



ফর্ম -২

নবজাতক

গণপ্রজাতন্ত্রী 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 ফর্ম
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)

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 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 নামঃ

উত্তরদাতার স্বাক্ষরঃ

সাক্ষাৎকার প্রদানের তারিখঃ						
	দিন	মাস	বছর			

উত্তরদাতার তথ্য

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

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

মৃত্যু উত্তরদাতা:

সহযোগী উত্তরদাতা-১:

সহযোগী উত্তরদাতা-২:

সম্পর্ক: (উদাহরণ স্বরূপ)

১. মা

২. দাদা / দাদী, নানা / নানী

৩. বোন/ভাই

৪. অন্যান্য (উল্লেখ করুন_____)

৫. বাবা

৬. খালা/খালু, চাচী/চাচা, মামী/মামা, ফুপু/ফুপা

৭. প্রতিবেশী

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 অবস্থা: ☐ অতিগরীব ☐ গরীব ☐ মধ্যবিত্ত ☐ ধনী

পিতার নামঃ

শিশুর নামঃ

শিশুর অনলাইন রেজিস্ট্রেশন নম্বর (ডিএইচআইএস-২) :

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

সেকশন ১: নবজাতকের তথ্য

১। জন্ম তারিখ:

দিন	মাস	বছর

সময় (২৪ঘন্টা):

ঘন্টা	মিনিট

২। মৃত্যুর তারিখ:

দিন	মাস	বছর

সময় (২৪ঘন্টা):

ঘন্টা	মিনিট

নবজাতকের বয়স _____ দিন
২৪ ঘন্টার কম হলে <১ লিখুন

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

- ☐ বাড়িতে
☐ ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রে
☐ জেলা অথবা সদর হাসপাতালে
☐ মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল
☐ প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল

- ☐ পথে
☐ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে
☐ মাতৃ মঙ্গল কেন্দ্রে
☐ এনজিও ক্লিনিক
☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____)

৪। নবজাতক মৃত্যুর পূর্বে কত সময় অসুস্থ ছিল ?

দিন

৫। নবজাতক কি কোন শারীরিক আঘাতে মৃত্যুবরণ করেছে?

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

সেকশন ২: মায়ের তথ্য

৬। গর্ভের কত মাস বা সপ্তাহে প্রসব হয়েছে?

মাস	সপ্তাহ

৭। গর্ভকালীন সময়কালে প্রসব সংক্রান্ত কোন জটিলতা হয়েছিল কিনা?

(একাধিক উত্তর হতে পারে)

- | | |
|---|---|
| ☐ অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ | ☐ উচ্চ রক্তচাপ |
| ☐ খিঁচুনি | ☐ প্রচণ্ড জ্বর |
| ☐ বিলম্বিত প্রসব | ☐ অসংলগ্ন আচরণ |
| ☐ বাধাপ্রাপ্ত প্রসব | ☐ যমজ গর্ভধারণ |
| ☐ আঘাত | ☐ না মায়ের কোন রোগ ছিল না |
| ☐ আমি জানি না | ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____) |

৮। কতবার প্রসবপূর্ব সেবা (এএনসি) গ্রহণ করেছেন?

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

৯। প্রসবপূর্ব সেবা কোন স্থান হতে গ্রহণ করা হয়েছে? (একাধিক উত্তর ✓ টিক চিহ্ন দেয়া যাবে)

- | | |
|--|---|
| ☐ বাড়ী | ☐ কমিউনিটি ক্লিনিক |
| ☐ ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র | ☐ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপেক্স |
| ☐ মাতৃ মঙ্গল 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 (MA) | ☐ স্বাস্থ্য সহকারী (HA) |
| ☐ পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA) | ☐ দাই |
| ☐ পল্লী চিকিৎসক | ☐ এনজিও কর্মী |
| ☐ অন্যান্য উল্লেখ করুন _____ | ☐ মিড ওয়াইফ (Mid wife) |

১১। মা কত 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 কমপেক্স |

- ☐ মাতৃমঙ্গল কেন্দ্র
- ☐ মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল
- ☐ এনজিও ক্লিনিক
- ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____)

- ☐ জেলা অথবা সদর হাসপাতাল
- ☐ প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল
- ☐ চেম্বার/স্বাস্থ্য সেবাদানকারীর বাড়ী

১৪। কার দ্বারা প্রসব সংগঠিত হয়েছিল?

- | | |
|--|--|
| ☐ 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) |

১৫। কোন পদ্ধতিতে প্রসব হয়েছিল?

- ☐ Vaginal-spontaneous (স্পন্টিনিওয়্যাস)
- ☐ 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)
- ☐ উচ্চ রক্তচাপ (High Blood Pressure/Hypertension)
- ☐ খিঁচুনি/একলামসিয়া (Convulsion/eclamsia)
- ☐ প্রসবেরপূর্বে/প্রসব কালীন সময় রক্তক্ষরণ (Bleeding during pregnancy/ Ante Partum Hemorrhage)
- ☐ বাধাগ্রস্ত প্রসব (Obstructed labour)
- ☐ ১২ ঘন্টার বেশী প্রসববেদনা/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 after/ Post-Partum Hemorrhage)
- ☐ প্রচণ্ড 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?

- | | |
|---|---|
| ☐ মাথা | ☐ তালু কাটা |
| ☐ ঠোঁট | ☐ কনুই |
| ☐ কাঁধ | ☐ পায়ু পথ |
| ☐ পা | ☐ যোনি পথ |
| ☐ আমি এ বিষয়টি জানি না | ☐ না, নবজাতক স্বাভাবিক ছিল |
| ☐ অন্যান্য ((উল্লেখ করুন _____)) | |

২০। শিশু জন্মের 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 বুকে 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 (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 গ্রহণ করেছেন কিনা?

- ☐ হ্যাঁ (২৪ নং প্রশ্ন দেখুন) ☐ না (২৫ নং প্রশ্ন দেখুন)

২৪। প্রসবোত্তর সেবা গ্রহণের স্থান? (একাধিক উত্তরটিক চিহ্ন দিন)

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

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

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

২৬। আপনার মতে এই মৃত্যুর সম্ভাব্য কারণ লিখুন?

২৭। যদি এই নবজাতকের মৃত্যুর সার্টিফিকেট থাকে তাহলে সার্টিফিকেট অনুযায়ী মৃত্যুর কারণ কি ছিল?

কনসালটেন্ট কর্তৃক পূরণের জন্য

কমিউনিটি নবজাতকের মৃত্যুর কারণ নিরূপণ/চিহ্নিতকরণ ফর্ম					
[অবশ্যই কনসালটেন্ট/দক্ষপেশাদারের দ্বারা পূরণ করতে হবে]					
ICD ১০ হ্রক অনুযায়ী কারণ নিরূপণ/চিহ্নিত করুন					
রোগের নাম	:				
ICD code	:				
নিরূপণকারীর নাম	:				
পদবী	:				
প্রতিষ্ঠান	:				
স্বাক্ষর	:				
তারিখ	:				