

# शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन निर्देशिका

२०८१



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
परिवार कल्याण महाशाखा



पत्र संख्या २०८२।८३  
च.नं.

नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
परिवार कल्याण महाशाखा

फोन नं. ०१५३६२२७३  
फ्याक्स ०१५३६२१५५

प्राक्तयन

“शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन निर्देशिका, २०८१” २०७६ को संस्करणको परिमार्जित रूप हो, जुन विश्व स्वास्थ्य संगठनले सन् २०२३ मा प्रकाशित गरेको अद्यावधिक निर्देशिका, राष्ट्रिय पोषण नीति २०७७ र बहुक्षेत्रीय पोषण योजनाको आधारमा तयार गरिएको छ। यस निर्देशिकाले नेपालमा देखिएको शीघ्र कुपोषणको अवस्था, प्रदेशगत भिन्नता, खाद्य असुरक्षा, प्रकोप र महामारी जस्ता चुनौतीलाई सम्बोधन गर्न नवीन दृष्टिकोण प्रस्तुत गरेको छ।

यस निर्देशिकाले ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाको कुपोषण रोकथाम, पहिचान, उपचार र पुनर्स्थापनाका लागि स्पष्ट कार्ययोजना प्रस्तुत गरेको छ। समुदायमा आधारित शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन, बहिरंग र अन्तरंग उपचारात्मक सेवा, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको सहभागिता, मनोसामाजिक उत्प्रेरणा, र सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमहरूसँगको समन्वयलाई यस निर्देशिकाले प्राथमिकतामा राखेको छ।

यस निर्देशिकाले नीतिगत स्पष्टता, प्राविधिक मार्गदर्शन र कार्यान्वयनमा एकरूपता ल्याउनेछ भन्ने अपेक्षा गरिएको छ। साथै, यस निर्देशिकाले नेपालमा बालबालिकाको पोषण स्थितिमा सुधार र मृत्यु दर घटाउने राष्ट्रिय लक्ष्य हासिल गर्न सहयोग पुग्नेछ भन्नेमा विश्वास गर्दछु।

अन्त्यमा, यस कार्यमा प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा संलग्न सबै निकाय, विज्ञ र सरोकारवालाहरूलाई हार्दिक धन्यवाद दिन चाहन्छु। यस निर्देशिकाको कार्यान्वयन का लागि सबै तहका स्वास्थ्य संस्था, समुदाय र सरोकारवालाको निरन्तर सहकार्य अपरिहार्य हुनेछ।

  
.....निर्देशक.....  
डा. विवेक कुमार लाल  
निर्देशक



पत्र संख्या २०८२।८३  
च.नं.

नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य सेवा विभाग  
परिवार कल्याण महाशाखा


फोन नं. ०१५३६२२७३  
फ्याक्स ०१५३६२१५५

नेपालमा समुदायमा आधारित शीघ्र कुपोषण व्यवस्थापन कार्यक्रम सन् २००८ (वि.सं. २०६४/६५) देखि सुरु गरिएको हो। प्रारम्भिक चरणमा केही जिल्लामा पाइलट रूपमा लागू भएको यो कार्यक्रम हाल देशका सबै जिल्लाहरूमा विस्तार भइसकेको छ। यस अवधिमा कार्यक्रमले उल्लेखनीय प्रगति गरेको भए पनि कार्यान्वयनका क्रममा देखिएका समस्या तथा चुनौती र अन्तर्राष्ट्रिय दिशानिर्देशका परिवर्तनका कारण निर्देशिका परिमार्जन गर्नुपर्ने आवश्यकता महसुस गरि नेपाल सरकारका नीतिगत प्रतिबद्धता, अन्तर्राष्ट्रिय अभ्यास, वैज्ञानिक प्रमाण र स्थानीय सन्दर्भलाई ध्यानमा राखि "शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन निर्देशिका, २०८१" तयार गरिएको हो।

यस निर्देशिकाले ६ महिना देखि ५९ महिना सम्मका शिशु तथा बालबालिकाको कुपोषण व्यवस्थापनका लागि स्पष्ट कार्यविधि र सेवा प्रवाह प्रणालीको मार्गदर्शन गरेको छ। यसमा कुपोषण रोकथामदेखि उपचारसम्मका सम्पूर्ण खाका, स्वास्थ्यकर्मीहरूको जिम्मेवारी, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको भूमिका, समुदाय स्तरमा परिचालन गर्नुपर्ने गतिविधि, आपतकालीन अवस्थामा गर्नुपर्ने कार्य तथा दीर्घकालीन पुनर्स्थापनाका कार्यहरूलाई समावेश गरिएको छ।

यस निर्देशिका स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार कल्याण महाशाखा, पोषण प्राविधिक समिति, विकास साझेदार संस्था, गैरसरकारी संस्था तथा सरोकारवाला निकायहरूको सक्रिय सहकार्यमा तयार पारिएको हो। यस निर्देशिका तयारीमा योगदान पुर्याउनुहुने सम्पूर्ण सरोकारवाला निकाय विशेष गरि युनिसेफ नेपाल तथा ए.सि.एफ. नेपाल लाई विशेष धन्यवाद दिन चाहन्छु। साथै, यस कार्यमा प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा सहकार्य गर्ने सबैलाई हार्दिक धन्यवाद दिन चाहन्छु।

यस निर्देशिकाको कार्यान्वयन मार्फत पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकामा शीघ्र कुपोषणलाई नियन्त्रण गर्दै राष्ट्रलाई स्वस्थ, सक्षम र सबल बनाउने लक्ष्य हासिल गर्न सक्नेछौं। यस निर्देशिकालाई प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयनका लागि संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका स्वास्थ्य संस्था, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका, समुदायका सदस्य, अभिभावक, विद्यालय, सञ्चार माध्यम र नागरिक समाज सबैको सहकार्य आवश्यक रहेकोछ।

  
लि.शाखा प्रमुख  
शाखा प्रमुख, पोषण शाखा

## शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन निर्देशिका, २०८१

### प्रस्तावना:

नेपालको संविधान २०७२ को धारा ३५को उपधारा (१) मा प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभुत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने हक हुनेछ र कसैलाई पनि आकस्मिक स्वास्थ्य सेवाबाट बन्चित नगरिने र धारा ३९ को उपधारा (२) मा प्रत्येक बालबालिकालाई परिवार तथा राज्यबाट शिक्षा, स्वास्थ्य, पालन पोषण, उचित स्याहार, खेलकुद, मनोरञ्जन तथा सर्वाङ्गीण व्यक्तित्व विकासको हक हुने व्यवस्था रहेको साथै राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७६, राष्ट्रिय पोषण रणनीति २०७७, र नेपाल सरकारको दिगो विकाश लक्ष्य अनुसार, सन् २०३० सम्ममा पाँच वर्ष मुनिका बालबालिकामा ख्याउटेपन (शीघ्र कुपोषण) को दर ४% मा झार्ने लक्ष्य लिए अनुरूप शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सम्बन्धी कार्यक्रम तथा त्यससँग सम्बन्धित क्रियाकलापहरूलाई थप प्रभावकारी रूपमा कार्यान्वयन गर्न जनस्वास्थ्य सेवा ऐन २०७५ को दफा ६४ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी यो निर्देशिका जारी गरिएको छ ।

### परिच्छेद १

#### (संक्षिप्त नाम, प्रारम्भ र परिभाषा)

#### १. नाम र प्रारम्भ:

- क) यो निर्देशिकाको नाम “शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन निर्देशिका, २०८१” रहनेछ ।  
ख) यो निर्देशिका स्वीकृत पश्चात तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ ।

#### २. परिभाषा : विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस निर्देशिकामा

- (क) “शिशु” भन्नाले जन्मेदेखि १२ महिना मुनिका बालबालिकालाई जनाउँदछ ।  
(ख) “बालबालिका” भन्नाले ५ वर्ष मुनिका बालबालिका भनि बुझ्नु पर्दछ ।  
(ग) “स्वास्थ्य संस्था” भन्नाले सरकारी स्वास्थ्य संस्था सम्झनुपर्छ र सो शब्दले प्रचलित कानून बमोजिम स्थापित गैरसरकारी वा निजी वा सहकारी वा गैर नाफामुलक सामुदायिक स्वास्थ्य संस्थालाई समेत जनाउँछ ।  
(घ) “स्वास्थ्यकर्मी” भन्नाले प्रचलित कानून बमोजिम स्वास्थ्यकर्मीको रूपमा सम्बन्धित परिषदमा दर्ता भएको व्यक्ति सम्झनु पर्दछ ।  
(ङ) “हेरचाहकर्ता” भन्नाले शिशु वा बालबालिकाको प्रत्यक्ष र नियमित हेरचाह गर्ने व्यक्ति (प्रायः परिवारको सदस्य) लाई बुझाउँदछ ।  
(च) “ट्रियाज (Triage)” भन्नाले स्वास्थ्य संस्थामा आएका बालबालिकालाई द्रुत रूपमा स्वास्थ्यको मुल्यांकन गरि उनीहरूको चिकित्सकीय आवश्यकता अनुसार थप उपचारको लागि उपलब्ध स्रोतहरूको आधारमा प्राथमिकता अनुरूप वर्गीकरण गर्ने प्रक्रियालाई जनाउँछ ।

- (छ) “अन्तरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवा (Inpatient Therapeutic Care Services)” भन्नाले २४ सै घण्टा हेरचाह प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाद्वारा प्रदान गरिने सेवा जसअन्तर्गत शिशु तथा बालबालिकाहरूलाई कम्तिमा पनि एक रात वा सोभन्दा बढी समयसम्म निगरानीमा राखी चिकित्सकिय हेरचाहको साथै थप पोषिलो खाना वा उपचारात्मक खाना खुवाउन सहयोग गर्ने (स्तनपान गर्ने वा नगर्ने दुवै खालका शिशुहरूका लागि) हेरचाहलाई बुझ्नु पर्दछ ।
- (ज) “बहिरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवा (Outpatient Therapeutic Care Services)” भन्नाले शिशु तथा बालबालिकाका लागि स्वास्थ्य संस्थामा रात नबिताई नियमित रूपमा स्वास्थ्यकर्मीसँग भेटेर स्वास्थ्य संस्था मार्फत प्रदान गरिने चिकित्सकीय हेरचाह, पोषिलो थप खाना वा पोषण उपचार हेरचाह (६ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाका लागि), र खुवाउन सहयोग गर्ने (स्तनपान गर्ने वा नगर्ने दुवै खालका शिशुहरूका लागि) सेवालार्ई बुझ्नुपर्दछ ।
- (झ) “पोषण पुनर्स्थापना केन्द्र” भन्नाले सरकारी वा गैर सरकारी अस्पतालको बाल रोग विभाग अन्तर्गत स्थापित शिशु तथा बालबालिकालार्ई पोषण पुनर्स्थापना सेवा प्रदान गरिने ईकाई/वार्ड लार्ई बुझ्नुपर्दछ ।
- (ञ) “ख्याउटेपन वा शीघ्र कुपोषण” भन्नाले ५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा उचाई/लम्बाई अनसुरको तौल - २ जेड स्कोर भन्दा कम (<-२ जेड स्कोर), र/वा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको, र/वा पाखुराको मध्य भागको परिधि १२५ मि. मि भन्दा कम भएको अवस्थालार्ई जनाउँदछ ।
- (ट) “मध्यम शीघ्र कुपोषण” भन्नाले ५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा उचाई/लम्बाई अनसुरको तौल -३ जेड स्कोर बराबर वा सो भन्दा बढी र -२ जेड स्कोर भन्दा कम ( $\geq$ -३ जेड स्कोर <-२), र/वा पाखुराको मध्य भागको परिधि ११५ मि. मि. बराबर वा सो भन्दा बढी र १२५ मि. मि भन्दा कम ( $\geq$ ११५ देखि <१२५ मि. मि.) र पोषणजन्य कारणले नसुन्निएको अवस्थालार्ई जनाउँदछ ।
- (ठ) “कडा शीघ्र कुपोषण” भन्नाले ५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा उचाई/लम्बाई अनसुरको तौल -३ जेड स्कोर भन्दा कम (<-३ जेड स्कोर), र/वा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको, र/वा पाखुराको मध्य भागको परिधि ११५ मि.मि. भन्दा कम भएको अवस्थालार्ई जनाउँदछ ।
- (ड) “पोषणजन्य कारणले सुन्नितु” भनेको कडा शीघ्र कुपोषणको कारणले शरीरको दुवै (दाँया र बाँया) भागमा थिच्दा खाल्डो बस्ने गरि सुन्नितु हो, जुन खुट्टाको पैतालाबाट सुरु भई क्रमिक रूपमा खुट्टा, हात तथा अनुहार सम्म फैलिन सक्दछ ।
- (ढ) “पोषण उपचार” भन्नाले कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालार्ई बहिरङ्ग सेवा र आवश्यकता अनुसार अन्तरङ्ग सेवा अन्तर्गत उपचारात्मक हेरचाहका साथै उपचारात्मक दुध (F-75, F100) वा तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) मार्फत गरिने उपचार सेवालार्ई बुझ्नुपर्दछ ।
- (ण) “भर्ना” भन्नाले शिशु तथा बालबालिकालार्ई अन्तरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कम्तिमा एक रात वा सो भन्दा बढी समय बिताई सेवा लिने प्रक्रियालार्ई बुझ्नुपर्दछ ।

- (त) “दत्ता” भन्नाले शिशु तथा बालबालिकालाई भर्ना नगरी बहिरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवा दिने स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट नियमित पोषिलो थप खाना वा पोषण उपचार लिने प्रक्रियालाई बुझनुपर्दछ ।
- (थ) “पोषण हेरचाह प्रणाली (Care pathway)” भन्नाले बालबालिकाको स्वास्थ्यलाभ र दीर्घकालीन स्वास्थ्य सुनिश्चित गर्न, कुपोषण पहिचान र व्यवस्थापन गर्न आवश्यक चरणहरू र क्रियाकलापको रूपरेखा प्रस्तुत गर्ने एक व्यवस्थित प्रणाली लाईबुझनुपर्दछ ।
- (द) “डिस्चार्ज” भन्नाले शिशु तथा बालबालिकालाई अन्तरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह पश्चात घर फर्कने अवस्थालाई बुझनुपर्दछ ।
- (ध) “स्थानान्तरण” भन्नाले कुपोषित शिशु तथा बालबालिका डिस्चार्ज भई आफ्नो पोषण उपचार पूरा गर्न बहिरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह केन्द्रमा जाने प्रक्रियालाई बुझनुपर्दछ ।
- (न) “बहिर्गमन (Exit)” भन्नाले थप पौष्टिक खाना वा चिकित्सकीय उपचार सहित बहिरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह पूरा गरि घर फर्कने अवस्थालाई बुझनुपर्दछ ।
- (प) “प्रेषण” भन्नाले कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई बहिरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवाबाट अन्तरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवामा थप आवश्यक सेवाहरूको लागि पठाउने वा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई अन्य सेवाहरू जस्तै: क्षयरोग, एचआईभी आदिका लागि फलो अपमा पठाउने प्रक्रियालाई बुझनुपर्दछ ।
- (फ) “विशेष रूपमा तयार गरिएका खाना (Specially Formulated Food)” भन्नाले उपचारात्मक वा आहारका लागि विशेष रूपमा Codex Alimentarius मापदण्ड अनुरूप तयार/उत्पादन तथा वितरण गरिएको खाद्य उत्पादनहरू जस्तै: तयारी उपचारात्मक खाना, तयारी थप खाना, लिपिड न्यूट्रिएन्ट सप्लिमेन्ट (LNS–MQ, LNS–SQ) लाई जनाउँदछ ।
- (ब) “फोर्टिफाइड ब्लेन्डेड फूड (Fortified Blended Food)” भनेको आंशिक रूपमा पहिले नै पकाएर पिसिएको अन्न तथा गेडागुडी, दलहन र सूक्ष्म पोषक तत्वहरूले स्तरोन्नति गरिएको मिश्रण (जस्तै सुपर सिरियल) हो ।
- (भ) सुधारिएको फोर्टिफाइड ब्लेन्डेड फूड भन्नाले फोर्टिफाइड ब्लेन्डेड फूडमा भन्दा थप चिनी, तेल, र/वा दूध राखी उत्पादन गरिएको खानाहरूलाई (जस्तै सुपर सिरियल प्लस) जनाउँदछ ।
- (म) “लिपिड न्यूट्रिएन्ट सप्लिमेन्ट (Lipid Nutrient Supplement)” भन्नाले प्राविधिक मापदण्ड अनुसार आवश्यक भिटामिन, खनिज र अन्य पोषक तत्वहरू मिसाइएको लिपिडमा आधारित उपचारात्मक तथा थप खानाहरू (जस्तै तयारी थप खाना RUSF वा तयारी उपचारात्मक खाना RUTF) हुन् ।
- (य) “तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF)” भन्नाले कडा शीघ्र कुपोषण भएका शिशु तथा बालबालिकाको पोषण उपचारका लागि उपचारात्मक उद्देश्यले तयार गरिएका पेस्ट/स्प्रेड वा कम्प्रेस्ड बिस्कुट/बारलाई जनाउँदछ ।

- (र) “तयारी पूरक खाना (RUSF)” भन्नाले मध्यम शीघ्र कुपोषण भएका शिशु तथा बालबालिकालाई पूरक खानाको रूपमा प्रयोग गरिने फोर्टिफाइड लिपिडमा आधारित पेस्ट/स्प्रेड लाई जनाउँदछ, जसलाई कडा शीघ्र कुपोषणको उपचारको लागि प्रयोग गर्न हुँदैन ।
- (ल) "आपतकालीन अवस्था" भन्नाले प्राकृतिक वा मानव निर्मित अनपेक्षित घटनालाई जनाउँछ जसले मृत्यु वा चोटपटकको जोखिम निम्त्याउँछ र तत्काल प्रतिकार्य र व्यवस्थापनको आवश्यकता पर्दछन् ।
- (व) “मनोसामाजिक उत्प्रेरणा (Psychosocial Stimulation)” भन्नाले मानव-मानवबीचको अन्तरक्रिया र वरिपरीको फरक वातावरण जस्तै घर, विद्यालय, समुदायबाट प्राप्त हुने ईन्द्रिय अनुभव (Sensory experience) लाई जनाउँदछ जसले साना बालबालिकाको ध्यान आकर्षित गर्दछ, उदाहरणको लागि कुरा गर्ने, मुस्कुराउने, औँल्याउने, सक्षम पार्ने, खेल्ने र वस्तुहरूको प्रयोग गरि/नगरी प्रदर्शन गर्ने क्रियाकलापहरू समावेश छन् । यसमा जिम्मेवारीपूर्वक हेरचाहको एक अभिन्न भागको रूपमा जिम्मेवारीपूर्वक खुवाई पनि पर्दछ ।
- (श) “सहयोगी संस्था” भन्नाले शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनसँग सम्बन्धित कार्यक्रम तथा क्रियाकलापहरूका लागि नेपाल सरकारलाई आर्थिक तथा प्राविधिक रूपमा सहयोग पुर्याइरहेका अन्तर्राष्ट्रिय दातृ निकाय, बहुपक्षिय वा द्विपक्षिय निकाय, संयुक्त राष्ट्र सङ्घ अन्तर्गतका निकाय, अन्तर्राष्ट्रिय गैह्र सरकारी संस्थाहरू तथा राष्ट्रिय गैह्र सरकारी तथा गैह्र नाफामूलक संस्था तथा निजी क्षेत्र समेतलाई जनाउँदछ ।

## परिच्छेद २

### नेपालमा शीघ्र कुपोषणको अवस्था र शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

#### ३. नेपालमा शीघ्र कुपोषणको अवस्था:

नेपालमा सन् २००१ देखिको तथ्याङ्क हेर्दा ख्याउटेपन (शीघ्र कुपोषण) को अवस्थामा क्रमिक सुधार हुँदै गएको छ तर अपेक्षित लक्ष्य हासिल गर्न चुनौतिपूर्ण देखिएको छ । नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण अनुसार नेपालमा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकामा ख्याउटेपन (शीघ्र कुपोषण) को दर सन् २००१ मा ११%, सन् २००६ मा १३%, सन् २०११ मा ११%, सन् २०१६ मा १०% र सन् २०२२ मा ८% रहेको देखिन्छ । सन् २०२२ को तथ्याङ्क अनुसार, समग्र नेपालमा शीघ्र कुपोषणको दर ५% देखि १०% को बीचमा भएकाले यसलाई जनस्वास्थ्य समस्याको दृष्टिले “मध्यम अवस्था” मानिन्छ । तर भौगोलिक विभाजन अनुसार तराईमा १०% को दरले उच्च अवस्था देखिन्छ भने हिमाल र पहाडमा समान ४% मात्र छ । ग्रामीण क्षेत्रको तुलनामा शहरी क्षेत्रमा शीघ्र कुपोषण बढ्दो अवस्थामा रहेको छ । यसका साथै विभिन्न प्राकृतिक प्रकोपहरू (बाढी, पहिरो, भूकम्प), आर्थिक कठिनाइहरू, खाद्य असुरक्षा र सङ्क्रामक रोगहरूको उच्च प्रभावले नेपालमा शीघ्र कुपोषणको जोखिमलाई अझ बढाएको छ । विभिन्न अध्ययनले देखाए अनुसार पाँच वर्ष मुनिका मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूमा मृत्युको जोखिम सामान्य बालबालिकाको

तुलनामा तीन गुणा बढी हुनुका साथै तिनीहरूमा सङ्क्रामक रोग, शारीरिक अशक्तता र न्यून बौद्धिक विकास (low cognitive development) को जोखिम बढ्दछ । सामान्य अवस्थाका ५ वर्ष मुनिका बालबालिकाको तुलनामा कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकामा मृत्युको जोखिम १२ गुणा बढी हुन्छ । बालबालिकाको दीर्घकालीन स्वास्थ्य र विकासको लागि शीघ्र कुपोषण बाधकको रूपमा रहेको छ, जसको प्रभाव व्यक्ति, उनीहरूको समुदाय र देशलाई समेत पर्दछ । तसर्थ, शीघ्र कुपोषणको समयमै रोकथाम, पहिचान तथा उपचार अपरिहार्य छ ।

#### ४. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम

विश्वभर समुदायमा आधारित शीघ्र कुपोषण व्यवस्थापन कार्यक्रमको अवधारणा सुरु हुनु पूर्व, ५ वर्ष मुनिका कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिको व्यवस्थापन उपचारात्मक आहार केन्द्र (Therapeutic Feeding Center) वा पोषण पुनर्स्थापना गृहमा भर्ना गरि उपचारात्मक दूधहरू (F-75, F-100) को प्रयोग गरी उपचार गरिन्थ्यो । सन् १९९० को दशकमा उपचारात्मक दूध (F-100) को विकल्पको रूपमा तयारी उपचारात्मक खाना (Ready To Use Therapeutic Food) को विकास पश्चात समुदायमा आधारित शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन सुरुवात भएको थियो । सन् २००० को दशकमा समुदायमा आधारित चिकित्सकीय हेरचाह (CTC-Community Based Therapeutic Care) कार्यक्रम Ethiopia बाट लागू गरिएको थियो । CTC मोडेल तीन प्रमुख नवीनताद्वारा प्रेरित र संचालित थियो -

क) तयार पारिएको उपचारात्मक खाना (RUTF),

ख) शीघ्र कुपोषणको नयाँ वर्गीकरण

ग) पाखुराको मध्य भागको परिधि (MUAC) मापन द्वारा कुपोषणको लेखाजोखा र भर्ना ।

CTC मोडेल पश्चात, समुदायमा आधारित शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन (CMAM - Community Based Management of Acute Malnutrition) मोडेलको विकास भयो र संयुक्त राष्ट्र संघद्वारा CMAM मोडेललाई २००७ मा अनुमोदन गर्दै आपतकालीन र नियमित कार्यक्रमहरूमा शीघ्र कुपोषण व्यवस्थापन कार्यक्रम औपचारिक रूपमा सुरुवात गरियो ।

नेपालमा, सन् १९९८ देखि पोषण पुनर्स्थापना गृह (हाल पोषण पुनर्स्थापना केन्द्र) मार्फत शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई भर्ना गरेर उपचार सेवा सुरु गरिएको थियो । सन् २००६ मा गरिएको एक अध्ययन अनुसार समुदायमा आधारित शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन कार्यक्रम प्रभावकारी देखिएकोले नेपालमा आ.व. २०६४/६५ मा ५ जिल्लाहरू (अछाम, जाजरकोट, मुगु, बर्दिया र कञ्चनपुर) बाट पाइलट परियोजनाको रूपमा सुरु भएको थियो । सन् २०१२ मा उक्त कार्यक्रमको मूल्याङ्कन पश्चात ६ महिना मुनिका शिशु, ६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित तथा मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकाको व्यवस्थापन समावेश गरि शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको सुरुवात भएको थियो । आ.व. २०६९/७० मा यस कार्यक्रमलाई थप ५ जिल्लाहरू (जुम्ला, कपिलवस्तु, सर्लाही, धनुषा र सप्तरी) मा विस्तार गरिएको थियो । यस कार्यक्रमका लागि तालिम पुस्तिका र उपचार निर्देशिका तयार पारिए पनि पहिलो औपचारिक निर्देशिका २०७३ (सन् २०१७) मा मात्र प्रकाशित भयो, जसलाई २०७६ (सन् २०२०) मा पुनः परिमार्जन गरिएको

थियो । आ.व. २०७५/७६ बाट बृहत पोषण विशेष कार्यक्रम कार्यान्वयन सँगै शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम ७७ वटै जिल्लाहरूमा लागू गरिएको छ । यस कार्यक्रमको प्रमुख उद्देश्य समुदाय र स्वास्थ्य संस्थामा आधारित पोषण तथा चिकित्सा सेवाहरू प्रदान गरि पाँच वर्ष मुनिका शिशु तथा बालबालिकामा शीघ्र कुपोषणसँग सम्बन्धीत रूग्णता र मृत्युदर घटाउनु हो ।

५. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको सिद्धान्तहरू

- क) अधिकतम फैलावट र पहुँच: आवश्यकता अनुसार सेवालाई विकेन्द्रिकृत गर्ने, समुदाय स्तरमा पुर्याई सर्वसुलभ बनाउने ।
- ख) समयमै पहिचान तथा उपचार: समयमै शीघ्र कुपोषणको अवस्था पत्ता लगाई थप जटिलता हुन नदिई जतिसक्दो छिटो समस्याको पहिचान गरि उपचारका लागि स्वास्थ्य संस्थामा लैजाने व्यवस्था मिलाउने।
- ग) उपयुक्त हेरचाह: घरमै उपचार गर्न सक्ने कुपोषित बालबालिकाहरूका लागि सरल र प्रभावकारी बहिरङ्ग हेरचाहको प्रावधान सुनिश्चित गर्ने तथा मेडिकल जटिलता भएका/चिकित्सकीय हेरचाह आवश्यक पर्ने बालबालिकाहरूका लागि अन्तरङ्ग हेरचाहको व्यवस्था गर्ने, र मध्यम शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिका लाई भने पोषण परामर्श र विशेष अवस्थामा विशेष रूपमा तयार गरिएका खाना (SFF) प्रदान गर्ने ।
- घ) आवश्यकता रहनजेलसम्म हेरचाह: उपचारमा पहुँच वृद्धि गरेर सेवालाई विद्यमान स्वास्थ्य प्रणालीमा एकीकृत गरी निको नहुन्जेलसम्म आवश्यकतानुसार हेरचाह गर्ने ।

६. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको सेवाहरू

- क) सामुदायिक परिचालन: समुदाय स्तरमा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाको समयमा नै पहिचान गरी उचित व्यवस्थापनको लागि सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थामा पठाउने र भविष्यमा हुन सक्ने कुपोषणको रोकथामका लागि शिशु तथा बाल्यकालीन आहार सम्बन्धी अभ्यासहरू जस्तै: व्यवहार परिवर्तन सञ्चार, खानेपानी, सरसफाइ तथा स्वच्छता, पोषण प्रवर्धनका क्रियाकलापहरू आदि बारे परामर्श दिन समुदाय परिचालन गरिन्छ।
- ख) मध्यम शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन: यो सेवा अन्तर्गत मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई पोषणको अवस्था सुधार गर्नको लागि आवश्यक परामर्शको साथै वृहत लेखाजोखा गर्दै चिकित्सा र मनोसामाजिक समस्याहरूको व्यवस्थापन गरिन्छ । खाद्य असुरक्षा, आपतकालीन अवस्था, घरधुरीको सामाजिक आर्थिक स्थिति तथा अन्य विभिन्न अवस्थाहरू अनुसार विशेष रूपमा तयार पारिएको थप खाना र परामर्शद्वारा मध्यम शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन गरिन्छ ।
- ग) अन्तरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवा: २४-घण्टा हेरचाह प्रदान गर्न सक्षम स्वास्थ्य संस्थाद्वारा प्रदान गरिने सेवालाई जनाउँछ जसअन्तर्गत शिशु तथा बालबालिकाहरूलाई कम्तिमा पनि एक रात वा सोभन्दा बढी समयसम्म सेवामा राखी चिकित्सा हेरचाह, थप पोषिलो खाना वा उपचारात्मक खाना प्रदान गरिन्छ ।

घ) बहिरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवा: ६ देखि ५९ महिनाका बालबालिकाका लागि स्वास्थ्य संस्थामा दर्ता गरि नियमित रूपमा स्वास्थ्यकर्मीसँग भेटेर स्वास्थ्य संस्था मार्फत प्रदान गरिने चिकित्सा हेरचाह, पोषिलो थप खाना वा पोषण उपचार हेरचाह प्रदान गरिन्छ ।

### परिच्छेद ३

## शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन निर्देशिकाको मार्गदर्शक सिद्धान्त, औचित्य र उद्देश्यहरू

७. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन निर्देशिकाको ६ वटा मार्गदर्शक सिद्धान्तहरू रहेका छन्:
- क) बाल-स्वास्थ्य केन्द्रित दृष्टिकोण: शिशु तथा बालबालिकाको स्वास्थ्य वृद्धि र विकासलाई प्राथमिकतामा राखि उनीहरू सेवामा आवद्ध हुँदा पोषण सेवा मात्र प्रदान नगरी आवश्यकतानुसार उपयुक्त, एकीकृत र समयमै हेरचाह तथा सेवाहरू प्रवाह गर्न वकालत तथा मार्गनिर्देश गर्दछ ।
- ख) आमा/हेरचाहकर्ता र शिशु दुवैको हेरचाह गर्ने: आमा/हेरचाहकर्ता र शिशु एक-अर्कामा निर्भर हुने र उनीहरूको पोषण तथा स्वास्थ्य अवस्था एक-अर्कासँग जोडिएका कारण, तथ्यमा आधारित भई दुवैको आवश्यकताहरू पूरा गर्नुपर्दछ। हामीले उनीहरूलाई एकात्मक रूपमा मात्र नभई संयुक्त रूपमा मूल्याङ्कन गर्नुपर्दछ ।
- ग) स्वास्थ्य प्रणालीलाई केन्द्रमा राखी बहुक्षेत्रीय कार्य गर्ने: स्वास्थ्य प्रणाली भित्र विभिन्न प्रकारका स्वास्थ्य संस्थाहरू, मानव संसाधन, क्षमता आदि रहेका कारण, शिशु तथा बालबालिकालाई उपयुक्त, एकीकृत, र समयमै स्वास्थ्य तथा पोषण सेवाहरू प्रवाह गर्न, तिनीहरू बीचको समन्वय र सहकार्य अपरिहार्य छ। नेपालले लिएको स्वास्थ्यमा सर्वव्यापी पहुँचको उद्देश्यलाई आत्मसाथ गर्दै शीघ्र कुपोषणको रोकथाम, पहिचान तथा उपचारका लागि स्वास्थ्य प्रणालीलाई केन्द्रमा राखी दिगो प्रभाव हासिल गर्न, स्वास्थ्य क्षेत्र बाहेक अन्य क्षेत्र जस्तै खानेपानी र सरसफाइ, शिक्षा, कृषि तथा पशुपन्छी, महिला तथा बालबालिका, स्थानीय सरकार तथा सामाजिक सुरक्षा प्रणालीहरू समावेश हुनुपर्दछ ।
- घ) पोषिलो घरेलु खानालाई प्राथमिकता दिने: शीघ्र कुपोषणको रोकथाम, उपचार तथा व्यवस्थापन र पुनर्लाभ प्राप्तिका लागि स्थानीय स्तरमा उपलब्ध विविध प्रकारका पोषकतत्त्वले भरिपूर्ण खाद्यान्नहरू महत्त्वपूर्ण हुन्छ। तसर्थ, स्वास्थ्य र वातावरणीय स्थायित्वको लागि घरमा यी खानाहरूको पहुँचलाई सर्वसुलभ र सुरक्षित गर्नु आवश्यक हुन्छ ।
- ङ) लैङ्गिक समतालाई प्रवर्द्धन गर्ने: सामान्यतया कुपोषित बालबालिकाहरूको मुख्य हेरचाहकर्ता महिलाहरू रहेको पाइन्छ । तसर्थ आमाको साथै परिवारका अन्य सदस्यहरूले बालबालिकाको हेरचाहमा महत्त्वपूर्ण भूमिका खेल्न सक्छन् । शीघ्र कुपोषणको रोकथाम तथा व्यवस्थापनमा शक्ति संरचना/ढाँचाहरू, लैङ्गिक भूमिका र मूल्य मान्यताहरू, लैङ्गिक विभेद, लैङ्गिक हिंसा, श्रोतहरूमा

पहुँच र स्वामित्व, र स्वास्थ्य र पोषण सेवाहरूका अनुभवहरू मध्य नजरगर्दै लैङ्गिक समतालाई प्रवर्द्धन गर्नु अत्यावश्यक हुन्छ ।

च) स्थानीय परिवेश अनुसार अनुकूलन गर्ने: स्थानीय स्तरमा शीघ्र कुपोषण, खाद्य सुरक्षा, बाल रोगको अवस्था, परिवार तथा स्वास्थ्यकर्मीहरूको मूल्य मान्यता र प्राथमिकता, श्रोतहरूको उपलब्धता, कार्यक्रमको स्वीकार्यता र सम्भाव्यता स्थानीय परिवेश अनुसार गर्नुपर्दछ । विपद तथा आपतकालीन अवस्थामा माथि उल्लेखित सिफारिसहरू कसरी कार्यान्वयन गर्ने र संकटहरू स्थिर हुँदै जाँदा कसरी परिमार्जन गर्ने विषयमा पनि विशेष ध्यान दिनुपर्दछ ।

#### ८. औचित्य

विश्व स्वास्थ्य सभा २०२५ को लक्ष्य अनुसार ख्याउटेपन (शीघ्र कुपोषण) को दरलाई ५% भन्दा तल झार्ने, र दिगो विकास लक्ष्य, सन् २०३० को विश्वव्यापी पोषण सम्बन्धी लक्ष्य अनुसार ४% मा पुर्याउने प्रतिबद्धतालाई नेपालको राष्ट्रिय पोषण रणनीति, २०७७ र बहुक्षेत्रीय पोषण योजना “तेश्रो” (२०८०/८१ – २०८७/८८) मा प्रतिबिम्बित गरी पोषण विशेष कार्यक्रमहरू संचालन भईरहेका छन् । तसर्थ, शीघ्र कुपोषण सम्बन्धी नयाँ तथ्य तथा प्रमाणहरूको उपलब्धता र विश्व स्वास्थ्य संगठनबाट सन् २०२३ मा प्रकाशित अद्यावधिक निर्देशिका बमोजिम विद्यमान राष्ट्रिय शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन निर्देशिका, २०७६ (सन् २०२०) लाई परिमार्जन गरिएको हो । विद्यमान नीति तथा रणनीतिहरूको अधिनमा रहि तयार गरिएको यस निर्देशिका लागू भएपश्चात शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापनसँग जोडिएका समस्याहरू सम्बोधन भई राष्ट्रले लिएका लक्ष्यहरू प्राप्तिका लागि सहयोग पुग्नेछ ।

#### ९. उद्देश्य

यस निर्देशिकाको निम्नानुसार उद्देश्यहरू रहेका छन्:

- क) ५ वर्ष मुनिका शिशु तथा बालबालिकालाई समुदाय र स्वास्थ्य संस्थाबाट शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम मार्फत पोषण तथा उपचारात्मक सेवा प्रदान गर्दै शीघ्र कुपोषणको कारणले हुने रुग्णता र मृत्यु दर लाई कम गर्ने ।
- ख) ५ वर्ष मुनिका शिशु तथा बालबालिकामा शीघ्र कुपोषणको समयमै रोकथाम, पहिचान तथा उपचारका लागि स्वास्थ्य सेवा, पोषण सेवा तथा अन्य सेवाहरूलाई एकीकृत गर्दै मार्गनिर्देश गर्ने ।
- ग) आपतकालीन अवस्थामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन बारे मार्गनिर्देश गर्ने ।

## परिच्छेद - ४

### ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूको व्यवस्थापन

#### १०. विवरण

६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूको व्यवस्थापनको संक्षिप्त विवरण अनुसूची १ मा व्याख्या गरिएको छ।

#### ११. ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूको ट्रियाज

६ महिना मुनिका शिशुहरू स्वास्थ्य संस्थामा पुगेपछि वा स्वास्थ्यकर्मीको सम्पर्कमा आएपछि तुरुन्तै अनुसूची २ मा उल्लेख गरेको नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) अनुसार ट्रियाज गरी वर्गीकरण गर्नुपर्दछ र अनुसूची ३ मा उल्लेख भए अनुसार आपतकालीन वा खतराका संकेत भएका शिशुहरूलाई जीवनरक्षक सेवा (Life-saving care) प्रदान गर्नुपर्दछ साथै चिकित्सकीय स्थिति र वर्गीकरणको आधारमा उपयुक्त सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ।

#### १२. पहिचान

ट्रियाज पश्चात कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका शिशुहरूको पहिचान गर्न क्रमिक वा एकल मापनको आधारमा शारीरिक लेखाजोखा गरि आएका परिणामहरू वा कमजोर वृद्धि र विकासका जोखिमयुक्त कारकहरू वा कमजोर जन्म परिणामहरूका आधारमा शिशुहरूको पहिचान अनुसूची ४ अनुसार प्रारम्भिक मूल्यांकन गर्नुपर्दछ।

#### १३. पोषण हेरचाह प्रणाली (Care pathway)

६ महिना मुनिका शिशुहरू तथा आमा/हेरचाहकर्ताको सेवा प्रवाह प्रक्रिया समुदायबाट सुरु भएर बहिरङ्ग हेरचाह र अन्तरङ्ग हेरचाहसम्म पुग्छ भन्ने कुरा ध्यानमा राख्दै, अनुसूची ५ मा उल्लेख भए अनुसार रोकथाम र उपचार सुनिश्चित गर्दै बृहत लेखाजोखा गरि मूल्याङ्कनको आधारमा सबैभन्दा उपयुक्त पोषण हेरचाह प्रणाली निर्णय गर्नु पर्दछ।

#### १४. अन्तरंग व्यवस्थापन

१) भर्ना : कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिना मुनिका शिशुहरूमा अनुसूची ३ अनुसार समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) सँग सम्बन्धित एक वा बढी खतराका संकेतहरू देखा परेमा वा अनुसूची ६ मा उल्लेखित चिकित्सकीय समस्या वा अवस्थाहरू (Acute Medical Problem or Conditions) देखा परेमा, वा यदि उनीहरूमा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको छ भने, वा हालसालै तौल घटेको छ भने, वा पहिचान भएका कडा शीघ्र कुपोषित शिशुहरूलाई अन्तरंग हेरचाहमा प्रेषण गरि भर्ना गर्नुपर्दछ।

२) गहिरो लेखाजोखा: अन्तरंग हेरचाहको मापदण्ड पुरा नभएमा चिकित्सकीय निर्णयको आधारमा अन्तरंगमा भर्ना गर्ने वा बहिरङ्गमा दर्ता गरि व्यवस्थापन गर्ने निर्णय लिन अनुसूची ७ को अनुसार गहिरो लेखाजोखा गर्नुपर्दछ।

- ३) चिकित्सकीय व्यवस्थापन: अनुसूची ८ अनुसार, कडा शीघ्र कुपोषण भएका ६ महिना भन्दा कम उमेरका शिशुहरूले ६ महिना वा सोभन्दा माथिका शिशुहरू र बालबालिका सरह नै चिकित्सकीय हेरचाह पाउनु पर्दछ ।
- ४) स्तनपानलाई प्राथमिकता: कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका र कडा शीघ्र कुपोषित ६ महिना भन्दा कम उमेरका शिशुहरूलाई खुवाउने विधिहरूमा (Feeding approaches) आमा वा अन्य हेरचाहकर्ताद्वारा प्रभावकारी पूर्ण स्तनपानको स्थापना वा पुनः स्थापनालाई प्राथमिकतामा राख्नुपर्दछ ।
- ५) स्तनपान सम्बन्धी समस्याहरू र कठिनाइहरूको व्यवस्थापन: स्तनपान सम्बन्धी समस्याहरू र कठिनाइहरू पत्ता लागेको खण्डमा स्वास्थ्यकर्मीहरूले आमा / हेरचाहकर्ता र शिशु दुबैलाई बृहत लेखाजोखा गरी, उक्त कठिनाइहरूको व्यवस्थापन अनुसूची ९ अनुसार शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण (IYCF) र समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकीकृत व्यवस्थापन (CBIMNCI) अनुसार व्यवस्थापन गर्नु पर्दछ ।
- ६) स्तनपानका साथै थप दूधको आवश्यकताको निर्णय: थप दूधको आवश्यकता भए/नभएको निर्णय गर्न अन्तरंग हेरचाहमा भर्ना भएका शिशुको चिकित्सकीय र पोषण वा खुवाउने आवश्यकताहरूको बृहत लेखाजोखा, साथै आमा/हेरचाहकर्ताको शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्यको लेखाजोखा अनुसूची ४३(बिरामी स्वास्थ्य प्रश्नावली – PHQ २) अनुसार गर्नुपर्दछ ।
- ७) अन्तरंग हेरचाहमा पोषण व्यवस्थापन: अन्तरंग हेरचाहमा भर्ना भएका ६ महिना मुनिका स्तनपान गरिरहेका शिशुहरूलाई स्तनपानमा प्राथमिकता दिनुपर्दछ, तर स्तनपान सम्भव नभएमा, अनुसूची १० अनुसार उपचारात्मक दूध (F-75 वा F-100) प्रदान गर्नुपर्दछ ।
- ८) अन्तरंग हेरचाहबाट बहिरङ्ग हेरचाहमा स्थानान्तरण: अन्तरंग हेरचाहमा भर्ना र उपचार गरिएका ६ महिना मुनिका शिशुहरूले अनुसूची ११ को मापदण्ड पूरा गरेमा बहिरङ्ग हेरचाहमा स्थानान्तरण गर्न सकिन्छ ।

#### १५. बहिरङ्ग सेवामा दर्ता

कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिना भन्दा कम उमेरका शिशुहरूले अनुसूची १२ को मापदण्ड पूरा गरेमा बहिरङ्ग हेरचाहमा दर्ता गर्नुपर्दछ ।

#### १६. बहिरङ्ग सेवामा व्यवस्थापन

दफा १५ अनुसार बहिरंग सेवामा दर्ता भएका कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिना मुनिका शिशुहरूलाई अनुसूची १३ अनुसार व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ ।

#### १७. नियमित हेरचाह र अनुगमन

आमा/हेरचाहकर्ता र शिशु दुवैलाई अन्तरनिर्भर जोडीको रूपमा स्वीकार र हेरचाह गर्नुको महत्त्वलाई बुझ्दै, कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिना मुनिका शिशुहरू र उनीहरूका

आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई अनुसूची १४ बमोजिम साप्ताहिक रूपमा नियमित हेरचाह र अनुगमन प्रदान गर्नुपर्दछ ।

१८. अनुगमन भेट घटाउदै लग्ने

कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिना मुनिका शिशुहरू ६ महिना नपुगेसम्म उनीहरूले प्रभावकारी रूपमा स्तनपान गरेको वा प्रतिस्थापन आहार राम्रोसँग खाएको र दुई अनुगमन भेटसम्म तौल बढेको भेटिएमा अनुगमन भेट घटाउदै १५ दिन वा मासिकमा लग्न सकिन्छ ।

१९. शिशुहरू ६ महिना पुगेपछि बृहत लेखाजोखा

कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूलाई ६ महिना पुगेपछि बृहत लेखाजोखा सहित शारीरिक लेखाजोखा गरी उनीहरूको चिकित्सकीय र पोषण स्थिति अनुसार अनुगमन भेट वा प्रेषण सेवा आवश्यक छ कि छैन निर्धारण गर्नुपर्दछ ।

२०. अन्तरंग हेरचाहको आवश्यकता नपर्ने वा अस्वीकार गर्ने

दफा १४ को उपदफा १ मा उल्लेखित अन्तरंग हेरचाहको आवश्यकता नभएको वा हेरचाहकर्ताले अन्तरंग हेरचाहको लागि भर्ना हुन अस्वीकार गरेको खण्डमा कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूलाई शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण सम्बन्धी परामर्श र सहयोग, शिशुहरूको तौल वृद्धिको साप्ताहिक अनुगमन र आमा/हेरचाहकर्ताको शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्य स्थितिको लेखाजोखा गरेर उपचार वा सहयोग प्रदान गर्नुपर्दछ । यदि आमा/हेरचाहकर्ताले स्तनपानको लागि सहयोग प्राप्त गरिरहेको बेला शिशुको तौल बढेन वा तौल घट्यो भने पनि, शिशुलाई अन्तरंग हेरचाहमा प्रेषण गर्नुपर्दछ ।

## परिच्छेद - ५

### ६ देखि ५९ महिना सम्मका शिशु तथा बालबालिकाको शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन

२१. विवरण

६ देखि ५९ महिना सम्मको शिशु तथा बालबालिकाको शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापनको विवरण अनुसूची १५ मा उल्लेखित छ ।

२२. शिशु तथा बालबालिकाको ट्रियाज

शिशु तथा बालबालिका स्वास्थ्य संस्थामा आइपुगेलगत्तै वा स्वास्थ्यकर्मीको सम्पर्कमा आउनासाथ अनुसूची २ बमोजिम नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) अनुसार ट्रियाज र वर्गीकरण गरि अनुसूची ३ मा उल्लेखित खतराका चिन्हहरू भएकाहरूलाई जीवन रक्षा गर्ने हेरचाह र अन्यको चिकित्सकीय अवस्था र वर्गीकरण अनुसार उपयुक्त हेरचाह प्रदान गर्नुपर्दछ ।

२३. शारीरिक मापन र वर्गीकरण

स्वास्थ्य संस्थामा आउने सबै शिशु तथा बालबालिकाको तौल, लम्बाई/उचाई, पाखुराको मध्य भागको परिधि र पोषणजन्य कारणले सुन्निएको अनुसूची १६ अनुसार मापन गरी पोषणको अवस्था र वर्गीकरण अनुसूची १७ अनुसार गर्नुपर्दछ ।

२४. लेखाजोखा तथा उपयुक्त हेरचाह

६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाको लेखाजोखा गरी अनुसूची १८ अनुसार उपयुक्त पोषण हेरचाह प्रणाली मार्फत सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ ।

२५. अन्तरंग सेवामा प्रेषण तथा भर्ना

६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकामा अनुसूची ३ बमोजिम बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापनसँग सम्बन्धित एक वा बढी खतराका चिन्हहरू देखिएमा, वा अनुसूची ६ बमोजिम चिकित्सकीय समस्याहरूसँग सम्बन्धित चिन्हहरू देखिएमा, वा अनुसूची ७ बमोजिम पोषणजन्य कारणले सुन्निएको अवस्था ग्रेड +++ देखिएमा, वा अनुसूची २५ बमोजिम भोक जाँच गर्दा खाना रुचि नभएमा (खाना रुचि वा भोक जाँच फेल भएमा), दफा २४ अनुसार कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई प्रेषण गरी अन्तरंग उपचारात्मक हेरचाहका लागि भर्ना गरेर अनुसूची १९ बमोजिम उपचार तथा व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ।

२६. अन्तरंगमा भर्नाका लागि गहिरो लेखाजोखा

दफा २५ बमोजिम अन्तरंगमा भर्ना गर्न नपरेका तर निम्न मापदण्डहरू पुरा गर्ने ६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई प्रेषण गरी अन्तरंग उपचारात्मक हेरचाहका लागि भर्ना गर्ने/नगर्ने निर्णय लिनका लागि अनुसूची २० बमोजिम गहिरो लेखाजोखा गर्नुपर्दछ ।

२७. अन्तरंग उपचारात्मक सेवामा चिकित्सकीय व्यवस्थापन

दफा २५ र २६ अनुसारको मापदण्ड पूरा गरि अन्तरंग उपचारात्मक सेवामा भर्ना भएका ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकालाई अनुसूची २१ अनुसार चिकित्सकीय व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ ।

२८. अन्तरंग उपचारात्मक सेवामा पोषण व्यवस्थापन

१) अन्तरंग उपचारात्मक सेवामा स्थिरीकरणको (Stabilization phase) चरणमा, अनुसूची २२ बमोजिम निर्देशित मात्रा अनुसार F-75 उपचारात्मक दुधबाट सावधानीपूर्वक खुवाई सुरु गर्दै तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) वा F-100 उपचारात्मक दुधमा स्थानान्तरण गर्नुपर्दछ ।

२) अन्तरंग उपचारात्मक सेवामा, कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाको चिकित्सकीय समस्याहरूको स्थिरीकरण र पोषणजन्य कारणले सुन्निएको निको वा हराउँदै गएपछि पुनर्स्थापना चरणमा जाँदा F-75 उपचारात्मक दुधबाट २ देखि ३ दिनको समयमा उनीहरूको पाचन क्षमता अनुसार १३० देखि १३५ किलोक्यालोरी प्रति किलोग्राम प्रति दिनको दरले तयारी उपचारात्मक खानामा (RUTF) लैजानुपर्दछ ।

- ३) पुनर्स्थापना तयारी चरणमा (Transition phase) दफा २८ को उपदफा २ अनुसार तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) खुवाउँदा शिशु तथा बालबालिकालाई पर्याप्त मात्रामा पानी पिउन दिने, र यदि बालबालिकाले दैनिक निर्धारित मात्रा भन्दा कम खान्छ भने, F-75 उपचारात्मक दुधबाट पुरक गर्ने र २ देखि ३ दिनको समयमा उनीहरूको पाचन क्षमता अनुसार तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) दिनुपर्दछ ।
- ४) पुनर्स्थापना तयारी चरणमा शिशु तथा बालबालिकाले पहिलो १२ घण्टाको समयावधि भित्र निर्धारित तयारी उपचारात्मक खानाको कम्तिमा पनि आधा मात्रा/भाग नखाएमा, सो लाई बन्द गरी फेरि F-75 उपचारात्मक दुध नै दिनुपर्दछ र १ देखि २ दिन पछि दफा २८ को उपदफा १ अनुसार उपयुक्त शक्ति हासिल गर्न तयारी उपचारात्मक खाना दिन (RUTF) पुनः प्रयास गर्नुपर्दछ ।
- ५) अन्तरंग उपचारात्मक सेवामा स्थिरीकरण पछि कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाको पुनर्स्थापनाको चरणमा (Rehabilitation phase) F-75 उपचारात्मक दुध पछि F-100 उपचारात्मक दुध दिँदा, राम्रो तौल वृद्धि भएमा दफा २८ को उपदफा २ बमोजिम तयारी उपचारात्मक खाना राम्रोसँग खाएको सुनिश्चित गरि बहिरंग उपचारात्मक हेरचाह सेवामा स्थानान्तरण गर्नुपर्दछ ।
२९. उपचारात्मक दुध पचाउन नसक्दा हाइड्रोलाइज्ड (hydrolysed) दुधको प्रयोग  
F-75 उपचारात्मक दुध वा F-100 उपचारात्मक दुध पचाउन नसकेका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई उपलब्धता र अवस्था अनुसार हाइड्रोलाइज्ड (hydrolysed) दुध दिई व्यवस्थापन गर्न सकिन्छ ।
३०. अन्तरंग सेवाबाट बहिरंग सेवामा स्थानान्तरण  
अन्तरंग उपचारात्मक सेवाका लागि भर्ना भएका ६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई अनुसूची २३ मा उल्लेखित मापदण्डहरू अनुसार स्थानान्तरण गर्नुपर्दछ र सो निर्णय शारीरिक मापनका मापदण्ड जस्तै: उचाई वा लम्बाई अनुसारको तौल वा पाखुराको मध्य भागको परिधिको आधारमा मात्र गर्नुहुदैन ।
३१. अन्तरंग सेवाबाट स्थानान्तरण गर्दा उपयुक्त बहिरंग उपचारात्मक सेवामा जोड्ने  
अन्तरंग उपचारात्मक सेवाबाट बहिरंग सेवाका लागि स्थानान्तरण गर्ने निर्णय गर्दा आमाहरू/हेरालुहरूलाई पोषण सेवाहरू सहितको उपयुक्त बहिरंग उपचारात्मक सेवामा (जस्तै: उमेर अनुसारको खोप, जुकाको औषधि आदि) जोड्नु पर्दछ र सो सम्भव नभएमा प्रेषणको लागि योजना गर्नुपर्दछ ।
३२. अन्तरंग सेवाबाट स्थानान्तरण गर्दा सामाजिक र पारिवारिक कारणहरू पहिचान गरी सम्बोधन  
अन्तरंग उपचारात्मक सेवाका लागि भर्ना भएका ६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई घरपरिवारमा हेरचाहको वातावरण भए/नभएको सुनिश्चित गर्न अन्तरंग सेवाबाट बहिरंग उपचारात्मक हेरचाहमा स्थानान्तरण गर्नु अघि अतिरिक्त सामाजिक र पारिवारिक कारणहरू पहिचान गरी सम्बोधन गर्नुपर्दछ ।

३३. **बहिरंग सेवामा दर्ता**

अनुसूची २४ बमोजिम खाना रुचि भएका वा भोक जाँच पास गरेका ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकामा अनुसूची ३ बमोजिम बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापनसँग सम्बन्धित कुनै पनि चिन्हहरू नदेखिएमा, वा अनुसूची ६ बमोजिम चिकित्सकीय समस्याहरूसँग सम्बन्धित चिन्हहरू नदेखिएमा र गहिरो लेखाजोखा गर्नु नपर्ने वा गर्दा पनि अन्तरंग उपचारात्मक हेरचाहका लागि भर्ना गर्नु नपर्ने शिशु तथा बालबालिकालाई अनुसूची २५ बमोजिम बहिरंग उपचारात्मक सेवाका लागि दर्ता गर्नुपर्दछ ।

३४. **बहिरंग उपचारात्मक हेरचाहमा चिकित्सकीय व्यवस्थापन**

दफा ३३ अनुसार बहिरंग उपचारात्मक हेरचाहमा दर्ता भएका ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकालाई अनुसूची २६ बमोजिम उचित चिकित्सकीय व्यवस्थापन दिनुपर्दछ ।

३५. **एन्टिबायोटिक उपचार**

१) दफा ३४ बमोजिम कडा शीघ्र कुपोषण भएर बहिरंग सेवामा दर्ता भएका ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकालाई, अनुसूची २७ अनुसार मुखबाट खुवाइने एन्टिबायोटिक, जस्तै एमोक्सिसिलिनको एक कोर्स दिनुपर्दछ ।

२) कुपोषित तर कडा शीघ्र कुपोषण नभएका शिशु तथा बालबालिकालाई संक्रमणको लक्षण नदेखिएसम्म नियमित रूपमा एन्टिबायोटिक दिनुहुँदैन ।

३६. **थप भिटामिन ए**

१) कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई उपचार अवधिभर, भिटामिन ए को दैनिक सिफारिस गरिएको मात्रा अनुरूप उपचारात्मक खानाको अभिन्न अंगको रूपमा वा बहु-सूक्ष्म पोषकतत्त्व को भागको रूपमा प्रति दिन ५,००० IU भिटामिन ए दिनुपर्दछ ।

२) दफा ३६ को उपदफा १ बमोजिम भिटामिन ए अन्य दैनिक सप्लिमेन्टको रूपमा प्राप्त गरिरहेको अवस्थामा, वा विश्व स्वास्थ्य संगठनको सिफारिस अनुरूपको F-75 उपचारात्मक दुध, F-100 उपचारात्मक दुध र तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) प्राप्त गरिरहेका कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई थप भिटामिन ए को उच्च मात्रा दिनुपर्दैन ।

३) दफा ३६ को उपदफा (२) बमोजिम विश्व स्वास्थ्य संगठनको सिफारिस अनुसार F-75 उपचारात्मक दुध, F-100 उपचारात्मक दुध र तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) प्रयोग नगरेको खण्डमा अनुसूची २८ अनुसार कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई दर्ता पश्चात थप भिटामिन ए को उच्च मात्रा दिनुपर्दछ ।

३७. **जलवियोजनको उचित उपचार तथा पुनः लेखाजोखा**

१) पखाला वा अन्य तरल पदार्थ खेर गएका कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकामा जलवियोजन अवस्थाको अनुसूची २९ अनुसार सही वर्गीकरण गरी उचित उपचार गर्नुपर्दछ र चिकित्सकीय अवस्था बिग्रन नदिनका लागि बारम्बार पुनः लेखाजोखा गरिरहनु पर्दछ ।

- २) कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाहरूमा सामान्यतया, जलवियोजन र फ्लुइड ओभरलोड (fluid overload) दुवैको चिकित्सकीय लक्षण / संकेतहरूद्वारा जलवियोजन स्थितिको मूल्यांकन गर्ने महत्त्वपूर्ण कार्यहरू गर्न स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई बृहत तालिम र सुपरिवेक्षण प्रदान गरिनुपर्दछ ।
३८. **कुपोषणका लागि पुनर्जलीय झोल (ReSoMal) बाट जलवियोजन को उपचार**  
सक् (Shock) मा नपरेका कडा शीघ्र कुपोषित तर जलवियोजन भएका ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकालाई अनुसूची ३० बमोजिम कुपोषणका लागि पुनर्जलीय झोल (ReSoMal), वा सो उपलब्ध नभएमा अनुसूची ३१ बमोजिम विश्व स्वास्थ्य संगठनले सिफारिस गरेको कम ओस्मोलारिटी भएको पुनर्जलीय झोल (Standard WHO Low-osmolarity ORS) प्रयोग गरी स्थानीय रूपमा तयार गरेर दिनुपर्दछ ।
३९. **हैजा वा अत्यधिक मात्रामा पानीजस्तो पखाला (profuse watery diarrhoea) को उपचार**  
हैजा वा अत्यधिक मात्रामा पानीजस्तो पखाला (profuse watery diarrhoea) लागेका ६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई ReSoMal (कुपोषणका लागि पुनर्जलीय झोल) दिनुहुँदैन र त्यस्ता बालबालिकालाई थप पातलो नगरी सामान्य रूपमा विश्व स्वास्थ्य संगठनले सिफारिस गरेको कम ओस्मोलारिटी भएको पुनर्जलीय झोल (Standard WHO Low-osmolarity ORS) दिनुपर्दछ ।
४०. **मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकामा जलवियोजनको उपचार**  
सक् (Shock) मा नपरेका मध्यम शीघ्र कुपोषित तर जलवियोजन भएका ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकालाई अनुसूची २९ बमोजिम जलवियोजनको अवस्थाको सहि वर्गीकरण गरि विश्व स्वास्थ्य संगठनले सिफारिस गरेको कम ओस्मोलारिटी भएको पुनर्जलीय झोल (Standard WHO Low-osmolarity ORS) दिनुपर्दछ ।
४१. **बहिरंग सेवामा तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) द्वारा उपचार**  
बहिरंग उपचारात्मक हेरचाहका लागि दर्ता भएका ६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई अनुसूची ३२ बमोजिम विश्व स्वास्थ्य संगठनले सिफारिस गरेको मापदण्ड (WHO specifications) अनुसारको तयारी उपचारात्मक खाना दिनुपर्दछ ।
४२. **पखाला लागेको / नलागेको बेला तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) द्वारा उपचार**  
अन्तरंग वा बहिरंग उपचारात्मक सेवामा रहेका कडा तथा दीर्घ पखाला (acute or persistent diarrhoea) लागेका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई पखाला नलागेका बालबालिकालाई जस्तै तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) दिनुपर्दछ ।
४३. **बहिरंग सेवाबाट अन्तरंग सेवामा प्रेषण**  
६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकामा चिकित्सकीय जटिलताहरू देखिएमा अनुसूची ३३ बमोजिम बहिरंग उपचार सेवाबाट अन्तरंग सेवामा प्रेषण गर्नुपर्दछ ।

४४. **बहिरंग सेवाबाट बहिर्गमन**

६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाको अनुसूची ३४ बमोजिम सम्पूर्ण मापदण्डहरू पुरा भएमा, बहिरंग उपचार सेवाबाट बहिर्गमन गर्नुपर्दछ र त्यसका लागि प्रतिशतमा आधारित तौल वृद्धि वा लक्षित रूपमा तौल वृद्धि जस्ता सूचकहरू प्रयोग गर्नुहुदैन ।

४५. **हेरचाह सेवाको सीमा पुगेकाहरूलाई उपयुक्त प्रेषण**

मध्यम वा दीर्घकालीन रूपमा अनुगमन भेट तथा हेरचाहको आवश्यकता पर्ने चिकित्सकीय समस्या र पोषण अवस्थामा गहिरो सम्बन्ध भएका एचआईभी, क्षयरोग, जन्मजात हृदय रोग, मस्तिष्क पक्षघात (cerebral palsy) र/वा अतिरिक्त सामाजिक कारकहरू जस्तै घरेलु खाद्य असुरक्षा, आर्थिक रूपमा कमजोर पारिवारिक अवस्था भएका ६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई बहिरंग उपचार हेरचाह सेवाको सीमा पुगेकाहरूलाई समुदायमा रहेका अन्य क्षेत्रहरूबाट उपयुक्त हेरचाह तथा सेवाहरूमा प्रेषण गर्नुपर्दछ ।

४६. **बहिरंग हेरचाहबाट बहिर्गमनपछि बालबालिकाको आवधिक अनुगमन**

बहिरंग हेरचाहबाट बहिर्गमन भएका ६-५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिका पुनः कुपोषित हुने सम्भावना घटाउन आवधिक रूपमा अनुगमन गरिनु पर्दछ ।

४७. **प्रभावकारी हेरचाहको निरन्तरता**

अन्तरंग हेरचाह देखि बहिरंग हेरचाह सेवासम्म कडा शीघ्र कुपोषण भएका शिशु तथा बालबालिकाको सुरक्षा र प्रभावकारी पुनःभेट सुनिश्चित गर्नका लागि समयमै डिस्चार्ज योजना, हेरचाहकर्ता मार्गदर्शन र घरायसी वातावरणको लेखाजोखा (जस्तै: खानेपानी, सरसफाइ तथा स्वच्छता: खाद्य सुरक्षा; आर्थिक स्थिरता) र आमाहरू/ हेरचाहकर्ताहरूको मानसिक र शारीरिक स्वास्थ्य बारे लेखाजोखा गर्नुपर्दछ । उचित पुनःभेट सेवा सुनिश्चित गर्न भर्ना भए लगत्तै डिस्चार्जको योजना बनाउन सुरु गर्नुपर्दछ र अनुसूची ३५ अनुसार निरन्तर चिकित्सा, पोषण, र मनोसामाजिक सहयोग सेवाहरूको व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ ।

४८. **एचआईभी सङ्क्रमित शिशु तथा बालबालिकाको व्यवस्थापन**

- १) एचआईभी सङ्क्रमणको शंका लागेका ६-५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित सबै शिशु तथा बालबालिकाहरूको एचआईभी स्थिति पत्ता लगाउनका लागि परिक्षण गर्नुपर्दछ ।
- २) एचआईभी संक्रमण दर उच्च (एचआईभीको अवस्था १% भन्दा बढी) भएका ठाउँहरूमा कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाको एचआईभी स्थिति पत्ता लगाउन र एन्टिरेट्रोभाइरल औषधी उपचारको आवश्यकता निर्धारण गर्नका लागि एचआईभी परिक्षण गर्नु पर्दछ ।
- ३) सबै एचआईभी संक्रमित शिशुहरू तथा बालबालिकालाई क्लिनिकल स्टेजिङको /अवस्था (कडा शीघ्र कुपोषण सहित) र CD4 काउन्टको पर्वाह नगरी जीवनभर एन्टिरेट्रोभाइरल औषधि उपचार दिन सुरु गर्नुपर्दछ, र राष्ट्रिय एचआईभी परीक्षण तथा उपचार निर्देशिका, २०२२ बमोजिम कोट्रिमोक्साजोल पनि दिनुपर्दछ ।

- ४) २४ महिनाभन्दा माथिका र ५ वर्षभन्दा कम उमेरका सबै एचआईभी संक्रमित बालबालिकालाई CD4 काउन्ट ( $\leq 950$  cell/mm<sup>3</sup>) वा CD4 प्रतिशत ( $\leq 25\%$ ) का आधारमा, वा कडा शीघ्र कुपोषण सहितको WHO क्लिनिकल स्टेजिड ३ वा ४ भएको अवस्थामा जीवनभर एन्टिरेट्रोभाइरल औषधि उपचार सुरु गर्नुपर्दछ ।
- ५) कडा शीघ्र कुपोषण भएका एचआईभी नेगेटिभ शिशु तथा बालबालिकालाई अन्तरंग उपचारात्मक हेरचाहबाट स्थानान्तरण पछि र/वा बहिरंग उपचारात्मक हेरचाहबाट डिस्चार्ज भएपछि नियमित हेरचाहको रूपमा दैनिक मुखबाट दिईने कोट्रिमोक्साजोल प्रोप्याल्याक्सिस प्रदान गर्नुहुँदैन ।
- ६) कडा शीघ्र कुपोषण भएका एचआईभी संक्रमित बालबालिका जो आजीवन एन्टिरेट्रोभाइरल थेरापीको लागि योग्य छन्, तिनीहरूको मेटाबोलिक जटिलता र सेप्सिसको स्थिरीकरण (भोक पुन सुरु हुनु र कडा रूपमा सुन्निएको हट्नु) पछि सकेसम्म चाँडो एन्टिरेट्रोभाइरल औषधि उपचार सुरु गर्नुपर्दछ ।
- ७) कडा शीघ्र कुपोषण भएका एचआईभी संक्रमित बालबालिकालाई, कडा शीघ्र कुपोषण नभएका एचआईभी संक्रमित बालबालिका सरह उही एन्टिरेट्रोभाइरल औषधि उपचार र उही मात्रामा दिनुपर्दछ।
- ८) एचआईभी संक्रमित कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई एचआईभी संक्रमित बालबालिका सरह एन्टिरेट्रोभाइरल थेरापी दिनुका साथै थेरापी सुरु गरेपछि पहिलो ६ देखि ८ हप्तामा प्रारम्भिक मेटाबोलिक जटिलताहरू र अवसरवादी (Opportunistic) संक्रमणहरू पहिचान गर्न, नजिकबाट अनुगमन (दुवै अन्तरंग र बहिरंग उपचारात्मक हेरचाह सेवामा) गर्नुपर्दछ ।
- ९) कडा शीघ्र कुपोषित एचआईभी संक्रमित बालबालिकालाई एचआईभी संक्रमित नभएका कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिका सरह उपचारात्मक खुवाईले व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ ।
- १०) एचआईभी सङ्क्रमित कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई विश्व स्वास्थ्य संगठनको स्पेसिफिकेशन अनुसारको F-75, F-100 र तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) दिन नमिलेको खण्डमा अन्तरंग हेरचाह व्यवस्थापन बमोजिम भिटामिन ए उच्च मात्रामा र झाडापखाला व्यवस्थापनको लागि जिंक दिइनु पर्दछ ।
- ११) एचआईभी संक्रमित भएका कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूमा मापदण्ड अनुसार व्यवस्थापन गर्दा पनि दीर्घ पखालाको समाधान नभएमा कार्बोहाइड्रेट सहन नसकेर/पचाउन नसकेर (Intolerance) र सङ्क्रामक रोगको कारणहरूले गर्दा सो अवस्था आएको हो/होइन भनि पत्ता लगाउन थप अनुसन्धान गर्नुपर्दछ, र त्यस्तो अवस्थालाई अन्य व्यवस्थापनहरू जस्तै: तरल पदार्थ, खाना, वा एन्टिबायोटिक परिमार्जन आदि गर्नुपर्दछ ।
४९. **मध्यम शीघ्र कुपोषणको चिकित्सकीय तथा पोषण व्यवस्थापन:**
- १) अनुसूची ३६ मा दिइएको उचित हेरचाह बमोजिम मध्यम शीघ्र कुपोषण भएका ६-५९ महिनाका सबै शिशुहरू तथा बालबालिकाको बृहत लेखाजोखा गरी, ख्याउटेपन निम्त्याउने वा बढाउने कुनै पनि

