



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

ফর্ম - ১
মাতৃমৃত্যু

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

কমিউনিটিতে মাতৃমৃত্যু পর্যালোচনা ফর্ম
Community Maternal Death Review Form

কমিউনিটি ফর্ম - ১

বাস্তবায়নে

Implemented by

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

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

ফর্ম 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

অফিসের ব্যবহারের জন্য

ফর্ম জমাদানের তারিখ:

মাতৃমৃত্যুর বাৎসরিক ক্রমিক নং:

ফর্ম গ্রহণকারীর নাম ও স্বাক্ষর:

সম্মতি

কেমন আছেন? আমার নাম আমি স্বাস্থ্য/পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের একজন(পদবী) আমার মোবাইল নম্বর। আপনি জেনে আনন্দিত হবেন যে স্বাস্থ্য অধিদপ্তর ও পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর যৌথভাবে মাতৃমৃত্যু, নবজাতকের মৃত্যু ও মৃতজন্মচিহ্নিত ও পর্যালোচনা (এমপিডিআর) করছে যা বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসেবার মানোন্নয়নে কার্যকরী ভূমিকা রাখবে। এরই অংশ হিসেবে মাতৃমৃত্যু 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 নামঃ

উত্তরদাতার স্বাক্ষরঃ

সাক্ষাৎকার প্রদানের তারিখঃ						
	দিন	মাস	বছর			

উত্তরদাতার তথ্য

মোবাইলঃ											
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

নাম	মৃতের সাথে সম্পর্ক	তিনি কি মায়ের মৃত্যুর সময়ে উপস্থিত ছিলেন (হ্যাঁ/না)
-----	--------------------	---

মৃত্যু উত্তরদাতা:

সহযোগী উত্তরদাতা-১:

সহযোগী উত্তরদাতা-২:

সম্পর্ক: (উদাহরণ স্বরূপ)

- | | |
|---|-----------------------------|
| ১. স্বামী | ৬. শাশুড়ী |
| ২. শশুর | ৭. শ্যালিকা |
| ৩. মা | ৮. বাবা |
| ৪. খালা/খালু, চাচী/চাচা, মামী/মামা, ফুপু/ফুপা | ৯. বড়বোন/ভাই |
| ৫. প্রতিবেশী | ১০. অন্যান্য (উল্লেখ _____) |

সাধারণ তথ্য

জেলাঃ..... উপজেলাঃ..... ইউনিয়ন/পৌরসভাঃ

ওয়ার্ডঃ

গ্রামঃ

কমিউনিটি ক্লিনিকের নামঃ

কমিউনিটি ক্লিনিকের কোডঃ (অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

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

মায়ের নামঃ

মায়ের অনলাইন রেজিস্ট্রেশন (ডিএইচআইএস-২) কোডনং: (অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

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

মায়ের বয়সঃ (বৎসর)

মায়ের শিক্ষাগত যোগ্যতা : ☐ নাই ☐ ৫ম শ্রেণী পর্যন্ত ☐ ১০ম শ্রেণী পর্যন্ত

☐ দ্বাদশ শ্রেণী পর্যন্ত ☐ স্নাতক/ডিগ্রি

খানার আর্থ-সামাজিক অবস্থাঃ ☐ অতিগরীব ☐ গরীব ☐ মধ্যবিত্ত ☐ ধনী

স্বামীর নামঃ

সেকশন ১: প্রাথমিক তথ্য

১। মৃত্যুর তারিখঃ

দিন	মাস	বছর

সময় (২৪ঘন্টা):

ঘন্টা	মিনিট

২। কোন সময় মৃত্যু ঘটেছিল? (সঠিক বক্সে ঠিক দিন)

- ☐ গর্ভকালীন সময় ☐ গর্ভপাতের পরে (২৮ সপ্তাহের মধ্যে)
☐ প্রসবকালীন সময় ☐ প্রসবোত্তর সময় (৪২ দিনের মধ্যে)

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

- ☐ বাড়ীতে ☐ পথে
☐ ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রে ☐ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে
☐ জেলা অথবা সদর হাসপাতালে ☐ মাতৃ মঙ্গল কেন্দ্রে
☐ মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল ☐ এনজিও ক্লিনিক
☐ প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন)

৪। গর্ভাবস্থার কোন মাস/সপ্তাহে মৃত্যু হয়েছিল?

মাস	সপ্তাহ

৫। মা কতটি সন্তানের জন্ম দিয়েছেন?

--	--

৬। মায়ের কতবার গর্ভপাত হয়েছে?

