



ফর্ম ২

গণ প্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
Government of the People's Republic of Bangladesh
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
Ministry of Health & Family Planning

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

কমিউনিটিতে নবজাতকের মৃত্যু পর্যালোচনা ফরম

Community Neonatal Death Review Form

কমিউনিটি ফর্ম ২

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 Number of Death Review
বাৎসরিক ক্রমিকঃ Yearly serial:
মাসিক ক্রমিকঃ Monthly serial:

কারিগরি সহযোগিতায়ঃ ইউনিসেফ, ইউএনএফপিএ, বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থা, সিওআইএ(কইয়া), সিআইপিআরবি
Technical support: UNICEF, UNFPA, WHO, COIA, CIPRB

ফরম ডিজাইন ও সমন্বয়েঃ এইচইইউ, 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

মৌখিক সম্মতি

কেমন আছেন? আমার নাম আমি স্বাস্থ্য/পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের একজন আমার মোবাইল নম্বর। আপনি জেনে আনন্দিত হবেন যে স্বাস্থ্য অধিদপ্তর ও পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর যৌথভাবে মাতৃমৃত্যু, নবজাতকের মৃত্যু ও মৃতজন্ম চিহ্নিত ও পর্যালোচনা (এমপিডিআর) করছে, যা বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসেবার মানোন্নয়নে কার্যকরী ভূমিকা রাখবে। এরই অংশ হিসেবে শিশুমৃত্যু সম্পর্কে আপনার সাথে কিছু কথা বলবো এবং প্রশ্ন করবো। এই সাক্ষাৎকারের জন্য ৩০ থেকে ৪৫ মিনিট সময়ের প্রয়োজন। এই সাক্ষাৎকারের সকল তথ্যই গোপন রাখা হবে, তথাপি এই সকল প্রশ্নের উত্তরদান আপনার ইচ্ছার উপর নির্ভরশীল। সাক্ষাৎকারে সম্মতিদানের পূর্বে আপনি এই সাক্ষাৎকারের বিষয়ে প্রশ্ন করতে পারেন। এই সাক্ষাৎকারদানে আপনার কোন প্রকার ঝুঁকি নেই। আপনি সাক্ষাৎকারটির যে কোন পর্যায়ে বন্ধ করে দিতে পারেন। আপনার নাম এই প্রতিবেদনের কোথাও উল্লেখ করা হবে না। আপনার প্রদেয় তথ্য স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়ের কাজে আসবে যা মাতৃ ও নবজাতকের স্বাস্থ্যের উন্নয়নে ভূমিকা রাখবে। আপনাকে ধন্যবাদ।
উপরের বিষয়বস্তু বিবেচনা স্বাপেক্ষে আপনার সম্মতিক্রমে আমি এই সাক্ষাৎকারটি শুরু করতে চাই।

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকারে সম্মতি প্রদান করেছেন।

উত্তরদাতার নাম:

উত্তরদাতার স্বাক্ষর:

সাক্ষাৎকার প্রদানের তারিখ:

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

দিন মাস বছর

উত্তরদাতার তথ্য

মোবাইল:

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

নাম	মৃতের সাথে সম্পর্ক	তিনি কি মৃত্যুর সময়ে উপস্থিত ছিলেন (হ্যাঁ/না)
মূখ্য উত্তরদাতা:		
সহযোগী উত্তরদাতা-১:		
সহযোগী উত্তরদাতা-২:		

সম্পর্ক:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> মা | <input type="checkbox"/> বোন/ভাই |
| <input type="checkbox"/> বাবা | <input type="checkbox"/> প্রতিবেশী |
| <input type="checkbox"/> দাদা / দাদী, নানা / নানী | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন)..... |
| <input type="checkbox"/> খালা/খালু, চাচী/চাচা, মামী/মামা, ফুপু/ফুপা | |

সাধারণ তথ্য

জেলা:..... উপজেলা:..... ইউনিয়ন/পৌরসভা:

ওয়ার্ড: গ্রাম:

কমিউনিটি ক্লিনিকের নাম: _____

কমিউনিটি ক্লিনিকের কোড: (অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

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

মায়ের নাম: _____

মায়ের অনলাইন রেজিস্ট্রেশন (ডিএইচইএস-২) কোড নং: (অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

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

মায়ের বয়স: _____ (বৎসর)

মায়ের শিক্ষাগত যোগ্যতা:

শিক্ষা সময়কাল: (০১. ০২. ০৩..... ১০..... ১২ ইত্যাদি এবং যদি শিক্ষিত না হন তবে কোড ৯৯)

