

टाइफाइड (Typhoid) विरुद्ध खोप अभियान २०७८/७९

खोप अभियान संचालनको लागि वडा, स्वास्थ्य संस्थाहरूले विद्यालयबाट १५ बर्ष सम्मका विद्यार्थीहरूको विवरण संकलन फारम

जिल्ला :

स्थानिय तह :

वडा नं. :

सं. क्र.	विद्यालयको नाम	विद्यार्थी संख्या		जम्मा संख्या	सम्पर्क शिक्षक/विद्यालय नर्सको नाम	सम्पर्क व्यक्तिको मोबाइल नं.
		छात्रा	छात्र			
कुल जम्मा						

नोट :

- यो फारम अभियान संचालन भन्दा कम्तिमा १ महिना अगावै स्वास्थ्य कार्यालयले स्थानिय तह र वडामा अनिवार्य पठाई विवरण अद्यावधिक गर्न सहजिकरण गर्ने ।
- वडाले वडा भित्र रहेका प्रत्येक विद्यालयको विवरण (विद्यालयको नाम र लक्षित संख्या) अद्यावधिक गरी स्थानिय तहमा पठाउने एवं स्थानिय तहले वडा तहको समायोजन गरी जिल्लामा पठाउने
- यो विवरणको आधारमा वडा, स्वास्थ्य संस्थाले अनुसुची २ को विवरण तयार गर्ने साथै जिल्लास्तरको गोप्यता अनिवार्य लिई जाने

तयार गर्नेको नाम, पद, संस्था र दस्तखत:

टाइफाइड (Typhoid) विरुद्ध खोप संचालनको लागि वडा/स्थानिय तह स्तरीय योजना तर्जुमा फारम

जिल्ला :

स्थानिय तह :

वडा नं. :

क्र. सं.	स्वास्थ्य संस्था/वडा/विद्यालयको नाम	खोप केन्द्र संचालन हुने स्थान, विद्यालयको नाम/विद्यालय संख्या	लक्षित संख्या*		जम्मा लक्षित संख्या	जनशक्ति संख्या		आवश्यक खोप तथा खोप जन्य सामग्री								
			विद्यालयका	विद्यालय बाहिरका		खोप दिने स्वास्थ्यकर्मी	स्वयंसेवक	खोप भण्डारण	ए. डि सिरिञ्ज	मार्कर मसी	ए.ई.एफ.आई किट	पोस्टर	खोप कार्ड	FAQ		
कुल जम्मा																

नोट :

- यो फारम अभियान संचालन भन्दा कम्तिमा १ महिना अगावै स्वास्थ्य कार्यालयले स्थानिय तह र वडामा अनिवार्य पठाई विवरण अद्यावधिक गर्न सहजिकरण गर्ने ।
- वडाले वडा भित्र रहेका प्रत्येक विद्यालयको विवरण (अनुसूची १) बाट यो विवरण अद्यावधिक गरी स्थानिय तहमा पठाउने एवं स्थानिय तहले वडा तहको समायोजन गरी जिल्लामा पठाउने
- खोप केन्द्र उल्लेख गर्दा खोप केन्द्र निर्धारण गर्न माथि उल्लेख भएको आधारमा खोप केन्द्र रहने विद्यालयको महलमा ठिक (✓) चिन्ह लगाउने र खोप केन्द्र नरहने तर लक्षित संख्या रहेका विद्यालयहरूबाट कहाँ कुन विद्यालयमा लगेर खोप दिने हो सोही खोप केन्द्र रहेको विद्यालयको नाम उल्लेख गर्ने

तयार गर्नेको नाम, पद, संस्था र दस्तखत:

स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको नाम र दस्तखत:

टाइफाइड (Typhoid) विरुद्ध खोप अभियान २०७८/७९

अनुसुची ४

प्रदेश तथा जिल्लास्तरिय अभिमुखिकरण तथा योजना गोष्ठी

क्र. सं	जिल्लाको नाम	अभियान सञ्चालन अवधि	कार्यक्रम संचालन मिति			
			२ दिने योजना तर्जुमा तथा अभिमुखिकरण गोष्ठी	जिल्ला/पालिका खोप समन्वय समितिको अभिमुखिकरण	खोप कार्यकर्ताको तालिम	प्रदेश/जिल्ला तहबाट परिचालन हुने सहजकर्ता र संस्था

नोट: उपर्युक्त उल्लेखित क्रियाकलापहरू अभियान सञ्चालन भन्दा कम्तिमा ३ दिन अगाडि सम्पन्न गरी सक्नुपर्नेछ ।

जिल्ला तथा स्थानिय तह स्तरिय अभिमुखिकरण तथा योजना गोष्ठी

क्र. सं	स्थानिय तहको नाम	अभियान सञ्चालन अवधि	कार्यक्रम संचालन मिति						
			स्थानिय तह खोप समन्वय समितिको अभिमुखिकरण	वडा खोप समन्वय समितिको अभिमुखिकरण	वडा/स्वास्थ्य संस्थास्तरमा शिक्षकहरूको अभिमुखिकरण	वडा/स्वास्थ्य संस्थास्तरमा स्वयंसेवकहरूको अभिमुखिकरण	याली गर्ने	माइकिङ्ग गर्ने	जिल्ला तहबाट परिचालन हुने सहजकर्ता र संस्था

