



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

ফর্ম-১

কমিউনিটি পর্যায়ে প্রযোজ্য

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

কমিউনিটিতে মাতৃমৃত্যু পর্যালোচনা ফর্ম
Community Maternal Death Review Form

কমিউনিটি ফর্ম-১

বাস্তবায়নে

স্বাস্থ্য অধিদপ্তর ও পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর

অফিসের ব্যবহারের জন্য	
ফর্মের বাৎসরিক ক্রমিক নং:	জমাদানের তারিখ :
জমাদানকারীর নাম :	জমাদানকারীর পদবী: স্বাক্ষর :
ফর্ম গ্রহণকারীর নাম :	ফর্ম গ্রহণকারীর পদবী: স্বাক্ষর :

৮। বিগত প্রসবের ধরন ও জটিলতা? (একাধিক উত্তর, ✓ টিক চিহ্ন দিন)

[এটি যদি প্রথম গর্ভধারণ হয় তবে ৯নং প্রশ্ন প্রযোজ্য]

- স্বাভাবিক প্রসব মৃতজন্ম গর্ভপাত
- মৃতজন্ম জীবিতজন্ম
- নির্দিষ্ট সময়ের পূর্বে প্রসব সিজারিয়ান
- অন্যান্য অপারেশন পদ্ধতিতে প্রসব

৯। বর্তমান গর্ভকালীন সময়ে কি কি জটিলতা ছিল? (সঠিক বক্রে ✓ টিক দিন)

জটিলতা	প্রসবপূর্ব	প্রসবকালীন	প্রসবোত্তর	জানা নেই
১। রক্তস্রাব				
২। মুখ, পা ও হাতে পানি আসা				
৩। চোখে ঝাপসা দেখা এবং প্রচণ্ড মাথা ব্যাথা				
৪। উচ্চ রক্তচাপ				
৫। খিঁচুনি/একলামসিয়া/বেহুঁস হওয়া				
৬। গর্ভপাত				
৭। ডায়াবেটিস				
৮। জন্ডিস				
৯। রক্তক্ষরণ				
১০। প্রচণ্ড জ্বর				
১১। জন্মের নড়াচড়া কম হওয়া অথবা দীর্ঘ সময় নড়াচড়া না হওয়া				
১২। ১২ ঘন্টার বেশি প্রসব বেদনা				
১৩। মাথা ছাড়া অন্যকোন অঙ্গ বের হওয়া				
১৪। তলপেটে অস্বাভাবিক ব্যাথা (তীব্র)				
১৫। জরায়ু ছিঁড়ে যাওয়া				
১৬। গর্ভফুল থেকে যাওয়া				
১৭। দুর্গন্ধযুক্ত শ্রাব				
১৮। অন্যান্য, উল্লেখ করুন				
১৯। কোনো জটিলতা ছিল না				

সেকশন ৩ : প্রসবপূর্ব সেবা

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

--	--

(যদি প্রসবপূর্ব সেবা গ্রহণ না করে থাকে তাহলে '০' এবং জানা না থাকলে '৯৯' এবং ১১, ১২ নং প্রশ্ন প্রযোজ্য নয়)

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

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ডাক্তার (MBBS) | <input type="checkbox"/> নার্স |
| <input type="checkbox"/> মিড ওয়াইফ (Midwife) | <input type="checkbox"/> পরিবার পরিকল্পনা ডিজিটর (FWV) |
| <input type="checkbox"/> সরকারি সিএসবিএ (CSBA) | <input type="checkbox"/> প্রাইভেট সিএসবিএ (CSBA) |
| <input type="checkbox"/> মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (এমএ) | <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য সহকারী (HA) |
| <input type="checkbox"/> পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA) | <input type="checkbox"/> দাই |
| <input type="checkbox"/> পল্লী চিকিৎসক | <input type="checkbox"/> এনজিও কর্মী |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন) | |

১৩। মায়ের জন্য পরিবারের প্রসব পরিকল্পনা (Birth Planning) ছিল কি? করা হয়ে থাকলে নিচের কোন বিষয়গুলো পরিকল্পনা করা ছিল? (একাধিক ✓ টিক চিহ্ন হতে পারে)

- কোথায় প্রসব করাবেন তা পরিকল্পনায় ছিল (বাড়িতে/স্বাস্থ্য কেন্দ্রে ইত্যাদি)?
- কার দ্বারা প্রসব করাবেন তা পরিকল্পনায় ছিল?
- কিভাবে স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে যাবেন তা পরিকল্পনায় ছিল? (যাতায়াত ব্যবস্থা)
- জটিলতার ক্ষেত্রে কোথায় যেতেন তা ঠিক করা ছিল?
- চিকিৎসা/যাতায়াত বাবদ খরচের জন্য টাকা জমিয়ে রাখা হয়েছিল?
- কে মায়ের পরিচর্যা ও বাড়ির দেখাশোনা করবেন তা ঠিক করা আছে?
- রক্তদাতা নির্ধারণ করে রাখা হয়েছিল? (রক্তের গ্রুপ পরীক্ষা করা হয়েছিল)?
- নবজাতক পরিচর্যার জরুরি সরঞ্জাম ঠিক করা ছিল (পরিষ্কার ব্লড Sterile blade, কাঁথা cloth etc.)

