



पाटन नगरपालिका

राजपत्र

बैतडी जिल्ला, सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल

पाटन नगरकार्यपालिकाद्वारा प्रकाशित

भाग ३ बर्ष ४ अंक २ २०७७ फाल्गुन २६ गते, बुधवार

नगर स्तरीय मातृशिशु स्वास्थ्य
आकस्मीक सहयोग कोष
संचालन कार्यविधि, २०७७

नगर कार्यपालिकाबाट मिति २०७७।१।०२६मा स्वीकृत भएको नगर स्तरीय मातृशिशु स्वास्थ्य आकस्मीक सहयोग कोष संचालन कार्यविधि २०७७ स्थानीय सरकार संचालन ऐन, २०७४ बमोजिम सार्वजनिक जानकारीको लागि देहाय बमोजिम प्रकाशन गरिएको छ ।

पाटन नगरपालिका
नगरकार्यपालिकाको कार्यालय
पाटन वैतडी
सूदुरपश्चिम प्रदेश नेपाल

नगर स्तरीय मातृशिशु स्वास्थ्य आकस्मीक सहयोग कोष संचालन
कार्यविधी २०७७

नगर कार्यपालिकाबाट स्वीकृत मिति : २०७७/११/२६

पृष्ठ संख्या : ११

प्रस्तावना:

“सुरक्षित मातृत्व हामी सबैको दायित्व” भन्ने मूल मन्त्रलाई मध्यनजर गरेर नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयले मातृशिशु स्वास्थ्य सुधारमा विशेष जोड दिदै आइरहेको छ। संसारका देशहरु मध्ये धेरै मातृ मृत्यु हुने देशमा नेपाल पनि पर्दछ। विगत भन्दा हाल नेपालमा तालिम प्राप्त तथा दक्ष प्रशुतिकर्मीहरुबाट सुत्केरी सेवा पाउनेको संख्या बढेको कममा छ, तथापि अबै नेपालमा प्रति १ लाख जिवित जन्ममा २२९ आमाहरुको गर्भको जटिलताको समयमै पहिचान तथा व्यवस्थापन हुन नसक्दा हरेक वर्ष मृत्यु हुने गरेको तथ्यांक पाइन्छ (नेपाल स्वास्थ्य तथा जनसांख्यिक सर्वेक्षण २०१६)। नेपालमा महिलाहरु आफ्नो जिवनकाल भरिमा औषत ३ पटक मातृ मृत्युको जोखिममा पर्दछन्। जम्मा गर्भवती मध्ये १५ प्रतिशत आमाहरु गर्भ सम्बन्धि जटिलतामा पर्दछन् भने जटिलता हुनेहरु मध्येको ५ प्रतिशतलाई शल्यक्रियाको आवश्यकता पर्दछ। नेपालमा वर्षेनि करिव ५० हजार शिशुहरु मर्दछन् जस्मा ३० हजार नवजात शिशुहरु पर्दछन्, यस मध्ये २० हजार शिशुहरु जन्मेको पहिलो हप्ता मै मर्ने अवस्था रहेको छ।

कुनै पनि मुलकको सामाजिक विकासको स्थितिलाई प्रतिबिम्बित गर्ने एउटा प्रमुख सुचक मातृ मृत्युको अनुपात हो। महिलाहरु जति पटक गर्भवती हुन्छन् उनको मृत्यु हुने खतरा पनि बढ्दै जान्छ। नेपालमा सुरक्षित मातृत्वको स्थिति सोचनीय छ भन्नेकुरा विभिन्न अध्ययन अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्कहरुले स्पष्ट गर्छन्।

