

खण्ड - III
बच्चों का अनुसरण



खंड-3

बच्चों का अनुसरण

इस भाग में 3 प्रपत्र (CH-1, CH-2, CH-3) जिसमें प्रत्येक नवजात की जानकारी दर्ज की जानी है जैसे उसका नाम, लिंग, पंजीकरण की दिनांक, MCTS/RCH ID, नवजात की संख्या, माता-पिता का नाम एवं उनका संपर्क विवरण इत्यादि की जानकारी दर्ज करनी है। CH-1 में नवजात के पंजीकरण की दिनांक, नवजात का नाम, जन्म के समय वजन, पता एवं MCTS/RCH ID की जानकारी दर्ज करनी होगी। CH-2 में प्रपत्र में शिशु को लगने वाले टीको की जानकारी विटामिन। की खुराक को सम्मिलित करते हुए दर्ज करनी होगी। CH-3 में i 6 माह तक सिर्फ स्तनपान की जानकारी ii 6 माह के पश्चात भोजन खिलाने की जानकारी iii बच्चे में होने वाली दस्त एवं निमोनिया एवं उनका प्रबंधन की जानकारी दर्ज करनी होगी।

सीएच (बच्चों की ट्रेकिंग के सूचकांक के लिए कॉलम के अनुसार निर्देश)

क्रमांक 1: क्रमांक संख्या इंगित करे

क्रमांक 2: बच्चे का मसीटीएस/आरसीएच आईडी नंबर लिखे

क्रमांक 3: रेजीस्ट्रेशन का दिनांक: जिस तारीख को बच्चों का विवरण आरसीएच रेजीटर में पहली बार लिखा गया है उसे लिखें

क्रमांक 4: बच्चे का नाम लिखे ओर अगर बच्चे का नाम अभी तक ना रखा गया हो तो उधारण के तोर पे इस प्रकार लिखे : गीता का/की बेटा/बेटी

क्रमांक 4: बच्चे का लिंग लिखे

क्रमांक 5: माता का नाम लिखे। अगर माँ ना हो तो संरक्षक/अभिवावक का नाम लिखे या इस प्रकार लिखे गुड्डु की माता

क्रमांक 5: पिता का नाम लिखे। अगर पिता ना हो तो अभिवावक का नाम लिखे या इस प्रकार लिखे गुड्डु के पिता

क्रमांक 6: माता/पिता/ या अन्य किसी का मोबाइल नंबर लिखे

क्रमांक 7: वो पृष्ठ संख्या लिखे जहाँ इस बच्चे को दी गयी सुविधाओ का विवरण हो।

सीएच 1: सीएच-1 के लिए कॉलम के अनुसार निर्देश

क्रमांक 1: क्रमांक संख्या लिखे।

क्रमांक 2: बच्चे का मसीटीएस/आरसीएच आईडी नंबर लिखे। वही नंबर लिखे जो CH कॉलम में लिखा था

क्रमांक 3: बच्चे का नाम लिखे ओर अगर बच्चे का नाम अभी तक ना रखा गया हो तो उधारण के तोर पे इस प्रकार लिखे : गीता का/की बेटा/बेटी

क्रमांक 4: बच्चे का लिंग लिखे

क्रमांक 5: माता का नाम लिखे। अगर माँ ना हो तो संरक्षक/अभिवावक का नाम लिखे या इस प्रकार लिखे गुड्डु की माता

क्रमांक 6: माता की वही एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नंबर लिखे जो एलीजिबल कपल में उसे दी गयी थी। यह आईडी उसके गर्भ धारण करने के काल तक यानि 49 वर्ष तक समान रहेगी।

