

Nose:

Ears:

Anus:

Urethra:

- (9) Injuries: Name, size and site (Ante mortem /post-mortem /old /fresh)

INTERNAL EXAMINATION

Head and Neck:

- 1) Scalp, skull:
- 2) Brain and vessels:
- 3) Orbital, nasal and aural cavities:
- 4) Mouth, tongue:
- 5) Neck (larynx, thyroid and other neck structures) :
- 6) Other relevant details:

Chest (Thorax)

- 1) Ribs and chest wall:
- 2) Diaphragm:
- 3) Oesophagus:
- 4) Trachea and bronchi:
- 5) Pleural cavities:
- 6) Lungs:
- 7) Heart and pericardial sac (any content in pericardial sac, condition of three coronary arteries, valves and chambers and myocardium must be observed):-

Abdomen

- 1) Peritoneal and Pelvic cavity :
- 2) Stomach and content :
- 3) Small intestine:
- 4) Large intestine:
- 5) Liver, gall bladder, pancreas :
- 6) Spleen:
- 7) Kidney, renal pelvis :
- 8) Genital organs:
- 9) Urinary bladder and urethra:

Examiner's initial _____

Date _____

Spinal Column:

Specimen Collected For Analysis (Mention preservative also)

Toxicology

- 1) Stomach with contents:
- 2) Part of liver:
- 3) Kidney:
- 4) Blood:
- 5) Others; if any:

Histopathology :

Others(Specify):

Special Examination (Procedures like neck dissection, pelvic dissection, flotation test of lungs etc. must be done in relevant cases and findings should be documented):

Items Handed Over (when and who received?)

- 1) Autopsy report:-
- 2) Viscera and other Samples :-
- 3) Clothes and other articles:-

Opinion or Conclusion

1. Opinion on cause of death:

.....
मृत्युको कारण (नेपालीमा समेत) :

2. Opinion on time since death:
3. Opinion on probable type of objects or weapon causing injuries:
4. Opinion on live birth or still birth:
5. Other Opinion; if any:

Signature of Medical Officer / Expert

1.....	2.	3.
Signature:	Signature:	Signature:
Date:	Date:	Date:
Name:	Name:	Name:
Special Qualification, Training and	Special Qualification,	Special Qualification, Training and
Examiner's initial _____	Date _____	

Experience:
N.M.C. Reg. No.:

Training and
Experience:
N.M.C. Reg. No.:

Experience:
N.M.C. Reg. No.:

Seal of the Hospital :

Date :

द्रष्टव्य :

- शव परीक्षण कार्य संभव भएसम्म Forensic विषयको विशेषज्ञले र त्यस्तो विशेषज्ञ नभएमा तालिम प्राप्त चिकित्सकले गर्नु पर्दछ ।
- शव परीक्षण गर्ने विशेषज्ञ वा चिकित्सकलेनै प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ ।
- संभव भएसम्म कम्प्युटर टाइप गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्नेछ, सो नभएमा स्पष्ट बुझिने गरी उल्लेख गर्नु पर्नेछ । साथै परीक्षण प्रतिवेदनको सक्कल प्रति नै संलग्न गर्नु पर्नेछ ।
- निर्धारित स्थानमा विवरण उल्लेख गर्न नपुग भएमा छुट्टै पानामा समेत विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

Examiner's initial _____

Date _____

अनुसूची-१०

(नियम ७ को उपनियम (२) सँग सम्बन्धित)

घाउ जाँच केश फारामको ढाँचा

INJURY EXAMINATION REPORT

**(IT IS USED IN CASE OF EXAMINATION OF DETAINEE
ALSO)**

1. Case Registration No.:
2. Name of the Office referred for injury examination (with letter ref. No. and Date) :
3. Name, Age, Date of birth and Sex of the injured person:
4. Address:
5. Name of the accompanying Police Personnel:
6. Name of the Hospital/Health centre:
7. Date, time and place of examination:
8. Identification mark of the examinee :
9. Consent for examination taken from :

Injured person Family member or others

10. Brief history about the incident (how and when the injuries were produced?):

11. Medical history of the examinee :

12. General Physique and vitals :

Height: Weight: Pulse: B.P:

Temperature: Respiratory Rate:

Degree of Consciousness:

13. Injuries (Name, Size, Site, Color , Surrounding area, Signs of treatment, Bleeding Marks, Sign of Healings, any Imprints and content etc.) :

A. Type of injury

a. Simple:

b. Angabhanga (Grievous) :

c. Severe:

Examiner's initial _____ Date _____

d. Other remarks:

B. Type of weapon/object used:

- i) Blunt force ii) Sharpe force iii) Pointed objects
iv) Projectile v) Heat vi) Chemical
vii) Others (Specify)

C. Condition of the patient at the time of examination :

D. Severity (Explain the severity in terms of existing condition and possible complication) :

E. Investigation and reports (for example X-ray, USG, Blood, Urine etc) :

F. Treatment provided (briefly) :

G. Referral (Where and Why?):

H. Follow up (if necessary) :

I. Re- Examination (Whether case needs information about grade of disability) :

Opinion: (Condition of examinee, severity of the injury, age of the injury and possible causative objects should be considered to frame opinion)

Name of the Examiner:

Signature:

Qualification:-

MC/NHPC Reg. No. :

Office/Hospital/Health Centre:

Date:

Seal of the Hospital/Health Centre:

द्रष्टव्य :