पाटन नगरपालिकाको हकमा गरिवी, अशिक्षा तथा भौगोलिक विकटताका कारण सेवाको पहुँच नभएका गर्भवती तथा सुत्केरी महिलाहरुको स्वास्थ्यमा जटिलता नआवस भनेर २१ वटा वर्षिङ्ग सेन्टरहरुबाट सुरक्षित प्रसुति सेवा प्रदान भइ रहेको छ। गर्भ सम्बन्धि जटिलता आएर व्यवस्थापन गर्न नसकिने खाले महिलाहरुका लागि यस क्षेत्रबाट नजिकको CEONC सेवा बिन्दु भनेको डडेल्धुरा अस्पताल तथा बैतडी अस्पताल मात्र हुन, त्यहा पनि कुनै बेला तालिम प्राप्त चिकित्सक, अन्य आवश्यक जनशक्ती, रगत तथा अन्य उपकरणको अभावमा प्रादेशिक अस्पताल धनगढी तथा नेपालगञ्ज मेडिकलकलेज कोहलपुर बाके सम्म पनि पुग्नु परेको यथार्थ छर्लङ्ग छ। आर्थिक स्थिति कमजोर भएकै कारण आकस्मिक अवस्थामा सुविधायुक्त अस्पताल सम्म पुग्न नसक्नु तथा ढिला गरेर पुग्दा यस क्षेत्रका गर्भवती सुत्केरी आमाहरु तथा नवजात शिशुहरुले अकालमै ज्यान गुमाउनु परिरहेको दुखद घटनाहरु घटिरहेका छन्।

मातृ तथा शिशु मृत्युका पछाडी तीन वटा ढिलाईहरु रहेका छन् जस मध्ये घरमा (निर्णयमा) हुने ढिलाई तथा वाटोमा हुने ढिलाई नै यस क्षेत्रको मातृ तथा शिशु मृत्युको प्रमुख कारण बनेको छ। घरमा हुने ढिलाई र वाटोमा हुने ढिलाई यस क्षेत्रमा आर्थिक अभाव तथा गरिवीका कारण नै श्रृजिएको समस्या मान्न सकिन्छ।

तसर्थ जटिलता देखिएको खण्डमा उपचारको लागि सुविधायुक्त अस्पताल सम्म पुर्याई समयमै उपचार व्यवस्थापन गरि महिला तथा नवजात शिशुहरुले अकालमै ज्यान गुमाउने अवस्थाबाट बचाउनको लागि नगरपालिकामा मातृ तथा नवजात शिशुको गुणस्तरिय र दिर्घ जीवनका लागि सहयोग पुर्याउने उद्देश्यले यस कोषको स्थापना गरिएको छ। पाटन नगरपालिकामा गरिवी तथा भौगोलिक विकटताका कारण जटिलता आएका आमा तथा शिशुहरुलाई उपचार व्यवस्थापनका लागि सुविधायुक्त अस्पताल सम्म जान पहुँच नभएकोले यस्ता लक्षित वर्गको लागि यस कोषबाट सहयोग हुने अपेक्षा गरिएको छ।



१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:

१.१ यस कार्यविधि निर्देशिकाको नाम मातृशिशु स्वास्थ्य आकस्मिक सहयोग कोष संचालन कार्यविधि निर्देशिका २०७७ रहने छ।

१.२ यो कार्यविधि निर्देशिका पाटन नगरपालिकाको नगरकार्यपालिकाको बैठकबाट स्विकृत भएको मिति देखि प्रारम्भ हुने छ।

२. परिभाषा:

“कार्यविधि निर्देशिका” भन्नाले नगरपालिका स्तरीय मातृशिशु स्वास्थ्य आकस्मिक सहयोग कोष संचालन कार्यविधि निर्देशिका २०७७ सम्भन्तु पर्दछ।

२.१ कोष भन्नाले यस कार्यविधि निर्देशिका बमोजिम स्थापना हुने कोषलाई बुझाउने छ।

२.२ “नगरपालिका” भन्नाले पाटन नगरपालिकालाई जनाउने छ।

२.३ “नगरकार्यपालिका” भन्नाले पाटन नगरपालिकाको कार्यपालिकालाई जनाउने छ।

२.४ नगरपालिका स्तरीय मातृशिशु स्वास्थ्य आकस्मिक सहयोग कोष भन्नाले यस पाटन नगरपालिकाका अन्तर्गत यो निर्देशिका बमोजिम स्थापना गरिएको पालिकास्तरीय मातृशिशु स्वास्थ्य आकस्मिक सहयोग कोषलाई जनाउने छ।

