

કુંભ નિયોજન કોર્પોરેશન માટે અરજી પત્રક અને સંગ્રહી રજાઓ

કુંભ નિયોજન આરોગ્ય, તથીબી સેવાઓ અને તથીબી રિકાણ, (આ.બિ.) ડૉ. જીવરાજ મહેતા ભવન, ગાંધીનગર.
નં. ૫૫/૧૪-૧૫/કુંભ/કુ.નિ. નુકરાન ભરપાઈ યોજના / ૨૦૧૩/નોડાણ-૩/૨૦૧૪. તા. ૦૩/૦૬/૨૦૧૪

વંધીકરણ શસ્ત્રાદ્યા પહેલા નીચે દર્શાવ્યા મુજબ જાણકારી આપેલ સંમતિ પત્રક વંધીકરણ શસ્ત્રાદ્યા
તમામ લાભાર્થી પાસેથી મેળવવાની રહેશે.

આરોગ્ય સંસ્થાનું નામ : હોસ્પિટનો રજીસ્ટ્રેશન નંબર :

૧. સ્વીકૃતિ આપનારનું નામ :

૨. પતિ / પતિનું નામ : શ્રી / શ્રીમતિ

પુત્ર સરનામું

તા. છ. મો. ન.

૩. લુધિત અપરાધિત અને આખ્રિત બાળકોના નામ

૧). ઉંમર :

૨). ઉંમર :

૩). ઉંમર :

૪). ઉંમર :

૫. લાભાર્થીના પિતાનું નામ : શ્રી

સરનામું તા. છ.

૬. ધર્મ / રાષ્ટ્રીયતા ૬. રૈસાણિક લાયકાત

૭. ધર્ઘો / વ્યવસાય ૮. ઓપરેશન સ્થળ

હું શ્રી / શ્રીમતી (લાભાર્થી) મારી વંધીકરણ

શસ્ત્રાદ્યાની સંમતિ આપું છું. હું પરિણિત છું. મારી ઉંમર વર્ષ અને મારા પતિ/પતિની ઉંમર

વર્ષ છે. અમારા પુત્રો અને પુત્રીએ લુધિત છે. મારા સૌથી નાના બાળકની ઉંમર વર્ષ છે.

૬). હું કોઈપણ ધક્ક ધમકી કે દુષ્પાણાં આવ્યા બિના સ્વેચ્છાએ વંધીકરણ શસ્ત્રાદ્યા / પુત્રાં વંધીકરણ
શસ્ત્રાદ્યા કરાવવાનું નકદી કર્યું છે. હું જાહેર કર્યું છું કે હું/મારા/પતિ/પતિની અગાઉ ક્યારેય કુંભ
નિયન્ત્રણ ઓપરેશન કરાવેલ નથી. (પુત્રાં વંધીકરણ શસ્ત્રાદ્યા કરાવનારને લાગુ પડતું નથી.)

૭). હું જાણું છું કે ગલનિરોધકની અન્ય પ્રદ્યાતિયો મારા માટે ઉપલબ્ધ છે. હું એ પણ જાણું છું કે આ
શસ્ત્રાદ્યા કાય્યા છે અને આ શસ્ત્રાદ્યા નિષ્ઠળ જવાની પણ કેટલીક સંભાવનાઓ છે અને તે માટે હું
અથવા મારા સગા-સંબંધીઓ અથવા કોઈપણ અન્ય વ્યક્તિ, શસ્ત્રાદ્યા કરનાર ડોક્ટર અને આરોગ્ય
સુખિદા કેન્દ્રને જવાબદાર કરેલીશું નથી:

૮). મને અખર છે કે હું ને શસ્ત્રાદ્યા કરાવવા માગું છું તેમાં જોખમ રહેલું છે.

૯). આ શસ્ત્રાદ્યા કરાવવા માટેના માપદંડની પાત્રતા મને સમજાવવામાં આવ્યા છે અને એ ધોરણો મુજબ
આ શસ્ત્રાદ્યા કરાવવા માટે હું પાત્ર છું.

