



राजस्थान सरकार



संशोधित संस्करण-1.1.1

# आर.सी.एच. रजिस्टर उप स्वास्थ्य केन्द्र सेवा पंजिका (S.D.R)

ए.एन.एम का नाम \_\_\_\_\_  
उप स्वास्थ्य केंद्र \_\_\_\_\_  
संस्था का पीसीटीएस कोड \_\_\_\_\_  
आंगनवाड़ी \_\_\_\_\_  
गाँव \_\_\_\_\_  
प्रा. स्वा. केन्द्र/सा. स्वा. केन्द्र \_\_\_\_\_  
ब्लॉक \_\_\_\_\_ जिला \_\_\_\_\_  
वर्ष..... से..... तक



इस रजिस्टर का उपयोग 1000 से अधिक जनसंख्या वाले आंगनवाड़ी के लिए किया जावे

चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग व राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, राजस्थान

# आरसीएच रजिस्टर

- ❖ योग्यदम्पतियों को दी गई सेवाओं के रिकार्ड का संधारण ।
- ❖ सेवाओं की ट्रेकिंग कर निर्धारित समय पर सेवाएं दिया जाना सुनिश्चित करना ।
- ❖ मासिक रिपोर्ट का संकलन और
- ❖ स्थानीय स्तर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार करने के लिए डेटा का विश्लेषण करने के उद्देश्यों के लिए ।

# आरसीएच रजिस्टर



## आरसीएच रजिस्टर की मॉनिटरिंग:

- ❖ नोडल अधिकारी— मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
- ❖ सहायक नोडल अधिकारी— सांख्यिकी अधिकारी /  
सहायक सांख्यिकी अधिकारी

(Letter No. F4()/DEO/FW/2017/605 dated 31<sup>st</sup> July, 2017)

# आरसीएच रजिस्टर



## मॉनिटरिंग :

- ❖ नये आरसीएच रजिस्टर की सप्लाई संस्थाओं पर आवश्यकतानुरूप सुनिश्चित किया जाना।
- ❖ आरसीएच रजिस्टर में गुणवत्तापूर्ण तथा नियमित संधारण
- ❖ ECTS साफ्टवेयर में नियमित एन्ट्री
- ❖ सेवाओं की ट्रेकिंग कर निर्धारित समय पर सेवाएं सुनिश्चित करवाना।

# आरसीएच रजिस्टर



- ❖ आरसीएच रजिस्टर आंगनवाडीवार संधारित किये जाने है
- ❖ आंगनवाडी क्षेत्र के योग्यदम्पतियों (15 से 49 वर्ष की विवाहित महिलाएं) को **तालिका 1** में पंजीकृत कर कॉलम 1 से 35 तक की सूचना (1, अप्रैल, 2017 की स्थिति के अनुसार) भरी जानी है।
- ❖ योग्यदम्पति जिन्होंने पूर्व में नसबन्दी करवाली है उन्हे इस आरसीएच रजिस्टर में दर्ज नहीं करना है।

# आरसीएच रजिस्टर



- ❖ **तालिका 1** में गर्भनिरोधक साधनो का उपयोग व फॉलोअप सेवाओं का इन्द्राज किया जाना है।
- ❖ **तालिका 3** में 1 अप्रैल, 2017 से 31 मार्च, 2019 तक (दो वर्ष) की अवधि में क्षेत्राधीन की पंजीकृत होने वाली प्रत्येक गर्भवती महिला को दी जाने वाली सेवाओं का इन्द्राज किया जाना है।
- ❖ **तालिका 4** में 1 अप्रैल, 2017 से 31 मार्च, 2019 तक (दो वर्ष) की अवधि में क्षेत्राधीन की पंजीकृत होने वाली गर्भवती महिलाओं के प्रसव पश्चात् पीएनसी की सेवाएं व बच्चे के टीकाकरण का इन्द्राज किया जाना है।

# आरसीएच रजिस्टर



- ❖ क्षेत्र के बाहर के दम्पतियों के लिए प्रावधान— तालिका 1ए, 3ए व 4ए
- ❖ जुड़वा बच्चे होने पर अतिरिक्त बच्चे की सेवाओं के इन्द्राज का प्रावधान— तालिका 4.1 (प्रथम बच्चे की सेवाएं तालिका 4 में ही अंकित की जानी है।)
- ❖ योग्यदम्पति ECTS साफ्टवेयर में पंजीकृत होने पर ECTS आईडी जनरेट होगी।

# आरसीएच रजिस्टर



क्र.सं.	विवरण	बडा रजिस्टर	छोटा रजिस्टर
1	कुल पेज संख्या	400	256
2	जनसंख्या के लिए	750—1300 तक	750 तक
3	तालिका 1— योग्य दम्पतियों का इन्द्राज	154 योग्य दम्पति	112 योग्य दम्पति
4	तालिका 1ए—योग्य दम्पतियों का इन्द्राज (बाहर के योग्यदम्पति)	28	14
5	तालिका 2— असफल नसबन्दी केसेज	15	15
6	तालिका 3— गर्भवती महिलाओ का पंजीकरण	85	45
7	तालिका 3ए—गर्भवती महिलाओ का पंजीकरण (बाहर के योग्यदम्पति)	20	10



# आरसीएच रजिस्टर



क्र.सं.	विवरण	बडा रजिस्टर	छोटा रजिस्टर
8	तालिका 4– पीएनसी व शिशु टीकाकरण	76	32
9	तालिका 4.1–पीएनसी व शिशु टीकाकरण (जुडवा बच्चों के लिए)	4	4
10	तालिका 4ए–पीएनसी व शिशु टीकाकरण (बाहर के योग्यदम्पत्ति)	12	12
11	तालिका 5– पांच वर्ष के बच्चे–विटामिन ए (4 <sup>th</sup> dose to 9 <sup>th</sup> dose)	60	60
12	तालिका 6– पांच वर्ष पर– डीपीटी बूस्टर	60	60
13	तालिका 7– टीटी–10 वर्ष पर	90	90
14	तालिका 8– टीटी–16 वर्ष पर	120	120

# आरसीएच रजिस्टर



क्र.सं.	विवरण	बडा रजिस्टर	छोटा रजिस्टर
15	तालिका 9- पांच वर्ष के बच्चे (विभिन्न बीमारिया)	120	120
16	तालिका 10- पांच वर्ष तक के अति कुपोषित बच्चे एवं फॉलोअप	60	60
17	तालिका 11-SNCU से डिस्चार्ज बच्चे एवं फॉलोअप	60	60
18	तालिका 12-शिशु मृत्यु का पंजीकरण	11	11
	मातृ मृत्यु का पंजीकरण	5	5
	अन्य मृत्यु का पंजीकरण	40	40

क्रमांक	तालिका	विषय सूची	पृष्ठ संख्या
1	तालिका	स्वास्थ्य केन्द्र का प्रथम व द्वितीय वर्ष का सारांश (ग्रामीण/शहरी)	2-3
2	तालिका	निरीक्षण अधिकारियों की टिप्पणी एवं निर्देश	4-8
3	तालिका-1	योग्य दम्पतियों का विवरण एवं गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप सेवायें	9-64
4	तालिका-1A	संस्था क्षेत्र के अधीन योग्य दम्पतियों के अतिरिक्त अन्य क्षेत्र के योग्य दम्पतियों को दी गई गर्भ निरोधक एवं फॉलो-अप सेवायें	65-76
5	तालिका-2	नसबंदी पश्चात् असफलता के केसेज़ की लाईन लिस्टिंग	77-78
6	तालिका-3	गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण व प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान सेवायें	79-198
7	तालिका-3A	संस्था क्षेत्र के अधीन गर्भवती महिलाओं के अतिरिक्त अन्य क्षेत्र की गर्भवती महिलाओं को दी गई सेवाओं का विवरण	199-228
8	तालिका-4	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख और शिशु का टीकाकरण	229-324
9	तालिका-4.1	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख और शिशु का टीकाकरण (एक से अधिक जुड़वा बच्चे होने पर अतिरिक्त बच्चों के लिए तालिका)	325-330
10	तालिका-4A	संस्था क्षेत्र के अधीन महिलाओं एवं शिशुओं के अतिरिक्त अन्य क्षेत्र की महिलाओं को प्रसवोत्तर एवं शिशुओं की देखरेख और शिशु का टीकाकरण	331-346
11	तालिका-5	5 वर्ष तक के बच्चों को विटामिन - ए की चौथी से नौवीं खुराक का विवरण	348-351
12	तालिका-6	5 वर्ष पर डी. पी. टी. बूस्टर टीकाकरण का विवरण	352-353
13	तालिका-7	TT-10 वर्ष पर टीकाकरण का विवरण	354-356
14	तालिका-8	TT-16 वर्ष पर टीकाकरण का विवरण	357-360
15	तालिका-9	5 वर्ष तक की आयु के बच्चों में दस्त रोग (डायरिया), निमोनिया व अन्य बीमारियों का इलाज एवं रेफरल सेवाओं का विवरण	362-377
16	तालिका-10	5 वर्ष तक की आयु के बच्चों के अति कुपोषित बच्चों की सूची एवं फॉलो-अप का विवरण	378-383
17	तालिका-11	SNCU से डिस्चार्ज बच्चों के फॉलो अप का विवरण	384-386
18	तालिका-12	शिशु मृत्यु, मातृ मृत्यु एवं किशोर-किशोरी व अन्य व्यस्क मृत्यु का पंजीकरण	387-390
19	संलग्नक - 1	अंतिम मासिक धर्म (LMP) तारीख से प्रसव की सम्भावित तारीख (EDD) की गणना के लिए कैलेंडर	392
20	संलग्नक - 2	राष्ट्रीय टीकाकरण सारणी (NIS) - नवजात शिशु, बच्चों और गर्भवती महिलाओं हेतु	393
21	संलग्नक - 3	ए.एन.एम. हेतु मासिक संक्षेप तालिका (प्रत्येक टीकाकरण सत्र का विवरण)	394
22	संलग्नक - 4	संक्षिप्तकरण (Abbreviations)	395

सारांश - ग्रामीण क्षेत्र के लिए

वर्ष _____ से वर्ष _____ तक
<b>स्वास्थ्य केन्द्र का सारांश</b>
यह जानकारी वर्ष के शुरू में भरें
स्वास्थ्य केन्द्र का नाम
ए.एन.एम. का नाम <span style="float: right;">मोबाइल नं.</span>
पीएचसी/सीएचसी का नाम
ब्लॉक का नाम
सुपरवाइजर का नाम (LHV)
एम.ओ. (MO) का नाम
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (PHC) का नाम
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (CHC) का नाम
ग्राम पंचायत का नाम
गाँव का नाम
औंगनबाड़ी का नाम
1. आशा सहयोगिनी का नाम मोबाइल नम्बर
2. आशा सहयोगिनी का नाम मोबाइल नम्बर
1. औंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम मोबाइल नम्बर
2. औंगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम मोबाइल नम्बर
नियत MCHN दिवस
एम्बुलेंस का नम्बर
निकटतम डिलीवरी पॉइंट का नाम
नेशनल कॉलसेन्टर का टोल फ्री फोन नंबर - 10588 <span style="float: right;">राज्य का कॉलसेन्टर का टोल फ्री फोन नंबर - 104</span>