२.५ “समिति” भन्नाले कोषको प्रभावकारी व्यवस्थापनका लागि कार्यविधि निर्देशिकामा व्यवस्था भए बमोजिम नगर कार्यपालिका बैठकद्वारा गठन भएको पदाधिकारीहरूको सदस्यहरूलाई जनाउने छ।

३. कोषको लक्ष्य:

गर्भवती तथा सुत्केरी महिला र नवजात शिशुको हेरचाह र उपचार व्यवस्थापनमा नियमितता ल्याउन तथा जटिलता उत्पन्न भएमा प्रेषण गरी पठाउन तथा सामान्य आर्थिक श्रोतको अभावका कारण कुनै गम्भिर जोखिम आउन नदिन अत्यावश्यक आकस्मिक सहयोग गर्ने यस कोषको लक्ष्य रहेको छ।

४. कोषको उद्देश्य:

४.१ सुत्केरी गर्भवती महिला र नवजात शिशुहरूलाई उपचार व्यवस्थापनमा सहज र सरल पहुँचका लागि सहयोग गरि उनीहरूको स्वास्थ्य र सम्मानित जीवन यापनमा टेवा पुर्याउने।

४.२ दलित जनजाती तथा पिछिडिएका वर्गका लक्षित समूहका सुत्केरी गर्भवती महिला र नवजात शिशु तथा प्रभावित व्यक्तिको आर्थिक अवस्थालाई हेरि विरामी तथा सहयोगीको लागि यातायात खर्च उपलब्ध गराउने यस कोषको प्रमुख उद्देश्य रहने छ।

५. कोषको स्थापना:

५.१ नेपाल सरकार स्वास्थ्य क्षेत्र ससर्त अनुदान, आर्थिक सहयोग र नगरपालिकाको समन्वयमा अन्य सरकारी तथा गैर सरकारी अनुदान, दान दातव्य आदि बाट यस कोषको स्थापना हुने छ।

६. कोष संचालन तथा व्यवस्थापन समिति :

६.१ यस कोषको प्रभावकारी रूपमा संचालन तथा व्यवस्थापनका लागि तपसिल अनुसारको ५ सदस्यीय पालिका स्तरीय मातृशिशु स्वास्थ्य आकस्मिक सहयोग कोष संचालन तथा व्यवस्थापन समिति रहने छ।

अध्यक्ष - नगर उप प्रमुख १ जना

सदस्य - प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत १ जना

सदस्य - कार्यपालिका सदस्य(सकृय महिला) १ जना

सदस्य - महिला तथा बालबालिका शाखा प्रमुख वा प्रतिनिधि १ जना

सदस्य सचिव - स्वास्थ्य शाखा प्रमुख १ जना

६.२ यस कोषको खाता तपसिलमा उल्लेखित पदाधिकारीहरूका नामबाट संचालन गरिने छ ।

- प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत
- स्वास्थ्य शाखा प्रमुख

७. कोष संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको काम कर्तव्य र अधिकारहरू:

- मातृ तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य आकस्मिक सहयोग कोषको प्रभावकारी व्यवस्थापनका लागि नियमित सहभागिता सुनिश्चित गर्ने गराउने ।
- कोष बृद्धिका लागि श्रोतको खोजी तथा सहभागिताका लागि निरन्तर प्रयास गर्ने । आवश्यकताका आधारमा बैठक बसि निर्णय, सिफारीस गर्ने ।
- प्रचलित कानून बमोजिम कोषको आय व्ययको लेखाजोखा राखि नगर कार्यपालिकालाई कोषको अवस्थाको बारेमा ६६ महिनामा जानकारी गराउने ।
- कोष बृद्धि तथा निरन्तरता र दिगोपनाको लागि नगर कार्यपालिकालाई योजना तथा सुझावहरू पेश गरि सहयोग गर्ने ।
- आकस्मिक रुपमा आर्थिक सहयोग गर्नु पर्दा यसै समितिको निर्णयानुसार खर्च सहयोग गर्ने र त्यसको पछि बस्ने कार्यपालिका बैठकबाट खर्च अनुमोदन गराउने ।

