



ফর্ম -১

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 মাতৃমৃত্যু পর্যালোচনা ফরম
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)

মৃত্যু পর্যালোচনা সংখ্যা Number of Death review
বাৎসরিক ক্রমিকঃ Year serial:
মাসিক ক্রমিকঃ Month serial:

কারিগরি সহযোগিতায়ঃ ইউনিসেফ, ইউএনএফপিএ, বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থা, সিওআইএ (কইয়া),
সিআইপিআরবি

Technical support: UNICEF, UNFPA, WHO, COIA, CIPRB

ফরম 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

মৌখিক সন্মতি

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 মৃতজন্ম চিহ্নিত 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 সন্মতিদানের 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 সন্মতিক্রমে আমি এই সাক্ষাৎকারটি শুরু করতে চাই।

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকারে সন্মতি প্রদান করেছেন।

উত্তরদাতার নাম:

উত্তরদাতার স্বাক্ষর:

সাক্ষাৎকার প্রদানের তারিখ:

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

দিন মাস বছর

উত্তরদাতার তথ্য

মোবাইল:

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

নাম	মৃতের সাথে সম্পর্ক	তিনি কি মৃতের মৃত্যুর সময়ে উপস্থিত ছিলেন (হ্যাঁ/না)
মুখ্য উত্তরদাতা:		
সহযোগী উত্তরদাতা-১:		
সহযোগী উত্তরদাতা-২:		

সম্পর্ক:

- স্বামী
- শাশুড়ী
- শশুর
- শ্যালিকা
- মা

- বাবা
- খালা/খালু চাচী/চাচা, মামী/মামা, ফুপু/ফুপা
- বড় বোন/ভাই
- প্রতিবেশী
- অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

সাধারণ তথ্য

জেলা:.....উপজেলা:..... ইউনিয়ন/পৌরসভা:

ওয়ার্ড:

গ্রাম:

কমিউনিটি ক্লিনিকের নাম: _____

কমিউনিটি ক্লিনিকের কোড: (অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

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

মায়ের নাম: _____

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

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

মায়ের বয়স: _____ (বৎসর)

মায়ের শিক্ষাগত যোগ্যতা:

শিক্ষা সময়কাল: (০১. ০২. ০৩..... ১০..... ১২ ইত্যাদি এবং যদি শিক্ষিত না হন তবে কোড ৯৯)

খানার আর্থ-সামাজিক অবস্থা: অতি গরীব গরীব মধ্যবিত্ত ধনী

স্বামীর নাম:

সেকশন ১: প্রাথমিক তথ্য

১। মৃত্যুর তারিখ:

দিন / মাস / বছর		

সময় (২৪ ঘন্টা):

ঘন্টা / মিনিট	

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

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

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

নিজ বাড়ীতে

পথে

ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রে

উপজেলা স্বাস্থ্য

কমপ্লেক্সে

জেলা অথবা সদর হাসপাতালে

মাতৃমঙ্গল কেন্দ্রে

মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল

এনজিও ক্লিনিক

প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল

অন্যান্য (উল্লেখ করুন) _____

৪। গর্ভাবস্থার কোন মাস/সপ্তাহে মৃত্যু হয়েছিল?

মাস	সপ্তাহ

৫। কতবার তিনি সন্তানের জন্ম দিয়েছেন? সংখ্যা লিখুন

--	--

৬। কতবার গর্ভপাত হয়েছে? (না জানা থাকলে, কোড ৯৯ ব্যবহার করুন)

--	--

সেকশন ২: মাতৃকালীন জটিলতা

৭। গর্ভধারণের পূর্বে মা কোন রোগে আক্রান্ত ছিলেন কি?

১. হ্যাঁ

২. না

হ্যাঁ হলে (প্রযোজ্য হলে টিক চিহ্ন দিন):

উচ্চরক্তচাপ

যক্ষা

ডায়াবেটিস

হাঁপানি

হৃদরোগ

জন্ডিস

খিঁচুনি

অন্যান্য (উল্লেখ) _____

রক্তস্বল্পতা

৮। শেষ গর্ভের/প্রসবের ফলাফল? (একাধিক উত্তর, টিক চিহ্ন দিন)

[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 বক্রে ঠিক দিন)