<b>गाँव/आंगनबाड़ी का सारांश</b>		
यह जानकारी वर्ष के शुरू में सर्वे पूरा करने के बाद भरें		
	पहला वर्ष .....	दूसरा वर्ष .....
कुल आवादी		
कुल महिलाएं		
कुल पुरुष		
कुल घर		
कुल परिवार		
कुल योग्य दम्पति		
कुल गर्भवती महिलाएं		
कुल धात्री महिलाएं		
दूसरे गाँव से आई गर्भवती महिलाएं		
कुल 0-1 वर्ष के शिशु		
कुल 1-2 वर्ष के बच्चे		
कुल 2-5 वर्ष के बच्चे		
5 वर्ष के बच्चों की संख्या		
कुल किशोरियों की संख्या		
कुल किशोर		
संचालित सरकारी स्कूल		
संचालित गैर सरकारी स्कूल		

### सारांश - शहरी क्षेत्र के लिए

वर्ष _____	से वर्ष _____	तक _____
<b>शहरी स्वास्थ्य केन्द्र का सारांश</b>		
यह जानकारी वर्ष के शुरू में भरे		
स्वास्थ्य केन्द्र का नाम		
स्वास्थ्य कार्यकर्ता/ए.एन.एम. का नाम	मोबाइल नं.	
चिकित्सा अधिकारी (MO) का नाम		
सुपरवाइजर का नाम (LHV/अन्य)		
वार्ड में संचालित आंगनवाड़ी का नाम		
1.	2.	3.
वार्ड के क्षेत्र में पडने वाला कॉलोनी/मोहल्ले आदि का विवरण		
यदि शहरी क्षेत्र ब्लॉक के क्षेत्राधीन है तो ब्लॉक का नाम		
1. आशा सहयोगिनी का नाम		
मोबाइल नम्बर		
2. आशा सहयोगिनी का नाम		
मोबाइल नम्बर		
1. आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम		
मोबाइल नम्बर		
2. आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का नाम		
मोबाइल नम्बर		
नियत MCHN दिवस		
वार्ड क्षेत्र में संचालित स्कूल सरकारी		
गैर सरकारी		
एम्बुलेंस का नम्बर		
निकटतम डिलीवरी पॉइंट का नाम		
अन्य सूचना		
नेशनल कॉन्सल्टेन्टर का टोल फ्री फोन नंबर - 10588      राज्य का कॉन्सल्टेन्टर का टोल फ्री फोन नंबर - 104		

वार्ड नम्बर.....आंगनवाड़ी .....का सारांश		
यह जानकारी वर्ष के शुरू में सर्वे पूरा करने के बाद भरे		
	पहला वर्ष .....	दूसरा वर्ष .....
वार्ड की कुल आबादी		
कुल महिलाएं		
कुल पुरुष		
वार्ड में कुल घरों की संख्या		
वार्ड में कुल परिवारों की संख्या		
वार्ड में कुल योग्य दम्पतियों की संख्या		
वार्ड में कुल गर्भवती महिलाओं की संख्या		
वार्ड में कुल धात्री महिलाओं की संख्या		
दूसरे क्षेत्र से आई गर्भवती महिलाएं		
वार्ड में कुल 0-1 वर्ष के शिशु		
वार्ड में कुल 1-2 वर्ष के बच्चे		
वार्ड में कुल 2-5 वर्ष के बच्चे		
5 वर्ष के बच्चों की संख्या		
वार्ड में कुल किशोरियाँ		
वार्ड में कुल किशोर		
अन्य सूचना		

निरीक्षण अधिकारियों की टिप्पणी एवं निर्देश

1	2	3	4	5	6
निरीक्षण अधिकारी का नाम व पद	भौतिक सत्यापित किये गये केसेज एवं सेवाओं का विवरण	निरीक्षण के दौरान पायी गयी त्रुटियों पर टिप्पणी	स्वास्थ्य कार्यकर्ता को दिये गये निर्देशों का उल्लेख	स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा की गई पालना का विवरण	हस्ताक्षर व दिनांक



## तालिका-1 योग्य दम्पतियों का विवरण एवं गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप सेवाएं



10 वर्षीय

(पृष्ठ संख्या 9 से 64)



5 वर्षीय



आपातकालीन गर्भ निरोधक गोली



योग्य दम्पतियों का विवरण एवं गर्भ निरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप सेवाएं

तालिका-1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
योग्य दम्पति की क्रम संख्या	परिवार संख्या	मकान नम्बर व पता (आशा डायरी के अनुसार)	सर्वे का दिनांक	दम्पति का ECTS आई.डी. नंबर (1)	महिला का विवरण			पति का विवरण				धर्म - हिन्दू, मुस्लिम, सिख, ईसाई, अन्य	जाति वर्ग को टिक करें	
					महिला का नाम	वर्तमान आयु (वर्ष में)	विवाह के समय आयु (वर्ष में)	शैक्षणिक स्तर (कोड) (3)	पति का नाम (2)	वर्तमान आयु (वर्ष में)	विवाह के समय आयु (वर्ष में)			शैक्षणिक स्तर (कोड) (3)
1			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
2			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
3			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
4			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
5			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
6			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
7			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
8			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
9			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
10			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
11			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
12			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
13			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
14			_ _											SC <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OBC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>

(1) ईसीटीएस में योग्य दम्पति का विवरण दर्ज किये जाने के उपरान्त जनसेर हुआ ईसीटीएस आई डी नंबर अंकित करें। यह ई.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर महिला के सम्पूर्ण प्रजनन काल में (49 वर्ष की उम्र तक) एक ही रहेगा।

(2) यदि पति का नाम अज्ञात है तो "सामू नहीं" लिखें।

(3) शैक्षणिक स्तर के कोड 0. निम्न 1. प्राइमरी 2. मिडिल 3. सीनियर सेकण्डरी 4. स्नातक 5. स्नातकोत्तर



योग्य दम्पतियों का विवरण एवं गर्भ निरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप सेवाएं

तालिका-1

16	17	18	19	20	21	22
गरीबी रेखा के नीचे (BPL)	महिला का आधार, भामाशाह आई.डी., राशन कार्ड एवं बैंक विवरण				दम्पति की अन्य जानकारी	
	आधार कार्ड नंबर/एनरोलमेन्ट नंबर /उपलब्ध नहीं	बैंक खाता नंबर / उपलब्ध नहीं	बैंक एवं शाखा का नाम व IFSC कोड		भामाशाह कार्ड नंबर या नामांकन रसीद नंबर	राशन कार्ड नंबर
			IFSC कोड	बैंक एवं शाखा का नाम		
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं						

योग्य दम्पतियों का विवरण एवं गर्भ निरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप सेवाएं

तालिका-1

23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		
क्र.मां.क.	पति का आधार एवं बैंक विवरण				मोबाइल नंबर किसका है (टिक करें)	बच्चों की जानकारी			क्या महिला गर्भवती है हाँ/ नहीं	यदि नहीं तो क्या दम्पति प.क. साधन उपयोग कर ला है? हाँ/नहीं	यदि हाँ तो साधन का कोड (1)	दम्पति साधन कब से कर ला है		
	आधार कार्ड नंबर/एनरोलमेन्ट नम्बर /उपलब्ध नहीं	बैंक खाता नंबर / उपलब्ध नहीं	बैंक एवं शाखा का नाम व IFSC कोड			कुल जन्में बच्चों की संख्या		कुल जीवित बच्चों की संख्या					सबसे छोटे बच्चे का विवरण	
			IFSC कोड	बैंक एवं शाखा का नाम		लड़का	लड़की	लड़का						लड़की
1					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
2					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
3					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
4					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
5					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
6					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
7					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
8					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
9					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
10					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
11					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
12					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
13					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									
14					महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/>									

(1) साधन कोड - (क) निरोध (ख) ओरल पिल (ग) सेन्ट्रोगन गोली (घ) आईपूसीडी 380ए(10 वर्ष) (ङ) आईपूसीडी 375 (5 वर्ष) (च) महिला नसबंदी (छ) पुरुष नसबंदी (ज) आपतकालीन गर्भ निरोधक गोतियां (झ) इन्जेक्टेबल डीएम्पीए

प्रथम वर्ष.....																				योग्य दम्पतियों का विवरण एवं गर्भ निरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप सेवाएं												तालिका-1	
36																				37	38	39	40	41	42								
गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप दिनांक (साधनों का कोड अंकित करें (1))																				जटिलता हैं/नहीं (यदि हैं तो विवरण)	यदि दम्पति निःसंतान है तो किस अस्पताल को रेफर किया	गर्भ धारण की जाँच +ve / -ve अथवा नहीं किया (2)	यदि महिला गर्भवती हुई है तो पीसीटीएस आई.डी.	भौतिक सत्यापनकर्ता का विवरण									
अप्रैल		मई		जून		जुलाई		अगस्त		सितम्बर		अक्टूबर		नवम्बर		दिसम्बर		जनवरी						फरवरी		मार्च		नाम व पद	हस्ताक्षर मय दिनांक				
पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड	पेंट दिनांक	साधन कोड								

(नोट : आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली एक नियमित गर्भनिरोधक नहीं है सिर्फ आकस्मिक परिस्थितियों में ही प्रयोग करें। दम्पति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात् उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु मासिक पेंट की आवश्यकता नहीं रहती।) (1) साधन कोड - (क) निरोध (ख) ओरल पिस्त (ग) सेन्ट्रोजेन गोली (घ) आईयूटीडी 380ए (10 वर्ष) (ङ) आईयूटीडी 375 (5 वर्ष) (च) महिला नसबंदी (ज) पुरुष नसबंदी (झ) आपातकालीन गर्भ निरोधक गोलियाँ (झ) इमेक्ट्रेस डीएमपीए (ञ) कोई नहीं (ट) अन्य (विवरण दें) (2) यदि गर्भावस्था जाँच निगेटिव (-) है तो मासिक फॉलो-अप जारी रखें। यदि गर्भवती है तो जानकारी तालिका-3 में दर्ज करें।

