



ফর্ম -৪

ফ্যাসিলিটি পর্যায়ে প্রযোজ্য

গণ প্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

মাতৃমৃত্যু, নবজাতকের মৃত্যু ও মৃতজন্ম পর্যালোচনা (এমপিডিআর)
Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR)

সেবাকেন্দ্রে নবজাতক মৃত্যু পর্যালোচনা ফর্ম
Neonatal Death Review Form

ফ্যাসিলিটি ফর্ম

ফর্ম -৪

বাস্তবায়নে

Implemented by

স্বাস্থ্য অধিদপ্তর ও পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর
Directorate General of Health Services (DGHS) and
Directorate General of Family Planning (DGFP)

মৃত্যু পর্যালোচনা সংখ্যা Death review number
বাৎসরিক ক্রমিক: Year serial:
মাসিক ক্রমিক: Month serial:

কারিগরি সহযোগিতায়: ইউনিসেফ, ইউএনএফপিএ, বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থা, সিওআইএ(কইয়া),
সিআইপিআরবি

Technical support: UNICEF, UNFPA, WHO, COIA, CIPRB

ফর্ম ডিজাইন ও সমন্বয়ে: এইচ ই ইউ, আইসিডিডিআরবি, জাইকা, ব্রাক, ওজিএসবি, বিএনএফ,
বিএসএমএমইউ, বিপিএ, সেইভ দ্যা চিলড্রেন

Form designed in collaboration with HEU, ICDDR,B, JICA, BRAC, OGSB, BNF,
BSMMU, BPA, Save the Children

ফ্যাসিলিটির নাম : _____

ফ্যাসিলিটি কোড

--	--	--	--	--	--	--	--

মায়ের নাম: _____

মায়ের বয়স:: _____ (বৎসর)

নবজাতকের নাম:

দিন /		মাস /		বছর	

মৃত্যুর সময় নবজাতকের বয়স(দিন/ঘন্টা/মিনিট)

মা/ নবজাতকের হাসপাতালের রেজিস্ট্রেশনের নম্বর

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

হাসপাতালের ওয়াড নম্বর..... হাসপাতালের বেড নম্বর.....

মায়ের ঠিকানা:.....

জেলা:..... উপজেলা:.....

ইউনিয়ন/পৌরসভা:

.....

ওয়ার্ড:

গ্রাম:

পিতার নাম: _____

মোবাইল নম্বর: _____

১। নবজাতকের জন্মের স্থান?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> বাড়ী | <input type="checkbox"/> মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল |
| <input type="checkbox"/> কমিউনিটি ক্লিনিক | <input type="checkbox"/> প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল |
| <input type="checkbox"/> ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> এনজিও ক্লিনিক |
| <input type="checkbox"/> উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স | <input type="checkbox"/> চেম্বার/স্বাস্থ্য সেবাদানকারীর বাড়ী |
| <input type="checkbox"/> মাতৃমঙ্গল কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____) |
| <input type="checkbox"/> জেলা অথবা সদর হাসপাতাল | |

২। নবজাতকের কোন ধরনের মৃত্যু হয়েছিল? (প্রযোজ্য হলে টিক চিহ্ন দিন):

- নবজাতক এই হাসপাতালে জন্মগ্রহণ করে এবং মারা যায় (এখানে টিক দিলে ৫ নং প্রশ্নে চলে যান)
- নবজাতক হাসপাতালের বাইরে জন্মগ্রহণ এবং হাসপাতালে ভর্তির পর মৃত্যুবরণ করে

দিন /	মাস /	বছর

৩। বহিঃ বিভাগ/ জরুরী বিভাগে নিয়ে আসার তারিখ:

সময় _____ অথবা অনিবন্ধিত

দিন /	মাস /	বছর

৪। অন্তঃবিভাগে ভতির তারিখ:

সময়: _____ অথবা অনিবন্ধিত

দিন /	মাস /	বছর

৫। মৃত্যুর তারিখ

সময় _____ অথবা অনিবন্ধিত

৬। ভতির সময় নবজাতকের অবস্থা

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> জ্ঞান ও বোধশক্তি ছিল | <input type="checkbox"/> বোধশক্তি বিহীন (Unconscious) |
| <input type="checkbox"/> স্থির (Stable) | <input type="checkbox"/> মৃত আনা হয়েছিল (Brought dead) |
| <input type="checkbox"/> অস্থির (Unstable) | <input type="checkbox"/> অনিবন্ধিত (Not recorded) |

৭। নবজাতকের ভতির বা হাসপাতালে জন্মের পর রোগ নিণয় কি ধরনের ছিল (টিক চিহ্ন দিন)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> শ্বাস কষ্ট Birth Asphyxia | <input type="checkbox"/> মিনিংজাইটিস Meningitis |
| <input type="checkbox"/> সেপ্টিসেমিয়া Septicemia | <input type="checkbox"/> জন্মকালীন আঘাত Birth trauma |
| <input type="checkbox"/> কম ওজন জন্ম Low birth weight | <input type="checkbox"/> জন্মগত ত্রুটি Congenital anomalies |
| <input type="checkbox"/> মারাত্মক নিউমোনিয়া Severe Pneumonia | <input type="checkbox"/> অন্যান্য Others (উল্লেখ করুন) |