नोट: उपर्युक्त उल्लेखित क्रियाकलापहरू अभियान सञ्चालन भन्दा कम्तिमा ३ दिन अगाडि सम्पन्न गरी सक्नुपर्नेछ ।

टाइफाइड (Typhoid) विरुद्ध खोप दिँदा खोप केन्द्रमा प्रयोग गरीने ट्याली सिट

(क) जिल्ला:

(ख) स्थानिय तह :

(ग) वडा नं.:

(घ) खोप केन्द्रको नाम र स्थान:

(ड) खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीको नाम:

(च) स्वयंसेवकको नाम : १.

(छ) अभियान सञ्चालन मिति :

२.

खोप लिएका बालबालिकाहरूको संख्या																									
१५ महिना देखि २३ महिना सम्मका बालबालिका					२ वर्ष देखि १५ वर्ष मुनीका बालबालिका																				
				५																					२०
				१०																					४०
				१५																					६०
				२०																					८०
				२५																					१००
				३०																					१२०
				३५																					१४०
				४०																					१६०
				४५																					१८०
				५०																					२००
जम्मा					जम्मा																				

टाइफाइड खोप लगाएका हरेक बालबालिकाको लागि एउटा कोठामा चिन्ह लगाउनुहोस् ।

भ्याक्सिन, सिरिञ्ज र सेफ्टी बक्सको प्राप्त-खर्चको विवरण				
क्र.सं.	विवरण	प्राप्त	खर्च	फिर्ता/बाँकी
१.	भ्याक्सिन (५ मात्रा भायल)			
४.	ए.डि. सिरिञ्ज (गोटा)			
५.	सेफ्टी बक्स (गोटा)			

खोप लगाएपछि हुनसक्ने अवाञ्छित घटनाहरूको विवरण					
क्र.सं	ए.ई.एफ.आई.भएको बालबालिकाको नाम	पु/म.	उमेर	उपचार	नतिजा
					(निको भएको, प्रेषण गरेको)

सुपरिवेक्षण गरेको समय र दस्तखत:

टाइफाइड खोप अभियान २०७८/७९

अभियानको पूर्व तयारी एवम् अभियान संचालन अवस्थाको सुपरिवेक्षण/अनुगमन चेकलिष्ट

जिल्ला : स्थानिय तह : वडा/स्वास्थ्य संस्था :
 अभियान सञ्चालन : देखि सम्म
 जम्मा लक्षित जनसंख्या : सुपरिवेक्षण/अनुगमनको मिति :
 सुपरीवेक्षक/अनुगमनकर्ताको नाम: पद र कार्यालय:

क्र. सं.	क्रियाकलापहरू	कार्य सम्पन्न		सम्पन्न भएको छैन भने कारण	कहिलेसम्म गर्ने ?	जिम्मेवार व्यक्ति
		भएको	नभएको			
(क)	पूर्व तयारी योजना, समन्वय र वित्तीय व्यवस्था					
१	लक्ष्य अनुसार खोप तथा खोप सामग्रीको प्राप्ति र पर्याप्तताको यकिन					
२	भ्याक्सिन, सिरिञ्ज, सेफ्टी बक्स र अन्य सामग्रीको आपूर्ति वितरणको योजना					
३	ए.ई.एफ.आई.व्यवस्थापनको योजना					
४	बहस-पैरबी, सामाजिक परिचालन र सूचना प्रवाहको योजना					
५	जिल्ला/स्थानिय तह /वडा खोप समन्वय तथा अनुगमन समितिको अभिमुखिकरण					
६	खोप केन्द्र अनुसार लक्षित जनसंख्या, जनशक्ति, संचालन अवधि, खोप तथा खोपजन्य सामग्रीको परिमाण निर्धारण सहितको सूक्ष्मयोजना					
७	पहुँच नभएको/विद्यालय बाहिर रहेका व्यक्तिहरूलाई खोप दिने योजना					
८	सूक्ष्म योजना तयारी तथा खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीहरूको तालिम					
९	सुपरिवेक्षणको योजना (व्यक्ति ,स्थान र अवधि सहित) पूर्व तयारी र खोप अभियान संचालन भएको अवधिको लागि					
१०	आईस प्याक फ्रिजर, रेफ्रिजेरेटर, कोल्ड बक्स, भ्याक्सिन क्यारियर, आइस प्याक पर्याप्त भए/नभएको र कोल्डचेन व्यवस्थापनको आकस्मिक योजना छु छैन अवस्थाको उल्लेख गर्ने					
११	कार्यक्रम निर्देशिका, फारम, रजिष्टर, चेकलिष्ट, खोप कार्ड तथा प्रचार-प्रसारका सामग्री प्राप्ति र वितरण					
१२	बहस-पैरबी, सामाजिक परिचालन तथा सूचना प्रवाह योजना र योजना अनुसार कार्य					
१३	कार्यक्रम अनुसार बजेट उपलब्ध र खर्च बाँडफाँड योजना					