- घा जाँच कार्य संभव भएसम्म Forensic विषयको विशेषज्ञले र त्यस्तो विशेषज्ञ नभएमा तालिम प्राप्त चिकित्साकर्मीले गर्नु पर्दछ ।
- घा जाँच गर्ने विशेषज्ञ वा चिकित्साकर्मीलेनै प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ ।
- संभव भएसम्म कम्प्युटर टाइप गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्नेछ, सो नभएमा स्पष्ट बुझिने गरी उल्लेख गर्नु पर्नेछ । साथै परीक्षण प्रतिवेदनको सक्कल प्रति नै संलग्न गर्नु पर्नेछ ।
- निर्धारित स्थानमा विवरण उल्लेख गर्न नपुग भएमा छुट्टै पानामा समेत विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

Examiner's initial _____

Date _____

अनुसूची-१०क.

(नियम ढक. को खण्ड (क) सँग सम्बन्धित)

यौनजन्य अपराध सम्बन्धी शारीरिक परीक्षण प्रतिवेदनको ढाँचा

(महिलाको हकमा)

REPORT OF MEDICAL EXAMINATION IN SEXUAL OFFENCE
(FEMALE SUBJECT)

1. Case Registration No.:
2. Name of the Office referred for examination (with letter reference No. and Date)
3. Name of the accompanying Police Personnel:

DETAIL ABOUT THE EXAMINEE

1. Name/ Code Name (To maintain confidentiality):
2. Age and Sex:
3. Address:
4. Marital status:
5. Guardian's Name and relation:
6. Date and time of examination:
7. Attendant's Name and address:

8. Identification marks:

9. Consent for examination:

I am fully aware about the process and possible consequences of the examination; I hereby give my full consent for medical examination without any compulsion. (Consent should be taken in the form of signature / thumb print.) For minors Consent should be taken from guardians.

10. Brief History of the incident, as stated by examinee or guardian (How, When, Where and what had happened?):

11. Medical history (Emotional, Medical and Psychological history including past medical history):

12. Clothes changed or not after incident:

13. Whether clothes and body parts washed or not after the incident:

14. Description of the examination of clothes (Any tear, scratches, stain and foreign materials):

Examiner's initial _____

Date _____

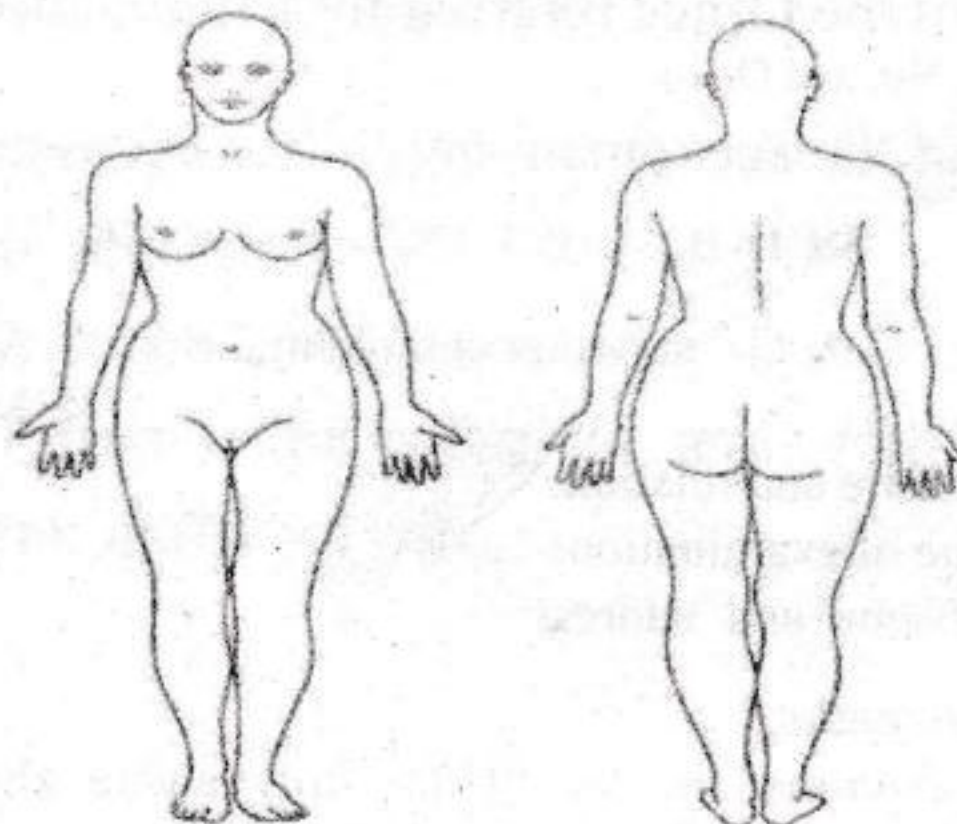
EXAMINATION

1. General physique and vitals:-

Height: _____ Weight: _____ Pulse: _____ B.P: _____
 Temperature: _____ Respiratory rate: _____ Degree of consciousness: _____
 Any disability: _____