८. कोषको खर्च तथा सहयोगको व्यवस्था:

- कोषमा रकम रहदा सम्म कोषको खर्च सुत्केरी गर्भवती महिला तथा नवजात शिशुको आकस्मिक अवस्थामा प्रेषणका लागि सहयोग हुने गरि मात्र गरिने छ । प्रेषण हुदाका बखत उसको आर्थिक अवस्थाका कारण प्रेषण गरिएको स्थान सम्म जानै नसक्ने स्थिति सृजना भएमा वा विपन्ने परिवारका हकमा सम्बन्धित वर्धिङ्ग सेन्टरका स्वास्थ्यकर्मीहरूको प्रेषणपुर्जा र वडा अध्यक्षको सिफारिसको आधारमा प्राथमिकता निर्धारण गरी कोषको खर्च गरिने छ ।
- नगरपालिका अन्तरगतका सबै स्वास्थ्य संस्था तथा वर्धिङ्ग सेन्टरहरूलाई आवश्यकता हेरि समितिको निर्णयानुसार पेशकी रकम गर्न सकिने छ र कोषको खर्च गर्भवती, प्रसव तथा सुत्केरी अवस्थाका महिला तथा नवजात शिशुहरूको आकस्मिक अवस्थामा प्रेषणका लागि मात्र गरिने छ ।
- आकस्मिक प्रेषण खर्च समितिको निर्णयानुसार (अनुसुचि-१) निश्चित स्थानहरू सम्म न्युनतम लाग्ने एम्बुलेन्स वा बराबरको गाडी भाडा रकम मात्र व्यहोरिनेछ । अन्य कुनै पनि शिर्षकमा खर्च व्यहोरिने छैन ।
- प्रेषण खर्च रकम सुचिकृत वर्धिङ्ग सेन्टरहरूबाट प्रसुतीकर्मीहरूले आवश्यक कागजात सहित प्रेषण गरेको अवस्थामा मात्र उपलब्ध हुने छ ।
- रिफर गर्दा सहयोग पाउने निवेदन, प्रेषण पुर्जा, स्पष्ट भरिएको Partograph को प्रतिलिपी १ प्रति अनिवार्य समितिमा पेश गरिएको हुनु पर्नेछ भने प्रकृया पुरा भएमा प्रेषण खर्च समितिले तत्काल उपलब्ध गराउने छ ।
- प्रेषण हुदाका बखत प्रेषण खर्च नलिईकन अन्यत्रैवाट छिटो व्यवस्था गरि सजिलोका लागि उपचार गर्न गएको भए माथी उल्लेखित कागजपत्रका साथै उपचार गरिएको अस्पतालको Discharge Ticket, सम्बन्धित वडा र स्वास्थ्य संस्थाको सिफारीस लिई आएमा पछि पनि भुक्तानी गर्न सकिने छ ।

९. कोषको लेखा र लेखापरिक्षण:

कोषको आय व्ययको लेखा जोखा लेखा प्रणालीबाट गर्ने गराउने र नियमित वार्षिक लेखापरिक्षण समितिको निर्णयानुसार नगरपालिकाले अन्य कार्यक्रम संगै मान्यता प्राप्त लेखापरिक्षकहरुबाट संगै गराउने छ ।

१०. प्रतिवेदन:

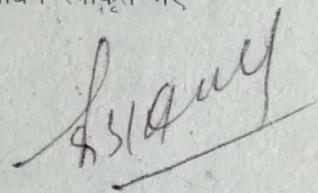
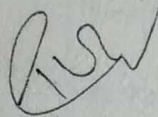
प्रेषणको वेला लागेको एम्बुलेन्स वा एम्बुलेन्स बराबरको भाडा रकम(अनुसुचि १) उपलब्ध गराउदा सवारी चालकको सवारीचालक अनुमति पत्र, गाडीको विलबुक, प्रेषण पुर्जा(अनुसुचि ३), पुर्णरूपमा भरिएको Partograph(अनुसुचि ४) र उपचार भएको अस्पतालको Discharge Ticket को फोटोकपीका साथै सम्बन्धितको सक्कलै निवेदन(अनुसुची २) र प्रेषण सहयोग खर्च बुझेको भर्पाइहरु(अनुसुचि ६) वडा कार्यालयको सिफारीस समेत उपलब्ध गराउनु पर्ने छ ।

११. ब्याख्या गर्ने निकाय:

यस निर्देशिकाको कुनै पनि प्रावधानमा द्विविधा भएमा समितिको सहभागीतामा नगर कार्यपालिकाले यसको ब्याख्या गर्ने छ ।

१२. कार्यविधि निर्देशिका संशोधन गर्ने अधिकार:

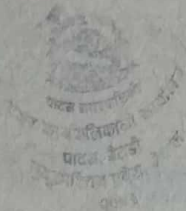
यस कार्यविधि निर्देशिकाको कुनै प्रावधान संशोधन गर्नु पर्ने आवश्यक भएमा सोको पुष्ट्याई सहित समितिमा छलफल गरेर तयार गरि नगरकार्यपालिकाको बैठकमा पेश गर्नु पर्नेछ र बैठक बाट सो संशोधन स्वीकृत भए पश्चात लागु हुने छ ।



अनुसुचि १

समिति द्वारा निर्धारित एम्बुलेन्स तथा गाडी भाडा बराबरको भाडा दर

क्र. सं.	देखि	बैतडी अस्पताल सम्म	डडेल्धुरा अस्पताल सम्म	सेती प्रादेशिक अस्पताल सम्म	सुदुर पश्चिम प्रदेश बाहिर
१	पाटन १ का स्वास्थ्य संस्था देखी	५०००।	५०००।	डडेल्धुरा अस्पतालमा उपचार सम्भव नभई धनगढी प्रेषण भएको अवस्थामा डडेल्धुरा धनगढीको भाडा रु ६०००। उपलब्ध गराउन सकिने छ ।	धनगढीमा उपचार नभई सुदुर पश्चिम प्रदेश बाहिर प्रेषण भएको अवस्थामा धनगढीको भाडामा ६०००। उपलब्ध गराउन सकिने छ ।
२	पाटन २ का स्वास्थ्य संस्था देखी	५०००।	४०००।		
३	पाटन ३ का स्वास्थ्य संस्था देखी	५०००।	४०००।		
४	पाटन ४ का स्वास्थ्य संस्था देखी	३०००।	४५००।		
५	पाटन ५ का स्वास्थ्य संस्था देखी	३५००।	६०००।		
६	पाटन ६ का स्वास्थ्य संस्था देखी	३५००।	४०००।		
७	पाटन ७ का स्वास्थ्य संस्था देखी	७०००।	७०००।		
८	पाटन ८ का स्वास्थ्य संस्था देखी	४५००।	३०००।		
९	पाटन ९ का स्वास्थ्य संस्था देखी	४५००।	३५००।		
१०	पाटन १० का स्वास्थ्य संस्था देखी	५५००।	३५००।		



अनुसूचि २

प्रेषण खर्च पाउनको लागी दिइने निवेदनको ढाँचा

श्री प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत ज्यू ।
पाटन नगरपालिका बैतडी ।