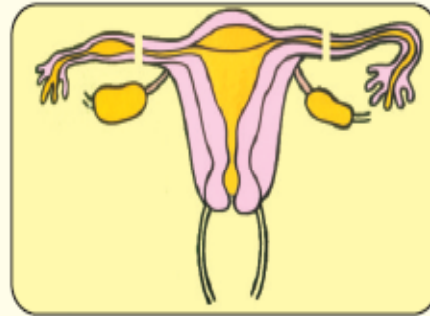
द्वितीय वर्ष.....		योग्य दम्पतियों का विवरण एवं गर्भ निरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप सेवाएं														तालिका-1														
43	44														45	46	47	48	49	50										
क्र.मां.क.	गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप दिनांक (साधनों का कोड अंकित करें (1))														जटिलता हों/नहीं हों (यदि हों तो विवरण)	यदि दम्पति निःसंतान है तो किस अस्पताल को रेफर किया	गर्भ धारण की जाँच +ve / -ve अथवा नहीं किया (2)	यदि महिला गर्भवती हुई है तो पीसीटीएस आई.डी.	भौतिक सत्यापनकर्ता का विवरण											
	अप्रैल		मई		जून		जुलाई		अगस्त		सितम्बर		अक्टूबर						नवम्बर		दिसम्बर		जनवरी		फरवरी		मार्च		नाम व पद	हस्ताक्षर मय दिनांक
	मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड					मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड	मेंट दिनांक	साधन कोड		
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														

(नोट : आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली एक नियमित गर्भनिरोधक नहीं है सिर्फ आकस्मिक परिस्थितियों में ही प्रयोग करें। दम्पति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात् उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु मासिक मेंट की आवश्यकता नहीं रहती।) (1) साधन कोड - (क) निरोध (ख) ओरल पिलस (ग) सेन्ट्रोगेन गोली (घ) आईयूसीडी 380ए(10 वर्ष) (ङ) आईयूसीडी 375 (5 वर्ष) (च) महिला नसबंदी (ज) पुरुष नसबंदी (झ) आपातकालीन गर्भ निरोधक गोलियां (झ) इन्जेक्टेबल डीएम्पीए (अ) कोई नहीं (ट) अन्य (विवरण दें) (2) यदि गर्भावस्था जाँच निगेटिव (-) है तो मासिक फॉलो-अप जारी रखें। यदि गर्भवती है तो जानकारी तालिका-3 में दर्ज करें।

## तालिका-2

### असफल नसबन्दी केसेज का विवरण

(पृष्ठ संख्या 77 से 78)



महिला नसबन्दी



पुरुष नसबन्दी

नसबंदी पश्चात् असफल केसेज की लाईन लिस्टिंग

तालिका-2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
क्रमांक	घर का नंबर	पत्नी का नाम	पति का नाम	ऑपरेशन किसका हुआ (महिला/ पुरुष)	पति/ पत्नी की आयु (जिसका ऑपरेशन हुआ)	नसबंदी ऑपरेशन का प्रकार (Lapascopy/Vesectomy/ Tubectomy)	नसबंदी ऑपरेशन की दिनांक	नसबंदी ऑपरेशन का स्थान	यदि महिला वर्ष के दौरान गर्भवती हो जाती है तो तालिका-3 में लिखें/ पंजीकरण किया गया (हैं/नहीं)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

पीसीटीएस पर गर्भवती महिला का पंजीकरण, एएनसी जांचें, प्रसव एवं शिशु का विवरण दर्ज करावें



विश्वव्यापी ढंग से संभावित गर्भवती महिला को जाँच



गर्भवती को रोजाना आयरन की गोली व पोष्यीक भोजन लेने हेतु



घाटी बन्द नही उठाना



दिन में 2 से 3 घंटे आराम करना



निर्धारित एएनसी की जाँच एवं संस्थागत प्रसव हेतु



बैंक जाता खुलवाना एवं डॉक्टरों को प्रसव अवधि कराना



एएनसी पंजीकरण के समय एएनसी जाँच को कराना सुनिश्चित करना प्रसव का अवधि कराना



सामान्य, प्रसव व प्रसवपश्चात् की देखरेख में जाकर जाँच कराना



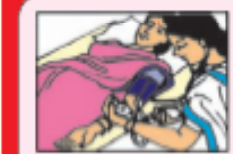
खतरे की स्थिति में गर्भवती को तुरंत अस्पताल पहुँचाएँ



वाहन का प्रवर्धन करना



खून की जाँच



ब्लड प्रेशरकी जाँच



साम्याई



पेट की जाँच



पेशाब की जाँच

### तालिका-3

## गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण व प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान सेवायें

(पृष्ठ संख्या 79 से 198)

**गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण व प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान सेवार्थें**

**तालिका-3**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	गर्भवती महिला का विवरण							गर्भावस्था का पंजीकरण		
क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	पति का नाम (i)	योग्य दम्पति का मोबाइल नंबर	तालिका - 1 में पृष्ठ संख्या	महिला का PCTS आई.डी. (2)	महिला की आयु	अंतिम मासिक धर्म का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक	पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अन्दर पंजीकरण किया गया हां/नहीं
1			महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> [ ]			वर्ष	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	हफ्ते	
2			महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> [ ]			वर्ष	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	हफ्ते	
3			महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> [ ]			वर्ष	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	हफ्ते	
4			महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> [ ]			वर्ष	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	हफ्ते	
5			महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> [ ]			वर्ष	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	हफ्ते	

(1) यदि पति का नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो “लानू नहीं” लिखें। (2) पीसीटीएस आई.डी. नम्बर गर्भवती महिला का नाम पीसीटीएस सॉफ्टवेयर में दर्ज होने के बाद जारी होगा, जिसे अंकित करना है।



**गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण व प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान सेवायें**

तालिका-3

12	13	14	15	16	17	18	19	20			
गर्भावस्था का पंजीकरण						पूर्व प्रसव - विवरण					
पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (Kg.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) (3)	गर्भवती महिला का रक्त समूह जाँच किया (तो परिणाम)/जाँच नहीं किया	प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम (4)	पिछले 11 इंजेक्शन लगाये जाने की दिनांक (5)	कुल गर्भावस्थाओं की संख्या (6)	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएं (सही विकल्प पर <input checked="" type="checkbox"/> करें)	गर्भावस्था का परिणाम (सही विकल्प पर <input checked="" type="checkbox"/> करें)			
Kg. _____	_____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ तो ग्रुप.....				पिछली गर्भावस्था	<input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> ए.पी.एच <input type="checkbox"/> मृत जन्म अन्य (विवरण दें)	<input type="checkbox"/> दौर आना <input type="checkbox"/> जन्मजात विलिंगता <input type="checkbox"/> रक्तपान	<input type="checkbox"/> जुड़वाँ बच्चे <input type="checkbox"/> अवरुद्ध प्रसव <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन	<input type="checkbox"/> पी.पी.एच <input type="checkbox"/> बार बार गर्भपात की आवृत्ति <input type="checkbox"/> गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> जीवित जन्म <input type="checkbox"/> गर्भपात <input type="checkbox"/> मृत जन्म
						पिछली से पिछली गर्भावस्था	<input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> ए.पी.एच <input type="checkbox"/> मृत जन्म अन्य (विवरण दें)	<input type="checkbox"/> दौर आना <input type="checkbox"/> जन्मजात विलिंगता <input type="checkbox"/> रक्तपान	<input type="checkbox"/> जुड़वाँ बच्चे <input type="checkbox"/> अवरुद्ध प्रसव <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन	<input type="checkbox"/> पी.पी.एच <input type="checkbox"/> बार बार गर्भपात की आवृत्ति <input type="checkbox"/> गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> जीवित जन्म <input type="checkbox"/> गर्भपात <input type="checkbox"/> मृत जन्म
Kg. _____	_____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ तो ग्रुप.....				पिछली गर्भावस्था	<input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> ए.पी.एच <input type="checkbox"/> मृत जन्म अन्य (विवरण दें)	<input type="checkbox"/> दौर आना <input type="checkbox"/> जन्मजात विलिंगता <input type="checkbox"/> रक्तपान	<input type="checkbox"/> जुड़वाँ बच्चे <input type="checkbox"/> अवरुद्ध प्रसव <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन	<input type="checkbox"/> पी.पी.एच <input type="checkbox"/> बार बार गर्भपात की आवृत्ति <input type="checkbox"/> गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> जीवित जन्म <input type="checkbox"/> गर्भपात <input type="checkbox"/> मृत जन्म
						पिछली से पिछली गर्भावस्था	<input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> ए.पी.एच <input type="checkbox"/> मृत जन्म अन्य (विवरण दें)	<input type="checkbox"/> दौर आना <input type="checkbox"/> जन्मजात विलिंगता <input type="checkbox"/> रक्तपान	<input type="checkbox"/> जुड़वाँ बच्चे <input type="checkbox"/> अवरुद्ध प्रसव <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन	<input type="checkbox"/> पी.पी.एच <input type="checkbox"/> बार बार गर्भपात की आवृत्ति <input type="checkbox"/> गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> जीवित जन्म <input type="checkbox"/> गर्भपात <input type="checkbox"/> मृत जन्म
Kg. _____	_____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ तो ग्रुप.....				पिछली गर्भावस्था	<input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> ए.पी.एच <input type="checkbox"/> मृत जन्म अन्य (विवरण दें)	<input type="checkbox"/> दौर आना <input type="checkbox"/> जन्मजात विलिंगता <input type="checkbox"/> रक्तपान	<input type="checkbox"/> जुड़वाँ बच्चे <input type="checkbox"/> अवरुद्ध प्रसव <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन	<input type="checkbox"/> पी.पी.एच <input type="checkbox"/> बार बार गर्भपात की आवृत्ति <input type="checkbox"/> गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> जीवित जन्म <input type="checkbox"/> गर्भपात <input type="checkbox"/> मृत जन्म
						पिछली से पिछली गर्भावस्था	<input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> ए.पी.एच <input type="checkbox"/> मृत जन्म अन्य (विवरण दें)	<input type="checkbox"/> दौर आना <input type="checkbox"/> जन्मजात विलिंगता <input type="checkbox"/> रक्तपान	<input type="checkbox"/> जुड़वाँ बच्चे <input type="checkbox"/> अवरुद्ध प्रसव <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन	<input type="checkbox"/> पी.पी.एच <input type="checkbox"/> बार बार गर्भपात की आवृत्ति <input type="checkbox"/> गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> जीवित जन्म <input type="checkbox"/> गर्भपात <input type="checkbox"/> मृत जन्म
Kg. _____	_____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हाँ तो ग्रुप.....				पिछली गर्भावस्था	<input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> ए.पी.एच <input type="checkbox"/> मृत जन्म अन्य (विवरण दें)	<input type="checkbox"/> दौर आना <input type="checkbox"/> जन्मजात विलिंगता <input type="checkbox"/> रक्तपान	<input type="checkbox"/> जुड़वाँ बच्चे <input type="checkbox"/> अवरुद्ध प्रसव <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन	<input type="checkbox"/> पी.पी.एच <input type="checkbox"/> बार बार गर्भपात की आवृत्ति <input type="checkbox"/> गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> जीवित जन्म <input type="checkbox"/> गर्भपात <input type="checkbox"/> मृत जन्म
						पिछली से पिछली गर्भावस्था	<input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> ए.पी.एच <input type="checkbox"/> मृत जन्म अन्य (विवरण दें)	<input type="checkbox"/> दौर आना <input type="checkbox"/> जन्मजात विलिंगता <input type="checkbox"/> रक्तपान	<input type="checkbox"/> जुड़वाँ बच्चे <input type="checkbox"/> अवरुद्ध प्रसव <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन	<input type="checkbox"/> पी.पी.एच <input type="checkbox"/> बार बार गर्भपात की आवृत्ति <input type="checkbox"/> गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/> जीवित जन्म <input type="checkbox"/> गर्भपात <input type="checkbox"/> मृत जन्म

