

### MATERNAL DEATH REVIEW

1	Name of Deceased Woman	
2	Age	
3	Name of Husband	
4	Religion (Hindu/Muslim/other)	
5	Caste (SC/ST/Others)	
6	Education of deceased Woman ( < 8 <sup>th</sup> Std / > 8 <sup>th</sup> Std / > 12 <sup>th</sup> Std)	
7	Education of Husband ( < 8 <sup>th</sup> Std / > 8 <sup>th</sup> Std / > 12 <sup>th</sup> Std)	
8	Residence Street, Village	
9	Taluka	
10	District	
11	Occupation (House wife / Laborer / sedentary )	
12	Date & Time of Admission	
13	Referred from	
14	Referral Chit / letter (Yes/No)	
15	Date & Time of Referral	
16	Reasons for referral	
17	Whether accompanied by doctor / nurse	
18	Was free transport provided for referral	
19	Date & Time of arrival	
20	Time of Examination	
21	Examined by	
22	Chief Complaints	
23	Origin Duration & Progress	
24	Past History H/o Any major illness in the past/ present ( Asthma/Heart Decrease/High B P/ Diabetes/ convulsion/tuberculosis /any other please specify)	

26	Family History - As Above																																																																																		
	<b>Obstetric History</b>																																																																																		
27	Age at Menarche																																																																																		
28	Age at Marriage																																																																																		
29	LMP																																																																																		
30	EDD																																																																																		
31	Chronology of Pregnancies & Outcome																																																																																		
32	No of Pregnancy																																																																																		
33	No of Abortions																																																																																		
34	No of Preterm delivery																																																																																		
35	No of full Term Delivery																																																																																		
36	No of Live Births																																																																																		
37	No of Still Births																																																																																		
38	Place of ANC Registration																																																																																		
39	Is MCH Card Available ?																																																																																		
40	No of ANC Checkups .....																																																																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date of ANC Check up</th> <th>Weight</th> <th>Urine Albumin</th> <th>Urine Sugar</th> <th>Hb</th> <th>BP</th> <th>FHS</th> <th>Edema</th> <th>Per Abdominal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Date of ANC Check up	Weight	Urine Albumin	Urine Sugar	Hb	BP	FHS	Edema	Per Abdominal																																																																								
Date of ANC Check up	Weight	Urine Albumin	Urine Sugar	Hb	BP	FHS	Edema	Per Abdominal																																																																											

## 41 Investigations -

1	HB	
2	Urine Albumin	
3	Sugar	
4	Blood Sugar	
5	VDRL	
6	HIV	
7	Blood Group	
8	Rh typing	

## 42 Others

1	L.F.T. - S. bilirubin	
2	SGOT	
3	SGPT	
4	S. Alk phosphatase	
5	K.F.T. - Blood Urea	
6	S. creatinin	
7	Sonography Date	
8	findings	

## 43 Treatment taken -

1	Inj. T.T. 1/2/B -	
2	Tab. IFA 100/200	
3	Injection IV Iron Sucrose ~Y/ N	
4	Other please specify	

## 44 Physical Examination on Admission -

1	Pulse	
2	B.P.	
3	Temp	
4	Icterus	
5	Nails & Conguctiva	
6	Tongue	

45	C.V.S. :-	1	Heart sounds	
		2	Murmur	
		3	C.N.S. -	
			Conscious/Drowsy/Unconscious	

46 Knee Jerk .....

47 Per Abdomen -

1	Scar on abdomen - Yes/No - Site	
2	liver	
3	Spleen	
4	Uterus	
5	Size	

48 Foetal presentation - ROA/ROP/LOA/LOP/Breech/ -

49 Head - Engaged or Floating

50 F.H.S : ..... / Min

51 Per Vaginal Exams : Pelvis adequate / not adequate

52 Cervix dilatation .....cm.

Cervical effacement .....%

53 Membrane .....

Station of head .....

54 Pelvis adequate / not adequate

55 Investigation on Admission -

1	Blood	
2	Hb	
3	Platelets	
4	B.T	
5	C.T	
6	S. bilirubin	
7	SG OT	
8	SG PT	

		9	S. Creatinine	
		10	Blood urea	
		11	Blood group	
		12	Rh	
56	Ultra Sound examination - .....			
57	Any other Investigation - .....			
58	Treatment on Admission -			
59	Daily follow up notes .....			
60	Events preceding death -			
61	Cause of death			
62	Is postmortem done ? Yes/No Postmortem findings: Physical			
63	Histopathology findings			
64	Final Diagnosis			
65	Is death reviewed by FB MDR Committee ? Yes/ No			
66	Date of Review			
67	Findings of Review			
68	Type of Delay 1 / 2 / 3			
69	Reasons for Delays identified			
70	System gaps identified			
71	Recommendations by FB MDR Committee			
72	Review by District Quality Assurance Committee			
73	Date of Review			
74	Recommendations by DQAC			

