

अपाङ्गता रोकथाम तथा पुनःस्थापना कार्यक्रम

अपाङ्गताको इतिहास परीक्षण फाराम

(Disability History Assessment Form)

१८ वर्ष भन्दा माथिका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई यस प्रश्नावली प्रत्यक्ष रूपमा सोध्ने। १८ वर्ष मुनिका बालबालिका, बहिरा, अटिज्म, श्रवण दृष्टिविहिन, बौद्धिक र मानसिक वा मनोसामाजिक अपाङ्गता भएका व्यक्तिको हकमा आमाबुवा वा निजलाई हेरचाह गर्ने व्यक्तिलाई सँगै राखेर सोध्ने ।

अन्तर्वार्ता लिने व्यक्तिको नाम:	अन्तर्वार्ता लिएको मिति: (साल/महिना/गते)
----------------------------------	---

१. अपाङ्गता भएका व्यक्तिको विवरण

नगरपालिका/गाउँपालिका:	वडा नं. :
नाम:	
जन्म मिति (बि.स):/...../..... (YYYY/MM/DD)	हालको उमेर (वर्ष):
जन्म मिति (ई.स):/...../..... (DD/MM/YYYY)	
लिङ्ग:	जम्मा परिवार संख्या: (..... पुरुष महिला अन्य)
बुवाको नाम:	आमाको नाम:
सम्पर्क फोन नं.:	इमेल:
वैवाहिक अवस्था: <input type="checkbox"/> विवाह भएको <input type="checkbox"/> विवाह नभएको <input type="checkbox"/> सम्बन्ध बिच्छेद	यदि भएको छ भने, कति वर्षको उमेरमा विवाह भएको थियो ?
शैक्षिक अवस्था: <input type="checkbox"/> निरक्षर <input type="checkbox"/> साक्षर <input type="checkbox"/> आधारभूत <input type="checkbox"/> माध्यमिक <input type="checkbox"/> उच्च शिक्षा	
अध्ययनरत विद्यालयको किसिम: <input type="checkbox"/> सामुदायिक विद्यालय <input type="checkbox"/> निजी विद्यालय	
शैक्षिक प्रणाली: <input type="checkbox"/> एकीकृत विद्यालय (Integrated School) <input type="checkbox"/> समावेशी विद्यालय (Inclusive School) <input type="checkbox"/> विशेष विद्यालय (Special School) <input type="checkbox"/> श्रोत केन्द्र (Resource Center) <input type="checkbox"/> अनौपचारिक शिक्षा (Home Based Education)	
अपाङ्गता भएका व्यक्तिलाई हेरचाह तथा स्याहार गर्ने व्यक्तिको नाम र नाता:	
सम्पर्क फोन नं.:	इमेल:
अपाङ्गता परिचयपत्र: <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	
अपाङ्गता परिचयपत्र छ भने कहाँबाट लिएको हो ? <input type="checkbox"/> महिला तथा बालबालिका कार्यालय <input type="checkbox"/> गाउँ/नगरपालिका	
अपाङ्गता परिचयपत्र: <input type="checkbox"/> रातो <input type="checkbox"/> निलो <input type="checkbox"/> पहेलो <input type="checkbox"/> सेतो	

अपाङ्गताको प्रकार:	१. शारीरिक (के भएको छ खुलाउने) २. दृष्टि: <input type="checkbox"/> दृष्टिविहिनता <input type="checkbox"/> न्युन दृष्टियुक्त <input type="checkbox"/> पूर्ण दृष्टिविहीन ३. सुनाई: <input type="checkbox"/> बहिरा <input type="checkbox"/> सुस्तश्रवण ४. श्रवणदृष्टिविहिन ५. स्वर तथा बोलाई सम्बन्धी ६. बौद्धिक ७. मानसिक वा मनोसामाजिक अपाङ्गता ८. अटिज्म ९. हेमोफिलिया १०. बहुअपाङ्गता (के भएको छ खुलाउने)
--------------------	---

२. अपाङ्गता सम्बन्धी जानकारी/इतिहास
 (अपाङ्गता भएका व्यक्तिकी आमासँग सम्बन्धित प्रश्नावली)

२.१ गर्भपूर्व र गर्भविस्थाको जानकारी

२.१ क) बच्चा गर्भमा हुँदा वा अघि पछि **आमाले** कुनै अम्मल (जस्तै: चुरोट, जाँडरक्सी, सुती आदी) प्रयोग गर्ने गर्नु भएको थियो ?

