



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)

সেবাকেন্দ্রে নবজাতক মৃত্যু পর্যালোচনা ফর্ম
Neonatal Death Review Form

ফ্যাসিলিটি ফর্ম -৪

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:

ফ্যাসিলিটির নাম: _____

ফ্যাসিলিটি কোড

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

মায়ের নাম: _____

মায়ের বয়স: _____ (বৎসর)

নবজাতকের নাম: _____

মৃত্যুর সময় নবজাতকের বয়স(দিন/ঘন্টা/মিনিট)

দিন		ঘন্টা		মিনিট	

মা/ নবজাতকের হাসপাতালের রেজিস্ট্রেশনের নম্বর

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

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

মায়ের ঠিকানা:

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

ওয়ার্ডঃ..... গ্রামঃ

পিতার নাম: ফোন নং:

১। নবজাতকের জন্মের 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 |
| ☐ এনজিওক্লিনিক | ☐ চেম্বার/স্বাস্থ্য সেবাদানকারীর বাড়ী |
| ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____) | |

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

৩। বহিঃ বিভাগ/ জরুরী বিভাগে নিয়ে আসার তারিখ:

দিন		মাস		বছর	

সময়:

ঘন্টা		মিনিট	

☐ রেকর্ড করা হয়নি

৪। অন্তঃবিভাগে ভর্তির তারিখ:

দিন		মাস		বছর	

সময়:

ঘন্টা		মিনিট	

☐ রেকর্ড করা হয়নি

৫। মৃত্যুর তারিখ

দিন		মাস		বছর	

সময়:

ঘন্টা		মিনিট	

☐ রেকর্ড করা হয়নি

৬। ভর্তির সময় নবজাতকের অবস্থা

☐ স্থিতিশীল (Stable)

☐ অচেতন (Unconscious)

☐ অস্থিতিশীল (Unstable)

☐ রেকর্ড করা হয়নি

৭। নবজাতকের ভর্তির বা হাসপাতালে জন্মের পর কি রোগ নির্ণয় করা হয়েছিল? (✓ টিক চিহ্ন দিন)

☐ শ্বাস কষ্ট (Birth Asphyxia)

☐ সেপ্টিসেমিয়া (Septicemia)

☐ কম ওজন জন্ম (Low birth weight)

☐ মারাত্মক নিউমোনিয়া (Severe Pneumonia)

☐ মেনিনজাইটিস (Meningitis)

☐ জন্মকালীন আঘাত (Birth trauma)

☐ জন্মগত ত্রুটি (Congenital anomalies)

☐ রেকর্ড করা হয়নি

☐ অন্যান্য Others (উল্লেখ করুন

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

☐ হ্যাঁ ☐ না

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

☐ সরকারি প্রতিষ্ঠান

☐ বেসরকারি প্রতিষ্ঠান

☐ বাড়ি

☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন

☐ জানা নেই

১০। কখন ডাক্তার/কনসালটেন্ট প্রথম নবজাতককে পর্যবেক্ষণ করেছেন?

তারিখ:

দিন		মাস		বছর	

সময় (২৪ঘন্টা):

ঘন্টা		মিনিট	

☐ অথবা আসে নাই ☐ রেকর্ড করা হয়নি

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

☐ শরীর বেকেঁ যাওয়া

☐ খেতে না পারা বা খেতে চায় না

☐ দ্রুত শ্বাস

☐ দ্রুত শ্বাস ও বুক দেবে যাওয়া

☐ হাত পা ঠান্ডা হয়ে যাওয়া

☐ জ্বর

☐ নড়াচড়া না করা বা কম নড়াচড়া করা

☐ জড়িস

☐ নাভিতে লালচে দাগ বা পুজ পরা

☐ চামড়ার মধ্যে ফোড়া ও পুজ

☐ ডায়রিয়া

☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন

☐ জানি না

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

☐ শ্বাস কষ্ট (Birth Asphyxia) P-21

☐ সেপ্টিসেমিয়া (Septicemia) P-36

☐ কম ওজন জন্ম (Low birth weight) P-07

☐ মারাত্মক নিউমোনিয়া (Severe Pneumonia)

☐ মেনিনজাইটিস (Meningitis) GO

☐ জন্মকালীন আঘাত (Birth trauma) P-10-15

☐ জন্মগত ত্রুটি (Congenital anomalies) Q 00

☐ অন্যান্য Others (উল্লেখ করুন

১৩। ভতির কতক্ষণ পর হাসপাতাল অন্তর্বিভাগে চিকিৎসা শুরু হয়

তারিখ:	দিন	মাস	বছর

সময় (২৪ঘন্টা):	ঘন্টা	মিনিট

১৪। জন্মের পর শিশুর ওজন

--	--	--	--

 গ্রাম

১৫। নবজাতকের কি কোন জন্মগত ত্রুটি ছিল?

☐ হ্যাঁ ☐ না

১৬। যদি হ্যাঁ হয় তাহলে কোথায় জন্মগত ত্রুটি ছিল

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ মাথা | ☐ মুখের তালু |
| ☐ ঠোঁট | ☐ হাতে |
| ☐ বুকে | ☐ পায়ু পথে |
| ☐ পায়ের পাতাতে | ☐ যোনি পথে |
| ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____) | |

১৭। হাসপাতালের কোন বিভাগে বা স্থানে নবজাতকের মৃত্যু হয়েছে?

- | | |
|--|--|
| ☐ ইমার্জেন্সি রুমে | ☐ স্থানান্তরের সময় |
| ☐ ওয়ার্ডে | ☐ লেবার রুমে |
| ☐ অপারেশন রুমে | ☐ নবজাতক ওয়ার্ডে (SCANU) |
| ☐ অন্য কোন স্থানে উল্লেখ করুন _____ | |

১৮। সবচেয়ে সম্ভাব্য মৃত্যুর কারণ: (একাধিক উত্তর ✓ টিক চিহ্ন দিতে পারবেন)

(WHO Cause of death form, with separate ICD list)

CAUSE	ICD CODE	CAUSE	ICD CODE
Birth Asphyxia	P-21	Birth trauma	P 10-15
Low birth weight	P 07	Congenital anomalies	Q 00
Meningitis	GOO	Septicemia	P 36

১৯। মৃত্যুর সম্ভাব্য কারণ লিখুন

রোগের নামঃ _____

আইসিডি ১০ কোড নং _____

২০। রোগীর মৃত্যুর ঘটনার বিবরণ লিখুন সংক্ষেপে

মৃত্যু পর্যালোচনাকারীর নামঃ

পদবিঃ

তথ্য সংগ্রহের তারিখ

সাক্ষর