भ जाँच गरेको पटक (औं महिनामा)	गर्भवतीमहिलालाई सोधेर वाउनले गर्भ जाँच गराएको कार्ड हेरेर उनले कुन-कुनहप्तामागर्भ जाँच गराएकी छिन, सोहीअनुसार महल नं. १५देखी२३ सम्ममा रहेको १ मागोलो लगाउनुपर्दछ। महल १५ देखि २२ सम्म उल्लेख भएकाहप्ताबाहेक अन्यमहिनामाजाँचाएको पाइएमामहल २३मामहिना अड्कमाउल्लेख गर्नुपर्दछ।
२४, २५	आईडन चक्कीगर्भावस्थामा १८० चक्की	गर्भवतीमहिलाले गर्भावस्थामा १८० चक्कीआईडनपाएको भएमहल २० को पाएको १ मा र नपाएको भएमहल २१ को नपाएको २ मागोलो लगाउनुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		उक्तविवरण गर्भावस्थाको अन्तिम महिनापछि सोधीभर्नुपर्दछ ।
२६, २७	आइरनचक्की सुत्केरीपछि ४५ चक्की	सुत्केरी महिलाले सुत्केरीपछि ४५ चक्कीआइरनपाएको भएमहल २२ को पाएको १ मा र नपाएको भएमहल २३ को नपाएको २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । उक्तविवरण सुत्केरी भएपछि सोधीभर्नुपर्दछ ।
२८, २९	सुत्केरीपश्चात् भिटामिन ए	सुत्केरी महिलाले सुत्केरीपछि भिटामिन ए पाएको भएमहल २४ को पाएको १ मा र नपाएको भएमहल २५ को नपाएको २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । उक्तविवरण सुत्केरी भएपछि सोधीभर्नुपर्दछ ।
३०, ३१, ३२	प्रसूतिभएको स्थान	महिला सुत्केरी भएको स्थान घर वा संस्थाभएक्रमशः २६ को १ वा स्वास्थ्य संस्थाभए २७ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । यदिअन्य स्थानभएमहल २८ मा स्थानउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३३, ३४	शिशुको जन्मअवस्था	शिशु जन्मने बेलाजीवितभएमहल२९ को १ मा र मृत भएमहल ३० को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
३५- ३९	स्वास्थ्यकर्मीले नवजातशिशुसँगै सुत्केरीलाई जाँच गरेको	स्वास्थ्यकर्मीले नवजातशिशुसँगै सुत्केरीलाई कुन-कुन समयमाजाँच गरेको छ सोहीअनुसार २४ घण्टाभित्र भएमहल ३५ को १ मा, ३ दिनमाभएमहल ३६ को २ मा, ७ देखी १४ दिनमाभएमहल ३७ को ३ मा, ४२ दिनमाभएमहल ३८ को ४ मा र अन्य समयमाभएमहल ३९ को ५मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
४०-४१	परिवार नियोजनको साधनप्रयोग	सुत्केरी महिलाले परिवार नियोजनका साधनअपनाएको भएमहल ३५ को १ मा र जगरेको भएमहल ३६ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
३६	कैफियत	अन्यकेही कुरा जनाउनुपर्ने भए यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

मातृ मृत्यु विवरण

मातृ मृत्यु विवरण

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

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

गर्भे तरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्याप्रत्येक आ. व. मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राहीअनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	मृतकमहिलाको नाम	मृतकमहिलाको गर्भवतीअवस्थाप्रसवअवस्थातथा सुत्केरी भएको ४२ दिनभित्र मृत्यु भएको भए यस महलमानाम लेख्नुपर्दछ ।
३	उमेर (वर्षमा)	प्रत्येकआ. व. कालागिदता गरिएको मृतकमहिलाको उमेर पूराभएको वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
४, ५, ६	मृत्यु हुँदाको अवस्था	मृतकको मृत्यु हुँदाको अवस्थागर्भवतीभएमहल ४ को १, प्रसवभएमहल ५ को २ र सुत्केरी भएमहल ६ को ३ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।
७, ८, ९	मृत्यु भएको मिति	मृतकमहिलाको मृत्यु भएको मितिमहल७, ८, ९ माक्रमशःगते, महिना, सालमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०, ११, १२	प्रसूतिभएको स्थान	मृतकमहिला सुत्केरी भएको स्थान घर भएक्रमशः १० को १ वा स्वास्थ्य संस्थाभए ११ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ । यदिअन्य स्थानभएमहल १२ मा स्थानउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१३, १४,	मृत्यु भएको स्थान	मृतकमहिला मृत्यु भएको स्थान घर भएक्रमशः १३ को १ वा स्वास्थ्य संस्थाभए १४

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१५		को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ। यदिअन्य स्थानभएमहल १५ मा स्थानउल्लेख गर्नुपर्दछ।
१६	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनु पर्नेभए यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

नवजातशिशु मृत्यु विवरण

नवजात शिशु मृत्यु विवरण
(जन्मेको २८ दिन भित्र मृत्यु भएका नवजात शिशुको लागि मात्र)

क्र.सं.	मृतक नवजात शिशुको नाम	आमाको		नवजात शिशु जन्मेको मिति			बच्चा जन्मिएको स्थान*			बच्चा जन्मदाको अवस्था*				मृत्यु हुँदा शिशुको उमेर (दिनमा)	मृत्युको सम्भाव्य कारण*				मृत्यु भएको स्थान*			कैफियत
		नाम, थर	पूरा गरेको उमेर	गते	महिना	साल	घर	संस्था	अन्य	समय नपुगेको (३० हप्ता भन्दा कम)	कम तौल (२५०० ग्राम भन्दा कम)	सामान्य	अन्य		निसास्सिएको	शीताङ्ग	सङ्क्रमण	अन्य	घर	संस्था	अन्य	
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३
							१	२		१	२	३			१	२	३		१	२		
							१	२		१	२	३			१	२	३		१	२		
							१	२		१	२	३			१	२	३		१	२		

गर्ने तरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्याप्रत्येक आ. व.मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राहीअनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ।
२	मृतकनवजातशिशुको नाम, थर	नवजातशिशुको २८ दिनभित्रमृत्यु भएको भए यस महलमानाम, थर लेख्नु पर्दछ।
३,४	आमाको नाम, थर र उमेर	मृतकनवजातशिशुको आमाको नाम, थर महल ३ र उमेर (पूरा भएको वर्षमा) महल ४ मा लेख्नुपर्दछ।
५,६,७	नवजातशिशुको जन्मेकोमिति	मृतकनवजातशिशुको जन्ममितिमहल ५, ६, ७माक्रमशःगते, महिना, सालमाउल्लेख गर्नुपर्दछ।
८, ९, १०	बच्चाजन्मेको स्थान	मृतकनवजातशिशु जन्मेको स्थान घर भएमहल ८ को १ वा स्वास्थ्य संस्थाभए ९ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ। यदिअन्य स्थानभएमहल १० मा स्थानउल्लेख गर्नुपर्दछ।
११, १२, १३, १४	बच्चाजन्मदाको अवस्था	बच्चाजन्मदाको अवस्थायदि समय नपुगेको भए महल ११ को १, कमतौल भएमहल १२ को २ र सामान्यभएमहल १३ को ३ मागोलो लगाउनुपर्दछ। यदिअन्यभएमहल १४ माखुलाउनुपर्दछ।
१५	मृत्यु हुँदाशिशुको उमेर दिनमा	मृत्यु हुँदाशिशुको उमेर कतिदिनथियो?उक्तदिनको सङ्ख्या यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ।
१६, १७, १८, १९	मृतकशिशुको मृत्युका सम्भावित कारण	मृतकशिशुको मृत्युका सम्भावित कारणहरूमध्ये निसास्सिएको भएमहल १६ को १ मा, शीताङ्ग भएको भए १७ को २ मा र सङ्क्रमणभएको भए १८ को ३ मागोलो लगाउनुपर्दछ तर यी कारणहरूबाहेक अन्य कारणले मृत्यु भएको भएअन्यको महल १९ माखुलाउनुपर्दछ।
२०, २१, २२	मृत्यु भएको स्थान	मृतकशिशु मृत्यु भएको स्थान घर भएक्रमशः२० को १ वा स्वास्थ्य संस्थाभए२१ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ। यदिअन्य स्थानभएमहल२२मा स्थानउल्लेख गर्नुपर्दछ।
२३	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनु पर्नेभए यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

२८ दिनदेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूको मृत्यु विवरण

२८ दिन देखि ५९ महिना सम्मको बच्चाहरू मृत्यु विवरण

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

भर्ने तरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	क्रम सङ्ख्याप्रत्येक अ. व. मा १ बाट सुरु गरी सेवाग्राहीअनुसार क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	मृतकबच्चाको नाम, थर	मृतकबच्चाको नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
३	मृतकबच्चाकाआमा-बुबाको नाम, थर	मृतकबच्चाको आमाबाबुवा, जसको नामबाट गाउँमा चिनिन्छ, निजको पूरा नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
४, ५, ६	नवजातशिशुको जन्ममिति	बच्चाको जन्ममितिमहलक्रमशःगते, महिना, सालमा लेख्नु पर्दछ ।
७	मृत्यु हुँदाबच्चाको उमेर (महिनामा)	मृत्यु हुँदाबच्चाको उमेर महिनामा लेख्नुपर्दछ ।
८	मृत्युको सम्भावित कारण	बच्चाको मृत्युका सम्भावित कारणहरूमध्ये जे हो, सो उल्लेख गर्नुपर्दछजस्तै : निमोनिया, पखाला, आदि ।
९	कैफियत	अन्य कुरा खुलाउनुपर्ने भए कैफियतमहलमा लेख्नुपर्दछ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाले सेवा पुर्याएकाजम्मा सेवाग्राहीको संख्या: यस प्रयोजनको लागिजम्मा १२ कोठाहरूको व्यवस्थागरिएको छ । १ जना सेवाग्राहीलाई सेवादिनासाथ सोहीमहिनाको कोठामा धर्सो तानी सम्बन्धित सेवामापनिधर्सो तान्नु पर्दछ । महिनाको अन्त्यमा स्वास्थ्यकर्मीको सहयोगले जम्माअंक सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ ।

नवशिशु स्याहार कार्यक्रम: यो खण्ड नवशिशु स्याहार कार्यक्रमलागू भएको जिल्लाकामहिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले मात्रभर्नुपर्दछ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले गरेका कामहरूको मासिक तथा वार्षिक अभिलेख रजिस्टरको नमूना:

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले गरेका कामहरूको मासिक तथा वार्षिक अभिलेख (आवधिक वर्ष २० / /)

क्र.सं.	विवरण	बसान	साठ	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	तेस	साव	शरद	पौष	चैत्र	ज्येष्ठ	असार
१	आमाको हेरचाह आदि स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
२	जुवाँ रोगको रोकथाम गर्न स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
३	आमाको स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्न स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
४	पानीको उपलब्धता सुनिश्चय गर्न स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
५	सुनिश्चित गर्नु कि आमा र बच्चा दुवैको स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
६	सुनिश्चित गर्नु कि आमा र बच्चा दुवैको स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												

क्र.सं.	विवरण	बसान	साठ	आश्विन	कार्तिक	मंसिर	तेस	साव	शरद	पौष	चैत्र	ज्येष्ठ	असार
७	आमाको हेरचाह आदि स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
८	जुवाँ रोगको रोकथाम गर्न स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
९	आमाको स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्न स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
१०	पानीको उपलब्धता सुनिश्चय गर्न स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
११	सुनिश्चित गर्नु कि आमा र बच्चा दुवैको स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												
१२	सुनिश्चित गर्नु कि आमा र बच्चा दुवैको स्वास्थ्य सुविधाको सुनिश्चय गर्नु (२०%)												

(१) प्रतिमूल विद्युत् तथा कार्यकारीकोषण र कार्यकारी अनुदान प्रदर्शन कार्यक्रम

क्र.सं.	उप-प्रकार	मास		मास		अर्धमास		मासिक		मासिक		मासिक		मासिक	
		पहिलो पटक	दोस्रो पटक	पहिलो पटक	दोस्रो पटक	पहिलो पटक	दोस्रो पटक	पहिलो पटक	दोस्रो पटक	पहिलो पटक	दोस्रो पटक	पहिलो पटक	दोस्रो पटक	पहिलो पटक	दोस्रो पटक
५९	११ प्रतिमूल कार्यकारी														
६०	११ प्रतिमूल कार्यकारी														
६१	११ प्रतिमूल कार्यकारी														
६२	११ प्रतिमूल कार्यकारी														
६३	११ प्रतिमूल कार्यकारी														

क्र.सं.	उप-प्रकार	मास	मास	अर्धमास	मासिक	मासिक	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास
६४	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
६५	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
६६	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
६७	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
६८	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
६९	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
७०	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
७१	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														

क्र.सं.	उप-प्रकार	मास	मास	अर्धमास	मासिक	मासिक	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास
७२	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
७३	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
७४	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
७५	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
७६	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
७७	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														

क्र.सं.	उप-प्रकार	मास	मास	अर्धमास	मासिक	मासिक	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास
७८	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
७९	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
८०	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
८१	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
८२	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
८३	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														

क्र.सं.	उप-प्रकार	मास	मास	अर्धमास	मासिक	मासिक	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास
८४	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
८५	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
८६	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
८७	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
८८	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
८९	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														

क्र.सं.	उप-प्रकार	मास	मास	अर्धमास	मासिक	मासिक	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास	मास
९०	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
९१	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
९२	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
९३	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
९४	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														
९५	अन्य कार्यकारी सेवा प्रदर्शन														

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

६. '१३हप्ताखाएको महल' मायदिकिशोरीले पहिलो चरणमा हरेक हप्ता एक मात्राखाएर पूरा १३ हप्ताखाएको छ भने $\sqrt{\text{मार्क}}$ लगाउने । अन्यथा '-'मार्क लगाउने ।

७. '२६ हप्ताखाएको महल' मायदिकिशोरीले पहिलो चरण र दोश्रो चरणमा हरेकहप्ता एक-एक मात्राखाएर पूरा २६ हप्ताखाएको छ भने $\sqrt{\text{मार्क}}$ लगाउने । अन्यथा-'मार्क लगाउने ।

८. जम्मामहलको लाइनमानिम्नमहलहरुको जम्मा संख्या लेख्ने:

- ८.क. उमेर समूहको १०-१४ र १५-१९ वर्षका किशोरीहरुको छुट्टा छुट्टै जम्मा संख्या,
- ८.ख. १३ हप्ताखाने किशोरीहरुको जम्मा संख्या,
- ८.ग. २६ हप्ताखाने किशोरीहरुको जम्मा संख्या ।

HMIS 4.3:राष्ट्रियभिटाविनएकार्यक्रमरजिष्टर(Vitamin A Register)

(महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले भर्नाका लागि)

हरेकवर्षको दुई पटक (वैशाख र कार्तिकमा) राष्ट्रिय भिटाविन ए कार्यक्रम सञ्चालनगरिन्छ । त्यस कार्यक्रममामहिला स्वास्थ्यस्वयंसेविकाहरु मार्फत ६ महिना देखि ५९ महिनासम्मकाबालिकाहरुलाई भिटाविन ए क्याप्सुल र १२ महिना देखि ५९ महिना सम्मकावालवालिकाहरुलाई जुकाको औषधी खुवाइन्छ । उक्तकार्यक्रममावालवालिकाहरुलाई भिटाविन ए र जुकाको औषधीवितरण गरिएको अभिलेख यस रजिष्टरमाराखिन्छ ।

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले रजिष्टरभर्नेबारे निर्देशिका

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

- क) माथिउल्लेखगरिएको योजनाअनुसार आ-आफ्ना वडा अन्तर्गतका घर-घरमागई क्याप्सुल खुवाउने दिन र ठाउँका बारेमाआमा समूहलगायत सबैलाई जानकारी गराउने ।
- ख) ६ महिनादेखि ५ वर्षसम्मका सबै बाल-बालिकाको नाम नछुटाईरजिष्टरमा लेख्ने ।
- ग) हरेक पटक क्याप्सुल खुवाउनुभन्दा अगाडि ६ महिनापुगेको बच्चाको नामरजिष्टरमा लेख्ने र ५ वर्ष नाघेका बच्चाको नामरजिष्टरबाट हटाउने ।
- घ) अन्यत्रबाट बसाइँसराइँ गरी आउने परिवारमा ६ महिनादेखि ५ वर्ष उमेरभित्रको बच्चा रहेछ भने तीबच्चाको नामपनिरजिष्टरमाथप्ने ।
- ङ) क्याप्सुल खुवाउने दिनकुनै नयाँबच्चाआएमा त्यस बच्चाको नामरजिष्टरमालेखी भिटाविन “ए” खुवाउने ।

२. क्याप्सुल खुवाउने समयमा :

- क) क्याप्सुल खुवाउने ठाउँमा पोषण शिक्षादिनकालागिपनिठाउँ बनाउने । पोषण शिक्षादिने ठाउँमा पोष्टरहरू टाँस्ने, गाउँमा सजिलै उपलब्धहुने हरिया साग-पातहरू र पहुँलाफल-फूलहरूल्याई प्रदर्शन गर्ने । माथिउल्लेखगरिएकाव्यक्तिहरूमध्येशिक्षकवाअगुवा कृषकको सहयोगमाफ्लप चार्टको प्रयोग गरी पोषण शिक्षादिने ।
- ख) क्याप्सुल खुवाएको महिना र वर्ष सम्बन्धितठाउँमा उल्लेख गर्ने ।
- ग) वैशाख र कार्तिक महिनाको वितरण समयमाआफ्नो केन्द्रमाक्याप्सुल खुवाउनल्याएको बच्चाको नामअनुसार क्याप्सुल खुवाएपछि क्र. सं. माठीक चिन्ह(√) लगाउने ।
- घ) १ वर्षदेखि ५वर्षसम्मका सबै बाल-बालिकालाई क्याप्सुल खुवाउने दिनजुकाको औषधिदिई बच्चाको नामअनुसार क्र.सं. मागोलो चिन्ह (०) लगाउने ।
- ङ) अर्को पटक क्याप्सुल कुनमहिनामाकतिगते खुवाउने हो ?स्पष्टसँग बुझ्ने गरी बताएर पठाउने ।

३. क्याप्सुल खुवाइसकेपछि :

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

स्वास्थ्यकर्मीहरूकालागिनिर्देशिका:

१. महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकारजिस्टरबाट हरेक पटक क्याप्सुल खुवाएपछि सामुदायिक स्वास्थ्यकार्यकर्ताले सोको अभिलेख पोषण रजिस्टरको भिटामिन ए, जुकाको औषधि र आइरनवितरण खण्डमा (HMIS 2.32) चढाउनुपर्दछ।

रजिस्टरको नमूना :

राष्ट्रिय भिटामिन "ए" कार्यक्रम रजिस्टर

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

रजिस्टरभर्नेतारिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	भिटामिन ए अभियानमा सहभागीबाल-बालिकाहरूकालागिप्रत्येक अभियानमा १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ ।
२	अभिभावकको (बोलाउने नाम)	बच्चाको अभिभावकको बोलाउने नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
३	बच्चाको (बोलाउने नाम)	बच्चाको बोलाउने नाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
४	बच्चाको उमेर	बच्चाको पूरा भएको उमेरमहिनामालेख्नुपर्दछ ।

HMIS 4.4:स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर(Health Promotion and Health Education Register)

स्वास्थ्य संस्थाले विद्यालय,समुदायतथाअन्य स्थानमादिएको स्वास्थ्यप्रवर्द्धनतथा स्वास्थ्यशिक्षातथाअन्यप्रवर्द्धनात्मकगतिविधिहरुको अभिलेख राख्न यो रजिष्टरप्रयोग गर्नुपर्दछ।गाउँघरक्लिनिकमार्फत प्रदानगरिएका स्वास्थ्यशिक्षाको विवरणलाई पनि यस रजिष्टरमाउतार गरी अद्यावधिक गर्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा रजिष्टर

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

रजिष्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्रम सङ्ख्या	स्वास्थ्यप्रवर्द्धनतथा स्वास्थ्यशिक्षाकार्यक्रम/ सेसन को अभिलेख राख्दाप्रत्येक महिना संख्या १ बाट सुरु गरी क्रमस लेख्दै जानुपर्दछ ।
२-४	मिति	मितिगते महिनार सालमा लेख्नुपर्दछ।
५	स्वास्थ्यशिक्षागतिविधि संचालन स्थान (विद्यालय/समुदाय/ अन्य)	स्वास्थ्यशिक्षा संचालनभएको स्थानविद्यालय, समुदायवाअन्य स्थान (जस्तै हाटबजार, आमा समूह, कलकारखानाआदि) कहाँहो? यस महलमाखुलाउनुपर्दछ । सो स्थान को पूर्ण विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ। जस्तै यदि स्वास्थ्य शिक्षा सेसन विद्यालयमा भएको हो भने विद्यालयको नाम र ठेगाना लेख्नुपर्दछ ।
६	स्वास्थ्यप्रवर्द्धनतथा स्वास्थ्यशिक्षागतिविधि/विषय	यस महलमा स्वास्थ्यप्रवर्द्धनतथा स्वास्थ्यशिक्षाकालागि कस्तो गतिविधि संचालनगरिएको हो र कुनविषयमा संचालनगरिएको हो भन्ने खुलाउनुपर्दछ ।
७-९	सहभागी संख्या	स्वास्थ्यशिक्षाकार्यक्रमवागतिविधिबिद्यालय, समुदायवाअन्यकुन स्थानमाभएको हो सोहीमहलमाजम्मा सहभागी संख्याउल्लेख गर्नुपर्दछ।
१०	स्वास्थ्यशिक्षा सेवाप्रदायकको पुरा नाम थर	यस महलमा स्वास्थ्यशिक्षाप्रदान गर्न प्रत्यक्ष संलग्न सेवाप्रदायकको पुरा नाम र थर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।एक भन्दा बढी प्रदायकले स्वास्थ्यशिक्षाप्रदान गरेको भए सबैको नाम र थर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।यदपी स्वास्थ्यशिक्षाकार्यक्रमको अन्यव्यवस्थापनमा सहयोग गरेको भएपनि स्वास्थ्यशिक्षाप्रदान गर्न प्रत्यक्ष संलग्ननभएको भएउक्त सेवाप्रदायकको विवरण यस महलमाउल्लेख गर्नुहुँदैन ।



५. कीटजन्य रोग, नसर्ने रोग तथा ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्यसेवा

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

- HMIS ५.१: औलो, कुष्ठरोग र कालाजार नमूना संकलन फाराम
- HMIS ५.२: औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर
- HMIS ५.३: औलोतथा कालाजार रोगको उपचार रजिष्टर
- HMIS ५.४: कुष्ठरोग परिक्षण र उपचार कार्ड
- HMIS ५.५: कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर
- HMIS ५.६: पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर
- HMIS ५.७: पुनर्स्थापना सेवा कार्ड
- HMIS ५.८: कुष्ठरोग बिरामीको सम्पर्क जांच रजिष्टर
- HMIS ५.९: नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य रजिष्टर
- HMIS ५.१०: ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम रजिष्टर

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

स्वास्थ्य संस्थावागाउँ-घर क्लिनिकमाप्रयोगशाला परीक्षणका लागि सङ्कलन गरिएका नमुनाहरू एकमुष्ट प्रयोगशालामा परीक्षण गर्न नमुनासङ्कलन गरी पठाउन र प्रयोगशाला जाँच भएपछि नतिजा लेखीफिर्ता पठाउन यस फारामको प्रयोग गरिन्छ ।

फारामको नमुना :

औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

ठेगाना: जिल्ला:

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*	महि	पुरु	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.			औलो	कुष्ठ	कालाजार	ACD	PCL	18	19		20
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
													1	2	3		1	2		
													1	2	3		1	2		

औलो, कुष्ठ रोग र कालाजारको नमूना संकलन तथा नतिजाको विवरण

स्वास्थ्य संस्थाको नाम:

ठेगाना: जिल्ला:

नगर/गाउँपालिका :

भाग २

दर्ता नं.	सेवाको प्रकार	स्लाइड संकलन मिति			सेवाग्राहीको			उमेर		स्लाइड नम्बर	श्रोत		प्रयोगशाला परीक्षण						कैफियत										
		ग	म	सा	नाम	थर	जाती कोड*	महि	पुरु		ACD	PCL	पुगेको मिति			जाँच मिति				परिणाम									
													ग	म	सा	ग	म	सा		जाँच	अवस्था	प्रकार	EL(R)	EL(L)	L1	L2	B I	KVE	9
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																	

फारामभर्नेतरिका

भाग एक(Part I)

स्वास्थ्य संस्थाको नाम: स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।

ठेगाना:जिल्ला र नगर/गाउँपालिकाको नामलेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	दर्ता नं.	नमुनासङ्कलनगरिएकोदर्ता नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ र एक आर्थिक वर्षका लागि १ वाटसुरु गर्नुपर्दछ ।
२-४	स्लाइड सङ्कलनमिति	स्लाइड सङ्कलन गरेको मितिगते, महिना र साल सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
५, ६	सेवाग्राहीको नाम, थर	सेवालिनआएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
७	जाति कोड	सेवालिनआएको व्यक्तिको थरअनुसार जाति कोड लेख्नुपर्दछ ।
८,९	उमेर (महिला, पुरुष)	सेवालिनने व्यक्तिमहिलाभएमहल ८ मा र पुरुष, भएमहल ९ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
१०-११	ठेगाना	सेवालिनने व्यक्तिको ठेगानामहल १० मा सेवालिनआएको व्यक्ति बस्ने गा.वि.स./न. पा. कोनाम र महल ११ मा वडा नम्बर लेख्नुपर्दछ । अन्यजिल्लाकाहकमाजिल्लासमेत उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

१२	सम्पर्क नं	सेवालिनने व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ।	
१३	घरमूलीको नाम	सेवालिनने व्यक्तिको घरमूली/अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ।	
१४,१५,१६	सेवा	औलो	औलो रोग परीक्षणको लागि नमुना संकलन गरिएको भएमा १४ को १ मागो लो लगाउनुपर्दछ।
		कुष्ठरोग	कुष्ठरोग परीक्षणको लागि नमुना संकलन गरिएको भएमा १५ को २ मागो लो लगाउनुपर्दछ।
		कालाजार	कालाजारको रोग परीक्षणको लागि नमुना संकलन गरिएको भएमा १६ को ३ मागो लो 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} कुनहो ? सोको उल्लेख गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ।	
१८,१९	स्रोत	ACD	Active Case Detectionबाट अर्थात् स्वास्थ्यकर्मी विरामीखोज्दा उसको घरदै लो सम्म पुगे र स्लाइडसङ्कलन भएको भएमा १८ को १ मागो लो लगाउनु पर्दछ।
		PCD	PCD- Passive Case Detectionबाट अर्थात् विरामी स्वयम स्वास्थ्य संस्थामा गएको बेला स्लाइडसङ्कलन भएको भएमा १९ को २ मागो लो लगाउनु पर्दछ।
२०	औलोको संकास्पद/सम्भावित उपचार	औलोको रक्तनमुना लिएपछि शङ्कास्पद विरामीलाई दिइएको उपचार (औषधि र परिमाण) खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ। • WHO तथानयां Treatment Protocol for Malaria -2015 का अनुसार रक्त परीक्षणको नतिजापश्चात् मात्र औलोको उपचार गर्नुपर्ने भएकोले शंकास्पद औलो रोगीको रुपमा हाल कसैलाई पनि उपचार गरिदैन। त्यसैले यस कोठामा - लेख्नुपर्छ।	

नोट : नेपालबाट औलो निवारणको लागि रणनीति तयार भएवमोजिम सन् २०२५ सम्ममा नेपालबाट औलो निवारण गर्ने लक्ष्य लिएवमोजिम औलोको संकास्पद/सम्भावित उपचार नगरी निश्चित उपचार (Confirmed treatment) नै गर्ने निर्णय भएको छ। सो को लागि नेपाल भरी सम्पूर्ण संस्थासंस्थाहरुमा द्रुत परीक्षणको लागि (RDT) उपलब्ध गराउने भएकाले सो महल नम्बर २० हटाउनु पर्ने देखिन्छ।

भाग दुई (Part 2)

स्वास्थ्य संस्थानाम : स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ।

ठेगाना : जिल्ला र नगर/गाउँपालिका को नाम लेख्नुपर्दछ।

महल	महलशीर्षक	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, ४, ५	स्लाइड सङ्कलनमिति	स्लाइड सङ्कलन गरेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
६, ७	सेवाग्राहीको नाम थर	सेवालिन आएको व्यक्तिको नाम महल ६ मा र थर महल ७ मा लेख्नुपर्दछ।
८	जाति कोड	सेवालिन आएको व्यक्तिको थर अनुसार जाति कोड लेख्नुपर्दछ।
९, १०	उमेर- (महिला, पुरुष)	सेवालिनने व्यक्ति महिला भएमा ९ मा र पुरुष, भएमा १० मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ।
११	स्लाइड नम्बर	माथि उल्लेखित भाग १ मा उल्लेख भएको वमोजिमको स्लाइड नम्बर लेख्नु पर्छ।
१२, १३	स्रोत	ACD- Active Case Detection, PCD- Passive Case Detection मध्ये जुन स्रोतबाट स्लाइड सङ्कलन भएको हो, सोही उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१४-१९	प्रयोगशाला परीक्षण	
	प्रयोगशालामा पुगेको	प्रयोगशालामा पुगेको मिति गते, महिना र साल सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।

	े मिति		
	प्रयोगशालाजाँचमिति	प्रयोगशालामाजाँच गरेको मितिगते, महिना र साल सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।	
२०-२९	परिणाम	महल २० देखि २९ सम्म प्रयोगशालाजाँचको परीक्षणकाबारेमालेख्नुपर्दछ ।	
२०-२२	औलो	जात	औलोको जातPlasmodium Vivax भएमा PV, Plasmodium falciparumभएमाPf र Plasmodium vivax रfalciparumदुवै मिश्रित भएमाP-mixलेख्नुपर्दछ ।
		अवस्था	औलोको परजीवीजीवनचक्रको कुनअवस्थामा छ सोहीअनुसार अवस्था लेख्नुपर्दछ ।
		घनत्व	औलोको घनत्व कति छ सोहीअनुसार घनत्व लेख्नुपर्दछ ।
२३-२७	कुष्ठरोग	महल २३ देखि २७ सम्म कुष्ठरोगकाबारेमालेख्नुपर्दछ । परीक्षणपछि प्रत्येकभागको नतिजा घनत्वसहित सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ । Right Earlobeभएमामहल २३ मा, Left Earlobeभएमामहल २४ मा, Lesion 1भएमामहल २५ मा, Lesion 2भएमामहल २६ मा र Total Bacterial IndexनिकालीBIमहल २७मा लेख्नुपर्दछ ।	
२८-२९	कालाजार	परीक्षणको विधि(BM/SP/RDT/rk-39) र जाँचको नतिजापोजेटिभ भएमहल २८ को कोड १ मा र नेगेटिभ भएमहल २९ को कोड २ मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
३०	कैफियत	माथिदिइएकावाहेकअन्य केहीखुलाउनुपर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ र साथै ल्याब नं. समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	

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

HMIS 5.2:औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशाला रजिष्टर (Malaria, Leprosy and Kalazar Laboratory Register)

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

नोट:औलो, कुष्ठ र कालाजार रोगकावारेमा अभिलेख राख्दा एउटा पानाऔलो, कुष्ठरोग र कालाजारमध्ये कुनै एउटा सेवाको लागिमात्रप्रयोग गर्नुपर्दछ । जुन सेवाको लागिपानाप्रयोग गरिएको हो, सो पानाको सेवाको कोडमा गोलो लगाउनुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

औलो, कुष्ठ र कालाजार रोग

साल र महिना:		सेवा:		औलो = 1		कुष्ठरोग = 2		कालाजार = 3		स्रोत		
क्र.सं	विरामीको			उमेर		ठेगाना			सम्पर्क नं.	अभिभावकको नाम	ACD	PCD
	नाम	थर	जाति कोड*	महिला	पुरुष	जिल्ला*	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.			१२	१३
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१	२
											१	२

एको प्रयोगशाला रजिष्टर

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

रजिष्टरभर्नेतरिका :

साल र महिना :पानाको शिरमावर्ष र महिना लेख्नुपर्दछ । केहीलहर प्रयोग गर्न बाँकीभएअर्को महिनाको नाम लेखीक्रमशःप्रयोग गर्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येकमहिनामानयाँक्रमसङ्ख्या १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
२-३	विरामीको नामथर	सेवालिनआएको व्यक्तिको नाम र थर छुट्टाछुट्टै महलमा लेख्नुपर्दछ ।
४	जाति कोड	सेवालिनआएको व्यक्तिको थर अनुसार जाति कोड यस निर्देशिकाको पछाडि उल्लेख गरिए अनुसार लेख्नु पर्छ ।
५	उमेर (महिला, पुरुष)	सेवालिनने व्यक्तिमहिलाभएमहल ५ माउनेले पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
६		सेवालिनने व्यक्तिपुरुष, भएमहल ६ माउनेले पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
७-९	ठेगाना	सेवालिनने व्यक्तिको ठेगाना लेख्नुपर्दछ । महल७मा सेवालिनआएको व्यक्ति बस्ने जिल्लाको नाम, महल ८ मानगर/गाउँपालिका को नाम र महल ९ मा सेवालिनआएको व्यक्ति बस्ने वडा नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि सेवालिनने व्यक्तिविदेशीभएजिल्लाको महलमा देशको नामउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१०	सम्पर्क नं.	सेवालिनने व्यक्तिको सम्पर्क फोन नम्बर लेख्नुपर्दछ । सेवालिनने व्यक्तिको सम्पर्क नम्बर नभएमानजिकको आफन्तको नम्बर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
११	अभिभावकको नाम	सेवालिनने व्यक्तिको घरमूलीवाअभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
१२	स्रोत	Active Case Detectionबाट अर्थात स्वास्थ्यकर्मी शंकास्पदविरामीखोज्दै उसको घरदैलोसम्म पुगेर संकलन गरेको स्लाइड वाआर.डी.टि द्वारा परिक्षणभएको भएमहल १२ को १ मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
१३		PCDH- Passive Case Detectionबाटअर्थात शंकास्पदविरामीस्वास्थ्य संस्था मैआएको बउलास्लाइडवाआर.डी.टि द्वारा परिक्षणभएकोभएमहल१३को२मागोलो

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन	
		लगाउनु पर्छ ।	
१४	परीक्षण विधिर स्लाइड नम्बर	औलो परिक्षण विधिMicroscopic/RDT रकालाजारको परीक्षण BM/SP//rk-39मध्ये कुन विधिवाट परीक्षण गरिएको हो परीक्षण विधिको कोड नम्बर उल्लेखगरि स्लाइड नम्बर हरेक आ.व. मा १ वाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । कुष्ठरोगको स्लाइड भएSpecimen : EL(R), EL(L), L1, L2)कुनहो? सो उल्लेख गरी क्रमशः लेख्नुपर्दछ ।औलोको परीक्षण Miscroscopicमात्रभए कोड १, RDTमात्रभए कोड २ र दुवैवाट गरिएको भएमात्र कोड नं ३उल्लेख गर्नु पर्ने । कालाजारको परीक्षण B:भए कोड ४, SPभए कोड ५ र rk-39भए कोड ६लेख्नुपर्दछ ।	
१५-१७	रक्त परिक्षण मिति	रक्त परिक्षण गरेको मिति (गते, महिना र साल) सम्बन्धितमहलमालेख्नुपर्दछ ।	
१८	नतिजा	रक्त परिक्षणको नतिजापोजेटिभ भएपोजेटिभ नभए नेगेटिभ लेख्नुपर्दछ ।	
१९-२१	औलो	जात	औलोको जातPlasmodium vivexभएमाPv, Plasmodium falciparumभएमाPf,Plasmodium vivex / falciparumदुवै मिश्रित भएमाPmixतथाP. ovale and P. malariae, P. knowlesiभएअन्यलेख्नुपर्दछ ।
		अवस्था	औलोको परजीवीजीवनचक्रको कुनअवस्थामा छ, सोहीअनुसार अवस्था लेख्नुपर्दछ ।
		घनत्व	औलोको परजिविको घनत्व कति छ, सोहीअनुसार घनत्व लेख्नुपर्दछ ।
२२, २३	कालाजार (पोजेटिभ, नेगेटिभ)	परीक्षणको विधि(BM/SP/rk-39) र जाँचको नतिजापोजेटिभ भएमहल २२ को १ मा र नेगेटिभभएमहल २३ को २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।	
२४-२७	कुष्ठरोग	महल २४ देखि २७ सम्म कुष्ठरोगकावारेमालेख्नुपर्दछ । परीक्षण पछि प्रत्येकभागको नतिजा घनत्व सहित सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।	
२८	प्रमाणित गर्नेको सही	प्रमाणित गर्नेव्यक्तिले सही गर्नुपर्दछ ।	
२९	कैफियत	माथिदिइएको बाहेकअन्य केहीखुलाउनुपर्ने भएमा यस महलमा लेख्नुपर्दछ र साथै ल्याव नं. समेत यस महलमा लेख्नुपर्दछ । जस्तै Relapse	

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन	
१५	सम्पर्क नं.		सेवाग्राहीको सम्पर्क फोन नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
१६	घरमूलीको नाम		विरामीको घरमूलीवाअभिभावकको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।	
१७	स्रोत	ACD	Active Case Detection (ACD)समुदायम नै रक्त परिक्षण गरेको भएमा १ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।	
१८		PCD	Passive Case Detection (PCD)स्वास्थ्य संस्थामा नै रक्तनमुनापरिक्षण गरेको भएमा २ मागोलो लगाउनुपर्दछ ।	
१९	गर्भवती		औलो तथाकालाजार रोगलागेको विरामीमहिलाभएगर्भवतीभए/नभएको यकिन गरेर, यदिगर्भवतीभएमामात्र यस महलमाकोड १मागोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।	
२०	निदानविधि	माइक्रोस्कोपीविवरण	स्पेसिज/BM	रक्तनमुना परीक्षण गरी औलो रोगनिदानहुँदाऔलो (+ve)भएमाऔलोको जात(Pv/Pf/P-mix, Relapse, Other), कालाजार विरामीकाहकमाBM वाट गरिएको हो भने BMलेख्नुपर्दछ ।
२१			स्टेज/SP	औलो रोगीको लागिऔलो परजिवीको जिवनचक्रको अवस्थाउल्लेख गर्ने र कालाजार रोगीको हकमाSPउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२२			डेन्सिटी/ Other	औलो रोगीको हकमाऔलोको परजिवीको घनत्व उल्लेख गर्ने र कालाजारको हकमा अन्यवाट निदानगरिएको हो भने विधि लेख्नुपर्दछ ।
२३			RDT/rk39	औलो रोगRDT वाट निदानगरिएको हो भने RDTउल्लेख गर्ने र कालाजार रोगीनिदानrk-39गरिएको हो भने rk-39उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
२४-२६	निदानमिति		रक्त परिक्षणगरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।	
२७	HIV status		कालाजार विरामीको HIV अवस्थानिश्चित गरी लेख्नुपर्दछ ।	
२८-३०	उपचारको सुरु मिति		उपचारसुरुगरेको गते, महिना, साल सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।	
३१	औलोको किसिम		औलोको जातको कोड (Pv, Pf, P-mix), Relapseवाother भएउल्लेख गर्नुपर्दछ । Relapse: औलो प्रभावितक्षेत्रमा रात बिताएको, औलोको हाल जोखिमनभएको तर सम्भावना रहि रहेको क्षेत्रमाबसोवास गरेको, औलो विरामीको रगतवाअङ्गलिकाकुनै इतिहाँस नभएकाव्यक्तिहरुमाउपचारपुरा गरेको ३ हप्तादेखि १ वर्षमापुनऔलोको देखिएमात्यस्ता विरामीलाई Relapseलेख्नुपर्दछ ।	
३२	वर्गीकरण		औलोको जातिको वर्गीकरण कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ । कोड : नेपाल राज्यभित्रका सवै विरामी स्थानीय(Indigenous)मा लेखी अन्य जिल्लावाट आएको भए कैफियतमाजिल्लाखुलाउने स्थानीयलाई कोड.1रनेपालवाहिरका औलो प्रभावितमूलकवाट आएको एक महिनाभित्रमाऔलो रोग निदानभएमाआयातित(Imported)मानी कोड नम्बर २ उल्लेख गर्नु पर्छ ।	
३३-३७	उपचार	औलो	Chloroquine	औलो रोगीलाई उपचारका लागिकुनऔषधि(Chloroquine, Primaquine, Coartem, Artesunate or others)कतिमात्रामादिइएको छ? सो औषधि सम्बन्धितमहलमा परिमाणसमेत खुल्ने गरी लेख्नुपर्दछ, यदिअन्यऔषधिवाटउपचार गरिएको भएउक्तऔषधिको नाम र परिमाण खुलाउनुपर्दछ । (New Treatment Protocol for Malaria 2019 माउल्लेखभएअनुसार गर्ने)
Primaquine				
Coartem				
Artesunate				
Other (Specify)				
३८	उपचार	कालाजार	Liposomal Amphotericin B/ Miltefocine	कालाजार रोगीलाई उपचारको लागिदिइएको औषधिको मात्रामा सम्बन्धितमहमाउल्लेख गर्नु पर्दछ । सो मा लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
३९		Other (Specify)	यदिअन्यऔषधिबाट उपचार गरिएको छ भने उक्तऔषधिको नाम र मात्राखुलाउनुपर्दछ ।
४०-४२	औलाविरामीको फलोअप	मिति	औलो विरामीको उपचार शुरु गरेको ३, ७तथा १४ औं दिनमाफलोअप गरी औषधीखाएको सुनिश्चित गर्ने तथाऔषधीले असर गरेवानगरेको जानकारी लिनुपर्दछ । १४दिनमास्लाइड लिएको भएपरिक्षणको नतिजालेख्नुपर्दछ ।
४३	नतिजा	नतिजा	उपचार पश्चातको वास्लाइड लिएको भएपरिक्षणको नतिजालेख्नुपर्दछ ।
४४-४६	कालाजार विरामीकोपहिलो फलोअप	मिति	कालाजार विरामीको पहिलो फलोअप गरेको गते, महिना र साललेख्नुपर्दछ ।
४७	नतिजा	नतिजा	उपचार पश्चातको वास्लाइड लिएको भएपरिक्षणको नतिजालेख्नुपर्दछ ।
४८-५०	कालाजार विरामीको६ महिनाकोफलोअप	मिति	कालाजार विरामीको ६ महिनामा गरेकोफलोअपको गते, महिना र साललेख्नुपर्दछ ।
५१	नतिजा	नतिजा	६ महिनामा विरामीमाकुनै चिन्ह लक्षण भएनभएको एकिनगरीनतिजा लेख्नुपर्दछ ।
५२	औलोको सिकिस्त प्रमाणित विरामी		औलोबाट निदानभएका विरामीमध्ये यदिकोहिसिकिस्तभएमा ५२ मा टिकलगाउनुपर्दछ । <i>सिकिस्त प्रमाणित औलो रोगीभन्नाले Microscopic/RDT/PCR परिक्षण गर्दा रगतमाऔलोको परजीवि देखिएको र विरामीको अवस्था जटिल (बस्नसक्ने, बेहोस, रगतको कमी, जन्डिस, पिसाबबाट रगतगएको, खाननसक्ने जस्ता) भएको विरामी</i>
५३ र ५४	मृत्यु भएको मिति	स्वदेशी विदेशी	औलो तथाकालाजार रोगको विरामीउक्त रोगको कारणले उपचारमा रहेकोअवधिमावाउपचार अघि मृत्यु भएमा स्वदेशीवाविदेशीकुनहो सम्बन्धितमहलमा मृत्यु भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
५५	कैफियत		विरामीको विषयमाउल्लेख गर्नुपर्ने कुनै उपचार आवश्यकभए सो लेख्नुपर्दछ ।विरामी स्थानान्तरण भई आएको भएआएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भएकुन संस्थामा पठाएको हो । सो कुरा कैफियतमा लेख्नुपर्दछ ।
पेजको जम्मा			प्रत्येक पेजको पुछारमा रहेको तालिकामादिइएअनुसारको जम्मा सङ्ख्याउल्लेख गर्नुपर्दछ ।यीतालिकाहरूले प्रतिवेदनतयार गर्न सहजताप्रदानगर्दछन् ।

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

Examination and Treatment Card

कुष्ठरोगका बिरामीको व्यक्तिगत तथा रोगसँग सम्बन्धित विवरणको अभिलेख राख्न यस कार्डको प्रयोग गरिन्छ । कुष्ठरोगनिदान (Diagnosis), वर्गीकरण (Classification), उपचार नतिजा र प्रगतिको मापन गर्न यस कार्डको आवश्यकता परेको हो ।

रजिष्टरको नमूना :

<p>नेपाल कुष्ठ रोग समाज स्वास्थ्य तथा उपचार योजना स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली कुष्ठरोग परिक्षण र उपचार कार्ड</p>	
<p>भाग १-बिरामीको विवरण</p> <p>नाम: _____ जिला: _____</p> <p>मूला दर्ता नं. _____ शैल दर्ता नं. _____</p> <p>विरामीको नाम र पार _____</p> <p>पेश _____ उमेर _____</p> <p>जन्म मिति _____</p> <p>पढाइ _____</p>	
<p>भाग २-रोगको अवस्था</p> <p>प्रतिक्रिया: _____</p> <p>परिहार वा नलाग्दा कुष्ठरोग: _____</p> <p>पछिल्लो कुष्ठरोगको उपचार विवरण: _____</p> <p>सम्पर्क परीक्षण: _____</p> <p>कुष्ठरोगको प्रकार: _____</p>	
<p>भाग ३-उपचारको स्थिति</p> <p>आवधिक वर्ष: _____</p> <p>पढाइको विवरण र मिति: _____</p>	
<p>भाग ४-कुष्ठरोगको प्रतिक्रिया व्यवस्थापन / अन्य उपचार (Reaction during treatment)</p> <p>मिति _____</p> <p>चिन्ह तथा लक्षण _____</p> <p>मिदान _____</p> <p>औषधी _____</p> <p>मास _____</p> <p>उपचारको अवधि _____</p>	
<p>भाग ५-Medical and Social Rehabilitation</p> <p>जीवनयापनको लागि सहयोग (उभो भन्ने विवरण समावेश): _____</p> <p>सहयोग गर्ने संस्था _____</p> <p>स्वयं हेरचाह किट (Kt) सहयोग _____</p> <p>स्वयं हेरचाह सम्बन्धित तालिम _____</p> <p>जुता आवश्यक (ह/न) _____</p> <p>उभो भन्ने विवरण मिति _____</p> <p>सहयोग सामग्री आवश्यक (ह/न) उभो भन्ने विवरण मिति _____</p> <p>सुधारकक: शल्यक्रिया आवश्यक (ह/न) उभो भन्ने विवरण मिति _____</p> <p>शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/गोडा) _____</p> <p>शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/गोडा) _____</p> <p>शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/गोडा) _____</p>	
<p>भाग ६-बिरामीको फलो अप (Follow-up)</p> <p>मिति _____</p> <p>विवरण _____</p> <p>चिकित्सा/लाभकारी _____</p> <p>चिह्नको उपचार _____</p>	

भाग ७	Assessment of Disability and Nerve Function	Comments																
Date: _____																		
Accessor: _____																		
Date: _____																		
Accessor: _____																		
Date: _____																		
Accessor: _____																		
<p>Key: (Put these marks/icons on the side where lesion is seen)</p> <p>Sensation Present within 3 cm = ✓, Contracture = S, Scar/Callus = ▲, Clawing = ☞</p> <p>Anaesthesia = X, Wound = ☹, Shortening level = _____, Crack = _____</p>																		
<p>भाग ८-बिरामीको परिवार सम्पर्क रोग अभिलेख</p> <table border="1"> <tr> <th>क्र.सं.</th> <th>नाम र पार</th> <th>उमेर</th> <th>विरामीको नाम</th> <th>विरामीको उमेर</th> <th>पिढुवा</th> <th>पिढुवा</th> <th>कैलाश</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> </table>			क्र.सं.	नाम र पार	उमेर	विरामीको नाम	विरामीको उमेर	पिढुवा	पिढुवा	कैलाश	1	2	3	4	5	6	7	8
क्र.सं.	नाम र पार	उमेर	विरामीको नाम	विरामीको उमेर	पिढुवा	पिढुवा	कैलाश											
1	2	3	4	5	6	7	8											

<p>भाग ३-उपचारको स्थिति</p> <p>आवधिक वर्ष: _____</p> <p>पढाइको विवरण र मिति: _____</p>	
<p>भाग ४-कुष्ठरोगको प्रतिक्रिया व्यवस्थापन / अन्य उपचार (Reaction during treatment)</p> <p>मिति _____</p> <p>चिन्ह तथा लक्षण _____</p> <p>मिदान _____</p> <p>औषधी _____</p> <p>मास _____</p> <p>उपचारको अवधि _____</p>	
<p>भाग ५-Medical and Social Rehabilitation</p> <p>जीवनयापनको लागि सहयोग (उभो भन्ने विवरण समावेश): _____</p> <p>सहयोग गर्ने संस्था _____</p> <p>स्वयं हेरचाह किट (Kt) सहयोग _____</p> <p>स्वयं हेरचाह सम्बन्धित तालिम _____</p> <p>जुता आवश्यक (ह/न) _____</p> <p>उभो भन्ने विवरण मिति _____</p> <p>सहयोग सामग्री आवश्यक (ह/न) उभो भन्ने विवरण मिति _____</p> <p>सुधारकक: शल्यक्रिया आवश्यक (ह/न) उभो भन्ने विवरण मिति _____</p> <p>शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/गोडा) _____</p> <p>शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/गोडा) _____</p> <p>शल्यक्रिया मिति (आँखा/हात/गोडा) _____</p>	
<p>भाग ६-बिरामीको फलो अप (Follow-up)</p> <p>मिति _____</p> <p>विवरण _____</p> <p>चिकित्सा/लाभकारी _____</p> <p>चिह्नको उपचार _____</p>	

भाग ८-Voluntary Muscle Test				
<p>Date: _____</p> <p>RIGHT: _____</p> <p>LEFT: _____</p> <p>Vision _____</p> <p>Lid gap in mm _____</p> <p>Blink-present (Yes/No) _____</p> <p>Little Finger out _____</p> <p>Thumps up _____</p> <p>Wrist Extension _____</p> <p>Foot up _____</p> <p>Disability Grade Hand _____</p> <p>Disability Grade Eye _____</p> <p>Disability Grade Feet _____</p>				
<p>Maximum WHO Grade _____</p> <p>Signature _____</p> <p>Score of Vision: Counting Finger at 6m</p> <p>S=Strong, W=Weak, P=Paralysis</p> <p>0=Normal, 1= Blurring Vision, 2= Unable to count</p>				
<p>जीव दर्ताको नाम: _____</p> <p>पार: _____</p> <p>दरखास्त: _____</p> <p>मिति: (म/म/स) _____</p>				
<p>कुष्ठरोगको निदान</p> <p>तल उल्लेखित ३ वटा चिह्नहरूमध्ये कुनै एक चिह्न पाइना कुष्ठरोग हो भन्ने निदान गरी उपचार गरीसक्नु हुनेछ।</p> <ol style="list-style-type: none"> हाडिरो स्यान्डल स्पाइड (Peripheral Nerves) सुनिश्चय साथै सो स्वायत्ता सञ्चालित भागहरूमा स्पर्शसहित हलामा वा हाडिरोको सञ्चालन गलत हाडिरोको स्पर्श जीव गर्दा कुष्ठरोगको चिह्न देखिएमा (Skin Smear Positive) 				
<p>कुष्ठरोगको वर्गीकरण</p> <table border="1"> <tr> <th>MB</th> <th>PB</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> १ शरीरमा कुनै वा उभो भन्ने कुनै दास भएमा २ हा १ भन्दा बढी स्वायत्त सुनिश्चय/दुबु/गोडा दुस ३ शिवा स्वेपर फोस्टिभ भएमा </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> १ दाँव १ रोगमा दास भएमा २ शिवा स्वेपर नेमेटिभ भएमा </td> </tr> </table>	MB	PB	<ul style="list-style-type: none"> १ शरीरमा कुनै वा उभो भन्ने कुनै दास भएमा २ हा १ भन्दा बढी स्वायत्त सुनिश्चय/दुबु/गोडा दुस ३ शिवा स्वेपर फोस्टिभ भएमा 	<ul style="list-style-type: none"> १ दाँव १ रोगमा दास भएमा २ शिवा स्वेपर नेमेटिभ भएमा
MB	PB			
<ul style="list-style-type: none"> १ शरीरमा कुनै वा उभो भन्ने कुनै दास भएमा २ हा १ भन्दा बढी स्वायत्त सुनिश्चय/दुबु/गोडा दुस ३ शिवा स्वेपर फोस्टिभ भएमा 	<ul style="list-style-type: none"> १ दाँव १ रोगमा दास भएमा २ शिवा स्वेपर नेमेटिभ भएमा 			
<p>अवसर्पताको श्रेणी (हात, खुट्टा र आँखा)</p> <p>१ श्रेणी: हात, खुट्टा र आँखा सामान्य कुष्ठरोगको कारणले कुनै अरार नगरीको</p> <p>२ श्रेणी: हात र खुट्टामा कसै एक हाडिरो हलामको तर आँखामा देखिने/हालको अवसर्पता तथा अपांगता (अवसर्पता) नभएको</p> <p>३ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने/हालको अवसर्पता तथा अपांगता (अवसर्पता) भएको</p> <p>४ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने/हालको अवसर्पता तथा अपांगता (अवसर्पता) भएको</p> <p>५ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने/हालको अवसर्पता तथा अपांगता (अवसर्पता) भएको</p> <p>६ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने/हालको अवसर्पता तथा अपांगता (अवसर्पता) भएको</p> <p>७ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने/हालको अवसर्पता तथा अपांगता (अवसर्पता) भएको</p> <p>८ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने/हालको अवसर्पता तथा अपांगता (अवसर्पता) भएको</p> <p>९ श्रेणी: हात खुट्टामा देखिने/हालको अवसर्पता तथा अपांगता (अवसर्पता) भएको</p>				
<p>३</p> <p>यो चिह्न आँखाको टिपको जीव गर्नसक्छ। यो ३ हात (१ पिढुवा) पढाइको जीव गर्नसक्छ। यदि माथिको चिह्न स्पष्टरूपमा देख्न सकिन्छ र टिप ६/८ भन्दा ठूलो मान्नु पर्छ।</p>				

रजिस्टरभर्नेतरिका :

भाग १-विरामीको विवरण

शीर्षक	निर्देशन
मुलदर्तानं.	मूलदर्ता नंयस कोठामा लेख्नु पर्दछ ।
सेवादार्तानं.	विरामीलाई उपचारको शुरुवातमा सेवा रजिष्टरमादर्ता गर्दाको नम्बर यस कोठामा लेख्नु पर्दछ ।
दर्ताभएकोमिति	विरामीदर्ताभएकोमिति (गते, महिना र साल) लेख्नुपर्दछ ।
नाम, थर	विरामीकोनाम र थर प्रष्ट हुनेगरी लेख्नुपर्दछ ।
लिंग	विरामीमहिलाभएमहिला र पुरुषभए पुरुषकोमहलमा () चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
उमेर	विरामीलेपुरा गरेकोउमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
सम्पर्क नं.	विरामीकोफोन नं. यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
पेशा	विरामीलेपेशाखुल्नेगरी लेख्नुपर्दछ ।
जतिकोड	विरामीको जाति कोड उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
ठेगाना	
जन्मस्थान	जन्मेको जिल्ला,नगरपालिका/गा.पा., वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा-छुट्टैमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
स्थायी	नागरिकता/परिचयखुल्ने प्रमाणपत्र अनुसार जिल्ला,नगरपालिका/गा.पा., वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा-छुट्टैमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
हाल	हालको बसोवास गर्दै आएको जिल्ला,नगरपालिका/गा.पा., वडा नं. र गाउँ/टोल छुट्टा-छुट्टैमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
घरमूलीकोनाम	विरामीकोअभिभावकवाघरमूलीकोनाम, थर लेख्नुपर्दछ ।
भाग २-रोगको अवस्था	
इतिहास	<ul style="list-style-type: none"> ● कुष्ठ रोगकोप्रारम्भिक लक्षणके देखापऱ्यो,कति समय अगाडी देखापऱ्यो, सो अवधिवर्ष र महिनामाखुलाउनु पर्दछ । ● जचाँउनआउनुको कारण समेत लेख्नु पर्दछ । त्यसै गरी परिवार वानातामा कसैलाई कुष्ठरोग थियोवाथिएनभन्नेकुरा समेत सोधेर(✓) लेख्नुपर्दछ । यदिथियोभनेविरामीसँगकोनाताखुल्नेगरी लेख्नुपर्दछ ।
पहिले कुष्ठरोगको उपचारलिए/ नलिएको	विरामीलेपहिलेउपचार लिएको छ वाछैन सोधीउपचार लिएकोभए(PB MDT / MB MDT)कुनउपचार लिएको थियोर कतिमहिनामाकतिमात्राखाएकोहोर अन्तिममात्राकतिमहिना अगनडि खाएकोहो? सोजनाउनुपर्दछ ।
नयाँ विरामी (New Patient)	कुष्ठरोग सम्बन्धिउपचारको लागिपहिलेपनिदर्ता नभएको वाउपचार नलिएको विरामीभए यस महलमा(✓)चिन्हलगाउनु पर्दछ ।
पहिले दर्ता	कुष्ठरोग सम्बन्धिउपचारको लागिपहिले कुनै ठाउँमा दर्ता भएका विरामी सम्भनुपर्छ ।।

शीर्षक	निर्देशन
भइसकेको	स्थानान्तरण भई आएको (Transferred in),पुनः रोग बल्झिएका(Relapse), फेरी औषधि शुरु गरेको (Re-starter)र अन्य कुन कारण उल्लेख गरी सम्बन्धितमहलमा (√) चिन्हलगाउनु पर्दछ ।
पत्तालागेको तरिका	कुष्ठरोगकूनतरिका (Contact Examination, Voluntarily, Referred, Others) बाट पत्तालागेको हो सोहीमहलमा (√) चिन्हलगाउनु पर्दछ ।
छाला /आँखाजाँचको विवरण	<ul style="list-style-type: none"> ●शरिरको छालामा छुंदा थाहानपाउने दाग छ /छैनउल्लेख गर्ने । ●शरिरमाकति वटा कुष्ठरोगको दाग छ ? सो उल्लेख गर्ने । ●छ महिनाभित्रमांशपेशीकमजोर वा छुंदा थाहानहुने (छ । छैन) चिन्ह(√) लगाउने । ●छाला बाक्लो वाInfiltrationछ । छैन चिन्ह(√) लगाउने । ●छालामा सुखापन छ/छैन चिन्ह(√) लगाउने । ●आँखाको ढकनी (Eye lid)बन्द हुन्छ, हुँदैनवाLagophthalmos छ/छैन माचिन्ह(√) लगाउने । ●आँखामा रातोपन छ/छैनचिन्ह(√) लगाउने ।
बाहिरी सतह स्नायुको (Nerve)स्थिति	बाहिरी सतहका स्नायुहरु (जस्तै Ulnar, Median, Radial, Lateral Popliteal, Posterior tibial)छाम्दा मोटो (Thickened)दुख्ने छ/छैन ?जाँच गरी यदि छाम्दा मोटो वा दुख्छ भने कुन स्नायु दायाँ,बायाँकुनहो सो महलमाचिन्हलगाउने । जस्तै कुनै बिरामीको दायाँ Ulnar Nerveछाम्दा मोटो छ र यदि दुख्छ भने Thickened र Tenderदुवैमाचिन्हलगाउनु पर्छ । यदि छाम्दा मोटो छ तर दुख्दैनभने Thickenedमाचिन्हलगाउने ।
निदानको समयमा कुष्ठरोग प्रतिक्रिया(Leprea Reaction)	निदानको समयमा बिरामीमा कुष्ठरोग प्रतिक्रिया छ/छैन भनेर परिक्षण गर्नु पर्दछ । यदिनिदानको समयमा बिरामीमा कुष्ठरोग प्रतिक्रिया देखा परेको छ भने कस्तो प्रकारको प्रतिक्रिया(Type 1वाType 2)हो सो छुटाउने र सो कुष्ठरोग प्रतिक्रियाकुन स्थितिमा छ जस्तै MildतथाSevereकुनअवस्थामा छ सो महलमाचिन्ह(√) लगाउने । यसै गरी परिक्षणको समयमाNeuritisछ/छैन भनेर परिक्षण गर्नु पर्दछ । परिक्षण पश्चातNeuritisभएमाYesमहलमा, छैनभने No महलमाचिन्ह(√) लगाउने ।
असमर्थताकोश्रेणी	बिरामीउपचारमाआउँदा रRFTहुदाँअसमर्थताकोश्रेणी (Disability Grade)“दा”भनेको दायाँ, “बा” भनेकाबायाँ(आँखा, हात, खुट्टा) माश्रेणी ०, १ वा २ के होसोछुट्टयाउनुपर्दछ र अधिकतमअसमर्थताको श्रेणी लेख्नुपर्दछ । नोटः आखाँमाश्रेणी ०वा २ मात्र हुन्छ ।
EHF Score	हरेकआर्थिक वर्षको अन्तमा बिरामीको Eyes, Hands and Feet (EHF)को Disability Score (EHF Score - Total)कतिहो सो उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
स्मेयरकोमिति	स्मेयर लिएकोगते, महिना, साल लेख्नुपर्दछ ।

शीर्षक	निर्देशन
स्मियर नतिजा	Sites: (R)Earlobe, (L)Earlobe, lesion 1 or (R) arm, lesion 2 or (R) thigh बाट लिएकोSmear कोनतिजाNegative भए Neg रPositiveभए घनत्व (Density)BIअनुसार+चिन्हद्वारा जनाउनुपर्दछ । (जस्तै: 1+, 2+, 3+, 4+.....etc.)लेख्नुपर्दछ ।
कुष्ठरोगको प्रकार	कुष्ठरोगको वर्गिकरण PBवाMB केहोसोकोठामा (√) चिन्हलगाउनुपर्दछ ।
हालको उपचार	हाल विरामीलेसेवनगरि रहेकोउपचारकोमहलमा (√) चिन्हलगाउनुपर्दछ । जस्तै(PB-MDT वा MB- MDT)
जाँचगर्नेको विवरण	जाँचगर्नेको नाम, पद, दस्तखत र मितिउल्लेख गर्नु पर्दछ ।

भाग ३-महिनामहिनाको उपचार तालिकाविवरण :

आर्थिक वर्षको महलमाविरामीउपचार गर्नआएको आ.व. लेख्नुपर्दछ । महिनामहिनाको उपचार महलमाविरामीकुन महिनाबाट (श्रावण देखि आषाढसम्ममा) उपचार शुरु गरिएको हो सोहीमहिना देखि क्रमशः विरामीआएको महिनामाऔषधिखाएको मात्राअनुसार (१,२,३ ...) लेख्नुपर्दछ । नखाएको महिनाको कोठा खालि छाड्नु पर्दछ । विरामीतोकिएको समयमानआई अनुगमन गर्नुपर्दा यदि स्वास्थ्य संस्थाबाट घरमागईभेटेमाHome Visit गरेर अनुगमन गरे पछि (HV) लेख्नु पर्दछ । घटाईएको विवरण र मितिको महलमाउपचारमा रहेको विरामीले उपचार पूरा गरेमा(Released From Treatment-RFT),स्थानान्तरण भएमा(Transfer Out-TO), डिफल्टर भएमा(Loss to Follow Up - LF)वाअन्य(Other Deduction-OD)मरेकोवागलतनिदान के कारणले घटेको हो सो लेखी घटाईएको मिति,गते, महिना र सालमा समेत लेख्नुपर्दछ ।

भाग ४-कुष्ठरोगको प्रतिक्रियाव्यवस्थापन /अन्यउपचार:

विरामीको उपचार अवधिमाप्रतिक्रियाआएको छ /छैननियमितजाँच गर्नु पर्दछ । यदिप्रतिक्रियादेखिएमा यस महलमाप्रतिक्रियाआएको मिति, चिन्ह र लक्षण प्रतिक्रियानिदानType 1 / Type II/ Neuritiskे हो ? लेख्ने र औषधि र यसको मात्रा, उपचार अवधिनिश्चितगरि लेख्नु पर्दछ ।

भाग ५-Medical and Social Rehabilitation

- यस अन्तर्गत विरामीको जीवनयापन को लागि सहयोग:यदि सहयोग गरेको छ भने के सहयोग गरेको हो ? सो महलमाचिन्ह(√) लगाउने जस्तै शिक्षा, स्वरोजगार आदि ।
- सहयोग गरेको मिति: के मा सहयोग गरेको हो सो महलमामितिउल्लेख गर्ने ।
- सहयोग गर्ने संस्था : सो सहयोग कुन संस्थाबाट भएको हो सो संस्थाको नाम सहयोग गरेको महलमाउल्लेख गर्ने ।
- स्वयं हेरचाह किट सहयोग,स्वयं हेरचाह सम्बन्धितालिम, जुता, सहयोगी सामग्रीआवश्यक छ/छैनयदि छ भने विरामीलाइमाथिको सहयोगउपलब्ध गराएको मिति समेत सोहीमहलमा लेख्नु पर्दछ ।
- सुधारात्मकशल्यक्रियाआवश्यक छ/छैन, यदि छ भने कुन-कुनअंग (आँखा, हात र गोडा) को हो निश्चित गरी कुनअंगको शल्यक्रिया गर्ने हो सो यकिन गरी मिति समेत लेख्नु पर्दछ ।

भाग ६-बिरामीको फलोअप:

उपचार पुरा गरे पछि पनि कुष्ठरोगप्रभावितहरुमा समय-समयमा समस्या देखिने हुंदात्यस्ता बिरामीको फलोअपमाआउदाफलोअप मितिफलोअपको विवरण Clinical laboratoryको अवस्था र दिईएको उपचार यस महलमाउल्लेख गर्ने ।

भाग७-Assessment of Disability and Nerve Function:

<p>स्पर्शजाँचST (Sensory Test):</p>	<p>कार्डमादिईएको संकेत(Key)अनुसार बिरामीको दायाँ र बायाँहात र खुट्टाको स्पर्शजाँच(Sensory Test) गरी चार्टमाभर्नुपर्दछ । प्रत्येकहात र खुट्टामा स्पर्श जाँच गर्न ४ वटा बिन्दु हुन्छ । दायाँपट्टीको कोठामा जाँचगर्दाभेटिएका कुराहरु (Comment) जस्तै छुदाँ थाहानहुने भएकहिले देखीभएको हो सो अवधिउल्लेख गर्नुपर्दछ भने कुनै घाउ भएको वाअंगपतन छ भने जनाई दिनु पर्दछ । यसका साथै जाँच गरेको मिति र जाँच गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नु पर्दछ ।</p>
--	---

भाग८: बिरामीकोपरिवारसम्पर्कजाँचअभिलेख

क्र.स.	कुष्ठरोगको बिरामीको परिवार सम्पर्क गरेको सदस्यको क्रम सङ्ख्याf लेख्नु पर्दछ .
नाम थर	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको नाम थर लेख्नु पर्दछ .
उमेर	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको उमेर लेख्नु पर्दछ .
लिङ्ग	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको लिङ्ग लेख्नु पर्दछ .
बिरामीको नाता	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यको कुष्ठरोगको बिरामी संगको नाता लेख्नु पर्दछ .
निदान	कुष्ठरोगको बिरामी सँग सम्पर्कमा आएका परिवारको सदस्यमा कुष्ठरोग देखिएमा एम.वि. वा पि.वि. कुन प्रकारको हो खुलाई ठिक लगाउनु पर्दछ .
कैफियत	माथि उल्लेखित विवरण बाहेक अन्य थप केहि विवरण भए खुलाउनु पर्दछ .