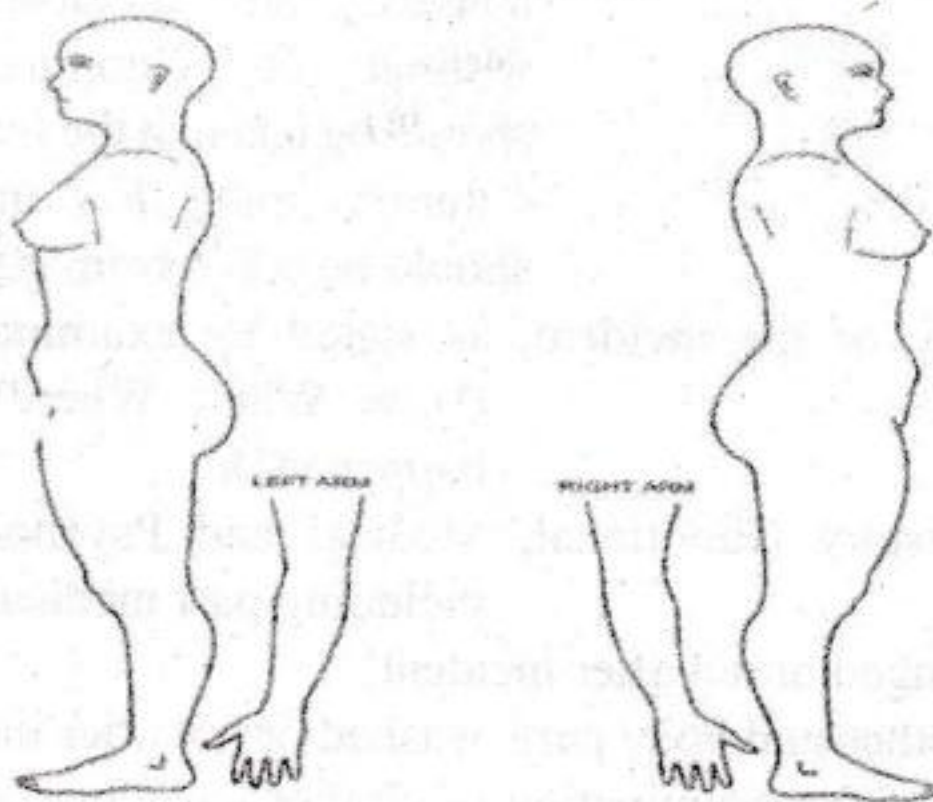
2. Injuries on the bodies (Name, Size, Site, Color, Surrounding area, Sign of treatment, Bleeding Marks, Sign of Healings, any Imprints etc.) Please use the figure provided to depict the injuries as best as possible:-

FULL BODY, FEMALE-ANTERIOR AND POSTERIOR VIEWS



Name: _____ Class No: _____
 Date: _____

FULL BODY, FEMALE-LATERAL VIEW



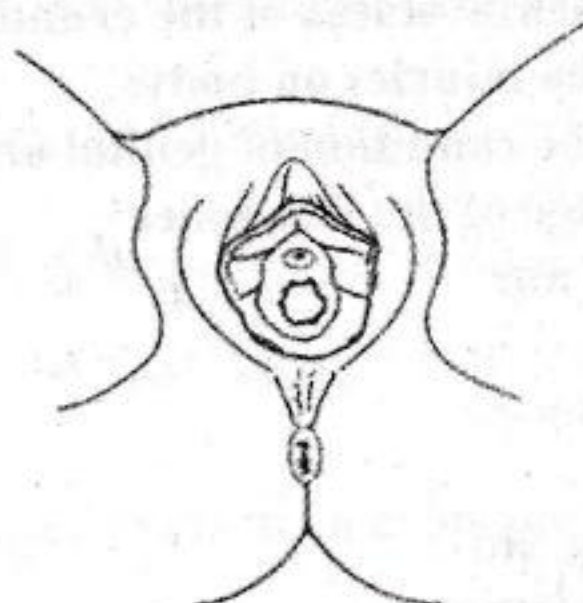
Name: _____ Class No: _____
 Date: _____

Examiner's initial _____ Date _____

3. Genital injuries (Name, Size, Site, Color, Surrounding area, Sign of treatment, Bleeding Marks, Sign of Healings, Imprints, any content, stain and discharge etc.) Please use the figure provided to depict the injuries as best as possible:-

- (a) Perineum :
- (b) Vulva:
- (c) Vagina:
- (d) Hymen:
- (e) Perianal area and anal orifice:
- (f) Oral cavity:

PERINEUM—FEMALE



Name _____ Case No. _____
Date _____

- 4. Conditions of pubic hair (Matted, stained, any foreign hairs) :
- 5. Bite marks: (enclose photos if possible)
- 6. Specimen preserved for further analysis:
 - (a) Blood (Alcohol, Drug, Grouping, DNA, HIV AIDS, VDRL, HBS-Ag, TPHA)
 - (b) Urine (Intoxication/pregnancy)
 - (c) swab from stains
 - (d) Vaginal swab
 - (e) Foreign hairs/debris
 - (f) Hair from the examinee
 - (g) Nail scrapings
 - (h) Others:
- 7. Investigation and reports:
- 8. Treatment (including prevention of pregnancy, vaccination and sexually transmitted diseases):
- 9. Referral (Where and Why?):
- 10. Follow up visits suggested on :

Examiner's initial _____ Date _____

11. Psychiatric evaluation and psychosocial counseling:

12. Condition of teeth (Type of dentition and Number of teeth) :

8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8

..... = (Total teeth)

8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8

Opinion of the expert:(while framing opinion the examiner should analyze her mental status, possible causation of injuries and their time of infliction, age estimation in case of minors or teenagers and general condition of the examinee. If there are signs of alleged sexual activities mentioned in history also should be considered while framing opinion. In case of complete negative findings in examinee, the examiner cannot declare that the alleged incident did not take place).