चिकित्सकीय तथा मनोसामाजिक समस्याहरूको लागि समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम (CB-IMNCI) अनुसार व्यवस्थापन गरिनुपर्दछ ।

- २) मध्यम शीघ्र कुपोषण भएका ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाको वृद्धि विकास र पोषणको सूचकहरूमा सुधार गर्न, बालबालिकाको अतिरिक्त पोषण आवश्यकताहरू पूर्ण रूपमा पूरा गर्न अनुसूची ३७ मा उल्लेखित पोषिलो खानामा पहुँच हुनुपर्दछ ।
- ३) मध्यम शीघ्र कुपोषण भएका ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकालाई न्यून जोखिम र उच्च जोखिम सन्दर्भको आधारमा छुट्टै रणनीतिहरूद्वारा व्यवस्थापन गरिनुपर्दछ ।
- ४) न्यून जोखिमको सन्दर्भमा (In low risk context), अनुसूची ३८ मा उल्लेख भएअनुसारको आधारभूत प्याकेजमा आधारित रही पोषण स्थिति बिग्रनबाट रोकथाम तथा पुनर्स्थापना सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ ।
- ५) उच्च जोखिमको सन्दर्भमा (In high risk context) अनुसूची ३९ अनुसार, सबै मध्यम शीघ्र कुपोषित र पुनःभेट गर्नुपर्ने कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई दफा ४९ को उपदफा ४ मा उल्लिखित आधारभूत प्याकेजको साथसाथै घरेलु खानालाई पूरा गर्न उपलब्धता र अवस्था अनुसार विशेष रूपमा तयार पारिएको खाना (SFFs) को प्रावधान विस्तार गरिनुपर्दछ ।
- ६) तयार पारिएको थप खाना (SFFs) दिनुपर्ने उच्च जोखिमको सन्दर्भमा सबै मध्यम शीघ्र कुपोषित ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकालाई उपलब्धता र अवस्था अनुसार विशेष रूपमा तयार पारिएको खाना (SFFs) साथै घरेलु खाना सम्बन्धि परामर्श दिनुपर्दछ र यदि प्राथमिकीकरणको आवश्यकता परेको खण्डमा अनुसूची ४० अनुसार व्यक्तिगत र सामाजिक अवस्था अनुसार प्रमथिमिकता गरिनुपर्दछ ।
- ७) ६-५९ महिनाका मध्यम शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई थप पुरक खाना दिदा उपलब्ध भए सम्म विशेष रूपमा तयार पारिएको खाना (SFFs) र लिपिड नुट्रिएन्ट सप्लिमेन्ट (RUSF, LNS-MQ) लाई प्राथमिकता दिनुपर्दछ र यी उपलब्ध नभएको खण्डमा भने चिनी, दूध, तेल र/वा दुध भएका फोर्टीफाईड ब्लेंडेड खानाहरू (FBFs) छनौट गर्नुपर्दछ ।
- ८) दफा ४९ को उपदफा २ अनुसार मध्यम शीघ्र कुपोषण भएका ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकामा पोषणको सूचकहरूमा सुधार गर्नको लागि अतिरिक्त आवश्यकताहरू पूरा गर्न पोषिलो खानामा पहुँच भएको खण्डमा र दफा ४९ को उपदफा १ अनुसार चिकित्सकीय र मनोसामाजिक समस्याहरूको उपचारको सम्भावना भएको ठाउँमा, विशेष रूपमा तयार पारिएको खाना (SFFs) आवश्यक पर्दैन । यदि उपलब्धता र अवस्था अनुसार विशेष रूपमा तयार पारिएको खाना दिइन्छ भने, उक्त खानाले दैनिक उर्जा र पोषण आवश्यकताको लागि कुल आवश्यक क्यालोरी कति प्रदान गर्नेबारे स्थानीय रूपमा अनुसन्धानमा आधारित रही क्षमता अनुरूप निर्धारण गर्नुपर्दछ । बाँकि पोषक तत्वको आवश्यकताहरू पूरा गर्न घरेलु खानाको प्रवर्द्धन गर्नुपर्दछ ।

## परिच्छेद – ६

### कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरू तथा ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकामा समुदायस्तरमा शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन

कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरू साथै ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकामा शीघ्र कुपोषणको लेखाजोखा, पहिचान, वर्गीकरण र व्यवस्थापन गर्न स्वास्थ्यकर्मीहरू र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरूलाई आवश्यक तालिम र सहयोगात्मक सुपरीवेक्षण प्रदान गर्नुपर्दछ ।

#### ५०. स्वास्थ्यकर्मीको भूमिका

१. आधारभूत स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरूका तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरूले शीघ्र कुपोषण भएका ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाको लेखाजोखा, वर्गीकरण र व्यवस्थापन वा प्रेषण गर्नुपर्दछ ।
२. शीघ्र कुपोषणको पहिचान गर्नका लागि नियमित वृद्धि अनुगमन तथा प्रवर्धन सेवा, खोप सेवा, गाउँघर क्लिनिक, अन्य कुनै पनि अवसरहरू प्रयोग गरेर स्वास्थ्यकर्मीहरूद्वारा ५ वर्ष मुनिका शिशु तथा बालबालिकाको पाखुराको नाप, उचाई/लम्बाई र तौलको मापन, पोषणजन्य कारणले सुन्निएको लेखाजोखा गर्नुपर्दछ ।
३. कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिना भन्दा कम उमेरका शिशुहरूमा कुपोषणको व्यवस्थापनमा शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण परामर्श र सहयोग लगायत स्वच्छता अभ्यासहरूलाई अनुसूची ४१ अनुसार प्रवर्द्धन गर्न जोड दिनुपर्दछ ।
४. ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीद्वारा सामुदायिक स्तरमा शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण परामर्श र सहयोगलाई अनुसूची ४१ अनुसार प्रवर्द्धन गर्न, तयार पारिएको उपचारात्मक खाना वा पुरक खानाको व्यवस्थापन, सूक्ष्म पोषक तत्वहरूको प्रावधान र हालको निर्देशिका अनुसार उपचारात्मक सेवाको साथै नियमित अनुगमन गर्नुपर्दछ ।
५. समुदायका सदस्यहरू, स्थानीय जनप्रतिनिधि र सरोकारवालाहरूलाई शीघ्र कुपोषणको बारेमा संवेदनशील बनाउन, समुदायमा कुपोषण सम्बन्धि जनचेतना अभिवृद्धि गर्न र शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाहरूको पहुँच बढाउन अनुसूची ४२ अनुसार समुदाय परिचालन गतिविधिहरू सञ्चालन गर्नुपर्दछ ।
६. निजी क्षेत्र (स्वस्थ्य संस्था, अस्पताल, फार्मसी आदि) मा कार्यरत तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरूले ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाको पोषण लेखाजोखा गर्नुपर्दछ ।

#### ५१. महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूको भूमिका

१. तालिम प्राप्त महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले पोषणजन्य कारणले सुन्निएको र पाखुराको मध्य भागको परिधि नाप (MUAC) गरि पहिचान भएका कडा शीघ्र कुपोषित र मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई पोषण सम्बन्धि परामर्श सेवाहरू प्रदान गरि आवश्यकता अनुसार थप लेखाजोखा र उपयुक्त हेरचाहका लागि बहिरंग हेरचाह सेवाहरू भएका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा पठाउनु पर्दछ ।
२. स्तनपान सम्बन्धी तत्काल व्यवस्थापन आवश्यक पर्ने वा कुनै पनि समस्याहरूको उपयुक्त रूपमा पहिचान गर्न नसकिएको खण्डमा नजिकको स्वास्थ्य संस्थामा पठाउनु पर्दछ ।
३. मध्यम शीघ्र कुपोषित ६-५९ महिनाको शिशु तथा बालबालिकाका लागि समुदाय स्तरमा कुपोषणको व्यवस्थापन गर्न दुई वर्ष वा सोभन्दा बढी समयसम्म निरन्तर स्तनपान गराउने, खानेपानी तथा सरसफाई, हात धुने अभ्यास, सुरक्षित तरिकाले खाना पकाउने, पूरक खाना खुवाउने अभ्यासहरू, विविध आहार र पोषक तत्वले भरिएको खाना तयार गर्ने विधि बारे परामर्श समावेश गर्नुपर्दछ । कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाका लागि, माथिका उपायहरू बाहेक नियमित अनुगमनका साथै तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) को उचित प्रयोग बारे पनि परामर्श दिनुपर्दछ ।
४. बहिरंग सेवाबाट बहिर्गमन भएका कडा शीघ्र कुपोषित ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकालाई पुनः कुपोषित हुन नदिनको लागि आवधिक रूपमा २ हप्ता, १ महिना र २ महिनामा अनुगमन गर्नुपर्दछ ।
५. तालिम प्राप्त महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले परिवार मुआक विधिमाफत आमा तथा अन्य हेरालुहरूलाई पाखुराको मध्य भागको परिधि नाप (MUAC) को प्रयोग गरी आफ्ना बालबालिकाहरूमा हुने शीघ्र कुपोषणको पहिचान गर्नका लागि सक्षम बनाई नियमित पोषण लेखाजोखा गर्नुपर्नेछ।
६. तालिम प्राप्त महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले आफ्नो क्षेत्रमा रहेका प्रारम्भिक बाल बिकास केन्द्र, मन्टेश्वरी, विद्यालय तथा अन्य शैक्षिक संस्थाहरूमा ५ वर्ष मुनिका बालबालिकहरूको मध्य भागको परिधि नाप (MUAC) गरि नियमित पोषण लेखाजोखा गर्नुपर्नेछ।

#### परिच्छेद-७

#### शीघ्र कुपोषणबाट निको भइ बहिर्गमन पश्चात गर्नुपर्ने क्रियाकलापहरू

५२. शिशु तथा बालबालिकाको पोषण उपचारबाट बहिर्गमन पश्चात पुनः कुपोषित हुनबाट जोगाउन उनीहरूका आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण परामर्श, वृद्धि अनुगमन तथा प्रवर्धन सेवा, समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापनसँग सम्बन्धित खतराका चिन्हहरूको पहिचान तथा उपयुक्त स्वास्थ्य-उपचारका लागि गरिने व्यवहारहरू, उचित हेरचाहका लागि

- सहयोग, र सुरक्षित खानेपानी, सरसफाइ तथा स्वच्छता जस्ता अभ्यास बारे परामर्श तथा सेवा प्रदान गर्नुपर्दछ ।
५३. बहिर्गमन पश्चात निको भएका कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाको लागि परामर्शको साथसाथै नगद अनुदान, पौष्टिक आहार, घरायसी उत्पादन र करेसाबारीको प्रबर्धन, विद्यालय पोषण कार्यक्रमहरू, सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम जस्ता पोषण-संवेदनशील कार्यक्रम संचालन गर्न सकिन्छ ।
५४. कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका शिशुहरू वा शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई अन्तरङ्ग उपचारात्मक हेरचाहबाट स्थानान्तरण गर्दा र बहिरङ्ग उपचारात्मक हेरचाहबाट बहिर्गमन गर्दा, बाल विकास र अनुसूची ४३ अनुसार एन्थ्रोपोमेट्रिक परिणामहरू सुधार गर्न आमा/हेरचाहकर्ताले अनुसूची ४४ अनुसार मनोसामाजिक उत्प्रेरणा सम्बन्धी क्रियाकलापहरू नियमित हेरचाहको रूपमा गर्नुपर्दछ ।
५५. बहिर्गमन पश्चात घरमै वा प्रारम्भिक बाल विकास केन्द्रहरूमा मनोसामाजिक उत्प्रेरणाका क्रियाकलाप जस्तै बच्चा संग कुरा गर्ने, मुस्कुराउने, हातको औँलाले संकेत गर्ने, उत्साहित बनाउने, नक्कल गर्ने, प्रतिक्रियाशील खुवाई (Responsive Feeding) प्रदान गर्नुपर्दछ । स्वास्थ्यकर्मीहरू र महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूलाई मनोसामाजिक उत्प्रेरणाका प्रभावकारी सेवाहरू प्रदान गर्न अनुसूची ४५ अनुसार तालिम प्रदान गर्नुपर्दछ ।
५६. बहिर्गमन पश्चात निको भइ घर फर्केका शिशु, बालबालिका तथा आमा/हेरचाहकर्तालाई स्वास्थ्यकर्मीहरू र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले नियमित अनुगमन भेट (Follow up) गर्नुपर्दछ । नियमित अनुगमन घर भेट तथा अन्य सम्भावित भेट जस्तै: आमा समूहको बैठक, वृद्धि अनुगमन तथा प्रबर्धन सेवा, खोप सेवा आदि मार्फत गर्नुपर्दछ ।
५७. अनुगमन भेटको क्रममा, स्वास्थ्यकर्मीहरू र महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयं सेविकाहरूले शिशु तथा बालबालिकालाई खुवाउने तरिका, समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन (CB-IMNCI) अनुसार खतराका चिन्हहरूको पहिचान र उपयुक्त हेरचाह, सुरक्षित पानी, सरसफाई र स्वच्छता सम्बन्धि परामर्श प्रदान गर्नुपर्दछ ।
५८. आमा/हेरचाहकर्ता कुनै पनि कारणले गर्दा स्वास्थ्य संस्था आएमा स्वास्थ्यकर्मीहरूले शिशु-आमा/हेरचाहकर्ता जोडीलाई आवश्यक स्वास्थ्य तथा पोषण व्यवहार सम्बन्धि उचित परामर्श प्रदान गर्नुपर्दछ ।
५९. बहिर्गमन पश्चात निको भएका शिशु तथा बालबालिकाको पोषण तथा स्वास्थ्य प्रबर्द्धन गर्न र कडा शीघ्र कुपोषण पुनःबल्झनबाट बचाउनको लागि पारिवारिक आर्थिक अवस्था कमजोर भएका र सीमान्तकृत समुदायका परिवारहरूलाई सामाजिक तथा आर्थिक रूपमा सबलिकरणका लागि सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमहरूमा आबद्ध गर्नुपर्दछ ।

## परिच्छेद -८

### शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम कार्यान्वयनको लागि सुशासन

#### ६०. साधन/स्रोतको व्यवस्था

यस निर्देशिका बमोजिम शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम संचालन तथा सुदृढीकरण गर्नका लागि आवश्यक साधन/ स्रोतको व्यवस्था संघ, प्रदेश तथा स्थानीय तहमा निम्नानुसार गर्नुपर्दछः

- १. संघीय तहः** संघीय तहमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमका लागि आवश्यक उपकरणहरू, विशेष रूपमा तयार गरिएका खाना (RUTF, RUSF), F-75, F-100, कुपोषणका लागि पुनर्जलीय झोल (ReSoMal), भिटामिन ए आदिको खरिद तथा वितरणका लागि प्रदेश तथा स्थानीय तहसंगको समन्वयमा आवश्यक बजेटको व्यवस्था गर्नुपर्दछ । यसका साथै स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता अभिवृद्धि तालिम, स्थलगत अनुशिक्षण, सहयोगात्मक सुपरिवेक्षण, अध्ययन, अनुसन्धानका लागि समेत आर्थिक स्रोतको व्यवस्था गर्नुपर्दछ । यसका लागि नेपाल सरकार तथा दातृ निकायको स्रोतको परिचालन गर्न सकिन्छ । साथै विकास साझेदार संघ संस्थाहरूसंगको समन्वयमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको प्रभावकारी कार्यान्वयनका लागि आवश्यक पर्ने आर्थिक स्रोतको व्यवस्था गर्न सकिन्छ ।
- २. प्रदेश तहः** स्वास्थ्य क्षेत्र हेर्ने मन्त्रालयले शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम सुदृढीकरणका लागि आफ्नो कार्यक्षेत्र भित्र, दोहोरोपना नआउने गरी आर्थिक लगायत अन्य स्रोतको व्यवस्था गर्नुपर्दछ । विशेष गरेर आफ्नो कार्यक्षेत्र भित्रका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता अभिवृद्धि तालिम, सहयोगात्मक सुपरिवेक्षण, अनुगमन, मूल्यांकन तथा आवश्यक सामग्री, उपकरणको खरिद तथा वितरणका लागि आवश्यक बजेटको व्यवस्था गर्नुपर्दछ । यसका लागि संघीय सरकारबाट प्राप्त बजेट, प्रदेश सरकारबाट उपलब्ध बजेट तथा दातृ निकायहरूबाट उपलब्ध बजेटको प्रयोग गर्न सकिन्छ ।
- ३. स्थानीय तहः** स्थानीय तह (महानगरपालिका, उप-महानगरपालिका, नगरपालिका तथा गाउँपालिका) हरूले आफ्ना कार्यक्षेत्र अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम प्रभावकारी रूपले संचालन गर्नका लागि सङ्घीय र प्रदेश सरकारबाट प्राप्त बजेट लगायत स्थानीय तहको वार्षिक बजेट र स्वास्थ्य संस्थाको आन्तरिक श्रोतहरूको परिचालन गर्दै दोहोरोपना नआउने गरी आवश्यक स्रोतको व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ । यसका अतिरिक्त स्थानीय तहहरूद्वारा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनका लागि स्वास्थ्यकर्मी तथा आमाहरूलाई प्रोत्साहनको व्यवस्था गर्न स्थानीय स्रोतको परिचालन गर्न सकिन्छ साथै स्थानीय तहमा क्रियाशिल संघ संस्थाहरूसंग समन्वय तथा सहकार्य गरी शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमका लागि आर्थिक स्रोत वृद्धि गर्न सकिन्छ ।

## ६१. समितिहरूको व्यवस्था

शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम निर्देशिका कार्यान्वयनको अनुगमन तथा मूल्यांकनका लागि छुट्टै समितिहरूको व्यवस्था गरिएको छैन । तसर्थ विभिन्न तहमा यस निर्देशिका कार्यान्वयन तथा निर्देशिकाले तोके बमोजिमको सेवा प्रवाह भए-नभएको अनुगमन तथा मूल्यांकन गर्न तथा आवश्यक प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराउनका लागि निम्नानुसारका समितिहरूले जिम्मेवारी वहन गर्नुपर्दछ ।

४. संघीय तह : संघीय तहमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम निर्देशिका कार्यान्वयनको अनुगमन तथा मूल्यांकन राष्ट्रिय पोषण तथा खाद्य सुरक्षा समन्वय समितिले गर्नुपर्दछ । परिवार कल्याण महाशाखा अन्तर्गतको पोषण प्राविधिक समिति (Nutrition Technical Committee) ले यस निर्देशिका कार्यान्वयनका लागि आवश्यक प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराउनुका साथै कार्यक्रमको अनुगमन र मूल्यांकन गर्नुपर्दछ । यसैगरी पोषण सेवा गुणस्तर सुधार निर्देशिका २०७८ बमोजिम संघीय स्तरमा गठित निर्देशक समितिले शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको मूल्यांकन गरी यसको गुणस्तर सुधारका लागि मार्गनिर्देशन दिने कार्य गर्नुपर्दछ ।
५. प्रदेश तह: प्रदेश तहमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम निर्देशिका कार्यान्वयनको अनुगमन तथा मूल्यांकन प्रदेश स्तरीय पोषण तथा खाद्य सुरक्षा निर्देशक समितिले गर्नुपर्दछ । प्रदेश तहमा पोषण प्राविधिक समितिले शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमका लागि आवश्यक प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराउनुका साथै कार्यक्रमको अनुगमन र मूल्यांकन गर्नुपर्दछ। यसैगरी पोषण सेवा गुणस्तर सुधार निर्देशिका २०७८ बमोजिम प्रदेश स्तरमा गठित गुणस्तर सुधार निर्देशक समितिले प्रदेश भित्रका स्वास्थ्य संस्थाबाट शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम प्रदान गर्न स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई सहयोग पुर्याउन नियमित अनुगमन, सुपरिवेक्षण तथा मूल्यांकन गरी गुणस्तर सुधारको कार्ययोजना तयार गर्नुपर्दछ ।
६. स्थानीय तह: स्थानीय स्तरमा गठित पोषण खाद्य सुरक्षा निर्देशक समिति र स्वास्थ्य संस्थामा गठित स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समितिले यस निर्देशिका बमोजिम शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम कार्यान्वयन भए-नभएको अनुगमन तथा मूल्यांकन गर्नुपर्दछ । यसैगरी पोषण सेवा गुणस्तर सुधार निर्देशिका २०७८ बमोजिम स्थानीय स्तरमा गठित गुणस्तर सुधार कार्यसमितिले आफ्नो मातहतका स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट कार्यान्वयन भइरहेको शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको नियमित अनुगमन, सुपरिवेक्षण तथा मूल्यांकन गर्नुपर्दछ । यसका साथै स्वास्थ्य संस्था प्रमुखको संयोजकत्वमा स्वास्थ्य संस्था स्तरमा गठित पोषण सेवा गुणस्तर सुधार समितिले शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम गुणस्तरीय तथा प्रभावकारी ढंगले कार्यान्वयन भइरहेको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ ।

## ६२. विभिन्न निकायहरूको भूमिका तथा जिम्मेवारी

यस निर्देशिकाको कार्यान्वयनका लागि संघ, प्रदेश र स्थानीय तहका विभिन्न निकायको भूमिका तथा जिम्मेवारी अनुसूचि ४६ बमोजिम हुनेछ ।

## परिच्छेद - ९

### अनुगमन, मूल्याङ्कन, अभिलेखन तथा प्रतिवेदन

६३. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको अनुगमन तथा मूल्यांकन उपचारको प्रभावकारिता र कार्यक्रम कभरेजमा केन्द्रित हुन्छन् ।
६४. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको अनुगमनका लागि सूचकहरू अनुसूची ४७ अनुसार (निको हुने दर, मृत्यु हुने दर, डिफल्टर हुने दर) मासिक आधारमा विश्लेषण गरी पृष्ठपोषण समेत गर्नुपर्दछ।
६५. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यान्वयनको समग्र अनुगमन तथा मूल्याङ्कनको कार्य तीनै तहबाट नियमित रूपमा गर्नुपर्दछ र सुपरिवेक्षण गर्दा “पोषण विशेष कार्यक्रमको गुणस्तर सुधार निर्देशिका २०७८” बमोजिमका चेकलिस्टहरूको प्रयोग गरी पृष्ठपोषण समेत दिनुपर्दछ ।
६६. अनुगमन तथा मूल्याङ्कनका क्रममा संघ, प्रदेश र स्थानिय तहबाट प्राप्त तथ्याङ्कहरूलाई प्रयोग गरी कार्यक्रमका सूचकहरूलाई अनुसूची ४७ बमोजिमको न्यूनतम मापदण्ड सँग तुलना गर्नुपर्दछ तथा सम्बन्धित निकाय वा सम्बद्ध स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई सो सम्बन्धी जानकारी र पृष्ठपोषण प्रदान गर्नुपर्दछ ।
६७. अनुगमन तथा मूल्यांकनको परिणामलाई सर्वसाधारणको जानकारीका लागि मूल्यांकन गर्ने निकाय, विभाग तथा मन्त्रालयको सूचना पाटी, वेवसाईट तथा आवधिक प्रतिवेदन मार्फत सम्प्रेषण गर्नुपर्दछ ।
६८. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको समीक्षाको लागि विषयगत शाखाहरूले आ-आफ्नो शाखा अन्तर्गत सञ्चालन भएका क्रियाकलापहरूको भौतिक र वित्तीय प्रगति, उपलब्धि, समस्या, सिकाई, सुझाव तथा सिफारिस र भावी कार्य योजना सहितको विवरण उल्लेख गरी अर्धवार्षिक तथा वार्षिक समीक्षा गर्नुपर्दछ ।
६९. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनको अभिलेख तथा प्रतिवेदनका लागि विद्यमान स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीका फारम/रजिष्टरहरू प्रयोग गरि अभिलेख राख्ने र प्रतिवेदन गर्नुपर्दछ र आवश्यकता अनुसार ती फारम/रजिष्टरहरू समयसापेक्ष परिमार्जन गर्नुपरेमा पोषण प्राविधिक समितिको बैठकहरूमा छलफल गरी निर्णय गरेर गर्नुपर्दछ ।

## परिच्छेद - १०

### आपूर्ति व्यवस्थापन

७०. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम प्रभावकारीरूपमा संचालन गर्न अनुसूची ४८ बमोजिमका औषधि तथा सामग्रीहरूको नियमित आपूर्ति व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ ।
७१. वार्षिक शीघ्र कुपोषणको दरको (prevalence rate) आधारमा स्वास्थ्य संस्थाहरूले वार्षिक लक्षित भर्नाको अनुमान गर्न अनुसूची ४९ मा दिइएको सूत्र प्रयोग गरेर गर्नुपर्दछ वा औषधि तथा सामग्रीहरूको आवश्यकता अनुमोदन गर्दा अघिल्लो प्रतिवेदनहरूको माग आदेश तथा लक्षित र हाल भर्ना संख्याको आधारमा गर्नुपर्दछ ।
७२. केसलोड निर्धारणको आधारमा पोषण कार्यक्रमका लागि आवश्यक औषधि तथा सामग्रीहरू ReSoMal,

F-75, F-100, RUTF जस्ता आपूर्तिहरूको परिमाण अनुसूची ५० अनुसार गर्नुपर्दछ । अप्रत्याशित परिस्थितिहरूमा सेवा प्रवाह सुनिश्चित गर्न ५% को बफर स्टक समावेश गर्नुपर्दछ ।

७३. आपूर्तिहरूको भण्डारण, स्टोरको अवस्था, वस्तुहरूको व्यवस्था, र म्याद सकिएका उत्पादनहरूको व्यवस्थापन अनुसूची ५१ अनुसार गर्नुपर्दछ ।

## परिच्छेद ११

### (शीघ्र कुपोषणको रोकथाम)

७४. शीघ्र कुपोषणको रोकथामका लागि दुई वर्ष मुनिका सबै शिशु तथा बालबालिकाको पोषण लेखाजोखा वृद्धि अनुगमन तथा प्रवर्धन निर्देशिका २०७९ ले निर्धारण गरे बमोजिम संचालन गर्नुपर्दछ ।
७५. शीघ्र कुपोषणको समस्या बढी हुने समयलाई मध्यनजर गर्दै पाँच वर्ष मुनिका सबै शिशु तथा बालबालिकाको बृहत पोषण लेखाजोखा अनुसूची १६ अनुसार वर्षको कम्तिमा १ पटक तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरू बाट गर्नुपर्दछ ।
७६. गर्भवती र सुत्केरी महिलाहरू तथा पाँच वर्ष मुनिका सबै शिशु तथा बालबालिकाको आमाहरूको पोषण लेखाजोखा उपलब्धताको आधारमा BMI, ADULT MUAC आदि द्वारा गर्नुपर्दछ ।
७७. शीघ्र कुपोषणको रोकथामका लागि बहुक्षेत्रीय र बहुप्रणाली अवधारणा मार्फत पोषण र उपचारात्मक सेवाहरूमा पहुँच, स्वास्थ्य वृद्धि र विकासका लागि आवश्यक मनोसामाजिक हेरचाह र स्थानीय स्तरमा उपलब्ध पोषिलो खाना बारे परामर्श सेवा गर्नुपर्दछ ।
७८. घरपरिवार र बालबालिकालाई लक्षित गरि रोकथामका क्रियाकलापहरू कार्यन्वयन गर्दा बहुक्षेत्रीय क्रियाकलापहरूलाई आर्थिक स्थिति, घरायसी खाद्य असुरक्षा, वा अन्य विशेष सन्दर्भ भित्र उपयुक्त जोखिमका कारकहरूको आधारमा भएको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ ।
७९. शीघ्र कुपोषणको रोकथामका लागि स्वास्थ्यकर्मीहरू/परामर्शदाताहरूद्वारा सबै शिशु तथा बालबालिकाका आमाहरू/हेरचाहकर्ताहरू/परिवारका सदस्यहरूलाई पोषण लेखाजोखाका साथ-साथै शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण सम्बन्धी परामर्श सेवाहरू नियमित रूपमा प्रदान गर्नुपर्दछ ।
८०. उच्च खाद्य असुरक्षा भएका ठाउँहरू वा समयमा ६ देखि २३ महिनाका सबै शिशु तथा बालबालिकामा शीघ्र कुपोषणको रोकथामका लागि पर्याप्त घरेलु पोषिलो आहारहरूमा पहुँच पुर्याउनका लागि शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण सम्बन्धी परामर्श सेवाको साथै विशेष रूपमा तयार गरिएका खाना उपलब्ध गर्नुपर्दछ ।
८१. विशेष रूपमा तयार गरिएका खाना जस्तै LNS-MQ र LNS-SQ आवश्यकता अनुसार उपलब्ध गराउन सकिनेछ ।
८२. विशेष रूपमा तयार गरिएका खानाका लागि ६ देखि २३ महिनाका बालबालिका भएका कमजोर/असुरक्षित घरधुरीलाई प्राथमिकतामा राख्नुपर्दछ तर, लक्षित घरधुरी पहिचान गर्न सम्भव नभएको खण्डमा सबै घरधुरीलाई विशेष रूपमा तयार गरिएका खाना उपलब्ध गराउन सकिनेछ ।
८३. शीघ्र कुपोषणको रोकथामका लागि बहु-सूक्ष्म पोषकतत्त्व (बाल भिटा) लाई मात्र प्रयोग गर्नुहुदैन ।

## परिच्छेद १२

### आपतकालीन अवस्थामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन

८४. शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमहरू आपतकालीन अवस्थामा पनि नियमित परिस्थितिहरूमा जस्तै हुन्छन् । यद्यपी, केसलोड बढि भएको अवस्थामा स्वास्थ्य प्रणालीको क्षमता अनुसार आवश्यक रणनीति (विपद् पूर्वतयारी तथा प्रतिकार्य योजना, विपद् जोखिम न्यूनीकरण र पूर्वतयारी योजना, आकस्मिक योजना आदि) तयार गरी कार्यन्वयन गर्नुपर्दछ ।
८५. आपतकालीन अवस्थामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनसँग सम्बन्धित विद्यमान क्रियाकलाप वा प्रोटोकलमा कुनै परिवर्तन गर्नुपरेमा, वा थप नयाँ क्रियाकलापहरू तयार गरी कार्यन्वयनमा ल्याउनुपरेमा सङ्घीय पोषण प्राविधिक समितिको बैठकहरूमा छलफल गरी निर्णय गरेर गर्नुपर्दछ, र सो को बारे प्रादेशिक पोषण प्राविधिक समिति, स्वास्थ्य निर्देशनालय, जिल्ला स्थित स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह र सरोकारवालाहरूलाई जानकारी गराउनुपर्दछ ।
८६. आकस्मिक अवस्थामा गरिएका निर्णयहरू बाट साबिककै अवस्थामा फर्केको सूचना सङ्घीय पोषण प्राविधिक समितिले पुनः प्रादेशिक पोषण प्राविधिक समिति, स्वास्थ्य निर्देशनालय, जिल्ला स्थित स्वास्थ्य कार्यालय, स्थानीय तह र सरोकारवालाहरूलाई जानकारी गराउनुपर्दछ ।

## परिच्छेद - १३

### विविध

८७. निर्देशिकाको परिमार्जन  
यस निर्देशिकाको कार्यन्वयनको क्रममा कुनै बाधा, अवरोध र अस्पष्टता भएमा त्यस्तो बाधा हटाउने प्रयोजनका लागि पोषण प्राविधिक समितिको सिफारिस अनुसार परिवार कल्याण महाशाखाले यस निर्देशिकामा आवश्यकता अनुसार थप व्याख्या, वा परिमार्जन गर्न सक्नेछ ।
८८. सूचना, शिक्षा तथा सञ्चार सामग्रीहरूको विकास  
यो निर्देशिका लागू भए पश्चात विद्यमान निर्देशिका तथा तालिम सामग्रीहरूको अद्यावधिक परिमार्जनका साथै सूचना, शिक्षा तथा सञ्चार सामग्रीहरूको विकास गर्नुपर्दछ ।
८९. खारेजी तथा बचाउ  
यो निर्देशिका स्वीकृत भएको मिति पश्चात यस अघि प्रयोगमा भएका शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम सम्बन्धि सम्पूर्ण निर्देशिका, तालिम पुस्तिका, मेडिकल प्रोटोकल, सहभागी पुस्तिका स्वतः खारेज हुनेछन् ।
९०. यस निर्देशिकामा उल्लेखित कुनैपनि विषय प्रचलित ऐन, नीति, नियमसंग बाझिन गएमा मौजुदा ऐन, नीति, नियममा उल्लेख भए बमोजिम हुनेछ ।

## अनुसूची

### अनुसूची १

(परिच्छेद ४ को दफा १० सँग सम्बन्धित)

#### ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूको व्यवस्थापनको विवरण

शिशुहरू जन्मजात वा जन्मेको पहिलो ६ महिनामा कमजोर वृद्धि र विकास, तत्कालीन र दीर्घकालीन रोग र मृत्युको बढी जोखिममा हुन्छन्, त्यसैले कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका शिशुहरूको प्रारम्भिक पहिचान गर्नका लागि नियमित हेरचाह र अनुगमन अपरिहार्य हुन्छ ।

स्वास्थ्य र पोषण सेवाहरू प्रदान हुने कुनै पनि सम्पर्क स्थानहरूमा लेखाजोखा गर्दै जोखिममा रहेका शिशुहरूको पहिचान गर्नुपर्दछ ।

जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरू र उनीहरूका आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई एकअर्कासँग सम्बन्धित जोडीको रूपमा बुझ्नुपर्दछ । शिशु तथा आमा/हेरचाहकर्ताहरू दुवैको वृहत लेखाजोखा र व्यवस्थापन आवश्यक हुन्छ, साथै हेरचाह र अनुगमनको निरन्तरतालाई सुनिश्चित गर्नु पनि आवश्यक हुन्छ ।

वृहत लेखाजोखाको तत्कालीन लक्ष्य भनेको कुनै पनि कडा चिकित्सा समस्या वा मनोवैज्ञानिक समस्याहरूको प्रारम्भिक पहिचान गर्नु हो र शिशुहरूलाई कडा शीघ्र कुपोषित वा कम तौल हुनबाट रोक्नु हो । दीर्घकालीन लक्ष्य अन्तर्गत यी शिशुहरूलाई स्वस्थ वृद्धि र विकासको लागि सक्षम बनाउनु हो जसले गर्दा उनीहरूले वृद्धि विकासको पूर्ण क्षमता प्राप्त गर्न सक्छन्, साथै उनीहरूका आमा/हेरचाहकर्ताको स्वास्थ्य र सम्वृद्धिमा योगदान गर्न सकिन्छ । यो दृष्टिकोणले आमा/हेरचाहकर्ता र शिशुलाई स्वस्थ जीवन जिउनका लागि अन्तरनिर्भर जोडीको रूपमा स्वीकार गरि हेरचाह गर्नुपर्ने महत्त्वलाई मान्यता दिन्छ ।

शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापनका लागि एकीकृत र उचित हेरचाह प्रणालीले जोखिममा रहेका शिशु र आमा/हेरचाहकर्ताका लागि सामुदायिक, बहिरङ्ग सेवाहरू र अन्तरङ्ग सेवाहरूको बीचमा सेवाको निरन्तरतामा जोड दिन्छ । पोषण आवश्यकतासँगै दीर्घकालीन स्वास्थ्य परिणामहरूलाई सम्बोधन गर्न रोकथाम र उपचारका रणनीतिहरू दुवै एक आपसमा अन्तरसम्बन्धित हुन्छन् ।

## अनुसूची २

(परिच्छेद ४ को दफा ११ र परिच्छेद ५ को दफा २२ सँग सम्बन्धित)

### ५ वर्ष मुनिका शिशु तथा बालबालिकाको ट्रियाज

शिशु तथा बालबालिकालाई स्वास्थ्य संस्थामा प्रवेश गरेलगत्तै वा स्वास्थ्यकर्मीको सम्पर्कमा आउनासाथ (कुनै प्रशासनिक प्रक्रिया जस्तै दर्ता/भर्ना हुनु अघि) तुरुन्त ट्रियाज गर्नुपर्दछ। FB-IMNCI प्रोटोकल अनुसार गरिने ट्रियाजको यस प्रक्रियाले शिशु तथा बालबालिकाहरूलाई उनीहरूको आवश्यकता अनुसार प्राथमिकतामा वर्गीकरण गर्न सहयोग गर्दछ।

- आपतकालीन अवास्थामा रहेका शिशु तथा बालबालिकाहरू (Emergency) जसलाई जीवनरक्षक र/वा प्रेषण सेवा आवश्यक पर्दछ उनीहरूलाई पहिलो प्राथमिकतामा राख्नुपर्दछ।
- आपतकालीन अवास्थामा नरहेका तर प्राथमिकताका लक्षण (Priority) भएका शिशु तथा बालबालिकाहरूलाई दोस्रो प्राथमिकता दिनुपर्दछ, ताकि उनीहरूको छिटो लेखाजोखा र उपचार गर्न सकियोस्।
- शिशु तथा बालबालिकाहरू जसमा कुनै आपतकालीन वा प्राथमिकताका लक्षण छैन, त्यसैले त्यस्ता शिशु तथा बालबालिकाहरू Queue-Non urgent मा पर्दछन्। त्यस्ता शिशु तथा बालबालिकाले लेखाजोखा र उपचारको लागि लाइनमा पालो कुन सक्छन्।

ट्रियाज विभिन्न स्थानहरूमा गर्न सकिन्छ – जस्तै, बहिरङ्गको लाइनमा, आकस्मिक कक्षमा, वा बालबालिकालाई सिधै वार्डमा ल्याइएको छ भने वार्डमा। यदि तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी छन् भने सबै मेडिकल र बिरामीको स्याहारमा संलग्न स्वास्थ्यकर्मीले ट्रियाज गर्न सक्छन् र शुरुवाती उपचार पनि दिन सक्छन्। बालबालिकाको लागि ट्रियाज प्रकृया (Pediatric Triage) स्वास्थ्य संस्था आउने बितिककै सबै बालबालिकाको स्क्रीनिङ्ग गरी तलका मध्ये एक समूहमा राख्ने प्रकृया हो।

क) आकस्मिक / Emergency केसहरू (उपलब्ध भएमा रातो स्टिकर लगाउने)।

ख) प्राथमिक / Priority केसहरू (उपलब्ध भएमा पहेँलो स्टिकर लगाउने)।

ग) लाइनमा पर्खाउने / Queue-Non urgent केसहरू (उपलब्ध भएमा हरियो स्टिकर लगाउने)।

ट्रियाज प्रक्रिया :

- क) तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीले सबै शिशु तथा बालबालिकाको स्वास्थ्य संस्था आइपुग्ने बितिककै जाँच गर्नुपर्दछ।
- ख) उनीहरूलाई आकस्मिक, प्राथमिकता, र लाइनमा पर्खाउने श्रेणीमा वर्गीकरण गर्नुपर्दछ।
- ग) बालबालिकाको अवस्था अनुसार सामान्य लेखाजोखा र थप उपचार प्रक्रिया अघि बढाउनु पर्दछ।

## १. ABCD को आधारबाट बिरामीहरूमा गम्भीर रोग र चोटपटकको जाँच गर्ने

- A: श्वासमार्ग (Airway)  
B: श्वासप्रश्वास (Breathing)  
C: रक्तसंचार/कन्भल्जन/कन्सस्नेस  
(Circulation, Convulsion, Consciousness)  
D: जलवियोजन (Dehydration)

यदि बालबालिकामा ABCD मध्ये कुनैपनि एक चिन्ह भएमा बालबालिकामा आकस्मिक चिन्ह (Emergency sign "E") भएको बुझिन्छ र तुरुन्त आकस्मिक उपचार शुरु गरिहाल्नु पर्दछ । आपतकालीन लक्षणहरूको लेखाजोखा र उपचार तल दिइएको तालिका १ को मद्दत बाट गर्न सकिन्छ, र बिरामी नवजात शिशुहरूको हकमा तालिका २ को मद्दत बाट गर्न सकिनेछ ।

### बारम्बार मूल्यांकन गर्नुपर्ने आवश्यकता

आकस्मिक उपचार गर्ने क्रममा र उपचार गरिसके पश्चात् शिशुलाई ABCD को क्रममा पुनःमूल्यांकन गर्नुपर्दछ । रोगको स्थिति परिवर्तनशील हुन्छ, र छोटो समयमा नयाँ लक्षणहरू देखा पर्न सक्छन् त्यसैले पुनः मूल्यांकनको सुरुवात श्वासमार्गको जाँचबाट गर्नु पर्दछ, र ABCD को क्रम (Sequence) मा हुनुपर्दछ ।

**नोटः नवजात शिशुमा अतिरिक्त आकस्मिक चिन्हहरू निम्न हुन्छन : तापक्रम  $36^{\circ}$  से भन्दा कम वा  $40.0^{\circ}$  फरेनहाईट भन्दा कम र तौल  $1400$  ग्रामभन्दा कम ।**

## २. प्राथमिक लक्षणहरूको मूल्यांकन

यदि कुनै आकस्मिक चिन्हहरू भेटिएन भने प्राथमिक चिन्हहरू ( Priority Signs) को खोजी गर्नुपर्दछ। यो सम्झनको लागि छोटकरीमा (Mnemonic) 3TPR- MB को प्रयोग गर्न सकिन्छ । यस्ता शिशु तथा बालबालिकाहरूलाई थप के उपचारको आवश्यकता छ भनेर निक्यौल गर्नको लागि तत्काल मूल्यांकन गर्नुपर्दछ (queue मा नराखिकन)। कुनैपनि प्राथमिक चिन्ह भएको शिशुलाई लाइन (queue) को अगाडि राख्नुपर्दछ ।

## ३. आपतकालीन केसहरू नभएमा (Queue)


आकस्मिक वा Priority चिन्ह नभएका बिरामीहरू Non-Urgent Case हरु हुन् । यस्ता शिशु तथा बालबालिकाहरू जाँच र उपचारको लागि लाइनमा आफ्नो पालो कुन सक्छन् । धेरैजसो बिरामी शिशु तथा बालबालिकाहरू Non- Urgent हुन्छन र यिनीहरूलाई आकस्मिक उपचारको आवश्यकता हुँदैन ।

### आपतकालीन लक्षणहरू औसतमा २० सेकेन्ड भित्र पहिचान गर्न सकिन्छ ।

- आपतकालीन लक्षणहरू देखा परेमा, बालबालिकाहरूलाई तुरुन्त आपतकालीन उपचार आवश्यक पर्दछ ।
- उपचारको लागि अनुभवी स्वास्थ्यकर्मीको सहयोग माग गर्ने, तर उपचार सुरु गर्न ढिलाइ नगर्ने ।
  - आवश्यक परे अन्य स्वास्थ्यकर्मीहरूसँग मिलेर काम गर्ने, किनभने गम्भीर बिरामी बालबालिकालाई एकै समयमा धेरै उपचार आवश्यक पर्न सक्छ ।
  - अनुभवी स्वास्थ्यकर्मीले बालबालिकाको सम्पूर्ण आधारभूत समस्याहरू पहिचान गरि उपचार योजना तयार गर्न निरन्तर मूल्याङ्कन गर्नुपर्छ ।
  - उपचार अघि टाउको वा घाँटीको चोटपटक बारे सोध्ने।
  - शिशु तथा बालबालिका कडा कुपोषित भएमा ध्यान दिने, किनभने यसले सक र पखालाले हुने जलवियोजनको उपचारमा असर पार्छ।
  - यदि शिशु तथा बालबालिकामा कडा रक्तअल्पता भएमा वा धेरै रक्तस्राव भएमा, आवश्यक आपतकालीन परीक्षणहरू गर्ने ( जस्तै, रगतमा चिनीको मात्रा, हेमोग्लोबिन, रक्त समूह निर्धारण र क्रस-म्याचिङ) ।
  - आपतकालीन उपचार दिए पछि तुरुन्त आधारभूत अवस्थाको मूल्याङ्कन, निदान, र उपचारमा अगाडि बढ्ने। बालबालिकाहरूलाई अस्पतालमा भर्ना गरी स्थिर नभएसम्म निगरानी गर्नुपर्छ ।

तालिका १: सबै उमेरका शिशु तथा बालबालिकाहरूमा आपतकालीन चिन्हको मुल्यांकन र उपचार


ASSESSMENT OF EMERGENCY SIGNS		TREATMENT	
<p>** Do not move neck if cervical spine injury possible. Keep the child warm</p>			
<b>AIRWAY AND BREATHING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No breathing or</li> <li>• Obstructed breathing or</li> <li>• Central cyanosis or</li> <li>• Severe respiratory distress</li> </ul>	<p>ANY SIGN POSITIVE ➔</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IF NOT BREATHING OR GASPING               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rule out neck trauma</li> <li>– Manage airway</li> <li>– Start basic life support</li> </ul> </li> <li>• IF FOREIGN BODY ASPIRATION               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Manage airway in choking child</li> </ul> </li> <li>• IF NO FOREIGN BODY ASPIRATION               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Manage airway</li> <li>– Give oxygen</li> <li>– Make sure child is warm</li> </ul> </li> </ul>
<b>CIRCULATION</b>	<p>Cold hand with:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capillary refill longer than 3 seconds, and</li> <li>• Weak and fast pulse</li> </ul>	<p>IF POSITIVE ➔</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If the child has any bleeding, apply pressure to stop the bleeding. Do not use a tourniquet</li> <li>• Give oxygen</li> <li>• Make sure child is warm</li> <li>• IF NO SEVERE ACUTE MALNUTRITION               <ul style="list-style-type: none"> <li>If lethargic or unconscious:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– Insert IV line and give fluids</li> <li>– Give IV Glucose</li> </ul> </li> <li>If not lethargic or unconscious:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– Give glucose orally or by NG tube</li> <li>– Proceed immediately to full assessment and treatment</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>COMA/ CONVULSING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coma or</li> <li>• Convulsing (now)</li> </ul>	<p>IF COMA OR CONVULSING ➔</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manage airway</li> <li>• Position the unconscious child (if head or neck trauma is suspected, stabilize the neck first)</li> <li>• Give oxygen</li> <li>• Check and correct hypoglycemia</li> <li>• Give IV calcium if infant &lt;3 months</li> <li>• If convulsion continue give anti-convulsant</li> <li>• Make sure the child is warm</li> </ul>




<b>SEVERE DEHYDRATION (ONLY IN CHILD WITH DIARRHOEA)</b>	Diarrhoea plus any two of these: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lethargy</li> <li>• Sunken eyes</li> <li>• Very slow skin pinch</li> <li>• No passing of urine</li> </ul>	DIARRHOEA plus TWO SIGNS POSITIVE 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IF NO SEVERE ACUTE MALNUTRITION             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Insert IV line and begin giving fluid (NS/RL) rapidly</li> </ul> </li> <li>• IF SEVERE ACUTE MALNUTRITION             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Do not give fluids, give ORS (ReSoMal)</li> <li>– Proceed immediately to full assessment and treatment</li> </ul> </li> </ul>
--	---	--	--

If there are, no emergency signs look for priority signs: These children need prompt assessment and treatment.

<b>PRIORITY SIGNS (3TPR-MB)</b>		*If not able to insert peripheral IV, insert an external jugular or intraosseous line.  # 5 ml/kg every 30 mins for 2 hours
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiny baby (&lt;2 months)</li> <li>• Temperature very high</li> <li>• Trauma or other urgent surgical condition</li> <li>• Pallor (severe)</li> <li>• Poisoning</li> <li>• Pain (Severe)</li> <li>• Respiratory distress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restless, continuously irritable or lethargic</li> <li>• Referral (urgent)</li> <li>• Malnutrition: Visible severe wasting, oedema of both feet</li> <li>• Burns (major)</li> </ul>	Note: If a child has trauma or other surgical problems get surgical help or follow surgical guidelines  Urgent: Proceed with assessment and further treatment according to the child's priority.

तालिका २: नवजात शिशुहरूको आपतकालीन लक्षणहरूको जाँच र उपचार

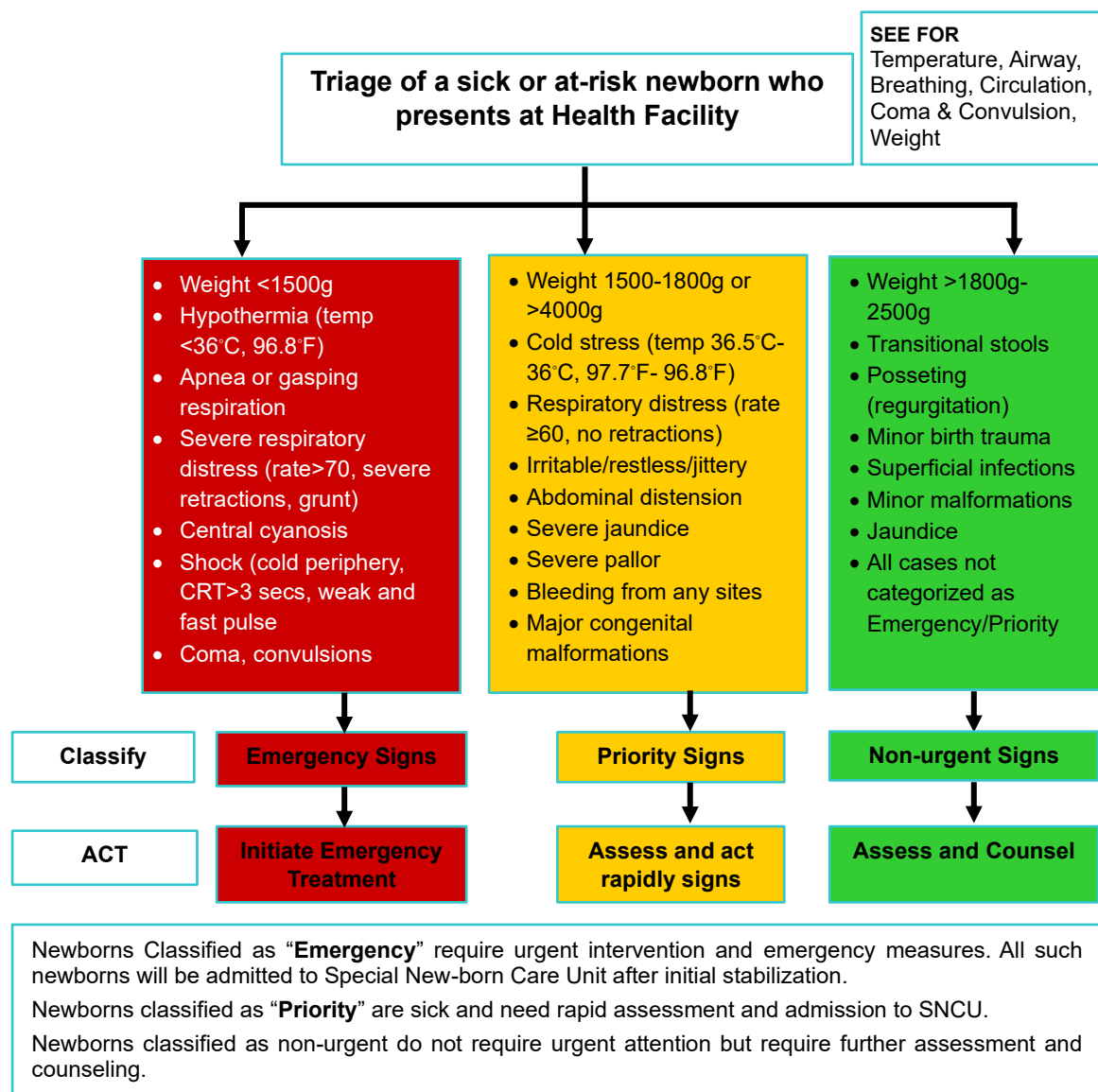
<b>ASSESSMENT OF EMERGENCY SIGNS</b>		<b>TREATMENT</b>	
TEMPERATURE	Cold to touch (abdomen)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warm hypothermic babies rapidly rewarm if there is severe hypothermia (&lt;32°C, 89.6°F) up to 35°C, 95°F and then gradual rewarming.</li> <li>• Maintain the blood glucose.</li> <li>• Make sure neonate is warm</li> </ul>

<p>AIRWAY AND BREATHING</p>	<p>Not breathing or gasping or Central cyanosis or Severe respiratory distress</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratory rate &gt;60 min</li> <li>• Severe lower chest in-drawing</li> <li>• Apnoeic spells</li> <li>• Grunting</li> <li>• Unable to feed</li> </ul>	<p>ANY SIGNS POSITIVE</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manage airway</li> <li>• Provide tactile stimulation if apneic</li> <li>• If still apneic or gasping provide PPV</li> <li>• Give Oxygen</li> <li>• Make sure neonate is warm</li> </ul>
<p>CIRCULATION</p>	<p>Capillary refill longer than 3 seconds and weak and fast pulse (&gt;160)</p>	<p>IF POSITIVE</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Give oxygen</li> <li>• Insert IV line and give 10 ml/kg normal saline over 30 min</li> <li>• Proceed immediately to full assessment and treatment</li> <li>• Make sure neonate is warm</li> </ul>
<p>CONVULSIONS</p>	<p>Convulsions</p>	<p>IF CONVULSING</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manage airway</li> <li>• Check and correct hypoglycemia</li> <li>• Give anticonvulsant (Medazolam)</li> <li>• Make sure neonate is warm.</li> </ul>

If there are, no emergency signs look for priority signs, the new born need prompt assessment and treatment.

### PRIORITY SIGNS

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weight 1500-1800g or &gt;4000g</li> <li>• Cold stress (temp 36.5°C- 36°C, 97.7°F- 96.8°F)</li> <li>• Respiratory distress (rate ≥60, no retractions)</li> <li>• Irritable/restless/jittery</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abdominal distension</li> <li>• Severe jaundice</li> <li>• Severe pallor</li> <li>• Bleeding from any sites</li> </ul> |
|--|---|



चित्र १ : बिरामी नवजात शिशुहरूको प्राथमिकता निर्धारण (ट्रियाज)

### अनुसूची ३

(परिच्छेद ४ को दफा ११ र परिच्छेद ५ को दफा २२, २५ सँग सम्बन्धित)

### आकस्मिक वा खतराका चिन्हहरू

यदि निम्नलिखित कुनै पनि एक चिन्ह भएमा आकस्मिक वा खतराका चिन्ह भएको मानिन्छ

- पिउन वा स्तनपान गर्न असमर्थ हुनु (Not able to drink or breastfeed);
- खाएको जति सबै बान्ता हुनु (Vomits everything) ;
- कम्पन हुनु(Had convulsions recently) ;
- सुस्त वा बेहोस हुनु (Lethargic or Unconscious);
- हाल कम्पन भइरहेको (Conculsing now);

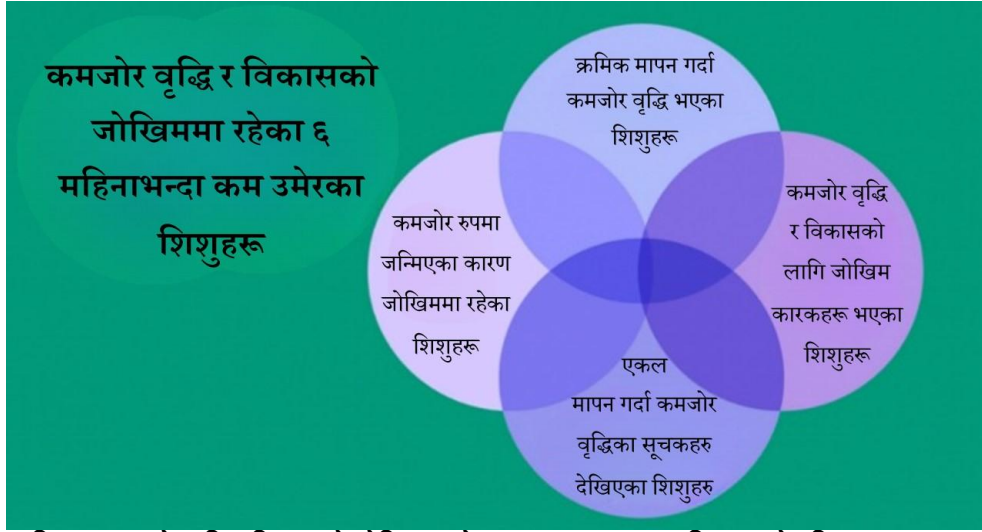
## अनुसूची ४

(परिच्छेद ४ को दफा १२ सँग सम्बन्धित)

### कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूको पहिचान

यदि ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूले तलका कुनै पनि मापदण्ड पुरा गरेमा, उक्त शिशुहरूलाई कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा वर्गीकृत गर्नुपर्दछ।

क्रमिक (दुई वा दुई भन्दा बढी)मापन गर्दा कमजोर वृद्धि भएका शिशुहरू	एकल (एक पटक) मापन गर्दा कमजोर वृद्धिका सूचकहरू देखिएका शिशुहरू
<ul style="list-style-type: none"> <li>कुनै दुई मापनमा एक मापनबाट अर्को मापनमा तौल नबढ्नु वा तौल घट्नु; वा</li> <li>उमेर अनुसारको तौल (बाल स्वास्थ्य कार्ड २.१) ग्राफमा तल झर्दै जानु, वा</li> <li>पर्याप्त तौल वृद्धि नभएको वा वृद्धि दर सामान्य भन्दा धेरै कम अर्थात् विश्व स्वास्थ्य संगठनले दिएको दरभन्दा कम हुनु (-२ SD भन्दा कम), वा लगभग ५०० ग्राम प्रति महिना भन्दा कम, वा साप्ताहिक रूपमा मापन गर्दा जन्मेदेखि ३ महिनाको उमेरमा लगभग १५० देखि २०० ग्राम प्रति हप्ता भन्दा कम र ३ देखि ६ महिनाको उमेरमा लगभग १०० देखि १५० ग्राम प्रति हप्ता भन्दा कम हुनु।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>उमेर अनुसारको तौल &lt;- २ जेड स्कोर; वा</li> <li>लम्बाई अनुसारको तौल &lt;- २ जेड स्कोर; वा</li> <li>पोषणजन्य कारणले दुवै खुट्टा सुन्निएको; वा</li> <li>६ हप्ता देखि ६ महिना भन्दा कम उमेरका शिशुहरूमा पाखुराको मध्य भागको परिधि ११० मि.मि. भन्दा कम।</li> </ul>
कमजोर वृद्धि र विकासको लागि जोखिम कारकहरू भएका शिशुहरू	कमजोर रूपमा जन्मिएका कारण जोखिममा रहेका शिशुहरू
<ul style="list-style-type: none"> <li>Neurodevelopmental समस्याहरू; वा</li> <li>शिशुलाई खुवाउन समस्या भएमा; वा</li> <li>आमामा शिशुलाई हेरचाह गर्ने अभ्यासहरूलाई असर गर्ने खालका शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरू; वा</li> <li>पहिले पनि अस्पतालमा भर्ना भएको इतिहास रहेको।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>अवधि/समयपूर्व जन्मिएका शिशुहरू अर्थात्; गर्भावस्थाको ३७ हप्ता पूरा हुनु अघि जीवित जन्मेका शिशुहरू; वा</li> <li>कम जन्म तौल अर्थात्; शिशु जन्मदा २,५०० ग्राम भन्दा कम तौल भएको; वा</li> <li>गर्भावस्थाको उमेरको अनुसार कम तौल अर्थात्; जन्मेको तौल गर्भावस्थाको उमेर अनुसार १० औं centile भन्दा कममा पर्ने शिशुहरू</li> </ul>



चित्र २ : कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका चार मुख्य प्रकारका शिशुहरूको पहिचान मापदण्डहरू

## अनुसूची ५

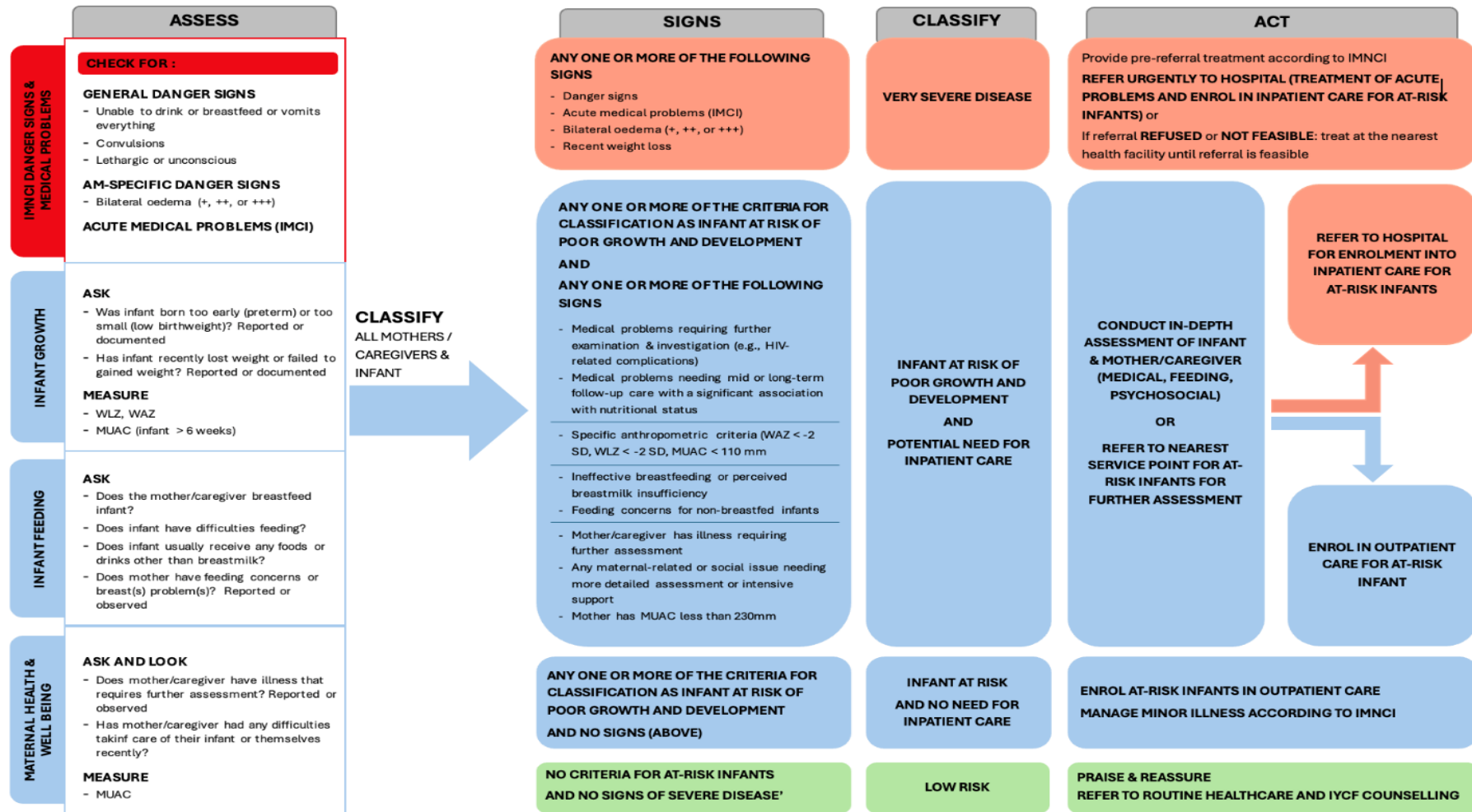
(परिच्छेद ४ को दफा १३ सँग सम्बन्धित)

### लेखाजोखा तथा पोषण हेरचाह प्रणाली (Care Pathway)

आमा/हेरचाहकर्ता-शिशुको बृहत लेखाजोखामा निम्न चरणहरू समावेश गर्नुपर्दछ:

- CBIMNCI अनुसार मेडिकल लेखाजोखा गर्ने तथा पोषणसँग सम्बन्धित (जन्मजात हृदय रोग, एचआईभी, क्षयरोग, मस्तिष्क पक्षघात वा अन्य शारीरिक अशक्तता लगायतका) समस्याहरू सँग मध्यम वा दीर्घकालीन हेरचाह आवश्यक पर्ने मेडिकल समस्याहरूको लेखाजोखा गर्ने ।
- ज्वरो, वान्ता, दिसा, पिसाब, खोकी तथा अन्य कारणले सुन्निएको र पोषणजन्य कारणले सुन्निएको इतिहास लिने ।
- शिशुको हेरचाहकर्ता को हो ,पहिचान गर्ने साथै आमा उपस्थित/जीवित भए नभएको जानकारी लिने ।
- खुवाउने अभ्यासको लेखाजोखा गर्ने जसअन्तर्गत स्तनपान वा प्रतिस्थापन आहारको अभ्यास, शिशु र आमा/हेरचाहकर्ताको स्वास्थ्य स्थिति (शारीरिक अशक्तताको लेखाजोखा), आसन, सम्पर्क, शिशुको दूध चुस्ने र निल्ने संकेत अनुसार आमाको सक्रिय तथा प्रतिक्रियात्मक खुवाई जस्ता लेखाजोखा पर्दछन् ।
- आमा/हेरचाहकर्ताको शारीरिक (पाखुराको नाप सहित) र मानोसामाजिक / मानसिक स्वास्थ्य लेखाजोखा गर्ने।
- आमा/हेरचाहकर्ताको स्वायत्तता, निर्णय लिन सक्ने क्षमताको लेखाजोखा गर्ने र आवश्यकता अनुसार बहिरंग/अन्तरंग हेरचाहमा भर्ना गर्नका लागि अनुमति लिने ।
- उपलब्ध कागजातहरू तथा प्रेषण पुर्जाबाट कुनै पनि सम्बन्धित जानकारी अभिलेख गर्ने ।

बृहत लेखाजोखाको आधारमा, आमा/हेरचाहकर्ता -शिशुको लागि सबैभन्दा उपयुक्त हेरचाहको निर्णय लिनु पर्दछ (अर्थात्, उनिहरूलाई बहिरंग वा अन्तरंग हेरचाहमा दर्ता/भर्ना गर्ने) साथै हेरचाह र प्रेषण प्रणालीको निरन्तरतालाई सुनिश्चित गर्नुपर्दछ । तलको चित्रले उपयुक्त हेरचाह र निर्णय लिने प्रक्रियालाई चित्रण गर्दछ ।



AM: acute malnutrition; HIV: human immunodeficiency virus; IMNCI: integrated management of newborn & childhood illness; MUAC: mid-upper arm circumference; SD: standard deviation; WAZ: weight-for-age z-score; WLZ: weight-for-length z-score.