৮। নবজাতক কি রেফারকৃত রোগী ছিল? (টিক চিহ্ন দিন)

হ্যাঁ না

৯। যদি হ্যাঁ হয় তাহলে কোথায় হতে রেফার হয়েছিল? (টিক চিহ্ন দিন)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> সরকারি প্রতিষ্ঠান | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন |
| <input type="checkbox"/> বেসরকারি প্রতিষ্ঠান | <input type="checkbox"/> অজানা |
| <input type="checkbox"/> বাড়ি | |

১০। কখন ডাক্তার/কনসালটেন্ট নিকট প্রথম ভিজিটে এসেছিল:

দিন /	মাস /	বছর

উপস্থিতির তারিখ _____ সময়: _____

অনিবেক্ষিত অথবা আসে নাই

১১। নবজাতকের কি কোন বিপদ চিহ্ন ছিল? (সঠিক বক্সে ঠিক দিন)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Convulsions শরীর বেঁকে যাওয়া | <input type="checkbox"/> জড়িস |
| <input type="checkbox"/> খেতে না পারা বা খেতে চায় না | <input type="checkbox"/> নাভিতে লালচে দাগ বা পুজ পরা |
| <input type="checkbox"/> দ্রুত শ্বাস | <input type="checkbox"/> চামড়ার মধ্যে ফোড়া ও পুজ |
| <input type="checkbox"/> দ্রুত শ্বাস ও বুক দেবে যাওয়া | <input type="checkbox"/> ডায়রিয়া |
| <input type="checkbox"/> হাত পা ঠান্ডা হয়ে যাওয়া | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____) |
| <input type="checkbox"/> স্বর | <input type="checkbox"/> জানি না |
| <input type="checkbox"/> নড়াচড়া না করা বা কম নড়াচড়া করা | |

১২। হাসপাতালে অন্তর্বিভাগে বিশেষজ্ঞ কর্তৃক নবজাতকের কি রোগ নির্ণয় করা হয়েছিল?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> শ্বাস কষ্ট Birth Asphyxia | <input type="checkbox"/> মিনিংজাইটিস Meningitis |
| <input type="checkbox"/> সেপ্টিসেমিয়া Septicemia | <input type="checkbox"/> জন্মকালীন আঘাত Birth trauma |
| <input type="checkbox"/> কম ওজন জন্ম Low birth weight | <input type="checkbox"/> জন্মগত ত্রুটি Congenital anomalies |
| <input type="checkbox"/> মারাত্মক নিউমোনিয়া Severe Pneumonia | <input type="checkbox"/> অন্যান্য Others ((উল্লেখ করুন)) |

১৩। ভর্তির কতক্ষণ পর হাসপাতাল অন্তর্বিভাগে চিকিৎসা শুরু করে

তারিখ	<table border="1"><tr><td>দিন /</td><td>মাস /</td><td>বছর</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	দিন /	মাস /	বছর				সময় _____
দিন /	মাস /	বছর						

১৪। জন্মের পর বাষ্চার ওজন _____ গ্রাম

১৫। নবজাতকের কি কোন জন্মগত ত্রুটি ছিল?

হ্যাঁ না

১৬। যদি হ্যাঁ হয় তাহলে কোথায় জন্মগত ত্রুটি ছিল

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> মাথা | <input type="checkbox"/> বুক |
| <input type="checkbox"/> মুখের তালু | <input type="checkbox"/> পায়ু পথে |
| <input type="checkbox"/> ঠোঁট | <input type="checkbox"/> পায়ের পাতাতে |
| <input type="checkbox"/> হাতে | <input type="checkbox"/> যোনি পথে |

অন্যান্য উল্লেখ করুন

১৭। হাসপাতালের কোন বিভাগে বা স্থানে নবজাতকের মৃত্যু হয়েছে?

- ইমার্জেন্সি রুমে At emergency
- স্থানান্তরের সময় During transferring the neonate
- ওয়ার্ডে At ward
- লেবার রুমে At labour room
- অপারেশান রুমে At operation theater
- নবজাতক ওয়ার্ডে Special care newborn unit (SCANU)
- অন্য কোন স্থানে উল্লেখ করুন _____

১৮। মৃত্যুর সম্ভাব্য কারণ লিখুন

রোগের নাম: _____

আইসিডি ১০ কোড নং _____

১৯। রোগীর মৃত্যুর ঘটনার বিবরণ লিখুন সংক্ষেপে

.....
.....
.....
.....

মৃত্যু পর্যালোচনাকারীর নাম:

পদবি:

তথ্য সংগ্রহের তারিখ

সাক্ষর