(a) **Opinion about mental status of the examinee:**

(b) **Opinion about the injuries on body:**

(c) **Opinion about the condition of genital organs:**

(d) **Opinion about age of the Examinee:**

(e) **Other opinion, if any :**

Name of the Examiner:

Signature:

NMC/NHPC Reg. No. :

Hospital/Health Centre:

Date:-

Qualification:

Office/

Seal of the

Hospital/Health Centre: द्रष्टव्य :

- परीक्षण कार्य संभव भएसम्म Forensic विषयको विशेषज्ञले र त्यस्तो विशेषज्ञ नभएमा तालिम प्राप्त चिकित्साकर्मीले गर्नु पर्दछ ।
- परीक्षण गर्ने विशेषज्ञ वा चिकित्साकर्मीलेनै प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ ।
- संभव भएसम्म कम्प्युटर टाइप गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्नेछ, सो नभएमा स्पष्ट बुझिन गरी उल्लेख गर्नु पर्नेछ । साथै परीक्षण प्रतिवेदनको सक्कल प्रति नै संलग्न गर्नु पर्नेछ ।
- निर्धारित स्थानमा विवरण उल्लेख गर्न नपुग भएमा छुट्टै पानामा समेत विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

Examiner's initial _____

Date _____

अनुसूची-१०ख.

(नियम दफ. को खण्ड (क) सँग सम्बन्धित)

यौनजन्य अपराध सम्बन्धी शारीरिक परीक्षण प्रतिवेदनको ढाँचा

(पुरुषको हकमा)

**REPORT OF MEDICAL EXAMINATION OF MALE SUBJECT IN
SEXUAL OFFENCES**

1. Case Registration No.:
2. Name of the Office referred for examination (with letter reference No. and Date)
3. Name of the Accompanying Police Personnel:

DETAIL ABOUT THE EXAMINEE

1. Name/ Code Name (To maintain confidentiality):
2. Age and Sex:
3. Address:
4. Marital Status:
5. Guardian's Name and Relation:
6. Date and Time of Examination:
7. Attendant's Name/Address:
8. Identification Marks :
9. Consent for examination:

I am fully aware about the process and possible consequences of the examination; I hereby give my full consent for medical examination without any compulsion. (Consent taken in the form of signature / thumb print.) For minors Consent taken from guardians .

Examiner's initial _____ Date _____

10. Brief History of the incident (How, When, Where and what had happened?):
11. Medical History (Emotional, Medical and Psychological history including past medical history):
12. Clothes changed or not after incident:
13. Whether clothes and body parts washed or not after the incident:
14. Description of the examination of clothes (Any tear, scratches, stain and foreign materials :

EXAMINATION

1. General Physique and vitals:

Height: Weight: Pulse: B.P:
Temperature: Respiratory Rate: Degree of Consciousness:
Any disability:

2. Injuries on the bodies (Name, Size, Site, color, Surrounding area, Sign of treatment, bleeding Marks, Sign of Healings, any Imprints etc.) :

3. Genital injuries (Name, Size, Site, color , Surrounding area, Sign of treatment, Bleeding Marks, Sign of Healings, imprints, any stain and discharge etc.) :

- (a) Perineum:
- (b) Penis:
- (c) Scrotum:
- (d) Perianal area and anal orifice:
- (e) Oral cavity:

Examiner's initial _____ Date _____

4. Conditions of pubic hair (Matted, Stained, Any foreign hairs) :

5. Bite Marks:- (Enclose photos if possible)

6. Specimen Preserved for further analysis:

(a) Blood (Alcohol, Drug, Grouping, DNA, HIV, VDRL, HBS-Ag, TPHA)

(b) Urine. (c) Swab from stains.

(d) Swab from penis (e) Foreign hairs/debris

(f) Hair from the Examinee. (g) Nail scrapings.

(h) Others (including oral sexual activities) :

7. Investigation and reports:

8. Treatment (including sexually transmitted diseases):

9. Referral (Where and Why?):

10. Follow up (if necessary):

11. Psychiatric evaluation and psychosocial counseling:

12. Condition of teeth (Type of dentition and Number of teeth

to assess age of examinee)

8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8

..... = (Total teeth)

8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8

13. Opinion of the expert:

(a) Opinion about injuries on body:

(b) Opinion about condition of genital organs:

(c) Opinion about the age of the examinee:

(d) Other opinion; if any:

Examiner's initial

Date

खण्ड ६६) संख्या १६ नेपाल राजपत्र भाग ३ मिति २०७३।४।३

Name of the Examiner:

Signature:

Qualification:

NMC/NHPC Reg. No.:

Office/Hospital/Health Centre:

Date:

Seal of the Hospital/Health Centre:

द्रष्टव्य :

- परीक्षण कार्य संभव भएसम्म Forensic विषयको विशेषज्ञले र त्यस्तो विशेषज्ञ नभएमा तालिम प्राप्त चिकित्साकर्मीले गर्नु पर्दछ ।
- परीक्षण गर्ने विशेष वा चिकित्साकर्मीलेनै प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ ।
- संभव भएसम्म कम्प्युटर टाइप गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्नेछ, सो नभएमा स्पष्ट बुझिने गरी उल्लेख गर्नु पर्नेछ । साथै परीक्षण प्रतिवेदनको सक्कल प्रति नै संलग्न गर्नु पर्नेछ ।
- निर्धारित स्थानमा विवरण उल्लेख गर्न नपुग भएमा छुट्टै पानामा समेत विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

Examiner's initial _____

Date _____

अनुसूची-१०ग.

