



# नेपाल राजपत्र

नेपाल सरकारद्वारा प्रकाशित

खण्ड ६६) काठमाडौं, साउन ३ गते, २०७३ साल (संख्या १६)

## भाग ३

नेपाल सरकार

कानून, न्याय तथा संसदीय मामिला मन्त्रालय

सरकारी मुद्दा सम्बन्धी (पहिलो संशोधन) नियमावली, २०७३

सरकारी मुद्दा सम्बन्धी नियमावली, २०५५ लाई संशोधन गर्न  
वाञ्छनीय भएकाले,

सरकारी मुद्दा सम्बन्धी ऐन, २०५५ को दफा ३६ ले दिएको  
अधिकार प्रयोग गरी नेपाल सरकारले देहाएका नियमहरू बनाएको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ : (१) यी नियमहरूको नाम "सरकारी मुद्दा सम्बन्धी (पहिलो संशोधन) नियमावली, २०७३" रहेको छ।

(२) यो नियमावली तुरुन्त प्रारम्भ हुनेछ।

२. सरकारी मुद्दा सम्बन्धी नियमावली, २०५५ को नियम ४ मा संशोधन : सरकारी मुद्दा सम्बन्धी नियमावली, २०५५ (यस पछि "मूल नियमावली" भनिएको) को नियम ४ को उपनियम (३) मा रहेका "आवश्यकतानुसार ठाडो मुचुल्का खडा गर्नु पर्नेछ" भन्ने शब्दहरूको सट्टा "अनुसूची-३क. बमोजिमको ढाँचामा बरामदी मुचुल्का तयार गर्नु पर्नेछ" भन्ने शब्दहरू राखिएका छन्।

३. मूल नियमावलीमा नियम ढक. र ढख. थप : मूल नियमावलीको नियम ८ पछि देहायका नियम ढक. र ढख. थपिएका छन् :-

"ढक. शारीरिक जाँच : ऐनको दफा १२ बमोजिम कुनै व्यक्तिको शरीरको जाँच गर्ने चिकित्सक वा प्रयोगशालाले देहाय बमोजिमको ढाँचामा सम्बन्धित प्रहरी कार्यालयमा प्रतिवेदन पठाउनु पर्नेछ:-

(क) यौनजन्य अपराधमा शारीरिक जाँच गरेकोमा महिलाको भए अनुसूची-१०क. र पुरुषको भए अनुसूची-१०ख. बमोजिमको ढाँचामा,

(ख) उमेर जाँच गरेकोमा अनुसूची-१०ग. बमोजिमको ढाँचामा,

(ग) मादक पदार्थ सेवन सम्बन्धी जाँच गरेकोमा अनुसूची-१०घ. बमोजिमको ढाँचामा।

ढख. वैज्ञानिक वा डि.एन.ए.परीक्षण : (१) अपराध अनुसन्धानको सिलसिलामा वैज्ञानिक वा डि.एन.ए. परीक्षणबाट अपराधसँग महत्वपूर्ण प्रमाण उपलब्ध हुन सक्छ भन्ने विश्वास गर्ने मनासिव आधार भएमा तहकिकात गर्ने प्रहरी कर्मचारीले त्यस्तो परीक्षण गर्न सम्बन्धित निकायमा पठाउन सक्नेछ।

(२) उपनियम (१) बमोजिम डि.एन.ए. परीक्षणको लागि पठाउनु अघि प्रहरी कर्मचारीले डि.एन.ए. नमूनादाताको अनुसूची-१०ड. बमोजिमको ढाँचामा मन्जुरनामा लिनु पर्नेछ ।

(३) उपनियम (१) बमोजिम वैज्ञानिक वा डि.एन.ए. परीक्षणको लागि पठाइएकोमा त्यस्तो परीक्षण गर्ने चिकित्सक वा प्रयोगशालाले वैज्ञानिक परीक्षण गरेकोमा अनुसूची-१०च. र डि.एन.ए.परीक्षण गरेकोमा अनुसूची-१०छ. बमोजिमको ढाँचामा परीक्षण प्रतिवेदन सम्बन्धित प्रहरी कार्यालयमा पठाउनु पर्नेछ ।”

४. मूल नियमावलीको नियम १० मा संशोधन : मूल नियमावलीको नियम १० को सट्टा देहायको नियम १० राखिएको छ :-

“१०. सनाखत : (१) ऐनको दफा १६ को उपदफा (१) बमोजिम कुनै अभियुक्तको सनाखत गराउनु पर्दा अनुसूची-१२क. बमोजिमको ढाँचामा गराउनु पर्नेछ ।

(२) ऐनको दफा १६ को उपदफा (२) बमोजिम कुनै मुद्दासँग सम्बन्धित दसी, चीज वा वस्तु सनाखत गराउनु पर्दा सनाखत गराउनु पर्ने सम्बन्धित व्यक्तिलाई त्यस्तो दसी, चीज वा वस्तु देखाई अनुसूची-१२ख. बमोजिमको ढाँचामा सनाखत गराउनु पर्नेछ ।”

