

राज्यातील माता व बालमृत्यू घटनांचे सखोल अन्वेषण, कारणमीमांसा व प्रतिबंधात्मक उपाययोजना प्रभावीपणे राबविण्यासाठी जिल्हा (ग्रामीण) , (शहरी) व तालुका स्तरावर “माता व बाल मृत्यू अन्वेषण कृती समिती” तसेच या कृती समितींना सहाय्य करण्यासाठी “तालुका, जिल्हा व वार्ड स्तरीय तांत्रिक सल्लागार समिती” स्थापन करण्याबाबत.

महाराष्ट्र शासन

सार्वजनिक आरोग्य विभाग

शासन निर्णय क्रमांक: आरसीएच -१२२६/(ई-१५३७६१८)/प्र.क्र. ०९/कु.क.१

गो. ते. रुग्णालय संकुल इमारत, १० मजला, बी- विंग,

मंत्रालय, एल.टी.मार्ग, मुंबई -४०० ००१.

दिनांक :- २१ मे, २०२६

वाचा -

१. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन निर्णय क्रमांक आरसीएच २०१०/प्र.क्र.२८/आरोग्य ७ब, दि.२८ मे, २०१० .
२. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन निर्णय क्रमांक आरसीएच २०१०/प्र.क्र.२८/आरोग्य ७ब, दि.४ ऑक्टोबर, २०१०
३. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन निर्णय क्रमांक आरसीएच १२२५/ई-ऑ.क्र.११०३५३० /प्र.क्र.०७/कु.क-२, दि.०९ जुलै, २०२५
४. सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन निर्णय क्रमांक जमृनों -२०१८/३९३/प्रक्र.४०४ /कु.क., दिनांक २८.०९.२०२०
५. अतिरिक्त संचालक, राज्य कुटुंब कल्याण कार्यक्रम, पुणे यांचे पत्र क्र. राकु.कका/माता आरोग्य कक्ष-१०/न क्र. / माता मृत्यू निरीक्षण व प्रतिसाद सुधारित समिती गठित करणे /२०२६/१३१९२-१९७, दि. २५.०३.२०२६
६. केंद्र शासन राष्ट्रीय आरोग्य अभियान यांचे माता मृत्यू अन्वेषणाबाबत MATERNAL DEATH REVIEW GUIDE BOOK व बाल मृत्यू अन्वेषणाबाबत CHILD DEATH REVIEW : OPERATIONAL GUIDELINES AUGUST 2014.

प्रस्तावना :-

राज्यात माता व बालमृत्यू दर कमी करण्यासाठी शासनामार्फत विविध आरोग्य योजना व कार्यक्रम राबविण्यात येत आहेत. तथापि, माता व बालमृत्यूच्या घटनांमध्ये वैद्यकीय, प्रशासकीय, सामाजिक तसेच प्रणालीगत घटकांचा सहभाग असल्याचे आढळून येते. त्यामुळे अशा प्रत्येक घटनेचे सखोल अन्वेषण करून त्यामागील कारणमीमांसा करणे तसेच भविष्यात अशा घटना टाळण्यासाठी प्रभावी प्रतिबंधात्मक उपाययोजना करणे आवश्यक आहे. या अनुषंगाने सचिव, सार्वजनिक आरोग्य विभाग यांच्या अध्यक्षतेखाली राज्यस्तरीय कृती दल (State Level Task

Force) ची स्थापना शासन निर्णय दिनांक ०९ जुलै २०२५ रोजी करण्यात आलेली आहे. सदर कृती दलाच्या बैठका दर सहा महिन्यांनी आयोजित करून राज्यातील माता व बालमृत्यू कमी करण्यासाठी आवश्यक धोरणे व रणनीती निश्चित करण्यात येतात. राज्यस्तरीय धोरणे व निर्णयांची प्रभावी अंमलबजावणी जिल्हास्तरावर होण्यासाठी तसेच प्रत्येक माता व बालमृत्यू घटनेचे वेळेत अन्वेषण व कारणमीमांसा व्हावी यासाठी जिल्हा, शहर व तालुका स्तरावर बहुविभागीय समित्या स्थापन करणे आवश्यक आहे तसेच संदर्भ क्र. ४ येथील शासन निर्णयान्वये गठित “माता-मृत्यू निरीक्षण व प्रतिसाद समिती” चे पुनर्गठन करण्याची बाब शासनाच्या विचाराधीन होती. त्याअनुषंगाने शासन खालीलप्रमाणे निर्णय घेत आहे.

शासन निर्णय :-

राज्यातील माता व बालमृत्यू घटनांचे प्रभावी अन्वेषण, कारणमीमांसा व प्रतिबंधात्मक उपाययोजना राबविण्यासाठी खालीलप्रमाणे कृती समित्या स्थापन करण्यास शासन मान्यता देण्यात येत आहे.

२. १ जिल्हास्तरीय (ग्रामीण) माता व बाल मृत्यू अन्वेषण कृती समिती:-

सदर समितीस महानगरपालिका क्षेत्र वगळता जिल्ह्याच्या इतर क्षेत्रातील माता व बाल मृत्यू अन्वेषणाची जबाबदारी राहिल. या समितीची रचना खालीलप्रमाणे राहिल.

अ.क्र	सदस्याचे नाव /पदनाम	सदस्यत्वाचा प्रकार
१	जिल्हाधिकारी	अध्यक्ष
२	मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिल्हापरिषद	सह अध्यक्ष
३	जिल्हा शल्य चिकित्सक, जिल्हा रुग्णालय	सदस्य
४	वैद्यकीय अधीक्षक, वैद्यकीय महाविद्यालय व रुग्णालय	सदस्य
५	स्त्री-रोग तज्ञ, जिल्हास्तर	सदस्य
६	बाल रोग तज्ञ, जिल्हास्तर	सदस्य
७	भूल तज्ञ, जिल्हास्तर	सदस्य
८	जिल्हा आरोग्य परिचारिका, जिल्हा रुग्णालय	सदस्य
९	I.A.P चे प्रतिनिधी	सदस्य
१०	फेडरेशन ऑफ ऑबस्टेट्रिक्स व गायनाकोलॉजिस्ट सोसायटी (FOGSI) चे प्रतिनिधी	सदस्य
११	सार्वजनिक आरोग्य परिचारिका जिल्हा परिचारिका, जिल्हा परिषद	सदस्य
१२	उपमुख्य कार्यकारी अधिकारी, ICDS	सदस्य
१३	फॅमिली प्लॅनिंग असोसिएशन ऑफ इंडिया यांचे प्रतिनिधी	सदस्य
१४	जिल्हा माता बालसंगोपन अधिकारी, जिल्हापरिषद	सदस्य
१५	निवासी वैद्यकीय अधिकारी (बाह्यसंपर्क)	सदस्य
१६	प्रजनन व माता बाल आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका	सदस्य
१७	आयुक्त, महानगरपालिका यांचे प्रतिनिधी	सदस्य
१८	जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद	सदस्य सचिव

२.२. जिल्हास्तरीय (शहरी) माता व बाल मृत्यू अन्वेषण कृती समिती:-

सादर समितीस जिल्ह्यातील महानगरपालिका क्षेत्रामधील माता व बाल मृत्यू अन्वेषणाची जबाबदारी राहिल. या समितीची रचना खालीलप्रमाणे राहिल.

अ.क्र	सदस्याचे नाव /पदनाम	सदस्यत्वाचा प्रकार
१	आयुक्त, महानगरपालिका	अध्यक्ष
२	वैद्यकीय अधीक्षक, वैद्यकीय महाविद्यालय व रुग्णालय	सदस्य
३	बालरोग तज्ञ, महानगरपालिका किंवा वैद्यकीय महाविद्यालय व रुग्णालय	सदस्य
४	स्त्री रोग तज्ञ, महानगरपालिका किंवा वैद्यकीय महाविद्यालय व रुग्णालय	सदस्य
५	भूल तज्ञ, महानगरपालिका किंवा वैद्यकीय महाविद्यालय व रुग्णालय	सदस्य
६	सार्वजनिक आरोग्य परिचारिका, महानगरपालिका	सदस्य
७	I.A.P चे प्रतिनिधी	सदस्य
८	फेडरेशन ऑफ ऑबस्टेट्रिक्स व गायनाकोलॉजिस्ट सोसायटी (FOGSI) चे प्रतिनिधी	सदस्य
९	जिल्हा शल्य चिकीत्सक, जिल्हा रुग्णालयाचे यांचे प्रतिनिधी	सदस्य
१०	जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद यांचे प्रतिनिधी	सदस्य
११	सदस्य आरोग्य समिती, महानगरपालिका	सदस्य
१२	वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका	सदस्य सचिव

२.३. समितीची कार्ये.

१. तांत्रिक सल्लागार समितीने सादर केलेल्या माता व बालमृत्यू अन्वेषणांच्या एकूण घटनांपैकी मातामृत्यूच्या किमान २५ व बालमृत्यूच्या ५ टक्के घटनांचे सखोल अन्वेषण करणे.

२. माता व बालमृत्यू मागील वैद्यकीय, सामाजिक व प्रशासकीय कारणांचा अभ्यास करणे.

३. आरोग्य सेवेमधील त्रुटी ओळखून दोषनिवारण उपाययोजना सुचविणे.

४. भविष्यात अशा घटना टाळण्यासाठी प्रतिबंधात्मक उपाययोजना सुचविणे.

५. माता व बाल मृत्यू कृती समितीची बैठक दर तीन महिन्यातून किमान एकदा आयोजित करावी व आवश्यकतेनुसार अधिक बैठकांचे आयोजन करावे.

६. अन्वेषण अहवाल माता व बाल मृत्यू निरीक्षण व प्रतिसाद समिती व राज्य कृतीदलास सादर करणे.

७. राज्यस्तरीय कृती दलाने दिलेल्या सूचनांची अंमलबजावणी सुनिश्चित करणे.

३. शासन निर्णय क्र. आरसीएच-२०१०/प्र.क्र.२८/आरोग्य - ७ ब दि. २८.०५.२०१० अन्वये गठीत गुणवत्ता अभिवचन समित्या तसेच बालमृत्यू बाबतच्या मार्गदर्शक तत्वानुसार गठित करण्यात आलेल्या बालमृत्यू अन्वेषण समित्या बरखास्त करण्यात येत असून, खालीलप्रमाणे तांत्रिक अन्वेषण समितीची स्थापना करण्यात येत आहे.

३.१ जिल्हास्तरीय (ग्रामीण) माता व बालमृत्यू तांत्रिक अन्वेषण समिती -

सदर समितीस महानगरपालिका क्षेत्र वगळता जिल्ह्याच्या इतर क्षेत्रातील माता व बाल मृत्यूच्या तांत्रिक अन्वेषणाची जबाबदारी राहिल. या समितीची रचना खालीलप्रमाणे राहिल.

अ.क्र.	पदनाम	सदस्यत्वाचा प्रकार
१	जिल्हा शल्य चिकित्सक, जिल्हा रुग्णालय	अध्यक्ष
२	वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका	सदस्य
३	वरीष्ठ स्त्रीरोग तज्ञ, जिल्हा रुग्णालय	सदस्य
४	बालरोग तज्ञ, जिल्हा रुग्णालय	सदस्य
५	जनरल सर्जन, जिल्हा रुग्णालय	सदस्य
६	वरीष्ठ भूलतज्ञ, जिल्हा रुग्णालय	सदस्य
७	FOGSI चे प्रतिनिधी	सदस्य
८	IAP चे प्रतिनिधी	सदस्य
९	विकृती विशेषज्ञ, जिल्हा रुग्णालय	सदस्य
१०	अधिसेविका, जिल्हा रुग्णालय	सदस्य
११	रक्त संक्रमण अधिकारी, जिल्हा रुग्णालय	सदस्य
१२	प्रजनन व बालआरोग्य अधिकारी जिल्हा परिषद	सदस्य
१३	निवासी वैद्यकीय अधिकारी (बाह्यसंपर्क)	सदस्य
१४	जिल्हास्तरावरील प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (DRCHO)	सदस्य
१५	तालुका आरोग्य अधिकारी	सदस्य
१६	सर्व संबंधित वैद्यकीय अधिक्षक	सदस्य
१७	जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद	सदस्य सचिव

३.२ जिल्हास्तरीय (शहरी) माता व बालमृत्यू तांत्रिक अन्वेषण समिती-

सदर समितीस जिल्ह्यातील महानगरपालिका क्षेत्रामधील माता व बाल मृत्यूच्या तांत्रिक अन्वेषणाची जबाबदारी राहिल. या समितीची रचना खालीलप्रमाणे राहिल.

अ.क्र.	पदनाम	सदस्यत्वाचा प्रकार
२	कार्यकारी आरोग्य अधिकारी / वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका	अध्यक्ष
३	विभाग प्रमुख प्रसूतीशास्त्र व स्त्री रोग विभाग, महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
४	बालरोग तज्ञ, महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
५	जनरल सर्जन, महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
६	वरीष्ठ भूलतज्ञ, महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
७	FOGSI चे प्रतिनिधी	सदस्य
८	IAP चे प्रतिनिधी	सदस्य
९	विकृती विशेषज्ञ महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य

१०	अधिसेविका, महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
११	रक्त संक्रमण अधिकारी, महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
१२	प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका	सदस्य
१३	प्रजनन व बालआरोग्य अधिकारी जिल्हा परिषद	सदस्य
१४	निवासी वैद्यकीय अधिकारी (बाह्यसंपर्क)	सदस्य
१५	सह कार्यकारी आरोग्य अधिकारी (आर.सी.एच.) / सहा. वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी(आर.सी.एच.), महानगरपालिका.	सदस्य सचिव

(टिप - या शिवाय अध्यक्षांना आवश्यकतेनुसार समितीच्या तांत्रिक मदतीसाठी जिल्हा / महानगरपालिकेतील संबंधित विशेषज्ञास सदस्य म्हणून निमंत्रित करता येईल.)

३.३ समितीची कार्ये -

- १) वेगवेगळ्या आरोग्य संस्था स्तरावर झालेल्या तसेच सामाजिक स्तरावरील (गाव पातळीवर घरी झालेल्या) प्रत्येक माता व बाल मृत्यू अन्वेषण अहवालांचा सविस्तर आढावा घेवून विश्लेषण करून जिल्हा (ग्रामीण व शहरी) स्तरावरील प्रतीबंधात्मक कृती आराखडा तयार करणे.
- २) जिल्ह्यात नोंदणी झालेल्या व अन्वेषण झालेल्या सर्व मातामृत्यूंची तसेच बालमृत्यूंची यादी अद्ययावत करणे, विहित नमुन्यात गोषवारा काढणे.
- ३) जिल्ह्यातील मातामृत्यू आणि महिन्यातील ६ बालमृत्यूंचे अन्वेषण करावे व ६ पेक्षा कमी बालमृत्यू झालेले असल्यास सर्व बालमृत्यूंचे अन्वेषण करणे.
- ४) जिल्हाधिकारी व आयुक्त, महानगरपालिका यांच्या अध्यक्षतेखाली झालेल्या कृती समितीच्या शिफारशींची मुदतीमध्ये अंमलबजावणी करणे व त्याबाबत नियंत्रण करणे.
- ५) विविध स्तरावर होणाऱ्या विलंबाबाबतची कारणे ओळखून ते दूर करणे.
- ६) माता व बाल मृत्यू तांत्रिक अन्वेषण समितीची बैठक दर महिन्यांस किमान एकदा आयोजित करावी व आवश्यकतेनुसार अधिक बैठकांचे आयोजन करावे.
- ७) जिल्हास्तरीय (ग्रामीण व शहरी) तांत्रिक समितीने केलेल्या अन्वेषणचा अहवाल “**माता व बाल मृत्यू निरीक्षण व प्रतिसाद समिती**” आणि सार्वजनिक आरोग्य विभागाकडे पाठविण्यात यावा. सदर अहवालाच्या आधारे राज्यस्तरीय कृती दल आवश्यक धोरणात्मक निर्णय घेईल.

४. तालुका क्षेत्रामधील तसेच महानगरपालिकेच्या वार्डनिहाय माता व बाल मृत्यू ओळखणे, आशा /लिक वर्कर्स यांच्याकडून माहिती गोळा करून वैद्यकीय अधीक्षक/ कार्यकारी आरोग्य अधिकारी यांच्या मदतीने विहित नमुन्यात यादी तयार करणे आणि तांत्रिक अन्वेषण समितीकडे पाठविण्याच्या अनुषंगाने खालीलप्रमाणे समित्या गठित करण्यात येत आहेत.

४.१ तालुकास्तरीय ग्रामीण माता व बाल मृत्यू अन्वेषण कृती समिती:-

सदर समिती तालुका क्षेत्रामधील माता व बाल मृत्यू ओळखणे, आशा /लिक वर्कर्स यांच्याकडून माहिती गोळा करून वैद्यकीय अधीक्षक/ कार्यकारी आरोग्य अधिकारी यांच्या मदतीने

विहित नमुन्यात यादी तयार करणे आणि तांत्रिक अन्वेषण समितीकडे पाठविण्याची जबाबदारी राहिल. सदर समितीची रचना खालीलप्रमाणे राहिल.

अ.क्र	सदस्याचे नाव /पदनाम	सदस्यत्वाचा प्रकार
१	वैद्यकीय अधिक्षक, ग्रामिण रुग्णालय	अध्यक्ष
२	बाल विकास प्रकल्प अधिकारी (C.D.P.O)	सदस्य
३	प्रजनन व बालआरोग्य अधिकारी जिल्हा परिषद	सदस्य
४	बाल रोग तज्ञ , ग्रामिण रुग्णालय	सदस्य
५	स्त्रीरोग तज्ञ , ग्रामिण रुग्णालय	सदस्य
६	भूल तज्ञ, ग्रामिण रुग्णालय	सदस्य
७	विस्तार अधिकारी (आरोग्य) पंचायत समिती	सदस्य
८	आरोग्य सहाय्यक , पंचायत समिती	सदस्य
९	बहु उद्देशीय कार्यकर्ता , (MPW) पंचायत समिती	सदस्य
१०	तालुका आरोग्य अधिकारी	सदस्य सचिव

४.२. महानगरपालिकेच्या वार्डस्तरीय माता व बाल मृत्यू अन्वेषण कृती समिती.

सदर समिती महानगरपालिका क्षेत्रामधील वार्डनिहाय माता व बाल मृत्यू ओळखणे, आशा / लिंक वर्कर्स यांच्याकडून माहिती गोळा करून वैद्यकीय अधिक्षक/ कार्यकारी आरोग्य अधिकारी यांच्या मदतीने विहित नमुन्यात यादी तयार करणे आणि तांत्रिक अन्वेषण समितीकडे पाठविण्याची जबाबदारी राहिल. सदर समितीची रचना खालीलप्रमाणे राहिल.

अ.क्र	सदस्याचे नाव /पदनाम	सदस्यत्वाचा प्रकार
१	उप कार्यकारी आरोग्य अधिकारी / उप वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी	अध्यक्ष
२	बाल रोग तज्ञ , महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
३	प्रसूती व स्त्रीरोग तज्ञ , महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
४	भूल तज्ञ, महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
५	सार्वजनिक आरोग्य परिचारिका , महानगरपालिका अंतर्गत संस्थेतील	सदस्य
६	क्षेत्रीय स्तरावरील आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका	सदस्य
७	प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका	सदस्य सचिव

(टिप :- स्त्रीरोगतज्ञ आणि बालरोगतज्ञ हे समितीचे सदस्य असणे अनिवार्य आहे. स्त्रीरोगतज्ञ आणि बालरोगतज्ञ यांची पदे रिक्त असल्यास, जिल्हा शल्य चिकीत्सक/ कार्यकारी आरोग्य अधिकारी यांनी समितीच्या बैठकीसाठी जिल्ह्यातील/ महानगरपालिका क्षेत्रातील इतर कोणत्याही रुग्णालयातील शासकीय स्त्रीरोगतज्ञ आणि बाल रोगतज्ञांचे नामनिर्देशन करावे.)

४.३ समितीची कार्ये -

- १) तालुक्यातील/ महानगरपालिका क्षेत्रातील वार्डनिहाय सर्व माता व बालमृत्यू ओळखणे तसेच वैद्यकीय अधीक्षक/ कार्यकारी आरोग्य अधिकारी यांच्या मदतीने विहित नमुन्यात यादी तयार करणे.
- २) तालुक्यातील/ महानगरपालिका क्षेत्रातील वार्डनिहाय मातामृत्यू व बालमृत्यूबाबत वैद्यकीय व प्रशासनिक कारणांचा शोध घेणे.
- ३) विहित नमुन्यातील माहिती बरोबर असल्याची खात्री करणे त्यांचा मासिक अहवाल जिल्हास्तरीय (ग्रामीण /शहरी) माता व बाल मृत्यू तांत्रिक अन्वेषण समिती यांना सादर करणे.

५. या शासन निर्णयान्वये गठीत समित्या दि. २८.०५.२०१० मधील मार्गदर्शक तत्वानुसार आणि बाल मृत्यू अन्वेषणाबाबत वाचा येथील अ.क्र. ६ केंद्र शासनाच्या मार्गदर्शक सूचनांचा अवलंब करतील. सुलभ संदर्भासाठी मातामृत्यू व बालमृत्यू अन्वेषणाबाबतच्या मार्गदर्शक सूचना **परिशिष्ट-अ** येथे जोडण्यात आलेल्या आहेत. तसेच केंद्र शासनाच्या मार्गदर्शक सूचनांनुसार भरावयाची विवरणरपत्रे **परिशिष्ट-ब** येथे जोडण्यात आलेली आहेत.

६. डॉक्टर / रुग्णालय यांच्याकडून वैद्यकीय उपचारादरम्यान हलगर्जीपणा झाला आहे किंवा कसे याचा तपास करण्यासाठी सार्वजनिक आरोग्य विभाग शासन निर्णय क्र. न्यायिक २०१० / प्रक्र. १६/सेवा-४ब, दि. २६ मार्च, २०१० आणि वैद्यकीय शिक्षण व औषधी द्रव्ये विभाग शासन निर्णय क्रमांक डब्ल्यूपीएम २०१३ /प्रक्र. २८९ /प्रशासन-२, दि. ३१ जानेवारी, २०१४ अन्वये जिल्हा शल्य चिकीत्सक आणि वैद्यकीय अधीक्षक, शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय व रुग्णालय यांचे अध्यक्षतेखाली समित्यांचे गठन करण्यात आलेले असल्याने या शासन निर्णयान्वये गठित कृती समितीच्या अहवालांचा वापर त्याकरिता करता येणार नाही.

७. संदर्भ क्र. ४ येथील सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन निर्णयान्वये गठित “माता-मृत्यू निरीक्षण व प्रतिसाद समिती” बाबतचा शासन निर्णय अधिक्रमित करण्यात येत असून, “माता व बाल मृत्यू निरीक्षण व प्रतिसाद समिती” चे पुनर्गठन खालील प्रमाणे करण्यात येत आहे.

अ) माता व बाल मृत्यू निरीक्षण व प्रतिसाद समितीची रचना खालीलप्रमाणे असेल-

अ.क्र.	पदनाम	सदस्यात्वाचा प्रकार
१	आयुक्त, आरोग्य सेवा तथा अभियान संचालक, राष्ट्रीय आरोग्य अभियान, मुंबई.	अध्यक्ष
२	आयुक्त, राष्ट्रीय नागरी आरोग्य अभियान, मुंबई	सदस्य
३	सह सचिव / उप सचिव (कुटुंब कल्याण), सार्वजनिक आरोग्य विभाग, मंत्रालय, मुंबई	सदस्य
४	संचालक (रुग्णालये) /(प्राथमिक) आरोग्य सेवा आयुक्तालय, मुंबई/पुणे	सदस्य

५	संचालक, वैद्यकीय शिक्षण संचालनालय, मुंबई	सदस्य
६	विभाग प्रमुख, प्रसूती व स्त्रीरोग तज्ञ ,शासकीय महाविद्यालय, मुंबई (जेजे किंवा गोतेरु यांना निमंत्रित करावे.)	सदस्य
७	विभाग प्रमुख, बाल रोग तज्ञ ,शासकीय महाविद्यालय,मुंबई (जेजे किंवा गोतेरु यांना निमंत्रित करावे.)	सदस्य
८	विभाग प्रमुख, भूल तज्ञ ,शासकीय महाविद्यालय,मुंबई (जेजे किंवा गोतेरु यांना निमंत्रित करावे.)	सदस्य
९	राज्य आरोग्य यंत्रणा संसाधन केंद्र, पुणे यांचे प्रतिनिधी	सदस्य
१०	उपसंचालक (नर्सिंग), आरोग्य सेवा आयुक्तालय, मुंबई	सदस्य
११	उपसंचालक, आरोग्य सेवा परिमंडळे (सर्व)	सदस्य
११	वैद्यकीय अधीक्षक, शासकीय महाविद्यालय व रुग्णालय (एकूण पैकी केवळ दोन वैद्यकीय अधीक्षक यांना चक्राकार पद्धतीने निमंत्रित करण्यात यावे.)	
१२	जिल्हा शल्य चिकित्सक जिल्हा सामान्य रुग्णालये (एकूण पैकी केवळ दोन जिल्हा शल्यचिकीत्सकांना चक्राकार पद्धतीने निमंत्रित करण्यात यावे.)	सदस्य
१३	वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका (एकूण पैकी केवळ दोन वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका यांना चक्राकार पद्धतीने निमंत्रित करण्यात यावे.)	सदस्य
१४	कार्यकारी आरोग्य अधिकारी, बृहन्मुंबई महानगरपालिका	सदस्य
१५	सहायक संचालक, राज्य रक्त संक्रमण परिषद, मुंबई	सदस्य
१६	जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद (एकूण पैकी केवळ दोन जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद यांना चक्राकार पद्धतीने निमंत्रित करण्यात यावे.)	सदस्य
१७	उप कार्यकारी आरोग्य अधिकारी, बृहन्मुंबई महानगरपालिका	सदस्य
१८	फेडरेशन ऑफ ऑबस्ट्रेटिक अँड द गायनोकॉलॉजिस्ट सोसायटी, मुंबई	सदस्य
१९	फॅमिली प्लॅनिंग असोसिएशन ऑफ इंडिया, मुंबई	सदस्य
२०	द असोसिएशन ऑफ महाराष्ट्र ऑबस्ट्रेटिक अँड गायनोकॉलॉजिस्ट सोसायटी, मुंबई	सदस्य
२१	अतिरिक्त संचालक, राज्य कुटुंब कल्याण कार्यालय, पुणे	सदस्य सचिव

ब) सदर समिती ही “राज्यस्तरीय कृतीदल” समितीची उप समिती म्हणून काम करेल, सदर समितीची दर ३ महिन्यांनी बैठक होणे अपेक्षित आहे. त्याअनुषंगाने सदर समिती बैठकीत झालेल्या चर्चेनुसार शासनास माता व बाल मृत्यू दर नियंत्रित ठेवणेकामी रणनीती / धोरणे निश्चित करण्यासाठी शिफारस करील. सदर समितीतील अशासकीय सदस्यांना शासनाच्या वर्ग-१ च्या

अधिकाऱ्यांप्रमाणे प्रवासभत्ता व दैनंदिन भत्ता अनुज्ञेय राहिल. यावर होणारा खर्च आरसीएच पीआयपी मध्ये करण्यात आलेल्या मंजूर तरतूदीतून भागविण्यात यावा.

