



Annexure 4: MDR Line Listing Form for All Cases of Maternal Deaths (Reporting Formats)

प्रपत्र-4 मातृ मृत्यु समीक्षा की क्रमांक सूची सभी मातृ मृत्यु के लिए

Line Listing for use by ASHA, BMO, FNO and DNO

क्रमांक सूची सभी आशा, ब्लाक चिकित्सा अधिकारी, संस्थान नोडल अधिकारी एवं जिला नोडल अधिकारी द्वारा उपयोग के लिए

District जिला..... State राज्य

FBMDR : संस्थान पर हुई मातृ मृत्यु समीक्षा : Name of the Facility स्वास्थ्य संस्थान का नाम

CBMDR : सामुदायिक मातृ मृत्यु समीक्षा : Name of the Village/Block गांव/ब्लाक का नाम

Sr. No. क्र.	Date of Death मृत्यु की तारीख	Name of Deceased मृतक का नाम	Place of Death मृत्यु का स्थान			When did the death occur मृत्यु कब हुई				Probable Cause of Death मृत्यु का सम्भावित कारण	Status of Newborn (Delivery Outcome) नवजात की अवस्था (प्रसव के बाद)	Name of the respondent who was interviewed उत्तरदाता का नाम जिससे संपर्क व पूछताछ हुई	Name of Investigator/ Date of interview जांचकर्ता का नाम/साक्षात्कार की तिथि
			Home	Health Facility स्वास्थ्य संस्थान	On the Road रास्ते में	During Pregnancy गर्भावस्था के दौरान	During delivery प्रसव के दौरान	During abortions or within 6 weeks after the abortion गर्भपात के दौरान या गर्भपात के 6 सप्ताह के अन्दर	Within 42 days after delivery प्रसव से 42 दिनों के अन्दर				

Name, Designation and signature/Date of reporting person

रिपोर्ट करने वाले व्यक्ति का नाम, पद तथा हस्ताक्षर/ तिथि.....

(Note: If no Maternal Death is reported, a **NIL** report is to be submitted)