सुपरीवेक्षकको टिप्पणी र दस्तखत:

(ख)	अभियानको समयमा खोप केन्द्र संचालन र व्यवस्थापनको अनुगमन	अवस्था		कैफियत
		छ	छैन	
१.	खोप केन्द्रमा सबैले देख्ने गरी खोप केन्द्र ब्यानर भुण्ड्याएको			
२.	खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीलाई लक्षितवर्ग र अनुमानित संख्याको अनुमान			
३.	खोप दिने स्वास्थ्यकर्मी र स्वयंसेवकको संख्या योजना अनुसार			
४.	स्वयंसेवकको जिम्मेवारी छुट्याएको			
५.	भ्याक्सिन, सिरिञ्ज सेफ्टी बक्स, खोप कार्ड, मास्क, स्यानिटाइजर पर्याप्त			
६.	कोल्ड चेन कायम गर्न ४ वटा आइस प्याक			
७.	ए.ई.एफ.आई. किटमा तोकिएको औषधि, प्रयोग निर्देशिका, प्रतिवेदन फारमहरू			
८.	ए.ई.एफ.आई. व्यवस्थापन केन्द्र वा टोली र सम्पर्क नम्बरको बारेमा जानकारी			
९.	खोलेको भ्याक्सिनलाई भ्याक्सिन क्यारियर माथि फोम प्याडमा राखेको			
१०.	एक पटकमा एउटा मात्र भ्याक्सिन भायल खोल्ने गरेको			
११.	भायलमा भ्याक्सिन खोलेको समय र मिति लेखेको			
१२.	भ्याक्सिन भायलमा भएको सबै खोप दिने गरेको			
१३.	प्रत्येक व्यक्तिलाई प्रत्येक पटक खोप तानेर दिने गरेको			
१४.	खोप उपयुक्त तरिका, माध्यम र तोकिएको स्थानमा दिने गरेको			
१५.	खोप लगाएपछि बालबालिकाको बायाँ हातको कान्छी औंलामा मसी लगाएको			
१६.	खोप दिँदा उचित तथा पर्याप्त परामर्श दिने गरेको			
१७.	खोप लगाएपछि आधा घण्टा समयसम्म पखिनुपर्छ भनी बताउने गरेको			
१८.	ए.ई.एफ.आई अनुगमनको लागि तोकिएको स्वास्थ्यकर्मी खोप केन्द्रमा			
१९.	प्रयोग गरको सिरिञ्ज र निडिलहरू सेफ्टी बक्समा राखेको			
२०.	खाली भ्याक्सिन भायल र अन्य फोहर छुट्टा छुट्टै भोलामा जम्मा गरेको			
२१.	सबै व्यक्तिको कार्ड पूर्ण रूपमा भरेर दिएको			
२२.	२३ महिना मुनीको बच्चाको नियमित खोप अनुगमन गरेको			
२३.	भ्याक्सिनको खर्च अनुसार खोप लगाएका व्यक्तिको संख्या मिलेको			
२४.	एनाफाइलाक्सिस (Anaphylaxis) भएमा एड्रिनालिन (adrenaline) दिने तरिका र मात्राको बारेमा जानकारी			
२५.	खोप सेसनमा कोभिड-१९ महामारीको सम्बन्धमा संक्रमण, रोकथाम र नियन्त्रण (आई.पि.सि) का उपायहरू अवलम्बन गरेको/नगरेको (कम्तीमा २ मिटरको भौतिक दूरी, मास्कको प्रयोग, साबुनपानीले हात धुने वा स्यानिटाइजरको प्रयोग गर्ने)	उल्लेख गर्ने :		
सुपरीवेक्षकको टिप्पणी र दस्तखत:				

टाइफाइड खोप अभियानसँगै घर-घरमा गएर अनुगमन गर्ने फारम

जिल्ला:

स्थानिय तह:

वडा नं.:

गाउँ/टोल :

खोप केन्द्रको नाम, ठेगाना:

अभियान सञ्चालन मिति:

अनुगमनकर्ताको नाम :

अनुगमन गरेको मिति:

घर नं.	अभिभावकको नाम	जम्मा बालबालिका (१५ महिना देखि १५ वर्ष मुनीका)	जम्मा बालकालिका मध्ये टाइफाइड खोप		खोप नलगाएको कारण (पानाको पछाडी दिएको नम्बर उल्लेख गर्नुहोस् ।)	छुट खोप लगाउन गरेको प्रयास र व्यवस्था
			लगाएको	नलगाएको		
(१)	(२)	(३)	(४)	(५)	(६)	(७)
१						
२						
३						
४						
५						
६						
७						
८						
९						
१०						
११						
१२						
१३						
१४						
१५						
जम्मा टाइफाइड खोपको छुट प्रतिशत : (जम्मा टाइफाइड खोप लगाउन छुट बच्चा/जम्मा घरभेटमा गरिएको बच्चा×१००)						

अनुगमनकर्ता दस्तखत र मिति:

टाइफाइड खोप नलगाउनुको कारण	
१. बालबालिका स्कुल बाहिर रहेको ।	७. धार्मिक कारणले ।
२. अभियानबारे थाहा नभएको/खोप केन्द्र रहेको स्थान थाहा नभएको ।	८. सुईको डरले ।
३. खोप केन्द्र टाढा भएको ।	९. अवाञ्छित घटनाको डरले ।
४. खोप केन्द्रमा भ्याक्सिन नभएको ।	१०. अभिभावकले खोप लिने-नलिने बारे निर्णय गर्न नसकेको ।
५. खोप लगाउन पछि/अर्को दिनमा जाने विचार गरेको ।	११. अन्य (कारण छोटकरीमा उल्लेख गर्ने) ।
६. बालबालिका विरामी भएको ।	१२. थाहा छैन/जवाफ दिन नमानेको ।

टाइफाइड खोप अभियानसँगै घर-घरमा गएर अनुगमन गर्ने प्रक्रियाबारे जानकारी

सुलभ सर्वेक्षण कसरी गर्ने ?

खोप अभियान शुरुवात पश्चात द्रुत सर्वेक्षण गर्दा आफ्नो कार्य क्षेत्र भित्र खोप छुट हुन सक्ने शंकास्पद बस्ती, समुदाय, टोलहरूलाई प्राथमिकतामा राखी कम्तिमा ३ स्थान र आवश्यकता अनुसार थप सर्वेक्षण गर्नुपर्दछ ।

- कम्तिमा २ वटा खोप केन्द्र संचालन भएपछि पहिलो अनुगमन,
- कम्तिमा ४ वटा खोप केन्द्र सञ्चालन भएपछि दोस्रो अनुगमन र
- सबै केन्द्रमा सम्पन्न भए पछि तेश्रो अनुगमन गर्नुपर्दछ ।
 - यो सर्वेक्षणमा छनोट भएका टोल बस्तीका १५ महिना देखि १५ वर्ष मुनीको बालबालिका भएको कम्तिमा १५ घरघुरीमा सर्वेक्षण गर्नुपर्दछ ।

सुलभ सर्वेक्षणको प्रक्रिया

- छनौट भएको बस्तीको कुनै एक ठाँउबाट अनुगमन शुरु गर्ने
- घना बस्ती र शहरी क्षेत्रमा अनुगमन गर्दा शुरु भएको घरबाट प्रत्येक १ घर छोडी अनुगमन गर्ने (जस्तै: पहिलो, तेस्रो र पाँचौ घर.....)
- पातलो बस्ती तथा ग्रामिण क्षेत्रमा छनौट भएका बस्तीमा शुरु भएको घरबाट क्रमशः बालबालिका भएको १५ घरमा अनुगमन गर्ने

घर घरमा गएर सुलभ सर्वेक्षण गर्दा के के गर्ने :

- १५ वर्ष मुनीको बालबालिका भए/नभएको यकिन गर्ने
- अभिभावकसंग सोधि खोप लिए/नलिएको जानकारी लिने
- खोप कार्ड हेर्ने
- औलामा मसीको चिन्ह हेर्ने
- खोप नलगाएको भए कारणबारे जानकारी लिने
- अनुगमन अनुसूचि भर्ने
- छुट खोप दिनको लागि जानकारी, प्रोत्साहन र व्यवस्था गर्ने (अभियानमै छुट बच्चालाई खोप दिने व्यवस्था गर्ने)
- अनुगमन फारम सोही दिन विश्लेषण गरी स्वास्थ्य संस्थामा बुझाउने र छुट बच्चाको विवरण सहित खोप दिने स्वास्थ्यकर्मीलाई समेत जानकारी गराउने ।
- सर्वेक्षणमा खोप छुट भएका बच्चाहरूले अभियानमा खोप लिए/नलिएको यकिन गर्ने

ए.ई.एफ.आइ.को प्रतिवेदन फारम
तत्काल गरीने प्रतिवेदन फारम

मिति : समय :

(क) साधारण विवरण		
स्वास्थ्य संस्थाको नाम:		जिल्लाको नाम:
बिरामीको नाम थर:		
जन्म मिति	पुरुष / महिला	
अभिभावकको नाम/ नाता :		
बिरामीको पुरा ठेगाना: गा.पा./नगरपालिका/उप महानगरपालिका/महानगरपालिका वडा नं. टोल/गाँउ : घर नं. फोन नं.....		
(ख) प्राविधिक विवरण		
खोप दिएको मिति : / / समय :		लक्षण शुरु भएको मिति : / / समय :
भ्याक्सिन दिएको स्थान/स्वास्थ्य संस्थाको नाम र ठेगाना		
भ्याक्सिन दिने स्वास्थ्यकर्मीको नाम		पद:
खोपको नाम:	भ्याक्सिन/घोलकमा भएको उत्पादनकर्तालटनं.	भ्याक्सिन को म्याद सकिने मिति:
१)	१)	१)
२)	२) ३)	२)
३)		३)
तत्काल अनुसन्धान चाहिने(कारण)		
अस्पतालमा भर्ना	छ/छैन	मिति/समय
मृत्युभएको	छ/छैन	मिति/समय
प्रेषण भएको संस्थाको नाम	सोहि समय र केन्द्र मा त्यस प्रकारका घटना घटेको छ (संख्या)/छैन	