(3) प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) की गणना हेतु इस पॉकेट के अंतर्ग में संलग्न-1 देखें। (4) जिला/उप जिला भिकिसाल/ सी.एच.सी./ पी.एच.सी./ उपकेन्द्र/ अन्य सरकारी संस्था/प्रायत प्राइवेट अस्पताल (Accr. Pvt. Hosp.)/अप्रीवोक्त प्रायत प्राइवेट अस्पताल (Non Accr. Pvt. Hosp.)/पर में (5) यदि दिनांक नहीं पता हो तो "नहीं पता" लिखें। (6) कुल गर्भावस्थाओं की संख्या लिखें (इस गर्भावस्था को जोड़कर)

गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण व प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान सेवार्य

तालिका-3

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33		
क्रमांक	पूर्व में हुई चिमारियों का विवरण (7)	गर्भवती महिला की लम्बाई (से.मी.)	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या (8)	प्रसव पूर्व गर्भावस्था की जाँच का विवरण										
				गर्भावस्था जाँच की दिनांक	संस्था / स्वान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	गर्भवती महिला का वज़न (किलोग्राम)	बी.पी.(BP) mm Hg		एच.बी. (Hb) (ग्राम %)	मूत्र शुगर जाँच (☑ करें और सही स्तर पर गोल ○ करें) (9)	मूत्र एल्युमिन जाँच (☑ करें और सही स्तर पर गोल ○ करें)	रक्त शुगर जाँच - (mg/dl)	
								सिस्टोलिक	डायस्टोलिक				खाली पेट	खाने के पश्चात
1			प्रथम भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			दूसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			तीसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			चौथी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
2			प्रथम भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			दूसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			तीसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			चौथी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
3			प्रथम भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			दूसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			तीसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			चौथी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
4			प्रथम भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			दूसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			तीसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			चौथी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
5			प्रथम भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			दूसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			तीसरी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		
			चौथी भेंट			हफ्ते	kg				<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	<input type="checkbox"/> +1 +2 +3 +4 <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		

(7) (क) टी. बी. (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ) भिन्नी (दोरे आना) (च) आर. टी. आर्द./ एस. टी. आर्द. (8) एच.आर्द.बी. पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (2) अन्य (विवरण दें) (8) आम तौर पर ANC पहली भेंट 12 हफ्तों के अंदर, दूसरी भेंट 14 से 26 हफ्तों के अंदर, तीसरी भेंट 28 से 34 हफ्तों के अंदर (चिकित्साधिकारी द्वारा) चौथी भेंट 36 हफ्ते और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। (9) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। 82

गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण व प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान सेवायें

तालिका-3

34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
प्रसव पूर्व गर्भावस्था की जाँच का विवरण									अतिरिक्त सूचना हेतु रिक्त कॉलम			
हाईपोथाय रोडीसम हेतु जाँच किया गया/नहीं (mlu/l)	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (☑ करें एवं दिनांक लिखें)	एच.आई.वी. (HIV) जाँच किया (दिनांक) नेगेटिव /नहीं किया (10)	टीका लगाने का दिनांक उल्लेखित करें ☑ करें	फोलिक एसिड (FA-400 µgm) गोतियों की संख्या (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया/नहीं) (11)	आयरन फोलिक एसिड (IFA) गोतियों की संख्या (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के पश्चात्) (11-12)	कैल्शियम एवं विटामिन डी-3 की गोतियों की संख्या (गर्भावस्था के 14 हफ्तों के बाद)	एलबैंडोजोत की एक गोली (द्वितीय तिमाही में)	संभावित होम डिलिवरी वाली गर्भवती महिला को उपलब्ध कराई गई मीजोप्रोस्टोल (200µg) गोतियों की संख्या				
	<input type="checkbox"/> नहीं किया, अगर किया तो दिनांक _____ <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		<input type="checkbox"/> TT-1     <input type="checkbox"/> TT-2 <input type="checkbox"/> TT-8 									
	<input type="checkbox"/> नहीं किया, अगर किया तो दिनांक _____ <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		<input type="checkbox"/> TT-1     <input type="checkbox"/> TT-2 <input type="checkbox"/> TT-8 									
	<input type="checkbox"/> नहीं किया, अगर किया तो दिनांक _____ <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		<input type="checkbox"/> TT-1     <input type="checkbox"/> TT-2 <input type="checkbox"/> TT-8 									
	<input type="checkbox"/> नहीं किया, अगर किया तो दिनांक _____ <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		<input type="checkbox"/> TT-1     <input type="checkbox"/> TT-2 <input type="checkbox"/> TT-8 									
	<input type="checkbox"/> नहीं किया, अगर किया तो दिनांक _____ <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve		<input type="checkbox"/> TT-1     <input type="checkbox"/> TT-2 <input type="checkbox"/> TT-8 									

(10) यदि एच.आई.वी. जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें

(11) रक्तियाकर रक्ताल्पता (Sickle Cell Anemia) में FA तथा IFA गोतियों न दें और उच्च संख्या को रेफर करें।

(12) यदि रक्ताल्पता है तो आईएफए की पोली सुगक दें। यदि आईएफए नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें।

**गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण व प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान सेवार्यें**


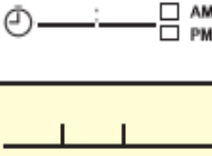
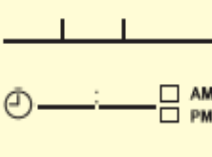

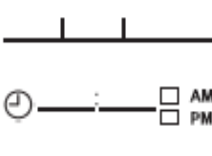
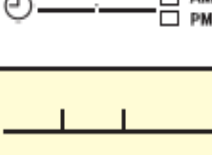
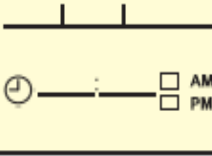
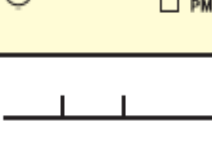
तालिका-3

47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
फण्डस / पेट की जाँच				अति खतरे वाले लक्षण (HRP) हों तो उल्लेखित करें <sup>(14)</sup>	यदि रेकर किया		प्रसव के पश्चात् कौन सा गर्भनिरोधक साधन उपयोग करेंगे <sup>(16)</sup>	यदि एमटीपी/स्वतः गर्भपात हुआ हो तो			यदि मातृ मृत्यु हुई तो			प्रसव का विवरण		
क्र.मां.क.	फण्डस की उँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय धड़कन दर (प्र.मि.)	भ्रूण की स्थिति / गर्भस्थिति <sup>(13)</sup>		भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बड़ी हुई/ कम /अनुपस्थिति)	दिनांक		संस्था का नाम व प्रकार <sup>(15)</sup>	एमटीपी/ स्वतः गर्भपात <input type="checkbox"/> करें व दिनांक	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि एमटीपी करवाई है, तो संस्था (सरकारी/ गैर सरकारी)	मातृ मृत्यु हों/ नहीं	दिनांक		स्थान	संभावित कारण को <input type="checkbox"/> करें (अन्य तो विवरण दें)
1	हफ्ते							<input type="checkbox"/> एमटीपी <input type="checkbox"/> स्वतः गर्भपात						<input type="checkbox"/> एक्स्सेम्पसिया <input type="checkbox"/> स्वतःश्राव <input type="checkbox"/> तेज बुखार <input type="checkbox"/> गर्भपात अन्य _____		
	हफ्ते															
	हफ्ते															
	हफ्ते															
2	हफ्ते							<input type="checkbox"/> एमटीपी <input type="checkbox"/> स्वतः गर्भपात						<input type="checkbox"/> एक्स्सेम्पसिया <input type="checkbox"/> स्वतःश्राव <input type="checkbox"/> तेज बुखार <input type="checkbox"/> गर्भपात अन्य _____		
	हफ्ते															
	हफ्ते															
	हफ्ते															
3	हफ्ते							<input type="checkbox"/> एमटीपी <input type="checkbox"/> स्वतः गर्भपात						<input type="checkbox"/> एक्स्सेम्पसिया <input type="checkbox"/> स्वतःश्राव <input type="checkbox"/> तेज बुखार <input type="checkbox"/> गर्भपात अन्य _____		
	हफ्ते															
	हफ्ते															
	हफ्ते															
4	हफ्ते							<input type="checkbox"/> एमटीपी <input type="checkbox"/> स्वतः गर्भपात						<input type="checkbox"/> एक्स्सेम्पसिया <input type="checkbox"/> स्वतःश्राव <input type="checkbox"/> तेज बुखार <input type="checkbox"/> गर्भपात अन्य _____		
	हफ्ते															
	हफ्ते															
	हफ्ते															
5	हफ्ते							<input type="checkbox"/> एमटीपी <input type="checkbox"/> स्वतः गर्भपात						<input type="checkbox"/> एक्स्सेम्पसिया <input type="checkbox"/> स्वतःश्राव <input type="checkbox"/> तेज बुखार <input type="checkbox"/> गर्भपात अन्य _____		
	हफ्ते															
	हफ्ते															
	हफ्ते															