५. मूल नियमावलीको अनुसूचीमा संशोधन : मूल नियमावलीको,-

- (क) अनुसूची-३ पछि यसै साथ संलग्न अनुसूची-३क. थपिएको छ ।
- (ख) अनुसूची-५ को सट्टा यसै साथ संलग्न अनुसूची-५ राखिएको छ ।
- (ग) अनुसूची-९ र १० को सट्टा यसै साथ संलग्न अनुसूची-९ र १० राखिएका छन् ।
- (घ) अनुसूची-१० पछि यसै साथ संलग्न अनुसूची-१०क., १०ख., १०ग., १०घ., १०ड., १०च. र १०छ. थपिएका छन् ।
- (ङ) अनुसूची-१२ पछि यसै साथ संलग्न अनुसूची-१२क. र १२ख. थपिएका छन् ।



अनुसूची-३क.

(नियम ४ को उपनियम (३) सँग सम्बन्धित)

घटनास्थलमा खडा गरिएको बरामदी मुचुल्काको ढाँचा

श्री ..... प्रहरी कार्यालय ..... बाट ..... गाउँ  
विकास समिति/नगरपालिका वडा नं. .... (स्थान) मा खडा गरिएको  
..... अपराधसँग सम्बन्धित चीज वस्तु/ठाउँको बरामदी मुचुल्का ।

१. जाहेरी दरखास्त वा अपराधको सूचनाको छोटकरी विवरण :
२. खानतलासी गर्ने अधिकारी वा कर्मचारीको अग्रिम तलासी  
लिनुपर्ने भए सो लिएको विवरण :
३. बरामदी/खानतलासी गरिएको चीज वस्तु/ठाउँको चार किल्ला  
सहितको विवरण :
४. बरामद भएको अपराधसँग सम्बन्धित सामान वा दसीको विवरण :
५. देखे बमोजिम दस्तखत गर्ने साक्षीहरुको नाम, थर, वतन, उमेर  
दस्तखत :  
(क)  
(ख)  
(ग)
६. रोहवरमा बस्नेहरुको नाम, थर, वतन, उमेर र दस्तखत :  
(क) अनुसन्धान अधिकृतले घटनास्थलमा अपराधसँग  
सम्बन्धित चीज वस्तु, दसीको सामान बरामद गरी  
लिएको भनी दस्तखत गर्ने ..... जिल्ला .....  
गाउँविकास समिति/नगरपालिका वडा नं. ....  
स्थान बस्ने .....  
(ख) जाहेरवालाको नाम, थर, वतन ..... उमेर .....  
दस्तखत: .....  
(ग) अभियुक्तको नाम, थर, वतन ..... उमेर .....  
दस्तखत: .....  
बरामदी, खानतलासी समेतको काम तामेल गर्न खटिएका  
अनुसन्धान अधिकृत :  
अन्य कर्मचारीहरु :  
७. मिति :  
८. समय :

अनुसूची-५

(नियम ५ सँग सम्बन्धित)

बरामदी/खानतलासी मुचुल्काको ढाँचा

श्री ..... प्रहरी कार्यालय ..... बाट .....  
गाउँविकास समिति/नगरपालिका वडा नं. ....  
(स्थान) मा खडा गरिएको ..... अपराधसँग सम्बन्धित चीज  
वस्तु/ठाउँ/मानिसको शरीरको बरामदी/खानतलासी मुचुल्का ।

१. जाहेरी दरखास्त वा अपराधको सूचनाको छोटकरी विवरण :
२. खानतलासी गर्ने अधिकारी वा कर्मचारीको अग्रिम तलासी  
लिनुपर्ने भए सो लिएको विवरण :
३. बरामदी/खानतलासी गरिएको चीज वस्तु/ठाउँ/मानिस रहेको  
चार किल्ला सहितको विवरण :
४. बरामद भएको अपराधसँग सम्बन्धित सामान वा दसीको विवरण  
:
५. देखे बमोजिम दस्तखत गर्ने साक्षीहरूको नाम, थर, वतन, उमेर  
दस्तखत :  
(क)  
(ख)  
(ग)
६. रोहवरमा बस्नेहरूको नाम, थर, वतन उमेर र दस्तखत :  
(क) अनुसन्धान अधिकृतले मेरो घर, चीज वस्तु, शरीर  
खानतलासी लिदा आफ्नो तलासी दिई इज्जतसाथ मेरो  
तलासी लिएको र घरको वा मेरो कुनै सामान हिनामिना  
भएको छैन भनी दस्तखत गर्ने ..... जिल्ला  
..... गाउँ विकास समिति/नगरपालिका वडा नं.  
..... स्थान बस्ने .....

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

(ख) जाहेरवालाको नाम, थर, वतन ..... उमेर .....