૧૦). ડોક્ટર / આરોગ્ય સુખિદા પુરી પાઇનાર મારા માટે ધોરણ જાણાય એવા કોઈપણ પ્રકારના એનેસ્થેશીયા હેઠળ
તેમજ તેમને ધોરણ લાગે એવી અન્ય દ્વારો સાથે હું આ શસ્ત્રાદ્યા કરાવવા સંમત છું.

૧૧). વંધીકરણ શસ્ત્રાદ્યા બાદ મારી પતિને કોઈ ખલિને મારિનું ના આવેલો હું મારિનું ના આવ્યા બાદ
એ અથવાડિયાની અંતર ડોક્ટર / આરોગ્ય સુખિદા પુરી પાઇનાર કેન્દ્રને તેની જાણ કરીશ અને
બિના મુલ્ય એમીપી (ગંર્ભપાત) કરાવી લઈશા.

૧૨). વંધીકરણ શસ્ત્રાદ્યા બાદ શસ્ત્રાદ્યા નિષ્ઠળ જવાના / તથીબી સમસ્યા કે મુત્યુના ડિસ્સામાં હું /
મારા પતિ અને મારા આખ્રિત અપરાધિત બાળકો ભારત સરકારશીની કુંભ નિયોજન નુકરાન ભરપાઈ
યોજના હેઠળ મળવાપાત્ર વળતર સ્વીકારીશું અને બાળકના ઉછેર માટે કોઈપણ આદાલતમાં કુંભ
નિયોજન નુકરાન ભરપાઈ યોજના હેઠળ મળવાપાત્ર વળતર સિવાયના કોઈ વધારાના વળતર મેળવવા
હક્કદાર રહીશા નહીં અને દાખો કરીશા નહીં.

૧૩). હું મને આપવામાં આવેલી સુચના મુજબ હોસ્પિટ / સંસ્થા / ડોક્ટર / આરોગ્ય સુખિદા પુરી
પાઇનાર કેન્દ્રમાં અનુષ્ઠાની સારવાર માટે સંમત થાઉં છું. જો હું એમ ના કરું તો તેના
કોઈપણ પરિણામ માટે હું વંધીકરણ શસ્ત્રાદ્યા કરીશ.

૧૪). હું જાણું છું કે પુરુષ વંધીકરણની શસ્ત્રાદ્યા તાત્કાલીક પરિણામ આપતી નથી. પુરુષ વંધીકરણની
શસ્ત્રાદ્યા સફળતાની ખાતી કરવા માટે શસ્ત્રાદ્યાના નણ મહિના બાદ વીર્યની તપાસ માટે આવવા
હું સંમત થાઉં છું. જો હું એમ ના કરું તો તેના કોઈપણ પરિણામ માટે હું વંધીકરણ શસ્ત્રાદ્યા
રહીશા. (પુરુષ વંધીકરણ શસ્ત્રાદ્યા કરીશાના ડિસ્સામાં).

* ઉપરની માહિતી મેળવાની છે.

ઉપરની માહિતી મને મારી ભાતુલાયા ગુજરાતીમાં વાંચી સંભળાવી સમજાવવામાં આવી છે. અને
આથી આ ફોર્મ એક અધિકૃત કાનૂની દસ્તાવેજ છે.

તારીખ : સ્વીકૃતિ આપનારની સહી અથવા અંગુઠાનું નિશાન.....

સ્વીકૃતિ આપનારનું નામ

સાક્ષીનું, પુરુષ નામ :

સાક્ષીની સહી :

પુરુષ સરનામું :

* (વાંચી લખી ન શકતા હોય તેવા લાભાર્થીઓ માટે જ)

જ્યાં લાભાર્થી વાંચી શકતા ન હોય અને ઉપર મુજબની માહિતી વાંચી સંબળાવી હોય તેવા કિસ્સામાં કુંભ નિયોજન ઓપરેશન માટેના અરણપત્રક અને સંમતિપત્રકના તમામ મુદ્દાઓનું લાભાર્થી ને સ્થાનિક ભાષા જાણે છે તેમાં એટલે કે ગુજરાતીમાં કુંભ કલ્યાણના લાભાર્થી શ્રી / શ્રીમતી
..... ને પુરી સમજ આપવામાં આવેલ છે.