भाग९-मांसपेशीजाँच - Voluntary Muscle Test (VMT):

स्वयं मांसपेशीको जाँच(Voluntary Muscle Test-VMT)प्रत्येक कोठाले एउटा जाँचको मिति जनाउँछ । बिरामीको जाँचगर्दा शरीरको दाँया र बाँया, आँखा, हात र खुट्टाको जाँच गरी जाँचको नतिजाबायाँ कोठा र दायाँ कोठामा भर्नु पर्दछ । प्रत्येक कोठाको शिरमामिति लेख्नुपर्दछ । कार्डमादिईएको संकेत अनुसार नतिजाभर्नुपर्दछ । S-Strong, W-Weak, P- Paralysed;र आँखाको Lid gapकतिछ सो नापेर mmमा लेख्नु पर्दछ ।

अन्तमाVMT र STपश्चात् अधिकतमDisability Grade मिति सहितअनिवार्य लेख्नु पर्दछ ।

माथिउल्लेखितAssessment of Disability and Nerve Function निर्देशनअनुसार उपचार पुरा (निको भएका) बिरामीहरुको जाँच(Release from Treatment - RFT) गर्दा अनिवार्य रुपमाबिरामीहरुको स्पर्शजाँच(ST), स्वेच्छिक मांसपेशीको जाँच(Voluntary Muscle Test- VMT)र Smearजाँच गरी अभिलेख राख्नुपर्दछ । यदिRFTबिरामीहरुको अपांगताहुने सम्भावना बढी छ भने उसलाई आवश्यक स्वास्थ्यशिक्षादिनु पर्दछ । यदि बिरामीलाई जुतातथाकालो चस्माको आवश्यकता छ भने कसरी प्राप्त गर्न सकिन्छ बताई दिनुपर्दछ ।

जाँचगर्नेकोविवरण : निर्देशनअनुसार उपचार पुरा गरेका बिरामीहरुकोSensory Test-STrVoluntary MuscleTest-VMTर असमर्थताकोपरिक्षणरजाँच गर्नेस्वास्थ्यकर्मीकोनाम, थर, पद, मिति लेखि सही गर्नुपर्दछ।

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
७	उमेर, महिला	विरामीमहिलाभएमहल७मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
८	उमेर, पुरुष	विरामीपुरुषभएमहल ८ मा पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
९	वैवाहिक स्थिति पेशा, सर्म्पक नम्बर	यस महलमाविरामीको वैवाहिक स्थितिकोड लेख्नुपर्दछ । १अविवाहित, २विवाहित, ३ पारपाचुके, ४ विधुवा/विधुर, ५ छुट्टिएको, ६ लागु नहुने विरामीको हालको पेशादोश्रो कोठामा लेख्नुपर्दछ । विरामीकोसर्म्पकफोननम्बरतेश्रो कोठामा लेख्नुपर्दछ ।
१०	ठेगाना	सेवालिनै व्यक्तिको पुरा ठेगाना लेख्नुहोस । यस महलमा२ वटा कोठा छट्टयाइएको छ ।पहिलो कोठामा विरामीकोठेगाना-जिल्ला,पालिका, वडा नं) लेख्नुपर्दछ। विदेशीको हकमा देशको नाम लेख्नु पर्दछ। दोस्रो कोठामा हालवसोवास गर्ने जिल्लातथागाउँपालिका/नगरपालिका/उप- महानगरपालिका/महानगरपालिका,वडा नं र गाउँ/टोल लेख्नुपर्दछ ।विदेशीको हकमा पनिहाल नेपालमा बसोबास गरिरहेको भए जिल्ला, पालिका, वार्ड नं र गाउँ/टोल सम्बन्धि सम्पूर्ण विवरण लेख्नुपर्दछ ।
११	रोगपत्तालागेको तरिका	रोगपत्तालागेको तरिका कोडमा खुलाउनुहोस । Voluntarily = 1; Referred = 2, ContactExamination =3, Skin camp=4Other (Specify) = 5
१२	यस रजिष्टरमाथपभए को तरिका	विरामीकुनतरिकाले यस रजिष्टरमादर्ता हुनआएको हो सोहीअनुसार कोड खुलाउनुहोस । कोड: नयादर्ता भएका(New Patient) = 1;स्थानान्तरण भई आएको (Transfer in)= 2; फेरी औषधि सुरु गरेको (Restarter) = 3;रोग पुनःबल्भिएको (Relapse) = 4; and Othersuch as classification change and other (Specify) = 5
१३- १४	लेप्रा रियाक्सन (Type-1, Type- 2), Neuritis	यस महलमा ३ वटा कोठा छट्टयाइएको छ ।पहिलो कोठा को बायाँ भागमा रियाक्सनको प्रकार Type-1अथवाType-2खुलाउनुपर्दछ । पहिलो कोठाकोदायाँ भागमाNeuritisभएमा "छ" र नभएमा "छैन" भनि उल्लेख गर्नुपर्दछ।
	मिति	दोश्रो कोठामा रियाक्सन रNeuritisनिदानतथाउपचारको मिति लेख्नुपर्दछ ।
	उपचार	तेश्रो कोठामा दिइएको उपचार लेख्नुपर्दछ ।
१५	आर्थिक वर्ष	विरामीदर्ता भएको आर्थिक वर्ष लेख्नु पर्दछ र आउने वर्षहरु क्रमशःत्यस मुनि लेख्नु पर्दछ ।
१६-२७	महिना/महिनाको उपचार नियमितताश्रावण देखि आषाढ	आर्थिक वर्ष श्रावणदेखि आषाढ सम्ममा विरामीआएकोमहिनामाऔषधिखाएकोमात्राअनुसार (१, २, ३ ...) लेख्नुपर्दछ । नखाएको महिनामाखाली छोड्नु होस ।यदि स्वास्थ्यकर्मीघरमागाई अनुगमन गरेको भए(Home Visit - HV) लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
२८	स्मेयर नतिजा	विरामीको स्किन स्मेयरको नतिजा नेगेटिभ भए(-Ve)र पोजेटिभ भए घनत्व अनुसार (+Ve)चिन्हद्वारा जनाउनु पर्दछ । जस्तै: पोजेटिभको हकमा ३+Ve, ४+Ve, आदिअंक खुलाई लेख्नुपर्दछ ।
२९	असमर्थता को अधिकतमश्रेणी	सबै नयाँ विरामीदर्ता हुँदा र उपचार पूरा गर्दा (RFT) असमर्थताको श्रेणी ०, १ वा २ कुनहो सो लेख्नु पर्दछ । हरेक वर्षको अधिकतमअसमर्थताको श्रेणी मुनि लेख्नु पर्दछ ।
३०	EHF Score	विरामीकोEyes, Hands and FeetdisabilityकोTotal score (EHF Score) कतिहो सो यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३१	Ulcers	कुष्ठरोगको विरामीमानिदानकोसमयमा, उपचारको अवधि वा त्यस पश्चात कुनै पनि भागमा ulcerछ/ छैन लेख्नु पर्दछ ।
३२	सम्पर्कपरिक्षणगर्नुपर्नेव्यक्तिहरूकोसंख्या	कुष्ठरोगको विरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ । सो संख्या LPEP निर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्दछ ।
	सम्पर्कपरिक्षणगरेकोव्यक्तिहरूकोसंख्या	कुष्ठरोगको विरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परिक्षण गरिएका परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
	सम्पर्कपरिक्षणबाटनयाँविरामीपत्तालागेकोसंख्या	कुष्ठरोगको विरामीको सम्पर्कमा आई सम्पर्क परिक्षण गरिएका परिवार तथा छिमेकी सदस्य मध्ये नयाँ विरामी पत्ता लागेको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
३३	रोगी घटाइएको विवरण र मिति(RFT/TO/ LF/ OD)	उपचारमा रहेको कुष्ठरोगीउपचार पूरा गरेको(ReleasedfromTreatment-RFT),स्थानान्तरण भएको(Transfer Out-TO),फलोअपनभएका(Loss to Follow Up) वाअन्य(OtherDeduction-OD)मरेको वागलतनिदान के कारणले घटेको हो सो रसो को मिति लेखीत्यसको मुख्य कारण कैफियतमाखुलाउनु पर्दछ ।
३४	कैफियत	विरामीको विषयमाउल्लेख गर्नुपर्ने कुनै उपचार आवश्यकभए सो लेख्नु पर्दछ । विरामी स्थानान्तरण भई आएको भएआएको संस्थाको नाम र प्रेषण गरी पठाएको भएकुन संस्थामा पठाएको हो सो कुरा कैफियत लेख्नु पर्दछ ।

HMIS-5.6:पुनर्स्थापनासेवारजिष्टर(Rehabilitation Service Register)

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

रजिष्टरको नमूना :

पुनर्स्थापना से																						
सेवा संस्थापन जानकारी				सेवाग्राहीको जानकारी						उपचार/आयुर्वेद नं.				परिणाम र निदान (Diagnosis)				कार्य प्रणाली (Functioning)				
क्र.सं.	मूल दर्ता नम्बर	मिति (ग/म/सा)	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम, थर	जन्म (०१-०६)	प्रेषण (०१-०२)	विकार / अपाङ्गता प्रकार (०१-१०)	अप्राप्तित योग्यता (क, ख, ग, घ, ङ)	उपचार	क्याथोड	बिजुली	सामान्य नम्बर	बिजुली	अनुसन्धानमूलक परिणाम	ICD Code	Chapter	पुनर्स्थापना कार्य	कार्य प्रणाली	संयोजक	सहायक		
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	

जातिगत बाधारण सेवाग्राही (महल नं. १)						विकार/अप्राङ्गताको प्रकारको बाधारण (महल नं. १)										उमेर समूह (महल नं. ७)					ब्यापक परिणाम रकार्य प्रणाली (महल नं. १०)					
विषय	०१	०२	०३	०४	०५	०६	०७	०८	०९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	
महिला																										
पुरुष																										
जम्मा																										

वा रजिष्टर																				
सेवाको प्रकार										बाधारण बाधारणी										
महलको कोड	विशेषीकरण	क्याथोड	बिजुली	अनुसन्धानमूलक	कार्य प्रणाली	विशेषीकरण		व्यवस्थापकी		अनुसन्धानमूलक	क्याथोड	बिजुली	अनुसन्धानमूलक	कार्य प्रणाली	अनुसन्धानमूलक	कार्य प्रणाली	अनुसन्धानमूलक	कार्य प्रणाली	अनुसन्धानमूलक	कार्य प्रणाली
						सि.ए.ए.ए.ए.	अन्य	नर्स	अन्य स्वास्थ्यकर्मी											
१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	२७	२८	२९	३०	३१	३२	३३

मिदान अनुसार सेवाग्राहीको संख्या (महल नं. १६)																											
विषय	०१	०२	०३	०४	०५	०६	०७	०८	०९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	२३	२४	२५	२६	जम्मा
महिला																											
पुरुष																											
जम्मा																											

रजिस्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महलको शिर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येकमहिना सेवालिनआएका सेवाग्राहीसँगको क्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुहोस् ।
२	मूलदर्ता नम्बर अन्य सेवाको दर्ता न.	यस महलको माथिल्लो भागमामूलदर्ता रजिस्टरमादर्ता हुँदाको नम्बर सेवाग्राहीसँगभएको पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनुहोस् र यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राहीले अस्पतालको ओ.पि.डी वाआई.पि.डी वाअन्यकुनै सेवाबाट प्रेषण भएको हो भने त्यो सेवाको दर्ता न.उल्लेख गर्नुहोस् ।
३	मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्थामा सेवालिनआउनुभएको मितिलाई गते, महिना र सालक्रमशः लेख्नुहोस्।
४	पुनर्स्थापना सेवादर्ता नम्बर नयाँ/पुरानो	यस महलको माथिल्लो भागमासेवाग्राहीको पुनर्स्थापना सेवाको दर्ता न. उल्लेख गर्नुहोस् ।सेवाग्राहीको दर्ता गर्दा प्रत्येक आर्थिक वर्षमानयाँदर्ता नम्बर दिई शुरु गर्नुहोस् । एउटा स्वास्थ्य समस्यालिएर उपचार गराउनआएको सेवाग्राही सोही समस्याउपचारका लागि दोहोर्चाई (फलोअप) आएमा यो महलमापहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नुहोस् । यदि एक पटकको रोगनिको भइसकेको सेवाग्राही सोही समस्यावाअन्य समस्यालिएर फेरि उपचारका लागिआएमानयाँदर्ता गर्नुहोस् ।यस महलको तल्लो भागमासेवाग्राहीनयाँवा पुरानो होउल्लेख गर्नुहोस् । नयाँभन्नाले पहिलो पटक उपचार लिनआएको व्यक्ति र पुरानो भन्नाले दोस्रो वात्यो भन्दा बढि पटक उपचार लिनआएको व्यक्तिभन्ने बुझ्नुपर्छ ।
५	सेवाग्राहीको नाम, थर अभिभावकको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुहोस् । यस महलमा सेवाग्राहीको अभिभावकको नाम र थर लेख्नुहोस् ।

६	जाति	सेवाग्राहीको जुनजाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूहएकिन गरी तलउल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । ०१-दलित, ०२-जनजाति, ०३-मधेशी, ०४-मुस्लिम, ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री, ०६-अन्य								
७	उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस् ।								
८	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्गमहिलाभए '१', पुरुषभए '२' र यौन अल्पसंख्यक भए '३' लेखीगोलो लगाउनु ।								
९	विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड	सेवाग्राहीकुनकिसिमको विकार (impairment)/अपाङ्गताको समस्याका कारण पुनर्स्थापना सेवालिनआएको हो सोहीअनुरुपतलउल्लेख भएअनुसारको कोड नम्बरयस महलमा लेख्नुहोस् । ०१-शारीरिक सम्बन्धी, ०२-दृष्टि सम्बन्धी, ०३-सुनाइ सम्बन्धी, ०४-श्रवण दृष्टिविहीन सम्बन्धी, ०५-स्वर र बोलाइ सम्बन्धी, ०६-मानसिकवामनोसामाजिक सम्बन्धी, ०७-बौद्धिक सम्बन्धी, ०८-अनुवंशीय रक्तश्राव सम्बन्धी, ०९-अटिज्म सम्बन्धी, १०-बहुअपाङ्गता सम्बन्धी								
१०	अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार	सेवाग्राहीसँगअपाङ्गता परिचयपत्र छ भने सोहीमहलमा परिचयपत्रको प्रकार अनुसार तलउल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् र छैन भने छैन भनीजनाउन पर्दछ । <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>क-रातो रंग</td> <td>ख-नीलो रंग</td> <td>ग-पहेँलो रंग</td> <td>घ-सेतो रंग</td> </tr> <tr> <td>(पूर्णअशक्तअपाङ्गता)</td> <td>(अतिअशक्तअपाङ्गता)</td> <td>(मध्यमअपाङ्गता)</td> <td>(सामान्यअपाङ्गता)</td> </tr> </table>	क-रातो रंग	ख-नीलो रंग	ग-पहेँलो रंग	घ-सेतो रंग	(पूर्णअशक्तअपाङ्गता)	(अतिअशक्तअपाङ्गता)	(मध्यमअपाङ्गता)	(सामान्यअपाङ्गता)
क-रातो रंग	ख-नीलो रंग	ग-पहेँलो रंग	घ-सेतो रंग							
(पूर्णअशक्तअपाङ्गता)	(अतिअशक्तअपाङ्गता)	(मध्यमअपाङ्गता)	(सामान्यअपाङ्गता)							
११-१२	जिल्ला, गा.पा./न.पा, वडा नं., सम्पर्क नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीप्रायःबसोबास गरेको जिल्ला, वीचको भागमामहानगर/उपमहानगर /नगर/गाउँपालिका, वडा नं., टोलको नाम र अन्तिमको भागमा सम्पर्क फोन नं. लेख्नुहोस् ।								
१३	अन्य (विदेशी)	यस महलमा सेवाग्राहीविदेशीनागरिक हुनुहुन्छ भने उहाँको देशको नाम लेख्नुहोस् ।								
१४	अनुसन्धानमूलक परीक्षण	सेवाग्राहीले रोग निदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोगशालावाअन्यजाँच गरेको व्यहोरा यस महलमा लेख्नुहोस् ।								
१५-१६	ICD Code, Chapter-परीक्षण र निदानको विवरण	१५महलको माथिल्लो भागमा स्वास्थ्यकर्मीले निदान गरेअनुसार सेवाग्राहीलाई लागेको सम्भावितमुख्य स्वस्थ्य समस्याको Numeric (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE (ICD-11) कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ र १६ नं महलकामाथिको भागमामुख्य स्वास्थ्य समस्याको ICD-11कोडको मुख्यChapter (1-26) को नाम लेख्नुहोस् । त्यसैगरी महलहरुको तल्लो भागमामुख्य स्वस्थ्य समस्याकोनाम लेख्नुहोस् । 01 Certain infectious or parasitic diseases (1A00-1H0Z) 02 Neoplasms (2A00-2F9Z) 03 Diseases of the blood or blood-forming organs (3A00-3C0Z) 04 Diseases of the immune system (4A00-4B4Z) 05 Endocrine, nutritional or metabolic diseases (5A00-5D46) 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (6A00-6E8Z) 07 Sleep-wake disorders (7A00-7B2Z) 08 Diseases of the nervous system (8A00-8E7Z) 09 Diseases of the visual system (9A00-9E1Z) 10 Diseases of the ear or mastoid process (AA00-AC0Z) 11 Diseases of the circulatory system (BA00-BE2Z) 12 Diseases of the respiratory system (CA00-CB7Z) 13 Diseases of the digestive system (DA00-DE2Z) 14 Diseases of the skin (EA00-EM0Z) 15 Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue (FA00-FC0Z) 16 Diseases of the genitourinary system (GA00-GC8Z) 17 Conditions related to sexual health (HA00-HA8Z) 18 Pregnancy, childbirth or the puerperium (JA00-JB6Z)								


		<p>19 Certain conditions originating in the perinatal period (KA00-KD5Z)</p> <p>20 Developmental anomalies (LA00-LD9Z)</p> <p>21 Symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified (MA00-MH2Y)</p> <p>22 Injury, poisoning or certain other consequences of external causes (NA00-NF2Z)</p> <p>23 External causes of morbidity or mortality (PA00-PL2Z)</p> <p>24 Factors influencing health status or contact with health services (QA00-QF4Z)</p> <p>25 Codes for special purposes (RA00-RA26)</p> <p>26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I (SA00-SJ3Z)</p>										
१७-२२	कार्य क्षमताको विवरण(Functioning)	<p>१७-२२ महलको माथिल्लो भागमासेवाग्राहीलाईउमेर अनुसारको कार्य क्षमताको विवरण(Functioning) को कुन-कुन क्षेत्रमा समस्या छ उक्त क्षेत्रको बक्समा✓चिन्हलगाउनुहोस् ।</p> <p>०१.बुझ्ने र बुझाउने क्षमता, ०२. गमनशिलता (हिँडाइ र चहलपहल), ०३.स्व-हेरचाह (आफ्नो स्वच्छता, लवाइ, खुवाइ र एकलै गर्न सक्ने), ०४.मेलमिलाप (अरु मानिस सँगको अन्तक्रिया), ०५.जीवनक्रियाकलाप (घरायसीतथाविद्यालयकार्य), ०६.सहभागिता (सामाजिकक्रियाकलाप, समाजमा सहभागिता)</p> <p>त्यसैगरी महलहरुको तल्लो भागमाउक्त✓चिन्हलगाएको Functioning क्षेत्रलाई व्याख्या गर्नुहोस्।</p>										
२३	स्वास्थ्य समस्याको कारण	<p>यस महलमा सेवाग्राहीलाई लागेको मुख्य रोगको कारणको कोड नम्बर लेख्नुहोस् । ०१-जन्मजात, ०२-दुर्घटना/चोटपटक, ०३-हिंसा, ०४-नसर्ने रोग, ०५-सर्ने रोग, ०६- हड्डीखिइनु, ०७- अन्य, ०८-थाहानभएको</p>										
२४-३१	स्वास्थ्य समस्याको कारण सेवाको प्रकार (उपचार र सल्लाहको विस्तृत जानकारी)	<p>यस महलको माथिल्लो भागमातलउल्लेखगरिएको मध्ये सेवाग्राहीलाई दिएको विभिन्न सेवाहरुको बक्समा✓चिन्हलगाएर उक्तउपचार र सल्लाहकोबारेमातल्लो महलमाछोटकरीमाउल्लेख गर्नुहोस् ।</p> <p>एकजना सेवाग्राहीलाई एक भन्दा बढि सेवामाउपचार र सल्लाह दिइन्छ भने एकभन्दा बढि सेवाको बक्समाचिन्ह✓लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमाउल्लेख गर्नुपर्छ । यदि सेवाग्राहीलाई अन्यकुनै संस्थामावा स्वास्थ्य संस्थामा अन्यकुनै सेवामा प्रेषण गरियो भने अन्यको महलमा✓लगाइ केकालागि प्रेषण गरियो भनिउल्लेख गर्नुहोस् ।</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">०१. फिजियोथेरापी सेवा</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">०२. वाक् तथाश्रवण सेवा</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">०३. अकुपेशनथेरापी सेवा</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">०४. सहायक सामग्री सम्बन्धी सेवा</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">०५.चिकित्सकीय सेवा</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">०६.मनोपरामर्श सेवा</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">०७.अन्य सेवा</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">०५.१ पि.एम.एण्ड आर</td> <td style="text-align: center;">०५.२ अन्यचिकित्सक</td> </tr> </table> <p>०५.१ पि.एम.एण्ड.आरको महलमापि.एम.एण्ड.आर(Physical Medicine and Rehabilitation)विशेषज्ञ चिकित्सद्वारा प्रदानगरिएको सेवाहो भने यो बक्समाचिन्ह✓लगाई सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमातलको महलमाउल्लेख गर्नुपर्छ ।</p> <p>०५.२ अन्य सेवाको महलमाविशेषज्ञ चिकित्सक जस्तै हार्डजोर्नी विशेषज्ञ, मुटुरोग</p>	०१. फिजियोथेरापी सेवा	०२. वाक् तथाश्रवण सेवा	०३. अकुपेशनथेरापी सेवा	०४. सहायक सामग्री सम्बन्धी सेवा	०५.चिकित्सकीय सेवा		०६.मनोपरामर्श सेवा	०७.अन्य सेवा	०५.१ पि.एम.एण्ड आर	०५.२ अन्यचिकित्सक
०१. फिजियोथेरापी सेवा	०२. वाक् तथाश्रवण सेवा	०३. अकुपेशनथेरापी सेवा	०४. सहायक सामग्री सम्बन्धी सेवा									
०५.चिकित्सकीय सेवा		०६.मनोपरामर्श सेवा	०७.अन्य सेवा									
०५.१ पि.एम.एण्ड आर	०५.२ अन्यचिकित्सक											

		<p>विशेषज्ञ, आँखा रोग विशेषज्ञ, आदिद्वारा प्रदानगरिएको सेवाहो भने यो बक्समाचिन्ह✓लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमातलको महलमाउल्लेख गर्नुपर्छ ।</p> <p>०७.अन्य सेवाको महलमामाथिउल्लेखित सेवाबाहेक अन्य सेवाहरु प्रदानगरिएको भएचिन्ह✓लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमातलको महलमाउल्लेख गर्नुपर्छ । साथै अन्य स्वास्थ्यकर्मी (नर्स, हे.अ, अ.हे.व) द्वारा प्रदानगरिएका पुनर्स्थापना सम्बन्धी सेवाहो भने पनि यस महलमाचिन्ह✓लगाइ सबै उपचार र सल्लाहको बारेमा छोटकरीमातलको महलमाउल्लेख गर्नुपर्छ ।</p>
३२	सहायक सामग्री (आवश्यक, कोड)	<p>यस महलको माथिल्लो भागमाआवश्यकसहायक सामग्रीकोनाम र तल्लो महलमाउक्तसहायक सामग्रीकोड लेख्नुहोस् ।</p> <ol style="list-style-type: none"> १. गमनशिलता सम्बन्धि, जस्तै: Crutches, Walking sticks and canes, Walkers, wheel chain orthoses, prostheses,आदि । २. दृष्टि सम्बन्धि, जस्तै: Magnifying devices, Spectacles,Tactile sticks, आदि । ३. सुनाई सम्बन्धि, जस्तै: Hearing aids, communication products, Signaling products,आदि । ४. संचार सम्बन्धि, जस्तै: Communication products, Signalling products,आदि । ५. बुझ्ने र बुझाउने सम्बन्धि, जस्तै: Memory Aids, Alarms, आदि । ६. वातावरण सम्बन्धि, जस्तै: Chairs, Beds, Wheelchair accessories:-cushion, belt आदि ।
३३	सहायक सामग्री(प्राप्त र स्रोतको कोड)	<p>यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीले सहायक सामग्रीपाउनुभएको भए✓ लगाउनुपर्छ र तल्लो महलमा सहायक सामग्रीपाएको स्रोतको कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।</p> <ol style="list-style-type: none"> १. आफै किनेको २. अस्पतालबाट ३. अन्य सरकारी कार्यलयबाट ४. पुनर्स्थापना केन्द्रबाट ५. अन्य संस्थाबाट
३४	प्रेषण भई आएको सेवाको कोड	<p>यदि सेवाग्राही स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवाबाट प्रेषण भई आएको भएमाथिल्लो भागमा प्रेषण गर्ने सेवाको कोड लेख्नुपर्दछ र यदि सेवाग्राहीलाई स्वास्थ्य संस्थाको अन्य सेवामा प्रेषण गरिएको छ, उक्तसेवाको कोड तल्लो भागमा लेख्नुहोस् ।</p> <p>01.OPD, 02.IPD, 03.CBIMNCI, 04. Nutrition, 05. Immunization, 06. Safe Motherhood, 07. PEN, 08. PHC/ORC, 09. Other</p>
३५-३६	प्रेषण भई आएको र कोड	<p>३७ नं. महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीयदिअन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण भईआएको भए संस्था/व्यक्तिको नाम लेख्नुहोस् र उक्त संस्था/व्यक्तिको कोड तल्लो भागमा लेख्नुहोस् ।</p> <p>३८ नं. महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा प्रेषण गरिएको छ, भने प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ र उक्त संस्थाको कोड तल्लो भागमा लेख्नुहोस् ।</p> <p>०१.केन्द्रीय/प्रादेशिक अस्पताल, ०२.द्वितीय अस्पताल, ०३.प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/ आधारभूत अस्पताल, ०४.स्वास्थ्य चौकी, ०५.शहरी स्वास्थ्यक्लिनिक, ०६.सामुदायिक स्वास्थ्यक्लिनिक, ०७.महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, ०८.पुनर्स्थापना</p>

		केन्द्र, ०९.अपाङ्गताभएकाव्यक्तिहरुको संस्था, १०.अन्य सेवाग्राही ११.अन्य
३७	भर्ना भएको मिति	पुनर्स्थापना सेवालिनआउने उद्देश्यले भर्ना हुने सेवाग्राहीलाई मात्र यस महलमाउल्लेख गर्नु पर्नेछ। सेवाग्राही सेवालिनभर्ना भएको मितिलाई गते, महिना र सालक्रमशः लेख्नुहोस्।
	डिस्चार्ज भएको मिति	पुनर्स्थापना सेवालिनआउने उद्देश्यले भर्ना भइ डिस्चार्ज भएका सेवाग्राहीलाई मात्र यस महलमाउल्लेख गर्नु पर्नेछ। सेवाग्राहीडिस्चार्जभएको मितिलाई गते, महिना र सालक्रमशः लेख्नुहोस्।
३८	कुलभर्ना भएको दिन	यस महलमा सेवाग्राहीलिनभर्ना भएको मिति देखि गिन्ति गरेरदिनको संख्या लेख्नुहोस्।
३९	सेसनको संख्या	यस महलको माथिल्लो भागमासेवाग्राहीले उक्त समस्याकालागि एक दिनमाकति सेसनहरु पाउनुभएको छउक्त सेसनको नं र तल्लो भागमा सेवाग्राहीले एक दिनमापाएको जम्मा सेसन संख्या लेख्नुहोस्।
४०	सेवापाएको दिन	सेवाग्राहीले उक्त समस्याकालागिकतिदिन सेवापाउनु भएको छ यो महलमा लेख्नुहोस्।

HMIS-5.7:पुनर्स्थापनासेवाकार्ड(Rehabilitation ServiceCard)

वार्डको नमूना :

 <p>नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग एकिकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली</p>		HMIS 5.7
प्रदेश:	महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका:	
जिल्ला:	स्वास्थ्य संस्थाको नाम:	
पुनर्स्थापना सेवा कार्ड		
मूल दर्ता नं.	प्रेषण गर्ने सेवाको नाम	पुनर्स्थापना सेवा दर्ता नम्बर
जति कोड	लिङ्ग	उमेर
अभिभावकको नाम थर		विकार/अपाङ्गताको प्रकारको कोड
अपाङ्गता परिचय पत्रको प्रकार		
ठेगाना		
प्रदेश	जिल्ला	महा/उप/नगरपालिका/गाउँपालिका
बडा नं.	टोल	सम्पर्क नं.
नोट: अन्तरण सेवामा समावेश हुने सेवाग्राहीको लागि भर्ना भएको मिति र डिस्चार्ज भएको मिति लेख्नुपर्नेछ।		
भर्ना भएको मिति (रा.म./सा.)		डिस्चार्ज भएको मिति (रा.म./सा.)
मिति (रा.म./सा.)	परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता	
	उपचार र सल्लाह	
	पुनर्स्थापना सेवा	पुनर्स्थापना सेवा
	मर्मत/सल्लाह	मर्मत/सल्लाह
	स्व.प्रेषण	स्व.प्रेषण
	व्यक्तिगत	व्यक्तिगत
	जीवन शैली/कार्य	जीवन शैली/कार्य
	सामाजिक	सामाजिक
	सामाजिक/व्यक्तिगत	सामाजिक/व्यक्तिगत
	सामाजिक/व्यक्तिगत	सामाजिक/व्यक्तिगत
	सामाजिक/व्यक्तिगत	सामाजिक/व्यक्तिगत
	सामाजिक/व्यक्तिगत	सामाजिक/व्यक्तिगत
	सामाजिक/व्यक्तिगत	सामाजिक/व्यक्तिगत
	सामाजिक/व्यक्तिगत	सामाजिक/व्यक्तिगत
	सामाजिक/व्यक्तिगत	सामाजिक/व्यक्तिगत
	सामाजिक/व्यक्तिगत	सामाजिक/व्यक्तिगत

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

कार्डभर्ने तरिका :

महलको शिर्षक	निर्देशन
प्रदेश	स्वास्थ्य संस्था रहेको प्रदेशको नाम लेख्नुहोस् ।
महा/उप/नगरपालिका /गाउँपालिका	स्वास्थ्य संस्था रहेको महा/उप/नगरपालिका /गाउँपालिकाको नाम लेख्नुहोस् ।
जिल्ला	स्वास्थ्य संस्था रहेको जिल्लाको नाम लेख्नुहोस् ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	सेवाप्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुहोस् ।
मूलदर्ता नम्बर	मूलदर्ता रजिस्टरको दर्ता नं. लेख्नुहोस् ।
प्रेषण गर्ने सेवाको नाम	प्रेषण गर्ने सेवाको नाम उल्लेख लेख्नुहोस् ।
प्रेषण गर्ने सेवाको दर्ता नं.	प्रेषण गर्ने सेवाको दर्ता नं. लेख्नुहोस् ।
पुनर्स्थापना सेवादर्ता नम्बर	यस महलमा सेवाग्राहीको पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरमा दर्ता गरिएको नं. उल्लेख गर्नुहोस् ।
सेवाग्राहीको नाम, थर	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुहोस् ।
जाति कोड	सेवाग्राहीको जुन जाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । ०१-दलित, ०२-जनजाति, ०३-मधेशी, ०४-मुस्लिम, ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री, ०६-अन्य
लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला भए 'म', पुरुष भए 'पु' र अन्य भए 'अ' लेख्नुहोस्।
उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस् ।
अभिभावकको नाम थर	यस महलमा सेवाग्राहीको अभिभावकको नाम र थर लेख्नुहोस् ।
विकार/अपाङ्गताको प्रकारको	सेवाग्राहीमा कस्तो किसिमको विकार/अपाङ्गता छ यस महलमा तल उल्लेख गरिएको

कोड	कोड नम्बर लेख्नुहोस् । ०१-शारीरिक सम्बन्धी , ०२-दृष्टि, ०३-सुनाइ , ०४-श्रवण दृष्टिविहीन अपाङ्गता, ०५-स्वर र बोलाइ सम्बन्धीअपाङ्गता, ०६-मानसिकवामनोसामाजिकअपाङ्गता, ०७-बौद्धिक अपाङ्गता, ०८-अनुवंशीय रक्तश्राव, ०९-अटिजम सम्बन्धीअपाङ्गता, १०-बहुअपाङ्गता				
अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार	सेवाग्राहीसँगअपाङ्गता परिचयपत्र छ भने सोहीमहलमा र छैन भने परिचयपत्रको प्रकार तलउल्लेख भएअनुसार लेख्नुहोस् । <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>क-रातो रंग (पूर्णअशक्तअपाङ्गता)</td> <td>ख-नीलो रंग (अतिअशक्तअपाङ्गता)</td> <td>ग-पहेँलो रंग (मध्यमअपाङ्गता)</td> <td>घ-सेतो रंग (सामान्यअपाङ्गता)</td> </tr> </table>	क-रातो रंग (पूर्णअशक्तअपाङ्गता)	ख-नीलो रंग (अतिअशक्तअपाङ्गता)	ग-पहेँलो रंग (मध्यमअपाङ्गता)	घ-सेतो रंग (सामान्यअपाङ्गता)
क-रातो रंग (पूर्णअशक्तअपाङ्गता)	ख-नीलो रंग (अतिअशक्तअपाङ्गता)	ग-पहेँलो रंग (मध्यमअपाङ्गता)	घ-सेतो रंग (सामान्यअपाङ्गता)		
प्रदेश	यस महलमा सेवाग्राहीको प्रायःबसोबास गरेका प्रदेशको नाम लेख्नुहोस् ।				
जिल्ला	यस महलमा सेवाग्राहीप्रायःबसोबास गरेको जिल्लाउल्लेख गर्नुहोस्।				
महा/उप/नगरपालिका /गाउँपालिका	यस महलमा सेवाग्राहीप्रायःबसोबास गरेको महा/उप/नगरपालिका /गाउँपालिकाकोनाम लेख्नुहोस् ।				
वडा नं.	यस महलमा सेवाग्राहीप्रायःबसोबास गरेको वडा नं.लेख्नुहोस् ।				
टोल	यस महलमा सेवाग्राहीप्रायःबसोबास गरेको टोलको नाम लेख्नुहोस् ।				
सम्पर्क नं	यस महलमा सेवाग्राहीको सम्पर्क नम्बर उल्लेख गर्नुहोस् ।				
भर्ना भएको मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहीअन्तरंग सेवालिनभर्ना भएको मितिलाई गते, महिना र सालक्रमशः लेख्नुहोस् ।				
डिस्चार्ज भएको मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहीअन्तरंग सेवावाट डिस्चार्जभएको मितिलाई गते, महिना र सालक्रमशः लेख्नुहोस् ।				
मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहीले स्वास्थ्य संस्थामा सेवालिनआउनु भएको मितिलाई गते, महिना र सालक्रमशः लेख्नुहोस्।				
परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता	यस महलमासेवाग्राहीरोग निदान गर्ने क्रममा एक्सरे, प्रयोगशालावाअन्यजाँच गरेको ब्यहोरा उल्लेख गर्नुहोस् । साथै कार्य क्षमता (Functioning) को कुन क्षेत्रमा समस्या परेको छ उक्तक्षेत्रको बक्समा✓चिन्हलगाउनुहोस् । एउटै सेवाग्राहीको एक वा एक भन्दा बढि कार्य क्षमतामा समस्याहुन सक्छ । ०१.बुझेने र बुझाउने क्षमता, ०२. गमनशिलता (हिँडाइ र चहलपहल), ०३.स्व-हेरचाह (आफ्नो स्वच्छता, लवाइ, खुवाइ र एकलै गर्न सक्ने), ०४.मेलमिलाप (अरु मानिस सँगको अन्तक्रिया), ०५.जीवनक्रियाकलाप (घरायसीतथाविद्यालयकार्य), ०६.सहभागिता (सामाजिकक्रियाकलाप, समाजमा सहभागिता)				
उपचार र सल्लाह	सेवाग्राहीलाई कुनउपचार पद्धतिवाट उपचार गरिने हो सो उल्लेख गर्नुहोस् र चिन्ह✓लगाउनुहोस् । सेवाग्राहीलाई उपचार गर्दा एक वा एक भन्दा बढी उपचार पद्धतिप्रयोग गर्न सकिनेछ। अझै विस्तृत रुपमा के-कस्ताउपचार र सल्लाहदिइयो सो उल्लेख गर्नुहोस् । पछाडिको पृष्ठमा अगाडिको भागमा लेखे जस्तै मिति, परिक्षण, शिकायत र कार्य क्षमता, उपचार र सल्लाहउल्लेख गर्नुहोस् ।				
यस कार्डको अन्तिम पृष्ठको तालिकामा सेवाग्राहीको नियमितउपस्थितिलाई उल्लेख गर्नुहोस् । सेवाग्राहीआएको दिनअनुसार क्र.सं. मानम्बर र कुनमितिमाउपस्थितभएको दिनको मिति लेख्नुहोस् । सेसननं को महलमा त्यस मितिमाआएको कतिऔं पटक हो त्यो संख्याउल्लेख गर्नुहोस् । साथै सेसन संख्याको महलमा त्यस मितिमाजम्मा सेसन कतिपाएको हो त्यो उल्लेख गरी हस्ताक्षरमा उपचार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले हस्ताक्षर गर्नुहोस् ।					

HMIS-5.8:कुष्ठरोगविरामीकोसम्पर्कजाँचरजिष्टर(Leprosy Contact Investigation Register)

कुष्ठरोगको संक्रमणको स्थिति तथा कुष्ठरोग विरामी सुरुको नै अवस्थामापत्तालगाउन हरेक कुष्ठरोगकोमूलविरामीको परिवारतथा छिमेकी ५ घर परिवार सदस्यहरुको सम्पर्क जाँच गरी सबै विवरण यस रजिष्टरमा अभिलेखिकरण गर्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

कुष्ठरोग विरामीको सम्पर्क जाँच रजिष्टर

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :		प्रदेश:																
गाउँपालिका/नगर/उप/महानगरपालिका :		जिल्ला:																
क्र.सं	मूल विरामीको						सम्पर्क परिक्षण गरेको							कैफियत				
	नाम	ठेगाना	उमेर		रोगको प्रकार		व्यक्तिको नाम	उमेर		मूल विरामी सँगको नाता	परिक्षण मिति (स म सा)	कुष्ठरोग निदानको अवस्था						
	सेवा दर्ता नं	सम्पर्क नं	म	पु	एम.वी.	पी.वी.		म	पु			हो	होइन		शक्यासयद			
उपचार सुरु गरेको मिति (स म सा)	३		४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	MDI दर्ता नं	१४	१५	१६	१७	
१																		

रजिष्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महल शिर्षक	निर्देशन
१-७	मूलविरामीका	कुष्ठरोगको मूलविरामीको तपसिलअनुसारको विवरण भर्ने :
१	क्र.सं	प्रत्येकमूलविरामीकोक्रम संख्या १ बाट शुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ ।
२	नाम	महल २ को पहिलो कोठामा मूलविरामीको नामलेख्ने पर्दछ ।
	सेवादार्ता नं	महल २ को दोश्रो कोठामा सो विरामीको कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरमादर्ता भएको सेवादर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
	उपचार सुरु गरेको मिति	महल २ को तेश्रो कोठामा सो विरामीको कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरमादर्ता भएको मिति लेख्नुपर्दछ ।
३	ठेगाना	महल ३ को पहिलो कोठामामूलविरामीको ठेगानालेख्नुपर्दछ ।
	सम्पर्क नं	महल ३ को दोश्रो कोठामामूलविरामीको सम्पर्क नंलेख्नुपर्दछ ।
४	उमेर, महिला	विरामीमहिलाभए यस महलमा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
५	उमेर, पुरुष	विरामीपुरुषभएयस महलमा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
६	रोगको प्रकार, एम.वी	एम. वीविरामीभएयस महलमा✓चिन्हलगाउनुहोस् ।
७	रोगको प्रकार,पी.वी	पी. वीविरामीभएयस महलमा✓चिन्हलगाउनुहोस् ।
८-१६	सम्पर्क परिक्षण गरेको	कुष्ठरोगको मूलविरामी परिवार तथा छिमेकीको परिवारको सदस्यहरुको सम्पर्क परिक्षणको विवरणहरु तपसिलअनुसार भर्ने :
८	क्र.सं	प्रत्येकमूलविरामीकोसम्पर्क जाँच गरेको व्यक्तिकोक्रम संख्या १ बाट शुरु गरी जतिजनालाई गरेको हो क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ । हरेकमूलविरामीको सम्पर्क जाँच गरेको व्यक्तिकोक्रम संख्या १ बाट सुरु गर्दै लेख्नु पर्दछ । यस क्रम संख्याबाट प्रत्येक मूलविरामीकोको परिवार तथा छिमेकीको कतिजनामाव्यक्ति/सदस्यमा सम्पर्क जाँच गरेको कुल संख्या दिन्छ ।

९	व्यक्तिको नाम	सम्पर्क परिक्षण गरेको व्यक्तिको नाम यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१०	उमेर, महिला	विरामीमहिलाभए यस महलमा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
११	उमेर, पुरुष	विरामीपुरुषभएयस महलमा पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
१२	मुलविरामीसंगको नाता	मुलविरामीको परिवारको सदस्यभएनाता जस्तै: आमा, बुवा, दाजु, भाई, दिदी, बहिनी, आदिखुलाउने र छिमेकी परिवारको सदस्यभए छिमेकीभनी लेख्ने ।
१३	परिक्षण मिति	सम्पर्क परिक्षण गरेको मितिगतोमहिना। सालखुलाउनु पर्दछ ।
१४-१५	कुष्ठरोगनिदानको अवस्था	सम्पर्क जाँच गरेको सदस्यलाई परिक्षण पश्चात् कुष्ठरोग हो /होइनयकिन गरी यीमहलमाचिन्हलगाउनुहोस् ।
१४	हो	सम्पर्क जाचँगर्दा सो व्यक्तिमा कुष्ठरोग भएको यकिनभएमायस महलमा✓चिन्हलगाउनुहोस् ।
	MDT दर्ता नं	कुष्ठरोगको निदानपश्चात् कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरमादर्ता गरी सो विरामीको सेवादर्ता नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ ।
१५	होइन	सम्पर्क जाचँगर्दा सो व्यक्तिमा कुष्ठरोग नभएको यकिनभएमायस महलमा✓चिन्हलगाउनुहोस् ।
१६	शंकास्पद	सम्पर्क जाचँगर्दा सो व्यक्तिमा कुष्ठरोग भए/नभएको यकिन गर्न नसकिशंकालागेमायस महलमा✓चिन्हलगाइ कुष्ठरोग भए/नभएको यकिन गर्न प्रेषण गर्नुपर्दछ ।
१७	कैफियत	यीविवरण बाहेकअन्य केही कुरा खुलाउनु पर्ने भएमा कैफियतमहलमालेख्नुपर्दछ । जस्तै: प्रेषण गरिएको, आदि ।

HMIS-5.9: नसर्नेरोगतथामानसिकस्वास्थ्यसेवारजिष्टर(Non-Communicable Diseases and Mental Health Register)

नसर्ने तथामानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरबहिरंग तथाआकस्मिक सेवालिनआउने विरामीको लागिमात्रभर्नु पर्दछ ।अन्तरंग सेवालएका विरामीको विवरण Inpatient Morbidity को खण्डबाटनैप्राप्तहुने हुँदा यस रजिष्टरमा दोहोर्याएर गणना गर्नु हुँदैन ।

रजिष्टरको नमूना :

HMIS 5.9

नसर्ने रोग तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर																						
सेवा सम्बन्धि जानकारी				सेवाग्राहीको व्यक्तिगत जानकारी				डेगाना/सम्पर्क नं.		निदान (Diagnosis)		सेवाको प्रकार					पुराना सेवाग्राहीहरूको लागि मात्र		प्रेषण			
क्र.सं.	मूल दर्ता नम्बर	मिति	NCD/MH/Injury सेवा दर्ता नम्बर	सेवाग्राहीको नाम/थर	प्राथमिक कोड	उमेर	लिंग		जिल्ला	गा.पा./न.पा	बडा नं	Investigation	Diagnosis	ICD Code	ओपथि	मानसिक/पारामर्श	परामर्श	अन्य	मूख्य भागको	उपचार नियमितता (Rx compliance)	सुधारको अवस्था	प्रेषण भइ आएको संस्था/व्यक्तिको नाम
							महिला	पुरुष															टाँत	सम्पर्क नम्बर	ओपथि, उपचार र परामर्श सेवाको विस्तृत जानकारी	उपचार	प्रेषण गरिएको संस्थाको नाम
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	१४	१५	१६	१७	१८	१९	२०	२१	२२	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	
								१	२											१. नियमित छ	१. सुधार छ	
								१	२											२. नियमित छैन	२. सुधार छैन	

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

परिमार्पित आ.ब. २०७८/७९

छपाई आ.ब. २०७८/७९

रजिष्टरभर्नेतरिका :

महल नं	महलको शिर्षक	निर्देशन
१	क्र.सं.	प्रत्येकदिन सेवालिनआएका सेवाग्राहीको क्रम संख्या १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ ।
२	मूलदर्ता नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमामूलदर्ता रजिष्टरमादर्ता हुँदाको नम्बर सेवाग्राहीसँगभएको पुर्जाबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	अन्यसेवादार्ताकोडनम्बर	यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राहीले अस्पतालको ओ.पि.डी, आई.पि.डी वाअन्यकुनै सेवाबाट प्रेषण भएको हो भने त्यो सेवाको दर्ता नं.उल्लेख गर्नुपर्दछ ।अन्य सेवाको दर्ता नम्बर पछाडी कुन सेवा बाटप्रेषण भएको हो सो कोनामपनिउल्लेख गर्नुपर्दछ ।जस्तै सेवाग्राहीओ.पि.डी. बाटआएको हो र उसको दर्ता नं २१३ हो भने यस महलमा २१३ (OPD)उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
३	मिति (ग/म/सा)	यस महलमा सेवाग्राहिले स्वास्थ्य संस्थामा सेवालिनआउनु भएको मितिलाई गते, महिना र सालक्रमसः लेख्नुपर्दछ ।
४	NCD/MH/Injury	यस महलमा सेवाग्राहिले नसर्ने रोग वामानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धीकुन सेवालिको हो, उल्लेख गर्नुपर्दछ । नसर्ने रोग लिएको भए '१',मानसिक

महल नं	महलको शिर्षक	निर्देशन
		स्वास्थ्यसेवालिएको भए '२'र चोटपटकको उपचारकालागि सेवा लिएको भए "३"उल्लेख गरी गोलो लगाउनु पर्दछ ।
५	नयाँ/पुरानो	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीनयाँवा पुरानो हो उल्लेख गर्नुपर्दछ । नयाँभन्नाले पहिलो पटक उपचार लिनआएको व्यक्ति र पुरानो भन्नाले दोस्रो वात्यो भन्दा बढी पटक उपचार लिनआएको व्यक्तिभन्ने बुझ्नुपर्दछ ।
	सेवादर्ता नम्बर	त्यसैगरी यस महलको तल्लो भागमा सेवाग्राहीको नसर्ने रोग र मानसिक स्वास्थ्य सेवाको दर्ता नम्बर उल्लेख गर्नुपर्दछ. सेवाग्राहीको दर्ता गर्दा प्रत्येक वर्षमानयाँदर्ता नम्बर दिई शुरु गर्नुपर्दछ । एउटा स्वास्थ्य समस्यालिएर उपचार गराउनआएको सेवाग्राही सोहि समस्याउपचारका लागि दोहोर्याएर (फलोअप) आएमापहिलेको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ । यदि एक पटकको रोगनिको भइसकेको सेवाग्राही सोहि समस्यावाअन्य समस्यालिएर फेरी उपचारका लागिआएमानयाँदर्ता गर्नुपर्दछ ।
६	सेवाग्राहीको नाम	यस महलमा सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुपर्दछ ।
७	जाति कोड	यस रजिष्टरको ११ औँमहलमा सेवाग्राहीको जाति समूहपहिचानगरि सो जाति समूहलाई जनाउने उपयुक्त कोड लाई अंकमा लेख्नुपर्दछ. जाति समूहअनुसारको कोड रजिष्टरको तल पट्टि पनिउल्लेख गरिएको छ । १ दलित, २ जनजाती, ३ मधेशी, ४ मुस्लिम, ५ ब्राह्मण/क्षेत्री, ६ अन्य
८	उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुपर्दछ ।
९-१०	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्गमहिलाभए '१', र पुरुषभए '२' मागोलो घेरा लेख्नुपर्दछ ।
११	ठेगाना/ सम्पर्क नम्बर	यस महलको माथिल्लो भागमा सेवाग्राहीप्रायःबसोबास गरेको जिल्ला, दोस्रो भागको दुइ खण्ड मध्ये बायाँ खण्डमा अक्सर बसोबास गर्ने स्थानीयतह (उप/महा/नगर/गाउँपालिका) को नाम र दायाँ खण्डमा सोहि ठाउँको वडा नं उल्लेख गर्नुपर्दछ । त्यसै गरि आफ्नो बसोबास राखेको टोलको विवरण तेस्रो भागमाउल्लेख गर्नुपर्दछ. यस महलको अन्तिमभागमा सेवाग्राहीको सम्पर्क नम्बर उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१२	निदान (Diagnosis)	यस महलमा स्वास्थ्यकर्मी ले सेवाग्राहीको जाँचगरि निदान गरेको मुख्य स्वास्थ्य समस्याको नामउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१३	ICD Code	महल १२ माउल्लेख गरेको स्वास्थ्य समस्याको (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE CODE -ICD-11) कोड नं यस महलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
१४-१७	सेवाको प्रकार	यस महलमा दुइवटा खण्डहरु छन् । माथिल्लो खण्डमा ४ वटा सेवामध्ये कुन कुन सेवाहरु प्रदान गरिएको होभन्ने उल्लेख गर्न प्रयोग गर्नुपर्दछ । सेवाप्रदायकले औषधीसिफारिश गरेमाऔषधीको महल (१४), मनोसामाजिक परामर्श प्रदान गरे मनोसामाजिक परामर्शको महल (१५), परामर्श सेवादिएमा परामर्शको महल (१६) र अन्य सेवाप्रदान गरेमाअन्यको महल (१७) मा १ नं उल्लेख गर्नुपर्दछ । उल्लेखित ४ मध्ये एक भन्दा बढी सेवाप्रदान गरेको भएजुनजुन सेवादिएको हो ति सबै महलमा १ अंकउल्लेख गर्नुपर्दछ । यसरी प्रदानगरिएको औषधि, उपचार र परामर्श सेवाको बिस्तृत विवरण तल्लो खण्डमा खुलाउनु पर्दछ ।

महल नं	महलको शिर्षक	निर्देशन
१८	मृत्यु भएको	नसर्ने वामानसिक स्वास्थ्य समस्यालिएर आएको विरामीको यदिमृत्यु भएको हो भने यस महलमाउल्लेखित १ नं कोडमा घेरालगाउनु पर्दछ।
१९	उपचार नियमितता (Rx compliance)	यो महल पुराना सेवाग्राहीकालागिमात्रभर्नुपर्छ । यस महलमा सेवाग्राहीहरूले उपचारमानियमितताअपनाएको छ वा छैन भन्ने दुई वटा विकल्प समावेश गरिएको छ । यदि सेवाग्राहिले सेवाप्रदायकको सिफारिस बमोजिम सेवालिईरहेको वानियमितऔषधि सेवनगरिरहेको भएमाउपचार 'नियमित छ' भन्ने पहिलो विकल्पलाई छनौट गर्न १ नं कोड मागोलो लगाउनु पर्दछ। उपचार र औषधि सेवननियमितनभएका सेवाग्राहीभएमा'नियमित छैन'भन्ने दोस्रो विकल्पको २ नं कोड मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
२०	सुधारको अवस्था	यो महल पुराना सेवाग्राहीकालागिमात्रभर्नुपर्छ । यस महलमा सेवाग्राहीको स्वास्थ्यअवस्थामामापन योग्य सुधार छ वा छैन भन्ने दुई वटा विकल्प समावेश गरिएको छ । यदि सेवाग्राहीको स्वास्थ्यअवस्थामामापन योग्य सुधार देखिएको छ भने '१. सुधार छ' भन्ने विकल्प को १ नं कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ. स्वास्थ्यअवस्था सुधारोन्मुखनभएमावापहिलेकै जस्तै अवस्थाभएमा '२. सुधार छैन'भन्ने दोस्रो विकल्पको २ नं कोडमा गोलो लगाउनु पर्दछ। नोट :मापन योग्य सुधार भन्नाले HTN (BP <१४०/९० in general and for DM: <130/90) DM (RBS<180 mg/dl), COPD र Asthmaको हकमाउपचार प्रोटोकलमा उल्लेख भएका मापदण्ड अनुसार, Epilepsyको समस्या देखानपर्नु, Substance use disorderमालागु पदार्थ प्रयोग नगर्नु, Mental Health Conditionsमाउपचार पूर्वको अवस्थामाकम्तीमा ५०%सुधार भन्ने बुझ्नु पर्दछ ।
२१	प्रेषण	यस महलमा दुइवटा खण्डहरू छन् ।सेवाग्राहीअन्यत्र बाट प्रेषित भएर आएको भए, सेवाग्राहीलाई यस स्वास्थ्य संस्थामाप्रेषण गर्ने व्यक्तिवा संस्थाको नाममाथिल्लो खण्डमा लेख्नुपर्दछ।प्रेषणगने व्यक्तिको हकमा पेशापनिखुलाउनुपर्दछ।यदि सेवाग्राहीलाई यस स्वास्थ्य संस्थाबाट अरु स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएको भएकुन स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएको हो भन्ने विवरण तल्लो खण्डमा खुलाउनुपर्दछ

रजिस्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	भर्ने तरिका			
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका नयाँ सेवाग्राहीसँगको क्रमसङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुहोस ।			
२	मिति	दर्ता गरेको मितिको नेपालीपात्रो अनुसार साल, महिना र गते उल्लेखगर्नुहोस ।			
३	दर्ता नं.	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 सेवा लिने ज्येष्ठ नागरिकको सेवाग्राहीको अभिलेखन हुन्छ र भविष्यमा सेवाग्राहीलाई पहिचान गरी पहिल्याउन सकिन्छ ।			
४	सेवाग्राहीको नाम थर	यस महलको सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुहोस।			
५	उमेर	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस् ।			
६	लिङ्ग	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला,पुरुष, र लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक भए तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नुहोस् ।			
		१ महिला	२ पुरुष	३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक	
७	जाति समूहः	सेवाग्राहीको जुन जाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् ।			
		०१-दलित	०२-जनजाति	०३-मधेशी	०४-मुस्लिम	०५-ब्राह्मण/क्षेत्री	०६-अन्य
८-१०	ठेगाना (जिल्ला, गाउँपालिका/नगरपालिका, वडा नं)	पीडितको स्थाइ बसोबास रहेको जिल्ला, गाउँपालिका, नगरपालिका वामहानगरपालिकाको नाम र वडा न उल्लेख गर्नुहोस् ।			
११	नयाँ वा पुरानो	सेवाग्राही पहिलोपटक आएको भए नयाँ र फलोअपमा आएको भए पुरानो लेख्नुहोस् ।			
१२	परिचयपत्र	१.नेपाल सरकारबाट प्राप्त गरेको ज्येष्ठ नागरिक परिचयपत्र,नागरिकता,मतदाता परिचय पत्र, ज्येष्ठ नागरिक परिचयपत्रलगायत उमेर खुल्ने कुनै परिचयपत्र छ भने १ राख्ने छैन भने २ राख्ने ।			
१३	रोगको किसिम	रोगको किसिम एकिन गरीतल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । तल उल्लेखित बर्गिकरण अनुसार रोगको किसिम खुलाउने 1 Stroke, 2 Chronic Respiratory Disease, 3 Coronary Artery Disease, 4 Hypertension, 5 Diabetes mellitus, 6 Cancers, 7 Parkinsonism, 8 Dementia and Alzheimer's, 9 Benign Prostatic Hypertrophy, 10 Depression, 11 Osteoarthritis, 12 Osteoporosis, 13 Sarcopenia, 14.Pneumonia, 15.Urinary Tract infection, 16 Others (Specify)			
१४	विभाग	उपचार को क्रममा कुन बिभागीय सेवा लियको हो यकिन गरीतल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् ।			
		१.आकस्मिक	२. वहिरङ्ग	३. अन्तरङ्ग	
१५	सेवा	कस्तो किसिमको सेवा लिएको हो यकिन गरी गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् ।			

महल नं.	महल शीर्षक	भर्ने तरिका				
		१. सामान्य परिक्षण	२. सामान्य उपचार	३. शल्यक्रिया	४. Palliative	५ Rehabilitative
१६-१९	सेवा शुल्क (रु मा)	ज्येष्ठ नागरिकले उपभोग गरेको औषधि, परिक्षण, शल्यक्रियावा अन्य सेवा को वास्तविक जम्मा शुल्करकम सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। सेवा शुल्क भन्नाले तिर्नुपर्ने जम्मा रकममा र छुट पाउनेसबै शुल्ककोजम्मा रकमलाई बुझनुपर्दछ				
२०-२१	निःशुल्क वा छुट रकम	यदिज्येष्ठ नागरिकले निःशुल्क सेवा पाएको भए महल २० मा १ लेखि गोलोलाउनुपर्दछतर यदि शुल्क लाग्ने सेवामाज्येष्ठ नागरिकलाई अस्पताल व्यवस्थापनले तोकेको निश्चित स्वास्थ्य सेवा छुट दिएको भए कति रकम छुट भएको हो महल २१ मा रुपैयामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।				
२२-२५	खर्च बेहोरिएको	खर्च बेहोरिएको भए स्वास्थ्य विमा, ज्येष्ठ नागरिक कार्यक्रम वा अन्य कुन स्रोतवाटकति रकम बेहोरिएको हो भन्नेखुलाउनुपर्दछ । यदि खर्च स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रमबाट बेहोरिएको भए महल २२ मा बेहोरिएको रकमरुपैयामा लेख्नुपर्दछ, यदि ज्येष्ठ नागरिक कार्यक्रमबाट बेहोरिएको भए महल २३ मा र अन्य श्रोत बाट भए महल २४ मा कति रकम बेहोरिएको भन्नेखुलाउनुपर्दछ ।				
२६-२८	प्रेषण गरिएको	प्रेषण गरिएको हो भने तल उल्लेखित स्थानमध्येकहाँ प्रेषण भएको हो? सम्बन्धीत महलमा चिन्ह लगाउनुपर्दछ । यदि माथिल्लो तहको अस्पतालमा प्रेषण गरेको भए महल २५ मा कुन अस्पताल प्रेषण गरिएको हो सो को नाम र स्थान खुलाउनु पर्दछ; तल्लो तहको अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरेको भए सो को विवरण महल २६ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ।प्रेषण गरिएको स्थानपुनस्थापना केन्द्र भए महल २७ र जेरियाट्रिक केयर सेन्टर भएमहल २८ मा चिन्हलगाउनुपर्दछ।				

६. क्षयरोग

6. Tuberculosis

- HMIS ६.१: सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर
- HMIS ६.२: खकारपरिक्षण अनुरोध तथा नतिजा फाराम
- HMIS ६.३A: क्षयरोग प्रयोगशालारजिष्टर(माइक्रोस्कोपी)
- HMIS ६.३B: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(एक्स्पर्ट)
- HMIS ६.४A: क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस् टी.बि)
- HMIS ६.४B: क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि
- HMIS ६.४C: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड
- HMIS ६.४D: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड
- HMIS ६.५A: क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टर
- HMIS ६.५B: औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचाररजिष्टर
- HMIS ६.६: क्षयरोगको स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परिक्षण फाराम
- HMIS ६.७: सम्पर्क परिक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर
- HMIS ६.८: क्षयरोग प्रतिरोधात्मक कार्ड
- HMIS ६.९: क्षयरोग प्रेषण पुर्जा
- HMIS ६.१०: aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form

HMIS 6.1:सम्भावित क्षयरोगका बिरामी दर्ता रजिष्टर(Presumptive Tuberculosis Register)

क्षयरोग श्वासप्रश्वासका माध्यमबाट सर्ने सरूवा रोग हो । क्षयरोगका कीटाणु शरीरमा प्रवेश गरेको अवस्थामा सवैलाई क्षयरोगको सङ्क्रमण हुन्छ भन्ने हुदैन । शरीरको प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर भएका वखत क्षयरोगका चिन्ह तथा लक्षण देखा पर्दछन यस्तो अवस्थालाई सम्भावित क्षयरोग भनिन्छ । क्षयरोगका सम्भावित बिरामीको पहिचान गरी क्षयरोग निदान तथा उपचार सरल होस भन्ने उदेश्यले यो रजिष्टर प्रयोगमा ल्याइएको हो । स्वास्थ्य संस्थामा बहिरंग विभागमा पहिचान भएका तथा सम्पर्क परीक्षणबाट पत्ता लागेका क्षयरोगका सम्भावित बिरामीलाई यस रजिष्टरमा दर्ता गर्नु पर्दछ।

रजिष्टरकोनमुना:

SN	RN	Screened Date	Name of Patient			Age		Address		Screened By		Requested/ Referred for Diagnosis				
		DD/YY	Name	Ethnic Code	Female	Male	District	M/RM	X-ray	Symptom	Tests type					Name of HF / Hospital
		YYYY	Surname				Ward No	Contact no			S	X	C	L	O	Address
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	RN	DD/MM	Name	Ethnic Code	1	2	District	M/RM	1	2	Date	Date	Date	Date	Date	Name of HF/ Hospital
		YYYY	Surname				Ward No	Contact no								Address
Lab result					TB Diagnosis					Treatment Status				Remarks		
S	X	C	L	O	PBC	PCD	EP	Hi TB	RRDR TB	Enrolled	Died	LFU	Referred		Referred HF Name	
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		Contact no	
Result	Result	Result	Result	Result	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Referred Date		
Date	Date	Date	Date	Date	Date					Date				Referred HF Name / Contact no		

रजिष्टरभर्नेतरिका

महलनं.	महलशीर्षक	निर्देशन
1	SN	दैनिक सेवा लिन आएको सङ्ख्या क्रमशःलेख्नु पर्दछ। SNमहिनाको १ गते बाट क्र.सं. १ देखि शुरु गरी क्रमशः थप्दै जानु पर्दछ।
2	RN	ओ पी डी तथा सम्पर्क परीक्षणबाट आएका सम्भावित क्षयरोगका बिरामी यस रजिष्टरमा दर्ता गर्नु पर्दछ। दर्तागर्दा आर्थिक वर्षको १ बाट शुरु गरी क्रमशः थप्दै जानु पर्दछ।
3	Screened Date	सम्भावित क्षयरोगको बिरामी हो होइन भनी सुनिश्चित हुन गरिएको परीक्षणको मिति यस महलमा लेख्नु पर्दछ, मिति लेख्दा गते र महिना माथिल्लो महलमा र साल तलको महलमा लेख्नु पर्दछ।
4 & 5	Name of patient	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको नाम, थर र जाति कोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।

6 & 7	Age	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल ६ मा र पुरुष भए महल नं. ७ मा लेख्नु पर्दछ।
8 & 9	Address	सम्भावित क्षयरोगका बिरामी बसोवास गर्ने जिल्ला, न.पा.गा.पा.,वडा नं. तथा बिरामी वा अभिभावकको सम्पर्क फोन नं सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नु पर्दछ। नेपाल बाहेक अन्य देशको बिरामी भए देशको नाम जिल्लाको महलमा लेख्नु पर्दछ।
10 & 11	Screened by	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीमा सक्रिय क्षयरोग छ छैन भनेर जाँच गर्न एक्सरे विधि प्रयोग भए महल १० को कोड नं १ मा र लक्ष्यका आधारमा जाँच गरेको भए महल ११ को कोड नं २ मा गोलो सङ्केत लगाउनु होस ।
12 to 17	Referred /requested for Diagnosis	क्षयरोगको सम्भावित बिरामीलाई क्षयरोग निदान गर्न खकार तथा अन्य नमूना सङ्कलन गरी Microscopy परीक्षण गर्न पठाएमा S, Xpert MTB/RIF परीक्षण गर्न पठाएमा X, Culture परीक्षण गर्न पठाएमा C, LPA परीक्षण गर्न पठाएमा L र अन्य भएमा O मा गोलो लगाई पठाएको ल्यावको नाम र ठेगाना महल १७ मा लेख्नु पर्दछ।
18 to 22	Lab Result	क्षयरोगको सम्भावित बिरामीको खकार परीक्षणको नतिजा यदि Microscopy परीक्षण गरेको भएमा महल १८ मा नतिजा र मिति लेख्ने] , Xpert MTB/RIF परीक्षण गरेको भएमा महल १९ मा नतिजा र मिति लेख्ने, Culture परीक्षण गरेको भएमा महल २० मा नतिजा र मिति लेख्ने, LPA परीक्षण गरेको भएमा महल २१ मा नतिजा र मिति लेख्ने र अन्य भएमा महल २२ परीक्षण नतिजा र मिति लेख्नु पर्दछ।
23 to 27	TB Diagnosis	सम्भावित क्षयरोगका बिरामी परीक्षणबाट सक्रिय क्षयरोग निदान भएमा PBC भए महल २३ को कोड नं १ मा PCD भए महल २४ को कोड नं २ मा, EP भए महल २५ को कोड नं ३ मा, HrTBभए महल २६ को कोड नं ४ मा र औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग निदान भएमा महल २७ को कोड न.५ मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
28 to 32	Treatment Status	निदान भएका क्षयरोगका बिरामी निदान भएकै संस्थामा दर्ता भएमा महल २८ को कोड नं १ मा, Died भएमा महल २९ को कोड नं २ मा, lost to Followupभएमा महल ३० को कोड नं ३ मा र अन्यत्र प्रेषण गरिएमा महल ३१ को कोड नं ४ मा गोलो लगाई महल ३२ को माथिल्लो महलमा प्रेषण गरेको स्वास्थ्य संस्थाको नाम ठेगाना र तलको महलमा बिरामीको सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ।
33	Remarks	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीको अभिभावकको नाम र माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.2:खकारपरीक्षणअनुरोधतथानतिजाफाराम(Laboratory Request and Reporting Form)

क्षयरोग निदान गर्न, उपचारत क्षयरोगका बिरामीको अनुगमन, खकार परीक्षण गर्न तथा औषधी प्रतिरोध अवस्था थाहा पाउन, खकार नमूना परीक्षणका लागि प्रयोगशालामा पठाउन तथा परीक्षणको नतिजा थाहा पाउन यस फारामको प्रयोग गरिन्छ। यस फारामMicroscopy,Xpert MTB/RIF,Xpert MTB/XDR,LPA, Culture DST र HIV को लागि एकीकृत रूपमा अनुरोध फारामको प्रयोगहुन्छ रMicroscopyएवंम HIV को लागि रिपोर्ट फारामको रूपमा पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। Xpert MTB/XDRलाई क्षयरोग निदानकोलागि नभईLPAप्रयोजनको लागि मात्र प्रयोग गर्नुपर्दछ।

फारामको नमुना:

फारामभर्नेतरिका :

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	OPD/ Presumptive TB Reg. No	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीलाई खकार परीक्षणका लागि पठाउँदा बहिरङ्ग सेवा रजिष्टर(HMIS 1.3) वा सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टर मध्ये कुनै एकको दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ।
2	DR / DS TB Reg. No	उपचारमा रहेका क्षयरोगका बिरामीलाई अनुगमन (Follow-up), खकार परीक्षण तथा औषधी प्रतिरोधी क्षमता विकास भए नभएको परीक्षणका लागि पठाउँदा क्षयरोग उपचार रजिष्टर वा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टरको क्षयरोग दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ।
3	Name of Patient	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीको नाम र थर लेख्नुपर्दछ।
4	Age	क्षयरोगका सम्भावित बिरामीले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
5	Sex	क्षयरोगका सम्भावित बिरामी महिला भए महिला र पुरुष भए पुरुष लेख्नु पर्दछ।
6	Address:	क्षयरोगका सम्भावित बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, न.पा-गा.पा., वडा नं. र टोलसमेत खुल्ने गरी ठेगाना लेख्नुपर्दछ।
7	Contact no	क्षयरोगका सम्भावित बिरामी र अभिभावकको सम्पर्क लेख्नुपर्दछ।
8	History of Treatment for TB	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीले यदि यस अघि उपचार लिएको भए कोड (i) मा यस अघि उपचार नलिएको भए कोड (ii) मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ। क्षयरोगका बिरामी हाल उपचाररत भए कोड (iii) मा गोलो सङ्केत गरी नयाँ भए A. मा पुनः उपचारमा आएको भए B. मा र नयाँ वा पुनः उपचार बाहेक अन्य भएमा C मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
9	Retrovirus Status:	बिरामीसँग भएको प्रमाणका आधारमा एच. आई. बी. सङ्क्रमणको अवस्था एकिन गरी सङ्क्रमण भएको भए कोड i, संक्रमण नभए कोड ii र थाहा नभए कोड iii गोलो ○ सङ्केत लगाउनु पर्दछ। (एच.आई. बी.सङ्क्रमण अवस्थासम्बन्धी सोधखोज वा अन्य कुनै पनि क्रियाकलाप गर्दा सेवाग्राहीको गोपनीयतालाई ध्यानमा राख्दै राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रले जारी गरेको निर्देशिकाको पालना अनिवार्य रूपमा गर्नुपर्छ।)
10	Specimen Type	परीक्षण गरीने नमूना खकार भए कोड (i) मा र अन्य भए (ii) गोलो सङ्केत गरी नमूना खुलाउनु पर्दछ।
11.	Laboratory test request for	
11.	A. Microscopy	Microscopy विधिबाट क्षयरोग निदान वा अनुगमन गर्न परीक्षण गर्न लागिएको भए कोड नं A. Microscopy मा गोलो ○ सङ्केत गर्नु पर्दछ। साथै रोग निदानका लागि खकार परीक्षण गरेको भए कोड (i) मा र अनुगमनका लागि भए कोड नं (ii) मा गोलो लगाई कुन महिना (२, ३, ५ र उपचारको अन्तमा)को अनुगमन हो सो महिना लेख्नु पर्दछ।
11.	B. Xpert MTB/RIF	Xpert MTB/RIF विधिबाट क्षयरोग निदान तथा औषधी प्रतिरोधी अवस्था थाहा पाउन परीक्षण गरिएको भए कोड B. Xpert MTB/RIF मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ। साथै बिरामीको रोग निदानको लागि भए कोड नं (i) मा र औषधी प्रतिरोध क्षमता (RR) विकसित भए नभएको थाहा पाउन भए कोड नं (ii) मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
11.	C. Xpert MTB/XDR	Xpert MTB/XDR विधिबाट औषधी प्रतिरोधी अवस्था थाहा पाउन Second Line DST परीक्षण गरिएको भए कोड (i) र INH resistance थाहा पाउन भए कोड नं (ii) मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।
11.	D. LPA	LPA विधिबाट औषधी प्रतिरोधी अवस्था थाहा पाउन Second Line DST परीक्षण गरिएको भए कोड (i) र INH resistance थाहा पाउन भए कोड नं (ii) मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
11.	E. Culture /DST	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको DST परीक्षण अनुरोध गरिएमा कोड नं D Culture/DST मा गोलो सङ्केत लगाउन पर्दछ Presumptive DRTB Case भए (i) , second line DST भए (ii) र Follow-up Case को लागि महिना उल्लेख गर्ने ।
11.	F. HIV Test	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको एच् आइ भी सङ्क्रमण भए नभएको थाहा पाउन परीक्षण गर्न परेमा HIV Test मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।
12	Requested by	खकार परीक्षणका लागि अनुरोध गरी पठाउने स्वास्थ्यकर्मीले नाम र थर लेखि हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ ।
13	Microscopy Test Result	माइक्रोस्कोपी र HIV परीक्षणको नतिजा यस फाराममानै उपलब्ध गर्नु पर्दछ, तर Xpert MTB/RIF, Xpert MTB/XDR, LPA र Cluture अनिवार्य रूपमा अनलाईन प्रणाली मा इन्ट्री गरी online को आधार मा उपलब्ध गराउनु पर्दछ। विधिबाट गरिएको क्षयरोग निदान वा अनुगमन परीक्षणको नतिजा निम्नानुसार लेख्नु पर्दछ।
13	Name of Laboratory	खकार परीक्षण गर्ने स्वास्थ्य संस्था(प्रयोगशाला)को नाम लेख्नु पर्दछ।
13	Lab no.	प्रयोगशाला रजिष्टरमा दर्ता भएको सम्भावित क्षयरोगको बिरामी वा उपचाररत बिरामीको सेवा दर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ। सेवा दर्ता नंं शुरु गर्दा श्रावण १ गते देखि क्र.सं १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ।
13	Sample	परीक्षण गर्न लागिएको खकारको नमूना पहिलो भए A र दोस्रो भए B मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।
13	Visual Appearance	परीक्षणका लागि आएको नमूना हेरी रगत मिसिएको भए B, पहिलो र ढिक्का परेको भए M र र्याल मात्रै भए S मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
13	Result	परीक्षणबाट प्राप्त नतिजा अनुसार Neg,Scanty,1+,2+, वा 3+ मा गोलो लगाउने।
13	Examined by	यो महलमा प्रयोगशालाकर्मिको नाम , हस्ताक्षर र मिति लेख्नुपर्दछ ।
14	HIV Test Result	परीक्षण र नतिजाको आधारमा A,B,C र i ,ii मा गोलो लगाउने

HMIS 6.3 A: क्षयरोगप्रयोगशालारजिष्टर-माइक्रोस्कोपी(TB Laboratory Register - Microscopy)

परिचय:

क्षयरोग निदानमा प्रयोगशालाको भूमिका महत्वपूर्ण रहेको छ । सम्भावित क्षयरोगका बिरामी तथा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको खकार परीक्षण तथा क्षयरोगका बिरामीलाई एच् आई भी सङ्क्रमण भए नभएको परीक्षण तथा नतिजा अभिलेख यस रजिष्टरमा गरिन्छ ।

रजिष्टरको नमूना:

SN	Lab No	Sputum Collection Date		Name of Patient			Age		Address		Requested by (HF)		HIV Infection Status		Treatment History		Purpose of Examination		Examination Result				Examined by		Remarks
		Day	Month	Name	Ethnic code	F	M	District	M/RM	OPD/ Presumptive/ TB Rgd no	Yes	No	Unknown	Re treated	New	Diagnosis	Follow up	Slide A	Slide B	Reactive	Non Reactive	Name	Signature /date		
		Year	Year	Surname	code	ward no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Date	Date	Date	Date	Designation	Signature /NHPC no./date		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23			
		Day/Month	Name			District	M/RM	Requested by (HF)								Result	Result			Name	Signature /NHPC no./date				
		Year	Surname	ethnic code		ward no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Contact no	Date	Date	Date	Date	Designation/NHPC no.	Signature /NHPC no./date				

रजिष्टरभर्ने तरिका:

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	SN	प्रत्येक महिनाको १ गते बाट क्र.सं. १ देखि शुरु गर्नुपर्दछ ।
2	Lab no	प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँ ल्याव.नं. १ बाट शुरु गरी क्रमशः थप्दै जानु पर्दछ
3	Sputum Collection Date	खकारको नमूना सङ्कलन गरेको मिति यस महलमा राख्नु पर्दछ। मिति राख्दा माथिल्लो महलमा गते तथा महिना र तलको महलमा वर्ष लेख्नु पर्दछ।
4	Name of Patient	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको नाम, थर र जाति कोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
5-6	Age/ Sex	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल ५ मा र पुरुष भए महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।
7	Address	सम्भावितवा उपचाररत क्षयरोगका बिरामी बसोबास गर्ने जिल्ला, न.पा +गा.पा, वडा नं. तथा सम्भावित बिरामी वा अभिभावकको सम्पर्क फोन नं सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नु पर्दछ। नेपालबाहेक अन्य देशको बिरामी भए देशको नाम जिल्लाको महलमा लेख्नु पर्दछ।
8	Requested by OPD/Presumptive TB Rgd no	खकार परीक्षणका लागि अनुरोध गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना माथिल्लो महलमा र सम्भावित क्षयरोगको बिरामी भए ओ.पि.डि.दर्ता नं.वा सम्भावित क्षयरोग दर्ता नं र उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको फलोअप परीक्षण भए क्षयरोग दर्ता नं तलको महलमा लेख्नु पर्दछ।
9-11	'HIV Infection	सम्भावितक्षयरोगको बिरामीमा एच.आई.भि.सङ्क्रमण भएको एकिन भएमा महल ९

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
	Status	को कोड नं.१ मा र एच.आई.भि.सङ्क्रमण नभएकोएकिन भएमा महल १० को कोड नं.२ र एच.आई.भि.सङ्क्रमण भए नभएको एकिन हुन नसकेमा महल ११ को कोड नं.३ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। - एच.आई.भि सङ्क्रमण अवस्था सम्बन्धी सोधखोज वा अन्य कुनै पनि क्रियाकलाप गर्दा सेवाग्राहीको गोपनीयतालाई मध्यनजर गर्दै राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रले जारी गरेका नीति, नियम तथा निर्देशिकाको पालना गर्नुपर्छ।)
12-13	TB Treatment History	क्षयरोगको निदानका लागि खकार परीक्षण गर्न आएको बिरामीलाई यस अघिको क्षयरोगको उपचार अवस्थाबारे सोधी यस अघि क्षयरोगको उपचार लिइसकेको भए महल १२ को कोड नं १ मा र पहिलो पटक आएको भए महल १३ को कोड नं २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
14-16	Purpose of Examination	रोग निदानका लागि खकार परीक्षण गरिएको भएमा महल १४ को कोड नं. १ मा र उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको अनुगमनका लागि खकार परीक्षण गरिएको भएमा महल १५ को कोड नं. २ मा गोलो लगाई महल १६ मा उपचार पूरागरेको महिना २, ३, ५ वा उपचारको अन्तमामध्ये जुन हो सोही उल्लेख गर्नु पर्दछ।
17-18	Sputum Examination Result	खकार परीक्षणको नतिजा र मिति यी महलहरूमा लेख्नु पर्दछ। खकारको पहिलो नमूना जाँचको परिणाम महल १७ मा र दोस्रो नमूना जाँचको परिणाम महल १८ मा लेख्नु पर्दछ। खकार परीक्षणको नतिजा लेख्दा नेगेटिभ भए नतिजाको महलमा NEG लेख्नु पर्दछ, भने नतिजा पोजेटिभ भएमा निर्दिष्ट ग्रेड (1+, 2+, 3+) सहित POS लेख्नु पर्दछ। साथै परीक्षण गरिएको मिति तलको मलहमा (ग म सा) लेख्नु पर्दछ।
19-20	HIV Test result	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको एच् आई भी सङ्क्रमण परीक्षणको नतिजा Reactive भए महल १९ को कोड नं १ मा र Non Reactive भए महल २० को कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
21-22	Examined by	खकार परीक्षण गर्ने ल्यावकर्मीको नाम, पद र नेपाल स्वास्थ्य प्राविधिक परिषद दर्ता नं महल २१ मा लेखि महल २२ मा हस्ताक्षर गरी मिति लेख्नु पर्दछ।
23	Remarks	सम्भावित क्षयरोगको बिरामी बच्चा भएमा निजको अभिभावकको नाम र माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.3 B: क्षयरोगप्रयोगशालारजिष्टर (एक्स्पर्ट) Tuberculosis Laboratory Register - (Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)

परिचय:

सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको द्रुत निदान तथा औषधी प्रतिरोध क्षमता विकास भए नभएको एकिन गर्न Xpert MTB /RIF विधिबाट र Xpert XDR विधिबाट प्राप्त हुने DST को नतिजा अभिलेख यस रजिष्टरमा गरिन्छ । Xpert XDR विधिलाई क्षयरोग पहिचानको लागि नभई LPA को विकल्पको रूपमा INH र 2nd line DST परीक्षणको लागि मात्र प्रयोग गर्नु पर्छ ।

रजिस्टरको नमूना:

SN	OPD/Presumptive Lab no	Sample Collected date DD/MM/YYYY	Name of Patient		Age	Address		Requested by (H/F)	HIV Infection Status			TB Treatment: History				Purpose of test				Specimen Type		Sample received date	Xpert MTB/RIF Test Result			
			Name	Ethnic code		District	M/R/M		Positive	Negative	Unknown	Previous		Current on Treatment		Diagnosis	Rif Detection	2nd Line DST	INH Resistance	Statum	Other...		MTB			
												OPD/Presumptive/TB Registration no	Yes	No	New								Retreat.	16	17	18
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	
10	OPD/Presumptive Lab no	DD/MM/YYYY	Name	Ethnic code	Age	District	M/R/M	Name of health institution requesting for test	Positive	Negative	Unknown	Yes	No	New	Retreat.	16	17	18	19	20	21	DD/MM/YYYY	1	2	3	
11	OPD/Presumptive Lab no	DD/MM/YYYY	Name	Ethnic code	Age	District	M/R/M	Name of health institution requesting for test	Positive	Negative	Unknown	Yes	No	New	Retreat.	16	17	18	19	20	21	DD/MM/YYYY	1	2	3	

पर्ट MTB/RIF & MTB/XDR)

Rif Resistance			Xpert MTB/XDR Test Result																												Tested by		Remarks
Detected	Not Detected	Indeterminate	MTB Result	INH				FLQ				AMK				KANX				CAP				ETH				Signature					
				Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I	Hr	Lr	RND	I						
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56				
1	2	3	1. Detected	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Signature					
DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	2. Not Detected	DD/MM/YYYY																												Name / Designation	

रजिस्टरभर्ने तरिका:

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
1	SN	प्रत्येक दिन ल्याव परीक्षणका लागि आएका सङ्ख्या क्रमशः लेख्दै जानु पर्दछ। प्रत्येक महिनाको १ गते बाट क्र.सं. १ देखि शुरु गर्नुपर्दछ ।
2	OPD/Presumptive Lab No.	खकार नमूनाको श्रोत OPD/ presumptive खुलाउन गोलो लगाउने र प्रत्येक आर्थिक वर्षमा नयाँ ल्याव.नं. सङ्ख्या १ बाट शुरु गरी क्रमशः राख्दै जानु पर्दछ।
3	Sample Collected Date	खकार नमूना वा अन्य नमूना सङ्कलन मिति माथिल्लो महलमा गते र महिना र तल्लो महलमा साल लेख्नु पर्दछ।
4	Name of Patient	सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको नाम, थर र जाति कोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
5-6	Age/Sex	सम्भावितवा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको उमेर(पूरागरेको वर्षमा) महिला भए महल ५ मा र पुरुष भए महल नं. ६ मा लेख्नु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
7	Address	बिरामी बसोवास गर्ने जिल्ला, न.पा.गा.पा.,वडा नं.तथा सम्भावित बिरामी वा अभिभावकको सम्पर्क फोन नं सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नु पर्दछ। नेपाल बाहेक अन्य देशको बिरामी भएमा बिरामी कुन देशको हो, सम्बन्धित देशको नाम जिल्लाको महलमा लेख्नु पर्दछ।
8	Requested by and OPD/Presumptive TB/ TB Rgd no	खकार परीक्षण गर्न अनुरोध गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना माथिल्लो महलमा र तलको महलमा नया सम्भावित क्षयरोगको बिरामी भए ओ.पि.डि.दर्ता नं. वा सम्भावित क्षयरोग दर्ता नं र उपचारत क्षयरोगको बिरामीको भए क्षयरोग दर्ता नं लेख्नु पर्दछ।
9-11	'HIV Infection Status	सम्भावित क्षयरोगको बिरामीमा एच.आई.भि.सङ्क्रमण भएको एकिन भएमा महल ९ को कोड नं. १ मा र एच.आई.भि.सङ्क्रमण नभएको एकिन भएमा महल १० को कोड नं. २ र एच.आई.भि.सङ्क्रमण भएनभएको थाहा नभएमा महल ११ को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। -एच.आई.भि सङ्क्रमण अवस्था सम्बन्धी सोधखोज वा अन्य कुनै पनि कृयाकलाप गर्दा सेवाग्राहीको गोपनियतालाई मध्यनजर गर्दै राष्ट्रिय एड्स तथा यौन रोग नियन्त्रण केन्द्रले जारी गरेका नीति, नियम तथा निर्देशिकाको पालना गर्नुपर्छ।)
12-15	TB Treatment History	क्षयरोगको निदानका लागि खकार परीक्षणगर्न आएको बिरामीलाई यस अधिको क्षयरोगको उपचार अवस्थाबारे सोधी यस अधि क्षयरोगको उपचार लिइसकेको भए महल १२ को कोड नं १ मा नलिएको भए महल १३ को कोड नं २ मा सङ्केत गर्नु पर्दछ। उपचाररत बिरामी नयाँ भए महल १४ को कोड नं.१ मा र पुन उपचारमा आएको भए महल १५ को कोड न २ गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
16-19	Purpose of Test	सम्भावितक्षयरोगको बिरामीको खकार परीक्षण रोग निदानका लागि गरिएको भएमा महल १६ को कोड नं. १ मा र Rifampicin Resistance परीक्षण भए महल १७ को कोड नं २ मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ। 2nd line DST भए महल १८ को # मा र INH Resistance को लागि भए महल १९को ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
20-21	Specimen Type	परीक्षण गर्ने नमूना खकार भए महल २०को १मा र अन्य नमूना भए नमूनाको नाम महल २१ मा लेख्ने।
22	Sample received date	नमूना प्राप्त भएको मिति DDMM/YYYY गरी लेख्ने।
23-29	Xpert MTB/RIF Test Result	
23-26	MTB	नमूना परीक्षणको नतिजा MTB Detected भए महल २३ को कोड नं १ मा, MTB Not detected भए महल २४ को कोड नं २ मा र Invalid/no result भए महल २५ को कोड नं ३ मा गोलो लगाई मुनिको महलमा मिति लेख्नु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
		साथै Error code महल २६ मा लेख्नु पर्दछ।
27-29	Rif Resistance	नमूना परीक्षणको नतिजा Rif. Resistance Detected भए महल २७ को कोड नं. १ मा, Rif. Resistance Not Detected भए महल २८ को कोड नं. २ मा र नतिजा Indeterminate भए महल २९ को कोड नं ३ मा गोलो लगाई मुनिको महलमा मिति लेख्नु पर्दछ।
30-54	Xpert MTB/XDR Test Result	MTB Result Detectedभए महल ३० को १ मा र Not Detected भए महल ३० को २ मा गोलो लगाउने। त्यसैगरी INH,FLQ,AMK,KANA,CAP,ETH औषधीहरू Hr: High Level Resistance भए सम्बन्धित महलको १ मा Lr: Low LevelResistance भए सम्बन्धित महलको २ मा , RND: Resistance Not Dected भए सम्बन्धित महलको ३ मा र I: Indeterminantभए सम्बन्धित महलको ४ मा गोलो लगाउने र नतिजा आएको मिति DD/MM/YY फर्म्याटमा लेख्ने ।
55	Tested by Signature, name/ designation	खकार परीक्षण गर्ने प्रयोगशालाकर्मीको नाम, पद लेखि हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ ।
56	Remarks	सम्भावित क्षयरोगको बिरामी बच्चा भएमा निजको अभिभावको नाम र माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ। Sample rejection भएको भए त्यसको कारण उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

HMIS 6.4 A:

क्षयरोगउपचारव्यवस्थापनकार्ड(डी.एस.टी.बि)(Tuberculosis Treatment Mngement card (DSTB))

परिचय:

क्षयरोगका बिरामीको व्यक्तिगत तथा रोगसँग सम्बन्धित परीक्षण तथा नतिजा, बिरामीले दैनिक औषधी सेवन गरेको विवरण, उपचारको नतिजा आदि विवरण अभिलेख राख्न यो कार्ड प्रयोग गरिन्छ। यो कार्ड स्वास्थ्य संस्था मा रहन्छ र यो कार्डले नै स्वास्थ्य संस्थामा श्रोत अभिलेख को काम गर्दछ। यही कार्ड का आधारमास्वास्थ्य संस्थाले HMIS तथाeTBअध्यावधिकगर्नुपर्दछ।

कार्डको नमूना:

TB Reg. No:		Registration Date:				Treatment Start Date:				Patient under csort					
Patient Name:		Age:	1.Female	2.Male	Referred by				Patient under csort						
Address:		District:			1. Self		2. Private Sector		3. Community		4. Contact Investigation				
M/RM:		Ward No	Tale		Month	Smear Microscopy	Xpert MTB/RIF		LPA						
DOT Supervisor/Provider:		Phone no:			h	Lab no & Name	Date	Result	Lab no & Name	Date	Result	Lab no.& Name	Date	Result	
Guardian's Name:		Phone no.: Guardian/Patient			0										
No. of Household Member:		No. of <5 years children :			2										
No. of HH members screened for TB:.....		No. of children under TPT:.....			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										
					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										
					83										
					84										
					85										
					86										
					87										
					88										
					89										
					90										
					91										
					92										
					93										
					94										
					95										
					96										
					97										
					98										
					99										
					100										
Treatment outcome		1. Cured		2. Treatment Completed		3. Treatment Failed		4. Lost to Follow-up		5. Died		6. Not Evaluated		Date:	

DST Status						
Xpert MTB/RIF	Yes	No	Unknown			
LPA	Yes	No	Unknown			
TB HIV				Transfer out		
1. Status of Retro Test result:.....		2. Status of Viral Load test and result:.....		Name & Address of Institution		
3. ART Start: 1.No 2.Yes (Registration No and Start date:.....)				Date		
4. CPT Start: 1.No 2.Yes (Registration No and Start date:.....)						
TB and Smoke (ABC)						
Do you Smoke ?	Yes	No				
	if yes		0 Month	2 Month	5 Month	End of Tx
Have you smoked at all—even a puff—in the last 2 weeks?(months 0, 2, 5, End)		1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	Comment
Comment (SRQLD *)						
ASK	How soon after you wake do you usually have your first cigarette?	1.< 30 minute 2.>30 minute	1.< 30 minute 2.>30 minute	1.< 30 minute 2.>30 minute	1.< 30 minute 2.>30 minute	Comment
	Does anyone smoke inside your home? 1 = yes 2 = no	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	Comment
	Brief advice given to patient (30 seconds-1 minute)	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	Comment
	Cessation support provided to patient (1-3 minutes)	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	1.Yes 2.No	Comment
*Definitions for status of smoking						
S = current smoker: has smoked in the last 2 weeks before the visit and has not made any quit attempt since the last visit (quit attempt = patient tried to quit and succeeded for at least 24 hours).						
R = relapsed smoker: has smoked in the last 2 weeks before the visit but has made at least one quit attempt of at least 24 hours since the last visit.						
Q = quitter: has not smoked at all in the last 2 weeks before the visit, not even a puff						
D = died.						
L = lost to follow-up: did not attend their appointment.						
Note: If a patient is registered after month 0, draw a line through the month(s) when patient was not registered.						