०८. सदर शासन निर्णय महाराष्ट्र शासनाच्या www.maharashtra.gov.in या संकेतस्थळावर उपलब्ध करण्यात आला असून त्याचा सांकेतांक क्रमांक २०२६०५२१११२०२७०९१७ असा आहे. हा आदेश डिजीटल स्वाक्षरीने साक्षांकित करुन काढण्यात येत आहे.

महाराष्ट्राचे राज्यपाल यांच्या आदेशानुसार व नावाने,

(वैभव ग. कोष्टी)

कार्यासन अधिकारी, महाराष्ट्र शासन

प्रत,

१. मा.मुख्यमंत्री यांचे प्रधान सचिव
२. मा.मंत्री (सार्वजनिक आरोग्य व कुटुंब कल्याण) यांचे खाजगी सचिव .
३. मा.राज्यमंत्री (सार्वजनिक आरोग्य व कुटुंब कल्याण) यांचे खाजगी सचिव .
४. प्रधान सचिव (१) सार्वजनिक आरोग्य विभाग, मंत्रालय, मुंबई
५. सचिव (२) सार्वजनिक आरोग्य विभाग , मंत्रालय, मुंबई .
६. सर्व जिल्हाधिकारी
७. सर्व मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिल्हा परिषद.
८. आयुक्त, आरोग्य सेवा आयुक्तालय, मुंबई.
९. संचालक (प्राथमिक / रुग्णालये) आरोग्य सेवा आयुक्तालय, मुंबई / पुणे
१०. संचालक, वैद्यकीय शिक्षण व संचालनालय, मुंबई.
११. सर्व सह /उप सचिव, सार्वजनिक आरोग्य विभाग, मंत्रालय, मुंबई
१२. सर्व विभाग प्रमुख, प्रसुती विभाग /स्त्रीरोग तज्ञ, जिल्हा रुग्णालय
१३. सर्व प्राध्यापक आणि विभाग (स्त्रीरोग व प्रसुती शास्त्र विभाग) शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय.
१४. जिल्हा आरोग्य अधिकारी ,जिल्हा परिषद (सर्व)
१५. जिल्हा शल्य चिकित्सक ,सामान्य रुग्णालय (सर्व)
१६. महिला व बाल विकास विभाग अधिकारी (सर्व)
१७. स्थानिक Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India. (FOGSI) समितीचे अध्यक्ष (अति. संचालक, राज्य कुटुंब कार्यालय, पुणे यांचे मार्फत)
१८. निवड नस्ती (कुटुंब कल्याण १/२)

माता-बालमृत्यु अन्वेषण फलो-चार्ट

राज्यस्तरीय कृती दल (बैठक दर सहा महिन्यातून किमान एकदा)	
↑	
माता व बाल मृत्यु निरीक्षण व प्रतिसाद समिती (राज्य कृती दलाची उप समिती) (बैठक दर तीन महिन्यातून किमान एकदा)	
↑	
जिल्हास्तरीय (ग्रामीण) माता व बाल मृत्यु अन्वेषण कृती समिती (बैठक दर तीन महिन्यातून किमान एकदा)	जिल्हास्तरीय (शहरी) माता व बाल मृत्यु अन्वेषण कृती समिती (बैठक दर तीन महिन्यातून किमान एकदा)
↑	↑
जिल्हास्तरीय (ग्रामीण) माता व बालमृत्यु तांत्रिक अन्वेषण समिती (बैठक दर महिन्यातून किमान एकदा)	जिल्हास्तरीय (शहरी) माता व बालमृत्यु तांत्रिक अन्वेषण समिती (बैठक दर महिन्यातून किमान एकदा)
↑	↑
तालुकास्तरीय ग्रामीण माता व बाल मृत्यु अन्वेषण कृती समिती (दरमहा विहित नमुन्यात मासिक अहवाल सादर करणे.)	महानगरपालिका वार्डस्तरीय माता व बाल मृत्यु अन्वेषण कृती समिती (दरमहा विहित नमुन्यात मासिक अहवाल सादर करणे.)

परिशिष्ट-अ

मातामृत्यू व बालमृत्यू अन्वेषणाबाबतच्या मार्गदर्शक सूचना

बाल मृत्यू अन्वेषण (Child Death Review)

बालमृत्यू दर कमी करणे हे राष्ट्रीय आरोग्य अभियानांचे एक महत्वाचे उद्दिष्ट आहे. राज्यामध्ये होणाऱ्या अर्भकांच्या व बालकांच्या मृत्यूच्या कारणांचा शोध घेण्याच्या दृष्टीने तसेच भविष्यात होणारे बालमृत्यू टाळण्याकरिता नियोजन करण्याच्या दृष्टीने शासनामार्फत गेल्या काही वर्षांपासून बालमृत्यूंचे अन्वेषण करणे ही योजना राबविण्यात येत आहे. त्याच धर्तीवर सन २०१५-१६ पासून ही योजना राज्यातील सर्व जिल्ह्यातील प्रत्येक तालुक्यामध्ये राबविण्यात येत आहे. त्याअनुषंगाने २०१५-१६ मध्ये केंद्रशासनाच्या मार्गदर्शक सूचना नुसार सर्व जिल्ह्यांना बालमृत्यू अन्वेषणांच्या सविस्तर मार्गदर्शक सूचना पाठविण्यात आलेल्या आहेत. त्याप्रमाणे सन २०१५-१६ मध्ये प्रत्येक तालुक्यामध्ये दरमहा ६ बाल मृत्यू अन्वेषण करावयाचे आहे, असे कळविण्यात आलेले आहे. यापूर्वी जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद व जिल्हा शल्य चिकित्सक, सामान्य रुग्णालय यांच्या स्तरावरून अहवाल वेगवेगळे मागविण्यात येत होते. परंतु यापुढे बालमृत्यू अन्वेषणाचे अहवाल हे जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा परिषद यांच्या मार्फत तालुकानिहाय पाठविण्यात यावेत. असे या पूर्वीच कळविण्यात आले आहे. त्याबाबत सुधारीत मार्गदर्शक सूचना खालील प्रमाणे

व्याख्या :-

- १) नवजात शिशु मृत्यू :- म्हणजे जन्मापासून ते २८ दिवसांच्या आतील शिशुचा मृत्यू होणे.
- २) नवजात पश्चात शिशु मृत्यू :- म्हणजे जन्माच्या २९ दिवसानंतर ते १ वर्षाच्या आतील शिशुचा मृत्यू होणे.
- ३) अर्भक मृत्यू :- म्हणजे जन्मानंतर ० ते १ वर्षापर्यंतच्या बालकाचा मृत्यू होणे.
- ४) बाल मृत्यू :- म्हणजे ० ते ५ वर्षापर्यंतच्या बालकाचा मृत्यू होणे.
- ५) उपजत मृत्यू :- म्हणजे गर्भपणाचे २० आठवडे पूर्ण होऊन जन्मानंतर ५०० ग्रॅम किंवा त्यापेक्षा जास्त वजनाचे बाळ प्रसूत होऊन एकही श्वास न घेता किंवा जीवंतपणाचे एकही लक्षण न दाखविता मृत पावणे.
- ६) Level of Delay^१ - पालक किंवा नातेवाईक यांच्याकडून निर्णय घेण्यास उशिर होणे.
- ७) Level of Delay^२ - प्रवासा दरम्यान झालेला उशिर
- ८) Level of Delay^३ - संदर्भ सेवा/उपचार देण्यास झालेला उशिर

बालमृत्यू अन्वेषणाचे प्रकार :-

अ) सामाजिक स्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषण (Community Based Child Death Review) -

ब) संस्थास्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषण (Facility based Child Death Review) -

बालमृत्यू अन्वेषणाचे आवश्यक टप्पे :-

अ) सामाजिक स्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषण (Community Based Child Death Review)-

१) प्राथमिक सूचना (Notification) आशा व लिंक वर्कर यांची भूमिका -

- ग्रामीण भागामध्ये होणाऱ्या सर्व बालमृत्यूंची माहिती आशांकडून दिली जाईल. शहरी भागामध्ये होणाऱ्या सर्व बालमृत्यूंची माहिती आशा/ लिंक वर्करद्वारे दिली जाईल.
- आशा कार्यकर्ती यांनी ही माहिती २४ तासांच्या आत ए.एन.एम. यांना द्यावी. ए.एन.एम. यांनी वैद्यकीय अधिकारी, प्राथमिक आरोग्य केंद्र यांना त्वरीत कळवावे. वैद्यकीय अधिकारी, प्राथमिक आरोग्य केंद्र यांनी तालुका वैद्यकीय अधिकारी यांना त्वरीत माहिती द्यावयाची आहे.
- शहरी भागामध्ये होणारे बालमृत्यू बाबत आशा/लिंक वर्कर यांनी हेल्थ पोस्ट वैद्यकीय अधिकारी यांना कळवावेत. हेल्थ पोस्ट वैद्यकीय अधिकारी यांनी वैद्यकीय अधिकारी शहरी/नागरी आरोग्य केंद्र(यु.एच.सी) यांना तसेच वैद्यकीय अधिकारी शहरी/नागरी आरोग्य केंद्र यांनी वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी/आरोग्य अधिकारी (MOH/HO) मनपा/नगरपालिका यांना कळवावे. त्यांनी तालुका आरोग्य अधिकारी यांना २४ तासात कळवावे.
- आशा कार्यकर्ती व लिंक वर्कर यांनी मृत झालेल्या बालकाच्या प्रत्यक्ष घरी जाऊन त्यांचे कुटुंबास भेट देऊन माहिती घ्यावी व त्यांच्या कार्यक्षेत्रामध्ये झालेल्या बालमृत्यूंची नोंद सूचना पत्र (Notification Card) Form No.१ मध्ये तीन प्रती मध्ये भरावे. यापैकी एक प्रत आरोग्य सेविका (एएनएम), एक प्रत मृत बालकाच्या पालकांना व एक प्रत मासिक बैठकीमध्ये वैद्यकीय अधिकारी, प्राथमिक आरोग्य केंद्र /हेल्थ पोस्ट यांना सादर करावी. त्यानुसार आशा कार्यकर्तीचा/ लिंक वर्करचा मोबदला एनएचएम-पीआयपी मधील मंजूर तरतूदीनुसार अदा करण्यात येईल.
- बालकाचा मृत्यू इतर गावामध्ये, शहरामध्ये, रस्त्यावर किंवा इतर ठिकाणी झाला असला तरीही मृत बालक व त्याचे पालक ज्या ठिकाणचे रहिवासी असतील (कमीत कमी ६ महिने) त्या ठिकाणी मृत बालकाची नोंद घ्यावी. म्हणजेच त्या क्षेत्रातील घरी, रस्त्यावर व रुग्णालयामध्ये झालेल्या सर्व मृत बालकांची नोंद घ्यावी.
- जिल्ह्यातील कार्यक्षेत्रातील मृत बालक जर ६ महिने किंवा त्यापेक्षा जास्त कालवधीसाठी रहिवासी असेल आणि त्या बालकाचा मृत्यू जरी कार्यक्षेत्राबाहेर किंवा शासकीय /खाजगी रुग्णालयात तसेच शहरी भागात झाला असेल तरीही बालमृत्यूची नोंद ही आशाने करून फॉर्म क्र-१ (Notification Card) भरावयाचा आहे.

२) बालमृत्यूचे अन्वेषण :-

A) प्रथम संक्षिप्त चौकशी अहवाल (First Brief Investigation Report – Form no. २)

- प्रथम संक्षिप्त चौकशी अहवाल (First Brief Investigation Report – Form no. २) हा एएनएम यांनी आशाच्या मदतीने पालकांशी चर्चा करून ० ते ५ वर्षांतील सर्व मृत बालकांसाठी भरावा. हा अहवाल दोन आठवड्यांच्या आत भरून वैद्यकिय अधिकारी, प्राथमिक आरोग्य केंद्र/हेल्थ पोस्ट यांना दयावा. हा अहवाल वैद्यकिय अधिकारी यांनी दर महिन्याच्या ५ तारखेपर्यंत तालुका आरोग्य अधिकारी/वैद्यकिय आरोग्य अधिकारी महानगरपालिका यांच्याकडे सादर करावा.

B) सविस्तर अन्वेषण (Detailed Investigation)

- तालुक्यात झालेल्या सर्व बालमृत्यू उदा. घरी, दवाखान्यात (शासकीय व खाजगी संस्था) व प्रवासा दरम्यान झालेले मृत्यू यांची सर्व प्राथमिक आरोग्य केंद्राच्या अहवालानुसार व संस्थेत झालेल्या मृत्यूंच्या अहवालानुसार तसेच एएनएमकडील प्रथम संक्षिप्त चौकशी अहवाल यानुसार **अंतीम यादी** (लाईन लिस्ट) तयार करण्यात यावी.
- सर्व बालमृत्यूंची यादी (संस्था व सामाजिकस्तरावरील) त्यांच्या वयानुसार व मृत्यूच्या दिनांकानुसार करावी. म्हणजेच नवजात शिशु (जन्मानंतर २८ दिवसांपर्यंतचे), नवजात पश्चात शिशु मृत्यू (२९ दिवसांपासून ते १ वर्षाच्या आतील) आणि बालक (१ ते ५ वर्षांपर्यंतचे) यांच्या **स्वतंत्र याद्या** तयार कराव्यात. तसेच मृत्यू दिनांकानुसार आधी झालेल्या बाल मृत्यूचे नाव आधी लिहावे.
- तालुकास्तरावर सामाजिक (Community Based) व संस्था (Facility Based) या दोन्ही स्तरावरील बालमृत्यूंची अंतिम यादी तयार करत असताना ज्या बालमृत्यूंचे रिपोर्टिंग प्राथमिक आरोग्य केंद्र व रुग्णालय या दोन्हीकडून झालेले असतील असे पुनरावृत्ती (Duplication) झालेले मृत्यू वगळून **एक अंतिम यादी** (Form ५a - बालमृत्यूची अंतिम यादी) तयार करावी. असे करत असताना तालुका आरोग्य अधिकारी व वैद्यकिय अधिक्षक ग्रामीण रुग्णालय/उपजिल्हा रुग्णालय यांनी एकत्रितपणे काम करावे.
- या यादीतील कमीत कमी ६ बालमृत्यूंचे **सविस्तर अन्वेषण (Detailed Investigation)** तालुका आरोग्य अधिकारी व वैद्यकिय अधिक्षक यांनी **दरमहा** करून घ्यावे.
- तालुक्यात झालेल्या कमीत कमी ६ बालमृत्यू उदा. घरी, दवाखान्यात (शासकीय व खाजगी संस्था) व प्रवासा दरम्यान झालेले मृत्यू यांचे (Verbal Autopsy & Social Autopsy) म्हणजेच तोंडी व सामाजिक सविस्तर माहिती **तालुका आरोग्य अधिकारी, वैद्यकिय अधिकारी - प्राथमिक आरोग्य केंद्र व आरोग्य सहाय्यक/सहाय्यिका/स्टाफ नर्स** यांनी घरी जाऊन घ्यावयाची आहे. शक्यतो Verbal Autopsy - च्या वेळेला तालुका आरोग्य अधिकारी/तालुका नर्सिंग अधिकारी/सार्वजनिक आरोग्य परिचारीका/वैद्यकिय अधिकारी जिल्हा प्रशिक्षण पथक/ जिल्हास्तरावरील वैद्यकिय क्षेत्रातील व्यक्ती यांनी जावे.
- महानगरपालिका कार्यक्षेत्रात झालेल्या कमीत कमी ६ बालमृत्यू उदा. घरी, दवाखान्यात (शासकीय व खाजगी संस्था) व प्रवासा दरम्यान झालेले मृत्यू यांचे (Verbal Autopsy &

Social Autopsy) म्हणजेच तोंडी व सामाजिक सविस्तर माहिती वैद्यकिय अधिकारी - हेल्थ पोस्ट व आरोग्य सहाय्यक/सहाय्यिका/स्टाफ नर्स यांनी घरी जाऊन घ्यावयाची आहे.

- बालमृत्यूची सविस्तर माहिती ही मृत्यू पावलेल्या बालकाच्या कुटुंबियांशी किंवा नातेवाईकांशी तोंडी चर्चा करून (Form No.३a, ३b & ३c) घ्यावयाची आहे. यामध्ये मृत्यूच्या घटनेस कारणीभूत असलेल्या आजाराबाबतची लक्षणे आणि चिन्हे, कुटुंबाचे राहणीमान, आर्थिक परिस्थिती, कुटुंबातील एकुण व्यक्ती, शैक्षणिक स्थिती, व्यवसाय इत्यादीची माहिती सविस्तर भरण्यात यावी.
- Form ३aया फॉर्ममध्ये ० ते २८ दिवसामध्ये मृत्यू पावलेल्या सर्व नवजात शिशूंची पूर्ण माहिती भरावी. तसेच Form ३bया फॉर्ममध्ये २९ दिवस ते ५ वर्षे या वयोगटातील मृत्यू झालेल्या बालकांची पूर्ण माहिती भरावीआणि Form ३cहे Social Autopsy बदलचे Form आहे आणि हा Form ३av ३b भरलेल्या सर्व मृत्यूसाठी भरावा.
- Form-३a/Form-३bयांच्या शेवटी असलेल्या Assigned Cause of death ही माहिती तालुका आरोग्य अधिकारी व वैद्यकीय अधिक्षक ग्रामीण रुग्णालय/ उपजिल्हा रुग्णालय यांनी सहमतीने भरावेत व त्याच्या खाली दोघांची स्वाक्षरी करून नाव, पदनाम व दिनांक लिहावा. प्राथमिक आरोग्य केंद्रात/ ग्रामीण रुग्णालयात, मानव विकास कार्यक्रम अंतर्गत शिबिरे असल्यास त्यासाठी आलेल्या बालरोग तज्ञाकडून वैद्यकीय अधिकारी व एएनएम यांनी केलेल्या निदानाची खात्री करून घ्यावी.

३)माहिती हस्तांतरित करणे (Data Transmission)

तालुकास्तरीय :-

- आशा यांनी त्यांच्या कार्यक्षेत्रात झालेल्या बालमृत्यूंची माहिती त्वरीत एएनएम यांना दयावी. एएनएम यांनी वैद्यकिय अधिकारी, प्राथमिक आरोग्य केंद्र यांना बालमृत्यूबाबत दूरध्वनीद्वारे २४ तासांच्या आत माहिती द्यावी.
- मिळालेल्या माहितीच्या आधारे वैद्यकिय अधिकारी यांनी एएनएम यांना प्रथम संक्षिप्त अहवाल (First Brief Investigation Report § Form No.२) तयार करण्याच्या सुचना दयावेत. एएनएम यांनी झालेल्या सर्व बालमृत्यूंचे प्रथम संक्षिप्त अहवाल (First Brief Investigation Report) एक आठवड्याच्या आत वैद्यकिय अधिकारी, प्राथमिक आरोग्य केंद्र यांना दयावे व वैद्यकिय अधिकारी, प्राथमिक आरोग्य केंद्र यांनी ताबडतोब तालुका आरोग्य अधिकारी यांच्याकडे सादर करावा.
- तालुका येथिल डाटा एन्ट्री ऑपरेटर यांनी फॉर्म १, २, ३a & ३bच्या आधारे Form no.५a तयार करावा व मिळालेली माहिती संगणकामध्ये एकत्रित जतन करावी.
- तालुका आरोग्य अधिकारी स्तरावर, प्राथमिक आरोग्य केंद्र यांनी दिलेल्या सर्व बालमृत्यूंची यादी (line listing) Form No.५-a नुसार **दरमहा** तयार करण्यात यावी, तालुका आरोग्य अधिकारी व वैद्यकिय अधिक्षक यांनी यादी अंतिम करावी (डुप्लीकेशन टाळावे, मृत्यूचे कारण निश्चीत करणे इ.) तसेच पुढील महिन्याच्या ५ तारखेच्या आत जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (डीआरसीएचओ) व वैद्यकिय अधिकारी (बाह्य संपर्क) यांचेकडे पाठविण्यात यावी.

- तालुक्यामध्ये एकही बालमृत्यू झाला नसेल तरीही त्या महिन्याचा "निरंक" (Nil reporting) अहवाल जिल्हास्तरावर पाठविण्यात यावा.
- याचसोबत तालुका आरोग्य अधिकारी तालुक्यात केलेल्या सविस्तर चौकशीच्या अहवालाची (Detailed Investigation Report) एक प्रत जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (डीआरसीएचओ) यांना एका आठवड्याच्या आत पाठवतील.
- **महानगरपालिका स्तरीय :-**
- लिंक वर्कर यांनी त्यांच्या कार्यक्षेत्रात झालेल्या बालमृत्यूंची माहिती त्वरीत एएनएम यांना दयावी. एएनएम यांनी वैद्यकिय अधिकारी, हेल्थ पोस्ट यांना बालमृत्यूबाबत दूरध्वनीद्वारे २४ तासांच्या आत माहिती द्यावी.
- मिळालेल्या माहितीच्या आधारे वैद्यकिय अधिकारी यांनी एएनएम यांना प्रथम संक्षिप्त अहवाल (First Brief Investigation Report § Form No.२) तयार करण्याच्या सुचना द्यावेत. एएनएम यांनी झालेल्या सर्व बालमृत्यूंचे प्रथम संक्षिप्त अहवाल (First Brief Investigation Report) एक आठवड्याच्या आत वैद्यकिय अधिकारी, हेल्थ पोस्ट यांना द्यावे व वैद्यकिय अधिकारी, हेल्थ पोस्ट यांनी ताबडतोब वैद्यकिय अधिकारी नागरी आरोग्य केंद्र/वैद्यकिय आरोग्य अधिकारी यांच्याकडे सादर करावा.
- महानगरपालिका येथील डाटा एन्ट्री ऑपरेटर यांनी फॉर्म १, २, ३a & ३bच्या आधारे Form no.५a तयार करावा व मिळालेली माहिती संगणकामध्ये एकत्रित जतन करावी.
- महानगरपालिका स्तरावर वैद्यकिय अधिकारी, हेल्थ पोस्ट यांनी दिलेल्या सर्व बालमृत्यूंची यादी (line listing) Form No.५aनुसार **दरमहा** तयार करण्यात यावी, वैद्यकिय अधिकारी नागरी आरोग्य केंद्र/वैद्यकिय आरोग्य अधिकारी यांनी यादी अंतिम करावी (डुप्लीकेशन टाळावे, मृत्यूचे कारण निश्चीत करणे इ.) तसेच पुढील महिन्याच्या ५ तारखेच्या आत महानगरपालिका आर.सी.एच.ओ. यांचेकडे पाठविण्यात यावी.
- महानगरपालिकेत एकही बालमृत्यू झाला नसेल तरीही त्या महिन्याचा "निरंक" (Nil reporting) अहवाल जिल्हास्तरावर पाठविण्यात यावा.
- याचसोबत वैद्यकिय अधिकारी, हेल्थ पोस्ट यांनी केलेल्या सविस्तर चौकशीच्या अहवालाची (Detailed Investigation Report) एक प्रत महानगरपालिका आर.सी.एच.ओ. यांना एका आठवड्याच्या आत पाठवतील.
- **जिल्हा स्तरीय :-**
- जिल्हास्तरावर प्रत्येक महिन्याला तालुका आरोग्य अधिकारी यांच्या मार्फत प्राप्त होणा-या सविस्तर माहिती अहवालाची तपासणी जिल्हा स्तरावरील प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी, वैद्यकिय अधिकारी, जिल्हा प्रशिक्षण पथक व वैद्यकिय अधिकारी (बाह्य संपर्क) यांनी करावी.
- जिल्हास्तरावर तालुक्यातून येणाऱ्या सर्व बालमृत्यूंच्या माहितीची यादी (line list) Form no.५a मध्ये तालुकानिहाय भरावी व यादी अंतिम करावी(डुप्लीकेशन टाळावे, मृत्यूचे कारण निश्चीत करणे इ.). ही जबाबदारी वैद्यकिय अधिकारी, जिल्हा प्रशिक्षण पथक व जिल्ह्यातील एक वैद्यकिय अधिकारी (प्राधान्याने बालरोग तज्ञ) यांना द्यावी.