* * કાઉન્સેલરની સહી

પુરુષ નામ : હોદ્ડો હેડકવાઈર

સરનામું :

તારીખ :

આર્થી હું પ્રમાણિત કરું છું કે નીચેની બાબતો અંગે મેં સંતોષપૂર્વક ખાતરી કરી છે.

- (૧) શ્રી / શ્રીમતી વંધીકરણ ની શસ્ત્રક્રિયા માટે યોગ્ય વય ધરાવે છે અને તે શસ્ત્રક્રિયા માટે માનસીક અને તબીબી રીતે યોગ્ય છે.
- (૨) તેમણે અગાઉ વંધીકરણની શસ્ત્રક્રિયા કરાવી હોય તેવો કોઈ પુરાવો નથી.
- (૩) મેં લાભાર્થીને તમામા ખંડો સમજાવ્યા છે અને આ ફેરફાર એક અધિકૃત કાનુની દસ્તાવેજ છે.
- (૪) મે. આ સાથેનું ચેકલીસ્ટ બર્થુ છે અને સરકાર ધ્વારા વંધીકરણની શસ્ત્રક્રિયા માટે નિયત કરવામાં આવેલ માર્ગદર્શક સુચનાઓનું પાલન કર્યું છે.

શસ્ત્રક્રિયા કરનાર ડોક્ટરની સહી અને મહેર હોસ્પિટનો હવાલો ધરાવતા
તબીબી અધિકારીની સહી અને મહેર

નામ :-

નામ

સરનામું :-

સરનામું

વંધીકરણનો ઈનકાર

હું પ્રમાણિતા કરું છું કે શ્રી / શ્રીમતી નીચેના કારણોસર પુનઃવંધીકરણ / વંધીકરણ કરાવવા માટે યોગ્ય નથી.

(૧) (૨)

તેઓને ગર્ભનિરોધક માટેની નીચેની વૈકલ્પિક પદ્ધતિઓ સુચવવામાં આવી છે.

(૧) (૨)

કાઉન્સેલરની * * અથવા નિર્ણય લેનાર ડોક્ટરની સહી

તારીખ : (નામ અને પુરુષ સરનામું)

(* * ડોક્ટર સહિતા કોઈપણ આરોગ્ય કર્મચારી કાઉન્સેલર હોઈ શકે)

ફક્ત કર્યોંના ઉપયોગ માટે

આ : આરોગ્ય તપાસ કરનારે / લોકટે ભરવું.
નોંધ : જો પૂર્વ આરોગ્ય તપાસ કરનાર અધિકારી સર્જન પોતે હોય તો સર્જનશીલો જાતે પ્રમાણપત્ર આપવાનું રહેશે.

- દેખાવ પ્રમાણે લાભાર્થીની ઉમર
- સુગોર માટે પેશાબની તપાસ
- આલ્ફુભીન માટે પેશાબની તપાસ
- લોહીનું દઘાણ
- લાભાર્થીએ અગાઉ કુટુંબ નિયોજન શર્કરાયા કરાવેલ છે. ઈ / ના
- તથીબી અધિકારીની તપાસ મુજબ લાભાર્થી નસંધી શર્કરાયા માટે માનસિક અને શારીરિક રીતે સક્ષમ છે.

લાભાર્થીએ અગાઉ કુટુંબ નિયોજન શર્કરાયા કરાવેલ છે. ઈ / ના
તથીબી અધિકારીની તપાસ મુજબ લાભાર્થી નસંધી શર્કરાયા માટે માનસિક અને શારીરિક રીતે સક્ષમ છે.
કરેલ છે. મે લાભાર્થીને કુટુંબ નિયોજન ઓપરેશનની તરફણું અને વિરુદ્ધના સમગ્ર પાસાચોની સંપૂર્ણ સમજ
આપેલ છે. અને તે સ્વેચ્છાએ કુટુંબ નિયોજન ઓપરેશન કરાવવા માનસિક રીતે તૈયાર છે.