(नियम दक. को खण्ड (ख) सँग सम्बन्धित)

उमेर जाँच सम्बन्धी शारीरिक परीक्षण प्रतिवेदनको ढाँचा

REPORT OF MEDICAL EXAMINATION

(AGE ESTIMATION)

1. Case Registration No.:
2. Name of the Office referred for examination (with letter reference No. and Date)

3. Name of the accompanying Police Personnel or other:

DETAILS ABOUT THE EXAMINEE

1. Name/Code Name (For the purpose of maintaining confidentiality):
2. Alleged Age and Sex:
3. Address:
4. Identification marks (Huliya):
5. Brought by and identified by:
6. Date, time and place of examination:
7. Consent: I am fully aware about the procedure and possible consequences of the examination; I hereby give my full consent for medical examination without any compulsion. (Consent should be taken in the form of signature/thumb print. In case of minors consent shall be taken from guardians.)

From the examinee:

From other guardian:

GENERAL PHYSIQUE AND DEVELOPMENT

1. Height:
2. Weight:
3. Voice (Adult/Child type):
4. Adam's apple
5. Scalp hair (Colour, length):
6. Moustaches (Present/absent; colour, length, distribution):
7. Beards (Present/Absent; colour, length, distribution):
8. Auxiliary hairs (Present/absent; colour, length, distribution):
9. Pubic hairs (Present /absent; colour, length, distribution):.

Examiner's initial _____

Date _____

10. Any abnormality and disease (If present to be described):
11. Breast Development (Globular/Pendular; nipple and areola colour):
12. Menstruation; when started:
13. Mental state (Alert/ not alert):
14. Dental development (Type of dentition; temporary/mixed/permanent and Number of teeth):

8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
..... = (Total teeth)
8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8

15. X-ray examination:

(a) Right elbow A/P & lateral views:

- Lateral epicondyle is (completed/not completed/not started) to fuse.
- Medial epicondyle is (completed/ not completed/not started) to fuse
- Upper end of radius is (completed/not completed/not started) to fuse.
- Olecranon is (completed/ not completed/not started) to fuse

(b) Right wrist with hand A/P view:

- Lower end of radius is (completed/not completed/not started) to fuse.
- Lower end of ulna is (completed/not completed/not started) to fuse.
- Base of first metacarpal is (completed/not completed/not started) to fuse.
- Heads of metacarpals are (completed/not completed/not started) to fuse.
- Pisi form bone is (ossified/ not ossified).
- Phalanges are (completed/not completed/not started) to fuse

(c) Pelvis A/P view:

- Heads of femur are (completed/not completed/not started) to fuse
- Greater and lesser trochanters are (completed/not completed/ not started) to fuse.

Examiner's initial _____ Date _____

खण्ड ६६) संख्या १६ नेपाल राजपत्र भाग ३ मिति २०७३।४।३

- Triradiate cartilages are visible/invisible in acetabular fossa.
- Iliac creasts are (completed/not completed/not started) to fuse.
- Ischial tuberosities are (completed/not completed/not started) to fuse.

(d) Other parts of the body:

X-ray taken in (Hospital):

Date:

X-ray code or Number in plates:

OPINION:

The examinee is in between year and Year.

Name of the Examiner:

Signature:

Qualification:

NMCReg. No. :

Office/Hospital/Health Centre:

Date:

Seal of the Hospital/Health Centre:

द्रष्टव्य :

- परीक्षण कार्य संभव भएसम्म Forensic विषयको विशेषज्ञले र त्यस्तो विशेषज्ञ नभएमा तालिम प्राप्त चिकित्साकर्मीले गर्नु पर्दछ ।
- परीक्षण गर्ने विशेषज्ञ वा चिकित्साकर्मीलेनै प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ ।
- संभव भएसम्म कम्प्युटर टाइप गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्नेछ, सो नभएमा स्पष्ट बुझिने गरी उल्लेख गर्नु पर्नेछ । साथै परीक्षण प्रतिवेदनको सक्कल प्रति नै संलग्न गर्नु पर्नेछ ।
- निर्धारित स्थानमा विवरण उल्लेख गर्न नपुग भएमा छुट्टै पानामा समेत विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

Examiner's initial _____

Date _____

अनुसूची-१०घ.