- सविस्तर माहिती अहवालावरून बालमृत्यू विषयीची माहिती Form no.५b मध्ये तयार करण्यात यावी.
- जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी/महानगरपालिका आर.सी.एच.ओ यांनी Form no.३a, ३b & ३cवरून आलेल्या माहितीच्या आधारे सविस्तर पृथक्करण (Cause of deaths ICD-१० नुसार, ३ delay's etc.) करावे व बालमृत्यू अन्वेषणाचा अंतिम अहवाल तयार करावा.
- जिल्हा डी.आर.सी.एच.ओ. यांनी सर्व तालुक्यातून/ महानगरपालिका आर.सी.एच.ओ. यांचेकडून आलेले ५a व ५b अहवाल संकलीत करून जिल्ह्याचा ५a व ५b अहवाल दरमहा ५ तारखेच्या आत तयार करावा.

ब) संस्थास्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषण (Facility Based Child Death Review)

जिल्हा, उपजिल्हा, ग्रामीण रुग्णालय, स्त्रीरुग्णालय (District/Sub District /RH /WH) विशेष नवजात काळजी कक्ष (एसएनसीयू) तसेच नगरपालिका/महानगरपालिका दवाखाने व वैद्यकिय महाविद्यालय व रुग्णालये या संस्थामध्ये त्यांच्या स्तरावर बालमृत्यू अन्वेषण करावे.

१) पहिला टप्पा - प्राथमिक सूचना (Notification)

- रुग्णालयामध्ये झालेल्या बालमृत्यूची सूचना तेथे सेवेत असलेल्या वैद्यकिय अधिकारी / इनचार्ज सिस्टर यांनी सूचना पत्रक क्र.१ (Notification Card, Form no.१) हा भरून २४ तासांच्या आत वैद्यकिय अधिक्षक/प्रभारी यांना दयावा आणि वैद्यकिय अधिक्षक/प्रभारी यांनी ४८ तासांच्या आत एक प्रत निवासी वैद्यकिय अधिकारी (बाहय संपर्क) यांना दयावी व याच अहवालाची दूसरी प्रत तालुका आरोग्य अधिकारी यांना दयावी. महानगरपालिकेतील दवाखाने यांनी महानगरपालिका आर.सी.एच.ओ. यांना अहवालाची दुसरी प्रत द्यावी.
- जिल्हा रुग्णालय व स्त्री रुग्णालयातील बालरोग विभाग, कॅज्यूल्टी व एसएनसीयू मध्ये होणाऱ्या बालमृत्यूंची माहिती संबंधित सिस्टर इनचार्ज यांचेकडून सूचना पत्रक (Notification Form No.१) मध्ये माहिती भरून दोन प्रती मेट्रन यांचेकडे पाठवावी तसेच मेट्रन यांनी एक प्रत वैद्यकिय अधिक्षक व निवासी वैद्यकिय अधिकारी (बाहय रुग्ण) यांना पाठवावी.

२) दुसरा टप्पा (सखोल बालमृत्यू अन्वेषण)-

- रुग्णालयामध्ये होणाऱ्या बालमृत्यूंच्या घटनांचे सखोल अन्वेषण वयोगटानुसार Form No.४a (० to २८ days) & ४b (२९ days to ५ years) मध्ये त्या काळात कार्यरत असलेल्या वैद्यकिय अधिकारी, मेट्रन/असिस्टंट मेट्रन/इनचार्ज सिस्टर व बालरोग तज्ञ यांनी २ प्रतीमध्ये भरावी. तसेच विशेष नवजात काळजी कक्षातील (SNCU) सर्व नवजात शिशू मृत्यूचे अन्वेषण सुध्दा वरील पध्दतीने करावे.
- दवाखान्यात (शासकीय व खाजगी संस्थामध्ये) झालेले बालमृत्यूचे (Detailed investigation) म्हणजेच सविस्तर अन्वेषणाची माहिती सेवेत असलेल्या वैद्यकिय अधिक्षक, उपजिल्हा रुग्णालय/ग्रामीण रुग्णालय व स्टाफ नर्स यांनी करावे. दवाखान्यात झालेल्या बालमृत्यूंचे सामाजिक स्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषण करणे गरजेचे आहे. सामाजिक

स्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषण करताना बालक जेथील रहिवासी असेल तेथील संबंधीत संस्थेतील अधिकारी व कर्मचारी यांनी एकत्रित जाऊन अन्वेषण करावे.

- महानगरपालिका कार्यक्षेत्रातील दवाखान्यात (शासकीय व खाजगी संस्था) झालेले बालमृत्यूचे म्हणजेच सविस्तर अन्वेषणाची सविस्तर माहिती सेवेत असलेल्या **वैद्यकिय अधिकारी - हेल्थ पोस्ट व स्टाफ नर्स** यांनी यांनी करावे. दवाखान्यात झालेल्या बालमृत्यूंचे सामाजिक स्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषण करणे गरजेचे आहे. सामाजिक स्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषण करताना बालक जेथील रहिवासी असेल तेथील संबंधीत संस्थेतील अधिकारी व कर्मचारी यांनी एकत्रित जाऊन अन्वेषण करावे.

३. तिसरा टप्पा - माहिती हस्तांतर करणे (Data Transmission)

- मेट्रन/असिस्टंट मेट्रन/इनचार्ज सिस्टर यांनी दरमहा होणाऱ्या ० ते ५ वर्षे वयोगटातील ग्रामीण रुग्णालय/उपजिल्हा रुग्णालय/स्त्री रुग्णालय/महानगरपालिका रुग्णालय मध्ये झालेल्या बालमृत्यूची यादी (line listing) Form No.५c मध्ये तयार करावी. बालमृत्यूंची यादी व भरलेले Form ४a & ४b निवासी वैद्यकिय अधिकारी/ महानगरपालिका आर.सी.एच.ओ. यांना पाठवावेत.
- जिल्हास्तरावर/महानगरपालिका स्तरावर आलेल्या माहितीच्या आधारे निवासी वैद्यकिय अधिकारी (बाह्य संपर्क)/ महानगरपालिका आर.सी.एच.ओ. यांनी Form No.5c भरावा.
- सर्व रुग्णालयामार्फत जिल्हा/महानगरपालिका स्तरावर सर्व बालमृत्यूंचे फॉर्मस् प्राप्त झाल्यानंतर जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी /निवासी वैद्यकिय अधिकारी (बाह्य संपर्क) व वैद्यकिय आरोग्य अधिकारी यांनी ते एकत्रित करून पृथक्करण (Analysis) करतील व एकत्रित बसून ग्रामीण व शहरी भागातील ५a, ५b व ५c मधील माहिती संकलित करावी व अंतिम यादी (line list) वयोगटानुसार तयार करावी. त्यामध्ये बालकाच्या नावाची पुनरावृत्ती होणार नाही, याची दक्षता घ्यावी.

कर्तव्ये व जबाबदा-या :-

१) तालुका आरोग्य अधिकारी :-

बालमृत्यू अन्वेषणांसाठी तालुका नोडल अधिकारी (Taluka Nodal Officer for CDR)

- तालुक्यातील सर्व (Community & Facility Based) बालमृत्यूंची यादी वैद्यकिय अधीक्षक यांच्या मदतीने तयार करणे.
- सविस्तर अन्वेषणासाठी (Detailed Investigation) बालमृत्यूंची निवड करणे व त्यासाठी गट तयार करणे. त्याचप्रमाणे दरमहा सर्व अहवालामधील माहिती वेळेवर भरल्याची खात्री करणे.
- फॉर्ममधील माहिती बरोबर असल्याची खात्री करणे व जिल्हास्तरावर वेळेवर अहवाल पाठवले जातील, हे पाहणे.

- जिल्हास्तरावरील बालमृत्यू आढावा समितीच्या (District Child Death Review Committee) सभेमध्ये सहभाग व सभेमध्ये सूचविल्यास तालुकास्तरावरील अहवाल सादर करावा, त्यामध्ये तालुक्यातील बालमृत्यू संबंधी ठराविक निष्कर्ष सादर करावेत.

२) वैद्यकिय अधिकारी :- संस्थास्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषणासाठी नोडल अधिकारी (Facility Based Nodal Officer for CDR at RH/SDH/WH Level)

- संस्थास्तरावरील बालमृत्यूचे सूचना पत्र (Notification Card) बालमृत्यू झाल्यानंतर ४८ तासात पूर्ण भरल्याची खात्री करावी.
- रुग्णालयामध्ये बालमृत्यू झाल्यानंतर अन्वेषणाचे फॉर्मस (Form No.४a & ४b) एका आठवड्याच्या आत निवासी वैद्यकिय अधिकारी (बाहय संपर्क)/ जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांना पाठवावे. तसेच तालुका आरोग्य अधिकारी यांच्या बरोबर Form No.४a & ४b चर्चा करून तालुक्याची यादी अंतिम करावी.
- दरमहा संस्था स्तरावर बालमृत्यू अन्वेषणाचे अहवाल तयार करावेत.
- जिल्हास्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषणाच्या सभेमध्ये सहभागी होऊन संस्थास्तरावरील होणाऱ्या बालमृत्यूंबाबत ठराविक निष्कर्ष सादर करावेत.

३) जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (DRCHO) आणि निवासी वैद्यकिय अधिकारी - बाहय संपर्क (RMO - OR)

- जिल्हास्तरावरील प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (DRCHO) हे सामाजिक स्तरावरील (Community Based CDR) आणि निवासी वैद्यकिय अधिकारी - बाहय संपर्क (RMO - OR) हे संस्थास्तरावरील (Facility Based CDR) बालमृत्यू अन्वेषणांसाठी “जिल्हा नोडल अधिकारी” म्हणून काम पाहतील.
- सर्व तालुका स्तरावरील (सामाजिक व संस्था स्तरावरील) तसेच जिल्हा रुग्णालये, स्त्रीरुग्णालय (District/Sub District /RH /WH)] विशेष नवजात काळजी कक्ष (एसएनसीयू) तसेच नगरपालिका/महानगरपालिका दवाखाने व वैद्यकिय महाविद्यालय व रुग्णालये या संस्थाकडील झालेल्या अन्वेषणाची माहिती मिळवतील.
- जिल्हास्तरावर दोन्ही सामाजिक व संस्थास्तरावरील बालमृत्यूंची यादी व बालमृत्यूंचे पृथक्करण (Analysis) करण्यात यावे. यासाठी वैद्यकिय अधिकारी जिल्हा प्रशिक्षण पथक (MODTT) यांनी यासाठी जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (DRCHO) यांना मदत करावी.
- जिल्हास्तरावरील बालमृत्यू अन्वेषणाचे अहवाल (Child Death Review- CDR) जिल्हा बालमृत्यू आढावा समिती सभेसाठी व सादरीकरणासाठी तयार करावेत.
- सर्व तालुक्यांतून बालमृत्यूंची माहिती वेळेवर प्राप्त करणे व जिल्हास्तरावरून राज्यस्तरावर पाठवणे तसेच बालमृत्यू अन्वेषण अहवालाचा दर्जा राखणे.
- जिल्हा आरोग्य अधिकारी व जिल्हा शल्य चिकित्सक यांच्या मार्गदर्शनानुसार जिल्हा बालमृत्यू अन्वेषण कमिटी सभेचे आयोजन करावे. सभेमध्ये घेतलेल्या निर्णयांचे इतिवृत्त तयार करावे. यामध्ये केलेल्या कार्यवाहीचा आणि करावयाच्या कार्यवाहीचा अहवाल तयार करावा. यासाठी

दोन्ही कार्यालयातील सार्वजनिक आरोग्य परिचारीका यांची मदत घ्यावी. अहवाल व इतिवृत्त राज्य स्तरावर दर महा पाठवावा.

- सभेमध्ये तालुक्याविषयी घेण्यात आलेल्या निर्णयाची पूर्तता करणेबाबत तालुका नोडल अधिकारी यांच्याकडे वेळोवेळी पाठपुरावा करण्यात यावा.
- राज्यस्तरावरील सभेमध्ये सहभागी होऊन जिल्हयातील बालमृत्यूबाबत अभिप्राय / निष्कर्ष सादर करणे.
- सामाजिक व संस्था स्तरावरील सर्व बालमृत्यूंचे फॉर्मस् जिल्हास्तरावर प्राप्त झाल्यानंतर जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (District Nodal Officer)] निवासी वैद्यकिय अधिकारी (बाहय संपर्क) व वैद्यकिय आरोग्य अधिकारी महानगरपालिका यांनी ते एकत्रित करून Form no.५a & ५bनुसार तयार करून पृथक्करण (Analysis) करावेत आणि दिलेल्या मृत्यूच्या कारणानुसार (Cause of Death) शिफारशी (Recommendations) तयार करावेत व सर्व संस्थांना कळवावेत तसेच जिल्हा बालमृत्यू अन्वेषण कमिटी (District - CDR Committee)/ महानगरपालिका बालमृत्यू अन्वेषण कमिटी समोर सादर करण्यासाठी अहवाल तयार करावा. जिल्हा आरोग्य अधिकारी यांनी बालमृत्यू अन्वेषणाची संक्षिप्त आणि सविस्तर माहिती Form no.५a व ५b (जिल्हयातील सामाजिक, संस्था व महानगरपालिका एकत्रित तालुका निहाय) - & ५d राज्य स्तरावर पाठवावी.

४) सार्वजनिक आरोग्य परिचारीका/सनियंत्रण व मुल्यमापन अधिकारी

- जिल्हा सार्वजनिक आरोग्य परिचारीका - सर्व तालुका आरोग्य अधिकारी यांच्याकडून सर्व अहवाल नमुने व लाईन लिस्ट घेऊन एकत्रिकरण करणे व जिल्हयाचा अहवाल तयार करणे.
- जिल्हा शल्य चिकित्सक स्तरावरील सार्वजनिक आरोग्य परिचारीका - सर्व वैद्यकिय अधिकारक ग्रामीण रुग्णालय/ उपजिल्हा रुग्णालय यांच्याकडून सर्व अहवाल नमुने व लाईन लिस्ट घेऊन एकत्रिकरण करणे व जिल्हयाचा अहवाल तयार करणे.
- मनपा सार्वजनिक आरोग्य परिचारीका - सर्व वैद्यकिय अधिकारी हेल्थ पोस्ट यांच्याकडून सर्व अहवाल नमुने व लाईन लिस्ट घेऊन एकत्रिकरण करणे व मनपाचा अहवाल तयार करणे.
- राष्ट्रीय आरोग्य अभियान अंतर्गत सनियंत्रण व मुल्यमापन अधिकारी - वरील प्रमाणे जिल्हयामध्ये जिल्हा आरोग्य अधिकारी, जिल्हा शल्य चिकित्सक व वैद्यकिय अधिकारी महानगरपालिका स्तरावर तयार झालेले वेगवेगळे अहवाल एकत्रित करणे (वरील तीनही स्तरावरील आरोग्य परिचारीका यांची प्रत्येक महिन्याच्या ८ तारखेच्या आधी सनियंत्रण व मुल्यमापन अधिकारी यांच्याकडे सर्व अहवाल व लाईन लिस्ट आणून देण्याची जबाबदारी असेल), संकलित करणे व जिल्हयाचा एकत्रित अहवाल व बालमृत्यूंची लाईन लिस्ट तयार करणे व राज्य कुटुंब कल्याण कार्यालय येथे पाठविणे.

सनियंत्रण व मुल्यमापन अधिकारी यांनी दरमहा राज्यस्तरावर अहवाल पाठविण्यापूर्वी जिल्हा आर.सी.एच. अधिकारी यांच्याकडून तपासून, काही त्रुटी आढळल्यास दुरुस्त करून अंतिम करूनच राज्यस्तरावर १० तारखेपर्यंत पाठवावे.

बालमृत्यू अन्वेषण सभा :-

- उद्देश - १) झालेल्या बालमृत्यूचे कारण निश्चित करणे.
 - २) विविध स्तरावर होणा-या विलंबा बाबतची कारणे ओळखणे.
- वैद्यकिय आरोग्य अधिकारी/ वैद्यकीय अधीक्षक यांनी दरमहा कमीत कमी ६ बालमृत्यूंचे अन्वेषण करावयाचे आहे. यापैकी ३ सामाजिक स्तरावरील व ३ संस्थास्तरावरील बालमृत्यू असावेत. सहा पेक्षा कमी बालमृत्यू झाले असल्यास सर्व बालमृत्यूंचे अन्वेषण करण्यात यावे.
- बालमृत्यू अन्वेषणासाठी नमुना प्रकरणे निवडताना समानता असण्यासाठी समितीने खालील मार्गदर्शक सूचनांचे पालन करावे :-
 - वेगवेगळ्या स्तरावर होणा-या बालमृत्यू अन्वेषणाकरिता निवडावेत. तसेच दर वेळेस वेगवेगळ्या संस्थेतील बालमृत्यूंचे अन्वेषण करून सर्व संस्था पूर्ण होतील याची खात्री करावी.
 - एकाच वयोगटातील एक बालमृत्यू अन्वेषणासाठी निवडावा. यामुळे प्रत्येक वयोगटासाठी वेगवेगळ्या बालकांची निवड होईल.
 - बालमृत्यूची जी कारणे सर्वसाधारण आहेत किंवा ज्या कारणाने जास्त बालमृत्यू झाले असतील, त्यांना प्रथम प्राधान्य दयावे. उदा- Asphyxia, Sepsis, Prematurity & LBW, Pneumonia, Diarrhoea etc.
 - जेव्हा अन्वेषणासाठी बालमृत्यू प्रकरणांची निवड केली जाईल, तेव्हा मागील महिन्यातील आणि चालू महिन्यातील यादी तपासून पहावी, जेणेकरून एकाच बालमृत्यू किंवा एकाच क्षेत्रातील बालमृत्यूची दोन वेळा निवड होणार नाही, हे पहावे.
 - दुर्लक्षित किंवा सेवा न मिळालेल्या तालुक्यातील लोकसंख्येला प्रथम प्राधान्य दयावे.
 - जर एखादया गावात किंवा एखादया लोकसंख्येमध्ये/संस्थेमध्ये एकाच वेळी जास्त बालमृत्यू झाले असतील तर त्या घटनेला प्राधान्य देऊन तेथील बालमृत्यूंची प्रकरणे निवडावीत. जेणेकरून त्या ठिकाणची बालमृत्यूंची कारणे / परिस्थिती लक्षात येईल.
- सभेचे सर्व वृत्तांत सार्वजनिक आरोग्य परिचारीका यांनी डि.आर.सी.एच.ओ. व वैद्यकिय अधिकारी (बाह्य संपर्क) यांच्या मार्गदर्शनामध्ये तयार करावा.
- या सभेमधून आलेले महत्वाचे मुद्दे व निर्णय हे योग्य त्या कार्यवाहीसाठी त्यांच्या अधिपत्याखाली असलेल्या सर्व संस्थांना व कर्मचाऱ्यांना निवासी वैद्यकिय अधिकारी (बाह्य संपर्क)/ डिआरसीएचओ यांनी कळवावेत. त्याचप्रमाणे मार्गदर्शक सूचना तयार करून त्याही कळवाव्यात.
- सभेमध्ये वार्ड / तालुक्या विषयी घेण्यात आलेल्या निर्णयाची पूर्तता करणेबाबत तालुका आरोग्य अधिकारी/वैद्यकिय अधीक्षक/कार्यकारी आरोग्य अधिकारी यांच्याकडे वेळोवेळी पाठपुरावा करण्यात यावा.
- सभेसाठी उपस्थित असणाऱ्या व्यक्तींना नाष्टा व चहापानी यासाठीचा खर्च राष्ट्रीय आरोग्य अभियानाच्या मंजूर अनुदानातून करण्यात यावा.

आर्थिक मार्गदर्शक सूचना-

बालमृत्यू अन्वेषणासाठी प्रत्येक जिल्हा व महानगर पालिकांसाठी केंद्र शासनाच्या आरसीएच पीआयपी मधील मार्गदर्शक सूचनानुसार त्या त्या वर्षी मंजूर अनुदान खर्च भागविण्यात यावा.

संनियंत्रण :-

- प्राचार्य, आरोग्य व कुटुंब कल्याण, प्रशिक्षण केंद्र यांनी त्यांच्या अधिपत्याखालील सर्व जिल्ह्यातील अधिकारी व कर्मचारी यांना बालमृत्यू अन्वेषणाबाबतचे प्रशिक्षण द्यावे. यासाठी जिल्हा प्रशिक्षण केंद्र, डीआरसीएचओ व निवासी वैद्यकिय अधिकारी (बाह्यसंपर्क) यांचाही सहभाग घ्यावा.
- वैद्यकिय अधिकार्यांच्या बैठकीमध्ये प्राचार्य यांनी सदर अहवालाचे सादरीकरण करून त्यावर चर्चा करावी.
- जिल्हास्तरावरील सभेत जे मुद्दे, निर्णय व मार्गदर्शक सूचना देण्यात आलेल्या आहेत त्याची अंमलबजावणी कार्यक्षेत्रात झाली किंवा नाही याची पाहणी करावी, व त्याचा अहवाल जिल्हा आरोग्य अधिकारी व जिल्हा शल्य चिकित्सक यांना देण्यात यावा.

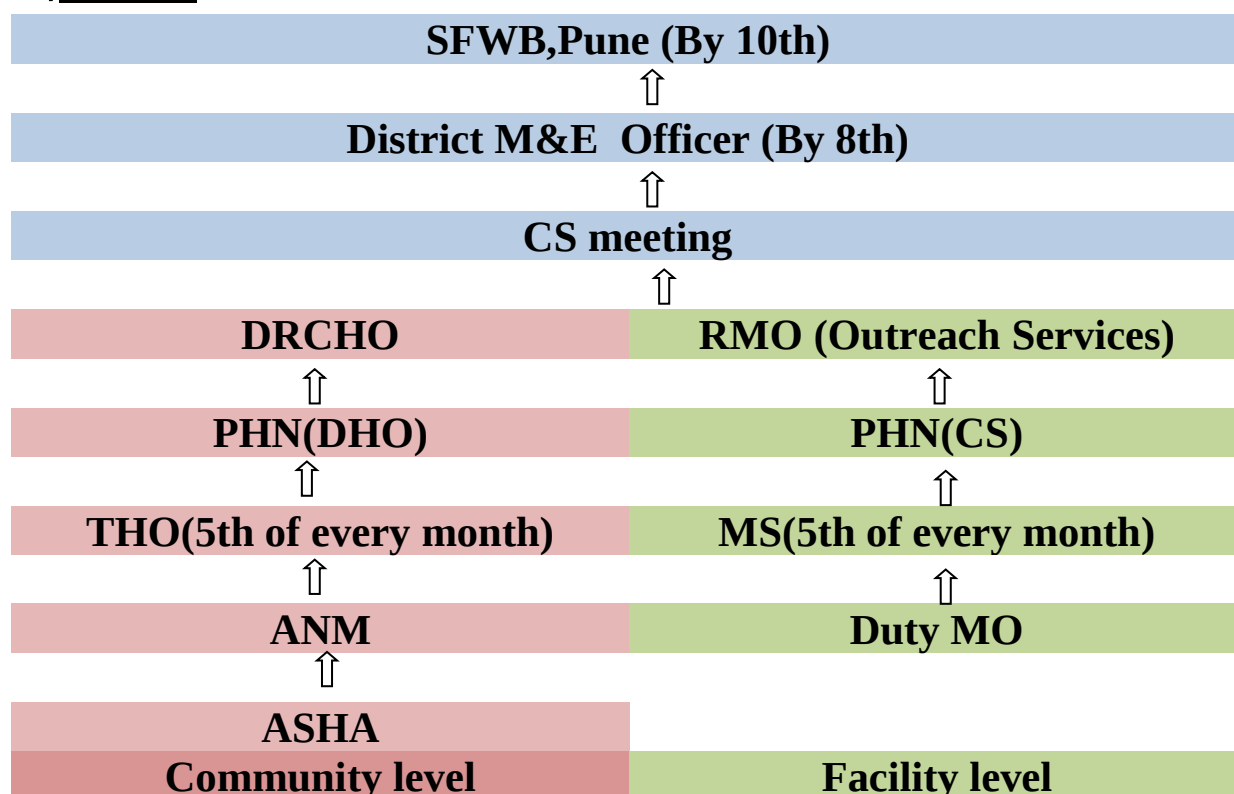
बालमृत्यू अन्वेषण फॉर्म बदल संक्षिप्त माहिती

फॉर्म	कोणी भरावे	कोणास पाठवावे	शेरा
१. सुचना पत्र (Notification Card-Form No-१)सामाजिक स्तर	आशा / लिंग वर्कर(३ प्रति)	ए.एन.एम, वैद्यकीय अधिकारी, बालकांचे पालक	हे पत्र झालेल्या बालमृत्यूच्या रहिवासाच्या पत्त्यानुसार भरावा. यावरून मानधन द्यावे
१. सुचना पत्र (Notification Card Form No-१) संस्था स्तर	वैद्यकीय अधिकारी/इनचार्ज सिस्टर (२ प्रति)	वैद्यकीय अधिक्षक / निवासी वैद्यकीय अधिकारी (RMO) तालुका आरोग्य अधिकारी	प्रत्येक बालमृत्युसाठी रुग्णालयामध्ये भरावे.
प्रथम संक्षिप्त चौकशी अहवाल (First Brief Investigation Report- Form No.२)	ए.एन.एम	वैद्यकीय अधिकारी, प्रा.आ.केंद्र/नगरपालिका/ महानगरपालिका	हा अहवाल ग्रामीण /शहरी एएनएम यांनी त्यांच्या कार्यक्षेत्रातील प्रत्येक बालमृत्युसाठी भरावा.
Form ३aनवजात शिशु मृत्यू (० ते २८ दिवस)(Verbal AutopsyForm: Neonatal Deaths)	वैद्यकीय अधिकारी, प्रा.आ.केंद्र/ नगरपालिका/ महानगरपालिका व आरोग्य सहाय्यक /सहाय्यिका	जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (DRCHO)निवासी वैद्यकीय अधिकारी (RMO)/वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी (MOH)	३a /३b व ३c हे अहवाल झालेल्या प्रत्येक मृत्यू (सामाजिक व संस्थेतील) साठी गृहभेट देऊन भरावेत. ज्या संस्थेच्या अधिनस्त कार्यक्षेत्र आहे त्या अधिका- यांनी /कर्मचा-यांनी भेट द्यावी.
Form ३bपोस्ट नवजात शिशु मृत्यू (२९ दिवस ते ५ वर्ष) (Verbal Autopsy Form: Post Neonatal Deaths)			
Form ३cसामाजिक सविस्तर माहिती अहवाल (Social Autopsy Form)			
Form ४a & नवजात शिशु मृत्यू (० ते २८ दिवस)(Facility Based Neonatal Death Review	बालरोगतज्ञ, वैद्यकीय अधिकारी, मेड्रन/असि. मेड्रन / इनचार्ज सिस्टर (२ प्रति)	निवासी वैद्यकीय अधिकारी (RMO)/वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी (MOH)	या सर्वांचे वरील प्रमाणे Verbal Autopsyही करावी.