दस्तखत: .....

(ग) अभियुक्तको नाम, थर, वतन ..... उमेर .....

दस्तखत: .....

वरामदी, खानतलासी समेतको काम तामेल गर्न खटिएका

अनुसन्धान अधिकृत :

अन्य कर्मचारीहरु :

७. मिति :

८. समय

अनुसूची-९

(नियम ७ को उपनियम (१) सँग सम्बन्धित)

शव परीक्षण प्रतिवेदनको ढाँचा

## AUTOPSY REPORT

1. Case registration number:
2. Police Office sending for autopsy (letter date and reference number):
3. Name of the deceased:
4. Address:
5. Gender:
6. Age, Date of Birth:
7. Dead body identified by:
8. Name of the accompanying Police Personnel:
9. Date and time of death:
10. Date and hour of receipt of inquest papers and dead body:
11. Date and hour of starting autopsy:
12. Date and hour of concluding autopsy:
13. Name of the Experts conducting autopsy:  
(1)..... (2) ..... (3) ..... (4) .....
14. Name of the Hospital:

**RELEVANT DETAILS (Mention brief history of the case regarding circumstances of death and other sources of information):**

**EXTERNAL EXAMINATION (General observation of the dead body):**

- (1) Height: (2) Weight: (3) Physique: (4) Hairs:
- (5) Clothes and conditions:
- (6) Special identifying features (Huliya):
- (7) Post-mortem changes present:
  - (a) Rigor mortis:
  - (b) Livor mortis:
  - (c) Algor mortis/Cooling:
  - (d) Different signs of decomposition:

- (8) Natural orifices:

Eyes:

Mouth:

Vagina/penis:

Examiner's initial \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



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 सकल 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 दक. 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 \_\_\_\_\_

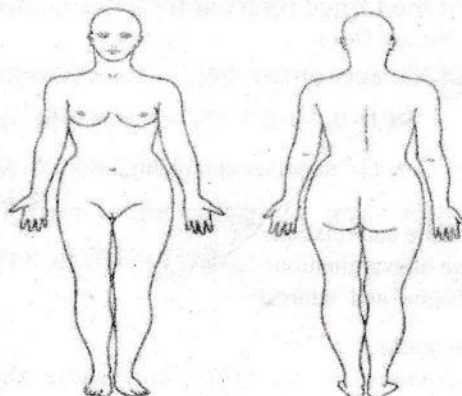
EXAMINATION

1. General physique and vitals:-

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

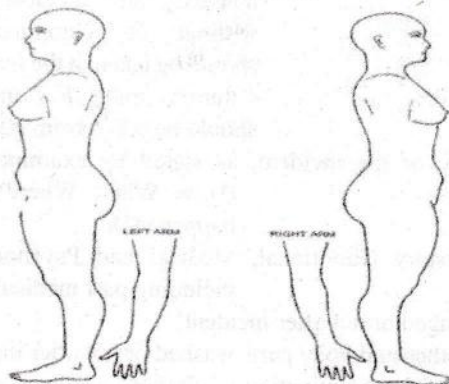
2. Injuries on the bodies (Name, Size, Site, Color, Surrounding area, Sign of treatment, Bleeding Marks, Sign of Healings, any Imprints etc.) Please use the figure provided to depict the injuries as best as possible:-

FULL BODY, FEMALE—ANTERIOR AND POSTERIOR VIEWS



Name: \_\_\_\_\_ Class No: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

FULL BODY, FEMALE—LATERAL VIEW



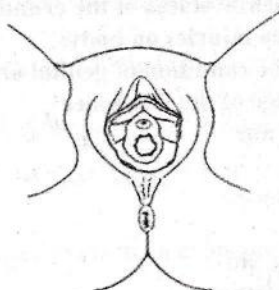
Name: \_\_\_\_\_ Class No: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

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 चिकित्साकर्मिले गर्नु पर्दछ ।
- परीक्षण गर्ने विशेषज्ञ वा चिकित्साकर्मिलेनै 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 ८८ 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 दफ. 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 दफा 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 \_\_\_\_\_



## 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)

- i. The examinee has not consumed alcohol
- ii. The examinee has consumed alcohol but not under influences of it.
- iii. The examinee has consumed alcohol and under influences of it.
- iv. The examinee needs treatment in hospital for intoxication by alcoholic drink.
- v. 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  
पने 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 :

श्री .....को 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

दायाँ

बायाँ



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 २०७३/०४/३

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 ८ख. 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, रुप रंग र आकृतिबाट चिनेकोले निज सोही व्यक्ति हो भनी  
सनाखत गरी दिएको छु/निजलाई सो वारदात हुँदाका बखत मैले नदेखेको र  
निजको शारीरिक बनावट, रुप 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 बादी 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 देखे, पहिचान गरी  
सनाखत समेत गर्ने। 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 ढुङ्गाना  
नेपाल सरकारको सचिव