খানার আর্থ-সামাজিক অবস্থা: অতি গরীব গরীব মধ্যবিত্ত ধনী

পিতার নাম:

শিশুর নাম:

শিশুর অনলাইন রেজিস্ট্রেশন (ডিএইচইএস-২) কোড নং: (অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

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

সেকশন ১: নবজাতকের তথ্য

১। জন্ম তারিখ:

দিন /	মাস /
<input type="text"/>	<input type="text"/>

সময় (২৪ ঘন্টা):

ঘন্টা /	মিনিট
<input type="text"/>	<input type="text"/>

২। মৃত্যুর তারিখ:

দিন /	মাস /
<input type="text"/>	<input type="text"/>

সময় (২৪ ঘন্টা):

ঘন্টা /	মিনিট
<input type="text"/>	<input type="text"/>

৩। কোথায় মৃত্যু ঘটেছিল? (সঠিক বক্সে ঠিক দিন)

নিজ বাড়ীতে

পথে

ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রে

উপজেলা স্বাস্থ্য

কমপ্লেক্সে

জেলা অথবা সদর হাসপাতালে

মাতৃমঙ্গল কেন্দ্রে

- মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল এনজিও ক্লিনিক
 প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____

দিন /	মাস /

৪। নবজাতক মৃত্যুর পূর্বে কত সময় অসুস্থ ছিল ?

৫। নবজাতক কি কোন মানসিক/শারীরিক আঘাতে মৃত্যু বরণ করেছে ?

- হ্যাঁ (হ্যাঁ হলে কি ধরনের আঘাত, উল্লেখ করুন.....।)
 না জানি না

সেকশন ২: মায়ের তথ্য

মাস

৬। গর্ভের কতো মাস বা সপ্তাহে প্রসব হয়েছে?

৭। গর্ভকালীন সময়কালে প্রসব সংক্রান্ত কোন জটিলতা হয়েছিল কিনা ?

হ্যাঁ (হ্যাঁ হলে কি ধরনের জটিলতা? একাধিক উত্তর হতে পারে)

- অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ অসংলগ্ন আচরণ
 উচ্চরক্তচাপ বাধাপ্রাপ্ত প্রসব
 থ্রিচুনি যমজ গর্ভধারণ
 প্রচন্ড স্বর আঘাত
 বিলম্বিত প্রসব অন্যান্য উল্লেখ করুন

- না মায়ের কোন রোগ ছিল না আমি জানি না

৮। কতবার প্রসবপূর্ব সেবা (এএনসি) গ্রহণ করেছেন? (সংখ্যা উল্লেখ করুন)

- ১ বার কোন এএনসি সেবা পায়নি (১১ নং প্রশ্নে চলে যান)
 ২ বার আমি জানি না
 ৩ বার (১১ নং প্রশ্নে চলে যান)
 ৪ বার এবং তার বেশী

৯। প্রসবপূর্ব সেবা কোন স্থান হতে গ্রহণ করা হয়েছে? (একাধিক উত্তর - টিক চিহ্ন দিন)

- বাড়ী ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র
 কমিউনিটি ক্লিনিক উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স

- মাতৃমঙ্গল কেন্দ্র
- জেলা অথবা সদর হাসপাতাল
- মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল
- প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল

- এনজিও ক্লিনিক
- চেম্বার/স্বাস্থ্য সেবাদানকারীর বাড়ী
- অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____)

১০। প্রসবপূর্ব সেবা কে প্রদান করেছেন? (একাধিক উত্তর- টিক চিহ্ন দিন)

- ডাক্তার (MBBS)
- নার্স
- পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটর (FWV)
- সিএসবিএ (CSBA)
- মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (এমএ)
- স্বাস্থ্য সহকারী (HA)
- পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA)
- দাই
- পল্লী চিকিৎসক
- এনজিও কর্মী
- অন্যান্য (উল্লেখ করুন

১১। মা কতো বার সন্তান প্রসব করেছেন? সংখ্যা লিখুন

১২। মায়ের কতবার গর্ভপাত হয়েছে? সংখ্যা লিখুন

জানা না থাকলে টিক দিন

১৩। নবজাতক প্রসবের স্থান?

- বাড়ী
- কমিউনিটি ক্লিনিক
- ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র
- উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স
- মাতৃমঙ্গল কেন্দ্র
- জেলা অথবা সদর হাসপাতাল
- মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল
- প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল
- এনজিও ক্লিনিক
- চেম্বার/স্বাস্থ্য সেবাদানকারীর বাড়ী
- অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____)

১৪। কার দ্বারা প্রসব সংগঠিত হয়েছিল?