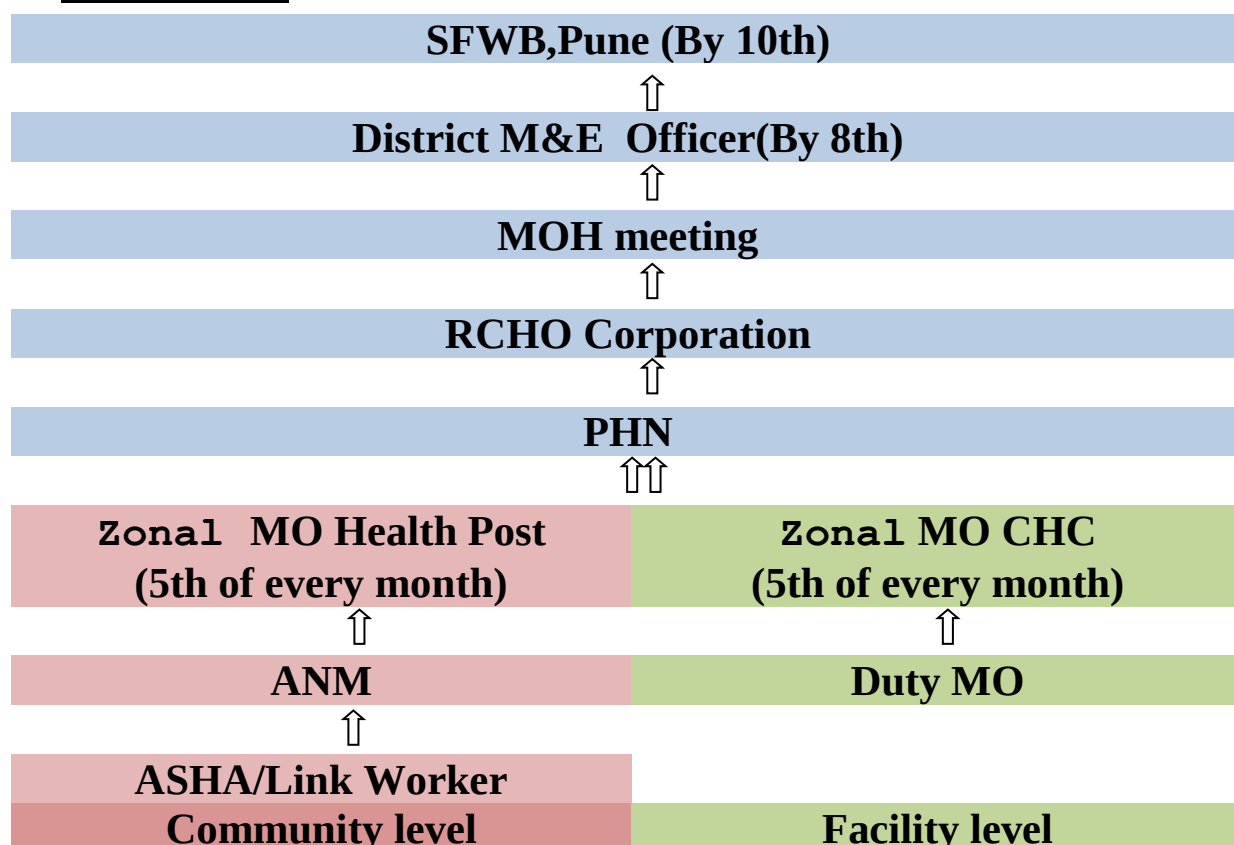
Form)			
४b पोस्ट नवजात शिशु मृत्यू (२९ दिवस ते ५ वर्ष) (Facility Based Post Neonatal Death Review Form)			
५a(Block Level linelist)&तालुकास्तरीय अंतिम यादी	तालुका वैद्यकिय अधिकारी, वैद्यकिय अधीक्षक/वैद्यकिय अधिकारी (नगरपालिका, महानगरपालिका)	जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (DRCHO)/निवासी वैद्यकिय अधिकारी (RMO)/वैद्यकिय आरोग्य अधिकारी (MOH)	तालुका स्तरावरील व जिल्हा स्तरावरील तसेच कर्तव्ये व जबाबदा-या येथील मार्गदर्शक सूचनांचे पालन करावे.
५a (District Level linelist)&जिल्हा स्तरीय अंतिम यादी	जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (DRCHO)/निवासी वैद्यकिय अधिकारी (RMO)/ प्रजनन व बाल आरोग्यअधिकारी (RCHO)	जिल्हा आरोग्य अधिकारी(DHO)यांनी जिल्हयातील सामाजिक, संस्था व महानगरपालिका यांची एकत्रित तालूका निहाय माहिती राज्यस्तरावर पाठवावी.	
५b(District Level Reporting for Detailed Investigation)- जिल्हास्तरीय सविस्तर माहिती अहवाल नमुना			
५c- संस्थास्तर माहिती अहवाल नमुना	निवासी वैद्यकिय अधिकारी (RMO)/ प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (RCHO)	संस्थास्तरावर रेकॉर्ड ठेवावे.	
५d - राज्यस्तरीय माहिती अहवाल नमुना	जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (DRCHO)निवासी वैद्यकिय अधिकारी (RMO)/ प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी (RCHO)	जिल्हा आरोग्य अधिकारी(DHO) यांनी जिल्हयातील सामाजिक, संस्था व महानगरपालिका यांची एकत्रित तालूका निहाय माहिती राज्यस्तरावर पाठवावी.	

Flow Chart of CDR Information District (A) and Corporation (B)

A) District



B) Corporation



माता-मृत्यू अन्वेषण (Maternal Death Review- MDR)

"माता मृत्यू अन्वेषण" हे सर्व जिल्ह्यांमध्ये अ) "आरोग्य संस्थेच्या" तसेच ब) "समाजाच्या स्तरांवर" करण्यात येईल.

अ) आरोग्य संस्थास्तर:- जे माता मृत्यू शासकीय, खाजगी / स्वयंसेवी संस्थांच्या रुग्णालयात होतील ते मृत्यू त्या त्या संस्थेच्या स्तरावर "माता मृत्यू अन्वेषण" समिती गठीत करून करण्यात यावा.

ब) समाजाच्या स्तरांवर:- जे माता मृत्यू घरी झालेले आहेत अशा सर्व ग्रामीण भागातील मृत्यूचे अन्वेषण करण्यात येईल. तालुका वैद्यकिय अधिकारी व त्यांच्या चमू सदरचे सर्वेक्षण करेल.

त्याचप्रमाणे महानगरपालिका क्षेत्रामध्ये आरोग्य अधिकारी / वॉर्ड वैद्यकिय अधिकारी यांच्या स्तरावर गठीत चमूने करावा. सदरच्या दोन्ही स्तरावरील मातामृत्यू अन्वेषणासाठी विहीत "प्रपत्रांचा" वापर करावा.

वरील कार्य पध्दती योग्यरित्या अंमलात आणण्याच्या दृष्टीने संबंधित अधिका-यांना व क्षेत्रिय कर्मचा-यांना प्रशिक्षण देण्यात येईल. सर्व संबंधित प्राध्यापक, आरोग्य व कुटुंब कल्याण प्रशिक्षण केंद्र (HFWTC) यांनी या संदर्भात आराखडा तयार करावा व प्रशिक्षणाचा कार्यक्रम तातडीने हाती घ्यावा.

अ) संस्था स्तरावरील माता मृत्यू अन्वेषण पध्दती :-

“जिल्हा शल्य चिकित्सक” हे जिल्हास्तरीय कार्यक्रम अधिकारी असतील. तसेच महानगर पालिकेतील “ कार्यकारी /वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी” हे कार्यक्रम अधिकारी असतील. पहिल्या टप्प्यामध्ये त्यांनी आपल्या क्षेत्रातील सर्व शासकीय आरोग्य संस्थांची व वर्षभरात किमान ५०० प्रसूती होतात अशा खाजगी व स्वयंसेवी संस्थांच्या रुग्णालयांची यादी तयार करावी. यामध्ये वैद्यकिय महाविद्यालय रुग्णालये, जिल्हा रुग्णालये, स्त्री रुग्णालये, उप जिल्हा रुग्णालये व खाजगी रुग्णालयांचा समावेश राहील. अशा प्रत्येक रुग्णालयाच्या प्रमुखांनी त्यांच्या रुग्णालय स्तरावर "प्रसूती संबंधीत वैद्यकिय अधिकारी" यांची नोडल ऑफिसर म्हणून नियुक्ती करावी. नोडल ऑफिसर यांनी संस्थेच्या स्तरावर "मातामृत्यू अन्वेषण समिती" खालीलप्रमाणे गठित करावी.

अ.क्र.	पदनाम	सदस्यात्वचा प्रकार
१	वैद्यकीय अधिकारी	अध्यक्ष
२	प्रसूती कक्षातील प्रसूतीपूर्व व प्रसूती पश्चात वॉर्डतील मुख्य अधिपरिचारीका	सदस्य
३	भूलतज्ञसदस्य	सदस्य

४	रक्तपेढीतील वैद्यकिय अधिकारी	सदस्य
५	भिषक	सदस्य
६	प्रसूती व स्त्री रोग विभागातील स्त्री रोग तज्ञ	सदस्य सचिव

- उपरोक्त सदस्यांपैकी काही ग्रामीण भागात अधिकारी कार्यरत अथवा नियुक्त नसल्यास कंत्राटी किंवा मानसेवी वैद्यकिय समितीमध्ये तज्ञांचा समावेश करता येईल.
- जिल्हा शल्यचिकित्सक व वैद्यकीय अधिकारी, महानगरपालिका यांनी वरील संस्थांचे वैद्यकिय प्रमुख व नोडल ऑफिसर यांचे एक दिवसाचे प्रशिक्षण आयोजित करावे. या प्रशिक्षणामध्ये त्यांना माता-मृत्यूची माहिती संकलीत करावयाची साधने व पध्दती या विषयी अवगत करावे.

समितीची कार्यकक्षा:-

संस्थेच्या स्तरावरील मातामृत्यूचे महत्वाचे ३ टप्पे आहेत:-

- १) "मातामृत्यू" ओळखणे व नोंद करणे.
- २) माता-मृत्यू बाबत वैद्यकिय व प्रशासनिक कारणांचा शोध घेणे.
- ३) वरील कारणे दूर करण्यासाठी योग्य व अचूक उपाय योजना करणे.

या बाबतचा तपशील खालीलप्रमाणे आहे.

- संस्थेमध्ये झालेल्या मातामृत्यू बाबतची माहिती ही संस्थास्तरावरील मातामृत्यू अन्वेषण या विहित प्रपत्रामध्ये (Facility Based Maternal Death Review Form) भरावी. (प्रपत्र१) सदरची माहिती २४ तासांच्या आत कर्तव्यावर असणा-या वैद्यकिय अधिकारी यांनी नोडल ऑफिसरशी चर्चा करून, रुग्णाच्या केस पेपरमध्ये नमूद माहितीच्या आधारे भरून दोन्ही अधिका-यांनी स्वाक्षरी करून व सील बंद लिफाफ्यामध्ये संस्थेतील नोडल ऑफिसर यांना सादर करावी.
- आरोग्य संस्था स्तरावरील नोडल ऑफिसर सदरची माहिती तात्काळ मुख्य कार्यकारी अधिकारी, वैद्यकीय अधिकारी, महानगरपालिका, जिल्हा शल्य चिकित्सक, अतिरिक्त संचालक, कुटुंब कल्याण, पुणे व शासनस्तरावर दुरध्वनीद्वारे माहिती देतील व प्रपत्र -४ मध्ये माहिती सादर करतील. तसेच पुढील होणा-या माता-मृत्यू अन्वेषण समिती मध्ये प्रकरण सादर करतील.
- संस्थेच्या स्तरावर गठीत. "मातामृत्यू अन्वेषण" समितीने वर महिन्याच्या शेवटच्या कामाच्या दिवशी (Last Working day of the month) महिन्यातील सर्व मातामृत्यू संदर्भातील भरलेल्या प्रपत्राचा आढावा घेवून व अंमलात आणावयाच्या उपाय योजनांबाबत अभिप्राय दयावेत. सदरचे अभिप्राय गोपनीय स्वरूपात आरोग्य संस्था प्रमुख, व जिल्हा शल्य

चिकित्सक / वैद्यकीय अधिकारी, महानगरपालिका यांना सादर करावे. आरोग्य संस्था प्रमुख / जिल्हा शल्य चिकित्सक / वैद्यकीय अधिकारी, महानगरपालिका यांनी प्राप्त अभिप्रायावर तात्काळ कार्यवाही करून अंमलबजावणी करावी.

- उपरोक्त प्रमाणे प्रत्येक रुग्णालयाने कार्यवाही करून प्रत्येक मातामृत्यूचा "माता-मृत्यू अन्वेषण" अहवाल जिल्हा शल्य चिकित्सक / वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी, महानगरपालिका यांना सादर करावयाचा आहे.
- ज्या मातांचा मृत्यू त्यांनी वैद्यकीय सल्ल्या विरुद्ध डिस्चार्ज घेतल्यानंतर लगेचच झाला असेल अशा मातामृत्यूच्या बाबतीत देखील वरील प्रमाणे कार्यवाही करावी व वरीलप्रमाणे अहवाल सादर करावा.

आरोग्य संस्थास्तरावरील समितीची आढावा पद्धत खालील प्रमाणे राहिल :-

संस्थास्तरावरील माता-मृत्यू अन्वेषण समितीची बैठक महिन्यातून किमान एकदा घेवून आढावा घ्यावा व त्यामध्ये खालील मुद्यांचा परामर्श घ्यावा.

- कोणत्या परिस्थितीमध्ये मृत्यू झाला
- माता-मृत्यूचे नेमके कारण काय ? प्रसूतीशी प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष निगडीत कारणे किंवा प्रसूतीव्यतिरिक्त इतर कारणे याचा शोध घ्यावा, माता-मृत्यू उपचारामध्ये व्यवस्थापनाच्या उपचाराच्या दृष्टिने झालेल्या त्रुटींचा शोध घ्यावा.
- कोणत्या उपाय योजना केल्याने झालेल्या माता-मृत्यूच्या कारणांची पुनरावृत्ती टाळता येईल याबाबत समितीने आढावा घ्यावा जसे.....
 - संस्थेमध्ये आवश्यक सोयींचे बळकटीकरण.
 - आवश्यक मनुष्यबळांची उपलब्धता
 - कर्मचा-यांच्या कौशल्यवृद्धीसाठी व उपचार योजना (Protocols) ज्ञानवृद्धी करण्यासाठी
 - आवश्यक सयंत्रे व पुरवठा
 - माता-मृत्यू अन्वेषण पद्धतीच्या पहिल्या व दुस-या टप्प्यामधील विलंब टाळणे
 - व्यवस्थापकीय उपाययोजना
 - माता-मृत्यू अन्वेषणावर आधारीत विशिष्ट उपाय योजना
- आरोग्य संस्था स्तरावरील समितीने संस्थेमध्ये झालेल्या मातामृत्यू बाबत विशिष्ट समानता आढळून येते किंवा कसे याबाबत आढावा घ्यावा. उदा...
 - एखादया विशिष्ट दिवशी / आठवडा / महिन्यामध्ये मातामृत्यू होतात का ?
 - एखादा विशिष्ट परिस्थितीत मातामृत्यू जास्त होतात का ?
 - जिल्हा स्तरीय मातामृत्यू अन्वेषण समितीच्या बैठकीला प्रत्येक संस्थेकडील नोडल ऑफिसर यांनी उपस्थित राहावयाचे आहे.

या शिवाय ज्या शासकीय / निमशासकीय / खाजगी / संस्थांमध्ये ५०० पेक्षा कमी प्रसूती होत आहेत त्या संस्थांमध्ये माता मृत्यू झाल्यास त्याबाबत संस्था स्तरावर मातामृत्यु अन्वेषण पद्धतीप्रमाणे ग्रामीण भागात जिल्हा आरोग्य अधिकारी, नागरी भागात निवासी वैद्यकिय अधिकारी (बाह्यसंपर्क) यांनी व महानगरपालिका कार्यक्षेत्रात महानगरपालिकेच्या प्रजनन व माता बाल आरोग्य अधिकारी यांनी कार्यवाही करावी व अहवालाचा सिलबंद लिफाफा तयार करून त्यांनी एक प्रत जिल्हा शल्य चिकित्सक / वैद्यकीय अधिकारी, महानगरपालिका, मुख्य कार्यकारी अधिकारी आणि अतिरिक्त संचालक, आरोग्य सेवा, राज्य कुटुंब कल्याण कार्यालय, पुणे व शासन यांना प्रपत्र. क्र. (१) मध्ये ईमेलव्दारे तसेच फॅक्सव्दारे सादर करावी. २) सदरच्या मृत्युसंबंधी वैद्यकिय, सामाजिक आर्थिक व यंत्रणेतील कारणांचा शोध घेणे व ३) प्राप्त होणा-या माहितीच्या आधारे योग्य उपाय योजना करणे.

घरी झालेल्या (समाजाच्या स्तरावर) मातामृत्यु अन्वेषण पद्धती मध्ये मृत व्यक्तीच्या नातेवाईक / शेजारी किंवा इतर व्यक्ती जे मातेच्या मृत्यु समयी किंवा तिच्या गरोदरपणात व गुतागुंत निर्माण झाली त्या वेळेस तिच्या सोबत होते, अशा व्यक्तीची मुलाखत घेवून त्यांच्याच शब्दात त्यांनी वर्णन केलेल्या / माहितीच्या आधारे सदरच्या मृत्यूस कारणीभूत ठरलेले विविध कारणांची नोंद करावी जसे, वैद्यकिय, सामाजिक व आर्थिक कारणे यांचा उल्लेख करावा.

अंमलबजावणी व संनियंत्रण:-

- उपरोक्त कार्यक्रमासाठी जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी यांना “नोडल ऑफिसर” म्हणून संबोधण्यात येत आहे. जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी तथा नोडल ऑफिसर यांनी जिल्हा / महानगरपालिकास्तरीय आढावा समितीची बैठक आयोजित करावी. सदरच्या बैठकीसाठी जिल्हा शल्य चिकित्सक / वैद्यकीय अधिकारी, महानगरपालिका हे अध्यक्ष राहतील. जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी सदरच्या बैठकीसाठी लागणारे आवश्यक दस्तऐवज व तपशील समितीला उपलब्ध करून देतील व समितीने शिफारस केलेल्या मुद्द्यांचा पाठपुरावा करतील तसेच त्या संदर्भात अभिलेख ठेवतील.
- जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी हे त्यांच्या कार्यक्षेत्रातील सर्व तालुका वैद्यकीय अधिकारी व वैद्यकिय अधिकारी, प्राथमिक आरोग्य केन्द्रे / वैद्यकीय अधिकारी हेल्थ पोस्ट / वैद्यकीय अधिकारी, मॅटर्निटी होम यांचे १ दिवसाचे प्रशिक्षण आयोजित करून त्यांना घरी झालेल्या (समाजाच्या स्तरावर) माता-मृत्यू अन्वेषण पद्धतीची कार्य पद्धती व त्यासाठी वापरावयाची प्रपत्रे समजावून सांगतील.
- वैद्यकिय अधिकारी यांनी त्यांच्या स्तरावर आरोग्य कर्मचारी व अंगणवाडी कार्यकर्ते, स्वयंसहाय्यतागटाचे प्रतिनिधी, ग्रामपंचायत सदस्य / नगरसेवक व इतर पंचायत राज संस्थांचे सदस्य यांना याविषयी माहिती देतील.

- वैद्यकिय अधिकारी मासिक सभेमध्ये "आशा स्वयंसेविकांना / लिंक वर्कर्स" माहिती देतील. व त्यांच्या कार्यक्षेत्रातील १५ ते ४९ वयोगटातील स्त्रियांच्या मृत्यूविषयी माहिती प्रपत्र-४ मध्ये नोंदविण्यास सांगतील. प्रपत्र ४ मधील माहिती महिन्यातून १ वेळा "आशा स्वयंसेविका / लिंक वर्कर्स" तालुका वैद्यकिय अधिकारी यांना सादर करतील.
- माता-मृत्यूच्या घटनेची माहिती दूरध्वनीवरून २४ तासांच्या आत तालुका वैद्यकिय अधिकारी यांना अहवाल प्राप्त होताच त्यांनी २४ तासांच्या आत मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिल्हा शल्य चिकित्सक / वैद्यकीय अधिकारी, महानगरपालिका व अतिरिक्त संचालक, राज्य कुटुंब कल्याण कार्यालय, पुणे-शासन यांना दूरध्वनीद्वारे तसेच प्रपत्र-६ मध्ये माहिती सादर करतील.
- तालुका वैद्यकीय अधिकारी / वैद्यकीय अधिकारी, हेल्प पोस्ट, आरोग्य सहाय्यीका व संबंधित. उपकेंद्राच्या / हेल्थ पोस्टच्या आरोग्य सेविका गृह भेट देऊन प्रपत्र-२ मधील विनिर्देशाप्रमाणे मातामृत्यु कारण मिमांसा करण्यास निर्देश देतील.
- अशी कार्यवाही आशा स्वयंसेविकेकडून माहिती प्राप्त झाल्या पासून ३ आठवड्यांच्या आत होणे आवश्यक राहिल.
- प्रपत्रामधील माहिती संपूर्ण भरून झाल्यावर तो अहवाल वैद्यकिय अधिकारी / वैद्यकीय अधिकारी, हेल्थ पोस्ट यांनी तालुका वैद्यकिय अधिकारी यांचेकडे सादर करावा.
- तालुका वैद्यकिय अधिकारी यांनी सर्वेक्षण चमू (आरोग्य सहाय्यक व आरोग्य सेविका) सोबत चर्चा करून मृत्युबाबत गोषवारा प्रपत्र-३ मध्ये तयार करून तो जिल्हा शल्य चिकित्सक / वैद्यकीय अधिकारी महानगरपालिका यांना सादर करावा.
- सर्व निश्चीत निदान झालेल्या माता मृत्युची नोंद क्रमवार तालुका स्तरावर रजिस्टर मध्ये नोंदण्यात यावी व त्याची मासिक अहवाल सोबत सांगड घालावी.
- तालुका वैद्यकिय अधिकारी सदरची माहिती प्रपत्र-६ मध्ये मुख्य कार्यकारी अधिकारी, जिल्हा शल्यचिकित्सक, जिल्हा प्रजनन व बाल आरोग्य अधिकारी व अतिरिक्त संचालक, आरोग्य सेवा (सामाजिक बांधिलकीचे कार्यक्रम) राज्य कुटुंब कल्याण कार्यालय, पुणे व राज्य शासन यांना ई-मेल द्वारे सादर करतील.
- तालुकास्तरीय आरोग्य सहाय्यीका व संबंधित उपकेंद्राच्या / हेल्थ पोस्टच्या आरोग्य सेविका यांना सदरच्या मृत्यु प्रकरणी घरभेट देवून समाजाच्या स्तरावर माता-मृत्यु अन्वेषण प्रपत्र २ मध्ये माहिती घेतील.