महोदय,

म/मैले विरामीलाई पाटन नगरपालिका अन्तरगतको स्वास्थ्य संस्थामा गर्भवती, प्रसव, सुत्केरी, नवशिशु अवस्थामा उपचार व्यवस्थापनको लागी भर्ना गरेको र जटिलताको थप उपचारको लागी स्वास्थ्य कर्मीको सल्लाह अनुसार अस्पताल सम्म थप उपचार व्यवस्थापनको लागी प्रेषण भई जानु पर्ने भएको र मेरो परिवारको आर्थिक अवस्था अत्यन्तै कमजोर रहेका कारण मैले प्रेषण भएको स्थान सम्म जान/लैजान लाग्ने खर्चब्यहोर्न नसक्ने भएकाले आकस्मिक प्रेषण खर्च उपलब्ध गराई दिन हुन अनुरोध छ । मैले पेश गरेको विवरण ठिक साचो हो भुटो ठहरिएमा कानुन बमोजिम सहला बुझाउला ।

निवेदकको नाम थर:

दस्तखत:

ठेगाना: जिल्ला

न. पा. / गा. पा.

वडा नं.

सम्पर्क नं.

कार्यालय प्रयोजनका लागी सम्बन्धित कर्मचारीले भर्ने:

मूल दर्ता नं.

प्रेषण गर्नु पर्ने र भई आएको कारण

प्रेषण गर्दा लागेको र लाग्ने रकम रु

स्वास्थ्यकर्मीको:

दस्तखत:

नाम थर:

पद:

मिति:

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको :

दस्तखत:

नाम थर:

पद:

मिति:

कार्यालयको छाप

सिफारिस गर्ने वडा अध्यक्ष तथा प्रतिनिधिको :

दस्तखत:

नाम थर:

पद:

मिति :

25/11

Signature



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
प्रेषण/स्थानान्तरण पूर्जा

मिति: .../.../२०७९

३. सम्पर्क नं

४. लिङ्गः

५. उमेरः

गा.पा./न.पा.

वडा नं.

६. सम्पर्क गर्नुपर्ने मिति:

(ग.म.सं.)

७. लिङ्गको सेवा:

१.	Bp	Pulse	Temp	Respiration	Weight (kg)	Height (cm)	MUAC (mm)	Edema on both Feet
अवस्था:								(+ / ++ / ++++)

१०. उपचार विधि वा रेजिमेन:

११. प्रयोग भएको औषधी:

१२. अन्य परिचय गर्नुपर्ने भए उल्लेख गर्नु:

१३. स्थानान्तरण/प्रेषण गरिनुको कारण:

१४. अन्य केही भए उल्लेख गर्नु:

श्री

यस स्वास्थ्यमा सेवा लिन आएका उपरोक्त विवरण भएका व्यक्तिलाई आवश्यक सेवाका लागि त्यहाँ पठाइएको छ।
सम्पर्क गर्ने आपछि किर्ति जानकारी पठाई दिन हुन अनुरोध छ।

प्रेषण / स्थानान्तरण गर्नुको नामः

पदः

सहीः

नोटः सेवा लिन आउने विरामीहरुसेवाग्राहिहरु तीकिएको सेवा लिन अनुकूल पर्ने गरी स्थानान्तरण प्रेषण गर्नु पर्दा यो फारम प्रयोग गर्नु पर्दछ।

परिमाजितः २०७९/७/१

HMIS 1.4: Referral/Transfer Slip

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली
प्रेषण/स्थानान्तरण पूर्जा

(सेवा दिएको विवरण तथा किर्ती जानकारी)

मिति: .../.../२०७९

किर्ती जानकारी पठाइएको संस्था श्री

सेवाग्राहिको नाम, थरः

लिङ्गः उमेरः ठेगाना: जिल्ला:

गा.पा./न.पा.

वडा नं.

सम्पर्क गर्ने भएको मिति: .../.../२०७९

दिइएको सेवा:

किर्ती जानकारी दिनेको नामः

पदः तहः

मिति: .../.../२०७९

किर्ती जानकारी दिने संस्थाको नामः

ठेगाना:	जिल्ला:	गा.पा./न.पा.	वडा नं.