લાભાર્થીની સહી

તથીબી અધિકારીની સહી અને સિક્કો

નામ :

નામ :

સરનામું :

હોદ્દો અને ફરજોનું સ્થળ :

સર્જનનું પ્રમાણપત્ર

મારા ઘરા શ્રી / શ્રીમતી : કુટુંબ નિયોજનનું ઓપરેશન કરાવમાં આવેલ છે. ઓપરેશન દરમાન અગાઉ તેણી/તેણીએ કુટુંબ નિયોજનનું ઓપરેશન કરાવેલ હોય તેવા કોઈ વિહનો જણાવેલ નથી. તેના/તેણીના દેખાવ મુજબ તેની / તેણીની ઉમર પાત્ર વય જૂથ અંદર હોય તેમ જણાય છે. જો લીની નસંધીની નિયોજનનું ઓપરેશન કરાવમાં આવેલ હોય તો કરાવેલ ઓપરેશનનો પ્રકાર : એબડોમીનાલ / વળઠિનલ / લેપ્રોસ્કોપીક / મીની કેપ / જનરલ / લોકલ એનેસ્થેસીયાનો ઉપયોગ.

સર્જનની સહી અને સિક્કો :

નામ :

હોદ્દો અને ફરજોનું સ્થળ :

કુટુંબ કલ્યાણના લાભાર્થીની આર્થિક, સામાજિક અને તેમોગ્રાફીક માહિતી

(જિલ્લા પરિવાર નિયોજન કાર્યાલયે માનસિક રીપોર્ટમાં નીચે મુજબના નમૂનામાં માહિતી ભરીને મોકલી આપવાની રહેશે.)

(અ) પુત્રાં / સ્ત્રી	(અ) કેસોની સંખ્યા
(બ) ગ્રામ્ય / શહેરી	ગામ :-
(ક) છેલ્લી સર્ગલ્લિવસ્થાનું પરિણામ : પ્રસૂતિ / ગર્ભપાત	લક્ષ્ણિત દંપત્તિ રજીસ્ટર નંબર
(કુ) નિલલો	(ક) શર્કરાયાનું સ્થળ અને તારીખ સંબંધિત કેન્દ્ર / હોસ્પિટલના લક્ષ્ણિત દંપત્તિ રજીસ્ટર નંબર
(૧) ઘર નંબર	વાર્ષિક આવક :-
(૨) કુટુંબના વડાનું નામ શ્રી	APL / BPL
(૩) પિતા / પતિનું નામ	
(૪) મહોલ્લો / વોર્ડ	
(૫) પ્રા. આ. કે. / શહેર કેન્દ્ર	
(૬) ધર્મ : હિન્દુ / મુસ્લિમ	
(૭) જાતિ	

(૮) જાતિ : સામાન્ય / અંગરી / અજાલ / સારાને શે. પછાત વર્ગ	
(૯) પરાવિત	હા / ના
(૧૦) લાલાર્પણી ઉભર (પૂર્ણ વર્ષમાં)	
(૧૧) પતિ/પતિની ઉભર (પૂર્ણ વર્ષમાં)	
(૧૨) કિલોગ્રામી માપાં	
પુરુષ	
પુની	
(૧૩) લગ્ન સમયે ઉભર	
પતિ	ઉભર વર્ષ માસ
પતિની	ઉભર વર્ષ માસ
(૧૪) શૈક્ષણિક લાયકાત	
પતિ : અધ્યક્ષિત / શિક્ષિત / પ્રાથમિક / માધ્યમિક / ઉચ્ચ	પતિની : અધ્યક્ષિત / શિક્ષિત / પ્રાથમિક / માધ્યમિક / ઉચ્ચ
માધ્યમિક / સ્નાતક કે તેનાથી ઉપર	માધ્યમિક / સ્નાતક કે તેનાથી ઉપર
(૧૫) છેલ્લી પ્રસૂતિ કે ગર્ભપાત્ર પછી વિલેલ સમય	વર્ષ માસ