जिल्हा / महानगरपालिकास्तरीय आढावा बैठकीची फलनिष्पत्ती खालील मुदत्यावर असेल :-

- आरोग्य सेवा देणा-यांना त्यांच्या कर्तव्याबाबत जास्त जागरुक राहण्याबाबत प्रबोधन करणे.
- आरोग्य संस्थां स्तरावरील व प्रशासकिय स्तरावरील उणीवा / कमतरता यांची माहिती घेवून दूर करण्यासाठी कालबद्ध उपाययोजना करणे.

- वरील उपाययोजना करण्यासाठी आवश्यक अनुदान जिल्हा / महानगरपालिका आरोग्य समितीमार्फत महानगरपालिका स्तरीय उपलब्ध करून देणे.
- नव्याने करावयाच्या उपाययोजनांच्या अंमलबजावणीबाबत सनियंत्रण करणे.
- जिल्हा / महानगरपालिका स्तरीय समितीच्या आढावामध्ये आढळून आलेल्या महत्वाच्या बाबी वैद्यकीय अधिकारी यांना त्यांच्या मासिक सभेमध्ये निदर्शनास आणून देण्याच्या कार्यवाही आढावा घेणे.
- भविष्यात त्याच कारणामुळे माता-मृत्यू प्रतिबंध करण्याबाबत उपाय योजना करणे.

बैठकीचे कार्यवृत्तांत रजिस्टरमध्ये नोंदविण्यात येईल. सुधारणात्मक उपाययोजना ३ पातळीमध्ये कालबद्ध पद्धतीने खालील प्रमाणे करण्यात येईल :-

- १) सामाजिक स्तरावरील सुधारणात्मक उपाययोजना.
 - २) उपचार सुविधेच्या स्तरावरील सुधारणात्मक उपाययोजना.
 - ३) राज्यस्तरावरून सहाय्य आवश्यक असलेल्या उपाययोजना.
- या बैठकीचा कार्यवृत्तांत. मातामृत्यू कमी करण्यासाठी गठीत केलेल्या “माता-मृत्यू निरीक्षण व प्रतिसाद समिती” तसेच “राज्यस्तरीय कृतीदल समिती (State level Task force)” यांना सादर करावा.
 - सदर कृतीदल समितीची बैठक दर सहा महिन्यातून किमान एक वेळा घेण्यात यावी. मागच्या बैठकीतील कार्यवृत्तांच्या पूर्ततेच्या कार्यवाहीवर चर्चा करून शासनास रणनीती / धोरण निश्चित करण्यासाठी शिफारस करेल.
 - जिल्हा शल्य चिकित्सक / वैद्यकीय अधिकारी, महानगरपालिका जिल्हा नोडल अधिकारी या सदर योजनेचा विहित विवरण पत्रात मासिक अहवाल दर महिन्याच्या १० तारखेपर्यंत अतिरिक्त संचालक, आरोग्य सेवा, कुटुंब कल्याण, (सामाजिक बांधिलकीचे कार्यक्रम) पुणे यांचेकडे पाठवावा. तसे अतिरिक्त संचालक, आरोग्य सेवा, कुटुंब कल्याण, (सामाजिक बांधिलकीचे कार्यक्रम) पुणे यांनी सदर योजनेचा मासिक अहवाल विहित विवरणपत्रात राज्य शासनास व केंद्र शासनास सादर करावा.

परिशिष्ट--ब

केंद्र शासनाच्या मार्गदर्शक सूचनांनुसार भरावयाची विवरणरपत्रे

अ.क्र.	तपशील	फॉर्म नं
बालमृत्यू		
१	सूचना पत्र (Notification Card)	Form No.1
२	प्रथम संक्षिप्त अहवाल (First Brief Investigation Report)	Form No.2
३	नवजात शिशु मृत्यू (Verbal Autopsy Form-Neonatal Death)	Form No.3a
४	पोस्ट नवजात शिशु मृत्यू (Verbal Autopsy Form-Post-Neonatal Death)	Form No.3-b
५	सामाजिक स्तरावरील बालमृत्यू अहवाल (Social Autopsy Form)	Form No.3-c
६	संस्था स्तरावरील नवजात शिशु मृत्यू (Facility Based Neonatal Death Review Form)	Form No.4-a
७	संस्था स्तरावरील पोस्ट नवजात शिशु मृत्यू (Facility Based Post-Neonatal Death Review Form)	Form No.4-b
८	बालमृत्यूची अंतिम यादी (Block and District level line list)	Form 5-a
९	जिल्हा स्तरीय सविस्तर अन्वेषण अहवाल (District level Reporting form for detailed investigation)	Form 5-b
१०	संस्थास्तरावरील बालमृत्यू माहिती अहवाल (Facility Level Reporting Form)	Form 5-c
११	राज्यस्तरीय बालमृत्यू माहिती अहवाल (State Level Reporting Form)	Form 5-d
मातामृत्यू		
१२	आरोग्य संस्थास्तरीय माता मृत्यू तपासणी अहवाल (Facility Based Maternal Death Review Form)	Annexure-1
१३	मौखिक शवविच्छेदन प्रश्नावली - माता मृत्यूच्या तपासासाठी (Verbal Autopsy Questionnaire- For Investigation of Maternal Deaths)	Annexure-2
१४	माता मृत्यू गोषवारा (MDR Case Summary)	Annexure-3
१५	सर्व माता मृत्यू बाबतची यादी (MDR line Listing From for all cases of Maternal Deaths)	Annexure-4
१६	१५-४९ वयोगटातील सर्व माता मृत्यूची गट/वार्ड स्तरावरील नोंदवही (Block level MDR Register for all Women's Death 15-49 years)	Annexure-5
१७	प्राथमिक माहिती देणाऱ्यासाठीचा नमुना Format for Primary Informer	Annexure-6

FORM 1: NOTIFICATION CARD

For Office Use Only	
Date on which notification was received	
Name of the person who received the notification	

Instructions:

1. To be filled by the Primary informant
2. Two copies should be filled in case of CBCDR (one to be submitted to ANM and one handed over to the family)
3. For FBCDR only one copy needs to be filled and handed over to FNO
4. If the notification card is already filled, address the bereavement issues, offer support and leave (CBCDR only)
5. Write in capital letters
6. Circle the appropriate response (or) place a ✓ (tick) wherever applicable

1. Name of the Child : _____
(In case of a newborn, name of the mother should be used. eg: Baby of Nirmala)
2. Date of Birth (if available) / /
3. Age: Years Months Days Hours
3. Sex: ☐ Male ☐ Female
4. Mother's Name : _____
5. Father's Name : _____
6. Complete Address : _____
House Number : _____
Mohalla/Colony : _____
Village/Town/City : _____
Block : _____
District/Tehsil : _____
State : _____
Pincode :
7. Landmarks, if any : _____

8. Phone number of parents/family member (living in same household):

☐ Landline: _____

☐ Mobile Number: _____

9. Date of Death: / /

10. Place of Death:

a) Home ☐ b) Hospital ☐ (If hospital, mention the name _____)

c) In transit ☐

Name of First Informant _____ **Time** _____

Signature _____

Date of Notification _____

Hand over this card to the parents of the child. The purpose is to provide verification of the fact that the family has been visited by the primary informant, and to inform others (the informant/s) visiting the family subsequently that the death has already been informed and to not repeat the process

Dear Parents,

We express our profound grief on the loss of your child. We will like to know more from you about the factors that could have contributed to the death of your baby so that steps can be taken to prevent such deaths in the future. In this context, some of health staff members may visit you in coming weeks.

You are requested to please retain all the documents pertaining to the health condition of the baby and the mother.

Please show this card to the health staff, who comes to collect further details about the illness.

Signature of the Informant

Designation _____

Date ____/____/____

FORM 2:

FIRST BRIEF INVESTIGATION REPORT

Instructions:

1. To be filled by the ANM
2. Write in capital letters
3. Circle the appropriate response (or) place a ✓ (tick) wherever applicable

Section A. Background Information

1. Name of the Child : _____
2. Date of Birth (if available) / /
3. Age: Years Months Days (if age less than 1 month)
 Hours (if age less than one day)
4. Sex: ☐ Male ☐ Female
5. Address: _____
6. Name of Area PHC _____
7. Name of Area Sub-center _____
8. Order of Birth: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 or more
9. Belongs to: SC/ ST ☐ OBC ☐ General ☐
10. Does the family have a Below Poverty Line (BPL) card: Yes ☐ No ☐
11. Immunization Status:
BCG ☐ DPT 1 ☐ DPT 2 ☐ DPT 3 ☐ Measles ☐ Measles Booster ☐
HiB 1 ☐ HiB 2 ☐ HiB 3 ☐
12. Weight (if recorded in the MCP card): . Kg
13. Growth Curve (fill for child less than 3 years; check MCP card):
a. Green zone ☐ b. Yellow Zone ☐ c. Orange Zone ☐
14. Any h/o illness/injury: Yes ☐ No ☐ (if No, go to Sec. B)
15. If yes, nature of illness:

16.	Symptoms during illness	Circle the app. response	If Yes, Duration of symptoms
a.	Inability to feed	Yes/No	☐ ☐ days
b.	Fever	Yes/No	☐ ☐ days
c.	Loose stools	Yes/No	☐ ☐ days
d.	Vomiting	Yes/No	☐ ☐ days
e.	Fast breathing	Yes/No	☐ ☐ days
f.	Convulsions	Yes/No	☐ ☐ days
g.	Appearance of Skin rashes	Yes/No	☐ ☐ days
h.	Injury (like fractures, wounds)	Yes/No	☐ ☐ days
i.	Any other symptom (if yes) specify	Yes/No	☐ ☐ days

17. Details of treatment:

1) Whether treatment for illness was taken or not? Yes ☐ No ☐ (if No, go to sec. B)

2) If yes, where was the child treated:

a. Public Health Facility: PHC ☐ CHC ☐ DH ☐ SDH/Taluq Hospital ☐b. Private Hospital/Nursing Home ☐c. Qualified allopathic private practitioner ☐d. AYUSH practitioner ☐e. Unqualified provider (quack, informal provider) ☐f. Traditional healer ☐**Section B. Probable cause of death:**a. Diarrhoea ☐ b. Pneumonia ☐ c. Malaria ☐d. Measles ☐ e. Septicemia (Infection) ☐ f. Meningitis ☐g. Injury ☐ h. Any other cause (specify) ☐i. No identifiable cause ☐**Section C. According to the respondent (parent, close family member), what was the cause of death?**

Section D. At which level do you think the delay occurred?

1. **Delay at home** (eg; seriousness of illness not recognized, treatment not sought, treatment sought at a late stage, family members did not allow treatment seeking) ☐
2. **Delay in transportation** (eg; transport facility not available, could not afford local transport, difficult/hilly terrain, long distance to the health facility) ☐
3. **Delay at facility level** (eg; doctor/staff not available, drugs & equipment not available, delay in initiation of treatment) ☐

Section E. Based on your analysis of the situation in which the death took place, what according to you could have been done to avert this death?

1. _____
2. _____
3. _____

Name of ANM.....

Signature.....

Health Centre.....

Date.....

FORM 3a:

VERBAL AUTOPSY FORM: NEONATAL DEATHS

Instructions

1. NOTE: This form must be completed for all neonatal deaths (0-28 days).
2. Write in capital letters
3. Circle the appropriate response (or) place a ✓ (tick) wherever applicable

District:		Block:		Village:	
PHC:		Sub-Centre:			
MCTS Number:		Date:/...../.....			
Name of Head of the Household:					
Full name of the deceased:					
Name of mother of deceased:					
Section A: Details for Respondent and Deceased					
Details of the Respondent:					
1.	Name of the respondent				
2.	Relationship of the respondent with the deceased:				
	a. Brother/Sister ☐	b. Mother/Father ☐	c. Neighbour/No relation ☐		
	d. Grandfather/Grandmother ☐	e. Other relative ☐			
3.	Did the respondent live with the deceased during the events that led to death?				
	a. Yes ☐	b. No ☐			
4.	What is the highest standard of education the respondent has completed?				
	a. Illiterate and literate with no formal education: ☐				
	b. Literate, Primary or below ☐	c. Literate, Middle ☐	d. Literate, Matric (Class-X) ☐		
	e. Literate, Class XII ☐	f. Graduate & above ☐			
5.	Category: a. SC/ST ☐ b. OBC ☐ c. General ☐				
6.	Religion of the head of the household				
	a. Hindu ☐	b. Muslim ☐	c. Christian ☐	d. Sikh ☐	
	e. Buddhist ☐	f. Jain ☐	g. No religion ☐	h. Others, Specify.....	
Details of deceased					
7.	Deceased's Sex: a. Male ☐ b. Female ☐				
8.	Age in completed days: a. Less than 1 day ☐ b. 01-28 days ☐				
9.	Date of birth: / /				
10.	Date of death: / /				
11A	House address of the deceased:				
11B	PIN:				

12.	Place of death:		
a.	Home ☐	b. On way to health facility/in transit ☐	c. Sub Center ☐
d.	PHC/CHC/Rural Hospital ☐	e. District Hospital ☐	f. Medical College ☐
g.	Private Hospital ☐	h. Other, Specify..... ☐	i. DNK ☐
Section B: Neonatal Death			
13A.	Did the child met with an accident		
a.	Yes ☐	b.	No ☐ (if No, go to Q 14A)
13B.	If yes, what kind of injury or accident?		
a.	Road traffic injury ☐	b.	Falls ☐
c.	Fall of objects ☐	d.	Burns ☐
e.	Drowning ☐	f.	Poisoning ☐
g.	Bite/sting ☐	h.	Natural disaster ☐
i.	Homicide/assault ☐	x.	Other, Specify _____ ☐
13C.	Do you think the child died from an injury or accident		
a.	Yes ☐ (if Yes, go to Section C)	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
Details of pregnancy and delivery:			
14A.	How many months long was the pregnancy? (in completed months)		
14B.	Mother's age: / /		
15.	Did the mother receive 2 doses of tetanus toxoid during pregnancy?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
16A.	Were there any complications during the pregnancy, or during labour?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐ (go to Q 17)
c.	DNK ☐ (go to Q17)		
16B.	If yes, what complication(s) occurred? (Check all that apply)		
a.	Mother had fits	☐	
b.	Excessive (more than normal) bleeding before/during delivery	☐	
c.	Water broke one or more days before contractions started	☐	
d.	Prolonged/difficult labour (12 hours or more)	☐	
e.	Operative delivery (C - Section)	☐	
f.	Mother had fever	☐	
g.	Baby had cord around neck	☐	
h.	Instrumental Delivery/Assisted	☐	
i.	DNK	☐	
17.	Was the child a single or multiple birth?		
a.	Single ☐	b.	Multiple ☐
c.	DNK ☐		
18.	Where was s/he born?		
a.	Home ☐	b.	On way to health facility/in transit ☐
c.	Sub Center ☐	d.	PHC/CHC/Rural Hospital ☐
e.	District Hospital ☐	f.	Medical College ☐
g.	Private Hospital ☐	h.	Other, Specify..... ☐
i.	DNK ☐		

19.	Who attended the delivery?		
a.	Untrained traditional birth attendant	☐	b. Trained traditional birth attendant ☐
c.	ANM/Nurse	☐	d. Allopathic Doctor ☐ e. Other, Specify..... ☐
f.	None	☐	g. DNK ☐
20.	Was a disinfected or new knife/blade used to cut the umbilical cord?		
a.	Yes	☐	b. No ☐ c. DNK ☐
21.	Was it a live/still birth:	a. Live birth ☐	c. Still birth (go to Section C) ☐
Details of baby after birth			
22.	Did the baby ever cry, move or breath?		
a.	Yes	☐	b. No ☐ c. DNK ☐
23.	Were there any bruises or signs of injury on child's body after the birth?		
a.	Yes	☐	b. No ☐ c. DNK ☐
24A.	Did baby had any visible malformations at birth?		
a.	Yes	☐	b. No ☐ c. DNK ☐
24B.	Compared to other children in your area, what was the child's size at birth?		
a.	Very small	☐	b. Smaller than average ☐ c. Average ☐
d.	Larger than average	☐	e. DNK ☐
24C.	What was the birth weight?		
a.	Kgs .	b.	DNK ☐
25A.	Did baby stop crying after some time? (Denoting any illness)		
a.	Yes	☐	b. No ☐ (go to Q 26A) c. DNK ☐ (go to Q 26A)
25B.	If yes, how many days after birth did baby stop crying?		
a.	≤ 1 day	☐	b. days
26A.	When was baby first breastfed?		
a.	Immediately/within one hour of birth	☐	b. Same day child was born ☐
c.	Second day or later	☐	d. Never breastfed ☐ (go to Q 27A)
e.	DNK	☐	
26B.	Was baby able to suckle normally during the first day of life?		
a.	Yes	☐	b. No ☐ (go to Q 27A) c. DNK ☐ (go to Q 27A)
26C.	If yes, did baby stop being able to suck in a normal way?		
a.	Yes	☐	b. No ☐ (go to Q 27A) c. DNK ☐ (go to Q 27A)
26D.	If yes, how many days after birth did baby stop sucking?		
a.	≤ 1 day	☐	b. days
27A.	Was the baby ever given anything to drink other than breast milk?		
a.	Yes	☐	b. No ☐ (go to Q 28A) c. DNK ☐ (go to Q 28A)
27B.	If yes what was given (specify) _____		
a.	Frequency	per day	b. DNK ☐

Details of sickness at the time of death			
28A. Did baby have fever?			
a. Yes	☐	b. No	☐ (go to Q 29A)
28B. If yes, how many days did the fever last?			
a. ≤ 1 day	☐	b.	days
29A. Did baby have any difficulty in breathing?			
a. Yes	☐	b. No	☐ (go to Q 30A)
29B. If yes, for how many days did the difficulty with breathing last?			
a. ≤ 1 day	☐	b.	days
30A. Did baby have fast breathing?			
a. Yes	☐	b. No	☐ (go to Q 31A)
30B. If yes, for how many days did the fast breathing last?			
a. ≤ 1 day	☐	b.	days
31. Did baby have in-drawing of the chest?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
32A. Did baby have a cough?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
32B. Did baby have grunting (demonstrate)?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
32C. Did baby's nostrils flare with breathing?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
33A. Did baby have diarrhoea (frequent liquid stools)?			
a. Yes	☐	b. No	☐ (go to Q 34A)
33B. If yes, for how many days were the stools frequent or liquid?			
a. ≤ 1 day	☐	b.	days
34A. Did baby vomit?			
a. Yes	☐	b. No	☐ (go to Q 35A)
34B. If yes, for how many days did baby vomit?			
a. ≤ 1 day	☐	b.	days
35A. Did baby have redness around, or discharge from, the umbilical cord stump?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
36. Did baby have yellow eyes or skin?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
37. Did baby have spasms or fits (convulsions)?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
38. Did baby become unresponsive or unconscious?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
39. Did baby have a bulging fontanelle (describe)?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
40. Did the child's body feel cold when touched?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐
41. Were the child's hands, legs or lips discoloured (blue, other colour)?			
a. Yes	☐	b. No	☐ c. DNK ☐

Assigned cause of death*	
--------------------------	--

FORM 3b:

VERBAL AUTOPSY FORM:

POST-NEONATAL DEATHS

Instructions

1. NOTE: This form must be completed for all post-neonatal deaths (29 days - 5 years).
2. Write in capital letters
3. Circle the appropriate response (or) place a ✓ (tick) wherever applicable

District:		Block:		Village:	
PHC:		Sub-Centre:			
MCTS Number:		Date:/...../.....			
Name of Head of the Household:					
Full name of the deceased:					
Name of mother of deceased:					
Section A: Details for Respondent and Deceased					
Details of the Respondent:					
1.	Name of the respondent				
2.	Relationship of the respondent with the deceased:				
	a. Brother/Sister ☐	b. Mother/Father ☐	c. Neighbour/No relation ☐		
	d. Grandfather/Grandmother ☐	e. Other relative ☐			
3.	Did the respondent live with the deceased during the events that led to death?				
	a. Yes ☐	b. No ☐			
4.	What is the highest standard of education the respondent has completed?				
	a. Illiterate and literate with no formal education: ☐				
	b. Literate, Primary or below ☐	c. Literate, Middle ☐	d. Literate, Matric (Class-X) ☐		
	e. Literate, Class XII ☐	f. Graduate & above ☐			
5.	Category: a. SC/ST ☐ b. OBC ☐ c. General ☐				
6.	Religion of the head of the household				
	a. Hindu ☐	b. Muslim ☐	c. Christian ☐	d. Sikh ☐	
	e. Buddhist ☐	f. Jain ☐	g. No religion ☐	h. Others, Specify..... ☐	
Details of deceased					
7.	Deceased's Sex: a. Male ☐ b. Female ☐				
8.	Age in completed days: a. 29 days - 1 Year ☐ b. 01-05 Years ☐				
9.	Date of birth: / /				
10.	Date of death: / /				
11A	House address of the deceased:				
11B	PIN:				

12	Place of death:		
a. Home	☐	b. On way to health facility/in transit	☐
c. Sub Center	☐	d. PHC/CHC/Rural Hospital	☐
e. District Hospital	☐	f. Medical College	☐
g. Private Hospital	☐	h. Other, Specify.....	☐
i. DNK	☐		
Section B: Post-Neonatal Death			
13A.	Did the child met with an accident		
a. Yes	☐	b. No	☐ (if No, go to Q 14A)
13B.	If yes, what kind of injury or accident?		
a. Road traffic injury	☐	b. Falls	☐
c. Fall of objects	☐	d. Burns	☐
e. Drowning	☐	f. Poisoning	☐
g. Bite/sting	☐	h. Natural disaster	☐
i. Homicide/assault	☐	x Other, Specify _____	☐
13C.	Do you think the child died from an injury or accident		
a. Yes	☐ (go to Section C)	b. No	☐
c. DNK	☐		
Details of child after birth			
14A.	When was child first breastfed?		
a. Immediately/within one hour of birth	☐	b. Same day child was born	☐
c. Second day or later	☐	d. Never breastfed	☐
e. DNK	☐		
14B.	Did the child receive any feed other than breast milk during the first 6 months of life?		
a. Yes	☐	b. No	☐
c. DNK	☐		
14C.	During the illness that led to death, was the child breastfeeding? (if child less than 18 months)		
a. Yes	☐	b. No	☐
c. DNK	☐		
Details of sickness at time of death			
15A.	Did the child had fever?		
a. Yes	☐	b. No	☐ (go to Q16)
c. DNK	☐ (go to Q16)		
15B.	If yes, how many days did the fever last?		
a. ≤ 1 day	☐	b. _____ Days	
15C.	Was the fever accompanied by chills/rigors?		
a. Yes	☐	b. No	☐
c. DNK	☐		
16.	Did the child have convulsions or fits?		
a. Yes	☐	b. No	☐
c. DNK	☐		
17.	Was the child unconscious during the illness that led to death?		
a. Yes	☐	b. No	☐
c. DNK	☐		
18.	Did the child develop stiffness of the whole body?		
a. Yes	☐	b. No	☐
c. DNK	☐		
19.	Did the child have a stiff neck (demonstrate)?		
a. Yes	☐	b. No	☐
c. DNK	☐		

20A.	Did the child have diarrhoea (more frequent or more liquid stools)?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐ (go to Q21A)
c.	DNK ☐ (go to Q21A)		
20B.	If yes, for how many days?		
a.	≤ 1 day ☐	b.	Days
20C.	Was there blood in the stools?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
21A.	Did the child have a cough?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐ (go to Q22A)
c.	DNK ☐ (go to Q22A)		
21B.	If yes, for how many days?		
a.	≤ 1 day ☐	b.	Days
21C.	If yes, was there blood?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
22A.	Did the child have breathing difficulties?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐ (if no go to Q22C)
c.	DNK ☐ (go to Q22C)		
22B.	If yes, for how many days?		
a.	≤ 1 day ☐	b.	Days
22C.	Did the child have fast breathing?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
22D.	Did the child have in-drawing of the chest?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
22E.	Did the child have wheezing (demonstrate sound)?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
23A.	During the illness, did child have abdominal pain?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
23B.	Did the child have abdominal distention?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
24A.	Did the child vomit?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐ (if no go to Q25)
c.	DNK ☐ (go to Q25)		
24B.	If yes, for how many days?		
a.	≤ 1 day ☐	b.	Days
25.	Did the eye/skin colour change to yellow		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
26A.	Was the rash all over the body?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
26B.	Did the child have red eyes?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		
26C.	Was this measles (use local term)?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐
c.	DNK ☐		

Assigned cause of death*	
--------------------------	--

***Assigned at the district level**
DNO will have to communicate the assigned cause of death to the respective block

FORM 3c: SOCIAL AUTOPSY FORM

Instructions

1. To be filled for all verbal autopsies conducted and attach with the same
2. Write in capital letters
3. Circle the appropriate response (or) place a √ (tick) wherever applicable
4. Attach a copy of the case records to this form.