--	--

☐ জানা নেই

সেকশন ২: মাতৃত্বকালীন জটিলতা

৭। গর্ভধারণের পূর্বে মা কোন রোগে আক্রান্ত ছিলেন কি?

১. হ্যাঁ ☐ ২. না ☐

হ্যাঁ হলে (প্রযোজ্য হলে একাধিক উত্তরে টিক চিহ্ন দিন):

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ উচ্চ রক্তচাপ | ☐ যক্ষ্মা |
| ☐ ডায়াবেটিস | ☐ হাঁপানি |
| ☐ হৃদরোগ | ☐ জন্ডিস |
| ☐ খিঁচুনি | ☐ অন্যান্য (উল্লেখ _____) |
| ☐ রক্তস্ফলিতা | |

৮। শেষ গর্ভের/প্রসবের ফলাফল?

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

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

৯। বর্তমান গর্ভকালীন সময়ে কি কি জটিলতা ছিল? (সঠিক বক্সে ঠিক দিন)

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

সেকশন ৩: প্রসব পূর্বসেবা

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

--	--

[যদি প্রসবপূর্ব সেবাগ্রহণ না করে থাকে তাহলে “০০” এবং জানা না থাকলে “৯৯” এবং ১১, ১২ নং প্রশ্ন প্রযোজ্য নয়]

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

- | | |
|--|--|
| ☐ বাড়ী | ☐ কমিউনিটি ক্লিনিক |
| ☐ ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র | ☐ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপেক্স |
| ☐ মাতৃ মঙ্গলকেন্দ্র | ☐ জেলা অথবা সদর হাসপাতাল |
| ☐ মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল | ☐ প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল |
| ☐ এনজিও ক্লিনিক | ☐ চেম্বার/স্বাস্থ্য সেবা দানকারীর বাড়ী |
| ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন_____) | |

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

- | | |
|--|--|
| ☐ ডাক্তার (MBBS) | ☐ নার্স |
| ☐ পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটর (FWV) | ☐ সিএসবিএ (CSBA) |
| ☐ মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (MA) | ☐ স্বাস্থ্য সহকারী (HA) |
| ☐ পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA) | ☐ দাই |
| ☐ পল্লী চিকিৎসক | ☐ এনজিও কর্মী |
| ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন_____) | ☐ মিড ওয়াইফ (Midwife) |

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 (বাড়ীতে/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 বাড়ীর দেখাশোনা করবেন তা ঠিক করা আছে
- ☐ রক্তদাতা নির্ধারণকরে রাখা হয়েছিল? (রক্তের গ্রুপ পরীক্ষা করা হয়েছিল)
- ☐ নবজাতক পরিচর্যার জরুরী সরঞ্জাম ঠিক করা ছিল (পরিষ্কার ব্লেন্ড, কাঁথা ইত্যাদি)

সেকশন ৪: প্রসবকালীনতথ্য

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

১৪। কোথায় প্রসব করা হয়েছিল?

- | | |
|--|--|
| ☐ বাড়ী | ☐ কমিউনিটি ক্লিনিক |
| ☐ ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র | ☐ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপেক্স |
| ☐ মাতৃমঙ্গলকেন্দ্র | ☐ জেলা অথবা সদর হাসপাতাল |
| ☐ মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল | ☐ প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল |
| ☐ এনজিওক্লিনিক | ☐ চেম্বার/স্বাস্থ্য সেবা দানকারীর বাড়ী |
| ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন_____) | |

১৫। কার দ্বারা প্রসব সংগঠিত হয়েছিল?

- ☐ ডাক্তার (MBBS)
- ☐ পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটর (FWV)
- ☐ মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (MA)
- ☐ পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA)
- ☐ পল্লী চিকিৎসক
- ☐ অন্যান্য উল্লেখ করুন _____

- ☐ নার্স
- ☐ সিএসবিএ (CSBA)
- ☐ স্বাস্থ্য সহকারী (HA)
- ☐ দাই
- ☐ এনজিও কর্মী
- ☐ মিড ওয়াইফ (Mid wife)

১৬। কোন পদ্ধতিতে প্রসব হয়েছিল?