कार्ड गर्ने तरिका:

शीर्षक	निर्देशन
TB Registration no.	क्षयरोग उपचार रजिष्टरको दर्ता नम्बर यस महलमा लेख्नु पर्दछ। यो नम्बर प्रत्येक आ.व. मा १बाट शुरु गर्नुपर्दछ।
Registration Date	बिरामी दर्ता भएको मिति (गते, महिना र सालमा) यस कोठामा लेख्नु पर्दछ।
Treatment Start date	क्षयरोगका बिरामीले उपचार शुरु गरेको मिति (गते, महिना र सालमा) यस कोठामा लेख्नुपर्दछ । नोट: अन्यत्र संस्थामा उपचार शुरु गरेका बिरामीको उपचार शुरु गरेको मिति र बिरामी दर्ता मिति फरक फरक हुन सक्दछ ।
Patientunder CBDOT	उपचाररत बिरामी यदि समुदायमा पायक पर्ने स्वयंसेवक बाट औषधी लिन चाहेमा निजलाई समुदायमा आधारित प्रत्यक्ष निगरानीको उपचार विधिमा राखी Patient under CBDOT सँगैको खाली कोठामा (✓) सङ्केत लगाउनु पर्दछ ।
Referredby	SELF: बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि आफैँ आएमा यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ(सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट निदान भएकारसमुदायबाट प्रेषित नभएकाहरुएस् अन्तर्गत पर्दछन) । PRIVATE SECTOR: बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि निजी स्वास्थ्य संस्था (क्लिनिक, नर्सिङ होम, अस्पताल, फार्मसी)बाट प्रेषित भई आएको सुनिश्चित गरी (प्रेषण पूर्जा) यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। COMMUNITY: सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको रोग निदानका लागि समुदाय (महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका,स्वयंसेवक वा स्वास्थ्य संस्थाले तोकेको व्यक्ति)बाट प्रेषित भइ आएको भए

शीर्षक	निर्देशन
	क्षयरोग प्रेषण पुर्जाबाट सुनिश्चित गरी यस महलमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ। CONTACT INVESTIGATION: क्षयरोगका बिरामीको परिवारका सदस्यहरूको सम्पर्क परीक्षण गरी क्षयरोग निदान भएको भए क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम तथा सम्पर्क परीक्षण तथा प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरका आधारमा सुनिश्चित गरी यस महमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
NameofPatient	क्षयरोगका बिरामीको पूरा नाम र थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
Age	बिरामीले पूरा गरेको उमेर वर्षमा लेख्नु पर्दछ।
Sex	क्षयरोगको बिरामी महिला भए कोड नं १ मा र पुरुष भए कोड नं २ मा गोलो सङ्केत गर्नुपर्दछ ।
Address	क्षयरोगको बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, गाउँ पालिका=नगरपालिका, वडा नम्बर र गाउँ=टोल सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
Name of DOT'S Supervisor/Provider	बिरामीको उपचार अवधिभर बिरामीलाई औषधी खुवाउने, निगरानी गर्ने र उपचारमा सहयोग गर्ने व्यक्ति (स्वास्थ्यकर्मी, म स्वा स्व से., समुदायका अगुवा आदि)को नाम र थर यस महलमा लेख्नुपर्छ ।
Phone no	उपचार सहयोगीको फोन नं.यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।
Name of Gaurdian	बिरामी नाबालक भए अभिभावकको नाम थर यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
Contact no	बिरामी वा बिरामीको अभिभावकको सम्पर्क नं. नभएमा निजको नजिकको व्यक्ति वा संस्थाको फोन नं. यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।
No.of Household Member:	क्षयरोगका बिरामीको परिवार सदस्य सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
No.of<5 years children	क्षयरोगका बिरामीको परिवार सदस्यमध्ये ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
No.of HH members screened for TB	उपचारत क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्य मध्ये सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको परीक्षण गरेको वा गर्न पठाएको सङ्ख्या यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
No.of children under TPT	उपचारत क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यमध्ये सम्भावित क्षयरोग लक्षण देखा नपरेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई TPT दिइएको भए सो सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
Smear Microscopy	क्षयरोगको निदान गर्न तथा उपचारत क्षयरोगका बिरामीहरूको उपचार अवस्था अनुगमन गर्न PBC भए उपचार शुरु गरेको २, ३ र ५ महिनामा र उपचारको अन्तमा र PCD र EP बिरामी भए उपचार शुरु गरेको २ महिनाको खकार परीक्षण अनिवार्य रूपमा गर्नुपर्दछ । प्रत्येक पटक परीक्षण गर्दा खकार जाँच गरेको प्रयोगशालाको नं. प्रयोगशालाको नाम, मिति (ग.म.सा.), खकार परीक्षणका नतिजा (नेगेटिभ भए NEG र पोजेटिभ भएमा POS लेखि निर्दिष्ट (Grading: 1+ 2+ 3+)समेत खुलाउनु पर्दछ।

शीर्षक	निर्देशन
Xpert MTB/RIF	Xpert MTB/RIF विधिबाट क्षयरोग निदान भएको भए Xpert MTB/RIF जाँच गर्ने ल्याव, नतिजा प्राप्त मिति र नतिजा सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
LPA	LPA विधिबाट क्षयरोग निदान भएको भए LPA जाँच गर्ने ल्याव, नतिजा प्राप्त मिति र नतिजा सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
Treatment Regimen	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामी ६ बटा वर्गीकरणमध्ये जुन वर्गीकरणमा पर्दछसोही वर्गीकरणको सम्बन्धित महलमा गोलो (○) सङ्केत गर्नुपर्दछ। जस्तै पल्मोनरी क्षयरोग(नयाँ) भई उपचारका लागि आएको ३० वर्षको लोक जोशीको उपचार कार्डमा Adult Regimen 2HRZE+4HR महलको बक्स १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
Types of TB:	उपचारका लागि दर्ता भएको बिरामी PBC भए १ नं कोठामा PCD भए २ नं कोठामा र EP भए ३ नं कोठामा गोलो सङ्केत लगाउनुपर्दछ।
Registration Category	क्षयरोगको बिरामी दर्ता वर्गीकरण अनुसार महल मा (√) लगाउनुपर्दछ New भए: विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल मा (√) लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ मानी दर्ता गर्नु पर्दछ। Relapse भए: विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। Treatment after Failure भए: EP/PCD को हकमा २ महिना, PBC को हकमा ५ महिना वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म खकार स्मेयर पोजिटिभ भएको बिरामी वा EP/PCD को हकमा उपचार को अन्तमा पनि परीक्षण (PUS, X-ray, अन्य) को नतिजा Positive आएमा यस यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। Treatment after loss to follow up भए: ६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। Other previously treated भए: विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ। Previous treatment history unknown भए: राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलमा (√) लगाउनु पर्दछ।
Chest X-ray	क्षयरोग निदान गर्न गरिएको एक्सरेको नतिजा Normal भएमा कोड नं. १ मा, Abnormal भएमा कोड नं. २ मा र एक्सरे नगरेको भए कोड नं ३ मा गोलो सङ्केत लगाउनु पर्दछ।

शीर्षक	निर्देशन
Other Test and Result	क्षयरोगको निदान गर्न खकार परीक्षण Sputum microscopy, Culture, LPA orXpert MTB/RIF बाहेक अन्य विधिवाट परीक्षण गरेको भए सम्बन्धित महलमा परीक्षणको नाम र नतिजा लेख्नु पर्दछ।
History of Previous Treatment	उपचारका लागि आउने क्षयरोगको बिरामी दर्ता गर्दा यसभन्दा पहिले क्षयरोगको उपचार गरेको छ=छैन, सो एकिन गनुपर्दछ । यसभन्दा अघि क्षयरोगको उपचार पाएको भए पहिलेको क्षयरोग उपचार सेवा, दर्ता नं., उपचार Regimenर उपचार अवधि सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
Name, Designation and Signature	क्षयरोगको उपचार लिन आएका बिरामीको कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीले आफ्नो नाम, थर, पद र मिति लेखि हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ।
उपचार विवरण	
Intensive phase	क्षयरोग उपचार अवधिको शुरुका २ महिनाको अवधिलाई Intensive phaseभनिन्छ । यो औषधी उपचारको संवेदनशील अवस्था हो । यस अवस्थामा उपचार सहयोगीको प्रत्यक्ष निगरानीमा Treatment Regimen अनुसारका औषधी दैनिक खुवाउनु पर्दछ।
Drug	बिरामीले खानुपर्ने औषधीको मात्रा Treatment Regimen अनुसार बिरामी ५ वर्षमाथि भए Isonizid, Rifampicin, Pyrazinamid / Ethambutol (HRZE) को combined मात्रा र Livofloxacin (Lfx) र बिरामी ५ वर्ष मुनि भए Isonizid, Rifampicin, Pyrazinamid (HRZ) combined मात्रा र Ethambutal र Livofloxacin (Lfx) ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Month	Intensive phaseअवधिभर क्षयरोगका बिरामीले औषधी शुरु गरेको महिनाको नाम यसमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
Day	Intensive phase अवधिभर क्षयरोगीले प्रत्यक्ष निगरानीमा औषधी खाएको गते मा (✓) चिन्ह लगाउनुपर्दछ । यदि बिरामीले घरमा औषधी गलेको भए बिरामी फर्केर आएपछि औषधी खाएको सुनिश्चित गरी सो दिन=गतेको बक्समा (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ ।
Continuation phase	Continuation phase भन्नाले उपचार अवधिको ३ महिनादेखि उपचार नसकिएसम्मको अवधिलाई जनाउँछ । यस अवधिमा पनि बिरामीले स्वास्थ्य संस्थामा आई प्रत्येक दिन नियमित रूपमा औषधी खानु पर्दछ।
Drug	बिरामीले खानुपर्ने औषधीको मात्रा Treatment Regimen अनुसार बिरामी ५ वर्ष माथिभए Isonizid, Rifampicin, Ethambutol (HRE) को] combined मात्रा र बिरामी ५ वर्ष मुनी भए Isonizid, Rifampicin(HR) combined मात्रा र Ethambutal ट्याब्लेट सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
Month/Day	स्वास्थ्य संस्थामा औषधी खाएको दिनमा क्यालेन्डर बक्समा चिह्न (✓) लगाउनुपर्दछ । यदि बिरामीले घरमा औषधी गलेको भए बिरामी फर्केर आएपछि औषधी खाएको सुनिश्चित गरी सो दिन=गतेको बक्समा चिह्न (-) लगाउनुपर्दछ । बिरामीले औषधी खान छुटाएको भए () खाली

शीर्षक	निर्देशन
	राख्नु पर्दछ।
थप व्याख्या MComplicated/Severe New EP TB cases को उपचार अवधि चिकित्सकको सल्लाहमा, ६ महिना भन्दा बढी भएमा उक्त कार्डको पछाडि पट्टी महलहरू थपेर प्रयोग गर्नुपर्दछ।	
Treatment Outcome	<p>Cured:पुरै अवधिसम्म औषधी खाएका PBC क्षयरोगका बिरामीको उपचार अवधिको अन्तमा वा त्यस अधिको पछिल्लो अवधिको अनुगमन खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा नेगेटिभ भएमा।</p> <p>Treatment Completed:PBC क्षयरोगका बिरामी जसले उपचार अवधि पूरा गरेको छ तर निको भएको (Cured) भन्नको लागि चाहिने आवश्यक मापदण्ड पूरानगरेका तथा PCD र EP क्षयरोगका बिरामीले उपचार अवधि पूरागरेको भएमा।</p> <p>Treatment failed:PBC क्षयरोगका बिरामीको ५ महिना वा उपचारको अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा तथा PCDand EPबिरामीहरूको २ महिनाका अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा।</p> <p>Died:उपचारको क्रममा कुनै पनि कारणले बिरामीको मृत्यु भएमा।</p> <p>Loss to follow up: उपचारमा रहेका क्षयरोगका बिरामीमध्ये लगातार ६० दिन वा सो भन्दा बढी समय सम्म उपचार छुटेका बिरामी भए।Not evaluated:क्षयरोगको उपचारको अन्तमा नतिजा थाहा नभएका वा Transfer out भइ बिरामीको उपचार नतिजा प्राप्त नभएमा।</p> <p>जुन नतिजा आएको छ सो लाई गोलो (○)सङ्केत लगाई नतिजाको मिति (गते, महिना र साल) उल्लेख गर्नु पर्दछ।</p>
DST Status (DrugSusceptibility Test)	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगका बिरामीका/ उपचार शुरु गर्नु भन्दा पहिले अथवा उपचार को अवधी मा DST को अवस्था के छ भन्नेकुराउल्लेख गर्नु पर्दछ। यस महलमा लेख्दा सम्पूर्ण PBC बिरामीहरू को अनिवार्य रुपमा DST गर्ने कुरालाई ध्यानमा राखी GeneXpert अर्थात् LPA मध्ये कुन तरिकाबाट टेस्ट गरिएको हो जनाउनु पर्दछ। सो महलमा GeneXpert अर्थात् LPA गरेको भए Yes नगरेको भए No र थाहा नभएको भए Unknown मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
Status of Retro Test	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगका बिरामीको एच आइ भी.सङ्क्रमण परीक्षणको नतिजा हेरि/सोधी यस महलमा Positive भए Positive , Negative भए Negative र थाहा नभए Unknown उल्लेख गर्नु पर्दछ। यदि यस अघि परीक्षण नभएको भए परीक्षण गरी-गर्न लगाई नतिजा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
Status of Viral Load test and result	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगका बिरामीको यसअघि Viral Loadपरीक्षण भएको भए सो को नतिजा हेरी-सोधी यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ। यदि यसअघि परीक्षण नभएको र उपचाररत संस्थामा परीक्षण हुने भए परीक्षण गरी नतिजा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
ART Start	क्षयरोगउपचारका लागिदर्ता भएको बिरामीएच. आई. भी. सङ्क्रमण भएको तर व्त्तउपचार सुरु नगरेको भए को नं १ मा र उपचार सुरु गरेको भए कोड २ मागोलो लगाई दर्ता नं र उपचार सुरु गरेको मिति समेत लेख्नु पर्दछ।

शीर्षक	निर्देशन
	क्षयरोग उपचारका लागि दर्ता भएको बिरामी एच. आई. भी. सङ्क्रमण भएको तर ART उपचार शुरु नगरेको भए को नं १ मा र उपचार शुरु गरेको भए कोड २ मा गोलो लगाई दर्ता नं र उपचार शुरु गरेको मिति समेत लेख्नु पर्दछ।
CPT Start:	क्षयरोग उपचारका लागि दर्ता भएको बिरामी एच आई भी सङ्क्रमण भएको तर CPT खान शुरु नगरेको भए कोड नं १ मा र उपचार शुरु गरेको भए कोड २ मा गोलो लगाई दर्ता नं र उपचार शुरु गरेको मिति समेत लेख्नु पर्दछ।
Transfer out	बिरामी आफुलाई पायक पर्ने संस्थामा जान चाहेमा निजलाई Transfer out गरी Transfer out भएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम ठेगाना र मिति सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ। यसरी Transfer out गर्दा मिति, औषधी (कति दिनका लागि दिइएको सो खुलाउने), ट्रान्सफर भई जाने संस्थाको नाम तथा सम्पर्क फोन नं., तथा प्रेषित भई जाने उपचारकेन्द्र प्रमुखको नाम (ट्रान्सफर भइजाने संस्था प्रमुखको नाम) यसमा उल्लेख गर्नुपर्छ ।
TB and Tobacco Smoking	धूम्रपानले क्षयरोग निको हुने अवधि लम्ब्याउने र पुनः सङ्क्रमण हुन सहयोग गर्ने भएकोले क्षयरोग उपचारका लागि दर्ता हुने हरेक बिरामीलाई धूम्रपान गरिरहेको छ छैन तथा परिवारका अन्य कुनै सदस्यले धूम्रपान गर्ने गरेको नगरेको सोधपुछ गर्नु पर्दछ। यदि बिरामी धूम्रपानको लतमा रहेछ भने लत छुटाउन सल्लाह (ABC) दिई लत छुटे नछुटेको समेत अनुगमन गर्नु पर्दछ।
0 month (Current)	उपचार शुरु गर्न संस्थामा आएका क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा कम्तीमा विगत ३ महिनादेखि धूम्रपान गरिरहेका भएमा महलको yes मा र नगरेको भए सोही महलको No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।साथै बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तादेखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R र विगत २ हप्ता देखि एक सर्को पनि नतानेको भनेमाQ संकेत ले comments माजनाउनु पर्दछ।घर भित्र कसैले धुम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धुम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धुम्रपान गर्नेगरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।
2 Month	२ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तादेखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R, विगत २ हप्ता देखि एक सर्को पनि नतानेको भनेमाQ र बिरामी उपचारमाआउन छोडेमा L संकेत ले comments माजनाउनु पर्दछ।घर भित्र कसैले धुम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धुम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धुम्रपान गर्नेगरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।
5 Month	५ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तादेखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R, विगत २ हप्ता देखि एक सर्को पनि नतानेको भनेमाQ र बिरामी

शीर्षक	निर्देशन
	<p>उपचारमाआउन छोडेमा L संकेत ले comments माजनाउनु पर्दछ।घर भित्र कसैले धुम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धुम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धुम्रपान गर्नेगरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।</p>
<p>End of Treatment</p>	<p>उपचारको अन्तिम महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्था बारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा S, विगत २ हप्तोखि धुम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एक पटक छोडेको भएमा R, विगत २ हप्ता देखि एक सक्रो पनि नतानेको भनेमो Q रबिरामी उपचारमाआउन छोडेमा L संकेत ले comments माजनाउनु पर्दछ।घर भित्र कसैले धुम्रपान गर्छन भने उक्त कुरा पनि सोधी सम्बन्धित महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ। बिरामीलाई ३० सेकेन्ड देखि १ मिनेट को समय दिएर धुम्रपानको कारणले उपचारमा पर्ने असर बारे सूचना प्रदान गर्ने र यदि बिरामीले धुम्रपान गर्नेगरेको भए छुटाउन आवसेक सहयोग गर्ने यी सबैकुरालाई सोही महलमा अध्यावधिक गर्नु पर्दछ।</p>

HMIS 6.4 B:क्षयरोग उपचार कार्ड: बिरामीका लागि (TB Treatment card-Patient)

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

कार्ड गर्ने तरिका:

यो कार्ड HMIS 6.4Aक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार नै भर्नु पर्दछ ।

Section on ABC Smoking Cessation
At start of TB treatment then at follow-up examination visit.

Month of Treatment	Date DD/MM/YY	Ack				Brief advice given to patient (30 seconds-1 minute)		Cessation support provided to patient (1-3 minutes)		
		Do you smoke? Yes / No				Does anyone smoke inside your home? Yes / No 1 = yes 2 = no	Yes / No 1 = yes 2 = no	Comments	Yes / No 1 = Yes 2 = No	Comments
		No	If Yes		How soon after you wake do you usually have your first cigarette? 1 = <30 min or 2 = >30 min					
Months			S			1 2	1 2		1 2	
Months			S	R	Q		1 2	1 2		1 2
Months			S	R	Q		1 2	1 2		1 2
Months			S	R	Q		1 2	1 2		1 2
Months			-	-	-		-	-		-

Investigations and Result															
Investigations	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
CBC	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
Blood Glucose	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result
ECG	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result	Result

Follow-up of Side Effect															
Side Effect	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months	FU Months
Nausea/Vomiting	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Diarrhoea	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Arthralgia	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Dizziness/ Vertigo	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No
Hearing Disturbances	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No	Yes/No

Signed at Treatment Center		Signed at Treatment Sub-Center	
<p>Patient commitment</p> <p>I am aware that in order to be cured of this form of tuberculosis, I need to take anti-TB drugs daily till the end of my treatment. If I do not take these drugs daily, I am putting my own health at risk as well as the health of family and community members. I commit to taking these drugs at this health center (sub-center) till the end of my treatment. If I decide to leave this treatment, I understand the risk and consequences of this disease.</p> <p>Name: _____ Address: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Signature: _____</p>		<p>Sub-centre DR-TB focal person commitment</p> <p>I have explained the importance of taking these drugs and potential difficulties during treatment. I will do my best to support him/her in completing a full course of treatment and getting cured. I also commit to ensuring proper documentation and reporting as per NTP guidelines</p> <p>Name: _____ Address: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Signature: _____</p>	
<p>Treatment center DR-TB focal person commitment</p> <p>I have explained the importance of taking these drugs and potential difficulties during treatment. I will do my best to support him/her in completing a full course of treatment and ensuring cure/completion. I also commit to ensuring proper documentation and reporting as per NTP guidelines</p> <p>Name: _____ Address: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Signature: _____</p>		<p>Treatment provider Commitment</p> <p>I commit to supporting his/her in completing a full course of treatment. I will encourage him/her to comply with the treatment and commit to informing the treatment sub-center if I know that s/he has stopped taking drugs.</p> <p>Name: _____ Address: _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Signature: _____</p>	

कार्ड भर्ने तरिका:

क्र.सं	शीर्षक	निर्देशन
१	बिरामीको विवरण र रजिष्ट्रेसन	यस महलमा बिरामीको नामथर, उमेर, लिङ्ग, ठेगाना (प्रदेश, जिल्ला, पालिका र वडा नम्बर), जाती कोड, तौल, उचाई, बिरामी र उपचार सहयोगीको सम्पर्क नम्बर सहितको विवरण भर्नुपर्दछ। त्यसै गरी बिरामीको क्षयरोग उपचार रजिष्टरको दर्ता नं. र भर्ना भएको मिति जनाउनुपर्दछ। जस्तै 1-T1-078/79-MDR(SSTR) जसमा शुरुको अक्षर वा अंकले प्रदेश १ जनाउदछ, त्यसै गरी T1 ले पहिलो Trimester जनाउँदछ, त्यस पछि आर्थिक बर्ष र औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार जनाउँदछ।
२	Patient under CB – DOT	यदि बिरामी समुदायमा आधारित औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचारमा समावेश भएमा यस महलमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
३	TB HIV Status	बिरामीको HIV Test गर्दा HIV Infection को महलमा रहेका positive, negative वा Unknown मध्ये रिजल्ट अनुसार गोलो (○) चिन्ह लगाउने र यदि रिजल्ट पोजिटिभ देखिएमा ART वा CPT मा भए नभएको एकिन गरी सोही अनुरूप यस महलमा Yes or No लेख्नुपर्दछ।
४	DOT Provider	बिरामीलाई सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नुपर्दछ।
५	Guardian's name and Phone	अभिभावकको नाम तथा सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ।
६	Number of Household Member and No. of under 5 yrs Children	बिरामीको परिवार संख्या र परिवारमा रहेका ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरूको संख्या लेख्नुपर्दछ।
७	No. of HH members Screened for TB	बिरामीको परिवारमा रहेका सदस्यहरूको स्क्रिनिङ्ग गर्नुपर्ने संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ।
८	Co-morbidity	यस महलमा यदि बिरामीमा क्षयरोग बाहेक अन्य रोगहरू जस्तै मधुमेह, HIV आदि जस्ता रोगहरू भएमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
९	DST Result	बिरामीको औषधी प्रतिरोधको अवस्था (DST Pattern) जाँच गर्दा औषधी शुरु गर्दाको समयमा भए baseline र मिति उल्लेख गर्ने र फलोअपको समयमा भए फलोअप र मिति लेख्नुपर्दछ। त्यसपछि TestResult अनुसार जुन औषधीमा Resistant वा sensitive देखिएको छ सोही अनुसार उक्त महलमा R वा S लेख्नुपर्दछ।
१०	Registration Category:	१. विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ New मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	2. Relapse	२. विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
	3.1 TAF (New_FLD)	३. First Line Drug Failure भएमा कोड नं ३.१ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.2 TAF (Retreatment_FLD)	First Line Drug को Retreatment केशमा Failure देखिएमा कोड नं ३.२ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।

	3.3 TAF (Ret_Hr TB)	Retreatment केशमा IsoniazidFailure देखिएमा कोड नं ३.३ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.4 TAF (2 nd Line)	2 nd Line को औषधीहरू मध्ये कुनै दुई वटा औषधी परिवर्तन गर्नु परेमा, उपचारको ६ महिनाको अन्त्यमा वा injectable औषधी प्रयोग गरेको अवस्थामा Intensive Phase को अन्त्यमा, अन्य थप औषधीहरूको Resistance भएमा र Side effect को कारणले उपचार Terminate गर्नु परेमाकोड नं ३.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	4 TALF (Treatment After Loss to Follow up)	६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलको कोड नं.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	5 OPT(Other previously Treated)	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलको कोड नं.५ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	6 UPTH (Unknown Previous TB Treatment)	राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
११	Type	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार RR/MDR(SSTR), RR/MDR (LTR), Pre-XDR र XDR मध्ये एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
१२	Site of TB	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको site अनुसार Pulmonary भएमा उक्त महलमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु र EP हो भने कुन स्थानमा हो खुलाएर लेख्ने।
१३	DST Result	उपचार शुरु गर्दा वा फलोअपको प्रत्येक महिनाको ल्याब रिपोर्ट(SputumMicroscopy or Culture report) र मिति सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्ने साथै शुरुको उपचार रेजिमेनबाट अर्को रेजिमेनमा शिफ्ट भएमा सो अनुसारको types मा गोलो (○) चिन्ह लगाइ ल्याबको रिजल्ट Sensitive भए S र Resistant भए R ले जनाउने।
१४	Sputum Result	उपचार शुरु गर्दा वा फलोअपको प्रत्येक महिनाको SputumMicroscopy र Culture report को Lab no. मिति र नतिजा उक्त महलमा भर्ने।
१५	Outcome	बिरामीको उपचारको नतिजा अनुसार Cured or Completed or Failed or Died or Loss to follow up or Not evaluated मध्ये कुनै एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाइ मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१६	After Treatment Completion follow-up	उपचार पूरा भए पश्चात ६ महिना, १२ महिना, १८ महिनामा र २४ महिनाको फलोअपमा जाँच गरेको ल्याब नं, नतिजा र मिति लेख्नुपर्दछ।
१७	DOT Compliance	उपचार शुरु गरेको दिनदेखि प्रत्येक दिन हरेक कोठामा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ। शनिवार र सार्वजनिक विदाको दिनमा बिरामीलाई औषधी दिनुपरेमाड्यास (-) चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
१८	Treatment Regimen	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार Shorter or longer Regimen उल्लेख गरी प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भरी सोही अनुसार बिरामीलाई खुवाउने।
१९	DOT Compliance	उपचाररेजिमेन Change भएमा Change भएको प्रत्येक रेजिमेन (STR or LTR or Pre-XDR or XDR)Shiftभएको पेजमा गइ उक्त रेजिमेन उल्लेख गरी प्रत्येक दिन हरेक कोठामा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ र प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भर्ने।
२०	Follow-up Visit Examination	हरेक पटकको फलोअपमा Smoking का बारेमा सोधपुछ गर्दा उक्त महिनाको महलमा मिति उल्लेख गर्ने
	Do you Smoke?	धुम्रपानका बारेमा सोधपुछ गर्ने र धुम्रपान नगरेको भए No र हाल धुम्रपानगरिरहेको भएमा S, पुनः शुरु गरेको भएमा R र हाल छोडेको भएमा Q ले जनाउने।

		त्यसै गरी विहान उठेपछि आधा घण्टा भित्र धुम्रपान गरेमा सो महलमा १ र आधा घण्टा भन्दा पछि धुम्रपान गरेमा २ ले जनाउनु पर्दछ।
		यदि बिरामीको घरमा कुनै सदस्यले धुम्रपान गरेमा १ र नगरेमा २ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
	Brief advice given to patients	बिरामीलाई धुम्रपानका बारेमा सुझाव दिएको भए १ र नदिएको भए २ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनुपर्दछ। र यदि बिरामीले Yes or No बाहेक कुनै कुरा आएमा र बिरामीलाई दिइएको सुझाव कमेन्टको महलमा उल्लेख गर्ने।
	Cessation support provided to patient	बिरामीलाई धुम्रपानरोक्नका लागि सहयोग गरेको भएमा १ र नदिएको भए २ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनुपर्दछ। र बिरामीलाई धुम्रपान रोक्नका लागि दिइएको सुझाव कमेन्टको महलमा उल्लेख गर्ने।
२१	Investigation and Result	बिरामीको उपचारको शुरु देखि अन्त्य सम्म गरिएको Investigation का नतिजा र मिति प्रत्येक महिनाको महलमा उल्लेख गर्ने।
२२	Follow- up of Side effect	उपचारका क्रममा बिरामीलाई कुनै Side Effect देखिएमा उक्त Side effect प्रत्येक महिनाको महलमा Yes र नदेखिएमा No लेख्नुपर्नेछ र कार्डमा उल्लेख भए बाहेकका Side effect देखिएमा Others मा गइ सोही महलको Column मा उल्लेख गर्नुपर्दछ। Severe Side effect देखिएको खण्डमा aDSMफाराम(HMIS 6.10) भरी रिपोर्टिङ्ग गर्नु पर्दछ।
२३	Commitment Form	बिरामीलाई उपचार शुरु गर्नु अगाडि उपचार केन्द्रका फोकल व्यक्तिले फाराममा भरी बिरामी सही छाप गराइ आफ्नो पनि सही गर्ने। त्यसै गरी सब सेन्टरको फोकल व्यक्तिले सही छाप गर्ने।


HMIS 6.4D:औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड (DR TB Treatment Card-Patient)

परिचय:

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

कार्डको नमूना:

HMIS 6.4 D



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

.....

नगरपालिका/गाउँपालिका

औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार कार्ड

1

बिरामीको नाम: _____

उमेर: _____ लिंग: _____

ठेगाना: _____

सम्पर्क नं _____

उपचार सहयोगीको नाम _____

सम्पर्क नं _____

क्षयरोग दर्ता नं _____ दर्ता मिति: _____

दर्ता समूह _____

१ नयाँ (new) २ रोग बन्दैको (Relapse) ३.१ उपचार असफल नयाँ (TAF)
 ३.२ उपचार असफल पुन उपचार (TAF) ३.३ उपचार असफल Hr TB (TAF)
 ३.४ उपचार असफल पुन उपचार औषधी प्रतिरोधी
 ४ उपचार पुन नरहेको (TALF) ५ पहिले उपचार गरेका अन्य (OPT)
 ६ यस अघिको उपचार अवस्था बाह्य नभएको (UPTM)

क्षयरोगको किसिम: _____

RR/MDR(SSTR), RR/MDR(LTR) PreXDR XDR

क्षयरोग भएको अंग _____

१ छाती २ छाती बाहेक अन्य अंग

दिइएको उपचार रेजिमन:

SSTR	LR1	LR2	LR3	LR4.1	LR4.2	Modified LR2	CLR1	CLR2.1	CLR2.2	PLR1
------	-----	-----	-----	-------	-------	--------------	------	--------	--------	------

२

कार्ड भर्ने तरिका:

यो कार्ड HMIS 6.4Cऔषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड(DR TB Treatment Management Card)अनुसार नै भर्नुपर्दछ।

क्र.सं	शीर्षक	निर्देशन
१	बिरामीको विवरण	बिरामीको नाम, उमेर, लिङ्ग, ठेगाना, बिरामी र उपचार सहयोगीको सम्पर्क नम्बर सहित विवरण भर्नु पर्नेछ साथै बिरामीको फोटो समेत टास्नु पर्दछ।
२	दर्ता नम्बर र मिति	बिरामीको क्षयरोग उपचार कार्डमा दर्ता नम्बर र मिति लेख्नुपर्दछ। जस्तै 1-T1-078/79-MDR(SSTR)
३	दर्ता समुह १. नयाँ	१.विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी

		खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ New मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
2. Relapse(रोग बल्लिझएको)		२. विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं.२ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
3.1 TAF (उपचार असफल नयाँ)		३First Line Drug Failure भएमा कोड नं ३.१ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
3.2 TAF (उपचार असफल पुनः उपचार)		First Line Drug को Retreatment केशमा Failure देखिएमा कोड नं ३.२ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
3.3 TAF Hr (Hr उपचार असफल)		Retreatment केशमा IsoniazidFailure देखिएमा कोड नं ३.३ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
3.4 TAF (औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचार असफल)		2 nd Line को औषधीहरू मध्ये कुनै दुई वटा औषधी परिवर्तन गर्नु परेमा, उपचारको ६ महिनाको अन्त्यमा वा injectable औषधी प्रयोग गरेको अवस्थामा Intensive Phase को अन्त्यमा, अन्य थप औषधीहरूको Resistance भएमा र Side effect को कारणले उपचार Terminate गर्नुपरेमाकोड नं ३.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
4 TALF (औषधीपूरा नगरेको)		६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलको कोड नं.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
5 OPT(पहिले उपचार गरेका तथा अन्य)		विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलको कोड नं.५ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
6 UPTH (उपचारको अवस्था थाहा नभएको)		राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
४	क्षयरोगको किसिम	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार RR/MDR(SSTR), RR/MDR (LTR), Pre-XDR र XDR मध्ये एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
५	क्षयरोग भएको अंग	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको site अनुसार Pulmonary भएमा उक्त महलमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु र EP हो भने कुन स्थानमा हो खुलाएर लेख्ने ।
६	उपचार रेजिमेन	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार Shorter or longer Regimen उल्लेख गरी प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भरी सोही अनुसार बिरामीलाई खुवाउने ।
७	कल्चर,फलोअप र तौल	उपचार शुरु गर्दा र फलोअपको प्रत्येक महिनाको SputumCulture report को Lab no. मिति, नतिजा र बिरामीको तौल उक्त महलमा भर्ने ।
८	बिरामीको औषधीको नाम र मात्रा	Shorter or longer Regimen मा बिरामीको तौल अनुसारको औषधीको मात्रा भर्ने ।
९	Drug Compliance	उपचाररेजिमेन Change भएमा Change भएको प्रत्येक रेजिमेन (STR or LTR or Pre-XDR or XDR)Shiftगरेको पेजमा गइ उक्त रेजिमेन उल्लेख गरी प्रत्येक दिन हेरक कोठामा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ र प्रत्येक महिनामा औषधीको मात्रा भर्ने ।
१०	उपचार नतिजा विवरण	बिरामीको उपचारको नतिजा अनुसार Cured or Completed or Failed or Died or Loss to follow up or Not evaluated मध्ये कुनै एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाइ मिति

		उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
११	प्रेषण/स्थानान्तरण भएको संस्था	बिरामीलाई अन्य स्थानमा प्रेषण वा स्थानान्तरण गर्नुपर्ने भएमा प्रेषण वा स्थानान्तरण हुने संस्थाको विवरण उल्लेख गर्नुपर्दछ ।

	and Ethnic code	
4-5	Age/Sex	क्षयरोगका बिरामीको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल ४ मा र पुरुष भए महल ५ मा लेख्नु पर्दछ।
6	Patient's Address	क्षयरोग बिरामी बसोबास गर्ने जिल्ला नगरपालिका-गाउँ पालिकाको नाम र वडा नम्बर, बिरामी वा अभिभावकको सम्पर्क नम्बर सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
7	Self	बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि आफैं आएमा यस महलको कोड न १ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ(सरकारी स्वास्थ्य संस्थाबाट निदान भएकारसमुदायबाट प्रेषित नभएकाहरुयस अन्तर्गत पर्दछन) ।
8	Referred Private Health Facility	बिरामीको रोग निदान वा उपचारका लागि निजी स्वास्थ्य संस्था (क्लिनिक, नर्सिङ होम, अस्पताल, फार्मसी)बाट प्रेषित भई आएको सुनिश्चित गरी (प्रेषण पूर्जा) यस महलको कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
9	Referred by Community	सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको रोग निदानका लागि समुदाय (महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका,स्वयंसेवक वा स्वास्थ्य संस्थाले तोकेको व्यक्ति)बाट प्रेषित भइ आएको भए क्षयरोग प्रेषण पुर्जाबाट सुनिश्चित गरी यस महलको कोड न. ३ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
10	Contact Investigation	क्षयरोगका बिरामीको परिवारका सदस्यहरुको सम्पर्क परीक्षण गरी क्षयरोग निदान भएको भए क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फाराम तथा सम्पर्क परीक्षण तथा प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरका आधारमा सुनिश्चित गरी यस महलको कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
11	Treatment Start Date	क्षयरोगको बिरामीले उपचार शुरु गरेको मिति यस महलमा लेख्नु पर्दछ। मिति लेख्दा माथिल्लो महलमा गते र महिना र तल्लो महलमा साल लेख्नु पर्दछ।
12	PBC	खकार पोजेटिभ फोक्सोको क्षयरोग भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. १ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
13	PCD	खकार नेगेटिभ भएका तर Clinically निदान भएका फोक्सोको क्षयरोग भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. २ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
14	EP	फोक्सो बाहेक अन्य अङ्गको क्षयरोग भएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
15	New	विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ मानी दर्ता गर्नु पर्दछ।
16	Relapse	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
17	TAF (Treatment after Failure)	EP/PCD को हकमा २ महिना, PBC को हकमा ५ महिना वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म खकार स्मेयर पोजिटिभ भएको बिरामी वा EP को हकमा उपचार को अन्तमा पनि परीक्षण (PUS) को नतिजा Positive आएमा यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
18	TALF (Treatment after lost to follow -up)	६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलको कोड नं. ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
19	OPT (Others Previously	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलको कोड नं. ५ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।

	Treated)	
20	UPTH (Unknown Previous TB Treatment History)	राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
21	Child	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामी १५ वर्ष मुनिको र तौल २५ किलो वा सो भन्दा कम भएको वा ChildDosage को औषधी खाने भए महल २१ को कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
22	Adult	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीका तौल २५ किलो भन्दा बढी भएको वा AdultDosageको औषधी खाने भए महल २२ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
23	2HRZE+ 4 HR	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले शुरूको अवस्थामा २ महिना HRZE र लगातारको अवस्थामा ४ महिना HR औषधी खानु पर्ने भएमा महल २३ को कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
24	2HRZE + 7HRE	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले शुरूको अवस्थामा २ महिना HRZE र लगातारको अवस्थामा ७ महिना HRE औषधी खानु जटिल तथा सिकिस्त फोक्सो वाहेक अन्य अङ्गका क्षयरोगका बिरामी भए महल २४ को कोड न. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
25	6HRZE	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले उपचारको पूरा अवधि (६महिना) नै HRZE औषधी खानुपर्ने भए महल २५ को कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
26	6 HRZE +Lfx	उपचारका लागि दर्ता भएको क्षयरोगको बिरामीले उपचारको पूरा अवधि (६महिना) नै HRZE र Lfx औषधी खानुपर्ने भए महल २७ को कोड नं ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
27	Transfer in	कुनै स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता भई उपचार लिई रहेको क्षयरोगको बिरामी यस संस्थामा उपचार लिनेगरी स्थानान्तरण भई आएमा महल २७ को कोड नं.१ मा गोलो चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
28-30	HIV Test Result	क्षयरोगका बिरामीलाई HIV Infection भए नभएको जानकारी पाउन गरिएको परीक्षणको नतिजा Positive भए महलका २८ को कोड न.ं १ मा नतिजा Negative भए महल २९ को कोड न. २ र HIV Infectionको अवस्था थाहा हुन नसकेमा (Unknown) महल ३० को कोड न.३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। सङ्क्रमणको अवस्था थाहा पाउन क्षयरोगका बिरामी दर्ता हुने संस्थामा नै परीक्षण हुने भए सो नतिजा हेरेर र संस्थामा परीक्षण हुनु नसक्ने भए परीक्षण गरिएको संस्थाको अभिलेखबाट सुनिश्चित गरी नतिजा जनाउनु पर्दछ।
31-32	ART	यदि क्षयरोगका बिरामी Anti-Retroviral Therapy (ART) लिई रहेको भए महल ३१ को कोड नं. १ मा र ART नलिएको भए महल ३२ को कोड नं.२ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
33-34	CPT	यदि क्षयरोगका बिरामी Cotrimoxazole Prophylaxis Therapy (CPT) लिई रहेका भए महल ३३ को कोड नं १ मा र नलिएको भए महल ३४ को कोड नं.२ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
35-37	Sputum Examination At the time of TB diagnosis	
35	Smear	क्षयरोग निदान गर्न Microscopy विधिबाट गरिएको खकार नमूना परीक्षणको नतिजा, ल्याव नं. र परीक्षण मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
36	Xpert MTB/RIF	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा गरिएको Xpert MTB/RIF परीक्षणको नतिजा, ल्याव नं. र परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।

37	LPA	क्षयरोग निदान गर्दाको समयमा गरिएको LPA परीक्षणको नतिजा, ल्याव नं. र परीक्षण गरेको मिति (गते, महिना, साल) सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
38	2 month Follow up	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको २ महिनाको अन्तमा Microscopy विधिबाट गरिएको अनुगमन परीक्षणको नतिजा र ल्याव न. र मिति महल ३८ अन्तर्गत महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। साथै Xpert MTB/RIFविधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति (गते, महिना, साल) महल ३८ अन्तर्गत X महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ।
39	3 month Follow up	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको ३ महिनाको अन्तमा Microscopy विधिबाट गरिएको अनुगमन परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति महल ३९ अन्तर्गत S महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। साथै Xpert MTB/RIFविधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति (गते, महिना, साल) महल ३९ अन्तर्गत X महलका कोठामा लेख्नु पर्दछ।
40	5 month Follow up	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको ५ महिनाको अन्तमा Microscopy विधिबाट गरिएको अनुगमन परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं. र मिति महल ४० अन्तर्गत S महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको RifampicinResistance परीक्षणको नतिजा र ल्याव न. र मिति (गते, महिना, साल) महल ४० अन्तर्गत X महलका कोठामा लेख्नु पर्दछ।
41	End of TB treatment	उपचाररत क्षयरोगको बिरामीको उपचारको अन्तमा Microscopy विधिबाट गरिएको अनुगमन परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं र मिति महल ४१ अन्तर्गत महलका सम्बन्धित कोठामा लेख्नु पर्दछ। Xpert MTB/RIF विधिबाट गरिएको Rifampicin Resistance परीक्षणको नतिजा र ल्याव नं र मिति (गते, महिना, साल) महल ४१ अन्तर्गत X महलका कोठामा लेख्नु पर्दछ।
42-43	Drug Susceptibility Test	उपचाररत बिरामीको उपचार अवधिभर Xpert MTB/RIF विधिबाट Drug Susceptibility Test गरिएको भए महल ४३ को कोड नं. १ मा र LPA विधिबाट Drug Susceptibility Test गरिएको भए महल ४३ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
44	Cured	पुरै अवधिसम्म औषधी खाएका PBC क्षयरोगका बिरामीको उपचार अवधिको अन्तमा वा त्यस अघिको पछिल्लो अवधिको अनुगमन खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा नेगेटिभ भएमा यस महलको कोड नं. १ मा गोलो लगाई तलको कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
45	Completed (अवधिपूरा गरेको)	PBC क्षयरोगका बिरामी जसले उपचार अवधि पूरा गरेको छ तर निको भएको(Cured) भन्नको लागि चाहिने आवश्यक मापदण्ड पूरानगरेका तथा PCD र EP क्षयरोगका बिरामीले उपचार अवधि पूरा गरेको भएमा यस महलको कोड न. २ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
46	Failed (उपचार फेलियर भएको)	PBC क्षयरोगका बिरामीको ५ महिना वा उपचारको अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा तथा PCDand EPबिरामीहरूको २ महिनाका अन्तमा गरिएको खकार (माइक्रोस्कोपी) परीक्षणको नतिजा पोजेटिभ आएमा यस महलको कोड नं. ३ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
47	Died (मृत्यु भएका)	उपचारको क्रममा कुनै पनि कारणले बिरामीको मृत्यु भएमा यस महलको कोड नं. ४ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
48	Loss to follow up	उपचारमा रहेका क्षयरोगका बिरामीमध्ये लगातार ६० दिन वा सो भन्दा बढी समय सम्म उपचार छुटेका बिरामी भए यस महलको कोड नं. ५ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल)लेख्नु पर्दछ।

49	Not Evaluated	क्षयरोगको उपचारको अन्तमा नतिजा थाहा नभएका वा Transfer out भइ बिरामीको उपचार नतिजा प्राप्त नभएमा यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो लगाई तल्लो कोठामा मिति (गते महिना साल) लेख्नु पर्दछ।
50	Patient under CBDOT	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीलाई निजको पायक पर्ने समुदायमा रहेका स्वयंसेवककहाँ गई नियमित औषधी खान पठाइएको भए यस महलको कोड नं १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
51	Move to 2nd Line	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको खकार परीक्षणगर्दा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग भएको प्रमाणित भएमा यस महलको कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
Status of Smoking		
52	0 month (Current)	उपचारको शुरु गर्न संस्थामा आएका क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा कम्तीमा विगत ३ महिनादेखि धूम्रपान गरिरहेका भएमा महल ४९ को yes मा र नगरेको भए सोही महलको No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
53	2 Month	२ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा महल ५३ को कोड S मा, विगत २ हप्ता देखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एकपटक छोडेको भएमा कोड. R मा र विगत २ हप्तादेखि एक सको पनि नतानेको भनेमा कोड Q गोलो लगाउनु पर्दछ।
54	5 Month	५ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा महल ५४ को कोड S मा, विगत २ हप्ता देखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एकपटक छोडेको भएमा कोड. R मा र विगत २ हप्तादेखि एक सको पनि नतानेको भनेमा कोड Q गोलो लगाउनु पर्दछ।
55	End of Treatment	उपचारको अन्तिम महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा हाल धूम्रपान गरिरहेको भएमा महल ५५ को कोड S मा, विगत २ हप्ता देखि धूम्रपान गरिरहेका तर विगत २४ घण्टामा एकपटक छोडेको भएमा कोड. R मा र विगत २ हप्तादेखि एक सको पनि नतानेको भनेमा कोड Q गोलो लगाउनु पर्दछ।
Exposure of Smoking Inside home		
56	0 month	क्षयरोग उपचारका लागि आएको बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा घरभित्र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा आएको भए महल ५६ को कोड Yes मा र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा नआएको भए सोही महलको कोड No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
57	2 Month	२ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा घरभित्र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा आएको भए महल ५७ को कोड Yes मा र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा नआएको भए सोही महलको कोड No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
58	5 Month	५ महिनाको अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा घरभित्र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा आएको भए महल ५८ को कोड Yes मा र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा नआएको भए सोही महलको कोड No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
59	End of Treatment	उपचारको अन्तिम महिनाको] अनुगमनमा आएको क्षयरोगका बिरामीलाई धूम्रपानको अवस्थाबारे बुझ्दा घर भित्र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा आएको भए महल ५९ को कोड Yes मा र धूम्रपान गर्ने व्यक्तिको सम्पर्कमा नआएको भए सोही महलको कोड न. No मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
60	Remarks	माथि उल्लेख गरिए बाहेक अन्य कुरा खुलाउनु पर्ने भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछजस्तै पूरानो टि.बि. नं, औषधी रोकेको मिति, औषधी उपचार गरिरहेको बेला बीचमा औषधी फेरेको भए सो को विवरण अन्य संस्थामा ट्रान्सफर आउट भएको भए सो संस्थाको नाम र ठेगाना आदि ।

रजिस्टरभर्ने तरिका:

क्र.सं	शीर्षक	निर्देशन
१	बिरामीको विवरण र रजिष्ट्रेसन	यस महलमा बिरामीको नामथर, उमेर, लिङ्ग, ठेगाना (प्रदेश, जिल्ला, पालिका र वडा नम्बर), जाति कोड, तौल, उचाई, बिरामी र उपचार सहयोगीको सम्पर्क नम्बर सहितको विवरण भर्नु पर्दछ। त्यसै गरी बिरामीको क्षयरोग उपचार रजिष्टरको दर्ता नं. र भर्ना भएको मिति जनाउनुपर्दछ। जस्तै 1-T1-078/79-MDR(SSTR) जसमा शुरुको अक्षर वा अंकले प्रदेश १ जनाउँदछ, त्यसै गरी T1 ले पहिलो Trimester जनाउँदछ, त्यस पछि आर्थिक बर्ष र औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार जनाउँदछ।
२	Patient under CB –DOT	यदि बिरामी समुदायमा आधारित औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको उपचारमा समावेश भएमा यस महलमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
३	Co-morbidity	यस महलमा यदि बिरामीमा क्षयरोग बाहेक अन्य रोगहरु जस्तै मधुमेह, HIV आदि जस्ता रोगहरु भएमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
४	Guardian Name	बिरामीको अभिभावकको नाम लेख्नुपर्दछ।
५	Guardian/PatientPhone number	बिरामीको अभिभावक र बिरामीको सम्पर्क नम्बर लेख्नुपर्दछ।
६	DOT Provider	बिरामीलाई सेवा प्रदान गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नुपर्दछ।
७	Number of Household Member and No. of under 5 yrs Children	बिरामीको परिवार संख्या र परिवारमा रहेका ५ वर्ष मुनिका बच्चाहरुको संख्या लेख्नुपर्दछ।
८	No. of HH members Screened for TB	बिरामीको परिवारमा रहेका सदस्यहरुको स्क्रिनिङ्ग गर्नुपर्ने संख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९	DST Result	बिरामीको औषधी प्रतिरोधको अवस्था (DST Pattern) जाँच गर्दा औषधी शुरु गर्दाको समयमा भए baseline र मिति उल्लेख गर्ने र फलोअपको समयमा भए फलोअप र मिति लेख्नुपर्दछ। त्यसपछि TestResult अनुसारजुन औषधीमा Resistant वा sensitive देखिएको छ सोही अनुसार उक्त महलमा R वा S लेख्नुपर्दछ।
१०	TB HIV Status	बिरामीको HIV Test गर्दा HIV Infection को महलमा रहेका positive, negative वा Unknown मध्ये रिजल्ट अनुसार गोलो (○) चिन्ह लगाउने र यदि रिजल्ट पोजिटिभ देखिएमा ART वा CPT मा भए नभएको एकिन गरी सोही अनुरूप यस महलमा Yes or No लेख्नुपर्दछ।
११	Registration Category: 1. New	विगतमा कहिल्यै पनि क्षयरोगको औषधी नखाएको वा औषधी खाएको भए १ महिनाभन्दा कम समय औषधी खाएको तर राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभएको बिरामी भए यस महल कोड नं. १ मा गोलो लगाउनु पर्दछ। साथै राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई औषधी खाएका बिरामी राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता हुन आएमा समेत यस नयाँ New मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	2. Relapse	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका वा निको भएका बिरामी पुनः क्षयरोग निदान भएमा यस महलको कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
	3.1 TAF (New_FLD)	First Line Drug Failure भएमा कोड नं ३.१ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु

		पर्दछ।
	3.2 TAF (Retreatment_FLD)	First Line Drug को Retreatment केशमा Failure देखिएमा कोड नं ३.२ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.3 TAF (Ret_Hr TB)	Retreatment केशमा IsoniazidFailure देखिएमा कोड नं ३.३ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	3.4 TAF (2nd Line)	2nd Line को औषधीहरु मध्ये कुनै दुईवटा औषधी परिवर्तन गर्नु परेमा, उपचारको ६ महिनाको अन्त्यमा वा injectable औषधी प्रयोग गरेको अवस्थामा Intensive Phase को अन्त्यमा, अन्य थप औषधीहरुको Resistance भएमा र Side effect को कारणले उपचार Terminate गर्नु परेमाकोड नं ३.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	4 TALF (Treatment After Loss to Follow up)	६० दिन वा सो भन्दा बढी अवधिसम्म लगातार औषधी उपचार छाडेर फेरि उपचार लिन आएको बिरामी भए यस महलको कोड नं.४ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	5 OPT(Other previously Treated)	विगतमा क्षयरोगको उपचार पूरा गरेका तर नतिजा थाहा नभएको वा नतिजाको कागजात नभएका बिरामी भए यस महलको कोड नं.५ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	6 UPTH (Unknown Previous TB Treatment)	राष्ट्रिय क्षयरोग कार्यक्रममा दर्ता नभई १ महिना भन्दा बढी समय औषधी खाएका तथा माथि उल्लेखित दर्ता वर्गीकरणमा नपरेका सबै बिरामी भए यस महलको कोड नं. ६ मा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
१२	Type	औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगको प्रकार अनुसार RR/MDR(SSTR), RR/MDR (LTR), Pre-XDR र XDR मध्ये एकमा गोलो (○) चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	Month	उपचार शुरु गर्दा वा फलोअपको प्रत्येक महिनाको ल्याव रिपोर्ट(Sputum or Culture report) र मिति सम्बन्धित महिनाको महलमा उल्लेख गर्ने साथै शुरुको उपचार रेजिमेनबाट अर्को रेजिमेनमासिफ्ट भएमा सो अनुसारको types मा गोलो (○) चिन्ह लगाइ सम्बन्धित महिनाको महलमा ल्यावको रिजल्ट अपडेट गर्ने ।
१३	Outcome	बिरामीको उपचार पूरा भए पछिको नतिजा अनुसार Cured or Completed or Failed or Died or Loss to follow up or Not evaluated मध्ये जुन Outcome आएकोछ त्यसमा गोलो (○) चिन्ह लगाइ मिति उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
१४	After Treatment Completion follow-up	उपचार पूरा भए पश्चात ६ महिना, १२ महिना, १८ महिनामा र २४ महिनाको फलोअपमा जाँच गरेको ल्याव नं, नतिजा र मिति लेख्नुपर्दछ

HMIS 6.6: क्षयरोगस्क्रिनिंग तथासम्पर्कपरीक्षणफाराम(Tuberculosis Screening and Contact Examination)

परिचय:

खकारमा क्षयरोगका कीटाणु देखिएका क्षयरोगका बिरामीले अन्य स्वस्थ्य व्यक्तिलाई क्षयरोग सार्न सक्दछ । तसर्थ त्यस्ता बिरामीको सम्पर्कमा रहेको परिवारका सदस्यमा क्षयरोगका लक्षण देखा परे नपरेको परीक्षण गर्ने गरिने कार्य सम्पर्क परीक्षण हो । त्यसरी समय समयमा क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यमा गरिएको सम्पर्क परीक्षणको अभिलेख राख्न यो फाराम प्रयोगमा ल्याइएको हो ।

रजिस्टरको नमूना:

नेपाल सरकार स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली TB स्क्रिनिंग र सम्पर्क परीक्षण फारम													
क्रम संख्या						मिति:							
उद्देश्य उल्लेख गर्नुहोस्: १. जोखिम समूह को स्क्रिनिंग						२. सम्पर्क परीक्षण							
सम्पर्क परीक्षणको हकमा यो बक्स भर्नुहोस्													
बिरामीको नाम (Index Case):						उमेर:		लिंग: म पु					
TB को प्रकार: १. DRTB २. DS TB						दर्ता नम्बर:							
उपचारमा भर्ना भएको मिति:						उपचार सुरु मिति:							
परिवारको संख्या:													
देश:			जिल्ला:			म.पागा.का.:							
वडा नम्बर:			टोल:			सम्पर्क नम्बर:							
क्र. सं.	स्त्री/पुरुष/सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यको नाम	उमेर		Index case संगको सम्बन्ध (घरपरिवार सम्पर्क को हकमा)	चिना		क्षयरोगका लक्षणहरू **				कैफियत		
		म	पु		छ	छ	१	२	३	४		५	६
१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२	१३	
१					१	२	१	२	३	४	५	६	७
२					१	२	१	२	३	४	५	६	७
३					१	२	१	२	३	४	५	६	७
४					१	२	१	२	३	४	५	६	७
५					१	२	१	२	३	४	५	६	७
६					१	२	१	२	३	४	५	६	७
७					१	२	१	२	३	४	५	६	७
८					१	२	१	२	३	४	५	६	७
९					१	२	१	२	३	४	५	६	७
*घरपरिवार सम्पर्क: जो क्षयरोग (Index Case) भएको व्यक्ति संग एउटै घरमा सुत्ने र खाने गरेको छ													
**लक्षण (बयस्क)						**लक्षण - बच्चा (५-१४ वर्ष)							
१. खोकी		२. ज्वरो		३. राधोसंग खान नसक्नु		४. तीस घट्नु		५. थूँदो बिसर राखे गर्नु		६. थकित देखिनु		७. घाँसला मा कमि आउनु	
३. राधोसंग आउने		४. खान मन नलाग्नु		५. छाती दुख्नु		६. घाँसला मा कमि आउनु							
५. तीस घट्नु		६. छाती दुख्नु		७. घाँसला मा कमि आउनु									
६. खकार मा रगत देखिनु													
साक्षात्कारकर्ताको नाम:						हस्ताक्षर:							

रजिस्टरभर्ने तरिका:

महल शीर्षक	निर्देशन
क्रम संख्या.....	परीक्षण गरिएको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ।
मिति	सम्पर्क परीक्षण गरेको मिति लेख्नु पर्दछ।
उद्देश्य उल्लेख गर्नुहोस्	क्षयरोग स्क्रिनिंग तथा सम्पर्क परीक्षण फारामप्रयोग गर्नु को कारण जनाउन क्षयरोग जोखिम समूह को स्क्रिनिंग भए १ मा र सम्पर्क परीक्षण गर्नका लागि प्रयोग भएरमागोलो घेरा लगाउने
सम्पर्क परीक्षणको हकमा यो बक्स भर्नुहोस्	येदि फाराम को प्रयोग सम्पर्क परीक्षण को लागि गरिएको हो भने उक्त box मा निर्देशित गरीयको सूचना भर्ने। क्षयरोग बिरामीको नाम (Index Case): क्षयरोग उपचाररत बिरामीको नाम थर र उमेर लेखि महिला या

महल शीर्षक	निर्देशन
	<p>पुरुषमा गोलो लगाउनु पर्दछ।</p> <p>TB को प्रकार: परिवारका सदस्यको सम्पर्क परीक्षण गर्न लागिएको उपचाररत बिरामी क्षयरोग वा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग कुन हो गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।</p> <p>दर्ता नं: बिरामी क्षयरोग वा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग दर्ता नम्बर लेख्नुपर्दछ।</p> <p>उपचारमा भर्ना भएको मिति: क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि) वा औषधी प्रतीरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार शुरू गर्दा दर्ता भएको मिति लेख्नु पर्दछ।</p> <p>परिवार जम्मा संख्या: उपचाररत बिरामीको जम्मा परिवार सदस्य सङ्ख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ।</p>
ठेगाना	क्षयरोग जोखिम समूह को स्क्रिनिंग गरेको स्थान तथा उपचाररत बिरामी बसोवास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, नगरपालिका-गाउँपालिका वडा नं टोल र सम्पर्क नं सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।

महल नं.	महल शीर्षक	निर्देशन
१	क्र सं	क्रम सङ्ख्या लेखिए अनुसार नै हुनेछ ।
२	स्क्रीन /सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यहरूको नाम	स्क्रिनिंगगरिएकाअर्थात्सम्पर्क परीक्षण गरिएका क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यहरूको नाम उमेरअनुसार क्रमशः लेख्नु पर्दछ।
३-४	उमेर म/पु	परिवारका सदस्यले पूरागरेको उमेर महिला भए महल ३ तथा पुरुष भए महल ४ मा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
५	Index case संगकोसम्बन्ध (घरपरिवार सम्पर्क को हकमा)	बिरामीसँगको नाता यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
६- ८	क्षयरोगका लक्षणहरू	स्क्रिनिंगगरिएकाव्यक्ति अर्थात्परिवारका सदस्यमा क्षयरोगका चिन्ह तथा लक्षण (उक्त फोरम मा दिएको लक्षण का आधारमा) सोधी लक्षण नदेखिएमा महल ६ को कोड नं १ मा र लक्षण देखिएमा महल ७ को कोड नं २ मा गोलो लगाई कार्डमा उल्लेखित लक्षण कोडका आधारमा महल ८ को सम्बन्धित कोडहरूमा गोलो लगाउनु पर्दछ।
९	कैफियत	माथि उल्लेखित विषय बाहेक अन्य कुरा यस महलमा उल्लेख गरिन्छ ।
	क्षयरोग स्क्रिनिङगर्ने व्यक्तिको नामनाम र दस्तखत	क्षयरोग स्क्रिनिङ गर्ने व्यक्तिको नाम लेखि दस्तखत गर्ने ।

HMIS 6.7:सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर (Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Therapy Register)

परिचय:

खकारमा क्षयरोगका कीटाणु देखिएका क्षयरोगका बिरामीले अन्य स्वस्थ व्यक्तिलाई क्षयरोग सार्न सक्ने भएकोले त्यस्ता बिरामीको सम्पर्कमा रहेका परिवारका सदस्यमा क्षयरोगका लक्षण देखा परे नपरेको परीक्षण गर्ने कार्य सम्पर्क परीक्षण हो । क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यमा गरिएको सम्पर्क परीक्षणको अभिलेख राख्न तथा सम्पर्क परीक्षण गर्दा क्षयरोगका चिन्ह र लक्षण नदेखिएमा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार गरेको अभिलेख राख्न यो रजिष्टरमा प्रयोगमा ल्याइएको हो । सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर ३ भागमा बाडिएको छ । पहिलो भागमा Index TB बिरामीको व्यक्तिगत तथा उपचारसँग सम्बन्धित विवरण दोस्रो भाग सम्पर्क परीक्षण सम्बन्धी विवरण र तेस्रो भाग क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार विवरण अभिलेख गर्नुपर्दछ।

रजिष्टरको नमूना:

Contact Investigation and TBPT Register HMIS 6.7

Details of the Index TB Cases		Name of Family Members (HH Contact)		Presumptive TB		TB Diagnosed		Patient Enrolled		Eligible for TBPT		TBPT provided date, dosage and weight of client						Outcome			Remarks				
				No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	Start date		2 Month F/U		3 Month F/U		Completed		Discontinue	Died	Not Evaluated	
S.N:	Date	Name	Age	Spontaneous conversion	Spontaneous conversion	Spontaneous conversion	Spontaneous conversion	Spontaneous conversion	Spontaneous conversion	Spontaneous conversion	Spontaneous conversion	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	16	17	18	19	20
DS TB	1	DR TB	2	1	2	1	2	1	2	1	2	13	14	15	16	17	18	19	20						
Registration no		Name										DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4							
No of Family Members		Child	Adult									Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY							
Name		Name										DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4							
Surname		Ethnic Code	Surname									Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY							
Province /District		Name										DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4							
M/RM		Ward no	Surname									Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY							
Contact Number		Name										DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	1	2	3	4							
Name of Investigator		Surname										Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	Weight	No of Tabs	DD/MM/YYYY							

रजिष्टरभर्ने तरिका:

महल नं / महल शीर्षक	निर्देशन
S N	क्रम सङ्ख्या हरेक महिना १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ।
Types of TB	उपचारत क्षयरोगका बिरामी DS TB भए कोड नं १ तथा DR TB भए कोड नं २ मा गोली सङ्केत गर्नु पर्दछ।
TB Registration no	उपचारत क्षयरोगका बिरामीको क्षयरोग उपचार रजिष्टर-औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग रजिष्टरको दर्ता नं यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
No of Family Member	उपचारत क्षयरोगका बिरामीको परिवारका बालबालिका तथा वयस्क सदस्यहरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
Patient's Name	उपचारत क्षयरोग बिरामीको नाम थर र जातिकोड सम्बन्धित महलमा लेख्नु पर्दछ।
Address	उपचारत बिरामी बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, नगरपालिका-गाउँपालिका, वडा नं सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
Contanct No	बिरामी वा परिवारका अन्य सदस्यको सम्पर्क नं.यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

Name of Investigator		सम्पर्क परीक्षण गर्ने व्यक्तिको नाम र पद यस महलमा लेख्नु पर्दछ।
1	Name of Family Members	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्यहरूमध्ये सम्पर्क परीक्षण गरिएका सदस्यहरूको नाम, थर र जातिकोड पूरागरेको उमेर अनुसार क्रमशः लेख्नु पर्दछ।
2-3	Age/Sex	उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको परिवारका सदस्यले पूरागरेको उमेर (वर्षमा) महिला भए महल २ र पुरुष भए महल ३ मा लेख्नु पर्दछ।
4-7	Presumptive TB	सम्पर्क परीक्षण गरिएका परिवारका सदस्य सम्भावित क्षयरोगका बिरामी नभए महल ४ को कोड न.१ मा र सम्भावित क्षयरोगका बिरामी भएमा महल ५ कोड न. २ मा गोलो लगाई खकार संकलन गरी परीक्षण गर्न पठाएमा महल ६ को कोड नं १ मा र बिरामीलाई सिधै परीक्षण गर्न पठाएमा महल ७ को कोड न. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
8-9	TB Diagnosed	खकार परीक्षण तथा अन्य परीक्षणबाट क्षयरोग निदान नभएमा महल ८ को कोड न. १ मा र निदान भएमा महल ९ को कोड नं. २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
10	Patient Enrolled Name of Health Facility	निदान भएका क्षयरोगका बिरामी मध्ये उपचारका लागि दर्ता भएमा महल १० मा स्वास्थ्य संस्थाको नाम उल्लेख गर्नु पर्दछ। यदि बिरामी अन्यत्र उपचार लिन गएमा समेत सोधपुछ गरी संस्थाको नाम उल्लेख गर्नु पर्दछ।
11-12	Eligible for TBPT	सम्पर्क गरिएका क्षयरोगका बिरामीका परिवारका सदस्य ५ वर्ष मुनिका बालबालिका भएमा क्षयरोगका चिन्ह र लक्षण नभएको सुनिश्चित गरी क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार दिनु पर्दछ। यदि सम्पर्क परीक्षण गरिएको ५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा प्रतिरोधात्मक उपचार अयोग्य भएमा महल ११ को कोड नं १ मा र योग्य भएमा महल १२ को कोड नं २ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।
13	TBPT Start Date	प्रतिरोधात्मक क्षयरोग उपचार योग्य ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाले उपचार शुरु गरेमा शुरु गरेको मिति निजको तौल र दिइएको औषधीको मात्रा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
14	2 Month follow up	प्रतिरोधात्मक क्षयरोग उपचार शुरु गरेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई २ महिनामा अनुगमन गरेको मिति, निजको तौल र दिइएको औषधीको मात्रा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
15	3 Month Follow up	प्रतिरोधात्मक क्षयरोग उपचार शुरु गरेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकालाई ३ महिनाको शुरुमा अनुगमन गरेको मिति, निजको तौल र दिइएको औषधीको मात्रा सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
16-19	Outcome	प्रतिरोधात्मक क्षयरोग उपचार शुरु गरेका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाले उपचार पूरागरे मा महल १६ को कोड नं १ मा, बीचैमा खान छोडेको महल १७ को कोड नं २ मा मृत्यू भएको महल १८ को कोड नं ३ मा र अवस्था थाहा नभएको भए महल १९ को कोड नं ४ मा गोलो लगाउनु पर्दछ र मुनिको महलमा मिति(गते महिना साल) उल्लेख गर्नु पर्दछ।
20	Remarks	माथि उल्लेखित बाहेक अन्य केही कुरा भएमा यस महलमा लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.8: क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार कार्ड (Tuberculosis Preventive Therapy Card)

परिचय:

क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार दिइएका ५ वर्षमुनिका बालबालिकाको व्यक्तिगत विवरण तथा उपचार विवरण अभिलेख गर्न यो कार्ड प्रयोगमा ल्याइएको हो। यो कार्ड बिरामीका साथमा रहन्छ। यस कार्डको प्रयोगबाट बिरामीका अभिभावकले उपचार अवस्था, दिइएको औषधी र मात्रा तथा तौल सुधार अवस्था थाहा पाउन सक्दछन्।

कार्डको नमूना:

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

१. दर्ता नं	२. उपचार शुरु मिति		
३. नाम थर	४. उमेर	५. लिंग:	
६. ठेगाना	प्रदेश	जिल्ला	
	नगर/गाउँ पालिका	वार्ड नं	
७. उपचार सहयोगीको नाम र सम्पर्क नं			
८. उपचार विवरण			
	विवरण	उपचार शुरु	दोस्रो महिना
८.१. क्षयरोग लक्षण: (१.भएको २.नभएको)		१ २	१ २
८.२. तौल			
८.३. औषधीको नाम र मात्रा			
८.४. औषधी उपलब्ध गराएको मिति			
९. उपचार नतिजा र मिति	१. २. ३. ४. मिति:.....		

