



(.....अस्पताल)

प.स.

च.न.

श्री

..... ।

जिल्ला :

प्रेषित मिति :

प्राप्त मिति :

वेड संख्या :- स्वीकृत सञ्चालित

यस अस्पतालबाट २०६..... साल महिनामा सेवा पुऱ्याइएको विवरण यसै साथ संलग्न गरि पठाइएको छ ।

| क.सं. | विवरण | ईकाइ | संख्या |
|-------|--|--------|--------|
| १ | अस्पतालमा भर्ना भएका जम्मा विरामी संख्या | जना | |
| २ (क) | अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएका विरामी बसेको जम्मा | दिन | |
| २ (ख) | अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएको विरामी संख्या | जना | |
| ३ (क) | बहिरंगमा आएका विरामी संख्या | जना | |
| ३ (ख) | आकस्मिक सेवा पुऱ्याइएको संख्या | जना | |
| ४ | प्रतिकारात्मक (Preventive) सेवा लिएको जम्मा | जना | |
| ५ | अन्य सेवा | जना | |
| ६ | अस्पतालमा जम्मा सेवा पु-याइएको विरामीको संख्या | जना | |
| ७ | अस्पतालमा एक्सरे गरिएका जम्मा विरामी संख्या | जना | |
| ८ | अस्पतालमा अल्ट्रासाउन्ड गरिएका विरामी संख्या | जना | |
| ९ | अस्पतालमा इन्डोस्कोपी/कोलनोस्कोपी गरिएका जम्मा विरामी संख्या | जना | |
| १० | अस्पतालमा ई.सि.जि./इकोकार्डियोग्राफ गरिएका जम्मा विरामी संख्या | जना | |
| ११ | सि.टि.स्क्यान/एम.आर.आई. गरिएका जम्मा विरामी संख्या | जना | |
| १२ | सुरक्षित मातृत्व सेवा प्रदान गरिएको जम्मा | जना | |
| १३ | प्रयोगशालामा जाँच गरिएको जम्मा | संख्या | |
| १४ | नवशिशु (Neonatal) लाई-सेवा दिएको जम्मा | जना | |

मेडिकल रेकर्डर

अस्पताल प्रमुख

प्रत्येक अस्पतालले यस फाराम अनुसारको विवरण हरेक महिनामा तयार गरि महिना भुक्तान भएको ७ दिन भित्र जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयमा पठाउनु पर्दछ । जिल्ला जन/स्वास्थ्य कार्यालयले Annex -A र B बाहेकका विवरणहरु HMIS-33 मा समायोजन गर्नु पर्दछ भने Annex -A र B को सक्कल प्रति नै HMIS-33 सँग संलग्न गरी स्वास्थ्य सेवा विभागमा पठाउनु पर्दछ । स्वास्थ्य सेवा विभाग, व्यवस्थापन सूचना शाखाले HMIS-33 को विवरण जिल्ला अनुसार विश्लेषण गर्दछ भने Annex -A र B को विवरण प्रत्येक अस्पताल अनुसार छुट्टा छुट्टै विश्लेषण गर्दछ र यसको जानकारी क्षे.स्वा.नि., जि.स्वा.का.मा तथा अस्पताललाई नियमित रूपमा पठाउने गर्दछ ।