क्रमांक 7: घर का पता लिखे

क्रमांक 8: बच्चे के जनम का दिनांक लिखे

क्रमांक 9: बच्चे के जन्म के समय का वजन लिखे

क्रमांक 10: उस जगह/संस्थान का नाम लिखे जहां बच्चे का जन्म हुआ

क्रमांक 11: बच्चे का धर्म लिखे जैसे: हिन्दू, मुस्लिम, सिख, ईसाई, इत्यादि

क्रमांक 12: बच्चे की जाती लिखे एससी/एसटी/अन्य पिचड़ा हुआ वर्ग ।

सीएच2: सीएच -2 के लिए कॉलम के अनुसार निर्देश

क्रमांक 13: क्रमांक संख्या वही वाली लिखे जो सीएच-1 फारमेट में लिखी है

क्रमांक 14: बच्चे का वही नाम लिखे जो सीएच-1 फारमेट में लिखा है।

क्रमांक 15: बीसीजी- वह दिनांक लिखे जिस दिन बच्चे को बीसीजी का टीका लगा हो

क्रमांक 16:

- ओपीवी1- जिस तिथि पर बच्चे को ओपीवी 1 की पहली खुराक दी गयी हो
- डीपीटी1- जिस तिथि पर बच्चे को डीपीटी 1 का पहला टीका लगा हो
- हेपटाइटिस बी1- जिस तिथि पर बच्चे को हेपटाइटिस बी1 का पहला टीका लगा हो
- पेंटवालेंट 1- जिस तिथि पर बच्चे को पेंटवालेंट 1 का पहला टीका लगा हो । अगर पेंटवालेंट दिया गया हो शुरुवात से तो डीपीटी ओर

हेपटाइटिस की खुराक ना दी जाए ।

क्रमांक 17:

- ओपीवी2- जिस तिथि पर बच्चे को ओपीवी 2 की खुराक दी गयी हो
- डीपीटी2- जिस तिथि पर बच्चे को डीपीटी 2 का टीका लगा हो
- हेपटाइटिस बी2- जिस तिथि पर बच्चे को हेपटाइटिस बी2 का टीका लगा हो
- पेंटवालेंट 2- जिस तिथि पर बच्चे को पेंटवालेंट 2 का टीका लगा हो । अगर पेंटवालेंट दिया गया हो शुरुवात से तो डीपीटी ओर हेपटाइटिस की खुराक ना दी जाए ।

क्रमांक 18:

- ओपीवी 3- जिस तिथि पर बच्चे को ओपीवी 3 की खुराक दी गयी हो
- डीपीटी3- जिस तिथि पर बच्चे को डीपीटी 3 का टीका लगा हो
- हेपटाइटिस बी3- जिस तिथि पर बच्चे को हेपटाइटिस बी3 का टीका लगा हो
- पेंटवालेंट 3- जिस तिथि पर बच्चे को पेंटवालेंट 3 का पहला टीका लगा हो। अगर पेंटवालेंट दिया गया हो शुरुवात से तो डीपीटी ओर हेपटाइटिस की खुराक ना दी जाए।

क्रमांक 19:

- मीजल्स 1: जिस तिथि पर बच्चे को मीजल्स 1 का पहला टीका लगा हो। अगर कोई महामारी आई हो तब टीका दिया गया हो तो न लिखे।
- विटामिन ए1: जिस तिथि पर बच्चे को विटामिन ए1 का पहला टीका लगा हो।
- जेई 1: अगर जेई प्रभावित जिला है तो वो तिथि लिखे जब जेई की पहली वेक्सीन दी गयी हो।

क्रमांक 20: पूर्ण टिककरण-रजिस्टर में दिये गए दिशानिर्देश के अनुसार लिखे।

पूर्ण टिकाकरण = बीसीजीओपी1,2,3, डीपीटी1,2,3, हेपटाइटिस बी1,2,3, मीजल्स 1

अगर पेंटवालेंट दिया जा रहा हो तो: पूर्ण टिककरण= बीसीजीओपी1,2,3 पेंटवालेंट 1,2,3 मीजल्स

क्रमांक 21:

- ओपीवी बूस्टर : जिस तिथि पर बच्चे को ओपीवी बूस्टर की खुराक दी गयी हो
- डीपीटी बूस्टर 1: जिस तिथि पर बच्चे को डीपीटी बूस्टर 1 का टीका लगा हो।
- मीजल्स 2: जिस तिथि पर बच्चे को मीजल्स 2 का टीका लगा हो।
- विटामिन ए 2: जिस तिथि पर बच्चे को विटामिन ए 2 की खुराक दी गयी हो
- जेई 2: जिस तिथि पर बच्चे को जेई 2 का टीका लगा हो।