(नियम दक. को खण्ड (ग) सँग सम्बन्धित)

मादक पदार्थ सेवन जाँच सम्बन्धी शारीरिक परीक्षण

प्रतिवेदनको ढाँचा

REPORT OF DRUNKENNESS EXAMINATION

(Including cases of drug intoxication)

1. Case Registration No.:
2. Name of the Office referred for examination (with letter reference No. and Date)
3. Name of the accompanying Police Personnel:

DETAIL ABOUT THE EXAMINEE

1. Name of the Examinee :
2. Age and sex
3. Address:
4. Identification marks (Huliya): ...
5. Brought by and identified by:
6. Date and time of examination:
7. Examination place:
8. Examinee restrained on arrival: yes / no;
9. Expressed consent for examination:
10. Persons present during examination (Name and position):
11. Brief history of the case (In the language of examinee if possible including the habit of the examinee; regular drinker/ casual drinker/non drinker):
12. Any medicine or recreational drugs taken?:
13. Past medical history:

Examiner's initial _____

Date _____

1. 设 $f(x)$ 在 $[a, b]$ 上连续，在 (a, b) 内可导，且 $f(a) = f(b)$ ，证明：

- (1) 存在 $\xi \in (a, b)$ ，使得 $f'(\xi) = 0$ ；
 (2) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；
 (3) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；
 (4) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；
 (5) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；

2. 设 $f(x)$ 在 $[a, b]$ 上连续，在 (a, b) 内可导，且

$$f(a) = f(b) = 0, \quad f'(x) \neq 0 \quad (a < x < b)$$

证明：

- (1) 存在 $\xi \in (a, b)$ ，使得 $f'(\xi) = 0$ ；
 (2) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；
 (3) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；
 (4) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；

3. 设 $f(x)$ 在 $[a, b]$ 上连续，在 (a, b) 内可导，且

$$f(a) = f(b) = 0, \quad f'(x) \neq 0 \quad (a < x < b)$$

- (1) 证明：存在 $\xi \in (a, b)$ ，使得 $f'(\xi) = 0$ ；
 (2) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；
 (3) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；
 (4) 若 $f(x)$ 在 (a, b) 内恒有 $f'(x) \neq 0$ ，则 $f(x)$ 在 (a, b) 内严格单调；

4. 设 $f(x)$ 在 $[a, b]$ 上连续，在 (a, b) 内可导，且

$$f(a) = f(b)$$

EXAMINATION AND FINDINGS

General physique and vitals

1. Height:
2. Weight:
3. Blood pressure:
4. Pulse rate:
5. Breathe (any smell):
6. Respiration rate:
7. Gait:
8. Stance:
9. Speech:
10. Consciousness:
11. Orientation to time, place and person:
12. Reflexes:
13. Visual acuity:
14. Muscles coordination tests:
 - Finger to finger test: can /cannot perform/performs with difficulty.
 - Finger nose test: can/cannot perform/performs with difficulty.
 - Buttoning/unbuttoning cloth: can/cannot perform/performs with difficulty.
 - Picking small objects from surfaces: can/cannot perform/performs with difficulty.
 - Walking on straight line: can/cannot walk.
 - Writing: normally in straight line/incoherent.
15. Condition of the clothes (Any stains, tears, scratches, buttons off etc):
16. Injuries; if any (Nature, site, size of injuries):
17. Mental state assessment: Mentally alert or not? Whether s/he needs mental state examination?
18. Blood analysis for alcohol level (5ml from vein in NaF preservative): Yes /no
19. Urine for alcohol: yes/no

Examiner's initial _____ Date _____

(Report of laboratory analysis): To be added after test completed

20. Acute health needs found:

21. Treatment provided:

22. Referral; if necessary (where and why?):

OPINION: (Mark any one of the following)

- The examinee has not consumed alcohol
- The examinee has consumed alcohol but not under influences of it.
- The examinee has consumed alcohol and under influences of it.
- The examinee needs treatment in hospital for intoxication by alcoholic drink.
- Any other remarks:

Name of the Examiner:-

Signature:-

Qualification:-

NMC/NHPC Reg. No.:-

Office/Hospital/Health Centre:-

Date:-

Seal of the Hospital/Health Centre:-

द्रष्टव्य :

- परीक्षण कार्य संभव भएसम्म Forensic विषयको विशेषज्ञले र त्यस्तो विशेषज्ञ नभएमा तालिम प्राप्त चिकित्साकर्मीले गर्नु पर्दछ ।
- परीक्षण गर्ने विशेषज्ञ वा चिकित्साकर्मीलेनै प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ ।
- संभव भएसम्म कम्प्युटर टाइप गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्नेछ, सो नभएमा स्पष्ट बुझिने गरी उल्लेख गर्नु पर्नेछ । साथै परीक्षण प्रतिवेदनको सक्कल प्रति नै संलग्न गर्नु पर्नेछ ।
- निर्धारित स्थानमा विवरण उल्लेख गर्न नपुग भएमा छुट्टै पानामा समेत विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

Examiner's initial _____

Date _____

अनुसूची-१०ड.

(नियम दख. को उपनियम (२) सँग सम्बन्धित)

डी.एन.ए. नमूनादाताको मन्जुरनामा फारामको ढाँचा

पासपोर्ट साइजको
फोटो टाँसी
फारम र फोटोमा
पर्ने गरी दस्तखत वा
औठाछाप लगाउने

१. डी.एन.ए. नमूना दाताको विवरण :

(क) पूरा नाम : (ख) जन्म मिति :

(ग) लिङ्ग : (घ) जात : (ङ) राष्ट्रियता :

(च) ठेगाना : (जिल्ला, गाउँविकास समिति/नगरपालिका, वडा नं., टोल,
घर नं. आदी समेत)

स्थायी :

अस्थायी :

(छ) फोटो सहितको परिचय खुल्ने कागजः (नम्बर, जारी मिति र
कार्यालय समेत उल्लेख गर्ने)

(ज) अस्थिमज्जा (Bone marrow) वा विगत तीन महिनाभित्र
अरुबाट रगत लिएको/नलिएको :