- ☐ Vaginal-spontaneous (স্পন্টানিওয়াস)
- ☐ Instrumental vaginal (ভ্যাকুয়াম/ফোরসেপ)
- ☐ সিজারিয়ান (Caesarean Section)
- ☐ Destructive operations-ডেস্ট্রাক্টিভ অপারেশন

১৭। বর্তমান গর্ভের ফলাফল (✓ টিক চিহ্ন দিন):

- ☐ জীবিতজন্ম
- ☐ মৃতজন্ম
- ☐ গর্ভপাত
- ☐ প্রসব হয়নি

সেকশন ৫: মৃত্যুর পূর্বে গ্রহণকৃত চিকিৎসা

১৮। মৃত্যুর পূর্বে মা কোন চিকিৎসা গ্রহণ করেছিলেন কি? ☐ হ্যাঁ ☐ না (“না” হলে ২১ নং প্রশ্নে যেতে হবে)

১৯। হ্যাঁ হলে চিকিৎসা গ্রহণের স্থান (একাধিক উত্তর ✓ টিক চিহ্ন দিন)

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

২০। কে চিকিৎসাসেবা দিয়েছিলেন?

- ☐ ডাক্তার (MBBS)
- ☐ পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটর (FWV)
- ☐ মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (MA)
- ☐ পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA)
- ☐ পল্লী চিকিৎসক
- ☐ অন্যান্য উল্লেখ করুন _____
- ☐ নার্স
- ☐ সিএসবিএ (CSBA)
- ☐ স্বাস্থ্য সহকারী (HA)
- ☐ দাই
- ☐ এনজিও কর্মী
- ☐ মিড ওয়াইফ (Mid wife)

২১। চিকিৎসাসেবা গ্রহণ না করে থাকলে তার কারণ কি ছিল? (একাধিক উত্তর হতে পারে)

- ☐ অপ্রয়োজনীয় মনে করেছিল
- ☐ ব্যয়বহুল ছিল
- ☐ দূরত্ব বেশি ছিল
- ☐ নিয়ে যাওয়ার সঙ্গী না ছিল না
- ☐ পারিবারিক অসম্মতি ছিল
- ☐ যাওয়ার উপায় জানা ছিল না
- ☐ কোথায় যেতে হবে না জানা
- ☐ প্রাকৃতিক দুর্যোগ/খারাপ আবহাওয়া/রাত্রি
- ☐ চিকিৎসার প্রয়োজন বুঝতে পারেনি
- ☐ অর্থের অভাব ছিল
- ☐ যানবাহনের অভাব ছিল
- ☐ সেবার মান অনুন্নত
- ☐ বাড়ীতে ভাল সেবা পাওয়ায়
- ☐ সময়ের অভাব ছিল
- ☐ সেবাগ্রহণে ভয় পাওয়া
- ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____)

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

সেকশন ৬: প্রসবোত্তরকাল

২২। প্রসবের কত সময় পর মৃত্যু হয়েছিল?

দিন	ঘণ্টা	মিনিট

২৩। কতটি প্রসবোত্তর (পিএনসি) সেবা গ্রহণ করেছিলেন?

--	--

[প্রসবোত্তর সেবাগ্রহণ 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	ঘণ্টা

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

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

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

- | | |
|--|--|
| ☐ ডাক্তার (MBBS) | ☐ নার্স |
| ☐ পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটর (FWV) | ☐ সিএসবিএ (CSBA) |
| ☐ মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (MA) | ☐ স্বাস্থ্য সহকারী (HA) |
| ☐ পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA) | ☐ দাই |
| ☐ পল্লী চিকিৎসক | ☐ এনজিও কর্মী |
| ☐ অন্যান্য উল্লেখ করুন _____ | ☐ মিড ওয়াইফ (Midwife) |

২৭। মৃত্যুর ঠিক পূর্বে যা ঘটেছিল তা এখানে লিখুন [সকল ঘটনা উল্লেখ করুন/জটিলতা ঘটার 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?

২৯। যদি মৃত্যুর জন্য সার্টিফিকেট প্রদান করে থাকে তাহলে সার্টিফিকেট অনুযায়ী কারণ লিখুন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর নাম ও স্বাক্ষর:.....
পদবী:.....
প্রতিষ্ঠান:
স্বাক্ষর:
তারিখ:

কনসালটেন্ট কর্তৃ পূরণের জন্য

কমিউনিটি মাতৃমৃত্যুর কারণ নিরূপণ/চিহ্নিতকরণ ফর্ম Community maternal death cause assignment form					
[অবশ্যই কনসালটেন্ট/দক্ষ পেশাদারের দ্বারা পূরণ করতে হবে] [Must be filled by the consultant / expert professional]					
ICD 10 হক অনুযায়ী কারণ নিরূপণ/চিহ্নিত করণ					
রোগের নাম	:				
ICD code	:				
নিরূপণকারীর নাম	:				
পদবী	:				
প্রতিষ্ঠান	:				
স্বাক্ষর	:				
তারিখ	:				