नोट: फारम पूर्णरूपमा भरिसकेपछि यथासक्य छिटो स्वास्थ्य कार्यालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय, परिवार कल्याण महाशाखामा पठाउने

प्रतिवेदन गर्ने व्यक्तिको नाम:

पद: दस्तखत: फोन नं मिति/समय:

खोप लगाएपछि हुने अवाञ्छित घटना (ए.ई.एफ.आई.) को अनुसन्धान फारम

(अनुसन्धान गर्दा सबै विवरणहरू स्पष्टसँग भर्नुहोस् । नपुग भएमा अर्को पानामा लेखी यसैसाथ राख्नुहोस् । यसलाई फिल्ड रिपोर्ट र ए.ई.एफ.आई. रिपोर्टसँगै फाईल गर्नुहोस् । ए.ई.एफ.आई. रिपोर्ट भएको २४ घण्टाभित्र अनुसन्धान गर्नुपर्नेछ ।)

(क) साधारण विवरण

ए.ई.एफ.आई. केश आई.डि. नम्बर:

स्वास्थ्य संस्थाको नाम :	जिल्लाको नाम:
बिरामीको नाम थर :	
जन्म मिति :	पुरुष / महिला
अभिभावकको नाम र नाता :	
बिरामीको पुरा ठेगाना: गा.वि. स./न.पा.को नाम :	
वडा नं.: टोल/गाँउ : घर नं. :	सम्पर्क फोन नं.:

(ख) भ्याक्सिनको विवरण:

खोपको नाम	शरिरको कुन भागमा खोप दिएको	खोप दिएको तरिका	भ्याक्सिन लट नं.	घोलक लट नं.	भ्याक्सिन उत्पादन गर्ने कम्पनि	भ्याक्सिनको म्याद नाघ्ने मिति	घोलकको म्याद नाघ्ने मिति

खोप दिएको मिति र समय	ए.ई.एफ.आई.शुरु भएको मिति र समय	ए.ई.एफ.आई.सूचना प्राप्त गरेको मिति र समय

(ग) प्राविधिक विवरण:

<p>बिरामीको बारेमा थप जानकारी :</p> <p>विगतमा खोप दिँदा बालबालिकालाई कुनै प्रतिक्रिया देखा परेको थियो ? थियो / थिएन / थाहा भएन थियो भने उल्लेख गर्नुहोस्.....</p> <p>के बच्चामा अन्य कुनै एलर्जि छ ? छ / छनै/ थाहा भएन । छ भने उल्लेख गर्नुहोस्.....</p> <p>बिरामीको अवस्था : निको भएको / केहि सुधार भएको/अवस्था बिग्रिदै गएको</p> <p>मृत्यु भएको (मिति, समय र स्थान)</p> <p>घटनाको विस्तृतिकरण :</p> <p>उपचारको विवरण:</p>

प्रयोगशालामा कुनै अनुसन्धान गरीएको छ? (रगत, दिसा, आदिको जाँच):छ/छैन
यदि छ भने के पत्ता लागेको छ?पोष्टमार्टम गरीएको छ/छैन
यदि छ भने के पत्ता लागेको छ?

के समुदायमै गई अनुसन्धान थालिएको छ? छ/छैन
सोही खोप सेसनमा देखिएका मिल्दा जुल्दा घटनाहरू (सख्या).....
खोप नलिएकामा देखिएका मिल्दा जुल्दा घटनाहरू(सख्या).....
के खोप सेसन/खोप केन्द्रमा खोप दिने तरिका अवलोकन गरी अनुसन्धान थालिएको छ ?छ/छैन
सोही भायल बाट कति जनालाई खोप सेवा दिएको थियो.....
कुन अवस्थामा बालबालिकालाई खोप दिइएको थियो?
पहिले/अन्तिमको केहिमात्रा बाँकि भएको बेलामा?
पहिले/सेसनको अन्त्यतिर केहि बालबालिका बाँकि रहेको अवस्थामा?

कुन सिरिञ्ज प्रयोग गरीएको थियो? पूनः प्रयोग गर्न मिल्ने (प्लाष्टिक/ग्लास), एक पटक प्रयोग
गरेपछि फ्याक्ने ए.डि. सिरिञ्ज, अन्य
यदि पूनः प्रयोग गर्न मिल्ने सिरिञ्ज प्रयोग गरेको भएमा : निर्मलिकृत प्रक्रिया हेर्नुहोस् :
उपयुक्त/अनुपयुक्त/अवलोकन नगरीएको
अनुपयुक्त भएमा उल्लेख गर्नुहोस्:च्यातिएको/म्याद गुज्रेको/निर्मलिकृत नभएको

स्वास्थ्य कार्यकर्ताले भ्याक्सिन दिएको तरिका:उपयुक्त/अनुपयुक्त
अनुपयुक्त भएमा उल्लेख गर्नुहोस्:..... अवलोकन नगरीएको

कोल्डचेनको व्यवस्थापन (कोल्डस्टोर देखि प्रयोग गरीने स्थान सम्मको): उपयुक्त/अनुपयुक्त
अनुपयुक्त भएमा उल्लेख गर्नुहोस्: अवलोकन नगरीएको

के भ्याक्सिन दिनु भन्दा अगाडी बालबालिकाको स्वास्थ्यको मुल्याङ्कन गरीएको थियो? थियो/थिएन/थाहा भएन
यो स्वास्थ्य संस्थाबाट विगत ३० दिनमा अन्य कुनै ए.ई.एफ.आई प्रतिवेदन भएको थियो कि?थियो/थिएन/थाहा
भएन । यदि प्रतिवेदन भएको भए कति जनामा ?