ચૂકવાળાની વિગત

નોંધ : કુટુંબ નિયોજન ઓપરેશન બાદ કરવાની પણ જુદી - જુદી ચૂકવણી જુદી - જુદી પાવતીઓની સંપૂર્ણ વિગત,

હિસાબની વિગતો તૈયાર કરવી અને અલગાથી રાખવી.

કુટુંબ નિયોજન ઓપરેશન માટે અરજાદારને / લાલાર્પણ ચૂકવેલ રકમ રૂ. રેસા (શર્દોમાં)

.....)

તારીખ : નાણાં મણ્યા બદલ લાલાર્પણની સહી / અંગુઠી - _____

નામ : _____

લાલાર્પણ સેવા સાથે સંકળામેલ વ્યક્તિનું (મોટીવેટર) નામ : હોદ્ડી

મોટીવેટર ચાર્ટ રૂ. ૧૫૦/- રૂ. ૨૦૦/- (એકે રૂપીયા એક્સ્ચેન્ઝ પચાસ / બસો પૂરા) મળેલ છે.

૧. પ્રોત્સાહકનું નામ :

મોટીવેટરની સહી

૨. ઉં ઓપરેટેરિંગ સર્જનનું નામ :

હોદ્ડી :-

૩. અનેસ્થેસીકનું નામ :

૪. ઓપરેટેરિંગ સર્જનનું નામ :

કુટુંબ નિયોજન ઓપરેશનની કોઈ પદ્ધતિ - (લાગુ પડતું હોય તેને સર્કલ કરતું)

એફોમીનલ / વિલુનલ / લેપોસ્કોપીક / લેપોટોની અને નનરલ / લોકલ અનેસ્થેસીયા.

લાલાર્પણનું પુરુષ નામ (સ્પષ્ટ રીતે) :

લાલાર્પણનું દાલનું સરસનામું

તાલુકા : - જિલ્લો : -

૨૬. અગાઉ સતત નિયમનની કોઈ પદ્ધતિનો ઉપયોગ કરવામાં આવેલે છે. હા / ના જો હા તો,

૧) પદ્ધતિનું નામ CUT / CC / OC PILLS / અન્ય

૨) પદ્ધતિનો સુમયગાળો

૨૭. લાલાર્પણનો પ્રોત્સાહક કુટુંબ કલ્યાણ કાર્યક્રમનો વિલાગીય કાર્યક્રમ છે. હા / ના જો હા તો,

લાલાર્પણ તેના કાર્યક્રમ હેઠળ આવે છે ? હા / ના

૨૮. કુટુંબ નિયોજન ઓપરેશન કરાવવાના કારણો : મર્યાદિત કુટુંબ / રોગો / આર્થિક અથવા અન્ય

હું પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપરની વિગતો તદ્દન સાચી છે.

સ્થળ :

લાલાર્પણની સહી :

તારીખ :

પુરુષ નામ :

PASSED FOR PAYMENT

Rs. _____

રૂ. એકે રૂપીયા

મારા પદરના ચૂકવેલ હતા તે મને પરત મળી ગયેલ છે.