२. डी.एन.ए. परीक्षण गर्ने व्यक्ति वा निजको अभिभावक (नमूनादाता
१६ वर्ष पूरा नगरेको भए) को मन्जुरनामा :

श्रीको छोरा/छोरी म श्री
.....ले यस प्रयोगशालामा
डी.एन.ए. परीक्षणको लागि मेरो/मेरो नाताको व्यक्तिको र
गत/चाल राजीखुशीले दिदै आवश्यक डी.एन.ए. तथ्याङ्कीय विश्ले
षण तथा जनसंख्या डाटाबेस प्रयोजन समेतका लागि भविष्यमा
सो प्रयोग गर्न सक्ने गरी मन्जुरी प्रदान गर्दछु । रगत/चाल
नमूना मेरो/मेरो नाताको व्यक्तिको हो र मैले माथि भरे
को सम्पूर्ण विवरण ठीक साँचो छ ।

दस्तखत

मिति:

औठा छाप

दायां

बायां

३. नमूनाको विवरण :

४. रोहवर : उल्लेखित व्यक्तिको डी.एन.ए. परीक्षण नमूना मेरो

उपस्थितिमा संकलन गरिएको हो ।

(क) नाम, थर, ठेगाना र उमेर :

दस्तखत :

(ख) नाम, थर, ठेगाना र उमेर :

दस्तखत :

(ग) नाम, थर, ठेगाना र उमेर :

दस्तखत :

५. नमूना निकाल्ने कर्मचारीको विवरण

नाम थर र पद :

दस्तखत :

योग्यता :

परिचयपत्र नम्बर :

प्रयोगशाला प्रयोजनका लागि मात्र :

केश नम्बर :

केशको विवरण :

केश पठाउनेको नाम:

प्राप्त पत्रको च.नं. र मिति :

प्राप्ति मिति :

नमूना नम्बर :

आधिकारिक व्यक्ति :

अन्य:

खण्ड ६६) संख्या १६ नेपाल राजपत्र भाग ३ मिति २०७३।४।३

अनुसूची-१०च.

(नियम दख. को उपनियम (३) सँग सम्बन्धित)

वैज्ञानिक परीक्षण प्रतिवेदनको ढाँचा

FORENSIC EXAMINATION REPORT

Lab Case No :

Date :

Sender (Referred by) : Carried by (Name and Designation) :

Date :

Letter No.

Ref. No.

Received Date :

Numbers of Sample:

Case No:

Seal:

Description of Exhibit:

Method of Examination:

Result of Examination:

Expert opinion:

Above analysis is done by me/us. To the best of my/our knowledge the report is true and correct.

Examiner:

Signature:

Signature:

Signature:

Name:

Name:

Name:

Qualification:

Qualification:

Qualification:

Position :

Position:

Position:

Office:

Office:

Office:

Date:

Seal of the Office:

Examiner's initial _____

Date _____

द्रष्टव्य :

- परीक्षण कार्य संभव भएसम्म Forensic विषयको विशेषज्ञले र त्यस्तो विशेषज्ञ नभएमा तालिम प्राप्त विज्ञले गर्नु पर्दछ ।
- परीक्षण गर्ने विशेषज्ञ वा विज्ञलेनै प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ ।
- संभव भएसम्म कम्प्युटर टाइप गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्नेछ, सो नभएमा स्पष्ट बुझिने गरी उल्लेख गर्नु पर्नेछ । साथै परीक्षण प्रतिवेदनको सकल प्रति नै संलग्न गर्नु पर्नेछ ।
- निर्धारित स्थानमा विवरण उल्लेख गर्न नपुग भएमा छुट्टै पानामा समेत विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

कृपया यस सम्बन्धमा थप पत्राचार गर्दा र अदालतभित्र हुने कामकारवाहीमा माथिको मुद्दा नम्बर उल्लेख गर्नु होला ।

Examiner's initial _____ Date _____

अनुसूची-१०छ.

(नियम दख. को उपनियम (३) सँग सम्बन्धित)

डि.एन.ए. परीक्षण प्रतिवेदनको ढाँचा

DNA EXAMINATION REPORT

Lab Case No :

Date :

Sender :	Carried by :	
Date :	Letter No.	Ref. No.
Received Date :	Number of Samples:	
Case No:	Seal :	
DNA नमूना दाताको व्यक्तिगत विवरण:		

Description of Exhibit:

Expressed consent for examination:

Method of Examination:

Result of Examination:

Expert opinion:

Above analysis is done by me/us. To the best of my/our knowledge the report is true and correct.

Examiner:

Signature:

Name:

Qualification:

Position:

Office:

Signature:

Name:

Qualification:

Position.:

Office:

Signature:

Name:

Qualification:

Position:

Office:

Examiner's initial _____

Date _____

Date:

Seal of the Office:

द्रष्टव्य :

- परीक्षण कार्य संभव भएसम्म Forensic विषयको विशेषज्ञले र त्यस्तो विशेषज्ञ नभएमा तालिम प्राप्त विज्ञले गर्नु पर्दछ ।
- परीक्षण गर्ने विशेषज्ञ वा विज्ञलेनै प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्दछ ।
- संभव भएसम्म कम्प्युटर टाइप गरी प्रतिवेदन तयार गर्नु पर्नेछ, सो नभएमा स्पष्ट बुझिने गरी उल्लेख गर्नु पर्नेछ । साथै परीक्षण प्रतिवेदनको सक्कल प्रति नै संलग्न गर्नु पर्नेछ ।
- निर्धारित स्थानमा विवरण उल्लेख गर्न नपुग भएमा छुट्टै पानामा समेत विवरण उल्लेख गर्नु पर्नेछ ।

कृपया यस सम्बन्धमा थप पत्राचार गर्दा र अदालतभित्र हुने कामकारवाहीमा माथिको मुद्दा नम्बर उल्लेख गर्नु होला ।

Examiner's initial _____

Date _____

अनुसूची-१२क.