- ডাক্তার (MBBS)
- নার্স
- পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটর (FWV)
- সিএসবিএ (CSBA)
- মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (এমএ)
- স্বাস্থ্য সহকারী (HA)
- পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA)
- দাই
- পল্লী চিকিৎসক
- এনজিও কর্মী
- অন্যান্য (উল্লেখ করুন

১৫। কোন পদ্ধতিতে প্রসব হয়েছিল?

- Vaginal-spontaneous (স্পন্টানিওয়াস)
- সিজারিয়ান (Caesarean Section)
- Instrumental vaginal (vacuum/forceps) সহায়ক প্রসব (ভ্যাকুয়াম/ফোরসেপ)

১৬। ডেলিভারির সময় মায়ের কোন জটিলতা দেখা দিয়েছিল? কোন ধরনের জটিলতা হয়েছিল ?
(একাধিক উত্তর- টিক চিহ্ন দিন)

- মায়ের কোন জটিলতা ছিল না No complication
- এ বিষয়ে আমি কিছু জানি না Don't know
- উচ্চরক্তচাপ High Blood Pressure/Hypertension
- খিঁচুনি/একলামসিয়া Convulsion/eclamsia
- প্রসবের পূর্বে /প্রসব কালীন সময় রক্তক্ষরণ Bleeding (haemorrhage) during pregnancy/
Ante Partum Hemorrhage (APH)
- বাধা গ্রন্থ প্রসব Obstructed labour
- ১২ঘন্টার বেশী প্রসব বেদনা/বিলম্বিত প্রসব Labour pain more than 12 hrs/Prolonged
labour
- ৩৭ সপ্তাহের পূর্বে প্রসব বেদনা Premature labour/labour pain before 37 weeks
- প্রসবের পূর্বে পানি ভাঙ্গা Leakage of fluid before labour/ Ruptured membrane/PROM
- ভ্রূণের নড়াচড়া কম হওয়া অথবা দীর্ঘ সময় নড়াচড়া না হওয়া Less fetal
movement/ fetal distress/ meconium stained liquor
- ভ্রূণের অস্বাভাবিক অবস্থান Abnormal position of the fetus/ mal-presentation
- জরায়ু ছিঁড়ে যাওয়া Ruptured uterus
- প্রসবের ৩০ মিনিটের মধ্যে গর্ভ ফুল না পড়া Placenta not delivered 30 minutes after
delivery of the baby/Retained placenta
- প্রসব পরবর্তী রক্তক্ষরণ Bleeding (haemorrhage) after/ Post-Partum
Hemorrhage (PPH)
- প্রচন্ড জ্বর High fever
- দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব Fowl smelling vaginal discharge

সেকশন ৩ : প্রসবোত্তর তথ্য

১৭। মা যমজ শিশু প্রসব করেছেন কি না ? হ্যাঁ না

১৮। জন্ম কালীন সময় শিশুর ওজন কতো ছিল?

- স্বাভাবিকের কম (<২.৫ কেজি)
- স্বাভাবিক (২.৫ কেজি-৪.৫ কেজি)
- স্বাভাবিকের বেশী (> ৪.৫ কেজি)

১৯। কোন জন্মগত ত্রুটি ছিল কিনা?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> মাথা | <input type="checkbox"/> কাঁধ | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন
.....) |
| <input type="checkbox"/> তালু কাটা | <input type="checkbox"/> পায়ু পথ | <input type="checkbox"/> না, নবজাতক স্বাভাবিক
ছিল |
| <input type="checkbox"/> ঠোঁট | <input type="checkbox"/> পা | |
| <input type="checkbox"/> কনুই | <input type="checkbox"/> যোনি পথ | |

আমি এ বিষয়টি জানি না

২০। শিশু জন্মানোর পরে কান্না করেছিলো/শ্বাস নিয়েছিল কিনা?