क्रमांक 22: 2 साल तक के बच्चे का सम्पूर्ण टिककरण पूरा होने की जानकारी हा या नहीं मैं लिखे

सम्पूर्ण टिककरण: पूर्ण टिककरण + ओपीवी बूस्टर + डीपीटी बूस्टर 1 + मीजल्स 2

क्रमांक 23:

- विटामिन ए 3: जिस तारीख को विटामिन ए की तीसरी खुराक दी गयी हो, उस तारीख को लिखें
- विटामिन ए 4: जिस तारीख को विटामिन ए की चौथी खुराक दी गयी हो, उस तारीख को लिखें
- विटामिन ए5: जिस तारीख को विटामिन ए की पाँचवी खुराक दी गयी हो, उस तारीख को लिखें

- विटामिन ए6: जिस तारीख को विटामिन ए की छठी खुराक दी गयी हो, उस तारीख को लिखें
- विटामिन ए7: जिस तारीख को विटामिन ए की सातवीं खुराक दी गयी हो, उस तारीख को लिखें
- विटामिन ए8: जिस तारीख को विटामिन ए की आठवीं खुराक दी गयी हो, उस तारीख को लिखें
- विटामिन ए9: जिस तारीख को विटामिन ए की नौवीं खुराक दी गयी हो, उस तारीख को लिखें

क्रमांक 24: डीपीटी बूस्टर 2: जिस तारीख को डीपीटी बूस्टर-2 दिया गया हो, उस तारीख को लिखें

क्रमांक 25: टिकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI)

अगर कोई एईएफआई का केस चिन्हित हुआ है तो उसकी गंभीरता का विवरण लिखें की गंभीर है या गैर गंभीर। अगर कोई एईएफआई का केस न मिला हो तो nil likhe

वेक्सीन जिससे एईएफआई हुआ उसका विवरण दें। अगर कोई भी केस न मिला हो तो NA लिखें

क्रमांक 26: प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) लिखें। यदि मृत्यु हो गयी हो तो तारीख, स्थान और संभावित कारण लिखें

क्रमांक 27: टिपड्डी यदि कोई हो तो।

सीएच 3: सीएच-3 के लिए कॉलम के अनुसार निर्देश

जब बच्चा खसरा / जेई / विटामिन ए (9-12 महीनों के बीच) की पहली खुराक के लिए आता है, तो कॉलम संख्या 28-31 को केवल एक बार भरें, बाद की विसिट्स में इन कॉलमों को भरने की आवश्यकता नहीं है।

क्रमांक 28: क्रमांक संख्या वही वाली लिखें जो सीएच-2 फारमेट में लिखी है

क्रमांक 29: अगर माँ द्वारा नवजात को सिर्फ स्तनपान जनम के छः माह तक कराया हो तो हा लिखें अथवा नहीं लिखें

क्रमांक 30: अगर बच्चे को छः माह के बाद ऊपरी आहार खिलाना शुरू किया हो तो हाँ लिखें अथवा नहीं लिखें ओर क्रमांक 31 भरें

क्रमांक 31: यदि क्रमांक 30 में नहीं लिखा हो तो यहाँ शिशु की उम्र लिखें जब उसे ऊपरी आहार/भोजन देना शुरू किया गया हो






क्रमांक 32: जब बच्चा मीसल्स की पहली खुराक के लिए आए (9-12 माह के बीच में) तो भेंट दिनांक लिखें और उस समय शिशु का वजन भी ले एवं माता से पूछें की क्या बच्चे को पिछले 15 दिनों में दस्त या नियुमोनिया तो नहीं हुआ था अगर हुआ तो उसकी जानकारी इसमें दिये गए कॉलम में भरें। अगर दस्त हुआ हो तो क्या उस समय बच्चे को ओ.आर.एस. दिया गया या नहीं यह लिखें। और अगर बच्चे को नियुमोनिया के लिए एंटीबायोटिक दी गयी या नहीं ये लिखें।