TALUKA HEALTH OFFICER

સહી

FEMALE STERILIZATION MEDICAL REPORT

Name of the Institute : POSTPARTUM UNIT, R. ZANANA HOSPITAL, Pt. Deendayal Upadhyay Medical College & Hospital, RAJKOT

PLEASE WRITE LEGIBLY (Check or Circle Answer as appropriate)

1. Client Identification

Client Number

Date of Procedure/...../.....(DD/MM/YY)

Name of the Client

Address

Husband's Name

Type of Acceptor

Direct OB AB MTP

Indirect Interval

Institution/Place where surgery was performed :

Camp (P.H.C. - C.H.C.) Medical College

2. Socio-Demographic

Client Spouse

Age

Occupation

Education

0. None 3. Secondary

1. Primary 4. University

2. Intermediate 5. Other (Specify) _____

Religion Hindu Muslim

..... Christian Other (Specify) _____

Number of Children Sons Daughters Total | Nutritional status Normal Abnormal

Born | Breasts Normal Abnormal

Currently living | Lungs Normal Abnormal

Age of youngest | Heart Normal Abnormal

Total Abortions (Spontaneous Induced) | Abdomen Normal Abnormal

Date of Last menstrual period/...../..... | P.V.&P.S. Normal Abnormal

(DD/MM/YY) | Uterus size Normal Abnormal wks.

Have you or your spouse ever used a contraceptive method ? | Uterus position Anteverted Retoverted
..... Yes No | Mid Position Not determined

Which Method have you mainly used in the past 6 moths ? | Mobility Yes No

..... None IUD | Adnexa Normal Abnormal

..... Condoms Spermicides | Hemoglobin Gm%

..... Other (specify) | Urin Glucose Yes No

Immunized for Tetanus Yes No Unknown | Albumin Yes No

3. Informed Consent | Other _____

Document signed and attached ? Yes No | _____

4. MEDICAL HISTORY (EXPLAIN ALL YES ANSWER BELOW)

Yes

No

Anemia

Hypertension

Heart Disease

Recent H/o Fever or Medical illness

Currently on Medication

Jaundice or Liver disorder

Previous Surgery

Allergies to medication

Tuberculosis

Asthma

Bleeding disorder

Mental illness

Sexual Problems

Convulsive disorder

PID

Diabetes

(Specify) _____

Comments : _____

5. Physical Examination

Temp..... °C Pulse/min BP/

..... Respiratory Rate :/min Weight

..... kg

Number of Children	Sons	Daughters	Total	Nutritional status	Normal	Abnormal
Born	.....	.....	.....	Breasts	Normal	Abnormal
Currently living	.....	.....	.....	Lungs	Normal	Abnormal
Age of youngest	.....	.....	.....	Heart	Normal	Abnormal
Total Abortions	..... (Spontaneous Induced)			Abdomen	Normal	Abnormal
Date of Last menstrual period	...../...../.....			P.V.&P.S.	Normal	Abnormal
(DD/MM/YY)				Uterus size	Normal	Abnormal <input type="checkbox"/> wks.
Have you or your spouse ever used a contraceptive method ?				Uterus position	Anteverted	Retoverted
..... Yes	..... No				Mid Position	Not determined
Which Method have you mainly used in the past 6 moths ?				Mobility	Yes	No
..... None	..... IUD			Adnexa	Normal	Abnormal
..... Condoms	..... Spermicides			Hemoglobin	..... Gm%	
..... Other (specify)				Urin Glucose	..... Yes	..... No
Immunized for Tetanus	..... Yes	..... No	..... Unknown	Albumin	..... Yes	..... No
3. Informed Consent				Other		
Document signed and attached ?	..... Yes	..... No				