Print FY: 2074/75

अनुसूची ४

PARTOGRAPH

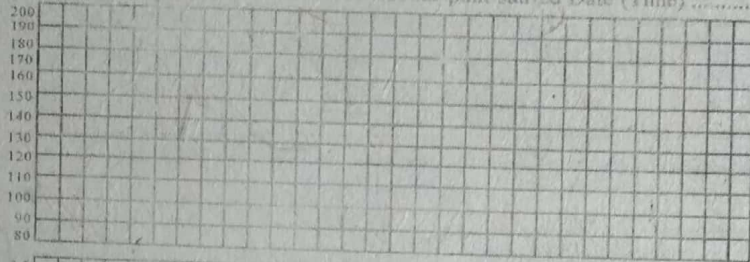
.....Rural Municipality/Municipality.....PHCC/Health Post.....

Name:.....Age:.....G.....P.....Hospital No.

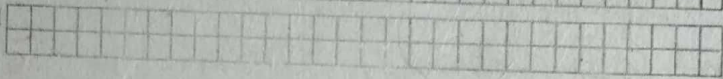
Date of Admission :.....Time of admission.....

Reputed membrane: Y/N if yes, Date (Time).....True labour pain started Date (Time).....

Fetal
Heart
Rate
Per
Minute

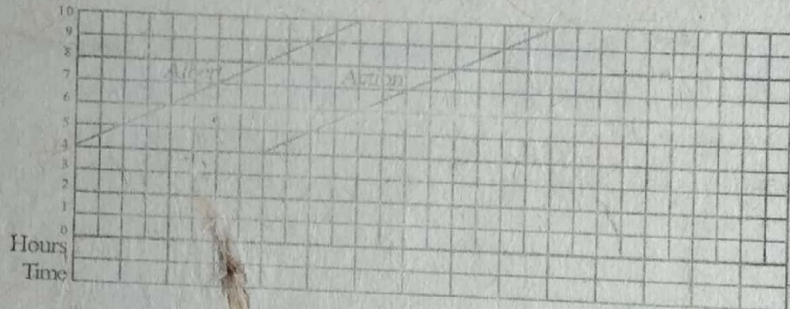


Amniotic Fluid
Moulding

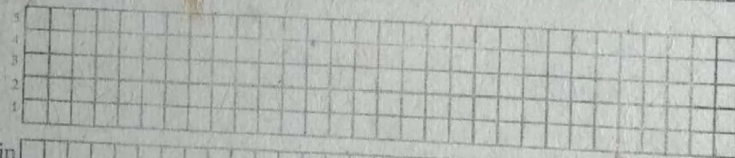
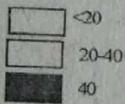


Convix (Cm)
(Plot X)

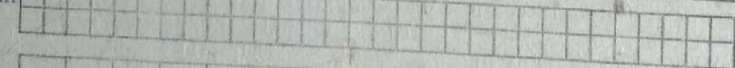
Descent of head
(Plot 0)