(13) भ्रूण की स्थिति या गर्भस्थिति में (क) सामान्य (ख) आड़ा (ग) उल्टा, उल्लेखित करें। (14) अति खतरे वाले लक्षण (HRP) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg), ग्रीएक्स्सेम्पसिया एवं एक्स्सेम्पसिया (ख) रौं (ग) यौनि रक्तस्राव (घ) दुर्गन्ध युक्त रक्तस्राव (ङ) मधुमेह (च) दुर्बल बन्धे (छ) गंभीर अनीमिया HB 7gm% से कम (अतिरक्तता/प्लाज्मा) (ज) लम्बाई अगर 140 से.मी. से कम हो (झ) अन्य (विवरण दें) (ट) कोई नहीं। (15) जिला/उपजिला चिकित्सालय/ सी.एच.सी/ पी.एच.सी/ जनकेन्द्र/ अन्य सरकारी संस्था/ मान्यता प्राप्त प्राइवेट अस्पताल/प्राइवेट अस्पताल/ घर में। (16) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD)(ख) गलिला नसबंदी (ग) सुरभ नसबंदी (घ) निरोध (ङ) चाल्मरिफ तरोके (च) अन्य (विवरण दें) (छ) अभी नहीं बता सकते (ट) कोई नहीं

गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण व प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान सेवार्यें

तालिका-3

64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
प्रसव का विवरण						जन्म का विवरण					
प्रसव का स्थान (17)	प्रसव किसके द्वारा कराया गया (18)	प्रसव का प्रकार	प्रसव के समय जटिलताएँ (19)	प्रसव का परिणाम: जीवित शिशु/ मृत शिशु	यदि प्रसव संख्या में हुआ है, तो छुट्टी देने का दिनांक एवं समय (घंटे : मिनट)	शिशु का क्रम	पूर्णकाल/ समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (24 से 34 हफ्तों के बीच) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरॉयड्स (Corticosteroids) माता को दिया गया	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/ लड़की/ट्रांसजेण्डर)	नवजात जन्म के तुरंत बाद रोया	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया
		<input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन <input type="checkbox"/> असिस्टेड				शिशु 1	<input type="checkbox"/> पूर्णकाल <input type="checkbox"/> समय से पहले	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
		<input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन <input type="checkbox"/> असिस्टेड				शिशु 2	<input type="checkbox"/> पूर्णकाल <input type="checkbox"/> समय से पहले	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
		<input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन <input type="checkbox"/> असिस्टेड				शिशु 1	<input type="checkbox"/> पूर्णकाल <input type="checkbox"/> समय से पहले	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
		<input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन <input type="checkbox"/> असिस्टेड				शिशु 2	<input type="checkbox"/> पूर्णकाल <input type="checkbox"/> समय से पहले	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
		<input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन <input type="checkbox"/> असिस्टेड				शिशु 1	<input type="checkbox"/> पूर्णकाल <input type="checkbox"/> समय से पहले	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
		<input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन <input type="checkbox"/> असिस्टेड				शिशु 2	<input type="checkbox"/> पूर्णकाल <input type="checkbox"/> समय से पहले	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
		<input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन <input type="checkbox"/> असिस्टेड				शिशु 1	<input type="checkbox"/> पूर्णकाल <input type="checkbox"/> समय से पहले	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं
		<input type="checkbox"/> सामान्य <input type="checkbox"/> सीज़ेरियन <input type="checkbox"/> असिस्टेड				शिशु 2	<input type="checkbox"/> पूर्णकाल <input type="checkbox"/> समय से पहले	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं

(17) निरा/ उप जिला चिकित्सालय / सी. एच. सी. / पी. एच. सी. / उपकेन्द्र / अन्य शासकीय संस्था / मायता प्राप्त गैर शासकीय संस्था / अन्य गैर शासकीय संस्था/ घर में

(18) ए. एच. एच. / एच. एच. वि. / चिकित्सक / स्टाफ नर्स / मिश्रीदार / अन्य (विवरण दें)

(19) (क) पीपीएच (ख) आंसल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भंग गर्भनाल (Proapsed Cord) (ङ) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (ड) मृत्यु (परि ही तो कारण होंगे कर्ष, एक्सेम्प्लिसा, तेज बुझार, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लम्बा प्रसव, अन्य - विवरण दें)

गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण व प्रसव पूर्व एवं प्रसव के दौरान सेवार्यें

तालिका-3

76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
जन्म का विवरण								जन्म के समय दिये गये टीकों का विवरण (22)				अतिरिक्त सूचना हेतु रिक्त कॉलम		
क्र.मां.क	रेफर करने का कारण	कोई जन्म जात विकृति	अगर हाँ, विवरण (20)	जन्म के समय वज़न	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया	कोलोस्ट्रम (खीस) दिया गया	जन्म के समय टीका/सुराक दिया गया (21)	ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाईटिस बी दिनांक	इंजेक्शन विटामिन-K दिनांक (22)			
1		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							
		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							
2		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							
		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							
3		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							
		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							
4		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							
		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							
5		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							
		<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		kg	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं							

(20) (क) ब्लेफ्ट लिप / ब्लेफ्ट पेलेट (ख) न्यूल टूथ डिफेक्ट (स्पाइना बिफिडा) (ग) ब्लाब फुट (घ) हाइड्रोसेल्लास (ङ) इन्फेक्टेड एनस (च) ब्राउन सिंड्रोम (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं

(21) जन्म के समय (22) इंजेक्शन विटामिन K- बांसपैशीगत (यदि जन्म के समय वज़न 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्र. की सुराक दें और यदि जन्म के समय वज़न 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्र. की सुराक दें)

पीसीटीएस पर शिशु का विवरण, पीएनसी एवं शिशु टीकाकरण का विवरण दर्ज करावें



इलाज और प्रसव हेतु संस्थान का चयन



वाहन 104/108/ अन्य वाहन का प्रबन्धन



नियमित स्नानपान व 6 माह की आयु के बाद पुरक आहार भी



अंगारु मद्दर केयर के बारे में



पोषक भोजन व व्यक्तिगत स्वच्छता

## तालिका-4 प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख और शिशु का टीकाकरण (पृष्ठ संख्या 229 से 324)

टीकाकरण एवं देखभाल



ममता कार्ड

बच्चे का सम्पूर्ण टीकाकरण समय पर करवाएं

### पीपीआईयूसीडी

डिलिवरी के 48 घंटे के अंदर आईयूसीडी जरूर अपनाएं  
डिलिवरी के 40 दिन के अंदर फिर से गर्भ ठहर सकता है  
चाहे बच्चा माँ के दूध पर हो या माँ की माहवारी शुरू न हुई हो

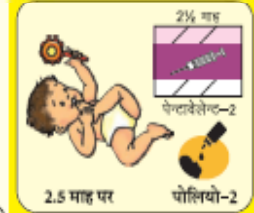
सुरक्षित और आसान



पोलियो बीसीजी  
हेपेटाइटिस-बी  
जन्म के समय



1.5 माह पर पोलियो-1



2.5 माह पर पोलियो-2



3.5 माह पर पोलियो-3



9 माह पर खसरे का टीका

प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख और शिशु का टीकाकरण											तालिका-4
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
शिशु का विवरण				प्रसवोत्तर सेवाओं का विवरण							
क्र.मांक	माता का नाम	पति का नाम	एएनसी तालिका में पृष्ठ संख्या	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे : मिनट)	प्रसवोत्तर भेंट	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गयी आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या / नहीं दी गयी	माता को दी गयी कैल्शियम एवं विटामिन डी-5 गोलियों की संख्या/ नहीं दी गयी	प्रसव पश्चात वापस ली गयी पीनोप्रोस्टात गोलियों की संख्या (परतू प्रसव)	शिशु का वजन (i)	प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें (ii)
1				 : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	पहला दिन					kg	
					तीसरा दिन					kg	
					सातवाँ दिन					kg	
					चौदहवाँ दिन					kg	
					इक्कीसवाँ दिन					kg	
					अट्ठाईसवाँ दिन					kg	
					ब्यालीसवाँ दिन					kg	
2				 : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	पहला दिन					kg	
					तीसरा दिन					kg	
					सातवाँ दिन					kg	
					चौदहवाँ दिन					kg	
					इक्कीसवाँ दिन					kg	
					अट्ठाईसवाँ दिन					kg	
					ब्यालीसवाँ दिन					kg	
3				 : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	पहला दिन					kg	
					तीसरा दिन					kg	
					सातवाँ दिन					kg	
					चौदहवाँ दिन					kg	
					इक्कीसवाँ दिन					kg	
					अट्ठाईसवाँ दिन					kg	
					ब्यालीसवाँ दिन					kg	
4				 : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	पहला दिन					kg	
					तीसरा दिन					kg	
					सातवाँ दिन					kg	
					चौदहवाँ दिन					kg	
					इक्कीसवाँ दिन					kg	
					अट्ठाईसवाँ दिन					kg	
					ब्यालीसवाँ दिन					kg	

(1) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में वज्हे का वजन तै, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो उच्च संस्था में रेफर करें

(2) (क) प्रसवोत्तर आई.यु.सी.डी (PIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर 7 दिन के अंदर नसबंदी) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ङ) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)





प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख और शिशु का टीकाकरण													तालिका-4	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
शिशु का विवरण							जन्म से 12 महीने तक दी जाने वाली खुराक का विवरण (8)							
क्र.मां.क.	शिशु का नाम	शिशु का पीसीटीएस आई.डी.	पंजीकरण दिनांक	लिंग (लड़का/लड़की/ट्रांसजेण्डर)	शिशु का जन्म दिनांक	मोबाइल नंबर (माता / पिता / परिवार)	टीका देने का समय (8)	बी.सी.जी. दिनांक	ओ.पी.वी. 0 1 2 3 दिनांक	हेपेटाइटिस बी (वर्ध डोज) दिनांक	पेंटावैलेंट 1 2 3 दिनांक	एफ.आई.पी.वी. 1 2 दिनांक	रोटा वाइरस वैक्सीन 1 2 3 दिनांक	
1						महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> 	जन्म के समय							
							1½ महीने पर							
							2½ महीने पर							
							3½ महीने पर							
							9 माह पश्चात् 12 माह तक							
2						महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> 	जन्म के समय							
							1½ महीने पर							
							2½ महीने पर							
							3½ महीने पर							
							9 माह पश्चात् 12 माह तक							
3						महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> 	जन्म के समय							
							1½ महीने पर							
							2½ महीने पर							
							3½ महीने पर							
							9 माह पश्चात् 12 माह तक							
4						महिला <input type="checkbox"/> पति <input type="checkbox"/> परिवार <input type="checkbox"/> 	जन्म के समय							
							1½ महीने पर							
							2½ महीने पर							
							3½ महीने पर							
							9 माह पश्चात् 12 माह तक							