१. उपचार थप गरेको, २. खान छोडेको, ३. मर्नु भएको, ४. मृत्युकबन हुन नसकेको

HMIS 6.8

TB Preventive Therapy (TBPT) Card				
.....Hospital/PHC/Health Post				
Contact / TBPT Reg. No.				
TBPT Start Date				
Name:.....		Age:		Sex F M
Address	Province		District	
	M/RM		Ward No	
Provider's Contact No.				
Treatment and follow up	Month 1	Month 2	Month 3	Remarks
TB Symptoms yes=1, No=2	1 2	1 2	1 2	
Weight				
No. of Tablets (HR)				
Drug Provided Date				
Outcome	1.COMPLETED		2.DISCONTINUED	
Outcome Date	3.DIED		4.NOT EVALUATED	

कार्ड भर्ने तरिका:

महल नं	महल शीर्षक	निर्देशन
१	दर्ता नं:	सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधी उपचार दर्ता नं लेख्नु पर्दछ।
२	प्रतिरोधात्मक उपचार शुरु मिति:	बच्चाले क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार शुरु गरेको मिति लेख्नु पर्दछ।
३	नाम थर:	उपचार लिने बच्चाको नाम थर लेख्नु पर्दछ।
४	उमेर:	उपचार लिने बच्चाले पूरा गरेको उमेर (वर्षमा) लेख्नु पर्दछ।
५	लिङ्ग:	बच्चाका लिङ्ग (महिला पुरुष) उल्लेख गर्नु पर्दछ।
६	ठेगाना:	बसोबास गर्ने प्रदेश, जिल्ला, गाउँ-नगर पालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ।
७	क्षयरोग सहयोगीको नाम:	प्रतिरोधात्मक उपचारमा सहयोग गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको नाम थर र सम्पर्क नं. लेख्नु पर्दछ।
८.१	क्षयरोगका लक्षण:	औषधी खाईरहेको बच्चामा क्षयरोगका लक्षण देखा परेमा कोड नं. १ मा र लक्षण देखा नपरेमा कोड नं २ मा गोलो सङ्केत गर्नु पर्दछ।
नोट औषधी खाईरहेको बच्चामा क्षयरोगका लक्षण देखा परेमा औषधी खान रोकी निदानका लागि स्वास्थ्य संस्थामा पठाउनु पर्दछ।		
८.२	तौल:	बिरामीले उपचार शुरु गर्दा, २ महिनामा तथा ३ महिनामा बच्चाको तौल के जी मा लेख्नु पर्दछ।
८.३	औषधीको मात्रा:	बिरामीलाई उपलब्ध गराएको औषधीको मात्रा लेख्नु पर्दछ।

८.४	औषधी उपलब्ध गराएको मिति:	बिरामीलाई औषधीको उपलब्ध गराएको दिनको मिति लेख्नु पर्दछ।
	बिरामीलाई औषधीको उपलब्ध गराएको दिनको मिति लेख्नु पर्दछ	प्रतिरोधात्मक उपचार लिएको बिरामीले तोकिएको मात्रा ३ महिनासम्म खाएको भए कोड नं १, बीचैमा खान छोडेको भए कोड न.२ मृत्यू भएको भए कोड नं. ३ र बिरामी सम्पर्कलाई सम्पर्क गर्न नसकेमा कोड न.४ मा गोलो लगाई मिति लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.9: क्षयरोगप्रेषणपुर्जा (समुदाय, निजीस्वास्थ्यसंस्था)TB Referral Form- Community, Private Sector)

परिचय: सम्भावित क्षयरोगका बिरामीको खोजपडताल गर्न तथा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीलाई नियमित औषधी खान तथा खकार अनुगमनमा समुदायको भूमिका महत्वपूर्ण हुन्छ । साथै क्षयरोग निदान तथा उपचारमा निजी क्षेत्रको भूमिका समेत महत्वपूर्ण हुन्छ । समुदाय तथा निजी क्षेत्रबाट क्षयरोग निदान तथा उपचार, अनुगमन खकार परीक्षण तथा औषधीका प्रतिकूल असर व्यवस्थापनका लागि पठाइएका क्षयरोगका बिरामीको अभिलेख राख्न यो पुर्जा प्रयोगमा ल्याईएको हो ।

पुर्जाको जमूना:

नेपाल सरकार स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली प्रेषण पुर्जा (समुदाय, निजी स्वास्थ्य संस्था)		TB 11 - Referral Form (Community / Private / Contact)	
१. प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्था		Date:/...../.....	
२. प्रेषित व्यक्तिको नाम		1. Name of Health facility referred to:	
प्रदेश	जिल्ला	2. Name of the person referred:	
नगर/गाउँपालिका	वार्ड नं.	3. Age 4. Sex	
टोल	सम्पर्क नं	5. Address Province District M / RM Ward Tole	
क) क्षयरोग निदान	ख) अनुगमन	6. Reason of referral	
ग) अन्य		1. For further diagnosis of presumptive TB 2. TB cases follow up :	
		3. Others including SAEs:	
५. प्रेषण गर्ने		Referred by:	
हस्ताक्षर र मिति		Type of Referral 1. Community 2. Private 3. Contact TB	
नाम	पद	Name: Address:	
बाबूका		Signature Contact number:	
ठेगाना:			
सम्पर्क नं			

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

पुर्जा गर्ने तरिका:

१. प्रेषण गरिएको स्वास्थ्य संस्था: सम्भावित क्षयरोगको बिरामीलाई क्षयरोग निदान गर्न तथा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको अनुगमन खकार परीक्षण गर्न पठाएको स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना लेख्नु पर्दछ।

२. प्रेषित व्यक्तिको नाम: सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीको नाम थर लिंग(महिला पुरुष) तथा उमेर सम्बन्धित महलमा राख्नु पर्दछ।

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

४. प्रेषण गर्नाको कारण: सम्भावित क्षयरोगका बिरामीलाई निदान गर्न पठाएको भए कोड नं १ अनुगमन भए कोड नं २ र औषधीका प्रतिकूल असर व्यवस्थापन वा अन्य समस्या भए प्रेषण गर्नु परेमा कोड नं ३ मा गोलो लगाउनु पर्दछ।

५. प्रेषण गर्ने: सम्भावित वा उपचाररत क्षयरोगका बिरामीलाई स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने व्यक्तिको नाम, पद, ठेगाना र सम्पर्क नं सम्बन्धित महलमा लेखि हस्ताक्षर गर्नु पर्दछ र मिति लेख्नु पर्दछ।

HMIS 6.10: aDSM Adverse Event Recording/Reporting Form

फारामको नमूना:



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

A. Patient and Health Facility Information

Name/Patient ID number (as DRB Register): _____ Treatment Centre: _____
 Date of Birth (or Age): _____ Province: _____
 Sex: Male Female
 HIV status: Non-reactive Reactive
 Pregnancy: No Yes Trimester: _____
 Weight (kg): _____ Height (cm): _____ BMI: _____

B. Adverse events experienced by patient (including laboratory investigations)

Adverse event	Onset date	End date	Severity grade	Seriousness*	Outcome †

* Please select: **D** died **LT** life threatening **NA** caused or prolonged hospital admission **PD** permanent disability
DR drug withdrawal **OR** other medically serious **CA** congenital abnormality **NR** not serious
 † Please select: **A** recovered **B** recovering **C** recovered with residual effects **D** died **E** not recovered **F** unknown
 Detailed description of adverse event(s): _____

Was treatment of adverse event required? No Yes (please specify): _____

C. Laboratory assessment: Results of tests and procedures

Test performed	Test date	Result	Unit	Reference range

D. Medicines DRB Register and other concomitant medicines, vaccines, traditional / herbal medicines and dietary supplements

Tick if medicine suspected of causing adverse event

Medicine	Dose	Frequency	Route	Start date	Stop date	Reason for use	Action taken †	Response †

† Action taken in response to AE: **DR** drug withdrawn **OR** dose reduced **DI** dose increased **DN** dose not changed **UK** unknown **NA** not applicable
 † Response to adverse event: **NR** resolved **NE** no effect on AE **RA** fatal AE **UW** unknown **NR** not applicable

E. Re-challenge information

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

Medicine	adverse event recurred	adverse event did not recur	unknown
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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

G. Causality Assessment at Treatment Center Level

1. Certain 2. Probable 3. Possible 4. Unlikely 5. Unassessed 6. Un-assessable

Comments: _____

H. Final AE/SAE Summary

Adverse Events Description: _____
 Event Start date: _____
 Event End date: _____
 Severity Grading: _____
 Event classified: 1. Serious 2. Not – Serious (Based on Annex 2)
 Narrative / Additional information (Final Result): _____

I. Reporter Information

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

Submit form to:
 Email to: MSE Unit, NTC: aDSMNTC@gmail.com

NTC Use Only:
 Date received by NTC: _____
 Causality assessment: Certain Probable Possible Unlikely Unassessed Un-assessable
 Comment: _____

Reported to DDA: No Yes Date reported to DDA: _____

फारामपुर्जा गर्ने तरिका:

क्र.सं	शीर्षक	निर्देशन
१	बिरामीर स्वास्थ्य संस्था सम्बन्धी विवरण	यस महलमा औषधी प्रतिरोधी क्षयरोगका बिरामीको दर्ता नं., उपचार केन्द्रको नाम, बिरामीको नाम, उमेर, लिङ्ग, उचाइ, तौल BMI निकाली सम्पूर्ण विवरण भर्नु पर्दछ।
	HIVStatus	HIV जाँच गरी नेगेटिभ भएमा Non-reactive र पोजिटिभ भएमा Reactive को बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	Pregnancy	बिरामीको गर्भको अवस्था जाँच गरी yes or no को बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ र यदि गर्भवती भएमा गर्भको अवधी (Trimester) उल्लेख गर्नु पर्दछ।
२	Adverse event experienced by patient	बिरामीलाई कुनै किसिमको adverse event देखिएमा यस महलमा जुन adverse event देखिएको हो सो उल्लेख गर्नुपर्दछ। उक्त event शुरु भएको date, अन्त्य भएको date, Severity grading, seriousness र outcome उल्लेख गर्नु पर्दछ।
३	Detail description of adverse event	AE का कारण भएको बिरामीको अवस्थाको वारेमा विस्तृत विवरण उल्लेख गर्नुपर्दछ।
४	Was treatment of adverse event required?	Adverse event देखिए पश्चात उपचार गर्नु परेको खण्डमा Yes र गर्नु नपरेको खण्डमा No को बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ।

५	Laboratory assessment	Adverse event देखिए पश्चात प्रयोगशाला जाँच गरिएको भएमा यस महलमा उक्त जाँचको नाम, मिति, नतिजा, unit र Reference Rangeसमेत उल्लेख गर्नुपर्दछ।
६	Medicines: DR TB Regiemen, concomitant medicines, vaccine, traditional herbal medicines	बिरामीको उपचारका लागि प्रयोग गरिएका सम्पूर्ण औषधीहरू तथा अन्य हर्बल औषधीहरू प्रयोग गरिएको छ भने त्यसको विवरण लेखि औषधीहरूको dose, frequency, route, औषधीशुरु गरेको मिति, औषधीबन्द गरिएको मिति, औषधी प्रयोग गर्नुको कारण, उपचारका क्रममा गरिएका कार्यहरू र उपचार पश्चात बिरामीको प्रतिक्रियाका बारेमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। यदि प्रयोग गरिएका औषधीहरू मध्ये कुनैले गर्दा adverse event भएको शंका लागेमा उक्त औषधीको अगाडिको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ।
	Action inresponses to AE	यस महलमा उपचारको क्रममा गरिएका कार्यहरूमा (Response) औषधी बन्द गरिएको भए DW (dose withdrawn), डोज घटाइएकोभए DR (dose reduction), डोज बढाइएको भए DI (dose increase), डोज परिवर्तन नगरिएको भए DNC(dose not changed), थाहा नभएमा UK (Unknown) र कार्य नगरिएको अवस्थामा NA (Not applicable) ले जनाउनुपर्दछ।
	Response to action taken	यस महलमा AE देखिए पश्चातउपचारबाट बिरामीको अवस्था सुधार भएमा RA(recovered), सुधार नभएमा NE (No effort on AE), मृत्यु भएमा FA (Fatal), थाहा नभएको भए UN (Unknown) र Response apply गर्न नसकिएको अवस्थामा NA ले जनाउनु पर्दछ।
७	Re-challenge Information	यदि AE को उपचार पश्चात उपचार अगाडि प्रयोग भएका कुनै औषधीहरू पुनः शुरु गरिएको छ भने ती औषधीहरूको विवरण उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसरी शुरु गर्दा उक्त औषधीबाट पुनःAE देखिएमा Adverse event recurred को महलमा, AE नदेखिएमा Adverse event did not recur को महलमा र यदि थाहा नभएमा Unknown महलमारहेको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
८	Other relevant information	यस महलमा बिरामीको Medical history, हालको स्वास्थ्य अवस्था, धुम्रपान तथा मध्यपानको प्रयोग तथा अस्पतालमा गरिएका व्यवस्थापन आदिका बारेमा केही भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
९	Casualty assessment at Treatment Center	उपचार केन्द्रमा Casualty assessment form अनुसार बिरामीमा AE को कारणहरू के के हुन सक्छ पत्ता लगाइ कारण निश्चित भएमा १ (Certain), सम्भाव्य भएमा २ (Probable), सम्भावित भएमा ३(Possible), सम्बन्धित नभएमा ४ (unlikely) र जाँच गर्न नगरिएमा ५ (unassessed) र जाँच गर्न नसकिएमा ६ (un assessable) मा गोलो (○) चिन्ह लगाइ Comment मा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१०	Final AE/SAE Summary	यस महलमा AE को सम्पूर्ण विवरण summary को रूपमा उल्लेख गर्नु पर्दछ। बिरामीको उपचारका लागि प्रयोग गरिएका सम्पूर्ण औषधीहरू शुरु गरेको मिति, औषधीबन्द गरिएको मिति उल्लेख गरी बिरामीको अवस्था जाँच गरी गम्भीर भएमा उक्त event लाई १ र बिरामी गम्भीर नभएमा २ मा गोलो (○) चिन्ह लगाइ अन्तिममा बिरामीको वर्तमान अवस्थाको बारेमा उल्लेख गर्नु पर्दछ।
११	Reporter Information	यस महलमा उपचार गर्ने व्यक्तिहरूको नाम, फोन नम्बर, इमेल ठेगाना उल्लेख गरी, उक्त सेवाप्रदायकहरूको विवरणमा doctor, nurse, paramedics र others को अगाडि रहेको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाई हस्ताक्षर गरी मिति समेत उल्लेख गर्नु पर्दछ।
१२	Submit form to	यस महलमा रहेको इमेल aDSMNTCC@gmail.com मा उपचार केन्द्रले माथिको विवरणहरू पठाउनुपर्दछ।

१३	NTCC use only	यस महलमा उपचार केन्द्रबाट पठाइएको रिपोर्ट NTCC ले प्राप्त गरेपछि प्राप्त गरेको मितिउल्लेख गरी Causalty assessment form जाँच गरी AE को कारण निश्चित भएमा Certain, सम्भाव्य भएमा Probable, सम्भावित भएमा Possible, सम्बन्धित नभएमा unlikely र जाँच गर्न नगरिएमा unassessed र जाँच गर्न नसकिएमा unassessable अगाडि रहेको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनु पर्दछ।
	Reported to DDA	यस महलमा प्राप्त AE को जानकारी DDA मा पठाइएको भए yes र नपठाइएको भए no को अगाडि रहेको बक्समा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुपर्दछ र DDA मा पठाइएको मिति उल्लेख गर्नुपर्दछ

७. एच.आइ.भी. एड्स तथायौनरोग

7. HIV/AIDS and STI

HMIS ७.१: एच.आइ.भी परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर

HMIS ७.२: यौनजन्य रोग संक्रमण उपचार रजिष्टर

HMIS ७.४: एच.आइ.भी उपचार सेवा रजिष्टर

HMIS ७.५: एच.आइ.भी बिरामी कार्ड

HMIS ७.६: ओ.एस्.टी. रजिष्टर

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

यस रजिष्टरको प्रयोग सरकारी र अन्यआधिकारिक संस्थातथानिजी क्लिनिकबाट प्रदानगरिने एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्श सेवा सम्बन्धीजानकारीको अभिलेख राख्नकालागिगरिन्छ। यो रजिष्टरएच.आई.भी. परीक्षण गर्नुभन्दापहिले र परीक्षण पश्चात्को परामर्श सकिनासाथएच.आई.भी. सम्बन्धी परीक्षणतथा परामर्श गर्ने एच.आई.भी. काउन्सिलर र स्वास्थ्यकर्मीहरूले भर्नु पर्दछ। यो रजिष्टरएच.आई.भी. सम्बन्धी परीक्षणतथा परामर्श केन्द्रमागोपनीयताकायमहुनेगरी राख्नुपर्दछ।

यो रजिष्टरसबै प्रकारका एच.आई.भी.परीक्षण तथा परामर्श सम्बन्धी देहायकाजानकारीहरू रेकर्ड गर्नको लागिआवश्यक पर्दछ।

- मुख्य सामाजिकतथाव्यक्तिगतविवरण रेकर्ड गर्न।
- सेवाग्राहीलाई प्रदान गरेको एच.आई.भी.परीक्षण पूर्वको परामर्श, परीक्षण र परीक्षण पश्चात् प्रदानगरिएको परामर्श सम्बन्धीविवरण रेकर्ड गर्न।
- एच.आई.भी.सङ्क्रमणहुनसक्ने जोखिमपूर्ण व्यवहार र एच.आई.भी.परीक्षण गर्नुका कारणहरू रेकर्ड गर्न।
- सेवाग्राहीको एच.आई.भी.अवस्था रेकर्ड गर्न।
- एच.आई.भी.पोजेटिभ व्यक्तिलाई उपचार सेवामा प्रेषण गर्न।

रजिष्टरको नमूना :

HMIS 7.1

HIV TESTING AND COU

MONTH: _____ YEAR: _____

SN	Registration						Demographic Information													
	Client's Name and Caste						Age			Marital Status*	Number of children	Educational Status**	Education level***	Employment Status****	Average Monthly Income (NPR)	Contact Number:		Address/Perm		
							Sex											District	Municipality	
	Date	MR No	SR No	First Name (Optional)	Last Name (Compulsory)	Ethnic Code	F	M	TG					District	Municipality					
DD	MM	YY	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

*Column 13: Marital Status (1=Unmarried, 2=Married, 3=Divorce, 4=Widow/Widower, 5=Living Together, 6=Separated 7=Not Applicable)

**Column 15: Educational Status: 1=Illiterate, 2=Literate

***Column 16: Education level: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above

****Column 17: Employment status: 1=Unemployed, 2=Employed

†Column 30: Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F, 2= M, 3= TG)

SR: Service Registration Number

NSELING REGISTER

anent			Address/Temporary							Pre-test counseling				HIV Test			Post - Test Counseling						
Ward Number	Toile	Others	District	Municipality	Ward Number	Toile	Others	Client Code†	Pre-test Counseling	HIV Tested Before	Medical Reason for Testing†	Pregnancy Status	Risk Group‡	Informed Consent	Test 1	Test 2	Test 3	Post - Test Counseling	Result received	HIV Test Result	Partner Counseling	HIV Status of Partner	45. If diagnosed HIV positive, Referred to ART
																							Yes = 1
																							No = 2
																							If Referred to ART Center, Write ART Name
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	

*Column 33: Medical reason for testing (1 = STI; 2=TB; 3 = Pregnancy; 4 = Surgery; 5 = HIV/AIDS symptoms; 6 = Child delivered from Positive Mother; 7 = None of above; 8 = Other)
 §Column 35: Risk Group (1 = Female Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM ; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8=Male Sex Worker (MSW); 9=Transgender (TG) ;10= Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12= Other (not specified in above category)

रजिस्टरभर्नेतरिका :

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशिका
1	S.N.	एच.आई.भी. परीक्षण तथा परामर्शका लागिआएका सेवाग्राहीको क्रम सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ । हरेकमहिनामाक्रम सङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।
2,3, 4	Registration	Date
5		MR No
6		SR (Service Register) No
7		First Name (Optional)
8	Demographic Information	Last Name (Compulsory)
9		Ethnic code
10,11,12		Age and Sex
13		Marital Status
14		Number of Children
15		Educational Status
16		Educational Level
17		Employment Status
18		Average Monthly Income
19		Contact Number
20-29	Address: Permanent/Temporary	

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशिका
	(District, Municipality, Ward Number, Tole, Others)	सके सम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ ।
30	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 सालमाजन्मेको शर्मा थर भएको एक जनापुरुषजसको सेवादर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123 हुन्छ ।
31	Pre-test counseling	परीक्षण पूर्व परामर्श लिएको भएY लेख्नु पर्दछ, नत्रN लेख्नु पर्दछ ।
32	HIV tested before	यस भन्दापहिले सेवाग्राहीले एच.आई.भीको परीक्षण गराएको भएपहिलेको परीक्षणको नतिजा लेख्नु पर्दछ । नगराएको भएN लेख्नु पर्दछ ।
33	Medical reason for testing	सेवाग्राहीले परीक्षण गर्नु पछाडिका कारण के हो मूल्याङ्कन गर्नु पर्दछ । उपयुक्त कारणमा कोड नम्बर लेख्नु पर्दछ : 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
34	Pregnancy Status	यदिमहिला सेवाग्राहीगर्भवतीभएमाY लेख्नु पर्दछ । यदिमहिला सेवाग्राहीगर्भवतीनभएमान लेख्नु पर्दछ । यदिमहिला सेवाग्राहीलाई आफ्नो गर्भवतीअवस्थाकाबारेमाथाहानभएमाDK लेख्नु पर्दछ । यदि सेवाग्राहीवच्चा, पुरुष र तेस्रो लिङ्गीभएमानA लेख्नु पर्दछ ।
35	Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह(Risk group) को लागि देहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ: 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs (PWID); 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Male Sex Worker(MSW); 9=Transgender (TG) 10=Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12=Other (not specified in above category) अन्यभएखुलाउन पर्दछ ।
36	Informed Consent	यदि सेवाग्राहीले एच.आई.भी. परीक्षणको लागि सहमतिदिएमाY र नदिएमानN लेख्नु पर्दछ ।
37	Test 1	First Test (Determine) को नतिजापोजेटिभ भएमा(Reactive) R, नेगेटिभ भएमा(Not Reactive) NR रपरीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नु पर्दछ ।
38	Test 2	Second Test (Unigold) को नतिजापोजेटिभ भएमार, नेगेटिभ भएमानR रपरीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नु पर्दछ ।
39	Test 3	Third Test (Stat Pak)को नतिजापोजेटिभ भएमार, नेगेटिभ भएमानR रपरीक्षण नगरिएको खण्डमा ND लेख्नु पर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशिका
40	Post-Test Counseling	परीक्षण पश्चात् परामर्श दिएको भएY र नदिएको भएN लेख्नु पर्दछ ।
41	Result received	सेवाग्राहीले परीक्षणको नतिजाप्राप्त गरेको भएY र नगरेको भएN लेख्नु पर्दछ ।
42	HIV Test Result	एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजा लेख्नु पर्दछ । यदितीन वटै नतिजाReactive भएPositive (P), Test 1/2 नेगेटिभ भएN र यदि टेस्ट १ रियाक्टिभ भएर टेस्ट २ ननरियाक्टिभ आएमावायदिपहिलो र दोस्रो परिक्षण रियाक्टिभ भई तेस्रो परिक्षणको नतिजाननरियाक्टिभ आएमानतिजा(Inconclusive) I लेख्नु पर्दछ । National HIV testing and Treatment Guidelines 2020अनुसार गर्ने
43	Partner Counseling	संक्रमित सेवाग्राहीको पार्टनरलाई परामर्श दिएको भएY र नदिएको भएN लेख्नु पर्दछ ।
44	HIV Status of Partner	संक्रमित सेवाग्राहीका पार्टनरको एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजापोजेतिभ भएPr नेगेटिभ भएN लेख्नु पर्दछ ।
45	Referral	एच.आई.भी. परीक्षणको नतिजापोजेतिभ आएकाव्यक्तिलाई रिफरल / प्रेषण गरेकोगरिएको छ भने 1 लेखि रिफरल गरिएको ए.आर.टी. केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ, यदि सेवाग्राहीलाई रिफरल नगरिएको भए2लेख्नु पर्दछ।

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

यस रजिष्टरको प्रयोग जोखिममा रहेका समुदाय(Risk group)विशेषलाई सेवाप्रदान गर्ने सरकारी र अन्यआधिकारिक गैर सरकारी तथानिजी संस्थाहरूद्वारा यौनरोग सम्बन्धी परीक्षण, निदान र उपचारको अभिलेख राख्नको लागिगरिन्छ । यस रजिष्टरबाटसेवाग्राहीको सामाजिकतथाव्यक्तिगतजानकारी, सेवाग्राहीको प्रकार (नयाँवापुरानो) र यौनरोग सम्बन्धी परामर्श, भिरिङ्गी (Syphilis)को स्क्रिनिङ तथाप्रयोगशालानिदान- RPR+ve, TPPA+ve, GNID+ve,सेवाग्राहीको जोखिमसमूह, यौनजन्यसङ्क्रमणको उपचार बारे जानकारी प्राप्त गर्न सकिन्छ । यो रजिष्टरएआरटी काउन्सिलरले सम्बन्धित मेडिकल अफिसरको उपचार र सल्लाहअनुसार भर्नु पर्दछ ।

नोट: माथिउल्लेख गरेका बाहेक अन्य स्वास्थ्य संस्थाहरूले यौन जन्य रोग संक्रमणको उपचारको अभिलेख HMIS 1.3बहिरंग सेवा रजिष्टरमाअध्यावधिक गर्नु पर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

SEXUALLY TRANSMITTED IN

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

SN	Registration					Demographic Information													
	Date MR No SR No					Client's Name and Caste			Age			Educational Status [†]	Education Level [§]	Employment status [Ⓚ]	Average Monthly Income (NPR)	Contact Number	Marital Status*	Address	
						First Name (Optional)	Last Name (Compulsory)	Ethnic Code	Sex									District	Municipality
	DD	MM	YY	No	No	7	8	9	F	M	SM	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

[†]Column 13: Educational Status: 1=Illiterate, 2=Literate;

[§]Column 14: Education level: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above;

[Ⓚ]Column 15: Employment status: 1=Unemployed, 2=Employed;

*Column 18: Marital Status: (1=Unmarried, 2=Married, 3=Divorce, 4=Widow/Widower, 5=Living Together, 6= Separated and 7=Not Applicable).

HMIS 7.2

INFECTIONS (STI) REGISTER

Demographic Information			STI Diagnosis				Treatment					Referral	
Address			Client Code*	Type of Case	Type of STI Diagnosis**	Risk Group***	Syndromic	Etiological	Presumptive Treatment	Partner (Asymptomatic)	Condom Use	In = 1	
Ward Number	Tole	Others										Out = 2	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
				1								1	
				2								2	
				1								1	
				2								2	

*Column 24: Client code= Last name (First 2 characters)+ Date of birth (last 2 digits -YY) + sex (1= F, 2= M, 3 = TG) + Service registration number.
*Column 25: Type of Case: (1=Syndromic, 2= Asymptomatic)
**Column26: STI Diagnosis: (1= Urethral Discharge Syndrome (UDS), 2=Scrotal Swelling Syndrome (SSS), 3= Vaginal Discharge Syndrome (VDS), 4= Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS), 5= Genital Ulcer Disease Syndrome (GUDS), 6= Inguinal Bubo Syndrome (IBS), 7= Neonatal Conjunctivitis Syndrome, 8= Cericitis, 9= Vaginitis, 10=
***Column 27: Risk Group (1 = Female Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM ; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8=Male Sex Worker (MSW); 9=Transgender (TG); 10=Pregnant Woman; 11=Vertical Transmission; 12=Prison Inmates; 13=HIV Infected; 14=Other (not specified in above category)
*Column 32:Condom Use: (1= Yes, 2=No, 3= Don't Know, 4= Not Applicable)

रजिस्टरभर्नेनिर्देशिका:

Month, Year: रजिष्टरको शिरमा अभिलेख राखिएको महिना र वर्ष लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशिका
1	S.N.	एच.आई.भी. परीक्षणतथा परामर्शका लागिआएका सेवाग्राहीको क्रमसङ्ख्या लेख्नु पर्दछ। हरेकमहिनामाक्रमसङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ।
2,3, 4	Registration	Date
5		MR No
6		SR (Service Registered) No
7		First Name (Optional)
8	Demographic Information	Family Name (Compulsory)
9		Ethnic code
10,11,12		Age and Sex
13,14,15,16		Educational Status
		Educational Level
		Employment Status
		Average Monthly Income
17		Contact Number
18	Marital Status	
19- 23	Address	

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशिका	
	(District, Municipality, Ward Number, Tole and Others)	सेवाग्राही नेपालवाहेक अन्य देशको भएमाOthersमाखुलाइ सके सम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ ।	
24	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 सालमाजन्मेको शर्मा थर भएको एक जनापुरुषजसको सेवादर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123हुन्छ ।	
25, 26	Type of Case	नयाँसेवाग्राहीको लागि1 रफलोअपको (पुरानो)लागि2 मागोलो लगाउनु पर्दछ ।	
	STI Diagnosis	यौनजन्य संक्रमणको उपयुक्त कोड नम्बर लेख्नु पर्दछ, यदिकुनै एक भन्दा बढी संक्रमण भएमा समेत सबै कोड कमादिएर देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ;1= Urethral Discharge Syndrome (UDS), 2=Scrotal Swelling Syndrome (SSS), 3= Vaginal Discharge Syndrome (VDS), 4= Lower Abdominal Pain Syndrome (LAPS), 5= Genital Ulcer Disease Syndrome (GUDS), 6= Inguinal Bubo Syndrome (IBS), 7= Neonatal Conjunctivitis Syndrome, 8= Cericitis, 9= Vaginitis, 10= Herpes Genitalis, 11= Other	
27	Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह(Risk group)को लागिदेहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ: 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Male Sex Worker (MSW); 9=Transgender (TG); 10=Pregnant Woman; 11=Vertical Transmission; 12= Prison Inmates; 13=HIV Infected; 14=Other (not specified in above category)अन्यभएखुलाउनपर्दछ ।	
28-31	Treatment	Syndromic	सेवाग्राहीको Syndromic treatmentगरेको भएYर नगरेको भएN लेख्नु पर्दछ ।
		Etiological	सेवाग्राहीको Etiological treatmentगरेको भएYर नगरेको भएN लेख्नु पर्दछ ।
		Presumptive	यौनकर्मीलाई Presumptive treatmentगरेको भएYरनगरेको भएN लेख्नुपर्दछ ।
		Partner (Asymptomatic)	कुनै व्यक्तिमायौनरोग छ र उसको पार्टनरलाई लक्षण नभएतापनिAsymptomatic treatmentगरिएको भएYर नगरेको भएN लेख्नु पर्दछ ।
32	Condom Use	सेवाग्राहीलेकन्डम प्रयोग गर्ने गरेको भए1, नगर्ने गरेको भए2 , थाहानभएमा3 र सोध्न नै उपयुक्तनभएमा4 लेख्नु पर्दछ ।	
33	Referral	In=1 Out=2 अन्य संस्थाबाट यस संस्थामा सेवाग्राही प्रेषण गरेको भए1 मागोलो घेरा लगाई संगैको कोठामा प्रेषण गर्ने संस्थाको नामलेख्नु पर्दछ र यदि सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा प्रेषण गरेको भए2मागोलो घेरा लगाई संगैको कोठामा सो संस्थाको नामलेख्नुपर्दछ ।	

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

यस रजिष्टरको एआरटी केन्द्रमाएच.आई.भी.सङ्क्रमितव्यक्तिहरूको उपचारसेवासम्बन्धिजानकारीहरूको अभिलेख राख्नकालागिप्रयोग गरिन्छ । यस रजिष्टरएच.आई.भी.सङ्क्रमितसम्बन्धिजानकारी, एच.आई.भी. परीक्षण तथाए.आर.भी.सम्बन्धिपहिले दिइएका सेवा, ए.आर.टी.प्रवेश गरेको मार्ग, जोखिमसमूह, सुरक्षितमातृत्व सेवालिन एच.आई.भी.सङ्क्रमितमहिला र बच्चाको जानकारी, CD4र भाइरल लोडको अवस्था, तौल तथाउचाइ (बच्चाकालागिमात्र), टीबीको जाँच-पड्तालतथाउपचार, ए.आर.टी.सुरुवातर त्यसको फलोअप, ए.आर.टी.एडहेरेन्स(adherence), रेजिमेनमाभएको परिवर्तन, स्थानान्तरण, मृत्यु लगायतकाजानकारीको अभिलेख राख्नकालागिआवश्यक पर्दछ ।

के-के जानकारीहरू रेकर्ड गरिन्छन् ?

- एच.आई.भी. सङ्क्रमितको सामाजिकतथाव्यक्तिगतविवरण, जस्तै: registration number, age, sex, address, contact number, client code, ethnicity/caste code, risk group, entry point to ART services,educational status, educational level, employment status, average monthly income, and HCV
- पीएमटीसीटी सेवाग्राहीकालागि ए.आर.भी रेजिमेन र एआरटी शुरु गरेको मिति
- एच.आई.भी.सङ्क्रमितआमाबाट जन्मेको बच्चाको DNA PCR and Antibody test, Early Infant Diagnosis, CPT Prophylaxisशुरु गरेको मिति
- एच.आई.भी.सेवा सम्बन्धीजानकारीहरू:एच.आई.भी..सङ्क्रमितभएको थाहाभएको मिति, एच.आई.भी.सेवामादर्ता भएको मिति, दर्ताको समयमाCD4 count र WHO staging, CPT and TBPT शुरु गरेको मितिरफलोअप
- सेवामादर्ता हुँदा र उपचार अवधिभर हरेक महिनागरिने टीबी जाँच-पड्ताल, टीबीकोउपचारको विगत, एआरटी शुरु गरेको मिति, स्थानान्तरणभएको आएको वागएको मिति, Lost to Follow up रमृत्युभएको मिति
- Treatment Care History: Treatment status, Adherence and Regimen substitution or switched,OI diagnosis and treatment, TB Assessment.
- हरेक ६/१२ महिनामागरिने CD4 count test र Viral load test.

रजिष्टरको नमुना :

Client's Index												
S.N.	Registration Date DD/MM/YY	Name of Client	Client code	Date DD/MM/YY		Sex	Risk Group	During ART Initiation		Current Treatment Status	Page Number	Remarks
				ART Start	Transfer In			Age	Regimen			
1												
2												
3												

HIV TREATMENT CARE REGISTER																														
SN	Registration			Name, Caste and Caste Code				Permanent Address		Age/Sex	Marital Status ¹	Client code	Contact No			Risk Group ³	Entry point													
	DD	MM	YY	Name				District	Others	Age				Mobile																
	Master No	Service No	Caste		Caste		Municipality, Ward		Sex				Mobile 2 (Secondary)			Code	Code													
												SMS Consent			YES	NO														
Education Status ^{**}		Education Level ^{**}		Employment status ^{***}		Average Monthly Income (INR)		Only for Chronic HCV diagnosed case (Viral Load HCV detectable)																						
Code		Code		Code		Code		Diagnosed date						Duration of Treatment provided (in Months)						Follow-up HCV RNA Test (Result)		HCV Treatment outcome ⁴								
								DD/MM/YY						1 2 3 4 5 6						DD/MM/YY DD/MM/YY		Code								
								Regimen						Regimen						Regimen		Result								
Only For PMTCT Cases																														
Mother's ART Start Period				Mother's ART Start date and Regimen				Delivery Status				Baby Prophylaxis																		
Before Pregnancy	Antenatal	Labor & Delivery	Postnatal					Delivered	Child	Yes	No	Date of Delivery	Still Birth	Live Birth (Exposed Baby)	Started ARV Prophylaxis	Duration of ARV Prophylaxis given (Weeks)												Name of ARV given	ARV Start Date	
				DD/MM/YY	Regimen	Child 1			DD/MM/YY			Yes	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		DD/MM/YY			
						Child 2			DD/MM/YY																		DD/MM/YY			
						Child 3			DD/MM/YY																		DD/MM/YY			
						Child 4			DD/MM/YY																		DD/MM/YY			
						Child 5			DD/MM/YY																		DD/MM/YY			
Early Infant Diagnosis																														
Child	EID Sample Collected for Testing	EID Test Result																								CPT Prophylaxis				
		Yes	No	At Birth				Within 2 months				4 - 9 months				11 - 18 months				Antibody after 18 months										
Child 1																														
Child 2																														
Child 3																														
Child 4																														
Child 5																														
HIV Care History																														
Date HIV positive		Date of ART Enrollment		WHO stage			Date of Initial CD 4 count			Initial CD4 Count	CPT Start		Date CPT started		TBPT Start	Date TBPT started		TBPT Continuation												
DD	MM	YY	DD	MM	YY	1	2	3	4	DD	MM	YY		Y	N	DD	MM	YY	Y	N	DD	MM	YY	Y/N	1	2	3	4	5	6
TB assessment and test at the time of enrollment in HIV care				History of TB						Transfer In																				
Smeared (Sputum)	Culture	Chest x-Ray	Gene Xpert	Type of TB (PCD) TB, (PCD) TB, Extra-pulmonary TB (EP TB), PR/MDR TB, Piv-xDR TB, XDR TB	Date of TB treatment started	Regimen	Treatment Outcome ⁵																							
Result	Result	Result	Result	DD	MM	YY																								
Chronic Disease				ART Start date and Regimen				Transfer Out																						
Disease	Drugs	Disease	Drugs	DD	MM	YY	Regimen																							
Treatment Substituted			Treatment Switched			Date of Death		Cause of Death																						
Date	Regimen	Reason	Date	Regimen	Reason	DD	MM		YY	Code																				
DD	MM	YY	Regimen																											
DD	MM	YY	Regimen																											
DD	MM	YY	Regimen																											
CD4 COUNT, FOLLOW-UP, WEIGHT AND HEIGHT (Height only applies for Children)																														
Months →	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																														
Weight (in Kg)/Height (in cm)																														
Date of reporting (Viral Load) (DD/MM/YY)	DD/MM/YY			DD/MM/YY		DD/MM/YY		DD/MM/YY		DD/MM/YY		DD/MM/YY																		
Viral load result																														

महलशीर्षक	निर्देशिका
	शुरु गर्नुपर्दछ ।
Name, caste and caste code	सेवाग्राहीको नाम, थर र जाति कोड लेख्नु पर्दछ ।जाति कोड(caste/ethnicity code) यसै रजिस्टरको पछिल्लो पानामाराखिएको छ ।
Permanent Address	सेवाग्राहीकास्थाई जिल्लाको नाम, पालिकाको पूरा नाम र वडा नम्बरसम्बन्धितमहलमालेख्नु पर्दछ ।यदि सेवाग्राही नेपालबाहेक अन्य देशको भएमाOthersमाखुलाइ सके सम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ ।
Age and Sex	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधीलिङ्ग अनुसार सम्बन्धितमहलमा लेख्नु पर्दछ । 1= Female, 2=Male, 3= Third Gender (or Other)
Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिकअवस्थाकाबारेमा सोधी देहायको कोडअनुसार लेख्नु पर्दछः 1= अविवाहित, 2= विवाहित, 3=सम्बन्ध विच्छेद, 4=विधवा/विदुर, 5= छुट्टिएर बसेको / छुट्ट्याइएको6= सँगै बस्ने (Living Together), 7= सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
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 सालमाजन्मेको शर्मा(Sharma) थर भएको एक जनापुरुष(Male)जसको दर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123हुन्छ ।
Contact No.	सेवाग्राही र सेवाग्राहीको सहयोगीको फोन नम्बर वाअन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
SMS Consent	सेवाग्राहीलाई सेवा सम्बन्धिजानकारी एवं संदेश पठाउने गरिन्छ तसर्थ सेवाग्राहीलाईसंदेश पठाउने वा नपठाउने भनि सेवाग्राहीसंग मन्जुरी लिदाँ राजीभएँ‘Yes’वा राजीनभएँ‘No’लेखिएकोकोठाकोदायाँभागमारहेकोखालीकोठामाठिक(✓)चिन्हलगाउनु पर्दछ ।
Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह(Risk group) कालागिदेहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ । 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8=Male Sex Worker (MSW); 9=Transgender (TG); 10=Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12=Other (not specified in above category)अन्यभएखुलाउनपर्दछ ।
Entry Point	देहायका कोड मध्ये कुन सेवामार्फत सेवाग्राहीएच्.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 = 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).
Educational Status	योमहलमासेवाग्राहीको शैक्षिकअवस्थाको बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः1=Illiterateर 2=Literate
Educational Level	यो महलमासेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यताको बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछः 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above.

महलशीर्षक		निर्देशिका	
	Employment Status	योमहलमासेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्थाको बारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Unemployed, 2=Employed.	
	Average Monthly Income	योमहलमासेवाग्राहीको औसतमाषिकआम्दानी(नेरु) माउल्लेख गर्नु पर्दछ।	
Only for Chronic HCV Diagnosed Case		यदिसेवाग्राहीमाएच.सी.भी.देखिएको खण्डमा यो महलमाउपचारसम्बन्धिअन्यजानकारीअध्यावधिकगर्नु पर्दछ। एच.सी.भी.उपचारगर्दा उपचार कार्डमाउल्लेख भएको परिणामहेरी त्यसकोTreatment Outcomeको कोठामानिम्नानुसारकोकोड लेख्नु पर्दछ। Treatment Outcomeका कोडहरु:1=Cured; 2=Completed; 3=Failure; 4=Loss to Follow-up (>3 months); 5=Not evaluated.	
For PMTCTCases	Mother's ART start period	संकमितमहिलाले एआरटी जुनअवस्थामा शुरु गरेका हो सोही कोठामा <input type="checkbox"/> चिन्हलगाउनु पर्दछ।	
	Mother's ART start date and Regimen	संकमितमहिलाले एआरटी शुरु गरेको मिति र ARV Regimenलेख्नु पर्दछ।	
	Delivery Status	संकमितमहिलाले बच्चालाई जन्मदिएको भएYesमा <input type="checkbox"/> र नदिएको भएNo मा <input type="checkbox"/> चिन्हलगाउनु पर्दछ।यदिमहिलाले बच्चालाई जन्मदिएको भएमितिDD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ र संगैको कोठामा बच्चाको जन्मअवस्थामिल्ने गरी <input type="checkbox"/> चिन्हलगाउनु पर्दछ।	
	Baby Prophylaxis	Started ARV Prophylaxis	संकमितमहिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिन देखि ARV Prophylaxisदिएको भएYesमा <input type="checkbox"/> र नदिएको भएNo मा <input type="checkbox"/> चिन्हलगाउनु पर्दछ।
		Duration of ARV Prophylaxis given	संकमितमहिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिनदेखि ६ हप्तासम्मकालागि ए.आर.भी.प्रोफाइलियाक्सिस दिनुपर्दछ। यदिबच्चाउच्चजोखिममा छ भने उक्तबच्चालाई १२ हप्ता सम्म ए.आर.भी.प्रोफाइलियाक्सिस दिनुपर्दछ। हरेकहप्तामादिइएको भएउक्तहप्ताको मुनि <input type="checkbox"/> चिन्हलगाउनु पर्दछ। उच्चजोखिममाभन्नाले महिला प्रसूतीमाएच.आइ.भी.संकमित छ भनेर थाहाभएको वा ए.आर.टी. शुरु नगरेको वा संकमितमहिलाको भाइरल लोड १००० copiesभन्दामाथिभएको बुझिन्छ। विस्तृत जानकारीको लागिNational HIV Testing and Treatment Guidelines 2020 हेर्नु पर्दछ।
		Cotrimoxazole Prophylaxis after 6 weeks	संकमितमहिलाबाट जन्मेको बच्चालाई ए.आर.भीप्रोफाइलियाक्सिस ६/१२ हप्ता खुवाएपछिCotrim prophylaxis शुरु गर्नु पर्दछ। यो शुरु गरेको मिति DD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ।
Early Infant Diagnosis	Total Sample Collected for Testing	HIV exposedबच्चाको PCR नमुना संकलन गरेकोभए 'Yes' अन्तर्गतको खालीकोठामा <input type="checkbox"/> चिन्हलगाउनु पर्दछ।	

महलशीर्षक		निर्देशिका
	Test Result	HIV exposedबच्चाको PCR test गरेको मितिलेखित्यसको नतिजामागोलो चिह्न लगाउनु पर्दछ। नतिजापोजेटिभ छ भने P मार नेगेटिभ छ भने Nमागोलो लगाउनु पर्दछ । At Birth: बच्चाजन्मिएको ४८ घण्टा भित्रPCR test गरेको मिति लेखि (P/N)नतिजामागोलो लगाउनु पर्दछ . Within 2 months: दुई महिनाभित्रबच्चाको PCR test गरेको मितिलेखि (P/N)नतिजामागोलो लगाउनु पर्दछ । 4 - 9 months: ४-९ महिनाभित्रबच्चाको PCR test गरेको मितिलेखि(P/N)नतिजामागोलो लगाउनु पर्दछ । 11-18 months: ११-१८महिनाभित्रबच्चाको PCR test गरेको मिति लेखि (P/N)नतिजामागोलो लगाउनु पर्दछ । बच्चा१८ महिनापुरा भइ सके पछिगरिएको एन्टिबडी परीक्षणको मिति लेखि(P/N)नतिजामागोलो लगाउनु पर्दछ ।
HIV Care History	Date HIV Positive	सेवाग्राहीएच.आई.भी.पोजेटिभ भएको थाहाभएको मितिDD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
	Date of ART Enrollment	सेवाग्राहीएच.आई.भी.उपचार सेवामादर्ता भएको मितिDD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
	WHO Stage	सेवाग्राहीएच.आई.भी.उपचार सेवामादर्ता भएको समयको WHO clinical staging National HIV Testing and Treatment Guidelinesअनुसार1,2,3वा4 मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Date of Initial CD4 Count	सेवाग्राहीएच.आई.भी.उपचार सेवामाआएपछिपहिलो पटक गरेको CD4 countको मितिलेख्नु पर्दछ ।
	Initial CD4 Count	सेवाग्राहीएच.आई.भी.उपचार सेवामाआएपछिपहिलो पटक गरेको CD4 countको रिपोर्ट अनुसारको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
	CPT Start	यदिसेवाग्राहीको CD4 ३५० भन्दाकमभएको अवस्थामाअवसरवादी संक्रमण नहोस् भनेर Cotrimoxazole Prophylaxisदिनुपर्दछ ।सेवाग्राहीले Cotrimoxazole Prophylaxisलिइरहेको छ भने Y र छैन भने N मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Date of CPT started	सेवाग्राहीले CPT शुरु गरेको मिति DD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
	TBPT started	सेवाग्राहीलाई टिबी नभएको अवस्थामा ६ महिनासम्म Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT)दिनुपर्दछ ।यदिलिइरहेको छ भने Y र छैन भने N मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
	Date of TBPT started	सेवाग्राहीले Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT) शुरु गरेको मिति DD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
TBPT Continuation	सेवाग्राहीले Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT)लिइरहेको छ भने हरेक महिनाको मुनिY वा छैन भने N लेख्नु पर्दछ ।	
TB assessment and test at the time of enrollment in HIV	सेवाग्राहीएच.आई.भी.उपचार सेवामाप्रवेश गर्दा क्षयरोग भएनभएको समेत पहिचानगर्नुपर्दछ र सो कुन विधिबाट जाँचगरिएको हो सम्बन्धितमहलमानतिजा लेख्नु पर्दछ।	
	Smear	खकार जाँचगरेको भएसोको नतिजालेख्नु पर्दछ ।
	Culture	Cultureजाँचगरेको भएसोको नतिजालेख्नु पर्दछ ।
	Chest X-ray	Chest X-Rayगरेको भए सोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।

महलशीर्षक		निर्देशिका
	Gene Xpert	Gene Xpert विधिबाट खकार जाँच गरेको भए सोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
History of TB	Type of TB	सेवाग्राहीलाई विगतमा टीबी भएको निश्चितभएमात्यसको प्रकार लेख्नु पर्दछ । टीबीका प्रकारहरु:Pulmonary Bacteriologically Confirmed (PBC) TB; Pulmonary Clinically Dianosed (PCD) TB; Extrapulmonary TB (EP TB); RR/MDR TB; Pre-XDR TB; XDR TB.
	Date of TB Treatment Started	सेवाग्राहीले विगतमा टीबीको उपचार गरेको छ भने टीबीको उपचार शुरुभएको मितिलेख्नुपर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीले उपचारको लागि लिएको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
	Outcome	विगतमा टीबीउपचारगर्दा उपचार कार्डमाउल्लेख भएको परिणामहेरी त्यसको कोड लेख्नु पर्दछ । 1=Cured; 2=Completed; 3=Failure; 4=Loss to Follow-up (>3 months); 5=Not evaluated
Chronic Disease	Disease	सेवाग्राहीमाकुनैप्रकारको दीर्घ रोग भएमारोगको नामलेख्नु पर्दछ ।
	Drugs	सेवाग्राहीले दीर्घ रोगको उपचारका लागि कुनै औषधीखाइरहेको भएसो लेख्नु पर्दछ ।
ART Start Date and Regimen		ए.आर.टी.शुरु गरेको मिति र रेजिमेन सम्बन्धितमहलमालेख्नु पर्दछ ।
Transfer In	From (Site)	सेवाग्राहीकुनैअर्को एआरटी केन्द्रबाट उपचारको निरन्तरताको लागि स्थानान्तरण भई आएको भए सो केन्द्रको नाम लेख्नु पर्दछ । यसरी स्थानान्तरण भएर आउंदासेवाग्राहीले आफ्नो PatientHIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर आउनुपर्दछ । यस रजिस्टरमा २ पटक सम्म स्थानान्तरण भइआएको सेवाग्राहीको रेकर्ड राख्न सकिन्छ ।
	Date	स्थानान्तरण भएर आएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
Transfer out	To (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्यएआरटी केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएकोभए सो ए.आर.टी.केन्द्रको नामलेख्नुपर्दछ । यसरी स्थानान्तरण गरी पठाउंदासेवाग्राहीले आफ्नो PatientHIV Care and ART Record को फोटोकपी लिएर जानुपर्दछ । यस रजिस्टरमा २ पटक सम्म स्थानान्तरण भइगएको सेवाग्राहीको रेकर्ड राख्न सकिन्छ । यसको जानकारी राष्ट्रिय एड्स तथा यौनरोग नियन्त्रण केन्द्रलाई पनि दिनु पर्दछ ।
	Date	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएकोमिति लेख्नु पर्दछ ।
	Regimen	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा पठाउंदा उसले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
Treatment Substituted	Date	सेवाग्राहीले खाई रहेको औषधीमा परिवर्तन भएको भएRegimen substitutedभएको मिति लेख्नु पर्दछ ।
	Regimen	Regimen substitutedभएको भएनयारैजिमेनको नामलेख्नु पर्दछ ।
	Reason	Regimen substitutedहुनाको कारणनिम्न कोडअनुसारलेख्नु पर्दछ। 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)
n t S	Date	यदिसेवाग्राहीको रेजिमेन First lineबाट Switchedभएर 2 nd lineभएकोभए सोको

महलशीर्षक		निर्देशिका		
		मितिलेख्नु पर्दछ ।		
	Regimen	Regimen Switchedभएपछिको Regimenलेख्नु पर्दछ ।		
	Reason	Regimen switchedहुनुकोकारणनिम्नकोड अनुसार लेख्नु पर्दछ। 1 = Clinical treatment failure, 2 = Immunological failure, 3 = Virological failure		
	Date of Death	यदिसेवाग्राहीकोमृत्युभएको रिपोर्ट भएमा सोको मिति लेख्नु पर्दछ ।		
	Cause of Death	<p>यदि सेवाग्राहीकोमृत्युभएको रिपोर्ट भएमामृत्युहुनाको कारण निम्नलिखितबमोजिमको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ । सम्बन्धित समूह(Aअथवा BअथवाC)छनौटगरि उक्त समूहको सम्बन्धितनम्बर छनौटगर्नु पर्दछ।(जस्तैAसमूहको5नम्बर भएमा A/5... लेख्नु पर्दछ)</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>A. HIV related death:</p> <ol style="list-style-type: none"> Advanced HIV disease: Advanced HIV disease, Late ART initiation, Low CD4 Count (<200), WHO Stage III, WHO Stage IV Tuberculosis: Pulmonary Tuberculosis, extra -pulmonary Tuberculosis (Abdominal Tuberculosis, Gland Tuberculosis etc.) Pneumocystis Pneumonia Anemia, thrombocytopenia, Pancytopenia Meningitis: Meningitis, Cryptococcal meningitis, Chronic meningitis Cryptosporidiosis or Chronic Diarrhea Unspecified opportunistic infection Chest infection - pneumonia Septicemia/Septic shock: Septicemia, Septic shock Severe malnutrition Treatment Failure- Virological failure, Immunological Failure and Clinical failure Toxoplasmosis Splenomegaly Candidiasis- oesophageal Others (if not included above) </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>B. Non-HIV related death:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cardiac disease: Cardiac failure, Cardiopulmonary arrest, Chronic heart disease, Heart disease, Hypertension Mental illness: Alcoholism, Drug overdose, Depression, Suicide, and other mental illness Renal disease: Nephropathy, Renal failure Hepatic disease: Acute liver disease, Cirrhosis, Hepatic coma, Hepatitis, Hepatitis B, Hepatitis C, other Liver disease (Jaundice etc.) Cancer: Blood cancer, Brain tumor, Cervical cancer, breast cancer, Leukaemia, Liver cancer, Lung cancer, Penis cancer, Uterus cancer , lymphoma Accident/Injury: Accident, Road traffic accident, Head injury and any other grievous injuries (including murder etc) , , Snakebite Pulmonary disease: Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Pneumothorax, Pulmonary Edema, Pulmonary Embolism, Respiratory Failure Brain and Nervous System disease: Brain Hemorrhage, Central Nervous System Disorder, Hydrocephalus, Neuropathy, Stroke Gastro-Intestinal disease: Abdominal perforation, Acute abdominal pain, Ascites, Gastro-intestinal bleeding, Typhoid Paralysis: Diabetes: Diabetes mellitus, Kalazar Hemorrhage Multiple organ failure </td> </tr> </table>	<p>A. HIV related death:</p> <ol style="list-style-type: none"> Advanced HIV disease: Advanced HIV disease, Late ART initiation, Low CD4 Count (<200), WHO Stage III, WHO Stage IV Tuberculosis: Pulmonary Tuberculosis, extra -pulmonary Tuberculosis (Abdominal Tuberculosis, Gland Tuberculosis etc.) Pneumocystis Pneumonia Anemia, thrombocytopenia, Pancytopenia Meningitis: Meningitis, Cryptococcal meningitis, Chronic meningitis Cryptosporidiosis or Chronic Diarrhea Unspecified opportunistic infection Chest infection - pneumonia Septicemia/Septic shock: Septicemia, Septic shock Severe malnutrition Treatment Failure- Virological failure, Immunological Failure and Clinical failure Toxoplasmosis Splenomegaly Candidiasis- oesophageal Others (if not included above) 	<p>B. Non-HIV related death:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cardiac disease: Cardiac failure, Cardiopulmonary arrest, Chronic heart disease, Heart disease, Hypertension Mental illness: Alcoholism, Drug overdose, Depression, Suicide, and other mental illness Renal disease: Nephropathy, Renal failure Hepatic disease: Acute liver disease, Cirrhosis, Hepatic coma, Hepatitis, Hepatitis B, Hepatitis C, other Liver disease (Jaundice etc.) Cancer: Blood cancer, Brain tumor, Cervical cancer, breast cancer, Leukaemia, Liver cancer, Lung cancer, Penis cancer, Uterus cancer , lymphoma Accident/Injury: Accident, Road traffic accident, Head injury and any other grievous injuries (including murder etc) , , Snakebite Pulmonary disease: Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Pneumothorax, Pulmonary Edema, Pulmonary Embolism, Respiratory Failure Brain and Nervous System disease: Brain Hemorrhage, Central Nervous System Disorder, Hydrocephalus, Neuropathy, Stroke Gastro-Intestinal disease: Abdominal perforation, Acute abdominal pain, Ascites, Gastro-intestinal bleeding, Typhoid Paralysis: Diabetes: Diabetes mellitus, Kalazar Hemorrhage Multiple organ failure
<p>A. HIV related death:</p> <ol style="list-style-type: none"> Advanced HIV disease: Advanced HIV disease, Late ART initiation, Low CD4 Count (<200), WHO Stage III, WHO Stage IV Tuberculosis: Pulmonary Tuberculosis, extra -pulmonary Tuberculosis (Abdominal Tuberculosis, Gland Tuberculosis etc.) Pneumocystis Pneumonia Anemia, thrombocytopenia, Pancytopenia Meningitis: Meningitis, Cryptococcal meningitis, Chronic meningitis Cryptosporidiosis or Chronic Diarrhea Unspecified opportunistic infection Chest infection - pneumonia Septicemia/Septic shock: Septicemia, Septic shock Severe malnutrition Treatment Failure- Virological failure, Immunological Failure and Clinical failure Toxoplasmosis Splenomegaly Candidiasis- oesophageal Others (if not included above) 	<p>B. Non-HIV related death:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cardiac disease: Cardiac failure, Cardiopulmonary arrest, Chronic heart disease, Heart disease, Hypertension Mental illness: Alcoholism, Drug overdose, Depression, Suicide, and other mental illness Renal disease: Nephropathy, Renal failure Hepatic disease: Acute liver disease, Cirrhosis, Hepatic coma, Hepatitis, Hepatitis B, Hepatitis C, other Liver disease (Jaundice etc.) Cancer: Blood cancer, Brain tumor, Cervical cancer, breast cancer, Leukaemia, Liver cancer, Lung cancer, Penis cancer, Uterus cancer , lymphoma Accident/Injury: Accident, Road traffic accident, Head injury and any other grievous injuries (including murder etc) , , Snakebite Pulmonary disease: Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Pneumothorax, Pulmonary Edema, Pulmonary Embolism, Respiratory Failure Brain and Nervous System disease: Brain Hemorrhage, Central Nervous System Disorder, Hydrocephalus, Neuropathy, Stroke Gastro-Intestinal disease: Abdominal perforation, Acute abdominal pain, Ascites, Gastro-intestinal bleeding, Typhoid Paralysis: Diabetes: Diabetes mellitus, Kalazar Hemorrhage Multiple organ failure 			

महलशीर्षक		निर्देशिका
		15. Other <u>C. Unspecified HIV death</u>
CD4 Date	CD4 परिक्षण गरेकोमिति लेख्नु पर्दछ ।	
CD4 Count	CD4 परिक्षण गरेको नतिजाको आधारमाCD4सङ्ख्या लेख्नु पर्दछ ।	
Weight./Height	प्रत्येक ६ महिनामा सेवाग्राहीको तौल तथाउचाइलिनु पर्दछ । उचाइवच्चाको (१८ वर्षभन्दाभन्दाभन्दा)मात्रलिनुपर्दछ । तौललाई किलोग्राम र उचाइ सेन्टिमिटरमा लेख्नु पर्दछ ।	
Viral load Reporting Date	Viral load परिक्षण गरेको मिति लेख्नु पर्दछ । उपचार शुरु गरेको १२ महिनाभित्र ६/६ महिनामागरिदुईपटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमाभाइरल लोड परिक्षण गराउनुपर्दछ ।	
Result of Viral Load	Viral load परिक्षण को नतिजालेख्नु पर्दछ ।	
Treatment Care History	Row 1	सेवाग्राही हरेक महिनाफलोअपमाआउँदाएआरभीउपचारको अवस्थालाई देहायका कोडबाट जनाउनु पर्दछ 1= On Treatment, 2= Stopped Treatment, 3= Transferred Out, 4= Missing(३महिनासम्मबोलाइएको मितिमाऔषधीलिननआएको),5= Lost to follow-up(३महिनासम्म Missingभएको सेवाग्राही चौथो महिनादेखि Lost to follow up मा गणनागरिन्छ), 6 = Death, 7= Restart
	Row 2	सेवाग्राही हरेक महिनाफलोअपमाआउँदागतमहिनादिइएको एआरभीऔषधि सेवाग्राहीले सेवन गरेको आधारमाएआरटीको Adherence level (A/B/C) लेख्नु पर्दछ । Adherence level जाँचगर्न NationalHIV Testing and Treatment Guidelines हेर्नु पर्दछ । A=100% ,B=80-99% , C=<80% Adherence level (A,B and C)निर्धारणनिम्नानुसारगर्नुपर्दछ। त्यस महिनामा सेवाग्राहीले खाएको एआरभीको संख्या/सेवाग्राहीलेखानुपर्नेएआरभीको संख्या×१००
	Row 3	हरेकमहिनाको फलोअपमासेवाग्राहीको OI को अवस्थापहिचानगर्नुपर्दछर कुनै OIनिदानभएको भए देहायको कोड लेख्नु पर्दछ । 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 भएYरनगरेकोभएN लेख्नु पर्दछ ।
	Row 5	हरेकमहिनाको फलोअपमासेवाग्राहीको VerbalTB Assessmentगरेको भएY र नगरेको भएNलेख्नु पर्दछ । TB Assessmentभन्नाले टिबी सम्बन्धि लक्षणहरु (Presence of cough, Contact with TB cases(Only for Children), Fever, Night Sweat and Weight Loss)सेवाग्राहीलाई सोधेर गरिने Assessmentबुझिन्छ ।
	Row 6	TBPTशुरु गरेकोमिति लेख्नु पर्दछ ।
	Row 7	सेवाग्राहीले CPT लिएको छ भने Yesर छैन भने No लेख्नु पर्दछ ।
	Row 8	यदि सेवाग्राहीलाई कुनै साइड इफेक्ट भएको खण्डमा निम्नलिखितबमोजिमको कोडअनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=No Side Effects, 2= Skin rashes, 3= Nausea, 4=Vomiting, 5= Diarrhoea,6= Neuropathy, 7= Clinical jaundice, 8= Anemia, 9= Fatigue, 10=Headache, 11=Fever, 12=Hypersensitivity, 13=Depression,

महलशीर्षक		निर्देशिका
		14=Pancreatitis, 16=Lipodystrophy, 17=Drowsiness, 18=Itching, 19=Dizziness, 20=Weight Gain, 21=Insomnia, 21=Dark coloured, urine,22=Abdominal pain, 23=Mouth sores, 24=Others
On time pill pick up	Row 9	Patient's HIV Care and ART Record बाट सेवाग्राहीफलोअपमाबोलाइएकोमितिआएको मितिहेनु पर्दछ र यदि सेवाग्राहीफलोअप मिति कटेको दुई दिन पछि सम्म आएको छ भने र उसले नियमितएवं समयमा नै औषधीलिने गरेको वानगरेको यकिन गरेर नियमितऔषधीलिनेगरेको भएYर नभएN लेख्नु पर्दछ ।
Educational Level (Annually)		यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यतामाकुनै परिवर्तन भएमाअध्यावधिकगरि उल्लेख गर्नु पर्दछ।
Employment Status		यो महलमा सेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्थामाकुनै परिवर्तन भएमाबार्षिक रुपमाअध्यावधिकगरि उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Average Monthly Income		यो महलमा सेवाग्राहीको माषिकआम्दानीमाकुनै परिवर्तन भएमाबार्षिक रुपमाअध्यावधिकगरि उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Status of ARV Drugs Stock Out		यो महलमाकुनै पनिआरभीऔषधी स्टक आउट/अभाव भएको खण्डमा सो औषधीको नाम, ARV drugअभावभएको भएअभावभएकोARVdrugको नाममहिनारसाल, अभावभएको जम्मादिनगन्नु पर्दछ ।

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

यस रेकर्ड कार्डको प्रयोग एआरटी क्लिनिकमा एच.आई.भी. सङ्क्रमितव्यक्तिहरूलाई उपचारको क्रममा प्रदान गरिने सेवाहरू तथा अवसरवादी सङ्क्रमणहरूको व्यवस्थापन सम्बन्धि जानकारीहरूको अभिलेख राख्न कालागि गरिन्छ । एच.आई.भी. सङ्क्रमित सम्बन्धि जानकारी, एच.आई.भी. परिक्षण तथा एआरभी सम्बन्धि पहिले दिइएका सेवा, एआरटीमा प्रवेश गरेको मार्ग, जोखिम समुह, CD4 को अवस्था, तौल तथा उचाइ (बच्चा कालागि मात्र), भाइरल लोड सप्रेसन, टीबी जाँच तथा उपचार, एआरटीको शुरुवात र त्यसको फलोअप, हरेक पल्टको सेवामा एआरटीको एडहेरेन्स (adherence), side effects, रेजिमेनमा भएको परिवर्तन, स्थानान्तरण लगायतका जानकारीको अभिलेख राख्न कालागि आवश्यक पर्दछ ।

यो कार्ड कहिले भर्नु पर्दछ ?

- जब कुनै व्यक्ति एच.आई.भी. सङ्क्रमित भएको पत्ता लागे पछि उपचार सेवाको लागि दर्ता हुन्छ र सेवाग्राहीको व्यक्तिगत फाइलमा सेवाग्राहीले हरेक चोटी लिएको सेवाको विवरण राख्न यो रेकर्ड कार्डको प्रयोग हुन्छ । यो रेकर्ड कार्ड एआरटी काउन्सिलरले उक्त केन्द्रमा कार्यरत डाक्टरको सल्लाह अनुसार भर्नु पर्दछ। यो रेकर्ड कार्ड प्रयोग गर्दा HMIS 7.4 को अभिलेखलाई पनि ध्यान राख्नु पर्ने हुन्छ ।

के-के जानकारीहरू रेकर्ड गरिन्छन् ?

- एच.आई.भी सङ्क्रमितको सामाजिक तथा व्यक्तिगत विवरण, जस्तै : Registration number, age, sex, address, contact number, client code, ethnicity/caste code, risk group, entry point to ART services, educational status, educational level, employment status and average monthly income
- पीएमटीसीटी सेवाग्राही कालागि ए.आर.भी रेजिमेन, एआरटी शुरु गरेको मिति
- एच.आई.भी. सङ्क्रमित आमा र जन्मेको बच्चाको जानकारी
- एच.आई.भी. सेवा सम्बन्धी जानकारीहरू: एच.आई.भी. सङ्क्रमित भएको थाहा भएको मिति, एच.आई.भी. सेवामा दर्ता भएको मिति, दर्ताको समयमा CD4 count र WHO staging, TBPT and CPT को सेवा विवरण र follow up
- सेवामा दर्ता हुँदा र उपचार अवधिभर हरेक महिना गरिने टीबी जाँच-पडताल, टीबीको उपचारको विगत जानकारी, एआरटी शुरु गरेको मिति, स्थानान्तरण भई आएको वागएको मिति, Loss to Follow up and Death भएको मिति एवं कारण
- HIV Care History: OI diagnosis and treatment, TB Assessment every month
- ART History: Treatment status, Adherence and every month follow up, Regimen substitution or switched.