(घ) लेखाजोखा:

ए.ई.एफ.आई हुनाको कारणहरूको सारांस: यदि एक भन्दा बढी कारणहरू देखिएमा बक्समा चिन्ह लगाउनुहोस् ।			
कार्यक्रमको त्रुटी	भ्याक्सिनको प्रतिकूल असर	संयोगवस घटेका मिल्दोजुल्दो समस्या	स्पष्ट नभएको
<input type="checkbox"/> असुरक्षित सुई <input type="checkbox"/> सही तरिकाले खोप तयार नगरेको <input type="checkbox"/> ठिक ठाउँमा खोप नदिएको <input type="checkbox"/> खोप भण्डारण र ढुवानी सही तरिकाले नगरेको <input type="checkbox"/> गलत घोलक प्रयोग गरीएको <input type="checkbox"/> गलत तरिकाले घोलक प्रयोग गरीएको <input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> ४८ घण्टा भित्र उच्च ज्वरो (१०२ ^० से. भन्दा बढी) आउनु <input type="checkbox"/> अचेतन अवस्था हुनु, स्नायु प्रणाली संग सम्बन्धित गम्भिर असरहरू देखिनु <input type="checkbox"/> अतिसिघ्र लुलो पक्षघात (नगन्य मात्रामा ओ.पि.भि.को प्रयोग पछि देखिन्छ) <input type="checkbox"/> २४ घण्टा भित्र Anaphylaxis देखिनु <input type="checkbox"/> १४ दिन भित्र इन्सेफलाइटिस/इन्सेफ्यालोप्याथी देखा पर्नु	<input type="checkbox"/> खोप नलगाएका अन्य बालबालिकामा देखिएका उस्तै उस्तै असरहरू <input type="checkbox"/> अन्य	
अनुसन्धानको निष्कर्ष : कार्यक्रमको त्रुटी: <input type="checkbox"/> पक्कै हो <input type="checkbox"/> सम्भावित हो <input type="checkbox"/> हुनसक्ने हो <input type="checkbox"/> हुन नसक्ने <input type="checkbox"/> असम्बन्धित <input type="checkbox"/> अवर्गीकृत भ्याक्सिनको प्रतिकूल असर: <input type="checkbox"/> पक्कै हो <input type="checkbox"/> सम्भावित हो <input type="checkbox"/> हुनसक्ने <input type="checkbox"/> हुन नसक्ने <input type="checkbox"/> असम्बन्धित <input type="checkbox"/> अवर्गीकृत संयोगवस घटेका मिल्दोजुल्दो समस्या: <input type="checkbox"/> पक्कै हो <input type="checkbox"/> सम्भावित हो <input type="checkbox"/> हुनसक्ने हो <input type="checkbox"/> हुन नसक्ने <input type="checkbox"/> असम्बन्धित <input type="checkbox"/> अवर्गीकृत			
निष्कर्षका आधारहरू			
बिरामीको अनुगमन गरीएको छ/छैन, यदि छ भने उल्लेख गर्नुहोस्:..... थपउपचारको लागि सिफारिस: छ / छैन यदि छ भने उल्लेख गर्नुहोस्: ए.ई.एफ.आई. भएपछि सुधारात्मक प्रयासहरू: छ / छैन, यदि छ भने उल्लेख गर्नुहोस्:			
अनुसन्धानबाट कार्यक्रम सुधार गर्नकालागि गरीएका सिफारिसहरू :			

(ङ) अनुसन्धान कर्ताको विवरण:

अनुसन्धान कर्ताको नाम:	पद:	सहि:
१)		
२)		
३)		
अनुसन्धान शुरू भएको मिति र समय:		
अनुसन्धान समाप्त भएको मिति र समय:.....		

यो फाराम भरिसकेपछि अनुसन्धान कर्ताले स्वास्थ्य कार्यालयमा र अर्को प्रति स्वास्थ्य निर्देशनालय तथा परिवार कल्याण महाशाखामा यथासक्य छिटो माध्यमबाट पठाउनु पर्दछ । प्रतिवेदनको आधारमा सम्बन्धित निकायले तत्काल आवश्यक कार्य गर्नु पर्दछ ।