☒ **क्रमांक 33:** जब बच्चा मीसल्स बूस्टर के टीके के लिए आए (16-24 माह के बीच में) तो भेंट दिनांक लिखें और उस समय शिशु का वजन भी ले एवं माता से पूछें की क्या बच्चे को पिछले 15 दिनों में दस्त या नियुमोनिया तो नहीं हुआ था अगर हुआ तो उसकी जानकारी इसमें दिये गए कॉलम में भरें। अगर दस्त हुआ हो तो क्या उस समय बच्चे को ओ.आर.एस. दिया गया या नहीं यह लिखें। और अगर बच्चे को नियुमोनिया के लिए एंटीबायोटिक दी गयी या नहीं ये लिखें।

☒ **क्रमांक 34:** टिपण्णी यदि कोई हो तो।






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
31.								
32.								
33.								
34.								
35.								
36.								
37.								
38.								
39.								
40.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
41.								
42.								
43.								
44.								
45.								
46.								
47.								
48.								
49.								
50.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
51.								
52.								
53.								
54.								
55.								
56.								
57.								
58.								
59.								
60.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
61.								
62.								
63.								
64.								
65.								
66.								
67.								
68.								
69.								
70.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
71.								
72.								
73.								
74.								
75.								
76.								
77.								
78.								
79.								
80.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
81.								
82.								
83.								
84.								
85.								
86.								
87.								
88.								
89.								
90.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
91.								
92.								
93.								
94.								
95.								
96.								
97.								
98.								
99.								
100.								






खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
101.								
102.								
103.								
104.								
105.								
106.								
107.								
108.								
109.								
110.								

खण्ड - III (अनुक्रमणिका)









बच्चों का अनुसरण

1	2	3	4		5		6	7
								
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
111.								
112.								
113.								
114.								
115.								
116.								
117.								
118.								
119.								
120.								

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
1.																			
2.																			
3.																			
4.																			
5.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक		तीसरी खुराक का दिनांक	चौथी खुराक का दिनांक	पाँचवीं खुराक का दिनांक	छठवीं खुराक का दिनांक	सातवीं खुराक का दिनांक	आठवीं खुराक का दिनांक	नौवीं खुराक का दिनांक		दिनांक	गंभीर/ गैर गंभीर ⁽⁴⁾		









(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, दूसरी 18वें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
6.																			
7.																			
8.																			
9.																			
10.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, दूसरी 18वें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक		
11.																			
12.																			
13.																			
14.																			
15.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													









(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, दूसरी 18वें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 मीज़ल्स की पहली खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वज़न भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर टीके लगवाने के लिये 16-24 माह के बीच आता है उस समय शिशु का वज़न भी लें एवं माता से पूछें क्या पिछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
11.																
12.																
13.																
14.																
15.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
16.																			
17.																			
18.																			
19.																			
20.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।

(4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।

(5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें।






(6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)।

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

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
16.																
17.																
18.																
19.																
20.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण









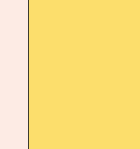
CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
21.																		
22.																		
23.																		
24.																		
25.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													
दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक													

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।






(4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु) अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।

(5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें))। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, दूसरी 18वें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।









*चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
21.																
22.																
23.																
24.																
25.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
26.											
27.											
28.											
29.											
30.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक		
26.																			
27.																			
28.																			
29.																			
30.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													









(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
26.																
27.																
28.																
29.																
30.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
31.											
32.											
33.											
34.											
35.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
31.																			
32.																			
33.																			
34.																			
35.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।

(4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।

(5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें।






(6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)।

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

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।









*चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
31.																
32.																
33.																
34.																
35.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
36.											
37.											
38.											
39.											
40.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक		
36.																			
37.																			
38.																			
39.																			
40.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी” 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													