चित्र ३ : कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूको पोषण हेरचाह प्रणाली (Care Pathway)

## अनुसूची ६

(परिच्छेद ४ को दफा १४ (१) तथा परिच्छेद ५ को दफा २५ सँग सम्बन्धित)

### कडा चिकित्सा समस्याहरू

अन्तरंग हेरचाहका लागि प्रेषण गर्नुपर्ने कडा चिकित्सा समस्याका (Acute Medical Problem or Conditions) चिन्हहरू :

- २ महिना मुनिका शिशुहरूमा ब्याक्टेरियाको सम्भावित सङ्क्रमणका चिन्हहरू
- सक् (Shock: has cold hands, Slow capillary refill (longer than 3 seconds) or Weak fast pulse)
- रगतमा अक्सिजनको मात्रा (Oxygen saturation) <९०% भएमा
- रगतमा चिनीको मात्र कम हुनु (Hypoglycemia) – प्रारम्भिक उपचार पछि पनि सुधार नभएमा
- न्यूमोनिया (कोखा हान्ने; र/वा छिटो छिटो सास फेर्ने (७ देखि ५९ दिनसम्मको शिशुमा १ मिनेटमा ६० वा सो भन्दा बढी श्वासप्रश्वास दर); सम्भव भएमा रगतमा अक्सिजनको मात्रा (Oxygen saturation) मापन गर्दा <९४% देखिएमा)
- जलवियोजन (केही वा कडा जलवियोजन) भएमा
- कडा दीर्घ पखाला (१४ दिन वा सो भन्दा बढी समयसम्म पखाला लागेको र जलवियोजन भएको)
- औलो (मलेरिया) को सम्भावना भएका क्षेत्रमा गम्भीर ज्वरो आएको वा Rapid diagnostic test बाट पोजिटिभ नतिजा आएको
- औलो (मलेरिया) को सम्भावना नभएका क्षेत्रमा धेरै गम्भीर ज्वरो आएको वा Rapid diagnostic test बाट नेगेटिभ नतिजा आएको (ब्याक्टेरियाको सम्भावित सङ्क्रमण हुनसक्ने जस्तै: मेनिन्जाइटिस)
- कडा जटिल खालको दादुरा
- कान पछाडिको हाडमा हुने संक्रमण (Mastoiditis)
- कडा रक्तअल्पता (हत्केलामा सेतोपन, वा उमेर अनुसार Hemoglobin को मात्रामा कमी)
- कमलपित्त (जण्डिस) – २४ घण्टा भन्दा कम उमेरका शिशुमा कमलपित्तको चिन्ह, कुनैपनि उमेरको शिशुमा हत्केला वा पैतालासम्म पहुँचोपना फैलिएको
- एन्टिरेट्रोभाइरल थेरापीबाट गम्भीर Side Effect (एचआईभीका लागि) छालामा रातोपना, सास फेर्न गाह्रो हुने र पेटमा गम्भीर दुखाइ, पहुँचो आँखा, ज्वरो, बान्ता भएमा
- पोषणजन्य कारणले सुन्निएको कारण छालामा संक्रमण वा घाउ

खतराका चिन्हहरूको रूपमा वर्गीकरण नगरिएका अन्य एकल प्राथमिकतामा परेको क्लिनिकल चिन्ह/लक्षणहरू जस्तै: सिताङ्ग (<३५° से axillary) वा उच्च ज्वरो (≥ ३८.५° से axillary)

## अनुसूची ७

### (परिच्छेद ४ को दफा १४(२) सँग सम्बन्धित)

#### ६ महिना भन्दा कम उमेरका शिशुहरूको गहिरो लेखाजोखा

बृहत लेखाजोखापछि कुनै-कुनै अवस्थामा शिशुको स्थिति "जोखिमयुक्त" नहुन सक्छ। यस्तो अवस्थामा आमा र बालबालिकालाई कार्यक्रममा समावेश गर्नु आवश्यक हुदैन, र उनीहरूलाई सामान्य अवस्थामा भएका शिशु तथा आमा-हेरचाहकर्तालाई जस्तै विभिन्न स्वास्थ्य सेवा/निगरानी प्रदान गर्नुपर्दछ। बृहत लेखाजोखाद्वारा अन्तरंगमा प्रेषण र भर्ना गर्नु पर्ने मापदण्ड नपुगेका तर जोखिममा रहेका शिशुहरूलाई तल दिएका बुँदा अनुसार गहिरो लेखाजोखा गर्नुपर्दछ र सो लेखाजोखाको आधारमा अन्तरंगमा प्रेषण गर्ने/नगर्ने निर्णय लिनु पर्दछ।

- तत्काल अन्तरंग हेरचाह आवश्यक नहुने चिकित्सकीय समस्याहरू जस्तै: एचआईभी सम्बन्धित जटिलताहरू भएमा थप जाँच तथा अनुसन्धान आवश्यक हुन्छ।
- पोषणको अवस्थसँग प्रत्यक्ष सम्बन्ध भएका मध्य वा दीर्घकालीन अनुगमन हेरचाह आवश्यक पर्ने चिकित्सा समस्याहरू (जस्तै: जन्मजात हृदय दोष (Congenital Heart Disease), एचआईभी, क्षयरोग, मस्तिष्क पक्षाघात (Cerebral Palsy) वा अन्य शारीरिक अपाङ्गता)।
- कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका शिशुहरूलाई पहिचान गर्न प्रयोग गरिने मापदण्डहरूको सूचीबाट शारीरिक लेखाजोखाको मापदण्ड: उमेर अनुसारको तौल <-२ जेड स्कोर, लम्बाई अनुसारको तौल <-२ जेड स्कोर, ६ हप्ता देखि ६ महिना मुनिका शिशुहरूमा पाखुराको मध्य भागको परिधि ११० मिलिमिटर भन्दा कम, लगातार दुई पटकको मापनमा तौल नबढेको
- प्रभावकारी स्तनपान नहुनु (जस्तै: उचित सम्पर्क, आसन, दूध चुसाइ आदि नहुनु) वा स्तनबाट पर्याप्त दूध नआएको महशुस/अनुभव गर्नु
- स्तनपान नगर्ने शिशुहरूमा खुवाउने कठिनाइहरू (जस्तै: दूध चुस्न नमान्नु, प्रतिस्थापन खुवाईका लागि प्रयोग भएको आमाको दूधलाई प्रतिस्थापन गर्ने वस्तुहरूको अनुपयुक्त र असुरक्षित प्रयोग)
- थप लेखाजोखा वा सहयोग आवश्यक पर्ने कुनैपनि आमासँग सम्बन्धित वा सामाजिक विषय (जस्तै: अपाङ्गता, हेरालुमा डिप्रेसन, आमा नभएको खण्डमा, किशोरी आमा वा अन्य प्रतिकूल सामाजिक परिस्थितिहरू)।

यस सन्दर्भमा गहिरो लेखाजोखा भनेको स्वास्थ्यकर्मीले ६ महिना भन्दा कम उमेरका कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका शिशुहरू र उनीहरूको आमा/हेरचाहकर्ताको बृहत चिकित्सकीय, खुवाई र मनोसामाजिक अवस्थाको मूल्याङ्कन गर्नुलाई जनाउँछ। यस लेखाजोखाको प्रमुख उद्देश्य भनेको शिशुलाई बहिरंग हेरचाह सेवामा व्यवस्थापन गर्न सम्भव, सुरक्षित, र उपयुक्त छ कि छैन भन्ने निर्णय गर्ने वा अन्तरंग हेरचाहका लागि प्रेषण गर्ने हो। यस लेखाजोखा गर्नुको अर्को कारण भनेको आवश्यक परेको खण्डमा उपयुक्त हेरचाह सुरु गर्ने र/वा प्रेषण गर्ने हो। प्रारम्भिक सामुदायिक स्क्रिनिङ वा स्वास्थ्य संस्थाको आकस्मिक विभाग/बहिरङ्ग विभागमा गरिने लेखाजोखा भन्दा गहिरो लेखाजोखालाई लामो समय लाग्न सक्छ।

## अनुसूची ८

(परिच्छेद ४ को दफा १४(३) र परिच्छेद ५ को दफा २८ सँग सम्बन्धित)

### अन्तरङ्ग हेरचाहमा मेडिकल व्यवस्थापन

अन्तरंग हेरचाहको लागि भर्ना भएका ५ वर्ष मुनिका शिशु तथा बालबालिकालाई तलको तालिका अनुसार चिकित्सकीय व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ ।

अन्तरङ्ग व्यवस्थापनको मुख्य उद्देश्य ५ वर्ष मुनिका सबै शिशु तथा बालबालिकामा खतराका चिन्ह/कडा चिकित्सकीय समस्याहरूलाई स्थिरीकरण गरी उपचार गर्नु हो र आमा/हेरचाहकर्तामा आफ्नो शिशु तथा बालबालिकालाई हेरचाह गर्न सक्ने क्षमता अभिवृद्धि गर्दै प्रभावकारी पूर्ण स्तनपानको स्थापना वा पुनर्स्थापना गर्नु हो साथै स्तनपान नगरेका बालबालिकाहरूको लागि प्रतिस्थापित खाना सुनिश्चित गरि बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा स्थानान्तरण गर्नु पहिले नै आमा / हेरचाहकर्ताको स्वायत्तता निर्माण गरि हेरचाह प्रावधानलाई निरन्तरता दिनु हो ।

अन्तरङ्ग र बहिरङ्ग सेवाहरू बीच हेरचाहको निरन्तरता अत्यन्त महत्वपूर्ण हुन्छ जसमा स्वास्थ्य प्रणाली भित्रका विभिन्न तहहरू बीच सक्रिय रूपमा संचार हुनुपर्दछ ।

अन्तरङ्ग हेरचाहमा उपचार पाइरहेका सबै शिशु तथा बालबालिकाका आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई चिकित्सकीय र आहार सम्बन्धि प्रक्रियाहरू पूर्ण रूपमा व्याख्या गर्नुपर्दछ ।

#### प्रयोगशालामा गर्नुपर्ने परीक्षणहरू:

१. रगतमा चिनीको मात्रा (भर्ना हुँदा, स्थिरीकरणको क्रममा यदि बालबालिकामा सिताङ्ग वा सुस्त भएमा)
२. सबै बालबालिकाहरूमा हेमोग्लोबिन वा packed cell volume
३. यदि बालबालिकामा रक्तअल्पता वा palmar pallor छ भने, peripheral smear को जाँच गर्ने
४. Serum electrolytes जस्तै (Sodium, potassium) संक्रमणहरूको स्क्रिनिङ गर्ने (शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकाहरूमा प्रायः संक्रमणहरू बाहिर देखिदैनन्)
५. सामान्य संक्रमणहरूको स्क्रिनिङका लागि निम्न परीक्षण गर्ने:
  - क) Total and differential leukocyte count
  - ख) दिशा र पिसाब जाँच (routine and microscopy)
  - ग) छातीको एक्स-रे
  - घ) Blood Culture
  - ङ) Mantoux Test
  - च) औलोको लागि रगत जाँच; यदि ज्वरो छ भने
  - छ) एच.आई.भीको स्क्रिनिङ (यदि विगतको अवस्था र चिकित्सकीय संकेत/लक्षणका आधारमा शंका भएमा, बारम्बार संक्रमणहरू भइरहेमा, Oral Thrush भएमा, Lymphadenopathy भएमा, अभिभावकहरूको मृत्यूको कारण स्पष्ट नभएमा, लगातार पखाला लागेमा, Parotid Enlargement भएमा)
६. चिकित्सकीय स्थिति र परीक्षणहरू उपलब्ध भएमा थप परीक्षणहरू गर्ने ।

SN	Steps	PHASE		
		Stabilization phase		Rehabilitation phase
		Day 1 to 2	Day 3 to 7	Week 2 to 6
1.	Treat/prevent hypoglycaemia	→		
2.	Treat/prevent hypothermia	→		
3.	Treat/prevent dehydration	→		
4.	Correct electrolyte imbalance	→		
5.	Treat infections	→		
6.	Correct micronutrient deficiencies	→ without iron		→ with iron
7.	Begin cautious feeding & Catchup growth	→		
8.	Stimulate emotional and sensorial development	→		
9.	Prepare for discharge and follow-up			→

चित्र ४ : स्थिरीकरणको चरण र पुनर्स्थापनाको चरणमा गरिने ९ महत्वपूर्ण कार्यहरू:

तालिका ३ : कडा शीघ्र कुपोषणसँग सम्बन्धित सामान्य क्लिनिकल समस्याहरुको उपचार र रोकथाम

For infants less than 6 months

Step 1: Treat or prevent hypoglycaemia (Low blood sugar)		
Hypoglycaemia is defined as a blood glucose level < 3 mmol/L (or < 54 mg/dl)		
Prevention/management	Warning signs (clinical signs)	Immediate action
<ul style="list-style-type: none"> <li>Breastfeed straight away and then every 2–3 hours, day and night</li> <li>Encourage mothers to watch for any deterioration, help feed child and keep child warm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Low temperature (hypothermia) noted on routine check</li> <li>Lethargy, limpness and loss of consciousness</li> <li>Child can become drowsy</li> </ul> <p>Note:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Major risk of death in absence of rapid and correct treatment</li> <li>Hypoglycaemia is often associated with hypothermia and severe infection</li> </ul>	<p>Conduct glucose test on admission</p> <p><i>If hypoglycaemia is suspected but no tests are available, or if it is not possible to get enough blood for test, assume that the child has hypoglycaemia and give treatment immediately without laboratory confirmation</i></p> <p>If the child is unconscious: Give glucose intravenously (IV) (5 ml/kg of sterile 10% glucose), followed by 50 ml of 10% glucose or sucrose by nasogastric tube. If the IV dose cannot be given immediately, give the nasogastric dose first.</p> <p>If the child is conscious:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>If breastfeeding is possible, breastfeed straight away. Check blood glucose after 30 minutes, if still low, give a bolus of 10% glucose (50 ml) or sugar solution (1 rounded teaspoon sugar in 3 tablespoons of water) orally or via nasogastric tube.</li> <li>If breastfeeding is not possible, give a bolus of 10% glucose (50 ml) or sugar solution (1 rounded teaspoon sugar in 3 tablespoons of water) orally or via nasogastric tube. Bolus of 10% glucose is best, but if not available give sugar solution or F-75 rather than wait for glucose.</li> </ul> <p>Monitor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Check blood sugar every 30 minutes at point of care (if possible) until the blood glucose has stabilized then gradually reduce the frequency of monitoring (Point of Care) or else after 2 hours: if normal, then breastfeed 2-hourly (12 feeds in 24 hours) including day and night.</li> </ul>

**Step 2. Treat or prevent hypothermia (Low temperature)**

**Hypothermia is defined as a rectal temperature < 35.5°C (95.9°F) or an axillary temperature < 35°C (95°F)**

**Severe hypothermia: <32°C**

Prevention/management	Warning signs (clinical signs)	Immediate action
<p>For all children:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Breastfeed straight away and then every 2–3 hours, day and night</li> <li>• Keep warm; use kangaroo technique, cover with a blanket</li> <li>• Let mother sleep with child to keep child warm</li> <li>• Keep room warm, no draughts</li> <li>• Keep bedding and clothes dry</li> <li>• Dry carefully after bathing (do not bathe if very ill)</li> <li>• Avoid exposure during examinations and bathing</li> <li>• Use a heater or incandescent lamp with caution; do not use hot water bottle or fluorescent lamp</li> </ul>	<p>Low temperature</p> <p>Note: Hypothermia in malnourished children often indicates coexisting hypoglycaemia and serious infection</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Take axillary temperature on admission</li> <li>• If thermometer is not available assume hypothermia</li> </ul> <p>By examining the child by back of the hand (hands, feet and abdomen)</p> <p>If axillary temperature below 35°C (&lt;95°F):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Breastfeed straight away (or start rehydration if needed)</li> <li>• Rewarm: put the child on the mother's bare chest (skin-to-skin contact) and cover them, or clothe the child including the head, cover with a warmed blanket and place a heater or lamp nearby</li> <li>• Breastfeed 2-hourly</li> <li>• Every hypothermic child should also be checked or treated for hypoglycaemia and infection</li> </ul> <p>Monitor during rewarming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Take temperature every 30 minutes until it becomes normal and stop rewarming when it rises above 36.5°C (or 36°C axillary)</li> </ul> <p>In case of severe hypothermia &lt;32°C (axillary)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warm humidified oxygen should be given</li> <li>• Followed immediately by 5 ml/kg of 10% glucose IV or 50 ml of 10% glucose by NG route (if IV access is difficult)</li> <li>• If there is feed intolerance or another contraindication for nasogastric feeding, maintenance IV fluids (prewarmed) should be started.</li> </ul>

<b>Step 3a. Treat or prevent dehydration (Too little fluid in the body) Some and severe dehydration</b>		
Prevention/management	Warning signs (clinical signs)	Immediate action
<ul style="list-style-type: none"> <li>• When a child has watery diarrhoea, rehydrate the child with frequent breastfeeding.</li> <li>• Breastfeed after each loose stool until diarrhoea stops.</li> </ul>	Profuse watery diarrhoea, thirst, hypothermia, weak or absent brachial/radial pulse, cold hands and feet, reduced urine output	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do not give IV fluids except in shock</li> </ul> If dehydrated: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Breast feed every 30 minutes for 2 hours</li> <li>• Monitor every 30 minutes for the first 2 hours</li> <li>• <b>No evidence for use of ReSoMal is identified in relation to infants less than 6 months of age</b></li> </ul>

<b>Step 3b. Treat shock (Very weak vital functions)</b>		
Prevention/management	Warning signs (clinical signs)	Immediate action
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manage diarrhoea, treat infection promptly</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A child in shock is lethargic or unconscious and has cold hands</li> </ul> plus either: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slow capillary refill (longer than 3 seconds) or</li> <li>• Weak fast pulse</li> </ul> Note: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor closely: use the critical care pathway initial management chart</li> </ul>	If child is in shock: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give oxygen</li> <li>• Give sterile 10% glucose (5 ml/kg) by IV</li> <li>• Give IV fluid at 15 ml/kg over 1 hour, using one of the following solutions in order of preference:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Half-strength Darrow's solution with 5% glucose (or dextrose) or</li> <li>• Ringer's lactate with 5% glucose* or</li> <li>• Half-normal saline with 5% glucose*</li> </ul> </li> </ul> * If either of these is used, add sterile potassium chloride (20 mmol/L) if possible <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keep the child warm</li> <li>• Measure and record pulse and respiration every 10 minutes</li> </ul> If there are signs of improvement over a period of 1 hour (pulse and respiration rates fall): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repeat IV 15 ml/kg for 1 more hour</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Then give 5–10 ml/kg ReSoMal in alternate hours with F-75 for up to 10 hours</li> </ul> <p>If there are no signs of improvement after the first hour of IV fluid assume child has septic shock. In this case:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give maintenance fluids (4 ml/kg/h) while waiting for blood</li> <li>• Order 10 ml/kg fresh whole blood and when blood is available, stop oral intake and IV fluids</li> <li>• Give a diuretic</li> <li>• Transfuse whole fresh blood (10 ml/kg slowly over 3 hours)</li> </ul> <p>Note: Emphasis should be given on maintenance fluids and antibiotics upgrade when septic shock is suspected rather than blood transfusion. Blood transfusion in malnutrition to be reserved for anemic child. (&lt;4 g/dl or 4-6 g/dl with respiratory distress)</p> <p>If signs of heart failure:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give packed cells instead of whole blood</li> <li>• Treat septic shock under infection treatment</li> </ul>
--	--	--

<b>Step 4. Correct electrolyte imbalance (Too little potassium and magnesium, and excess body sodium)</b>		
<b>Prevention/management</b>	<b>Warning signs (clinical signs)</b>	<b>Immediate action</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breastfeed straight away and then every 2–3 hours, day and night</li> </ul>	Oedema develops or worsens	<p>Follow feeding recommendation, as well as recommendation for treatment of dehydration:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give supplemental potassium at 3-4 mmol/kg/ day for at least 2 weeks.</li> <li>• Potassium can be given as syrup potassium chloride; the common preparation available has 20 mmol of potassium/15 ml.</li> <li>• On day 1, 50% magnesium sulfate (equivalent to 4 mEq/ml) should be given at 0.3 ml/kg to a maximum of 2 ml intramuscularly.</li> <li>• Continue breastfeeding</li> </ul>

<b>Step 5. Treat infections</b>		
<b>Prevention/management</b>	<b>Warning signs (clinical signs)</b>	<b>Immediate action</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keep malnutrition ward in a separate room</li> <li>• Reduce overcrowding</li> <li>• Wash hands before preparing feeds and before and after dealing with any child</li> <li>• Provide good nursing care</li> </ul>	<p>Note:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The usual signs of infection, such as fever, are often absent. Assume all severely malnourished children have infection and treat with antibiotics</li> <li>• Hypothermia and hypoglycaemia are signs of severe infection</li> </ul> <p>Note:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensure all doses are taken as prescribed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starting on the first day, give broad-spectrum antibiotics to all children</li> </ul> <p><b>If the child has no complications, give:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicillin 25–40 mg/kg every 12 hours for 5 days</li> </ul> <p>or:</p> <p><b>If the child is severely ill (apathetic, lethargic) or has complications (hypoglycaemia, hypothermia, raw skin/fissures, respiratory tract or urinary tract infection), give:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gentamicin* IV or IM 7.5 mg/kg once per day up to 7 days and</li> <li>• Ampicillin: 50 mg/kg IM/IV 6-hourly for 2 days, followed then by oral amoxicillin 25–40 mg/kg every 12 hours for 5 days</li> </ul> <p><i>* If the child is not passing urine, gentamicin may accumulate in the body and cause deafness. Do not give the second dose until the child is passing urine.</i></p> <p><b>If with medical complications and resistant to amoxicillin and ampicillin, give:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefotaxime for children or infants older than 1 month 50 mg/kg every 8–12 hours plus oral ciprofloxacin/ofloxacin 10–20 mg/kg twice per day for 5 days.</li> <li>• For septic shock or no improvement or worsening, Add third generation cephalosporin, i.e. IV cefotaxime 100 mg/kg/day 8 hourly or Ciprofloxacin/Ofloxacin</li> <li>• Add IV cloxacillin 25–50 mg/kg 4 times per day for 14 to 21 days if staphylococcal infection is suspected; revise therapy based on the culture sensitivity report.</li> <li>• For suspected meningitis, IV cefotaxime 50mg/kg/ dose IM/IV, 6 hourly for 7- 10 days</li> <li>• Metronidazole for 5-7 days for anaerobic and parasitic infection</li> </ul>

### **Step 6. Correct micronutrient deficiencies**

**Note: Severely malnourished children are at high risk of blindness due to vitamin A deficiency**

All severely malnourished children have vitamin and mineral deficiencies. Micronutrients should be used as an adjunct to treatment in safe and effective doses. Up to twice the recommended daily allowance of various vitamins and minerals should be used.

- Give Vitamin A on day 1, day 2 and at the end of rehabilitation if the child has visible signs of vitamin A deficiency (Signs), signs of eye infection, diarrhoea. For corneal ulceration add atropine drops, tetracycline drops and bandage.
- For all other children, give one dose at the end of rehabilitation.
- Vitamin A dosage for <6 months give 50000 IU

#### **Emergency treatment of severe anemia:**

- If a severely malnourished infant has severe anemia with a hemoglobin less than 4 g/ dl or between 4 and 6 g/ dl but with respiratory distress, a blood transfusion should be given with whole blood 10 ml/kg bodyweight slowly over 3 hr.
- Diuretic (Furosemide) should be given at the start of the transfusion.
- If the severely anemic infants has signs of cardiac failure, packed cells rather than whole blood should be transfused.

### **Step 7a. Feeding - Where there is a possibility of breastfeeding the infant**

The main objective is to restore exclusive breastfeeding whether by the mother, a family member or a wet-nurse (infants should be breastfed where possible and the mothers/female caregivers should be supported to breastfeed. If an infant is not breastfed, support should be given to the mother/female caregiver to re-lactate. If this is not possible, wet nursing should be encouraged). Therefore, nutritional management consists in supplementing the child's breastfeeding with therapeutic milk while stimulating and supporting production of breast milk. This same principle applies in cases where the mother is known to be HIV positive and is able and willing to breastfeed.

Nutritional management should include the following steps:

- Encourage breastfeed on demand or offer breastfeeding every three hours till mother feels that her breast has been emptied by the child, without frequent switching. The infant should be breastfed as frequently as possible
- Infants should be provided with a supplementary feed half an hour to one hour after a normal breastfeeding session. Supplementary suckling approaches should, where feasible, be prioritized see below for detailed instructions.
- Feeds (breastfeeding, supplementary feeds) should be done with the assistance / under the surveillance of a health staff/assistant in order to provide appropriate counselling and supportive care to the mother/caregiver.

#### Supplementary feeds:

- For infants without oedema, expressed breast milk should be given, and, where this is not possible, diluted F-100 should be given, either alone or as the supplementary feed together with breast milk (if not available F-75 may be used instead).
- Diluted F-100 should be given at 130 ml/kg/day, distributed across eight feeds (or twelve) per day.
- For infants with oedema, F-75 should be given as a supplement to breast milk, which should be provided at the same quantity as diluted F-100 for infants without oedema (130ml/kg/day). Once oedema is resolved, switch to diluted F-100.
- Infants should NOT be given full-strength F-100 if they are clinically unstable and/or have diarrhoea or dehydration and/or nutritional oedema (due to the renal solute load of this therapeutic milk and risk of hypernatraemic dehydration). Clinically unstable refers to severe abnormal and fluctuating clinical signs and symptoms on examination of one or all the major systems: cardiovascular, respiratory, neurological, and gastrointestinal. Infants who are clinically unstable require frequent monitoring and intervention by skilled health workers to prevent deterioration and death.
- Encourage breastfeed on demand or offer breastfeeding every three hours till mother feels that her breast has been emptied by the child, without frequent switching. The infant should be breastfed as frequently as possible
- If the child has poor appetite, encourage the mother to coax and support the child finishing the feed. If eating 80% or less of the amount offered for 2 consecutive feeds, use a nasogastric tube. If in doubt, see feed chart for intakes below which tube-feeding is needed.

#### Progress and follow-up

The infant should be weighed daily with a scale graduated to within 10g (or 20g). Monitoring should take place as for the older child and recorded on the child card.

If the volume of F-100-Diluted being taken results in weight loss, either the maintenance requirement is higher than calculated or there is significant malabsorption. If the infant loses weight or has a static weight over three consecutive days but continues to be hungry and is taking all the F-100- Diluted, add 5 ml extra to each feed.

If, after some days, the child does not finish all the supplemental feed, but continues to gain weight, it means the intake from breast milk is increasing and the infant is taking adequate quantities to meet his/her requirements.

Do NOT increase the amount given as the infant starts to regain strength, suckle more strongly and gain weight. Encourage the mother when the infant is gaining weight and tell her, that the quantity of breast milk is increasing and “the recovery is due to her own breast milk”

Once the infant is gaining weight at 20g per day (absolute weight gain for 2 consecutive days):

- Gradually decrease the quantity of F-100-Diluted by one-third of the maintenance intake so that the infant gets more breast milk

- If the weight gain of 10 g per day is maintained for two-to-three days (after gradual decrease of F-100-Diluted), stop F-100-Diluted completely
  - If the weight gain is not maintained, increase the amount of F-100-Diluted given to 75 percent of the maintenance amount for two-to-three days, then reduce it again if weight gain is maintained
- If the infant has reached discharge criteria, they should be transferred to outpatient care for continued monitoring and support for breastfeeding.

### **Step 7b. Feeding - Where there is no possibility of breastfeeding the infant**

The aim of the treatment of SAM infants (or at-risk infants needing supplementary milk) without the prospect of being breastfed is to provide appropriate replacement feeds (Diluted F-100 or commercial (generic) infant formula if F-100 not available), with relevant support to enable safe preparation and use, including at home when transferred from inpatient care:

- Provide diluted F-100 for infants without oedema
- Provide F-75 for infants with bilateral pitting oedema and change to diluted F-100 when the oedema is resolved

#### Initial management:

- As for the breastfed child, give maintenance amounts of diluted F-100 (or F-75 for infants with oedema) at 130 ml/kg bodyweight/day.
- Distribute the quantity of diluted F-100 across eight feeds (or twelve feeds) per day, (every 2–3 hours), providing 100 kcal/kg/day.
- Two-hourly feeds are best for at least the first day. Then, when the infant has little or no vomiting and modest diarrhoea, change to 3-hourly feeds. After a day on 3-hourly feeds, and no vomiting and no diarrhoea, change the infant to 4-hourly feeds.
- Feed by cup and saucer or NGT by drip (using gravity not pumping).
- Only feed with NGT when the infant is not taking sufficient milk by mouth. The use of NGT should not exceed three days.
- Close monitoring and recording of feeding and vital signs are crucial and should be done with the same approach as described for older children

#### Transition:

- Move to transition phase when appetite returns, and any oedema reduces to at least moderate level (++)
- The volume of the diluted F-100 (or F-75 for infants who still have oedema) feeds is increased by one-third in comparison to the initial management phase, providing 110-130 kcal/kg/day

If the infant has reached discharge criteria (see below), they should be transferred to outpatient care to continue monitoring and rehabilitation through support for replacement feeding.

Feeding during rehabilitation in case the infant remains in inpatient care:

- Move to rehabilitation phase when infant is taking at least 90 percent of the F-100-Diluted prescribed for the transition phase, any oedema has resolved, there are no additional medical complications and there is a minimum stay of 2 days in transition phase
- The volume of the diluted F-100 feeds is increased to twice the volume that was given during the initial management phase, providing 200ml/kg/day and 150 kcal/kg/day

**Step 8. Stimulate emotional and sensorial development (Use loving care, play and stimulation)**

- Provide tender loving care
- Help and encourage mothers to comfort, feed, and play with their children
- Encourage cheerful, stimulating environment and age appropriate structured play therapy.
- Once the child is well enough, include age appropriate activities.

**Step 9. Prepare for discharge and follow-up**

- Obtain information on family background and socioeconomic status.
- Assess the physical and psychosocial needs and link to appropriate care.
- Establish a link with community health workers for home follow-up.
- Write full clinical summary in patient-held card.
- For outpatient management of severe malnutrition, inform the mother for monthly follow up until 6 months of age.

## व्यक्तिगत निगरानी र Follow up

अन्तरङ्ग हेरचाहमा रहेका शिशुहरूको प्रगति प्रत्येक दिन निगरानी गर्ने र IMAM रजिस्टर अस्पताल (HMIS 2.7) निम्न अनुसार रेकर्ड गर्ने:

- प्येडियाट्रिक स्केल प्रयोग गरेर तौल प्रत्येक दिन नाप्ने, जस्मा १० ग्राम (वा २० ग्राम) सम्मको precision हुन्छ ।
- पोषणजन्य कारणले सुन्निएको (० देखि +++ ) को तह प्रत्येक दिन लेखाजोखा गर्ने ।
- शरीरको तापक्रम प्रत्येक दिन दुईपटक नाप्ने ।
- सामान्य क्लिनिकल लक्षणहरू (पेटको समस्या, वान्ता, जलबियोजन, खोकी, श्वासको गति, कलेजोको आकार आदि) प्रत्येक दिन टिपोट (नोट) गर्ने ।
- दिइएको कुनै पनि चिकित्सा उपचार र IV इन्फ्युजन वा ट्रान्सफ्यूजन रेकर्ड गर्ने ।
- शिशु उपस्थित भए नभएको, वान्ता गरेको वा खाना खान नमानेको जानकारी रेकर्ड गर्ने । यो जानकारी प्रत्येक दिनको प्रत्येक खानाका लागि संकलन गर्ने ।
- MUAC प्रत्येक हप्ता नाप्ने (६ हप्ता भन्दा माथिका शिशुहरूको लागि)
- आमा/हेरचाहकर्तासँग शिशुको प्रगति बारे परामर्श गर्ने ।


यसका अतिरिक्त, स्तनपान गरिरहेका शिशुहरूको निगरानी र कुनै समस्या समाधान सम्बन्धी प्रक्रिया पनि समावेश गर्नुपर्दछ ।



## अनुसूची १

(परिच्छेद ४ को दफा १४(५) सँग सम्बन्धित)

स्तनपान सम्बन्धी समस्याहरू र कठिनाईहरूको व्यवस्थापन

तालिका ४ : स्तनपान सम्बन्धी समस्याहरू (कठिनाई) तथा रोकथामका उपायहरू :

स्तनपान सम्बन्धी समस्या (कठिनाईहरू)	रोकथाम	व्यवस्थापन
<b>गानिनु</b>		
 <p><b>लक्षणहरू</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• दुबै स्तनमा देखा पर्ने -सुनिने</li> <li>• छुँदा दुख्ने -तातो हुने</li> <li>• रातो हुने -दुख्ने</li> <li>• छाला टल्किने, स्तनको छाला कस्सिएको र मुन्टा चौडा हुने र खुवाउन गाह्रो हुने</li> <li>• प्रायः यो बालबालिका जन्मको तेस्रो दिनदेखि पाँचौ दिन भित्रमा सुरु हुन्छ (दूध उत्पादन अत्यधिक रूपमा वृद्धि भई चुसाइ कम भएमा)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• बालबालिकालाई आमाको छातीमा टासेर राख्ने ।</li> <li>• बालबालिका जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान सुरु गर्नु ।</li> <li>• सही तरिकाले बसेर दूध चुसाउने ।</li> <li>• बालबालिकाको माग अनुसार स्तनपान गराउने तथा दिन र रातमा गरि (२४ घण्टा) १० देखि १२ पटक स्तनपान गराउने ।</li> </ul> <p><b>नोट :</b> जन्मेको पहिलो वा दोश्रो दिन बालबालिकाले २-३ पटक मात्र पनि स्तनपान गर्न सक्दछ ।</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• बालबालिकालाई स्तनपान गराउँदा आमाले सही आसन, सम्पर्कमा राखी दूध चुसाउने ।</li> <li>• पटक पटक स्तनपान गराउने ।</li> <li>• दूधको बहाव बढाउन दूधलाई हल्कासँग मालिस गर्ने ।</li> <li>• दूधको मुन्टाको वरिपरि हल्का थिचेर सुन्निएको कम गराई बालबालिकालाई चुस्न सजिलो बनाउने ।</li> <li>• दुवै दूध पालै पालो चुसाउने (एउटा स्तनको दूध निखारेर मात्र अर्को स्तन चुसाउने) ।</li> <li>• थोरै दूध निचोर्ने, जसले स्तनको चाप घटाउँछ र चुस्न सजिलो हुन्छ ।</li> <li>• दूध निचोर्नु अघि स्तनलाई तातो पानीले सक्ने ।</li> <li>• स्तन सुन्निएको कम गर्न दूध निचोरिसकेपछि चिसो पानीले सेक्ने ।</li> </ul>

स्तनपान सम्बन्धी समस्या (कठिनाइहरू)	रोकथाम	व्यवस्थापन
<b>स्तनको मुन्टा दुख्नु वा चिरा पर्नु</b>		
 <p><b>लक्षणहरू:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• स्तन/मुन्टा दुख्ने</li> <li>• दूधको मुन्टा चिरिनु वा फेद चिरिनु</li> <li>• कहिलेकाहीँ रक्तस्राव हुने</li> <li>• दूधको मुन्टामा संक्रमण हुनु</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• बालबालिकालाई सही आसनमा राखी दूध चुसाउने ।</li> <li>• बोतलको प्रयोग नगर्ने, बोतल र दूधको मुन्टाको बनावट फरक हुने भएकोले चुसाइमा अलमल हुन सक्छ ।</li> <li>• स्तनको मुन्टाहरूमा साबुन वा क्रिमको प्रयोग नगर्ने।</li> <li>• बालबालिकालाई पटक पटक स्तनपान गराउने ।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• बालबालिकाले सही तरिकाले दूध चुसेको सुनिश्चित गर्ने र दूध खुवाउन नरोक्ने ।</li> <li>• बालबालिकालाई स्तनपान गराउँदा स्तनको तलबाट माथितिर ल्याएर नजिकमा राखी सही स्तन सम्पर्क भएको सुनिश्चित गर्ने।</li> <li>• कम दुख्ने पट्टिको स्तनबाट दूध चुसाउन सुरु गर्ने ।</li> <li>• स्तनपान गराउँदा आसन परिवर्तन गर्ने ।</li> <li>• बालबालिकालाई आफैं दूध छाड्न दिने ।</li> <li>• मुन्टामा आफ्नो दूधका थोपाहरू लगाउने र यसलाई सुक्न दिने ।</li> <li>• स्तनको मुन्टाहरूमा साबुन वा क्रिमको प्रयोग नगर्ने ।</li> <li>• बालबालिकालाई दूध खुवाउन स्तन भरिएको हुनुपर्दछ भन्ने हुदैन।</li> </ul>
<b>थुनेलो हुनु</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• बालबालिकालाई सही तरिकाले दूध चुसाएको सुनिश्चित गर्ने ।</li> <li>• बालबालिकाले चाहेको समयमा स्तनपान गराउने र बालबालिका आफैलाई दूध छाड्न दिने, जोडसँग मुन्टो ननिकाल्ने ।</li> <li>• स्तनलाई कैची जस्तो गरेर नसमाउने ।</li> <li>• आमाले कस्सिएको लुगा नलगाउने ।</li> <li>• आमाले फरक फरक आसनमा स्तनपान गराउँदा दुखाईलाई कम गर्दछ ।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• बालबालिकालाई दूध चुसाउन नछाड्ने यदि दूध निखिएन भने घाउ पाक्ने सम्भावना हुन्छ त्यसैले बालबालिकाले चाहेजति दूध चुस्न दिने ।</li> <li>• बालबालिकालाई दूध चुसाउनु भन्दा पहिले स्तनलाई तातो पानीले सेक्ने ।</li> <li>• बालबालिकालाई विभिन्न आसनमा समाउने जसले गर्दा स्तनको थुनिएको नली (रातो भएको भाग) मा बालबालिकाको जिब्रो तथा चिउँडोले मालिस गरोस् र त्यस भागबाट दूध बाहिर निस्कियोस् ।</li> </ul>

स्तनपान सम्बन्धी समस्या (कठिनाइहरू)	रोकथाम	व्यवस्थापन
<p><b>लक्षणहरू:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>गाँठो पर्ने, छाम्दा दुख्ने, वरिपरि रातो हुने, सन्चो नहुनु, ज्वरो आउने</li> <li>धेरै सुनिनु</li> <li>कडा दुखाई</li> <li>एकातिरको भागमा धेरै रातो हुने</li> <li>सामान्यतया, सन्चो नहुनु</li> <li>ज्वरो आउने</li> <li>दूध नुनिलो हुने हुँदा कहिले काही बालबालिकाले दूध खान नमान्न सक्दछ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>दुखाईले गर्दा गाह्रो परेका बेला आमालाई परिवारका सदस्यले घरको कामका साथै बालबालिकाको हेरचाहमा सहयोग गर्ने ।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>बालबालिकालाई सही तरिकाले दूध चुसाएको सुनिश्चित गर्ने ।</li> <li>थुनिएको नली खुलाउन हल्केलाले स्तनलाई तलबाट अड्याई औँलाले मुन्टातिर हल्का थिची दूध निकाल्ने वा बालबालिकालाई प्रत्येक २-३ घण्टामा दिउँसो र राती दूध खुवाउने ।</li> <li>आमाले पर्याप्त आराम गर्ने, पटक पटक स्तनपान गराई राख्ने ।</li> <li>सुत्केरी महिलाले बढी मात्रामा झोलिलो खानेकुरा खाने ।</li> <li>२४ घण्टामा सुधार भएन भने स्वास्थ्य संस्थामा उपचार गराउने ।</li> <li>थुनेलो भएको अवस्थामा दूध चुस्दा अति दुख्छ भने निचोर्ने । निचोरेको दूध बालबालिकालाई खुवाउन सकिन्छ –यदि आमा एच.आई. भी. भएको छैन, किमोथेरापी लिएकी छैनन्, क्षयरोगको औषधी खाएको दुई महिना भएको छ भने ।</li> </ul>
<b>आमाको दूध पर्याप्त नआएमा</b>		
<p><b>आमाको बुझाई:</b> उनको दूध धेरै आउँदैन । बालबालिका आमाको दूध नपुगेर बेचैन छ ।</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>बालबालिकालाई आमाको नाङ्गो जिउमा (छातीमा) टाँसेर राख्ने ।</li> <li>जन्मेको १ घण्टा भित्रमा स्तनपान सुरु गराउने ।</li> <li>बालबालिकासँग बस्ने ।</li> <li>सही स्तन सम्पर्क भएको यकिन गर्ने ।</li> <li>बालबालिकालाई मागअनुसार स्तनपान गराईएको यकिन गर्ने ।</li> <li>बालबालिकाले एउटा स्तनको दूध निखारे पछि मात्र अर्को स्तन चुसाउने ।</li> <li>बालबालिकालाई दिन र रातमा स्तनपान गराउने ।</li> <li>बालबालिकालाई बोतलबाट दूध नखुवाउने ।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>बालबालिकालाई आफ्नो दूध पुग्दैन भनी आमाद्वारा ब्यक्त चासोलाई ध्यानपूर्वक सुन्ने ।</li> <li>कठिनाईको स्पष्ट कारण पत्ता लगाउने (गलत दूध खुवाउने विधि, आमाको मानसिक स्थिती, आमा वा बालबालिकाको स्वास्थ्य अवस्था) ।</li> <li>बालबालिकाको तौल, दिसा, पिसाबको अवस्था जाँच गर्ने (यदि तौल सही वृद्धि भएको छैन भने स्वास्थ्य संस्थामा प्रेषण गर्ने) ।</li> <li>आमाले उनको बालबालिकाको लागि पुग्ने दूध पर्याप्त मात्रामा उत्पादन गर्न सक्छन् भन्ने कुरामा विश्वस्त पर्ने ।</li> <li>बालबालिकालाई दूध निखारेर खुवाएमा दूधको उत्पादन बढ्ने कुरा व्याख्या गर्ने ।</li> <li>सही स्तन सम्पर्क भए नभएको जाँच गरी सुधार गर्ने ।</li> </ul>

स्तनपान सम्बन्धी समस्या (कठिनाइहरू)	रोकथाम	व्यवस्थापन
	<ul style="list-style-type: none"> <li>उपयुक्त परिवार नियोजनको साधन छनोट गर्न प्रोत्साहन गर्ने ।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>पानी, बट्टाको दूध, चिया अथवा अन्य झोल पदार्थहरू खुवाएको भए त्यसलाई रोक्न सुझाव दिने ।</li> <li>सकेसम्म बालबालिका र आमा नछुट्टिने । (छुट्टिन परेको खण्डमा निचोरेर राखेको दूध खुवाउने)</li> <li>खुवाउने ढाँचामा सुधार गर्ने सुझाव दिने। बालबालिकालाई दिन र रातमा माग अनुसार पटक पटक खुवाउने ।</li> <li>बालबालिकालाई आफैँ दूध छाड्न दिने ।</li> <li>आमाले पर्याप्त खाना तथा झोलिलो कुरा खाएको यकिन गर्ने ।</li> <li>सकेसम्म बालबालिका र आमा नछुटाउने (छुट्टिन परेको खण्डमा निचोरेर राखेको दूध खुवाउने) ।</li> <li>बालबालिकालाई स्तनपान गराउने तरिकामा सुधार गर्दै माग अनुसार दिन र रातमा पटक पटक स्तनपान गराउने ।</li> <li>बालबालिकाले जतौ दूध चुस्छ त्यति बढी दूध उत्पादन हुन्छ ।</li> <li>सकेसम्म आमाले बालबालिकालाई छातीमा टासेर सामिप्यता कायम राख्ने ।</li> </ul>
<p><b>वास्तविक रूपमा स्तनबाट 'पर्याप्त दूध' नआएमा</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>बालबालिकाको तौल बृद्धि नभएमा : बालबालिकाको वृद्धि चार्टमा वृद्धि रेखा सिधा वा तलतिर झरेको हुन्छ ।</li> <li>४ दिन देखि ६ हप्ता सम्मको बालबालिकाले प्रति दिन कम्तिमा ६ पटक पिसाब र ३ -४ पटक दिसा गर्दैन भने ।</li> <li>बालबालिका असन्तुष्ट भई रोइ रहन्छ भने ।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>माथि उल्लेख भए अनुसार गर्ने ।</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>बालबालिका र आमा नजिकैको स्वास्थ्य चौकी जाने सल्लाह दिने ।</li> </ul>

## अनुसूची १०

### (परिच्छेद ४ को दफा १४(७) सँग सम्बन्धित)

#### अन्तरङ्ग उपचारात्मक हेरचाहका लागि भर्ना भएका ६ महिना मुनिका शिशुहरूको उपचारात्मक दूधबाट पोषण व्यवस्थापन

६ महिना मुनिका अन्तरङ्ग उपचारात्मक हेरचाहका लागि भर्ना भएका शिशुहरूलाई निम्न अनुसारको पूरक खाना प्रदान गर्नुपर्दछ ।

#### १. शिशुलाई स्तनपान गराउन सम्भव भएको खण्डमा

यसको मुख्य उद्देश्य आमा, परिवारको सदस्य वा धाई आमा (wet-nurse) द्वारा स्तनपानको पुनर्स्थापित गर्नु हो (शिशुहरूलाई सम्भव भएसम्म स्तनपान गराउनु पर्दछ यदि शिशुलाई स्तनपान गराइएको छैन भने, आमा/महिला हेरचाहकर्तालाई पुनः स्तनपान गराउन सहयोग दिनुपर्दछ ।) यदि सम्भव नभए, धाई आमाद्वारा स्तनपानलाई प्रोत्साहित गर्नुपर्दछ। त्यसैले, पोषण व्यवस्थापनमा शिशुलाई उपचारात्मक दूधले पूरक गर्ने साथै स्तनपान बढाउन र समर्थन गर्ने प्रक्रिया समावेश हुन्छ । आमा HIV पोजिटिभ भएको हकमा र आमा स्तनपान गर्न सक्षम र इच्छुक भएको हकमा पनि यो सिद्धान्त लागू हुन्छ ।

#### पोषणको व्यवस्थापनमा निम्न चरणहरू समावेश हुनुपर्दछ:

- शिशुलाई आवश्यक परेको बेला (on demand) वा हरेक तीन घण्टामा स्तनपान गराउन प्रोत्साहित गर्ने । आमालाई जबसम्म बालबालिकाले स्तन खाली गरेको महसूस हुदैन तबसम्म स्तनपान गराउन सक्छन् र बारम्बार स्तन परिवर्तन नगरी स्तनपान गराउन सल्लाह दिने। बालबालिकालाई सकेसम्म बढी पटक स्तनपान गराउनु पर्दछ ।
- शिशुहरूलाई स्तनपान गराएको आधा घण्टादेखि एक घण्टा पछि थप पूरक खाना प्रदान गर्नुपर्दछ। सम्भव भएसम्म, थप दूध खुवाउदा सप्लिमेन्टरी सक्लिंग विधिलाई प्राथमिकता दिनुपर्दछ विस्तृत निर्देशनहरूको लागि तल उल्लेख गरिएको छ ।
- स्तनपान, थप पूरक खुवाईको क्रममा स्वास्थ्य कर्मचारीको सहयोग तथा निगरानीमा आमा / हेरचाहकर्तालाई उपयुक्त परामर्श, सहयोगी र हेरचाह प्रदान गर्नुपर्दछ ।

#### क) थप पूरक खाना

- पोषणजन्य कारणले नसुन्निएका शिशुहरूलाई, स्तनको दूध निकालेर खुवाउनु पर्दछ, तर यो सम्भव नभएमा, पातलो F-100 मात्र वा आमाको दूधसँगै थपेर खुवाउन सकिन्छ (यदि उपलब्ध छैन भने F-75 प्रयोग गर्न सकिन्छ) ।
- पातलो F-100, १३० मिली/के. जी/दिनको दरले प्रति दिन आठ (वा १२) पटक दिन सकिन्छ ।
- यदि पोषणजन्य कारणले सुन्निएको छ भने, स्तनपानको साथमा थप F-75 दिनुपर्दछ । यो मात्रा F-100 कै मात्राको अनुसार (१३० मि.लि./के. जी/दिन) दिन सकिन्छ । पोषणजन्य कारणले सुन्निएको निको भएपश्चात F-100 मा परिवर्तन गर्नुपर्दछ ।

- शिशुहरू चिकित्सकीय रूपमा अस्थिर रहेको र/वा पखाला लागेको छ र/वा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको, खण्डमा पातलो नगरेको F-100 दिनु हुदैन। चिकित्सकीय रूपमा अस्थिर भन्नाले एक वा सबै प्रमुख प्रणालीहरू (कार्डियोभास्कुलर, श्वासप्रश्वास, न्ुरोलोजिकल, र ग्यास्ट्रोइन्टेस्टाइनल) परीक्षणमा गम्भीर वा असामान्य क्लिनिकल लक्षणहरूलाई जनाउँदछ।
- चिकित्सकीय रूपमा अस्थिर शिशुहरूलाई थप स्वास्थ्य अवस्था बिग्रन नदिन र मृत्युको जोखिमबाट बचाउन दक्ष स्वास्थ्यकर्मीद्वारा निरन्तर अनुगमन आवश्यक पर्दछ।

### ख) सुधार तथा अनुगमन

- शिशुको दैनिक रूपमा तौल नाप्नु पर्दछ, जसका लागि १० ग्राम (वा २० ग्राम) सम्म नाप्ने क्षमताको तराजु प्रयोग गर्नुपर्दछ। तौल अनुगमन प्रक्रिया अन्य बालबालिकाहरूको सरह नै गर्नुपर्दछ र उक्त विवरण बाल स्वास्थ्य कार्डमा अभिलेख गर्नुपर्दछ।
- यदि पातलो गरिएको F-100 को मात्रा दिँदा तौल घट्छ भने, पोषण अवस्थाको सुधारका लागि
- गणना गरिएको मात्रा आवश्यकता भन्दा कम भएको वा malabsorption भएको हुनसक्छ। यदि तौल घट्दो छ वा लगातार तीन दिनसम्म तौल स्थिर छ तर शिशुको भोकाएको छ र सबै पातलो F-100 खाइरहेको छ भने, प्रत्येक पटक खुवाउदा ५ मिली थपन सकिन्छ।
- यदि, केही दिन पछि, शिशुले थप पूरक खाना समाप्त गर्दैन, तर तौल बढ्दै गयो भने, यसको अर्थ आमाको दूधको सेवन बढ्दै गएको छ र शिशुले आफ्नो आवश्यकताहरू पूरा गर्न पर्याप्त मात्रामा दूध पाइरहेको बुझ्नुपर्दछ। शिशुले तागत प्राप्त गर्न थालेपछि, उचित तरिकाले दूध चुस्न थालेपछि र तौल बढ्न थालेपछि थप दूधको मात्रा बढाउन पर्दैन। शिशुको तौल बढ्दै जाँदा आमालाई स्तनपानको लागि अझै प्रोत्साहन गर्नुपर्दछ।

शिशुको तौल प्रति दिन २० ग्राम को दरले बढेको अवस्थामा (लगातार २ दिनसम्म):

- स्तनपानलाई प्रोत्साहन गर्न पातलो गरिएको F-100 को मात्रालाई (maintenance intake) एक-तिहाइले क्रमशः घटाउनु पर्दछ।
- यदि पातलो गरिएको F-100 क्रमशः घटाउँदै लग्दा शिशुको तौल वृद्धि प्रति दिन २० ग्राम लगातार, दुईदेखि तीन दिनसम्म कायम रहन्छ भने, पातलो गरिएको F-100 पूर्ण रूपमा बन्द गर्नु पर्दछ।
- यदि तौल वृद्धि कायम रहँदैन भने, पातलो गरिएको F-100 को मात्रालाई दुई देखि तीन दिनसम्म ७५ प्रतिशतले बढाउन सकिन्छ। त्यसपछि, तौल वृद्धि कायम भएमा पुनः यसको मात्रा घटाउनु पर्दछ।

शिशुले डिस्चार्जको मापदण्ड पूरा गरेमा, निरन्तर निगरानी र स्तनपानको समर्थनका लागि शिशुलाई बहिरङ्ग सेवामा स्थानान्तरण गर्नुपर्दछ।

### २. शिशुलाई स्तनपान गराउन सम्भव नभएको अवस्थामा

कडा शीघ्र कुपोषण भएका शिशुहरू (उपचारात्मक दूधको आवश्यकता भएका जोखिमयुक्त शिशुहरू) का लागि गरिने यो व्यवस्थापनको उद्देश्य स्तनपानको सम्भावना नभएको अवस्थामा उपयुक्त थप आहार उपलब्ध

गराउनु हो। यसमा पातलो गरिएको F-100 प्रदान गर्नु पर्दछ। साथै, आहारको सुरक्षित तयारी र खुवाई सुनिश्चित गर्न आवश्यक सहयोग उपलब्ध गराउनु पर्दछ।

- पोषणजन्य कारणले नसुनिएको शिशुहरूलाई पातलो गरिएको F-100 दिनुपर्दछ।
- पोषणजन्य कारणले दुवै खुट्टा सुनिएका शिशुहरूलाई F-75 दिनुपर्दछ र पोषणजन्य कारणले सुनिएको निको भएपछि पातलो गरिएको F-100 मा परिवर्तन गर्नुपर्दछ।

#### क) प्रारम्भिक व्यवस्थापन:

- १३० मिली/के. जी. शरीरको तौल/दिनको दरले पातलो गरिएको F-100 (पोषणजन्य कारणले सुनिएको शिशुहरूको लागि F-75) को आवश्यक मात्रा दिनुपर्दछ।
- पातलो गरिएको F-100 को मात्रा प्रति दिन आठ पटक (वा बाह्र पटक) प्रत्येक २-३ घण्टामा दिनुपर्दछ, जसले १०० क्यालोरी/के.जी/दिन प्रदान गर्दछ।
- पहिलो १ दिनका लागि यो मात्रा दुई घण्टाको अन्तरालमा खुवाउन उचित मानिन्छ। त्यसपश्चात शिशुलाई बान्ता छैन / सामान्य बान्ता छ र सामान्य पखाला छ भने, तीन घण्टाको अन्तरालमा खुवाउन सकिन्छ। तीन घण्टाको अन्तरालमा एक दिन खुवाईसकेपछि, यदि बान्ता र पखाला बिल्कुल छैन भने, शिशुलाई चार घण्टाको अन्तरालमा खुवाउन पर्दछ।
- खुवाउने कार्य कचौरा/प्लेट वा NGT मार्फत ड्रिप विधिबाट खुवाउन सकिन्छ।
- जब शिशुले मुखबाट पर्याप्त दूध लिइरहेको हुँदैन तब मात्र NGT मार्फत मात्र खुवाउनु पर्दछ। NGT को प्रयोग तीन दिनभन्दा बढी गर्नु हुँदैन।
- ठूला बालबालिकाहरूको लागि वर्णन गरिएको जस्तै दृष्टिकोणबाट, खुवाउने विधिको र महत्त्वपूर्ण चिन्हहरूको निगरानी र रेकर्डिङ गर्नुपर्दछ।

#### ख) स्थिरीकरण चरणबाट पुनर्स्थापना चरणमा ट्रान्जिसन

- भोक जागेपश्चात र पोषणजन्य कारण ले सुनिएको निको भएपश्चात (कम्तिमा पनि सुनिएको ग्रेड ++ मा सुधार भएको) अवस्थामा ट्रान्जिसन चरणमा जानु पर्दछ।
- यस चरणमा स्थिरीकरण चरणको तुलनामा पातलो पारिएको F-100 (पोषणजन्य कारणले सुनिएको शिशुहरूको लागि F-75) खुवाउने मात्रा एक तिहाइले बढाउन पर्दछ, जसले ११०-१३० किलो क्यालोरी /के. जी/दिन प्रदान गर्दछ।

#### ग) अन्तरङ्ग हेरचाहमा पुनःस्थापनाको समयमा खुवाउने प्रक्रिया:

- ट्रान्जिसन चरणको लागि तोकिएको पातलो पारिएको F-100 को कम्तिमा ९० प्रतिशत शिशुले सेवन गरेमा, पोषणजन्य कारणले सुनिएको निको भएमा, कुनै थप चिकित्सा जटिलता नभएमा र ट्रान्जिसन चरणमा न्यूनतम २ दिनको बसाई पुरा गरेको अवस्थामा शिशुलाई पुनःस्थापना चरणमा सार्नु पर्दछ।
- पातलो गरिएको F-100 को मात्रालाई प्रारम्भिक व्यवस्थापन चरणको तुलनामा दुई गुणाले बढाउन पर्दछ, जसले २०० मि.लि./के. जी/दिन र १५० किलोकैलोरी/के. जी/दिन प्रदान गर्दछ।

### ३. स्तनपान गर्ने र नगर्ने शिशुहरूको प्रारम्भिक व्यवस्थापनको लागि पातलो गरिएको F-100 र F-75 को तयारी र प्रयोग गर्ने विधि

पातलो नगरेको/नपारेको F-100 भन्नाले निर्माता / उत्पादकको निर्देशन अनुसार तयार गरिएको F-100 दूध भनेर बुझ्नु पर्दछ । त्यस्तै, पातलो F-100 भन्नाले ३०% थप पानी थपेर बनाएको F-100 बुझ्नु पर्दछ । पातलो गरिएको F-100 मा F-75 भन्दा कम osmolarity हुन्छ र त्यसैले यो शिशुको पूर्ण रूपले विकास नभएको अंगहरूसँग राम्रो अनुकूलन हुन्छ । साथै, पातलोपनले पानीको मात्रा बढाए पनि उही मात्रामा शक्ति प्रदान गर्दछ तथा carbohydrate र lipid उचित अनुपात सुनिश्चित गर्दछ ।

#### **क) पतलो गरिएको F-100 तयार गर्ने प्रक्रिया**

- F-100 तयार गर्न ५०० मि.लि पानीमा ११४ ग्राम F-100 मिसाउन पर्दछ । यसलाई "पातलो गरिएको F-100" भनिन्छ ।
- थोरै परिमाणको लागि :
  - पहिले नै पातलो पारिएको १०० मि.लि F-100 मा ३५ मिलिलिटर पानी थप्ने, जसले गर्दा १३५ मि.लि पातलो F-100 तयार हुन्छ । प्रयोग पछि बाँकी रहेको दूध फ्याँक्नु पर्दछ र यो भन्दा सानो परिमाणमा बनाउन हुदैन ।
  - यदि १३५ मि.लि भन्दा बढी परिमाण चाहिएमा २०० मिलिलिटर F-100 मा ७० मि.लि पानी थपेर २७० मि.लि तयार गर्न सकिन्छ र प्रयोग पछि अतिरिक्त दूध फ्याँक्नु पर्दछ ।

#### **ख) उपचारात्मक दूध (पातलो पारिएको F-100 वा F-75 ) खुवाउने सिद्धान्तहरू**

- शिशुको तौल र २४ घण्टाको लागि आवश्यक पर्ने दूधको मात्रा र पटक जाँच गर्ने ।
- पोषणजन्य कारणले सुन्निएको अवस्थामा खुवाउने मात्रा मा फेरबदल नगर्ने ।
- धेरै साना बालबालिकाहरूलाई दिनको कम्तिमा ८ पटक खुवाउने प्रयास गर्ने ।
- २४ घण्टामा आवश्यक पर्ने मात्रा दिनका लागि, यदि धेरै पटक खुवाउन सम्भव छैन भने, खानाको पटक घटाउन सकिन्छ तर दैनिक खानाको मात्रा नघटाउने ।

स्थिरीकरण चरणमा स्तनपान गर्ने वा नगर्ने ६ महिना मुनिका शिशुहरूका लागि उपचारात्मक दूधको मात्रा : F-100 (पोषणजन्य कारणले नसुनिएको ) वा F-75 को (पोषणजन्य कारणले सुनिएको)

शिशुको तौल (के.जी)	२४ घण्टाको लागि पूरा मात्रा (मि.लि)	२४ घण्टामा दिने खाना (दूध) को पटक अनुसारको मात्रा					
		१२ पटक (मि.लि)	१०पटक (मि.लि)	८ पटक (मि.लि)	७ पटक (मि.लि)	६ पटक (मि.लि)	५ पटक (मि.लि)
१.२	२४०	२०	२०	२५	३०	३५	४५
१.३	२४०	२०	२५	३०	३०	३५	४५
१.४	२४०	२०	२५	३०	३५	४०	४५
१.५	२४०	२०	२५	३०	३५	४०	४५
१.६ - १.७	३००	२५	३०	३५	४०	४५	६०
१.८	३००	२५	३०	४०	४०	४५	६०
१.९	३००	२५	३०	४०	४५	५०	६०
२.० - २.१	३००	२५	३५	४०	४५	५०	६५
२.२ - २.४	३६०	३०	३५	४५	५०	६०	७०
२.५ - २.७	४२०	३५	४०	५०	५५	६५	७५
२.८	४२०	३५	४०	५५	६०	६५	७५
२.९	४२०	३५	४०	५५	६०	७०	८०
३.० - ३.४	४८०	४०	४५	६०	६५	७५	८५
३.५ - ३.९	४८०	४०	५०	६५	७०	८०	९५
४.० - ४.४	५४०	४५	५५	७०	७५	८५	११०
४.५ - ४.९	६००	५०	६०	८०	९०	९५	१२०
५.० - ५.४	७२०	६०	७०	९०	१००	११०	१३०
५.५ - ५.९	७२०	६०	८०	१००	११०	१२०	१५०
६.०	८४०	७०	८५	११०	१२०	१४०	१७५

ट्रान्जिसन चरणमा – ६ महिना मुनिका शिशुहरुका लागि उपचारात्मक दूधको मात्रा : F-100  
(पोषणजन्य कारणले नसुनिएको ) वा F-75 को (पोषणजन्य कारणले सुनिएको)

शिशुको तौल (के.जी)	२४ घण्टाको लागि पूरा मात्रा (मि.लि)	२४ घण्टामा दिने खाना (दूध) को पटक अनुसारको मात्रा					
		१२ पटक (मि.लि)	१०पटक (मि.लि)	८ पटक (मि.लि)	७ पटक (मि.लि)	६ पटक (मि.लि)	५ पटक (मि.लि)
१.२	३००	२५	२५	३५	४०	४५	६०
१.३	३००	२५	३०	४०	४०	४५	६०
१.४-१.५	३००	२५	३०	४०	४५	५०	६०
१.६-१.७	३६०	३०	४०	४५	५०	६०	७०
१.८	३६०	३०	४०	५०	५०	६०	८०
१.९	३६०	३०	४०	५०	६०	६५	८०
२.०-२.१	३६०	३०	४५	५०	६०	६५	८५
२.२-२.४	४८०	४०	४५	६०	६५	८०	९०
२.५-२.७	५४०	४५	५०	६५	७०	८५	१००
२.८-२.९	५४०	४५	५०	७०	८०	९०	१०५
३.०-३.४	६००	५०	६०	८०	८५	१००	११०
३.५-३.९	६००	५०	६५	८५	९०	१०५	१२५
४.०-४.४	७२०	६०	७०	९०	१००	११०	१४५
४.५-४.९	७८०	६५	८०	१०५	१२५	१२५	१५५
५.०-५.४	९६०	८०	९०	११५	१३०	१४५	१७०
५.५-५.९	९६०	८०	१०५	१३०	१४५	१५५	१९५
६	१०८०	९०	११०	१४५	१५५	१८०	२२५

पुनस्थापनाको चरणमा स्तनपान नगर्ने ६ महिना मुनिका शिशुहरुका लागि उपचारात्मक दूधको मात्रा : F-100 (पोषणजन्य कारणले नसुनिएको) वा F-75 को (पोषणजन्य कारणले सुनिएको)

शिशुको तौल	२४ घण्टाको लागि पूरा मात्रा	२४ घण्टामा दिने खाना (दूध) को पटक अनुसारको मात्रा					
		१२ पटक	१० पटक	८ पटक	७ पटक	६ पटक	५ पटक
(के.जी)	(मि.लि)	(मि.लि)	(मि.लि)	(मि.लि)	(मि.लि)	(मि.लि)	(मि.लि)
१.२	३६०	३०	३०	४०	५०	५५	७०
१.३	३६०	३०	४०	५०	५०	५५	७०
१.४	३६०	३०	४०	५०	५५	६५	७०
१.५	४२०	३५	४०	५०	६०	७०	८०
१.६-१.७	४८०	४०	५०	५५	६५	७०	९०
१.८	४८०	४०	५०	६५	६५	७०	९५
१.९	४८०	४०	५०	६५	७०	८०	९५
२.०-२.१	४८०	४०	५५	६५	७०	८०	१०५
२.२-२.४	६००	५०	५५	७०	८०	९५	११०
२.५-२.७	६६०	५५	६५	८०	९०	१०५	१२०
२.८-२.९	६६०	५५	६५	९०	९५	११०	१३०
३.०-३.४	७८०	६५	७०	९५	१०५	१२०	१३५
३.५-३.९	७८०	६५	८०	१०५	११०	१३०	१५०
४.०-४.४	८४०	७०	९०	११०	१२०	१३५	१७५
४.५-४.९	९६०	८०	९५	१३०	१४५	१५०	१९०
५.०-५.४	११४०	९५	११०	१४५	१६०	१७५	२१०
५.५-५.९	११४०	९५	१३०	१६०	१७५	१९०	२४०
६	१३२०	११०	१३५	१७५	१९०	२२५	२८०