टाइफाइड खोप अभियानको लागि जिल्ला तथा प्रदेशस्तरिय अनुमानित लक्षित संख्या

Administrative Names	Wards	15 months – 23 months	15 months to 4 years children	2 years to below 15 years	5 to 15 years children
Nepal	6743	405443	1486623	7009716	5928536
Province1	1157	67506	247522	1170881	990865
Taplejung	61	1848	6776	32858	27930
Panchthar	60	2545	9333	45003	38215
Ilam	81	3615	13256	60391	50750
Jhapa	131	11605	42553	203738	172790
Morang	159	14008	51363	249299	211944
Sunsari	124	12412	45512	211903	178803
Dhankuta	60	3256	11937	49731	41050
Terhathum	43	1189	4358	22068	18899
Sankhuwasabha	76	2861	10492	46691	39060
Bhojpur	81	2288	8390	42430	36328
Solukhumbu	52	1567	5744	27339	23162
Okhaldhunga	75	2142	7854	37172	31460
Khotang	79	2699	9896	49037	41840
Udayapur	75	5471	20060	93227	78638
Madhesh	1271	101809	373299	1686056	1414566
Saptari	164	9898	36293	170250	143855
Siraha	164	11526	42261	193348	162613
Dhanusa	169	11988	43957	206404	174435
Mahottari	138	13160	48253	209881	174788
Sarlahi	200	15079	55290	248521	208310
Rautahat	157	15193	55707	240817	200303
Bara	167	13862	50828	227834	190868
Parsa	112	11103	40711	189004	159396
Bagmati	1121	67030	245777	1185509	1006762
Sindhuli	79	5008	18363	85500	72145
Ramechhap	64	2256	8272	39665	33649
Dolakha	74	2165	7938	40535	34762
Sindhupalchok	103	2780	10192	55210	47798
Kavrepalanchok	135	5209	19101	84639	70747
Lalitpur	71	4937	18102	89935	76770
Bhaktapur	38	3337	12234	60723	51826
Kathmandu	138	19709	72268	348862	296303
Nuwakot	88	3478	12754	59271	49995

Administrative Names	Wards	15 months – 23 months	15 months to 4 years children	2 years to below 15 years	5 to 15 years children
Nepal	6743	405443	1486623	7009716	5928536
Rasuwa	27	915	3355	13277	10837
Dhading	104	4095	15014	74878	63959
Makwanpur	102	5747	21071	102743	87419
Chitawan	98	7395	27115	130275	110555
Gandaki	759	31147	114205	550258	467200
Gorkha	94	3880	14226	65132	54786
Lamjung	75	1883	6903	34379	29359
Tanahu	85	3730	13677	69644	59697
Syangja	97	3380	12393	60274	51261
Kaski	72	5809	21299	105075	89585
Manang	28	125	457	1806	1474
Mustang	25	252	924	3826	3154
Myagdi	45	1515	5555	27344	23304
Parbat	61	1573	5767	29536	25342
Baglung	85	4538	16638	76944	64844
Nawalparasi_E	92	4463	16366	76300	64397
Lumbini	983	71280	261359	1242709	1052630
Gulmi	93	3428	12569	63427	54286
Palpa	81	4037	14802	67514	56749
Nawalparasi_W	74	4816	17658	82201	69359
Rupandehi	155	12764	46800	226158	192122
Kapilbastu	96	11146	40867	185004	155283
Arghakhanchi	61	2569	9419	47838	40988
Pyuthan	64	4573	16767	78950	66756
Rolpa	72	4369	16019	75293	63643
Dang	100	8282	30369	148374	126287
Banke	81	8150	29883	141679	119946
Bardiya	75	5887	21587	104496	88796
Rukum_E	31	1260	4620	21778	18418
Karnali	718	27308	100131	476687	403864
Rukum_W	73	2021	7412	34987	29596
Salyan	83	3590	13162	62655	53083
Surkhet	99	4787	17551	90100	77336
Dailekh	90	4653	17061	81850	69442
Jajarkot	77	3550	13017	61511	52044
Dolpa	65	828	3035	13503	11296

Administrative Names	Wards	15 months – 23 months	15 months to 4 years children	2 years to below 15 years	5 to 15 years children
Nepal	6743	405443	1486623	7009716	5928536
Jumla	60	1839	6744	34245	29340
Kalikot	82	3105	11385	52039	43759
Mugu	45	1539	5644	24253	20148
Humla	44	1396	5120	21547	17823
Sudurpaschhim	734	39363	144332	697620	592651
Bajura	69	2470	9057	43505	36918
Bajhang	94	3431	12582	60335	51184
Achham	91	5016	18393	84399	71022
Doti	65	4179	15324	72074	60929
Kailali	126	10153	37226	184163	157090
Kanchanpur	92	5657	20743	104116	89030
Dadeldhura	52	2562	9394	42926	36094
Baitadi	84	3978	14585	71111	60504
Darchula	61	1917	7029	34994	29882

स्रोत : HMIS २०७८/७९ बाट प्रक्षेपण गरिएको

नोट : माथी उल्लेखित लक्षित संख्याको विवरण अनुमानित भएको र सो मध्ये ५ वर्ष देखि १५ वर्ष सम्मका बालबालिकाको लक्षित संख्या विद्यालयबाट प्राप्त तथ्यगत विवरणको आधारमा मात्र लक्षित संख्या निर्धारण गरी योजना गर्नुपर्दछ ।