(8) सभी टीके टीकाकरण सारणी (संलग्नक - 2) के अनुसार दिए जाने चाहिए।

प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख और शिशु का टीकाकरण														तालिका-4		
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
जन्म से 12 महीने तक दी जाने वाली खुराक का विवरण (8)					1 वर्ष से 2 वर्ष तक दी जाने वाली खुराक का विवरण								टीकाकरण पश्चात् प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (13)	टिप्पणी, यदि हो तो
पी.सी.वी. 1 2 3 दिनांक	मीज़ल्स-1 दिनांक	विटामिन ए (पहली खुराक) दिनांक	वजन (किलोग्राम) और दिनांक	पूर्ण टीकाकरण 12 माह (9)	ओ.पी.वी.- बूस्टर दिनांक	डी.पी.टी.- बूस्टर दिनांक	मीज़ल्स (दूसरा टीका) दिनांक	विटामिन ए (दूसरी खुराक) दिनांक	बूस्टर खुराक के समय वजन (किलोग्राम) और दिनांक	विटामिन ए - तीसरी खुराक (दिनांक)	विटामिन ए - तीसरी खुराक के समय वजन	2 वर्ष तक सारे टिके "टीकाकरण सारणी" के अनुसार (10)	गंभीर / गैर गंभीर (11)	टीके का विवरण (12)		
				<input type="checkbox"/> हों <input type="checkbox"/> नहीं					_____kg		_____kg	<input type="checkbox"/> हों <input type="checkbox"/> नहीं				
				<input type="checkbox"/> हों <input type="checkbox"/> नहीं					_____kg		_____kg	<input type="checkbox"/> हों <input type="checkbox"/> नहीं				
				<input type="checkbox"/> हों <input type="checkbox"/> नहीं					_____kg		_____kg	<input type="checkbox"/> हों <input type="checkbox"/> नहीं				
				<input type="checkbox"/> हों <input type="checkbox"/> नहीं					_____kg		_____kg	<input type="checkbox"/> हों <input type="checkbox"/> नहीं				

(9) पूर्ण टीकाकरण 12 महीने के आयु तक - उपरोक्त समयानुसार शिशु को 12 माह तक लगे वाले समस्त टीके/खुराकें दिये जाने पर शिशु पूर्ण टीकाकृत होगा। प्रत्येक टीकाकरण रज के पश्चात् (संलग्नक - 3) में दी हुई संशोधित सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

(10) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की आयु तक) - पहले वर्ष के सारे टीके टीकाकरण सारणी के अनुसार + डी.पी.टी. बूस्टर (पहली खुराक) + ओ.पी.वी. बूस्टर खुराक मीज़ल्स(दूसरा टीका)

(11) गंभीर AEFI - (अस्पताल में भर्ती करना, एक से ज़्यादा ससर्णों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगत्व / मृत्यु) गैर गंभीर - अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "नागू नहीं" लिखें।

(12) टीके का नाम, वैच नंबर, संचालित का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो, "नागू नहीं" लिखें।

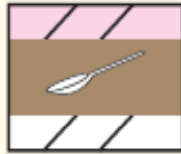
(13) शिशु बहिर्गमन, या मृत्यु। यदि मृत्यु हुई है तो दिनांक, स्थान (अस्पताल / घर) और संभावित कारण लिखें।

प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख और शिशु का टीकाकरण

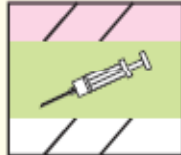
तालिका-4

48	49	50	51	52						53					
क्र मां क	क्या शिशु को छः माह तक केवल स्तनपान कराया गया (हाँ/नहीं)	क्या छः माह के पश्चात् अतिरिक्त भोजन खिलाना शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	यदि नहीं तो शिशु की क्या उम्र थी जब भोजन खिलाना शुरू किया गया?	जब शिशु मीजल्स की पहली सुराक के लिए आता है (9 से 12 माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पिछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बुस्टर टीके लगवाने के लिये 16-24 माह के बीच आता है उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पिछले 15 दिनों में शिशु दस्त एवं निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?					
				भेंट दिनांक	शिशु का वजन (कि.ग्रा.)	दस्त (हाँ/नहीं)	यदि हाँ, ओ.आर.एस. दिया (हाँ/नहीं)	निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) (हाँ/नहीं)	यदि हाँ, एंटीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	भेंट दिनांक	शिशु का वजन (कि.ग्रा.)	दस्त (हाँ/नहीं)	यदि हाँ, ओ.आर.एस. दिया (हाँ/नहीं)	निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) (हाँ/नहीं)	यदि हाँ, एंटीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)
1															
2															
3															
4															

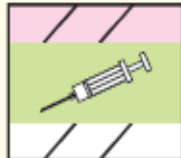
विटामिन-ए की चौथी से नौवीं खुराक  
प्रत्येक छः माह पर



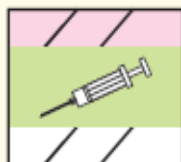
DPT-5



TT-10

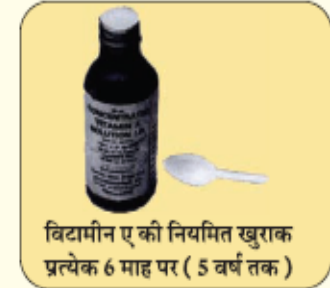


TT-16



### तालिका-5

5 वर्ष तक के बच्चों को विटामिन-ए चौथी से नौवीं खुराक तक  
(पृष्ठ संख्या 348 से 351)



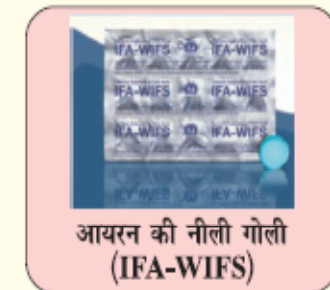
विटामीन ए की नियमित खुराक  
प्रत्येक 6 माह पर ( 5 वर्ष तक )

### तालिका-6

5 वर्ष पर डी. पी. टी. बूस्टर टीकाकरण का विवरण  
(पृष्ठ संख्या 352 से 353)

### तालिका-7

TT-10 वर्ष पर टीकाकरण का विवरण  
(पृष्ठ संख्या 354 से 356)



आयरन की नीली गोली  
(IFA-WIFS)

### तालिका-8

TT-16 वर्ष पर टीकाकरण का विवरण  
(पृष्ठ संख्या 357 से 360)

पाँच वर्ष तक के बच्चों को विटामिन-ए चौथी से नौवीं खुराक तक

तालिका-5

1 क्र मां क	2 बच्चे का नाम	3 बच्चे का लिंग (लड़का/ लड़की/ ट्रांसजेण्डर)	4 माता व पिता का नाम	5 घर का पता	6 विटामिन-ए (चौथी से नौवीं खुराक का दिनांक) (1)						7 शिशु की पीसीटीएस आईडी
					चौथी खुराक का दिनांक	पाँचवीं खुराक का दिनांक	छठी खुराक का दिनांक	सातवीं खुराक का दिनांक	आठवीं खुराक का दिनांक	नौवीं खुराक का दिनांक	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

(1) विटामिन ए की खुराक- पहली नौवें माह पर, दूसरी 18वें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक कुल 9 खुराकें

5 वर्ष पर डी. पी. टी. बूस्टर टीकाकरण का विवरण

तालिका-6

1	2	3	4	5	6
डी. पी. टी. बूस्टर-2 टीकाकरण का विवरण					
क्र. मां. क.	बच्चे का नाम	लिंग (लड़का/लड़की/ ट्रांसजेण्डर)	माता/पिता का नाम	गाँव का नाम	डी. पी. टी. बूस्टर की दिनांक
1					__ __
2					__ __
3					__ __
4					__ __
5					__ __
6					__ __
7					__ __
8					__ __
9					__ __
10					__ __
11					__ __
12					__ __
13					__ __
14					__ __
15					__ __

1	2	3	4	5	6
डी. पी. टी. बूस्टर-2 टीकाकरण का विवरण					
क्र. मां. क.	बच्चे का नाम	लिंग (लड़का/लड़की/ ट्रांसजेण्डर)	माता/पिता का नाम	गाँव का नाम	डी. पी. टी. बूस्टर की दिनांक
16					__ __
17					__ __
18					__ __
19					__ __
20					__ __
21					__ __
22					__ __
23					__ __
24					__ __
25					__ __
26					__ __
27					__ __
28					__ __
29					__ __
30					__ __

TT-10 वर्ष पर टीकाकरण का विवरण

तालिका-7

1	2	3	4	5	6
बच्चों के TT-10 टीकाकरण का विवरण					
क्र मां क	बच्चे का नाम	लिंग (लड़का/लड़की/ ट्रांसजेण्डर)	माता/पिता का नाम	गाँव का नाम	TT-10 बूस्टर की दिनांक
1					__ __
2					__ __
3					__ __
4					__ __
5					__ __
6					__ __
7					__ __
8					__ __
9					__ __
10					__ __
11					__ __
12					__ __
13					__ __
14					__ __
15					__ __

1	2	3	4	5	6
बच्चों के TT-10 टीकाकरण का विवरण					
क्र मां क	बच्चे का नाम	लिंग (लड़का/लड़की/ ट्रांसजेण्डर)	माता/पिता का नाम	गाँव का नाम	TT-10 बूस्टर की दिनांक
16					__ __
17					__ __
18					__ __
19					__ __
20					__ __
21					__ __
22					__ __
23					__ __
24					__ __
25					__ __
26					__ __
27					__ __
28					__ __
29					__ __
30					__ __



TT-16 वर्ष पर टीकाकरण का विवरण						तालिका-8					
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
16 वर्ष पर टीटी का टीका						16 वर्ष पर टीटी का टीका					
क्र मां क	बच्चे का नाम	लिंग (लड़का/लड़की/ ट्रांसजेण्डर)	माता/पिता का नाम	गाँव का नाम	TT-16 बूस्टर की दिनांक	क्र मां क	बच्चे का नाम	लिंग (लड़का/लड़की/ ट्रांसजेण्डर)	माता/पिता का नाम	गाँव का नाम	TT-16 बूस्टर की दिनांक
1					__	16					__
2					__	17					__
3					__	18					__
4					__	19					__
5					__	20					__
6					__	21					__
7					__	22					__
8					__	23					__
9					__	24					__
10					__	25					__
11					__	26					__
12					__	27					__
13					__	28					__
14					__	29					__
15					__	30					__



ओआरएस का उपयोग व दस्त/बुखार के समय रखी जाने वाली सावधानियाँ



कॉट्टा सिरप, जिंक टेबलेट व ओआरएस आदि



अति कुपोषित बच्चों हेतु



11.5 से 12.5 सेमी के मध्य भूजा माप वाले शिशुओं को आंगनवाड़ी पर प्रत्येक पोषण

## तालिका - 9

5 वर्ष तक की आयु के बच्चों में दस्त रोग (डायरिया), निमोनिया व अन्य बीमारियों का इलाज एवं रेफरल सेवाओं का विवरण  
(पृष्ठ संख्या 362 से 377)