## हेरचाह सहितको थप दूध खुवाउने विधि (Supplementary Suckling Technique)

### खुवाउने विधि

थप दूध खुवाउने विधि (Supplementary Suckling Technique) प्रयोग गरी स्तनपान पुनःस्थापना वा सुरु गर्न सकिन्छ साथै अन्तरङ्ग सेवामा भर्ना भएका शिशुहरूलाई आमाको निकालिएको दूध /पातलो गरिएको F-100 आवश्यक मात्रामा उपलब्ध गराउन पनि यो विधि प्रयोग गर्न सकिन्छ। यो विधिमा शिशुले स्तनबाट चुस्ने क्रममा पातलो ट्युब दूधको मुन्टासँगै राखेर कपमा निकालेर राखेको आमाको दूध वा पातलो गरिएको F-100 समेत पिउन दिईन्छ। यसबाट शिशुले थप पातलो गरिएको F-100 द्वारा आवश्यक पोषण प्राप्त गर्नुको साथै आमाको स्तनबाट दूध उत्पादन गर्न मद्दत गर्दछ।

थप दूध खुवाउने विधि (Supplementary Suckling Technique) प्रयोग गर्न आवश्यक चरणहरू:

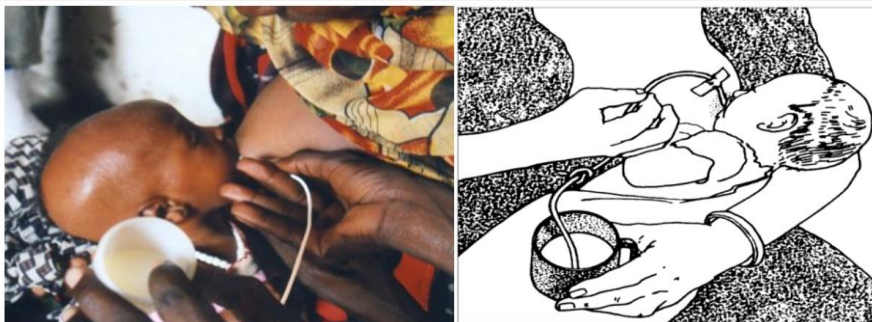
- हेरचाहकर्ता (वा सुरुवातमा सहायक) ले आवश्यक मात्रामा पातलो गरिएको F-100 (वा निकालिएको आमाको दूध) भएको कप समात्ने।
- नासोग्यास्ट्रिक ट्युब (Gauze size 8) को एक छेउ कपमा राख्ने र अर्को छेउ दूधको मुन्टामा राख्ने। आमाहरूले ट्युबलाई टेपको सहायताले स्तनमा टाँस्न सजिलो अनुभव गर्न सक्दछन्, तर केहि समय पछि यो सामान्यतः आवश्यक पर्दैन।
- स्तनपानको लागि शिशुलाई सही आसन र सम्पर्कमा (सामान्य तरिकामा) राख्ने।
- कपबाट चुस्न सहज बनाउनको लागि कपलाई स्तनको मुन्टाको स्तरभन्दा ५-१० से.मि तल राखिन्छ। पछिल्लो चरणमा, जब बच्चा अझ राम्रोसँग चुस्न थाल्दछ, कपलाई ३० सेन्टिमिटरसम्म तल राख्न सकिन्छ।
- कपलाई कहिल्यै पनि स्तनको मुन्टाको स्तरभन्दा माथि नराख्ने, योसो गर्नाले यो शिशुको मुखमा ट्युबबाट आउने दूध छिटो बगी श्वासप्रश्वास नलीमा जान सक्ने गम्भीर जोखिम हुन्छ।
- आमालाई आराम गर्न आग्रह गर्ने। स्तनपानको लागि सहि आसन र सम्पर्क बारे अत्यधिक वा कडाइका साथ निर्देशन दिँदा आमालाई असहज बनाउन सक्दछ र स्तनपान गर्ने विधि अपेक्षाभन्दा कठिन छ भन्ने सोच उत्पन्न गराउन सक्दछ। आमालाई सहज र प्रभावकारी लाग्ने विधि नै सन्तोषजनक मान्दै सोहीअनुसार परामर्श गर्दै जानुपर्छ।

शिशुलाई ट्युबबाट दिने पातलो गरिएको F-100 र आमाको दूधको मिश्रणको स्वादसँग अभ्यस्त हुन एक -दुई दिन लाग्न सक्छ, तर यसको निरन्तरतामा बढी ध्यान दिनुपर्छ।

थप दूध खुवाउने विधि प्रयोग गर्दा आमाहरूलाई एकै समयमा एकै स्थानमा सँगै राख्न प्रयास गर्ने। एउटा आमाले एक पटक थप दूध खुवाउने विधि सफलतापूर्वक प्रयोग गरेपछि अन्य आमाहरू प्रोत्साहित हुन्छन् र नक्कल गर्न सजिलो हुन्छ।

खुवाउने प्रक्रिया पूरा भएपछि, सिरिंजद्वारा सफा पानी प्रयोग गरेर ट्युबलाई सफा गर्ने। त्यसपछि ट्युबको भित्री भागमा रहेको पानी सेन्ट्रीफ्युगल बलद्वारा निकाल्नको लागि ट्युबलाई घुमाउने। यदि सम्भव छ भने, ट्युबलाई सोझै घाममा राख्ने।

### थप दूध खुवाउने विधि



### आमाहरूको लागि सहयोगात्मक हेरचाह

विशेष गरी अत्यधिक तनावपूर्ण परिस्थितिहरूमा स्तनपान गराईरहेका आमाहरूलाई सहयोगात्मक हेरचाह प्रदान गर्नुपर्दछ । स्तनपानलाई सहज बनाउने र प्रबर्दन गर्ने अवस्थाहरू सिर्जना गर्ने कुरामा केन्द्रित रहेर आमा र शिशुहरूका लागि सुरक्षित "स्तनपान कक्षहरू" स्थापना गर्ने, एकल वा सामुहिक रूपमा संचालन गर्ने परामर्श सेवाहरू आवश्यक पर्दछन् । आघातग्रस्त र निराश आमाहरूलाई आफ्नो शिशुहरूलाई प्रतिक्रिया दिन कठिनाइ हुनसक्छ र उनीहरूलाई मानसिक र भावनात्मक सहयोग प्रदान गर्नुपर्दछ जसले स्तनपानको वृद्धिमा पनि मद्दत पुर्याउदछ । यस्तो अवस्थामा आमाको पोषण स्थितिको (पाखुराको मध्ये भागको परिधि र सुनिएको) लेखाजोखा गर्न महत्त्वपूर्ण हुन्छ ।

शिशुको उपचारका विभिन्न चरणहरूको बारेमा आमालाई स्पष्ट रूपमा व्याख्या गर्नुपर्दछ । आमाको आत्मविश्वासलाई सुदृढ गर्ने र पर्याप्त स्तनपान गराउन नसक्दा आत्मआलोचना हुन नदिने प्रयास गर्नुपर्दछ । स्तनपान गराईरहँदा महिनावारी नभएपनि गर्भ रहन सक्ने सम्भावनाको बारेमा आमालाई सधैं सचेत गराउनु पर्दछ ।

### स्तनपान गराउने आमाहरूको लागि पर्याप्त र थप पोषण

स्तनपान गराउने महिलाहरूलाई प्रतिदिन लगभग ४५० किलो क्यालोरी थप शक्ति आवश्यक हुन्छ । आमाको दूधमा प्राप्त हुने अत्यावश्यक सूक्ष्म पोषक तत्वहरू आमाको खानाबाट प्राप्त हुन्छन् । त्यसैले, आमाले आवश्यक पोषण र शक्ति प्राप्त गर्न महत्त्वपूर्ण हुन्छ । आमाले प्रतिदिन कम्तीमा २,५०० किलो क्यालोरी खानुपर्दछ । स्वास्थ्य संस्थाले आमालाई पौष्टिक खाना प्रदान/प्रबर्दन गर्नुपर्दछ । यदि शिशु २ महिना भन्दा कम उमेरको भए आमाले भिटामिन ए (२००,००० IU, गर्भावस्थाको जोखिम नभएमा) सेवन गर्नुपर्छ । जलावियोजनले दूध उत्पादनमा अवरोध पुर्याउन हुनाले आमाले प्रतिदिन कम्तीमा २ लिटर पानी पिउनुपर्दछ ।

### आमा/हेरचाहकर्ताको मनोसामाजिक हेरचाह

आमा/हेरचाहकर्तालाई पनि शारीरिक वा मानसिक समस्याहरू हुनसक्ने भएकाले, आमा/हेरचाहकर्ता र शिशुहरूको लागि मनोसामाजिक हेरचाह अत्यावश्यक हुन्छ । यी समस्याहरूले शिशुको हेरचाहमा प्रभाव पर्ने वा असहज निम्त्याउन सक्दछ । आमा/हेरचाहकर्तामा तल तालिकामा उल्लेखित समस्याहरू देखिन सक्छन । आमालाई शिशुको समस्याबारे विस्तृत व्याख्या गर्दै व्यवस्थापनको बारेमा मार्गदर्शन गर्नुपर्दछ । आमालाई स्तनपान र थप दूध खुवाउने विधिको (Supplementary Suckling Technique) बारेमा सहजीकरण गर्नुपर्दछ । आमालाई सामाजिक समस्याहरू बारे परामर्श दिनुपर्दछ र आवश्यक परेमा चिकित्सकीय जाँच गराउनुपर्दछ । आमालाई सरसफाई र सही स्तनपानको आसन र सम्पर्क बारेमा एकल रूपमा वा सामुहिक रूपमा सहयोगी र सहभागी ढङ्गले तनाव र डर कम हुनेगरी गरेर परामर्श दिनुपर्छ ।

### आमाले सामना गर्ने सम्भावित कठिनाइहरू

आमाका कठिनाइहरू	कार्यहरू
अपर्याप्त पोषिलो र झोलिलो पदार्थ सेवन	पर्याप्त झोलिलो पदार्थ र सन्तुलित खाना दिने; कुपोषण सम्बन्धि आमाको लेखाजोखा गर्ने ।
शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्य	आवश्यकता अनुसार चिकित्सा परामर्श दिने, मनोसामाजिक सहयोग गर्ने
स्तनपानसँग सम्बन्धित शारीरिक कठिनाइहरू	स्तनपान परामर्शको साथै दूधको मुन्टा दुखेको, दूधको मुन्टा चिरापरेको र सुनिएको उपचार गर्ने
गलत जानकारी र भ्रमहरू	आमासँग राम्रो कुराकानी स्थापित गर्ने

## अनुसूची ११

### (परिच्छेद ४ को दफा १४(८) सँग सम्बन्धित)

#### अन्तरङ्ग हेरचाह सेवाबाट बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा स्थानान्तरण गर्ने मापदण्ड

अन्तरङ्ग सेवामा भर्ना भएका वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूलाई बहिरङ्ग सेवामा स्थानान्तरण गर्ने मापदण्डहरू:

१. स्थानान्तरण गर्नुभन्दा कम्तिमा ४८ घण्टा अघि देखि कुनै पनि खतराका चिन्हहरू नदेखिएको ; र
२. सबै कडा चिकित्सकीय समस्याहरूको समाधान भईसकेको ; र
३. पोषणजन्य कारणले सुन्निएको घट्टै गएको; र
४. शिशुले पर्याप्त मात्रामा स्तनपान गरिराखेको भए ; र
५. कम्तिमा २-३ दिनसम्म पूर्ण स्तनपान वा प्रतिस्थापन खुवाईद्वारा तौल वृद्धि सन्तोषजनक भएको; र
६. मध्य र दीर्घकालीन पुनःभेट हेरचाह आवश्यक पर्ने र पोषणको स्थितिसँग सम्बन्धित चिकित्सकीय समस्याहरू भएका शिशुहरूलाई उपयुक्त हेरचाह सेवाको लागि सक्दो प्रेषण गरिएको र/वा अन्तरङ्ग हेरचाहको अवधि पुरा भएको; र
७. शिशुको खोप र अन्य नियमित सेवा सम्बन्धि जाँच गरिएको वा पुनःभेटको योजना बनाइएको ; र
८. आमा/हेरचाहकर्तालाई पुनःभेट हेरचाह र विभिन्न सेवा तथा सहयोगहरूसँग जोडिएको (जस्तै: लेखाजोखाको क्रममा पहिचान गरिएका स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य वा सामाजिक समस्याहरूका लागि)।

#### बहिरङ्ग हेरचाहमा निरन्तरता:

१. चिकित्सकीय जाँचको क्रममा पहिचान भएका कुनै पनि सामान्य समस्याहरूलाई समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बाल रोगहरूको एकीकृत व्यवस्थापनको प्रोटोकल अनुसार सम्बोधन/उपचार गर्ने ।
२. लेखाजोखाको आधारमा उपयुक्त परामर्श र सहयोग प्रदान गर्ने ।
३. आमा/हेरचाहकर्ताको सबै प्रश्नको उत्तर दिने ।
४. आमा/हेरचाहकर्तालाई अर्को पुनःभेटको बारेमा बताउने ।
५. यदि आवश्यक परेमा आमा/हेरचाहकर्ता र शिशुलाई थप सहयोग गर्ने । (अनुसूची ७ अनुसार)  
आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई उपयुक्त चिकित्सकीय, पोषण, र मानसिक स्वास्थ्य सहयोग र हेरचाह प्रदान गर्न प्रभावकारी प्रेषण प्रणालीको स्थापना गर्नुपर्दछ । यसका साथै सम्भव भएको अवस्थामा घरपरिवारको आर्थिक अवस्था र खाद्य असुरक्षालाई सम्बोधन गर्न, लैङ्गिक समानता बढाउन, घरपरिवार भित्रको स्रोतहरूको आन्तरिक विनियोजन सुधार गर्न, र घरेलु हिंसा रोक्नका लागि महिला हेरचाहकर्ताहरूलाई लक्षित सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमहरू संचालन गर्नुपर्दछ ।
६. राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको(EPI) तालिका अनुसार, आफ्नो क्षेत्रमा रहेको राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको (EPI) सेवाहरू वा गाउँघर क्लिनिकमा प्रेषण गर्नुपर्दछ ।

### स्तनपान गराइरहेका शिशुहरूको डिस्चार्ज:

१. बालबालिकामा कुनै पनि प्रकारको पोषण जन्य कारणले सुन्निएको छ/छैन र बालबालिका चिकित्सकीय रूपमा ठीक छ/छैन जाँच गर्नुपर्दछ।
२. आमा/हेरचाहकर्ताको सहमति भएमा, शिशुको तौल बढिरहेको सुनिश्चित गर्न थप दुई देखि तीन दिनसम्म आमाको दूध मात्र खुवाएर स्वास्थ्य संस्थामा राखी डिस्चार्ज गर्न उचित हुन्छ।
३. शिशुले आमाको दूध बढ्दो मागको साथ पिउन थालेपछि आमा/हेरचाहकर्ता तुरुन्तै घर जान चाहन्छिन् भने, उनीहरूलाई डिस्चार्ज गर्नुपर्दछ।
४. शिशु तथा बालबालिकाको तौल स्तनपानले मात्रै बढिरहेको छ भने, उनीहरूको हालको तौल वा लम्बाई अनुसारको तौलको प्रवाह नगरी उनीहरूलाई डिस्चार्ज गरी बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा स्थानान्तरण गर्नुपर्दछ।

### स्तनपान नगराईएका शिशुहरूको लागि, डिस्चार्ज र बहिरङ्ग हेरचाहमा स्थानान्तरण गर्नका लागि निम्नलिखित अवस्थाहरू पुरा हुनुपर्दछ :

१. शिशुको लगातार ३ दिनसम्म तौल( $\geq 20$  ग्राम / दिन) बढि सुधार देखिएमा; र
२. पोषण जन्य कारणले सुन्निएको निको भएमा
३. चिकित्सकीय रूपमा स्वस्थ र सतर्क (चिकित्सकीय जटिलता समाधान भएमा); र
४. स्तनपानका अन्य विकल्प जस्तै प्रतिस्थापित आहार, अमृतकोश (breast milk bank) वा दूध खुवाउने धाईआमा जस्तो विकल्पहरू पहिचान भएमा
५. आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई पूर्ण स्तनपानको महत्त्व लगायत आमाको दूधले हुने फाइदा र बजारमा उपलब्ध दूधले हुन सक्ने सम्भावित हानिहरू बारेमा परामर्श दिइनुपर्दछ।  
(नोट: कडा कुपोषित शिशुहरूको व्यवस्थापनका लागि आमाको दूधलाई प्रतिस्थापन गर्ने उपचारात्मक दूध दिँदा, यसले स्तनपान प्रतिस्थापन ऐन, १९९२ मा रहेको ६ महिना भन्दा कम उमेरका शिशुहरूको लागि गरिने पूर्ण स्तनपानलाई भ्रमित वा सम्झौता गर्न हुँदैन।)
६. यी शिशुहरू र उनीहरूको हेरचाहकर्तालाई पुनःभेट साथसाथै समुदायमा आधारित शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण (IYCF) सँग जोड्न अत्यन्त महत्त्वपूर्ण हुन्छ र यसका लागि सामुदायिक स्वास्थ्यकर्मीसँग वा महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविका (FCHV) हरू मिलेर व्यवस्थित गर्नुपर्दछ।
७. त्यसका साथै, आमा/हेरचाहकर्ताको स्वतन्त्रता, क्षमता, र बहिरङ्ग हेरचाहमा व्यवस्थापनको मन्जुरी मुल्यांकन गर्न आमा/हेरचाहकर्ताको शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्य अवस्थाको मूल्याङ्कन गर्नुपर्दछ।

## अनुसूची १२

(परिच्छेद ४ को दफा १५ सँग सम्बन्धित)

### कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूको बहिरंग हेरचाह सेवामा दर्ताका मापदण्डहरू

कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूलाई निम्न अवस्थामा बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा दर्ता गर्नुपर्दछ:

- कुनै पनि खतराको चिन्ह नभएमा वा अन्तरङ्ग हेरचाह सेवामा भर्ना गर्नुपर्ने मापदण्डहरू पुरा नभएमा ।
- गहिरो लेखाजोखा आवश्यक पर्ने कुनै पनि मापदण्डहरू पुरा नभएमा, वा केही मापदण्ड पुरा भएतापनि पनि गहिरो लेखाजोखा सम्पन्न गरि चिकित्सकीय निर्णयका आधारमा अन्तरङ्ग भर्ना आवश्यक नभएको भनी निर्धारण गरिएमा (उदाहरणका लागि, खुवाई सम्बन्धि समस्याहरू जसलाई बहिरङ्ग हेरचाह सेवाबाट व्यवस्थापन गर्न सकिन्छ, पखाला लागेपनि जलवियोजन नभएको, श्वासप्रश्वासमा संक्रमण भएको तर श्वासप्रश्वासमा कुनै कडा समस्या नभएको, औलो भएको तर कुनै गम्भीर संकेतहरू नदेखिएको)।

#### दर्ता प्रक्रिया

मापदण्ड पुरा गरेका जोखिममा रहेका शिशुहरू र उनीहरूको आमा/हेरचाहकर्तालाई बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा दर्ता गर्नुपर्दछ । दर्ताको क्रममा, प्रशासनिक प्रक्रिया पछि, सम्बन्धित सबै जानकारी रजिस्टर र बाल स्वास्थ्य कार्ड (IMAM child health card HMIS २.५) मा अभिलेख राख्नुपर्दछ । शिशु र आमा/हेरचाहकर्ताको अवस्था साथसाथै उपयुक्त हेरचाह (care pathway) र व्यवस्थापन गर्ने उद्देश्य तथा प्रक्रियाहरू बारे आमा/हेरचाहकर्तालाई स्पष्ट रूपमा बताउनुपर्दछ ।

#### दर्ताको प्रकारहरू:

- नयाँ दर्ता
- पहिले नै दर्ता भएका आमा/शिशुहरू
  - अर्को स्वास्थ्य संस्थाको बहिरङ्ग हेरचाह सेवाबाट आन्तरिक स्थानान्तरण
  - अन्तरङ्ग हेरचाह सेवाबाट स्थानान्तरण
  - अन्तरङ्ग हेरचाह सेवाबाट फर्केर बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा पुनः स्थानान्तरण (आमा/शिशुलाई पहिले बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा भर्ना गरेको र उपचारको क्रममा अन्तरङ्ग हेरचाह सेवामा प्रेषण गरेको, र स्थिरीकरणपछि पुनः बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा स्थानान्तरण गरेको)
  - पुनः दर्ता भएको (निको भएको दुई महिना भित्र)
- डिफाल्टर पछि पुनः दर्ता

## अनुसूची १३

(परिच्छेद ४ को दफा १६ सँग सम्बन्धित)

### कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका ६ महिनाभन्दा कम उमेरका शिशुहरूको बहिरंग हेरचाह सेवामा व्यवस्थापन

६ महिनाभन्दा कम उमेरका कमजोर वृद्धि र विकासको जोखिममा रहेका शिशुहरू र बहिरङ्ग उपचार सेवाको आवश्यकता भएका आमा/हेरचाहकर्ता जोडीहरू, लेखाजोखा प्रक्रियामा पहिचान गरिएका एक वा बढी जोखिम समस्याहरूको आधारमा दर्ता गरिएका हुन्छन् । समग्र सेवा प्रदान गर्नुका साथै, यस व्यवस्थापनले सामान्य रोगहरूको उपचार र पहिचान भएका विशेष जोखिम समस्याहरूको लक्षित व्यवस्थापन समावेश गर्दछ।

#### चिकित्सकीय व्यवस्थापन:

- लेखाजोखाको क्रममा पहिचान गरिएका कुनै पनि मेडिकल जटिलतालाई CB-IMNCI प्रोटोकल अनुसार व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ ।
- बहिरङ्ग हेरचाह सेवाको लागि योग्य, नयाँ दर्ता भएका ६ महिना मुनिका शिशुहरूको लागि, तौल अनुसारको Amoxicillin द्वारा एन्टिबायोटिक उपचार प्रदान गर्नुपर्दछ (कडा शीघ्र कुपोषण भएका शिशुहरूको लागि मात्र प्रदान गर्ने) ।

#### परामर्श/सहायता र पोषण व्यवस्थापन:

- दर्ता भएका सबै आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई आवश्यक परामर्श प्रदान गर्नुपर्दछ ।
- लेखाजोखा प्रक्रियामा पहिचान गरिएका जोखिमका कारण र समस्याहरूलाई समाधान गर्न लक्षित परामर्श प्रदान गर्ने र उचित कदमहरू चाल्नुपर्दछ ।
  - स्तनपान गर्ने शिशुहरूका लागि: स्तनपानका उत्तम अभ्यासहरूको लागि लक्षित परामर्श र सहायता प्रदान गर्नुपर्दछ ।
  - स्तनपान नगर्ने शिशुहरूका लागि: प्रतिस्थापन खुवाईको लागि सहायता प्रदान गर्नुपर्दछ ।
- शिशुलाई स्तनपानसँगै अतिरिक्त दूध आवश्यक छ वा छैन भन्ने निर्णय समग्र लेखाजोखामा आधारित हुनुपर्दछ ।
- बहिरङ्ग हेरचाह सेवा र समुदायबीच प्रभावकारी सहकार्य र सम्बन्ध स्थापित गर्न आवश्यक हुन्छ । दर्ता भएका आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई अनुगमन गर्ने कार्यमा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका (FCHV) पनि संलग्न गर्नुपर्दछ ।
- आमा/हेरचाहकर्ताहरूको मानसिक स्वास्थ्य र मनोसामाजिक समर्थन पनि ध्यानमा राख्नुपर्दछ ।

तालिका ५ : बहिरङ्ग उपचारको जोखिममा रहेका शिशुहरू र आमा/हेरचाहकर्ताको व्यवस्थापनको संक्षिप्त विवरण

बहिरङ्ग सेवा	लेखाजोखाको क्रममा पहिचान गरिएका चिन्हहरू	गर्नुपर्ने कार्य	प्रेषण
दर्ता भएका सबै आमा/हेरचाहकर्ता-शिशुका लागि	दर्ता भएका सबै आमा/हेरचाहकर्ता-शिशुका लागि	<ul style="list-style-type: none"> <li>- सबै आमाहरूलाई निम्न मुख्य विषयहरूमा परामर्श प्रदान गर्नुपर्दछ (जस्तै आराम; शिशुको रुने/झिञ्जिने र निद्राको अवस्था; प्रारम्भिक बालविकाका लागि हेरचाह; परिवार/बुबा/सामुदायिक सहयोग; परिवार नियोजन; पूरक खानाको समयमै सुरुवात आदि)</li> <li>- पोषणको लेखाजोखाको आधारमा भर्ना हुनेहरूका लागि (र कुनै अन्य जोखिम कारकहरू वा मेडिकल जटिलता नभएमा) यी मुख्य विषयहरूमा परामर्शका साथै नजिकबाट निगरानी प्रदान गर्नुपर्दछ।</li> </ul>	आमा-शिशु हेरचाहमा हुँदा, उनीहरूलाई आवश्यक पर्ने कुनै पनि अतिरिक्त सहयोगसँग जोड्ने
दर्ता भएका सबै आमा/हेरचाहकर्ता-शिशुका लागि	<ul style="list-style-type: none"> <li>- बहिरङ्ग हेरचाहमा भर्ना भएका सबै शीघ्र कुपोषित शिशुहरू</li> <li>- सामान्य चिकित्सा समस्या भएका जोखिममा रहेका शिशुहरू</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- भर्ना गर्दा नियमित एन्टिबायोटिक उपचार (अमोक्सिसिलिन) प्रदान गर्ने (एक दिनको २ पटक ५ दिन सम्म)</li> <li>- CBIMNCI प्रोटोकल अनुसार पहिचान गरिएका सामान्य रोगहरू व्यवस्थापन गर्ने।</li> </ul>	उदाहरणका लागि: स्वास्थ्य र पोषण - सेवाहरू प्रारम्भिक बाल - विकास सेवाहरू - सामाजिक सुरक्षा
शीघ्र कुपोषणसँग सम्बन्धित जोखिम	<p><b>शिशु/आमामा निम्न मध्ये एक वा एक भन्दा बढी चिन्ह भएमा :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- समयपूर्व बालबालिका जन्मिनु वा कम जन्म तौल हुनु वा</li> <li>- बहु जन्म वा किशोरी आमा (&lt;१९ वर्ष) वा</li> <li>- आमा/हेरचाहकर्ता र/वा शिशु एचआईभी संक्रमित / जटिलताहरू भएमा वा</li> <li>- आमाको पाखुराको नाप २३० मि.मि. भन्दा कम भएमा</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- जोखिमलाई सम्बोधन गर्न आमालाई अनुकूल परामर्श र सहयोग प्रदान गर्ने।</li> <li>- २३० मि.मी भन्दा कम एमयुएसी भएका आमाका लागि उपयुक्त पोषण सेवाहरूमा प्रेषण तथा परामर्श प्रदान गर्ने।</li> </ul>	

बहिरङ्ग सेवा	लेखाजोखाको क्रममा पहिचान गरिएका चिन्हहरू	गर्नुपर्ने कार्य	प्रेषण
खुवाउन कठिनाई	<p><b>खुवाउन कठिनाई भयका जोखिम अवस्थाहरू</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- स्तनपान सम्बन्धिजोखिमहरू (स्तनपान कम गराउनु, आमासँग राम्रो सम्पर्क नहुनु/बालबालिकाले दूध चुस्नलाई समस्या, अन्य पेय/खानाहरू दिइने)</li> <li>- स्तनपान नगर्ने शिशुहरू: अनुपयुक्त प्रतिस्थापित दूध, असुरक्षित पानीको प्रयोग, दूधको गलत तयारी, उमेरका लागि अपर्याप्त मात्रा)</li> <li>- आमा: स्तनको अवस्था, शिशुलाई खाना दिन गाह्रो भएको</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- आहार सुधार गर्न आमा-शिशुलाई अनुकूल परामर्श र सहयोग प्रदान गर्ने ।</li> <li>- पूर्ण स्तनपान पहिलो छ महिनाका बालबालिकाको लागि लक्षित आहार हो ।</li> <li>- बहिरङ्ग हेरचाहमा भर्ना भएका सबै शिशुहरूका लागि निरन्तर पूर्ण स्तनपान सुनिश्चित गर्नु विशेष रूपमा महत्त्वपूर्ण हुन्छ ।</li> </ul>	
आमाको मानसिक स्वास्थ्य जोखिम		<ul style="list-style-type: none"> <li>- मध्यम मानसिक स्वास्थ्य जोखिम: उपलब्ध प्याकेजको आधारमा परामर्श र सहायता प्रदान गर्ने ।</li> <li>- गम्भीर मानसिक स्वास्थ्य जोखिमका लागि: तत्काल विशेष मानसिक स्वास्थ्य र मनोसामाजिक सेवाहरूको लागि प्रेषण गर्ने ।</li> <li>- स्थानीय रूपमा उपयुक्त भएमा आमा शिशुलाई बहिरङ्ग हेरचाहमा पनि भर्ना गर्ने ।</li> <li>- जहाँ विशेष सेवाहरू उपलब्ध छैनन्, माथि उल्लिखित अनुसार मध्यम मानसिक स्वास्थ्य जोखिमलाई सम्बोधन गर्नकलागि बहिरङ्ग सेवा प्रदान गर्न परामर्श दिने ।</li> </ul>	

**अनुसूची १४**  
**परिच्छेद ४ को दफा १७ सँग सम्बन्धित**  
**नियमित हेरचाह र अनुगमन**

प्रत्येक साप्ताहिक भेटमा सबै आमा/हेरचाहकर्ता र शिशुहरूको स्वास्थ्य सुधारको मूल्याङ्कन गर्न अनुगमन गर्नुपर्दछ।

परिस्थिति अनुसार पुनःभेटको आवश्यकता परिमार्जन गर्न सकिन्छ (जस्तै, दुई हप्तामा एक पटक) तर कार्यक्रमको दिगोपना र स्वीकार्यता बढाउन नियमित अनुगमन र हेरचाह परिवार-केन्द्रीत र सान्दर्भिक हुनुपर्दछ। पुनःभेटको क्रममा नयाँ समस्याहरू पहिचान वा उत्पन्न हुन सक्छन् र समस्या अनुरूप सहयोग वा प्रेषण आवश्यक पर्न सक्छ।

आमा/हेरचाहकर्तालाई कुनै पनि समयमा बालबालिकाको स्वास्थ्यको अवस्था बारेमा चिन्ता भएमा वा बालबालिकाको स्वास्थ्य अवस्था बिग्रदै गरेको देखिएमा उनीहरूलाई स्वास्थ्य संस्थामा लैजानपर्दछ भनेर स्पष्ट पार्नु महत्त्वपूर्ण हुन्छ। यी शिशुहरू रोगको जोखिम (जस्तै संक्रमण), मृत्यु, र विकासको उच्च जोखिममा रहेका कारण, सुरुवातमा स्वास्थ्य सुधार राम्रो भएता पनि स्वास्थ्य अवस्था बिग्रिन सक्ने वा नयाँ समस्या देखा पर्ने सक्ने हुनाले आमा/हेरचाहकर्ता र स्वास्थ्यकर्मीहरूले सधैं सतर्क रहनुपर्दछ।

**प्रत्येक अनुगमन भेटमा निम्न चरणहरू पालना गर्नुपर्दछ:**

१. अनुसूची २ मा व्याख्या गरिएको अनुसार ट्रीयाज गर्ने।
२. आमा/हेरचाहकर्तासँग बालबालिकाको स्वास्थ्यमा सुधार तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन (IMNCI) को लक्षणहरू वा हप्ताभरि देखिएको स्वास्थ्य समस्याहरू सम्बन्धि छलफल गर्ने।
३. पोषणजन्य कारणले सुन्निएको (Oedema) जाँच गर्ने।
४. शिशुको पाखुराको नाप (६ हप्ताभन्दा माथिका लागि मात्र) र तौल मापन गर्ने र सुधार भए/नभएको मूल्यांकन गर्न अधिल्ला मापनहरूसँग तुलना गर्ने। (नोट: स्वास्थ्य सुधार सूचक शिशुको तौलमा मात्र निर्भर हुनुहुँदैन। शिशुको स्वास्थ्य सुधारका लागि चिकित्सकीय स्वास्थ्य र उचित शिशु आहार पनि समान रूपमा महत्त्वपूर्ण सूचकहरू हुन्। शिशुको तौल र तौलको वृद्धिदर मात्र चासोको विषय नहुन सक्छ। उदाहरणका लागि, तौल कम भएको शिशु चिकित्सकीय रूपमा स्वस्थ छ, राम्रोसँग खाइरहेको छ, र बढ्दो गतिमा तौल वृद्धि भएको छ (यद्यपि विश्व स्वास्थ्य संगठनको सीमा भन्दा तल भए पनि), भने यस्तो अवस्थामा उनलाई अस्पतालमा भर्नाको लागि प्रेषण गर्न आवश्यक पर्दैन)।
५. मासिक रूपमा शिशुको उचाई मापन गर्ने।
६. आमा/हेरचाहकर्ता-शिशुको बृहत, मेडिकल (IMNCI), खुवाई, र मनोसामाजिक अवस्थाको लेखाजोखा गर्ने।

७. आवश्यक भएमा गहिरो लेखाजोखा गर्ने (जस्तै, शिशुको तौल बढ्न वा चिकित्सकीय रूपमा सुधार हुन नसकेमा)।

८. उपचारलाई बहिरङ्ग सेवामार्फत जारी राख्ने वा शिशुलाई अन्तरङ्ग सेवामा प्रेषण गर्ने निर्णय गर्ने ।

९. सबै महत्त्वपूर्ण जानकारी शिशुको बहिरङ्ग कार्ड र रजिस्टरमा अभिलेख गर्ने ।

**तालिका ६: बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा आमा/हेर्चाहकर्ता र शिशुको प्रगति अनुगमनका लागि मापदण्ड**

सुचाक	पटक
पोषणजन्य कारणले सुन्निएको	प्रत्येक भेटमा
पाखुराको मध्य भागको परिधि	प्रत्येक भेटमा
तौल	प्रत्येक भेटमा
लम्बाई	भर्ना गर्दा, मासिक, डिस्चार्जको समयमा
उमेर/लम्बाई अनुसारको तौल	प्रत्येक भेटमा
शाररिक तापक्रम	प्रत्येक भेटमा
बृहत लेखाजोखा	प्रत्येक भेटमा
खुवाई तथा मेडिकल इतिहास	प्रत्येक भेटमा
शिशुको घर तथा सामाजिक वातावरणमा भएका मुख्य परिवर्तन	प्रत्येक भेटमा

### अनुसूची १५

(परिच्छेद ५ को दफा २१ सँग सम्बन्धित)

#### ६-५९ महिनाको शिशु तथा बालबालिकामा शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापनको विवरण

बालबालिकामा बाच्ने दर सुधार्न र दीर्घकालीन स्वास्थ्य समस्याहरू रोकथाम गर्न ६-५९ महिनाका बालबालिकामा शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन अपरिहार्य हुन्छ र यसलाई लक्षित उद्देश्यहरू र सिद्धान्तहरूले मार्गदर्शन गरि कुपोषणको समयमै पहिचान, उपयुक्त हेरचाह, उपचारमा पहुँच र हेरचाहमा निरन्तरता सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्दछ । शीघ्र कुपोषणको गम्भीरतासँग मृत्युदरको जोखिम प्रत्यक्ष रूपमा जोडिएको हुन्छ । मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूमा सामान्य बालबालिकाको तुलनामा मृत्युको जोखिम तिन गुणा बढी हुन्छ, भने कडा शीघ्र कुपोषित भएका बालबालिकाहरूमा सामान्य बालबालिकाको तुलनामा मृत्युको जोखिम १२ गुणा बढी हुन्छ । तुरुन्तै उपचार सुरु गर्न र जटिलताहरू न्यूनीकरण गर्न, समुदाय स्तरबाट नै बालबालिकामा मध्यम शीघ्र कुपोषण र कडा शीघ्र कुपोषण समयमै पहिचान गर्न अत्यावश्यक हुन्छ । शीघ्र कुपोषणको दर

घटाउन र प्रभावित बालबालिकाको स्वास्थ्यमा उचित सुधार गर्न समयमै कुपोषणको पहिचान, उपयुक्त आहार, चिकित्सा सेवा, र निरन्तर पुनःभेट सुनिश्चित गर्नुपर्दछ ।

**अनुसूची १६**  
**परिच्छेद ५ को दफा २३, परिच्छेद ११ को दफा ७५ सँग सम्बन्धित**  
**शिशुहरू र बालबालिकाको शारीरिक लेखाजोखा**

शारीरिक लेखाजोखा भन्नाले मापदण्ड अनुसार गरिने शारीरिक मापनलाई जनाउँदछ। यसले निम्न मापनहरू समेट्छ (तर यसमा मात्रै सिमित छैन): उमेर, लिङ्ग, पोषणजन्य कारणले सुन्निएको, पाखुराको नाप, तौल, लम्बाई वा उचाई।

प्रायः ६-५९ महिनाका बालबालिकाहरूमा शीघ्र कुपोषण पत्ता लगाउन पहिलो सम्पर्क बिन्दु समुदायस्तरमा महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविकाद्वारा गरिने सक्रिय स्क्रिनिंग(Active Screening) नै हो।

स्वास्थ्य संस्था स्तरमा, पोषणको स्थिति निर्धारण गर्न बालबालिकाहरूको व्यवस्थित रूपमा तौल, लम्बाई/उचाई र पाखुराको मध्ये भागको परिधि मापन गर्नुपर्दछ र साथसाथै पोषणजन्य कारणले सुन्निएको छ कि छैन पनि जाँच गर्नु पर्दछ। ६-५९ महिनाको बालबालिकामा निम्न चरणहरू मार्फत पोषणको लेखाजोखा गर्न सकिन्छ :

**चरण १: बालबालिकाको उमेर तथा लिङ्ग निर्धारण गर्ने**

बालबालिकाको उमेर पत्ता लगाउन सबैभन्दा राम्रो तरिका आमा/हेरचाहकर्तालाई सोध्नु हो। जन्मदर्ता प्रमाणपत्र, बाल स्वास्थ्य कार्डबाट जन्ममिति थाहा पाउन सकिन्छ। यदि केही उपलब्ध छैन भने, उमेर पत्ता लगाउन स्थानीय घटनाको क्यालेन्डर प्रयोग गरी कम्तिमा जन्मेको महिना/वर्ष निर्धारण गर्न सकिन्छ। उमेर अनुमान गर्न उचाईको सिमा (Height cut-off Proxy) प्रयोग गर्न उचित हुदैन।

बालबालिकाको लिङ्ग (केटा वा केटी) स्पष्ट रूपमा निर्धारण गरी अभिलेख गर्नुपर्छ।

**चरण २ : पोषणजन्य कारणले सुन्निएको जाँच**

पोषणजन्य कारणले सुन्निएको भन्नाले कडा शीघ्र कुपोषणको कारणले शरीरको दुवै (दाँया र बाँया) भागमा थिच्दा खाल्डो बस्ने गरि सुन्निनु हो, जुन खुट्टाको पैतालाबाट सुरु भई क्रमिक रूपमा खुट्टा, हात तथा अनुहार सम्म फैलिन सक्दछ। पोषणजन्य कारणले सुन्निनु फुकेनासको संकेत हो, जुन कडा शीघ्र कुपोषणको एक प्रकार हो। सामान्य पोषणजन्य कारणले सुन्निएको (+/+ +) बहिरङ्ग हेरचाह मार्फत प्रभावकारी रूपमा उपचार गर्न सकिन्छ, भने कडा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको (+++) बालबालिकाहरू मृत्युदरको उच्च जोखिममा हुन्छन्।

र तत्काल अन्तरङ्ग हेरचाहको आवश्यकता पर्दछ । त्यसैले, पोषणजन्य कारणले सुन्निएको तह/ग्रेड सही रूपमा पहिचान गर्नु अत्यन्त महत्त्वपूर्ण हुन्छ ।



चित्र १०. पोषणजन्य कारणले सुन्निएको

**पोषणजन्य कारणले सुन्निएको लेखाजोखा गर्ने तरिका :**

- दुवै पैताला हत्केलामा लिने र आफ्नो बुढी औँला बालबालिकाको पैताला माथि पर्ने गरेर समात्ने
- दुवै खुट्टाको पैताला माथि कम्तिमा ३ सेकेन्डको लागि औँलाले बिस्तारै दबाउने (एक हजार एक, एक हजार दुई, एक हजार तीन /१००१, १००२, १००३ गणना गर्ने)
- औँला उठाएपछि केही समयसम्म औँलाले थिचेको खाल्डो रहिरह्यो भने बालबालिकालाई कुपोषणको कारणले सुन्निएको हो भनि बुझ्नुपर्दछ ।
- यो परीक्षण दुवै खुट्टाको गर्नुपर्दछ; यदि दुवै खुट्टामा औँलाले थिचेको खाल्डो बसेन भने कुपोषणको कारणले सुन्निएको होइन भनि बुझ्नुपर्दछ ।
- गम्भीरता र आवश्यक हेरचाहको निर्धारण गर्न कुपोषणको कारणले सुन्निएको वर्गीकरण गर्नुपर्दछ ।

नोट: सुन्निएको कारण सावधानीपूर्वक पत्ता लगाउन आवश्यक छ, किनभने यो कुनै अन्तर्निहित चिकित्सकीय अवस्थाको संकेत हुन सक्छ (जस्तै: Nephrotic Syndrome, गम्भीर रक्तअल्पता, उच्च रक्तचाप, वा अन्य मृगौला तथा मुटु सम्बन्धी समस्या)।

**तालिका ७: कुपोषणको कारणले सुन्निएको वर्गीकरण**

ग्रेड	विवरण	सुन्निएको अङ्ग (दुवैतिर)
सुन्निएको छैन	पोषणजन्य कारणले सुन्निएको छैन	
+	न्यून पोषणजन्य कारणले सुन्निएको	पैतालाको माथिल्लो भाग मात्र
++	मध्यम पोषणजन्य कारणले सुन्निएको	पैतालाको माथिल्लो भाग, खुट्टाको घुँडा भन्दा तल्लो भाग, हात, हातको कुहिनोभन्दा तल्लो भाग
+++	कडा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको	हात, खुट्टा र अनुहारमा

सुन्निएको तह / ग्रेड +	सुन्निएको तह / ग्रेड ++	सुन्निएको तह / ग्रेड +++
तल चित्रमा दुवै खुट्टामा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको देखाइएको छ । यसमा ग्रेड + सुन्निएको (न्युन) देखाइएको छ, तरपनि बालबालिकालामा सुन्निएको तह / ग्रेड ++ वा +++ हुनसक्दछ त्यसैले खुट्टा र अनुहार पनि जाँच गर्नुपर्दछ ।	तलको चित्रमा पैतालाको माथिल्लो भागमा, खुट्टाको घुँडा भन्दा तल भागमा र हातको कुहिनोभन्दा तल सुन्निएको देखाइएको छ । यो पोषणजन्य कारणले सुन्निएको तह/ग्रेड ++ (मध्यम) हो ।	तलको चित्रमा दुवै पैतालाको माथिल्लो भाग, खुट्टाहरु, पाखुराहरु, हातहरु र अनुहार सही त सुन्निएको छ । यो पोषणजन्य कारणले सुन्निएको तह/ग्रेड +++ (कडा) हो ।
		

### चरण ३ : पाखुराको मध्य भागको परिधि मापन

शीघ्र कुपोषण पहिचान गर्ने अर्को शारीरिक लेखाजोखाको मापदण्ड भनेको पाखुराको मध्य भागको परिधि मापन हो । एकरूपताका लागि यो बायाँ हातको पाखुराको मध्यबिन्दु मा मापन गरिन्छ । यसका लागि क्यालिब्रेट गरिएको मुआक टेप प्रयोग गर्नुपर्दछ ।

१. आमा/हेरालुलाई पाखुराको मध्य भागको परिधि मापन प्रक्रियाको बारे व्याख्या गर्ने र आवश्यकता अनुसार सहयोग लिने
२. सम्भव भएमा बच्चालाई उभिन लगाउने र नभएमा आमा/हेरालुको काखमा सजिलोसँग बस्न लगाउने
३. नाप्नुपूर्व बच्चाको पाखुरामा कुनै लुगा/कपडा नभएको सुनिश्चित गर्ने
४. बालबालिकाको बायाँ पाखुरामा, औँलाले छामेर काँधको टुप्पो पत्ता लगाउने
५. बालबालिकाको बायाँ हात ९० डिग्रीमा खुम्चाएर कुहिनोको हड्डी पत्ता लगाउने
६. डोरीको एक छेउ काँधको टुप्पोमा राख्ने र कुहिनोसम्म तन्काएर पाखुराको लम्बाई नाप्ने र डोरीलाई बीचमा दोबारेर पाखुराको बीच भाग पत्ता लगाउने
७. पाखुराको बीच भाग पत्ता लगाएर कलमले चिन्ह लगाउने
८. पाखुराको बीच भागमा कलमले चिन्ह लगाएपछि बच्चाको हातलाई शरीरसँग समानान्तर हुने गरी सिधा राख्न लगाउने
९. बालबालिकाको हातलाई सिधा बनाई पत्ता लगाएको बीच भागमा मुआक टेप राख्ने
१०. नाप लिँदा टेपलाई पाखुराको चिन्ह लगाएको भागको वरिपरि सही तरिकाले कस्सिएको हुनुपर्दछ (टेप बढी कस्सिएको वा खुकुलो भएको हुनुहुँदैन)

११. टेपलाई पाखुराको वरिपरी बेर्दा चित्रमा देखाए अनुसार बेर्ने र फित्ताको झ्याल जस्तो भागमा (तल र माथि तीरले देखाएको भाग) आएको अङ्क ( नाप ) ठूलो स्वरले पढ्ने र अभिलेख राख्ने।
१२. अभिलेख राख्दा नजिकको १ मि.मि. मा लेख्ने र नाप कुन रङ्गमा परेको याद गर्ने ।

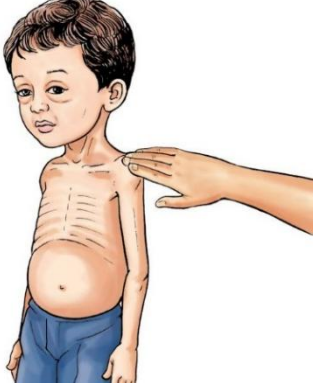
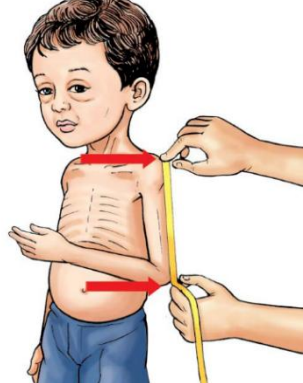
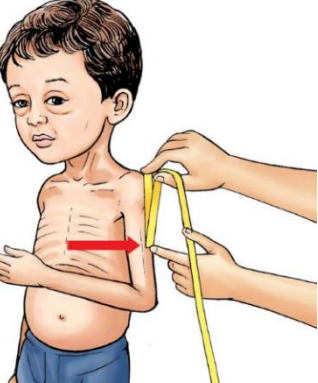



चित्र ६: मुआक टेप

तालिका ८: पाखुरा मापनको आधारमा शीघ्र कुपोषणको वर्गीकरण:

पाखुराको मध्य भागको परिधि	अवस्था
११५ मि.मि भन्दा कम ( $< ११५$ मि.मि)	कडा शीघ्र कुपोषण
११५ मि.मि बराबर वा सो भन्दा माथि १२४ मि.मि सम्म ( $\geq ११५$ मि.मि वा $< १२५$ मि.मि)	मध्यम शीघ्र कुपोषण
१२५ मि.मि र माथी ( $\geq १२५$ मि.मि)	सामान्य

तालिका ९: मुआक मापन गर्ने चरणहरू

	
१. बालबालिकाको बायाँ हातको लुगा पुरै खोल्ने (हात सिधा राखेर काँधको हड्डी पत्ता लगाउने)	२. बालबालिकाको बायाँ हात ९० डिग्री खुम्चाएर कुहिनोको हड्डी पत्ता लगाउने
	
३. ९० डिग्री खुम्चाएको हातमा बीच भाग पत्ता लगाउने	४. हातलाई तल झार्ने र बायाँ हातमा मुआक नापको लागि टेप राख्ने
५. हातलाई सिधा पारेर पत्ता लागेको बिच भागमा मुआक टेप राख्ने; नजिकको १ मि.मि. सम्मको अभिलेख राख्ने	

### चरण ३ तौल मापन :

बालबालिकालाई डिजिटल (2 in 1 digital) स्केल प्रयोग गरेर तौल मापन गर्न सकिन्छ।

बालबालिकाको तौल मापन गर्ने स्केल:

- बलियो र टिकाउ हुनुपर्दछ
- इलेक्ट्रोनिक डिजिटल (2 in 1 digital) स्केल प्रयोग गर्नुपर्दछ
- ५० ग्रामको मापन गर्न सक्ने (०.०५ के.जी.)
- **Tared weighing** गर्न मिल्ने (अर्थात् आमा/हेरालु लाई राखेर तौल लिई स्केलको नाप सुन्यमा झारेर बालबालिकाको तौल मापन गर्न सकिने)

तौल मापनमा त्रुटी नहुनका लागि तौल मापन गर्न दुई व्यक्तिहरु सधै आवश्यक हुन्छन्। तौल मापन गर्दा भरपर्दो इलेक्ट्रोनिक स्केल, बालबालिकालाई आमा/हेरालु संगै लिएर मापन गर्ने मिल्ने स्केल प्रयोग गर्ने।

यदि बालबालिका २ वर्ष पुगेको छैन वा उभिन सक्दैन भने **Tared weighing /Double weighing** (बालबालिकालाई आमा/हेरालु संगै लिएर मापन गर्ने मिल्ने स्केल) प्रयोग गर्नुपर्दछ। आमालाई उक्त तौल मापन गर्ने निम्न प्रक्रियालाई व्याख्या गर्ने।

**आफै उभिन नसक्ने बालबालिकाका लागि आमा/हेरालु संगै मापन गर्ने प्रक्रिया :**

#### १. स्केलको अवस्था र गुणस्तरको जाँच (Standardise and calibrate)

बालबालिकालाई तौलिनु अघि वा स्केलको स्थान परिवर्तन गरेपछि, निम्न प्रक्रिया प्रयोग गरि दैनिक रूपमा स्केललाई जाँच गर्नुपर्दछ

- स्केल समथल र कडा ठाउँमा राख्ने
- स्केलमा सून्य देखाएको सुनिश्चित गर्ने
- कुनै निश्चित तौल अथवा मानक तौलहरु जस्तै (२ वा ५ के.जी. को ढक) तौलिने र मापन भएको तौल रेकर्ड गर्ने। (मानक तौल उपलब्ध छैन भने तौल थाहा भएको वस्तु प्रयोग गर्ने जस्तै १ लिटर पानी १ के.जी. हुन्छ)
- यी वस्तुहरुको तौल दोहोर्याउने र फेरी तौल रेकर्ड गर्ने
- यदि दोहोर्याएर तौलिएको तौलहरु बीच ५० ग्राम र बढि भिन्नता छ भने, वा हुनुपर्ने तौलभन्दा ५० ग्राम वा बढीले फरक छ भने स्केललाई आवश्यक भएमा बदल्ने

#### २. बालबालिकाको लुगा फुकाल्ने

सही तौल लिनको लागि बालबालिकाको बाहिरी लुगाहरु फुकाल्नु पर्दछ। एउटा भिजेको डायपर, वा जुत्ता र जिन्सको तौल ०.५ कि.जी.भन्दा बढि हुनसक्छ त्यसैले बालबालिकाहरुको तौल लिँदा यस्ता बस्तु निकाल्नुपर्दछ। तौल लिँदा सम्म बालबालिकालाई न्यानो राख्नको लागि कम्बलमा बेर्न सकिन्छ। ठुला बालबालिकाको हकमा न्युनतम लुगाहरु जस्तै भित्रि लुगा बाहेक अन्य लुगा फुकाल्नु पर्दछ।

#### ३. तौल लिने (बालबालिकालाई आमा/हेरालु संगै मापन गर्ने)

- स्केल समथल र कडा ठाउँमा राख्ने
- स्केलमा सून्य देखाएको सुनिश्चित गर्ने
- आमालाई आफ्नो जुत्ता फुकाल्न लगाउने । सहायकले बालबालिकालाई कम्बलले बेरैर समात्नु पर्दछ
- आमालाई स्केलको बिचमा खुट्टा थोरै टाढा राखेर (यदि खुट्टाको छाप बनाएको छ भने त्यसमा) स्थिर भएर उभिन लगाउने
- आमा/हेरालुको तौल देखाईसकेपछि सो तौलको अभिलेख राख्ने र तौललाई शून्य बनाउने साथै आमा / हेरालुलाई स्केलबाट तल झर्न नदिने
- बालबालिकालाई बिस्तारै आमाको हातमा दिने र आमालाई स्थिर उभिन भन्ने
- बालबालिकाको तौल नजिकको ०.०५ के.जि मा रेकर्ड गर्ने ।



चित्र : ७ आमा र बालबालिकालाई सँगै तौल नाप्ने तरिका



चित्र ८ स्केलका : प्रकार

#### ४. आफै उभिन सक्ने बालबालिकाका लागि

- यदि बालबालिका २ वर्ष वा सोभन्दा माथिको छ र उभिन सक्छ भने, बालबालिकालाई एकलै तौलिने
- सही तौल मापन गर्नको लागि बालबालिकाको जुत्ता र बाहिरी लुगाहरू हटाउन आमा/ हेरालुलाई भन्ने
- स्केल समथल र कडा ठाउँमा राख्ने
- स्केलमा सून्य देखाएको सुनिश्चित गर्ने
- बालबालिकालाई स्थिर भएर उभिन अनुरोध गर्ने, बालबालिकासँग संवेदनशील, नम्र तरिकाले कुराकानी गर्ने
- बालबालिकालाई स्केलको बीचमा, अगाडि फर्केर, खुट्टा अलिकति टाढा राखेर (खुट्टाको छापमा, यदि चिन्ह लगाइएको छ भने) उभिन र डिस्प्लेमा तौल नदेखिएसम्म स्थिर रहन भन्ने
- बालबालिकाको तौल नजिकको ०.०५ केजीमा अभिलेख गर्ने
- यदि बालबालिका स्केलमा उफ्रन्छ वा स्थिर रहँदैन भने, तपाईंले यसको सट्टा आमा/हेरचाकर्ता संगै तौल लिने प्रक्रिया प्रयोग गर्न सकिन्छ



शिशुहरूको लागि, ०.०५ किलोग्राम सटीकता भएको पेडियाट्रिक ब्यालेन्स-बिम स्केल प्रयोग गर्ने ।

शिशुहरूलाई स्केलमा सुताएर तौल लिने ।

## चरण ५: लम्बाई / उचाईको मापन

बालबालिकाको उचाई मापन गर्न विशेष रूपमा बनाइएको **Acrylonitrile Butadiene Styrene (ABS) Plastic** बोर्ड प्रयोग गर्नुपर्दछ। अनुसन्धानका लागि भने कम्प्याक्ट काठको उचाई मापन बोर्ड पनि प्रयोग गर्न सकिनेछ। लम्बाई र उचाई मापन गर्न दुई जना व्यक्तिको आवश्यकता पर्दछ। २ वर्ष भन्दा माथिका बालबालिकाको उभिएर (उचाई) मापन गर्नुपर्दछ भने २ वर्ष भन्दा कम उमेरका बालबालिकाको सुतेर (लम्बाई) मापन गरिन्छ।

लम्बाई वा उचाई नाप्दा, बालबालिकालाई शान्त पार्न र सान्त्वना दिन आमा नजिकै हुनुपर्दछ।

नाप्ने बोर्डको गुणस्तर समय समयमा जाँच गर्नुपर्दछ। बोर्डको जोडनीहरू कडा र सीधा भए नभएको जाँच गर्नुपर्दछ। यदि छैन भने, कस्ने र सिधा गर्ने कार्य गर्नुपर्दछ साथै मापन टेप पढ्न सकिन्छ कि सकिन्न जाँच गर्नुपर्दछ।

### १) उचाई मापन (२ वर्ष भन्दा माथिका बालबालिकाको उचाई मापन गर्नुपर्दछ)

उचाई ठीकसँग मापन गर्न तलका चरणहरू पालना गर्नुपर्दछ

- उचाई नाप्ने बोर्ड समतल सतहमा सीधा राख्ने। जुता, मोजा, टाउको छोप्ने र कपालका गहनाहरू हटाउने (बालबालिकालाई पूर्ण रूपमा लुगा खोल्न आवश्यक छैन) र बालबालिकालाई बोर्डमा राख्ने, बालबालिकाको सिधा उभिएको हुनुपर्दछ।
- बोर्डमा बालबालिका कसरी उभिएको छ त्यो महत्वपूर्ण हुन्छ। बालबालिकाको टाउको, काँधको पछिल्लो भाग, ढाड, नितम्ब, पिँडुला र कुर्कुच्चाले बोर्डलाई छोएको सुनिश्चित गर्ने।
- बालबालिकाले घुँडा खुम्चाउन हुँदैन (अर्थात् घुँडा, ढाड र घाँटी सिधा हुनुपर्दछ)।
- दुवै पैताला भुइँमा समतल हुनुपर्दछ र खुट्टाहरू जोडिएको हुनुपर्दछ।
- बालबालिकाको हात सिधा हुनुपर्दछ (बालबालिकाले बोर्ड समातेको छैन भनेर सुनिश्चित गर्ने)।
- बालबालिकाको टाउको सिधा र अगाडि हेरेको हुनुपर्दछ। उसको कान र आँखा बीचको रेखा भुइँको समानान्तर हुनुपर्दछ (र बोर्डको कर्सर सँग पनि समानान्तर हुनुपर्दछ)।
- मापन २ जनाले गर्नुपर्दछ: एक जनाले बालबालिकाको खुट्टा समात्ने, र अर्कोले बालबालिकाको टाउको सही तरिकाले राख्ने। टाउको समात्ने व्यक्तिले मापन पढ्नु पर्दछ। मापन गर्ने व्यक्तिले अंक पढ्ने क्रममा कर्सरको सिधा (Eye Level) मा पढ्नु पर्दछ। उचाई ०.१ से.मि को नजिक रेकर्ड गरिन्छ, उदारणको लागि ९६.३ से.मी।



## २) लम्बाई मापन (२ वर्ष भन्दा मुनिका शिशु तथा बालबालिकाको लम्बाई मापन गर्नुपर्दछ)

लम्बाई सही तरिकाले मापन गर्न निम्न चरणहरू पालना गर्नुपर्दछ:

- जमिनमा बोर्डलाई समतल पारेर राख्ने। बालबालिकालाई बोर्डमा राख्ने (आवश्यकता भएमा आमा/हेरालुको सहयोग लिने); टाउको बोर्डको स्थिर भागतिर राख्ने र खुट्टा सार्न मिल्ने (कर्सर) भएको भागमा राख्ने।
- बालबालिकालाई बोर्डमा सिधा सुताउनु पर्दछ (बालबालिका बोर्डमा छड्के हुनु हुदैन)।
- आमा/हेरालु वा सहायक मापनकर्ताले बालबालिकाको टाउको समात्ने, बालबालिकाको टाउकोले बोर्डमा छोएको छ/छैन सुनिश्चित गर्नुपर्दछ। बालबालिकाले सिधा माथि हेरेको हुनुपर्दछ।
- बालबालिकाको कान र आँखा बीचको रेखा बोर्डको स्थिर भागसँग (headpiece) समानान्तर हुनुपर्दछ।
- मापनकर्ताले बालबालिकाको घुँडा समात्ने र सार्न मिल्ने भागलाई बालबालिकाको पैतालामा राख्ने।
- बालबालिकाको हात शरीरको छेउमा हुनुपर्दछ र आवश्यक भएमा आमा/हेरालुलेको सहयोग लिनुपर्दछ।
- खुट्टा समात्ने व्यक्तिले मापन पढ्नु पर्दछ र यो सही रूपमा रेकर्ड गरिएको छ/छैन सुनिश्चित गर्नु पर्दछ।
- लम्बाई मापन नजिकको ०.१ से.मी मा रेकर्ड गरिन्छ, उदाहरणका लागि ९६.३ से.मी।



विश्व स्वास्थ्य संगठनद्वारा तयार पारिएको लम्बाई / उचाई अनुसारको तौल तालिका, २००६

लम्बाई अनुसारको तौल तालिका (० देखि २३ महिना सम्मको लागि)

बालिकाहरु				लम्बाई (से.मि)	बालकहरु			
तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)		तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)
-३ एस.डी	-२ एस.डी	-१ एस.डी	मिडियन		मिडियन	-१ एस.डी	-२ एस.डी	-३ एस.डी
१.९	२.१	२.३	२.५	४५	२.४	२.२	२	१.९
२	२.१	२.३	२.५	४५.५	२.५	२.३	२.१	१.९
२	२.२	२.४	२.६	४६	२.६	२.४	२.२	२
२.१	२.३	२.५	२.७	४६.५	२.७	२.५	२.३	२.१
२.२	२.४	२.६	२.८	४७	२.८	२.५	२.३	२.१
२.२	२.४	२.६	२.९	४७.५	२.९	२.६	२.४	२.२
२.३	२.५	२.७	३	४८	२.९	२.७	२.५	२.३
२.४	२.६	२.८	३.१	४८.५	३	२.८	२.६	२.३
२.४	२.६	२.९	३.२	४९	३.१	२.९	२.६	२.४
२.५	२.७	३	३.३	४९.५	३.२	३	२.७	२.५
२.६	२.८	३.१	३.४	५०	३.३	३	२.८	२.६
२.७	२.९	३.२	३.५	५०.५	३.४	३.१	२.९	२.७
२.८	३	३.३	३.६	५१	३.५	३.२	३	२.७
२.८	३.१	३.४	३.७	५१.५	३.६	३.३	३.१	२.८
२.९	३.२	३.५	३.८	५२	३.८	३.५	३.२	२.९
३	३.३	३.६	३.९	५२.५	३.९	३.६	३.३	३
३.१	३.४	३.७	४	५३	४	३.७	३.४	३.१
३.२	३.५	३.८	४.२	५३.५	४.१	३.८	३.५	३.२
३.३	३.६	३.९	४.३	५४	४.३	३.९	३.६	३.३
३.४	३.७	४	४.४	५४.५	४.४	४	३.७	३.४
३.५	३.८	४.२	४.५	५५	४.५	४.२	३.८	३.६
३.६	३.९	४.३	४.७	५५.५	४.७	४.३	४	३.७
३.७	४	४.४	४.८	५६	४.८	४.४	४.१	३.८
३.८	४.१	४.५	५	५६.५	५	४.६	४.२	३.९
३.९	४.३	४.६	५.१	५७	५.१	४.७	४.३	४
४	४.४	४.८	५.२	५७.५	५.३	४.९	४.५	४.१
४.१	४.५	४.९	५.४	५८	५.४	५	४.६	४.३
४.२	४.६	५	५.५	५८.५	५.६	५.१	४.७	४.४
४.३	४.७	५.१	५.६	५९	५.७	५.३	४.८	४.५
४.४	४.८	५.३	५.७	५९.५	५.९	५.४	५	४.६
४.५	४.९	५.४	५.९	६०	६	५.५	५.१	४.७

बालिकाहरु				लम्बाई (से.मि)	बालकहरु			
तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)		तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)
-३ एस.डी	-२ एस.डी	-१ एस.डी	मिडियन	मिडियन	-१ एस.डी	-२ एस.डी	-३ एस.डी	
४.६	५	५.५	६	६०.५	६.१	५.६	५.२	४.८
४.७	५.१	५.६	६.१	६१	६.३	५.८	५.३	४.९
४.८	५.२	५.७	६.३	६१.५	६.४	५.९	५.४	५
४.९	५.३	५.८	६.४	६२	६.५	६	५.६	५.१
५	५.४	५.९	६.५	६२.५	६.७	६.१	५.७	५.२
५.१	५.५	६	६.६	६३	६.८	६.२	५.८	५.३
५.२	५.६	६.२	६.७	६३.५	६.९	६.४	५.९	५.४
५.३	५.७	६.३	६.९	६४	७	६.५	६	५.५
५.४	५.८	६.४	७	६४.५	७.१	६.६	६.१	५.६
५.५	५.९	६.५	७.१	६५	७.३	६.७	६.२	५.७
५.५	६	६.६	७.२	६५.५	७.४	६.८	६.३	५.८
५.६	६.१	६.७	७.३	६६	७.५	६.९	६.४	५.९
५.७	६.२	६.८	७.४	६६.५	७.६	७	६.५	६
५.८	६.३	६.९	७.५	६७	७.७	७.१	६.६	६.१
५.९	६.४	७	७.६	६७.५	७.९	७.२	६.७	६.२
६	६.५	७.१	७.७	६८	८	७.३	६.८	६.३
६.१	६.६	७.२	७.९	६८.५	८.१	७.५	६.९	६.४
६.१	६.७	७.३	८	६९	८.२	७.६	७	६.५
६.२	६.८	७.४	८.१	६९.५	८.३	७.७	७.१	६.६
६.३	६.९	७.५	८.२	७०	८.४	७.८	७.२	६.६
६.४	६.९	७.६	८.३	७०.५	८.५	७.९	७.३	६.७
६.५	७	७.७	८.४	७१	८.६	८	७.४	६.८
६.५	७.१	७.७	८.५	७१.५	८.८	८.१	७.५	६.९
६.६	७.२	७.८	८.६	७२	८.९	८.२	७.६	७
६.७	७.३	७.९	८.७	७२.५	९	८.३	७.६	७.१
६.८	७.४	८	८.८	७३	९.१	८.४	७.७	७.२
६.९	७.४	८.१	८.९	७३.५	९.२	८.५	७.८	७.२
६.९	७.५	८.२	९	७४	९.३	८.६	७.९	७.३
७	७.६	८.३	९.१	७४.५	९.४	८.७	८	७.४
७.१	७.७	८.४	९.१	७५	९.५	८.८	८.१	७.५
७.१	७.८	८.५	९.२	७५.५	९.६	८.८	८.२	७.६
७.२	७.८	८.५	९.३	७६	९.७	८.९	८.३	७.६
७.३	७.९	८.६	९.४	७६.५	९.८	९	८.३	७.७
७.४	८	८.७	९.५	७७	९.९	९.१	८.४	७.८