সেকশন ৪ : প্রসবকালীন তথ্য

যদি মা প্রসবের পূর্বে মারা গিয়ে থাকে তাহলে ১৭নং এবং পরবর্তী প্রশ্নে যান।

১৪। কোথায় প্রসব করা হয়েছিল?

- | | |
|--|---|
| <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 বাড়ি |
| <input type="checkbox"/> মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> স্যাটেলাইট ক্লিনিক |
| <input type="checkbox"/> জেলা অথবা সদর হাসপাতাল | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন) |

১৫। কার দ্বারা প্রসব সংগঠিত হয়েছিল?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ডাক্তার (MBBS) | <input type="checkbox"/> নার্স |
| <input type="checkbox"/> মিড ওয়াইফ (Midwife) | <input type="checkbox"/> পরিবার পরিকল্পনা ডিজিটর (FWV) |
| <input type="checkbox"/> সরকারি সিএসবিএ (CSBA) | <input type="checkbox"/> প্রাইভেট সিএসবিএ (CSBA) |
| <input type="checkbox"/> মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (এমএ) | <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য সহকারী (HA) |
| <input type="checkbox"/> পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA) | <input type="checkbox"/> দাই |
| <input type="checkbox"/> পল্লী চিকিৎসক | <input type="checkbox"/> এনজিও কর্মী |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন) | |

১৬। কোন পদ্ধতিতে প্রসব হয়েছিল?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vaginal-spontaneous (স্বাভাবিক প্রসব) | <input type="checkbox"/> Instrumental vaginal (ভ্যাকুয়াম/ফোরসেপ) |
| <input type="checkbox"/> সিজারিয়ান (Caesarean Section) | <input type="checkbox"/> Destructive operations (ডেস্ট্রাক্টিভ অপারেশন) |

১৭। বর্তমান গর্ভের ফলাফল (✓ টিক চিহ্ন দিন)

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> জীবিতজন্ম | <input type="checkbox"/> মৃতজন্ম | <input type="checkbox"/> প্রসব হয়নি | <input type="checkbox"/> গর্ভপাত |
|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|

সেকশন ৫ : মৃত্যুর পূর্বে গ্রহণকৃত চিকিৎসা

- ১৮। মৃত্যুর পূর্বে মা কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছিলেন কি? হ্যাঁ না
- ১৯। হ্যাঁ হলে চিকিৎসা গ্রহণের স্থান (একাধিক উত্তর - ✓ টিক চিহ্ন দিন)
- | | |
|--|---|
| <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 বাড়ি |
| <input type="checkbox"/> মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> স্যাটেলাইট ক্লিনিক |
| <input type="checkbox"/> জেলা অথবা সদর হাসপাতাল | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন) |
- ২০। কে চিকিৎসা সেবা দিয়েছিলেন?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ডাক্তার (MBBS) | <input type="checkbox"/> নার্স |
| <input type="checkbox"/> মিড ওয়াইফ (Midwife) | <input type="checkbox"/> পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটর (FWV) |
| <input type="checkbox"/> সরকারি সিএসবিএ (CSBA) | <input type="checkbox"/> প্রাইভেট সিএসবিএ (CSBA) |
| <input type="checkbox"/> মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (এমএ) | <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য সহকারী (HA) |
| <input type="checkbox"/> পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA) | <input type="checkbox"/> দাই |
| <input type="checkbox"/> পল্লী চিকিৎসক | <input type="checkbox"/> এনজিও কর্মী |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন) | |
- ২১। চিকিৎসাসেবা গ্রহণ না করে থাকলে তার কারণ কি ছিল? (একাধিক উত্তর - ✓ টিক চিহ্ন দিন)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> অপ্রয়োজনীয় মনে করেছিল | <input type="checkbox"/> চিকিৎসার প্রয়োজন বুঝতে পারেনি |
| <input type="checkbox"/> ব্যয়বহুল ছিল | <input type="checkbox"/> অর্থের অভাব ছিল |
| <input type="checkbox"/> দূরত্ব বেশি ছিল | <input type="checkbox"/> যানবাহনের অভাব ছিল |
| <input type="checkbox"/> নিয়ে যাওয়ার সঙ্গী ছিল না | <input type="checkbox"/> সেবার মান অনুন্নত |
| <input type="checkbox"/> পারিবারিক অসম্মতি ছিল | <input type="checkbox"/> বাড়িতে ভাল সেবা পাওয়ায় |
| <input type="checkbox"/> যাওয়ার উপায় জানা ছিল না | <input type="checkbox"/> সময়ের অভাব ছিল |
| <input type="checkbox"/> কোথায় যেতে হবে না জানা | <input type="checkbox"/> সেবাহ্রহণে ভয় পাওয়া |
| <input type="checkbox"/> প্রাকৃতিক দুর্যোগ/খারাপ আবহাওয়া/রাত্রি | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন) |