MCTS number _____

Section A: Background Information	
1	Name of key Informant
2	Relation of key informant to deceased
3	Place of death of child
4	Telephone/Mobile Number
5	Total Number of family members of deceased
6	Number of children < 5 years
7	Caste
8	Do you have Below Poverty Line (BPL) card:
9	What are the Key family Assets: (Multiple answers allowed. tick all that apply)
	1) Vehicle (motorised) ☐ 2) Television ☐ 3) Own House ☐ 4) Own Land ☐ 5) Cattles ☐ 6) Telephone ☐

Section B: Treatment Seeking History	
10.1 Did ASHA/AWW/VHN/ANM advice on hospital treatment?	
a. Yes ☐	b. No ☐ (go to Q 11) c. DNK ☐ (go to Q 11)
10.2 If Yes, who advised	i. ASHA ☐ ii. ANM ☐ iii. Link worker ☐ iv. Other specify..... ☐
11 During the illness that led to the death, did you seek care outside the home for the infant?	1) Yes (Go to Q13) 2) No 3) DNK
12. If "NO", then ASK "What were the reasons for not seeking care?"	
12.1 Did not think that the illness was serious	1) Yes 2) No 3) DNK
12.2 Money not available for treatment	1) Yes 2) No 3) DNK
12.3 Family members were not able to accompany	1) Yes 2) No 3) DNK

12.4	Bad weather	1) Yes	2) No	3) DNK
12.5	Did not know where to take the infant	1) Yes	2) No	3) DNK
12.6	No hope for survival of the infant	1) Yes	2) No	3) DNK
12.7	Transport not available	1) Yes	2) No	3) DNK
12.8	Others (specify)			
(go to section C)				
13.	What was the condition of the infant at the time when it was decided for medical consultation? (Tick if any of the condition mentioned in the options is present)	a. Alert/Active/feeding ☐		
b. Conscious but Drowsy/Inactive/Unable to feed ☐				
c. Unconscious ☐				
14	From where or from whom did you seek care?			
14.1	Quack/informal service providers	1) Yes	2) No	3)DNK
14.2	Traditional healer/Religious healer	1) Yes	2) No	3)DNK
14.3	Sub centre	1) Yes	2) No	3)DNK
14.4	PHC	1) Yes	2) No	3)DNK
14.5	CHC	1) Yes	2) No	3)DNK
14.6	Sub-district hospital	1) Yes	2) No	3)DNK
14.7	District (Govt.) Hospital	1) Yes	2) No	3)DNK
14.8	Private allopathic doctor	1) Yes	2) No	3) DNK
14.9	Doctors in alternate system of medicine	1) Yes	2) No	3) DNK
14.10	Reason for seeking care from there: _____			

15 Problems faced by the parents in getting treatment in the health facility: Now I will ask you questions related to problems you might have faced in getting the treatment from various health facilities.

	Details	First Health Facility	Referral Institution I	Referral Institution II	Referral Institution III
15.1	Specify in which hospital you took the baby first and then where was the baby taken thereafter? Govt. _____ 1 Private _____ 2 Not for profit _____ 3				
15.2	Specify the problem/ complication with which baby was taken to this facility.				
15.3	Total time taken from the onset of the problem to reach this facility (from home to the facility)	 Hours	 Hours	 Hours	 Hours
15.4	Type of treatment received in the institution/hospital				
	NIL				
	First Aid				
	Others (Specify)..				

15.5	Specify the reasons for referring to another institution				
	Lack of Specialists				
	Lack of Equipments				
	Others (Specify)				
15.6	Mode of transport from one institution to other				
15.7	Distance from one facility to other (in kms)	 Kms	 Kms	 Kms	 Kms
15.8	If baby was taken to any institution other than the one referred, state the reasons				
15.9	If baby was taken to any institution other than the one referred, who advised (eg; caregivers, relatives etc.)				
15.10	Was the child attended immediately Yes _____ 1 No _____ 2				
15.11	If yes, time taken to initiate treatment in the institution on reaching the hospital	Mins	Mins	Mins	Mins
15.12	Reasons for the delay in initiating treatment (Use your judgment in arriving the reasons)				
a.	Doctor not available				
b.	Paramedical workers not available				
c.	Too much patient rush				
d.	Informal payment				
e.	Mobilizing specialists				
f.	Could not afford to pay for the services				
g.	Investigations could not be done				
h.	Other problem (specify)				

16.1 If the baby was shown as having been discharged against medical advice/ absconded, record the reasons for the same.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16.2 Was the discharge due to the dissatisfaction of the treatment given in the hospital? Yes ☐ No ☐ DNK ☐

16.3 What was the states of child at the timed of LAMA/ Discharge.

Section C: Brief Social History of the family

- 17.1 Any history of alcoholism in family Yes ☐ No ☐ DNK ☐
 17.2 Any history of smoking in family Yes ☐ No ☐ DNK ☐
 17.3 Any history of domestic violence in family Yes ☐ No ☐ DNK ☐

18. Awareness of mother & family members about treatment Seeking

18.1	Do you know the danger signs when a newborn or infant should be taken to health facility?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐ (go to Q18.3)
18.2 If yes, what will be the conditions (don't read the options)			
a. Pre-term ☐	b. LBW ☐	c. No cry at birth ☐	
d. Fits ☐	e. Difficult breathing ☐	f. Drowsiness/inactivity/unconsciousness ☐	
g. Jaundice ☐	h. Diarrhoea ☐	i. Refusal to feed ☐	
j. Fast Breathing ☐	k. High grade fever ☐		
18.3	Do you know about any hospital where newborns/infants/children can be admitted and treated?		
a.	Yes ☐	b.	No ☐ (go to Q19)
18.4 If yes, then please name these facilities			

Section D: Expenditure History

19 Can you tell us regarding the total amount that you had to spend on your child?

- a. Total amount = Rs.....
 b. Treatment (medicines, consultation, home treatment etc.).....
 c. Transport..... 3. Others.....

20 How did you (the family) arrange this money?	
Multiple answers allowed. Tick all that apply	1. Available/Savings ☐
	2. Borrowed ☐
	3. Sold assets ☐
	4. Community fund ☐
	5. Govt. scheme ☐
	6. Other ☐
	7. Don't know ☐

FORM 4a: FACILITY BASED NEONATAL DEATH REVIEW FORM

For Office Use Only:

FBCDR NO:	Year
------------------	-------------

Name & Address of the facility where death occurred:
(Including State, District, Block):

Instructions

1. *NOTE: This form must be completed for all new born deaths (upto 28 days) occurring in the hospital.*
2. *Complete the form in duplicate within 48 hours of the newborn death. The original remains at the institution where the death occurred and one copy is sent to the DNO within one month.*
3. *Write in capital letters*
4. *Circle the appropriate response (or) place a √ (tick) wherever applicable*
5. *Attach a copy of the case records to this form.*

Section A: Details of Deceased

1.	Inpatient Number/ID	
2.	Age	Days
3.	Sex	☐ Male ☐ Female
4.	Category	SC/ST ☐ OBC ☐ General ☐
5.	Name of the newborn	
6.	Name of the Mother	
7.	Address (including Block/Tehsil, District/Taluq/Division, State)	
8.	Date of birth	/ /
9.	Place of birth	☐ Health facility ☐ Home ☐ Transit
10.	Birth weight (if available on record)	kgs.
11.	Date of admission	/ /
12.	Time of admission	____:____ AM/PM
13.	Date of death	/ /
14.	Time of death	____:____ AM/PM
15.	Death certified by : (Name & designation of the doctor)	

16.	Type of facility where death took place		
a.	CHC / FRU / RH		☐
b.	Sub district hospital/Taluq hospital		☐
c.	District Hospital		☐
d.	Medical college/tertiary hospital		☐
17.	Main complaints at the time of admission		If Yes, Duration of symptoms
a.	Inability to feed	Y/N	☐ ☐ days
b.	Fever	Y/N	☐ ☐ days
c.	Loose stools	Y/N	☐ ☐ days
d.	Vomiting	Y/N	☐ ☐ days
e.	Fast breathing	Y/N	☐ ☐ days
f.	Convulsions	Y/N	☐ ☐ days
g.	Appearance of Skin rashes	Y/N	☐ ☐ days
h.	Injury (like fractures, wounds)	Y/N	☐ ☐ days
i.	Lethargy	Y/N	☐ ☐ days
j.	Stiffness of neck	Y/N	☐ ☐ days
k.	Bluish discolouration of lips, nails	Y/N	☐ ☐ days
l.	Skin pustules of yellowish colour	Y/N	☐ ☐ days
m.	Any other symptom (if yes specify _____)	Y/N	☐ ☐ days
18.	Weight of child on admission: . kgs.		
19.	Immunisation history of child: BCG ☐ OPV Birth Dose ☐ Hepatitis B birth dose ☐		
Section B: Condition on Admission			
20.	Breathing status of child at the time of admission		
a.	Normal breathing		☐
b.	Severe chest in drawing		☐
c.	Apnoeic episodes		☐
d.	Central cyanosis		☐
e.	Gasping		☐
f.	Not breathing		☐
21.	Consciousness level of child at the time of admission		
a.	Alert, responds to normal stimuli		☐
b.	Semi-conscious, responds to painful stimuli		☐
c.	High pitched cry or Persistent crying		☐

d.	Lethargic	☐
e.	Inability to suck	☐
f.	Unconscious	☐
22.	Circulation status of child at the time of admission	
a.	Capillary refill time ☐ < 3 seconds ☐ > 3 seconds	
b.	Extremities: ☐ warm to touch and colder than the abdomen	
c.	Pulse: ☐ Not palpable ☐ Weak pulse ☐ fast pulse	
23.	Did baby have any other symptoms	
a.	Dehydration ☐	b. Bleeding ☐
c.	Icterus ☐	d. Petechial rashes or bruising ☐
e.	Trauma/other surgical condition ☐	f. Congenital malformation ☐
g.	Bulging fontanelle ☐	h. Hypothermia ☐
i.	Hyperthermia ☐	j. Sclerema ☐
24.	Duration of stay in the health facility ☐ <48 hours ☐ 48 hours -7 days ☐ 8-14 days ☐ 14-21 days ☐ More than 21 days	
25.	Investigations done	Note down the results
a.	Blood glucose	Y/N
b.	CBC	Y/N
c.	Sepsis screen	Y/N
d.	CRP	Y/N
e.	Renal function tests	Y/N
f.	Liver function tests	Y/N
g.	CSF	Y/N
h.	S. Bilirubin	Y/N
i.	Others (Please specify): _____	Y/N
Section C: Referral Details		
26.	Was the child referred from another Centre?	☐ Yes ☐ No ☐ DNK (if no or DNK, go to Section D)
27.	If yes, type of facility from which last referred?	a. 24x7PHC ☐ b. SDH/Rural Hospital/CHC ☐ c. District Hospital ☐ d. Private Hospital ☐ e. Private clinic ☐ f. Others (specify.....) ☐
28.	Have multiple referrals been made? (include both private and public health facilities)	☐ Yes ☐ No ☐ DNK (if no or DNK, go to section D)

29.	If yes, how many?	☐ One, ☐ Two ☐ Three ☐ Four ☐ More Than 4
-----	-------------------	---

Section D: Intrapartum and Postpartum Details (only for inborn babies)

Instruction: To be filled for inborn babies only otherwise go to Section - E

30.	Was the onset of labour	☐ Spontaneous ☐ Induced ☐ DNK
31.	What was the Gestational age at the time of admission	☐ Term (> 37-<42 weeks) ☐ Preterm (☐ < 28 weeks; ☐ 28-<32 weeks; ☐ 32-<37 weeks) ☐ Post term (> 42 weeks)
32.	What was the Mode of Delivery	☐ Spontaneous Vaginal (with/without episiotomy) ☐ Vacuum/forceps ☐ Caesarean section
33.	Were there any complications during labour?	☐ PROM ☐ Sepsis ☐ Eclampsia ☐ Obstructed labour/Rupture Uterus ☐ Others Specify.....
34.	Was Partograph used?	☐ Yes ☐ No ☐ DNK
35.	Birth weight	. kgs
36.	Was the resuscitation at birth done	☐ Yes ☐ No ☐ DNK (if No or DNK, go to Q 37)
37.	If Yes, Who gave resuscitation?	☐ Obstetrician ☐ Paediatrician ☐ MBBS doctor/other specialist ☐ Staff Nurse ☐ Others (specify)
38.	APGAR Score (if recorded at time of birth)	

Section E: Treatment Details

39.	Details of treatment given in the hospital	
a.	Resuscitation	☐ Yes ☐ No
b.	Temperature Control (in case of newborns only)	☐ Yes ☐ No
c.	Phototherapy	☐ Yes ☐ No
d.	Oxygen use	☐ Yes ☐ No
e.	IV Fluids Provide details:	☐ Yes ☐ No
f.	Antibiotics	☐ Yes ☐ No

g.	Anticonvulsants	☐ Yes	☐ No
h.	Bronchodilators	☐ Yes	☐ No
i.	Blood Components Provide details:	☐ Yes	☐ No
j.	Steroids	☐ Yes	☐ No
k.	Antiretroviral drugs	☐ Yes	☐ No
l.	Vasopressors (Dopamine, dobutamine, vasopressors)	☐ Yes	☐ No
m.	Exchange Blood transfusion	☐ Yes	☐ No
n.	Respiratory support (CPAP/Ventilator)	☐ Yes	☐ No
o.	Surgical interventions Provide details:	☐ Yes	☐ No
p.	Other interventions Provide details:	☐ Yes	☐ No

Section F: Diagnosis

40.	Please tick against the appropriate option:	
a.	Death was within 24 hours of birth	☐
b.	Death was in first week (day 2-7 days)	☐
c.	Death was in the late neonatal period (8-28 days)	☐
41.	Provisional diagnosis at time of admission	
42.	Provisional diagnosis at time of death (immediately at the time of death, by the Medical Officer on duty)	
43.	Probable direct cause of death	
44.	Indirect cause of death	
45.	Final Diagnosis (Within one week) (Final Diagnosis by the treating doctor)	

Signature of the certifying doctor

Name:
 Designation:
 Stamp & Date:

Signature of the treating doctor

Name:
 Designation:
 Stamp & Date:

Verified by Facility Nodal Officer/Administrative in charge of the Hospital:

Signature:
 Name:

Designation:
 Stamp and Date:

FORM 4b:

FACILITY BASED

POST-NEONATAL DEATH REVIEW FORM

For Office Use Only:

FBCDR NO:	Year
------------------	-------------

Name & Address of the facility where death occurred:
(Including State, District, Block):

Instructions

1. *NOTE: This form must be completed for all post - neonatal deaths (29 days to 5 years) occurring in the hospital.*
2. *Complete the form in duplicate within 48 hours of the newborn death. The original remains at the institution where the death occurred and one copy is sent to the DNO within one month.*
3. *Write in capital letters*
4. *Circle the appropriate response (or) place a ✓ (tick) wherever applicable*
5. *Attach a copy of the case records to this form.*

Section A: Details of Deceased	
1.	Inpatient Number/ID
2.	Age Years (in completed months)
3.	Sex ☐ Male ☐ Female
4.	Category SC/ST ☐ OBC ☐ General ☐
5.	Name of the child
6.	Name of the Mother
7.	Address (including Block/Tehsil, District/Taluq/Division, State)
8.	Date of birth / /
9.	Place of birth ☐ Health facility ☐ Home ☐ Transit
10.	Birth weight (if available on record) . kgs.
11.	Date of admission / /
12.	Time of admission ____:____ AM/PM
13.	Date of death / /
14.	Time of death ____:____ AM/PM
15.	Death certified by : (Name & Designation of the Doctor)

16.	At any time child was admitted to NRC ☐ Yes ☐ No	
17.	Growth Curve (fill for child less than 3 years; check MCP card):	
a.	Green zone ☐	b. Yellow Zone ☐ c. Orange Zone ☐
18.	Type of facility where death took place	
a.	CHC / FRU / RH	☐
b.	Sub district hospital/Taluq hospital	☐
c.	District Hospital	☐
d.	Medical college/tertiary hospital	☐
19.	Main complaints at the time of admission	If Yes, Duration of symptoms
a.	Inability to feed	Y/N ☐ ☐ days
b.	Fever	Y/N ☐ ☐ days
c.	Loose stools	Y/N ☐ ☐ days
d.	Vomiting	Y/N ☐ ☐ days
e.	Cough or difficult breathing	Y/N ☐ ☐ days
f.	Convulsions	Y/N ☐ ☐ days
g.	Lethargic or unconscious	Y/N ☐ ☐ days
h.	Appearance of Skin rashes	Y/N ☐ ☐ days
i.	Bleeding	Y/N ☐ ☐ days
j.	Injury (like fractures, wounds)	Y/N ☐ ☐ days
k.	Corneal ulcer	Y/N ☐ ☐ days
l.	Stunted growth	Y/N ☐ ☐ days
m.	Severe muscle wasting	Y/N ☐ ☐ days
n.	Oedema of both hand & feet	Y/N ☐ ☐ days
o..	Unknown bites or stings Any other symptom	Y/N ☐ ☐ days
p.	Any other symptom (if yes specify _____)	Y/N ☐ ☐ days
20.	Weight of child on admission: . kgs.	
21.	Height at the time of admission : Cms	
22.	Immunisation history of child:	
	BCG ☐ DPT1 ☐ DPT 2 ☐ DPT 3 ☐ OPV1 ☐ OPV2 ☐	
	OPV3 ☐ Hepatitis B birth dose ☐ Hepatitis B 1st dose ☐	
	Hepatitis B 2nd dose ☐ Measles ☐ Measles Booster ☐ Hib 1st dose ☐	
	Hib 2nd dose ☐	

Section B: Condition on Admission		
23.	Breathing status of child at the time of admission	
a.	Normal breathing	☐
b.	Severe chest in drawing	☐
c.	Central cyanosis	☐
d.	Gasping	☐
e.	Not breathing	☐
24.	Consciousness level of child at the time of admission	
a.	Stable	☐
b.	Convulsions	☐
c.	Semi-conscious, responds to verbal commands	☐
d.	Semi-conscious, responds to painful stimuli	☐
e.	Unconscious	☐
25.	Circulation status of child at the time of admission	
a.	Capillary refill time ☐ < 3 seconds ☐ > 3 seconds	
b.	Extremities: ☐ warm to touch and colder than the abdomen	
c.	Pulse: ☐ Not palpable ☐ Weak pulse ☐ fast pulse	
26.	Did child have any other symptoms	
a.	Dehydration ☐	b. Bleeding ☐
c.	Icterus ☐	d. Petechial rashes or bruising ☐
e.	Trauma/other surgical condition ☐	f. Burns ☐
g.	Oedema of both feet ☐	h. Severe wasting ☐
i.	Ear discharge ☐	j. Severe cyanosis ☐
27.	Duration of stay in the health facility ☐ <48 hours ☐ 48 hours -7 days ☐ 8-14 days ☐ 14-21 days ☐ More than 21 days	
28.	Investigations done	Note down the results
a.	Blood glucose	Y/N
b.	CBC	Y/N
c.	Urine test	Y/N
d.	Renal function tests	Y/N
e.	CSF	Y/N
f.	Widal test	Y/N
g.	Serum bilirubin	Y/N
h.	Blood culture	Y/N
i.	Liver Function Test	Y/N
j.	Urine culture	Y/N
k.	Others (specify.....)	Y/N

Section C: Referral Details																				
29.	Was the child referred from another Centre?	☐ Yes ☐ No ☐ DNK (if no or DNK, go to Section D)																		
30.	If yes (to any of the questions above), type of facility from which last referred?	<table border="0"> <tr> <td>a.</td> <td>24x7PHC</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>SDH/Rural Hospital/CHC</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>District Hospital</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>Private Hospital</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>Private clinic</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td>Others (specify.....)</td> <td>☐</td> </tr> </table>	a.	24x7PHC	☐	b.	SDH/Rural Hospital/CHC	☐	c.	District Hospital	☐	d.	Private Hospital	☐	e.	Private clinic	☐	f.	Others (specify.....)	☐
a.	24x7PHC	☐																		
b.	SDH/Rural Hospital/CHC	☐																		
c.	District Hospital	☐																		
d.	Private Hospital	☐																		
e.	Private clinic	☐																		
f.	Others (specify.....)	☐																		
31.	Have multiple referrals been made? (include both private and public health facilities)	☐ Yes ☐ No ☐ DNK (if no or DNK, go to Section D)																		
32.	If yes, how many?	☐ One, ☐ Two ☐ Three ☐ Four ☐ More Than 4																		
Section D: Treatment Details																				
33.	Details of treatment given in the hospital																			
a.	Resuscitation	☐ Yes ☐ No																		
b.	Oxygen use	☐ Yes ☐ No																		
c.	IV Fluids Provide details:	☐ Yes ☐ No																		
d.	Antibiotics	☐ Yes ☐ No																		
e.	Anticonvulsants	☐ Yes ☐ No																		
f.	Bronchodilators	☐ Yes ☐ No																		
g.	Blood Components Provide details:	☐ Yes ☐ No																		
h.	Steroids	☐ Yes ☐ No																		
i.	Antitubercular drugs	☐ Yes ☐ No																		
j.	Antiretroviral drugs	☐ Yes ☐ No																		
k.	Vasopressors (Dopamine, dobutamine, adrenaline)	☐ Yes ☐ No																		
l.	Respiratory support (CPAP/Ventilator)	☐ Yes ☐ No																		
m.	Surgical interventions Provide details:	☐ Yes ☐ No																		
n.	Other interventions Provide details:	☐ Yes ☐ No																		

Section E: Diagnosis	
34.	Provisional diagnosis at time of admission
35.	Provisional diagnosis at time of death
(Immediately at the time of death, by the Medical Officer on duty)	
36.	Probable direct cause of death
37.	Indirect cause of death
38.	Final Diagnosis (Within one week)
(Final Diagnosis by the treating doctor)	

Signature of the certifying doctor

Name:

Designation:

Stamp & Date:

Signature of the treating doctor

Name:

Designation:

Stamp & Date:

Verified by Facility Nodal Officer/Administrative in charge of the Hospital:

Signature:

Name:

Designation:

Stamp and Date:

FORM 5a:

BLOCK AND DISTRICT LEVEL LINE LIST

To be compiled at the block level from the deaths reported by ANMs; at the district level by compilation of reports from all blocks

Name of District:

Name of Block:

Month:

Year:

	Indicators	Case1	Case2	Case3	Case4		Total
1.	MCTS ID						
2.	Name						
3.	Mother's name						
4.	Sex						
	Male_____1						
	Female_____2						
5.	Category						
	SC/ST_____1						
	OBC_____2						
	General_____3						
6.	Age						
	<28 days_____1						
	29 days-1 year_____2						
	1-5 years_____3						
7.	Village						
8.	PHC area						
9.	Sub-centre area						
10.	Place of birth						
	Home_____1						
	Health facility: public_____2						
	Health facility: private_____3						
	In transit_____4						
11.	Birth weight (Kg)						
12.	Last weight recorded in MCP card (for children < 3 years)						
13.	Immunisation status : complete as per age						
	Yes_____1						
	No_____2						
14.	Date of death						
	DD/MM/YYYY						
15.	Place of death (Public Health facility/Private Hospital/Home/in transit)						
	Home_____1						
	Health facility: private_____2						
	Health facility: public_____3						
	In transit_____4						
16.	Probable cause of death						
17.	Level of delay (I/II/III/Multiple levels/Cannot be ascertained)						
18.	Name of the ANM who conducted first brief investigation						
19.	Date on which First Brief Investigation carried out DD/MM/YYYY						
20.	Case selected for Verbal Autopsy						
	Yes_____1						
	No_____2						
21.	Assigned Cause of death/final diagnosis						

FORM 5b:

DISTRICT LEVEL REPORTING FORM FOR DETAILED INVESTIGATION

Name of District:

Name of Block:

Month:

Year:

	Indicators	Case1	Case2	Case3	Case4		Total
1.	MCTS ID						
2.	Name						
3.	Mother's name						
4.	Sex						
	Male_____ 1						
	Female_____ 2						
5.	Category						
	SC/ST_____ 1						
	OBC_____ 2						
	General_____ 3						
6.	Age						
	<28 days_____ 1						
	29 days-1Year_____ 2						
	1-5 years_____ 3						
7.	Place of death						
	Home_____ 1						
	Health facility: private_____ 2						
	Health facility: public_____ 3						
	In transit_____ 4						
8.	Detailed Verbal Autopsy report submitted or not						
	Yes_____ 1						
	No_____ 2						
9.	Cause of death/final diagnosis assigned in CBCDR						
10.	Detailed FBCDR conducted (Applicable only for deaths in public health facility)						
	Yes_____ 1						
	No_____ 2						
11.	If yes, cause of death assigned in FBCDR						

FORM 5c:

FACILITY LEVEL REPORTING FORM

Name of District:

Name of Block:

Name of the facility:

Month:

Year:

Cumulative deaths reported from public health facilities:		Male:						
		Female:						
		SC/ST:						
		OBC:						
		General:						
		Total:						
Indicators		Case 1	Case 2	Case 3	Case 4		Total	
1.	MCTS ID							
2.	Name							
3.	Mother's name							
4.	Sex	Male_____1						
		Female_____2						
5.	Category	SC/ST_____1						
		OBC_____2						
		General_____3						
6.	Age	<28 days_____1						
		29 days-1Year_____2						
		1-5 years_____3						
7.	Place of birth	Home_____1						
		Health facility: private_____2						
		Health facility: public_____3						
		In transit_____4						
8.	Birth weight (kg)							
9.	Current weight (last recorded weight in MCP card)							
10.	Immunisation status : complete as per age	Yes_____1						
		No_____2						
11.	Date of admission:	DD/MM/YYYY						
12.	Date of death:	DD/MM/YYYY						
13.	Cause assigned at time of death/ final diagnosis							
14.	Facility Based CDR conducted	Yes_____1						
		No_____2						
15.	Name of the treating Doctor							

FORM 5d:

STATE LEVEL REPORTING FORM

Name of the State:

Month:

Year:

	Indicators		During the month	Cumulative (Since April current yeartill month)
1.	Number of deaths reported	Male		
		Female		
		SC/ST		
		OBC		
		General		
		<28 days		
		29 days-1Year		
		1-5 years		
		Total		
2.	Place where the death took place during the month	Home		
		Health facility: private		
		Health facility: public		
		In transit		
		Total		
3.	No. of deaths reviewed (Verbal Autopsy completed and report submitted to office of DNO)	Male		
		Female		
		SC/ST		
		OBC		
		General		
		<28 days		
		29 days-1Year		
		1-5 years		
		Total		
4.	No. of facility based deaths reviewed (Facility Based Death Review completed & report submitted to DNO)	Male		
		Female		
		SC/ST		
		OBC		
		General		
		<28 days		
		29 days-1Year		
		1-5 years		
		Total		
5.	Cause of death	A. Pneumonia		
		Male		
		Female		
		SC/ST		
		OBC		
		General		
		<28 days		
		29 days-1Year		
		1-5 years		
		Total		

	Cause of death	B. Prematurity and low birth weight		
		Male		
		Female		
		SC/ST		
		OBC		
		General		
		<28 days		
		29 days-1Year		
		1-5 years		
		Total		
		C. Diarrhoeal Diseases		
		Male		
		Female		
		SC/ST		
		OBC		
		General		
		<28 days		
		29 days-1Year		
		1-5 years		
		Total		
		D. Neonatal infections		
		Male		
		Female		
		SC/ST		
		OBC		
		General		
		<28 days		
		29 days-1Year		
		1-5 years		
		E. Birth Asphyxia and birth trauma		
		Male		
		Female		
		SC/ST		
		OBC		
		General		
		<28 days		
		29 days-1Year		
		1-5 years		
		Total		
		F. Other Diseases		
		Male		
		Female		
		SC/ST		
		OBC		
		General		
		<28 days		
		29 days-1Year		
		1-5 years		
		Total		
5.	Date of the last meeting of District CDR Committee held			

ICD 10 - MORTALITY TABULATION LIST- INFANT AND CHILD MORTALITY

The tabulation list for mortality & morbidity under ICD-10 specifies 51 causes for a selected list of infant & child mortality. These lists are adopted by World Health Assembly in 1990 for the tabulation of data.