		Surgical Details
7. Intra Operative Information		
(Timing of Surgical Contraception)		
..... Interval (>28 days Post Pregnancy)		Laparoscopy with C-section
..... MTP		Minilap - subumbilical with other surgery
..... with C-Section		Minilap - suprapubic other
..... Immediate Postpartum (<72 hrs)		Pomeroy plain gut Ring
..... Late Postpartum (4-28 days)		Pomeroy chromic Clip
..... Post spontaneous Abortion (# weeks .....		..... other
..... Other		
(Specify)		Size of incision (c.m.)
8. Pre Operative		Suture : Fascia Plain Catgut Chromic gut
Fasting	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="radio"/>
Passed urine	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="radio"/>
	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="radio"/>
Skin Preparation : Iodine and alcohol		Duration of Operation (Total)
Betadine		Time of incision
Other		Time of Closure
Time in minutes		Time in minutes
Uterine elevator ? Yes		Uterine elevator ? Yes
Blood loss ? Normal		Blood loss ? Normal
Excessive (estimate in cc)		Excessive (estimate in cc)
9. Anesthesia		
..... Local Only	General, No Intubation	
..... Local and analgesis	General, Intubation	
..... Regional only	Other	
1 ■ Time Given	Drug Name	Procedure associated complication ?
..... a.m./p.m.	Inj. Tetanus Toxoid I.P.	..... none other organ injury
Dosage	Route	..... uterine perforation hemorrhage
0.5 cc=5 LF	I/M	..... bladder injury cardio respiratory
.....	.....	..... intestinal injury other
2 ■ Time Given	Drug Name	Comments :
..... a.m./p.m.	Inj. Atropine sulphate I.P.	.....
Dosage	Route	.....
0.6 mg	I/M	.....
.....
3 ■ Time Given	Drug Name	.....
..... a.m./p.m.	Inj. Pentazocin Lactate I.P.	Complication causing another surgery, transfusion, sterilization not completed, or prolonged hospitalization ?
Dosage	Route	..... Yes
30 mg	I/M	If yes, complication reporting form shuld be filled out
.....	.....	..... Sterilization not completed
4 ■ Time Given	Drug Name	..... Yes
..... a.m./p.m.	Inj. Promethazine HCl I.P.	..... Another surgery
Dosage	Route	..... Yes
10 mg	I/M	..... Transfusion
.....	.....	..... Yes
5 ■ Time Given	Drug Name	..... Prolonged hospitalization
..... a.m./p.m.	.....	..... Yes
Dosage	Route	Name & Signature of Anesthetist :
.....
6 ■ Time Given	Drug Name	Name & Signature of Nurse :
..... a.m./p.m.	.....	.....
Dosage	Route	.....
.....

9. Post Operative Information

Vital Signs :

Event	Time	Sedation*	Pulse	B.P.	Resp.	Bleeding	Comments (Treatment)
At end of Surgery	a.m./p.m.			/			
Recovery room	a.m./p.m.			/			
15 Min.	a.m./p.m.			/			
	a.m./p.m.			/			
	a.m./p.m.			/			

*Sedation = 0-Alert 1-Drowsy 2-Sleeping / arousable 3-Not arousable

Date of discharge / / 20 (DD/MM/YY) Timing of Discharge a.m./p.m.

Discharge status :

..... Well Recovering with treatment at home referred for further treatment deceased
(If yes, fill out death report)

FILL UP COMPLICATION FORM

Comments

Name of Surgeon
(Please write legibly)

Discharging Doctor with Name
(Please write legibly)

Signature of Surgeon

INSTITUTION OF FOLLOW UP

FOLLOW UP REPORT

FEMALE STERILIZATION MEDICAL REPORT

(PLEASE WRITE LEGIBLY)

Date / / 20

Follow-up : Emergency 1st 2nd 3rd

Client No.

Name of Client

Date of Sterilization performed / / 20

Name of the Institute : Postpartum Unit, R. Zanana Hospital, Pt. Deendayal Medical College & Hospital Rajkot.

SOURCE OF FOLLOWUP INFORMATION :

Clinic visit other clinic / hospital/ report
Home visit Phone / letter

Other

Comments

Complication after discharge :

None Urinary tract infection
Pelvic infection Hemorrhage or abdominal bleeding
Wound infection or hematoma Severe abdominal pain
Fever > 24 hours ($>38^{\circ}$ C) Pregnancy
other

Comments

If complications was Complication Report filled out ? Yes No

If no fill out at this time

If complication, treatment involved :

Blood transfusion M.T.P. Hospitalization

Surgey

(Specify)

Other

(Specify)

Comments

Current condition of client :

Completely recovery
Still receiving treatment
Referred to another facility for management of complications
Deceased (Fill out Death Report)

Name & designation of person filling out report :

Signature

Designation