Sign of Medical Officer

अ.क्र.		
1	सर्वसाधारण व सामाजिक माहिती	
१	मातेचे नांव	
२	अ) वय :                      ब) लग्नाचे वेळेचे वय:	
३	दारिद्र्य रेषेखालील आहे काय ?	
४	व्यवसाय, घरातील इतरांचे व्यवसाय	
५	पत्ता	
६	मातेचे वनज	
७	जिवंत अपत्यांची संख्या व वय	
८	मृत्युबाबत माहिती	
८	मृत्युचे ठिकाण व वेळ	
९	मृत्युच ठिकाण (घरी/दवाखान्यात/वाहनातुन नेताना)	
१०	उपचाराची संस्था (२४x७ प्रा.आ.केंद्र किंवा FRU होती काय ?)	
११	मृत्युचे कारण	
अ)	मृत्युचे वैद्यकीय कारण ( वैद्यकीय दस्तावेज प्रमाणे)	
ब)	मृत्युचे कारण (परिस्थितीचे वर्णन) गृहभेटी देऊन नातेवाईकांच्या स्वताःच्या शब्दात नोंद करावी.	
११	वैद्यकीय उपचाराचा इतिहास	
12	यापूर्वीच्या गरोदरपणा व प्रसुतीचा पूर्ण इतिहास	
13	पूर्वी Caesarian झाले होते काय ?	
14	अ) गरोदरपणाची स्थिती, मृत्युच्या वेळी गरोदरपणाचा कितीवा महिना चालु होता ? ब) प्रसुती नंतरची स्थिती, मृत्युच्या वेळी प्रसुतीनंतर किती दिवस झाले होते.?	
15	मृत्यु होण्यापूर्वी मातेची प्रसुती किंवा गर्भपात झालेला असल्यास :- ठिकाण, तारीख,वेळ प्रसुती/गर्भपात करणाऱ्यांचे नांव, विवरण	
16	दिलेल्या उपचाराचा तपशिल (कलानुक्रमाचे) उपचार करणाऱ्याचे नांव व हुद्दा उपचाराचे ठिकाण, केलेले निदान व उपचार	
17	शस्वक्रिया करून मुल बाहेर काढले काय ? वर्णन	
18	मृत्युपूर्वी मातेला होत असलेल्या रक्तस्त्रावा-बाबत माहिती	
अ	रक्तस्त्राव किती प्रमाणात होता	
ब)	किती कालावधीसाठी होता	

19	रक्तस्त्रावा बरोबर मातेला इतर काही चिन्हे/लक्षणे होती काय ? उदा. झटके वेणे, रक्तक्षय, काथिल, सेप्टीसीमीया इ.	
20	प्रसूतीनंतर ६ आठवड्यांच्या आत मातेचा मृत्यु झाला असल्यास झालेला रक्तस्त्रावा/ आजाराबाबत सविस्तर माहिती	
21	प्रसूती माहेरी झाली काय ?	
22	प्रसूती माहेरी होणार याचे पूर्ण नियोजन करण्यात आले होते काय ? असल्यास मातेला माहेरच्या ठिकाणाच्या दवाखान्यात संपर्क दुरध्वनीची माहिती देण्यात आली होती काय ?	
23	पार्टोग्राफ काढली होती काय ?	
24	रक्तस्त्राव झाल्यास मिझोप्रिस्टॉल गोळ्या देण्यात आल्या होत्या काय ?	
IV	उपचारास बिलंब असल्यास वर्णन	
२५	खालील बाबींचा वेळ व कालावधी द्यावा	
अ)	प्रसूतीचा (लेबर) कालावधी	
ब)	रक्तस्त्राव असल्यास त्याचा वेळ व कालावधी	
क)	प्रवासाचा वेळ व कालावधी	
ड)	आरोग्य संस्थेत येण्याची वेळ व उपचाराच्या वेळेपर्यंतचा कालावधी	
इ)	संदर्भ सेवा देण्याची वेळ व लागणारा कालावधी	
२६	घरातून पहिल्या संस्थेपर्यंत नेण्याची व्यवस्था व कालावधी. वाहतुकीवर खर्च कोणी केला ?	
२७	त्रासानंतर पहिल्या दवाखान्यात दाखल झाल्याची वेळ	
२८	पहिल्या संदर्भसेवेच्या ठिकाणी वैद्यकीय अधिकारी किंवा परिचारीक उपस्थित होत्या काय ?	
२९	संस्था/रुग्णालयात दाखल केल्यानंतर उपचार देण्यास बिलंब झाला किंवा फक्त ? कारणसह, दाखल केल्याची वेळ व उपचार सुरु झाल्याची वेळ नमुद करावी.	
३० अ)	लाभार्थी दारीदय रेवेखाली किंवा अनुसूचित जाती व जमातीची होती काय ? असल्यास तिला जननी सुरक्षा योजनेचे कार्ड दिले होते काय ? मातृत्व अनुदान योजनेचा लाभ दिला होता काय ?	
ब)	उपकेंद्र स्तरावरच्या जन्म सुक्ष्म आराखड्यात सदर महिलेची माहिती होती काय ?	
३१	प्रसूतीपूर्व सेवेची माहिती	
अ)	प्रसूतीपूर्व किती तपासण्या करण्यात आल्या होत्या ?	
ब)	त्याचे ठिकाण व तारखेसह माहिती द्यावी	
३२	"अति जोखमेची माता" म्हणून नोंद केली होती काय ? मातेला परिचारीकेचा संपर्क दुरध्वनी क्रमांकाची माहिती देण्यात आली होती काय ?	