Given below is the list of the 51 causes of infant & child mortality with respect to ICD codes for cause of death.

Selected List Number	Cause of death	Code
4-001	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	A09
4-002	Other intestinal infectious diseases	A00-A08
4-003	Tuberculosis	A15-A19
4-004	Tetanus	A33, A35
4-005	Diphtheria	A36
4-006	Whooping cough	A37
4-007	Meningococcal infection	A39
4-008	Septicaemia	A40-A41
4-009	Acute poliomyelitis	A80
4-0010	Measles	B05
4-0011	Human immunodeficiency virus [HIV] disease	B20-B24
4-0012	Other viral diseases	A81-B04, B06 B19, B25-B34
4-0013	Malaria	B50-B54
4-0014	Remainder of certain infectious and parasitic diseases	A20-A32, A38, A42-A79, B35- 49, B55-B94, B99
4-0015	Leukaemia	C91-C95
4-0016	Remainder of malignant neoplasms	C00-C90, C96- C97
4-0017	Anaemias	D50-D64
4-0018	Remainder of diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	D65-D89
4-0019	Malnutrition and other nutritional deficiencies	E40-E64
4-0020	Meningitis	G00, G03
4-0021	Remainder of diseases of the nervous system	G04-G98
4-0022	Pneumonia	J12-J18
4-0023	Other acute respiratory infections	J00-J11, J20-J22
4-0024	Diseases of the digestive system	K00-K92
4-0025	Fetus and newborn affected by maternal factors and by complications of pregnancy, labour and delivery	P00-P04

4-0026	Disorders relating to length of gestation and fetal growth	P05-P08
4-0027	Birth trauma	P10-P15
4-0028	Intrauterine hypoxia and birth asphyxia	P20-P21
4-0029	Respiratory distress of newborn	P22
4-0030	Congenital pneumonia	P23
4-0031	Other respiratory conditions of newborn	P24-P28
4-0032	Bacterial sepsis of newborn	P36
4-0033	Omphalitis of newborn with or without mild haemorrhage	P38
4-0034	Haemorrhagic and haematological disorders of fetus and newborn	P50-P61
4-0035	Remainder of perinatal conditions	P29, P35, P37, P39, P70-P96
4-0036	Congenital hydrocephalus and spina bifida	Q03, Q05
4-0037	Other congenital malformations of the nervous system	Q00-Q02, Q04, Q06-Q07
4-0038	Congenital malformations of the heart	Q20-Q24
4-0039	Other congenital malformations of the circulatory system	Q25-Q28
4-0040	Down's syndrome and other chromosomal abnormalities	Q90-Q99
4-0041	Other congenital malformations	Q10-Q18, Q30-Q89
4-0042	Sudden infant death syndrome	R95
4-0043	Other symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	R00-R94, R96-R99
4-0044	All other diseases	D00-D48, E00-E34, E65-88, F01-F99, H00-95, I00-I99, J30-J98, L00-L98, M00-M99, N00-N98
4-0045	Transport accidents	V01-V99
4-0046	Accidental drowning and submersion	W65-W74
4-0047	Other accidental threats to breathing	W75-W84
4-0048	Exposure to smoke, fire and flames	X00-X09
4-0049	Accidental poisoning by and exposure to noxious substances	X40-X49
4-0050	Assault	X85-Y09
4-0051	All other external causes	W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89

Reference: ICD-10 Cause-of-Death Lists for Tabulating Mortality Statistics (Updated March 2011 to include WHO updates to ICD-10 for data year 2011); From the CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION/National Center for Health Statistics.

BUDGET

CDR Training Budget				
State Level				
Task	Target (this is an approximation and may vary from state to state)	Description of target	Unit cost	Total amount
Sensitization meeting (1 day)		All state programme officers and convergent departments including development agencies		
1. Working lunch, tea & snacks	50		@Rs. 150	7,500
2. Incidental expenditure, photocopying, LCD etc	50		@Rs. 50	2,500
Trainings (2 days)		All District Nodal officers		
DA /TA		No. of District	As per State norms	This will include boarding, Lodging and travel expenses of the participants
Honorarium for in house faculty	2	---	400	800
Honorarium to guest faculty from state/ regional/national level	1	---	1,000	1,000
Working lunch, tea & snacks	25	No. of participants	150	3,750
Incidental expenditure, photocopying, job aids, flip charts, LCD etc	25	No. of participants	100	2,500
District Level				
Sensitization meeting (1 day)		All district programme officers and convergent departments including development agencies		
1. Working lunch, tea & Snacks	50		@Rs. 150	7,500
2. Incidental expenditure, photocopying, LCD etc	50		@Rs. 50	2,500

Trainings (2 days)		All Block Nodal officers, Facility Nodal officers and MOs assigning cause of death		
DA/ TA	25	No. of Blocks in the district + 2	As per State norms	This will include boarding, Lodging and travel expenses of the participants
Honorarium to in house faculty	2	---	400	800
Honorarium to guest faculty from State level	1	---	500	500
Working lunch, tea & snacks	25	No. Of participants	150	3,750
Incidental expenditure, photocopying, job aids, flip charts, LCD etc	25	No. Of participants	100	2,500
Block Level				
Sensitization meeting (1/2 day)		All programme officers and convergent departments ASHA, ANM		
1. Working lunch, tea & snacks	50		@Rs. 100	5,000
2. Incidental expenditure, photocopying etc	50		@Rs. 50	2,500
Trainings (1 day)		Investigators for Verbal Autopsy		
TA/DA			As per State norms	This will include boarding, Lodging and travel expenses of the participants in case an overnight stay is required for far off blocks
Honorarium to trainer from district/block level	1	---	300	300
Working lunch, tea & snacks	10	No. of participants	100	1,000
Incidental expenditure, photocopying, job aids, flip charts, LCD etc	10	No. of participants	50	500

Budget for Incentives			
Head	Target	Unit cost	Total estimated cost
ASHA Incentives per district	Estimated number of under 5 deaths per annum = 'A'	@Rs. 50	Rs. 50 x 'A'
Honorarium for ANM per district	Estimated number of under 5 deaths per annum = 'A'	@Rs. 100	Rs. 100 x 'A'
Honorarium for Verbal Autopsy (VA) investigation team per district	6 cases per block X No. of blocks in the district x 12 months = 'B'	@Rs. 500 for VA per team per case	Rs. 500 x 'B'
Reimbursement of travel expenses (as per actuals) 2 relatives per deceased child and maximum of 3 cases at district level in the DM review meeting	2 persons per case with a maximum of 3 cases x 12 months = 'C'	@Rs. 100	Rs. 100 x 'C'

The State may also budget for contingency money of not exceeding Rs. 5,000 per year per district for the conduct of CDR review meetings by the DM&CMO. This amount is to be utilized for both CDR & MDR review processes put together since the same committee is reviewing both.

ANNEXURE 1

MDSR Formats

Form 1

Notification form

Format to be filled by Primary informant for all Women's Death (15-49) years

S. No.		Place of Current Residence	Native Place
1	Name of State		
2	Name of District		
3	Name of Block		
4	Name of village/ Description of location		
5	Name of the deceased woman		
6	Name of Husband		
7	Name of Father		
8	Age of the woman		
9	MCTS ID		
10	Mobile No		
11	Date and time of death	DateDD/ MM/ YYYY Time _____:_____am/pm	
12	Place of death	Yes	No (tick)
	I. Home		
	II. Health Facility		
	III. Transit		
	IV. Others		
13	When did death occur	Yes	No (tick)
	a. During pregnancy		
	b. During delivery		
	c. Within 42 days after delivery		
	d. During abortion or within 6 weeks after abortion		

If either a, b, c, d, =yes in Q 13: <i>Suspected maternal death</i>
--

If all- a, b, c, d, =no in Q13 ; <i>Non- maternal death</i>
--

Name of reporting Person: _____

Designation: _____

Signature of reporting person:

Date:

Verification by ANM of the respective Sub-center that death of women occurred during pregnancy or within 42 days of delivery/abortion:

Name of the sub center:

Signature: _____

Name: _____

Date: _____

Form 2

Block Level MDR Register for All Women’s Death
(15-49 years)

(Fill in one form for every month)

Name of Block _____

District _____ State _____

Month _____ Year _____

S. No.	Name of deceased	Age	Date of death	Address	Husband's name	Cause of death (tick √)		Name/ designation of Primary informant (Annex 6)	Date of field investigation	If died due to maternal causes, specify reasons	Action Taken
						Maternal	Non-maternal				
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											

Signature of MO I/C of the block with date:

Form 3
MDR Line Listing Form for All Cases of Maternal Deaths

Line listing for use by ANM, BMO, FNO and DNO

District _____ State _____

FB MDR: Name of facility: _____ or _____ CB MDR: _____

SHC/Block _____

S. No.	Date of death	Name of deceased	Place of death			When did the death occur				Probable cause of death	Status of newborn (Delivery outcome)	Name of investigator/ date of interview
			Home	Health facility	In transit	During pregnancy	During delivery	During abortion or within 6 weeks after the abortion	Within 42 days after delivery			

Name of reporting person: _____ Signature: _____

Designation: _____ Date of reporting: _____

Form 4

Confidential

Facility Based Maternal Death Review Form

Name and Type of Health Facility (specify) _____			
Address _____			
Name of Nodal Person _____		Contact No _____	
FOR OFFICE USE ONLY			
FBMDR No. (Specific to the Place)	MCTS No	Month	Year
Please fill up the Performa given below			
NOTE:			
- MDR Number must be put serially 0001 & so on. - This form must be filled for all Maternal Deaths. - Mark with ✓ wherever applicable. - For Date use Day/Month/Year format. For time use 24 hours clock format. - Complete within 24 hrs. - Make 2 photocopies & send original to MRD, a copy to DNO, and one retained with Nodal Officer for further action			

Background information of deceased Mother	
Full Name _____	Age _____ Inpatient No _____
Medico-legal admission: Yes ☐ No ☐	
Complete Address _____	
Contact/ Mobile No _____	
Education: Illiterate ☐ Upto 5 th class ☐ 6 th to 12 th class ☐ Beyond 12 th class ☐	
Below Poverty Line: BPL Certified ☐ Self certified BPL ☐ Not BPL ☐	

1. a. Date and Time of admission: Day Month Yr. at Hours Min.
- b. Date and time of Death: Day Month Yr. at Hours Min.
- c. Duration of Hospital stay: Days Hours
- d. Duration of ICU stay: Days Hours if any

- e. Admission- delivery interval: Days Hrs. N.A. DNK
- f. Admission – death interval
- g. Outcome of pregnancy:

1) Abortion ☐	2) Ectopic ☐	3) Live birth ☐
4) Still birth ☐	5) Undelivered ☐	

2. On Admission

a. Complaints at time of admission: _____

b. Obstetric formula on admission

1. Gravida 2. Para 3. Abortions 4. No. of Living children **M F**

c. Period of gestation:

1) Before 22 weeks ☐	2) Antenatal 22-34 weeks ☐	3) Antenatal ≥34 weeks ☐	4) Intrapartum ☐
5) Post- Partum up to 24hrs ☐	6) Post-natal 24hrs- 1 week ☐	7) Post-natal- More than 1 week to 42 days ☐	

3. Condition on Admission: 1) Stable ☐ 2) Semi conscious responds to verbal commands ☐ 3) Semi conscious responds to painful stimuli ☐ 4) Unconscious ☐
 5) Brought dead ☐

a. Referral: If referred from outside: i. No. of places visited prior

b. Please fill the table below for the details on transport, referral and type of care given				
Place	Home/ Village	Facility 1	Facility 2	Facility 3
Date (DD/MM/YY)				
Time of onset of complication or onset of labour				
Time of calling/ arrival of transport				
Transport used/type				
Time to reach				
Money spent on transport (Rs.)				
Name of Facility/ Level of referral				
Attended by Doctor/ nurse/ other staff/none				

Place	Home/ Village	Facility 1	Facility 2	Facility 3
Reason for referral				
Referral slip (given or not, if yes, attach)				
Treatment given				
Money spent on treatment/ medicine/ Diagnostics				
Time spent in facility				

4. Diagnosis at time of admission:

(Please make sure to fill the table with underlying cause given for each condition)

S. No.	Diagnosis	Underlying Cause
1.	Hemorrhage ☐	I. Abortion ☐ II. Ectopic Pregnancy ☐ III. Gestational Trophoblastic Disease ☐ IV. Antepartum Bleeding a) Placental causes- Placenta Previa ☐ - Placental abruption ☐ b) Late pregnancy Bleeding other than placental causes- - Scar dehiscence ☐ - Rupture uterus ☐ - Others, ☐ Specify _____
		V. Intrapartum Bleeding
		VI. Postpartum bleeding- Atonic ☐ Traumatic ☐ Mixed ☐
2.	Hypertensive disorders of pregnancy ☐	i. Gestational Hypertension ☐ ii. Pre-eclampsia ☐ iii. Eclampsia ☐ iv. Others ☐
3.	Labour related Disorders ☐	i. Normal labour ☐ ii. Prolonged / Obstructed labour ☐ iii. Inversion of Uterus ☐ iv. Retained placenta ☐ v. Any other ☐
4.	Medical Disorders ☐	i. Anaemia ☐ ii. Heart disease ☐ iii. TB ☐ iv. Diabetes ☐ v. Others ☐

S. No.	Diagnosis	Underlying Cause
5.	Infection ☐ I. Post abortal ☐ II. Antepartum ☐ III. Intrapartum ☐ IV. Post-partum ☐ a) Viral such as Hepatitis/HIV AIDS/ Others, ☐ b) Malaria, ☐ c) Dengue, ☐ d) Lower Respiratory Tract Infection, ☐ e) Other infections, ☐ Specify_____	
6.	Incidental/ Accidental Disorders E.g. Surgical including Iatrogenic, Trauma, Violence, Anaesthetic complications, ☐	Specify
7.	Any other, ☐	Specify

2. Abortion (to be filled if applicable)

- a. Spontaneous ☐ Induced ☐
- i. If spontaneous, - Complete ☐ Incomplete ☐
- ii. If induced -Legal ☐ Illegal ☐
- b. What was the procedure adopted?** Medical methods ☐ MVA ☐ D&E/ S&E ☐
Extra Amniotic Installation ☐ Hysterotomy ☐ Others ☐
- c. Post Abortal Period** Uneventful ☐ Sepsis ☐ Hemorrhage ☐ Others ☐
- d. Was the termination procedure done in more than one center** Yes ☐ No ☐
(If yes, specify the centres visited before coming to this facility).....
.....

3. Antenatal Care

- a. Did she receive ANC? Yes ☐ No ☐ Don't know ☐
- b. If Yes, Type of Facility: SC ☐ PHC ☐ CHC ☐ SDH ☐ DH ☐ Medical College ☐
Private hospital ☐ Others ☐ specify_____
- c. Services provided by: ANM ☐ MO ☐ Obstetrician ☐ AYUSH ☐
Nurse ☐ Other specialists, ☐ specify_____
- d. If yes, was she told about any disorder/complication? Yes ☐ No ☐ Don't know ☐
- e. If yes, what was the risk factor identified?

1. Abortion ☐	2. Ectopic pregnancy ☐	3. Vesicular Mole ☐	4. APH ☐
5. Hydramnios / Oligohydramnios ☐	6. Short stature ☐	7. PIH/PE ☐	8. Previous C section ☐

9. Multiple pregnancy ☐	10. Grand multi ☐	11. Abnormal presentation/ position ☐	12. Big baby ☐
13. Anemia ☐	14. Diabetes/ GDM ☐	15. Medical conditions (Specify_____) ☐	16. Others (Specify____) ☐

4. DELIVERY, PUERPERIUM AND NEONATAL INFORMATION**If applicable**a. Did she have labour pains? Yes ☐ No ☐

b. If yes, was a partograph used to monitor labour ?

i.) Past facility: Yes ☐ No ☐ Don't know ☐ii.) Current facility: Yes ☐ No ☐**c. Complications during labour:**

1. Eclampsia/ pre-eclampsia ☐	2. Prolonged labour ☐	3. Obstructed labour /Rupture Uterus ☐	4. Intra partum Hge ☐
5. Inversion of Uterus ☐	6. IP sepsis ☐	7. Others ☐ Specify _____	

d. Mode of Delivery

1. Undelivered	☐
2. Vaginal	a. Normal ☐ - With episiotomy ☐ b. Assisted ☐ - Forceps ☐ - Vacuum ☐ c. Breech ☐ d. Multiple Pregnancy ☐
3. Caesarean Section	Elective ☐
	Emergency ☐
4. Laparotomy	Rupture uterus ☐
	*Ectopic Pregnancy ☐
5. Indication (CS/Instrumental)	☐

* Although in Ectopic pregnancy woman does not deliver but fetus may be removed during Laparotomy

e. Anaesthesia (any adverse reaction):

a) General Anaesthesia ☐	b) Reg- Epidural / Spinal ☐	c) Local ☐
---	--	-----------------------------------

f. In which phase of labor did she develop complications?

a) First stage ☐	b) Second stage ☐	c) Third stage ☐	d) Post Birth ☐		
			a. Within $\leq$ 6 hrs. of birth ☐	b. $> 6 - \leq 24$ hrs. of birth ☐	c. > 24 hrs. after birth ☐

g. Neonatal Outcome:

Alive ☐Fresh Still birth ☐

Macerated still birth

Neonatal death ☐

h. If baby died, probable cause of death:

1. Birth Asphxia ☐	2. Respiratory distress ☐	3. Aspiration including MAS ☐	4. Sepsis ☐
5. Cong Anomalies ☐	6. Preterm ☐	7. Others ☐	Specify _____

i. Postnatal period: - Uneventful Eventful ☐- If Eventful, specify probable cause of death: ☐

1. PPH ☐	2. PE / Eclampsia ☐	3. CVA/Pulmonary Embolism ☐	4. Sepsis/ ARDS ☐
5. Anemia ☐	6. Post op complication ☐	7. Medical conditions Specify _____ ☐	8. Others Specify _____ ☐

5. INTERVENTIONS (Tick appropriate box), Specify other in the last row

Early pregnancy	Antenatal	Intrapartum	Postpartum	Anaesthesia/ ICU
1. Evacuation ☐	1. Trans-fusion ☐	1. Instrumental del. ☐	1. Removal of retained POC ☐	1. Anaesthesia -GA ☐
2. Trans-fusion ☐	2. Version ☐	2. Caesarean section ☐	2. Laparotomy ☐	2. Spinal ☐
3. Laparotomy/ laparoscopy ☐	3. Other surgeries ☐	3. Hysterectomy ☐	3. Hysterectomy ☐	3. Local ☐
4. Hysterectomy ☐		4. Manual removal of placenta ☐	4. Trans-fusion ☐	4. Epidural ☐
		5. Conservative surgery ☐		5. ICU monitoring ☐
		6. Trans-fusion ☐		

a. Blood transfusion given? Yes ☐ No ☐b. If yes, No of units— Whole Blood ☐ /PRBC ☐ /FFP ☐ /Platelets ☐ /Cryo ☐c. Specify if any transfusion reaction occurred?: Yes ☐ No ☐

6. Primary diagnosis/condition leading to death _____

7. CAUSE OF DEATH: _____

Part 1: Antecedent causes (Please mention the cause of death from Box below)

a. Due to or as a consequence of _____

b. Due to or as a consequence of _____

c. Due to or as a consequence of _____

8. IN YOUR OPINION WERE ANY OF THESE FACTORS PRESENT?

System	Example	Y	N	Not known
Personal/ Family	Delay in woman seeking help			
	Refusal of treatment or admission			
	Refusal of admission in previous facility			
Logistical Problems	Lack of transport from home to health care facility			
	Lack of transport between health care facilities			
	Lack of assured referral system			
Facilities	Lack of facilities, equipment or consumable			
	Lack of blood/ blood products			
	Lack of OT availability			
Health personnel problems	Lack of human resources			
	Lack of Anesthetist			
	Lack of Obstetricians			
	Lack of expertise, training or education			

9. AUTOPSY: Performed ☐ Not performed ☐

- If performed please report the final diagnosis and send the detailed report later

10. CASE SUMMARY (please supply a short summary of the events surrounding hospital stay and the death of the patient)

Form filled by the MO on duty

Name & Signature

Designation

Stamp & Date:

Nodal Officer of the Hospital:

Name& Signature

Address of the Institution

Form 5

Verbal Autopsy Questionnaire

FOR INVESTIGATION OF MATERNAL DEATHS

NAME OF THE STATE	
NAME OF THE DISTRICT	
NAME OF THE BLOCK	
NAME OF THE PHC	
NAME FO THE SHC	
NAME OF THE VILLAGE	
NAME OF THE PREGNANT WOMAN/ MOTHER	
NAME OF THE HUSBAND/OTHER (FATHER/MOTHER)	
DATE OF DEATH	
NAME & DESIGNATION OF THE INVESTIGATOR(S)	
NAME & DESIGNATION OF THE INVESTIGATOR(S)	
DATE OF INVESTIGATION	
PROBABLE CAUSE OF DEATH	

(For investigation of maternal deaths at community level)

General Instructions

1. **CONFIDENTIALITY:** After the formal introduction to the respondents, the investigating official should give assurance that the information will be kept **confidential**.
2. Throughout the interview, the interviewer should be very polite and sensitive questions should be avoided.
3. Make all the respondents seated comfortably and explain to them that the information that they are going to provide will help to prevent such deaths of mothers in future.
4. Allow the respondents to narrate the events leading to the death of the mother in their own words. Keep prompting until the respondent says there was nothing more to say.
5. Do not ask questions which are not in the interview schedule.
6. Wherever needed, the investigating official should encourage the respondents to bring out all information related to the event.
7. Please also write information in a **narrative form**.

- 8. NEUTRALITY AND IMPARTIALITY:** The interviewer should not be influenced by the information provided by the field health functionaries, doctors or by the information available in the mother care register, case sheets etc.

The format is divided into three modules:

MODULE - I

This form will be used for collection of general information about the deceased woman in case of all maternal deaths

MODULE - II

This form should be used to collect details about maternal death during antenatal period or due to abortion

MODULE - III

This form should be used to collect details about deaths during delivery or postnatal period

VERBAL CONSENT FORM

Instructions to Interviewer: Please ask the respondent to acknowledge her/his consent to be interviewed by checking the response below. The interviewer should sign and put date below. If the respondent does not consent to the interview, thank her/him for their time and terminate the conversation.

