



ফর্ম - ৩

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

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

স্বাস্থ্যকেন্দ্রে মাতৃমৃত্যু পর্যালোচনা ফরম
Facility Maternal Death Review Form

ফ্যাসিলিটি ফরম
ফর্ম - ৩

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 Death review number
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 এইচ ইউ ইউ, আইসিডিডিআরবি, জইকা, 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

সাধারণ তথ্য

স্বাস্থ্য কেন্দ্রের নাম: _____

স্বাস্থ্য কেন্দ্রের কোড নং:

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

মায়ের নাম: _____

মায়ের বয়স: _____ (বৎসর)

মায়ের হাসপাতাল রেজিস্ট্রেশন নং

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

মায়ের ঠিকানা:

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

ওয়ার্ড: গ্রাম:

স্বামীর নাম:

ফোন নং:

১। ভর্তির তথ্য:

জরুরি বিভাগে/ বহিঃবিভাগে রোগী আসার তারিখ ও সময়:

দিন /	মাস /	বছর
-------	-------	-----

তারিখ:

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

 সময়:

অন্তঃবিভাগে ভর্তির তারিখ ও সময়:

দিন /	মাস /	বছর
-------	-------	-----

তারিখ:

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

 সময়:

মৃত্যুর তারিখ ও সময়:

দিন /	মাস /	বছর
-------	-------	-----

তারিখ:

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

 সময়:

২। ভর্তির সময় মায়ের অবস্থা কেমন ছিল:

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> সচেতন | <input type="checkbox"/> মৃত |
| <input type="checkbox"/> স্থির | <input type="checkbox"/> অচেতন |
| <input type="checkbox"/> অস্থির | <input type="checkbox"/> তথ্য সংগ্রহ করা হয়নি |

৩। OPD বা জরুরি বিভাগে মায়ের গর্ভাবস্থা কেমন ছিল:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> গর্ভকালীন | <input type="checkbox"/> অন্যান্য সমস্যা ছিল |
| <input type="checkbox"/> প্রসব বেদনা ছিল | <input type="checkbox"/> তথ্য সংগ্রহ করা হয়নি |
| <input type="checkbox"/> প্রসবের পর এসেছিল | |

৪। ভর্তির সময় সনাক্তকৃত/নির্ধারণকৃত সমস্যা/

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy | <input type="checkbox"/> Intra partum haemorrhage |
| <input type="checkbox"/> Missed abortion | <input type="checkbox"/> Postpartum haemorrhage |
| <input type="checkbox"/> Spontaneous abortion | <input type="checkbox"/> Retained placenta: |
| <input type="checkbox"/> Medical abortion | a. with haemorrhage |
| <input type="checkbox"/> Induced abortion | b. without haemorrhage |
| <input type="checkbox"/> Threatened abortion | <input type="checkbox"/> Prolonged labour |
| <input type="checkbox"/> Placenta previa | <input type="checkbox"/> Obstructed labour |
| <input type="checkbox"/> Abruptio placenta | <input type="checkbox"/> Rupture uterus: |
| <input type="checkbox"/> Molar pregnancy | <input type="checkbox"/> Others (Specify):..... |

৫। ভর্তিকৃত মা কি রেফার হয়ে এসেছিল? হ্যা না

যদি হ্যা হয় তাহলে কোথা হতে এসেছিল-

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> সরকারী স্বাস্থ্য কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য কেন্দ্র | <input type="checkbox"/> বাড়ী থেকে | <input type="checkbox"/> অন্যান্য |
| <input type="checkbox"/> তথ্য সংগ্রহ করা নেই | | | |

৬। ডাক্তার বা কনসালট্যান্ট দ্বারা রোগীর প্রথম সাক্ষাত এর তথ্য:

চিকিৎসা ব্যবস্থা নেওয়ার তারিখ ও সময়: তারিখ..... সময়..... |

- তথ্য সংগ্রহ করা নেই

৭। অন্তঃবিভাগে রোগ/সমস্যা নির্ণয়;

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ectopic pregnancy | <input type="checkbox"/> Intra partum haemorrhage |
| <input type="checkbox"/> Missed abortion | <input type="checkbox"/> Post partum haemorrhage |
| <input type="checkbox"/> Spontaneous abortion | <input type="checkbox"/> Retained placenta: |
| <input type="checkbox"/> Medical abortion | <input type="checkbox"/> With haemorrhage |
| <input type="checkbox"/> Induced abortion | <input type="checkbox"/> Without haemorrhage |
| <input type="checkbox"/> Threatened abortion | <input type="checkbox"/> Prolonged labour |
| <input type="checkbox"/> Placenta previa | <input type="checkbox"/> Obstructed labour |
| <input type="checkbox"/> Abruptio placenta | <input type="checkbox"/> Rupture uterus: |
| <input type="checkbox"/> Molar pregnancy | <input type="checkbox"/> Others (Specify):..... |

৮। অন্তঃবিভাগে ভর্তির পর ব্যবস্থাপনা:

চিকিৎসা ব্যবস্থা নেওয়ার তারিখ ও সময়: তারিখ.....

সময়.....

তথ্য সংগ্রহ করা নেই

৯। প্রসবের পদ্ধতি:

১০। স্বাভাবিক সার্জারীর মাধ্যমে যন্ত্রপাতির মাধ্যমে প্রসব হয়নি

১১। বর্তমান গর্ভবতীর ফলাফল:

জীবিত জন্ম মৃত জন্ম কম জন্ম ওজন গর্ভপাত

অন্যান্য উল্লেখ করুন

১২। জন্মের পর শিশুর ওজন গ্রাম

১৩। জন্মের পর শিশুর কোন অস্বাভাবিকতা ছিল কিনা? হ্যাঁ না

১৪। মায়ের মৃত্যুর স্থান:

জরুরি বিভাগ ট্রলিতে ওয়ার্ডে লেবার রোম অপারেশন রোম

আইসিইউ অন্যান্য অপারেশনের পর

১৫। সবচেয়ে সম্ভাব্য মৃত্যুর কারণ:

(WHO Cause of death form, with separate ICD10 list)

CAUSE	ICD CODE	CAUSE	ICD CODE
PPH	O 72	APH	O 46
Puerperal Sepsis	O 85	Ectopic Pregnancy	O 00
Eclampsia	O 15	Haemorrhage in Early Pregnancy	O 20
Death from sequel of direct obstetric cause	O 97	Complication of Anaesthesia during Labour & Delivery	O 74

Obstructed Labour due to Malposition and Malpresentation of foetus	O 64	Failed Attempt abortion	O 07
Placenta Previa	O 44	Abruptio placentae	O 45
Medical abortion	O 04	Rupture Uterus	
Complications of anaesthesia during pregnancy	O 29	Obstetric Embolism	O 88
Malnutrition in pregnancy	O 25		

১৫. মন্তব্য: (সংক্ষেপে মৃত্যুর বিবরণ উল্লেখ করুন)

১৬. যাচাইকারীর নাম:

পদবী:

তথ্য সংগ্রহের তারিখ:

স্বাক্ষর;