थियो थिएन सम्झना/थाहा नभएको

यदि थियो भने, के प्रयोग गर्नुहुन्थ्यो ? चुरोट, खैनी, बिडि, सुती, हुक्का जाँड रक्सी अन्य लागुपदार्थ

२.१ ख) बच्चा गर्भमा हुँदा डाक्टरको सल्लाह नलिई **आमाले** कुनै औषधि खानु भएको थियो ?

थियो थिएन सम्झना/थाहा नभएको

२.१ ग) बच्चा गर्भमा हुँदा **आमा** कस्तो पेशामा संलग्न हुनुहुन्थ्यो ?

बढी शारीरिक परिश्रम हुने तथा भारी उचाल्नु पर्ने काम सामान्य दैनिक क्रियाकलाप
 खतरनाक काम जस्तै विषादी तथा रेडिएसन सम्बन्धी काम
 अन्य काम.....

२.१ घ) गर्भ रहनुभन्दा अगाडि वा गर्भविस्थामा **आमालाई** कुनै गम्भिर खालको रोग जस्तै: छारेरोग, उच्च रक्तचाप, उच्चज्वरो, यौनरोग, मलेरिया, इन्सेफलाइटिस, रक्तअल्पता, एच.आई.भि एड्स, मधुमेह (चिनीरोग) आदि लागेको थियो ?

थियो थिएन सम्झना/थाहा नभएको

२.१ ङ) अपाङ्गता भएका व्यक्तिकी आमाको विवाह नजिकको नातेदारसँग भएको हो ? हो होइन

२.१ च) आमाले गर्भ जाँच गराउनु भएको थियो ? थियो थिएन सम्झना/थाहा नभएको

यदि गराएको भए, कति पटक:

१२ हप्ता भित्र १६ हप्ता भित्र २० देखि २४ हप्तामा २६ देखि २८ हप्तामा
 ३० देखि ३२ हप्तामा ३४ हप्तामा ३६ हप्तामा ३८ देखि ४० हप्तामा
 सम्झना/थाहा नभएको

यदि नगराएको भए, कारण खुलाउनुहोस् ?.....

२.१ छ) फोलिक एसिड चक्की:

गर्भ पूर्व खानु भएको थियो ?

खाएको: कति दिन खाएको नखाएको: किन नखाएको ?.....

सम्झना/थाहा नभएको

गर्भ पश्चात खानु भएको थियो ?

खाएको: कति दिन खाएको नखाएको: किन नखाएको ?.....

सम्झना/थाहा नभएको

२.१ ज) टि.टि वा टि.डि. खोप:

- लगाएको, कति पटक..... नलगाएको, किन नलगाएको ?.....
- सम्झना/थाहा नभएको

२.२ प्रसुती र सुत्केरी अवस्था सम्बन्धि जानकारी

२.२ क) बच्चा जन्मदा आमाको उमेर कति थियो ?

- १८ वर्ष भन्दा मुनी १८ देखि ३५ वर्ष भित्र ३५ वर्ष भन्दा माथि

२.२ ख) बच्चाको जन्म कहाँ भएको थियो ?

अ. घरमा

- सहयोग विना वा सुडेनीको सहयोगले
 Skilled Birth Attendant (SBA) तालिम नलिएको स्वास्थ्यकर्मीको सहयोगमा
 SBA तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीको सहयोगमा
 सम्झना/थाहा नभएको

आ. स्वास्थ्य संस्था वा अस्पतालमा

- बर्थिङ सेन्टर भएको बर्थिङ सेन्टर नभएको सम्झना/थाहा नभएको

इ. अन्य (बाटोमा, मेलापातमा.....)

२.२ ग) आमा गर्भवती भएको कति हप्तामा बच्चा जन्मिएको थियो ?

- समय नपुगि जन्मिएको (.....हप्तामा जन्मिएको) ३७ देखि ४० हप्ता भित्र जन्मिएको
 ४० हप्ता भन्दा बढी भएर जन्मिएको सम्झना/थाहा नभएको

२.२ घ) बच्चा जन्मने वित्तिकै कति तौलको थियो ?

- २.५ के.जी. भन्दा कम (कम तौल) २.५ - ३.५ के.जी. (सामान्य)
 ३.५ के.जी. भन्दा बढी (बढी तौल) सम्झना/थाहा नभएको

२.२ ङ) बच्चाको जन्म कसरी भयो ?

- सामान्य जन्म (Normal Delivery) अप्रेसन गरेर
 औजारले तानेर सम्झना/थाहा नभएको

२.२ च) बच्चा जन्मनासाथ रोएको: थियो थिएन सम्झना/थाहा नभएको

२.२ छ) सुत्केरी (प्रशव) व्यथा कति लामो समय लागेको थियो ?