बालिकाहरु				लम्बाई (से.मि)	बालकहरु			
तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)		तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)
-३ एस.डी	-२ एस.डी	-१ एस.डी	मिडियन	मिडियन	-१ एस.डी	-२ एस.डी	-३ एस.डी	
७.४	८.१	८.८	९.६	७७.५	१०	९.२	८.५	७.९
७.५	८.२	८.९	९.७	७८	१०.१	९.३	८.६	७.९
७.६	८.२	९	९.८	७८.५	१०.२	९.४	८.७	८
७.७	८.३	९.१	९.९	७९	१०.३	९.५	८.७	८.१
७.७	८.४	९.१	१०	७९.५	१०.४	९.५	८.८	८.२
७.८	८.५	९.२	१०.१	८०	१०.४	९.६	८.९	८.२
७.९	८.६	९.३	१०.२	८०.५	१०.५	९.७	९	८.३
८	८.७	९.४	१०.३	८१	१०.६	९.८	९.१	८.४
८.१	८.८	९.५	१०.४	८१.५	१०.७	९.९	९.१	८.५
८.१	८.८	९.६	१०.५	८२	१०.८	१०	९.२	८.५
८.२	८.९	९.७	१०.६	८२.५	१०.९	१०.१	९.३	८.६
८.३	९	९.८	१०.७	८३	११	१०.२	९.४	८.७
८.४	९.१	९.९	१०.९	८३.५	११.२	१०.३	९.५	८.८
८.५	९.२	१०.१	११	८४	११.३	१०.४	९.६	८.९
८.६	९.३	१०.२	११.१	८४.५	११.४	१०.५	९.७	९
८.७	९.४	१०.३	११.२	८५	११.५	१०.६	९.८	९.१
८.८	९.५	१०.४	११.३	८५.५	११.६	१०.७	९.९	९.२
८.९	९.७	१०.५	११.५	८६	११.७	१०.८	१०	९.३
९	९.८	१०.६	११.६	८६.५	११.९	११	१०.१	९.४
९.१	९.९	१०.७	११.७	८७	१२	११.१	१०.२	९.५
९.२	१०	१०.९	११.८	८७.५	१२.१	११.२	१०.४	९.६
९.३	१०.१	११	१२	८८	१२.२	११.३	१०.५	९.७
९.४	१०.२	११.१	१२.१	८८.५	१२.४	११.४	१०.६	९.५
९.५	१०.३	११.२	१२.२	८९	१२.५	११.५	१०.७	९.९
९.६	१०.४	११.३	१२.३	८९.५	१२.६	११.६	१०.८	१०
९.७	१०.५	११.४	१२.५	९०	१२.७	११.८	१०.९	१०.१
९.८	१०.६	११.५	१२.६	९०.५	१२.८	११.९	११	१०.२
९.९	१०.७	११.७	१२.७	९१	१३	१२	११.१	१०.३
१०	१०.८	११.८	१२.८	९१.५	१३.१	१२.१	११.२	१०.४
१०.१	१०.९	११.९	१३	९२	१३.२	१२.२	११.३	१०.५
१०.१	११	१२	१३.१	९२.५	१३.३	१२.३	११.४	१०.६
१०.२	११.१	१२.१	१३.२	९३	१३.४	१२.४	११.५	१०.७
१०.३	११.२	१२.२	१३.३	९३.५	१३.५	१२.५	११.६	१०.७
१०.४	११.३	१२.३	१३.५	९४	१३.७	१२.६	११.७	१०.८

बालिकाहरु				लम्बाई (से.मि)	बालकहरु			
तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)		तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)
-३ एस.डी	-२ एस.डी	-१ एस.डी	मिडियन	मिडियन	-१ एस.डी	-२ एस.डी	-३ एस.डी	
१०.५	११.४	१२.४	१३.६	९४.५	१३.८	१२.७	११.८	१०.९
१०.६	११.५	१२.६	१३.७	९५	१३.९	१२.८	११.९	११
१०.७	११.६	१२.७	१३.८	९५.५	१४	१२.९	१२	११.१
१०.८	११.७	१२.८	१४	९६	१४.१	१३.१	१२.१	११.२
१०.९	११.८	१२.९	१४.१	९६.५	१४.३	१३.२	१२.२	११.३
११	१२	१३	१४.२	९७	१४.४	१३.३	१२.३	११.४
११.१	१२.१	१३.१	१४.४	९७.५	१४.५	१३.४	१२.४	११.५
११.२	१२.२	१३.३	१४.५	९८	१४.६	१३.५	१२.५	११.६
११.३	१२.३	१३.४	१४.६	९८.५	१४.८	१३.६	१२.६	११.७
११.४	१२.४	१३.५	१४.८	९९	१४.९	१३.७	१२.७	११.८
११.५	१२.५	१३.६	१४.९	९९.५	१५	१३.९	१२.८	११.९
११.६	१२.६	१३.७	१५	१००	१५.२	१४	१२.९	१२
११.७	१२.७	१३.९	१५.२	१००.५	१५.३	१४.१	१३	१२.१
११.८	१२.८	१४	१५.३	१०१	१५.४	१४.२	१३.२	१२.२
११.९	१३	१४.१	१५.३	१०१.५	१५.६	१४.४	१३.३	१२.३
१२	१३.१	१४.३	१५.६	१०२	१५.७	१४.५	१३.४	१२.४
१२.१	१३.२	१४.४	१५.८	१०२.५	१५.९	१४.६	१३.५	१२.५
१२.३	१३.३	१४.५	१५.९	१०३	१६	१४.८	१३.६	१२.६
१२.४	१३.५	१४.७	१६.१	१०३.५	१६.२	१४.९	१३.७	१२.७
१२.५	१३.६	१४.८	१६.२	१०४	१६.३	१५	१३.९	१२.८
१२.६	१३.७	१५	१६.४	१०४.५	१६.५	१५.२	१४	१२.९
१२.७	१३.८	१५.१	१६.५	१०५	१६.६	१५.३	१४.१	१३
१२.८	१४	१५.३	१६.७	१०५.५	१६.८	१५.४	१४.२	१३.२
१३	१४.१	१५.४	१६.९	१०६	१६.९	१५.६	१४.४	१३.३
१३.१	१४.३	१५.६	१७.१	१०६.५	१७.१	१५.७	१४.५	१३.४
१३.२	१४.४	१५.७	१७.२	१०७	१७.३	१५.९	१४.६	१३.५
१३.३	१४.५	१५.९	१७.४	१०७.५	१७.४	१६	१४.७	१३.६
१३.५	१४.७	१६	१७.६	१०८	१७.६	१६.२	१४.९	१३.७
१३.६	१४.८	१६.२	१७.८	१०८.५	१७.८	१६.३	१५	१३.८
१३.७	१५	१६.४	१८	१०९	१७.९	१६.५	१५.१	१४
१३.९	१५.१	१६.५	१८.१	१०९.५	१८.१	१६.६	१५.३	१४.१
१४	१५.३	१६.७	१८.३	११०	१८.३	१६.८	१५.४	१४.२

विश्व स्वास्थ्य संगठनद्वारा तयार पारिएको लम्बाई / उचाई अनुसारको तौल तालिका, २००६  
 उचाई अनुसारको तौल तालिका (२४ महिना देखि ५९ महिना सम्मका बालबालिकाको लागि)

बालिकाहरू				लम्बाई (से.मि.)	बालकहरू			
तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)		तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)
-३ एस.डी	-२ एस.डी	-१ एस.डी	मिडियन	मिडियन	-१ एस.डी	-२ एस.डी	-३ एस.डी	
५.६	६.१	६.६	७.२	६५	७.४	६.९	६.३	५.९
५.७	६.२	६.७	७.४	६५.५	७.६	७	६.४	६
५.८	६.३	६.८	७.५	६६	७.७	७.१	६.५	६.१
५.८	६.४	६.९	७.६	६६.५	७.८	७.२	६.६	६.१
५.९	६.४	७	७.७	६७	७.९	७.३	६.७	६.२
६	६.५	७.१	७.८	६७.५	८	७.४	६.८	६.३
६.१	६.६	७.२	७.९	६८	८.१	७.५	६.९	६.४
६.२	६.७	७.३	८	६८.५	८.२	७.६	७	६.५
६.३	६.८	७.४	८.१	६९	८.४	७.७	७.१	६.६
६.३	६.९	७.५	८.२	६९.५	८.५	७.८	७.२	६.७
६.४	७	७.६	८.३	७०	८.६	७.९	७.३	६.८
६.५	७.१	७.७	८.४	७०.५	८.७	८	७.४	६.९
६.६	७.१	७.८	८.५	७१	८.८	८.१	७.५	६.९
६.७	७.२	७.९	८.६	७१.५	८.९	८.२	७.६	७
६.७	७.३	८	८.७	७२	९	८.३	७.७	७.१
६.८	७.४	८.१	८.८	७२.५	९.१	८.४	७.८	७.२
६.९	७.५	८.१	८.९	७३	९.२	८.५	७.९	७.३
७	७.६	८.२	९	७३.५	९.३	८.६	७.९	७.४
७	७.६	८.३	९.१	७४	९.४	८.७	८	७.४
७.१	७.७	८.४	९.२	७४.५	९.५	८.८	८.१	७.५
७.२	७.८	८.५	९.३	७५	९.६	८.९	८.२	७.६
७.२	७.९	८.६	९.४	७५.५	९.७	९	८.३	७.७
७.३	८	८.७	९.५	७६	९.८	९.१	८.४	७.७
७.४	८	८.७	९.६	७६.५	९.९	९.२	८.५	७.८
७.५	८.१	८.८	९.६	७७	१०	९.३	८.६	७.९
७.५	८.२	८.९	९.७	७७.५	१०.१	९.४	८.७	८
७.६	८.३	९	९.८	७८	१०.२	९.४	८.७	८
७.७	८.४	९.१	९.९	७८.५	१०.३	९.५	८.८	८.१
७.८	८.४	९.२	१०	७९	१०.४	९.६	८.८	८.२
७.८	८.५	९.३	१०.१	७९.५	१०.५	९.७	८.९	८.३
७.९	८.६	९.४	१०.२	८०	१०.६	९.७	९	८.३
८	८.७	९.५	१०.३	८०.५	१०.७	९.८	९.१	८.४
८.१	८.८	९.६	१०.४	८१	१०.८	९.९	९.२	८.५
८.२	८.९	९.७	१०.६	८१.५	१०.९	१०	९.३	८.६
८.३	९	९.८	१०.७	८२	११	१०.१	९.३	८.७
८.४	९.१	९.९	१०.८	८२.५	११.१	१०.२	९.४	८.७
८.५	९.२	१०	१०.९	८३	११.२	१०.३	९.५	८.८
८.५	९.३	१०.१	११	८३.५	११.३	१०.४	९.६	८.९

बालिकाहरु				लम्बाई (से.मि.)	बालकहरु			
तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)		तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)
-३ एस.डी	-२ एस.डी	-१ एस.डी	मिडियन		मिडियन	-१ एस.डी	-२ एस.डी	-३ एस.डी
८.६	९.४	१०.२	११.१	८४	११.४	१०.५	९.७	९
८.७	९.५	१०.३	११.३	८४.५	११.५	१०.७	९.९	९.१
८.८	९.६	१०.४	११.४	८५	११.७	१०.८	१०	९.२
८.९	९.७	१०.६	११.५	८५.५	११.८	१०.९	१०.१	९.३
९	९.८	१०.७	११.६	८६	११.९	११	१०.२	९.४
९.१	९.९	१०.८	११.८	८६.५	१२	११.१	१०.३	९.५
९.२	१०	१०.९	११.९	८७	१२.२	११.२	१०.४	९.६
९.३	१०.१	११	१२	८७.५	१२.३	११.३	१०.५	९.७
९.४	१०.२	११.१	१२.१	८८	१२.४	११.५	१०.६	९.८
९.५	१०.३	११.२	१२.३	८८.५	१२.५	११.६	१०.७	९.९
९.६	१०.४	११.४	१२.४	८९	१२.६	११.७	१०.८	१०
९.७	१०.५	११.५	१२.५	८९.५	१२.८	११.८	१०.९	१०.१
९.८	१०.६	११.६	१२.६	९०	१२.९	११.९	११	१०.२
९.९	१०.७	११.७	१२.८	९०.५	१३	१२	११.१	१०.३
१०	१०.९	११.८	१२.९	९१	१३.१	१२.१	११.२	१०.४
१०.१	११	११.९	१३	९१.५	१३.२	१२.२	११.३	१०.५
१०.२	११.१	१२	१३.१	९२	१३.४	१२.३	११.४	१०.६
१०.३	११.२	१२.१	१३.३	९२.५	१३.५	१२.४	११.५	१०.७
१०.४	११.३	१२.३	१३.४	९३	१३.६	१२.६	११.६	१०.८
१०.५	११.४	१२.४	१३.५	९३.५	१३.७	१२.७	११.७	१०.९
१०.६	११.५	१२.५	१३.६	९४	१३.८	१२.८	११.८	११
१०.७	११.६	१२.६	१३.८	९४.५	१३.९	१२.९	११.९	११.१
१०.८	११.७	१२.७	१३.९	९५	१४.१	१३	१२	११.१
१०.८	११.८	१२.८	१४	९५.५	१४.२	१३.१	१२.१	११.२
१०.९	११.९	१२.९	१४.१	९६	१४.३	१३.२	१२.२	११.३
११	१२	१३.१	१४.३	९६.५	१४.४	१३.३	१२.३	११.४
११.१	१२.१	१३.२	१४.४	९७	१४.६	१३.४	१२.४	११.५
११.२	१२.२	१३.३	१४.५	९७.५	१४.७	१३.६	१२.५	११.६
११.३	१२.३	१३.४	१४.७	९८	१४.८	१३.७	१२.६	११.७
११.४	१२.४	१३.५	१४.८	९८.५	१४.९	१३.८	१२.८	११.८
११.५	१२.५	१३.७	१४.९	९९	१५.१	१३.९	१२.९	११.९
११.६	१२.७	१३.८	१५.१	९९.५	१५.२	१४	१३	१२
११.७	१२.८	१३.९	१५.२	१००	१५.४	१४.२	१३.१	१२.१
११.९	१२.९	१४.१	१५.४	१००.५	१५.५	१४.३	१३.२	१२.२
१२	१३	१४.२	१५.५	१०१	१५.६	१४.४	१३.३	१२.३
१२.१	१३.१	१४.३	१५.७	१०१.५	१५.८	१४.५	१३.४	१२.४
१२.२	१३.३	१४.५	१५.८	१०२	१५.९	१४.७	१३.६	१२.५
१२.३	१३.४	१४.६	१६	१०२.५	१६.१	१४.८	१३.७	१२.६
१२.४	१३.५	१४.७	१६.१	१०३	१६.२	१४.९	१३.८	१२.८
१२.५	१३.६	१४.९	१६.३	१०३.५	१६.४	१५.१	१३.९	१२.९
१२.६	१३.८	१५	१६.४	१०४	१६.५	१५.२	१४	१३

बालिकाहरु				लम्बाई (से.मि.)	बालकहरु			
तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)		तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)	तौल (के.जी.)
-३ एस.डी	-२ एस.डी	-१ एस.डी	मिडियन	मिडियन	-१ एस.डी	-२ एस.डी	-३ एस.डी	
१२.८	१३.९	१५.२	१६.६	१०४.५	१६.७	१५.४	१४.२	१३.१
१२.९	१४	१५.३	१६.८	१०५	१६.८	१५.५	१४.३	१३.२
१३	१४.२	१५.५	१६.९	१०५.५	१७	१५.६	१४.४	१३.३
१३.१	१४.३	१५.६	१७.१	१०६	१७.२	१५.८	१४.५	१३.४
१३.३	१४.५	१५.८	१७.३	१०६.५	१७.३	१५.९	१४.७	१३.५
१३.४	१४.६	१५.९	१७.५	१०७	१७.५	१६.१	१४.८	१३.७
१३.५	१४.७	१६.१	१७.७	१०७.५	१७.७	१६.२	१४.९	१३.८
१३.७	१४.९	१६.३	१७.८	१०८	१७.८	१६.४	१५.१	१३.९
१३.८	१५	१६.४	१८	१०८.५	१८	१६.५	१५.२	१४
१३.९	१५.२	१६.६	१८.२	१०९	१८.२	१६.७	१५.३	१४.१
१४.१	१५.४	१६.८	१८.४	१०९.५	१८.३	१६.८	१५.५	१४.३
१४.२	१५.५	१७	१८.६	११०	१८.५	१७	१५.६	१४.४
१४.४	१५.७	१७.१	१८.८	११०.५	१८.७	१७.१	१५.८	१४.५
१४.५	१५.८	१७.३	१९	१११	१८.९	१७.३	१५.९	१४.६
१४.७	१६	१७.५	१९.२	१११.५	१९.१	१७.५	१६	१४.८
१४.८	१६.२	१७.७	१९.४	११२	१९.२	१७.६	१६.२	१४.९
१५	१६.३	१७.९	१९.६	११२.५	१९.४	१७.८	१६.३	१५
१५.१	१६.५	१८	१९.८	११३	१९.६	१८	१६.५	१५.२
१५.३	१६.७	१८.२	२०	११३.५	१९.८	१८.१	१६.६	१५.३
१५.४	१६.८	१८.४	२०.२	११४	२०	१८.३	१६.८	१५.४
१५.६	१७	१८.६	२०.५	११४.५	२०.२	१८.५	१६.९	१५.६
१५.७	१७.२	१८.८	२०.७	११५	२०.४	१८.६	१७.१	१५.७
१५.९	१७.३	१९	२०.९	११५.५	२०.६	१८.८	१७.२	१५.८
१६	१७.५	१९.२	२१.१	११६	२०.८	१९	१७.४	१६
१६.२	१७.७	१९.४	२१.३	११६.५	२१	१९.२	१७.५	१६.१
१६.३	१७.८	१९.६	२१.५	११७	२१.२	१९.३	१७.७	१६.२
१६.५	१८	१९.८	२१.७	११७.५	२१.४	१९.५	१७.९	१६.४
१६.६	१८.२	१९.९	२२	११८	२१.६	१९.७	१८	१६.५
१६.८	१८.४	२०.१	२२.२	११८.५	२१.८	१९.९	१८.२	१६.७
१६.९	१८.५	२०.३	२२.४	११९	२२	२०	१८.३	१६.८
१७.१	१८.७	२०.५	२२.६	११९.५	२२.२	२०.२	१८.५	१६.९
१७.३	१८.९	२०.७	२२.८	१२०	२२.४	२०.४	१८.६	१७.१

## अनुसूची १७

(परिच्छेद ५ को दफा २३ सँग सम्बन्धित)

६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाको पोषण अवस्था र वर्गीकरण

बालबालिकाको पोषण अवस्था निर्धारण

बालबालिकाको पोषण अवस्था निम्न तालिकाका आधारमा निर्धारण गर्नुपर्दछः

तालिका १०: ६-५९ महिनाका बालबालिकाको पोषण अवस्थाको वर्गीकरण

पोषण स्थिति	वर्गीकरण
शीघ्र कुपोषण नभएको	<ul style="list-style-type: none"><li>लम्बाई/उचाई अनुसारको तौल <math>\geq -२</math> एस डी र</li><li>पाखुराको मध्य भागको परिधि <math>\geq १२५</math> मि.मि र</li><li>पोषणजन्य कारणले नसुन्निएको</li></ul>
मध्यम शीघ्र कुपोषण	<ul style="list-style-type: none"><li>लम्बाई/उचाई अनुसारको तौल <math>\geq -३</math> एस डी देखि <math>&lt; -२</math> एस डी सम्म र/वा</li><li>पाखुराको मध्य भागको परिधि <math>\geq ११५</math> मि.मि देखि <math>&lt; १२५</math> मि.मि सम्म र</li><li>पोषणजन्य कारणले नसुन्निएको</li></ul>
कडा शीघ्र कुपोषण	<ul style="list-style-type: none"><li>लम्बाई/उचाई अनुसारको तौल <math>&lt; -३</math> एस डी र /वा</li><li>पाखुराको मध्य भागको परिधि <math>&lt; ११५</math> मि.मि र/वा</li><li>पोषणजन्य कारणले सुन्निएको</li></ul>

## अनुसूची १८

परिच्छेद ५ को दफा २४ सँग सम्बन्धित

६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाको लेखाजोखा तथा पोषण हेरचाह प्रणाली

समग्र बाल स्वास्थ्यको दृष्टिकोण

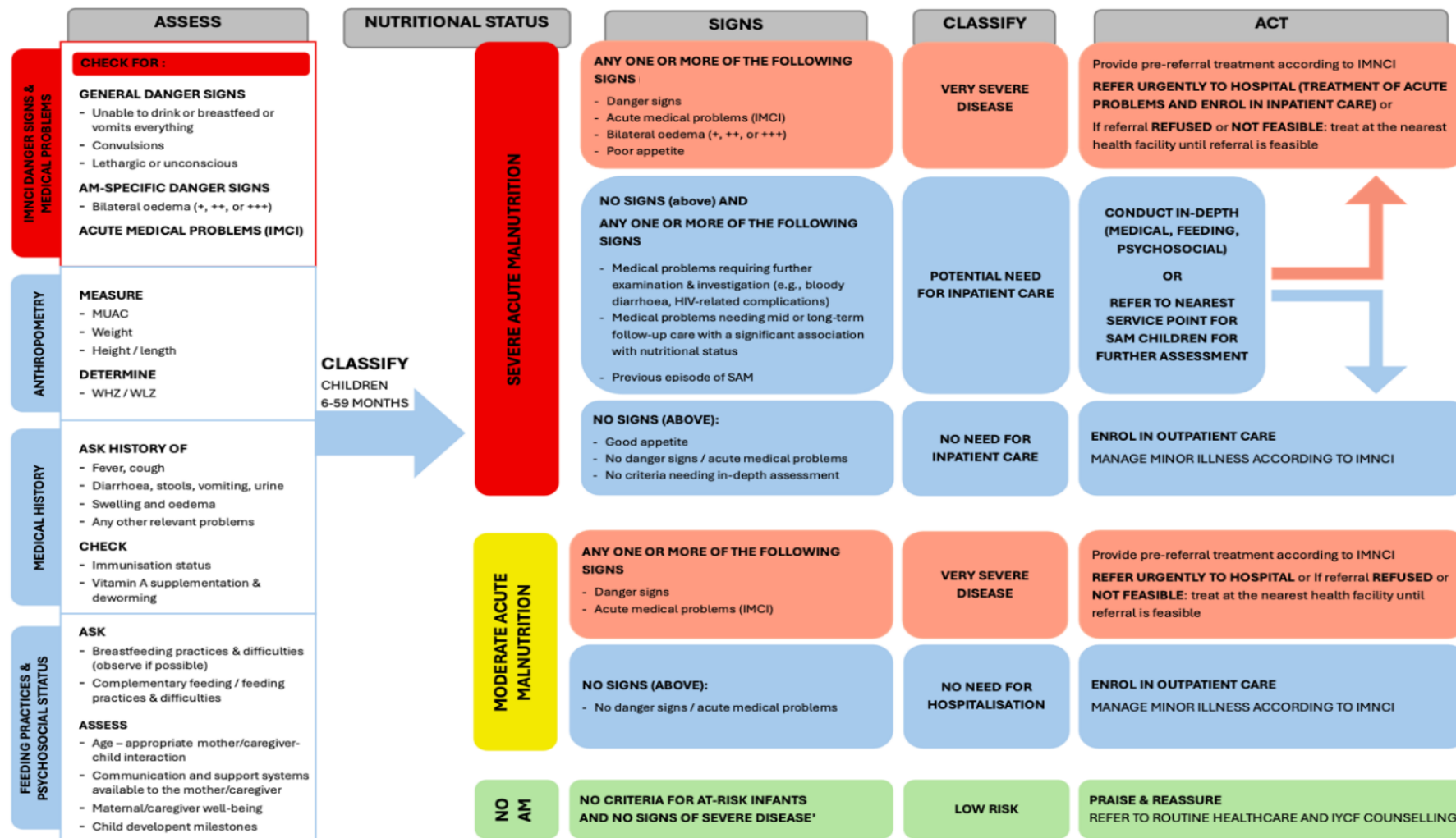
समग्र बाल स्वास्थ्यको दृष्टिकोण सिद्धान्तको स्मरणः बालबालिकाका आवश्यकताहरू पूरा गर्न र कार्यक्रमहरूबाट बन्चित हुनबाट जोगाउनको लागि स्वास्थ्य प्रणालीद्वारा उपयुक्त र समन्वित सेवा र समयमै हेरचाहको सुबिधा उपलब्ध गराउन आवश्यक हुन्छ । यसले स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको सबै स्तरबाट दिइने रोकथाम तथा उपचारात्मक सेवाहरू बीचको सम्बन्ध, प्रभावकारी सञ्चार, र समन्वयको महत्त्वलाई प्रतिबिम्बित गर्दछ ।

कडा शीघ्र कुपोषण भएका ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिका

कुनै बालबालिकामा कडा शीघ्र कुपोषण पहिचान भएमा, उपयुक्त हेरचाह र व्यवस्थापन प्रक्रिया पत्ता लगाउनको लागि सो बालबालिका र उनका आमा/हेरालुको चिकित्सकीय, पोषण/खानपान, र मनोसामाजिक लेखाजोखा गर्नु पर्दछ। लेखाजोखा र उपचारका निर्णयहरू तालिम प्राप्त चिकित्सक वा अन्य तालिम प्राप्त दक्ष स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले गर्नुपर्दछ। यसको लेखाजोखा गर्न निम्नलिखित चरणहरू समावेश गर्नुपर्दछ:

- समुदायमा आधारित नवजात शिशु तथा बालरोगको एकिकृत व्यवस्थापनको प्रोटोकल अनुसार चिकित्सकीय लेखाजोखा गर्ने र कुनै खतराका चिन्ह वा शीघ्र चिकित्सकीय समस्याहरू भए नभएको हेर्नुपर्दछ।
- ज्वरो, झाडापखाला, वान्ता, दिशा, पिसाब, खकार, शरीर सुन्निएको र पोषण जन्य कारणले सुन्निएको छ/छैन, सामान्य स्तनपान र/वा खानपानको अभ्यास, र अघिल्ला केही दिनमा खाएका खाद्यान्न र तरल पदार्थहरूको इतिहास लिनुपर्दछ। यदि आवश्यक परेमा, सो समस्याहरूको स्पष्टताको लागि लक्षणहरूको अवधि लगायत अन्य प्रश्नहरू सोध्नुपर्दछ।
- पोषण स्थितिसँग सम्बन्धित र मध्य वा दीर्घकालीन रूपमा सेवा चाहिने चिकित्सकीय समस्याहरू भए/नभएको लेखाजोखा गर्नुपर्दछ (जस्तै: जन्मजात मुटुको रोग, मस्तिष्क घात वा अन्य अपांगता, एचआईभी, क्षयरोग)। यस चिकित्सकीय समस्या हालै मात्र पहिचान गरिएको हुन सक्छ जसको लागि बहिरंगमा उपचार गर्ने निर्णय लिनु पूर्व प्रारम्भिक रूपमा अन्तरंगमा भर्ना हुँदा फाइदाजनक छ वा छैन भनेर निर्णय लिनु पर्दछ (उदाहरणका लागि, गहिरो अवलोकनको अवधि, उपचार सुरु गर्नु, बहिरंगमा जाँचहरू उपलब्ध नभएका, आदि)। अर्कोतर्फ, यो पनि हुन सक्छ कि एक बालबालिकामा निरन्तर अनुगमन भेट चाहिने कुनै पहिचान भएको चिकित्सकीय समस्या भई स्थिति बिग्रेको वा बढेको छ (अन्य परिणाम स्वरूप वा कडा शीघ्र कुपोषण बाहेक) तर कुनै खतराका चिन्हहरू वा लक्षणहरू नदेखिएको अवस्थामा पनि अन्तरंगमा प्रेषण गर्न उपयुक्त हुन्छ कि हुँदैन भनेर निर्णय गर्न गहिरो लेखाजोखा आवश्यक पर्न सक्छ।
- भोक जाँच: तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) दिएर बालबालिकाको भोक जाँच गर्ने। भोकको सही लेखाजोखा नै जटिल र सामान्य कडा शीघ्र कुपोषणको अवस्था छुट्याउने उपयुक्त/ विश्वसनीय तरिका हो। कडा शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकामा अन्य गम्भीर रोगका संकेतहरूका आधारमा लेखाजोखा गर्नु कम उपयुक्त/ विश्वसनीय हुन्छ। बिरामीलाई बहिरंगमा व्यवस्थापन गर्ने वा अन्तरंगमा पठाउने निर्णय गर्नको लागि भोक जाँच महत्वपूर्ण मापदण्ड हो।
- खोप लगाएको/नलगाएको सोध्ने, अन्तिम पटकको भिटामिन र जुकाको औषधि खाएको/नखाएको सोध्ने
- बालबालिका र आमा/हेरालुको मनोसामाजिक स्थितिको लेखाजोखा गर्ने।
- प्रेषण पुर्जामा लेखिएका कुनै सान्दर्भिक जानकारीको समिक्षाको साथसाथै रेकर्ड गर्ने।

यस बृहत लेखाजोखाको आधारमा बालबालिकाको लागि आवश्यक पर्ने सबैभन्दा उपयुक्त हेरचाहको लागि बहिरंगमा सेवा दिने कि अन्तरंगमा भर्ना गर्ने भनेर निर्णय लिनु पर्दछ, साथसाथै, सेवाको निरन्तरता र प्रेषण प्रणालीलाई बिशेष ध्यान पुर्याउनु पर्दछ ।



AM: acute malnutrition; HIV: human immunodeficiency virus; IMNCI: integrated management of newborn & childhood illness; MUAC: mid-upper arm circumference; SD: standard deviation; WHZ: weight-for-height z-score; WLZ: weight-for-length z-score

चित्र १ : : ६ देखि ५९ महिनासम्मका शिशु तथा बालबालिकाहरूको उपयुक्त पोषण हेरचाह प्रणाली (Care Pathway)

## अनुसूची १९

(परिच्छेद ५ को दफा २५ सँग सम्बन्धित)

### ६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाको अन्तरङ्ग हेरचाहमा प्रेषण र भर्ना

६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकामा निम्न लक्षणहरू देखा परेमा अन्तरङ्ग हेरचाहमा प्रेषण गरि भर्ना गर्नुपर्दछ :

- CBIMNCI अनुसार एक वा बढी खतराका चिन्हहरू
- कडा चिकित्सकीय समस्याहरू
- कडा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको (ग्रेड +++)
- खानामा रुचि नहुनु (भोक जाँच फेल)

## अनुसूची २०

(परिच्छेद ५ को दफा २६ सँग सम्बन्धित)

### अन्तरङ्ग हेरचाहमा रहेका ६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाको गहिरो लेखाजोखा

कडा शीघ्र कुपोषित ६ देखि ५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाहरूमा अनुसूची १९ मा उल्लेखित मापदण्डहरू पुरा नभएमा तर निम्न उल्लेखित मापदण्डहरू पुरा भएमा यी बालबालिकालाई अन्तरङ्ग हेरचाहमा प्रेषण गर्ने कि नगर्ने भन्ने निर्णय लिन गहिरो लेखाजोखा गर्नुपर्दछ ।

१. तत्काल अन्तरङ्ग हेरचाह आवश्यक नपर्ने तर थप परीक्षण र जाँचको आवश्यकता भएको चिकित्सकीय समस्याहरू (जस्तै: रगतमाशी, हाइपोग्लाइसिमिया, एच. आई. भीसँग सम्बन्धित जटिलताहरू) ।
  - गहिरो लेखाजोखाको आवश्यक पर्ने एचआईभीसँग सम्बन्धीत जटिलताहरू (IMNCI अनुसार):
    - एन्टिरेट्रोभाइरल थेरापी (ART) नलिएको – कुनै पनि संक्रमणको आशंका भएमा
    - एन्टिरेट्रोभाइरल थेरापी लिएको तर समस्याहरू देखिएमा: ३ महिनासम्म तौल पर्याप्त नबढेको, विकासात्मक उपलब्धिहरू नभएको, औषधि नियमित नलिएको, पहिलेभन्दा अवस्था बिग्रिएको, CD4 % पहिलेभन्दा घटेको (५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा), रगतमा LDL ३.५ mmol/L भन्दा बढी भएमा, ट्राइग्लिसराइड्स ५.६ mmol/L भन्दा बढी भएमा,
    - यदि बालबालिकामा क्षयरोग छ र/वा तौल ३ के.जिभन्दा कम छ भने, एन्टिरेट्रोभाइरल थेरापी सुरु गर्दा थप निगरानी गर्ने ।

२. मध्यकालीन वा दीर्घकालीन सेवा आवश्यकता पर्ने र पोषणसँग सम्बन्धित चिकित्सकीय समस्याहरू (उदाहरणको लागि, जन्मजात हृदय रोग, मस्तिस्क पक्षघात, एच.आई.भी, क्षयरोग वा अन्य अपाङ्गता)
३. बहिरङ्ग हेरचाहमा तौल बढ्न नसकेको वा चिकित्सकीय रूपमा सुधार भएको
  - तौल बढ्न नसक्ने भन्नाले
    - लगातार दुई हप्ताको भेटमा पनि तौल नबढेको,
    - २-३ हप्ताको अवधिमा पनि ५ ग्राम/किलो/दिन (वा ३५ ग्राम/किलो प्रति हप्ता) भन्दा कम तौल बढ्ने
४. बहिरङ्ग हेरचाहमा व्यवस्थापन गर्न असम्भव देखिएका चिकित्सकीय समस्याहरू भएका बालबालिकाहरू (उदाहरणका लागि, भिटामिन ए को कमीका कारण देखिने आँखाको समस्या)लाई अन्तरङ्ग हेरचाहमा प्रेषण गर्नुपर्दछ ।
५. पहिला पनि कडा शीघ्र कुपोषणको पहिचान भएको ।

यस सन्दर्भमा गहिरो लेखाजोखा भन्नाले स्वास्थ्यकर्मीले शिशु र आमा/हेरचाहकर्ताको बृहत चिकित्सा, पोषण /खुवाई (स्थनपान सहित), र मनोसामाजिक लेखाजोखा गर्नुलाई जनाउँदछ । यस लेखाजोखाको प्रमुख उद्देश्य भनेको शिशुलाई बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा व्यवस्थापन गर्न सम्भव, सुरक्षित, र उपयुक्त छ कि छैन भन्ने निर्णय गर्नु वा अन्तरङ्ग हेरचाहका लागि प्रेषण गर्नु हो भने दोस्रो उद्देश्य उपयुक्त हेरचाह सुरु र/वा प्रेषण गर्नु हो। स्वास्थ्य संस्थाको भर्ना इकाई/आपतकालीन कक्ष/बहिरङ्ग कक्षमा गरिने प्रारम्भिक लेखाजोखाभन्दा गहिरो लेखाजोखालाई लामो समय लग्नसक्छ। बहिरङ्ग हेरचाह प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थामा तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीहरूले यो लेखाजोखा गर्नुपर्दछ ।

## अनुसूची २१

### परिच्छेद ५ को दफा २७ सँग सम्बन्धित

#### अन्तरङ्ग हेरचाहमा चिकित्सकीय व्यवस्थापन

अन्तरंग हेरचाहको लागि भर्ना भएका ५ वर्ष मुनिका शिशु तथा बालबालिकाहरूलाई तलको तालिका अनुसार चिकित्सकीय व्यवस्थापन गर्नुपर्दछ ।

अन्तरङ्ग व्यवस्थापनको मुख्य उद्देश्य ५ वर्ष मुनिका सबै शिशु तथा बालबालिकाहरूमा खतराका चिन्ह/कडा चिकित्सकीय समस्याहरूलाई स्थिरीकरण गरी उपचार गर्नु हो र आमा/हेरचाहकर्तामा आफ्नो शिशु तथा बालबालिकालाई हेरचाह गर्न सक्ने क्षमता अभिवृद्धि गर्दै प्रभावकारी पूर्ण स्तनपानको स्थापना वा पुनर्स्थापना गर्नु हो साथै स्तनपान नगरेका बालबालिकाहरूको लागि प्रतिस्थापित खाना सुनिश्चित गरि बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा स्थानान्तरण गर्नु पहिले नै आमा / हेरचाहकर्ताको स्वायत्तता निर्माण गर्नी हेरचाह प्रावधानलाई निरन्तरता दिनु हो ।

अन्तरङ्ग र बहिरङ्ग सेवाहरू बीच हेरचाहको निरन्तरता अत्यन्त महत्वपूर्ण हुन्छ जसमा स्वास्थ्य प्रणाली भित्रका विभिन्न तहहरू बीच सक्रिय रूपमा संचार हुनुपर्दछ। अन्तरङ्ग हेरचाहमा उपचार पाइरहेका सबै शिशु तथा बालबालिकाका आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई चिकित्सकीय रआहार सम्बन्धि प्रक्रियाहरू पूर्ण रूपमा व्याख्या गर्नुपर्दछ।

#### प्रयोगशालामा गर्नुपर्ने परीक्षणहरू:

१. रगतमा चिनीको मात्रा (भर्ना हुँदा, स्थिरीकरणको क्रममा यदि बालबालिकामा सिताङ्ग वा सुस्त भएमा)
२. सबै बालबालिकाहरूमा हेमोग्लोबिन वा packed cell volume
३. यदि बालबालिकामा रक्तअल्पता वा palmar pallor छ भने, peripheral smear को जाँच गर्ने
४. Serum electrolytes जस्तै (Sodium, potassium) संक्रमणहरूको स्क्रिनिङ गर्ने (शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकाहरूमा प्रायः संक्रमणहरू बाहिर देखिदैनन्)
५. सामान्य संक्रमणहरूको स्क्रिनिङका लागि निम्न परीक्षण गर्ने:
  - क) Total and differential leukocyte count
  - ख) दिशा र पिसाब जाँच (routine and microscopy)
  - ग) छातीको एक्स-रे
  - घ) Blood Culture
  - ङ) Mantoux Test
  - च) औलोको लागि रगत जाँच; यदि ज्वरो छ भने
  - छ) एच.आई.भीको स्क्रिनिङ (यदि विगतको अवस्था र चिकित्सकीय संकेत/लक्षणका आधारमा शंका भएमा, बारम्बार संक्रमणहरू भइरहेमा, Oral Thrush भएमा, Lymphadenopathy भएमा, अभिभावकहरूको मृत्यूको कारण स्पष्ट नभएमा, लगातार पखाला लागेमा, Parotid Enlargement भएमा)
  - ज) चिकित्सकीय स्थिति र परीक्षणहरू उपलब्ध भएमा थप परीक्षणहरू गर्ने

SN	Steps	PHASE		
		Stabilization phase		Rehabilitation phase
		Day 1 to 2	Day 3 to 7	Week 2 to 6
1.	Treat/prevent hypoglycaemia	→		
2.	Treat/prevent hypothermia	→		
3.	Treat/prevent dehydration	→		
4.	Correct electrolyte imbalance	→		
5.	Treat infections	→		
6.	Correct micronutrient deficiencies	without iron →		with iron →
7.	Begin cautious feeding	→		
8.	Catchup growth			→
9.	Stimulate emotional and sensorial development	→		
10.	Prepare for discharge and follow-up			→

चित्र ४ : स्थिरीकरणको चरण र पुनर्स्थापनाको चरणमा गरिने १० महत्वपूर्ण कार्यहरू:

तालिका ११: कडा सिङ्ग कुपोषणसँग सम्बन्धित सामान्य क्लिनिकल समस्याहरूको उपचार र रोकथाम

Step 1: Treat or prevent hypoglycaemia (Low blood sugar)		
Hypoglycaemia is defined as a blood glucose level < 3 mmol/L (or < 54 mg/dl)		
Prevention/management	Warning signs (clinical signs)	Immediate action
<p>For all children:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feed straight away and then every 2–3 hours, day and night</li> <li>• Encourage mothers to watch for any deterioration, help feed child and keep child warm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Low temperature (hypothermia) noted on routine check</li> <li>• Lethargy, limpness and loss of consciousness</li> <li>• Child can become drowsy</li> </ul> <p>Note:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Major risk of death in absence of rapid and correct treatment</li> <li>• Hypoglycaemia is often associated with hypothermia and severe infection</li> </ul>	<p>Conduct glucose test on admission</p> <p><i>If hypoglycaemia is suspected but no tests are available, or if it is not possible to get enough blood for test, assume that the child has hypoglycaemia and give treatment immediately without laboratory confirmation</i></p> <p><b>If the child is unconscious:</b></p> <p>Give glucose intravenously (IV) (5 ml/kg of sterile 10% glucose), followed by 50 ml of 10% glucose or sucrose by nasogastric tube. If the IV dose cannot be given immediately, give the nasogastric dose first.</p> <p><b>If the child is conscious:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give a bolus of 10% glucose (50 ml) or sugar solution (1 rounded teaspoon sugar in 3 tablespoons of water) orally or via nasogastric tube. Bolus of 10% glucose is best, but if not available give sugar solution or F-75 rather than wait for glucose</li> <li>• Start feeding straight away: start feeding F-75 half an hour after giving glucose and give it every half-hour during the first 2 hours. The amount to give every half-hour is a quarter of the 2-hourly amounts (see feed chart)</li> </ul> <p><b>Monitor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Check blood sugar every 30 minutes at point of care (if possible) until the blood glucose has stabilized then gradually reduce the frequency of monitoring (Point of Care) or else after 2 hours: if normal, then feed 2-hourly (12 feeds in 24 hours). Use feed chart to find amount to give and feed every 2–3 hours, day and night.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• If still low, continue feeding every half-hour</li> <li>• If the initial blood glucose was low, repeat the measurement after 30 minutes. If glucose is again &lt;54 mg/dl, repeat the bolus 10% glucose or sugar solution.</li> </ul>
--	--	--

<p><b>Step 2. Treat or prevent hypothermia (Low temperature)</b>  <b>Hypothermia is defined as a rectal temperature &lt; 35.5°C (95.9°F) or an axillary temperature &lt; 35°C (95°F)</b>  <b>Severe hypothermia: &lt;32°C</b></p>		
Prevention/management	Warning signs (clinical signs)	Immediate action
<p>For all children:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feed straight away and then every 2–3 hours, day and night</li> <li>• Keep warm; use kangaroo technique, cover with a blanket</li> <li>• Let mother sleep with child to keep child warm</li> <li>• Keep room warm, no draughts</li> <li>• Keep bedding and clothes dry</li> <li>• Dry carefully after bathing (do not bathe if very ill)</li> <li>• Avoid exposure during examinations and bathing</li> </ul>	<p>Low temperature</p> <p><b>Note:</b> Hypothermia in malnourished children often indicates coexisting hypoglycaemia and serious infection</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Take axillary temperature on admission</li> <li>• If thermometer is not available assume hypothermia</li> </ul> <p>By examining the child by back of the hand (hands, feet and abdomen)</p> <p><b>If axillary temperature below 35°C (&lt;95°F):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feed straight away (or start rehydration if needed)</li> <li>• Rewarm: put the child on the mother's bare chest (skin-to-skin contact) and cover them, or clothe the child including the head, cover with a warmed blanket and place a heater or lamp nearby</li> <li>• Feed 2-hourly (F-75, 12 feeds in 24 hours)</li> <li>• Every hypothermic child should also be checked or treated for hypoglycaemia and infection</li> </ul> <p><b>Monitor during rewarming:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Take temperature every 30 minutes until it becomes normal and stop rewarming when it rises above 36.5°C (or 36°C axillary)</li> </ul> <p><b>In case of severe hypothermia &lt;32°C (axillary)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warm humidified oxygen should be given</li> <li>• Followed immediately by 5 ml/kg of 10% glucose IV or 50 ml of 10% glucose by NG route (if IV access is difficult)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use a heater or incandescent lamp with caution; do not use hot water bottle or fluorescent lamp</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• If clinical condition allows the child to take orally, warm feeds should be given immediately or else the feeds should be administered through a nasogastric tube. If there is feed intolerance or another contraindication for nasogastric feeding, maintenance IV fluids (prewarmed) should be started.</li> </ul>
---	--	---

<b>Step 3a. Treat or prevent dehydration</b> <b>(Too little fluid in the body) Some and severe dehydration</b>		
Prevention/management	Warning signs (clinical signs)	Immediate action
<ul style="list-style-type: none"> <li>• When a child has watery diarrhoea, give ReSoMal between feeds after each loose stool. As a guide, give 30–50 ml after each watery stool if child is aged &lt; 2 years, or 100 ml if aged 2 years or older</li> <li>• For children with oedema having frequent watery diarrhoea, give 30 ml ReSoMal after each loose stool until diarrhoea stops</li> </ul>	<p>Profuse watery diarrhoea, thirst, hypothermia, weak or absent radial pulse, cold hands and feet, reduced urine output</p> <p><b>Note:</b> In case of profuse watery diarrhoea or cholera, ReSoMal should not be given; instead use low-osmolarity oral rehydration solution (ORS) without changing the amounts and frequency</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do not give IV fluids except in shock</li> </ul> <p>If dehydrated:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give ReSoMal 5 ml/kg every 30 minutes for 2 hours (orally or by nasogastric tube (omit this step if the child has already received IV fluids for shock and is switching to ReSoMal – continue with next step)</li> <li>• Then give 5–10 ml/kg in alternate hours for up to 10 hours (i.e. give ReSoMal and F-75 formula in alternate hours). Use initial management chart</li> <li>• Stop giving ReSoMal when there are 3 or more hydration signs (less thirsty, less lethargic, slowing of respiratory and pulse rate, passing urine, not thirsty) or if the child has reached the target weight, or any signs of overhydration</li> </ul> <p>Monitor every 30 minutes for the first 2 hours during rehydration for signs of overhydration:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Increasing pulse and respiratory rate</li> <li>• Increasing oedema and puffy eyelids</li> </ul> <p><b>Thereafter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Check for signs at least hourly. Stop if pulse increases by 25 beats/ minute or respiratory rate by 5 breaths/minute</li> </ul>

Step 3b. Treat shock (Very weak vital functions)		
Prevention/management	Warning signs (clinical signs)	Immediate action
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manage diarrhoea, treat infection promptly</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A child in shock is lethargic or unconscious and has cold hands</li> </ul> <p>plus either:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slow capillary refill (longer than 3 seconds) or</li> <li>• Weak fast pulse</li> </ul> <p><b>Note:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor closely: use the critical care pathway initial management chart</li> </ul>	<p><b>If child is in shock:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give oxygen</li> <li>• Give sterile 10% glucose (5 ml/kg) by IV</li> <li>• Give IV fluid at 15 ml/kg over 1 hour, using one of the following solutions in order of preference: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Half-strength Darrow's solution with 5% glucose (or dextrose) or</li> <li>- Ringer's lactate with 5% glucose* or</li> <li>- Half-normal saline with 5% glucose*</li> </ul> </li> </ul> <p><i>If either of these is used, add sterile potassium chloride (20 mmol/L) if possible</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keep the child warm</li> <li>• Measure and record pulse and respiration every 10 minutes</li> </ul> <p><b>If there are signs of improvement over a period of 1 hour (pulse and respiration rates fall):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repeat IV 15 ml/kg for 1 more hour</li> <li>• Then give 5–10 ml/kg ReSoMal in alternate hrs with F-75 for up to 10 hrs</li> </ul> <p><b>If there are no signs of improvement after the first hour of IV fluid assume child has septic shock. In this case:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give maintenance fluids (4 ml/kg/h) while waiting for blood</li> <li>• Order 10 ml/kg fresh whole blood and when blood is available, stop oral intake and IV fluids</li> <li>• Give a diuretic</li> <li>• Transfuse whole fresh blood (10 ml/kg slowly over 3 hours)</li> </ul> <p><b>Note:</b> <i>Emphasis should be given on maintenance fluids and antibiotics upgrade when septic shock is suspected rather than blood transfusion. Blood transfusion in malnutrition to be reserved for anemic child. (&lt;4 g/dl or 4-6 g/dl with respiratory distress)</i></p> <p><b>If signs of heart failure:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give packed cells instead of whole blood</li> <li>• Treat septic shock under infection treatment</li> </ul>

<b>Step 4. Correct electrolyte imbalance (Too little potassium and magnesium, and excess body sodium)</b>		
<b>Prevention/management</b>	<b>Warning signs (clinical signs)</b>	<b>Immediate action</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use ReSoMal and F-75 as these are low in sodium</li> <li>• Do not add salt to food introduced during the rehabilitation phase</li> </ul>	Oedema develops or worsens	<p><b>Follow feeding recommendation, as well as recommendation for treatment of dehydration:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give supplemental potassium at 3-4 mmol/kg/ day for at least 2 weeks.</li> <li>• Potassium can be given as syrup potassium chloride; the common preparation available has 20 mmol of potassium/15 ml.</li> <li>• On day 1, 50% magnesium sulfate (equivalent to 4 mEq/ml) should be given at 0.3 ml/kg to a maximum of 2 ml intramuscularly.</li> <li>• Potassium and magnesium are already added in F-75 and F-100 and ready-to-use therapeutic food (RUTF)</li> </ul> <p>Note: In case F-75 and F-100 or RUTF are not available:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For potassium, add combined minerals and vitamins (CMV) or electrolyte/mineral solution or 10% potassium chloride solution to feeds and to ReSoMal. If these are unavailable, give crushed Slow-K half a tablet/kg body weight daily</li> <li>• For magnesium, add CMV or electrolyte/mineral solution to feeds and to ReSoMal</li> </ul>

<b>Step 5. Treat infections</b>		
<b>Prevention/management</b>	<b>Warning signs (clinical signs)</b>	<b>Immediate action</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keep malnutrition ward in a separate room</li> <li>• Reduce overcrowding</li> <li>• Wash hands before preparing feeds and</li> </ul>	<p><b>Note:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The usual signs of infection, such as fever, are often absent. Assume all severely malnourished children have</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starting on the first day, give broad-spectrum antibiotics to all children</li> </ul> <p><b>If the child has no complications, give:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicillin 25–40 mg/kg every 12 hours for 5 days</li> </ul> <p>or:</p>

<p>before and after dealing with any child</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give measles vaccine to unimmunized children aged over 6 months</li> <li>• Provide good nursing care</li> </ul>	<p>infection and treat with antibiotics</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypothermia and hypoglycaemia are signs of severe infection</li> </ul> <p><b>Note:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensure all doses are taken as prescribed</li> </ul>	<p><b>If the child is severely ill (apathetic, lethargic) or has complications (hypoglycaemia, hypothermia, raw skin/fissures, respiratory tract or urinary tract infection), give:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gentamicin* IV or intramuscular (IM) 7.5 mg/kg once per day up to 7 days and</li> <li>• Ampicillin: 50 mg/kg IM/IV 6-hourly for 2 days, followed then by oral amoxicillin 25–40 mg/kg every 12 hours for 5 days</li> </ul> <p><i>* If the child is not passing urine, gentamicin may accumulate in the body and cause deafness. Do not give the second dose until the child is passing urine.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For Dysentery, Ciprofloxacin 20 mg/kg/day or Ofloxacin syrup 15mg/kg/day in 2 divided doses; IV ceftriaxone 50 mg/kg/day 12 hourly if child is sick or has already received nalidixic acid</li> </ul> <p><b>If with medical complications and resistant to amoxicillin and ampicillin, give:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefotaxime for children or infants older than 1 month 50 mg/kg every 8–12 hours plus oral ciprofloxacin 10–20 mg/kg twice per day for 5 days.</li> <li>• For septic shock or no improvement or worsening, Add third generation cephalosporin, i.e. IV cefotaxime 100 mg/kg/day 8 hourly</li> <li>• Add IV cloxacillin 25–50 mg/kg 4 times per day for 14 to 21 days if staphylococcal infection is suspected; revise therapy based on the culture sensitivity report.</li> <li>• For Meningitis in initial 48 hr, IV cefotaxime 200 mg/kg/day IV 6 hourly with IV amikacin 15 mg/kg/day 1-2 doses</li> <li>• Metronidazole for 5-7 days for anaerobic and parasitic infection</li> </ul> <p><b>For parasitic worms (helminthiasis, whipworm), treatment should be delayed until the rehabilitation phase:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For children aged over 2 years: give albendazole (400 mg, single dose) or mebendazole 100 mg orally twice a day for 3 days</li> <li>• For children aged under 2 years: give pyrantel (10 mg/kg, single dose) or treat ascariasis with pyrantel or piperazine (give albendazole – 200 mg)</li> </ul>
---	--	--

## Step 6. Correct micronutrient deficiencies

### Note: Severely malnourished children are at high risk of blindness due to vitamin A deficiency

All severely malnourished children have vitamin and mineral deficiencies. Micronutrients should be used as an adjunct to treatment in safe and effective doses. Up to twice the recommended daily allowance of various vitamins and minerals should be used.

- Give vitamin A on day 1, day 2 and at the end of rehabilitation if the child has visible signs of vitamin A deficiency (Signs), signs of eye infection, diarrhoea, and has measles now or has had in the past 3 months. For corneal ulceration add atropine drops, tetracycline drops and bandage.
- For all other children, give one dose at the end of rehabilitation.

Vitamin A dosage			
Age	< 6 months	6 to 12 months	> 12 months
Dose	50000 IU	100000 IU	200000 IU

- If Children > 1 yr but weighing < 8 kg, they should receive half the age related dose of vitamin A.

#### Give the following daily:

- Folic acid: 5 mg on day 1; then 1 mg daily till end of rehabilitation, if F-75 and F-100 not given and if micronutrients not included in the feeds
- Multivitamin syrup 5 ml only if F-75 and F-100 not given (if zinc in combo do not need to give separate, prefer to give in combination with zinc to avoid metallic taste of Zn and improve compliance) and if micronutrients not included in the feeds
- Zinc (2 mg/kg body weight/day) and copper (0.3 mg/kg body weight/day) if micronutrients not included in the feeds
- Start iron (3 mg/kg/day) after 2 days on F-100 catch-up formula (do not give iron in the stabilization phase and do not give iron if child receiving F-100 or RUTF)

#### Emergency treatment of severe anemia:

- If a severely malnourished child has severe anemia with a hemoglobin less than 4 g/ dl or between 4 and 6 g/ dl but with respiratory distress, a blood transfusion should be given with whole blood 10 ml/kg bodyweight slowly over 3 hr.
- Diuretic (Furosemide) should be given at the start of the transfusion.
- If the severely anemic child has signs of cardiac failure, packed cells rather than whole blood should be transfused.

#### Note:

- Vitamin A, folic acid, multivitamins, zinc and copper are already added in F-75 and F-100 packets; they are also in CMV.

**Step 7. a) Begin cautious feeding (Stabilization phase and transition phase)**

**Note: Feeding is an essential part of management of severe acute malnutrition.**

**Stabilization phase:**

- Give F-75 formula (see feed chart for amounts). Provide 130 ml/kg/day.
- Give 8–12 feeds over 24 hours (day and night)
- If the child has oedema +++, reduce the volume to 100 ml/kg/day (see feed chart for amounts)
- Always use starting weight to determine feed amounts.

If the child has poor appetite, encourage the mother to coax and support the child finishing the feed. If eating 80% or less of the amount offered for 2 consecutive feeds, use a nasogastric tube. If in doubt, see feed chart for intakes below which tube-feeding is needed.

**Step 7. b) Feeding should start immediately to prevent death. Never bottle-feed. Never leave the child to feed alone**

- Keep a 24-hour intake chart. Measure feeds carefully. Record leftovers
- If the child is breastfed, encourage continued breastfeeding but also give F-75
- Transfer to F-100 or RUTF as soon as appetite has returned (usually within 1 week) and oedema has been resolved or is reduced
- Weigh daily and plot weight

**Transition phase:**

- Change gradually to F-100 or RUTF

**Step 8. Increase feeding to recover weight: catchup growth (Rehabilitation phase)**

- Give 6 feeds over 24 hours of F-100.
- RUTF is an alternative to F-100, recommended to be given to the child during the rehabilitation phase.
- Once the catchup diets are well tolerated, complementary foods (specially modified family meals) should be added as soon as possible to prepare the child for home foods at discharge. These foods should be high in energy and protein.
- Encourage the child to eat as much as possible, so the child can gain weight rapidly. If the child is finishing everything, offer more and increase subsequent feeds. Make sure that the child is actively fed.

- Weigh daily and plot weight if still in facility.

#### **Monitoring progress during treatment**

- If there is a good weight gain of >10 g/kg/day, the same treatment should be continued till recovery.
- If there is a moderate weight gain of 5-10 g/kg/day; food intake should be checked and the children should be screened for systemic infection.
- In case of poor weight gain of <5 g/kg/day possible causes like inadequate feeding, untreated infection, psychological problems and coexisting infections like tuberculosis and HIV should be looked for and managed appropriately.

#### **Step 9. Stimulate emotional and sensorial development (Use loving care, play and stimulation)**

- Provide tender loving care
- Help and encourage mothers to comfort, feed, and play with their children
- Encourage cheerful, stimulating environment and age appropriate structured play therapy for at least 15-30 min/day.
- Once the child is well enough, include age appropriate physical activity.

**Note:** Age appropriate play therapy like, Pretend Play with Dolls and Stuffed Animals, Sensory Play with Sand or Play-Dough, Music and Movement Activities, Art Therapy using Colors and Crafts, Puppet Play and Storytelling, Building Blocks and Construction Play can be introduced accordingly.

#### **Step 10. Prepare for discharge and follow-up**

- Obtain information on family background and socioeconomic status.
- Instruct mothers how to modify family foods, how often to feed and how much to give.
- Establish a link with community health workers for home follow-up.
- Write full clinical summary in patient-held card.
- Send a referral letter to the outpatient clinic.
- If outpatient management of severe malnutrition exists, inform the mother of the closest outpatient care referral point to her home.
- Give the mother ration of RUTF for a week for home-based rehabilitation.