भोजन में पलेदार सब्जियाँ, दाल आदि का उपयोग



सांस की गति गिनने की मशीन (एआरआई टाइमर)

## तालिका - 10

5 वर्ष तक की आयु के अति कुपोषित बच्चों का फॉलो-अप विवरण  
(पृष्ठ संख्या 378 से 383)



11.5 सेमी से कम मध्य भूजा माप वाले शिशुओं को एमटीसी पर रेफर करना

## तालिका - 11

SNCU से डिस्चार्ज बच्चों का फॉलो-अप विवरण  
(पृष्ठ संख्या 384 से 386)



एसएनसीयू/एमटीसी से डिस्चार्ज बच्चों के फॉलोअप की स्थिति

5 वर्ष तक की आयु के बच्चों में दस्त रोग (डायरिया), निमोनिया व अन्य बीमारियों का इलाज एवं रेफरल सेवाओं का विवरण														तालिका-9	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
क्र मां क	बच्चे का विवरण					डायरिया				डायरिया				डायरिया	
	बच्चे का नाम	माता/पिता का नाम	गाँव का नाम व पता	बच्चे का लिंग लड़का/ लड़की/ ट्रांसजेण्डर	बच्चे की आयु	पहली बार				दूसरी बार				तीसरी बार	
						ग्रस्त होने का दिनांक	ORS दिया (हाँ / नहीं)	ज़िंक की गोलियों दी (हाँ / नहीं)	यदि रेफर किया तो स्थान व दिनांक	ग्रस्त होने का दिनांक	ORS दिया (हाँ / नहीं)	ज़िंक की गोलियों दी (हाँ / नहीं)	यदि रेफर किया तो स्थान व दिनांक	ग्रस्त होने का दिनांक	ORS दिया (हाँ / नहीं)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

**5 वर्ष तक की आयु के बच्चों में दस्त रोग (डायरिया), निमोनिया व अन्य बीमारियों का इलाज एवं रेफरल सेवाओं का विवरण**

**तालिका-9**

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
डायरिया तीसरी बार		निमोनिया पहली बार			निमोनिया दूसरी बार			निमोनिया तीसरी बार			अन्य बीमारी				बच्चे की मृत्यु का विवरण		
जिंक की गोलियाँ दी (हाँ / नहीं)	यदि रेफर किया तो स्थान व दिनांक	ग्रस्त / पीड़ित होने का दिनांक	इलाज का विवरण	यदि रेफर किया तो स्थान व दिनांक	ग्रस्त / पीड़ित होने का दिनांक	इलाज का विवरण	यदि रेफर किया तो स्थान व दिनांक	ग्रस्त / पीड़ित होने का दिनांक	इलाज का विवरण	यदि रेफर किया तो स्थान व दिनांक	बीमारी का नाम	ग्रस्त / पीड़ित होने का दिनांक	इलाज का विवरण	यदि रेफर किया तो स्थान व दिनांक	दिनांक	मृत्यु के समय बच्चे की आयु	कारण

5 वर्ष तक की आयु के अतिकुपोषित बच्चों की सूची एवं फॉलो-अप का विवरण

तालिका-10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
क्र मां क	बच्चे का विवरण						बच्चे की स्वास्थ्य जाँच का विवरण एवं स्थिति				डिस्चार्ज के समय बच्चे की स्थिति			
	बच्चे का नाम	पीसीटीएस आई.डी.	माता/पिता का नाम	बच्चे का लिंग लड़का/ लड़की/ ट्रांसजेण्डर	बच्चे की आयु	बच्चे की लम्बाई (से.मी. में)	MUAC टेप का नाप (से.मी. में)	बच्चे का वज़न	रेफर किये चिकित्सा संस्थान का नाम	यदि भर्ती हुआ है तो भर्ती होने का दिनांक	डिस्चार्ज की दिनांक	MUAC टेप का नाप (से.मी. में)	बच्चे का वज़न	स्वस्थ/तामा/ एक्सकोड/रेफर/ मृत्यु
1								kg					kg	
2								kg					kg	
3								kg					kg	
4								kg					kg	
5								kg					kg	
6								kg					kg	
7								kg					kg	
8								kg					kg	
9								kg					kg	
10								kg					kg	
11								kg					kg	
12								kg					kg	
13								kg					kg	
14								kg					kg	
15								kg					kg	
16								kg					kg	
17								kg					kg	
18								kg					kg	
19								kg					kg	
20								kg					kg	

5 वर्ष तक की आयु के अतिकुपोषित बच्चों की सूची एवं फॉलो-अप का विवरण

तालिका-10

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
पहला फॉलो-अप			दूसरा फॉलो-अप (1)			तीसरा फॉलो-अप (1)			चौथा फॉलो-अप (1)			अतिरिक्त सूचना दर्ज की जानी है तो विवरण			विशेष विवरण
फॉलो-अप का दिनांक	MUAC टेप का नाप (से.मी. में)	बच्चे का वज़न	फॉलो-अप का दिनांक	MUAC टेप का नाप (से.मी. में)	बच्चे का वज़न	फॉलो-अप का दिनांक	MUAC टेप का नाप (से.मी. में)	बच्चे का वज़न	फॉलो-अप का दिनांक	MUAC टेप का नाप (से.मी. में)	बच्चे का वज़न				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				
		kg			kg			kg			kg				

(1) डिस्चार्ज के बाद 15 दिन के अनंतराल पर बच्चे के चार फॉलो-अप किये जाने हैं।

SNCU से डिस्चार्ज बच्चों के फॉलो-अप का विवरण

तालिका-11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
क्र मां क	बच्चे का नाम	पीसीटीएस आई.डी.	माता/पिता का नाम	बच्चे का लिंग लड़का/ लड़की/ ट्रांसजेण्डर	बच्चे की आयु (दिवस में)	SNCU यूनिट का नाम जहाँ से बच्चा डिस्चार्ज हुआ है	पहला सप्ताह		दूसरा सप्ताह		तीसरा सप्ताह		चौथा सप्ताह		पाँचवा सप्ताह		छठा सप्ताह		विशेष विवरण	
							दिनांक	क्या बच्चा बीमार है? (हाँ/ नहीं)	दिनांक	क्या बच्चा बीमार है? (हाँ/ नहीं)	दिनांक	क्या बच्चा बीमार है? (हाँ/ नहीं)	दिनांक	क्या बच्चा बीमार है? (हाँ/ नहीं)	दिनांक	क्या बच्चा बीमार है? (हाँ/ नहीं)	दिनांक	क्या बच्चा बीमार है? (हाँ/ नहीं)		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				



1 वर्ष तक के  
शिशुओं की  
मृत्यु की सूचना



15 से 45 वर्ष की  
महिला मृत्यु  
की सूचना



अगर कोई मातृ मृत्यु हुई हो तो विस्तृत समीक्षा



मातृ मृत्यु के बारे में

## तालिका - 12 मृत्यु का पंजीकरण

भाग 1. शिशु मृत्यु का पंजीकरण - (पृष्ठ संख्या 388)

भाग 2. मातृ मृत्यु का पंजीकरण - (पृष्ठ संख्या 388)

भाग 3. किशोर किशोरी व अन्य वयस्क मृत्यु - (पृष्ठ संख्या 389 से 390)

उपरोक्त समस्त मृत्यु की घटनाओं को पीसीटीएस मासिक रिपोर्ट व लाइन लिस्ट में दर्ज करावें





गाँव में हुई मृत्यु का पंजीकरण - शिशु मृत्यु का पंजीकरण

तालिका-12

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
क्रमांक	शिशु का नाम	पिता/पति का नाम	आयु (माह/दिन)	तिग(तड़का/तड़की/ ग्रामगण्ड)	धर्म	घर का नंबर एवं पता	मोबाइल नम्बर	मृत्यु का दिनांक	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का कारण
1								___ _ _		
2								___ _		
3								___ _		
4								___ _		
5								___ _ _		
6								___ _		
7								___ _		
8								___ _		
9								___ _ _		
10								___ _		
11								___ _		

मातृ मृत्यु का पंजीकरण

1	2	3	4	5	6	7	9	10	11
क्रमांक	महिला का नाम	पिता/पति का नाम	आयु	धर्म	घर का नंबर एवं पता	मोबाइल नम्बर	मृत्यु का दिनांक	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का कारण
1							___ _ _		
2							___ _		
3							___ _		
4							___ _		
5							___ _ _		

गाँव में हुई मृत्यु का पंजीकरण - किशोर किशोरी व अन्य वयस्क मृत्यु का पंजीकरण

तालिका-12

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
क्रमांक	नाम	पिता/पति का नाम	आयु	लिंग (स्त्री/पुरुष/द्वन्द्व)	धर्म	घर का नंबर एवं पता	मोबाइल नम्बर	मृत्यु का दिनांक	मृत्यु का स्थान	मृत्यु का कारण
1								___ _		
2								___ _		
3								___ _		
4								___ _		
5								___ _		
6								___ _		
7								___ _		
8								___ _		
9								___ _		
10								___ _		
11								___ _		
12								___ _		
13								___ _		
14								___ _		
15								___ _		
16								___ _		
17								___ _		
18								___ _		
19								___ _		
20								___ _		

## संलग्नक - Annexures

1. अंतिम मासिक धर्म (LMP) तिथि से प्रसव की सम्भावित तिथि (EDD) की गणना के लिए कैलेंडर
2. राष्ट्रीय टीकाकरण सारणी - नवजात शिशु, बच्चों और गर्भवती महिलाओं हेतु
3. ए.एन.एम. हेतु मासिक संक्षेप तालिका (टीकाकरण सत्र का विवरण)
4. संक्षिप्तिकरण (Abbreviations)

(पृष्ठ संख्या 391 से 395)

एल.एम.पी. की तिथि से प्रसव की संभावित तिथि (ई.डी.डी.) की गणना के लिये कैलेंडर

संलग्नक 1

LMP	जनवरी	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	जनवरी	LMP
EDD	अक्टूबर	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	नवंबर	EDD
LMP	फरवरी	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	-	-	-	फरवरी	LMP
EDD	नवंबर	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	-	-	-	दिसंबर	EDD
LMP	मार्च	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	मार्च	LMP
EDD	दिसंबर	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	जनवरी	EDD
LMP	अप्रैल	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	अप्रैल	LMP
EDD	जनवरी	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	-	फरवरी	EDD
LMP	मई	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	मई	LMP
EDD	फरवरी	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	मार्च	EDD
LMP	जून	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	जून	LMP
EDD	मार्च	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	-	अप्रैल	EDD
LMP	जुलाई	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	जुलाई	LMP
EDD	अप्रैल	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	मई	EDD
LMP	अगस्त	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	अगस्त	LMP
EDD	मई	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	जून	EDD
LMP	सितम्बर	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	सितम्बर	LMP
EDD	जून	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	-	जुलाई	EDD
LMP	अक्टूबर	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	अक्टूबर	LMP
EDD	जुलाई	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	अगस्त	EDD
LMP	नवंबर	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	नवंबर	LMP
EDD	अगस्त	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	-	सितम्बर	EDD
LMP	दिसंबर	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	दिसंबर	LMP
EDD	सितम्बर	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	अक्टूबर	EDD