হ্যাঁ / স্বাভাবিক ভাবে শ্বাস নিয়েছিল দুর্বল কান্না

অনেক সময় পরে শ্বাস নিয়েছিল জানি না

(উত্তর যদি হ্যাঁ বা জানি না হয় তবে ২৭ নং প্রশ্নে যাবেন)

২১। যদি উত্তরে দুর্বল কান্না বা অনেক সময় পরে শ্বাস নিয়েছিল হয় তবে কি ব্যবস্থা নেয়া হয়েছিলো

নবজাতকে শুকনো এবং শুকনো পরিষ্কার কাপড় দিয়ে আবৃত করা হয়েছে/ Dried the neonate and wrapped with dry clean cloth

নবজাতকের পিঠে বা শিরদাড়া চাপড় করা হয়েছে Stimulation was given at the vertebral column or back

মুখের মাধ্যমে শ্বাস দেয়া/ Mouth to mouth breathing was given

আম্বো ব্যাগের মাধ্যমে শ্বাস দেয়া হয়েছিলো কিনা/ Neonatal resuscitation by ambo bag

পিঠে অথবা বুক হাতের সাহায্যে চাপড় দেয়া হয়েছে Slap forcefully on the back/chest/ hip holding both leg up and head below

মুখে গরম পানি ছিটানো হয়েছে Flash warm water in mouth

স্বাস্থ্য কেন্দ্রে পাঠাতে হয়েছিলো/ Transfer in health care centre

কিছুই করা হয় নাই/ Nothing was done significantly

অন্যান্য (উল্লেখ করুন.....)

২২. নবজাতককে কোন বিপদজনক চিহ্ন দেখা দিয়েছিল? (একের অধিক টিক চিহ্ন দিতে

পারেন)

খিঁচুনি /Convulsions

নবজাতক বুকের দুধ খেতে অক্ষম বা দুর্বল /No feed or reluctant to feed

দ্রুত শ্বাসপ্রশ্বাস /Fast breathing

দ্রুত শ্বাসপ্রশ্বাসের সাথে বুক দেবে যাওয়া /Chest indrawing with Fast breathing

হাত ও পা ঠান্ডা হয়ে যাওয়া /Hypothermia of hand and feet

নড়াচড়া নেই /Lack of movement or less movement

জ্বর /Fever

চোখ ও গায়ের চামড়া হলুদ বর্ণের হওয়া

চোখ ও গায়ের চামড়া হলুদ বর্ণের হওয়া /Yellow colouration of eyes/ Skin

নাভি লাল বর্ণ ধারণ বা নাভি থেকে পুজ বের হওয়া /Reddish umbilicus/ Pus secretion from umbilicus

পাতলা পায়খানা (ডায়রিয়া) /Diarrhoea

চামরায় পুজ সহ ফোড়া /Pus contained vesicle in the skin

অন্যান্য (_____)

আমার জানা নেই

২৩। শিশু মৃত্যুর পূর্বে কোন চিকিৎসা গ্রহন করেছেন কিনা?

হ্যাঁ (২৪ নং প্রশ্ন দেখুন)

না (২৫ নং প্রশ্ন দেখুন)

২৪। প্রসবোত্তর সেবা গ্রহণের স্থান?(একাধিক উত্তর-টিক চিহ্ন দিন)

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

২১। চিকিৎসাসেবা গ্রহণ না করলে তার কারণ?(একাধিক উত্তর)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> অপ্রয়োজনীয় মনে করা | <input type="checkbox"/> বাড়ীতে ভাল সেবা পাওয়ায় |
| <input type="checkbox"/> চিকিৎসার প্রয়োজন বুঝতে না পারা | <input type="checkbox"/> যাওয়ার উপায় না জানা |
| <input type="checkbox"/> ব্যয়বহুল | <input type="checkbox"/> সময়ের অভাব |
| <input type="checkbox"/> অর্থের অভাব | <input type="checkbox"/> কোথায় যেতে হবে না জানা |
| <input type="checkbox"/> দূরত্ব | <input type="checkbox"/> সেবাগ্রহণে ভয় পাওয়া |
| <input type="checkbox"/> যানবাহনের অভাব | <input type="checkbox"/> প্রাকৃতিক দুর্যোগ/খারাপ আবহাওয়া/রাত্রি |
| <input type="checkbox"/> নিয়ে যাওয়ার সঙ্গী না পাওয়া | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন_____) |
| <input type="checkbox"/> সেবার মান অনুন্নত | |
| <input type="checkbox"/> পারিবারিক অসম্মতি | |

কমিউনিটি নবজাতকের মৃত্যুর কারণ নিরূপণ/চিহ্নিতকরণ ফরম
[অবশ্যই কনসালটেন্ট/দক্ষ পেশাদারের দ্বারা পূরণ করতে হবে]
ICD 10 ছক অনুযায়ী কারণ নিরূপণ/চিহ্নিত করুন
রোগের নাম:
ICD code:
নিরূপণকারীর নাম:
পদবী:
প্রতিষ্ঠান:
স্বাক্ষর:
তারিখ: