কমিউনিটিতে প্রযোজ্য

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যান মন্ত্রণালয়

মাতৃমৃত্যু, নবজাতকের মৃত্যু ও মৃতজন্ম অবহিতকরন স্লিপ

ক্রমিক নং ঃ তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র

মৃত্যুর ধরন ঃ ☐ মাতৃ মৃত্যু ☐ মৃতজন্ম ☐ নবজাতকের মৃত্যু ☐ অন্যান্য লিঙ্গ ঃ ☐ ছেলে ☐ মেয়ে

অনলাইনে (ডিএইচআইএস-২)-তে রেজিস্ট্রেশন করা হয়েছে ☐ হাঁ ☐ না

মায়ের নাম ঃ ..... মায়ের বয়সঃ ☐☐ বছর

পিতা/স্বামীর নাম ঃ ..... পাড়া ঃ..... গ্রাম ঃ..... ইউনিয়ন ঃ.....

উপজেলা ঃ .....জেলা ঃ ..... মৃতের পরিবারের মোবাইল নং (যদি থাকে)ঃ .....

মৃত্যুর /মৃত-জন্মের তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র সময় (২৪ ঘন্টায়) ঃ ঘ ন্টা মিনি ট

প্রসবের তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র সময় (২৪ ঘন্টায়) ঃ ঘ ন্টা মিনি ট

মৃত্যুর স্থান ঃ ☐ নিজবাড়ীতে ☐ পথে ☐ সরকারী স্বাস্থ্য কেন্দ্রে/হাসপাতালে ☐ প্রাইভেট বা এনজিও ক্লিনিকে/হাসপাতালে ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

প্রসবের স্থানঃ ☐ বাড়ি ☐ কমিউনিটি ক্লিনিক ☐ ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যান কেন্দ্র ☐ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স ☐ মাতৃমঙ্গলকেন্দ্র ☐ জেলা হাসপাতালে ☐ মেডিকেল কলেজ হাসপাতালে ☐ প্রাইভেট ফ্যাসিলিটি ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

কে প্রসব করিয়েছেন ঃ ☐ ডাক্তার (MBBS) ☐ নার্স ☐ মিডওয়াইফ ☐ পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা (FWV) ☐ সিএসবিএ (CSBA) ☐ এমএ/ সাকমো (MA/ SACMO) ☐ স্বাস্থ্য সহকারী/ পরিবার কল্যাণ সহকারী (HA/FWA) ☐ পল্লী চিকিৎসক ☐ দাই ☐ মিডওয়াইফ ☐ এনজিও কর্মী ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন) .....

তথ্য গ্রহণকারীর নামঃ ..... পদবী ঃ .....

মোবাইল নং ঃ..... অনলাইনে রেজিস্ট্রেশন করা হয়েছে ☐ হ্যাঁ ☐ না

রেজিস্ট্রেশন নং .....

তথ্য গ্রহণকারীর স্বাক্ষর

কমিউনিটিতে প্রযোজ্য

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যান মন্ত্রণালয়

মাতৃমৃত্যু, নবজাতকের মৃত্যু ও মৃতজন্ম অবহিতকরন স্লিপ

ক্রমিক নং ঃ তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র

মৃত্যুর ধরন ঃ ☐ মাতৃ মৃত্যু ☐ মৃতজন্ম ☐ নবজাতকের মৃত্যু ☐ অন্যান্য লিঙ্গ ঃ ☐ ছেলে ☐ মেয়ে

অনলাইনে (ডিএইচআইএস-২)-তে রেজিস্ট্রেশন করা হয়েছে ☐ হাঁ ☐ না

মায়ের নাম ঃ ..... মায়ের বয়সঃ ☐☐ বছর পিতা/স্বামীর নাম ঃ .....

পাড়া ঃ..... গ্রাম ঃ..... ইউনিয়ন ঃ.....

উপজেলা ঃ .....জেলা ঃ ..... মৃতের পরিবারের মোবাইল নং (যদি থাকে)ঃ .....

মৃত্যুর /মৃত-জন্মের তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র ভর্তির সময় (২৪ ঘন্টায়) ঃ ঘ ন্টা মিনি ট

প্রসবের তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র ভর্তির সময় (২৪ ঘন্টায়) ঃ ঘ ন্টা মিনি ট

মৃত্যুর স্থান ঃ ☐ নিজবাড়ীতে ☐ পথে ☐ সরকারী স্বাস্থ্য কেন্দ্রে/হাসপাতালে ☐ প্রাইভেট বা এনজিও ক্লিনিকে/হাসপাতালে ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

প্রসবের স্থানঃ ☐ বাড়ি ☐ কমিউনিটি ক্লিনিক ☐ ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যান কেন্দ্র ☐ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স ☐ মাতৃমঙ্গলকেন্দ্র ☐ জেলা হাসপাতালে ☐ মেডিকেল কলেজ হাসপাতালে ☐ প্রাইভেট ফ্যাসিলিটি ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

কে প্রসব করিয়েছেন ঃ ☐ ডাক্তার (MBBS) ☐ নার্স ☐ মিডওয়াইফ ☐ পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা (FWV) ☐ সিএসবিএ (CSBA) ☐ এমএ/ সাকমো (MA/ SACMO) ☐ স্বাস্থ্য সহকারী/ পরিবার কল্যাণ সহকারী (HA/FWA) ☐ পল্লী চিকিৎসক ☐ দাই ☐ মিডওয়াইফ ☐ এনজিও কর্মী ☐ অন্যান্য (উল্লেখ করুন) .....

তথ্য গ্রহণকারীর নামঃ ..... পদবী ঃ ..... মোবাইল নং ঃ.....

অনলাইনে রেজিস্ট্রেশন করা হয়েছে ☐ হ্যাঁ ☐ না রেজিস্ট্রেশন নং.....

তথ্য গ্রহণকারীর স্বাক্ষর

হাসপাতালে প্রযোজ্য

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যান মন্ত্রণালয়

মাতৃমৃত্যু, নবজাতকের মৃত্যু ও মৃতজন্ম অবহিতকরন স্লিপ

ক্রমিক নং ঃ তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র

হাসপাতাল রেজিষ্ট্রেশন নং ঃ..... ওয়ার্ড নং ঃ..... বিছানা নং ঃ.....

মৃত্যুর ধরন ঃ ☐ মাতৃ মৃত্যু ☐ মৃতজন্ম ☐ নবজাতকের মৃত্যু ☐ অন্যান্য লিঙ্গ ঃ ☐ ছেলে ☐ মেয়ে

মায়ের নাম ঃ ..... মায়ের বয়সঃ ☐☐ বছর

পিতা/স্বামীর নাম ঃ .....

পাড়া ঃ..... গ্রাম ঃ..... ইউনিয়ন ঃ.....

উপজেলা ঃ .....জেলা ঃ .....

মৃতের পরিবারের মোবাইল নং (যদি থাকে)ঃ .....

হাসপাতাল / স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম ঃ .....

হাসপাতালে / স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ভর্তিরতারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র ভর্তির সময় (২৪ ঘন্টায়)ঃ ঘ ন্টা মিনি ট

ভর্তির সময় রোগ নির্ণয় ঃ .....

মৃত্যুর /মৃত-জন্মের তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র ভর্তির সময় (২৪ ঘন্টায়) ঃ ঘ ন্টা মিনি ট

মৃত্যুর কারন ঃ .....

তথ্য গ্রহণকারীর নামঃ ..... পদবী ঃ .....

মোবাইল নং ঃ..... অনলাইনে রেজিস্ট্রেশন হয়েছে ঃ ☐ হ্যাঁ ☐ না

রেজিস্ট্রেশন নং ঃ .....

তথ্য গ্রহণকারীর স্বাক্ষর

হাসপাতালে প্রযোজ্য

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যান মন্ত্রণালয়

মাতৃমৃত্যু, নবজাতকের মৃত্যু ও মৃতজন্ম অবহিতকরন স্লিপ

ক্রমিক নং ঃ তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র

হাসপাতাল রেজিষ্ট্রেশন নং ঃ..... ওয়ার্ড নং ঃ..... বিছানা নং ঃ.....

মৃত্যুর ধরন ঃ ☐ মাতৃ মৃত্যু ☐ মৃতজন্ম ☐ নবজাতকের মৃত্যু ☐ অন্যান্য লিঙ্গ ঃ ☐ ছেলে ☐ মেয়ে

মায়ের নাম ঃ ..... মায়ের বয়সঃ ☐☐ বছর পিতা/স্বামীর নাম ঃ .....

পাড়া ঃ..... গ্রাম ঃ..... ইউনিয়ন ঃ.....

উপজেলা ঃ .....জেলা ঃ ..... মৃতের পরিবারের মোবাইল নং (যদি থাকে)ঃ .....

হাসপাতাল/স্বাস্থ্য কেন্দ্রের নাম ঃ .....

হাসপাতালে/স্বাস্থ্য কেন্দ্রে ভর্তিরতারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র ভর্তির সময় (২৪ ঘন্টায়) ঃ ঘ ন্টা মিনি ট

ভর্তির সময় রোগ নির্ণয় ঃ .....

মৃত্যুর/মৃত-জন্মের তারিখ ঃ দি ন মা স ব ছ র ভর্তির সময় (২৪ ঘন্টায়) ঃ ঘ ন্টা মিনি ট মৃত্যুর কারন ঃ .....

.....তথ্য গ্রহণকারীর নামঃ ..... পদবী ঃ .....

মোবাইল নং ঃ..... অনলাইনে রেজিস্ট্রেশন হয়েছে ঃ ☐ হ্যাঁ ☐ না

রেজিস্ট্রেশন নং ঃ .....

তথ্য গ্রহণকারীর স্বাক্ষর