যদি মা গর্ভকালীন অথবা প্রসবকালীন সময়ে মৃত্যুবরণ করেন তবে সেকশন ৬ প্রযোজ্য নয়।

সেকশন ৬ : প্রসবোত্তর কাল

- ২২। প্রসবের পর কত সময় বেঁচে ছিল।

--	--	--	--

দিন

ঘন্টা

- ২৩। কতটি প্রসবোত্তর (পিএনসি) সেবাহ্রহণ করেছিলেন?

--	--

(প্রসবোত্তর সেবাহ্রহণ না করলে '০০' এবং যদি না জানা থাকে তবে '৯৯' লিখুন এবং এক্ষেত্রে ২৭ নং প্রশ্নে যান)

- ২৪। যদি প্রসবোত্তর সেবা গ্রহণ করে থাকেন তবে তা প্রসবের কত সময় পরে প্রথম প্রসবোত্তর সেবা গ্রহণ করেছিল?

--	--	--	--

দিন

ঘন্টা

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

- | | |
|--|---|
| <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 বাড়ি |
| <input type="checkbox"/> মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> স্যাটেলাইট ক্লিনিক |
| <input type="checkbox"/> জেলা অথবা সদর হাসপাতাল | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন) |

২৬। প্রসবোত্তর সেবাদানকারী? (একাধিক উত্তর - ✓ টিক চিহ্ন দিন)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ডাক্তার (MBBS) | <input type="checkbox"/> নার্স |
| <input type="checkbox"/> মিড ওয়াইফ (Midwife) | <input type="checkbox"/> পরিবার পরিকল্পনা ডিজিটর (FWV) |
| <input type="checkbox"/> সরকারি সিএসবিএ (CSBA) | <input type="checkbox"/> প্রাইভেট সিএসবিএ (CSBA) |
| <input type="checkbox"/> মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (এমএ) | <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্য সহকারী (HA) |
| <input type="checkbox"/> পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA) | <input type="checkbox"/> দাই |
| <input type="checkbox"/> পল্লী চিকিৎসক | <input type="checkbox"/> এনজিও কর্মী |
| <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন) | |

২৭। মৃত্যুর ঠিক পূর্বে যা ঘটেছিল তা এখানে লিখুন (সকল ঘটনা উল্লেখ করুন/জটিলতা ঘটায় ফলাফল, কিভাবে চিকিৎসা শুরু হয়েছিল অথবা হয়নি/সামাজিক কোন বিষয় যা মায়ের মৃত্যুর সাথে সম্পর্কিত) এমন কোন গুরুত্বপূর্ণ বিষয় আছে কি যা উপরের প্রশ্নগুলোর উত্তরে আসেনি?

২৮। মাতৃমৃত্যুর কি কারণ হতে পারে বলে আপনি মনে করেন? (সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর মতে)

২৯। যদি মৃত্যুর জন্য হাসপাতাল/স্বাস্থ্য কেন্দ্র কর্তৃক মৃত্যু সার্টিফিকেট প্রদান করে থাকে তাহলে মৃত্যুর সার্টিফিকেট অনুযায়ী মৃত্যুর কারণ লিখুন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর নাম ও স্বাক্ষর :

পদবী :

প্রতিষ্ঠান :

স্বাক্ষর :

তারিখ :

কনসালটেন্ট/ডাক্তার কর্তৃক পূরণের জন্য
(অবশ্যই কনসালটেন্ট/ডাক্তার দ্বারা পূরণ করতে হবে)

ICD 10 ছক অনুযায়ী কারণ নিরূপণ/চিহ্নিত করণ			
CAUSE	ICD CODE	CAUSE	ICD CODE
PPH	O 72	APH	O 46
Puerperal Sepsis	O 85	Ectopic Pregnancy	O 00
Eclampsia	O 15	Haemorrhage in Early Pregnancy	O 20
Death from sequel of direct obstetric cause	O 97	Failed Attempt abortion	O 07
Obstructed Labour due to Malposition and Malpresentation of foetus	O 64	Complication of Anaesthesia during Labour & Delivery	O 74
Placenta Previa	O 44	Abruptio placentae	O 45
Medical abortion	O 04	Rupture Uterus	O 71
Complications of anaesthesia during pregnancy	O 29	Obstetric Embolism	O 88
Malnutrition in pregnancy	O 25		

রোগের নাম :

ICD Code :

নিরূপণকারীর নাম :

পদবী :

প্রতিষ্ঠান :

স্বাক্ষর :

তারিখ :