## व्यक्तिगत निगरानी र Follow up

अन्तरङ्ग हेरचाहमा रहेका शिशुहरूको प्रगति प्रत्येक दिन निगरानी गर्ने र शिशुहरूको कार्डमा निम्न अनुसार रेकर्ड गर्ने:

- प्येडियाट्रिक स्केल प्रयोग गरेर तौल प्रत्येक दिन नाप्ने, जस्मा १० ग्राम (वा २० ग्राम) सम्मको precision हुन्छ ।
- पोषणजन्य कारणले सुन्निएको (० देखि +++ ) को तह प्रत्येक दिन लेखाजोखा गर्ने ।
- शरीरको तापक्रम प्रत्येक दिन दुईपटक नाप्ने ।
- सामान्य क्लिनिकल लक्षणहरू (पेटको समस्या, वान्ता, जलबियोजन, खोकी, श्वासको गति, कलेजोको आकार आदि) प्रत्येक दिन टिपोट (नोट) गर्ने ।
- दिइएको कुनै पनि चिकित्सा उपचार र IV इन्फ्युजन वा ट्रान्सफ्युजन रेकर्ड गर्ने ।
- शिशु उपस्थित भए नभएको, वान्ता गरेको वा खाना खान नमानेको जानकारी रेकर्ड गर्ने । यो जानकारी प्रत्येक दिनको प्रत्येक खानाका लागि संकलन गर्ने ।
- MUAC प्रत्येक हप्ता नाप्ने (६ हप्ता भन्दा माथिका शिशुहरूको लागि)
- आमा/हेरचाहकर्तासँग शिशुको प्रगति बारे परामर्श गर्ने ।

यसका अतिरिक्त, स्तनपान गरिरहेका शिशुहरूको निगरानी र कुनै समस्या समाधान सम्बन्धी प्रक्रिया पनि समावेश गर्नुपर्दछ ।

### अनुसूची २२

(परिच्छेद ५ को दफा २८(१) सँग सम्बन्धित)

**६ देखि ५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाको अन्तरंग सेवामा पोषण व्यवस्थापन**

स्थिरीकरण चरणमा रहेका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई उपचारात्मक दूध F-75 खुवाउनुपर्दछ । उक्त दूध चिकित्सकीय जटिलता सहित कडा शीघ्र कुपोषण भएका, कलेजो र मृगौलासम्बन्धि समस्या भएका बालबालिकाको लागि बनाइएको हो । F-75 द्वारा उपचार भइरहेका बालबालिकाको तौल वृद्धि हुँदैन । यो आहारले तौल वृद्धि गर्ने भन्दा उनीहरूको शारीरिक र प्रतिरक्षात्मक कार्य पुनः स्थापना गर्दछ । स्थिरीकरण चरणमा १३० मि/लि./केजी/दिनको मात्रामा उपचारात्मक दूध F-75 दिनुपर्दछ ।

यदि F-75 उपलब्ध नभएमा र दुध तयार गर्ने सुविधाको उपलब्धता भएमा F-75 दूधको स्थानीय तयारीको लागि मार्गदर्शन तल उल्लेख गरिएको छ । :

बालबालिकाको अवस्था अनुसार F-75 कति पटक खुवाउने बारे निर्धारण गर्नुपर्दछ । स्थिरीकरण चरणको समयमा प्रत्येक बालबालिकाको लागि दैनिक खुवाईको एक निश्चित मात्रा हुन्छ, जुन परिवर्तन गर्नु हुँदैन, तर विशेष अवस्थाहरु जस्तै रोगको गम्भीरता र प्रतिक्रियाको आधारमा फरक आहार आवश्यक पर्नसक्छ ।

पहिलो दिन, बालबालिकालाई प्रत्येक २ घण्टामा F-75 को थोरै मात्रा खुवाउनुपर्दछ (२४ घण्टामा १२ पटक खुवाउने, रातिको समयलाई पनि समावेश गरेर) । ६ पटकको खुवाईको तालिका (प्रत्येक ४ घण्टामा खुवाउने) सबैभन्दा व्यावहारिक हुनसक्छ, तर ८ पटक वा १२ पटकको खुवाई तालिका स्थिरीकरण चरणमा विशेष गरी पहिलो केही दिनमा उपयुक्त हुन्छ । राति खुवाउन समस्या भएमा दिनको समयमा ५ देखि ६ पटक खुवाउनुपर्दछ। यद्यपि, यदि दिनको खुवाई कम छ भने, हाइपोग्लाइसीमिया हुने जोखिम बढ्न सक्छ ।

तौल र खुवाईको पटकको आधारमा **खुवाईको मात्राको निर्धारण** गर्नुपर्दछ (निम्न उल्लेखित तालिका अनुसार)।

**स्थिरीकरण चरणमा पोषण व्यवस्थापनका सिद्धान्तहरू:**

- ६ देखि ५९ महिनाका स्तनपान गराइरहेका बालबालिकालाई सधैं F-75 अघि र माग अनुसार स्तनपान गराउनुपर्दछ ।
- दुध कप/कचौरा बाट खुवाउनु पर्दछ र यदि बालबालिकाले मुखबाट पर्याप्त F-75 खान सकेनन् भने NG Tube द्वारा खुवाउनुपर्दछ ।
- कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकामा मांसपेशीको कमजोरी र ढिलो खाना निल्ने कारण aspiration pneumonia हुनसक्छ । त्यसैले, सही तरिकाको खुवाई र बालबालिकाले पर्याप्त मात्रामा दूध प्राप्त गरेको सुनिश्चित गर्न महत्त्वपूर्ण हुन्छ ।
  - बालबालिका आमा/हेरचाकर्ताको काखमा हुनुपर्दछ र उनीहरू आमा/हेरचाकर्ताको छातीतर्फ फर्किएको हुनुपर्दछ, बालबालिकाको एक हात आमा / हेरचाकर्ताको पछाडि हुनुपर्दछ ।
  - आमा/हेरचाकर्ताको हातले बालबालिकालाई समाएर, कप वा कचौरालाई बालबालिकाको चिउँडोको मुनि राख्नु पर्दछ । बालबालिका सिधा बसेको हुनुपर्दछ (ठाडो स्थितिमा) ।
  - F-75 कप/कचौरा मा दिने र त्यसबाट प्लेटमा पोखिएको दूधलाई पुनः प्रयोग गर्न सकिन्छ ।
  - बालबालिकालाई कहिल्यै बलपूर्वक खुवाउनु हुँदैन जस्तै नाक थिचेर, वा ढल्काएर मुखमा दूध हाल्नु हुँदैन।
- F-75 को खुवाईको क्रममा सधैं स्वास्थ्यकर्मीले निगरानी गर्नुपर्दछ ।
- पखाला र बान्ता भएका बालबालिकालाई खुवाई :
  - यदि बालबालिकाले खुवाईको क्रममा वा पछि बान्ता गरेमा, बान्ता गरेको मात्रालाई अनुमान गरी सोहि मात्रा पुनः खुवाउनु पर्दछ ।

- यदि बालबालिकाले निरन्तर बान्ता गरिरहेमा, खुवाईको आधा मात्रालाई दुई पटकको समयमा दिने । उदाहरणका लागि, यदि बालबालिकाले प्रत्येक २ घण्टामा ४० मि.ली. F-75 खानुपर्दछ भने, त्यसको आधा मात्र (२० मि.ली.) प्रत्येक घण्टामा बान्ता नरोकिदा सम्म दिने ।
- दूध खुवाए लगत्तै पखाला हुनु भनेको पाचनमा गडबडी भएको हुनसक्छ । यस्तो अवस्थामा हरेक पटक पखाला लाग्दैन ReSoMal नदिने तर उल्लेखनीय तौल घटेमा (कडा जलवियोजनको सङ्केत) ReSoMal दिने ।

खुवाउने समयमा आमा/हेरचाहकर्ताहरू समुहमा वरिपरि सँगै बस्न सक्दछन् र उनीहरूलाई स्वास्थ्यकर्मीले प्रोत्साहन, खुवाउने विधि सच्याउन र बालबालिकाले दूध कसरी खान्छ भनेर अवलोकन गर्न सक्दछन् । स्वास्थ्यकर्मीले आमा/हेरचाहकर्ताहरूले खाना छुट्टै बसेर खाएको सुनिश्चित गर्नुपर्दछ । बालबालिकाको अवस्थाको कारण बालबालिकासँग खाना बाँड्नु हुँदैन। F-75 बाहेक बालबालिकाले पाउनुपर्ने एक मात्र खाना आमाको दूध हो।

#### स्थिरीकरण चरणमा बालबालिकालाई खुवाउनका लागि न्याजोग्यास्ट्रिक ट्यूब (NG Tube) को प्रयोग:

बालबालिकामा निम्न अवस्था भएमा न्याजोग्यास्ट्रिक ट्यूब (NG Tube) प्रयोग गर्नुपर्दछ:

- निरन्तर दुई वा तीन पटकको आहारमा तोकिएको आहारको ८० प्रतिशतभन्दा कम लिएमा ।
- निमोनिया (छिटो श्वासप्रश्वास दर) छ र निल्नमा समस्या भएमा।
- मुखमा दुख्ने खालका घाउहरू भएमा ।
- ओठ तथा तालु फाटेको अवस्था (cleft palate) वा अन्य शारीरिक अशक्तता भएमा ।
- चेतनाको स्तर कमजोर देखिएमा ।



NG Tube बाट आहार दिने कार्य प्रशिक्षित र अनुभवी कर्मचारीद्वारा गरिनुपर्दछ । प्रयोग गरिने NG Tube को आकार बालबालिकाको अनुसार अनुकूलित गरिनुपर्छ । प्रत्येक पटक खाना हाल्दा NG Tube जाँच गर्नुपर्दछ । Syringe द्वारा हावा प्रवाह गर्दै ट्यूबको स्थान जाँच गर्ने र पेटमा गडगडाहटको आवाज सुन्ने प्रयास गर्ने। यदि ट्यूब थुनिएको छ भने, ट्यूब परिवर्तन गर्ने । F-75 लाई NG Tube मार्फत धेरै मात्रामा प्रवाह नगर्ने ; यसलाई बिस्तारै बग्न दिने वा हल्का दबाव प्रयोग गर्ने ।

मौखिक वा NG Tube आहारका कारण पेटको फुल्ने हुनसक्छ , तर यो बढीजसो NG Tube आहारका कारण हुनसक्छ। यदि बालबालिकामा सार्हो, फुलेको पेट र अत्यन्त कम आन्द्राको आवाज भएमा , २ मि.ली ५०% Magnesium Sulphate, IM दिने ।

#### NG Tube हटाउने, यदि बालबालिकाले :

- दैनिक आहारको ८०% मौखिक रूपमा लिएमा; अथवा
- लगातार दुई आहार पूर्ण रूपमा मुखबाट लिन्छ भने (अपवाद: यदि बालबालिकाले राति लगातार दुई आहार पूर्ण रूपमा मुखबाट लिएमा, बिहानसम्म NG Tube ननिकाल्ने, ताकि राति फेरि आवश्यकता परेमा प्रयोग गर्न सकियोस्) । NG Tube को प्रयोग तीन दिनभन्दा बढी नगर्ने र यसलाई केवल स्थिरीकरण चरणमा मात्र प्रयोग गर्ने ।

तालिका १२: पोषणजन्य कारणले नसुनिएको वा न्यून तथा मध्यम सुनिएको कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरू (O, +, ++ ) का लागि F-75 को मात्रा

बालबालिकाको तौल (के.जि.)	प्रत्येक खुवाईको F-75 को मात्रा (मि.लि.) <sup>a</sup>			दैनिक कुल (१३० मि.लि./के.जि)	दैनिक जम्माको <sup>a</sup> न्यूनतम ८०%
	प्रत्येक २ घण्टामा <sup>b</sup> (१२ पटक खुवाई)	प्रत्येक ३ घण्टामा <sup>c</sup> (८ पटक खुवाई)	प्रत्येक ४ घण्टामा (६ पटक खुवाई)		
२.०	२०	३०	४५	२६०	२१०
२.२	२५	३५	५०	२८६	२३०
२.४	२५	४०	५५	३१२	२५०
२.६	३०	४५	५५	३३८	२६५
२.८	३०	४५	६०	३६४	२९०
३.०	३५	५०	६५	३९०	३१०
३.२	३५	५५	७०	४१६	३३५
३.४	३५	५५	७५	४४२	३५५
३.६	४०	६०	८०	४६८	३७५
३.८	४०	६०	८५	४९४	३९५
४.०	४५	६५	९०	५२०	४१५
४.२	४५	७०	९०	५४६	४३५
४.४	५०	७०	९५	५७२	४६०
४.६	५०	७५	१००	५९८	४८०
४.८	५५	८०	१०५	६२४	५००
५.०	५५	८०	११०	६५०	५२०
५.२	५५	८५	११५	६७६	५४०
५.४	६०	९०	१२०	७०२	५६०
५.६	६०	९०	१२५	७२८	५८०
५.८	६५	९५	१३०	७५४	६०५
६.०	६५	१००	१३०	७८०	६२५
६.२	७०	१००	१३५	८०६	६४५
६.४	७०	१०५	१४०	८३२	६६५
६.६	७५	११०	१४५	८५८	६८५
६.८	७५	११०	१५०	८८४	७०५
७.०	७५	११५	१५५	९१०	७३०
७.२	८०	१२०	१६०	९३६	७५०
७.४	८०	१२०	१६०	९६२	७७०
७.६	८५	१२५	१६५	९८८	७९०
७.८	८५	१३०	१७०	१०१४	८१०

८.०	९०	१३०	१७५	१०४०	८३०
८.२	९०	१३५	१८०	१०६६	८५५
८.४	९०	१४०	१८५	१०९२	८७५
८.६	९५	१४०	१९०	१११८	८९५
८.८	९५	१४५	१९५	११४४	९१५
९.०	१००	१४५	२००	११७०	९३५
९.२	१००	१५०	२००	११९६	९६०
९.४	१०५	१५५	२०५	१२२२	९८०
९.६	१०५	१५५	२१०	१२४८	१०००
९.८	११०	१६०	२१५	१२७४	१०२०
१०.०	११०	१६०	२२०	१३००	१०४०

<sup>a</sup> मात्रालाई यो कोलममा नजिकको ५ मि.लि मा राउण्ड उप गरिएको छ

<sup>b</sup> पहिलो दिनमा कम्तीमा २ घण्टामा एक पटक खुवाउने । त्यसपछि, यदि बान्ता कम वा छैन, सामान्य पखाला (<५ पटक पानी जस्तो पखाला प्रतिदिन) र अधिकांश खुवाइएका खाना सकिरहेको छ भने, ३ घण्टामा एक पटक खुवाउन पर्दछ ।

<sup>c</sup> ३ घण्टामा खुवाएपछि एक दिनपछि : यदि बान्ता छैन, कम पखाला छ र अधिकांश खुवाइएका खाना सकिरहेको छ भने, ४ घण्टामा एक पटक खुवाउन पर्दछ।

**तालिका १३: कडा (+++) पोषणजन्य कारणले सुनिएको कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरुको लागि F-75 को मात्रा**

भएको तौल (के.जि.)	प्रत्येक फीडमा F-75 को मात्रा (मि.लि.) <sup>क</sup>			दैनिक जम्मा (१०० मि.लि./के.जि.)	दैनिक जम्माको <sup>क</sup> न्यूनतम ८०%
	प्रत्येक २ घण्टामा <sup>ख</sup> (१२ पटक खुवाई)	प्रत्येक ३ घण्टामा <sup>ग</sup> (८ पटक खुवाई)	प्रत्येक ४ घण्टामा (६ पटक खुवाई)		
३.०	२५	४०	५०	३००	२४०
३.२	२५	४०	५५	३२०	२५५
३.४	३०	४५	६०	३४०	२७०
३.६	३०	४५	६०	३६०	२९०
३.८	३०	५०	६५	३८०	३०५
४.०	३५	५०	६५	४००	३२०
४.२	३५	५५	७०	४२०	३३५
४.४	३५	५५	७५	४४०	३५०
४.६	४०	६०	७५	४६०	३७०
४.८	४०	६०	८०	४८०	३८५
५.०	४०	६५	८५	५००	४००
५.२	४५	६५	८५	५२०	४१५
५.४	४५	७०	९०	५४०	४३०
५.६	४५	७०	९५	५६०	४५०
५.८	५०	७५	९५	५८०	४६५

६.०	५०	७५	१००	६००	४८०
६.२	५०	८०	१०५	६२०	४९५
६.४	५५	८०	१०५	६४०	५१०
६.६	५५	८५	११०	६६०	५३०
६.८	५५	८५	११५	६८०	५४५
७.०	६०	९०	११५	७००	५६०
७.२	६०	९०	१२०	७२०	५७५
७.४	६०	९५	१२५	७४०	५९०
७.६	६५	९५	१२५	७६०	६१०
७.८	६५	१००	१३०	७८०	६२५
८.०	६५	१००	१३५	८००	६४०
८.२	७०	१०५	१३५	८२०	६५५
८.४	७०	१०५	१४०	८४०	६७०
८.६	७०	११०	१४५	८६०	६९०
८.८	७५	११०	१४५	८८०	७०५
९.०	७५	११५	१५०	९००	७२०
९.२	७५	११५	१५५	९२०	७३५
९.४	८०	१२०	१५५	९४०	७५०
९.६	८०	१२०	१६०	९६०	७७०
९.८	८०	१२५	१६५	९८०	७८५
१०.०	८५	१२५	१६५	१०००	८००
१०.२	८५	१३०	१७०	१०२०	८१५
१०.४	८५	१३०	१७५	१०४०	८३०
१०.६	९०	१३५	१७५	१०६०	८५०
१०.८	९०	१३५	१८०	१०८०	८६५
११.०	९०	१४०	१८५	११००	८८०
११.२	९५	१४०	१८५	११२०	८९५
११.४	९५	१४५	१९०	११४०	९१०
११.६	९५	१४५	१९५	११६०	९३०
११.८	१००	१५०	१९५	११८०	९४५
१२.०	१००	१५०	२००	१२००	९६०

<sup>क</sup> मात्रालाई यो कोलममा नजिकको ५ मि.लि मा राउण्ड उप गरिएको छ ।

<sup>ख</sup> कम्तिमा पहिलो दिनको लागि २ घण्टामा एकपटक खुवाउने । त्यसपछि, यदि केही वा बान्ता छैन भने, सामान्य पखाला )< ५ पानी जस्तो पखाला प्रतिदिन(, र अधिकतम खुवाएको खाना समाप्त भइरहेको छ भने, ३ घण्टामा एकपटक खुवाउन थाल्ने।

<sup>ग</sup> ३ घण्टामा खुवाउने प्रणालीमा एक दिन पछि: यदि बान्ता छैन, कम पखाला छ, र अधिकतम खुवाएको खाना समाप्त भइरहेको छ भने, ४ घण्टामा एकपटक खुवाउन थाल्ने ।

व्यावसायिक F-75 को अभावमा, खाना पकाउने सुविधा उपलब्ध भएमा F-75 स्थानीय रूपमा तयार गर्न सकिन्छ ।

तालिका १४: F-75 को स्थानिय रूपमा तयार गर्ने विधिहरू (Recipes)

विकल्पहरू	सामग्री	F-75को लागि मात्रा
चिल्लो पदार्थ रहित धुलो दूध (Dried Skimmed Milk)	- धुलो दूध - चिनी - अनाजको पिठो - वनस्पति तेल - खनिज र भिटामिनको मिश्रण* - १००० मि.लि. बनाउनको लागि पनि	- २५ ग्राम - ७० ग्राम - ३५ ग्राम - ३० ग्राम - ½ लेभल स्कूप - 1000 मि.लि.**
चिल्लो पदार्थ सहितको धुलो दूध (Dried Whole Milk)	- धुलो दूध - चिनी - अनाजको पिठो - वनस्पति तेल - खनिज र भिटामिनको मिश्रण* - १००० मि.लि. बनाउनको लागि पनि	- ३५ ग्राम - ७० ग्राम - ३५ ग्राम - २० ग्राम - ½ लेभल स्कूप - १००० मि.लि.**
ताजा गाईको पूर्ण दूध (चिल्लो नहटाएको)	- ताजा गाईको दूध - चिनी - अनाजको पिठो - वनस्पति तेल - खनिज र भिटामिनको मिश्रण* - १००० मि.लि. बनाउनको लागि पनि	- ३०० मि. लि. - ७० ग्राम - ३५ ग्राम - २० ग्राम - ½ लेभल स्कूप - १००० मि.लि.**
*CMV उपलब्ध छैन भने खनिज मिश्रण प्रयोग गर्नुपर्दछ (एक लिटर तयारीको लागि २० मि.लि.) । *यदि CMV उपलब्ध छ भने, मल्टिभिटामिनको सट्टा CMV को आधा स्कूप प्रयोग गर्ने ।		
F-75 को लागि सामग्री (अनाज बिना)	- ताजा गाईको दूध - दूध - चिनी - वनस्पति तेल - * * मल्टिभिटामिन - तयार गर्ने कुल मात्रा	- ३०० मि. लि. - १०० ग्राम - २० मि. लि. - २० मि. लि. - १००० मि. लि.

**अन्नको पिठोले F-75 तयार गर्ने तरिका:**

यसका लागि १ लिटरको इलेक्ट्रिक ब्लेंडर वा हातले फिट्ने उपकरण , १ लिटरको जग, खाना पकाउने भाँडो, र चुलो चाहिन्छ । चाहिने सामग्रीहरूको मात्रा माथिको तालिकामा उल्लेखित छ । अनाजको पीठो, मकै, चामल, गहुँको पिठो, वा सो क्षेत्रको मुख्य अनाज हुन सक्ने कुनै पनि अन्न समावेश गर्न सकिन्छ ।

खाना पकाउने क्रममा उमालेर सेलाएको पानी प्रयोग गर्नुपर्दछ किनभने दूध पकाउनको लागि मात्र ४ मिनेट सामान्य रूपमा उमाले पुग्छ जसले गर्दा पानीमा रहेका किटाणुहरू निस्क्रिय नहुन सक्छन्। पानीलाई सेलाउनु पर्दछ किनभने पाउडरमा उमालेको पानी थप्दा डल्ला पर्नसक्छ ।

यदि इलेक्ट्रिक ब्लेंडर (Electric Blender) प्रयोग गरेमा:

१. ब्लेंडरमा उमालेर सेलाएको पानी लगभग २०० मि. लि. राख्ने। (यदि दूध पाउडरको सट्टा तरल दूध प्रयोग गरिएको छ भने, यो चरण छोड्ने।)
२. पीठो, दूध वा दूध पाउडर, चिनी र तेल राखेर ब्लेंड (Blend) गर्ने।
३. उमालेर सेलाएको पानी १००० मि.लि. को चिन्हसम्म थप्ने र मिश्रण गर्ने।
४. मिश्रणलाई खाना पकाउने भाँडोमा सार्ने र ४ मिनेटसम्म विस्तारै चलाउदै उमाल्ने।
५. खाना पकाउँदा केही पानी घट्छ, त्यसैले पकाएर मिश्रणलाई ब्लेन्डरमा सार्ने र उमालेर सेलाको पानी हालेर मिश्रणलाई १००० मि.लि. बनाउने। CMV मिश्रण थप्ने र फेरी ब्लेंड गर्ने।

यदि हातले फिट्ने उपकरण प्रयोग गरेमा:

- क) एक लिटरको जगमा पिठो, दूध वा दूध पाउडर, चिनी र तेल मिसाउने। (यदि दूध पाउडर हो भने, यो पेस्ट बन्छ।)
- ख) विस्तारै उमालेर सेलाएको, पानी १००० मि.लि.सम्म थप्ने।
- ग) मिश्रण खाना पकाउने भाँडोमा सार्ने र मिश्रणलाई फिट्ने
- घ) लगातार चलाउदै ४ मिनेटसम्म विस्तारै उमाल्ने।
- ङ) खाना पकाउँदा केही पानी घट्न सक्छ, त्यसैले पकाएको मिश्रण फेरी जगमा हालेर फेरि १००० मि.लि. हुने गरि उमालेर सेलाएको पानी थप्ने। CMV मिश्रण थप्ने र फेरी फिट्ने।

**तालिका १५: F-100 खुवाउनको लागि परिमाणको दायरा**

बालबालिकाको तौल (किग्रा)	F-100 को ४-घण्टामा एक पटक खुवाउने मात्रा (दैनिक ६ पटक खुवाउने)		F-100 को दैनिक मात्रा को रेन्ज	
	न्यूनतम (मिलि)	अधिकतम (मिलि) <sup>a</sup>	न्यूनतम (१५० मि.लि/के.जि./दिन)	अधिकतम (२२० मि.लि/के.जि./दिन)
२.०	५०	७५	३००	४४०
२.२	५५	८०	३३०	४८४
२.४	६०	९०	३६०	५२८
२.६	६५	९५	३९०	५७२
२.८	७०	१०५	४२०	६१६
३.०	७५	११०	४५०	६६०
३.२	८०	११५	४८०	७०४
३.४	८५	१२५	५१०	७४८
३.६	९०	१३०	५४०	७९२
३.८	९५	१४०	५७०	८३६
४.०	१००	१४५	६००	८८०
४.२	१०५	१५५	६३०	९२४

୪.୪	୧୧୦	୧୬୦	୬୬୦	୧୬୮
୪.୬	୧୧୫	୧୬୦	୬୯୦	୧୦୧୨
୪.୮	୧୨୦	୧୬୫	୭୨୦	୧୦୫୬
୫.୦	୧୨୫	୧୮୫	୭୫୦	୧୧୦୦
୫.୨	୧୩୦	୧୯୦	୭୮୦	୧୧୪୪
୫.୪	୧୩୫	୨୦୦	୮୧୦	୧୧୮୮
୫.୬	୧୪୦	୨୦୫	୮୪୦	୧୨୩୨
୫.୮	୧୪୫	୨୧୫	୮୭୦	୧୨୭୬
୬.୦	୧୫୦	୨୨୦	୯୦୦	୧୩୨୦
୬.୨	୧୫୫	୨୩୦	୯୩୦	୧୩୬୪
୬.୪	୧୬୦	୨୩୫	୯୬୦	୧୪୦୮
୬.୬	୧୬୫	୨୪୦	୯୯୦	୧୪୫୨
୬.୮	୧୭୦	୨୫୦	୧୦୨୦	୧୪୯୬
୭.୦	୧୭୫	୨୫୫	୧୦୫୦	୧୫୪୦
୭.୨	୧୮୦	୨୬୫	୧୦୮୦	୧୫୮୮
୭.୪	୧୮୫	୨୭୦	୧୧୧୦	୧୬୩୨
୭.୬	୧୯୦	୨୮୦	୧୧୪୦	୧୬୭୬
୭.୮	୧୯୫	୨୮୫	୧୧୭୦	୧୭୨୦
୮.୦	୨୦୦	୨୯୫	୧୨୦୦	୧୭୬୪
୮.୨	୨୦୫	୩୦୦	୧୨୩୦	୧୮୦୮
୮.୪	୨୧୦	୩୧୦	୧୨୬୦	୧୮୫୨
୮.୬	୨୧୫	୩୨୫	୧୨୯୦	୧୮୯୬
୮.୮	୨୨୦	୩୩୫	୧୩୨୦	୧୯୪୦
୯.୦	୨୨୫	୩୩୦	୧୩୫୦	୧୯୮୪
୯.୨	୨୩୦	୩୩୫	୧୩୮୦	୨୦୨୮
୯.୪	୨୩୫	୩୪୫	୧୪୧୦	୨୦୭୨
୯.୬	୨୪୦	୩୫୦	୧୪୪୦	୨୧୧୬
୯.୮	୨୪୫	୩୬୦	୧୪୭୦	୨୧୬୦
୧୦.୦	୨୫୦	୩୬୫	୧୫୦୦	୨୨୦୪

<sup>a</sup> Volumes per feed are rounded to the nearest 5 ml.

**F-100 को अभावमा र खाना पकाउने सुविधा उपलब्धतामा भएमा F-100 स्थानीय रूपमा तयार गर्न सकिन्छ ।**

विकल्पहरु	सामग्री	F-100 को मात्रा
चिल्लो पदार्थ रहित धुलो दूध (Dried Skimmed Milk)	धुलो दूध चिनी वनस्पति तेल खनिज र भिटामिनको मिश्रण* १००० मि.लि. बनाउनको लागि पानि	८० ग्राम ५० ग्राम ६० ग्राम ½ लेभल स्कूप १००० मि.लि.
चिल्लो पदार्थ सहितको धुलो दूध (Dried Whole Milk)	धुलो दूध चिनी वनस्पति तेल CMV मिश्रण* १००० मि.लि. बनाउनको लागि पानि	110 ग्राम ५० ग्राम ३० ग्राम ½ लेभल स्कूप १००० मि.लि.
ताजा गाईको पूर्ण दूध (चिल्लो नहटाएको)	ताजा गाईको दूध, चिनी वनस्पति तेल CMV मिश्रण * १००० मि.लि. बनाउनको लागि पानि	880 मि.लि. ७५ ग्राम २० ग्राम ½ लेभल स्कूप १००० मि.लि.
*CMV उपलब्ध छैन भने खनिज मिश्रण प्रयोग गर्नुपर्दछ (एक लिटर तयारीको लागि २० मि.लि.) । *यदि CMV उपलब्ध छ भने, मल्टिभिटामिनको सट्टा CMV को आधा स्कूप प्रयोग गर्ने ।		
F-75 को लागि सामग्री (अनाज बिना)	ताजा गाई दूध दूध चिनी वनस्पति तेल * * मल्टिभिटामिन कुल बनाउने मात्रा	३०० मि.लि. १०० ग्राम २० मि.लि. २० मि.लि. १००० मि.लि.

### नपकाएको F-100 बनाउने तरिका

यदि इलेक्ट्रिक ब्लेंडर प्रयोग गरेमा:

1. ब्लेंडरमा २०० मि.लि. उमालेर सेलाएको पानी हाल्ने । (यदि दूध पाउडरको सट्टा तरल दूध प्रयोग गरिएको छ भने, यो चरण छोड्ने ।)
2. आवश्यक मात्रामा दूध वा दूध पाउडर, चिनी, तेल, र खनिज मिश्रण थप्ने ।
3. उमालेर सेलाएको पानी १००० मि.लि. को लेबलसम्म राख्ने र त्यसपछि राम्रोसँग मिश्रण गर्ने ।

यदि हातले फिट्ने उपकरण प्रयोग गरेमा :

1. एक लिटरको जगमा आवश्यक मात्रामा दूध पाउडर र चिनी राख्ने; त्यसपछि तेल हाल्ने र पेस्ट बनाउनको लागि राम्रोसँग चलाउने । (यदि तरल दूध प्रयोग गरेमा, चिनी र तेल मिसाउने, र त्यसपछि दूध थप्ने ।)
2. यसमा खनिज मिश्रण मिसाउदै उमालेर सेलाएको पानी १००० मि.लि. सम्म थप्ने र घोल्ने ।
3. राम्रोसँग फिट्ने ।

## अनुसूची २३

(परिच्छेद ५ को दफा ३० सँग सम्बन्धित)

### ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकालाई अन्तरङ्ग हेरचाह सेवाबाट बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा स्थानान्तरणको मापदण्ड

६-५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकालाई निम्न अवस्थामा मात्रै अन्तरङ्ग हेरचाह सेवाबाट बहिरङ्ग हेरचाह सेवामा स्थानान्तरण गर्न सकिन्छः

१. बालबालिकामा स्थानान्तरण गर्नु भन्दा २४-४८ घण्टा अगाडि कुनै पनि खतरनाक लक्षणहरू नदेखिएमा ; र
२. जुन चिकित्सकीय समस्याले अस्पताल भर्ना भएका थिए त्यहि समस्या समाधान भई अन्तरङ्ग हेरचाहको आवश्यकता नभएमा; र
३. निरन्तर तौल नघटेमा (ख्याउटेपनको कारणले मात्रै भर्ना गरिएका बालबालिकाहरूमा कुनै पनि समयमा पोषणजन्य कारणले नसुन्निएको); र
४. पोषणजन्य कारणले सुन्निएको तह +++ ग्रेडको नभएमा र समाधान हुँदै गरेको अवस्थामा; र
५. खानाको रुची भएमा, र
६. पोषणसँग सम्बन्धित मध्यम वा दीर्घकालीन हेरचाहको आवश्यकता पर्ने चिकित्सकीय समस्याहरूलाई उपयुक्त हेरचाहमा प्रेषण गर्ने सबै प्रयासहरू गरिएको र अन्तरङ्ग हेरचाहको सीमा पुगिसकेको अवस्थामा ।

## अनुसूची २४

(परिच्छेद ५ को दफा ३३ सँग सम्बन्धित)

### भोक जाँच

बालबालिकामा भोक जाँचको लेखाजोखा , कडा शीघ्र कुपोषणको जटिलता पत्ता लगाउने एक तरिका हो । यसका लागि (IMNCI) संकेतहरूमा मात्र भर पर्नु हुदैन । बालबालिकालाई तयारी उपचारात्मक खानाको एक प्याकेट दिएर र उनीहरूले कति र कसरी खान्छन् हेरेर भोक जाँच गरिन्छ । स्वास्थ्यकर्मीको निगरानीमा छुट्टै शान्त ठाउँमा भोक जाँच गर्नुपर्दछ । कहिलेकाहीं बालबालिकाले तयारी उपचारात्मक खाना वातावरण वा कर्मचारीको डर, त्रासले गर्दा राम्रोसँग नखान सक्छन् , विशेष गरि यदि भिड र हो-हल्ला भएमा । यदि शान्त ठाउँ उपलब्ध छैन भने, स्वास्थ्य संस्था बाहिर भोक जाँच गर्न सकिन्छ।

### भोक जाँच गर्ने प्रकृया:

१. हेरचाहकर्तालाई भोक जाँचको उद्देश्य र प्रक्रिया बारे व्याख्या गर्ने ।
  २. भोक जाँच गर्नु अघि बालबालिकाले अन्तिम पटक कहिले खाएको वा पिएको थियो भन्ने कुरा हेरचाहकर्तासँग पुष्टि गर्ने । बालबालिकाले पहिले नै केहि खाएको कारणले गर्दा भोक जाँच सफल वा असफल हुन सक्दछ ।
  ३. हेरचाहकर्ताले आफ्नो तथा बालबालिकाको हात र मुख राम्ररी धुने ।
  ४. हेरचाहकर्ताले बालबालिकालाई आफ्नो काखमा राखेर सजिलोसँग बस्ने र बालबालिकालाई प्याकेटबाट तयारी उपचारात्मक खाना दिने वा आफ्नो औंलामा थोरै मात्रामा राखेर खुवाउने । हेरचाहकर्ताले सुरुमा बालबालिकालाई तयारी उपचारात्मक खानाको प्याकेटसँग खेल्न दिने र वातावरणसँग घुलमिल हुन दिने । यसले बालबालिकाको आत्मविश्वास बढाउन मद्दत गर्दछ ।
  ५. सधैं बालबालिकालाई हौसला दिँदै, हेरचाहकर्ताले बालबालिकालाई बिस्तारै तयारी उपचारात्मक खानाको खुवाउनु पर्दछ । यदि बालबालिकाले अस्वीकार गरेमा, हेरचाहकर्ताले बिस्तारै बालबालिकालाई हौसला दिँदै तयारी उपचारात्मक खाना खुवाउनुपर्दछ । भोक जाँच गर्दा सामान्यतया थोरै समय देखि एक घण्टासम्म पनि लाग्न सक्दछ । बालबालिकालाई जबरजस्ती गरेर तयारी उपचारात्मक खाना खुवाउनु हुँदैन।
  ६. बालबालिकालाई तयारी उपचारात्मक खाना खुवाउदै गर्दा प्रशस्त सुरक्षित पानी दिनुपर्दछ ।
- भोक जाँच गर्दा सामान्यतया थोरै समय (१५ मिनेट) लग्न सक्छ तर झिञ्झिने/सुस्त/लजालु/कम भोक भएका बालबालिकालाई एक घण्टासम्म पनि लाग्न सक्दछ । बालबालिकालाई ३० मिनेट वा बढी समयसम्म तयारी उपचारात्मक खाना खाएको अवलोकन गर्ने र भोक जाँचमा पास वा फेल भएको निर्णय गर्ने ।

### भोक जाँचको नतिजा

पास	फेल
बालबालिकाले एक घण्टामा कम्तीमा एक चौथाई (१/४) तयारी उपचारात्मक खाना खाएमा	बालबालिकाले एक घण्टामा कम्तीमा एक चौथाई (१/४) तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) नखाएमा

### नोटहरू:

- हेरचाहकर्ता / स्वास्थ्यकर्मीलाई बालबालिकाले स्वाद मन नपरेर वा डर मानेर तयारी उपचारात्मक खाना नखाएको जस्तो लागे पनि यी बालबालिकालाई अन्तरङ्ग हेरचाह सेवामा प्रेषण गर्नुपर्दछ ।
- भोक जाँच सधैं ध्यानपूर्वक गर्नुपर्दछ । यदि बालबालिकाको भोकबारे कुनै शंका लागेमा, उनीहरूलाई पर्याप्त खाना नखादासम्म अन्तरङ्ग हेरचाहमा उपचारका लागि प्रेषण गर्नुपर्दछ ।
- भोक जाँचले बालबालिकालाई कम्तिमा पनि शरिरको तौललाई कायम राख्न एक दिनमा आवश्यक पर्ने खानाको मात्रा खान सकेको सुनिश्चित गर्दछ ।
- यदि बिरामीले पर्याप्त उपचारात्मक खाना नखाएको कारणले उनीहरूको अवस्था झन् बिग्रने जोखिम छ भने, उनीहरूलाई घर पठाउन हुँदैन।

**अनुसूची २५**  
(परिच्छेद ५ को दफा ३३ सँग सम्बन्धित)  
**बहिरंग हेरचाह सेवामा दर्ता**

६-५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाहरू, जसले तल दिइएको भोक जाँच पास गरे र अन्तरङ्ग हेरचाहको आवश्यकता पर्ने कुनै जटिलताहरू वा लक्षणहरू छैनन् भने बालबालिकालाई बहिरङ्ग सेवामा उपचार गर्न सकिन्छ ।

**दर्ताको प्रकारहरू:**

- नयाँ दर्ता: पोषण लेखाजोखा (Nutrition Screening) कार्यक्रमबाट तथा स्वयं प्रेषण भइ आएका
- पुनः दर्ता (२ महिनाभित्र पुनः दर्ता भएमा )
- अन्य बहिरङ्ग सेवाबाट स्थानान्तरण (अर्को स्वास्थ्य संस्थाबाट)
- अन्तरङ्ग हेरचाह सेवाबाट स्थानान्तरण गरिएको र अन्तरङ्ग सेवाबाट पुनः बहिरंग सेवामा फिर्ता गरिएको (बिरामीलाई बहिरङ्ग सेवामा दर्ता गरिएको थियो, उपचारको क्रममा अन्तरङ्ग सेवामा प्रेषण गरिएको थियो, र स्थिरीकरणपछि बहिरंग सेवामा गरिएको)
- डिफिल्टर पछि फेरी दर्ता

**अनुसूची २६**  
(परिच्छेद ५ को दफा ३४ सँग सम्बन्धित)  
**बहिरङ्ग हेरचाहमा चिकित्सकीय व्यवस्थापन**

कडा शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकाहरूमा उप-चिकित्सकीय लक्षणहरू निम्त्याउन सक्ने अन्तर्निहित रोगहरूको उपचार गर्न, बहिरङ्ग हेरचाहमा भर्ना भएका सबै नयाँ केसहरूलाई निम्न तालिका अनुसार उपचार गर्नुपर्दछ। अन्तरङ्ग हेरचाह (वा अर्को बहिरङ्ग हेरचाह) बाट स्थानान्तरण भएका बालबालिकाको लागि, पहिले प्राप्त गरेका उपचारहरूको पुष्टि गर्नुपर्दछ र तल उल्लेख गरिए अनुसार व्यवस्थित उपचारलाई त्यसअनुरूप अनुकूलन गर्नुपर्दछ ।

**तालिका १६ : व्यवस्थित चिकित्सकीय उपचार**

उपचार	उमेर/तौल	कहिले
एमोक्सिसिलिन	अन्तरङ्ग हेरचाहबाट स्थानान्तरण भएका बाहेक सबै कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरू	भर्ना गर्दा, ५ दिनसम्म दुई पटक दिने
मलेरियाको औषधि	राष्ट्रिय मलेरिया उपचार प्रोटोकल अनुसार, नेपाल सरकार	
अलबेन्डाजोल	सबै १२ महिना माथिका शीघ्र कुपोषित बालबालिका १२ महिना मुनिका बालबालिकालाई प्रयोग नगर्ने	१२-२३ महिना : २०० मि.ग्रा २४ महिना वा माथि : ४०० मि.ग्रा
दादुरा-रूबेला (MR) खोप	राष्ट्रिय खोप तालिका अनुसार, नेपाल सरकार	

## जुकाको औषधि (De-worming)

दोस्रो भेटमा अल्बेन्डाजोल दिने, किनभने एमोक्सिसिलिनद्वारा GI Tract अवस्थामा सुधार भएपछि, शरीरले औषधी राम्रोसँग लिनसक्दछ।

यदि अल्बेन्डाजोल अघिल्लो महिनामा लिएको छ वा राष्ट्रिय भिटामिन ए र जुकाको औषधि अभियानको क्रममा अर्को महिनामा दिइनेछ भने, त्यस्तो अवस्थामा अल्बेन्डाजोल नदिने।

### तालिका १७ : जुकाको औषधीको मात्रा

जुकाको औषधि / उमेर	< १२ महिना	१२- २३ महिना	>२४ महिना
अल्बेन्डाजोल	प्रयोग नगर्ने	२०० एम. जी	४०० एम. जी

### दादुरा – रुबेलाको खोप

यदि राष्ट्रिय प्रोटोकल अनुसारको ९ महिना र सो भन्दा माथिका कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिका सबैले खोप छुटाएका छन् भने, बहिरंग सेवामा भर्ना गरिएको चौथो हप्तामा दादुरा – रुबेलाको खोप दिनुपर्दछ। कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूको शरीरले पर्याप्त एन्टिबडी बनाउन नसक्ने भएको कारण खोपको राम्रो प्रतिक्रिया नदेखिन सक्दछ। त्यसैले चौथो हप्तासम्म पोषण अवस्था सुधार भइ एन्टिबडीको प्रतिक्रिया देखिने भएर खोप चौथो हप्तामा दिइन्छ।

भर्ना भएका ९ महिनाभन्दा कम उमेरका बालबालिकाहरूलाई ९ महिना पूरा भएपछि, कम्तीमा ४ हप्ता बहिरङ्ग हेरचाहमा राखेपछि खोप दिइनेछ। बहिरङ्ग हेरचाहमा भएका बिरामीहरूलाई खोप सेवा अन्तर्गत कोल्ड-चेनसहितको एम.आर खोप व्यवस्था गर्नुपर्दछ।

आपतकालीन अवस्थाहरूमा, त्यस क्षेत्रमा विशेष गरेर महामारीको समयमा यदि मिजल्स/रुबेला केसहरू छन् भने ६ महिना भन्दा माथिका सबै खोप नलगाएका बालबालिकालाई अधिकतम सुरक्षाको लागि भर्ना गर्दा मिजल्स-रुबेला खोप लगाउनु पर्दछ। यस्तो अवस्थामा, दीर्घकालीन सुरक्षा सुनिश्चित गर्नका लागि माथि दिइएका कारणहरूको आधारमा डिस्चार्ज गर्दा खोपको दोस्रो मात्रा पनि दिनुपर्दछ।

### आइरन तथा फोलिक एसिड

तयारी उपचारात्मक खानामा फोलिक एसिडको मात्रा पर्याप्त हुने भएकाले कुपोषित बालबालिकालाई आइरन तथा फोलिक एसिड नियमित रूपमा दिनु हुँदैन। यदि कडा कुपोषित बालबालिकामा CBIMNCI निर्देशिका अनुसार कडा रक्ताल्पता पहिचान भएमा अन्तरंग हेरचाह सेवाका लागि प्रेषण गर्नुपर्दछ। यदि बालबालिकामा मध्यम रक्ताल्पता छ भने, भर्ना भएको १४ दिन पछि मात्र रक्ताल्पताको उपचार सुरु गर्नुपर्दछ र त्यसअघि गर्नु हुँदैन, किनकि उच्च डोजले गम्भीर संक्रमणको जोखिम बढाउन सक्दछ। CBIMNCI प्रोटोकल अनुसार उपचार गर्नुपर्दछ (१४ दिनसम्म दैनिक एक मात्रा)।

## जिंक

बहिरङ्ग हेरचाहमा रहेका कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूलाई झाडापखालाको उपचार क्रममा जिंक नदिने । तयारी उपचारात्मक खानामा पर्याप्त मात्रामा जिंक हुन्छ ।

### तालिका १८: जिंकको मात्रा

उमेर	२- ६ महिना	> ६ महिना
जिंक	१/२ चक्की, १० मि.ग्रा. दिनको एक पटक १० दिनसम्म	१ चक्की, १० मि.ग्रा. दिनको एक पटक १० दिनसम्म

### अन्य चिकित्सकीय अवस्थाहरू

यदि बालबालिकालाई पातलो दिसा वा पखाला लागेको छ भने र बालबालिकाले तयारी उपचारात्मक खानामा लिइरहेको छ भने पूर्णजलिय झोल दिनु हुँदैन (तयारी उपचारात्मक खानामा पनि पूर्णजलिय झोल (ORS) मा पाइने इलेक्ट्रोलाइट्सको अनुपात समावेश हुन्छ) । बालबालिकाको तिर्खा मेटाउन प्रशस्त सुरक्षित पानी पिउनुपर्ने आवश्यकताको बारेमा आमा/हेरचाहकर्तालाई परामर्श प्रदान गरिनुपर्दछ । यदि बालबालिकालाई कडा जलबियोजन भएमा, अन्तरङ्ग हेरचाहमा प्रेषण गर्नुपर्दछ ।

बहिरङ्ग हेरचाहमा रहेका बालबालिकालाई Anti Emetics र खोकीको औषधि (cough suppressants) दिनु हुँदैन ।

ज्वरोको आएमा मात्रै प्यारासिटामोल दिनुपर्दछ, ज्वरोको इतिहासको आधारमा मात्र दिनु हुँदैन (ज्वरो > ३८.५ °C) । अन्तरंग हेरचाहमा स्थानान्तरण गर्नु अघि, एक मात्रा स्वास्थ्य संस्थामा दिनुपर्दछ ।

अन्य चिकित्सा अवस्था/लक्षणहरू जस्तै - मलेरिया, आँखाको संक्रमण, कानबाट पानी बग्ने, मुखमा घाउ, छालाको सामान्य संक्रमण र घाउहरू को उपचार CBIMNCI निर्देशिका अनुसार गर्नुपर्दछ ।

चिकित्सकीय व्यवस्थापनको रूपमा, बालबालिकाको खोप अवस्था जाँच गर्नुपर्दछ, र आमालाई/हेरचाहकर्तालाई राष्ट्रिय खोप कार्यक्रमको प्रोटोकल अनुसार उनीहरूको क्षेत्रको राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम सेवा वा मासिक गाउँ-घर खोप क्लिनिकमा प्रेषण गर्नुपर्दछ ।

**अनुसूची २७**  
**(परिच्छेद ५ को दफा ३५(१) सँग सम्बन्धित)**  
**बहिरङ्ग हेरचाहमा विशेष एन्टिबायोटिक उपचार**

प्रत्येक नयाँ केसलाई संक्रमणका लक्षणहरू नदेखिएता पनि एमोक्सिसिलिन जस्ता ब्रॉड-स्पेक्ट्रम एन्टिबायोटिकस दिनुपर्दछ किनकि रोग प्रतिरोधात्मक क्षमताका कारण संक्रमण नदेखिएको हुनसक्छ ।

- दर्ता भएलगत्तै उपचार सुरु गर्ने ।
- तलको तालिकामा दिइएको अनुसार एमोक्सिसिलिन मात्रा दिनमा २ पटक ५ दिनसम्म दिने ।
- पहिलो मात्रा स्वास्थ्यकर्मीको निगरानीमा दिने र आमा/हेरचाहकर्तालाई घरमा यो उपचार जारी राख्न स्पष्ट पार्ने ।
- एमोक्सिसिलिन चक्कीलाई प्राथमिकता दिने (झोल दिइन सकिन्छ, तर चक्की दिँदा औषधिको सहि मात्राको प्रयोग हुन्छ ) ।

एन्टिबायोटिक उपचार समयसमयमा देखा पर्ने ब्याक्टेरियाको प्रतिरोध अवस्था अनुसार परिवर्तन गर्न सकिन्छ र एमोक्सिसिलिनलाई अर्को ब्रॉड-स्पेक्ट्रम एन्टिबायोटिकले प्रतिस्थापन गर्न सकिन्छ ।

**तालिका १९: अमोक्सिसिलिनको डोज**

तौल (के.जि.)	मात्रा	चक्की २५० मि.ग्रा.	चक्की १२५ मि.ग्रा.	सिरप १२५ मि.ग्रा/५ मि.लि	सिरप २५० मि.ग्रा/५ मि.लि
३ देखि ५.९	४० मि.ग्रा./कि. जि. प्रति मात्रा, दिनमा दुई पटक, ५ दिनसम्म	१/२ चक्की	१ चक्की	५ मि.लि	२.५ मि.लि
६ देखि ९.९		१ चक्की	२ चक्की	१० मि.लि	५ मि.लि
१० देखि १४.९		१ १/२ चक्की	३ चक्की	१५ मि.लि	७.५ मि.लि
१५ देखि १९.९		२ चक्की	४ चक्की	२० मि.लि	१० मि.लि
२० देखि २९.९		३ चक्की	६ चक्की	३० मि.लि	१५ मि.लि

**अनुसूची २८**  
(परिच्छेद ५ को दफा ३६(३) सँग सम्बन्धित)  
**थप भिटामिन ए**

**थप भिटामिन ए**

विश्व स्वास्थ्य संगठनको मापदण्डहरू अनुसार तयार गरिएका F-75, F-100 वा RUTF (जसमा पहिले नै पर्याप्त मात्रामा भिटामिन ए समावेश हुन्छ) खाईरहेका ६-५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाहरूलाई थप भिटामिन ए दिनु आवश्यक पर्दैन।

यदि कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूले गत महिनामा भिटामिन ए प्राप्त गरेका छन् वा राष्ट्रिय भिटामिन ए अभियानको समयमा आगामी महिनामा प्राप्त गर्नेछन् भने पूरक भिटामिन ए नदिने।

पोषणजन्य कारणले सुनिएको कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई भर्ना/दर्ताको समयमा भिटामिन ए नदिने, र डिस्चार्ज/बहिर्गमनको क्रममा दिने।

आँखामा संक्रमणको संकेत वा हालसालै दादुरा भएका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाहरूलाई उमेर अनुसारको पहिलो दिन, दोस्रो दिन, र पन्द्रौं दिन (वा डिस्चार्ज/बहिर्गमनको क्रममा) तीन (३) थप उच्च मात्राको भिटामिन ए दिने।

यदि दिइएको उपचारात्मक खाना विश्व स्वास्थ्य संगठनको मापदण्ड अनुसार छैन भने र यदि भिटामिन ए अन्य दैनिक पूरक खानामा उपलब्ध नभएको अवस्थामा तलको तालिका अनुसार भर्नाको समयमा भिटामिनको एक मात्रा दिनुपर्दछ।

**तालिका २०: पुरक भिटामिन ए**

भिटामिन ए	उमेर	मात्रा
बहिरङ्ग सेवामा भर्ना भएका सबै कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई मुखबाट दिने भिटामिन ए को मात्रा	< ६ महिना	५००००० IU
	६-१२ महिना	१००००० IU
	१२ महिना भन्दा माथि	२००००० IU

**अनुसूची २९**  
(परिच्छेद ५ को दफा ३७, ४० सँग सम्बन्धित)  
**जलबियोजनको स्थितिको पुनःलेखाजोखा र उपचार**

पखाला भएका सबै बालबालिकाको जलबियोजनको (डिहाइड्रेसन) स्थितिको लेखाजोखा गर्नुपर्दछ र FBIMNCI अनुसार यसलाई कडा जलबियोजन, केहि जलबियोजन, वा जलबियोजन नभएको भनेर वर्गीकृत गर्नुपर्दछ। निम्न तालिका अनुसार क्लिनिकल लक्षणहरूको आधारमा जलबियोजनको वर्गीकरण गर्ने:

## जलबियोजन स्थितिको बर्गिकरण र ब्यबस्थापन

Classification	Signs or symptoms	Treatment
<b>Severe dehydration</b>	Two or more of the following signs: - Lethargy / unconsciousness - Sunken eyes - Unable to drink or drinks poorly - Skin pinch goes back very slowly (> 2 seconds)	If no severe acute malnutrition Give fluids for severe dehydration ( <b>Plan C</b> ) If child also has another severe classification: Hospitalize. <b>If severe acute malnutrition</b> Manage severe dehydration according to inpatient care management.
<b>Some dehydration</b>	<b>Two or more of the following signs:</b> - Restlessness, irritability - Sunken eyes - Drinks eagerly, thirsty - Skin pinch goes back slowly	Give fluids for some dehydration ( <b>Plan B</b> ) If the child also has a severe classification: Hospitalize. After rehydration, advise mother on home care Follow up in 5 days if not improving For SAM infants and children Use ReSoMal
<b>No dehydration</b>	Not enough signs to classify as some or severe dehydration	Give extra fluids, zinc supplements, and advise to continue feeding at home ( <b>Plan A</b> ) Advice mother when to return immediately. Follow up in 5 days if not improving.

जलबियोजनको व्यवस्थापन WHO प्रोटोकल अनुसार योजना A, B र C प्रयोग गरेर गर्न सकिन्छ ।

तालिका २१: जलबियोजनको व्यवस्थापनको लागि WHO प्रोटोकल

Degree of dehydration	Fluid management									
Severe (Plan C)	IV fluid- RL or NS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Age</th> <th>First give 30ml/kg in</th> <th>Then give 70ml/kg in</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infants (under 12 months)</td> <td>1 hour*</td> <td>5 hours</td> </tr> <tr> <td>Children (12 to 59 months)</td> <td>30 minutes*</td> <td>2 ½ hours</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>*Repeat once if radial pulse is still very weak and not detectable</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reassess the child every 15-20 min till a strong radial pulse is detectable. Thereafter reassess the hydration status after every 1-2 hours. -If hydration status is not improving, give the IV drip more rapidly.</li> <li>- Monitor number of stools, vomiting and urine output.</li> <li>- Also give ORS (about 5ml/kg/hour) as soon as the child can drink: usually after 3-4 hours(infant) or 1-2 hours (children)</li> <li>- Reassess an infant after 6 hours and a child after 3 hours. Classify dehydration. Then choose the appropriate Plan (A, B or C) to continue treatment. **</li> <li>- All children with severe dehydration should be observed in the facility for at least 6 hours after successful rehydration (not enough signs to classify as either some or severe dehydration).</li> <li>- If IV access not possible, see section 5.5 a for nasogastric rehydration</li> </ul>	Age	First give 30ml/kg in	Then give 70ml/kg in	Infants (under 12 months)	1 hour*	5 hours	Children (12 to 59 months)	30 minutes*	2 ½ hours
Age	First give 30ml/kg in	Then give 70ml/kg in								
Infants (under 12 months)	1 hour*	5 hours								
Children (12 to 59 months)	30 minutes*	2 ½ hours								

Some (Plan B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administer 75ml/kg body weight of ORS over a period of 4 hours- Spoon, cup, dropper, and syringe without needle.</li> <li>- If the child wants more, give more.</li> <li>- Allow breastfeeds in between</li> <li>- Reassess after 4 hours, classify dehydration</li> <li>- If vomits repeat ORS after 10 mins</li> </ul>
No (Plan A)	<p>4 Rules of Plan-A treatment:</p> <p><b>Rule-1:</b> Give more fluids than normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- For ongoing loss give</li> <li>- For children &lt; 2 years, about 50–100 ml after each loose stool</li> <li>- For children ≥ 2 years, about 100–200 ml after each loose stool</li> </ul> <p><b>Rule-2:</b> Continue feeding (including breastfeeding)</p> <p><b>Rule-3:</b> Give zinc supplements</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2-6 months - 10 mg once a day for 10 days</li> <li>- &gt; 6months - 20 mg once a day for 10 days</li> </ul> <p><b>Rule-4:</b> Bring the child back after 5 days if diarrhoea is persisting or earlier if s/he has any of the danger signs (thirsty, irritable/ restless, fever, high purge rate, repeated vomiting, blood in stool, eating or drinking poorly, lethargic)</p>

पोषणजन्य कारणले सुन्निएको र / वा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूको जलविवोजनको स्थिति वर्गीकरण गर्न चुनौतीपूर्ण हुन्छ । जलविवोजन नभएका काडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूमा पनि आँखा गाड्ने , छाला तान्दा बिस्तारै पुरानै अवस्थामा फर्किने जस्ता लक्षण देखिन सक्छन्। त्यसैले कहिले काहिँ जलविवोजनको अधिक पहिचान (Over Diagnosis) गराउन सक्दछ ।

त्यसैले, अन्य क्लिनिकल इतिहास र लक्षणहरूमा आधारित हुन आवश्यक हुन्छ ।

- पछिल्लो fluid loss को इतिहास, जस्तै पातलो दिसा, पानीजस्तो दिसा, वा केही घण्टा वा दिनअघि अचानक सुरु भएको पखाला ।
- बालबालिकाको अनुहार वा शारीरिक स्थितिमा परिवर्तनका स्पष्ट लक्षणहरू वा इतिहास देखिनु ।
- कुनै पोषणजन्य कारणले सुन्निएको नभएको

यदि बालबालिकामा माथिका लक्षणहरूका साथै नाडीको कमजोर गति, चिसो हात, खुट्टा छन् भने, बालबालिका Shock मा जान सक्ने सम्भावना बढी हुन्छ, र यदि बालबालिका बेहोस वा मूर्छा परेमा जटिल सक्मा जान सक्दछन् ।

अर्कोतर्फ, पोषणजन्य कारणले सुन्निएको कारणले गर्दा जलाविवोजनको संकेतहरू ढाक्न सक्ने हुनाले पहिचानमा कठिनाई हुने र जलाविवोजनको पहिचान न्यून हुने जोखिम रहन सक्दछ ।

पोषणजन्य कारणले सुन्निएका शिशु र बालबालिकाहरूको शरीरमा फ्लुइड (fluid) को मात्रा उच्च भए पनि तिनीहरू प्रायः हाइपोभोलेमिक (hypovolemic) अवस्थामा हुन्छन् । यदि यस्ता बालबालिकाहरूमा पानी

जस्तो पखाला र क्लिनिकल अवस्था बिग्रियो भने, तरल पदार्थलाई पूर्ति गर्न पोषणजन्य पुनर्जलीकरण (ReSoMal) प्रदान गर्नुपर्दछ ।

### अनुसूची ३०

(परिच्छेद ५ को दफा ३८ सँग सम्बन्धित)

#### ReSoMal द्वारा जलबियोजन सहित भएको कडा शीघ्र कुपोषणको उपचार

पोषणको लागि पुनर्जलीय झोल/रेजोमल/ (ReSoMal) विश्व स्वास्थ्य संगठनको मापदण्ड अनुसार सिफारिस गरिएको पुनर्जलीय झोल हो जसमा सोडियमको मात्रा कम हुन्छ तथा पोट्यासियमको मात्रा बढी हुन्छ र साथै यसमा म्याग्नेसियम, जिङ्क र कपर पनि समावेश गरिएको हुन्छ । प्याकेटमा लेखिएको निर्देशन अनुसार ReSoMal प्रयोगका लागि तयार गर्न सकिन्छ ।

कडा शीघ्र कुपोषण भएका ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाहरूलाई जलबियोजन भएको छ तर सक् मा छैनन् भने निम्न मात्रामा ReSoMal प्रदान गर्नुपर्दछ ।

**तालिका २२: कुपोषणमा पुनर्जलीकरणका लागि ReSoMal को मात्रा:**

पुनर्जलीय झोल (ReSoMal) कति पटक दिने	दिनु पर्ने मात्रा
पहिलो २ घण्टामा प्रत्येक ३० मिनेटमा दिने	५ मि.लि /के.जि [तौल अनुसार]
यदि अझै जलबियोजन छ भने- एक एक घण्टाको फरकमा १० घण्टासम्म दिने ।	५-१० मि.लि /के.जि

#### ReSoMal बिस्तारै दिने

- ReSoMal बिस्तारै दिनु अति आवश्यक हुन्छ । कुपोषण नभएका बालबालिकालाई जीवनजल दिएको भन्दा धेरै बिस्तारै । धेरै तरल पदार्थ छिटो छिटो दिँदा fluid overload हुन सक्छ ।
- ReSoMal दिने सबैभन्दा राम्रो तरिका कपगिलास प्रयोग गर्नु हो/, जुन धेरै बिरामी अवस्थामा भएका बालबालिकालाई पनि दिन सकिन्छ । बालबालिकालाई ReSoMal फर्काईफुलाई दिनुपर्दछ, अथवा चम्चा वा सिरिन्जको सहायता बाट पनि दिन सकिन्छ । यदि आमा आफैँ ReSoMal दिन सक्षम छिन् भने, उनलाई बिस्तारै दिने भन्ने सिकाउनुपर्दछ ।
- यदि बालबालिका स्वयं पर्याप्त झोलिलो पदार्थ लिन नसक्ने गरी कमजोर अवस्थामा भएमा, ReSoMal दिनको लागि NG Tube प्रयोग गर्न सकिन्छ । कमजोर वा अत्यधिक थकित बालबालिकाहरू, बान्ता गर्ने, छिटो सास फेर्ने, वा दुख्ने गरी मुखमा घाउ आएको बालबालिकाहरूलाई NG Tube प्रयोग गर्नुपर्दछ ।
- जलबियोजनको उपचारका लागि IV fluids प्रयोग गर्नु हुँदैन (shock को अवस्थामा बाहेक) । क्लिनिकल संकेतहरूद्वारा जलबियोजनको अवस्था निर्धारण गर्न नसकिने हुनाले र धेरै तरल पदार्थको कारणले शरीरमा fluid overload को जोखिम बढाउन सक्ने भएकाले बालबालिकालाई जबरजस्ती झोल पदार्थ नदिन अत्यन्तै महत्त्वपूर्ण हुन्छ ।

## ReSoMal लिइरहेको बालबालिकालाई निगरानी गर्ने

पहिलो दुई घण्टासम्म हरेक आधा घण्टामा बालबालिकाको प्रगति निगरानी गर्ने; त्यसपछि प्रत्येक घण्टामा निगरानी गर्ने, अर्थात्, बालबालिकाले प्रत्येक पटक F-75 वा ReSoMal लिइरहेको हेर्नुपर्दछ ।

### जाँच गर्नुपर्ने संकेतहरू

- श्वासप्रश्वासको दर: पुरा एक मिनेटसम्म गणना गर्ने ।
- नाडीको दर: ३० सेकेन्डसम्म गणना गरेर २ ले गुणन गर्ने ।
- लक्षित तौल
- कति पटक पिसाब गरेको छ ।
- पखाला वा बान्ता कति पटक भएको छ ।
- Hydration का संकेतहरू: के बालबालिका कम सुस्त (lethargic) वा कम चिडचिडे भएको छ?
- अत्याधिक हाइड्रेसनका वा जलबियोजन नभएको क्लिनिकल संकेतहरू: (बालबालिकाको तौल लक्षित तौलभन्दा बढी हुनु, श्वासप्रश्वास दर वा नाडीको दरमा वृद्धि हुनु, घाँटीको नसा फैलिएको (घाँटीको नसाको pulse wave देखिने), पोषणजन्य कारणले सुन्निने बढ्नु (आँखाको माथिको भाग सुन्निनु) ।

### हाइड्रेसनको स्थिति सुधार भएको संकेतहरू

थोरै वा कम स्पस्ट रूपमा देखिने जलबियोजनका संकेतहरू, जस्तै :

- कम तिर्खा लाग्नु
- कम सुस्त (lethargic) हुनु
- श्वासप्रश्वास र नाडीको गति कम हुनु
- पिसाब गर्न सुरु गर्नु

*नोट: यस्ता परिवर्तनहरूले पुनर्जलीकरण सही ढंगले भइरहेको संकेत गरेतापनि, थुप्रै कडा कुपोषित बालबालिकाहरूमा पूर्ण रूपमा पुनर्जलीकरण भएतापनि यस्ता परिवर्तनहरू देखिदैनन् ।*

यदि बालबालिकामा माथि उल्लेखित सुधारका तीन वा तीन भन्दा बढी संकेतहरू देखिएमा, ReSoMal दिन बन्द गर्ने । यस्को सट्टा, हरेक पटक पानी जस्तै पखाला लागेको खण्डमा ReSoMal प्रदान गर्ने ।

बालबालिकाले पुनर्जलीय झोल लिइरहेको भए पनि स्तनपानलाई प्रोत्साहित गर्ने ।

**अनुसूची ३१**  
**परिच्छेद ५ को दफा ३८ सँग सम्बन्धित**  
**स्थानीय स्तरमा पुनर्जलीय झोल (ReSoMal) तयारी**

**तालिका २४: पोषणको लागि पुनर्जलीय झोल (ReSoMal) उपलब्ध नभएमा कसरी तयार गर्ने?**

क्र.स.	सामग्रीहरू	मात्रा
१.	विश्व स्वास्थ्य संगठनले सिफारिस गरेको कम ओस्मोलारिटी भएको पुनर्जलीय झोल (Standard WHO Low-osmolarity ORS)	१ स्याचेट (१ लीटर)
२.	पानी	२ लीटर
३.	चिनी	५० ग्राम
४.	भिटामिन र खनिजको संयुक्त मिश्रण (CMV) वा खनिज मिश्रण सोलुसन*	६.८ ग्राम (standard रातो चम्चाको १ चम्चा) वा ४० मि.ली.]

\*\* प्रारम्भिक वा सुरुवातमा F-75 दिने र पुनर्जलीय झोल एक घण्टाको फरकमा (जस्तै, सुरुमा F-75 २, ४, ६ घण्टामा र पुनर्जलीय झोल ३, ५, ७ घण्टामा) पुनर्जलीकरण (rehydrate) नहुदाँ सम्म दिने ।

\*\* यस मात्राको पुनर्जलीय झोल दिएको परिमाण बालबालिकाको पिउने इच्छा र दिशाबाट गईरहेको पानीको मात्राको आधारमा निर्धारण गर्नुपर्दछ।

\*\* पहिलो दुई घण्टाका लागि प्रत्येक आधा घण्टामा र त्यसपछि प्रत्येक घण्टामा सुधारिएको हाइड्रेसनको अवस्था र हाइड्रेसन अधिक भएको छ/छैन जाँच गर्ने ।

**भिटामिन र खनिजको संयुक्त मिश्रण (CMV) को प्राविधिक विशिष्टताहरू**

**तालिका २५: ६.८ ग्राम (१ लेभेल गरिएको मापन चम्चा) उपचारात्मक भिटामिन र खनिजको संयुक्त मिश्रण (CMV) मा हुने भिटामिन र खनिजहरू**

भिटामिनहरू:	
भिटामिन ए	३००० µg (dry CWS Vitamin A acetate or palmitate beadlets)
भिटामिन सी	२०० मिलि ग्राम (as sodium or calcium ascorbate)
भिटामिन डी	६० µg (२४०० IU) (as Cholecalciferol)
भिटामिन ई	४४ मिलि ग्राम TE (as d or dl-alpha tocopheryl acetate)
भिटामिन के (Phytonadione)	८० µg
भिटामिन बि१	१.४ मिलि ग्राम (as Thiamine mononitrate)
भिटामिन बि२	४ मिलि ग्राम (as Riboflavin or riboflavin -5-phosphate)
भिटामिन बि३	२० मिलि ग्राम (as Nicotinamide)
भिटामिन बि५	६ मिलि ग्राम (As Pantothenic acid)
भिटामिन बि६	१.४ मिलि ग्राम (as Pyridoxine hydrochloride)
भिटामिन बि७	०.२ मिलि ग्राम (as Biotin)
भिटामिन बि९	७०० µg (as Folic acid)
भिटामिन बि१२	२ µg (as Cyanocobalamin on a carrier )

खनिजहरू:	
पोटासियम (Potassium)	२३४० मिलि ग्राम
म्याग्नेसियम (Magnesium)	१४६ मिलि ग्राम
जिंक (Zinc)	४० मिलि ग्राम (as Zinc sulphate, or gluconate)
कपर (Copper)	५.७ मिलि ग्राम (as Copper gluconate or sulphate)
आइरन (Iron)	० मिलि ग्राम
आयोडिन (Iodine)	१५४ µg (as Potassium iodide, or potassium iodate)
सेलेनियम (Selenium)	९४ µg (as Sodium selenate or selenite or selenomethionine)

### अनुसूची ३२

(परिच्छेद ५ को दफा ४१ सँग सम्बन्धित)

### बहिरंग हेरचाहमा RUTF द्वारा पोषण व्यवस्थापन

बहिरङ्ग हेरचाहमा पोषणको व्यवस्थापन पानी बाहेक १००% तयारी उपचारात्मक खानामा आधारित हुन्छ । बहिरङ्ग हेरचाहमा कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूको पोषण पुनःस्थापना लागि विश्व स्वास्थ्य संगठनले तयारी उपचारात्मक खाना उपयुक्त मानेको छ । तयारी उपचारात्मक खाना एक शक्तियुक्त र भिटामिन-खनिजले भरिपूर्ण खाना हो, र यसले कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूलाई आवश्यक सूक्ष्म पोषक तत्वहरू र इलेक्ट्रोलाइटहरूको सही सन्तुलनको साथ पूर्ण आहार प्रदान गर्दछ । उचित सरसफाईको निर्देशनका साथ, तयारी उपचारात्मक खाना सुरक्षित रूपमा घरमै प्रयोग गर्न सकिन्छ।

तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF) बदामको पेस्टको रूपमा उपलब्ध हुन्छ । ९२ ग्रामको प्रति प्याकेट RUTF द्वारा ५०० किलो क्यालोरी प्राप्त हुन्छ ।

शारीरिक सुधार र पोषणजन्य कारणले सुनिएको समाधान नभएसम्म १८५ किलोक्यालोरी/के.जि/दिन प्रदान गर्ने गरि तयारी उपचारात्मक खाना दिइनुपर्दछ । बालबालिकाको तौलको आधारमा निम्न तालिका अनुसार तयारी उपचारात्मक खाना दिनुपर्दछ।

तालिका २६: बालबालिकाको तौल अनुसार तयारी उपचारात्मक खाना

६-५९ महिनाको बालबालिकाहरूमा बहिरंग हेरचाहमा तयारी उपचारात्मक खानाको मात्रा				
तौल	१८५ किलो.क्यालोरी/ के.जि/दिन	प्याकेट / दिन	प्याकेट / हप्ता	प्याकेट / दुई हप्ता
३.५ - ४.०	६४८ - ७४०	१	७	१४
४.१ - ६.७	७५९ - १२४०	२	१४	२८
६.८ - ९.४	१२५८ - १७३९	३	२१	४२
९.५ - १२.१	१७५८ - २२३९	४	२८	५६
>१२.२	> २२५७	५	३५	७०

### घरमै पोषण उपचार निम्नानुसार गर्न सकिन्छ :

- अर्को भेट योजना गरिएको आधारमा बालबालिकालाई पर्याप्त मात्रामा तयारी उपचारात्मक खाना उपलब्ध गराउने (उदाहरणका लागि, यदि साप्ताहिक रूपमा अनुगमन भएमा, बालबालिकालाई ७ वा १४ दिनको मात्रा दिनुपर्दछ – जसमा भोक जाँचका लागि दिइएको प्याकेट फिर्ता लिनुपर्दछ) ।
- आमा/हेरचाहकर्तालाई तयारी उपचारात्मक खाना घरमा खुवाउने तरिका बुझाउने र स्तनपानको महत्त्वबारे संवेदनशील बनाई बालबालिकालाई तयारी उपचारात्मक खाना खुवाउनु अघि र माग अनुसार सधैं स्तनपान गराउनुपर्ने जानकारी पनि दिने ।

प्रत्येक अनुगमन भेटमा दिनुपर्ने तयारी उपचारात्मक खानाको मात्रा निर्धारण गर्ने र उपचारको क्रममा तौल बढ्दै जादा मात्रा पनि समायोजन गर्ने ।

यदि क्षेत्रमा खाद्य सुरक्षा सुधार गर्न सामान्य खाद्य वितरण कार्यक्रम वा अन्य कार्यक्रमहरू छन् भने, उपयुक्त सम्बन्धहरू बनाउनुपर्दछ (यद्यपि यो कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाको लागि नभएर परिवारका अन्य सदस्यहरूलाई सहयोग गर्नको लागि हो भन्ने स्पष्ट पारिदिनुपर्दछ) ।

नोट: विश्व स्वास्थ्य संगठन २०२३को मार्गनिर्देशन अनुसार, बालबालिका कडा शीघ्र कुपोषणबाट निस्किएपछि तयारी उपचारात्मक खानाको मात्रामा कम गरी १००-१३० किलो क्यालोरी/के.जी/दिनको डोज प्रदान गर्ने सुझाव दिइएको छ ।

यो निर्णय विभिन्न कारणहरूमा आधारित हुन्छ, जसमा बिरामीको चिकित्सकीय अवस्था निगरानी गर्दै मात्रा घटाउने प्रोटोकल अनुसार सुरक्षित र प्रभावकारी रूपमा पोषण उपचार दिने स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता, वा बालबालिका र परिवारको खाद्य सुरक्षा (उदाहरणको लागि, यदि खाद्यान्न संकट छ भने, कम मात्रामा प्रदान गर्नु उपयुक्त नहुनसक्दछ, किनभने खाद्यान्न संकटको कारण घरमा अन्य परिवारका सदस्यसँग तयारी उपचारात्मक खाना बढेर खाने जोखिम बढ्नसक्छ) । यद्यपि, नेपालमा यस प्रकारको कार्यक्रम लागु गर्न सक्ने सम्भावना र प्रभावकारिता पाईलट गरेर मात्रै लागु गर्नुपर्दछ।

#### आमा/हेरचाहकर्ताको संवेदनशीलता - तयारी उपचारात्मक खाना प्रयोगका लागि मुख्य सन्देशहरू:

१. स्तनपान गरिरहेका बालबालिकालाई सधैं तयारी उपचारात्मक खाना खुवाउनु अघि स्तनपान गराउने ।
२. आफ्नो बालबालिकालाई हरेक दिन खुवाउने मात्रा आमा/ हेरचाहकर्तालाई बुझाउने ।
३. कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकालाई मात्रै तयारी उपचारात्मक खाना आहार र औषधि दुवै हो । यदि बिरामीले सबै दिएको तयारी उपचारात्मक खाना नखाए पनि यो परिवारका अन्य सदस्यहरूसँग बाँड्नु हुँदैन । खोलिएको तयारी उपचारात्मक खानाको प्याकेटलाई सुरक्षित रूपमा राख्न सकिन्छ (किरा, मुसा, घरपालुवा जनावरबाट सुरक्षित) र त्यसलाई पछि त्यै दिनमा खान सकिन्छ ।
४. खाना खुवाउनु अघि बिरामीको हात र अनुहार साबुन पानीले धुने ।
५. बालबालिकालाई निको हुनको लागि आवश्यक पर्ने एक मात्र खाना तयारी उपचारात्मक खाना हो भनेर बुझाउने । यो केवल बदामको बटर मात्र नभएर यसमा बिरामीलाई निको हुन आवश्यक पर्ने सबै तत्वहरू हुन्छन् र यो एक विशेष औषधि हो । यसलाई अन्य खानेकुरासँग नमिसाउने । यो दिएपछि अन्य खानेकुरा दिनुपर्दैन ।