My name is [say your name]. I am a ____/____ at the ____ center/hospital, and an interviewer for Maternal Death Review. I have been informed that a woman (name) in your household has died recently. I am very sorry to hear this. Please accept my condolences.

The purpose of our visit is to collect information about causes of death of the woman (name) so that we can work on improving health care services which will help prevent death of other women because of similar reasons/ circumstances.

Your participation will help to improve maternal and newborn care services for women and babies in your area. We would like to talk to the person in your house who took care of [say the woman's name] before death.

We will ask questions about the woman (name) who recently died. We will ask about her background, pregnancy history and events during her most recent pregnancy. We assure you that any information you or your family provide will be kept confidential and your name will not be used in any way.

Your participation in this interview is voluntary and refusal to participate will not affect you in any manner. You may discontinue participation at any time or choose to not answer any question.

The interview will take approximately one hour.

At this time do you want to ask me anything about the interview?

Answer any questions and address respondents concerns

Do you agree to participate in this interview? YES NO

Respondent

Name _____ Signature _____

Interviewer

Name _____ Signature _____

Date _____

Respondent's relationship with the deceased woman

General Information

(Enclose the Primary informant form with this format)

NAME & DESIGNATION OF THE INVESTIGATOR 1	
NAME & DESIGNATION OF THE INVESTIGATOR 2	
NAME & DESIGNATION OF THE INVESTIGATOR 3	
DATE OF INVESTIGATION	

Signature of reporting person:

Designation:

Date:

MODULE I

The form is intended to capture general information and information about previous pregnancy history, wherever applicable. It should be used for all the maternal deaths irrespective whether the death occurred during antenatal, delivery or postnatal period including abortion)

I BACKGROUND INFORMATION			
1.	Name of the respondent		
2.	Name of the deceased woman		
3.	Relationship of the respondent/s with the deceased woman		
4.	Age of the deceased woman at the time of death	_____ yrs	
5.	Period of Death	Yes	No (tick)
	a) During pregnancy	☐	☐
	b) During delivery	☐	☐
	c) Within 42 days after delivery	☐	☐
	d) During abortion or within 6 weeks after abortion	☐	☐
6.	Place of Death (tick)		
	a) Home.....1	b) Sub-District Hospital.....2	
	c) Sub-Health Centre.....3	d) District Hospital.....4	
	e) PHC.....5	f) Private Hospital.....6	
	g) CHC.....7	h) In-transit.....8	
	i) Others, (Specify _____).....9		
7.	Specify the name and place of the institution or village /urban area where death occurred		
8.	Date & Time of Death	Date: __DD/ __MM/ __YYYY Time: ____: ____ am/ pm	
9.	Did the doctor or nurse at the health facility tell you the cause of death?	Yes.....1 No.....2 Not applicable.....3	Go to sec II
10.	If yes, what was the cause of death?		
II Profile of deceased woman			
	Age at marriage	_____ years/ Not married	
	Religion	a) Hindu.....1 b) Muslim.....2 c) Christian.....3 d) Others (Specify.....).....4	

	Caste	a) SC.....1	
		b) ST.....2	
		c) OBC.....3	
		d) General.....4	
	BPL Status	a) BPL.....1	
		b) Non-BPL.....2	
	Education status		
	a) Illiterate.....1	b) Completed 5 th std.....2	
	c) Completed 8th std.....3	d) Completed 12th std.....4	
	e) Graduate.....5	f) Others (Specify____).....6	
III Availability of health facilities, services and transport			
	Name and location of the nearest government / private facility providing Emergency Obstetric Care Services		
	Distance of this facility from the residence		
	Mode of transport available to reach this facility		
IV Write 'GPLA-Gravida, Para, Live Births, Abortions)			
1.	Gravida		
2.	Para		
3.	Live Births		
4.	Abortions		
V Current pregnancy (To be filled from the information given by the respondents and MCP Card)			
1.	Infant Survival		
	a) Alive.....1	b) New born death.....2	
	c) Still birth.....3	d) Not applicable.....4	
	Antenatal care received	Yes.....1 No.....2 Do not know.....3	Go to Q6
3.	If yes, write number of antenatal checkups received	_____	
4.	Place of antenatal check-ups (Multiple responses possible)		
	a) VHND.....1	b) Sub Health Centre.....2	
	c) PHC.....3	d) CHC.....4	
	e) District Hospital.....5	f) Pvt. Hospital/clinic.....6	
	g) 7	h) Don't know.....8	
	i) Not applicable.....9	j) Others, (specify.....).....10	

5.	Services received during ANC (multiple response possible)	a) Tetanus Toxoid Injection.....1 b) Blood Pressure measurement...2 c) Hemoglobin test.....3 d) Abdominal Examination.....4 e) Iron Folic Acid provided.....5 f) Don't know6	
6.	Did the deceased woman have any problem during the antenatal period?	Yes.....1 No.....2 Not known.....3	Go to Module II
7.	What were the symptoms she had?	a) Head ache.....1 b) Edema.....2 c) Anemia.....3 d) High blood pressure.....4 e) Bleeding p/v.....5 f) No foetal movements.....6 g) Fits.....7 h) Sudden excruciating pain.....8 i) High fever with rigor9 j) Others (specify.....).....10	
8.	Did she seek care for these symptoms?	Yes.....1 No.....2	Go to Q 10
9.	Where did she seek care?	a) Sub Health Centre.....1 b) PHC.....2 c) CHC.....3 d) District Hospital.....4 e) Pvt. Hospital/clinic.....5 f) Quack.....6 g) Don't know.....7 h) Not applicable.....8 i) Others, (specify.....).....9	Go to Module II
10.	What were the reasons for not seeking care? (Multiple responses possible)	a) Severity of complication not known.....1 b) Health facility was very far.....2 c) Lack of transport.....3 d) Financial reasons.....4 e) Family reasons5 f) Faith in local healers / dai.....6 g) Disrespectful behaviour of the providers.....7 h) Beliefs and customs.....8 i) Others (Specify.....).....9	

Note: Education status categories may be as: a. Illiterate b. up to 5th c. 5th to 8th d. 8th to 12th e. completed 12th f. Graduate g. Others (Specify.....)

MODULE - II

This module is to be filled for the maternal deaths that occurred during the antenatal period or if the deaths due to abortion related causes.

VI	No. of weeks of pregnancy completed at the time of death? <i>(Help the respondent in estimating weeks of pregnancy)</i>	_____ weeks	<i>If less than 6 weeks go to sub section VIII</i>
VII	Death during Antenatal Period		
1.	What was the problem that the deceased woman had at the time of death?		
2.	What were the symptoms?		
	a) Head ache.....1	b) Edema.....2	
	c) Anemia.....3	d) High blood pressure.....4	
	e) Bleeding p/v.....5	f) No foetal movements.....6	
	g) Fits.....7	h) Sudden excruciating pain.....8	
	i) High fever with rigor9	j) Others (specify _____).....10	
3.	Was she referred at that time?	Yes.....1 No.....2 Not known.....3	} Go to Q 6
4.	Did she seek care for these complications?	Yes.....1 No.....2	If yes, fill the table no. 1 for referral transport If no skip to Q 6
5.	If yes, where did she seek care?		
	a) PHC.....1	b) CHC.....2	
	c) District Hospital.....3	d) Pvt. Hospital/clinic.....4	
	e) Quack.....5	f) Don't know.....6	
	g) Others, (specify _____).....7		
			Go to Sec VIII

6.	In case of not seeking care from the hospital, what were the reasons for not seeking care (<i>Multiple responses possible</i>)		
	a) Severity of complication not known.....1	b) Health facility was very far.....2	
	c) Lack of transport.....3	d) Financial reasons.....4	
	e) Family reasons.....5	f) Faith in local healers / dai.....6	
	g) Beliefs and customs.....7	h) Disrespectful behaviour of the providers.....8	
	i) Others (Specify _____).....9		
VIII	Abortion related Death		
1	Did the deceased woman (name) die while having an abortion or within 6 weeks after having an abortion?	Yes.....1 No.....2 Not known.....3	
2	Type of abortion	a) Spontaneous.....1 b) Induced2 c) Don't know.....3	If induced Go to Q. 5
3	Date of spontaneous abortion/ date of termination of pregnancy	DD___/ MM___/ ____YYYY	
4	If the abortion was spontaneous, where was the abortion completed?		Go to Q 9
	a) Home.....1	b) PHC.....2	
	c) CHC.....3	d) DH.....4	
	e) Private hospital/clinic.....5	f) Don't know.....6	
	g) Others (Specify _____).....7		
5	If the abortion was induced, how was it induced?	a) Oral Medicine.....1 b) Traditional Vaginal Herbal Medication.....2 c) Instrumentation.....3 d) Don't know.....4	
6	If the abortion was induced, where did she have the abortion?		
	a) Home.....1	b) PHC.....2	
	c) CHC.....3	d) DH.....4	
	e) Private hospital/clinic.....5	f) Don't know.....6	
	g) Others (Specify-----)7		
7	If the abortion was induced, who performed the abortion?		
	a) Allopathic Doctor.....1	b) AYUSH doctor.....2	
	c) Nurse.....3	d) Quack.....4	
	e) Dai.....5	f) Don't know.....6	
	g) Other (Specify _____).....7		

8a	What was the reason for inducing abortion?	a) Medical Condition/Bleeding started spontaneously.....1 b) Wanted to terminate the pregnancy.....2 c) Don't know.....3	
8b	Describe the reasons for inducing the abortion		
9	What were the complications/ symptoms that the woman had after abortion?		
	a) High fever.....1	b) Foul smelling discharge.....2	
	c) Bleeding.....3	d) Shock.....4	
	e) None.....5	f) Don't know.....6	
10	After developing complications following abortion, did she seek care?	Yes.....1 No.....2 Not applicable.....3	Go to Q 12
11	If yes, where did she seek care?		If the answer is <i>any facility</i> , also fill the table 1 below for referral transport
	a) SHC.....1	b) PHC.....2	
	c) CHC.....3	d) DH.....4	
	e) Private hospital/clinic.....5	f) Quack.....6	
	g) Don't know.....7	h) Others (Specify.....).....8	
12	In case of not seeking care from the hospital, what were the reasons for not seeking care		
	j) Severity of complication not known.....1	k) Health facility was very far.....2	
	l) Lack of transport.....3	m) Financial reasons.....4	
	n) Family reasons.....5	o) Faith in local healers / dai.....6	
	p) Beliefs and customs.....7	q) Disrespectful behaviour of the providers.....8	
	r) Others (Specify.....).....9		

Please fill the table below for the details on transport, referral and type of care given				
Table 1				
Place	Home/ Village	Facility 1	Facility 2	Facility 3
Date (DD/MM/YY)				
Time of onset of complication or onset of labour				
Time of calling/ arrival of transport				
Transport used				
Name of Facility/ Level of referral		Facility 1	Facility 2	Facility 3
Time to reach				
Money spent on transport				
Reason for referral				
Referral slip (given or not)				
Treatment given				
Money spent on treatment/ medicine/ diagnostics				
Time spent in facility				

MODULE - III

This module is to be filled for the maternal deaths that occurred during delivery or if the death occurred during postnatal period (after delivery of placenta)

IX	INTRANATAL SERVICES			
1	Place of delivery a) Home.....1 b) SHC.....2 c) PHC.....3 d) CHC.....4 e) DH.....5 f) Private hospital.....6 g) Transit.....7 h) Don't know.....8 i) Others (Specify.....).....9		In case of institution delivery also fill table 2 after completion of this form	
2	In case of home delivery, what were the reasons for home delivery? a) Family's preference.....1 b) Village Dai is good.....2 c) No transport facilities.....3 d) Cost of transport is high.....4 e) No information given about need for institutional delivery.....5 f) Services not available at the nearest health facility.....6 g) High expenses.....7 h) Bad experience at institution.....8 i) No complication so no need.....9 j) Home is more comfortable.....10 k) Others (Specify.....).....11			Skip in case of non-home delivery
3	No. of completed pregnancy weeks at time of delivery	_____ weeks		
4	Date and Time of delivery	Date : Time __:___ am/pm		
5	Date and Time of death	Date: Time __:___ am/pm		
6	Who conducted the delivery? a) Allopathic doctor.....1 b) AYUSH doctor.....2 c) ANM.....3 d) Staff nurse.....4 e) Dai.....5 f) Quack.....6 g) Relatives.....7 h) Don't know.....8 i) Others (specify.....).....9			
7	Type of delivery a) Normal.....1 b) C- section.....2 c) Assisted.....3 d) Unattended.....4 e) Don't know.....5			

8	Outcome of the delivery (write numbers in each column) Or not applicable if not delivered but died in labour	Live births	Still births	
9	What were the complications that the deceased woman (name) had during labour/ delivery?			
	a) Prolonged labour (Primi>12 hrs / Subsequent deliveries >8 hrs).....1	b) Severe bleeding/ bleeding with clots- (one saree/in skirt soaked =500ml).....2		
	c) Labour pain which disappeared suddenly.....3	d) Inversion of the uterus.....4		
	e) Retained placenta.....5	f) Convulsions.....6		
	g) Severe breathlessness /cyanosis/ edema.....7	h) Unconsciousness.....8		
	i) High fever.....9	j) Not applicable.....10		
	k) Other (specify.....)	11		
10a	<i>In case of institutional delivery,</i> what was the treatment provided at the health facility?	a) Received IV drip.....1 b) Blood transfusion.....2 c) Oxygen was given.....3 d) Don't know.....4 e) Others (specify.....).....5		
10b	See the hospital records if available and fill details of treatment received.			
10c	Any information given to the relatives about the nature of complication from the hospital	Yes.....1 No.....2		If no, Go to Q 10e
10d	If yes, please describe			
10e	Was there any delay in initiating treatment	Yes.....1 No.....2 Not known.....3 Not Applicable.....4		} Go to Q 12
10f	If yes, please describe			Go to Q 12
11a	In case of home delivery, did the woman seek care?	Yes.....1 No.....2		If yes, Go to Q11c

11b	In case of not seeking care, what were the reasons for not seeking care		Go to Sec X
	a) Severity of complication not known.....1	b) Health facility was very far.....2	
	c) Lack of transport.....3	d) Financial reasons	
	e) Family reasons.....5	f) Faith in local healers / dai.....6	
	g) Beliefs and customs.....7	h) Disrespectful behaviour of the providers.....8	
	i) Others (Specify.....).....9		
11c	Where did she seek care?		
	a) SHC.....1	b) PHC.....2	
	c) CHC.....3	d) DH.....4	
	e) Private hospital.....5	f) Quack.....6	
	g) Don't know.....7	h) Others (Specify.....).....8	
11d	Any information given to the relatives about the nature of complication by the care provider?	Yes.....1 No.....2	If no, Go to Q 11f
11e	If yes, please describe		
11f	Was there any delay in initiating treatment	Yes.....1 No.....2 Don't know.....3 Not applicable.....4	Go to Q 12
11g	If yes, please describe		
12	Was the deceased woman referred – from the place of delivery in case of institutional delivery	Yes.....1 No.....2 Not known.....3	
13	In case of home delivery, was the deceased woman referred from first point of seeking care for complication?	Yes.....1 No.....2 Not known.....3	
14	Did she attend the referral centre?	Yes.....1 No.....2 Not known.....3	Also fill table 2 given below for information on referrals

15	In case of not seeking care from the hospital, what were the reasons for not seeking care		
	s) Severity of complication not known.....1	t) Health facility was very far.....2	
	u) Lack of transport.....3	v) Financial reasons.....4	
	w) Family reasons.....5	x) Faith in local healers / dai.....6	
	y) Beliefs and customs.....7	z) Disrespectful behaviour of the providers.....8	
	aa) Others (Specify _____).....9		
16	Any information given to the relatives about the nature of complication from the hospital	Yes.....1 No.....2	If no, Go to Q.18
17	If yes, please describe		
18	Was there any delay in initiating treatment	Yes.....1 No.....2 Don't know.....3 Not Applicable.....4	Go to Sec XI
19	If yes, please describe		
	<i>If the death happened after delivery of placenta then fill section X also- as it would be classified as death during post natal period</i>		
X	POST NATAL PERIOD		
1	Did the deceased woman (name) have any problem following delivery	Yes.....1 No.....2 Don't know.....3	Go to Q 10
2a	Date and time of onset of the problem	Date - DD __/MM__ / YYYY__ Time __: __: __	
2b	Duration of onset of problem after delivery	_____ hrs _____ days	

3	What was the problem during post natal period?		
	a) Severe bleeding.....1	b) High fever and foul smelling discharge.....2	
	c) Unconsciousness/ visual disturbance.....3	d) Bleeding from multiple sites4	
	e) Severe leg pain, swelling5	f) Abnormal behaviour.....6	
	g) Severe anemia.....7	h) Sudden chest pain & collapse.....8	
	i) Don't know.....9	j) Others (Specify.....).....10	
4	Did she seek treatment	Yes.....1 No.....2	If yes, also fill table 2 If no Go to Q No. 7
5	If yes, where did she seek treatment		
	a) SHC.....1	b) PHC.....2	
	c) CHC.....3	d) DH.....4	
	e) Private hospital/clinic.....5	f) Quack.....6	
	g) Don't know.....7	h) Others (Specify.....).....8	
6a	What was the treatment provided at the health facility?	a) Received IV drip.....1 b) Blood transfusion.....2 c) Oxygen was given.....3 d) Don't know.....4 e) Others (specify.....).....5	
6b	See the hospital records if available and fill details of treatment received.		
7	Was she referred?	Yes.....1 No.....2	If no, Go to Q.10
8	Did she attend the referral center?	Yes.....1 No.....2	If yes, also fill table 2
9	In case of not seeking care from the hospital, what were the reasons for not seeking care		
	a) Severity of complication not known.....1	b) Health facility was very far.....2	
	c) Lack of transport.....3	d) Financial reasons.....4	
	e) Family reasons.....5	f) Faith in local healers / dai.....6	
	g) Beliefs and customs.....7	h) Disrespectful behaviour of the providers.....8	
	i) Others (Specify.....).....9		

10	Did she receive any postnatal check ups	Yes.....1 No.....2	If no, <i>end of the questionnaire</i>
11	No. of post natal check ups received	_____	
12	Who did the post natal check ups		
	a) Doctor.....1	b) ANM.....2	
	c) ASHA.....3	d) Dai.....4	
	e) Quack.....5	f) Don't know.....6	
		g) Others (Specify-----)7	

Please fill the table below for the details on transport, referral and type of care given				
Table 2				
Place	Home/ Village	Facility 1	Facility 2	Facility 3
Date (DD/MM/YY)				
Time of onset of complication or onset of labour				
Time of calling/ arrival of transport				
Transport used				
Name of Facility/ Level of referral		Facility 1	Facility 2	Facility 3
Time to reach				
Money spent on transport				
Reason for referral				
Referral slip (given or not)				
Treatment given				
Money spent on treatment/ medicine/ diagnostics				
Time spent in facility				

XI. Open history (Narrative format) (explore)

[illegible]

XII. According to you, what could have been done to prevent the death of the deceased mother?

[illegible]

Form 6

MDR Case Summary

Name of the Block/PHC/District OR/Name of facility											
Particulars of the Deceased Woman	MCTS ID _____	Name _____		Religion:		Caste:					
	Age:										
Address (when death occurred)	Place of Residence:				Native Place:						
Place of Death											
Date and Time of death	DD MM YY YY YY YY At HH MM AM/PM										
Timing of Death	Pregnancy	During or within 6 weeks of abortion		In labour or during Delivery		Within 1 week after delivery		7- 42 days after Delivery			
Obstetric History	Gravida	Para	Previous Abortions		Infant outcome		Number of alive children				
			Spontaneous	Induced							
Investigation	Date of interview	Date of Interview-2 (if second visit made)		Name and contact details of main respondents:							

1. Delay in seeking care

- Unawareness of danger signs
- Illiteracy & Ignorance
- Delay in decision making
- No birth preparedness
- Beliefs and customs
- Lack of assured services
- Unawareness about services available in nearby facility
- Any other, specify_____



2. Delay in reaching health facility

- Delay in getting transport for first facility
- Delay in mobilizing funds
- Not reaching appropriate/ referral facility in time
- Difficult terrain
- Any other, specify_____



3. Delay in receiving adequate care in facility

- Delay in initiating treatment
- Substandard treatment in hospital
- Lack of blood, equipments and drugs
- Lack of adequate funds
- Any other, specify_____



Probable direct obstetric cause of death: _____

Indirect obstetric cause of death: _____

Contributory causes of death: _____

Initiatives suggested: _____

Name and designation of investigation team:

1. Name: _____ Designation: _____

2. Name: _____ Designation: _____

3. Name: _____ Designation: _____

Signatures and Name of Block Medical Officer/Facility Nodal Officer (with stamp)

ANNEXURE II

The Who Application of ICD-10 to Deaths During Pregnancy, Childbirth and the Puerperium: ICD-MM

For Filling in MDR Tool ICD-MM

Groups of underlying causes of death during pregnancy, childbirth and the puerperium in mutually exclusive, totally inclusive groups.

Type	Group name/number	From the comprehensive list of causes of deaths which can be put in the respective ICD-MM Category
A. Maternal death – I. Direct causes	1. Pregnancies with abortive outcome	Abortions related- Spontaneous ↙ 1.1 Abortion ↘ Induced Abortion (Safe/Unsafe) 1.2 Ectopic Pregnancy 1.3 Gestational Trophoblastic Disease
	2. Hypertensive disorders in pregnancy, birth and puerperium	2.1 Hypertensive disorders of pregnancy induced hypertension, 2.2 Pre eclampsia, 2.3 Eclampsia, 2.4 HELLP Syndrome 2.5 Essential Hypertension
	3. Obstetric Haemorrhage (except haemorrhage)	Excluding abortive outcome 1.1 to 1.3 1.4 Antepartum hemorrhage -Placenta previa -Placental abruption -Unclassified 1.5 Scar dehiscence 1.6 Rupture uterus after obstructed labour or otherwise 1.7 Surgical injury during labour, Caesarean Section/ Forceps or Vacuum delivery Cervical / Vaginal tears, others 1.8 Third Stage haemorrhage with/without Retained placenta, with/without Inversion of uterus. 1.9 Postpartum haemorrhage - Atonic - Traumatic - Mixed Labour and delivery complicated by intrapartum haemorrhage, not elsewhere classified

Type	Group name/number	From the comprehensive list of causes of deaths which can be put in the respective ICD-MM Category
	4. Pregnancy related infection	3.1 Excluding abortive outcome 3.2 Chorioamnionitis without or with obstructed labour / prolonged labour 3.3 Puerperal sepsis 3.4 Post surgical procedures (E.g. evacuation, Cesarean section, laparotomy, manual removal of placenta, others) Infections of genito urinary tract Infection of obstetric surgical wound following delivery Infections of breast associated with child birth Pyrexia of unknown origin following delivery 3.5 Others like breast abscess 3.6 Unknown
	5. Other Obstetric complications	4.1 Amniotic Fluid Embolism 4.2 Uterine Inversion 4.3 Hepatorenal failure due to vomiting during pregnancy 4.4 Unexplained
	6. Unanticipated complications of management	Unanticipated complications of management
A . Maternal death II. Indirect causes	7. Non obstetric complications	1. Anaemia 1.1 Iron/Folic Acid Deficiency 1.2 Sickle cell Disease 1.3 Thalassemia 1.4 Aplastic Anaemia 2. Cardiac disorders 2.1 Cardiomyopathy (antepartum, peripartum postpartum) 2.2 Rheumatic heart disease 2.3 Congenital heart disease 2.4 Aortic aneurysm 2.5 Myocardial infarction 2.6 Others 3. Liver Disorders 3.1 Acute fatty liver of pregnancy 3.2 Acute hepatic failure 3.3 Cirrhosis of liver with portal hypertension 3.4 Infective hepatitis (A,B,C,E) 3.5 Others 4. Respiratory Disorders 4.1 Tuberculosis 4.2 Pneumonia 4.3 Asthma 4.4 Adult respiratory distress syndrome 4.5 Pulmonary embolism

Type	Group name/number	From the comprehensive list of causes of deaths which can be put in the respective ICD-MM Category
		5. Renal disorders 5.1 Acute renal failure 5.2 Nephritis 5.3 Medico renal disease e.g chronic/acute renal failure 5.4 Renal artery stenosis 5.5 Collagen disorder 5.6 Transplant complications 6. Endocrinal Disorders 6.1 Diabetes Gestational diabetes mellitus Diabetes mellitus 6.2 Thyroid Disorder Thyrotoxicosis 6.3 Pheochromocytoma 7. Neurological Disorders 7.1 Epilepsy 7.2 Cortical vein thrombosis 7.3 Cerebral embolism (stroke) 7.4 Meningitis 7.5 Encephalitis 8. Infections/ Infestations 8.1 Malaria 8.2 Dengue 8.3 H1N1 viral Disease 8.4 HIV/AIDS 8.5 Scrub typhus 8.6 Other
A. Maternal death III. Unspecified	8. Unknown causes-	8. Maternal death during Pregnancy, childbirth and the puerperium where the underlying cause is unknown or was not determined.
B. Death during pregnancy, child birth and puerperium	9. Coincidental /Incidental causes	B Death during pregnancy, child birth and the puerperium due to external causes