জটিলতা	প্রসবপূর্ব	প্রসবকালীন	প্রসবোত্তর	জানা নেই
১. উচ্চ রক্তচাপ				
২. ডায়াবেটিস				
৩. গর্ভপাত				
৪. রক্তক্ষরণ				
৫. প্রচল্ড জ্বর				
৬. মুখ, পা ও হাতে পানি আসা				
৭. খিঁচুনি/একলামসিয়া/বেহঁস হওয়া				
৮. জণ্ডিস				
৯. রক্তসল্পতা				
১০. চোখে ঝাপসা দেখা				
১১. ১২ঘন্টার বেশী প্রসব বেদনা				
১২. ক্রণের 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. দুর্গন্ধযুক্ত ঘ্রাব				
১৭. তলপেটে অস্বাভাবিক ব্যাথা (তীর)				
১৮. অন্যান্য, উল্লেখ করুন				

সেকশন ৩: প্রসবপূর্ব সেবা

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

--	--

[যদি প্রসবপূর্ব সেবা গ্রহণ 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 – 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 বাড়ী |
| <input type="checkbox"/> মাতৃমঙ্গল কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন _____) |
| <input type="checkbox"/> জেলা অথবা সদর হাসপাতাল | |

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

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

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?
- চিকিৎস্যা/যাতায়াত বাবদ খরচের জন্য টাকা জমিয়ে রাখা হয়েছিল?
- কে মায়ের পরিচর্যা ও বাড়ীর দেখাশোনা করবেন তা ঠিক করা আছে?
- রক্তদাতা নির্ধারণ করে রাখা হয়েছিল? (রক্তের গ্রুপ পরীক্ষা করা হয়েছিল)?
- নবজাতক পরিচর্যার জরুরী সরঞ্জাম ঠিক করা ছিল(পরিষ্কার ব্লেড-Sterile blade, কাঁথা-cloth etc.)

সেকশন ৪: প্রসবকালীন তথ্য

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 বাড়ী |
| <input type="checkbox"/> মাতৃমঙ্গল কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন |
| <input type="checkbox"/> জেলা অথবা সদর হাসপাতাল | |

১৫। কার দ্বারা প্রসব সংগঠিত হয়েছিল?

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

১৬। কোন পদ্ধতিতে প্রসব হয়েছিল?

- Vaginal-spontaneous (স্পন্টিনিওয়্যাস)
 সিজারিয়ান (Caesarean Section)

- Instrumental vaginal (ভ্যাকুয়াম/ফোরসেপ)
 Destructive operations-ডেস্ট্রাক্টিভ অপারেশন

১৭। বর্তমান গর্ভের ফলাফল (টিক চিহ্ন দিন):

- জীবিতজন্ম মৃতজন্ম প্রসব হয়নি
 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)

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

২০। কে চিকিৎসাসেবা দিয়েছিলেন?

- ডাক্তার (MBBS) পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA)
 নার্স দাই
 পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটর (FWV) পল্লী চিকিৎসক
 সিএসবিএ (CSBA) এনজিও কর্মী
 মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (এমএ) অন্যান্য (উল্লেখ করুন
 স্বাস্থ্য সহকারী (HA)

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

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

অন্যান্য (উল্লেখ করুন_____)

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

সেকশন ৬: প্রসবোত্তর কাল

২২। প্রসবের কত সময় পর মৃত্যু হয়েছিল?

দিন		ঘন্টা	

২৩। কতটি প্রসবোত্তর (পিএনসি) সেবাগ্রহণ করেছিলেন?

--	--

[প্রসবোত্তর সেবাগ্রহণ না করলে “০০” এবং যদি না জানা থাকে তবে “৯৯” লিখুন এবং এক্ষেত্রে ২৯ হতে ৩১ নং প্রশ্নগুলো প্রযোজ্য নয়]

২৪। যদি প্রসবোত্তর সেবা-১ গ্রহণ করে থাকেন তবে তা প্রসবের কত সময় পরে?

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 বাড়ী |
| <input type="checkbox"/> মাতৃমঙ্গল কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> অন্যান্য (উল্লেখ করুন |
| <input type="checkbox"/> জেলা অথবা সদর হাসপাতাল | |

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

- ডাক্তার (MBBS)
- নার্স
- পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটর (FWV)
- সিএসবিএ (CSBA)
- মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট (এমএ)
- স্বাস্থ্য সহকারী (HA)
- পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (FWA)
- দাই
- পল্লী চিকিৎসক
- এনজিও কর্মী
- অন্যান্য (উল্লেখ করুন

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?

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর নাম:.....

পদবী:.....

প্রতিষ্ঠান:

স্বাক্ষর:

তারিখ:

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