(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु) अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
36.																
37.																
38.																
39.																
40.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
41.											
42.											
43.											
44.											
45.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक		
41.																			
42.																			
43.																			
44.																			
45.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													









(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, दूसरी 18वें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
41.																
42.																
43.																
44.																
45.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
46.											
47.											
48.											
49.											
50.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
46.																			
47.																			
48.																			
49.																			
50.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													









(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, दूसरी 18वें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
46.																
47.																
48.																
49.																
50.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
51.											
52.											
53.											
54.											
55.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक		
51.																			
52.																			
53.																			
54.																			
55.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी” 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।

(4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।

(5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें।






(6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)।

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

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।









*चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
51.																
52.																
53.																
54.																
55.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
56.											
57.											
58.											
59.											
60.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
56.																			
57.																			
58.																			
59.																			
60.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक		तीसरी खुराक का दिनांक	चौथी खुराक का दिनांक	पाँचवीं खुराक का दिनांक	छठवीं खुराक का दिनांक	सातवीं खुराक का दिनांक	आठवीं खुराक का दिनांक	नौवीं खुराक का दिनांक		दिनांक	गंभीर/ गैर गंभीर ⁽⁴⁾		

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।






(4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।

(5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें।
 दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)।

(6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।









*चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
56.																
57.																
58.																
59.																
60.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण











CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
61.											
62.											
63.											
64.											
65.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20	
																			
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)	
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
61.																			
62.																			
63.																			
64.																			
65.																			

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													









(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, दूसरी 18वें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 मीज़ल्स की पहली खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वज़न भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर टीके लगवाने के लिये 16-24 माह के बीच आता है उस समय शिशु का वज़न भी लें एवं माता से पूछें क्या पिछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
61.																
62.																
63.																
64.																
65.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण










CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
66.											
67.											
68.											
69.											
70.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
66.																		
67.																		
68.																		
69.																		
70.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।



यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।






* यदि लागू हो

** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													







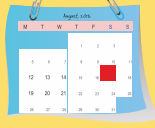

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
66.																
67.																
68.																
69.																
70.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण










CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
71.											
72.											
73.											
74.											
75.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
71.																		
72.																		
73.																		
74.																		
75.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													







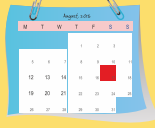

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
71.																
72.																
73.																
74.																
75.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण










CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
76.											
77.											
78.											
79.											
80.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
76.																		
77.																		
78.																		
79.																		
80.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो







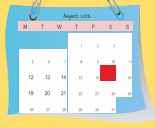

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
76.																
77.																
78.																
79.																
80.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण









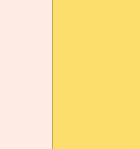
CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
81.											
82.											
83.											
84.											
85.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
81.																		
82.																		
83.																		
84.																		
85.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													







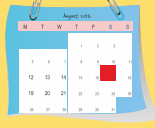

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
81.																
82.																
83.																
84.																
85.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण










CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
86.											
87.											
88.											
89.											
90.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
86.																		
87.																		
88.																		
89.																		
90.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													







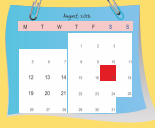

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
86.																
87.																
88.																
89.																
90.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण










CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
91.											
92.											
93.											
94.											
95.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
91.																		
92.																		
93.																		
94.																		
95.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													







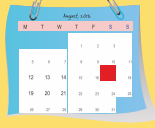

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
91.																
92.																
93.																
94.																
95.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण









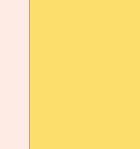
CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
96.											
97.											
98.											
99.											
100.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
96.																		
97.																		
98.																		
99.																		
100.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो



** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
 					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													







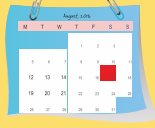

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
96.																
97.																
98.																
99.																
100.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण










CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
101.											
102.											
103.											
104.											
105.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
101.																		
102.																		
103.																		
104.																		
105.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													







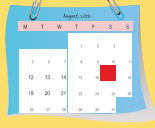

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
101.																
102.																
103.																
104.																
105.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण









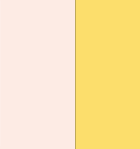
CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
106.											
107.											
108.											
109.											
110.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
106.																		
107.																		
108.																		
109.																		
110.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी" 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे ⁽³⁾ (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।

(4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।

(5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें।






(6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)।

(7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।







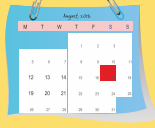

*चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
106.																
107.																
108.																
109.																
110.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण










CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
111.											
112.											
113.											
114.											
115.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
111.																		
112.																		
113.																		
114.																		
115.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी** 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।






(4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु) अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।

(5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें।
दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)।

(6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।







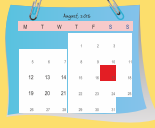

*चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
111.																
112.																
113.																
114.																
115.																

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण










CH - 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
											
क्रमांक	शिशु का MCTS ID नम्बर	शिशु का नाम	लिंग (लड़का/लड़की)	माता का नाम	माता का MCTS ID नम्बर	घर का पता	शिशु के जन्म की तिथि	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म का स्थान	धर्म	जाति (अनु. जाति/अनु. जनजाति/अन्य)
116.											
117.											
118.											
119.											
120.											

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

13	14	15	16				17				18				19			20
																		
क्रमांक	शिशु का नाम	बीसीजी ⁽¹⁾	ओपीवी1	डीपीटी 1	हेपेटाइटिस बी 1	पेंटावैलेंट 1*	ओपीवी 2	डीपीटी2	हेपेटाइटिस बी 2	पेंटावैलेंट 2*	ओपीवी 3	डीपीटी3	हेपेटाइटिस बी 3	पेंटावैलेंट 3*	मीज़ल्स (पहली खुराक)**	विटामिन ए (पहली खुराक)	जेई*** (पहली खुराक)	पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक ⁽²⁾ (हाँ/नहीं)
		दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	
116.																		
117.																		
118.																		
119.																		
120.																		

(1) टीकाकरण सारणी देखें (संलग्नक-2) - खण्ड. IV

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।

यदि पेंटावैलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)

टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।

* यदि लागू हो


** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें।

*** चयनित जिलों में






खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	25		26	27
					टीकाकरण सारणी 2 वर्ष तक सारे टीके के अनुसार लगे (हां/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) ⁽⁷⁾							डीपीटी बूस्टर-2	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु) ⁽⁶⁾ यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक													

(3) पूर्ण टीकाकरण (2 वर्ष की उम्र तक) - पहले वर्ष के सारे टीके, टीकाकरण सारणी के अनुसार + डीपीटी बूस्टर (पहली खुराक) + ओपीवी बूस्टर खुराक + मीज़ल्स दूसरी खुराक।
 (4) गंभीर AEFI (अस्पताल में भर्ती करना, एक जैसे लक्षणों की जानकारी एक साथ एक ही समय पर (Clustering of Cases) / अपंगता / मृत्यु। अन्य प्रतिकूल परिणाम गैर गंभीर श्रेणी में आते हैं। यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" लिखें।
 (5) टीके का नाम, बैच नम्बर, समाप्ति का दिनांक और निर्माणकर्ता का नाम, यदि AEFI नहीं है तो "लागू नहीं" होता लिखें। (6) यदि मृत्यु हुई तब दिनांक एवं स्थान (अस्पताल/घर) और संभावित कारण लिखें (जन्म के समय कम वजन, निमोनिया, दस्त, मीज़ल्स, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)। (7) विटामिन ए की कुल नौ खुराक- पहली नौवें माह पर, इस तरह प्रत्येक छः माह पर एक खुराक पाँच वर्ष की उम्र तक।
 टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक 1 व 2 को भरें।
 ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *चयनित जिलों में

28	29	30	31	32						33						34
																
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (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 खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वजन भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर 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 को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				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, एन्टीबायोटिक 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, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं)	
116.																
117.																
118.																
119.																
120.																

टिप्पणी :