६. बालबालिकालाई रोगको कारण सामान्य परिवारको खाना पचाउन गारो हुने भएकाले पखाला समेत हुनसक्छ भन्ने कुरा स्पष्ट रूपमा बुझाउने साथै सामान्य खानेकुराहरूले बालबालिकाको स्वास्थ्यमा सुधारमा ढिलाइ गर्ने कुरा पनि भन्ने । यदि बालबालिकाले अन्य खानेकुराहरू खान खोजेमा थोरै मात्रामा दिन सकिन्छ तर सधैं अन्य खानेकुराहरू भन्दा पहिले र नियमित पारिवारिक खाना भन्दा फरक समयमा तयारी उपचारात्मक खाना दिनुपर्दछ ।
७. बालबालिकालाई कहिल्यै जबरजस्ती खाना खुवाउनु हुँदैन भनेर बुझाउने । बिरामी बालबालिकाहरूलाई प्रायः खान मन पर्दैन । थोरै मात्रामा नियमित रूपमा खाना दिने र बालबालिकालाई बारम्बार खान प्रोत्साहित गर्ने ।
८. बालबालिकाले तयारी उपचारात्मक खाना खाँदा सामान्यभन्दा बढी पानी पिउनुपर्दछ । तयारी उपचारात्मक खानामा पानीको मात्रा अत्यन्तै कम हुने भएकोले, तयारी उपचारात्मक खाना खुवाउँदा बालबालिकालाई प्रशस्त मात्रामा सुरक्षित पानी पिउन दिनु अत्यन्तै महत्त्वपूर्ण हुन्छ ।
९. हेरचाहकर्ताले बालबालिकालाई खुवाउँदा संवेदनशील र ध्यानपूर्ण खुवाउन महत्त्वपूर्ण छ भन्ने कुरा स्पष्ट गर्ने; बालबालिकासँग कुरा गर्ने, गीत गाउने र खेल खेल्ने जसले बालबालिकाको भोक र विकासलाई उत्प्रेरण गर्दछ ।
१०. यी बिरामीहरूलाई सुरुका केही हप्ताहरूमा प्रायः मध्यम भोक मात्र लाग्छ र बिस्तारै खान्छन्। उनीहरूलाई घरका अन्य बच्चाहरूबाट अलग्गै खुवाउनु पर्छ। बच्चालाई दिनभरि थोरै मात्रामा RUTF लिन प्रोत्साहित गर्नुहोस्, सिधै प्याकेटबाट खानुहोस्।
११. पहिलो वा दुई हप्ताका लागि बिरामीले सम्भवतः दिइएको सबै तयारी उपचारात्मक खाना सबै खान नसक्ने कुरा बुझाउने । आमा/हेरचाहकर्ताले यसमा चिन्ता गर्नुपर्दैन, किनकि अतिरिक्त मात्रामा दिइएको छ, र बालबालिका निको हुँदै गर्दा तिनीहरूको भोकमा सुधार आउँछ र पछि सबै आहार खान्छन् । बाँकी बचेका तयारी उपचारात्मक खाना अन्य परिवारका सदस्यहरूले खानु हुँदैन, तर यसको बारे स्वास्थ्य संस्थालाई जानकारी गर्ने - बालबालिका सुधार हुँदै गर्दा उनीहरूले प्रायः सबै आहार खान थाल्नेछन् ।
१२. आमाहरू/हेरचाहकर्तालाई तयारी उपचारात्मक खानाको खाली प्याकेटहरू सुरक्षित राख्ने, भण्डारण गर्ने र सुरक्षित रूपमा विसर्जन गर्ने तरिका बुझाउने ।
१३. हेरचाहकर्ताहरूले सधैं अन्य खानाहरू भन्दा पहिले र नियमित पारिवारिक खाना भन्दा फरक समयमा तयारी उपचारात्मक खाना दिने।
१४. तयारी उपचारात्मक खानालाई कहिल्यै पनि अन्य खानेकुराहरूसँग नमिलाउने । धेरैजसो अनाज र गोडागुडीमा एन्टी-न्यूट्रिएन्ट्स र शोषणका रोकथाम गर्ने तत्वहरू हुन्छन् जसले गर्दा बालबालिकालाई निको हुनका लागि तयारी उपचारात्मक खानामा रहेको आवश्यक विशेष पोषक तत्वहरूलाई राम्रो सँग सोस्न दिदैन । यदि अन्य खानेकुराहरू दिने हो भने तयारी उपचारात्मक खाना भन्दा फरक समयमा दिनुपर्दछ।
१५. एक पटक खोलिएको तयारी उपचारात्मक खानाको प्याकेट त्यही दिन (अर्थात् २४ घण्टा) भित्र खानुपर्दछ र अर्को दिन खुवाउनु हुँदैन।

#### तयारी उपचारात्मक खाना र बहु सूक्ष्मपोषक तत्वको मिश्रण (बालविटा) - पूरक दोब्बर नगर्ने

- तयारी उपचारात्मक खाना मार्फत उपचार प्राप्त गरिरहेका कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूलाई कुनै पनि बहु-सूक्ष्मपोषक तत्वको पूरक (जस्तै बालविटा) दिनु हुँदैन, (यदि तिनीहरू रक्तअल्पताबाट पीडित छन् भने पनि) किनभने उनीहरूले तयारी उपचारात्मक खानाबाट नै पर्याप्त रूपमा माइक्रोन्यूट्रियन्ट पूरकता प्राप्त गरिरहेका हुन्छन्।
- त्यसैले, आमा/हेरचाहकर्ताहरूलाई उनीहरूको बालबालिका यदि पहिले नै सूक्ष्मपोषक तत्वको पूरक सेवाको लागि योग्य वा दर्ता भइसकेका छन् भने त्यो पूरक सेवा बन्द गर्न निर्देशन दिनुपर्दछ ।

### अनुसूची ३३

(परिच्छेद ५ को दफा ४३ सँग सम्बन्धित)

#### ६-५९ महिनाका शिशुहरू तथा बालबालिकाहरूका लागि बहिरङ्ग सेवाबाट अन्तरंग सेवामा प्रेषण गर्ने मापदण्डहरू

बालबालिकाले बहिरङ्ग सेवामा रहँदा निम्न अवस्था देखिएमा अन्तरंग सेवामा प्रेषण गर्नुपर्दछ

- कुनै पनि IMNCI क खतराका चिन्ह वा कडा चिकित्सा समस्या भएमा
- पोषण जन्य कारणले सुनिएमा वा सुन्निएको तह बढ्दै गएमा
- भोक जाँच असफल भएमा
- दुई हप्ते भेटको सन्दर्भमा कुनै दुई लगातार भेटमा तौल घटेमा
- दुई हप्ते भेटको सन्दर्भमा लगातार तीन भेटसम्म तौल स्थिर रहेमा
- स्वास्थ्यकर्मीले गहिरो लेखाजोखा अनुसार अन्तरंगमा प्रेषण गर्नुपर्ने अन्य चिन्हहरू पहिचान गरेमा

अन्तरङ्ग हेरचाहमा प्रेषण गर्ने प्रक्रियाहरू:

- आमा/हेरचाहकर्तालाई अवस्था बुझाउने र कुनै पनि सम्भावित प्रश्न/चिन्ताको सम्बोधन गर्ने
- आमा/हेरचाहकर्ता र शिशुको सुरक्षित र प्रभावकारी पुनःभेटको लागि बहिरङ्ग र अन्तरङ्ग हेरचाह बीचको हेरचाहको निरन्तरता महत्त्वपूर्ण हुन्छ । शिशुको परिचय, अवस्था(हरू) र दिइएको उपचारको सबै विवरणहरू प्रेषण फारममा भर्नुपर्दछ । यो फारम आमा/हेरचाहकर्ताले अन्तरङ्ग हेरचाहमा पुग्ने वित्तिकै स्वास्थ्यकर्मीलाई दिनुपर्दछ ।
- सम्भव भएमा, भर्ना सहज बनाउन प्रेषणको बारेमा अन्तरङ्ग हेरचाहको स्वास्थ्यकर्मीलाई जानकारी दिनुपर्दछ ।
- प्रेषणको बारेमा शिशुको बहिरङ्ग पुनःभेट कार्ड र रजिस्टरमा अभिलेख गर्नु पर्दछ ।
- यदि आमा/हेरचाहकर्ताले छलफल पछि प्रेषण अस्वीकार गरेमा शिशुको बहिरङ्ग हेरचाहमा उपचार गरी, शिशु तथा आमा/हेरचाहकर्ताको अवस्था विशेष ध्यान दिएर निगरानी गर्नुपर्दछ ।

### अनुसूची ३४

(परिच्छेद ५ को दफा ४४ सँग सम्बन्धित)

#### ६-५९ महिनाका शिशुहरू तथा बालबालिकाहरूका लागि बहिरङ्ग हेरचाहबाट बहिर्गमनको मापदण्ड

स्वास्थ्य संस्थामा बालबालिकाको प्रगति साप्ताहिक रूपमा (वा विशेष परिस्थितिहरूमा दुई हप्तामा) अनुगमन गर्नुपर्दछ । आमा/हेरचाहकर्तालाई कुनै पनि समयमा बालबालिकाको स्वास्थ्यको अवस्था बारेमा चिन्ता भएमा

वा बालबालिकाको स्वास्थ्य अवस्था बिग्रदै गरेको देखिएमा उनीहरूलाई स्वास्थ्य संस्थामा लैजानपर्दछ भनेर स्पष्ट पार्नु महत्त्वपूर्ण हुन्छ ।

**प्रत्येक अनुगमन भेटमा, निम्न चरणहरू पूरा गर्नुपर्दछ :**

१. ट्रियज गर्ने
२. पाखुराको मध्ये भागको परिधि मापन गर्न तथा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको जाँच्ने ।
३. तौल मापन गर्ने । पहिलो भेटमा उचाई लिनुपर्दछ, र त्यसपछि मासिक रूपमा लिनुपर्दछ । प्रत्येक भेटमा लम्बाई/उचाई अनुसार तौल निर्धारण गर्नुपर्दछ (नोट: यदि पहिलो भेटमा उचाई मापनमा कुनै त्रुटी भएको शंका छ भने, दोस्रो भेटमा फेरि मापन लिनुपर्दछ) ।
४. बालबालिकाको बहिरङ्ग पुनःभेट कार्डमा शरीरक मापन / सूचकहरू तथा पोषणजन्य कारणले सुन्निएको अभिलेख राख्ने र सुधार अनुगमन गर्ने ।
५. भोक जाँच गर्ने
६. शरीरको तापक्रम लिने र चिकित्सा लेखाजोखा (CBIMNCI अनुसार) गर्ने ।
७. आमा/हेरचाहकर्तासँग बालबालिकाको स्वास्थ्य सुधार, भोक, घरमा खाइने खानाको अवस्था, र हप्ताभरमा देखिएका CBIMNCI सँग सम्बन्धित लक्षणहरूबारे छलफल गर्ने ।
८. यदि बालबालिकाको तौल नबढेमा वा चिकित्सकीय रूपमा सुधार नभएमा (तल हेर्नुहोस्), वा तत्काल अन्तरङ्ग हेरचाह आवश्यक नपर्ने तर थप जाँच र परिक्षण गर्नु पर्ने चिकित्सकीय समस्या (जस्तै, दिशामा रगत सहितको पखाला, हाइपोग्लाइसेमिया) भएमा गहिरो लेखाजोखा गर्नुपर्दछ ।
९. बहिरङ्ग हेरचाहमा उपचार गर्ने वा अन्तरङ्ग हेरचाहको लागि प्रेषण गर्ने निर्णय गर्ने ।
१०. बालबालिकाको कडा शीघ्र कुपोषण सम्बन्धी बहिरङ्ग हेरचाह पुनःभेट कार्ड र दर्ता पुस्तिकामा सबै जानकारी अभिलेख गर्ने।

**तालिका २७: बहिरङ्ग हेरचाहमा बालबालिकाको स्वास्थ्य सुधार अनुगमनको लागि प्यारामिटरहरू**

सुचाकं (Parameters)	पटक
पोषणजन्य कारणले सुन्निएको	हरेक भेटमा
पाखुराको मध्ये भागको परिधि	हरेक भेटमा
तौल	हरेक भेटमा
उचाई	भर्नाको समयमा, मासिक रूपमा, डिस्चार्जको समयमा
लम्बाई/उचाई अनुसारको तौल	हरेक भेटमा
शरीरको तापक्रम	हरेक भेटमा
भोक (भोक जाँचबाट)	हरेक भेटमा
चिकित्सकीय चिन्हहरू (श्वासप्रश्वास/निमोनिया, दिसा/पखाला, बान्ता, आदि)	हरेक भेटमा

शिशुको घर/सामाजिक वातावरणमा कुनै पनि प्रमुख परिवर्तन	हेरेक भेटमा
गहिरो लेखाजोखा	यदि बालबालिकाको तौल नबढेमा/ चिकित्सकीय रूपमा सुधार नभएमा

६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाहरूको अनुगमन पश्चात् बहिर्गमन मापदण्ड पूरा भएमा उनीहरूलाई घर पठाउन सकिन्छ।

**६-५९ महिनाका शिशुहरू तथा बालबालिकाहरूका लागि बहिरङ्ग हेरचाहबाट बहिर्गमनको मापदण्ड :**

६-५९ महिनाका कडा शीघ्र कुपोषित शिशु तथा बालबालिकाहरूले दुई लगातार भेट गर्दा निम्न सबै मापदण्डहरू पूरा गरेमा मात्र पोषण उपचारबाट बहिर्गमन गर्नुपर्दछ :

- लम्बाई/उचाई अनुसारको तौल  $\geq -2$  एस.डी. र
- पाखुराको मध्ये भागको परिधि  $\geq 125$  मि.मि. र
- पोषणजन्य कारणले सुन्निएको नभएमा

**बहिर्गमनका प्रकारहरू**

- **निको भएको:** माथिका मापदण्डहरू पूरा गरेको
- **निको नभएको:** यदि बालबालिकाले तीन महिनाको उपचारपछि पनि निको हुने मापदण्ड पूरा नगरेमा र सबै प्रेषण तथा पुनःभेटका विकल्पहरू प्रयास गरिसकिएको छ भने, उनीहरूलाई निको नभएको रूपमा डिस्चार्ज गर्न सकिन्छ र सम्भव भएसम्म अन्य सहयोगात्मक कार्यक्रममा जस्तै सामाजिक सहयोग प्रणालीसँग जोड्न सकिन्छ ।
- **डिफल्टर:** एक हप्ताको अनुगमन भेटको सन्दर्भमा लगातार तीन पुनःभेटमा अनुपस्थित भएमा वा दुई हप्ताको अनुगमन भेटको सन्दर्भमा लगातार दुई पुनःभेटमा अनुपस्थित भएमा ती बालबालिकालाई डिफल्टरको रूपमा डिस्चार्ज गर्नुपर्दछ ।
- **मृत्यु:** बालबालिकाको बहिरङ्ग/अन्तरङ्ग हेरचाहमा रहँदा मृत्यु भएमा ।
- **स्थानान्तरण:** शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमबाट डिस्चार्ज गरिएको र हृदय रोग, क्षयरोग वा अन्य दीर्घकालीन स्वास्थ्य समस्याहरू जस्ता विशेष स्वास्थ्य सेवाको लागि अन्य स्वास्थ्य संस्था प्रेषण गरेमा ।

**नोट:** बहिरङ्गबाट अन्तरङ्ग हेरचाहमा प्रेषण/अन्तरङ्गबाट बहिरङ्ग सेवामा डिस्चार्जलाई पोषण उपचारबाट स्थानान्तरण भनेर परिभाषित गरिँदैन, किनकि बालबालिकाहरू कडा शीघ्र कुपोषण व्यवस्थापन कार्यक्रम अन्तर्गतको कडा शीघ्र कुपोषण पुनर्स्थापनामा दर्ता रहिरहन्छन् ।

**अनुसूची ३५**  
**(परिच्छेद ५ को दफा ४७ सँग सम्बन्धित)**  
**हेरचाहको निरन्तरता र डिस्चार्ज योजना**

समयमै, कुशल र समग्र डिस्चार्ज योजना अपरिहार्य हुन्छ । यसले बालबालिकाहरूलाई उपयुक्त समयमा अन्तरङ्ग हेरचाहबाट डिस्चार्ज गर्ने तथा हेरचाहकर्तालाई उनीहरूको निरन्तर पोषण उपचार, निरन्तर चिकित्सा र मनोसामाजिक सहयोग सेवाहरूमा पहुँचको बारेमा निश्चित मार्गदर्शन प्रदान गर्ने कुरा सुनिश्चित गर्दछ ।

यदि बालबालिकाले अझै पनि स्तनपान गरिरहेको छ भने, स्थानान्तरण गर्नुअघि परामर्श र सहयोग प्रदान गर्नुपर्दछ, आवश्यक र सम्भव भएमा निरन्तर स्तनपान सहयोगको लागि सिफारिस गरिनुपर्दछ, साथै उपयुक्त पूरक खानाको महत्त्वबारे स्वास्थ्य शिक्षा पनि दिनुपर्दछ; विशेष गरी यदि ६-२३ उमेर समूहका बालबालिका को सन्दर्भमा । स्तनपान नगराउने बालबालिकाको लागि पनि यो स्वास्थ्य शिक्षा र परामर्श महत्त्वपूर्ण हुन्छ ।

सम्भव भएसम्म, अन्तरङ्ग हेरचाहबाट बाहिर स्थानान्तरण गर्नु अघि उमेर-अनुसारको खोप र जुकाको औषधि दिनुपर्दछ। यदि स्थानान्तरण अघि यो सेवा प्रदान गर्न सम्भव नभएमा, बहिरङ्ग सेवामा बालबालिकाले यो सुबिधा प्राप्त गर्ने कुरा सुनिश्चित गर्नुपर्दछ ।

डिस्चार्ज योजनाको अर्को प्रमुख उद्देश्य घरको वातावरणको मूल्याङ्कन , पानी, र सरसफाइ; खाद्य सुरक्षा; आर्थिक स्थिरता; र हेरचाहकर्ताहरूको मानसिक र शारीरिक स्वास्थ्य लगायत वातावरणीय स्वास्थ्य पक्षहरूको मूल्याङ्कन समावेश हुनुपर्दछ। यो मूल्याङ्कन हेरचाहकर्तालाई सोधेर वा घर भेट मार्फत गर्न सकिन्छ ।

**अनुसूची ३६**  
**(परिच्छेद ५ को दफा ४९(१) सँग सम्बन्धित)**  
**मध्यम शीघ्र कुपोषणका लागि पोषण हेरचाह प्रणाली**

मध्यम शीघ्र कुपोषण व्यवस्थापनको उद्देश्य ६-५९ महिनाका बालबालिकाहरूमा मध्यम शीघ्र कुपोषणको प्रारम्भिक रूपमा पहिचान गर्नु, पुनर्स्थापना गर्नु र पोषण स्थिति र सम्बन्धित मृत्युदरलाई थप बिग्रन नदिनु हो । ६-५९ महिनाका मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूमा निम्न पोषण व्यवस्थापन आवश्यक पर्दछ:

- २४ महिनासम्म निरन्तर स्तनपानको साथसाथै उमेर-उपयुक्त पूरक आहारको प्रवर्द्धन
- स्थानीय रूपमा उपलब्ध पौष्टिक खानाको उपभोग/ प्रवर्द्धन
- सफा र स्वच्छ वातावरणको प्रवर्द्धन
- स्वास्थ्य सेवाहरूमा पहुँच खोप, भिटामिन ए,

- क्षेत्रको अवस्थामा आधारित रणनीतिमा निर्भर हुदै पूरक खाना (SFFs) को प्रावधान (जोखिमको स्तरमा आधारित)
- राष्ट्रिय रूपमा सिफारिस गरिएका शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण (IYCF) अभ्यासहरूको पालना

कडा शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूलाई गरिएको जस्तै, ६-५९ महिनाका सबै मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूको उपयुक्त हेरचाह र व्यवस्थापन प्रक्रियाहरू निर्धारण गर्न बृहत चिकित्सा, पोषण/खुवाई, र मनोसामाजिक लेखाजोखा गर्नुपर्दछ ।

#### यस लेखाजोखामा निम्न चरणहरू समावेश हुनुपर्दछ :

- मध्यम कडा/शीघ्र कुपोषणको अघिल्लो एपिसोडसहित चिकित्सा इतिहास लिने (हरू)
- CB-IMNCI प्रोटोकल अनुसार बालबालिकाको चिकित्सा अवस्था र जटिलताहरूको मुल्यांकन गर्ने
- पोषणयुक्त आहारमा पहुँच साथै खानपानको इतिहास र खुवाउने अभ्यासहरूको लेखाजोखा गर्ने
- बालबालिकाहरू र आमा हेरचाहकर्ताको/मनोसामाजिक स्थितिको लेखाजोखा गर्ने
- खोप, जुकाको औषधि र भिटामिन ए प्राप्त गरे/नगरेको अवस्था जाँच गर्ने
- प्रेषण पुर्जाबाट सबै सान्दर्भिक जानकारीको समीक्षा र अभिलेख गर्ने

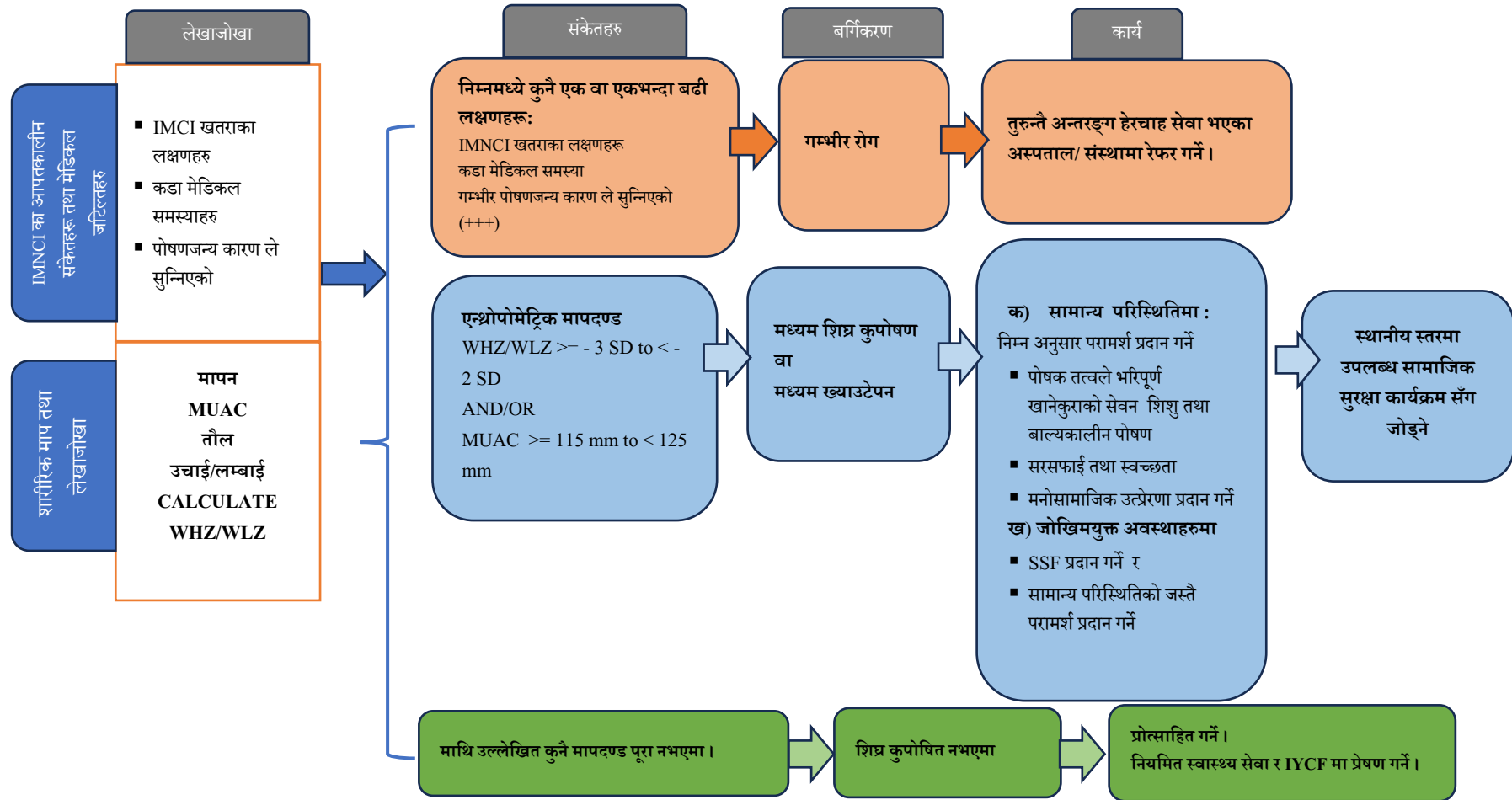
#### ध्यान दिनुपर्ने कुरा :

- गम्भीर रूपका बिरामीहरूलाई तुरुन्तै उपयुक्त स्वास्थ्य संस्थामा पठाउनुपर्छ।
- यदि आवश्यक भएमा, प्रेषण गर्नु अघि बिरामीलाई CB-IMNCI प्रोटोकल अनुसार स्थिरकरण गर्नुपर्दछ।

#### पोषण हेरचाह प्रणाली:

- मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरू र सामान्य खतराका चिन्हहरू/चिकित्सा सेवाहरू आवश्यक पर्ने कडा चिकित्सा समस्याहरू भएमा आमा/हेरचाहकर्तालाई परामर्श दिई प्रेषण पुर्जा भर्ने, नजिकैको पेडीयाट्रिक/बालबालिकाको वार्डमा सक्दो छिटो भर्नाको लागि प्रेषण गर्ने । सबै नयाँ मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकाको चिकित्सा जाँच गरिएको सुनिश्चित गर्ने । पहिले नै जाँच गरिएका केसहरूलाई नदोहोर्याउने।
- मध्यम शीघ्र कुपोषित अन्य बालबालिकाहरूलाई बहिरङ्ग हेरचाहमा भर्ना गर्नुपर्दछ । मध्यम शीघ्र कुपोषित बालबालिकाहरूको बहिरङ्ग व्यवस्थापनमा निम्न उल्लेखित बुदाहरूमा समावेश हुन्छन्:
  - क) अस्पताल भर्ना आवश्यक नपर्ने कडा चिकित्सकीय समस्याहरू र अन्तर्निहित चिकित्सा अवस्थाहरू/रोगहरूको निदान र उपचार,
  - ख) पोषिलो आहारमा पहुँच प्रवर्द्धन गर्ने र खुवाई अभ्यासहरू, आहार, स्वास्थ्य, खानेपानी तथा सरसफाई बारे सामान्य र अनुकूलित परामर्श प्रदान गर्ने, र
  - ग) विशेष परिस्थितिहरूमा, घरको आहार र पोषण पुनर्स्थापना गर्नलाई विशेष रूपमा तयार पारिएको खाना (SFFs) प्रदान गर्ने ।

चित्र १२ : ६-५९ महिनाका मध्यम शीघ्र कुपोषित (MAM) शिशु र बालबालिकाहरुको पोषण हेरचाह प्रणाली (Care Pathway)



## अनुसूची : ३७

### परिच्छेद ५ को दफा ४९(२) सँग सम्बन्धित

#### पोषिलो आहार भनेको के हो?

मध्यम शीघ्र कुपोषणको पोषण व्यवस्थापन सामान्यतया स्थानीय स्तरमा उपलब्ध पोषिलो खानाको अधिकतम उपयोगमा आधारित हुनुपर्छ, जसले बालबालिकाको पोषण स्थिति सुधार गर्न र उनीहरूलाई कडा शीघ्र कुपोषणमा हुन वा विकासमा असर पर्नबाट जोगाउन मद्दत गर्दछ ।

पोषिलो खाना भन्नाले तुलनात्मक रूपमा पोषकतत्त्व धेरै हुने ; यस्ता खानामा भिटामिन, खनिज पदार्थ, आवश्यक एमिनो एसिड, र स्वस्थकर बोसोको मात्रा उच्च रूपमा हुने खाना बुझ्नु पर्दछ ।

पोषिलो आहारको उदाहरणमा पशुजन्य खाद्य पदार्थहरू, गोडागुडी, बदाम, र विभिन्न फलफूल तथा तरकारीहरू समावेश छन्। स्थानिय स्तरमा उपलब्ध यस्ता पोषकतत्त्वयुक्त खाद्य पदार्थहरूको प्रवर्द्धन गर्नुपर्छ । अन्न र दालहरूबाट तयार गरिएको प्रोटिनयुक्त रोटी र प्रोटिनयुक्त विशेष पिठोको मिश्रण घरेलु स्तरमै तयार गर्न सकिन्छ, जसको विवरण खाद्य प्रविधि तथा गुण नियन्त्रण विभागद्वारा प्रकाशित “**पूरक आहारका लागि परिकार पुस्तक - २०८०**” मा उल्लेख गरिएको छ ।

सामान्य आहारमा अपर्याप्त मात्रामा रहेका पोषकतत्त्वहरूको सेवनलाई विभिन्न तरिकाहरूबाट बढाउन सकिन्छ, जसमध्ये आहारको विविधीकरण र केही मुख्य खानेकुरामा भिटामिन र खनिजहरू मिसाउने उपायहरू समावेश हुन्छन् ।

## अनुसूची ३८

### न्युन जोखिमको सन्दर्भमा मध्यम शीघ्र कुपोषण व्यवस्थापन

### परिच्छेद ५ को दफा ४९(४) सँग सम्बन्धित

न्युन जोखिम सन्दर्भमा, पोषणको आधारभूत प्याकेजले निम्न उपायहरू मार्फत, पोषण अवस्थाको पुनर्स्थापना र रोकथाम गर्नुपर्दछ ।

- रोगहरूको उपचार र चिकित्सा अवस्थाहरूको व्यवस्थापन
- स्थानीय रूपमा उपलब्ध पोषणयुक्त आहारहरूको उपभोग र परामर्शलाई प्रवर्द्धन गर्ने, आहार विविधताको प्रवर्द्धन/अभ्यास गर्ने
- शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण, स्वास्थ्य, खानेपानी तथा सरसफाई सम्बन्धी परामर्श सेवा र
- अन्य सामाजिक सञ्जाल कार्यक्रमहरूमा प्रेषण गर्ने (जहाँ उपलब्ध छ)
- रक्तअल्पताको समस्या भएको क्षेत्रमा, बहुसूक्ष्म पोषक तत्वहरूको दिने

**नोट:** मध्यम शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापनको लागि वालभिटा (MNP) मा मात्र भर पर्नु हुदैन ।

## अनुसूची ३९

### परिच्छेद ५ को दफा ४९(५) सँग सम्बन्धित

#### उच्च जोखिम सन्दर्भमा मध्यम शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन

उच्च जोखिमपूर्ण सन्दर्भ भन्नाले शीघ्र कुपोषणको दर (GAM) १०-१४% वा सोभन्दा बढी (थप जोखिम कारकहरू बिना) वा ५-९% (थप जोखिम कारकहरू सहित) बुझिन्छ। थप जोखिम कारकहरू निम्न प्रकारका हुन्छन्

- उच्च खाद्य असुरक्षा (IPC चरण ३ वा सोभन्दा माथि, वा अन्य कुनै सम्बन्धित समग्र सूचक)
- दादुरा वा लहरे खोकीको महामारी
- प्रकोप वा मानवीय संकट पछि कुनै पनि "आपतकालीन घोषणा गरिएको क्षेत्र"

जोखिम वर्गीकरणका लागि सन्दर्भहरूको लेखाजोखा गर्दा, GAM र SAM दरहरूको ट्रेन्ड र कुपोषणका अन्तर्निहित कारणहरूलाई पनि निर्णय प्रक्रियामा समावेश गर्नुपर्दछ

## अनुसूची ४०

### परिच्छेद ५ को दफा ४९(६) सँग सम्बन्धित

#### विशेष रूपमा तयार पारिएको खाना (SFF) कार्यक्रमको लागि ध्यान दिनु पर्ने व्यक्तिगत र सामाजिक कारकहरू

मध्यम शीघ्र कुपोषण भएका ६-५९ महिनाका शिशु तथा बालबालिकाका लागि निम्न कुनै पनि कारकहरू भएमा, केवल परामर्श मात्र नभई परामर्श सहित विशेष रूपमा तयार पारिएको खानालाई (SFF) प्राथमिकता दिनुपर्दछ।

#### व्यक्तिगत बालबालिकासँग सम्बन्धित कारकहरू:

- पाखुराको मध्य भागको परिधि (MUAC)  $\geq 11.5$  देखि  $< 11.9$  मिमि
- उमेर अनुसार तौल z-स्कोर (WAZ)  $< -3$  SD
- अन्य उपचारहरू प्राप्त गरेपछि मध्यम शीघ्र कुपोषणबाट निको हुन असफल हुनु (जस्तै, केवल परामर्श)
- मध्यम शीघ्र कुपोषणमा पुनः प्रसित हुनु
- पहिला पनि कडा शीघ्र कुपोषण भएको
- सह-संक्रमण (मध्यम वा दीर्घकालीन फलो-अप हेरचाह आवश्यक पर्ने चिकित्सकीय समस्या जस्तै एचआईभी, क्षयरोग, शारीरिक वा मानसिक अपाङ्गता आदि)

#### सामाजिक कारकहरू:

- गम्भीर व्यक्तिगत परिस्थितिहरू, जस्तै आमाको मृत्यु वा आमाको कमजोर स्वास्थ्य।



नोट: WHO २०२३ को निर्देशिका अनुसार, "कम जोखिम भएका सन्दर्भहरू" मा मध्यम शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकाहरू र कडा शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकाहरूको बहिर्गमन पछिको हेरचाहका लागि अवस्था अनुसार, व्यक्तिगत र सामाजिक कारकहरूको उपस्थितिमा निर्भर रही (प्राथमिकता निर्धारण) SFFs (विशेष रूपले तयार पारिएको खाना) प्रदान गर्न सिफारिस गरिएको छ,। यद्यपि, यो दृष्टिकोणको व्यावहारिकता र प्रभावकारिता अध्ययनको आधारमा रहेर राष्ट्रिय स्तरमा अपनाउन र कार्यान्वयन गर्न सकिन्छ।

## अनुसुची ४१

### परिच्छेद ६ को दफा ५०(३, ४) सँग सम्बन्धित

### स्तनपान, पूरक आहार र खानेपानी तथा सरसफाईको परामर्श र सहयोग

#### तालिका २८: सिफारिस गरिएका स्तनपान अभ्यासहरू

सिफारिस गरिएका अभ्यासहरू	परामर्श छलफलका बुँदाहरू
<p>शिशुलाई जन्मपश्चात् तुरुन्तै आमाको छाती माथि टसाएर राख्ने (कङ्गारु मदर केयर)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>आमाको छाती माथि टसाएर राख्दा नवजात शिशु न्यानो रहन्छ</li> <li>आमा र बालबालिकाबीचको नजिकको सम्बन्ध</li> <li>कोलोस्त्रम (Colostrum) उत्पादन गर्न मद्दत गर्ने</li> <li>आमाको छाती माथि टसाएर राख्दा प्रेरित गर्न मद्दत गर्ने</li> </ul>
<p>जन्मेको पहिलो घण्टाभित्र स्तनपान सुरु गर्ने</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>जन्मबाटै स्तनपान गर्दा दूध "आउनु" मद्दत गर्दछ र प्रशस्त स्तनदूध सुनिश्चित गर्ने</li> <li>यो पहिलो दूधलाई (Colostrum) बिगौती दूध" भनिन्छ। यो पहिलो र ऐन्टिबडीहरूले भरिपूर्ण हुन्छ जसले बालबालिकालाई सुरक्षित गर्दछ।</li> <li>बिगौती दूधले धेरै रोगहरूको विरुद्ध पहिलो प्रतिरक्षा प्रदान गर्दछ।</li> </ul>
<p>पूर्ण स्तनपान गर्ने (अरू कुनै खाना वा पेय पदार्थ नदिने)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>पहिलो ६ महिनासम्म शिशुलाई आवश्यक सबै पोषण आमाको दूधले प्रदान गर्छ</li> <li>पहिलो ६ महिनासम्म शिशुलाई अरू केही पनि नदिनुहोस्, पानीसमेत होइन</li> <li>पानी दिनाले शिशुको पेट भरिन्छ र कम दूध चुस्ने हुन्छ; जसका कारण कम आमाको दूध उत्पादन हुन्छ</li> <li>पानी वा अन्य तरल पदार्थ दिनाले झाडापखाला लाग्न सक्छ</li> </ul>

दिनरात बारम्बार स्तनपान गराउने



- शिशुलाई बारम्बार स्तनपान गराउने, नवजात शिशुको लागि कम्तीमा १०-१२ पटक, र स्तनपान राम्रोसँग स्थिर भएपछि ८ वा बढी पटक दिनरात गराउने, जसले आमाको दूध धेरै उत्पादन गर्न मद्दत गर्छ ।

**टिप्पणी:** शिशुले पर्याप्त रूपमा आमाको दूध प्राप्त गर्दछ कि छैन भनेर पिसाब गर्ने अवधिमा ध्यान दिनुपर्दछ । यदि शिशुले पर्याप्त आमाको दूध प्राप्त गर्दछ भने, शिशुले २४ घण्टाभित्र ६-८ पटक पिसाब गर्छ र पिसाबको रंग सफा र स्पष्ट हुन्छ। जबकि, शिशुले २४ घण्टाभित्र ६ पटक भन्दा कम पिसाब गर्दा, र पिसाबको रंग पहेँलो, गाढा र गन्धयुक्त भएमा, त्यस्ता शिशुले आमाको दूध पर्याप्त रूपले प्राप्त गरिरहेको छैन ।

- अधिक दूध चुस्ने (सही रूपमा सम्पर्क गर्दै) र दूध निकाल्दा धेरै आमाको दूध उत्पादन हुन्छ ।

आवश्यकता अनुसार स्तनपान गराउनुहोस् (वा संकेत अनुसार) – जुनसुकै समयमा शिशुले आमाको दूध माग गरे



- रोझरहुनु भनेको भोकको ढिलो संकेत हो
- शिशुले स्तनपान चाहेको प्रारम्भिक संकेतहरू:
  - अशान्तता
  - मुख खोल्नु र टाउको दायाँ बायाँ-घुमाउनु
  - जिब्रो भित्र र बाहिर गर्ने
  - औला वा मुठी चुस्ने

स्तनपान गर्दा उचित आसन र सम्पर्कलाई सुनिश्चित राख्ने



उचित आसन र सम्पर्कलाई सुनिश्चित गर्दा बालबालिकालाई दूध चुस्नमा प्रभावकारी मद्दत पुर्याउँछ

**सहि आसनका ४ संकेतहरू(तरिकाहरू)**

१. शिशुको शरीर सिधा हुनु पर्दछ
२. शिशुको शरीर आमाको स्तनको तर्फ फर्किनु पर्दछ
३. शिशु आमाको नजिक हुनु पर्दछ
४. आमाले शिशुको सम्पूर्ण शरीरलाई सहारा दिनु पर्दछ

	<p><b>सही सम्पर्कका ४ संकेतहरू (तरिकाहरु)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>१. शिशुको चीउडो आमाको स्तनसँग छुनु पर्दछ</li> <li>२. सम्पूर्ण एरोला(Areola) शिशुको मुखभित्र जानु पर्दछ</li> <li>३. तलको ओठ बाहिरतर्फ पल्टिएको वा फर्किएको हुनु पर्दछ</li> <li>४. मुख ठूलो खुल्ला हुनु पर्दछ</li> </ol>
<p>शिशुलाई एक स्तन पुरा सक्न दिने, अनि आफैं अर्को स्तनमा सर्न दिने</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>● एक स्तनबाट अर्को स्तनमा सर्ने हुँदा शिशुले पोषक पछिल्लो दूध अंश दूध (Hind Milk) प्राप्त गर्न पाउँदैन</li> <li>● पहिलो दूधमा अग्र-अंश दूध (Fore Milk) बढी पानीको मात्रा हुन्छ र शिशुको प्यास मेटाउँछ; पछिल्लो दूधमा अंश दूध (Hind Milk) बढी चिल्लोको मात्रा हुन्छ र शिशुको भोकलाई सन्तुष्ट गर्दछ</li> </ul>
<p>२ वर्षको उमेर वा त्यस भन्दा लामो समयसम्म स्तनपान जारी राख्ने</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>● आमाको दूध पूरक(Complementary)आहारको अवधिमा ऊर्जा र पोषक तत्वहरूको महत्त्वपूर्ण अंश(Proportion) प्रदान गर्दछ र शिशुहरूलाई रोगबाट जोगाउँछ</li> <li>● पहिलो वर्षमा अन्न खुवाउन पहिले स्तनपान गराउनुहोस्, ताकि आमाको दूधको आपूर्ति कायम रहोस्</li> </ul>
<p>शिशु वा आमा बिरामी हुँदा पनि स्तनपान जारी राख्ने</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>● बिरामी हुँदा बढी स्तनपान गराउने</li> <li>● जब आमा वा शिशु बिरामी हुन्छ, तब आमाको दूधका पोषक तत्व र रोग प्रतिकारक सुरक्षा शिशुका लागि अत्यन्त महत्त्वपूर्ण हुन्छ</li> <li>● स्तनपानले बिरामी शिशुलाई आराम प्रदान गर्छ</li> </ul>

आमाले भोक र प्यास मेटाउन पर्याप्त खाना र पानी पिउनु पर्दछ



- स्तनपान गराइरहेकी आमाले दिनमा २ पटक थप खाना खानु पर्दछ
- आमाको दूधको पर्याप्त मात्रा वा गुणस्तर सुनिश्चित गर्न कुनै विशेष खाना वा आहारको आवश्यक छैन
- कुनै पनि खाना प्रतिबन्धित छैन
- पहुँचयोग्य स्थानमा आमालाई पूरक खाना सेवन गर्न प्रोत्साहित गर्नुपर्दछ

बोटलबाट दूध खुवाउनु कहिल्यै गर्नु हुँदैन

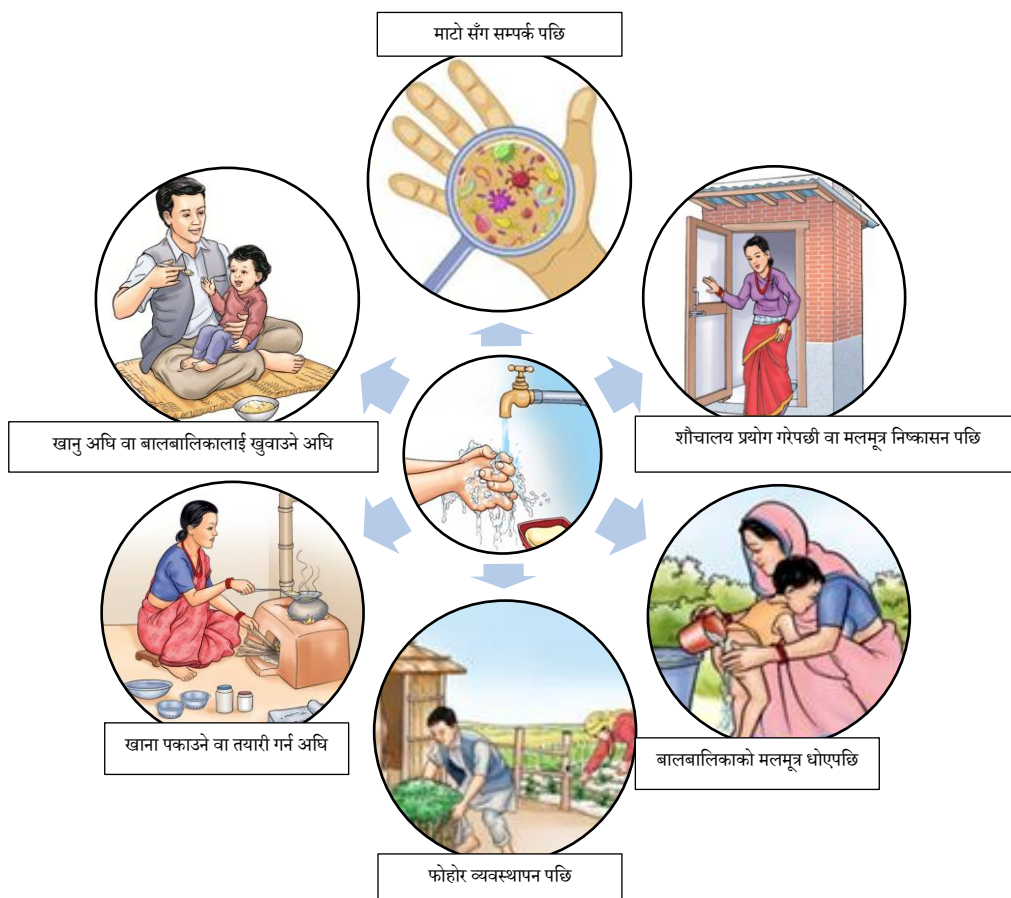


- बोटल र बोटलको मुन्टा सजिलै प्रदूषित हुन सक्छ, र बोटलबाट दूध खुवाउँदा शिशुको जबडा विकासमा अवरोध आउन सक्छ। त्यसैले, अर्को दूध वा आमाको दूध (आमा टाढा भएका वा) कचौरा र चम्चा (आवश्यक परेको अवस्थामा वा गिलास प्रयोग गरेर खुवाउनु उचित हुन्छ

### पूरक वा थप खाना सम्बन्धी सिफारिस गरिएका व्यवहारहरू

उमेर (उ) Age (A)	पटक (प) Frequency (F)	मात्रा (मा) Amount (A)	चाबनीपना (चा) Thickness (T)	प्रकार (प्र) Variety (V)	सक्रिय खुबाई (स) Active Feeding (A)	संरक्षकता (स) Hygiene (H)
६ - ९ महिना						
९ - १२ महिना						
१२ - २४ महिना						

## सिफारिस गरिएका पानी, सरसफाइ र स्वच्छता अभ्यासहरू



चित्र १४. सामान्य स्वच्छता अभ्यासहरू

- हात धुने सबै महत्वपूर्ण समयमा साबुन र पानीले हात धुने
- स्वच्छ र सुरक्षित पानी प्रयोग गर्ने
- खाना सुरक्षित राख्ने
- दिसा पिसाबको लागि शौचालय प्रयोग गर्ने र बालबालिकाको दिसा पिसाब सही तरिकाले व्यवस्थापन गर्ने
- आफ्नो घर र वरपरको क्षेत्रलाई सफा राख्ने, स्वास्थ्य संस्था र अन्य कार्यालयहरू समेत समेटेर
- वातावरण सफा राख्ने
- शिशु र साना बालबालिकाहरूका लागि बोतल, स्तनको मुन्टो वा चुच्चो भएको कप प्रयोग नगर्ने, किनभने यी सफा गर्न गाह्रो हुन्छन् र शिशु वा साना बालबालिकालाई बिरामी पार्न सक्छ
- सबै परिवारका सदस्यहरू सरसफाइ अभ्यासका लागि समान रूपमा जिम्मेवार छन्

## हात धुने चरणहरूः



चित्र १५. हात धुने चरणहरू

## पानी शुद्धीकरणका विधिहरूः

१. उमाल्ने

२. छान्ने

३. क्लोरिनेसन

४. सोडिस



## सुरक्षित खाना:

१. सफा राख्ने (हात, काम गर्ने सतह, भाँडाकुँडा)
२. भाँडाकुँडा र कन्टेनरहरू सहित पकाएको खानाबाट काँचो अलग गर्ने
३. ताजा खाना प्रयोग गर्ने र राम्ररी पकाउने (विशेष गरी माछा, मासु, कुखुरा र अण्डा)
४. खानालाई सुरक्षित तापक्रममा राख्ने र छोप्ने:
  - भात, गेडागुडी र माछा जस्ता सुख्खा खानेकुराहरू किरा, मुसा र अन्य कीराहरूबाट सुरक्षित हुने सुख्खा र चिसो ठाउँमा राख्ने; अन्य खानेकुराहरूलाई घामबाट टाढा राख्ने।
  - खानालाई २ घण्टाभन्दा बढी समयसम्म राखेपछि सधैं तताउने; बाफ नआउन्जेल राम्ररी तताउने; तरल खानालाई उम्लिने गरी राख्ने।
५. स्वच्छ र सुरक्षित पानी प्रयोग गर्ने।

**अनुसूची ४२**  
**(परिच्छेद ६ को दफा ५० (५) सँग सम्बन्धित)**  
**सामुदायिक परिचालन**

समुदायमा रहेका अवरोधहरू हटाएर शीघ्र कुपोषणको एकिकृत व्यवस्थापन सेवामा पहुँच विस्तार गर्न सामुदायिक परिचालन महत्त्वपूर्ण हुन्छ। सेवाको दिगोपना र भविष्यका चुनौतीहरूबाट जोगिन सेवा सुरु गर्नु अघि समुदायलाई संलग्न गराउनु महत्त्वपूर्ण हुन्छ। सामुदायिक परिचालनको मुख्य उद्देश्य भनेको स्थानीय स्रोत र संरचनाहरूद्वारा सेवामा पहुँच र उपभोग बढाई शीघ्र कुपोषणको प्रारम्भिक पहिचान र उपचारको लागि धेरै बालबालिकाहरूको समयमै पाखुराको मध्य-भागको परिधि लेखाजोखा गरेको सुनिश्चित गर्नु हो।

सामुदायिक परिचालनमा प्रभावकारी सेवा प्रवाह सुनिश्चित गर्न र कार्यक्रम कार्यान्वयनको क्रममा उत्पन्न भएका चुनौतीहरूलाई सम्बोधन गर्न, स्वास्थ्यकर्मी, सामाजिक परिचालक, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, आमा समूह र जनप्रतिनिधिहरूको सामूहिक प्रयास हुनुपर्दछ। उदाहरणका लागि, यदि कुनै महिलाले सेवाको पहुँचमा समस्याहरू सामना गर्नु परेमा, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू र आमा समूहहरूले सम्बोधन गर्नुपर्दछ। यदि समस्या समाधान नभएमा, यसलाई सम्बन्धित स्वास्थ्य संस्थाको मासिक बैठकमा उठाउनुपर्दछ।

**सामुदायिक परिचालनका प्रमुख उद्देश्यहरू**

- शीघ्र कुपोषण र यस बारे उपलब्ध सेवाहरूको बारेमा ज्ञान र बुझाई बढाएर समुदायलाई संलग्न र सशक्त बनाउने।
- कडा शीघ्र कुपोषण र मध्यम शीघ्र कुपोषणको केसहरूको प्रारम्भिक पहिचान र प्रेषणलाई प्रवर्द्धन गर्ने।
- पोषणको शिक्षा, शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण (IYCF) र हेरचाह गर्ने अभ्यासहरूमा परामर्श प्रदान गर्ने।
- उच्च जोखिम भएका बालबालिकाको निगरानी गर्ने।
- सहकार्यात्मक समस्या-समाधानको लागी प्रोत्साहन गर्ने।

**सामुदायिक परिचालनका चरणहरू**



## सामुदायिक परिचालनका चरणहरू

### चरण १: स्थानीय स्तरको परामर्श बैठक

- शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमका लक्ष्य, उद्देश्य, समुदायको आवश्यकता, फाइदाहरूबारे छलफल गर्न र प्रतिक्रिया सङ्कलन गर्न जिल्ला तथा स्थानीय स्तरका अधिकारीहरू, स्वास्थ्यकर्मीहरू र प्रमुख सामुदायिक प्रतिनिधिहरूसँग परामर्श बैठकहरू आयोजना गर्नुपर्दछ।

### चरण २: समुदायको सहभागिता र लेखाजोखा

- सामुदायिक लेखाजोखा स्थानीय अधिकारीहरूसँगको सहकार्यमा गर्नुपर्दछ। लेखाजोखामा अन्तर्वाता, समूहकेन्द्रित छलफल, र प्रमुख समुदायका सदस्यहरू, स्थानीय नेताहरू, आमा समूहका सदस्यहरू, शिक्षकहरू, प्रारम्भिक बाल विकास (ECD) सहजकर्ताहरू, आमाहरू, बुबाहरू, हेरचाहकर्ताहरू र धामी झाक्री जस्ता अन्तरक्रिया समावेश हुन्छ। समुदायको सहभागिता र लेखाजोखाले स्थानीय स्रोतहरू, वर्तमान स्वास्थ्य व्यवहारहरू, स्वास्थ्य सेवाको आवश्यकताहरू र प्रभावकारी सञ्चार माध्यमहरू पहिचान गर्न मद्दत गर्दछ।

### चरण ३: सामुदायिक सचेतीकरण

- समुदायलाई संलग्न गराई विभिन्न विधिहरू प्रयोग गरेर सेवाको उपलब्धता, कुपोषणका कारणहरू, समाधानहरू, र उपलब्ध शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाहरूको बारेमा जागरूकता जगाउने कुरा यसमा समावेश हुन्छ। साथसाथै, प्रमुख समुदाय समूहहरू र संरचनाहरू बीच भूमिका र जिम्मेवारीहरू परिभाषित गर्ने र समुदायमा गलत धारणाहरू स्पष्ट गर्ने, सेवा उपयोगलाई प्रवर्द्धन गर्ने, र कार्यक्रमको सेवाहरूमा कुनै पनि अवरोधलाई सम्बोधन गर्ने पनि सचेतीकरण क्रियाकलापहरूमा समावेश हुन्छ।

### चरण ४: सूचना र सामग्रीको विकास

- शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाहरूलाई प्रवर्द्धन गर्न तयारी उपचारात्मक खाना र फोर्टिफाइड ब्लेन्डेड फूड (FBF) जस्ता खाद्य पदार्थहरूको लागि स्थानीय शब्दावली प्रयोग गरेर सांस्कृतिक रूपमा उपयुक्त सचेतना सामग्रीहरू विकास गर्नुपर्दछ। यी सामग्रीहरूमा पोस्टरहरू, पम्प्लेटहरू, फ्लिपचार्टहरू, रेडियो सन्देशहरू र टेलिभिजन प्रसारणहरू समावेश हुन सक्छन्। यस्ता सन्देशहरूको वितरण र प्रसार गर्नु अघि, समुदायमा लक्षित दर्शकहरू र गाउँघरको अवस्था अनुसार विस्तृत सचेतीकरण योजना बनाउनु पर्दछ।

### चरण ५: सामुदायिक स्तरको तालिम

- सामुदायिक स्वयंसेवकहरू (जस्तै, महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेविकाहरू (FCHV), प्रारम्भिक बाल विकास (ECD) सहजकर्ताहरू) र अन्य प्रमुख कर्मचारीहरूलाई तालिम प्रदान गर्नुपर्दछ। तालिममा प्रभावकारी सामुदायिक संलग्नता प्रविधिहरू, सन्देशहरूको प्रसार, बालबलिकामा कुपोषणको पहिचान र प्रेषण समावेश हुनुपर्दछ।

**समुदाय परिचालनको लागि आवश्यकताहरू:** आवश्यक सामग्रीहरूमा पाखुराको मध्य-भागको परिधि मापन गर्ने टेपहरू, परामर्श कार्डहरू, र प्रतिवेदन फारामहरू पर्दछन्। समुदाय लेखाजोखा र रणनीति विकासको जिम्मेवारी तोकिएको व्यक्तिले लिनुपर्दछ, जसले महत्वपूर्ण चरणहरू पालन भएको सुनिश्चित गर्दछन्।

## अनुसूची ४३

### परिच्छेद ७ को दफा ५४ सँग सम्बन्धित

#### ६-५९ महिना उमेरका शिशुहरू र बालबालिकाहरूमा एन्थ्रोपोमेट्रिक रिक्तभरी

६-५९ महिनाका शिशुहरू र बालबालिकाहरूमा एन्थ्रोपोमेट्रिक रिक्तभरीलाई निम्न रूपमा परिभाषित गरिएको छः

- उचाई वा लम्बाई अनुसारको तौल जेड -स्कोर, WHZ वा WLZ  $\geq -2$  SD र/वा
- पाखुराको मध्य भागको परिधि  $> १२५$  मि मि र
- कम्तिमा दुई लगातार बहिरङ्ग सेवा जाँचमा पोषणजन्य कारणले नासुन्निनु

## अनुसूची ४४

### परिच्छेद ७ को दफा ५४ सँग सम्बन्धित

#### मनोसामाजिक उत्प्रेरणाका क्रियाकलापहरू

##### मनोसामाजिक उत्प्रेरणा

पाँच वर्षमुनिका शीघ्र कुपोषण भएका बालबालिकामा सोच्ने क्षमता, भावनात्मक सम्बन्ध, सामाजिक व्यवहार र शारीरिक विकास ढिलो हुने सम्भावना बढी हुन्छ। कुपोषण प्रायः बारम्बार बिरामी हुने, खेल तथा सामाजिक व्यवहारको कमी, स्याहारकर्ताको मानसिक अवस्था र स्याहारकर्ता तथा बालबालिका बिचको अन्तर्क्रिया कमजोर हुनुका कारण देखिन्छ। त्यसैले एकीकृत कुपोषण व्यवस्थापन (IMAM) सेवामा मानोसामाजिक उत्तेजना अत्यन्त आवश्यक हुन्छ। यसले बालबालिकाको प्रारम्भिक विकासमा सहयोग गर्छ, स्याहार गर्ने तरिका सुधार गर्छ र उपचारको समग्र परिणाम राम्रो बनाउन मद्दत गर्छ।

मनोसामाजिक उत्प्रेरणामुलक सहयोग भनेको मुख्यरूपमा स्वास्थ्यकर्मी वा सामाजिक कार्यकर्ता र परिवार बिच सम्मानजनक स्याहार र संवादमा आधारित कार्यक्रम हो । यस्तो कार्यक्रमले हेरचाहकर्ता वा परिवार र बालबालिका बिच पारस्परिक, प्रतिक्रियात्मक र जागरुक स्याहार सम्बन्धको बिकास गराउँछ । मनोसामाजिक उत्प्रेरणा भनेको निम्न लिखित विषयहरू समावेस भएको एउटा व्यापक र एकिकृत अवधारणा हो, जसले निम्न पक्षहरूलाई एकिकृत रूपमा समेट्दछ । यस अवधारणा निरन्तर हेरचाह (Continuum of Care) मा आधारित छ, जसले कडा शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापनमा प्रबर्धन, रोकथाम, उपचार, र पुनःस्थापनाको अवधारणा समेट्छ ।

- उत्तरदायी हेरचाह (Responsive Caregiving): बालबालिकाको आवश्यकता प्रतिको अभिभावक र बालबालिका बिचमा भावनात्मक अन्तरक्रिया गर्ने ।
- सिकाइका अवसरहरू (Learning Opportunities): उमेर अनुसारको खेल खेलाउने तथा कुराकानी गर्ने ।

- सामाजिक-भावनात्मक सहयोग (Social-Emotional Support): हेरचाहकर्ता र बालबालिका दुवैको मानसिक स्वास्थ्यमा सहायता गर्ने ।
  - एकीकृत हेरचाह (Integrated Care): पोषणलाई स्वास्थ्य सँग जोडेर सेवाहरु संयुक्त रुपमा दिने ।
  - पारिवारिक सहयोग (Family Support): हेरचाहकर्ताको क्षमता र आत्मविश्वासलाई मजबुत बनाउने।
- यी अवधारणाहरु गर्भावस्थादेखि लिएर बाल विकासका सबै चरणहरुमा लागू गर्न सकिन्छ, जसमा पहिलो १००० दिनको अवधि मनोसामाजिक उत्प्रेरणाका लागि सबैभन्दा महत्त्वपूर्ण समय (Golden Window Period) हो। गर्भमै रहेको अवस्थामा र जीवनका पहिलो दुई वर्षहरुमा मस्तिष्क सबैभन्दा तीव्र गतिमा विकास हुन्छ। तीन वर्षको बालबालिकाको मस्तिष्क वयस्कको मस्तिष्क भन्दा दोब्बर सक्रिय हुन्छ जुन समयमा न्युरोनहरुले प्रतिसेकेन्ड ७०० देखि १००० सम्म नयाँ सञ्जालहरु बनाइरहेका हुन्छन् (UNICEF २०१६)। यी सञ्जालहरुले बालबालिकाको शारीरिक र मानसिक स्वास्थ्य, दीर्घकालीन सिकाइ क्षमता, परिवर्तनसँग अनुकूल हुन सक्ने क्षमताका साथै मनोवैज्ञानिक सहनशीलता निर्धारण गर्छन्। स्याहारकर्तासँग बालबालिकाको सम्बन्ध स्थापित गर्नका लागि बालबालिकाले निम्नलिखित चार चरणहरु पार गर्दछन् ।



१. सम्बन्ध स्थापित हुनुपहिलेको चरण (Pre-attachment): जन्मेदेखि ६ हप्तासम्म (शिशुले कुनैपनि निर्दिष्ट स्याहारकर्तासँग कुनै सम्बन्ध देखाउँदैन)



२. बिना भेदभावको सम्बन्ध (Indiscriminate): ६ हप्तादेखि सात महिनासम्म (शिशुले मुख्य र अन्य स्याहारकर्ताहरुप्रति रुची देखाउन थाल्छ)



३. छानिएको सम्बन्ध (Discriminate): सात महिनाभन्दा माथि (शिशुले कोही एकजना स्याहारकर्ताप्रति दरिलो सम्बन्ध देखाउँछ)



४. बहु सम्बन्ध (Multiple): १० महिनाभन्दा माथि (अन्य स्याहारकर्तासँग पनि शिशुले सम्बन्ध बढाउँदै जान्छ)

## मानोसामाजिक उत्तेजनाका मुख्य उद्देश्य निम्नानुसार छन्:

- बालबालिकाको उमेरअनुसारको मानसिक, सामाजिक, भावनात्मक तथा शारीरिक विकास प्रवर्द्धन गर्नु।
- स्याहारकर्ता र बालबालिकाबीचको सकारात्मक अन्तर्क्रिया सुदृढ गर्नु।
- कुपोषणसँग सम्बन्धित विकासगत ढिलाइ तथा व्यवहारगत समस्याहरू न्यूनीकरण गर्नु।
- स्याहारकर्तालाई उत्तरदायी स्याहार, खेल, संवाद र सकारात्मक अनुशासनसम्बन्धी सीप प्रदान गर्नु।

## शिशु तथा बालबालिकाको लागी मनोसामाजिक उत्प्रेरणाका लागी स्याहार सम्बन्धी सिफारिसहरू

नेपाल सरकार, स्वास्थ्य सेव विभाग, परिवार कल्याण महाशाखा द्वारा प्रकाशित “प्रारम्भिक बालविकासका लागी उचित स्याहार प्रवर्द्धन” पुस्तिका अनुसार शिशु तथा बालबालिकाको शारिक, मानसिक, सामाजिक, भावनात्मक तथा बौद्धिक विकासलाई प्रोत्साहन गर्नका लागी उमेर अनुकूल र बालबालिकाको अवस्था अनुकूल खेल र संवाद सम्बन्धी गतिविधिहरूको सिफारिस गर्दछ।

### क) शिशु तथा बालबालिकाको उमेर अनुसार खेल र संवाद गतिविधि सम्बन्धी सिफारिसहरू

#### शिशु जन्मिनु अघि (गर्भमै रहेको शिशु)

##### खेल (Play):

तपाईं शिशुसँग जन्मिनु अघिदेखि नै खेलन सक्नुहुन्छ। शिशु गर्भमा हुँदा आमाले आफ्ना हातले पेटलाई कोमल रूपमा मसाज गर्न सकिन्छन्। बुवाले पनि आमाको पेटमा बिस्तारै सुम्सुम्याउन सक्छन्। यो गतिविधि गर्भमा रहेको बच्चाका लागि मस्तिष्क विकास सक्रिय पार्ने महत्वपूर्ण “खेल” क्रियाकलाप बन्न पुग्छ। प्रायः स्याहारकर्तालाई गर्भमा रहेको बच्चासँग पनि खेलन सकिन्छ भन्ने कुरा बुझ्न वा महसुस गर्न गाह्रो हुन सक्छ। तर स्वास्थ्यकर्मीहरूले व्यावहारिक र तर्कसँगत व्याख्या तथा उदाहरण दिएर उनीहरूको सोच परिवर्तन गर्न मद्दत गर्न सक्छन्।



##### संवाद (Communicate):

बच्चासँग जन्मिनु अघिदेखि नै संवाद सुरु गर्न सिफारिस गरिएको छ। बच्चा गर्भमा हुँदा, आमाले कोमल र सुमधुर संगित सुन्नुपर्छ। छोटो कथाहरू सुन्नु पनि उपयोगी हुन्छ। धेरै नेपाली समुदायमा गर्भवती महिलालाई कथाहरू सुनाउने परम्परा छ जुन राम्रो अभ्यास हो। बुवा वा परिवारका अन्य सदस्यले गर्भमा रहेको बच्चासँग कुरा गर्न सक्छन्। यसका लागि तपाईंले आमाको पेटमा सुम्सुम्याउँदै गर्दा “हेल्लो बाबु”, “कस्तो छौ?” जस्ता शब्दहरू भन्न सक्नुहुनेछ।

#### जन्मेदेखि एक हप्तासम्मको शिशुका लागी:

##### खेल (Play):

शिशुहरू जन्मिएलगत्तै खेलन सुरु गर्छन्। स्वस्थ शिशुले जन्मदा नै हेर्ने, सुन्ने र गन्ध पत्ता लगाउन सक्छन्। तुरुन्तै उनीहरूले आमालाई चिन्छन्। केही समयपछि मानिसहरूले मुस्कुराउँदा शिशुले पनि मुस्कान दिने गर्छ। शिशुका लागी मानिसका अनुहारहरू विशेष रूपमा चासो लामे हुन्छन्।



यस उमेरमा सिकाइ मुख्य रूपमा हेर्ने, सुन्ने, महसुस गर्ने र चल्ने माध्यमबाट हुन्छ। शिशुको अनुहार लामो समयसम्म ढाकेर राख्नु हुँदैन किनभने दृष्टिको विकासका लागी शिशुले हेर्ने आवश्यक पर्छ।

नेपाली समुदायमा यो उमेरका नवजात शिशुलाई कपडाले बेरेर (swaddling) राख्ने प्रचलन छ। नवजात शिशुले खेलनका लागि उसलाई हल्लिने र मानिसलाई छुने अवसर दिनु आवश्यक हुन्छ। त्यसैले नवजात शिशुलाई लामो समयसम्म कपडामा बेरेर राख्नु हुँदैन। यसको सट्टा आमा र बुवाले बच्चालाई आफ्नो अँगालोमा राख्नुपर्छ। उनीहरूले शिशुको छालामा कोमल स्पर्श गर्न सक्छन्। असन्तुष्ट शिशुलाई कोमल रूपमा सान्त्वना दिँदा शिशुले आफैँलाई सान्त्वना दिन सक्छ।

#### संवाद (Communicate):

स्याहारकर्ताले जन्मदेखि नै शिशुसँग कुरा गर्न आवश्यक छ। आमा र बुवा (साथै अन्य स्याहारकर्ताहरू) शिशुसँग कुरा गर्न प्रोत्साहित हुनुपर्छ।

आमा/बुवाले शिशुका आँखामा हेरेर मुस्कान दिएमा शिशुले सञ्चार गर्न सक्छ। आमाले पनि शिशुले आफूलाई कसरी प्रतिक्रिया दिन्छ भनेर थाहा पाउन थालिन्छ।