वाईको नमूना:

7.5 HIV TREATMENT CARE RECORD																											
(To be stored in a locked cabinet at the health centre and arranged serially by registration number)																											
1. Patient Identification Data																											
Registration Number			Treatment Centre (Health Facility)						Patient's																		
Master	Service	Date	Name			District			Rural/Municipality			First Name	Last Name	Ethnicity Code	Gender												
DD	MM	YY										Code	MM/YY														
Client Code		Date of Birth	Age	Permanent address					Temporary address																		
DD	MM	YY		District	Rural/Municipality	Ward	Contact number	District	Rural/Municipality	Ward	Contact number																
Educational Status*	Education Level**	Employment status***	Average Monthly Income (NPR)	SMS Consent		Treatment Supporter's Information (If Applicable)																					
Code	Code	Code		Yes	No	Full Name			Address			Contact number															
*Educational Status: 1=Illiterate, 2=Literate																											
**Education level: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above																											
***Employment status: 1=Unemployed, 2=Employed																											
Confirmed HIV +ve			TB assessment and test at the time of enrollment in HIV Care					History of Other Chronic Diseases																			
Date	MM	YY	Place	Smear (Sputum)	Culture	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 TBPT Start	Date of ART start	Regimen																				
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	PMCTCT	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																						
DD	MM	YY	DD	MM	YY																						
DD	MM	YY	DD	MM	YY																						
DD	MM	YY	DD	MM	YY																						
DD	MM	YY	DD	MM	YY																						
3. Personal History (Circle One Choice)																											
Female Sex Worker (FSW)	1	Marital Status (Circle One Choice)			4. Family History																						
People Who Injects Drugs (PWIDs)	2	Unmarried	1	Name of Family Members																							
Men who have sex with Men (MSM)	3	Married	2	Relation	Age	Gender	HIV Status (V/-)	ART (V/-)	Regd. No.																		
Blood or Organ Recipient	4	Divorced	3																								
Clients of Sex Workers	5	Widow/Widower	4																								
Migrants	6	Living Together	5																								
Spouse / Partner of Migrants	7	Separated	6																								
Male Sex Worker (MSW)	8	Not Applicable	7																								
Transgender (TG)	9																										
Vertical Transmission	10																										
Prison Inmates	11																										
Other (not specified in above category)	12																										
5. For PMCTCT Cases																											
Mother's ART Start Period				Mother's ART Start date and Regimen				Delivery Status				Baby Prophylaxis															
Before Pregnancy	Antenatal	Labor & Delivery	Postnatal	DD	MM	YY	Regimen	Delivered	Date of Delivery	Still Birth	Live Birth	Started ARV Prophylaxis	Duration of ARV Prophylaxis given (Weeks)	Name of ARV given	ART Start Date												
								Child	Yes	No	Yes	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
								Child 1																			
								Child 2																			
								Child 3																			
								Child 4																			
								Child 5																			
6. Clinical and Laboratory Investigations																											
Month →	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 (in "kg)/Ht (in "cm)																											
Viral load reporting date (DD/MM/YY)	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY	DD	MM	YY												
Viral load																											
7. Tuberculosis treatment during HIV care																											
Case Registration				TB Registration				Start Date and TB Regimen				Treatment Outcome															
Pulmonary Bacteriologically Confirmed (PBC) TB	1	PR/MDR TB	4	Number				DD	MM	YY	Cured	1	Lost to Follow Up	4													
Pulmonary Clinically Diagnosed (PCD) TB	2	Pre-XDR TB	5	Date	DD	MM	YY	DD	MM	YY	Completed	2	Not Evaluated	5													
Extrapulmonary TB (EP TB)	3	XDR TB	6	Name of HF				DD	MM	YY	Failure	3	Date	DD	MM	YY											
8. Antiretroviral Treatment																											
Started Regimen	Date	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																									
*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																											
9. End of Follow-up																											
Lost to Follow-up (>3M)	1	Date of Last Visit	DD	MM	YY	Name of Transferred out Health Facility																					
Transferred out	2	Date of Transfer out	DD	MM	YY	Name of HF																					
Death	3	Date of Death	DD	MM	YY																						
*Reasons for Substitute of ARV																											
1= Toxicity side effects, 2= Pregnancy, 3= Risk 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= Virological failure																											
Note: SUBSTITUTION within 1st line, SWITCH to 2nd line, STOP, RESTART																											

10. HIV TREATMENT CARE FOLLOW-UP																		
Date of Visit			Date Next Visit			Weight (kg)	Height (cm) for Child	WHO Stage	Pregnancy [Y/N]	CI* Code Method	Drugs Prescribed for Prophylaxis	ARV Drugs & Dosage Prescribed	Adherence to ART* - 100% (A), 80-99% (B), <80% (C)	ARV Side effects - code ¹	Lab Results When Available (CD4, Viral Load)	TB Status [Y/N]	TBPT Status ²	CPT Status ³
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													

Opportunistic Infections (Enter One or More Codes)										Side Effects (Enter One or More Codes)								
*Column 11: Opportunistic Infections [1 = Bacterial pneumonia, 2 = Tuberculosis; 3 = Candidiasis; 4 = Diarrhea; 5 = Cryptococcal Meningitis; 6 = Pneumocystis Carinii Pneumonia; 7 = Cytomegalovirus Disease; 8 = Herpes zoster; 9 = Genital Herpes; 10 = Toxoplasmosis; 11 = Other-specific]										*Column 15: ARV Side effects: 1=No Side Effects, 2= Skin rashes, 3= Nausea, 4=Vomiting, 5= Diarrhoea,6= Neuropathy, 7= Clinical jaundice, 8= Anemia, 9= Fatigue, 10=Headache, 11=Fever, 12=Hypersensitivity, 13=Depression, 14=Pancreatitis, 16=Ugodystrophy, 17=Drowsiness, 18=Itching, 19=Dizziness, 20=Weight Gain, 21=Insomnia, 22=Dark coloured urine,23=Abdominal pain, 24=Mouth sores, 25=Others								
*Column 14: Adherence: Check by asking the patient if he/she has missed any doses during last 30 days. Write the Estimated Level of Adherence Taking with Reference to ART Guideline (e.g. 100% = A, 80-99% = B, < 80% = C)										*Column 18: TB Preventive Therapy (TBPT) (If TBPT is initiated to ART client upto six months should update the status) *Column 19: CPT (If CPT is provided to clients should update the status)								

कार्डमार्ने तरिका :

महलशीर्षक		निर्देशिन
Patient Identification Data		
Registration Number	Master No.	मूलदर्ता रजिस्टरबाट सेवाग्राहीको मूलदर्ता नं. लेख्नु पर्दछ। यो नं. र HMIS 7.4मालेखको सेवाग्राहीको मूलदर्ता नं. एउटै हुन्छ ।
	Service No.	सेवादिने रजिस्टरबाट सेवाग्राहीको दर्ता नं. लेख्नु पर्दछ। यो नं. र HMIS 7.4मालेखको सेवाग्राहीको मूलदर्ता नं. एउटै हुन्छ।
	Date	सेवाग्राहीदर्ता हुनआएको मिति लेख्नु पर्दछ।
Name of Treatment Unit		उपचार प्रदानगर्ने संस्थाको नाम लेख्नु पर्दछ।
Rural/Municipality		सेवा केन्द्र रहेको गा.पावानगरपालिकाको नाम लेख्नु पर्दछ।
District		सेवा केन्द्ररहेको जिल्लाको नाम लेख्नु पर्दछ।
First name and last name		सेवाग्राहीको नाम, थर लेख्नु पर्दछ।
Caste/Ethnicity Code		सेवाग्राहीको caste/ethnicity code लेख्नु पर्दछ।
Gender		सेवाग्राहीको सामाजिक लिङ्ग लेख्नु पर्दछ। 1= Female, 2=Male, 3=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 सालमाजन्मेको शर्मा थर भएको एक जनापुरुषजसको दर्ता नं. १२३ छ भने उसकोClient Code SH-32-2-123हुन्छ ।
Date of Birth		सेवाग्राहीको जन्ममितिDD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ।
Age		सेवाग्राहीलाई पुरागरेको उमेर सोध्नुहोसर उमेर वर्षमा लेख्नु पर्दछ।
Permanent address	District	सेवाग्राहीकोस्थाईजिल्लाको नाम लेख्नु पर्दछ। जिल्लाको कोड नं. पनि लेख्नु पर्दछ।
	Rural/Municipality/Ward No	सेवाग्राहीकोस्थाईगा.पावानगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ।
	Contact#	सेवाग्राहीकोस्थाईठेगानाकोसम्पर्कनम्बर लेख्नु पर्दछ।
Temporary address	District	सेवाग्राहीहालबस्ने जिल्लाको नाम लेख्नु पर्दछ। जिल्लाको कोड नं. पनि लेख्नु पर्दछ।
	Rural/Municipality/Ward No	सेवाग्राहीकोहालबसोबासगर्नेगा.पावानगरपालिका र वडा नं लेख्नु पर्दछ।

Contact#	सेवाग्राहीको सहीमोबाइलनम्बर वाअन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ।
SMS Consent	सेवाग्राहीलाई सेवा सम्बन्धिजानकारी एवं संदेश पठाउने गरिन्छ तसर्थ संदेश पठाउनको लागि पठाउने वा नपठाउने भने सेवाग्राहीसंग मन्जुरीलिदाँ राजीभएYesनभएNo मा टिक लगाउनु पर्दछ ।
Educational Status	योमहलमासेवाग्राहीको शैक्षिकअवस्थाबारेमा सोधी देहायको कोड अनुसारलेख्नु पर्दछ।1=Illiterate/ 2= Literate
Educational Level	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यताबारेमा सोधी देहायको कोड अनुसारलेख्नु पर्दछः 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above
Employment Status	योमहलमासेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्थाबारेमा सोधी देहायको कोड अनुसारलेख्नु पर्दछः 1=Unemployed, 2=Employed
Average Monthly Income	योमहलमासेवाग्राहीको औसत मासिकआम्दानी(ने.रु)माउल्लेख गर्नु पर्दछ।
Treatment supporter's name, address and contact number	सेवाग्राहीलाई उपचारमा सहयोग गर्ने व्यक्तिको नाम, ठेगाना र सम्पर्क नम्बर सम्बन्धितमहलमा लेख्नु पर्दछ।
Date Confirmed HIV Positive test and Place	एच.आई.भी. पोजेटिभ भएको थाहाभएको मितिDD/MM/YY ढाँचामा स्थानको नाम लेख्नु पर्दछ ।
TB Assessment and test at the time of enrollment in HIV care	
Smear	खकार जाँच गरेको भएत्यसको नतिजा लेख्नु पर्दछ।
Culture	Cultureजाँचगरेको भएसोको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
Chest X-ray	Chest X-Rayगरेको भएत्यसको नतिजा लेख्नु पर्दछ ।
Gene Xpert	Gene Xpertविधिबाट खकार जाँच गरेको भए सोको नतिजा लेख्नुपर्दछ ।
History of other Chronic Illness	
Disease	यदि सेवाग्राहीलाई कुनै दिर्घ रोग भए सो लेख्नुपर्दछ ।
Drugs	दिर्घ रोगको लागि सेवाग्राहीले लिइरहेको औषधि लेख्नुपर्दछ ।
HIV Care History	
Date Enrolled in Care	एच्.आई.भी.सेवामादर्ता भएको मितिDD/MM/YY ढाँचामालेख्नुपर्दछ ।
WHO Stage	दर्ताको समयमासेवाग्राहीको WHO clinical staging National HIV Testing and Treatment Guidelinesअनुसार लेख्नु पर्दछ ।
Date of CD4 Count	पछिल्लो पटक गरेको CD4 countको मितिलेख्नु पर्दछ ।
CD4 Count	सेवाग्राहीसंग पछिल्लोपटक गरेको CD4 countको रिपोर्ट अनुसारको संख्यालेख्नु पर्दछ ।
Date of CPT started	सेवाग्राहीले CPT शुरु गरेको मितिलेख्नु पर्दछ ।
Date of TBPT started	सेवाग्राहीले Tuberculosis Prevention Therapy (TBPT) शुरु गरेको मितिलेख्नु पर्दछ ।
ART Start Date and Regimen	एआरटी शुरु गरेको मिति र रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।

Entry Point	देहायकामध्ये कुन सेवामार्फत सेवाग्राहीएच्.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)	सेवाग्राहीकुनै अर्को एआरटी केन्द्रबाट उपचारको निरन्तरताको लागि स्थानान्तरण भई आएको भए सो केन्द्रको नामलेख्नु पर्दछ । यसरी स्थानान्तरण भएर आउँदासेवाग्राहीले आफ्नो PatientHIV Care and ART Record को फोटोकपीलिएर आउनुपर्दछ ।
Date	स्थानान्तरण भएर आएको मितिलेख्नु पर्दछ ।
Regimen	सेवाग्राहीले लिइरहेको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ ।
Transfer Out	
To (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्यएआरटी केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएकोभए सो एआरटी केन्द्रको नामलेख्नु पर्दछ ।यसरी स्थानान्तरण गरी पठाउँदासेवाग्राहीले आफ्नो PatientHIV Care and ART Record को फोटोकपीलिएर जानुपर्दछ ।
Date	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएकोमितिलेख्नु पर्दछ ।
Regimen	सेवाग्राहीलाई अन्य संस्थामा पठाउँदा सेवाग्राहीलेलिइरहेको रेजिमेन लेख्नुपर्दछ ।
Personal History	
Risk Group	सेवाग्राहीको जोखिम समूह(Risk group)को लागिदेहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ: 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Male Sex Worker (MSW); 9=Transgender (TG) 10=Vertical Transmission; 11=Prison Inmates; 12=Other (not specified in above category)अन्यभएखुलाउनु पर्दछ ।
Family History	
Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिकअवस्थाकाबारेमा सोधी देहायको कोडअनुसार लेख्नु पर्दछ: 1= अविवाहित, 2= विवाहित, 3=सम्बन्ध विच्छेद, 4=विधवा/विदुर, 5= छुट्टिएर बसेको / छुट्ट्याइएको6= संगै बस्ने (Living Together), 7= सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
Family members, partner,children	परिवारको कुनै सदस्य, पार्टनर वाबच्चाको एच.आई. भी.अवस्था,नेगेटिभ भए× र पोजेटिभ भए√चिन्हदिईनाम, नाता,उमेर , लिङ्ग,एआरटीमा भए, नभएको र रजिस्ट्रेसन नम्बर आदि सम्बन्धितमहलमालेख्नु पर्दछ ।
For PMTCT mother only	
Mother's ART start period	संक्रमितमहिलाले एआरटी जुनअवस्थामा शुरु गरेका हो सोही कोठामा √चिन्हलगाउनु पर्दछ ।
Mother's ART start date and Regimen	संक्रमितमहिलाले एआरटी शुरु गरेको मिति र ARV Regimenलेख्नु पर्दछ ।
Delivery Status	संक्रमितमहिलाले बच्चालाई जन्मदिएको मितिDD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ र संगैको कोठामा बच्चाको जन्मअवस्थामिल्ने गरी संख्या लेख्नु पर्दछ ।
Baby Prophylaxis	संक्रमितमहिलाबाट जन्मेको बच्चालाई जन्मेको दिनदेखि ६

	हप्तासम्मकालागिएआरभीप्रोफाइल्याक्सिस् दिनुपर्दछ । यदिवच्चाउच्चजोखिममा छ भने उक्तवच्चालाई १२ हप्तासम्मएआरभीप्रोफाइल्याक्सिस् दिनुपर्दछ । हरेकहप्तामादिइएको भएउक्तहप्ताको मुनि/चिन्हलगाउनु पर्दछ । उच्चजोखिममाभन्नाले महिला प्रसूतीमाएचआइभी संक्रमित छ भनेर थाहाभएको वाएआरटी शुरु नगरेको वा संक्रमितमहिलाको भाइरल लोड १००० copiesभन्दामाथिभएको बुझिन्छ । विस्तृत जानकारीको लागिNational HIV Testing and Treatment Guidelines2020हेर्नु पर्दछ ।
Start date	ART Prophylaxis शुरु गरेको मितिलेख्नु पर्दछ ।
Clinical and Laboratory Investigations	
Date	एआरटी शुरु गर्दाको मितिलेख्नु पर्दछ र हरेक ६ महिनामा यो क्रम दोहोर्न्याएको मितिलेख्नु पर्दछ ।
CD4 Count	CD4 सङ्ख्यालेख्नुपर्दछ । यदिCD4 countनगरेको खण्डमा सम्बन्धितमहलमानDलेख्नु पर्दछ ।
Weight/Height	प्रत्येक ६ महिनामा सेवाग्राहीको तौल तथाउचाइलिनु पर्दछ। उचाइवच्चाको (१८ वर्षभन्दामुनि)मात्रलिनु पर्दछ । तौललाई किलोग्राम र उचाइलाई सेन्टिमिटरमालेख्नु पर्दछ ।
Viral load Reporting Date	Viral load परिक्षण गरेको मितिलेख्नु पर्दछ । उपचार शुरु गरेको १२ महिनाभित्र ६/६ महिनामागरि दुई पटक र त्यसपछि हरेक १२ महिनाको अन्तरालमाभाइरल लोडपरिक्षणगराउनुपर्दछ ।
Viral Load	Viral load testको नतिजालेख्नु पर्दछ ।
History Tuberculosis treatment during HIV care	
Case Registration	यदि सेवाग्राहीमा टीबी भएको निश्चितभएमात्यसको प्रकार लेख्नु पर्दछ : टीबीका प्रकारहरु:PulmonaryBacteriologically Confirmed (PBC) TBभएमा‘1’; PulmonaryClinicallyDianosed (PCD) TBभएमा‘2’; ExtrapulmonaryTB (EPTB)भएमा‘3’; RR/MDRTBभएमा‘4’; Pre-XDRTBभएमा‘5’ रXDR TBभएमा‘6’मागोलो लगाउनु पर्दछ ।
TB Registration	यदिसेवाग्राहीले टीबीको उपचार लिइरहेको छ भने टीबीको उपचार शुरु गरेको स्वास्थ्य संस्था, टीबीको नम्बर र उपचार शुरु गरेको मिति लेख्नु पर्दछ ।
Start date and Regimen	सेवाग्राहीले उपचारकालागिलिएको रेजिमेन र मिति लेख्नु पर्दछ।
Treatment outcome	विगतमा टीबीउपचारगर्दा उपचार कार्डमाउल्लेख भएको परिणाम लेख्नु पर्दछ।
Aniretroviral Treatment	
Treatment started regimen	सेवाग्राहीको उपचार शुरु गर्दाको रेजिमेन लेख्नु पर्दछ।
Substitution within 1 st line	यदिसेवाग्राहीको रेजिमेनको औषधीमा परिवर्तन भएको भएRegimen substitutedभएको मिति र नयाँ रेजिमेन लेख्नु पर्दछ। साथै substitutionहुनको कारण कोड अनुसारलेख्नु पर्दछ। 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	यदिसेवाग्राहीको रेजिमेन First lineबाट Switchedभएर 2 nd lineभएको भए सोको मिति र नयाँ रेजिमेन लेख्नु पर्दछ। साथै switchedहुनको कारण कोड अनुसारलेख्नु पर्दछ। 1=Clinical treatment failure, 2=Immunological failure, 3=Virological failure

Stop	यदिसेवाग्राहीको उपचार बन्द गरेको भए सोको मिति लेख्नु पर्दछ। साथै उपचार रोक्नुको कारण कोडबाट जनाउनु पर्दछ : 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	यदिसेवाग्राहीले फेरिउपचार शुरु गरेको भए सोको मिति र Regimen लेख्नु पर्दछ।
End of Follow Up	
Date of Death	यदिसेवाग्राहीकोमृत्युभएको रिपोर्ट भएमा सोको मिति लेख्नु पर्दछ।
Date of Loss to Follow up	यदिसेवाग्राही ३ महिनाभन्दा बढी समयदेखि फलोअपमाआएको छैन भने उक्तमिति लेख्नु पर्दछ। साथै सेवाग्राहीअन्तिम पटक आएको मितिपनि सम्बन्धितमहलमा लेख्नु पर्दछ।
Transfer out	यदिसेवाग्राही स्थानान्तरण भई अन्य संस्थामागएको भए यस खण्डमा सो मिति लेख्नु पर्दछ।
HIV Treatment Care Follow up	
Date of visit	सेवाग्राहीफलोअपमाआएको मितिगते/महिना/वर्षमा लेख्नु पर्दछ।
Date of next visit	सेवाग्राहीलाई अर्को पटक फलोअपमाआउनकालागिदिएको मितिगते/महिना/वर्षमा लेख्नु पर्दछ।
Weight (Kg)	हरेकमहिनाको फलोअपमा सेवाग्राहीको तौल लेख्नु पर्दछ।
Height(for child only)	हरेकमहिनाको फलोअपमाबच्चाको उचाइ लेख्नु पर्दछ।उचाइबच्चाको(१८ वर्षभन्दाभन्दाभन्दा) मात्रलिनु पर्दछ। तौललाई किलोग्राम र उचाइलाई सेन्टिमिटरमा लेख्नु पर्दछ।
WHO stage	हरेकमहिनाको फलोअपमाWHO stageलेख्नु पर्दछ।
Pregnancy (Y/N)	हरेक पटकको फलोअपमाउपयुक्तभएमा सेवाग्राहीगर्भवतीभए, नभएकोजनाउनु पर्दछ।
Opportunistic Infection Code	यदिसेवाग्राहीमाकुनै OI diagnosisभएको भएत्यसलाई कोडबाटजनाउनु 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	OIको लागिprescribed गरेको औषधी लेख्नु पर्दछ।
Antiretroviral drug and dose prescribed	ARTको लागिprescribed गरेको औषधी र डोज लेख्नु पर्दछ।
Adherence to ART 100 %, 80-99% &<80%	सेवाग्राही हरेक महिनाफलोअपमाआउँदागतमहिनादिइएको एआरभीऔषधी सेवाग्राहीले सेवन गरेको आधारमाएआरटीको adherence level (A/B/C) लेख्नु पर्दछ। Adherence level जाँचगर्न NationalHIV Testing and Treatment Guidelinesहेर्नु पर्दछ। A=100% ,B=80-99%, C=<80% Adherence level (A,B and C)निर्धारण निम्नानुसार गर्नु पर्दछ: त्यस महिनामा सेवाग्राहीले खाएको एआरभीको संख्या/सेवाग्राहीले खानुपर्ने एआरभीको संख्या×१००
ART Side effects-code	ARTको कुनैside effectभएत्यसको कोड लेख्नु पर्दछ।
Lab result when available	कुनै फलोअपमाल्याब परीक्षण गरेको भए सोको नतिजा लेख्नु पर्दछ।
TB Status	हरेकफलोअपमायदि सेवाग्राहीमा टीबी भएको निश्चितभएमा‘Y’ र नभएमा‘N’ लेख्नु पर्दछ।
TBPT Status	हरेकफलोअपमा TBPT दिएको भएY र नदिएको भएN लेख्नु पर्दछ।

CPT Status	हरेकफलोअपमा CPTदिएको भएY र नदिएको भएN लेख्नु पर्दछ।
------------	---

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

यो रजिष्टरOST सेवाप्रदान गर्ने सरकारी तथा गैर सरकारी केन्द्रकामेडिकल युनिटमा प्रयोग गरिन्छ । यस रजिष्टरमा हरेकदिनलागू पदार्थ सेवन गर्ने व्यक्तिहरू,जसले OSTखाईरहेका छन्,उनीहरूको सेवाको अभिलेख राख्दछ ।

यो रजिष्टरकहिले गर्नुपर्दछ ?

यो रजिष्टरनयाँ सेवाग्राहीउक्तसेवामादर्ताहुँदातथानिजलाई प्रदानगरिएको सेवाको एक वर्षको परिणाम रेकर्ड गर्नOST सेवा केन्द्रमा रहेका सेवाप्रदायकले गर्नु पर्दछ ।

ओएसटी केन्द्रहरूको विवरण:

कोशी अस्पताल,मोरङ, मेची अस्पताल, झापा, नारायणी अस्पताल, पर्सा,त्रिविवि शिक्षण अस्पताल, काठमाडौं, पाटन मान शिकअस्पताल,ललितपुर, भेरी अस्पताल, बाँके, प्रादेशिक अस्पताल लुम्बिनी,रुपन्देही, पोखरा स्वास्थ्य बिज्ञान प्रतिष्ठान, कास्की,स्पर्शनपाल (ललितपुर, काठमाडौं, भक्तपुररचितवन)।

रजिष्टरको नमुना :

Client's Index							
S.N.	Name of Client	Client code	Date DD/MM/YY		Type of OST	Page Number	Remarks
			OST Start	Re-Enrollment			

OPIOID SUBSTITUTION THERAPY (OST) REGISTER														
SN	Registration		Name, Caste and Caste Code		Address		Age/Sex	Marital Status*	Client Code	Date of Birth		Dual Risk Behaviour	Entry point	
	DD	MM	YY	Name	District	Others	Age	U/M/S/W/LT/NA		DD	MM			YY
	Master No	Service No	Contact No							Mobile	Mobile 2 (supporter)			SMS Consent	Y/N	Code	Code

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 Switched OST	From/To (Name of the Site)	Date	OST		
DD	MM	YY				Y	N		DD	MM	YY			DD	MM	YY	B/N

OST Treatment Follow up																																																	
1st row: 1= On treatment 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								
m/m/yy																																																	
Row 1																																																	
Row 2																																																	

Needle Syringe Exchange Programme	
Out	In
1	2

यस विन्धनमा PAVIO कार्यक्रममा कम्प्लेक्स गैर सरकारी संस्था मार्फत प्राप्त प्रतिवेदनका आधारमा Out र in मा Data Entry गर्नी।

रजिस्टरभर्नेनिर्देशिका

महलशीर्षक		निर्देशन
Demographic Information	S. N.	OST सेवाको लागिआएका सेवाग्राहीको क्रमसङ्ख्या लेख्नु पर्दछ । हरेकमहिनामाक्रमसङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नु पर्दछ ।
	Date	OST उपचार सेवामासेवाग्राहीआएको मितिDD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
	MasterRegd.No.	OST को लागि सेवाग्राहीमूलदर्ता भई आएको भएमूलदर्ता नम्बर लेख्नु पर्दछ ।
	ServiceRegd.No.	प्रत्येकआ.व. का लागि सेवादर्ता नम्बर (Service Register) १ बाट शुरु गर्नुपर्दछ ।
	First Name (Optional),	सेवाग्राहीको पहिलो नामलेख्नुपर्दछ । कसैलाई आफ्नो लेखाउन इच्छा नभएमा यो अनिवार्य छैन ।
	Family Name (Compulsory)	सेवाग्राहीको थर अनिवार्यरूपमा लेख्नुपर्दछ ।
	Caste code	सेवाग्राहीको caste/ethnicity codeलेख्नु पर्दछ ।caste/ethnicity codeयसै रजिस्टरको पछिल्लो पेजमा राखिएको छ ।
	Address	सेवाग्राहीको जिल्लाको नाम र पालिकाको पूरा नाम सम्बन्धितमहलमालेख्नु पर्दछ ।यदि सेवाग्राही नेपालबाहेक अन्य देशको भएमाOthersमाखुलाइ सके सम्म उक्त देशको जिल्ला र पालिका समेत खुलाउनु पर्दछ ।
	Age and Sex	सेवाग्राहीलाई पूरा गरेको उमेर सोधीलिङ्ग अनुसार सम्बन्धितमहलमा लेख्नु पर्दछ । 1=F= Female, 2=M=Male, 3=TG= Third Gender (or Other)
	Marital Status	सेवाग्राहीलाई उसको वैवाहिकअवस्थाकाबारेमा सोधी देहायको कोडअनुसार लेख्नु पर्दछ: 1= अविवाहित, 2= विवाहित, 3=सम्बन्ध बिच्छेद, 4=विधवा/विदुर, 5= छुट्टिएर बसेको / छुट्ट्याइएको6= सँगै बस्ने (Living Together), 7= सान्दर्भिक नभएको जस्तै बच्चा
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 सालमाजन्मेको शर्मा थर भएको एक जनापुरुषजसको सेवादर्ता नं. १२३ छ भने उसको Client Code SH-32-2-123हुन्छ ।	
Date of Birth	सेवाग्राहीको जन्ममितिDD/MM/YY ढाँचामा लेख्नु पर्दछ।	
Contact Number	सेवाग्राहीको सहीमोबाइलनम्बर वाअन्य सम्पर्क नम्बर लेख्नु पर्दछ ।	
SMS Consent	सेवाग्राहीलाई सेवा सम्बन्धितजानकारी एवं संदेश पठाउने गरिन्छ, तसर्थ संदेश पठाउनको लागि पठाउने वा नपठाउने भने सेवाग्राहीसंग मन्जुरी लिदाँ राजीभएYesनभएNo मा टिक लगाउनु पर्दछ ।	
Dual Risk Behaviour	सेवाग्राहीको दोहोरो जोखिमव्यवहार(Dual Risk Behaviour)भएदेहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ । सेवाग्राहीको जोखिम समूह(Risk group)को लागिदेहायको कोड प्रयोग गर्नु पर्दछ: 1 = Sex Worker; 2= People who inject drugs(PWID), 3=MSM; 4 = Blood or Organ Recipient, 5=Clients of Sex Workers; 6 = Migrants; 7 = Spouse/Partner of Migrants; 8= Male Sex Worker(MSW); 9=Transgender (TG) 10=Vertical Transmission; 11=Prison Inmates;	

महलशीर्षक	निर्देशन
	12=Other (not specified in above category)अन्यभएखुलाउन पर्दछ ।
Entry Point	देहायका कोड मध्ये कुन सेवामार्फत सेवाग्राहीएच.आई.भी. सेवामा पठाइएको हो भन्ने कुरा जनाउनु पर्दछ : 1= HIV Testing and Counselling services,2= Outpatient services,3= Inpatient services, 4= Sexually transmitted infections services, 5= Private health services,6= NGO-Non-government organizations, 7=Self referred, 8= Outreach/special services, 9= Other (to be specified)
Educational Status	योमहलमासेवाग्राहीको शैक्षिकअवस्थाबारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Illiterater 2=Literate
Educational Level	यो महलमा सेवाग्राहीको शैक्षिक योग्यताबारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Primary, 2=Secondary, 3=Higher secondary, 4=Bachelor or above
Employment Status	योमहलमासेवाग्राहीको रोजगारीको अवस्थाबारेमा सोधी देहायको कोड अनुसार लेख्नु पर्दछ: 1=Unemployed, 2=Employed
Average Monthly Income	योमहलमासेवाग्राहीको औसत मासिकआम्दानी(ने रु)माउल्लेख गर्नु पर्दछ।
OST Start date	OST उपचार सेवा शुरु गरेको मितिDD/MM/YY ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
Type of OST	विगतमासेवाग्राहीले लिएको OSTकोकिसिम(MethadoneअथवाBuprenorphine) सम्बन्धित कोठामा चिन्हलगाउनु पर्दछ ।
Maximum Dose of OST	विगतमासेवाग्राहीले लिएको OSTको उच्चमात्राखुलाउनु पर्दछ ।
Switch in OST	विगतमासेवाग्राहीले लिएको OSTमाSwitchभएको भएYमानभएको भएNमागोलो घेरा लगाउनु पर्दछ ।
Name of Switched OST	विगतमासेवाग्राहीले लिएको OSTमाSwitchभएको भएOSTको किसिमखुलाउनु पर्दछ ।
Switched Date	विगतमासेवाग्राहीले लिएको OSTमाSwitchभएको भएत्यसको मितिDD/MM/YYYY को ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
Maximum Dose of Switched OST	विगतमासेवाग्राहीले Switch गरी खाएको OSTकोउच्चमात्राखुलाउनु पर्दछ ।
Status of Hepatitis B	सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस B को अवस्थायदिपोजिटिभ भएPवा नेगेटिभ भएN लेख्नु पर्दछ ।
Date of Identification	यदिसेवाग्राहीको हेपाटाइटिस Bको अवस्थापोजिटिभ भएमा सो थाहाभएको मितिDD/MM/YYYY को ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
Status of Hepatitis C	सेवाग्राहीको हेपाटाइटिस C को अवस्थायदिपोजिटिभ भएPमावा नेगेटिभ भएN लेख्नु पर्दछ ।
Date of Identification	यदिसेवाग्राहीको हेपाटाइटिस C को अवस्थापोजिटिभ भएमा सो थाहाभएको मितिDD/MM/YYYY को ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
Status of HIV	सेवाग्राहीको एचआईभीकाअवस्थायदिपोजिटिभ भएPमावा नेगेटिभ भएN लेख्नु पर्दछ ।
Date of Identification	यदिसेवाग्राहीको एचआईभीको अवस्थापोजिटिभ भएमा सो थाहाभएको मितिDD/MM/YYYY को ढाँचामालेख्नु पर्दछ ।
ART Start Date and current Regimen	यदिसेवाग्राहीको एचआईभीपोजिटिभ भई एआरटी शुरु गरेको भएमा सो मितिDD/MM/YYYY को ढाँचामालेख्नु पर्दछर खाइरहेको एआरटी रेजिमिनखुलाउनु पर्दछ ।
९ ५ ७ From (Site)	सेवाग्राहीकुनै अर्को OST केन्द्रबाट उपचारको निरन्तरताको लागि स्थानान्तरण भई

महलशीर्षक		निर्देशन
		आएको भए सो केन्द्रको नामलेख्नु पर्दछ ।
	Date	स्थानान्तरण भएर आएको मितिलेख्नु पर्दछ ।
	OST	सेवाग्राहीले लिइरहेको OST को किसिमलेख्नु पर्दछ ।
Transfer Out	From (Site)	सेवाग्राहीलाई अन्यOST केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएकोभए सो एआरटी केन्द्रको नामलेख्नु पर्दछ ।
	Date	सेवाग्राहीलाई अन्य केन्द्रमा स्थानान्तरण गरी पठाएकोमितिलेख्नु पर्दछ ।
	OST	सेवाग्राहीले लिइरहेको OST को किसिमलेख्नु पर्दछ ।
Date	Day	सेवाग्राहीOSTसेवामादर्ता भएदेखिको दिनहो । यस रजिष्टरमा सेवाग्राहीOSTसेवामादर्ता भएदेखि १ वर्षसम्मको उपचार परिणाम रेकर्ड राख्न सकिन्छ ।
	MM/YY	सेवाग्राहीOSTसेवामादर्ता भए देखिको महिना र साल लेख्नु पर्दछ ।
	Row 1	सेवाग्राही हरेक दिनफलोअपमाआउँदाOSTउपचारको अवस्थालाई देहायका कोडबाट जनाउनु पर्दछ । 1= on treatment on OST, 2= Drop Out, 3= Re-enrollment, 4=Discharge, 5=Death, 6= Transfer out
	Row 2	सेवाग्राही हरेक दिनफलोअपमाआउँदाखाने OSTकोमात्रा संख्यामालेख्नु पर्दछ ।
Needle Syringe Exchange Program	Out	Needle Syringe Exchange कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने संस्थाले प्रतिवेदनअवधिमा सेवाग्राहीलाई बाँडेको Needle Syringe को सङ्ख्या गणना गरेर लेख्नु पर्दछ।
	In	Needle Syringe Exchange कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने संस्थाले प्रतिवेदनअवधिमा सेवाग्राहीबाट सङ्कलन गरेको प्रयोग भइसकेकाNeedle Syringe को सङ्ख्या गणना गरेर लेख्नु पर्दछ।

८. अस्पताल

8. Hospital

HMIS ८.१: बिरामीभर्ना रजिष्टर

HMIS ८.२: बिरामीडिस्चार्ज रजिष्टर

HMIS ८.३: आकस्मिक सेवा रजिष्टर

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

HMIS ८.५: अस्पतालमा आधारित एकद्वारसंकटव्यवस्थापनकेन्द्ररजिष्टर

HMIS ८.६: सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर

HMIS 8.1: बिरामी भर्ना रजिष्टर (Patient Admission Register)

यस रजिष्टरलाई अस्पतालको अन्तरङ्गविकोठामा बिरामीलाई भर्ना गरी उपचार सेवाप्रदान गरेको अभिलेख राख्नप्रयोग गरिन्छ। अस्पतालमाभर्ना भई सेवालिनै बिरामीहरूको अभिलेख राख्न, अस्पताल व्यवस्थापनकालागिआवश्यक पर्ने सूचनासङ्कलन गर्न, प्रतिवेदनतयार गर्न र प्रगतिको अनुगमन, मूल्यांकनतथाविश्लेषण गर्न यस रजिष्टरको आवश्यकता पर्दछ। प्रत्येकआ. व. को सुरुवातदेखि नयाँरजिष्टरकोप्रयोग गर्नु पर्दछ।

यस रजिष्टरमाबिरामीको उपचार सम्बन्धीमहत्त्वपूर्ण सूचनाहरू रहने हुनाले सुरक्षित राख्नुपर्दछ।

रजिष्टरको नमूना :

Fiscal Year				Month				ADMISSION								
SN	Date and Time of Admission			Inpatient No.		First, Middle and Family Name	Caste/ Ethnicity Code*	National ID No.	Age / Sex							
				First Visit	Repeat Visit				0-7 days		8- 28 days		29days-11months		≥1 Year	
	Female	Male	Female	Male	Female				Male	Female	Male	Female	Male			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Date					First and middle name										
	DD	MM	YY			Family name										
	Time															
	AM	PM														

REGISTER

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

रजिष्टरभर्ने तरिका :

बिरामीभर्ना रजिष्टर (Admission Register) को मुखपृष्ठमा अस्पतालको नाम र ठेगानाउल्लेख गर्नुपर्दछ। यो रजिष्टर जुनआ. व.को लागिप्रयोगगर्न लागिएको हो, सो आ. व. र महिना लेखी रजिष्टरको प्रयोग गर्न सुरु गर्नुपर्दछ। अर्कोनयाँ रजिष्टर प्रयोग गर्न सुरु गर्नुभन्दापहिले प्रयोग भइरहेको रजिष्टरको प्रयोग कहिलेसम्म गरिएको छ, आ. व. र महिनासमेत खुल्ने गरी प्रयोग मितिअक्षरमा लेख्नुपर्दछ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
1	SN	क्रम सङ्ख्याप्रत्येक महिनामा १ बाट सुरु गर्नुपर्दछ।
2-4	Date and Time of Admission	यी महलहरूको माथिल्लो कोठामा बिरामीभर्ना भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ। यस महलको तल्लो कोठामा बिरामीभर्ना भएको समय AMवाPM के हो ?सम्बन्धित कोठामा लेख्नुपर्दछ।
5,6	Inpatient No.	हरेक आर्थिक वर्षमा अस्पतालको अन्तरङ्ग विकाठामा भर्ना भएका नयाँ बिरामीलाई Unique Numberदिनुपर्दछ। यस सङ्ख्यालाई Inpatient Number (अन्तरङ्ग नं.) भनिन्छ। यो १ देखि सुरुआत गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ। एक आ. व. मा बिरामी एक पटक दर्ता भएपछि उक्त आ. व. भरि निजको Inpatient number त्यही नै कायम रहन्छ। यो Inpatient Numberबिरामीको Patient Chartमा पनि उल्लेख गर्नुपर्दछ। सो व्यक्ति अन्तरङ्ग सेवामा एक आ. व. मा जति पटक र जुनसुकै सेवाको लागि आएतापनि यही नम्बर कायम रहन्छ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		<p>Inpatient number ले एक आ. व. मा अन्तरङ्ग विकोठामा कति जना विरामीभर्ना भएको हो भन्ने कुल सङ्ख्या दिन्छ ।</p> <p>कुनै विरामी स्वास्थ्य संस्थामा पहिलो पटक आउँदा निजलाई स्वास्थ्य सेवा कार्ड उपलब्ध गराइन्छ । उक्त विरामी अन्तरङ्ग विकोठामा भर्ना भएमा निजको स्वास्थ्य सेवा कार्डमा Inpatient Number भरिन्छ र सो नम्बर सो आ. व. भरि कायम रहन्छ । सोही आ. व.मा उक्त विरामी दोहोऱ्याई आएमा पनि सोही नम्बर नै कायम गर्नुपर्दछ ।</p> <p>पहिलो पटक विरामीलाई यो कार्ड दिँदा विरामीले हरेक पटक आउँदा सो कार्ड अनिवार्य रूपमा लिई आउन अनुरोध गर्नुपर्दछ । यो कार्ड विरामीलाई दिँदा नै यो InpatientNumber याद राख्नका लागि पनि अनुरोध गर्नुका साथै मोबाइल र नोटबुकमा लेखेर राख्न समेत अनुरोध गर्नुपर्दछ ।</p> <p>यदि विरामी अन्तरङ्ग सेवाका लागि पुनः आएमा र कार्ड नल्याएमा निजको Inpatient number सोधेर भर्ना रजिष्टरबाट निजको Inpatient Number लेख्नुपर्दछ । यदि विरामीलाई आफ्नो Inpatient Number याद नभएमा उक्त विरामीलाई नयाँ विरामीको रूपमा लिनुपर्दछ, र नयाँ Inpatient Number दिनुपर्दछ ।</p> <p>विरामी पहिलो पटक भर्ना हुन आउँदा Inpatient Numberलाई First Visit मा र सोही विरामी पुनः आएमा Inpatient Number लाई Repeat visitमा जनाउनुपर्दछ ।</p>
7	First, Middle and Family Name	माथिल्लो कोठामा विरामीको पहिलो र बीचको नाम लेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा विरामीको थर लेख्नुपर्दछ ।
8	Caste/Ethnicity Code	सेवा लिने व्यक्ति जुन जाति समूहमा पर्दछ, सोही समूहको कोड नम्बर यस महलमा लेख्नुपर्दछ (जस्तै: ०१, ०२, ०६) ।
9	National ID No.	सेवा लिने व्यक्तिको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ, राष्ट्रिय परिचय पत्र नभएको व्यक्तिको हकमा वा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरुको हकमा यस महलमा ड्यास चिन्ह (-) लगाउनुपर्दछ ।
10-17	Age and Sex	<p>यी महलहरूमा उमेर र व्यक्तिअनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी ८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल ९ मा र शिशु बालक भएमा महल १० मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी ९ दिन देखि २८ दिनको शिशु बालिका भएमा महल ११ मा र शिशु बालक भएमा महल १२ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल १३ मा र बालक भएमा महल १४ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १५ मा र पुरुष भएमा महल १६ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिनाभन्दा कम, एक वर्षभन्दा कम र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका विरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।</p>
18	Address	भर्ना भएको विरामीकोठेगाना जिल्ला, पालिका, वडा, गाउँ/टोल महल १७ को सम्बन्धित कोठामा क्रम मिलाएर लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
19	Name and Contact Number of Guardian	भर्नाभएको विरामीका अभिभावकको नाम र थर महल १८ को माथिल्लो कोठामा लेख्नुपर्दछ । महल १६ को तल्लो कोठामा अभिभावकको सम्पर्क टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
20	Source of Admission	विरामी भर्ना भएको स्रोत जुन हो सोही अनुसारको कोड लेख्नु पर्दछ । आकस्मिक विकोठाबाट भए १, बहिरंग विकोठा बाट भए २ र अन्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भए ३ लेख्नुपर्दछ ।
21	Ward	विरामी कुन विकोठा(Ward) मा भर्ना भएको हो ? यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
22	Investigation	यस महलमाविरामीभर्ना हुनआउँदाचिकित्सकले लेखेको आवश्यक पर्ने अनुसन्धानमूलक परीक्षणको विवरण, जस्तै: ल्याब, एक्सरे इत्यादि लेख्नुपर्दछ ।
23	Provisional Diagnosis	यस महलमाविरामीअस्पतालमाभर्ना हुनआउँदाउनीहरूले बताएको History वाComplain का आधारमा स्वास्थ्यकर्मी वाचिकित्सकले गरेको सम्भावितनिदान(Provisional Diagnosis) लेख्नुपर्दछ ।विरामीअन्य संस्थामाजांच गराएर वा प्रेषण भएर आएको भएउक्त संस्थाले गरेको निदानलाइआधार मानि यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
24	Name of Surgery	यस महलमा भर्ना हुने विरामीको शल्यक्रिया हुने भए कुन प्रकारको शल्यक्रिया हो ? सोको नाम लेख्नुपर्दछ ।
25-26	Police Case	यस महलमा भर्ना हुन आएको विरामीPolice case भई आएको भए महल २४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र Police case होइन भने महल २५ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । Police case सँग सम्बन्धित कागजातहरू कानुनी प्रक्रियाका लागि लामो समयसम्म सुरक्षित राख्नुपर्ने भएकोले Police case छुट्याउनका लागि यस महलले सहज बनाउँछ ।
27	Remarks	माथि उल्लेखित बाहेक थप जानकारी आवश्यक भएमा यस महलमा उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

HMIS 8.2:बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (Patient Discharge Register)

अस्पतालमाभर्नाभई उपचार पाएर Dischargeभएकाबिरामीहरूको अभिलेख राख्ने रजिष्टरलाई Patient Discharge Register भनिन्छ । चिकित्सकको सल्लाहअनुसार, आफ्नो राजीखुशीले, अन्यत्र रेफर भएर, उपचार गर्दा-गर्दै मृत्यु इत्यादि जस्तोसुकै कारणले बिरामीDischargeभएको भएतापनि यस रजिष्टरमा अभिलेख राख्नुपर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

DISCHARGE RE

Fiscal Year _____ / _____																			
SN	Inpatient No.	Date and time of discharge			Date and time of admission			Length of stay (days)	First, middle and family name	Caste/ ethnicity code	National ID No.	Age / Sex							
												0-7 days		8- 28 days		29days-11months		≥ 1 year	
		Days		Days		Months		Years											
		Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male			Female	Male	Female	Male	Female	Male		
		13	14	15	16	17	18	19	20			19	20						
		Date			Date				First and middle name										
		DD	MM	YY	DD	MM	YY												
		Time			Time				Family name										
		AM	PM	AM	PM	AM	PM												

REGISTER

Type of care*	Ward/ Bed No.	Name and type of surgery		Post OP infection		Final diagnosis at discharge	ICD Code	Outcome (Code)*	If died		Cost exemption				Police case		
		Name	Type*	Yes	No				<48 hrs	>48 hrs	Immediate Cause	Underlying Cause	Full	Partial	Total cost exempted (NRs.)	Code*	Yes	No
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
	Ward			1	2				1	2	Immediate Cause	1	2			1	2
	Bed No.										Underlying Cause						

रजिष्टर अर्नेनिर्देशिका:

Dischargeरजिष्टरको माथि रहेको Yearलेखिएको स्थानमाजुनआ. व.का लागि यस रजिष्टरकोप्रयोग गरिएको हो सो,आ. व.उल्लेख गर्नुहास् ।

Monthलेखिएको स्थानमाजुनमहिनामा यस रजिष्टरकोप्रयोग गरिएको,हो सो महिनाअक्षरमाउल्लेख गर्नुहोस् ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
1	क्र. सं.	प्रत्येकमहिनामाक्र.सं. १ बाट सुरु गरी अर्को महिनाको १ गतेबाट 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 बिरामीDischargeभएको मिति सम्बन्धितमहलमागते,महिना,सालमालेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा बिरामीDischargeभएको समय लेख्नुपर्दछ । Dischargeभएको समयAMरPMअनुसार लेख्नुपर्दछ ।
6-8	Date and time of Admission	बिरामी भर्ना भएको मिति लेख्नुपर्दछ । माथिल्लो कोठाको महल ६ मा गते, महल ७ मा महिना र महल ८ मा साल लेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा बिरामी भर्ना भएको समय लेख्नुपर्दछ । भर्ना भएको समयAMरPMअनुसार लेख्नुपर्दछ ।
9	Length of Stay	यस महलमा बिरामीउपचारका लागिअस्पतालमाभर्ना भएको अवधिलाई दिनमा लेख्नुपर्दछ । दिन गणना गर्दा भर्ना भएकै दिनमाDischargeभएमापनि एक दिन गणना गर्नुपर्दछ, भर्ना

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन															
		<p>भएको भौलपल्ट dischargeभएपनि एक दिन गणना गर्नुपर्दछ र भर्ना भएको तेस्रो दिनमाDischargeभएमादुई दिन गणना गर्नुपर्दछ ।</p> <p>उदाहरण:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>भर्ना मिति</th> <th>Dischargeमिति</th> <th>Length of stay</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	भर्ना मिति	Dischargeमिति	Length of stay	१२/३/२०७०	१२/३/२०७०	१ दिन	१२/३/२०७०	१३/३/२०७०	१ दिन	१२/३/२०७०	१४/३/२०७०	२ दिन	१२/३/२०७०	१७/३/२०७०	५ दिन
भर्ना मिति	Dischargeमिति	Length of stay															
१२/३/२०७०	१२/३/२०७०	१ दिन															
१२/३/२०७०	१३/३/२०७०	१ दिन															
१२/३/२०७०	१४/३/२०७०	२ दिन															
१२/३/२०७०	१७/३/२०७०	५ दिन															
10	First, Middle and Family Name	माथिल्लो कोठामा विरामीको पहिलो र बीचको नामलेख्नुपर्दछ (जस्तै: रामबहादुर) । तल्लो कोठामा विरामीको थर (जस्तै थापा) लेख्नुपर्दछ ।															
11	Caste/ Ethnicity	सेवालिनै व्यक्तिजुनजातिसमूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तै: ०१, ०२,.....०६) । जातिगत समूह र कोड नम्बर रजिष्टरको अन्तिमपानामादिइएको छ ।															
12	National ID No.	सेवा लिनै व्यक्तिको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ. राष्ट्रिय परिचय पत्र नभएको व्यक्तिको हकमा वा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरुको हकमा यस महलमा ज्यास चिन्ह (-) लगाउनुपर्दछ ।															
13-20	Age and Sex	<p>यी महलहरूमा उमेर र व्यक्तिअनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी ८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल १२ मा र शिशु बालक भएमा महल १३ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी ९ दिन देखि २८ दिनको शिशु बालिका भएमा महल १४ मा र शिशु बालक भएमा महल १५ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल १६ मा र बालक भएमा महल १७ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १८ मा र पुरुष भएमा महल १९ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिनाभन्दा कम, एक वर्षभन्दा कम र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका विरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।</p>															
21	Type of Care	यस महलमा विरामीले कुन सेवा लिएको हो Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार सेवाको किसिम उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै: General Medicine भए १, General Surgery भए २, Paediatrics भए ३, Obstetric भए ४, Gynecologyभए ५, ENT भए ६, Orthopedics भए ७, Psychiatric भए ८, Dental भए ९ र Others भए १० लेख्नुहोस्। Others भए कुन सेवा हो ? खुलाउनुपर्दछ ।															
22	Ward/Bed Number	विरामी कुन विकोठा(Ward) र कति नं. को शैयामा राखिएको थियो ?Patient Chart मा उल्लेख भएअनुसार यस महलको सम्बन्धित कोठा लेख्नु पर्दछ ।															
23-24	Name and Type of Surgery	भर्ना भई शल्यक्रिया भएका विरामीहरूको कस्तो प्रकारको शल्यक्रिया भएको हो?Patient ChartकोOperation Formमा उल्लेख भएअनुसार महल २२ मा लेख्नुपर्दछ । शल्यक्रियाको प्रकारमा Major भए १,Intermediateभए २ र Minor भए ३ भनी महल २३ मा लेख्नुपर्दछ ।															
25-26	Post-OP Infection	Patient Chartहेरी यदि विरामीलाई शल्यक्रियापश्चात् सङ्क्रमण भएको रहेछ भने उल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि सङ्क्रमण भएको भए महल २४ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र यदि सङ्क्रमण नभएको भए महल २५ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।															

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
27	Final Diagnosis at discharge	विरामीDischargeहुँदाPatient Chartमाउल्लेखभएको अन्तिमनिदान(Final diagnosis)यस महलमालेखनुपर्दछ ।
28	ICD Code	यस महलमा Patient Chart माउल्लेखभएको Final Diagnosis को ICD Code book अनुसारको Alpha Numeric Code (ICD ११ ले निर्देश गरे अनुसार) लेखनुपर्दछ ।
29	Outcome code*	यस महलमाDischargeभएको विरामीको Dischargeहुँदाको अवस्थाउल्लेख गर्नुपर्दछ । यदि विरामीRecovered/Curedभए १, Stableभए २, Referredभए ३, DOPR/LAMA भए ४, Absconded भए ५ र Death भए ६ लेखनुपर्दछ ।
30-32	If Died	विरामीको मृत्यु भएको भएभर्ना भएको कति समयपछि मृत्यु भएको हो र मृत्युको कारण Patient Chartमाउल्लेख भएअनुसार लेखनुपर्दछ । यदि विरामीभर्ना भएको ४८ घण्टाभित्र मृत्यु भएको भएमहल २९ को १ मा र ४८ घण्टाभन्दा पछि मृत्यु भएको रहेछ भने महल३० को २ मागोलो घेरा लगाउनुहोस् । महल३१मा विरामीमृत्यु हुनुको तत्कालिन(Immediate Cause)र अन्तर्निहित कारण Patient Chartमाउल्लेख भएअनुसार (Underlying Cause)सम्बन्धितमहलमाउल्लेख गर्नुपर्दछ ।
33-36	Cost Exemption	महल32-35माDischargeभएको विरामीले पूर्ण वाआंशिकशुल्क छुट पाएको विवरण लेखनुपर्दछ । यदि पूर्ण छुट पाएको भएमहल ३२ को १ मागोलो घेरा लगाउनुहोस्, आंशिक छुट पाएको भएमहल ३३ को २ मागोलो घेरा लगाउनुहोस् । पूर्ण वाआंशिक छुट पाएको रकममहल ३४मा लेखनुपर्दछ । रकमरूपैयाँमा लेखनुपर्दछ । महल ३४माDischargeभएको विरामीनिःशुल्क सेवाप्राप्त गर्ने ६ समूहहरूमध्ये कुन समूहमा पर्दछ ? सो समूहको कोड लेखनुपर्दछ । यदिअतिगरीब (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 लेखनुहोस् । अन्य समूह(Others)भएकुन समूहहो खुलाउनुपर्दछ
37-38	Police Case	यस महलमा Discharge हुन आएको विरामी police case भई आएको भए महल ३६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् र Police case होइन भने महल ३७ को २ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । Police case सँग सम्बन्धित कागजातहरू कानुनी प्रक्रियाका लागि लामो समयसम्म सुरक्षित राख्नुपर्ने भएकोले Police case छुट्याउनका लागि यस महलले सहज बनाउँछ ।

HMIS 8.3:आकस्मिक सेवा रजिष्टर (Emergency Service Register)

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र र अस्पतालमा आकस्मिकस्वास्थ्यसेवालिनाएकाविरामीहरूको अभिलेख राख्ने रजिष्टरलाई Emergency Service रजिष्टर भनिन्छ ।स्वास्थ्यसंस्थामाआकस्मिकस्वास्थ्यसेवालिनाएकाविरामीहरूको अभिलेख राख्नयस रजिष्टरको आवश्यकता पर्दछ ।

रजिष्टरको नमूना :

EMERGENCY SER

Date: (DD/MM/YY)		DD	MM	YY	First, Middle and Family Name	Caste/ Ethnicity Code*	National ID No.	Age / Sex								Address			Name and Contact Number of Guardian			
SN	Registration No	Date and Time of Registration						0-7 days				8- 28 days				29days-11months		≥ 1 year		District Municipality, Ward Village/Tole	15	
		DD	MM	YY				Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Months	Years					
1	2	3			4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			16			
		Date			First and Middle Name													District	Name			
		DD	MM	YY																Time			Municipality, Ward			Village/Tole			Contact number
		Time			Family name																	

VICE REGISTER

Self	Source of Admission	Referred in (Name of HF)	Signs and Symptoms (Main Complaints on Admission)	Brought Dead	Investigations	Diagnosis	ICD Code	Treatment / Medicines prescribed	Observation		Date and Time of Discharge			Outcome (Code)*	If Died, cause of death	Cost Exemption			Code*	Gender Violence	Police Case	
									Yes	No	27	28	29			30	31	Full			Partial	Total Cost Exempted (NRs.)	Yes	No
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	
1				1					1	2	DD	MM	YY	Immediate Cause	1	2			1	1	2	
											Time			Underlying Cause								
											AM	PM										

रजिष्टरभर्नेनिर्देशिका :

आकस्मिक सेवा रजिष्टरको माथिमिति लेखिएको स्थानमा यो रजिष्टर प्रयोग गरिएको गते, महिना र सालउल्लेख गर्नुपर्दछ । हरेकदिनको मिति लेखेर मात्र सेवाको अभिलेख राख्नुपर्दछ । यदि एउटै पानामा एक दिनमादिएको सेवाको अभिलेख राखेर पानामाखाली हरफहरू रहेको अवस्थामा एक हरफ खाली छाडी अर्को दिनको मिति सोहीपानामा लेखीसोदिनमादिएको सेवाको अभिलेख राख्नुपर्दछ । यसरी अभिलेख राख्नाले रजिष्टरको सही र पूर्ण सदुपयोग हुन्छ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
1	S.No.	प्रत्येक महिनामा क्र.सं. १ वाट सुरु गरी अर्को महिनाको १ गतेवाट पुनः १ वाट सुरु गर्नुपर्दछ ।
2	Registration Number	प्रत्येक आ. व.माRegistration No.१ वाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । नयाँ आ. व. को पहिलो दिन पुनः १ वाट सुरु गर्नुपर्दछ । यो Registration number ले एक आ. व. मा आकस्मिक विभाग/कक्षमा कति जना बिरामीले सेवाप्राप्त गरे सोकोसङ्ख्या जनाउँछ ।आकस्मिक विकोठामा दर्ता हुने बिरामीहरूसँग परिचय खुलाउने स्वास्थ्य सेवामा प्रयोग हुने कार्डहरू, जस्तै : Health Card बारे बिरामीसँग जानकारी माग्नु व्यवहारिक हुँदैन । त्यसकारण आकस्मिक विकोठामा दर्ता हुने सबै बिरामीहरूलाई नयाँ Registration Number मा दर्ता गर्नुपर्दछ । यसमा बिरामीलाई नयाँ वा पुरानो भनी वर्गीकरण गर्नुपर्दैन ।
3	Date and Time of Registration	माथिल्लो कोठामा बिरामीDischargeभएको मिति सम्बन्धितमहलमागते,महिना,सालमालेख्नुपर्दछ । तल्लो कोठामा बिरामीDischargeभएको समय लेख्नुहोस् ।Dischargeभएको समयAMभएAMलेखिएको स्थानमा रPMभएPMलेखिएको स्थानमा लेख्नुपर्दछ ।
4	First, Middle andFamilyName	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*	सेवालिनै व्यक्ति जुन जातिसमूहमा पर्दछ, त्यही समूहको कोड नम्बर लेख्नुपर्दछ (जस्तै: ०१, ०२,..... ०६) । जातिगत समूह र कोड नम्बर रजिष्टरको अन्तिम पानामा दिइएको छ ।
6	National ID No.	सेवा लिनै व्यक्तिको राष्ट्रिय परिचयपत्र नं यस महलमा चढाउनु पर्दछ, राष्ट्रिय परिचय पत्र नभएको व्यक्तिको हकमा वा ५ वर्षमुनिका बालबालिकाहरूको हकमा यस महलमा ड्यास चिन्ह (-) लगाउनुपर्दछ ।
7-14	Age and Sex	यी महलहरूमा उमेर र व्यक्तिअनुसारको विवरण लेख्नुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
		<p>विरामी ८ दिन वा सोभन्दा मुनिकी शिशु बालिका भएमा महल ६ मा र शिशु बालक भएमा महल ७मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी ९ दिन देखि २८ दिनको शिशु बालिका भएमा महल ८ मा र शिशु बालक भएमा महल ९ मा निजको उमेर दिनमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी २८ दिनभन्दा माथि र एक वर्षभन्दा मुनिकी बालिका भएमा महल १० मा र बालक भएमा महल ११ मा निजको उमेर महिनामा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>विरामी एक वर्षभन्दा माथिको महिला भएमा महल १२ मा र पुरुष भएमा महल १३ मा निजको उमेर वर्षमा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p> <p>यसरी दिन, महिना र वर्षमा उमेर खुलाउँदा एक महिनाभन्दा कम, एक वर्षभन्दा कम र एक वर्षभन्दा माथिका उमेर समूहका विरामीहरूको सङ्ख्या निकाल्न, अस्पताल व्यवस्थापन गर्न र प्रतिवेदन तयार गर्न मद्दत पुग्दछ ।</p>
15	Address	आकस्मिक सेवा लिन आएको विरामीको कुन जिल्ला, पालिका, वडा नं बीचको कोठामा र तल्लो कोठामा गाउँ र टोल लेख्नुपर्दछ ।
16	Name and Contact Number of Guardian	आकस्मिक सेवा लिन आएको विरामीका अभिभावकको नाम, थर र सम्पर्क टेलिफोन नम्बर लेख्नुपर्दछ । माथिल्लो कोठामा नाम थर र तल्लो कोठामा सम्पर्क नं. लेख्नुपर्दछ ।
17-18	Source of Admission	विरामी आफैँ वा अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको हो, यस महलमा खुलाउनुपर्दछ । यदि विरामी आफैँ आएको भए महल १६ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुहोस् । यदि विरामी अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भई आएको भए महल १७ मा प्रेषण गरी पठाउने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ ।
19	Signs and Symptoms (Main complaints on admission)	विरामी आकस्मिक विभागकक्षमा आउँदाको अवस्थामा निजमा देखिएका लक्षणहरू र निजका मुख्य सिकायतहरू महल १८ मा उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
20	Brought Dead	यदि स्वास्थ्य संस्थामा मृत अवस्थामा ल्याएको भए महल १८ को १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ । अन्यथा यस महलको १ मा गोलो घेरा लगाउनुपर्दैन ।
21	Investigation	यस महलमा विरामीभर्ना हुनआउँदाचिकित्सकले लेखिदिएको आवश्यक पर्ने अनुसन्धानमूलक परीक्षणको विवरण, जस्तै: ल्याब, एक्सरे इत्यादि लेख्नुपर्दछ ।
22	Diagnosis	विरामीआकस्मिकविभाग/कक्षमाभर्ना हुनआउँदा स्वास्थ्यकर्मी वाचिकित्सकले गरेको निदान(Diagnosis) यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
23	ICD Code	<p>यस महलमास्वास्थ्यकर्मी वाचिकित्सकले गरेको निदान(Diagnosis) को ICD Code bookअनुसारको Alpha Numeric Code लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>स्वास्थ्यकर्मी वाचिकित्सकलेएकभन्दा बढी diagnosis गरेको भएमातीमध्ये Main diagnosis (Leading cause) को मात्रICD codeलेख्नुपर्दछ ।</p> <p><i>उदाहरण: यदिdiagnosis माEnteric Fever, diarrheaरHypertension उल्लेखभएको छ । यस विरामीकोmain diagnosis Enteric Feverहो । यसअवस्थामाEnteric Fever को ICD code A01 यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।</i></p>
24	Treatment/Medicine Prescribed	विरामीलाई गरिएको उपचार र दिइएको औषधिको विवरण यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
25-	Observation	आकस्मिकविभाग/कक्षमाभर्ना भएको विरामीलाई observationमा राखिएको भएमहल

गरिएकोनिर्देशनरInstructions for filling registerको सहायताले यस रजिस्ट्रार भर्न सकिन्छ ।

रजिस्ट्रारको नमूना

SNUCU/NICU/KN																								
Month.....										Fiscal Year.....														
SN	Date and Time of Admission	Inpatient No.		Bed No	Referred from	Neonates		Mother Details				Delivery Details				Newborn Details					Complications			
		First Visit	Repeat Visit			Age(In days)	Sex	Name & Contact No	Age(In years)	Address of Mother	Ethnicity Code	Date & Time	Place of Delivery	Mode of Delivery	Delivery conducted by*	Gestational Age at birth in weeks	Weight of baby in grams	Apgar score	DFC & Fetal Crown Length	Birth Asphyxia	Newborn complications at time of birth	Complications to mother at		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
	Date DD MM YY Time AM PM				Within Hospital OPD Delivery Ward Emergency Other Hospital	a i ii iii b		NAME PALIKA CONTACT NO DISTRICT				DD/MM/YY TIME						AT BIRTH AT ADMISSION AT DISCHARGE		At 1 MINUTE At 5 MINUTE	1. Yes 2. NO	Asphyxia Respiratory Distress Prematurity Low Birth Weight Meconium Aspiration Syndrome IUGR Hypothermia Hypoglycemia Rh Incompatibility	1 Shoulder Dystocia 2 Sepsis 3 Others 4 No complications 5 6 7 8 9	Gestational Hypertension/ Eclampsia/Pre-Eclampsia Gestational Diabetes Mellitus Antepartum Hemorrhage Post Partum Hemorrhage Chorioamnionitis Sepsis Severe Anaemia Maternal Heart Disease Hypothyroidism

ACU REGISTER

Month.....											
time of delivery	Major Congenital Anomaly	Cause of Admission	Management	Discharge Details		Referred to	Newborn Care Package Provided	Remarks			
				Date	Duration of stay in the hospital						
24	25	26	27	28	29	30	31	32			
Hyperthyroidism Others No complications	Neural Tube Defect Oro-facial Cleft: Cleft lip/palate Talipes Equinovarus- Club Foot Limb Reduction Defect Hypoplasia Omphalocele/Exomphalos Gastroschisis Imperforate Anus Minor Defect (Specify.....)	1 Other 2 Defect (Specify) 3 4 5 6 7 8 No 9 Anomaly detected	10 Low Birth Weight 11 IUGR 12 Prematurity/Pre term 13 Hypoglycemia 14 Hypothermia 15 Hyperbilirubinemia 16 Neonatal Sepsis 17 Premature Rupture of Membrane 18 Respiratory Distress 19 Birth Asphyxia (Peri/Neonatal)	11 Alternative feeding/ baby unable to breathe (Nasogastric/ Cup Feeding) 12 IMC (Partial or Continuous) 13 Safe Administration of Oxygen 14 Injectable Antibiotics for Neonatal 15 Sepsis as per protocol 16 Management of shock 17 Intravenous fluid 18 Hypoglycemia Management 19 Effective Phototherapy	9 10 11 12 13 14 15 16 17	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9			

रजिस्ट्रार भर्नेतरिका

Special Newborn Care Unit /Neonatal Intensive Care Unit माभर्ना भएकाशिशुहरुकोलागि

महल नं.	महलशीर्षक	निर्देशन
1	SN	SN
2	Date & Time of Admission	सि.नं. प्रत्येक महिनाको १ बाट सुरु गरी क्रमशः लेख्दै जानुपर्दछ । सेवाग्राहीदत्ता भएको मिति (गते, महिना, साल) लेख्नुपर्दछ, DD/MM/YYYY सेवाग्राहीदत्ता भएको समय AM or PMको सम्बन्धित महलमालेख्नुपर्दछ।
3,4	Inpatient No	प्रथम पटक जाँचगर्नSNUCU/NICUमाभर्ना भएकानवजातशिशुहरुको लागिघण्टीचिन्हलगाउनु पर्दछ । SNUCU NICUमादोहोर्याएर जाँच गर्न आउनेले नवजातशिशुहरुको लागिघण्टीचिन्ह लगाउनु पर्दछ ।
5	Bed No	यस महलमाविरामीशिशुकोBed Noलेख्नुपर्दछ ।
6	Referred from	Within Hospital or Other Hospital यस महलमानवजातशिशुलाई प्रेषण गरिएको संस्थालाई गोलो लगाउनु पर्दछ।सोहि अस्पतालबाट प्रेषण गरेको खण्डमा ओ.पि.डी., डेलिवरि वार्ड र इमर्जेन्सी मध्ये कुनै एकमागोलो लगाउनुहोस। OPD, Delivery Ward, Emergency: अन्यअस्पतालबाट गरिएको खण्डमा अन्यमालगाउनु पर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
7,8	Neonates Information	Age in Days	महलको यस कोठामा विरामीशिशुको पूरा भएको उमेर दिनमालेखनुपर्दछ ।
		Sex	यस महलमाविरामीशिशुपुरुष, महिलाखुलाएर लेखनुपर्दछ ।
9-12	Mother Details	Name	यस महलमा विरामीशिशुको आमाको नामलेखनुपर्दछ ।
		Contact No	यस महलमाविरामीशिशुको आमाको सम्पर्क नम्बर लेखनु पर्दछ ।
		Age in years	यस महलमा विरामीशिशुको आमाको उमेरलेखनुपर्दछ ।
		Address	यस महलमा विरामीशिशुकोआमाको ठेगाना लेखनुपर्दछ । Ward;वडा नं, Municipality;गाउँ/नगरपालिका, District;जिल्लाको नाम
		Caste/Ethnicity	यस महलमा विरामीशिशुकोआमाकोजातको कोडलेखनुपर्दछ ।सो कोड Register को तलउल्लेख गरिएको छ । Ethnicity Code: 1. Dalit, 2 Janajati, 3 Madhesi, 4 Muslim, 5 Brahmin/Chhetri, 6 Others
13-16	Delivery Details	Date	यस महलमा प्रसुतीभएको मितिलेखनुपर्दछ ।
		Time	यस महलमा प्रसुतीभएको समय लेखनुपर्दछ ।
		Place of Delivery	यहाँ प्रसुतीभएको ठाउँकोकोडलेखनुपर्दछ ।सो कोड Register को तलउल्लेख गरिएको छ । Code:1-Institutional स्वास्थ्य संस्थामा सुत्केरी भएको खण्डमा, 2-Homeघरमा सुत्केरी भएको खण्डमा, 3- Others (On the way or...) स्वास्थ्य संस्थाजाने क्रममा र अन्य ठाउँमा
		Mode of Delivery	यस कोठामा उल्लेखितप्रसुतीविधिकोकोडलेखनुपर्दछ ।Code: 1-SVD (Spontaneous Vaginal Delivery), 2-Instrumental, 3-C-section
		Delivery conducted by	यस महलमा प्रसुती गराउने स्वास्थ्यकमीको प्रकारकोकोडलेखनुपर्दछ । Code 1- SBA: SBAतालीमप्राप्तप्रसुतीकमीले प्रसुती गराइएको खण्डमा Code 2- SHP:Skilled Health Professional- Doctors, Nurses, Gynaeले प्रसुती गराइएको खण्डमा Code 3- Others:अन्य स्वास्थ्यकमीको सहायताबाट सो कोड Register को तलउल्लेख गरिएको छ ।
17-20	Newborn Details	Gestational age at birth in weeks	नवजातशिशुको Gestational age at birthलाइहप्तामालेखनुपर्दछ
		Weight of baby in grams	यस महलमाबच्चाको तौल (ग्राममा) लेखनुपर्दछ । At birth:जन्मतौल(ग्राममा) At the time of Admission:बच्चाको तौलadmissionमा At the time of Discharge:बच्चाको तौलdischargeमा
		Apgar Score	यस महलमाबच्चाको Apgar Scoreलेखनुपर्दछ । At 1 Minute & At 5 Minute
		OFC & Fetal Crown Length	यस कोठामा शिशुको OFC/ Fetal Crown Lengthलेखनुपर्दछ । OFC Fetal Crown Length
21	Complication	Birth Asphyxia (Peri/Neonatal)	नवजातशिशुले श्वास नफेरेको खण्डमा Yesनवजातशिशुले श्वास फेरेको खण्डमा Noलेखनुपर्दछ ।

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
		Newborn complications at time of birth	प्रसूतीको समयमानवजातशिशुमा देखिएको तलउल्लेखितजटिलताहरुमागोलोलगाउनु पर्छ। (Listed Complications: Asphyxia, Respiratory Distress, Prematurity, Low Birth Weight, Meconium Aspiration Syndrome, IUGR, Hypothermia, Hypoglycemia, Rh Incompatibility, Shoulder Dystocia, Sepsis, Others, No Complications)
		Complications of mother at the time of delivery	प्रसूतीको समयमाआमामा देखिएको तलउल्लेखितजटिलताहरुमागोलोलगाउनु पर्छ। (Listed Complications: Gestational Hypertension/Eclampsia/Pre-Eclampsia, Gestational Diabetes Mellitus, Antepartum Hemorrhage, Post Partum Hemorrhage, Choriomniotitis, Sepsis, Severe Anaemia, Maternal Heart Disease, Hypo/Hyperthyroidism, Others, No Complications)
22	Major Congenital Anomaly		यस महलमातलउल्लेखितcongenital anomaliesमागोलोलगाउनु पर्छ। (Major CongenitalAnamoly: Neural Tube Defect, Oro-facial clefts: Cleft lip/palate, Talipes Equinovirus Clubfoot, Limb Reduction Defects, Hypospadias, Exomphalos/Omphalocele, Gastroschisis, Imperforate anus, minor defects, other defects, No Anomaly detected)
23	Cause of Admission		यस महलमानवजातशिशुको SNCU/NICUभर्ना हुनुको कारण लेख्नुपर्दछ। (Cause of Admission: Low Birth Weight, IUGR, Prematurity/Pre-term, Hypoglycemia, Hypothermia, Hyperbilirubinemia, Neonatal Sepsis, Premature Rupture of Membrane, Respiratory Distress, Perinatal Asphyxia, Congenital Heart Disease, Congenital Anomaly, Meconium Aspiration Syndrome, Necrotising Enterolitis, Pustulitis, Vitamin K Deficiency Bleeding, Aspiration, Seizure, Others)
24	Investigation & Management		नवजातशिशुको जटिलता व्यवस्थापनको लागिगरिएकाउल्लेखितविधिरूमागोलोलगाउनु पर्छ। (Investigation & Management: Alternative feeding, KMC, Safe administration of oxygen, Injectable Antibiotics for Neonatal Sepsis, Management of shock, Intravenous fluid, Management of Hypoglycemia, Effective Phototherapy, Seizure Management, Continuous positive airway pressure, Mechanical/assisted Ventilation, Exchange/Partial Transfusion, Retinopathy of prematurity, Hypothermia Management, Blood Transfusion, Management of Pnuemothorax/Chest Tube/Needle Puncture, Others)
25-26	Discharge Details	Date of Discharge	यस महलमानवजातशिशुलाई Discharge from SNCU/NICUगरेको मिति लेख्नु पर्दछ।
		Outcome of baby at the time of discharge	Dischargeसमयको शिशुको अवस्थाकोकोडलेख्नुपर्दछ।सो कोड Register को तलउल्लेख गरिएको छ। Code 1- Improved:अवस्थामा सुधार आएमा, 2- Referred: प्रेषण गरेको खण्डमा, 3- Died:शिशुको मृत्यु भएको खण्डमा, 4- LAMA/Absconded

महल नं.	महलशीर्षक		निर्देशन
27	Duration of stay in the hospital	Length of stay in hospital	नवजातशिशुको उपचारका लागि लागेको समय दिनमा लेख्नु पर्दछ।
28	Referred to		नवजातशिशुको अवस्थालाई हेरेर प्रेषण गर्न परेमा यहाँ लेख्नु पर्दछ।
29	Newborn Care Package Provided		यस महलमानवजातशिशु उपचारर व्यवस्थापनको लागि गरिएको नवजातशिशु स्याहार प्याकेजको कोड लेख्नुपर्दछ। सो कोड Register को तल उल्लेख गरिएको छ। Code 1- Package A, 2- Package B, 3- Package A+B, 4- Package A+B+C
30	Remarks		थप जानकारी भए यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।

जातजाती अनुसार SNCU/NICU सेवा पाएका सेवाग्राहीको समायोजन फारम

हरेक महिना मासिक प्रतिवेदन तयार गर्दा यस रजिष्टरको अन्तमा राखिएको जातजातीगत विवरण समेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ। जातजातीगत विवरण तयार गर्दा २८ दिन भन्दा मुनीका शिशुहरु दर्ता भएका सबै विरामीवच्चाको संख्यालिंग समेत खुल्ने गरी समायोजन गर्नुपर्दछ।

अभ्यास

नवलपरासी (सुस्तापूर्व) जिल्ला देवचुली नगरपालिका, वार्ड नं. ९ सीता सुनुवारले दुम्कौली प्राथमिक उपचार केन्द्रमा मिति फाल्गुण ५ गतेका दिन एस.बि.ए.(SBA) तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको सहायता बाट Spontaneous Vaginal डेलिभरी भई एक शिशु (बालक) २.३ के.जी. जन्म दिइन्। जन्मनासाथ शिशु र आमाको स्वास्थ्य अवस्था सामान्य थियो र दुई दिन पछि शिशुमा Neonatal Sepsis का लक्षणहरु देखिए। अब शिशुलाई Neonatal Intensive Care Unit / Special New Born Care Unit-Narayani Samudhahik Hospital द्वारा शिशुको समस्या जटिलता व्यवस्थापन कालागी दिएका स्वास्थ्य सेवा सहितको विवरण रजिष्टरमा लेख्नु पर्दछ।

HMIS 8.5: अस्पतालमा आधारित एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र रजिष्टर(One-StopCrisisManagementCenter- OCMC)

एकद्वार सङ्कट व्यवस्थापन केन्द्रका प्रमुखले दैनिक रूपमा प्रत्येक घटनाका सेवाग्राहीले एक चरणको सेवा लिएपछि सोको अभिलेख अद्यावधिकगर्नुपर्दछ ।

रजिष्टर भर्नेतरिका:

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
सूचनाहरू		
१	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राहीसँगको क्रमसङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुहोस ।
२	घटना दर्ता गरेको मिति	घटना दर्ता गरेको मितिको नेपालीपात्रो अनुसार साल, महिना र गते उल्लेखगर्नुहोस ।
३	पीडितप्रभावितको सङ्केत	पीडित वा प्रभावितको नाम थरको सटामा संकेत यस महलमा लेख्नु पर्दछ। साथै संकेत लेख्दा अस्पतालको नामको सुरुको दुई अक्षर, सत्रको दुई अक्षर र क्र स नम्बर राख्नु पर्दछ जस्तै - पतन अस्पतालमा २०७८ सालको क्र स २ मा आएको पीडित वा प्रभावितको संकेत लेख्दा 'PH7802' लेख्नु पर्छ।
४	उमेर (पुरा भएको वर्ष)	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस् ।
५	लिङ्ग (१ महिला, २ पुरुष, ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक)	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला,पुरुष, र लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक भए तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नुहोस् । १ महिला २ पुरुष ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक
६	जातजाति समूह:	सेवाग्राहीको जुन जाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । ०१-दलित ०२-जनजाति ०३-मधेशी ०४-मुस्लिम ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री ०६-अन्य
७	ठेगाना: (गाउँपालिका/नगरपालिका, जिल्ला)	पीडितको स्थाइ बसोबास रहेको गाउँपालिका नगरपालिका महानगरपालिका वडा न र जिल्ला उल्लेख गर्नुहोस् ।
८	अपाङ्गता भएको भए,	यस महलमा पीडित वा प्रभावितमा कुनै पनि अपाङ्गता भए अपाङ्गताको प्रकारको कोड भर्नु पर्दछ, (नोट: एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ)। जस्तै, ०.कुनै पनि अपाङ्गता नभएको १ शारीरिक अपाङ्गता २. दृष्टिसम्बन्धी अपाङ्गता ३. सुनाइसम्बन्धी अपाङ्गता ४. स्वर र बोलाइसम्बन्धी अपाङ्गता ५ मानसिक-बौद्धिक अपाङ्गता

९	हिंसाको प्रकार:	हिंसाभएत्यही समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस्। (नोट: एक भन्दा बढी उत्तर आउन सक्छ) (१) वलात्कार (२) यौनजन्य दुर्व्यवहार (३) शारीरिक दुर्व्यवहार (४) बालविवाह र जबरजस्ती विवाह (५) स्रोतसाधन र अधिकारबाट बञ्चित (६) मानसिक दुर्व्यवहार (७) परम्परागत रूढीवादी परम्पराका आधिकारमा भेदभाव
१०	घटनाको पृष्ठभूमि	घटनाको पृष्ठभूमिएकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस्। १. बहुविवाह २. दाइजो ३. बोक्सीको आरोप ४. घरेलुहिंसा ५. छाउपडी ६. मानव बेचबिखन ७. सामाजिक भेदभाव ८. बालश्रम
११	पहिलो भ्रमण वा फलोअप	दर्ता गर्दा प्रत्येक आ.व. मा नयाँ दर्ता नम्बर दिई सुरु गर्नुपर्दछ। एउटा रोग लागेर उपचार गराउन आएको बिरामी सोही रोगको उपचारका लागि दोहोर्‍याई आएफलोअप लेख्नुपर्दछ।
हिंसापीडित वा प्रभावितले प्राप्त गरेका स्वास्थ्य सेवाहरू		
१२	शारीरिक परीक्षण	शारीरिक परीक्षण भएको भए “०१ भएको” र नभएको भए “०२ नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस्।
१३	विधि विज्ञान तथा चिकित्साजन्य कानूनी परीक्षण	विधि विज्ञान तथा चिकित्साजन्य कानूनी परीक्षणगरेको भए “०१ भएको” र नगरेको भए “०२ नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस्।
१४	एच.आइ.भी परीक्षण तथा परामर्श सेवा	एच.आइ.भी परीक्षण तथा परामर्श सेवा लिएको भए “०१ लिएको” र नलिएको भए “नलिएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस्।
१५	गर्भ परीक्षण	गर्भ परीक्षणगरेको भए “०१ गरेको” नगरेको भए “०२ नगरेको” रआवाश्यक नभए “०३ आवाश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस्।
१६	घाउ चोटपटकको उपचार	घाउ चोटपटकको उपचारभएको भए “०१ भएको” र नभएको भए “०२ नभएको” रआवाश्यक नभए “०३ आवाश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस्।
१७	आकस्मिक गर्भनिरोधक सेवा	आकस्मिक गर्भनिरोधक सेवालिको भए “०१ लिएको” र नलिएको भए “नलिएको” रआवाश्यक नभए “०३ आवाश्यक नभएको” कोडउल्लेख गर्नुहोस्।
१८	यौन रोगको उपचार	यौन रोगको उपचारगरेको भए “०१ गरेको” नगरेको भए “०२ नगरेको” रआवाश्यक नभए “०३ आवाश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस्।
१९	सुरक्षित गर्भपतन सेवा	सुरक्षित गर्भपतन सेवालिको भए “०१ लिएको” र नलिएको भए “नलिएको” रआवाश्यक नभए “०३ आवाश्यक नभएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस्।
२०	मानसिक रोगको उपचार	मानसिक रोगको उपचारगरेको भए “०१ गरेको” नगरेको भए “०२ नगरेको” रआवाश्यक नभए “०३ आवाश्यक नभएको” कोडउल्लेख गर्नुहोस्।
२१	मनोसामाजिक परामर्श सेवा	मनोसामाजिक परामर्श सेवालिको भए “०१ लिएको” र नलिएको भए “०२नलिएको” कोड उल्लेख गर्नुहोस्।
२२	अन्य उपचार सेवा	अन्य उपचार सेवा लिएको भए “०१ लिएको” र नलिएको भए “०२नलिएको” तथा आवस्यक नभएको भए “०३ आवस्यक नभएको” उल्लेख गर्नुहोस्।
प्रेषण सेवा		

२३	पीडित वा प्रभावितहरूलाई प्रेषण	पीडित वा प्रभावितहरूलाई यहाँ आउन प्रेषण गर्ने एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस्। १. आफैं २. नातेदार ३. आवासगृह ४. प्रहरी ५. गैरसरकारी संस्था ६. स्वास्थ्य संस्था ७. स्थानीय तह
२४	पीडित वा प्रभावितलाई प्रेषण गरिएको	पीडित वा प्रभावितलाई प्रेषण गरिएको एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस्। १. आवासगृह २. पुनस्थापना केन्द्र ३. प्रहरी ४. वकिल ५. अन्य सुविधा सम्पन्न अस्पताल ६. अन्य (खुलाउने)
पीडितको अवस्था		
२५	पीडितको हालको स्वास्थ्य अवस्था	पीडितको हालको स्वास्थ्य अवस्थासुधार भए “०१ सुधार भएको”, उपचाररत रहे “०२ उपचाररत रहेका” र मृत्यु भए “०३ मृत्यु भएका” उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस्।
२६	उपचाररत रहेको भए	पीडित उपचाररत रहेको भए प्रजनन सम्बन्धी भए “०१ प्रजनन स्वास्थ्य समस्या” मानसिक सम्बन्धी भए “०२ मानसिक स्वास्थ्य समस्या भएका” र अन्य भए—खुलाउने।
पीडकसम्बन्धी जानकारी		
२७	उमेर (पुरा भएको वर्ष)	पीडकको पुरा भएको वर्षमा उल्लेख यस महलमा लेख्नुहोस्।
२८	लिङ्ग	यस महलमा पीडकको लिङ्ग महिला, पुरुष, र लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक भए तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नुहोस्।
		१ महिला	२ पुरुष	३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक
२९	पीडितसँगको नाता	पीडक पीडितको आफ्नै परिवार/नातागोता भित्रको हो वा सो भन्दा बाहिरको हो, सोही अनुसार उपयुक्त महलमा कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ।

HMIS 8.6: सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर (SocialServiceUnit-SSU)

रजिष्टर भर्नेतरिका:

महल नं	महल शीर्षक	भर्ने तरिका
१	मिति	दर्ता गरेको मितिको नेपालीपात्रो अनुसार साल, महिना र गते उल्लेखगर्नुहोस ।
२	क्र.सं.	प्रत्येक महिना सेवा लिन आएका सेवाग्राहीसँगको क्रमसङ्ख्या १ बाट शुरु गर्नुहोस ।
३	दर्ता नं.	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 सामाजिक सेवा एकाईबाट सेवा लिन सेवाग्राहीको अभिलेखन हुन्छ र भविष्यमा सेवाग्राहीलाई पहिचान गरी पहिल्याउन सकिन्छ ।
४	नाम थर	यस महलको सेवाग्राहीको नाम र थर लेख्नुहोस।
५	उमेर (पुरा भएको वर्ष)	यस महलमा सेवाग्राहीको पूरा भएको उमेर वर्षमा लेख्नुहोस् ।
	लिङ्ग (१ महिला, २ पुरुष, ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक)	यस महलमा सेवाग्राहीको लिङ्ग महिला,पुरुष, र लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक भए तल उल्लेख गरिएको कोड नम्बर लेख्नुहोस् । १ महिला २ पुरुष ३ लैङ्गिक तथा यौनिक अल्पसङ्ख्यक
६	जातजाति समूह:	सेवाग्राहीको जुन जाति समूहमा पर्नुहुन्छ त्यही समूह एकिन गरी तल उल्लेख गरिएको जाति समूहको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । ०१-दलित ०२-जनजाति ०३-मधेशी ०४-मुस्लिम ०५-ब्राह्मण/क्षेत्री ०६-अन्य
७	नयाँ वा पुरानो, (१. नयाँ, २. पुरानो)	कुनै व्यक्ति प्रथम पटक सेवा लिन आउँदा सो व्यक्तिलाई नयाँ दर्ता नम्बर प्रदान गर्नुपर्दछ । एक पटक दर्ता भएको सेवाग्राही एक आर्थिक वर्षभित्र जुनसुकै सेवा जति पटक लिन आए तापनि नयाँ दर्ता नं. दिनु हुँदैन ।
८	ठेगाना: (गाउँपालिका/नगरपालिका, जिल्ला)	पीडितको स्थाइ बसोबास रहेको गाउँपालिका नगरपालिका महानगरपालिका वडा नं र जिल्ला उल्लेख गर्नुहोस् ।
९	लक्षित समूह	लक्षित समूह एकिन गरीतल उल्लेख गरिएको कोड यस महलमा लेख्नुहोस् । १. गरिव २. असहाय ३.अपाङ्गता भएका व्यक्ति ४. लैङ्गिक हिंसा पीडित ५. ज्येष्ठ नागरिक ६. गरिब-विपन्न आकस्मिक विरामी ७. विपद्-प्राकृतिक प्रकोपपीडित ८. अन्य (खुलाउने)
१०	आधिकारिक परिचयपत्र अथवा सिफारिसपत्र छ वा	आधिकारिक परिचयपत्र अथवा सिफारिसपत्र एकिन गरीभएको भए “०१छ” र नभएको भए“०२ छैन” कोड उल्लेख गर्नुहोस् ।

९. मासिकप्रतिवेदन फारामहरू

9. Monthly Reporting Forms

HMIS ९.१: महिलास्वास्थ्य स्वयंसेविका मासिक प्रतिवेदन फाराम

HMIS ९.२: समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन-
खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक

HMIS ९.३: आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रको मासिक प्रगति
प्रतिवेदन फाराम

HMIS ९.४: सरकारी अस्पताल मासिक प्रतिवेदन फाराम

HMIS ९.५: निजि तथा गैर-सरकारी स्वास्थ्य संस्था मासिक
प्रतिवेदन फाराम

HMIS 9.1:

महिलासामुदायिकस्वास्थ्यस्वयंसेविकाकार्यक्रमकोमासिकप्रतिवेदन (FCHV Report Collection Form)

यस फारामको प्रयोग प्रत्येक महिलासामुदायिकस्वास्थ्यस्वयंसेविकाले समुदायमा सम्पादन गरेका क्रियाकलापहरूको प्रगति सङ्कलन गरी एकमुस्त प्रतिवेदन तयार गर्नका लागि गरिन्छ । स्वास्थ्यकर्मीहरूले आफ्नो कार्यक्षेत्रभित्र कार्यरत सबै महिलासामुदायिकस्वास्थ्यस्वयंसेविकाहरूलाई 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 प्रतिमात्र तयार गर्नुपर्दछ । महिला स्वास्थ्यस्वयंसेविकाहरूले सम्पादन गरेका विविध क्रियाकलापहरूको प्रतिवेदन विश्लेषण गर्न र समुदायमा सञ्चालित स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको अनुगमन गरी कार्यक्रमलाई थप प्रभावकारी बनाउन यस प्रतिवेदनको आवश्यकता परेको हो ।

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

महलशीर्षक	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 संस्था अन्तर्गतको 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 लेखिएको भन्दा तलको खाली ठाउँमा अन्तर्गतका सबै महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको नाम एक एक कोठामा लेख्नुपर्दछ ।

महिलासामुदायिकस्वास्थ्यस्वयंसेविका रजिस्टर(HMIS 4.2)बाट हरेक महिलासामुदायिकस्वास्थ्य स्वयंसेविकाले दिएको सेवाको विवरण उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।

HMIS 9.2:समुदाय स्तर 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 सम्पादनगरिएकाकार्यको प्रतिवेदनसमेत समायोजन गरी गाउँ-घर क्लिनिक र खोप क्लिनिकबाट प्रदानगरिएको सेवाको प्रतिवेदन संयुक्त रूपमा यस फाराममाएकमुष्ट तयार गरी प्रत्येक महिनाभुक्तानभएको १ दिनभित्र (हरेक महिनाको १ गते) आफूकार्यरत रहेको स्वास्थ्य संस्थामापेस गरी सक्नुपर्दछ । यो प्रतिवेदनफारामहरूको १ वर्षको लागि एउटै कितावको रूपमातयार गरिएको छ र यो प्रतिवेदनआफ्नै संस्थामा रहने हुँदा एक प्रतिमात्रतयार गर्नुपर्दछ ।

समुदायमा गरेका कामहरूको मासिक प्रगति प्रतिवेदन तयार गर्दा चाहिने सामग्रीहरू :

१. खोप सेवा प्रदान गर्दा खोप सेसनमा वा रजिस्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गरेका ट्यालीसिटहरू र गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरबाट प्रतिवेदन सङ्कलन गरेका ट्यालीसिटहरू
३. महिलास्वास्थ्य स्वयंसेविका कोषको रजिस्टरबाट सङ्कलन गरेको कोषको आम्दानी खर्चको विवरण।

महलशीर्षक	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 ।
सञ्चालनहुनुपर्नेखोपक्लिनिक (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 सञ्चालन हुने क्लिनिक संख्या ४ (प्रत्येक सोमवार) र २ अन्यत्र गरी सञ्चालन हुनुपर्ने जम्मा खोप सेसन ६ लेख्नुपर्दछ ।
सञ्चालन हुनुपर्ने सरसफाई प्रवर्द्धनसेसन (पटक)	जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कति पटक सरसफाई प्रवर्द्धनसेसन सञ्चालन हुनुपर्ने हो ? सो सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।
सञ्चालन हुनुपर्ने गाउँ-घर क्लिनिक सङ्ख्या:	स्वास्थ्य संस्थाअन्तर्गत स्थापना भएका गाउँ-घर क्लिनिकको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिक:	जम्मा सञ्चालन हुनु पर्ने खोप क्लिनिक मध्ये यो महिनामा सञ्चालन भएको खोप क्लिनिकको जम्मा सङ्ख्या लेख्नुपर्दछ । जस्तै : कुनै संस्थाको ३ खोप क्लिनिकमध्ये प्रतिवेदन महिनामा जम्मा २ वटा क्लिनिक (ठाउ)बाट मात्र खोप सेवा प्रदान गरिएको भए यस महलमा २ लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा सञ्चालन भएको खोप सेसन (पटक):	जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कति पटक खोप क्लिनिक सञ्चालन भयो ? सो सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ । जस्तै : कुनै स्वास्थ्य संस्था अन्तर्गत ६ वटा

	<p>सञ्चालन हुनुपर्ने खोप सेसन मध्ये ५ वटा मात्र यो महिनामा सञ्चालन भएको भए ५ लेख्नुपर्दछ ।</p> <p>नोट : सूक्ष्म कार्ययोजनाका क्रममा नैसञ्चालन हुनु पर्ने खोप क्लिनिक तथा खोप सेसन निर्दिष्ट गरिने हुँदा प्रायः सबै महिनामा सञ्चालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिक र खोप सेसनको संख्या एउटै हुन्छ भनेखोप सेसनको संख्या खोप क्लिनिकको संख्या भन्दा कम हुनुहुदैन ।</p>
यस महिनामा सञ्चालन भएको सरसफाई प्रवर्द्धनसेसन (पटक)	<p>माथि खोप सेसन सञ्चालन भए जस्तै सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन संगै सञ्चालन हुनु पर्दछ । जस अनुसार जति वटा खोप सेसन सञ्चालन हुने हो सरसफाई सेसन पनि त्यतिनै सञ्चालन हुनु पर्दछ, सबै खोप सेसनमा सरसफाई सेसन पनि सञ्चालन भए सञ्चालन संख्या बराबरी हुन्छ, तर कुनै कारण बाट सरसफाई सेसन कहि कतै सञ्चालन नभएमा जति ठाउँमा सञ्चालन भएको हो सोहि पटक संख्या लेख्नु गर्नु पर्दछ । जस्तै : माथि ५ वटा खोप सेसन सञ्चालन हुदा सरसफाई सेसन ४ पटक मात्र सञ्चालन भएको थियो भने सरसफाई सेसन सञ्चालन पटक ४ लेख्नु पर्दछ ।</p>
यस महिनामा सञ्चालन भएको गाउँ-घर क्लिनिक सङ्ख्या:	<p>जुन महिनाको प्रतिवेदन गर्ने हो, सो महिनामा कतिवटा गाउँ-घर क्लिनिक सञ्चालन भएका थिए ? सोको सङ्ख्या उल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p>
खोप कार्यक्रम	
खोप क्लिनिक सञ्चालन स्थान:	<p>खोप क्लिनिक सञ्चालन स्थानभन्दा तलको खाली कोठाहरूमा (तेस्रो) 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 क्रमशः माथिका खोप क्लिनिकको नाम लेख्नुपर्दछ ।</p>
खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्या: (जना)	<p>खोप सेवा प्रदान गर्दा नै कति जना सेवा लिन आउछन् भनेर गणना गर्न अगाडी नै ट्याली सिट तयार गरि सो ट्याली सिटमा सेवा दिदानै ट्याली गर्ने र सो बाट खोप सेवा पाएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा सङ्ख्या यस महलमा उतार गर्नुपर्दछ । खोप सेवापाएकासेवाग्राहीहरूकोजम्मा सङ्ख्याको गणना गर्नका लागि सेसन सञ्चालनको समयमाबच्चावागर्भवतीमहिलाको कार्ड भर्नेवित्तिकै अनिवार्य ट्याली गर्नु आवश्यक हुन्छ ।नोट: सेवाग्राहीको संख्याभन्नाले खोप लिनआएकाबच्चा र आमाको संख्याहो । खोप डोजको आधारमा गनेर यो संख्या लेख्नु हुन्ना</p>
सरसफाई प्रवर्द्धनसेसनमावसेका अभिभावकहरूको सङ्ख्या:	<p>खोप सेसन संगै सरसफाई सेसन सञ्चालन गरिन्छ । तसर्थ खोप दिनु अघि सरसफाई सेसनमा कति जना सहभागिहुनु भयो सो संख्या सोहि महिना र साहि खोपकेन्द्रको महलमा उल्लेख गर्ने ।</p>
खोप पाएकाहरूको जम्मासङ्ख्या:	<p>बी.सी.जी., रोटा खोप (पहिलो र दोस्रो), पोलियो (पहिलो,दोस्रो,तेस्रो), एफ.आई.पि.भि (पहिलो,दोस्रो), पी.सी.भी(पहिलो,दोस्रो,तेस्रो), डी.पी.टी.-हेप बी-हिब (पहिलो,दोस्रो,तेस्रो), दादुरा-रुबेला (पहिलो, दोस्रो), टाएफाइड (१ मात्रा) जे.ई (१ मात्रा) खोप प्राप्त गरेको बच्चा संख्याखोप रजिस्टरको खोप सेवा विवरण (HMIS २.२.३_१) रनियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण (HMIS २.२.३_२) बाट खोप क्लिनिकअनुसार ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्रअनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।</p> <p>नोट: सामान्यतया एकै समयमा लगाउनेखोपको सेवा लिएका बच्चा/गर्भवतीको संख्या बराबर हुनुपर्दछ।जस्तै: रोटा पहिलो डोज, पोलियो(OPV) पहिलो डोज, fIPV पहिलो डोज, PCV पहिलो डोज, DPT-HepB-Hib पहिलो डोज पाएका बच्चा को संख्या बराबर हुनुपर्दछ ।</p>
२३ महिना भित्र पर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्या	<p>२३ महिना भित्र पर्ण खोप प्राप्त गरेका बच्चा संख्याखोप रजिस्टर अन्तर्गत"HMIS २.२.३_१- खोप सेवाको विवरण" भन्ने फारामकोमहल २९बाट ट्याली सीट प्रयोग गरी</p>

	गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्रअनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप पाएका बालिकाहरुको संख्या-एच पी भी खोप लगाएका बालिकाको संख्या	एच पी भी खोप लगाएका बालिकाको संख्या खोप रजिस्टर ((HMIS २.२.३_१ रHMIS २.२.३_२)बाट खोप क्लिनिकअनुसार ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्रअनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप पाएका गर्भवती महिलाको संख्या- टी.डी खोप	टी.डी.(पहिलो, दोस्रो, दोस्रो +) खोप लगाएको गर्भवती महिलाको संख्याटि.डी. खोप रजिस्टरबाट ट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्रअनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।
२४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेका बच्चा संख्या	२४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेका नयाँ बच्चा (शुन्य डोज) संख्या खोप रजिस्टर अन्तर्गत"HMIS २.२३_३: २४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेको बच्चाको खोपको विवरण"भन्ने फाराम बाटट्याली सीट प्रयोग गरी गणना गरेर सम्बन्धित खोपको प्रगति खोप केन्द्रअनुसार छुट्टाछुट्टै महलमा चढाउनुपर्दछ ।
AEFI CASES (सामान्य)	खोप पश्चात्कुनै अवाञ्छित घटना भएमासो को विवरण खोप रजिस्टर बाट गणना गरी खोपकेन्द्रअनुसार जम्मा जना जनाउनुपर्दछ । सो घटना सामान्य प्रकारको र स्थानिय स्तरमा नै समाधान भएको भए यो महलमा उल्लेख गर्ने (जस्तै खोप लगाए पछि अलि अलि ज्वरो आउने,सुइलगाएको ठाउमा दुख्ने, रातो हुने, गिर्खा बस्ने,विसिजी लगाएको ठाउमा अलिअलि पाक्ने आदि वा अभिभावकले भनेका अन्य सामान्य घटनाहरु)
AEFI CASES (गम्भिर)	खोप दिईए पछि खोप संग जोडिएर कुनै गम्भिर प्रकारको घटना जस्तै सो घटना भई सेवाग्राहिलाई प्रेषण गरियो,वा अस्पताल भर्ना गर्नु पर्ने वा लामो समय उपचार गर्नु पर्ने अवस्था वा मृत्यु भयो आदि भएमा यो महलको जुन खोपकेन्द्रमा भएको हो सोह महलमा उल्लेख गर्ने । यस्तो अवस्थामा तत्कालै AEFI प्रतिवेदन फारम अनसुचि १ भरेर पठाउनु पर्दछ साथै अनुसन्धान समेत गर्नु पर्दछ ।
प्राप्त भएको खोप (भायलमा):	खोप सेसन सञ्चालनका लागि कोल्ड चैन सेन्टरबाट प्राप्त गरेको भायल संख्या प्रत्येक भ्याक्सिनकोसम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । जस्तै : कोल्डचैन सेन्टरबाट २० डोजको वीसीजी खोप ३ भायल प्राप्त गरेमा प्राप्त भएको भायलको महलमा ३ लेख्नुपर्दछ । यसरी नै अन्य खोपहरु र्जित प्राप्त भएको हो सो लेख्नु पर्दछ ।
खर्च भएको खोप: खोप दिन खोलेको	खोप संचालन गर्न प्राप्त भएको खोप भायल मध्ये खोप सेसन सञ्चालन गर्न खोलिएका भायलहरु गणना गरि खोप सेसनको अन्तमा खोप दिन खोलेको भायल खर्च भायल संख्या सम्बन्धित खोपको महलमा जनाउनु पर्दछ । यसको उदाहरण माथि खोप रजिष्टरमा व्याख्या गरिएको छ ।
खर्च भएको खोप (भायलमा):अन्य कारणले विग्रेको	प्राप्त भएको खोप भायल मध्ये खोप सेसन सञ्चालन गरि सके पछि खोप संचालन गर्न खोलेको भायल बाहेक अन्य नखोलेको भायलहरु कुनै अन्य कारणले विग्रीएर (जस्तै: भिभिएम ३,४ मा भए, खोप भायल पानीले भिज्यो,लेवल विग्रीयो, म्याद सकियो, चर्कियो, फूट्यो आदि) पुन प्रयोग गर्न नमिल्ने अवस्थाको नखोलेका भायलहरु खर्च भएको प्रत्येक भ्याक्सिनको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
फिर्ता(भायलमा)	खोप संचालन गर्न प्राप्त भएको खोप भायलहरु मध्य खोप संचालन गर्न खोलेको र अन्य कुनै कारणबाट प्रयोग गर्न नमिल्ने अवस्था भएमा सो समेत घटाई नखोलेको प्रयोग गर्न मिल्ने भायलहरु कोल्डचैन कायम गरि सम्बन्धित स्थानमा अनिवार्य फिर्ता गर्नु पर्दछ । यसरी फिर्ता गरिएका भायलहरु सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनु पर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिककार्यक्रम	
गाउँघर क्लिनिक सञ्चालन स्थान:	गाउँघर क्लिनिकसञ्चालन स्थानभन्दा तलको खाली ठाउँमा क्लिनिक सञ्चालन हुने स्थानको नाम लेख्नुपर्दछ । जस्तै: सालुपाटीमा सामलथान, च्याउँकीठाँटी र गौराथोक गरी तीन स्थानमा गाउँ-घर क्लिनिक रहेका छन् भने खाली ठाउँको फरक-फरक

	कोठामा क्रमशः माथिका क्लिनिकको नाम लेख्नुपर्दछ ।
सेवा दिएको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक रजिष्टरको पहिलो भागमा (HMIS 4.11) रहेको गाउँ-घर 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 रजिष्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
जम्मा बिरामी सङ्ख्या:	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डमा प्रतिवेदन अवधिमा दर्ता भएका शिशुहरू मध्ये २८ दिनसम्मका र २९ दिनदेखि ५९ दिनसम्म (महल ५ र ६ उमेर हप्तामा को आधारमा) को छुट्टाछुट्टै गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण (व्याक्टेरियाको) गम्भीर सङ्क्रमण, निमोनियाव्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण, कडा कपलपित्त(जण्डिस),	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल १२ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको जति उमेर अनुसार गणना गरी गम्भीर सङ्क्रमणको महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसै गरी कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी निमोनिया त्यसै गरी कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी व्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण , र कोड नं. ५ मा गोलो घेरा लगाएको (कडा जण्डिस भएका) गणना गरी कडा कपलपित्त (जण्डिस) को महलमा लेख्नुपर्दछ ।
कम तौल	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल ११ मा गोलो घेरा लगाएको जति उमेर अनुसार गणना गरी कम तौलको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
उपचार (एमोक्सिसिलिन, एम्पिसिलिन, जेन्टामाईसिन (गम्भिर संक्रमण):	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिनाभन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल १४ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी एमोक्सिसिलिन वाट उपचार गरिएका शिशुको संख्या उमेर समूह अनुसार (२८ दिन सम्म र २९-५९ दिन) छुट्टाछुट्टै एमोक्सिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ । त्यसैगरी कोड नं ३ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या गणना गरी एमोक्सिसिलिन वाट उपचार गरिएका शिशुको संख्या उमेर समूह अनुसार (२८ दिन सम्म र २९-५९ दिन) छुट्टाछुट्टै एम्पिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ । जेन्टामाईसिन सुई वाट उपचार गरिएका २ महिना मुनिका (महल १४ को कोड नं. २ मा गोलो घेरा लगाएका) मध्ये जेन्टामाईसिन सुईको पहिलो मात्रा पाएकाको संख्या गणना गरी पहिलो डोज पाएका सङ्ख्याको महलमा र जेन्टामाईसिनको सात वटै डोजमा गोलो घेरा लगाएका संख्या गणना गरी पूरा डोज पाएका सङ्ख्याको महलमा लेख्नुपर्दछ ।
रेफर गरेको:	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाएको जति उमेर अनुसार गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
फलोअप बिरामी सङ्ख्या:	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल १९ मा फलोअप गरेको मितिको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यू मध्ये उमेर समूह संख्या	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना भन्दा कम उमेरका बिरामी शिशुको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या उमेर अनुसार गणना गरी छुट्टाछुट्टै (०-७ दिन, ८-२८ दिन सम्म र २९-५९ दिन सम्म) महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२ महिना देखि ५ वर्ष सम्मका बिरामी बच्चाको वर्गीकरण तथा उपचार: २ महिनादेखि ५ वर्ष सम्मका बिरामी बच्चाको वर्गीकरण तथा उपचारको अभिलेख गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डमा राखिएको हुन्छ । यो रजिष्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँघर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा उतार गर्नुपर्दछ ।	
जम्मा बिरामी सङ्ख्या:	गाउँघर क्लिनिक रजिष्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको

	व्यवस्थापन खण्ड मा प्रतिवेदन अबधिमा दर्ता भएका बच्चाहरुको संख्यामहल नं ३ कोलिङ्गको 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 कोड नं. ३ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी धेरै कडा रोग/कडा निमोनिया कोमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण -भाडापखाला (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- भाडापखाला (दीर्घ भाडापखाला):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ७ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यसमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण- भाडापखाला (आउँगत):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ८ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यसमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-औलो (फाल्सिप्यारम/फाल्सिप्यारम नभएको)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ९ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी फाल्सिप्यारमऔलो को महलमा रकोड नं. १० मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी फाल्सिप्यारमनभएको औलो को महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-धेरै कडा ज्वरो जन्य रोग	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. १२ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यसमहलमालेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-दादुरा	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. १४ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यसमहलमालेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-कानको समस्या	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. १३ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमालेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-ज्वरो	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल १८ को कोड नं. ११ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी यस महलमालेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण-मध्यमकुपोषण	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २०कोकोड नं. १५ मा गोलो घेरा लगाएको मध्यम कुपोषण गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण- कडा कुपोषण	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २०कोकोड नं. १६ मा गोलो घेरा लगाएको कडाकुपोषण गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण- रक्तअल्पता	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २०कोकोड नं. १६ मा गोलो घेरा लगाएको रक्तअल्पता गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण -अन्य वर्गीकरण:	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल नं २० को १६ मा गोलो घेरा लगाएकोअन्य संख्या गणना

	गरी अन्य वर्गीकरणको महलमा लेख्नुपर्दछ र अन्य वर्गीकरण कुन हो सोही महल तल रहेको खालि बक्सामा उल्लेख गर्नुपर्दछ।
उपचार (एमोक्सिसिलिनबाट, पुनर्जलीय भोल र जिङ्क चक्कीबाट, जुकाको औषधीबाट, भिटामिन ए बाट, अन्य जस्तै घरेलु/प्राथमिक उपचार बाट):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २२ को कोड नं. १ मा गोलो घेरा लगाएको गणना गरी एमोक्सिसिलिनको महलमा लेख्नुपर्दछ। त्यसैगरी सोही महलको कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको पुनर्जलीय भोल र जिङ्कबाट , महल २२ को कोड नं. ६ मा घेरा लगाएको जुकाको औषधीबाट , कोड नं. ७ मा घेरा लगाएको भिटामिन ए बाट र कोड नं. ८ मा गोलो घेरा लगाएको जति गणना गरी अन्य को महलमा लेख्नुपर्दछ।
रेफर गरेको (श्वासप्रश्वास रोग भएका, भाडापखाला भएका, अन्य):	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डबाट श्वासप्रश्वास रोग, भाडापखाला वा अन्य कुन कारणले रेफर गरेको हो ? रोगको वर्गीकरण र कैफियत महलमा उल्लेख गरिएको प्रेषण गर्नुको कारण बाट यकीन गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
फलोअप संख्या:	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २६, २७ को फलोअप गरेको फलोअप गरेको मितिको आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
मृत्यु संख्या (कारण अनुसार)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्ड बाट उपचारको लागिआएका २ महिनादेखि ५ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूमध्ये श्वासप्रश्वाससम्बन्धी रोग वा भाडापखालासम्बन्धी रोग वा अन्य रोगको कारणले मृत्यु भएको भएमा मृत्यु भएका बच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
मृत्युसंख्या(उमेर अनुसार)	गाउँघर क्लिनिक रजिस्टरको २ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बिरामी बच्चाको व्यवस्थापन खण्डको महल २० को कोड नं. ४ मा गोलो घेरा लगाएको संख्या उमेर अनुसार गणना गरी छुट्टाछुट्टै (२-११ महिना, १२-५९ महिना) महलमा लेख्नुपर्दछ।
पोषण कार्यक्रम	
पोषण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ। यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिक अनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरेर प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ।	
बाल-बालिकाको पोषण स्थिति :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल ७, ८, ९ को तौल (उमेर अनुसारको वृद्धि) मानयाँ र पुरानो - दुवै गरी सामान्यतौल, जोखिमतौल र अति जोखिमतौल भएकाहरूको सङ्ख्या ०-११ महिना र १२-२३ महिनाको छुट्टाछुट्टै निकाली सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएको :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल ११ को कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र नगराएको:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १२ को कोड २ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना शुरु गरेको :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा खण्डको महल १३ को कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
६ महिनापछि स्तनपानका	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको २ वर्षभन्दा मुनिका बच्चाहरूको वृद्धि अनुगमन सेवा

साथै ठोस, अर्धठोस र नरम खाना शुरु नगरेको :	खण्डको महल १४ को कोड २ मागोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गर्भवती सेवा	
गर्भवती सेवाको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
गर्भवती जाँच गराएको महिला सङ्ख्या :	गाउँ-घर 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 :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १५ को जुकाको औषधि वितरण गरिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
आइरन चक्की वितरण गरिएको गर्भवती महिलाको सङ्ख्या :	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १६ को आइरन चक्की वितरण सङ्ख्या नयाँ र महल १७ को दोहो-याई आएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी सेवा	
सुत्केरी सेवाको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवाखण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै तयार गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
सुत्केरी जाँच गरिएको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल १९ को सुत्केरी भएको .....औँदिनमा सेवा दिएको पटक गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
४५ चक्की आइरन पाएका सुत्केरी महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर 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:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको सुरक्षित मातृत्व सेवा खण्डको महल २१ को कोड १ मा गोलो घेरा लगाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
परिवार नियोजन सेवा	
परिवार नियोजन सेवाको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
कन्डम वितरण सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ८ को कन्डम वितरण सङ्ख्या सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
पिल्स वितरण गरिएको महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ९ को पिल्स वितरणमा गरिएको महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ । यस महलमा महिलाको संख्या प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हुँदा साइकलको जम्मा संख्या प्रतिवेदनहुन सक्ने सम्भावना प्रति सचेत रहनुपर्दछ ।
डिपो सेवा प्रदान गरिएको महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल १० को डिपो सेवा दिइएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सायना प्रेस प्रदान गरिएको महिलाको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ११ को सायना प्रेस सेवा दिइएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
आकस्मिक चक्की प्रयोग गरेको डोजसङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल १२ को आकस्मिक चक्कीको डोज सङ्ख्या सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
आकस्मिक चक्की प्रयोग गरेको महिलाकोसङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल १२ को आकस्मिक चक्की सेवा दिइएका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ । यस महलमा महिलाको संख्या प्रतिवेदन गर्नु पर्ने हुँदा डोजको जम्मा

	संख्या प्रतिवेदनहुन सक्ने सम्भावना प्रति सचेत रहनुपर्दछ ।
खाने चक्की पिल्स वितरण गरिएको साइकल:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको परिवार नियोजन सेवा खण्डको महल ९ को पिल्स वितरण गरिएको साइकल सबै जोडी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
औलोरोजा निवारण कार्यक्रम	
औलोरोगनियन्त्रणकार्यक्रमको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा राखिएको हुन्छ । यस रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
रक्त नमुना सङ्कलन गरिएको सङ्ख्या: गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ७ मा औलोको लागि स्लाइड लिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।	
शङ्कास्पद विरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ७ मा औलो उपचारको लागि रेफर जनाएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम	
क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा र डिफल्टर अनियमितता खोज पुर्जामा राखिएको हुन्छ । ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
नियमित नभएका विरामीको खोज गरेको:	स्वास्थ्य संस्थामा नियमित क्षयरोगको औषधि खान आउनुपर्ने विरामी अनियमित भई सेवा लिन नआएमा स्वास्थ्य संस्थाबाट डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5)भरी विरामी नियमित हुन नसक्नुको कारण पत्ता लगाउनुपर्दछ । यसरी क्षयरोग उपचारमा अनियमित भएका विरामीलाई कारण पत्ता लगाएको सङ्ख्या डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5)गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सम्भावित विरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ६ मा क्षयरोगको लक्षणहरू लेखी महल ७ मा प्रेषण लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम	
कुष्ठरोग नियन्त्रण कार्यक्रमको अभिलेख गाउँ-घर क्लिनिक रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डमा र स्वास्थ्य कार्यकर्ताको डायरीमा राखिएको हुन्छ । ट्याली सिटको प्रयोग गरी गाउँ-घर क्लिनिकअनुसार छुट्टाछुट्टै निकाली प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।	
नियमित नभएका विरामीको खोज गरेको:	स्वास्थ्य संस्थामा कुष्ठरोगको औषधि नियमित रूपमा खान आउनुपर्ने विरामी अनियमित भई सेवा लिन नआएमा स्वास्थ्य संस्थाबाट डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5)भरी विरामी नियमित हुन नसक्नुको कारण पत्ता लगाउनुपर्दछ । यसरी कुष्ठरोग उपचारमा अनियमित भएका विरामीलाई कारण पत्ता लगाएको सङ्ख्या डिफल्टर/अनियमितता खोज पुर्जा (HMIS 1.5) गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
शङ्कास्पद विरामीलाई रेफर गरिएको सङ्ख्या:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डको महल ६ मा कुष्ठरोगका लक्षणहरू लेखी महल ७ मा प्रेषण लेखिएको जति गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
विविध क्रियाकलापहरू	
प्राथमिक उपचार सेवा सङ्ख्या (५ वर्षभन्दा माथि): गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको प्राथमिक उपचार सेवा खण्डबाट सबै यस महिनामा सबै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।	
विद्यालय र समुदाय स्वास्थ्य शिक्षा दिएको पटक:	गाउँ-घर क्लिनिक सेवा रजिस्टरको स्वास्थ्य शिक्षा तथा परामर्श सेवा खण्डबाट यस महिना दिएको स्वास्थ्य शिक्षाकोपटक गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम	

महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रमको अभिलेख महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका 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:	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा कोषमा आम्दानी भएको रकम रु :	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा कोषको लगानी रकम रु :	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा कोषबाट खर्च भएको रकम रु :	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
यस महिनामा असुल भएको रकम रु :	यो प्रतिवेदन महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका कोष अभिलेख रजिस्टरबाट उतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।

HMIS 9.3:**आधारभूतस्वास्थ्यसेवाकेन्द्रकोमासिकप्रगतिप्रतिवेदनफाराम(Basic Health Facilities Monthly Reporting Form)**

आधारभूत स्वास्थ्यसंस्था (प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्र, स्वास्थ्य चौकी, शहरी स्वास्थ्य (प्रवर्द्धन)केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य इकाई) ले आफ्नो मासिक प्रतिवेदन बनाउँदा स्वास्थ्य संस्थामा रहेका सेवा रजिष्टरहरू र समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँ-घर क्लिनिक कार्यक्रम प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट उतार गर्नुपर्दछ ।

आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूले प्रतिवेदन बनाउँदा २ प्रति तयार गरी एक प्रति आफ्नो संस्थामा, एक प्रति सम्बन्धित नगर/गाउँपालिकामा पठाउनुपर्दछ । प्रतिवेदन तयार गर्दा कार्बन पेपरको प्रयोग गर्नु हुँदैन, २ प्रतिमा नै लेख्नुपर्दछ ।

आधारभूत स्वास्थ्य सेवा केन्द्रहरूले आफ्नो मासिक प्रतिवेदन तयार गरीसकेपछि आवश्यक तथ्याङ्कहरू स्वास्थ्य संस्थाको मासिक अनुगमन पुस्तिकामा चढाउनुपर्दछ र सोका आधारमा क्षेत्र, जात/जाति अनुसारको स्वास्थ्य सेवाको पहुँच, स्वास्थ्य सेवाको गुणस्तरको अवस्थाको विश्लेषण गर्नुका साथै स्थानीय स्तरमा आवश्यक योजना तर्जुमा गर्नुपर्दछ ।

हरेक स्वास्थ्य संस्थाले मासिक प्रगति प्रतिवेदन अर्को महिनाको ५ गतेभित्र सम्बन्धित नगर/गाउँपालिकामा पुगिसक्ने गरी पठाउनुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्था स्वयंले मासिक प्रगति प्रतिवेदनहरू DHIS2 softwareमा प्रविष्टि गर्ने भए ७ गते भित्र र स्थानीय तहहरूले १५गतेभित्र सबै प्रतिवेदनहरू softwareमा प्रविष्टि गरीसक्नुपर्नेछ ।

फाराम भर्ने तरिका:

महल शिर्षक	निर्देशन
गाउँ/नगरपालिकाको नाम	प्रतिवेदन फारामको सिरमा गाउँ/नगरपालिका, स्वास्थ्य शाखा को गाडीको खाली स्थानमा स्वास्थ्य संस्था कुन स्थानीय तह मातहत हो सो स्थानीय तहको नाम लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाको नाम	प्रतिवेदन गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको नाम लेख्नुपर्दछ
Fiscal Year	चालु आ.ब. लेख्नुपर्दछ ।
Reference No.	चलानी नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
गाउँ/नगरपालिकाको नाम	प्रतिवेदन प्रेषित गरिने स्थानीय तह/ कार्यालयको नाम लेख्नुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्था कोड	Health Facility Registry बाट प्राप्त स्वास्थ्य संस्थाकोuniquecodeयस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
पालिका र वार्ड नं	स्थानमा स्वास्थ्य संस्था कुन स्थानीय तह मातहत हो सो स्थानीय तहको नाम र स्वास्थ्य संस्था रहको वार्ड को नं लेख्नुपर्दछ ।
प्रेषित मिति	प्रतिवेदन प्रेषित गरेको मितिको गते महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।
प्राप्त मिति	प्रतिवेदन प्राप्त गर्ने संस्थाले प्रतिवेदन प्राप्त गरे पछि सो प्रतिवेदन प्राप्त गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।
महिना र साल	प्रतिवेदन कुन बर्षको कुन महिनाको हो, सम्बन्धित महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।

सेवापाउनेको विवरण	निर्देशन
नयाँ सेवाग्राहीको सङ्ख्या	मूलदर्ता रजिष्टरको हरेक पानाको अन्तमानयाँ सेवाग्राही (महलनं २) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको कुल सङ्ख्या जोड गरी उमेर र लिङ्गअनुसार सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।

जम्मा सेवाग्राहीको सङ्ख्या	मूलदर्ता रजिस्टरको हरेक पानाको अन्तमाजम्मा सेवाग्राही (महलनं १) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको कुल सङ्ख्या जोड गरी उमेर र लिङ्गअनुसार सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रेषण भई आएका जम्मा सेवाग्राही	मूलदर्ता रजिस्टरको महल नं १५मा"प्रेषण भई आएको संस्थाको नाम उल्लेख भएको संख्या गणना गरी उमेर र लिङ्ग अनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
स्वास्थ्य संस्थाभित्रको निकाय	
गाउँघर क्लिनिक-संचालन हुनुपर्नेसङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदनखोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2) को "यस महिनामा सञ्चालनहुनुपर्ने"गाउँ-घर क्लिनिक (सङ्ख्या) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक सञ्चालनभएकोसङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2) को "यस महिनामा सञ्चालन/ प्रतिवेदनभएको"गाउँ-घर क्लिनिक(सङ्ख्या) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक-सेवापाएका जम्मासेवाग्राहीको सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2)को "सेवादिएको सङ्ख्या (क्लिनिकमादर्ताको आधारमा)" को जम्माको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप क्लिनिकसंचालन/ हुनुपर्ने सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँघर क्लिनिक(HMIS 9.2)को सञ्चालनहुनुपर्ने खोप क्लिनिकको सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।संचालनहुनुपर्ने केन्द्र प्रत्येक महिना बराबरी हुन्छ,यदि पुनर्योजनागरि थपघट भएमामात्र सो अनुसारको संख्याउल्लेख गर्ने ।
खोप क्लिनिक सञ्चालनभएको सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2) को "यस महिनामा सञ्चालन/ प्रतिवेदनभएको" खोप क्लिनिक (सङ्ख्या) बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप क्लिनिक-सेवापाएको जम्मासेवाग्राहीको सङ्ख्या	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2) को खोप क्लिनिकबाट सेवादिएको जम्मा सङ्ख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप सेसन सञ्चालन/ हुनुपर्ने जम्मापटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2) को "यस महिनामा सञ्चालनहुनुपर्ने"खोप सेसन (पटक)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप सेसन सञ्चालन/ भएको पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2)को "यस महिनामा सञ्चालन/ प्रतिवेदनभएको"खोप सेसन (पटक)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सरसफाई सेसन-संचालन हुनुपर्ने पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदनखोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2) को "यस महिनामा सञ्चालनहुनुपर्ने"सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सरसफाई सेसन-सञ्चालनभएको पटक	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2) को "यस महिनामा सञ्चालन/ प्रतिवेदनभएको"सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
सरसफाई सेसन-	सरसफाई सेसन बाट सेवा पाएको सेवाग्राही भन्नाले सरसफाई सेसनमा सहभागी

सेवापाएको जम्मासेवाग्राहीको सङ्ख्या	भएकाअभिभावकहरुको सङ्ख्यालाइ बुझनुपर्दछ।यो संख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)को खोप कार्यक्रम खण्डको क्रम संख्या २ मा उल्लेखित"सरसफाई सेसनमा बसेका अभिभावक संख्या" को महलबाटवा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षककोमहलमा चढाउनुपर्दछ।
म.स्वा.स्व.से-प्रतिवेदन हुनुपर्ने सङ्ख्या	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदनHMIS ९.१ को माथिल्लो खण्डमा उल्लेख गरिएको "महिलास्वास्थ्य स्वयंसेविकाको जम्मा संख्या"भन्ने महल बाटउतार गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ।
म.स्वा.स्व.से-प्रतिवेदन भएको सङ्ख्या	महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदनHMIS ९.१ को माथिल्लो खण्डमा उल्लेख गरिएको "प्रगतिविवरण पेश गरेका महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको संख्या"भन्ने महल बाटउतार गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ।
न्युनतम सेवा मापदण्ड (MSS)	
स्वास्थ्यसंस्थाकोन्युनतमसेवामापदण्डकोप्रतिवेदनबर्षकोदुइपटकभर्नुपर्दछ।जुनमहिना मापनगरिएकोहोसोहीमहिनाकोमासिकप्रतिवेदनमायसकोबिवरणभर्नुपर्दछ। प्रतिवेदनगर्नुपर्नेमहिनामायसखण्डमाड्यास(-)चिन्हलगाउनपर्दछ।	
मिति	यस महलमा स्वास्थ्य संस्था ले न्युनतम सेवा मापदण्ड मापन गरेको मिति लेख्नुपर्दछ।मिति उल्लेख गर्दा गते महिना र साल लाई क्रमबद्ध रुपमा लेख्नुपर्छ।स्वास्थ्य संस्थाले जुन महिनामा MSSमापन गरिएको हो सोही महिनामा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ।
कार्यन्वयन	मापन गरिएको न्युनतम सेवा मापदण्ड चालु आर्थिक बर्षको पहिलो वा दोस्रो कुन चरणको हो सोहीअनुसारको कोडमा गोलो घेरा लगाउनु पर्दछ।
स्कोर (%)	MSSमापन बाट प्राप्त गरेको जम्मा औशत स्कोरलाई प्रतिशतमा खुलाउनु पर्दछ।
उपलब्ध सेवाहरु	
उपलब्ध सेवाहरु	आफ्नो स्वास्थ्य संस्थामा उपलब्ध छ भने १ नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ र छैन भने २ नं कोडमाघेरा लगाउनु पर्दछ।
प्रतिवेदनतयार गर्नेको सहीनामर पद	प्रतिवेदनतयार गर्ने कर्मचारीको नाम र पद लेखीसही गर्नुपर्छ।
प्रमाणित गर्नेको सहीनामर पद	प्रतिवेदन प्रमाणित गर्ने स्वास्थ्य संस्थाको इन्चार्जको नाम, पद लेखी दस्तखत गर्नुपर्दछ।

१. खोप कार्यक्रम

समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदनफाराम(HMIS 9.2)का आधारमाखोप कार्यक्रमर सरसफाई प्रवर्द्धन कार्यक्रमको प्रगतिप्रतिवेदनतयार गर्नुपर्दछ। खोप कार्यक्रमको अभिलेख खोप रजिस्टर(HMIS 2.3)मा राखिएको हुन्छ। स्वास्थ्य संस्थाले प्रतिवेदनतयार गर्दा सम्बन्धितमहिनामा सञ्चालनभएका सबै खोप क्लिनिकहरुको प्रतिवेदन समावेश भएको निश्चित गर्नुपर्दछ। साथै उक्तमहिनामाखोप सञ्चालनकालागिप्राप्तभएको भ्याक्सिन, खर्च भएको भ्याक्सिन र फिर्ता गरेको भ्याक्सिनको विवरणसमेत अद्यावधिक गर्नुपर्दछ। प्रतिवेदनतयार गर्दा सम्बन्धित सेवा रजिस्टरमा अभिलेख गरिएको तथ्याङ्कसँग समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको प्रतिवेदन दुरुस्त भए/नभएको यकिन गर्नुपर्दछ।

संस्थागतक्लिनिकतथाअन्य संस्थाले खोप कार्यक्रमको प्रतिवेदनखोप रजिस्टरको खोप सेवा विवरण (HMIS २.२.३_१) र नियमित खोप सेवामा आफ्नो सेवा क्षेत्र भन्दा अन्यत्रबाट आएका बच्चाहरूको खोप सेवाको विवरण (HMIS २.२.३_२) बाटबाट समायोजन फाराम(HMIS 1.6)मा ट्याली गरेर मात्र यो प्रतिवेदनतयार गर्नुपर्दछ । खोपपश्चात् भएका अवाञ्छित घटना(AEFI)हरूको अभिलेख खोप रजिस्टर(HMIS 2.3) को पछाडिपट्टि राखिएको हुन्छ । यदिप्रतिवेदन गर्ने महिनामाखोपपश्चात् भएका अवाञ्छित घटनाहरू भएकाभएखोप रजिस्टरको अभिलेखबाट सम्बन्धितखोप लगाएपछि भएका घटनाको सङ्ख्या यस प्रतिवेदनमा समावेश गर्नुपर्दछ ।

महल		निर्देशन
खोप पाएका बच्चाहरूको सङ्ख्या	वी. सी. जी.	एक वर्षभन्दाभुनिकावी.सी.जी. पाएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2) बाट वा समायोजन फारामबाट यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	रोटा (पहिलो, दोस्रो)	एक वर्षभन्दाभुनिकापी.सी.भी.भ्याक्सिनको पहिलो, दोस्रो मात्रापाएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पोलियो (OPV) (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	एक वर्षभन्दाभुनिकापोलियोको पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रापाएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	एफ.आइ.पि.भी (FIPV) (पहिलो,दोस्रो)	एक वर्षभन्दाभुनिकाएफ.आइ.पि.भी को पहिलो, दोस्रो मात्रापाएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पी.सी.भी. (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	एक वर्षभन्दाभुनिकापी.सी.भी.भ्याक्सिनको पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रापाएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)को पहिलो पृष्ठबाट वा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	डी. पी. टी.-हेप वी-हिब (पहिलो, दोस्रो, तेस्रो)	एक वर्षभन्दाभुनिका डी. पी. टी./हेप वि./हिब को पहिलो, दोस्रो, तेस्रो मात्रापाएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)को पहिलो पृष्ठ बाट वा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	दादुरा/रुवेला (पहिलो, दोस्रो) (९-११, १२-२३)	पहिलो मात्रा(९-११महिनामा) र दोस्रो मात्रा(१२-२३ महिनामा)दादुरा/रुवेलाखोप पाएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)को पहिलो पृष्ठबाटवा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	जे.ई. (JE)	बाह्र १२ महिनामाजापानिज इन्सेफलाइटिस खोप पाएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)को पहिलो पृष्ठबाट वा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	टाइफाइड (TCV)	टाइफाइडखोप (TCV)पाएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाटवा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	नोट: सामान्यतया एकै समयमा लगाउनेखोपको सेवा लिएका बच्चा/गर्भवतीको संख्या बराबर हुनुपर्दछ। जस्तै: रोटा पहिलो डोज, पोलियो(OPV) पहिलो डोज, fIPV पहिलो डोज, PCV पहिलो डोज, DPT-HepB-Hib पहिलो डोज पाएका बच्चा को संख्या बराबर हुनुपर्दछ ।	
२३ महिनाभित्रमा पूर्णखोप पाएकाबच्चा संख्या	२३ महिनाभित्रमा पूर्णखोप पाएकाबच्चासंख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2) को "२३ महिना भित्र पूर्ण खोप प्राप्त गरेको बच्चा संख्या"भन्ने महलबाटवा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।	
खोप पाएका बच्चा	एच.पि.भि (HPV)	एच.पि.भि (HPV) को पहिलो,दोस्रोखोप पाएका बालिकाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर

महल		निर्देशन
	(पहिलो, दोस्रो)	स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाटवा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
खोप पाएकागर्भवती महिलाहरूको	टी.डी. (पहिलो, दोस्रो, दोस्रो+)	गर्भवतीमहिलालाई गर्भावस्थामादिइएको टी.डी. खोपको प्रतिवेदन यस भागमा गर्नुपर्दछ । टी.डी.खोपको पहिलो, दोस्रो र दोस्रोखोप पाएकागर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2) बाट वा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
२४-५९ महिना मा खोप शुरु गरेका		२४ देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेका बच्चाहरूको सङ्ख्या समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2) को "२४ महिना देखि ५९ महिना सम्म खोप शुरु गरेका बच्चा संख्या" भन्ने महलबाटवा समायोजन फाराम(HMIS 1.6) बाट यस शीर्षककोमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
AEFI Cases (सामान्य)		खोप पश्चात् कुनै सामान्य प्रकारको र स्थानिय स्तरमा नै समाधान भएको अवान्छित घटना भएमा सो को सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ । यस्ता घटना (खोप लगाए पछि अलि अलि ज्वरो आउने, सुईलगाएको ठाउमा दुख्ने, रातो हुने, गिर्खा बस्ने, विसिजी लगाएको ठाउमा अलि अलि पाक्ने आदि वा अभिभावकले भनेका अन्य सामान्य घटनाहरु) खोप रजिस्टरमा अभिलेख जनाउनु पर्दछ ।
AEFI Cases (गम्भिर)		खोप दिईए पछि कुनै गम्भिर घटना भएमा सो को सङ्ख्या समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाट वा समायोजन फाराम (HMIS 1.6) बाट यस शीर्षकको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ । खोप संग जोडिएर कुनै गम्भिर प्रकारको घटना जस्तै सो घटना भई सेवाग्राहिलाई प्रेषण गरियो, वा अस्पताल भर्ना गर्नु पर्ने वा लामो समय उपचार गर्नु पर्ने अवस्था वा मृत्यु भयो आदि भएमा खोप रजिस्टरमा अभिलेख राख्नु पर्दछ । यस्तो अवस्थामा तत्कालै AEFI प्रतिवेदन फारम अनसुचि १ भरेर पठाउनु पर्दछ साथै अनुसन्धान समेत गर्नु पर्दछ ।
<p>खोप प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता को विवरण: समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS ९.२) माखोप प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता को विवरणभायलमा उल्लेख भई प्राप्त भएको हुन्छ . तर स्वास्थ्य संस्थाबाट HMIS ९.३ मा प्रतिवेदन उतार गर्दा सम्बन्धित खोपको भायलमा भएको डोज संख्या गुणा गरेरखोप प्राप्त, खर्च तथा फिर्ता को विवरण डोजमा परिवर्तन गरीडोज संख्याउल्लेख गर्नुपर्दछ ।</p>		
यस महिनामाप्राप्तभएको खोप (डोज)	वी.सी.जी., रोटा, पोलियो, एफ.आई.पि.भि, पी.भी.सी., डी. पी. टी.-हेप वी-हिब, दादुरा-रुबेला, जे.ई., टाइफाइड, टी.डी, एच.पि.भि	यस महिनामा खोप कार्यक्रम सञ्चालनका लागि स्वास्थ्य संस्थामा प्राप्त भएको जम्मा खोपहरु समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा HMIS 2.2 मा भाएलमा उल्लेख भएको खोप भाएलमा भएको डोजले गुणा गरेर जम्मा प्राप्त डोज सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । विभिन्नखोपहरू फरक-फरक मात्राको भायलमा प्राप्त हुने हुँदा खोप प्राप्त गर्ने समयमा कुन खोप कति मात्राको भायलमा प्राप्त भएको छ, सो को यकिन गरी प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।
खर्च भएको खोप (डोज)	खोप दिनखोलेको वी.सी.जी., रोटा, पोलियो, एफ.आई.पि.भि, पी.भी.सी., डी. पी. टी.-हेप वी-हिब, दादुरा-	यस महिनामा खोप कार्यक्रम सञ्चालनका लागि प्राप्त भएको खोप मध्य खोप दिनको लागि खोलेका भायलहरुको खर्च समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)बाट वा HMIS 2.2 बाट प्राप्त भए पछि प्रत्येक भायलमा भएको खोपमात्राले भायललाई गुणा गरि खोप खर्च डोजमा सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । खर्च भएको खोप डोज भन्नाले बच्चालाई दिएको जम्मा खोप डोज र खोप दिन खोलिएको तर प्रयोग नभई खेर गएको समेत बुझनुपर्दछ ।

महल		निर्देशन
	रुवेला, जे.ई., टाइफाइड, टी.डी, एच.पि.भि	
	अन्य कारणले बिग्रेको (बी.सी.जी., डी. पी. टी.-हेप बी- हिब, पोलियो, पी.भी.सी.,रोटा, एफ.आई.पि.भि, दादुरा-रुवेला, जे.ई., टी.डी.)	प्राप्त खोप मध्य खोप दिन खोलेको भायल बाहेक कुनै कारणले खोप प्रयोग गर्न नमिल्ने भई विग्रीएमा त्यस्तो खोप भायलहरु समुदायस्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2)वाट वा वा HMIS 2.2 वाट प्राप्त भए पछि भायलमा भएको खोप मात्रा ले भायल लाई गुणा गरेर खोप खर्च डोजमा सम्बन्धित खोपको महलमा चढाउनुपर्दछ ।
फिर्ता गरेको खोप डोज		प्राप्तभएको खोपहरु मध्यप्रयोग नभई नखोलिएका तर पछि प्रयोग गर्न मिल्ने बाँकी रहेका खोपहरुको विवरण समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)वाटवा HMIS 2.2 वाट प्राप्तभए पछि भायलमाभएको खोप मात्रा ले भायललाई गुणा फिर्ता गरेको खोप(डोजमा) सम्बन्धितखोपको महलमा चढाउनुपर्दछ । प्रयोग गर्न मिल्ने (नखोलिएका)खोपहरु सुरक्षिततवरले सम्बन्धित कोल्डचेन सेन्टरमाअनिवार्य रूपमाफिर्ता गर्नुपर्दछ । यसरी फिर्ता गरेका खोपको मात्राखर्च भएको खोपमा गणना गर्नु हुँदैन ।

२. नवशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापनकार्यक्रम

स्वास्थ्य संस्थाहरुले नवशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन(IMNCI)कार्यक्रमअन्तर्गत प्रदान गरेको सेवाको अभिलेख नवजातशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापनरजिस्टर(HMIS 2.4)मा र गाउँघर क्लिनिकमाप्रदान गरेको सेवाको अभिलेख गाउँघर क्लिनिकरजिस्टर(HMIS-4.1)मा राखिएको हुन्छ । स्वास्थ्य संस्थाहरुले यस कार्यक्रमको प्रतिवेदनतयार गर्दा नवजातशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापनरजिस्टर(HMIS 2.4)मा रहेका २ महिनाभन्दाकम उमेरका शिशुहरुको अभिलेख गर्ने खण्ड र २ महिनादेखि ५९ महिनासम्म (५ वर्षभन्दामुनि) का बच्चाहरुको अभिलेख गर्ने खण्डवाट समायोजन फारामको प्रयोग गरी छुट्टाछुट्टै तयार गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्यकार्यकर्ताहरुले गाउँघर क्लिनिकमाप्रदान गरेको सेवाको प्रतिवेदन समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2) वाट सम्बन्धितमहलहरुमाउतार गर्नुपर्दछ ।

स्वास्थ्य संस्था स्तर

२ महिनाभन्दाकम उमेरको		निर्देशन
	जम्मा विरामी	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डवाट प्रतिवेदनअवधि (महिना) मा २ महिनाभन्दाकम उमेरका जम्मा विरामीशिशुको सङ्ख्यामहल नं. ४ वाट २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
वर्गीकरण सङ्ख्या	गम्भीर सङ्क्रमण	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डवाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा ब्याक्टेरियाको सम्भावितगम्भीर सङ्क्रमण (PSBI)वर्गिकरण गरिएका विरामीशिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
	निमोनिया	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डवाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मानिमोनियाको विरामीशिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
	स्थानीय सङ्क्रमण	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डवाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा ब्याक्टेरियाको स्थानीय सङ्क्रमण (LBI)वर्गिकरण

२ महिनाभन्दाकम उमेरको		निर्देशन
		गरिएका विरामीशिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
	कडा कमल पित्त (जण्डिस)	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा कडा कमलपित्त (कडा जण्डिस) वर्गिकरण गरिएका विरामीशिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
	कमतौल	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा <i>कमतौल</i> वर्गिकरण गरिएका विरामीशिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
	स्तनपान सम्बन्धी समस्या	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका महल नं. १३ मा <i>स्तनपानसम्बन्धी समस्या</i> वर्गिकरण गरिएका विरामीशिशुको सङ्ख्या २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
उपचार	एम्पिसिलिन	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका विरामी शिशुहरूमध्ये महल नं. १६ को एम्पिसिलिन बाट उपचार गरिएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
	एमोक्सिसिलिन	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका विरामी शिशुहरू मध्ये महल नं. १६ को एमोक्सिसिलिन बाट उपचार गरिएका जम्मा सङ्ख्या २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
	जेन्टामाइसिन गम्भिर संक्रमण भएका मात्र)	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका विरामी शिशुहरूमध्ये महल नं १३ मा <i>गम्भिर संक्रमण</i> 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 गणनागरीसम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। (<i>गम्भिर संक्रमण भएका बाहेक अन्यलाई जेन्टामाइसिन बाट उपचार गरिएको संख्या यस महलमा समावेश गर्नु हुँदैन</i>)
	अन्य एन्टिबायोटिक	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दा कम उमेरका विरामी शिशुहरूमध्ये महल १६ मा एमोक्सिसिलिन, एम्पिसिलिन, रजेन्टामाइसिन बाहेक अन्य एन्टिबायोटिकबाट उपचार गरेको शिशुको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ।
	रेफर	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका जम्मा विरामीशिशुहरूमध्ये महल १९ वाट उपचार क्रममा रेफर भएकाजम्मा सङ्ख्या २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
	फलोअप	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका जम्मा विरामीशिशुहरूमध्ये उपचार को क्रममाफलोअपमाआएकाजम्माशिशुहरूको सङ्ख्यामहल २० वाट गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
	मृत्यु	IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिनाभन्दाकम उमेर समूहको खण्डबाट २ महिनाभन्दाकम उमेरका जम्मा विरामीशिशुहरूमध्ये उपचारको क्रममा मृत्यु भएकोसङ्ख्या ० देखि ७ दिन, २८ दिनभन्दाकम र २९ देखि ५९ दिनसम्मको छुट्टाछुट्टै गणना

२ महिनाभन्दाकम उमेरको	निर्देशन
	गरीसम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक स्तर	
गाउँघर क्लिनिक	यस अन्तर्गतकामहलहरूमा समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS - 9.2)बाट सम्बन्धितमहलहरूमा जस्ताको तस्तै उतार गर्नुपर्दछ ।

२ महिना देखि ५९ महिना सम्मकाबच्चा (स्वास्थ्य संस्था स्तर)			
जम्मा विरामी		IMNCI Register (HMIS 2.4) को २ महिना देखि ५९ महिना सम्म उमेर समूहको खण्डबाट प्रतिवेदनअवधि (सम्बन्धितमहिना) मा स्वास्थ्य संस्थामाजँचाउनआएका २ महिना देखि ५ वर्ष उमेरका जम्मा विरामीबच्चाको सङ्ख्यामहल नं. ३ वाट बालिका र बालकको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ । यो प्रतिवेदनतयार गर्दा अनिवार्य रूपमा समायोजन फाराम(HMIS 1.6)प्रयोग गर्नुपर्दछ।	
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	श्व्वास- प्रश्वास	निमोनियानभएको रुघाखोकी	IMNCI Register (HMIS 2.4)बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाश्व्वासप्रश्वास रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये निमोनियानभएका रुघाखोकी को सङ्ख्यामहल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमालख्नुपर्दछ ।
		निमोनिया	IMNCI Register (HMIS 2.4)बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाश्व्वासप्रश्वास रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये निमोनियाभएका को सङ्ख्यामहल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमालख्नुपर्दछ ।
		कडा निमोनिया/ धेरै कडा रोग	IMNCI Register (HMIS 2.4)बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाश्व्वासप्रश्वास रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये कडा निमोनिया/धेरै कडा रोगभएका को सङ्ख्यामहल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमालख्नुपर्दछ ।
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	भाडापखाला	जलवियोजन नभएको	IMNCI Register (HMIS 2.4)बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये जलवियोजन नभएका को सङ्ख्यामहल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमालख्नुपर्दछ ।
		केही जल वियोजन भएका	IMNCI Register (HMIS 2.4)बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये केहीजलवियोजन भएका को सङ्ख्यामहल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमालख्नुपर्दछ ।
		कडा जल वियोजन	IMNCI Register (HMIS 2.4)बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका जम्मा विरामीमध्ये कडा जलवियोजन भएका को सङ्ख्यामहल नं. १७ वाट गणना गरी सो को विवरण यस महलमालख्नुपर्दछ ।
	दीर्घ भाडाखाला	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये दीर्घ भाडाखालाभएका हरूको वर्गीकरण गरिएका सङ्ख्यामहल नं. १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
	आउँ/रगत	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मका भाडापखाला रोग लागेका बच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये आउँ/रगतभएका हरूको वर्गीकरण गरिएका सङ्ख्यामहल नं. १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।	
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	फाल्सिपेरम औलो		IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरू मध्ये फाल्सिपेरम औलो(Plasmodium Falciparum, PF) भएको सङ्ख्याHMIS 2.4 को महल नं ४(कोड नं. ११ मागोलो लगाएको) आधारमामहल १७ वाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	फाल्सिपेरम नभएको औलो		IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरू

२ महिना देखि ५९ महिना सम्मकाबच्चा (स्वास्थ्य संस्था स्तर)		
		मध्ये Plasmodium Falciparum वाहेक अन्यऔलो (Plasmodium Vivex,) भएका सङ्ख्याHMIS 2.4 को महल नं ४ (कोड नं. १२ मागोलो लगाएको) आधारमामहल १७ बाट गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	धेरै कडा ज्वरोजन्य रोग/कडा जटिल औलो	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूमध्ये धेरै कडा ज्वरोजन्य रोग/कडा जटिल औलो रोग वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्यावर्गीकरण महल (महल नं. १७) बाट गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ
बच्चाको वर्गीकरण सङ्ख्या	दादुरा	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरू मध्ये मुख्यवर्गीकरणकोमहल (महल नं. १७) मादादुरा रोग वर्गीकरण गरिएकाबच्चाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	कानको समस्या	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरू मध्ये मुख्यवर्गीकरणकोमहल (महल नं. १७) माकानको समस्याभएकावर्गीकरण गरिएकाबच्चाको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	ज्वरो	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरू मध्ये मुख्यवर्गीकरणकोमहल (महल नं. १७) माज्वरो वर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणनागणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	मध्यमकुपोषण	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरू मध्ये मुख्यवर्गीकरणकोमहल (महल नं. १७) मामध्यमकुपोषणवर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	कडा कुपोषण	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरू मध्ये मुख्यवर्गीकरणकोमहल (महल नं. १७) माकडा कुपोषणवर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	रक्तअल्पता	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरू मध्ये मुख्यवर्गीकरणकोमहल (महल नं. १७) मारक्तअल्पतावर्गीकरण गरिएकाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	अन्य	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाट २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरू मध्ये मुख्यवर्गीकरणकोमहल (महल नं. १७) मामाथिउल्लेख गरिएकावर्गीकरणहरू वाहेक अन्यवर्गीकरण गरिएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
उपचार	कडा/निमोनियाभएकामध्ये	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये कडा/निमोनियावर्गीकरण गरिएकाबच्चाहरू मध्येIMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग महल (महल नं. २०) बाट एमोक्सिसिलिनबाट उपचारभएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ। कडा/निमोनियाभएकाबाहेक अन्यवच्चालाई उपचारको क्रममा एमोक्सिसिलिनप्रयोग गरिएको भएउक्त संख्या यस महलमा समावेश गर्नुहुदैन।
	निमोनियाको लागि एमोक्सिसिलिन द्वारा उपचार	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये निमोनियावर्गीकरण गरिएकाबच्चाहरू मध्येIMNCI Register (HMIS 2.4) को औषधीको प्रयोग महल (महल नं. २०) बाट एमोक्सिसिलिनबाट उपचारभएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
	ओ.आर.एस र जिङ्क चक्की	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्येIMNCI Register (HMIS 2.4)को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट ओ.आर.एस र जिङ्क चक्कीबाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।

२ महिना देखि ५९ महिना सम्मकाबच्चा (स्वास्थ्य संस्था स्तर)		
	आई भी फ्लुइड	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्येIMNCI Register (HMIS 2.4)को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट आई भी फ्लुइड बाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	जुकाको औषधी	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्येIMNCI Register (HMIS 2.4)को औषधीको प्रयोग गरिएको महल (महल २०) बाट जुकाको औषधीबाट उपचार गरिएको बच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	भिटामिन ए	२ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्येIMNCI 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	शवासप्रशवास	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाटउपचारको क्रममामाथिल्लो निकायवाअन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूमध्ये शवासप्रशवाससम्बन्धी रोगकोउपचारको लागि प्रेषण गरिएको बच्चाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
	भाडापखाला	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाटउपचारको क्रममामाथिल्लो निकायवाअन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूमध्ये भाडापखाला सम्बन्धी रोगकोउपचारको लागि प्रेषण गरिएको बच्चाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
	अन्य	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाटउपचारको क्रममामाथिल्लो निकायवाअन्य स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गरिएका २ महिनादेखि ५९ महिना सम्मकाबच्चाहरूमध्ये शवासप्रशवास र भाडापखाला सम्बन्धी रोगबाहेकअन्य रोगकोउपचारको लागि प्रेषण गरिएको बच्चाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ
फलोअप		२ महिनादेखि ५९ महिनासम्मकाबच्चाहरूको जम्मा सङ्ख्यामध्ये IMNCI Register (HMIS 2.4) को फलोअपकोमहल (महल२४-२६ को कोड) बाट उपचारको क्रममाफलोअप गरिएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
मृत्यु	कारण (शवास- प्रशवास, भाडापखाला, अन्य)	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाटउपचारको लागिआएका २ महिनादेखि ५ वर्षभन्दामुनिकाबच्चाहरूमध्ये शवासप्रशवाससम्बन्धी रोग वा भाडापखालासम्बन्धी रोग वाअन्य रोगको कारणले स्वास्थ्य संस्थामा मृत्यु भएको भएमा मृत्यु भएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
	उमेर (२ देखि ११ महिना , १२-५९ महिना)	IMNCI Register (HMIS 2.4) बाटउपचारको लागिआएका २ महिनादेखि ५ वर्षभन्दामुनिकाबच्चाहरूमध्ये २ देखि ११ महिना वा १२ देखि ५९ महिनाको उमेर समूहमास्वास्थ्य संस्थामा मृत्यु भएको भएमा मृत्यु भएकाबच्चाहरूको सङ्ख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ ।
गाउँघर क्लिनिक स्तर		
गाउँ-घर क्लिनिक		समुदायस्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन(HMIS 9.2)बाट प्रतिवेदनभएअनुसार (HMIS 9.3)को “२. नवशिशु तथाबालरोगको एकीकृत व्यवस्थापनकार्यक्रम(IMNCI)” को प्रतिवेदनमा सम्बन्धितमहलहरूमाहुबहु उतार गर्नुपर्दछ ।

३. पोषण कार्यक्रम

पोषण कार्यक्रमको अभिलेख २ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको पोषण रजिष्टर, मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिष्टर र गाउँ-घर क्लिनिक रजिष्टरमा राखिएको हुन्छ । गाउँ-घर क्लिनिक सञ्चालनभएपश्चात् उक्तक्लिनिकमा २ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको वृद्धि अनुगमन गरिएको, ६ महिना सम्म स्तनपानमात्र गराइएको र ६ महिना पछि स्तनपान साथै थपखाना सुरु गरेको विवरण स्वास्थ्य संस्थामा रहेको पोषण रजिष्टर(HMIS 2.3) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । त्यसै गरी गाउँ-घर क्लिनिकबाट गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाहरूलाई वितरण गरिएको आइरन चक्की, जुकाको औषधी तथा भिटामिन ए को विवरण स्वास्थ्य संस्थामा रहेको मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिष्टर(HMIS 3.6) मा अद्यावधिक गर्नुपर्दछ । गाउँघर क्लिनिकबाट प्रदान गरिएको पोषण कार्यक्रमसँग सम्बन्धित सेवाहरूको विवरण सम्बन्धित सेवा रजिष्टरहरूमा अद्यावधिक हुने हुँदा (HMIS 9.3) मा प्रतिवेदन तयार गर्दा समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) को प्रतिवेदन गरिएको संख्या जोड्नु हुँदैन ।

महल		निर्देशन
यस महिनामा वृद्धि अनुगमन गरिएका बच्चा संख्या		
वृद्धि अनुगमन गरिएका बालबालिकाहरूको पोषण स्थिति (नयाँ तथा दोहऱ्याई आएका)	०-११ महिना (पहिलो पटक भेट)	पोषण रजिष्टर(HMIS 2.3) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अनुसार) ० देखि ११ महिना उमेर समूहका पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	१२-२३ महिना (पहिलो पटक भेट)	पोषण रजिष्टर(HMIS 2.3) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अनुसार) वृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ । यदि बच्चा ०-११ उमेर समूहमा पहिलो पटक वृद्धि अनुगमन कालागि दर्ता भइसकेको छ भने १२-२३ महिना उमेर समूहमा दोहऱ्याई आएका महलमा लेख्नु पर्दछ । हाल सम्म कुनै पनि महिनामा वृद्धि अनुगमन कालागि आएको छैन र उसको उमेर १२-२३ महिनाभित्र पर्दछ भने मात्र उक्त महिनाको नयाँमा लेख्नु पर्दछ ।
	०-११ महिना (दोहऱ्याई आएको)	पोषण रजिष्टर(HMIS 2.3) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अनुसार) ० देखि ११ महिना उमेर समूहका दोहऱ्याई आएको (पहिलो पटक बाहेक) वृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	१२-२३ महिना (दोहऱ्याई आएको)	पोषण रजिष्टर(HMIS 2.3) बाट उमेर अनुसारको वृद्धि तथा पोषण अनुगमन अन्तरगत प्रतिवेदन गरिने महिनामा (मिति अनुसार) १२ देखि २३ महिना उमेर समूहका दोहऱ्याई आएको (पहिलो पटक बाहेक) वृद्धि अनुगमन गरिएका मध्ये सामान्य, जोखिम र अति जोखिम गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
वृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता गरीएका २३ महिना पुरा गरेका जम्मा बालबालिकाको संख्या	वृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता भएका २३ महिना माथिका बालबालिकाहरूले संख्या यकिन गर्न पोषण रजिष्टर(HMIS 2.3) को महल नं ६४ बाट वृद्धि अनुगमनका लागि तौल लिएको पटक उल्लेख भएका कोठाहरू गणना गरी बालबालिकाको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।	
वृद्धि अनुगमनका लागि दर्ता गरीएका २३ महिना पुरा गरेका बालबालिकाले तौल लिएको जम्मा पटक	पोषण रजिष्टर(HMIS 2.3) को महल नं ६४ मा उल्लेख गरीएको २३ महिना पुरा भएको बालबालिकाहरूले वृद्धि अनुगमनका लागि तौल लिएको पटकलाई जोड गरी जोडफललाई यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।	
आइरन/ जुकाको	पहिलो पटक आइरन चक्की वितरण	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा गर्भवती जाँच कालागि दर्ता भएका गर्भवती महिलाहरूलाई पहिलो पटक आइरन वितरण गरिएको महिलाहरूको सङ्ख्यामातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिष्टर(HMIS 3.6)

महल		निर्देशन
औषधीपाएकागर्भवतीमहिला	गरिएका	को आइरन वितरण महलबाट गणना गरी सम्बन्धित कोठामा चढाउनु पर्दछ ।
	१८० चक्कीआइरन पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामागर्भावस्थामा पूर्ण मात्राआइरन (१८० चक्की) पाएकागर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्यामातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6) को गर्भवतीजांच विवरणअन्तर्गतको “आइरन”महल बाट नवौं महिनाको गर्भ जाँचको समय सम्ममा १८० चक्कीआइरन पाएकागर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी लेख्नुपर्दछ । अर्थात गर्भावस्थामा १८० दिनआइरन खाएकामहिलाहरूको संख्या गणना गर्नु पर्दछ ।
	जुकाको औषधीपाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामाजुकाको औषधीवितरण गरिएको गर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्यामातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6) कागर्भवती जांच विवरण अन्तर्गतको “जुकाको औषधीवितरण” को महलबाट सम्बन्धितमहिनाको मिति गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
आइरन/भिटाभिन ए पाएका सुत्केरी महिला	४५ चक्कीआइरन पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा सुत्केरी महिलाहरूलाई आइरन वितरण गरिएको सङ्ख्यामातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6) को सुत्केरीपछिकोसेवाअन्तर्गतको“आइरनचक्की”महलमा ४५ चक्की आइरन पाएका सुत्केरी महिलाहरूको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
	भिटाभिन ए क्याप्सुल पाएका	प्रतिवेदन गर्ने महिनामा भिटाभिन ए क्याप्सुल वितरण गरिएको सुत्केरी महिलाहरूको सङ्ख्यामातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6) को भिटाभिन ए वितरणको महलबाट सम्बन्धितमहिनाको मिति का आधारमा गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
भिटाभिन ए र जुकाको औषधीपाएका ५ वर्षभन्दामुनिकाबाल-बालिकाको सङ्ख्या	भिटाभिन ए पाएका (६ देखि ११ महिना/ १२ देखि ५९ महिना) /जुकाको औषधि	वैशाख र कार्तिक महिनामा आम वितरणमा ६ देखि ५९ महिनाका बाल बालिकाहरूलाई भिटाभिन ए र १२ देखि ५९ महिनाका बाल बालिकाहरूलाई जुकाको औषधि खुवाएको प्रतिवेदन पोषण रजिस्टर(HMIS 2.3)को अन्तिम पानाको एकमुष्ट प्रतिवेदनबाट उतार गरी भिटाभिन ए को ६-११ महिना, १२-५९ महिना र जुकाको औषधि छुट्टाछुट्टै सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
जुकाको औषधीपाएका छात्रा/छात्रहरू (अर्ध वार्षिक)	छात्रा/छात्र	विद्यालय स्वास्थ्यतथापोषण कार्यक्रमअन्तर्गत लक्षित समूहकाविद्यार्थीहरूले जुकाको औषधीपाएकाको सङ्ख्यादुई वर्ष मुनिका बाल बालिकाहरूको पोषण रजिस्टर(HMIS 2.3)को अन्तिम पानाको एकमुष्ट प्रतिवेदनबाट उतार गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।

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

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनकार्यक्रमको अभिलेख शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनरजिस्टर(HMIS 2.6)मा राखिएको हुन्छ । उक्त रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी सम्बन्धितप्रतिवेदनफाराममा चढाउनुपर्दछ ।

महल		निर्देशन
गतमहिनाको अन्त सम्मकाबच्चा हरुको जम्मा	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक
नयाँ भर्ना	६ महिनामुनि	बालिका/

गत महिनाको अन्त सम्मका बच्चाहरूको जम्मा संख्या शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनरजिस्टर(HMIS - 2.6) मादर्ता भई डिस्चार्ज नगरेको विरामीहरू संख्या गणना गरी वागत महिनाको प्रतिवेदनको (HMIS 9.3/9.4/9.5) महल नं. १३ बाट यस महलमा उमेर अनुसारको महिला र पुरुषको सङ्ख्या सम्बन्धित महलहरूमा चढाउनुपर्दछ ।

महल		निर्देशन	
		बालक	रजिष्टर (HMIS - 2.6) मादरता भएकाभर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगतनयाँभर्ना कोड १ (महल ३) मागोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
पुनः भर्ना	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	प्रतिवेदनतयार गर्ने महिनामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) मादरता भएकाभर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगतपुनदरता भएको कोड २ (महल ३) मागोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
रेफर (स्थानान्तरण) भइ आएका	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	प्रतिवेदनतयार गर्ने महिनामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) मादरता भएकाभर्नाको किसिम (महल २) अन्तरगतबाहिर बाट आएको कोड ३ (महल ३) मागोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (निको भएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदनतयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगतनिको भएको कोड १ मागोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (मृत्यु भएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदनतयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत मृत्यु भएको कोड ५ मागोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (डिफल्टर भएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदनतयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत डिफल्टर भएको कोड ३ मागोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (निको नभएको)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदनतयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगतनिको नभएको कोड २ मागोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
डिस्चार्ज भएको (अस्पताल पठाएका)	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदनतयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत प्रेषण (अस्पताल) कोड ४ मागोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
स्थानान्तरण भई अन्यत्रगएका	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS - 2.6) बाट प्रतिवेदनतयार गर्ने महिनामा डिस्चार्ज भएका (महल २९) डिस्चार्ज परिमाण अन्तरगत स्थानान्तरण भई अन्यत्रगएको कोड ६ मागोलो घेरा लगाएको उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	
महिनाको अन्तमाजम्मा बच्चा	६ महिनामुनि	बालिका/ बालक	यस महिनाको अन्तमाजम्माबच्चाहरूको सङ्ख्यानिकालनप्रतिवेदनको महल ३ देखि ६ सम्म जोडी महल ७ देखि १२ सम्म घटाई आएको अंक चढाउनु पर्दछ । वा प्रतिवेदन गर्ने महिनाको अन्त्यसम्ममादरता भई उपचारमा रहेका (डिस्चार्ज हुनबाँकी रहेका) विरामीहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनु पर्दछ ।
	६ देखि ५९ महिना	बालिका/ बालक	