(नियम १० को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

अभियुक्तको सनाखत मुचुल्काको ढाँचा

..... प्रहरी कार्यालयबाट खडा गरेको अभियुक्तको सनाखत

मुचुल्का

श्री को छोरा/छोरी जिल्ला
..... गाउँविकास समिति/नगरपालिका वडा नं. बस्ने
वर्ष को आगे मिति
मा गाउँविकास समिति /नगरपालिका वडा नं. मा
..... मुद्दासँग सम्बन्धित अपराध हुँदाका अवस्था/सो स्थानमा म
उपस्थित रहेको/घटनाबाट पीडित भएकोले कसूर गर्ने व्यक्तिलाई कानून बमोजिम
सनाखत गर्न प्रहरी कार्यालय बाट मलाई
उपस्थित गराइएकोमा जाहेरी दरखास्त लगायतका संकलित मिसिल कागजात
पढी बाची सुनाउँदा सुने, मेरो चित्त बुझ्यो । कानून बमोजिम सनाखत गराउन
उपस्थित गराइएका पाँच जना व्यक्ति मध्ये बायाँबाट क्रमशः
नं. मा रहेका देहायका व्यक्तिलाई सो घटना घट्टाका बखत मैले देखेको र निजको
शारीरिक बनावट, रूप रंग र आकृतिबाट चिनेकोले निज सोही व्यक्ति हो भनी
सनाखत गरी दिएको छु/निजलाई सो वारदात हुँदाका बखत मैले नदेखेको र
निजको शारीरिक बनावट, रूप रंग र आकृति समेत फरक परेको हुँदा निज सो
व्यक्ति हो भनी सनाखत गर्न नसकेको/व्यहोराको मुचुल्का गरिदिएको छु ।
सनाखत गर्ने व्यक्तिको नाम, थर वतन, उमेर र दस्तखत :
सनाखत गराइएको स्थान :
मेरो सामुन्ने आज मिति मा निज ले
मलाई प्रहरी कार्यालयमा सनाखत गरेको ठीक साँचो हो भनी
दस्तखत गर्ने सनाखत गरिएको व्यक्तिको नाम, थर, वतन, उमेर र दस्तखत :-
रोहवर : जाहेरवाला :
प्रतिवादी :
सनाखत गराउने अनुसन्धान अधिकृतको नाम, थर, दर्जा र दस्तखत :-
सनाखत गरेको मिति:-

अनुसूची-१२ख.

(नियम १० को उपनियम (२) सँग सम्बन्धित)

दसी सनाखत गराउने मुचुल्काको ढाँचा

श्री प्रहरी कार्यालय बाट बाट खडा
भएको दसी सनाखत मुचुल्का

श्री को छोरा/छोरी
जिल्ला गाउँ विकास समिति/नगरपालिका
वडा नं. बस्ने वर्ष को
..... आगे को जाहेरीले वादी नेपाल सरकार
प्रतिवादी भएको मुद्दामा
घटनास्थल मा फेला परेको/
स्थानमा/ शरीर तलासी लिदा फेला परेको/प्रतिवादीले
अपराध गर्दा प्रयोग गरेको अपराधसँग सम्बन्धित देहायको चीज वस्तु वा
दसी अनुसन्धान अधिकृतबाट आज मलाई देखाउँदा देखें, पहिचान गरी
सनाखत समेत गरें। उक्त चीज वस्तु वा दसी मैले अपराध गर्दाका अवस्थामा
प्रयोग गरेको/अनुसन्धान अधिकृतबाट खान तलासी लिदा फेला परी बरामद
भै आएको चीज वस्तु वा दसी हो भनी सनाखत गरि
दिएको छु फरक छैन, फरक ठहरे कानून बमोजिम सहुला बुझाउँला भनी
यो सनाखत मुचुल्का गरिदिएको छु।

सनाखत गर्ने व्यक्तिको नाम, थर, वतन उमेर

दस्तखत: सनाखत गरेको चीज वस्तु/स्थान/दसीको

विवरण:

सनाखत गराइएको स्थान :

खण्ड ६६) संख्या १६ नेपाल राजपत्र भाग ३ मिति २०७३।४।३

रोहवरमा बस्नेको दस्तखत

(क) मेरो सामुन्ने ले आज मिति
मा कार्यालय मा उपर्युक्त चीज
वस्तु वा दसी सनाखत गरेको ठीक साँचो हो भनी दस्तखत गर्ने
..... जिल्ला गा.वि.स./नगरपालिका वडा नं.
..... स्थान बस्ने वर्ष..... को जाहेरवाला/प्रतिवादी .
.....

(ख)

(ग)

सनाखत गराउने अनुसन्धान अधिकृतको नाम, थर, दर्जा र दस्तखत:
सनाखत गरेको मिति:

आज्ञाले,
टेकप्रसाद दुङ्गाना
नेपाल सरकारको सचिव