नवजात शिशुहरूले आफ्ना आवश्यकताहरू आफ्नै तरिकाले व्यक्त गर्छन्। शिशुहरूले उनीहरूको चाल, आवाज र रुवाईप्रति कसैले ध्यान दिएका छन् भनेर विश्वास गर्न थाल्छन्। माग अनुसारको स्तनपानले यो अन्तर्क्रिया र बढ्दो विश्वासलाई झन बलियो बनाउँछ। नवजात शिशुले प्रायः स्तनपानमा रुचि भएको देखाउनका लागि रिस देखाउने, हात चुस्ने वा टाउको स्तनतर्फ सार्ने जस्ता व्यवहार देखाउँछन्। यी संकेतहरूबाट आमाले शिशु रुनु अघि नै भोकाएको कुरा बुझ्न सक्छन्।

#### एक हप्तादेखि ६ महिनासम्मको शिशुका लागि:

##### खेल (Play):

यस उमेरका शिशुहरू औँला र वस्तु समात्न मन पराउँछन्। उनीहरूले आफ्ना हात र खुट्टा हेर्छन् (जस्तो कि नयाँ केही चिज पत्ता लगाइरहेका छन्)। उनीहरू वस्तु मुखमा हाल्न मन पराउँछन् किनभने मुख संवेदनशिल हुन्छ। मुखको माध्यमले उनीहरूले स्वाद र स्पर्शबाट तातो र चिसो, नरम र कडा जस्ता कुराहरू सिक्छन्। यो अवस्थामा स्याहारकर्ताले बच्चाले मुखमा हाल्ने वस्तु सफा भएको र बच्चाले घाँटीमा अड्काउन नसक्ने गरी पर्याप्त ठूलो भएको सुनिश्चित गर्नुपर्छ।



यस उमेरमा प्रभावकारी खेल सुनिश्चित गर्न बच्चालाई वस्तु पछ्याउन मद्दत गर्नुहोस्। उदाहरणका लागि स्याहारकर्तालाई बच्चाले नभेट्ने गरी रङ्गीन कप देखाउन भन्नुहोस्। बच्चाले कप देखेको निश्चित भएपछि स्याहारकर्तालाई कप बच्चाको अगाडि बिस्तारै दायाँ-बायाँ र माथि-तल सार्न भन्नुहोस्। त्यसपछि स्याहारकर्तालाई कप बच्चाको नजिक ल्याउन भन्नुहोस्। स्याहारकर्ताले बच्चालाई कप समात्न र ह्याण्डल समात्न प्रोत्साहित गर्नुपर्छ।

बच्चालाई खेलन प्रोत्साहित गर्न महँगो वा किनिएका वस्तु आवश्यक पर्दैन। घरमै उपलब्ध सफा, सुरक्षित र रङ्गीन वस्तुहरू (जस्तै काठको चम्चा वा प्लास्टिकको कचौरा) बच्चाले समात्ने र छुने उद्देश्यका लागि दिन सकिन्छ। घरमै बनाएका साधारण खेलौना (जस्तै “शेकर र्याटल”) बच्चालाई आकर्षित गर्ने ध्वनी निकाल्नका लागि प्रयोग गर्न सकिन्छ।

यस उमेरका शिशुहरूलाई मानिस र अनुहार हेर्न मन पर्छ। परिवारका अन्य सदस्यहरूले बच्चालाई अँगालोमा राखेर बोक्न प्रोत्साहित गर्नुहोस्।

##### संवाद (Communicate):

यस उमेरका शिशुहरू नयाँ आवाजहरू (जस्तै हाँसो) निकाल्न रुचाउँछन्। उनीहरूले अरूको आवाज सुन्दा थप आवाज निकाल्छन् र सुनेका आवाजको नक्कल गर्छन्। उनीहरूले शब्दहरू बोल्न सक्ने हुनुभन्दा अघिदेखि नै कसैसँग संवाद कसरी गर्ने भन्ने कुरा सिक्न थाल्छन्।

स्याहारकर्ताहरूले (परिवारका सदस्यहरू सहित) बच्चसँग मुस्कुराउन, हाँस र कुरा गर्न सक्छन्। परिवारका सदस्यहरूले बच्चाको आवाज नक्कल गर्न र “कु” जस्ता आवाज निकाल्न सक्छन्। बच्चाको आवाज र हर्कतको नक्कल गर्दा हेरचाह

गर्नेहरूले बच्चामा ध्यान दिन सिकछन्। उनीहरूले बच्चाले संवाद गरिरहेको बुझ्छन् र बच्चाका चासो र आवश्यकतामा प्रतिक्रिया दिन सक्छन्।

बच्चाका संकेतप्रति संवेदनशिल हुनु र उपयुक्त प्रतिक्रिया दिनु अत्यन्तै महत्वपूर्ण स्याहार सीप हो। यी सीपहरूले परिवारका सदस्यहरूलाई शिशु भोकाएको, बिरामी वा असन्तुष्ट भएको वा चोटपटकको जोखिममा भएको पहिचान गर्न मद्दत गर्छ। यसबाट स्याहारकर्ताहरू बच्चाको आवश्यकतामा प्रभावकारी प्रतिक्रिया दिन सक्षम हुन्छन्। संवादका यी गतिविधिहरूले शिशुलाई पछि बोल्न तयार बनाउँछन्। परिवारका सदस्यहरूले पनि बच्चाबाट प्राप्त प्रतिक्रिया र संवाद प्रयासहरूको आनन्द लिन सक्छन्।

#### ६ महिनादेखि ९ महिनासम्मको शिशुका लागि:

##### खेल (Play):

यस उमेरका शिशु कप वा अन्य वस्तुहरूलाई एक आपसमा ठोक्ने वा हिकार्उने माध्यमबाट आवाज निकाल्न मन पराउँछन्। उनीहरूले वस्तुहरू हातबाट हातमा वा अन्य परिवारका सदस्यहरूलाई दिन सक्छन्। साथै उनीहरूले वस्तुलाई छोड्दा तल कहाँ पर्छ, कस्तो आवाज आउँछ वा कसैले उठाउँछ कि भन्ने कुराहरू हेर्छन्।



यी गतिविधिहरू व्यस्त आमा, बुवा वा अन्य स्याहारकर्ताका लागि कहिलेकाहीँ झन्झटिलो हुन सक्छ। बच्चाले यी खेल गतिविधिहरू मार्फत सिक्दैछन् भन्ने कुरा बुझ्न सकेमा स्याहारकर्ताहरू धैर्यवान बन्न सक्छन्। शिशुहरू साना वैज्ञानिक हुन् भन्ने कुरा बुझ्न स्याहारकर्तालाई मद्दत गर्नुहोस्।

##### संवाद (Communicate):

स्याहारकर्ताले बच्चाको आवाज र रुचीप्रति प्रतिक्रिया दिनुपर्दछ। बच्चाको नाम बोलाउनुपर्छ र त्यसमा बच्चाले कस्तो प्रतिक्रिया दिन्छ भनेर हेर्नुपर्छ। शिशुले शब्द बोल्न सुरु गर्नु अघि पनि परिवारका सदस्यहरूले भनेका कुराहरूबाट सिकिरहेका हुन्छन् र त्यसबाट धेरै कुरा बुझिरहेका हुन्छन्। मानिसहरूले रिस देखाउँदा उनीहरू असन्तुष्ट हुन सक्छन्। शिशुले दाइ/दिदी वा वयस्कका आवाज र हर्कत नक्कल गर्छन्। शिशुले आफूले निकाल्ने आवाजमा अरूले प्रतिक्रिया दिन र आफूले देखेका नयाँ कुरा प्रति चासो देखाउन चाहन्छन्।

शिशुले आफ्नो नाम भन्न सक्नु अघि नै चिन्न सक्छ। शिशुले आफ्नो नाम सुन्दा आफू परिवारको विशेष व्यक्ति भएको महसुस गर्दछ। नाम सुन्नासाथ शिशुहरूले कसले बोलाइरहेको हो भनेर हेर्छन्। शिशुहरू माया गरेर आफ्नो नाम बोलाउने व्यक्तिसम्म पुग्ने प्रयास गर्छन्।

#### ९ महिनादेखि १२ महिनासम्मको शिशुका लागि:

##### खेल (Play):

यस उमेरमा, खेल बालबालिकालाई आफू, वरिपरिका मानिस र संसारबारे अन्वेषण गर्ने र सिकने अवसरका रूपमा रहन्छ। उदाहरणका लागि शिशुले आफ्ना खुट्टाका औँलाहरू पत्ता लगाउँदा, उनीहरूले त्यसलाई खेलौनाजस्तै स्पर्श गरेर रमाइलो मान्छन्। जब एउटा डब्बा कपडाको मुनि लुक्छ, उनीहरूले सोच्न थाल्छन् – यो कहाँ गयो? अझै त्यहाँ छ कि छैन होला? के मैले त्यसलाई फेला पार्न सक्छु आदि।



शिशुहरूले “लुका-छिपी” (peek-a-boo) खेल पनि मन पराउँछन्। जब बुवा रुखको पछाडि लुकेर फेरि देखा पर्छन् – शिशुहरू बुवा देखा परेपछि हाँस्न थाल्छन्। उनीहरूले कपडाको मुनि लुक्न र बुवाले फेला पारेपछि हाँस्न रमाइलो मान्छन्।

**संवाद (Communicate):**

यस उमेरका शिशुले अझै बोल्न सक्दैनन् तर परिवारका सदस्यहरूले भनेका कुरा बुझेको कुरा देखाउन सक्छन्। उनीहरूले वस्तुहरूको नाम सुन्छन् र त्यसको अर्थ बुझेर आनन्दित हुन्छन्। उनीहरूले “पन्छी” भन्ने शब्दलाई “रूखमा रहेको पन्छी” सँग र “हात” शब्दलाई “आफ्नो हात” सँग जोडेर बुझ्न थाल्छन्। यस उमेरमा परिवारका सबै सदस्यहरूले शिशुहरूसँग नयाँ कुरा साटासाट गरेर रमाइलो गर्न सक्छन्। उनीहरूले “बाइ-बाइ” जस्ता सरल खेल खेल्न सक्छन् र संगीतको तालमा ताली बजाउन सक्छन्।

शिशु आफ्नो परिचित स्याहारकर्ता हराउँदा डराउन सक्छ। स्याहारकर्ताले शिशुलाई सुरक्षित महसुस गराउनुपर्छ, शिशु रुँदा वा भोकाउँदा प्रतिक्रिया दिनुपर्छ र आफ्नो उपस्थिती र आवाजबाट उसलाई शान्त पार्नुपर्छ। स्याहारकर्ताले शिशुलाई आफू कतै जाने बेलामा जानकारी दिनुपर्छ र चाँडै फर्कने आश्वासन दिनुपर्छ। स्याहारकर्ता आफू अनुपस्थित हुनुपर्ने अवस्थामा उनीहरूले बच्चालाई सुरक्षित र आरामदायी वस्तु दिएर छोड्न सक्छन् (विशेषगरी शिशुलाई स्याहारकर्ताको सम्झना दिलाउने र शिशुलाई स्याहारकर्ता फेरि फर्कने छन् भनेर विश्वास दिलाउने खालका वस्तु)।

**बाह्र महिनादेखि दुई वर्षसम्मका बच्चाका लागि:****खेल (Play):**

यस उमेरका स्वस्थ र पर्याप्त पोषण पाएका बच्चाहरू प्रायः बढी सक्रिय हुन्छन्, वरिपरि घुम्छन् र अन्वेषण गर्न चाहन्छन्। बच्चाहरूलाई हिँड्ने, नयाँ खेल खेल्ने र नयाँ सीप सिक्ने क्रममा उत्साहजनक प्रोत्साहन आवश्यक पर्छ।



यस उमेरका बच्चाहरू घर वा प्रकृतीबाट उपलब्ध सरल वस्तुहरूका साथ खेलन रमाइलो

मान्छन्। यसका लागि उनीहरूलाई महँगो वा किनिएका खेलौनाको आवश्यक पर्दैन। बच्चाहरू वस्तुहरू डब्बा वा क्यानमा राखेर फेरि निकाल्न मन पराउँछन्। उनीहरू वस्तुहरू खप्ट्याएर राख्न (stack) मन पराउँछन् र ती वस्तुहरू खस्दा पनि रमाइलो मान्छन्। स्याहारकर्ताले बच्चासँग खेलन सुरक्षित घरेलु वस्तु प्रयोग गर्न सक्छन्।

स्याहारकर्ताले बच्चा के गर्दैछ भन्ने हेर्दै र त्यसलाई कुनै नाम दिँदै सिक्न प्रोत्साहित गर्न सक्छन्। उदाहरणका लागि, “तिमी बल खेल्दैछौ।” बच्चा खेल्दा स्याहारकर्ताले बच्चासँगै खेल्नुपर्छ र आवश्यक पर्दा सहयोग गर्नुपर्छ। उदाहरणका लागि, “हामी सँगै गरौं, मसँग अझ धेरै वस्तुहरू छन् जसलाई खप्ट्याउन सकिन्छ।”

जब बच्चाले नयाँ खेल वा सीप सिक्छन् उनीहरूले त्यसलाई बारम्बार दोहोर्‍याउँछन्। नयाँ कुरा पत्ता लगाउँदा उनीहरू खुशी र आत्मविश्वासी बन्छन्। उनीहरूले वरिपरिका वस्तुहरूलाई खुशी बनाउँदा विशेष रूपमा खुशी अनुभव गर्छन्। परिवारका सदस्यहरूलाई बच्चाले सिक्किरहेको कुरा ध्यान दिएर प्रशंसा गर्न प्रोत्साहित गर्नुहोस्।

**संवाद (Communicate):**

यस उमेरका बच्चाले शब्द बुझ्न सक्छन् र आफैं बोल्न सुरु गर्छन्। स्याहारकर्ताले बच्चासँग संवाद गर्ने सबै अवसरको प्रयोग गर्नुपर्छ। उनीहरूले बच्चालाई खुवाउँदा, नुहाउँदा र बच्चाको वरिपरि काम गर्दा बच्चासँग कुरा गर्न सक्छन्। यस उमेरका बच्चाले अरूले के भन्छन् भनेर बुझ्न सक्छन् र सरल निर्देशनहरू पालन गर्न सक्छन्। बच्चाले केही शब्दहरू भन्न सुरु गर्न सक्छन्, जस्तै “पानी” वा “बला”। परिवारका सदस्यहरूले बच्चाका शब्द बुझ्ने प्रयास गर्नुपर्छ र बच्चाले के भन्न खोजिरहेको छ भनेर जाँच गर्नुपर्छ। यसरी जाँच गर्नका लागि स्याहारकर्ताले प्रश्न सोध्न सक्छन् – “तिमी बल खेल्न चाहन्छौ?”

बच्चासँगको संवाद जारी राख्नका लागि परिवारका सदस्यहरूले सरल शब्द खेल खेल्न सक्छन् र बच्चासँग सरल प्रश्नहरू सोध्न सक्छन्। उदाहरणका लागि – “तिमी नाक कहाँ छ?”; “तिमी आमा कहाँ हुनुहुन्छ?” आदि। बच्चालाई चोट लागेको खण्डमा स्याहारकर्ताले मायालु शब्दहरू प्रयोग गरेर शान्त पार्नुपर्छ।

## २ वर्ष देखि ५ वर्षसम्मको बच्चाका लागि:

### खेल (Play):

२ वर्षको उमेरसम्म बच्चाले वस्तुहरूको नाम भन्न र गणना गर्न सिकीसक्छन्। बच्चाले सामान्य वस्तुहरू (जस्तै बोटलको ढक्कन) को रङ्ग, आकार र प्रकार मिलाउन सिक्न सक्छन्। उनीहरूले रङ्गीन कागजबाट काटिएका वृत्त र यस्तै अन्य आकारहरूको तुलना र वर्गीकरण गर्न सक्छन्।



दुई वर्षको उमेरपछि स्याहारकर्ताले “कति?” भन्ने प्रश्न सोधेर बच्चालाई वस्तुहरू गन्ने सीप सिक्न सहयोग गर्न सक्छन्। सुरुमा बच्चाले गल्ती गर्न सक्छन्, तर बारम्बार खेल दोहोर्याउँदा सिक्छन्।

बच्चालाई खेलनका लागि महँगो वा किनिएका खेलौनाको आवश्यकता पर्दैन। उनीहरू घरमै बनाईएका सामान्य खेलौनासँग खेलन रमाइलो मान्छन्। उनीहरूले चकले ढुंगामा वा लड्डीले बालुवामा चित्र बनाउन सिक्न सक्छन्।

### संवाद (Communicate):

दुई वर्षका बच्चाहरूले आवाज सुन्न र बुझ्न सक्छन्। सरल प्रश्न सोध्नु र उत्तर सुन्नुले बच्चालाई कुरा गर्न प्रोत्साहित गर्छ। यसका लागि तपाईं सरल प्रश्नहरू सोध्न सक्नुहुन्छ, जस्तै – “तिम्रो दिदी कहाँ छ?”, “तिम्रो बल कहाँ छ?”, “कुन बल ठूलो छ?” आदि। स्याहारकर्ताले बच्चाका प्रश्नहरूको उत्तर दिन तयार हुनु आवश्यक छ। बच्चाका प्रश्नहरूको उत्तर दिनाले उनीहरूलाई संसार अन्वेषण गर्न प्रोत्साहित गर्छ। त्यसैले स्याहारकर्ता र परिवारका सदस्यहरूले बच्चाका प्रश्नहरू धैर्यपूर्वक सुनेर त्यसको उत्तर दिनुपर्छ।

यस उमेरका बच्चाले के सही र के गलत हो भनेर बुझ्न सक्छन्। स्याहारकर्ताले बच्चालाई बानी/व्यवहार सिकाउन परम्परागत कथाहरू, गीतहरू र खेलहरूको प्रयोग गर्न सक्छन्। बच्चाले आफ्ना दाई/दिदी र परिवारका अन्य सदस्यहरूको अनुकरण गर्छन् र के सही र के गलत हो भन्ने बारेमा सिक्छन्। बच्चाले नराम्रो व्यवहार गरेर गाली खानु भन्दा राम्रो व्यवहार कसरी गर्ने भनेर सिक्दा राम्रोसँग सिक्छन्। स्याहारकर्ताले बच्चालाई मायालु भावमा सुधार गर्ने कोशिस गर्नुपर्छ।

बोल्न सिक्दा बच्चाले धेरै गल्ती गर्छन्। उनीहरूको बोलाइमा हस्तक्षेप गर्दा वा सुधार गर्दा उनीहरू कुरा गर्न निरुत्साहित हुन्छन्। उनीहरूले क्रमशः अरूले सही बोल्दा त्यसको नक्कल गरेर सही बोल्न सिक्छन्।

बच्चाको उमेर बढ्दै जाँदा स्याहारकर्ताले जटिल गतिविधिहरू (एकपछि अर्को) थप्दै जान सक्छन्।

## समस्याको पहिचान गरि प्रदान गर्न सकिने आधारभूत सहयोगहरू

### क. आमाले स्तनपान गराएकी छैनन् भने आमालाई परामर्श दिनुहोस्:

- बच्चालाई नजिक राखेर दूध चुसाउनुहोस्, बच्चाको आँखामा हेर्नुहोस्, बच्चाको आँखासँग सम्पर्क कायम गर्नुहोस् र बच्चासँग कुरा गर्नुहोस् वा गीत गाउनुहोस् ।

### ख. स्याहार गर्नेहरूले बच्चाले कसरी खेल्छ वा संवाद गर्छ भन्ने थाहा नपाएमा:

- स्याहार गर्नेहरूलाई सम्झाउनुहोस् कि बच्चाले जन्मदेखि नै खेल्न र संवाद गर्न सुरु गर्छ ।
- बच्चाले गतिविधिहरूमा कसरी प्रतिक्रिया दिन्छ भनेर देखाउनुहोस् ।

### ग. स्याहार गर्नेहरूले बच्चासँग खेल्न वा संवाद गर्न धेरै बोझ वा तनाव भएको महसूस गरेमा:

- स्याहार गर्नेहरूको भावना सुन्नुहोस् र उनीहरूलाई त्यस्तो व्यक्ति पहिचान गर्न मद्दत गर्नुहोस् जसले उनीहरूको भावना बुझ्न र बच्चालाई मद्दत गर्न सक्छ ।
- सरल गतिविधि प्रदर्शन गरेर उनीहरूले गर्न सक्छन् भनी उनीहरूको आत्मविश्वास बढाउनुहोस् ।

### घ. स्याहार गर्नेहरूले बच्चासँग खेल्न वा संवाद गर्न समय नभएको महसूस गर्दा:

- अन्य कामहरूसँग खेल र सञ्चार गतिविधि समायोजन गर्न प्रोत्साहित गर्नुहोस् ।
- अरु परिवारका सदस्यलाई बच्चाको हेरचाह वा घरका काममा सहयोग गर्न आग्रह गर्नुहोस् ।

### ङ. स्याहार गर्नेहरूसँग बच्चाले खेल्ने खेलौना नभएमा, परामर्श दिनुहोस्:

- कुनै पनि सफा र सुरक्षित घरायसी वस्तुहरू प्रयोग गर्न सकिन्छ ।
- स्थानीय रूपमा उपलब्ध सामग्री/वस्तुहरूबाट साधारण खेलौना बनाउन सकिन्छ ।
- बच्चाले स्याहार गर्ने र अरु व्यक्तिसँग खेल्दै सिकनेछ ।

### च. यदि बच्चाले प्रतिक्रिया दिँदैन वा ढिला देखिन्छ भने:

- परिवारलाई बच्चासँग अतिरिक्त खेल र संवाद गतिविधि गर्न प्रोत्साहित गर्नुहोस् ।
- बच्चाले देख्न र सुन्न सक्छ कि सक्दैन जाँच गर्नुहोस् ।
- कठिनाई भएका बच्चालाई थप सेवाका लागि सिफारिस गर्नुहोस् ।
- परिवारलाई बच्चालाई छुने, हल्लाउने र बोलेर खेल्ने खेल खेल्न र संवाद गर्न प्रोत्साहित गर्नुहोस् ।
- दाजुभाइ/साथीलाई बच्चासँग खेल्न र संवाद गर्न प्रोत्साहित गर्नुहोस् ।

### छ. आमा वा बुवाले बच्चालाई केही समयका लागि अरूसँग छोड्नुपर्ने भएमा:

- बच्चाको हेरचाह नियमित रूपमा गर्न सक्ने, माया र ध्यान दिन सक्ने कम्तीमा एक व्यक्ति पहिचान गर्नुहोस् ।
- बच्चालाई नयाँ व्यक्तिसँग बिस्तारै परिचित गराउनुहोस् ।
- आमा-बुवालाई सम्भव भएमा बच्चासँग समय बिताउन प्रोत्साहित गर्नुहोस् ।
- बच्चालाई कहिल्यै एकलै नछोड्नुहोस् ।

### ज. बच्चासँग कडा व्यवहार भएको जस्तो देखिएमा:

- परिवारलाई बच्चाको राम्रो व्यवहारको प्रशंसा गर्ने अवसर खोज्न प्रोत्साहित गर्नुहोस् ।
- बच्चाका भावनाको सम्मान गर्नुहोस्। बच्चा किन दुखी वा रिसाएको छ बुझ्न प्रयास गर्नुहोस् ।
- “नगर” भन्नुको सट्टा बच्चालाई के गर्ने भन्ने विकल्प दिनुहोस् ।

**आमा तथा स्याहारकर्ताहरूको लागी मनोसामाजिक उत्प्रेरणाका लागी स्याहार सम्बन्धी  
सिफारिसहरू**

**समस्याको पहिचान**

आमाका आवश्यकताहरू पहिचान गर्नका लागी बालबालिका स्याहार गर्दाका कठिनाइहरू, परिवारबाट पाएका सहयोगहरूका बारेमा प्रश्न गर्न सकिन्छ । उदाहरणको लागी: के तपाइलाइ तपाइको बालबालिकाको हेरचाह गर्न केही कठिनाइ वा समस्या भएको छ ? के के समस्याहरू भएका छन् ? (जस्तै, स्तनपान गराउन, आमाको स्वास्थ्यमा समस्या, पारिवारिक समस्या आदि)

**प्रदान गर्न सकिने आधारभूत सहयोगहरू :**

- स्तनपान सम्बन्धि सहयोग
- आमा/स्याहारकर्ता र शिशु तथा बालबालिका बिचको सम्बन्ध सम्बन्धि निर्देशन वा नियमन
- शिशु स्याहार
- आमाकालागी व्यक्तिगत मनोसामाजिक परामर्श सेवा
- सामुदायिक सहयोग प्रणालीसँग जोडने

**प्रेषण प्रणाली :**

यदि आमालाई थप मानसिक सहयोग आवश्येक भएमा उपलब्ध सामुदायिक सेवा केन्द्रमा अनुगमनका लागी प्रेषण गर्ने । यदि मनोचिकित्सकको सहयोग आवश्यक भएमा राष्ट्रिय मानसिक स्वास्थ्य योजना अनुरूप अधी बढने ।

**आमा/स्याहारकर्ताहरूको मानोसामाजिक अवस्थाको पहिचान गर्नका लागी Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) को प्रयोग गरिनेछ ।**

<b>प्रयोग: PHQ-2 को उद्देश्य अन्तिम निदान स्थापित गर्नु वा डिप्रेसनको गम्भीरता निगरानी गर्नु होइन, बरु "पहिलो-चरण" दृष्टिकोणको रूपमा डिप्रेसनको लागि स्क्रिनिङ गर्नु हो।</b>				
अन्तिम २ हप्ता मा, तपाईंलाई तलका कुनै समस्याले कति पटक समस्या पुर्यायो?	<b>पटककै होइन</b>	<b>धेरै दिन</b>	<b>आधाभन्दा बढी दिन</b>	<b>लगभग हरेक दिन</b>
१. काम गर्नमा कम रुचि वा आनन्द	०	१	२	३
२. निराश, दुःखी, वा निराशाजनक अनुभव	०	१	२	३
कुल अङ्क र कट-अफ: प्रत्येक प्रश्नको अङ्क (कुल अङ्क) थपेर कुल अङ्क प्राप्त गरिन्छ र यो ०-६ सम्म हुन्छ। कुल स्कोर $\geq 3$ : डिप्रेसन विकारको लागि मापदण्ड पूरा गर्छ कि गर्दैन भनेर पहिचान गर्न थप मूल्याङ्कन आवश्यक छ।				

**Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2)**

<b>प्रयोग: GAD-2 को उद्देश्य अन्तिम निदान स्थापित गर्नु वा चिन्ता विकारको गम्भीरताको निगरानी गर्नु होइन, बरु "पहिलो-चरण" दृष्टिकोणको रूपमा चिन्ता विकारको लागि स्क्रिनिङ गर्नु हो।</b>				
अन्तिम २ हप्ता मा, तपाईंलाई तलका कुनै समस्याले कति पटक समस्या पुर्यायो?	<b>पटककै होइन</b>	<b>धेरै दिन</b>	<b>आधाभन्दा बढी दिन</b>	<b>लगभग हरेक दिन</b>
१. नर्भस, चिन्तित वा अलमल महसुस	०	१	२	३
२. चिन्ता रोक्न वा नियन्त्रण गर्न नसक्नु	०	१	२	३
कुल अङ्क र कट-अफ: प्रत्येक प्रश्नको अङ्क (कुल अङ्क) थपेर कुल अङ्क प्राप्त गरिन्छ र यो ०-६ सम्म हुन्छ। कुल स्कोर $\geq 3$ : डिप्रेसन विकारको लागि मापदण्ड पूरा गर्छ कि गर्दैन भनेर पहिचान गर्न थप मूल्याङ्कन आवश्यक छ।				

**अनुसुची ४५**  
**परिच्छेद ७ को दफा ५५ सँग सम्बन्धित**  
**प्रशिक्षण सिफारिसहरू**

**प्रशिक्षण सिफारिसहरू:**

**महिला सामुदायिक स्वास्थ्य स्वयंसेवकहरूको लागि प्रशिक्षण आवश्यकताहरू:**

- ० देखि ५ वर्षका बालबालीकाहरूको आधारभूत आवश्यकता र विकास सम्बन्धी प्रशिक्षण, विशेष जोड दिँदै:
  - हेरचाहकर्ता र बालबालीकाबीचमा सम्बन्धको महत्त्व
  - प्रतिक्रियाशील हेरचाह के हो (बालबालिकाको आवश्यकताहरू बुझ्ने र तिनीहरूको प्रत्युत्तर दिने)
  - मनोसामाजिक हेरचाह र पोषण तथा स्वास्थ्य हेरचाहसँगै आमा र बालबालिकाका लागि सामाजिक/पारिवारिक सहयोगको महत्त्व
  - बालबालिकाको स्वास्थ्य र विकासका लागि खेलको महत्त्व
  - खेल, संवाद, र आरामका रणनीतिहरू
  - परिवारलाई समावेश गर्ने रणनीतिहरू
  - बालबालिकाहरू र आमाहरूका लागि सम्मानजनक हेरचाहको दृष्टिकोण अपनाउनु
  - सामुदायिक स्रोतहरूको ज्ञान विकास गर्ने
  - "आमाको स्व-हेरचाह = बालबालिकाको स्व-हेरचाह" प्रवर्द्धन गर्ने गतिविधिहरूलाई सहयोग गर्ने
  - सामुदायिक र प्राथमिक स्वास्थ्य हेरचाह स्तरमा उपलब्ध सबै सेवाहरू बीच सहकार्यको महत्त्व
  - मनोसामाजिक र बाल्यकालको प्रारम्भिक विकास समर्थन पहुँचमा अवरोधहरू घटाउन कलंक घटाउनु

**स्वास्थ्यकर्मीहरूका लागि आवश्यक प्रशिक्षण:**

- आमा र बालबालिकाको लागि आधारभूत मनोसामाजिक लेखाजोखा सीप विकास गर्ने
- परामर्शको समयमा बालबालीका र आमाका लागि सम्मानजनक हेरचाहको दृष्टिकोण अपनाउनु
- ० देखि ५ वर्षसम्मको बाल विकास सम्बन्धी ज्ञान प्राप्त गर्ने
- हेरचाहकर्ता र बालबालीकासँगको अन्तर्क्रियाका लागि सुन्ने र सञ्चार सीप विकास गर्ने
- प्रतिक्रियाशील हेरचाह के हो (बालबालीकाको आवश्यकताहरू बुझ्ने र तिनीहरूको प्रत्युत्तर दिने)
- आमा र बालबालीकाको लागि पोषण र स्वास्थ्य हेरचाहसँगै मनोसामाजिक हेरचाह र सामाजिक/पारिवारिक सहयोगको महत्त्व
- नियमित हेरचाहसँगै प्रोत्साहनलाई एकीकृत गर्न सिक्नु
- आमा - बालबालिका अन्तर्क्रिया समर्थनमा दक्षता निर्माण गर्ने
- हेरचाहकर्ता समूह, आमाहरू र परिवारका सदस्यहरूको लागि सहकर्मी समर्थन समूहजस्ता सामुदायिक समर्थन संयन्त्रहरू निर्माण गर्ने

- बालबालिकाहरूको मनोसामाजिक प्रोत्साहन र आमाहरूलाई सामाजिक समर्थनको महत्त्वबारे समुदायमा सचेतना अभिवृद्धि गर्ने
- सिफारिश मार्गहरू बुझ्ने
- आमाको मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धी सामान्य समस्याहरूको स्क्रिनिङ गर्ने
- अभिलेख राख्ने, अनुगमन गर्ने, र पछ्याउने
- बालबालिकाहरूको खराब अवस्थाका लागि आमालाई दोष दिनेसम्बन्धी कलंक कम गर्ने
- सामुदायिक र प्राथमिक स्वास्थ्य हेरचाह स्तरमा उपलब्ध सबै सेवाहरू बीच सहकार्यको महत्त्व

#### नीतिनिर्माताहरूका लागि:

- स्वास्थ्य प्रणालीभित्र र स्वास्थ्य र शिक्षा प्रणालीबीच स्पष्ट समन्वय संयन्त्र स्थापना गर्ने
- मनोसामाजिक समर्थनलाई विद्यमान कार्यक्रमहरूमा एकीकृत गर्ने
- बाल विकासको प्रारम्भिक चरणमा मनोसामाजिक दृष्टिकोणका लागि पर्याप्त स्रोत व्यवस्थापन सुनिश्चित गर्ने
- अनुगमन र मूल्याङ्कन प्रणाली विकास गर्ने
- कार्यबल क्षमता निर्माणलाई समर्थन गर्ने
- मनोसामाजिक हेरचाह र समर्थनको महत्त्वबारे सामुदायिक ज्ञानलाई समर्थन गर्ने
- स्पष्ट सिफारिश मार्गहरू सिर्जना गर्ने
- राष्ट्रिय पोषण र स्वास्थ्य रणनीतिहरूसँग मेल (align) गर्ने
- सांस्कृतिक र भौगोलिक सन्दर्भहरूलाई ध्यानमा राख्ने
- अनुसन्धान र नवप्रवर्तनलाई सहयोग गर्ने
- मनोस्वास्थ्य प्रणाली सुदृढीकरणमा सहयोग गर्ने
- स्वास्थ्य क्षेत्रमा मात्र सीमित नभई "सरकारको सबै क्षेत्रमा आधारित" दृष्टिकोण अपनाउने
- स्वास्थ्य, शिक्षा, बाल संरक्षण, र सामाजिक संरक्षणजस्ता क्षेत्रहरूबीच समन्वय गर्ने
- सबै क्षेत्रहरूमा जनशक्ति क्षमतालाई सुदृढ गर्ने
- बाल्यकालको प्रारम्भिक विकासमा लगानीको आर्थिक मूल्यबारे अनुसन्धान गर्ने
- परिवार र अभिभावकहरूका लागि व्यापक सहयोग प्रणाली सिर्जना गर्ने

## अनुसूची ४६

### परिच्छेद ८ को दफा ६२ सँग सम्बन्धित

#### विभिन्न निकायहरूको भूमिका र जिम्मेवारीहरू

यस निर्देशिकाको कार्यान्वयनका लागि संघदेखि स्थानीय तहसम्म विभिन्न निकायको भूमिका तथा जिम्मेवारी निम्नानुसार हुनेछन्:

#### १. स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

- (क) निर्देशिका कार्यान्वयनको लागि आवश्यक आर्थिक स्रोतको व्यवस्था गर्ने।
- (ख) निर्देशिका कार्यान्वयनको अनुगमन तथा मुल्यांकन गर्ने।

#### २. स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार कल्याण महाशाखा

- (क) स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय तथा सरोकारवाला सहयोगी संस्थाहरूसँग समन्वय र सहकार्य गरी शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको सेवा सदृढीकरणका लागि आवश्यक आर्थिक लगायत अन्य स्रोतको व्यवस्था गर्ने।
- (ख) राष्ट्रिय शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको कार्यान्वयनका लागि स्थानीय स्तरसम्म अभिमुखिकरणको व्यवस्था गर्ने। स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको सेवा प्रदान गर्दा यस निर्देशिकाको पालना भए नभएको कुराको अनुगमन मुल्यांकन गर्ने।
- (ग) स्वास्थ्यकर्मीहरूको शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको सेवा प्रदान गर्ने क्षमता अभिवृद्धि गर्नका लागि स्थलगत अनुशिक्षण (अनसाईट कोचिङ्ग) को व्यवस्था गर्ने।
- (घ) यस निर्देशिकाको परिच्छेद ६ मा उल्लेख गरिए अनुसारको स्वास्थ्य संस्थाको मापदण्ड पुरा गराउन आवश्यक व्यवस्था मिलाउने।
- (ङ) निर्देशिका कार्यान्वयनका लागि प्रादेशिक सामाजिक विकास मन्त्रालय वा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, स्वास्थ्य निर्देशनालय तथा स्वास्थ्य कार्यालयहरूलाई प्रविधिका सहयोग उपलब्ध गराउने।
- (च) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता अभिवृद्धिका लागि तालिम/अभिमुखिकरणको व्यवस्था मिलाउने।
- (छ) विश्वविद्यालयहरू अन्तर्गत BPH, BN, MBBS, BSc Nursing, MPH, MN, MSc Nutrition जस्ता विषयको पाठ्यक्रममा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम सम्बन्धि विषय समावेश गराउन आवश्यक पहल गर्ने।
- (ज) राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा सूचना तथा सञ्चार केन्द्रसँग समन्वय गरी शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम अनुगमनको आवश्यकता, प्रकृया तथा महत्वका सम्बन्धमा मुख्य सन्देशहरू तयार गरी यसको प्रचार प्रसार गराउने।

(झ) स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्राप्त तथ्यांक, प्रतिवेदनको अध्ययन तथा मुल्यांकन गरी शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवालार्इ थप प्रभावकारी बनाउने दिशा तय गर्ने।

### ३. प्रदेश स्तरीय सामाजिक विकास मन्त्रालय /स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय

(क) स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रम सेवा प्रवाह गर्दा यस निर्देशिकाको पालना भए नभएको अनुगमन गर्ने।

(ख) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा प्रदान गर्नका लागि आवश्यक सामग्रीहरूको व्यवस्थापनका लागि आवश्यक स्रोतको व्यवस्था गर्ने।

(ग) प्रदेश स्तरीय वार्षिक बजेट तथा योजना तर्जुमा गर्दा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा सदृढीकरणका लागि आवश्यक बजेट भएको सुनिश्चित गर्ने।

### ४. प्रादेशिक स्वास्थ्य निर्देशनालय

(क) निर्देशिका कार्यान्वयनका लागि स्थानीय निकाय तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई प्रविधिका सहयोग उपलब्ध गराउने।

(ख) स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट निर्देशिका बमोजिमको शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा प्रवाह भए नभए अनुगमन गर्ने।

(ग) स्वास्थ्यकर्मीहरूको शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन गर्ने क्षमता अभिवृद्धिक लागि आवश्यकता अनुसार प्राविधिक सहयोग भ्रमणको व्यवस्था गर्ने।

(घ) प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केद्रसंग समन्वय गरी शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सम्बन्धी तालिम/अभिमुखीकरण दिनुपर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूको सुची तयार गर्ने र अद्यावधिक गर्ने।

### ५. प्रादेशिक स्वास्थ्य तालिम केन्द्र

(क) निर्देशिका बमोजिमको शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता अभिवृद्धिका लागि आवश्यक तालिम, अभिमुखीकरण, प्राविधिक सहयोग भ्रमणको व्यवस्था गर्ने।

(ख) कार्यक्षेत्र अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मीहरू मध्ये शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा सम्बन्धी तालिम प्राप्त गरेका र नगरेका स्वास्थ्यकर्मीहरूको सूचि तयार गर्ने तथा अद्यावधिक गर्ने र तालिम नपाएका स्वास्थ्यकर्मीहरूको लागि तालिमको व्यवस्था गर्न स्वास्थ्य निर्देशनालय तथा स्वास्थ्य सेवा विभागसंग समन्वय गर्ने।

### ६. प्रादेशिक स्वास्थ्य आपूर्ति व्यवस्थापन केन्द्र

(क) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाका लागि आवश्यक पर्ने सामग्री तथा उपकरणहरूको आपूर्ति तथा उचित भण्डारण गर्ने।

(ख) स्वास्थ्य संस्थाहरूको माग तथा आवश्यकता बमोजिम सहज रूपमा समयमै शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाका लागि आवश्यक सामग्री तथा उपकरणको ढुवानी गर्ने व्यवस्था मिलाउने।

- (ग) स्वास्थ्य निर्देशनालय तथा संघीय आपूर्ति व्यवस्था शाखासंग समन्वय गरी आफ्नो कार्यक्षेत्र अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरूको आवश्यकता अनुसार सेवा सम्बन्धी सामग्री तथा उपकरणहरूको मौज्जात सुनिश्चित गर्ने।

#### ७. स्वास्थ्य कार्यालयहरू

- (क) निर्देशिका कार्यान्वयनका लागि स्थानीय निकाय तथा स्वास्थ्य संस्थाहरूलाई प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराउने।
- (ख) आफ्नो कार्यक्षेत्र अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा प्राविधिक सहयोग भ्रमण गरी स्वास्थ्यकर्मीहरूको शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन गर्ने ज्ञान र सीप सुधार गर्ने।
- (ग) स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्राप्त तथ्यांक, प्रतिवेदनको अध्ययन तथा मूल्यांकन गरी सुधार गर्नुपर्ने पक्षहरूको पहिचान गर्ने।

#### ८. स्थानीय महानगरपालिका, उप-महानगरपालिका, नगरपालिका तथा गाउँपालिका

- (क) स्थानीय स्तरको वार्षिक कार्यक्रम तथा बजेट तर्जुमाको समयमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा सुदृढीकरणका लागि आवश्यक बजेटको व्यवस्था भएको सुनिश्चित गर्ने।
- (ख) आफ्नो अधिकार क्षेत्रभित्रका स्वास्थ्य संस्थाहरूमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाका लागि आवश्यक उपकरणको व्यवस्था भए नभएको सुनिश्चित गर्ने।
- (ग) स्वास्थ्य संस्थाहरूमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा प्रदान गर्नका लागि आवश्यक भौतिक पूर्वाधार उपलब्ध भएको सुनिश्चित गर्ने।
- (घ) गाउँघर क्लिनिकहरूमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाका लागि आवश्यक भौतिक पूर्वाधार तथा सामग्रीको व्यवस्था गर्ने।
- (ङ) स्वास्थ्य संस्था तथा गाउँघर क्लिनिकहरूमा कुनै सामग्रीको अभाव भएको खण्डमा स्थानीय स्रोत साधनको परिचालन गरी सोको पूर्ति गर्ने।
- (च) स्वास्थ्यकर्मीहरूको शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सम्बन्धी क्षमता अभिवृद्धि गर्नका लागि सम्बन्धित निकायसंग पहल गर्ने।
- (छ) स्वास्थ्य संस्थाहरूबाट प्रवाह भैरहेको शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाको गुणस्तरीयता तथा प्रभावकारीता कायम गर्न अनुगमन तथा मूल्यांकन गर्ने।
- (ज) स्थानीय स्तरमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन गर्नका लागि स्थानीय स्तर सुहाउँदो जनचेतनामूलक कार्यक्रमहरू संचालन गर्ने।
- (झ) स्वास्थ्यकर्मीहरूलाई शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा यस निर्देशिका बमोजिम प्रदान गर्ने कार्यमा प्रोत्साहित गर्नका लागि उपलब्ध साधन स्रोतका आधारमा पुरस्कारको व्यवस्था गर्ने।
- (ञ) आमाहरूलाई आफ्ना बच्चालाई स्वास्थ्य संस्थामा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन अनुगमनका लागि नियमित रूपमा तोकिएको समयमा लैजानका लागि प्रोत्साहन गर्ने खालका गतिविधिहरू संचालन गर्ने (जस्तै बालबालिकाका लागि खेलौनाको व्यवस्था आदि)।

- (ट) कम्तिमा त्रैमासिक रुपमा प्रतिवेदनको सम्बन्धमा छलफल गर्ने, सूचकहरूको लेखाजोखा गर्ने र उक्त तथ्यांकको आधारमा आगामी योजना तयार गर्ने
- (ठ) स्वास्थ्य संस्था तथा गाउँघर क्लिनिकहरूमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा लिने बालबालिकाको संख्या, भौगोलिक अवस्था तथा स्वास्थ्यकर्मीहरूको कार्यबोझको आधारमा जिम्मेवारी बाँडफाँड गरी परिचालन गर्ने।

#### ९. स्वास्थ्य संस्था

- (क) प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थाले शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन लगायतका पोषण सेवाहरूको अभिलेख तथा प्रतिवेदन गर्ने कार्यलाई सूचारु रुपमा संचालन गर्नका लागि एक जना स्वास्थ्यकर्मीलाई पोषण संयोजक वा फोकल पर्सनको रुपमा तोक्ने।
- (ख) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाको लागि महिनाको कुनै निश्चित दिन तोक्ने।
- (ग) स्वास्थ्य संस्थामा बालबालिकालाई शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन गर्नका लागि निश्चित स्थानको व्यवस्था गर्ने।
- (घ) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा प्रदान गर्नका लागि आवश्यक सामग्री, उपकरणहरू तयारी अवस्थामा रहेको सुनिश्चित गर्ने।
- (ङ) आफ्नो कार्यक्षेत्र अन्तर्गतका गाउँघर क्लिनिकहरूबाट नियमित र गुणस्तरीय रुपमा परिच्छेद ५ र ६ मा तोकिए बमोजिमका शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा प्रदान गर्ने।
- (च) गाउँघर क्लिनिक संचालन हुने दिन शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा दिनका एकजना स्वास्थ्यकर्मी तोक्ने।
- (छ) स्वास्थ्य संस्था प्रमुखले शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा नियमित तथा प्रभावकारी रुपमा प्रवाह भैरहेको सुनिश्चित गर्ने।
- (ज) स्वास्थ्य संस्थाले शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन अभिलेखको आधारमा तोकिएको समयमा यसको प्रतिवेदन सम्बन्धित निकायमा पठाउने।
- (झ) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सम्बन्धी तालिम प्राप्त गर्न बांकी स्वास्थ्यकर्मीहरूका लागि तालिमको व्यवस्था गर्न पहल गर्ने।
- (ञ) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन प्रवाहमा कुनै बाधा, व्यवधान वा समस्या उत्पन्न भएमा सम्बन्धित पालिकासंग समन्वय गरी त्यसको समाधानको लागि पहल गर्ने।
- (ट) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनमा दर्ता भएका बालबालिकाहरू नियमित रुपमा आए नआएको सुनिश्चित गर्नका लागि अनुसूची ९ मा उल्लेखित फारमको आवश्यकता अनुसार प्रयोग गर्ने।

#### १०. महिला स्वास्थ्य स्वयं सेविका

- (क) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवाको महत्वका बारेमा स्वास्थ्य आमा समूहको बैठकमा नियमित छलफल गराउने

- (ख) आमा तथा अन्य स्याहारकर्ताहरूलाई बालबालिकाको नियमित शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन अनुगमन गर्न स्वास्थ्य संस्थामा लैजान प्रोत्साहन गर्ने
- (ग) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापनको महत्वका बारेमा समुदायमा चेतना अभिवृद्धि गराउने
- (घ) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा प्रदान गर्ने कार्यमा सहयोग गर्ने जस्तै MUAC नाप लिने, परामर्श दिने आदि
- (ङ) आफ्नो कार्यक्षेत्रमा रहका ५ वर्षमुनिका सम्पूर्ण बालबालिकाको नियमित रूपमा शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन गरिएको सुनिश्चित गर्ने

### ११. सहयोगी संस्थाहरू

- (क) निर्देशिका बमोजिमको गुणस्तरीय शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा प्रवाहका लागि संघीय, प्रादेशिक तथा स्थानीय स्तरमा आवश्यक आर्थिक तथा प्राविधिक सहयोग उपलब्ध गराउने।
- (ख) स्वास्थ्यकर्मीहरूको क्षमता अभिवृद्धि, सामग्री/उपकरणको खरिद तथा वितरणमा सहयोग प्रदान गर्ने।
- (ग) शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन सेवासंग सम्बन्धित व्यवहारिक अध्ययन/अनुसन्धान (Operational research) गर्ने कार्यमा सहयोग प्रदान गर्ने।

## अनुसूची ४७

### परिच्छेद १ को दफा ६४, ६६ सँग सम्बन्धित

### शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको अनुगमनका लागि कार्यसम्पादन सूचकहरू

- **निको हुने दर :** रिपोर्टिङ महिनाको अवधिमा सबै डिस्चार्ज मध्ये निको भई डिस्चार्ज भएका बालबालिकाहरूको प्रतिशत ।  

$$= \frac{\text{निको भएर डिस्चार्ज भएका बालबालिकाहरूको संख्या} * १००}{\text{जम्मा डिस्चार्जको संख्या}}$$
- **मृत्यु दर :** रिपोर्टिङ महिनाको अवधिमा सबै डिस्चार्ज मध्ये मृत्यु भई डिस्चार्ज भएका बालबालिकाहरूको प्रतिशत ।  

$$= \frac{\text{मृत्यु भएर डिस्चार्ज गरिएका बालबालिकाहरूको संख्या} * १००}{\text{जम्मा डिस्चार्जको संख्या}}$$
- **डिफल्टर दर;** रिपोर्टिङ महिनाको अवधिमा सबै डिस्चार्ज मध्ये डिफल्टर भई डिस्चार्ज भएका बालबालिकाहरूको प्रतिशत ।  

$$= \frac{\text{डिफल्टर भएर डिस्चार्ज गरिएका बालबालिकाहरूको संख्या} * १००}{\text{जम्मा डिस्चार्जहरूको संख्या}}$$

**शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको न्यूनतम कार्यसम्पादन मापदण्ड  
(Sphere Standards)**

कार्यसम्पादन सूचकहरू	कडा शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन	मध्यम शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन
निको दर	> ७५%	> ७५%
मृत्यु दर	< १०%	< ३%
डिफिल्टर दर	< १५%	< १५%
<b>कभरेज</b>		
ग्रामीण क्षेत्र	>५०%	>५०%
शहरी क्षेत्र	>७०%	>७०%
क्याम्प क्षेत्र	>९०%	>९०%

**अनुसूची ४८**

**परिच्छेद १० को दफा ७० सँग सम्बन्धित**

**शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको लागि आवश्यक सामग्रीहरूको सूची**

तालिका २९: बहिरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवा सञ्चालनका लागि आवश्यक सामग्री तथा औषधिहरू

क्र. स.	चिकित्सा उपकरण / आपूर्ति	प्रयोग	विशेष विवरण	संख्या
<b>सामग्रीहरू</b>				
१	पाखुराको मध्य भागको परिधि मापन गर्ने फिता (MUAC Tape)	पोषण स्थितिको लेखाजोखा	११५ र १२५ मि.मि. कट-अफ	१० पिस
२	तौल मापन गर्ने स्केल (डिजिटल)	तौल मापन	2 in 1 Digital High Accuracy and Precision	१ पिस
३	लम्बाई / उचाई मापन गर्ने बोर्ड	लम्बाई / उचाई मापन गर्ने	०.१ से.मि को Accuracy मा लम्बाई / उचाई मापन गर्ने बोर्ड	१ पिस
४	बहिरङ्ग उपचार सेवा कार्ड	HMIS 2.5		१०० पिस
५	शीघ्र कुपोषण एकीकृत व्यवस्थापन बहिरङ्ग उपचार सेवा रजिस्टर	HMIS 2.6		१ पिस
६	प्रेषण पुर्जा	HMIS 1.4		१०० पिस
७	डिफिल्टर ट्रेसिडेग कार्ड	HMIS 1.5		

क्र. स.	चिकित्सा उपकरण / आपूर्ति	प्रयोग	विशेष विवरण	संख्या
८	लम्बाई/उचाई अनुसार तौल तालिका (Z-Score table)			२ पिस
९	IMAM/IMNCI सम्बन्धि जनचेतना सामग्री			
१०	IMAM/IMNCI उपचार प्रोटोकल			१/१ पिस
११	तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF)			आवश्यकता अनुसार
<b>औषधिहरू</b>				
१२	अल्बेण्डाजोल			आवश्यकता अनुसार
१३	एमोक्सिसिलिन झोल			आवश्यकता अनुसार
१४	एमोक्सिसिलिन चक्की			आवश्यकता अनुसार

**तालिका ३०: अन्तरङ्ग उपचारात्मक हेरचाह सेवा सञ्चालनका लागि आवश्यक सामग्रीहरू**

क्र. स.	चिकित्सा उपकरण / आपूर्ति	प्रयोग	विशेष विवरण	संख्या
<b>सामग्रीहरू</b>				
१	पाखुराको मध्य भागको परिधि मापन गर्ने फिता (MUAC Tape)	पोषण स्थितिको लेखाजोखा	११५ र १२५ मि.मि. कट-अफ	१० पिस
२	तौल मापन गर्ने स्केल (डिजिटल)	तौल मापन	2 in 1 Digital High Accuracy and Precision	१ पिस
३	लम्बाई/उचाई मापन गर्ने बोर्ड	लम्बाई/उचाई मापन गर्ने	०.१ से.मि को Accuracy मा लम्बाई/उचाई मापन गर्ने बोर्ड	१ पिस
४	शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन अन्तरंग सेवा रजिस्टर	HMIS 2.7		१ पिस
५	प्रेषण पुर्जा	HMIS 1.4		१०० पिस
६	डिफिल्टर ट्रेसिडेग कार्ड	HMIS 1.5		
७	लम्बाई/उचाई अनुसार तौल तालिका (Z-Score table)			२ पिस
८	IMAM/IMNCI सम्बन्धि जनचेतना सामग्री			
९	IMAM/IMNCI उपचार प्रोटोकल			१/१ पिस
१०	तयारी उपचारात्मक खाना (RUTF)			आवश्यकता अनुसार
११	F-100			
१२	F-75			
१३	Feeding chart			
१४	Rhyles tube/NG tube			

औषधिहरू			
औषधि उपकरण			
१५	F-75, F-100, शिशुको लागि उपचारात्मक दूध, तथा तयारी उपचारात्मक खाना	२६	पिसाब डिपस्टिक
१६	रेसोमल तयार गर्नको लागि पुनर्जलीय झोल (ORS) वा बजारमा उपलब्ध रेसोमल	२७	IV Fluid दिनको लागि सामग्री (Scalp vein (butterfly) needles, gauge 21 or 23, Heparin solution, 10–100 units/ml, Poles or means of hanging bottles of IV fluid, Tubing, Bottles or bags )
१७	आइरनको झोल (जस्तै, फेरस सल्फेट)	२८	NG Tube
१८	भिटाभिन ए (रेटिनोल १००,००० र २००,० IU क्याप्सुल)	२९	छालामा टाँसिने टेप
१९	स्टेराइल १०% ग्लुकोज (वा सुक्रोज)	३०	सिरिन्ज (५० मिलि प्रति खुवाई)
२०	IV Fluid (Half-strength Darrow's, Ringer's lactate, Normal saline)	३१	सिरिन्ज (औषधिको लागि २ मि.लि., रगत निकाल्न ५ मि.लि., १० मि.लि.)
२१	पातलो पार्नको लागि स्टेराइल पानी	३२	स्टेराइल सुई
२२	स्टेराइल पोट्यासियम क्लोराइड (२० मिलिमोल/लितर)	३३	आँखा प्याड
२३	राष्ट्रिय खोप कार्यक्रम अनुसारका खोपहरू	३४	ब्यान्डेजहरू
२४	डेक्सट्रोस्टिक्स (ग्लुकोस्टिक्स)	३५	गज
२५	हेमोग्लोबिनोमिटर	३६	रगत ट्रान्सफ्युजनको लागि सामग्रीहरू (रगतको प्याक, बोतल, सिरिन्ज र सुई अन्य रगत सङ्कलन सामग्रीहरू)
औषधिहरू			
३७	Amoxicillin	४४	Cotrimoxazole
३८	Antimalarial: Lumefantrine–Artemether (LA)	४५	Gentamicin
३९	Atropine 1% eye drops	४६	Albendazole/Mebendazole
४०	Ceftriaxone	४७	Metronidazole
४१	Ciprofloxacin	४८	Paracetamol
४२	Cloxacillin	४९	Tetracycline eye ointment or chloramphenicol eye drops
४३	Ampicillin	५०	Cefotaxim
छालाको लागि			
५१	Benzyl benzoate	५५	Potassium permanganate
५२	Gentian violet	५६	Whitfield's ointment
५३	Nystatin	५७	Zinc Ointment

५४	Paraffin gauze	५८	Use zinc oxide ointment
<b>प्रयोगशालासँग सम्बन्धित स्रोतहरू</b>			
५९	रगतको कल्चर (यदि उपलब्ध छ भने)	६३	दिसाको माइक्रोस्कोपी र कल्चर (यदि उपलब्ध छ भने)
६०	Cerebrospinal fluid microbiology and culture (if available)	६४	क्षयरोग परीक्षण (एक्स-रे, खकारको कल्चर, म्यानटक्स)
६१	एच.आई.भी परीक्षण (rapid diagnostic test and polymerase chain reaction test)	६५	Urinalysis
६२	औलो परीक्षण (rapid diagnostic test, thick blood test)	६६	भिटाविन र सूक्ष्मपोषक तत्व स्तर परीक्षण
<b>आमाहरू र कर्मचारीहरूको लागि सरसफाई उपकरण/सामग्रीहरू</b>			
६७	शौचालय, हात धुने र नुहाउने सुविधा	६९	तन्ना र लुगा धुने ठाउँ
६८	हात धुने साबुन	७०	फोहोर व्यवस्थापनको विधि
<b>भान्साका लागि उपकरण/सामग्रीहरू</b>			
७१	वार्डको लागि खाना मिसाउन/पकाउन भाडाँ	७५	जग (१-लिटर र २-लिटर)
७२	हटप्लेट वा इलेक्ट्रिक किटली	७६	रेफ्रिजरेसन (यदि सम्भव छ भने)
७३	खुवाउने कप, प्लेट, चम्चा	७७	आमाको लागि खाना
७४	मेजरिंग सिलिन्डर (वा ५० मिलि सिरिन्ज वा फिड, रेसोमल, सामग्रीहरू, तथा बाँकी रहेको खाना मापनको लागि उपयुक्त कुनै पनि भाँडाकुँडा)	७८	बिको सहितको १० लिटरको बाल्टिन
<b>सहजीकरण सामग्री</b>			
७९	५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरूमा कडा शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापनको लागि भर्ना, स्थानान्तरण र डिस्चार्ज मापदण्ड	८५	शारीरिक मापन
८०	६-५९ महिनाका बालबालिकाहरूमा कडा शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन तालिका	८६	उचाई/लम्बाईको अनुसारको तौल हेर्ने तालिकाहरू, वृद्धि तालिकाहरू, तौल-गतिको तालिकाहरू
८१	६ महिना भन्दा कम उमेरका बालबालिकामा कडा शीघ्र कुपोषणको व्यवस्थापन तालिका	८७	उपचारात्मक खाद्य पदार्थहरूको खोजी तालिका
८२	कडा शीघ्र कुपोषणको अन्तरङ्ग व्यवस्थापनको लागि औषधि प्रोटोकल र रोकथाम कार्य	८८	अन्तरङ्ग हेरचाहमा तयारी उपचारात्मक खानाको प्रयोग
८३	अन्तरङ्ग हेरचाहमा कडा शीघ्र कुपोषणको आपतकालीन व्यवस्थापन	८९	कडा शीघ्र कुपोषणको अन्तरङ्ग व्यवस्थापनको अनुगमन
८४	कडा शीघ्र कुपोषणको अन्तरङ्ग व्यवस्थापनमा खतराका चिन्हहरूको अनुगमन	९०	F-75 तथा F-100 सन्दर्भ कार्ड
<b>फाराम र चेकलिस्टहरू</b>			
९१	२४-घण्टा खुवाई तालिका	९४	सहयोगात्मक सुपरिवेक्षण चेकलिस्ट
९२	दैनिक खुवाई तालिका	९५	अन्तरङ्ग हेरचाह उपचार कार्ड
९३	चिकित्सकीय हेरचाह गुणस्तर सुधारको चेकलिस्ट	९६	HMIS अभिलेख र रिपोर्टिङ फारम



**अनुसूची ४९**  
**परिच्छेद १० को दफा ७१ सँग सम्बन्धित**  
**योजनाको लागि वार्षिक भर्ना लक्ष्य निर्धारण गर्ने तरिका**

$$\text{केसलोड/लक्ष} = N \times P \times K \times C$$

N = कार्यक्रम क्षेत्रमा ६-५९ महिना उमेरका शिशु तथा बालबालिकाको जनसंख्या ।

(N को लागि उपयुक्त डेटा जनगणना बाट लिन सकिन्छ, HMIS लक्षित जनसंख्या वा विशेष कार्यक्रमको वार्षिक रिपोर्टहरूबाट निकाल्न सकिन्छ।)

P = कडा वा मध्यम शीघ्र कुपोषणको हालको अवस्था आर्थात् प्रिभेलेन्स

(यो सामान्यतया पोषण सर्वेक्षण जस्तै SMART सर्वेक्षण, NDHS सर्वेक्षण, NMICS आदि प्रयोग गरेर अनुमान गरिन्छ)

K = दिइएको समय अवधिमा नयाँ केसहरूको लागि Correction Factor

(कडा वा मध्यम शीघ्र कुपोषणको लागि, १ बर्षको लागि Correction Factor २.६ प्रयोग गरिन्छ)

C भनेको दिइएको समय अवधिमा अपेक्षित औसत कार्यक्रम फैलावट हो

(कार्यक्रम फैलावट १०% देखि ९०% सम्म हुन सक्छ)

### उदाहरण को लागि

६-५९ महिना उमेर समूहका शिशु तथा बालबालिकाको कुल जनसंख्या (N) = २१,००२

कडा वा मध्यम शीघ्र कुपोषणको (P) को दर = १.३४%

कार्यक्रम कभरेज (C) = ५६%

अपेक्षित केस लोड:

विश्वव्यापी शीघ्र कुपोषण (कडा शीघ्र कुपोषण + मध्यम शीघ्र कुपोषण) को केस लोड

$$= N \times P \times K \times C$$

$$= २१,००२ \times ०.०१३४ \times २.६ \times ०.५६$$

$$= ४१०$$

अनुसूची ५०

परिच्छेद १० को दफा ७२ सँग सम्बन्धित

शीघ्र कुपोषण एकीकृत व्यवस्थापनको सामग्रीको अनुमानित परिमाण निर्धारण

तालिका ३१: शीघ्र कुपोषण एकीकृत व्यवस्थापनको सामग्रीको अनुमानित परिमाण निर्धारण

तयारी उपचारात्मक खाना	आवश्यक	प्रति बालबालिका औसत आवश्यकता परिमाण (ग्राम र एकाइ प्याकेजिङ)		हाल उपलब्ध प्याकेजिङ
एफ-७५	अन्तरङ्ग स्थिरीकरण	३.५ टिनको बट्टा	३.५ टिनको बट्टा	४०० ग्रा. प्रति टिनको बट्टा; १ कार्टन (बाकस)= २४ वटा टिनको बट्टा
एफ-१००	अन्तरङ्ग पुनस्थापन-	५०२ ग्रा		४०० ग्रा. प्रति टिनको बट्टा; १ कार्टन (बाकस)= २४ वटा टिनको बट्टा
तयारी उपचारात्मक खाना	बहिरङ्ग तथा अन्तरङ्ग पुनस्थापन-	१२४२० ग्रा	१३८ प्याकेट	एउटा कार्टुनमा १५० वटा प्याकेट (प्रत्येक ९२ ग्राम)
रेसोमल	अन्तरङ्ग सेवा	१८.५ ग्रा	१/२ प्याकेट	एउटा कार्टुनमा १०० वटा प्याकेट (प्रत्येक ४२ ग्राम)
CMV (सि.एम.भी)	अन्तरङ्ग सेवा	आवश्यकता अनुसार		एउटा कार्टुनमा १०० वटा प्याकेट (प्रत्येक ४२ ग्राम)

## अनुसूची ५१

### परिच्छेद १० को दफा ७३ सँग सम्बन्धित

#### शीघ्र कुपोषणको एकीकृत व्यवस्थापन कार्यक्रमको सामग्रीको भण्डारणमा व्यवस्थापन

शीघ्र कुपोषणका सामग्रीहरूको एकीकृत व्यवस्थापन स्वास्थ्य संस्थाको भण्डार वा फार्मसीमा भण्डारण गर्नुपर्दछ। उपचारात्मक र पूरक खाद्य उत्पादनहरू हानिकारक रसायनहरूसँग भण्डारण नगरिएको सुनिश्चित गर्नु पर्दछ।

#### भण्डारण गर्ने संस्थाले निम्न मापदण्ड पूरा गर्नुपर्दछ:

- भण्डारण गरिने स्थानकत्र सरसफाई, प्रकाशको अवस्था, हावा छिर्न सक्ने भेन्टिलेसनको व्यवस्था हुनुपर्छ।
- कोठा धेरै चिसो वा धेरै तातो हुनु हुँदैन।
- किरा, मुसा तथा धुलो बाट सुरक्षित राख्नुपर्दछ।
- खाद्य वस्तुहरूलाई गैर-खाद्य वस्तुहरूबाट अलग राख्नुपर्दछ।
- भण्डान स्थान बर्षायाममा समेत नडुब्ने, चिस्यान नलाग्ने, भुईँ र प्यालेट बिच कम्तिमा ८ इन्च भएको हुनुपर्दछ।
- भित्ता र प्यालेटको दूरी कम्तिमा १८ इन्चको हुनु पर्दछ।
- "First Expiry First Out" (FEFO) सिद्धान्त पालना गर्न सजिलो बनाउन सामग्रीहरू र उत्पादनहरूलाई म्याद समाप्ति मिति अनुसार व्यवस्थित गर्नुपर्दछ।
- म्याद सकिएका, बिग्रिएका, वा प्रयोगमा नआएका वस्तुहरूलाई डिस्पोजल नगर्दा सम्म छुट्ट्याउनु पर्दछ।
- म्याद सकिएका सामग्रीहरू वा उत्पादनहरू प्रोटोकल अनुसार रिपोर्ट गर्नुपर्दछ र नष्ट गर्नुपर्दछ।

## यस निर्देशिका तयार गर्न योगदान गर्ने बिज्ञहरु

- डा. विवेक कुमार लाल, परिवार कल्याण महाशाखा
- लीला विक्रम थापा, परिवार कल्याण महाशाखा
- दिपक झा, परिवार कल्याण महाशाखा
- कुमारी भट्टराई, परिवार कल्याण महाशाखा
- शंकर प्रसाद कंडेल, परिवार कल्याण महाशाखा
- डा. राम चन्द्र बास्तोला, पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिस्थान
- डा. नेत्र बहादुर राना, लुम्बिनी प्रादेशिक अस्पताल
- डा. सुवास शर्मा, सुर्खेत प्रादेशिक अस्पताल
- डा. वरुण अग्रवाल, प्रादेशिक अस्पताल भद्रपुर
- डा. सञ्जीव सापकोटा, चितवन मेडिकल कलेज
- फुलगेन्द्र प्रसाद सिंह, UNICEF
- डा. ओजस्वी आचार्य, Action Against Hunger
- राज नन्दन मण्डल, Helen Keller Intl.
- भरत भण्डारी, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय, कोशी
- बिनोद यादव, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय, मधेश
- शिव बडाल, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय, बागमती
- बद्रि राज आचार्य, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय, गण्डकी
- कुमार थापा, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय, लुम्बिनी
- मिन राज जोशी, प्रदेश स्वास्थ्य निर्देशनालय, सुदूरपश्चिम
- आशिष तिमल्सिना, UNICEF
- सञ्जन योगेश, UNICEF
- रंजन कपाली, Action Against Hunger
- बिष्णु पौडेल, Action Against Hunger
- शिरिष मान सिंह, Helen Keller Intl.
- कुसुम वाग्ले, NTAG
- सुजय नेपाली भट्टाचार्य, मंगलायन फाउण्डेसन
- उत्तम आचार्य, WFP