फर्म फर्मेट तथा अन्य सामाग्री वितरण अनुमान योजना तयार गर्ने आधार

अनुसुची	फर्म फर्म्याट	अनुमानको आधार
१	खोप अभियान संचालनको लागि वडा, स्वास्थ्य संस्थाहरूले विद्यालयबाट १५ वर्ष मुनीका विद्यार्थीहरूको विवरण संकलन फारम	गा.पा/न.पा को प्रति वडा ६ प्रति र उप/महानगरको प्रति वडा १० प्रतिको दरले
२	टाइफाइड (Typhoid) विरुद्ध खोप संचालनको लागि वडा/स्थानिय तह स्तरीय योजना तर्जुमा फारम	प्रति वडा ६ प्रति र प्रति स्थानीय तह ६ प्रतिको दरले
३	टाइफाइड (Typhoid) विरुद्ध खोप संचालनको लागि जिल्ला/प्रदेश स्तरीय योजना तर्जुमा फारम	प्रति जिल्ला १० प्रति र प्रति प्रदेश १० प्रतिको दरले
४	प्रदेश तथा जिल्ला स्तरिय अभिमुखिकरण तथा योजना गोष्ठि	प्रति जिल्ला १० प्रति र प्रति प्रदेश १० प्रतिको दरले
५	जिल्ला तथा स्थानिय तह स्तरिय अभिमुखिकरण तथा योजना गोष्ठि	प्रति जिल्ला १० प्रति र प्रति स्थानीय तह ६ प्रतिको दरले
६	टाइफाइड (Typhoid) विरुद्ध खोप संचालनको लागि वडा/स्थानिय तह /जिल्ला स्तरीय खोप तथा कोल्डचेन योजना तर्जुमा फारम	प्रति स्थानीय तह ४ र प्रति जिल्ला १० प्रतिको दरले
७	विद्यालयहरूबाट १५ महिना देखि १५ वर्ष उमेर मुनीका कक्षागत विद्यार्थीहरूको नामावली संकलन फारमको नमूना	हिमाली र पहाडी जिल्लाहरूको प्रति वडा १०० प्रति र तराई, उपत्यकाका जिल्लाहरूको प्रति वडा २०० प्रतिको दरले
८	टाइफाइड (Typhoid) विरुद्ध खोप दिँदा खोप केन्द्रमा प्रयोग गरीने ट्याली सिट	प्रति खोप केन्द्र ४ प्रतिको दरले
९	अभियानको पूर्व तयारी एवम् अभियान संचालन अवस्थाको सुपरिवेक्षण/अनुगमन चेकलिष्ट	प्रति स्थानीय तह ६ प्रति, प्रति जिल्ला २० प्रति र प्रति प्रदेश २० प्रतिको दरले
१०	टाइफाइड खोप अभियानसँगै घर-घरमा गएर अनुगमन गर्ने फारम	प्रति वडा १० प्रति र प्रति स्थानीय तह ६ प्रतिको दरले
११	वडा स्तरीय प्रतिवेदन फारम	प्रति वडा १० प्रतिको दरले
१२	स्थानिय तह /जिल्ला स्तरीय प्रतिवेदन फारम	प्रति स्थानीय तह १० र प्रति जिल्ला १० प्रतिको दरले
	ए.ई.एफ.आई प्रतिवेदन फारम	प्रति वडा ४ प्रति र प्रति जिल्ला २० प्रतिको दरले
	खोप लगाएपछि हुने अवाञ्छित घटना (ए.ई.एफ.आई.) को अनुसन्धान फारम	प्रति वडा ४ प्रति र प्रति जिल्ला २० प्रतिको दरले

सामग्री स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना संचारको सामग्री		
१	कार्यक्रम संचालन निर्देशिका	प्रति वडा २ प्रति, प्रति स्थानीय तह ३ प्रति, प्रति जिल्ला २० प्रति, प्रति प्रदेश २० प्रतिको दरले र केन्द्रको लागी २०० प्रति
२	पोस्टर	प्रति खोप केन्द्र ४ वटाको दरले
३	निमन्त्रणा कार्ड	१५ महिना देखि ४ वर्ष मुनीको लक्षित संख्यामा १० प्रतिशत थप
४	खोप कार्ड १५ महिना देखि २३ महिना सम्म	HMIS को वडास्तरिय १२-२३ महिनाको बच्चा संख्याको आधारमा सोही बराबर वितरण गर्ने
५	खोप कार्ड २ वर्ष देखि १५ वर्ष मुनी सम्म	१. HMIS को वडास्तरिय २ देखि ४ वर्षको बालबालिकाको लागी यो कार्ड (जन्म को ०-५ वर्षको बच्चा संख्यालाई ५ ले भाग गरी ३ ले गुणा गरी आउने संख्या र २. विद्यालयबाट प्राप्त संख्यालाई जोडी दुबैको योगफलमा १० प्रतिशत थप
६	FAQ	गा.पा/न.पा प्रति वडा २००, उप/महा न.पा प्रति वडा ३००, प्रति स्थानीय तह ५०, प्रति जिल्ला २००, प्रति प्रदेश २०० र केन्द्रको लागि ५०० प्रति
७	खोप केन्द्र व्यानर	गा.पा, न.पा. को प्रति वडा ४ र महा/उपमहा न.पा.को प्रति वडा ५ प्रतिको दरले