## राष्ट्रीय टीकाकरण सारणी (NIS) - नवजात शिशु, बच्चों और गर्भवती महिलाओं हेतु

संलग्नक 2

टीके	कब देने हैं	खुराक	तरीका	स्थान
<b>गर्भवती महिलाओं को *</b>				
टी.टी.-1	गर्भावस्था के प्रारम्भिक महिनों में	0.5 मि.ली.	मांसपेशी में	ऊपरी बाँह पर
टी.टी.-2	टी.टी. - 1 के 4 सप्ताह बाद	0.5 मि.ली.	मांसपेशी में	ऊपरी बाँह पर
टी.टी.- बूस्टर	यदि गर्भावस्था के दौरान पिछले तीन वर्षों के भीतर टीटी की 2 खुराक दी गयी हो।	0.5 मि.ली.	मांसपेशी में	ऊपरी बाँह पर
<b>शिशुओं के लिए</b>				
बी.सी.जी.	जन्म के समय या 1 वर्ष की उम्र तक जितनी जल्दी हो सके	0.1 मिली (1 माह तक के शिशु के लिए 0.05 मिली)	त्वचा के अन्दर (इंट्राडर्मल)	बाई ऊपरी बाँह पर
हेपेटाइटिस-बी (वर्ध डोज)	जन्म के समय या 24 घण्टे के भीतर जितना जल्दी हो सके	0.5 मि.ली.	मांसपेशी में	बाई मध्य जाँघ का बाहरी हिस्सा
ओ.पी.वी. - 0	जन्म के समय या 15 दिनों के भीतर जितना जल्दी हो सके	2 बूँद	मुँह से	मुँह से
ओ.पी.वी. - 1, 2, 3	6 सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह में	2 बूँद	मुँह से	मुँह से
पेन्टावैलेंट 1, 2, 3	6 सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह में	0.5 मि.ली.	मांसपेशी में	बाई मध्य जाँघ का बाहरी हिस्सा
रोटा वाइरस - 1, 2, 3	6 सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह में	5 बूँद	मुँह से	मुँह से
एफ-आईपीवी-1, 2	6 सप्ताह और 14 सप्ताह में	0.1 मि.ली.	त्वचा के अन्दर (इंट्राडर्मल)	दाई ऊपरी बाँह पर
मीज़ल्स 1	9 माह पूरे होने से लेकर 12 माह तक	0.5 मि.ली.	त्वचा और मांसपेशी के बीच में (सबकुटेनियम)	दाई ऊपरी बाँह पर
विटामिन-ए (पहली खुराक)	9 माह पर खसरे के साथ	1 मि.ली. (1 लाख आई.यू.)	मुँह से	मुँह से
<b>बच्चों के लिए</b>				
डी.पी.टी. बूस्टर-1	16 से 24 माह	0.5 मि.ली.	मांसपेशी में	बाई मध्य जाँघ का बाहरी हिस्सा
ओ.पी.वी. बूस्टर	16 से 24 माह	2 बूँद	मुँह से	मुँह से
मीज़ल्स - (दूसरी खुराक)	16 से 24 माह	0.5 मि.ली.	त्वचा और मांसपेशी के बीच में (सबकुटेनियम)	दाई ऊपरी बाँह पर
विटामिन-ए (2 री से 9 वीं खुराक)	16 माह उसके बाद, प्रत्येक 6 माह के अन्तराल पर 5 वर्ष की उम्र तक एक खुराक	2 मि.ली. (2 लाख आई.यू.)	मुँह से	मुँह से
डी.पी.टी. बूस्टर-2	5-6 वर्ष	0.5 मि.ली.	मांसपेशी में	ऊपरी बाँह पर
टी.टी.	10 से 16 वर्ष	0.5 मि.ली.	मांसपेशी में	ऊपरी बाँह पर

\* यदि गर्भवती महिला को पिछले 3 वर्षों के अंदर गर्भावस्था के समय टी.टी.-1 एवं टी.टी.-2 के दोनों टीके लगे हों तो इस गर्भावस्था में उसे सिर्फ एक ही टी.टी. इंजेक्शन दें एवं उसे बूस्टर टी.टी. के रूप में अंकित करें।  
यदि गर्भवती महिला 36 हफ्तों के बाद या प्रसव के समय आती है एवं उसने पहले कोई भी टी.टी. का टीका नहीं लिया तो एक टी.टी. का इंजेक्शन जरूर दें एवं उसे टी.टी.-1 के रूप में अंकित करें।

**ANM हेतु मासिक संक्षेप तालिका (नमूना)**  
**तालिका 1 एवं 2 में हर टीकाकरण सत्र का विवरण लिखें**

संलग्नक 3

तालिका 1					
गोब का नाम _____ तिथि (DD/MM/YYYY)					
प्रत्येक टीकाकरण सत्र में प्रयोग में लाए गए लोडोस्टिक का अभिलेखीकरण					
	प्राप्त की गई खुराक की मात्रा	वापस की गई खुराक की मात्रा	बैच क्रमांक	निर्माता का नाम	समाप्ति की तिथि
एन्टीजन का प्रयोग					
बी.सी.जी.					
ओ.पी.बी.					
डी.पी.टी.					
हेपेटाइटिस-बी					
टी.टी.					
पेन्टावैलेंट					
एफ-आईपीबी					
रोटा वाइरस					
पीसीवी					
विटामिन-ए					
मीजल					
डाइल्यूएन्ड का प्रयोग					
बी.सी.जी. डाइल्यूएन्ड					
मीजल डाइल्यूएन्ड					
तिरिज का साइज					
0.1 मि.सी.					
0.2 मि.सी.					
0.5 मि.सी.					
5 मि.सी.					

तालिका 2									
गोब का नाम _____ दिनांक (DD/MM/YYYY)									
टीकाकरण सत्र का संक्षेप (एन्टीजन के अनुरूप ताथार्थी संख्या)									
टीका/खुराक संख्या									
एन्टीजन	0	1	2	3	बूस्टर-1	बूस्टर-2			
बी.सी.जी.									
ओ.पी.बी.									
डी.पी.टी.									
हेपेटाइटिस-बी									
मीजल									
टी.टी. (गर्भवती महिला के लिए)*					बूस्टर (यदि लागू हो)				
एफ-आईपीबी									
पेन्टावैलेंट वैक्सिन									
रोटा वाइरस									
पीसीवी									
विटामिन-ए खुराक संख्या (1-9)**									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
विटामिन-ए खुराक									
*दूसरी/या बूस्टर खुराक									
**कुल 9 खुराक पहली-9 महीने पर, दूसरी 18 महीने पर, तीसरी-24 महीने पर, उसके बाद एक खुराक हर 6 महीने के अन्तराल पर, पाँच साल की आयु तक									

## संक्षिप्तिकरण (Abbreviations)

संलग्नक 4

Sr. No.	Abreviation	Description	Sr. No.	Abreviation	Description
1	AEFI (ए.ई.एफ.आई.)	Adverse Events Following Immunization	23	ICTC (आई.सी.टी.सी.)	Integrated Counseling & Testing Centre
2	ANC (ए.एन.सी.)	Ante Natal Care	24	ID No. (आई.डी.नं.)	Identification Number
3	ANM (ए.एन.एम.)	Auxiliary Nurse Midwife	25	IFA (आई.एफ.ए.)	Iron Folic Acid
4	APH (ए.पी.एच.)	Ante Partum Haemorrhage	26	IU (आई.यू.)	International Unit
5	ASHA (आशा)	Accredited Social Health Activist	27	IUCD (आई.यू.सी.डी.)	Intra Uterine Contraceptive Device
6	AWW (ए.डब्ल्यू.डब्ल्यू.)	Aangan Wadi Worker	28	JE (जे.ई.)	Japanese Encephalitis
7	BCG (बी.सी.जी.)	Bacillus Calmette -Guerin	29	JSY (जे.एस.वाच.)	Janani Suraksha Yojana
8	BP (बी.पी.)	Blood Pressure	30	KG (के.जी.)	Kilogram
9	CH (सी.एच.)	Child	31	LMP (एल.एम.पी.)	Last Menstrual Period
10	CHC (सी.एच.सी.)	Community Health Centre	32	MG (एम.जी.)	Milligram
11	CU (सी.यू.)	Copper	33	Mm (एम.एम.)	Millimeter
12	DPT (डी.पी.टी.)	Diphtheria Pertussis Tetanus	34	MPW (एम.पी.डब्ल्यू.)	Multi Purpose Worker
13	EC (ई.सी.)	Eligible Couple	35	OPV (ओ.पी.वी.)	Oral Polio Vaccine
14	EDD (ई.डी.डी.)	Expected Date of Delivery	36	PHC (पी.एच.सी.)	Primary Health Centre
15	FA (एफ.ए.)	Folic Acid	37	PNC (पी.एन.सी.)	Post Natal Care
16	FH (एफ.एच.)	Fundal Height	38	PW (पी.डब्ल्यू.)	Pregnant Women
17	FRU (एफ.आर.यू.)	First Referral Unit	39	RTI (आर.टी.आई.)	Reproductive Tract Infection
18	Gm (ग्राम)	Gram	40	STI (एस.टी.आई.)	Sexually Transmitted Infections
19	Hb (एच.बी.)	Haemoglobin	41	TB (टी.बी.)	Tuberculosis
20	HEP B (हेप बी.)	Hepatitis B	42	TT (टी.टी.)	Tetanus Toxoid
21	HG (एच.जी.)	Mercury	43	VDRL (वी.डी.आर.एल.)	Venereal Disease Research Laboratory
22	HIV (एच.आई.वी.)	Human-Immuno-deficiency Virus			

सेक्टर मासिक बैठक में दिए गए निर्देश एवं पालना का विवरण (प्रथम वर्ष) :

अप्रैल	
मई	
जून	
जुलाई	
अगस्त	
सितम्बर	



सेक्टर मासिक बैठक में दिए गए निर्देश एवं पालना का विवरण (प्रथम वर्ष) :

अक्टूबर
नवम्बर
दिसम्बर
जनवरी
फरवरी
मार्च

टिप्पणी

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---