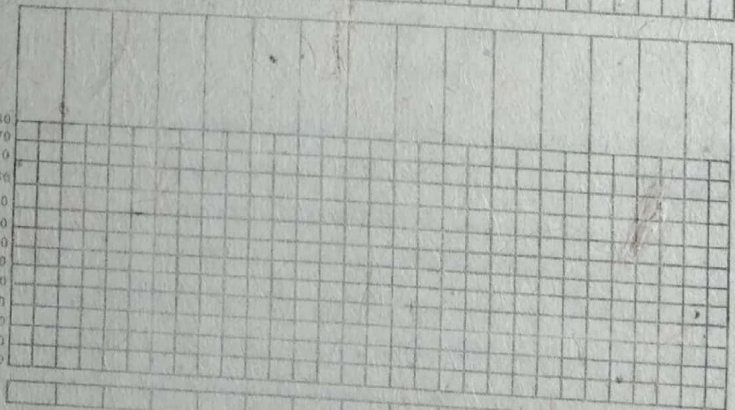
Contraction
per 10 minutes



Oxytocin U/L Drops/min



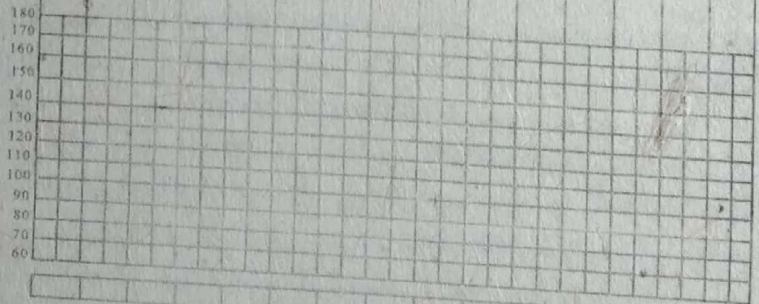
Drugs given and I/V fluids



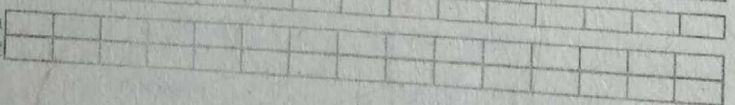
Pulse •

B.P.

Temperature °C



Protein
Urine Output



	True Labour Pain start	Membrane Rupture	Cervix Fully Dilated	Baby Born	Placenta Expelled	Duration of Labor
Date						1 st stage..... 2 nd stage.....
Time						3 rd stage..... Total.....

Spontaneous delivery

Description :

Delivery by :

Time :

THIRD STAGE

Dr. called at :

Sign.

Reason :

Method of Delivery of placenta Maternal Effort ☐ Fungal Pressure ☐

CCT ☐ Manual Removal ☐

Placenta.....Complete..... Incomplete Doubtful.....

Membranes: Complete..... Ragged Retained.....

Total Blood loss

Post del BP Drugs Used

PERINEUM

Intact

Episiotomy

Laceration

1st Degree

2nd Degree

3rd Degree

Suturing..... By

Baby Examination

Paed, Called at :

Reason

Gestation Liquor, Clear/Mec. Stained

Weight Sex Apgar score at 1 minute 5 minute

Head : Method of Resuscitation

Eyes: Mouth..... Shoulders.....

Entermities: Gentitals..... Spine..... Rectum.....

Malformations if any..... Checked by

On Discharge Urine Stools Breast Feedig Temp
Counsels Parents on Checked by: Date/Time Discharge



अनुसूची ५

प्रेषण खर्च बुझ्नेको भरपाईको नमुना

भरपाई फाराम

आ. व.

मिति:

लिखितम् भरपाई दादै म न. पा. न. वडा
टोल बस्ने ले म / मेरो को
उपचारको (गर्भवती, प्रसव, सुत्केरी, नवशिशु को) कम्मा आकस्मिक रुपमा प्रेषण हुदा लाग्ने /
लागेको खर्च रु. अक्षेरुपी मात्र नगद / चेक
नं. बाट बुझिलिई यो भरपाई गरि दियाँ ।

बुझाउनेको:

हस्ताक्षर :

नाम थर :

पद :

सम्पर्क नं .

मिति :

बुझिलिनेको:

हस्ताक्षर:

नामथर:

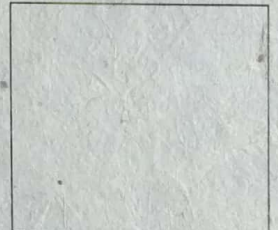
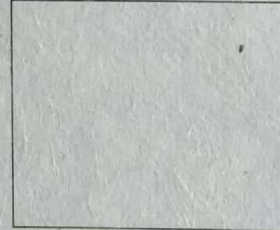
ठेगाना:

सम्पर्क नं.

मिति:

बायाँ

दायाँ



कार्यालयको छाप

Handwritten signature

Handwritten signature