- ८ घण्टा भन्दा कम (Normal) ८ घण्टा भन्दा बढि (Prolonged)

सम्झना/थाहा नभएको

२.२ ज) सुत्केरी (प्रशव) को बेलामा जटिलता आएको थियो? थियो थिएन

यदि थियो भने, के भएको थियो?.....

२.२ झ) सुत्केरी जाँच गराएको: थियो थिएन

यदि थियो भने, कति पटक:.....

२४ घण्टा भित्र पटक ३ दिन भित्र ७ देखि १४ दिन भित्र ६ हप्तामा

सम्झना/थाहा नभएको

यदि थिएन भने, कारण खुलाउनुहोस्?.....

२.३ अपाङ्गता भएका व्यक्तिसँग सम्बन्धित जानकारी

२.३ क) बच्चा जन्मनासाथ वा जन्मिएको २८ दिन भित्र कुनै रोग (जस्तै: जण्डिस, ज्वरो, छारे, निमोनिया) लागेको थियो? थियो थिएन सम्झना/थाहा नभएको

यदि थियो भने, के रोग लागेको थियो?.....

२.३ ख) खोपको मात्रा: पूरा लगाएको पूरा नलगाएको सम्झना/थाहा नभएको

यदि पूरा लगाएको भए, कुन कुन लगाएको हो:

बि.सि.जि डि.पि.टि पोलियो हेप. बी. दादुरा सम्झना/थाहा नभएको

२.३ ग) जे.ई. को खोप (बि.स. २०७० पछि जन्मेका बच्चाहरुको हकमा मात्र):

लगाएको नलगाएको सम्झना/थाहा नभएको

२.३ घ) बच्चा ५ वर्षको हुँदा सम्म वर्षको २ पटक खुवाईने भिटामिन ए र पोलियो थोपा :

खुवाएको नखुवाएको सम्झना/थाहा नभएको

२.३ ङ) अपाङ्गता कहिले देखि भएको हो ?

जन्मजात (गर्भमा हुँदा) जन्मने क्रममा जन्मपश्चात सम्झना/थाहा नभएको

२.३ च) अपाङ्गता के कारणले भएको होला ?

वंशानुगत कुपोषण रोग तथा बिरामी दुर्घटना

लागू पदार्थको सेवन अन्य

२.३ छ) परिवारका अन्य सदस्यहरु वा नातेदारहरुमा कुनै किसिमको अपाङ्गताको समस्या छ ?

छ छैन

२.३ ज) यदि जन्मनासाथ अपाङ्गता वा समस्या नदेखिएको भए, कति बर्षको उमेरमा बच्चामा अपाङ्गता भएको थाहा भयो ?

.....वर्षमहिना सम्झना/थाहा नभएको

२.३ झ) के कस्ता समस्या देखा पर्दा बच्चामा अपाङ्गता भएको थाहा पाउनुभयो ?

.....

२.४ उपचार तथा पुनःस्थापना

२.४ क) समस्याको निदान तथा उपचारका लागि कहाँ – कहाँ जानु भयो ?

बैद्य/धामी/झाँक्री/झारफुक स्वास्थ्यकर्मी क्लिनिक
 अस्पताल वा हेल्थपोष्ट पुनःस्थापना कार्यकर्ता/संस्था अन्य

२.४ ख) अपाङ्गता भएका व्यक्तिको उपचारलाई निरन्तरता दिदै आउनु भएको छ ?

छ छैन

(पुराना प्रेस्क्रिप्सन भएमा फोटोकपी लिएर आउने)

२.४ ग) हाल सम्म अपाङ्गता भएका व्यक्तिले आफ्नो अवस्था सुधारका लागि केहि सहयोग पाउनु भएको छ ?

छ छैन

यदि पाउनु भएको छ भने, के पाउनु भयो ?

सल्लाह/परामर्श उपचार थेरापी सहायक सामाग्री
 शिक्षामा सहयोग सिपमुलक तालिम आर्थिक सहयोग (सामाजिक सुरक्षा भत्ता बाहेक)
 अन्य सहयोग

२.४ घ) हाल अपाङ्गता भएका व्यक्तिले कुनै प्रकारको सहायक सामाग्री प्रयोग गर्नु भएको छ ?

छ छैन

यदि प्रयोग गरेको भए, के प्रयोग गर्नुभएको छ ?

बैशाखी हिलचियर वाकर कृत्रिम हात कृत्रिम खुट्टा
 विशेष जुता खुट्टामा लगाउने क्यालिपर हातको स्प्लिन्ट ढाडको ब्रेस
 श्रवण यन्त्र चस्मा विशेष कुर्सी ट्वाइलेट चियर अन्य