शिशु तथाबाल्यकालिनपोषण र बालभिता प्रबर्द्धन कार्यक्रम

महल	निर्देशन
-----	----------

उमेर समूह (६-११ महिना, १२-१७महिना, १८-२३ महिना)	पहिलो पटक/ दोस्रो पटक/ तेस्रो पटक	म.स्वा. स्व.से.	महिला सामुदायीक स्वास्थ्य स्वयं सेविका कार्यक्रम मासिक प्रगति संकलन फारम (HMIS 9.1)कोपहिलो पृष्ठको (ड) खण्डको क्रम संख्या ५६-६१ बाट एकिकृत शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण र बालभिता समुदाय प्रबर्द्धन कार्यक्रम अन्तरगत उमेर अनुसार बितरण गरेको पटकको जम्मा संख्या यस प्रतिवेदनको सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
		स्वास्थ्य संस्था	दुई बर्ष मुनिका बाल बालिकाहरुको पोषण रजिस्टर(HMIS 2.3) बाट बालभिता बितरण अन्तरगत प्रतिवेदन गर्ने महिनामा (मिति अनुसार) बितरण गरेको उमेर समूह र पटक गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।

शिशु तथा बाल्यकालीनपोषण (Infant & Young Child Feeding)

महल	निर्देशन
शिशुलाई जन्मेको ६ महिनासम्म स्तनपान मात्रै गराएका	२ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको पोषण रजिस्टर(HMIS 2.3) कोमहल २४ मा शिशुलाई ६ महिनासम्म स्तनपान मात्र गराएकोजनाउन घेरा लागेका १ नं कोडलाई प्रतिवेदन महिनाको मिति अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
समय मै थपआहार खुवाउन शुरु गरेको	२ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाको पोषण रजिस्टर(HMIS 2.3) को महल २७ मा ६ महिनापछि स्तनपानका साथै ठोस, अर्ध-ठोस र नरम खानाशुरुगरेकोजनाउन घेरा लागेका १ नं कोडलाई प्रतिवेदन महिनाको मिति अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।

Fortified Flour Distribution

महल	निर्देशन
बालबालिकाको संख्या (बालिका/ बालक)	कार्यक्रमलागू भएकाजिल्लाहरुमाFortified Flourवितरणका लागिउपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट बालिका तथा बालकको संख्या छुट्टाछुट्टै गणनागरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ।
गर्भवती महिला	कार्यक्रमलागू भएकाजिल्लाहरुमाFortified Flourवितरणका लागिउपलब्ध गराएको रजिष्टरबाट गर्भवतिमहिला गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ।
सुत्केरी महिला	कार्यक्रमलागू भएकाजिल्लाहरुमाFortified Flourवितरणका लागिउपलब्ध गराएको रजिष्टरबाटसुत्केरी महिला गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ।

किशोरी लक्षित स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम

महल	निर्देशन	
आइरन फोलिक एसिड चक्की खाएका किशोरीको संख्या	१३ हप्ता सम्म (बिद्यालय,स्वास्थ्य संस्था,म.स्वा.स्व.से)	१३ हप्ता सम्म आइरन फोलिक एसिडचक्की खाएका किशोरीहरुको संख्यापोषण रजिष्टर (HMIS 2.3) को पछाडीपट्टि रहेको "किशोरी लक्षित आइरन फोलिक एसिड वितरण अभिलेखको सारांश फाराम" बाट उतार गरी बिद्यालय, स्वास्थ्य संस्था र म.स्वा.स्व.से अनुसार छुट्टाछुट्टै प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ।
	२६ हप्ता सम्म (बिद्यालय,	२६ हप्ता सम्म आइरन फोलिक एसिडचक्की खाएका किशोरीहरुको संख्यापोषण रजिष्टर (HMIS 2.3) को पछाडीपट्टि रहेको "किशोरी लक्षित आइरन

(<20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	गर्भवतीजाँचविवरण अन्तर्गत १२ हप्ताभिन्नगर्भवती परीक्षण गराएकामहिलाहरूको संख्या गणना गरी उमेरअनुसार २० वर्षभन्दाभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दामाथिकागर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
४ पटक (१६, २०-२४, ३२ र ३६ हप्ता) (<20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6) बाट गर्भवतीजाँचविवरण अन्तर्गत साविकको प्रोटोकलअनुसार १६, २०(२४, ३१ र ३६ हप्ता गरी ४ पटक गर्भवतीजाँच गर्ने महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दाभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दामाथिकागर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रोटोकलअनुसार ८ पटक (<20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टरबाट गर्भवतीजाँचविवरणअन्तर्गत प्रोटोकलअनुसार ८ पटक जाँच पुरा गरेका महिलाहरूको सङ्ख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दाभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दामाथिकागर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रसूति सेवा	
दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट(SBATrainedANM) (<20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6)को“सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी” खण्डमा दक्ष प्रसूतिकर्मीबाट (SBA)लाई जनाउने गरी १ नं कोडमाघेरा लगाएका संख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दाभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दामाथिकागर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
दक्षस्वास्थ्यकर्मीबाट(SHP) (<20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6)को“सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी” खण्डमा दक्ष स्वास्थ्यकर्मी(SHP)लाई जनाउने गरी २नं कोडमाघेरा लगाएका संख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दाभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दामाथिकागर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
अन्य स्वास्थ्यकर्मी (<20 वर्ष, ≥ 20 वर्ष)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6)को“सुत्केरी गराउने स्वास्थ्यकर्मी” खण्डमा अन्यस्वास्थ्यकर्मी लाई जनाउने गरी ३नं कोडमाघेरा लगाएका संख्या गणना गरी उमेर अनुसार २० वर्षभन्दाभन्दा मुनि र २० वर्ष वा सोभन्दामाथिकागर्भवतीमहिलाहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
घरमा प्रसूती संख्या	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6)को“प्रसूतिको प्रकार र स्थान” खण्डमा घरमा जनाउने गरी ३नं कोडमाघेरा लगाएका संख्या गणना गरी यसमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रसूतिको किसिम	
सामान्य(Spontaneous)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6)बाटसामान्यप्रकृतिले (Spontaneous) प्रसूतिभएकामध्ये शिशु जन्मदाको अवस्थिति(Cephalic, SoulderवाBreech presentation)अनुसार आमाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
भ्याकुम/फोरसेप	भ्याकुम/फोरसेपबाट प्रकृतिले प्रसूतिभएकाआमाहरूको संख्या गणना गरीसम्बन्धितमहल(Cephalic- महल २)माचढाउनुपर्दछ ।
शल्यक्रिया	शल्यक्रियाबाट प्रसूतिभएकामध्ये शिशु जन्मदाको अवस्थिति(Cephalic, SoulderवाBreech presentation)अनुसार आमाहरूको संख्या गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
प्रसूतिको परिणाम	

आमाहरूको सङ्ख्या	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट प्रसूतिभएकाजम्मामहिलाहरूमध्ये एउटा मात्र, जुम्ल्याहा,तिम्लाहावा सोभन्दा बढी शिशु जन्माउने आमाहरूको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
जम्माजीवितजन्म	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको जीवित शिशुको लिंग, सख्या,तौल खण्डबाट जीवितजन्मभएकावशिशुहरू मध्ये एकल, जुम्लाहा र तिम्लाहावा सोभन्दा बढी जन्मने शिशुको संख्यालिङ्गअनुसार छुट्टा छुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
मृत जन्म सङ्ख्या	
Fresh	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट मृत जन्मभएकाशिशुमध्ये Freshमृत जन्मभएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
Macerated	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरबाट मृत जन्मभएकाशिशुमध्ये Macerated मृत जन्मभएको सङ्ख्या गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
स्तनपान, नाभी मलम र रक्तसंचार	
जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान गराएको शिशु को संख्या	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6)को अन्य सेवा अन्तर्गत कोड नं ४ (जन्मेको १ भन्दा भित्र स्तनपान गराएको) मा घेरा लगाएको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ
नाभिमलमलगाएकोशिशुको संख्या	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.6)को अन्य सेवा अन्तर्गत कोड नं ५ (नाभी मलमको प्रयोग) मा घेरा लगाएको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ
आमा सुरक्षाकार्यक्रम	
सुत्केरी यातायातखर्च (पाउनुपर्ने/पाएका)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.62) को सम्बन्धित महिनाबाट यातायातखर्च पाउनुपर्ने महिला र यातायातखर्च पाएकामहिलाहरूको सङ्ख्याउतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
गर्भवतीउत्प्रेरणा (पाउनुपर्ने/पाएका)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवारजिस्टर(HMIS 3.62) को सम्बन्धित महिनाबाट गर्भवतीउत्प्रेरणा रकमपाउनुपर्ने र गर्भवतीउत्प्रेरणा रकमपाएकामहिलाहरूको सङ्ख्याउतार गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
Obstetric Complications	
Obstetric Complications	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको३ वटा खण्डहरू (गर्भवती अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन, प्रसूति अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन र सुत्केरी अवस्थामा देखिएका जटिलता व्यवस्थापन) माउल्लेख भएकागर्भवति, प्रसूति र सुत्केरी अवस्थामा देखिने जटिलताहरू मध्ये प्रतिवेदन गर्ने महिनामाकुनै महिलामाउक्त जटिलता देखिएको अभिलेख गरिएको भए जटिलता अनुसारमहिलाको संख्या, प्रेषण गरीएको संख्या र मृत्यु भएको भए मृत्युको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा लेख्नुपर्दछ।
अत्याधिक रक्तश्राव व्यवस्थापन	
रगत दिएको [गर्भवती अवस्था (APH)]	मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) को गर्भवती जांच विवरण खण्डमा रगत दिएको मात्राजनाएकोकोठाहरू गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ।
रगत दिएको (प्रसव अवस्था)	मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) को प्रसूति सेवा खण्डको अन्य सेवा मा रगत दिएको मात्राजनाएकोकोठाहरू गणना गरी यस महलमा

	लेखनुपर्दछ।
रगत दिएको [सुत्केरीअवस्था (PPH)]	मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) को सुत्केरी पछिको सेवा खण्डमा रगत दिएको मात्राजनाएकोकोठाहरु गणना गरी यस महलमा लेखनुपर्दछ।
जन्मतौल	
सामान्य	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्थाअन्तर्गत जम्माजीवितजन्ममध्ये सामान्यजन्मतौल (२५०० ग्रामवा बढी) भएकाशिशुको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी जम्मासंख्याको महलमा लेखनुपर्दछ । जन्मतौल सामान्यभएकाशिशुहरु मध्ये निसास्सिएको (Asphyxiated), संक्रमण भएको रविकलाङ्ग भएका रहेछन् भने त्यस्ताशिशुको संख्यालाई major,minorर otherअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
कमतौल	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्थाअन्तर्गत जम्माजीवितजन्ममध्ये जन्मतौल “कम” (१५०० ग्राम देखि २५०० ग्रामभन्दाकम) भएकाशिशुको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी जम्माको महलमा लेखनुपर्दछ । जन्मतौल “कम”भएकाशिशुहरु मध्ये निसास्सिएको (Asphyxiated), संक्रमण भएको रविकलाङ्ग भएका रहेछन् भने त्यस्ताशिशुको संख्यालाई major, minorर otherअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
धेरै कमतौल	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको नवशिशु जन्मदाको अवस्थाअन्तर्गत जम्माजीवितजन्ममध्ये जन्मतौल “धेरै कम” (१५०० ग्रामभन्दाकम) भएकाशिशुको जम्मा सङ्ख्या गणना गरी जम्माको महलमा लेखनुपर्दछ । जन्मतौल “धेरै कम”भएकाशिशुहरु मध्ये निसास्सिएको (Asphyxiated), संक्रमण भएको रविकलाङ्ग भएका रहेछन् भने त्यस्ताशिशुको संख्यालाई major, minorर otherअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
सुत्केरी तथा नवजात शिशु जाँच	
पहिलो पटक (२४ घण्टामा)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको “सुत्केरी पछिको सेवा” खण्डमा उल्लेख भएका जाँच पटक मध्ये जन्मेको २४ घण्टामा भन्ने लहरको सुत्केरी जाँचमा मिति उल्लेख भएका र नवाशिशु जाँचमा १ नं कोड घेरा लागेका संख्या लाई प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार समायोजन फाराममा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सुत्केरी जाँच र नवजात शिशु जाँचको संख्या सम्बन्धित महलमा लेखनु पर्दछ ।
घरमा २ पटक (दोस्रो र तेस्रो पटक)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको “सुत्केरी पछिको सेवा” खण्डमा उल्लेख भएका जाँच पटक मध्ये जन्मेको ३ दिनमा र जन्मेको ७-१४ दिन भित्र गरी २ पटकघरमै जाँच गराउने सुत्केरी र नवजात शिशु को संख्या लाई प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार समायोजन फाराममा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखनु पर्दछ
३ पटक (२४ घण्टामा , ३ दिनमा र ७-१४ दिन भित्र)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको “सुत्केरी पछिको सेवा” खण्डमा उल्लेख भएका जाँच पटक मध्ये जन्मेको २४ घण्टामा , जन्मेको ३ दिनमा र जन्मेको ७-१४ दिन भित्र गरी ३ पटकजाँच गराउने सुत्केरी र नवजात शिशु को संख्या प्रोटोकल अनुसार ३ पटकभन्ने लहर बाट उतार गरी प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ (दोस्रो र तेस्रो पटकको जाँच स्वास्थ्य संस्था वा घर जहाँसुकै भएको भए पनि यस

	महलमा गणना गर्नुपर्दछ।
४ पटक (२४ घण्टामा, ३ दिनमा, ७ देखि १४ दिन भित्र र ४२ दिन)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको “सुत्केरी पछिको सेवा” खण्डमा उल्लेख भएका जांच पटक मध्ये जन्मेको २४ घण्टामा , जन्मेको ३ दिनमा, जन्मेको ७-१४ दिन भित्र र जन्मेको ४२ दिनमा गरी ४ पटकजांच गराउने सुत्केरी र नवजात शिशु को संख्या प्रोटोकल अनुसार ४ पटकभन्ने लहर बाट उतार गरी प्रसूति भएको स्थान (स्वास्थ्य संस्था वा घरमा भएको प्रसूति) अनुसार सम्बन्धित महलमा छुट्टाछुट्टै लेख्नुपर्दछ। दोस्रो र तेस्रो पटकको जांच स्वास्थ्य संस्था वा घर जहाँसुकै भएको भए पनि यस महलमा गणना गर्नुपर्दछ।
मातृ तथा नवजात शिशु मृत्यु	
स्पष्टिकरण: मातृमृत्यु गणनालाई व्यवस्थितगर्न गर्भवती, प्रसूति तथा सुत्केरीपछिको सेवालिन आएका मध्ये कुनै आमाको मृत्यु स्वास्थ्य संस्था बाहिर भएमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेवकसंग सोधपुछ/सुनिश्चित गरी अद्यावधिक गर्नु पर्दछ। साथै सुत्केरी पछिको घरभेटका क्रममा पनि मृत्युको अद्यावधिक गर्नु पर्दछ। गर्भवती, प्रसूति तथा सुत्केरी कुनै पनि सेवा लिन नआएका आमाहरू मध्ये कुनैको तोकिएको अवधिमा मृत्यु भएमा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयम सेवकसंग वा स्थानीयतहसंग समन्वय गरी मृत्युको विवरण अद्यावधिक गर्नु पर्दछ।	
मातृ मृत्यु संख्या (स्वास्थ्य संस्था) (नोट: स्वास्थ्य संस्था मा भएको मातृ मृत्युसंख्या र complection wise death बराबर हुनु पर्दछ)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको मातृ मृत्यु मिति, अवस्था, स्थान र कारण लहर मा रहेको स्वास्थ्य संस्थामा अवस्था(गर्भवती, प्रसव वा सुत्केरी)अनुसारमातृ मृत्युको संख्याछुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ।
नवजात शिशु मृत्यु(स्वास्थ्य संस्था)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको नवजात शिशु मृत्यु लहर मा रहेको मिति (गते महिना र साल) सोही रजिष्टरको प्रसूति सेवा खण्ड प्रसूति मिति र समय महलमा उल्लेखित मितिको आधारमा मृत्युको अवधि गणना गरी ०-७ दिन भए महल ५ मा र ८-२८ दिन भए महल ६ मा चढाउनु पर्दछ।
मातृ मृत्यु (स्वास्थ्य संस्थाबाहेक)	मातृ तथानवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिस्टरको मातृ मृत्यु मिति र कारण खण्डको लहर मा रहेको स्थान भन्ने महलमा स्वास्थ्य संस्थाबाहेक अन्य स्थान (जस्तै बाटो, समुदाय, घर) भन्ने उल्लेख भएको भए सो को संख्यालाईआमाको मृत्यु गर्भवती, प्रसव वा सुत्केरी कुनअवस्थामाभएको हो, सोहीअनुसार छुट्टा छुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ।
सुरक्षितगर्भपतन सेवा	
सेवापाएकाजम्मा महिला (<२० वर्ष र≥२० वर्ष)	सुरक्षितगर्भपतन सेवा रजिस्टर(HMIS 3.7)को महल नं. १७अनुसार जांचको बेला १२ हप्ता सम्म वा १२ हप्ता माथि कुन गर्भ अवधि हो र महल नं १८ अन्तर्गतको प्रक्रिया कोडअनुसार Medical Abortion वाSurgical Abortionकुनकिसिमको गर्भपतन सेवाहो, समायोजन फाराममा छुट्टाछुट्टै गणना गरी २० वर्षभन्दामुनि र २० वर्ष वा सो भन्दामाथिको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ।
गर्भपतन सेवापश्चात् प.नि. साधनअपनाएका	सुरक्षितगर्भपतन सेवा रजिस्टर(HMIS 3.7)को महल नं. ३१अन्तर्गतको अपनाएको प.नि. साधन को कोड अनुसार गर्भपतन सेवापश्चात् सेवाग्राहीलाई कन्डम, पिल्स, डिपा/सायना प्रेसप्रयोग गरेको भए छोटो अवधिको र आई.यु.सी.डी., इम्प्लान्ट र बन्ध्याकरण गराएको भएलामो अवधिको MedicalवाSurgicalजुन प्रक्रियाबाट सेवादिइएको हो, सो गणना गरी गर्भको अवधि (१२ हप्ता सम्म वा १२ हप्ता माथि) अनुसार छुटाएर सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ।

गर्भपतनका कारण भएको जटिलता	सुरक्षितगर्भपतन सेवा रजिस्टर(HMIS 3.7)को महल नं.२०-२३ मा गर्भपतका कारण जटिलता सुनिश्चित भएको (गोलो घेरा लागेको) महिलाहरुको संख्या गाना गरि यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
PACसेवापाएका(Induced/Spontaneous)	सुरक्षितगर्भपतन सेवा रजिस्टरको PACसेवाग्राहीअन्तर्गतमहल नं २६ को १ नं कोडमा घेरा लागेकाहरुको संख्यालाईInducedमा र महल नं २७ को २ नं कोडमा घेरा लागेकाहरुको संख्यालाईSpontaneous मा गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ।

८. परिवार नियोजन कार्यक्रम

परिवार नियोजन कार्यक्रमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा रहेको पिल्स, गर्भ निरोधक सुई सेवारजिस्टर(HMIS 3.2), आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्टसेवारजिस्टर(HMIS 3.3)रवन्ध्याकरण सेवारजिस्टर(HMIS 3.4)बाटट्याली सिटमा उतार गरी तयार गर्नुपर्दछ।गाउँ-घरक्लिनिकबाटकन्डम वितरण गरेको बाहेक परिवार नियोजनकाअन्य सेवाको अभिलेख स्वास्थ्यसंस्थामा रहेको सम्बन्धित रजिस्टरमाअद्यावधिकहुने हुनाले गाउँ-घरक्लिनिकबाटदिइएको पिल्स र गर्भनिरोधक सुईको सेवा यस प्रतिवेदनमा जोड्नु हुँदैन।

अस्थायी साधन	
नयाँप्रयोगकर्ता	पिल्स, आकस्मिकचक्की, डिपो, सायना प्रेसको हकमापिल्स, गर्भ निरोधक सुई रजिस्टरको नयाँप्रयोगकर्ताको सङ्ख्या २० वर्ष मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दामाथिको उमेर समूहअनुसार गणना गरि प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ। आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमाआई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिस्टरको नयाँप्रयोगकर्ताको सङ्ख्या २० वर्ष मुनि र २० वर्ष वा सो भन्दामाथिको उमेर समूहअनुसार गणना गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ।
हालअपनाइरहेका	पिल्स, डिपो, सायना प्रेसको हकमा, परिवार नियोजनको अस्थायी साधन(पिल्सतथा गर्भनिरोधक सुई) सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2)बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाकाप्रत्येक पानाको अन्तमाउल्लेख गरिएकाजम्माहालअपनाइरहेका प्रयोगकर्ताको सङ्ख्या समायोजन गरी प्रतिवेदनफारामको हालअपनाइरहेको सङ्ख्याको महलमाउतार गर्नुपर्दछ। आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमाआई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवारजिस्टर(HMIS 3.3) बाट रजिस्टरको महल नं. १८, १९,२० माउल्लेख भएको साधनप्रभावकारी रहने अन्तिममिति र साधनभिकिएको विवरण अन्तर्गत महल २८, २९, ३०मा साधनभिकेको मितिउल्लेख गरेको आधारमाप्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँप्रयोगकर्ता, पुनःप्रयोगकर्ता र साधननभिकेका सबै सेवाग्राहीहरुको संख्या गणना गरी प्रतिवेदनको हालप्रयोगकर्ताको महलमा चढाउनुपर्दछ।
सेवा नियमित नभएका	पिल्स, डिपो र सायना प्रेसको हकमापरिवार नियोजनको अस्थायी साधन(पिल्सतथा गर्भनिरोधक सुई) सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2)बाटप्रतिवेदन गर्ने महिनाको प्रत्येक पानाको अन्तमाउल्लेख गरिएकाजम्माDiscontinued सङ्ख्या समायोजन गरी प्रतिवेदनफारामको सेवा नियमित नभएका महलमाउतार गर्नुपर्दछ। आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टको हकमाआई.यु.सी.डी./इम्प्लान्टसेवा रजिस्टरबाटप्रतिवेदन गर्ने महिनाको साधनभिकेको र अन्य संस्थामा साधनभिकेको जानकारी प्राप्तभएको संख्या गणना गरी चढाउनुपर्दछ।
साधनवितरण	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँ-घर क्लिनिककार्यक्रम(HMIS 9.2) बाट कन्डम वितरण गरेको सङ्ख्या र स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवाग्राहीलाई वितरण गरेको कन्डमको सङ्ख्या जोडी प्रतिवेदनको कन्डम वितरण गरेको महलमाप्रतिवेदन चढाउनुपर्दछ।

	<p>पिल्स र गर्भ निरोधक सुई (डिपो, सायना प्रेस) को हकमापरिवार नियोजनको अस्थायी साधन(पिल्सतथा गर्भनिरोधक सुई) सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2)बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको प्रत्येक पानाको अन्तमाउल्लेख गरिएकासाधन खर्च समायोजन गरी प्रतिवेदनफारामको साधनवितरण महलमाउतार गर्नुपर्दछ ।आकस्मिक चक्कीको हकमा पिल्सतथा गर्भनिरोधक सुई सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2) को पछाडी रहेको आकस्मिक चक्की रजिष्टरको पाना बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामावितरण गरिएको जम्मा डोज संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।</p> <p>आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्टका हकमाआई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा रजिष्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामानयाँतथापुनःप्रयोगकर्ताको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
बन्ध्याकरण	
नयाँप्रयोगकर्ता	<p>परिवार नियोजन स्थायी (बन्ध्याकरण) सेवा रजिष्टर(HMIS 3.4) को महल नं ६ बाट बन्ध्याकरण सेवाप्रदान गर्ने निकाय सरकारी वा गैह्र सरकारी र सेवा संचालनको महल नं. ७ र ८ बाट संस्थागतवाशिविरबाट बन्ध्याकरण सेवापाएका सेवाग्राहीहरुको संख्या छुट्टाछुट्टै गणना गरी महिला/पुरुष को सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।</p> <p>स्थायीबन्ध्याकरण सेवा शुरु गरेका नयाँ सेवाग्राहीहरुलाई १३ वर्षसम्म निरन्तर रुपमा सो सेवाको लगातार प्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गरिने हुँदाबन्ध्याकरण सेवाप्राप्त गर्ने सेवाग्राहीहरुको अभिलेख सुरक्षित रुपमा राख्नुपर्दछ ।</p>
हालअपनाइरहेका	<p>प्रतिवेदनमहिनामा स्थायीबन्ध्याकरण सेवापाएकानयाँप्रयोगकर्ता (महिला/पुरुष) र गतमहिनासम्मका स्थायीबन्ध्याकरण प्रयोगकर्ताहरुको संख्या गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ । विगत १३ वर्षदेखि स्थायीबन्ध्याकरण गरेका सेवाग्राहीलाई सो सेवाको हालप्रयोगकर्ताको रुपमा गणना गर्नुपर्दछ ।</p>
सुत्केरी पश्चात् प.नि. साधनअपनाएका	
सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र	<p>प्रतिवेदनमहिनामाआई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा शुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राहीमध्ये आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवारजिष्टर(HMIS 3.3) को साधनप्रयोग गर्दाको अवस्थाअन्तर्गत महल नं. १५ मागोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टाभित्र प.नि. सेवालिका) आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टका नयाँ सेवाग्राहीहरुको सङ्ख्या र बन्ध्याकरण सेवारजिष्टर(HMIS 3.4) बाट ट्युबेक्टोमी गरिएका सेवाग्राहीहरुको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>
सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष सम्म	<p>प्रतिवेदनमहिनामापिल्स/गर्भ निरोधक सुई (डिपो, सायना प्रेस) सेवा सुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राहीमध्ये परिवार नियोजनको अस्थायी साधन(पिल्स, आकस्मिक चक्की, डिपो, सायना प्रेस) सेवा रजिष्टर (HMIS 3.2)को साधन राख्दाको अवस्थाअन्तर्गत महल नं १६(सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष भित्र) मागोलो लगाएका प.नि. सेवालिका सेवा गणना गरि प्रतिवेदनको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।</p> <p>त्यसैगरि, आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवा शुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राहीमध्ये आई.यु.सी.डी./इम्प्लान्ट सेवारजिष्टर(HMIS 3.3) को साधन राख्दाको अवस्थाअन्तर्गत महल नं. १५ मागोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष भित्र) आई.यु.सी.डी. र इम्प्लान्टका नयाँ सेवाग्राहीहरुको सङ्ख्या र बन्ध्याकरण सेवारजिष्टर(HMIS 3.4) बाट साधन राख्दाको अवस्थाअन्तर्गत महल नं. १८ मागोलो घेरा लगाएका (सुत्केरी भएको ४८ घण्टा देखि १ वर्ष भित्र)ट्युबेक्टोमी गरिएका सेवाग्राहीहरुको सङ्ख्या गणना गरी प्रतिवेदनको सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।</p>

९. प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता सेवा

प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य कार्यक्रमको प्रतिवेदन स्वास्थ्य संस्थामा रहेको प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) बाट ट्याली सिटमा उतारेर तयार गर्नुपर्दछ।

पाठेघरको मुखको क्यान्सर	
३०-४९ बर्षको- Screened	प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8)को पाठेघरको मुखको क्यान्सर खण्डको स्क्रिनिङ बिधि (महल नं १५-१७) बाट Screening गरेको ३०-४९ बर्षको महिलाहरूको संख्या स्क्रिनिङ बिधि अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
३०-४९ बर्षको - Positive	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening गरेको ३०-४९ बर्षको महिलाहरूको संख्या मध्ये Positive आएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न १८ बाट समायोजन फाराम मा उतार गरेर बिधि अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
५० बर्ष भन्दा माथी- Screened	प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8)को पाठेघरको मुखको क्यान्सर खण्डको स्क्रिनिङ बिधि (महल नं १५-१७) बाट Screening गरेको ५० बर्ष भन्दा माथिको बर्षको महिलाहरूको संख्या स्क्रिनिङ बिधि अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
५० बर्ष भन्दा माथी- Positive	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening गरेको गरेको ५० बर्ष भन्दा माथिको महिलाहरूको संख्या मध्ये Positive आएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न १८ बाट समायोजन फाराम मा उतार गरेर बिधि अनुसार (HPV DNA, VIA, , PAP and others) छुट्टाछुट्टै गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
Ablative Treatment गराएको (संख्यामा)	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening मा Positive आएका मध्ये Ablative Treatment (Thermocoagulation/Cyotherapy) बाट उपचार पाएका महिलाहरूको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न २२ बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
Colposcopy (संख्यामा)	पाठेघरको मुखको क्यान्सरको Screening मा Positive आएका मध्ये Colposcopy गराएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टरको महल न २१ बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
स्तन क्यान्सर	
Screened	प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं २५-२७ बाट स्तन क्यान्सरको Screening गरेको महिलाहरूको संख्यालाई समायोजन फाराममा उतारेर उमेर अनुसार (<40, 40-70 yrs, >70 yrs) गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
Suspected	स्तन क्यान्सरको Screening गरेको महिलाहरू मध्ये Susspicious (suspected breast lumps) महिलाहरूको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं २९ बाट समायोजन फाराममा उतारेर उमेर अनुसार (<40, 40-70 yrs, >70 yrs) गणना गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ।
आङ्ग खस्ने समस्या	
Screened	प्रजनन रूग्णता सेवा रजिष्टरमा आङ्ग खस्ने समस्या Screening गरीएको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ३१ देखि ३५ मध्ये कुनै एक मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा Screening गरीएको महिलाहरूको गणना गर्नुपर्दछ।
Prolapse पत्ता लागेको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्या Screening गरी Prolapse पत्ता लागेको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ३२ मा गोलो घेरा लागेका संख्याका आधारमा Stage 1 वा 2, महल नं ३३ मा लागेका घेराका आधारमा Stage 3 र महल नं ३४ मा लागेका गोलो घेराका आधारमा prolapse को Stage 4 मा भएका महिलाहरूको संख्या यकिन गरी प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ।
Ring Pessary लगाईएको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्या पहिचान गरी Ring Pessary लगाईएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8)को महल नं ३७ बाट गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
प्रेषण गरेको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्या पहिचान गरी थप उपचारका लागि प्रेषण गरीएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8)को महल नं ४० बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
शल्यक्रिया गरेको संख्या	आङ्ग खस्ने समस्याको शल्यक्रिया गरीएको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8)को महल नं ३८ र ३९ बाट गणना गरी यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
अब्स्ट्रैटिक फिस्टुला	

Screened	प्रजनन रूग्णता सेवा रजिष्टरमा अब्सटेट्रिक फिस्टुला Screening गरीएको महिलाहरूको संख्या यस महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ४१ वा ४२ कुनै मध्ये एक मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा Screening गरीएको महिलाहरूकोगणना गर्नुपर्दछ।
Suspected	प्रजनन रूग्णता सेवा रजिष्टरमा अब्सटेट्रिक फिस्टुला Screening गरीएको महिलाहरू मध्ये अब्सटेट्रिक फिस्टुला suspect गरीएको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ४२ मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा fistulasuspectभएका महिलाहरूकोगणना गर्नुपर्दछ।
Referred	अब्सटेट्रिक फिस्टुला suspect गरीएको संख्या मध्ये प्रेषण (refer) गरीएको महिलाहरूको संख्या प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) महल नं ४८ बाट गणना गरीयहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ।
शल्यक्रिया	अब्सटेट्रिक फिस्टुलाको शल्यक्रिया गरीएको महिलाहरूको संख्या यहाँ उल्लेख गर्नुपर्दछ। यसका लागि प्रजनन रूग्णता स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.8) को महल नं ४३देखि ४७ मध्ये कुनै एक मा लागेको घेराको संख्याका आधारमा शल्यक्रियागरीएको महिलाहरूकोगणना गर्नुपर्दछ।

१०. गाउँघर क्लिनिक र समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रम

यस कार्यक्रम अन्तर्गतका विभिन्न सेवासंग सम्बन्धित सूचनाहरू गाउँघर क्लिनिक सेवा रजिष्टर (HMIS ४.१) मा अभिलेख गरीएको हुन्छ। सोहि रजिष्टरबाट समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम प्रतिवेदन (HMIS ९.२) मा प्रतिवेदन गरीएका सूचनाहरू मध्ये आवश्यक प्रतिवेदन सम्बन्धित महलमा हुबहु उतार गर्नुपर्दछ।

११. औलो निवारणकार्यक्रम

औलो कार्यक्रमको प्रतिवेदन औलो, कालाजार, प्रयोगशाला परीक्षण रजिष्टर (HMIS-5.2) र औलो उपचार रजिष्टर (HMIS-5.3), समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन (HMIS 9.2) तथा समुदायिक औलो स्वास्थ्यकर्मीहरूद्वारा उपलब्धनमूना संकलन संख्यालाई समावेश गरी तयार गर्नुपर्दछ।

रक्तनमुना सङ्कलन (ए.सी.डी., पी.सी.डी.)		औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशालारजिष्टर (HMIS 5.2) को स्रोत अन्तर्गत ए. सी. डी. (स्वास्थ्यकर्मी घरदैलौमा नै पुगी रक्तनमुना सङ्कलन गरेको) महल (महल नं १७) बाट ए.सी.डी. र पी.सी.डी. (स्वास्थ्य संस्थामा नै रक्तनमुना सङ्कलन गरेको) महल (महल नं १८) बाट गणना गरी प्रतिवेदन फारामको सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। साथै समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन HMIS 9.2 मा भएको रक्त तथा समुदायिक औलो स्वास्थ्यकर्मीहरूद्वारा उपलब्धनमूना संकलन संख्यालाई समेत जोडी सम्बन्धित महलमा राख्नु पर्दछ।
परीक्षण तथानतिजा		
परीक्षण	Microscopy बाट मात्र	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशालारजिष्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा कोड १ लेखिएको सङ्ख्यामात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनु पर्दछ।
	RDTs बाट मात्र	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशालारजिष्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा कोड २ लेखिएको सङ्ख्यामात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
	Microscopy rRDT दुबैबाट	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशालारजिष्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा औलो रोग परीक्षणका लागि माइक्रोस्कोप र आर.डी.टि दुवै गरिएको भएमात्र यस कोड ३ लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
पोजिटिभ	Microscopy बाट मात्र	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशालारजिष्टर (HMIS 5.2) को महल १४ कोड १ लेखिएका बाट महल १८ को परीक्षण नतिजामा Positive (पोजिटिभ) लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
	RDTs बाट मात्र	औलो, कुष्ठ र कालाजारको प्रयोगशालारजिष्टर (HMIS 5.2) को महल १४ मा कोड २ लेखिएका बाट महल १८ को परीक्षण नतिजामा Positive

	(पोजिटिभ)लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Microscopy र RDT दुबैबाट	औलो, कुष्ठरोग र कालाजारको प्रयोगशालारजिस्टर(HMIS 5.2) को महल १४ मा कोड ३ लेखिएकावाट महल १८ को परिक्षण नतिजामा Positive (पोजिटिभ)लेखिएको सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

उपचार	
औलोको उपचार पाएकाविरामीको संख्या	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3)को महल नं २८-३० मा उल्लेख भएको उपचार शुरु मितिको आधारमा उपचार पाएका बिरामीको संख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
उपचार पाएकामध्ये गर्भवतीको संख्या	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3)को महल नं २८-३० मा उपचार शुरु मितिउल्लेख भएका मध्ये बाट महल नं १९ मा १ नं कोड लेखिएका बिरामीको संख्या मात्र गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

गर्भवतीमहिलालाई वितरित कीटनाशक भूलको संख्या	औलो सुक्ष्म स्तरीकरणले जोखिम देखाएका वडा तथा त्यससंग सिमाना जोडिएका क्षेत्रहरुमाबसोबास गर्ने गर्भवतीमहिलाहरुलाई त्यस क्षेत्रमा रहेको सरकारी स्वास्थ्य संस्थाद्वारा गर्भपरिक्षणका (पहिलो जाँचमा) बखत त्यस महिनाभरि उपलब्ध गराईएको कीटनाशक भूलको संख्यालाई जोडी यस महलमा राख्नु पर्दछ ।
---	---

औलोको प्रकार	यो प्रतिवेदनतयार गर्न औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को महल ९ र १० को उमेर (महिला, पुरुष), औलोको किसिममहल ३१ र वर्गीकरण महल ३२ बाट तयार गरिन्छ ।	
PV (पी.भी.)	स्थानीय	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) मापी.भी.(कोड १) र वर्गीकरण (महल ३२) मा स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दामुनि र ५ वा ५ वर्ष माथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ । <i>नोट स्थानीयऔलो रोगीभन्नाले नेपाल राज्यभित्र संक्रमितपोजेटिभ रोगीलाई बुझिन्छ ।</i>
	आयातित	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) मापी.भी.(कोड १) र वर्गीकरण (महल ३२) माआयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दामुनि र ५ वा ५ वर्ष माथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ । <i>नोट सामान्यतःनेपाल राज्यभन्दावाहिरवाट आएकामानिसहरुमा १ महिनाभित्रज्वरो आई जाँचगर्दा औलो पोजेटिभ देखिएमाआयातित मानिन्छ ।</i>
RelapsePV	स्थानीय	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) माRelapse (कोड ४) र वर्गीकरण (महल ३२) मा स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दामुनि र ५ वा ५ वर्ष माथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) माRelapse (कोड ४) र वर्गीकरण (महल ३२) माआयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेरअनुसार ५ वर्षभन्दामुनि र ५ वा ५ वर्ष माथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ
PF(पी.एफ.)	स्थानीय	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३१) मापी.एफ.(कोड २) र वर्गीकरणमा (महल ३२) स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दामुनि र ५ वा ५ वर्षमाथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।

	आयातित	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) मापी.एफ.(कोड २) र वर्गीकरणमा (महल ३२) आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेर अनुसार ५ वर्षभन्दाभन्दाभन्दा र ५ वा ५ वर्षमाथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
Plasmodium Mixed (PV+PF) (पी.मिक्स)	स्थानीय	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) मापी.मिक्स (कोड ३) र वर्गीकरणमा (महल ३२) स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेरअनुसार ५ वर्षभन्दाभन्दाभन्दा र ५ वा ५ वर्षमाथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) मापी.मिक्स (कोड ३) र वर्गीकरणमा (महल ३२) आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेरअनुसार ५ वर्षभन्दाभन्दाभन्दा र ५ वा ५ वर्षमाथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
Others (Ovale, Malariae, Knowlesi, etc.) अन्य	स्थानीय	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) माअन्य (कोड ५) र वर्गीकरणमा (महल ३२) स्थानीय (कोड १) भएको गणना गरी उमेरअनुसार ५ वर्षभन्दाभन्दाभन्दा र ५ वा ५ वर्षमाथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
	आयातित	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को औलोको किसिम (महल ३२) माअन्य (कोड ५) र वर्गीकरणमा (महल ३२) आयातित (कोड २) भएको गणना गरी उमेरअनुसार ५ वर्षभन्दाभन्दाभन्दा र ५ वा ५ वर्षमाथिकामहिला, पुरुष छुट्याई सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
औलो विरामीको जम्मा संख्या	निश्चितगरिएको सामान्यऔलो विरामीको सङ्ख्या	औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3)बाट परीक्षण पश्चात् मलेरिया निश्चितगरिएको सामान्यऔलो विरामीको सङ्ख्या लिङ्ग तथा उमेर समूहअनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।यसका लागि HMIS५.३ रजिष्टरको ३३ देखि ३५ सम्मको महलमा उपचार निश्चित गरीएको व्यक्ति गणना गरी सामान्य औलो विरामीको संख्यासुनिश्चित गर्नुपर्दछ ।
	निश्चित गरिएको सिक्किस्त औलो विरामीको सङ्ख्या	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएकासिक्किस्त औलो विरामीको जम्मा सङ्ख्या उमेर समूह र लिङ्गअनुसार औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को महल ५२ मासुनिश्चितगरिएको विरामीको सङ्ख्या लिङ्ग तथा उमेर समूहअनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
मृत्यु संख्या	पि.भि.	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएकाऔलो विरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को महल ३१ बाट औलोको किसिमनयाँपि.भीतथाRelapse, छुट्याई स्वदेशीभएमहल ५३ र विदेशीभएमहल ५४ को मृत्यु सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पि .एफ	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएकाऔलो विरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को महल ३१ बाट औलोको किसिमपि.एफ., छुट्याई स्वदेशीभएमहल ५३ र विदेशीभएमहल ५४ को मृत्यु सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	पि.मिक्स	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएकाऔलो विरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को महल ३१ बाट औलोको किसिमपि.मिक्स., छुट्याई स्वदेशीभएमहल ५३ र विदेशीभएमहल ५४ को मृत्यु सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
	अन्य	प्रयोगशाला परीक्षणबाट निश्चित भएकाऔलो विरामी मृत्यु भएमा त्यसको सङ्ख्या औलो तथाकालाजार रोगको उपचार रजिस्टर(HMIS 5.3) को महल ३१ बाट औलोको किसिमअन्य छुट्याई स्वदेशीभएमहल ५३ र विदेशीभएमहल ५४ को मृत्यु सङ्ख्या गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

१२. कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रम

कालाजार नियन्त्रण कार्यक्रमको प्रतिवेदन कुष्ठ, औलो, कालाजार, प्रयोगशाला परिक्षण रजिष्टर (HMIS-5.2), औलो बर्गिकरण तथा उपचार रजिष्टर (HMIS 5.3), र गाउँघर क्लिनिक रजिष्टर (HMIS-4.1), बाट संकलन गरी तयार गर्नुपर्दछ।

सूचक/महल	निर्देशन
Age/Sex (उमेर/लिंग)	उपचार रजिष्टर HMIS-5.3 बाट ५ वर्ष भन्दा मुनि र ५ वर्ष भन्दा माथि उमेर समूह छुट्ट्याई लिंग अनुसार स्वदेशी भए जिल्ला भित्रको वा बाहिरको र बिदेशीको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
निदानको तरिका	उपचार रजिष्टर HMIS-5.3 बाट RK39, BM, SPवा अन्य कसरी निदान गरीएको हो स्वदेशी भए जिल्ला भित्रको वा बाहिरको र बिदेशीको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
उपचार	उपचार रजिष्टर HMIS-5.3 बाट उपचार गरीएको संख्या LiposomalAmphotericinB/Miltefosineभए L,A/Mको महलमा वा अन्य औषधि बाट भएको भए अन्य महलमा स्वदेशी (जिल्ला भित्रको वा बाहिरको) र बिदेशी बिरामीको छुट्टाछुट्टै गणना गरी चढाउनु पर्दछ।
मृत्यु	उपचार रजिष्टर HMIS-5.3 बाट मृत्यु भएको संख्या लिङ अनुसार छुट्ट्याएर स्वदेशी (जिल्ला भित्रको वा बाहिरको) र बिदेशी बिरामीको छुट्टाछुट्टै गणना गरी चढाउनु पर्दछ।

१३. कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम

कुष्ठरोग प्रतिवेदनतयार गर्न कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (HMIS-5.5), कुष्ठरोग परिक्षण रउपचार कार्ड(HMIS-5.4) र औलो, क्षय कुष्ठ, कालाजार र एच.आई.भि. एड्स रोगको प्रयोगशाला रजिष्टर (HMIS-5.2) हेर्नु पर्दछ। क्र.स. १३.१ को (गतमहिनाको अन्तमाजम्मा बिरामी) चढाउँदा प्रतिवेदन गर्ने भन्दा अघिल्लो महिनाको प्रतिवेदनको-महिनाको अन्त्यमाजम्मा बिरामी (सि.नं. १३.१४) को महलबाट ल्याई उक्त सख्या चढाउनु पर्दछ।

सूचक/महल		निर्देशन
एम.बी र पी. बी.		मासिकप्रतिवेदननिकाल्दा एम्.बी. र पी.बी. बिरामीको महिला र पुरुषको जम्मा संख्या छुट्टाछुट्टै निकालीजुन-जुनमहलको निकालिएको हो, सोहीमहलमा लेख्नु पर्दछ।
१३.१	गतमहिनाको अन्तमाजम्मा बिरामीको संख्या	अघिल्लो महिनाको प्रतिवेदनHMIS१.३को महिनाको अन्तमाजम्मा बिरामीको संख्या भन्नेमहलमा भए अनुसार एम.बि. र पि. बि. बिरामीको संख्यालाई लिङ्ग (पुरुष/ महिला) अनुसारउतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
१३.२	कहिल्यै पनिदरता नगरेका नयाँ बिरामी(New Cases)	कहिल्यै पनिपहिले दरता नगरेकानयाँ बिरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट रजिष्टरमाथपभएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. १ गणना गरी बिरामीहरूको संख्या चढाउनु पर्दछ।
१३.३	पुनः रोग बल्झिएका बिरामी(Relapsed Cases)	पुनःरोग बल्झिएका बिरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमाथपभएकातरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. ४ गणना गरी बिरामीहरूको संख्या चढाउनु पर्दछ।
१३.४	फेरि उपचार सुरु गरेका बिरामी(Restarter)	फेरि उपचार सुरु गरेका बिरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमाथपभएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. ३ गणना गरी

		विरामीहरूको जम्मा संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.५	स्थानान्तरण भई आएका विरामीको (Transferred In)	स्थानान्तरण भई आएका विरामीको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमाथपभएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. २ गणना गरी विरामीहरूको संख्या चढाउनुपर्दछ ।
१३.६	अन्य थप भएका विरामी (Other addition)	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरबाट उपचार रजिष्टरमाथपभएको तरिकाको महल (महल १२) बाट कोड नं. ५ गणना गरी माथि उल्लेखित भन्दा अन्य कुनैकारणजस्तैclassification changeआदि कारणले थप भएको विरामीको संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.७	जम्मा विरामी संख्या	१३.१ देखि १३.६ सम्मको कुलजम्माविरामी संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.८	यस महिनामाउपचार लिनआएकाजम्मा विरामीहरूको संख्या	कुलजम्मा विरामीमध्ये यस महिनामाउपचार लिएका विरामीहरूको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (HMIS 5.5)महल १६ देखि २७ मध्येप्रतिवेदन गरीने महिनाको महलबाटगणना गरीलेख्नुपर्दछ ।
१३.९	निर्देशनअनुसार उपचार पूरा गरेका	उपचार लिइरहेका विरामीहरूमध्ये यस महिनामानिर्देशनअनुसार उपचार पूरा गरेका विरामीहरूको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महल(महल ३३)को RFTजनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.१०	स्थानान्तरण भई अन्यत्रगएका विरामीहरू	यस स्वास्थ्य संस्थामादर्ता भई उपचार गराइरहेका कुष्ठरोगका विरामीअर्को स्वास्थ्य संस्थामाउपचार लिनको लागि स्थानान्तर भई गएका विरामीहरूको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महलको T Out जनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.११	फलोअप नभएका विरामीहरू	उपचार गराइरहेका कुष्ठरोगका विरामीबीचैमाउपचार छोडेमावा स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्कमानभएकाको संख्या कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरणमहल (महल ३३) को LFजनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.१२	अन्य घटाइएकाविरामीहरू	अन्य घटाइएको विवरण कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको रोगी घटाएको विवरण महल(महल ३३) को ODजनाएको संख्या गणना गरी लेख्नु पर्दछ ।
१३.१३	जम्मा घटाइएको विरामी संख्या	१३.९ देखि १३.१२ सम्मको घटाइएका कुलजम्माविरामी संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.१४	महिनाको अन्तमाजम्मा विरामी संख्या	यस महलमा अधिल्लो महिनाको अन्तमा रहेका जम्मा विरामी संख्या, यस महिनामाथपिएका विरामी संख्या(New patient+Relapse+Re-starter+Transfer-in+Other addition) विरामीहरूको कुलजम्मा (१३.७) बाट जम्मा घटाइएका (१३.१३) (RFT+Transferout+Lost to follow up+Other deduction) विरामीहरू घटाई आउने संख्या लेख्नुपर्दछ ।

१३.१५	नयाँविरामी ५.२ मध्ये ०-१४ वर्षका विरामीको संख्या	नयाँ विरामीहरू (१३.२) मध्ये ०-१४ वर्षका विरामीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३.१६	महिनाको अन्तमा ०-१४ वर्षका विरामीको जम्मा संख्या	महिनाको अन्तमा रहेका जम्मा विरामीहरूमध्ये ०-१४ वर्षका विरामीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३.१७	नयाँ विरामी (१३.२) मध्ये स्मेयर जाँच गर्नेको संख्या	यस महिनामाथपिएकानयाँ विरामीहरूमध्ये स्मेयर जाँच गरेका विरामीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
१३.१८	नयाँ विरामीहरूमा स्मेयर जाँचको मध्ये कीटाणु देखिएको संख्या	नयाँ स्मेयर जाँचेका विरामीमध्ये कीटाणु देखिएकाजम्मा विरामीहरूको संख्या यस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
१३.१९	लेप्रा रियाक्सन	उपचारको समयमा रियाक्सननिदानभएकाविरामीमध्ये Type 1वाType 2 र Neuritisको संख्याकुष्ठरोग उपचार रजिष्टर HMIS ५.५ कोमहल १३ र १४ बाटउतारी लेख्नु पर्दछ ।
१३.२०	अल्सर देखा परेका विरामीको संख्या	कुष्ठरोगको बिरामीमानिदानकोबेला वा उपचारको अवधि वा त्यस पश्चात कुनै पनि भागमा घाउ देखिएमा ulcer को बिरामीको संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.२१	सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने Indexविरामीको संख्या	कुष्ठरोगका बिरामी मध्ये यस महिनाकतिजना विरामीको सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने हो , सो संख्या चढाउनु पर्दछ। सो संख्याactive case detectionनिर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्ने छ ।
१३.२२	सम्पर्क परिक्षण भएकाIndexविरामीको संख्या	कुष्ठरोगका बिरामी मध्ये यस महिना जम्मा कति जना बिरामीको सम्पर्क परिक्षण भएको हो ,सो संख्या चढाउनु पर्दछ ।
१३.२३	सम्पर्कपरिक्षणगर्नुपर्नेव्यक्ति(contacts) कोसंख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परिक्षण गर्नुपर्ने परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ । सो संख्याactive case detection/ LPEPनिर्देशिका अनुसार निर्धारण गर्नु पर्ने छ ।
१३.२४	सम्पर्कपरिक्षणगरीएकाव्यक्ति(contacts) कोसंख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आएका मध्ये सम्पर्क परिक्षण गरीएका परिवार तथा छिमेकी सदस्यको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.२५	सम्पर्कपरिक्षणबाटपत्तालागेकोनयाँबिरामीकोसंख्या	कुष्ठरोगको बिरामीको सम्पर्कमा आई सम्पर्क परिक्षण गरीएका परिवार तथा छिमेकी सदस्य मध्ये नयाँ बिरामी पत्ता लागेको संख्या लेख्नु पर्दछ ।
१३.२६	विदेशीनयाँविरामी संख्या	नेपाल बाहेक अन्य देशका नयाँ बिरामीले उपचार सेवालिको भएमागणना गरी चढाउनु पर्दछ।
असमर्थताको श्रेणी		
नयाँविरामीहरूको संख्या	श्रेणी ०/ श्रेणी १/ श्रेणी २/ नजाँचेको	नयाँ विरामीहरू मध्ये असमर्थताक्रम ०, १ वा २ श्रेणी वानजाँचेका विरामीको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ । यसको महल २,३,४ र ५ जोडदा कुल नयाँ बिरामी (१३.२) संग बराबर हुनुपर्दछ।
०-१४ वर्षका	श्रेणी ०/ श्रेणी १/ श्रेणी २/ नजाँचेको	नयाँ विरामीहरू मध्ये ०-१४ वर्ष उमेरका

नयाँविरामीको संख्या		असर्मथताक्रम ०,१ वा २ श्रेणी वानजाँचेका विरामीको संख्या गणना गरी यस महलमा लेख्नुपर्दछ। यसको महल २,३,४ र ५ जोडदा ०-१४ बर्षका नयाँ विरामीको संख्या (१३.१५) संग बराबर हुनुपर्दछ।
कोहर्ट प्रतिवेदन		
नयाँदरता गरिएका विरामी, जम्मा RFT भएका, जम्मा lost to follow up , अन्य घटाइएका, हाल उपचारमा रहेका विरामी	एम.वी. विरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन	१८ महिना अगाडि रजिष्टरमानयाँदरता भएकाजम्मा विरामीहरूनयाँ दरतामालेखे । तिमध्ये कतिजनानिर्देशनअनुसार उपचारबाट मुक्तभए?कतिजनाउपचार बीचमा नै छोडी डिफल्टर भए?कतिजनाअन्य घटाइए र कतिजनाअभैँ उपचारमा रहेका छन्? सो उपचार रजिष्टरबाट संख्यानिकाली सोहीमहलमा चढाउनु पर्दछ । जस्तै: २०७७ सालश्रावण महिनामादरता भएका विरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन २०७८ साल माघ महिनाको प्रतिवेदनमानिकाल्नु पर्दछ ।
	पी.वी. विरामीको कोहर्ट प्रतिवेदन	९ महिनाअगाडि रजिष्टरमानयाँदरताभएकाजम्मा विरामीहरूनयाँ दरतामालेखे।तिमध्ये कतिजनानिर्देशनअनुसार उपचारबाट मुक्तभए?कतिजनाउपचार बीचमा नै छोडी Loss to Follow Up भए?कतिजनाअन्य घटाइए र कतिजनाअभैँ उपचारमा रहेका छन्? सोसंख्याउपचार रजिष्टरबाट संख्यानिकाली सोहीमहलमा चढाउनु पर्दछ ।

क्र.स	विवरण	एम.वी	पी.वी	जम्मा
१	MB को १८ महिना अगाडी र पी.वी.को ९ महिना अगाडी नयाँदरता विरामी संख्या			
२	उपचारबाट मुक्त: संख्या र प्रतिशत	..... (.... Û)	..... (.... Û)	..... (.... Û)
३	फलोअप नभएका विरामीको : संख्या र प्रतिशत	..... (.... Û)	..... (.... Û)	..... (.... Û)
४	अभैँ उपचारमा रहेका :संख्या र प्रतिशत	..... (.... Û)	..... (.... Û)	..... (.... Û)
५	अन्य : संख्या र प्रतिशत	..... (.... Û)	..... (.... Û)	..... (.... Û)

१४. पुनर्स्थापना सेवा

पुनर्स्थापना सेवाको मासिक प्रतिवेदन पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टर (HMIS५.६)रजिष्टर बाट संकलित सूचनाको आधारमा तयार गर्नुपर्दछ।

सूचक	महल	निर्देशन
पुनर्स्थापना सेवालिकानयाँ, पुरानो र विदेशीव्यक्तिहरुको संख्या	सेवाग्राहीको संख्या	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ, पुरानो र विदेशी सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ । नयाँविरामीको संख्या गणना गर्दा विदेशीविरामीको संख्या समेत जोडेर जनाउनुपर्दछ ।
पुनर्स्थापना सेवापाएकाजातजाति संख्या	जातजाति	पुनर्स्थापना सेवा रजिष्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटका जातजाति(दलित, जनजाति, मधेशी, मुस्लिम,

		चढाउनुपर्दछ ।
अन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण भई आएकाव्यक्तिहरुको संख्या	प्रेषण भई आएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर अन्य संस्था/व्यक्तिबाट प्रेषण भई आएको संख्याकुनप्रकारको अस्पताल/स्वास्थ्य चौकी/केन्द्र/व्यक्तिहो छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
अन्य संस्था/व्यक्तितर्फ प्रेषण गरिएकाव्यक्तिहरुको संख्या	प्रेषण गरिएको	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर अन्य संस्था/व्यक्तितर प्रेषण गरिएको संख्याकुनप्रकारको अस्पताल/स्वास्थ्य चौकी/केन्द्र/व्यक्तिहो छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
जम्माभर्ना भएको सेवाग्राही संख्या	भर्ना भएको जम्मा संख्या	पुनर्स्थापना सेवालिनआउने उद्देश्यले भर्ना हुने सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटमा गणना गरी जम्मा सेवाग्राहीको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
जम्मा डिस्चार्ज भएको सेवाग्राही संख्या	डिस्चार्जभएको जम्मा संख्या	पुनर्स्थापना सेवालिनआउने उद्देश्यले भर्ना भइ पुनर्स्थापना सेवा पुरा गरी डिस्चार्ज भएको सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटमा गणना गरी डिस्चार्जभएको जम्मा सेवाग्राहीको संख्या सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।
सेवापाएको दिनअनुसार सेवाग्राहीको संख्या	सेवापाएको दिन	पुनर्स्थापना सेवा रजिस्टरको नयाँ र पुरानो दुवै सेवाग्राहीको संख्या ट्याली सिटको प्रयोग गरेर सेवापाएको दिनअनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ ।

१५. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम

क्षयरोग निदान तथा उपचार सेवाको प्रतिवेदन मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराम (HMIS 9.3) मार्फत एकीकृत स्वास्थ्य व्यवस्थापन प्रणालीमा मासिक रूपमा गर्नु पर्दछ। स्वास्थ्य संस्था(उपचार केन्द्र)ले क्षयरोग निदान तथा उपचार पश्चात सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टर, स्वास्थ्य संस्था को हकमा क्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)र स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको, औषधी प्रतिरोधी क्षयरोग उपचार रजिष्टर, सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टर, क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर आदिमा अभिलेख गरिएको क्षयरोग सेवाको तथ्यांक ट्याली सीट मार्फत एकीकृत गरी मासिक प्रगति प्रतिवेदन फाराममा चढाउनु पर्दछ।

खण्ड १ दर्ता वर्गिकरण:

Case Registration (1)												
Type of TB	New		Relapse		TAF*		TALF**		OPT***		UPTH****	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pulmonary (BC)												
Pulmonary (CD)												
Extra Pulmonary												

Case Registration_Pulmonary (BC)_New:

स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण नया (New) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महल मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १५ को New बिरामीको सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Case Registration_Pulmonary (BC) Relapse:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Relapse हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महल मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १६ को Relapse बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ४ र ५ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Case Registration_Pulmonary (BC) TAF:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Treatment after Failure (TAF) हो भने जम्मा सङ्ख्या यस महलमा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १७ को TAF बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ६ र ७ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Case Registration_Pulmonary (BC) TALF:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Treatment after Loss to Followup (TALF) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महल मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १८ को TALF बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ८ र ९ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Case Registration_Pulmonary (BC) OPT:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Other Previously Treated (OPT) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महल मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष अनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्ट्रको महल नं. १९ को OPT बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं १० र ११ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Case Registration_Pulmonary (BC) UPTH:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Unknown Previous Treatment History (UPTH) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस महल मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्ट्रको महल नं. २० को UPTH बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं १२ र १३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Case Registration_Pulmonary (CD):स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PCD छानि, माथि उल्लेख भएको Case Registration_Pulmonary (BC) भर्ने तरिकाअनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं. १३ PCD क्षयरोगका बिरामी अनुसार माथि उल्लेख भएको Case Registration_Pulmonary (BC) भर्ने तरिका अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ।

Case Registration_ExtraPulmonary:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम EP छानि, माथि उल्लेख भएका] Case Registration_Pulmonary (BC) भर्ने तरिकाअनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं. १४ EP क्षयरोगका बिरामी अनुसार माथि उल्लेख भएको Case Registration_Pulmonary (BC) भर्ने तरिका अनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डका सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ।

खण्ड २ प्रेषण

Referred_PBC_Self:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC र Referred “Self” भएकोजम्मा सङ्ख्या एस महल लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्ट्रको महल नं. ७ को Self महलको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ मा चढाउनु पर्दछ।

Referred (2)				
Type of TB	Self	Private Sector	Community	Contact Investigation
1	2	3	4	5
Pulmonary (BC)				
Pulmonary (CD)				
Extra Pulmonary				

Referred_PBC_Private:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC र Referred “Private Sector” भएकोजम्मा सङ्ख्या एस महल लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्ट्रको महल नं. ८ को Private sector महलको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ३ चढाउनु पर्दछ।

Referred_PBC_Community:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC र Referred “Community” भएकोजम्मा सङ्ख्या एस महल लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्ट्रको महल नं. ९ को Community महलको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं ४ मा चढाउनु पर्दछ।

Referred_PBC_Contact_Investigation:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC र Referred “Contact Investigation” भएकोजम्मा सङ्ख्या एस महल लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १० को Contact Investigation महलको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल न ५ मा चढाउनु पर्दछ।

Referred_PCD_Self, Referred_PCD_Private, Referred_PCD_Communtiy: माथि PBC बिरामीको प्रतिवेदन तयार गरे अनुसार गर्नु पर्दछ।

Referred_EP_Self,Referred_EP_Private, Referred_EP_Communtiy:माथि PBC बिरामीको प्रतिवेदन तयार गरे अनुसार गर्नु पर्दछ।

Referred_PCD_Contact_Investigation&Referred_EP_Contact_Investigation : माथि PBC बिरामीको प्रतिवेदन तयार गरे अनुसार गर्नु पर्दछ।

खण्ड ३ उमेर समूह

Age Group_New(All):स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC, PCD, EP रदता बर्गिकरण New भएकोजम्मा सङ्ख्या लाई उमेर अनुसार छुट्टाछुट्टै

Type of TB	Age group (3)															
	0-4 Yrs		5-14 Yrs		15-24 Yrs		25-34 Yrs		35-44 Yrs		45-54 Yrs		55-64yrs		65 > Yrs	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
New (All)																
Relapse (All)																
Other (All)																

खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्ममहिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष र उमेरअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं. १२ PBC महल नं. १३ PCD र महल नं. १४ EP क्षयरोगका बिरामीको सङ्ख्या सोही रजिष्टरको महल नं. १५ New को जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं. २ देखी १७ सम्मका महलमा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Age Group_Relapse(All):स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC, PCD, EP रदता बर्गिकरण Relapse भएकोजम्मा सङ्ख्या लाई उमेर अनुसार छुट्टाछुट्टै खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष र उमेर अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं. १२ PBC महल नं. १३ PCD र महल नं १४ EP क्षयरोगका बिरामीको सङ्ख्या सोही रजिष्टरको महल नं. १६ Relapse को जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्मका महलमा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Age Group_Others(All): स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC, PCD, EP रदता बर्गिकरण अन्य (TAF, TALF, OPT, UPTH) भएकोजम्मा सङ्ख्या लाई उमेर अनुसार छुट्टाछुट्टै खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुष र उमेर अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं. १२ PBC महल नं. १३ PCD र महल नं १४ EP क्षयरोगका बिरामीको सङ्ख्या सोही रजिष्टरको महल नं. १७, १८, १९ र २० को जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं. २ देखि १७ सम्मका महलमा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

खण्ड ४ सम्पर्क परीक्षण र क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार

Index TB Cases	Contact Investigation and TB Preventive Therapy (4)						
	No. family Members		Members Investigated		Diagnosed with TB	Eligible for TBPT	Enrolled on TBPT
	Child	Adult	Child	Adult			
1	2	3	4	5	6	7	8

Contact Investigation and TPT_ Index_TB_Cases:

सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको Detail of Index Case भागको SN महलको जम्मा जोड सङ्ख्या यस खण्डको महल १ लेख्नु पर्दछ।

Contact Investigation and TPT_ No of Family Members:

सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको Detail of Index Cases भागको No of Family Members बाट बालबालिका र वयस्क अनुसारको जम्मा परिवार सदस्य सङ्ख्या यस खण्डको महल २ र ३ मा बालबालिका र वयस्क अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Contact Investigation and TPT_ No of Family Members _Investigated:सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको No of Family Members _Investigated अन्तर्गत महल नं. २ महिला र महल नं. ३ पुरुष अनुसार पूरा गरेका उमेरका आधारमा बालबालिका तथा वयस्कको सङ्ख्या सम्भावित क्षयरोगभएकोरखकार संकलन गरी परीक्षण गर्न पठाएको (महल ६को कोड न. १) वाबिरामीलाई सिधै परीक्षण गर्न पठाएकाहरुको (महल ७ को कोड न. २) का आधारमागणना गरी यस खण्डको महल ४ र ५ मा बालबालिका र वयस्क अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Contact Investigation and TPT_ Diagnosed_with TB:सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं. २ महिला र महल नं. ३ पुरुषको जम्मा सङ्ख्याअनुसार र सोही रजिष्टरको अन्तर्गत महल नं. ९ अनुसारको सङ्ख्या गणना गरी यस खण्डको महल ६ मा लेख्नु पर्दछ।

Contact Investigation and TPT_ Eligible for TPT:सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं. २ महिला र महल नं. ३ पुरुषको जम्मा सङ्ख्याअनुसार र सोही रजिष्टरको अन्तर्गत महल १२ अनुसारको सङ्ख्या गणना गरी यस खण्डको महल ७ मा लेख्नु पर्दछ।

Contact Investigation and TPT_ Enrolled on TPT:सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं. २ महिला र महल नं. ३ पुरुषको जम्मा सङ्ख्याअनुसार र सोही रजिष्टरको अन्तर्गत महल १३ अनुसारको सङ्ख्या गणना गरी यस खण्डको महल ८ मा लेख्नु पर्दछ।

खण्ड ५ उपचार रेजिमन

नोट: Regimen अध्यावधिक गर्दा Transfer In बिरामीको पनि गणना गर्नु पर्दछ।

Treatment Regimen (5)								
Age Group	2HRZE+ 4HR		2 HRZE + 7 HRE		6HRZE		6 HRZE+ Lfx	
	F	M	F	M	F	M	F	M
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Child (0-14)								
Adults (>14)								

Treatment Regimen_Age Group_Child_2HRZE+4HR:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार प्रयोग गरिएकोउपचार Regimen महलको Childबक्स १ र३ मागोलो -○_ सङ्केतर महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.१ / २ मामहिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं. २१ Child समूहको महल नं. २३ 2HRZE+4HR को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment Regimen_Age Group_Child_ 2HRZE+7HRE:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार प्रयोग गरिएकोउपचार Regimen महलको Childबक्स २मागोलो -○_ सङ्केतर महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.४ र ५ मामहिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं. २१

Child समूहको महल नं. २४ 2HRZE+7HRE को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ र ५ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment Regimen_AgeGroup_Child_ 6HRZE:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार प्रयोग गरिएकोउपचार Regimen महलको Childबक्स ५ र६ मागोलो -○_ सङ्केतर महिलापुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.६ / ७ मामहिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं.४ महिला र महल नं.५ पुरुषअनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं.२१ Child समूहको महल नं.२५ 6HRZE को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ र ७ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment Regimen_AgeGroup_Child_ 6HRZE+Lfx:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार प्रयोग गरिएकोउपचार Regimen महलको Childबक्स ४ मागोलो -○_ सङ्केतर महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.८ र ९मामहिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरको]] महल नं. ४ महिला र महल नं.५ पुरुषअनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं.२१ Child समूहको महल नं.२६ 6HRZE+Lfx को सङ्ख्या यस खण्डको महल ८ र ९ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment Regimen_AgeGroup_Adult:स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार प्रयोग गरिएकोउपचार Regimen महलको Adultबक्स मागोलो -○_ सङ्केतर महिला पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या माथि Treatment Regimen_AgeGroup_Childभर्ने तरिकाअनुसारभर्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं.५ पुरुष अनुसार र सोही रजिष्टरको महल नं. २२ Adult समूहको सङ्ख्या माथि Treatment Regimen_AgeGroup_Childभर्ने तरिकाअनुसार महिला र पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डको सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्छ ।

खण्ड ६ औषधी प्रभावकारिता परीक्षण

DST of TB Patient_Xpert MTB/RIF_New : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारउपचारका लागि नया बर्गिकरण मा दर्ता भएका बिरामीहरूको DST Statusअन्तर्गत Xpert MTB/RIF को महल Yes भएकोजम्मा सङ्ख्यालाई गणना गरी एस खण्ड को महल २ मा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं १५ Registration Catatory_Newअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४२ DST During Diagnosis/ treatemt_Xpert MTB/RIF को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ लेख्नु पर्दछ।

DST of TB Patient (6)		
TB Cases	Xpert	LPA
1	2	3
New		
Re-teat		

DST of TB Patient_Xpert MTB/RIF_Re-treat. : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारउपचारका लागि Re-treatment (Relapse, TAF, TALF, OPT, UPTH) बर्गिकरण मा दर्ता भएका बिरामीहरूको DST Statusअन्तर्गत Xpert MTB/RIF को महल Yes भएकोजम्मा सङ्ख्यालाई गणना गरी एस खण्ड को महल २ मा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं १६ Registration Catatory_Relapse, महल नं १७ Registration Catatory_TAF, महल नं १८ Registration Catatory_TALF, महल नं १९ Registration Catatory_OPTमहल नं २० Registration Catatory_UPTHअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४२ DST During Diagnosis/ treatemt_Xpert MTB/RIF को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ।

DST of TB Patient_LPA_New : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारउपचारका लागि नया बर्गिकरण मा दर्ता भएका बिरामीहरूको DST Statusअन्तर्गत LPA को महल Yes भएकोजम्मा सङ्ख्यालाई गणना

गरी एस खण्ड को महल ३ मा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं १५ Registration Catatory_Newअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४३ DST During Diagnosis/ treatemt_LPAको सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ लेख्नु पर्दछ।

DST of TB Patient_LPA _Re-treat. : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारउपचारका लागि Re-treatment (Relapse, TAF, TALE, OPT, UPTH) बर्गिकरण मा दर्ता भएका बिरामीहरुको DST Statusअन्तर्गत LPA को महल Yes भएकोजम्मा सङ्ख्यालाई गणना गरी एस खण्ड को महल ३ मा लेख्नुपर्छ । स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं १६ Registration Catatory_Relapse, महल नं १७ Registration Catatory_TAF, महल नं १८ Registration Catatory_TALE, महल नं १९ Registration Catatory_OPTरमहल नं २० Registration Catatory_UPTHअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४३ DST During Diagnosis/ treatemt_LPA को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा लेख्नु पर्दछ।

खण्ड ७ सम्भावित क्षयरोगका बिरामी

Presumptive TB Cases: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं.५ महिलाको र महल नं.६ पुरुषको सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Sex	Presumptive TB cases	Presumptive TB (7)					
		Screened by		Diagnosed		Enrolled	
		X-ray	Symptoms	DS TB	DR TB	DS TB	DR TB
1	2	3	4	5	6	7	8
Female							
Male							

Presumptive TB_Screenedby_X-ray:

सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं Screened by X-ray को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB_Screenedby_Symptoms: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं Screened by Symptoms को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB_Diagnosed_DS TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार रजिष्टरको महल नं Diagnosed DS TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB Diagnosed DR TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल न + Diagnosed DR TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB_Enrolled_DS TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं.५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल न + Enrolled DS TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ७ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Presumptive TB_Enrolled_DR TB: सम्भावित क्षयरोग दर्ता रजिष्टरको महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं Enrolled DR TB को सङ्ख्या यस खण्डको महल ८ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

खण्ड ८ खकार परीक्षण (माइक्रोस्कोपी)

नोट: योखण्डमाइक्रोस्कोपीसेवा उपलब्ध भएकासंस्थाहरुले मात्रै भर्नुपर्दछ।

Sex	Sputum Smear Examination by Microscopy (8)	
	No. of Presumptive TB Examined (Person)	
	Positive	Negative
1	2	3
Female		
Male		

Sputum Smear Examination by Microscopy_Positive:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(माइक्रोस्कोपी) को महल नं ५ महिला र महल नं ६ पुरुष र सोही रजिष्टरको महल न १४ Purpose of Test _Diagnosis अनुसार सोही रजिष्टरको महल १६ Slide A Result र महल १७ Slide B result बाट आएको Positive को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

थप व्याखा: Slide A र Slide B दुवैको] Result Positive भएमा वा Slide A र Slide B मध्ये कुनै एकको] Result Positive भएमा Positive अभिलेख गर्नु पर्दछ।

Sputum Smear Exam. by Microscopy_Negative:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(माइक्रोस्कोपी)को महल नं ५ महिला र महल नं ६ पुरुष र सोही रजिष्टरको महल न १४ Purpose of Test _Diagnosis अनुसार सोही रजिष्टरको महल १६ Slide A Result र महल १७ Slide B result बाट आएको Negative को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

थप व्याखा: Slide A र Slide B दुवैको] Result Negative भएमा Negative अभिलेख गर्नु पर्दछ।

खण्ड ९ खकार परीक्षण - Xpert MTB/RIF

नोट: योखण्ड GeneXpert सेवा उपलब्ध भएका SITES हरुले मात्रै भर्नु पर्दछ छ।

Xpert MTB/RIF test result_ Mycobacterium tuberculosis (MTB)_Detected:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार महल नं. २३ MTB Detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Xpert MTB/RIF test result (9)							
Sex	Mycobacterium Tuberculosis (MTB)			Rifampicin Resistance			
	Detected	Not Detected	Error/ No result/ Invalid	Detected	Not Detected	Indeterminate	
	1	2	3	4	5	6	7
Female							
Male							

Xpert MTB/RIF test result_MTB_Not detected:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार महल नं. २४ MTB not Detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Xpert MTB/RIF test result_MTB_Error/ Invalid/no result:

क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार महल नं. २५ Invalid/No result र महल नं. २६ Error को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Xpert MTB/RIF test result_RifampicinResistance_Detected: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार महल नं २७ Detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Xpert MTB/RIF test result_Rifampicin Resistance_ Not detected: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(Xpert MTB/RIF & MTB/XDR) को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार महल नं. २८ Not detected को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Xpert MTB/RIF test result_RifampicinResistance_Indeterminate: क्षयरोग प्रयोगशाला रजिष्टर(Xpert MTB/RIF & MTB/XDR)को महल नं. ५ महिला र महल नं. ६ पुरुषअनुसार महल नं. २९ Indeterminate सङ्ख्या यस खण्डको महल ७ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

खण्ड १० टी वी एच आई भी

TB HIV Status_ Positive : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार Status of Retro Test result महलमा Positive भए, महिलारपुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.२मामहिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं २८ Positive को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

TB HIV Status (10)				
Sex	HIV Test Result of TB Patient		TB HIV Patients on	
	Positive	Negative	ART	CPT
1	2	3	4	5
Female				
Male				

TB HIV Status_ Negative : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार Status of Retro Test result महलमा Negative भए, महिलारपुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.३मामहिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं २९ Negative को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

TB HIV Status_ Patient on ART : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार ART Start महलमानं.२ Yes भए, महिलारपुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.४मामहिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ३१ ART- Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

TB HIV Status_ Patient on CPT : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार CPT Start महलमानं.२ Yes भए, महिलारपुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाइएस खण्डको महल नं.५मामहिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ३३ CPT- Yes को सङ्ख्या यस खण्डको महल ५मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

खण्ड ११ क्षयरोग र धूम्रपान

TB and Tobacco_TBCase_Registered: संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारउक्त अवधिमा दर्ता भएका जम्मा बिरामी को संख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं १ को जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ।

TB and Tobacco (11)	
TB Cases Registered	Patient Smoking Tobacco Current
1	2

TB and Tobacco_Patient Smoking Tobacco_Current. : संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार Do you Smoke ? महलYes भएकोजम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं ५२ Status of Smoking 0 month_Yesको सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ।

खण्ड १२ उपचार नतिजा

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

नोट: क्षयरोगका बिरामीले नतिजा प्रतिवेदन गर्दा एक बर्ष अगाडीभएका बिरामीको आधारमा गर्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomePBC_New_No.of Registered: स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदता बर्गिकरण नया (New) हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्टरको महल नं. १५ को New बिरामीको सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomePBC_New_Cured: स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा१. Cured जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल ४मा महिला र महल५मा पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४४ Cured को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ र ५ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomePBC_New_Completed: स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा२. Completed जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल ६ मा महिला र महल७ मा पुरुष अनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्टरको महल नं ४५ Completed को सङ्ख्या यस खण्डको महल ६ र ७ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomePBC_New_Failed: स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा३. Treatment Failed जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल ८ मा महिला र महल९ मा पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं ४६ Failed को सङ्ख्या यस खण्डको महल ८ र ९ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomePBC_New_Died:

स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा५. Died जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल १० मा महिला र महल११मा पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं ४७ Died को सङ्ख्या यस खण्डको महल १० र ११ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomePBC_New_Lost to follow-up: स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा४. Lost to Follow up जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल १२ मा महिला र महल१३मा पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं ४८ Lost to Follow up को सङ्ख्या यस खण्डको महल १२ र १३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomePBC_New_Not Evaluated: स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण नया (New) भै, Treatment outcome महलमा६. Not Evaluated जनाएको महिला/पुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल १४ मा महिला र महल१५मा पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं १२ PBC र महल नं १५ Registration Catatory_New अनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं ४९ Not Evaluated को सङ्ख्या यस खण्डको महल १४ र १५ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomePBC_Relapse_No.of Registered:

स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसारकिसिम PBC रदर्ता बर्गिकरण Relapse हो भने जम्मा सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं. ४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार महल नं. १२ PBC क्षयरोगका बिरामी सोही रजिष्ट्रको महल नं. १६ को Relapse बिरामीको जम्मा सङ्ख्या यस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomePBC_Relapse:

स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)मादर्ता गरेको किसिम PBC रबर्गिकरण Relapseअनुसारमाथि उल्लेखित Treatment_OutcomePBC_Newभने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्ट्रकोमहल नं. ४ महिला र महल नं .५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्ट्रको महल नं १२ PBC र महल नं १६ Registration Catatory_Relapseअनुसार माथिउल्लेखितTreatment_OutcomePBC_Newभने तरिका अनुसार यस खण्डको महल ४ देखि १५सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १४ EP र महल नं १६ Registration Catatory_Relapseअनुसार माथिउल्लेखितTreatment_OutcomePBC_Newभर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_OutcomeEP_Other: स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)मादर्ता गरेको किसिम EP रबर्गिकरण TAF, TALE, OPT, UPTH को जोड अनुसारमाथिउल्लेखित Treatment_OutcomePBC_Newभर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १४ PCD र महल नं १७ Registration Catatory_TAF, महल नं १८ Registration Catatory_TALF, महल नं १९ Registration Catatory_OPT, महल नं र २० Registration Catatory_UPTHअनुसार माथिउल्लेखितTreatment_OutcomePBC_Newभर्ने तरिका अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_Outcome HIV Infected TB Patient_No.of Registered: संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार Status of Retro Test result महलमा Positive भएकामहिलारपुरुष को आधारमा जम्मा सङ्ख्या लाई छुट्टाछुट्टै खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं.४ महिला र महल नं. ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं २८ Positive को सङ्ख्या एस खण्डको महल नं २ र ३ मा महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

Treatment_Outcome HIV Infected TB Patient:

स्वास्थ्य संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)माStatus of Retro Test result महलमा Positive भएका को उपचार नतिजा Cured, Completed, Failed, Died, Treatment After Loss to Followupर Not Evaluated आधारमा यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं. ४ महिला र महल नं ५ पुरुषअनुसार सोही रजिष्टरको महल नं १२ PBC, महल नं १३ PCD र महल नं १४ EPको जम्मा सङ्ख्या र महल नं. २८ Hiv Positive बिरामी मध्ये महल नं. ४४, ४५, ४६, ४७, ४८ मध्ये जुन नतिजा प्राप्त भएको हो सोही अनुसार यस खण्डको महल २ देखि १५सम्म महिला र पुरुषअनुसार छुट्टाछुट्टै लेख्नु पर्दछ।

खण्ड १३ क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार नतिजा

TB PreventiveTherapyOutcome_No of Case Enrolled:

सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं १३ अनुसार चार महिना अगाडी उपचारशुरु गरेको सङ्ख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ।

TB Preventive Therapy Outcome (13)		
No of Case Enrolled	Completed	Not completed
1	2	3

TB Preventive_Outcome_Completed: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं १३ अनुसार चार महिना अगाडी उपचारशुरु गरेको मध्ये सोही रजिष्टरको महल नं १६ Completed को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ।

TB Preventive_Outcome_Not completed: सम्पर्क परीक्षण तथा क्षयरोग प्रतिरोधात्मक उपचार रजिष्टरको महल नं १३ अनुसार चार महिना अगाडी उपचारशुरु गरेको मध्ये सोही रजिष्टरको महल नं १७, १८ र १९ Discontinued, Died and Not evaluated को जोड सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा लेख्नु पर्दछ।

खण्ड १४ क्षयरोगका बिरामीले धूम्रपान छोडेको नतिजा

Tobacco Cessation-Outcome (14)			
Patient Smoking Tobacco Current (0 month)	No. of Patient Quitted Smoking		
	2 Months	5 Months	End of Treatment
1	2	3	4

नोट: क्षयरोगका बिरामीले धूम्रपान छोडेको नतिजा प्रतिवेदन गर्दा एक बर्ष अगाडी दर्ता भएका बिरामीको आधारमा गर्नु पर्दछ।

Tobacco cessation_Patient Smoking_Tabacco_Current (0 month): संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार Do you Smoke ? महलYes भएकोजम्मा सङ्ख्यायस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ। स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं ५२ Status of Smoking 0 month_Yesको सङ्ख्या यस खण्डको महल १ मा लेख्नु पर्दछ।

Tobacco cessation_No of Patient_Quitted_Smoking 2 Month:

संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार Comment (SRQLD *) कोमहल2 Months मा Q लेखि जनाएकोजम्मा सङ्ख्यायस खण्डको महल २ मा लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं ५३ Status of Smoking_ Follow up_2Month_Q (Quitted) को सङ्ख्या यस खण्डको महल २ मा लेख्नुपर्दछ।

Tobacco cessation_No of Patient_Quitted_Smoking 5Month: संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार Comment (SRQLD *) कोमहल5 Months मा Q लेखि जनाएकोजम्मा सङ्ख्यायस खण्डको महल ३ मा लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं ५४ Status of Smoking_ Follow up_5Month_Q (Quitted) को सङ्ख्या यस खण्डको महल ३ मा लेख्नु पर्दछ।

Tobacco cessation_No of Patient_Quitted_Smoking End of Tt(Treatment): संस्था को हकमाक्षयरोग उपचार व्यवस्थापन कार्ड (डी.एस टि.बि)अनुसार Comment (SRQLD *) कोमहलEnd of Tx (Treatment)मा Q लेखि जनाएकोजम्मा सङ्ख्यायस खण्डको महल ४ मा लेख्नु पर्दछ।स्थानीय तह स्तरमा क्षयरोग उपचार मूल रजिष्टरकोमहल नं ५५ Status of Smoking_ Follow up_ End of Tx (Treatment)_Q (Quitted) को सङ्ख्या यस खण्डको महल ४ मा लेख्नु पर्दछ।

१६. एच.आई.भी. एड्स तथा यौन रोग कार्यक्रम

एच.आई.भी./एड्स तथा यौनरोग सम्बन्धीप्रतिवेदनHIV Testing and Counseling Register, Sexually Transmitted Infections (STI) Register, PMTCT Service Register र एच.आई.भी. उपचार तथा सेवा रजिस्टरबाट उतार गरी तयार गर्नु पर्दछ ।

महल	निर्देशन
Testing and Counseling with Result (To be filled by HTC site only)	
यौनकर्मी Sex workers (F, M, TG)	Tested एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड १वा८भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।
	Positive एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड १वा८भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।
सुईद्वारा लागूपदार्थप्रयोग गर्नेहरू People who inject drugs (F, M, TG)	Tested एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड २भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।
	Positive एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड २भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।
पुरुषसमलिंगीरतेस्रो लिंगी MSM and TG	Tested एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिस्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ३ वा ९भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।

महल		निर्देशन
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ३ वा ९भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाPउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
रागतवाअन्यअंगलिनेहरू Blood or Organ Receptients (F, M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ४भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ४भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाPउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
यौनकर्मीकाग्राहकहरू Clients of Sex Workers (F, M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ५भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ५भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाPउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
आप्रवासीहरूवारोजगारीकालागिविदेशिनेहरू Migrants (F, M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ६भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ६भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२

महल		निर्देशन
		माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
आप्रवासीहरूवारोजगारकालागिविदेशजानेहरूको जीवनसाथी Spouse/Partners of Migrants (F, M, TG)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादरता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ७भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादरता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ७भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
जेलकाकैदीबन्दीहरू Prison Inmates	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादरता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ११भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादरता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड ११भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ। तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन।
अन्य Others	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादरता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड १० वा १२ भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) रजिस्टरबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादरता भएकामहल नं. ३५ बाट कोड १० वा १२भएकाजोखिम समूहतथामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको लिंगअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ।

महल		निर्देशन
		तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।
उमेर समूह (जम्मा)	Tested	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादरता भएकामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको सेवाग्राहीले पुरा गरेको उमेर र लिङ्गअनुसार सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ ।
	Positive	एच.आई.भी. परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS 7.1) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादरता भएकामहल नं. १० वा ११ वा १२ माउल्लेख गरिएको सेवाग्राहीले पुरा गरेको उमेर र लिङ्गअनुसार महल नं. ४२ को HIV TestResultमाPउल्लेख गरिएका सेवाग्राही संख्या गणना गरी सम्बन्धित कोठाहरूमा भर्नु पर्दछ । तर महल नं. ३२ मा ए उल्लेख गरिएको सेवाग्राहीको भने गणना गर्नु हुँदैन ।
Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)		
Counseling, Testing and Positive during ANC, Labour& Delivery, and Puerperium	Counseled	प्रतिवेदनगरिने महिनामा सेवा केन्द्रमागर्भ जाँच गराउनआएकामहिलाहरू मध्ये कतिमहिलालाई HIV Testingका लागिCounselingगरियो ? सो सङ्ख्याMaternity Register को महल नं. 9(1) का घटना गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Tested	प्रतिवेदनगरिने महिनामा सेवा केन्द्रमागर्भ जाँच गराउनआएकामहिलाहरू मध्ये कतिमहिलालाई HIV Counselingगरी Test गरियो ? सो सङ्ख्याMaternity Register को महल नं. 9(2) का घटना गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	Positive	प्रतिवेदनगरिने महिनामा सेवा केन्द्रमागर्भ जाँच गराउनआएकामहिलाहरू मध्ये HIV Counseling गरी Testगरिएकामध्ये Maternity Register को महल नं. 9(4) को Statusमा कोड १ उल्लेख भएका घटना गणना गरी उल्लेख गर्न पर्दछ ।
ART Started	Before Pregnanacy	प्रतिवेदनगरिने महिनामा HMIS 7.4 Register को only for PMTCT cases अन्तर्गतको mother's ART Started Period भित्र रहेको महलमाठीक चिन्हलगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	ANC, Labour& Delivery and Postnatal	प्रतिवेदनगरिने महिनामा HMIS 7.4 Registerको only for PMTCT cases अन्तर्गतको mother's ART Started Period भित्र रहेको महलमाठीक चिन्हलगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

महल		निर्देशन
Exposed Baby	Number of Live births	प्रतिवेदनगरिने महिनामा HMIS 7.4 Registerको only for PMTCT cases अन्तर्गतको Delivery Status भित्रप्रतिवेदनगरिने महिनाको Date of Delivery हेरी Live births को “Yes”माठीक चिन्हलगाएका सङ्ख्या गणना गरी उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Early infant Diagnosis Sample Collected for testing	EID Result	HIV Treatment Care registerको PMTCT Cases (only)खण्डको HIV Exposed Childअन्तर्गत at Birth (within 24 hours), within 2 months, 2-18 Monthsमहलमाप्रतिवेदनअवधिभित्रEID Sampleसंकलन गरेकोसङ्ख्याकोResult /नतिजागणना गरेर जम्मा सङ्ख्याउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
ART initiation status of HIV positive babies		प्रतिवेदनअवधिभित्रएआरटीशुरुगरेकाएचआईभीपोजिटिभवच्चाहरू को(0-१८महिना)सङ्ख्याउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Syphilis Tested, Diagnosed and Treated		प्रतिवेदनअवधिभित्रSyphilisपरिक्षणगरीएकागर्भवतीमहिलाहरूको संख्याउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
		प्रतिवेदनअवधिभित्रSyphilisपत्ता लागेका गर्भवतीमहिलाहरूकोसंख्याउल्लेख गर्नु पर्दछ।
		प्रतिवेदनअवधिभित्रSyphilisकोउपचारपाएकागर्भवतीमहिलाहरू कोसंख्याउल्लेख गर्नु पर्दछ ।

सूचक/महल		निर्देशन
Sexually Transmitted Infection (STI) Management		
यौनकर्मीहरू (Sex workers)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Assessed)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकासंख्या नं.२७बाट कोड १वा८भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड १वा८भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड १वा८भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा बिरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।

सूचक/महल		निर्देशन
सुईद्वारालागुपदार्थलिनेव्यक्तिहरु (PWIDs)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरु (Assessed)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७बाट कोड २भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरु (Diagnosed)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड २भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरु (Treated)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड २भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
पुरुषसमलिंगीतथातेस्रोलींगीहरु (MSM and TG)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरु (Assessed)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७बाट कोड ३वा९भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरु (Diagnosed)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ३वा९भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरु (Treated)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ३वा९भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
रगतवाअंगप्राप्तकर्ताहरु (Blood or Organ recipient)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरु (Assessed)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७बाट कोड ४ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु

सूचक/महल	निर्देशन
	पर्दछ ।
यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ४ भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ४ भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
महिलायौनकर्मीहरूकाग्राहकहरू (Clients of FSWs)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७बाट कोड ५भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ५भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ५भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
आप्रवासीहरूवारोजगारीकालागिविदेसिनेहरू (Migrants)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७बाट कोड ६ भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ६ भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६

सूचक/महल	निर्देशन
	को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated)
	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ६ भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
प्रवासीहरूकोजीवनसाथी (Spouse/Partner of migrants)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Assessed)
	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७बाट कोड ७भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed)
	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ७भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated)
	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ७भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
गर्भवतीमहिलाहरू (Pregnant Women)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Assessed)
	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७बाट कोड १०भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed)
	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड १०भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated)
	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड १०भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं.

सूचक/महल	निर्देशन
	२८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
नवजातशिशुहरू (Vertical Transmission)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Assessed) यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७बाट कोड ११भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
	यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed) प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ११भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated) प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड ११भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
जेलकाकैदीबन्दीहरू (Prison Inmates)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Assessed) यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७बाट कोड १२भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
	यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed) प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड १२भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated) प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७बाट कोड १२भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।
एचआईभीसंक्रमितहरू (HIV Infected)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Assessed) यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2)

सूचक/महल		निर्देशन
		वाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७वाट कोड १३भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७वाट कोड १३भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७वाट कोड १३भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
अन्यसमूह (Others)	यौनरोगकोसेवाकोलागिआएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Assessed)	यौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टर (HMIS 7.2) वाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामादर्ता भएकामहल नं.२७वाट कोड १४भएका जोखिम समूहको जम्मा संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोनिदानभएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Diagnosed)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७वाट कोड १४भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २६ को कोडसङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
	यौनरोगकोउपचारपाएकाकुलसेवाग्राहीहरू (Treated)	प्रतिवेदनअवधिमायौनजन्य रोग संक्रमण व्यवस्थापनरजिष्टरको महल नं.२७वाट कोड १४भएका जोखिम समूहअनुसार महल नं. २८वा २९ वा३० कुनैमापनिTreatmentगरेको भएजम्मा विरामीको सङ्ख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Opioid Substitution Therapy (OST) -Only for specified hospital		
Opioid Substitution Therapy	प्रतिवेदनअवधिको अन्त्यमाजम्मामेथाडोन(Methadone)सेवालिइरहेका सेवाग्राही (कोड १) को सङ्ख्या लिइनु अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।	
	यसमहिनाकोअन्त्यसम्ममाबुप्रेनोर्फिनको (Buprenorphine)सेवालिईराखेकासेवाग्राहीहरूकोकुलसंख्यालिइनु अनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ ।	

	यस महिनाको अन्त्यसम्ममा ओपियोइड प्रतिस्थापन थेरापीको (बुप्रेनूरफिन वा मेथाडोन) सेवा लिईराखेका सेवाग्राहीहरूको कुल संख्या गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।	
	माथिउल्लेखित सूचकहरूको संख्याMethadone र Buprenorphine सेवालिइरहेका सेवाग्राहीको लिङ्गअनुसार गणना गरेर उल्लेख गर्नु पर्दछ।	
Antiretroviral Treatment (ART)		
प्रतिवेदनहुने महिनामाART उपचार सम्बन्धीविवरण यस खण्डमा भर्नु पर्दछ :		
Total number of clients on ART at the end of last month	गतमहिनाकोअन्त्यमाएआरटीमारहेकासेवाग्राहीकोसंख्याउल्लेखगर्नुपर्दछ।	
New clients started ART	प्रतिवेदनगरिने महिनामाARTशुरु गर्ने नयाँ सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्याउल्लेख गर्ने। यसकालागिHIV Treatment Care RegisterमाART Start Date and Regimenमहलमाप्रतिवेदनतयार हुने महिनामाARTशुरु गर्ने सेवाग्राहीहरूलाई मात्रै Age group, Sex, Target Populationअनुसार tallyगरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धितमहलमाउल्लेख गर्नु पर्दछ।	
Clients on ART transferred in	अन्य संस्थाबाट ARTशुरु गरी प्रतिवेदनगरिने महिनामा यस संस्थामा स्थानान्तरण भई आएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्याउल्लेख गर्न पर्दछ। यसकालागिHIV Treatment Care RegisterमाART Start Date and Regimenमहलमाप्रतिवेदनतयार हुने महिनाभन्दापहिले ART शुरु गर्ने र यस महिनाTransferred inभएका सेवाग्राहीहरूलाई मात्रै Age group, Sex, Target Populationअनुसार tallyगरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धितमहलमाउल्लेख गर्न पर्दछ।	
Clients restarted from Transfer Out/Missing/Loss to Follow Up/Stop Treatment	गत महिनासम्मTransfer Out/Missing/Loss to follow up/Stop treatment मा रहेका सेवाग्राहीहरू यदि यस महिनाबाट पुनः उपचारमा सामेल भएमाAge group, Sex रTarget Population अनुसार जम्मा संख्यालाई सम्बन्धित महलमा उल्लेख गर्नुपर्दछ।	
Total number of clients on ART at the beginning of this month	यस variableले यो महिनाको शुरुमा एआरटीमा रहेका सेवाग्राहीको संख्याजनाउदछ। माथिका सूचकहरूलाई प्रयोग गरेर निम्नानुसार गणना गर्नु पर्दछ : Number of clients on ART at the end of last month+New clients started ART+ Clients on ART transferred in+Clients restarted from Transfer Out/Missing/Loss to Follow Up/Stop Treatment	
Deduction	Total Clients on ART transfer red out (New)	New: ART सेवा यस संस्थाबाट शुरु गरी अन्यत्रै स्थानान्तरण भई गएका सेवाग्राहीहरूको सोहीमहिनाको कुल सङ्ख्यायसमाउल्लेख गर्नु पर्दछ। यसकालागिAge group, Sex, Target populationअनुसारtallyगरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धितमहलमाउल्लेख गर्नु पर्दछ।
	Total deaths reported (New)	New: ART सेवा यस संस्थाबाट शुरु गरी बीचमा मृत्यु भएका सेवाग्राहीहरूको हाल सम्मको सोहीमहिनाको कुल सङ्ख्यायसमाउल्लेख गर्नु पर्दछ। यसकालागिAge group, Sex, Target populationअनुसारtallyगरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धितमहलमाउल्लेख गर्नु पर्दछ।

Total Clients missing (MIS) (New)	New: यस (variable)ले सेवामानियमितनहुने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या(३ महिनावा सोभन्दाकमअवधिको लागि) अनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमितART सेवालिरहेका सेवाग्राहीरू मध्ये ART Historyमा सेवा सम्बन्धी हरफमाMissingअर्थात् कोड 4लेखिएका सेवाग्राहीरूको सोहीमहिनाको कुल सङ्ख्याAge group, Sex, Target populationअनुसारतallyगरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धितमहलमाउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Total Clients Lost to Follow-Up (LFU) (New)	New: यस चर (variable)ले सेवामानियमितनहुने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या(३ महिनावा सोभन्दा बढी अवधिको लागि) अनुगमन गर्ने गर्दछ ।यस संस्थाबाट नियमितART सेवालिरहेका सेवाग्राहीरू मध्ये ART Historyमा सेवा सम्बन्धी हरफमाLost to follow-upअर्थात् कोड 5 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सोहीमहिनाको कुल सङ्ख्याAge group, Sex ,Target populationअनुसारतallyगरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धितमहलमाउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Total Clients Stopping Treatment (ST) ART (New)	New: यस चर (variable)ले विभिन्नचिकित्सकीय कारणले सेवाबन्द गर्नु पर्ने सेवाग्राहीरूको सङ्ख्याअनुगमन गर्ने गर्दछ । यस संस्थाबाट नियमितARTसेवालिरहेका सेवाग्राहीरू मध्ये ART Historyमा सेवासम्बन्धी हरफमाStop Treatment अर्थात् कोड 6 लेखिएका सेवाग्राहीरूको सोहीमहिनाको कुल सङ्ख्याAge group, Sex, Target populationअनुसारतallyगरी आएको जम्मा सङ्ख्यालाई सम्बन्धितमहलमाउल्लेख गर्नु पर्दछ ।
Total number of clients currently on ART at the end of this month	यसलेप्रतिवेदनअवधिकोअन्त्यमाएआरटीमारहेकासेवाग्राहीकोसंख्याजनाउदछ।यस संस्थाबाटहालको महिनाको शुरुमा एआरटीमा रहेका सेवाग्राहीको संख्या (Total number of clients on ART at the beginning of this month)बाट Total Clients on ART transferred out (New),Total deaths reported (New),Total Clients missing (MIS) (New),Total Clients Lost to Follow-Up (LFU) (New),रTotal Clients Stopping Treatment (ST) ART (New)घटाउँदाआउनेसंख्यालेख्नुपर्दछ।
Total number of PLHIV who know their HIV status	यसलेहालसम्म आफ्नोएचआईभीकोअवस्थाथाहापाएकापीएलएचआईभीकोसंख्याजनाउदछ।यसमाप्रतिवेदनअवधिकोअन्त्यमाएआरटीमारहेकासेवाग्राहीकोसंख्या(Total number of clients currently on ART at the end of this month), Total Clients missing (MIS) (New), Total Clients Lost to Follow-Up (LFU) (New) रTotal Clients Stopping Treatment (ST) ART (New) जोड्दाआउनेसंख्यालेख्नुपर्दछ ।
Cumulative number of viral load test performed among PLHIV on ART	यसमा हालसम्म On ARTमा रहेका जम्मा एचआईभी संक्रमितहरुको भाईरल लोड टेस्ट गरीएको संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Number of people living with HIV and on ART who have suppressed viral load (<1000 copies per mL)	यसमा हालसम्म On ARTमा रहेका जम्मा एचआईभी संक्रमितहरुको भाईरल लोड १०००प्रति/एमएल भन्दा कम भएका सेवाको को संचयी संख्यालेख्नुपर्दछ ।

Number of people living with HIV and on ART who test positive for antibody to hepatitis C virus	यसमाप्रतिवेदन अवधिको अन्त्यमा एआरटीमा रहेका मध्य हेपाटाइटिस 'सि' (HCV) पत्ता लागेका जम्मा सेवाग्राहीहरूको संचयी संख्या(cumulative number) उल्लेख गर्नुपर्दछ।
Total number of PLHIV newly enrolled in HIV treatment who were screened for TB during the reporting period	यसमाप्रतिवेदन अवधिको अन्त्यमा नयाँ एआरटी शुरु गरेका मध्य टि. वि. परिक्षण गरीएका सेवाग्राहीहरूको संख्याउल्लेख गर्नुपर्दछ।
Total number of PLHIV newly enrolled in HIV treatment who have active TB disease during the reporting period	यसमाप्रतिवेदन अवधिको अन्त्यमा नयाँ एआरटी शुरु गरेका मध्य टि. वि. पत्ता लागेका सेवाग्राहीहरूको संख्याउल्लेख गर्नुपर्दछ।

महल	निर्देशन
१३. Opportunistic Infection (अवसरवादी संक्रमण)	
Diagnosed HIV Treatment Care registerमाTreatment Care Historyको सेवा सम्बन्धीRow 3माप्रतिवेदनअवधिअर्थात् महिनाउल्लेख भएका घटना हेरी निम्नानुसार भर्नु पर्दछ।	
Bacterial Pneumonia	Bacterial Pneumoniaअर्थात् कोड नं. 1भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमाभर्नु पर्दछ।
TB	TB अर्थात् कोड नं. 2 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमाभर्नु पर्दछ।
Candidiasis	Candidiasis अर्थात् कोड नं. 3भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमाभर्नु पर्दछ।
Diarrhoea	Diarrhoeaअर्थात् कोड नं. 4भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमाभर्नु पर्दछ।
Crypto. Meningitis	Crypto. Meningitisअर्थात् कोड नं. 5भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमाभर्नु पर्दछ।
PCP (Pneumocystis Pneumonia)	PCP (PneumocystisJerovesi Pneumonia)अर्थात् कोड नं. 6 भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमाभर्नु पर्दछ।
Cytomegalo Virus	Cytomegalo Virusअर्थात् कोड नं. 7भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमाभर्नु पर्दछ।
Herpes Zoster	Herpes Zosterअर्थात् कोड नं. 8भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमाभर्नु पर्दछ।
Genital Herpes	Genital Herpes अर्थात् कोड नं. 9भएका सेवाग्राहीहरूको सङ्ख्या सम्बन्धितमहलमाभर्नु पर्दछ।

महल	निर्देशन
Toxoplasmosis	Toxoplasmosis अर्थात् कोड नं. 10 भएको सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Others	Others अर्थात् कोड नं. 11 भएको सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Treated	
HIV Treatment Care register मा Treatment Care History को सेवा सम्बन्धी Row 3 र Row 4 मा प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना उल्लेख भएका घटना हेरी निम्नानुसार भर्नु पर्दछ ।	
Bacterial Pneumonia	Row 3 मा Bacterial Pneumonia अर्थात् कोड नं. 1 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
TB	Row 3 मा TB अर्थात् कोड नं. 2 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Candidiasis	Row 3 मा Candidiasis अर्थात् कोड नं. 3 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Diarrhoea	Row 3 मा Diarrhoea अर्थात् कोड नं. 4 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Crypto. Meningitis	Row 3 मा Crypto. Meningitis अर्थात् कोड नं. 5 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
PCP	Row 3 मा PCP अर्थात् कोड नं. 6 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Cytomegalo Virus	Row 3 मा Cytomegalo Virus अर्थात् कोड नं. 7 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Herpes Zoster	Row 3 मा Herpes Zoster अर्थात् कोड नं. 8 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Genital Herpes	Row 3 मा Genital Herpes अर्थात् कोड नं. 9 भएको र दोस्रो हरफ मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Toxoplasmosis	Row 3 मा Toxoplasmosis अर्थात् कोड नं. 10 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Others	Row 3 मा Others अर्थात् कोड नं. 11 भएको र Row 4 मा Y उल्लेख भएका सेवाग्राहीरूको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
Opportunistic Infection and TB	
HIV Treatment Care register मा Treatment Care History को सेवा सम्बन्धी Row 3 र Row 4 मा प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना उल्लेख भएका घटना हेरी निम्नानुसार भर्नु पर्दछ ।	
HIV Patients initiated TBPT this month (New)	HIV Care History अन्तर्गत प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना मा भएका नयाँ सेवाग्राहीरू मध्ये TBPT सुरु गरेको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।
HIV Patients received CPT (New)	HIV Care History अन्तर्गत प्रतिवेदन अवधि अर्थात् महिना मा भएका नयाँ सेवाग्राहीरू मध्ये CPT सुरु गरेको सङ्ख्या सम्बन्धित महलमाभर्नु पर्दछ ।

१७. नसर्ने रोग

नसर्ने रोगकार्यक्रमको मासिक प्रतिवेदन नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9) बाट समायोजनगरी तयार गर्नुपर्दछ। नसर्ने रोगको प्रतिवेदन खण्डीकृत रूपमा तयार पार्नुपर्ने हुँदा समायोजन फारामको प्रयोग गर्नुपर्दछ।

महल/सूचक		निर्देशन
Number of NCD cases on treatment (OPD & Emergency)		
यस खण्डले अस्पतालको बहिरंग र आकस्मिक सेवाबाट नसर्ने रोगको बिरामीले प्राप्त गरेको सेवालाई जनाउँदछ।		
[Hypertension, CVD, Diabetes, Cancer, COPD, Asthma, CKD, RHD, Stroke, Heart Attack, Sickle Cell diseases and other hemoglobinopathies, Congenital Heart Disease, Thyroid disease, Alcohol Liver Diseases, Obesity, other NCDs]	Client Type (New/Follow Up)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ५ को माथिल्लो खण्डमा बाट नयाँ वा पुरानो बिरामी को संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ।
	Gender (Male/Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ९-१० बाट बिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ। यसमा नयाँ केशलाई मात्र गणना गर्नुपर्दछ।
	Age Group (<20, 20-29, 30-69, 70 and above) उमेर समूह	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ८ बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि २९ बर्ष, ३० देखि ६९ बर्ष वा ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ। यसमा नयाँ केशलाई मात्र गणना गर्नुपर्दछ।
	Referred Out	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल २२ को तल्लो खण्डमा मा बिरामी प्रेषण गरीएको संस्थाको नाम उल्लेख भएका बिरामीहरूको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १६ किसिमका नसर्ने रोग मध्ये कुन रोग हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ।
Number of NCD cause specific deaths (OPD/Emergency/IPD)		
नसर्ने रोग अनुसार मृत्युको संख्या बहिरंग, आकस्मिक र अन्तरंग तिनै बिभाग बाट समायोजन गरि प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ। नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)मा अन्तरंग बिभाग मा भएका मृत्यु समावेश नहुने भएको हुँदा यो खण्डको प्रतिवेदन गर्दा सो को मृत्युलाई पनि छुट्टै गणना गरि यस प्रतिवेदन मा जोडेर राख्नुपर्दछ। नसर्ने रोगबाट भएको जम्मा मृत्यु अस्पतालमा भएको जम्मा मृत्युको संख्या भन्दा बढी हुनुहुँदैन।		
Cardiovascular Disease, Cancer, Diabetes, Chronic Respiratory Diseases, Suicide, other NCDs	Gender (Male/Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल १८ मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको/ मृत्यु भएको र अन्तरंग सेवामा नसर्ने रोगबाट मृत्यु भएको व्यक्ति मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित ६ वटा कारण मध्ये कुन कारण बाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा बिरामीहरूको लिङ्ग (पुरुष वा महिला) अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ। यसरी गणना भएको मृत्युको जम्मा संख्या

	Age-Group (<20, 20-29, 30-69, 70 and above)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल १९ मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको/ मृत्यु भएको र अन्तरंग सेवामा नसर्ने रोगबाट मृत्यु भएको व्यक्ति मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित ६ वटा कारण मध्ये कुन कारण बाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा बिरामीहरुको उमेर समूह (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि २९ बर्ष, ३० देखि ६९ बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ ।रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १२ र १३ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
Total number of new cancer cases managed		
Type of Cancer (Cervical, Oral, Breast, Lungs, Others)	Gender (Male/Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ९-१० बाटबिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ५ किसिमका क्यान्सर मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ ।रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १२ र १३ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	Age-Group (<20, 20-29, 30-69, 70 and above)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ८ बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि २९ बर्ष, ३० देखि ६९ बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ५ किसिमका क्यान्सर मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ ।रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
Number of Mental Health cases on treatment (OPD & Emergency)		
यस खण्डले अस्पतालको बहिरंग र आकस्मिक सेवाबाट मानसिक स्वास्थ्यको बिरामीले प्राप्त गरेको सेवालाई जनाउँदछ ।		
(Depression, Suicide attempt, Epilepsy, Psychosis, Anxiety, Emotional and Behavioural Disorder of Children and Adolescents, Dementia, Conversion, Bipolar Disorder, Other Mental Disorder, Alcohol Use Disorder, Other Substance Use Disorders)	Client Type(New/Follow Up)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ५ को माथिल्लो खण्डमा बाट नयाँ वा पुरानो बिरामी को संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ ।रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	Gender (Male/Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ९-१० बाटबिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ ।रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	AgeGroup (<20, 20-29, 30-69, 70 andabove) उमेर समूह	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ८ बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि २९ बर्ष, ३० देखि ६९ बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२ किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेखनुपर्दछ ।रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	ReferredOut	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल २२ को तल्लो खण्डमा मा बिरामी प्रेषण गरीएको संस्थाको नाम उल्लेख भएका बिरामीहरुको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित १२

		किसिमका मानसिक स्वास्थ्य समस्या मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
Injuries- Number of Cases		
यस खण्डले अस्पतालको आकस्मिक सेवाबाट चोटपटकको बिरामीले प्राप्त गरेको सेवालाइ जनाउँदछ ।		
Type of Injury (RTI, Fall, Burn, Drowning, Bites, Occupational Injury, Violence, Self-Harm)	Client Type(New/Follow Up)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ५ को माथिल्लो खण्डमा बाट नयाँ वा पुरानो बिरामी को संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	Gender (Male/ Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ९-१० बाटबिरामीको लिंग (महिला वा पुरुष) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	AgeGroup (<20, 20-29, 30-69, 70 andabove) उमेर समूह	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ८ बाट बिरामीको उमेर (२० बर्ष भन्दा मुनि, २० देखि 29 बर्ष, ३० देखि 69 बर्ष या ७० वा सो भन्दा माथि) अनुसारको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	ReferredOut	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल २२ को तल्लो खण्डमा मा बिरामी प्रेषण गरीएको संस्थाको नाम उल्लेख भएका बिरामीहरुको संख्यालाई प्रतिवेदन फाराममा उल्लेखित ८ किसिमका चोटपटक (इन्जुरी) मध्ये कुन हो सोहि लाइनमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।इन्जुरी बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
Injuries- Numberof Deaths		
Type of Injury (RTI, Fall, Burn, Drowning, Bites, Occupational Injury, Violence, Self-Harm)	Client Type(New/Follow Up)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल १९ मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको (मृत्यु भएको) सुनिश्चित गरी मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित इन्जुरिका ६ वटा कारण मध्ये कुन कारण बाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा नयाँ र पुरानो बिरामीहरुको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	Gender (Male/ Female) लिंग (महिला/पुरुष)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ९-१० मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको (मृत्यु भएको) सुनिश्चित गरी मासिक प्रतिवेदनमा उल्लेखित इन्जुरिका ६ वटा कारण मध्ये कुन कारण बाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा पुरुष र महिलाहरुको छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ ।
	AgeGroup (<20, 20-29, 30-69, 70)	नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल ८ मा कोड नं १ मा गोलो घेरा लागेको (मृत्यु भएको) सुनिश्चित गरी मासिक

	andabove) उमेर समूह	प्रतिवेदनमा उल्लेखित इन्जुरिका ६ वटा कारण मध्ये कुन कारण बाट मृत्यु भएको हो सोहि कारणको लाइनमा उमेर समूह को आधारमा छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ। रोगको बर्गिकरण रजिष्टरको महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम गर्नुपर्दछ।
मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धि		
Total no. of mental health case		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम मानसिक स्वास्थ्य समस्याको बिरामीहरु यकिन गरि सो संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Total number of mental health case on regular follow up		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल १३ र १४ को निदान र ICDकोड बमोजिम मानसिक स्वास्थ्य समस्याको बिरामीहरु यकिन गरिएका मध्ये महल २० मा १ नं कोड घेरा लागेका जम्मा संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Total no. of case reporting improvement		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल १२ र १३ को निदान र ICDकोड बमोजिम मानसिक स्वास्थ्य समस्याको बिरामीहरु यकिन गरिएका मध्ये महल २१ मा १ नं कोड घेरा लागेका जम्मा संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Control and Follow Up Cases for Hypertension and Diabetes		
Type of Cases (Follow Up) (Hypertension and Diabetes)		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल १२ र १३ को निदान र ICDकोड बमोजिम Hypertension र Diabetesबिरामीहरु यकिन गरि ति बिरामी मध्ये महल १९ मा १ नं कोड घेरा लागेका जम्मा संख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Type of Cases (Control) (Hypertension and Diabetes)		नसर्ने तथा मानसिक स्वास्थ्यरजिष्टर (HMIS-5.9)को महल १२ र १३ को निदान र ICDकोड बमोजिम Hypertension र Diabetesबिरामीहरु यकिन गरि ति बिरामी मध्ये महल १९ मा १ नं कोड घेरा लागेका जम्मा संख्या सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।

१८. New outpatient morbidity (including 5 years children)

स्वास्थ्य संस्थामाबहिरंग सेवाकालागिआएका र बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS १.३) मादती भएका ५ वर्ष भन्दामाथिकाजम्मा(नयाँरदोहोर्थाई आएका) बिरामीहरु मध्ये विभिन्न रोगकानयाँ बिरामीहरुको संख्याबहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS(१.३) बाट रोगका] ICD ११ कोड अनुसार सेवाग्राहीहरुको संख्या लिङ्ग (महिला/पुरुष) अनुसार गणना गरी New Outpatient Morbidityफाराममाउतार गर्नुपर्दछ। स्वास्थ्य संस्थामाउपचारको लागिआएका ५ वर्ष भन्दाकमउमेरका नयाँ सेवाग्राहीहरुको संख्या समेत IMNCIरजिष्टर (HMIS२.४) बाट ICD कोड अनुसार गणना गरी सम्बन्धितमहलमा चढाउनुपर्दछ। अस्पतालले संचालन गर्ने परामर्श सेवा, रक्तदाता, डायलाइसिस, रेडियोथेरापी, प्रसामक सेवा, लगायत खण्डT. Reasons for contact with Health Services मा उल्लेख भएका सेवाहरु मूल दर्ता रजिष्टर को महल नं १३ माकोड नं ११ (अन्य) मा खुलाइएका सेवाहरु मध्येबाट छुट्याईसम्बन्धित सेवाको महलमा राख्नुपर्दछ।

१९. प्रयोगशाला सेवा (LaboratoryServices)

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली अनुरूप औलो, कालाजार, क्षयरोग, कुष्ठरोग आदिको नमूना परिक्षणको लागि विभिन्न प्रयोगशाला सेवा रजिष्टरको व्यवस्था भएपनि प्रयोगशालाबाट गरीने सबै परिक्षणको लागि एउटै रजिष्टर व्यवस्था हालसम्म हुन नसकेकोले विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाहरुले फरक फरक किसिमको प्रयोगशाला प्रयोगमाल ल्याएको पाइन्छ। स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरुको अनुसन्धानात्मक परिक्षण गर्ने क्रममा प्रयोगशालामा परिक्षण गरीएका विभिन्न Testsहरुको संख्या र नतिजा समेत खुल्ने गरी निर्दिष्ट महलहरुमा लेख्नुपर्दछ।

२०. लिङ्ग र जति/जति अनुसारको प्रतिवेदन

लिङ्ग र जति/जति अनुसारको प्रतिवेदन तयार गर्न खोप लिङ्ग र जति/जति अनुसारको प्रतिवेदन खण्डीकृत रुपमा तयार पार्न खोप रजिष्टर (HMIS 2.2), नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 2.4), शिशु कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन रजिष्टर (HMIS 2.6), मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS 3.6 एच.आइ.भि परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS७.१), कुष्ठरोग उपचार रजिष्टर (HMIS५.५) यो प्रतिवेदन तयार गर्न समायोजन फारामको प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

सूचक/ महल	निर्देशन
पूर्ण खोप पाएका बच्चा संख्या (महिला/पुरुष) (महल २ र ३)	खोप सेवा रजिष्टर (HMIS२.२) को महल २८ मा पूर्ण खोप पाएको सुनिश्चित भएका बच्चाहरुको संख्या महल ४ को जतिकोड र महल ५ को लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
नवाशिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा लिएका बच्चा संख्या	यस महलमा २ महिना भन्दा कम र २ देखि ४९ महिना सम्मका सबै बच्चाहरुको संख्या जोडी स्वास्थ्य संस्था र गाउँघर क्लिनिकमाIMNCI सेवा लिएका बच्चाहरुकोजोडफल जात/जाति रलिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
२महिना भन्दा मुनिका कम तौल भएका बच्चाहरुको संख्या (नयाँ+दोहोर्याएर आएको)	२ वर्षभन्दा मुनिका बाल-बालिकाहरुको पोषण रजिष्टर (HMIS २.३) बाट ट्याली सिटको प्रयोग गरेर कम तौल (जोखिम तथा अति जोखिम) भएकाजम्मा (नयाँ+दोहोर्याएर आएको)बच्चाहरुको संख्या जात/जाति र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराएका महिलाको संख्या	मातृ तथा नवाशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) को प्रसूतिको स्थान र प्रकार को महलमा १ र २ नं कोड लेखिएका महिलाहरुको संख्या जतिकोड र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
एचआईभी संक्रमित नयाँ बिरामी	एच.आइ.भि परिक्षण तथा परामर्श सेवा रजिष्टर (HMIS७.१) को महल ४२ मा Positiveउल्लेख गरीएकाहरुको संख्यालाई महल ९ को जतिकोड र महल १०-१२ को लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
नयाँ कुष्ठरोगीहरुको संख्या	कुष्ठरोग उपचार रजिष्टरको महल नं १२ (रजिष्टर मा थप भएको तरिका) अन्तर्गत कोड नं १ लेखिएका संख्यालाई महल नं ६ को जातिकोड अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।यसरी गणना गर्दा HMIS५.५१ (एम.बि) र HMIS५.५२ (पि.बि) को दुवै रजिष्टरबाट जोडेर सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ।
नयाँ क्षयरोग बिरामीहरुको संख्या	यस महलमा क्षयरोगका नयाँ बिरामीहरुको संख्यालाई जतिकोड र लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।
ओ.पी.डी मा आएका नयाँ बिरामी संख्या (५ वर्ष माथि)	बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS१.३) को महल ४ मा चिन्ह लागेका नयाँ बिरामीमध्ये महल ७-८ बाट ५ वर्ष भन्दा माथिका बिरामीहरुको संख्यालाई महल नं ६ को जातिकोड अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा लेख्नुपर्दछ ।

२१. जेरियाट्रीक सेवा (GeriatricServices)

स्वास्थ्य संस्थामा जेरियाट्रीक सेवा लिन आएका सेवाग्राहीहरुको संख्या ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमरजिष्टर HMIS ५.१० बाट गणना गर्नुपर्दछ ।यो प्रतिवेदन **जेरियाट्रीक** सेवा वा ज्येष्ठ नागरिक स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमप्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाले मात्र भर्नुपर्दछ।

HMIS 9.4:सरकारी अस्पतालमासिकप्रतिवेदनफाराम(Hospital Level Monthly Reporting Form)

सरकारी अस्पतालमा मासिक रूपमा सम्पादन गरिएका सम्पूर्ण सेवाहरूको अभिलेख अनुसारको एकीकृत प्रतिवेदन गर्नका लागि यो फाराम प्रयोग गरिन्छ । मासिक प्रतिवेदन मार्फत अस्पतालबाट प्रदान गरिएका सेवाहरूको वास्तविक अवस्थाको अनुगमन र विश्लेषण तथा अस्पतालको प्रगती मापन गर्न यस फारामको आवश्यकता परेको हो । अस्पतालको दर्जा पाएका सबै सरकारी अस्पताल (आधारभूत, प्रादेशिक र केन्द्रीय) ले आफ्नो संस्थाले प्रदान गरेको सेवाहरूको मासिक प्रतिवेदन गर्न यहि फाराम प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

यो प्रतिवेदन महिना भुक्तान भएको ७ दिनभित्र तयार गरी सम्बन्धित निकाय मा पठाउनु पर्दछ । प्रत्येक अस्पतालले तोकिएको समय अवधि भित्र नै DHIS2 प्रणालीमा प्रतिवेदन प्रविष्ट गर्नुपर्दछ ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Hospital	प्रतिवेदन फारामको सिरमा Hospitalको आगाडीको खाली स्थानमा प्रतिवेदन गर्ने अस्पतालको नाम लेख्नुपर्दछ ।
FiscalYear	चालु आ.ब. लेख्नुपर्दछ ।
ReferenceNo.	चलानी नम्बर लेख्नुपर्दछ ।
To	प्रतिवेदन प्रेषित गरिने कार्यालयको नाम लेख्नुपर्दछ ।
HealthFacilityCode	HealthFacilityRegistry बाट प्राप्तअस्पतालको uniquecodeयस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
DispatchedDate	प्रतिवेदन प्रेषित गरेको मितिको गते महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।
Month, Year	प्रतिवेदन कुन वर्षको कुन महिनाको हो, सम्बन्धित महिना र साल लेख्नुपर्दछ ।
NumberofBeds (Sanctioned/Operational IP/ Emergency)	अस्पताल दर्ताको स्विकृती लिंदा स्वीकृत भएको शैया संख्या नै SanctionedBedको महलमा लेख्नुपर्दछ।अन्तरङ्ग सेवाका लागि छुट्याईएका शैया (प्रसूति कक्ष समेत) मध्ये संचालनमा रहेका शैया संख्या नै OperationalIP Bedको महलमा लेख्नुपर्दछ । अस्पतालमासंचालितEmergency/ObservationBed हरूलाई Emergency Bed को महलमा लेख्नुपर्दछ ।
TotalPatientsAdmitted	अस्पतालमा भर्ना भएका जम्मा बिरामी संख्या बिरामी भर्ना रजिष्टर (HMIS८.१) को प्रतिवेदन गर्ने महिनाको अन्तिम SNयस महलमा लेख्नुपर्दछ ।
TotalIn-PatientDays	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (HMIS८.२) को महल ९ को lengthofstay (days) अन्तर्गतको दिन संख्या जोड गरी यस कोठामा चढाउनुपर्दछ ।
HospitalServices	
NewClientsServed (Female/Male) 0-9 Years, 10-14 Years 15-19 Years, 20-59 Years 60-69 Years, ≥70 Years	मुलदर्ता रजिष्टर (HMIS१.१) को हरेक पानाको अन्तमा राखिएको तालिकाबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँ सेवाग्राही (महल २) को कूल संख्या उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी NewClientsServedको सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।
TotalClientsServed (Female/Male) 0-9 Years, 10-14 Years 15-19 Years, 20-59 Years	मुलदर्ता रजिष्टर (HMIS१.१) को हरेक पानाको अन्तमा राखिएको तालिकाबाट प्रतिवेदन गर्ने महिनाको नयाँ सेवाग्राही (महल १) को कूल संख्या उमेर र लिङ्ग अनुसार गणना गरी TotalClientsServedको सम्बन्धित महलहरूमा लेख्नुपर्दछ ।

महल शिर्षक	निर्देशन
60-69 Years, ≥70 Years	
EmergencyServices	
TotalClientsServed (Female/Male) 0-9 Years, 10-14 Years 15-19 Years, 20-59 Years 60-69 Years, ≥70 Years	आकस्मिक सेवा रजिष्टर महल नं १ को सि. नं. बाट प्रतिवेदन गर्ने महिनामा आकस्मिक कक्षबाट सेवा पाएका जम्मा सेवाग्राही संख्या गणना गरी उमेर र लिङ्ग अनुसार EmergencyTotalClientsServedको सम्बन्धित महलहरूमा चढाउनुपर्छ ।
FreeServiceReceivedbyimpoverishedcitizen	
विपन्न नागरिक उपचार कोष निर्देशिका बमोजिम विपन्न नागरिकहरूलाई लक्षित रोगहरूको निःशुल्क उपचार कार्यक्रमको लागि सुचिकृत भएका अस्पतालहरूले विपन्न नागरिकहरूलाई उपचार सुबिधा उपलब्ध गराएका बिरामीहरूको संख्या यस महलमा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ । विपन्न नागरिक उपचार कोष निर्देशिकाले लक्षित गरेका रोगको उपचार सुबिधा नभएका (उपचारका लागि सिफारिस गरी पठाउने) अस्पतालहरूले यो प्रतिवेदन गर्नुपर्दैन ।	
Heart, Kidney, Cancer, Head Injury, Spinal Injury, Alzheimer, Parkinson, Sickle Cell Anemia (Female/ Male)	मुटुरोगी, मृगौला रोगी, क्यान्सर, Spinalतथा headइन्जुरी, अल्जाईमार, पार्किन्सन, सिकल सेल एनेमिया को निः शुल्क उपचार गरेको संख्या लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्छ ।
ORC, ImmunizationClinic/ Hygiene Promotion Session/FCHV	
OutreachClinicPlanned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को संचालन हुनुपर्ने गाउँघर क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
OutreachClinicConducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को यस महिनामा संचालन भएको गाउँघर क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
PHCOutreachClinic: No. Ofclientserved	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को सेवा दिएको संख्या (क्लिनिकमा दर्ताको आधारमा) को जम्माको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
ImmunizationClinicPlanned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को संचालन हुनुपर्ने खोप क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
ImmunizationClinicConducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को यस महिनामा संचालन भएको खोप क्लिनिकको संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
ImmunizationClinic: No. ofclientserved	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को खोप क्लिनिकबाट सेवा दिएको जम्मा संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
ImmunizationSessionPlanned	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को संचालन हुनुपर्ने खोप सेसन संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
ImmunizationSessionConducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूको मासिक प्रतिवेदन: खोप तथा गाउँघर क्लिनिक (HMIS९.२) को यस महिनामा संचालन भएको खोप सेसन संख्याबाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Hygiene Promotion Session Planned	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदनखोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालनहुनुपर्ने”सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Hygiene Promotion Session Conducted	समुदाय स्तर स्वास्थ्यकार्यक्रमहरूको मासिकप्रतिवेदन:खोप तथागाउँ-घर क्लिनिक(HMIS 9.2) को “यस महिनामा सञ्चालन/प्रतिवेदनभएको”सरसफाई प्रवर्द्धन सेसन (पटक)बाट उतार गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
FCHVTotalsNo.	अस्पतालको मातहत क्षेत्र (catchmentarea) मा भएका जम्मा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
FCHV: Reportreceived	अस्पतालको मातहत क्षेत्र (catchmentarea) मा भएका जम्मा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाले प्रतिवेदन गरेको जम्मा संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
FCHVNo. ofclientserved	अस्पतालको catchmentareामा भएका जम्मा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका ले प्रतिवेदन गरेको जम्मा संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Referrals	
ReferralIn (Female/Male)	अन्य स्वास्थ्य संस्थाबाट प्रेषण भइ Outpatient, Inpatientर Emergencyरजिष्टरमा उल्लेख भए अनुसारका जम्मा गणना गरी लिङ्ग अनुसार सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
ReferredOut (Female/Male) Outpatient, Inpatient,रEmergency	अस्पतालको Outpatient, Inpatientर Emergencyबाट थप सेवाका लागि अन्यत्र प्रेषण गरिएका बिरामीहरूको संख्या लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी ReferredOutमा चढाउनुपर्दछ ।
Diagnostic/OtherServices	
X-ray (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा एक्स-रे को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Ultrasonogram (USG) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Ultrasonogram (USG) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Echocardiogram (Echo) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Echocardiogram (Echo) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Electro Encephalo Gram, (EEG) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Electro Encephalo Gram, (EEG) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Electro Cardio Gram (ECG) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Electro Cardio Gram (ECG)को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Treadmill (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Treadmillको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Computed Tomographic (CT) Scan (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Computed Tomographic (CT) Scanको संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Magnetic Resonance Imaging (MRI) (Number)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालमा गरिएका जम्मा Magnetic Resonance Imaging (MRI) को संख्या यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Endoscopy (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Endoscopyसेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Colonoscopy (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Colonoscopyसेवा लिएका

महल शिर्षक	निर्देशन
	सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Bronchoscopy (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Bronchoscopyसेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Nuclear Medicine (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Nuclear Medicineसेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Mammogram (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Mammogramसेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Cystoscopy (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Cystoscopyसेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
DEXA Scan (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट DEXA Scanसेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
DTPA Scan (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट DTPA Scanसेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Electro Convulsive Therapy (ECT) (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Electro Convulsive Therapy (ECT) सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Transcranial Magnetic Simulation (TMS) (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट Transcranial Magnetic Simulation (TMS) सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Total Laboratory Services Provided (Persons)	प्रतिवेदन गरिएको महिनामा अस्पतालबाट प्रयोगशाला सेवा लिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Others (if any)	माथि उल्लेख गरिए बाहेकका अन्य सेवा प्रदान गरिएका सेवाग्राहीहरूको जम्मा संख्या यस महलमा (जनामा) चढाउनुपर्दछ ।
Minimum Service Standard (MSS)	
अस्पतालको न्युनतम सेवा मापदण्डको प्रतिवेदन बर्षको दुइपटक भर्नुपर्दछ।जुन महिना MSS मापन गरिएको हो सोही महिनाको मासिक प्रतिवेदनमा यसको बिबरण भर्नुपर्दछ ।	
Date (मिति)	यस महलमा अस्पतालले न्युनतम सेवा मापदण्ड मापन गरेको मिति लेख्नुपर्दछ ।मिति उल्लेख गर्दा गते महिना र साल लाई क्रमबद्ध रूपमा लेख्नुपर्छ ।अस्पतालले जुन महिनामा MSSमापन गरेकोहो सोही महिनामा प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ।
Implementation (कार्यन्वयन)	मापन गरिएको न्युनतम सेवा मापदण्ड चालु आर्थिक बर्षको पहिलो वा दोस्रो कुन चरणको हो सोहीअनुसारको कोडमा गोलो घेरा लगाउनुपर्दछ ।
Score (स्कोर) (%)	MSSमापन बाट प्राप्त गरेको जम्मा औशत स्कोरलाई प्रतिशतमा खुलाउनुपर्दछ ।
उपलब्ध सेवाहरु	
उपलब्ध सेवाहरु	आफ्नो अस्पतालमा उपलब्ध छ भने १ नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ र छैन भने २ नं कोडमा घेरा लगाउनु पर्दछ ।
१ A. SUMMARY OF INDOOR SERVICES	
Inpatient Outcome	
Recovered/ Cured (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ निको भएर डिस्चार्ज भएका बिरामीको उमेर समूह (0-7 Days, 8-28 Days, 29 Days-1 Year, 01-04 Years, 05-14 Years, 15-19 Years, 20-29 Years, 30-39 Years, 40-49 Years, 50-59 Years, 60-69 Years,

महल शिर्षक	निर्देशन
	≥70 Years) र लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल २८ बाट Recovered/Curedगणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Stable (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ निको नभई डिस्चार्ज भएका बिरामीको उमेर समूह लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल २८बाट Stableगणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Referred Out (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ थप सेवाका लागि अन्यत्र प्रेषण भएका बिरामीको उमेर समूह लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल २८ बाट ReferredOutगणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
DOR/LAMA (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ बिरामी वा बिरामीको परिवारले अनुरोध गरेर अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएका बिरामी (Dischargedon PatientRequest), बिरामी वा बिरामीका परिवारलाई चिकित्सकले नै बसेर उपचार गर्न अनुरोध गर्दागर्दै पनि चिकित्सक/अस्पताललाई जानकारी गराएर अस्पताल छोडेर जाने बिरामी [Leftagainst medical advice (LAMA)] र रोग सम्बन्धि खतराको सूचना दिंदादिदै पनि अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएर जाने बिरामी (Dischargedagainst medical advice) लाई उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल २८ बाट DOPR/LAMAगणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Absconded (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भइ अस्पताललाई कुनै पनि जानकारी नदिई भागि गएका बिरामीको उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल २६ बाट Abscondedगणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Death (<48 hours) (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भएको ४८ घण्टा भित्र कुनै बिरामीको मृत्यु भएमा मृतकको उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल २८ बाट Death (<48 hours)गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Death (≥48 hours) (Female/Male)	अस्पतालमा भर्ना भएको ४८ घण्टा वा सो भन्दा पछि कुनै बिरामीको मृत्यु भएमा मृतकको उमेर समूह र लिङ्ग अनुसार HMIS८.२ को महल २८ बाट Death (≥48 hours)गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
NeonateForm	
Primi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरु GestationalWeeks२२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार Primi (Gravida1) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Multi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरु GestationalWeeks२२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार Multi (Gravida2,3,4) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Grand Multi	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरु GestationalWeeks२२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार Grand Multi (Gravida5 and above)) आमाको जम्मा संख्या मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Maternal Age (Yrs)	
Maternal Age (<20, 20-34, ≥34)	अस्पतालमा जन्मिएका बच्चाहरु GestationalWeeks२२-२७, २८-३६, ३७-४१, वा ≥४२ अनुसार आमाको उमेर समूह मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य सेवा रजिष्टर (HMIS३.६) बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।

महल शिर्षक	निर्देशन
Medico-Legal Cases	
No. of medico-legalcases (Male, Female)	अस्पतालमा आइ मेडिकोलिगल सेवा लिएका सेवाग्राहीको संख्यालाई यस महलमा चढाउनुपर्दछ .सो को संख्या मेडिकल रेकर्ड शाखाबाट सुनिश्चित गर्नुपर्दछ।
Free Health Service Summary	
No. of Patients (Partially, Completely)	बहिरंग, आकस्मिक र अन्तरंग बिभागबाट निःशुल्क (पूर्ण वा आंशिक रुपमा) सेवा पाउनेहरुको संख्या गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Total Exempted Cost (NRS) (Partially, Completely)	बहिरंग, आकस्मिक र अन्तरंग बिभागबाट निःशुल्क (पूर्ण वा आंशिक रुपमा) सेवा पाउनेहरुको जम्मा रकम जोडी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Type of Surgeries/Plaster	
Number of Surgeries-Major(Female, Male)	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS८.२ को महल २३ को MajorSurgery मध्ये Emergency वा Inpatient कुन सर्जरी हो? लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Number of Surgeries Intermediate(Female, Male)	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS८.२ को महल २३ को IntermediateSurgery मध्ये Emergency वा Inpatient कुन सर्जरी हो? लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Number of Surgeries- Minor (Female, Male)	यो विवरण बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (HMIS८.२) को महल २३ को Minorsurgeryमध्ये Emergency वा Inpatient कुन सर्जरी हो? र बहिरंग रजिष्टर को महल १६ मा surgeryलिएका संख्या लिङ्ग अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Plaster	अस्पतालमा कति प्लास्टर गरिएको हो? गणना गरी लिङ्ग अनुसार यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Post Operative Infection	Post Operative Infectionको संख्या लाइ surgeryको प्रकार अनुसार छुट्टाछुट्टै गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ ।
Free Health Services ad Social Security Programme	
Outpatients	बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS१.३) को महल १८ को Ultra Poor/Poor, Helpless/Destitute, Disabled, Senior Citizen (>60 years), FCHV, Gender Based Violence रothersछुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Inpatients	बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (HMIS८.२) को महल ३५ को Ultra Poor/Poor, Helpless/Destitute, Disabled, Senior Citizen (>60 years), FCHV, Gender Based Violence रothersछुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Emergency	आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS८.३) को महल ३५ को Ultra Poor/Poor, Helpless/Destitute, Disabled, Senior Citizen (>60 years), FCHV, Gender Based Violence रothersछुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
Referred Out	बहिरंग सेवा रजिष्टर (HMIS१.३) को महल १८ र १९, बिरामी डिस्चार्ज रजिष्टर (HMIS८.२) को महल २८ र ३५ र आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS८.३) को महल २९ र ३५ बाट Ultra Poor/Poor, Helpless/Destitute, Disabled, Senior Citizen (>60 years), FCHV, Gender Based Violence रothersकोReferredOutछुट्टयाई सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।
DeathInformation	
Hospital Death (Female/Male)	<ul style="list-style-type: none"> • Early Neonatal (७ दिन भित्र), Late Neonatal (८-२८ दिन भित्र),

महल शिर्षक	निर्देशन
	<p>Maternal (all) को विवरण HMIS ३.६बाट गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ।</p> <ul style="list-style-type: none"> • Post-Operative Death मा अस्पतालमा शल्यक्रियाको क्रममा वा ३० दिन भित्र भएका मृत्युलाई गणना गर्नुपर्दछ तर प्रसूति पश्चातको ४२ दिन सम्मको मातृ मृत्यु र २८ दिन सम्मको नवशिशु मृत्यु लाई गणना गर्नु हुँदैन। Post-Operative Deathकोविवरण HMIS ८.२ बाट लिङ्ग अनुसार गणना गरि सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। • Emergency Death: Emergency वार्डमा उपचार को क्रममा मृत्यु भएका तर maternal र neonatal death बाहेकका संख्यालाई यस महलमा चढाउनुपर्दछ। • Inpatient Death: अस्पतालमा भर्ना भई उपचारका क्रममा मृत्यु भएका तर माथिको महल (Early neonatal death, late neonatal death, maternal (all), Post-operativedeath, emergency death) मा उल्लेखित बाहेकका संख्यालाई यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Brought Dead (Female/Male)	यो विवरण HMIS ८.३ को महल नाम १८ बाट लिङ्ग अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
Postmortem Done (Female/Male)	अस्पतालले गरेको पोस्टमार्टमको विवरण सम्बन्धित राजिष्टरबाट लिङ्ग अनुसार गणना गरी यस महलमा चढाउनुपर्दछ।
१B. Inpatient Morbidity (No. of Patients Discharged)	
ICD Code, Diseases	डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS ८.२ बाट प्रत्येक डिस्चार्ज भएका बिरामीहरूलाई उपचार गरेको रोगको आधारमा उमेर समुह तथा लिंग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। ICDकोडको महलमा सम्बन्धित रोगको ICD ११ कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ।
१C. Hospital Mortality	
ICD Code, Diseases	डिस्चार्ज रजिष्टर HMIS ८.२ को महल २९ मा ६ नं कोड लेखिएका मृतकहरू आकस्मिक सेवा रजिष्टर HMIS ६.३ को महल ३० मा ७ नं कोड लेखिएका मृतकहरूलाई उपचार गरेको रोगको आधारमा उमेर समुह तथा लिङ्ग अनुसार गणना गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनुपर्दछ। ICDकोडको महलमा सम्बन्धित रोगको ICD ११ कोड उल्लेख गर्नुपर्दछ। Brought Dead को संख्यालाई यसमा गणना गर्नुहुँदैन।
१०ख. नवशिशु स्याहार (Newborn Care)	
Number of sick babies admitted at SNCU/ NICU/ KMCU	
Total neonates admitted (Male/Female)	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५ नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण "Cause of admission" माभर्ना भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ।
Pre-term (Male/Female)	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५ नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण "Cause of admission" मापूर्व अवधिजन्म "Pre-term" भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ।

Low Birth Weight (LBW) (Male/Female)	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण“Cause of admission” माकमजन्मतौल भएका “Low-birth Weight” भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
Hypothermia	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण“Cause of admission” माहाइपोथरमिया “Hypothermia” भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
Birth Asphyxia (Peri/Neonatal)	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण“Cause of admission” माजन्म सघात “Birth Asphyxia” भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
Neonatal Sepsis	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण“Cause of admission” मानवजात सेप्सिस “Neonatal Sepsis” भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
Seizure	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण“Cause of admission” मासिजर “Seizure” भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
Hyperbilirubinemia	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण“Cause of admission” माहाइपरबिलिरुबीनेमिया “Hyperbilirubinemia” भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
Congenital Anomalies	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण“Cause of admission” मा“Congenital Anomalies” भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ ।
Others	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण“Cause of admission” माअन्य कारण भर्ना भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ । <i>This includes all other causes of admission, including others as well.</i>
Preterm/LBW/Hypothermia	SNCU NICU Register (HMIS 8.4)को महल नं. २५नवजातशिशु भर्ना हुनुको कारण“Cause of admission” मापूर्व अवधिजन्म“Pre-term”,कमजन्मतौल भएका “Low-birth Weight” र हाइपोथरमिया “Hypothermia” मध्येकुनै पनि कारण बाटभर्ना भएकानवजातशिशुको संख्या; पुरुष, महिला र जम्मा छुट्टाछुट्टै गणना गरी लेख्नुपर्दछ । यसरी गणना गर्दा एउटै व्यक्तिको दुइ वा सो भन्दा बढी कारणबाट भर्ना भएको भए सोव्यक्तिकोदोहोरो गणनागर्नुहुदैन।
Management and Treatment Outcomes of Small and/or Sick Newborns at SNCU/NICU/KMCU (नवजात शिशुको उपचार तथा व्यवस्थापनको नतिजा)	
Improved	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २८“Outcomes of baby at discharge” माउपचारपछि सुधार भएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Referred	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २८“Outcomes of baby at discharge” मा प्रेषण गरिएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
DOPR/LAMA	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २८“Outcomes of baby at discharge” मा“DOPR/LAMA” गरिएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Death	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २८“Outcomes of baby at

	discharge” माउपचारको क्रममावा पछि मृत्यु भएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
--	--

Number of small and/or sick newborns managed with KMC at SNCU/NICU/KMCU (कंगारु मदर केयर) बाट व्यवस्थापनगरिएका)	
LBW	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २४ व्यवस्थापन“Management” माकंगारु मदर केयर “KMC (partial or continuous)” द्वारा व्यवस्थापनगरिएकामजन्मतौल भएका “Low-birth Weight” भएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Pre-term	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २४ व्यवस्थापन“Management” माकंगारु मदर केयर “KMC (partial or continuous)” द्वारा व्यवस्थापनगरिएकापूर्व अवधिजन्म“Pre-term” भएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Hypothermia	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं. २४ व्यवस्थापन“Management” माकंगारु मदर केयर “KMC (partial or continuous)”द्वारा व्यवस्थापनगरिएकाहाइपोथरमिया “Hypothermia” भएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Number of Preterm/ LBW/ Hypothermia Cases Managed	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं २४ व्यवस्थापन“Management” माकंगारु मदर केयर “KMC (partial or continuous)” द्वारा व्यवस्थापन गरिएका Preterm, LBWरHypothermiaका नवजातशिशुको जम्मा केस संख्यानदोहोरिने गरि गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
नवजात शिशु स्याहार प्याकेजद्वारा उपचार तथा व्यवस्थापन	
Package A	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१अनुसार नवजातशिशु स्याहार Package Aद्वारा उपचार र व्यवस्थापनगरिएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Package B	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१अनुसार नवजातशिशु स्याहार Package Bद्वारा उपचार र व्यवस्थापनगरिएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Package A+B	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१अनुसार नवजातशिशु स्याहार Package A+Bद्वारा उपचार र व्यवस्थापनगरिएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Package A+B+C	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१अनुसार नवजातशिशु स्याहार Package A+B+C द्वारा उपचार र व्यवस्थापनगरिएकानवजातशिशुको संख्या केसहरु गणना गरी संख्या लेख्नुपर्दछ ।
Total number of days stay in SNCU/ NICU/ KMCU	SNCU NICU Register (HMIS 8.4) को महल नं.३१अनुसार नवजातशिशु स्याहार, उपचार र व्यवस्थापनलागिलागेकोजम्मा समय दिनमा लेख्नु पर्दछ।
१८a.. CommonEmergencyDiseases	
स्वास्थ्य संस्थामाआकस्मिक सेवाकालागिआएका र आकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS८.३) मादती भएकाजम्मा विरामीहरु मध्ये विभिन्न रोगकानयाँ विरामीहरुको संख्याआकस्मिक सेवा रजिष्टर (HMIS८.३) बाट रोगको ICD ११ कोड (महल २२)आधारमा सेवाग्राहीहरुको संख्या लिलङ्ग (महिला/पुरुष) अनुसार गणना गरी प्रतिवेदन फारामको Common Emergency Diseasesखण्डमाउतार गर्नुपर्दछ । मा.प.से, घाउ तथा शारीरिक परिक्षणको विवरण सम्बन्धित सेवा रजिष्टर (जस्तै: OCMC रजिष्टर) बाट मासिक रूपमा चढाउनु पर्दछ ।	

१९. प्रयोगशाला सेवा
विभिन्न अस्पतालले आफ्नो अनुकूल प्रयोगशाला रजिष्टरहरू प्रयोगमा ल्याएको पाइन्छ । तसर्थ अस्पतालमा प्रयोगशाला सम्बन्धि सेवाको अभिलेख गर्न प्रयोग भएका रजिष्टरबाट प्रतिवेदन फाराममा उल्लेख भए अनुसारको विवरण उतार गरी सम्बन्धित महलमा चढाउनु पर्दछ ।
२२. एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र (OCMC)
यो प्रतिवेदन एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र (OCMC) संचालन गरिरहेका अस्पतालले मात्र भर्नु पर्दछ । यप प्रतिवेदन एकद्वार संकट व्यवस्थापन केन्द्र (OCMC) रजिष्टर (HMIS ८.५) बाट उतार गरि तयार गर्नुपर्दछ ।
२३. सामाजिक सेवा इकाई (SSU)
यो प्रतिवेदन सामाजिक सेवा इकाई (SSU) संचालन गरिरहेका अस्पतालले मात्र भर्नु पर्दछ । यप प्रतिवेदन सामाजिक सेवा इकाई रजिष्टर (HMIS ८.६) बाट उतार गरि तयार गर्नुपर्दछ ।

२४.पोषण पुनस्थापना गृह

पोषण पुनस्थापना गृहको अभिलेख पोषण पुनस्थापना गृह रजिष्टर (HMIS 2.8)मा राखिएको हुन्छ । उक्त रजिस्टरबाट ट्याली सिटको प्रयोग गरी सम्बन्धितप्रतिवेदनफाराममा चढाउनुपर्दछ ।

सूचकहरू	निर्देशन
Admission Related Information	बालिका/बालक पोषण पुनस्थापना गृहमा भर्ना भएका बच्चाहरू मध्ये नयाँ भर्ना, पुन रोग बल्किएर भर्ना भएका (relapse) र प्रेषण भइ आएका बच्चाहरूलाई कुन आधारमा भर्ना भएका हुन सोही आधारको महलमा सम्बन्धित उमेर समुह अनुसारको संख्या लेख्नु पर्दछ । जस्तै: २७ महिनाको १ जना बालक<-3SD भएर पहिलो पटक भर्ना भएको हो भने new admissionको महलमा उमेर समुह २५ देखि ५९ को महलमा संख्या १ लेख्नु पर्दछ । यसै गरि भर्नाको किसिम, भर्नाको आधार र उमेर समुह अनुसार HMIS 2.8 का आधारमासम्बन्धित महलहरूमा संख्या चढाउनुपर्दछ ।
Discharge Related Information	बालिका/बालक पोषण पुनस्थापना गृहमा भर्ना भइ उपचार पाएर डिस्चार्ज भएका बच्चाहरू मध्ये डिस्चार्जको किसिमलाई उमेर समुह र एन्थ्रोपोमेटिक आधारहरू अनुसार HMIS 2.8 का आधारमासम्बन्धित महलहरूमा संख्या चढाउनुपर्दछ । यदि निको भएर डिस्चार्ज भएको हो भने official discharge, उपचार पाउदा पाउदै मेडिकल एडभाइसको विपरित उपचार छाडेको हो भने Left against medical advice, अन्य ठाउमा प्रेषण गरिएको हो भने Referred Out र मृत्यु भएको कारण डिस्चार्ज भएको हो भने death मा सम्बन्धित उमेर समुह अनुसार संख्या लेख्नु पर्दछ ।
Bed Occupancy	Inpatient Days of Care पोषण पुनस्थापना गृहमा जम्मा भर्ना भएका बच्चाले उपचार पाएको जम्मा दिन यस महलमा लेख्नु पर्दछ । Bed Days Available पोषण पुनस्थापना गृहमा जम्मा सञ्चालनमा रहेका वेडको संख्या (वेड संख्या * दिन) यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।
Average Length of Stay	Inpatient Days of Care पोषण पुनस्थापना गृहमा जम्मा भर्ना भएका बच्चाले उपचार पाएको जम्मा दिन यस महलमा लेख्नु पर्दछ । Total Admissions पोषण पुनस्थापना गृहमा जम्मा भर्ना भएका बच्चाको संख्या यस महलमा लेख्नु पर्दछ ।

अस्पतालबाट प्रदान गरिने अन्य स्वास्थ्य सेवाहरूको प्रतिवेदन
निम्न प्रतिकारात्मक, प्रवर्धनात्मक तथा उपचारात्मक सेवाहरूको प्रतिवेदनहरू यस निर्देशिकाको HMIS९.३ भन्ने निर्देशिका बमोजिम नै तयार गरि प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ ।

१. खोप, २. नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन, ३. पोषण, ४. स्वास्थ्य प्रवर्द्धन तथा स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रम, ५. महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका कार्यक्रम, ६. जनसंख्या व्यवस्थापन कार्यक्रम, ७. मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम, ८. परिवार नियोजन कार्यक्रम, ९. प्रजनन स्वास्थ्य रूग्णता सेवा, १०. गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रम, ११. औलो निवारण कार्यक्रम, १२. कालाजारनियन्त्रणकार्यक्रम, १३. कुष्ठरोग निवारण कार्यक्रम, १४. पुनर्स्थापना सेवा, १५. क्षयरोग नियन्त्रण कार्यक्रम, १६. एचआईभीकार्यक्रम, १७. नसर्ने रोग, १८. NewOPDMorbidity, २१. जेरियाट्रीक सेवा

HMIS 9.5: निजितथागैर- सरकारीस्वास्थ्यसंस्थामासिकप्रतिवेदनफाराम(Non-Public Health Facility Monthly Reporting Form)

निजि तथा गैर-सरकारी अस्पतालमा मासिक रूपमा सम्पादन गरिएका सम्पूर्ण सेवाहरूको अभिलेख अनुसारको एकीकृत प्रतिवेदन गर्नका लागि यो फाराम प्रयोग गरिन्छ। अस्पलबाट प्रदान गरिएका सेवाहरूको मासिक प्रतिवेदन मार्फत अस्पतालको वास्तविक अवस्थाको अनुगमन र विश्लेषण तथा अस्पतालको प्रगति मापन गर्न यस फारामलो आवश्यकता परेको हो।

यो प्रतिवेदन महिना भुक्तान भएको ७ दिन भित्र तयार गरी सम्बन्धित निकायमा प्रेषण गर्नुपर्दछ।

महल शिर्षक	निर्देशन
OWNERSHIPTYPE	स्वास्थ्य संस्था निजि, सहकारी, सामुदायिक कुन हो भन्ने खुलाउनुपर्दछ।
FACILITYTYPE	स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार अस्पताल, पोली क्लिनिक, आदि खुलाउनु पर्दछ।
VAT/PANNo.	स्वास्थ्य संस्थाको भ्याट वा पान नं खुलाउनुपर्दछ।
प्रतिवेदनको मुख पृष्ठको माथिल्लो भागका केही भागबाहेक सम्पूर्ण भागहरू HMIS 9.4 सरकारी अस्पताल प्रतिवेदन फारामको जस्तै गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ।	

ABBREVIATIONS

ANC	Antenatal Care
ART	Anti-Retroviral Therapy
FCHV	Female Community Health Volunteer
GM	Growth Monitoring
HMIS	Health Management Information System
IFA	Iron Folic Acid
IMAM	Integrated Management of Acute Malnutrition
IMNCI	Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness
ITC	Inpatient Therapeutic Center
KMCU	Kangaroo Mother Care Unit
LAMA	Left Against Medical Advice
MAM	Moderate Acute Malnutrition
MNP	Micro-Nutrient Powder
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NRH	Nutrition Rehabilitation Home
OCCM	One-Stop Crisis Management Center
OST	Opioid Substitution Therapy
OTC	Outpatient Therapeutic Center
PNC	Postnatal Care
PWIDs	People who inject Drugs
SAM	Severe Acute Malnutrition
SDG	Sustainable Development Goal
SM	Sexual Minorities
SNCU	Special Newborn Care Unit
SSU	Social Service Unit
SAS	Safe Abortion Service

