

**आर जी आई/सी जी एच आर अग्रदर्शी अध्ययन**  
**सै.र.प्र.-वरबल ऑटोप्सी फार्म**  
**फार्म 10क : नवजात शिशु मृत्यु (आयु 28 दिन या उससे कम)**

गोपनीय

सै.र.प्र. यूनिट नम्बर	<input type="text"/>	विशेष फार्म संख्या	<b>1</b>
वर्ष: <b>20</b>	1st एच वाई एस <input type="checkbox"/>	2nd एच वाई एस <input type="checkbox"/>	
परिवार के मुखिया का नाम	<input type="text"/>	मुखिया का परिचय कोड	<input type="text"/>
मृतक का पूरा नाम	<input type="text"/>	मृतक का परिचय कोड	<input type="text"/>
मृतक की माता का नाम	<input type="text"/>	मृतक की माता का परिचय कोड	<input type="text"/>

**खण्ड 1: मृतक एवं उत्तरदाता का विवरण**

<b>उत्तरदाता का विवरण</b>	
1. उत्तरदाता का नाम	उत्तरदाता का परिचय कोड
2. उत्तरदाता का मृतक से संबंध	3. क्या जिसके कारण मृत्यु हुई उस बीमारी के दौरान उत्तरदाता मृतक के साथ रहता था?
<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 2. भाई/बहन <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. दादा दादी/नाना नानी <input type="checkbox"/> 4. माता/पिता <input type="checkbox"/> 10. अन्य संबंधी <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 11. पड़ोसी/कोई संबंध नहीं <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 99. पता नहीं	<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं 4. उत्तरदाता की आयु (पूर्ण वर्षों में) <input type="text"/>
	5. उत्तरदाता का लिंग <input type="checkbox"/> 1. पुरुष <input type="checkbox"/> 2. स्त्री

<b>मृतक का विवरण</b>	
6. आयु दिनों में <input type="text"/>	10. मृत्यु का स्थान?
7. लिंग <input type="checkbox"/> 1. पुरुष <input type="checkbox"/> 2. स्त्री	<input type="checkbox"/> 1. घर <input type="checkbox"/> 3. अन्य स्थान <input type="checkbox"/> 2. स्वास्थ्य संस्थान <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं
8. मृतक के घर का पता (पिन कोड सहित)	11. उत्तरदाता के विचार से शिशु की मृत्यु का कारण क्या था? (बीमारी के बारे में उत्तरदाता को अपने शब्दों में बताने दें)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. मृत्यु की तारीख (दिन/माह/वर्ष)	
<input type="text"/>	

**खण्ड 2: नवजात शिशु मृत्यु**

12क. क्या शिशु की मृत्यु किसी चोट अथवा दुर्घटना के कारण हुई है?	<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं → प्रश्न 13 पूछें <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं
12ख. यदि हां तो किस प्रकार की चोट अथवा दुर्घटना थी?	<input type="checkbox"/> 7. काटने/डसने से <input type="checkbox"/> 99. पता नहीं <input type="checkbox"/> 8. प्राकृतिक आपदा से <b>यदि शिशु की मृत्यु चोट अथवा दुर्घटना से हुई है तो → प्रश्न 41 पूछें</b> <input type="checkbox"/> 9. मानव हत्या/हमले से
<input type="checkbox"/> 1. सड़क यातायात दुर्घटना <input type="checkbox"/> 4. जलने से <input type="checkbox"/> 2. गिरने से <input type="checkbox"/> 5. डूबने से <input type="checkbox"/> 3. कोई चीज गिरने से <input type="checkbox"/> 6. जहर के कारण	

<b>गर्भावस्था एवं प्रसव का विवरण</b>	
13. क्या एक अथवा एक से अधिक शिशु पैदा हुए थे?	17क. क्या गर्भावस्था अथवा प्रसव पीड़ा के दौरान कोई परेशानी हुई थी?
<input type="checkbox"/> 1. एक <input type="checkbox"/> 2. एक से अधिक <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं	<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं → प्रश्न 18 पूछें <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं
14. शिशु कहां पैदा हुआ?	17ख. यदि हां तो क्या परेशानी आई?(लागू उत्तरों को दर्ज करें)
<input type="checkbox"/> 1. घर पर <input type="checkbox"/> 3. अन्य <input type="checkbox"/> 2. स्वास्थ्य संस्थान <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं	<input type="checkbox"/> 1. माता को झटके आये थे/दौरा पड़ा था <input type="checkbox"/> 2. प्रसव से पूर्व अथवा प्रसव के दौरान अधिक रक्तस्राव हुआ <input type="checkbox"/> 3. संकुचन आरंभ होने के 1 दिन अथवा 1 से अधिक दिन पहले पानी बहना शुरू हुआ <input type="checkbox"/> 4. लम्बा अथवा जटिल प्रसव (12 घण्टे अथवा उससे अधिक) <input type="checkbox"/> 5. ऑपरेशन द्वारा प्रसव <input type="checkbox"/> 6. माता को बुखार था <input type="checkbox"/> 7. प्रसव के दौरान शिशु के पैर पहले बाहर आय या निचला हिस्सा (नितंब) <input type="checkbox"/> 8. शिशु की गर्दन के चारों ओर रज्जु (कार्ड) थी <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं
15. प्रसव किसने कराया?	18. क्या माता को गर्भ के दौरान टिटनेस टाक्साइड के दो टीके लगाए गए थे?
<input type="checkbox"/> 1. प्रशिक्षित परम्परागत प्रसव परिचारक <input type="checkbox"/> 2. अप्रशिक्षित परम्परागत प्रसव परिचारक <input type="checkbox"/> 3. दाई/नर्स <input type="checkbox"/> 4. एलोपैथिक डाक्टर <input type="checkbox"/> 5. आयुर्वेदिक/होम्योपैथिक/यूनानी चिकित्सक <input type="checkbox"/> 6. कोई नहीं <input type="checkbox"/> 7. अन्य <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं	<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं
16. गर्भ कितने महीने का था?	
<input type="text"/>	

<b>जन्म के पश्चात शिशु का विवरण</b>	
19. क्या शिशु जिंदा पैदा हुआ था (जिंदा, यदि शिशु रोया था, शिशु हिला डुला था या शिशु ने सांस ली थी)?	23क. क्या शिशु जन्म के तुरंत बाद सांस लेने लगा था?
<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं	<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं → प्रश्न 24क पूछें <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं
20. क्या जन्म के पश्चात शिशु के शरीर पर खरोंच अथवा चोट के कोई निशान थे?	23ख. यदि हां तो क्या शिशु ने सांस लेना/रोना बंद कर दिया था?
<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं	<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं → प्रश्न 24क पूछें <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं
21. क्या जन्म के समय शिशु में कोई दृश्यमान विकृति थी (बहुत छोटा सिर, मेरु के उपर मांस इत्यादि)?	23ग. यदि हां तो जन्म के कितने (दिनों) बाद शिशु ने सांस लेना/रोना बंद किया था?
<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं	<input type="text"/>
22. जन्म के समय शिशु का आकार क्या था?	24क. क्या शिशु ने पैदा होने के पहले दिन सामान्य तौर पर स्तनपान किया था?
<input type="checkbox"/> 1. बहुत छोटा <input type="checkbox"/> 4. औसत से बड़ा <input type="checkbox"/> 2. औसत से छोटा <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं <input type="checkbox"/> 3. औसत	<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं → प्रश्न 25 पूछें <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं
	24ख. यदि हाँ तो क्या शिशु ने सामान्य तौर पर स्तनपान बंद किया था?
	<input type="checkbox"/> 1. हां <input type="checkbox"/> 2. नहीं → प्रश्न 25 पूछें <input type="checkbox"/> 9. पता नहीं
	24ग. यदि हाँ तो शिशु ने जन्म के कितने (दिनों) बाद स्तनपान करना बंद किया था?
	<input type="text"/>

